

*Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold  
Veiledningsmateriell  
Revidert 01/2013*



Heftets tittel: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.  
Veiledningsmaterieell

Utgitt: 02/2012

Revidert: 01/2013

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling omsorgstjenester

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Ansvarlig: avdelingsdirektør Kristin Mehre, avd. omsorgstjenester

Helga Katharina Haug, avd. omsorgstjenester

Kristin Refsdal, avd. omsorgstjenester

Thorstein Ouren, avd. omsorgstjenester

Sigrun Skåland Brun, avd. omsorgstjenester

Kjell Maartmann- Moe, avd. allmennhelse

Camilla Closs-Walman, avd. bioteknologi og helserett

Snorre Birk Gundersen, avd. medisinsk nødmeldetjeneste

Olaug Pauline Kråkmo, avd. sykehustjenester

Jon Hilmar Iversen, primærdivisjon

Anders Grimsmo, KS

Sigrid Askum, KS

Torun Risnes, KS

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn</b>	<b>6</b>
2.1	Nærmere om kommunens øyeblikkelig hjelp plikt og plikt til å tilby døgnopphold.	6
<b>3</b>	<b>Planlegging og forberedelser</b>	<b>8</b>
3.1	Kartlegging av dagens situasjon, vurdere, analysere og avklare framtidens behov	9
3.2	Etablering av tilbudet – Samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak	9
3.2.1	Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak	10
3.2.2	Innholdet i samarbeidsavtalene	10
3.2.3	Hva partene kan bidra med	11
3.2.4	Andre momenter som bør med i samarbeidsavtalene	11
3.3	Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner	12
3.4	Involvering av ansatte	12
3.5	Ambulansetjenesten	12
<b>4</b>	<b>Faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet</b>	<b>14</b>
4.1	Pasienter som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold	14
4.1.1	Pasientgrupper med planlagt behandling hvor det kan oppstå et øyeblikkelig hjelp behov	15
4.2	Pasientgrupper som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold	15
4.3	Personellbehov og tilgjengelighet	15
4.4	Kompetanse	16
4.5	Støttefunksjoner og utstyrsbehov	17
4.6	Dokumentasjonssystemer	17
4.7	Rutiner og retningslinjer	18
4.8	Saksbehandlingsregler	18
4.9	Rapportering og registrering av nytt tilbud	18
<b>5</b>	<b>Organisering</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>Tilskudd og andre finansieringsordninger</b>	<b>21</b>
6.1	Helsedirektoratets tilskuddsordning til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene	21
6.2	Nærmere om finansieringen fra regionale helseforetak/helseforetak	24

6.3	Tilskudd fra Husbanken til etablering av øyeblikkelig hjelp plasser	25
6.4	Finansiering av medisinsk behandling utenfor sykehus	25
6.5	Oppholdsbetaling	25
6.6	Transportkostnader	25
<b>Vedlegg 1: Merknader til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.</b>		<b>26</b>
<b>Vedlegg 2: Beregningsgrunnlaget for plikten til øyeblikkelig hjelp døgnoophold</b>		<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Referanser</b>	<b>40</b>

# 1 Innledning

Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal innføres over tid. I samhandlingsreformen rettes oppmerksomheten mot tre utfordringer som reformen skal bidra til å løse <sup>1</sup>

- pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor laveste effektive omsorgsnivå (LEON). Den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste må i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene.

Det er tre elementer i dette: 1) oppbygging av eksisterende tjenester, 2) utvikling av nye tjenestetilbud og 3) flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen må ha oppmerksomhet på alle disse tre forhold samtidig, <sup>2 3 4</sup>

Realiseringen av reformen bygger på et bredt sett av virkemidler, og det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. Kommunene bør planlegge helhetlig gjennom å se på hvordan komplementære tjenester skal bygges opp gjennom videreutvikling av eksisterende tjenestetilbud og utvikling av nye tjenestetilbud. Kommunenes økte ansvar for å forebygge sykdom må også prioriteres, både gjennom det helsefremmende arbeidet og gjennom tidlig intervensjon.

Dette veiledningsmateriellet har som formål å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelige hjelp døgnoophold iht helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Den utvidede plikten til å etablere tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold skal oppfylles gjennom etablering av døgnplasser og omfatte kun pasienter som ellers ville ha blitt innlagt i sykehus.

Veiledningsmateriellet henvender seg til både kommune og helseforetak og er et grunnlagsdokument for den samarbeidsavtalen partene skal utarbeide om øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Veiledningsmateriellet har til hensikt å bidra med faglige innspill til planleggings - etablerings- og driftsfase av dette tilbudet.

Noen kommuner har allerede etablert tilbud eller er klare til å starte opp, mens andre enda ikke har startet planleggingen. Selv om det tas sikte på at plikten trer i kraft fra 2016, anbefales det at kommuner og foretak starter planleggingen av tilbudet

<sup>1</sup> St. meld 47 Samhandlingsreformen(2008 – 2009)

<sup>2</sup> Meld St. 16 ( 2011 – 2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan

<sup>3</sup> Prop 91 L (2010 – 2011)

<sup>4</sup> Prop 90 L (201 – 2011)

allerede nå. Dette fordi det erfaringsmessig tar tid å bygge opp nye tilbud og tilpasse disse i det eksisterende tjenestetilbudet. Det anbefales også at det planlegges for god informasjon til befolkningen om det nye tilbudet som skal etableres.

Veiledningsmateriellet omfatter faglige innspill knyttet til oppbyggingen av somatisk øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Beregningsgrunnlaget er basert på pasienter med somatisk sykdom. Finansieringsordningen er derfor foreløpig knyttet til denne pasientgruppen. Selv om tilskuddsordningen kun gjelder for somatikk, utelukker det ikke at kommuner i avtale med helseforetak kan etablere tilbud som også omfatter psykisk helse og rus. Det kan være en fordel å planlegge for at investeringer og opplegg for drift gis en utforming og organisering som på et senere tidspunkt forenkler innlemming av pasientgrupper også innen psykisk helse og rus.

Veiledningsmateriellet omtaler hvilke pasientgrupper som kan være aktuelle og hvordan et forsvarlig tilbud kan sikres. Målgruppene for dette dokumentet er beslutningstakere, ledere og fagpersoner i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og i helseforetakene.

Veiledningsmateriellet er laget på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og er utarbeidet i samarbeid med bruker- og fagorganisasjoner, KS og representanter fra regionale helseforetak / helseforetak. Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra KS og Helsedirektoratet.

Denne utgaven av veiledningsmateriellet er revidert på bakgrunn av innspill og erfaringer fra kommuner og helseforetak gjennom møter, samtaler og konferanser. Det er også foretatt en statuskartlegging av kommunenes erfaringer med øyeblikkelig hjelp døgnopphold i den hensikt å få informasjon og kunnskap fra planleggings- og oppstartsfasen og tidlig erfaringsfase.

Veiledningsmateriellet vil revideres med jevne mellomrom etter hvert som kommuner og helseforetak får erfaringer med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Helsedirektoratet vil fra 2013 fortløpende legge ut eksempler på avtaler, organiseringer og tilnæringsmåter slik at kommuner og helseforetak kan hente erfaring og kunnskap fra hverandre. Informasjonen legges på direktoratets hjemmeside.

## 2 Bakgrunn

Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å bedre pasientforløp og å gi tjenester nærmere der pasienten bor. Et av tiltakene er å opprette tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunen. Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelses i spesialisthelsetjenesten.

14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Her pålegges kommunene et utvidet ansvar for øyeblikkelig hjelp tilbud på døgnbasis jf. § 3-5. Den nye loven trådte i kraft 1. januar 2012, og det tas sikte på at bestemmelsen om kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal tre i kraft 1.januar 2016.

Kommunenes tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal bli til ved et samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom partene skal regulere tilbudet, og er et overordnet virkemiddel for samarbeidet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

### **2.1 Nærmere om kommunens øyeblikkelig hjelp plikt og plikt til å tilby døgnopphold.**

En pasient trenger øyeblikkelig hjelp hvis vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig. Tilstanden behøver ikke være kritisk eller livstruende, men pasienten har behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting.

Kommunene har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til personer som oppholder seg i kommunen (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 og § 3-1). Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at pasienten blir henvist videre til sykehus for nødvendig behandling og oppfølging. Kommunene ivaretar i dag normalt vurderingen av pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp gjennom legevaktordningen og fastlegenes plikt til å ta imot egne listepasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Som et ledd i samhandlingsreformen blir kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp utvidet til også å omfatte kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Plikten følger av loven § 3-5 tredje ledd som lyder:

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

Pasienter kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til, vil i hovedsak være pasienter med kjente sykdommer, som ved forverring av sin tilstand



kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling. Se nærmere omtale i punkt 4.1 i veilederen.

Det er den medisinskfaglige vurderingen som er bestemmende for hva slags helsehjelp en pasient skal ha og hvor denne helsehjelpen skal ytes. Det må gjøres en vurdering av om pasienten trenger øyeblikkelig hjelp, om kommunen har et relevant tilbud og forutsetninger for å yte hjelpen, eller om pasienten må henvises videre. Dersom det er tvil om pasienten vil få forsvarlig behandling i kommunen, skal pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Det er normalt fastlegen, sykehjemslegen eller legevaktslegen som foretar den konkrete vurderingen av hvor pasienten bør få sin behandling.

Selv om kommunen står fritt i hvordan de velger å organisere øyeblikkelig hjelp tilbudet, må lovkrav om faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet oppfylles, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Hvordan tilbudet er innrettet, omfanget av og kvaliteten på tilbudet, vil være avgjørende i vurderingen av om pasienten kan få en forsvarlig behandling i kommunen eller må henvises videre til andre instanser. Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor avgjørende at pasienter som gis tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold ellers ville ha mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten.

Krav til forsvarlighet innebærer konkret at sykehuset ikke kan redusere sine tilbud før tilsvarende tilbud i kommunen er etablert. Samarbeidsavtalen skal være tydelig på at begge parter er omforent om starttidspunkt og hvilke forutsetninger som må være oppfylt for at et kommunalt tilbud kan starte opp.

Fullstendig lovtekst og et sammendrag av departementets kommentarer om øyeblikkelig hjelp- plikten er tatt inn i vedlegg 1.

### 3 Planlegging og forberedelser

Kommunenes tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal nedfelles i samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Partene er likeverdige og har ulike roller og ansvar. Før et felles planleggingsarbeid kan starte, må begge parter internt i sine organisasjoner gjøre et grundig forarbeide. Det er nødvendig å gjøre opp status av hva som finnes av tjenester, hva partene ønsker å etablere av tilbud og hvordan prosessen skal være for å etablere dette tilbudet.

Ved planlegging av døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbud bør kommunen vurdere om dette kan etableres som en del av allerede eksisterende tilbud i kommunen, som for eksempel opp mot sykehjem eller interkommunal legevakt, eller kunne ses i sammenheng med et kommunalt tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling. Det anbefales å etablere interkommunale løsninger for å sikre robuste tilbud der forholdene ligger til rette for det.

I forarbeidene til Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og Prop. 91 L (2010–2011) har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til grunn at øyeblikkelig hjelp døgnopphold som kan overføres til kommunen er på omtrent 240 000 liggedøgn på landsbasis. Beregningsgrunnlaget for den enkelte kommune følger i vedlegg 2. Partene bør ta utgangspunkt i beregningsgrunnlaget og det vil være aktuelt å se finansieringen av tilbudet i sammenheng med andre tjenester og finansieringsordninger, for eksempel kommunal medfinansiering.

Avhengig av hvilken løsning partene velger å planlegge for, kan relevante aktører i planleggingsprosessen være partenes faglige og administrative ledelse, kommunelege, fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem, legevakt, ambulansetjeneste, ansattes organisasjoner og brukerorganisasjoner. Helsefaglig eierskap og forankring har vært den viktigste suksessfaktoren i de kommunene som allerede har etablert et godt fungerende kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det er derfor viktig at de aktørene som blir berørt får en sentral rolle i planleggingsprosessen. Det gjelder i første rekke representanter for pleie- og omsorgstjenestene og fastlegene. Legevaktslegen og legevaktssentralen har en nøkkelrolle i å kunne endre pasientstrømmene og bruke kommunalt tilbud. I Nasjonal veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler pålegges avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasientenes og brukernes erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalene.

På grunnlag av erfaringer så langt kan det synes som at enkelte kommuner og helseforetak ikke har vært tilstrekkelig deltagende i en felles prosess. Dette gir seg utslag i uoverensstemmelser etter avtaleinngåelse om blant annet faktisk oppstartstidspunkt, hvilke pasientkategorier som tilbudet skal omfatte, organisering og tilgjengelighet på legeressurser. Før inngåelse av avtaler skal det være enighet mellom kommune og helseforetak. De konkrete utfordringene må løses av partene i

felleskap, både i forkant av etablering og ved at en løpende evaluerer driften den første tiden.

### **3.1 Kartlegging av dagens situasjon, vurdere, analysere og avklare framtidens behov**

I planleggingen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold bør partene i fellesskap kartlegge, vurdere og analysere viktige områder som har betydning for tilbudet. Under er det foreslått områder som kan være viktige å belyse. Listen er ikke uttømmende:

- Demografiske forhold og befolkningens helsetilstand. Befolkningens alderssammensetning er det mest utslagsgivende for befolkningens helsetilstand og derved behovet for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold ([www.fhi.no](http://www.fhi.no))
- Geografiske forhold. Befolkningstetthet vurdert i forhold til avstand til helseforetak, legevakt, ambulansestasjon og eventuelt til interkommunale løsninger
- Praksis knyttet til innleggelser på sykehus. Erfaringer og eventuell statistikk på hvilke pasienter som legges inn i helseforetaket og hvem av disse som kan få øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen.
- Samarbeidsrutiner, personell, kompetanse (generell og spesialkompetanse), medisinsk, laboratoriemessig utstyr og IKT- systemer, etc.
- Relevante dokumentasjonssystemer og hvordan dette følger gjeldende lovkrav til journalføring og internkontroll
- Eksisterende tjenestetilbud, og hvordan dette kan ses i sammenheng med et kommunalt tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling, herunder bruk av legevakt og ambulansetjeneste
- Øvrige tiltak og tjenester som kan være en del av det helhetlige øyeblikkelig hjelp tilbudet
- Organisering: Beliggenhet, lokalisasjon, interkommunalt samarbeid
- Behovet for systemer som sikrer oversikt over kostnader og korrekt rapportering i KOSTRA, IPLOS og nasjonale helseregister

Det anbefales at det i planleggingsfasen gjøres en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS- analyse) for å få tydeliggjort hvilke tiltak som må iverksettes for etablering og igangsetting av øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Hvis ROS-analysen skal være hensiktsmessig, må kommune og helseforetak gjøre analysen sammen slik at individuelle forhold i kommunen synliggjøres og ivaretas. Ved å avdekke risikoområder kan kommunene igangsette kompensierende tiltak basert på muligheter og ressurser som finnes i kommunen og eventuelt i samarbeid med andre kommuner.

### **3.2 Etablering av tilbudet – Samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak**

Forpliktende samhandlingsavtaler er et sentralt verktøy i gjennomføring og oppfølging av samhandlingsreformen for de lokale aktørene. Formålet med samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom partene. Den overordnede hensikten med avtalene er å bidra til at pasienter og brukere opplever

at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Gjennom avtalene kan partene legge til rette for samarbeid om utviklingsoppgaver og avklaring av hvordan partene skal håndtere ulike spørsmål. Det vil være naturlig at avtalen endres etter hvert som partene får erfaring fra tilbudet og eventuelt hvis tilbudet bygges ut. Tidspunkt for evaluering av tilbudet bør inngå i samarbeidsavtalen.

For å få utbetalt tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet for etablering av tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, må den enkelte kommune dokumentere at de har satt i verk eller har konkrete og forpliktende planer for etablering av tiltak. Dette skal dokumenteres gjennom avtalen som skal inngås mellom kommunen og regionale helseforetak / helseforetak. Dette gjelder også for kommuner som allerede har etablert tilbud eller er klare til å starte opp. Det vises til kapittel 6 nedenfor for nærmere beskrivelse av Helsedirektoratets tilskuddsordning.

### **3.2.1 Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak**

Helse- og omsorgsdepartementet ga 04.10.11 ut en nasjonal veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler. Veilederen er ment å være et praktisk hjelpemiddel for partene i arbeidet med å utforme samarbeidsavtalene, og til å bidra til en ensartet nasjonal praksis i bruken av avtalene.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, pkt. 4 at samarbeidsavtalene skal inneholde et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunene. Avtalen bør beskrive hvordan pasienten sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen. Helseforetakene kan ikke bygge ned tilbudet før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for pasientene, kommunene og helseforetakene. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil inngå som et ledd i den akuttmedisinske kjede. I definisjon av akuttmedisinsk kjede inngår samfunnets samlede beredskap overfor akutte situasjoner, spesialisthelsetjenestens og den kommunale helsetjenestens tiltak.

### **3.2.2 Innholdet i samarbeidsavtalene**

Partene må sørge for at avtalen er i samsvar med gjeldende lovverk. Partene kan ikke avtale seg bort fra pliktene de har etter lov og forskrift. Avtalen forplikter kommunene og helseforetakene og har som konsekvens at en av partene kan kreve at den andre parten oppfyller sine forpliktelser etter avtalen. Partene kan bli enige om å ta inn annet innhold i avtalen i tillegg til det loven pålegger som et minimum. Når samarbeidsavtalene er inngått, har partene bundet seg til å oppfylle dem i samsvar med innholdet i avtalen.

Videre står det presisert i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 siste ledd:

*"Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres."*

Elementer som avtalene bør inneholde er beskrevet under. I tillegg er flere av momentene beskrevet grundigere senere i dokumentet.

### **3.2.3 Hva partene kan bidra med**

Med bakgrunn i den dimensjoneringen, pasientkategorier og organisering som partene blir enige om, er det sentrale områder som må konkretiseres og inkluderes i avtalen. Dette er personell og tilgjengelighet, kompetanse, støttefunksjoner og utstysrbehov samt lokalisering av tilbudet.

Hjelpespørsmål knyttet til kompetanse:

- Hvilken kompetanse krever det tilbudet det planlegges for?
- Hvordan sikre økt kompetanse gjennom kompetanseplaner?
- Hva kan helseforetaket bidra med for å bygge kompetanse jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven?
- Hvordan etablere gode ordninger for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening?
- Hvordan kan kompetanse i helseforetaket være tilgjengelig for tilbudet? (ambulerende virksomhet, konsultasjonsmuligheter med spesialister)
- Hvordan kan partene ha en fleksibel kompetanseutveksling?

Hjelpespørsmål knyttet til støttefunksjoner og utstysrbehov:

- Hva kreves av støttefunksjoner og utstyr for å ivareta et forsvarlig tilbud?
- Hvordan kan partene samarbeide om bruk av utstyr og støttefunksjoner?
- Hvordan kan støttefunksjoner og utstysrbehov sees i sammenheng med et helhetlig kommunalt tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold?
- Hvordan kan elektronisk samhandling og meldingsutveksling benyttes?
- Kan bruk av telekommunikasjon benyttes i etablering og drift av tilbudet, for eksempel visitter, fortolkning av røntgen, etc.?
- Hvordan kan partene planlegge for bruk av Nødnett

Hjelpespørsmål knyttet til lokalisasjon:

- Er det en eller flere av partene som kan stille lokaler tilgjengelig?
- Er det behov for interkommunalt samarbeid?
- Kan tilbudet samlokaliseres med sykehjem, legevakt, lokalmedisinsk senter etc.?

### **3.2.4 Andre momenter som bør med i samarbeidsavtalene**

#### **Kontinuitet i øyeblikkelig hjelp tilbudet**

Avtalen bør beskrive hvordan partene skal samarbeide om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fram til etablering av et kommunalt tilbud og hvordan pasienten sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen. Helseforetakene kan ikke bygge ned sitt tilbud før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert.

#### **Kommunikasjon**

For å sikre at befolkningen og tjenesteyterne kjenner til og er trygge på at nytt tilbud er like godt eller bedre enn innleggelse i sykehus bør partene utarbeide en felles

kommunikasjonsplan. Kommunikasjonsplanen bør blant annet inneholde hvordan innbyggere og ansatte, fastleger og andre samarbeidspartnere skal informeres om det nye tilbudet. Det er helt avgjørende at alle parter, ikke minst innleggende leger og pasienter har tiltro til at øyeblikkelig hjelp døgnopphold er forsvarlig, og at man kommer til sykehus når helsetilstanden tilsier at det er nødvendig. Kommuner som har etablert tilbudet beskriver at det er et kontinuerlig informasjonsbehov og kommunen må løpende informere innbyggerne og ansatte i kommunen. Samarbeidsavtalen bør beskrive kommunikasjonsplanen.

Avtalen bør også være konkret på hvordan nye rutiner og retningslinjer skal utarbeides og implementeres.

### **Evaluering**

For å sikre god samhandling, kontinuerlig læring, kvalitetsforbedring og effekt av tilbudet bør partene etablere et system for evaluering. Internkontrollforskriftens § 4 viser blant annet til at virksomheten skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

### **3.3 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner**

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd, pålegger avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasienters og brukeres erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalene. I tillegg skal pasientenes og brukernes organisasjoner få anledning til å medvirke i avtaleprosessen, jf. Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler, pkt. 4.1.

### **3.4 Involvering av ansatte**

Ved inngåelsen av samarbeidsavtalene er det viktig at de ansattes organisasjoner blir tatt med i prosessen. De ansattes organisasjoner skal involveres i den grad hovedtariffavtalen og hovedavtalen for det aktuelle området stiller krav om dette, jf. Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler, pkt. 4.1.

### **3.5 Ambulansetjenesten**

Endringer når det gjelder etablering av interkommunale legevaktløsninger og kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil få konsekvenser for ambulansetjeneste og annen pasienttransport som både er drevet og finansiert av spesialisthelsetjenesten. Konsekvensene vil blant annet gjelde behandling på stedet, transportbehandling og om pasientene skal til det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet - eller spesialisthelsetjenesten. Ambulansetjenesten må inkluderes i samarbeidsavtalen mellom kommune og helseforetak.

Etablering av nye og endrede tilbud i kommunene kan føre til at det blir flere, men kortere turer til- og mellom kommunale institusjoner slik at det kan bli stilt andre krav til logistikk enn hva som er dagens bilde. Det er derfor viktig å se nærmere på ambulanspersonellens kompetanse, ambulansetjenestens organisering og lokalisering opp mot det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet,

legevakt, sykehjem og lokalmedisinske senter. Det anbefales at det opprettes egne samarbeidsfora for ambulanses- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## 4 Faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet

### 4.1 Pasienter som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Kommunene har plikt til å sikre at tjenester som tilbys eller ytes er forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Det følger av § 3-5 tredje ledd at kommunenes plikt til å sørge for tilbud døgnopphold kun gjelder de pasienter og brukere som kommune har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Loven legger dermed ikke opp til at det pekes ut bestemte grupper av pasienter som kan egne seg for et kommunalt tilbud. På et generelt grunnlag vil de pasientene som kan være aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold i stor grad være de samme som hyppig blir innlagt i sykehus. Det gjelder ofte eldre og pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/kols og diabetes, men også mer akutte og avklarte lidelser som lungebetennelse, steinsmerter, fall, forgiftning, hjernerystelse mm. Det er også slik at de fleste av pasientene har mange diagnoser som virker inn på hverandre og gjerne kombinert med en lang rekke legemidler.

Det følger også av dette at forut for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal pasienten være vurdert av lege. Legen må vurdere tilstanden til den enkelte pasient ut fra forhold som alvorlighet, funksjonssvikt, tidligere sykehistorie, pasientens psykiske og kognitive tilstand, og forsvarligheten ved å eventuelt legge inn pasienten i kommunalt tilbud.

I opprettelse av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold må det vurderes om det bare skal omfatte pasienter med kjent eller avklart diagnose, eller om det skal kunne omfatte pasienter med uavklart diagnose, men i begge tilfeller stabile pasienter med liten risiko for akutt livstruende forverring. Pasienter med forverring av kjente tilstander, eller med annen avklart diagnose, som har behov for observasjon og behandling i institusjon, kan være aktuelle for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Pasienten må kunne diagnostiseres med allmennmedisinske metoder og hjelpemidler, og pasientens tilstand må tilsi at det er liten risiko for akutt livstruende forverring. Det må lages klare kriterier for innleggelse på bakgrunn av dette, som legene og legevakten er trygge på.

Det kan også være mulig å inkludere pasienter som trenger observasjon og utredning av uavklarte tilstander som mage- og brystmerter, eller andre tilstander hvor det etter konferering med lege eller relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig med sykehusinnleggelse. Tilstandene som skal observeres kan gi en akutt forverring som krever rask vurdering av lege eller overføring til sykehus. Dette forutsetter nærhet til sykehus eller legevakt og/ eller tett samhandling med spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig kompetanse og medisinsk utstyr må vurderes i forhold til at dette er pasienter med uavklarte symptomer som kan representere alvorlig sykdom.



For å kunne ha sirkulasjon på øyeblikkelig hjelp døgnplassene, er det viktig at plassene forbeholdes øyeblikkelig hjelp. Det anbefales at det settes maksimal tid før pasienten enten skrives ut eller overføres til annet tilbud. Dette kan for eksempel være maksimum 72 timer. Dette samsvarer med antall gjennomsnittlig liggedøgn som er lagt til grunn i beregningsgrunnlaget for kostnader knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene, jf. vedlegg 2.

#### **4.1.1 Pasientgrupper med planlagt behandling hvor det kan oppstå et øyeblikkelig hjelp behov**

Eksempler på planlagt behandling eller undersøkelse som kan være en del av et kommunalt "istedenfor" tilbud kan være medikamentjustering hos pasienter med kjent, kronisk smerteproblematikk samt palliativ og terminal omsorg. Som et ledd i for eksempel palliativ behandling kan likevel øyeblikkelig hjelp behov inntreffe. Forutsatt nok ressurser og kompetanse i kommunen kan dette da være pasientgrupper som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

#### **4.2 Pasientgrupper som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold**

Pasientgrupper som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold er pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom, der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus. Dette vil også gjelde akutt funksjonssvikt hos eldre med kroniske sykdommer, hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold og hvor det er fare for rask forverring. Traumer med uavklart alvorlighetsgrad og pasienter med definerte pasientforløp, som for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt, skal legges inn i sykehus.

#### **4.3 Personellbehov og tilgjengelighet**

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 c) skal kommunen tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. for eksempel helsepersonell loven § 4 og krav til å utvikle og iverksette bl.a. prosedyrer, og systemer og rutiner i internkontrollforskriften § 4 bokstav g). Virksomheten må sørge for forsvarlig bemanning og at personalet har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre de oppgaver de blir tildelt. Antall stillinger og kompetanse må sees i sammenheng med dimensjoneringen av tilbudet, antall senger og hvilke pasientkategorier som kan tas imot. Det bør utarbeides en plan som beskriver legens funksjons- og ansvarsområder og tilstedeværelse. Det må også foretas en vurdering av nødvendig medisinsk faglig kompetanse sett opp mot de aktuelle pasientgrupper.

Gjennomføring av faglig forsvarlig observasjon og behandling i øyeblikkelig hjelp døgnopphold forutsetter blant annet tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet. Pasienter som legges inn i kommunalt øyeblikkelig-hjelp døgnopphold skal være vurdert av lege forut for innleggelse jf. 4.1. Alle pasienter bør vurderes av sykepleier og lege kort tid etter innleggelsen. Hvor omfattende utredning det er nødvendig å foreta ved innleggelsen må vurderes individuelt da dette vil variere betydelig, både ut fra årsakene til at pasienten har behov for innleggelse, hva som er gjort av utredning og hva som er igangsatt av tiltak forut for innleggelsen. Det må foreligge nødvendige,

oppdaterte opplysninger om pasientens tilstand fra fastlege, legevakt, hjemmesykepleie mv. ved innleggelse. Hvis nødvendige opplysninger mangler, må virksomheten ha ordninger som ivaretar at dette innhentes.

I organisering av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasienters tilstand kan stille krav til kort responstid. Uavhengig av hvordan tilbudet er organisert må det være avklart hvem som til enhver tid har det medisinsk-faglige ansvaret for pasienten. Tilgang til lege i det kommunale tilbudet utenom den faste legens daglige tilstedetid kan dekkes gjennom avtaler med legevakt, eventuelt med sykehjemslegene eller fastlegen, der dette er hensiktsmessig. Erfaringer viser at det i mange kommuner er legevakten som vil ha ansvar for pasientene i øyeblikkelig hjelp døgnopphold om kvelden/ natten og i helgene. Ved inngåelse av avtalene må forhold som geografisk avstand til legevakt, legens responstid og konfereringsmuligheter for sykepleier vurderes. Kommuner som deltar i interkommunalt samarbeid om legevakt, med en stasjonær legevakt i stor geografisk avstand til det lokale øyeblikkelig hjelp døgnoppholdet, må for eksempel vurdere en lokal bakvaksordning som kan sikre en kortere tilkallingstid på lege.

I et kommunalt tilbud som omfatter observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander må det være tilstedeværelse eller mulighet for rask tilkalling av lege 24 timer i døgnet.

Tilgjengelighet til øvrige helsepersonellgrupper må vurderes opp mot de pasientene som skal observeres og behandles.

Som anbefalt bør det foreligge en avtale om døgnkontinuerlig mulighet for dialog med kontaktpersoner i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel gjennom videomøter, konferering med sykepleier og med lege i bakvakt.

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 sier at "helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner (...) skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift."

Denne veiledningsplikten medfører ikke endringer i den gjeldende ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Det blir spesielt viktig å ha avklarte ansvarsforhold med den enkelte kommune når kommunene etablerer tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, tredje ledd. Det må blant annet avklares mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten om og i så fall hvilken kompetanse spesialisthelsetjenesten skal stille til rådighet for å ivareta de ulike pasientgruppene, og hvilken kompetanse ansatte i helse- og omsorgstjenesten må inneha for å sikre at pasientene får forsvarlige helsetjenester.

#### **4.4 Kompetanse**

For å ivareta kravet til forsvarlighet skal kommunene tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene er sikret, jf. helse- og omsorgstjenesteloven

§ 4-1 bokstav d). Hva som anses som forsvarlig fagkompetanse vil avhenge av hvilke pasienter som skal få tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Avtalen mellom helseforetak og kommune må ta utgangspunkt i dette.

Et faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgnopphold krever blant annet at personellet har observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Det vil være nødvendig å styrke generalistkompetansen for alle faggrupper i behandling og oppfølging av de aktuelle pasientgruppene som tilbudet skal favne. I tillegg vil det være krav til prosedyrekunnskap for eksempel hjerte/lunge redning (HLR) og nødvendig bruk av medisinsk utstyr. Eksempler på dette kan være bruk av EKG og oksymeter, O2-behandling, blodprøvetaking, kateterisering, håndtering av CVK, administrering av væske og legemidler intravenøst.

Kommunen må sørge for nødvendig opplæring av personell, og ha planer og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening.

#### **4.5 Støttefunksjoner og utstyrsbehov**

For å etablere et faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgnopphold kan det være utfordringer knyttet til investeringer og drifting av utstyr. For å kunne oppnå driftsfordeler knyttet til sambruk, vil det være hensiktsmessig å vurdere om øyeblikkelig hjelpetilbudet skal lokaliseres sammen med andre kommunale tjenester, eventuelt i et interkommunalt samarbeid (se punkt 5). Hva som velges av utstyr og støttefunksjoner må samsvare med de valgte pasientkategorier

#### **4.6 Dokumentasjonssystemer**

Kommunen, og virksomhet som har avtale med kommunen, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. Videre skal kommunen sørge for at helsetjenestene skal være forsvarlige, og tilrettelegge slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine pålagte plikter, jf. § 4-1.

Alt helsepersonell som yter helsehjelp skal føre journal for den enkelte pasient som mottar helsehjelp, jf. Helsepersonell loven § 39.

Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (forskrift om pasientjournal § 9). Av dette følger bl.a. at det må skrives innkomstnotat, og epikrise med justert medikamentliste til fastlege og eventuelt hjemmesykepleie ved utskrivning fra døgnopphold.

I kravet om forsvarlige journalsystemer ligger at virksomhetene må sørge for at pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid, samtidig som sensitive pasient- og brukerdata har den nødvendige beskyttelse slik at taushetsplikt ivaretas. I planleggingen av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp må det blant

annet lages rutiner for tilgang til pasientjournalssystemet, og rutiner for utlevering av helseopplysninger til helsepersonell i andre virksomheter<sup>5 6</sup>.

Reglene for informasjonssikkerhet, herunder Norm for informasjonssikkerhet i helsetjenesten, gir veiledning for hvilke konkrete krav som stilles til sikkerheten i forbindelse med meldingsutveksling<sup>7</sup>.

Den nasjonale satsningen på å utvikle og etablere elektronisk pasientjournal (EPJ), E-resept, nasjonal kjernejournal og elektronisk meldingsutveksling vil få stor betydning for samhandlingen mellom kommune og helseforetak framover.

#### **4.7 Rutiner og retningslinjer**

Plikten til forsvarlig organisering innebærer at alle virksomheter må ha et internkontrollsystem<sup>8</sup>. I et slikt system skal ansvarlig for virksomheten blant annet beskrive organisering av virksomheten og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet. Videre skal den ansvarlige blant annet utvikle prosedyrer, instruksjoner og rutiner som er nødvendige for forsvarlig drift, og å iverksette disse blant annet gjennom å lære opp de ansatte. Internkontroll skal også bidra til kontinuerlig forbedring av virksomheten, og evaluering av prosedyrer og rutiner er en viktig del av arbeidet.

Det er viktig at kommuner som samarbeider om legevakt, øyeblikkelig hjelp døgnopphold og tilsvarende ordninger har så like prosedyrer som mulig for å forenkle samarbeid og forebygge misforståelser. Det bør lages rutiner for hvordan samarbeidsinstanser skal bli fortløpende og gjensidig oppdatert på tjenestetilbudet, retningslinjer, telefonnumre, adresser og nøkkelpersonell.

#### **4.8 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. For øvrig gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven.

#### **4.9 Rapportering og registrering av nytt tilbud**

Fra 2013 skal kommunene rapportere på ressursbruk gjennom nye funksjoner i KOSTRA. Det skal rapporteres på antall plasser som er opprettet, hvilket personell som benyttes til dette tilbudet og om økonomien knyttet til tilbudet.

Det arbeides med rutiner for rapportering av aktiviteten i tilbudet. Se nærmere om dette under kapittel 6 nedenfor.

<sup>5</sup> Se også rundskriv IS-7/2006 vedrørende tilgang til og utlevering av opplysninger i elektroniske pasientjournaler

<sup>6</sup> Utkast til forskrift om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre i formaliserte arbeidsfellesskap er på høring med frist 16.3.2012. Hvis forskriften blir vedtatt, vil den kunne være relevant

<sup>7</sup> [www.normen.no](http://www.normen.no)

<sup>8</sup> Se forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (forskrift 20. desember 2002 nr. 1731)

## 5 Organisering

For å kunne opprettholde et døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbud er det nødvendig at pasientene har et tidsbegrenset opphold i dette tilbudet, jf. kapittel 4.1. Mange pasienter kan ha behov for ytterligere oppfølging etter denne perioden, og pasienten må sikres et videre forsvarlig tilbud, enten i institusjon eller i hjemmet. Kommunene må derfor ha nødvendig kapasitet, kompetanse og kvalitet både på sykehjems plasser, korttidsplasser og hjemmetjenester.

Mange kommuner har opprettet andre typer tjenester som kan være komplementære til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Dette kan være plasser i sykehjem som administreres av hjemmetjenesten og som ikke må forveksles med øyeblikkelig hjelp plassene. Plassene kan brukes til midlertidig opphold av mennesker som trenger akutt omsorg og ivaretagelse, for eksempel når ektefelle får en sykehusinnleggelse der den gjenværende ektefellen har vært avhengig av hjelp fra den som har måttet forlate hjemmet.

Et viktig komplementært tilbud kan være å sikre en utbygd hjemmetjeneste. I tillegg kan det også etableres en forsterket tjeneste i pasientens hjem. Ressursteam/innsatsteam i hjemmetjenesten kan være et eksempel på forsterket hjemmetjeneste. Teamet må ha personell med tilstrekkelig kompetanse til å kunne observere og vurdere, og iverksette og evaluere tiltak som er nødvendige<sup>9</sup>.

Kommunene står fritt til å organisere øyeblikkelig hjelp tilbudet. Større kapasitet og fleksibilitet for å møte behovet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold kan oppnås ved å se tilbudet i sammenheng med andre kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling. Alternative organiseringer kan være å knytte tilbudet opp mot sykehjem, legevakt eller lokalmedisinske senter, utrustet sykestue eller tilsvarende.

Helsedirektoratet har på sine hjemmesider definert lokalmedisinske tjenester på følgende måte:

*Begrepet lokalmedisinsk senter er i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (Meld. St. 16 2010–2011) brukt om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider seg imellom, eller også med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før, etter eller istedenfor innleggelse i sykehus. Lokalmedisinske tjenester er en del av den helhetlige helse- og omsorgstjenesten i kommunene.*

*Lokalmedisinske tjenester kan være ulike tjenester som er samlokalisert eller det kan være tjenester som ligger geografisk spredt, men som samlet sett utgjør en felles organisasjon. De nye tjenestene benevnes ulikt i kommunene, for eksempel lokalmedisinsk senter, lokalmedisinske kompetansetjenester, helsehus, sykestue og distriktsmedisinske sentre.*

<sup>9</sup> Eksempel på Innsatsteam – se Frogn kommune: <http://www.frogn.kommune.no/kommunen/nyheter/Hjelper-pasienter-hjem/>

*Etablering av lokalmedisinske tjenester som tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling vil kreve en annen kompetanse enn hva som er vanlig i dag. Det vil kreve høyere generalistkompetanse og tilgjengelighet til spesialistkompetanse. Det kan også få konsekvenser for personellsammensetning.*

*Stor grad av tverrfaglig samarbeid, og samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir nødvendig.*

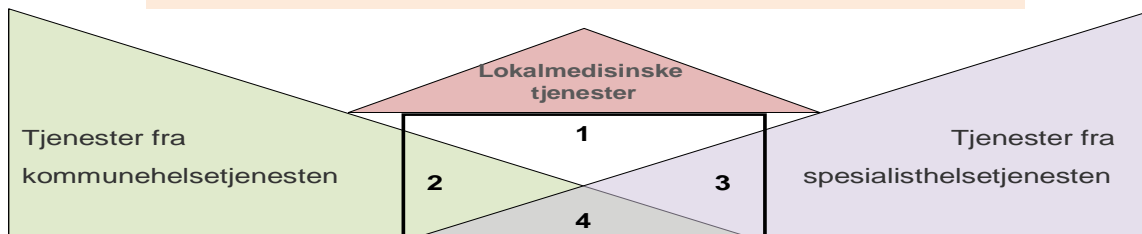
*For å sikre at tjenestene er robuste over tid, kan det være hensiktsmessig med et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag. Befolkningsgrunnlaget kan sikres ved at kommunene velger å samarbeide med andre kommuner.*

*Formålet med å etablere lokalmedisinske tjenester er å utvikle eksisterende helsetilbud så nær innbyggerne som mulig. Dette skal være med på å gi et kvalifisert og tilstrekkelig medisinsk tilbud i kommunen, før, istedenfor eller etter sykehusbehandling – noe som skal forhindre eller minimere bruk av sykehustjenester.*

Et prosjekt i Hallingdal har utarbeidet følgende modell (her litt moderert) for samarbeid om lokalmedisinske tjenester mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak.

## Lokalmedisinske tjenester

1. Administrasjons- og systemarbeid
  - helseovervåking, miljørettet helsearbeid, folkehelsearbeid, strategisk planlegging, avtaleverk, IKT-opplæring og drift
2. Interkommunalt samarbeid
  - der kommunene blir for små til å sikre kompetanse, rekruttering og robuste tjenester (dagens tjenester (f.eks barnevern) og nye tjenester (f.eks ø.hj tilbud i kommunene, mottak av utskrivingsklare))
3. Desentraliserte spesialisthelsetjenester
  - DMS, DPS, ambulerende team, deltagelse lokalt og oppfølging ved utskriving
4. Samarbeidstiltak mellom kommuner og sykehus
  - LMS-senter, ambulante team, akutt poliklinikk, observasjonsplasser/FAM, praksiskonsulentordning, hospitering



Moderert fra Hallingdalsprosjektet

På helsedirektoratet.no finnes det eksempler på innhold i lokalmedisinske tjenester, og linker til allerede etablerte lokalmedisinske tjenester. [Lokalmedisinske tjenester | Helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no)

Et annet eksempel er "Veien til et helhetlig pasientforløp – en veiviser" publisert på Norsk Helsenett sin hjemmeside. <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep>

## 6 Tilskudd og andre finansieringsordninger

### 6.1 Helsedirektoratets tilskuddsordning til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

#### **Bakgrunn**

Kommunene vil fra 2016 ha plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Dette tilbudet skal fases inn i alle landets kommuner i løpet av de fire årene 2012-2015, jf. Prop. 91 L (2010-2011) og Innst. 424 L (2010-2011).

Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnplasser er beregnet til 1 048 mill. kroner årlig fra 2016 (2012-kroner). Beløpene pris- og lønnsjusteres årlig i tråd med kommunal deflator. Utgiftene fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. I innfasingsperioden vil kommunene få overført midlene etter hvert som tilbudene blir etablert. Budsjettmessig forutsettes det at en fjerdedel av kommunene etablerer et tilbud hvert år i perioden 2012-2015. Beregningen har tatt utgangspunkt i historisk forbruk av øyeblikkelig hjelp- plasser, og midlene er fordelt etter samme fordelingsnøkkelen som er brukt til utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering.

Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet. Hovedkriteriet for å utløse tilskuddet er at kommunene har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket, som inneholder forpliktende og konkrete planer om å etablere tilbudet i det året det søkes midler i.

Den andre halvparten av midlene overføres direkte fra det regionale helseforetaket/helseforetaket, se kapittel 6.2 nedenfor.

Fra 2016 tas det sikte på at midlene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.

#### **Hvem skal søke?**

Alle kommuner skal søke om Helsedirektoratets tilskudd innen søknadsfristen i det året tilbudet blir etablert, også de som konverterer et eksisterende tilbud.

Kommuner som inngår et formelt samarbeid om etablering av tilbud, og som inngår en felles avtale med helseforetaket, sender en samlet søknad til Helsedirektoratet.

#### **Søknadsfrister**

I 2012 var søknadsfristen 1. juli 2012. For perioden 2013-2015 vil søknadsfrist være 1. mars i det aktuelle året. Søknader som kommer inn etter denne fristen vil først bli behandlet det påfølgende året.

Det er bare i etableringsåret at kommunene skal søke om midler. De påfølgende år vil kommunene i utgangspunktet automatisk få videreført tilskuddsmidlene fram til tilskuddet innlemmes i rammetilskuddet.

### **Krav til søknadens innhold**

Søknad skal sendes på eget skjema, utarbeidet av Helsedirektoratet. Skjema kan lastes ned fra direktoratets nettside. På søknadsskjema skal kommunene blant annet beskrive kort:

- Hvordan tilbudet er tenkt organisert, herunder
  - om tilbudet etableres i kommunen eller som et interkommunalt samarbeid, og i så fall mellom hvilke kommuner.
  - om tilbudet lokaliseres sammen med eksisterende sykehus, sykehjem eller andre institusjoner i kommunen.
  - om tilbudet er en videreføring/styrking av eksisterende tilbud i kommunen, eller om tilbudet innebærer en nyetablering.
- Hvordan nødvendig kompetanse skal sikres i et tilbud, enten i kommunen selv, gjennom et interkommunalt samarbeid, eller som en del av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.
- Planlagt antall plasser/senger og hvordan tilbudet skal bygges ut, dvs. om alle plassene vil være etablert i inneværende år eller om tilbudet skal bygges ut gradvis.

Søknad skal også inneholde opplysninger om kommunenes organisasjonsnummer, navn på kontaktperson i kommunen, e-post og direkte telefonnummer, samt kontonummer som tilskuddet kan utbetales til. For samarbeidende kommuner som fremmer felles søknad skal slik informasjon oppgis for den enkelte kommune. Dette fordi tilskuddet utmåles og utbetales kommunevis.

Det stilles flere krav til tilleggsdokumentasjon fra og med 2013:

- Signert delavtale 4 om øyeblikkelig hjelp skal vedlegges søknaden. Dersom flere kommuner søker samlet skal signert delavtale for hver enkelt kommune vedlegges. Avtalen skal dokumentere at det foreligger konkrete og forpliktende planer om etablering av ø-hjelp døgnplasser i søknadsåret, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 4.
- I tillegg skal det vedlegges formell dokumentasjon på at de elementene som er vesentlig for faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet er drøftet, avklart og formalisert mellom avtalepartene. Det vises her til Helsedirektoratets veileder kapittel 4. Dersom disse forholdene ikke er spesifisert i delavtale 4 må det vedlegges særskilte avtaler som er inngått, eller annen formell dokumentasjon.
- I forbindelse med søknadsbehandlingen vil Helsedirektoratet også ta kontakt med begge avtaleparter for bekreftelse på at det ikke er gjenstående uenighet mellom partene om tilbudet det søkes om.
- Kommuner som får tilskudd i 2013, men likevel ikke starter opp tilbudet i løpet av året, vil ikke få nye tilskuddsmidler i 2014. Dersom tilbudet starter opp i 2014, videreføres imidlertid tilskuddet automatisk i 2015 i tråd med hovedregelen, jf. punktet «Søknadsfrister» ovenfor.



### ***Tildelingskriterier***

Hovedkriteriet for å utløse tilskuddet er at det foreligger en undertegnet samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket med konkrete og forpliktende planer om etablering av øyeblikkelig hjelp døgnplasser i kommunen i søknadsåret, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 4.

Øvrige dokumentasjonskrav er beskrevet ovenfor. Dersom alle krav er oppfylt, utløses et på forhånd beregnet tilskuddsbeløp til kommunen. Tilskudd som innvilges er basert på beregning utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og KS.

Stortinget bevilget 131 mill. kroner til tilskuddsordningen i 2012, og øker bevilgningen med tilsvarende beløp (pris- og lønnsjustert) hvert år fram til 2016. Samlet bevilgning utgjør rammen for hvor mye midler som totalt sett kan betales ut hvert år. I tillegg er budsjettbevilgningen satt sammen av andelsmessige uttrekk fra de enkelte regionale helseforetak. Derfor kan heller ikke samlet utbetaling til kommuner innenfor den enkelte helseregion overstige det beløp som er trukket ut av helseregionens rammer. Dette legger ytterligere begrensninger på hvor mye midler som kan betales ut årlig. Helsedirektoratet vil prioritere hvilke søkere som får tilskudd dersom samlet søknadsbeløp overstiger årlig bevilgning.

### ***Søknader fra 2012 som har fått tilskudd***

Kommuner som søkte om, og fikk tilskudd i 2012, får automatisk utbetalt samme beløp (pris- og lønnsjustert) årlig i perioden 2013-2015.

### ***Søknader fra 2012 som ikke fikk tilskudd***

Kommuner som søkte om tilskudd i 2012, men ikke fikk innvilget søknaden, har i utgangspunktet prioritet til tilskudd i 2013. Før tilskudd utbetales, må imidlertid disse kommunene oversende tilleggsdokumentasjon som beskrevet under punktet «Krav til søknadens innhold» ovenfor. Slik tilleggsinformasjon må sendes til Helsedirektorat innen den fristen direktoratet fastsetter. Tilskudd utbetales ikke før nødvendig tilleggsdokumentasjon foreligger. Prioritering av søknader gjøres iht. oppdatert informasjon om faktisk oppstartstidspunkt, som skal framgå av den tilleggsinformasjonen som sendes inn.

Dersom tilbudet har startet opp, eller starter opp i løpet av første halvår 2013, utbetales fullt tilskudd. Dersom tilbudet starter opp andre halvår 2013 får kommunen 2/3 av fullt tilskudd, og deretter fullt tilskudd fra det påfølgende året.

Kommuner som får tilskudd i 2013, men som likevel ikke starter opp i løpet av året, vil i utgangspunktet ikke få utbetalt nytt tilskudd i 2014. Dersom kommunen har fått 2/3 av fullt tilskudd i 2013 (se avsnittet ovenfor), vil man imidlertid i slike tilfeller få utbetalt den resterende 1/3 i 2014.

### ***Nye søknader i 2013***

Søknadsfrist for nye søknader er 1. mars 2013. Søknader som er datert etter søknadsfrist overføres automatisk til neste år. Dersom søknader overstiger samlet, bevilget beløp vil søknader bli prioritert kronologisk etter oppstartstidspunkt på året. Det gjøres to vesentlige endringer i kriteriene for nye søknader.

- Kommuner med dokumentert oppstart før 1. juli får fullt tilskudd i oppstartsåret. Kommuner med dokumentert oppstart etter 1. juli får 2/3 av fullt tilskudd i oppstartsåret og deretter fullt tilskudd fra det påfølgende året.
- Egne kriterier gjelder for de to største kommunene, Oslo og Bergen. Dersom kapasiteten i oppstartsåret er mindre enn halvparten av det som budsjettmessig er forutsatt, reduseres det totale tilskuddsbeløpet med 1/3. Videre beregnes tilskudd ut fra hvor mange måneder tilbudet vil være i drift i oppstartsåret.

Kommuner som får tilskudd i 2013, men som likevel ikke starter opp i løpet av året, vil i utgangspunktet ikke få utbetalt nytt tilskudd i 2014. Dersom kommunen har fått 2/3 av full tilskudd i 2013 (se avsnittet ovenfor), vil man imidlertid i slike tilfeller få utbetalt den resterende 1/3 i 2014.

Ved å gjøre disse endringene vil tilskuddet i noe større grad være dimensjonert ut fra de faktiske utgiftene i oppstartsåret, samtidig som det frigjøres midler slik at flere kommuner kan starte opp.

I søknadsskjemaet skal kommuner som planlegger gradvis utbygging av tilbudet dokumentere hvordan dette skal gjøres. Dersom kommuner som får tilskudd i 2013 starter med begrenset kapasitet og ikke trapper opp aktiviteten det påfølgende året, kan det være aktuelt å holde igjen deler av tilskuddet i 2014. Dette vil direktoratet vurdere på bakgrunn av de søknader som kommer inn i 2013.

### ***Rapporteringskrav***

Fra 2013 skal kommunene rapportere på ressursbruk gjennom nye funksjoner i KOSTRA.

Helsedirektoratet vil i løpet av høsten 2013 gjennomføre en kontroll av at alle nye kommuner som har søkt om og fått midler i 2013, har startet opp/starter opp tilbudet i løpet av året. Kommuner som har fått midler, men ikke starter opp i løpet av året, vil ikke få utbetalt nytt tilskudd for 2014.

Alle kommuner som har fått tilskudd i 2012 og 2013 skal rapportere noen nøkkeltall for aktivitet. Fram til det er etablert et permanent system for slik rapportering vil Helsedirektoratet, i samarbeid med KS og andre aktører, utarbeide en midlertidig rutine for dette.

### ***Øvrige krav***

Tilskuddsmidlene skal benyttes til formålet. Ubrukte midler kan overføres til neste års budsjett.

## **6.2 Nærmere om finansieringen fra regionale helseforetak/helseforetak**

Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet. Den andre halvparten av midlene overføres fra det regionale helseforetaket/helseforetaket i henhold til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner.

I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument 2013 til de regionale helseforetakene for 2013 kapittel 2 står det: «Tidspunkt for utbetaling av bidrag avtales lokalt eller utbetales når tilbudet starter opp» Dette betyr at finansieringen fra

regionale helseforetak/helseforetak avtales gjennom samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Dersom dette ikke er avtalt her, legges etableringstidspunktet for tilbudet i kommunen til grunn for finanseringen.

Bidraget fra de regionale helseforetakene/helseforetakene utløses uansett ikke før kommunen har søkt om og fått tilsagn om tilskudd fra Helsedirektoratet.

### **6.3 Tilskudd fra Husbanken til etablering av øyeblikkelig hjelp plasser**

Investeringskostnader knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen til heldøgns omsorgsplasser. Tilskuddsordningen kan benyttes av kommuner som ønsker å bygge ut sin kapasitet av heldøgns plasser for ø-hjelps-tilbud så lenge prosjektene for øvrig er i samsvar med ordningens krav, som for eksempel universell utforming, tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt mv.

I prinsippet kan Husbanken også gi tilskudd til å etablere øyeblikkelig hjelp plasser relatert til for eksempel legevakt, så sant de er eiet av en kommune. Plassene må imidlertid tilfredsstillende Husbankens veileder for universell utforming<sup>10</sup>.

Hvis en kommune har spørsmål vedrørende offentlige anskaffelser eller videretildeling, bør kommunen i henhold til Husbankens veileder, avklare disse med jurist i kommunen eller med DIFI eller KS.

### **6.4 Finansiering av medisinsk behandling utenfor sykehus**

Øyeblikkelig hjelp tilbudet som skal etableres i kommunene vil være institusjonsbasert. Utgifter til legemidler og medisinsk utstyr som benyttes under et opphold blir en del av driftskostnadene til institusjonen, og faller inn under kommunens finansieringsansvar. Fram til 2016 vil driftskostnadene bli dekket av tilskuddsordninger jf. kap 6, deretter vil finansiering skje på ordinær måte via skatteinntekter og statlige rammetilskudd (frie inntekter).

### **6.5 Oppholdsbetaling**

I forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester presiseres det at kommunen ikke kan kreve egenandel for opphold i kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, jf. § 1 andre ledd b).

### **6.6 Transportkostnader**

Spørsmål knyttet til transportkostnader vil omtales i senere versjoner av veiledningsmateriellet.

---

<sup>10</sup> Husbankens veileder for universell utforming: Rom for alle – se [www.husbanken.no](http://www.husbanken.no)

## Vedlegg 1: Merknader til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.

### **A: Lovtekst helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp**

*Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.*

*Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide. Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.*

*Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.*

### **B: Merknader til § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp**

Bestemmelsen første og andre ledd viderefører kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 5 og kodifiserer gjeldende rett for sosialtjenestens del, mens tredje og fjerde ledd er nye.

Første ledd innebærer at kommunen har et ansvar for å straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Det er en forutsetning for at kommunen skal yte hjelpen, at kommunen er i stand til å gi en forsvarlig behandling eller annen hjelp som er forsvarlig. Dersom kommunen ikke er i stand til å yte den hjelpen pasienten eller brukeren har behov for, må vedkommende henvises videre til den eller de som er i stand til å gi den hjelpen som er nødvendig. Når det gjelder helsehjelp vil det være en medisinskfaglig vurdering som må ligge til grunn for om kommunen har forutsetninger for å yte hjelpen eller om pasienten må henvises videre. I sistnevnte tilfeller vil pasienten normalt måtte henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Andre ledd er en speiling av spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Kravet om at kommunen skal vite at den alternative hjelpen vil bli ytet, innebærer at den ansvarlige i kommunen må ha fått forsikring om at andre vil yte hjelpen. Det er ikke tilstrekkelig at den ansvarlige antar, tror eller håper at annen hjelp vil bli ytet. Vedkommende i kommunen som er eller har vært i kontakt med pasienten eller brukeren, må subjektivt sett være overbevist om at vedkommende vil motta

øyeblikkelig hjelp av andre. Med «andre» tas særlig sikte på spesialisthelsetjenesten. Men det kan også tenkes andre tjenesteytere, for eksempel tannlege.

I tredje ledd gis kommunen en plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten til å tilby døgnopphold gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen selv har muligheten til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Dette følger allerede av første ledd, men av pedagogiske årsaker blir det gjentatt her. Plikten innebærer altså at pasienter og brukere som kommunen etter første ledd har et ansvar for å tilby øyeblikkelig hjelp, får hjelp også når det er behov for døgnopphold. Kommunen har følgelig en plikt til å sørge for døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp. Omfanget og innholdet av tjenestene, er opp til kommunen selv å bestemme. Hvordan tilbudet er innrettet og omfanget av tilbudet vil være avgjørende i vurderingen av om pasienten eller brukeren kan få en forsvarlig behandling i kommunen eller må henvises videre til andre.

### **C: Utdrag fra Prop. L 91 Kapittel 16 om Øyeblikkelig hjelp**

#### **16.6.1 Plikt for kommunene til å motta og vurdere pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**

”Departementet ønsker å støtte opp under en utvikling hvor kommunene selv mottar og vurderer om pasientene kan få gode helse- og omsorgstilbud i kommunen, eller om pasienten må henvises til spesialisthelsetjenesten. Det er også ønskelig å speile spesialisthelsetjenestens ansvar med en tilsvarende uttrykkelig lovregulering av kommunens ansvar i ny helse- og omsorgstjenestelov.

(...)

Forslaget innebærer at kommunen må sørge for at pasientene mottas for undersøkelse og, om nødvendig, også for behandling eller annen helsehjelp som kommunene selv kan yte. Ved mer eller mindre akutte behov for helsehjelp som ikke krever spesialisthelsetjenestens særskilte kompetanse, er det viktig å fatte raske avgjørelser om pasienten kan få et tilbud i kommunen eller om spesialisthelsetjenesten må oppsøkes. Plikt til å sørge for forsvarlige tjenester er førende for hvordan kommunen velger å organisere sine tjenester slik at pasient og bruker kan få et forsvarlig tilbud om rask vurdering av sitt behov for helse- og omsorgstjenester.

Noen høringsinstanser påpeker at det uklart hva plikten for kommunene til å motta og vurdere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp innebærer. Departementet vil presisere at plikten kun for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I den grad kommunen ikke har etablert et relevant tilbud i form av institusjoner, hjemmetjenester eller kompetanse, må pasientene om nødvendig henvises til spesialisthelsetjenesten. Det vil være en medisinsk faglig vurdering som må ligge til grunn for hvor pasienten kan få en forsvarlig behandling.

Departementet anser at det bør være opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan den best kan løse behovet for raske avklaringer av pasientenes hjelpebehov i de kommunale tjenestene. Det er derfor ikke hensiktsmessig å regulere hvordan kommunen skal innrette seg for å foreta de nødvendige

vurderingene i tide. Imidlertid forutsettes det at vurderingene foretas av kompetent helsefaglig personell. I dag ivaretas funksjonen som regel av legevakten eller fastlegen. Andre eksempler kan være kommunelegen, vakthavende på sykehjem eller skammel -institusjon / intermediære tjenester.”

### **16.6.2 Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp**

”Samhandlingsreformen innebærer at en større del av pasientforløpene foreslås overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Konsekvensen av dette er at kommunene i større grad enn i dag vil måtte foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten.

(...)

For at kommunens nye tilbud skal bli et reelt alternativ til noen av de ikke-planlagte innleggelsene i sykehus og for å sikre at kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp er tilgjengelige utenom ordinær «åpningstid», mener departementet at det er nødvendig med et lovpålegg. Plikten bør speile det ansvaret spesialisthelsetjenesten har for å motta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. En lovfesting av plikten vil gi et tydelig signal om at kommunene skal bidra aktivt til en utvikling hvor flere aktiviteter naturlig organiseres og utføres på lokalt nivå, nær pasienten.

Departementet foreslår å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig helse- og omsorgshjelp. Slike tilbud skal komme i tillegg til, og ikke til erstatning for, lokalsykehus. Disse tilbudene vil derfor normalt rette seg mot pasienter som har behov for øyeblikkelig helsehjelp, men det er likevel ikke til hinder for at brukere som har et mer omsorgsrettet behov også får et tilbud i disse institusjonene.

(...)

Det vil i første omgang være aktuelt at plikten omfatter somatikk, men at det etter hvert vurderes i hvilken grad også psykisk helse og rus skal omfattes.

I avtalene mellom kommunene og regionale helseforetak skal det inngå et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp- tilbudet i kommunene. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp- tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for kommunene, helseforetakene, og ikke minst pasientene. Samtidig unngår man at det opparbeides en dobbeltkapasitet.

(...)

Departementet vil understreke at det følger av lovforslaget § 3-1 femte ledd at kommunen kan yte de lovpålagte tjenestene selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Dette gjelder også for plikten til å ha tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, jf. § 3-5 tredje ledd. For eksempel vil kommunene kunne inngå avtale med et regionalt helseforetak om å yte tjenestene på vegne av kommunen mot kompensasjon. Dette forutsetter en enighet mellom kommunen og det regionale helseforetaket om vilkårene for en slik avtale.

Det understrekes at når kommunene oppretter tilbud om øyeblikkelig hjelp, må inntaksprosedyrene tilpasses hastegraden, for eksempel slik at tilbud om øyeblikkelig hjelp må gis uten ugrunnet opphold og på bakgrunn av en medisinskfaglig vurdering. ”

## Vedlegg 2: Beregningsgrunnlaget for plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er beregnet til å utgjøre 240 000 liggedøgn på landsbasis og det er beregnet hva dette vil utgjøre i totale kostnader basert på en fastsatt døgnpris på 4330 kroner.

Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold er beregnet til 1 048 mill kroner årlig fra 2016 (2012-priser). Tilbudet fullfinansieres gjennom overføring av midler fra helseforetakenes driftsrammer til kommunene. Budsjettmessig forutsettes det at en fjerdedel av kommunene etablerer et tilbud hvert år i perioden 2012-2015. Kommunene som starter opp i løpet av denne fireårsperioden får halvparten som tilskudd fra Helsedirektoratet, og den andre halvparten fra helseforetaket når tilbudet er etablert

Helsedirektoratet har utarbeidet regelverk for sin tilskuddsordning..

Fra 2016 tas det sikte på at midlene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.

KS har på sine nettsider lagt ut illustrasjon av økonomiske rammer knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud:

[Illustrasjon av økonomiske rammer knyttet til Øyeblikkelig hjelp døgntilbud \(Samhandlingsreformen\) - KS](#)

I tabellen under fremkommer hvordan det totale beløpet på 1 048 mill kroner er fordelt per kommune (2012-priser), samt Helsedirektoratets tilskuddsbeløp i 2013. Tilskuddsbeløpene for 2013 er prisjustert fra 2012 med 3,2 prosent. I tabellen fremkommer også antatt liggedøgn pr. kommune som øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal favne.

Kommune	Fordeling av 1 048 mill kroner, totalt (2012-priser)	Helsedirektoratets tilskuddsbeløp i 2013 (alle beløp er prisjustert fra 2012 med 3,2 pst)	Liggedøgn per kommune
0101 Halden	6 681 000	3 447 396	1 543
0104 Moss	6 753 000	3 484 548	1 560
0105 Sarpsborg	11 672 000	6 022 752	2 696
0106 Fredrikstad	16 583 000	8 556 828	3 830
0111 Hvaler	985 000	508 260	227

0118 Aremark	345 000	178 020	80
0119 Marker	857 000	442 212	198
0121 Rømskog	182 000	93 912	42
0122 Trøgstad	1 157 000	597 012	267
0123 Spydeberg	1 156 000	596 496	267
0124 Askim	3 234 000	1 668 744	747
0125 Eidsberg	2 423 000	1 250 268	560
0127 Skiptvet	764 000	394 224	176
0128 Rakkestad	1 739 000	897 324	402
0135 Råde	1 598 000	824 568	369
0136 Rygge	3 162 000	1 631 592	730
0137 Våler	910 000	469 560	210
0138 Hobøl	966 000	498 456	223
0211 Vestby	2 875 000	1 483 500	664
0213 Ski	5 720 000	2 951 520	1 321
0214 Ås	3 321 000	1 713 636	767
0215 Frogn	3 148 000	1 624 368	727
0216 Nesodden	3 491 000	1 801 356	806
0217 Oppegård	5 295 000	2 732 220	1 223
0219 Bærum	24 306 000	12 541 896	5 613
0220 Asker	11 428 000	5 896 848	2 639
0221 Aurskog-Høland	3 209 000	1 655 844	741
0226 Sørumsund	3 035 000	1 566 060	701
0227 Fet	2 124 000	1 095 984	491
0228 Rælingen	3 051 000	1 574 316	705
0229 Enebakk	1 900 000	980 400	439
0230 Lørenskog	6 609 000	3 410 244	1 526
0231 Skedsmo	9 824 000	5 069 184	2 269
0233 Nittedal	4 000 000	2 064 000	924
0234 Gjerdrum	1 117 000	576 372	258
0235 Ullensaker	5 613 000	2 896 308	1 296
0236 Nes	4 007 000	2 067 612	925
0237 Eidsvoll	4 365 000	2 252 340	1 008
0238 Nannestad	2 144 000	1 106 304	495
0239 Hurdal	641 000	330 756	148
0301 Oslo	115 329 000	59 509 764	26 635
0402 Kongsvinger	4 092 000	2 111 472	945
0403 Hamar	6 984 000	3 603 744	1 613
0412 Ringsaker	7 384 000	3 810 144	1 705
0415 Løten	1 709 000	881 844	395
0417 Stange	4 436 000	2 288 976	1 024
0418 Nord-Odal	1 295 000	668 220	299
0419 Sør-Odal	1 815 000	936 540	419
0420 Eidskog	1 604 000	827 664	370



0423 Grue	1 367 000	705 372	316
0425 Åsnes	2 083 000	1 074 828	481
0426 Våler	1 031 000	531 996	238
0427 Elverum	4 566 000	2 356 056	1 055
0428 Trysil	1 769 000	912 804	409
0429 Åmot	1 067 000	550 572	246
0430 Stor-Elvdal	700 000	361 200	162
0432 Rendalen	564 000	291 024	130
0434 Engerdal	373 000	192 468	86
0436 Tolga	403 000	207 948	93
0437 Tynset	1 278 000	659 448	295
0438 Alvdal	595 000	307 020	137
0439 Folldal	426 000	219 816	98
0441 Os	486 000	250 776	112
0501 Lillehammer	6 131 000	3 163 596	1 416
0502 Gjøvik	6 634 000	3 423 144	1 532
0511 Dovre	721 000	372 036	167
0512 Lesja	551 000	284 316	127
0513 Skjåk	583 000	300 828	135
0514 Lom	598 000	308 568	138
0515 Vågå	957 000	493 812	221
0516 Nord-Fron	1 395 000	719 820	322
0517 Sel	1 512 000	780 192	349
0519 Sør-Fron	811 000	418 476	187
0520 Ringebu	1 135 000	585 660	262
0521 Øyer	1 150 000	593 400	266
0522 Gausdal	1 509 000	778 644	348
0528 Østre Toten	3 526 000	1 819 416	814
0529 Vestre Toten	2 962 000	1 528 392	684
0532 Jevnaker	1 429 000	737 364	330
0533 Lunner	1 850 000	954 600	427
0534 Gran	3 150 000	1 625 400	727
0536 Søndre Land	1 384 000	714 144	320
0538 Nordre Land	1 669 000	861 204	385
0540 Sør-Aurdal	805 000	415 380	186
0541 Etnedal	368 000	189 888	85
0542 Nord-Aurdal	1 518 000	783 288	351
0543 Vestre Slidre	541 000	279 156	125
0544 Øystre Slidre	746 000	384 936	172
0545 Vang	397 000	204 852	92
0602 Drammen	13 739 000	7 089 324	3 173
0604 Kongsberg	5 468 000	2 821 488	1 263
0605 Ringerike	6 732 000	3 473 712	1 555
0612 Hole	1 313 000	677 508	303

0615 Flå	278 000	143 448	64
0616 Nes	874 000	450 984	202
0617 Gol	1 077 000	555 732	249
0618 Hemsedal	439 000	226 524	101
0619 Ål	1 133 000	584 628	262
0620 Hol	1 057 000	545 412	244
0621 Sigdal	892 000	460 272	206
0622 Krødsherad	517 000	266 772	119
0623 Modum	2 982 000	1 538 712	689
0624 Øvre Eiker	3 724 000	1 921 584	860
0625 Nedre Eiker	4 594 000	2 370 504	1 061
0626 Lier	4 865 000	2 510 340	1 124
0627 Røyken	3 713 000	1 915 908	858
0628 Hurum	2 025 000	1 044 900	468
0631 Flesberg	617 000	318 372	142
0632 Rollag	371 000	191 436	86
0633 Nore og Uvdal	646 000	333 336	149
0701 Horten	5 767 000	2 975 772	1 332
0702 Holmestrand	2 289 000	1 181 124	529
0704 Tønsberg	8 887 000	4 585 692	2 052
0706 Sandefjord	9 745 000	5 028 420	2 251
0709 Larvik	9 831 000	5 072 796	2 270
0711 Svelvik	1 406 000	725 496	325
0713 Sande	1 795 000	926 220	415
0714 Hof	683 000	352 428	158
0716 Re	1 760 000	908 160	406
0719 Andebu	1 107 000	571 212	256
0720 Stokke	2 225 000	1 148 100	514
0722 Nøtterøy	4 742 000	2 446 872	1 095
0723 Tjøme	1 094 000	564 504	253
0728 Lardal	564 000	291 024	130
0805 Porsgrunn	7 868 000	4 059 888	1 817
0806 Skien	11 554 000	5 961 864	2 668
0807 Notodden	3 075 000	1 586 700	710
0811 Siljan	514 000	265 224	119
0814 Bamble	3 034 000	1 565 544	701
0815 Kragerø	2 536 000	1 308 576	586
0817 Drangedal	1 026 000	529 416	237
0819 Nome	1 603 000	827 148	370
0821 Bø	1 255 000	647 580	290
0822 Sauherad	1 005 000	518 580	232
0826 Tinn	1 535 000	792 060	355
0827 Hjartdal	427 000	220 332	99
0828 Seljord	735 000	379 260	170

0829 Kviteseid	632 000	326 112	146
0830 Nissedal	330 000	170 280	76
0831 Fyresdal	317 000	163 572	73
0833 Tokke	596 000	307 536	138
0834 Vinje	851 000	439 116	197
0901 Risør	1 649 000	850 884	381
0904 Grimstad	4 185 000	2 159 460	967
0906 Arendal	9 205 000	4 749 780	2 126
0911 Gjerstad	566 000	292 056	131
0912 Vegårshei	431 000	222 396	100
0914 Tvedestrand	1 397 000	720 852	323
0919 Froland	1 013 000	522 708	234
0926 Lillesand	2 057 000	1 061 412	475
0928 Birkenes	944 000	487 104	218
0929 Åmli	430 000	221 880	99
0935 Iveland	260 000	134 160	60
0937 Evje og Hornnes	788 000	406 608	182
0938 Bygland	298 000	153 768	69
0940 Valle	305 000	157 380	70
0941 Bykle	183 000	94 428	42
1001 Kristiansand	16 881 000	8 710 596	3 899
1002 Mandal	3 218 000	1 660 488	743
1003 Farsund	2 123 000	1 095 468	490
1004 Flekkefjord	2 138 000	1 103 208	494
1014 Vennesla	2 703 000	1 394 748	624
1017 Songdalen	1 150 000	593 400	266
1018 Søgne	2 105 000	1 086 180	486
1021 Marnardal	489 000	252 324	113
1026 Åseral	193 000	99 588	45
1027 Audnedal	357 000	184 212	82
1029 Lindesnes	1 039 000	536 124	240
1032 Lyngdal	1 611 000	831 276	372
1034 Hægebostad	346 000	178 536	80
1037 Kvinesdal	1 282 000	661 512	296
1046 Sirdal	413 000	213 108	95
1101 Eigersund	2 989 000	1 542 324	690
1102 Sandnes	12 291 000	6 342 156	2 839
1103 Stavanger	24 344 000	12 561 504	5 622
1106 Haugesund	7 262 000	3 747 192	1 677
1111 Sokndal	769 000	396 804	178
1112 Lund	690 000	356 040	159
1114 Bjerkreim	545 000	281 220	126
1119 Hå	3 191 000	1 646 556	737
1120 Klepp	3 092 000	1 595 472	714

1121 Time	3 111 000	1 605 276	718
1122 Gjesdal	1 789 000	923 124	413
1124 Sola	4 252 000	2 194 032	982
1127 Randaberg	1 873 000	966 468	433
1129 Forsand	254 000	131 064	59
1130 Strand	2 280 000	1 176 480	527
1133 Hjelmeland	630 000	325 080	145
1134 Suldal	921 000	475 236	213
1135 Sauda	1 176 000	606 816	272
1141 Finnøy	676 000	348 816	156
1142 Rennesøy	788 000	406 608	182
1144 Kvitsøy	130 000	67 080	30
1145 Bokn	195 000	100 620	45
1146 Tysvær	1 995 000	1 029 420	461
1149 Karmøy	8 107 000	4 183 212	1 872
1151 Utsira	52 000	26 832	12
1160 Vindafjord	1 867 000	963 372	431
1201 Bergen	53 644 000	27 680 304	12 389
1211 Etne	930 000	479 880	215
1216 Sveio	1 061 000	547 476	245
1219 Bømlo	2 395 000	1 235 820	553
1221 Stord	3 536 000	1 824 576	817
1222 Fitjar	626 000	323 016	145
1223 Tysnes	732 000	377 712	169
1224 Kvinnherad	3 036 000	1 566 576	701
1227 Jondal	280 000	144 480	65
1228 Odda	1 802 000	929 832	416
1231 Ullensvang	868 000	447 888	200
1232 Eidfjord	225 000	116 100	52
1233 Ulvik	299 000	154 284	69
1234 Granvin	245 000	126 420	57
1235 Voss	3 387 000	1 747 692	782
1238 Kvam	2 079 000	1 072 764	480
1241 Fusa	919 000	474 204	212
1242 Samnanger	557 000	287 412	129
1243 Os	3 311 000	1 708 476	765
1244 Austevoll	994 000	512 904	230
1245 Sund	1 226 000	632 616	283
1246 Fjell	3 951 000	2 038 716	912
1247 Askøy	4 795 000	2 474 220	1 107
1251 Vaksdal	1 074 000	554 184	248
1252 Modalen	81 000	41 796	19
1253 Osterøy	1 665 000	859 140	385
1256 Meland	1 283 000	662 028	296

1259 Øygarden	907 000	468 012	209
1260 Radøy	1 094 000	564 504	253
1263 Lindås	3 012 000	1 554 192	696
1264 Austrheim	612 000	315 792	141
1265 Fedje	164 000	84 624	38
1266 Masfjorden	438 000	226 008	101
1401 Flora	2 369 000	1 222 404	547
1411 Gulen	569 000	293 604	131
1412 Solund	229 000	118 164	53
1413 Hyllestad	381 000	196 596	88
1416 Høyanger	1 042 000	537 672	241
1417 Vik	756 000	390 096	175
1418 Balestrand	322 000	166 152	74
1419 Leikanger	518 000	267 288	120
1420 Sogndal	1 527 000	787 932	353
1421 Aurland	409 000	211 044	94
1422 Lærdal	536 000	276 576	124
1424 Årdal	1 377 000	710 532	318
1426 Luster	1 217 000	627 972	281
1428 Askvoll	802 000	413 832	185
1429 Fjaler	694 000	358 104	160
1430 Gaular	662 000	341 592	153
1431 Jølster	690 000	356 040	159
1432 Førde	2 239 000	1 155 324	517
1433 Naustdal	607 000	313 212	140
1438 Bremanger	1 030 000	531 480	238
1439 Vågsøy	1 442 000	744 072	333
1441 Selje	703 000	362 748	162
1443 Eid	1 277 000	658 932	295
1444 Hornindal	291 000	150 156	67
1445 Gloppen	1 422 000	733 752	328
1449 Stryn	1 588 000	819 408	367
1502 Molde	5 596 000	2 887 536	1 292
1504 Ålesund	9 252 000	4 774 032	2 137
1505 Kristiansund	5 197 000	2 681 652	1 200
1511 Vanylven	887 000	457 692	205
1514 Sande	646 000	333 336	149
1515 Herøy	1 928 000	994 848	445
1516 Ulstein	1 525 000	786 900	352
1517 Hareid	1 081 000	557 796	250
1519 Volda	1 950 000	1 006 200	450
1520 Ørsta	2 413 000	1 245 108	557
1523 Ørskog	503 000	259 548	116
1524 Norddal	448 000	231 168	103

1525 Stranda	1 127 000	581 532	260
1526 Stordal	241 000	124 356	56
1528 Sykkylven	1 688 000	871 008	390
1529 Skodje	805 000	415 380	186
1531 Sula	1 734 000	894 744	400
1532 Giske	1 495 000	771 420	345
1534 Haram	2 079 000	1 072 764	480
1535 Vestnes	1 480 000	763 680	342
1539 Rauma	1 842 000	950 472	425
1543 Nesset	739 000	381 324	171
1545 Midsund	479 000	247 164	111
1546 Sandøy	335 000	172 860	77
1547 Aukra	747 000	385 452	173
1548 Fræna	2 008 000	1 036 128	464
1551 Eide	734 000	378 744	170
1554 Averøy	1 282 000	661 512	296
1557 Gjemnes	611 000	315 276	141
1560 Tingvoll	792 000	408 672	183
1563 Sunndal	1 751 000	903 516	404
1566 Surnadal	1 430 000	737 880	330
1567 Rindal	541 000	279 156	125
1571 Halså	441 000	227 556	102
1573 Smøla	569 000	293 604	131
1576 Aure	890 000	459 240	206
1601 Trondheim	34 237 000	17 666 292	7 907
1612 Hemne	995 000	513 420	230
1613 Snillfjord	253 000	130 548	58
1617 Hitra	1 018 000	525 288	235
1620 Frøya	1 013 000	522 708	234
1621 Ørland	1 150 000	593 400	266
1622 Agdenes	455 000	234 780	105
1624 Rissa	1 529 000	788 964	353
1627 Bjugn	1 134 000	585 144	262
1630 Åfjord	837 000	431 892	193
1632 Roan	274 000	141 384	63
1633 Osen	288 000	148 608	67
1634 Oppdal	1 559 000	804 444	360
1635 Rennebu	677 000	349 332	156
1636 Meldal	1 028 000	530 448	237
1638 Orkdal	2 503 000	1 291 548	578
1640 Røros	1 374 000	708 984	317
1644 Holtålen	544 000	280 704	126
1648 Midtre Gauldal	1 420 000	732 720	328
1653 Melhus	3 073 000	1 585 668	710

1657 Skaun	1 344 000	693 504	310
1662 Klæbu	1 033 000	533 028	239
1663 Malvik	2 365 000	1 220 340	546
1664 Selbu	1 009 000	520 644	233
1665 Tydal	231 000	119 196	53
1702 Steinkjer	4 953 000	2 555 748	1 144
1703 Namsos	2 783 000	1 436 028	643
1711 Meråker	650 000	335 400	150
1714 Stjørdal	4 540 000	2 342 640	1 048
1717 Frosta	601 000	310 116	139
1718 Leksvik	830 000	428 280	192
1719 Levanger	4 032 000	2 080 512	931
1721 Verdal	3 084 000	1 591 344	712
1724 Verran	686 000	353 976	158
1725 Namdalseid	442 000	228 072	102
1736 Snåsa	552 000	284 832	127
1738 Lierne	361 000	186 276	83
1739 Røyrvik	125 000	64 500	29
1740 Namsskogan	249 000	128 484	58
1742 Grong	609 000	314 244	141
1743 Høylandet	314 000	162 024	73
1744 Overhalla	829 000	427 764	191
1748 Fosnes	177 000	91 332	41
1749 Flatanger	285 000	147 060	66
1750 Vikna	900 000	464 400	208
1751 Nærøy	1 202 000	620 232	278
1755 Leka	166 000	85 656	38
1756 Inderøy	1 502 000	775 032	347
1804 Bodø	9 502 000	4 903 032	2 194
1805 Narvik	4 272 000	2 204 352	987
1811 Bindal	439 000	226 524	101
1812 Sømna	487 000	251 292	112
1813 Brønnøy	1 681 000	867 396	388
1815 Vega	316 000	163 056	73
1816 Vevelstad	128 000	66 048	30
1818 Herøy	414 000	213 624	96
1820 Alstahaug	1 581 000	815 796	365
1822 Leirfjord	513 000	264 708	118
1824 Vefsn	3 090 000	1 594 440	714
1825 Grane	379 000	195 564	88
1826 Hattfjelldal	375 000	193 500	87
1827 Dønna	354 000	182 664	82
1828 Nesna	414 000	213 624	96
1832 Hemnes	1 125 000	580 500	260

1833 Rana	5 745 000	2 964 420	1 327
1834 Lurøy	479 000	247 164	111
1835 Træna	108 000	55 728	25
1836 Rødøy	311 000	160 476	72
1837 Meløy	1 562 000	805 992	361
1838 Gildeskål	540 000	278 640	125
1839 Beiarn	310 000	159 960	72
1840 Saltdal	1 116 000	575 856	258
1841 Fauske	2 235 000	1 153 260	516
1845 Sørfold	516 000	266 256	119
1848 Steigen	672 000	346 752	155
1849 Hamarøy	471 000	243 036	109
1850 Tysfjord	502 000	259 032	116
1851 Lødingen	603 000	311 148	139
1852 Tjeldsund	366 000	188 856	85
1853 Evenes	361 000	186 276	83
1854 Ballangen	683 000	352 428	158
1856 Røst	136 000	70 176	31
1857 Værøy	176 000	90 816	41
1859 Flakstad	356 000	183 696	82
1860 Vestvågøy	2 475 000	1 277 100	572
1865 Vågan	2 068 000	1 067 088	478
1866 Hadsel	1 897 000	978 852	438
1867 Bø	796 000	410 736	184
1868 Øksnes	1 024 000	528 384	236
1870 Sortland	2 093 000	1 079 988	483
1871 Andøy	1 261 000	650 676	291
1874 Moskenes	299 000	154 284	69
1901 Harstad	5 117 000	2 640 372	1 182
1902 Tromsø	12 618 000	6 510 888	2 914
1911 Kvæfjord	695 000	358 620	161
1913 Skånland	738 000	380 808	170
1915 Bjarkøy	136 000	70 176	31
1917 lbestad	437 000	225 492	101
1919 Gratangen	306 000	157 896	71
1920 Lavangen	274 000	141 384	63
1922 Bardu	869 000	448 404	201
1923 Salangen	499 000	257 484	115
1924 Målselv	1 469 000	758 004	339
1925 Sørreisa	740 000	381 840	171
1926 Dyrøy	331 000	170 796	76
1927 Tranøy	417 000	215 172	96
1928 Torsken	254 000	131 064	59
1929 Berg	239 000	123 324	55



1931 Lenvik	2 475 000	1 277 100	572
1933 Balsfjord	1 368 000	705 888	316
1936 Karlsøy	604 000	311 664	139
1938 Lyngen	767 000	395 772	177
1939 Storfjord	422 000	217 752	97
1940 Kåfjord	549 000	283 284	127
1941 Skjervøy	644 000	332 304	149
1942 Nordreisa	1 097 000	566 052	253
1943 Kvænangen	333 000	171 828	77
2002 Vardø	527 000	271 932	122
2003 Vadsø	1 236 000	637 776	285
2004 Hammerfest	1 970 000	1 016 520	455
2011 Kautokeino	575 000	296 700	133
2012 Alta	3 508 000	1 810 128	810
2014 Loppa	295 000	152 220	68
2015 Hasvik	232 000	119 712	54
2017 Kvalsund	268 000	138 288	62
2018 Måsøy	316 000	163 056	73
2019 Nordkapp	723 000	373 068	167
2020 Porsanger	883 000	455 628	204
2021 Karasjok	576 000	297 216	133
2022 Lebesby	317 000	163 572	73
2023 Gamvik	239 000	123 324	55
2024 Berlevåg	258 000	133 128	60
2025 Tana	667 000	344 172	154
2027 Nesseby	236 000	121 776	55
2028 Båtsfjord	426 000	219 816	98
2030 Sør-Varanger	2 061 000	1 063 476	476
<b>Sum</b>	<b>1 048 000</b>		<b>242 032</b>

## 7 Referanser

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.

Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). LOV-2001-05-18-24.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 1999-07-02-61.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24-30.

Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDDPDFS.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/16246070/PDFS/PRP201020110091000DDDPDFS.pdf)

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2000-04-14-328.

Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften). FOR-2007-12-07-1389.

Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap. FOR-2000-12-20-1556.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. FOR 2005-03-18-252.

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. FOR-2011-11-18-1115.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. FOR-2011-12-16-1349

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. [FOR-1997-02-27-358](#)

Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Meld. St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf)

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet: mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Oslo: Departementet og KS; 2007. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/upload/HOD/Rammeavtale.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Rammeavtale.pdf)

Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: [www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf)

Veileder i organisering av samarbeid mellom helseforetak og kommuner om elektronisk samhandling. Oslo: KS og Nasjonal IKT; 2010. Tilgjengelig fra: [www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Veileder\\_elektronisk\\_samhandling\\_KS\\_NIKT\\_v2.pdf](http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Veileder_elektronisk_samhandling_KS_NIKT_v2.pdf)

Helsetjenester til syke eldre: rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin; 2011. Tilgjengelig fra: [www.nsd.mn.no/filarkiv/File/Eksterne\\_rapporter/110124Rapport\\_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf](http://www.nsd.mn.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf)

....Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for forbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Sider/default.aspx)

Lokalmedisinske tjenester [nettside]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 27 nov 2011; lest feb 2012]. Tilgjengelig fra: [helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/lokalmedisinske-tjenester/Sider/default.aspx](http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/lokalmedisinske-tjenester/Sider/default.aspx)

Veien frem til helhetlig pasientforløp [nettside]. Trondheim: Norsk Helsenett [lest feb 2012]. Tilgjengelig fra: [www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep](http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep)



**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

