



Organiseringen av kommunalt akutt døgnopphold

Marianne Sundlisæter Skinner
Senter for omsorgsforskning, Øst
Høgskolen i Gjøvik
e-post: marianne.skinner@hig.no
Telefon: 611 35430
Mobil: 93891686

Sammendrag

Dette notatet bygger på funn fra en undersøkelse av samtlige søknader om tilskudd til etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra Helsedirektoratet i tilskuddsperioden 2012-2015. 362 kommuner har søkt om etableringstilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud per i dag, fordelt på 182 tilbud/enheter. Kommunene velger i hovedsak mellom åtte forskjellige KAD-modeller når de etablerer det akutte døgntilbudet: KAD ved sykehjem; lokalmedisinsk senter; helsehus; legevakt; sykestue; sykehus; todelt organisering ved sykehjem og annen lokalisering; og todelt organisering med kommunal KAD ved sykehjem i egen kommune og interkommunal KAD i nabokommunen.

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 om øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med behov for akutt hjelp eller observasjon. Disse tilbudene blir også kalt kommunale akutte døgnenheter (KAD). Ifølge loven skal plikten

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

(Prop. 91 L, 2010-2011)

Overføringen av ansvaret for disse pasientene fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er tenkt som et virkemiddel for å forebygge veksten i øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus som en følge av et økende antall eldre i årene som kommer (Helsedirektoratet, 2014 s. 101). I regjeringens lovforslag ble det eksisterende døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp ved Fosen distriktsmedisinske senter (DMS) i Trøndelag trukket frem som en modell på et lokalt 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). Det desentraliserte sykestuetilbudet i Ål i Hallingdal er et annet eksempel på et tilbud som behandler akutt pasienter på et lavere nivå enn sykehus og tar av for økningen i sykehusinnleggelse, gir et tilbud nærere pasienten og tilsynelatende skaper høy pasienttilfredshet (Lappegard & Hjortdahl, 2014). Plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold trer i kraft 1. januar 2016, men 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.

To kartlegginger av organiseringen av KAD er tidligere blitt gjennomført. Konsulentselskapet Deloitte gjennomførte i 2013 en spørreundersøkelse i samtlige kommuner på oppdrag fra Kommunesektorens organisasjon (KS) (Deloitte, 2013), og i 2014 publiserte Senter for omsorgsforskning en oversikt utarbeidet med basis i kommunenes søknad om tilskudd til etablering av KAD (Skinner, 2014). Begge disse rapportene viser status per 2013. Målet med dette notatet er å gi et oppdatert og mer fullstendig bilde av hvordan utfordringen med å etablere døgnåpne kommunale akutte enheter har blitt løst rundt om i Norge, for så å identifisere noen hovedmodeller og beskrive disse.

Metode

Studien er basert på en dokumentanalyse av kommunenes søknader om tilskudd til etablering av KAD og en intervjuundersøkelse i 76 kommuner. Funnene som presenteres i dette notatet baserer seg altså på data fra hele populasjonen av kommuner som har søkt om tilskudd til KAD og gitt en beskrivelse av sitt planlagte KAD-tilbud. Dette gjelder 361 kommuner og 182 ø-hjelpsenheter. I tillegg suppleres analysen med funn fra strukturerte intervjuer i 76 kommuner gjennomført høsten/våren 2013/14.

Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Samtlige søknader som ble sendt til Helsedirektoratet i søknadsperioden (2012-15) er inkludert i studien. Datamaterialet utgjør totalt 198 søknader: 67 søknader fra 2012, 42 fra 2013, 29 fra 2014 og 60 fra 2015. Antallet kommuner som søkte om tilskudd i tilskuddsperioden var 362. En kommune fra søknadsrunden i 2015 er imidlertid ekskludert fra analysen, da det i søknaden ble oppgitt at organisasjonsform ikke ennå var bestemt. Fordelingen per år vises i Tabell 1 nedenfor.

Tabell 1: Antall kommuner som søkte om tilskudd til etablering av KAD fra Helsedirektoratet

Søknadsår	Antall kommuner ¹	Prosent av søknadene
2012	142	39
2013	99	27
2014	38	11
2015	82	23
Totalt	361	100

Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Analysearbeidet ble gjennomført ved at alle søknadene ble grundig gjennomgått og informasjon om hvert tilbud ble kategorisert og registrert i en SPSS-fil. Hver søknad inneholdt ferdig utfylt søknadsskjema samt samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket, og i mange tilfeller fulgte 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 flere år, er det informasjonen i den siste søknaden som er registrert. Hvis informasjonen i søknaden var mangelfull eller tvetydig ble det gjort forsøk på å innhente informasjonen fra andre kilder, primært kommunenes nettsider, men kommuneintervjuene er også brukt som informasjonskilde inn mot den kvantitative delen av analysen.² I tilfeller der jeg har kommet i besittelse av ny og oppdatert informasjon om ett av tilbudene, er den nye informasjonen blitt registrert i datafilen. På grunn av variasjonen i måten de forskjellige kommunene har organisert legetjenesten på, var dataene om dette vanskelig å kategorisere. En kategorisering ville dessuten ha ført til et betydelig tap i dataenes detaljrikdom. Derfor er det kun foretatt en tekstanalyse av disse dataene, supplert med nøkkelordsøk i SPSS for å foreta en viss kartlegging av utbredelse av de forskjellige modellene.

¹ Noen kommuner som ikke fikk tilskudd første året de søkte, søkte også senere år. Blant annet søkte 9 kommuner om tilskudd både 2012 og 2013. Siste søknad er registrert i tabellen.

² Dokumentasjonsrapporten for dataregistreringsprosessen er tilgjengelig på etterspørsel.

Tabell 2 viser søknadene fordelt på helseregionene. Andelen kommuner som har søkt fra hver helseregion er minst i Helse Vest, hvor kun 62 prosent av kommunene har søkt. I de andre helseregionene har 9 av 10 kommuner søkt om tilskudd.

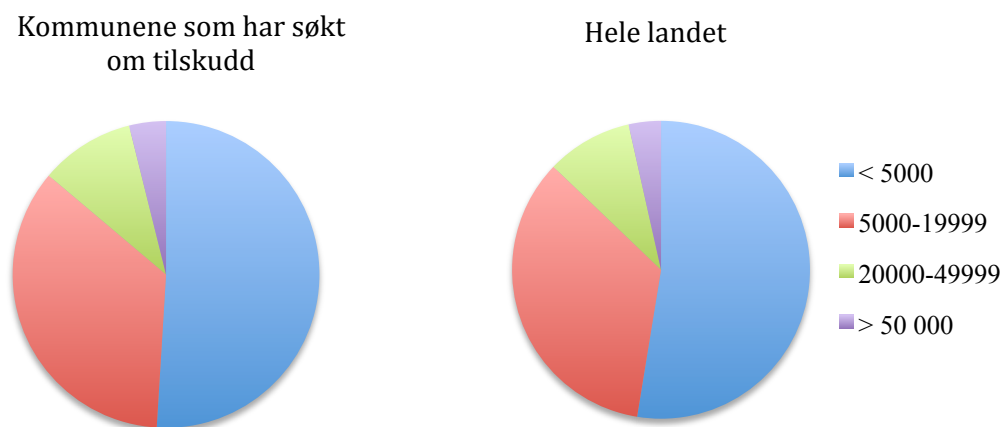
Tabell 2: Søknader fra helseregionene

Helseregion	Antall søknader	Antall kommuner totalt i helseregionen	Prosent i helseregionen som har søkt
Helse Midt-Norge	74	84	88,1
Helse Nord	79	87	90,8
Helse Sør-øst	155	172	90,1
Helse Vest	53	85	62,4
Totalt	361	428	

Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen, (Statistisk sentralbyrå, 2013).

Figur 1 nedenfor illustrerer fordelingen av kommunene i søkermassen etter størrelse sammenliknet med alle kommunene i hele landet. De marginale forskjellene i kakediagrammene viser at det ikke er noen bias i datamaterialet hva angår kommunestørrelse. Dermed er modellene som fremkommer fra analysen basert på et utvalg som godt representerer kommune-Norge som helhet.

Figur 1: Kommunestørrelse i utvalget vs. populasjonen (n=361/428)



Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå (2015)

Kommuneintervjuene

Dokumentanalyse suppleres ofte med andre metoder, som f.eks. intervjuer, i trianguleringsøyemed. Ved triangulering oppnår man konvergens og bekreftelse gjennom bruk av forskjellige datakilder og metoder (Bowen, 2009 s. 28). Intervjuer med kommunene ble gjennomført for å styrke den kvantitative analysens reliabilitet ved triangulering. I tillegg var målet med intervjuene å innhente tilleggsinformasjon om konteksten rundt forskjellige KAD-modeller. Intervjuene ble gjennomført ved kommunebesøk i 76 kommuner i Senter for

omsorgsforsknings kommuneutvalg høsten/våren 2013/14. Dette utvalget er stratifisert etter størrelse og geografi. Målgruppen for intervjuene var ledere i pleie- og omsorgssektoren, og samtlige informanter ble intervjuet om kommunens planer for organisering av KAD. En strukturert intervjuguide med en blanding av lukkede og åpne spørsmål ble benyttet i intervjuene. Svarene ble i all hovedsak registrert skriftlig. Blant de 76 kommunene var det 40 kommuner som hadde åpnet KAD på intervjutidspunktet. Noen av disse kommunene var med i samme interkommunalt samarbeid om KAD, så dette analyse materialet omfatter totalt 32 KADer.

Datamaterialets innhold og begrensninger

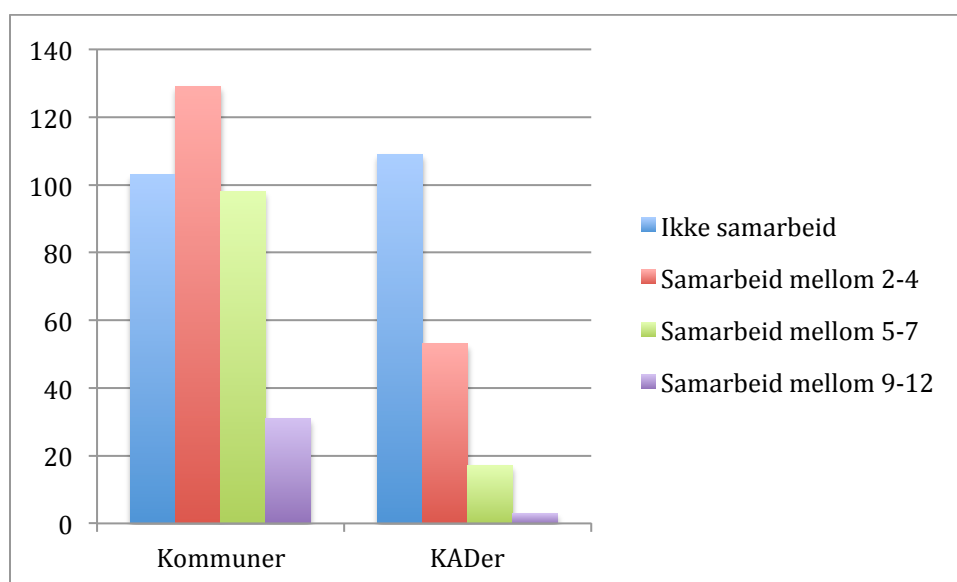
I søknadsskjemaet om tilskudd oppgis informasjon om kommunene som søker og deres kontaktpersoner. I tillegg blir kommunene bedt om å beskrive tilbudets organisering, kompetanse og utbygging. Det forholdsvis ustrukturerte søknadsskjemaet gjør at de 198 søknadene spriker betydelig både i henhold til innhold/fokus 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. Flere søknader manglet f.eks. helt en beskrivelse av tilbudet som skulle opprettes, da kommunene ikke ennå hadde utredet hvilken løsning de skulle velge på tidspunktet søknaden var skrevet. Det bør også nevnes at noen av søknadene hadde betydelige mangler; blant annet hadde samtlige partallssider i en håndfull søknader falt ut i skanningsprosessen. I disse tilfellene er det innhentet informasjon fra andre kilder når mulig for å tette hullene i datamaterialet.

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 har vært langt ifra alle som har gjennomført planene til punkt og prikke ut ifra det som er oppgitt i søknaden. Noen kommuner har gjort seg erfaringer siden oppstart som har resultert i endringer, og i andre har det vært utfordringer knyttet til rekruttering og tilpassing/bygg av lokaler som har gjort at etableringen har måttet ta en annen form enn opprinnelig tenkt. Andre har rett og slett måttet foreta justeringer for å møte kravene for å få tilskuddet. Noen av disse begrensningene gjelder også intervju materialet, da intervjuene ble gjennomført tidlig i etableringsperioden for tilbudet.

Resultater

361 kommuner søkte i tilskuddsperioden om tilskudd til 182 KADer: 109 kommunale og 73 interkommunale. Søknadsmaterialet viser at 28,5 prosent av kommunene etablerer og drifter KAD alene; 69,8 prosent inngår interkommunalt samarbeid om KAD; og 1,7 prosent har både et eget og interkommunalt tilbud. Figur 2 nedenfor viser hvor utbredt det er med samarbeid mellom forskjellige antall kommuner. Mens kommunale KADer er den mest vanlige organisasjonsformen når en ser på antallet KADer (blå søyle til høyre), er mest vanlig å samarbeide med én, to eller tre andre kommuner (rød søyle til venstre). Samarbeid mellom flere enn åtte kommuner er mest uvanlig; det er kun KADene ved legevakten i Lindås og Orkdal (med henholdsvis 9 og 12 kommuner) og på Myratunet sykehjem i Arendal (10 kommuner) som har så mange kommuner med i samarbeidet. Det er ingen betydningsfull forskjell mellom kommunestørrelser når det gjelder samarbeid; i både små (<5000), mellomstore (5000-19 999) og store kommuner (>20 000) er ca. 7 av 10 med i interkommunale samarbeid om KAD.

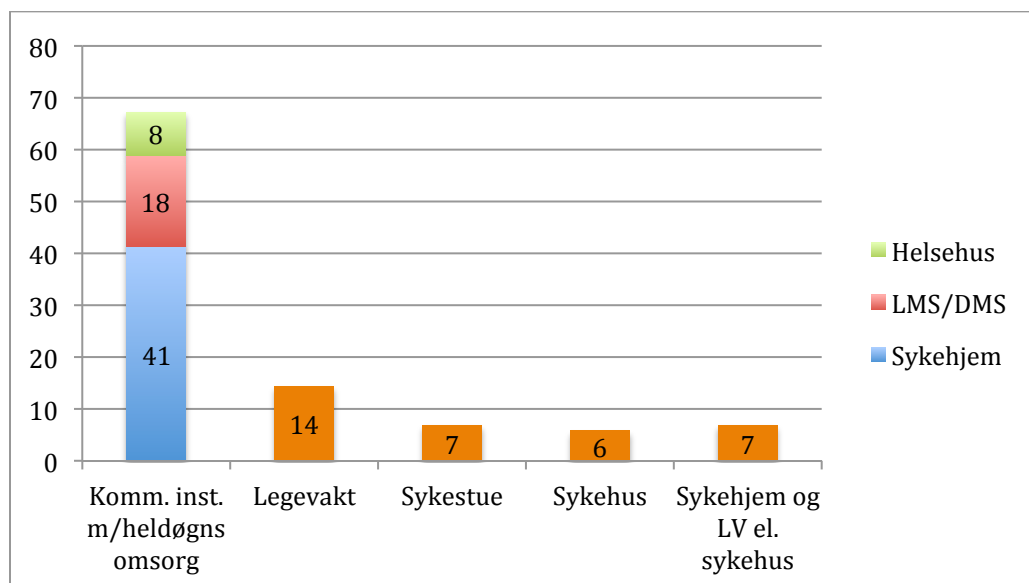
Figur 2: Utbredelse av samarbeid om KAD - antall kommuner/KADer (n=361, n=182)



Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Kommunene velger å organisere KAD på sju forskjellige måter når det gjelder lokalisering: Lokalisering til sykehjem; helsehus; LMS/DMS; legevakt; sykestue; sykehus; og todelt tilbud ved sykehjem og legevakt eller sykehus. Fordelingen mellom kommunene er illustrert i Figur 3 nedenfor. Lokalisering til sykehjem er den klart vanligste lokaliseringsformen med 41 prosent, etterfulgt av lokal-/distriktsmedisinsk senter (LMS/DMS, heretter kalt LMS) (18 %), legevakt (14 %) og helsehus (8 %). Minst vanlig er lokalisering til sykestue (7 %) og sykehus (6 %), og så er det sju prosent som har todelt tilbud ved kommunal institusjon med heldøgns omsorg og pleie på den ene siden og legevakt eller sykehus på den andre. I tillegg finnes det enkelte kommuner som har todelt tilbud også langs en annen akse, nemlig interkommunalt samarbeid. Fem kommuner (Nedre Eiker, Drammen, Nesna, Lurøy og Rødøy) søkte om tilskudd til tilbud som omfatter kommunale senger ved sykehjem eller helsehus og interkommunale plasser ved legevakt eller på sykehus. Kvam herad søkte om tilskudd til å benytte kommunal plass på dagtid, og plass ved det interkommunale tilbudet i Voss ved innleggelse om natten.

Figur 3: Kommunenes lokalisering av KAD % (n=361)



Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Ved omkodning av kommunene med todelte tilbud til den lokaliseringen de har flest plasser, øker prosentandelen som har KAD ved sykehjem og helsehus med respektive fem og ett prosentpoeng, mens de andre kategoriene forblir stabile jf. tallene i Figur 3. Tabell 3 nedenfor viser antallet KADer som finnes per lokaliseringstype.

Tabell 3: KADenes lokalisering fordelt på kommunale/interkommunale enheter

Lokalisering	Antall KADer	Antall kommunale KADer	Antall interkommunale KADer
Sykehjem	112	77	35
LMS/DMS	21	7	14
Helsehus	12	3	9
Legevakt	10	1	9
Sykestue	20	19	1
Sykehus	7	2	5
Totalt	182	109	73

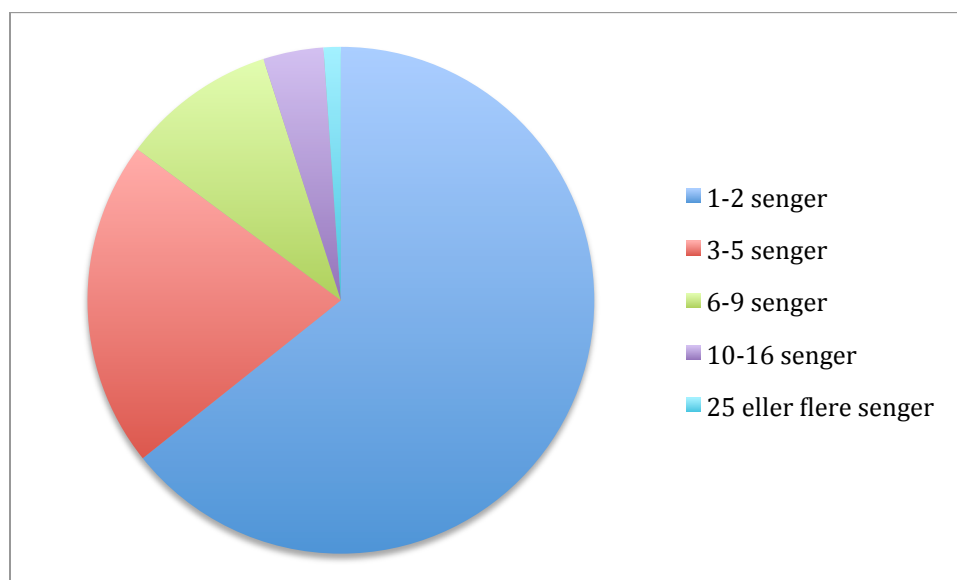
Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Sju av ti KADer lokalisert til sykehjem er kommunale, og den eneste interkommunale KADen lokalisert til sykestue er i Hallingdal, mens de andre 19 KADene ved sykestuer er kommunale og ligger i Finnmark og Troms. De fleste KADene i disse to kategoriene er med andre ord kommunale, mens de interkommunale KADene dominerer i de andre kategoriene. Hele ni av de ti KADene som er knyttet opp mot legevakt er interkommunale og det samme er ca. sju av ti KADer ved helsehus og LMS/DMS. Likevel er sykehjem den vanligste lokaliseringsløsningen også blant kommuner som samarbeider med nabokommuner om KAD-sengene, etterfulgt av LMS/DMS, helsehus og legevakt, sykehus og til sist, sykestue (se Tabell 3 over). Når man ser kommunestørrelse opp imot organisering, er det, som forventet, et fravær av større kommuner i sykestuekategorien. Den eneste kategorien som peker seg ut med en tydelig overvekt av større kommuner er lokalisering til helsehus. Dette er naturlig i og med at det i all hovedsak er større kommuner som samler mer spesialiserte sykehjems plasser på

såkalte helsehus. Når dataene analyseres på KAD-nivå, bekreftes dette. Samtlige KADer lokalisert til helsehus og til sykehus ligger i kommuner med over 5000 innbyggere, og 11 av 12 KADer ved helsehus ligger i kommuner med over 20 000 innbyggere. Namsos er eneste mellomstore kommune med KAD lokalisert til helsehus. Samtlige lokaliseringssløsninger er også representert i alle landsdelene, med unntak av sykestueløsningen som bare finnes i Nord og i Sør-øst (Troms, Finnmark og Hallingdal). Det er likevel verdt å nevne at lokalisering til helsehus kun gjelder én kommune i Vest (Haugesund).

Antallet KAD-senger følger i stor grad antall estimerte liggedøgn som er fastsatt i Helsedirektoratets veileder fra 2012 (se vedlegg 2 i Helsedirektoratet, 2012). Kun et fåtall kommuner etablerer et høyere antall senger enn estimatet tilsier, siden ressursene kommunene får til finansiering av tilbudet fra Helsedirektoratet og helseforetaket følger antallet forventede liggedøgn. Størrelsen på tilbudene varierer naturlig nok i forhold til størrelsen på kommunen eller kommunesamarbeidet, fra én seng til 73. Kommuner som Røst, Tinn og Fræna, som har henholdsvis 545, 5 913 og 9 787 innbyggere, er eksempler på kommuner som har etablert énsengstilbud for innbyggerne i egen kommune, mens Oslo er motpolen med for tiden 50 (etter hvert 73) senger for sine 647 676 innbyggere.³ De aller fleste av KADene som etableres er forholdsvis små; 147 av de 182 tilbudene har under 5 senger. Kun 9 tilbud består av over 10 senger, og foruten Oslo gjelder dette kun interkommunale KADer. Disse ligger i Arendal, Bærum, Fredrikstad, Klepp, Kristiansand, Lillehammer, Skedsmo og Trondheim. Figur 4 nedenfor viser tydelig at de store KADene er i mindretall: 64 prosent av KADene har kun 1-2 senger, og ytterligere 21 prosent har 3-5 senger. De små KADene er i stor grad samlokalisert med en korttids-, sykestue- eller annen avdeling på sykehjem eller LMS/DMS. Figur 5 viser at de små enhetene dominerer i kategoriene sykehjem, LMS/DMS og sykestue, men i de mer spesialiserte tilbudene ved legevakt, helsehus og sykehus er de store enhetene like fremtredende.

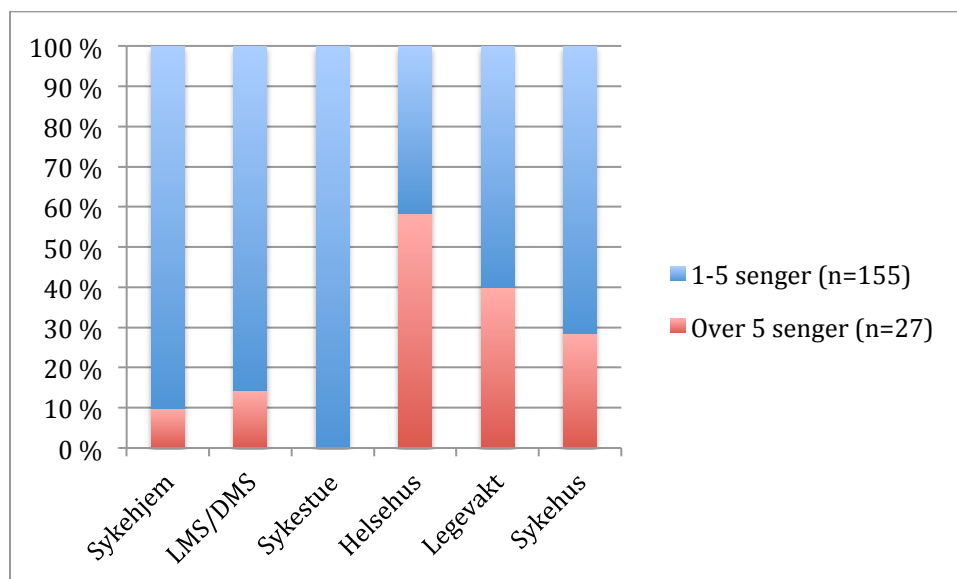
Figur 4: Størrelsen på KADene (n=182)



Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

³ Innbyggertallene er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk fra utgangen av 4. kvartal 2014 (Statistisk sentralbyrå, 2015).

Figur 5: Lokalisering av KAD i henhold til størrelse på KAD

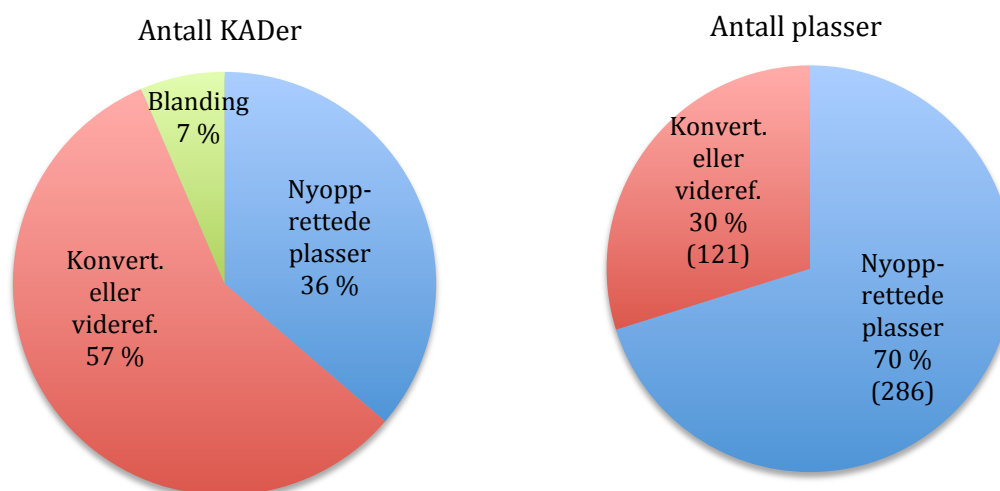


Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

90 prosent av de «små» KADene er lokalisert til sykehjem, LMS/DMS eller sykestue, mens de resterende 10 prosentene er likt fordelt på helsehus, legevakt og sykehus. 40 prosent av enhetene med flere enn fem senger er lokalisert til sykehjem, 26 prosent til helsehus, 11 prosent til LMS/DMS, 15 prosent til legevakt og 7 prosent til sykehus.

Søknadene om tilskudd fra 2012-13 er tidligere forsøkt benyttet for å avgjøre i hvilken grad KAD-plassene representerer en reell tilvekst av plasser til den kommunale omsorgstjenesten eller «stjeler» av det eksisterende sykehjemstilbudet (Skinner, 2014). Denne studiens konklusjon er at det ser ut til å være en forholdsvis jevn fordeling mellom enheter som baserer seg på henholdsvis nyopprettede plasser og eksisterende plasser, men det presiseres at datagrunnlaget er usikkert. Den samme begrensningen gjelder for analysen av tilskuddssøknadene i denne studien: Datamaterialet er meget usikkert på dette området, og mange av kommunene/KADene oppgir ingen informasjon om hvilke plasser de bruker til KAD i søknaden. Det er likevel gjort et forsøk på å avgjøre om kommunene bruker henholdsvis nye eller eksisterende plasser til KAD. Figur 6 under illustrerer resultatene. Diagrammet til venstre i figuren viser at de fleste KADene konverterer eller viderefører eksisterende plasser som KAD-plasser. Denne fordelingen synes imidlertid å være misvisende når vi ser på fordelingen når det gjelder antall plasser i diagrammet til høyre, da 70 prosent av plassene ser ut til å være nye. Begge figurene er basert på de samme KADene, bortsett fra at de sju prosentene under "blanding" i figuren til venstre er ekskludert i figuren til høyre.

Figur 6: Nyopprettede plasser eller konvertering/videreføring (til venstre: n=124; til høyre: n=116)



Kilde: Tilskuddssøknadsundersøkelsen

Noe av grunnen til økningen i antallet KADer som oppgir at de baserer seg på en videreføring av plasser siden 2012/13-studien (Skinner, 2014) er de 15 nord-norske kommunene som søkte om tilskudd i 2015 til å videreføre én eller en brøkdel av en sykestueseng som KAD-seng. Det bør også nevnes at når det gjelder antall plasser, så drar Oslos 73 senger opp antallet «nyopprettede» plasser. Overvekten av nyopprettede plasser opprettholdes imidlertid uavhengig av Oslo; uten Oslo er fortsatt 64 prosent av plassene i de 116 KADene nye.

For å triangulere funnene fra søknadsundersøkelsen, ble informantene i kommuneintervjuene spurt om KAD-plassene var nyopprettede plasser eller brukt til andre formål forut for KAD-etableringen. Svarene viser at ca. halvparten av de intervjuede kommunene baserer seg på nyopprettede plasser, mens den andre halvparten bruker eksisterende plasser til formålet. Overvekten av nyopprettede plasser, som drøftet ovenfor, bekreftes også av resultatene fra kommuneintervjuene. Tabell 4 nedenfor viser at 58 prosent av plassene er nyetablerte kommunale plasser mot 42 prosent konverterte/videreførte plasser.

Tabell 4: KAD - nyopprettede, konverterte eller videreførte senger (n=31)

KAD basert på...	Antall KADer	Antall senger	Prosent av sengene
...nyopprettede plasser (alle nye senger)	14	107	57,8
...konvertering av eksisterende senger (f.eks. korttidsplasser gjort om til KAD-senger)	13	75	40,5
...akutt plasser/observasjons-senger e.l. videreført som KAD-plasser	1	3	1,6
...en kombinasjon av disse	3		
Totalt	31	185	100

Kilde: Kommuneintervjuene

Hvordan legetjenesten skal organiseres ved KAD er i beskrevet i nesten alle søknadene om tilskudd, men i varierende detalj. Det er et stort mangfold i løsningene som beskrives. Idet de

forskjellige løsningene presenteres her, er det på sin plass med en påminnelse om at de kun er kommunenes *planlagte løsninger* på søknadstidspunktet. Det er ikke innhentet informasjon om hvorvidt noen av disse løsningene ikke ble godkjent av Helsedirektoratet for utbetaling av tilskudd.

Fast legetilsyn på dagtid på hverdager er vanlig i alle tilbudene, mens det er mer variabelt om det er organisert fast tilsyn på helg. Svært mange av tilbudene ved sykehjem kombinerer tilsyn av sykehjemslege (og/eller fastleger) i ordinær kontortid med legevakt (og/eller annen vaktordning) etter kontortid og på helg. Noen steder benytter tilbudet seg kun av eksisterende tilsynslegeressurs, mens ved andre tilbud styrkes legedekningen i forbindelse med etableringen.

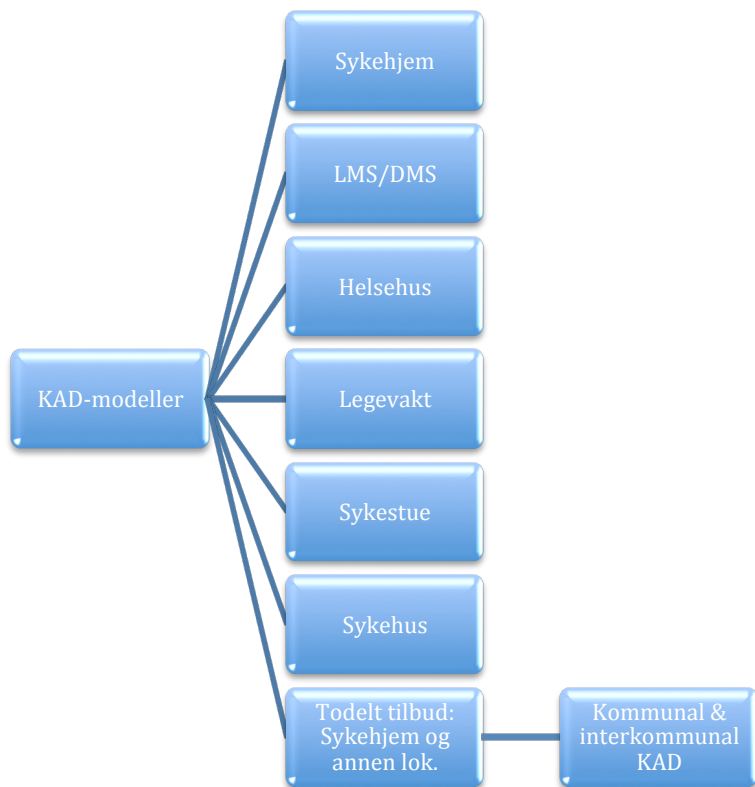
Et mindre antall kommuner ansetter i egne stillinger ved KAD. F.eks. ved det interkommunale tilbudet i Kongsvinger har de tilsatt egen lege som har ansvar for KAD på dagtid hverdager, mens legevakten har ansvaret utenom ordinær kontortid. Å ha en legetjeneste fysisk til stede og tilgjengelig 24 timer i døgnet er kun mulig ved KADer lokalisert til legevakt og i Oslo, der tjenestetilbudet er av en slik størrelse at det er mulig å ha egne leger på vakt hele døgnet, eventuelt tilbud som er samlokalisert med andre helsetjenester som muliggjør døgntilgjengelighet. Et eksempel på det sistnevnte vil være Tromsø når nytt helsehus er på plass, og eksempler på 24/7 legetjeneste ved legevakt er den interkommunale KADen ved Drammensregionen IKS og Nordhordland legevakt i Knarvik. De av legevakt-KADene som ikke har døgntilgjengelighet legebemannings tilsetter f.eks. leger i deltidsstillinger for å dekke tilsyn på dagtid eller tilplikter bl.a. fastleger ansvaret.

For øvrig er det flere kommuner som organiserer egne vaktordninger for KAD. Kommunene har da inngått spesielle avtaler med fastlege(r) og/eller sykehjemslege(r) om tilsyn og bakvakt på dagtid og/eller kveldstid. I Trøna, som har i underkant av 500 innbyggere, er legetjenesten for døgntilbudet ivarettatt av kommunens eneste lege, som er tilgjengelig hele døgnet alle dager. I både Sykkylven og Kviteseid er fastlegene gitt ansvaret for «sine» pasienter hverdager innenfor ordinær kontortid (inkludert daglig tilsyn), mens legevakt overtar etter kontortid og på helg. I Porsgrunn brukes to legeårverk i en egen vaktordning for å dekke døgnet unntatt natten. I Loppa kommune deltar to kommunale leger og én turnuslege i en heldøgns vaktordning, mens Hortens vaktordning baserer seg på deltakelse fra kommunens sykehjemsleger.

Åtte KAD-modeller

Kommunenes løsninger på organiseringen av KAD kan deles inn i totalt åtte modeller: Sju modeller basert på lokalisering, og i tillegg skiller en modell basert på kombinasjonen kommunal/interkommunal løsning seg ut. Modellene er KAD ved sykehjem; LMS; helsehus; legevakt; sykehus; sykestue; sykehjem og annen lokalisering (legevakt, sykehus eller LMS); og kommunal KAD kombinert med interkommunal KAD. Den sistnevnte er en undermodell av den forrige. Figur 7 nedenfor illustrerer forholdet mellom disse modellene.

Figur 7: Åtte KAD-modeller



Referanseliste

- Bowen, G. A. . (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Deloitte. (2013). Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. Oslo: Deloitte/KS FoU.
- Helsedirektoratet. (2012). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieell (Vol. 02). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). Samhandlingsstatistikk 2012-13 *Rapport IS-2138*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lappegard, Ø. & Hjortdahl, P. (2014). Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Social Science and Medicine*, 119, 27-35.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven) (2010-2011).
- Skinner, M. S. . (2014). Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Status per 2012/2013 *SOF Rapportserie nr. 5/2014*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning.
- Statistisk sentralbyrå. (2013). Korrespondansetabell Helseregioner 2007/ Kommuner 2013 [online]. from <http://www3.ssb.no/CorrTabFrames.asp?ID=8663491&Language=nb>
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Folkemengde og befolkningsendringer, 4. kvartal 2014 [online]. from <https://http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkendrkv/kvartal/2015-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=218463>