



FUSA KOMMUNE

MØTEINNKALLING

Arkivsak: 12/824

Løpenummer: 12/4559

Utval: Formannskapet

Møtestad: Kommunetunet

Møtedato: 19.06.2012

Tid: Kl. 13:00

Forfall eller inhabilitet:

Grunngjeve forfall til møtet, eller inhabilitet, må meldast snarast råd til postkasse@fusa.kommune.no eller ekspedisjonen tlf. 56 58 01 00.

Administrasjonen kallar inn varamedlem.

Varamedlemer møter berre etter særskild innkalling.

Saksliste

Sak nr.	Sakstittel
073/12	BUDSJETTPROSESSEN 2013 - 2016 - INFORMASJON OG DRØFTING.
074/12	ØYEBLIKKELEG HJELP DØGNTILBOD I FUSA KOMMUNE

Eikelandsosen, 19. mai 2012

Hans S. Vindenes
Ordførar

Berit Fløisand
Ansvarleg sekretær

Saksnr	U t v a l	Møtedato	Saksbeh.
073/12	Formannskapet	19.06.2012	BFL

Sakshandsamer: Berit Fløisand

Arkivsaknr 12/709

BUDSJETTPROSESSEN 2013 - 2016 - INFORMASJON OG DRØFTING.

Saksframstilling:

Vedtaksmynde: Formannskapet

Saksdokument:

Vedlegg:

Dok.dato	Tittel	Dok.ID
21.06.2012	INNLEIING OM ØKONOMIPLAN - HANDLINGSPLANEN TIL K-PLANEN	47178
21.06.2012	KOSTRA-TAL 2011	47180
21.06.2012	ØK PLAN 2013	47181
21.06.2012	BREV FRÅ FYLKESMANNEN	47176
21.06.2012	BU12-FUS	47177
21.06.2012	KOSTRA 2010 PLO HORDALAND	47179

Ikkje vedlegg:

Faktiske opplysninger/Vurdering:

Møtet i formannskapet/denne saka har følgjande dagsorden:

1. Innleiing om økonomiplanen = handlingsplanen til samfunnsdelen av kommuneplanen (knytt til overordna mål: Fleire fusingar, visjon: Fusa midt i blinken og til hovudsatsingsområda våre)
2. KOSTRA-tal 2011 pr. 15.06.2012.
3. Oppdatert økonomiplan pr. 18. juni 2012 - m.a. konsekvensane av revidert nasjonalbudsjett 2012 og kommunep. 2013.
4. Kva prosess ønskjer ein vidare?

Vedlegg til pkt. 1-3 vert sendt ut 18.06.2012.

Saksnr	U t v a l	Møtedato	Saksbeh.
009/12	Råd for seniorar og menneske med nedsett funksjonsevne	05.06.2012	HKO
045/12	Formannskapet	06.06.2012	HKO
074/12	Formannskapet	19.06.2012	HKO
045/12	Kommunestyret	20.06.2012	HKO

Sakshandsamer: Helen Koldal

Arkivsaknr 11/1579

ØYEBLIKKELEG HJELP DØGN TILBOD I FUSA KOMMUNE

RÅDMANNEN SITT FRAMLEGG TIL VEDTAK:

Kommunestyret tilrår at Fusa kommune etablerer øyeblikkeleg hjelp (ØH)- døgnopphald frå 2012, i første omgang for 1 øyeblikkeleg-hjelp døgnplass. Det vert sendt inn søknad om midlar innan fristen 1. juli 2012. Tilbodet vert lokalisert ved korttidsavdelinga ved Fusa bu – og behandlingssenter (FBBS). Tilskotsmidlar på kr 919 00 vert nytta til auka sjukepleiekompetanse, legeteneste, utstyr og kompetanseheving.

06.06.2012 FORMANNSKAPET

Handsaming:

Uttale frå råd for seniorar og menneske med nedsett funksjonsevne vart delt ut i møtet.

Skrivefeil i framlegget frå rådmannen vert retta: til kr 919 000.

Framlegget frå rådmannen vart samrøystes tilrådd.

FOR-045/12 VEDTAK:

Kommunestyret tilrår at Fusa kommune etablerer øyeblikkeleg hjelp (ØH)- døgnopphald frå 2012, i første omgang for 1 øyeblikkeleg-hjelp døgnplass. Det vert sendt inn søknad om midlar innan fristen 1. juli 2012. Tilbodet vert lokalisert ved korttidsavdelinga ved Fusa bu – og behandlingssenter (FBBS). Tilskotsmidlar på kr 919 000 vert nytta til auka sjukepleiekompetanse, legeteneste, utstyr og kompetanseheving.

05.06.2012 RÅD FOR SENIORAR OG MENNESKE MED NEDSETT FUNKSJONSEVNE

Handsaming:

Roald Samnøy fremja følgjande forslag:

Råd for seniorar og menneske med nedsett funksjonsevne ser støttar rådmannen sitt framlegg til vedtak. Øyeblikkeleg hjelp døgn tilbodet er svært positivt og særst tenleg for gruppene som rådet skal ivareta.

Framlegget frå Roald Samnøy vart samrøystes vedteke.

RAAD-009/12 VEDTAK:

Råd for seniorar og menneske med nedsett funksjonsevne ser støttar rådmannen sitt framlegg til vedtak. Øyeblikkeleg hjelp døgntilbodet er svært positivt og særst tenleg for gruppene som rådet skal ivareta.

.....

Saksframstilling:

1. INNLEIING

Samhandlingsreforma er ei retningsreform som skal innfasast over tid. Eit sentralt mål er å betre pasientforløp og å gje tenester nærare der pasienten bur. Tilbodet skal vera betre eller like godt som eit alternativt tilbod i spesialisthelsetenesta.

14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse – og omsorgstenester m.m. Her vert kommunane pålagt eit utvida ansvar for øyeblikkeleg hjelp (ØH) døgnoophald som kommunane kan tilby frå 2012, men som blir lovpålagt frå 2016. Det nye tilbodet skal bidra til å redusere antall øyeblikkeleg hjelp innleggingar i spesialisthelsetenesta.

Kommunane har plikt til å yte øyeblikkeleg hjelp til personar som oppheld seg i kommunen. (helse – og omsorgstenestelova § 3-5 og § 3 – 1). Som ledd i samhandlingsreforma vert kommunane sitt ansvar utvida til og å omfatte kommunalt tilbod om døgnoophald for øyeblikkeleg hjelp. Plika følger av lova § 3- 5 tredje ledd:

” Kommunen skal sørge for tilbod om døgnoophald for helse – og omsorgstenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.”

Fusa kommune har utgreidd grunnlaget og moglegeheit for etablering av observasjonssenger og øyeblikkeleg hjelpfunksjon med døgntilbod saman med Samnanger og Os kommune. Prosjektgruppa tilrådde samarbeid. I etterkant har Helsedirektoratet gitt ut ny rettleiar, som avklarar ein del spørsmål kring etablering av ØH – døgnoophald. Fusa kommune ønskjer i denne samanhengen å utgreie om vi kan etablere ØH – døgntilbod i eigen kommune.

Fusa skal etabler 212 liggedøgn med ØH – døgntilbod, dvs det skal vera ein pasient innlagt i ØH – seng 212 dagar i året. Fusa kommune får tildelt kr 919 000 årleg fram til 2016 dersom vi etablerer ØH – senger i 2012.

1.1 Kva er øyeblikkeleg hjelp?

Ein pasient treng øyeblikkeleg hjelp dersom vedkommande er i ein tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengande nødvendig. Tilstanden treng ikkje vera kritisk eller livstruande, men pasienten har behov for utredning eller behandling utan unødvendig venting.

1.2 Kven kan leggjast inn til øyeblikkeleg – hjelp døgnoophald?

- Pasientar med kjende sjukdommar, som ved forverring av tilstanden sin kan få ein på førehand kjend og avtalt behandling
- Medisinskfagleg vurdering avgjerande
- Fastlege, sjukeheimslege eller legevakslege foretar den konkrete vurderinga av kor pasienten bør få si behandling

1.3 Vurdering:

Fusa kommune kan velje mellom følgjande alternativ:

1. Avvente situasjonen til 2016, då er det eit lovkrav å ha eit slikt tilbod. Fusa kommune kan då rekne med å få større kostnader til medfinansiering av sjukehusopphald enn det ein treng å ha dersom ein etablerer ØH – senger før. Intensjonen med samhandlingsreforma er å hindre sjukehusinnleggingar og gje eit like godt eller betre tilbod i kommunen.
2. Inngå avtale med Os kommune om ØH – døgntilbod. Pasienten vert då innlagt på ØH – døgntilbod på Os. Ein samarbeidavtale vil verta bindande og vanskeleg å gå ut av, dersom ein ønskjer å etablere ordninga lokalt. Ein vil ikkje oppnå intensjonen i samhandlingsreforma med at pasientane skal behandlast så nær som mogeleg der dei bur. Ein vil med interkommunalt samarbeid truleg få eit større utskrivingspress enn om ein etablerer ei slik ordning i eigen kommune.
3. Etablere ØH – døgntilbod i eigen kommune. Ein kan då nytte eksisterande kompetanse og fagmiljø, som ut frå dei faglege krava i rettleiaren pr i dag vil vera i stand til å ivareta pasientar i ØH – døgntilbod. Vi driv pr i dag akutt plassar på Fusa bu – og behandlingssenter. ØH – døgntilbod lokalisert i Fusa vil vera eit godt tilbod til pasienten, som ofte er kjend av hjelpepersonalet og legar i kommunen. Denne tenesta kan og bidra til eit inspirerende og utviklande fagmiljø, som kan føre til at vi beheld og rekrutterer dyktige fagfolk til innbyggjarane sitt beste. Nærleiken som pasienten får til vårt eigen hjelpeapparat vil gjera lokal oppfølging lettare og smidigare ved utskrivning. Fusa kommune kan nytte tilskot frå staten på kr 919 00 til styrking av tenestetilbodet i eigen kommune. FBBS driv allereie ganske avansert medisinsk behandling i høve til de fleste andre sjukeheimar i tilsvarande kommunar. Ved å på denne måten formalisere det medisinske tilbodet som vi over tid allereie har etablert ved FBBS, vil kommunen altså få overført viktige økonomiske midlar til drifta. Det å gjera oppgraderingar for å møte dei krava som vert stilt for å kunne tilby medisinsk forsvarleg og trygg ØH – døgntilbod i eigen kommune, er gjennomførbart og vil ikkje krevje store investeringar.

Vi vil og kunne nytte oss av det at vi har en døgkontinuerleg tilgang på legetilsyn ved at vi har ei eigen legevaksordning i Fusa kommune med relativt god reserve-kapasitet utover det som vert nytta av kommunen per i dag, utan store endringar i utgiftsnivået til legetilsyn.

2. ORGANISERING AV ØH – DØGNTILBOD I FUSA:

Fusa kommune ønskjer å etablere ØH-døgntilbod på Fusa bu – og behandlingssenter, for å nyttiggjera eksisterande kompetanse og samarbeidsrutiner. Fusa skal etablere 212 liggedøgn med ØH – døgntilbod, dvs det skal vera ein pasient innlagt i ØH – seng 212 dagar i året. Kommunane står fritt i korleis dei vel å organisere ØH – tilbodet.

Mange pasientar kan ha behov for ytterlegare oppfølging etter denne perioden, og pasienten må sikrast ei vidare tilbod, enten i institusjon eller i heimen. Fusa kommune må difor ha naudsynt kapasitet, kompetanse og kvalitet både på sjukeheimplassar, korttidsplassar og heimetenester.

Vi omgjer rom nr 27 på korttids – rehabiliteringsavdelingen på Fusa bu – og behandlingssenter til ØH - seng. Dette rommet er nærast vaktrom og utgang, og er i enden av avdelinga. Dette betyr at vi reduserer antal korttidsplassar til 11, og samla sjukeheimplassar til 47.

Rommet skal innehalde naudsynt utstyr, jmf utstysliste: Seng, monitor/ pulsoxymeter, O2, BT- apparat, EKG, akutt koffert, eige skap med bandasjemateriell, sårutstyr, iv væske, sterilt dekkemateriell, temp.mål, kateter, sonder, venflonar, blodprøveutstyr og anna medisinsk forbruksmateriell.

Liggetid: Maks 3 dagar.

Sirkulasjon på øyeblikkeleg hjelp plass:

- Avdelinga skal starte planlegging av overføring til anna tilbod eller utskriving 1. dag etter mottak av pasient.

- Avdelinga skal varsle heimetenesta og fastlege om innlegginga 1. dag etter mottak av pasient

2.1 INNLEGGINGSKRITERIER:

Pasientens skal vera tilsett av lege før innlegging

2.1.1 Pasientar som ikkje er aktuelle for kommunalt ØH – tilbod:

1. Hjerteinfarkt
2. Hjerneinfarkt
3. Uavklarte tilstander
4. Psykiatri / rus
5. Traumer og tilstander som krev akuttmedisinsk behandling (rødt respons i indeks)
6. Akutt forverring av kjend kronisk sjukdom, der ein vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonssvikt tilseier innlegging i sjukehus
7. Born

2.1.2 Hovedgrupper av pasientar som er aktuelle for eit kommunalt øyeblikkeleg hjelp tilbod:

- Pasientar med forverring av kjende tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå
- Pasientar med akutt forverring av kjent tilstand, grunna t.d infeksjon, dehydrering eller ernæringsvikt, der utøysande årsak er kjend
- Fall utan brudd som treng observasjon og behandling
- Feber
- Eliminasjonsproblem: Vannlatningsvanskar, diare eller obstipasjon
- Palliativ og terminal omsorg
- Medikamentjustering

Føresetnaden er at det må vera ein pasient med avklart diagnose og funksjonsnivå som kommunen sine lege – og sjukepleiarressursar er i stand til å behandle, og der risikoen for akutt forverring under opphaldet er liten.

2.1.3 Personellbehov og tilgjengelegheit:

Sjukepleiar tilstades 24 timar i døgeret.

I utgangspunktet har tilsynslege det medisinsk-faglige ansvaret på dagtid måndag til fredag, legevaktslege på ettermiddager og natt, laurdag og søndag. Dersom tilsynslege ikkje er tilgjengelig vil daglegevaktlege kunne rykke ut og gjøre vurdering på FBBS.

Dei døgera det er pasient i ØH senga vil en trenge omlag følgjande gjennomsnittleg ressursmengde kva gjelder legetilsyn: ½ time per dag = 3,5 time per uke. I og med at vi har egen døgnkontinuerlig legevaktslege i Fusa kommune, vil en kunne bruke denne legevaktslegen til tilsyn utover tilsynslegens arbeidstid, utan ytterlegare store kostnader knytt til nødvendige tilsyn. Om lag 2/3 av tilsyna vil truleg verta gjort på dagtid av tilsynslegen, og om lag 1/3 av tilsyna på kveld og helg/helligdag av legevaktslege.

I Fusa kommune arbeider per i dag 3 av kommunen sine 5 legar på FBBS, og er velkjende der. Ein av tilsynslegane har hovudansvaret for rehabiliteringsavdelinga hvor ØH-senga blir etablert, men de andre tilsynslegane og evt den legen som har legevakt i kommunen på dagtid, vil være tilgjengelege dersom en trenger raskt tilsyn.

FBBS er samlokalisert med kommunens kombinerte fastlegekontor/legevaktsskontor i Eikelandsosen. Utrykningstid frå legekontoret til FBBS 1-2 minutter. Vaktbolig for legevaktslege er lokalisert 500 meter frå FBBS med utrykningstid 5-6 minuttar. Det betyr at tilgjengeligheten til legeressurs er stor og hurtig, døgeret og året rundt.

2.1.4 Kompetanse

Krava til forsvarleg verksemd inneber at verksemda må ha personell med kompetanse og ferdigheiter som er naudsynt for å gje pasientane forsvarleg behandling.

Eit fagleg forsvarleg ØH – døgntilbod inneber mellom anna at personell har observasjons,- vurderings – og handlingskompetanse. Fusa kommune har behov for styrka sjukepleiekompetanse med 1 årsverk. Dette for å ivareta pasientar som vert akutt sjuke, for ei forverring av kronisk sjukdom og / eller treng nødvendig oppfølging og overvåking. Det vil vera naudsynt å styrke generalistkompetansen hos alle faggrupper. I tillegg vil det vera krav til prosedyrekunnskap t.d hjarte- lungeredning (HLR) og nødvendig bruk av medisinsk utstyr. Døme på dette kan vera bruk av EKG og oksymeter, O2 – behandling, blodprøvetaking, kateterisering, handtering av CVK, administrering av væske og legemidlar i v.

Utover dette, er det stilt krav til støttfunksjonar, dokumentasjonssystem, rutiner og retningslinjer og sakshandsamingsreglar.

2.1.5 Strategisk kompetanseplan

Fusa kommune utarbeidde i 2011 strategisk kompetanseplan og opplæringsplanar i kvar avdeling i helse – og omsorg.

Utdrag frå planen:

Fusa Bu og behandlingssenter; Sjukepleiar, reinhaldar;

Korttids/rehabiliterings avdelinga skal frå 01.01.12 kunne ta imot pasientar på kort varsel både frå sjukehus og heimen. Avdelinga har i lengre tid hatt ca. 4 av plassane belagt med pasientar som ventar på langtids plass. Ein vil frigjere desse så ein har 12 korttids plassar. Ei slik auke føre til meirarbeid knytt til inn- og utskrivning, prøvetaking, behandling, trening, medisiner, sårstell m.m. Det vert meir sjukepleieoppgåver både dag og natt. Rehabilitering krev tverrfaglege møte, oppfølging, samordning og legetilsyn.

FBBS har lite ressurs til reinhald i dag. Korttidsavdelinga krev meir reinhald/vaskeritenester då det er hyppige skifte i pasientar. 40% auke i stilling er naudsynt.

IKT – stilling/ fagutviklingsjokepleier: Vi har i dag 20% st. på engasjement som trengs gjerast fast då nye oppgåver knytt til Samhandlingsreforma krev nye IKT løysingar som krev opplæring og rettleiing (Elektronisk meldingsutveksling, elektronisk pasientjournal)

3. Kostnader, tilskot og finansieringsordningar

Når det gjeld kostnader i samband med oppgaveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane, skal dette fullfinansierast både når det gjeld drift og investeringar. Midlar skal overførast gradvis frå dei regionale heleføretaka i perioden 2012-2015. Dette for å sikre ei forsvarleg innfasing, og å gjere det mogleg å få etablert eit godt tilbod.

Kommunane sine utgifter på landsbasis for øyeblikkelig hjelp døgntilbod er rekna til 1048 millioner kroner frå 2016. Dette svarar til ein kostnad pr. liggjedøgn på kr **4 330,-** inkludert investeringskostnad på 330 kroner og 240 000 liggjedøgn.

Det er lagt opp til eit måltal på 120 000 liggjedøgn etter 2 år. Følgjeevaluering og omfang og kostnader vil bli vurderte etter 2 år. Helseføretaka vil få trekk i sine basisbevilgningar i 2012. I innfasingsperioden vil kommunane få tilført midlar etter kvart som tilboda vert etablert. Berekninga har teke utgangspunkt i historisk forbruk av ØH- plassar, og midlane er fordelt etter same fordelingsnøkkel som er brukt til utskrivingsklare pasientar og kommunal medfinansiering.

Midlar for gjennomføring av oppretting øyeblikkelig hjelp døgntilbod vert tilført kommunane slik i innfasingsperioden 2012 til 2015:

- a) 50 % som øyremerka tilskot frå Helsedirektoratet til kommunane fordelt etter søknad, jf Kommuneproposisjonen 2012. Hovudkriteriet for å utløyse tilskot er at Fusa kommune har inngått samarbeidsavtale med helseføretaket, som inneheld forpliktande og konkrete planar om å etablere tilbodet i det året det vert søkt om midlar til. Søknadsfristen i 2012 er 1. juli.
- b) 50 % som tilskot frå RHF (her Helse-Bergen) gjennom krav til konkrete tilskot frå RHF til kommunane. Tenesteavtale 4 regulerer føresetnadane for utbetaling av tilskotet. M.a må tilskotet som kommunen får frå Helsedirektoratet vera for lite til å dekke kommunen sine berekna utgifter til øyeblikkeleg hjelp døgnoophald ihht berekningsgrunnlaget.

Fusa kommune får tildel kr 919 000 årleg fram til 2016 dersom vi etablerer ØH – senger i 2012.

Frå 2016 skal midlane innlemmast i rammetilskotet til kommunen.

Det er også vedteke at kommunane får eit ansvar for medfinansiering på 20 % frå 01.01.12 for alle medisinske innleggingar og behandlingar (med nokre unntak), med eit tak på kr 30 000 for særleg ressurskrevjande einskildopphald.

Når det gjeld utrekning av kostnader til opphald i sjukehus, er det avhengig av DRG.

*”Diagnose Relaterte Grupper (DRG) gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene
DRG-gruppering betyr at hver behandlet pasient blir plassert i en DRG. Grupperingen gjøres ut i fra de data som registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. Gruppering til DRG skjer ved hjelp av et dataprogram. Man kan derfor ikke selv ”velge” en DRG.
DRG tar hensyn til alle sykehusets kostnader, herunder medisinsk service og administrasjon, med mer. Det er dermed flere som har ”aksjer” i de DRG-poengene som sykehuset genererer, ikke bare den avdelingen som skriver ut pasienten”.⁹
9 jf. www.helsedirektoratet.no/kodeverk
ISF står for innsatsstyrt finansiering. For kvar pasient som vert døgntilbehandla (innlagt over natta) får Helse Bergen betaling gjennom ISF-systemet. Får betalt ut frå DRG poeng – får betalt 40% av DRG-beløpet og
1 DRG = 38 000 pr. 2011- dvs 15 200,-«*

Kostnad for ein pasient som blir lagt inn i sjukehus med til dømes pneumoni, (lungebetennelse) er ikkje eintydig. Forutan DRG for sjølve pneumonien, kan det bli utløyst andre del-DRGer, alt etter kva for ressursar og utstyr som går med til behandlinga.

Døme:

Ein vanlig lett lungebetennelse har vekt 0,7 DRG poeng. Dette gjev ei utbetaling til Helse-Bergen på 10 600 kr (40% ISF) frå staten.
I 2012 får også Helse Bergen 40% ISF for denne pasienten, men då kjem 20% frå staten og 20% frå kommunane.
Døgntilprisen kommunen betaler til Helse-Bergen for denne pasienten blir då minimum kr 5300 kr (20% ISF), mot kostnad 4 330 i observasjonssenger i kommunen.
Men, det er som sagt viktig å vere klar over at dersom det blir nokon tilleggshandling/ bruk av ekstra utstyr blir døgntilpris i sjukehus dyrare, og dermed blir den delen kommunane skal betale også høgare.

3.1 Kva koster ein plass på FBBS?

I 2011 viste netto rekneskapen for FBBS forbruk på 34.344.744,44
Dette gjeld all drift av FBBS, kjøkken, kontorpersonell, støttefunksjonar, drift av legevaktssentral, medisinar, utstyr og pleie til 48 pasientar, 365 dagar i året. Det som ikkje er med er lønn til tilsynslege 60% stilling
Det gir i snitt døgntilpris på kr. 1.960,-
Ekstra kostnader til ein pasient med f. eks. lungebetennelse vi være frå kr. 400,- til 700,- pr. døger.
I 2011 vart ca 10 plasser brukt til korttids- opphald. Prisen ein inneliggjande pasient på korttidsopphald vert fakturert av FBBS er 133,- pr døgn. Korttids plassar er dyrast å drive, men gir ein fleksibilitet for kommunen som vi etter Samhandlingsreforma er vorten pålagde å etablere. Dersom vi har for få korttids plassar, aukar utgiftene til utskrivingsklare pasientar. Fusa kommune har pr 23.05.12 ikkje betalt for utskrivingsklare pasientar, men har greidd å ta imot alle til eksisterande tenestetilbod ved FBBS eller til oppfølging av heimetenesta. Kommunane kan ikkje krevje eigenandel for opphald i ØH – døgntilbod.

3.2 Kva vil ein ØH – plass koste på FBBS?

Kostnadene avhenger av diagnose, behandlingsbehov, kompetansebehov, behov for legetilsyn osv. Vi ventar ikkje at kostnadene vert høgare enn pasientar på akutt plass.

Samstundes kan etablering av ØH – plassar redusere kostnader til medfinansiering av sjukehusinnleggingar. Hittil i 2012 har Fusa kommune hatt ein kostnad på kr 834 095 i kommunal medfinansiering. Det er ein meirkostnad på kr 23 699 ut frå akontobeløpet på kr 810 396 vi har fått frå staten. Vi veit ikkje enno om differansen vil verta høgare. Til samanlikning har Samnanger kommune kr 100 179 i mindreforbruk. Det er med andre ord her vi kan spare pengar dersom vi etablerer gode tenestetilbod i Fusa, og i tillegg satser på forebygging.

Det er behov for å styrke sjukepleiekompetansen med 1 årsverk.
Kostnad: ca kr 500.000

Legetilsyn helg, legevakslege: Kr 950 pr time (forhandlings spørsmål, en kan også betale per tilsyn ihht til normaltariffen, som ordinært vil ligge på mellom 500-1000 kr, avhengig av tidsbruk og problemstilling.) Det vil vanlegvis lønne seg for kommunen å betale legen per time, dersom det er tilstrekkelig arbeid/tilsyn å fylle timen med.

Tilskot frå helseføretak og stat vil utgjera kr 919 000 pr år. Ved etablering av tilbodet i løpet av 2012, vil ein få fullt tilskot for 2012.

3.3 Utstysrbehov på ØH – plass, kostnad – eks. moms:

1 stk. EKG kr 17 300,-
1 stk. Monitor kr 90 000,-
1 stk. Pulsoksymeter kr 2 050,-
1 stk. Infusjonspumpe kr 13 500,-
2 stk. Infusjonsstativ à 1 236,- kr 1 236,-
1 stk. O2-kolbe kr 9 420,-
1 stk. O2-konsentrator kr 12 154,-
1 stk. BT-apparat på stativ kr 6 900,-
1 stk. Blærescanner kr 40 000,-
1 stk. Stetoskop kr 700,-
1 stk. Otoskop kr 3 590,-
1 stk. CRP kr 21 000,-
1 stk. INR kr 0,-
1 stk. BS 0,-
1 stk. Urin-analyseapparat kr 3 000,-
1 stk. Sug kr 6 692,-
1 stk. Smertepumpe kr 20 600,-

Totalt kr 248 142,-

7 Døgnleige kr 8 x 365 dagar + sylindar kr 2 500 og ca. 4 fyllingar pr år à kr 1000
8 Pr. november –11 er tilbod på at ein får dette apparatet gratis v/kjøp av CRP-apparat

FBBS har ein del medisinsk utstyr i dag, som kan nyttast. Anna utstyr kan og lånast av legekontor i nabobygg.

4.KARTLEGGING AV SITUASJONEN I DAG, VURDERING ANALYSE OG AVKLARING AV FRAMTIDIGE BEHOV

4.1. Demografiske tilhøve

4.1.1 Alderssamansetjing i Fusa

Data frå Statistisk sentralbyrå syner at frå 2018 og utover aukar talet på 70-79-åringar kraftig (108 % av 2008-nivå i 2018). Det er 150 fleire personar i denne aldersgruppa i 2030 enn i 2008! Frå 2021 aukar talet både på eldre over 80 år og eldre over 90 år. Det er venta 58 fleire personar i aldersgruppa 80 år+ i 2030 enn i 2008.10

Det er innafør gruppa yngre eldre (66-79 år) vi verkeleg kjem til å få stor vekst, utan at vi heilt veit kva hjelpebehov desse kjem til å ha. Folkehelseinstituttet opplyser på sine faktaark om eldre si helse (www.fhi.no) at 65 % av 75-åringar opplever at dei har god helse. I aldersgruppa 65-74 år reknar 71 % helsa si som god eller svært god (Levekårsundersøking frå SSB, 2005). Desse tala har auka dei siste 20 åra.

4.1.2 Aldring:

I Fusa har vi nådd toppen i talet på eldre (80 år+) og vi har ingen store utfordringar der innafør planperioden. Hjelpebehovet er størst i aldersgruppa 80 år og eldre, men ein av tre er friske inntil kort tid før dei døyr.

4.2 GEOGRAFISKE TILHØVE

Ei særleg utfordring for Fusa er at folk her bur så spreidd, noko tabellen nedafør viser tydeleg:

4.2.1 Busetnad 2008

	Fusa	Fylket	Landet
Folketal pr km²	10,7	32,3	15,7
Del busett i tettbygde stork	12	77	78

4.2.2 Avstand helseforetak, legevakt, ambulansestasjon:

Avstanden mellom legevakt og ambulans , begge stasjonert i Eikelandsosen, og Haukeland Universitetssjukehus er 45 km, via Os. Denne strekninga er inklusiv ferje over Bjørnefjorden, overfartstid 10- 12 min.

Via Samnanger og Arna: 74 km, ferjefritt.

Avstand frå sydspissen i Fusa, grense mot Tysnes og legevakt / FBBS i Eikelandsosen: ca 40 km

4.3. Helse – og omsorg i Fusa kommune – eksisterande tenestetilbod

Fusa Bu- og behandlingssenter (FBBS)

- 12 korttids- rehabiliteringsplassar
- 16 plassar tilrettelagde for demente
- 20 plassar for langtidspasientar

Antal årsverk: 56, av desse 34,1 % sjukepleieårsverk

Kortids – rehabiliteringsavdelinga har lang erfaring i å gje medisinsk behandling til pasientane. Avdelingen administrerer iv – væskebehandling, iv antibiotika behandling, avansert terminalpleie, smertepumper, PEG – sonder og parenteral ernæring, tracheostomi osv. I tillegg har avdelinga laboratorie til blodprøvetaking, måling av CRP, INR,Hb og glucose, i tillegg til urinprøvetaking og bactus. FBBS har samarbeidsavtalar med NOKLUS, avdeling for farmasøytiske tenester og avdeling for sjukehus hygiene, med oppfølging av infeksjonskontrollprogram.

Det er sjukepleiekompetanse på alle vakter, 24 timar i døgeret

I september 2011 etablerte FBBS akutt plass. Det inneber at ansvarsvakt sjukepleiar og legevaktslege/ fastlege kan legge pasientar direkte inn i avdelinga frå heimen til observasjon og utredning. Tilsynslege på FBBS og legevaktslege ivaretar alle pasientane på FBBS.

Legetenesta

Kommuneoverlege i 30 % stilling

Fastlegeheimlar: 4 heimlar

Fusa har 60 % tilsynslege fordelt på 3 legar. Tilsyn ca. 3 dagar i veka.

Legevaktsentral

Ansvarssjukepleiar har ansvar for legevaktsentral kveld, helg og natt. Legevaktsentralen er ikkje spesifikt lagt til korttidsavdelinga, men blir betjent av alle sjukepleiarar som har ansvarsvakter – uavhengig av kva avdeling dei høyrer til. Legekontoret ligg i Eikelandsosen i nabobygg til FBBS. Alle legane deltar i lokal legevakt i Fusa.

Heimetenester

Heimetenesta er inndelt i 4 område, inklusiv tiltak for utviklingshemma. Største basen ligg i same bygg som FBBS. (11 omsorgsbustader, tiltenkt brukarar med behov for heildøgns omsorg).

- 33 årsverk i heimesjukepleien, av desse 42 % sjukepleieårsverk.
- Sjukepleiar på ansvarsvakt på kveld.

Rehabilitering

2 fysioterapiårsverk

0.8 ergoterapiårsverk

5,4 årsverk i psykisk helseteam

Ambulerande vaktmeister

Hjelpemiddelformidling

5.PRAKSIS KRING INNLEGGINGAR I SJUKEHUS

Statistikk på kva pasientar som vert innlagt i helseforetaket frå Fusa kommune i 2011:

Pasientgruppe	Pas-ientar pr gruppe	Innlegg-ingar	Ligge-dagar	Ligge-dagar pr pasient
Akutt skade hofte/ lår- ikkje kirurgi	0	0	0	0
Akutt skade hofte/lår - kirurgi	0	0	0	0
Andre pasientgrupper	1381	341	1016	0,7
Diabetes inkl komplikasjoner	19	5	26	1,4
Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	40	34	92	2,3
Kreftsjukdommar	140	52	208	1,5
Lungebetennelse	24	26	158	6,6
Smerter i buk/bekken	50	26	36	0,7
Sjukd. I luftvegane, unnt. lungebet	36	8	20	0,6
Sjukd. i fordøyelsessystem	155	56	166	1,1
Sjukd i hjarte og blodårer, ekskl hjerteinfarkt og hjerneslag	129	52	122	0,9
Sjukd i musklar og ledd	304	54	102	0,3
Sjukd i nervesyst inkl hjerneslag	179	38	142	0,8
Sjukd. i nyrer, urinblære og prostata	140	20	58	0,4
Totalsum	2597	712	2146	0,8

Analyse:

Totalt antal liggedøgn av pasientar frå Fusa kommune i Helse Bergen per år er 2146. Ein ser at t.d. lungebetennelse utgjør 158 liggedøgn. Vidare er det 26 pasientar innanfor pasientgruppa diabetes, inkludert komplikasjonar. I tillegg er det en stor gruppe på 1016 pasientar som vert klassifiser innan for andre pasientgrupper. Mange av diagnosene innanfor disse tre nemnde gruppene vil være diagnosar som er aktuelle for eit kommunalt øyeblikkeleg hjelp tilbod jamfør punkt 2.1.2. over og pasienten kan dermed overførast til ØH – døgntilbod -seng i eigen kommune om tilbodet vert etablert.

5.1 Pasientkategoriar som har vore innlagt på akutt plass på FBBS frå september november 2011 til mai 2012:

Frå september 2011 har 22 pasienter vore innlagt akutt direkte frå legevakta til akutt plass på FBBS.

Diagnosane har vore: influensa/pneumoni 6 , observasjon brudd 3, opstipasjon 1, naseblødning 1, oppkast/hematemes 1, infeksjon 2, bronkitt 1, terminalpleie 3, sosial innleggelse 2, depresjon/nedsatt allmentilstand 2

Dette er helt i tråd med gruppene av pasientar som er aktuelle for eit kommunalt øyeblikkeleg hjelp tilbod jamfør punkt 2.1.2. over. Utfordringa er at slik ordninga er nå, så har rehabiliteringsavdelinga stort sett blir fylt opp av andre pasientar på korttidsopphald etter søknad, dersom det er ledig kapasitet. Inntekta til FBBS på disse korttidsopphalda er lav (kr 133 i pasienteigenbetaling per døgn) Det gjer og at tilgjengeligheten på ØH-senga blir uforutsigbar, og en får unødvendige innleggingar i sjukehus fordi ØH-senga er fylt. Dersom ØH senga hadde vorte forbeholdt ØH-pasienter, så hadde innleggingsraten i kommunal ØH seng kunne vært betydelig høgare. Kor mykje høgare innleggingsraten i kommunal ØH seng ville vært, ville krevd en nokså omfattande kartlegging og grundig statistikkføring frå legevakslege over tid, for å kunne fastslå. Kommuneoverlegen anslår at ut frå eigen erfaring at talet sannsynligvis vil kunne være dobla, altså 44 pasientar på en 6 mnd periode, som gir 88 pasientar per år. Dersom kvar pasient har en gjennomsnittleg liggetid på 2,0 døgn vil en kunne fylle 176 av 212 liggedøgn i ØH-senga. Kommunen ville da spart betydelige utgifter til medfinansiering. Viss en ser til eksempelet under punkt 3.

Kostnader, tilskot og finansieringsordningar:

Døgnprisen kommunen betaler til Helse-Bergen for ein pasient med diagnosen lungebetennelse blir minimum kr 5300 kr mot kostnad 4 330 i observasjonssenger i kommunen, altså minimum kr 970 i sparte utgifter for kommunen per liggedøgn. Viss ein trekker frå inntektstapet på å fylle den aktuelle senga med en pasient på korttidsopphald som er kr 133 per døgn, vert innsparinga litt lavere, men fortsatt minst kr 837 per døgn. For 176 liggedøgn vil innsparinga altså vera minst kr 147,000.