

# Erfaringer med etablering kommunalt øyeblikkelig hjelp

■ ANDERS GRIMSMO • Professor, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

■ AUDHILD LØHRE • Post doc, Senter for helsefremmende arbeid, NTNU

**Kommunene skal som et ledd i samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47 (2008/2009), ha opprettet et tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1. januar 2016. Det er derfor stor aktivitet i kommunene knyttet til etablering og drift av tilbud for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. De fleste velger interkommunalt samarbeid for å løse oppgaven. Variasjonen er imidlertid stor når det gjelder organisering, pasientgrunnlag, bemanning og i kriterier for innleggelse. I stedet for å bli et tilbud nær pasientene, går utviklingen mange steder mot en sentralisering av døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp til skrøpelige eldre og til personer med langtkommen kronisk sykdom, og for noen også et mer oppstykket forløp.**

## Bakgrunn

I lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 35 står det:

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

Kommunene står fritt i hvordan de vil organisere dette tilbudet, men må oppfylle kravene til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tråd med § 41. Det tilbudet som kommunene gir, skal være like godt eller bedre enn hva sykehusene kan tilby.

Etablering av øyeblikkelig hjelp døgn-

opphold i kommunene finansieres ved søknad til Helsedirektoratet om tilskuddsmidler. Forutsetningen er at hver enkelt kommune og det regionale helseforetaket har inngått en samarbeidsavtale om tilbudet. Fra 2016 tas det sikte på at midlene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene. Deretter skal finansieringsmodellen for sykehussinleggelse med kommunal medfinansiering på 20 prosent stimulere og bidra til utvikling av kommunale tjenester som leder til færre innleggelse i sykehus.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder som skal hjelpe kommunene i etableringen av tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (1). Studien som presenteres her, er et ledd i en evaluering som er bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Norges forskningsråd.

## En feltstudie

Datainnsamlingen ble organisert som en feltstudie (2). I det siste året av medisinerstudiet ved NTNU blir studentene utplassert i primærhelsetjenesten i seks uker. De observerer og de deltar i ordinære aktiviteter i kommunehelsetjenesten for å få innsikt i og forståelse av hvordan primærhelsetjenesten fungerer. Studentene blir utplassert i et tilnærmet fast utvalg av både store og små kommuner i Midt-Norge. I de største kommunene er det utplassert flere studenter. Høsten 2013 var 61 studenter utplassert i til sammen 37 kommuner, hvorav 34 lå i Midt-Norge og tre over grensen til Østlandet. Studentene fikk som oppgave å undersøke hvordan kommunene hadde løst eller planla å løse utfordringene knyttet til etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Før utplasseringen fikk studentene en undervisningstime med gjennomgang av det nye regelverket og om intensjonene gitt i samhandlingsreformen. Det ble laget en semistrukturert intervjuguide som studentene ble anbefalt å bruke. Videre ble det gitt råd om hvilke fagpersoner og stillingsroller som kunne

være i posisjon til å ha god innsikt i problemstillingen samt tilgang til relevant informasjon. Kartleggingen skjedde ved dybdeintervju av individuelle informanter i kommunene der studentene var utplassert og ved gjennomgang av relevante kommunale dokumenter. Besvarelsen eller feltrapporten ble levert i henhold til en mal på tre til fem sider. Rapportene er blitt analysert mht. innhold og sammenhenger i tråd med metoder for dokumentanalyse (3). Funne er også blitt sammenlignet med offentlig statistikk i forhold til utviklingen i Samhandlingsreformen (4). Metoden som er benyttet i denne undersøkelsen er presentert mer detaljert i en annen artikkel som handler om hvordan kommunene første året mestret de nye kravene til utskrivningsklare pasienter (5).

Det var varierende kvalitet og dekning av temaene på det som studentene leverte, noe som samsvarer med det andre har erfart (2). Styrken er imidlertid at totalt 61 studenter har intervjuet over hundre personer (de fleste en til to personer) i sentrale roller, og snakket med mange flere. Det har gitt et godt innblikk i hvilke erfaringer som er gjort i kommunene. Som studien viser, er det store lokale variasjoner, noe som også gjelder for resten av landet (6). En vet for eksempel at geografiske avstander kan ha stor betydning (7).

## Stor variasjon i organisering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Studentenes rapporter beskrev seks kommunale og 14 interkommunale ordninger for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. De interkommunale ordningene omfattet til sammen 79 kommuner, og åtte av ordningene var i full drift (36 kommuner). Antall kommuner som samarbeidet varierte mellom tre og tolv. Antall innbyggere varierte mellom 6000 og 220 000. Både den minste og største ordningen bestod av seks kommuner.

Fem av de interkommunale ordningene var lokalisert i sykehjem like ved lokalsy-

# av elp døgntilbud



*Samhandlingsreformen har en frist for opprettelse av tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunene innen 1. januar 2016.*

kehuset, og fire interkommunale ordninger var knyttet til distriktsmedisinske-/lokalmedisinske sentre hvor også spesialisthelsetjenesten var representert med tjenester. Seks av de interkommunale ordningene var samlokalisert med legevakten enten ved et lokalsykehus (to) eller et sykehjem (fire). Ytterligere tre ordninger hadde planer om samlokalisering med legevakten. Åtte kommuner hadde etablert et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud ved eget sykehjem samtidig som de var med i en interkommunal ordning.

Andel døgntilbud lokalisert til sykehjem og distriktsmedisinske senter er det samme i feltundersøkelsen som på landsbasis. I følge Norsk pasientregister (NPR) hadde 206 av 428 kommuner mottatt tilskudd for å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ved utgangen av 2013; 54 prosent av kommunene i Midt-Norge, mot 48 prosent for hele landet (6). Rapporten fra NPR bekrefter den samme store variasjonen i organisering mht. pasientgrunnlag og antall kommuner som samarbeider.

## Periferi og sentrum er splittet i synet på behov og organisering

To kommuner hadde brutt ut av et etablert interkommunalt samarbeid og ytterligere to kommuner hadde planer om å bryte ut. En begrunnelse var at reiseavstanden til øyeblikkelig hjelp tilbudet ble for lang.

«Øyeblikkelig hjelp tilbudet på sykehjemmet som ligger 500 m fra sykehuset fremstår som meningsløst. Når jeg sender en pasient så langt, så er det fordi utredning i sykehus er helt nødvendig. Meningen med reformen var jo også at pasienter skulle få et tilbud nærmere der de bor.»

Liknende synspunkter ble presentert av flere kommuner som hadde valgt å ikke bli med i et interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

«Den nye helse- og omsorgstjenesteloven lovfester bare et tilbud som i praksis allerede eksisterer og fungerer godt i distriktene. Det er sentrumsnært at et lokalt kommu-

nalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud mangler. Vi (i utkantkommuner, vår tilføyelse) behandler palliative pasienter, gir intravenøs medikamentell behandling og gjennomfører blodtransfusjoner ved sykehjemmet vårt.»

Et annet argument for kommunale ordninger var at flere leger opplevde liten medisinsk forskjell mellom sentralt og lokalt tilbud, og at tilbudet lokalt hadde andre kvaliteter enn et interkommunalt tilbud. I egen kommune er det kjent personale og kjente pasienter, journalen er tilgjengelig, pårørende er tilstede og man føler seg trygget på diagnose og gjennomføring av behandling av dårlige pasienter.

«Kommunalt døgntilbud er en glimrende måte å holde pasienter unna sykehus på. Det er både for pasienten og pårørende fordi tilbudet er bedre tilpasset pasientgruppen.»

Fastleger som gikk legevakt i interkommunale ordninger, satte likevel pris på de interkommunale plassene.

«Mange av kommunene i vår legevaktssordning har ikke øyeblikkelig hjelp tilbud lokalt for pasientene og det er utrygt å sende dem hjem igjen. Da er det godt å kunne ha pasientene til observasjon en stund før man bestemmer hva som skal gjøres.»

## Kriterier for innleggelse i kommunalt døgntilbud

Legetilsynet ved de kommunale døgnplassene var de fleste stedene løst ved en kombinasjon av tilsynslege på dagtid, og legevaktsslege etter kontortid og på natt. Det ble lagt stor vekt på at det ved innleggelse skulle foreligge en fullstendig henvisning som i tillegg skulle inneholde en plan for behandling og hva som skulle observeres. Observasjonsplasser som var lagt til legevakten, hadde kontinuerlig legetilsyn.

Kriterier for innleggelse i de interkommunale ordningene varierte. Seks av ordningene stilte krav om at det skulle være avklart diagnose og/eller kjent pasient som kunne undersøkes og behandles i tråd med vanlige allmenntilmedisinske prosedyrer og hjelpemidler. Fem ordninger var noe mer

avansert og inkluderte også pasienter som nødvendigvis ikke var helt avklart, men hvor man ved kort tids observasjon og ytterligere undersøkelser regnet med å kunne avklare om det var behov for innleggelse i sykehus. Dette gjaldt ordninger samlokalisert med legevakten. Tre planlagte interkommunale ordninger hadde ikke endelig bestemt seg for innleggelseskriterier.

Noe av tanken med interkommunalt samarbeid om øyeblikkelig hjelp har vært å kunne opprette bemanning og utstyr som også kan ta hånd om pasienter som er noe mer krevende enn pasienter som vanligvis behandles og følges opp lokalt etter vanlige allmenntilmedisinske prinsipper. Ved gjennomgang av kriterier for innleggelse ved de interkommunale ordningene hadde om lag halvparten av ordningene ingen ambisjoner utover det som enkelte kommuner allerede tilbyr i vanlige sykehjem. Tilskuddsmidlene til oppretting av øyeblikkelig døgntilbud har dermed i noen områder faktisk bare bidratt til en sentralisering av tjenester som kunne vært løst lokalt.

## En overestimert av behovet for øyeblikkelig hjelp plasser i kommunene?

Mye tyder på at etablering og utforming av de interkommunale døgntilbudene for øyeblikkelig hjelp i stor grad har skjedd i et samarbeid mellom politisk og administrativ ledelse i kommunene og helseforetaket. Flere av legene som var intervjuet uttrykte at de i liten grad hadde vært involvert.

I feltstudien kom det frem at de fleste ordningene bare hadde hatt 20–30 prosent belegg i forhold til antall plasser som var det stipulerte behovet fra myndighetene. Tilsvarende beleggsprosent er funnet i andre studier. Dette er blitt begrunnet med at tilbudet er nytt for legene, og at det er en krevende innleggelsesprosess sammenliknet med innleggelse i sykehus (8).

Som allerede nevnt har geografisk avstand stor betydning, noe som kan være med å forklare underforbruket.



*Å ha en maks grense på tre døgn for lokale øyeblikkelig hjelp-opphold, kan medføre at pasienter skrives ut før de kan klare seg selv.*

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

«Vi frykter at tilbudet vegg i vegg med sykehuset først og fremst vil bli et tilbud for vertskommunen. Vår kommune har i perioden hatt 11 innleggelser, mot vertskommunens 109 – altså bare 1/3 sammenliknet med vertskommunen i forhold til innbyggertallet.»

Andre mener behovet er overestimert (9, 10). Hvis det siste er riktig, vil noen interkommunale ordninger ikke bli bærekraftig på sikt.

### Utvidet konkurranse mellom skrøpelige eldre om plasser i kommunen

De interkommunale ordningene har forsøkt å holde seg til Helsedirektoratets anbefaling om at pasientene skulle få opphold på maksimalt tre døgn. Men i praksis ble dette vanskelig å holde. De fleste interkommunale ordningene opererte med omkring fem liggedøgn i gjennomsnitt.

«Å ha en maks grense på tre døgn for oppholdet kan føre til at pasienter skrives ut før de er i stand til å klare seg selv. Dette igjen resulterer i reinnleggelser, og i verste fall forverring av helsesituasjonen til vedkommende.»

Kommuner som hadde et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i tillegg til det interkommunale, skilte seg ut. De holdt tredagersfristen ved hjelp av det lokale tilbudet i egen kommune. En interkommunal ordning hadde på tilsvarende måte som i sykehus, innført en betalingsplikt når tre døgn var passert. På landsbasis har hver femte pasient hatt opphold som er lengre enn tre døgn (6).

I feltstudien ble det oppgitt flere grunner til at det var vanskelig å overholde fristen med maksimalt tre dagers opphold. Skrø-

pelige pasienter har generelt lang restitusjonstid. Dessuten ble det i praksis tre pasientgrupper som konkurrerte om de samme kommunale sykehjemsplassene. For det ene konkurrerte pasienter ved interkommunale øyeblikkelig hjelp ordninger med utskrivningsklare pasienter i sykehus, og i tillegg hadde kommunene egne hjemmeboende som ventet på plass.

### Noen overveielser

Slik enkelte av de interkommunale ordningene er blitt organisert, representerer de en ytterligere fragmentering av tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten (11). Forløpet for enkelte pasienter er blitt mer oppstykket enn tidligere, slik det også ble påvist i forbindelse med utskrivningsklare pasienter (5). Det er velkjent at innleggelse av skrøpelige eldre i sykehus kan ha negative virkninger (12). Omstendighetene rundt akuttinnleggelse i sykehjem med tre til fem dagers opphold, har likhetstrekk med innleggelser i sykehus, men her er virkningene ikke blitt undersøkt ennå.

Geografisk avstand har stor betydning, og slår ut i mindre bruk av både interkommunale ordninger og sykehus når det gjelder øyeblikkelig hjelp (13). Det gjelder også bruk av legevakt for mer kritiske tilstander (7). I forhandlingene med helseforetakene om samarbeidsavtaler fryktet leger i de mest perifere kommunene at de kunne miste de lokale døgnplassene for øyeblikkelig hjelp som de allerede hadde. En del helseforetak hadde stilt krav om tilgang til lege på under 30 minutter. Dette kravet er ikke gjennomførbart i mange områder. Leger i utkantkommunene var opptatt av den belastningen og potensielle

skadevirkningen som økt transport og skifte av miljø har for skrøpelige eldre. Slik sett vil en sammenslåing av kommuner i liten grad kunne påvirke de uheldige forholdene som følger av lang reisetid til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Spørsmålet om avstand til øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil være en vedvarende utfordring i å opprettholde et likt tilbud til alle.

Bare én kommune hadde vurdert å etablere et ambulerende team som kunne rykke ut og yte øyeblikkelig hjelp hjemme hos pasienter. Det er ifølge forskning et av de få prehospitale tiltakene som har vist seg å redusere antall innleggelser (14). Med unntak av noen få pasientgrupper gir behandling hjemme like gode resultater som behandling i institusjon for skrøpelige eldre og kronisk syke, til en lavere kostnad og med høyere pasienttilfredshet (15, 16). En slik ordningen har vært lite aktuell i kommunene så langt fordi samhandlingsreformen har knyttet tilskuddsmidler kun til oppretting av institusjonsplasser. Etter 2016 bestemmer kommunene selv om de vil bruke institusjonsplasser eller ambulerende team, evt. begge deler som et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.

Undersøkelser har funnet at pasienter ofte er fornøyde med å slippe å bli innlagt i sykehus, og ansatt helsepersonell i både kommunale og interkommunale ordninger opplever de nye oppgavene som givende (8). Representanter for kommunene mente også at kommunale så vel som interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp potensielt kunne redusere antallet innleggelser i sykehus. Ideelt bør derfor alle kommuner ha egne lokale ordninger for visse pasientgrupper samt ha tilgang til forsterket interkommunale ordninger for

andre pasienter. De som hadde både et lokalt og interkommunalt tilbud, opplevde at de to typene tilbud utfylte hverandre.

Et lokalt kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er først og fremst et alternativ for skrøpelige eldre med avklart diagnose, hvor hovedproblemet er et akutt behov for assistanse for å unngå innleggelse i sykehus. Det gjelder skrøpelige eldre som kan behandles etter allmennt medisinske prinsipper og hvor transport og skifte av miljø representerer en risiko for forverring. Dette er et tilbud som fungerte godt i enkelte kommuner, men som manglet i mange. I tillegg vil det være behov for et opprustet interkommunalt tilbud for mer komplekse, men stabile pasienter. Det gjelder pasienter hvor mistanke til akutt alvorlig underliggende sykdom er liten, men hvor observasjon og mer utredning kan avklare om det er behov for innleggelse i sykehus (17). En slik interkommunal ordning med lege til stede vil ha muligheter til en diagnostisk utredning som er mer avansert enn det en vanligvis har ved lokale sykehjem.

#### REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Revidert 02/2014 Oslo: Helsedirektoratet 2014.
2. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
3. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qual Research J* 2009; 9: 27–40.
4. Helsedirektoratet. Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen. Oslo: Helsedirektoratet, 2014. <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen.aspx> (21.02 2014).
5. Grimsø A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning* 2013; 8: 148–55.
6. Snøfugl G. Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp Trondheim: Norsk pasientregister, 2013.
7. Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 222.
8. Deloitte. Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
9. Heiberg I, Magnus T. En analyse av medisinsk øyeblikkelig hjelp til befolkningen i Helse Nord. nr. 1/2013. Tromsø: SKDE, 2013.
10. Wyller TB. En fatal departemental regnefeil. In: Moe M, ed. *Dagens Medisin Blogger*. Oslo: Dagens Medisin 2014.
11. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of family medicine* 2009; 7: 100–3.
12. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 36.
13. Lappegard O, Hjordt Dahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC family practice* 2013; 14: 87.
14. Philp I, Mills KA, Thanvi B et al. Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *Int J Integr Care* 2013; 13: e048.
15. Shepperd S, MSc DPhil, Doll H, MSc DPhil, Angus RM, MBChB et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Cmaj* 2009; 180: 175–82.
16. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient centered medical home Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2014. <http://pcmh.ahrq.gov/> (03.03. 2014).
17. Lappegard Ø, Hjordt Dahl P. Acute admissions to a community hospital: Experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scandinavian journal of public health* 2012; 40: 309–15.

■ ANDERS.GRIMSØ@NTNU.NO