

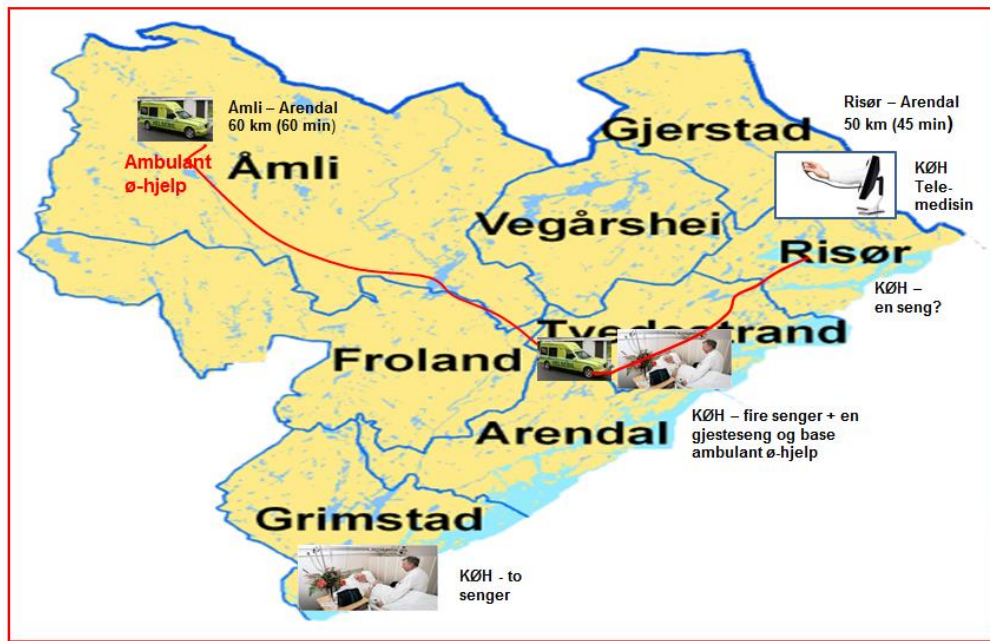
Østre Agder-samarbeidet

Samarbeid om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold 2016–2018

Innspill til beslutningsgrunnlag

Høringsutkast til Helse- og omsorgslederforum

4. mars 2016



Oppdragsgiver: Østre Agder-samarbeidet ved Arendal kommune

Rapportnr.: R9222

Rapportens tittel: Samarbeid om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold 2016–2018

Ansvarlig konsulent: Rune Holbæk

Kvalitetssikret av: Svein Lyngroth

Dato: 4. mars 2016

Innhold

1	SAMMENDRAG OG ANBEFALINGER	5
	STRATEGISK MÅL FOR SAMARBEIDET OM KØH I ØSTRE AGDER INNEN 2019:	5
	ANBEFALINGER FOR 2016-2018 FRAM TIL SAMLOKALISERING AV LEGEVAKT OG KØH	6
2	METODE OG PROSESS	9
3	DAGENS KØH-TILBUD I ØSTRE AGDER	10
	3.1 KOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD (KØH)	10
	3.2 MÅLGRUPPER FOR KOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP I ØSTRE AGDER	10
	3.2.1 Inklusjonskriterier	10
	3.2.2 Eksklusjonskriterier	11
	3.2.3 Beskrivelse av dagens KØH-tilbud i Østre Agder	11
	3.3 PASIENTGRUPPER SOM HAR HATT KØH-OPPHOLD VED MYRATUNET I PROSJEKTPERIODEN 2013–2015	13
	3.4 OPPSUMMERING AV KUNNSKAP OG ERFARINGER FRA DE FØRSTE FIRE ÅRENE MED KOMMUNALT ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD I NORGE	14
4	ØKONOMISKE FORUTSETNINGER	17
	4.1 BUDSJETTRAMMER FOR KØH 2016	17
	4.2 TILDELINGSKRITERIER FOR 2016	17
	4.3 KOSTNADER FOR KØH-TILBUDET I 2015	18
	4.4 ØKONOMIRAPPORTERING FRA KØH FOR 2015	19
5	KARTLEGGING OG ANALYSE AV SPØRREUNDERSØKELSEN	21
	5.1 DELTAKERKOMMUNENES OPPFATNING AV DAGENS KØH-TILBUD	21
	5.1.1 Organisering og samarbeid	21
	5.1.2 Ledelse, styring og eierskap	22
	5.1.3 Bruk og kapasitet	23
	5.1.4 Kvalitet og kompetanse	24
	5.1.5 Framtidens KØH-tilbud	25
	5.2 STRATEGISK MÅL FOR KØH INNEN 2019	26
6	ANBEFALINGER OG FORSLAG FOR PERIODEN 2016-2018	28
	6.1 SENGETILBUDET FOR KØH I ØSTRE AGDER 2016–2018	28
	6.2 SENGETILBUDET FOR KØH I ØSTRE AGDER – DESENTRALISERT MODELL 1	29
	6.2.1 Beholde et robust KØH-sengetilbud på Myratunet for pasienter fra Arendal kommune	29
	6.2.2 Gjestepasientordning på Myratunet	29
	6.2.3 Sengetilbud lokalisert ved Feviktun, Grimstad kommune	30
	6.2.4 Risør kommune utreder etablering av en KØH-seng lokalisert på Frydenborgsenteret	30
	6.3 SENGETILBUDET FOR KØH I ØSTRE AGDER – SENTRALISERT MODELL 2	30
	6.4 FORDELER OG ULEMPER VED DE TO ULIKE SENGEALTERNATIVENE	31
	6.4.1 Vertskommunen Arendal	31
	6.4.2 Grimstad og Risør	31
	6.4.3 Øvrige kommuner	32
	6.5 ANBEFALINGER FOR SENGETILBUDET FOR KØH I ØSTRE AGDER 2016–2018	32
	6.6 FELLES OG SAMMENHENGENDE STYRINGSSYSTEM FOR LEGEVAKT OG KØH	33

6.7	OPPRETTHOLDE OG VIDEREUTVIKLE EN FELLES LEGETJENESTE OG BEREDSKAP FOR KØH ØSTRE AGDER	34
6.8	"AMBULANT KØH" SOM FELLES PROSJEKT I ØSTRE AGDER STYRKES YTTERLIGERE	36
6.9	"KØH TELEMEDISIN" SOM FELLES PROSJEKT I ØSTRE AGDER VIDEREFØRES	38
6.10	TELEMEDISINSKE UTVIKLINGSPROSJEKTER PÅ AGDER	38
6.11	TJENESTEINNOVASJON, KVALITETS- OG KOMPETANSEUTVIKLING	38
6.11.1	Interkommunalt læringsnettverk - "Gode pasientforløp"	39
6.11.2	Samarbeid med Sørlandet sykehus, Arendal om kompetansedeling, veiledning, fagutvikling og samhandling om pasientforløp	39
6.12	ØKONOMISKE FORUTSETNINGER OG ANBEFALINGER	40
7	ØKONOMISKE BEREGNINGER VED TO ULIKE SENGEALTERNATIV, SENTRALISERT OG DESENTRALISERT MODELL	41
8	VEDLEGG – AKTUELLE ANALYSER	44

1 Sammendrag og anbefalinger

Det er lovbestemt at alle norske kommuner skal ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for somatiske tilstander fra 1. januar 2016, og fra 1. januar 2017 også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer.

Agenda Kaupang legger med dette fram innspill til hvordan kommunal øyeblikkelig hjelp-prosjektet (KØH) i Østre Agder, innen somatiske tilstander, kan videreutvikles i perioden 2016–2018 med fortsatt fokus på utvikling og tjenesteinnovasjon, inkludert anbefalinger til en ny og bærekraftig organisering av tilbudet. Det viktigste langsiktige strategiske grepet utover de nærmeste to årene er i tråd med tidligere anbefalinger, en samorganisering og en samlokalisering av legevakt og kommunal øyeblikkelig hjelp-tilbudet. Dette bør etter vår mening skje snarest mulig for å få tilstrekkelig kraft til å bygge opp en felles akuttmedisinsk tjeneste i Østre Agder kommunene.

Rapporten beskriver to alternative modeller for utviklingen av KØH-tilbudet for perioden 2016–2018, en desentralisert og en sentralisert sengemodell, med fortsatt samarbeid om legetjenesten, ambulant øyeblikkelig hjelp, kompetanseutvikling og telemedisin i begge modellene.

Dette dokumentet er laget for å være et innspill til strategiske vurderinger og valg for beslutningstakere i Østre Agder, og bygger på sluttrapporten fra august 2014. Rapporten vil derfor ikke inneholde utdypende beskrivelser av nåsituasjonen med vektning av fordeler, ulemper og konsekvenser. Dersom det er behov for mer utdypende vurderinger må dette arbeides videre med i neste fase.

Agenda Kaupang har følgende anbefalinger til en videreføring av KØH-samarbeidet i Østre Agder for perioden 2016–2020:

Strategisk mål for samarbeidet om KØH i Østre Agder innen 2019

Hovedbasen for KØH i Østre Agder på Myratunet bør samlokaliseres med legevakt for å kunne utnytte synergier mellom tjenestene både faglig og økonomisk

- **Planleggingen av en felles lokasjon for både legevakt og KØH-enheten må fortsette med full tyngde i regi av Arendal som vertskommune**
 - Det bør allerede i 2016 avsettes penger til et forprosjekt fra fondsmidlene i KØH-fondet
 - Stort potensial for viktige synergieffekter for alle kommunene både faglig og økonomisk
- **Alternativene som bør vurderes er etter vår mening være**
 - samlokalisering av legevakt og KØH-enheten i «sykehuskroppen» eller nytt legevaks- og KØH-bygg, lokalisert sykehusnært
- **Etablering av 2–4 observasjonssenger på legevakten samlokalisert med KØH-sengene**
 - vil kunne dekke noe av behovet for observasjon og behandling hos en del av dagens KØH-pasienter
 - er allerede et etterspurt behov fra medarbeiderne i dagens legevakt (observasjon inntil 12 t.)
 - et viktig grep for å møte kravet til øyeblikkelig hjelp også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer fra 1. januar 2017
- **En samlokalisering av legevakt og KØH-enheten har videre potensial i seg til**
 - et mer robust og bærekraftig akuttmedisinsk tilbud i Østre Agder
 - økt belegg i KØH-sengene, spesielt for de kommunene som ligger lengst fra Arendal
 - felles strategisk ledelse og effektiv utnyttelse av administrative ressurser
 - mer kostnadseffektiv utnyttelse av samlede legeressurser for kommunene i Østre Agder
 - mer effektiv utnyttelse av sykepleiekompetansen på tvers mellom legevakt, KØH-sengtillbudet og ambulant ø-hjelp
 - frigjøre flere ressurser til ambulant ø-hjelp innenfor de samme økonomiske rammene
 - mer effektiv utnyttelse av legebilen på legevakten i samarbeid med ambulant ø-hjelp
 - å styrke samhandlingen med sykehuset i den akuttmedisinske kjeden
 - å bedre samhandlingen om trygge pasientforløp mellom kommune og sykehus
 - være en felles arena for kompetanseutvikling i interkommunal regi
- **KØH-tilbudet i Østre Agder, samlokalisert med legevakten, organiseres etter en vertskommunemodell hvor Arendal er vertskommune og alle kommunene i Østre Agder deltar på hele eller deler av KØH-tilbudet**

Anbefalinger for 2016–2018 fram til samlokalisering av legevakt og KØH

- Etablere en samorganisering av legevakt og KØH-tilbudet med et felles og sammenhengende styringssystem og styrke lederkraften i KØH-prosjektet
- «Ambulant øyeblikkelig hjelp» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres og styrkes
- Sengetilbudet for KØH i Østre Agder videreføres i en desentralisert modell med fem senger i Arendal, to senger i Grimstad og eventuelt en seng i Risør
- Arendal kommune etablerer snarest mulig en gjestepasientordning på Myratunet for KØH-pasienter fra Nissedal, Fyresdal, Gjerstad, Åmli, Vegårshei, Froland og Tvedestrand
- Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder
- Jobbe for en tettere integrering av legetjenesten på legevakt og KØH for å redusere behovet for doble vaktordninger der det er mulig
- «KØH Telemedisin» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres
- Tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling gjennom læringsnettverket "Gode pasientforløp" videreføres i samme omfang i 2016
- KØH-enheten på Myratunet bemannes kun med sykepleiere som sikrer fleksibel bruk med «Ambulant øyeblikkelig hjelp»
- Alle kommunene i det interkommunale KØH-samarbeidet vil med begge de to alternative modellene få reduserte faste kostnader sammenlignet med kostnadene i 2015
- Finansieringen av utviklingsprosjektene i 2016 og forprosjektet for en samlokalisering av legevakt og KØH, bør tas av fondsmidlene som er opparbeidet i KØH-fondet

Oppsummering av hovedpunktene for videreføring av KØH-samarbeidet i Østre Agder for 2016–2018 fram til samlokalisering av legevakt og KØH er en realitet

Etablere en samorganisering av legevakt og HØH-tilbudet med et felles og sammenhengende styringssystem og styrke lederkraften i KØH-prosjektet

- Tydeliggjøre ressurser til ledelse
- Iverksette ansettelse av kommuneoverlege med ansvar for legevakt og KØH
- Starte en prosess med å styrke samhandlingen mellom legevakt og KØH
- Iverksette utviklingsarbeid, herunder samordning av legetjenesten av legevakt og KØH (oppfølging av Agenda-rapporten/2014)

«Ambulant ø-hjelp» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres

- Satsingen på «Ambulant KØH» videreføres under prosjektittel «Ambulant øyeblikkelig hjelp» for å utvide målgruppen av pasienter (inkludere utskrivningsklare pasienter)
- Prosjektet bør tidligst mulig tilføres ressurser som sikrer at det kan tilbys et ambulant ø-hjelps-tilbud hele døgnet (24/7) og inkludere alle kommunene
- «Ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbudet må være så robust at det har kapasitet og potensial til å erstatte behovet for minimum 4 senger på Myratunet (1503 behandlingdøgn/501 pasienter pr. år)
- Bemannes med 1–2 erfarne sykepleiere alle dager fra kl. 08–23 i tillegg til telefon-konsultasjonsmuligheter på natt (ca. 4,6 årsverk) og en god tilgjengelighet til legekonsultasjoner fra KØH-legen
- Det bør avsettes ett halvt lederårsverk for å bygge opp og utvikle den ambulante delen av tjenestetilbudet i 2016
- «Ambulant øyeblikkelig hjelp» må ha to egne biler med utstyr til disposisjon hele døgnet
- Arendal kommune bør være vertskommune for «Ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbudet med base på Myratunet for å sikre mest mulig synergier med sengetilbudet

- Finansieringen av prosjektet på ca. 6,3 mill. kr bør basere seg på samme fordelingsnøkkelen som andelen av rammeoverføringen for KØH til kommunene

Sengetilbudet for KØH i Østre Agder videreføres i en desentralisert modell i 2016–2018

- Arendal kommune beholder et robust KØH-sengetilbud med min. 4 senger på Myratunet for pasienter fra kommunen samlokalisert med senger for utskrivningsklare pasienter
- Grimstad kommune viderefører forsøksordningen med 2 senger på Feviktun i 2016
- Risør kommune vurderer å etablere et forsøk med en seng på Frydenborgsenteret fra høsten 2016
- Arendal kommune etablerer snarest mulig en gjestepasientordning på Myratunet for KØH-pasienter fra Nissedal, Fyresdal, Gjerstad, Åmli, Vegårshei, Froland, Tvedestrand og eventuelt Risør
- Gjestepasientordningen bør ha en kapasitet på en sengeplass i gjennomsnitt hvert døgn. Dette er basert på pasientstatistikk fra både 2014 og 2015 (244 liggedøgn i 2015)
- Gjestepasientordningen finansieres i en kombinasjon av abonnement og betaling for bruk
- KØH-enheten på Myratunet bemannes kun med sykepleiere som sikrer fleksibel bruk med ambulant øyeblikkelig hjelp
- Etableringen av sengetilbud i Grimstad og Risør baserer seg på erfaringene fra den såkalte "Farsund- modellen" som er et desentralisert tilbud som er godkjent av Sørlandet sykehus gjennom egen delavtale
- Forslaget om et desentralisert sengetilbud bygger på forutsetninger om at de tre kommunene har en legeberedskap utover vanlig arbeidstid

Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder

- Utgangspunkt i nåværende legeorganisering med Myratunet som base og Arendal som vertskommune
- Jobbe for en tettere integrering av legetjenesten på legevakt og KØH for å redusere behovet for doble vaktordninger der det er mulig
- Felles legeberedskap kveld på hverdager og tilstedevaktordning i helger og høytider

Anbefalinger til legetjeneste i tilpasset modell fram til samlokalisering av legevakt og KØH

I den anbefalte modellen med økt satsing på ambulant ø-hjelp og senger både i Arendal, Grimstad og eventuelt i Risør, ligger det til grunn følgende momenter:

- Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder ved at legene i Arendal, Grimstad og Risør kommune inngår i en 5-delt beredskapsordning (kveld) og en 8-delt tilsynsvaktordning i helger og på helligdager som dekker behovet ved sengeenheterne og i ambulant KØH. Vaktordningen suppleres med fastleger ved behov
- Utgangspunkt i nåværende legeorganisering med Myratunet som base og Arendal som vertskommune
- Felles legeberedskap hverdager kveld (fra kl. 16–23) og tilstedevaktordning i helger og høytider (fra kl. 10–16)
- En tilpasset modell med sengetilbud både i Arendal, Grimstad og Risør forutsetter at alle tre kommunene selv tar ansvar for legefaglig arbeid på dagtid, og at kommunene samarbeider om en legetjeneste på kveld og helg/høytider. Dette må skje i henhold til de faglige krav og responstid som er beskrevet i kvalitetshåndboka og avtalen med SSHF.

Forutsetninger for vår anbefaling om legetjenesten

For å etablere dagens legeberedskap til KØH på kveld og helg har Arendal kommune inngått en spesialavtale med egne sykehjemsleger og noen av sine fastleger. Det har vært krevende og kostbart å etablere denne løsningen, men har vist seg å fungere bra.

Det er ulike forutsetninger som må ligge til grunn for en løsning som innebærer lokalisering av senger både i Grimstad og eventuelt i Risør og et utvidet ambulant ø-hjelps tilbud.

- Dersom det skal etableres senger i Grimstad og Risør forutsettes det at det er tilsvarende nivå på legetjenesten hele døgnet på alle sengelokasjonene
- I de økonomiske beregningene er det forutsatt et samarbeid om en felles vaktordning for legene på kveld og helg mellom de tre lokasjonene. Alternativet er at Grimstad og Risør selv sørger for denne legeberedskapen blant sine leger
- En felles vaktordning for Arendal, Grimstad og Risør forutsetter at man må få på plass en avtale med Arendal som vertskommune om felles beredskap for legetjenesten før en slik løsning kan vedtas og etableres
- Videre forutsetter dette at Arendal får på plass en avtale med legene som inngår i dagens vaktordning
- En utvidet vaktordning bør ha beredskap knyttet til samtidighetskonflikter
- Det er for de fleste kommunene et ønske om en samlokalisering av legevakt og KØH. En desentralisert modell bør derfor tidsavgrenses til felles integrering med KØH og legevakt er en realitet
- Uavhengig av lokalisasjon av de fysiske sengene, bør det ambulante arbeidet videreføres

«KØH Telemedisin» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres

- Avgrenses i 2016 til det som omhandler telemedisinsk beslutningsstøtte i pasientforløpet for KØH-pasienter og UK-pasienter i regi av Risør kommune
- Øvrig satsing på telemedisin ved å utvikle en telemedisinsk sentral bør inngå i arbeidet innenfor utviklingsområdet «Telemedisinske utviklingsprosjekter på Agder»
- KØH-fondet kan være mulig finansieringsordning i 2016 for å videreføre de telemedisinske prosjektene på samme nivå som i 2015

Tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling gjennom læringsnettverket "Gode pasientforløp" videreføres i samme omfang i 2016

- Arbeidet med kompetansesamarbeid mellom Østre Agder og SSHF bør inngå i prosjektet og utformes i en egen samarbeidsavtale med helseforetaket
- Det bør utarbeides styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer for KØH-tilbudet, samt en plan for hvordan styringsinformasjon og avviksrapportering skal behandles

Økonomiske forutsetninger

- De økonomiske rammene for driften av det interkommunale KØH-samarbeidet i 2016–2018 bør totalt sett reduseres med 5–10 % for den enkelte deltakerkommunene fra 2015-nivået
- Alle kommunene i det interkommunale KØH-samarbeidet vil med de to alternative modellene få reduserte faste kostnader sammenlignet med kostnadene på 2015-nivået
- Overskuddet eller de ubrukte midlene bør benyttes til å utvikle tilbudet i egen kommune
- Finansieringen av utviklingsprosjektene i 2016 og forprosjektet for en samlokalisering av legevakt og KØH, bør tas av fondsmidlene som er opparbeidet i KØH-fondet
- Overhead-kostnadene bør i 2016 ligge på ca. 5 % for å dekke alle reelle kostnader for Arendal som vertskommune
- Driftsutgiftene må inkludere husleiekostnadene for KØH-enheten på Myratunet fra 2016
- Regnskapet for KØH bør føres av økonomiavdelingen i Arendal kommune og bygges opp med flere ansvars- og prosjektnummer for de ulike delprosjektene i KØH-samarbeidet
- Deltakerkommunene i Østre Agder må holdes orientert om regnskap og budsjett gjennom tertialrapportering

2 Metode og prosess

Rapporten er ment som et innspill til beslutningsgrunnlag for ledelsen i deltakerkommunene i Østre Agder samarbeidet om veien videre for KØH-tilbudet i regionen.

Agenda Kaupang har i dette prosjektet gjennomført en kartlegging og en involveringsprosess med deltakerkommunene i KØH-samarbeidet i Østre Agder fra prosjektstart høsten november 2015 til februar 2016. Kartleggingen, sammen med en detaljert analyse av kostnadene for 2015, danner grunnlaget for forslagene til videreføring av KØH-tilbudet for perioden 2016–2018.

Alle kommunene har i løpet av desember 2015 besvart en spørreundersøkelse om deres oppfatning av hvordan KØH har fungert, og om det er et hensiktsmessig og bærekraftig tilbud for deres kommune å fortsette med nåværende rammer og organisering. Seks av kommunene er i tillegg intervjuet gjennom telefonmøter med Agenda Kaupang i løpet av desember 2015 og januar 2016.

I desember 2015 ble det arrangert en workshop om framtidens KØH-tilbud med en presentasjon av foreløpige funn. Om lag 25 deltakere fra alle kommunene i KØH-samarbeidet deltok.

Agenda Kaupang har i samarbeid med økonomiansvarlig KØH i Arendal kommune og sekretariatsleder i Østre Agder gjennomgått og utarbeidet en kostnadsoversikt for KØH-prosjektet for året 2015.

12. februar 2016 ba oppdragsgiver Agenda Kaupang, på bakgrunn av evalueringen og funnene så langt, om å utrede økonomiske konsekvenser ved to ulike sengemodeller for videre organisering av KØH-tilbudet for perioden 2016–2018.

3 Dagens KØH-tilbud i Østre Agder

3.1 Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KØH)

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er et kommunalt døgnåpent tjenestetilbud som ble innført med Samhandlingsreformen i 2012.

Tjenesten kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud er regulert i helse- og omsorgslovens § 3–5 med følgende ordlyd: *”Kommunen skal sørge for tilbud og døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg til.”*

Øyeblikkelig hjelp gjelder når pasienten er i en tilstand eller situasjon hvor utredning og behandling er påtrengende nødvendig. Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten har behov for utredning og behandling uten unødvendig venting.

KØH-tilbudet er som oftest organisert som en sengepost eller en del av en sengepost på en kommunal institusjon for heldøgns omsorg og pleie eller i tilknytning til legevakt eller sykehus.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er også ofte omtalt som kommunalt akutt døgntilbud eller kommunale akutte døgnenheter, forkortet til KAD. I Østre Agder brukes begrepet kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold, forkortet til KØH.

Det er lovbestemt at alle norske kommuner skal ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for somatiske tilstander fra 1. januar 2016, og fra 1. januar 2017 også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer.

3.2 Målgrupper for kommunal øyeblikkelig hjelp i Østre Agder

KØH er et tilbud til pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av leger med allmennt medisinsk kompetanse og følges opp av sykepleiere.

Pasienter som har behov for rask diagnostikk med røntgen eller CT, skal undersøkes og vurderes i spesialisthelsetjenesten. KØH retter seg mot et bredt spekter av diagnoser og problemstillinger som kjennetegnes av at de er kjent på forhånd eller at de kan behandles av leger med allmennt medisinsk kompetanse, og at de ressursmessig ikke krever høyere pleiefaktor enn 1 (jf. beskrivelse ovenfor pkt. 3).

I tråd med nasjonal veileder har prosjektet i Østre Agder hatt som mål å avgrense pasientgrunnlaget til pasienter med forverring av kjente tilstander, og med avklart diagnose og funksjonsnivå.

Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av leger.

3.2.1 Inklusjonskriterier

De aktuelle pasientene kan eksempelvis være en gruppe eldre pasienter med funksjonstap forårsaket av diagnostisk avklarte lidelser, hvor enkle tiltak kan gi stor behandlingsgevinst. Infeksjoner, fall og obstipasjon er eksempler på tilstander der de eldste kan få et funksjonstap som gjør at det ikke er forsvarlig å behandle dem hjemme, men hvor behandling på institusjon i kommunen er trygt og bedre egnet enn innleggelse i sykehus. Nærhet til pårørende og reduserte påkjenninger i forbindelse med transport, er andre viktige aspekter som kan være avgjørende for at pasienten innlegges i kommunalt øyeblikkelig hjelp-sengetilbud.

Seleksjon av pasienter er dermed:

- at pasienten er ikke frisk nok til å behandles hjemme
- at pasienten kan behandles med allmennt medisinske metoder og hjelpemidler
- at pasienten forventes å kunne utskrives i løpet av tre dager
- at pasientens tilstand tilsier liten risiko for akutt livstruende forverring

Kommunal øyeblikkelig hjelp kan inndeles i to nivåer, hvor det er medisinsk øyeblikkelig hjelp som er i hovedfokus når det gjelder døgnopphold øyeblikkelig hjelp:

- Gastro (mage -tarm) – obstipasjon ved kjent og ofte kronisk årsak. Pasienter med gastroenteritt (betennelse/infeksjon) med behov for rehydrering (oppvæsking), og som ikke har alvorlige elektrolyttforstyrrelser
- Funksjonssvikt – med kjent årsak, og som er avklart i spesialisthelsetjenesten
- Luftveier og infeksjon – KOLS og lungebetennelser som trenger medisinsk behandling men ikke mekanisk respirasjonsstøtte eller der det er behov for blodgassanalyse
- Kognitiv svikt – kjent kognitiv svikt med avklart tilleggsproblem
- Gravide – sterk svangerskapskvalme med behov for kvalmedempende behandling og rehydrering (oppvæsking)

3.2.2 Eksklusjonskriterier

Følgende pasienter er ikke aktuelle for KØH.

- Brystsmerter – kardiologi skal ikke behandles på KØH
- Rus og psykiatrispasienter
- Pasienter under 16 år
- Pasienter med ukjent diagnose eller uavklart problemstilling
- Pasienter med Commotio ("Hjernerystelse") med bevissthetstap og/eller amnesi (hukommelsestap)

3.2.3 Beskrivelse av dagens KØH-tilbud i Østre Agder

Gjennom prosjektperioden er det bygget opp et robust og godt faglig sengetilbud på Myratunet i Arendal.

Tilbudet er etablert i en korttidsavdeling, sammen med to senger for utskrivningsklare pasienter (UKP): Det er 8 KØH-plasser med kapasitet til 12 plasser ved behov. Det har hittil i forsøksperioden vært maksimalt 9 pasienter samtidig.

Det er i perioden 2013–2015 behandlet nærmere 900 pasienter med oppholdstid primært mellom 3 og 5 døgn. Det er utarbeidet en omfattende kvalitetshåndbok, oppdatert november 2015 (se eget vedlegg). Kvalitetshåndboka sikrer faglig dokumentasjon for hele pasientforløpet og er en viktig forutsetning for kvalitet i behandlingen av KØH-pasienter.

Det er en avdelingsleder for KØH-tilbudet samt en egen ressurs som fagutviklingssykepleier.

I tillegg til sengetilbudet på Myratunet er det igangsatt et forsøk med to senger på Fevikun som inngår i det totale sengetilbudet i Østre Agder.

Det er i løpet av 2015 igangsatt et forsøk med et eget ambulant tilbud. Administrativt og faglig ansvar og prosjektet er integrert i tilbudet ved Myratunet som en del av vertskommuneoppdraget til Arendal kommune. Det styrker muligheten for et koordinert og helhetlige forløp for pasienten.

Risør kommune har gjennom prosjektet "KØH Telemedisin" hatt ansvar for utprøving av telemedisinsk sentral og utvikling av telemedisinsk beslutningsstøtte for pasientforløpet i KØH.

Oversikt over kommunevis bruk av KØH-senger på Myratunet i 2015

Tabell 3-1 Oversikt over kommunevis bruk av KØH-senger på Myratunet i 2015

Kommune	Antall innleggelses- 2015	Liggedøgn totalt 2015	Senge- kapasitet benyttet i 2015	Gjennom- snittlig liggetid pr. pasient	Målsetning liggedøgn i Samhandlings- reformen	Målsetning i senger med 100% belegg	Beleggs- prosent 2015 Myratunet 10 senger	Andel av pasienter	Andel av liggedøgn
Arendal	273	1446	3,96	5,3	2 126	5,82	82 %	68 %	74 %
Grimstad	66	264	0,72	4	967	2,65	33 %	17 %	14 %
Froland	19	100	0,27	5,3	234	0,64	51 %	5 %	5 %
Risør	17	71	0,19	4,2	381	1,04	22 %	4 %	4 %
Tvedestrand	12	50	0,14	4,2	323	0,88	19 %	3 %	3 %
Vegårshei	2	6	0,02	3	100	0,27	7 %	1 %	0 %
Åmli	0	0	0,00	0	99	0,27	0 %	0 %	0 %
Gjerstad	2	2	0,01	1	131	0,36	2 %	1 %	0 %
Sum	391	1939	5,31	4,6	4361	11,95	53 %	98 %	99 %
Nissedal	3	12	0,03	4	76	0,21	19 %	1 %	1 %
Fyresdal	5	3	0,01	1	73	0,20	5 %	1 %	0 %
Totalt 2015	399	1954	5,35	4,6	4510	12,36	52 %	100 %	100 %

Beleggsprosenten har økt fra 38 % i 2014 til 53 % i gjennomsnitt for hele 2015, basert på en kapasitet på 10 senger på Myratunet. Gjennomsnittlig beleggsprosent for 2013–14 var på nasjonalt nivå kun 34 %.

Gjennomsnittlig liggetid pr. pasient har i 2015 vært betydelig høyere enn ambisjonene på 72 timer (3 døgn) før kommunenes ordinære tjenester skal overta ansvaret for pasientene. Årsak og tiltak for endring av en slik praksis bør iverksettes i 2016 i tett samarbeid med ambulant KØH.

Arendal kommune har i 2015 hatt 68 % av totalt antall pasienter, 74 % av totalt antall liggedøgn og et belegg på over 82 % (beregnet av Arendals andel av 10 senger = 4,85 senger).

De siste månedene i 2015 har det totalt sett vært over 70 % belegg på de 10 sengene omtrent halvparten av ukedagene.

I perioden siden oppstart, fra 2012–2015, har over 800 pasienter fått et KØH-tilbud i Østre Agder.

Tiltak som har økt beleggsprosenten i 2015

- Kommunikasjonslinjene til sykehuset er styrket
- Fokus på mer informasjonen om tilbudet til fastlegene
- Mer liberal praksis i forhold til inntakskriteriene

Organisering av legetjenesten

- Dagtid ukedagene kl. 08–16: En lege på heltid
- Kveldstid ukedagene kl. 16–23: Man – torsdag deles vaktene mellom 4 leger
- Dagtid helg kl. 10–16: Betalt tilstedevakt, deles mellom 8 leger (fire sykehjemsleger og fire fastleger)
- Natt alle dager kl. 23–08: Arendal interkommunale legevakt

Organisering sykepleietjenesten

- Dagtid ukedagene kl. 08–15:30: Fire sykepleiere/hjelpepleiere
- Kveldstid ukedagene kl. 15:30–22:30: Fire sykepleiere på kveld
- Dagtid helg/høytid kl. 08–15:30: Fire sykepleiere
- Kveldstid helg/høytid kl. 15:30–22:30: Fire sykepleiere
- Natt alle dager kl. 22:30–07:30: En sykepleier

3.3 Pasientgrupper som har hatt KØH-opphold ved Myratunet i prosjektperioden 2013–2015

Pasientgruppene

- Pasientene er i alderen 60–100 år, gjennomsnittet er 83 år
- Det er ca. 2/3 kvinner og 1/3 menn
- Flertallet av pasientene er multimorbide
- Hovedårsak til innleggelse er fall, infeksjoner, dehydrering, smerter, og delir/kognitiv svikt
- Mange diagnoser og sammensatte tilstander forutsetter tett oppfølging av lege med nøye gjennomgang av medisinliste
- De kommunene som bruker tilbudet mest legger inn pasienter med mer omfattende behandlingsbehov
 - God erfaring hos fastlegene med tilbudet øker bruken
- KØH-enheten har gode tilbakemeldinger fra pasientene ved utskrivning
- Målsettingen til KØH-enheten er å gi et like godt tilbud som sykehuset, og mange brukere sier at de opplever tilbudet like godt. Dette skyldes flere faktorer,
 - lett tilgang på lege (08–23),
 - god sykepleierdekning
 - lite ventetid
- KØH-enheten legger vekt på å forebygge reinnleggelser gjennom å ikke avslutte oppholdet før vi er trygge på videre forløp. Samhandling med hjemmesykepleie og fastleger er viktig og en sentral del av arbeidet

En viktig erfaring hittil i prosjektperioden er at innleggende årsak (diagnosen) sjelden kan behandles alene. Pasienten har oftest et mer komplekst sykdomsbilde, og det fordrer at KØH-enheten raskt avdekker det mer helhetlige bildet av pasientens tilstand, herunder omfanget av rask funksjonssvikt. Det er derfor helt vesentlig at tett samhandling mellom KØH-sykepleiere og KØH-legen slik at det iverksettes adekvat behandling så raskt som mulig, og fortløpende vurderer innleggelse på sykehus ved forverring.

En generell erfaring er at mange innlegges ettermiddag/kveld og helg. Selv om det er beskrevet i rutiner at pasientene skal være avklart og vurdert av lege (fastlege/kjørelege på legevakt) så er det nødvendig at pasientene tilses av lege i løpet av det neste døgnet (helst innen 12 timer).

I prosjektperioden har KØH-enheten følgende erfaring for oppfølgingsbehov for følgende hovedgrupper

1. Lungebetennelse og andre infeksjoner som krever intravenøs antibiotikabehandling

Pasientene i denne målgruppen har ofte nedsatt allmenntilstand som ofte også er innleggesårsak/diagnose ved innleggelse.

For pasientgruppen kreves tett oppfølging både av KØH-lege og KØH-sykepleier da pasienter med infeksjonstilstand kan få akutt forverring i løpet av få timer. Tett observasjon er derfor helt nødvendig slik at en fortløpende vurderer andre aktive behandlingstiltak på KØH evt. innleggelse på sykehus. Når behandling er startet opp er den kliniske observasjon av pasientens allmenntilstand det viktigste, i tillegg til TILT, blodprøver etc.

2. Avklarte KOLS – pasienter med KOLS – eksaserbasjon (forverring)

En del pasienter innlegges med avklart KOLS – diagnose og lavt funksjonsnivå. De legges inn på KØH etter at pasienten har hatt flere innleggelser på sykehus i forkant av KØH-innleggelsen. Pasientene får ofte en rask forverring og må observeres tett av erfaren KØH-sykepleier med erfaring på KOLS. Ofte har KOLS – pasienter tilleggsdiagnoser som

hjertesvikt, nyresvikt og diabetes. Disse pasientene står i fare for å måtte innlegges på sykehus dersom adekvat behandling ikke iverksettes tidlig nok. Pasienten må observeres nøye med hyppig måling av respirasjonsfrekvens og type respirasjon, SaO2 metning og måling av CRP er en del av oppfølgingen. I tillegg er det krevende å støtte og trygge disse pasientene, da de ofte har mye angst i forbindelse med økende tung pust.

3. Sårbare multimorbide eldre med rask funksjonssvikt

Mange av de geriatriske pasientene har flere diagnoser samtidig (multimorbide) Eksempler på dette kan være at pasientene har flere diagnoser, eks. nyresvikt, hjertesvikt, osteoporose, Parkinson, diabetes, KOLS og i tillegg har de ofte en kognitiv svikt. Mange av disse pasientene innlegges ofte i helgen fra legevakt, hvor undersøkelsene på forhånd gjerne er svært mangelfulle og dermed følger det lite dokumentasjon med. Innleggelsesårsaken er gjerne nedsatt allmenntilstand og økende forvirring.

Det er i slike tilfeller viktig med en bred kartlegging og flere undersøkelser i løpet av kort tid. Dette gjøres i tett samarbeid med lege. Disse pasientene må observeres kontinuerlig da innleggelsesårsaken er uklar og forverring kan skje i løpet av kort tid. Etter en innleggelse kan mange av disse pasientene bli enda mer forvirret da de er sårbare fra før og enhver forandring i pasientens hverdag er en stor belastning. Noe av kartleggingen er:

- gjennomgang av pasientens journal i Gericia eller Profil
- tidligere dokumentasjon ift kognitiv funksjon
- TILT, blodprøver og andre nødvendige undersøkelser
- gjennomgang av medikamenter (bivirkninger og interaksjoner)
- samtaler med pårørende/hjemmesykepleien om hjemmesituasjonen og tidligere hjelpebehov/funksjon og kognitiv funksjon

4. Pasienter med skader i forbindelse med fall

Pasienten er ofte undersøkt på skadepoliklinikken men årsaken til fall er i mange tilfeller ikke vurdert eller avklart. Uansett om pasienten bare er forslått eller om brudd er avdekket, er det ikke foretatt en helhetlig diagnostisk vurdering av lege verken på legevakt eller på skadepoliklinikken. Dette må gjøres i tett samarbeid med lege, viser til krav om kartlegging som i forrige punkt.

Ved endringer må en ta raske avgjørelser om lege skal kontaktes eller om en skal avvente og observere videre.

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

- Lovbestemmelsen åpner for ulike løsninger, fra de helt små "en-sengsordninger" ved et sykehjem til større interkommunale "minisykehus"
- De fleste som legges inn er gamle mennesker. Drøyt 50 % er eldre enn 80 år og 23 % er i aldersgruppen 67 til 79 år
- Av 126 tilbud er 70 lokalisert ved sykehjem, 22 ved lokalmedisinske sentre og 16 ved legevakt og 18 annet.
- 59 tilbud har en eller to senger, 59 har tre til ni senger og åtte tilbud har omlag 10 senger eller mer
- En foreløpig vurdering av tilbudene er at de brukes av de pasientgruppene de var ment for, og på tiltenkt måte
- Åtte av ti pasienter ligger inne tre døgn eller mindre
- Helsetilsynet har ikke registrert klage- eller tilsynssaker som avdekker uforsvarlighet

Nasjonale erfaringer i forhold til tiltak som har ført til økt beleggsprosent

- Kommuner som har etablert lokale tilbud, men samarbeider om interkommunal legevakt og har etablert felles innleggelseskriterier og rutiner
- Faste møter for fastleger og legevaktsleger
- Spørreundersøkelser blant henvisende leger for å kartlegge legens kjennskap og tillit til tilbudet
- Tilby turnusleger og vikarer i legevakt å besøke øyeblikkelig hjelp-døgntilbudene
- Standardmaler for de mest vanlige diagnoser

Nasjonale erfaringer fra ulike KØH-tilbud¹

Nesten alle pasientene i øyeblikkelig hjelp døgntilbud ville ha blitt innlagt som øyeblikkelig hjelp i sykehus dersom et kommunalt tilbud ikke hadde vært tilgjengelig.

Undersøkelser tyder på at øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus reduseres med 3–10 % fra kommuner som har et øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Det største potensialet for å redusere øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus er neppe knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud alene, men til en helse- og omsorgstjeneste som samlet sett fungerer bedre og fanger opp pasienter med kroniske sykdommer så tidlig at tilstanden kan behandles i kommunen.

Med tanke på målgruppen for tilbudet, er bruken av ø-hjelpssengene som forventet. Det er primært eldre pasienter som legges inn i det kommunale tilbudet, og de fleste av dem kommer fra hjemmet og skrives ut til hjemmet etter et ø-hjelpsopphold på én til tre dager.

Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold i Norge²

Med tanke på beleggsprosent derimot er bruken av ø-hjelpssengene lavere enn forventet. Gjennomsnittlig beleggsprosent for 2013–14 var på kun 34 %. Likevel er tilbakemeldingen fra svært mange kommuner at de opplever en økning i belegget etter hvert som tilbudet blir mer kjent blant legene og befolkningen. Kommunene trenger tid til å forankre tilbudet og integrere det i de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

Når den lave beleggsprosenten skal forklares i litteraturen, trekkes fastlegene og legevaktslegenes manglende kjennskap og tillit til ø-hjelpstilbudet frem. Den manglende effekten av informasjonskampanjer i mange kommuner tyder imidlertid på at det er andre årsaksforhold som er av like stor eller større betydning. Tungvinte innleggelsesrutiner er ett forhold som kan virke inn på legenes vilje til å bruke det kommunale tilbudet, en allerede eksisterende tradisjon for å behandle samme pasientgruppe på det lokale sykehjemmet er en annen. Videre kan lang geografisk avstand til det interkommunale ø-hjelpstilbudet, strenge og/eller for spesifiserte inklusjonskriterier ha en negativ innvirkning på bruk.

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

¹ Primærhelsemeldingen – "Nærhet og helhet"

²Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold, Senter for omsorgsforskning, øst, 2015

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

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

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

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

Det er behov for videre forskning som undersøker utvikling og drift av tilbudet.

4 Økonomiske forutsetninger

4.1 Budsjetttrammer for KØH 2016

Regjeringen har i sitt budsjettforslag foreslått en nasjonal ramme på 1 206.000 mrd. kr, som er en videreføring på nivå med forutgående år hvor det har vært øremerket midler

Nasjonal ramme medfører en bevilgning på 22 057 mill. kr til Østre Agder kommunene.

Ny fordelingsnøkkel (fra samhandlingsnøkkel til pleie – og omsorgsnøkkel) gir totalt 398 000 kroner mer til Østre Agder kommunene. Arendal og Grimstad får noe mindre tildelt ift. den andre fordelingsnøkkelen, mens de øvrige kommunene får mer tildelt.

Rådmannsgruppa i Østre Agder har besluttet å videreføre foreslåtte rammer i budsjettframleggene til kommunene i 2016.

4.2 Tildelingskriterier for 2016

Rammene fra de øremerkede tilskuddene i perioden 2013–2015 er videreført i sin helhet i 2016. De nasjonale rammene for 2016 er på totalt kr 1 206 600 000.

I 2016 er det laget en ny fordelingsnøkkel mellom kommunene basert på *pleie- og omsorgsnøkkelen* i inntektssystemet. I de øremerkede tilskuddene ble midlene fordelt på grunnlag av *samhandlingsnøkkelen* (på samme måte som utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering). Endringene i de nye fordelingskriteriene gir et mindre tilskudd for kommuner med lavere aldersgjennomsnitt (Grimstad) og et høyere tilskudd for kommuner med mange eldre. Totalt sett får Østre Agder-kommunene inkludert Fyresdal og Nissedal kr 574 000, mer i KØH-tilskudd for 2016 når pleie- og omsorgsnøkkelen benyttes som beregningsgrunnlag.

Basert på nevnte kriterier blir det gitt følgende midler kommunevis og samlet til Østre Agder kommunene i rammetilskuddet for 2016:

Tabell 4-1 Overførte KØH-midler i rammetilskuddet pr. kommune Kilde: Agenda Kaupang, budsjett-dokumentene til HOD, KM og "Grønt hefte"

Kommunene i Østre Agder samarbeidet	behov vs landet (100%)			Fordeling av landsramme på 1 206 600		
	Folketall per 1.7.2014	PLO	Samhandling	PLO	Samhandling	Differanse
0830 Nissedal	1 454	144 %	111 %	492	378	115
0831 Fyresdal	1 298	141 %	112 %	429	342	87
0901 Risør	6 919	125 %	113 %	2 035	1 832	204
0904 Grimstad	21 864	91 %	96 %	4 683	4 910	-227
0906 Arendal	44 208	99 %	102 %	10 267	10 568	-301
0911 Gjerstad	2 482	136 %	110 %	794	640	154
0912 Vegårshei	2 013	123 %	106 %	580	499	81
0914 Tvedestrand	6 059	125 %	111 %	1 777	1 586	191
0919 Froland	5 508	94 %	92 %	1 217	1 184	33
0929 Åmli	1 813	165 %	110 %	703	466	237
Sum 10 kommuner	93 618			22 978	22 404	574
Andel av landet				1,90 %	1,86 %	

Totalt er tilskuddet overført i kommunenes ramme, for alle 10 kommunene i Østre Agder, kr 22 978 000. Dette er kr 574 000 mer enn rammen basert på Samhandlingsnøkkelen. Det tas forbehold om endringer i forbindelse med Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2016.

4.3 Kostnader for KØH-tilbudet i 2015

Tabell 4-2 Årsregnskap KØH-enhet (70) prosjektnr. 7071 og 7544

Årsregnskap KØH-enhet (70) prosjektnr. 7071 og 7544	Kostnad	Kommentarer
Myratunet – KØH-enhet 10 senger pleiekostnader	10 926 449	Pleiekostnader
Driftskostnader	1 117 574	Driftskostnader ikke inkludert husleie
Andre driftskostnader og ledelse Myratunet/ambulant KØH	2 414 199	1 årsverk leder KØH, fysio, noe "overhead-kostnad"; 0,1 årsverk økonomikonsulent, 0,2 årsverk rådgiver Østre Agder
Legekostnader 2015	4 353 543	
Sengerelaterte kostnader KØH-2015	18 811 765	
Utviklingsprosjektene (Ikke sengerelaterte utgifter)	4 679 003	
Totalt 2015 inkludert prosjektene	23 490 768	
Totalt inkl. alle kostnader	23 997 661	

Tabell 4-3 Spesifiserte legekostnader i 2015

Legekostnader 2015	Kostnad	Kommentar
KØH overlege lønn	1 077 187	Arendal
KØH overlege pensjon	134 648	Arendal
KØH overlege arb.avg	170 869	Arendal
Faste legeutgifter frikjøp	498 860	
Utbetalte vakttillegg	2 333 774	
Arb.avg vakttillegg sykehjemsoverleger	138 205	
Totalt	4 353 543	

Tabell 4-4 Ikke sengerelaterte utgifter for KØH i 2015

Ikke sengerelaterte utgifter KØH - 2015	Kostnad	Kommentarer
Prosjekt KØH telemedisin	1 908 733	kr 589 105 betales ut i 2016, inkluderer innkjøp av utstyr
Engasjement medisinskfaglig rådgiver	1 127 945	kr 441 339 er etterslep fra 2014
Prosjekt trygge pasientforløp	987 258	
Ambulant KØH-prosjekt	207 741	
Felles kompetansetiltak	86 170	
Utredning nye lokaler legevakt + KØH-prosjekt	190 165	
Prosjekt Evaluering KØH	153 263	
OSS sekretariat	16 678	
Kommuneoverlegesamling	1 050	
Totalt 2015	4 679 003	

4.4 Økonomirapportering fra KØH for 2015

I følge sekretariatsleder Ole Jørgen Etholm i november 2015 er følgende hovedpunkter beskrivende for den økonomiske situasjonen for KØH i 2015:

- Driften av sengetilbudet er godt innarbeidet med god kostnadskontroll
- Legetjenesten har hatt betydelige overforbruk i 2014 knyttet til beredskaps- og vaktordninger
- Det er avtalt en omlegging av legetjenesten som vil redusere kostnadene noe fra 2015-nivået
- Avsatt beløp til oppstart av sengetilbud på Fevikturnet må økes, og må drøftes med Grimstad kommune
- Ambulant KØH og KØH Telemedisin holder seg innenfor budsjett med god margin
- Det er innestående 10 mill. kr på KØH-fondet (opparbeidet fra 2013)

Arendal kommune har ikke laget en egen avtale med deltakerkommunene om en fast overhead kostnad for KØH-tilbudet. Det vil være naturlig å belaste overhead kostnader i forbindelse med KØH-prosjektet etter tilsvarende modell som i andre vertskommuneordninger i Arendal. Det er pr. i dag ikke beregnet overhead kostnader i full skala. En beregning av disse kostnadene vil være i størrelsesorden 5 % av dagens driftsramme. En slik kostnad bør inkludere økonomi, lønn, dokumenter, regnskap, IKT-kostnader, forsikringsandel..

Arendal kommune har fram til 2016 ikke inkludert husleiekostnadene for KØH-tilbudet i drifts-kostnadene. En beregning av husleieutgifter bør foretas etter en beregning av andelen areal som

KØH-enheten benytter på Myratunet, målt i m². De kostnadene, RA/FDV som ligger på hele bygget til Arendal bo- og rehabiliteringssenter i dag, er på kr 2 224 641 RA og kr 933 317 FDV. En nøyaktig beregning av husleiekostnader for andelen på 10 sengeplasser vil måtte gjøres i samarbeid med AEKF (Arendal Eiendom KF). Tar man f.eks. utgangspunkt i at KØH-enheten benytter ca. 15 % av arealet, blir husleiekostnadene ca. kr 475 000.

Strømkostnader føres i Arendal Eiendom. Arendal kommune overfører et fast beløp til Arendal Eiendom for dekning av strømutførelse. I Arendal kommune er strømutførelse kun fordelt på funksjon 2610.

5 Kartlegging og analyse av spørreundersøkelsen

5.1 Deltakerkommunenenes oppfatning av dagens KØH-tilbud

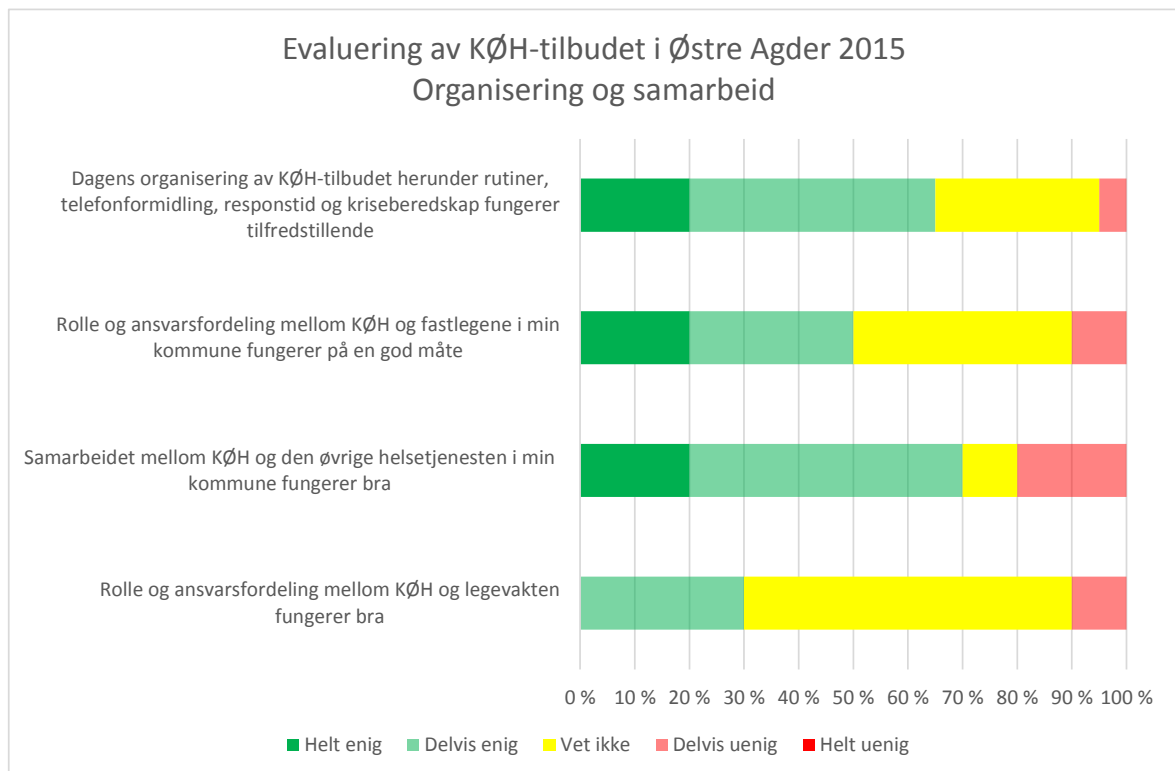
Dette kapitlet er en oppsummering av intervjuer med informantene fra de 10 deltakerkommunene i Østre Agder i desember 2015. Spørsmålene har i hovedsak vært av kvalitativ karakter. Samtidig er informantene bedt om å svare på et utvalg påstander hvor svarene er gitt på en firedelt skala, i tillegg til at det også har vært mulig å svare «vet ikke». Det er hovedsakelig de mindre kommunene, med lite bruk av KØH-tilbudet, som svarer «vet ikke».

Oppsummeringen av disse kvantitative spørsmålene blir gjengitt i kapitlet under overskriftene:

- Organisering og samarbeid
- Ledelse styring og eierskap
- Bruk og kapasitet
- Kvalitet og kompetanse
- Framtidens KØH-tilbud

5.1.1 Organisering og samarbeid

Hvordan organisering og samarbeid knyttet til KØH-tilbudet fungerer har betydning for hvordan bruken av tilbudet er. Vi har derfor spurt informantene om deres vurdering av ulike aspekter knyttet til dette forholdet. Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden knyttet til organisering og samarbeid av KØH-tilbudet i Østre Agder.



Figur 5-1 Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til organisering og samarbeid av KØH-tilbudet i Østre Agder

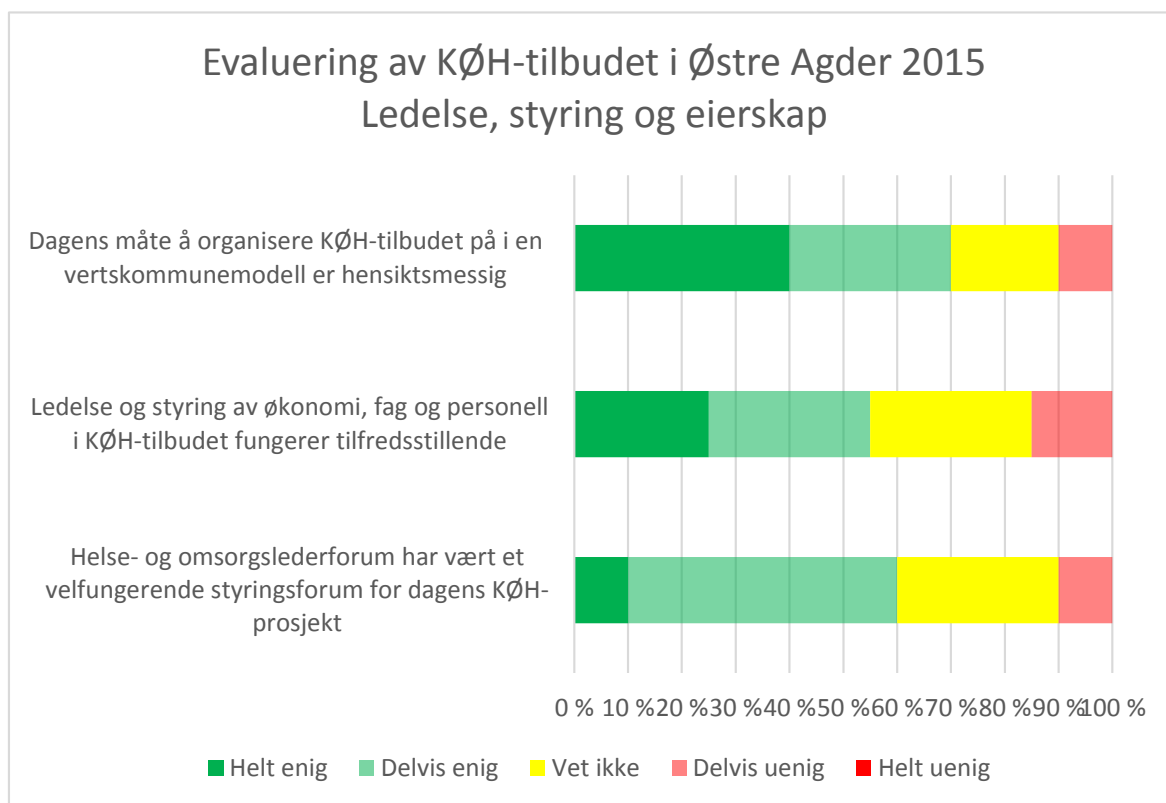
Figuren viser som følger:

- Når det gjelder dagens organisering av KØH-tilbudet, herunder rutiner mv. er 65 % av informantene helt eller delvis enig i at tilbudet fungerer tilfredsstillende.
- Det er 50 % av informantene som er helt eller delvis enige i at ansvarsfordelingen mellom KØH og fastlegene i egen kommune fungerer på en god måte. Tilsvarende er halvparten av informantene helt eller delvis uenig i påstanden
- Når det gjelder samarbeidet mellom KØH-tilbudet og den øvrige helsetjenesten i egen kommune er 70 % helt eller delvis enig i utsagnet
- På påstand knyttet til rolle og ansvarsfordeling mellom KØH og legevakten er det 30 % som er delvis enig i påstanden. 60 % svarer vet ikke og 10 % er delvis uenig i påstanden

Samlet sett viser figuren at informantene er mest fornøyd med organisering og samarbeid knyttet til ansatte som ikke representerer leger og legevakt. Spesielt har informantene lite innsikt i rolle og ansvarsfordeling mellom KØH og legevakten.

5.1.2 Ledelse, styring og eierskap

Hvordan ledelse, styring og eierskap knyttet til KØH-tilbudet fungerer har betydning for hvordan bruken av tilbudet fungerer. Vi har derfor spurt informantene om deres vurdering av ulike aspekter knyttet til dette forholdet. Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden knyttet til ledelse, styring og eierskap av KØH-tilbudet i Østre Agder.



Figur 5-2 Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til ledelse, styring og eierskap av KØH-tilbudet i Østre Agder

Figuren viser som følger:

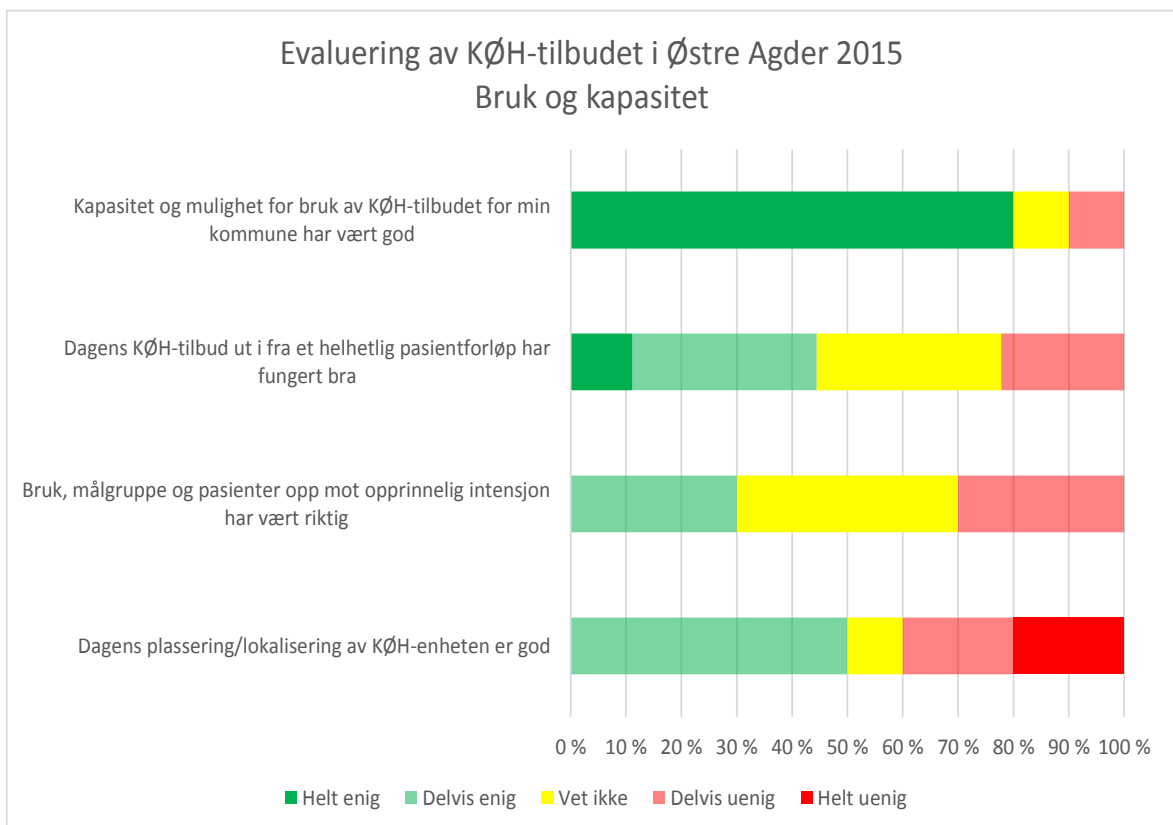
- På påstand knyttet til organisering av KØH-tilbudet i en vertskommunemodell er 70 % helt eller delvis enig
- Det er 55 % av informantene som er helt eller delvis enig i at påstanden knyttet til om ledelse, styring, fag og personell er tilfredsstillende

- Når det gjelder påstanden knyttet til om Helse- og omsorgslederforum har vært en velfungerende styringsform for KØH-prosjektet, er 60 % helt eller delvis enig i påstanden

Samlet sett viser spørsmålene knyttet til ledelse, styring og eierskap at flertallet av informantene er fornøyd. Informantene er mest fornøyd med organisering av KØH-tilbudet i en vertskommune-modell. Det er en noen flere av informantene som er kritiske til ledelse og styring av økonomi, fag og personell, samt i hvilken grad Helse- og omsorgslederforum er en velfungerende styringsform.

5.1.3 Bruk og kapasitet

Hvordan bruk og kapasitet av KØH-tilbudet er viser hvor vellykket tiltaket er i praksis. Vi har derfor spurt informantene om deres vurdering av ulike aspekter knyttet til dette forholdet. Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden knyttet til bruk og kapasitet av KØH-tilbudet i Østre Agder.



Figur 5-3 Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til bruk og kapasitet av KØH-tilbudet i Østre Agder

Figuren viser som følger:

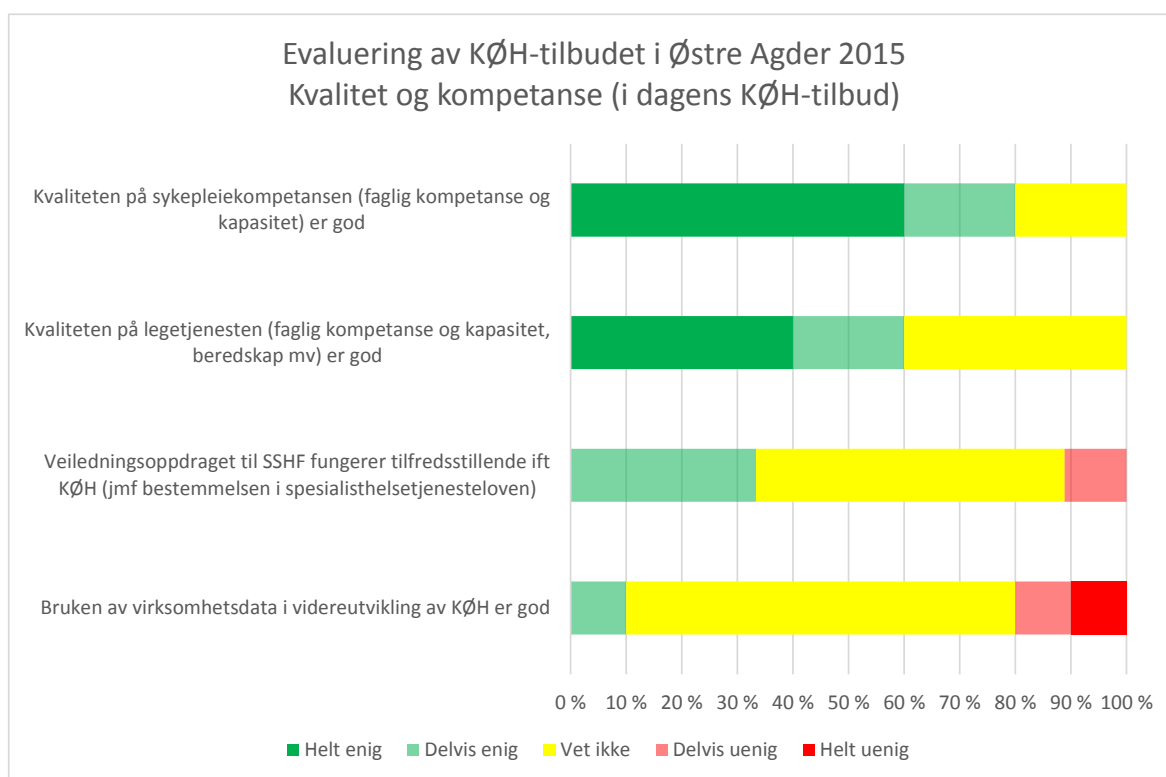
- På spørsmål knyttet til kapasitet og muligheter for bruk av KØH-tilbudet svarer 80 % av informantene at det er helt enig i påstanden
- Når det gjelder hvordan dagens KØH-tilbud fungerer ut fra et helhetlig pasientforløp er 45 % helt eller delvis enig i utsagnet. På dette spørsmålet svarer ca. 30 % vet ikke og 22 % delvis uenig
- Det er 30 % av informantene som er delvis enig i påstanden knyttet til bruk, målgruppe og pasienter opp mot den opprinnelige intensjonen. På spørsmålet svarer 40 % vet ikke og 30 % delvis uenig

- På spørsmål knyttet til dagens plassering/lokalisering av KØH-enheten er 50 % delvis enig i utsagnet, mens 40 % her helt eller delvis uenig

Samlet sett viser spørsmålene at informantene er svært tilfreds med kapasitet og mulighet for bruk av KØH-tilbudet for sin egen kommune. Det er sammensatte svar fra informantene når det gjelder helhetlig pasientforløp og bruk og målgruppe ut fra opprinnelig intensjon. På disse to spørsmålene er det mange som besvarer påstandene med vet ikke. Når det gjelder dagens lokalisering/-plassering er halvparten av informantene fornøyd, mens en stor andel er helt eller delvis misfornøyd med plassering/lokalisering av KØH-enheten.

5.1.4 Kvalitet og kompetanse

Hvordan kvalitet og kompetanse i KØH-tilbudet er viser hvor informantene oppfatter ansattes håndtering av brukerne. Vi har derfor spurt informantene om deres vurdering av ulike aspekter knyttet til dette forholdet. Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden knyttet til kvalitet og kompetanse av KØH-tilbudet i Østre Agder.



Figur 5-4 Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til kvalitet og kompetanse på KØH-tilbudet i Østre Agder

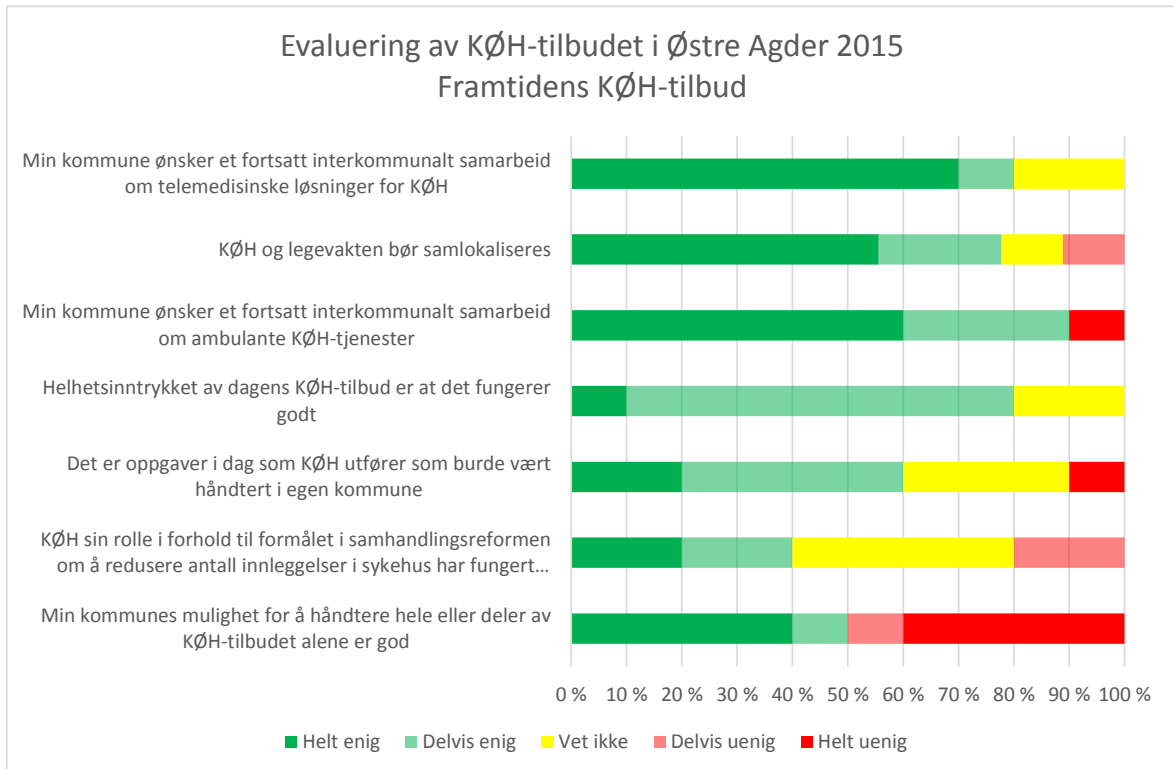
Figuren viser som følger:

- På spørsmål knyttet til kvaliteten på om sykepleierkompetansen er god svarer 80 % av informantene at de er helt eller delvis enig i utsagnet.
- Når det gjelder kvaliteten på legetjenesten er 60 % av informantene helt eller delvis enig i utsagnet
- Det er 32 % av informantene som er enig i at veiledningsoppdraget til SSHF fungerer tilfredsstillende. På spørsmålet er det en stor andel av informantene som svarer vet ikke
- Når det gjelder bruken av virksomhetsdata i videreutvikling av KØH-tilbudet svarer størstedelen av informantene vet ikke.

Samlet sett viser spørsmålene knyttet til kvalitet og kompetanse at informantene mener kvaliteten på sykepleierkompetansen er god og informantene er i stor grad fornøyd med kvaliteten på legetjenesten. Når det gjelder veiledningsoppdraget til SSHF og bruken av virksomhetsdata har informantene liten oversikt over hvordan dette fungerer i praksis.

5.1.5 Framtidens KØH-tilbud

Hva informantene mener om framtidens KØH-tilbud har betydning for hvordan kommunene bør prioritere tilbudet fremover. Vi har derfor spurt informantene om deres vurdering av ulike aspekter knyttet til dette forholdet. Neste figur viser hvordan informantene besvarte påstanden knyttet til framtidens KØH-tilbudet i Østre Agder.



Figur 5-5 Oppsummering av kartleggingsintervjuer med ledere i deltakerkommunene i Østre Agder i des. 2015, n = 10 kommuner. Påstander i forhold til Framtidens KØH-tilbud i Østre Agder

Figuren viser som følger:

- På spørsmål knyttet til om kommunene fortsatt ønsker interkommunalt samarbeid om telemedisinske løsninger svarer 80 % av informantene at de helt eller delvis enig i utsagnet
- Når det gjelder om KØH og legevakten bør samlokaliseres er 78 % av informantene helt eller delvis enig i utsagnet
- Spørsmålet knyttet til fortsatt interkommunalt samarbeid besvares av 90 % av informantene med helt eller delvis enig
- Det er 80 % av informantene som er helt eller delvis i utsagnet knyttet til helhetsinntrykket om at KØH-tilbudet fungerer godt
- Når det gjelder oppgaver i dag som KØH utfører som burde vært håndtert i egen kommune er det 60 % av informantene som er helt eller delvis enig i dette utsagnet
- På spørsmål knyttet til om KØH sin rolle i forhold til formålet om å redusere innleggelses i sykehus er det 40 % som er helt eller delvis enig i utsagnet. På spørsmålet svarer 40 % vet ikke og 20 % delvis uenig

- Når det gjelder kommunens mulighet til å håndtere hele eller deler av KØH-tilbudet alene er 50 % av informantene helt eller delvis enig i dette. Videre er det 50 % av informantene som er helt eller delvis uenig i utsagnet

Samlet sett viser spørsmålene at det er et ønske om interkommunalt samarbeid om telemedisinske løsninger, at legevakten bør samlokaliseres med KØH-tilbudet og at dette bør organiseres i et interkommunalt samarbeid. Helhetsinntrykket fra de fleste informantene er videre at KØH-tilbudet fungerer godt, men at det er oppgaver som kan håndteres i kommunene. Når det gjelder om KØH-tilbudet har bidratt til å redusere antall innleggelser i sykehuset, er det en stor del av informantene som ikke vet. På spørsmål knyttet til kommunenes mulighet til å håndtere hele eller deler av KØH-tilbudet alene, er informantene delt på midten.

5.2 Strategisk mål for KØH innen 2019

Kartleggingen vår i forhold til framtidens KØH viser klart at kommunene i Østre Agder ønsker en samlokalisering av KØH Myratunet og legevakten i eller så nært sykehuset som mulig. Dette bør skje snarest mulig og senest innen 2019.

En slik samlokalisering av hovedbasen for KØH i Østre Agder med legevakten framheves av informantene som helt avgjørende for å kunne utnytte synergier mellom tjenestene og skape en bærekraftig akuttmedisinsk kjede i Østre Agder. KØH-tilbudet i Østre Agder, samlokalisert med legevakten, bør organiseres etter samme modell som for legevakten, i en vertskommunemodell hvor Arendal er vertskommune.

Planleggingen av en felles lokasjon for både legevakt og KØH-enheten er allerede i gang, men må fortsette med full tyngde i regi av Arendal som vertskommune. Det bør allerede i 2016 avsettes penger til et forprosjekt fra fondsmidlene i KØH-fondet

Alternativene som bør vurderes er etter vår mening i prioritert rekkefølge:

- Alternativ 1: Samlokalisering av legevakt og KØH-enheten i «sykehuskroppen»
- Alternativ 2: Nytt legevakts- og KØH-bygg, lokalisert sykehusnært

En samlokalisering av legevakt og KØH-enheten har et stort potensial i seg for viktige synergi-effekter både faglig og økonomisk for alle kommunene. Ett av de viktigste grepene ved en slik samlokalisering vil være en etablering av 2–4 observasjonssenger på legevakten samlokalisert med KØH-sengene. Disse observasjonssengene vil kunne dekke noe av behovet for observasjon og behandling hos en del av dagens KØH-pasienter. Observasjonssenger på legevakten med mulighet for observasjon opp til 12 timer, er allerede et etterspurt behov fra medarbeiderne i dagens legevakt. Et slikt tilbud vil også kunne være et viktig grep for å møte de voksende utfordringene innen psykisk helse og rus med blant annet behov for observasjons- og/eller akutt plasser.

En samlokalisering av legevakt og KØH-enheten har videre potensial i seg til:

- et mer robust og bærekraftig akuttmedisinsk tilbud i Østre Agder
- økt belegg i KØH-sengene, spesielt fra de kommunene som ligger langt vekk
- felles strategisk ledelse og effektiv utnyttelse av administrative ressurser
- mer effektiv utnyttelse av samlede legeressurser for kommunene i Østre Agder
- mer effektiv utnyttelse av sykepleiekompetansen på tvers mellom legevakt, KØH-sengetilbudet og ambulant KØH
 - vil sannsynligvis kunne frigjøre flere ressurser til ambulant KØH innenfor de samme økonomiske rammene som i dag
- mer effektiv utnyttelse av legebilen på legevakten i samarbeid med ambulant KØH

- å styrke samhandlingen med sykehuset i den akuttmedisinske kjeden
- å bedre samhandlingen om trygge pasientforløp mellom kommune og sykehus
- være en god arena for felles kompetanseutvikling mellom kommunene

Et viktig strategisk grep for å følge opp våre anbefalinger er å ansette en felles legevakts- og KØH-overlege. Dette ble vedtatt i alle kommune-/bystyrene i kommunesamarbeidet i februar/mars 2015.

6 Anbefalinger og forslag for perioden 2016–2018

I prosjektperioden 2013–2015 har kommunesamarbeidet i Østre Agder valgt vertskommuneordningen som organisering av KØH-prosjektet.

Samtidig har prosjektet hatt en nettverksorganisering ved at alle kommunene har hatt representanter med i ulike prosjektgrupper. På enkelte delområder i prosjektet har andre kommuner hatt prosjektlederansvaret. Eksempler på dette er læringsnettverket "Gode Pasientforløp" som har vært ledet av Utviklingssenteret, Grimstad kommune og KØH Telemedisin som har vært ledet av Risør kommune.

Helse- og omsorgslederforum (HLF) har vært styringsgruppe for KØH-prosjektet.

Agenda Kaupang vil foreslå at hovedtrekkene i nåværende organisering videreføres med visse tilpasninger. På bakgrunn av dette anbefaler vi følgende hovedgrep for det videre samarbeidet om KØH i Østre Agder:

6.1 Sengetilbudet for KØH i Østre Agder 2016–2018

To alternativer er utredet i dette prosjektet, en desentralisert modell og en sentralisert modell.

Hva er felles for de to alternativene:

- Økt satsing på ambulant ø-hjelp tilsvarende 4 senger
- Felles overlege for KØH og legevakt
- Gjestepasientordning for de mindre kommunene
- Antall senger er 8 (Sentralisert (8) vs desentralisert (5+2+1))

Alternativ 1 - desentralisert modell

- Totalt 8 KØH-senger både i Arendal (5), Grimstad (2) og Risør (1)
- Gjestepasientordning for Froland, Tvedestrand, Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Nissedal og Fyresdal
- Samarbeid om ambulant ø-hjelp og felles overlege KØH/legevakt

Alternativ 2 - sentralisert modell

- Totalt 8 KØH-senger kun på Myratunet i Arendal for kommunene Arendal, Grimstad, Risør, Froland og Tvedestrand
- Gjestepasientordning for Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Nissedal og Fyresdal
- Samarbeid om ambulant ø-hjelp og felles overlege KØH/legevakt

I tabellen nedenfor viser vi planlagt bruk av KØH-tilbudet for perioden 2016–2018, fordelt kommunevis basert på rammene med 8 stasjonære senger og tilsvarende 4 senger ambulant.

Tabell 6-1 Planlagt bruk av KØH-tilbudet i 2016–2018, 8 senger og tilsvarende 4 senger ambulant

Kommune	Målsetning liggedøgn pr. år i Samhandlings-reformen	Målsetning i senger med 100% belegg	8 KØH senger fordelt 100% belegg	8 KØH senger antall døgn 100% belegg	8 KØH senger antall innleggjelser*	8 KØH senger antall pasienter pr uke fordelt*	Ambulant ø-hjelp tilsvarende 4 senger	Ambulant ø-hjelp tilsvarende 4 senger i antall døgn	Ambulant ø-hjelp tilsvarende 4 senger i antall innleggjelser*	Ambulant ø-hjelp tilsvarende 4 senger i antall pasienter pr uke*
Arendal	2 126	5,82	3,88	1 417	472	9,1	1,94	709	236	4,5
Grimstad	967	2,65	1,77	645	215	4,1	0,88	322	107	2,1
Froland	234	0,64	0,43	156	52	1,0	0,21	78	26	0,5
Risør	381	1,04	0,70	254	85	1,6	0,35	127	42	0,8
Tvedestrand	323	0,88	0,59	215	72	1,4	0,29	108	36	0,7
Vegårshei	100	0,27	0,18	67	22	0,4	0,09	33	11	0,2
Åmli	99	0,27	0,18	66	22	0,4	0,09	33	11	0,2
Gjerstad	131	0,36	0,24	87	29	0,6	0,12	44	15	0,3
Sum	4 361	11,95	7,97	2 907	969	18,6	3,98	1 454	485	9,3
Nissedal	76	0,21	0,14	51	17	0,3	0,07	25	8	0,2
Fyresdal	73	0,20	0,13	49	16	0,3	0,07	24	8	0,2
Totalt 2016	4 510	12,36	8,24	3 007	1 002	19,3	4,12	1 503	501	9,6

6.2 Sengetilbudet for KØH i Østre Agder – desentralisert modell 1

Et desentralisert tilbud i kombinasjon med et robust og helhetlig tilbud på Myratunet (både sengetilbud og ambulant ø-hjelp) tar utgangspunkt i nasjonale erfaringer som kan vise til gode eksempler både på større robuste enheter og desentraliserte småsengs alternativ.

6.2.1 Beholde et robust KØH-sengetilbud på Myratunet for pasienter fra Arendal kommune

Bruken av de 10 sengene i KØH-enheten på Myratunet har i likhet med forsøk fra de fleste steder i landet lavere belegg enn forventet fra alle kommunene utenom vertskommunen. Arendal har hatt et belegg på over 60 % i 2015. Dette samsvarer med forskning som er utført³. Ved valgte interkommunale modeller er det vertskommunen som bruker tilbudet i høy grad, mens nabo-kommunene og spesielt de kommunene med lengst reiseavstand bruker tilbudet minimalt. Tidlig i forsøket avdekket Østre Agder den samme tendensen, og av den grunn ble det foreslått å etablere et forsøk med ambulant KØH allerede høsten 2013.

KØH-enheten har pr. i dag vært bemannet av både sykepleiere og helsefagarbeidere. Erfaringer fra andre KØH-enheter som kun har sykepleiere ansatt, viser at dette gir en større fleksibilitet til å betjene ulike prosedyrer og pasientgrupper. Denne fleksibiliteten er spesielt viktig å ivareta med en økt satsing på ambulant øyeblikkelig hjelp, i og med at Myratunet er basebemanningen for denne tjenesten.

6.2.2 Gjestepasientordning på Myratunet

Som omtalt er bruken av KØH-liggedøgn hos de omkringliggende kommunene svært begrenset i perioden 2013 -2015. Dette er en lite bærekraftig ordning. Både vertskommunen og deltakerkommunene betaler hele sin tildelte andel av statlige midler til et tilbud som ikke benyttes i tilstrekkelig omfang. Samtidig binder vertskommunen Arendal opp beredskapssenger til KØH-prosjektet som kommunen kunne anvendt for behandling av utskrivningsklare pasienter (UKP). På grunn av Arendals reduserte kapasitet for mottak av utskrivningsklare pasienter, er kommunen blitt fakturert av SSHF for betydelig beløp for «overliggedøgn».

Ved å etablere en gjestepasientordning ved Myratunet med en kombinasjon av en abonnementsordning og en stykkpris-betaling, vil deltakerkommunene som ikke har et eget sengetilbud, innfri lovkravet fra staten ved kjøp av døgnplasser.

Samtidig vil Arendal som vertskommune frigjøre ressurser og sengekapasitet for behandling av egne utskrivningsklare pasienter. Dette vil gi direkte innsparingseffekt for kommunen på

³ Senter for omsorgsforskning, 2015

«overliggerdøgn» fra Sørlandet sykehus (SSHF), som Arendal kommune har hatt i hele perioden fra høsten 2014.

6.2.3 Sengetilbud lokalisert ved Feviktun, Grimstad kommune

I tråd med opptrappingsplan for KØH-tilbudet i Østre Agder høsten 2014, ble det som en del av en helhetlig løsning, foreslått å igangsette et prøveprosjekt med to KØH-senger ved Feviktun i Grimstad kommune.

Det var nødvendig for Grimstad å få på plass en solid legetjeneste på dagtid før forsøket kunne iverksettes. Opprettelse av sengetilbudet ble derfor startet opp høsten 2015 når sykehjemsleger i 100 % stilling tiltrådte på henholdsvis Feviktun og Frivolltun.

De faglige grunnene for å igangsette prøveprosjektet har vært:

- Et lokalt tilbud reduserer omfanget av ubekvem transport for pasientene
- Fastlegene i kommunen kan få et større eierskap ved at de blir bedre kjent med et tilbud i egen kommune. Dette kan bidra til økt bruk og beleggprosent
- Feviktun har status som Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder og et KØH-tilbud integrert i institusjonen vil gi synergier til kompetanse- og fagutvikling i hele regionen
- Feviktun har kort reiseavstand til KØH-tilbudet på Myratunet som øker muligheten for synergier og faglig samarbeid

6.2.4 Risør kommune utreder etablering av en KØH-seng lokalisert på Frydenborgsenteret

Risør kommune har et godt differensiert institusjonstilbud ved Frydenborgsenteret. Kartleggingen viser at kommunen ønsker å utrede muligheten for å etablere en KØH-seng som sees i sammenheng med det øvrige tilbudet på Frydenborgsenteret. Kommunens pleie- og omsorgstjeneste har et godt samarbeid med alle fastlegene i kommunen.

Viktige forhold ved å lokalisere et sengetilbud i Risør kan være

- Nærhet for pasientene med behandling i egen kommune som reduserer pasientens reiseavstand
- Mulighet for økt forankring og eierskap hos kommunens fastleger, som igjen kan bidra til økt bruk av tilbudet (belegg)
- Synergi med oppfølging av pasienter utskrevet fra sykehus til kommunal institusjon

En etablering av et sengetilbud ved Frydenborgsenteret forutsetter at kommunen styrker legetjenesten. Risør kommune har allerede vedtatt i budsjettet for 2016 å ansette en sykehjemslege på heltid i institusjonstjenesten. En forutsetning for etablering av et sengetilbud i Risør kommune er et fortsatt samarbeid om felles legetjeneste for KØH på kveld og helg i Østre Agder og at dette lar seg gjennomføre i praksis.

Kommunen ønsker å starte utredningen raskest mulig med mål om oppstart av et eget sengetilbud innen 1.9.2016.

6.3 Sengetilbudet for KØH i Østre Agder – sentralisert modell 2

I en sentralisert modell vil alle regionens 8 KØH-senger ligge på Myratunet med Arendal som vertskommune. Syv av disse sengene finansieres av kommunene Arendal, Grimstad, Risør, Froland og Tvedestrand etter en kostnadsfordelingsmodell som baserer seg på den prosentvise fordelingen av rammetilskuddet.

I tillegg etablerer Arendal kommune en gjestepasientordning med en kapasitet på en sengeplass i gjennomsnitt hvert døgn for Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Nissedal og Fyresdal. Dette er basert på pasientstatistikk fra både 2014 og 2015, se tabell i kapittel 3.2. Ved å etablere en gjestepasientordning ved Myratunet med en kombinasjon av en abonnementsordning og en stykkprisbetaling, vil deltakerkommunene som ikke har et eget sengetilbud, innfri lovkravet fra staten ved kjøp av døgnplasser.

Som tidligere nevnt vil et sentralisert sengetilbud på Myratunet også inkludere et felles interkommunalt samarbeid om ambulant ø-hjelp og felles overlege KØH/legevakt for alle de 10 kommunene i Østre Agder samarbeidet. Dette tilbudet vil finansieres basert på en kostnadsfordelingsmodell som baserer seg på kommunenes prosentvise fordeling av rammetilskuddet og ha Arendal som vertskommune.

6.4 Fordeler og ulemper ved de to ulike sengealternativene

Hovedforskjellen ved de to ulike modellene er et sengetilbud som er desentralisert med tre lokasjoner (modell 1) og et sengetilbud med kun en lokasjon (modell 2).

6.4.1 Vertskommunen Arendal

Fordeler for vertskommunen Arendal med modell 1 (sengetilbud ved tre lokasjoner)

- Flere kommuner får et direkte eierskap og kompetanse kommunal øyeblikkelig hjelp
- Flere fagmiljøer i samme kommuneregion kan utveksle erfaringer, og bidrar til økt engasjement for KØH-tiltak i kommuneregionen
- Mer fleksibel utnyttelse av kapasitet og bruk som møter behov i egen kommune (økt kapasitet for mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset)
- Modellens forslag til finansiering fremmer forutsigbarhet og bærekraft for vertskommunen

Ulemper for vertskommunen Arendal med modell 1 (sengetilbud ved tre lokasjoner)

- Krav til mer fleksibel legetjeneste på kveld og i helger
- Mer utfordrende med hensyn til informasjon til henviserne

Fordeler for vertskommunen Arendal med modell 2 (sengetilbud ved en lokasjon)

- Muligheten for å etablere et felles sammenhengende styringssystem for legevakt og KØH, herunder framtidig samorganisering og samlokalisering
- Én base – ett sted gir mer tydelighet og forutsigbarhet særlig når innleggende lege er legevaktslege og sykehuslege
- Enklere å skape et likeverdig behandlingstilbud for alle pasientene mht. faglig tilbud
- Organiseringen tilrettelegger for mer effektiv bruk av legetjenesten på kveld/helg, med mulighet for synergi til interkommunal legevakt
- Modellens forslag til finansiering fremmer forutsigbarhet og bærekraft for vertskommunen

Ulemper for vertskommunen Arendal med modell 2 (sengetilbud ved en lokasjon)

- Lite bruk av tilbudet gir redusert eierskap i de øvrige kommunene
- Mer administrasjon ved utskrivning av pasienter til samarbeidskommunene
- Mer arbeidskrevende informasjonsoppdrag til flere fastleger (fastlegene i Risør og Grimstad))

6.4.2 Grimstad og Risør

Fordeler for kommunene Grimstad og Risør med modell 1 (sengetilbud ved tre lokasjoner)

- Øker muligheten for økt engasjement og eierskap i kommunenes ledelse og hos egne fastleger
- Redusert reiseavstand for pasienter og pårørende

- Styrker kompetanse i korttidsavdelingen og faglig samhandling med egen hjemmetjeneste
- Sengetilbud i egen kommune øker muligheten for økt beleggsprosent

Ulemper for kommunene Grimstad og Risør med modell 1 (sengetilbud ved tre lokasjoner)

- Ressurskrevende å behandle KØH-pasienter med omfattende behandlingsbehov
- Krever ressurser til god ledelse og oppfølging for å sikre effektiv drift

Fordeler for kommunene Grimstad og Risør med modell 2 (sengetilbud ved en lokasjon)

- En lokasjon kan gi stordriftsfordeler
- Gir muligheter for samlokalisering og synergi med legevakt
- Vil styrke allerede igangsatt samarbeid med vertskommunen Arendal

Ulemper for kommunene Grimstad og Risør med modell 2 (sengetilbud ved en lokasjon)

- Reiseavstand for pasienter og pårørende øker
- Kommuner med lang avstand til KØH kan underutnytte KØH, og øke innleggelse på sykehus mange på sykehus
- En lokasjon svekker forankringen i øvrige samarbeidskommuner
- Tilskuddet kommunene mottar for å styrke lokale tilbud overføres til vertskommunen
- Engasjementet og eierskapet til fastlegene i egen kommune svekkes

6.4.3 Øvrige kommuner

Fordeler for de øvrige kommunene (Tvedestrand, Froland, Åmli, Vegårshei, Nissedal og Fyresdal) med en gjestepasientordning

- Gir kommunen mulighet til å innfri lovverket på en bærekraftig måte
- Ordningen gir reduserte utgifter i forhold til dagens prosjektmodell
- Modellen sikrer forutsigbarhet

Ulemper for de øvrige kommunene (Tvedestrand, Froland, Åmli, Vegårshei, Nissedal og Fyresdal) med en gjestepasientordning

- Sykehusinnleggelse uten medfinansiering kan bli valgt framfor gjesteseng KØH med stykkprisbetaling

6.5 Anbefalinger for sengetilbudet for KØH i Østre Agder 2016–2018

På bakgrunn av intervjuene og dialogen med kommunene anbefales det en videreføring av et desentralisert sengetilbud med en total kapasitet på 8 senger for perioden 2016–2018.

Anbefalingen gjelder fram til en felles samlokalisert base for legevakt og KØH-enheten ved Sørlandet sykehuset Arendal, er etablert. Om en desentralisert modell er bærekraftig over tid er mer usikkert.

Sengetilbud på Myratunet for pasienter fra Arendal kommune

Arendal kommune viderefører en kapasitet på 4 sengeplasser for pasienter fra egen kommune. KØH-enheten bør bemannes med kun sykepleiere.

Sengetilbud på Feviktun i Grimstad

Grimstad kommune viderefører forsøksordningen med 2 KØH-senger samlokalisert med korttids plassene på Feviktun for pasienter fra Grimstad kommune.

Utrede sengetilbud med en KØH-seng i Risør kommune

Risør kommune starter utredning av etablering av en KØH-seng lokalisert ved Frydenborgsenteret med planlagt oppstart 1.9.2016 for pasienter fra Risør kommune.

Gjestepasientordning på Myratunet

Arendal kommune etablerer en gjestepasientordning med en kapasitet på minimum en sengeplass i gjennomsnitt hvert døgn for kommunene Froland, Tvedestrand, Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Nissedal og Fyresdal.

Arendal kommune fakturerer gjestepasientens hjemkommune med en døgnpris som dekker inn alle reelle kostnader for KØH-tilbudet i en kombinasjon av en abonnementsordning og en stykkprisbetaling. Deltakerkommunene, som ikke har et eget sengetilbud, vil med denne ordningen innfri lovkrevet fra staten ved kjøp av døgnplasser.

Alle kommunene inngår i gjestepasientordningen fra 1.4.2016 med unntak av Grimstad kommune som allerede har et eget sengetilbud.

6.6 Felles og sammenhengende styringssystem for legevakt og KØH

"På oppdrag fra kommunesamarbeidet i Østre Agder sluttførte Agenda Kaupang i august 2014 et utredningsarbeid av Arendal interkommunale legevakt og overleverte samtidig et forslag til en opptrappingsplan og videreutvikling av KØH-tilbudet.

Et viktig strategisk grep for å følge opp våre anbefalinger var å ansette en felles legevaks- og KØH-overlege. Dette ble vedtatt i alle kommune- og bystyrene i kommunesamarbeidet i februar/mars 2015.

En styrking av ledelsesfunksjonen både i utviklingsarbeidet i legevakten og i KØH-prosjektet er helt sentralt for å sikre framdrift i prosjektet og synergier mellom KØH og legevakt med spesiell vekt på legetjenesten og etablering av observasjonssenger i legevakt.

Anbefalinger innen ledelse, styring og utvikling av KØH-tilbudet

Agenda Kaupang anbefaler at lederkraften i KØH-prosjektet styrkes ved at ressurser til ledelse tydeliggjøres både for sykepleiertjenesten og for legetjenesten. Kartleggingen vår har synliggjort en uklarhet hos vertskommunen i forhold til ansvars- og myndighetsfordeling mellom Arendal kommune og Østre Agders sekretariat. Vi anbefaler at:

- Arbeidet med legetjenesten og det øvrige tilbudet må være integrert gjennom vertskommuneansvaret
- Helse- og omsorgslederforum (HLF) videreføres som styringsgruppe for KØH-prosjektet
- Det avsettes min. et halvt årsverk dedikert til utvikling og oppbygging av ambulant KØH
- Det avsettes min. et halvt årsverk til avdelingsledelse av sengetilbudet på Myratunet
- Det iverksettes snarest mulig ansettelse av kommuneoverlege med ansvar for utviklingsarbeidet i legevakten og i KØH-prosjektet

Styringsinformasjon fra KØH-tilbudet

Det er behov for mer systematisk styringsinformasjon om pasienter og behandlingstilbud både på KØH-tilbudet, legevakten og i deltakerkommunene. Vår anbefaling er at det utarbeides kvartalsvis oversikt med avklart styringsinformasjon som skal presenteres for Helse- og omsorgslederforum (HLF) som er styringsgruppe for KØH-prosjektet. Dette kan for eksempel dreie seg om:

- Antall konsultasjoner mellom hjemmesykepleien og KØH-enheten pr. måned (måles av KØH-enheten), telefon. Innleggelser, ambulant ø-hjelp

- Antall konsultasjoner mellom fastlegene og KØH-enheten pr. måned (måles av KØH-enheten)
- Beleggsprosent på KØH-enhetene
- Antall ambulante KØH-opdrag
- Antall innleggelser fra legevakt og fra legevaktsbil
- Gjennomført opplæring og sertifisering på nødvendig utstyr/prosedyrer

Deltakerkommunene

- Årsverk i hjemmesykepleien til andre brukere i hovedsak eldre (unntatt psykisk utviklingshemmede og psykisk helse og rus), se eksempel
- Sykepleieandel i hjemmesykepleien til andre brukere i hovedsak eldre
- Antall korttidsplasser og legedekningen på disse
- Dekningsgrad av heldøgns omsorgsplasser i forhold til antall innbyggere over 80 år
- Gjennomført opplæring og sertifisering av TILT
- Sykehusforbruk pr. hoveddiagnosegruppe (se på reduksjon i innleggelser)

Evaluering av KØH i Østre Agder

Delavtale nr. 7: Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid, pkt. 11.0 Særskilte forhold:

"Partene er enige om å utrede muligheten for et forskningsprosjekt(er) innenfor området kommunal øyeblikkelig hjelp, forutsatt ekstern finansiering."

6.7 Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder

Dagens legetjeneste i KØH er organisert på følgende måte

Legetjenesten dagtid: Legetilbudet til KØH ivaretas av egne KØH-leger for å sikre kompetanse, kontinuitet og fagutvikling. Tjenesten ivaretar pasientene i ordinær kontortid alle virkedager inkludert i ferieavviklingsperioder. I tillegg til medisinsk faglig ansvar for diagnostisering og behandling av pasientene medvirker KØH-lege på dagtid i arbeidet med fagutvikling (eks. prosedyrer, samhandling med andre deltjenester etc.) samt administrasjon av vakt- og turnusordninger av legetjenesten i KØH.

Vaktordning: Beredskapsvakt alle dager kl. 16–23, samt kl. 08–23 helg/helligdag. Det er tilstedevakt kl. 10–16 i helg/høytid. Beredskapsvakten skal være tilgjengelig for telefonkonsultasjoner og kan innkalles for mottak av nye pasienter og nødvendig tilsyn av inneliggende pasienter. Dette er en vaktordning med høy kvalitet og mulighet for tilstedeværelse av leger hele døgnet. Resultatet er at KØH-tilbudet kan ivareta pasienter med et relativt omfattende behov. Andre kommuner har i større grad lagt til grunn en mindre omfattende legeressurs knyttet til tilbudet eller samkjørt vaktordningen på kveld og helg med legevaktstjenesten. Resultatet er en noe lavere beredskap for å kunne håndtere pasienter med mest sammensatte behov. Føringerne fra Helsedirektoratet gir kommunene handlingsrom i prioriteringen av pasientenes funksjonsnivå og om de har en avklart diagnose.

Legetjeneste på natt: Legevakt er tilgjengelig kl. 23–08, både for mottak av nye pasienter og for ivaretagelse av akutte hendelser hos pasienter innlagt i KØH. Det har i perioden 2013–2015 vært svært lite behov for å etterspørre tjenester fra legevakten.

Erfaringer i perioden 2013–2015

Vaktordningen på kveld- og helligdager har hatt betydelige ekstrakostnader. En vesentlig årsak er at det har manglet en legestilling i vaktlaget som inngår i det totale legearbeidet med sykehjemsfaglig arbeid på dagtid samt beredskaps- og tilsynsoppgaver i helgene. Konsekvensen av dette er

at legene har hatt krav på 100 % overtid på vaktoppdrag på kveld og i helger/helligdager. I tillegg har et høyt sykefravær i legegruppen medført mye ekstrakostnader. Man har i 2015 heller ikke klart å få til en felles vaktordning for legene på kveld og i helger/helligdager mellom KØH-enhetene på Myratunet og Fevikun. Dette ser ut til å være på plass nå i 2016.

Basert på regnskapstall for 2015, bør Arendal kommune som vertskommune vurdere og reforhandle hele avtalen med legene. Det anbefales, ved en reforhandling av dagens ordning, å innhente erfaringer fra organisering av KØH-legetjenesten i Skien kommune.

Et eksempel som vil kunne redusere kostnadene er å etablere en ordning med et fast beløp for hele vekten på kveld/helg i stedet for en oppmøtesats pr. utrykning. En oppmøtesats gir i tillegg merutgifter for kommunen og påfører både legene og kommunene mer administrative kostnader.

Føringer fra KS

Fra 1. januar 2016 er kommunene forpliktet til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Flere kommuner har hatt problemer med å få til hensiktsmessige ordninger med legetjenesten ved etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. I Arendal og ved flere legevaktsdistrikter er det etablert et skille mellom legenes ansvar i legevakt og i oppfølgingen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Resultatet er doble turnuser med behov for flere leger i vakt.

KS og Legeforeningen har ferdigstilt forhandlingene om kommunelegeavtalen (SFS 2305). Ny avtaleperiode er 1.1.2016 – 31.12.2017. KS har i en protokolltilførsel til denne avtalen presisert at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er en allmennlegeoppgave etter fastlegeforskriften § 12. På tilsvarende måte har KS presisert at utrykning ved akutt behov til øyeblikkelig hjelp døgntilbud er en legevaktoppgave.

Anbefalinger til legetjeneste i tilpasset modell fram til samlokalisering av legevakt og KØH

I den anbefalte modellen med økt satsing på ambulant ø-hjelp og senger både i Arendal, Grimstad og Risør, ligger det til grunn følgende momenter:

- Opprettholde og videreutvikle en felles legetjeneste og beredskap for KØH Østre Agder
- Utgangspunkt i nåværende legeorganisering med Myratunet som base og Arendal som vertskommune
- Felles legeberedskap hverdager kveld (fra kl. 16 – 23) og tilstedevaktordning i helger og høytider (fra kl. 10 – 16)
- En tilpasset modell med sengetilbud både i Arendal, Grimstad og Risør forutsetter at alle tre kommunene selv tar ansvar for legefaglig arbeid på dagtid, og at kommunene samarbeider om en legetjeneste på kveld og helg/høytider. Dette må skje i henhold til de faglige krav og responstid som er beskrevet i kvalitetshåndboka og avtalen med SSHF.
- Dagens vaktordning opprettholdes ved at legene i Arendal, Grimstad og Risør kommune inngår i en 5-delt beredskapsordning (kveld) og en 8-delt tilsynsvaktordning i helger og på helligdager som dekker behovet ved sengeenhetene og i ambulant KØH. Vaktordningen suppleres med fastleger ved behov.

Forutsetninger for vår anbefaling om legetjenesten

For å etablere dagens legeberedskap til KØH på kveld og helg har Arendal kommune inngått en spesialavtale med egne sykehjemsleger og noen av sine fastleger. Det har vært krevende og kostbart å etablere denne løsningen, men har vist seg å fungere bra.

Det er ulike forutsetninger som må ligge til grunn for en løsning som innebærer lokalisering av senger både i Risør og Grimstad og et utvidet ambulant ø-hjelps tilbud.

- Dersom det skal etableres senger i Grimstad og Risør forutsettes det at det er tilsvarende nivå på legetjenesten hele døgnet på alle sengelokasjonene
- I de økonomiske beregningene er det forutsatt et samarbeid om en felles vaktordning for legene på kveld og helg mellom de tre lokasjonene. Alternativet er at Grimstad og Risør selv sørger for denne legeberedskapen blant sine leger
- En felles vaktordning for Arendal, Grimstad og Risør forutsetter at man må få på plass en avtale med Arendal som vertskommune om felles beredskap for legetjenesten før en slik løsning kan vedtas og etableres
- Videre forutsetter dette at Arendal får på plass en avtale med legene som inngår i dagens vaktordning
- En utvidet vaktordning bør ha beredskap knyttet til samtidighetskonflikter
- Det er for de fleste kommunene et ønske om en samlokalisering av legevakt og KØH. En desentralisert modell bør derfor tidsavgrenses frem til felles integrering med KØH og legevakt er en realitet
- Uavhengig av lokalisasjon av de fysiske sengene, bør det ambulante arbeidet videreføres

6.8 "Ambulant KØH" som felles prosjekt i Østre Agder styrkes ytterligere

Ideen om ambulant KØH ble drøftet allerede i 2013, og konkretisert i Opptappingsplan KØH august 2014.

Prosjektet bør videreutvikles med økte utviklings- og medisinskfaglige ressurser. Pasienter fra alle kommunene i Østre Agder bør inngå i tilbudet.

Tilbudet bør fortsatt være rettet primært mot multimorbide eldre pasienter og være et alternativ til sykehusinnleggelse (utvidet KØH-tilbud). I tillegg bør et ambulant tilbud gi oppfølging til pasienter etter utskrivning fra sykehus, for å unngå reinnleggelse. Vi foreslår derfor at prosjektet endrer navn fra "Ambulant KØH" til "Ambulant øyeblikkelig hjelp", forkortet "Ambulant ø-hjelp".

Ambulant øyeblikkelig hjelp bør fortsatt ha to hovedoppgaver:

- 1) Gi behandling til pasienten i inntil 72 timer i pasientens eget hjem
- 2) I de tilfeller kommunenes hjemmesykepleie ikke allerede har opprettet dialog, skal teamet kontakte og mobilisere pasientenes fastlege før behandling avsluttes

"Ambulant ø-hjelp" skal være komplementært til sengetilbudet hvor sykepleier oppsøker pasienten innen to timer etter henvendelse, deretter initiere behandling og følge opp i samarbeid med hjemmesykepleien. Det er en forutsetning at teamet har organisatorisk forankring i KØH-døgntilbudet med tilgang på konsultasjon med egen KØH-lege, hvor sykepleier også kan tilkalle lege fra legevakt.

Denne formen for «mobil» kompetanse vil støtte arbeidet i hjemmetjenesten, og sikre en mer proaktiv oppfølging av hjemmeboende KØH-pasienter.

Fordeler ved ambulant øyeblikkelig hjelp-tilbudet

- Bidrar til å redusere veksten i innleggelse på sykehusinnleggelse ved proaktiv oppfølging tidlig i pasientens sykdomsutvikling
- Behandler pasienten i eget hjem for å unngå uhensiktsmessig transport av pasienten
- Motvirker skifte av omgivelser som kan innebære risiko for forverring eller forlengelse av sykdomsforløpet
- Bidrar til helhetlige pasientforløp og tidlig innsats i pasientens nære omgivelser
- Gir mulighet for økt lokal samhandling mellom hjemmetjeneste, fastlege, legevakt, spesialisthelsetjenesten

- Motvirker fragmentering av tjenestetilbudet
- Gir et mer fleksibelt og differensiert behandlingstilbud i kommunen enn kun KØH-seng med heldøgns omsorg/institusjon og styrker kompetansen om helhetlige pasientforløp i hele behandlingsskjeden

Ulemper ved ambulant øyeblikkelig hjelp-tilbudet

- Helsepersonell bruker mer tid pr. bruker på transport
- Behandlingen og krav til observasjon blir mer krevende for hjemmesykepleien
- Stort krav til informasjon om tilbudet for å skape pasientopplevd trygghet
- Kan være utfordrende grensesnitt mellom KØH-lege og legevaktslegen (kjørelegen)
- Kan være utfordrende grensesnitt mellom KØH-sykepleier og kommunens hjemmesykepleie
- Tilrettelegge for å etablere og bedre lokal samhandling mellom hjemmetjeneste, fastlege, legevakt, spesialisthelsetjenesten for å motvirke fragmentering av tjenestetilbudet
- Kan øke sannsynligheten for samtidighetskonflikter for legene

Kildegrunnlag for beskrivelsen av ambulant KØH

- Arbejdsbeskrivelse for sygeplejersker i akutteam”/”Funktionsbeskrivelse for sygeplejerske i akutteam”, nov. 2013
- Den ældre medicinske patient -” Sammenhengende patientforløb – den gode indlæggelse og udskrivelse”
- Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Veiledningsmaterieill, Revidert 02/2014
- “Veien frem til helhetlig pasientforløp”, Anders Grimsmo
- Medisinsk veileder KØH april 2014 – Legeforeningen
- Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold – rapport fra Den norske legeforening og KS, mai 2014
- Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015 – øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Anbefalinger

Satsingen på «Ambulant KØH» som felles prosjekt i Østre Agder videreføres under prosjektittel «Ambulant øyeblikkelig hjelp» for å utvide målgruppen av pasienter (inkludere utskrivningsklare pasienter).

«Ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbudet må være så robust at det har kapasitet og potensial til å erstatte behovet for minimum 4 senger på (1503 behandlingsdøgn/501 pasienter pr. år med i gjennomsnitt 3 behandlingsdøgn).

Prosjektet bør tidligst mulig tilføres ressurser som sikrer at det kan tilbys et «ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbud hele døgnet (24/7) som inkluderer alle kommunene. «Ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbudet bør bemannes med 1-2 sykepleiere alle dager fra kl. 08-23 i tillegg til telefonkonsultasjonsmuligheter på natt, (ca. 4,6 årsverk) og en god tilgjengelighet til legekonsultasjoner fra KØH-legen.

Det bør avsettes minimum ett halvt lederårsverk for å bygge opp og utvikle den ambulante delen av tjenestetilbudet i 2016.

«Ambulant øyeblikkelig hjelp» må ha to egne biler med utstyr til disposisjon hele døgnet.

Arendal kommune bør være vertskommune for «Ambulant øyeblikkelig hjelp»-tilbudet som bør ha base på Myratunet for å sikre mest mulig synergier med sengetilbudet. Finansieringen av prosjektet bør basere seg på samme fordelingsnøkkelen som andelen av rammeoverføringen for KØH til kommunene.

6.9 "KØH Telemedisin" som felles prosjekt i Østre Agder videreføres

Utvikling av telemedisinske løsninger er vurdert av styringsgruppen for KØH som svært viktig tiltak for å sikre en framtidig bærekraftig helsetjeneste.

Innenfor rammen av KØH har det derfor pågått et utviklingsarbeid som har hatt to hovedoppgaver:

- 1) Legge til rette for beslutningsstøtte i pasientforløpet ved å utrede effekt av videokonferanser i samhandling mellom:
 - Lege/sykepleier på sykehuset og lege/sykepleier i kommunen ved overføring av utskrivningsklar pasient (UKP)
 - KØH/lege på Myratunet og sykepleier ved Fevikunet evt. andre lokasjoner for KØH-senger
 - Fastlegekontor og sykepleier i kommunene
 - Bidra til at kjørelegen på legevakt på enkel måte, primært elektronisk, kan sende innleggelses-skriv fra pasientens hjem ved innleggelse på KØH
 - Utrede og prøve ut hvordan telemedisinske løsninger kan fremme kompetanseoverføring og kompetanseutvikling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og mellom kommunene
- 2) Prosjektet har også hatt et utrednings- og utprøvningsoppdrag i forhold til å etablere en telemedisinsk sentral som tiltak for behandling av ulike pasientgrupper og samtidig representert Østre Agder i prosjektet "United for Health" (U4H). Dette er et felles telemedisinsk prosjekt på Agder mellom kommunene og SSHF. Trondheim kommune er et eksempel på en kommune som arbeider systematisk med dette (se punkt 5.7).

Anbefalinger

Agenda Kaupang anbefaler at prosjektet KØH telemedisin videreføres, men avgrenses i 2016 til det som omhandler telemedisinsk beslutningsstøtte i pasientforløpet for KØH-pasienter og UK-pasienter. Prosjektet bør være i regi av Risør kommune som vertskommune i 2016.

Øvrig satsing på telemedisin ved å utvikle en telemedisinsk sentral er et mer omfattende og langsiktig oppdrag som bør inngå i arbeidet innenfor utviklingsområdet «Telemedisinske utviklingsprosjekter på Agder», se kapittel 6.10.

KØH-fondet kan være mulig finansieringsordning for å videreføre de telemedisinske prosjektene på samme nivå som i 2015.

6.10 Telemedisinske utviklingsprosjekter på Agder

Det er flere pågående prosjekter som er etablert i regi av Regionplan Agder 2020, blant annet:

- felles telemedisinsk løsning Agder (IKT pluss/3P)
- fremtidens alarm-mottak (M4ALMO)
- nasjonalt responscenter

Østre Agder er aktivt med i disse utviklingsprosjektene hvor et viktig premiss, for å prøve ut gode løsninger, er å videreføre forsøksprosjektet med en telemedisinsk sentral i Østre Agder. Deltakelse i prosjektene forutsetter årlige bevilgning av midler.

6.11 Tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling

I prosjektperioden har det av gode grunner vært mye fokus på økonomi, beleggspresert og organisering av KØH-tilbudet. En viktig effekt av prosjektet har også vært det systematiske og felles utviklingsarbeidet kommunene i Østre Agder har igangsatt med tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling.

Agenda Kaupang har fulgt dette arbeidet tett i oppstarten, og blitt oppdatert på status i dette arbeidet den siste tiden. Vi vil anbefale at dette viktige utviklingsarbeidet videreføres. Dette er et viktig bidrag for at kommunene kan utvikle bærekraftige og faglig gode måter å videreutvikle pleie- og omsorgstjenestene i årene framover.

6.11.1 Interkommunalt læringsnettverk - "Gode pasientforløp"

Kommunesamarbeidet besluttet i 2014 å delta samlet i det nasjonale læringsnettverket "Gode, helhetlige og trygge pasientforløp". Dette nettverket, hvor Kunnskapsenteret er faglig ansvarlig (KS er også samarbeidspartner), har vært organisert med en egen prosjektgruppe med alle deltakerkommunene representert, og frikjøp av ressurser til en prosjektleder på heltid. Østre Agder er godt i gang med å utvikle bedre pasientforløp i kommunene. Spesielt god effekt har prosjektet hatt fordi det er felles styringsgruppe med KØH-prosjektet, og den praktiske samhandlingen mellom bl.a. ambulant KØH og «Gode pasientforløp» har vært god. Opplæring i «TILT-metodikken» for ansatte i hjemmetjenesten i kommunene er et eksempel på et tiltak som gir umiddelbar effekt i pasientbehandlingen i KØH.

6.11.2 Samarbeid med Sørlandet sykehus, Arendal om kompetansedeling, veiledning, fagutvikling og samhandling om pasientforløp

Som en del av utviklingsarbeidet i KØH-prosjektet har geriatriske seksjon ved Sørlandet sykehus, Arendal og KØH på Myratunet samarbeidet med prosjektet "Gode pasientforløp" gjennomført et kompetansesamarbeid.

Overlege Geir Rørbakken har vært sykehusets representant og ansvarlig sammen med Kristin Tveito, Anne Lyngroth og Nina Smith.

Målet med prosjektet har vært å etablere en tettere samhandling mellom geriatrisk kompetanse på sykehuset og legetjenesten på institusjoner i Arendal kommune, herunder KØH-tjenesten i Østre Agder.

Flere eldre med sammensatte problemstillinger og flere diagnoser er blitt kartlagt og fått adekvat faglig oppfølging. Et tiltak har vært å sikre økt kunnskap om geriatrisk metode i behandling av eldre pasienter.

Utviklingsarbeidet i prosjektet har fokusert på følgende områder

Observasjon - "følge med"-funksjon

Observasjon av forløp ved innleggelse, under sengeoppholdet og etter utskrivning ved å være å observatør på legevisitt (uten klinisk ansvar), vurdert innleggelsesskriv, gjennomgått epikriser og kommet med innspill på hvordan gode overganger fra KØH til hjemmetjenesten kan sikres.

Internundervisning

Fagansvarlig fra SSHF har gjennomført undervisning både for legene og sykepleierne i KØH-enheten.

Fagdager

Det har vært gjennomført fagdager for sykepleiere og leger i kommunesamarbeidet i Østre Agder med flere hundre deltakere fra kommunene i Østre Agder.

KØH telemedisin

Fagansvarlig fra SSHF er kontaktperson og "veiviser" inn til SSHF med tanke på å måle effekt i forhold til om telemedisinsk samhandling kan være nyttig arbeidsverktøy i samhandling rundt geriatriske pasienter generelt, og om telemedisin kan være et verktøy i arbeidet med å utvikle felles vurderingskompetanse samtidig (kommunehelsetjenesten og sykehus). Se nærmere omtale av KØH telemedisin under punkt 5.6.

Bistand i utvikling av ambulant KØH i den kommunale hjemmetjenesten

SSHF har også bistått i utviklingsarbeidet med etablering og videreutvikling av ambulant KØH i hjemmetjenesten.

Anbefalinger

Agenda Kaupang anbefaler at tjenesteinnovasjon, kvalitets- og kompetanseutvikling gjennom læringsnettverket "Gode pasientforløp" videreføres i samme omfang i 2016.

Agenda Kaupang anbefaler videre at samarbeidet med Sørlandet sykehus, Arendal om kompetansedeling, veiledning, fagutvikling og samhandling om pasientforløp videreføres.

Arbeidet i det interkommunale læringsnettverket og samhandlingen med spesialisthelsetjenesten har gitt økt kompetanse og bedre kvalitet.

KØH-fondet kan være mulig finansieringsordning for å videreføre disse kompetanseprosjektene på samme nivå som i 2015 (omfang ca. kr 1 200 000).

6.12 Økonomiske forutsetninger og anbefalinger

De økonomiske rammene for driften av det interkommunale KØH-samarbeidet i 2016–2018 bør totalt sett reduseres med 5–10 % for den enkelte deltakerkommunene fra 2015-nivået.

Alle kommunene i det interkommunale KØH-samarbeidet vil med de to alternative modellene få reduserte faste kostnader sammenlignet med kostnadene på 2015-nivået. Overskuddet eller de ubrukne midlene bør benyttes til å utvikle tilbudet i egen kommune.

Finansieringen av utviklingsprosjektene i 2016 og forprosjektet for en samlokalisering av legevakt og KØH, bør tas av fondsmidlene som er opparbeidet i KØH-fondet

Det vil være naturlig å belaste overhead-kostnader i forbindelse med KØH-prosjektet. Det er pr. i dag ikke beregnet overhead kostnader i full skala. Overhead-kostnadene bør i 2016 ligge på ca. 5 % for å dekke alle reelle kostnader for Arendal som vertskommune.

Driftsutgiftene må inkludere husleiekostnadene for KØH-enheten på Myratunet fra 2016.

Regnskapet for KØH bør føres av økonomiavdelingen i Arendal kommune og bygges opp med flere ansvars- og prosjektnummer for de ulike delprosjektene i KØH-samarbeidet.

Deltakerkommunene i Østre Agder må holdes fortløpende orientert om regnskap og budsjett.

7 Økonomiske beregninger ved to ulike sengealternativ, sentralisert og desentralisert modell

I dette kapittelet presenterer vi forslag til modellering av kostnader med et desentralisert og sentralisert modell for sengetilbudet for perioden 2016-2018.

I neste tabell viser vi forslag til kriterier for fordeling av ulike kostnader i KØH-samarbeidet.

Tabell 7-1 Forslag til fordelingsnøkler mellom kommunene

Kommune	Befolkning 01.07.2015	Øyeblikkelig hjelp, døgnopphold, inngående fordeling (2015-kr)	%andel gammel fordeling	Inntekter 2016 KØH-tilskudd ramme-overføring, beregning PLO 2015	%andel ny fordelings modell - amb. KØH + overlege KØH	%andel sentralisert modell
Arendal	44 327	10 319 000	47,15 %	10 267 000	44,68 %	51,39 %
Grimstad	22 258	4 692 000	21,44 %	4 683 000	20,38 %	23,44 %
Froland	5 576	1 136 000	5,19 %	1 217 000	5,30 %	6,09 %
Risør	6 935	1 849 000	8,45 %	2 035 000	8,86 %	10,19 %
Tvedestrand	6 045	1 566 000	7,15 %	1 777 000	7,73 %	8,89 %
Vegårshei	2 029	483 000	2,21 %	580 000	2,52 %	
Åmli	1 832	482 000	2,20 %	703 000	3,06 %	
Gjerstad	2 481	635 000	2,90 %	794 000	3,46 %	
Sum	91 483	21 162 000	97 %	22 056 000	96 %	100 %
Nissedal	1 437	370 000	1,69 %	492 000	2,14 %	
Fyresdal	1 321	355 000	1,62 %	429 000	1,87 %	
Totalt 2016	94 241	21 887 000	100 %	22 977 000	100 %	

Alternativ 1 Desentralisert modell

Tabell 7-2 Økonomisk beregning av de økonomiske kostnadene i en desentralisert modell for den enkelte kommune

Kommune	Befolkning 01.07.2015	Ambulant KØH Bemanning, ledelse og drift	Gjestedøgn 40% av intensjonen abonnement	Gjestedøgn basert på forbruk 2015 (utover 40%)	KØH lege dagtid	Felles legeordning senger kveld/helg	Overlege legevakt/KØH 100% stilling (1,4 mill) - fordeling 70/30	8 KØH senger totalt, bemanning + drift eks.lege, ledelse	Ledelse KØH	Alternativ 1 Kostnader totalt inkl. gjestedøgn KØH 2016	Alternativ 1 Desentralisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 1
Arendal	44 327	2 844 032			700 000	906 712	189 287	6 022 012	440 000	8 787 642	1 479 358	14 %
Grimstad	22 258	1 297 225			280 000	413 571	86 338	2 200 000	100 000	4 377 133	305 867	7 %
Froland	5 576	337 118	514 800	35 200			22 437			909 555	307 445	25 %
Risør	6 935	563 710			140 000	179 717	37 518	1 100 000	0	2 020 945	14 055	1 %
Tvedestrand	6 045	492 242	710 600				32 762			1 235 603	541 397	30 %
Vegårshei	2 029	160 664	220 000				10 693			391 357	188 643	33 %
Åmli	1 832	194 736	217 800				12 961			425 497	277 503	39 %
Gjerstad	2 481	219 944	288 200				14 639			522 782	271 218	34 %
Sum	91 483	6 109 670	1 951 400	35 200	1 120 000	1 500 000	406 634	9 322 012	540 000	18 670 515	3 385 485	15 %
Nissedal	1 437	102 493	167 200				6 821			276 514	93 486	25 %
Fyresdal	1 321	98 338	160 600				6 545			265 482	89 518	25 %
Totalt 2017	94 241	6 310 500	2 279 200	35 200	1 120 000	1 500 000	420 000	9 322 012	540 000	19 212 512	3 568 489	16 %

Alternativ 2 Sentralisert modell

Tabell 7-3 Økonomisk beregning av de økonomiske kostnadene i en sentralisert modell for den enkelte kommune

Kommune	Ambulant KØH Bemanning, ledelse og drift	Gjestedøgn 40% av intensjonen abonnement	KØH lege dagtid	Felles legeordning senger kveld/helg	Overlege legevakt/KØH 100% stilling (1,4 mill) - fordeling 70/30	8 KØH senger, bemanning + drift basert på Myratunet	Husleie lokaler Myratunet 8 senger	Ledelse KØH	Alternativ 2 Kostnader totalt inkl. inntekter gjestedøgn KØH 2016	Alternativ 2 Sentralisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 2
Arendal	2 819 772		719 445	770 834	187 672	5 199 010		226 111	9 381 309	885 691	9 %
Grimstad	1 286 159		328 155	351 594	85 601	2 371 381	89 071	103 134	4 368 088	314 912	7 %
Froland	334 242		85 280	91 371	22 246	616 265	23 147	26 802	1 135 162	81 838	7 %
Risør	558 901		142 600	152 785	37 198	1 030 485	38 706	44 817	1 898 155	136 845	7 %
Tvedestrand	488 043		124 521	133 415	32 482	899 838	33 798	39 135	1 657 504	119 496	7 %
Vegårshei	159 294	220 000			10 602				389 896	190 104	33 %
Åmli	193 075	217 800			12 850				423 725	279 275	40 %
Gjerstad	218 068	288 200			14 514				520 781	273 219	34 %
Sum	6 057 553	726 000	1 400 000	1 500 000	403 165	10 116 979	184 722	440 000	19 774 619	2 281 381	10 %
Nissedal	135 125	167 200			8 993				311 318	180 682	37 %
Fyresdal	117 822	160 600			7 842				286 264	142 736	33 %
Totalt 2016	6 310 500	1 053 800	1 400 000	1 500 000	420 000	10 116 979	184 722	440 000	21 426 001	2 604 799	11 %

Konsekvenser for de ulike kommunene i de to ulike alternativene

De økonomiske rammene for driften av det interkommunale KØH-samarbeidet i 2016–2018 vil uavhengig av modell totalt sett redusere kostnadene for regionen med 11–16 % fra 2015-nivået.

Alle kommunene i det interkommunale KØH-samarbeidet vil med de to alternative modellene få reduserte faste kostnader sammenlignet med kostnadene på 2015-nivået. Generelt vil de minste kommunene sitte igjen med størst prosentvis innsparing. Overskuddet eller de ubrukne midlene bør benyttes til å utvikle KØH-tilbudet i egen kommune.

Tabell 7-4 Konsekvenser for de ulike kommunene i de to ulike alternativene

Kommune	Stipulerte inntekter 2016 KØH-tilskudd rammeoverføring, beregning PLO-nøkkel 2015	Alternativ 1 Kostnader totalt inkl. inntekter gjestedøgn KØH 2017	Alternativ 2 Kostnader totalt inkl. inntekter gjestedøgn KØH 2017	Alt. 1 - 2017-18 Desentralisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Alternativ 2 Sentralisert modell Ubrukte midler KØH-rammetilskudd	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 1 - 2017, desentralisert	Innsparing forbruk vs tilskudd modell 2, sentralisert
Arendal	10 267 000	8 787 642	8 228 842	1 479 358	885 691	14 %	9 %
Grimstad	4 683 000	4 377 133	4 377 133	305 867	314 912	7 %	7 %
Froland	1 217 000	909 555	909 555	307 445	81 838	25 %	7 %
Risør	2 035 000	2 020 945	1 633 267	14 055	136 845	1 %	7 %
Tvedestrand	1 777 000	1 235 603	1 235 603	541 397	119 496	30 %	7 %
Vegårshei	580 000	391 357	391 357	188 643	190 104	33 %	33 %
Åmli	703 000	425 497	425 497	277 503	279 275	39 %	40 %
Gjerstad	794 000	522 782	522 782	271 218	273 219	34 %	34 %
Nissedal	492 000	276 514	276 514	93 486	180 682	19 %	37 %
Fyresdal	429 000	265 482	265 482	89 518	142 736	21 %	33 %
Totalt 2016	22 977 000	19 212 512	18 266 033	3 568 489	2 604 799	16 %	11 %

Beskrivelse av økonomiske forutsetninger og beregninger for de ulike delene av modellen finnes i eget vedlegg i Excel-format.

- Ambulant KØH – detaljerte beregninger av bemanning og ledelse og stipulerte driftskostnader
- Ambulant KØH-legeordning - bemanningsforutsetninger
- Gjestedøgn KØH - abonnementsordning basert på 25 % av antall døgn fra intensjonen i samhandlingsreformen, egen oversikt

- Gjestedøgn basert på forbruk 2015 utover abonnementsordningen – se egen statistikk i rapporten
- KØH-lege dagtid – detaljert fordelingsnøkkel basert på rammeoverføringene i prosent
- Felles legeordning senger kveld/helg – detaljert fordelingsnøkkel basert på rammeoverføringene i prosent
- Overlege legevakt/KØH i 100 % stilling - fordeling av lønnskostnader på 1,4 mill. kr med 70 % på legevakt og 30 % på KØH
- Overheadkost vertskommune – oversikt over beregningene og hva som danner grunnlag for beregningene
- KØH senger, bemanning + drift basert på 2015, Myratunet
- Husleie 8 senger – estimater hentet fra eiendomsselskapet
- Ledelse KØH – ½ årsverk med en detaljert fordelingsnøkkel
- Kostnader totalt KØH 2016 er eksklusiv inntekt gjestedøgn 2016

Beregning av overhead-kostnader i ny modell – sentralisert modell alternativ 2

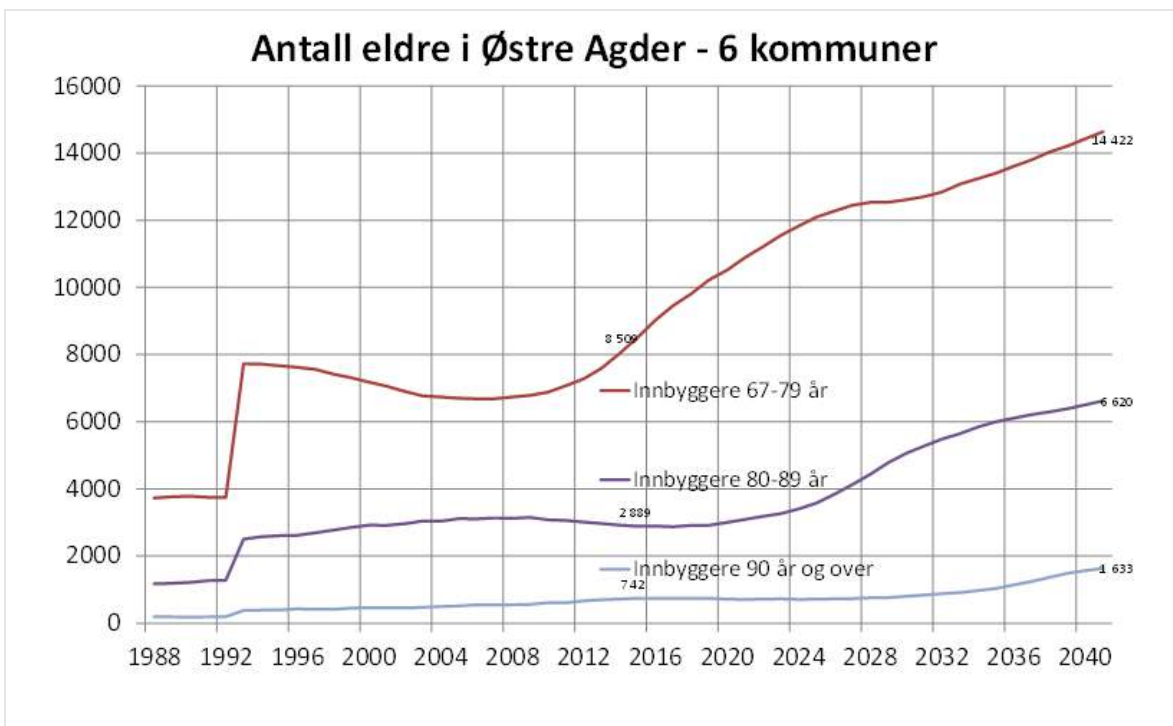
Tabellen nedenfor viser hvordan og på hvilke områder Arendal som vertskommune får beregnet overheadkostnadene sine. I den sentraliserte modellen (alternativ 2) utgjør dette totalt ca. kr 800 000 årlig og utgjør 4,9 % av en kostnad på 16,3 mill. kr.

Tabell 7-5 Beregning av overhead-kostnader for vertskommunen Arendal

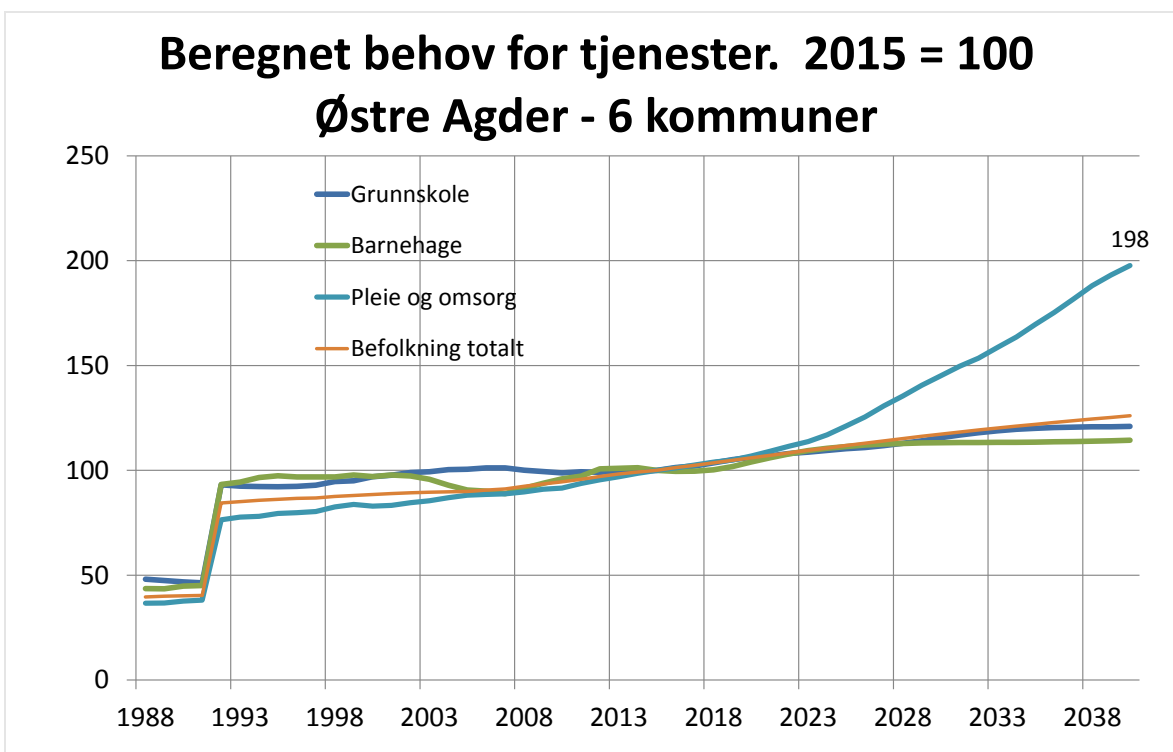
Kommune	Ambulant KØH - Bemanning, ledelse og drift	Ambulant KØH legeordning	Gjestedøgn 25% av intensjonen abonnement	8 KØH senger, bemanning + drift basert på 2015, Myratunet	Totalt	Andel overhead-kostnad
Kostnad inkl. overhead	4 735 500	1 575 000	658 625	10 116 979	17 086 104	
Kostnad uten overhead	4 510 000	1 500 000	646 487	9 635 218	16 291 705	
Overhead-kostnader	225 500	75 000	12 138	481 761	794 399	4,9 %

8 Vedlegg – aktuelle analyser

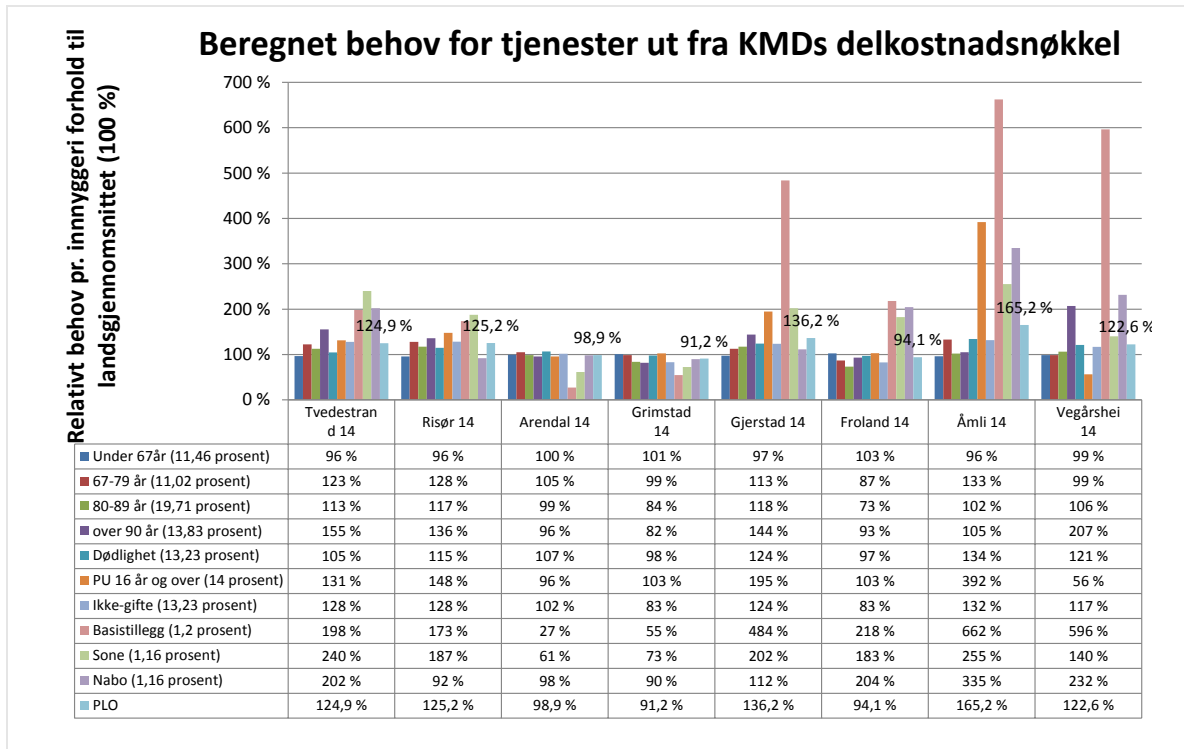
Analysene nedenfor er hentet fra SSB og KOSTRA 2014 og kan gi relevant styringsinformasjon.



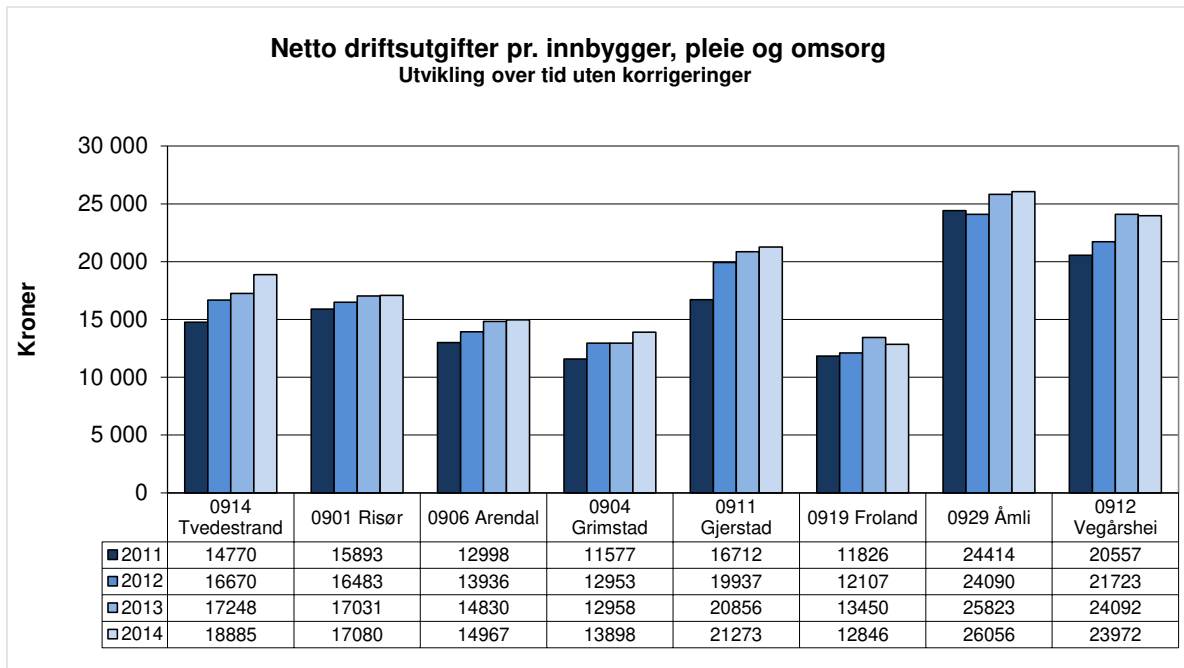
Figur 8-1 Befolningsframskriving totalt i Tvedestrand, Risør, Arendal, Grimstad, Gjerstad, Froland. Kilde SSB



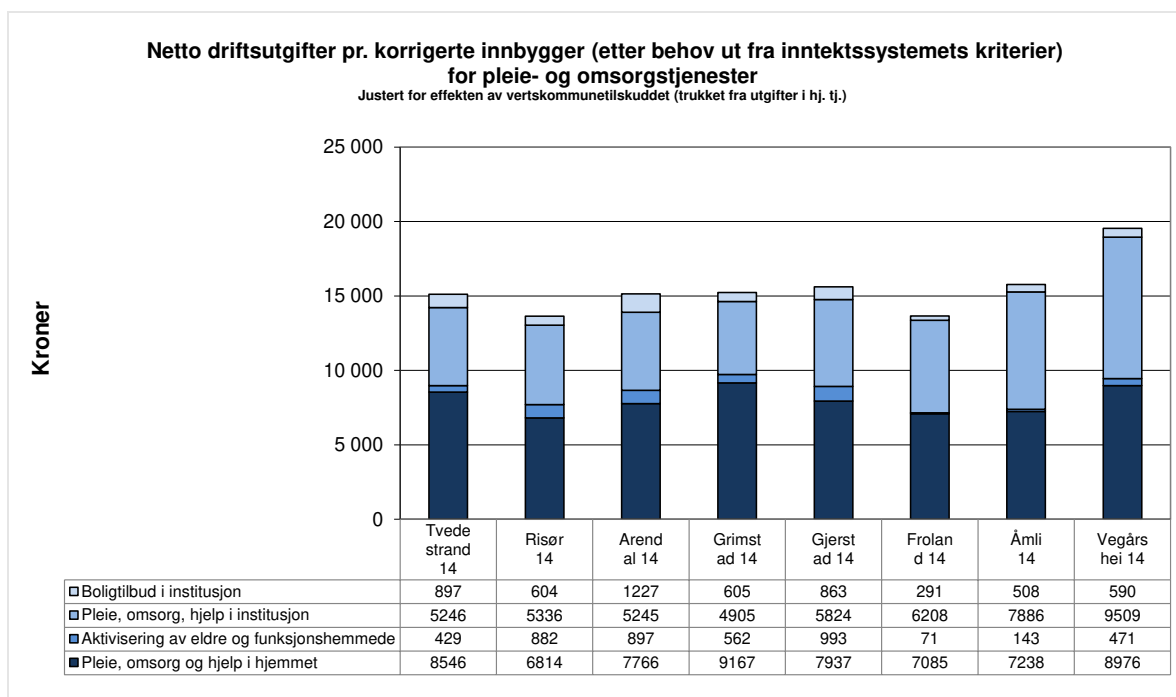
Figur 8-2 Beregnet behov i Østre Agder 6 kommuner: Tvedestrand, Risør, Arendal, Grimstad, Gjerstad, Froland. SSB MMMM-alternativet



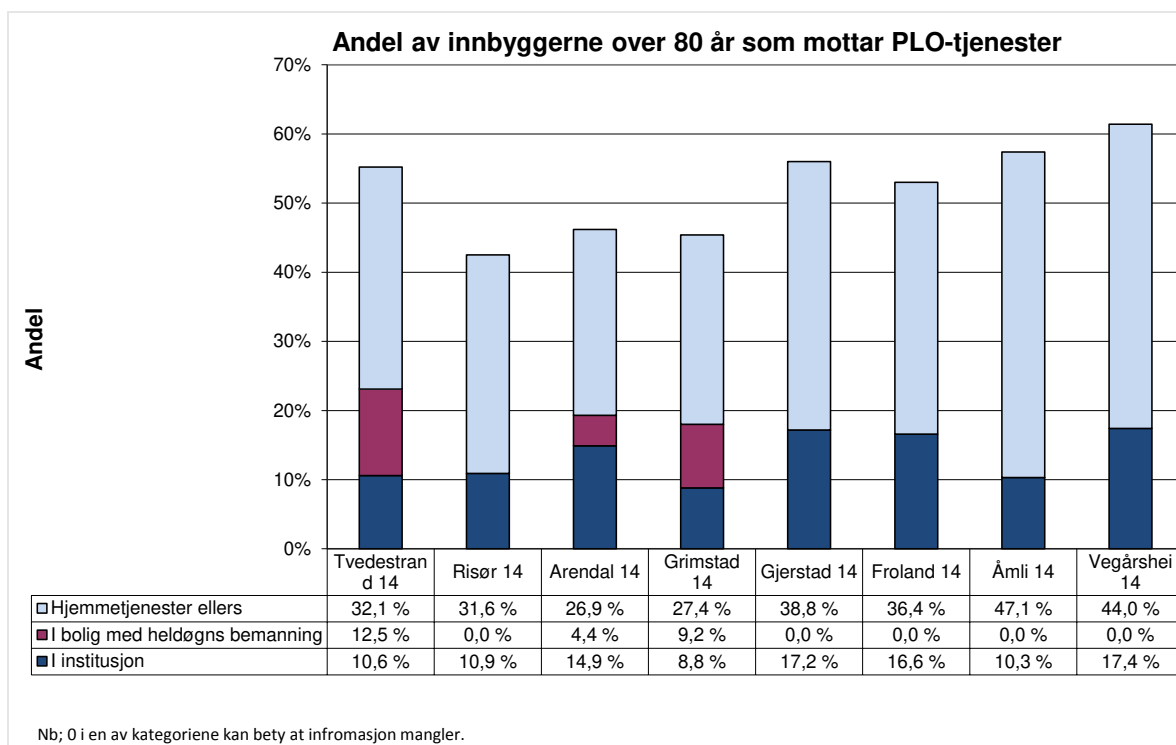
Figur 8-3 Beregnet behov innen pleie og omsorg, 2014



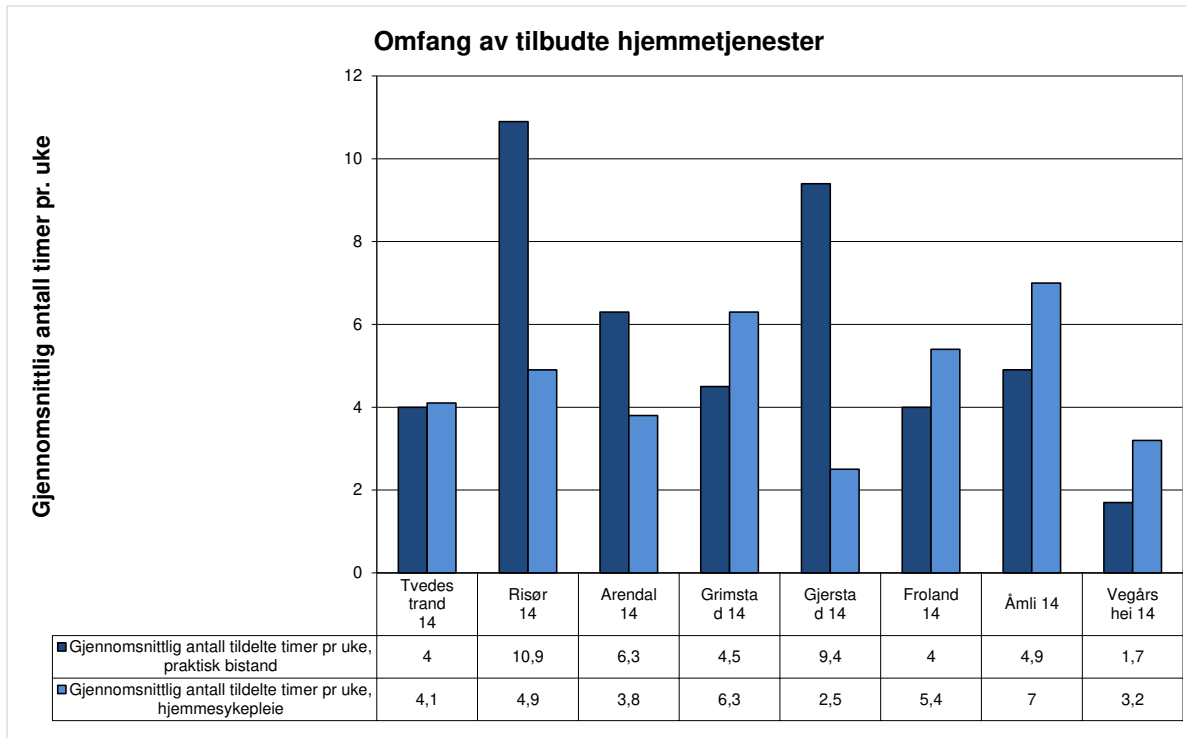
Figur 8-4 Netto driftsutgifter pr. innbygger uten korrigeringer for behov, KOSTRA 2014



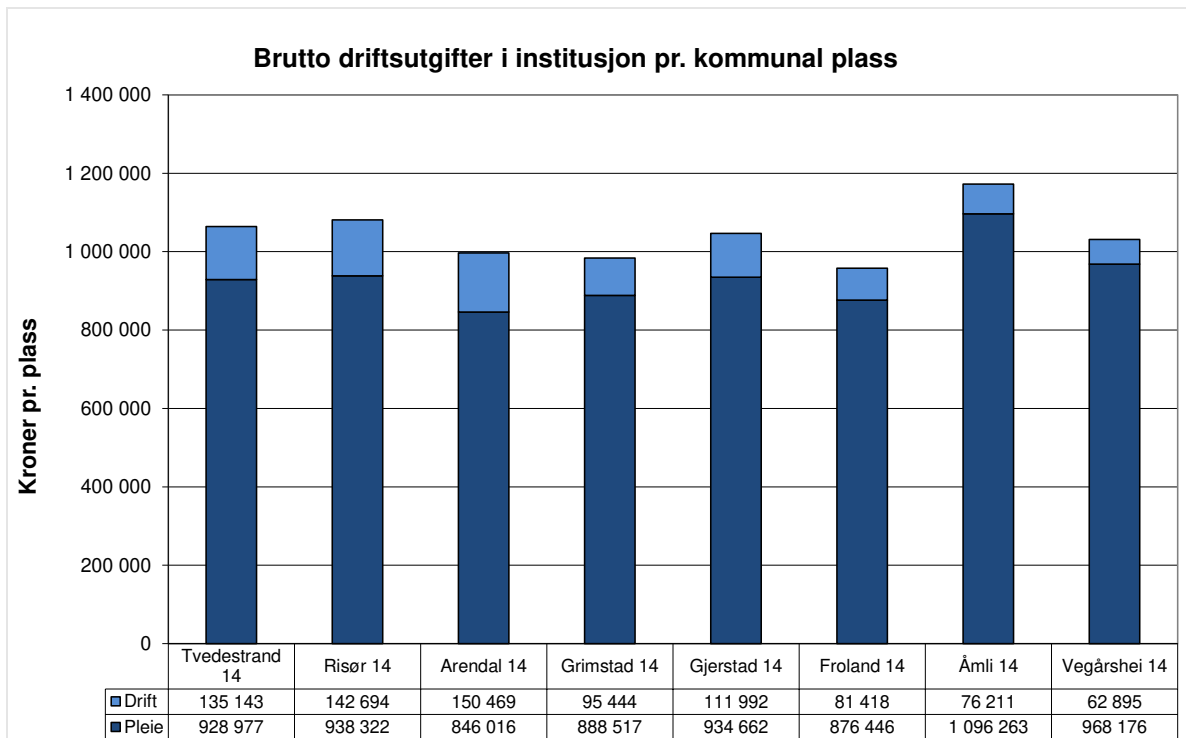
Figur 8-5 Netto driftsutgifter innen pleie og omsorg, KOSTRA 2014



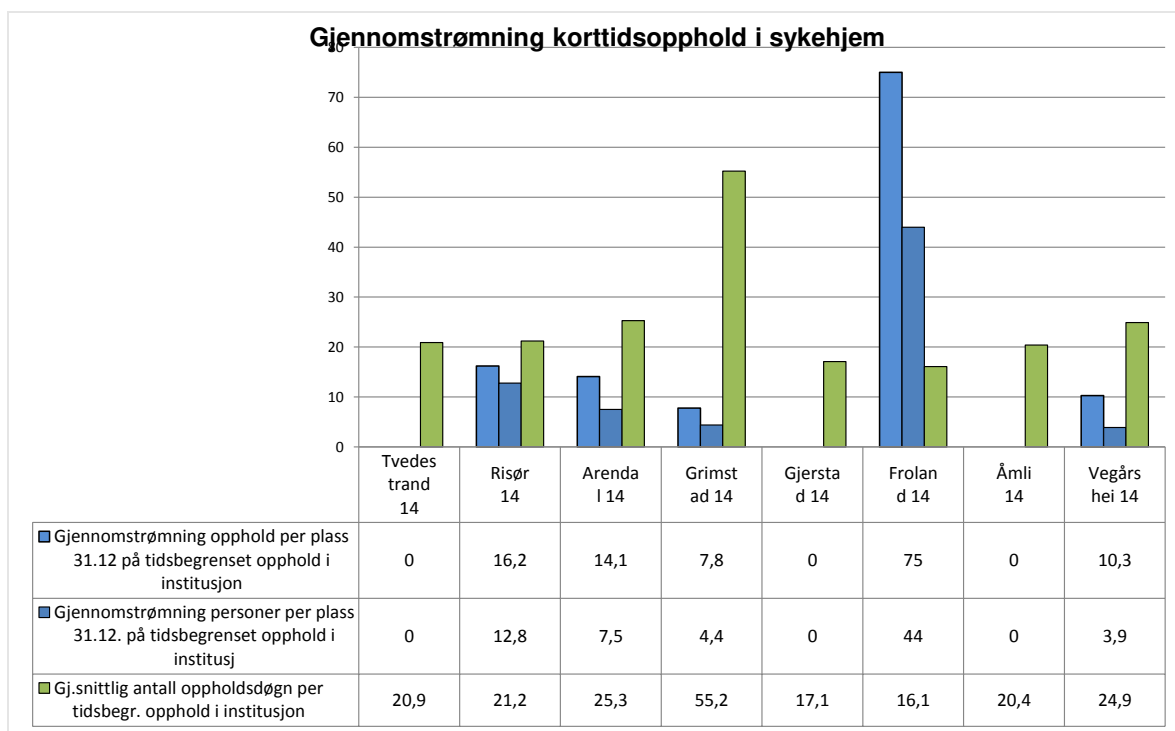
Figur 8-6 Andel som mottar pleie- og omsorgstjenester over 80 år, KOSTRA 2014



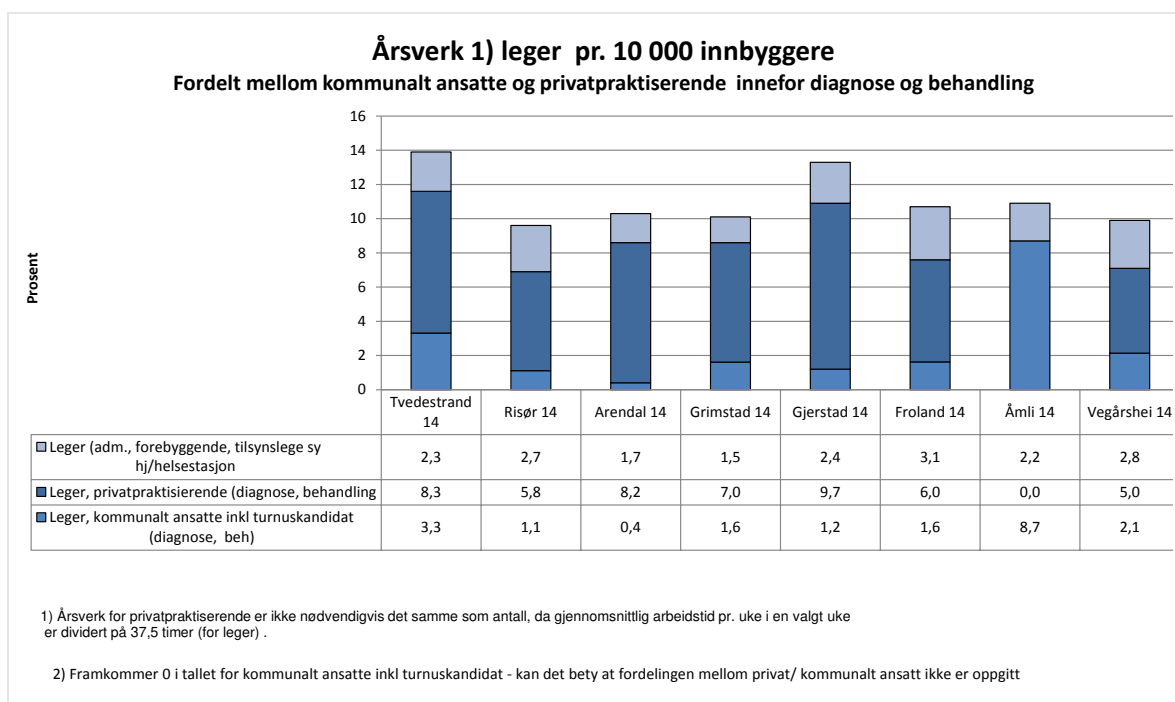
Figur 8-7 Omfang av tilbudte hjemmetjenester, KOSTRA 2014



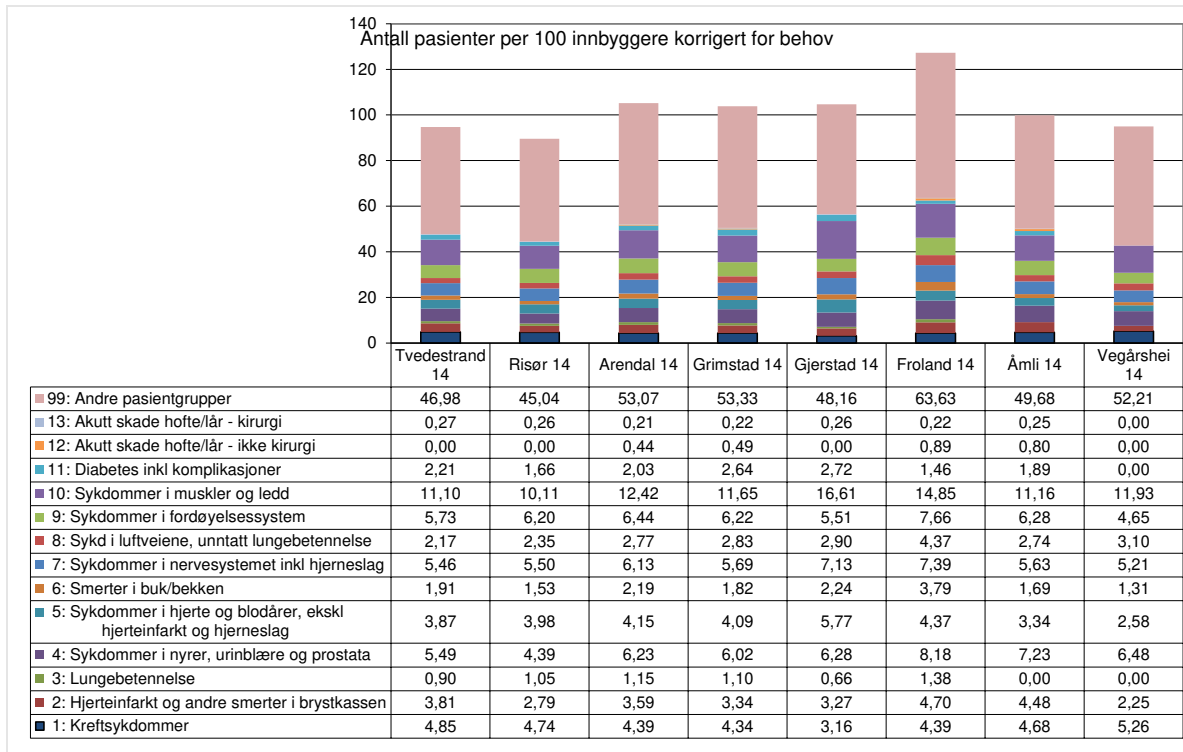
Figur 8-8 Brutto driftsutgifter i institusjon pr. plass, KOSTRA 2014



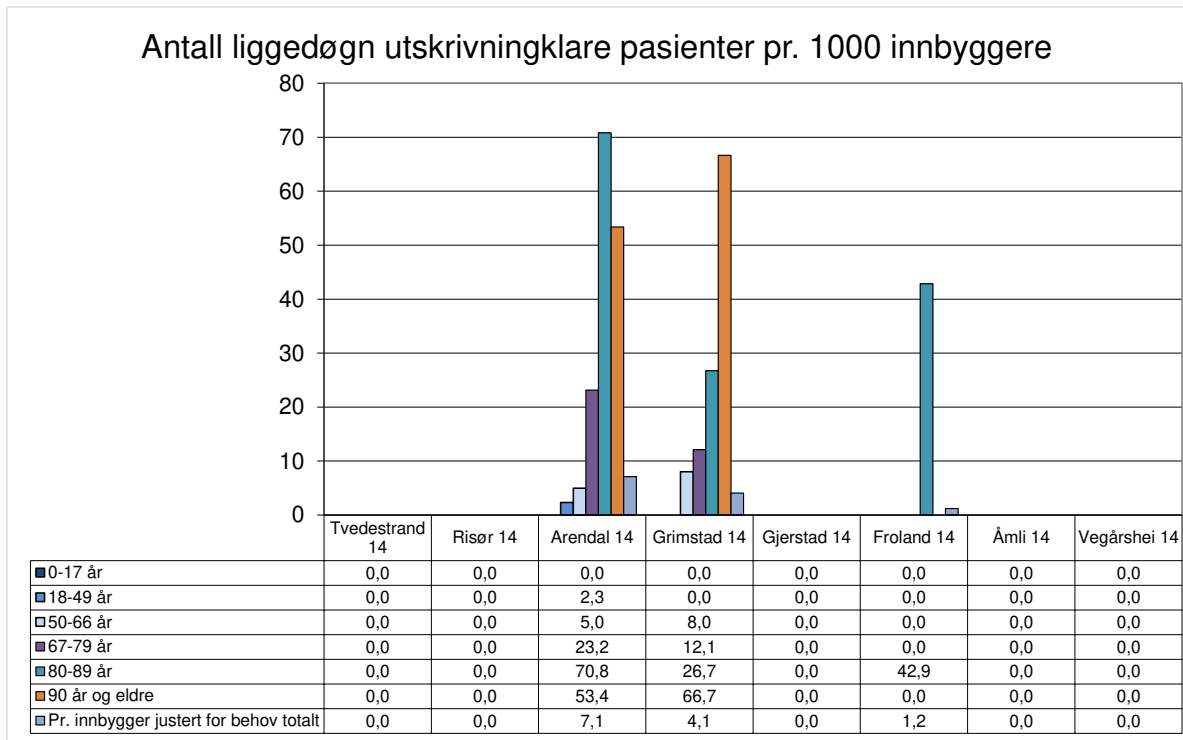
Figur 8-9 Gjennomstrømning på korttidsopphold på sykehjem, KOSTRA 2014



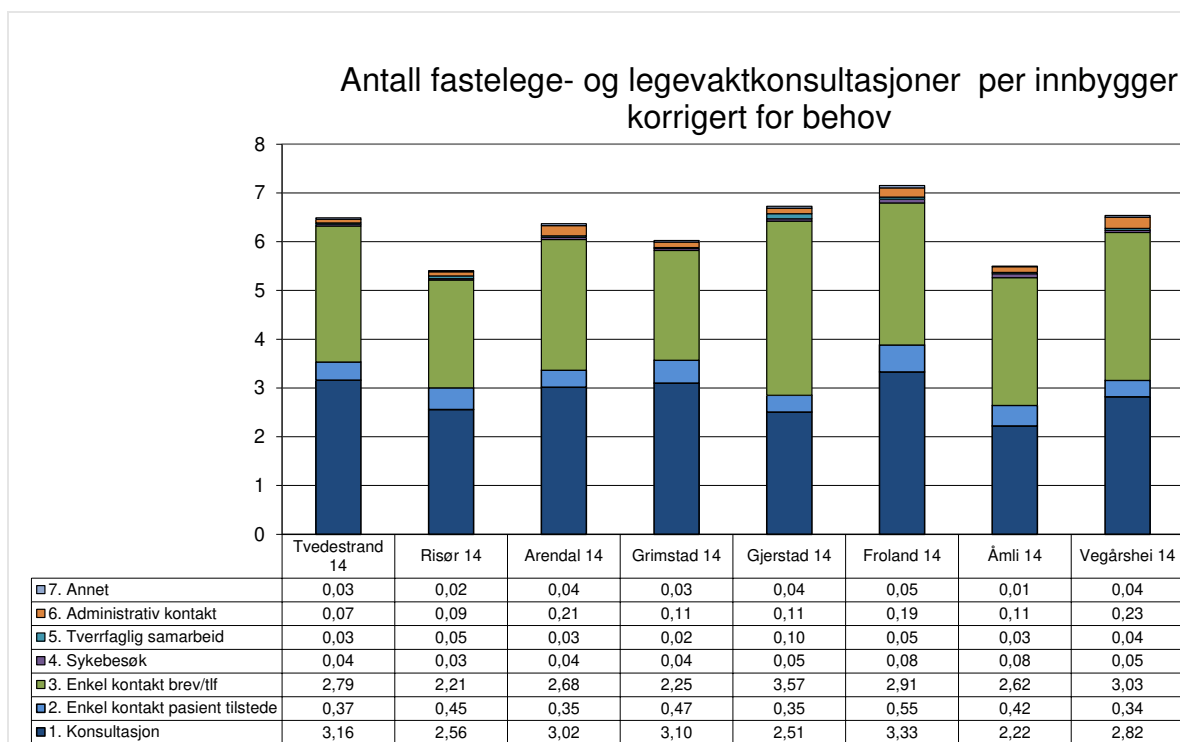
Figur 8-10 Årsverk leger pr. 10 000 innbyggere, KOSTRA 2014



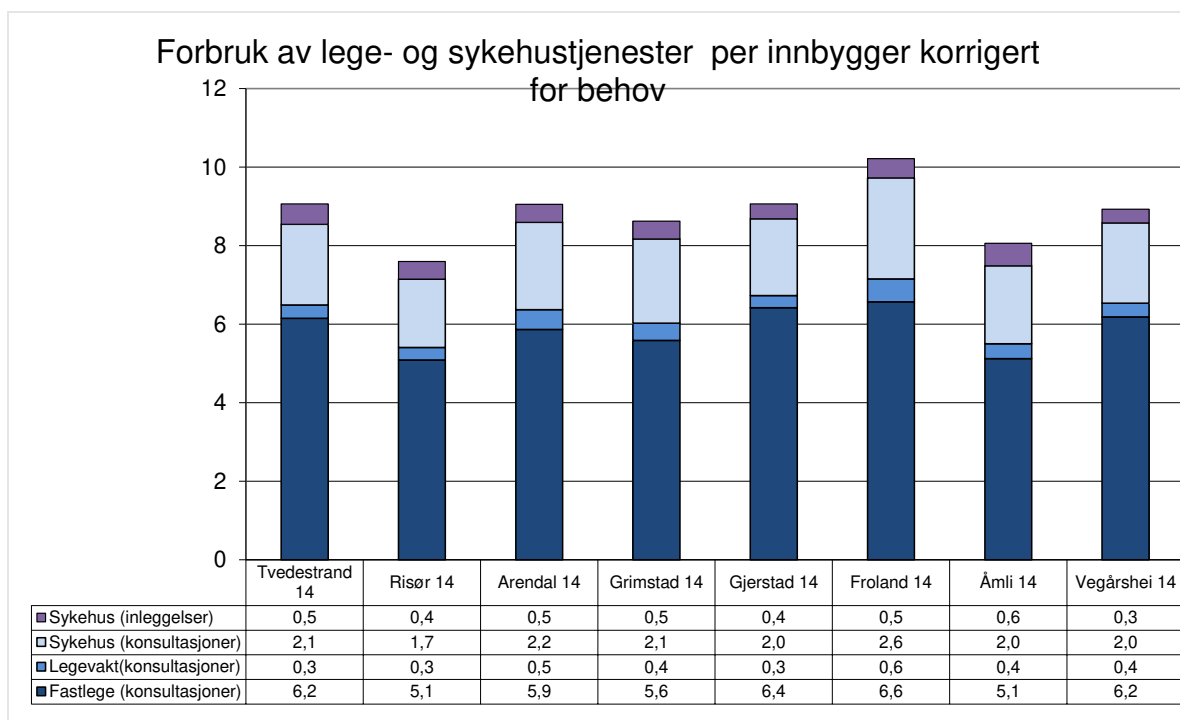
Figur 8-11 Sykehusforbruk pr. hoveddiagnosegruppe 2014



Figur 8-12 Utskrivningsklare pasienter 2014



Figur 8-13 Antall konsultasjoner korrigert for behov, 2014



Figur 8-14 Forbruk av lege- og sykehustjenester, 2014

Eldreomsorg	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14	Kommentarer
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 % vekt innen sektoren)	84,0	79,0	82,0	84,0	85,0	84,0	86,0	88,0	BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 % vekt innen sektoren)
BEMANNING: Tid med lege og fysioterapeut på sykehjem (10 %)	0,6	0,9	1,0	0,8	0,4	1,0	1,0	0,5	BEMANNING: Tid med lege og fysioterapeut på sykehjem (10 %)
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut og geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (10 %)	4,9	20,9	15,3	20,6	20,2	10,0	6,8	0,0	BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut og geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (10 %)
PROFIL: Hvor stor andel av eldreomsorgen skjer i hjemmet (andel over 80 år med tjenester som ikke bor på institusjon) (10 %)	81	74	68	81	69	69	82	72	PROFIL: Hvor stor andel av eldreomsorgen skjer i hjemmet (andel over 80 år med tjenester som ikke bor på institusjon) (10 %)
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand i hjemmet (5 %)	4,0	10,9	6,3	4,5	9,4	4,0	4,9	1,7	TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand i hjemmet (5 %)
TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie (5 %)	4,1	4,9	3,8	6,3	2,5	5,4	7,0	3,2	TILBUD: Gjennomsnittlig antall timer hjemmesykepleie (5 %)
BEHOV: Andel av de over 67 som får bistand og som har stort omsorgsbehov (5 %)		6,6	8,1	16,8					BEHOV: Andel av de over 67 som får bistand og som har stort omsorgsbehov (5 %)
HELSETILSTAND: Dødelighet i prosent av landsgjennomsnittet (100 = snittet) (10 %)	104,5	115,0	106,9	98,0	124,3	97,3	134,3	121,0	HELSETILSTAND: Dødelighet i prosent av landsgjennomsnittet (100 = snittet) (10 %)
KORTTIDSPLASSE: Gjennomsnittlig oppholdstid per plass, målt i dager (10 %)		22,5	25,9	46,8		4,9		35,4	KORTTIDSPLASSE: Gjennomsnittlig oppholdstid per plass, målt i dager (10 %)
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	0,0	0,0	73,0	39,5	0,0	10,9	0,0	0,0	SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	100	100	76	100	100	95	61	50	ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)
DEMENTE: Andel plasser avsatt til demente målt mot andel over 80 år som allerede er på sykehjem (5 %)	48	84	30	69	43	32	67	42	DEMENTE: Andel plasser avsatt til demente målt mot andel over 80 år som allerede er på sykehjem (5 %)
TRYGGHET: Trygghetsalarm per 1.000 hjemmeboende eldre over 80 år (5 %)	39		43	50	47	35	38	56	TRYGGHET: Trygghetsalarm per 1.000 hjemmeboende eldre over 80 år (5 %)
BRUKERE: System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten/institusjon (5 %)	0,0	6,0	6,0	0,0	0,0	0,0	6,0	6,0	BRUKERE: System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten/institusjon (5 %)
Rangordning totalt									Eldreomsorg
Nivå (fra 1 til 6)	3,54	4,33	3,90	4,09	3,43	3,84	3,83	3,26	Eldreomsorg (20 %)
Rang blant kommunene (bare for kommuner)	229	19	105	57	271	125	126	325	

Figur 8-15 Kommunebarometeret på pleie og omsorg, Kilde: Kommunal Rapport 2014

HELSE	Tvedestrand 14	Risør 14	Arendal 14	Grimstad 14	Gjerstad 14	Froland 14	Åmli 14	Vegårshei 14	Kommentarer
LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere (15 % vekt innen sektoren)	13,9	9,6	10,3	10,1	13,3	10,7	10,9	9,9	LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere (15 % vekt innen sektoren)
LEGEDEKNING: Ledig plass på fastlegelistene, som andel av totalt antall plasser (5 %)	-1,0	6,0	7,0	1,0	1,0	-20,0	38,0	114,0	LEGEDEKNING: Ledig plass på fastlegelistene, som andel av totalt antall plasser (5 %)
HELSESØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år (10 %)	89,7	91,5	51,7	38,3	124,1	54,1	87,7	66,7	HELSESØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år (10 %)
PSYKIATRISK SYKEPLEIER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere (10 %)	6,0	6,0	4,9	2,6	0,0	0,1	5,5	5,0	PSYKIATRISK SYKEPLEIER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere (10 %)
INNLEGGELSER: Antall innleggelses på sykehus per 1.000 innbyggere (15 %)	257	215	204	190	173	187	291	157	INNLEGGELSER: Antall innleggelses på sykehus per 1.000 innbyggere (15 %)
HELSEUNDERSØKELSE: Andel barn som har fullført undersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn (5 %)	99,0	100,0	60,0	100,0	87,0	95,0	68,0	100,0	HELSEUNDERSØKELSE: Andel barn som har fullført undersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn (5 %)
HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk hos nyfødte innen to uker etter hjemkomst (5 %)	96,0	100,0	77,0	96,0	85,0	100,0	100,0	89,0	HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk hos nyfødte innen to uker etter hjemkomst (5 %)
MEDISINBRUK: Diabetesmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)	24,6	25,9	25,9	27,3	32,9	28,1	27,2	26,3	MEDISINBRUK: Diabetesmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)
MEDISINBRUK: Hjerter- og karmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)	144	145	131	132	150	132	147	144	MEDISINBRUK: Hjerter- og karmedisin, per 10.000 innbyggere (5 %)
MEDISINBRUK: Medisin psykiske lidelser (5 %)	159	139	154	147	147	141	155	150	MEDISINBRUK: Medisin psykiske lidelser (5 %)
NY: MEDISINBRUK: Totalt alle legemidler (10 %)	709	669	701	681	710	693	665	691	NY: MEDISINBRUK: Totalt alle legemidler (10 %)
FOREBYGGING: Netto driftsutgifter til forebygging, kroner per innbygger - snitt siste tre år (10 %)	228	82	90	203	205	127	0	128	FOREBYGGING: Netto driftsutgifter til forebygging, kroner per innbygger - snitt siste tre år (10 %)
Rangordning totalt									HELSE
Nivå (fra 1 til 6)	2,94	3,03	2,51	2,91	2,88	2,77	2,49	3,28	Helse (7,5 %)
Rang blant kommunene (bare for kommuner)	316	284	410	320	329	352	413	206	

Figur 8-16 Kommunebarometeret på helse, Kilde: Kommunal Rapport 2014