



Stord



Bømlo



Fitjar



Forprosjektrapport

om:

**”Korttidsbehandling,
observasjonsplassar og LMS
(Lærings- og meistringsstrategi)”**

Eit delprosjekt i Helsetorgmodellen om korleis kommunane Stord, Bømlo og Fitjar kan ta på seg ansvar for utskrivingsklare pasientar alt frå første dag, etablera døgntilbod for pasientar som har trong for akutthjelp eller observasjon og implementering av lærings- og meistringsstrategi (LMS) i tilbodet til desse pasientane. Prosjektet er og eit innspel til korleis kommunane kan møta krav om endra bruk av sjukehusstenester gjennom ny ordning med kommunal medfinansiering.

Prosjektgruppe:

Aasmund Storebø, prosjektleiar, fastlege/kommunelege II – Stord kommune

Lars Helge Sørheim, kommunelege – Stord kommune

Astrid Stautland, verksemdsleiar – Bømlo kommune

Torhild Taraldsøy, fastlege – Bømlo kommune

Anne Berit Hovstad Johansen, Helse og sosialsjef – Fitjar kommune

Endre Hodneland, overlege, medisin – Helse Fonna

Arvid Birkeland, førstelektor – HSH

Marit Brakestad, tillitsvaldrepresentant

Kjell Sjøvik, brukarrepresentant

Prosjektgruppa er sett ned av styringsgruppa i Helsetorgmodellen etter forslag frå deltakande kommunar, Helse Fonna og HSH. Styringsguppa i Helsetorgmodellen er prosjektansvarleg.

Innhold

1. Samandrag.....	4
2. Innleiing	4
3. Korttidsbehandling/intermediæravdeling.....	7
4. Snøgghjelpsbehandling/observasjonsavdeling	7
5. LMS (lærings- og meistringsstrategi).....	8
6. Utveljing av pasientgrupper	9
6.1 Kriteriar for utskrivingsklare pasientar.....	10
6.2 Kriteriar for pasientar med trong for snøgghjelp (øyeblikkeleg hjelp) døgnopphald.....	11
7 Tal døgnplassar	11
8 Kompetanse.....	12
8.1 Fagpersonell	13
8.2 Opplæring/kompetansebygging.....	13
9 Bemanningsfaktor	13
10 Utstyr/tilgjengelege undersøkingar.....	15
11 Lokalisering.....	15
12 Trong for malar og avtalar.....	17
13 Tilrådingar.....	18
14. Plan for evaluering.....	18
15. Økonomi	19
16. Litteratur og kjelder.....	20

1. Samandrag

Prosjektgruppa har hatt 7 møte. Ein har sett på tilfang frå andre tilsvarande prosjekt, henta inn naudsynte opplysingar og drøfta aktuelle problemstillingar. Tilrådingane frå prosjektgruppa er samrøystes.

Prosjektgruppa konkluderar med at kommunane Bømlo, Fitjar og Stord, bør oppretta ei felles avdeling for snøgghjelps-/observasjonsplassar med tillegg av plassar for ”intermediærsenger”, til saman 7-9 sengeplassar:

Avdelinga bør etablerast i samarbeid med Helse Fonna i lokaler på Stord sjukehus.

Tilgjenge til døgntilgjengelege legetenester er avhengig av at ein får til ei felles interkommunal legevaksordning der legen har tilstadesvakt.

Tilbodet skal byggja på lærings- og meistringsstrategi (LMS), ideologien som ligg til grunn i samhandlingsreforma og som er eit viktig ideologisk grunnlag i avtalane mellom helseforetaket og kommunane.

2. Innleiing

Oppgåver/mandat til prosjektgruppa har vore:

- Kartleggja kva pasientgrupper i sjukehus som kan vera aktuelle for snøgghjelp behandling i kommunen.
- Kartleggja kriterier for utskrivingsklare pasientar og kva medisinske behov dei har.
- Grensegang mot rehabiliteringsprosjektet som er sett i verk
- Lokaliseringsalternativ
- Skissera ulike løysingar for å oppnå døgntilgjengeleg legeteneste og evt. samarbeid mellom vaktordningar, inkl. interkommunalt samarbeid om vakt for sjukeheimslegar
- Forventa trong for bemanningsfaktor og kompetanse
- Skissera trong for utstyr og tilgjenge på undersøkingar
- Trong for og mal for avtalar

Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreforma – Rett behandling – på rett sted – til rett tid, inneber i hovudsak:

- Desentralisering av oppgåver frå spesialisthelsetenesta

- Større vektlegging av førebyggjande helsearbeid i kommunane

Samhandling mellom første- og andrelinjetenesta handlar mykje om formell og uformell informasjonsflyt der den formelle informasjonsflyten, er den mest tidkrevjande,

Samhandlingsreforma sitt fokus på ei auka/betre samhandling og ressursoverføring til kommunane, byggjer på at for mange pasientar, vil ressursane blir betre utnytta og mange pasientar vil få eit betre tilbod i kommunehelsetenesta.

Stortingsmelding 47 Samhandlingsreforma og Nasjonal helse og omsorgsplan (2011 – 2015) er nasjonale føringar som kommunane i landet legg til grunn for å etablere helse og omsorgstilboda.

Føringane er vidare presisert i tilhøyrande nye lover med forskrifter gjeldande frå 01.01.2012.

Lov om folkehelse og Helse og omsorgstenestelova. Samhandlingsreforma kapittel 6 om ”Ny framtidig kommunerolle – aktuelle framtidige oppgåver” viser døme på framtidige kommunale oppgåver som :

- tilbod før, i staden for og etter sjukehusopphald som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrande behandling, rehabilitering og habilitering.
- tverrfaglege team, inkludert ambulante team.
- lærings- og meistringstilbod og eigenbehandling.

Det er å merkja seg at det er klare nasjonale føringar og endringar som inneber at ein **skal** byggja opp tenestetilboda i kommunane.

Det skal vidare etablerast snøgghjelps funksjon (ØH) i kommunane innan 2016, og det ligg føringar på at ein skal vurdera hensiktsmessige samhandlingsområder med spesialisthelsetenesta og evt. nærkommunar. Helse Fonna har rettleiingsplikt ovafor kommunehelsetenesta. Denne plikta gjeld i generelle spørsmål og i høve til kvar einskild pasient. Det ligg til den einskilde kommune å finne dei gode løysningane.

Kommunane skal ha avklara korleis dei skal handtera det utvida ansvaret for:

- snøgghjelpspasientar med trong for heildøgns omsorg
- medfinansiering av sjukehusinnleggingar
- betaling for utskrivingsklare pasientar

Økonomien i samhandlingsreforma, kr 5,6 milliardar frå stat til kommune, får konsekvensar for kommunane Stord, Fitjar og Bømlo:

- Medfinansiering av sjukehusbehandling, inklusiv poliklinikk – 30 mill.

Medfinansieringsplikta for kommunane er 20 % av dei kostnadane ved sjukehusopphaldet som sjukehuset får refundert etter DRG (DiagnoseRelaterteGrupper), eit system som set ein pris på kva det kostar sjukehuset for visse diagnoser og prosedyrar.

Om me nyttar ein gjennomsnittspris på kr. 10.000,-, vil det økonomisk representera om lag 3000 ”behandlingar”/opphald kvart år (om lag 10 behandlingar kvart døger) som på sikt kanskje kan gjennomførast utanfor spesialisthelsetenesta.

Betalingsplikta for kommunane for behandlingsopphald, har eit ”tak” på kr 38.000,-.

Betalingsplikta for utskrivingsklare/ ”ferdigbehandla” er sett til kr 4000,-/døger.

Om vi, som over, stipulerer at gjennomsnittsbetaling for kvar behandling som kunne vore på kommunalt nivå er kr 10.000, vil eit kommunalt tiltak som gjev reduksjon tilsvarande 100 behandlingar /år (2 i veka), gje 1 mill. i redusert kommunal medfinansiering.

- Utskrivingsklare pasientar – etter kostnadsnøkkelfordeling – 3,5 mill.

Kommunane har ansvar for å ta seg av pasientar som blir definert som utskrivingsklare og frå 1.1.12 vart det betalingsplikt frå 1. døger. Er ikkje kommunane i stand til å ta imot pasienten, må kommunen betale sjukehuset kr 4000,- pr døgn. Fordelinga gjev dei 3 kommunane høve til å betala for om lag 2,4 sjukehusopphald kvart døger i gjennomsnitt. Eit tiltak som reduserer liggedøger for utskrivingsklare med 5 døger i veka, ville gje 1 mill. i redusert kommunal betaling til sjukehuset.

- Trong for akutt/obs. døgnopphald i kommunen – 6.6 mill.

Om kostnaden er kr 4330,- /dg, gjev det rom for om lag 4 døgnopphald kvart døger i gjennomsnitt for dei 3 kommunane. Dette er pasientar som kommunane frå 01.01.2016 har ansvar for å gje tilbod om døgnopphald. Dette tilbodet skal fullfinansierast med statlege overføringar.

Økonomien handlar altså om:

- 20 % medfinansiering av DRG-delen av definerte diagnoser og behandlingar (vesentleg i medisinsk avdeling)
- Betalingsplikt på kr. 4000, pr døger for utskrivingsklare pasientar ein ikkje kan ta i mot
- Fullfinansiering av snøggjelp-/observasjons plassar i kommunane er berekna til kr 4330, pr døger

Om kommunane greier å etablere billegare døgnplasser enn betalingsplikta og medfinansieringskostnadane til kommunane for spesialisthelsetenester, og gje innbyggjarane den tenesta dei treng på eit fagleg forsvarleg nivå, vil ein totalt kunna finansiera fleire slike plasser eller andre tiltak. Dette set samfunnet i betre stand til å møte framtidig vekst i behovet for helse- og omsorgstenester (demografisk utvikling m.a)

Det vil krevja kompetanseheving, bemanningsfaktor og lokale som er tilpassa føremålet, men det er trong for få sengeplassar i kvar einskild kommune.

Prosjektet si målsetjing er å koma med tilrådingar om korleis kommunane i lag med helseforetaket på ein fagleg og økonomisk forsvarleg måte, skal løysa desse oppgåvene som er pålagde oss gjennom sentrale føringane.

Kommunane Bømlo, Fitjar og Stord i lag, har teke initiativ ovafor styringsgruppa i Helsetorgmodellen for å få synleggjort korleis føringar i plan, melding, lover og forskrifter vil påvirka utforminga av tenestetilbodet hjå oss. Styringsgruppa i Helsetorgmodellen har teke på seg å vera prosjektansvarleg for dette prosjektet.

3. Korttidsbehandling/intermediæravdeling

Utifrå sentrale mynde sine fordelingar av midlar overført frå stat til kommunane, vil medfinansieringa økonomisk representera om lag 3000 ”behandlinger”/opphald kvart år (om lag 10 behandlingar kvart døger) som på sikt kanskje kan gjennomførast utanfor spesialisthelsetenesta.

Når det gjeld oppgåveomfanget for korttidsbehandling/intermediæravdeling, vil det vera bestemt av pasientgrunnlaget. Erfaringar frå andre samhandlingstiltak tilseier eit befolkningsgrunnlag på 20-30.000 vil vera passande. Men det finst også etablerte tilbod med befolkningsgrunnlag på heilt ned til 3000 (Skjervøy).

Dersom ein tenkjer etablering av ei lita avdeling for 4 snøgghjelpspasientar, vil det verta ei avdeling som vil verta lite effektiv og truleg dyr i drift då ein er avhengig av kontinuerleg minst 2 sjukepleiarar på vakt heile døgeret for å gje eit fagleg forsvarleg tilbod. Erfaringar viser at ei avdeling med 7-9 senger vil vera ein meir kostnadseffektiv storleik.

Det betyr at eit kommunalt tilbod bør kunna femna om fleire pasientgrupper enn dei som kjem under snøgghjelpsomgrepet. Det betyr også at å etablere tilbod i kvar kommune for seg, vil vera lite kostnadseffektivt og med ein fagleg kvalitet som ikkje er god nok..

4. Snøgghjelpsbehandling/observasjonsavdeling

I det sentrale rettleiingsmateriellet frå Helsedirektoratet (2012), er det berekna at Bømlo kommune vil ha trong for 1,6 døgnplassar, Fitjar kommune 0,4 døgnplassar og Stord kommune 2,2 døgnplassar til rådvelde for snøgghjelps døgnopphald for stetta krava i helse- og omsorgslova.

Kommunane har i dag ei plikt til å ha eit tilbod om snøgghjelp (øyeblikkeleg hjelp) til pasientar heile døgeret. Frå 01.01.16 skal kommunane også ha plikt til å gje døgnopphald for personar som har trong for omgåande helsetenester. Dette tilbodet skal vera eit alternativ til innlegging i sjukehus, og den grunnleggjande føresetnaden for dette er at kommunen må ha eit døgnopphald inntak av pasientar.

Nemninga snøgghjelp (øyeblikkeleg hjelp) vert nytta for å skilja mellom dei hjelpebehov som må stettast raskt og den hjelpa som kan planleggjast nokre dagar, veker eller månader framover. På legevakt er meint å gje tilbod til pasientar som treng tilsyn, undersøking og/eller handsaming for sjukdom som ikkje kan venta til neste dag. Tilbodet skal berre gjelda for pasientgrupper som kommunane kan greia ut, handsama eller yta omsorg. Dette er pasientgrupper som kommunane alt i dag tek ansvar for i sjukeheimar, i andre korttidsinstitusjonar, gjennom legevaktordninga og gjennom fastlegane si plikt til å ta i mot eigne listepasientar som har trong for snøgghjelp.

Frå 2016 er snøgghjelpsplikta utvida til også å gjelda eit kommunalt tilbod om døgnopphald for snøgghjelpspasientar. Denne plikta er heimla i helse- og omsorgstenestelova § 3-5: ” *Kommunen skal sørge for tilbod om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.*”

Det skal vera ei medisinsk fagleg vurdering som er avgjerande for kva slag helsehjelp ein pasient skal ha og kor han/ho skal få denne. Det skal gjerast ei medisinsk fagleg vurdering om pasienten treng snøgghjelp, om kommunen har eit relevant tilbod og føresetnader for å kunna gje dette, eller om pasienten må visast vidare. Dersom det er tvil om pasienten vil få eit forsvarleg tilbod i kommunen, skal pasienten visast vidare til spesialisthelsetenesta, Vanlegvis er det fastlegen, sjukeheimslegen eller legevaktslegen som gjer den medisinsk faglege vurderinga.

I rettleiingsmateriellet frå Helsedirektoratet, er det tilrådd ei maksimal tid før pasienten anten vert utskriven eller overført til anna tilbod. Det er gjort framlegg om 72 timar. Truleg vil dei fleste av snøgghjelpspasientane vera utskrivne/overført til anna tilbod innan 24 - 48 timar. Snøgghjelpspasientar som ikkje er klare til utskriving då, vil truleg trengja yttarlegare utgreiing/ behandling anten i spesialisthelsetenesta eller i anna kommunalt tilbod.

For at ei avdeling for snøgghjelps døgnopphald skal kunna gje eit medisinsk fagleg forsvarleg tilbod, må ein ha naudsynt kompetanse, bemanning, lokaler, utstyr og IKT løysingar. Det vil korkje vera fagleg eller kostnadmessig forsvarleg at kvar kommune etablerarar tilbod kvar for seg.

5. LMS (lærings- og meistringsstrategi)

LMS (lærings- og meistringsstrategi) skal vera ein viktig del av alle tenestetilbod, også i eit planlagd nytt kommunalt tilbod. Det skal leggjast til rette for at pasientar og pårørande skal få informasjon, få utvida innsikt i eigen situasjon og tileigna seg kunnskapar for å meistra livssituasjonen sin.

Haugesund sjukehus har eit ganske omfattande tilbod i sitt lærings og meistringssenter. Dei har kurstilbod som handlar om aldersbetinga maculadegenerasjon, astma, cøliaki, demens, diabetes, hjartesvikt, KOLS, kroniske smerter, nyresjukdom, multippel sklerose, overvektsoopererte, parkinsons sjukdom, prostatakrefte, tarmbetennelse, tinnitus/øyresus m.m.

Stord sjukehus har også lærings og meistringskurs, m.a for ryggpasientar, diabetespasientar og hjartepasientar.

Det må bli ei nærare vurdering framover kva tilbod som skal liggja i den einskilde kommune, kva som eignar seg for interkommunalt samarbeid og kva tilbod som skal liggja til helseforetaket. Det kan og tenkjast tilbod i kommunane med bruk av fagfolk frå helseforetaket.

Prosjektgruppa har vald å berre understreka at ideologien om lærings- og meistringsstrategi også skal prega døgntilbodet for snøgghjelps-/observasjonsplassar og at det krevst vidare utgreiing/drøfting korleis det totale tilbodet i Helse Fonna området skal sjå ut.

6. Utveljing av pasientgrupper

I utveljinga av kva pasientgrupper som er aktuelle for tilbod i kommunane, har prosjektgruppa sett på avgrensande faktorar:

- Pasientgrunnlaget
 - Det må vera eit visst tal personar i pasientgruppa for å gjera det mogleg med erfaringsbasert kompetanseoppbygging (realkompetanse).
 - Det må vera eit visst tal personar i pasientgruppa for at det skal vera samfunnsøkonomisk fornuftig
- Kompetanse
 - Kompetansen i kommunane avgjer kvalitet på behandling
 - Kompetansen i kommunane er avgjerande for opplevd og reell behandlingstryggleik i befolkinga.
- Geografi
 - Eit av siktemåla med desentralisert behandling, er å gje kvalitetsmessig fullverdig behandling i nærleiken til der folk bur

Prosjektgruppa har drøfta ulike tilnæringsmåtar for å velja ut pasientgrupper:

- Bestemte diagnosar (t.d KOLS, magesmerter, brystmerter)
- Bestemte behandlingstypar (t.d intravenøs antibiotikabehandling/væskebehandling, inhalasjonsbehandling av KOLS og astmapasientar, smertebehandling)
- Deler av behandlingssprossar (t.d etterbehandling etter sjukehusopphald, prehospital utgreiing/behandling, lindrande behandling)

Det vil ikkje vera føremålsteneleg å femna over ”alt” frå første dag. Det må gradvis byggjast opp kompetanse i kommunane for litt etter kvart å overta ansvaret for dei ulike pasientgruppene. Det er også understreka i sentrale føringar, at helseforetaka ikkje kan overføra ansvar til kommunane før dei har den kompetansen som trengst for å gje eit fagleg forsvarleg behandlingstilbod. Dette er heilt avgjerande for tryggleiken for befolkinga.

I hovudsak vil pasientar som er definert som utskrivingsklare, bli utskrivne til heimen med eit funksjonsnivå som før innlegginga, med varig eller midlertidig trong for auka heimebaserte omsorgstenester, med trong for varig eller midlertidig institusjonsplass eller trong for rehabiliteringstenester. For desse pasientane vil etablering av nytt tilbod om døgntilbod snøgghjelps-/observasjonstilbod ikkje verta endra.

For nokre pasientgrupper vil ei etablering av eit døgnkontinuerleg snøggjelps-/observasjonstilbod kunna definerast som eit tilbod ein kan kalla intermediæravdeling mellom sjukehus og heim, eventuelt med kommunale heimebaserte tilbod eller institusjonsplass.

6.1 Kriteriar for utskrivingsklare pasientar

Kommunane i Stord sjukehus sitt område, har inngått tenesteavtalar med Helse Fonna. I tenesteavtale 5, er definert kva som meinast med utskrivingsklare pasientar:

- Problemstillinga(ne) ved innlegginga, slik desse var formulerte av innleggjande lege, skal vera avklarte
- Andre problemstillingar som er avdekte, skal vera avklarte
- Dersom einskilde spørsmål ikkje blir avklarte, skal ein gjere greie for dette
- Det skal liggja føre eit klart standpunkt til diagnose(ar), samt vidare plan for oppfølging av pasienten
- Pasientane sitt samla funksjonsnivå, endring frå før innlegginga og forventa framtidig utvikling, skal vera vurdert

Dette er teke frå ny forskrift om utskrivingsklare pasientar og er identisk med det som stod i den tidlegare forskrifta. I tenesteavtale 5 er føresetnadane ikkje annleis enn det som har vore praktisert tidlegare. Det er heller ikkje ein føresetnad at tenestetilbodet i kommunane blir endra i høve til slik det no er.

Ved eit tilbod om døgnbasert snøggjelps- og observasjonstilbod i kommunane må det påreknast at kompetansen i kommunen skal aukast. Dette betyr at pasientar kan overflyttast til kommunal handsaming/observasjon når tre kriteriar er oppfylt i tillegg til kulepunktta i tenesteavtale 5:

- Naudsynt diagnostikk er utført
- Handsaming er avklara og starta opp av spesialisthelsetenesta/sjukehuset
- Forventa forlaup tilseier at handsaming trygt kan skje i kommunal institusjon og kommunane har den naudsynte kompetansen

Døme på dette kan vera eldre pasient med pneumoni (lungebetennelse). Røntgen og naudsynte laboratorieprøver er gjort, intravenøs antibiotikabehandling er starta, pasienten er vorte betre og infeksjonsparametra (blodprøver) er falle etter 2-3 dagar. Pasienten kan likevel ikkje reisa heim, men kan få nokre få dagars opphald i observasjons-/snøggjelpsavdeling med framleis intravenøs antibiotikahandsaming og legetilsyn.

Pasientgrupper som ikkje er omtala i det gjennomgatte skriftlege tilfanget, er pasientar som har trong for transfusjonar (blodoverføring)/infusjonar (intravenøs behandling) og veneseccio (årelating). Dette er pasientar som i dag regelmessig treng handsaming/observasjon i 1-2 timar ved medisinsk poliklinikk. Handsaminga er starta av spesialisthelsetenesta, spesialisthelsetenesta gjennomfører regelmessige kontrollar, men sjølvve handsaminga er enkel. Det er detaljerte prosedyrar for handsaminga.

Aktuelle prosedyrar som kan vera aktuelle er:

- Veneseccio (årelating) ved polycytemi og hemokromatose
- Blodoverføringar ved hematologisk (blod) sjukdomar og eldre med anemi (blodmangel) som ikkje skal utgreiast

- Aredia ved hyperkalsemi (for mykje kalsium i blodet) ved myelomatose (beinmargskreft)
- Venofer (jernpreparat for intravenøs handsaming) for jerntilskot
- Kiovig (immunglobulin) ved einiskilde nevrologiske sjukdomar

Desse polikliniske pasientane, er pasientar som kommunane har plikt til å medfinansiera.

6.2 Kriteriar for pasientar med trong for snøgghjelp (øyeblikkeleg hjelp) døgnopphald

I sentral rettleiar frå Helsedirektoratet er det sagt at pasientar aktuelle for døgnbasert kommunalt snøgghjelpstilbod, er pasientar med forverring av kjente tilstandar, med avklara diagnose og funksjonsnivå, der risikoen for akutt forverring er liten og der kommunane er i stand til å utgreia/handsama pasienten. Før innlegging skal pasienten vera tilsett av lege. Dersom det er tvil om pasienten vil få forsvarleg handsaming i kommunen, skal pasienten visast vidare til spesialisthelsetenesta.

Prosjektgruppa meiner det er fornuftig å ta utgangspunkt i det sentrale rettleiingsmatriellet frå Helsedirektoratet. Dei aktuelle pasientkategoriane lista opp der er:

- Akutt forverring av kjent tilstand (t.d KOLS, astma, der ein kjenner utløyande årsak p.g.a:
 - Infeksjon
 - Dehydrering
 - Ernæringssvikt
- Fall utan brot
- Feber
- Eliminasjonsproblem
 - Vasslatingsvanskar
 - Obstipasjon
 - Diare
- Medikamentjustering hjå pasientar med kjent, kronisk smerteproblematikk
- Justering av behandling i samband med lindrande behandling og terminal omsorg
- Brystmerter/magesmerter eller andre tilstander der ein etter konferering med lege eller relevant bakvakt på sjukehus ikkje finn det naudsynt med innlegging i sjukehus

Det er ein føresetnad at tilbodet ikkje skal gje pasienten dårlegare behandling eller påføra pasienten meir eller lengre lidning enn eit tilbod i sjukehus.

7 Tal døgnplassar

Helsedirektoratet (2012) har berekna at trongen for snøggjelps døgnopphald er 240.000 liggjedøgn pr år på landsbasis. Dette inneber at det må opprettast 658 døgnplassar i landet.

For kommunane Bømlo, Stord og Fitjar vil dette, som tidlegare nemnd, bety 4-5 døgnplassar for snøggjelp. Med krav om døgnkontinuerleg bemanning og døgnkontinuerleg tilgjenge på legetenester, vil dette verta ei lite kostnadseffektiv avdeling. I tillegg vil ei så lita avdeling gje lite erfaring å byggja kompetanse på. Om kommunane kvar for seg skulle etablere eigne tilbod, vil det verta svært vanskeleg, for ikkje å seia umogleg, å sikra økonomisk og fagleg forsvarleg drift.

Erfaringsmessig vil ei avdeling med minimum 7 - 9 senger kunna gje nok kompetanse og fagleg forsvarleg drift. Det betyr at ein anten bør utvida det interkommunale samarbeidet til å gjelda fleire kommunar eller utvida pasientgrunnlaget ved også å gje tilbod om vidareføring av behandling til pasientar der ein har gjort utgreiing og starta behandling i sjukehus (intermediæravdeling). Det kan tenkjast at avdelinga kan innby til samarbeid og tilby plassar til kommunar som ikkje har tilbodet.

Prosjektgruppa ser det både som fagleg og driftsøkonomisk mest tenleg med ei avdeling på 7 - 9 sengeplasser for dei samarbeidande kommunane Bømlo, Fitjar og Stord.

I tillegg til dei driftsøkonomiske argumenta, kan dei faglege argumenta for å velja ein storleik større enn det tilbodet ein er forplikta til oppsummerast slik:

- Pasientgrunnlaget må vera stort nok for at ein skal få tilstrekkeleg erfaringskompetanse
- Det faglege miljøet må vera stort nok (tal tilsette) for å sikra kontinuitet og regularitet i pasientbehandlinga
- Mogleikane for kompetansehevande tiltak frå helseforetaket vil bli betre (undervising, hospitering etc)
- Større sjanse for å rekruttera og halda på kvalifisert personell

Om større pasientgrupper blir inkludert, må det vurderast ei større avdeling.

8 Kompetanse

Ei eiga avdeling for dei aktuelle pasientgruppene, sikrar at heile gruppa som er knytt til avdelinga, får naudsynt kompetanse.

Det er viktig med eit klart føremål for avdelinga og at drifta vert retta inn mot å stetta dette. I tradisjonelle sjukeheimar er det vanskeleg å kombinere aktiv behandling med funksjonsstøtte og omsorg.

Ein viss storleik og felles kompetansegrunnlag er også viktig for driftsregulariteten. Svært små og spreidde avdelingar, vil gje spreidd og fragmentarisk kompetanse og i tillegg kunna truga driftsregulariteten ved t.d sjukdom og feriar hjå fast personale.

Det må også i denne samanheng visast til dei tenesteavtalane som er under utarbeiding mellom Helse Fonna og kommunane.

8.1 Fagpersonell

Krava til forsvarleg verksemd, inneber at verksemdar må ha personell med den kompetansen og dei dugleikar som er naudsynte for å gje pasientane forsvarleg behandling. Eit snøgghjelpstilbod krev observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Det vil også krevjast prosedyrekunnskap som t.d hjarte-/lunge redning og i bruk av medisinsk utstyr.

Dette krev døgntilgjenge av sjukepleiar(ar) og døgntilgjenge på legetenester. Det vil også krevja at lege er tilstades til faste tider på avdelinga i samband med visittgang (føremiddag og ettermiddag/kveld), konferanse med spesialisthelsetenesta og i vaktbyte.

8.2 Opplæring/kompetansebygging

Helseforetaket er forplikta til å bidra med naudsynt kompetansebygging til fagpersonell. Kva kompetanse som er naudsynt, er avhengig av kva pasientkategoriar som skal takast i mot på avdelinga.

Det trengst kompetanseoverføring frå helseforetaket i vurderings-, observasjons-, handlings- og prosedyrekunnskap. Prosedyrekunnskap inneber m.a bruk av medisinsk utstyr som EKG, oksymeter, O2-behandling, blodprøvetaking, kateterisering, handtering av sentralt venekateter (CVK), administrering av væske og medikament intravenøst.

Kompetanse kan byggjast gjennom undervising, hospiteringsordningar og gjennom erfaring. Det bør i samarbeid med aktuelt fagpersonell og helseforetaket utarbeidast ein kompetanseplan for gradvis oppbygging og for vedlikehald av kompetanse.

9 Bemanningsfaktor

Prosjektgruppa har ikkje funne nasjonale retningslinjer for bemanningsfaktor og pleiefaktor – innhaldet i desse omgrepa er ulikt internt i sjukehus og mellom sjukehus, likeeins når det gjeld sjukeheimar.

Det fylgjande byggjer på erfaringar i Fitjar kommune. I samband med ein gjennomgang av omsorgstenestene hadde kommunen inne MEDVITA, eit firma som analyserte og hadde erfaringar frå driftsplanlegging i høve til mellom anna sjukeheimar. I tillegg har gruppa henta inn data frå Storetveit sjukeheim i Bergen.

MEDVITA hevda at det mest effektive når det gjeld bemanningsmessige kostnader, er avdelingar med sengeplass til 9 brukarar.

Ved Storetveit sjukeheim, har dei erfaring med såkalla ”halvanna” linjeteneste. Avdelinga har 19 senger og ein har fått informasjon om bemanningsplan med 8 personar på føremiddag og 6 på ettermiddag. I helgane tilsvarande 6 og 5.

Bemanningsfaktoren herifrå vert nytta som grunnlag for planlegginga i denne rapporten.

Dersom kommunane vel å ha ei lita avdeling med 3 - 4 senger, og ein legg til grunn same bemanningsfaktor som "halvannalinjetenesta", kan ein drifta 4-5 senger med 2 på vakt kontinuerleg, heile døgnet. Ein vurderer dette som driftøkonomisk dårleg, då ein ikkje vera færre enn 2 på vakt noka tid på døgeret.

Legg ein til grunn "halvannalinjetenesta" sin bemanningsfaktor, er ei avdeling på 7-9 senger det mest tenelege, ut frå modellen om at ein kan styrke bemanninga på dagtid og klara seg med litt mindre bemanning på ettermiddagar og i helgar.

Dersom ein i tillegg skal passa legevakttelefonen, må ein vurdere pasiental og tal tilsette i høve til kva tid dette arbeidet vil føra med seg

Til å dekkja ein bemanningsplan med 3 på dag, 2 på ettermiddag og 2 på natt heile veka, vil det vera trong for 11 stillingar. Då er ikkje administrativ ressurs, legetenester eller overlapping i vaktbyte teke med.

Kommunale kostnader(samla) til ein spesialsjukepleiar vert rekna til om lag kr. 570 000 i dag. Vikarkostnader og vakttillegg kjem i tillegg.

Det er i dag 1,8 hjelpepersonell på Stord/Fitjar legevakt. I Bømlo kommune, er det planlagd med 1,27 stilling stilling hjelpepersonell knytt til legevakta frå juni 2012. Ved ei ny avdeling vil ein då måtta ha ein bemanningsauke på om lag 7-9 stillingar.

Prosjektgruppa vurderar det slik at skal ein få eit fagleg forsvarleg tilgjenge på legetenester, må ein få til eit samarbeid om tilstades legevakt, i alle høve på kveld/natt

Stord og Fitjar kommunar samarbeider i dag om legevakt medan Bømlo har si eiga ordning. Alle kommunane har ei kvilande vaktordning der legen i vakt vert kalla ut ved behov. Dette er ei dårleg fagleg ordning som mellom anna inneber:

- Risiko for feilvurderingar fordi legen blir vekka i si eiga seng og skal gjera medisinske vurderingar på telefon i halvsvevne
- At sjukehuslegar gjer legevaktarbeid fordi pasientar møter direkte på sjukehus og legevaktlegen ikkje let seg kalla ut frå heimen
- At sjukehuset ofte opplever unødvendige innleggingar fordi pasientar blir innlagd direkte på telefon utan å ha vore undersøkt av lege først. Dette er sjukehusinnleggingar som utløyser plikt til medfinansiering. Sjukehuset opplever ikkje unødvendige innleggingar der pasienten er undersøkt av lege først.

Med eit samarbeid kommunane i mellom, vil ein kunna få fleire legar å dela vaktene på og såleis mindre belastning på den einskilde lege. Noko som kan gje mindre bruk av vikarar og meir stabilitet i legevaksordninga. Truleg vil det også gjera kvaliteten betre.

Gjennom ei betre legevaktordning med tilstades vakt på natt, vil ein kunna dekkja trong for tilgjengelege legetenester til snøghjelps-/observasjonsavdelinga på nattestid.

På dagtid vil trongen for legetenester kunna dekkjast gjennom fastlegane sin plikt til offentleg legearbeid og/eller at arbeidet blir delt mellom sjukeheimslegar.

Eit alternativ kan vera at kommunane kjøper tilsyns-/beredskapslegetenester frå Helse Fonna. Noko som prosjektgruppa ser som lite realistisk å få til.

10 Utstyr/tilgjengelege undersøkingar

Når det gjeld kva utstyr og tilgjenge på undersøkingar ein bør ha, vil det vera avhengig av kva pasientkategoriar tilbodet skal femna om. Det kan byggjast opp eit nytt og eige tilbod for laboratorietenester og undersøkingar elles. Det mest rasjonelle, økonomiske og fagleg beste, vil vera at ein nyttar laboratorietenester og evt røntgentenester i sjukehuset. Føresetnaden for det, vil vera at den planlagde avdelinga vert lokalisert til Stord sjukehus.

Likevel vil det vera behov for ein del utstyr og tilgjengelege ressursar for undersøking/behandling på sjølve avdelinga. Andre stader har vurdert trongen for utstyr i ei slik avdeling. Noko av utstyret har kommunane alt og det trengst ikkje kjøpast nytt.

Samla investeringskostnadar for utstyr vil vera om lag kr. 300.000,-.

11 Lokalisering

Prosjektgruppa har drøfta ulike lokaliseringsalternativ. Dei aktuelle, slik me ser det er:

- Kvar kommune etablerar sitt eige tilbod
- Felles tilbod for dei tre samarbeidande kommunane
- Felles tilbod lokalisert i relasjon til eksisterande institusjon (t.d sjukeheim) på Bømlø, i Fitjar eller på Stord
- Felles tilbod lokalisert i samarbeid med Helse Fonna til Stord sjukehus

Tabellarisk kan ein oppsummera fordelar og ulemper med dei ulike alternativa slik:

Alternativ	Fordeler	Ulemper
Avdeling i kvar kommune	<ul style="list-style-type: none">• Liten reisetid for pasientane• Tryggleikskjensle ved å bli behandla i nærmiljø• Får bygd opp ein viss kompetanse i kvar kommune	<ul style="list-style-type: none">• I mot intensjonane i samhandlingsreforma• Lite kostnadseffektivt, både m.o.t personell og utstyr• Helse-Fonna vil ikkje ha kapasitet til opplæring, undervising, kompetanseheving til kvar einskild kommune• Ikkje stort nok befolkningsgrunnlag for effektiv og fagleg god

		drift <ul style="list-style-type: none"> • Vanskeleg å halda oppe realkompetanse med så lite pasientgrunnlag • Vanskar med å sikra døgntinuerleg tilgang på legetenester
Felles tilbod	<ul style="list-style-type: none"> • Eining med både god formell- og realkompetanse • Vil vera ein ressurs for alle kommunane • Betre mogleikar for å sikra legetilgjenge • Driftsøkonomiske fordelar 	<ul style="list-style-type: none"> • For nokre pasientar vil det bli lengre reiseveg
Felles tilbod i relasjon til kommunal institusjon	<ul style="list-style-type: none"> • Som over 	<ul style="list-style-type: none"> • Som over
Felles tilbod i i samarbeid med Helse Fonna i Stord sjukehus	<ul style="list-style-type: none"> • Som over • Tilgang til utgreiingsressursar (lab, røntgen etc) • Lettare tilgjenge til spesialkompetanse • Rask overføring ved akutte forverringar • Lettare tilgang til kompetanseoppbygging og kompetanseoverføring 	<ul style="list-style-type: none"> • Som over

Prosjektgruppa ser det som ønskjeleg at denne avdelinga blir etablert i lokaler i Stord sjukehus. Ei **felles** avdeling, vil ha følgjande fordelar:

- Me får ei eining med både god formell- og realkompetanse
- Me får ei eining som vil vera ein ressurs for alle kommunane
- Betre mogleikar for å sikra legetilgjenge
- Driftsøkonomiske fordelar

Lokalisering til **Stord Sjukehus**, vil i tillegg ha følgjande fordelar:

- Lettare tilgang til utgreiingsressursar (laboratorietenester, røntgen etc)
- Lettare tilgjenge til spesialistkompetanse
- Rask overføring og rask tilgang på naudsynte ressursar ved akutte forverringar
- Lettare tilgang til og mogleikar for kompetanseoppbygging og kompetanseoverføring
- Gjensidig styrking av lokalsjukehuset og kommunehelsetenesta
- Mest truleg kvalitetsmessig det beste tilbodet for pasientane

Prosjektgruppa vurderar det slik at om kommunane og Helse Fonna, som oss, meiner dette er det beste og ynskte alternativet, er det fullt mogleg å få det til. Stord sjukehus har stort sett alle desse pasientane i dag, det er berre snakk om ei omorganisering i høve til dei, for betre å nytta kompetansen i spesialist helsetenesta til oppgåver som dei skal syta for, og få kommunane til å gjera det dei kan ta over ansvaret for.

I planlegginga lyt det takast høgde for at trongen for sengeplassar kan bli høgare enn 7-9 sengeplassar. Det bør difor takast omsyn til at det fort kan bli trong for fleire enn 7-9 sengeplassar.

Ei omorganisering kan verta oppfatta som reduksjon av sengeplasser eller at observasjonssenger vert borte i Stord sjukehus, men det er dei same pasientane, det same utgreiings/ behandlingsbehovet vi snakkar om som i dag. Utfallet kan ikkje verta ei svekking av lokalsjukehuset, heller ei styrking, om vi får halda på og samla dei som treng døgnbasert snøgghjelp/intermediær tilbod på sjukehusområdet og ikkje spreidd dei ut i kommunane, når vi har så lite opptaksområde for Stord sjukehus.

Det er ikkje kommunane som skal løysa helseutfordringane, men samarbeidet mellom kommune og spesialist helsetenesta og samarbeidet mellom kommunar. Me må unngå å koma i ein situasjon der kommunane og føretaket har tiltak som ”konkurrerar” om dei same pasientane.

Får å gå vidare med lokaliseringalternativet Stord sjukehus, må ein ha eit klart svar frå Helse Fonna om dei vil arbeida for å få plass til eit slikt tiltak lokalisert til føretaket. For at Helse Fonna skal kunna gje eit klart svar, lyt kommunane, om dei ynskjer dette alternativet, samla venda seg til Helse Fonna med spørsmål om samarbeid om etablering av korttidsavdeling. Dette må få ei rask avklaring slik at arbeidet med etablering av snøgghjelps-/observasjonsavdeling i kommunane ikkje stoggar opp.

12 Trong for malar og avtalar

Helse Fonna saman med fleire kommunar har nå sett ned eit utval som skal koma med framlegg til avtale når det gjeld kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp. Utvalet skal mellom anna beskrive roller og ansvar for kommune og føretak ved planlegging og oppretting av øyeblikkeleg hjelp tilbod i kommunane. Ein må difor forventa at føretaket og kommunane med det fastset ein avtale der samarbeidet dei imellom vert avklara nærare slik at det er noko ein må ta til etterretning når det ligg føre.

Sjølv om både kommunane Bømlo, Stord og Fitjar er med i dette prosjektet, er det ikkje klart om ein til slutt landar på ei løysing der alle kommunane er med i ei felles løysing med observasjonsplassar. Dersom det vert slik at alle kommunane er med i dette vil ein måtte gjere avtale om korleis ein skal gjere ei fordeling av utgifter og refusjonar mellom kommunane.

Det er ulike måtar å gjere dette på og andre kommunar har eksempelvis gjort tilsvarande avtalar når det gjeld samarbeid om såkalla lokalmedisinske senter. Her må ein gjere detaljerte avtaler når det er avklara kva alternativ ein eventuelt landar på.

Ein annan sak er dokumentasjon og journalføring. Etter det me veit, er det i dag ulike journal system i dei aktuelle kommunane. Det er ein pågåande utvilking på fleire frontar når det gjeld dette omkring ulike elektroniske løysingar, men dette er også ting ein må sjå nærare på alternativ. I prosjektrapporten frå kommunane Os, Samnanger og Fusa (2011) blir mellom anna dette vurdert og dei slår fast at det såkalla ”Meldingsløftet” skal vera på plass før observasjonssenger vert oppretta.

13 Tilrådingar

På bakgrunn av prosjektgruppa sine drøftingar, gjennomgått litteratur og sentrale rettleiingar, gjev prosjektgruppa følgjande tilrådingar:

1. Bømlo, Fitjar og Stord kommunar bør i samarbeid med Helse Fonna, etablera ei felles avdeling for snøghjelps-/observasjons-/korttidspasientar og for ”intermediærsenger”
2. Storleiken på avdelinga bør vera 7-9 sengeplassar
3. Avdelinga bør etablerast i samarbeid med Helse Fonna i Stord sjukehus
4. Bemanninga bør vera 3 sjukepleiarar på dag, 2 sjukepleiarar på ettermiddag/kveld/natt og 2 sjukepleiarar i helgar/heilagdag
5. Det må vera døgnkontinuerleg tilgjenge på legetenester. På dagtid bør dette dekkjast gjennom offentleg legearbeid heimla i fastlegeforskrifta i eit samarbeid mellom kommunane. Legetilgjenge på ettermiddag, kveld og natt, i helgar og ved høgtider, er avhengig av ei interkommunal legevaksordning med tilstadesvakt i nær tilknytning til avdelinga
6. Det må etablerast avtalar med Helse Fonna om kompetanseoppbygging/overføring gjennom undervising, hospitering og rådgjeving både generelt og knytt til einskildpasientar

14 Plan for evaluering

Det har vore eit ynskje når det gjeld prosjekt i Helsetorgmodellen at prosjekta vert evaluert etter at dei har vore sett i verk. Dette prosjektet vart tatt initiativ til som følgje av at det vert lovpålagd med observasjonsplassar i alle kommunar frå 2016. Vidare har det frå Stord kommune si side lenge vore et ynskje å få til ein interkommunal legevaktordning for å få til tilstadesvakt på sein kveld og natt. For å få til observasjonsplassar og eventuelt korttidsplassar vil ein vere avhengig av dette. Det er såleis eit prosjekt der bestillinga er klar på førehand og der dette prosjektet skal lage ein forprosjektplan for korleis ein kan tenke seg å gjennomføra tiltaket. Ein er såleis ennå ikkje i noka utprøvingfase. Det er grunn til å tru at sjølve legevakta ikkje vil fungera annleis enn den gjer i dag utanom at ordninga med tilstadesvakt vert endra og det vert fleire legar som deler turnus, men det nye i dette er observasjonsplassane og eventuelt korttidsplassane.

Det er to måtar for evaluering:

- Den eine måten er å etablere ein prosjektorganisasjon rundt sjølve implementeringa av tiltaka. Prosjektgruppa må då gjera ein løypande evaluering der ein noterer seg erfaringar og justerer kursen etter kvart, og der ein skriv ein projektrapport innehaldande dei røynslene ein har gjort seg.
- Den andre måten er å gjera ein meir ekstern evaluering der einskildpersonar kan bruka intervju av ymse slag og/eller spørjeskjema der ein eventuelt kan få fram røynsler frå både pasientar og tilsette med etterfølgjande skriftleg rapport. I nokre Helsetorgprosjekt har ein hatt prosjektgrupper, men der tilsette frå høgskulen har hatt ei utvida rolle når det gjeld sjølve evalueringa.

Spørsmålet er såleis om sjølve implementeringa av tiltaka ein bestemmer seg for skal sjåast på som eit prosjekt i seg sjølv, eller om ein skal sjå på dette som iverksetjing av nye tiltak der ein vanlegvis ikkje gjer ein systematisk evaluering. Dersom ein definerer iverksetjing som eit prosjekt vil evalueringa då vera ein del av prosjektet sitt arbeid. Eventuelt kan ein få eksterne aktørar.

15 Økonomi

Dei kalkulerte driftsutgiftene for avdelinga, vil vera om lag slik:

	9 sengers avdeling	7 sengers avdeling
Personalutgifter 14 sjukepleiarårsverk	9.300.000	
Personalutgifter 11 sjukepleiarårsverk		7.500.000
Legetenester	1.200.000	1.200.000
Husleigekostnader	1.600.000	1.500.000
Straum	200.000	185.000
Renovasjon	100.000	100.000
Medisinsk forbruksmateriell	200.000	180.000
Medikament	250.000	200.000
Mat	250.000	230.000
Tøy	150.000	120.000
Andre driftsutgifter	190.000	170.000
Sum driftsutgifter	13.440.000	11.385.000

Sengene for snøggjelps-/observasjons-/korttidspasientar skal vera fullfinansiert gjennom statlege midlar. Ved oppstart etter søknad om prosjektmidlar, seinare som faste overføringar til kommunane. Dette gjeld for 4,5 senger for kommunane Bømlø, Fitjar og Stord.

Dei resterande sengene lyt finansierast gjennom innsparingar på medfinansieringsplikta for sjukehuspasientar og utskrivingsklåre pasientar som ikkje kommunane vil kunna gje eit tilfredsstillande tilbod utan dette tiltaket.

Dette inneber:

	9 sengers avdeling	7 sengers avdeling
Fullfinansiert gjennom statlege løyvingar	6.720.000	7.318.900
Må finansierast gjennom innsparing på medfinansieringsplikta	6.720.000	4.066.100

Om me, som tidlegare, stipulerar at gjennomsnittsbetaling for kvar behandling som kunne vore på kommunalt nivå er kr 10.000, vil tiltak som gjev reduksjon tilsvarande 672 behandlingar /år (13 i veka) gje 6,7 mill. i redusert kommunal medfinansiering og 406 (7,8 i veka) gje 4 mill i redusert kommunal medfinansiering.

Dette er usikre tal, men det teoretiske grunnlaget for vurderinga og prinsippa gjeld. Kommunane og føretaka vil etter kvart få erfaringstal å byggja på for å setja opp ei meir grundig økonomisk vurdering.

Det sentrale er likevel at det trengst tiltak som gjer at spesialisthelsetenesta i større grad vert brukt til det den har kompetanse til og er rusta for å ta seg av, medan kommunane må setjast i stand til å ta seg av det som naturleg høyrer heime i den kommunale helse og omsorgstenesta. Det heile byggjer på kvalitetsbetring i høve korleis dei aktuelle tenestene møter folk sine behov.

16 Litteratur og kjelder

- 1 Stortingsmelding nr.47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid”
- 2 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015)
- 3 Lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) . LOV 2011-06-24-30
- 4 Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell (Helsedirektoratet). 2012.
- 5 ”Utredning av grunnlaget og mulighet for etablering av observasjonsenger og ”øyeblikkelig” hjelpesfunksjon med døgntilbud”. Prosjektrapport Os, Samnanger og Fusa kommunar. 2012.
- 6 ”Veien frem til helhetlig pasientforløp”. Vegvisar frå NTNU og Trondheim kommune.
- 7 ”Betre saman”, Modell for interkommunalt Frisklivs- og meistringssenter. Sund, Fjell, Øygarden og Askøy kommunar i samhandling med Helse Bergen HF. Prosjektrapport 2011.
- 8 Samhandling mellom kommuner og helseforetak. Erfaringer fra Midt-Telemark. Geir Møller og Solveig Flermoen Telemarkforskning. TF-rapport 266, 2010.
- 9 Nordhordlandsprosjektet. Videreutvikling av samhandling mellom Haraldsplass Diakonale Sykehus og Nordhordlandskommunene. 2009.
- 10 Erfaringar i diverse skriftleg tilfang frå Fosen, Hallingdal, Sauda m.m.
- 11 Overordna samarbeidsavtale og tenesteavtaler mellom Helse Fonna og kommunane