



Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Helse- og omsorgsutvalg		02.12.2015
Kommunestyre		16.12.2015

Sign.	Eksp. til:
-------	------------

Legevakt i Saltdal – ny behandling desember 2015

Foreliggende dokumenter/vedlegg

Vedlegg 1: Indre Salten legevakt – en legevakt for alle, men ikke for alt. Arbeidsgruppas notat, lagt fram som vedlegg til PS 42/15 Legevaktsamarbeid med Fauske og Sørfold

Vedlegg 2: Samarbeidsavtale for interkommunalt legevaktsamarbeid mellom Fauske, Sørfold og Saltdal kommuner

Vedlegg 3: Vedtak i Sørfold kommunestyre 18.06.15 PS 43/2015 Avtale om legevaktsamarbeid og i Fauske kommunestyre KOM-053/15.

Vedlegg 4: Kostnadsoverslag Saltdal eget legevaktdistrikt 2016

Vedlegg 5: Risiko- og sårbarhetsanalyse – Saltdal som eget legevaktdistrikt

Sakens bakgrunn

Rådmannen innstilte i møte 17.06.15 i PS 42/15 Legevaktsamarbeid med Fauske og Sørfold til følgende vedtak:

Rådmannen innstiller til at Fauske, Sørfold og Saltdal kommuner inngår samarbeid om legevakt etter kommunelovens §28-1b (vertskommunemodell) ved at Samarbeidsavtale for interkommunalt legevaktsamarbeid mellom Fauske, Sørfold og Saltdal kommuner godkjennes. Utgiftsdekningen fra kr. 1.020.000 til kr. 2.555.000 (stipulert) må innarbeides i økonomiplan 2016-2019.

Kommunestyret gjorde dette vedtaket:

Saltdal kommune ønsker å beholde egen legevakt i Saltdal under forutsetning om at dette finansieres ved bruk av eiendomsskatt, og at det kan rekrutteres tilstrekkelig med leger for å ivareta tilfredsstillende vaktordning, fagmiljø og arbeidsmiljø.

Usikkerheten knyttet til trygghet og forsvarlighet er for stor på bakgrunn av den foreliggende utredning/forslag til avtale.

Vi forutsetter også at kommunestyrets vedtak fra 2013 om utredning av arealbehov knyttet til Helsesenteret igangsettes umiddelbart.

Vi ønsker samtidig at det må ses på mulig samlokalisering av legevakt og ø.hjelpstilbudet på sykehjemmet, bla.. HMS-krav og trygt arbeidsmiljø.

Det ble i møtet fremsatt krav om lovlighetskontroll fra 3 medlemmer vedr. finansiering av egen legevakt. Kravet ble oversendt fylkesmannen til behandling.

Samme sak har også vært behandlet 18.06.15 i Sørfold kommunestyre og i Fauske kommunestyre. Begge kommunestyrene gikk inn for å samarbeide med Saltdal om legevakt. Kommunestyrevedtakene fra Sørfold og Fauske er tatt inn i *Vedlegg 3: Vedtak i Sørfold kommunestyre 18.06.15 PS 43/2015 Avtale om legevaktsamarbeid* og i Fauske kommunestyre *KOM-053/15*

Oppfølging av kommunestyrevedtaket

- *Fylkesmannens lovlighetskontroll.* Fylkesmannen har ikke hatt innvendinger til vedtaket.
- *Fortolkning av vedtak:* I denne utredningen legges til grunn at kommunestyret mener at samtlige forutsetninger som listes opp i vedtaket, må innfris dersom Saltdal kommune skal kunne fortsette som eget legevakt-distrikt

Vurderinger

Nødvendig antall leger i legevakt-distrikt

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin anbefaler i sin utredning «... er hjelpa nærmest» at *største vaktbelastning med aktiv vakt bør vere 8-delt vakt, i bakvakt bør grensa vere 5-delt*¹. Ny akuttmedisinforskrift pålegger kommunene m.v.f. 1. mai 2018 å ha bakvakt som er tilgjengelig i nødnett og klar til utrykning når leger som ikke innfrir bestemte kompetansekrav har vakt. I praksis må kommunen ha *to leger på vakt* når den ene legen er turnuslege eller lege som ikke har gjennomført 1 ½ års veiledet tjeneste etter oppnådd legeautorisasjon.

En kommune som på egen hånd skal opprettholde en legevaktordning som gir minimum åtte-delt legevakt må ha dette minimumsantall leger:

- a) Åtte fastleger
- b) Én fastlege ekstra for hver fastlege som innvilges fritak for legevakt etter fastlegeforskriften (f. eks. ved oppnådd 60 års alder)
- c) Én fastlege ekstra for hver lege som ikke kan ha legevakt aleine¹

Tabell 1 viser hvilke rekrutteringsbehov Saltdal kommune har for å opprettholde en

¹ Med anbefalt hyppighet av bakvakt maks. 5-delt og aktiv vakt maks. 8-delt blir det egentlig 0,625 ekstra fastlege i bakvakt pr. lege som må ha bakvakt – avrundet blir dette 1 ekstra fastlege

tilfredsstillende vakthypighet for de leger som inngår i legevaktordningen – og derigjennom sikre en robust og stabil legevaktteneste.

Disse kjente faktorene er styrende for hvor mange fastleger Saltdal kommune trenger de nærmeste årene:

- Antall leger fritatt for legevakt pga. oppnådd aldersgrense i 2015 er 1. F.o.m. 2019: 2.
- Når kravet om bakvakt tilgjengelig i nødnett og klar til utrykning trer i kraft f.o.m. 1. mai 2018, vil minimum 2 turnusleger ha slikt behov. Man må i tillegg regne med at alle nyansatte leger i kommunen vil ha slikt behov i 1 ½ år etter ansettelse

Tabell 1 Vaktbelastning og rekrutteringsbehov leger 2015 - 2019

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Leger som kan ha bakvakt	4	5 ²	5	5	4	3
Leger som trenger bakvakt tilgjengelig på telefon	4	2	2			
Antall leger som trenger bakvakt – klar til utrykning				2	3	3
Antall leger som kan ha legevakt uten bakvakt	8	7	7	5	4	4
Sum antall leger i vaktkorps	8	7	7	7	7	7
Fastleger med vaktfritak	1	1	1	1	2	2
Behov antall legestill. ekstra for å oppnå 8-delt vakthypighet		1	1	3	4	5

Når kommunestyret sier at det *rekrutteres tilstrekkelig med leger for å ivareta tilfredsstillende vaktordning, fagmiljø og arbeidsmiljø*, må dette innebære at man øker antallet fastlegestillinger utover dagens antall slik:

2016: + 1 fastlegestilling
2018: + 3 fastlegestillinger
2019: + 4 fastlegestillinger³

For perioden f.o.m. 2020 er antallet vanskelig å stipulere.

Hvorvidt disse nye legene lar seg rekruttere, er vanskelig å si noe om.

Utredning utbygging helsesenteret

Virksomhetsleder/bygg Leif Almo opplyser at det er nedsatt arbeidsgrupper, arbeidet er påbegynt, dette fremmes som egen sak.

² Før 1. mai: 4 leger kan ha bakvakt, 3 leger må ha bakvakt. Etter 1. mai: 5 leger kan ha bakvakt, 2 leger må ha bakvakt

³ I 2019 vil man dermed ha et samlet behov for 10 fastleger i Saltdal, som vil ha en gjennomsnittlig listelengde på 470 pasienter (landsgjennomsnitt: 1.050 pasienter)

I forhold til å opprettholde Saltdal som eget legevakt-distrikt, framkommer et behov for 1 ekstra fastlegestilling f.o.m. 2016, 3 ekstra fastlegestillinger f.o.m. 2018 og 4 ekstra fastlegestillinger f.o.m. 2019. Disse legene er det ikke kontorplass for i dag på Saltdal helsesenter, som i praksis er utnyttet 100%.

Man kan også si opp kiropraktors leieavtale og dermed framskaffe 1 legekontor. Ombyggingskostnader til nye vinduer, rømmingsveier, støysisolering m.v. vil påløpe.

Behovet for ett undersøkelsesrom på 10 m² pr. annenhver legestilling er da ikke dekket.

Denne løsningen anses derfor som lite tilfredsstillende.

Alternativt kan man sette opp en brakkerigg utenfor helsesenterets vestre fløy. Her vil man kunne få 3 legekontorer til en investeringskostnad på kr. 260.000 og årlige driftskostnader på kr. 406.000.

En tredje mulighet er å opprette én kontorplass for lege i Saltdal sykehjems kontorfløy.

Utredning samlokalisering legevakt og sykehjem

Sykehjemmet har i dag ikke arealer som er tilpasset en fullverdig legevakt. Et legevaktlokale vil minimum kreve et areal⁴ på ca. 70 m², må ha egen ambulanseinngang og være avskjermet fra sykehjemmets beboere.

Sykehjemsbestyrer Margrethe Spørck opplyser at det ikke er ledige lokaler med tilfredsstillende areal eller beskaffenhet innenfor Saltdal sykehjems vegger pr. i dag. Flytting av legevaktvirksomheten til Saltdal sykehjem forutsetter derfor nybygg. En slik løsning anses som svært kostbar og er derfor ikke utredet videre nå.

Kostnader ved å drive legevakt aleine

Legevaktvirksomheten i Saltdal må endres. Risiko- og sårbarhetsanalysen viser at legevakt *ikke* kan drives videre på den måten og med de kostnader som man har i 2015.

I denne oppstillingen stipuleres kostnader ved tre ulike alternativer:

- 1) Netto utgifter legevakt 2015: Kr. 1.100.000.
- 2) Netto utgifter årlige driftsutgifter legevaktssamarbeid (det forkastede forslaget): Kr. 2.555.000.
- 3) Netto årlige driftsutgifter dersom Saltdal skal fortsette å drive legevakt aleine: Kr. 4.200.000 for 2016, stigende til kr. 6.400.000 f.o.m. 2019.

⁴ Minimum arealbehov for legevaktlokale: Skadestue 20 m². Lager 7 m². Kontor for lege 10 m². Kontor/laboratorium for hjelpepersonell 8 m². Toalett 3 m². Venterom 10 m². Gang/fellesareal 10 m². Ambulanseinngang.

Se Vedlegg 4: Kostnadsoverslag Saltdal eget legevakt-distrikt 2016

Opprettelse av ny fastlegestilling i tillegg til de eksisterende stillingene vil gi årlig netto utgiftsøkning på stipulert kr. 500.000 eller kanskje kr. 600.000 i et regnestykke med svært mange usikre variabler. Jo flere nye fastlegestillinger på samme pasientgrunnlag, jo høyere utgifter pr. legestilling. Her er ikke medregnet evt. utgifter til hjelpepersonell, lokaler og utstyr.

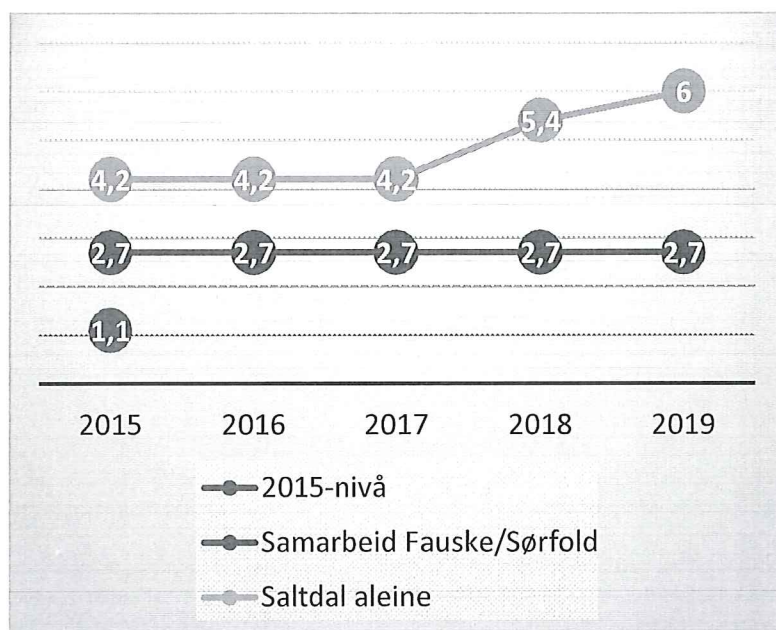
Tabell 2: Netto utgifter begrunnet i legevakt-tjenesten 2016 - 2019

	2016	2017	2018	2019
Behov legestilling	1	1	3	4
Netto utgiftsøkning	0,55	0,55	1,2	1,2
Netto utgift legevakt årlig	4,2	4,2	5,4	6,0

I tråd med behov for flere fastlegestillinger (1 ekstra i 2016, 3 ekstra i 2018, 4 ekstra i 2019) vil årlige legevaktutgifter øke. Nedenfor er dette framstilt sammenliknet med årlige legevaktutgifter dersom man inngår legevaktsamarbeid med Fauske/Sørfold og med dagens nivå.

Utgifter til kontorplass i brakkerigg (årlig kr. 406.000) kommer i tillegg til ovennevnte utgifter.

Figur 1: Netto utgifter til legevakt-tjenesten 2016 – 2019 – ulike alternativer



Oppsummert vil årlige kostnader knyttet til å opprettholde Saltdal kommune som eget legevakt-distrikt øke fra kr. 1.100.000 i 2015 til kr. 6.000.000 i 2019.

Risiko- og sårbarhetsanalyse

Rundskriv I-5/15 fra 30. april 2015 om Akuttmedisinforskriften setter som et vilkår til § 6 om Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning at

Kommunens organisering av legevakt må vurderes på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) av bl.a. sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse hos legevakt, ambulansetjeneste og sykehustjenestenⁱⁱ.

Prinsippene for risiko- og sårbarhetsanalyser er forklart i *Vedlegg 1: Indre Salten legevakt – en legevakt for alle, men ikke for alt* og *Vedlegg 5: Risiko- og sårbarhetsanalyse – Saltdal som eget legevaktdistrikt*.

Hovedpoenget er at det samlede risikobilde uttrykkes ved bruk av *risikomatriksen*. Fargekodene i risikomatriksen uttrykker graden av risiko. Risikomatriksen er delt inn i en rød, gul og grønn sone. Disse tre sonene indikerer i hvilken grad det er nødvendig med avbøtende tiltak for å få ned den samlede risikoen. Hendelser eller forhold som vurderes til å ha høy sannsynlighet for å inntreffe, og der konsekvensene er store, har størst risiko (rød sone).

Høy risiko	Risikoreduserende tiltak må iverksettes
Middels risiko	Risikoreduserende tiltak bør iverksettes
Lav risiko	Risikoreduserende tiltak ikke vurdert nødvendig

Konsekvens		Ubetydelig	Liten	Moderat	Høy	Svært høy	
Sannsynlighet	Svært stor						5
	Stor						4
	Moderat						3
	Liten						2
	Meget liten						1
		A	B	C	D	E	

Risikogjennomgang – hovedkonklusjoner

Tre ulike måter å organisere legevakt på, er analysert og grundig gjort rede for i de ovennevnte vedleggene.

Hovedpunktene i risiko- og sårbarhetsanalysen kan oppsummeres slik:

Tabell 3. Saltdal kommune som eget legevaktdistrikt – uten endringer, slik det drives i 2015

Konsekvens		Ubetydelig	Liten	Moderat	Høy	Svært høy	
Sannsynlighet	Svært stor				1, 8	4	5
	Stor			3	2, 5, 7		4
	Moderat						3
	Liten		9			5	2
	Meget liten						1
		A	B	C	D	E	

Av tabellen går det fram at 6 av de analyserte forholdene kommer fram innenfor rød sone - høy risiko: Kan ikke drive videre uten at risikoreduserende tiltak iverksettes. Dette gjelder

1. Legeberedskap (5D)
2. Legebemanning (4D)
4. Sikkerhet for ansatte og pasienter (5E)
5. Kvalitet på legevakttilbudet (4D)

7. Rekruttering (4D)

8. Øvrige kommunale tjenester (5D)

Tabell 4: Ny felles legevakt Fauske, Sørfold og Saltdal kommune – forslaget som Saltdal kommunestyre forkastet

Konsekvens							
Sannsynlighet		Ubetydelig	Liten	Moderat	Høy	Svært høy	
	Svært stor						
Stor			1	6			4
Moderat		7		2			3
Liten		5	3,4	8,9			2
Meget liten							1
		A	B	C	D	E	

Av tabellen går det fram at dersom Saltdal inngår legevaktssamarbeid med Fauske og Sørfold slik det ble foreslått, vil ingen av de analyserte forholdene være innenfor sone rød – høy risiko. Fem forhold vil være innenfor sone gul – middels risiko: Risikoreducerende tiltak bør vurderes.

Tabell 5. Saltdal kommune som eget legevaktdistrikt – etter 2018, forutsatt avbøtende tiltak

Konsekvens							
Sannsynlighet		Ubetydelig	Liten	Moderat	Høy	Svært høy	
	Svært stor						
Stor				2	4		4
Moderat			1	7			3
Liten			5, 6, 8, 9				2
Meget liten							1
		A	B	C	D	E	

Risikomatrise er utarbeidet gitt at Saltdal kommune fortsetter som eget legevaktdistrikt utover 2018, når vi får skjerpede krav til bakvakt for leger som ikke har kompetanse til å ha legevakt aleine. I risikomatrisen er det innarbeidet at det opprettes fire fastlegestillinger i 2019 utover dagens antall, samt at det blir mulighet for sykepleierassistanse det meste av legevaktdøgnet.

Risikoanalysen viser at det fortsatt vil være risiko knyttet til pkt. 4 sikkerhet for ansatte og pasienter. Videre vil fortsatt pkt. 2. Legebemanning være et sårbart punkt: Det er høyst usikkert om kommunen er istand til å rekruttere det antall fastleger som er nødvendig for å opprettholde en robust legevaktturnus etter 2018. Fargekoden for dette punktet kunne dermed like gjerne settes til rød.

Oppsummering

Kommunene har ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Kravene til legevaktstjenesten er blitt skjerpet gjennom endringer i lover, forskrifter og avtaler, samtidig som helsepersonellens rett til fri og bedre arbeidstidsordninger er blitt forsterket. Sammen medvirker disse endringene til at det blir stadig

mer krevende for mindre kommuner aleine å sørge for å skaffe tilstrekkelig kompetent personell og den økonomi som kreves for å drive en tilfredsstillende legevaktjeneste aleine.

Saksutredningen viser at utgiftene til legevaktjeneste i løpet av få år vil øke svært mye samtidig som man ikke vil få tilfredsstillende løsninger lokalløsninger og tilgangen på kvalifisert legevaktpersonell er usikker.

I en situasjon der Saltdal kommune er kommet på Robek-liste kan rådmannen derfor ikke anbefale at Saltdal kommune opprettholdes som eget legevaktdistrikt.

Rådmannen anbefaler derfor at Saltdal kommune slutter seg til de vedtakene som Sørfold og Fauske kommuner har gjort om å samarbeide med Saltdal om legevaktjenesten.

Rådmannens innstilling

Saken legges i første omgang fram til drøfting i Helse- og omsorgsutvalgets møte 2. desember 2015.

ⁱ «...er hjelpa nærmast!» Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Handlingsplan for legevakt 2009, pkt. 5.7.3 Vaktordningar -

<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6251/Handlingsplan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ⁱⁱ Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus kapittel 3

http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-03-18-252/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Rundskriv I-5/15 Akuttmedisinforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 30.04.15) s.12

https://www.regjeringen.no/contentassets/bde3821703d44038a98b80923a1083ef/rundskriv_akuttmedisinforskriften_300415.pdf

§	Oversikt over sentralt Lovverk innen Helse og omsorgstjenester i Saltdal kommune	
---	--	---

Nedenfor er et utvalg av lover som er knyttet til den lovgivningen Statens helsetilsyn og fylkesmennene har tilsyn med etterlevelsen av. Hver enkelt lov har egen side med de viktigste lenkene i tillegg til selve loven (Ctrl + klikk i hyperkoblingen)

Barneverntjenester	Link
Barnekonvensjonen (i menneskerettsloven)	Lovdata
Barnelova	Lovdata
Barnevernloven	Lovdata

Sosiale tjenester	Link
Sosialtjenesteloven	Lovdata

Helse- og omsorgstjenester	Link
Abortloven	Lovdata
Alternativ behandlingsloven	Lovdata
Bioteknologiloven	Lovdata

Folkehelseloven	Lovdata
Helse- og omsorgstjenesteloven	Lovdata
Helseberedskapsloven	Lovdata
Helseforetaksloven	Lovdata
Helseforskningsloven	Lovdata
Helsepersonelloven	Lovdata
Helseregisterloven	Lovdata
Helsetilsynsloven	Lovdata
Krisesenterlova	Lovdata
Legemiddeloven	Lovdata
Lov om medisinsk utstyr	Lovdata
Lov om rituell omskjæring av gutter	Lovdata
Pasientjournalloven	Lovdata
Pasient- og brukerrettighetsloven	Lovdata
Pasientskadeloven	Lovdata
Psykisk helsevernloven	Lovdata
Smittevernloven	Lovdata
Spesialisthelsetjenesteloven	Lovdata
Sprøyteromsloven	Lovdata

Steriliseringsloven	Lovdata
Strålevernloven	Lovdata
Tannhelsetjenesteloven	Lovdata
Tobakksskadeloven	Lovdata
Transplantasjonslova	Lovdata

Andre lover	Link
Adopsjonsloven	Lovdata
Arbeids- og velferdsforvaltningsloven	Lovdata
Barnehageloven	Lovdata
Dekningsloven	Lovdata
Eldrerådslova	Lovdata
Familievernkontorloven	Lovdata
Folketrygdloven	Lovdata
Foreldelsesloven	Lovdata
Forskningsetikkloven	Lovdata
Forvaltningsloven	Lovdata
Gjeldsordningsloven	Lovdata
Husleieloven	Lovdata

Introduksjonsloven	Lovdata
Kommuneloven	Lovdata
Konfliktrådloven	Mangler link
Matloven	Lovdata
Offentleglova	Lovdata
Opplæringslova	Lovdata
Personopplysningsloven	Lovdata
Produktansvarsloven	Lovdata
Sivilbeskyttelsesloven	Lovdata
Sivilombudsmannsloven	Lovdata
Skadeserstatningsloven	Lovdata
Vergemålsloven	Lovdata

Lover som mangler her:

Arbeidsmiljøloven

LOA

.....

Sak om driftsendringer innen helse og omsorg

Vi slår sammen sak om ROP – bolig og nedleggelse av bolig.

Utfra de politiske vedtakene og store krav om nedbemanning i det skisserte utfordringsbildet så ser vi at løsningene ikke er enkle. Vårt overordnede fokus i denne prosessen er:

- Økonomi
- Kompetanse
- Lovkrav
- Hms
- Personal
- Faglige Perspektiver

Vi har hatt arbeidsgrupper som har bidratt med faglige refleksjoner og nytenkning. Vi har sett på mange innfallsvinkler til mulige endringer. Både ansatte, tillitsvalgte og ledere har deltatt aktivt i dette arbeidet.

Vi er i en stor omstillingsfase der vi har kuttet ned mye på ledelse og administrative ressurser. I dette bildet ser vi også at det på enkelte arbeidsplasser mangler personell med relevant høskoleutdanning og nødvendig fagkompetanse. Det er økonomi som dessverre må være styrende i alt vi gjør, og våre tidligere rapporter underbygger kompleksiteten i dette utfordringsbildet.

Utfordringsbilde:

- o Nedskalering totalt med 25 årsverk
- o Nedskalering ROP - 2 000 000,-
- o Avvikling Omsorgsbolig
- o Reduksjon Knaggen 350 000,-
- o Ivaretagelse og oppfølging av ansatte i Helse og Omsorg
- o Kompetanse, tjenestekvalitet og faglig forsvarlighet
- o HMS
- o Innmeldte krav i henhold til endringer i arbeidsmiljøloven resulterer i bemanningsøkning
- o Bortfall refusjonskrav vertskommuneordningen – potensielle milliontap
- o Presserende arbeidsoppgaver knyttet til utredninger og politiske vedtak

Vi har også sett på lovpålagte oppgaver og ikke lovpålagte oppgaver.

Som arbeidsgiver har kommunen et betydelig HMS ansvar som må ivaretas. De ansatte skal føle seg trygge og ivaretatt på jobb. Helse og omsorg har iverksatt ulike tiltak, og har innledet samarbeid med Hemis og Arbeidslivssentret. Mange ansatte uttrykker at de er slitne og opplever frustrasjon i sin arbeidshverdag. Ansatte preges av å jobbe med utagering og vold over tid. Opplevd usikkerhet og fokus på nedbemanning og økonomi påvirker selvfølgelig arbeidsdagen og arbeidsmiljøet i tillegg. Vi skal lytte til de ansatte og samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste.

I forhold til faglighet til det beste for brukerne så har det selvfølgelig vært et stort fokus. Slik situasjonen er i dag er det kun på ROP- boligen det er ledige plasser. Ellers er det fullt i alle våre senger. Vi kan ikke faglig forsvare å plassere flere brukere sammen i boliger og vi ser ikke at vi kan foreslå å legge ned omsorgsboliger for behovet for det tilbudet kommer drastisk å øke i fremover. I demografisk perspektiv viser fremskrevet befolkningsutvikling for Saltdal kommune (alternativ –

middels nasjonal vekst MMMM) at det vil bli en økning i aldersgruppen 67 – 79 år på 20, 5 prosent frem mot 2030. Den aldersgruppen med størst prosentvis økning er for eldre mellom 80 – 89 år. I denne aldersgruppen vil det foreligge en beregnet økning på 98,3 prosent. Det er kanskje spesielt for denne aldersgruppen at økt behov for omsorgsboliger og sykehjemsplasser vil oppstå. I tillegg vokser gruppen med personer 90+ i befolkningen med 10, en prosentvis økning på 21,7 frem mot 2030.¹

Vi jobber også utfra å ha hele vårt tilbud i omsorgstrappen i fokus, der for eksempel trygghetsalarmer eller samtaler er det laveste tilbudet og en institusjonsplass er det øverste. I tillegg ser vi at behovene er mer sammensatt og komplekse hos våre brukere. Vi jobber med tildeling og tjenestekriterier, der våre brukere skal få rett hjelp på rett sted av kompetent personale, etter brukers definerte behov.

Informasjon og kommunikasjon

Vi har i denne prosessen hatt møter med det personalet som berøres av tiltakene. Vi har hatt møter med og kontinuerlig oppdatering til ledere, hovedtillitsvalgte og de plasstillitsvalgte.

Hovedverneombud har blitt orientert per telefon under prosessen.

Det er utarbeidet eget notat som viser møtepunktene med tillitsvalgte, vernetjeneste, personal og ledere (samt dialogmøter) for 2014 og 2015.

Vi har sendt ut 3 informasjonsskriv og vi gir nå ut informasjon på egen Facebookside for ansatte i Helse og omsorg. Vil også i saken berømme ansatte, ledere og tillitsvalgte for et godt utført arbeid. Spesiell takk til de lederne innen omsorg som har lett med lys og lykter etter løsninger, som gjennom frustrasjon, nysgjerrighet og pågangsmot har gjort en meget bra jobb i denne utfordrende perioden.

FORSLAG TIL LØSNINGSALTERNATIVER

Vi vil under legge frem ulike alternativer med ulike løsninger der vi vil det skal gjøres beslutninger. Vi har utfra de samlede forutsetningene ovenfor gjort vårt beste med å utrede mulige løsninger og i dette samtidig være lojal mot de politiske vedtak som foreligger. Dette er en kontinuerlig prosess der ulike løsninger blir nøye vurdert frem og tilbake.

Alternativ A

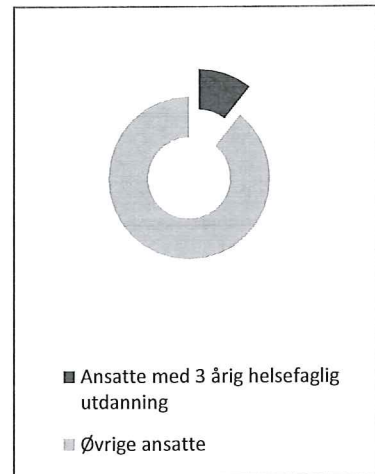
Flytting av ROP boligen til Hesteskoen 11

ROP boligen er en heldøgns kommunal institusjon for personer med dobbeltdiagnoser innen rus og psykisk helse. Boligen (heretter kalt ROP) er bemannet med 9,3 årsverk. ROP har hatt 4 plasser disponibel siden den ble flyttet inn i Fløyveien 18. Frem til oktober- 15 har ROP hatt 3 beboere. Det har vært arbeidet aktivt med å dekke opp den ledige kapasiteten ROP, uten at vi har lyktes med dette. Institusjonsplass i ROP er et frivillig tilbud.

Erfaringer med denne institusjonen så langt er at den har hatt en positiv effekt for flere av beboere. Det har i alt blitt færre innleggelser i spesialisthelsetjenesten og bruk av rusmidler har blitt betydelig redusert.

¹ Tall fra SSB 2014

En av de største utfordringene ved ROP, er at det er en veldig lav andel personell med 3 årig helsefagligutdanning (kun 1 årsverk) og en stor prosent ufaglært arbeidskraft. Vi greide dessverre ikke å tilsette et tilstrekkelig antall ansatte med relevant høyskoleutdanning da ROP ble etablert i 2014. ROP har utfordringer i forhold til systematisk habiliteringsarbeid og bruk av tiltaksplaner. I årsbudsjettet for 2015 ble det av kommunestyret vedtatt en nedskalering ved boligen på om lag 2mill, dette har vært et budsjettkrav som har vært svært vanskelig å imøtekomme ut fra dagens driftsmåte. En nedsatt arbeidsgruppe har arbeidet med å finne løsninger på hvordan dette målet kan nås, men uten at det har fremkommet noen fullgode løsninger på dette.



Saltdal kommune kjøpte i oktober 2015 midlertidig institusjonsplass for en av beboerne ved ROP. Kommunen var nødt til å ta grep om den aktuelle situasjonen og handle raskt ut fra nøye faglige vurderinger. En arbeidsgruppe skal jobbe med å kartlegge videre botilbud for vedkommende. Med to beboere igjen ved ROP ble det drøftet og vurdert mulige tiltak i tråd med vedtatte reduksjonskrav på drift.

Et alternativ er å flytte beboere ved ROP til Hesteskoen 11 (heretter H 11)

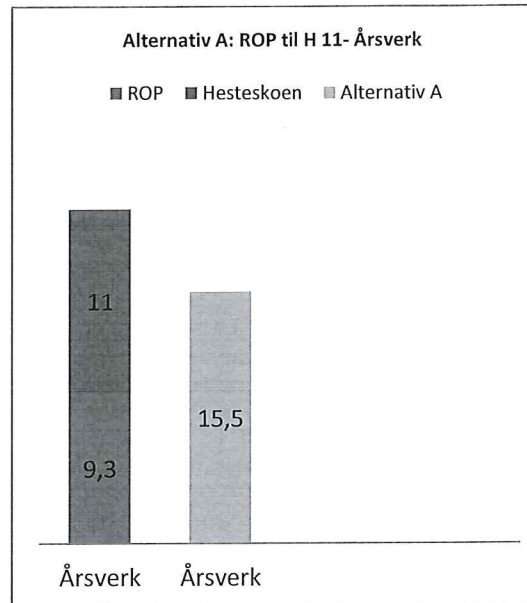
H 11 er administrert sammen med Hesteskoen 27 (H 27) der personalet jobber på tvers av boligene. Personalet ved Hesteskoen har erfaringer og kompetanse innen psykiatri. H 11 har faste etablerte samarbeidsforum med spesialisthelsetjenesten og jobber systematisk med kompetanseheving for de ansatte. Boligen har personal med videreutdanning innenfor psykisk helse og rehabilitering. Det vil ligge til rette for et nært og godt samarbeid med Miljøtjenesten.

For å realisere alternativ løsning A er vi avhengig av å gjøre noen interne flyttinger fra H 11. Bomiljøet har beboere som i dag har behov for bistand på et høyere bistandsnivå, noe som vil aktualisere en omstilling i tjenestetilbudet. Skisserte løsning vil kreve noe bygningsmessige utbedringer i forhold til nattevaktfunksjon. Felles nattevakt for H11 og H27 er stasjonert i H27. Fylkesmannen vil bistå Saltdal kommune med å se på hvilke endringer som skal til for å kunne fortsette drift som institusjon ved en eventuell flytting av ROP til H 11.

Begge personalgruppene (ROP og H11) har vært informert vedrørende omstillingsalternativ A. Personalet i H 11 og 27 er svært positivt innstilt til denne endringen. Personalgruppen har over tid sett for seg en endring i 11, med en større faglig og brukerrettet dreining mot psykiske lidelser. Personalet i ROP er også informert om omstillingsalternativ A. Personalgruppen i ROP har forståelse for at det må iverksettes tiltak, ettersom det nå bare er to beboere igjen i boligen. Personalet har over tid hatt meget utfordrende arbeidsforhold med utagerende adferd, trusler og vold. Disse forholdene er det nå arbeidet med og iverksatt tiltak på.

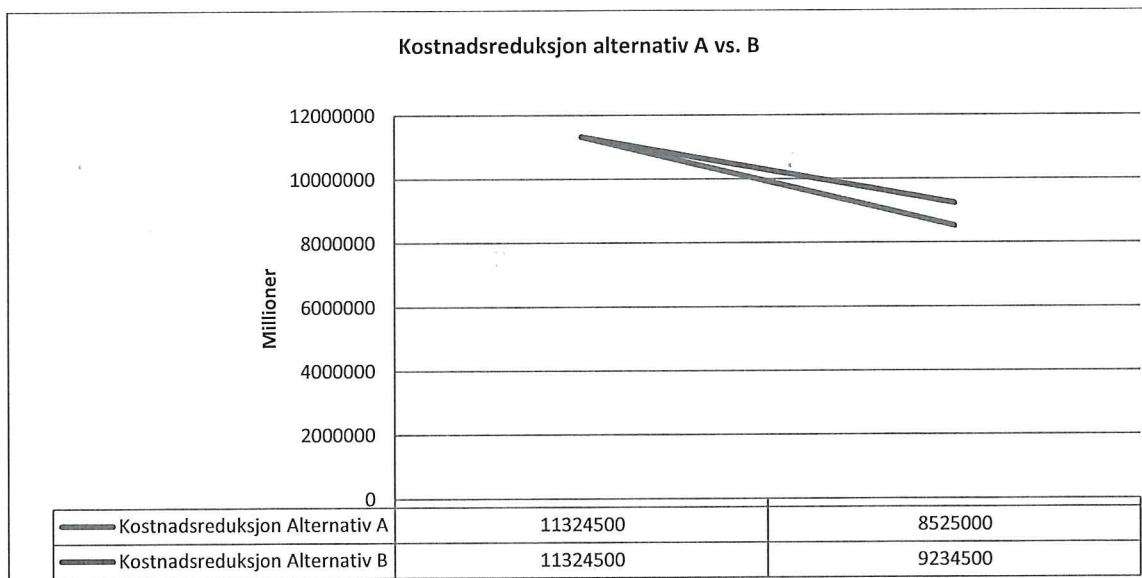
Slik situasjon er per i dag så vurderer vi det ikke som en risiko at de 2 gjenværende brukerne i ROP flytter ned til Rognan. Utviklingen for brukerne i dag viser en meget positiv endring i forhold til rusmestring og stabilitet.

Interne flyttinger som skisseres i H 11 vil frigjøre personalressurser ved bomiljøet. Dette vil resultere i at behovet for å styrke bemanningen ved hesteskoen ikke blir stort.



Alternativ 1: ROP til Hesteskoen 11	Årsverk	Kostnad
<i>ROP</i>	<i>9,30 årsverk</i>	<i>5 115, 000 kr</i>
<i>Hesteskoen</i>	<i>11,29 årsverk</i>	<i>6 209 500 kr</i>
<i>Sum</i>	<i>20,59 årsverk</i>	<i>11 324 500 kr</i>
Beregning av sammenslåing i alternativ 1	15,50 årsverk	8 525 000 kr
Beregnet gevinst ved alternativ 1	5,09 årsverk	2 799 500 kr

- Ved å flytte ROP til Hesteskoen kan vi spare opp til 5 årsverk.
- Drift blir videre tilnærmet lik
- Vi kan spare penger ca 32.000 kr på å si opp vaktsselskap som fører sporadisk tilsyn pga at nattevakt ikke er stasjonert på 11.
- Det blir økte engangs kostnader i forhold til bygningsutbedringer.
- Negativt er at 2 brukere må flytte fra flotte omgivelser og tilpasset bolig.



Alternativ B

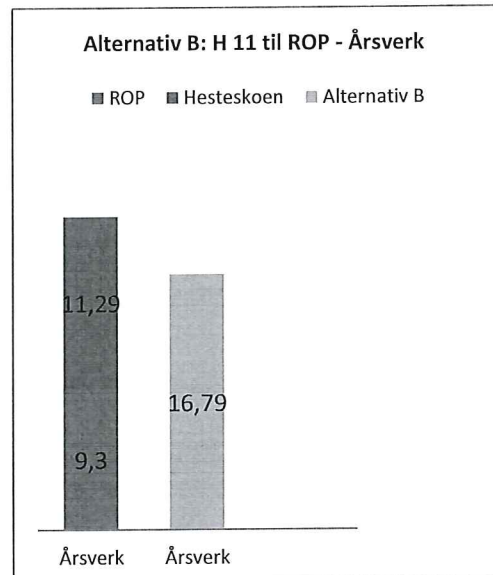
Neste alternativ er å flytte brukere i H 11 til ROP

Evaluering av tjenestene til beboerne i Hesteskoen bomiljø viser at det er flere beboere som har behov for tjenester på et høyere tjenestenivå enn det de har pr i dag. Dette har medført at det planlegges flyttinger internt i omsorg for disse beboerne. Tilleggs utfordring her er at vi ikke har ledig kapasitet.

Etter at forslaget om å flytte beboerne i ROP ned til H 11, har det også fremkommet forslag om å flytte en beboer opp til ROP fra H 11.

Det vil være 2 brukere tilbake i H 11 etter at planlagte endringer knyttet til tjenestebehov er gjennomført. Kun en av brukerne vurderes å være innenfor målgruppen til ROP. Dette gir igjen ledig kapasitet ved ROP (1 plass), samtidig som at det er en bruker gjenværende på H 11. Dermed er det ikke sikkert at denne løsningen som foreslås er en fullgod løsning.

Tilbudet om å flytte inn i ROP boligen er frivillig, vi har ikke hjemmel i lov om tvangsflytte noen inn i boligen, selv om vi ser at enkelte vil kunne nyttiggjøre seg et slikt tilbud.



De ansatte ved ROP gjør en god jobb og er svært interessert i å levere en god tjeneste. Like fullt vil både beboere og personal ved boligen tjene på en forsterket kompetanseutvikling. I en videreført drift av ROP og flytting fra H 11, vil det være nødvendig å drøfte omplasseringer og endringer i personsammensetningen. Målgruppen ROP setter et krevende utfordringsbilde som forutsetter et godt og robust kompetansegrunnlag i personalgruppen. Det jobbes også for at det etableres gode samarbeidsarenaer med spesialisthelsetjenesten, noe som er mangelfullt per i dag.

Vi vil lettere kunne opprettholde institusjonsdriften ved å beholde ROP i Fløyveien 18. Boligen har felles base hvor personal og nattevakt oppholder seg. Boligen i Fløyveien 18 er i så måte et bedre utgangspunkt for institusjonsdrift enn H 11. Institusjonsdrift åpner også for muligheter og forpliktelser som ikke lar seg gjennomføre hvis brukere leier egen leilighet hvor Saltdal kommune er inne og gir bistand.

Ved å flytte Hesteskoen opp til ROP kan vi spare opp til 3,8 årsverk.

- Drift blir tilnærmet lik.
- En risiko er fortsatt at vi ikke får fullt opp den 3 plassen ved ROP.
- En forutsetning for besparelsen av årsverkene her er at det er 3 beboere som må ha en intern flytting, der 1 bruker skal til ROP og 2 andre på annet omsorgsnivå. Der det per tiden er fullt i alle senger.

Alternativ 2: Hesteskoen 11 til ROP	Årsverk	Kostnad
Hesteskoen	11,29 årsverk	6 209 500 kr
ROP	9,30 årsverk	5 115 000 kr
Sum	20,59 årsverk	11 324 500 kr
Beregning av sammenslåing i alternativ 1	16,79 årsverk	9 234 500 kr
Beregnet gevinst ved alternativ 1	3,8 årsverk	2 090 000 kr

Alternativ B.1

Alternativ disponering av H11

Hvis H 11 tømmes som skissert i alternativ B vil det utgjøre en reduksjon på ca. 80 vedtakstimer, da tenker vi at noen flytter opp i H 27 og to brukere til alternativt bosted. Dette utgjør en fristilling av 2,2 årsverk.

Avdelingslederne ved Saltnes og Hesteskoen bomiljø har drøftet om H11 kunne vært tilrettelagt for unge brukere med diagnoser som Asberger, lett autisme osv. Vi ser at dette er en brukergruppe i sterk vekst, og at det er et voksende behov for tilrettede boliger.

Brukergruppens behov:

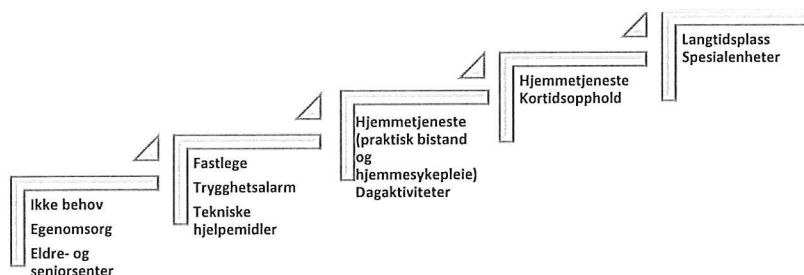
- Tettere personaloppfølging
- Nærhet til sentrum (lite mobil)
- Samtykke for eventuell flytting
- Kompetanseheving i personalet og samling av ressurser («spisset» kompetanse)
- Oppfølging av PIT og habiliteringsteam
- Ansvarsgruppe og IP

*Ut fra kartlegging og anbefaling fra PIT vil det være behov for å gi et utvidet tilbud til flere enn de brukere som fysiske er tenkt boende i H 11. I vedtakstimer kan det påregnes ca. 30 pr. uke

Alternativ C

Effektivisering Heimly/Omsorg gjennom å flytte beboere fra omsorgsbolig til sykehjem

Intensjonen med omsorgsboliger er at det skal bo eldre beboerne med mindre bistandsbehov. Hvor det ikke skal være faste ansatte/bemanningsstasjonert i boligen. Hjemmesykepleien skal gi nødvendig helsehjelp ved behov. Boligene er tilrettelagt for funksjonshemmede og beboerne har egne leiligheter, men også fellesareal hvor beboerne kan være sosial og oppleve trygghet. I dag er det ikke slik. Flere av beboere ved omsorgsboligene har så stort behov for helsehjelp og bistand at hjemmesykepleien har fast personal til stede både dag (3 personal) og ettermiddag (1-2 personal). Med utgangspunkt i omdisponering av beboere til et annet omsorgsnivå (sykehjem) kan man få besparelse på økonomi; på 1 årsverk fra hjemmetjenesten – 550.000 kr. Dette forutsetter da ledig kapasitet ved sykehjemmet. Et slikt grep vil kunne bidra til bedre sirkulasjon på *omsorgstrappa*, der andre eldre med gradvis større bistandsbehov kan flytte inn i omsorgsbolig.



HMS perspektiv:

- Mer belastning og økt slitasje på personalet på Heimly, hjemmesykepleien og sykehjemmet.
- Fare for økt sykefravær (ut fra tidligere erfaringer).
- Personal: Flere oppgaver, mer belastning både fysisk og psykisk.

Brukerperspektiv:

- Rett hjelp etter avmålte bistandsbehov
- Kan få mindre hjelp ved bruk av eventuelle dobbeltrom på sykehjemmet.
- Kan oppstå uro ved flytting til nye boliger, både hos beboere og pårørende.
- Beboerne må samtykke til flytting!

Alternativ D

Dobbeltrom på sykehjem (som en konsekvens av å effektivisere Heimly/omsorgsbolig)

Sykehjemmet består av 5 avdelinger, hvorav tre grupper (E, F, G) av disse er skjermede enheter tilpasset personer med demens.

Alle som får langtidsplass ved sykehjemmet får informasjon om at dobbeltrom kan påregnes i kortere perioder, dette for å ha en slik mulighet i de tilfeller det er eneste mulighet for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Hverken sykehjemmet eller andre omsorgsboliger er noe særlig egnet i sin utforming for tilrettelegging av dobbeltrom. På sykehjemmet kan 2 «huker» brukes til dette formålet, samt dobbeltbelegg på eksisterende pasientrom, eventuelt annet tilgjengelig rom.

Nevnte «huker» har vært i bruk i helt ekstraordinære tilfeller hvor det har vært nødvendig for å yte helsehjelp.

Erfaring viser at å legge personer med demens på dobbeltrom ikke er noen god løsning over tid.

Adferdsutfordringer, behov for forutsigbarhet, rammer og i tilfeller behov for skjerming gjør ofte at unødig stimuli vil kunne bidra til utrygghet og økt uro ved avdelingen.

To av avdelingene er såkalte somatiske avdelinger. Avdeling B er fra 1975, og bærer preg av behov for oppgradering. Rommene er mindre enn de nye rommene og ikke egnet for å ha to senger i.

Avdeling C har større rom hvor det i teorien arealmessig kan ligge to pasienter. Dette vil gi et begrenset privatliv. Rommet må fysisk avdeles med skjermbrett. Rommene er konstruksjonsmessig ensengsrom, dermed vil seng nr. to på rommet ikke ha muligheter for å tilkalle hjelp via sykealarmsystemet.

En systematisk langsiktig plan for bruk av dobbeltrom i økonomisk øyemed vil være et brudd på *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting.*

Sykehjemmet er det øverste trappetrinnet i omsorgstrappen. Dette er de sykeste pasientene som krever mye, og mange har ikke mulighet for og selv si i fra om hva de ønsker.

Videre konsekvenser:

- Pasienter på sykehus som meldes utskrivningsklar må vente lengre på sykehuset for en ledig kommunal seng, dette fører til døgnmulkt.
- Et godt tilrettelagt tilbud for alvorlig syke og døende pasienter faller bort hvis gjesterom må omdefineres til dobbeltrom
- Ved økning av pasientgrunnet vil det være behov for økning i bemanning (spesielt på natt)
Ved bruk av dobbeltrom eller korridorer kan det redusere brannsikkerheten.

- Pasienter i dobbeltrom betaler mindre: - 28 700 kr i vederlag per person per dobbeltrom. Dette vil ikke gi noen besparing i seg selv men kan brukes i kortere perioder for å oppnå «sirkulasjon i våre tilbud» (ledige senger). Besparelsen blir å ligge på hjemmetjenesten som beskrevet over i alternativ C.

Alternativ E

Avvikling av 1 omsorgsbolig/bomiljø

I hele høst har en arbeidsgruppe jobbet med dette innsparingskravet. I arbeidsgruppa har det vært representanter fra omsorg - avdelingsledere, ansatte og plasstillitsvalgt. Arbeidsgruppa har hatt flere møter der drøfting og vurdering av alternative løsninger har stått på dagsorden. Det har ikke latt seg gjøre å lande et endelig forslag om avvikling. Alle senger er opptatt – en naturlig omrokking av tilbudene/sengene er vanskelig å forme ut. Alternativ med å legge flere brukere på dobbeltrom i en bolig på Vensmoen er også vurdert.

I 2014 var det flere dødsfall på området enn forventet, noe som muliggjorde at en bolig kunne legges ned og det ble gjennomført flere flyttinger og endringer i sammensetning ved boligene..

Dette er en brukergruppe som har flere og sammensatte behov, fler tilleggs diagnoser og atferdsendringer. Det er en stor faglig utfordring å plassere flere utviklingshemmede i samme bolig. Brukerne her har ofte svært sammensatte behov, men også flere tilleggsdiagnoser og atferdsutfordringer som det må tas hensyn til. Selv små endringer kan få store konsekvenser – noe som problematisere dobbeltrom til denne brukergruppen ytterligere.

Konklusjonen er at vi ikke har identifisert en bolig som vi kan legge ned, og det er helt klart for store utfordringer å lage dobbeltrom og slå sammen boliger på Vensmoen. Vi ser videre at den personmessige ressursen ikke kan bespares pga. økte negative konsekvenser hos/for brukerne.

Dette må påpekes at det her er stadig endringer. Beboerne eldes og det forventes et naturlig frafall i denne brukergruppen fremover. Ut fra en demografisk vurdering vil det være realistisk å utvikle enda en bolig, men det må ses over i et litt større tidsperspektiv. Stadige uforutsette endringer i omsorg vil medføre en kontinuerlig tilpasning av tjenestene og botilbudene vi har. Det blir en naturlig nedtrapping Flere av de eldre utviklingshemmede lever i dag lengre enn det vi tidligere erfarte i bomiljøene.

Alternativ F

Et alternativ er avvikling/reduisering av dagtilbudet Knaggen / samarbeid med VAP Knaggen:

- 12,53 årsverk fordelt på 14 ansatte.
- 57 brukere i alderen 30-71.
- 6 brukere som er 5 hele dager i uken resterende har fra 0,5-4.0 dager. En halv dag beregnes med 3 timer. 6 brukere har 30 timer dagtilbud i uken, resterende 51 brukere har mellom 3 timer til 24 timer i uken.
- Det er en overvekt av brukere som er over 50 år.

Knaggen er et arbeids og aktivitetssenter hvor vi tilrettelegger for personer med spesielle behov. Knaggen består av 4 avdelinger;

- Kantine
- Tekstilavdeling,
- Tre avdeling
- Vedbua.

Knaggen er en møteplass hvor brukerne får mulighet til sosial omgang med andre. De får hjelp av de ansatte til å gjøre ulike arbeidsaktiviteter hvor sluttproduktet blir solgt. Dette har blitt en naturlig følge at de ansatte må mer og mer stå for produksjon ettersom brukerne blir eldre og dårligere.

En konsekvens ved nedleggelse av Knaggen er at noe av de ulike aktivitetene må foregå i de ulike bomiljøene og vi må finne en annen møteplass for å opprettholde den sosiale kontakten. Dagtilbud for hjemmeboende demente har tilholdssted på Knaggen. Det tilbudet driftes av helsefremmende team og ikke av Knaggen. Prosjektstillingene som skal knyttes miljøtjenesten, ROP – bolig og Knaggen er nå utlyst og er med og bidrar til et mer helhetlig og sømløst samarbeid. Prosjektstillingene skal brukes til å stimulere til aktivitet for brukere innen miljøtjenesten og ROP bolig. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som jobber med å utrede et eventuelt samarbeid med Vev-Al – plast, der representanter fra VAP, Ribo og kommunen er representert. Det er planlagt et nytt møte i slutten av november. Arbeidsgruppa ser at noen av oppgavene som Knaggen har eventuelt kan overtas av VAP.

Den nøyaktige besparelsen i kroner og øre er det vanskelig å si noe om. Noen midler må settes av til aktiviteter og sosiale sammenkomster for brukergruppen i bomiljøene. Budsjettet for 2014 viser et budsjett på kr. 5 798,000,- når inntekter er trukket fra. For å oppnå denne besparelsen forutsettes det at personalet blir omplassert og ses i en helhetlig sammenheng for hele endringsprosessen (nedbemanningen) i helse og omsorg.

Vi kan selge vedhallen som vil gi en engangsinntekt. Utleie av bygningene på Knaggen er ikke aktuell sett ut fra vedlikeholdet som må gjøres jfr. arbeidsnotat fra LIA ang. Knaggen. Besparelsen er ca 3 445, 750 kr ved å redusere halvparten av bemanningen. Da gjenstår det ca. 6,25 årsverk som fortsatt skal sørge for et godt nok dagtilbud.

Dette er et ikke lovpålagt tilbud.

Alternativ G

Effektivisering av hjemmetjenesten og miljøtjenesten. (Vedtakter/tjenestekriterier/ressursstyring)

Et siste alternativ er å redusere i årsverk etter gjennomgang av tjenestekriterier for hjemmetjenesten og miljøtjenesten, der det tildeles tjenester etter faglige vurdering av brukernes behov. Konsekvens ved denne type innstramming er at våre tjenestekriterier da blir mer rigide og strenge.

Det skal være fokus på hverdagshabilitering og forebygging i tillegg til omsorgstrappen. Hjemmetjenesten har allerede redusert med 5 årsverk i 2015 og har i dag et stort arbeidspress. Tjenesten kan nok organiseres ytterligere ned med tanke på ny turnus, der innleie skal minimeres. Miljøtjenesten er også i gang med gjennomgang - vi ser her et stort potensiale for reduksjoner på enkeltvedtak. Pr i dag har vi 60,15 vedtakstimer i miljøtjenesten, ved ferdig gjennomgang regner vi med ca.62

Saltdal har lenge vært omsorgskommunen som mange har sett mot. Tildelinger har vært faglig gode og tjenestene «rause» men ineffektive. Det ligger et betydelig potensial i å se på arbeidsprosesser og redusere tida som ikke gir verdi for bruker eller organisasjonen slik at det sikres god kvalitet på tjenestene også i fremtida.

Konsekvenser:

- Mulig større arbeidspress for personale. (* men ikke nødvendigvis hvis måten man jobber på endres – jobbe smartere ikke fortere)
- Bedre organisert arbeidsdag.
- Mindre behov for å leie inn vikarer er også et bedre tilbud for både de ansatte og ikke minst for brukerne.
- Det kan nok oppleves for brukerne som et redusert tilbud i tjenestene og mindre tid fra personalet.
- Hjemmetjenesten reduksjon på ytterligere 1 årsverk (550.000 kr) og miljøtjenesten med 1 årsverk (550.00kr).

Eventuell omfordeling av ressursene internt i helse og omsorg må ses på i en helhetlig sammenheng med nedbemanning og omorganiseringen.

Innstilling:

Ovenfor har vi sett på 7 ulike alternativer til løsninger for å imøtekomme de utfordringer vi har i dag. Erfaringsmessig ser vi at å «bruke ostehøvelen» ikke hjelper. Vi ønsker oss en diskusjon fra/med dere på hva vi skal fortsette med og hva vi skal avslutte. Hvordan vi sammen kan gi et best mulig tilbud til innbyggerne i Saltdal kommune.



Sak 4/2015

Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Levekårsutvalg		
Kommunestyre		

Sign.	Eksp. til:
-------	------------

Omsorgstjenesten - deltagelse i forsøk med statlig finansiering

Foreliggende dokumenter:

- Brev fra Helsedirektoratet; omsorgstjenesten – invitasjon til deltagelse i forsøk med statlig finansiering.

Sakens bakgrunn:

I 2016 starter et forsøk med statlige kriterier og finansiering av omsorgstjenester. Alle kommuner inviteres til å søke om å delta i forsøket. Kommunestyret må ha vedtatt deltagelse i forsøksordningen.

De kommuner som blir med i prosjektet får mulighet til å påvirke morgendagens omsorgstjenester, og bidra til å skape økt likhet og kvalitet i tildeling av omsorgstjenester. Forsøket omfatter alle omsorgstjenester og brukergrupper.

Regjeringen ønsker at staten skal ta et større ansvar for å øke kvaliteten i omsorgstjenesten samt sikre kompetanse og kapasitet i helse- og omsorgssektoren. Formålet med forsøksordningen er å sikre at de eldres behov dekkes på en bedre måte enn i dag og sikre et mer likeverdig tilbud på tvers av kommunene for alle tjenestemottakere.

I forsøket skal det prøves ut om statlige tildelingskriterier og statlig satte budsjetttrammer gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene, og riktigere behovsdekning. Forsøket skal gjennomføres i et utvalg norske kommuner og vare i tre år fra og med 01.05.16.

To ulike modeller skal prøves ut:

Modell A

Kommuner innenfor modell A skal tildele tjenester etter statlige tildelingskriterier, statlig finansiering og prismodell. Det gis et inntektspåslag tilsvarende 4 prosent av netto driftsutgifter til omsorgstjenester, begrenset oppad til 25 mill. kroner per år for en enkelt kommune.

Modell B

Kommuner innenfor modell B skal tildele tjenester som tidligere. Midlene til sektoren øremerkes gjennom et statlig tilskudd og det gis et inntektspåslag på 4 prosent av netto

driftsutgifter til omsorgstjenester, begrenset oppad til 25 mill. kroner per år for en enkelt kommune.

Kommunene kan ikke selv velge hvilken modell de kommer til å delta i. Forsøket skal finansieres ved at det for hver forsøkskommune gjøres et uttrekk fra kommunerammen tilsvarende utgiftene til omsorgstjenestene året før forsøksperioden. Veksten til sektoren skal følge den generelle veksten i kommuneøkonomien de tre årene forsøket løper.

Kommunene som velges ut til å delta i ordningen inngår en avtale med Helsedirektoratet. Avtalen vil regulere og beskrive kommunens og Helsedirektoratets roller og ansvar i forsøksperioden.

De kommunene som blir valgt ut til å delta i forsøkets modell A, vil få tett oppfølging av Helsedirektoratet, og ansatte ved tildelingskontoret vil få opplæring. Søknadsfrist er 1. desember.

Vurdering:

Saltdal kommune oppfyller de kriterier som er satt for deltakelse med blant annet at oppgaven «tildeling av omsorgstjenester» er adskilt fra tjenesteproduksjon og en ser at dette forsøket er meget sentralt og viktig for oss å delta i gjennom den prosessen vi er i med nytenkning, gjennomgang av alle enkelt vedtak og med de forebyggende tiltak som hverdagshabilitering og helsefremmende team.

Vi jobber for at all vurdering skal være etter omsorgstrappen der mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og forsøkt før kostnadskrevende tjenester innvilges. Der brukerne tilbys tjenester som er individet tilpasset den enkeltes behov og fokus på riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag skal benyttes i tildelingsprosessen. Dette er det også fokus på i dette forsøket, der også opplæring gis til de ansatte, som vi mener er meget sentralt og nødvendig.

Det er utgangspunkt formål at tjenester så langt som mulig baseres på tidlig intervensjon, ut fra tanken om at tjenestene gis raskt ved behov og avsluttes ved egenmestring, denne forebyggende tankegangen skal være med på å sikre innbyggernes selvstendige liv, god ressursutnyttelse, og er i tråd med nasjonale føringer.

Det samme fokuset som samhandlingsområdet helse og omsorg har her i kommunen. Formålet med forsøksordningen er å sikre at de eldres behov dekkes på en bedre måte enn i dag og sikre et mer likeverdig og kvalitativt godt tilbud for alle tjenestemottakere, som vi vil etterstrebe.

I tillegg får kommuner som deltar kompensering gjennom en kombinasjon av et øremerket tilskudd og/eller en statlig prismodell avhengig av hvilken modell vi ev blir tildelt.

Rådmannens innstilling

Saltdal kommune søker om deltakelse i forsøksordningen innen fristen den 1. desember 2015.