

Vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene

*Utredningsoppdrag for KS – FoU-prosjekt nr. 184007
Av Oslo Economics og Først og Høverstad
OE-rapport nr. 2019-9*

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Om Fürst og Høverstad

Fürst og Høverstad utvikler planleggings- og styringssystemer, hjelper offentlig forvaltning med å tilpasse organisasjonen og ledelsen til nye utfordringer og analyserer og utvikler tjenester, effektiviserer ressursbruken og sikrer tilgang til styringsinformasjon.

Fürst og Høverstad er et konsulentmiljø med spisskompetanse på ledelse, planlegging og økonomistyring i offentlig sektor. Vi tilbyr innsikt og analyser basert på lang erfaring og en sterk faglig kompetanse.

Vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene

OE-rapport nr. 2019-9

© Oslo Economics, 7. februar 2019

Kontaktperson:

Marit Svensgaard / Partner

msv@osloeconomics.no, Tel. 982 63 985

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	5
1. Oppdrag	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Mandat	8
1.3 Leseveiledning	9
2. Metode og informasjonsgrunnlag	10
2.1 Litteraturstudier	10
2.2 Innledende intervjuer	10
2.3 Spørreundersøkelse	10
2.4 Deskriptiv statistisk analyse	11
2.5 Oppfølgende dybdeintervjuer med kommuner	12
2.6 SWOT-analyse	12
2.7 Referansegruppemøter	13
2.8 Fokuskonferanse	13
3. Krav til kommunal beredskap innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene	15
3.1 Hovedfunn	15
3.2 Beredskap innen helse, pleie og omsorg	16
3.3 Akuttberedskap i barnevernet	20
3.4 Krisesentertilbud	21
3.5 Tilknytning til andre enheters beredskapsoppgaver	22
4. Legevaktberedskap	24
4.1 Hovedfunn	24
4.2 Organisering av legevakt	25
4.3 Kostnader ved legevaktberedskap	26
4.4 Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller	28
4.5 Faktorer som påvirker organisering av legevaktberedskap	31
5. Kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser)	34
5.1 Hovedfunn	34
5.2 Organisering av KAD-tilbudet	35
5.3 Kostnader ved KAD-plasser	37
5.4 Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller	37
5.5 Faktorer som påvirker organisering av KAD-tilbudet	39
6. Mottak av trygghetsalarmer	43
6.1 Hovedfunn	43
6.2 Organisering av mottak av trygghetsalarmer	44

6.3	Kostnader ved mottak av trygghetsalarmer	45
6.4	Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller	45
6.5	Faktorer som påvirker organisering av mottak av trygghetsalarmer	47
7.	Intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter	49
8.	Akuttberedskap i barnevernet	50
8.1	Hovedfunn	50
8.2	Organisering	51
8.3	Kostnader ved akuttberedskapen i barnevernet	52
8.4	Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller	54
8.5	Faktorer som påvirker organisering av akuttberedskap i barnevernet	56
8.6	Kommuner uten en formalisert akuttberedskap i barnevernet	58
9.	Krisesentertilbud	60
9.1	Hovedfunn	60
9.2	Organisering av krisesenterberedskapen	60
9.3	Kostnader ved krisesentertilbud	61
9.4	Faktorer som påvirker organisering av krisesenterberedskap	63
10.	Muligheter for samordning og samhandling mellom vakt- og beredskapsordningene	64
10.1	Hovedfunn	64
10.2	Muligheter for samordning	64
10.3	Potensial for samhandling	65
11.	Oppsummering og konklusjoner	70
	Referanser	73
	Vedlegg	75
V1:	Utforming av spørreundersøkelse	75
V2:	Utvalg av kommuner til dybdeintervjuer	80
V3:	Utforming av intervjuguider til dybdeintervjuer	81

Sammendrag og konklusjoner

I denne rapporten drøftes kommunenes oppgaver for legevakt, kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser), trygghetsalarmer, beredskap til å ta imot utskrivningsklare pasienter, akuttberedskap i barnevernet utenom ordinær kontortid og krisesentertilbud. Formålet med oppdraget har vært å dokumentere utviklingen i omfanget av kommunenes beredskapsoppgaver innenfor helse-, omsorgs- og barnevernområdet, å utrede kostnader kommunene har til disse oppgavene samt å gi eksempler på ressurseffektiv organisering og samarbeid mellom de ulike beredskapsoppgavene.

Utvikling i krav til vakt- og beredskapsordningene

Innenfor de fleste områdene er kravene og forventningene til vakt- og beredskapsordninger skjerpet de siste årene. De viktigste endringene er:

- Strengere kompetansekrav til leger som deltar i legevakt og operatører av legevaktssentralene
- Krav om at alle kommuner skal ha akutte døgnplasser (KAD-plasser) for somatiske pasienter og pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer
- Kortere liggetider og raskere utskrivning fra sykehus gjør at kommunene må ta imot dårligere pasienter – eller betale for «overliggerdøgn» på sykehus
- Krav om en formalisert akuttberedskap i barnevernet
- Krav om at kommunene må ha et krisesentertilbud til sine innbyggere

Økning og skjerping av beredskapskravene gjør at mange kommuner har utfordringer med kapasiteten og kompetansen i sine tjenester.

Kostnader

Beredskap har betydelige kostnader, og kostnadene for de ulike vakt- og beredskapsordningene varierer mellom kommunene. Dette tyder på forskjeller i kostnadseffektivitet. Variasjon i kostnader henger også sammen med stordriftsfordeler: Store kommuner og kommuner som deltar i et interkommunalt samarbeid har lavere kostnader enn mindre kommuner som organiserer beredskapen på egen hånd. Dette er særlig tydelig for legevaktstjenester. Små kommuner med egen legevakt uten samarbeid med andre kommuner, har i gjennomsnitt kostnader per innbygger som er flere ganger høyere enn i større kommuner og i kommuner som samarbeider med andre om legevakt.

Organisering for å sikre ressurseffektive ordninger innenfor dagens lovkrav

Det finnes ikke én modell for organisering av beredskapen som fremstår som hensiktsmessig for alle kommuner. Kommunene organiserer seg ulikt for å levere beredskapsoppgavene. Hovedskillet går mellom kommuner som organiserer seg gjennom interkommunale samarbeid og kommuner som har beredskapsoppgavene i egen regi uten samarbeid. Hvilken modell som er mest hensiktsmessig avhenger av ulike faktorer i den enkelte kommunen og i nabokommunen. De viktigste faktorene som påvirker hvilken modell som er mest hensiktsmessig er driftsøkonomi, geografiske avstander (lang reisevei/utrykningstid), kapasitet og kompetanse til å sikre beredskap i henhold til kravene.

I svært mange kommuner fremstår interkommunalt samarbeid som fordelaktig for organisering av et flertall av beredskapsordningene. Dette gjelder spesielt legevakt, mottak av trygghetsalarmer, akuttberedskap i barnevernet og krisesenter. Interkommunalt samarbeid i disse beredskapsordningene gir kommunene en stabil og robust tjeneste ved å samle kapasitet og kompetanse, og fremstår som ressurseffektivt.

Når det gjelder KAD-plasser, kan kommuner som har god kapasitet og kompetanse i egne institusjoner organisere tilbudet i egen regi. KAD-plasser er ressurskrevende og behovet for å bruke disse plassene kan variere. Drift i egen regi åpner for en mer fleksibel bruk av plassene og bidrar til bedre utnyttelse av kompetansen og plassene. For mindre kommuner som typisk mangler kapasitet og kompetanse er det vanskelig å utnytte slike fordeler.

Utfordringer for små og spredtbygde kommuner

Generelt har små kommuner med store geografiske avstander de største utfordringene. For disse kommunene er det vanskelig å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for beredskapsoppgavene. Utfordringene kan i utgangspunktet løses gjennom interkommunalt samarbeid. For noen kommuner vil geografiske avstander, utfordrende reiseveier og/eller mangel på kompetanse og kapasitet i nabokommunen imidlertid føre til at et samarbeid er vanskelig eller ikke mulig å etablere. Disse kommunene får store utgifter og problemer med å sikre kompetansen for å oppfylle beredskapskravene. Ettersom små kommuner i tillegg ofte har få saker som krever akutt respons, oppleves beredskapskravene som kostbare.

Kommunene opplever at nye krav og forventninger skaper enda større utfordringer, særlig kommuner som i utgangspunktet allerede har vansker med å rekruttere fagpersonell innen de aktuelle tjenestene. Spesielt de nye kompetanse- og bemanningskravene i akuttmedisinforskriften og kravet om formalisert beredskap i barnevernet representerer en utfordring.

Muligheter for helhetlig beredskap på tvers av vakt- og beredskapsordninger og andre instanser

Krav og forventninger stilles separat for de ulike vakt- og beredskapsoppgavene. Dette medfører at det ikke er fokus på den samlede utfordringen kommunene står overfor. Muligheter for å organisere effektiv og helhetlig beredskap på tvers av ordninger er avhengig av at det er synergier å hente. Synergier kan realiseres hvis det finnes overlappende krav til kapasitet og kompetanse i ulike vakt- og beredskapsordninger.

Muligheter til å **samordne** vakt- og beredskapsordninger på tvers av helse-, omsorgs- og barnevernstjenester er begrenset: De ulike ordningene stiller krav til ulik kompetanse. En samordnet enhet kan således bare fungere hvis den disponerer fagpersoner med kompetanse som dekker alle kompetanseområdene innen helse, omsorg og barnevern. Det er vanskelig å se at en samorganisering som er basert på de samme fagressursene som trengs i dag kan bidra til store besparelser. Vi har imidlertid sett et potensial for mer **samhandling** (kontakt og kommunikasjon mellom ulike enheter) på tvers av vakt- og beredskapsordningene innenfor helse-, omsorgs- og barnevernsområdet, og med andre instanser i kommunen.

For beredskap i helse-, og omsorgstjenestene ligger potensialet særlig i samlokalisering eller fysisk nærhet mellom legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp og intermedicærplasser og funksjoner fra spesialisthelsetjenesten (f.eks. i et helsehus, lokal- eller distriktmedisinsk senter). Kommunene opplever imidlertid samhandlingen med spesialisthelsetjenesten svært ulikt. De fleste kommunene erfarer at sykehusene skriver ut pasienter uten å ta hensyn til kommunens kapasitet og kompetanse til å ta imot pasienter som fortsatt trenger omfattende behandling og oppfølging.

For barnevernet er politi, legevakt og andre helsetjenester viktige samhandlingspartnere. Politi og helsetjenester vil ofte være først ute til å oppdage akutte problemer hvor barnevernet må involveres. God kommunikasjon mellom disse instansene er derfor viktig for å komme tidlig inn i saker om vold og overgrep. I de fleste kommunene virker det som om kommunikasjonen mellom barnevernet og andre instanser fungerer godt. Det er imidlertid flere som opplever at samarbeidet kan forbedres.

Når det gjelder *krisesentrene*, viser rapporten at mange kommuner mangler kjennskap til hvilke problemstillinger og brukergrupper krisesentrene håndterer. Denne mangelen gjør at kommunen i

liten grad kan utvikle forebyggende tiltak for å fange opp krisesentrenes brukergrupper. Kommuner med lite kontakt med krisesenteret og lite kjennskap til problemstillingene og brukergruppene, bør etablere kanaler for jevnlig kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom administrativ ledelse, krisesentrene og andre aktuelle kommunale tjenester i kommunen.

1. Oppdrag

Våren 2018 igangsatte KS en utredning av kommunenes ressursbruk, utfordringer og muligheter i forbindelse med økte forventninger til vakt- og beredskapsordninger på helse-, omsorgs- og barnevernsområdet. Oslo Economics og Først og Høverstad har gjennomført utredningen. Denne rapporten dokumenterer funnene i utredningen.

Vi takker for samarbeidet med KS underveis i prosjektet, herunder særlig fagansvarlig Anne Jensen som har fulgt prosjektet fra start til slutt. Vi takker også kommunene og Rådmannsutvalget i Finnmark (referansegruppen for prosjektet) som gjennom deltakelse på intervjuer, spørreundersøkelse, fokuskonferanse og møter har gitt innspill og bidratt til informasjonsinnhenting i prosjektet.

1.1 Bakgrunn

Det stilles en rekke krav til kommunenes vakt- og beredskapsordninger innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene. Over tid har kravene blitt skjerpet, og kommunene møter økte forventninger til innholdet i beredskapen. Kombinert med begrensede budsjetter, til dels små befolkningsgrunnlag og spredt bosetting er det krevende for en del kommuner å oppfylle kravene.

Kommunene har ulike forutsetninger og utgangspunkt for å møte og oppfylle kravene. Dette medfører at de velger ulike prinsipielle tilpasninger for organisering av vakt- og beredskapsordningene innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene:

- Organisere vakt- og beredskapsordningene på egen hånd internt i kommunen
- Opprette samarbeid med én eller flere andre kommuner, for eksempel:
 - Interkommunalt samarbeid med en vertskommune
 - Interkommunale selskap (IKS)
 - Avtaler om deling av beredskapsansvaret mellom kommunene
- Opprette samarbeid med andre instanser
 - Lokale instanser, som f.eks. lokalt brannvesen
 - Statlige instanser, som f.eks. sykehus og politi
- Kombinasjoner av de ovennevnte elementene

For innbyggerne er kvalitet og nærhet til beredskapen viktig for trygghet og forutsigbarhet når det haster med å få hjelp. For kommunene medfører det å oppfylle kravene både organisatoriske, administrative og økonomiske utfordringer.

1.2 Mandat

Mandatet for utredningen har vært å dokumentere utviklingen i omfanget av oppgaver samt å utrede hvilke kostnader kommunene har i forbindelse med vakt- og beredskapsordningene innen helse-, omsorgs- og barnevernsområdet. I tillegg skal utredningen gi eksempler på organisering av vakt- og beredskapsordningene, samarbeid innad i kommunene, mellom kommuner og mellom kommuner og ulike statlige instanser.

Det er fire hovedelementer som utgjør mandatet for utredningen:

1. Dokumentere utviklingen i kravene til vakt- og beredskapsordninger på helse-, omsorgs- og barnevernsområdet i kommunene
2. Kartlegge kommunenes organisering av vakt- og beredskapsordningene og kostnader ved disse

3. Utrede fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller og faktorer som påvirker kommunenes tilpasninger til kravene
4. Vurdere hvordan en ressurseffektiv ordning innenfor dagens lovkrav ser ut og muligheter for å organisere en mer helhetlig beredskap

Avgrensninger

Utredningen er avgrenset til å omhandle kommunenes beredskapsoppgaver innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenesten. Det betyr at kartlegging av beredskap innen brann- og redningstjenesten, spesialisthelsetjenestens ansvar for akutt hjelp og ambulansetjenesten og politiets bistandsoppgaver ikke er omfattet av utredningen. På flere områder ivaretas kommunenes beredskapsoppgaver i de aktuelle sektorene imidlertid i nær kontakt med andre beredskapsorganer, og i mange sammenhenger er kommunene avhengig av god samhandling. Vi har derfor også belyst hvordan kommunikasjon og samhandling mellom kommunenes helse-, omsorgs- og barnevernsberedskap og andre beredskapsordninger fungerer og hvordan god samhandling eventuelt kan bidra til at kommuner bedre ivaretar sine beredskapsoppgaver innen helse, omsorg og barnevern.

En del av oppdraget har vært å belyse utfordringer til kommuner med store geografiske avstander og et begrenset antall innbyggere. Dette karakteriserer flere kommuner i Finnmark, og Rådmannsutvalget i Finnmark har i tillegg vært referansegruppe for oppdraget. I deler av utredningen har det derfor vært rettet et ekstra fokus mot kommuner i Finnmark.

1.3 Leseveiledning

Rapporten er bygget opp på følgende måte for å svare ut de fire hovedelementene i mandatet:

- I kapittel 2 beskriver vi metoder og informasjonsgrunnlag i utredningen
- I kapittel 3 dokumenterer vi krav og forventninger til kommunenes vakt- og beredskapsordninger innen helse-, omsorgs- og barnevernsområdet og hvordan dette har utviklet seg de siste årene (hovedelement 1 i mandatet).
- Kapitlene 4-9 presenterer analysen av organisering og kostnader (hovedelement 2 i mandatet) samt fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller og faktorer som påvirker kommunenes tilpasninger til kravene (hovedelement 3 i mandatet), for hver av de vakt- og beredskapsordningene rapporten omfatter:¹
 - Legevaktberedskap (kapittel 4)
 - Kommunale akutte døgnplasser (kapittel 5)
 - Mottak av trygghetsalarmer (kapittel 6)
 - Intermedicærplasser for utskrivningsklare pasienter (kapittel 7)
 - Akuttberedskap i barnevernet (kapittel 8)
 - Krisesentertilbud (kapittel 9)
- I kapittel 10 diskuterer vi muligheter for samhandling og samorganisering av vakt- og beredskapsordninger på tvers av helse-, omsorgs- og barnevernsområdet med tanke på å kunne tilby en mer helhetlig beredskap.

¹ På noen områder var det enkelte aspekter det ikke var relevant å analysere eller som ikke er inkludert grunnet begrenset informasjon. Dette gjelder særlig kapitlene om intermedicærplasser for utskrivningsklare pasienter og krisesentertilbud. Disse kapitlene følger en litt annen struktur enn kapittel 4, 5, 6 og 8.

2. Metode og informasjonsgrunnlag

I utredningen har vi besvart hovedelementene i mandatet gjennom en metodetriangulering med bruk av ulike metoder og et bredt data- og informasjonsgrunnlag. I dette kapittelet oppsummerer vi kort metodene og data- og informasjonsgrunnlaget.

2.1 Litteraturstudier

Vi har gjennomgått sentral litteratur på området for å kartlegge krav og forventninger til vakt- og beredskapsordninger. Litteraturstudien har gitt en oversikt over kravene til vakt- og beredskapsordningene, og har fungert som en innledning til arbeidet med rapporten. Særlig relevant litteratur er lover, forskrifter, retningslinjer og særavtaler, samt eventuelle tolkninger av lovkrav fra departementer og direktorater. I tillegg har vi gjennomgått veiledere og håndbøker på området utgitt av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Krav og forventninger til vakt- og beredskapsordninger er beskrevet kapittel 3, med henvisning til litteraturen. Fullstendig referanseliste er vedlagt rapporten.

2.2 Innledende intervjuer

Som et supplement til litteraturstudien ble det gjennomført innledende intervjuer med et utvalg myndighetsaktører på området, samt tre kommuner:

- Barne- og likestillingsdepartementet
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Helsedirektoratet
- Steinkjer kommune
- Marker kommune
- Gausdal kommune

Formålet med de innledende intervjuene var å innhente kunnskap og erfaringer om utviklingen av omfanget av oppgaver innen vakt- og beredskapsordningene i praksis. I intervjuene med departement og direktorater var fokuset rettet mot sentralt innhold i lover, forskrifter og retningslinjer og tolkninger og forståelse av dette. Det har også vært et tema å diskutere utviklingen av omfanget av oppgaver for kommunene og sentrale organers erfaringer fra deres kontakt ut mot kommunene.

I intervjuene med de utvalgte kommunene var fokuset rettet mot kommunenes forståelse av regelverket og deres opplevelse av utviklingen av omfanget av oppgavene i praksis. Kommunene til de innledende intervjuene ble valgt ut i samarbeid med oppdragsgiver, med mål om å nå kommuner med relevante erfaringer og kunnskap.

2.3 Spørreundersøkelse

En viktig kilde til informasjon i utredningen har vært en nettbasert spørreundersøkelse med spørsmål om henholdsvis legevaksordningen, beredskap i pleie- og omsorgstjenestene og akuttberedskap i barnevernstjenesten. Formålet med spørreundersøkelsen var å innhente informasjon om organisering og samarbeidsformer for vakt- og beredskapsordningene, og om hvilke kostnader som er knyttet til disse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i verktøyet Questback, med invitasjon til relevante deltakere i et utvalg kommuner via e-post.

Spørreundersøkelsen er utformet på bakgrunn av litteraturstudien og de innledende intervjuene. Spørsmålene er testet og kvalitetssikret i samtaler med de tre kommunene som deltok i innledende intervjuene og i samarbeid med KS.

For å sikre høyest mulig deltakelse på spørreundersøkelsen ble undersøkelsen sendt ut til relevante kontaktpersoner for hvert av de ulike tjenesteområdene legevakt, pleie og omsorg og barnevern. I noen kommuner var det rådmannen som mottok invitasjonen, i mangel av opplysninger om e-postadresser til andre kontaktpersoner i kommunen. Alle mottakere ble anmodet om å videresende undersøkelsen til rette vedkommende dersom det var andre personer som var mer egnet til å besvare undersøkelsens ulike deler. Invitasjonen til spørreundersøkelsen inkluderte et invitasjonsbrev fra KS med anmodning om å delta på undersøkelsen.

Undersøkelsen ble sendt ut til respondenter i totalt 106 kommuner. Spørreundersøkelsen bestod av tre separate deler (antall svar = N):

1. Spørsmål om legevaktordningen (N=59 svar)
2. Spørsmål om beredskapsordninger i pleie- og omsorgstjenestene (N=56 svar)
3. Spørsmål om beredskapsordningen i barnevernstjenesten (N=60 svar)

Utvalget av kommuner som ble invitert til undersøkelsen besto av alle kommuner i Finnmark, de tre kommunene som deltok på innledende intervjuer samt et tilfeldig trukket utvalg kommuner blant resten av landets kommuner.

Utvalget i undersøkelsen dekker kommuner med et bredt spekter av karakteristika. Isolert sett indikerer dette at vi har benyttet data for et representativt utvalg av landets kommuner. Samtidig utgjør antallet kommuner i utvalget under 15 prosent av alle landets kommuner, og det kan være noe systematikk i hvilke kommuner som ikke har respondert på invitasjonen til å delta. Beregningene som baserer seg på data fra undersøkelsen må derfor tolkes med forsiktighet, ettersom vi ikke kan være sikre på representativitet for landets kommuner i sin helhet.

Beregningene som presenteres i rapporten, for eksempel om andeler eller gjennomsnittlige kostnader, gjelder spesifikt for kommunene som har deltatt i undersøkelsen hvis ikke annet er oppgitt. Hvorvidt de samme beregningene også er gyldige for kommuner som ikke har deltatt i undersøkelsen er vanskelig å fastslå. Dette er særlig viktig for beregninger som gjelder undergrupper i utvalget, for eksempel når vi bryter utvalget ned i grupper etter kommunestørrelse (under 5 000 innbyggere, mellom 5 000 og 20 000 innbyggere og over 20 000 innbyggere). Antallet kommuner i hver undergruppe av utvalget kan være lite og forskjeller mellom ulike undergrupper bør derfor også tolkes med en del varsomhet.

I utredningen har vi vært bevisste på begrensningene i datamaterialet. Vi har kvalitetssikret og forankret funnene fra spørreundersøkelsen gjennom oppfølgende dybdeintervjuer og gjennom en fokuskonferanse med kommunerepresentanter (se avsnitt 2.5 og avsnitt 2.8).

Vedlegg V1 viser spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen.

2.4 Deskriptiv statistisk analyse

Svar fra spørreundersøkelsen er analysert gjennom deskriptiv statistikk. Her oppsummeres og kvantifiseres funn fra undersøkelsen. For eksempel viser vi hvor mange kommuner som tilhører ulike organiseringsformer for vaktordninger og hvilke kostnader som oppstår for kommunene.

Vi bruker også data fra andre kilder (SSB og Bufdir) for å beskrive hvordan kommuner organiserer vaktordningene, og for å etablere sammenheng mellom for eksempel kommunestørrelse og organisering av vaktordningene. Fra SSB bruker vi offentlig tilgjengelig kommunestatistikk på følgende:

- Antall innbyggere i ulike aldersgrupper (SSB Tabell 11805)
- Statistikk for krisesenter (SSB Tabell 11678 og Tabell 12130)

I tillegg har Bufdir gitt tilgang til grunnlagsdata fra en undersøkelse om krisesentertilbudet basert på innrapportering fra krisesentrene og kommunene.²

2.5 Oppfølgende dybdeintervjuer med kommuner

Etter gjennomføringen av spørreundersøkelsen ble 20 kommuner valgt ut til oppfølgende dybdeintervjuer. Hensikten med dybdeintervjuene var å kvalitetssikre informasjonen fra spørreundersøkelsen og å oppnå dypere forståelse av hvilke valg og muligheter kommunene står overfor ved organisering av beredskapsoppgavene.

I intervjuene ble kommunene bedt om å vurdere fordeler, ulemper, muligheter og begrensninger ved de løsningene de har valgt. Informasjonen fra dybdeintervjuene ble benyttet til å analysere ulike case for organiseringen av vakt- og beredskapsordningene, og hvordan dette varierte med ulike kommunekaraktistika.

De 20 kommunene som ble valgt ut dekker samlet sett et bredt spekter langs flere dimensjoner: De har valgt ulike måter å organisere beredskapsoppgavene på, og de representerer ulike geografiske områder som dekker totalt 12 fylker (Østfold, Hedmark, Oppland, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Trøndelag, Nordland og Finnmark). Videre varierer kommunene i størrelse, fra 744 innbyggere i Værøy kommune til omtrent 90 000 innbyggere i Kristiansand kommune. Kommunene varierer også etter areal og grad av spredt bosetning, samt om de har et sykehus lokalisert i egen kommune eller om det er lang avstand til spesialisthelsetjenestens funksjoner.

Vedlegg V2 viser hvilke kommuner som deltok i dybdeintervjuene og vedlegg V3 viser den veiledende intervjuguiden som ble benyttet i intervjuene.

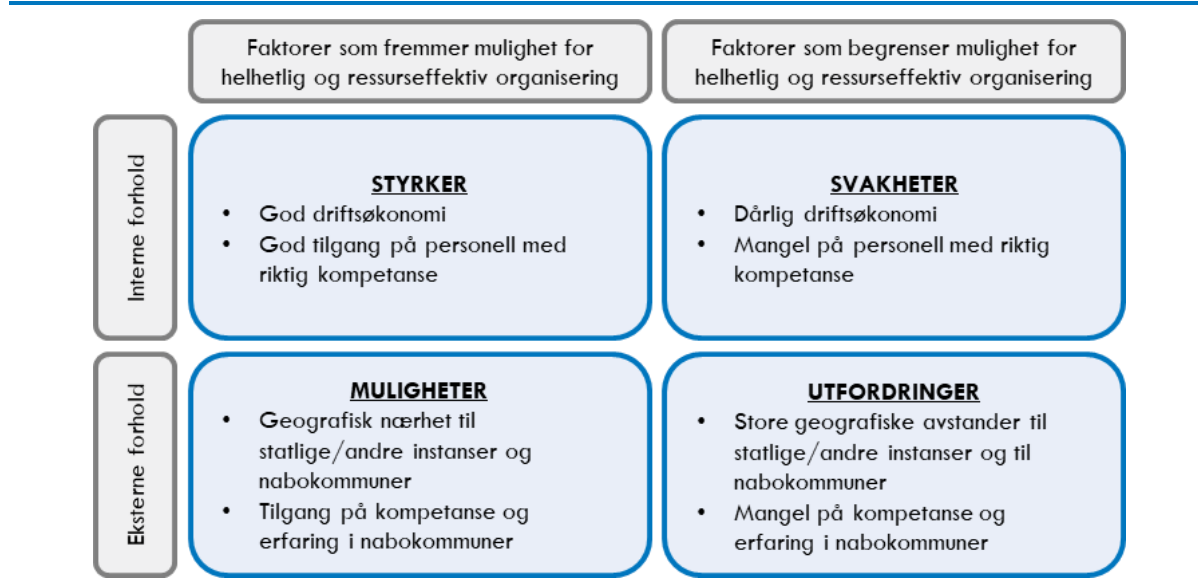
2.6 SWOT-analyse

Vi bruker en tilpasset form av en SWOT-analyse for å analysere uavhengige faktorer eller karakteristika ved kommunene som påvirker valg av organisering av vakt- og beredskapsordningene. Forkortelsen i SWOT står for; S (strengths) = styrker, W (weaknesses) = svakheter, O (opportunities) = muligheter, T (threats) = trusler/utfordringer. Rammeverket innebærer å systematisere styrker, svakheter, muligheter og utfordringer som kan påvirke en bestemt utvikling eller et bestemt valg for en aktør (her kommuner). Disse faktorene kan forstås som kommunenes forutsetninger for valg av organisering av vakt- og beredskapsordningene.

Det tilpassede analytiske rammeverket for SWOT-analysene er illustrert i Figur 2-1:

² Vi takker Seniorrådgiver i Bufdir Line Lindsetmo for tilgang til disse dataene.

Figur 2-1: Tilpasset rammeverk for SWOT-analyse (eksempel)



I denne sammenheng forstås *styrker* som faktorer som fremmer kommunenes evne til å tilby mer helhetlige og ressurseffektive vakt- og beredskapsordninger, mens *svakheter* er faktorer som bidrar til å begrense disse evnene. Felles for styrker og svakheter er at det er knyttet til interne faktorer som gjelder den enkelte kommune, spesielt også forhold som kommunene i mer eller mindre grad kan påvirke.

Videre står ulike kommuner (små, mellomstore og store) overfor ulike *muligheter* og møter ulike *utfordringer* i arbeidet med å oppfylle krav til vakt- og beredskapsordninger. Mulighetene og utfordringene påvirkes av eksterne faktorer. Med eksterne faktorer menes faktorer utenfor kommunen, spesielt også forhold som kommunene ikke selv kan påvirke, men som de er prisgitt og må forholde seg til.

2.7 Referansegruppemøter

Rådmannsutvalget i Finnmark har vært referansegruppe i prosjektet. Referansegruppen ble involvert kort tid etter oppstart gjennom en videokonferanse, med fremleggelse av hovedelementene i oppdraget. Referansegruppen ble videre involvert gjennom et møte mot slutten av oppdraget. I dette møtet var fokus på hovedfunn i analysen. Møtet ble avholdt i forbindelse med fokuskonferanse i prosjektet (se avsnitt 2.8).

2.8 Fokuskonferanse

Som en del av utredningen er det gjennomført en fokuskonferanse i Lakselv i Porsanger kommune. Av praktiske hensyn og gitt et fokus rettet mot små og spredtbygde kommuner, ble et utvalg kommuner i Finnmark invitert til å delta på fokuskonferansen. Det deltok representanter fra helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene fra følgende kommuner:

- Alta kommune
- Loppa kommune
- Nesseby kommune
- Nordkapp kommune
- Porsanger kommune
- Tana kommune

På fokuskonferansen deltok også representanter fra Rådmannsutvalget i Finnmark (referansegruppen). I tillegg deltok tre representanter fra oppdragsgiver KS.

På fokuskonferansen ble utredningens resultater og funn fremlagt, og det ble gjennomført plenumsdiskusjoner der deltakerne fikk anledning til å komme med innspill og kommentarer. Fokuskonferansen har bidratt til kvalitetssikring av resultatene i prosjektet. Bidragene som kom frem under fokuskonferansen inngår som en del av det totale informasjonsgrunnlaget og analysene, og er innarbeidet i den foreliggende rapporten.

3. Krav til kommunal beredskap innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene

Det stilles en rekke krav til kommunale vakt- og beredskapsordninger innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene. I dette kapittelet beskriver vi de mest sentrale kravene knyttet til vakt- og beredskapsordningene som vi analyserer i denne rapporten, og de viktigste endringene i kravene de seneste årene.

3.1 Hovedfunn

Mange av kravene til vakt- og beredskapsordningene er nedfelt i lover og forskrifter. Andre krav følger av lovfortolkninger eller andre uttalelser fra myndighetene, eller kommer til uttrykk i særavtaler eller i veiledningsmateriell. De siste årene er krav fra lover og forskrifter skjerpet. Et eksempel er revidering av akuttmedisinforskriften i 2018 som stiller økte krav til kompetanse og bemanning for leger i legevakt. Lovfortolkninger og uttalelser fra myndighetene har også bidratt til å øke forventningene til de kommunale vakt- og beredskapsordningene innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har for eksempel fastslått at barnevernets beredskap utenom ordinær kontortid må være formalisert.

Figur 3-1 viser en samlet oversikt over kravene som stilles til de kommunale vakt- og beredskapsordningene som omfattes av denne rapporten, og hvordan disse har utviklet seg de siste ti årene.

Figur 3-1: Samlet oversikt over utviklingen i krav til kommunale vakt- og beredskapsordninger innen helse, pleie og omsorg, barnevern og krisesenter

Krisesenter	2010: Kommuner må ha et krisesenter-tilbud (krisesenterloven)	2015: Veileder fra Bufdir om krisesenter og samordning med andre tjenester	2017: Forskrift presiserer at kommunen er ansvarlig for den fysiske tryggheten i krisesenter-tilbudet				
	2014: Barnevernet må ha tilstrekkelig beredskap utenom kontortid (BLD)		2016: En bakvaktordning for akuttberedskapen i barnevernet må være formalisert (Bufdir)	2017: Håndbok om akuttberedskap i barnevernet tydeliggjør krav og bidrar til økte forventninger			
Barnevern							
Helse, pleie og omsorg	2012-2015: Øremerkede tilskudd bygger opp KAD-plasser. Lege som jobber i KAD bør være spesialist i allmenmedisin.	2015: Ny akuttmedisinforskrift	2016: Alle kommuner skal ha KAD-plasser til pasienter med somatiske sykdommer.	2017: KAD-plasser skal være tilgjengelige for pasienter psykiske helse- og rusmiddelproblemer	2018: Revidering av akuttmedisinforskriften. Krav om fagutdanning, klinisk praksis og tilleggsopplæring for operatører av legevaktsentral	2020: Økte kompetansekrav for legevaktlege (spesialisering erfaring). Krav om bakvakt hvis kompetansekrav ikke er oppfylt.	2021: Krav om kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for leger og helsepersonell

Samlet sett møter kommunene en betydelig økning i kravene som stilles. Kravene stilles separat for de ulike vakt- og beredskapsoppgavene, og ikke på et helhetlig eller koordinert nivå. Dette medfører at det sjeldent er fokus på den samlede utfordringen kommunene står overfor når de skal utføre de ulike vakt- og beredskapsoppgavene.

3.2 Beredskap innen helse, pleie og omsorg

På et overordnet nivå fastslår Helseberedskapsloven (2000) at kommunene plikter å utarbeide en beredskapsplan for helse- og sosialtjenestene.³ Kommunenes beredskapsplaner skal ta utgangspunkt i lokale risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). En gjennomgang av beredskapsplanene for ca. 15 kommuner viser at disse i liten grad omtaler den «daglige» beredskapen i de ulike helse-, omsorgs- og sosialtjenestene. Planene skisserer i all hovedsak ansvarlinjer, organisering og varslingsrutiner ved store ulykker og katastrofer.

Videre fastsetter Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) i §3-2 kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Loven pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer blant annet at kommunen skal tilby legevakt, heldøgns medisinske akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging. Kommunene har i henhold til §3-5 også plikt til å stille med øyeblikkelig hjelp fra helse- og omsorgstjenestene «når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig».

I de følgende avsnittene beskriver vi nærmere krav og forventninger til legevakt, kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser) og intermedicærplasser for utskrivningsklare pasienter.

3.2.1 Legevakt

Utover Helse- og omsorgstjenesteloven som fastsetter kommunens ansvar for å tilby legevakt, presiserer akuttmedisinforskriften (2015)⁴ at kommunen skal tilby en legevaktordning som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp. Forskriften stiller eksplisitte krav til bemanning og kompetanse i legevakttjenesten. Kravene til legevaktberedskapen har økt de siste årene. De viktigste utviklingstrekkene er oppsummert i Figur 3-2:

Figur 3-2: Viktige endringer i krav til legevakt



Den nye akuttmedisinforskriften trådte i kraft 1.5.2015. I henhold til forskriften må kommunen sørge for at minst én lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet:

- Vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp.

³ Jf. Lov om helsemessig og sosial beredskap, § 1-1, Forskrift om kommunal beredskapsplikt. Helsedirektoratet har også utarbeidet en veileder for helsemessig og sosial beredskap rettet mot kommunene (Rettleiar om helse- og sosialberedskap i kommunane, 2009).

⁴ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste mv. av 20.03.2015

- Diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk, og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt til spesialisthelsetjenesten.
- Yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Akuttmedisinforordningen ble revidert i 2018. Fra og med 1.5.2018 er det krav om at operatører av kommunale legevaktssentraler skal ha relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

Forskriften stiller også flere krav knyttet til kompetanse og erfaring blant legene i legevakt som må være oppfylt innen 1.1.2020 (Helsedirektoratet, 2018).⁵ Dette innebærer at:

- Leger som har vakt alene må enten være spesialist i allmenntilleggsopplæring eller ha gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen (cand. med. eller norsk autorisasjon).
- Legen må ha gjennomført 40 legevakter eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Hvis en lege på vakt ikke oppfyller kravene, må legevakten ha en bakvakt som oppfyller kravene. Bakvakten må kunne rykke ut når det er nødvendig.⁶

I tillegg fastsetter akuttmedisinforordningen at leger og helsepersonell i legevakt må ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering innen 1.5.2021.

Akuttmedisinforordningen øker dermed kravene til kompetanse og bemanning av legevakt. Kommunene kan søke tilskudd for å finansiere kravene i forskriften (Helsedirektoratet, 2018), herunder kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, bakvakt der vaktlegen ikke oppfyller kompetansekravene og lønnsdifferanse knyttet til å styrke kompetansen blant nye operatører i legevaktssentraler.

I utgangspunktet er alle fastleger i kommunene pliktige til å delta i kommunal eller interkommunal legevakt. Forskriften om fastlegeordning i kommunene (2012) gir imidlertid noen leger (over 60 år, gravide og ammende) rett til å bli fritatt fra deltakelse i legevakt. Kommuner kan også fritta leger fra legevakt dersom legen ber om dette av «helsemessige eller viktige sosiale grunner». I slike vurderinger skal det tas særlig hensyn til leger over 55 år.⁷ Rett til å gi fritak fra deltakelse i legevakt er i seg selv ikke et økt krav til legevaktberedskapen, men kan føre til at noen kommuner har vanskeligere forutsetninger for å oppfylle kravene. Dette diskuteres i kapittel 4.

I tillegg til lover og forskrifter beskrevet over, stiller *avtaleverket mellom KS og Den norske legeforening* krav til organisering og bemanning av legevakten i kommunene. Kommunelegeavtalen (KS, 2018)⁸ inneholder bestemmelser om blant annet legevakt utenom legekontorenes/fastlegenes ordinære åpningstid. Avtalen normerer hvor mange leger det normalt bør være i legevaktssentralen, avhengig av belastningen på legevakten. Legevaktene plasseres i ulike vaktklasser avhengig av gjennomsnittlig antall minutter aktivt arbeid per klokke time vakt. Det er totalt fire vaktklasser.⁹ Avtalen forutsetter ulike prinsipper for organisering av legevakten i vaktklassene, avhengig av behovet for «aktivt arbeid» i vakttiden:

⁵ I april 2018 ble det besluttet å utvide overgangsordningen i akuttmedisinforordningen for krav til grunnkompetanse for leger som kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, fra 1.5.2018 til 1.1.2020.

⁶ Plikten til å rykke ut omfatter ikke bakvaktlege ansatt i «hovedlegevaktssentral» i forbindelse med pilotprosjekt som skal gjennomføres på legevaktfeltet.

⁷ Fritak fra legevakt er regulert både i fastlegeforskriften (Forskrift om fastlegeordning i kommunene) §13 og SFS 2305 (tariffavtalen SFS 2305) §7 punkt 7.2. Tariffavtalen går noe lenger enn fastlegeforskriften i å gi legen fritak.

⁸ Kommunelegeavtalen (SFS 2305) mellom KS og Den norske legeforening

⁹ Antall minutter aktivt arbeid i gjennomsnitt per klokke time vakt er i vaktklasse 1 0-10 minutter, i vaktklasse 2 11-25 minutter, i vaktklasse 3 26-45 minutter og i vaktklasse 4 over 45 minutter.

- Vaktklassene 1, 2 og 3 skal som hovedregel organiseres med en *hjemmevaktordning*. Hjemmevakt innebærer at legen på vakt kan oppholde seg hjemme, men skal rykke ut til pasienten eller til et legekantor ved behov.
- Vaktklasse 4 og vakter i interkommunale legevaktsentraler i tidsrommet kl. 23-08 skal ha *tilstedevakt*.¹⁰ Tilstedevakt innebærer at legen på vakt fysisk er på en legevaktstasjon, som kan være samlokalisert med andre tjenester (for eksempel i et helsehus eller et lokal- eller distriktsmedisinsk senter).¹¹

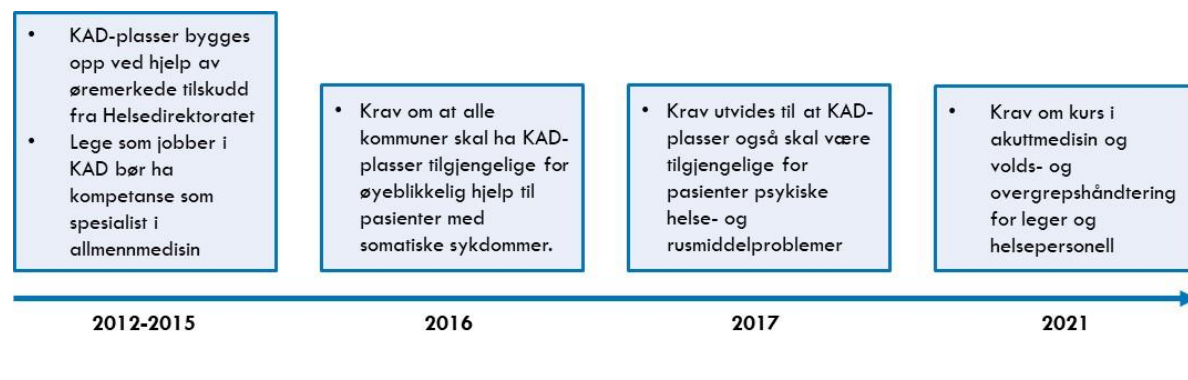
3.2.2 Kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser)

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-5 har kommunen ansvar for øyeblikkelig hjelp. I tillegg til legevakt innebærer dette også at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Denne plikten gjelder for pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Fra 2012 til 2015 ble tilbudet om døgnplasser for øyeblikkelig hjelp bygget opp ved hjelp av øremerkede tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette dreier seg om kommunale akutt-plasser (KAD-plasser) for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp utover det legevakten kan tilby, men som har behov som ikke krever akuttinnleggelse (ø-hjelp) i spesialisthelsetjenesten (en sykehusenhet). Hensikten er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. I alt valgte 365 kommuner å opprette slike KAD-plasser.

De siste årene er det innført nye krav til KAD-plasser. De viktigste utviklingstrekkene er oppsummert i Figur 3-3:

Figur 3-3: Viktige endringer i krav til KAD-plasser



Figuren viser at det etter oppbyggingen i perioden 2012-2015 kom to nye krav til KAD-tilbudet i henholdsvis 2016 og 2017:

- Fra 1.1.2016 stiller Forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud (2015)¹² krav om at alle kommuner skal ha KAD-plasser tilgjengelige for øyeblikkelig hjelp til pasienter med somatiske sykdommer. Samtidig ble det tidligere øremerkede statstilskuddet innlemmet i statens rammetilskudd til kommunene.

¹⁰ Jf. Kommunelegeavtalen (SFS 2305) §8.2 og §9.

¹¹ En kommune eller samarbeidende kommuner kan bestemme at legen skal være tilstede i legevaktsentral eller lignende i hele eller deler av vakt-døgnet. I henhold til SF2305 (§8-2) forutsettes det at dette kun er aktuelt i vakt-distrikter med relativt stor pågang (vaktklasse 3) og hvor minst 10 leger deltar.

¹² Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud av 13.11.2015.

- Fra 1.1.2017 gjelder kravet også for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Bakgrunnen for å innføre plikten for personer som har psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer er at denne gruppen ikke skal diskrimineres, men ha lik tilgang til helsetjenester når det haster.

I tillegg til forskriften presiseres kravene i veiledningsmaterieell fra Helsedirektoratet (2016).¹³

Kommunene står fritt i hvordan de velger å organisere KAD-plassene, men det stilles flere krav til selve innretningen av tilbudet. Kommunenes øyeblikkelige hjelp døgntilbud skal være bedre eller like godt for pasienten som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten, og det skal etableres med den allmenmedisinske og øvrige kompetansen som finnes i kommunen (Helsedirektoratet, 2018). Videre må kommunene sikre at KAD-plassene har døgnkontinuerlig sykepleiedekning og tilgang til lege. Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (Norsk forening for allmenmedisin, 2014) presiserer at leger som jobber i KAD bør ha kompetanse som spesialist i allmenmedisin og at tilbudet som et minimum bør sikre pasientene en daglig visitt fra lege.

I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §6-1 er kommunene pliktig til å inngå samarbeidsavtale med regionale helseforetak. Denne avtalen skal blant annet beskrive kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, inkludert tilbudet som gis til pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet, 2016).

3.2.3 Trygghetsalarmer

En trygghetsalarm er et hjelpetiltak til personer som kan ha behov for å tilkalle hjelp fra hjemmesykepleien. Trygghetsalarm kan være ett av flere tiltak som er nødvendig for at syke eldre kan bli boende hjemme.

Trygghetsalarm er ikke en lovpålagt tjeneste, men når det som en responstjeneste¹⁴ tilbys som ledd i kommunens helse- og omsorgstjenester gjelder Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og annet regelverk som regulerer helsetjenester (Helsedirektoratet, 2016).

Selv om trygghetsalarmer ikke er en lovpålagt tjeneste, møter kommunene anbefalinger fra sentrale myndigheter som en del av utviklingen på velferdsteknologiområdet. I 2014 anbefalte Helsedirektoratet kommunene å starte overgangen fra analoge til digitale trygghetsalarmer, og at kommunene inkluderer mobile digitale trygghetsalarmer i sitt tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2016). I Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området (2014) fremkommer det at trygghetsalarmer anses i utgangspunktet å være en kritisk velferdsteknologisk løsning.

3.2.4 Intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) stiller krav til innhold i samarbeidsavtalen mellom kommuner med regionale helseforetak. Avtalen skal blant annet inkludere retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning fra institusjon innen spesialisthelsetjenesten.

Når kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester i etterkant av utskrivning, kan dette skje på ulike måter. Tilbudet kan innebære et korttidsopphold på en sykehjemsavdeling, i hjemmet, i en rehabiliteringsenhet eller i «øremerkede» plasser for utskrivningsklare pasienter.

Øremerkede intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter er ikke en lovpålagt tjeneste. Til tross for at tjenesten ikke er lovpålagt, tilsier en utvikling med kortere liggetider i og raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten at forventningene til kommunenes ansvar for å ta imot

¹³ Helsedirektoratet (01.04.2016), *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Veiledningsmaterieell*, Rapport IS-0440

¹⁴ En responstjeneste defineres som en tjeneste som tar imot, vurderer, dokumenterer og responderer på varsler fra velferdsteknologiske løsninger som tjenestemottakeren benytter (Helsedirektoratet, 2016).

utskrivningsklare pasienter i praksis har økt. Kommunene må ta imot pasienter som spesialisthelsetjenesten har definert som ferdigbehandlede, men som likevel kan ha store behov for helse- og omsorgstjenester innenfor rammen av hva kommunen kan tilby.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) fastslår at kommunen fra første dag er ansvarlig for å dekke utgifter til utskrivningsklare pasienter. Dette betyr at kommunene må betale en pris per liggedøgn til helseforetakene for pasienter som blir værende i spesialisthelsetjenesten. I 2018 er prisen per liggedøgn 4 747 kroner. Betalingsordningen er også nedfelt i Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011).

3.3 Akuttberedskap i barnevernet

I NOU 2016:16 om ny barnevernlov ble det foreslått å lovfeste et krav om akuttberedskap i barnevernet i barnevernloven. Dette forslaget er foreløpig ikke implementert. Dagens barnevernlov inneholder ikke et eksplisitt krav om døgntilgjengelig beredskap i lovteksten.

Krav til akuttberedskapen i barnevernet kommer derimot til uttrykk gjennom lovfortolkninger fra myndighetene som tilsier at kommunene må ha en *formalisert ordning* for akuttberedskap i barnevernstjenesten utenom vanlig kontortid. Dette er en lovfortolkning som gir økte forventninger og stiller tydeligere krav til akuttberedskap i barnevernet.

I Figur 3-4 har vi oppsummert de viktigste utviklingstrekkene i krav til akuttberedskap i barnevernet de siste årene:

Figur 3-4: Viktige endringer i krav til akuttberedskapen i barnevernet



I 2014 sendte Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) ut et brev til fylkesmennene, der det slås fast at barnevernet må ha tilstrekkelig beredskap utenom barnevernets kontortid for å sikre at barn med behov for øyeblikkelig hjelp får bistand (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014).¹⁵ I brevet viser departementet til den nasjonale Alarmtelefonen for barn og unge (116 111) som tar imot akutte henvendelser fra hele landet utenom barnevernstjenestenes åpningstid. Det understrekes at alarmtelefonen er avhengig av å kunne kontakte lokale beredskapsordninger. Dette krever at kommunene har tilstrekkelig beredskap for å håndtere henvendelser og for å kunne gi nødvendig hjelp også utenom ordinær kontortid.

I 2016 skrev Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) til Fylkesmannen i Sogn og Fjordane at en bakvaktordning må være formalisert (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016).¹⁶ Det ble understreket at noen må ha ansvaret for å bidra med barnevernstjenestens kompetanse og ansvar for å kunne samarbeide med andre hjelpeinstanser dersom det oppstår en alvorlig situasjon utenfor kontortid. Det ble presisert at en ordning som baserer seg på at

¹⁵ Brev fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet til fylkesmennene datert 20.06.2014.

¹⁶ Brev fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet til Fylkesmannen i Sogn og Fjordane datert 11.06.2016.

barnevernsledere eller -ansatte kan kontaktes på private telefonnummer i krisesituasjoner, ikke anses som en forsvarlig organisering av barnevernstjenestenes akuttberedskap.

Både departementets brev til fylkesmennene og Bufdirs svar til Fylkesmannen i Sogn og Fjordane må anses som autoritative tolkninger av barnevernlovens krav om å «sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid» (barnevernloven § 1). Det betyr at departementet og Bufdir forutsetter at barnevernet må ha en *formalisert ordning* for akuttberedskap i barnevernstjenesten med kvalifisert personale er satt i et system. Det stilles imidlertid ikke gjennom disse uttalelsene eksplisitte krav om hvordan akuttberedskapen skal organiseres.

Kravene til akuttberedskap i barnevernet er tydeliggjort i en håndbok om akuttberedskap i kommunalt barnevern som Bufdir sendte til fylkesmennene i november 2017.¹⁷ Håndboken er utarbeidet i samarbeid med 5 fylkesmannsembeter og beskriver krav «til forsvarlige tjenester», inkludert beredskap hele døgnet. I håndboken skisseres også ulike former for organisering av akuttberedskapen, hvor det også fremgår at direktoratet anbefaler en vertskommunemodell. Dette er en modell mange kommuner har etablert for både barnevernstjenesten og akuttberedskapen i barnevernet i dag. I håndboken presiseres det også at kommunene ikke har anledning til å etablere en akuttberedskap i regi av private tiltak. Dette fordi akuttberedskapen i barnevernet anses som en del av offentlig myndighetsutøvelse som ikke kan overlates til private aktører. Håndboken er ikke en ny regulering, men bidrar til økte forventninger til innholdet i akuttberedskapen i barnevernet.

3.4 Krisesentertilbud

Krisesenterloven (2009) som trådte i kraft i 2010 stiller krav om at kommunen skal sørge for et krisesentertilbud som skal kunne benyttes av kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for veiledning og et trygt, midlertidig botilbud. Tilbudet skal ifølge loven omfatte et botilbud, dagtilbud, telefontilbud og oppfølging i reetableringsfasen. Botilbud til kvinner og menn skal være fysisk adskilt. Tilbudet skal også være tilrettelagt for brukernes individuelle behov, og det skal samordnes med hjelp fra andre tjenester. Loven fastslår at det er kommunens ansvar å sørge for at krisesentertilbudet er samordnet med andre tjenester i kommunen, slik at brukerne får et helhetlig tilbud og oppfølging.

Kravene til krisesentertilbudet har vært relativt stabile siden innføring av krisesenterloven i 2009, med unntak av noen presiseringer i forskrift og anbefalinger. Disse fremstår som mindre «økninger» i kravene og forventningene til krisesentertilbudet. Utviklingstrekkene er oppsummert i Figur 3-5:

¹⁷ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2017); Håndbok om akuttberedskap i kommunalt barnevern

Figur 3-5: Viktige endringer i krav til krisesentertilbud



Gjennom Forskrift om fysisk sikkerhet i krisesentertilbudet (2017) presiseres det at kommunen er ansvarlig for den fysiske tryggheten i krisesentertilbudet. Med fysisk sikkerhet menes tiltak som forhindrer eller forsinkes at uvedkommende tar seg inn i lokalet. Dette omfatter også tiltak innendørs på krisesenteret for å sikre brukere og ansatte, særlig med tanke på brukere som kan utgjøre en risiko. Kommunen har i tillegg et særskilt ansvar for at krisesenteret og de ansatte settes i stand til og gis kompetanse til å kunne kartlegge behov for og å gjennomføre individuelle sikkerhetstiltak.

Krisesenterloven har ingen eksplisitt bestemmelse om hvordan et krisesentertilbud skal organiseres. Det er opp til kommunen selv å vurdere hva som er mest hensiktsmessig. Bufdir (2015) har utgitt en veileder til krisesenterloven med kommentarer til loven.¹⁸ I veilederen presiseres det at krisesentertilbudet kan være en kommunal tjeneste, et interkommunalt selskap eller tilbudet som drives av en organisasjon, stiftelse eller privat aktør etter avtale med en eller flere kommuner. Det poengteres at det i mange tilfeller vil være en fordel for kommunene å samarbeide om krisesentertilbudet. I tillegg fremkommer det at regjeringen anbefaler kommunene å utarbeide en handlingsplan mot vold i nære relasjoner, som en del av det å sikre samordning mellom krisesentertilbudet og andre kommunale tjenester.

3.5 Tilknytning til andre enheters beredskapsoppgaver

Kommunal beredskap innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene er i mange sammenhenger nært knyttet til andre enheters beredskapsoppgaver. Noen av disse har ansvar for målgrupper som ligger tett opp til det kommunale beredskapsansvaret som kartlegges og analyseres i denne rapporten. Dette gjelder for eksempel:

- Helseforetakenes ambulansetjeneste ved bistand til akutt syke eller personer med alvorlig skade, og avtaler om samarbeid mellom kommuner og helseforetak i forbindelse med beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede (Helse- og omsorgstjenesteloven §§6-1, 6-2).
- Brann- og redningstjenestenes beredskapsoppgaver ved ulykker.
- Politiets oppgaver i forbindelse med bistand til kommunenes instanser overfor personer med rusmiddelproblemer eller psykiatriske lidelser.
- Politiets fullmakt til å fatte akuttvedtak i barnevernssaker.

¹⁸ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2015); Veileder til krisesenterloven

Mandatet for utredningen innebærer at vi ikke har kartlagt krav og forventninger til beredskapen i disse instansene eller hvordan de har organisert sin virksomhet. Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene har vi likevel søkt å kartlegge hvordan kommunene oppfatter at samhandlingen med blant annet AMK, ambulansetjenesten, spesialistfunksjonene i helseforetakene, brann- og redningstjenestene og politiet fungerer. Dette for å belyse hvordan nærhet til og samhandling/kommunikasjon med disse instansene påvirker kommunenes muligheter til å møte krav og forventninger til kommunal beredskap innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene.

4. Legevaktberedskap

I dette kapittelet dokumenterer vi funn fra analysen av legevaktberedskap i kommunene, herunder modeller for organisering av legevakt, kostnader, fordeler og ulemper ved de ulike modellene og faktorer som påvirker kommunenes organisering av beredskapen.

4.1 Hovedfunn

Kommunene organiserer legevakten ulikt for å oppfylle kravene som stilles til legevaktberedskapen. I analysen har vi identifisert to hovedmodeller:

- Hovedmodell 1: Egen legevakt uten samarbeid med andre kommuner.
- Hovedmodell 2: Legevakt i samarbeid med andre kommuner.

Det er relativt vanlig at kommuner samarbeider om legevakt. Særlig er samarbeid etter vertskommunemodellen utbredt i vårt utvalg.

Kostnader

Kostnader til legevakt (kommunenes utgifter) per innbygger er i gjennomsnitt 631 kroner. Kostnader til legevakt per innbygger varierer imidlertid betydelig mellom kommunene i vårt utvalg; fra 75 til 2 937 kroner per innbygger. Variasjonen henger tett sammen med både kommunestørrelse og organisasjonsmodell. Små kommuner med egen legevakt uten samarbeid med andre kommuner har i gjennomsnitt kostnader på omtrent 1 400 kroner per innbygger i vårt utvalg. Dette er flere ganger høyere enn større kommuner og kommuner med andre organisasjonsmodeller. Resultatet underbygger hypotesen om at det er stordriftsfordeler i organisering av legevakt, og at ulike samarbeidstiltak kan utløse kostnadsbesparelser. Det underbygger også at kommuner uten mulighet for samarbeid vil stå overfor høyere kostnader enn andre for å innfri kravene og forventningene til legevakt.

Andre fordeler og ulemper ved ulik organisering

De ulike modellene for legevakt har ulike fordeler og ulemper utover forskjeller i kostnader:

- Legevakt i egen kommune som ikke betjener andre kommuner gir nærhet og tilgjengelighet til tilbudet. En vesentlig ulempe ved en slik løsning er at det kan medføre høy vaktbelastning for den enkelte legen. I tillegg er det en relativt kostbar løsning, særlig for de minste kommunene.
- En legevakt i en interkommunal ordning reduserer vaktbelastningen for fastlegene i kommunen, gir en stabil og robust tjeneste med bred kompetanse og fremstår som en ressurseffektiv ordning som trekker på stordriftsfordeler. Den viktigste ulempen er at store geografiske avstander kan føre til lang utrykningstid og dermed dårligere tilgjengelighet.

De viktigste utfordringene for organisering av legevakt er fastlegedekning og flere forhold som kommunen ikke (lett) kan påvirke, som geografiske avstander til nabokommunen eller sykehus og bosetningsmønster. Kommuner opplever at de nye kompetanse- og bemanningskravene i akuttmedisinforskriften gjør utfordringene større. Dette gjelder særlig kommuner som i utgangspunktet allerede har vansker med å rekruttere fastleger med riktig kompetanse.

Analysen viser at det særlig er små kommuner med store geografiske avstander som har de største utfordringene. Ulike samarbeidsløsninger kan bidra til mer ressurseffektive og robuste løsninger for disse kommunene, i tilfeller der store geografiske avstander ikke gir en absolutt hindring. Der slikt

samarbeid ikke er mulig vil kommunene stå overfor større kostnader enn andre for å innfri kravene til legevakt.

4.2 Organisering av legevakt

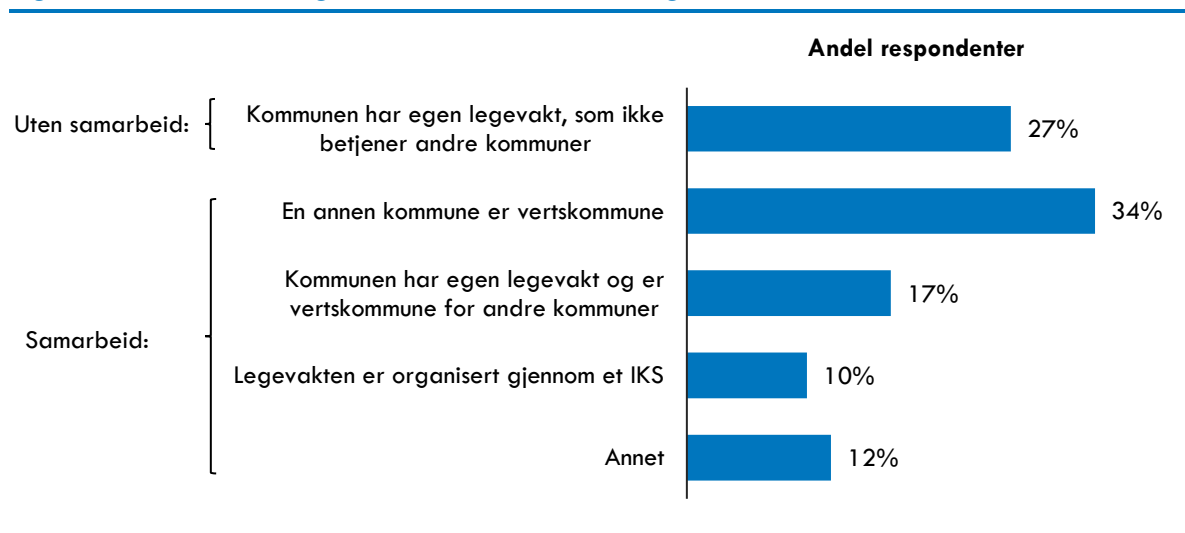
I kapittel 3 har vi redegjort for hvilke krav som stilles til legevakt i kommunene. Nedenfor ser vi nærmere på hvordan kommunene organiserer legevakt for å oppfylle disse kravene.

Gjennom utredningen har vi identifisert to hovedmodeller for organisering av legevakt:

- Hovedmodell 1: Egen legevakt i kommunen uten samarbeid om legevakttjenesten med andre kommuner.
- Hovedmodell 2: Legevakt i samarbeid med andre kommuner. Denne hovedmodellen har igjen tre undervarianter:
 - A: Kommunen har egen legevakt, og er vertskommune for andre kommuner
 - B: Kommunen har en annen kommune som vertskommune for legevakten
 - C: Legevakten er organisert gjennom et interkommunalt selskap (IKS)

Samarbeid mellom kommuner om organisering av legevakt er relativt vanlig. Nesten $\frac{3}{4}$ av kommunene i vårt utvalg har organisert legevakt i samarbeid med andre kommuner (se Figur 4-1). Kommuner som har legevakt alene, uten samarbeid med andre kommuner, utgjør dermed i overkant av $\frac{1}{4}$ i vårt utvalg.

Figur 4-1: Hvordan er legevakten i din kommune organisert? (N=59)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner

Blant kommunene med samarbeid kartlagt i undersøkelsen er vertskommunemodellen mest utbredt. Sammen utgjør disse omtrent halvparten av kommunene i utvalget (30 kommuner). I de fleste tilfellene innebærer en vertskommunemodell at fastlegene i alle kommuner i samarbeidet deltar i legevaktordningen.

Videre organiserer 10 prosent av kommunene i utvalget (6 kommuner) legevakten gjennom et IKS. Blant disse kommunene innebærer det som regel at en av kommunene som deltar i ordningen leverer legevakttjenestene til selskapet. For alle praktiske formål ligner dette på en vertskommunemodell, men hvor de deltakende kommunene er representert i de styrende organene i det interkommunale selskapet som leverer tjenestene.

Vi finner andre typer samarbeidsmodeller i 12 prosent av kommunene i vårt utvalg (7 kommuner). I enkelte kommuner ser vi for eksempel en modell som innebærer en rullerende ordning der flere

kommuner samarbeider, og hver kommune tar ansvar for å organisere legevakt for en viss periode. I en slik ordning deltar fastlegene i alle kommunene. I praksis likner denne løsningen en modell med legevakt som er organisert av en vertskommune. Forskjellen ligger i at ansvaret som vertskommune som organiserer legevakten skifter etter avtalte perioder. Andre eksempler er hybridmodeller hvor kommuner som har legevakt i egen kommune på kveldene i ukedagene deltar i en interkommunal ordning natt og/eller i helger.

Kommunenes organisering av legevakt henger sammen med kommunestørrelse. I vårt utvalg finner vi at begge hovedmodellene med undervarianter er representert blant de mindre kommunene. De fleste av de mindre kommunene i vårt utvalg har en annen kommune som vertskommune. Det er imidlertid også en del av de mindre kommunene som organiserer legevakt alene uten samarbeid med andre kommuner. De største kommunene har egen legevakt (enten alene eller som vertskommune).¹⁹

4.3 Kostnader ved legevaktberedskap

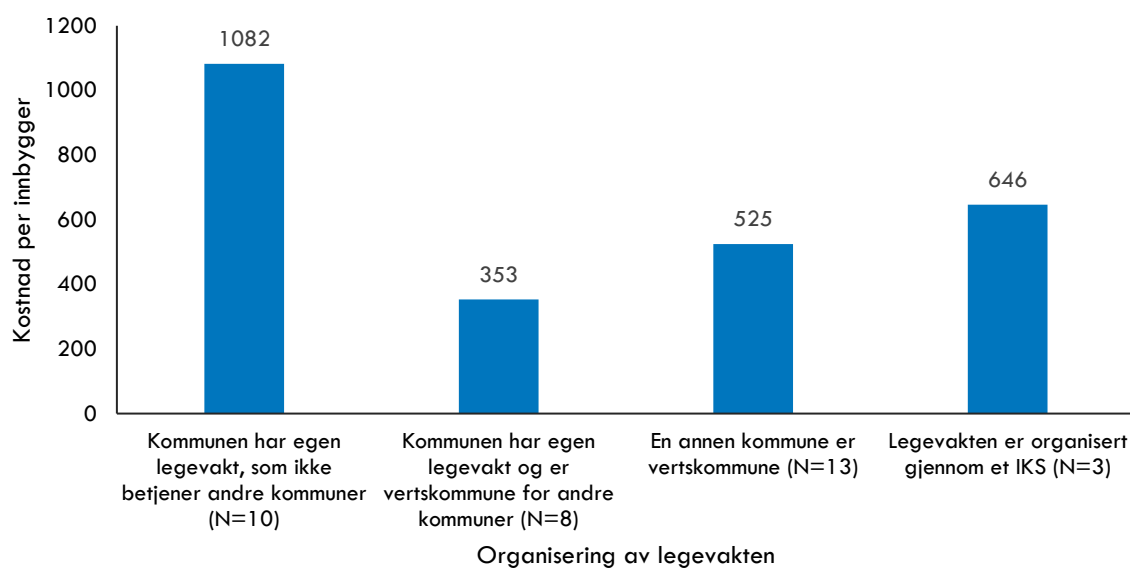
I spørreundersøkelsen ble kommunene bedt om å oppgi kostnadene knyttet til legevakt i 2017. Det er krevende å innhente denne typen informasjon uten at det påfører respondentene betydelig arbeid, og det er derfor et begrenset antall svar. I tillegg har vi ikke hatt mulighet til å kontrollere om kostnadene kommunene rapporterer gjelder døgnberedskap (med en fast, døgkontinuerlig legevakt) eller kun legevakt utenom fastlegenes kontortid.²⁰ Totalt svarte 34 kommuner på en slik måte at det var mulig å benytte svarene i analysen.

Gjennomsnittlig kostnad per innbygger for legevakt blant alle kommuner i utvalget er 631 kroner. Kostnader til legevakt per innbygger varierer imidlertid betydelig mellom kommunene i vårt utvalg; fra 75 til 2 937 kroner per innbygger. Variasjonen henger tett sammen med organisatorisk modell som er valgt. Kommuner med egen legevakt som ikke betjener andre kommuner har høyere kostnader per innbygger enn kommuner som har ulike samarbeidsmodeller for organisering av legevakten, se Figur 4-2.

¹⁹ Det er viktig å understreke at det er et begrenset antall observasjoner i hver kategori (N), slik at resultatene må tolkes med varsomhet. De er ikke uten videre representative for landets kommuner som helhet.

²⁰ De fleste kommunene har en legevaktberedskap utenom fastlegenes kontortid. Dette i tillegg til at de sikrer at minst én av fastlegene har et ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp i kontortiden – i tilfeller der pasientens fastlege ikke er tilgjengelig eller i tilfeller som gjelder personer uten fastlege i kommunen (jf. akuttmedisinforskriften § 6).

Figur 4-2: Kostnad ved legevakt per innbygger, etter organisering



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics. Figuren viser et uvektet gjennomsnitt for kommuner. Dette betyr at en liten kommune er behandlet likt som en stor kommune. 5 kommuner som har rapportert annen organisering enn hovedmodellene 1 og 2 omfattes ikke av figuren. Denne gruppen er heterogen og betraktninger av gjennomsnittskostnader gir derfor lite mening.

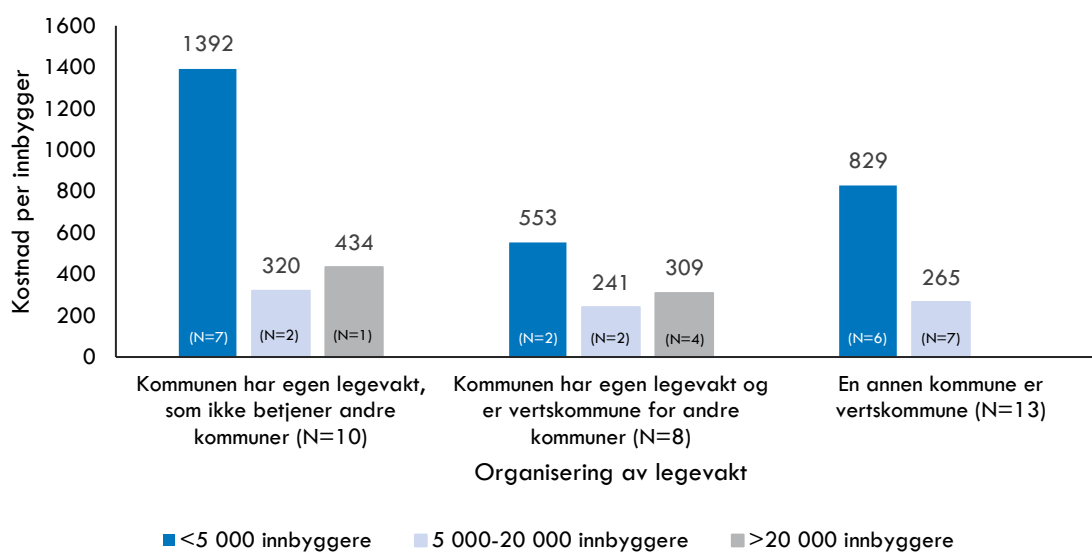
Analysene viser også forskjeller i kostnader knyttet til kommunestørrelse i vårt utvalg (se Figur 4-3²¹):

- Kostnader per innbygger ved legevakt er høyest i de minste kommunene (kommuner med inntil 5 000 innbyggere) for alle de ulike modellene for organisering av legevakt.
- Det er de minste kommunene med egen legevakt som ikke betjener andre kommuner (legevakt uten samarbeid) som har de høyeste kostnadene ved legevakt per innbygger i vårt utvalg.

Det må presiseres at fordelingen etter organisasjonsform og kommunestørrelsen gir veldig små grupper, ettersom utvalget av kommuner i utgangspunktet er begrenset. Forskjellene i gjennomsnittlige kostnader mellom gruppene er dermed beheftet med usikkerhet.

²¹ Det er kun tre kommuner som har legevakt organisert som IKS og rapportert kostnadene. Det er for få til at en videre sortering etter kommunestørrelse gir mening og figuren inkluderer derfor ikke kommuner med legevakt gjennom et IKS.

Figur 4-3: Kostnader ved legevakt per innbygger, etter organisering og kommunestørrelse



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Resultatene tyder på at det er stordriftsfordeler ved samarbeid om organisering av legevakt, knyttet direkte til antall innbyggerne som betjenes av legevakten. Stordriftsfordelene kan forventes siden det er noen faste kostnader knyttet til legevakt som må dekkes uavhengig av kommunestørrelse. Faste kostnader gir automatisk en høyere kostnad per innbygger for å opprettholde legevakt i små kommuner; én lege må være på vakt, uansett hvor mange innbyggere som skal dekkes. Når kostnadene ved én eller flere leger på vakt fordeles mellom et større antall innbyggere, blir kostnader per innbygger lavere.

Den samlede vurderingen av informasjon fra spørreundersøkelsen og oppfølgende intervjuer med kommuner, er at samarbeid om legevaktberedskap er viktig for mindre kommuner for å ta ut stordriftsfordeler og derigjennom begrense ressursbruken. Større kommuner og kommuner som samarbeider med andre har i gjennomsnitt lavere kostnader per innbygger. Særlig små kommuner som ikke samarbeider med andre kommuner har en relativt høy ressursbruk. Responsen fra intervjuene tyder på at muligheter for samarbeid i disse kommunene er begrenset på grunn av geografiske forhold, noe som understreker utfordringene små kommuner står overfor. Resultatene viser til dels store variasjoner i kostnader mellom ulike organisasjonsmodeller for legevaktberedskap.

4.4 Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller

I dette avsnittet drøfter vi fordeler og ulemper ved de to hovedmodellene for organisering av legevaktberedskapen.

4.4.1 Egen legevakt i kommunen uten et samarbeid med andre kommuner

Vi diskuterer først fordeler og ulemper ved organisering av legevakt i egen kommune uten samarbeid med andre kommuner (hovedmodell 1). I spørreundersøkelsen svarte 16 kommuner at de organiserer legevakten på denne måten. Blant kommunene i dybdeintervjuene er det 4 kommuner med en slik modell.

Ved å organisere legevakten i egen kommune oppnår kommunene at legevakten oppleves som nær og tilgjengelig for kommunens innbyggere. Dette er en **fordel** som flere av kommunene i dybdeintervjuene trekker frem. Å ha legevakten i egen regi kan bety at legen drar nytte av kjennskap til pasientene og dette oppleves som betryggende for pasientene, særlig i små kommuner.

Det å organisere legevakten i egen regi er også beheftet med **ulemp**. Det krever at vaktbelastningen dekkes av fastlegene i kommunen, med en høy vaktbelastning for den enkelte fastlege dersom vaktene må fordeles mellom få leger. Dette må kompenseres ved at kommunen tilbyr legene ekstra «goder» for å kunne rekruttere fastleger. Legevaktordningen i små kommuner vil også være sårbar i tilfeller med sykdom blant legene, og i forbindelse med ferieavvikling og legedekning på helger og helligdager. Dersom legedekningen er dårlig, vil det å organisere legevakten i egen regi kunne kreve bruk av innleide vikarer, eventuelt fra utlandet, slik en av kommunene beskriver om sin tidligere organisering av legevakten. Hvis kommunen blir nødt til å bruke innleide vikarer til å dekke vaktbelastningen, forsvinner samtidig noe av fordelene knyttet til legenes kjennskap til pasientene.

Tabell 4-1: Hovedfunn for egen legevakt uten samarbeid med andre kommuner

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> Nærhet og tilgjengelighet for kommunens innbyggere sammenlignet med andre modeller Legene har ofte god kjennskap til pasientene, særlig i mindre kommuner 	<ul style="list-style-type: none"> Relativt stor vaktbelastning for fastlegene Sårbarhet ved sykdom, ferieavvikling/helligdager hvis det er få fastleger Kan medføre behov for bruk av innleide vikarer Høye kostnader per innbygger, særlig for små kommuner

Legevakt i egen regi er en kostbar ordning for små kommuner (se kapittel 4.3). Rent økonomisk innebærer drift av en legevakt i egen regi kun for kommunens egne innbyggere at kommunen går glipp av potensielle stordriftsfordeler som en ville kunne høste gjennom et samarbeid om legevaktordningen med andre kommuner.

4.4.2 Legevakt i en interkommunal ordning

Vi har identifisert tre varianter under hovedmodell 2 som innebærer at kommuner har legevakt i samarbeid med andre kommuner:

- Modell 2A:** Kommunen har egen legevakt, og er vertskommune for andre kommuner. 10 kommuner i spørreundersøkelsen er vertskommuner. Av disse er 5 kommuner representert i dybdeintervjuene.
- Modell 2B:** Kommunen har en annen kommune som vertskommune for legevakten. 20 kommuner i spørreundersøkelsen har en annen kommune som vertskommune, hvorav 10 er representert i dybdeintervjuene.
- Modell 2C:** Legevakten er organisert gjennom et interkommunalt selskap (IKS). 6 kommuner i spørreundersøkelsen er kommuner med legevakt gjennom et IKS. I dybdeintervjuene er kun én kommune med en slik modell representert.

En viktig **fordel** i en interkommunal legevakt er at vaktbelastningen fordeles på flere leger enn det som er tilfelle med legevakt uten samarbeid. Dette begrenser vaktbelastningen for den enkelte lege. Et større volum av fastleger gir en mer robust og stabil legevaktberedskap, som er mindre sårbar for sykdom og for dekning av vakter i helger, på helligdager og i forbindelse med ferieavvikling. Det kan også bidra til å redusere utfordringer knyttet til antall leger som er fritatt fra å delta i legevakt. Én kommune beskriver for eksempel at de tidligere hadde legevakt i egen regi og at de da ofte var avhengig av å benytte innleide vikarer fra utlandet. Gjennom deltakelse i en interkommunal legevakt opplever kommunen at ulempene knyttet til begrenset legedekning og slitasje blant legene er redusert.

Noen kommuner fremhever at et interkommunalt samarbeid gir mulighet til å knytte faste stillinger til legevakten med leger som har spesiell kompetanse på å behandle skader eller andre akutte behov. Dette gir et større fag- og kompetansemiljø. Både dette og fordelene med redusert vaktbelastning kan gjøre kommunen mer attraktiv som arbeidsplass og bidra positivt til arbeidet med å rekruttere nye fastleger. I tillegg bidrar en interkommunal legevakt til effektiv ressursutnyttelse ved å utnytte stordriftsfordeler slik at kostnaden per innbygger er lavere sammenlignet med legevakt i egen regi. Fordelene er særlig fremtredende for små kommuner, hvor legevakt i egen regi ville medført høy vaktbelastning for egne leger og vanskeligheter med å oppfylle kompetanse- og beredskapsmessige krav til legevakt.

Et samarbeid om legevakt kan også ha noen **ulemp**er. For kommuner som ikke er vertskommuner, innebærer samarbeidet at legevakten flyttes ut av egen kommune. For små kommuner kan dette bety at man mister legenes kjennskap til pasientene. Legevaktleger i små kommuner kjenner ofte til pasientene, uavhengig av om de er deres fastlege eller ikke. Denne ulempen er imidlertid neppe betydelig i tilfeller hvor kommunen ville vært avhengig av innleide vikarer for å sikre egen legevakt, slik tilfellet kan være i små distriktkommuner. I noen vertskommunemodeller har vertskommunen tilgang til pasientjournaler for legevaktdistriktets innbyggere. Dette begrenser ulempen som er knyttet til manglende kjennskap til pasientene.

Tabell 4-2: Hovedfunn for modeller med legevakt i en interkommunal ordning

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Vaktbelastningen fordeles på flere leger (stabilitet og robusthet) • Breder fag- og kompetansemiljø • Ressurseffektivitet (stordriftsfordeler) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangler kjennskap til den enkelte pasient • Store avstander kan føre til lengre utrykningstid/dårlig tilgjengelighet

Et interkommunalt samarbeid om legevakt kan også medføre at de geografiske avstandene blir store, og at utrykningstiden dermed blir lengre. Dette kan gjøre legevakten mindre tilgjengelig for innbyggerne i deler av legevaktdistriktet. Spesielt i kommuner med vanskelige kommunikasjonsmuligheter, særlig vinterstid, kan dette føre til et behov for å supplere en interkommunal legevakt med lokale bakvaktordninger eller bistand fra andre nabokommuner. Å etablere en bakvaktordning som et supplement i en interkommunal ordning er en måte å løse problemer knyttet til geografiske avstander og kommunikasjonsutfordringer i legevaktdistriktet på – men bakvaktordninger medfører også ekstra kostnader for kommunene.

Fordeler og ulemper knyttet til ulike måter å bemanne legevakten på

Enkelte fordeler og ulemper er knyttet til hvordan vaktene bemannes. I vårt utvalg er det et skille mellom to hovedmåter legevakten bemannes på:

- Legevaktordninger som er basert på at fastlegene i alle deltakerkommuner deltar.
- Legevakter som har fast ansatte leger - en ordning som vi først og fremst finner i større kommuner/regionsenterkommuner og større kommuner som organiserer legevakten for flere nabokommuner.

I ordninger der *fastlegene i alle deltakerkommuner bidrar til legevakten* er det en utfordring å sikre en rimelig fordeling av vaktbelastningen mellom fastlegene i samarbeidskommunene. I noen av samarbeidsløsningene fordeles vaktbelastningen etter innbyggerantall eller andre fordelingsnøkler. I andre samarbeid kan fordelingen være mindre regelstyrt og føre til at fordelingen av vaktbelastningen endres over tid. En av kommunene i vårt utvalg beskriver at den opplever at kommunen og dens fastleger har måttet ta ansvar for en stadig større andel av

vaktbelastningen, til fordel for de øvrige samarbeidskommunene og arbeidsbelastningen for deres leger.

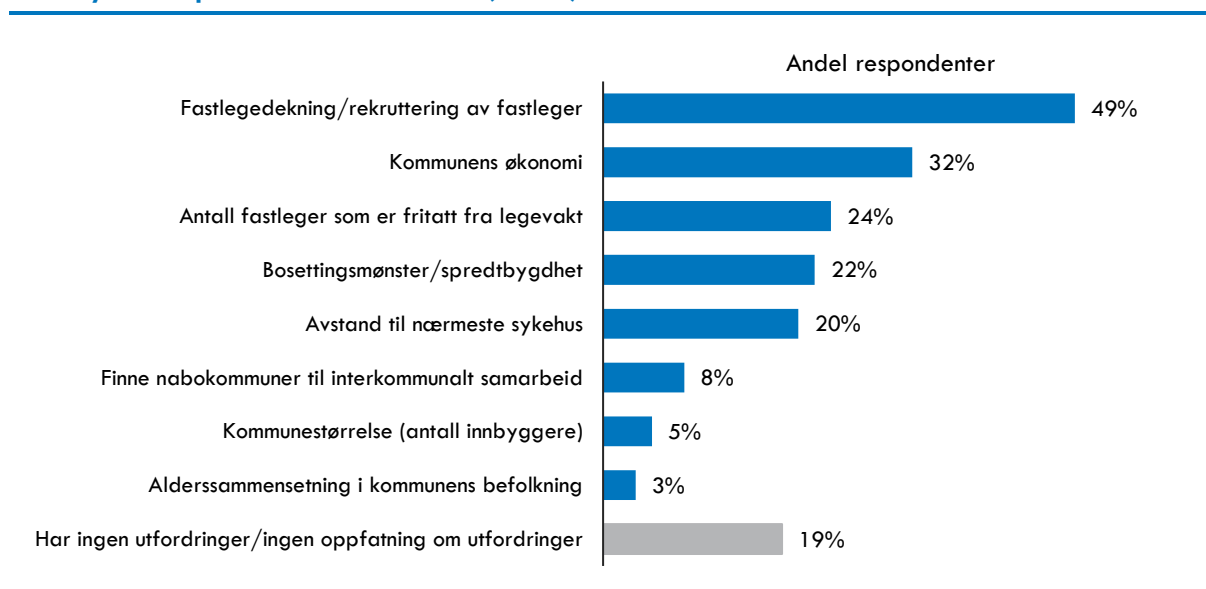
I en legevakt med fast ansatte leger er først og fremst god tilgjengelighet og god og bred kompetanse den viktigste fordel. En døgnbemannet legevakt skal også ha tilgang til sykepleiere/annet helsepersonell som blant annet bidrar til «siling» av ulike pasienter.²²

4.5 Faktorer som påvirker organisering av legevaktberedskap

Vurdering av fordeler og ulemper samt forskjeller i kostnader tilsier at det kan være fordelaktig for små kommuner å inngå samarbeid om organisering av legevaktberedskapen. Kommunene har imidlertid ulike forutsetninger for organisering av legevakt, og ikke alle modellene er relevante for alle kommuner. I dette avsnittet drøfter vi forhold som påvirker hvordan kommuner tilpasser seg kravene til legevakt.

Et viktig bakteppe for dette er hva kommunene opplever å være de viktigste utfordringene for å sikre og organisere legevakten. Figur 4-4 viser fordelingen av kommunenes svar.

Figur 4-4: Hva er de største utfordringene ved organisering av legevakten i din kommune? Du kan kryse av på inntil 3 alternativer (N=59)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Fastlegedekning og rekruttering av nye fastleger fremstår som den viktigste utfordringen for kommunene. Halvparten av kommunene i utvalget trekker frem dette som en av de største utfordringene, mens hver fjerde kommune trekker frem antall fastleger som er fritatt fra legevakt. Omtrent én av tre kommuner trekker frem kommunens økonomi som en svakhet ved organisering av legevakt. Avstand til nærmeste sykehus og spredt bebyggelse er også viktige utfordringer i omtrent én av fem kommuner.

I Tabell 4-3 oppsummerer vi våre vurderinger av styrker og svakheter, muligheter og utfordringer fra SWOT-analyse (jf. kapittel 2.6) som har betydning for kommunenes valg av organisering av legevaktberedskapen.

²² I kapittel 10 viser og drøfter vi eksempler på legevakter som har ansvar for plasser for kommunal øyeblikkelig hjelp og legevakter som er samlokalisert med lokal- eller distriktmedisinske sentre eller sykehus. Slik samlokalisering kan bidra til at legevakten har tilgang til enkelte funksjoner (til bl.a. diagnostikk- og pleieoppgaver) fra andre instanser.

Tabell 4-3: Styrker, svakheter, muligheter og begrensninger knyttet til organisering av legevakt

Styrker	Svakheter
<ul style="list-style-type: none"> • God fastlegedekning • God driftsøkonomi • Store kommuner (mange innbyggere) • Konsentrert bosetting/små reiseavstander i kommunen 	<ul style="list-style-type: none"> • Dårlig fastlegedekning • Dårlig driftsøkonomi • Vansker med å rekruttere fastleger med nødvendig kompetanse • Høy andel fastleger som er fritatt fra legevakt • Lavt antall innbyggere • Spredt bosetting/store reiseavstander internt i kommunen
Muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> • Geografisk nærhet til enheter i spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidsinstanser • Kort reisetid til nabokommuner • Kompetanse, erfaring og kapasitet i nabokommuner • Motivasjon/vilje i nabokommuner til å etablere en interkommunal legevaktordning 	<ul style="list-style-type: none"> • Store geografiske avstander til statlige og andre instanser • Lang reisetid til nabokommuner • Mangel på kompetanse, erfaring og kapasitet i nabokommuner • Mangel på motivasjon/vilje fra nabokommuner til å etablere en interkommunal legevaktordning

Styrker og svakheter

Når det gjelder legevaktsberedskap, er de viktigste **styrkene** kommunene kan besitte god fastlegedekning og god kommuneøkonomi. God fastlegedekning øker sannsynligheten for at det er tilgang til et tilstrekkelig antall leger som kan fordele vakter mellom seg og som har nødvendig kompetanse. En god økonomisk situasjon gir større frihet når det gjelder hvordan kommunen kan organisere legevakten, bedre muligheter til å tiltrekke seg riktig kompetanse og derfor økte muligheter til å sikre bedre legevakt. Store kommuner og kommuner med konsentrert bosetting og/eller små reiseavstander internt i kommunen har rimeligvis større evne til å organisere en god og ressurseffektiv legevaktordning, enn små kommuner med store reiseavstander internt og spredt bosetning.

De viktigste **svakheterne** kommunene kan oppleve er mangel på tilstrekkelig antall leger som har riktig kompetanse og kan ta vakter (lav fastlegedekning og/eller et høyt antall leger som er fritatt fra legevakt) samt dårlig kommuneøkonomi. Det er særlig fastlegedekningen/rekruttering av fastleger som identifiseres som det mest krevende ved organisering av legevakten (se Figur 4-4).

Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene kommenterer mange kommuner at de de økte kompetanse- og bemanningskravene i akuttmedisinforskriften (fra 1 januar 2020) som krevende å oppfylle. Leger i vakt alene må være spesialist i allmenntjenestemedisin eller ha gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen (cand.med. eller norsk autorisasjon). Legen må ha gjennomført 40 legevakter eller ha arbeidet ett år som allmenntjenestemedisin i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må legen ha kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Kommuner som har leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften, må ha en lege som oppfyller kravene i bakvakt. Bakvakten må kunne rykke ut når det er nødvendig. Dette krever ekstra kapasitet/tilgang til leger som har nødvendig kompetanse til å

ivareta bakvaktoppgaven.²³ Resultatene tilsier samlet sett at de økte kompetanse- og bemanningskravene til leger i legevakt gjør det enda vanskeligere for kommunene å sikre tilstrekkelig fastlegedekning og rekruttere fastleger.

Muligheter og utfordringer

Når det gjelder **muligheter og utfordringer**, som er forhold utenfor den enkelte kommunes påvirkning, er geografiske faktorer sentrale. Noen kommuner har et sykehus i eller i kort avstand fra kommunen. Andre har nærhet til funksjoner fra spesialisthelsetjenesten, plassert i et lokal- eller distriktmedisinsk senter. Geografisk nærhet til statlige og/eller andre instanser kan skape muligheter for organisering og innretning av legevakten og samarbeid med spesialisthelsetjenestens kompetanse som andre kommuner ikke har tilgang til på samme måte. Geografiske avstander (internt, til nabokommuner og til sykehus eller andre funksjoner fra spesialisthelsetjenesten) er tydelige utfordringer for mange kommuner (se Figur 4-4). Kommuner som er geografisk isolert har et innsnevret mulighetsrom for organisering av legevakten sammenlignet med andre kommuner.

Mange kommuner kommenterer at de er avhengige av forholdet til sine nabokommuner og deres forutsetninger for å tilby legevaktsberedskap. Dersom nabokommunen har mye erfaring, høy kompetanse og god kapasitet, er dette faktorer som bidrar til å skape muligheter for et samarbeid om legevakten. Særlig for små kommuner vil dette være en viktig faktor, fordi det kan bidra til å redusere svakheter knyttet til legenes kapasitet og kompetanse i egen kommune.

Samlet vurdering

En samlet vurdering tilsier at suksesskriteriene for *legevakt i samarbeid med andre kommuner* er at avstander/størrelse på legevaktdistriktet ikke er for stort og et godt samarbeidsklima mellom kommunene, der kommunene er motiverte og villige til å gå inn i en samarbeidsmodell. Særlig har kommuner med et begrenset befolkningsgrunnlag, dårlig fastlegedekning og dårlig driftsøkonomi incentiver for å inngå i en interkommunal legevaktsordning. Dette fordi de kan være helt avhengig av et samarbeid med andre kommuner for å oppfylle kravene til legevakt.

Suksesskriterier for *egen legevakt i kommuner uten samarbeid med andre* er at kommunen har et tilstrekkelig antall fastleger med riktig kompetanse, som deler vaktbelastningen seg imellom for å unngå en for høy vaktbelastning. Beliggenhet og kommunikasjonsmuligheter tilsier at noen kommuner ikke har et annet realistisk valg enn å ha legevakten i egen regi for kommunens innbyggere. Enkelte kommuner velger dermed en slik modell helt eller delvis av geografiske årsaker. Dette gjelder for eksempel øykommuner eller kommuner der kommunikasjon på tvers av kommunegrensene vinterstid kan være ustabil. Andre kommuner velger å organisere legevakt på egen hånd fordi de dekker et stort geografisk areal. Disse kommunene kunne i utgangspunktet hatt nytte av samarbeid om legevaktberedskapen, men de geografiske avstandene gjør at beredskapen ikke kan organiseres på en forsvarlig måte grunnet for lang utrykningstid. Det er denne typen kommuner som ser ut til å ha høye kostnader fordi de har vanskelige forutsetninger for organisering av legevakt. Større kommuner kan imidlertid oppnå stordriftsfordeler og organisere en god og effektiv legevakt selv uten samarbeid.

²³ Jf. kapittel 3.2.1.

5. Kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser)

I dette kapittelet analyserer vi modeller for organisering av KAD-plasser, kostnader, fordeler og ulemper ved de ulike modellene og faktorer som påvirker kommunenes organisering av KAD-tilbudet.

5.1 Hovedfunn

KAD-plasser er kommunale akutte døgnplasser for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp utover det legevakten kan tilby, men som ikke har behov som krever akuttinnleggelse (ø-hjelp) i spesialisthelsetjenesten (en sykehusenhet). Kommuner organiserer KAD-tilbudet ulikt for å oppfylle kravene som stilles til KAD-plasser.

Vi har identifisert to hovedmodeller for organisering av KAD-tilbudet i analysen:

- Modell 1: KAD-plasser i egen kommune
- Modell 2: KAD-plasser utenfor egen kommune som kjøpes fra en annen kommune eller gjennom et interkommunalt selskap (IKS)

Det er relativt vanlig at kommuner driver KAD-tilbudet i egen kommune. Utnyttelsesgraden for plassene varierer imidlertid. Analysen viser at kommuner som har KAD-plasser i egen kommune har bedre utnyttelse enn andre kommuner.

Kommunenes **kostnader** til KAD-plasser er i vårt utvalg i gjennomsnitt 1,1 millioner kroner per disponert plass, eller omtrent 1 300 kroner per innbygger 67 år eller eldre. Kostnadene varierer imidlertid både målt per KAD-plass og per innbygger 67 år eller eldre. Kostnader per innbygger varierer fra 219 til 2 926 kroner. Variasjonen tilsier at det er forskjeller i kostnadseffektivitet mellom kommunene.

De to modellene for organisering av KAD-tilbudet har ulike **fordeler og ulemper**:

- KAD-plasser i egen kommune åpner for fleksibel bruk av plassene og god kapasitetsutnyttelse. Nærhet til fastleger og andre helsetjenester i kommunen gjør at disse har bedre kjennskap til KAD-tilbudet og benytter det i tråd med formålet. Nærhet for pasienter og pårørende oppleves også som positivt. Ulempen er at løsningen er sårbar med tanke på å oppfylle kompetansekravene.
- KAD-plasser i en annen kommune gir robust kompetansedekning og utnytter stordriftsfordeler. Ulempene er imidlertid avstand til pasienter og pårørende og at det er vanskelig å avstemme kapasitet mot behov. I tillegg har kommunen mindre mulighet til å utnytte KAD-plassene til andre formål i perioder hvor plassene ikke er i bruk til KAD-pasienter.

En samlet vurdering tilsier at det er fordelaktig med KAD-plasser i egen kommune hvis kapasitet og kompetanse i helsemiljøet er tilstrekkelig stort. Tilgang til kompetanse og kommunens økonomi utgjør imidlertid ofte svakheter som påvirker kommunenes organisering.

Kravet om at KAD-tilbudet fra 2017 også skal være tilgjengelig for pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk gir kommunene økte utfordringer knyttet til kapasitet og kompetanse. I mange tilfeller er det vanskelig å integrere de nye pasientgruppene med den eksisterende kapasiteten av KAD-plasser. Det vil derfor kreve mer innsats fra kommunene å møte kravet.

Flere kommuner har vesentlige utfordringer knyttet til kapasitet og ressursbruk (manglende ressurseffektivitet). For noen kommuner er utfordringene så store at det ikke vil er realistisk å organisere KAD tilbudet på egen hånd og samtidig oppfylle krav til kompetanse. Resultatene fra

våre undersøkelser tilsier at det er små kommuner og kommuner med spredt bosetning som oftest har de største utfordringene.

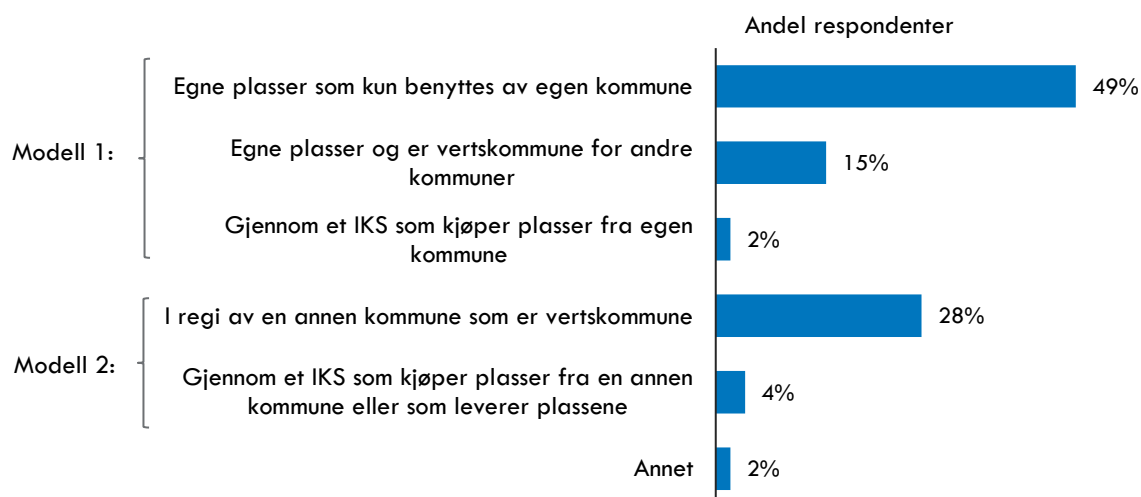
5.2 Organisering av KAD-tilbudet

I utredningen har vi identifisert to hovedmodeller for organisering av KAD-tilbudet:

- Modell 1: Kommunen har KAD-plasser i egen kommune kun for kommunens innbyggere, som vertskommune eller ved at et IKS kjøper plasser fra kommunen.
- Modell 2: Kommunen anskaffer/kjøper KAD-plasser plassert utenfor egen kommune, fra en vertskommune eller gjennom et IKS.

Det er relativt vanlig at kommuner har KAD-plasser i egen kommune (modell 1), se Figur 5-1. I vårt utvalg har totalt 66 prosent av kommunene dette. Av disse har de aller fleste egne KAD-plasser kun for kommunens innbyggere, mens relativt få har KAD-plasser gjennom et IKS som kjøper plasser fra kommunen. Videre har 32 prosent av kommunene i utvalget KAD-plasser utenfor egen kommune (modell 2). De aller fleste av disse kjøper KAD-plasser fra en vertskommune, mens relativt få skaffer KAD-plasser gjennom et IKS. Én kommune (2 prosent) oppgir en annen form for organisering av KAD-plasser uten å spesifisere det videre.

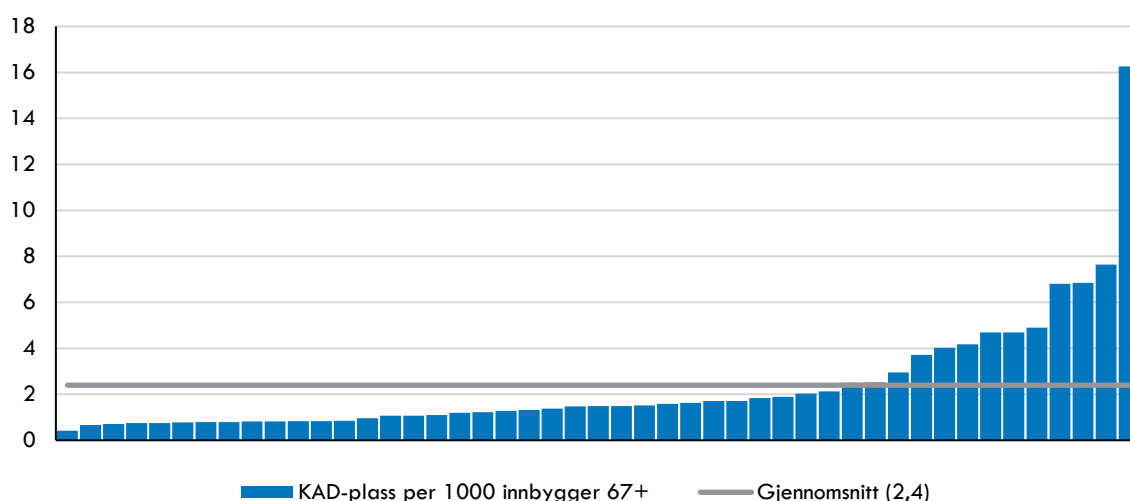
Figur 5-1: Hvordan anskaffes akutt plassene (KAD-plassene)? (N=53)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Alle kommuner skal ha tilgjengelige KAD-plasser, men loven gir ingen anvisninger om hvor mange plasser den enkelte kommune skal ha. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det er stor variasjon mellom kommunene med hensyn til hvor mange KAD-plasser de disponerer når vi måler antall plasser per innbygger som er 67 år eller eldre (Figur 5-2).

Figur 5-2: Antall disponible KAD-plasser per 1 000 innbyggere 67 år eller eldre



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics. Figuren viser antall KAD-plasser per 1000 innbyggere 67 år eller eldre i kommunene i utvalget (N=47). Hver stolpe representerer en kommune.

Det laveste antallet KAD-plasser per 1 000 eldre innbyggere i vårt utvalg er 0,4. Mer enn halvparten av kommunene i utvalget har mindre enn 2 KAD-plasser per 1 000 eldre innbyggere. Et mindretall av kommunene har et mye høyere antall plasser enn dette, med et maksimum på omtrent 16 plasser.

Utnyttelsesgraden for de disponible KAD-plassene varierer også mellom kommunene. I alt har 25 kommuner i vårt utvalg svart på både hvor mange plasser de disponerer og hvor mange plasser de benyttet i 2017. En gjennomgang av disse svarene gir en gjennomsnittlig utnyttelsesgrad på 75 prosent. Utnyttelsesgraden varierer imidlertid etter måten KAD-tilbudet er organisert på. Dette forklares nærmere i neste avsnitt.

Sammenheng mellom organisering, utnyttelsesgrad og kommunestørrelse

Vi observerer at det er variasjon i utnyttelsesgrad for KAD-plasser mellom kommuner som organiserer KAD-plasser selv og kommuner som kjøper plasser fra en annen kommune. Kommuner i utvalget som oppgir 100 prosent utnyttelse er nesten utelukkende kommuner som organiserer KAD-tilbudet på egen hånd og kun for kommunens egne innbyggere. Kommuner med lavere utnyttelse er først og fremst kommuner som kjøper plasser fra en annen kommune eller et IKS. Resultatene er usikre på grunn av et begrenset antall observasjoner (25 kommuner), men tilbakemeldinger fra intervjuene virker å bekrefte dette inntrykket.

Vi finner også en sammenheng mellom organisering av KAD-tilbudet og kommunestørrelse i vårt utvalg. De større kommunene har egne KAD-plasser. Blant mellomstore og små kommuner er begge hovedmodeller for organisering av KAD-plasser representert.

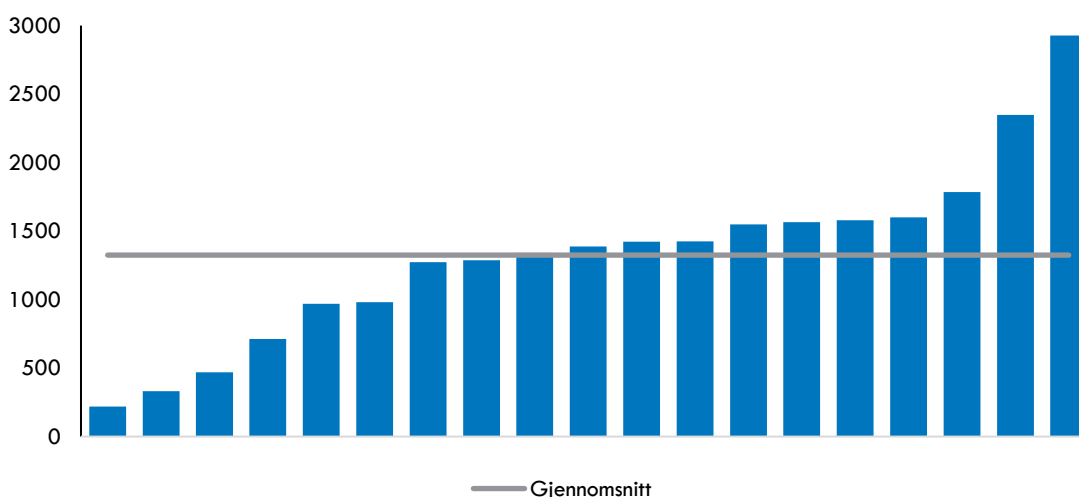
Samlet sett tyder resultatene på at kommuner som driver KAD-plassene selv oppnår en høyere utnyttelsesgrad. De har også lettere for å utnytte plassene fleksibelt. Dette betyr at kommunen kan utnytte KAD-plassene til andre formål i perioder hvor plassene ikke er i bruk til KAD-pasienter. Kommuner som kjøper tilbudet fra andre kommuner har ikke denne muligheten. Ettersom det i vårt utvalg er små og middels store kommuner som kjøper plasser fra andre kommuner, vil disse kunne oppleve utfordringer knyttet til kapasitetsutnyttelse og fleksibel bruk av KAD-plassene.

5.3 Kostnader ved KAD-plasser

Det har vært en utfordring for kommunene i spørreundersøkelsen å identifisere kostnadene til KAD-plasser. Datagrunnlaget og resultatene er derfor usikre, og analysen begrenses til en oversikt over fordeling av de rapporterte kostnadene.

Hovedfunnet er at kostnadene varierer en god del blant kommunene i utvalget. Dette tyder på forskjeller i kostnadseffektivitet mellom kommuner ved organiseringen av KAD-plasser. Figur 5-3 viser at kostnadene til KAD-plasser målt per eldre innbygger varierer fra 219 til 2 926 kroner i vårt utvalg, med et gjennomsnitt og en median på omtrent 1 300 kroner.

Figur 5-3: Kostnader til KAD-plasser per innbygger 67 år eller eldre



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics. Figuren viser kostnader til KAD-plasser målt per innbygger 67 år eller eldre for kommunene i utvalget som har oppgitt disse kostnadene (N=19). Hver stolpe representerer en kommune.

Vi har også sett på kostnad per KAD-plass som kommunene disponerer, og finner at gjennomsnittet (og medianen) i vårt utvalg er på omtrent 1,1 millioner kroner. Vårt inntrykk fra intervjuene er at dette er et rimelig godt anslag på de faktiske kostnadene. Enkelte kommuner oppgir imidlertid svært avvikende kostnader per disponert KAD-plass.

5.4 Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller

I dette delkapittelet drøfter vi fordeler og ulemper ved de to modellene for organisering av KAD-tilbudet.

5.4.1 KAD-plasser i egen kommune

Vi diskuterer først fordeler og ulemper ved organisering av KAD-tilbudet i egen kommune (modell 1). I spørreundersøkelsen svarte 34 kommuner at de har egne KAD-plasser. 10 av disse er representert i dybdeintervjuene.²⁴

En av de viktigste **fordelene** med KAD-plasser i egen kommune er at det muliggjør fleksibel bruk av plassene og dermed bidrar til god kapasitetsutnyttelse av plassene. Det bidrar også til god utnyttelse av eksisterende kompetanse på sykehjemmene eller ved lokal- eller distriktmedisinske sentre. Kommuner som fremhever denne fordelene har for eksempel KAD-plasser samlokalisert med legevakt på et lokalmedisinsk senter eller sambruk av sykepleiere på legevakt og på KAD-

²⁴ 6 av kommunene vi har intervjuet er små til mellomstore kommuner der KAD-plasser er tilknyttet en korttidsavdeling på et sykehjem eller i ett tilfelle samlokalisert med legevakt på et lokalmedisinsk senter. 4 av kommunene er større kommuner som er også vertskommune for andre kommuner.

plassene. En annen fordel er at fastleger og legevakten er nært tilbudet (hvis legevakten er lokalisert i egen kommune). Dette øker kjennskapen til tilbudet og fører til riktig bruk av KAD-plassene ved at fastlegene og leger på legevakt legger inn pasienter i tråd med inkluderingskriteriene. Videre åpner egne KAD-plasser i kommunen for et samarbeid med kommunal rus- og psykisk helsetjeneste. I tillegg opplever mange kommuner og pasienter det som positivt at et tilbud i egen kommune er nært pasientene og pårørende.

Ulempene med KAD-plasser i egen kommune er at tilbudet kan bli sårbart ved helligdager og i forbindelse med ferieavvikling. For små og geografisk isolerte kommuner er dette en særlig viktig ulempe. Det kan også være problematisk å avstemme kapasiteten mot behovet for KAD-plasser. For små kommuner er behovet for KAD-plasser ofte svært varierende, men gjennomgående lite. Små kommuner kan derfor oppleve at den beredskapen de disponerer overstiger det reelle behovet. En KAD-plass er dyr i drift og kostnadene vil derfor kunne oppleves som uforholdsmessig høye i perioder der belegget på plassene er lavt. Enhver beredskapsfunksjon innebærer imidlertid en kostnad ved at beredskapen ikke til enhver tid utnyttes fullt ut. Kommuner som opplever problemer med å avstemme kapasitet mot behov bør derfor undersøke muligheter for å utnytte KAD-plasser til andre pasienter i perioder der det ikke er belegg på plassene. Dette vil sikre en mest mulig ressurseffektiv utnyttelse av kapasiteten, samtidig som kommunen oppfyller kravet om KAD-plasser.

Tabell 5-1: Hovedfunn for KAD-plasser i egen kommune

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Fleksibel bruk av plassene og kapasitetsutnyttelse (ressurseffektivitet) • Fastleger/legevakt er nær tilbudet og legger inn pasienter i tråd med inkluderingskriteriene • Muligheter til å samarbeide med kommunal psykisk helsetjeneste/rus • Nærhet for pasienter og pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> • Sårbart i forhold til kompetansekrav (sykepleier/leger) • Problematiske å avstemme kapasitet mot behov

5.4.2 KAD-plasser i en annen kommune eller gjennom et IKS

I spørreundersøkelsen var det 18 kommuner som svarte at de anskaffer KAD-plasser i regi av en annen kommune eller gjennom et IKS (modell 2). I intervjuundersøkelsen var det 10 kommuner med en slik organisering av KAD-tilbudet.

Hovedfordelene er robust kompetansedekning, tilgang til et større fagmiljø og utnyttelse av stordriftsfordeler. Kommuner som kjøper KAD-plasser gjør dette fra en større kommune eller et IKS, som samler kompetanse i et større fagmiljø. Dette sikrer god tilgang til leger og sykepleiere. Et større fagmiljø bidrar også positivt til rekruttering av ny kompetanse og bemanning. Disse fordelene gjelder særlig kommuner som ville hatt utfordringer med å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet på egen hånd.

Kommuner opplever også at den de kjøper KAD-plassene fra er i bedre stand til å utnytte fordelene med samhandling og samlokalisering med relaterte tjenester som lokal- eller distriktmedisinsk senter, et helsehus, legevakt eller andre relevante helsetjenester. Kommunene mener også at kostnadene trolig hadde vært høyere dersom de skulle etablert et KAD-tilbud i egen regi. De oppnår dermed en mer ressurseffektiv løsning ved at de kan trekke på stordriftsfordeler når de skaffer plassene fra en annen kommune eller et IKS.

En **ulempe** ved å ha KAD-plasser utenfor egen kommune er at avstanden til tilbudet kan bli lang, både for pasienter og pårørende. Avstand til KAD-plassene er trolig en av flere faktorer som påvirker hvor hyppig kommunene som deltar i samarbeidet tar i bruk sine KAD-plasser. Det er også en ulempe for kommuner som har KAD-plasser utenfor egen kommune at fastleger og legevakten i egen kommune kan ha lite kjennskap til KAD-tilbudet og derfor i mindre grad benytter tilbudet slik det er tiltenkt.

Tabell 5-2: Hovedfunn for anskaffelse av KAD-plasser fra en annen kommune eller gjennom et IKS

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Robust kompetansedekning (sykepleier/leger) og større fagmiljø • Stordriftsfordeler (særlig for vertskommunen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avstand for pasienter og pårørende • Fastleger/legevakt i egen kommune kjenner lite til KAD-tilbud i annen kommune • Problematisk å avstemme kapasitet mot behov, spesielt ved reforhandling av antall plasser kommunen betaler for/kjøper • Til en viss grad prisgitt vertskommunens praksis for utnyttelse av plasser

Når KAD-plassene er utenfor egen kommune, er det problematisk å avstemme kapasitet mot behov og reforhandle antall plasser kommunen betaler for. Kommuner som ikke er vertskommuner mister styring over tilbudet og er til en viss grad prisgitt vertskommunens praksis når det gjelder utnyttelse av plassene. De kan oppleve at vertskommuner benytter plassene i større grad enn fordelingen skulle tilsi, og at plassene ikke alltid er ledige når de har et behov. I slike tilfeller kan kommunene som deltar i et samarbeid oppleve at de betaler uforholdsmessig mye sammenlignet med bruken av tilbudet.

5.5 Faktorer som påvirker organisering av KAD-tilbudet

Kommunene har ulike forutsetninger for organisering og anskaffelse av KAD-plasser. I dette kapitlet analyser vi forutsetningene og beskriver hvordan disse påvirker kommunenes valg av organisasjonsmodeller basert på et tilpasset rammeverk for SWOT-analyse.

Et viktig bakteppe for dette er hva kommunene opplever å være de viktigste utfordringene for å sikre og organisere av beredskapen i pleie- og omsorgstjenestene. Figur 5-4 viser fordelingen av kommunenes svar:

Figur 5-4: Største svakheter og utfordringer ved organisering av beredskapen i pleie- og omsorgstjenestene (N=56)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics. Respondentene kunne krysse av på inntil 3 alternativer. Figuren viser resultat fra spørreundersøkelsen om viktigste utfordringer/faktorer for organisering av pleie- og omsorgstjenestene generelt. Relevant for KAD-tilbudet er særlig tilgang på kompetanse, kommunens økonomi og kapasitet i ulike helsetjenester. Alderssammensetning og bosettingsmønster er også faktorer som spiller en rolle.

Figuren viser at omtrent 7 av 10 kommuner i utvalget oppgir tilgang på kompetanse som en av de største svakheter ved organisering av beredskapen i pleie- og omsorgstjenestene. Omtrent halvparten svarer at kommunens økonomi er en av de største svakheter. En del kommuner nevner også at spredt bosettingsmønster og en alderssammensetning med overvekt av eldre innbyggere er faktorer som gir dårligere forutsetninger for organisering av KAD-tilbudet.

I Tabell 5-3 oppsummerer vi våre vurderinger av styrker, svakheter, muligheter og utfordringer som påvirker hvordan kommunene velger å organisere KAD-tilbudet.

Tabell 5-3: Styrker, svakheter, muligheter og begrensninger knyttet til organisering og anskaffelse av KAD-plasser

Styrker	Svakheter
<ul style="list-style-type: none"> • God driftsøkonomi • God tilgang til sykepleierkompetanse og legedekning • Kommunen har erfaring med KAD-plasser eller tilsvarende tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> • Dårlig driftsøkonomi • Begrenset tilgang til sykepleierkompetanse og legedekning
Muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> • Geografisk nærhet til et lokal-/distriktmedisinsk senter og deler av spesialisthelsetjenesten • Kort reisetid til nabokommuner • Kompetanse, erfaring og kapasitet i nabokommuner 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor geografisk avstand til lokal-/distriktmedisinsk senter og deler av spesialisthelsetjenesten • Lang reisetid til nabokommuner • Mangel på kompetanse, erfaring og kapasitet i nabokommuner

Styrker og svakheter

En del kommuner har en sentral **styrke** i god driftsøkonomi. I likhet med organiseringen av andre vakt- og beredskapsordninger, vil kommuner med en god driftsøkonomi ha et større handlingsrom ved organisering av KAD-tilbudet. Videre har kommuner med god tilgang til sykepleierkompetanse og god legedekning bedre evne til å organisere KAD-plasser på flere ulike måter. Større kommuner har for eksempel oftere muligheten til å ha en fast, dedikert bemanning til KAD-plassene, for eksempel som en egen KAD-avdeling, med tilknyttede leger og sykepleiere.

På nåværende tidspunkt er også erfaring fra bruk av KAD-plasser eller lignende tiltak en viktig styrke for kommunene hvor dette finnes. Kommuner med erfaring med tilbudet vet hvordan de best bruker KAD-plasser, og har lært å tilpasse seg behovet og benytte plassene på en mer effektiv måte. Dette gjelder for eksempel kommuner som har vært tidlig ute med etablering av KAD-plasser da øremerkede tilskudd ble innført eller som har/har hatt lignende tiltak. I Finnmark har det for eksempel i lang tid vært tradisjon med sykestueplasser som i praksis brukes på samme måte og med lignende formål som KAD-plasser.

Kommuner opplever det tilsvarende som en **svakhet** når driftsøkonomien er dårlig og de har begrenset tilgang til sykepleiekompetanse og legedekning. Dette begrenser for eksempel muligheten til å ha KAD-plasser i egen regi, noe som gjerne gjelder små kommuner med et mindre fag- og kompetansemiljø.

Muligheter og utfordringer

Når det gjelder eksterne faktorer som kommunen selv ikke kan påvirke, vil geografisk nærhet til et lokal- eller distriktmedisinsk senter og deler av spesialisthelsetjenestens funksjoner skape **muligheter** for kommunen til å etablere KAD-plasser som er lokalisert sammen med eller i nærheten av diagnostikkfunksjoner og et større fag- og kompetansemiljø. I tillegg vil også kort reisetid til nabokommunen og nabokommuners kompetanse, erfaring og kapasitet skape muligheter for et godt samarbeid om KAD-tilbudet.

Utfordringer oppstår hvis disse mulighetene ikke er tilstede. Avstand til nærmeste lokal- eller distriktmedisinsk senter og deler av spesialisthelsetjenestens funksjoner begrenser muligheten til å organisere KAD-tilbudet i tilknytning til en slik enhet. Avstand til nabokommuner og deres eventuelle mangel på relevant kompetanse, erfaring og kapasitet skaper også utfordringer og begrenser mulighetsrommet for samarbeid om KAD-tilbudet.

En utfordring for KAD-tilbudet, uavhengig av hvordan tilbudet organiseres, oppstår i forbindelse med *krav om utvidelse av tilbudet til pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk* (fra 2017). Kommunene har ofte kun mulighet til å ta imot pasienter med lettere psykiske lidelser og rusproblematikk i de etablerte KAD-plassene. Det er vanskelig å integrere utagerende pasienter i disse plassene. Enkelte kommuner beskriver at de har etablert et separat KAD-tilbud for denne typen pasienter, for eksempel som et forsterket tilbud i eget hjem der kommunen benytter ressurser og kompetanse i hjemmetjenesten som utøvende tjeneste, i samarbeid med kommunal rus- og psykisk helsetjeneste som faglig ansvarlig. Flere av kommunene, inkludert større kommuner, har foreløpig sett et begrenset, men voksende behov for bruk av KAD-plassene til disse brukergruppene. KAD-plassene benyttes foreløpig derfor i relativt begrenset grad til disse pasientene, men kommunene er for tiden i en tilpasningsfase for å oppfylle kravet om KAD-tilbud til nye pasientgrupper.

Samlet vurdering

KAD-plassene skal ha døgnkontinuerlig sykepleiedekning og tilgang til lege. Hele to av tre kommunene svarte i vår undersøkelse at det er en utfordring å sikre denne kompetansen for å kunne tilby et fullverdig KAD-tilbud.

En samlet vurdering tilsier at suksesskriterier for organisering av KAD-plasser i egen kommune er tilstrekkelig kapasitet og fleksibilitet i kommunens døgntilbud, sykepleie- og legedekning på døgntilbudene, og samarbeid og kanskje aller helst samlokalisering med legevakt/lokal- eller distriktmedisinsk senter og funksjoner i spesialisthelsetjenesten. Når det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse samt muligheter for samarbeid med andre helsetjenester vil kommuner oppnå fordeler fra et KAD-tilbud som er nært brukerne og bedre/mer effektiv utnyttelse av plassene.

For noen kommuner vil det ikke være realistisk å organisere KAD tilbudet i egen regi med tanke på å oppfylle krav til kompetanse, utfordringer knyttet til kapasitet og ressurseffektivitet. Dette gjelder særlig små kommuner. Suksesskriterier for organisering av KAD-plasser i regi av en annen kommune eller kjøp av plasser fra et IKS er et godt samarbeid og gjerne en samlokalisering med legevakt, distriktmedisinsk senter og funksjoner fra spesialisthelsetjenesten. Geografisk nærhet og et godt samarbeidsklima mellom vertskommunen og andre kommuner i samarbeidet eller mellom kommuner som deltar i en ordning med et IKS er også viktig. Når disse kriteriene er oppfylt kan det sikres at KAD-tilbudet har robust kompetanse, et større fagmiljø og en ressurseffektiv organisering.

Uavhengig av hvordan kommunene organiserer KAD-tilbudet, trekker flere fram at det er viktig at kommunens fastleger og legevaksleger er godt kjent med tilbudet. Dette for å sikre at KAD-plassene brukes i tråd med inkluderingskriteriene – og at leger i mindre grad henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten «for sikkerhets skyld».

6. Mottak av trygghetsalarmer

I dette kapitlet analyserer vi modeller for organisering av mottak av trygghetsalarmer, fordeler og ulemper ved de ulike modellene og faktorer som påvirker hvordan kommunene organiserer mottaket av alarmene.

6.1 Hovedfunn

En trygghetsalarm er et hjelpetiltak til personer som kan ha behov for å tilkalle hjelp fra hjemmesykepleien. Kommuner skal ta imot og besvare utløste trygghetsalarmer, både dag og natt. Når alarmer utløses er det medarbeidere i hjemmesykepleien på vakt som må rykke ut og håndtere disse oppgavene i tillegg til andre faste oppdrag.

Gjennom utredningen har vi identifisert to hovedmodeller for mottak av trygghetsalarmer:

- Modell 1: Trygghetsalarmer mottas av personell i kommunen
- Modell 2: Trygghetsalarmer mottas av en alarmsentral (responscenter)/personell i en annen kommune

Litt mindre enn halvparten av kommunene i vårt utvalg har organisert mottak av trygghetsalarmer i egen kommune (modell 1), mens litt over halvparten har trygghetsalarmer som mottas utenfor egen kommune (modell 2).

I de fleste kommunene betaler brukerne en stor andel av **kostnadene** ved trygghetsalarmene, slik at kommunene vanligvis ikke har spesielt store kostnader knyttet til denne beredskapen. Kostnadene oppstår gjennom bruk av kapasiteten i hjemmesykepleien og disse er vanskelig å skille ut fra de generelle kostnadene i hjemmesykepleien.

De to modellene for mottak av trygghetsalarmer har ulike fordeler og ulemper:

- Fordelene ved mottak av trygghetsalarmer i egen kommune er kostnadseffektivitet gjennom utnyttelse av kapasitet i hjemmesykepleien, eliminering av mellomledd mellom mottaker og bruker av alarmen og god tilgang til pasientinformasjon. Ulempene er manglende siling og sårbarhet med hensyn til kapasitet.
- Fordelene ved mottak av trygghetsalarmer utenfor egen kommune er kostnadseffektivitet gjennom utnyttelse av stordriftsfordeler. Hvis mottaker evner å sile mellom ulike alarmer, oppnås også en skjerming av hjemmesykepleien. Ulempene er mangel på tilgang til pasientinformasjon og at alarmsentralen/responscenteret kan bli et unødvendig mellomledd mellom pasient og hjemmesykepleien.

Forutsetninger som gjør det vanskelig for kommunen å organisere mottak av trygghetsalarmer er kapasitet i hjemmesykepleien og kompetanse hos medarbeidere som mottar alarmene. Stort volum av alarmer og spredt bosetting er også viktige faktorer som påvirker kommunens forutsetninger.

En samlet vurdering tilsier at det for mange kommuner kan være fordelaktig å benytte seg av en alarmsentral/responscenter utenfor kommunen. Dette forutsetter imidlertid at mottaker har god kompetanse og tilgang til pasientinformasjon som tillater en effektiv siling. Kommuner med spredt bosetting har imidlertid utfordringer uavhengig modell for mottak av trygghetsalarm.

Innføring av velferdsteknologi (f.eks. digital blodsuktermåling, fallalarmer, døralarmer etc.) og demografisk utvikling fører til at flere alarmer/sensorer krever respons. Mens dette vurderes som en risiko for overbelastning av hjemmesykepleien skaper det samtidig muligheter for utnyttelse av fordeler gjennom et samarbeid i en felles alarmsentral/responscenter.

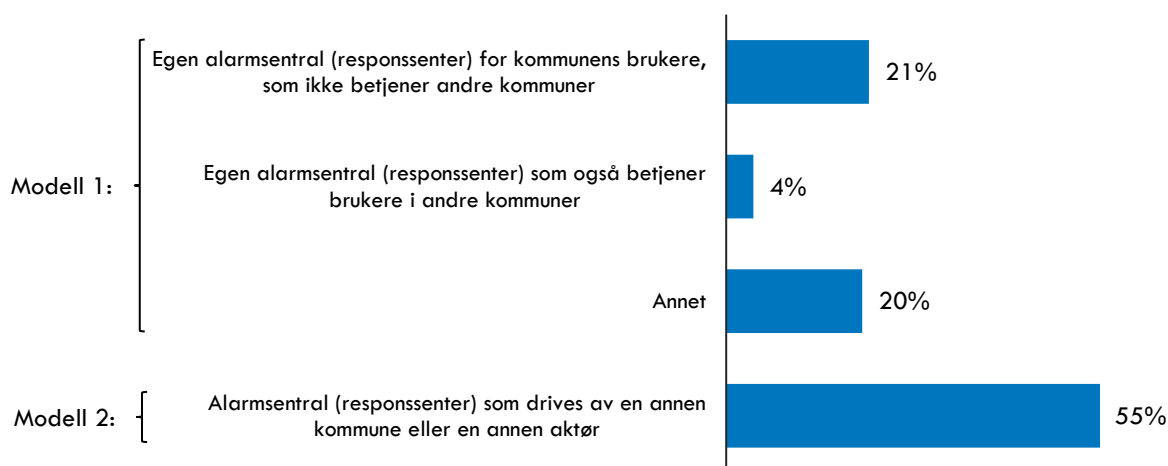
6.2 Organisering av mottak av trygghetsalarmer

Gjennom utredningen har vi identifisert to hovedmodeller for mottak av trygghetsalarmer:

- Modell 1: Trygghetsalarmer mottas av personell i kommunen, direkte av hjemmesykepleien (eventuelt med back-up i sykehjem, annen enhet eller privat aktør)
- Modell 2: Trygghetsalarmer mottas av en alarmsentral (responscenter)/personell i en annen kommune.

I vårt utvalg er 55 prosent av kommunene knyttet til en alarmsentral (eller et responscenter) i en annen kommune (se Figur 6-1). Disse kommunene faller inn under modell 2. Et eksempel er Telenors responscenter i Kristiansand, som mange kommuner er knyttet til. Telenor står for den tekniske driften, mens helse- og omsorgspersonell i Kristiansand kommune mottar alarmene. De resterende 45 prosent av kommunene representerer modell 1, der trygghetsalarmer mottas av personell i kommunen.

Figur 6-1: Hvordan er alarmsentral (responscenter) for hjemmesykepleien organisert i din kommune? (N=56)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Kommuner som **mottar trygghetsalarmer i egen kommune** (modell 1) har som regel en løsning der trygghetsalarmer går til sykepleier på vakt i hjemmesykepleien, eventuelt med en reserveløsning der telefonen går til et sykehjem, til brann- og redningsvesenet eller til en privat aktør (responscenter) dersom første instans ikke svarer. I enkelte kommuner tas trygghetsalarmer først imot av et sentralbord på et sykehjem som deretter setter direkte over til sykepleiere på vakt.

Kommuner som svarer «annet», har andre ulike løsninger som i praksis innebærer mottak av trygghetsalarmer i egen kommune. Dette kan for eksempel innebære at alarmer går til vakttelefoner som besvares på et sykehjem, at kommunen har en alarmsentral som er tilknyttet brann- og redningstjenesten eller at det er en alarmsentral som er eid av flere kommuner sammen.

Kommuner som har **mottak av trygghetsalarmer i en annen kommune eller ved en privat aktør** (modell 2) har gjerne én av to løsninger. *Den første løsningen* innebærer at alarmene tas imot av nabokommunen. Dette skjer ofte på et helsehus eller et lokalmedisinsk senter, som eventuelt kan være samlokalisert med legevakt. Alarmmottak i nabokommuner kan ha en reserveløsning som er knyttet til et responscenter et annet sted i landet. *Den andre løsningen* er at en privat aktør drifter et responscenter. Et eksempel er Telenors responscenter i Kristiansand kommune, der Kristiansand kommune bemanner responscenteret med personal med helse- og omsorgsfaglig kompetanse. Et annet eksempel er kommuner der brukerne har private Doro-telefoner. Disse telefonene kan være

koblet til flere instanser utenom hjemmesykepleien, for eksempel pårørende, naboer eller andre i nettverket rundt brukeren.

Sammenheng mellom organisering, kommunestørrelse og responstid og siling

Kommunenes organisering av mottak av trygghetsalarmer henger til en viss grad sammen med kommunestørrelse. I vårt utvalg er det kun de største kommunene som har en alarmsentral eller et responscenter i kommunen som også betjener brukere i andre kommuner. Vi finner samtidig at både større og mindre kommuner organiserer seg med mottak av trygghetsalarmer i egen kommune kun for kommunens innbyggere og mottak av trygghetsalarmer i regi av en annen kommune.

De fleste kommunene i utvalget vurderer at både responstiden og evnen til å sile mellom ulike alarmer og meldinger er god. Kun enkelte kommuner opplever at silingen fungerer dårlig. Vurderingene av responstid og siling ser ikke ut til å være avhengig av hvordan kommunen har organisert mottaket av trygghetsalarmer. Dette tilsier at det ikke er noen åpenbar kvalitetsforskjell mellom modell 1 og 2.

6.3 Kostnader ved mottak av trygghetsalarmer

I de fleste kommunene betaler brukerne en stor andel av kostnadene som er knyttet til installering og drift av trygghetsalarmene. Dette betyr at kommunene vanligvis ikke har store kostnader knyttet til selve mottaket av trygghetsalarmer. Kostnaden for kommunen ligger i bruk av hjemmesykepleiens kapasitet ved behov for utrykning. Det har derfor vært vanskelig for kommunene å skille ut eventuelle bruttokostnader fra brukerfinansieringen og kommunens generelle kostnader i hjemmesykepleien. Datagrunnlaget i utredningen er derfor ikke tilstrekkelig for å vurdere forskjeller i kostnader mellom kommuner og mellom ulike organisering av mottak av trygghetsalarmer.

6.4 Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller

Nedenfor drøfter vi fordeler og ulemper ved de to hovedmodellene for organisering av mottak av trygghetsalarmer.

6.4.1 Mottak av trygghetsalarmer i egen kommune (modell 1)

Vi diskuterer først fordeler og ulemper ved mottak av trygghetsalarmer i egen kommune (modell 1). I spørreundersøkelsen svarte 20 kommuner at de har en slik løsning (enten med en egen alarmsentral i kommunen eller en annen løsning i egen kommune). Det var 9 kommuner i dybdeintervjuene som har mottak av trygghetsalarmer i egen kommune.²⁵

En **fordel** med en ordning der hjemmesykepleien tar imot og besvarer trygghetsalarmer er at dette er en kostnadseffektiv løsning. Den utnytter kapasiteten i hjemmesykepleien blant ansatte på vakt uten nevneverdige merkostnader når kommunen har trukket fra brukerfinansieringen. Disse fordelene gjelder særlig dersom antallet utløste trygghetsalarmer er relativt begrenset, og det er forholdsvis korte reiseavstander internt i kommunen.

Videre er det en fordel at trygghetsalarmen går direkte til de som skal rykke ut og håndtere situasjonen. Dette kan bidra til å redusere responstiden. I tillegg kjenner ofte hjemmesykepleien pasientene som utløser alarmene og deres behov. Dette gjelder imidlertid i mindre grad i større kommuner. Ved mottak av trygghetsalarmer direkte til hjemmesykepleien har de som rykker ut gjerne tilgang til pasientinformasjon fra pasientjournaler, for eksempel gjennom håndholdte

²⁵ En av kommunene som er representert i intervjuer er Kristiansand kommune. Kristiansand kommune bemanner Telenors responscenter, hvor Telenor har ansvaret for den tekniske driften av responsplattformen. Dette responscenteret dekker kommuner i alle deler av landet. Fordeler og ulemper for kommunene som er knyttet til en slik løsning (utenom Kristiansand) drøftes i avsnitt 6.4.2.

terminaler eller mobilløsninger. Tilgang til pasientinformasjon hjelper dem å sile mellom alarmer med høy alvorlighetsgrad som krever umiddelbar utrykning, og henvendelser som kan løses via telefon eller ved neste planlagte besøk fra hjemmesykepleien. God siling er viktig for å benytte seg av beredskapen på en effektiv måte og kan spare kommunen for unødvendig ressursbruk.

Det er også **ulemp**er ved å ta imot trygghetsalarmer i egen kommune. Når alarmene går rett til pleierne i hjemmesykepleien som er på vakt, forstyrres disse i pågående oppdrag. Dette kan føre til at pleieren ikke har tilstrekkelig tid til å vurdere om det er behov for en utrykning eller ikke. Beredskap basert på hjemmesykepleiens tilgjengelighet er også en relativt sårbar løsning som i stor grad avhenger av kapasiteten i hjemmesykepleien. For eksempel vil det i noen tilfeller kunne oppstå kapasitetsutfordringer på grunn av et begrenset antall nattevakter på vakt, samtidig som det er behov for å foreta utrykninger til utløste alarmer.

Tabell 6-1: Hovedfunn for mottak av trygghetsalarmer i egen kommune (modell 1)

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Kostnadseffektiv løsning som utnytter kapasiteten i hjemmesykepleien • Alarmene går direkte til de som skal rykke ut (ingen mellomledd) • Mottaker kjenner pasientene og har tilgang til pasientjournaler/pasientinformasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende siling før alarmer når hjemmesykepleien • Forstyrrer pågående oppdrag og svekker effektiviteten i hjemmesykepleien • Sårbarhet/avhengighet av kapasitet i hjemmesykepleien

Samlet sett vil en ordning der hjemmesykepleien tar imot trygghetsalarmer kunne svekke effektiviteten i hjemmesykepleien som tjeneste. Dersom denne ulempen oppleves som vesentlig, kan det gi kommunen insentiver til å vurdere om en annen kommune eller en privat aktør bør ta imot trygghetsalarmene i første ledd.

6.4.2 Mottak av trygghetsalarmer i en annen kommune (modell 2)

I vårt utvalg har 31 kommuner mottak av trygghetsalarmer i en alarmsentral eller et responscenter i en annen kommune (modell 2). 11 av disse kommunene er representert i intervjuene.

En **fordel** med et responscenter og mottak av trygghetsalarmer i en annen kommune er at dette gir en ressurseffektiv løsning som utnytter stordriftsfordeler. Responscenter som dekker et stort befolkningsgrunnlag oppnår relativt lave enhetskostnader per bruker som er tilknyttet. En del henvendelser kan løses over telefon, og i disse tilfellene skjerms hjemmesykepleien. Dette reduserer belastningen på kapasiteten i hjemmesykepleien. Flere kommuner peker på forbedret siling som en fordel, men det er uenighet om hvor stor denne fordelen er. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser ingen sammenheng mellom vurdering av siling og organisering av mottak av trygghetsalarmer.

En **ulempe** med å legge mottak av trygghetsalarmer utenfor egen kommune er at mottakeren av trygghetsalarmen ikke er samme instans som skal rykke ut. Mottakeren av trygghetsalarmen kan ha lite eller ingen kjennskap til pasienten som utløser alarmen, og kan i noen tilfeller mangle tilgang på tilstrekkelig og utfyllende pasientinformasjon. Hva slags informasjon et responscenter har om pasientene som ringer inn synes å variere. Enkelte kommuner beskriver at responscenteret ikke har tilgang til pasientinformasjon. Andre beskriver at de gir responscenteret oversikt over planlagte besøk fra hjemmesykepleien og/eller tilgang til hoveddiagnoser, men ikke pasientjournaler. Da kan responscenteret i større grad vurdere om hjemmesykepleien må kontaktes umiddelbart eller om det er tilfredsstillende å vente til neste planlagte besøk. Mottak av trygghetsalarmer utenfor egen kommune innebærer å ha et mellomledd mellom pasient og

hjemmesykepleien. Dette kan oppleves som unødvendig dersom det ikke oppnås faktisk siling av alarmer eller dersom det forsinkes en nødvendig utrykning fra hjemmesykepleien.

Tabell 6-2: Hovedfunn for mottak av trygghetsalarmer i en annen kommune (modell 2)

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Ressurseffektivitet gjennom utnyttelse av stordriftsfordeler• Ekstern siling og skjerming av hjemmesykepleien	<ul style="list-style-type: none">• Manglende kjennskap til pasient og tilgang på tilstrekkelig/utfyllende pasientinformasjon som kan svekke respons-senterets evne til «siling»• Et respons-senter som mellomledd kan forsinke utrykning fra hjemmesykepleien

6.5 Faktorer som påvirker organisering av mottak av trygghetsalarmer

Kommunene har ulike forutsetninger som påvirker hvordan de organiserer mottak av trygghetsalarmer. Vi fokuserer her på styrker og svakheter ved kommunen (interne faktorer), da vi ikke har identifisert noen eksterne faktorer utenfor kommunen (muligheter og utfordringer) som påvirker hvordan kommunene organiserer mottak av trygghetsalarmer.

Styrker og svakheter

De viktigste **styrkene** er god kapasitet i hjemmesykepleien, medarbeidere med helse- og omsorgskompetanse som tar imot alarmer og et lavt antall trygghetsalarmer å betjene. God kapasitet i hjemmesykepleien gir mulighet for å organisere mottak i egen kommune uten at hjemmesykepleien i for stor grad svekkes som tjeneste. Kapasiteten i hjemmesykepleien vurderes gjerne i sammenheng med antall trygghetsalarmer og hvor mange som utløses. Få utløste alarmer og et lavt behov for utrykninger gjør det lettere å organisere en tilstrekkelig beredskap. Riktig kompetanse blant de som tar imot alarmene bidrar videre til en effektiv beredskap gjennom evnen til å sile mellom ulike alarmer. Bosetningsmønster spiller også en rolle, da det er enklere å organisere mottak av trygghetsalarmer i kommuner med korte avstander ved utrykning.

I likhet med de andre vakt- og beredskapsordningene gir god driftsøkonomi kommuner et større handlingsrom, alt annet likt. Samtidig er det i de fleste tilfellene en brukerbetaling som dekker deler eller i noen tilfeller hele kostnaden ved installering og drift av trygghetsalarmene.

Det viktigste **svakhete**n kommuner opplever er begrenset kapasitet i hjemmesykepleien, medarbeidere uten tilstrekkelig eller riktig kompetanse og et høyt antall trygghetsalarmer og stort behov for utrykning. Dette legger press på kapasiteten i hjemmesykepleien, og har gjerne sammenheng med alderssammensetning i kommunen (se Figur 5-4 i kapittel 5).²⁶ Spredt bosetting er også en faktor som gjør det vanskeligere å organisere mottak av trygghetsalarmer.

²⁶ Figur 5-4 viser resultat fra spørreundersøkelsen om viktigste utfordringer/faktorer for organisering av pleie- og omsorgstjenestene generelt. Relevant for mottak av trygghetsalarmer er særlig tilgang på kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten. Alderssammensetning, kommunens økonomi og bosetningsmønster er også faktorer som spiller en rolle.

Tabell 6-3: Styrker og svakheter knyttet til organisering av mottak av trygghetsalarmer

Styrker	Svakheter
<ul style="list-style-type: none">• God kapasitet i hjemmesykepleien• Medarbeidere med helse- og omsorgskompetanse som tar imot trygghetsalarmer• Få trygghetsalarmer å betjene/få henvendelser• Konsentrert bosetting• God kommuneøkonomi	<ul style="list-style-type: none">• Begrenset kapasitet i hjemmesykepleien• Medarbeidere uten helse- og omsorgskompetanse som tar imot trygghetsalarmer• Mange trygghetsalarmer å betjene/mange henvendelser• Spredt bosetting

Samlet vurdering

En samlet vurdering tilsier at suksesskriterier for mottak av trygghetsalarmer i egen kommune er tilstrekkelig kapasitet i hjemmesykepleien til å håndtere antallet alarmer og en eventuell spredt bosetting. Kommuner med disse forutsetningene vil i større grad se muligheten til å etablere mottak av trygghetsalarmer i egen regi. De vil da kunne oppnå fordeler ved lett tilgang til pasientinformasjon og effektivt bruk av kapasiteten i hjemmesykepleien gjennom god kjennskap til pasientene og god siling av alarmer.

Suksesskriterier for mottak av trygghetsalarmer utenfor egen kommune er at mottak av alarmer bemannes med medarbeidere med helse- og omsorgskompetanse. Løsninger der trygghetsalarmer mottas av personell uten helse- og omsorgskompetanse (f.eks. brann- og redningstjenesten) oppleves som mindre effektive fordi silingsinstansen ikke har kompetanse til å vurdere behovet for utrykning og blir et (unødvendig) mellomledd som kun setter direkte over til hjemmesykepleien. Brann- og redningsvesenet eller andre enheter kan likevel sile alarmer hvor det åpenbart ikke er behov for helse- og omsorgskompetanse.

Det er også viktig at de som mottar trygghetsalarmene har tilgang til pasientjournaler/pasientinformasjon. Ved et av de store responssentrene pågår det for eksempel arbeid med å integrere journalopplysninger og informasjon fra pasientregister. Kommunenes kommunikasjon og informasjonsdeling med et responscenter eller en annen kommune som mottar trygghetsalarmer er et arbeid i kontinuerlig utvikling.

Utviklingstrekk i velferdsteknologi og organisering av mottak av trygghetsalarmer

Innføring av velferdsteknologi (f.eks. digital blodsuktermåling, fallalarmer, døralarmer etc.) og demografisk utvikling fører til at flere alarmer/sensorer krever respons. Samtidig som dette vurderes som en risiko for overbelastning av hjemmesykepleien av kommuner som mottar trygghetsalarmer i egen kommune, kan utviklingen på en annen side skape muligheter for samarbeid og utnyttelse av fordeler i et felles responscenter som håndterer flere alarmer og ulike typer sensorer i tillegg til trygghetsalarmer. Noen kommuner, særlig kommuner med mottak av trygghetsalarm i egen kommune, ser derfor på muligheter for å ha trygghetsalarmer og velferdsteknologiske løsninger på en felles plattform. De ser også på mulighetene for at hjemmesykepleien i større grad kan benytte mobile enheter med tilgang til pasientinformasjon. Kommunene fremhever at slike løsninger bør innebære tilgang til felles fagsystemer. Denne utviklingen og måten den påvirker kommunenes mulighet for å organisere mottak av trygghetsalarmer er en viktig faktor for fremtidige beredskapspolitiske beslutninger.

7. Intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter

Kommunene har ansvar for å ta imot pasienter som sykehusene definerer som utskrivningsklare (ferdigbehandlede), men som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Dette kan gjøres på ulike måter, for eksempel gjennom et korttidsopphold på en sykehjemsavdeling, i en rehabiliteringsenhet, i hjemmet eller i øremerkede intermediærplasser.

Intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter er ikke en lovpålagt tjeneste, men et tilbud noen kommuner har. I spørreundersøkelsen svarte 29 av 56 kommuner at de har øremerkede intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter. I vårt utvalg er det typisk små kommuner (under 5 000 innbyggere) som har intermediærplasser. De fleste av kommunene med intermediærplasser (78 prosent) organiserer plassene selv i egen kommune. Enkelte kommuner kjøper intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter fra en vertskommune eller gjennom et IKS.

Analysen av organisering og kostnader ved øremerkede intermediærplasser i denne rapporten er begrenset til en kort gjennomgang av de viktigste aspektene. Grunnen til dette er at det er vanskelig å skille innholdet i tilbudet av øremerkede intermediærplasser fra innholdet i tilbud som gis i kommuner uten slike plasser, for eksempel mottak av utskrivningsklare pasienter på korttidsavdelinger på sykehjem. Hovedinntrykket fra intervjuene med kommunene er at de klarer å ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten og at dette gjøres på relativt like måter, uavhengig av om de har «øremerkede» intermediærplasser for utskrivningsklare pasienter eller ikke.

Når det gjelder **kostnader**, har det vært krevende å få frem anslag for intermediærplassene. Et lite datagrunnlag gir ikke grunnlag for en nærmere analyse. Det er imidlertid verdt å nevne at det kan være kostbart for kommunen når det oppstår situasjoner hvor det ikke finnes kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Kommunen er ansvarlig for å dekke utgifter til utskrivningsklare pasienter fra første dag etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at kommunene må betale en pris per liggedøgn til helseforetakene for pasienter som blir værende i spesialisthelsetjenesten (se kapittel 3.2.4). I 2018 er prisen per liggedøgn 4 747 kroner. I vårt utvalg er det imidlertid relativt få kommuner som kommenterer at de har vansker med å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Den største **utfordringen** kommunene opplever er manglende koordinering mellom kapasitet i kommunen og utskrivningspraksisen hos spesialisthelsetjenesten. Enkelte kommuner mener at spesialisthelsetjenestens utskrivningspraksis er helt adskilt fra eventuell kjennskap til tilbudet i kommunen, og at kommunen ofte på kort varsel mottar pasienter som det er krevende å håndtere. Noen kommuner beskriver en «svingdørsproblematikk», hvor pasienter blir sendt flere ganger mellom kommunen og sykehuset fordi kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse til å gi den medisinske behandlingen pasienten har behov for. Andre kommuner mener på en annen side at koordinering av egen kapasitet og utskrivningspraksisen hos spesialisthelsetjenesten stort sett fungerer godt. Vår vurdering tilsier at utskrivningspraksisen hos spesialisthelsetjenesten påvirker behovet for intermediærplasser direkte. Raskere utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten bidrar til økt behov og større utfordringer for kommuner. Det fremstår som at det finnes et forbedringspotensial i samhandlingen og kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten i en del kommuner.

8. Akuttberedskap i barnevernet

I dette kapittelet beskriver vi funn fra analysen av organisering av akuttberedskap i barnevernet.

8.1 Hovedfunn

Lovfortolkningen fra BLD tilsier at kommunale barnevernstjenester skal ha tilstrekkelig beredskap for å sikre at barn får nødvendig hjelp og omsorg også i akutte situasjoner utenfor barnevernstjenestens kontortid. Bufdir har i tillegg presisert at en bakvaktordning må være formalisert, noe som skjerper kravene til beredskapen.

Omtrent to av tre kommuner har en formalisert beredskap. Vi har identifisert to hovedmodeller for organisering av beredskapen:

- Hovedmodell 1: Vertskommunemodellen
- Hovedmodell 2: Samarbeidsmodell uten vertskommune, der vaktansvaret rulleres mellom kommunene i samarbeidet

70 prosent av kommunene i vårt utvalg har en vertskommunemodell, mens 30 prosent har andre samarbeidsmodeller, som stort sett ligger innenfor hovedmodell 2. Vi vet at særlig en del store kommuner organiserer akuttberedskapen i egen regi, uten samarbeid med andre kommuner. Ingen av disse er imidlertid representert i vårt utvalg.

Kostnadene for akuttberedskapen i barnevernet er i gjennomsnitt 122 kroner per mindreårig innbygger (0-18 år) i vårt utvalg. Kostnadene varierer etter både kommunestørrelse og organisering. Vi finner at det er vertskommuner og store kommuner som har de laveste kostnadene. Vertskommunene har i gjennomsnitt flere innbyggere, og kan dermed høste stordriftsfordeler. Vi har ikke hatt tilstrekkelig datagrunnlag til å vurdere om det er kommunestørrelse eller organisering som i størst grad er med på å gi kostnadsfordeler.

De identifiserte modellene for organisering av akuttberedskapen i barnevernet har ulike **fordeler** og **ulempes**:

- Fordelene ved en vertskommunemodell er at den gir en stabil, robust og ressurseffektiv beredskap med tilstrekkelig barnevernfaglig kompetanse, som avlastet barnevernstjenestene i de andre kommunene. Ulempene er geografiske avstander og potensielt lang responstid ved behov for utrykning, overføringen av håndterte akuttsaker mellom vertskommunen og de andre kommunene og manglende kjennskap til pågående saker i de andre kommunene.
- En samarbeidsmodell uten en vertskommune gir også en stabil, robust og ressurseffektiv beredskap, som i tillegg er ubyråkratisk og med vaktbelastning tilpasset kommunenes kapasitet. Ulempene er knyttet til at kompetanse og praksis for håndtering av akuttproblematikk kan variere mellom kommunene, i tillegg til overføring av håndterte akuttsaker mellom kommunene og geografiske avstander ved behov for utrykning som i vertskommunemodellen.

De viktigste utfordringene for organisering av akuttberedskapen i barnevernet er dårlig driftsøkonomi, manglende tilgang til barnevernfaglig kompetanse og begrenset kapasitet. Lang reisevei til nabokommunen(e), manglende kapasitet, kompetanse og erfaring i nabokommunen(e), samt deres vilje og motivasjon til å samarbeide er også pekt på som utfordringer. Analysen viser at utfordringene særlig gjelder små kommuner med spredt bosetning.

En samlet vurdering viser at mange kommuner er helt avhengige av et samarbeid for å få etablert en formalisert akuttberedskap i barnevernet. En formalisert akuttberedskap i egen regi ville vært

betydelig mer ressurskrevende. Kompetanse, kapasitet og erfaring i nabokommunene samt deres motivasjon og vilje til å samarbeide og betale for beredskapen er derfor viktig. Det må også etableres gode rutiner for overføring av saker som er behandlet etter en akutthendelse.

8.2 Organisering

Dagens barnevernlov inneholder ikke noe eksplisitt krav om døgnkontinuerlig beredskap. Lovfortolkninger fra både BLD og Bufdir tilsier imidlertid at kommunale barnevernstjenester skal ha en formalisert beredskapsordning som sikrer at barn får nødvendig hjelp og omsorg også i akutte situasjoner utenfor barneverntjenestens kontortid. Vi begynner derfor med å undersøke i hvilken grad akuttberedskap i barnevernet er formalisert.

8.2.1 Formalisert akuttberedskap

Etter Bufdirs definisjon innebærer en formalisert akuttberedskap en ordning med kvalifisert personale satt i et system. Et system med telefonvakt vil innebære en formalisert akuttberedskap. Det at barnevernleder er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid anses ikke som en formalisert akuttberedskap.

I vårt utvalg har omtrent to tredjedeler (62 prosent) av kommunene en formalisert akuttberedskap i barnevernstjenesten utenom ordinær arbeidstid. Resultatet er relativt likt som i tilsvarende undersøkelse gjennomført av Bufdir i alle kommuner i 2018.²⁷ Nye tall for BLD viser at flere kommuner som ikke hadde formalisert akuttberedskap da Bufdirs undersøkelse ble gjennomført har siden formalisert beredskapen. Per januar 2019 oppgir 83 prosent av kommunene at de har en formalisert akuttberedskap i barnevernet.²⁸

8.2.2 Identifiserte (formaliserte) modeller for akuttberedskap i barnevernet

Vi har identifisert to hovedmodeller for organisering av (formalisert) akuttberedskapen i barnevernet:

- Hovedmodell 1: Vertskommunemodellen. Én kommune organiserer vaktordningen for akuttberedskapen i barnevernet, som også benyttes av en eller flere andre kommuner.
- Hovedmodell 2: Samarbeidsmodell uten vertskommune. Kommunen samarbeider med én eller flere andre kommuner, uten at en kommune fungerer som vertskommune.

En samarbeidsmodell uten vertskommune innebærer at kommunene fordeles vakter seg imellom, typisk i perioder på én til to uker av gangen. Vaktene fordeles som regel basert på antall innbyggere (f.eks. innbyggere 0-18 år). Ansatte er gjerne to og to på vakt, med en hovedvakt og en bakvakt. Vaktordningen er som regel basert på hjemmevaktprinsippet, med faste vakttelefoner som rulleres mellom ansatte som tar vakter. I et av samarbeidene har en av barnevernstjenestene et dedikert ansvar for å sikre overføring av telefoner ved skifte av vaktansvarlig kommune.

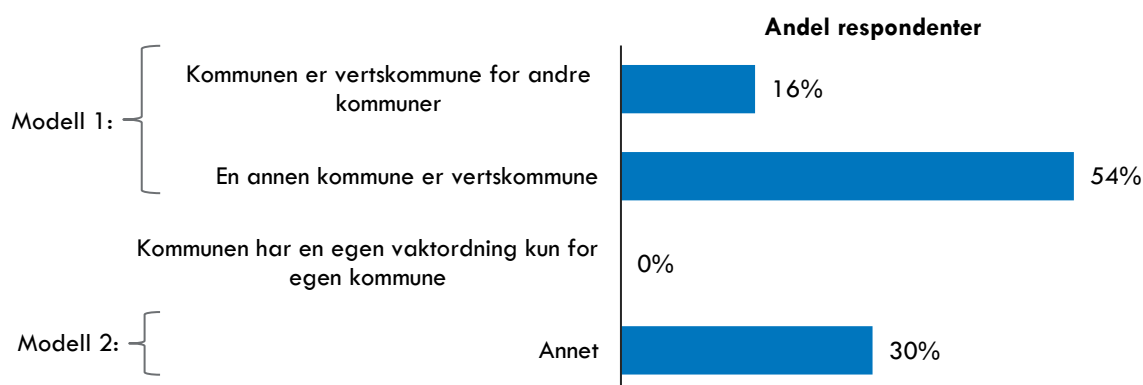
Vi vet at spesielt en del større kommuner organiserer akuttberedskapen i egen regi, uten samarbeid med andre kommuner. I vårt utvalg er det imidlertid ingen kommuner som har en formalisert akuttberedskap i barnevernet som de organiserer selv kun for egen kommune. En slik modell er derfor ikke kartlagt og vurdert i denne rapporten. Modellen vil imidlertid kunne dele flere av de samme fordelene, ulempene og forutsetningene for å lykkes som en vertskommunemodell innebærer for vertskommunen.

Hovedfunnet er at samarbeid etter vertskommunemodellen (hovedmodell 1) er mest utbredt. Figur 8-1 viser at dette gjelder 70 prosent av kommunene i vårt utvalg, mens 30 prosent har organisert beredskapen på andre måter (inkludert hovedmodell 2).

²⁷ Undersøkelse om akuttberedskap i barnevernet i 2018 mottatt av Bufdir.

²⁸ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/akuttberedskap-i-barnevernet/id2625913/>

Figur 8-1: Hvordan er vaktordningen i barnevernstjenesten organisert? (spørsmål til kommuner med en formalisert akuttberedskap, N=37)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Av kommunene som har en vertskommunemodell i vårt utvalg, har de fleste en annen kommune som er vertskommune, mens færre er vertskommuner selv. Blant kommuner som har organisert akuttberedskapen i barnevernet på andre måter, beskriver de fleste at kommunen driver vaktordningen sammen med andre kommuner uten at ansvaret for organisering av beredskapen er lagt til en vertskommune. Det betyr som regel at medarbeidere i barnevernstjenesten i en kommune har vaktansvar for en viss periode av gangen, før ansvaret overtas av medarbeidere i en annen kommune for en ny periode. En slik modell har vi definert som hovedmodell 2.

Et lite mindretall av kommunene har andre løsninger enn de to hovedmodellene. Andre modeller kan for eksempel innebære at en annen kommune organiserer vaktordningen i helger og helligdager, eller at kommunen har en egen bakvakt i tillegg til den felles vaktordningen som kommunen er knyttet til. Én kommune oppgir i spørreundersøkelsen at vaktordningen organiseres av en privat aktør. Som beskrevet i kapittel 3.3, definerer Bufdir akuttberedskap i barnevernet som en del av kommunens myndighetsfunksjoner, som det ikke er anledning til å overlate til private virksomheter.

Noen av beskrivelsene fra respondenter som svarte «annet» tyder på at de faktisk er en del av en vertskommunemodell, slik at antallet som har svart dette i Figur 8-1 i realiteten er noe høyere. Dataene i figuren er ikke forsøkt tilpasset for å fange opp dette.

Organisering av akuttberedskapen i barnevernet henger sammen med kommunestørrelse i vårt utvalg. Kommuner som er vertskommuner har i gjennomsnitt flest innbyggere, med i gjennomsnitt rundt 6 200 barn og unge 0-18 år. Til sammenligning har kommunene som deltar i en vertskommunemodell i gjennomsnitt rundt 1 200 innbyggere 0-18 år. Kommuner med andre organisasjonsformer, inkludert samarbeidsmodell uten en vertskommune, har i gjennomsnitt 2 100 innbyggere 0-18 år. Resultatene tyder på at det er større kommuner som har kapasitet til å organisere beredskapen selv og for andre kommuner, mens mindre kommuner oftere slutter seg til et samarbeid. Kapasitetsproblematikken diskuterer vi nærmere under.

8.3 Kostnader ved akuttberedskapen i barnevernet

I spørreundersøkelsen har 19 kommuner oppgitt kostnader ved akuttberedskapen i barnevernet i 2017. Datagrunnlaget er begrenset, på grunn av ulike forhold som gjør det vanskelig for kommunene å skille ut «beredskapskostnadene» i barnevernstjenesten:

- I kommuner uten en formalisert akuttberedskap er kostnadene en del av lønnskostnadene til barnevernstjenestens medarbeidere.

- I noen kommuner med en rullerende beredskapsordning er godtgjørelsen for deltakelse i vaktordningen en del av avlønningen til barnevernsmedarbeiderne.

Vi finner at gjennomsnittlig kostnad per mindreårig innbygger for akuttberedskap i barnevernet er på 122 kroner vårt utvalg (Tabell 8-1). Denne kostnaden varierer imidlertid mellom 40 og 340 kroner i de 19 kommunene.

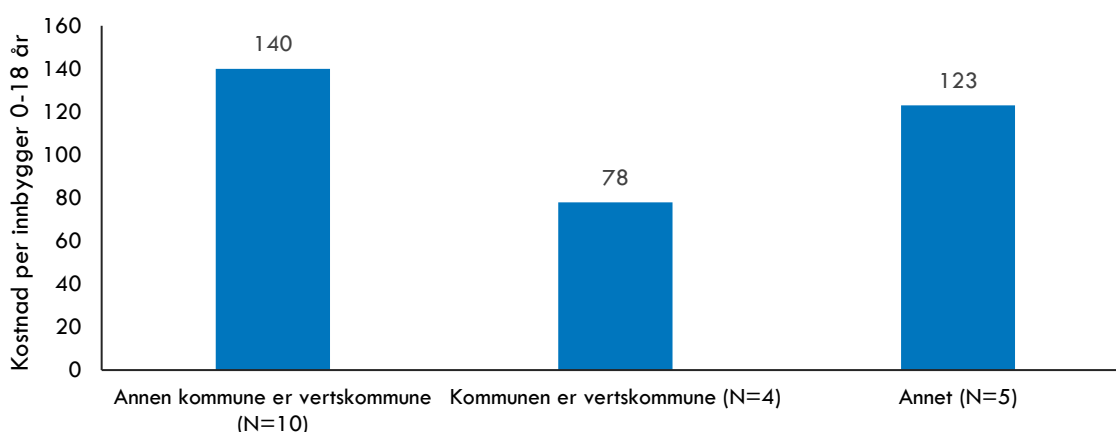
Tabell 8-1: Kostnader ved akuttberedskapen i barnevernstjenesten, i kroner (N=19)

	Gjennomsnitt	Median	Min	Maks
Kostnader per innbygger 0-18 år (i kroner)	122	112	40	340

Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Figur 8-2 viser gjennomsnittlig kostnad per mindreårig innbygger for akuttberedskap i barnevernet blant vertskommuner, kommuner som har en annen kommune som vertskommune og kommuner som har andre former for samarbeid («annet»). Resultatene tilsier at vertskommunene oppnår relativt ressurseffektive vaktordninger sammenlignet med andre kommuner. Vertskommunene har i gjennomsnitt flere innbyggere, slik at de i større grad kan trekke på stordriftsfordeler. Kommunene som betjenes av en vertskommune har i gjennomsnitt høyere kostnader enn vertskommunene.²⁹

Figur 8-2: Kostnader ved akuttberedskapen i barnevernet per innbygger 0-18 år, etter organisering

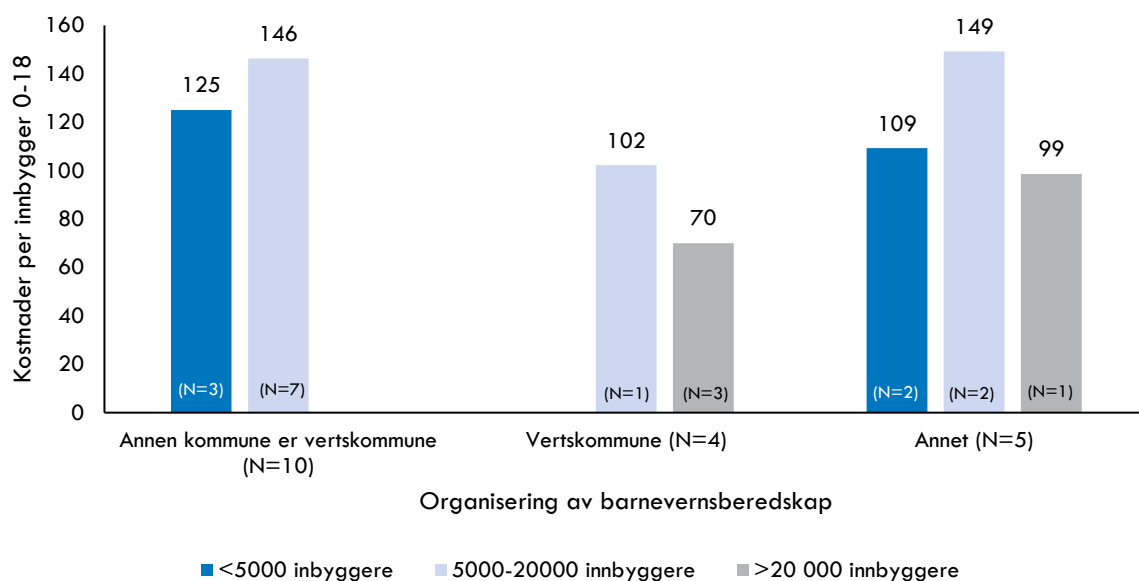


Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Figur 8-3 viser kostnader per mindreårig innbygger for akuttberedskap i barnevernet, etter både organisering og kommunestørrelse. Figuren er basert på et svært begrenset antall kommuner i hver gruppe, slik at resultatene må tolkes med varsomhet. Figuren viser at det er større kommuner og kommuner som er vertskommuner som har de laveste kostnadene. På grunn av det lave antallet kommuner i hver av gruppene kan vi ikke fastslå om det kommunestørrelsen eller kommunens funksjon som vertskommune som er grunnen til lave kostnader i disse kommunene. Figuren viser også at det er mellomstore kommuner som ikke er vertskommuner, og små kommuner som deltar i en vertskommunemodell, som har de høyeste kostnadene.

²⁹ Det er viktig å understreke at det er usikkerhet ved kostnadene for kommuner i kategorien «annet», i og med at det er ulike måter å organisere beredskapen på som inngår i denne kategorien.

Figur 8-3: Kostnader per innbygger 0-18 år for akuttberedskapen i barnevernet, etter organisering og kommunistørrelse



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

8.4 Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller

I dette delkapittelet drøfter vi fordeler og ulemper ved de to hovedmodellene for organisering av akuttberedskap i barnevernet: vertskommunemodellen (hovedmodell 1) og en samarbeidsmodell uten vertskommune (hovedmodell 2).

8.4.1 Vertskommunemodellen (hovedmodell 1)

Vi har undersøkt hva kommunene oppfatter som fordeler og ulemper ved vertskommunemodellen som modell for akuttberedskapen i barnevernet. I spørreundersøkelsen var det 6 kommuner som er vertskommune for en formalisert akuttberedskap i barnevernet, hvorav 4 er representert i dybdeintervjuene. Videre var det 20 kommuner i spørreundersøkelsen som har en annen kommune som vertskommune. Av disse er 8 kommuner representert i dybdeintervjuene.

De vertskommunene som er representert i intervjuene kan deles i to hovedgrupper etter måten de har innrettet beredskapen på:

- Kommuner som har egen separat bemanning eller egne dedikerte deltidsstillinger knyttet til beredskapen i barnevernet.
- Kommuner som har en ordning der ansatte i barnevernstjenesten organiserer vaktordningen på rundgang (f.eks. i et team med hovedvakt og bakvakt), eventuelt i kombinasjon med en vakttelefon et annet sted som fungerer som et silingsledd og kontaktpunkt for håndtering av henvendelser som ikke krever uttrykning.

Det er flere **fordeler** ved en vertskommunemodell. Kommuner som ikke er vertskommuner, gjerne små og middels store kommuner, ville ofte ikke klart å etablere en tilsvarende, forsvarlig beredskap på egen hånd. Gjennom et samarbeid om beredskapen i en vertskommunemodell oppnår kommunene en stabil og robust akuttberedskap, som har god tilgang til barnevernsfaglig kompetanse. Samarbeidet bidrar også til avlastning for barnevernsledere og andre ansatte i barnevernstjenesten i de deltakende kommunene.

En annen fordel er at samarbeid gir en mer ressurseffektiv ordning. Stordriftsfordeler har stor betydning fordi det i mange kommuner er forholdsvis få akuttsaker utenom barnevernstjenestens

ordinære kontortid. Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at det er særlig vertskommunene som oppnår lave kostnader. I gjennomsnitt har imidlertid vertskommunene flere innbyggere enn deltakerkommunene og ville derfor uansett høstet stordriftsfordeler, men deler disse med deltakerkommunene.

I områder med nærhet til en stor kommune er det muligheter til å knytte faste stillinger til barnevernsvakten, noe enkelte av vertskommunene i vårt utvalg er eksempler på. Dette sikrer i større grad at vaktordningen bemannes med personell som ønsker å jobbe med akuttproblematikk. Det kan også være en fordel for rekrutteringen til barnevernstjenesten for øvrig, ved at søkere som ikke ønsker å jobbe vakter ikke blir pålagt dette som en del av sin stilling i den ordinære barnevernstjenesten.

Vertskommunemodellen har også noen **ulemp**er. Det å dekke et stort område innebærer ofte at de geografiske avstandene blir større og at responstiden ved behov for utrykning blir lengre. En del små kommuner har også geografiske hindringer som medfører at kommunikasjon til og fra vertskommunen i seg selv er krevende, for eksempel dersom det ikke er landforbindelse eller om forbindelsen er værutsatt. Når den geografiske avstanden er lang og det oppstår behov for utrykning, kan det for barnevernsvakten være ønskelig at en lokal bakvakt bistår. Dette krever imidlertid at barnevernstjenesten i deltakerkommunen(e) har evne og mulighet til å rykke ut.

Samtidig er behovet for utrykning i akuttsaker i barnevernet begrenset. Mange henvendelser løses over telefon, håndteres av andre instanser eller håndteres av barnevernstjenesten neste dag. Ofte er politiet eller helsetjenesten de første instansene som kommer i kontakt med akutte omsorgsproblemer. I mange sammenhenger blir barn ivaretatt av disse instansene fram til barnevernstjenestens kontortid, uten behov for akutt utrykning eller tiltak fra barnevernsvakten. Vertskommunen er imidlertid avhengig av gode samarbeidsrelasjoner med blant annet politi og helsetjenester i de andre kommunene, særlig i områder langt unna.

Tabell 8-2: Hovedfunn for vertskommunemodellen for akuttberedskap i barnevernet

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Tilstrekkelig barnevernsfaglig kompetanse • Stabilitet og robusthet • Avlastning for barnevernsleder/andre i barnevernstjenesten i deltakende kommune • Mulighet for å knytte faste stillinger til barnevernsvakten (i områder knyttet til en stor kommune) • Ressurseffektivitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Geografisk avstand/utrykningstid • Overføring av saker som vakten har håndtert til sakens «eierkommune» • Manglende kjennskap til pågående saker i andre kommuner

Etter at vertskommunen har håndtert en akutthendelse, må saken overføres til barnevernstjenesten i den aktuelle kommunen. Denne overføringen kan i noen tilfeller utgjøre en ulempe ved samarbeidet. Da kan det oppstå kommunikasjonssvikt i forbindelse med saksoverføringen. Det kan også være en ulempe at vakthavende i vertskommunen mangler lokalkunnskap, for eksempel i akuttsaker som omhandler familier som barnevernstjenesten i hjemkommunen tidligere har hatt kontakt med. Samtidig er kjennskap til pågående saker og familiehistorikk mindre relevant i akuttsituasjoner. I slike situasjoner arbeider barnevernet etter prosedyrer og rutiner som skal sikre barns liv og helse, og det er verken behov for eller tid til å sette seg inn i bakgrunnen til en familie eller en sak.

Hvis beredskapen er basert på dedikerte deltidsstillinger, kan det medføre at beredskapen over tid preges av en utskiftende bemanning. Vaktene kan oppleves belastende og det kan være vanskelig å holde på kompetansen i vaktordningen over tid. Én kommune forklarer for eksempel at

det stort sett er medarbeidere i barnevernstjenestene i de deltakende kommunene som søker seg til deltidstillinger i barnevernsvakten. Dette kan gå utover kapasiteten i barnevernstjenestene ved at det i stor grad blir de samme personene som tar vakter og som utfører ordinære oppgaver innen barnevernets kontortid.

8.4.2 Samarbeidsmodell uten en vertskommune (hovedmodell 2)

I spørreundersøkelsen var det 6 kommuner med en beredskap som innebærer et samarbeid mellom flere kommuner uten en vertskommune. Som tidligere forklart innebærer en slik modell at kommunene fordeler vakter seg imellom, typisk i perioder på én til to uker av gangen. I dybdeintervjuene er 2 av disse kommunene representert.

I likhet med vertskommunemodellen oppnår kommunene gjennom samarbeidet en akuttberedskap de gjerne ikke hadde hatt kapasitet og evne til å etablere på egen hånd. Flere kommuner ser det som en **fordel** at samarbeidet sikrer at vaktbelastningen tilpasses kommunens kapasitet. Kommunene kan da i større grad bidra med utvalgte medarbeidere som ønsker å jobbe med akuttproblematikk, fremfor at vaktene fordeles mellom alle medarbeidere i barnevernstjenesten.

Kommunene som deltar i et samarbeid uten vertskommune opplever modellen som ubyråkratisk med lite administrasjon, etter at oppgaver er fordelt, systemet for rullering av vakter er satt opp og vaktordningen er «oppe og går». En slik samarbeidsmodell er også en ressurseffektiv løsning. Tilgjengelig kapasitet og kompetanse i de samarbeidende kommunene utnyttes på en best mulig måte.

Modellen har også enkelte **ulemper**. Kompetanse og praksis for håndtering av akuttproblematikk og terskelen for utrykning kan variere mellom kommunene i samarbeidet. En akutthendelse kan dermed potensielt bli håndtert på ulike måter avhengig av hvilken kommune som har vaktansvar. I likhet med en vertskommunemodell, vil det også i en samarbeidsmodell med rullerende vaktansvar kunne oppstå ulemper knyttet til overføring av saker som vakten har håndtert til sakens «eierkommune» og ulemper knyttet til geografiske avstander og utrykningstid dersom vaktområdet er stort.

Tabell 8-3: Hovedfunn for samarbeidsmodell uten vertskommune for akuttberedskap i barnevernet

Fordele	Ulemper
<ul style="list-style-type: none">• Ubyråkratisk administrasjon• Vaktbelastningen fordeles mellom kommuner med begrenset kapasitet til å håndtere beredskap på egen hånd• Ressurseffektivitet	<ul style="list-style-type: none">• Kompetanse og praksis for håndtering av akuttproblematikk og utrykning kan variere mellom kommunene i samarbeidet• Overføring av saker som vakten har håndtert til sakens «eierkommune»• Geografisk avstand/utrykningstid

8.5 Faktorer som påvirker organisering av akuttberedskap i barnevernet

Kommunene har ulike forutsetninger som påvirker hvordan de organiserer akuttberedskapen i barnevernet. I dette avsnittet drøfter vi forhold i og utenfor kommunene som påvirker hvordan de tilpasser seg for å oppfylle kravene til beredskapen. Vi presenterer hvilke styrker og svakheter (forhold ved kommunene) og hvilke muligheter og utfordringer (forhold utenfor den enkelte kommune) som påvirker organiseringen.

Styrker og svakheter

De viktigste **styrkene** er god driftsøkonomi, god tilgang til barnevernsfaglig kompetanse og god kapasitet med personalressurser. Økonomi kan i seg selv være et motiv for samarbeid med andre

kommuner, da mange kommuner anser det som for ressurskrevende å etablere akuttberedskapen i egen regi. God tilgang til barnevernsfaglig kompetanse og god bemanningskapasitet til å dekke vaktbelastningen setter kommunen i stand til å etablere en akuttberedskap i tråd med forventningene og kravene. Det er fortrinnsvis større kommuner med begrensede reiseavstander internt i kommunen og med konsentrert bosetning som uten et samarbeid kan etablere dette på egen hånd. De har større evne til å trekke på stordriftsfordeler og har ofte et større fagmiljø med barnevernsfaglig kompetanse å trekke på.

De viktigste **svakheter** er tilsvarende dårlig driftsøkonomi, mangel på tilgang til barnevernsfaglig kompetanse og lite kapasitet. Dårlig driftsøkonomi gir et mindre handlingsrom som utgangspunkt for organisering av beredskapen. Mindre kommuner kan ha begrenset tilgang til barnevernsfaglig kompetanse og begrenset kapasitet i barnevernstjenesten. De kan også ha vansker med å rekruttere ny kompetanse til stillinger som inkluderer ugunstige arbeidstider i uker med vakt. Disse kommunene har ofte vansker med å sikre en akuttberedskap i egen regi, uten at denne blir sårbar, med for stor belastning på få ansatte som i tillegg til vakter og utrykninger jobber med «ordinært barnevernsarbeid». Beredskapen blir også sårbar ved sykdom og andre utfordringer. Dersom kommunen har spredt bosetning og store geografiske avstander er dette også svakheter som gjør det vanskelig å etablere en formalisert akuttberedskap.

Muligheter og utfordringer

Når det gjelder **muligheter og utfordringer**, er det hovedsakelig faktorer som påvirker samarbeidsmuligheter med nabokommunen(e) som gjør seg gjeldende. Kommuner som i utgangspunktet opplever flere svakheter (ofte mindre kommuner) er i større grad avhengig av å søke et samarbeid med andre kommuner, for eksempel med en stor vertskommune eller med flere andre kommuner med eller uten en vertskommune. Dersom det er kort reisevei til nabokommunen(e), og disse har god kapasitet, kompetanse og erfaring, skaper dette muligheter til å få etablert en formalisert akuttberedskap. Motsatt vil lang reisevei og manglende kapasitet, kompetanse og erfaring i nabokommunen(e) skape utfordringer.

Kommuner er også prisgitt motivasjonen og viljen til å samarbeide blant sine nabokommuner. Enkelte kommuner, både store og små, kan oppleve kostnadene som uforholdsmessige høye. Denne utfordringen er lett for kommunene å peke på når den tidligere beredskapen ikke var formalisert og derfor opplevdes i enkelte tilfeller som «gratis», for eksempel fordi barnevernsleder var tilgjengelig på egen telefon utenom kontortid. Et samarbeid om akuttberedskapen er imidlertid trolig mindre ressurskrevende enn en formalisert beredskap i egen regi. En vertskommune er avhengig av finansieringen fra deltakerkommunene for å kunne tilby beredskapen til enhver tid, uavhengig av saksmengden som oppstår i de ulike kommunene.

Tabell 8-4: Styrker, svakheter, muligheter og utfordringer som påvirker organisering av akuttberedskap i barnevernet

Styrker	Svakheter
<ul style="list-style-type: none"> • God driftsøkonomi • God tilgang til barnevernsfaglig kompetanse • God kapasitet og tilgang til personell • Mange innbyggere (store kommuner) • Konsentrert bosetting/små reiseavstander i kommunen 	<ul style="list-style-type: none"> • Dårlig driftsøkonomi • Mangel på tilgang til barnevernsfaglig kompetanse • Begrenset kapasitet og tilgang til personell • Lite antall innbyggere • Spredt bosetting/store reiseavstander internt i kommunen
Muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> • Kort reisetid til nabokommuner • Kompetanse, erfaring og kapasitet i nabokommuner • Motivasjon/vilje i nabokommuner til å etablere et samarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> • Lang reisetid til nabokommuner • Mangel på kompetanse, erfaring og kapasitet i nabokommuner • Mangel på motivasjon/vilje fra nabokommuner til å etablere et samarbeid

Samlet vurdering

Mange kommuner er helt avhengig av et samarbeid for å få etablert en formalisert akuttberedskap i barnevernet. En formalisert akuttberedskap i egen regi ville vært betydelig mer ressurskrevende. Kompetanse, kapasitet og erfaring i nabokommunene samt deres motivasjon og vilje til å samarbeide og betale for beredskapen blir da viktig.

Et viktig suksesskriterium uavhengig av type samarbeid om akuttberedskapen i barnevernet er at det må etableres gode rutiner for overføring av saker fra vakthavende kommune (vertskommune eller kommune i en samarbeidsmodell) til de andre kommunene. I *vertskommunemodellen* er det i tillegg et suksesskriterium at deltakerkommunene er villige til å betale for den beredskapen vertskommunen stiller til disposisjon. I en *samarbeidsmodell uten vertskommune* er det et suksesskriterium at det sikres en hensiktsmessig fordeling av vaktperiodene mellom de deltakende kommunene/barnevernstjenestene slik at deltakende kommuner faktisk kan bidra tilpasset egen kapasitet og evne. Det må også sikres et fungerende system, eventuelt en ansvarlig part, for overføring av vaktansvar ved bytte av vakthavende kommune/barnevernstjeneste.

8.6 Kommuner uten en formalisert akuttberedskap i barnevernet

I spørreundersøkelsen svarte 23 av 60 kommuner at de per i dag ikke har en formalisert akuttberedskap utenom ordinær arbeidstid. I intervjuene er 5 av disse kommunene representert.

I kommuner uten en formalisert akuttberedskap i barnevernet er dagens beredskap gjerne basert på at politiet/påtaleansvarlig er førstekontakt med mulighet til å få kontakt med barnevernstjenesten etter behov, eller at barnevernsleder og/eller andre medarbeidere i barnevernstjenesten er første kontaktpunkt på privattelefon. På spørsmål om de har planer om å etablere en formalisert akuttberedskap i barnevernet i tråd med BLDs og Bufdirs forventninger svarer de aller fleste bekreftende, med unntak av én kommune som svarer «vet ikke».

Fordelen med en ikke formalisert beredskap er at den baserer seg på et nært samarbeid mellom politiet og barnevernet, som begge har god oversikt over de lokale forholdene. I tillegg er løsningen økonomisk gunstig. I praksis blir beredskapsansvaret lagt til barnevernslederens og/eller andre medarbeideres stilling uten særskilt godtgjørelse. **Ulempen** er imidlertid at beredskapen

blir sårbar i tilfeller der barnevernsleder og/eller andre kontaktpersoner ikke er tilgjengelige og kontaktpersonene er i praksis i en konstant bakvaksordning. Kvaliteten på beredskapen avhenger av hvor langt kontaktpersonene er villig til å strekke seg og hvor mye vedkommende kan belastes.

Flere av kommunene opplever at beredskapen er tilfredsstillende. For kommunene uten en formalisert akuttberedskap innebærer det å sikre en formalisert ordning en dyrere løsning. Dette kan oppleves som uforholdsmessig dyrt i og med at antall akuttsaker utenom barnevernets kontortid per år er lavt. En av kommunene beskriver i denne sammenheng at de ser på muligheter til å legge andre oppgaver til medarbeidere i vakttiden (f.eks. tilsynsoppgaver på kveldstid). Dette ville redusere «dødtiden» i vakta og gjøre ordningen mer ressurseffektiv.

9. Kriesesentertilbud

I dette kapitlet beskriver vi våre funn fra analysen av organisering av kriesesentre. Kapitlet følger en annen struktur enn de forrige kapitlene. Grunnen til dette er at driften av kriesesentrene er i større grad uavhengig av kommunen enn de andre vakt- og beredskapsordningene diskutert i rapporten. I tillegg finnes det omfattende data for alle kriesesentre fra SSB og Bufdir. Statistikken som presenteres representerer derfor det totale kriesesentertilbudet i landet.

9.1 Hovedfunn

Kriesesentrene skal være et lavterskeltilbud til personer som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for veiledning og et trygt, midlertidig botilbud. De fleste kommuner er tilknyttet et kriesesenter som er organisert som et interkommunalt selskap (IKS) eller som en kommunal virksomhet.

Kommunenes **kostnader** ved kriesesentertilbudet er i gjennomsnitt 85 kroner per innbygger. Kostnaden varierer mellom kommunene etter hvilken organisasjonsform kriesesenteret de er tilknyttet til har og etter kommunestørrelse. Kommuner knyttet til kriesesentre organisert som kommunale virksomheter og frivillige/private virksomheter har lavere gjennomsnittlige kostnader per innbygger enn andre kommuner. Større kommuner har stordriftsfordeler og lavere gjennomsnittlige kostnader til kriesesenter per innbygger.

Hvilket kriesesenter en kommune knytter seg til avhenger av hvilke tilbud som er tilgjengelig i det geografiske området, for å unngå for lang reisevei for brukerne av tilbudet. Kostnader og kvaliteten på tilbudet har også betydning i tilfeller der kommunen har mulighet til å velge mellom flere kriesesentre. Hvilken *organisasjonsmodell* kriesesenteret har, er mindre relevant for valget.

Flere kommuner i vårt utvalg gir uttrykk for at de stort sett er fornøyde med kriesesentertilbudet de har. God oppfølging av brukeren fra kriesesenteret oppleves som en ressursbesparelse for kommunen. For kommunen er det også viktig å være kjent med hvilke problemstillinger kriesesentrene håndterer. Dette setter kommunen i bedre stand til å utvikle forebyggende tiltak for kriesesentrenes brukergrupper. Samtidig kommenterer en rekke kommuner at de har lite kontakt og/eller lite kjennskap til hvilke problemstillinger og brukergrupper kriesesentrene håndterer. Det synes dermed å være en utfordring i flere kommuner å sikre god kommunikasjon og et tett samarbeid mellom kommunen, aktuelle kommunale tjenester og kriesesenteret.

9.2 Organisering av kriesesenterberedskapen

I Norge finnes det 46 kriesesentre³⁰ med særlig kompetanse på å gi beskyttelse, sikkerhet, råd og veiledning til kvinner, menn og barn som blir utsatt for vold i nære relasjoner. Kriesesentrene tilbyr samtaler, kartlegging av brukerens situasjon og hjelp til å ta kontakt med andre tjenester. Ansatte ved et kriesesenter kan delta på møter med andre hjelpetjenester sammen med brukeren dersom brukeren ønsker dette. Brukerne kan også få hjelp til å finne bolig, barnepass, praktisk hjelp og tilbud om ulike typer sosiale aktiviteter. Kriesesentrene tilbyr både tilbud på dagtid og midlertidig botilbud (døgntilbud). Botilbud for voldsutsatte kvinner og menn skal være adskilt.

Det varierer mellom kriesesentrene hvor mange innbyggere og hvor mange kommuner de dekker. Kriesesentrene dekker i gjennomsnitt over 117 000 innbyggere og 9 kommuner, se Tabell 9-1.

³⁰ De fleste kriesesentre har tilbud for både menn og kvinner. Ett kriesesenter har tilbud kun for menn og er ikke med i statistikken over. Dette er et kriesesenter for menn på Sunnmøre som er organisert som et IKS. To kriesesentre som er inkludert i statistikken ser ifølge dataene ikke ut til å ha et tilbud for menn.

Tabell 9-1: Nøkkelstatistikk per krisesenter

	Gjennomsnitt	Median	Min	Maks
Innbygger per krisesenter	117 680	80 827	9 611	673 468
Antall kommuner per krisesenter	9	8	1	26

Kilde: SSB, Tabell 11678.

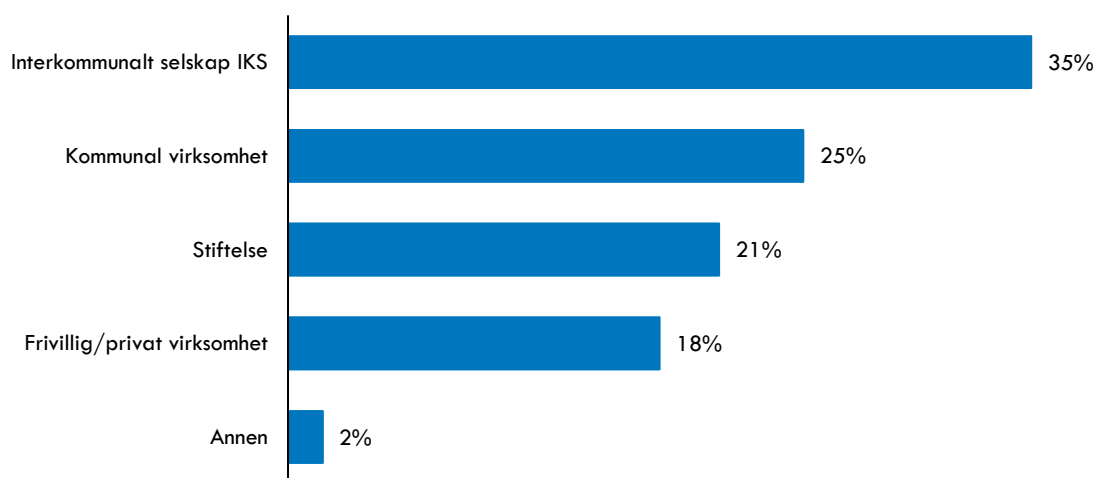
Antallet kommuner tilknyttet et krisesenter varierer fra 1 til 26. Det er kun ett krisesenter som bare dekker én kommune. Antallet innbyggere i områdene krisesentrene dekker varierer også betydelig.

Det er tre hovedmodeller for organisering av krisesentre:³¹

- Modell 1: Krisesenter organisert som en kommunal virksomhet
- Modell 2: Krisesenter organisert som et interkommunalt selskap (IKS)
- Modell 3: Krisesenter organisert som en frivillig/privat virksomheter eller en stiftelse.

Det er flest kommuner som er tilknyttet et krisesenter organisert som et IKS, etterfulgt av kommuner knyttet til et krisesenter organisert som kommunal virksomhet, som en stiftelse og som frivillige/private virksomheter. Fordelingen av kommuner etter krisesenterets organisasjonsform er vist i Figur 9-1.

Figur 9-1: Fordeling av 423 kommuner etter krisesenterets organisasjonsform i 2017 (krisesentre for kvinner)



Kilde: Bufdir

9.3 Kostnader ved krisesentertilbud

Kommunens kostnader til krisesentertilbud er i gjennomsnitt 85 kroner per innbygger, se Tabell 9-2. Det er stor spredning i kostnader til krisesenter per innbygger blant kommunene. Disse varierer fra 12 til 318 kroner per innbygger.

³¹ Ett krisesenter har organisasjonsform som «(lag og forening)».

Tabell 9-2: Nøkkeltatistikk for kommunenes utgifter til kriesesenter per innbygger (426 kommuner)

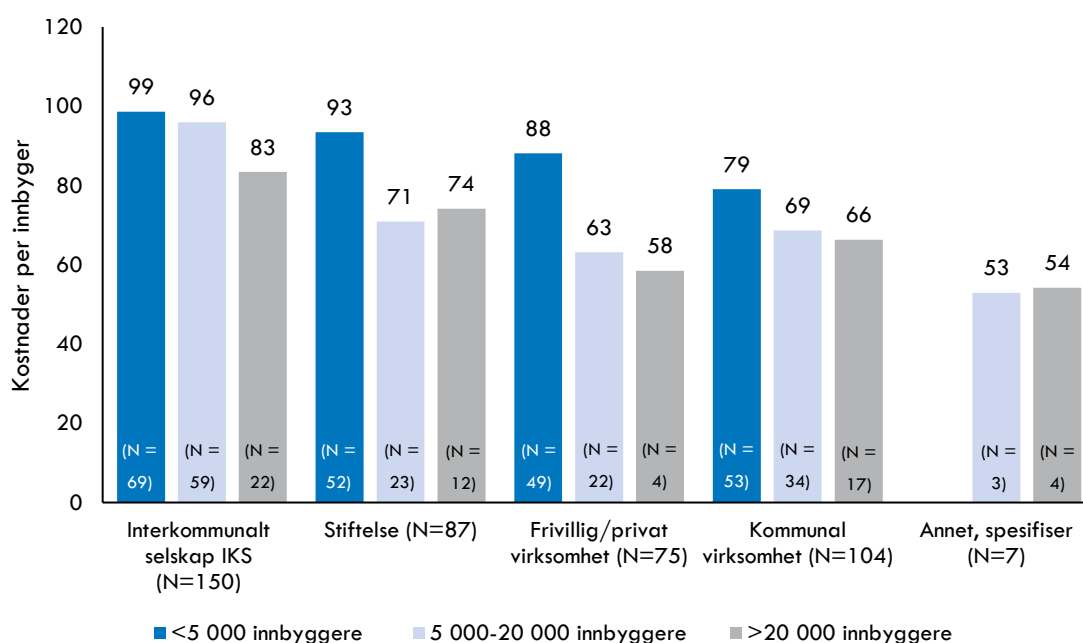
	Gjennomsnitt	Median	Min	Maks
Kommunenes utgifter til kriesesentre, per innbygger	85	74	12	318

Kilde: SSB, Tabell 12130.

Det er stor spredning i kostnader til kriesesenter per innbygger blant kommunene. Disse varierer fra 12 til 318 kroner per innbygger. Rundt to tredjedeler av kommunene har kostnader til kriesesenter per innbygger på mellom 44 og 104 kroner. 12 prosent av kommunene har kostnader som er lavere enn 44 kroner per innbygger. 13 prosent av kommunene har kostnader på mellom 105 og 134 kroner og kun 11 prosent har kostnader på over 134 kroner per innbygger.

Figur 9-2 viser kommunenes kostnader til kriesesenter etter både kriesesenterets organisasjonsform og kommunestørrelse. For det første varierer kommunenes kostnader til kriesesenter per innbygger etter *kriesesenterets organisasjonsform*. Kommuner som er tilknyttet et kriesesenter organisert som et IKS har de høyeste gjennomsnittlige kostnadene per innbygger. Kommuner knyttet til kriesesentre organisert som kommunale virksomheter og frivillige/private virksomheter har noe lavere gjennomsnittlige kostnader per innbygger.³²

Figur 9-2: Kommunens kostnader per innbygger til kriesesenter, etter kommunestørrelse og organisasjonsform



Kilde: Bufdir og SSB Tabell 12130. Tallene for kriesesentrene i kategorien «annet» rapporteres i figuren kun for å ha et komplett bilde. Det er kun ett kriesesenter (med 7 kommuner som er tilknyttet kriesesenteret) i denne gruppen.

For det andre varierer kommunenes kostnader til kriesesentertilbud etter *kommunestørrelse*. Større kommuner har flere innbyggere, og kan dermed trekke på stordriftsfordeler. Gjennomsnittlige kostnader til kriesesenter per innbygger er lavere i større kommuner enn i mindre kommuner, og dette gjelder på tvers av kriesesenterets organisasjonsform. Variasjon med kommunestørrelse viser, som på andre områder, at det er tydelige stordriftsfordeler.

³² Vi har ikke testet om forskjellene er statistisk signifikante og tallene bør derfor tolkes kun som en indikasjon.

9.4 Faktorer som påvirker organisering av krisesenterberedskap

Etter innføring av kravet om krisesentertilbud har kommunene enten knyttet seg til det allerede eksisterende krisesenteret i regionen eller bidratt til etablering av nye regionale krisesentre. Hvilket krisesenter en kommune knytter seg til avhenger av hvilke tilbud som er tilgjengelig i det geografiske området. Et hensyn er å unngå for lang reisevei for brukerne av tilbudet. I tillegg har kostnader og kvaliteten på tilbudet betydning i tilfeller der kommunen har mulighet til å velge mellom flere krisesentre.

Hvilken *organisasjonsmodell* krisesenteret har, er mindre relevant. Faktorer som påvirker organisering av krisesenterberedskapen er dermed mindre relevant å analysere enn for de andre vakt- og beredskapsordningene som vi har analysert i dette prosjektet. Som vist ovenfor viser data fra SSB og Bufdir imidlertid at krisesentrenes organisasjonsform har betydning for kommunenes kostnader til krisesentrene.

10. Muligheter for samordning og samhandling mellom vakt- og beredskapsordningene

En av problemstillingene i utredningen har vært hvilke muligheter som finnes for å sikre gode og effektive måter å organisere en helhetlig beredskap på (samordning) og økt samhandling på tvers av vakt- og beredskapsordningene innen helse-, omsorgs- og barnevernsområdet. Denne problemstillingen drøftes i dette kapittelet i lys av resultatene fra utredningen.

10.1 Hovedfunn

For analysen er det viktig å skille mellom samordning og samhandling. *Samordning* betyr at beredskap på tvers av områdene (helse, pleie og omsorg, barnevern) er organisert i samme enhet og at det er samme personell/bemannings som mottar henvendelser. *Samhandling* betyr at ulike enheter må ha kontakt for å kunne håndtere varsler, for eksempel samarbeid mellom barnevernet og politiet.

Dersom samordning på tvers av beredskapsordningene skal bidra til mer effektiv og helhetlig beredskap, må samordning bidra til at det utløses synergier. Synergier forutsetter at det finnes overlappende kapasitet og kompetanse i ulike vakt- og beredskapsordninger. Dette kan enten utnyttes til å øke kvalitet og/eller til å redusere kostnader. Begrensningen (eller vilkåret) er at en samordning av kapasitet og kompetanse må sikre at dagens lovkrav og forventninger til alle de ulike beredskapsordningene oppfylles.

Basert på en samlet vurdering av informasjonen som er innhentet i utredningen kommer vi til to hovedfunn:

- Det virker å være relativt *begrensede muligheter til å samordne* vakt- og beredskapsordninger på tvers av helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene. Kompetansekravene som stilles til de ulike vakt- og beredskapsordningene fremstår som en sentral faktor som begrenser mulighetene.
- Det eksisterer imidlertid et *potensial for mer samhandling* på tvers av vakt- og beredskapsordningene innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene, samt med andre instanser (f.eks. politiet).

I det følgende utdypes vi disse funnene.

10.2 Muligheter for samordning

Beredskapen i helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene skal håndtere akutthenvendelser fra kommunens innbyggere, der liv og helse kan stå i fare. Først og fremst innebærer det å oppfylle kravene i lov og forskrift og forventninger fra tolkning av disse, at kommunene må ha riktig kompetanse innen hvert av områdene:

- Organisering av legevakt krever lege med godkjenning som allmennlege, med tilstrekkelig arbeidserfaring fra legevaksarbeid og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.
- KAD-plassene skal ha tilgang til lege og døgkontinuerlig sykepleiedekning.
- Formalisert akuttberedskap i barnevernet krever tilgang til barnevernsfaglig kompetanse som er satt i et system.

Kompetansekravene har gode praktiske grunner. For eksempel krever en effektiv håndtering av akutthenvendelser at første instans som mottar henvendelser har kompetanse til å sile henvendelser etter alvorlighetsgrad og behov for hjelp, respondere på henvendelsene og iverksette rett tiltak. Tydelige inklusjonskriterier, herunder hvilke henvendelser som krever et tiltak eller en utrykning,

kompetanse til å bruke kriteriene riktig og bevissthet om disse blant de som har beredskapsansvar er viktig for å sikre en effektiv beredskap.

En eventuell samordning av beredskapsordningene medfører at en ikke kommer utenom at den samme fagkompetansen må være representert på lik linje som i dag. Dette tilsier at det er begrensede muligheter til å oppnå en ressursbesparelse ved en eventuell samordning. Gitt at fagkompetansen er ulik, fremstår det heller ikke åpenbart at en samordning ville ført til økt kvalitet.

10.3 Potensial for samhandling

Samhandling kan skje på tvers av de kommunale vakt- og beredskapsordningene innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene, og mellom disse vakt- og beredskapsordningene og andre instanser. Kommunene i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at samhandling og kommunikasjon mellom vakt- og beredskapsordningene innenfor helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene og andre instanser i stor grad fungerer godt.

Inntrykket fra kommunene er imidlertid også at det er viktig med forbedret *samhandling mellom vakt- og beredskapsordningene innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene og andre instanser*. Potensialet for samhandling varierer mellom de ulike vakt- og beredskapsordningene.

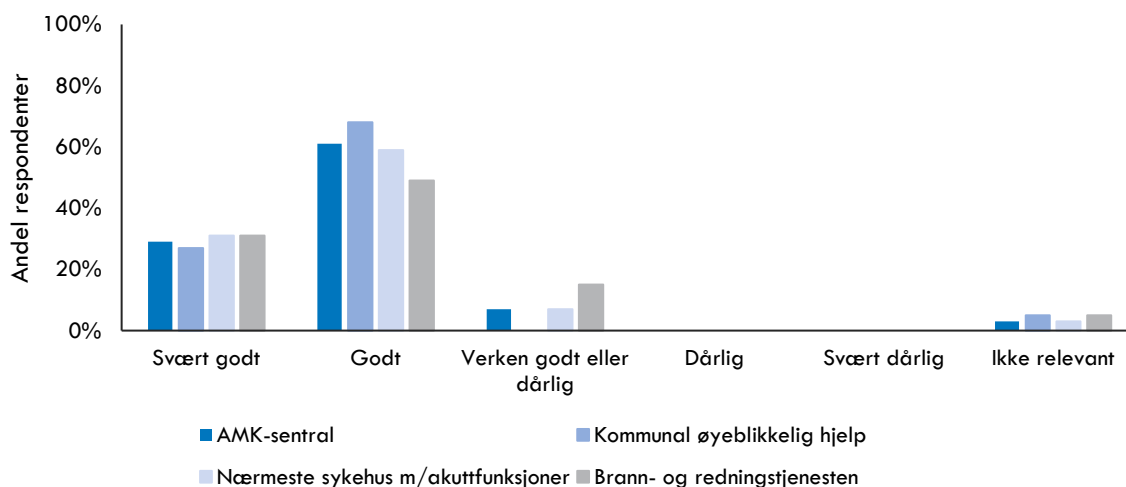
I noe grad kan samhandling mellom de aktuelle beredskapsordningene forbedres gjennom samlokalisering. Dette gjelder særlig på pleie- og omsorgsområdet, som kan profitere på nærhet til legevakt og spesialisthelsetjenester. Dette diskuterer vi nærmere i avsnittene nedenfor.

Legevaktberedskap

Dagens samhandling og kommunikasjon mellom legevakten og de mest relevante andre enhetene/tjenestene vurderes stort sett som god av kommunene i vårt utvalg. Relevante samhandlende enheter og tjenester er blant annet AMK-sentral, kommunal øyeblikkelig hjelp, nærmeste sykehus med akutfunksjoner, brann- og redningstjenesten og eventuelle andre tjenester. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere kommunikasjon og samhandling mellom legevakten og de nevnte enhetene/tjenestene.

Figur 10-1 viser at en svært høy andel av respondentene vurderer at samhandling og kommunikasjon mellom legevakt og disse enhetene/tjenestene fungerer godt eller svært godt (80-95 prosent). Ingen av respondentene vurderer at samhandling og kommunikasjon fungerer dårlig eller svært dårlig.

Figur 10-1: Hvordan fungerer legevaktens kommunikasjon og samhandling med følgende enheter/tjenester? (N=59)



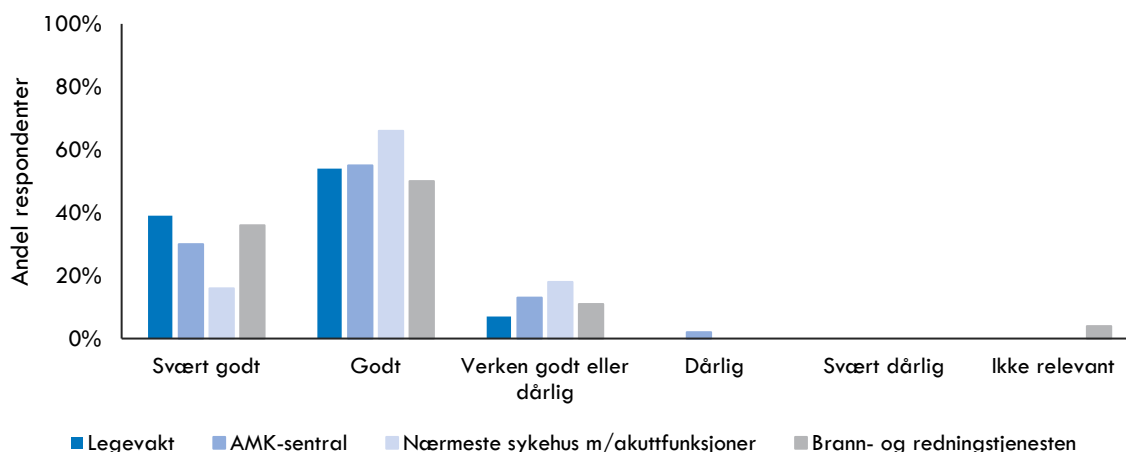
Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

En mulighet for bedre samarbeid mellom legevakt og andre tjenester er samlokalisering eller fysisk nærhet mellom legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp og funksjoner fra spesialisthelsetjenesten (f.eks. i et helsehus, lokal- eller distriktmedisinsk senter). Dette trekkes frem av flere kommuner som en styrke for legevaktberedskapen. Det gir mulighet for å knytte sykepleiere til tjenesten, og legevaktlegene får tilgang til diagnose- og utredningsmuligheter og kan rådføre seg med leger i spesialisthelsetjenesten. Bortsett fra i de aller største kommunene krever dette imidlertid ofte at flere kommuner samarbeider om en slik tjeneste.

KAD-plasser, intermedieærplasser og trygghetsalarm

Dagens samhandling og kommunikasjon mellom de ulike vakt- og beredskapsordningene i pleie- og omsorgssektoren og de mest relevante andre enhetene/tjenestene vurderes også stort sett som god av kommunene i utvalget. Relevante samhandlende enheter og tjenester er blant annet legevakt, AMK-sentral, nærmeste sykehus med akutfunksjoner og brann- og redningstjenesten. En svært høy andel av respondentene i spørreundersøkelsen vurderer at samhandling og kommunikasjon fungerer godt eller svært godt (se Figur 10-2). Kun én av respondentene vurderer at samhandlingen med AMK-sentral fungerer dårlig. Ingen vurderer samhandling som svært dårlig.

Figur 10-2: Hvordan fungerer pleie- og omsorgstjenestenes kommunikasjon og samhandling med følgende instanser? (N=56)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

Potensialet for forbedring i samhandling mellom ulike beredskapsordninger på pleie- og omsorgsområdet ligger i en samlokalisering med eller større nærhet til legevakt og spesialisthelsetjenester.

Dette gjelder for det første samlokalisering av *legevakt* og *KAD-plasser*. Begge disse ordningene krever lege- og annen helsefaglig kompetanse, og en samlokalisering kan skape synergier, gi et bedre tilbud og sikre mer effektiv utnyttelse av ressurser. Samlokalisering av legevakt og KAD-plasser innebærer i en rekke kommuner at legevaktlegene får ansvar for oppfølging av pasientene i KAD-plassene. Fastlegene som deltar i legevakttjenesten får gjennom dette bedre kjennskap til KAD-plassene, noe som i neste omgang kan føre til at de blir mer bevisste på hvilke pasienter de skal legge inn på KAD-plassene.

For det andre har flere kommuner god erfaring med samlokalisering av legevakt, KAD-plasser og desentraliserte funksjoner i spesialisthelsetjenesten i et lokal- eller distriktmedisinsk senter, helsehus eller lignende. En slik samlokalisering gir et bredere kompetansemiljø og mulighet for de kommunale beredskapsoppgavene til å få råd og veiledning. I noen tilfeller gir nærhet til funksjoner fra spesialisthelsetjenesten tilgang til diagnostiske funksjoner som styrker legevakten og KAD-tilbudet.

Når det gjelder bruk av KAD-plassene til pasienter med problematikk innen rus og psykisk helse, beskriver kommuner med KAD-plasser på et lokalmedisinsk senter at de vurderer nye områder for samhandling med spesialisthelsetjenesten. For eksempel gjelder dette å se på muligheter for å kunne samlokalisere KAD-tilbudet for disse målgruppene med deler av spesialisthelsetjenestens tilbud for pasienter med psykiske lidelser. Å ha tilgang til en løsning med distriktpsikiatrisk senter (DPS), som er en del av spesialisthelsetjenesten, vil kunne være positivt med tanke på å sikre god kompetanse når KAD-plassene skal benyttes til denne typen pasienter. Andre kommuner vurderer at KAD-plasser samlokalisert med legevakt, kombinert med et ambulerende team fra DPS, kan sørge for at KAD-plassene også kan ta imot pasienter med rusproblemer og psykiske vansker i større grad.

For *intermedicærplasser for utskrivningsklare pasienter* kan det også være fordelaktig å samlokalisere disse med andre lignende tilbud, f.eks. korttidsplasser/sykestueplasser, for å utnytte kapasitet optimalt. Dette også på bakgrunn av at det per i dag ikke nødvendigvis er god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenester som utskriver pasienter og kommunene som må ta imot pasientene. Enkelte kommuner har gjennom en interkommunal legevakt oppnådd en samlokalisering mellom legevakt og KAD- og intermedicærplasser for utskrivningsklare pasienter i et helsehus.

For *mottak av trygghetsalarmer* er bemanning med helse- og omsorgskompetanse et suksesskriterium for å sile ut alarmer som krever utrykning. Enkelte kommuner er i en prosess med planer om å etablere et nytt helsehus hvor flere tjenester samlokaliseres, f.eks. med legevakt, hvor de samtidig ser på muligheten for å knytte mottak av trygghetsalarmer til dette huset. Dersom personalet på et helsehus har nødvendig kompetanse og trygghetsalarmer ikke forstyrrer andre arbeidsoppgaver, kan slik samlokalisering gi gevinster.

Samhandling mellom barnevernsvakter og andre instanser

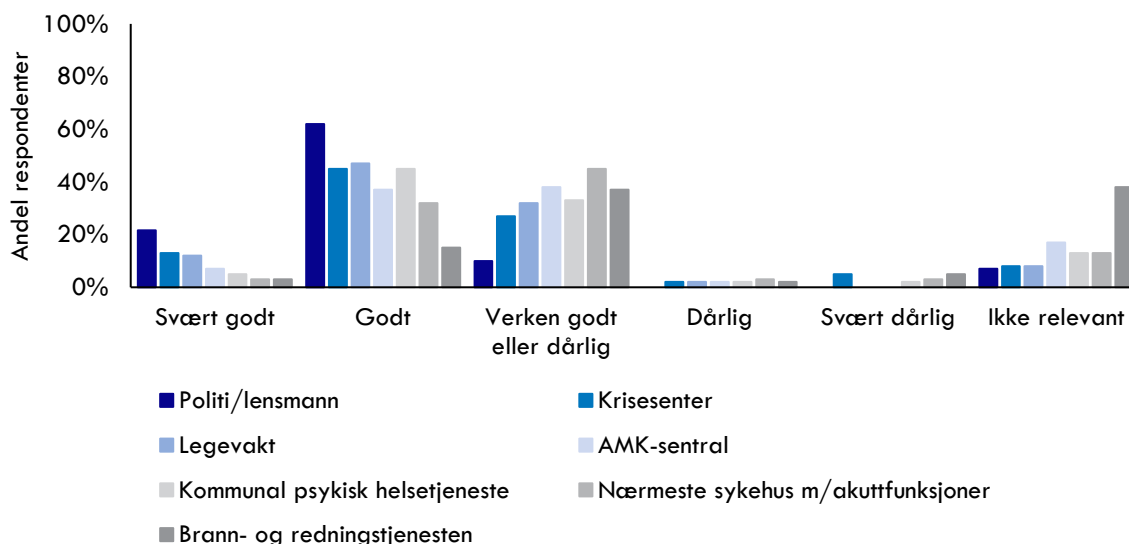
Akuttberedskapen i barnevernet krever tilgang til barnevernsfaglig kompetanse utenom ordinær kontortid, for å sørge for at barn og unge i en akutt situasjon blir ivaretatt. Kompetansekravene tilsier at vakttjenesten ikke kan ivaretas av andre tjenester.

I akuttsituasjoner er barnevernet og barnevernsberedskap imidlertid avhengig av å få meldinger fra andre instanser. Disse instansene er spesielt politiet/den lokale lensmannen og helsetjenester. Dagens samhandling og kommunikasjon mellom beredskapen i barnevernet og andre instanser vurderes ulik av kommunene. Figur 10-3 viser at mange respondenter mener at samhandling

mellom barnevernet og andre instanser fungerer godt eller svært godt. Samtidig er det en stor andel som oppgir at samhandlingen med andre relevante instanser verken er god eller dårlig. Det er også en liten andel kommuner som mener at den fungerer dårlig.

Barnevernet fremstår dermed som et område der kommunikasjon og samhandling med andre relevante instanser vurderes som noe dårligere sammenlignet med tilsvarende vurderinger for legevakt og pleie- og omsorgsområdet.

Figur 10-3: Hvordan fungerer barnevernstjenestens kommunikasjon og samhandling innen vakt og beredskap med følgende instanser? (N=60)



Kilde: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, utført av Oslo Economics.

For barnevernet er politi, legevakt og andre helsetjenester viktige samhandlingspartnere. Politi og helsetjenester vil ofte være først ute til å oppdage akutte problemer hvor barnevernet må involveres. I en akuttsituasjon kan disse aktørene trekke på den barnevernsfaglige kompetansen i en barnevernvaktordning til å drøfte saker anonymt. God kommunikasjon mellom disse instansene er derfor viktig for å komme tidlig inn i saker om vold og overgrep.

Politiets fullmakt til å fatte akuttvedtak i barnevernssaker gjør at politi har en særskilt rolle for barnevernsberedskap. Inntil en formalisert akuttberedskap i barnevernet blir etablert, baserer en del kommuner beredskapen på politiets myndighet til å fatte akuttvedtak. Også i fortsettelsen vil politiet ofte være første instans som møter opp ved en akuttsituasjon. Barnevernet er i mange tilfeller nødt til å avvente politiets respons, ikke minst når akuttsituasjonene er preget av vold. Samtidig er politiet avhengig av barnevernsfaglig kompetanse selv om de har fullmakt til å fatte akuttvedtak. Kommunene bør derfor sikre god kommunikasjon og samarbeid mellom barnevern og politi.

Samhandling mellom kriesesentrene og andre kommunale instanser

Kriesesentrene ligger i mindre grad direkte under kommunens styring. Kommunene knytter seg til et kriesesenter, og betaler sin andel av kostnadene ved tilbudet etter en fordeling etter innbyggertall. Kriesesentrene er likevel enheter som betjener kommunens innbyggere.³³

³³ Kriesesentrene er i utgangspunktet åpne for alle som har behov for beskyttelse og annen hjelp i volds- og trusselsituasjoner. Det betyr at innbyggere kan oppsøke andre kriesesentre, enn det kommunen samarbeider med. I vår undersøkelse kommenterte en kommune at dette skjer ofte. Flere voldsutsatte i den aktuelle kommunen foretrekker å oppsøke et kriesesenter i en stor kommune. Kriesesenteret i den store kommunen sikrer større anonymitet enn kriesesenteret som kommunen samarbeider med, noe som oppleves som beskyttende i seg selv.

De fleste kommunene i intervjuene gir uttrykk for at de stort sett er fornøyde med krisesenter-tilbudet. Dette gjelder særlig krisesentre som gir brukeren helhetlig oppfølging, blant annet ved å opprette kontakt mellom bruker og andre tjenester i kommunen, slik som for eksempel NAV, skole og barnehage. God oppfølging fra krisesenteret frigjør ressurser i andre tjenester og oppleves som en ressursbesparelse for kommunen.

For kommunene er det viktig å være kjent med hvilke problemstillinger krisesentrene håndterer for kommunens brukere. Ulike kommunale virksomheter, f.eks. helsestasjon, legevakt, barnevernet m.fl. må være kjent og innforstått med at dette er problemstillinger også de må håndtere. Selv om krisesentrene ikke kan dele all informasjon om sine brukere med kommunen, kan krisesentrene bidra til at kommunen blir (mer) oppmerksom på viktige problemstillinger. Denne kunnskapen setter kommunen i bedre stand til å utvikle forebyggende tiltak for å fange opp krisesentrenes brukergrupper før behovet om et krisesentertilbud oppstår.

I våre intervjuer har imidlertid en rekke kommuner kommentert at de har lite kontakt og/eller lite kjennskap til hvilke problemstillinger og brukergrupper krisesentrene håndterer. Det synes dermed å være en utfordring i flere kommuner å sikre god kommunikasjon og et bedre samarbeid mellom kommunen og krisesenteret. Dette er en viktig problemstilling, for eksempel fordi mange av brukerne av krisesentertilbudet har barn, og et godt samarbeid med kommunen kan bidra til et bedre barnevern. Kommuner med lite kontakt med krisesenteret og lite kjennskap til problemstillingene og brukergruppene de håndterer, bør etablere kanaler for jevnlig kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom krisesentrene og administrativ ledelse og aktuelle kommunale tjenester i kommunen.

11. Oppsummering og konklusjoner

I denne rapporten drøftes kommunenes vakt- og beredskapsoppgaver knyttet til legevakt, kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser), trygghetsalarmer, beredskap til å ta imot utskrivningsklare pasienter, akuttberedskap i barnevernet utenom ordinær kontortid og krisesentertilbud.

Sentrale utviklinger i krav og forventninger

Innenfor de fleste områdene er kravene og forventningene til vakt- og beredskapsordninger skjerpet de siste årene. Skjerping skjer både gjennom nye og oppdaterte lover og forskrifter, og gjennom lovfortolkninger og uttalelser fra myndighetene.

Økning og skjerping av vakt- og beredskapskravene gjør at mange kommuner har utfordringer med kapasiteten og kompetansen i sine tjenester.

De viktigste endringene i kravene er:

- Strengere kompetansekrav til leger som deltar i legevakt og operatører av legevaktssentralene gjennom akuttmedisinforskriften.
- Krav om at alle kommuner skal ha akutte døgnplasser (KAD-plasser) for somatiske pasienter og pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer, i henhold til Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud.
- Kortere liggetider og raskere utskrivning fra sykehus gjør at kommunene må ta imot dårligere pasienter – eller betale for «overliggerdøgn» på sykehus.
- Krav om en formalisert akuttberedskap i barnevernet. Akuttberedskapen i barnevernet er ikke eksplisitt formulert i barnevernloven, men Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har i en tolkningsuttalelse i 2014 fastslått at barnevernet må ha tilstrekkelig beredskap utenom barnevernets kontortid. I 2016 presiserte Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet at en bakvaksordning må være formalisert.

Kostnader

De ulike vakt- og beredskapsordningene medfører betydelige kostnader:³⁴

- Kostnader for legevakt (kommunenes utgifter) er i gjennomsnitt 631 kroner per innbygger blant kommunene i vårt utvalg.
- Kostnaden per disponert KAD-plass er i gjennomsnitt omlag 1,1 millioner kroner i vårt utvalg av kommuner.
- Siden kommunenes brukere betaler en stor andel av kostnadene ved trygghetsalarmene har de fleste kommunene mindre direkte kostnader knyttet til denne beredskapen. Kostnadene oppstår indirekte gjennom bruk av kapasitet i hjemmesykepleien. Det har ikke vært mulig å skille disse fra de generelle kostnadene i hjemmesykepleien.
- Kostnadene for akuttberedskapen i barnevernet er i gjennomsnitt 122 kroner per innbygger 0-18 år i kommunene i vårt utvalg.
- Kostnader knyttet til krisesentertilbudet er ifølge data fra SSB i gjennomsnitt 85 kroner per innbygger i kommunene.

Kostnadene for de ulike vakt- og beredskapsordningene varierer mellom kommunene. Dette tyder på forskjeller i kostnadseffektivitet.

³⁴ Datagrunnlaget er begrenset og de rapporterte gjennomsnittene bør tolkes med varsomhet. Datagrunnlaget var for begrenset til å undersøke kostnader ved intermedisærplasser.

Variasjon i kostnader henger også sammen med stordriftsfordeler. Det betyr at store kommuner og kommuner som deltar i et interkommunalt samarbeid har lavere kostnader enn mindre kommuner som organiserer beredskapen på egen hånd. Dette er særlig tydelig for legevaktstjenester. Små kommuner med egen legevakt uten samarbeid med andre kommuner, har i gjennomsnitt kostnader per innbygger som er flere ganger høyere enn i større kommuner og i kommuner som samarbeider med andre om legevakt.

For krisesentertilbudet finner vi i tillegg en sammenheng mellom kostnader og organisasjonsform. Kommuner knyttet til krisesentre organisert som kommunale virksomheter og frivillige/private virksomheter har lavere gjennomsnittlige kostnader per innbygger enn andre kommuner.

Organisering

Det finnes ikke én modell for organisering av beredskapen som fremstår som hensiktsmessig for alle kommuner. Kommunene organiserer seg ulikt for å levere vakt- og beredskapsoppgavene. Hovedskillet går mellom kommuner som organiserer seg gjennom interkommunale samarbeid og kommuner som har oppgavene i egen regi uten samarbeid. Hvilken modell som er mest hensiktsmessig avhenger av ulike faktorer i den enkelte kommunen og i nabokommunen. De viktigste faktorene som påvirker hvilken modell som er mest hensiktsmessig er driftsøkonomi, geografiske avstander (lang reisevei/utrykningstid), kapasitet og kompetanse til å sikre beredskap i henhold til kravene.

I svært mange kommuner fremstår interkommunalt samarbeid som fordelaktig for organisering av et flertall av beredskapsordningene. Dette gjelder spesielt legevakt, mottak av trygghetsalarmer, akuttberedskap i barnevernet og krisesentre. Interkommunalt samarbeid i disse beredskapsordningene gir kommunene en stabil og robust tjeneste ved å samle kapasitet og kompetanse, og fremstår som ressurseffektivt.

Når det gjelder KAD-plasser, kan kommuner som har god kapasitet og kompetanse i egne institusjoner organisere tilbudet i egen regi. KAD-plasser er ressurskrevende og behovet for å bruke disse plassene kan variere. Drift i egen regi åpner for en mer fleksibel bruk av plassene og bidrar til bedre utnyttelse av kompetansen og plassene. Vi har forstått at flere kommuner oppfatter at de betaler for KAD-plasser i en vertskommune som verten benytter som korttids-/avlastningsplasser når deltakerkommunene ikke melder behov for plassene. For mindre kommuner som typisk mangler kapasitet og kompetanse er det vanskelig å utnytte slike fordeler.

Kommunenes organisering av krisesentertilbud skiller seg fra de andre vakt- og beredskapsordningene. Det er totalt 46 krisesentrene i landet, slik at de fleste krisesentrene dekker flere kommuner. Kommunene knytter seg til et krisesenter basert på kvalitet, nærhet og pris. Krisesenterets organisasjonsform spiller en underordnet rolle. De fleste kommuner i vårt utvalg gir uttrykk for at krisesentertilbudet stort sett fungerer bra med dagens organisering.

Utfordringer for små og spredtbygde kommuner

Generelt har små kommuner med store geografiske avstander de største utfordringene. For disse kommunene er det vanskelig å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til vakt- og beredskapsoppgavene. Utfordringene kan i utgangspunktet løses gjennom interkommunalt samarbeid. For noen kommuner vil geografiske avstander, utfordrende reiseveier og/eller mangel på kompetanse og kapasitet i nabokommunen imidlertid føre til at et samarbeid er vanskelig eller ikke mulig å etablere. Disse kommunene får store utgifter og problemer med å sikre kompetansen for å oppfylle beredskapskravene. Ettersom små kommuner i tillegg ofte har få saker som krever akutt respons, oppleves beredskapskravene som kostbare.

Kommunene opplever at nye krav og forventninger skaper enda større utfordringer, særlig kommuner som i utgangspunktet allerede har vansker med å rekruttere fagpersonell innen de aktuelle tjenestene. Spesielt de nye kompetanse- og bemanningskravene i akuttmedisinforskriften og kravet om formalisert beredskap i barnevernet representerer en utfordring.

Små kommuner har også de største utfordringene ved organisering av KAD-plasser. Det er fordelaktig å ha plassene i egne kommuner. Dette er imidlertid avhengig av tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og ressurser, spesielt døgnkontinuerlig sykepleiedekning og tilgang til lege. For noen kommuner er utfordringene store. For disse vil det ikke være realistisk å organisere KAD tilbudet på egen hånd og samtidig oppfylle krav til kompetanse samt løse utfordringer knyttet til kapasitet og ressursbruk (manglende ressurseffektivitet). Analysen tilsier at det er særlig små kommuner og kommuner med spredt bosetning som oftest har de største utfordringene.

Muligheter for helhetlig beredskap på tvers av vakt- og beredskapsordninger

Krav og forventninger stilles separat for de ulike vakt- og beredskapsoppgavene. Dette medfører at det ikke er fokus på den samlede utfordringen kommunene står overfor. Muligheter for å organisere effektiv og helhetlig beredskap på tvers av ordninger er avhengig av at det er synergier å hente. Synergier kan realiseres hvis det finnes overlappende krav til kapasitet og kompetanse i ulike vakt- og beredskapsordninger.

Muligheter til å **samordne** vakt- og beredskapsordninger på tvers av helse-, omsorgs- og barnevernstjenester er begrenset: De ulike ordningene stiller krav til ulik kompetanse. En samordnet enhet kan således bare fungere hvis den disponerer fagpersoner med kompetanse som dekker alle kompetanseområdene innen helse, omsorg og barnevern. Det er vanskelig å se at en samorganisering som er basert på de samme fagressursene som trengs i dag kan bidra til store besparelser. Vi har imidlertid sett et potensial for mer **samhandling** (kontakt og kommunikasjon mellom ulike enheter) på tvers av vakt- og beredskapsordningene innenfor helse-, omsorgs- og barnevernsområdet, og med andre instanser i kommunen.

For beredskap i helse- og omsorgstjenestene ligger potensialet særlig i samlokalisering eller fysisk nærhet mellom legevakt, kommunal øyeblikkelig hjelp og intermedicærplasser og funksjoner fra spesialisthelsetjenesten (f.eks. i et helsehus, lokal- eller distriktmedisinsk senter). Kommunene opplever imidlertid samhandlingen med spesialisthelsetjenesten svært ulikt. De fleste kommunene erfarer at sykehusene skriver ut pasienter uten å ta hensyn til kommunens kapasitet og kompetanse til å ta imot pasienter som fortsatt trenger omfattende behandling og oppfølging.

For barnevernet er politi, legevakt og andre helsetjenester viktige samhandlingspartnere. Politi og helsetjenester vil ofte være først ute i akutsituasjoner hvor barnevernet må involveres. God kommunikasjon mellom disse instansene er derfor viktig for å komme tidlig inn i saker om vold og overgrep. I de fleste kommunene virker det som om kommunikasjonen mellom barnevernet og andre instanser fungerer godt. Det er imidlertid flere som opplever at samarbeidet kan forbedres.

Når det gjelder *krisesentrene*, viser rapporten at mange kommuner mangler kjennskap til hvilke problemstillinger og brukergrupper krisesentrene håndterer. Denne mangelen gjør at kommunen i liten grad kan utvikle forebyggende tiltak for å fange opp krisesentrenes brukergrupper. Kommuner med lite kontakt med krisesenteret og lite kjennskap til problemstillingene og brukergruppene, bør etablere kanaler for jevnlig kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom administrativ ledelse, krisesentrene og andre aktuelle kommunale tjenester i kommunen.

Referanser

Akuttmedisinforskriften, 2015. *Forskrift 20 mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste mv.*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014. *regjeringen.no*. [Internett]
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Akuttberedskapen-i-kommunalt-barnevern/id764965/>
[Funnet November 2018].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015. *Veileder til krisesenterloven*, Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2016. *fylkesmannen.no*. [Internett]
Available at:
<https://www.fylkesmannen.no/contentassets/64763836aa444c49bab67d446c8fa96d/brev-fra-bufdir-11.06.2016.pdf>
[Funnet November 2018].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2017. *fylkesmannen.no*. [Internett]
Available at: <https://www.fylkesmannen.no/nn/Hedmark/Barn-og-foreldre/Barnevern/Alle-kommuner-skal-ha-akuttberedskap-for-barnevernet-i-2018/>
[Funnet November 2018].

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2017. *Håndbok om akuttberedskap i kommunalt barnevern*, Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Barnevernloven, 1992. *Lov 17 juli 1992 nr. 100 om barnevernstjenester*, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012. *Forskrift 29 august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift om fysisk sikkerhet i krisesentertilbudet, 2017. *Forskrift 7 mars 2017 nr. 282 om fysisk sikkerhet i krisesentertilbudet*, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

Forskrift om kommunal beredskapsplikt, 2011. *Forskrift om kommunal beredskapsplikt 22 august 2011 nr. 894*, Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011. *Forskrift 18 november 2011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskrift om øyeblikkelig hjelp døgntilbud, 2015. *Forskrift 13 november 2015 nr. 1287 om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011. *Lov 24 juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseberedskapsloven, 2000. *Lov 23 juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet, 2009. *Rettleiar om helse- og sosialberedskap i kommunane - IS-1700*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2014. *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området. Rapport IS-2225*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2016. *Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier. Rapport IS-2552*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2016. *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold - veiledningsmateriell*. [Internett]

Available at: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell>

[Funnet 11 Desember 2018].

Helsedirektoratet, 2018. *Akuttmedisinforskriften - kurskrav til legevaktpersonell*. [Internett]

Available at: <https://helsedirektoratet.no/akuttmedisin/akuttmedisinforskriften>

[Funnet 11 Desember 2018].

Helsedirektoratet, 2018. *Øyeblikkelig hjelp - døgntilbud i kommunen*. [Internett]

Available at: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen>

[Funnet 7 Januar 2019].

Krisesenterloven, 2009. *Lov 18 juni 2009 nr. 44 om kommunale krisesentertilbud*, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

KS, 2018. *Kommuneleigeavtalen SFS 2305 (B-rundskriv nr. B/5-2018)*. [Internett]

Available at: <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/lonn-og-tariff/leigeavtaler/enighet-med-legeforeningen-om-kommuneleigeavtalen/>

[Funnet 11 Desember 2018].

Norsk forening for allmenmedisin, 2014. *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*, Oslo: Den norske legeforening.

Vedlegg

V1: Utforming av spørreundersøkelse

Del 1: Legevakt

4. Hvilken kommune representerer du? (Rullegardinmeny med kommunenavn)
5. Hvordan er legevakten i din kommune organisert? (Ett valg)
 - a. Egen legevakt i kommunen (som ikke betjener andre kommuner)
 - b. Egen legevakt i kommunen, som også betjener andre kommuner etter vertskommunemodellen
 - c. Deltar i en vertskommunemodell der en annen kommune er vertskommune
 - d. Deltar i et IKS som kjøper legevaktstjenester fra egen kommune
 - e. Deltar i et IKS som kjøper legevaktstjenester fra en annen kommune eller et IKS som leverer tjenestene
 - f. Annet (valgfritt: spesifiser)
6. Etter hvilket prinsipp er vaktordningen i legevakten organisert (Ett valg)
 - g. Hjemmevakt
 - h. Tilstedevakt
 - i. Annet (valgfritt: spesifiser)
7. Hvordan vil du beskrive legevaktens kommunikasjon og samhandling med...(Ett kryss per kategori)

	Svært godt	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig	Ikke relevant
AMK-sentral						
Kommunal øyeblikkelig hjelp						
Nærmeste sykehus m/akutfunksjoner						
Brann- og redningstjenesten						
Eventuelle andre tjenester ...						
Oppgi hvilke: _____						

8. Du har beskrevet kommunikasjon og samhandling med en eller flere andre enheter i forrige spørsmål som dårlig eller svært dårlig. Kan du forklare hvorfor? (Fritekst)
9. Kan du tallfeste (evt. anslå) hvor mye legevaktstjenesten kostet kommunen i 2017 (brutto driftsutgifter)?
 - j. Kroner: _____
 - k. Vet ikke
10. Hva er de største utfordringene ved organisering av legevakten i din kommune? (Inntil tre svar)
 - l. Fastlegedekning/rekruttering av fastleger
 - m. Antall fastleger som er fritatt fra legevakt
 - n. Bosettingsmønster/spredtbygdhet
 - o. Kommunestørrelse (antall innbyggere)

- p. Finne nabokommuner til interkommunalt samarbeid
- q. Avstand til nærmeste sykehus
- r. Kommunens økonomi
- s. Alderssammensetning i kommunens befolkning
- t. Annet: (beskriv) ...

Del 2: Beredskap i pleie- og omsorgstjenestene

1. Hvilken kommune representerer du? (Rullegardinmeny med kommunenavn)
11. Hvordan er alarmsentral (responscenter) for hjemmesykepleien organisert i din kommune? (Ett valg)
 - a. Egen alarmsentral (responscenter) for kommunens brukere, som ikke betjener andre kommuner
 - b. Egen alarmsentral (responscenter) som også betjener brukere i andre kommuner
 - c. Alarmsentral (responscenter) som drives av en annen kommune eller en annen aktør
 - d. Annet (valgfritt: spesifiser)
12. Hvordan opplever du at alarmsentralen fungerer når det gjelder følgende?
13. Hvordan opplever du at alarmsentralen fungerer når det gjelder følgende:

	Svært godt	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig	Ingen oppfatning
Responstid						
Å sile mellom ulike alarmer/meldinger						

14. Kan du tallfeste (evt. anslå) kommunens brutto driftsutgifter til trygghetsalarmer og alarmsentral/responscenter i 2017. Tallet skal gjenspeile de totale utgiftene og inkludere kommunens egne utgifter, brukerbetaling og eventuelle andre utgifter
 - e. Kroner _____
 - f. Vet ikke/Har ikke trygghetsalarm og alarmsentral (responscenter)
15. Hvordan vil du beskrive pleie- og omsorgstjenestens kommunikasjon og samhandling med (Ett kryss per kategori)

	Svært godt	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig	Ikke relevant
Legevakten						
AMK-sentralen						
Nærmeste sykehus m/akutfunksjoner						
Brann- og redningstjenesten						
Eventuelle andre tjenester....Oppgi hvilke?						

16. Du har beskrevet kommunikasjon og samhandling med en eller flere andre enheter i forrige spørsmål som dårlig eller svært dårlig. Kan du forklare hvorfor? (Fritekst)

17. Har kommunen tilgjengelige akutt plasser (KAD-plasser)? (Ett valg)

- g. Ja
- h. Nei

18. Hvis ja spm. 7: Hvordan anskaffes akutt plassene (KAD-plassene)? (**Ett valg**)

- i. Kommunen har egne plasser som kun benyttes av egen kommune
- j. Kommunen har egne plasser og er vertskommune for andre kommuner
- k. I regi av en annen kommune som er verts-kommune
- l. Gjennom et IKS som kjøper plasser fra egen kommune
- m. Gjennom et IKS som kjøper plasser fra en annen kommune eller som leverer plassene
- n. Annet

19. Hvis ja spm. 7: Hvor mange akutt plasser (KAD-plasser) disponerer og bruker kommunen?

	Antall plasser kommunen disponerte i 2017	Antall plasser kommunen brukte i gjennomsnitt i 2017	Vet ikke
Akutt plasser (KAD-plasser)			

20. Hvis ja spm. 7: Kan du tallfeste (evt. anslå) kommunens brutto driftsutgifter til KAD-plasser i 2017?

- o. Kroner _____
- p. Vet ikke

21. Har kommunen tilgjengelige intermedicær plasser for utskrivningsklare pasienter? (**Ett valg**)

- q. Ja
- r. Nei

22. Hvis ja spm. 12: Hvordan anskaffes intermedicær plassene)? (**Ett valg**)

- s. Kommunen har egne plasser som kun benyttes av egen kommune
- t. Kommunen har egne plasser og er vertskommune for andre kommuner

- u. I regi av en annen kommune som er vertskommune
- v. Gjennom et IKS som kjøper plasser fra egen kommune
- w. Gjennom et IKS som kjøper plasser fra en annen kommune eller som leverer plassene
- x. Annet

23. Hvis ja spm. 12: Hvor mange intermedicærplasser disponerer og bruker kommunen?

	Antall plasser kommunen disponerte i 2017	Antall plasser kommunen brukte i gjennomsnitt i 2017	Vet ikke
Intermedicærplasser for utskrivningsklare pasienter			

24. Hvis ja spm. 12: Kan du tallfeste (evt. anslå) kommunens brutto driftsutgifter til intermedicærplasser i 2017?

- y. Kroner _____
- z. Vet ikke

25. Hva er de største utfordringene ved organisering av beredskapen i pleie- og omsorgstjenestene i din kommune? (Inntil tre svar)

- æ. Tilgang på kompetanse
- ø. Bosettingsmønster/spredtbygdhet
- å. Kapasiteten på omsorgsboliger
- aa. Kapasiteten på sykehjemsplasser
- bb. Kapasitet i hjemmetjenesten
- cc. Finne nabokommuner til interkommunalt samarbeid
- dd. Kommunens økonomi
- ee. Alderssammensetning i kommunens befolkning
- ff. Annet: (beskriv) ...

Del 3: Akuttberedskap i barnevernstjenesten

2. Hvilken kommune representerer du? (Rullegardinmeny med kommunenavn)

26. Har din kommune en formalisert akuttberedskap i barnevernstjenesten utenom ordinær arbeidstid? Med en formalisert akuttberedskap mener vi at det er en rullerende ordning med kvalifisert personale satt i system. Et system med telefonvakt vil innebære en akuttberedskap. Det at barnevernleder er tilgjengelig ut over ordinær arbeidstid klassifiserer ikke som en formalisert akuttberedskap.

- a. Ja
- b. Nei

27. Hvis nei spm. 2: Har kommunen planer om å etablere en formalisert akuttberedskap i barnevernet, i tråd med departementets og Bufdirs forventninger?

- c. Ja
- d. Nei
- e. Vet ikke

28. Hvis nei spm. 2: Er det påtaleansvarlig i politiet eller andre instanser som dere baserer akuttberedskapen på i dag? (Ett valg)

- f. Påtaleansvarlig i politiet
- g. Andre instanser (valgfritt: spesifiser)

29. Hvis ja spm. 2: Hvordan er vaktordningen i barnevernstjenesten organisert? (Ett valg)
- h. Kommunen driver vaktordningen alene uten samarbeid med andre kommuner
 - i. Kommunen driver vaktordningen og er vertskommune for andre kommuner
 - j. Vaktordningen drives i regi av en annen kommune som er vertskommune
 - k. Annet (valgfritt: spesifiser)
30. Har barnevernstjenesten i kommunen felles vaktordninger med andre beredskapsordninger innen helse og omsorg (f.eks. legevakt, AMK-sentral, psykisk helse eller andre), i form av en felles telefonsentral, bakvakt/varsling eller lignende? (Ett valg)
- l. Ja
 - m. Nei
31. Hvordan vil du beskrive barnevernstjenestens kommunikasjon og samhandling innen vakt og beredskap med (Ett kryss per kategori)

	Svært godt	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig	Ikke relevant
Politi/lensmann						
Krisesenter						
Legevakten						
AMK-sentralen						
Kommunal psykisk helsetjeneste						
Nærmeste sykehus m/akutfunksjoner						
Krisesenter						
Brann- og redningstjenesten						
Eventuelle andre tjenester....Oppgi hvilke?						

32. Du har beskrevet kommunikasjon og samhandling med en eller flere andre enheter i forrige spørsmål som dårlig eller svært dårlig. Kan du forklare hvorfor? (Fritekst)
33. Kan du tallfeste (evt. anslå) hvor mye akuttberedskapen/vaktordningen i barnevernet kostet kommunen i 2017 (brutto driftsutgifter)?
- n. Kroner: _____
 - o. Vet ikke
34. Beskriv hva som er de største utfordringene og mulighetene i måten kommunen har organisert beredskapen i barnevernstjenesten på. Tenk også på utfordringer og muligheter for samarbeid med andre vakt- og beredskapsordninger innen helse og omsorg. (Fritekst)

V2: Utvalg av kommuner til dybdeintervjuer

En oversikt over de 20 kommunene som er representert i dybdeintervjuene er vist i Tabell V2.

Tabell V2: Utvalgte kommuner til dybdeintervjuer (20 kommuner)

Kommune	Folkemengde 1.1.2017 (SSB)
Kristiansand	89 268
Haugesund	37 166
Steinkjer	21 972
Levanger	19 892
Vennesla	14 425
Vefsn	13 465
Sula	9 007
Sør-Odal	7 866
Oppdal	6 973
Risør	6 936
Gausdal	6 204
Bremanger	3 847
Skiptvet	3 783
Lund	3 259
Kviteseid	2 442
Lom	2 360
Os (i Hedmark)	1 963
Etnedal	1 351
Lebesby	1 330
Værøy	744

V3: Utforming av intervjuguider til dybdeintervjuer

Nedenfor viser vi intervjuguiden som ble lagt til grunn for dybdeintervjuer med 20 kommuner. I tillegg til spørsmålene som er formulert, ble intervjuene benyttet til å oppsummere og kvalitetssikre resultatene fra spørreundersøkelsen for den enkelte kommune.

Del 1: Legevakttjenesten

- Hva er fordelene ved måten dere har organisert legevaktstjenesten på?
- Hva er ulempene/svakhetene ved denne organiseringen? F.eks.:
 - Personell med riktig kompetanse
 - Kommunens økonomi
 - Politisk prioritering
 - Dimensjonering av andre kommunale tjenester, spesielt kommunal øyeblikkelig hjelp (akutt plasser/KAD-plasser)
 - Ledelse, kommunikasjon og endringsvilje/organisasjonskultur
- Hvilke muligheter ser dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv legevaktstjeneste?
- Hvilke begrensninger opplever dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv legevaktstjeneste? F.eks.
 - Regelverket
 - Bosettingsmønsteret og avstander i kommunen
 - Tilgjengelighet av ambulanse
 - Avstand til og kontakt med nærmeste sykehus
 - Alderssammensetning av kommunens befolkning
 - Nærhet og forhold til nabokommuner
 - Kompetanse og erfaring i nabokommuner

Del 2: Beredskap i pleie- og omsorgstjenester

Trygghetsalarmer

- Hva er fordelene ved måten dere har organisert alarmsentralen for hjemmesykepleien på?
- Hva er ulempene/svakhetene ved denne organiseringen? F.eks.:
 - Personell med riktig kompetanse på alarmsentralen
 - Kommunens økonomi
 - Politisk prioritering
 - Kommunikasjon og samhandling med legevakten i kommunen
 - Dimensjonering av andre kommunale tjenester, spesielt sykehjemsplasser og kommunal øyeblikkelig hjelp (akutt plasser/KAD-plasser)
 - Ledelse, kommunikasjon og endringsvilje/organisasjonskultur
- Hvilke muligheter ser dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv organisering av alarmsentralen for hjemmesykepleien?
- Hvilke begrensninger opplever dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv organisering av alarmsentralen for hjemmesykepleien? F.eks.
 - Regelverket
 - Bosettingsmønsteret og avstander i kommunen
 - Tilgjengelighet av ambulanse
 - Avstand til og kontakt med nærmeste sykehus
 - Alderssammensetning av kommunens befolkning
 - Nærhet og forhold til nabokommuner
 - Kompetanse og erfaring i nabokommuner

Kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser)

- KAD-plasser ble tidligere ble tidligere finansiert ved hjelp av et øremerket statlig tilskudd. Dette tilskuddet er nå innlemmet i statens rammetilskudd. Har dere opprettholdt antall KAD-plasser som dere disponerte gjennom de øremerkede tilskuddene, eller har dere redusert/økt antall plasser – og eventuelt hvorfor?
- Har dere oversikt over eller kan dere anslå hvor stor andel av akutt plassene som er blitt brukt til yngre innbyggere med rus-/psykiske problemer?
- Hva er fordelene ved måten dere anskaffer KAD-plasser på?
- Hva er ulempene/svakhetene ved denne organiseringen? F.eks.:
 - Personell med riktig kompetanse ift. akuttinnleggelser
 - Utnyttelse av de plassene som kommunen disponerer
 - Kommunens økonomi
 - Politisk prioritering
 - Kommunikasjon og samhandling med legevakten i kommunen
 - Dimensjonering av andre kommunale tjenester, spesielt hjemmesykepleie og sykehjemsplasser
 - Ledelse, kommunikasjon og endringsvilje/organisasjonskultur
- Hvilke muligheter ser dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv organisering og disponering av KAD-plassene?
- Hvilke begrensninger opplever dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv organisering og disponering av KAD-plassene? F.eks.:
 - Regelverket/statlige føringer
 - Bosttingsmønsteret og avstander i kommunen
 - Tilgjengelighet av ambulanse
 - Avstand til og kontakt mellom hjemmesykepleien, legevakten og de som har ansvar for KAD-plassene
 - Avstand til og kontakt med nærmeste sykehus
 - Alderssammensetning av kommunens befolkning

Intermediære plasser for utskrivningsklare pasienter

- Har kommunen slike plasser, og opplever dere at slike plasser er tilgjengelige i tilstrekkelig omfang? Hvis ikke: Hva skyldes det?
- Hva er fordelene ved måten dere anskaffer intermediære plasser på?
- Hva er ulempene/svakhetene ved denne organiseringen? F.eks.:
 - Personell med riktig kompetanse ift. akuttinnleggelser
 - Utnyttelse av de plassene som kommunen disponerer
 - Kommunens økonomi
 - Politisk prioritering
 - Kommunikasjon og samhandling med legevakten i kommunen
 - Dimensjonering av andre kommunale tjenester, spesielt hjemmesykepleie og sykehjemsplasser
 - Ledelse, kommunikasjon og endringsvilje/organisasjonskultur
- Hvilke muligheter ser dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv organisering og disponering av de intermediære plassene?
- Hvilke begrensninger opplever dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv organisering og disponering av de intermediære plassene? F.eks.:
 - Regelverket/statlige føringer
 - Bosttingsmønsteret og avstander i kommunen
 - Avstand til og kontakt mellom hjemmesykepleien, legevakten og de som har ansvar for KAD-plassene
 - Avstand til og kontakt med nærmeste sykehus
 - Alderssammensetning av kommunens befolkning

Akuttberedskap i barnevernet

- Hva er fordelene ved måten dere har organisert akuttberedskapen i barnevernet på?
- Hva er ulempene/svakhetene ved denne organiseringen? F.eks.:
 - Personell med riktig kompetanse
 - Kommunens økonomi
 - Politisk prioritering
 - Ledelse, kommunikasjon og endringsvilje/organisasjonskultur
- Hvilke muligheter ser dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv akuttberedskap i barnevernet?
- Hvilke begrensninger opplever dere for å få til en bedre og mer ressurseffektiv akuttberedskap i barnevernet? F.eks.:
 - Regelverket
 - Bosettingsmønsteret og avstander i kommunen
 - Samarbeidet med andre instanser, bl.a. politiet, psykisk helsevern og rusomsorg
 - Nærhet og forhold til nabokommuner
 - Kompetanse og erfaring i nabokommuner

Krisesenter

- Har dere et krisesentertilbud til alle sårbare grupper? Vi tenker her bl.a. på personer med rusproblemer, psykiske vansker eller innvandrere med dårlige norskkunnskaper.
- Har krisesenteret/-sentrene både dag- og døgntilbud?
- Har kommunen et samarbeid med et senter for incest og seksuelle overgrep? I tilfelle ja: Hvilke kostnader har dere hatt i forbindelse med dette samarbeidet i 2017?
- Har kommunen et samarbeid med et voldsmottak? I tilfelle ja: Hvilke kostnader har dere hatt i forbindelse med dette samarbeidet i 2017?
- Hva er fordelene ved måten dere har organisert krisesentertilbudet på?
- Hva er ulempene/svakhetene ved denne organiseringen? F.eks.:
 - Personell med riktig kompetanse
 - Kommunens økonomi
 - Politisk prioritering
 - Ledelse, kommunikasjon og endringsvilje/organisasjonskultur
- Hvilke muligheter ser dere for å få til et bedre og mer ressurseffektivt krisesentertilbud?
- Hvilke begrensninger opplever dere for å få til et bedre og mer ressurseffektivt krisesentertilbud? F.eks.:
 - Regelverket
 - Bosettingsmønsteret og avstander i kommunen
 - Samarbeidet med andre instanser
 - Nærhet og forhold til nabokommuner
 - Kompetanse og erfaring i nabokommuner

www.osloeconomics.no

oslo**economics**

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562
Vika
0118 Oslo