

# Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

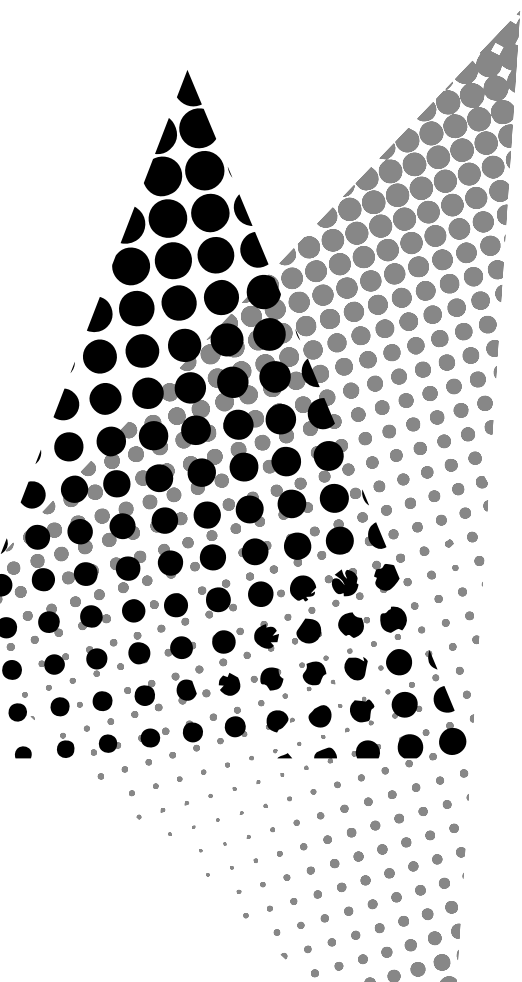
Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire  
årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold



Marianne Sundlisæter Skinner

# Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire  
årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold





Marianne Sundlisæter Skinner

# Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire  
årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Senter for omsorgsforskning, øst

2015



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning  
Omslagsbilde: © Shutterstock  
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015

Tittel: Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Forfatter: Marianne Sundlisæter Skinner

Rapporten er kvalitetssikret av: professor Aud Obstfelder, SOF øst

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-033-5

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-034-2

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)



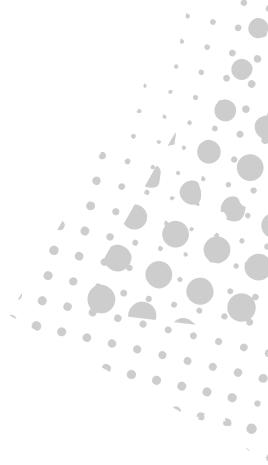
## FORORD

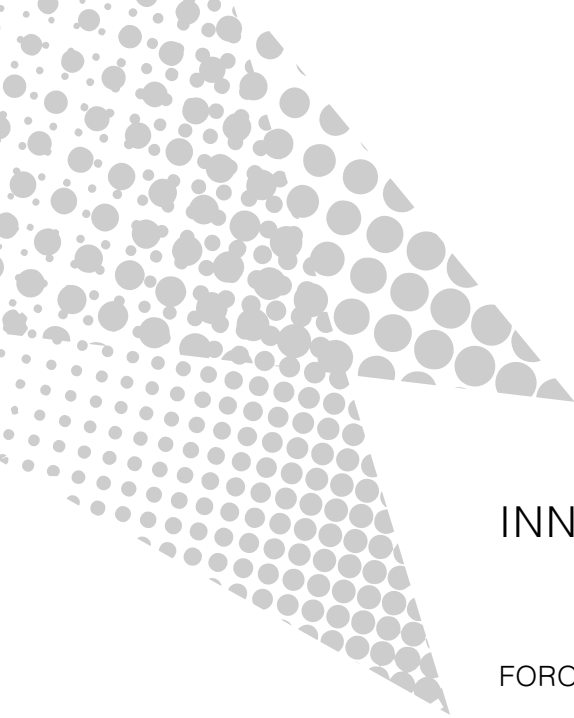
Dette prosjektet er gjennomført av Senter for omsorgsforskning, øst på oppdrag fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen for prosjektet var Helsedirektoratets ønske om å lage en samlet oppsummering av kunnskap og erfaringer som er ervervet gjennom etableringsfasen for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (2012–2015). I oppsummeringen ønsket Helsedirektoratet i første rekke å sette fokus på kunnskapen og erfaringene som har fremkommet i rapporter fra utredningsoppdrag de selv og KS har gjennomført samt Helsedirektoratets årlige samhandlingsstatistikk, dernest øvrige forskningsresultater og publikasjoner. Det ble på forhånd satt opp fem temaer som oppsummeringen skulle fokusere på: Bruken av sengene; legenes rolle; interkommunalt samarbeid; lovbestemmelsens betydning for organiseringen av tilbudet; og helseforetakenes rolle. I rapporten tar jeg for meg disse temaene i fire kapitler. De to første temaene dekkes i det første kapitlet. Jeg har fulgt direktoratets ønskede prioriteringsrekkefølge i litteraturgjennomgangen, men i rapporten har referanser til utredninger og forskningspublikasjoner blitt benyttet etter behov.

Jeg vil takke professor Aud Obstfelder for god hjelp under arbeidet med oppsummeringen og for nyttige innspill til rapporten. En takk også til Thorstein Ouren og Helga Katharina Haug for nyttige kommentarer til rapporten.

Gjøvik, 14. desember 2015

Marianne Sundlisæter Skinner



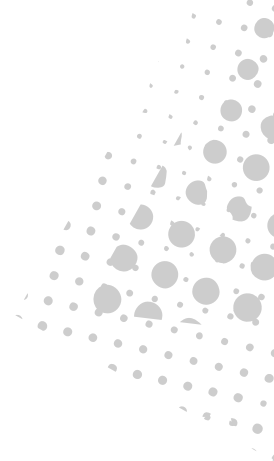


## INNHOOLD

FORORD	V
HVA ER ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD?	1
SAMMENDRAG	3
INNLEDNING	7
METODE	9
LOVER, FORSKRIFTER OG OFFENTLIGE DOKUMENTER	13
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	13
St.meld. nr. 47 (2008-09) Samhandlingsreformen	13
Forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L 2010-2011)	15
Meld. St. 26 (2014-2015) Primærhelsemeldingen	16
EVALUERINGER OG FORSKNING	17
Erfaringer med bruken av plassene	17
Erfaringer med interkommunalt samarbeid	24
Lovbestemmelsen og veilederens betydning for organiseringen av ø-hjelpstilbudet	28
Helseforetakenes rolle i etableringsfasen av ø-hjelpstilbudet	31



VURDERINGER OG ANBEFALINGER	35
Bruken av tilbudet	35
Interkommunalt samarbeid	37
Lovbestemmelsen og veilederen	37
Helseforetakenes rolle	38
Videre forskning	39
REFERANSELISTE	41





## HVA ER ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD?

For å kunne forklare hva øyeblikkelig hjelp døgntilbud er, er det viktig å først definere øyeblikkelig hjelp. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven gis følgende beskrivelse av øyeblikkelig hjelp:

Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten må ha behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting. [...] Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien.

(Prop. 91 L 2010-2011)

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er et kommunalt døgnåpent tjenestetilbud som ble innført med Samhandlingsreformen i 2012. Tilbudet om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp er tiltenkt for avklarte pasienter som kommunen har mulighet til å diagnostisere, behandle og/eller ivareta. Tjenesten som oftest organisert som en sengepost eller en del av en sengepost på en kommunal institusjon for heldøgns omsorg og pleie eller i tilknytning til legevakt eller sykehus. Det er lovbestemt at alle norske kommuner skal ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for somatiske tilstander fra 1. januar 2016, og fra 1. januar 2017 også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er også ofte omtalt som kommunalt akutt døgntilbud eller kommunale akutte døgnenheter, forkortet til KAD. I denne rapporten brukes begrepet øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD).





## SAMMENDRAG

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Bestillingen fra oppdragsgiver var en oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold, med fokus på noen forhåndsdefinerte tema. Temaene, som ble valgt i samråd med oppdragsgiver, var: Erfaringer med bruken av plassene, legenes kunnskap og tillit til tilbudet, erfaringer med interkommunalt samarbeid, lovbestemmelsens betydning for organiseringen av tilbudet, og helseforetakenes rolle. Oppsummeringen er basert på en gjennomgang av tilgjengelig litteratur om øyeblikkelig hjelp døgnoophold fra fireårsperioden 2012-2015. Etter ønske fra oppdragsgiver har direktoratets og KS' utredninger om ø-hjelpstilbudet fått mest fokus i litteraturgjennomgangen, etterfulgt av Helsedirektoratets årlige samhandlingsstatistikk og øvrige publikasjoner.

Med tanke på målgruppen for tilbudet, er bruken av ø-hjelpssengene som forventet. Det er primært eldre pasienter som legges inn i det kommunale tilbudet, og de fleste av dem kommer fra hjemmet og skrives ut til hjemmet etter et ø-hjelpsopphold på én til tre dager. Med tanke på beleggsprosent derimot er bruken av ø-hjelpssengene lavere enn forventet. Gjennomsnittlig beleggsprosent for 2013-14 var på kun 34 prosent. Likevel er tilbakemeldingen fra svært mange kommuner at de opplever en økning i belegget etter hvert som tilbudet blir mer kjent blant legene og befolkningen. Kommunene trenger tid til å forankre tilbudet og integrere det i de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

Når den lave beleggsprosenten skal forklares i litteraturen, trekkes fastlegene og legevaktslegenes manglende kjennskap og tillit til ø-hjelpstilbudet frem. Den manglende effekten av informasjonskampanjer i mange kommuner tyder imidlertid på at det er andre årsaksforhold som er av like stor eller større betydning. Tungvinne innleggelsesrutiner er ett forhold som kan virke inn på

legenes vilje til å bruke det kommunale tilbudet; en allerede eksisterende tradisjon for å behandle samme pasientgruppe på det lokale sykehjemmet er en annen. Videre kan lang geografisk avstand til det interkommunale ø-hjelpstilbudet, strenge og/eller for spesifiserte inklusjonskriterier ha en negativ innvirkning på bruk.

Interkommunalt samarbeid har i etableringsfasen vært den foretrukne modellen for ø-hjelpstilbudet blant de fleste av kommunene. 7 av 10 kommuner gikk sammen med én eller flere nabokommuner for å etablere et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummeringen viser imidlertid at det er både fordeler og bakdeler ved å samarbeide med andre kommuner om ø-hjelpstilbudet. Det er den enkelte kommune som selv må bestemme hvilken modell som er mest hensiktsmessig for den, ut ifra lokale forhold og forutsetninger.

Erfaringene fra de første fire årene viser at den vidt formulerte lovbestemmelsen har lyktes i å åpne for ulike løsninger og tilpasninger ute i kommunene. Samtidig har den nasjonale veilederen bidratt til å lukke noe av kommunenes handlingsrom. Den nasjonale veilederen er svært flittig brukt i utarbeidelsen av tilbudet rundt om i landet, og det kommer tydelig fram i litteraturgrunnlaget at flere kommuner har brukt Helsedirektoratets ulike anbefalinger som en oppskrift for hvordan tilbudet skal organiseres mer enn en veileder.

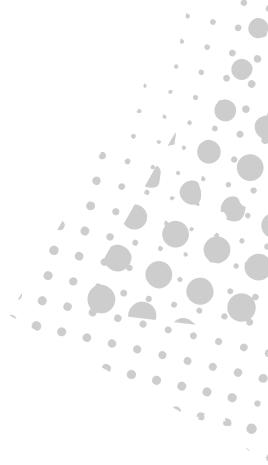
Helseforetakene har hatt en forholdsvis aktiv rolle i planleggingen av det kommunale ø-hjelpstilbudet, men erfaringer viser at de i mer eller mindre grad står på sidelinjen i forbindelse med driften av tilbudet. Videre er det lite samarbeid mellom kommuner og helseforetak om ø-hjelpstilbudet på tjenestenivået; kun noen få kommuner opplyser om et aktivt og velfungerende samarbeid mellom ansatte på faglig nivå. Selv om det har vært samarbeid mellom politisk og administrativ ledelse i kommunene og helseforetaket, er tilbudet stort sett dårlig forankret innad i helseforetaket. Likevel viser litteraturen at det ikke bare er negative erfaringer rundt samhandlingen kommunene og helseforetaket i mellom. Opplevelsen av likeverd har blitt bedre, og ø-hjelpstilbudet erfares av mange som en arena som bidrar til å gi samarbeidet mellom helseforetak og kommune et løft.

I siste del av rapporten gis det vurderinger og anbefalinger som bygger på litteraturen fra oppsummeringen. Fra myndighetene etterlyser jeg mindre fokus på beleggsprosenten og mer tydelighet rundt hva hensikten med sengene er og hvordan kommunene kan oppfylle intensjonen med ø-hjelpstilbudet. Videre bør det legges til rette for ulike

samarbeidsmodeller, da det fremkommer tydelig fra litteraturen at det er både fordeler og ulemper ved interkommunalt samarbeid. Kommunene må selv velge hvilken modell som er mest hensiktsmessig og gripe det handlingsrommet de har fått i forbindelse med lovkravet. Etter hvert som de får erfaringer med driften, kan det være nødvendig å tilpasse tilbudet etter behovet og forutsetningene lokalt.

Når det gjelder helseforetakets rolle i ø-hjelpstilbudet, så kunne samarbeidsklimaet vært bedre om friske midler hadde vært avsatt til tilbudet i stedet for at penger ble overført fra helseforetak til kommune. Da kunne helseforetakene hatt mer fokus på den faglige veiledningsrollen i stedet for tilbudets effekt på akuttinnleggelser i sykehus.

Det er behov for videre forskning som undersøker utvikling og drift av tilbudet fra et eksplisitt teoretisk perspektiv. Slike studier gir en annen type kunnskap enn den som foreligger i dag.





## INNLEDNING

Med Samhandlingsreformen ble det bestemt at alle norske kommuner skal ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 1. januar 2016, et tilbud som skal være «like godt eller bedre» enn innleggelse i sykehus (Helsedirektoratet 2014a). Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven skal plikten gjelde «de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til» (Helse- og omsorgstjenesteloven 2012). Formålet med innføringen av det nye lovkravet er todelt: For det første skal det bringe tjenestene nærmere folk der de bor, og for det andre skal det bidra til å avlaste øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehusene og dermed gjøre helse- og omsorgstjenestene mer økonomisk bærekraftige for fremtiden.

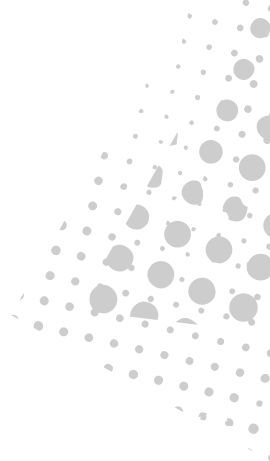
Helseforetakene og kommunene fikk per 1. januar 2012 plikt til å inngå samarbeidsavtaler som skal «utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte» (St.meld. nr. 47 2008-09: 77). Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, pkt. 4 fremsetter krav om at samarbeidsavtalene skal inneholde en beskrivelse av kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det skal være tett samarbeid mellom kommune og helseforetak i planleggingen og driften av de kommunale tilbudene.

Det kommunale tilbudet fullfinansieres av staten ved at midler blir overført fra de regionale helseforetakene til kommunene. I perioden 2012-2015 har kommunene kunne søke om halvparten av de tilgjengelige midlene til etablering og drift av tilbudet gjennom en tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet, mens den andre halvparten har blitt overført direkte fra helseforetaket. Fra 2016 innlemmes midlene i rammetilskuddet til kommunene.

Foruten kravet om døgnkontinuerlig tilstedeværelse av sykepleier, forsvarlig legedekning og samarbeidsavtale med



helseforetaket, står kommunene fritt til å selv velge hvordan de organiserer det lokale tilbudet. Mange kommuner samarbeider med omliggende kommuner om et større tilbud lokalisert til for eksempel interkommunal legevakt eller lokalmedisinsk senter, mens andre velger å øremerke én eller flere senger på sykehjem i egen kommune til formålet. Ved søknadsfristens utløp i 2015 hadde 362 kommuner søkt om tilskudd til etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Skinner 2015a), og per juni 2015 hadde 270 kommuner åpnet tilbudet (Hagen 2015).





## METODE

Denne rapporten er basert på en gjennomgang av litteratur om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra innfasingsperioden 2012-2015. Fokus har vært på erfaringer og kunnskap som er ervervet gjennom etableringsfasen, med utgangspunkt i fem forhåndsdefinerte tematiske områder:

- Erfaringer med bruken av plassene
- Legenes kjennskap og tillit til ø-hjelpstilbudet
- Interkommunalt samarbeid: Utbredelse, fordeler og ulemper
- Den vidt formulerte lovbestemmelsens betydning for organiseringen av tilbudet
- Helseforetakenes rolle i planleggingen og driften av ø-hjelpstilbudet

Etter ønske fra oppdragsgiver (Helsedirektoratet), har jeg i litteraturgjennomgangen for oppsummeringen lagt størst vekt på rapporter fra utredninger gjennomført av eller på oppdrag for Helsedirektoratet. Dette omfatter følgende utredningsoppdrag:

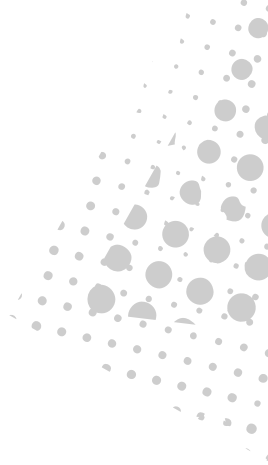
- Utredning om bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid, basert på dokumentstudier, to innledende intervjuer med prosjektledere ved to interkommunale ø-hjelpstilbud, 24 kvalitative intervjuer med sentrale personer ved åtte interkommunale tilbud og ytterligere åtte intervjuer med eksterne aktører som f.eks. representanter for legevakter og helseforetak. Alle tilbudene som ble inkludert i undersøkelsen var samarbeid mellom minst tre kommuner. Utredningen ble gjennomført av Rambøll (2015).
- Utredning om helseforetakenes erfaringer med bruken av ø-hjelpstilbudet i kommunene, basert på kvalitative intervjuer med 20 informanter fra 20 forskjellige helseforetak, hovedsakelig samhandlingssjefer/-koordinatorer. Utredningen ble gjennomført av Deloitte (2015).

- Utredning om kommuners erfaringer med bruken av tilbudet, basert på kvalitative intervjuer med 30 informanter fra 30 ulike tilbud med minimum ett års drift. Målgruppen var leder for øyeblikkelig hjelp-tilbudet, men leger og sykepleiere tilknyttet tilbudet ble også intervjuet. Utredningen ble gjennomført av Deloitte (2014b).
- Kartlegging av status for kommuner som ikke har søkt om tilskudd, basert på en spørreundersøkelse gjennomført blant samtlige 146 kommuner som ikke hadde søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold per 1. mars 2014. 143 svarte på undersøkelsen (98 prosent). Utredningen ble gjennomført av Deloitte (2014a).
- Utredning om helsepersonells erfaringer med den daglige driften av tilbudet, med særlig fokus på forsvarlighet i pasientbehandlingen. Utredningen baserte seg på kvalitative telefonintervjuer med 29 informanter fra 16 forskjellige tilbud, hovedsakelig helsepersonell tilknyttet tilbudet (primært leger og sykepleiere). Utredningen ble gjennomført av Deloitte (2014c).
- Utredning om fem helseforetaks erfaringer med tilbudet kort tid etter oppstart, basert på fem kvalitative intervjuer med samhandlingssjefer/-koordinatorer fra fem helseforetak. Utredningen ble gjennomført av TNS Gallup (2012a).
- Utredning om femten kommuners erfaringer med tilbudet kort tid etter oppstart, basert på 15 kvalitative telefonintervjuer med informanter fra 15 kommuner som mottok tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i 2012. Utredningen ble gjennomført av TNS Gallup (2012b).

Deretter ble følgende andre publikasjoner vektlagt (i prioritert rekkefølge), også etter ønske fra oppdragsgiver:

- En kartlegging av status og erfaringer ved etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, utført på oppdrag fra KS. Utredningen baserte seg på en spørreundersøkelse sendt ut til alle landets kommuner, med en svarprosent på 79 prosent. I tillegg ble kvalitative intervjuer med 15 informanter fra 15 forskjellige kommuner og en casestudie av Oslo KAD gjennomført. Utredningen ble gjennomført av Deloitte (2013).
- Helsedirektoratets årlige samhandlingsstatistikk (Helsedirektoratet 2013b, 2015, 2014b).
- Øvrige publikasjoner, artikler og presentasjoner fra etableringsperioden som omhandler kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Rapporten har hatt som mål å inkludere relevante funn fra all tilgjengelig litteratur om emnet, men under punktet «øvrige publikasjoner» har den hatt størst fokus på resultater som har fremkommet fra EVASAM-programmets prosjekter (Norges forskningsråds forskningsbaserte evaluering av Samhandlingsreformen). En fullstendig referanseliste er oppgitt til slutt i rapporten.





## LOVER, FORSKRIFTER OG OFFENTLIGE DOKUMENTER

### LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER M.M. (HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN)

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp er forankret i Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5, der det slås fast at kommunen har plikt til å tilby og yte helse- og omsorgstjenester til personer med behov for hjelp når hjelpen kommunen kan gi er «påtrengende nødvendig». Kommunen har også forut for Samhandlingsreformen hatt ansvar for å yte øyeblikkelig helsehjelp til personer som trenger det. Det som er nytt fra 2012 er § 3-5 tredje ledd, som beskriver kommunens plikt til å sikre tilbud om *døgnopphold* for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp for pasientene kommunen «har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til». Tredje ledd settes i kraft 1. januar 2016.

### ST.MELD. NR. 47 (2008-09) SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012 og er myndighetenes svar på dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Ett av de sentrale grepene som er trukket frem i stortingsmeldingen for å imøtekomme utfordringene knyttet til et bærekraftig fremtidig helsevesen er *en ny framtidig kommunerolle*,

der «den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene» (St. meld. nr. 47 2008-09: 15). Det er et uttalt mål at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad skal ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse er noen av de aktuelle fremtidige kommunale oppgavene som blir presentert i meldingen. I tillegg til etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold, ble det foreslått at kommunene med Samhandlingsreformen skulle ha et nytt ansvar for behandling og observasjon av utvalgte pasienter også forut for og/eller i stedet for sykehusinnleggelse. Aktuelle pasienter som ble nevnt var «eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer» (St.meld. nr. 47 2008-09: 28).

Begrunnelsen for flyttingen av ansvaret for pasientene dette gjelder fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er bedre tjenester og økonomisk innsparing. Samtidig som at kommunenes nærhet til befolkningen og deres mulighet for koordinering av ulike tjenester fremheves, begrunnes den endrede kommunerollen i stortingsmeldingen med at «kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester». Det resonneres videre med at:

Dersom kommunen oppgraderer tilbudet av helsetjenester «før, i stedet for og etter sykehusopphold», vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene – vi får tilbud som både er bedre for pasient og sikrer en bærekraftig samfunnsutvikling.

(St.meld. nr. 47 2008-09: 27).

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innføres som et tiltak for å forhindre at pasienter «havner unødige på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet de har» (St. meld. nr. 47 2008-09: 23).

## FORARBEIDENE TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN (PROP. 91 L 2010-2011)

I regjeringens lovforslag til Stortinget (Prop. 91 L 2010-2011) ble blant annet pasientene som er tiltenkt øyeblikkelig hjelp døgnopphold beskrevet i nærmere detalj. Det ble påpekt at kommunenes døgntilbud i hovedsak er rettet mot brukere med behov for øyeblikkelig helsehjelp, men at det ikke er «til hinder for at brukere som har et mer omsorgsrettet behov også får et tilbud i disse institusjonene». Det ble i proposisjonen presisert at tilbudet er tiltenkt innleggelse av pasienter med behov for helsehjelp som er «påtrengende nødvendig og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd». Videre sier proposisjonen at plikten kun skal gjelde...

...de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg [til]. I all hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling [...] og hvor almenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse.

Det ble i lovforslaget påpekt at dette kan være pasienter og brukere som kommunene allerede behandler og/eller ivaretar i sykehjem, i andre korttidsinstitusjoner og på legevakt, men at forskjellen fra tidligere tilbud er at kommunene nå må tilby *døgnopphold* ved behov. Det er en forutsetning at pasienten kan behandles forsvarlig i kommunen, ellers skal pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Vurderingen av hvor pasienten skal legges inn gjøres normalt av legevakten eller fastlegen.

Lovproposisjonen fastslo videre at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp skal fullfinansieres ved at midler overføres fra de regionale helseforetakene til kommunene, siden den nye kommunale plikten «innebære[r] en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene». I lovforslaget ble det også lagt vekt på viktigheten av samarbeid og samordning mellom kommune og helseforetak og deres respektive øyeblikkelig hjelp-tilbud. Dette var for å finne løsninger som er hensiktsmessige for begge parter og pasientene, og for å unngå dobbeltpasientkapasitet. Det ble blant annet fastslått at ø-hjelps-tilbudet skal inngå som et eget punkt i samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket.



## MELD. ST. 26 (2014-2015) PRIMÆRHELSEMELDINGEN

Stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» ble lagt fram for Stortinget 7. mai 2015. Den stadfester at alle kommunene skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen somatikk fra 2016, og innen psykisk helse og rus fra 2017. De økonomiske rammene for den nye plikten for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer er uavklart, men det fastslås at midler skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I meldingen står det at målet med det kommunale tilbudet er å tilby pasienter et tjenestetilbud nær der de bor og «å unngå innleggelse i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut ifra en medisinskfaglig vurdering» (Meld. St. 26 2014-15: 33).





## EVALUERINGER OG FORSKNING

### ERFARINGER MED BRUKEN AV PLASSENE

Målgruppen for øyeblikkelig hjelp døgntilbud er pasienter der tilstanden og videre behandling er avklart og som kommunen kan gi et faglig forsvarlig tilbud til (Meld. St. 26 2014-15: 157; Helsedirektoratet 2014a).

### PASIENTSTATISTIKK OG BELEGGSPROSENT

Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk viser at det er hovedsakelig eldre pasienter som har brukt de kommunale ø-hjelpsengegene hittil og at det er i all hovedsak legevaktslegene som henviser til tilbudet. I fjorårets innrapporteringsperiode (2013-14) var 53 prosent av pasientene over 80 år og 23 prosent mellom 67 og 79 år. Det vil si at tre fjerdedeler av pasientene var over 67 år. 6 av 10 innleggelser kom fra legevakt og 3 av 10 fra fastlege. De resterende ble henvist av lege i spesialisthelsetjenesten eller andre leger. Videre viser samhandlingsstatistikken at nesten 9 av 10 skrives inn på det kommunale ø-hjelpstilbudet fra hjemmet. Veldig få pasienter legges altså inn fra sykehjem, omsorgsbolig med heldøgns bemanning eller sykehus. De aller fleste av innleggelsene, om lag tre fjerdedeler, har en varighet på tre døgn eller mindre, i tråd med myndighetenes anbefalte 72-timersgrense. 66 prosent av pasientene skrives ut til hjemmet, 18 prosent til sykehjem eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, og 15 prosent til sykehus. Av diagnosegruppene det innrapporteres på er diagnosegruppen «L – Muskel og skjelettlidelser» størst med 20 prosent, dernest «R – Luftveier» med 17 prosent, etterfulgt av «A – Allmenn og

uspesifisert» med 16 prosent. Alle disse tallene kommer fra Helsedirektoratets sist publiserte samhandlingsstatistikk og er basert på innrapportert pasientdata fra 246 kommuner (106 rapporteringsenheter) (Helsedirektoratet 2015). Pasientdata fra 2014-15 vil publiseres i begynnelsen av 2016.

Det rapporteres om at bruken av de kommunale ø-hjelpssengene er lav mange steder. I enkelte mindre studier vises det til at det ikke er uvanlig å ha et belegg på 20-30 prosent (f.eks. Grimsmo og Løhre 2014). Det nasjonale gjennomsnittet er imidlertid på 34 prosent hvis man regner ut fra hver kommunes antall forventede liggedøgn, som var utgangspunktet for kommunenes etablering (Skinner 2015c: 23). På kommunenivå varierer belegget fra 0 til over 300 prosent. Kommunene med høyest belegg på sine øyeblikkelig hjelp døgntilbudssenger er nord-norske kommuner som har fått tilskudd til en brøkdel av en seng (f.eks. 0,1) og mindre kommuner som bruker mer enn «sin andel» senger i interkommunale samarbeid (Skinner 2015c: 23). Kommunene som hadde en beleggspersent på 0 var hovedsakelig perifere kommuner med interkommunalt ø-hjelpstilbud i en annen kommune.

Selv om bruken av ø-hjelpssengene er lav i mange av kommunene, har de fleste kommunene opplevd en økning i belegget når tilbudet har blitt mer kjent og mer etablert (Deloitte 2014b: 11). Dette reflekteres også i samhandlingsstatistikken, der beleggspersenten i nord- og midt-norske kommuner med minst ett års drift er noe høyere enn gjennomsnittet (Helsedirektoratet 2015: 114).

## HVORFOR ER BELEGGSPROSENTEN LAV?

Den lave beleggspersenten i de kommunale ø-hjelpstilbudene har vært mye omdiskutert fordi den indikerer at sengene blir lite brukt og at de dermed ikke oppfyller intensjonen om å avlaste sykehusene (se f.eks. Meld. St. 26 2014-15: 157). Det er fremmet mange forklaringer på hvorfor sengene i stor grad står tomme. Forklaringen som har fått hovedfokus i de fleste utredningene om temaet er legenes manglende kjennskap og tillit til tilbudet. Enten så vet legene rett og slett ikke at tilbudet finnes og har dermed ingen forutsetninger for å henvise pasienter til sengene, eller så har de ikke tro på at de som jobber ved ø-hjelpstilbudet kan ivareta pasienten(e) deres godt nok. Det førstnevnte problemet er særlig utbredt blant turnus- og vikarleger som det ikke er like lett å systematisk informere om at tilbudet finnes. Legenes lave tillit er i stor grad sett på som en effekt av deres mangel på kunnskap om

tilbudet og om hva slags utstyr og kompetanse som finnes der. I en av Deloitte's rapporter fremsettes det også at mangel på døgnkontinuerlig legebemannning og mangel på tilstrekkelig legevisitt ved tilbudet har en negativ innvirkning på legenes tiltro til pasientsikkerheten på tilbudet (Deloitte 2014b: 17).

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

Uklare eller for spesifiserte inklusjonskriterier er også en forklaring som trekkes fram i flere rapporter om ø-hjelpstilbudet (Rambøll 2015; Deloitte 2014b). Samtidig som at uklare inklusjonskriterier gjør at det er vanskelig for legene å tyde hvilke pasienter tilbudet er ment for, har mange også negative erfaringer med *for* spesifiserte inklusjonskriterier. Er inklusjonskriteriene veldig detaljerte og spissede, faller mange pasienter som kunne vært aktuelle for et lokalt tilbud i større grad utenfor. Flere av informantene i Rambølls studie understreket at inklusjon og eksklusjon av pasienter i tilbudet var vanskeligere enn kriteriene tilsa, fordi med geriatrike pasienter er det «alltid en forundringsspakke som legges inn» (informantsitat i Rambøll 2015: 11).

I mange kommuner, spesielt i distriktskommuner, har det ikke vært uvanlig at fastleger også tidligere har lagt inn og ivaretatt typiske ø-hjelpspasienter på sykehjem – altså avklarte pasienter med en forverring av en allerede kjent diagnose og tilstand (Skinner 2015c; Rambøll 2015; Grimsmo og Løhre 2014). Denne praksisen eksisterte uavhengig av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, men er tydelig at den nå har fått betydning

for bruken av ø-hjelpssengene, avhengig av hva slags organisering kommunen har for det nye ø-hjelpstilbudet. Kommuner som viderefører den etablerte praksisen ved sykehjemmet som øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil oppleve relativt høy bruk av sengene på grunn av den innarbeidede praksisen. Derimot vil kommuner som deltar i interkommunalt samarbeid om ø-hjelpstilbudet og fortsetter å bruke sykehjemmet til behandling av pasienter, oppleve begrenset behov for (de interkommunale) ø-hjelpssengene (Skinner 2015c).

I tillegg er det en rekke andre forhold som ikke er direkte relatert til legenes holdninger og praksis som også kan virke inn på beleggsprosenten. Noen kommuner har blant annet tolket 72-timersgrensen som en absolutt grense for lengden på ø-hjelpsoppholdene og følgelig instruert legene til å ikke legge inn pasienter som de ikke tror vil kunne behandles og utskrives innen tre døgn. Andre benytter en tidsfrist på 72 timer for behandling av pasientene i sengene og overfører dem automatisk til andre avdelinger etter tre døgn (Skinner 2015c; Rambøll 2015; Deloitte 2014c). Disse praksisene vil gi utslag i lavere beleggsprosent.

Videre kan geografisk avstand til ø-hjelpstilbudet og nærmeste sykehus ha en uheldig virkning på bruken av ø-hjelpssengene. I kommuner der avstanden til sykehuset er lang blir det kommunale tilbudet ofte sett på som et kjærkomment alternativ for å unngå den lange reisen til sykehuset. På den andre siden blir tilbudet brukt mindre i kommuner der det ligger nært sykehuset (Deloitte 2014b). Geografisk avstand mellom samarbeidskommunene og det interkommunale ø-hjelpstilbudet kan også være av betydning. Dette gjelder spesielt de kommunene som har lengre eller like lang reisevei til det kommunale tilbudet som til sykehuset, og de som må reise i motsatt vei av sykehuset for å komme til ø-hjelpstilbudet. Som et eksempel på dette betegnet en kommuneinformant i Grimsø og Løhres studie sitt interkommunale ø-hjelpstilbud i nabokommunen som «meningsløst» fordi det lå bare 500 meter fra sykehuset. Når pasienten først skulle sendes så langt, mente han, så var det fordi utredning i sykehus var helt nødvendig (Grimsø og Løhre 2014: 15).

Og helt til slutt er forklaringen som tar oss tilbake til der det hele startet: Lovkravet og myndighetenes estimat på hvor mange liggedøgn/pasienter som kan «flyttes» fra sykehus til kommunalt ø-hjelpstilbud hvert år. Kommunene har, nesten uten unntak, søkt om tilskudd til og etablert antall senger i tråd med Helsedirektoratets oversikt over antall forventede liggedøgn (Skinner 2015a). Kommunene synes imidlertid å

ha en annen opplevelse av behovet for ø-hjelpssengene enn myndighetenes estimat. Flere steder antydes det at behovet er overestimert. Målgruppen for tilbudet er for liten; pasientene er for få (Skinner 2015c; Deloitte 2015: 24; Rambøll 2015; TNS Gallup 2012b). Dette kan illustreres av et sitat fra en leder for allmennlegeutvalget i en kommune i Rambølls undersøkelse, som sier:

«[Det kommunale ø-hjelpstilbudet] er et tilbud vi tar i betraktning. Alle [fastlegene] her vet om det og bruker det når vi tror det er det rette. Men det gjelder så få pasienter»

(Rambøll 2015: 28).

Dette er også knyttet til utfordringene rundt inklusjon og eksklusjon av pasienter i målgruppen, som ofte er eldre pasienter med mange diagnoser og som «vil ha en uavklart diagnose nesten uansett», som en annen informant i den samme studien påpekte (Rambøll 2015: 11).

#### INFORMASJONSKAMPANJER MED LEGENE SOM MÅLGRUPPE – NØKKELEN TIL SUKSESS?

Regjeringens medisin mot den lave beleggsprosenten i det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet er «kontinuerlig informasjon, klare kriterier, tillit til kompetansen og forenklede innleggelsesrutiner» (Meld. St. 26 2014-15: 157). Informasjons- og tillitskampanjer rettet mot legene oppgis som «suksesskriteriene» for øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Involvering og informering av fastlegene har også vært i fokus i samtlige utredninger om temaet. Utredningene antyder imidlertid at både fastlegene og legevaktslegene har vært involvert i planleggingen av ø-hjelpstilbudet i de fleste kommunene. 70 prosent av respondentene i Deloitte's undersøkelse blant kommuner som ikke hadde søkt om tilskudd oppgav at fastleger var involvert i prosessen, og 57 prosent svarte at legevaktsleger var med (Deloitte 2014a: 21). Likevel er det varierende hva respondentene i de forskjellige studiene legger i begrepet «å involvere fastlegene». I mindre kommuner kan det være tilfellet at samtlige fastleger i kommunen har vært delaktige i planleggingen av tilbudet, mens det i større kommuner kun vil være utvalgte representanter for fastlegegruppen og legevakten som har vært involvert (Skinner 2015c; Rambøll 2015).

For å nå fastlegene i de større kommunene vil det viktigste være å formidle informasjon om ø-hjelpstilbudet til dem.

Informerter fra kommunene forteller om omfattende informasjonskampanjer bestående av oppstartsmøter der fastlegene har vært invitert, utsending av diverse informasjonsmaterieell samt personlige besøk på fastlegekontorene i kommunen for å informere om tilbudet. Flere har hatt positive erfaringer med turnerende besøksvirksomhet, men påpeker at den formen for informasjonsarbeid er svært tids- og ressurskrevende. Videre, selv om mange forteller at fastlegene er dårlige til å komme på møter, og at de er usikre på om informasjonsmateriellet har nådd fram til den enkelte lege, mener de som jobber ved ø-hjelpstilbudene at legene er godt informert om tilbudet (Skinner 2015c; Deloitte 2014b). Legene vet altså om tilbudet, men bruker det fortsatt i begrenset grad. Ett av Rambølls hovedfunn er at «på tross av mye informasjonsarbeid og bred forankring i planprosessen, strever mange tilbud med lav beleggspersent» (Rambøll 2015: 27).

Det finnes flere kommuner som har opplevd en økning i beleggspersenten etter de har gjennomført intensivt informasjonsarbeid blant legene, men det er like mange eksempler på ø-hjelpstilbud som har fulgt myndighetenes oppskrift og brukt masse tid og ressurser for å drive aktivt og kontinuerlig informasjonsarbeid mot legene, og som fortsatt ikke ser noen økning i antall innleggelses i tilbudet. Ett sitat fra en kommunerepresentant i Rambølls (2015: 24) utredning illustrerer denne motstriden:

Fagutvikler og tidligere leder her ved ØHD har vært på besøk hos fastlegene, i akuttmottaket, vært i pressen. De har vært ekstremt aktive. De har vært hos fastlegene i alle ni kommuner. Det kan du nesten holde på med hele tiden. Det synes jeg er litt rart. Nå har vi holdt på i 2 år, og det er fortsatt lite brukt.

Det er med andre ord mye som tyder på at mange kommuner ikke får uttelling for sine kostbare og tidkrevende informasjonskampanjer.

Legenes manglende tillit til ø-hjelpstilbudet har ifølge utredningene to hovedgrunner. Den første har allerede vært nevnt: Legene kjenner ikke tilbudet godt nok. Som ble påpekt i en rapport fra Legeforeningen og KS: «Fastlegens/legevaktlegens kunnskaper om kommunens tilbud er viktig for legens vurdering av hva som er et adekvat og forsvarlig tjenestetilbud» (Den norske legeforening og KS 2014: 4). Den andre grunnen til at leger ikke har tillit til det kommunale tilbudet har sitt utspring i faglig skepsis. De føler seg usikre på at tilbudet kan ivareta pasientens behov på en god nok måte. I flere tilfeller er skepsisen knyttet til dårlig legedekning (Deloitte 2014b;

Rambøll 2015); i andre tilfeller kan mangelen på en «second opinion» fra en annen lege være utslagsgivende (Deloitte 2014b; Frantzen et al. 2014).

For noen leger er det slik at manglende tillit til det kommunale tilbudet og høyere tillit til sykehusets evne til å utrede og ivareta pasienten på en god måte er utslagsgivende for at de sender pasienten til sykehus i stedet for ø-hjelps-tilbudet (Rambøll 2015: 32; Skinner 2015c: 32, 44). For mange andre er det imidlertid øvrige, strukturelle årsaker som slår inn når de skal velge hvor pasienten skal legges inn. Som tidligere nevnt, kan disse årsakene være geografisk avstand, etablerte tradisjoner for akuttbehandling lokalt, uklarhet om hvilke pasienter de «har lov» til å legge inn i tilbudet, og en motvilje mot merarbeidet innleggelse i det kommunale tilbudet medfører. Flere vellykkede tiltak for å øke beleggprosenten er imidlertid trukket frem i flere rapporter om temaet. Deloitte (2014b: 32-35) rapport trekker blant annet frem følgende:

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



kompetanseheving og mengdetrening.

- Bruk av simulering for å sikre tilstrekkelig mengdetrening for ansatte ved tilbudet.

## ERFARINGER MED INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Av de 361 kommunene som søkte om tilskudd til et kommunalt eller interkommunalt ø-hjelpstilbud i søknadsperioden, valgte 7 av 10 kommuner å samarbeide med andre kommuner om tilbudet. I tillegg planla 1,7 prosent å ha et todelt tilbud, der tilskuddet skulle brukes til både å drifte et lokalt tilbud i egen kommune samt deltakelse i et interkommunalt tilbud (Skinner 2015a: 135). I innfasingsperioden ble det i alt søkt om tilskudd til 182 ø-hjelpstilbud: 109 kommunale og 73 interkommunale (Skinner 2015a: 135). De fleste av de som inngikk samarbeid brukte en modell der én kommune var vert for tilbudet (Zeiner og Tjerbo 2015). Dette gjaldt også de kommunene som ikke hadde søkt om tilskudd per 2014; 7 av 10 planla samarbeid med andre kommuner, og de fleste av disse planla etablering av tilbudet i en vertskommune (Deloitte 2014a).

### MOTIVASJON FOR Å SAMARBEIDE

Det er ingen betydningsfulle forskjeller når det gjelder samarbeid i kommuner av forskjellig størrelse. I både små (<5000), mellomstore (5000–19 999) og større kommuner (>20 000) samarbeider om lag 7 av 10 om øyeblikkelig hjelp døgntilbud (Skinner 2015a: 136). Derimot varierer motivasjonen for å samarbeide. Økonomiske forhold er en begrunnelse for både små og store kommuner for å inngå interkommunalt samarbeid, men kommunene har forskjellige utgangspunkt for den økonomiske motivasjonen. Mens de store kommunene på sin side opplever interkommunalt samarbeid som en fordel med tanke på stordriftsfordeler, opplever de minste kommunene samarbeid som en nødvendighet (Zeiner og Tjerbo 2015). I en spørreundersøkelse gjennomført blant samtlige norske kommuner i 2013 svarte hele 9 av 10 små kommuner med interkommunale tilbud at de opplevde at tilskuddet var tilstrekkelig, mens kun 4 av 10 små kommuner med egne tilbud svarte det samme. Blant mellomstore kommuner var forskjellen litt mindre, men

fortsatt betydelig (90 % mot 70 %). Blant store kommuner var det ingen forskjell (Deloitte 2013: 23-4). Dette viser at de små og mellomstore kommunene i større grad opplever interkommunalt samarbeid som påkrevd for å kunne imøtekomme lovkravet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

I sin rapport setter Zeiner og Tjerbo (2015) fokus på fire forhold som er av særlig relevans for interkommunalt samarbeid: Økonomiske forhold, demokrati, fagmiljø og kvalitet. Med disse forholdene som ramme, skal jeg nå gå nærmere inn på de fordelene og bakdelene ved interkommunalt samarbeid om ø-hjelpstilbudet som fremheves i litteraturgrunnlaget.

#### FORDELER VED INTERKOMMUNALT SAMARBEID

- Pengene strekker bedre til ved interkommunalt samarbeid. Spesielt små og mellomstore kommuner får tilskuddet til å strekke til i større grad (Deloitte 2013; Zeiner og Tjerbo 2015). Kommunene oppnår stordriftsfordeler, bedre kapasitetsutnyttelse og bedre evne til å håndtere svingninger og økonomisk risiko (Zeiner og Tjerbo 2015: 31) (**økonomi fagmiljø kvalitet**)
- Interkommunalt samarbeid gir muligheter for bedre fagmiljø, legedekning og tilgang på utstyr, som i sin tur kan resultere i høyere tillit til tilbudet blant legene og i befolkningen (Deloitte 2013; Zeiner og Tjerbo 2015) (**fagmiljø kvalitet demokrati**)
- Interkommunale tilbud gir oftere muligheter for lokalisering ved legevakt (Skinner 2015a), hvilket kan lette informasjonsarbeidet mot legene og gjøre at man kan ha samarbeid med legevakten om kompetanseheving (Rambøll 2015) (**økonomi fagmiljø kvalitet**)
- Interkommunalt samarbeid om øyeblikkelig hjelp døgnopphold gir muligheter til å bygge videre på allerede etablerte interkommunale samarbeid med omliggende kommuner, spesielt legevaktssamarbeid (Zeiner og Tjerbo 2015) (**kvalitet demokrati**)

#### BAKDELER VED INTERKOMMUNALT SAMARBEID

- I tilfeller der interkommunalt samarbeid om ø-hjelpstilbudet innebærer en sentralisering av tjenestene (Grimsmo og Løhre 2014), vil intensjonen om nærhet til

innbyggerne (delvis) forsvinne (Deloitte 2015; Grimsmo og Løhre 2014; TNS Gallup 2012b). Avstanden mellom innbyggerne i samarbeidskommunene og ø-hjelpstilbudet vil kunne bli en barriere for bruk blant annet på grunn av risikoen som er forbundet med flytting av pasienter, særlig for eldre og fysisk syke pasienter (Rambøll 2015: 40; TNS Gallup 2012b: 26). I tillegg vil det interkommunale tilbudet bli overflødig i kommuner som allerede har velfungerende lokale tilbud (Skinner 2015c). Zeiner og Tjerbo (2015: 34) påpeker at man i små kommuner med få innbyggere og lange reiseavstander må veie «fordeler knyttet til stordriftsfordeler og større fagmiljø [...] mot den ulempen lange reiseavstander medfører for innbyggerne». Man kan spørre seg om ikke kommunale tilbud treffer lokale behov bedre, spesielt i små kommuner. I en spørreundersøkelse fra 2013 sa samtlige representanter fra små kommuner med egne tilbud at de opplevde at ø-hjelpstilbudet traff behovet i kommunen godt, mot bare 7 av 10 med interkommunale tilbud (Deloitte 2013: 22-24) **(demokrati økonomi kvalitet)**

- På grunn av økonomi og/eller press fra helseforetak eller KS har mange kommuner, spesielt små kommuner, opplevd at de ikke har hatt noe annet valg enn å inngå interkommunalt samarbeid for å møte lovkravet (Zeiner og Tjerbo 2015; Deloitte 2013: 29) **(demokrati)**
- I interkommunale samarbeid er det en tendens til at vertskommunen tar eller får ansvaret for etableringen av tilbudet. En konsekvens av dette er at tilbudet ofte blir dårlig forankret i samarbeidende kommuner. Blant annet er lang reisevei en barriere for samarbeidskommuners involvering i planleggings- og etableringsprosessen. Resultatet er at fastlegene og legevakslegene i samarbeidskommunene får dårlig kjennskap (og tillit) til institusjonen hvor ø-hjelpssengene ligger og personalet som jobber der, og i sin tur, avstår fra å bruke tilbudet (Rambøll 2015). Dette får negative økonomiske og demokratiske konsekvenser for kommunene det gjelder. Det finnes flere tilfeller av utkantkommuner som overfører pengene de har fått til etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud ut av kommunen, til en ø-hjelpsenhet i en annen kommune, uten å ta tilbudet i bruk. Overføringer som kommunen har fått for å styrke det lokale tilbudet forsvinner dermed ut av kommunen i stedet for å komme innbyggerne til gode. Tilskuddsmidlene har i mange kommuner bidratt til å heve kompetansen i

de lokale helse- og omsorgstjenestene generelt og gitt kommunen et faglig løft. I kommuner der midlene sendes ut av kommunen forspilles denne muligheten. (**økonomi demokrati**)

- Enkelte kommuner forhastet seg inn i et interkommunalt samarbeid i stedet for å utrede muligheten for å etablere et tilbud i egen kommune (Rambøll 2015: 21; TNS Gallup 2012b). (**demokrati kvalitet**)

## KOMBINERTE TILBUD

Kombinerte kommunale/interkommunale tilbud nevnes ikke i den nasjonale veilederen eller i andre offentlige dokumenter, men Grimsmo og Løhre (2014) tar i sin artikkel til orde for en slik modell. Den kombinerte modellen består på den ene siden av et lokalt kommunalt tilbud som kan ivareta «skrøpelige eldre med avklart diagnose, [...] som kan behandles etter allmennmedisinske prinsipper og hvor transport og skifte av miljø representerer en risiko for forverring», og på den andre siden av «et opprustet interkommunalt tilbud for mer komplekse, men stabile pasienter» (Grimsmo og Løhre 2014: 17). Denne modellen er kun hensiktsmessig i kommuner der særskilte betingelser er oppfylt. Som allerede nevnt, finnes det mange utkantkommuner som allerede har tradisjon for å behandle den aktuelle pasientgruppen på sykehjemmet i kommunen (Skinner 2015; Grimsmo og Løhre 2014; Rambøll 2015). I disse kommunene kan den kombinerte modellen være et godt alternativ, såfremt det interkommunale ø-hjelpstilbudet blir brukt i praksis. Problemet er når det ikke blir brukt og pengene forsvinner ut av kommunen til det interkommunale tilbudet, slik som er illustrert i det følgende sitatet fra en informant fra Rambølls (2015: 33) undersøkelse:

Tror sengene [i det interkommunale tilbudet] har vært brukt veldig lite, og at vår kommune har brukt dette ekstra lite. Vi ligger i en utkant til legevakten, og vi har god plass på sykehjemmet, kapasitet og sykepleiere som har god kompetanse, sykepleiere som kjenner pasienter [...]. Det er nærmere og vi kjenner dem. Tilsynslegen eller fastlegen kan gå visitt her. Fastlegen følger opp selv. Det er enklere å følge opp her på sykehjemmet. Vi har et moderne sykehjem, med god kapasitet og kompetanse.

I slike tilfeller, hvor et interkommunale tilbud blir overflødig

på grunn av et velfungerende lokalt tilbud (og lange reiseavstander), er det vanskelig å se poenget med en todelt modell. I tillegg er det også andre forutsetninger for at et todelt tilbud vil være hensiktsmessig. Det interkommunale tilbudet er nødt til å være mer avansert enn det kommunale så det kan ta imot mer komplekse pasienter. Videre må det også være en avklart arbeidsdeling mellom de to enhetene.

## LOVBESTEMMELSEN OG VEILEDERENS BETYDNING FOR ORGANISERINGEN AV Ø-HJELPSTILBUDET

Lovbestemmelsen om øyeblikkelig hjelp døgnopphold er svært vidt formulert, og gir betydelig rom for tolkning:

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5)

Lovbestemmelsen åpner for ulike løsninger både når det gjelder interkommunalt samarbeid, valg av lokalisering, organisering av legetjenesten og hvilke pasientgrupper kommunens tilbud skal omfatte.

Når man ser på hvordan kommunene har valgt å organisere sine døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, er den store variasjonen på alle variabler påfallende. I innfasingsperioden ble det søkt om tilskudd til 109 kommunale og 73 interkommunale ø-hjelpsenheter, og de har blitt lokalisert til henholdsvis sykehjem, lokalmedisinsk senter (LMS), legevakt, helsehus, sykestue eller sykehus. Legetjenesten har blitt organisert på utallige forskjellige måter, for eksempel gjennom avtaler med egne ØHD-leger, særskilte ØHD-vaktordninger, tilsyn av sykehjemslege og/eller legevakt (Skinner 2015a). I tillegg varierer inklusjonskriteriene ut ifra den enkelte kommunale ø-hjelpsenhets utstyr, kompetanse og øvrige forutsetninger. Lovbestemmelsen *har* med andre ord gitt rom for etablering av de helt små ensengsordninger ved et sykehjem og større interkommunale minisykehus (jf. Meld. St. 26 2014-15: 157).

Lovbestemmelsen har i stor grad åpnet opp for lokale

tilpasninger, men den nasjonale veilederen har på sin side bidratt til å innskrenke kommunenes handlingsrom. Veiledningsmateriellet fra Helsedirektoratet kom først ut i 2012, men ble revidert og utgitt på nytt i 2013 og 2014 etter hvert som det ble samlet erfaringer fra etableringen og driften av tilbudet. Selv om det har blitt understreket i alle utgavene av veilederen at kommunene står fritt til å organisere ø-hjelpstilbudet og at det skal integreres i de øvrige tjenestetilbudene, har alle versjonene også presentert mer eller mindre konkrete anbefalinger både når det gjelder interkommunalt samarbeid, lokalisering, organisering av legetjenester, aktuelle pasientgrupper og planprosessen. At veilederen har hatt stor innflytelse på organiseringen av tilbudet fremkommer svært tydelig i litteraturen. For eksempel oppgav nesten samtlige kommune- og helseforetaksrepresentanter som deltok i TNS Gallups undersøkelser i 2012 at de hadde brukt veilederen i ganske stor eller svært stor grad (TNS Gallup 2012a, 2012b). Flere kommunerepresentanter påpekte at det var først etter at de hadde lest veilederen at de forstod det faktiske innholdet i ø-hjelpstilbudet (TNS Gallup 2012b: 25). At veilederen har vært svært flittig brukt i utformingen av tilbudet gjennom hele perioden bekreftes av påfølgende utredninger. Veilederen har hatt spesielt sterk innflytelse på utformingen av inklusjonskriteriene i mange tilbud (Deloitte 2015; Rambøll 2015). Det har ikke vært uvanlig at veilederens forslag til aktuelle pasientgrupper har blitt benyttet som utgangspunkt for utarbeidelsen av inklusjonskriteriene for ø-hjelpstilbudet (Deloitte 2014c), eller at det er tatt en «blåkopi» av dem i avtalene (TNS 2012a: 13).

Konklusjonen er at veilederens konkrete anbefalinger har hatt stor betydning for hvordan tilbudet har blitt organisert i kommunene. Likevel må det erkjennes at veilederen tydelig har uttrykt at det er opp til kommunene å velge hvordan de vil organisere det lokale tilbudet og at mange av kommunene i stor grad har benyttet seg av handlingsrommet de har fått i forbindelse med lovkravet. I mange kommuner har lokale forhold fått stor betydning for hvordan ø-hjelpstilbudet har blitt implementert. Noen har for eksempel opprettet flere senger til øyeblikkelig hjelp døgnopphold enn myndighetene har anbefalt (Skinner 2015c; Deloitte 2014), andre har brukt tilskuddet til å drifte todelte tilbud (Skinner 2015a; Grimsmo og Løhre 2014), mens andre igjen har funnet unike løsninger for å få på plass god nok legedekning for tilbudet innenfor lokale begrensninger (Skinner 2015a).

## USIKKERHET OG ULIKE TOLKNINGER

Det er åpenbart at det har vært mye usikkerhet blant både kommuner og helseforetak rundt hva som har vært pålagt fra sentralt hold og hva som har vært valgfritt. I litteraturgrunnlaget kom det blant annet frem at flere har (feilaktig) oppfattet henvisende leges plikt til å utarbeide en behandlingsplan som et nasjonalt krav (Rambøll 2015: 30). Andre usikkerhetsmomenter som nevnes er hvor spesialisert (lege)tjenesten skal være (Deloitte 2014b; Rambøll 2014; TNS Gallup 2012b), om 72-timersgrensen er absolutt eller veiledende (Deloitte 2014b, c; Skinner 2015c), og om sykehuset kan henvide pasienter til tilbudet (Skinner 2015c; Deloitte 2015). Ett eksempel på hvordan denne usikkerheten har fått betydning for kommunenes organisering er en kommune som kom i gang tidlig og som på anbefaling fra helseforetaket la tilbudet til legevakt fordi helseforetaket mente at det måtte være lege til stede døgnet rundt. Etter noen måneders drift mente kommunen at de ville gått for en annen løsning og mindre legebemanning ut ifra de erfaringene de hadde fått (TNS Gallup 2012b: 11, 13). Et annet eksempel er kommuner som «lot seg overtale» av helseforetak, KS (Deloitte 2013) eller tidlige versjoner av veilederen (se Helsedirektoratet 2013a: 8) til å etablere interkommunale tilbud, men som trakk seg ut av samarbeidet for å opprette et tilbud i egen kommune (se f.eks. TNS Gallup 2012b: 12).

Den vidt formulerte lovbestemmelsen og de sentrale føringene i den nasjonale veilederen har med andre ord blitt oppfattet forskjellig mellom kommuner og mellom sektorer, sentralt og lokalt. Handlingsrommet har dermed også blitt oppfattet forskjellig mellom kommuner og mellom sektorer. Det er tydelig at mange kommuner har følt seg mer bundet av veilederens anbefalinger enn andre, og at noen har måttet forholde seg mer enn andre til andre aktørers tolkninger av lovbestemmelsen, f.eks. noen helseforetaks krav til kort responstid fra lege for å gjøre tilbudet «like godt eller bedre» enn sykehus (TNS Gallup 2012a: 13-4). I tillegg har de små kommunenes oppfattelse av tilskuddets utilstrekkelighet lagt bånd på deres handlingsrom til å velge bort interkommunalt samarbeid. Ulikhetene dette medfører har en lokaldemokratisk betydning, i og med at lokalpolitikernes frihet til å velge den beste organiseringen av tilbudet for å møte lokalbefolkningens behov i noen kommuner ikke har vært like reell som i andre. Dette illustreres godt av følgende sitat fra en lokalpolitiker i Zeiner og Tjerbos (2015: 28) studie:

Samhandlingsreformen, sånn som jeg opplever den, er

jo sentralstyrt, altså nærmest som et pålegg som vi må håndtere som best vi kan, og den gir føringer som ikke gir så mange realistiske alternativer for oss som liten kommune.

Små kommuner har altså i mindre grad følt at de har hatt et reelt handlingsrom i forbindelse med organiseringen av tilbudet.

## HELSEFORETAKENES ROLLE I ETABLERINGSFASEN AV Ø-HJELPSTILBUDET

Den nasjonale veilederen fastslår at

Kommunenes tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal nedfelles og reguleres i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Samarbeidsavtalene er et overordnet virkemiddel for samarbeidet mellom partene. Partene skal sammen avklare hvordan faglig forsvarlighet og kvalitet ivaretas.

(Helsedirektoratet 2014a: 8)

Ifølge loven skal samarbeidsavtalene inneholde et eget punkt som beskriver kommunens ø-hjelpsdøgntilbud. Veilederen forutsetter at det skal være likeverd mellom partene, og at de har ulike roller og ulikt ansvar (Helsedirektoratet 2014a: 8). Videre spesifiseres det i veilederen at partene har et felles ansvar i både etableringsprosessen og den videre driften og oppfølgingen av tilbudet:

De konkrete utfordringene må løses av partene i fellesskap, både i forkant av etablering og ved en løpende evaluering av driften den første tiden.

(Helsedirektoratet 2014a: 11)

## HELSEFORETAKET SOM PLANLEGGINGSPARTNER

Utredningene viser at helseforetakene i stor grad har vært involvert i planleggingen og utviklingen av det kommunale ø-hjelpstilbudet (Deloitte 2015, 2014a; Rambøll 2015; Frantzen et al. 2014). Grimsmo og Løhre (2014: 15) påpeker imidlertid



at mye tyder på at utformingen av tilbudet hovedsakelig «har skjedd i et samarbeid mellom politisk og administrativ ledelse i kommunene og helseforetaket». Selv om samhandlingskoordinatorene i helseforetakene stort sett mener de har vært aktivt deltakende i planleggingsprosessen (Deloitte 2015), varierer det i hvilken grad informantene fra kommunene opplever at helseforetaket faktisk har tatt et reelt faglig ansvar for utvikling av tilbudet (Rambøll 2015: 12). På den andre siden finnes det også eksempler på helseforetak som har opplevd at enkelte kommuner har ekskludert dem i planleggingsprosessen (Deloitte 2015).

I utformingen av samarbeidsavtalene om øyeblikkelig hjelp døgnopphold har helseforetakene i de fleste tilfellene benyttet seg av avtalemaler som de mer eller mindre har tilpasset kommunenes tilbud. Kommunene har i varierende grad hatt innflytelse på disse avtalene. Videre ser det ut til at en betydelig andel har benyttet seg av standardavtaler som ikke har blitt tilpasset den enkelte kommune. Bare noen få helseforetak har i samarbeid med kommunene utarbeidet individuelle avtaler som er skreddersydd den enkelte kommune (Deloitte 2015).

## SAMARBEID ETTER PLANLEGGINGSFASEN

Litteraturgrunnlaget tyder på at helseforetakene har opplevd en mindre grad av involvering i arbeidet med kommunenes ø-hjelpstilbud etter planleggingsfasen. Etter tilbudet ble implementert har kommunene stort sett stått for driften selv (Deloitte 2015). En av grunnene til dette er at mange av helseforetakene har inntatt en forsiktig holdning; for å opprettholde et godt samarbeidsklima har de ikke ønsket å blande seg for mye i kommunenes tilbud. I tillegg har mange av helseforetakene opplevd det som at kommunene ikke har ønsket involvering fra helseforetaket, men har sett på ø-hjelptilbudet som sitt territorium (Deloitte 2015: 13).

Når det gjelder samarbeid på lavere nivå, viser litteraturgrunnlaget at det enkelte steder er et aktivt samarbeid mellom kommune og helseforetak både når det gjelder kompetanseoverføring og andre rutiner (Skinner 2015b; Deloitte 2013; Frantzen et al. 2014; Rambøll 2015). Eksisterende relasjoner og enkeltindividers interesse og engasjement er ofte avgjørende for velfungerende samarbeid (Deloitte 2015; Skinner 2015b). På den andre siden ser det ut til at flertallet strever med å få til et aktivt samarbeid på tjenestenivået. De fleste av kommunene og helseforetakene uttrykker at det foregår lite samhandling under det administrative nivået (Deloitte

2015; Skinner 2015b; Rambøll 2015). På spørsmål om hvor godt de opplevde at det kommunale tilbudet var forankret internt i helseforetaket, svarte 13 av 19 samhandlingskoordinatorene i Deloitte's siste utredning at de opplevde det som svært lite godt, lite godt eller delvis godt. Kun 6 svarte at det var godt forankret (Deloitte 2015: 21). Mange kommuner har også oppfattet helseforetakene som «fraværende» i driften av tilbudet (Skinner 2015b).

Mangelen på samarbeid på tjenestenivået kan til dels forklares med at helseforetaket ikke oppfatter at de har ansvar for det kommunale ø-hjelpstilbudet, men at det er kommunenes ansvar. Andre utfordringer er «stor utskiftning av personell [i helseforetaket], 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» (Deloitte 2015: 21). I tillegg gjør de store variasjonene i kommunenes ø-hjelpstilbud og lokale forhold det vanskelig for helseforetakene å holde oversikten. Det er også tydelig at kommunene på sin side ikke er spesielt flinke til å involvere helseforetaket i driften av ø-hjelpstilbudet (Deloitte 2015; Skinner 2015b) og at de kan bli bedre til å etterspørre tilbud om kompetanseheving og annen bistand de ønsker fra helseforetaket (Skinner 2015b). En studie fra 2012 viste at helseforetakene i stor grad uttrykte åpenhet for strukturert samarbeid på veiledningsfronten (TNS Gallup 2012a). Det fremkommer også fra andre studier at kommunene setter pris på det samarbeidet de har med helseforetaket når det gjelder veiledning (Frantzen et al. 2014; Skinner 2015b), men at de samtidig etterlyser at helseforetaket kommer mer på banen i forbindelse med ø-hjelpstilbudet (Skinner 2012b).

I tillegg til funksjonene som allerede er nevnt har noen helseforetak også hatt en rolle som henvisere til det kommunale ø-hjelpstilbudet. Selv om det står i veilederen at det er fastlegene og legevaktslegene som skal henvise pasienter til tilbudet, har flere kommuner/helseforetak blitt enige om at lege i akuttmottak og/eller poliklinikk kan foreslå pasienter til tilbudet som de mener ikke trenger sykehusinnleggelse. Mange steder har dette vært et tiltak for heve belegget ved de kommunale ø-hjelpsenhetene og å bedre oppfylle hensikten med tilbudet, nemlig å redusere sykehusinnleggelse. Fem av de 20 samhandlingskoordinatorene som ble intervjuet i Deloitte's studie oppgav at det var mulig for leger i akuttmottaket på sykehuset å henvise pasienter direkte til kommunenes ø-hjelpstilbud (Deloitte 2015: 27). På nasjonalt nivå har 6

prosent av innleggelsene kommet fra lege i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2015: 111).

## LIKEVERDIG SAMARBEID?

Den nasjonale veilederen fastslår at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak skal være likeverdig: Partene er likeverdige [...] (Helsedirektoratet 2014a: 8). Det varierer imidlertid hvorvidt samarbeidet om øyeblikkelig hjelp døgntilbud oppleves som likeverdig. I Deloittes undersøkelse svarte 11 av 18 samhandlingskoordinatorer fra helseforetak at de opplevde at partene i svært stor eller stor grad var likeverdige i planleggingsprosessen, men at kommunene var den dominerende part når planleggingsfasen var tilbakelagt (Deloitte 2015: 16). På kommunesiden varierer det også hvorvidt de har en opplevelse av likeverd i samarbeidet med helseforetaket (Deloitte 2013: 33; Frantzen et al. 2014). Mens flere kommunerepresentanter i Deloittes (2013) studie oppgav at de ikke opplevde seg som en likeverdig part i utarbeidelsen av samarbeidsavtalen, skriver Frantzen et al. (2014: 8) at...

Fleire fortel om opplevd likeverd mellom kommune og helseforetak. Ein kommune seier at dei opplever likeverd på leiarnivå, men at dette kan variere på lågare nivå.

At partene i varierende grad har opplevd seg som likeverdige i de siste årenes samarbeidsprosesser fremkommer også i øvrig forskning om Samhandlingsreformen (Ljunggren, Solbjør og Kleiven 2015; Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove 2015; Håland og Osmundsen 2015; Martens og Veenstra 2015). Samtidig fremkommer det tydelig fra Deloittes siste utredning og flere av disse forskningspublikasjonene at opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud og andre samhandlingstiltak som kom inn med Samhandlingsreformen har medført at kommuner og helseforetak i større grad snakker sammen og samarbeider, og på denne måten har blitt bedre kjent med hverandre (Deloitte 2015: 29). Flere kommunerepresentanter «beskriver en utvikling over tid, hvor kommunikasjon og dialog har blitt bedre» (Håland og Osmundsen 2015: 80).



## VURDERINGER OG ANBEFALINGER

I denne oppsummeringen har jeg fokusert på fire hovedområder: Erfaringer med bruken av de kommunale ø-hjelpssengene, fordelene og bakdelene ved interkommunalt samarbeid, lovbestemmelsens og veilederens betydning for organiseringen av tilbudet, og helseforetakenes rolle i etableringen og driften av ø-hjelpstilbudet. I denne delen av rapporten presenterer jeg mine vurderinger og anbefalinger. De bygger på litteraturen fra oppsummeringen.

### BRUKEN AV TILBUDET

I både offentlige dokumenter og utredninger om det kommunale ø-hjelpstilbudet er det satt mye fokus på den sviktende beleggsprosenten i kommunene. Gjennomsnittlig ligger belegget på ca. 34 prosent, og etter bortfallet av kommunal medfinansiering fra 2015, har kommunene ingen direkte insentiver for å bruke det kommunale ø-hjelpstilbudet fremfor sykehus. Det er imidlertid mange kommuner som opplever stor suksess og høy bruk av sine tilbud, og de aller fleste av kommunene melder om økt bruk etter hvert som tilbudet blir bedre forankret blant relevante aktører i kommunen. Felles for dem som bruker tilbudet mye og opplever det som en suksess er at de har identifisert et behov for tilbudet i kommunen eller tilpasset tilbudet i henhold til lokale forutsetninger og behov. I flere tilfeller vil også den høye bruken være en følge av at døgnopphold for øyeblikkelig hjelp er en videreføring av et liknende tilbud som allerede er etablert og godt kjent i kommunen. Derfor er det viktig å påpeke at i kommuner hvor ø-hjelpstilbudet representerer noe helt nytt vil det ta tid til å

forankre tilbudet blant aktørene. I tillegg vil mange kommuner måtte påregne å gjøre tilpasninger i både dimensjonering og lokalisering og eventuelt vurdere å trekke seg fra eller gå inn i interkommunalt samarbeid, ut ifra erfaringene de får disse første årene.

Fra myndighetene etterlyser jeg mindre fokus på beleggsprosenten og mer tydelighet rundt hva hensikten med sengene er. Det er ikke beleggsprosenten i seg selv som er problemet; problemet er at det kommunale ø-hjelpstilbudet ikke avlaster sykehusene i tilstrekkelig grad. Denne oppsummeringen viser tydelig at det er mye forvirring blant de forskjellige aktørene om hva meningen med sengene er og hvem pasientene skal være. Noen kommuner, helseforetak og leger er av den oppfatning at sengene kun skal brukes til pasienter som ellers ville vært innlagt i sykehus, mens andre kommuner også bruker sengene til pasienter som også tidligere ble behandlet på et lavere nivå. Loven legger ikke føringer på hvilke pasienter som skal behandles i de kommunale ø-hjelpssengene, og begge praksiser er dermed «godkjent» bruk. I lys av de mange ø-hjelpssengene som står tomme rundt om i landet, anbefaler jeg myndighetene å tydelig kommunisere til kommunene at det «er lov» å tenke litt lenger enn den kortsiktige akuttinnleggelsen når de skal definere tilbudets målgruppe. Formålet med innføringen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å avlaste akuttinnleggelser i sykehus for å skape et bærekraftig helsevesen. Det kan kommunene også gjøre ved å bruke plassene på en slik måte at de *forebygger* akuttinnleggelser i sykehus. I sin rapport fra 2010 trakk Møller og Flermoen (2010: 111) frem to funksjoner for intermediære enheter som også er av høy relevans for de kommunale øyeblikkelig hjelp-sengene:

- Forebyggende virksomhet:  
Som et tiltak for å unngå innleggelser
- Behandling: Gjennomføring av egen behandling av pasienter

Hvis både kommuner, helseforetak og leger kan hjelpes til enighet om at forebyggende virksomhet også er hensiktsmessig bruk av ø-hjelpssengene, vil vi være ett steg nærmere målet om å avlaste sykehusene. Etter hvert som kommunene får erfaring med tilbudet, må de også vurdere om tilbudet er riktig dimensjonert og om det bør økes eller reduseres i samsvar med det opplevde behovet. Per i dag er tilbudene dimensjonert ut ifra myndighetenes estimat, ikke kommunenes reelle behov.

## INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Tidlig i etableringsfasen ble det kommunisert fra mange aktører, blant annet fra Helsedirektoratet, KS og mange helseforetak, at kommunene burde etablere interkommunale tilbud for å sikre robuste og gode nok tilbud. I 2014-veilederen fjernet Helsedirektoratet imidlertid anbefalingen om interkommunalt samarbeid og valgte i stedet mer nøytrale formuleringer rundt temaet. Erfaringer fra de første årene med ø-hjelpstilbudet har, som jeg har vist tidligere i denne rapporten, vist at det er både fordeler og ulemper med interkommunalt samarbeid. Dette må anerkjennes. Det er lokale forhold, forutsetninger og behov som bør styre hvorvidt en kommune går inn i et samarbeid om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp eller ikke. Det bør med andre ord være opp til den enkelte kommune å velge hva som er mest hensiktsmessig ut ifra lokale forhold. Myndighetene må legge til rette for ulike modeller og rom for prøving og feiling, slik at enkeltkommuner kan revurdere valg av modell i lys av erfaringer med tilbudet. Det kan for eksempel være lurt for mindre kommuner å prøve ut et tilbud i en nabokommune, men hvis kommunen i svært begrenset grad bruker tilbudet, bør kommunen vurdere om den kan etablere et lokalt kommunalt tilbud i stedet. Det er viktig at den enkelte kommune får positive ringvirkninger av ressursene som kommer med ø-hjelpstilbudet.

## LOVBESTEMMELSEN OG VEILEDEREN

Oppsummeringen viser at mange av kommunene i stor grad har benyttet seg av handlingsrommet de har fått i forbindelse med lovkravet. Samtidig har den nasjonale veilederens konkrete anbefalinger hatt stor betydning for hvordan tilbudet har blitt organisert i kommunene. Primærhelsemeldingen spør om det bør være større likhet i løsningene som velges. Jeg mener at et mer sentralt spørsmål er om det burde være større likhet i kommunenes oppfattelse av handlingsrommet de har fått i forbindelse med organiseringen av ø-hjelpstilbudet. For å bøte på denne ulikheten kunne den nasjonale veilederen vært enda tydeligere i sin kommunikasjon av at både forebyggende virksomhet og behandling er «godkjent bruk» av tilbudet, jamfør resonnetet ovenfor. Samtidig bør kommunene gjøres oppmerksomme på at Helsedirektoratets veileder er nettopp det – en veileder for å hjelpe med etableringen av

et nytt tilbud. Lovkravet er vidt formulert nettopp for å gi rom for lokale tilpasninger, slik at tilbudet skal få en hensiktsmessig form i den enkelte kommune. Kommunene må gripe det handlingsrommet de har fått og etter hvert som de selv får erfaringer med driften, tilpasse tilbudet etter behovet og forutsetningene lokalt.

Den nasjonale veilederen ble utgitt i 2012, men ble revidert og utgitt på nytt i 2013 og i 2014. Revideringene ble gjort etter hvert som det ble samlet kunnskap om og erfaringer fra etableringen og driften av tilbudet. Det er imidlertid problematisk at det ikke er gjort rede for endringene som er gjort fra versjon til versjon i materialet. Selv om mange kommuner er til stede på erfaringskonferanser om temaet og vil ha fått med seg noen av endringene som er kommunisert i disse foraene, er det langt i fra alle kommunene som er til stede på slike arrangementer. Det at noen av anbefalingene fra Helsedirektoratet har endret seg fra år til år uten at det er blitt gjort tydelig hva som er endret, har ytterligere komplisert kartet og landskapet kommunene og helseforetakene har prøvd å navigere seg rundt i disse fire første årene med øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

## HELSEFORETAKENES ROLLE

Oppsummeringen viser at helseforetaket i stor grad har tatt del i planleggingen av ø-hjelpstilbudet, men i mindre grad har vært deltakende i arbeidet med tilbudet etter planleggingsfasen. Samarbeidet oppleves i varierende grad som likeverdig av kommunene, men det ser likevel ut til at det går i riktig retning både når det gjelder økt og bedret kontakt nivåene i mellom og økt opplevelse av likeverd i kommunene.

Mye tyder imidlertid på at den todelte finanseringsordningen, der den ene halvparten av midlene ble gitt som tilskudd fra Helsedirektoratet og den andre ble direkte overført fra helseforetaket ved oppstart av det kommunale tilbudet, har hatt en negativ innvirkning på relasjonene mellom kommuner og helseforetak. Litteraturgrunnlaget for oppsummeringen viser at flere helseforetak har vært svært kritiske til at de har vært nødt til å overføre penger til kommunene uten at det har blitt stilt noe krav til kommunene om bruken av sengene. Noen kommuner har opplevd at helseforetaket har stilt krav om at innleggelsene i sykehuset måtte gå ned før penger ble overført til kommunen. Den uheldige innvirkningen dette har fått på samarbeidsforholdet mellom partene i forbindelse med ø-hjelpsarbeidet kunne ha vært unngått om det hadde vært

avsatt egne midler til opprettelsen av det kommunale ø-hjelps-tilbudet i stedet for at midler ble tatt fra helseforetakenes bevilgninger. Siden det heller ikke var en forventning om at sykehusinnleggelses vil gå ned som en følge av opprettelsen av det kommunale tilbudet (blant annet på grunn av demografiske endringer), så hadde det vært mer logisk å sette av friske statlige midler til å finansiere tilbudet.

## VIDERE FORSKNING

Kunnskapsgrunnlaget for etablering og utvikling av ø-hjelpssengene er forholdsvis smalt. Fokus har vært rettet mot organisering, legenes rolle, bruk av tilbudet, samarbeidsformer og effekter på sykehusinnleggelses. Alle andre forhold som har hatt betydning for dagens situasjon har ikke blitt løftet frem og diskutert. Dette gjelder særlig de faglige (kliniske) og organisatoriske forholdene knyttet både innskriving og utskrivning av pasienter i sengene. Heller ikke sykepleiernes erfaringer og arbeidsoppgaver i forbindelse med utvikling og drift av ø-hjelpssengene er blitt belyst. Tilgjengelige sykepleierressurser med rett kompetanse er essensielt for blant annet at sengene skal kunne brukes. Pasientene som ligger i sengene har behov for avansert sykepleie hvor overvåkning, omsorg og koordinering av forløp for den enkelte pasienten er sentralt.

I studier av andre forhold som vil supplere kunnskapen som foreligger og dermed bidra til bedre forståelse for dagens situasjon, bør det knyttes an til forskningstradisjoner som for eksempel har politisk styring av offentlig sektor og tjenesteutvikling som tema. Andre tilnærminger som kan brukes er innovasjon i offentlig tjenesteyting eller institusjonell etnografi. Forskningen på øyeblikkelig hjelp døgntilbud har ikke frem til nå vært knyttet til forskningstradisjoner eller teoretiske perspektiver. I tillegg har studiene vært små og enkeltstående. Med andre ord er det behov for forskning som bringer frem mer robuste data om tilbudet enn det som foreligger til nå. Det er behov for studier som undersøker utvikling og drift av tilbudet fra et eksplisitt teoretisk perspektiv. Slike studier gir en annen type kunnskap enn den som foreligger i dag.







## REFERANSELISTE

- Deloitte 2013. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. Oslo: Deloitte/KS FoU.
- Deloitte 2014a. Spørreundersøkelse om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Kartlegging av status for kommuner som ikke har søkt om tilskudd til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold per 01.03.2014. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.
- Deloitte 2014b. Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.
- Deloitte 2014c. Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Januar, Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.
- Deloitte 2015. Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Helseforetakenes erfaringer. Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet, september. Oslo.
- Den norske legeforening & Ks 2014. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapport fra Den norske legeforening og KS.
- Frantzen, C. B., Arianson, H., Stensland, P. & Iden, P. 2014. Kommunalt akutt døgntilbud i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane: Ei kvalitativ undersøkning av dei nystarta einingane i landsdelen. . Fylkesmennene på Vestlandet.
- Grimsmo, A. & Løhre, A. 2014. Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utposten, 43.
- Hagen, T. P. 2015. Prosessevalueringen av

Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner. EVASAM-konferansen 3.-4. september 2015. . Gardermoen, Oslo: Norges forskningsråd.

Helse- og omsorgstjenesteloven 2012. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.

Helsedirektoratet 2013a. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieell. Revidert 01/2013. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet 2013b. Samhandlingsstatistikk 2011-12. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet 2014a. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieell. Revidert 2/2014. . Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet 2014b. Samhandlingsstatistikk 2012-13. Rapport IS-2138. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet 2015. Samhandlingsstatistikk 2013-14. Rapport IS-2245. Oslo: Helsedirektoratet.

Håland, E. & Osmundsen, T. 2015. Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold: Samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. Nordiske Organisasjonsstudier, 17, 63-85.

Kairys, I. 2014. Implementation of the Municipal Day Care Unit in Oslo. Master, University of Oslo.

Ljunggren, B., Solbjør, M. & Kleiven, H. H. 2015. Strukturering av oppdragsnettverk - om samhandlingsreformens avtaleprosesser. Nordiske Organisasjonsstudier, 17, 13-36.

Martens, C. T. & Veenstra, M. 2015. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune: Fra dialog til avviksmelding? . NOVA-rapport 9/2015. . Oslo: NOVA.

Meld. st. 26 2014-15. Fremtidens primærhelse-tjeneste - nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Møller, G. & Flermoen, S. 2010. Samhandling mellom kommuner og helseforetak: Erfaringer fra Midt-Telemark. TF-rapport nr. 266.

- Prop. 91 l 2010-2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rambøll 2015. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid. . Rapport. Oslo: Rambøll.
- Skinner, M. S. 2015a. Døgnåpne kommunale akuttenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. Tidsskrift for omsorgsforskning, 1, 131-144.
- Skinner, M. S. 2015b. Enveiskjørt samarbeid? En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. Nordisk tidsskrift for helseforskning, 11, 97-112.
- Skinner, M. S. 2015c. Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene. Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 10/2015. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning, øst.
- St.Meld. nr. 47 2008-09. Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tns Gallup 2012a. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner - Erfaringer fra helseforetak: Statusrapport basert på erfaringer fra 5 helseforetak. Oslo: TNS Gallup.
- Tns Gallup 2012b. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner: Statusrapport basert på erfaringer fra 15 kommuner. Oslo: TNS Gallup.
- Zeiner, H. H. & Tjerbo, T. 2015. Helsekommunen? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen. NIBR-notat.
- Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I. & Skrove, G. K. 2015. Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. Nordiske Organisasjonsstudier, 17, 109-133.

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Bestillingen fra oppdragsgiver var en oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, med fokus på noen forhåndsdefinerte tema. Temaene, som ble valgt i samråd med oppdragsgiver, var: Erfaringer med bruken av plassene, legenes kunnskap og tillit til tilbudet, erfaringer med interkommunalt samarbeid, lovbestemmelsens betydning for organiseringen av tilbudet, og helseforetakenes rolle. Oppsummeringen er basert på en gjennomgang av tilgjengelig litteratur om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra fireårsperioden 2012-2015. Etter ønske fra oppdragsgiver har direktoratets og KS sine utredninger om ø-hjelpstilbudet fått mest fokus i litteraturgjennomgangen, etterfulgt av Helsedirektoratets årlige samhandlingsstatistikk og øvrige publikasjoner.



[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)