Senter for omsorgsforskning
ØSTLANDET

Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Status per 2012/2013

Marianne Sundlisæter Skinner

HØGSKOLEN I GJØVIK

Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 5/2014

Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Status per 2012/2013

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 5/2014

Marianne Sundlisæter Skinner

Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Status per 2012/2013

Senter for omsorgsforskning, Østlandet
Høgskolen i Gjøvik

2014

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 5/2014

Tittel: Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp
døgntilbud: Status per 2012/2013

Forfatter: Marianne Sundlisæter Skinner

Rapporten er kvalitetssikret av: Tor Inge Romøren, faglig
ansvarlig, Senter for omsorgsforskning, Østlandet

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN (trykt utgave): 978-82-93269-69-4
ISBN (digital utgave): 978-82-93269-70-0

ISSN (trykt utgave): 1894-4213
ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:
www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultater fra en delstudie om øyeblikkelig hjelp døgntilbud som inngår i prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner». Det bygger på funn fra en undersøkelse av søknadene om tilskudd til etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra Helsedirektoratet i 2012 og 2013.

242 kommuner har søkt om etableringstilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud per i dag, fordelt på 101 tilbud/enheter. De fleste kommunene, om lag tre fjerdedeler av alle som har søkt, går sammen om etablering av ø-hjelpstilbudet. Interkommunalt samarbeid er mest utbredt blant kommunene på sørøstlandet og minst utbredt i nord-norske kommuner, men også i Nord-Norge samarbeider om lag halvparten med andre kommuner om ø-hjelpstilbudet. Blant kommuner som har eksisterende interkommunalt samarbeid om legevaktstjenester er det vanligst å velge interkommunalt samarbeid også om ø-hjelpstilbudet, mens kommuner med kommunal legevakt som oftest velger å etablere ø-hjelpstilbudet på egen hånd. Det finnes likevel flere unntak i begge kategorier.

De fleste kommunene velger å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp lokalisert til sykehjem (60 prosent). Om lag én av fem kommuner velger en løsning i tilknytning til legevakt, mens kun 16

prosent knytter tilbudet opp imot en sykestue eller spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder størrelse på ø-hjelpstilbudene, så varierer de fra 1 til 32 plasser, med de aller fleste i sjiktet mellom 1 og 9 senger. Det ser ut til at tilbudene er en jevn blanding av nyetablerte tilbud med nye senger og omdefinerte/videreførte senger.

FORORD

Denne rapporten inngår i prosjektet «Prosess-evaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner». Prosjektet har som hovedmålsetting å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og å studere effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år). Prosjektet vil tilbakeføre informasjon til brukergruppene, i hovedsak statlige og kommunale beslutningstakere, slik at kunnskapen raskt kan benyttes til læring, korreksjon og videre innovasjon.

Prosjektet er et samarbeid mellom Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen i Gjøvik (HiG), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).

Evalueringen er bygd over tre arbeidspakker som hver inneholder flere delprosjekter:

- Arbeidspakke A omfatter casestudier av modeller for tjenesteyting som er under utvikling i forhold til tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert i forbindelse med Samhandlingsreformen: ”Øyeblikkelig hjelp”-tjenester, rehabilitering og forebyggende helsetjenester.

- Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling: 1) Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, 2) Interkommunale samarbeidsordninger og 3) Andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.
- Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

Denne rapporten inngår i Arbeidspakke A, og er utarbeidet på bakgrunn av undersøkelser gjort for delprosjektet «Organiseringen av øyeblikkelig hjelp-tilbudet» ved Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Forfatteren vil takke Thorstein Ouren i Helsedirektoratet for å ha gjort søknadene om tilskudd til etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra 2012 og 2013 tilgjengelig. Uten tilgang til søknadsmaterialet ville ikke kartleggingen vært mulig. Forfatteren vil også rette en stor takk til professor Tor Inge Romøren for gjennomlesning av manuskriptet og nyttige kommentarer.

Gjøvik, 27. mars 2014

Marianne Sundlisæter Skinner

INNHOLD

SAMMENDRAG V

FORORD VII

1 INNLEDNING 1

1.1 Bakgrunn 1
1.2 Helsedirektoratets tilskuddsordning 2
1.3 Mål og problemstillinger 3
1.4 Litteratur om organiseringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud 3

2 MATERIALE OG METODE 5

2.1 Datamaterialets omfang 6
2.2 Datamaterialets innhold og begrensninger 8

3 RESULTATER 11

3.1 Interkommunalt samarbeid 11
3.2 Eksisterende interkommunalt samarbeid om legevaktstjenester 13
3.3 Løsninger/lokalisering av tilbudet 16
3.4 Størrelsen på ø-hjelpsenhetene 18
3.5 Nyetablering eller videreføring? 18

4 DISKUSJON 21

4.1 Interkommunalt samarbeid 21
4.2 Organiseringen av tilbudet 23
4.3 Nyetablering eller omdefinering? 24

5 AVSLUTNING 27

REFERANSER 31

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. To av reformens mål er å flytte helsetjenester nærmere der folk bor, og å overføre flere oppgaver fra staten (spesialisthelsetjenesten) til kommunene. Ett av tiltakene herunder er en ny kommunal plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med behov for akutt hjelp eller observasjon. Denne plikten skal:

> ... gjelde for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. I alle hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling [...], og hvor allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse.
>
> (Prop. 91 L 2010-2011)

Tilbud ved lokalmedisinske sentre, som på Fosen i Trøndelag, synes å ha fungert som eksempler på kommunale tilbud som sikrer behandling og observasjon på «beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større

nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet» (Prop. 91 L 2010-2011). Overføringen av ansvaret for disse pasientene fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er tenkt å være et virkemiddel for å redusere antallet innleggelser i sykehus. Eller sagt med andre ord: «Intensjonen med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å forebygge en sterk vekst i øyeblikkelig hjelp-innleggelser i spesialisthelsetjenesten som følge av økt antall eldre» (Helsedirektoratet 2014: 101).

Plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold trer i kraft 1. januar 2016, men skal fases inn i den forutgående fireårsperioden (2012-2015). Tilbudet fullfinansieres ved at midler blir overført fra de regionale helseforetakene til kommunene, halvparten gjennom en tilskuddsordning som Helsedirektoratet administrerer, og den andre halvparten direkte fra helseforetaket. Måltallet lagt til grunn for overføringene for 2012-2013 er på ca. 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner, inkludert kapitalkostnader (Prop. 91 L 2010-2011), altså 1048 millioner kroner totalt 2012-2015 (Helsedirektoratet 2013c). Fra 2016 vil tilskuddet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.

1.2 HELSEDIREKTORATETS TILSKUDDSORDNING

Alle kommuner skal søke om tilskudd fra Helsedirektoratet til etablering av tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) fra etableringsåret. Kommunene som får tilskudd får automatisk utbetalt samme beløp for de resterende årene av innfasingsperioden. Fristen for å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet de første to årene var 1. juli 2012 og 1. mars 2013. For 2014 og 2015 er søknadsfristen 1. mars.

152 kommuner søkte om tilskudd til etablering av ØHD i 2012[1], og 99 søkte i 2013. 9 kommuner søkte om tilskudd begge årene, så antallet kommuner som har søkt om tilskudd disse to årene totalt er 242. Per 2013 har 206 kommuner mottatt tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og 154 kommuner hadde etablert et tilbud per 1. september 2013 (Helsedirektoratet 2014: 100).

[1] Helsedirektoratet (2012, 2013b) rapporterer at 144 kommuner søkte i 2012, men dette stemmer ikke overens med søknadsmaterialet. Her finnes søknader fra 152 kommuner.

1.3 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Øyeblikkelig hjelp-prosjektets mål er å studere fremveksten av det kommunale tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, både dets organisering, innhold og effekter for andre tjenester. Målsettingen for denne rapporten er avgrenset til en analyse av organiseringen av det kommunale ø-hjelpstilbudet og gir en foreløpig analyse basert på data fra søknadene om tilskudd fra Helsedirektoratet for 2012 og 2013. Problemstillingene som belyses er:

1. Etableres ø-hjelpstilbud i samarbeid mellom kommuner i deler av landet?
2. Hvordan organiseres ø-hjelpstilbudet i den enkelte kommune?
3. Vil etableringen av ø-hjelpstilbudet skje ved at senger i sykehjemmene omdefineres til akuttplasser eller etableres det nye tiltak?

1.4 LITTERATUR OM ORGANISERINGEN AV ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD

Deloitte har på oppdrag for Kommunesektorens organisasjon (KS) gjennomført en spørreundersøkelse i samtlige av landets kommuner om organiseringen

av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Spørreundersøkelsen ble gjennomført sommeren 2013 og supplert med påfølgende telefonintervjuer med informanter fra 15 kommuner. En rapport om temaet ble publisert i november samme år (se Baaske et al. 2013). Deloittes kartlegging dekker blant annet to av problemstillingene som også søkes besvart i denne rapporten, nemlig spørsmålene om utbredelsen av interkommunalt samarbeid og organisering/lokalisering. Med en svarprosent på 79 totalt og 82 prosent blant kommuner som har søkt om tilskudd (198 kommuner) lykkes KS/Deloittes spørreundersøkelse svært godt i å kartlegge situasjonen ute i kommunene.

Denne rapporten er imidlertid ment å være et tillegg til Deloittes analyse, da den baserer seg på et annet datamateriale og andre metoder enn Deloittes rapport og undersøkelse. På enkelte områder vil denne rapporten ha en triangulerende funksjon opp imot Deloittes funn, og på andre områder vil den supplere med nye resultater og konklusjoner. Videre er utvalget for undersøkelsene forskjellige; i denne rapporten analyseres data fra hele populasjonen på de 242 kommunene som per 2013 har søkt om tilskudd, er i etableringsfasen eller har åpnet tilbud, mens kun 198 av disse kommunene inngikk i Deloittes analyse. Det forventes med andre ord at analysen av kommunene som har kommet i gang med ø-hjelpstilbudet i denne rapporten gir et noe mer komplett bilde enn Deloittes analyse.

2 MATERIALE OG METODE

Samtlige søknader om tilskudd fra 2012 og 2013 ble oversendt til Senter for omsorgsforskning fra Helsedirektoratet i mai 2013 som skannede PDF-dokumenter. Materialet utgjorde 67 søknader fra 2012 og 42 fra 2013, altså 109 søknader totalt.

Samtlige 109 søknader ble grundig gjennomgått, og følgende informasjon om hvert tilbud ble registrert i en excelfil:

- Samarbeid med andre kommuner om ø-hjelpstilbud eller ikke
- Samarbeid med andre kommuner om legevakt eller ikke
- Planlagt lokalisering/løsning
- Antall plasser i tilbudet
- Nye senger eller konvertering av eksisterende senger
- Term brukt om tilbudet
- Planlagt dato for oppstart
- Informasjon om legetjenesten
- Annen relevant informasjon/beskrivelse

I tillegg til ferdig utfylt søknadsskjema fulgte samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket med hver søknad, og i mange tilfeller tilleggsdokumentasjon som f.eks. interkommunale

samarbeidsavtaler, prosjektbeskrivelser og liknende. Der det var avvik mellom beskrivelsen i søknadsskjemaet og de andre vedlagte dokumentene, ble informasjonen fra søknadsskjemaet registrert. Der én eller flere kommuner har sendt søknad i både 2012 og 2013, er det informasjonen i den siste søknaden som er registrert.

Etter endt analyse av tilskuddssøknadene ble den resulterende Excelfilen gjenstand for vasking og systematisering av data og omkodet til et format kompatibelt med SPSS-analyse.

2.1 DATAMATERIALETS OMFANG

Søknadsmaterialet tilsendt fra Helsedirektoratet viser at det var 152 kommuner som søkte om tilskudd i 2012 og 99 i 2013, og at antallet kommuner som har søkt om tilskudd totalt er 242. Tabell 1 nedenfor viser hvordan søkingen var fordelt på de to årene:

Tabell 1: Søknader per år.

År	Antall
2012	143
2012 og 2013	9
2013	90
Totalt	242

Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013)

Funnene som presenteres i denne rapporten baserer seg på data fra hele populasjonen av kommuner som har søkt om tilskudd, altså 242 kommuner og 101 ø-hjelpsenheter. Av de 242 kommunene tilhører 51 kommuner Helse Midt-Norge, 36 Helse Nord, 115 Helse Sør-øst og 40 Helse Vest. Tabell 2 viser at andelen kommuner som har søkt fra hver helseregion er minst i Helse Nord og Helse Vest, og høyest i Helse Sør-øst.

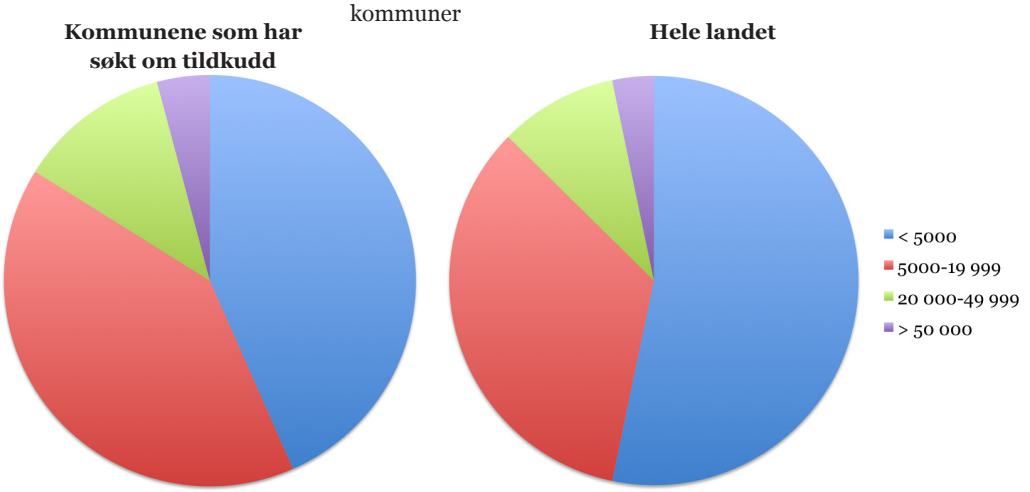
Tabell 2: Søknader fra helseregionene

Helseregion	Prosent søknader	Antall søknader	Antall kommuner totalt i helseregionen	Prosent i helseregionen som har søkt
Helse Midt-Norge	21,1	51	84	60,7
Helse Nord	14,9	36	87	41,4
Helse Sør-øst	47,5	115	172	66,9
Helse Vest	16,5	40	85	47,1
Totalt	100	242	428	-

Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013), SSB (2013).

Figur 1 nedenfor illustrerer fordelingen av kommunene i søkermassen etter størrelse sammenliknet med alle kommunene i hele landet. Utvalget er noe underrepresentert blant kommuner med under 5 000 innbyggere og noe overrepresentert i de øvrige kommunegruppene. De minste kommunene utgjør 43,4 prosent av utvalget, men 53,3 prosent av landets kommuner.

Figur 1: Utvalget fordelt på kommunestørrelse vs. alle landets kommuner



(N = henholdsvis 242 og 428)
Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013), SSB (2014).

2.2 DATAMATERIALETS INNHOLD OG BEGRENSNINGER

I søknadsskjemaet om tilskudd oppgis informasjon om kommunene som søker og deres kontaktpersoner. I tillegg blir kommunene bedt om å beskrive tilbudets organisering, kompetanse og utbygging. Det forholdsvis ustrukturerte søknadsskjemaet gjør at de 109 søknadene spriker betydelig både i henhold til innhold/fokus og omfang. Noen søknader inneholder veldig detaljerte beskrivelser av tilbudet og vitner om at planleggingen av ø-hjelpstilbudet har vært en omstendelig prosess, mens andre søknader bærer tydelig preg av at planene er mindre gjennomarbeidet, og at søknaden er sydd sammen i hui og hast. Én søknad manglet f.eks. helt en beskrivelse av tilbudet som skulle opprettes, da kommunen ikke ennå hadde utredet hvilken løsning de skulle velge på tidspunktet søknaden var skrevet.

Det bør også nevnes at noen av søknadene mottatt fra Helsedirektoratet hadde betydelige mangler; blant annet hadde samtlige partallssider i en håndfull søknader falt ut i skanningsprosessen. Det ble sendt en forespørsel til Helsedirektoratet om å få disse sidene ettersendt, men vi har ikke lykkes i å få tilgang til de manglende sidene.

I de tilfellene der datamaterialet har kommet til kort på grunn av de ovennevnte begrensningene, er det forsøkt å finne informasjon om tilbudene primært fra kommunenes hjemmesider og helsenorge.no, og deretter øvrige søk på internett. Opplysninger om interkommunalt samarbeid om legevakt er også hovedsakelig hentet fra disse kildene.

Videre er det også viktig å påpeke at informasjonen fra søknadene om tilskudd kun kan betraktes som et uttrykk for kommunenes intensjoner for etablering og drift av ø-hjelpstilbudet på søknadstidspunktet. Det vil på være langt ifra alle som gjennomfører planene til punkt og prikke ut ifra det som er oppgitt i søknaden. Åpningstidspunktet er et godt eksempel

på dette. Av forskjellige grunner ser det ut til at et fåtall av kommunene har klart å åpne tilbudet på det tidspunktet som ble oppgitt i søknaden. Noen kommuner fikk kanskje ikke tilskudd det året de hadde tenkt, i enkelte kommuner tok behandlingsprosessen kanskje lenger tid enn antatt, og i andre har det kanskje vært utfordringer knyttet til rekruttering og tilpassing/bygg av lokaler som har gjort at etableringen har tatt lenger tid enn planlagt.

3 RESULTATER

3.1 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

152 kommuner søkte om tilskudd til etablering av ø-hjelpstilbudet i 2012 og 99 i 2013. Av de 109 søknadene som Helsedirektoratet mottok, søkte 55 kommuner alene, to søkte om tilskudd til todelte løsninger (kombinasjon av eget tilbud og interkommunalt tilbud)[2], mens 44 søknader var fra flere enn én kommune. Planene oppgitt i de 109 søknadene resulterer i 101 «ø-hjelpsenheter»: 57 kommunale og 44 interkommunale.

Dette vil si at av de 242 kommunene som har søkt om tilskudd per i dag, etablerer 23 prosent av kommunene tilbud på egen hånd, og 77 prosent etablerer i samarbeid med andre kommuner. De fleste kommunene er i samarbeid som involverer fire, fem eller seks kommuner, men målt i antall ø-hjelpsenheter, er samarbeid med to kommuner den vanligste formen (når antallet som ikke samarbeider ekskluderes). Tabell 3 (neste side) viser utbredelsen av samarbeid etter antall kommuner.[3]

[2] Disse to kommunene er i den følgende analysen registrert under «interkommunalt samarbeid».

[3] De kommunene som har todelte løsninger er registrert under samarbeid.

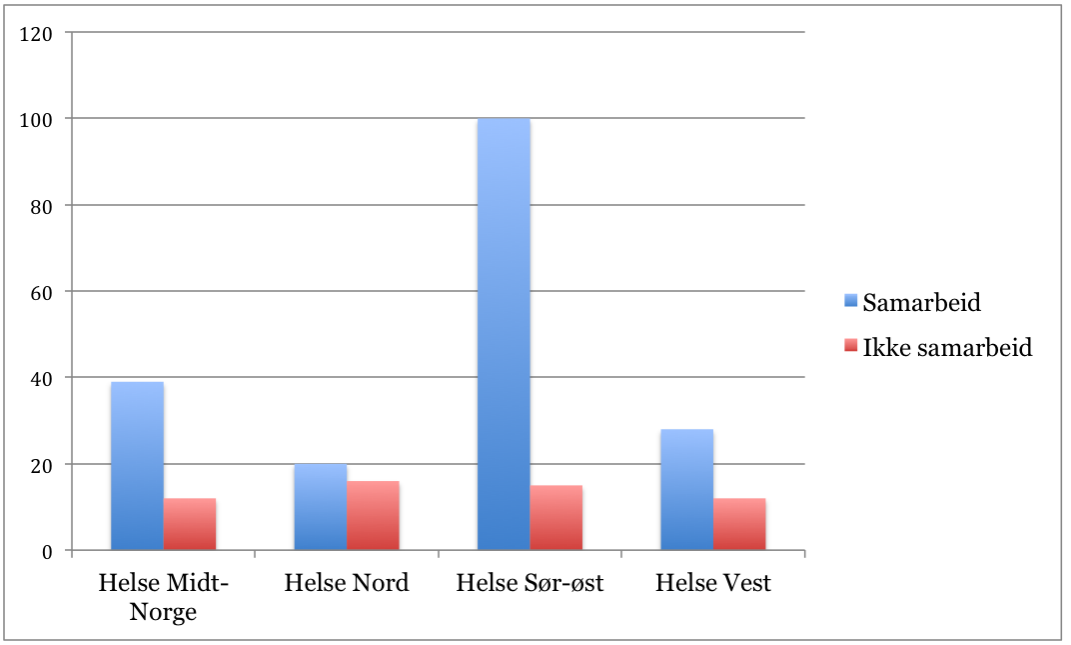
Tabell 3: Antall kommuner som samarbeider om øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Samarbeid	Antall kommuner	Antall kommuner i prosent
Ikke samarbeid	55	22,7
Samarbeid mellom 2-4	79	32,6
Samarbeid mellom 5-7	79	32,7
Samarbeid mellom 8-12	29	12,0
Total	242	100

Kilde: Undersøkelsen av søknad-ene om tilskudd (2012-2013)

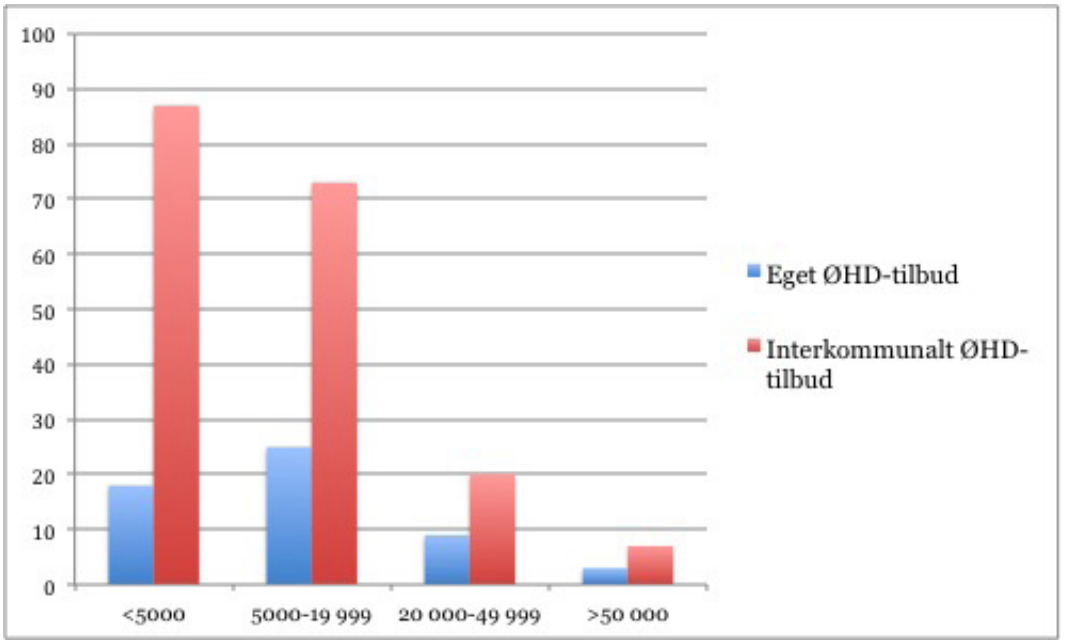
Interkommunalt samarbeid er mest utbredt på sørøstlandet og minst utbredt i Nord-Norge (se Figur 2 nedenfor). I Nord-Norge har nesten like mange kommuner valgt å etablere eget ø-hjelpstilbud som i samarbeid med andre kommuner. I Midt-Norge etablerer ca en fjerdedel av kommunene tilbudet alene, på vestlandet ca en tredjedel og på sørøstlandet er andelen kun 13 prosent.

Figur 2: Geografisk utbredelse av interkommunalt samarbeid om ØHD



(N= 242) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013)

Figur 3: Interkommunalt samarbeid etter kommunestørrelse



(N= 242) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013)

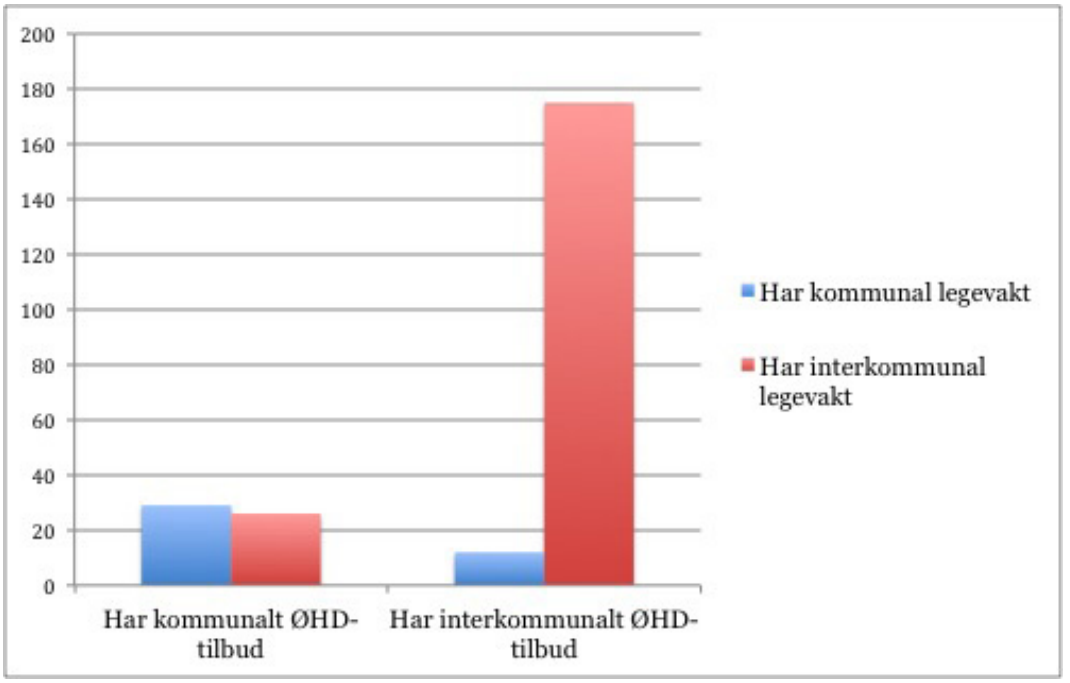
Interkommunalt samarbeid er mest vanlig uansett kommunestørrelse. Dette er tydelig illustrert i Figur 3 under. Likevel er andelen som velger samarbeid noe større blant de minste kommunene (<5000 innbyggere) med 83 prosent, mot 74 prosent av kommunene med 5000-19 999 innbyggere, og ca. 70 prosent av kommuner med over 20 000 innbyggere.

3.2 EKSISTERENDE INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM LEGEVAKTSTJENESTER

Ifølge søknadene om tilskudd og søk på helsenorge.no og kommunenes nettsider deltar 83 prosent av kommunene som har søkt om etableringstilskudd til ø-hjelpstilbudet i en interkommunal legevaktsordning

(n=242). Kun 17 prosent av kommunene har egen legevakt. Blant kommunene som har egne legevaktsordninger er det mest vanlig å etablere egne ø-hjelpstilbud (71 prosent etablerer kommunale ØHD-tilbud), mens blant kommunene som har interkommunale legevaktsordninger etablerer flesteparten, som ventet, interkommunale ø-hjelpstilbud (87 prosent). Figur 4 illustrerer denne fordelingen.

Figur 4: Samvariasjon mellom interkommunal legevakt og interkommunalt ØHD-tilbud

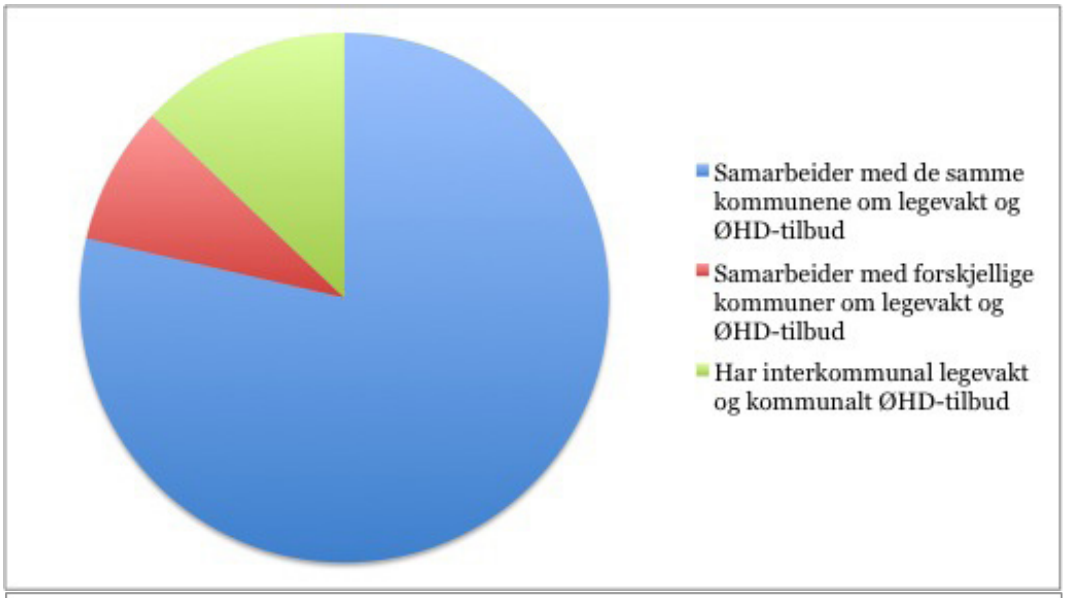


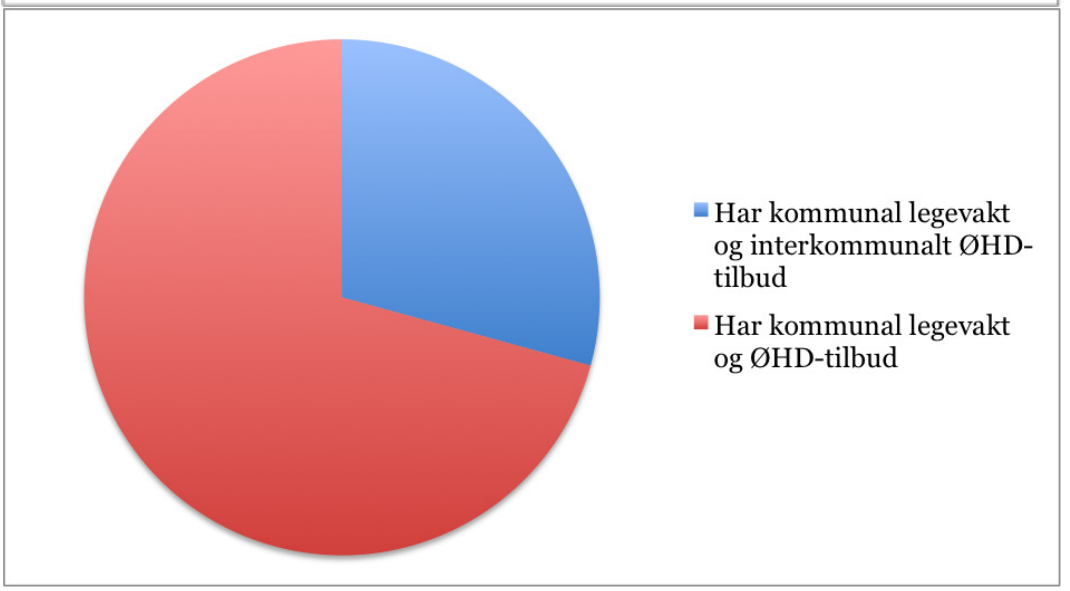
(N= 242) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013), helsenorge.no og kommunenes nettsider.

Grunnet vaktfunksjonen legevakten er tiltenkt for de fleste ø-hjelpstilbudene er det naturlig at eksisterende interkommunalt samarbeid om legevaktstjenester spiller inn når kommunene velger om de skal etablere kommunale eller interkommunale ØHD-tilbud. Likevel er velger ikke alle som har eksisterende legevaktssamarbeid interkommunale ØHD-løsninger eller å samarbeide med de samme kommunene på begge områdene. På samme måte finnes det også noen kommuner med egen

Figur 5: Interkommunal legevakt og ØHD-samarbeid (N= 201) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013), helsenorge.no og kommunenes nettsider.

legevakt som inngår samarbeid om ø-hjelpstilbudet med andre kommuner. Figur 5 under viser at de aller fleste kommunene med interkommunal legevakt velger å samarbeide med (mange av) de samme kommunene om ø-hjelpstilbudet (79 prosent), mens bare 8 og 13





Figur 6: Kommunal legevakt og ØHD-samarbeid (N= 41) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013), helsenorge.no og kommunenes nettsider.

prosent velger henholdsvis samarbeid med andre kommuner og å etablere eget ø-hjelpstilbud (n=201). Blant kommunene med kommunal legevakts-ordning, velger 71 prosent kommunale ø-hjelpstilbud og bare 29 prosent samarbeid (se figur 6).

3.3 LØSNINGER/LOKALISERING AV TILBUDET

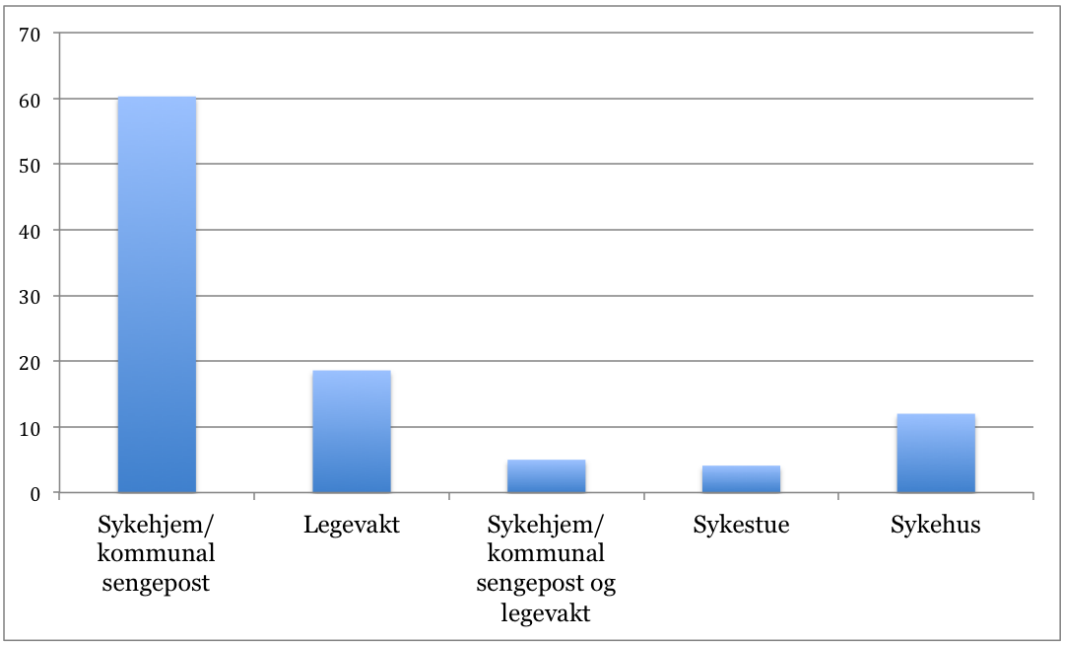
Løsningene som kommunene har valgt for lokalisering kan deles opp i fem hovedkategorier:

- På sykehjem[4]
- I tilknytning til legevakt
- Noen plasser på sykehjem og noen ved legevakt
- På sykestue
- I tilknytning til sykehus

Ca. 60 prosent av kommunene har valgt den første løsningen: å opprette ø-hjelp døgntilbud på sykehjem eller annen kommunal institusjon med heldøgns omsorg og pleie (heretter kun referert til som «sykehjem»), og 19 prosent har valgt å knytte ø-hjelpstilbudet til legevakten. Medregnet de 5 prosentene som kombinerer et tilbud ved sykehjem med et tilbud ved legevakten, er det 84 prosent av kommunene som knytter tilbudet opp imot kommunale enheter. De resterende 12 og 4 prosentene velger henholdsvis lokalisering i tilknytning til sykehus og sykestue (se Figur 7 under).

[4] Under «sykehjem» regnes alle kommunale institusjoner med heldøgns omsorg og pleie. Denne avgrensningen er brukt fordi navn og begreper som «helsehus», «lokalmedisinsk senter», «distriktsmedisinsk senter» og andre varianter brukes av kommunene som betegnelse for vidt forskjellige institusjoner som rommer mange forskjellige tjenester.

Figur 7: Løsning/lokalisering på det kommunale ø-hjelpstilbudet (prosent)
(N= 242) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013)

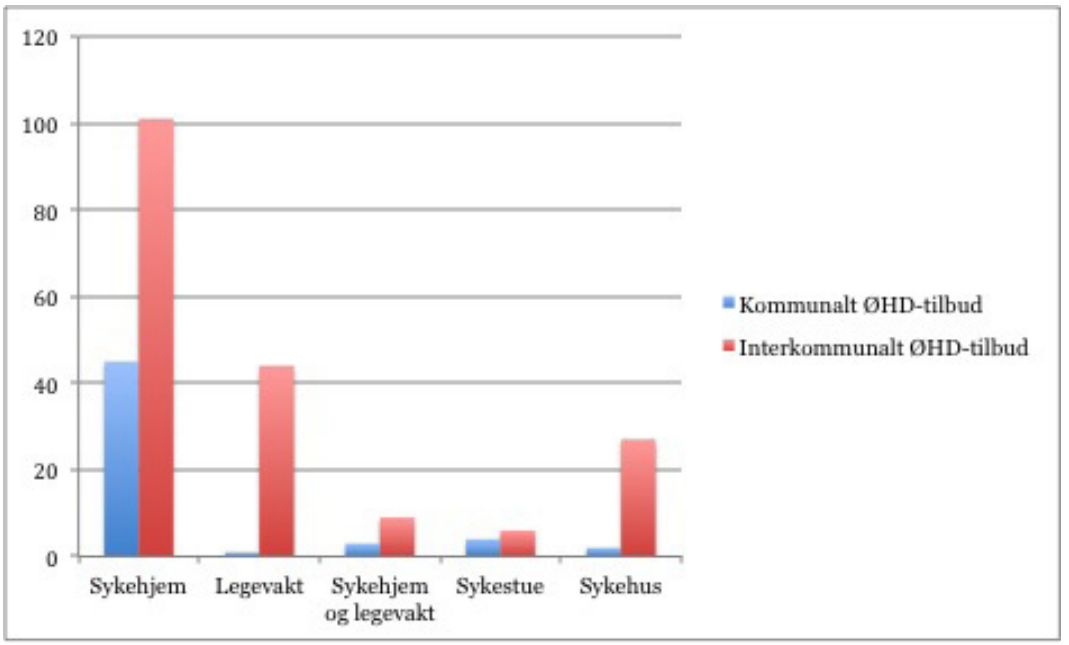


Det bør nevnes at det ikke kommer klart frem i alle søknadene der tilbudet skal knyttet opp imot sykehus hvorvidt tilbudet skal baseres på kjøp av tjenester fra helseforetaket eller ei. Her er det mulig at noen tilbud som kun skal lokaliseres til sykehus ikke har noen annen tilknytning til sykehuset enn lokaliseringen.

Den geografiske spredningen av løsningene er jevn; det generelle mønsteret illustrert i Figur 7 over følges i alle regionene, med unntak av sykestueløsningen som kun finnes i Nord-Norge og på sørøstlandet (Hallingdal).

Videre er lokalisering av tilbudet til sykehjem mest vanlig både blant kommuner som samarbeider med andre kommuner om tilbudet og de som etablerer eget tilbud. Lokalisering til legevakt er imidlertid klart mest utbredt blant kommuner i interkommunale samarbeid og forekommer nesten ikke i kommunale ØHD-tilbud, som Figur 8 under illustrerer. Etablering av tilbud ved sykehus er også mest vanlig i interkommunale samarbeid. Blant kommunene som ikke samarbeider med andre kommuner om ø-hjelpstilbudet forekommer det med andre ord sjeldent at andre lokaliseringsløsninger enn sykehjem blir valgt; kun 10 av de 55 kommunale tilbudene har en annen lokalisering enn kun på sykehjem.

Figur 8: Samvariasjon mellom lokalisering av ØHD og interkommunalt samarbeid (N= 242) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013)



3.4 STØRRELSEN PÅ Ø-HJELPSENHETENE

Søknadene om tilskudd viser at kommunene planlegger å etablere 433 ø-hjelpsplasser totalt fordelt på de 101 ø-hjelpstilbudene det er søkt om tilskudd til i 2012 og 2013.[5] Det gir et gjennomsnitt på 4,3 senger per enhet. Oslo og det interkommunale tilbudet i Trondheim er de to største tilbudene med henholdsvis 32 og 25 plasser, og de minste tilbudene med én seng ligger i 20 små kommuner. Hvordan de 101 ø-hjelpsenhetene er fordelt ut ifra størrelse er presentert i Tabell 4 under.

[5] Tallet er basert på antall plasser som er oppgitt som mål i søknaden. F.eks. hvis en kommune har planlagt å begynne med 4 plasser og skal øke til 11, er 11 registrert. Hvis et tvetydig tall er oppgitt, som f.eks. 4-5 plasser, er gjennomsnittet tatt med. I søknader som det ikke er oppgitt noe antall, er antallet fra Helsedirektoratets veileder tatt med (Helsdirektoratet 2013a). Den sistnevnte praksisen gjelder kun en håndfull søknader.

Tabell 4: Ø-hjelpstilbud fordelt på størrelse (antall senger)

Størrelse	Antall	Prosent
1-2 senger	48	47,5
3-5 senger	30	29,7
6-9 senger	15	14,9
10-14 senger	6	5,9
25 eller flere senger	2	2,1
Totalt	101	100,1

Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013)

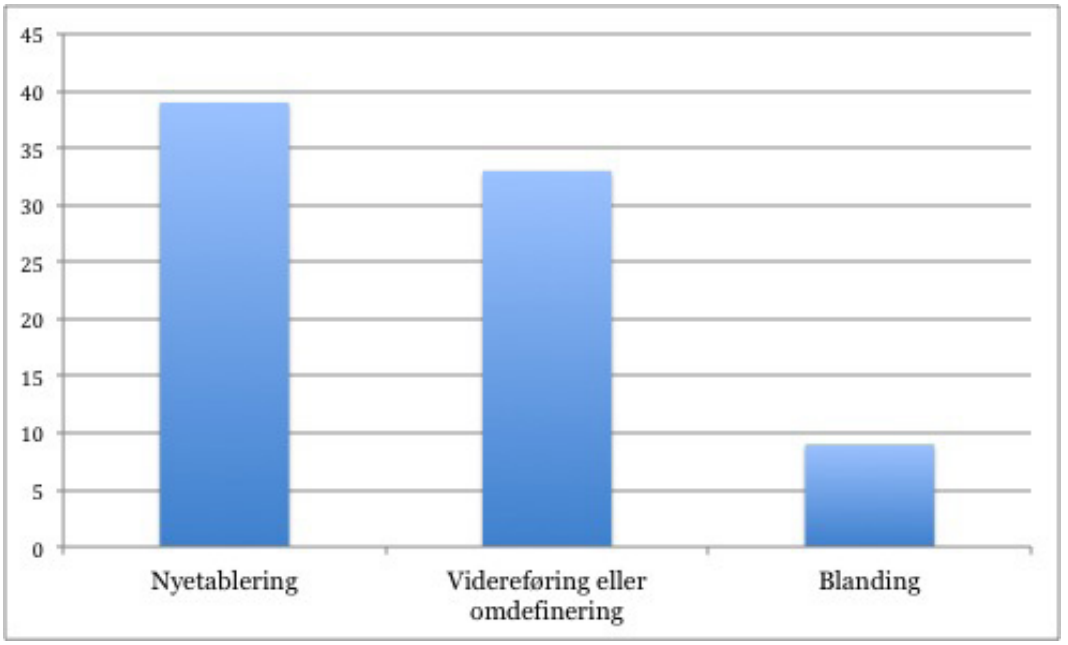
3.5 NYETABLERING ELLER VIDEREFØRING?

En av problemstillingene som søkes besvart er hvorvidt kommunene har brukt eksisterende senger til ø-hjelpstilbudet – altså om de tar av eksisterende sykehjemsplasser når de skal etablere ø-hjelpstilbudet – eller om sengene er nyopprettede. Dette spørsmålet er vanskelig å besvare med sikkerhet ved hjelp av datamaterialet fra søknadene om tilskudd, da det er usikkert hva kommunene har lagt i begrepet «nyetablering» eller «videreføring» når de er brukt for å beskrive hva som er gjort eller skal gjøres i

søknadene. Her er det tenkelig at enkelte kommuner har brukt begrepet «nyetablering» for å påpeke at det er et nytt tilbud – altså et tilbud om ø-hjelp som de ikke tidligere har hatt, uten at det gjenspeiler om eksisterende sykehjemsplasser er omdefinert og brukt til formålet. I andre søknader kommer det tydelig frem at plassene som skal brukes til ø-hjelp døgntilbud er nyopprettede plasser som kommer i tillegg til de eksisterende sykehjemsplassene.

I analysen av dokumentene har vi ikke basert oss på om kommunen har oppgitt tilbudet som en nyetablering eller ikke, men vi har foretatt en kvalitativ gjennomgang av innholdet og forsøkt å lese mellom linjene for å skille mellom de tilbudene som baserer seg på kun nye senger (nyetablering), senger som har eksistert til samme eller annet formål tidligere (videreføring eller omdefinering) og noen nye og noen eksisterende senger (blanding). I en god del søknader var det mer eller mindre umulig å komme til noen konklusjon om hvorvidt tilbudet var en nyetablering eller ikke; i disse tilfellene har vi unnlatt å tolke situasjonen den ene eller den andre veien. Med forbehold om den usikkerheten som følger tolkningen av datamaterialet, gir Figur 9 (neste side) en illustrasjon av hvor mange av tilbudene som er en nyetablering, videreføring og en blanding. Det ser ut til å være en forholdsvis jevn fordeling av nyetableringer og konverteringer av eksisterende senger, men dette er som sagt et punkt som må utforskes i mer detalj ved hjelp av andre data/metoder.

Figur 9: Nyetablering eller videreføring? (antall ø-hjelpstilbud)



(N= 81) Kilde: Undersøkelsen av søknadene om tilskudd (2012-2013)

4 DISKUSJON

I denne delen diskuteres resultatene opp imot problemstillingene presentert i del 1.3 av notatet:

1. Etableres ø-hjelpstilbud i samarbeid mellom kommuner i deler av landet?
2. Hvordan organiseres ø-hjelpstilbudet i den enkelte kommune?
3. Vil etableringen av ø-hjelpstilbudet skje ved at senger i sykehjemmene omdefineres til akuttplasser eller etableres det nye tiltak?

4.1 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Svært mange kommuner velger å samarbeide med nabokommuner når de skal etablere øyeblikkelig hjelp-tilbudet; så mange som 3 av 4 kommuner velger interkommunalt samarbeid om ØHD-tilbudet. Per 2013 er det ikke nevneverdig flere av de små kommunene som velger å gå sammen om ø-hjelpstilbudet med andre kommuner enn de større, og vi ser også at interkommunalt samarbeid er den mest utbredte formen for organisering av tilbudet uansett landsdel. Bare i Nord-Norge er det nesten like mange som velger å etablere tilbud alene som

å samarbeide med andre kommuner om det. Dette kan ha sammenheng med geografiske forhold som gjør samarbeid vanskelig eller uhensiktsmessig, eller at flere kommuner av forskjellige grunner ikke har eksisterende interkommunale samarbeid innen andre områder som gjør det naturlig å søke samarbeid på nye områder.

Et samarbeidsområde som er spesielt relevant for ø-hjelpstilbudet er samarbeid om legevakt. Grunnen til dette er vaktfunksjonen legevakten er tiltenkt i de aller fleste ordningene. Undersøkelsen viser at eksisterende legevaktssamarbeid er en god indikator på hvilken form ØHD-tilbudet tar i de fleste kommunene. Hos kommuner som ikke er med i et samarbeid om legevakt er sannsynligheten for at de ikke velger samarbeid om ØHD tre ganger så stor som for at de velger å etablere et tilbud alene. Kun 1 av 4 kommuner med egen legevakt går sammen med andre kommuner om ø-hjelpstilbudet. Og blant kommuner som inngår i en interkommunal legevaktsordning er det stor sammenheng mellom både valg av samarbeid om ØHD eller ikke samt hvilke kommuner som inngår i samarbeidet. 4 av 5 kommuner med eksisterende legevaktssamarbeid velger interkommunalt samarbeid om ØHD og de samme samarbeidspartnerne som i legevaktsordningen. De resterende kommunene velger henholdsvis å etablere eget ØHD-tilbud eller å samarbeide med andre kommuner enn i legevaktssamarbeidet. Dette kan tyde på at ø-hjelpstilbudet bidrar til å styrke allerede eksisterende interkommunalt samarbeid i de fleste kommuner, mens det i noen kommuner tjener til å komplisere og fragmentere allerede opprettede samarbeidsstrukturer.

4.2 ORGANISERINGEN AV TILBUDET

Mens 3 av 5 av kommunene som har etablert ø-hjelp døgntilbud i løpet av 2012 og 2013 har valgt å opprette tilbudet på sykehjem/kommunal sengepost, oppretter 1 av 5 ØHD-senger ved legevakt. De resterende plasserer sengene på enten sykestue eller sykehus. Undersøkelsen av søknadsmaterialet fra Helsedirektoratet indikerer at det er 84 prosent av kommunene som knytter tilbudet opp imot kommunale enheter. Disse tallene korresponderer forholdsvis godt med resultatene fra Deloittes undersøkelse for KS, der 78 prosent av kommunene oppgir tilknytning til eksisterende kommunale enheter og 15 prosent i tilknytning til sykehus (Baaske et al. 2013: 37).

Det kan imidlertid observeres en divergens mellom resultatene fra vår undersøkelse av søknadene om tilskudd og Deloittes spørreundersøkelse. Deloitte rapporterer at blant kommuner som inngår i interkommunale samarbeid er det mest utbredt å etablere tilbudet i tilknytning til legevakt, ikke sykehjem (Baaske et al. 2013: 36). Men resultatene fra vår studie tilsier at etablering ved sykehjem er mest utbredt i kommunene, uansett samarbeid eller ikke; 101 av de 187 kommunene som er i eller planlegger interkommunale samarbeid etablerer ved sykehjem, og da kommer de 9 som kombinerer sykehjem og legevakt i tillegg. Organisering av tilbudet i tilknytning til legevakt er endog mest utbredt blant kommuner i interkommunale samarbeid; legevaktsløsningen brukes nesten ikke i kommunale tilbud.

Størrelsen på tilbudene varierer naturlig nok i forhold til kommunestørrelse, fra én seng til 32. Kommunene Røst, Hareid og Fræna, som har henholdsvis 566, 5 021 og 9 720 innbyggere, er eksempler på kommuner som etablerer énsengstilbud for innbyggerne i egen kommune, mens Oslo er motpolen med (foreløpig) 32 senger for sine 634 463 innbyggere. De aller fleste av ØHD-enhetene som

etableres er forholdsvis små; 78 av de 101 tilbudene har under 5 senger. Kun 8 tilbud består av over 10 senger, og foruten Oslo gjelder dette kun interkommunale tilbud. Disse ØHD-enhetene ligger i Lier, Skedsmo, Trondheim, Kristiansand, Klepp, Fredrikstad og Arendal.

Jo færre estimerte liggedøgn kommunen er forventet å ha i ØHD-tilbudet (jf. Helsedirektoratets veileder), jo færre senger etableres og jo mindre ressurser får kommunen(e) til finansiering av tilbudet fra Helsedirektoratet og helseforetaket. Dette betyr at kravene om legedekning og rask responstid er en betydelig utfordring for flesteparten av kommunene, som ikke vil ha råd til å ansette lege ved tilbudet 24 timer i døgnet, som er tilfellet ved tilbudet i Oslo. Hvordan kommunene organiserer legetjenesten ved ø-hjelpstilbudet er ikke kartlagt her, men det vil være viktig å kartlegge dette i videre analyser for å kunne danne et helhetlig bilde av hvordan tilbudet er organisert.

4.3 NYETABLERING ELLER OMDEFINERING?

Spørsmålet om ø-hjelpstilbudet «spiser» av det eksisterende sykehjemstilbudet i kommunene er vanskelig å besvare kun ved hjelp av datamaterialet som er undersøkt pga. dets svakheter. Likevel er det mulig å trekke noen tentative konklusjoner fra undersøkelsen. I omtrent halvparten av tilbudene ser sengene ut til å være nyetableringer. Det virker altså ikke som at ø-hjelpssengene nødvendigvis «spiser» av det eksisterende sykehjemstilbudet. I mange kommuner representerer etableringen av tilbudet en nettoøkning i antall kommunale sengeplasser. Men det er tydelig at i en del kommuner så er det nettopp dette som skjer: det kommunale heldøgns omsorgstilbudet blir ikke utvidet som en følge av innføringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, men snarere innskrenket

– fordi langtids- eller korttidssykehjemsplasser blir omgjort til ø-hjelpsplasser. Dette gjelder også eksisterende observasjonssenger ved legevakt; i et par tilfeller er eksisterende tilbud ved legevakt videreført som ø-hjelpssenger. I samtlige fem ø-hjelpstilbud som lokaliseres ved sykestue er eksisterende senger omdefinert til kommunale ø-hjelpssenger.

5 AVSLUTNING

Innfasingen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud startet i 2012 som ett ledd i Samhandlingsreformen. To år inn i etableringsperioden ser det ut til at de aller fleste kommunene velger å samarbeide med én eller flere nabokommuner om tilbudet, og at det er mest vanlig å lokalisere tilbudet til sykehjem (eller annen institusjon med heldøgns omsorg).

Denne studien er basert på en undersøkelse av søknadskommunenes planer for ø-hjelpstilbudet fra 2012 og 2013. Helsedirektoratet fikk inn søknader fra 242 kommuner de første to årene av tilskuddsordningen, og funnene baserer seg dermed på en analyse av planene til 57 prosent av landets kommuner. Spørsmålet er hvor representativ analysen presentert her er for hele kommune-Norge; kan vi anta at vi i 2016, når de kommunale døgnplassene er blitt lovpålagt, vil se for eksempel en overvekt av interkommunale ø-hjelpstilbud og tilbud lokalisert til sykehjem rundt om i kommunene?

Det er grunn til å anta at interkommunale tilbud vil være noe mindre utbredt blant kommunene som har til gode å etablere tilbud per utgangen av 2013, siden interkommunalt samarbeid er mindre utbredt blant nord-norske kommuner og over halvparten av kommunene i Nord-Norge per 2013 ikke har søkt om tilskudd. For øvrig ser det ut til at valg av lokalisering

varierer lite mellom landsdelene (foruten lokalisering til sykestue, som man kun finner i Hallingdal og Nord-Norge). Videre reflekterer søkermassen kommune-Norge nokså godt når det gjelder kommunestørrelse (se Figur 1 på side 8). Det er noe underrepresentert i kommunegruppen med færre enn 5 000 innbyggere, da utvalgets andel små kommuner er 43,4 prosent mot 53,3 prosent i hele landet. Men uansett er det ikke noen sterk korrelasjon mellom interkommunalt samarbeid og kommunestørrelse, og ei heller mellom størrelse og lokalisering, sett bort ifra sykestueløsningen som kun forekommer i små kommuner. Alt i alt betyr det følgelig relativt lite for resultatene for studien at kun 57 prosent av kommunene er representert; søkermassen representerer kommune-Norge godt med tanke på innbyggertall og til dels også geografimessig. Utvalget synes å være i stand til å gi et godt bilde av hvordan landets kommuners planlegger å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Som påpekt tidligere, presenterer denne rapporten kun en oversikt over hvordan de første søknadskommunene ser for seg å etablere ø-hjelpstilbudet. Etter hvert som kommunene har kommet i gang med ØHD, viser det seg at flere tilbud avviker fra planene skissert i søknaden sendt til Helsedirektoratet, både med tanke på antall senger og planlagt lokalisering. Enkelte kommuner som startet egne tilbud i 2012 eller 2013 ga i søknaden også uttrykk for at de har invitert nabokommuner som foreløpig ikke har kommet i gang med ØHD til interkommunalt samarbeid på sikt. Dette vi si at noen av tilbudene som per 2012 og 2013 registreres som kommunale ut ifra søknadsmaterialet, allerede i innfasingsperioden vil gå over til å være interkommunale.

Det er også grunn til å sette spørsmålstegn ved hvor stabile planene skissert i søknadene er. Mange kommuner har bevisst valgt å vente med å etablere ØHD så de kan dra nytte av andre kommuners erfaringer med utviklingen av det nye tilbudet. Det er rimelig å forvente at også kommuner som åpnet sine tilbud i 2012 og 2013 vil evaluere sine tilbud og lære

av både egne og andre kommuners erfaringer. Kanskje vil noen bryte ut av interkommunale samarbeid for å få et tilbud nærmere egne innbyggere, mens andre finner ut at et kommunalt tilbud blir for krevende å drifte og søker samarbeid med andre kommuner. Det er også stor forskjell på hvor mye ø-hjelpssengene blir brukt i de forskjellige kommunene; dette kan også ha en innvirkning på hvordan kommunene endrer tilbudet i kommende år for å være bedre tilpasset etterspørselen. Her er det mulig at antallet senger justeres opp eller ned, eller at tilbudet flyttes ut av kommunen til en interkommunal ø-hjelpsdøgnpost eller fra nabokommunen og hjem til egen kommune. I tillegg er det et betydelig antall kommuner som planlegger etablering av lokalmedisinske sentre (LMS) i nærmeste framtid. I påvente av åpningen av disse sentrene, som ØHD vil være en naturlig del av, vil flere ø-hjelpssenger rundt om i kommune-Norge kun være midlertidig lokalisert til f.eks. korttidsavdelinger på ordinære sykehjem.

Alle disse faktorene tilsier at man må påregne mange endringer fra planstadiet til hvordan tilbudet vil se ut fra 2016 når ØHD er blitt lovpålagt og tilbudet er mer veletablert ute i kommunene. Bildet som er tegnet i denne rapporten er et øyeblikksbilde i den tidlige fasen av utviklingen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

REFERANSER

Baaske, M., Bringedal, K. H., Halvorsen, H. E. og Torgersen, H. (2013) Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandingsreformen. KS FoU-prosjekt nr. 134018: Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Deloitte, november.

Helsedirektoratet (2012) Tilskudd til øyeblikkelig døgnopphold – utbetaling for 2012 [online]. URL: http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/tilskudd-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-utbetaling-for-2012.aspx

Helsedirektoratet (2013a) Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell. Revidert 01/2013.

Helsedirektoratet (2013b) Tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – utbetaling til nye søknader i 2013 [online]. URL: http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/tilskudd-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-utbetaling-til-nye-soknader-i-2013.aspx

Helsedirektoratet (2013c) Samhandlingsstatistikk 2011-12. Oslo: Helsedirektoratet. URL: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2011-12.pdf

Helsedirektoratet (2014) Samhandlingsstatistikk 2012-13. Oslo: Helsedirektoratet. URL: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-2013.pdf

Prop 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731

SSB (2013) Korrespondansetabell Helseregioner 2007/ Kommuner 2013 [online]. URL: http://www3.ssb.no/CorrTabFrames.asp?ID=8663491&Language=nb

SSB (2014) Folkemengd og og befolkningsendringar, 3. kvartal 2013 [online]. URL: https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkendrkv/kvartal/2013-11-21

Senter for omsorgsforskning
ØSTLANDET

Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 5/2014
www.omsorgsforskning.no