



Møteinnkalling

Utvalg: Nordreisa helse- og omsorgsutvalg
Møtested: Formannskapssalen, Rådhuset
Dato: 10.10.2017
Tidspunkt: 09:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 58 80 15, eller til postmottak@nordreisa.kommune.no
– ved forfallsmelding på e-post er vil dere motta en bekreftelse på at den er registrert, dersom dere ikke mottar en slik bekreftelse MÅ dere ta kontakt pr. telefon.

Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Saksliste

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 33/17	Referatsaker		
RS 77/17	Melding om delegert vedtak - skjenkebevilling for en bestemt anledning Ihana! AS -		2017/898
RS 78/17	Resultatrapport - NAV Nordreisa		2016/919
RS 79/17	3. Terminutbetaling av integreringstilskudd år 2-5 for 2017 - uten vedlegg		2016/360
RS 80/17	Oppsigelse av avtaler - DMS		2015/1639
RS 81/17	Lov om eldreråd - uttalelse		2015/1154
RS 82/17	Flere dagsenter - uttalelse		2015/1154
PS 34/17	Prosjektering av omsorgsboliger for mennesker med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester		2016/1090
PS 35/17	Helhetlig legemiddelhåndtering for Sonajtun		2017/1038
PS 36/17	Organisering av sykestuesenger i Nordreisa 2018		2017/1034
PS 37/17	Vurdering av omsorgstilbud i kommunal regi		2017/1070
PS 38/17	Overføring av lønnsmidler fra miljøarbeidertjenesten til Høgegga Omsorgsboliger – budsjettregulering		2017/1069
PS 39/17	Ombygging av østre fløy, 2.etg. Sonjatun helsesenter		17/1035 17/1072
PS 40/17	Resultatrapport DMS januar – august 2017		
PS 41/17	Resultatrapport helse- og omsorg august 2017		16/919

PS 33/17 Referatsaker



IHANA! AS
Hovedvegen 2
9151 STORSLETT

Delegert vedtak
Delegert utvalg kommunestyre - nr. 21/17

Vedtaket er gjort i henhold til delegasjonsreglement gitt av Nordreisa kommunestyre i sak 57/16

Deres ref:	Vår ref (bes oppgitt ved svar):	Løpenr.	Arkivkode	Dato
	2017/898-5	8928/2017	U63	18.09.2017

Melding om delegert vedtak - skjenkebevilling for en bestemt anledning
Ihana! AS -

Saksopplysninger:

Ihana AS ved Inger Johanne Birkelund, søker om skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1, 2 og 3 (øl, vin og brennevin) i forbindelse med arrangementet Landsbyspelet på Ovi Raishiin i Saraelv 22. og 23. september 2017.

Ønsket skjenketid er fra kl. 21.00 – 24.00 begge dager. Skjenkested er Ovi Raishinn/Visitor Point Reisadalen. Det vil bli servert mat og det kreves betaling for arrangementet.

Publikum kjøper billett på forhånd. Før skjenking av alkohol starter kl. 21.00 vil det være transport fra Saraelv for alle under 18 år.

Dansefesten avsluttes kl. 24.00 og det blir satt opp buss tilbake til Storslett.

Vakthold vil bli tatt hånd om og det er et begrenset antall gjester max 90.

Skjenkeansvarlig er Inger Johanne Birkelund.

Politiet har gitt følgende uttalelse:

«Politiet har ingen anmerkninger til søknaden eller til søker.

Politiet har ingen anmerkninger til skjenkeansvarlig.»

Vurderinger:

Tillatelse til skjenking gis etter skriftlig søknad som må være sendt kommunen senest fire (4) uker før arrangementet skal avholdes. Søknaden om skjenkebevilling ble mottatt 17.08.2017. Bevillingen er knyttet til en bestemt begivenhet – «Landsbyspelet».

I henhold til kommunal forskrift vedtatt av Nordreisa kommunestyret 16.06.2016 avgjøres skjenketid for arrangementet av ordfører.

Iht kommuneloven § 9 pkt 5 delegeres ordfører å tildele ambulerende skjenkebevilling til et lukket arrangement (alkoholoven § 4-5) samt bevilling for en bestemt anledning (alkoholoven § 1-6, 2.ledd, siste setning), for deltakere i åpent arrangement.

Det innhentes uttalelse fra politiet før bevilling gis etter §§ 5a og 5b. Det skal ikke gis skjenkebevilling til stevner og utearrangement hvor det er allmenn adgang uten aldersbegrensning eller som er rettet spesielt mot familie, barn og ungdom. Dette gjelder selv om skjenking skal skje på et fysisk avgrenset område.

Vedtak etter §5 refereres i påfølgende møte i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg.
Vedtak etter §5 kan påklages til kommunestyret, jfr forvaltningsloven § 28.

Vedtak:

- Ihana AS ved Inger Johanne Birkelund gis skjenkebevilling for alkoholdig drikk gruppe 1, 2 og 3 (øl, vin og brennevin) i forbindelse med arrangementet «Landsbyspelet» 22. og 23.09.2017. Skjenkested er Ovi Raishiin/Visitor Point Reisadalen, Saraelv.
- Det gis skjenkebevilling fra kl. 21.00 til kl. 24.00 begge dager.
- Skjenkeansvarlig er Inger Johanne Birkelund
- Aldersgrense for arrangementet skal være 18 år fra kl. 21.00.
- Det kreves en skjenkeavgift på kr 350,- pr. arrangement.

Klageadgang

Vedtaket kan påklages til Nordreisa kommune. Klagefristen er 3 uker regnet fra den dagen da brevet kom fram til påført adressat. Det er tilstrekkelig at klagen er postlagt innen fristens utløp.

Klagen skal sendes skriftlig til den som har truffet vedtaket, angi vedtaket det klages over, den eller de endringer som ønskes, og de grunner du vil anføre for klagen. Dersom du klager så sent at det kan være uklart for oss om du har klaget i rett tid, bes du også oppgi når denne melding kommer frem.

Med vennlig hilsen

Øyvind Evanger
Ordfører
77 58 80 02

Maylill Synnøve Henriksen
Konsulent
77 58 00 12

Dette dokumentet er produsert elektronisk, og har derfor ingen signatur.

Kopi til:

Troms politidistrikt Lensmannen i Nordreisa og Kvæningen Boks 32 9156 STORSLETT

NORDREISA KOMMUNESentrum 17, Postboks 174, 9156 Storslett
Tlf 7777 0700 Faks 7777 0701

16/919

RESULTATRAPPORTFrister: 1. kvartal: 15. april 2. kvartal: 5. august 3. kvartal: 15. oktober Årsrapport: 1. februar å.e
Eller den 10. i hver måned (månedsrapportering)

RAPPORTDATO

13. september 2017

NAVN

NAV Nordreisa

KLARGJORT AV

Roy H. Johansen

STATUS – MÅLOPPNÅELSE IFT ØKONOMIPLAN/VIRKSOMHETSPLAN

Her skriver du om tiltak som er iverksatt som følge av mål i vedtatte planer (kommuneplanens handlingsdel, økonomiplan, sektorplaner, virksomhetsplaner). Dersom vedtatte tiltak ikke er iverksatt, må årsaken skrives her:

STATUS - ØKONOMI

Ansvar 360 Ansatte	Regnskap	Budsjett	prosent forbruk	
Lønn inkl sosiale utg	991 787,00	1 625 822,00	61,00	42 271,00
Øvrige utgifter	641 651,00	912 787,00	70,12	31 217,00
Inntekter	-16 332,00	0,00	0,00	
Ansvar 361 Brukere				
Øvrige utgifter	2 681 212,00	4 085 562,00	65,63	42 489,00
Inntekter	-180 094,00	-30 000,00	0,00	

KOMMENTARER TIL AVVIK:

Ansvar 360: Noe høyere øvrige utgifter inndeckes gjennom mindre forbruk av lønn.

Ansvar 361: pr utgangen av august ser det ut til totalt tildelt budsjett vil være tilstrekkelig, selv med overføring av lønnsmidler til aktivitetsleder.

NAV Nordreisa erfarer at tiltaket med aktivitetssentralen har medført at noen brukere trekker søknaden og finner andre løsninger. NAV har også fått tilbakemelding at bruker som har vært hos aktivitetssentralen er kommet i ordinært lønnet arbeid etter noen få dager. NAV Nordreisa erfarer også at brukere med sosialhjelp med aktivitetskrav ønsker å finne andre løsninger enn sosialhjelp. Eksempelvis erfarer NAV Nordreisa at antall brukere i fjor og i år i juni måned er redusert.

I 2016 hadde vi 27 mottakere av sosialhjelp i aldersgruppen 18-30 år. I 2017 er tallet 12. Nå kan ikke dette bombastisk sies å være kun relatert til opprettelsen av aktivitetssentralen, men vi er ikke i tvil om at det er en medvirkende faktor.

Konteringsliste lønn

Periode:

Gjennomgått og ikke avdekket feil

MEDARBEIDERE

SYKEFRAVÆR (PR MÅNED): **15,87% TIL OG MED JUNI MÅNED**

Det er langtidssykemelding i tjenesten. Tiltak - oppfølging jevnlig på telefon.

Ansvar 360	Sykefravær	Ansvar 360	Sykefravær
Januar	3,37	Juli	7,14
Februar	20	August	
Mars	19,25	September	
April	14,29	Oktober	
Mai	18,48	November	
Juni	28,98	Desember	

SIST GJENNOMFØRTE MEDARBEIDERUNDERSØKELSE: HØST 2017

Igangsatte tiltak etter undersøkelsen: Ingen tiltak iverksatt

MEDARBEIDERSAMTALER (sett kryss)

Ikke påbegynt (x)

Påbegynt ()

Fullført ()

Oppgi antall ansatte og hvor mange samtaler som er gjennomført hittil i år: 5-0

RESULTATOPPNÅELSE – STATUS MÅLEKORT

NAVN PÅ VIRKSOMHETEN/SEKTOREN

Støttetjenester til rådmannen, fagområdene, tillitsvalgte/verneombud og det politiske system

Indikator	Mål	Resultat
Faglig og personlig utvikling		
Årlige medarbeidersamtaler		
Stolthet over egen arbeidsplass		
Arbeidsnærvær		
Økonomiavdelingen		
Andel lovpålagte arbeidsgiverkontroller jf skattebetalingsloven. (andel selvstendig næringsdrivende)		
Opplever økonomiavdelingen som serviceinnstilte og fleksible		
Personal		
Tilfreds med faglige råd, analyser og støtte i personalspørsmål		
Rådgivning skole og barnehage		
Tilfreds med faglige råd, analyser og støtte i personalspørsmål		
Servicetorg		
Besøkende opplever servicetorget som serviceinnstilte og fleksible		
Ansatte opplever servicetorget som serviceinnstilte og fleksible		
Andel politiske dokumenter elektronisk		
IT avdelingen		
Opplever IT-avdelingen som serviceinnstilte og fleksible		
Gjennomsnittlig behandlingstid på supportsaker		

STATUS PÅ INTERN KONTROLL

STATUS OPPFØLGING AV POLITISKE VEDTAK

Aktivitetskrav for de under 30 år som søker sosialhjelp og har arbeidsevne.

STATUS PÅ INNMELDTE OG LUKKEDE AVVIK

Ingen avvik

GJENNOMFØRTE KONTROLLER, RESULTATER OG IVERKSATTE TILTAK

Ingen tilsyn

UTFØRTE RISIKOANALYSER:

Ingen ROS-analyser som er gjennomført



Integrerings- og mangfoldsdirektoratet

Nordreisa kommune
v/flyktningkonsulent

9156 Storslett

*Stein Johnsen
Kjip, Jonn S, Rudmann*

14/360 15

Unntatt offentlighet
jf offentlighetsloven § 13 og
forvaltningsloven § 13

Kommune: 1942

Postadresse:
Pb 8059 Dep
0031 Oslo

Besøksadresse:
Tollbugt. 20
Oslo

Internett:
www.imdi.no
epost:
osnr@imdi.no

Sentralbord:
24 15 88 00
Faks:
24 15 89 01

17-02177-3-vst

18.09.2017

3. TERMINUTBETALING AV INTEGRERINGSTILSKUDD ÅR 2-5 FOR 2017

Vi viser til de to tidligere terminutbetalingene i 2017 og utbetaler 3. termin for følgende antall personer:

15 personer bosatt i 2013 à kr	17 625,00	kr	264 375,00
13 personer bosatt i 2014 à kr	21 000,00	kr	273 000,00
25 personer bosatt i 2015 à kr	41 750,00	kr	1 043 750,00
30 personer bosatt i 2016 à kr	57 500,00	kr	1 725 000,00
83 personer bosatt gir TOTALT		kr	3 306 125,00

Til Deres konto 4740 05 03954 overføres:

kr 3 306 125,00

Vi viser til vedlagte liste med oversikt over personer vi utbetaler integreringstilskudd år 2-5 for. For personer som har flyttet til ny kommune i løpet av 2017 blir integreringstilskuddet for 2017 utbetalt til fraflyttingskommunen, dvs den kommunen der personen var bosatt 1.1.2017. Kommunene er selv ansvarlig for å foreta det økonomiske oppgjøret seg imellom. Se vårt rundskriv 01/2017 "Tilskuddsordning for integreringstilskudd, eldretilskudd og barnehagetilskudd 2017". Det kan forekomme at flytting i 2016 først blir registrert i 2017. Fraflyttingskommunen kan i slike tilfeller ha fått utbetalt flere terminer av tilskuddet for 2016 fordi flyttingen ikke var registrert per 1.1.2017. I de tilfellene det er klart at flyttingen skjedde før årsskiftet, skal fraflyttingskommunen overføre de terminene av integreringstilskuddet for 2017 som den har mottatt til tilflyttingskommunen. 4. og siste terminutbetaling i 2017 blir ultimo november.

Med hilsen
for Integrerings- og mangfoldsdirektoratet

Henrik Cafer Cenar (sign.)
økonomi- og tilskuddssjef
Økonomi- og drifstavdelingen

Veslemøy Standnes (sign.)
seniorrådgiver

Vedlegg



Nordreisa kommune
Postboks 174
9156 STORSLETT

Att. Rådmann Anne-Marie Gaino

Deres ref.:

Vår ref.:
2016/3517-2

Saksbehandler/dir.tlf.:
Magne Nicolaisen, 917 36 289

Dato:
22.09.2017

Oppsigelse av avtaler

Viser til møte på Sonjatun 29. juni 2017 med deltakere fra Distriktsmedisinsk senter (DMS) Nord-Troms, Nordreisa kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

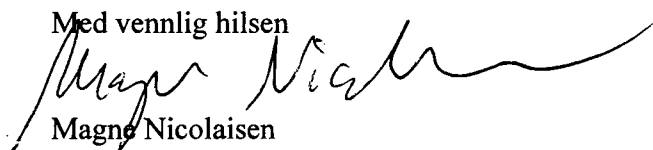
Tema for møtet var en gjennomgang av aktivitetene ved DMS Nord-Troms og drøfting av framtidig aktivitet på Sonjatun. Møtet konkluderte med at UNN og Sonjatun sammen skulle utarbeide forslag på tiltak for å redusere sengetallet og dreie mer av driften fra døgn til dag samt utadrettet drift i tråd med måten pasientsentrert helsetjenesteteam jobber. Et felles mål er å få til mer kostnadseffektiv drift. Dette arbeidet er igangsatt, og første milepæl i dette arbeidet er en workshop i Tromsø 26. september.

I forbindelse med dette arbeidet vil det bli nødvendig å endre på de inngåtte avtaler. Som en naturlig oppfølging av det igangsatte arbeidet sier derfor UNN opp avtalene. Dette gjelder;

- Hovedavtale mellom UNN og Nordreisa kommune om desentraliserte spesialisthelsetjenester ved DMS Nord-Troms sies opp, jfr avtalens pkt 8.
- Underavtale om desentralisert områdegeriatrisk tjeneste (OGT) ved DMS Nord-Troms sies opp, jfr. avtalens pkt. 7.
- Underavtale om desentralisert fødetilbud ved DMS Nord-Troms sies opp, jfr. avtalens pkt. 8.
- Underavtale for desentralisert hudbehandlingstilbud ved DMS Nord-Troms sies opp, jfr. avtalens pkt 8.
- Underavtale for desentralisert røntgentilbud ved DMS Nord-Troms sies opp, jfr. avtalens pkt. 9.
- Underavtale for desentralisert dialysetilbud ved DMS Nord-Troms, jfr avtalens pkt 7.

Avtale mellom Nordreisa kommune og UNN om drift av sykestueplasser er allerede sagt opp i brev datert 16.4.2012.

Med vennlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Magne Nicolaisen', written over the printed name.

Magne Nicolaisen
avdelingsleder

Kopi til:

DMS Nord-Troms v/leder Aina Karoline Hagen, Sonjatunveien 21, 9151 Storslett



NORDREISA KOMMUNE h. Berg	
27 SEPT 2017	
SAKSNR.	
LØFENR.	
DDK.NR.	ARK.KODE

Alle kommunene i Troms
v/ordfører
(25 postmottak)

Vår ref.:
16/5919-12
Løpenr.:
62508/17

Saksbehandler:
Line Samuelsen
Tlf. dir.innvalg:
77 78 80 11

Arkiv:
060 SAKSARKIV
Deres ref.:

Dato:
22.09.2017

LOV OM ELDRERÅD

Eldrerådskonferansen i Tromsø 6.-7. september vedtok følgende uttalelse:

«Eldrerådene i Troms samlet til møte i Tromsø 6.-7. september 2017 oppfordrer kommunene til å følge *Lov om eldreråd* § 1.1 hvor det står:

«For at eldrerådene skal oppfylle sin oppgave best mulig er det viktig at det etableres gode rutiner lokalt som bidrar til at rådene får aktuelle saker til behandling i rett tid, slik at rådsuttalelser er synlig i den politiske behandlingen»

Og § 4.1:

«Kommunene og fylkene har i henhold til § 4 og 8 en plikt til å sørge for tilstrekkelig og tilpasset sekretariatshjelp for rådet.»»

Med vennlig hilsen

Line Samuelsen
Sekretær for fylkeseldrerådet i Troms

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.



Alle kommunene i Troms
(25 postmottak)

Vår ref.:
16/5919-13
Løpenr.:
62509/17

Saksbehandler:
Line Samuelsen
Tlf. dir.innvalg:
77 78 80 11

Arkiv:
060 SAKSARKIV
Deres ref.:

Dato:
22.09.2017

FLERE DAGSENTERPLASSER

Eldrerådskonferansen i Tromsø 6.-7. september 2017 vedtok følgende uttalelse:

«Det drives i dag rovdrift på mange pårørende til hjemmeboende demenssyke og andre kronikere. Selv om den eldre befolkningen vil øke i de kommende 10-år, vil de fleste eldre være friske og ikke minst bidra betydelig med innsats i frivillighet. Det er beregnet at den frivillige innsatsen fra pensjonister er verdt 25 milliarder årlig.

Av hensyn til pårørende til personer med demenssykdommer og kronikere må det etableres langt flere dagsenterplasser.

Fylkeseldrerådet og eldrerådene i Troms fylke samlet til konferanse i Tromsø 6.-7. september 2017 ber kommunene i Troms etablere flere dagsenterplasser i kommunene i Troms.»

Med vennlig hilsen

Line Samuelsen
Sekretær for fylkeseldrerådet i Troms

Dette dokumentet er godkjent elektronisk og krever ikke signatur.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
34/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017
	Nordreisa kommunestyre	

Prosjektering av omsorgsboliger for mennesker med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester

Vedlegg

- 1 Møtereferat fra oppstartsmøte med interesseorganisasjoner 16.08.17
- 2 Møtereferat 2. møte med interesseorganisasjoner 13.09.17
- 3 Innspill fra Fagforbundet
- 4 Innspill fra Velferdsteknologiprojektet i Nord-Troms
- 5 Morgendagens aktivitetssenter
- 6 Ni tips som gir god omsorgsbolig
- 7 Sjekkliste bolig HMS og Husbanken
- 8 Innspill fra Sanitetsforeningen
- 9 Behandling av innspill

Rådmannens innstilling

Nordreisa kommune prosjekterer og bygger et omsorgssenter med inntil 12 omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Bygget skal være tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt. Inntil 4 av omsorgsboligene skal tilrettelegges for par. Bygget skal inneholde dagsenter.

1. Det settes en ramme på kr. 48.000.000,-. Det søkes investeringstilskudd fra Husbanken, og Husbankens retningslinjer skal følges.
2. Det bygges i regi av Nordreisa kommune.
3. Omsorgssenteret plasseres på Lundejordet i tilknytning til Sonjatun med base for hjemmetjenesten.
4. Helse- og omsorgsutvalget skal være referansegruppe for prosjektet.

Saksopplysninger

Saken om heldøgn omsorgsboliger har blitt drøftet og behandlet i flere saker de siste åra. I kommunestyret 13.10.2016, sak 82/16. Helse- og omsorgsutvalget 30.04.17 og kommunestyret igjen 20.04.17 i sak 21/17.

Det er ikke kommet frem nye moment i forhold til tidligere utredning av kombinasjon privat/ideelle organisasjoner og kommunal drift. Det kjennes ikke til andre sammenliknbare kommuner som har gått for en slik kombinasjon. Dette er også diskutert i møtene med interesseorganisasjonene.

Det er avholdt 2 møter med relevante organisasjoner og kommunale tjenester. Røde Kors og Demensforeningen var innkalt men hadde ikke mulighet å møte. Sanitetsforeningen, Rådet for funksjonshemmede, Eldrerådet, Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund, DELTA, Velferdsteknologiprojektet i Nord-Troms, kommunens ergoterapeut, kommunens hovedverneombud og sektorleder fra helse- og omsorg. Prosjektleder og sektorleder drift og utvikling. Alle har fått anledning til å gi innspill.

Tilbakemeldinger fra arbeidsgruppa er at Lundejordet er det beste alternative lokaliseringen. De har sett på nærhet til Sonjatun og mulighet til aktiviteter. Det er i umiddelbar nærhet til turterreng med gangstier, godt utbygd gang- og sykkelstier, butikker, kafeer og kultur. Området gir mulighet for å etablere gode uteområder for beboerne. Det er i et etablert bomiljø med skole og barnehage å nærheten, noe som skaper tilhørighet til samfunnet.

Med aktivitetssenter menes dagsenter. Det gis investeringstilskudd for dagsenter. Et dagsenter kan utvides til også å kunne benyttes på ettermiddag/kveld av veldedige og frivillige organisasjoner. Jfr. «Veileder for utvikling av Morgensdagens aktivitetssenter» <https://www.pensjonistforbundet.no/side/68-morgendagens-aktivitetssenter> der målsettingen er at «Morgendagens aktivitetssenter støtter opp under eldre som en samfunnsressurs, med deltakelse og frivillighet som grunnlag for god helse, fellesskap og livsglede». Dette betyr at et aktivitetssenter bør tilrettelegges som et flerbrukslokale, samtidig som at behovet for tilrettelegging for mennesker med demens eller kognitiv svikt blir ivaretatt.

Fra Husbankens veileder: «Prinsippene for normalisering og integrering innebærer at prosjektet ikke skal ha institusjonsliknende preg, og at dette plasseres i ordinære og gode bomiljøer».

Andre lokaliseringer ble drøftet. Det er ikke regulert tomter i Sørkjosen som passer til formålet, og Guleng kan skape en omsorgs-«opphopping».

Det er gode retningslinjer for utforming av omsorgsboliger med tilhørende rom. Bl.a. <http://www.aldringoghelse.no> (9 tips som gir god omsorgsbolig) og NAV (Sjekkliste ved bygging av nye omsorgsboliger som utløser tilskudd fra Husbanken).

Behov sikers ved å følge de retningslinjer for utforming av omsorgsboliger for mennesker med demens og kognitiv svikt. Nært samarbeid mellom relevante parter gjennom prosjekteringen er viktig for å sikre gode løsninger.

Velferdsteknologi blir ivaretatt som krav fra Husbanken og demensplan 2015 og 2020. Prosjektleder i Velferdsteknologiprojektet i Nord-Troms og ergoterapeut vil være en del av arbeidsgruppen gjennom hele gjennomføringen.

Målgruppa «eldre» inkluderer mennesker med demens og kognitiv svikt.

Fra Husbankens veileder for søknadsprosess og bruk av investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger: «Sykehjem og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for **mennesker med demens og kognitiv svikt** i tråd med Omsorg 2020 og Demensplan 2020. Dette innebærer blant annet små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilpasset uteareal». https://husbanken.no/tilskudd/tilskudd-investeringstilskudd/veileder_2012/ovrige_vikaar_utforming/

Husbanken investeringstilskudd

Det gis maksimalt tilskudd fra Husbanken pr. boenhet på kr. 1.415.000,- , noe som gir et maksimalt tilskudd på kr. 16.980.000,- for 12 boenheter.

Det gis tilskudd for lokaler for dagtilbud med inntil 55 % av anleggskostnaden. Maksimal størrelse på et dagsenter er 10 kvm/bruker. Det må også påregnes at dagsenteret skal kunne benyttes av andre enn beboere på senteret også. For 12 plasser kan tilskuddet beløpe seg til rundt kr. 1.500.000,- avhengig av anleggskostnaden.

Maksimalt tilskudd vi være ca. kr.18.500.000,- for 12 boenheter og et dagsenter for 12 personer.

Omsorgstrappa

Nordreisa kommune mangler trinn i omsorgstrappa. Omsorgsboliger for mennesker med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester vil dekke trinnet for mennesker som er som ikke kan bo hjemme, men som ikke nødvendigvis trenger sykehjemsplass. For tidene bor det mennesker på sykehjem som ellers kunne bodd i omsorgsboliger. Dette er kostbart og gir ikke en optimal livssituasjon for de det gjelder.

Vurdering

Omsorgsbygg lokaliseres på Lundejordet i tilknytning til Sonjatun og inneholde dagsenter. Det skal inneholde inntil 12 boenheter hvor inntil 4 boenheter tilpasses par. Det settes en ramme på kr. 48.000.000,-, og det søkes investeringstilskudd fra Husbanken. Frivillige organisasjoner må også kunne yte sine tjenester fra dagsenteret. Omsorgssenteret bygges i regi av Nordreisa kommune og helse- og omsorgsutvalget vil være referansegruppe.

Interesseorganisasjoner er blitt involvert i prosessen i forhold til plassering og hva som må tas hensyn til for at de skal kunne tilby sine tjenester på et optimal måte. Det er gitt innspill som vil tas med videre. Det er ikke kommet nye momenter på om det skal bygges i kommunal eller private/ideelle regi. Det ansees som en fordel å gjennomføre prosjektet i kommunal regi. Kravet til velferdsteknologi og tilpassete leiligheter blir ivaretatt gjennom Husbankens krav for å få investeringstilskudd.

Referat fra oppstartsmøte 16.08.17, omsorgsbolig pluss kl. 18-20 på Konferanserommet, Sonjatun

Tilstede:

Prosjektleder Olaf Nilsen

Sektorleder Dag Funderud

NSF Turid Halonen Hansen

2 representanter fra Sanitetsforeninga; Liv Barstad Andersen og Oddbjørg Jensen

Eldrerådet, Knut M. Pedersen

Rådet for funksjonshemmede, Harry Kristiansen

Hovedverneombud Heidi Jensen

Fagforbundet Beate Severinsen

Hege Elisabeth Nicolaysen, prosjektleder velferdsteknologi i Nord-Troms

Leder i hjemmetjenesten, Turid Karlsen Davidsen

Ergoterapeut Helene Hansen

Sektorleder helse og omsorg Kirsti Blomli, som også skrev referat

Følgende politiske vedtak ligger til grunn for møtet i dag:

- «Omsorgsboliger for eldre, sak 19/17 i helse og omsorgsutvalget, skissere innholdet i bygget, utbygging, tilgjengelig til fasiliteter på Sonjatun, aktivitetsfremmende og attraktive leiligheter med tanke på størrelse og gjester, kombinasjon omsorgsboliger og andre boliger, 12 stk. til eldre, inkludert dagsenter, kontor aktivitets og frivillighetssentralen, kontorer og base til hjemmetjenesten, Lundejorda.»
- Kommunestyrevedtaket endret HO-utvalget til at det skal bygges inntil 12 heldøgns omsorgsboliger (omsorgsbolig pluss) for eldre, og et dagtilbud. De andre arealene utgår, som eks. base for hjemmetjenesten.

Møtet startet med at Olaf Nilsen informerte om prosjektet, at det skal bygges inntil 12 omsorgsboliger med heldøgnstilsyn.

Nordreisa kommune har vært på befaring i Hammerfest, og i Kautokeino. De to prosjektene var veldig ulike, og det er viktig å ha en god utforming, jfr. Demensplan 2015 og 2020 slik at byggene er lett å orientere seg i for personer med demens eller annen kognitiv svikt.

Demensplan 2015 og 2020 beskriver hvilke tilpasninger og utforminger som skal til i boligene for at de skal være tilpasset målgruppen.

Saksgang i prosjektet:

Prosjektet begynner med en bestilling, og bestillingen er vedtaket fra kommunestyret.

Vedtaket beskriver hva vi skal bygge.

Møtet i dag skal gi de først innspill om hva vi tenker rundt prosjektet og at det gis mulighet til å komme med innspill.

Når innspillsrunden er ferdig, og saken har vært behandlet i politisk utvalg så skal det stilles krav til interesserte tegnere, de får prosjektere.

Mål: Kommunestyrevedtak snarest, helst i oktober 2017.

Innspill fra møtedeltakere:

Utsikt er viktig og sansehager, med aktiviteter som gir mening, både ute og inne.

Dagsenter, for hvilken målgruppe, eldre og/eller eldre med demens.

Plassering, forslag på Lundejorda og en eiendom på Storslett mellom PRIX og Statoil.

HO-utvalget er referansegruppa.

Få inn vaktmester og renhold tidlig i prosessen.

Inntil 12 omsorgsboliger + dagtilbud for hjemmeboende.

Må være noen leiligheter der par kan bo.

Robot støvsuger.

Robot gressklipper.

Varmekabler ute for å kunne gå hele året.

Glasstak?

Møtedeltakere sender Innspill innen 1. september til sektorleder helse og omsorg

Etterlyse helse og omsorgsplan, hvem jobber med den?

Ansatte fasiliteter, garderober, toalett, kontor, fellesareal.

Hvilerom, personale, langturnus.

Optimalisere velferdsteknologi.

Dersom noe er uteglemt, ta kontakt.

Kirsti Blomli

Referent

Møte om omsorgsboliger+, 13.09.2017 kl. 18 på konferanserommet, Sonjatun

Tilstede:

Prosjektleder Olaf Nilsen,

DELTA, Sissel Elveskog

Sektorleder Dag Funderud

Ergoterapeut Helene Hansen

Prosjektleder velferdsteknologi, Hege Nicolaysen

Funksjonshemmede råd, Harry Kristiansen

Hovedverneombud Heidi Jensen

Sektorleder helse og omsorg, Kirsti Blomli

1. Sett filmen Margit utfordrer velferdsteknologi
2. Sett filmen fra St. Hans haugen.
3. Hege informerte om befarings i Oslo
4. Olaf informerte om lignende alternativer i Nord Norge
5. Kirsti informerte om innspill
6. Beliggenhet på Lundejordet; ser skolebarn i nærområdet, turmuligheter på gangstier, Sonjatun nærhet. Trenger areal til sansehage.
7. Andre alternativ er Storslett sentrum, Sørkjosen, Guleng

Kirsti og Olaf lager en sak til politisk behandling.

Nordreisa kommune
V/ sektorleder helse og omsorg Kirsti Blomli

Fagforbundet ved HTV Beate Severinsen
Vernetjenesten ved Heidi Jensen

Innspill til bygging av heldøgnbemannede omsorgsboliger Nordreisa kommune

Plassering:

Av de tomtene som ble skissert på møte 16.8, vurderer vi Lundejordet som en grei plassering.

Byggets utforming:

Det finnes allerede føringer for hvordan boliger for demente skal utformes. I tillegg vil vi minne om at ansattes behov innfris.

- Hvilerom, kontor og garderober for ansatte. Dersom det innføres alternative turnusordninger må utformingen av bygget være tilrettelagt for dette.
- Tilrettelagt for vedlikehold/renhold. Tilstrekkelig store «bøttekott» med vann, sluk i gulv, tilrettelagt for vannsøl og oppbevaring av utstyr/maskiner.
- Tilrettelagt for gulvvaskemaskiner – ikke dørstokker. (og rullestol)
- Tilstrekkelig rom for byggdrifter/vaktmester.
- Tilstrekkelig store bad – så ikke plassmangel gjør arbeidet for personalet vanskelig.
- At bygget er tilpasset nord-norsk klima
- At evt sansehage er mulig å benytte også om vinteren, eks varmekabler.
- Tilrettelagt for velferdsteknologi.

I tillegg ønsker vi å minne om at det er naturlig å ha med vedlikeholdspersonalet, i arbeidsgruppa som jobber med å utforme bygget. Vaktmester/renholder.

Vi krever også at Hovedverneombudet tas med i denne gruppa.

Ved utforming av bemanningsplaner og turnus skal tillitsvalgte og verneombud tas med.

Storslett 29.8.17

Postadresse:
9151 Storslett

Telefon:
7777 0881
91549442

E-mail:
fagforbundet@nordreisa.kommune.no

Innspill til omsorgsbolig+ Nordreisa Kommune

Ofte opplever demente tap av trygghet og mestringsfølelse i hverdagen, velferdsteknologi kan være en hjelp i hverdagen slik at tapet ikke blir så omfattende.

I Omsorgsboligene må det legges opp til bruk av velferdsteknologiske løsninger som kan bidra til trygghets- og mestringsfølelse i forhold til hverdagsaktiviteter eller som avlastning for pårørende. Eksempler på slik teknologi er digitaltrygghetsalarm med mulighet for å koble på ulike sensorer slik som sengealarm, fallalarm, komfyrvakt, dørsensor o.l. Også hukommelsestavler i fellesareal som påminner om måltid, aktiviteter og tid. Spillteknologi kan også være en sosialaktivitet, dette er noe som kan kobles opp i etter at bygg er satt opp.

Det må også legges opp til smarthusteknologi slik som lysregulering (lys tennes når beboer beveger seg i rommet, kan være fallforebyggende), eventuelt temperaturregulering, lekkasjevakt/fuktsensor, omgivelseskontroll slik som dag-/nattbryter som f.eks regulerer tilgangen til strøm til komfyr, kaffetrakter, TV etc. Dette kan være brannreduserende tiltak.

Ansatte har trådløse mottakere slik som mobiltelefon for å motta varsler fra boligene. På denne måten vil ansatte være både fleksible og trygg på at de mottar varslene fra beboerne.

Det må gjøres en grundigere undersøkelser hvilke IT løsninger som må til for å få dette til å fungere optimalt.



Veileder for utvikling av Morgendagens aktivitetssenter



Pensjonistforbundet

trygghet, livskraft og initiativ.

En utvikling og fornyelse av dagens eldre og seniorsentre

Det er en sterk økning av antall eldre i befolkningen.

Det er viktig å engasjere denne gruppen som en ressurs for samfunnet. Dette er viktig for livsglede og folkehelse.

Om veilederen

Et felles prosjekt

I denne veilederen ønsker Pensjonistforbundet og Røde Kors å sette fokus på viktigheten av møteplasser i alle landets lokalsamfunn. Vi ønsker å stimulere til aktivitet og sosialt fellesskap for innbyggere i alle aldre.

Pensjonistforbundet har sammen med Norges Røde Kors, Røa eldresenter og Høgskolen i Telemark etablert seg i et felles prosjekt - Morgendagens aktivitetssenter

Mer om prosjektet på www.pensjonistforbundet.no/mas

Morgendagens aktivitetssenter

Forskningsbasert

Morgendagens aktivitetssenter er forskningsbasert og resultatene viser at vi må tenke nytt for å imøtekomme ønsker og behov for kommende generasjoner eldre i fremtiden.

» pensjonistforbundet.no/mas

Hva

Det er behov for flere og mer attraktive møteplasser med lokale og kulturelle tilpasninger.



» Målet er at alle lokalsamfunn skal arbeide for å etablere Morgendagens aktivitetssenter med livskvalitet, frivillighet og kulturelle tiltak i fokus

» En sykehjemsplass koster i gjennomsnitt ca. 1 million kroner per år. Aktiv deltakelse kan utsette behovet for institusjonsplass

Hvorfor

Morgendagens aktivitetssenter støtter opp under eldre som en samfunnsressurs, med deltakelse og frivillighet som grunnlag for god helse, fellesskap og livsglede.



Hvem

Morgendagens aktivitetssenter bør være steder hvor flere generasjoner møtes. Målet er helsefremmende og innholdsrike møteplasser.

Hvor

Morgendagens aktivitetssenter kan være ett senter eller en samling av aktiviteter hvor som helst i lokalsamfunnet. Det må være et godt utviklet transporttilbud som alle kan benytte.



Hvordan

Morgendagens aktivitetssenter skal være inspirasjon for alle som skal etablere en ny møteplass eller fornye et etablert senter.

» www.pensjonistforbundet.no/mas
Her finner du informasjon om de eksisterende senterene, samt informasjonfilmer og tips.

Svært gode grunner

Gode møteplasser

- » Morgendagens aktivitetssenter kan være for flere generasjoner og må ha et inkluderende miljø.

Varierte aktivitetsstilbud

- » Det bør være et mangfold av aktiviteter med åpningstider også på ettermiddag og kveldstid. Morgendagens aktivitetssenter bør fungere som en samlende arena for aktivitet, informasjon, kunnskap, kurs og rådgiving i lokalsamfunnet.

«Morgendagens aktivitetssenter skal være en arena for å yte og nyte.»

Mattilbud

- » Mattilbudet bør holde god standard og være åpent for alle.

Nyskapende

- » Morgendagens aktivitetssenter skal være aktuelle og nyskapende.





Frivillighet

- » Morgendagens aktivitetssenter skal være et lokalt samlingspunkt for frivillighet.

Samarbeid lokalt

- » Det må være et godt og organisert samarbeid mellom ulike aktører om utvikling og drift. Samarbeidspartnere kan være kommunen, eldrerådene, Frivilligsentralen, Røde Kors, Pensjonistforbundet, andre organisasjoner og lokale ildsjeler.

«Morgendagens aktivitetssenter skal være aktuelle og nyskapende og samtidig ta vare på gode tradisjoner.»

Organisering

- » Morgendagens aktivitetssenter kan eies og drives på forskjellige måter: Av kommunen, frivillige organisasjoner og/eller private aktører med støtte og samarbeid med stat og kommune.

Oppsummering

Morgendagens aktivitetssenter bør:

- Ha en ansatt leder
- Ha brukerråd
- Tilknytning til lokale frivillige organisasjoner
- Synliggjøres via alle aktuelle informasjonskanaler

Informasjon

Oppdatert informasjon om hva som skjer i prosjektet finnes på www.pensjonistforbundet.no/mas og bør finnes på alle kommuners hjemmesider.

«Det viktigste er at ditt lokalsamfunn finner sin modell.»

Kontakt

Tone Bye, prosjektleder
tone.bye@pensjonistforbundet.no
+47 41 80 48 32

Samarbeidspartnere

Prosjektet er et samarbeid med:





Pensjonistforbundet

Ni tips som gir god omsorgsbolig

Omsorgsbolig kan være til god hjelp for personer med demenssykdom. Her får du ni gode råd om hvordan boligene kan utformes.

Av Bjørn Kvaal

- Små enheter med få beboere. Husbanken anbefaler seks-åtte personer. Hvis utfordrende atferd: fire-seks personer. Små enheter betyr korte avstander og at det blir lettere å finne fram.
- Hjemlig miljø: Kjente omgivelser kan gi trygghet og gjenkjennelse.
- Egne møbler, gardiner og lignende i den private delen av boenheten.
- Adgang til hage og trygt uteområde.
- Oversiktlig miljø hvor det er lett å finne fram til fellesrom, eget rom, ut til uteareal/hage og enkelt å se hvor folk er.
- Lett å se WC fra senga.
- Lett å finne WC i fellesarealet.
- Tydelig informasjon gjør det lettere å orientere seg.
- Bygg boligene på bakkeplan slik at det er utgang til sanseshage/uteområde fra alle boenhetene.



– Skap et hjemlig miljø for personer med demenssykdom, sier Torhild Holthe, ergoterapispesialist ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. (Foto: Bente Wallander)

Trenger skreddersøm

- Personer med demens trenger skreddersøm for sin funksjonshemming, sier Torhild Holthe, ergoterapispesialist i Eldres helse ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Hun mener gode omgivelser og kompetanse hos personalet har en positiv effekt.

- Satsing på tilrettelagte omgivelser vil gjøre pleie og omsorg lettere for ansatte, og gi beboerne større muligheter for aktivitet og deltakelse i sitt bomiljø, sier Holthe.

Regjeringen startet i 2008 arbeidet med å utvikle bedre kunnskapsgrunnlag for hvordan bo- og institusjonstilbud bør utformes. I Demensplan 2015 "Den gode dagen" er et av målene å bygge og modernisere sykehjem og botilbud som er tilpasset personer med demens.

Sjekket verden rundt

I 2009 kartla Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten internasjonale rapporter som tok for seg utforming av botilbud for personer med demens. Rådene fra Torhild Holthe over er basert på blant annet disse funnene:

- Små, tilrettelagte enheter med hjemlig miljø og lavere beboertetthet har gunstig effekt på personer med demens.
- Fysiske omgivelser har gitt bedring for personer med demens på fire områder: Nivå på dagligfunksjoner, adferdsforstyrrelser, positiv adferd og livskvalitet.
- Enkel utforming fremmer rom- og stedsans. Det er lettere å orientere seg i korte korridorer med få vegvalg, beboerne kunne klare seg selv over korte avstander.
- Skilt og fargekoder hadde liten effekt, avhengig av grad av kognitiv svikt.
- Tilgang på hage i umiddelbar nærhet ga tydelig effekt på adferdsmål i én studie.
- Det er ikke vist at fysiske omgivelser påvirker utviklingen av demens.
- Færre stimuli (nøytral design og farger) ga færre katastrofereaksjoner og lavere medikamentbruk.
- Det er ikke påvist at endringer i det fysiske miljøet reduserer vandringsadferd, men visuell modifisering og tilrettelegging kan dirigere vandrere til trygge områder.
- Særpreget på hvert rom, kortere korridorer, rolige omgivelser, tydelig informasjon og få beslutningspunkter gjør det enklere å orientere seg.
- Enerom med personlig preg som egne eiendeler, møbler og innredning ga færre psykiske symptomer.
- Toalett som er lett tilgjengelige og med synlig, åpen dør, eget toalett på soverom og enkel tilgang fra fellesrom, gir økt bruk blant beboere med demens.
- Beboere med demens har roligere adferd i mindre, oversiktlige enheter med hjemlige og rolige miljøer. Variasjon og særpreget på fellesområder ga mindre depresjon, sosial tilbaketrekning og hallusinasjoner.
- For personer med aldersdemens tyder dokumentasjonen på fordeler ved å bo på skjermet enhet fremfor tradisjonelle pleiehjem. Det er lignende potensiale i bofellesskap. Men tilbudet er dårlig definert. Integrering har ført til at personer uten demens havner i kognitiv og emosjonell status. Studier taler derfor for segregasjon i boform etter grad av kognitiv svikt.

Får ikke rom

Rapporten konkluderer også med at elementer i arkitektur og design har bedre effekt i samspill med utdanning av personale og et tilpasset program. Formålmessig bygd fysisk miljø har positiv effekt på livskvalitet.

I mange kommuner er det vanskelig å få en plass i et bokollektiv eller i en skjermet enhet, fordi det er mange som trenger slike plasser. Landsundersøkelsen i 2004/2005 viste at 90 prosent av kommunene i Norge hadde tilrettelagte tilbud, men bare 20 prosent av plassene i sykehjem var tilrettelagt for personer med demens. Dette til tross for at mellom 70 og 80 prosent av beboerne i sykehjem har en demenssykdom.

Publisert/oppdatert: mars, 2010



Sjekkliste ved bygging av nye omsorgsboliger som utløser tilskudd fra Husbanken

Når det bygges nye omsorgs-/serviceboliger, er det viktig at disse ivaretar eventuelle fremtidige hjelpemiddelbehov. Kommunens ergo-/fysioterapitjeneste bør involveres tidlig i prosjekteringsfasen.

Viktige anbefalinger å huske på i prosjekteringen:

Generell tilrettelegging:

- Stikkontakter ved vindu, hvor det kan være aktuelt for noen brukere å montere vindusautomatikk.
- Det bør legges opp stikkontakter i ”lysbyterhøyde”, da mange eldre og funksjonshemmede har store problemer med å bruke kontakter som sitter langs gulvlistene.
- Anbefaler at det settes av lagringsplass i/ved boligen for lagring av hjelpemidler.
- Bør være god bæring/forsterket tak, for å klargjøre for evt. behov for takmontert personløfter (soverom, bad). Alle forstreknings tegnes inn på boligtegningene slik at de enkelt gjenfinnes den dagen behovet for takmontert personløfter oppstår.
- Vær bevist på valg av gulvbelegg både i forhold til rengjøring, fremkommelighet med rullestol, personløfter m.m. og i forhold til slitestyrke (rullestoler kan dra med seg både litt fukt og grus).

Adkomst:

- Terskelfritt inne i leiligheten.
- Anbefalt dørbredde: 1 meter. Vurder skyvedører der det er hensiktsmessig inne i leiligheten. Ikke hev/senk dører (verandadør – da disse ikke kan settes dørautomatikk på). Vær også oppmerksom på at dører med mye glass kan komme i konflikt med en evt. montering av dørautomatikk.
- Stikkontakter i overkant (på hengslesiden) av dører, der det kan være aktuelt å montere på dørautomatikk.
- Overhold anbefalt svingradius i forhold til bruk av rullestol.

Bad:

- Badet bør ha god plass slik at en kommer godt til ved behov for bistand og for å kunne forflytte seg på badet.
- God plass på hver side av toalettet: 90 cm på hver side. Det anbefales 110cm hvis det settes inn dusj.
- Toalettet bør skrues fast i gulvet. Toalett som ”limes” fast i gulvet kan lett løsne.
- Stikkontakt ved toalett, klargjøre for evt. behov for å låne hev/senk mekaniske eller tørk/spyl mekanisme til toalett.
- Må være mulighet for å feste toalettarmstøtter i gulv eller vegg. Ved feste i vegg bør veggene være forsterket med for eksempel 22 mm kryssfiner. Vær også oppmerksom på at varmekabler legges slik at de ikke kommer i konflikt med evt. armstøtter som kan festes i gulv.
- Det bør også forsterkes med for eksempel 22 mm kryssfiner bak vask på badet, for å klargjøre for evt. behov for hev/senk mekanisme på vask.
- Fleksible rør med mulighet for hev/senk (vann/avløp)
- Opplegg for varmt vann til toalett

Kjøkken:

- Bør være åpent under deler av kjøkkenbenk slik at en kan sitte å jobbe, for eksempel i rullestol.
- Forsterkning med for eksempel 22 mm kryssfiner eller tilsvarende bak kjøkkenskap, for klargjøring for evt. behov for hev/senk mekanisme på kjøkkenskap.
- Fleksible rør med mulighet for hev/senk (vann/avløp)

Ved behov for råd eller veiledning, ta kontakt med kommunens ergoterapeut eller med Nav Hjelpemiddelsentral i fylket.

9151 Storslett 30.08.17

Sektorleder helse/omsorg Kirsti Blomli
Postboks 174
9151 Storslett

Vedr. bygging av omsorgsbolig +

Nordreisa sanitetsforening møtte med 2 personer på møtet 16.08.17-
Vi ser positivt på at det vil settes i gang bygging av omsorgsboliger for demente.
Lundejordet synes fornuftig som passering.

Vårt innspill i denne saken vil være å stille med frivillige personer som kan hjelpe til på
tiltenkte aktivitetssenter.



Vennlig hilsen Liv Barstad Andersen

Oddbjørg Jensen

Nordreisas Sanitetsforening		
Innspill	Vurdering	Ivaretas
Lundejordet passer bra.		I saksbehandlingen
Kan stille med frivillige aktivitetssenter.	Må ikke gå på bekostning på beboernes behov for privat sfære.	I prosjekteringsfasen. Vi må legge opp til at frivillige organisasjoner får adgang til aktivitetssenteret
Fagforbundet		
Innspill	Vurdering	Ivaretas
Hvilerom, kontor og garderober for ansatte. Dersom det innføres alternative turnusordninger må utformingen av bygget være tilrettelagt for dette.	Avhengig av hvordan driften organiseres. Ansees som naturlig.	I prosjekteringsfasen (beskrivelsen)
Tilrettelagt for vedlikehold/renhold. Tilstrekkelig store «bøttekott» med vann, sluk i gulv, tilrettelagt for vannsøl og oppbevaring av utstyr/maskiner.	Naturlig del av bygget.	I Prosjekteringsfasen.
Tilrettelagt for gulvvaskemaskiner – ikke dørstokker. (og rullestol)	Som en del av effektiv drift og universell utforming.	I Prosjekteringsfasen.
Tilstrekkelig rom for byggdrifter/vaktmester.	Naturlig del av bygget.	I Prosjekteringsfasen.
Tilstrekkelig store bad – så ikke plassmangel gjør arbeidet for personalet vanskelig.		Naturlig del av bygget.
At bygget er tilpasset nord-norsk klima	Stort fokus plassering.	Stiller krav til slik kompetanse ved valg av arkitekt.
At evt sansehage er mulig å benytte også om vinteren, eks varmekabler.	Stort fokus på sansehage.	I prosjekteringsfasen (beskrivelsen)
Tilrettelagt for velferdsteknologi	Krav i Husbanken.	Gjennom hele prosessen.

<p>I tillegg ønsker vi å minne om at det er naturlig å ha med vedlikeholdspersonalet, i arbeidsgruppa som jobber med å utforme bygget. Vaktmester/renholder.</p> <p>Vi krever også at Hovedverneombudet tas med i denne gruppa.</p>	<p>Viktig å ha trekke relevante fag inn i prosjekteringen.</p>	<p>Relevante fag tas inn ved behov. Hovedverneombud fast deltaker.</p>
<p>Velferdsteknologiprojektet i Nord-Troms ved Hege Nicolaisen</p>		
<p>Innspill</p>	<p>Vurdering</p>	<p>Ivaretas</p>
<p>I omsorgsboligene må det legges opp til bruk av velferdsteknologiske løsninger som kan bidra til trygghets- og mestringsfølelse i forhold til hverdagsaktiviteter eller som avlastning for pårørende</p>	<p>Krav fra Husbanken. Velferdsteknologi må være med gjennom hele prosessen. Denne teknologien er i rask utvikling, og det er viktig at dette faget er nært knyttet til prosjektet.</p>	<p>Gjennom hele prosessen.</p>
<p>Det må også legges opp til smarthusteknologi</p>		
<p>Ansatte har trådløse mottakere slik som mobiltelefon for å motta varsler fra boligene</p>		
<p>Det må gjøres en grundigere undersøkelser hvilke IT løsninger som må til for å få dette til å fungere optimalt</p>		



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
35/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017

Endring av legemiddelhåndtering i helse og omsorgstjenesten

Rådmannens innstilling

Helse og omsorgstjenesten iverksetter multidose på alle pasienter som har et vedtak, dvs. pasienter som er stabil i sin helsetilstand. Medisinkabinett utredes videre i henhold til pris og praktisk egnethet i forhold til beliggenhet på Sonjatun. Investering på kabinett på 1,2 mill må utredes i forhold til lønnspmhet.

Saksopplysninger

Sonjatun har per i dag 5 medisinalager:

- Sykehjem
- Sykestue/OGT/ føden
- legetjenesten
- Omsorgssenteret
- Bo- og Kultur

Hjemmetjenesten, Rus og psykisk helse, Høgegga og Guleng har også eget lager, men der er medisinerne pasientbundet og pasientene betaler selv sine medisiner.

Tradisjonelt legges det ut medisiner i dosett for hver pasient i alle virksomheter (unntatt legetjenesten) og delvis i hjemmetjenesten. Dette gjør at alle virksomheter må ha medisiner på lager. Alle virksomheter har budsjett på medisiner. En opplever at det er store mengder medikamenter som går ut på dato fra hvert av medisinalagrene ved Sonjatun. Dette blir både et kostnadsspørsmål og et miljøspørsmål.

Multidose:

Hjemmetjenesten har over tid jobbet for at pasientene skal ha multidose. Multidose gjør at hver enkelt pasient får sine medisiner ferdig dosert fra apoteket for 14 dager. Denne høsten har de satt

enda flere på multidose. Målet må være at alle pasienter som er egnet, dvs, stabil skal ha multidose.

Forskning viser at det er 10% feil ved legging av medisiner manuelt i dosett, mens 0,2 promille feil ved medisiner pakket av maskiner i multidose. Målet skal være nulltoleranse for feilmedisinering. I dag brukes mye sykepleier ressurs for bestilling av medisiner, legge ut medisiner, kontrollere medisiner og holde orden på medisinlager.

Undersøkelser viser at det er mange fordeler med multidose, og at det er framtida i forhold til pasientsikkerhet og effektiv bruk av personellressurser.

<https://www.kristiansand.kommune.no/globalassets/helse-og-omsorg/innovasjon-planer-og-prosjekter/usht/24.09.2015-fagdag-multidosepresentasjon.pdf>

En multidose koster 40 kr i uka, dvs. 2080 kr i året.

I en virksomhet med 16 pasienter vil det koste 33.280 kr i året med multidose.

Dette tilsvarer en ukespris på 640 kr i uka i doseringskostnader.

Alternativt med tradisjonell manuell dosering regnes ca. 40-50% stilling, dvs. 5000-6000 kr hver uke.

Gevinstrealiseringen vil være inntil 5000 kr i uka, samt å ha fokus på andre viktige sykepleieroppgaver enn dosering.

Besparelse for 3 sykehjem vil kunne tilsvare 100-125% stilling.

Medisinkabinett:

Medisinkabinett er elektronisk medisinskap. Et eksempel er tatt i bruk på helsehuset i Tromsø kommune.

Leverandøren av Health tech sier dette om deres elektroniske legemiddelsystem:

http://www.health-tech.no/wp-content/uploads/HT_Helhetlig-medikamenth%C3%A5ndtering.pdf

Bedre pasientsikkerhet:

- ELS gir en mer effektiv arbeidsprosess og frigjør tid til pasienten.
- ELS kan integreres til pasientjournalssystem, forordning, apoteksystem etc.
- ELS gir oversikt over brukere, pasienter, medikamenter, tidspunkt og doser
- ELS gir full kontroll og høyere sikkerhet ved uttak

Spart sykepleier tid:

- ELS gjør at narkotikauttak ikke lenger krever to personer
- ELS teller automatisk og klargjør umiddelbart narkotikaregnskapet
- ELS kan produsere narkotikarapporter etter behov
- ELS sender automatisk bestilling til apoteket
- ELS produserer enkelt historikk, rapporter og analyser
- ELS frigjør tid til pasienten
- ELS betyr økt jobbtrivsel

Reduserte kostnader:

- ELS gir god og automatisk lagerstyring
- ELS holder kontroll på utløpsdato for medikamenter
- ELS gir redusert svinn og forbruk

Vurdering

I Nordreisa kommune vil en stadig være en foregangskommune for nye teknologiske løsninger som effektiviserer drift. Et felles medisinlager vil skape en helhetlig legemiddelhåndtering for pasienter og brukere av tjenestene. En ser at dette vil kunne skape bedre kvalitet slik at man unngår uheldige hendelser som feilmedisinering. Konsekvensene dette gir kan variere i alvorlighetsgrad, og det skal ikke skje feil. Medisin kabinett ser ut til å være en sikker metode hvor feil kan unngås i større grad. Dette kombinert med bruk av multidoser vil øke kvaliteten betraktelig ifølge forskning <https://sykepleien.no/forskning/2015/09/multidose> . En ser dette som er riktig vei å gå, da dette vil gi sykepleiere mer tid til å jobbe mer pasientrettet, og kvaliteten vil øke.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
36/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017

Organisering av sykestuesenger i Nordreisa 2018

Vedlegg

- 1 Rapport behandlet i styret RHF juni 17
- 2 Styresak 77-2017- Sykestuer i Nord-Troms - evaluering (002)

Rådmannens innstilling

1. Nordreisa kommune opprettholder dagens drift av 4 sykestuesenger i kommunen.
2. Det bevilges kr 950 000 kroner i økt ramme til helse og omsorgssektoren i budsjettprosessen for 2018.

Saksopplysninger

Evalueringsrapporten om sykestuesenger, som ble gjennomført i 2016/2017, viser at UNN har en besparelse på 5 millioner kroner med de 9 sykestuesengene som de 4 Nord-Troms kommunene drifter. Vedtaket fra Helse Nord er at det skal drives sykestue i alle kommunene. Dimensjonering av tilbudet må UNN HF og kommunene avklare seg imellom.

UNN HF og Helse Nord har betalt kr 3 367 206 i 2017 til driften av sykestuesengene i Nordreisa.

I møtet mellom UNN HF og Nordreisa kommune 29.06.2017, sier ledelsen ved UNN at de vil fortsatt vil støtte driften sykestuene i Nord Troms. Hvor mye drift de vil satse på i Nordreisa er ikke klart enda.

Det er avtalt et arbeidsmøte med ansatte fra DMS Nord-Troms og UNN HF hvor en vil jobbe med avtalene om sykestue, områdegeriatrisk tjeneste (OGT) og fødetilbud. En vil ut fra dette komme nærmere en konklusjon på dimensjoneringen av sykestuedriften i Nordreisa.

Vurdering

Slik saken ligger i dag vil en gå ut fra at beløpet på 5 millioner kroner vil bli fordelt mellom kommunene ut fra befolkningstall. En gjør oppmerksom på at besparelsen på 5 millioner er beregnet ut i fra tall i 2015, og må dermed deflatorjusteres 3% i 2015, 2,7% i 2016 og 2,5% i 2017. I Nord-Troms 4 er det en befolkning på 11196. Dette utgjør sykestue tilskudd fra UNN på 446,59 kr per person.

Hvis en går ut fra dette vil tilskudd til hver kommune se slik ut:

Kommune	Befolkning	Beløp 2015	Beløp 2018
Nordreisa	4919	2 196 766 kr	2 381 855 kr
Skjervøy	2912	1 300 464 kr	
Kåfjord	2132	952 125 kr	
Kvænangen	1233	550 643 kr	

De 4 sykestuesengene i Nordreisa kommune har hatt et tilskudd fra Helse-Nord og UNN HF på ca 3 millioner kroner årlig. Hvis en går ut fra at tilskuddet vil bli beregnet ut fra besparelsene på UNN og ut fra befolkning vil da Nordreisa motta et tilskudd på 985 351 kr mindre i 2018 enn i 2017. I tillegg mottar kommunene et tilskudd fra staten til drift av KAD (kommunal akuttdøgnenhet) som er innlemmet i rammetilskuddet til kommunen.

Alternativ 1:

Nordreisa kommune prioriterer å drifte 4 sykestuesenger og legger inn 985 500 kroner mer i budsjett for 2018. Noe av beløpet vil blir dekket gjennom brukerbetaling for korttidsopphold og poliklinikk egenandeler jf. vedtak i kommunestyre desember 2016. Egenandeler vil anslagsvis kunne dekke ca 40 000 kr av driftutgiftene. I tillegg har KAD tilskudd hatt en økning i 2017, men tilskuddet er allerede inn i rammetilskuddet og gir netto ingen friske midler.

Alternativ 2:

Nordreisa kommune tar ned sykestuedriften med 1 seng og må redusere antall ansatte jf. kostnad. Dette vil ha konsekvenser for tilbudet for pasienter, da sykestuesengene tradisjonelt har hatt liggedøgn per år på over 100%. Det vil også gi negative konsekvenser for OGT og fødetilbudet ved DMS'et.

Alternativ 3:

Det foretas ingen endring i rammen til DMS'et. Nordreisa kommune avventer hva UNN HF kommer frem til i forhold til dimensjonering av sykestuesengene. Faren er at UNN ikke opprettholder dagens tilskuddsnivå, og at en havner ut med merforbruk i 2018.

Det anbefales å opprettholde driften av sykestuesengene, da dette gir befolkningen mulighet til behandling lokalt. Behandling lokalt vil også medføre reduksjon av utskrivingsklare pasienter og dermed besparelser i forhold til det.

For å unngå et merforbruk i 2018, anbefales det at rammen til sykestua økes tilsvarende reduksjon i tilskudd fra UNN HF.

Evaluering av sykestuene i Nord-Troms

Nærhet til helsetjenester gjennom samhandling

Dato: 1. juni 2017

1. Forord

Vi lever lengre og økningen i antall eldre gi økt behov for sykehustjenester og pleie- og omsorgstjenester frem mot 2030.

Sentraliseringstrenden fører til at andelen eldre i distriktene vil øke framover.

En forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er også at primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, og at samhandlingen mellom kommunene og sykehusene videreutvikles.

Forord fra Ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende til Nasjonal helse- og sykehusplan, sitat:

«Helsetjenesten er til for pasientene. Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. Det skal være pasientenes helsetjeneste og ikke helsetjenestens pasienter. I pasientens helsetjeneste blir alle sett, hørt og møtt som den man er. Trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet er bærende elementer.»

Innhold

1. Forord	2
2. Forkortelser	4
3. Sammendrag	5
4. Innledning og bakgrunn	7
4.1 Mandat	7
4.2 Historisk bakgrunn for sykestuene	8
4.3 Hva er en sykestue?	8
4.4 Hva er en ØHD-seng?	9
5. Pasient- og brukerperspektivet	10
6. Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene	11
6.1 Rekruttering og stabilisering	11
6.2 Samfunnsutvikling og fremtidige behov	13
6.3 Helsetjenester til etniske minoriteter	15
6.4 Tiltakssonen	16
7. Aktivitetsdata	17
7.1 Forbruk av prehospitale tjenester	17
7.2 Forbruk av pasienttransport	19
7.3 Forbruk av sykehustjenester	20
7.4 Forbruk av sykestuer/ ØHD-senger	23
8. Analyse av de ulike alternativene	25
8.1 0-alterativet, dagens organisering og finansiering	25
8.2 Alternativ 1: Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD	26
8.3 Alternativ 2: Sentralisering av sykestuene	26
8.4 Alternativ 3: Videreføring av dagens organisering med færre senger	27
9. Prosjektgruppens anbefaling om videre organisering av sykestuene	27
10. Vedlegg	28
11. Referanser	33

2. Forkortelser

DMS	distriktsmedisinsk senter
HF	helseforetak
KAD	kommunalt akutte døgnplasser
OSO	overordnet samarbeidsorgan (mellom HF og kommuner)
SSB	Statistisk Sentralbyrå
RHF	regionalt helseforetak
UIT	Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
ØHD	øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold

3. Sammendrag

Helse Nord RHF har i samarbeid med UNN og kommunene i Nord-Troms (Kvæningen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy) evaluert bruk og drift av sykestuene. Prosjektgruppen har ikke klart å definere et klart skille på pasienten som ligger i sykestuesengen og ØHD-sengen. På denne bakgrunn er det enighet om at det i prinsippet er de samme pasientgruppene.

I 2009 beskrev Samhandlingsreformen Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold (ØHD-senger) som et viktig virkemiddel for å løse fremtidens helseutfordringer. Helsedirektoratet har estimert et behov på ca.1 seng pr. 7000 innbygger for ØHD-tilbudet. Dette utgjør et behov for ca. 2 slike senger i kommunene i Nord-Troms.

Dagens løsning har totalt ni øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/sykestuesenger som er fordelt slik:

- Kåfjord: en seng
- Nordreisa: fire senger
- Skjervøy: tre senger
- Kvæningen: en seng

Kommunene har hatt et ønske om å videreføre dagens dimensjonering.

Oppsummert fremkommer følgende funn:

- Den kommunale aktiviteten på ØHD/sykestuenivå i kommunene i Nord-Troms er betydelig høyere enn for landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.
- Kommunene har et vesentlig lavere forbruk av ambulansetjenester både sammenlignet med nabokommuner og Nord-Norge generelt.
- Forbruket av pasientreiser er lavere.
- Det totale sykehusforbruket (antall liggedøgn pr. 1000 innbygger) er lavere enn nabokommuner og resten av Troms.
- Gjennomsnittstall for antall akuttinnleggelser er 18 % lavere enn for sammenlignbare nabokommuner og 20 % lavere enn i Nord-Norge.
- Antall utskrivningsklare pasienter er ca. 30 % lavere i disse kommunene enn i sammenlignbare nabokommuner og andre kommuner i UNN sitt opptaksområde.

Medisinske motiver dominerer beslutningen om å henvise til sykehus, mens pleiebehov, lange avstander til sykehus og tilgang på sykestue med medisinsk behandling er tilleggsmotiver som reduserer antall henvisninger til sykehus.

Samhandlingsreformen medførte en overføring av ansvar og oppgaver fra sykehusene til kommunene. Gjennomgangen av innholdet i det kombinerte ØHD/sykestuetilbudet viser at det tilbudet som gis her i all hovedsak er tilbud som faller innenfor det kommunale tilbudet ØHD. Prosjektgruppen har funnet at dette tilbudet er større i disse fire kommunene enn i landet for øvrig og i forhold til sammenlignbare kommuner. Det synes også klart at dette utvidede tilbudet har positiv effekt på bruken av UNN sine ressurser. UNN har sannsynligvis årlige kostnadsbesparelser på mer enn 5 millioner kroner. Dette er imidlertid noe lavere enn de årlige tilskuddene fra UNN i dag.

Prosjektgruppen mener å ha påvist positive effekter av det utvidede ØHD-tilbudet i disse kommunene og anbefaler at det fortsetter, men med færre senger enn i dag. For å avstemme konkret kapasitet i de enkelte kommunene og bruk av dette utvidede tilbudet må samarbeidet og samhandlingen med UNN styrkes og formaliseres.

For å sikre innspill fra brukerne har prosjektgruppen innhentet uttalelse fra eldrerådene i hver av de fire kommunene.

4. Innledning og bakgrunn

Evalueringen av sykestuene i Nord-Troms ble besluttet gjennomført etter en rekke møter mellom representanter fra Nord-Troms-kommunene, UNN og Helse Nord RHF.

Representanter fra Helse Nord RHF og UNN v/samhandlingsleder gjennomførte høsten 2016 besøk på alle sykestuene samt et fellesmøte med representasjon fra alle kommuner. Etter dette møtet ble det foreløpige mandatet korrigert med innspill fra kommunene. Prosjektet har innhentet tilgjengelige data fra ulike kilder og forsøkt å kvalitetssikre disse på best mulig måte. Prosjektgruppen er kommet frem til følgende resultat i utredningen:

Kommunene har det medisinskfaglige ansvaret for diagnostikk og behandling av den enkelte sykestue/ØHD pasient¹.

Forutsetningen for at UNN eventuelt skal delfinansiere drift av sengene, er at tilbudet har en så god kvalitet at pasienter som normalt ville blitt innlagt på UNN, får sitt tilbud lokalt. En slik vurdering baserer seg på en utredning av punktene under. Det er denne delen av tjenesten som ligger til grunn for eventuell finansiering fra UNN.

4.1 Mandat

Prosjektet skal utrede fremtidig organisering av sykestuene i Nord-Troms.

Følgende alternativer skal utredes:

1. 0- alternativet, dagens organisering og finansiering.
2. Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD.
3. Sentralisering av sykestuene/ØHD med delfinansiering.
4. Videreføre dagens organisering med delfinansiering av færre senger.

I arbeidet med prosjektet skal en beskrive følgende aspekter knyttet til disse alternativene:

- Historisk bakgrunn for sykestuene.
- Definisjon av begrepene sykestuer/ØHD senger.
- Pasientperspektivet.
- Beskrive dagens kompetanse, herunder rekruttering og stabilisering.
- Samfunnsutvikling og fremtidige behov.
- Beskrive de prehospitale tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for i tilknytning til Nord-Troms-kommunene inkludert en redegjørelse for kjøreavstander.
- Økonomiske/samfunnsøkonomisk perspektiv.

¹ Det har ikke vært mulig å skille «sykestueaktivitet» og «ØHD-aktivitet» i de innrapporterte tall. Derfor benyttes «Sykestue/ØHD-pasient» begrep for aktiviteten.

4.2 Historisk bakgrunn for sykestuene

Historisk har leger, forskere og ulike rapporter sagt dette om sykestuer:

«Sykestuene er en halvannenlinjetjeneste med fokus på samhandling om pasientene og faglig utvikling, som gir god samfunnsøkonomi. Sykestuene er særskilt opprustet med personell og utstyr. Det gis blant annet livreddende behandling for kritisk syke pasienter som befinner seg langt unna sykehus». (1)

Den mest gyldige definisjonen av en sykestuepasient er: pasient innlagt til diagnostisering, observasjon og behandling, som alternativ til sykehusinnleggelse. (2)

Sykestuedrift er hjemlet i sykehusloven fra 19. juni 1969 (3). Der står det at sykestuene er en institusjon mellom hjem og sykehus der primærlegen kan observere, gi enkle behandlinger, avklare behov for sykehusbehandling og unngå unødige sykehusinnleggelser.

Sykestuer fantes i hele Distrikts-Norge fram til 1970-tallet. I 1972 var det til sammen 64 sykestuer med i alt 1005 senger i 15 av Norges fylker. Etter 1970 har myndighetene prioritert utviklingen av sykehus, og dermed er antall sykestuer redusert. Sykestuene har vært en vesentlig del av den desentraliserte helsetjenesten i Nord-Norge.

I 1988 førte en politisk reform til at ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkene til kommunene. Etter dette har mange sykestuer blitt nedlagt av økonomiske grunner. Til tross for en gradvis reduksjon av sengeantallet representerer Nord-Troms fremdeles et unntak, hvor kommunene har valgt å opprettholde dette tilbudet til sin lokalbefolkning.

Gjennom flere tiår har driften på alle sykestuene vært et kommunalt øyeblikkelig-hjelp-tilbud, lenge før både samhandlingsreformen og plikten til å etablere et kommunalt akuttdøgntilbud trådte i kraft. Sykestuene har fungert som en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem.

Sykestuene i Nord-Troms har årelange tradisjoner med sykestuedrift helt tilbake til midten av 1900-tallet, der kompetanse og erfaring om drift, kvalitetsutvikling og pasientforløp er godt utviklet.

4.3 Hva er en sykestue?

Ifølge sykehusloven fra 19. juni 1969 (3) beskrives sykestuer slik:

«Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.»

En sykestue i dag består vanligvis av et akuttrom og en liten sengepost samlokalisert med et sykehjem og/eller et helsesenter.

Hovedgrupper av pasienter som legges inn i sykestuene er:

Kreft, hjerneslag, brudd og luftveissykdommer, synkope (besvimelser), sepsis (blodforgiftning), blodtransfusjoner, cellegiftbehandling, hjertesvikt, akutte magesmerter, forvirring/delir, angst/depresjon/selvmoordsfare, avrusning for alkohol og narkotika, og behandling og pleie i livets slutfase.

4.4 Hva er en ØHD-seng?

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 pålegger kommunene et ansvar for øyeblikkelig hjelp. Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen, eller henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten for nødvendig behandling og oppfølging. Rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd.

Følgende hovedgrupper av pasienter inngår i dagens tilbud:

- Stabile pasienter med avklart diagnose.
- Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk.

ØHD-sengene skulle innføres gradvis over fire år fra 2012. Etablering av sengene var søknadsbasert, og det var krav om at søknaden skulle inkludere signert samarbeidsavtale mellom kommunen og det aktuelle helseforetaket før tilskudd ble utbetalt. Omfanget av tiltaket var definert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og skulle, når alle kommunene hadde dette på plass, gi 242 032 liggedøgn pr. år. Det skjedde en ansvarsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Pengene ble flyttet fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og lagt inn i rammen til kommunene.

Totalt var det 1 048 millioner kroner (2012-kroner) som ble tatt fra sykehusbudsjettet og tildelt kommunene etter mal av beregningsgrunnlaget til HOD (4).

Fra og med 1.1.2016 hadde kommunene plikt til å ha tilbudet på plass. Tiltaket er ikke lenger søknadsbasert og pengene kommer direkte i rammeoverføringen til den enkelte kommune.

I veiledningsmateriell for etablering av ØHD-tilbudet (4) heter det blant annet at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal gis der pasienten kan få et like godt eller bedre tilbud enn ved sykehusinnleggelse. Tilbudet skal på den måten redusere antall sykehusinnleggelser.

Som en følge av finansieringsmodellen har helseforetakene redusert sin kapasitet (antall senger) tilsvarende etableringen av de nye kommunale sengene. Hvis denne endringen skal gi et like godt eller bedre tilbud til befolkningen, er det avgjørende at ØHD-sengene blir benyttet i tråd med intensjonene. Funn, både lokalt og nasjonalt, viser imidlertid at kapasitetsutnyttelsen i ØHD-sengene er lav. Det stilles også spørsmål om det er de riktige pasientene som ligger i disse sengene, eller om ØHD-tilbudet benyttes til pasientgrupper som kommunen allerede har ansvar for, som utskrivningsklare pasienter og sykehjemspasienter.

For kommunene i Nord-Troms og omkringliggende kommuner gav denne beregningen følgende utslag:

Tabell 1 Helsedirektoratets tilskuddsbeløp i 2015. Antall liggedøgn er stipulert av Helsedirektoratet.

Kommune	Årlig tilskuddsbeløp til ØHD-seng(er)	Stipulert antall liggedøgn i ØHD-sengen(e)
Kåfjord	Kr 603 994,-	127 liggedøgn/år.
Skjervøy	Kr 708 510,-	149 liggedøgn/år.
Nordreisa	Kr 1 206 886,-	253 liggedøgn/år.
Kvænanngen	Kr 366 356,-	77 liggedøgn/år.
Storfjord	Kr 464 272,-	97 liggedøgn/år.
Balsfjord	Kr 1 505 032,-	316 liggedøgn/år.
Lyngen	Kr 843 830,-	177 liggedøgn/år.
Karlsøy	Kr 664 502,-	139 liggedøgn/år.

5. Pasient- og brukerperspektivet

For å utøve pasientens helsetjeneste er det viktig å høre hva brukerne sier. Prosjektgruppen har hentet innspill fra ungdoms- og elderåd i kommunene (se vedlegg 1–4) for detaljerte møteprotokoller. Felles for disse er at de mener kommunene må få beholde sykestuene. Dette begrunnes i lange avstander til UNN Tromsø, og at pasientene kan få behandling nært der de bor. Trygghet og nærhet til tilbudet har stor betydning når de har behov for helsetjenester. De kjenner helsepersonellet, og de pårørende har kort vei for å besøke dem ved innleggelser. På denne bakgrunn ønsker de ikke en sentralisering av sykestuene til

Nordreisa. Blant annet er Kvænangsfjellet ofte stengt om vinteren. En sykestue i kommunen bidrar også til rekruttering av helsepersonell. Dette begrunnes i at arbeidsoppgavene blir mer interessante, og de kan arbeide sammen i team som gir trygghet. En god faglig kompetanse lokalt i kommunene bidrar til å redusere antall innleggelser ved UNN Tromsø.

Sykestuene gir en merverdi fordi de skaper trygghet og befolkningen har tillit til at de får gode helsetjenester. Pasientene ønsker å bli lagt inn på sykestuen fremfor å bli fraktet inn til sykehus. I praksis vil det være uinteressant for en pasient om sykestuen er kommune- eller spesialisthelsetjeneste. Det viktigste er at en ser dette som en totalhelsetjeneste hvor pasienten får startet med behandling så snart som mulig. Pasienten er ikke opptatt av organisering, men av resultat og opplevelse.

6. Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene

For å sikre tilstrekkelig personell i framtiden, må helsetjenesten arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. En egen plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – Kompetanseløft 2020 – er lagt fram i forslag til Prop. 1 S (2015–2016). I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten har regjeringen lansert ytterligere tiltak for å styrke kompetansen hos framtidens helsepersonell Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*).

6.1 Rekruttering og stabilisering

Sykestuefunksjonen har avgjørende betydning for rekrutteringen av helsepersonell til kommunene i Nord-Troms. Til sammenligning hadde Senjakommunene i mange år utfordringer knyttet til rekruttering i lege- og helsetjenesten. Stabiliteten i Nord-Troms skyldes i hovedsak sykestuefunksjonen i den enkelte kommune. Sykestuene representerer en faglig stimulans og utfordring. Samtlige kommuneleger sier at uten sykestuene hadde de ikke søkt seg til Nord-Troms. Historikken og tilliten til sykestuene i Nord-Troms er grunnfestet i befolkningen og blant helsepersonellet, som er stolte av arbeidet som utføres der.

Rekrutteringen til Nord-Troms-kommunene har over mange år medført et stabilt og faglig solid miljø blant helsepersonellet. Dette har i seg selv vært stabiliserende og generert enda mer rekruttering (positiv dominoeffekt). Sykestuene i de enkelte kommuner er hovedårsaken til stabiliteten. Geografisk plassering i utkantstrøk skulle ellers tilsi stort gjennomtrekk av helsepersonell. Fire kommuneoverleger med til sammen 93 års virke i de fire kommunene tyder på trivsel og stabilitet. Om sykestuefunksjonen blir borte i de enkelte kommunene, vurderer flere av legene å flytte til mer sentrale strøk. Mangel på stabilitet på legesiden vil gi dårligere stabilitet blant øvrig helsepersonell (negativ dominoeffekt). En

flytting av alle sykestuesenger til Nordreisa vil kunne gi en negativ effekt i de tre øvrige kommunene. Det faglige miljøet vil forringes, og stabiliteten svekkes. Nærheten til sykestuene blir borte, og tryggheten/tilliten i befolkningen til gode helsetjenester/eldreomsorg kan svekkes.

Kåfjord

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	Lang fartstid for to av legene i kommunen, en med 34 år.
Sykepleier	12	Videreutdanning: 2 kreft, 2 diabetes, 1 distriktsykepleie og 1 geriatri
Helsefagarbeider	4	Videreutdanning: 2 med aktiv omsorg og 2 med utfordrende atferd

Nordreisa

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	5 og en turnuslege	Tre av legene er spesialister i allmennmedisin, og den fjerde er snart ferdig. 40 % legeressurs er avsatt til å betjene selve sykestuen blant annet med daglig visitt. To av disse legene har lang fartstid i kommunen den ene 8 år og den andre som nylig er pensjonert har 40 år.
Sykepleier	9 personer fordelt på 7,2 årsverk	Videreutdanning: 1 administrasjon og folkehelse, 2 kreft, 1 diabetes og lindrende behandling, 1 distriktsykepleie, 1 akuttisykepleier og 1 geriatrisk sykepleier
Helsefagarbeider	6, til sammen 3,8 årsverk	Kompetanse: 1 psykiatri, 2 geriatri og 1 barselomsorg.

Skjervøy

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	En er spesialist i allmennmedisin og en er snart ferdig. Den ene har lang fartstid i kommunen, 26 år.
Sykepleier	12 personer fordelt på 8 stillinger i 100 % inkludert avd. sykepleier, 1 i 80 %, 1 i 70 %, og 100 % sykepleier som leder av sykestuen og sykehjemmet.	2 av sykepleierne har videreutdanning innen kreft, 3 innen psykiatri og 1 innen geriatri.
Helsefagarbeider	10	Av helsefagarbeidere er det 4 med videreutdanning innen kreft, 3 innen eldreomsorg og 3 innen psykiatri/rus.

Kvæningen

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	En av legene er spesialist i allmenntmedisin (25 års fartstid i kommunen), en er spesialist i generell indremedisin med sub- spesialitet innen akuttmedisin og kreft.
Sykepleier	9	Videreutdanning: 1 i distrikts sykepleie og 1 innen demens
Helsefagarbeider	4	Videreutdanning: 1 innen demens, 5 med demensomsorgens ABC, og 1 med videreutdanning i akuttmedisin.

6.2 Samfunnsutvikling og fremtidige behov

I 2015 og 2016 gjennomførte Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UIT) en studie om kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene. Resultatene ble fremlagt i rapporten «Levende Studie – og levende læringsentra? Varsel om en mulig krise» (5). Kartleggingen var forholdsvis enkel, men den gir et bilde av kompetansebeholdningen i Nord-Troms.

Sett i et rekrutterings- og kompetanseperspektiv gir tallene grunnlag for å identifisere utfordringer som helse- og omsorgssektoren i regionen vil stå overfor i årene som kommer. Å sikre fremtidig kompetent arbeidskraft vil være avgjørende for å kunne levere gode helsetjenester.

Med en gjennomsnittsalder på 48 år blant de som jobber i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms, så står man overfor en utvikling hvor mange i løpet av få år enten går av med pensjon eller reduserer sin stilling. Nesten 40 prosent av de ansatte er i dag over 50 år. Særlig merkbart blir dette for helsefagarbeiderne som er den største yrkesgruppen. 44.4 prosent av disse er i dag over 50 år. For en kommune som Kåfjord er nesten 30 prosent av helsefagarbeiderne (13 personer) over 60 år. Også for de tre «ufaglærtgruppene» er gjennomsnittsalderen høy. I gruppen spesialsykepleierne er 35 prosent i dag over 50 år, det samme er tilfelle for lederne.

KS sin arbeidsgivermonitor for 2014 viser at 53 prosent av samtlige ansatte i kommunene jobber deltid, mens det innenfor helse- og omsorgssektoren er nærmere 70 prosent. Slik sett kommer ikke Nord-Troms spesielt dårlig ut med sine 65.7 prosent i deltidsstillinger. Kvæningen ligger klart under med sine 56 prosent i deltidsstillinger. Det ble gjennom kartleggingen dessuten påvist en negativ sammenheng mellom stillingsandel og videreutdanning, dvs. jo mindre stillingsandel man har, jo større er sannsynligheten for at man ikke har noen form for videreutdanning. Om lag 20 prosent av de som arbeider i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms har lav formell utdanning og/eller en

utdanning som ikke direkte er relevant for jobbutøvelsen. Kartleggingen viser at dette er en særlig utfordring for Kåfjord, Kvæningen og Lyngen.

Samhandlingsreformen har en forventning om at kommunene skal løse stadig flere oppgaver på lokalt førstelinjenivå, samtidig som at antallet brukere/pasienter i årene fremover vil øke fordi vi lever lengre.

Konkret trekkes det frem mer spissede kompetanseområder, som ulike former for kreftbehandling (for eksempel cellegiftbehandling), lungelidelser, rehabilitering og mer spesifikke geriatriske problemstillinger knyttet til aldring og demens. Videre nevnes spesifikke sykdommer som kols og diabetes. Rus og psykiatri trekkes også frem som et problemområde. Slike utfordringer gjør at det må gjøres en vurdering av hvorvidt dagens antall og sammensetning av stillinger er optimale for å løse både dagens og morgendagens utfordringer (6).

Framskrivninger viser at den yrkesaktive delen av befolkningen frem mot 2040 vil halveres i flere av kommunene. Det blir derfor en stor kamp om den lokale og regionale arbeidskraften. I Kvæningen vil det (basert på folkeframskrivning fra SSB) i 2040 kun være 3,8 yrkesaktive (mellom 20 og 67 år) i arbeid per person over 80 år i kommunen, omtrent en halvering fra dagens nivå. Parallelt vil andelen eldre øke tilsvarende og dette vil gi et økt pleiebehov.

Demografisk utvikling

Alle kommunene i Nord-Troms er små, men har relativt ulike størrelser ut i fra innbyggertall. Nordreisa er den største kommunen med 4 892 innbyggere, Kvæningen minst med 1 235, mens Kåfjord og Skjervøy er relativt jevnstore med hhv 2 178 og 2 911 innbyggere. Kåfjord og spesielt Kvæningen har hatt en betydelig nedgang i folketallet de siste 15 årene. Mens prognosene for Nord-Troms tilsier en befolkningsvekst på 7 prosent frem mot 2040, forventes folketallet i Kvæningen å synke med ytterligere 17 prosent.

Befolkningssammensetning og infrastruktur

I forbindelse med kommunereformen ble det gjennomført en utredning (6) for de fire kommunene Kvæningen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy som blant annet omfattet befolkningssammensetning og infrastruktur.

I Kvæningen har en betydelig andel av befolkningen samisk eller kvensk opprinnelse. 84 % av de sysselsatte årsverkene i kommunen er innenfor tertiær sektor (2015), som i hovedsak utgjør service- og tjenesteytende næringer. Europaveg 6 går gjennom hele kommunen og utgjør en viktig kommunikasjons- og samferdselslinje i kommunen. I tillegg er Kvæningen knyttet sammen med flere av stedene i og rundt kommunen med hurtigbåtanløp.

I Kåfjord har flertallet av befolkningen i kommunen kystsames opprinnelse, og i 2005 ble norsk og samisk navneform likestilt. Sammen med samisk har også det kvenske språket en viktig forankring i Kåfjord.

75 prosent og 16 prosent av nærings sammensetningen er innen tertiær og primær sektor, og består hovedsakelig av fiske og landbruk. Europaveg 6 går langs hele kommunen og gir god tilknytning til resten av fylket. I tillegg har Kåfjord fergeanløp som går over Lyngenfjorden til Lyngseidet.

I Skjervøy arbeider 65 prosent og 25 prosent av de sysselsatte i kommunen innenfor tertiær og sekundær sektor, hovedsakelig i fiske og fiskeforedlingsindustri. Skjervøy har tunnelforbindelse til Nordreisa, hurtigrute til Tromsø og ferge mellom de største øyene Arnøy og Laukøy. 80 prosent av befolkningen bor på Skjervøy tettsted.

I Nordreisa er befolkningen et resultat av «de tre stammers møte», kvensk, samisk og norsk. 81 prosent av de sysselsatte i kommunen jobber i tertiærnæringen, som i hovedsak består av fiske og landbruk. Av arbeidstakerne som bor i kommunen arbeider de fleste innen kommunens grenser og i offentlig tjenesteyting. Begge tettstedene Nordreisa og Sørkjosen ligger ved Europaveg 6, og det er tunnel ut til Skjervøy. Sørkjosen har også kortbaneflyplass som er viktig for infrastrukturen i regionen.

6.3 Helsetjenester til etniske minoriteter

Nord-Troms har en rik kultur ved at både samisk-, kvensk- og norsktalende innbyggere bor i kommunene. Sykestuene bidrar til at en stor andel av pasientene behandles lokalt, noe som gjør at helsetjenesten har en god forutsetning for å kjenne sine pasienter.

Senter for omsorgsforskning har gjort en kunnskapsoppsummering av helse og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. En av tingene som løftes frem er:

«Det er av stor betydning at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om sosiale, historiske og kulturelle faktorer som kan ha betydning for møter mellom samer og helse- og omsorgstjenestene.» (7)

Nærhet i tilbud kan bidra til å styrke kunnskapen på de områder som er skissert ovenfor.

Kåfjord kommune tilhører, som eneste kommune i Nord-Troms, forvaltningsområdet for samisk språk, hvor norsk og samisk er likestilt. Dette innebærer at informasjon, annonsering og lokale skjema skal være både på norsk og samisk. Samisk språk skal synliggjøres gjennom skilting på to språk. Dette medfører også at alle innbyggere i kommunen har en lovfestet rett til å bruke, og bli møtt på, samisk for å ivareta sine interesser innenfor helse- og omsorgsområdet.

Kunnskapsenteret.no skriver i rapporten «Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter» (8) at:

«Språkproblemer, ulike referanserammer, manglende kunnskap og forståelse hos helsepersonell om kultur og særegne sykdommer for den etniske gruppa pasienten tilhører, kan gjøre at en helsetjeneste som i utgangspunktet tilbys likt til alle får en dårligere kvalitet i praksis. Ulikheter i kulturell bakgrunn for behandler og pasient kan bety at de har ulik forståelse av sykdom og fortolkning av alvorlighetsgrad.»

I dialog med helsepersonell som arbeider ved de ulike sykestuene i Nord-Troms ble tilbudet til de etniske minoritetsgruppene diskutert. I Kåfjord tilbys samisk språkkurs til helsepersonell som ikke er samisktalende. Det er krevende å vedlikeholde kunnskapen fordi språket praktiseres for lite til at de behersker det fullgodt. Det er særskilt den eldste samiske befolkningen som profiterer på å snakke sitt eget språk når de blir syke. Kåfjord kommune prioriterer da at samisktalende helsepersonell har ansvar for denne pasientgruppen for å sikre best mulig kvalitet i behandling og omsorg.

I Kvæningen er det i perioder med reinflytting ofte behov for helsetjenester til reindriftssamene. Tjenestetilbudet tilpasses i størst mulig grad, slik at de får rask og effektiv hjelp ved behov.

6.4 Tiltakssonen

Finnmark og de sju nordligste Tromskommunene utgjør det geografiske området for Tiltakssonen. Den ble etablert i 1990 som et svar på de mange krisene, særlig i fiskeri og fiskeindustrien, og for å avhjelpe høy arbeidsledighet og generelt dårlige levekår for befolkningen. Tiltakssonen var også en kompensasjon for klima- og avstandsulemper. (9)

Virkemidlene skulle forbedre *rammebetingelsene* og slik sett bidra til høyere sysselsetting og bedre bostedsattraktivitet. Dagens målsetting er å gjøre Finnmark og Nord-Troms mer attraktivt for bosetting, næringsvirksomhet og arbeid. Virkemidlene skal stimulere til positive og motvirke negative utviklingstrekk i nærings- og arbeidsliv. Dagens virkemidler er: fritak fra arbeidsgiveravgift, redusert personskatt, fritak for elavgift, og ettergivelse av studielån. Altså en miks av næringsrettede og individrettede virkemidler.

Med unntak av de store vekstsentrene (Alta, Hammerfest) og kommunene med nærhet til Tromsø (Lyngen, Storfjord, Karlsøy) kan man med bakgrunn i evalueringen fra Norut si at Nord-Troms-kommunene Kvæningen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord har mer til felles med Finnmark enn til Troms for øvrig når det gjelder demografisk utvikling, utdanning, sysselsetting og næringsliv. Det samme kan sies om avstander og klimatiske utfordringer. Samlet sett utgjør dette viktige faktorer som påvirker risiko og sårbarhet knyttet til liv og helse som er en av årsakene til at man har valgt å ha drift av sykestuer i regionen.

7. Aktivitetsdata

Det er vanskelig å måle de direkte økonomiske effektene av det kommunale tilbudet. Det legges opp til en indirekte analyse for å se om aktiviteten i ØHD/sykestue sengene medfører lavere forbruk av spesialisthelsetjeneste i disse kommunene. Vi vil videre se nærmere på forbruk av prehospitale tjenester, pasienttransport og forbruk av sykehustjenester.

7.1 Forbruk av prehospitale tjenester

Det benyttes ambulanser i hovedsak når det haster eller medisinske behov tilsier det, men det er også tilfeller der ambulanser benyttes selv om pasienten kunne ha vært fraktet med taxi eller andre fremkomstmidler.

I tabellen nedenfor ser vi antall reiser pr 1 000 innbygger sammenlignet med referansekommunene. Det er stor variasjon mellom kommunene, men snittet mellom de to kommunegruppene tyder på et lavere antall fra Nord Troms.

Tabell 2 – Forbruk av ambulansetjeneste totalt, i snitt og pr 1000 innbygger

	Folketall 01.01.2016	Ambulanseturer totalt			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjor	2150	568	521	544,5	253
1941 Skjervøy	2920	515	431	473	162
1942 Nordreisa	4895	770	729	749,5	153
1943 Kvænangen	1231	292	246	269	219
TOTAL	11196	2145	1927	2036	182
1933 Balsfjord	5701	1383	1415	1399	245
1936 Karlsøy	2282	459	472	465,5	204
1938 Lyngen	2861	498	434	466	163
1939 Storfjord - Omasv	1865	409	352	380,5	204
TOTAL	12709	2749	2673	2711	213

Ser vi på bruk av ambulanse til UNN er det betydelig forskjell.

Tabell 3 – Forbruk av ambulansetjeneste til UNN

	Folketall 01.01.2016	Ambulanseturer til sykehus (UNN)			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjord	2150	190	193	191,5	89
1941 Skjervøy	2920	51	34	42,5	15
1942 Nordreisa	4895	129	113	121	25
1943 Kvænangen	1231	1	6	3,5	3
TOTAL	11196	371	346	358,5	32
1933 Balsfjord	5701	783	763	773	136
1936 Karlsøy	2282	189	168	178,5	78
1938 Lyngen	2861	188	171	179,5	63
1939 Storfjord - Omasvuotna - Omasv	1865	188	156	172	92
TOTAL	12709	1348	1258	1303	103

I tabellen ser vi at kommunene i Nord-Troms har 71 færre turer pr 1 000 innbygger sammenlignet med referansekommunene Balsfjord, Karlsøy, Lyngen og Storfjord. Dersom befolkningen i Nord-Troms hadde hatt samme behov for turer pr 1 000 innbygger (103) som referansekommunene, ville forbruket ha vært 1 153 ambulanseturer til UNN. Det vil si at

besparelsen tilsvarer 794 turer. Årsaken til det lavere forbruket kan skyldes bruk av DMS-et og effekt av sykestuene. Når vi korrigerer for innleggelser på DMS-et (81) kan 713 av det reduserte forbruket være et resultat av det kommunale tilbudet ØHD/sykestuer.

Tabell 3 er inklusive omlastninger av pasienter og gir ikke et helt korrekt bilde av fordelingen mellom kommunene. Vi har derfor laget en korrigert oversikt som gir et bedre bilde av hvor kostnadsbesparelsene fremkommer.

Tabell 4 – Korrigert forbruk av ambulansetjeneste til UNN

	Folketall 01.01.2016	Snitt	Turer pr 1000 inb
1940 Gáivuotna - Kåfjor	2150	111,5	52
1941 Skjervøy	2920	82,5	28
1942 Nordreisa	4895	151,0	31
1943 Kvænanen	1231	13,5	11
TOTAL	11196	358,5	32
1933 Balsfjord	5701	773,0	136
1936 Karlsøy	2282	178,5	78
1938 Lyngen	2861	179,5	63
1939 Storfjord - Omasvt	1865	172,0	92
TOTAL	12709	1303,0	103

Totalt antall oppdrag inkluderer kategoriene leveringssted for UNN Tromsø, legevakt, båt, luftambulansse, andre helseinstitusjoner og omlasting til annen ambulansse. Innenfor kategoriene legevakt og andre helseinstitusjoner vil transporter som går til sykestuene være inkludert.

Tabell 5 – Kostnader ambulansseoppdrag fordelt på internt i kommunen og til UNN Tromsø

	Internt i kommunen			Til UNN Tromsø snitt			Kostnader internt		Kostnader til UNN Tromsø		Totale kostnader
	Kostnad aktiv tid	Kostnad passiv tid	Antall turer	Kostnad aktiv tid	Kostnad passiv tid	Antall turer	60 % aktiv, 40 % passiv	Gjennomsnitt pr tur	60 % aktiv, 40 % passiv	Gjennomsnitt pr tur	
Kåfjord	800	1 200	353	4 928	7 328	111,5	338 880	960	656 512	5 888	995 392
Skjervøy	680	1 080	431	6 048	8 848	82,5	361 620	840	591 360	7 168	952 980
Nordreisa	800	1 200	629	6 208	9 008	151	603 360	960	1 106 528	7 328	1 709 888
Kvænanen	760	1 160	266	7 224	10 424	13,5	244 260	920	114 804	8 504	359 064
Totalt			1 678			358,5	1 548 120	923	2 469 204	6 888	4 017 324

I tabell 5 har vi sett på kostnader knyttet til ambulansseoppdrag. Det er satt en pris ved oppdrag internt i kommunen og til UNN Tromsø. Videre er oppdragene fordelt med 60 prosent på aktiv arbeidstid og 40 prosent passiv arbeidstid.

Kostnadene for en lokal tur i området er i gjennomsnitt kr 800 ved aktiv tid og kr 1 200 ved passiv tid. Kostnadene for en tur til Tromsø er i gjennomsnitt kr 4 928 ved aktiv tid og kr 7 328 ved passiv tid.

Dersom vi antar at vi har en besparelse på 713 ambulanseoppdrag til UNN Tromsø med en gjennomsnittspris på kr 6 888, har vi en besparelse på kr 4 910 000.

Legene i kommunene prioriterer strengt hva de velger å rekvirere ambulanse til. Ambulansetjenesten er en ressurs de ønsker å beholde i kommunen så mye som mulig for å opprettholde den akutte beredskapen. Ved transport til UNN Tromsø vil denne ressursen være borte fra de ulike kommunene i 3–10 timer.

7.2 Forbruk av pasienttransport

Ved behandling som er planlagt og ikke er øyeblikkelig hjelp, benyttes pasientreiser. I tabellen nedenfor vises turer pr 1 000 innbygger for å sammenligne forbruket med referansekommunene. Antall pasientreiser pr 1 000 innbygger varierer mye mellom kommunene, men gjennomsnittet til kommunegruppene tyder på et lavere antall reiser fra Nord Troms.

Tabell 6 – Antall pasientreiser pr 1 000 innbygger

	Folketall 01.01.2016	Pasientreiser til sykehus			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjord	2150	409	452	430,5	200
1941 Skjervøy	2920	233	256	244,5	84
1942 Nordreisa	4895	370	435	402,5	82
1943 Kvænangen	1231	108	149	128,5	104
TOTAL	11196	1120	1292	1206	108
1933 Balsfjord	5701	1490	1413	1451,5	255
1936 Karlsøy	2282	484	477	480,5	211
1938 Lyngen	2861	464	478	471	165
1939 Storfjord - Omasvuotna - Omas	1865	230	149	189,5	102
TOTAL	12709	2668	2517	2592,5	204

I tabellen ovenfor ser vi at kommunene i Nord-Troms har ett lavere forbruk av pasientreiser til sykehus. Kommunene i Nord-Troms har i snitt ett forbruk på 1 206 turer som tilsvarer 108 turer per 1 000 innbygger, mens referansekommunene har ett forbruk på 2 592 som tilsvarer 204 turer pr 1 000 innbygger.

Ved DMS Nord-Troms hadde befolkningen i Nord-Troms i snitt 1 267 polikliniske konsultasjoner pr år i perioden 2014–2015. Dersom de ikke hadde hatt tilbudet ved DMS-et, måtte de polikliniske konsultasjonene vært gjennomført ved UNN, og antall pasientreiser ville dermed ha økt. Ved pasientreiser er det 1,2 pasienter i snitt pr tur noe som gjør at antall pasientreiser ville ha økt med 1 055 turer. Samlet ville det da ha vært gjennomført 2 261 reiser som tilsvarer 202 reiser per 1 000 innbygger.

Det ser dermed ut til at reduksjonen i pasientreiser i all hovedsak kan sees som er resultat av tilbudet ved DMS Nord-Troms. Vi kan derfor ikke legge til grunn at sykestuetilbudet i Nord-Troms påvirker pasienttransporten.

7.3 Forbruk av sykehustjenester

Ved bruk av ØHD- og sykestuesenger kan det være fornuftig å se nærmere på om kommunens bruk av sykehustjenester er lavere enn kommuner uten disse sengene. Tall på forbruk av medisinske akuttinnleggelser i UNN vil derfor være en mulig indikator². Som referanseområde for sammenligning har man valgt kommunene Storfjord, Lyngen, Karlsøy og Balsfjord (St-Ly-Ka-Ba), som er noenlunde lik i demografi, topografi og utstrekning. For å få et riktig bilde på eventuelle forskjeller har man valgt å beregne gjennomsnitt over de syv årene 2010–2016.

Tabell 7 - Medisinske akuttinnleggelser pr 1 000 innbygger

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune								
Balsfjord	79,2	82,9	79,3	91,4	74,7	76,7	80	80,6
Karlsøy	93,8	96,8	95,4	101,1	93,5	98,2	95,3	96,3
Lyngen	105	81,9	92,6	101,3	73,9	66,1	79,7	85,8
Storfjord	100,8	98,5	81,9	87,1	65,9	72,4	87,7	84,9
Gáivuotna								
Kåfjord	87,4	88,2	91	98,6	80,2	75,8	75,3	85,2
Skjervøy	92,2	66,7	67,5	74,6	80,5	83,9	82,7	78,3
Nordreisa	70,8	62,8	60,8	60,8	59,6	55,4	65,6	62,3
Kvænangen	51,8	65,4	79,5	81,8	69,3	61,7	74,3	69,1
Troms Ofoten	88,3	83,1	83,9	86,1	74,6	74,6	74,9	80,8
Nord-Norge	99,5	96,5	96,3	97,1	88,5	86,3	85,2	92,8
Nord-Troms	75,54	70,79	74,71	78,96	72,41	69,2	74,49	73,7
St-Ly-Ka-Ba	94,7	90,02	87,29	95,2	76,98	78,31	85,66	86,9
Redusert antall akuttinnleggelser i Nord-Troms (i %)								
Sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba								-17,8
Sammenlignet med Nord-Norge								-20,5

Tabellen over viser at Nord-Troms har nesten 18prosent lavere antall akuttinnleggelser sammenlignet med referansekommunene. Sammenlignet med Nord-Norge ligger antall akuttinnleggelser i Nord-Troms nesten 20 prosent lavere. Vi ser at disse fire kommunene i snitt ligger lavere enn UNN området samlet og lavere enn sammenlignbare kommuner. Men

² Tallmaterialet og informasjon om indikatoren Medisinske akuttinnleggelser er hentet fra Helsedirektoratets nettside som inneholder styringsdata for somatisk sykehusaktivitet. I framstillingen på Samhandlingsbarometeret inngår beregnede rater for kommunene i Troms og Ofoten, gjennomsnitt for disse kommunene, tilsvarende for Helse Nord og for hele landet. Datakilden er Norsk Pasientregister (NPR), og tall er hentet for alle helseforetak, private sykehus og klinikker som rapporterer inn til NPR.

det er forskjeller mellom kommunene som gjør at det grunn til å se nærmere på for å avklare årsaker og sette inn tiltak.

Liggedøgn

En annen indikator som kan være relevant å se på, er hvorvidt kommuner med sykestuer har et lavere forbruk av sykehussenger samlet sett. Indikatoren³ viser antall liggedøgn på sykehus pr. 1 000 innbygger/år.

Tabell 8 Antall liggedøgn pr. 1000 innbyggere/år

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune								
Balsfjord	870,6	823,3	885,8	816,9	755,1	794,1	799,6	820,8
Karlsøy	864,2	969,9	939,1	991,4	924	766,4	798,6	893,4
Lyngen	924,8	940,6	759	935,5	820,7	775,3	802,7	851,2
Storfjord	863,3	706,1	679,2	744,5	778,7	654,7	1009,4	776,6
Gáivuotna								
Kåfjord	886,5	881,4	838,3	845,1	883,6	998,6	822,6	879,4
Skjervøy	810,7	828,1	695,4	824,4	824,2	767,8	722,3	781,8
Nordreisa	820,6	755,4	728,2	692,6	782,9	660,1	695	733,5
Kvænen	764,3	741,4	767,1	635,3	754,5	855,4	751,8	752,8
Troms Ofoten	812,3	772,8	734,3	715,7	701,6	699,2	696,4	733,2
Nord-Norge	874,4	857,9	803,5	780,4	766,7	763,3	751,4	799,7
Norge	780,7	762,4	724,5	702,7	684	678,2	657	712,8
Nord-Troms	820,54	801,59	757,25	749,36	811,28	820,47	747,91	786,9
St-Ly-Ka-Ba	880,72	859,97	815,8	872,08	819,61	747,61	852,58	835,5
Akuttinnleggelser i Nord-Troms								
Liggedager i Nord-Troms sammenlignet med Nord-Norge								-12,7
Liggedager i Nord-Troms sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba								-48,6

³ Antall pasienter vil i dataene her være det antall pasienter med en innleggelse og/eller en poliklinisk konsultasjon som inngår i den aktuelle kategorien. Dette betyr at en pasient (les person) vil telles som to eller flere pasienter dersom denne personen har hatt to eller flere opphold i ulike kategorier. En person som i samme tertial har hatt to opphold, ett for behandling av kreftsykdom og ett for behandling av en lungebetennelse, vil i statistikken her telles som 1 kreftpasient og 1 pasient med lungebetennelse. Tilsvarende dersom en person har ett opphold i 1. tertial og ett opphold i 2. tertial, dersom man summerer antall pasienter i de to tertialene vil denne personen telles som 2 pasienter. Antall pasienter kan derfor kun brukes opp mot den kategorien de er opptelt for, og kan ikke uten videre summeres for flere kategorier (tertialet, pasientgrupper, osv.). Innleggelser - Hovedregelen er at innleggelser omfatter episoder (sykehusopphold) som er registrert ved sykehusavdelinger (i det pasient-administrative systemet for innlagte pasienter). Innleggelser omfatter her både akutt- og planlagte innleggelser.

Tabellen viser signifikant lavere gjennomsnittlig antall liggedøgn både sammenlignet med Nord-Norge og St-Ly-Ka-Ba. Med en døgnkostnad pr. sykehusedøgn i UNN på kr. 10 600 vil dette innebære at sykestuene i Nord-Troms utgjør en besparelse på kr. 514 736 pr. 1000 innbyggere sammenlignet med referansekommunene.

Utskrivningsklare pasienter

Har sykestuene betydning for antallet utskrivningsklare pasienter i UNN? Definisjonen på denne indikatoren er⁴:

Tabell 9. Antall utskrivningsklare liggedøgn - somatikk pr. 1 000 innbygger / år

Periode	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune							
Troms							
Ofoten	39,97	22,4	24,34	36,85	33,31	46,66	33,92
Balsfjord	38,35	6,65	1,07	8,57	5,26	11,23	11,86
Karlsøy	57,32	32,37	40,7	31,89	20,16	24,54	34,50
Lyngen	23,12	4,31	14,37	51,68	18,87	16,78	21,52
Storfjord		1,03	9,27	10,54	9,65	20,73	10,24
St-Ly-Ka-Ba	29,70	11,09	16,35	25,67	13,49	18,32	19,10
Kåfjord	24,89	0,91	17,56	11,46	9,77	10,54	12,52
Skjervøy	2,78	0,69	8,33	4,49	5,48	2,28	4,01
Nordreisa	14,15	3,3	4,53	32,98	29,01	6,26	15,04
Kvænangen				8,97		3,25	6,11
Nordtroms	10,5	1,2	7,6	14,5	11,1	5,6	8,4
Reduksjon liggedøgn utskrivningsklare pasienter (pr. 1000 innbygger i %)							
Sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba							-56,0
Sammenlignet med Troms-Ofoten							-91,60

Tabellen viser at kommunene i Nord-Troms i gjennomsnitt har over 50 prosent lavere antall liggedøgn pr. 1000 innbyggere sammenlignet med referansekommunene, og ligger mer enn 90 prosent lavere enn kommunene i Troms og Ofoten. Det kan se ut til at kommunene i Nord-Troms har ca. 50 færre liggedøgn enn referansekommunene.

Ifølge UNN koster det kr 10 600 å ha en pasient liggende ett døgn. UNN fakturerer kommunene kr 4 622 pr døgn. Det betyr at UNN har en netto kostnad på kr 5 700 pr døgn. Samlet ser det ut til at det lave antallet utskrivningsklare pasienter, sparer primærkommunene for ca.kr 230 000 pr år og UNN ca. kr 300 000 pr år.

⁴ Statistikken viser antall liggedøgn for pasienter som har vært utskrivningsklare og som har ventet på et kommunalt tjenestetilbud. Pasienten regnes som utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering.

Tabell 10.– Antall reinnleggelser pr 1 000 innbygger pr år

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Snitt
Kommune								
Troms								
Ofoten	15,9	14,7	15,5	16,1	16	12,9	13,7	2,1
Nord-Norge	16,8	16,7	17,3	17,8	18	14,5	14,8	2,4
Norge	16,3	16,1	16,7	16,5	16,7	14,1	13,9	2,3
Nord-Troms	10,1	10,2	12,8	11,7	11,2	9	13,6	1,5
St-Ly-Ka-Ba	14,2	15	14,1	15,9	15,8	11,4	14,8	2,1
Reinnleggelser Nord-Troms (pr. 1000 innbyggere, innen 30 dager)								
Sammenlignet med Nord-Norge								-32
Sammenlignet med St-Ly-Ka-BA								-32

Tabellen viser at det gjennomsnittlige antall reinnleggelser for Nord-Troms ligger ca. 30 prosent lavere enn referansekommunene og Nord-Norge.

7.4 Forbruk av sykestuer/ ØHD-senger

Det foreligger ikke data eller beskrivelser av innhold i og aktivitet i sykestuesenger versus ØHD-senger som kan dokumentere at aktivitetene i de to tilbudene er forskjellige. Praksisen i kommunene er at disse tilbudene drives som en felles enhet med felles bemanning og aktivitet. Samhandlingsreformen la premisser for en aktivitet i kommunene (ØHD-senger) basert på størrelsen i befolkningen.

Tabell 11. Forbruk ØHD senger pr 1000 innbygger

	Nordreisa	Skjervøy	Kåfjord	Kvænanen	TOTAL
Liggedøgn KAD senger forutsetning	253	149	127	77	606
Liggedøgn ut over forutsetning	986	1914	16	154	3070
					3676
Antall innbyggere	4895	2920	2150	1231	11196
Forbruk pr 1000 innbygger	253	707	67	188	328

Det er rapportert en aktivitet i KAD/sykestuesengene som er 3070 døgn ut over forutsetningene i samhandlingsreformen. Det ser ut til at spesielt Skjervøy har rapportert aktivitet på en annen måte enn de øvrige kommunene. Det er en svakhet ved rapporten at registreringspraksis har vært noe forskjellig.

Tabell 12. Aktivitet, kapasitet og forutsetninger

Aktivitet, kapasitet og forutsetninger	Nordreisa	Skjervøy	Kåfjord	Kvænangen	Totalt
	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	
Antall senger	4	3	1	1	9
Antall døgnopphold	1 239	2 063	296	231	3 829
ØHD-senger forutsetning	253	149	127	77	606
Liggedøgn ut over forutsetning	986	1 914	169	154	3 223
Rapporterte ØHD døgn	227	516	90	75	908
Aktivitet ut over ØHD i 2015	1 012	1 547	206	156	2 921

Vi har mottatt data på antall liggedøgn fra Helsedirektoratet for perioden september 2014– august 2015. Tallene viser at antall liggedøgn ligger langt over forutsetningene for alle kommunene.

Tabell 13. Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter kommune perioden september 2014 – august 2015 (Kilde: Helsedirektoratet)

Kommunenr	Kommune	Liggedøgn	Antall innleggelseser	Antall plasse	Kapasitet	Beleggsprosent
1940	Kåfjord	188	90	0,37	135,05	139 %
1941	Skjervøy	815	516	0,44	160,6	507 %
1942	Nordreisa	654	207	0,75	273,75	239 %
1943	Kvænangen	184	59	0,23	83,95	219 %

Tabell 14. Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region perioden september 2014 – august 2015 (Kilde: Helsedirektoratet)

	Estimerte liggedøgn		Estimert kapasitet		Estimert beleggsprosent	
	Totalt	Komm.med minst 1 års drift	Totalt	Komm.med minst 1 års drift	Totalt	Komm.med minst 1 års drift
Sør-Øst	35 341	33 445	102 628	95 378	34	35
Vest	9 117	8 481	26 057	23 298	35	36
Midt-Norge	7 784	7 433	24 874	23 214	31	32
Nord	8 226	7 996	18 031	17 155	46	47
Totalt	60 468	57 354	171 589	159 045	35	36

Vi ser at beleggsprosenten er svært høy i alle kommunene i Nord-Troms.

8. Analyse av de ulike alternativene

Analysene avgrenses til å gjelde konsekvenser for:

- Universitetssykehuset Nord-Norge
- Kommunene:
 - Nordreisa
 - Skjervøy
 - Kåfjord
 - Kvæningen
- Pasientene
- Pårørende og ledsagere

De analysene som er gjennomført viser at tilbudet i sykestuekommunene høyst sannsynlig medfører lavere forbruk av sykehustjenester. Korrigert for effekten av DMS-et kan det argumenteres for at sykestuetilbudet medfører reduserte ambulanseskostnader på 4,9 mill kroner og færre utskrivningsklare pasienter 0,3 mill. I tillegg kommer effekten av færre reinnleggelser og færre liggedøgn.

Det er forskjeller mellom kommunene når det gjelder effekt i form av redusert bruk av UNN sine ressurser.

Det utvidede tilbudet i kommunene har positiv effekt på bruk av UNN sine ressurser. For å sikre god effekt på ressursbruk og pasienttilbud bør samarbeidet mellom UNN og kommunene utvikles.

8.1 0-alterativet, dagens organisering og finansiering

Fordelene for UNN er lavere andel utskrivningsklare pasienter (50 prosent), lavere andel reinnleggelser (30 prosent lavere), færre antall akuttinnleggelser (18 prosent lavere) og lavere transportkostnader (4,9 mill).

Fordelene for kommunene med sykestuer i hver enkelt kommune er nærhet til gode helsetjenester, rekruttering/stabilisering av helsepersonell inklusiv lege-/sykepleietjenester og god beredskap.

Fordelene for pasienter og pårørende er trygghet, tillit og nærhet til gode helsetjenester og unngåelse av lange transporter på opptil 640 km t/r. Eldrerådene i kommunene støtter dagens ordning.

8.2 Alternativ 1: Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD.

Økonomisk vil UNN spare 7,3 millioner kroner i tilskudd til kommunene, men må regne med økte kostnader til transport og utskrivningsklare pasienter på over 5 millioner kroner.

Alternativet om ingen særskilt finansiering av sykestue/ØHD vil gjøre at hele finansieringen vil falle på kommunene om tilbudet skal opprettholdes slik det er i dag. Hvis man ser på kommunenes økonomiske situasjon vil dette ikke være realistisk. Kommunene vil da sannsynligvis legge seg på hva som er krav på ifølge forskrift om drift av ØHD. Dette vil da bety en betydelig reduksjon i tilbudet. Dette vil igjen si slutten på en lang tradisjon i Nord-Troms om drift av sykestue.

Dersom tilbudet på sykestuesengene blir avvirket vil dette ha en negativ effekt for driften av DMS-et i Nordreisa.

8.3 Alternativ 2: Sentralisering av sykestuene.

De enkle analysene som er gjort, viser at et utvidet kommunalt tilbud i kommunene har positive effekter for pasientbehandling og forvaltning av pasientenes penger ved at tilbudet også har noen positive effekter på UNN sine kostnader.

Overordnet samarbeidsorgan ved UNN (OSO) og UNN har framsatt et ønske om å styrke DMS Nord-Troms ved Sonjatun i Nordreisa. En mulig styrkning kan skje ved å sentralisere sykestue/ØHD sengene i regionen til Sonjatun med henvisning til mer robust fagmiljø og rekruttering av helsepersonell dit. Det er viktig å påpeke at DMS Nord-Troms faglig sett er adskilt fra sykestuevirksomheten i Nordreisa kommune.

Situasjonen i Nord-Troms har gått seg til gjennom mange tiår, hvor sykestuene har representert stabilisering og rekruttering av helsepersonell i hver enkelt kommune i lang tid. En sentralisering til Sonjatun vil destabilisere helsetjenesten i de øvrige Nord-Troms kommunene og gjøre situasjonen utrygg for befolkningen som sokner naturlig til disse kommunene. Samtlige leger i Nord-Troms er sterkt imot en slik sentralisering.

Samtlige leger i Nord-Troms er enige om at et desentralisert sykestuetilbud i regionen er det klart beste alternativet. UNN finansierer delvis 9 sykestuesenger i Nord-Troms. Av tabell 9 framgår det at rapporterte ØHD døgn og aktivitet utover ØHD i 2015 var på ca. 3 600 liggedøgn, som gir et belegg i disse 9 sengene på noe over 100 prosent i gjennomsnitt. Etter folketallet skal Nord-Troms ha knapt 2 ØHD-senger. Beleggsprosenten i landet for øvrig i ØHD seng ligger på ca. 30 prosent. Nord-Troms ville i så fall ha hatt 220 liggedøgn i sykestue/ØHD seng. Vi har i virkeligheten 3 600 liggedøgn, omlag 16 ganger så mye. Noe av årsaken kan forklares med at ØHD er noe nytt i landets kommuner for øvrig, mens det i Nord-Troms er en tradisjon i over 50 år. De aller fleste av disse pasientene måtte ellers har

blitt innlagt på UNN. Legene i Nord-Troms behandler altså langt flere typer og antall pasienter enn hva ØHD er stipulert til.

8.4 Alternativ 3: Videreføring av dagens organisering med færre senger

En videreføring av dagens organisering med ØHD/sykestuesenger i alle fire kommune vil:

- Oppfylle kommunenes ønske om en desentralisert ordning
- Bidra til å opprettholde et større fagmiljø i kommunehelsetjenesten i de fire kommunene og sannsynligvis styrke rekruttering av helsepersonell.
- Sikre helsetjenester til befolkningen som kompensere for lange avstander til sykehus og klimatiske utfordringer (stengte veier etc.)
- Realisere en stor del av de økonomiske gevinstene som er beskrevet.
- Redusere kostnadene for UNN.

9. Prosjektgruppens anbefaling om videre organisering av sykestuene

Prosjektgruppen anbefaler alternativ 3, hvor et desentralisert tilbud med ØHD/sykestueseng i hver kommune videreføres - men med et redusert antall UNN-finansierte senger.

Dette alternativet mener prosjektgruppen vil ivareta den desentraliserte pasientbehandlingen i kommunene. Samtidig antar prosjektgruppen at dette vil bidra til å ivareta rekrutteringsgevinsten ØHD/sykestuesengene har hatt. En slik videreføring forutsetter at de reduserte reisekostnadene UNN har grunnet aktiviteten i disse sengene fortsetter. Dette fordrer et tett samarbeid mellom UNN og kommunene om innhold i sengene samt dimensjonering og bruk av tilbudet i kommunene.

Prosjektgruppen antar at en videreføring av ØHD-senger i hver av kommunene er tilstrekkelig til å videreføre gevinstene, og at kommunene fordeler merfinansieringen av ØHD/sykestuesengene på bakgrunn av folketall.

Prosjektgruppen mener pasient og brukerperspektivet i rapporten er godt ivaretatt, bl.a. gjennom vedlagte innspill fra eldreråd og ungdomsråd.

10. Vedlegg

Vedlegg 1:

Innspill fra Eldrerådet i Kvæningen, Sykestuefunksjonen 2015/196

Saksprotokoll fra Eldrerådet i Kvæningen, 04.10.2016.

Behandling: Forslag fra eldrerådet:

Vi har kommet fram til følgende gode grunner til at kommunen må få beholde sykestuefunksjonen.

1. Vi har en stor andel eldre i kommunen som ofte må få behandling på sykestua i.v. behandling av antibiotika, diabeteskontroller, cytostatika- behandling i.v., blodoverføring, ekg, osv. osv.
2. Lange avstander både mot nord og sør for å komme til sykehus, - og verst mot sør pga Kvæningsfjellet som ofte er stengt om vinteren. Spesielt vanskelig for pasienter fra Ytre Kvæningen som er avhengig av båt.
3. For rekruttering av helsepersonell, både leger og sykepleiere. Det blir mer interessant å jobbe og gir god praksis for turnusleger.
4. Avlaster UNN med «ferdigbehandla» pasienter.
5. Eldrerådet er sterkt imot at sykestuefunksjonen flyttes til Nordreisa. Mener at det blir for lange avstander og for problematisk for pårørende å besøke de syke. Sykestue i heimkommunen vil også føre til behandling totalt sett. (Trygghet, nærhet og helsepersonellet kjenner pasientene bedre og det blir bedre kommunikasjon.)

Forslaget fra eldrerådet ble enstemmig vedtatt.

Vedlegg 2:

Innspill fra Eldrerådet i Nordreisa

Nordreisa Eldreråd er i slutfasen av denne prosessen bedt om å komme med innspill i forhold til hvordan de eldre som brukergruppe vurderer disse tjenestene.

På grunn av kort frist, har Eldrerådet ikke hatt mulighet til å gå grundig inn i denne problemstillingen, men velger å komme med noen generelle betraktninger vedrørende denne problemstillingen.

Nordreisa Eldreråd har ingen forutsetning til å vurdere det kvalitative innhold i tjenesten på sykestuene i Nordreisa, men har det absolutte inntrykk av at kvaliteten er betryggende. Når det gjelder det kvantitative så er vi av den oppfatning av at det her er ulike utfordringer avhengig av hvilke tjenester vi snakker om. På generelt grunnlag mener vi at tjenesten i de fleste tilfeller tilfredsstillende innbyggernes krav og forventninger til dette. Selvsagt så vil det alltid være rom for forbedringer, her som i all annen tjenesteyting. Her mener vi at denne forbedringen kanskje kan skje ved å se på både organisering og arbeidsrutiner.

Sykestuene er en trygghet for lokalsamfunnet, så hvorfor gjøre endringer i noe som fungerer? La oss beholde sykestuene, og arbeide aktivt for at disse fortsatt skal gi oss den tryggheten også i framtiden.

Når det spesifikt angår finansiering av tjenesten, så er det, etter vår oppfatning, uinteressant for brukerne av tjenesten hvem som betaler og hvordan det foregår. Det viktigste er at tjenesten er tilgjengelig når pasienten har behov for den.

Det er med en viss undring vi ser at det er budsjettet som skal legge føringer for hvilket volum og hvilken kvalitet skal ha, og ikke behov. Ut fra denne tenkningen, vil det aldri være mulig å oppnå balanse i driften. Dersom den framtidige blir uforutsigbart, og kortsiktig, vil dette være med på å redusere tilliten til mulighet til en kvalitativt høy tjenesteyting både blant befolkningen og blant fagpersonellet.

Storslett 31. oktober 2016.

Med vennlig hilsen

Knut M. Pedersen

Leder i Nordreisa Eldreråd

Vedlegg 3:

Notat, Referanse 2015/1603-58

Uttalelse fra Kåfjord eldreråd: Evaluering av sykestuene i Nord-Troms

Leder i eldrerådet Reidar Breivik har fått henvendelse om å lage uttalelse om evaluering av sykestuene i Nord-Troms. Medlemmene i rådet er informert om uttalelsen.

Uttalelse: Med en økende eldre befolkning er behovet for behandling på den lokale sykestua det beste, både helsemessig og økonomisk. Dagens ordning med finansiering og organisering –

6.1 – alternativet anbefales. Dette har vært en praksis i Kåfjord helt fra omkring 1950 – fra man fikk fast ordning med «sentralsykehuset.» Syke i stor grad ble ivaretatt lokalt, både før sykehus innleggelse og etter utskriving fra behandling.

Sykehussengene har medvirket til større stabilitet og faglig utvikling blant leger, turnuser og annet helsepersonell.

Kåfjord kommune får nå nytt helse- og omsorgssenter, der alle tjenester får plass med sine funksjoner i bygget. Her blir det videreutviklet møteplasser – «ett NAV» for hele befolkningens behov hvor også samisk/kvensk kultur blir ivaretatt.

Kåfjord eldreråd har ellers sammenfallende synspunkter med eldrerådet i Kvæningen. Vi ønsker å beholde sykehussengene i vår kommune. Sentralisering til en av kommunene i Nord-Troms anbefales ikke! Nærhet til pasientene i sitt nærmiljø er beste ordning.

Kopi: Refereres i Kåfjord eldreråd

Med hilsen

For Kåfjord eldreråd

Ina Engvoll
Sekretær

Vedlegg 4:

Innspill fra brukerne av sykestua i Skjervøy

Skjervøy Pensjonistforening v/ Jan Larsen
Skjervøy Røde kors v/ Ronny Laberg
Skjervøy Demensforening v/ Birgit Paulsen
Mental Helse, Skjervøy v/ Anita Larsen

Skjervøy 28.10.16

Skjervøy sykestue v/ Åshild Hansen

Uttalelse fra brukerne av sykestua i Skjervøy kommune: Betydningen av sykestuer på Skjervøy

Tilstede: Jan ~~Larsen~~Ronny Laberg, Birgit Paulsen, Anita Larsen
Sekretær: Leder for helsekomiteen i Skjervøy Ingrid Lønhaug

Skjervøy kommune har hatt sykestue i over hundre år og har derfor lang tradisjon og mye kunnskap og erfaring med å drive sykestue. Det er utenkelig for befolkningen at sykestuene skal legges ned. Å ha en lokal sykestue gir trygghet for at en får tidlig hjelp hvis en blir syk og at en kan være i nærheten av familien ved lange sykeleier. En kan også bedre få til et tilbud for de som ønsker å være i lag med familie ved livets slutt.

I uværsperioder kan veier være stengt og kommunikasjon med omverdenen være svært dårlig. I tillegg er det avstandene som virker skremmende. En bruker lang tid på å komme seg fram til behandling. Helikoptre kan ikke lande og en er helt avhengig av den lokale sykestua. Den lokale beredskapen gir da trygghet for at en får hjelp ved sykdom.

Vi har erfaring for at det er lettere å få leger og sykepleiere hit ved at vi har sykestue her. Fagfolkene liker å få den allsidige praksisen det gir å jobbe både på sykestue og sykehjem. Rekruttering av fagkompetanse blir lettere.

Vi mener også at det samfunnsøkonomisk lønner seg å ha sykestueplasser lokalt. Vi sparer UNN for innleggelse og kan lettere ta imot de som skal ut fra sykehuset. Vi ser at andre kommuner ikke greier å ta imot sine pasienter så lett.

Sykestuedrift i vår kommune er godt innarbeidet, folk er vant til å få denne tjenesten og profesjonell hjelp og pleie gis i trygge og vante omgivelser.

En utfordring videre blir et stadig økende antall eldre i kommunen som kan gi et økt behov for sykestue.

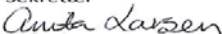
Brukerorganisasjonene er ikke i tvil om at sykestua har veldig stor betydning for trygghet, kvalitet og beredskap i forbindelse med sykdom i Skjervøy kommune.

For brukerorganisasjonene/eldrerådet

Leder av helsekomiteen


Ingrid Lønhaug

Sekretær


Anita Larsen
Mental Helse


Jan Larsen
Pensjonistforeninga


Ronny Laberg
Røde Kors


Birgit Paulsen
Skjervøy Demensforening


May Britt Klevstad
Eldrerådet


Arnfinn Hansen
LHL

Vedlegg 5



SKJERVØY UNGDOMSRÅD

Skjervøy 23.11.16

Skjervøy sykestue v/ Åshild Hansen

Uttalelse fra Skjervøy Ungdomsråd vedrørende betydningen av sykestuedrift i tilknytning til Skjervøy helsesenter.

Skjervøy kommune har mye kunnskap og erfaring med å drive sykestue. Å ha en lokal sykestue gir trygghet for at befolkningen får tidlig hjelp når man blir syk og at man kan være i nærheten av familien ved langvarig sykdom.

I uværsperioder kan veier være stengt og kommunikasjon være svært dårlig. Det hender da ofte at helikopter ikke kan lande. Det er lange avstander og å komme seg fram til behandling kan ta lang tid. Da er vi avhengige av å ha en lokal sykestue. Den lokale beredskapen er helt nødvendig. Det kan i noen situasjoner handle om død og liv.

Å ha sykestue har også betydning i forhold til å rekruttere og beholde fagkompetanse, spesielt når det gjelder sykepleier- og legetjenesten. For fagpersoner er det mer attraktivt å få den allsidige praksisen det gir å jobbe både på sykestue og sykehjem.

Vi mener også at det er en samfunnsøkonomisk gevinst i å ha sykestueplasser lokalt. Vi sparer UNN for innleggelses og liggedøgn. Det er også i tråd med samhandlingsreformens intensjon å gi tilbud lokalt.

For oss som er unge og opptatt av at kommunen vår skal være et godt sted å være, mener vi at arbeidsplasser og fagkompetanse er kjempeviktig! Vi vil at det skal være attraktivt å bosette seg på Skjervøy.

Det er vi som er fremtiden!

Samtidig vet vi at det blir flere og flere eldre, sannsynligvis vil behovet for behandling, pleie og omsorg øke i forhold til dette. Den tryggheten det gir å ha lokal sykestuedrift er av aller største betydning både her og nå, og med tanke på framtida.

Hilsen Skjervøy Ungdomsråd

Ved

Hannah Larsen (leder)

Vilde Karlsen (nestleder)

11. Referanser

1. Henviser til foredrag av Knut Ivar Berglund, 2012.
2. Sykestueutvalgets rapport, 2013.
3. Sykehusloven av 19. juni 1969
4. Helsedirektoratet 2016: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold – veiledningsmateriell.
5. Gunnar Grepperud, Ådne Danielsen & Gunilla Roos , Varsel om en mulig krise, Septentrio Reports, number 2, 2016, ISSN: 2387-4597, DOI: <http://dx.doi.org/7.3741>
6. Kommunereformen Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy, Utredning av kommunesammenslåing, (PricewaterhouseCoopers AS, 30. mars 2016)
7. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – En oppsummering av kunnskap Blix, Bodil Hansen (Peer reviewed, 2016-10-13).
8. Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter, Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 24 –2010
9. Tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms *Utviklingstrekk og gjennomgang av virkemidlene*, Norut Alta rapport 2012.2

Møtedato: 14. juni 2017
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
R. Spørck og J.-G. Falch, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 2.6.2017

Styresak 77-2017/3 Sykestuer i Nord-Troms, evaluering

Formål

Styret i Helse Nord RHF orienteres i denne saken om evalueringen av sykestuene i Nord-Troms. Arbeidet har vært gjennomført i et samarbeid mellom Helse Nord RHF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF ved samhandlingsleder og representanter fra kommunene Kåfjord, Nordreisa, Skjervøy og Kvænangen. Brukermedvirkning er ivaretatt ved at det er innhentet uttalelser fra eldrerådene i de respektive kommunene.

Desentraliserte helsetjenester bidrar til å oppfylle Helse Nord's strategi *Helse i Nord der vi bor*.

Bakgrunn

Finansieringen av sykestuene i Nord-Troms har vært gjenstand for diskusjon i flere møter mellom partene i perioden 2012-2016. Universitetssykehuset Nord-Norge HF hadde som utgangspunkt å redusere antall sykestuer fra ni til fire, og sentralisere disse ved Sonjatun DMS¹ i Nordreisa. Overordnet samarbeidsorgan (OSO) sluttet seg også til denne vurderingen.

Etter et møte mellom ledelsen i Helse Nord RHF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og politisk ledelse i de berørte kommunene i januar 2016 ble det bestemt at det skulle gjennomføres en evaluering av drift og bruk av sykestuene. Helse Nord RHF skulle lede arbeidet.

Representanter fra Helse Nord RHF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF ved samhandlingsleder gjennomførte høsten 2016 besøk på alle sykestuene samt et fellesmøte med representasjon fra alle kommuner. Etter dette møtet ble det foreløpige mandatet korrigert med innspill fra kommunene. Prosjektet har innhentet tilgjengelige data fra ulike kilder og forsøkt å kvalitetssikre disse på best mulig måte.

Prosjektgruppen har ikke klart å definere et klart skille på pasienten som ligger i sykestuesengen og ØHD²-sengen. På denne bakgrunn er det enighet om at det i prinsippet er de samme pasientgruppene som benytter seg av tilbudet.

I 2009 beskrev Samhandlingsreformen Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold (ØHD-senger) som et viktig virkemiddel for å løse fremtidens helseutfordringer. Helsedirektoratet har estimert et behov på ca. én seng pr. 7000 innbygger for ØHD-tilbudet. Dette utgjør et behov for ca. to slike senger i Nord-Troms kommunene.

¹ DMS: Distriktsmedisinsk senter

² ØHD: øyeblikkelig hjelp døgnenhet

Dagens løsning

Dagens løsning har en totalt ni øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/sykestuesenger som er fordelt slik:

- Kåfjord: en seng
- Nordreisa: fire senger
- Skjervøy: tre senger
- Kvæangen: en seng

Analyse av ulike alternativer

Prosjektgruppen vurderte at det var nødvendig å analysere ulike alternativer for å komme frem til en anbefaling. Disse alternativene ble vurdert:

- Alternativ 1: Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD
- Alternativ 2: Sentralisering av sykestuene
- Alternativ 3: Videreføring av dagens organisering med færre senger

Funn fra evalueringen

Oppsummert fremkommer følgende funn:

- Den kommunale aktiviteten på (ØHD/sykestuenivå) i kommunene i Nord-Troms er betydelig høyere enn for landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.
- Kommunene har et vesentlig lavere forbruk av ambulansetjenester både sammenlignet med nabokommuner og Nord-Norge generelt.
- Forbruket av pasientreiser er lavere.
- Det totale sykehusforbruket (antall liggedøgn pr. 1000 innbygger) er lavere enn nabokommuner og resten av Troms.
- Gjennomsnittstall for antall akuttinnleggelser er 18 % lavere enn for sammenlignbare nabokommuner og 20 % lavere enn i Nord Norge.
- Antall utskrivningsklare pasienter er ca. 30 % lavere i disse kommunene enn i sammenlignbare nabokommuner og andre kommuner i Universitetssykehuset Nord-Norge HFs opptaksområde.

Medisinske motiver dominerer beslutningen om å henvise til sykehus, mens pleiebehov, lange avstander til sykehus og tilgang på sykestue med medisinsk behandling reduserer antall henvisninger til sykehus.

Samhandlingsreformen medførte en overføring av ansvar og oppgaver fra sykehusene til kommunene. Gjennomgangen av innholdet i det kombinerte ØHD/sykestuetilbudet viser at det tilbudet som gis her i all hovedsak er tilbud som faller innenfor det kommunale tilbudet ØHD.

Prosjektgruppen har funnet at dette tilbudet er større i disse fire kommunene enn i landet for øvrig og i forhold til sammenlignbare kommuner. Det synes også klart at dette utvidede tilbudet har positiv effekt på bruken av Universitetssykehuset Nord-Norge HFs ressurser. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har sannsynligvis årlige kostnadsbesparelser på mer enn 5 mill. kroner. Dette er imidlertid noe lavere enn de årlige tilskuddene fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF i dag.

Anbefaling

Forutsetningen for at Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal delfinansiere drift av sengene, er at tilbudet har en så god kvalitet at pasienter som normalt ville blitt innlagt på Universitetssykehuset Nord-Norge HF, får sitt tilbud lokalt.

Prosjektgruppen anbefaler alternativ 3, et fortsatt desentralisert tilbud med ØHD/sykestueseng i hver kommune videreføres, men med et redusert antall UNN-finansierte senger.

Dette alternativet mener prosjektgruppen vil ivareta den desentraliserte pasientbehandlingen i kommunene. Samtidig antar prosjektgruppen at dette vil bidra til å ivareta rekrutteringsgevinsten ØHD/sykestuesengene har hatt. En slik videreføring forutsetter at de reduserte reisekostnadene Universitetssykehuset Nord-Norge HF har grunnet aktiviteten i disse sengene fortsetter. Dette fordrer et tett samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og kommunene om innhold i sengene samt dimensjonering og bruk av tilbudet i kommunene.

Prosjektgruppen antar at en videreføring av ØHD/sykestuesenger i hver av kommunene er tilstrekkelig til å videreføre gevinstene, og at kommunene fordeler merfinansieringen av ØHD/sykestuesengene på bakgrunn av folketall.

Adm. direktørs vurdering

Adm. direktør mener at rapporten gir et godt bilde av at samhandling med kommunene har betydning for pasienter og pårørende. Det er viktig å ta vare på og videreføre desentraliserte tilbud som medfører at pasientene kan få lokal behandling, og unngå sykehusinnleggelse når det anses forsvarlig.

Det er av stor betydning å beholde og rekruttere god kompetanse til kommunene.

Lavere forbruk av ambulansetjenester bidrar til å styrke akuttberedskapen lokalt, slik at disse ressursene utløses når de trenges mest.

Konkrete tiltak og dimensjonering må avtales mellom helseforetaket (Universitetssykehuset Nord-Norge HF) og den enkelte kommune og tilpasses utfordringene og behovene også når de endres.

Rapporten *Evaluering av sykestuene i Nord-Troms* overleveres til Universitetssykehuset Nord-Norge HF som rette vedkommende.

Vedlegg: Rapport *Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*

Vedlegget er lagt ut på Helse Nord RHF's nettsted – se her:

[Styremøte i Helse Nord RHF 14. juni 2017](#)



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
37/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017

Vurdering av omsorgstilbud i kommunal regi

Henvising til lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven kap 3 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Vedlegg

1 tilbakemelding fra virksomhetsleder

Rådmannens innstilling

Av hensyn til brukeren forlenger Nordreisa kommune avtalen med Aleris fram til 31.12.2018. Dersom kommunen kan gi et tilfredsstillende omsorgstilbud til vedkommende, tas det opp til vurdering senere.

Saksopplysninger

En bruker gis heldøgns omsorgstilbud fra Aleris BOI. Avtalen går til 31.12.2017, med mulighet for prolongering 2 år pluss 1 år pluss 1 år. 3 måneders gjensidig oppsigelsesfrist.

Helse- og omsorgsutvalget har tidligere bedt om få vurdert hvorvidt dette kan gis i kommunal regi. Virksomhetsleder på Høgegga Omsorgsboliger har gitt en tilbakemelding, jfr vedlegg.

Aleris ga omsorgstilbud til denne og en annen beboere i et fellesskap på 3 leiligheter, der de ansatte hadde leilighet i midten. Beboeren har av forskjellige årsaker flyttet tre ganger i løpet av de siste 3 årene.

Vedkommende kommer inn under ordningen med ressurskrevende tjenester. Innslagspunktet for ressurskrevende tjenester for 2017 er ikke kjent, det vil anslagsvis økes til 1.185.000, og rammetilskuddet for psykisk utviklingshemmede antakelig til 635 000 dersom ordinær prisstigning følges. Gitt disse beløpene, vil oppsettet fra virksomhetsleder bli noe endret. Det må også tas hensyn til at kun direkte lønnsutgifter dekkes av refusjonsordningen, ikke administrasjon og planlegging. Faktura fra Aleris må derfor deles opp i det vi kun kan kreve refusjon for direkte lønnsutgifter (sammen med brukeren). Sannsynligvis får vi heller ikke refusjon for "administrasjon hovedkontakt". En fjerner derfor 3,75 timer per uke fra virksomhetsleders oppsett når det gjelder grunnlag for refusjon.

Omsorgsgiver	Fast beløp	Aleris 2017	Kommunal regi
1 Total utgift		3 360 555	3 652 000
2 Lønnsutgifter – grunnlag for refusjon		3 024 500	3 383 026
3 Innslagspunkt	1 184 768		
4 Rest – grunnlag for refusjon		1 839 732	2 198 258
5 Fradrag psykisk utviklingshemmede	634 880		
6 Grunnlag for tilskudd		1 204 852	1 563 378
7 Tilskudd (80% av over innslagspunktet)		963 881	1 250 702
8 Kommunens utgifter		1 761 794	1 766 418

Vurdering

Beboeren har store og omfattende omsorgsbehov, han er sårbar mht flytting og endring av personell. Han må ha egen leilighet og eget personale i 1:1 situasjon store deler av døgnet. Det bør være stabile personer rundt han. Tilbakemelding fra Aleris er at han nå er ganske stabil. I turnusen Aleris har, er det én person gjennom hele døgnet og denne går gjerne flere dager. Dette fungerer veldig bra med hensyn til brukerens behov.

I den tida brukeren fikk tilbud fra kommunen, ble det gjennom en større personalgruppe og hyppigere bytte av personell. Personalet gikk ordinær turnus med vaktskifte x 3 pr døgn. I tillegg var det høyt sykefravær i avdelinga, med økt bruk av vikarer og høy turnover. I perioder der han var urolig, måtte en også sette inn 2:1 bemanning, noe som er nevnt i virksomhetsleders tilbakemelding. Han hadde også i større grad selvsikading, noe som gjerne kommer ved kommunikasjonsvansker og følelsen av utrygghet.

Det vil også komme økte utgifter (som bare delvis blir refundert gjennom tilskudd) som følge av ferie og sykevikar under 16 dager. Kommunens prissetting har ikke tatt høyde for økt bemanning, men er nevnt som et tillegg som kan komme. Sykefraværet er redusert i den senere tid, det gjenstår å se om en klarer å holde det på et lavt nivå over tid. Høgegga omsorgsboliger har ikke en turnus tilsvarende Aleris. Erfaring tilsier at brukeren vil profitere på andre type arbeidstidsordninger enn det Høgegga kan tilby pr i dag. Det vil si "medlevertturnus" eller langturnus. Avdelinga har så langt ikke klart å få en slik arbeidstidsordning etablert, noe som også er en lang prosess.

Når det gjelder kommunal overtakelse, har en ikke funnet plass eller hensiktsmessige lokaler i det kommunen bruker på nåværende tidspunkt. En har heller ikke sett at det er noen umiddelbare muligheter for samkjøring med andre brukere. En antar at personalet tilknyttet denne brukeren må ha egen leilighet, det er usikkert om et rom inne i beboerens leilighet er tilfredsstillende.

Kommunen har nettopp hatt etablering av Guleng 3, og flere ansatte flyttet dit fra andre deler av kommunens virksomheter. Kommunen strever med å få dekket stillingene, ikke minst er det problem med å få dekket opp med kvalifiserte vikarer.

Ut fra administrasjonens beregning, er det forholdsvis liten forskjell på prisen kommunen må betale om den driver tjenesten selv eller setter bort til Aleris.

Det er lite ønskelig med ny flytting av brukeren nå. Erfaringsvis tar det lang tid etter flytting å få etablert stabilitet rundt han. En vurderer at hensynet til stabilitet for brukeren samt hensiktsmessig turnus for beboeren og problemer med rekruttering av egne ansatte tilsier at det ikke er aktuelt at kommunen overtar dette omsorgstilbudet på nåværende tidspunkt. Uansett vil avtalen med Aleris måtte forlenges, jfr vilkårene i avtalen om prolongering.

Tilbakemelding til helse- og omsorgsutvalget

Vedr. kjøp av tjenester til bruker med behov for 1:1 bemanning

Det var spørsmål fra utvalget om kostnadene til døgnkontinuerlig omsorgstjenester dersom kommunen overtar den daglige tjenesten til bruker (mann) med omfattende hjelpebehov (1:1)

Følgende vurdering ble lagt til grunn da privat aktør ble engasjert til å gi omsorgstjenester:

Aleris var engasjert av Nordreisa kommune til å gi døgnkontinuerlige tjenester til 2 brukere som bodde i samme hus, men i hver sin leilighet. Dette var brukere som tidligere fikk tjenester fra omsorgstjenesten i Nordreisa kommune. Nordreisa kommune klarte ikke på det tidspunkt å imøtekomme brukernes omsorgsbehov på en god nok måte. Det var en turbulent periode med blant annet en del klager fra naboer. Brukerne hadde spesielt behov for stabil bemanning og få personale å forholde seg til. Kommunen klarte ikke å imøtekomme dette på grunn av høy turnover, rekrutterings problemer og høyt sykefravær.

Da den ene av disse to døde, ble det en leilighet ledig som ville kunne tilbys eventuelle andre brukere med omfattende hjelpebehov. Spesielt med tanke på brukere som ville profitere på stabilitet og det å ha få personale rundt seg. Det var slik denne aktuelle brukeren fikk denne leiligheten med tjenester fra Aleris.

Det viste seg at boligen hvor begge brukerne nå bodde ikke var tilstrekkelig tilpasset. Aleris fant en mer egnet bolig utenfor sentrum, hvor begge brukerne fikk hver sin leilighet med personalbase i midten.

Slik det er i dag ser brukeren ut til å ha funnet seg til rette i den nye boligen, ut fra tilbakemeldinger fra Aleris.

Det er svært viktig å ta hensyn til brukerens behov:

- Funksjonsnivå: dyp psykisk utviklingshemming og autisme.
- Ikke verbalt språk, viktig med oppmerksomhet rundt alternativ kommunikasjon med bruk av konkreter, tegn og symboler
- Viktig med færrest mulig personale å forholde seg til
- Stor grad av forutsigbarhet og struktur
- Kan bli urolig i sosiale settinger med mye mennesker
- Kan bli urolig med mye prat og støy

Pr. i dag betaler Nordreisa kommune kr.3 360 555,00 pr. år for tjenesten til denne brukeren (inkl. indeksregulering for 2018 vil dette bli ca. 3 392.000,00)

Dersom kommunen selv skulle gi tjenester til brukeren vil dette anslagsvis koste minimum kr. 3.652.000,-pr. år.

*NB. Brukeren har tidligere hatt selvskadende atferd. Det kan derfor i perioder kunne bli behov for å styrke bemanningen slik at man er to personale på vakt. Dette er det **ikke** tatt hensyn til i kostnads beregningen. Men dersom det må være 2:1 bemanning dag og ettermiddag vil*

dette koste ca. 4800.- kr. mer pr. dag. Dersom bemanningen må styrkes 24 timer pr. døgn vil dette koste ca. kr. 7780.- mer pr. dag.

Rekruttering av fagkompetanse og stabilitet i tjenestene vil blant annet være avhengig av fleksible arbeidstidsordninger og andre rekrutteringstiltak kommunen har sett i forhold til andre kommuner og tilbydere.

Kostnadene er beregnet slik:

1:1 bemanning med overlapping:

	Timer pr. uke		Kostnad pr. år
Dagvakt	7,5 x 7 =52,50		
Aftenvakt	7,5 x 7 =52,50		
Nattevakt inkl. overlapping	9,5 x 7 =66,50		
Avløsning /overlapping/ ca.	4,0 x 7 =28,00		
Administrasjon hovedkontakt:	37.5x3: 6=3,75		
Sum	203,25 timer pr. uke		3.438.000
Personaladministrasjon	0.20% årverk		130.000
Husleie personal	*Ca.110 kr.pr.m2	84.000
Sum			3.652.000

203,25 x 6 uker turnus= 2119,5 timer: 213 timer (1 årsverk)= 5,73 årsverk

5,73 årsverk fordelt på 9 ansatte i ordinær turnus.

5,73 årsverk x 600.000,- = 3.438.000,-

I tillegg kommer personaladministrasjon ca. 7 timer pr. uke = 0,20 årsverk

0,20 årsverk x 650.000,- = 130.000,- pr. år

Brukeren dekker egen husleie, mat og andre boutgifter.

*Kommunen må betale husleie / strøm personal: inntil 7000.- pr. mnd. Avhengig av boligens utforming og beliggenhet. Pris på leie av leilighet hos Nybo er avhengig av leilighetens størrelse. Ca. 110 kroner pr.m2. Husleiepris pr. mnd. Ca. kr. 7000.- - 8.500.- .

Kommunen får refusjon for ressurskrevende tjeneste (som før):

Lønnsutgifter omsorgstiltaket	3.438.000
-Innslagspunkt før eventuell refusjon	1.157.000
Rest	2.281.000
80% refusjon fra staten	1.824.800
-Rammetilskudd for psykisk utviklingshemmede over 16 år	620.000
Refusjon fra staten	1.204.800.00

Britt Bendiksen

Virksomhetsleder Høgegga Omsorgsboliger



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
38/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017

Budsjettregulering - Overføring av lønnsmidler fra miljøarbeidertjenesten til Høgegga Omsorgsboliger

Henvising til lovverk:

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3: Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Rådmannens innstilling

Kr 74 144 i lønnsmidler overføres fra miljøarbeidertjenesten (ansvar 325) til Høgegga omsorgsboliger (ansvar 324) i tråd med at oppgavene er flyttet over.

Saksopplysninger

Person med fritidsaktivitet, som tidligere har vært utført av miljøarbeidertjenesten ved støttekontakt. Høgegga omsorgsboliger (ansvar 324) har hatt ansvaret for øvrige tjenester til vedkommende, og ut fra en faglig vurdering om at det ville være mest hensiktsmessig å overføre dette tilbudet til Høgegga omsorgsboliger, ble det gjort en endring i desember 2016.

Aktiviteten er 5 timer per uke, tilsvarende 14 % stilling som fagarbeider. Flytting av oppgaver kom for seint til at det ble med i budsjettbehandlingen for 2017, og det er ikke foretatt noen budsjettregulering tidligere.

I den tida oppdraget lå under miljøarbeidertjenesten, ble det lønnet til oppdragstaker. Det utbetales ikke feriepenger og pensjon til oppdragstakere. Kommunens utgifter for de aktuelle timene blir dermed større ved at fast ansatte turnusarbeidere utfører oppdraget. Utgiftene hittil i år til fast lønn er derfor noe lavere enn budsjettet på ansvar 325. Overføringen av oppgaver til Høgegga bidrar samtidig til overforbruk dersom det ikke følges opp med budsjettregulering.

Det foreslås derfor at beløpet som overføres tar høyde for økte utgifter til lønn/feriepenger og pensjon, slik at det dekker opp de økte kostnadene som blir på 324. Det tas utgangspunkt i fagarbeider med årslønn på 401 200. 14% utgjør for året 56 170. I tillegg kommer feriepenger og pensjon.

Status september (Miljøarbeidertjenesten 325), beregnet etter evt budsjettregulering:

Konto	Regnskap	Budsjett	Forbruk %	Avvik	Avvik %
Lønn inkl sosiale utg	372 126,00	534 697,00	69,60	16 598,72	3,10

Normert forbruk på lønn i september er 72,7%, så etter at eventuell regulering er trått i kraft vil det fortsatt være et mindreforbruk på 16 600 på 325.

Det innstilles derfor for følgende budsjettregulering:

Konto	Ansvar	Funksjon	Beløp	Kommentarer
10100	324	254	56 170,00	Økte lønnsutgifter
10100	324	254	6 740,00	Feriepenger
10900	324	254	11 234,00	Pensjon
10100	325	254	-74 144,00	Reduserte lønnsutgifter

Vurdering

Det har over tid blitt færre fast ansatte i miljøarbeidertjenesten, i det flere hyres inn på oppdragsavtaler i stedet for fast ansatte. Det har vært spesielt vanskelig å rekruttere støttekontakter til dette oppdraget, i tillegg til at en vurderer at det er mer hensiktsmessig at det legges inn i turnusarbeid til de som gir omsorgstjenester. For brukeren blir det mer oversiktlig, samtidig som det er enklere å samkjøre med andre tjenester til vedkommende.

Tilbakemelding fra tjenestestedet tilsier at det har vært riktig å flytte dette tilbudet.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
39/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017

Ombygging av østre fløy, 2.etg, Sonjatun Helsesenter

Henviing til lovverk:

KAD forskriften <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

Isoleringsveilederen:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/isoleringsveilederen.pdf>

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Rådmannens innstilling

Fløy øst, 2.etg. på Sonjatun helsesenter bygges om, slik at en sikrer at fremtidig drift er i forhold til forskrift, retningslinjer, og veiledere til denne typen tjeneste. Ombyggingskostnader taes med i budsjettprosessen for 2018.

Saksopplysninger

Sonjatun Helsesenter sto ferdig i 1977. Siden den gang har det ikke vært gjort renoveringer av østre fløy, 2.etg. I østre fløy 2. etg drives sykestue, område geriatrisk rehabilitering (OGT) og fødetilbud. Bilde av østre fløy slik den er i dag:

- Terminal pleie/ Palliasjon
- Psykiatri
- Demens

Situasjonen i dag er slik at alle pasienter som er innlagt på OGT eller sykestue må dele rom eller bad med annen medpasient.

Vurdering

Pasientgrupper som er innlagt og vurdering av deres behov:

Pasienter med hjerneslag: hjerneslag resulterer ofte lammelser i den ene siden av kroppen i større eller mindre grad. Ved OGT Sonjatun skal en få hjelp til vurdering og trening i alle aktiviteter i dagliglivet (ADL), som å kle på seg, dusje, gå på do og tilberedning av mat. Pasienter ved OGT har ofte behov for en del hjelpemidler som gjerne tar en del plass. Spesielt i baderoms situasjoner blir det vanskelig da badene er små og trange. Det vil si at det er mange som må ha all sin ADL-trening på rommet. Slik rommene er utformet i dag har ikke pasientene mulighet til deltagelse i slik trening, da det ikke er tilrettelagt for dette.

Infeksjon, svekket immunforsvar og smitte: på grunn av at det befolkningen reiser mer nå enn tidligere er det også en forhøyet risiko for å få infeksjoner og smitte som må behandles. Det kreves at sykestuen, som har mange mennesker inn og ut i løpet av et år, har mulighet for å skjerme slik at en ikke sprer smitte til andre pasienter. Her vil en spesielt poengtere at personell som jobber på med pasientene også bistår under fødsler og oppfølging av barsel, hvor de nyfødte er spesielt sårbar. Men også pasienter som har gjennomgått cellegiftbehandling er sårbar. Slik sykestuen er utformet i dag er det liten mulighet for skjerming. Det er egne retningslinjer som sier noe om hvordan dette skal gjøres.

Annen somatisk lidelse: Dette er som regel stabile pasienter med avklart diagnose hvor hovedproblemet er: Akutt sykdom som kan undersøkes og behandles etter vanlige allmenmedisinske metoder. Det kan være forverring av kjent kronisk sykdom med behov for innleggelse og behandling, eller stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk. Disse pasientene kan gjerne dele rom med annen pasient av samme kjønn, men ofte trenger de hjelp i forhold til alle aktiviteter i dagliglivet. Mange av disse aktivitetene foregår på pasientrom eller bad.

Terminal pleie/ Palliasjon: Er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Denne behandlingen har behov for enerom.

Psykiatri: 01.01.2017 kom det med i KAD forskriften at dette tilbudet også skal gjelde for denne pasientgruppen. Dette gjelder personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelproblemer, ofte også i kombinasjon med somatisk sykdom/plager. Det kan også være pasienter med avklart tilstand og/eller diagnose som får tilbakefall/forverring av (kjent) psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem, ofte med akutt funksjonsnedsettelse på ulike livsområder og der innleggelse er nødvendig for å roe/avhjelpe en vanskelig livssituasjon. Disse menneskene trenger ofte skjerming og har vanskelig med å dele rom med andre.

Demens: i dagens samfunn ser man en økning av mennesker med denne diagnosen. Pasientene kan komme inn til sykestuen for kortvarig observasjon og/eller behandling. Problemstillingen her er gjerne at pasientene er urolige. De har stort behov for ro rundt seg og har dermed vanskeligheter for å dele rom med andre.

Vurdering i forhold til arbeidsforhold for de ansatte:

I arbeidet med pasienter som har behov for tilrettelegging og bistand i dagliglivets aktiviteter er må en også ta hensyn til arbeidsforhold til ansatte. Til eksempel er baderom i dag en meter bred, det er dermed liten mulighet for å bistå i forflytninger når blant annet pasientene skal på do. Pasienter får nå i dag tilbud om bruk av dostol inne på rommet. Mens der pasienter deler rom med annen pasient kan de bli forflyttet til toalett over gang. Pasienter som trenger bistand til å stelle seg får tilbud om dette ved vask som er rett innenfor døren på rommene. Det er stadig etiske vurderinger personalet må gjøre i slike tilfeller. De får tilbakemeldinger fra pasienter om at de synes det er krenkende å måtte benytte dostol inne på rommet. Her må man også gjøre etiske vurderinger i forhold til hvilke pasienter som kan dele rom og ikke, og en må også være obs på ivaretagelse av personvern og taushetsplikt.

I ombygningen vurderer en også at en må skille av kontor og vaktrom med tanke på arbeidsforhold og taushetsplikt. Slik vaktrom og kontor er formet i dag må en gå gjennom vaktrom for å komme inn på kontoret.

Vurdering i lys av andre endringer i Helse og omsorg i Nordreisa kommune:

I denne vurderingen har en ikke tatt med muligheter for å utvide areal i forhold til det en har i dag, da dette vil kreve en mer omfattende jobb. For tilrettelegging slik at en får enerom og eget bad for pasienter har en behov for å ta ned antall sengeplasser med 2 senger. En vil fremdeles sørge for at tilbudet til pasientgruppen blir dekket. I dette må en ta med at det satses mer på kortere liggetid i institusjon gjennom hjemmebaserte tjenester, dagbehandling og ny teknologi. Et av rommene vil bli forbeholdt dagbehandling og poliklinikk, mens tre av rommene vil bli forbeholdt medisinsk behandling og observasjon, fire av sengene er forbeholdt OGT. Dette er også i tråd med bestillingen i fra ledelsen ved UNN om å dreie mer behandling over fra døgn til dagbehandling.

I ombyggingen av fløy øst, 2.etg. har en også tatt med at det skal være endringer i forhold til kjøkkenet som er i avdelingen. Dette er fordi en også må tenke fremtidsrettet i forhold til matsituasjonen for pasienter. En endring av kjøkken vil gi pasientene mulighet til å være mer tilstede også på kjøkkenet. Siden en velger å bruke en av dagligstuene til sengerom vil en med endring av kjøkken knytte denne opp mot dagligstue som blir i bruk.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
40/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017

Resultatrapport DMS januar - august 2017

Rådmannens innstilling

Resultatrapporten for DMS tas til orientering. Det jobbes videre med kompetanseheving innen økonomi slik at avviksforklaringene kommer tydeligere frem.

En bør utrede ordning om vikarpool på sykepleierstillinger.

Saksopplysninger

Etter møte med Helse og omsorgsutvalget 29.08.2017 var det bestemt at utvalget ønsket økonomirapporteringene som sak i stedet for referat. DMS har jobbet med å få sine rapporter levert inn til rådmannen en gang i måneden. Det jobbes med å øke kompetansen på økonomi.

DMS består av ansvarene:

350 Distriktsmedisinsk senter
251 Interkommunal jordmortjeneste
352 Sykestue
353 Dialyseavdeling

DMS leverer en totalrapport av disse ansvarene:

Lønn inkl sosiale utg	kr 8 530 797	kr 12 758 391	67,82	-kr 411 821
Øvrige utgifter	kr 2 058 917	kr 3 124 508	65,9	kr 24 088
Inntekter	kr 7 025 729	kr 17 140 828	40,99	-kr 2 973 087

I totalrapporten for øvrige utgifter er internkjøp tatt bort, dette for å gi en bedre oversikt over forbruk i forhold til budsjett.

Kommentarer til avvik:

Lønn

For å være innenfor budsjett pr august, kan forbruket være 63,6%. En ser at det har vært et overforbruk på lønn. Dette skyldes overforbruk på postene Overtid og Ekstrahjelp. Noe av dette ble regulert inn etter vedtak i helse og omsorgsutvalget 29.08.2017, der sykerefusjoner dekker noe av disse postene.

Øvrige utgifter

For å være innenfor budsjett pr august, kan forbruket være 66,7%. Forbruket er innenfor rammen.

Inntekter:

For å være innenfor budsjett pr august, skal inntektene være 66,7%.

Inntektene viser en mindreinntekt. Det er ikke fakturert for ansvar 352 Sykestue, dette er inntekter som en forventer kommer inn. Det er forventet at DMS og interkommunal jordmortjeneste også vil få inntekter som samsvarer med budsjett. Faktureringsrutinene er skjerpet, og inntekter for 1. og 2. kvartal er fakturert, med unntak av det som er nevnt.

Vurdering

Totalt sett ser det ut til at DMS klarer å holde seg innenfor budsjett når forventede inntekter er kommet inn. Men en har fortsatt en vei å gå i forhold til å ta ned bruk av overtid. Her kan en henvise til tidligere forslag om å danne vikarstilling for sykepleiere, som også vil redusere bruk av overtid og merbelastning for ansatte som går i 100% stilling.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
41/17	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	10.10.2017

Resultatrapport helse og omsorg august 2017

Vedlagt følger resultatrapport helse og omsorg til og med august 2017.

Rådmannens innstilling

Legges frem uten innstilling.

Saksopplysninger

TOTALT pr. 31.08.2017

De største avvikene over 40.000 kr:

Lønn inkl. sos. utgifter:

Totalt mindreforbruk 1.021.053

Merforbruk:

1.488.000 i faste tillegg

400.000 i ferievikarer

850.000 overtid

270.000 lønn lærlinger

62.000 avlastning

41.000 forskjøvet arbeidstid

Mindre forbruk:

763.000 lønn i faste stillinger

138.000 ekstrahjelp

40.000 engasjement

67.000 omsorgslønn

300.000 refusjon fødselspenger

Øvrige utgifter:

Totalt merforbruk 3.8 million

Merforbruk:

50.000 medisinsk forbruksvarer
450.000 mat og drikke
40.000 rengjøringsmateriell
160.000 arbeidstøy
100.000 faste avgifter, lisenser og gebyrer
86.000 Lillebo
86.000 transport
76.000 kjøp av vaskeritjenester,
856.768 kjøp av konsulent tjenester (ferievikarer)
158.476 ferievikarer fra vikarbyrå
7.463.042 driftsavtale private
4.007.659 driftstilskudd private
158.000 overføring legehonorar

Mindreforbruk:

556.000 pensjon
94.800 medisiner
60.000 annet forbruksmateriell
200.000 kurs/opplæring (budsjettreguleres)
120.000 kost og km. ansatte
280.000 transport, er ikke belastet eks. 326
141.000 ansvarsforsikring, belastes x 1 pr. år
180.000 drift/service/soft avtaler
294.761 utskrivningsklare pasienter
54.000 overføring til private

Inntekter:

Manglende inntekter: 11.635.705

Merinntekter:

510.000 egenandele
300.000 refusjon fra UNN
60.000 refusjon fra private

Mindreinntekter:

76.000 matpenger
183.000 salgsinntekter
100.000 leieinntekter hus/lokaler/materiell
304.000 fastlønnstilskudd fra staten
12.069 Ressurskrevende tjenester

Vurdering

