



Retningslinje nr. 4 – øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

1 Formål

Somatikk: Opprette tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunen som er kvalitativt like godt eller bedre enn eksisterende tilbud i spesialisthelsetjenesten. Redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelse i spesialisthelsetjenesten ved at hele eller deler av pasientforløpet foregår i kommunen. Rus/psykiatri: Opprette tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunen på allmennlegenivå. Tilbudet skal ikke erstatte sykehusinnleggelse.

2 Bakgrunn

14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer (Helse- og omsorgstjenesteloven). Her pålegges kommunene et utvidet ansvar for øyeblikkelig hjelp tilbud på døgnbasis for somatiske pasienter jfr. § 3-5 fra 1.1.12. Fra 1. januar 2017 er pasienter innen rus og psykiatri inkludert. Mindre endringer på bakgrunn av klinisk erfaring kan vedtas i *Fagutvalg kommunale akutt- døgnplasser (KAD)* uten behandling i Samhandlingssekretariat/Samhandlingsutvalg (SU). Sekretariatet orienteres om endringene i form av referat.

3 Virkeområde

Kommunene har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til personer som oppholder seg i kommunen (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 og § 3-1).

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

4 Dagens øyeblikkelig hjelp tilbud i Østfold

Alle kommuner i Østfold har etablert kommunale akutt døgnplasser (KAD).

5 Organisering, faglig forsvarlighet og kvalitet

5.1 Organisering og bemanning

Kommunens ansvar:

Kommunene er ansvarlig for organisering og drift av tilbudet, herunder:

- Forsvarlig bemanning med observasjons-, vurderings- og behandlingskompetanse, inkl. sykepleier 24t/ døgn
- Beskrivelse av legens funksjon, ansvarsområde og tilstedeværelse/ tilgjengelighet (vedlegg 2)
- Prosedyre for mottak av pasient som sikrer rask vurdering og oppfølging
- Prosedyrekunnskap og kunnskap om bruk av medisinsk utstyr
- Plan for nødvendig opplæring av personell, undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening – samarbeid mellom partene. Dette er beskrevet i retningslinje 7, 11 og 14
- Ved hjelp av kommunale instruktører, sørge for opplæring i HHLR¹ og ProACT² med bruk av MEWS³ til alt medisinsk personell i de respektive kommunale akutt/døgn (KAD)-enhetene.

¹ HLR: Hjerte lungeredning

² Nytt navn for ALERT: Acute life threatening events recognition and treatment

³ MEWS: Modified early warning score – registrering av respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, temperatur og bevissthetsnivå



SØs ansvar:

- Legge til rette for at kompetent personell i SØ er tilgjengelig for konferering hele døgnet
- Diagnostisk bistand, muligheter for billeddiagnostikk og laboratorieprøver uten å bli registrert som innlagt i sykehuset (<5t)
- Råd, veiledning og evt. utrykning fra ambulante team (bl.a. kreft og psykiatri)
- Hospitering og årlige fagkurs for fastleger og andre faggrupper
- Utdanne kommunale HHLR og Proact- instruktører i helsehusregionene. Instruktørene inngår i nettverk med SØ sitt instruktørkorps for å sikre erfaringsutveksling og faglig oppdatering.

5.2 Aktuelle pasientkategorier

Tilbudet gjelder de pasienter og brukere som kommunene har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til og hvor det er liten risiko for akutt livstruende forverring. Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 4-1) legger ikke opp til at det pekes ut spesielle grupper av pasienter som kan egne seg for et kommunalt tilbud. Det forutsettes god kommunikasjon med sykehuset og rask tilgang til ambulanse.

Det tilstrebes en gjennomsnittlig liggetid på 72 t for å sikre god bruk av plassene.

- Voksne (>18år)
- Tilsett og vurdert av lege
- Pasienter med primært somatisk problematikk ville ellers blitt henvist sykehus
- Pasienter med primært rus/psykiatrisk problematikk ville ellers ikke blitt henvist sykehus
- Observasjon og behandling hvor innleggelse er nødvendig
- Medisinske tilstander der diagnosen og klinikken tilsier at pasienten kan behandles lokalt

Faglig utvalg KAD utarbeider og reviderer jevnlig anbefalinger for inklusjon og eksklusjon av pasienter

5.3 Ambulansetjenesten

All ambulansetransport til og fra ø-hjelp behandling er SØs ansvar. For øvrig vises til vedtak i ADMS av 24.04.12 om etablering av rutine for ambulansetransport internt i kommunehelsetjenesten og kostnadsansvar i forbindelse med dette.

5.4 Diagnostisk utstyr

Det skal være tilgang til diagnostisk utstyr for behandlingsoppfølging og for å utelukke differensialdiagnostiske tilstander som krever sykehusinnleggelse. For klinisk diagnostikk kreves f eks EKG-apparat, utstyr til bestemmelse av resturin (blærescanner eller kateterutstyr) og det utstyr som er nødvendig for å gjøre en MEWS.

Muligheter for klinisk kjemiske analyser som anses som et absolutt minimum: CRP, Hb, blodsukker, INR, ustix. Laboratoriet bør være innmeldt Noklus eller annet akkreditert kvalitetssikringssystem. Kommunene må for øvrig sørge for tilstrekkelig utstyr og laboratoriefunksjoner for å ivareta innlagte pasienter.

5.5 Dokumentasjonssystemer

Behandlingen dokumenteres i kommunens fagsystem.

Helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven regulerer kravene til dokumentasjon.

Felles elektronisk registreringsskjema skal benyttes ved alle enhetene. Det utarbeides månedlige virksomhetsrapporter som sammenstilles av SØ og rapporteres til Samhandlingssekretariatet og sykehusets ledelse. Sykehuset Østfold og ø-hjelpsenhetene (døgnplasser) skal tilstrebe gjensidig utveksling av pasientinformasjon og innhente relevante epikriser hos hverandre for å ivareta pasientsikkerheten og sikre optimal behandling.



5.6 Saksbehandlingsregler

Ved tildeling av kommunale tjenester med forventet varighet på under to uker gjelder ikke forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første og andre ledd. Det er derfor ikke behov for å fatte enkeltvedtak om innleggelse.

For øvrig gjelder reglene i Pasient- og brukerrettighetsloven om pasientenes rett til informasjon, medvirkning og klageadgang.

5.7 Behovet for IKT-støtte/ systemer

Det vises til retningslinje 9 vedrørende effektiv og sikker elektronisk samhandling. Det er et stort behov for et velfungerende IKT-system for gjensidig utveksling av journalinformasjon.

6 Møteplasser, nettverk, informasjonskanaler

Det vises til retningslinje 6 vedrørende kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.

7 Evalueringsindikatorer

Det er viktig å følge utviklingen for å se at tiltakene som iverksettes har ønsket god kvalitet og ønsket effekt. Indikatorene nedenfor er derfor ikke uttømmende:

Kvantitative:

- Pasientantall, liggetid, beleggspersent, reinnleggelser
- Hoveddiagnose og bidiagnoser ved utskrivelse
- IPLOS-data
- Overføring av pasienter til SØ
- Utvikling av antall sykehusinnleggelser øyeblikkelig hjelp

Kvalitative:

- Pasienttilfredshet
- Evaluering blant fastleger og legevaktsleger
- Avvik og klagesaker – begge parter