1. Modeller for tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold:

Modell 1 (minimumsmodell):
Senger med nødvendig kompetanse og utstyr tilgjengelig

Modell 2 (tilpasset modell):

Mellom modell 1 og 3-4 i kompetanse og utstyr tilgjengelig, pasientgruppen som tas i mot er tilpasset dette

Modell 3 (Avansert tilbud lokalisert i kommune):
Senger med mer kompetanse og utstyr tilgjengelig (større kommuner/interkom. samarbeid)

Modell 4: (Avansert tilbud samlokalisert med sykehus):
Senger som en egen kommunal tjeneste samlokalisert med sykehus

Der det ligger til rette for det, bør kommunale ø-hjelpsenger fortrinnsvis legges samlokalisert med interkommunal legevakt/DMS eller sykehus

Kommunen forplikter seg til å sikre rutiner for opplæring av personell slik at utstyr og undersøkelser som kommunens modell beskriver skal kunne gjennomføres og betjenes av ansvarlig personell.

2. Modell 1 – Minimumsmodell

2.1. Krav til utstyr og kompetanse (minimumskrav):

Undersøkelser som skal kunne utføres og utstyr som må finnes (modell 1):

- Hb/ CRP/ blodsukker for å følge behandlingsresponsen
- Urin stix
- EKG
- Utstyr for intravenøs behandling
- Pulsoksymeter
- Oksygen og medikamenter etter liste
- Hjertestarter

Krav til bemanning:

Sykepleier i aktiv vakt 24/7.

Et minimumskrav til kompetanse for alle kommunale ø-hjelpssenger er sykepleier til stede 24/7 og minimum 5 legetimer pr seng pr uke. For tilbud der det ikke er lege til stede 24/7, kontaktes legevakt ved behov i det tidsrom ikke annen lege med ansvar for ø-hjelpsengene er tilgjengelig. Kommunen må gjøre en medisinskfaglig vurdering av om legetilgjengeligheten til ø-hjelpsengene er forsvarlig, dette spesielt med tanke på avstand til nærmeste legevakt.

3. Modell 2 – Tilpasset modell

For kommuner som ønsker å etablere et tilbud som er mer omfattende enn modell 1, men mindre omfattende enn modell 3 og 4 må det lages en tilsvarende beskrivelse av undersøkelser som utføres og utstyr som finnes i tillegg til en tilpasset beskrivelse av aktuelle pasientgrupper. Beskrivelsen skal sikre at behandlingen pasientene får er like god eller bedre sammenlignet med innleggelse i sykehus, og at pasienter som krever et høyere kompetanse- eller utstyrsnivå innlegges på sykehus.

4. Modell 3 og 4 – Avansert tilbud lokalisert i kommunen eller Avansert tilbud som en egen kommunal tjeneste samlokalisert med sykehus

Undersøkelser som skal kunne utføres og utstyr som må finnes (modell 3 og 4) i tillegg til det som er nevnt under modell 1:

- Røntgen
- Blodgassanalyse
- Troponin T/D-dimer
- Elektrolytter
- Hematologiske analyser
- Blærescanner
- Relevant akuttmedisinsk utstyr
- Hjertestarter
- Smertepumper
- Infusjonspumper
- Telemetri / skop

Krav til bemanning

Sykepleier i aktiv vakt 24/7.

Minimum 5 legetimer pr seng pr uke og lege tilgjengelig 24/7 for utrykning til ø-hjelpssengene på kort varsel.

5. Pasienter som kan være aktuelle for kommunale tilbud

5.1. Alle modeller:

Pasienter som er aktuelle for det kommunale tilbudet er pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå.

Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av lege, og tilstanden må være avklart diagnostisk og behandlingsmessig ved innleggelse. Innleggende lege må ha vurdert risikoen for endring av diagnose og behandling som liten.

Pasienten må forventes utskrivningsklar til hjem eller annet kommunalt tilbud innen 72 timer. Tilbudet skal utelukkende brukes til pasienter hvor det foreligger medisinskfaglige vurderinger som tilsier at innleggelse er forsvarlig og hvor innleggelse i sykehus ikke er nødvendig.

5.2. Krever minst kompetanse og utstyr tilsvarende modell 1

- Korrigering av ernæringssvikt og dehydrering (uttørring) hvor kjent utløsende årsak er avklart
- Intravenøs behandling av diagnostisert infeksjonssykdom uten tegn på sepsis (blodforgiftning) og uten betydelig komorbiditet (samtidige sykdommer) eller akutt funksjonssvikt
- Forverring av KOLS (kronisk lungesykdom) uten betydelig komorbiditet der behandlingsopplegget er avklart
- Palliativ (lindrende) og terminal (livets sluttfase) omsorg av kreftsykdom når et videre behandlingsløp er fastlagt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

5.3. Krever mer kompetanse og utstyr – modell 3 og 4

- Justering av pågående behandling av kjent kronisk sykdom som hjertesvikt og diabetes uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Terminal fase av hjerte-/lungesvikt
- Behov for transfusjon av blod, væske eller elektrolytter der diagnosen er sikker og det ikke foreligger betydelig multimorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Brudd og skader der røntgenundersøkelse avklarer at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig
- Cytostatikabehandling (cellegiftbehandling) etter fastsatt avtale med spesialisthelsetjenesten

5.4. Pasienter som ikke er egnet for kommunale ø-hjelpssenger og som skal henvises til sykehus

- Traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Akutt alvorlig sykdom (forløp< 1uke) hos eldre med uavklart diagnose, uttalt komorbiditet eller symptomatologi preget av akutt funksjonssvikt
- Akutt forverring av kjent kronisk sykdom der alvorlighetsgrad, komorbiditet eller rask funksjonssvikt tilsier innleggelse
- Rus/intoksikasjoner
- Psykiatri (vurderes eventuelt for tilgjengelige prehospitale DPS-tilbud)
- Pasienter som skal innlegges etter definerte (avklart nasjonale) pasientforløp (f.eks. hjerneslag, akutt hjerteinfarkt).
- Pasienter som ikke opplever rask bedring av subakutt sykdomsforløp under prehospital omsorg og behandling
- Hvis det ikke er ledig plass i det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet.

6. Dokumentasjonskrav

Beskrivelse av rutiner for dokumentering av behandling og oppfølging, samt utskrivning

7. Kvalitetssikring og internkontroll

Beskrivelse av rutiner for kvalitetssikring av rutiner og drift, samt internkontroll.

Kommunen må gjøre en medisinskfaglig vurdering av om tilbudet er forsvarlig, spesielt sett i forhold til de pasientgrupper man ønsker å gi tilbudet til.

8. Evaluering

Beskrivelse av rutiner for jevnlig faglig evaluering av tilbudet.

9. Driftsplan

Driftsplanen bør minst inneholde følgende punkter:

- Innhold
- Organisering
- Kompetanse/ personellbehov/ tilgjengelighet
- Undersøkelser som må kunne utføres/ støttefunksjoner/ utstyr
- Pasienter som kan være aktuelle for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud
- Pasienter som skal innlegges i sykehus
- Pasienter som bør få annet tilbud i kommunen
- Dokumentasjonskrav (EPJ-system)
- Elektronisk samhandling
- Sikring av faglig kompetanse (opplæring, utdanning)
- Telekommunikasjon, nødnett
- Kvalitetssikring
- Internkontroll/rutiner/retningslinjer
- Evaluering
- Økonomi/finansiering

Vedlegg 2 til Tjenesteavtale nr 4

Helsedirektoratets veileder for kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold:

http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell/Sider/default.aspx

(Pr 7. mai 2012)