

UNDERSØKELSE OM BRUKEN AV ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD I KOMMUNENE

ERFARINGER FRA KOMMUNER MED ETABLERTE TILBUD

Sammendrag

I denne rapporten beskrives resultatene av en undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD), gjennomført høsten 2014 av Deloitte på oppdrag for Helsedirektoratet. Formålet med undersøkelsen har vært å innhente erfaringer fra kommuner som allerede har etablert et tilbud, med spesielt fokus på utfordringer og suksessfaktorer knyttet til beleggsprosent og bruk av tilbudet. Det ble gjennomført kvalitative telefonintervjuer med 30 informanter fra 30 ulike tilbud, og det ble lagt vekt på å sikre spredning i utvalget etter geografisk beliggenhet, størrelse, lokalisering og interkommunale samarbeid.

Nedenfor gjøres det rede for undersøkelsens hovedfunn:

Beleggsprosenten har i de fleste tilfeller økt siden oppstart

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

Det tar tid å forankre tilbudet hos innleggende leger

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

Innleggelsesrutinene fungerer ikke alltid optimalt

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

God tilgang på nødvendig kompetanse

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

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn.....	3
1.1.1 Hva er kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)?	3
1.1.2 Formål med studien	3
1.1.3 Slik leses rapporten	4
1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten	5
1.2.1 Metode	5
1.2.2 Utvalg.....	6
1.2.3 Intervjuteknikk og fremgangsmåte.....	7
1.2.4 Avgrensninger.....	7
2. RESULTATER FRA INTERVJUER OG INNHENTET INFORMASJON	9
2.1 Overordnede funn, inkludert utvikling i beleggsprosent.....	9
2.1.1 Overordnede funn.....	9
2.1.2 Utvikling i beleggsprosent.....	11
2.2 Sammenheng mellom bruk av tilbudet og oppgitte årsaksforhold	12
2.2.1 Organisering av tilbudet.....	12
2.2.2 Kommunikasjon og samarbeid	18
2.2.3 Rutiner og retningslinjer.....	23
2.2.4 Personer og kompetanse	27
2.3 Vellykkede tiltak og andre tilbakemeldinger	32
2.3.1 Eksempler på vellykkede tiltak	32
2.3.2 Uttalte flaskehalsar som har betydning for bruken	36
2.3.3 Andre tilbakemeldinger fra informantene.....	36
3. SUKSESSKRITERIER FOR GOD BRUK AV TILBUDET	39
4. VEDLEGG	42
4.1 Anonymisert oversikt over ØHD-tilbud omfattet av studien	42
4.2 Intervjuguide.....	46

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Hva er kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)?

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

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

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

1.1.2 Formål med studien

Dette prosjektet har hatt som formål å undersøke ØHD-tilbudet i et utvalg kommuner som har levert tjenesten i minst ett år. Gjennom studien ønsker Helsedirektoratet å få kartlagt i hvor stor grad døgnplassene blir benyttet, utviklingen i beleggsprosent siden

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

oppstart og hvilke faktorer som påvirker utnyttelsen av de plassene som er etablert. Videre ønsker direktoratet å kartlegge eventuelle vellykkede tiltak kommunene har igangsatt for å øke beleggsprosenten.

Etablering av ØHD-tilbud i norske kommuner er fortsatt i en relativ tidlig fase og man ønsker å undersøke hvordan tilbudet fungerer og hvordan det bør utvikles videre. Helsedirektoratet har derfor sett et behov for å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse for å få en oppdatert forståelse av dagens situasjon. Resultatene fra studien blir en del av sentrale myndigheters beslutningsgrunnlag for videre arbeid med implementering av den lovpålagte plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

1.1.3 Slik leses rapporten

Innledningsvis, i delkapittel 1.2, gis det en overordnet beskrivelse av metode, data og avgrensninger i undersøkelsen. I kapittel 2 gjøres det rede for undersøkelsens funn, basert på de kvalitative telefonintervjuene og innhentet informasjon fra informantene. I delkapittel 2.1 presenteres overordnede funn og spesifikke funn knyttet til utvikling i beleggsprosent. Resultatene som fremstilles i delkapittel 2.2 følger en struktur som er basert på Figur 1 på neste side: Først beskrives forhold knyttet til organisering av tilbudet, videre følger forhold relatert til kommunikasjon og samarbeid rundt bruken av tilbudet, deretter presenteres forhold knyttet til innleggelsesrutiner og retningslinjer og til slutt beskrives forhold relatert til personer og kompetanse på tilbudet. I delkapittel 2.3 gjengis resultatene fra noen avsluttende spørsmål om vellykkede tiltak, i tillegg til andre relevante tilbakemeldinger fra informantene. Kapittel 3 inneholder en oppsummering av de viktigste suksessfaktorene av betydning for tilbudet, på bakgrunn av informantenes tilbakemeldinger.

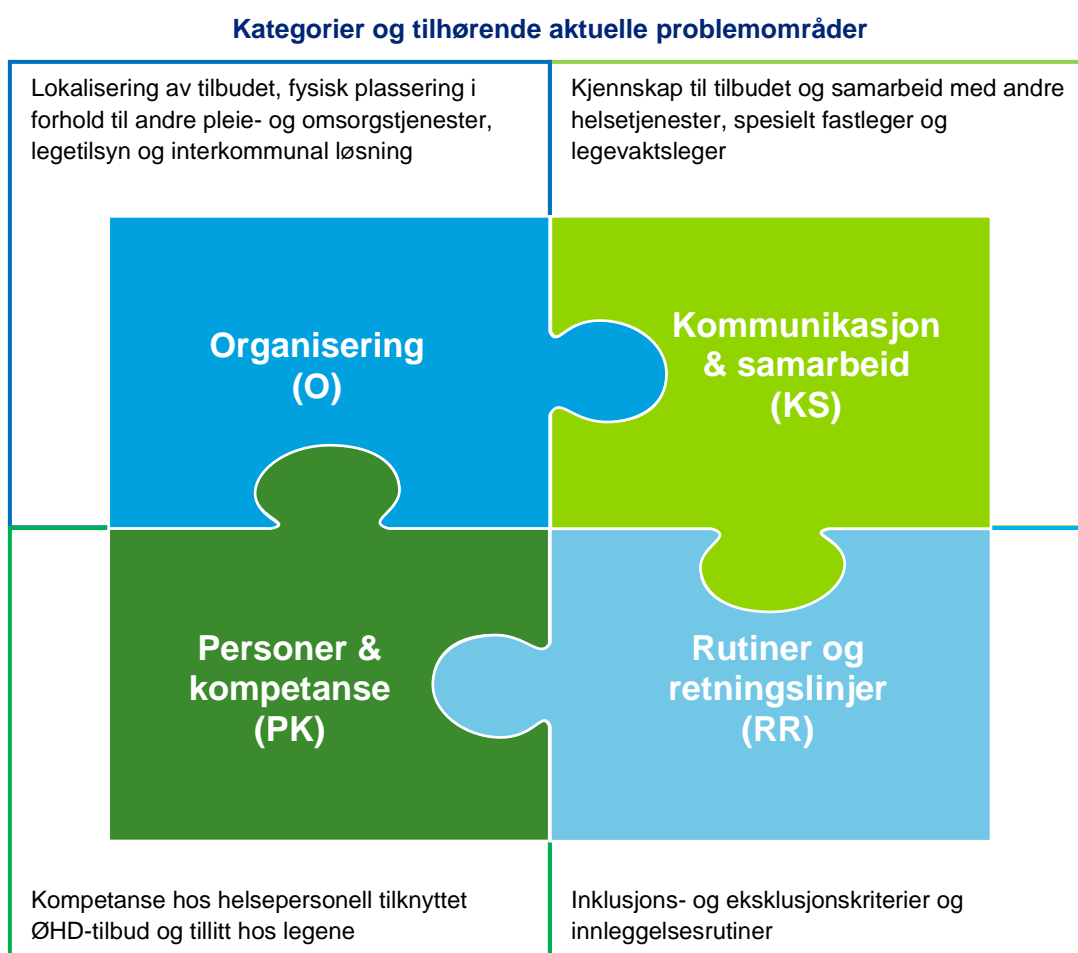
Ettersom Helsedirektoratet ønsker mer kunnskap om mulige årsaker til den lave og varierende beleggsprosenten og bruken av tilbudet, er rapporten lagt opp på en slik måte at utfordringer og risikomomenter knyttet til beleggsprosenten har fått en fremhevet plass. Det er viktig i den sammenheng å understreke at tilbakemeldingene fra informantene i all hovedsak er positive. Det er likevel områder informantene trekker frem som problematiske eller uavklarte.

1.2 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten

1.2.1 Metode

Helsedirektoratet har allerede fått en del tilbakemeldinger på mulige årsaker til lav beleggsprosent, og utfordringsbildet i forbindelse med bruk av det kommunale tilbudet for øvrig.

Deloitte har strukturert disse tilbakemeldingene i fire kategorier. Disse kategoriene vil være med på å sikre et helhetlig perspektiv, og kvaliteten på ØHD-tilbudet vil blant annet avgjøres av samspillet mellom dem. De fire kategoriene med tilhørende aktuelle problemstillinger er presentert i Figur 1 nedenfor.



Figur 1: Fire kategorier og eksempler på mulige problemområder

Med bakgrunn i de tidligere tilbakemeldingene ble det utviklet konkrete problemstillinger, som studien har hatt som formål å undersøke nærmere gjennom en kvalitativ kartlegging. Eksempler på slike problemstillinger er:

- Har lokalisering av tilbudet betydning for pasientgruppen man mottar?
- Fører lang avstand mellom samarbeidende kommuner til lavere bruk av interkommunale tilbud?
- Har henvisende leger nok kjennskap til detaljene om tilbudet?
- Fører økt pasientansvar og krav om innleggesskriv til at henvisende leger kvier seg for å bruke tilbudet?
- Har økte kompetansekrav vært med på å skape økt tillitt til tilbudet hos henvisende leger?

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

1.2.2 Utvalg

Ettersom studien har som mål å sikre et mest mulig helhetlig perspektiv, var det et ønske fra Helsedirektoratets side at informantene primært skulle bestå av leder for lokale samarbeidsutvalg, eller leder for ØHD-tilbudet. I realiteten består informantene av både ledere for ØHD, ledere for sykehjem / distriktsmedisinsk senter hvor ØHD er plassert, kommuneoverleger (som i visse tilfeller også er leder for lokalt samarbeidsutvalg), sykehjemsleger, tilsynsleger og et par sykepleiere tilknyttet ØHD. Det ble gjennomført kvalitative telefonintervjuer med 30 informanter fra 30 ulike tilbud.

Utvalget i undersøkelsen består av ØHD-tilbud som har eksistert i minst ett år. Ved utvelgelse av tilbudene ble det lagt vekt på å sikre variasjon i størrelse, geografisk beliggenhet, varighet siden oppstart, lokalisering av sengene og hvorvidt tilbudet var etablert interkommunalt. Utenom ønsket om å sikre variasjon, ble enkelttilbud valgt ut gjennom en tilfeldig prosess. Karakteristika ved disse 30 tilbudene er gjengitt i vedlegg 4.1. Navn på kommuner og informanter er anonymisert i fremstillingen og i rapporten for øvrig

1.2.3 Intervjuteknikk og fremgangsmåte

Samtlige telefonintervju ble gjennomført i løpet av en tre-ukers periode i oktober 2014. Intervjuene ble gjennomført med to intervjuere/konsulenter og én informant. I oppstarten av prosjektet ble det først gjennomført tre testintervjuer for å utprøve hvordan spørsmålene fungerte. På bakgrunn av testintervjuene ble det besluttet å benytte en strukturert intervjuguide. Informantene fikk intervjuguiden tilsendt før intervjuet slik at de hadde mulighet til å forberede seg og eventuelt konferere med kollegaer. De fikk også beskjed om å innhente data knyttet til antall døgnplasser, beleggsprosent, gjennomsnittlig liggetid og fordelingen av henvisninger fra fastleger og legevaktsleger. Disse nøkkeltallene ble vektlagt i intervjuet, der intervjueren stilte utdypende oppfølgingsspørsmål for å kartlegge mulige årsakssammenhenger.

Intervjuguiden inneholdt 26 hovedspørsmål, med tilhørende oppfølgingsspørsmål hvis relevant, og det ble satt av en time per intervju (se vedlegg 4.2 for en gjengivelse av intervjuguiden). Majoriteten av intervjuene tok mellom 45 og 55 minutter å gjennomføre. I starten av intervjuet ble intervjukandidatene informert om at all informasjon de oppga ville anonymiseres i rapporten, slik at det ikke ville være mulig å spore informasjonen tilbake til enkeltkommuner eller enkeltpersoner. Denne beslutningen ble tatt for å sikre mest mulig åpne og ærlige svar fra informantene.

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

1.2.4 Avgrensninger

Funnene i denne rapporten bygger i all hovedsak på tilbakemeldinger fra én informant per ØHD-tilbud. Dette legger enkelte begrensninger for hvilken informasjon det har vært mulig å innhente, og om tilbakemeldingene er representative for all helsepersonell tilknyttet et ØHD-tilbud.

Det presiseres også at innholdet i rapporten ikke nødvendigvis er representativt for andre ØHD-tilbud. Funnene bør derfor ikke generaliseres i stor grad, men det antas at de har en viss overføringsverdi. Det presiseres videre at tilbakemeldingene er basert på informantenes subjektive vurderinger, som ikke nødvendigvis er representative for andres erfaringer med samme tilbud.

Denne studien har ikke vurdert kvaliteten i pasientbehandlingen ved ØHD-tilbudet, verken medisinskfaglig eller gjennom tilbakemelding fra pasienter. Enkelte av informantene har på eget initiativ delt tilbakemeldinger de har fått fra pasienter eller deres egne vurderinger, men intervjuguiden har ikke dekket dette temaet. Å kartlegge kvaliteten i pasientbehandlingen ved tilbudet er like fullt svært viktig, og bør være gjenstand for videre undersøkelser.

2. Resultater fra intervjuer og innhentet informasjon

2.1 Overordnede funn, inkludert utvikling i beleggsprosent

I dette delkapittelet presenteres overordnede funn fra intervjuene og en diskusjon rundt utviklingen av beleggsprosenten i ØHD-tilbudene som er omfattet av studien.

2.1.1 Overordnede funn

I dette underkapittelet gjøres det rede for undersøkelsens hovedfunn relatert til utviklingen i beleggsprosent, som også presenteres utfyllende i neste underkapittel. Disse funnene er gjennomgående og tilsynelatende uavhengig av bakgrunnsfaktorer.

Det tar tid å forankre tilbudet hos innleggende leger

En gjennomgående tilbakemelding fra informantene er at det tar tid å gjøre et nytt helsetilbud kjent blant legene. Samtlige informanter opplyser at legene kjenner til øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) i større eller mindre grad, men man opplever likevel at ikke alle legene legger aktuelle pasienter inn på tilbudet. Dette forklares ofte med at legene glemmer at tilbudet eksisterer i sin travle hverdag, og i visse tilfeller er usikre på hvilken kompetanse som finnes på ØHD. Flere informanter trekker dermed fram viktigheten av kontinuerlig informasjon og påminnelser til legene gjennom god dialog og felles arenaer for jevnlig møter. Noen informanter har også opplevd at leger som har hatt god erfaring etter innleggelse fortsetter å legge inn, og ved flere tilbud sender man en tilbakemelding til innleggende lege og/eller fastlege etter oppholdet. I visse tilfeller forteller informanter om leger som er skeptiske til ØHD og helst vil legge ØHD-pasienter på sykehus, mens andre informanter forteller at ØHD er et svært etterlengtet tilbud blant legene. I kommuner med utstrakt bruk av vikarer opplever man i ulik grad at disse kjenner til ØHD, og man tilstreber å ha et fast legekorp for å sikre stabilitet. I små kommuner langt unna sykehus har man i noen tilfeller hatt tilsvarende tilbud som ØHD tidligere, og informanter fra slike kommuner forteller at legene bruker tilbudet i stor grad da de kjenner godt til det.

Nærhet og samarbeid er relevante nøkkelord

Mange informanter refererer til Samhandlingsreformens mål om å oppnå større nærhet mellom pasienter, helsetilbud og pårørende. Tilbakemeldingene er delt når det

gjelder om dette målet er oppnådd. I kommuner som ligger langt fra sykehus har informantene et inntrykk av at både leger og befolkning setter pris på muligheten for behandling nær hjem og pårørende, og at risikoen ved transport også reduseres. I tilfeller hvor ØHD ligger på eller svært nært sykehus har man i visse tilfeller inntrykk av at den eneste forskjellen mellom innleggelse på ØHD og innleggelse på sykehus er at man har mindre diagnostiseringsverktøy og lavere legedekning på ØHD, og det er vanskelig for befolkningen å se stor forskjell. Flere av informantene er tilknyttet tilbud som er en del av et større eller mindre interkommunalt samarbeid, og der oppleves det ofte at det hovedsakelig er leger fra vertskommunen som bruker tilbudet. Dette forklares i noe grad av at andre kommuner har egne lokale løsninger for behandling av pasienter, og i noe grad av at det er like langt eller kortere til nærmeste sykehus for andre kommuner.

Flertallet av tilbudene som ligger lokalisert på sykehus, legevakt eller distriktsmedisinsk senter har et godt samarbeid med tilhørende enhet, og har dermed også mulighet til å ta inn sykere pasienter ettersom risikoen oppleves mindre ved en eventuell forverring.

Innleggelsesrutinene fungerer ikke alltid optimalt

Ved de fleste tilbudene stilles det krav til innleggende lege om undersøkelser som skal gjennomføres og utarbeidelse av innleggesskriv, som blant annet inkluderer avklart diagnose og en behandlingsplan for oppholdet. Informantene påpeker at mange leger opplever det som tungvint å legge inn pasienter ved ØHD-tilbudet sammenlignet med innleggelser på sykehus, noe som kan føre til at de heller sender pasienten til sykehus eller at de sender mangelfull informasjon om pasienten ved innleggelse på ØHD. Dette fører ofte til unødvendig tidsbruk og frustrasjon blant de ansatte på tilbudet. Samtidig er det noen informanter som opplyser om gode tilbakemeldinger på at behandlingsplanen fungerer som en sikkerhet for innleggende lege, som dermed kan være betrygget med at pasienten håndteres på en forsvarlig måte.

God tilgang på nødvendig kompetanse

Ved de fleste tilbudene oppgir informantene at det har vært uproblematisk å knytte til seg nødvendig kompetanse på tilbudet. Eventuelle utfordringer er hovedsakelig knyttet til generell mangel på helseressurser i kommunen, og ikke mangel på

interesse. Situasjonen er ofte heller motsatt, da mange informanter opplever at ØHD blir sett på som et svært attraktivt sted å jobbe ettersom det oppleves som mer spennende og utfordrende enn andre kommunale helsetjenester. Noen informanter forteller også at opprettelsen av ØHD har ført til kompetanseheving i kommunehelsetjenesten generelt.

2.1.2 Utvikling i beleggsprosent

Beleggsprosenten på tilbudene ligger hovedsakelig mellom 30-50% og varierer fra 5% til 130%. Flertallet av tilbudene har opplevd at beleggsprosenten har økt etter hvert som tilbudet er blitt gjort mer kjent, og en gjennomgående tilbakemelding er at antall pasienter svinger fra måned til måned. I noen av tilfellene har man hatt et tilsvarende tilbud tidligere og dermed ikke opplevd stor endring i bruk, og i andre tilfeller har beleggsprosenten stabilisert seg på et visst nivå etter en periode.

Informantene nevner hovedsakelig økt kjennskap til tilbudet blant innleggende leger som en hovedfaktor for økning i beleggsprosenten, og flere antar at den vil fortsette å øke. Én informant opplyser at beleggsprosenten har gått ned som følge av at tilbudet i begynnelsen mottok utskrivningsklare pasienter fra sykehus, men at man har sluttet med dette blant annet fordi det førte til at tilbudet ofte var fullt.

Det er en viss variasjon med hensyn til om tilbudet brukes som forventet. Hoveddelen av informantene oppgir at tilbudet brukes som antatt og at kapasiteten på tilbudet ser ut til å være riktig dimensjonert. De resterende informantene opplever at tilbudet brukes mindre enn antatt, bortsett fra i én kommune hvor tilbudet brukes mer enn man hadde beregnet før oppstart. I tilfellene hvor kapasiteten på tilbudet kan virke overvurdert i forhold til reelt behov, blir det i stor grad antatt at dette kun gjelder i oppstartsfasen. Tre av kommunene oppgir at de har for liten kapasitet, og dermed opplever at tilbudet ofte er fullt.

Det kan virke som et paradoks at flertallet av informantene uttrykker at tilbudet brukes som forventet, samtidig som de fleste rapporterer en beleggsprosent på under 50%. Forklaringen er i stor grad knyttet til måten beleggsprosenten beregnes på, og noen informanter poengterer at beleggsprosent ikke nødvendigvis gir et representativt bilde

på om tilbudet blir brukt eller ikke. Dette forklares med at man i visse tilfeller har hatt mulighet til å opprette flere ØHD-senger enn det som er beregnet ut fra befolkningstall, eller at man har en fleksibel løsning når det gjelder antall senger som kan benyttes til ØHD-pasienter.

Flere informanter rapporterer om stor variasjon i bruken av plassene, og man ønsker derfor muligheten for å bruke flere senger om nødvendig for å slippe å avise pasienter i perioder med høyt trykk, selv om de samme sengene står tomme i andre perioder. Ved flere tilbud ligger ØHD på samme avdeling som korttidsavdeling, intermediæravdeling eller lignende, og man har dermed muligheten til å fordele senger og helsepersonell etter behov. I disse tilfellene kan det fremstå som uklart hvilke verdier man skal legge til grunn for beregning av beleggsprosent; faktisk antall sengeplasser man har mulighet til å benytte seg av, eller antall sengeplasser man er forventet å tilby fra Helsedirektoratets side. Disse to alternativene vil i visse tilfeller få stort utslag på beleggsprosenten. Flere informanter fra slike tilbud påpeker at det vil være mer naturlig å bruke faktisk antall liggedøgn som et mål på utnyttet kapasitet, og Deloitte har inntrykk av at dette vil gjøre det enklere for Helsedirektoratet å få oversikt over bruken av tilbudene.

Én informant trekker frem at ØHD-tilbudet mottar en del «friluftsfolk» og andre personer som oppholder seg i kommunen over et kortere eller lengre tidsrom. Dette fører til at man har en del innleggelse som ikke registreres i kommunens statistikk over bruk fra innbyggernes side, men som ikke desto mindre opptar sengeplasser på legevakt og ØHD.

2.2 Sammenheng mellom bruk av tilbudet og oppgitte årsaksforhold

Dette delkapittelet presenterer resultatene fra intervjuene med utgangspunkt i de fire kategoriene i Figur 1 på side 5.

2.2.1 Organisering av tilbudet

Her presenteres de viktigste faktorene knyttet til organisering av tilbud om



øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD-tilbud). Med organisering siktes det til lokalisering av tilbudet, avstand til sykehus, legetjenesten tilknyttet tilbudet og om tilbudet er interkommunalt.

Lokalisering

Alle tilbudene i utvalget har plassert tjenesten i tilknytning til andre eksisterende helsetjenester. Listen nedenfor viser hvilke helsetjenester tilbudene er knyttet opp mot:

- Sykehjem (både med og uten korttidsplasser, spesialisthelsetjenesteplasser osv.)
- Legevakt (kommunal eller interkommunal)
- Egen avdeling på sykehus
- Distriktsmedisinsk senter

Informantene anser i liten grad lokaliseringen av tilbudet som problematisk, tvert imot argumenteres det ofte for fordelene av å være plassert på det respektive stedet. Flertallet av tilbudene er lokalisert på sykehjem og hovedfordelen knyttet til lokalisering på sykehjem oppgis å være nærhet mellom pasient, pårørende og behandlingssted. I tillegg nevnes fordelen ved at eldre pasienter som allerede er innlagt ved sykehjemmet slipper unødvendig forflytning til sykehus, og at tilbudet kan samlokaliseres i avdeling for korttidsplasser og/eller intermediære plasser slik at man kan dele på ressurser og kompetanse. En gjennomgående tilbakemelding fra informantene er at de fleste diagnosene man har valgt å ta imot på tilbudet retter seg mot eldre pasienter, noe som fører til en høy gjennomsnittsalder og som ofte gjør at det er praktisk å ha tilbudet lokalisert på sykehjem. I de tilfellene hvor yngre aldersgrupper har blitt lagt inn på sykehjem har det ikke vært noe problem at de yngre kvier seg for å bli innlagt der. Med utgangspunkt i oppgitte beleggspresenter er det vanskelig å finne noe mønster som tilsier at det er spesielle fordeler eller ulemper ved å lokalisere ØHD på sykehjem, ettersom disse tilbudene rapporterer både høye og lave beleggspresenter og både mer og mindre bruk enn forventet.

Hovedfordelen knyttet til lokalisering på legevakt, sykehus eller distriktsmedisinsk senter oppgis å være allerede eksisterende rutiner for behandling av akutte tilfeller, og enklere tilgang til medisinskteknisk utstyr og spesialisert kompetanse. Dette skaper trygghet både for pasienter og ansatte, og gir også muligheten til å legge inn litt sykere

pasienter og/eller pasienter med litt mer usikre diagnoser på ØHD. Samtidig blir det også nevnt at lokalisering på sykehus i visse tilfeller har gjort det vanskelig for brukere å skille mellom ØHD og sykehusinnleggelse, og at innleggende lege kan bli fristet til å legge pasienten direkte inn på sykehus. Lokalisering av tilbudet på distriktsmedisinske senter ser ut til å ha en sammenheng med forholdsvis høy beleggprosent.

I to av kommunene har man plassert tilbudet på institusjoner med lang tradisjon for behandling av pasienter som faller inn under kriteriene for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Her trekkes forankring hos leger og befolkning fram som et viktig suksesskriterium og det reflekteres i høye beleggprosent.

Avstand mellom tilbud og sykehus

Det er stor variasjon i avstand mellom ØHD og sykehus. Blant informantene danner det seg et skille mellom tilbud som ligger nærmere enn 45 min kjøring fra sykehus og tilbud som ligger lenger unna. Sistnevnte rapporterer at det er langt til sykehus, mens de andre anser seg som sykehusnære, så en form for kategorisering kan være:

1. Tilbudet er plassert i, eller vegg i vegg med sykehus
2. Opptil 45 minutter kjøretid til sykehus
3. Mer enn 45 minutter kjøretid til sykehus

De fleste tilbudene faller inn under kategori to. Avstanden mellom ØHD og sykehus ser ut til å innvirke på to delvis motstridende måter. Nærhet til sykehus gjør at det kan oppleves som mindre risikabelt å legge inn sykere pasienter, men det kan også føre til at aktuelle pasienter legges rett inn på sykehus. Hvis innleggelse på ØHD medfører mer ansvar for innleggende lege og høyere tidsbruk på behandlingsskriv, vil sistnevnte effekt være mer sannsynlig. Lang avstand til sykehus kan føre til at det er mer praktisk å legge pasienten på ØHD sammenlignet med å sende pasienten lang vei med ambulanse, men det kan også oppleves som mer risikabelt hvis innleggende lege er usikker på diagnose. Her kan god legedekning, høy kompetanse og mye erfaring blant helsepersonell tilknyttet ØHD føre til at førstnevnte effekt er mer sannsynlig. Kartleggingen i intervjuene tyder på at kommuner som ligger langt fra sykehus ofte har etablerte rutiner for lokal behandling av akutte pasienter, noe som gjør at overgangen til et ØHD-tilbud ikke er så stor for ansatte og leger i kommunen.

En analyse av kvantitative opplysninger indikerer at lang avstand til sykehus ser ut til å ha en sammenheng med høyere dekningsprosent.

Videre kan det se ut til at samlokalisering av legevakt og sykehus har en negativ effekt på bruken av ØHD-tilbud. Et par informanter forteller at legevakten ligger ved sykehuset, noe som både fører til at det er enklere for legevaktslegene å sende pasienter til sykehus, og at de glemmer at ØHD-tilbudet er en mulighet. Dette gjelder spesielt dersom legevakten er interkommunal.

Legedekning og ansvar

Det er stor variasjon mellom tilbudene når det gjelder organisering av legetjenesten. For en utdypende beskrivelse av organiseringen ved hvert enkelt tilbud vises det til tabellen i vedlegg 4.1. Nedenfor listes de vanligste formene for organisering i forenklet form:

- Egen lege / egne leger knyttet til tilbudet i hel- eller deltidsstilling(er)
- Flere faste leger som deler på tilsynsansvaret på dag- og kveldstid
- Avtale med fastlege/legevaktslege om tilsyn et gitt antall timer per uke
- Vaktordning med legevaktsleger utenom dagtid og i helg

Kun et fåtall av tilbudene har døgkontinuerlig legedekning, ikke alle har daglige visitter og mange har organisert legetilsynet utenom vanlig arbeidstid ved bruk av vaktordninger. Det er vanskelig å si om det eksisterer et tydelig mønster for hva slags organisering som benyttes gitt hvor tilbudet er lokalisert og størrelsen på tilbudet.

Flertallet av informantene opplyser at innleggende lege har juridisk og medisinskfaglig ansvar for pasienten i en viss periode fra pasienten legges inn, til første legevisitt fra tilsynslege på tilbudet. Dette gjelder hovedsakelig ved innleggelser fra legevakt på kveld- og nattetid, men omfatter i visse tilfeller også fastleger som legger inn på dagtid. Enkelte informanter har inntrykk av at innleggende leger i mindre grad henviser til tilbudet dersom de har ansvar for videre oppfølging fram til legevisitt, da de kan oppleve det som mindre trygt å legge inn alvorlig syke pasienter uten å få en «second opinion» fra en annen lege. Samtidig svarer mange av informantene at inklusjonskriteriene og innleggelsesrutinene ofte blir oppfattet som såpass strenge at

innleggende lege ikke opplever det som uforsvarlig å legge inn på ØHD, selv med behandlingsansvar. Videre utgjør ansvarligheten et insentiv for innleggende lege til å skrive et godt innleggelseskriv, for å sikre at pasienten mottar riktig og adekvat behandling.

Interkommunalt samarbeid

Omtrent halvparten av tilbudene i utvalget er interkommunale. Blant informantene fra disse tilbudene er samtlige ansatt i vertskommunen, hvor også tilbudet er lokalisert. I et par tilfeller er det snakk om å opprette eller utvide samarbeidet for å inkludere kommuner som foreløpig ikke har etablert ØHD. I enkelte tilfeller er ØHD-tilbudet kommunalt, mens legevakten er interkommunal. Ved disse tilfellene blir det av noen informanter trukket frem at legevaktsleger fra andre kommuner har mindre kjennskap til tilbudet og dermed benytter det i mindre grad enn leger som jobber i samme kommune som ØHD-tilbudet.

Blant kommunene som deltar i interkommunale samarbeid er det stor variasjon i hvorvidt samarbeidskommunene benytter seg av tilbudet eller ikke, og det trekkes frem flere grunner til at tilbudet benyttes i ulik grad. Flertallet forteller at samarbeidende kommuner som ligger fysisk langt unna ØHD og sykehus ofte har gode lokale sykehjemtilbud med god kapasitet, og dermed kan ta hånd om pasientene selv. En informant kommenterer at ØHD muligens kamuflerer dårligere kommunal helsedekning i vertskommunen, ettersom en del av pasientene som legges inn på ØHD har diagnoser som andre kommuner behandler lokalt på sykehjem. I andre tilfeller er sykehus fysisk nærmere samarbeidskommunen enn ØHD-tilbudet, noe som kan føre til at det oppleves som enklere og mindre risikabelt å sende pasientene direkte til sykehus når de først må sendes ut av kommunen. Et par informanter forteller også at samarbeidet mellom kommunene i hovedsak har vært på kommuneadministrasjonsnivå, slik at det ikke har vært noe direkte kommunikasjon mellom legene i kommunene og generelt lite kommunikasjon.

Samtlige informanter fra tilbud med interkommunale samarbeid uttrykker at samarbeidet mellom kommunene generelt fungerer godt. Når det gjelder antall samarbeidende kommuner varierer dette fra to til tolv og det er vanskelig å si om det foreligger en sammenheng mellom beleggsprosent og antall samarbeidende

kommuner. Det kan se ut til at beleggsprosenten er litt høyere for interkommunale tilbud sammenlignet med kommunale, men det må sees i sammenheng med at samarbeidende kommuner ikke alltid benytter tilbudet i like stor grad, slik at beleggsprosenten i flere tilfeller hovedsakelig reflekterer vertskommunens bruk.

Informanter fra kommuner som ikke har interkommunale samarbeid påpeker flere fordeler ved å ha et lokalt tilbud for innbyggerne i sin kommune. Hovedargumentet er nærhet til tilbudet, både fysisk og sosialt. Det at pasientene kan behandles i kjente omgivelser og i kort avstand fra pårørende, i tillegg til at legene ofte kjenner pasienten fra før, blir trukket frem som viktige suksessfaktorer. Noen kommuner har lagt ØHD på eksisterende kommunale enheter, som allerede fungerer godt og er kjent blant befolkningen. Enkelte sier også at de har opplevd at pasienten selv, eller pårørende, ønsker innleggelse på ØHD fremfor sykehus.

Én informant stiller spørsmål ved poenget med å ha et stort interkommunalt samarbeid dersom formålet med øyeblikkelig hjelp døgnopphold er å hjelpe folk i deres eget lokalmiljø. En annen informant trekker frem at kommunene i området har valgt å ha hvert sitt ØHD-tilbud slik at det ligger nært lokalbefolkningen, samtidig som man har valgt å strukturere tilbudene på lik måte, med samme kriterier og rutiner slik at det skal være enklere for interkommunal legevakt å bruke dem.

Én av informantene opplyser at tilbudet skal bli en del av et interkommunalt samarbeid i fremtiden, men at man vurderer å beholde en sengepost i kommunen for eldre pasienter, slik at de slipper å reise langt. Informanten trekker også frem at befolkningen i kommunen er skeptiske til et interkommunalt samarbeid fordi de mister nærheten til tilbudet. Tilsvarende skepsis ble erfart av en annen informant i forbindelse med overgang fra kommunal til interkommunal legevakt, men man opplever at dette over tid har blitt oppfattet som en vellykket løsning.

Anbefalinger og utfordringer

- For å sikre en forsvarlig legedekning anbefales det å innføre krav om døgnkontinuerlig legebemanning og daglig legevisitt på tilbudet. Dette vil kunne øke innleggende legers tiltro til kompetansen og pasientsikkerheten på tilbudet, og er dermed en forutsetning for at tilbudet blir brukt i større grad.



- Lokalisering av ØHD-tilbud på sykehus kan bidra til at det oppfattes som enklere for innleggende lege å sende aktuelle pasienter direkte til sykehus. Tilsvarende kan det se ut til at samlokalisering av legevakt og sykehus har en negativ effekt på henvisninger fra legevakt til ØHD.
- Omtrent alle informantene trekker fram nærhet til tilbudet, både fysisk og sosialt som et svært viktig nøkkelord for bruken av tilbudet. Det anbefales dermed at man forsøker så langt det er mulig å redusere antall kommuner i interkommunale samarbeid. På den måten vil man kunne forhindre at kommuner som ligger langt unna ØHD og allerede har gode lokale behandlingstilbud ikke benytter seg av tilbudet.

2.2.2 Kommunikasjon og samarbeid



Dette underkapittelet presenterer de viktigste faktorene knyttet til innleggende legers kjennskap til tilbudet og samarbeidet mellom ØHD og andre helsetjenester. Med innleggende leger siktes det her hovedsakelig til fastleger, legevaktsleger (herunder vikarer og turnusleger) og sykehusleger. Andre helsetjenester kan eksempelvis være korttidsavdeling på sykehjem, hjemmetjeneste og sykehus.

Innleggende legers kjennskap til tilbudet

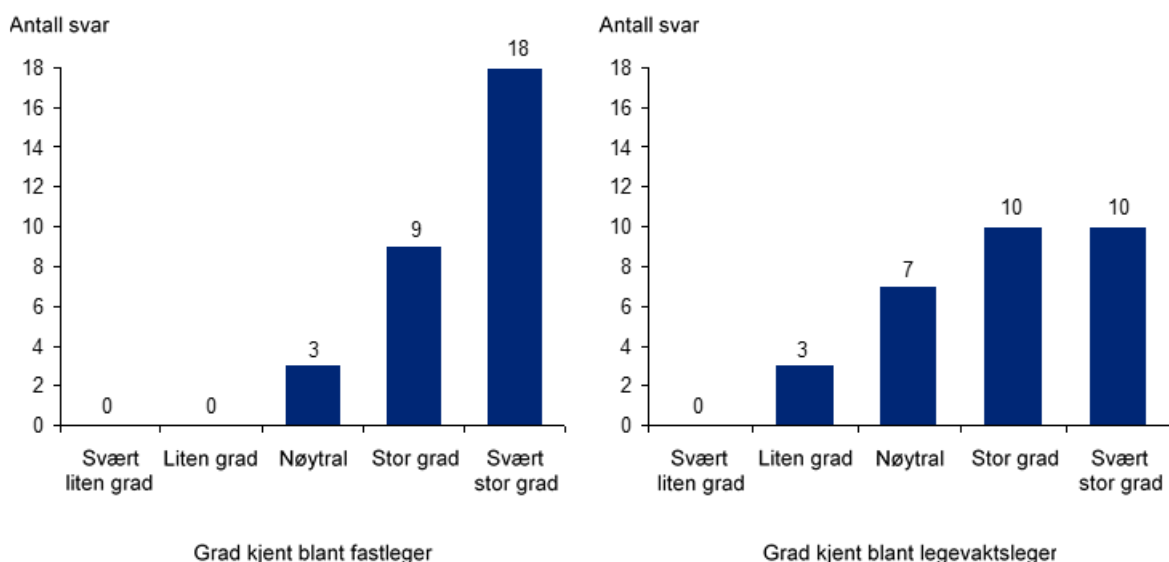
Kjennskap til tilbudet er en forutsetning for at legene benytter seg av ØHD. Likevel er det en gjennomgående tilbakemelding fra informantene at fastlegene og legevaktslegene ofte ikke har full kunnskap om tilbudet, og at dette i stor grad forklarer lite bruk av tilbudet. Fokus på informasjonsspredning er derfor utbredt, men med varierende grad av vellykkethet.

Flertallet av informantene bekrefter at fastleger og legevaktsleger har vært delaktige i etableringsprosessen, i større eller mindre grad. Som regel har kommuneoverlege og tillitsvalgte vært involvert, mens andre legers bidrag hovedsakelig er knyttet til vurdering av pasientkategorier som skulle inkluderes, og utarbeidelse av inklusjonskriterier og eventuelt medisinskteknisk utstyrsliste. I de minste kommunene har gjerne alle legene vært med i hele prosessen, og har dermed et tydeligere

eierforhold til tilbudet. I enkelte tilfeller oppgir informanten at sykepleierne, ofte avdelingssykepleier, ved tilbudet også har vært involvert i prosessen, men hovedsakelig i tilknytning til utarbeidelse av rutiner og prosedyrer. Én informant kommenterer også at legene som deltok i planleggingen legger inn betydelig flere pasienter på ØHD og en annen informant forteller at man har gjort endringer i tilbudet i ettertid på bakgrunn av legers tilbakemeldinger.

Mange tilbud har hatt fokus på å spre informasjon om tilbudet ut til legene i kommunen i forkant av og etter etablering av tilbudet. Flere informanter forteller at de selv, eller andre tilknyttet tilbudet, har reist rundt til legekantorene og legevakten, og informert om tilbudet i forkant av oppstart, og i noen tilfeller også i ettertid. Flertallet av informantene oppgir at både fastleger og legevaktsleger kjenner tilbudet i stor grad, jfr. Figur 2 nedenfor. Noen gir tilbakemelding på at hovedutfordringen ofte er at legene ikke har utdypende kunnskap om innleggelseskriterier og –rutiner. I disse tilfellene oppstår det i blant tvil om hvilke pasientgrupper som kan legges inn, noe som ofte resulterer i sykehusinnleggelse i stedet for innleggelse på ØHD. Andre leger har forsøkt å legge inn pasienter som er for syke for ØHD.

I hvilken grad opplever du at tilbudet er kjent blant fastleger/legevaktsleger?



Figur 2: Fordeling av i hvilken grad informanten opplever at ØHD-tilbudet er kjent blant fastleger og legevaktsleger (n=30). Kilde: Gjennomførte intervjuer, Deloitte egen fremstilling

Figur 2 illustrerer også at flere informanter skiller mellom fastleger og legevaktsleger (herunder ansatte legevaktsleger, vikarer, turnusleger og leger på interkommunal legevakt) når det gjelder kjennskap til ØHD-tilbudet. Det nevnes blant annet at det kan være vanskelig å opplyse legevaktsleger om tilbudet, spesielt dersom det er mye utskiftninger og utbredt bruk av vikarer, eller hvis legevaktslegene kommer fra andre kommuner uten ØHD-tilbud. I enkelte tilfeller er sykepleierne på legevakt flinke til å tipse vikarene om at en pasienten kan være aktuell for ØHD, og veileder om det praktiske rundt innleggelsen. Én informant som er lege opplyser at vedkommende har selvpålagt bakvakt, slik at vikarene kan ringe til vedkommende og man sammen finner den beste løsningen for pasienten. Informanter fra kommuner med mye vikarbruk forteller at de jobber med å ha de samme vikarene for å sikre stabilitet. På legevakter med turnusleger er ØHD-tilbudet ofte en del av opplæringen, og ved enkelte tilbud blir de tatt med på visitt, slik at de ofte kjenner til tilbudet bedre enn vikarer.

Når det gjelder fastlegene kjenner de ofte bedre til tilbudet enn legevaktslegene, og i interkommunale samarbeid er det noen informanter som kommenterer at fastlegene fra vertskommunen kjenner tilbudet bedre og bruker det mer enn leger fra de andre samarbeidskommunene. Informanter fra kommuner som har hatt tilbud tilsvarende ØHD fra tidligere, for eksempel på intermedisæravdeling på sykehjem, opplyser at fastlegene kjenner tilbudet godt og husker å bruke det.

Det er vanskelig å finne en klar sammenheng mellom beleggsprosent og fastlegenes kjennskap til tilbudet, ettersom alle informanter oppgir at fastlegene kjenner tilbudet, og flertallet oppgir at de kjenner det i svært stor grad. Når det gjelder legevaktslegene er det en mer tydelig sammenheng mellom lite kjennskap og lav beleggsprosent, og vice versa. Kun én informant oppgir at legevakten kjenner tilbudet bedre enn fastlegene, ettersom tilbudet er plassert på legevakt og dermed har en nær geografisk og organisatorisk tilknytning.

Noe av grunnen til at det er en mer tydelig sammenheng mellom legevaktslegenes kjennskap og beleggsprosent kan være at flertallet av informantene oppgir at innleggelser på ØHD hovedsakelig skjer via legevakt. Ettersom fastlegene i mange tilfeller også er legevaktsleger, er det ikke nødvendigvis kjennskap til tilbudet som påvirker bruken, men heller andre faktorer. For eksempel er det mer naturlig at akutte

situasjoner først havner hos legevakt enn hos fastlegekontorene, der man ofte må bestille time en tid i forveien. Det kan også ta tid å oppdage/avklare pasientens situasjon og det blir dermed flere innleggelses på ettermiddag enn formiddag. Én informant påpeker også at man ofte har litt bedre tid til å undersøke pasienter og skrive innleggelsesskriv på legevakt, enn på travle fastlegekontorer.

Mange informanter trekker frem kontinuerlig og jevnlig informasjon til legene og andre relevante aktører i kommunen(e) som et viktig suksesskriterium for bruken av ØHD. Dette har man lyktes med i varierende grad og det skyldes flere forhold:

- Det er vanskelig å finne de rette foraene for informasjonsutveksling
- Det er et stort antall leger tilknyttet tilbudet og mye utskiftninger
- Det er generelt vanskelig å nå frem til legene

Unntaket er de minste kommunene med et lite antall leger, der det er lettere å holde oversikt og skape en arena for felles informasjonsutveksling. Noen informanter opplyser at de har jevnlig møter med legene hvor man gjennomgår aktuelle pasienter på ØHD, men enkelte har vansker med å få legene til å møte opp dersom legene ikke får betalt for det. Én informant forteller at eldre leger i kommunen ikke ønsker å endre rutinene sine og at de er skeptiske til nye helsetilbud, og en annen informant forteller om fastleger i kommunen som generelt er skeptiske til lokal behandling av pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Flere informanter kommenterer også at legene ofte har kunnskapen, men rett og slett glemmer ØHD-tilbudet i en travel hverdag og dermed sender pasienten til sykehus av gammel vane.

Samarbeid med andre helsetjenester

Flere informanter forteller om et godt samarbeid med sykehus. På noen tilbud har man mulighet til å sende pasienten til undersøkelser og diagnostisering først, for på den måten sikre at de rette pasientene kommer til ØHD. Andre har ØHD-sengene plassert sammen med senger som driftes av spesialisthelsetjenesten og drar dermed nytte av kompetanse og medisinskteknisk utstyr tilknyttet disse. Enkelte informanter trekker frem at ØHD-tilbudet har fulgt intensjonen om å redusere antall sykehusinnleggelses, men alle informantene har opplevd å måtte sende pasienter videre til sykehus på

grunn av feildiagnostisering eller forverring. Noen tilbud tar også imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Én informant opplyser om problemer med ulikt elektronisk journalsystem på ØHD og legevakt i oppstartsfasen, noe som gjorde det krevende å kommunisere på tvers av tjenestene og førte til at sykepleierne på ØHD og innleggende leger ble negative til å legge inn pasienter. Dette har blitt endret og etter innføring av samme datasystem og mengdetrening på dette har man oppnådd økt belegg. Et par andre informanter trekker også frem manglende tilgang til legenes og sykehusets journalsystem som en trussel mot pasientsikkerheten, ettersom helsepersonell tilknyttet ØHD dermed ikke har tilgang til tidligere sykdomsforløp eller diagnostiske tester.

For pasienter som ikke kan sendes hjem etter behandling på ØHD må det skisseres et videre behandlingsforløp. Noen informanter påpeker at det er kritisk å få en god dialog med andre kommunale instanser tidlig i pasientforløpet, for å sikre målrettet videre behandling. I de fleste tilfeller blir pasienten overført til korttidsavdeling på sykehjem og oftest dreier dette seg kun om en formell overflytting på papiret da man har sengene plassert samme sted. De fleste informantene opplyser at dette fungerer veldig greit. I et par tilfeller hvor ØHD og korttidsavdelingen deler på sengeplassene har man opplevd at det har vært fullt og dermed vanskelig å få lagt inn pasienter på ØHD. En informant forteller at mottakssiden etter ØHD-behandling er en begrensende faktor for god bruk av tilbudet, da andre kommunale helsetjenester i kommunen mangler kapasitet, noe som fører til at pasienter som er utskrivningsklare fra ØHD blir liggende og oppta en sengepost. Ingen av informantene forteller om konkrete problemer med overflytting av pasienter til hjemmetjenesten.

På ett av tilbudene har man valgt en fleksibel løsning på ØHD-plassene. Dette innebærer at man i tillegg til å ha ØHD-senger på sykehjem sammen med korttidsavdeling har forsterket kompetansen i andre kommunale tjenester, slik at ØHD-pasienter også kan håndteres andre steder enn på sykehjemmet. Dette innebærer eksempelvis behandling hjemme eller i omsorgsboliger og gjør at man slipper å måtte flytte pasienten.

Anbefalinger og utfordringer

- Kontinuerlig informasjon om ØHD til innleggende leger fremstår som en avgjørende faktor for bruken, da det er viktig at legene til enhver tid har oversikt over detaljene og husker å legge pasienter inn på ØHD. I den forbindelse er det mange informanter som trekker fram nødvendigheten av gode arenaer for kommunikasjon.
- Fastlegene ser ut til å kjenne tilbudet i større grad enn legevaktslegene, noe som blant annet forklares med stor utskiftning av legevaktsleger og/eller legevaktsleger fra kommuner som ikke har tilbud selv.
- Tilgang på journalsystemer er en viktig forutsetning for god kommunikasjon på tvers av helsetjenester i kommunen, og vil kunne hindre mye frustrasjon, tidsbruk og usikkerhet blant ansatte på ØHD.

2.2.3 Rutiner og retningslinjer



Dette underkapittelet presenterer de viktigste faktorene knyttet til rutiner og retningslinjer for innleggelse av pasienter på ØHD-tilbud. Med rutiner siktes det her til innleggesrutiner og -prosesser, spesielt hvilke krav det stilles til informasjon om pasienten fra innleggende lege. Retningslinjer går hovedsakelig på hvilke føringer eksklusjons- og inklusjonskriteriene legger for innleggende lege.

Innleggesrutiner

En gjennomgående tilbakemelding er at innleggesprosessen ikke fungerer optimalt. Ved de fleste tilfellene stilles det krav om at innleggende lege skriver et innleggeskriv, men det varierer hvor detaljert dette skrevet skal være. Noen informanter opplyser også at innleggende lege skal gjennomføre spesifikke undersøkelser på pasienten før innleggelse.

Flertallet av informantene oppgir at innleggeskrivet skal inkludere en behandlingsplan for pasienten, enten frem til første legevisitt, eller for hele oppholdet. Kravet om behandlingsplan følger av at ØHD-tilbudet i de fleste tilfellene ikke har døgnkontinuerlig legebemannning, og at det kan gå betydelig tid før første legetilsyn. I

visse tilfeller godtar man at planen kommer etter at pasienten er innlagt. Informantene forteller også at innleggende lege må konsultere lege eller sykepleier på tilbudet før innleggelse, så man er sikker på at pasienten kan behandles forsvarlig på ØHD. Én av informantene fra et tilbud med lav legedekning forteller at innleggelsesskrivet fra henvisende lege må være av slik kvalitet at det også kan benyttes til å henvise pasienten videre til sykehus, dersom det oppstår komplikasjoner.

Informantene påpeker at mange leger opplever det som tungvint å legge inn pasienter ved ØHD-tilbudet, sammenlignet med innleggelse på sykehus. Noen informanter antar at dette medfører at legene ikke henviser til tilbudet. Én informant opplyser at man har gått bort fra å kreve behandlingsplan da man så at det begrenset antall innleggelser, og en annen informant forteller at ansatte på ØHD selv fyller ut behandlingsplanen dersom legen har det travelt. Ved ett tilbud har man laget mal for behandlingsplaner for aktuelle diagnoser, og ved et annet tilbud kan innleggende lege selv velge om han/hun ønsker å legge føringer for behandling gjennom en behandlingsplan eller ikke. En sammenligning mellom beleggsprosent og bruk av behandlingsplan viser at tilbudene med høyest beleggsprosent i mindre grad stiller spesifikke krav til planen.

Et par informanter trekker frem at legene stiller seg positive til å skrive uyllende innleggelsesskriv og behandlingsplan, da de kan føle seg trygge på at ØHD kan håndtere pasienten på en god måte. Ved noen tilbud har motstand mot behandlingsplan blitt endret til en positiv innstilling etter hvert som legene ser at tilbudet fungerer og én informant forteller at ØHD er et svært etterlengtet tilbud for legene.

Mange av informantene forteller at innleggelsesskrivet fra innleggende lege ofte er mangelfullt. Denne tilbakemeldingen er gjennomgående og synes å være uavhengig av bakgrunnsfaktorer (f.eks. avstand til sykehus). Mangelfulle innleggelsesskriv er en frustrasjon i hverdagen for mange og kan medføre at de ansatte på tilbudet ikke har tilstrekkelig informasjon til å gi pasienten adekvat behandling. Flere informanter påpeker at ansatte på ØHD ofte må bruke mye nødvendig tid på å kontakte innleggende lege for å få bedre informasjon om pasienten.

Ved enkelte ØHD-tilbud har datasystemer som ikke snakker sammen og/eller redusert tilgang til journaler ført til frustrasjon blant de ansatte på tilbudet.

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har i utgangspunktet ikke tilgang til hverandres journaler og én informant forteller at ingen av journalsystemene på legevakt, sykehus, legesenter eller ØHD er compatible med hverandre. Én informant påpeker at manglende tilgang på journalsystemer fremstår som en av de viktigste utfordringene for vellykket bruk av tilbudet.

Eksklusjons- og inklusjonskriterier

Alle tilbudene har eksklusjons- og/eller inklusjonskriterier for pasienter som kan legges inn på ØHD-tilbudet. Én informant forteller at de ansatte går rundt med inklusjonskriteriene laminert i lomma.

Kriteriene er i hovedsak knyttet til pasientens diagnose, men ved noen tilbud baserer man heller innleggelser på scorings-/triageringssystemer som vurderer pasientens tilstand og funksjonsnivå. Én informant oppgir at tilbudet bruker en «skrøpeligheidsindeks» og en annen foreller at innleggende lege må følge et innleggesskjema som innebærer at det gjøres visse undersøkelser av pasienten. Skjemaet er utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og tar utgangspunkt i det spesialisthelsetjenesten selv bruker. Pasienten legges inn på ØHD dersom den havner innenfor et visst scoringsintervall. Informanten påpeker videre at det er viktig at skjemaet er basert på en konkret mal og ikke legger opp til syensing, og at det bidrar til en god kvalitetskontroll da sykepleierne på tilbudet har et godt grunnlag for å kunne avvise pasienter som er for syke. Ved ett av de andre tilbudene som vurderer pasienter etter scoringsintervaller gjør man regelmessige undersøkelser på ØHD-innlagte pasienter for å vite hvem som skal prioriteres når ikke legen er til stede, og eventuelt om pasienten må overføres til sykehus. Ved ett av tilbudene er det innleggende lege som bestemmer om pasienten skal legges inn eller ikke, uavhengig av hva ansatte på tilbudet mener.

Enkelte informanter opplever at diagnosegrupper som ikke inngår i inklusjonskriteriene blir lagt inn ved tilbudet likevel, ettersom det ikke er plass til dem andre steder. Dette gjelder spesielt rus- og psykiatrispasienter, da det ofte er mangel på alternative behandlingstilbud for disse pasientgruppene i kommunen. Noen informanter forteller

om leger som forsøker å bruke ØHD som en snarvei til sykehjeminnleggelse ved mangel på sykehjems plasser, og andre prøver å legge inn pasienter som egentlig er for syke for ØHD. Dette har i noen tilfeller ført til et stort press på ØHD-plassene. Flere informanter forteller at det har oppstått uenighet og diskusjoner med innleggende lege om en pasient kan legges inn, og at sykepleier eller leger ved tilbudet i så fall refererer til inklusjonskriteriene. Spesielt for sykepleiere er det i slike tilfeller viktig med klare kriterier, slik at de har noe å argumentere med i diskusjon med lege, men et par informanter opplyser at sykepleierne opplever det som ubehagelig å utfordre innleggende leges vurdering.

Ved noen få tilbud tar man imot pasienter med uavklart eller tentativ diagnose, så lenge pasienten er antatt stabil og det er liten sannsynlighet for akutt forverring. Reiseavstand til sykehus brukes i disse tilfellene som årsak til at man inkluderer uavklarte pasienter. Dette er enten fordi tilbudet ligger rett ved sykehus, så risikoen er liten, eller at tilbudet ligger så langt unna sykehus at man allerede har gode eksisterende rutiner for behandling av mer diffuse diagnoser. Noen informanter opplyser at pasienter i visse tilfeller først sendes til sykehus og at det dermed gjøres en vurdering der om pasienten kan legges inn på ØHD eller ikke. Én informant opplyser at man har planer om å revidere inklusjonskriteriene da disse oppfattes som for rigide og begrensede, ettersom de ble laget før tilbudet ble etablert og man på det tidspunktet ikke visste hva man hadde kompetanse til.

En informant fra en kommune som har hatt tilsvarende tilbud tidligere forteller at muligheten for å motta barn ble fjernet etter at tilbudet ble definert som ØHD, ettersom dette stod som eksklusjonskriterium i tjenesteavtalen. Informanten uttrykker at det er synd at man ikke lenger kan motta barn, ettersom tilbudet ligger langt fra sykehus og det dermed var en fordel for foreldrene at man slapp å reise så langt og at de kunne sove over på tilbudet sammen med barna.

Tidsfrist for liggetid

Flertallet av tilbudene har satt en frist for hvor lenge pasientene skal ligge på ØHD. Mange har tolket Helsedirektoratets veileder på en slik måte at de benytter en tidsfrist på 72 timer. Derimot er det kun én av informantene som oppgir at tilbudet har avvist pasienter ved innleggelse dersom man antar at de kommer til å ligge på tilbudet



utover 72 timer. Ved noen tilbud har man en automatikk i at pasienter overføres til andre avdelinger etter 3 døgn, men de fleste informanter opplyser at man i praksis ikke følger denne fristen. Det fokuseres heller på å gjennomføre behandlingsplanen, og det er hovedsakelig ved betydelig lengre opphold at pasienten overføres til andre behandlingstilbud i kommunen. Ved noen tilbud er det valgt å ikke ha noen tidsfrist, men heller å basere utskrivelse på en individuell vurdering av pasientens tilstand.

Enkelte informanter uttrykker at det kan være problematisk å sette en maksimal grense for opphold på avdelingen, og de fleste har opplevd at 72 timer er for kort til at man kan få gjennomført tilstrekkelig behandling. Ved enkelte tilbud medfører en overgang fra ØHD til andre sykehusavdelinger kun en formell vedtaksendring og ingen fysisk flytting av pasienten. Ettersom tidsfristen vanligvis ikke overholdes strengt blant tilbudene er det lite som tyder på at det er noen sammenheng mellom tidsavgrensning og beleggsprosent.

Anbefalinger og utfordringer

- Innleggelsesprosessen er i mange tilfeller en viktig årsak til at leger ikke henviser til tilbudet. Samtidig er det for mange tilbud, spesielt ved lav legedekning, svært viktig at det følger et grundig innleggelsesskriv med pasienten. Det anbefales at dette poenget presiseres til innleggende leger, som ellers kan oppleve det som tungvint å legge pasienter på ØHD sammenlignet med sykehus. En eventuell løsning på utfordringen med innleggelsesskriv vil være økning av legedekningen på tilbudet, slik at man kan redusere kravene til skrivet og ikke må bruke tid på å følge opp dette.
- For å hindre at tilbudene mottar pasienter som ikke inngår i inklusjonskriteriene, spesielt pasienter som ikke er fullstendig utredet eller er for syke, anbefales det at man fokuserer mer på å tydeliggjøre og kommunisere kriteriene til ansatte på tilbudet og innleggende leger.

2.2.4 Personer og kompetanse

Dette underkapittelet presenterer de viktigste faktorene knyttet til personer og kompetanse på ØHD-tilbud. Dette omfatter rekruttering og bemanning av leger og





sykepleiere, tilgang på diagnostisk utstyr og kompetansen til helsepersonell tilknyttet ØHD-tilbud. Underkapittelet inkluderer også innleggende legers syn på kompetansen på ØHD-tilbudet og informantenes opplevelse av legenes tillitt til forsvarligheten og robustheten av tilbudet.

Rekruttering av helsepersonell og bemanning av helsepersonell

Flertallet av informantene har ikke opplevd noen problemer med å knytte til seg relevant kompetanse til tilbudet. I enkelte tilfeller har man ikke hatt behov for nye ressurser i forbindelse med oppstart av ØHD, da man har hatt tilsvarende behandling av pasienter tidligere. Mange av informantene trekker frem at etablering av ØHD heller har ført til en svært positiv effekt på rekruttering av helsepersonell i kommunen, spesielt sykepleiere. ØHD blir sett på som en svært attraktiv arbeidsplass for sykepleierne, ettersom det er utfordrende og spennende for sykepleierne å jobbe med ØHD-pasienter. Noen informanter rapporterer om en kamp om arbeidsplassene.

Noen få informanter har hatt problemer med å ansette nok helsepersonell på tilbudet, og det har vært varierende grunner til dette. To informanter har opplevd problemer med å ansette nok sykepleiere, enten på grunn av et godt arbeidsmarked for dem generelt, eller på grunn av mangel på sykepleiere i området. Én informant opplyser om store utskiftninger på sykepleiersiden i kommunen, noe som fører til at det er vanskelig å ha en stabil sykepleierstab på ØHD og en annen forteller at ØHD konkurrerer om legeressurser med lokalsykehus. I en annen kommune har man en generell mangel på helseressurser, samtidig som opprettelsen av ØHD (sammen med intermediæravdeling) krever en større legedekning. Økningen i legebemanning på ØHD har blitt hentet fra andre kommunehelsetjenester som ikke har blitt kompensert for dette, og ØHD har generelt høyere prioritet enn andre kommunale helseforetak når det gjelder bemanning.

Flere av informantene opplyser at tilbudet har lav bemanning på natt og helg, spesielt dersom ØHD er lokalisert på sykehjem. Noen informanter påpeker at det kan være en ressursmessig utfordring å sikre god nok legedekning utenom tilsynslegenes arbeidstid. Én informant forteller at en av fastlegene i kommunen stilte opp frivillig som ringehjelp i oppstartsfasen av tilbudet. Ved ett tilbud har man sett seg nødt til å opprette mange små stillinger for å få turnus til å gå opp og fått mange søkere til disse



stillingene, men man har i ettertid problemer med at ansatte ikke blir værende, noe som fører til mange utskiftninger og lite stabilitet.

Enkelte kommuner har generelle utfordringer med legedekning på legevakten som er tilknyttet ØHD og må dermed leie inn vikarer i perioder. En gjennomgående tilbakemelding er at ved stor utskiftning av vikarer er det vanskelig å holde legevakten informert om ØHD og få dem til å bruke tilbudet. Flere informanter forteller at man jobber med å informere vikarene om tilbudet og at det inngår i opplæringen. Enkelte kommuner har også en fast gruppe med legevaktvikarer, som gjerne jobber mange skift og dermed kjenner godt til ØHD.

Tilgang på diagnostisk utstyr

Flere informanter opplever det som et risikomoment at de ikke har nok diagnostisk utstyr og/eller kompetanse til å utføre utvidet diagnostikk ved ØHD-tilbudet. Dette kan medføre at alvorlige sykdomstegn hos pasienten ikke oppdages og/eller at tilbudet kun blir en ekstra mellomstasjon før henvisning til sykehus. Én informant påpeker også at mangel på diagnoseutstyr på tilbudet kan føre til at leger ikke tar sjansen på å legge inn på tilbudet, spesielt hvis de har ansvar for pasienten. Samtidig er det andre informanter som poengterer at man ikke har behov for mer avansert utstyr, da tilbudet kun skal ta inn stabile pasienter med avklarte diagnoser. I visse tilfeller har man mulighet til å sende pasientene til utredning på sykehus først, for deretter å få dem inn på ØHD-tilbud for videre behandling av diagnosen. Et par av tilbudene tar ikke inn pasienter kun til observasjon, da sykepleierne på tilbudet ikke er komfortable med dette.

Kompetanse og kompetanseheving blant helsepersonell

Det er sjeldent satt spesifikke krav til leger og sykepleiers kompetanse ved tilbudet og ved de fleste tilbudene har det blitt lagt opp til kompetanseheving i forbindelse med oppstart av tilbudet. Denne kompetansehevingen er hovedsakelig forbeholdt sykepleiere og består ofte av:

- Interne kurs om relevante diagnoser
- Praktiske kurs i bruk av utstyr
- Hospitering på sykehus

- Fagdager med caseoppgaver

I visse tilfeller har ansatte også blitt oppfordret til å ta spesialistutdanning, spesielt innen akuttisykepleie og geriatri (medisinsk ivaretagelse av eldre pasienter). Noen informanter opplyser også om at det blir gjennomført jevnlig kartlegginger av ansattes kompetanse med tilhørende kompetanseheving. Flere informanter påpeker at det er en fordel om legene på tilbudet har spesialisering innen allmenntilleggsmedisin, men at man ikke ønsker å stille krav om dette da erfaring og nettverk til legene og pasientene i kommunen i visse tilfeller kan erstatte formell kompetanse.

Noen av informantene påpeker at en lav beleggsprosent kan føre til at de ansatte ikke får nok mengdetrening og dermed mangler kompetanse til å takle akutte hendelser. Ved ett tilbud trener sykepleierne på simulerte akutsituasjoner for å sikre nok mengdetrening.

Flere informanter påpeker at kompetansehevingen i forbindelse med ØHD spesielt, og Samhandlingsreformen generelt, har ført til at helsetjenesten i flere kommuner har blitt opprustet med mer kompetanse og har ført til at institusjonsomsorgen fungerer bedre. Dette gjelder spesielt der tilbudene er samlokalisert med andre helsetjenester og dermed har samme helsepersonell på flere sengeposter.

Oppfattelsen av innleggende legers tillitt til ØHD

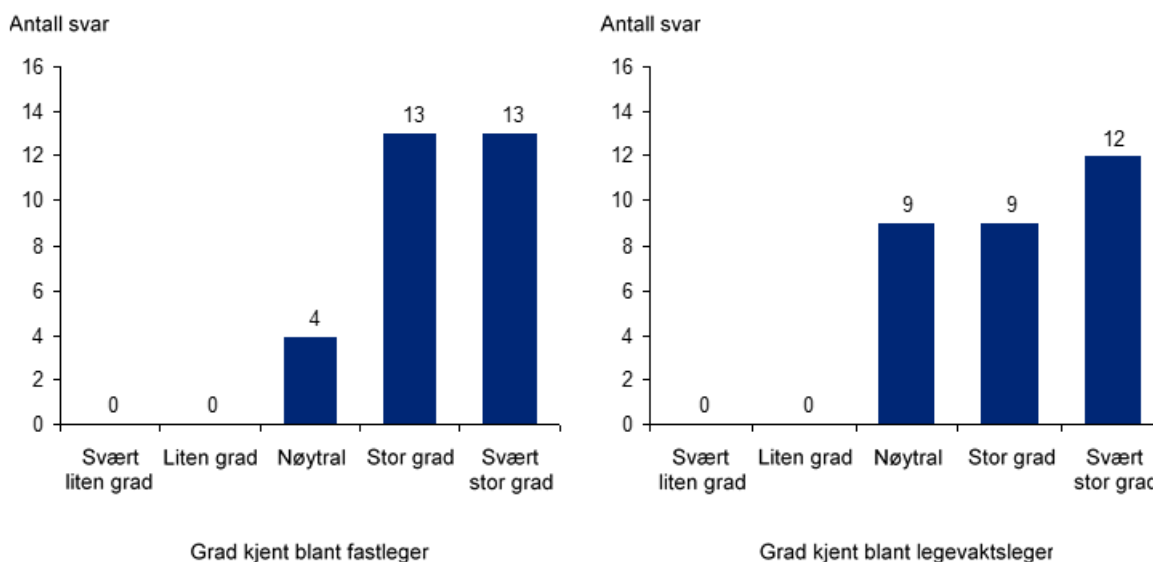
Ved spørsmål om innleggende legers tillitt til kompetansen på ØHD-tilbudet var det mange informanter som synes det var krevende å sette seg i innleggende legerposisjon. Ut fra det faktum at det fortsatt er mange av legene som i liten grad henviser pasienter til tilbudet, kan man stille spørsmålsteget ved hvorvidt dette skyldes mangel på tillitt, mangel på informasjon eller kompliserte rutiner og mer ansvar. Ved enkelte av tilbudene har innleggende leger blitt spurt om hvordan de oppfatter tilbudet, gjennom for eksempel direkte kontakt, jevnlig møter med alle legene i kommunen, eller spørreundersøkelse.

Det store flertallet at informantene oppfatter at innleggende leger (både fastleger og legevaksleger) har stor tillitt til kompetansen på ØHD. I et par av tilfellene forklares dette med at man har hatt tilsvarende tilbud i kommunen over lengre tid. Én informant

fra et tilbud som har utført tilsvarende behandling som ØHD i mange år forteller at de fleste fastlegene har hatt praksisplass på tilbudet. I små kommuner er det ofte slik at innleggende lege kjenner legen på tilbudet og dermed også kompetansen. Én informant forteller at legene har gitt tilbakemelding på at de opplever at det har vært en kompetanseheving i helsetjenesten i hele kommunen. Flere av informantene tolker betydelig bruk av ØHD-tilbudet som en bekreftelse på at legene opplever det som forsvarlig å legge pasienter inn på ØHD.

Ut fra informantenes gradering av fastlegers og legevaktlegers tillitt til tilbudet, jfr. Figur 3 nedenfor, ser det ut til at informantene oppfatter at fastlegene har litt større tillitt enn legevaktlegene. Dette kan muligens forklares med at informantene også oppgir at fastlegene generelt kjenner tilbudet bedre. Flere informanter påpeker også at leger som har lagt inn pasienter på ØHD har blitt imponert over kompetansen og dermed begynt å bruke tilbudet mye mer i ettertid. Det er også vanlig at ØHD sender epikrise til fastlege etter at pasienter har vært innlagt på ØHD, slik at de både blir minnet på tilbudet og får vite hva ØHD har kompetanse til å gjøre.

I hvilken grad opplever du at fastlegene/legevaktlegene har tillitt til ØHD-tilbudet?



Figur 3: Fordeling av i hvilken grad informanten opplever at fastleger og legevaktleger har tillitt til ØHD-tilbudet (n=30). Kilde: Gjennomførte intervjuer, Deloitte egen fremstilling



Anbefalinger og utfordringer

- Flere av informantene opplyser at tilbudet har lav legebemanning på natt og helg, spesielt dersom ØHD er lokalisert på sykehjem, på grunn av ressursmessige utfordringer med å sikre nok legedekning.
- Ved stor utskiftning av vikarer på legevakt anbefales det at man fokuserer ekstra på å holde legevaktslegene kontinuerlig informert om tilbudet, slik at de bruker det.
- Dersom tilbudene mangler diagnostisk utstyr og/eller kompetanse til å utføre utvidet diagnostikk ved ØHD, og ser dette som et risikomoment, kan en løsning være å endre inklusjonskriteriene slik at tilbudet kun mottar pasienter med en konkret diagnose som ikke krever store utredninger.

2.3 Vellykkede tiltak og andre tilbakemeldinger

2.3.1 Eksempler på vellykkede tiltak

Alle informantene ble i slutten av intervjuet spurt om det har blitt gjennomført eller om man har planer om å gjennomføre konkrete tiltak for å øke beleggsprosenten på ØHD-tilbudet. Flertallet av informantene bekrefter dette og det er enkelte tiltak som går igjen hos flere av tilbudene. Nedenfor er tiltak som adresserer viktige flaskehalsar eller som kan ha stor overføringsverdi til andre ØHD-tilbud trukket frem.

Organisering

I enkelte regioner der ØHD-tilbudet er kommunalt, men legevakten er interkommunalt har kommuner som samarbeider om legevakten også samarbeidet om etableringen av innleggelseskriterier og –rutiner. Dette er med på å sikre at legevaktsleger har god kunnskap om alle ØHD-tilbudene i regionen som dekkes av legevakten. Ved ett tilfelle er rutinene så samkjørte at det fra legevaktslegers perspektiv kun er telefonnummer og adresse til de ulike ØHD-tilbudene som er ulikt. Underveis i intervjuene opplevde Deloitte at det ikke var uvanlig at kommunen hadde et eget ØHD-tilbud, mens legevakten var interkommunal. Én informant nevner denne problemstillingen konkret og poengterer at store forskjeller på innholdet i de enkelte ØHD-tilbudene utgjør en stor barriere for henvisning fra legevaktslegene.



En informant opplyser at man ved oppstart hadde en ustabil legetjeneste, da alle legene skulle ha litt ansvar hver for ØHD-tilbudet. Ved å redusere antall tilknyttede leger og tydeliggjøre ansvar har legetjenesten blitt mye mer stabil, og bidrar dermed til å skape mer tillitt til tilbudet.

Kommunikasjon og samarbeid



Mange av informantene opplyser om planer om å spre mer informasjon om ØHD-tilbudet, både til innleggende leger og til befolkningen, da de opplever en sammenheng mellom kjennskap og bruk av tilbudet. Mange ØHD-tilbud arrangerer jevnlige møter med fastleger og legevaksleger der tilbudet og eventuelt interessante kasus blir diskutert. Et par informanter kommenterer at man har opplevd større oppmøte på fellesmøter med legene etter at man har begynt å tilby dem kompensasjon for dette. Ved ett tilbud har lokalpressen aktivt blitt brukt både for å informere om tilbudet, men også gjennom å oppfordre til leserinnlegg fra pasienter som har vært innlagt og som har hatt en god opplevelse. Flere av informantene trekker frem at det er viktig å få ut gode suksesshistorier både til legene og til befolkningen for å bygge et godt omdømme.

Et fåtall kommuner har også gjennomført spørreundersøkelser blant henvisende leger for å kartlegge legenes kunnskapsnivå og tillitt til tilbudet, i tillegg til å innhente tilbakemeldinger og legenes generelle synspunkter om ØHD-tilbudet.

Tiltak som er utført for å øke kunnskapen om tilbudet blant turnusleger og vikarer er å tilby disse å besøke avdelingen, slik at de kan se kompetansen som finnes og få informasjon om hvordan tilbudet skal brukes. Sykepleiere på legevakt har også fått god informasjon om tilbudet og de prøver aktivt å minne legevaktsvikarer på å bruke det, samtidig som sykepleierne hjelper vikarene med det praktiske, eksempelvis hvor man finner innleggesskjema og hvordan dette skal fylles ut.

Enkelte tilbud bruker et elektronisk journalsystem hvor helsepersonell tilknyttet ØHD har tilgang til andre helsetjenesters journalsystemer. Dette utnyttes i praksis ved at ØHD-leger og eventuelt sykepleiere kan lese det fastlegen/legevakslegen har skrevet om pasienten i sine journalsystemer og dermed kan henvisende lege slippe å skrive /

skrive et kortere innleggesskriv. Én informant opplyser at manglende tilgang til andre helsetjenesters journalsystem utgjør den største utfordringen og trusselen mot pasientsikkerheten ved innleggelse på ØHD.

Rutiner og retningslinjer



Ved ett tilbud har man aktivt tatt i bruk scoring-/triageringsverktøy for prioritering og systematisk oppfølging av pasienter. Det samme verktøyet brukes av andre helsetjenester i regionen og dermed er det også betydelig enklere å kommunisere med henvisende leger, sykehus osv. Verktøyet inneholder i tillegg instruksjoner for behandling og er dermed et viktig hjelpemiddel for sykepleierne på tilbudet. Dette er med på sikre at alle pasienter får god behandling og som en konsekvens skapes det mer tillitt blant henvisende leger, da de vet at tilbudet klarer å følge opp pasienten på riktig måte. Samtidig reduserer det tiden legen trenger å bruke på å skrive en utfyllende behandlingsplan.

Ett tilbud benytter også ferdige maler for behandlingsplan for vanlige diagnoser som pasienter på ØHD har. Dette reduserer tiden legen må bruke på å skrive innleggesskriv, samtidig som sykepleierne har nok informasjon til å kunne gjennomføre riktig behandling.

Personer og kompetanse











Kommuner som gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger rapporterer å ha stort utbytte av det. Det muliggjør effektiv utnyttelse av kompetansen man har i kommunen, samtidig som sykepleiere som ønsker mer mengdetrening/kompetanse enklere får god oppfølging.

Ved ett tilbud lokalisert i en liten kommune pleier sykepleierne å trene med simulerte akutsituasjoner som forekommer sjeldent hos dem, for å sikre tilstrekkelig mengdetrening og dermed skape trygghet blant sykepleierne. Dette bidrar også indirekte til å bygge tillitt hos legene i kommunen.

Andre tiltak

Et utvalg av andre tiltak som oppgis av informantene er gjengitt i Tabell 1

Tiltak	Relevante faktorer
Ansettelse av en ressurs som både er sykehjemslege og sykehuslege for å bedre kommunikasjonen mellom disse	
Mer fokus på økt kompetanse innen avansert klinisk sykepleie	
Etablering av en fagutviklingsstilling på sykepleiersiden, slik at sykepleierne får mulighet til å jobbe mer med fag og kommunen får et faglig løft	
Bli informert om hvordan andre ØHD-tilbud har løst visse utfordringer for å se hva man kan lære av	
Regelmessig gjennomgang av innleggelser på ØHD for å følge med på om de rette pasientene legges inn på tilbudet, eller om det er store avvik	
Deltagelse i et pilotprosjekt hvor man får mulighet til å følge opp pasientene via nettbrett og på den måten kunne redusere bruken av sengeplasser	
Installering av en elektronisk tavle på sykehjemmet, slik at alle til enhver tid har oppdatert informasjon om alle innlagte pasienter	
Mulighet for å gi legevaktsleger som legger inn på tilbudet tilbakemelding på resultat av behandlingen (tilsvarende epikrise for fastleger)	

Tabell 1: Utvalgte tiltak som er igangsatt i forbindelse med forbedring av ØHD-tilbud

2.3.2 Uttalte flaskehalsen som har betydning for bruken

Informantene ble i løpet av intervjuet bedt om å opplyse om eventuelle flaskehalsen som har oppstått underveis og som hindrer økt bruk av tilbudet. Enkelte av informantene uttrykker ikke noen spesifikke flaskehalsen, og fremhever heller økt fokus på suksessfaktorer og spesifikke tiltak. Andre informanter var av den oppfatning at visse faktorer kunne stå i veien for best utnyttelse av ØHD-tilbudet, og faktorer som nevnes flere ganger er gjengitt nedenfor:

- Mangel på informasjon om ØHD-tilbudet blant innleggende leger
- Legene glemmer at tilbudet eksisterer i en travel hverdag
- Tidkrevende innleggelsesrutiner
- Feil dimensjonering av tilbudet
- Forsøk blant legene på å legge inn feil type pasienter
- Innleggende lege kvier seg for å ha ansvar for pasienten, og har kanskje ikke full tillitt til kompetansen på tilbudet
- Mye bruk av vikarer og ansettelse av nye leger som ikke kjenner tilbudet

Det er verdt å merke seg at noen av faktorene som blir nevnt som flaskehalsen er tett relatert til suksesskriteriene som blir fremhevet i kapittel 3.

2.3.3 Andre tilbakemeldinger fra informantene

Ved avslutningen av intervjuene ble alle informantene spurt om de hadde noen flere kommentarer, eventuelt andre viktige forhold av betydning for ØHD de ville informere om. Én informant ønsker å trekke fram opprettelsen av en prosjektgruppe for etablering og oppfølging av ØHD som et viktig suksesskriterium for tilbudet. Denne prosjektgruppen består av relevante personer fra kommuneadministrasjonen, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner, fastleger, legevaktsleger og andre tilknyttet tilbudet. Etter at tilbudet har blitt etablert fungerer denne gruppen som en referansegruppe og et rådgivende organ for driften av tilbudet, noe som gjør at det fungerer svært godt. Informanten poengterer at dersom man skal ha en slik gruppe er det viktig at den er lokal.

En annen informant trekker fram viktigheten av forankring hos legene, ikke bare når det gjelder ØHD-tilbudet, men også konsekvensene av Samhandlingsreformen

generelt. Det kan ta tid å få alle legene til å innse at man har fått en ny, moderne måte å drive kommunale helsetjenester på som krever mer av legene, og dermed er det også ekstra viktig å fremheve at legeyrket blir mer interessant og utfordrende. Tilsvarende har også kommunale sykepleiere måttet utvikle sin kompetanse som følge av den nye reformen, da de har fått større observasjonsmuligheter og mer kontroll over pasientene. Et annet og minst like viktig poeng, er å forankre den nye reformen og ØHD-tilbudet hos befolkningen så de føler seg trygge på det. I denne sammenheng er nærhet et viktig stikkord.

En informant fra en kommune som per dags dato har høy beleggprosent forteller at man sannsynligvis er nødt til å redusere antall senger i fremtiden grunnet mangel på finansiering. En løsning for å hindre dette vil kunne være å gå inn i et interkommunalt samarbeid i en annen kommune, men informanten uttrykker usikkerhet ved hvorvidt lokalbefolkningen i så fall vil ønske å benytte tilbudet i like stor grad. I følge informanten er ØHD både samfunnsøkonomisk lønnsomt, miljøbesparende og det beste tilbudet for pasienter og pårørende, noe som bør føre til at man er kvalifisert til å motta den finansieringen man har behov for.

Ved ett tilbud har man utfordringer med at ØHD-tilbudene i nærliggende kommuner er ulike både i måten de er organisert på og hvilke pasienter de kan motta. Dette gjør at det blir vanskelig for legene på den interkommunale legevakten å henvise pasienter til pasientens lokale tilbud. Informanten etterspør dermed en mer konkret fellesnevner for ØHD-tilbud, spesielt når det gjelder inklusjonskriterier og innleggelsesrutiner, slik at kommunene kan bli enige om dette og gjøre det enklere for leger å legge pasienter inn på ulike tilbud. I følge informanten legger Helsedirektoratets veileder slik den fremstår i dag opp til for mye mulighet for tolkning, noe som fører til et stort sprik i måten å drive tilbudet på, og som også gjør det vanskelig for innbyggere i kommunen å se forskjell på ØHD og en vanlig sykehjemsplass.

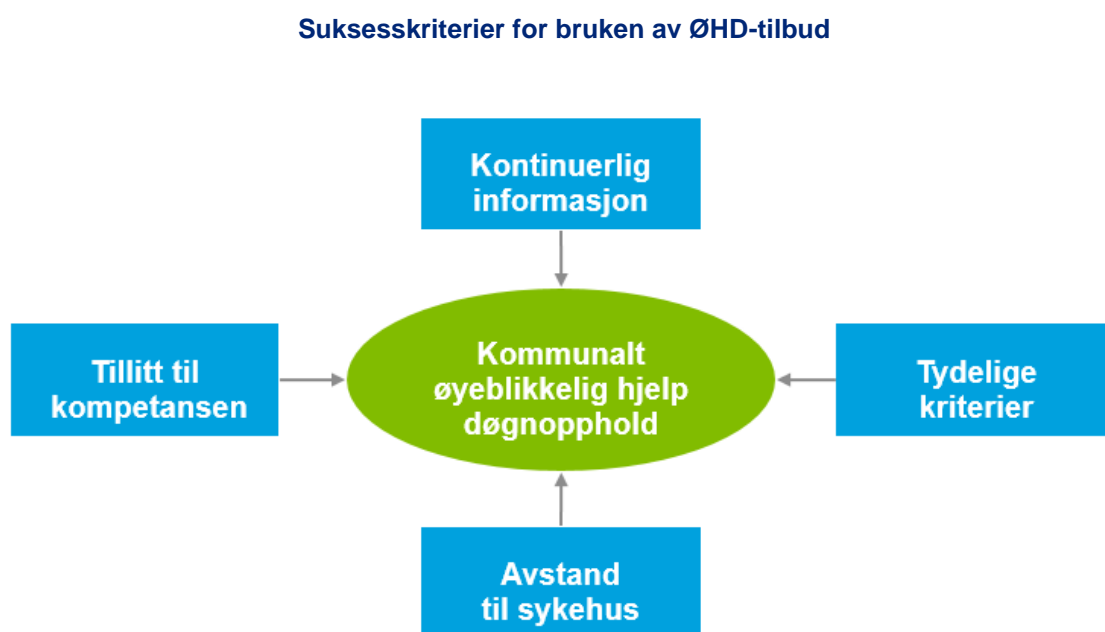
En informant har inntrykk av at nyutdannede sykepleiere ofte har blitt rettet mot sykehusansettelse gjennom utdanningen og dermed ikke har like stort fokus på å jobbe innen kommunalhelsetjenesten. Informantens kommune har som følge av dette uttrykt et ønske om en egen distriktssykepleierutdanning, noe som har ført til et prøveprosjekt som vil bli satt i gang i nærmeste framtid.

I følge en informant kan en viktig suksessfaktor være å sette av tid og penger til en administrativ ressurs, spesielt i oppstarten av tilbudet. Hvis ikke blir raskt det administrative arbeidet tilknyttet ØHD (struktur, tilrettelegging, informasjonsskriv, kriterier, prosedyrer osv.) en jobb som kommer i tillegg til andre kommunehelsetjenesteoppgaver, noe som fører til mye overtidsarbeid.

3. Suksesskriterier for god bruk av tilbudet

Et av spørsmålene som ble stilt i intervjuet var hva informanten anser som den/de suksessfaktoren(e) av størst betydning for at tilbudet blir brukt. Her var det spesielt noen faktorer som ble nevnt flere ganger, og disse kan klassifiseres innenfor visse kategorier.

Figuren nedenfor er ment å fremstille en klassifisering av suksesskriterier som synes å være av avgjørende betydning for hvor høy beleggsprosent tilbudet har. Det må i den sammenheng understrekes at figuren er en forenklet tilnærming av virkeligheten. Faktorene som nevnes har ikke nødvendigvis en fast innvirkning på tilbudet, men viser en tendens som går igjen blant lignende tilbud. Det er også rimelig å anta at det finnes en rekke andre suksessfaktorer som ikke er nevnt her, men som like fullt er av betydning for bruken av ØHD-tilbudet.



Figur 4: Kategorisering av suksessfaktorer for bruken av tilbudene på bakgrunn av innspill fra informantene (n=30).
Kilde: Gjennomførte intervjuer, Deloitte egen fremstilling

Kontinuerlig informasjon til legene

Som nevnt tidligere er en gjennomgående tilbakemelding fra informantene at god kjennskap til tilbudet blant legene er avgjørende for bruk av tilbudet og en tilfredsstillende beleggsprosent. Som følge av dette påpeker mange av informantene

at det ikke holder å informere legene om tilbudet én gang, men at man må sørge for å gi dem kontinuerlig informasjon og holde dem oppdatert om hva som foregår på ØHD. Jevnlige møter og andre felles arenaer med legene blir oppfattet som et godt tiltak for å holde dem oppdatert, i tillegg til at det gir dem en mulighet til å komme med tilbakemeldinger slik at tilbudet kan bli bedre. Informanter fra små kommuner trekker fram at det oppleves som en stor fordel for kommunikasjonen at man har korte avstander og at alle som jobber i tilknytning til ØHD kjenner hverandre.

Tillitt til kompetansen på ØHD blant legene

God kjennskap til tilbudet er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for at legene legger inn pasienter på ØHD. Mange informanter understreker at det kan ta tid for legene å bygge tillitt til tilbudet og stole på kompetansen på ØHD, og en viktig suksessfaktor er dermed å aktivt jobbe for å skape tillitt. Noen informanter opplever også at det har vært en suksess å ta legene med på omvisning på tilbudet, slik at de føler seg trygge på hva som kan gjøres på ØHD og hvilken kompetanse som finnes der. I tillegg har flere informanter opplevd suksess med å sende tilbakemeldinger via epikrise eller tilsvarende til innleggende lege og/eller pasientens fastlege slik at de ser resultatet av innleggelser på ØHD. Noen informanter opplever også tydelig økning i bruken av tilbudet blant leger som har gode erfaringer fra tidligere innleggelser. Informanter fra kommuner som har hatt tilsvarende tilbud tidligere forteller at de opplever at legene allerede har god tillitt til kompetansen på ØHD og bruker det mye. Flere informanter understreker at det tar tid å forankre tilbudet hos legene, men at de føler seg forholdsvis trygge på at bruken vil øke etter hvert.

Tydelige kriterier og rett vurdering av pasienter

Enkelte informanter forteller om utfordringer knyttet til legers forsøk på å legge inn pasienter som egentlig ikke inngår i inklusjonskriteriene, eller som ikke er grundig nok utredet. I forbindelse med dette er det flere informanter som trekker frem viktigheten av tydelige inklusjonskriterier og krav til grundig vurdering av pasienter som en suksessfaktor for at tilbudet skal klare å behandle de pasientene man mottar og ikke må videresende dem til sykehus. Klart formulerte inklusjons- og eksklusjonskriterier fører også til at det er enklere for innleggende leger å vite hvilke pasienter man kan behandle på ØHD.

Avstand til sykehus

Som nevnt tidligere innvirker avstanden til sykehus på bruken av ØHD på to delvis motstridende måter. Flere informanter trekker fram kort avstand til sykehus som en suksessfaktor for bruk, både fordi man har mulighet til å ta inn litt sykere pasienter grunnet lavere risiko ved forverring, og fordi man har enkel tilgang på mye ekstra kompetanse om nødvendig, noe som også gir ekstra trygghet for innleggende leger som sitter med ansvar for pasienten. Informanter fra tilbud som ligger langt unna sykehus trekker derimot fram den lange avstanden som en suksessfaktor, da det fører til at det er enklere for legene å legge pasienter inn på ØHD og mindre risikabelt enn å sende dem over lange avstander. Tilbud som ligger langt unna sykehus har også ofte tradisjon for tilsvarende behandling, så det er allerede kjent blant legene.

Andre suksessfaktorer

Andre suksessfaktorer som blir trukket fram av enkelte informanter er blant annet fokus på bygging av omdømme både blant leger og befolkning, gjennom for eksempel bruk av lokalpresse. I tillegg er det noen av informantene som påpeker viktigheten av å ha gode datasystemer som kan kommunisere på tvers av helsetjenestene, og tilgang på pasientjournaler. Et par informanter fremhever også engasjement fra kommuneoverlegens side som et viktig suksesskriterium for et godt samarbeid med fastlegene, og andre trekker fram suksess gjennom at alle legene har vært involvert hele veien fra oppstarten av tilbudet og har hatt mulighet til å komme med innspill.

Det er rimelig å anta at det finnes en rekke andre faktorer som ikke er nevnt her, men som like fullt er av betydning for hvordan ØHD-tilbudet organiseres og driftes.

4. Vedlegg

4.1 Anonymisert oversikt over ØHD-tilbud omfattet av studien

ØHD-tilbud	RHF	Bef-størrelse	Inter-kommunalt samarbeid	Lokalisering	Ant plasser	Etablert	Døgn-kontinuerlig legedekning	Organisering av legetjeneste
1	Helse Sør-Øst	> 50 000	Nei	Legevakt	> 20	12-24 mnd.	Ja	Fast ansatte leger på ØHD som er tilgjengelige 24/7. Faste visitter morgen og ettermiddag.
2	Helse Sør-Øst	> 50 000	Ja	Sykehjem	10	12-24 mnd.	Nei	Legebemannning dagtid alle dager. Beredskapsvakt alle dager med faste leger, og fast visittid på formiddag, også i helg. Legevakt dekker natt.
3	Helse Nord	5 000 – 50 000	Ja	Legevakt	2	> 24 mnd.	Nei	To leger fra lokalt legekantor dekker ØHD, går visitt og er telefonvakt på dagtid. Legevakt dekker ettermiddag, natt og helg.
4	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	2	12-24 mnd.	Nei	Fastleger har ansvar på dagtid og kommer på tilsyn om nødvendig. Tilsynslege har oppmøte to ganger i uken med full gjennomgang av alle pasienter, og kan kontaktes på mobil på dagtid. Legevakt dekker kveld, natt og helg.
5	Helse Vest	5 000 – 50 000	Ja	Sykehjem	4	> 24 mnd.	Nei	Tilsynslege tilgjengelig på dagtid, legevakt dekker resten. Fast legetilsyn morgen og kveld hver dag, tilsynslege på morgen og legevakt på kveld. I helgen er det eget sykehjemsteam på morgen og legevakt på kveld.
6	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	1	12-24 mnd.	Nei	Sykehjemslege i full stilling har 70% tilstedetid og resten ubundet, og er ellers på telefon også kveld alle dager. På natt dekker legevakten i nabokommunen.
7	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Nei	Legevakt, men adskilt	4	> 24 mnd.	Nei	To sykehjemsleger dekker dagtid på hverdager, fem fastleger har vaktordning ettermiddag/natt hverdager og helg. Visittid hver dag, fastlegene går visitt lørdag og søndag.

8	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Ja	Sykehjem	4	> 24 mnd.	Nei	Sykehjemslegen er fysisk tilgjengelig på dagtid og har visitt, og er telefonvakt på kveld. Legevakslege dekker tilbudet på natt. I helg er det kun visitt og vakttelefon.
9	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	1	> 24 mnd.	Nei	Fast sykehjemslege på dagtid. Tilsyn første virkedag etter innleggelse. Utenom vanlig arbeidstid og helg/helligdager dekkes tilbudet av legevakt. Ikke fast visittid i helg.
10	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Ja	Sykehjem, men adskilt	5	12-24 mnd.	Nei	Legetilsyn på dagtid som er telefonvakt på kveld. Legevakt dekker natt. I helgene er en lege på telefonvakt, men ingen aktiv tilstedeværelse av lege (men skal bli det i nær fremtid).
11	Helse Nord	5 000 – 50 000	Ja	Distriktsmedisinsk senter (DMS)	5	12-24 mnd.	Nei	70% legestilling over to leger i intermediaeravdelingen dekker også ØHD. Lege er på avdelingen hele mandag og ellers halve dager i ukedagene, og har fast visittid. Kveld/natt/helg dekkes av legevakt
12	Helse Sør-Øst	> 50 000	Ja	Sykehjem	8	12-24 mnd.	Nei	Lege tilgjengelig og daglig legevisitt alle dager. Telefonvakt på kveld i hverdager og dag/kveld på helg/helligdager. Natt dekkes av legevakt.
13	Helse Vest	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	2	12-24 mnd.	Nei	Lege i halv stilling på ØHD og korttidsavdeling er innom sykehjemmet hver dag og tilgjengelig på telefon til kveld. Legevakt dekker natt og helg. Legen går faste visitter i hverdag, og i helg har ØHD kontakt med legevakslege og diskuterer behov for visitt.
14	Helse Nord	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	2	> 24 mnd.	Nei	Lege er ikke fysisk tilstede på ØHD hele tiden, kun ved visitt og tilkalling via telefon på dagtid. Visitt i ukedager. Resten dekkes av legevakt.
15	Helse Vest	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	3	12-24 mnd.	Nei	Egen lege på dagtid. Legevakten har bakvakt på ettermiddag/kveld/natt/ helg. Legevakt har visitt på dagtid lørdag og søndag.

16	Helse Nord	5 000 – 50 000	Ja	Lokalsykehus	3	> 24 mnd.	Nei	Har lege på dagtid som er tilgjengelig på telefon utenom kontortid. Legevakt dekker kveld/ natt/helg. Fast visitt hver dag.
17	Helse Nord	< 5 000	Nei	Helsesenter	4	> 24 mnd.	Nei	Lege tilstede på dagtid – fast sykehuslege som også har fastlegetimer i samme bygg. Fast visitt på ukedager. Resten dekkes av legevakt.
18	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Ja	Legevakt	2	12-24 mnd.	Nei	To ansvarlige leger deler vaktordning hver ukedag. Legen ringer ØHD og kommer på visitt hvis pasienter, og har ellers vakt på dagtid. Legevakt dekker kveld/natt og helg.
19	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Ja	Sykehus	7	12-24 mnd.	Nei	Ansatte ØHD-leger på tilbudet morgen til kveld alle dager, inkludert helg. Natt dekkes av legevakt.
20	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Ja	Sykehus	2	12-24 mnd.	Nei	Fastleger har ansvar på dagtid. Kveld/natt og helg dekkes av legevakt. Fast visitt hver dag, også lørdag og søndag.
21	Helse Nord	< 5 000	Nei	Sykehjem	1	> 24 mnd.	Nei	På dagtid er det tre faste tilsynsleger på sykehjemmet som også dekker ØHD. Legevakten dekker kveld/natt/helg. Visittidene er ikke konkretisert.
22	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	2	12-24 mnd.	Nei	Lege ved legesenteret dekker dagtid, legevakt i egen kommune kveld og helg. På natt dekkes tilbudet av legevakt i nabokommune. Tilsyn av lege senest påfølgende dag. Ved behov for visitt på natt dekkes dette av en lege i annen kommune enn den som har legevakta.
23	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Ja	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	4	> 24 mnd.	Nei	DMS-leger går visitt på dagtid i hverdager. Kveld og helg dekkes av legevakt, og legevaksleger går visitt både lørdag og søndag.
24	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Ja	Distrikts-medisinsk senter (DMS)	4	12-24 mnd.	Nei	DMS-leger går visitt på hverdager og dekker ØHD- og korttidspasienter. I helgen er fastleger tilgjengelig 4 timer både lørdag og søndag – 2 timer oppmøte og 2 timer på telefon.

								Legevakt dekker kveld og natt.
25	Helse Vest	< 5 000	Nei	Sykehjem	1	12-24 mnd.	Nei	Tilsynslege på sykehjemmet (80% stilling) har tilsyn fire dager i uken. Legevakt dekker kveld/natt/helg. Tilsyn hver dag.
26	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	1	> 24 mnd.	Nei	Lege på dagtid 4 av 5 ukedager, og legevakt dekker resten av tiden. Legen som er tilgjengelig på dagtid går en visittrunde.
27	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Ja	Sykehjem	2	12-24 mnd.	Nei	Tre tilsynsleger ansatt på 40%-stillinger bytter på å være på ØHD alle ukedager bortsett fra onsdag. På onsdag, kveld og helg er ansvarlig ØHD-lege tilgjengelig på telefon i tillegg til legevakt. Kommunal legevakt dekker kveld, legevakt i nabokommune dekker natt.
28	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	2	12-24 mnd.	Nei	Tilsynslege i hverdager utenom onsdag og ekstra legeressurs på tirsdag. Ingen lege tilstede på onsdag og helg, men forenklet visitt på nye pasienter før helg. Bakvakt på legekontor i nærheten på kveld og helg. Legevakt dekker natt.
29	Helse Midt-Norge	5 000 – 50 000	Nei	Sykehjem	1,5	12-24 mnd.	Nei	Fast ansatt tilsynslege i 70%-stilling på dagtid, 4 dager i uken. En av fastlegene fra et legesenter er på avdelingen noen timer den 5. dagen. Legevakt dekker ettermiddag/natt/ helg.
30	Helse Sør-Øst	5 000 – 50 000	Ja	Sykestue	3	> 24 mnd.	Nei	To leger på avdelingen som dekker dagtid på ukedager, og er telefonvakt 7 dager i uken. På natt er det legevakt som dekker. Legene går fast visitt på hverdager, legevakt er tilgjengelig i helgene.

4.2 Intervjuguide

Kvantitative data vi ønsker å få tilsendt før intervju (etterspørres ifm booking av intervju)		
A	Antall senger ved tilbudet? – Utvikling fra oppstart?	
B	Hva er dekningsprosenten for tilbudet? – Utvikling fra oppstart? – Hvordan er denne beregnet?	
C	Hva er gjennomsnittlig liggetid ved tilbudet?	
D	Fra hvor blir den største andelen av pasienter henvist? – Fastlege? – Legevaktslege?	

Tema: Bakgrunnsinformasjon		
	Spørsmål	Svar
1	Navn	
2	Tittel/stilling/rolle	
3	Kommune og RHF	
4	Er ØHD-tilbudet en del av et samarbeid med andre kommuner? <i>Hvis ja:</i> a) Hvilke andre kommuner? b) Er tilbudet lokalisert i din kommune?	
5	Hvor er ØHD-tilbudet plassert? Er det tilknyttet sykehus/sykehjem/legevakt/etc.? a) Har det innvirkning på pasientgruppen man mottar? F.eks. unge på sykehjem eller eldre på legevakt?	
6	Hvor langt er det mellom ØHD og sykehus?	
Tema: Organisering		
8	<i>Hvis interkommunalt:</i> a) Bruker alle kommunene tilbudet i like stor grad? <i>Hvis lite brukt av andre:</i> - Hva er årsaken(e) til at tilbudet ikke blir brukt i like	

	<p>stor grad av andre kommuner? - Føler pasienter, spes. eldre, at det er mindre trygt at tilbudet ikke er plassert i deres kommune?</p> <p>b) Hvordan opplever du at samarbeidet med de andre kommunene fungerer?</p>	
9	<p>Hvordan er legetjenesten/-tilsyn organisert?</p> <p>a) Døgnkontinuerlig legebemannning? Helg?</p> <p>b) Har legen faste visittider?</p> <p>c) Hvem har ansvar for pasienten frem til lege tilknyttet tilbudet ser pasienten?</p> <p>d) Er det av betydning at innleggelse i ØHD-tilbudet gir pasientansvar for innleggende lege? (vs. det å henvise til sykehus der sykehuslegen overtar pasientansvaret)</p> <p>e) Hvordan påvirker dette bruken av tilbudet?</p>	
10	<p>Brukes tilbudet mer eller mindre enn antatt?</p> <p>a) Har dere noen planer for fremtidig utvidelse/reduksjon av tilbudet?</p> <p>b) Endring av organisering/plassering?</p>	
11	<p>Hvilke pasientkategorier mottar dere?</p> <p>a) Får dere de pasientgruppene som var forventet ut fra innleggelseskriteriene?</p> <p>b) Hvordan ser pasientgrunnlaget ut mtp det som var forventet?</p> <p>c) Evt. årsaker til at volum og pasientkategorier ikke er som forventet?</p>	
Tema: Kommunikasjon		
12	<p>Er fastlegene også legevaktsleger i din kommune?</p>	

13	<p>I hvilken grad er tilbudet kjent blant fastlegene?</p> <p>a) Har fastlegene vært involvert i planleggingen og utformingen av tilbudet?</p> <p>b) Hvordan påvirker dette bruken av tilbudet?</p> <p>c) På en skala fra 1 til 5, der 5 er i svært stor grad, i hvilken grad opplever du at tilbudet er kjent blant fastleger?</p> <p><u>Hvis lite brukt:</u></p> <p>d) Hva kan være årsaken(e) til at fastleger ikke henviser til tilbudet?</p>	<p>Åpent svar:</p> <p>Vurdering:</p> <table border="1" data-bbox="683 577 1179 651"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad</p>	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
14	<p>I hvilken grad er tilbudet kjent blant legevaktslegene i kommunen?</p> <p>a) Har legevaktslegene vært involvert i planleggingen og utformingen av tilbudet?</p> <p>b) Hvordan påvirker dette bruken av tilbudet?</p> <p>c) På en skala fra 1 til 5, der 5 er i svært stor grad, i hvilken grad opplever du at tilbudet er kjent blant legevaktsleger?</p> <p><u>Hvis lite brukt:</u></p> <p>d) Hva kan være årsaken(e) til at legevaktsleger ikke henviser til tilbudet?</p>	<p>Åpent svar:</p> <p>Vurdering:</p> <table border="1" data-bbox="683 1128 1179 1202"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad</p>	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
Tema: Rutiner og retningslinjer												
15	<p>Hvilke innleggelseskriterier benytter dere?</p> <p>a) Hvordan opplever du disse?</p> <p>b) Blir kriteriene fulgt?</p>											
16	<p>Hvilke innleggelses-/henvisningsrutiner har dere?</p> <p>a) Må det foreligge en behandlingsplan fra innleggende lege? Gjøres dette i praksis?</p> <p>b) Hvordan påvirker innleggelsesrutinene bruken av tilbudet?</p>											
17	<p>Har dere en tidsfrist for hvor lenge pasientene kan ligge på tilbudet?</p> <p>a) Hvor strengt overholdes</p>											

	<p>dette?</p> <p>b) Hvordan påvirker dette bruken av tilbudet?</p> <p>c) Medfører denne fristen at pasienter ikke legges inn, hvis man vurderer at de må ligge lenger?</p>	
Tema: Personer og kompetanse		
18	<p>Har tilbudet klart å knytte til seg den planlagte kompetansen eller opplever dere utfordringer med å tilegne nødvendig kompetanse?</p> <p>b) Hvordan påvirker dette bruken av tilbudet og typen pasienter som behandles?</p>	
19	<p><i>Hvis respondent er henvisende lege:</i> Hvordan opplever du kompetansen til helsepersonell tilknyttet ØHD-tilbudet?</p> <p>a) Har du tillitt til forsvarligheten og robustheten i tilbudet?</p> <p>b) Hvordan påvirker dette bruken av tilbudet?</p> <p><i>Andre:</i> Hva tror du er henvisende legers syn på kompetansen til helsepersonell tilknyttet ØHD-tilbudet?</p> <p>c) Opplever du at de har tillitt til forsvarligheten og robustheten i tilbudet?</p> <p>d) Hvordan påvirker dette bruken av tilbudet?</p>	
20	<p>Er det etter din mening behov for kompetanseheving blant ansatte på ØHD-tilbudet?</p>	
Tema: Avsluttende spørsmål		
21	<p>Hvilke faktorer opplever du har størst betydning for at tilbudet blir brukt?</p> <p>a) Hva er de viktigste suksessfaktorene?</p> <p>b) Hva er det viktigste flaskehalsene?</p> <p>c) Evt. konkrete tiltak man har planer om/igangsatt?</p>	

22	Hva opplever du som viktige suksessfaktorer for at samarbeidet med fastleger og legevaktsleger skal fungere godt?											
23	På en skala fra 1 til 5, der 5 er i svært stor grad: I hvilken grad opplever du at fastlegene har tillitt til ØHD-tilbudet (opplever det trygt og forsvarlig å legge inn pasienter)? – Vennligst utdyp	Vurdering: <table border="1" data-bbox="683 443 1179 517"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <i>1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad</i>	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
24	På en skala fra 1 til 5, der 5 er i svært stor grad: I hvilken grad opplever du at legevaktslegene har tillitt til ØHD-tilbudet (opplever det trygt og forsvarlig å legge inn pasienter)? – Vennligst utdyp	Vurdering: <table border="1" data-bbox="683 723 1179 797"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <i>1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad</i>	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
25	Er det andre viktige forhold eller vellykkede tiltak som er viktig å få frem?											
26	Andre kommentarer?											



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

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

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