



Møteinnkalling

Utvalg: Nordreisa helse- og omsorgsutvalg
Møtested: Formannskapssalen, Rådhuset
Dato: 30.11.2018
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 40/18	Referatsaker		
RS 147/18	Demensplan 2020 - Nasjonal kartlegging		2017/1271
RS 148/18	Pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen		2018/1377
RS 149/18	Svar på avvik fra Nordreisa kommune rus- og psykisk helsetjeneste - med utsatt frist		2017/1065
RS 150/18	Svar på avvik, rus- og psykisk helsetjeneste - med utsatt frist		2017/1065
RS 151/18	Særutskrift - Tildeling av stipend - P.B. Lunds legat		2018/951
RS 152/18	Virksomhetsplan for hjemmetjenesten		2018/1380
PS 41/18	Budsjett og økonomiplan 2019 - 2021		2018/638
PS 42/18	Resultatrapport helse og omsorg pr oktober 2018		2018/306
PS 43/18	Budsjettregulering november 2018 kap. 3 Helse og omsorg		2018/835
PS 44/18	Utredning medisinkabinett		2017/1038
PS 45/18	Sonjatun kjøkken vurdering av framtidig kjøkkendrift		2017/1346
PS 46/18	Budsjett 2019 - sektor for helse- og omsorg - tiltak 2019		2018/834
Ettersendt 26.11.18:			
PS 47/18	Alternativ bruk av sykestuesenger		

PS 40/18 Referatsaker

Fra: Tor Martin Nilsen
Sendt: 02.11.2018 16:00:03
Til: Bodil Mikkelsen
Kopi: Øyvind Roarsen; Guro Boltås; Anita Jensen

Emne: Demensplan 2020 - Nasjonal kartlegging

Vedlegg: image001.jpg

Til orientering. Alle spørsmål ble vel ikke besvart helt korrekt, men fikk ikke inn svar fra alle.

Vennlig hilsen

Tor Martin Nilsen
Konsulent



Nordreisa kommune
Telefon: 77 58 81 33
Mobil: 40 03 81 76

Postadresse:

Postboks 174, 9156 Storslett

E-post:

postmottak@nordreisa.kommune.no

Besøksadresse:

Sonjatunveien 21

Internett: www.nordreisa.kommune.no

Telefon: 77 58 80 00

Telefaks: 77 58 80 01

www.facebook.com/nordreisakommune

Bankto: 4740
05 03954

Org nr: 943 350
833

From: QuestBack <noreply@questback.com>
Sent: Friday, November 2, 2018 3:18 PM
To: Tor Martin Nilsen <Tor.Martin.Nilsen@nordreisa.kommune.no>
Subject: Questback kvittering -> Demensplan 2020 - Nasjonal kartlegging

Nedenfor er en kopi av ditt svar på: Demensplan 2020 - Nasjonal kartlegging

- Hvem rapporterer du for?
 - Øvrige kommuner
- Kommunens navn (Bydel for Oslo):
 - 1942 Nordreisa/Råisa
- Er tjenester til personer med demens spesielt omtalt i kommunens planverk?
 - I handlings- og økonomiplanen?
 - Nei
 - I kommuneplanens samfunnsdel?
 - Ja

- I en delplan for helse- og omsorgstjenesten?
 - Ja
 - I en egen demensplan ?
 - Nei
- Hvis dere har en egen demensplan er den politisk behandlet?
 - Nei
- Dersom tjenester til personer med demens er tydelig beskrevet i en av kommunens planer,
 - har brukerrepresentant(er) vært delaktig(e) i utformingen av planen?
 - Nei
 - omtaler planen også utredning, behandling og omsorg tilrettelagt for personer med demens med minoritetspråklig bakgrunn?
 - Nei
 - omtaler planen også utredning, behandling og omsorg tilrettelagt for personer med samisk bakgrunn?
 - Nei
- Har kommunen plan for forebygging av ikke-smittsomme sykdommer (NCD)?
 - Nei
- Har kommunen systematisk informasjons- og opplysningsarbeid rettet mot innbyggerne, som omhandler demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende?
 - Nei
- Har kommunen informasjon om demens og tilbudet til personer med demens på andre språk enn norsk?
 - Nei
- Har kommunen rutiner for og tilgang til tolketjenester på aktuelle språk?
 - Nei
- Er det gjennomført opplæring i Nasjonalforeningen for folkehelsens kampanje for et mer demensvennlig samfunn - for ansatte i privat eller offentlig servicevirksomhet i perioden 2017-2018?
 - Nei
- Har kommunen gjennomført annen opplæring og bevisstgjøring av ansatte i privat eller offentlig servicevirksomhet i perioden 2017-2018, enn gjennom Nasjonalforeningen for folkehelsens kampanje for et mer demensvennlig samfunn?
 - Nei
- Har kommunen ansatte i helse- og omsorgstjenesten som i 2017-2018 deltar/har deltatt i Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC?
 - Nei
- Har kommunen i 2017-2018 sørget for opplæring til ansatte knyttet til Nasjonal faglig retningslinje om demens, og/eller har kommunen implementert føringer fra demensretningslinjen i kommunens rutiner?
 - Opplæring om Nasjonal faglig retningslinje om demens?
 - Nei
 - Føringer fra demensretningslinjen er implementert i kommunens rutiner?

- Nei
- Arbeider kommunen systematisk med opplæring og innføring av metoder for personsentrert omsorg, som for eksempel VIPS, DCM, Marte Meo, eller annet?
 - Ja
- Hvis ja, beskriv kort:
 - Det skal settes i gang opplæring på VIPS i november 2018
- Har kommunen i 2017-2018 arrangert opplæring til ansatte om lindrende behandling for personer med demens?
 - Nei
- Har kommunen i 2017-2018 arrangert opplæring til ansatte om tilrettelegging av tjenester til personer med demens som har minoritetsspråklig eller samisk bakgrunn?
 - Nei
- Har kommunen tverrfaglig team el. lignende, med kompetanse om demens?
 - Nei
- Har kommunen faste rutiner/modeller for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende etter at diagnose er stilt?
 - Nei
- Har kommunen rutiner/ordninger som innebærer at alle personer med demensdiagnose tilbys en individuell koordinator/kontaktperson uavhengig av omfang av hjelpebehov?
 - Nei
- Har kommunen rutiner/ordninger for å tilby en individuell koordinator til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator?
 - Nei
- Har kommunen rutiner/ordninger for å tilby Individuell plan til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester?
 - Nei
- Har kommunen egne brukerskoler for personer med demens, eller samarbeider kommunen med andre som tilbyr dette til kommunens innbyggere?
 - Nei
- Er det fattet vedtak om støttekontakt/aktivitetskontakt til personer med demens i kommunen?
 - Ja
- Hvis ja, gis det spesiell opplæring om demens til støttekontakter/aktivitetskontakter for målgruppen?
 - Nei
- Har kommunen rutiner/retningslinjer for samarbeid med frivillige?
 - Ja
- Har kommunen etablert samarbeid med frivillige om tiltak rettet mot personer med demens?
 - For personer med demens som bor hjemme?

- Ja
 - ◊ For personer med demens som får dagaktivitetstilbud?
 - Ja
 - ◊ For personer som bor i bokollektiv for personer med demens?
 - Nei
 - ◊ For personer med demens som bor i sykehjem?
 - Ja
- Har kommunen rutiner eller ordninger for å sikre vurdering av samtykkekompetanse for personer med demens som får tjenester fra kommunen?
 - ◊ Ja
- Eventuelt beskriv rutinen kort:
 - ◊ Lege foretar vurdering av samtykkekompetanse for personer som får tjenester fra hjemmesykepleie. Vurdering av samtykkekompetanse for institusjonsbeboere gjøres av virksomhetsleder og lege i samarbeid.
- Har kommunen rutiner/ordninger for oppfølging av hjemmeboende personer med demens (uten samtykkekompetanse), som motsetter seg helsehjelp?
 - ◊ Nei
- Har kommunen fast prosedyre for vurdering av behovet for verge for personer med demens - som får tjenester fra kommunen?
 - ◊ Nei
- Eventuelt beskriv rutinen kort:
 - ◊ Foreligger ingen fast prosedyre, men evt søknad om oppnevning av verge blir vurdert av lege.
- Har kommunen rutiner for å kartlegge pårørendes behov for nødvendig pårørendestøtte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6.
 - ◊ Ja
- Hvis ja, omfatter rutinene vurdering av behov for:
 - ◊ Opplæring og veiledning
 - Nei
 - ◊ Avlastningstiltak
 - Ja
 - ◊ Omsorgsstønnad
 - Ja
- Har kommunen arrangert egne pårørendeskole(r) og/eller samtalegrupper(r) for pårørende til personer med demens, eller samarbeider kommunen med andre som tilbyr dette til kommunens innbyggere?
 - ◊ Hadde pårørendeskole(r) i 2017
 - Nei
 - ◊ Har pårørendeskole(r) i 2018
 - Nei
 - ◊ Hadde samtalegruppe(r) i 2017
 - Nei
 - ◊ Har samtalegruppe(r) i 2018
 - Nei
- Tilbyr kommunen differensierte tilbud til pårørende, som egne grupper for

barn, ungdom, eller pårørende til yngre personer med demens?

- ◊ Nei
- Har kommunen andre tilbud/kurs til pårørende til personer med demens?
 - ◊ Ja
- Hvis ja, beskriv kort hva tilbudet omfatter:
 - ◊ Det har tidligere vært kjørt pårørendeskoler for pårørende til demente, men ikke de senere årene, etter at kommunens demensteam ble lagt ned. Demensteamet foretok også kartlegging av hjemmeboende med tanke på oppfølging og tjenester.
- Er det fattet vedtak om avlastning til pårørende til personer med demens?
 - ◊ Ja
- Hvis ja, hvor foregår avlastningen?
 - ◊ Korttidsopphold i sykehjem
 - Ja
 - ◊ Dagaktivitetstilbud
 - Ja
- Har kommunen tilbud om avlastning om natten for hjemmeboende personer med demens?
 - ◊ Nei
- Har kommunen tilbud om avlastning i helger for hjemmeboende personer med demens?
 - ◊ Ja
- Eventuelt utdyp kort hvis behov:
 - ◊ Det er ikke noe eget tilbud, men dersom det er ledig kapasitet på avlastningsinstitusjon, kan det innvilges.
- Er det fattet vedtak om omsorgsstønnad (tidligere omsorgslønn) til pårørende til personer med demens i kommunen?
 - ◊ Ja
- Har kommunen satt i verk systematiske tiltak som bidrar til at personen med demens får hjelp fra en personalgruppe i hjemmetjenesten bestående av få og kjente ansatte?
 - ◊ Nei
- Driver kommunen hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring for personer med demens?
 - ◊ Nei
- Beskriv eventuelt kort:
 - ◊ Det foregår hverdagsrehabilitering, men det er ikke fokus på demens.
- Har kommunen per 1. okt. 2018 dagaktivitetstilbud spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens?
 - ◊ Ja
- Antall personer i kommunen som mottar dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens per 1. oktober 2018.
 - ◊ 5
- Hvor mange dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens har kommunen totalt per 1. oktober 2018, jf. forklaring forrige side?
 - ◊ Antall dagaktivitetstilbud totalt:

- 1
 - ◊ Antall dagaktivitetstilbud lokalisert i sykehjem:
 - 0
 - ◊ Antall dagaktivitetstilbud som er Inn på tunet-tilbud:
 - 0
 - ◊ Antall andre tilbud:
 - 0
- Fatter kommunen vedtak om tildeling av dagaktivitetstilbud for personer med demens?
 - ◊ Ja
- Har kommunen rutiner for å vurdere om dagaktivitetstilbudet gis som nødvendig helse- og omsorgstjeneste?
 - ◊ Ja
- Betaler brukerne egenandel?
 - ◊ Ja
- Hvis egenandel, inkluderer egenandelen transport?
 - ◊ Ja
- Hvis egenandel, inkluderer egenandelen mat?
 - ◊ Ja
- Totalt beløp for egenbetaling per dag:
 - ◊ 80
- Eventuelt kommenter kort hvis behov:
 - ◊ Dagtilbudet startet opp i september 2018.
- Hvor mange dager i uken har kommunens dagaktivitetstilbud totalt sett åpent?
 - ◊ 2
- Antall personer med demens som per dag i gjennomsnitt mottar dagaktivitetstilbud fra kommunen:
 - ◊ 2.5
- Har kommunen dagaktivitetstilbud for personer med demens i andre tidsrom enn på dagtid i ukedagene?
 - ◊ Nei
- Stenger kommunen dagaktivitetstilbud for personer med demens for å avvikle ferie o.l.?
 - ◊ Ja
- Har kommunen dagaktivitetstilbud for personer med demens (eventuelt deler av tilbud) som er særlig tilrettelagt og øremerket for spesielle grupper?
 - ◊ Nei
- Har kommunen lavterskeltilbud på dagtid, som er spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens? (Med lavterskeltilbud menes tilbud som kan benyttes uten vedtak fra kommunen.)
 - ◊ Nei
- Hvor mange sykehjem er det i kommunen?
 - ◊ 3
- Hvor mange sykehjemsplasser i kommunen er i kommunal drift per 1. oktober

2018?

- ◊ 58
- Hvor mange sykehjemsplasser i kommunen drives av private/kommersielle eller ideelle aktører per 1. oktober 2018?
 - ◊ 0
- Samlet antall plasser i sykehjem som står til kommunens disposisjon per 1. oktober 2018?
 - ◊ 58
- Har/disponerer kommunen enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens (gjerne kalt skjermede enheter)?
 - ◊ Ja
- Hvis ja:
 - ◊ Hvor mange sykehjem har enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens?
 - 2
 - ◊ Hvor mange enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens disponerer kommunen totalt?
 - 3
 - ◊ Hvor mange plasser i enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens disponerer kommunen?
 - 24
- Har noen av enhetene i sykehjem, som er spesielt tilrettelagt for personer med demens, tilgang til uteareal som er tilrettelagt for pasientgruppen?
 - ◊ Ja
- Hvis ja:
 - ◊ hvor mange enheter?
 - 3
 - ◊ hvor mange enheter har direkte utgang til utearealet?
 - 3
- Har kommunens enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens, rutiner eller prosedyrer knyttet til livets slutfase (forhåndssamtale, aktiv bruk av palliativ plan og/eller kartleggingsverktøy, etterlattesamtaler og/eller annet pårørendearbeid)?
 - ◊ Nei
- Har/disponerer kommunen egen forsterket enhet spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer?
 - ◊ Nei
- Har kommunen spesielt tilrettelagte enheter for personer med demens organisert som bokollektiv eller bofellesskap i omsorgsbolig?
 - ◊ Nei
- Har noen av bokollektivene eller bofellesskapene i omsorgsbolig for personer med demens, tilgang til uteareal som er tilrettelagt for målgruppen?
 - ◊ Nei
- Hvordan er tjenesteytingen organisert i denne typen enheter? (Flere svaralternativer mulig)
 - ◊ Annet

- Hvis annet, eller dersom kommunen har ulike ordninger, beskriv kort?
 - ◊ Det er under etablering omsorgsboliger for demente, en regner med å komme i gang i 2019. Tilbudet er tenkt gitt i 9 leiligheter med personallokalteter. Svarene blir dermed slik det er tenkt å bli.
- Bruker beboerne sine tidligere fastleger?
 - ◊ Ja
- Har boligen avtale med egen lege som er fastlege for alle/flere av beboerne?
 - ◊ Nei
- Foretar kommunen brukerbehovsanalyse forut for valg av velferdsteknologi og teknologiske hjelpemidler?
 - ◊ Ja
- Hvis ja, beskriv kort:
 - ◊ Kommunen er i oppstarten på velferdsteknologiske løsninger. Det er startet kartlegging av behov for enkelte brukere, og har i den sammenheng tatt i bruk kartleggingsverktøy. Det er diskutert ulike løsninger, men svart ja kun på de som leveres ut per d.d. De teknologiene som besvares med nei, vil sannsynligvis komme når man har valgt løsninger.
- Tilbyr kommunen følgende teknologi til personer med demens?
 - ◊ Digital trygghetsalarm (uten GPS-lokalisering)
 - Ja, til hjemmeboende
 - Ja, i tilrettelagte bokollektiv
 - ◊ Varslings- og lokaliseringsteknologi (med GPS-lokalisering)
 - Nei
 - ◊ Digitalt tilsyn/sensorteknologi (natt-kamera, fall/bevegelsessensor, dørsensor eller sengesensor)
 - Nei
 - ◊ Elektronisk medisineringsstøtte (medisindispenser)
 - Ja, til hjemmeboende

Tjenesten er levert av www.questback.com - Questback Essentials

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.
Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.:
Saksbehandler: Eli Johanne Åsgård
Direkte telefon: +4777751000
Vår ref.: 18/8564-1
Dato: 05.11.2018

	NORDREISA KOMMUNE
20 NOV 2018	
SAKSNR	
LOPESNR	
BOKNR	18/8564-1

Pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen

Pasient- og brukerombudet mottar fra tid til annen henvendelser fra pasienter som er uenig i fastlegens vurderinger. Det kan være uenighet i vurdering av behandling/medisinering, uenighet om sykdommens alvorlighet eller uenighet om diagnosen som er satt. I mange tilfeller har pasienten likevel tillit til og er totalt sett fornøyd med sin fastlege, og har ikke noe ønske om å bytte fastlege. I slike situasjoner kan pasienten benytte seg av sin rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Retten til fornyet vurdering er en pasientrettighet som er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 7.

Rettigheten gjelder personer som står på en fastleges liste, og gir rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos annen lege enn sin fastlege. Legen som foretar ny vurdering må være tilknyttet fastlegeordningen. Retten gjelder når pasienten har fått en første vurdering av fastlegen. Krav om ny vurdering må være relatert til samme forhold.

Vi ønsker å presisere at det ikke er nødvendig med henvisning fra fastlegen til annen lege. Det er nok at pasienten ber om å bli satt opp til time hos annen lege enn fastlegen. Legen som foretar ny vurdering skal imidlertid sende notat fra vurderingen til pasientens fastlege. I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta kliniske undersøkelser for å vurdere pasientens tilstand igjen. Bestemmelsen hjemler ikke noen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser dersom det ikke er nødvendig for å ivareta en forsvarlig ny vurdering.

Vi har på bakgrunn av henvendelser til ombudet, samt egne undersøkelser, grunn til å tro at pasientens rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale ikke er kjent blant ansatte ved alle legekontorene i fylket. Vi har foretatt stikkprøver blant ansatte ved 33 legekontorer i Troms. Ved flere legekontor er det etablert klare rutiner for hvordan slike henvendelser skal håndteres, og pasienter som ber om en fornyet vurdering settes opp til legetime hos en annen lege umiddelbart. Ved andre legekontor har vi fått opplyst at ansatte ikke er kjent med at pasienten har en slik rettighet.

Den enkelte pasient sin rett til ny vurdering er rettet mot kommunen. Kommunen må derfor sikre at fastlegene har kapasitet til å motta henvendelser om ny vurdering. Videre har kommunen ansvar for å følge opp at fastlegene innretter sin praksis i tråd med gjeldende regelverk.

Vi ber om at kommunen bidrar til å sikre at det er etablert og implementert rutiner ved det enkelte legekantor som sikrer at pasientens rett til ny vurdering ivaretas. Videre at kommunen påser at pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen er kjent, og etterleves slik at pasientenes interesser og rettssikkerhet ivaretas.

Med vennlig hilsen

Odd Arvid Ryan
pasient- og brukerombud

Eli Johanne Åsgård
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Bardu legekantor
Bjarkøy legekantor
Doktern min
Dyrøy legekantor
Dyrøy og Sørreisa legekantor, avdeling Sørreisa
ETS Medisinske senter (1)
Finnsnes legekantor /Distriktsmedisinsk senter
Gratangen legekantor
Hamnvik legekantor
Havnegata legesenter
Kaigata legekantor
Kanebogen legesenter
Karlsøy legekantor
Kommunelegen i Ibestad
Kommunelegene i Kvæfjord
Kroken legekantor
Kvaløysletta legekantor
Kvænangen legesenter
Kåfjord legekantor
Langnes legesenter
Legekantoret
Legekantoret i Salangen
Lenangen legekantor
Lyngen legekantor
Meistervik legekantor
Målselv helsesenter
Nordbyen legesenter
Rødbergveien Legesenter
Senjalegen avd. Silsand
Sjøgata legesenter
Sjøkanten legesenter
Skansen legekantor
Skjervøy legekantor
Soløy legesenter
Storfjord legesenter
Storsteinnes legekantor
Stortoget legekantor
Sørbyen legesenter
Tromsdalen legesenter
Utsikten legesenter
Vågsfjord legesenter
Øverbygd legetjeneste

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
Balsfjord kommune	Kommunalsjef for helse og omsorg	Rådhusgata 11	9050 STORSTEINNES
Bardu kommune	Leder helse og omsorg	Postboks 401	9365 BARDU
Berg kommune	Leder helse og omsorg	Ingrid Bjerkås-veien 23	9385 SKALAND
Dyrøy kommune	Leder helse og omsorg	Dyrøytunet 1	9311 BRØSTADBOTN
Gratangen kommune	Leder helse og omsorg	Årstein	9470 GRATANGEN
Harstad kommune	Kommunalsjef helse og omsorg	c/o Postmottak, Postboks 1000	9479 HARSTAD
Ibestad kommune	Leder helse og omsorg	Kopparvika 7	9450 HAMNVIK
Karlsøy kommune	Leder helse og omsorg		9130 HANSNES
Kvæfjord kommune	Leder helse og omsorg	Bygdeveien 26	9475 BORKENES
Kvænangen kommune	Leder helse og omsorg	Rådhuset, Gárgu 8	9161 BURFJORD
Kåfjord kommune / Gåivuona suohkan	Leder helse og omsorg	Boks 74	9148 OLDERDALEN
Lavangen kommune	Leder helse og omsorg	Nesveien 7	9357 TENNEVOLL
Lenvik kommune	Kommunalsjef helse og omsorg	Postboks 602	9306 FINNSNES
Lyngen kommune	Leder helse og omsorg	Strandveien 24	9060 LYGSEIDET
Målselv kommune	Leder helse og omsorg	Mellombygdveien 216	9321 MOEN
Nordreisa kommune	Leder helse og omsorg	Sentrum 17	9151 STORSLETT
Salangen kommune	Leder helse og omsorg	Postboks 77	9355 SJØVEGAN
Skjervøy kommune	Leder helse og omsorg	Postboks 145	9189 SKJERVØY
Skånland kommune	Leder helse og omsorg	Postboks 240	9439 EVENSKJER
Storfjord kommune	Leder helse og omsorg	Oldersletta 1	9046 OTEREN
Sørreisa kommune	Leder helse og omsorg	Sykehjemsveien 41	9310 SØRREISA
Torsken kommune	Leder helse og omsorg	Herredshusveien 11	9380 GRYLLEFJORD
Tranøy kommune	Leder helse og omsorg	Vangsvikveien 298	9304 VANGSVIK
Tromsø kommune	Enhetsleder Allmennlegetjenesten	Postboks 6900	9299 TROMSØ

ARBEIDSTILSYNET

Postboks 4720 Torgarden

7468 TRONDHEIM

 NORDREISA KOMMUNE	
14 NOV 2018	
SAKSNR.	
LOPENS	
13.11.18	ARTIKLE

**SVAR PÅ AVVIK FRA NORDREISA KOMMUNE RUS-OG PSYKISK HELSETJENESTE– MED
UTSATT FRIST.**

Viser til Deres brev av 08.10.18, Deres referanse 2017/40811.

Virksomheten jobber kontinuerlig med forbedring av rutiner og prosedyrer i forhold til vold og trusler om vold på arbeidsplassen. Vi har hatt 2 personalmøter, oktober og november, hvor vi har foretatt risikovurdering, jobbet med handlingsplan og rutiner. På neste personalmøte i uke 49, skal vi fortsette opplæring ved undervisningen, og da med fokus på øvelser.

Virksomheten har hatt møter 1 gang per uke den siste måneden, hvor vi sammen med verneombud har jobbet frem undervisning og rutiner som er vedlagt. (tillitsvalgt fra fagforening har også vært innkalt, men ikke møtt opp)

Vedlagt følger:

Kopi av kartlegging og risikovurdering. og rutiner som er lagt i kommunens kvalitetssystem.

Oversikt over gjennomførte tiltak og plan med frist for gjennomføring.

Rutiner for hvordan løpende kartlegging følges opp

Kopi av rutiner for vold, trusler om vold, forebygging, hvordan melde og følges opp.

Rutiner for håndtering av akutte situasjoner, oppfølging og registrering av hendelser.

Bekreftelse på gjennomføring av opplæring og øvelser

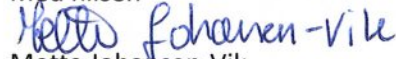
Oversikt over innhold i opplæring og øvelse

Verneombud har vært tilstede på alle møter hva gjelder forberedelser, drøftinger, utarbeidelse og gjennomføringer av tema vold og trusler om vold.

Tillitsvalgt fra fagforening har vært innkalt til alle møtene og har vært tilstede på et møte.

Virksomheten sikrer fremtidige opplæringer og øvelser ved å legge dette inn i årshjulet i kommunens kvalitetssystem. Øvelser sikres også ved at leder legger dette inn i outlook kalender til alle ansatte 2 ganger i året, og ellers når det er nødvendig i forhold til risikovurderinger som gjøres i henhold til rutine.

Med hilsen



Mette Johansen-Vik

Konstituert virksomhetsleder for Rus-og psykiskhelsetjenesten

Lise Seljevoll
Verneombud



TIL ALLE ANSATTE I RUS OG PSYKISK HELSETJENESTE, vedrørende vols og trusler om vold.

Skriv dere på denne lista når dere har deltatt på informasjonsmøter, sett film om vold og trusler (som dere finner på Veilederen.no , eller dere kan se den på møterommet på kommunehuset ved å logge dere på veilederen med eget passord.)

Deltatt på undervisning vedrørende emnet i regi av bedriftshelsetjenesten, rus og psykisk helsetjeneste m.fl.

Ansatt	Bed.helsetj 24/04/18	Bed.helsetj 29/05/18	Film vold/trusler Dato	Undervisning Vold/ trusler Dato	
Lise Selgevoll	X	X	X	X	
Ingvald S		X	X	X	X
Margit Vang			X	X	X
Olav Mørth				X	
Britt Martinsen	X	X		X	
Eilin F.B. Storaas				X	X
Lee Bekken	X	X	X	X	
Anne Salomon	X	X	X	X	
Elin Vang				X	X
Rebekka Fisk	X	X	X	X	X
June					X

Nordreisa
Veiledning - m



SAMARBEIDSPPLAN MELLOM

Nordreisa Kommune - Sektor for Helse og Sosial – Rus og Psykisk Helsetjeneste
og Nord-Troms Bedriftshelsetjeneste

Planen gjelder fra: **1.1.2018 til 31.12.2019**

Utarbeidet av: Fra Nordreisa Kommune; Kirsti Løvli, Mette Johansen Vik, Lise Seljevoll og Heidi Jensen
Fra Nord-Troms Bedriftshelsetjeneste; Bjørn Klubnes

Dato:
21.3.2018

Kopi av planen sendes til:

(Nord-Troms BHT ønsker, innen 14 dager, tilbakemelding på om planen aksepteres)

OPPDRAK/ PROBLEMSTILLING	BESKRIVELSE/KONKRETISERING	ANSVARLIG	TIDSRAMME	STIPULERT TIMER	Kontaktpersoner: (Navn, telefon og e-post)		UTFØRT DATO:
					BHT:	Arbeidsplass:	
RISIKOVURDERING DEL 1	<p>Avdelingen møter hos BHT (klasserom 3. etasje) - ledere og ansatte. Avdelingen skal på forhånd ha foretatt kartlegging over aktuelle problemstillinger som skal vurderes og tas opp til drøfting.</p> <p>NB! Detaljer eller uklarheter kan eventuelt tas opp med kontaktperson før møtet finner sted.</p>	Mette Johansen Vik	Tirsdag 24. April kl 09:00 11:30-15:00	3 timer	<p>Kontaktperson hos BHT: Ole Morten Pedersen E-post: ole-m@ntbht.no / Bjørn Klubnes E-post: bjorn@ntbht.no</p>	Mette Johansen Vik	24. april 11:30-15:00
HMS –grunnkurs (40 timer)	<p>Kurset avholdes i BHT's lokaler (klasserom 3. etasje Hagan Bygget) Målgruppe er; Verneombud, ledere og AMU medlemmer.</p> <p>OBS! Påmeldingsfristen utløper 23. mars!</p>	Bedriften tar kontakt med BHT	4.,5.,18. og 19. april 2018		<p>Kontaktperson hos BHT: Ole Morten Pedersen E-post: ole-m@ntbht.no</p>	Mette Johansen Vik	
HMS- kurs for ledere (1 dag)	<p>Kurset avholdes i BHT's lokaler (klasserom 3. etasje Hagan Bygget) Målgruppe; ledere</p> <p>OBS! Påmeldingsfristen utløper 23. mars!</p>	Bedriften tar kontakt med BHT	12. april 2018		<p>Kontaktperson hos BHT: Ole Morten Pedersen E-post: ole-m@ntbht.no</p>	Mette Johansen Vik	

Adresse: Sentrum 15, 9151 STORSLETT
Kontortid: Man - Fred., kl. 0800 - 1500
Organisasjonsnr. 871 521 042

Telefon: 77 76 56 35
Internett: www.ntbht.no
Bankgiro: 1503.24.54647

E-post: firmapost@ntbht.no



OPPDRAK/ PROBLEMSTILLING	BESKRIVELSE/KONKRETISERING	ANSVARLIG	TIDSRAMME	STIPULERT TIMER	Kontaktpersoner: (Navn, telefon og e-post)		UTFØRT DATO:
					BHT:	Arbeidsplass:	
RISIKOVURDERING DEL 2	Avdelingen møter hos BHT (klasserom 3. etasje) - ledere og ansatte. Avdelingen skal møte forberedt og ha listet ned forslag/tiltak som skal diskuteres.	Bedriften tar kontakt med BHT	Avdelingen blir enige med BHT om tidspunkt etter avsluttet DEL 1	3 timer	Kontaktperson hos BHT: Ole Morten Pedersen E-post: ole-m@ntbht.no	Mette Johansen Vik	29/5/18 12 ⁰⁰ -15 ⁰⁰
Eventuelt	Her kan avdelingen komme med ønsker i henhold til oppståtte problemstillinger	Bedriften tar kontakt med BHT	Perioden		Kontaktperson hos BHT: Avhengig av tema		

24/4=18 Som var på
Kurset:

1130 1400

LIV.
Lise
Juhle Larking
Britt
Anne
Hilde
Sissel
Heidi H.V.
Mette

Rutiner for Rus-og psykisk helsetjenesten:

Brukere i tjenestebil:

Formål/hensikt:

Forebygge vold, trusler om vold ved bilkjøring med bruker

Ansvarlig:

Leder og den enkelte personale

Beskrivelse/tiltak:

Vær alltid to personell

Ryggsekk, vesker ol. legges i bagasjerommet

Plasser bruker på høyre side i baksete (aldri bak sjåføren)

Personell nr to sitter i baksetet sammen med bruker

Dersom det oppstår situasjoner der ansatte føler at det er uforsvarlig å fortsette kjøreturen;

- Snakk rolig, ingen provoserende samtaler
- Opptre rolig
- Bruk tydelig, konkret språk
- Trekk deg unna, hold passe avstand
- Tilkall hjelp
- Vær to i situasjonen
- stopp bilen og forlat situasjonen.

Ring evt nødnummer.

Nødnummer politi: 112/02800

Rutiner for Rus-og psykisk helsetjenesten:

Løpende risikovurdering: vold og trusler om vold

Formål/hensikt:

Avverge vold og trusler om vold fra brukere mot personell

Lov/forskrift:

Arbeidsmiljølovens forskrift om utførelse av arbeid § 23 A

Ansvar:

Leder og den enkelte arbeidstaker

Beskrivelse:

Ved inntak av nye brukere skal det gjøres en risikovurdering i forhold til risiko for vold, trusler om vold.

Risikovurderingen skal særlig ta hensyn til:

- arbeidets organisering og tilrettelegging
- hvor, når og i hvilke situasjoner kan arbeidstaker bli utsatt for vold og trusler om vold
- alenearbeid
- arbeidstidens plassering og organisering
- bemanning
- kompetanse
- utforming av arbeidslokalene og tekniske løsninger
- effekten av iverksatte og planlagte løsninger

Vurdering av risiko gjøres også utfra:

- Epikriser fra kommune og/eller spesialisthelsetjeneste
- Kartlegging i første samtale ang historikk

-Dersom det i videre oppfølging av bruker oppleves situasjoner som gjør personalet usikker, utrygg, skal det gjøres en ny risikovurdering.

-Ved endring av fysiske arbeidsforhold skal det gjennomføres risikovurdering.

Rus-og psykiskhelsetjenesten

Rutiner ved vold og trusler om vold ved hjemmebesøk, akutte situasjoner

Formål/hensikt:

Rutiner ved hjemmebesøk for å sikre arbeidstaker og forebygge skade ved vold og trusler om vold

Lov/forskrift:

Arbeidsmiljøloven

Forskrift om utførelse av arbeid

Ansvar/myndighet:

Leder og den enkelte arbeidstaker

Beskrivelse av tiltak:

Ved besøk hos brukere som er vurdert som ustabil i forhold til utagerende atferd, skal alltid 2 personale dra sammen på hjemmebesøk.

Sørg for å parkere bilen klar for kjøring i riktig retning, slik at du ved en eventuell flukt kan komme deg raskt vekk.

Før samtalen: Dersom du har skjerv, evt store smykker på deg; fjern disse for å unngå at disse blir brukt som et redskap i evt angrep.

Orienter deg om rømningsvei

Sørg for å ha mobiltelefonen lett tilgjengelig med nødnummer til politi: 112/02800

Under besøket/samtalen: Sørg for at du sitter nærmest en fluktvei. Bruker skal sitte innerst i rommet. Vær bevisst på hvordan du prater med/til brukeren. Observer atferd/kroppsspråk for om mulig forutse evt aggressiv atferd.

Dersom bruker blir truende/aggressiv:

Begynn ikke med forklaringer eller motargumentasjoner.

Senk din stemme; og si på en rolig og høflig måte at vi avslutter besøket/samtalen.

Forlat rommet og huset.

Ved klare trusler eller angrep skal nødnummer ringes.

Rapporter umiddelbart til nærmeste leder.

Skriftlig registrering i KF-avvikssystem.

Rus-og psykisk helsetjenesten

Rutiner for oppfølging og registrering av akutte hendelser vold, trusler om vold

Formål: Sikre god oppfølging av personalet

Dokumentasjon av hendelse

Lov/forskrift:

Arbeidsmiljøloven §§ 4-3, 23A-5

Forskrift om systematisk helse, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter

Ansvar/myndighet:

Leder og den enkelte arbeidstaker

Beskrivelse av tiltak:

- Arbeidstaker melder fra til nærmeste leder
- Leder innkaller i løpet av de første timene til samtale om hendelsen og gjennomgang av situasjonen
- leder sørger for psykisk støtte til den voldsrammede ved å vise omsorg og nærvær. Skape ro, akseptere følelser, lytte
- Vurdere behov for hjelp fra psykolog, evt følge til legevakt
- Ved alvorlige hendelser skal arbeidstilsynet og politi kontaktes
- Arbeidstaker evt. leder registrerer og behandler avvik i kommunens kvalitetssystem
- Samling av kollegaer hvor alle blir informert gjøres av leder
- Leder følge opp arbeidstaker med ny samtale dagen etter
- Leder følger opp arbeidstaker med samtaler etter 1 uke og videre etter behov og avtale med arbeidstaker.
- Anmeldelse av den som utøver vold gjøres av ordfører

KARTLEGGING OG RISIKOVURDERING

Virksomhet/avdeling e.l.:
Rus-og psykisk helsetjenesten

Ansvarlig leder:
Mette Johansen-Vik

Skjema 1 av 3.
1: Kartlegging og risikovurdering
2: Risikodiagram
3: Handlingsplan

Bruk dette skjemaet til å dokumentere farer og problemer som er kartlagt. Vurder hvor ofte farene eller problemene inntreffer og konsekvens dersom det skjer. Sett også opp hvem som er ansvarlig for vurderingen og dato for når den ble gjort.

Nr.	Hva kan gå galt?	Beskriv konsekvensen hvis det skjer	Hvor ofte skjer det	Konsekvens	Kommentar	Vurdert av/dato
2	Vold, trusler om vold fra ustabil bruker ved hjemmebesøk	Personell forlater huset. Personell kan føle utrygghet	Sjelden	Alvorlig	Rutiner gjennomgås jevnlig og risikovurdering ved inntak av nye brukere	leder 18.10.18
1	Vold, trusler om vold ved bilkjøring med bruker	Utrygghet med å ha brukere i bilen. fare for bilulykke,utforkjøring	Sjelden	Svært alvorlig	Rutiner gjennomgås jevnlig og risikovurdering ved nye brukere	leder 18.10.18
			Klikk for å velge	Klikk for å velge		
			Klikk for å velge	Klikk for å velge		
			Klikk for å velge	Klikk for å velge		
			Klikk for å velge	Klikk for å velge		
			Klikk for å velge	Klikk for å velge		
			Klikk for å velge	Klikk for å velge		

HANDLINGSPLAN

Virksomhet/avdeling e.l.:
Rus-og psykisk helsetjenesten

Ansvarlig leder:
Konstituert virksomhetsleder Mette Johansen-Vik

Skjema 3 av 3.

1: Kartlegging og risikovurdering

2: Risikodiagram

3: Handlingsplan

Dokumenter tiltak for å redusere risikoen. Bruk samme nummerering som i skjema for kartlegging og risikovurdering og risikodiagrammet. Farer eller problemer som inntreffer ofte/svært ofte med en alvorlig/svært alvorlig konsekvens må prioriteres først.

Nr.	Kort beskrivelse av faren/problemet	Prioritering	Tiltak for å redusere risikoen	Ansvarlig(e)	Tidsfrist
1	Brukere i bil	1	To ansatte og 1 bruker i bilen. Bruker sitter i baksetet på høyre side. Ansatte nr 2 sitter i baksetet, bak sjåføren og har da god oversikt over atferd til bruker. Rutiner for slike situasjoner gjennomgås jevnlig og ved behov ellet risikovurdering.	Leder og all personell	18.10.18
2	Hjemmebesøk hos ustabil bruker	2	Ansatte drar 2 stk på hjemmebesøk. Bil parkeres slik at det den står i riktig kjøreretning. Ansatte plasserer seg i rommet slik at det er fluktmuligheter. Unngå skjerf ol.på deg. Ansatte orienterer seg om rømningsvei. Ha nødnummer klar på mobilen. Rutiner for slike situasjoner gjennomgås jevnlig og ved behov etter risikovurdering.	Leder og all personell	18.10.18

Nr.	Kort beskrivelse av faren/problemet	Prioritering	Tiltak for å redusere risikoen	Ansvarlig(e)	Tidsfrist

RISIKODIAGRAM

Virksomhet/avdeling e.l.:
Rus-og psykisk helsetjenesten

Ansvarlig leder:
Mette Johansen-Vik

Skjema 2 av 3.

1: Kartlegging og risikovurdering

2: Risikodiagram

3: Handlingsplan

Plasser farer og problemer i skjemaet basert på vurderingen av hvor ofte de inntreffer og hvor alvorlige de er. Bruk samme nummerering som i skjema for kartlegging og risikovurdering.

		RISIKODIAGRAM			
Sannsynlighet	Svært ofte				
	Ofte				
	Sjelden			2	1
	Svært sjelden				
		Ubetydelig	Mindre alvorlig	Alvorlig	Svært alvorlig

OPPLÆRING, ØVELSER

- **OPPLÆRING, ØVELSER**

- **OVERSIKT OVER INNEHOLD I OPPLÆRING:**

- **-OPPLÆRING I TEKNIKKER FOR AVVERGING AV FYSISKE SKADER VED UTAGERENDE ATFERD HOS BRUKER**

- **PLASSERING I FORHOLD TIL BRUKER (Still deg alltid i posisjon slik at du har flukt mulighet. Plasser deg i en posisjon som forhindrer evt slag, spark)**

- **BEVISSTHET I FORHOLD TIL GJENSTANDER RUNDT**

- **TA AV DEG SKJERF, SMYKKER**

- **BEVISSTHET I FORHOLD TIL EGET KROPPSSPRÅK**

- **BEVISSTHET I FORHOLD TIL VERBALT SPRÅK, TYDELIG, KONKRET, IKKE DOMINANT**

RISIKODIAGRAM

Virksomhet/avdeling e.l.:
Rus-og psykisk helsetjenesten

Ansvarlig leder:
Konstituert virksomhetsleder Mette Johansen-Vik

Skjema 2 av 3.
1: Kartlegging og risikovurdering
2: Risikodiagram
3: Handlingsplan

Plasser farer og problemer i skjemaet basert på vurderingen av hvor ofte de inntreffer og hvor alvorlige de er. Bruk samme nummerering som i skjema for kartlegging og risikovurdering.

		RISIKODIAGRAM			
Sannsynlighet	Svært ofte				
	Ofte				
	Sjelden			2	1
	Svært sjelden				
		Ubetydelig	Mindre alvorlig	Alvorlig	Svært alvorlig
		Konsekvens			

Rus-og psykisk helsetjenesten

Vold, trusler om vold

- **OPPLÆRING, ØVELSER**
- -opplæring i teknikker for avverging av fysiske skader ved utagerende atferd hos bruker
 - plassering i forhold til bruker (still deg alltid i posisjon slik at du har flukt mulighet. Plasser deg i en posisjon som forhindrer evt slag, spark)
 - bevissthet i forhold til gjenstander rundt
 - ta av deg skjerf, smykker
 - bevissthet i forhold til eget kroppsspråk
 - bevissthet i forhold til verbalt språk, tydelig, konkret, ikke dominant

ARBEIDSTILSYNET

Postboks 4720 Torgarden

7468 TRONDHEIM

utgående.

NORDREISA KONTORLINE	
Elin Vangen	
Kontor, Barne- og ungdomshelse	
ref: Heam	
09 OKT 2018	
SAKSNO	17/1065
LØPENR	
DOK.NR.	ARK.NR.

27.9.18

SVAR PÅ AVVIK , RUS-OG PSYKISK HELSETJENESTE– MED UTSATT FRIST.

Vi beklager at vi ikke har fått lukket avvikene ihht fristene. Dette skyldes utskifting av sektorleder, som også var leder for arbeidsgruppa, ny konstituert virksomhetsleder og ferieavvikling.

Viser til avvik i vår tjeneste etter tilsyn 3.10.17, med utsatt frist.

● **Pålegg-Vold og trussel om vold-kartlegging, risikovurdering, tiltak og plan:**

- Kopi av kartlegging og risikovurdering foretatt i juni -18 legges ved. Viser til vedlagt power point ang vold og trusler om vold. Undervisningsopplegget og risikovurderingen vil bli gjennomført på personalmøte 11.oktober-18. og jevnlig hvert halvt år, og ellers ved behov for risikovurdering.

-Oversikt over gjennomførte tiltak og/eller plan med frist for gjennomføring av tiltak:

Viser også her til power point . Plan for frist for gjennomføring av tiltak legges i leders kalender. Dette vil også bli lagt inn i virksomhetens årshjul som er under utarbeiding i kommunens kvalitetssystem.

-Beskrivelse av hvordan løpende kartlegging følges opp: ved jevnlig fastsatte møter med verneombud og tillitsvalgte. Møteplan for dette legges i outlook kalender og inn i virksomhetens årshjul som er under utarbeidelse i KF systemet.

-Beskrivelse av hvordan verneombud/ansattes representant har medvirket: Verneombud og tillitsvalgte deltar i møter hver annen måned og fortløpende ved behov.

Pålegg –vold og trusler –rutiner og pålegg-vold og trusler-opplæring:

-Viser til vedlagt power point hvor rutinene gjennomgås i personalgruppa jevlig. Første møte 11.oktober og jevnlig hver halv år.

Ny turnus er under planlegging og starter opp ved årsskiftet. Der skal det legges inn 1 fast dag i måneden med rom for fag og opplæring. Undervisning/veiledning om vold og trusler blir lagt inn i planene som skal utarbeides om hva som skal være tema på disse fagmøtene. I

fagmøtene får vi også mulighet til å ta opp evt drøfte situasjoner innen temaet, vold, trusler, som dukker opp i hverdagen. Vi skal også benytte oss av veilederen.no som har kurs på dette området somansatte kan ta i arbeidstiden, hver for seg, dersom det er behov.

Det skal gjennomføres en risikovurdering knyttet til spesielt nattarbeid. Denne gjøres i personalmøtet 11.10. slik at alle kan være med.

Med hilsen



Mette Johansen-Vik

Konstituert virksomhetsleder

Vedlegg

Power point ,kurs vold og trusler

Annen informasjon

Kopi:

Bodil Mikkelsen

Konstituert sektorleder



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
1/18	P.B. Lunds legat	15.11.2018

Tildeling av stipend - P.B. Lunds legat

[Statutter til PB Lunds legat](#)

Saksprotokoll i P.B. Lunds legat - 15.11.2018

Behandling:

Legatets styre fremmet følgende forslag:

Tildeling av stipend for året 2018 fra P.B. Lunds legat:

Kr. 5.000,- til Caroline Liland Johansen

Kr. 5.000,- til Cecilie Olaussen

Kr. 5.000,- til Sandra Halvorsen

Kr. 5.000,- til Rebekka Karlsen

Det vektlegges at de er siste års studenter og at de tar høgskoleutdanning.

Forslaget enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Tildeling av stipend for året 2018 fra P.B. Lunds legat:

Kr. 5.000,- til Caroline Liland Johansen

Kr. 5.000,- til Cecilie Olaussen

Kr. 5.000,- til Sandra Halvorsen

Kr. 5.000,- til Rebekka Karlsen

Det vektlegges at de er siste års studenter og at de tar høgskoleutdanning.

Rådmannens innstilling

Legges frem uten innstilling

Saksopplysninger

29. august 2018 ble det lyst ut stipend gjennom P.B. Lunds legat med søknadsfrist 30.10.2018.

17 har søkt innenfor søknadsfristen.

	Navn
1	Caroline Liland Johansen
2	Anne Grethe Oskal
3	Julie Mari Skogvold
4	Ulrikke Karlsen
5	Elin Marie Larsen Gaino
6	Cecilie Olaussen
7	Sivert Sande Olsen
8	Alice Ulriksen
9	Sandra Halvorsen
10	Vårin Johansen
11	Beate Helen Severinsen
12	Hedda Hansen
13	Fanny Charlotte Jenssen
14	Øyvind Tomassen
15	Elisabeth Kjellevoid
16	Rebekka Karlsen
17	Lea-Regina Ørstad



Virksomhetsplan for hjemmetjeneten Nordreisa kommune

helse og omsorg

Navn

Anne Rita Olaussen

Stilling

Konstituert virksomhetsleder

Nordreisa kommune

19.11.18

Kortfattet sammendrag

Hjemmetjenesten er en døgnkontinuerlig tjeneste for hjemmeboende brukere i kommunen. Brukerne av tjenesten bor i omsorgsboliger eller selveid/leid bolig



InnholdKortfattet sammendrag 1

1.	Presentasjon av virksomheten	2
2.	Hvorfor har vi en virksomhetsplan?	3
3.	Kommuneplan.....	4
4.	Økonomiplan og handlingsprogram.....	4
5.	Verdier i Nordreisa kommune	5
6.	Sektorens/virksomhetens tiltak og egne mål	5
7.	Internkontroll og kvalitetssikring	8
8.	Møteplan og evt aktivitetsplan	8
9.	Årshjul for sektoren/virksomheten	Feil! Bokmerke er ikke definert.

1. Presentasjon av hjemmetjenesten

Hjemmesykepleien er en døgnkontinuerlig tjeneste for hjemmeboende brukere i kommunen. Brukerne av tjenesten bor i omsorgsboliger eller selveid/leid bolig. Tjenesten gir helsehjelp som bla. hjelp personlig hygiene, ernæring, medisin administrasjon og sårstell

Hjemmesykepleien gir helsetjenester til personer i alle aldre som har behov for helsehjelp.

Kreftsykepleier gir bistand til brukere med kreft diagnose 4 dager pr. uke

Hjemmesykepleie er gratis.

Hjemmehjelpstjenesten gir praktisk bistand til brukere med behov for praktisk bistand i hele Nordreisa kommune. Praktisk bistand kan være; hjelp til husvask, handling. Denne tjenesten må bruker betale for.

Tjenesten har etablert et dagtilbud for hjemmeboende demente to dager i uka.

Nordreisa kommune har et tilbud om trygghetsalarm som hjemmetjenesten betjene. Det er for tiden 71 alarmer ute.

Miljøarbeidertjenesten ligger administrativt under denne virksomheten.

Hjemmetjenesten har personale med helsefaglig kompetanse (sykepleiere, kreftsykepleier, vernepleier, helsefagarbeidere og assistenter).

Tjenesten har 11 tjenestebiler som brukes for å nå ut til brukerne.

Det er fast avtale med fastlegene hver uke for å drøfte helsetilstanden til brukerne av tjenesten.

Det er 26.48 årsverk i tjenesten,

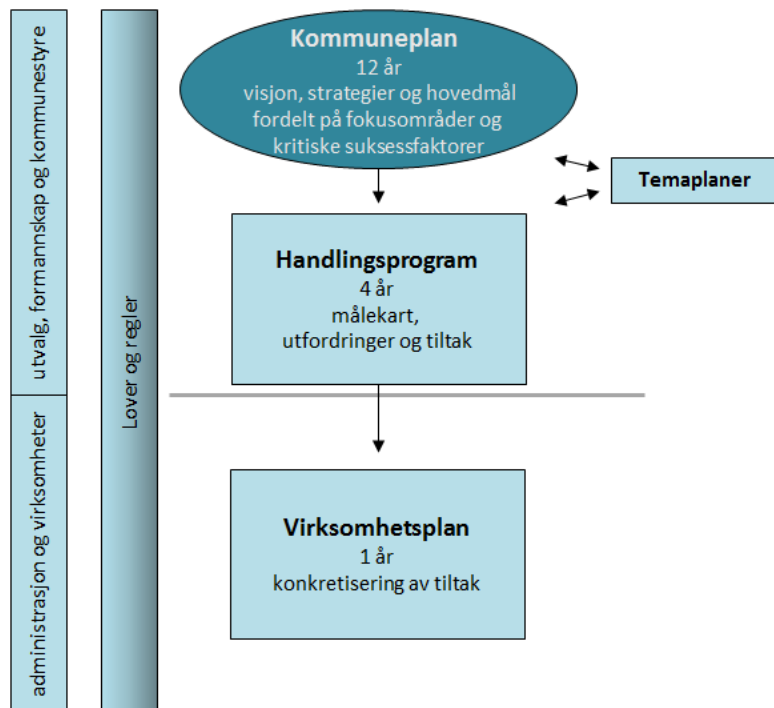


Organisasjonskart



1. Hvorfor har vi en virksomhetsplan?

Hensikten med virksomhetsplanen er å sikre en sammenheng mellom kommunens vedtatte mål, og de mål, tiltak og hovedaktiviteter som er prioritert i virksomheten for inneværende år. Planen er et arbeidsverktøy for virksomhetsleder og alle ansatte i virksomheten. Den er en del av Nordreisa kommunes styringssystem og skal sammen med økonomiplanen og handlingsprogrammet forankre kommuneplanens fokusområder, strategier og mål.



Virksomhetsplanen skal være et styringsverktøy for sektoren og ivareta de statlige, kommunale og lokale satsingsområdene. Utviklingen i denne planen har skjedd gjennom en prosess der personalet har kommet med innspill til innhold. Alle innspill har blitt sammenfattet av ledelsen, som videre har utarbeidet konkrete mål og tiltak.

3. Kommuneplan

Kommuneplanen er styrende for all planlegging i Nordreisa kommune. Formålet med planen er å vise langsiktige mål og strategier for utviklingen av Nordreisa kommune og lokalsamfunnet.

Visjonen til Nordreisa kommune ”Sammen for trygghet og trivsel” er vedtatt i kommuneplanen. Visjonen er et bilde av et stolt flerkulturelt samfunn, fundamentert på kunnskap, forståelse og stolthet over vår natur, kultur og historie.

I kommuneplanen for 2012-2025 er det definert fem hovedinnsatsområder:

1. Den store attraktivitetskonkurransen
2. Inkluderende lokalsamfunn – det åpne sted
3. Folkehelse – påvirkning foran behandling
4. Økonomisk handlefrihet
5. Natur, miljø og klima

Kommuneplanens samfunnsdel finnes her:

<http://www.nordreisa.kommune.no/kommuneplanens-samfunnsdel-og-handlingsdel-for-2012-2025-er-vedtatt.5184112-113700.html>

4. Økonomiplan og handlingsprogram

Kommunens økonomiplan og handlingsprogram gjelder for fire år, hvor det første året er årsbudsjett. I planen vedtas styringsindikatorer og mål innenfor hvert område. Her beskrives de viktigste utfordringer, og hvilke tiltak som skal prioriteres i perioden.

Økonomiplanen rulleres årlig.

Gjeldende økonomiplan finnes her:

5. Verdier i Nordreisa kommune

- Barn og unge
- Et åpent og inkluderende samfunn
- God helse gjennom hele livet
- Kultur og oppvekstsvilkår
- Miljøansvar
- Lokaldemokrati
- Sentrum og distrikt

6. Sektorens/virksomhetens tiltak og egne mål

Hovedmål for sektoren i kommuneplanen:

Alle innbyggere i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser, skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

Gjeldende økonomiplan [finnes her](#):

Overordnet målekort for hele organisasjonen

Indikator	Mål 2018
Årlige medarbeidersamtaler	100%
Stolthet over egen arbeidsplass	4
Arbeidsnærvær	92%

Hovedmål for helse og omsorg i økonomiplanen:

Nordreisa kommune skal være pådriver og jobbe aktivt med forebyggende og helsefremmende aktiviteter for hele befolkningen

Alle innbyggere i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser, skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

Pleie og omsorg

Nordreisa Kommune skal møte den enkeltes individuelle behov gjennom god samhandling med tjenestemottaker og pårørende. Nordreisa kommune skal sikre at brukernes individuelle planer følger brukeren og bestemmer hvilket tilbud brukeren skal få.

Hjemmetjenesten:**Mål:**

Hjemmesykepleien skal gi helsehjelp slik at brukerne kan bo hjemme i egne boliger så lenge som mulig.

Sørge for at det lages tiltaksplaner til brukerne og individuell plan til de brukerne som har behov for det.

Sørge for god dokumentasjon av helsehjelp, forebygge avvik i tjenesten.

Få innført velferdsteknologien i tjenesten.

Tiltaksplan 2019

Mål	Tiltak	Utførelse	Ansvar
Hjemmesykepleien skal gi helsehjelp slik at brukerne kan bo hjemme i egne boliger så lenge som mulig.	Ernæringscreening minimum 2 ganger pr. år. For brukere i risikozonen oftere	Vår Høst	Primærpleier
	Legemiddel gjennomgang i samarbeid med fastlege minimum 1 gang årlig, optere hvis behovet til brukeren endres	På grunn av mengden av brukere gjøres dette hele året	Primærpleier
Sørge for at det lages tiltaksplaner til brukerne og individuell plan til de brukerne som har behov for det.	Lage plan slik at bruker får rett hjelp til rett tid. Gjøres 1 gang hvert år, justeres ved endret behov.	På grunn av mengden av brukere gjøres dette hele året	primærpleier
	Iplos registrering inntil 2 ganger hvert år	Vår Høst	primærpleier
Sørge for god dokumentasjon av helsehjelp, forebygge avvik i tjenesten.	Opplæring profil, skrive rapport	Våren 2019	Virksomhetsleder i samarbeid med ansatte stab.

Mål	Tiltak	Utførelse	Ansvar
	Opplæring avvik ansatte	Våren 2019	Virksomhetsleder i samarbeid med ansatte stab
Få implantert velferdsteknologien i tjenesten.	Multidoser, få flest mulig av brukerne av tjenesten over på multidose	Kontinuerlig	Fagleder i samarbeid med lege og primærpleier
	Medisindispenser slik at bruker kan ta medisiner til rett tid og ikke være avhengig av ansatte i tjenesten	kontinuerlig	Fagleder i samarbeid med primærpleier
	Trygghetsalarmer få flest mulig digitale alarmer. Koble alarmene opp mot mobilnettet,	Kontinuerlig	Virksomhetsleder
	Opplæring ansatte velferdsteknologi	Våren 2019	virksomhetsleder
	Kjøreliste på Ipad slik at ansatte kan føre kontinuerlig rapport og gjøre endringer i brukers journal. Listen er lagt opp geografisk.	Innen februar 2019	Fagleder
	Opplæring ansatte kjøreliste på Ipad	Innen januar 2019	Fagleder i samarbeid med virksomhetsleder
Arbeidsmiljø	medarbeidersamtale	1 gang hvert år	virksomhetsleder
	Fokus på sykefravær	Kontinuerlig	Virksomhetsleder
	Stolthet over egen arbeidsplass	Kontinuerlig	Alle

7. Internkontroll og kvalitetssikring

I Nordreisa kommune er det utviklet maler, administrative rutiner og retningslinjer for ivaretagelse av internkontroll. I tillegg til fagsystemer har kommunen et kvalitetsstyringssystem, hvor maler, rutiner, prosedyrer og håndbøker finnes.

<https://kvalitet.kommuneforlaget.no/kvalitet/id/1942>

8. Møteplan og evt aktivitetsplan

Personalmøter/sykepleiermøter hver måned. Kardexmøte hver mandag.

Ledermøter på tvers av tjenestene hver onsdag.

Samarbeidsmøter mellom leger, sektorleder, virksomhetsledere og administrasjon hver onsdag.

Inntaksmøte hver tirsdag.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
	Nordreisa barn og unges kommunestyre	
	Nordreisa eldreråd	
	Nordreisa administrasjonsutvalg	
	Nordreisa arbeidsmiljøutvalg	
	Nordreisa næringsutvalg	
7/18	Nordreisa råd for funksjonshemmede	28.11.2018
41/18	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	30.11.2018
43/18	Nordreisa oppvekst- og kulturutvalg	27.11.2018
100/18	Nordreisa miljø-, plan og utviklingsutvalg	27.11.2018
	Nordreisa formannskap	
	Nordreisa kommunestyre	

Budsjett og økonomiplan 2019 - 2022

Henvising til lovverk:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner, kapittel 8, §44-§47

Vedlegg

- 1 Fylkesmannen -Statsbudsjettet 2019 og det økonomiske opplegget for kommunene
- 2 Rådmannens forslag til økonomiplan 2019 - 2022

Rådmannens innstilling

- Økonomiplan 2019 – 2022 vedtas. Økonomiplanens 1. år er årsbudsjettet for 2019
- Driftsbudsjettet 2019- 2022 vedtas med følgende nettoramme per sektor:

	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021
Tall i hele kroner				
1 Sektor for administrasjon	29 033 893	28 579 154	28 352 447	28 256 771
2 Sektor for oppvekst og kultur	135 192 183	132 037 970	130 465 464	129 801 829
3 Sektor for helse og omsorg	132 352 259	128 543 018	126 643 954	125 842 502
5 Selvkost	0	0	0	0
6 Sektor for drift og utvikling	41 464 492	40 600 029	40 169 059	39 987 179
7 Skatter og rammetilskudd	-20 781 100	-18 768 000	-15 213 800	-13 132 500
8 Renter, avdrag og avsetninger	-22 954 405	-23 659 451	-24 519 403	-25 477 828
0 Prosjekter og interkommunale selskap	330 000	330 000	330 000	330 000
	294 637 322	287 662 720	286 227 721	285 607 953

- Investeringsbudsjettet 2019 – 2022 vedtas med følgende ramme per investering:

Tall i hele kroner	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Samlet
	2019	2020	2021	2022	
Egenkapitalinnskudd KLP	1 800 000	2 000 000	2 200 000	2 400 000	8 400 000
Avdrag viderefremidlingslån	5 700 000	5 700 000	5 700 000	5 700 000	22 800 000
Startlån	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	20 000 000
Høgeggja barnehage - utbygging	23 100 000	10 000 000			33 100 000
Digital innbygger	500 000	500 000	500 000		1 500 000
Nordreisa idrettshall - tak	200 000				200 000
Liftbil + Garasje liftbil	3 250 000				3 250 000
Utbedring Oksfjord havn	3 875 000				3 875 000
Prosjektledelse	1 360 500				1 360 500
Ombygging gamle kinosal	300 000				300 000
Kjøp av kjøretøy, befalsbil	600 000				600 000
Renovering svømmehall		35 000 000			35 000 000
Asfaltering av grusveier	2 750 000				2 750 000
IKT utstyr	200 000	200 000	200 000	200 000	800 000
Ny gravlund	5 000 000	15 000 000			20 000 000
Hovedplan vann	5 800 000	5 600 000	1 200 000	2 000 000	14 600 000
Hovedplan avløp	1 300 000	500 000	1 200 000	500 000	3 500 000
VAR investeringer	5 150 000				5 150 000
	65 885 500	79 500 000	16 000 000	15 800 000	177 185 500

Tall i hele kroner	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Samlet
	2019	2020	2021	2022	
Opptak av lån	-54 010 500	-56 600 000	-7 600 000	-7 700 000	-125 910 500
Ubrukte lånemidler					
Salg av tomter	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-4 000 000
Tilskudd/refusjon fra staten	-1 900 000	-14 700 000			-16 600 000
Overført fra drift	-800 000	-1 000 000	-1 200 000	-1 400 000	-4 400 000
Avdragsinntekter Startlån	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000	-22 800 000
Bruk av ubundne fond	-2 475 000	-500 000	-500 000		-3 475 000
	-65 885 500	-79 500 000	-16 000 000	-15 800 000	-177 185 500

- Nordreisa kommune vedtar et låneopptak på kr 54.010.500 i 2019. Lånet tas opp hos den låneinstitusjonen som tilbyr de gunstigste rentebetingelser.
- Nordreisa kommune vedtar kassakreditt med en kredittramme på inntil kr 20 millioner. Kassakreditten tas kun opp dersom kommunen har behov for ekstra likviditet.
- Selvkost (sektor 5) budsjettet justeres internt innenfor vedtatt ramme.

Som strakstiltak vedtas følgende:

- Alle sektorene gjør full gjennomgang av sine tjenester og utarbeider bemanningsplaner i henhold til de nye rammene. Nye tiltak og bemanningsplaner vedtas av utvalgene innen 28.02.19.
- Med bakgrunn i nye bemanningsplaner gjennomføres det en nedbemanningsprosess med budsjettvirkning 01.08.19.
- Det gjøres ikke fast tilsetning i vakante stillinger før nedbemanningsprosessen er gjennomført.
- Det budsjetteres med minimumsavdrag i 2019, beregnet til 2,5 mill kr.
- Manglende helårsvirkning av reduksjonstiltak dekkes av disposisjonsfondet og budsjettreguleres i juni 2019.

Saksopplysninger

Regjeringen la frem statsbudsjettet for 2019 (Prop. 1S 2018-2019) den 8.oktober 2018. Statsbudsjettet legger opp til en realvekst i kommunens samlede inntekter på mellom 1-2 mrd

kr. Av den samlede inntektsveksten er kr 2,6 milliarder frie inntekter, og det tilsvarer en realvekst på 0,7 %. Veksten i frie inntekter må sees i sammenheng med økte utgifter for kommunene knyttet til befolkningsutviklingen. Beregningene som ligger til grunn for kommuneproposisjon for 2019 er utført av Det tekniske beregningsutvalg for kommunal- og fylkeskommunal økonomi (TBU). Disse beregningene anslår at om lag kr 2,1 mrd av den demografiske utviklingen og pensjonsøkning må finansieres innenfor veksten i frie inntekter.

Innenfor veksten av frie inntekter kommer regjeringens satsninger på tiltak:

- Kr 200 mill med opptrappingsplan på rusfeltet
- Kr 200 mill med tidlig innsats i skolen
- Kr 100 mill til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Regjeringen viser til at handlingsrommet kan økes ved effektiv ressursbruk i kommunesektoren, og anmoder kommunene til å sette et effektivitetskrav til egen virksomhet på 0,5%. Det tilsvarer kr 1,2 mrd i 2019.

Kommunal deflator er anslått til 2,8 % der lønnsveksten er anslått til 3,25 %. Lønnsveksten utgjør 2/3 av deflator. Det foreslås at den kommunale skattøren for 2019 reduseres med 0,25 prosentpoeng til 11,55 %.

Ved pålegg om nye oppgaver, utvidede oppgaver, avviklede oppgaver eller regelendringer for kommunene som har økonomiske konsekvens, skal kommunesektoren kompenseres eller trekkes i frie inntekter. I rammetilskuddet for 2019 har kommunene fått følgende korreksjoner:

- Endringer i finansiering, herunder innlemminger i rammetilskuddet
 - Boligsosialt kompetansetilskudd, kr 15,6 mill
 - Tilskudd til boligsosialt arbeid, kr 8,9 mill
 - Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten, kr -5,6 mill
- Korreksjoner
 - Økt inntektsgrense for gratis kjernetid i barnehage fra 1.august 2018, helårseffekt, kr 47,1 mill
 - Gratis kjernetid i barnehage for 2-åringer fra familier med lav inntekt fra 1.august 2019, kr 47,7 mill
 - Økt foreldrebetaling i barnehage med kr 110 per måned fra januar 2018, helårseffekt, kr -21,9 mill
 - Økt foreldrebetaling i barnehage med kr 50 per måned fra 1.august 2019, kr -65,8 mill
 - Skjønnstilskudd, egengangsbevilgning i 2018 til retaksering i forbindelse med endring i eiendomsskatt, kr 74,5 mill
 - Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet, kr 185 mill
 - Takstoppgjør for allmennleger i 2018, helårseffekt, kr 100 mill
 - Statlig og private skoler, økning i elevtall, kr 103 mill.

Samlet utgiftsindeks for Nordreisa kommune i 2018 er som følger:

Indekskriteriene	Indeks	Nordreisa
0-1 år	0,0055	0,7459
2-5 år	0,1401	0,8948
6-15 år	0,2628	1,0537
16-22 år	0,0229	1,0165
23-66 år	0,1031	0,9483
67-79 år	0,0553	1,2487
80-89 år	0,0760	1,1487
over 90 år	0,0383	1,0370
Basistillegg	0,0188	2,8539
Sone	0,0101	2,2636
Nabo	0,0101	2,1935
Landbrukskriterium	0,0020	2,2390
Innvandrer 6-15 år ekskl Skandinavia	0,0071	0,9738
Flyktninger uten integreringstilskudd	0,0084	0,4026
PU over 16 år	0,0484	1,6867
Aleneboende	0,0194	0,9988
Dødlighet	0,0452	1,2192
Barn 0-15 med enslige forsorgere	0,0181	1,3189
Lavinntekt	0,0113	0,6685
Uføre 18-49 år	0,0065	1,1487
Opphopningsindeks	0,0095	0,6418
Ikke-gifte 67 år og over	0,0452	1,4648
Barn 1 år uten kontantstøtte	0,0171	0,8270
Innbyggere med høyere utdanning	0,0188	0,7187
Indeksberegnet utgiftsbehov	1,0000	1,1319

I vedlegget «Statsbudsjettet 2019 og det økonomiske opplegget for kommunene» fra Fylkesmannen i Troms er det beskrevet nærmere om statsbudsjettet, blant annet mer informasjon innenfor ulike tjenesteområder.

Rådmannens forslag til budsjett og økonomiplan 2019 – 2022

Generelle kommentarer:

- Budsjettet har tatt utgangspunkt i opprinnelig ramme for 2018, korrigert med konsekvenser i forhold til dagens driftsnivå og bindende politiske vedtak.
- Lønn og pensjon er de største komponentene i budsjettet.
- I budsjettforslaget er det tatt hensyn til alle lån, samt kalkulatoriske utgifter til vann og avløp.
- Flere gode tiltak, både nødvendige og faglig godt argumenterte, er utelatt i budsjettforslaget av økonomiske årsaker.
- Nye tiltak kommer på bekostning av eksisterende tiltak.

Det foreslås endret rammer for hver sektor, med forklaring på hvilke tiltak rådmannen foreslår. Sektorutvalgene skal på selvstendig grunnlag foreslå tiltak for å få sektorens budsjett i balanse ut fra rådmannen sin rammeendring. Formannskapet gir sin innstilling på rammenivå til kommunestyret. Når kommunestyret har fastsatt endelige rammer for sektorene, skal sektorutvalgene vedta justeringer slik at sektorens budsjett balanserer med rammen gitt av kommunestyret.

Sektor for administrasjon

1 Sektor for administrasjon	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	28 964 914	28 964 914	28 964 914	28 964 914
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	917 592	917 592	917 592	917 592
Sum tiltak	-848 613	-1 303 352	-1 530 059	-1 625 735
Ramme 2019	29 033 893	28 579 154	28 352 447	28 256 771

Endring konsekvensjustert	Beløp	Kommentar
Lønns- og pensjonsendring	791 000	Generell lønnsøkning (Pensjon utgjør 0,31 mill)
Politisk	-172 000	Reduksjon i budsjettet møtegodtgjørelse
Gruppelivforsikring	-200 000	Justert i hht reelt
IT	300 000	Telefon, linjer, samband, endring jamfør forbruk
Kontrollutvalget	40 000	Økning
Regionrådet	90 900	Økning i overføring
Økonomitjenester	70 000	Økt utgift ifm arbeidsgiverkontroller
Kommune og Stortingsvalg	150 000	Kommunevalg i 2019
Endring	1 069 900	

Tiltak:

- Nedtrekk i ramme, kr -848.613.

Sektor for oppvekst og kultur

2 Sektor for oppvekst og kultur	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	133 712 003	133 712 003	133 712 003	133 712 003
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	7 366 419	7 366 419	7 366 419	7 366 419
Sum tiltak	-5 886 239	-9 040 452	-10 612 958	-11 276 593
Ramme 2019	135 192 183	132 037 970	130 465 464	129 801 829

Endring konsekvensjustert	Beløp	Kommentar
Lønns- og pensjonsendring	4 368 000	Genrell lønnsøkning (pensjon utgjør 1,9 mill)
Moan skole	496 000	Økt behov, spes.ped og økt SFO plasser
Lønn lærlinger og lærlingveiledning	460 000	
Barnevern	600 000	Økning forebyggende tiltak
Private barnehager	690 000	Økning i tilskudd til private barnehager
Overføring lag og foreninger	280 000	Økning jamfør KST vedtak 15/18
Kirkelig fellesråd	60 000	Økning i overføring
Bibliotek	25 000	Økte utgifter
Kino	85 000	Økte utgifter
Økte refusjoner	-240 000	Fordelt på flere områder
Kino	-265 000	Økte inntekter
Egenandeler barnehager	146 000	
Flyktingetjenesten	339 000	Redusert inntekt norsktilskudd
Flyktingetjenesten	310 000	Redusert inntekt, salg av tjenester
Endring	7 354 000	

Tiltak:

- Nedtrekk i ramme, kr -5.886.239.

Sektor for helse og omsorg

3 Sektor for helse og omsorg	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	128 485 460	128 485 460	128 485 460	128 485 460
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	8 875 419	8 875 419	8 875 419	8 875 419
Sum tiltak	-5 008 620	-8 817 861	-10 716 925	-11 518 377
Ramme 2019	132 352 259	128 543 018	126 643 954	125 842 502

Endring konsekvensjustert	Beløp	Kommentar
Lønns- og pensjonsendring	5 599 000	Økning i lønnsutgifter (pensjon utgjør 3 mill)
Faste tillegg	1 044 000	Økning faste tillegg, og tillegg vikarer
Lønn ferievikarer	530 000	
Lønn lærlinger og veiledere	620 000	
Godtgjøring legevakt	222 000	
Økte utgifter	120 000	Økte utgifter DMS
Driftsavtaler private	-341 000	Endring i avtaler
Ressurskrevende tjenester		4,6 mill som redusert utgift og redusert inntekt
Refusjon fra andre kommuner	-130 000	Økte inntekter DMS
Egenandeler	-400 000	Økning egenandeler
Refusjon fra UNN	1 633 000	Reduksjon i inntekt fra UNN, jamfør sykestuesenger
Innkjøp renhold	-170 000	Flyttet til sektor for drift og utvikling
Endring	8 727 000	

Tiltak:

- Nedtrekk i ramme, kr -7.108.620
- Økt utgift til kvalifiseringsprogrammet, kr 1.100.000
- Økt utgift til økonomisk sosial stønad, kr 1.000.000

Selvkost

5 Selvkost	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	91 594	91 594	91 594	91 594
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	-91 594	-91 594	-91 594	-91 594
Sum tiltak	0	0	0	0
Ramme 2019	0	0	0	0

Sektor for drift og utvikling

6 Sektor for drift og utvikling	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	41 086 231	41 086 231	41 086 231	41 086 231
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	1 991 478	1 991 478	1 991 478	1 991 478
Sum tiltak	-1 613 217	-2 477 680	-2 908 650	-3 090 530
Ramme 2019	41 464 492	40 600 029	40 169 059	39 987 179

Endring konsekvensjustert	Beløp	Kommentar
Lønns- og pensjonsendring	1 037 000	Generell lønnoøkning (Pensjon utgjør 0,65 mill)
Lønn ferievikarer	200 000	Ferievikarer renhold
Innkjøp renhold	170 000	Flyttet fra sektor for helse og omsorg
Brannvern	347 000	Interkommunal leder beredskap
Brannvern	36 000	Økt kjøp av bekledning
Veier	200 000	Indeksregulering brøytekontrakter
Veier	-434 000	Forventet strømreduksjon pga ledlys
Veier	63 000	Økte utgifter snørydding
Byggedrift	488 000	Økte strømutgifter
Forsikringer	122 000	Økte forsikringer
Bredbånd	-750 000	Bredbånd, tas ut av budsjettet
Byggedrift og anlegg	52 000	Økte eiendomsgebyrer
Kvenkultursenter	20 000	Økning i overføringen
Reduksjon havneavgift	150 000	Justert til reelt nivå
Byggesaksbehandling	133 000	Redusert byggesaksinntekt
Husleie	177 000	Redusert inntekt Sonjatun
Husleie	-91 000	Økte husleieinntekter
Endring	1 920 000	

Tiltak:

- Nedtrekk i ramme, kr -1.613.217

Skatt og rammetilskudd

7 Skatter og rammetilskudd	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	-344 567 100	-344 567 100	-344 567 100	-344 567 100
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	-4 113 000	1 800 100	5 354 300	7 435 600
Sum tiltak	0	0	0	0
Ramme 2019	-348 680 100	-342 767 000	-339 212 800	-337 131 500

Endring konsekvensjustert	Beløp
Skatteinntekter	-4 340 000
Rammetilskudd	-4 805 000
Integreringstilskudd	4 632 000
Statstilskudd	400 000
Endring	-4 113 000

Renter, avdrag og avsetninger

8 Renter, avdrag og avsetninger	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	11 896 898	11 896 898	11 896 898	11 896 898
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	-4 254 803	-4 959 849	-5 819 801	-6 778 226
Sum tiltak				
Fra investering	2 665 178	5 739 780	7 174 779	7 794 547
Ramme 2019	10 307 273	12 676 829	13 251 876	12 913 219

Endring konsekvensjustert	Beløp	Kommentar
Pensjon	-3 088 000	
Renteutgifter	-1 300 000	Reduksjon i renter
Avdragsutgifter	155 000	Økte avdragsutgifter
Bruk av disp.fond	50 000	Til premiefond KLP
Avsetning disp.fond	348 000	Dip.fond 3,8 mill
Inntekter VAR (selvkost)	-346 000	
Endring	-4 181 000	

Tiltak:

- Fra investeringsbudsjettet, renter og avdrag, kr 2.665.178

Prosjekter og interkommunale selskap

0 Prosjekter og interkommunale selskap	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	330 000	330 000	330 000	330 000
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	0	0	0	0
Tiltak	0	0	0	0
Ramme 2019	330 000	330 000	330 000	330 000

Vurdering

Nordreisa kommune foretok i 2016 store reduksjoner i driftsnivået som muliggjorde at kommunen kunne budsjettere med disposisjonsfond. Det er nødvendig å avsette budsjettmidler til disposisjonsfond for å kunne håndtere uforutsette utgifter.

Økningen i rammeoverføringene fra staten har de senere årene kun dekt lønns- og pensjonsøkning. I 2019 øker overføringen med 2,95 %, mens lønnsveksten for 2019 er anslått til 3,25 %. Økningen er dermed ikke tilstrekkelig til å dekke det økende behovet kommunen har innenfor sine tjenester. Dette medfører at alle nye tiltak må tas innenfor eksisterende økonomisk ramme. Opprettelse av nye stillinger som øker driftsutgiftene vil medføre at kommunen igjen vil få et større og større gap mellom inntektene og utgiftene. Kommunen foretok nedbemanning i 2016, men har i 2019 budsjettet samme antall årsverk som før nedbemanningen. Utviklingen viser at kommunen allerede fra 2019 må foreta store reduksjoner i tjenestenivået for å få balanse mellom inntekter og utgifter.

I økonomiplan perioden 2019-2022 er det budsjettet med investeringsprosjekter på tilsammen 126 millioner kr. Dette vil bidra til en sterk økning i renter- og avdragsutgifter, og vil binde opp mye av kommunens budsjett i årene fremover. I tillegg er rentenivået lavt og holder dermed renteutgiftene nede. Det er varslet renteøkninger i årene fremover. En eventuell renteøkning vil resultere i at driftsnivået må reduseres ytterligere for å dekke gapet mellom inntekter og utgifter.

Nordreisa kommune ble meldt ut av ROBEK listen i juni 2018 etter å ha vært på listen siden 2004. For å unngå å havne tilbake på ROBEK-listen, må kommunen være restriktiv med nye drifts- og investeringstiltak, og i mye større grad foreta omprioriteringer internt i sektorene.



Alle kommunene i Troms

Statsbudsjettet 2019 og det økonomiske opplegget for kommunene

Regjeringen la i dag, 8. oktober 2018, frem statsbudsjettet for 2019 (Prop. 1S 2018-2019).

Dette notatet gir en oppsummering av de viktigste elementene i statsbudsjettet for 2019 vedrørende kommuneøkonomi, det generelle økonomiske opplegget for kommunene og anslag på frie inntekter i 2019 for kommunene i Troms.

1 Kommuneøkonomien i 2018

Etter RNB 2018 er anslaget for kommunesektorens skatteinntekter i 2018 oppjustert med 2,4 mrd. kr., hvorav 2,1 mrd. kr. gjelder kommunene og 300 mill. kr. gjelder fylkeskommunene. Bakgrunnen er i hovedsak ekstraordinært store uttak av utbytter til personlig skatteyttere for inntektsåret 2017.

Den samlede pris- og kostnadsveksten (kommunal deflator) anslås til 3,0 % i 2018, dette er 0,4 prosentpoeng høyere enn i RNB 2018. Kostnadsveksten skyldes økte strømpriser. Dette reduserer isolert realverdien av kommunesektorens inntekter i 2018 med 1,9 mrd. kr.

I 2018 blir det utbetalt over 2,7 mrd. kr. fra havbruksfondet til i alt 164 kommuner og 10 fylkeskommuner. Dette er ca. 460 mill. kr. mer enn anslått i RNB 2018.

De ekstra skatte inntektene er av engangskarakter og videreføres ikke til 2019. Dette i motsetning til kostnadsveksten som videreføres til 2019.

2 Generelt om kommuneopplegget i 2019

Regjeringen legger opp til en realvekst i kommunesektorens frie inntekter på ca. 2,6 mrd. kr., dette tilsvarer en realvekst på 0,7 %. Inntekstveksten er regnet fra anslått inntektsnivå i 2018 slik det ble anslått i RNB 2018.

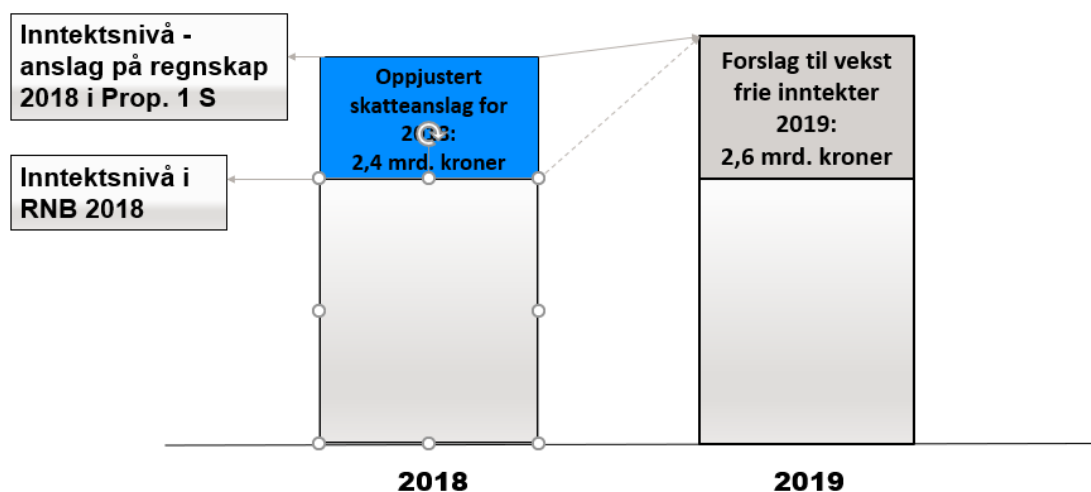


Hele veksten i frie inntekter i 2019 gis til kommunene. Dette skyldes at kommunene anslås å få økte demografiutgifter i 2019. Fylkeskommunene ventes å få noe reduserte demografiutgifter de nærmeste årene, som følge av nedgang i aldersgruppen 16-18 år.

Særskilte satsinger innenfor veksten i de frie inntektene utgjør 500 mill. kr. for kommunene og 100 mill. kr. for fylkeskommunene.

I kommuneproposisjonen 2019 som kom i mai 2018 ble det lagt opp til en vekst i de frie inntektene for kommunene på mellom 2,6 og 3,2 mrd. kr. Veksten som det legges opp til i statsbudsjettet for 2019 er i nedre intervall av dette.

Vekst i frie inntekter fra 2018 til 2019



Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Figuren viser veksten i frie inntekter for 2019 regnet fra inntektsnivået slik det ble anslått i Revidert nasjonalbudsjett 2018 og fra oppdatert anslag på regnskap for 2018 i statsbudsjettet for 2019.

Den foreslåtte veksten i frie inntekter i 2019 på ca. 2,6 mrd. kr. er regnet fra anslått inntektsnivå for 2018 i Revidert nasjonalbudsjett 2018. Oppjusteringen av kommunesektorens skatteinntekter i 2018 med 2,4 mrd. kr. i statsbudsjettet for 2019 påvirker derfor ikke nivået på sektorens inntekter i 2019.

Når veksten regnes fra anslag på regnskap for 2018 blir inntektsveksten fra 2018 til 2019 lavere, siden nivået som veksten regnes fra er betydelig oppjustert sammenlignet med nivået i Revidert nasjonalbudsjett 2018.

Realveksten regnet fra RNB er 0,7 % mens realvekst fra anslag på regnskap er 0,1 %.

Tabellen under viser kostnader som må dekkes *innenfor* veksten i de frie inntektene:

	Kommuner (i mrd. kr.)	Fylkeskommuner (i mrd. kr.)	Kommunesektoren samlet (i mrd. kr.)
Vekst i frie inntekter 2019	2,6	0,0	2,6
Demografi	-1,6	0,6	-1,0
Pensjonskostnader	-0,5	-0,2	-0,7
Satsinger innenfor frie inntekter	-0,5	-0,1	-0,6
Handlingsrom <u>uten</u> effektivisering	0,0	0,3	0,3
Effektivisering 0,5 %	1,0	0,2	1,2
Handlingsrom <u>med</u> effektivisering	1,0	0,5	1,5

Endringer i befolknings sammensetning gir kommunene merutgifter på 1,6 mrd. kr. som må finansieres innenfor veksten i frie inntekter. Videre er veksten i kommunenes samlede pensjonskostnader anslått til 500 mill. kr. i 2019, ut over det som dekkes av den kommunale deflatoren. Disse kostnadene må også dekkes av veksten i de frie inntektene.

Bindingene på de frie inntektene i form av økte demografikostnader og pensjonskostnader utgjør for kommunene 2,1 mrd. kr.

I tillegg kommer regjeringens satsinger på tiltak finansiert *innenfor* de frie inntektene til kommunen på i alt 500 mill. kr.:

- 200 mill. kr. med opptrappingsplanen på rusfeltet.
- 200 mill. kr. begrunnes med tidlig innsats i skolen.
- 100 mill. kr. til opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

For kommunene er hele handlingsrommet innenfor den veksten i frie inntekter disponert på demografi, pensjon og regjeringens satsinger.

Regjeringen viser imidlertid til at handlingsrommet kan økes ved effektiv ressursbruk i kommunesektoren. Dersom kommunesektoren setter et effektiviseringskrav til egen virksomhet på 0,5 %, tilsvarer det 1,2 mrd. kr. for sektoren samlet i 2019. Kommunene vil slik kunne få økt handlingsrommet til ca. 1 mrd. kr. og fylkeskommunene 0,5 mrd.kr.

2.1 Kommunal deflator (årlig pris- og lønnsvekst i kommunesektoren i prosent)

For 2019 anslås deflator til 2,8 %. Det er anslått en lønnsvekst i kommunene på 3,25 %, dette utgjør 2/3 i deflator.

Følgende kostnadselementer er ikke dekket av deflatoren:

- Rentekostnader
- Pensjonskostnader er dekket i budsjettdeflatoren i den grad de øker i takt med lønnsveksten. Dersom pensjonskostnadene øker mer enn lønnsveksten fanges ikke dette opp av deflatoren
- Demografikostnader

Kommunesektoren er dermed kompensert for anslått pris- og lønnsvekst på 2,8 % innenfor de foreslåtte inntektsrammer for 2019.

2.2 Kommunal skattøre og anslag på skatteinntekter i 2019

Skatt på alminnelig inntekt fra personlige skattytere deles mellom staten, kommuner og fylkeskommuner. Fordelingen bestemmes ved at det fastsettes maksimalsatser på skattørene for kommuner og fylkeskommuner.

I Kommuneproposisjonen 2019 ble det varslet at den kommunale skattøren skal fastsettes ut fra mål om at skatteinntektene for kommunesektoren skal utgjøre 40 pst. av de samlede inntektene. Det foreslås at den kommunale skattøren for 2019 reduseres med 0,25 prosentpoeng til 11,55 prosent.

Anslaget på kommunesektorens skatteinntekter i 2019 bygger bl.a. på 1,3 % sysselsettingsvekst og 3,25 % lønnsvekst fra 2018 til 2019.

Kommunesektorens frie inntekter består av skatteinntekter og rammetilskudd. Tabell 3.3 i Prop.1S (2018-2019) viser de frie inntektene i 2018 og 2018, fordelt på skatteinntekter og rammetilskudd.

Fylkesmannen oppfordrer kommunene til å gjennomføre regelmessige beregninger på egne frie inntekter gitt utviklingen i skatteinngangen for kommunen og ikke minst for landet. Gitt omfordelingseffektene som ligger i inntektsutjevningen og ettersom de fleste kommunene i Troms har skatteinntekter på under 90 % av landsgjennomsnittet, er det utviklingen nasjonalt som har størst betydning.

Det er også viktig å være klar over at det i anslaget for skatteinntekter som legges til grunn i beregningen av frie inntekter i 2019 i statsbudsjettet, er forutsatt lik vekst for alle kommunene. Anslagene vil derfor være overvurdert for kommuner med lavere vekst i innbyggertallet enn landsgjennomsnittet siste år, og tilsvarende undervurdert for kommuner hvor veksten i innbyggertallet har vært større enn landsgjennomsnittet. Kommunene bør selv vurdere hva som er et realistisk skatteanslag for sin kommune i 2019.

2.3 Satsing på helse- og omsorg

Psykologer i kommunene

Fra 1. januar 2020 er det lovfestet at alle kommuner skal ha psykologkompetanse. Det har vært solid økning i rekruttering av psykologer i kommunene 2013-2018 og en ser at dette har medført flere lavterskeltilbud, bedre forebyggende helsearbeid, mer samarbeid med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten. Det foreslås å øke bevilgningen med 50 mill. kr. til rekruttering av psykologer i kommunene- tilsvarende 125 nye psykologer. Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2018-2019) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Fastleger i kommunene

Det settes av 25 mill. kr. til styrking av rekruttering og stabiliteten til allmennlegetjenesten, til sammen 39. mill. kr. i 2019. Det skal kunne gis tilskudd både til nyopprettede avtalehjemler, faste stillinger og eksisterende hjemler/stillinger hvor det er rekrutteringsutfordringer.

Dagaktivitetstilbud for demente

Regjeringen foreslår 50 mill. kr. for å legge til rette for opprettelse av 450 nye plasser i dagaktivitetstilbud for demente, inkludert forhøyet tilskuddssats for 2019. Som følge av Stortingets vedtak 463 (2017-2018) har regjeringen hevet tilskuddssatsen fra 30 % til 50 % ved opprettelse av plasser i 2019. Målet er å bygge ut tjenestetilbudet før plikten for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjøres gjeldene fra 1. januar 2020. Gjennom de årlige budsjettframleggende fra 2012 til og med 2019 har det blitt lagt til rette for i overkant av til sammen 8800 plasser. Det faktiske antallet plasser som finansieres av tilskuddet anslås til 3800 i 2018. Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2018-2019) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser

For 2019 foreslår regjeringen 130 mill. kr. og en tilsagnsramme på 2 612,6 mill. kr. for å legge til rette for om lag 1500 heldøgns omsorgsplasser. 50 % av tilsagnsrammen skal i 2019 gå til ren netto tilvekst. Gjennom budsjettene for 2014-2018 er den statlige tilskuddsordningen forbedret og regjeringen har lagt til rette for flere søknader om tilskudd til heldøgns omsorgsplasser. Aktiviteten i ordningen har økt, og antallet plasser med innvilget tilskudd pr. år er i snitt om lag dobbelt sammenlignet med årene før 2014. Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2018-2019) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Utskrivningsklare rus og psykisk helse

Det innføres betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i 2019. Det foreslås derfor å flytte 185 mill. kr. fra regionale helseforetak til kommunerammen. Når kommunene får plikt til å betale for utskrivningsklare pasienter også for disse fagområdene, likestilles psykisk helse og rus med somatikk. NB. Betalingsplikten gjelder oppholdskommunen. Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2018-2019) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Opptrappingsplan for rusfeltet

Det foreslås 281 mill. kr. til Opptrappingsplanen for rusfeltet, hvorav 200 mill. kr. gjennom styrking av kommunenes frie inntekter og 81 mill. kr. gjennom tverrdepartemental oppfølging av opptrappingsplanen. Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2018-2019) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering

Regjeringen foreslår 100 mill. kr. til opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering som en del av kommunenes frie inntekter. Med dette har regjeringen fulgt opp målsettingen om 300 mill. kr. i stimuleringsmidler til opptappingsplanen i perioden 2017-2019. Midlene fordeles etter delkostnadsnøkkelen for sosialhjelp. Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2018-2019) for Helse- og omsorgsdepartementet.

2.4 Barnehage

Regjeringen foreslår å utvide dagens ordning med gratis kjernetid for 3-,4-, og 5-åringer til også å omfatte 2-åringer. Forslaget vil gi familier med lav inntekt et rimeligere barnehagetilbud og bidra til økt barnehagebruk for familier med lav inntekt, og bedre integreringen og språkopplæringen blant minoritetsspråklige barn. Rammetilskuddet økes i denne forbindelse med 45,7 mill. kr. i 2019.

I tillegg foreslår regjeringen ca. 10 mill. kr. til opprettelse av nye studieplasser for barnehagelærere. Dette vil bidra til økt tilgang på barnehagelærere.

Maksimal foreldrebetaling øker med 50 kr. pr. mnd. fra 1. august 2019. Som følge av dette reduseres rammetilskuddet til kommunene med 65,8 mill. kr. i 2019.

2.5 Skole (lærernorm)

Siden 2005 er det bevilget øremerkede midler som har sikret flere lærere i grunnskolen. Høsten 2018 ble lærernormen i grunnskolen innført, og det ble bevilget totalt 1,4 mrd. kr. i 2018. I 2019 foreslår regjeringen å videreføre den øremerkede bevilgningen til flere lærerårsverk med 1,468 mrd. kr. I tillegg er 200 mrd. kr. av veksten i de frie inntektene til kommunene begrunnet med en særskilt satsing på tidlig innsats i skolen, som blant annet benyttes til flere lærerårsverk ved opptapping av lærernormen i 2019.

Både de 200 mill. kr. av veksten i frie inntekter og om lag 1 mrd. kr. av den øremerkede bevilgningen vil bli fordelt til kommunene etter grunnskolenøkkelen. Dette gjør det mulig å øke lærertettheten også i kommuner som allerede oppfyller kravet i lærernormen. Se nærmere omtale i Prp. 1 S (2018-2019) for Kunnskapsdepartementet.

2.6 Korreksjonssaker

Ved pålegg om nye eller utvidede oppgaver for kommunesektoren, avvikling av oppgaver eller regelendringer som har økonomiske konsekvenser, skal kommunesektoren kompenseres eller trekkes i frie inntekter på grunnlag av beregnet endring i økonomisk belastning. Disse endringene kommer i tillegg til veksten i frie inntekter. Dette er såkalte korreksjonssaker og er

omtalt i sin helhet i tabell 7.20 i budsjettproposisjonen s. 181. Under vises kun saker som er aktuelle for kommunene.

Endringer i finansiering, herunder innlemminger i rammetilskuddet

- Boligsosialt kompetansetilskudd, 15,6 mill. kr.
- Tilskudd til boligsosialt arbeid, 8,9 mill. kr.
- Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten, -5,6 mill. kr.

Korreksjoner

- Økt inntektsgrense for gratis kjernetid i barnehage fra 1. august 2018, helårseffekt, 47,1 mill. kr.
- Gratis kjernetid i barnehage for 2-åringer fra familier med lav inntekt fra 1. august 2019, 47,7 mill. kr.
- Økt foreldrebetaling i barnehage med 110 kr. pr. mnd. fra januar 2018, helårseffekt, - 21,9 mill. kr.
- Økt foreldrebetaling i barnehage med 50 kr. pr. mnd. fra 1. august 2019, -65,8 mill. kr.
- Skjønntilskudd, engangsbevilgning i 2018 til retaksering ifm. endring i eiendomsskatt, -74,5 mill. kr.
- Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialiserte behandling av rusavhengighet, 185 mill. kr.
- Takstoppgjør for allmennleger i 2018, helårseffekt, 100 mill. kr.
- Statlig og private skoler, økning i elevtall, -103 mill. kr.

2.7 Toppfinansieringsordning for ressurskrevende tjenester

På bakgrunn av utgiftsveksten de siste årene foreslår regjeringen en moderat endring av ordningen i 2019. Innslagspunktet prisjusteres, og økes med kr. 50 000 utover dette. Det nye innslagspunktet blir da kr. 1 320 000.

Kompensasjonsgraden foreslås uendret på 80 %.

2.8 Kommunereformen

I følge regjeringen er det særlig to forhold som gjør det nødvendig å jobbe videre med kommunesammenslåinger:

- Små kommuner har for liten kapasitet og kompetanse
- Det er behov for en mer helhetlig og bærekraftig samfunns- og næringsutvikling

Kommunereformen vil derfor fortsette. Det blir gode og langsiktige økonomiske virkemidler for kommuner som ønsker å slå seg sammen. Fordi småkommuner vil oppleve størst utfordringer, er det også de som får de sterkeste insentivene til å slå seg sammen.

Regjeringen slår sammen tilskuddene til dekning av engangskostnader og reformstøtte. Det nye tilskuddet vil bli utbetalt allerede ved nasjonalt vedtak om sammenslåing. (tidligere ble reformstøtten først utbetalt når nye kommuner faktisk trådte i kraft).

Tabell 6.2 Standardisert modell for engangstilskudd ved kommunesammenslåing. Tall i mill. kroner.

Antall kommuner og innbyggere i sammenslåingen	0–14 999 innbyggere	15–29 999 innbyggere	30–49 999 innbyggere	Over 50 000 innbyggere
2 kommuner	25 mill.	35 mill.	40 mill.	50 mill.
3 kommuner	35 mill.	45 mill.	50 mill.	60 mill.
4 kommuner	45 mill.	55 mill.	60 mill.	70 mill.
5 kommuner	55 mill.	65 mill.	70 mill.	80 mill.

I standardmodellen for engangstilskudd er minstesatsen for to kommuner under 15 000 innbyggere som slår seg sammen 25 millioner kroner. Deretter økes tilskuddsbeløpet med 10 millioner kroner per ny kommune i sammenslåingen.

Vi fortsetter med inndelingstilskuddet, som gir kompensasjon for tap av basistilskudd og nedgang i distriktstilskudd. Full kompensasjon gis i 15 år, deretter trappes det ned over 5 år.

Kommuner som vurderer kommunesammenslåing, skal også få støtte til å informere og spørre innbyggerne om retningsvalget. Hver kommune vil kunne få 100 000 kroner til dette arbeidet.

Fylkesmannen vil fortsatt ha en sentral rolle i kommunereformen. Hvert embete styrkes i denne forbindelse med 1,3 mill. kr. til nye årsverk.

Det settes ikke tidsfrister for vedtak om sammenslåinger nå. Departementet vil fortløpende følge opp vedtak fra kommuner om sammenslåing, og sørge for at disse vedtas av Kongen i statsråd.

3. Vekst i frie inntekter for kommunene i Troms

Tabellen på neste side viser anslag på frie inntekter i 2019 for kommunene i Troms og anslått nominell vekst og realvekst, målt fra anslag på oppgavekorrigert regnskap 2018. Realveksten tar hensyn til anslått lønns- og prisvekst i 2019 på 2,8 % (kommunal deflator).

Kommune	Anslag på frie inntekter 2019 (1000 kr.)	Anslag på oppgavekorrigert vekst 2018-2019 (1000 kr.)	Nominell vekst 2018-2019 (prosent)	Realvekst 2018-2019 (prosent) (kommunal deflator er 2,8 %)
1929 Berg	75 668	4 574	6,4	3,6
1928 Torsken	88 495	4 270	5,1	2,3
1922 Bardu	247 916	9 368	3,9	1,1
1941 Skjervøy	202 031	7 133	3,7	0,9
1931 Lenvik	736 767	25 323	3,6	0,8
1924 Måselv	411 373	12 322	3,1	0,3
1933 Balsfjord	364 726	10 466	3,0	0,2
1903 Harstad	1 415 934	38 074	2,8	0,0
1917 Ibestad	110 230	2 752	2,6	-0,2
1927 Tranøy	125 805	3 236	2,6	-0,2
1902 Tromsø	4 044 087	98 618	2,5	-0,3
1936 Karlsøy	171 515	4 095	2,4	-0,4
1926 Dyrøy	99 077	2 206	2,3	-0,5
1939 Storfjord	147 301	3 337	2,3	-0,5
1942 Nordreisa	309 509	6 951	2,3	-0,5
1943 Kvænangen	114 258	2 551	2,3	-0,5
1920 Lavangen	93 573	1 942	2,1	-0,7
1911 Kvæfjord	205 892	3 997	2,0	-0,8
1925 Sørreisa	211 712	3 950	1,9	-0,9
1940 Kåfjord	159 476	2 753	1,8	-1,0
1913 Skånland	204 500	3 369	1,7	-1,1
1923 Salangen	148 214	2 457	1,7	-1,1
1938 Lyngen	221 965	2 852	1,3	-1,5
1919 Gratangen	90 301	861	1,0	-1,8
<i>Skjønnsmidler som fordelest gjennom året</i>	<i>14 231</i>	<i>4 197</i>		
Troms	10 014 556	261 654	2,7	-0,1
Hele landet	315 086 249	8 952 117	2,9	0,1

Fra 2018 til 2019 er det på landsbasis anslått en nominell vekst på 2,9 % og en realvekst på 0,1 % i kommunenes frie inntekter (fra anslag på oppgavekorrigert regnskap for 2018). Kommunene i Troms anslås samlet sett å få en nominell vekst i de frie inntektene på 2,7 % og en realnedgang på 0,1 %.

Vi gjør oppmerksom på at dette vekstanslaget inkluderer en oppjustering av skatteinntektene i kommunesektoren i 2018 på 2,4 mrd. kr. i Prop. 1 S for 2019. Bakgrunnen er i hovedsak ekstraordinært store uttak av utbytter til personlig skatteyttere for inntektsåret 2017.

I all hovedsak kan variasjonen i veksten mellom kommunene forklares med utvikling og endring i befolkningen, endringer i skjønnstilskuddet og andre endringer i inntektssystemet.

I Troms har 7 av 24 kommuner vekst som er høyere enn realveksten på landsbasis (0,1 %).

16 av kommunene i Troms har realnedgang i frie inntekter for 2019.

4 Skjønnsmidler i 2019

Skjønnsrammen til Fylkesmannen i Troms og Finnmark ble samlet redusert i 2019 med 25 mill. kr (16 %), til 131,6 mill. kr. Reduksjonen er begrunnet med en gradvis utjevning av forskjeller i basisrammen pr. innbygger, mellom fylkene, ref. Kommuneproposisjonen for 2019.

Det vises her til Fylkesmannen i Troms sitt brev til Kommunal- og moderniseringsdepartementet av 13. september 2018, som er frigjort i forbindelse med offentliggjøringen av statsbudsjettet, der fordeling av skjønnsmidler pr. kommune i Troms og fordelingskriteriene fremgår. Brevet vil bli lagt ut på våre hjemmesider sammen med fordelingsmodellen (excel-fil) og annet materiell om statsbudsjettet 2019.

5 Inntektssystemet

Regionalpolitiske tilskudd prisjusteres, med unntak av Regionsentertilskuddet.

Distriktstilskudd Nord- Norge

Nord-Norge og Namdalstilskudd prisjusteres, nye satser er som følger:

	Sats pr. innbygger 2019 (kroner)	Sats pr. innbygger 2018 (kroner)
Troms (utenfor tiltakssonen)	3 371	3 279
Tiltakssonen i Troms	3 972	3 864

Småkommunetillegg til kommuner med under 3 200 innbyggere:

15 av 16 kommuner i Troms som kvalifiserer til småkommunetillegg har en verdi på Distriktsindeksen som er lavere enn grensen for at småkommunetillegget reduseres. Kun Skånland, med en Distriktsindeks på 36 får redusert satsen til 5 130. Oversikt over verdi på Distriktsindeksen finnes i grønt hefte tabell D-k.

Satser småkommunetillegg 2019 er prisjustert, nye satser er som følger:

	Småkommunetillegg pr. kommune utenfor tiltakssonen (1000 kr.)	Småkommunetillegg pr. kommune, kommuner i tiltakssonen (1000 kr.)
Distriktsindeks 0-35	5 698	12 341
Distriktsindeks 36-38	5 130	11 107

Inntektsgarantiordningen (INGAR)

Inntektsgarantiordningen i inntektssystemet for kommunene er en overgangsordning som sikrer at alle kommuner har en vekst i rammetilskuddet fra ett år til det neste som i 2019 er lavere enn 400 kroner per innbygger under landsgjennomsnittet. Det gjøres ingen endringer i denne ordningen i 2019.

Regionsentertilskudd

Tilskuddet går til kommunene der det er fattet et nasjonalt vedtak om sammenslåing i perioden for kommunereformen, og som etter sammenslåingen får om lag 8 000 innbyggere. Tilskuddet tildeles med en sats pr. innbygger på kr. 66 og en sats pr. sammenslåing på 3,158 mill. kr. Satsene er satt slik at 40 % av tilskuddet fordeles med en sats pr. innbygger og 60 % med en sats pr. sammenslåing. Kommuner som mottar storbytilskudd kan ikke motta regionsentertilskudd. Det er avsatt 200 mill. kr. i 2019 til dette formålet.

Midlene er fordelt pr. kommune i grønt hefte, tabell 1-k. I Troms gjelder dette Torsken, Tranøy, Berg og Lenvik. Midlene bør brukes til fellestiltak for den nye sammenslåtte kommunen.

Veksttilskudd

Veksttilskuddet gis til kommuner med særlig høy befolkningsvekst. For 2019 foreslås at veksttilskuddet gis til kommuner som gjennom den siste treårsperioden har hatt en gjennomsnittlig årlig befolkningsvekst som er høyere enn 1,4 % (samme grense som 2018). Satsen pr. innbygger utover vekstgrensen prisjusteres og settes til kr. 58 792.

I Troms er det bare Lavangen og Torsken som mottar veksttilskudd i 2019, ref. tabell 1-k i grønt hefte.

Overgangsordning til kommuner som slår seg sammen

Fra og med 2019 vil denne kompensasjonen bli gitt til aktuelle kommuner gjennom innbyggertilskuddet med særskilt fordeling, ref. grønt hefte tabell C-k. I Troms er denne

ordning kun aktuell for Skånland og Lenvik som mottar henholdsvis kr. 47 000 og kr. 2 805 000 i 2019.

Kompensasjon for bortfall av eiendomsskatt på produksjonsutstyr og installasjoner

I forbindelse med statsbudsjettet 2018 vedtok Stortinget å fritta produksjonsutstyr og -installasjoner for eiendomsskatt fra og med 2019. Regelendringene skal fases inn over syv år. Forslaget vil gi næringslivet skattelettelser og bedre rammebetingelser, men tilsvarende redusert eiendomsskatt til kommunene.

Stortinget har bedt regjeringen sørge for at det gis tilnærmet full kompensasjon til kommuner som får redusert eiendomsskatt som følge av lovendringen, begrenset oppad til 500 millioner kroner. Ettersom lovendringen fases inn over 7 år, vil også kompensasjonen fases inn over 7 år. I 2019 vil derfor 71 millioner kroner gis til kommuner som får lavere inntekter som følge av lovendringene. Som følge av lovendringen må kommunene retaksere de berørte anleggene. I 2018 får kommunene 72,5 millioner kroner i kompensasjon for kostnadene dette medfører, ref. brev til kommunene i Troms fra Fylkesmannen av 22. juni 2018. Midlene vil bli fordelt etter 1. november 2018.

For øyeblikket vet vi ikke hvordan lovendringene vil slå ut for enkeltkommuner. Først når den pågående retakseringen er gjennomført, vil kommunene ha informasjon om hvordan dette vil slå ut for dem økonomisk. KMD vil da kartlegge de kommunevise utslagene og fordele kompensasjonen på kommunene. Regjeringen vil komme tilbake med omtale av dette i revidert nasjonalbudsjett 2019.

Vi minner om at kommunene i KMDs nettløsning [Frie inntekter](#) kan se fordelingen av rammetilskuddet og anslaget på skatteinntektene for 2019.

Fylkesmannen står til rådighet dersom det skulle være behov for ytterligere informasjon om det økonomiske opplegget for kommunene i 2019.

Marianne Winther Riise, 776 42042, fmtrmwr@fylkesmannen.no

Med hilsen

Jan-Peder Andreassen
kommunaldirektør

Marianne Winther Riise
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ikke håndskrevne signatur.



NORDREISA KOMMUNE

Økonomiplan 2019-2022

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
	Nordrisa Formannskap	
	Nordreisa Kommunestyre	

Innholdsfortegnelse

Innledning	4
Ordnet målsetting	5
Økonomiske forutsetninger og vurderinger	6
Inntektsforutsetninger	6
Utgiftsforutsetninger	6
Vurdering	9
Årshjulet til Nordreisa kommune	10
Befolkning – antall og sammensetning	11
Medarbeidere og organisasjon	13
Sektor for administrasjon	15
Sektor for oppvekst og kultur	16
Barnehager	16
Skole og SFO	18
Voksenopplæring og Flyktningetjenesten	21
Forebyggende tjeneste	21
Barnevernstjenesten	22
Kultur	24
Helsetjenester	26
Pleie og omsorg	27
Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms	31
• Sykestue	31
• Områdegeriatrisk tjeneste (OGT)	31
• Fødestue	31
• Dialyseavdeling	31
• Hudavdeling	31
• I-bedrift	31
Sonjatun sykestue yter tjenester som medisinsk behandling, observasjon og er kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp. Tjenesten ytes 24/7 alle dager i året. Det er 4 senger i tilbudet.	31
Nav sosial	32
Sektor for drift og utvikling	34
Byggdrift	34
Anleggsdrift	35
Renhold	36
Utvikling	36
Tiltak i økonomiplan 2019-2022	39

Investeringsstiltak	41
Budsjettskemaer og oversikter	42

nnledning

Økonomiplanen er en del av kommunens handlingsplan, basert på kommuneplanens samfunns- og arealdel. Økonomiplanen har fokus på økonomiske forutsetninger og kvalitative mål for kommunen.

Økonomiplanen utarbeides etter § 44 i kommuneloven, mens kravene til årsbudsjettet fremgår av §§ 45 og 46 i samme lov.

Økonomiplanens første år er årsbudsjettet for 2019.

Planer som omfatter avgrensede deler av kommunens virksomhet, skal integreres i økonomiplanleggingen og bruken av midler innarbeides i planen.

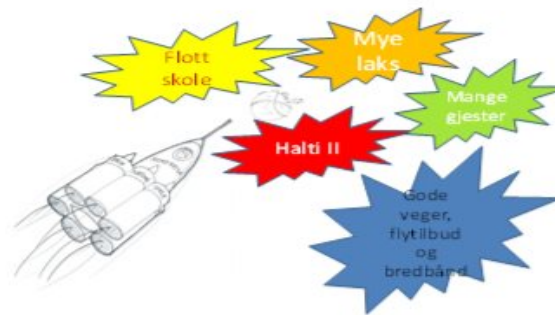
Planen er primært et styringsredskap for kommunen. Den skal hjelpe kommunens ledelse til å få en oversikt over den økonomiske handlefriheten, samt til å foreta prioriteringer av ressursbruken på ulike formål innenfor kommunelovens krav til økonomisk balanse.

Gjennom ROBEK – nettverket kom kommunen i gang med utarbeidelse av en bedre økonomiplan. Nettverket hadde også forslag om tiltak om å ta i bruk ubenyttet inntekspotensiale og vurdere kostnadsreduksjoner. Disse tiltakene ble foreslått og iverksatt av kommunen:

- Innføring av eiendomsskatt
- Endring i skolestrukturer der antall elever pr lærer er den største utgiftsdriveren
- Redusere konsulentbruk i barnevernstjenesten med å ansette egne kuratorer
- Redusere spesialundervisning i skolene

Ordnet målsetting

Reisa mot målene



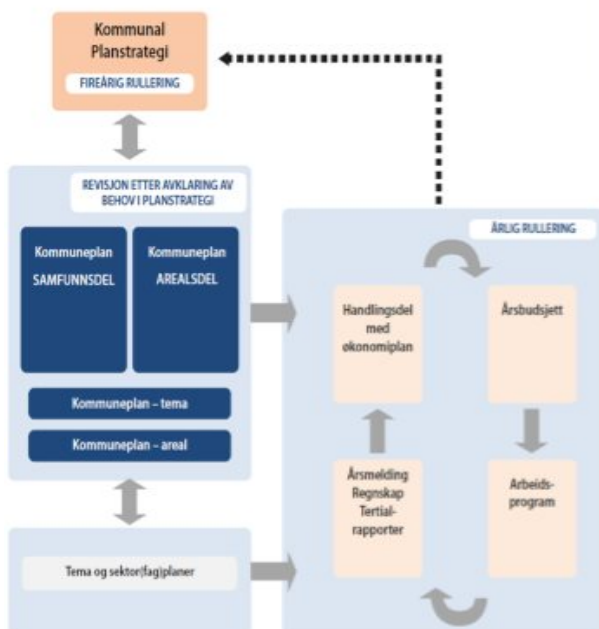
Hva vil vi?

Kommuneplanen er – sammen med økonomiplanen – kommunens øverste mål- og styringsdokument:

Kommuneplanens samfunnsdel: "Mot et åpent kunnskapssamfunn"

I samfunnsdelen definerer politikeme hva som er de viktigste målene for utviklingen av lokalsamfunnet i Nordreisa. Kommuneplanens samfunnsdel som ble vedtatt våren 2013, er en langsiktig plan – og minst en gang i hver valgperiode skal kommunestyret ta den opp til rulling.

Sammenhengen mellom kommuneplanen og økonomiplanen kan illustreres som følger:



DEN STORE ATTRAKTIVITETSKONKURRANSEN

- ◆ Konkurransedyktige arbeidsplasser
- ◆ Muligheter for bolig
- ◆ Livskraftig sted
- ◆ Godt bomiljø
- ◆ Utdanning og oppvekst
- ◆ Markedsføring og omdømme

FOLKEHELSE — PÅVIRKNING FORAN BEHANDLING

- ◆ Økt arbeidsdeltakelse
- ◆ Flere med fullført utdanning
- ◆ Bolig til alle
- ◆ Sosial tilhørighet
- ◆ Tilrettelegging for positiv helseatferd

INKLUDERENDE LOKALSAMFUNN — DET ÅPNE STED

- ◆ Innbyggernes medbestemmelse
- ◆ Åpen stedsidentitet
- ◆ Ta i bruk innflytternes kompetanse

ØKONOMISK HANDLEFRIHET

- ◆ Positiv netto driftsresultat
- ◆ Stram økonomistyring og ledelse
- ◆ Effektiv tjenesteproduksjon og organisering
- ◆ Økt arbeidsnærvær

NATUR, MILJØ OG KLIMA

- ◆ Klima i endring vil gi utfordringer for det kommunale tjenester
- ◆ Overordnet risiko- og sårbarhetsanalyser er viktige i alt arbeid og planlegging

konomiske forutsetninger og vurderinger

Inntektsforutsetninger

Frie inntekter

Kommunens inntekter omfatter ulike komponenter som skatteinntekter, rammetilskudd og brukerbetaling. Kommunens frie inntekter består av rammetilskudd og skatteinntekter og utgjør ca 69 % av de samlede inntektene. Dette er inntekter kommunen kan disponere fritt uten andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regelverk.

Nivået på de frie inntektene blir bestemt ut fra mange forhold. Både lønns- og prisvekst, vekst i frie inntekter, innlemming av øremerkede tilskudd, satsinger over rammetilskuddet og korreksjon av rammetilskudd for oppgaveendringer er forhold som påvirker nivået.

Det legges i statsbudsjettet for 2019 opp til en realvekst i kommunesektorens samlede inntekter på mellom 1 og 2 kr mrd. Av den samlede inntektsveksten er kr 2,6 mrd frie inntekter. For landet er det en realvekst på 0,7 %.

Vekst i frie inntekter må sees i sammenheng med kommunens anslåtte merutgifter knyttet til befolkningsutvikling. Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU) utarbeider hvert år anslag for merutgiftene til kommunesektoren knyttet til den demografiske utviklingen. Etter SSBs befolkningsfremskrivninger har TBU foretatt beregninger av merutgiftene, og anslaget er på om lag kr 1,6 mrd. Dette er merutgifter som må dekkes inn av kommunenes frie inntekter.

Regjeringen viser til at handlingsrommet kan økes ved effektiv ressursbruk i kommunesektoren, og anmoder kommunen til å sette et effektivitetskrav til egen virksomhet på 0,5%. Det tilsvarer kr 1,2 mrd i 2019.

Egenbetaling for kommunale tjenester

Betalingsatsene er prisjustert for 2019 med kommunal deflator på 2,8 %. Dette er i tråd med deflatoren som staten benytter.

Utgiftsforutsetninger

Lønn

I statsbudsjettet for 2019 er det lagt opp til en lønnsvekst på 2,8 % og det er satt av kr 4,46 mill i et sentralt lønnsfond til lønnsoppjøret for 2019.

Premieavvik og pensjon

Fra 2003 trådte det i kraft en ny forskrift om regnskapsføring av pensjonskostnader. Hensikten var at regnskapet skulle vise beregnet pensjonskostnad og ikke som tidligere innbetalt premie da disse to størrelser ikke er like. Beregnet pensjonskostnad skulle gi en mer forutsigbar og mindre variabel kostnad i regnskapet. Differansen mellom beregnet pensjonskostnad og innbetalt premie er betegnet som premieavvik. Hvis Nordreisa kommune betaler mer i pensjonspremie enn størrelsen på den beregnede pensjonskostnaden så vil differansen bli inntektsført. Denne "inntekten" medfører ingen innbetaling av penger ettersom pensjonspremien er betalt med penger. Denne inntekten skal utgiftsføres over 15 år, 10 år eller 7 år avhengig av når avviket er oppstått, og kalles amortisering av premieavvik. Dette er ikke en bærekraftig utvikling likviditetsmessig siden kommunene allerede har betalt inn denne «inntekten» til pensjonsselskapene.

Resultatet av de endrede regnskapsforskrifter er for Nordreisa kommune, og de fleste andre kommuner, at beregnede pensjonskostnader er langt lavere enn innbetalt premie og regnskapene for de senere år er oppgjort med betydelig inntektsbeløp i premieavvik. Ved inngangen til 2018 har Nordreisa kommune et akkumulert premieavvik på kr 27,8 mill som skal kostnadsføres i årene framover. Det ventes at det akkumulerte premieavviket vil øke i årene fremover.

Pensjonsutgifter/premieavvik

For 2019 er det varslet en pensjonspremieinnbetaling på kr 53,1 mill. Premieavviket for 2019 er beregnet til en "inntekt" på kr 17,6 mill, mot 2018 der premieavviket er beregnet til en "inntekt" på kr 13,0 mill.

Pensjonspremiesatser

Forsikringsselskapene som forvalter kommunens pensjonsmidler har varslet følgende premiesatser for neste år:

Forsikringsselskap	Premie 2018	Premie 2019
Statens pensjonskasse - lærere	12,0 %	13,0 %
KLP forsikring – sykepleiere	18,0 %	20,0 %
KLP forsikring – øvrige ansatte	18,0 %	20,0 %

Tabell 1 Pensjonspremiesatser

Prisvekst

Deflatoren fra 2018 til 2019 har regjeringen anslått blir 2,8 %. Prisveksten er 1,9 % og lønnsveksten 3,25 %. Rammene til de enkelte enhetene er ikke justert for prisveksten.

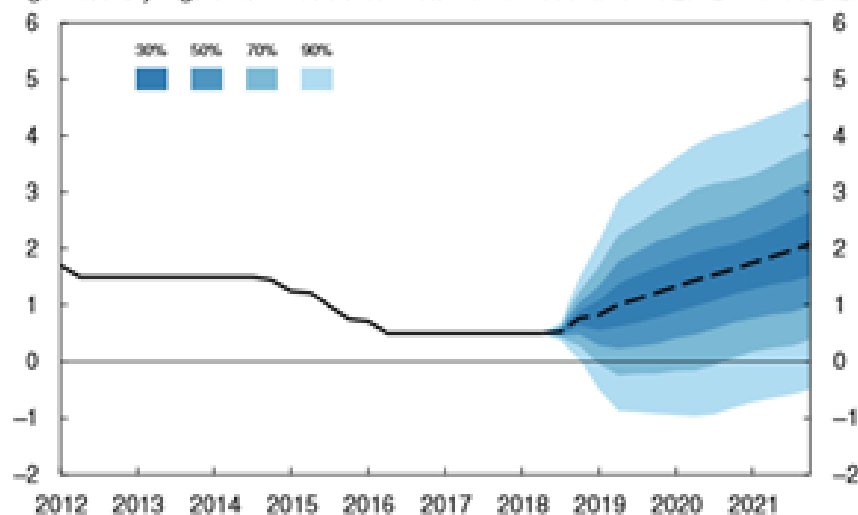
Kapitalkostnader

Nordreisa kommune en samlet lånegjeld på 503 mill kroner per 31.12.17. Av dette er ca 96 mill kroner viderefremidlingslån i Husbanken som utgjør 19,16 % av lånemassen. Ca 110 mill kroner er VAR-lån som utgjør 21,8 % av lånemassen. 36 % av den samlede lånegjelda er på fastrente, mens det resterende er på flytende rente.

Norges Bank legger i Pengepolitisk rapport 3/18 til grunn en forventet utvikling i gjennomsnittlig styringsrente som vist i tabellen under. Styringsrenten er på 0,75 %, noe som de anser som et lavere nivå enn normalt. Styringsrenten er lav blant annet fordi rentene ute er lave. Styringsrente har imidlertid gått opp fra 0,5 % til 0,75 % i september 2018. I følge

Norges bank vil styringsrenten økes i årene fremover. Mot slutten av økonomiplanperioden ser vi at styringsrenta er estimert til å være i ca 2 %.

Figur 4.5a Styringsrenten med usikkerhetsvifte¹⁾, Prosent, 1. kv. 2012 – 4. kv. 2021²⁾



1) Usikkerhetsviften er basert på historiske erfaringer og stokastiske simuleringer fra vår makroøkonomiske hovedmodell, NEMO. Den tar ikke hensyn til at det eksisterer en nedre grense for renten.

2) Anslag for 3. kv. 2018 – 4. kv. 2021 (stiplet).

Kilde: Norges Bank

Figur 1 Rentebanen

Med den informasjonen som foreligger budsjetteres det med en rente på:

	Anslag på Nibor Norges bank eks bankenes rentemargin	Budsjetterte renter i økonomiplanen
2019	1,04 %	1,9 %
2020	1,49 %	1,9 %
2021	1,92 %	1,9 %
2022		1,9 %

Tabell 2 Renteprognooser og budsjetterter

Tabellen under viser utviklingen i utgiftene til renter og avdrag fra regnskap 2014 til budsjettet for 2017.

Tall i 1000

Renter og avdrag	Regnskap 2015	Regnskap 2016	Regnskap 2017	Budsjett 2018
Renteutgifter	13 772	11 579	8 862	10 478
Avdragsutgifter	17 387	16 109	19 006	19 617
SUM	31 159	27 688	27 868	30 095

Tabell 3 Renter og avdrag 2015 – 2018

Som det framgår har finansutgiftene gikk ned i 2016 men har etter den tid økt noe. Det er brukt budsjett tall for 2018 ettersom regnskapet for 2018 ikke er avsluttet.

Tabellen under viser utviklingen i rente- og avdragsutgifter i økonomiplanperioden inkludert virkningen fra nye låneopptak som ligger i rådmannens investeringsforslag.

Tall i 1000

Renter og avdrag	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Renteutgifter	10 419	11 445	11 676	11 744
Avdragsutgifter	21 092	22 941	23 945	24 296
SUM	31 511	34 386	35 621	36 040

Tabell 4 Renter og avdrag 2019-2022

Vurdering

Nordreisa kommune foretok i 2016 store reduksjoner i driftsnivået som muliggjorde at kommunen kunne budsjettere med disposisjonsfond. Det er nødvendig å avsette budsjettmidler til disposisjonsfond for å kunne håndtere uforutsette utgifter.

Økningen i rammeoverføringene fra staten har de senere årene kun dekt lønns- og pensjonsøkning. I 2019 øker overføringen med 2,95 %, mens lønnsveksten for 2019 er anslått til 3,25 %. Økningen er dermed ikke tilstrekkelig til å dekke det økende behovet kommunen har innenfor sine tjenester. Dette medfører at alle nye tiltak må tas innenfor eksisterende økonomisk ramme. Opprettelse av nye stillinger som øker driftsutgiftene vil medføre at kommunen igjen vil få et større og større gap mellom inntektene og utgiftene. Kommunen foretok nedbemanning i 2016, men har i 2019 budsjettet samme antall årsverk som før nedbemanningen. Utviklingen viser at kommunen allerede fra 2019 må foreta ytterligere reduksjoner i tjenestenivået.

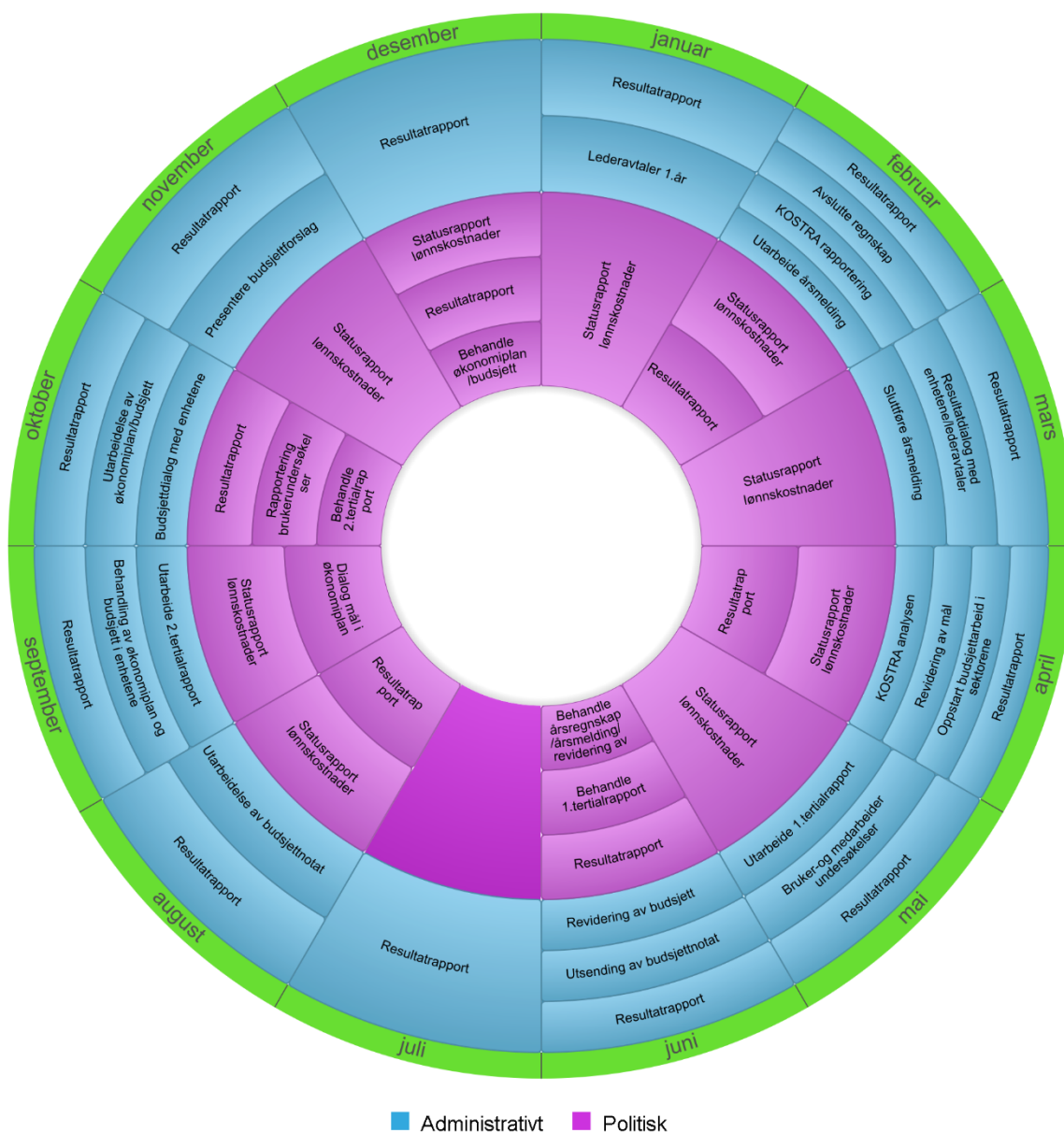
Tiltak som heldøgnsbemannede omsorgsboliger for eldre var foreslått bygget i 2018 med ferdigstillelse i 2019. Prosjektet er imidlertid utsatt i påvente av en gjennomgang av hvilke boliger kommunen disponerer.

I økonomiplan perioden 2019-2022 er det budsjettert med investeringsprosjekter på tilsammen 126 millioner kr. Dette vil bidra til en sterk økning i renter- og avdragsutgifter, og vil binde opp mye av kommunens budsjett i årene fremover. I tillegg er rentenivået lavt og holder dermed renteutgiftene nede. Det er varslet renteøkninger i årene fremover. En eventuell renteøkning vil resultere i at driftsnivået må reduseres ytterligere for å dekke gapet mellom inntekter og utgifter.

Nordreisa kommune ble meldt ut av ROBEK listen i juni 2018 etter å ha vært på listen siden 2004. For å unngå å havne tilbake på ROBEK-listen, må kommunen være restriktiv med nye drifts- og investeringstiltak, og i mye større grad foreta omprioriteringer internt i sektorene.

Årshjulet til Nordreisa kommune

- Årshjulet skal beskrive hensikt og funksjon, styrings- og dialogarenaer
- Det skal avklare milepeler og prosesser, herunder dokumentstrøm, kartlegginger, avklarte mål, prosesser og arbeidsdeling
- Beskrive sammenhengen mellom arenaer og dokumenter
- Oversikt over hvordan arbeidet med ulike dokumenter og prosesser skal fases inn i forhold til hverandre:
 - ulike rapporteringer
 - politisk behandling gjennom kalenderåret
 - tidfesting av egen aktivitet
- Gjøre prosessen effektiv og unngå ekstraarbeid
- Grunnlaget for dialogen på alle nivåer



Befolkning – antall og sammensetning

Prognose for befolkningsframskrivning i økonomiplanperioden

Hovedalternativet (MMMM)						
År	2018	2019	2020	2021	2022	2033
0-5 år	295	294	295	295	310	368
6-15 år	627	639	648	638	624	629
16-66 år	3144	3162	3177	3206	3228	3333
67 år eller eldre	878	892	928	952	969	1214
Sum	4944	4987	5048	5091	5131	5544

Befolkningsframskrivning, Kilde: SSB

Prognosen er basert på visse forutsetninger og er beregnet på bakgrunn av antakelser om fruktbarhet, dødelighet, innenlands flyttemønster og inn- og utvandring. Disse antakelsene kan være mer eller mindre realistiske.

År	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2018-2022	2018-2033
0-5 år	-1	1	0	15	15	73
6-15 år	12	9	-10	-14	-3	2
16-66 år	18	15	29	22	84	189
67 år eller eldre	14	36	24	17	91	336
Sum	43	61	43	40	187	600

Endringer i befolkningsstruktur, Kilde: SSB

Totalt sett går folkemengden i Nordreisa opp med 187 personer i økonomiplanperioden. Den største økningen er i aldersgruppen 67+, mens aldersgruppen 6-15 år har nedgang. Befolkningen i barnehagealder er stabil fram til 2022, men øker deretter kraftig. Utviklingstrekkene vi ser gir kommunen utfordringer fremover. Både barnetallet og aldersgruppen 67+ øker.

Det er i inntektssystemet til kommunene en sammenheng mellom antall skolebarn og rammeoverføringen. Det gis mer i rammeoverføring pr individ i aldersgruppen 6-15 år sett i forhold til aldersgruppen 67 år + om en legger til grunn dagens fordelingsnøkkel.

Etterspørselen etter helse og omsorgstjenester antas derfor å øke, samtidig som barnehage- og skoletilbudet må opprettholdes på samme nivå. Det blir derfor ikke rom for å dreie ressurser fra den ene gruppa til den andre.

Ser vi på fremskrevet befolkningsutvikling frem til 2040 ser vi følgende:

År	2018	2020	2033	2040
0-5 år	295	295	368	379
6-15 år	627	648	629	690
16-66 år	3144	3177	3333	3378
67 år eller eldre	878	928	1214	1384
Sum	4944	5048	5544	5831

Kilde: SSB

Folkemengden øker med 887 personer.

Befolkningen i barnehagealder øker med 28,5 %, mens skolepliktig alder øker med 10 % fra 2018 til 2040. Økningen er på totalt 147 i denne aldersgruppen.

Den største økningen er i aldersgruppen 67+, som øker med 506 personer som tilsvarer 57,6% i økning.

Medarbeidere og organisasjon

Overordnet målekort for hele organisasjonen

10-FAKTOR KS' medarbeiderundersøkelse		
Faktor	Navn	Mål
Faktor 1	Indre motivasjon	4,3
Faktor 2	Mestringstro	4,3
Faktor 3	Autonomi	4,2
Faktor 4	Bruk av kompetanse	4,3
Faktor 5	Mestringsorientert ledelse	4,0
Faktor 6	Rolleklarhet	4,3
Faktor 7	Relevant kompetanseutvikling	3,7
Faktor 8	Fleksibilitetsvilje	4,5
Faktor 9	Mestringsklima	4,1
Faktor 10	Prososial motivasjon	4,7

Øvrige mål:

Gjennomførte medarbeidersamtaler:	100%
Antall lærlinger/vekslingslever pr år	20
Arbeidsnærvær:	92%
IA-avtalens delmål 1	redusere sykefraværet/oppfølging av sykemeldte
IA-avtalens delmål 2	økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne
IA-avtalens delmål 3	å forlenge den yrkesaktive perioden

Likestillingsarbeid i Nordreisa kommune har følgende målsettinger:

- Økt mangfold i virksomhetene
- Like arbeidsmuligheter for alle ansatte.
- Forhindre diskriminering blant annet på grunnlag av kjønn, nedsatt funksjonsevne, etnisitet, religion m.m.
- Alle nye bygg og ny infrastruktur skal være universell utformet.
- Alle skal ha tilgang til og tilrettelagte tilbud innenfor kultur, idrett og friluftsområder.

Etisk standard

- Lovverk, interne regler og vedtak skal følges.
- Det er et felles ansvar å bygge tillit.
- Kommunen skal følge god forvaltningsskikk.
- Ansatte og folkevalgte skal ha et våkent øye for habilitet og interessekonflikter.
- De ansatte skal opptre lojalt.
- Folkevalgte skal være bevisst sin rolle som representanter for kommunen.
- Ansatte har rett og plikt til å varsle.
- Kommunen skal ha et godt arbeidsmiljø uten mobbing og diskriminering.
- Det skal vises varsomhet i forhold til gaver og andre fordeler.
- Det skal vernes om kommunen sine ressurser og verdier.
- Varsomhet ved kommunikasjon i sosiale media .

Internkontroll mål:

- Kvalitet og effektivitet i tjenesteproduksjonen

Kostnads- og resultateffektivitet
Tilfredse brukere og innbyggere
Forbedringsarbeid

- Helhetlig styring og riktig utvikling

Utvikling i tråd med vedtatte mål
Godt samspill mellom virksomhetsstyring og internkontroll

- Godt omdømme og legitimitet

Legitimitet og engasjement for kommunen og lokaldemokratiet
Attraktivitet som bosted og arbeidsgiver

- Etterlevelse av lover og regler

Kvalitet og tilgang på tjenester
Hindre myndighetsmisbruk
Forebygge uønskede hendelser

Sektor for administrasjon

Sektoren består av:

- Rådmannen
- Service- og personaltjenester (personal/arkiv/IT)
- Økonomitjenester (regnskap/lønn/skatt)

Mål:

- Nordreisa kommune skal ha en tjenesteutvikling og personalpolitikk som bidrar til godt arbeidsmiljø, effektiv tjenesteyting og rekruttering av riktig fagfolk og kompetanse.
- Nordreisa kommune skal se på de ansatte som sin viktigste ressurs for å nå kommunens målsettinger. Nordreisa kommune vil derfor gjennom aktive personalpolitiske tiltak sørge for å ta vare på og utvikle denne på en god måte.
- Nordreisa kommune skal ha en effektiv, utviklingsorientert og tilpasningsdyktig organisasjon.
- Nordreisa skal være et utviklingsorientert regionsenter basert på godt naboskap og samarbeid.
- Nordreisa skal ha boliger, boformer og bomiljø som bidrar til mangfold og god livskvalitet. Nordreisakommune skal være en attraktiv kommune å bo i, og alle skal kunne etablere seg og ha egen bolig.

Rammen for sektoren:

1 Sektor for administrasjon	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	28 964 914	28 964 914	28 964 914	28 964 914
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	917 592	917 592	917 592	917 592
Sum tiltak	-848 613	-1 303 352	-1 530 059	-1 625 735
Ramme 2019	29 033 893	28 579 154	28 352 447	28 256 771

Tabell 8 Ramme for sektor for administrasjon

Sektor for oppvekst og kultur

Sektoren består av:

- Stab
- Barnehager
- Skoler og SFO
- Voksenopplæring og Flyktingetjenesten
- Forebyggende tjeneste (helsestasjon/åpen barnehage/PPT)
- Barnevernstjenesten
- Kultur (bibliotek/kulturskole/kino/Point)

Mål:

- Nordreisa kommune skal være et attraktivt og helhetlig utdannings- og oppvekstsamfunn forankret i kunnskap om vår kultur, vår natur og vårt miljø.
- Nordreisa kommune skal styrke den helhetlige ledelsen i oppvekstsektoren.

Rammen for sektoren:

2 Sektor for oppvekst og kultur	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	133 712 003	133 712 003	133 712 003	133 712 003
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	7 366 419	7 366 419	7 366 419	7 366 419
Sum tiltak	-5 886 239	-9 040 452	-10 612 958	-11 276 593
Ramme 2019	135 192 183	132 037 970	130 465 464	129 801 829

Tabell 9 Ramme for sektor for oppvekst og kultur

Barnehager

Mål:

- Nordreisa kommune har som mål at alle som ønsker barnehageplass skal få det når de trenger det.
- Nordreisa kommunes barnehager skal være en læringsarena med høy kvalitet og starten på et helhetlig opplæringsløp. Det pedagogiske arbeidet etter rammeverket skal basere seg på lokale fortrinn som natur, kultur og miljø.

Utgiftsdrivere for barnehager:

- Volum plasser * utgift pr plass
- Små barnehager gir høye utgifter pr plass
- Ikke fulle barnehagegrupper hele dagen
- Andel barn med spesielle behov
- Drift av bygninger

BARNEHAGE	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
BEMANNING: Antall barn korrigert for alder per årsverk i kommunale barnehager (15 %)	5	5,3
BEMANNING: Antall barn korrigert for alder per årsverk i private barnehager (5 %)	5,9	5,9
FAGUTDANNING: Andel styrere og ledere med pedagogisk utdanning, kommunale barnehager (15 %)	100	83
FAGUTDANNING: Andel styrere og ledere med pedagogisk utdanning, andre barnehager (5 %)	100	100
FAGUTDANNING: Andel ansatte i kommunale barnehager med pedagogisk utdanning, kommunale barnehager (15 %)	36	30
FAGUTDANNING: Andel ansatte i andre barnehager med relevant utdanning (5 %)	45	39
KJØNN: Andel ansatte som er menn, alle barnehager (7,5 %)	15	10
MINORITET: Andel av minoritetsspråklige barn som går i barnehage siste år (7,5 %)	95	90,3
MINORITET: Andel av minoritetsspråklige barn som går i barnehage, snitt siste fire år (5 %)	95	93
ÅPNINGSTID: Andel barnehager som har åpent minst 9 timer hver dag (5 %)	93	91
STØRRELSE: Barn per barnehage (5 %)	54	21
STØRRELSE: Leke- og oppholdsareal per barn i kommunale barnehager (5 %)	10	8,4
STØRRELSE: Leke- og oppholdsareal per barn i private barnehager (2,5 %)	10	10
DEKNINGSGRAD: Andel barn 1-5 år med barnehageplass (2,5 %)	100	91

Skole og SFO

Utgiftsdrivere:

- Gjennomsnittlig skolestørrelse
 - Antall elever
 - Lærertetthet
- Ressursandel til spesialundervisning
- Lønnsansiennitet pr årsverk

Mål:

- Nordreisa kommune skal ha en grunnskole med et godt læringsmiljø som har fokus på faglige resultater og sosial kompetanse.
- Nordreisa kommune skal ha fokus på tidlig innsats for å redusere behovet for spesialundervisning.
- I Nordreisa er det en målsetning å være på gjennomsnittlig nasjonalt nivå på eksamen, kartlegginger, nasjonale prøver og grunnskolepoeng.
- 1. – 7. trinn: Alle lærere har 30 studiepoeng i minst to basisfag (Norsk, matematikk, engelsk og naturfag), innen 2022
- 8. -10. trinn: Alle lærere har 60 studiepoeng i undervisningsfag, innen 2022
- Alle skoleledere har tilleggsutdannelse i ledelse, innen 2022
- Tilstrekkelig med PC, nettbrett og digitale tavler i undervisningsrom.
- Oppdaterte lærebøker og tilstrekkelig materiell i alle fag.

	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
Avgangskarakterer: Snitt grunnskolepoeng (10. Trinn) siste fire år	40	39,8
Avgangskarakterer: Snitt grunnskolepoeng (10. Trinn) siste år	43	42,7
Andel elever fra kommunen som har fullført og bestått videregående innen fem år	80	62
Np 5. Trinn: andel elever på laveste mestringsnivå, snitt siste fire år	25	40,2
Np 8. Trinn: andel elever på laveste mestringsnivå, snitt siste fire år	9	10,2
Np 9. Trinn: andel elever på laveste mestringsnivå, snitt siste fire år	5	6,2

Skoleresultater korrigert for sosiale faktorer på ungdomstrinnet, snitt siste to år	3,3	3,1
Utdanning: Andel lærere med kompetanse til å undervise i norsk, engelsk og matematikk, 1.-7. trinn	100	80
Utdanning: Andel lærere med kompetanse til å undervise i norsk, engelsk og matematikk, 8.-10. trinn	100	41
Utdanning: Andel lærere som oppfyller kravene til undervisning, 1.-7. trinn	100	99
Utdanning: Andel lærere som oppfyller kravene til undervisning, 8.-10. trinn	100	90
Trivsel: 7. trinn, snitt siste fem år	100	87
Trivsel: 10. trinn, siste fem år	100	83
Andel elever med spesialundervisning 1.-4. trinn, snitt siste fire år	5	7,9
Andel elever med spesialundervisning 5.-7. trinn, snitt siste fire år	10	15,5
Andel elever med spesialundervisning 8.-10. trinn, snitt siste fire år	10	15,7
Andel elever 1.-4. trinn som har leksehjelp	50	30
Andel elever 5.-7. trinn som har leksehjelp	50	0
Andel elever 8.-10. trinn som har leksehjelp	50	0

Redusere spesialundervisning gjennom:

Strategi 1: Fange opp-følge opp. Barnehage og skole skal bli bedre til å fange opp de som trenger hjelp og støtte. Tilpasset opplæring og tidlig innsats skal sikre størst mulig læringsutbytte. Spesialundervisning skal fortsatt benyttes, men den skal ha realistiske mål for den enkelte elev, inneholde konkrete tiltak og det skal være en evaluering av resultater.

Strategi 2: Målrettet kompetanse-styrket læringsutbytte. Det er nødvendig med spesialisert og målrettet kompetanse, bedre samhandling med PP-tjenesten og riktig bruk av assistenter.

Strategi 3: Samarbeid og samordning-bedre gjennomføring. Barnehagen og skolen skal ha god tilgang til helhetlig spesialpedagogisk støtte. Samarbeid med foreldre til barn med behov for særskilt hjelp og støtte skal bli bedre gjennom informasjon og samordning.

Nasjonale prøver

Nasjonale prøver i lesing og i regning skal kartlegge i hvilken grad elevenes ferdigheter er i samsvar med mål for de grunnleggende ferdighetene lesing og regning, slik de er integret i kompetansemål i læreplaner for fag i læreplanen Kunnskapsløftet. Engelsk er ikke en av de grunnleggende ferdighetene i Kunnskapsløftet, og skiller seg derfor ut fra de nasjonale prøvene ved at de tar utgangspunkt i kompetansemål i ett fag – engelsk.

På 5. trinn fordeles elevene på tre mestringsnivå, der mestringsnivå 1 er lavest og mestringsnivå 3 er høyest. På ungdomstrinnet fordeles elevene på 5 mestringsnivå.

Mål:

Nasjonale prøver i lesing 5. trinn:	15% på høyeste nivå og 50% på nasjonalt gjennomsnitt
Nasjonale prøver i regning 5. trinn:	17% på høyeste nivå og 50% på nasjonalt gjennomsnitt
Nasjonale prøver i engelsk 5. trinn:	8% på høyeste nivå og 50% på nasjonalt gjennomsnitt
Nasjonale prøver i lesing ungdomstrinn:	13% på høyeste nivå og 50% på nasjonalt gjennomsnitt
Nasjonale prøver i regning ungdomstrinn:	17% på høyeste nivå og 50% på nasjonalt gjennomsnitt
Nasjonale prøver i engelsk ungdomstrinn:	8% på høyeste nivå og 50% på nasjonalt gjennomsnitt

Standpunktkarakterer

Standpunktkarakteren gir informasjon om kompetansen til eleven ved avslutningen av opplæringen i faget. Fra 8.klasse til 10.klasse får eleven vurdering med tallkarakterer, på en skala fra 1 til 6. Karakteren 6 uttrykker at eleven har utmerket kompetanse i faget. Karakteren 1 uttrykker at eleven har svært lav kompetanse i faget.

Mål:

Eksamenskarakterer 10. trinn: matematikk	3,3 (2018: 3,2)
Eksamenskarakterer 10. trinn engelsk:	3,8 (2018: 3,5)

Voksenopplæring og Flyktingetjenesten

Mål:

- Nordreisa kommunes voksenopplæring skal tjene innbyggerne og næringslivet i forhold til norskopplæring/integrering av fremmedspråklige.
- Nordreisa kommunes voksenopplæring skal bidra til kvalifisering av arbeidskraft som gjenspeiler behovet i samfunnet.
- 80% på gjennomført og bestått introduksjonsprogram
- Oppfylle kommunestyrets vedtak om antall bosatte

År	2014	2015	2016	2017
Folkemengden i alt	4882	4895	4919	4944
Andel innvandrerbefolkning	5,9	6,3	7,3	7,9

Andel innvandrerbefolkning i prosen av folkemengden i alt

Forebyggende tjeneste

Helsestasjon

Mål:

- Nordreisa kommunes tjenestetilbud og helsetjenester skal dreies mot mer forebyggende og helsefremmende fremfor behandlende.
- Nordreisa kommune skal styrke skole-helsetjenesten og lavterskeltilbudet til barn og unge for å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge sykdom og skade.

Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst:	100 %,
Andel barn fullført helseundersøkelse 6 uker:	100%
Andel barn fullført helseundersøkelse 2 år:	95 %
Andel barn fullført helseundersøkelse 4 år:	95 %.
Andel barn fullført helseundersøkelse 1. klasse:	100 %.

Det skal gjennomføres Ungdata undersøkelse hvert 3. år (sist utført i 2017). Undersøkelsen danner grunnlag for å gjøre endringer og legge til rette for barn og unges oppvekstmiljø i Nordreisa kommune.

Åpen barnehage

Mål:

- Nordreisa kommune skal ha en åpen barnehage som et lav-terskel tilbud og en tiltaksarena for familier som trenger støtte og stimulering. Den skal også være en arena for lek og samvær for foresatte og barn uten ordinær barnehageplass.

PPT

Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), skal hjelpe barn og elever med behov for særskilt tilrettelegging og eller klasser/ skoler med læringsmiljø. Hensikten er at de får et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud.

Mål:

- PPT skal være ei faglig kompetent tjeneste.
- PPT skal være tilgjengelig og medvirke til helhet og sammenheng
- PPT skal arbeide forebyggende ved å hjelpe skoler og barnehager med kompetanse- og organisasjonsutvikling knyttet til barn med særskilte behov og opplæring av elever med særskilte behov.
- PPT-tjenesten skal bidra med tidlig innsats i barnehage og skole

Barnevernstjenesten

Mål

- Nordreisa kommune skal ha fokus på forebyggende barnevern rettet mot barnehager og skoler.
- Nordreisa kommune skal utvikle tverrfaglige arenaer hvor familier kan få individuell hjelp og støtte på et tidlig tidspunkt

Andel undersøkelser med behandlingstid under 3 mnd:	100%
Andel barn under omsorg som har omsorgsplan:	100%
Andel barn med utarbeidet plan:	100%

Utgiftsdrivere barnevern:

- Volum, dvs. andel/antall i tiltak
- Utgift pr barn med tiltak i og utenfor hjemmet
- Utgifter til saksbehandling, utgift pr barn

BARNEVERN	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
OMFANG: Andel barn i barnevernet, korrigert for behovet	4,3	7,4
SAKSBEHANDLINGSTID: Andel undersøkelser m behandlingstid under 3 mnd	87	47
SAKSBEHANDLINGSTID: Andel undersøkelser med behandlingstid under 3 mnd, snitt siste fire år	81	56
INSTITUSJON: Andel barn i institusjon og fosterhjem		
INSTITUSJON: Andel barn i institusjon og fosterhjem, snitt siste fire år		
ÅRSVERK: Stillinger med fagutdanning, per 1.000 mindreårige	8	7
ÅRSVERK: Barn med undersøkelse eller tiltak per årsverk, f244	13	18
PLAN: Andel barn under omsorg som har omsorgsplan	100	83
PLAN: Andel barn under omsorg som har omsorgsplan, siste fire år	100	85
PLAN: Andel barn med utarbeidet plan	100	41
PLAN: Andel barn med utarbeidet plan, snitt siste fire år	100	55
TIDLIG INNSATS: Netto utgifter til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste, per innb. 0-5 år	15 000	10 236
BRUKERPERSPEKTIV: Brukerundersøkelser siste fire år	2	0

Kultur

Mål:

- Nordreisa kommune vil at lag og foreninger skal være en viktig ressurs i samfunnsutviklingen, og kommunen ønsker å støtte opp om dette.
- Nordreisa kommune skal i Halti-bygget tilrette-legge for produksjon og kultur-opplevelser for regionens befolkning.
- I Nordreisa skal kulturarbeidet være preget av åpenhet og inkludering og være forankret i vår egen flerkulturelle historie og identitet.

Kulturskolen

Mål:

- Kommunens kulturskole skal samordnes som en del av oppvekststrukturen i Nordreisa.
- Kommune skal ha en godt utbygd kulturskole der det er plass til de som ønsker det.
- Nordreisa kommunes kulturskole skal være en meningsfylt og stimulerende fritidsaktivitet som skal tilrettelegge for og utvikle elevenes kunstneriske og skapende evner samt fremme forståelse, opplevelse og interesse for kunst og kultur.

Bibliotek

Mål:

- Nordreisa kommune skal utvikle biblioteket til å bli et kunnskaps-senter og en læringsarena for barnehager og grunnskoler i kommunen.
- Nordreisa kommune skal videreutvikle studie-biblioteket og bibliotek-tjenestene til voksne som tar utdanning.

Antall bokutlån pr innbygger barnelitteratur:	20
---	----

Antall bokutlån pr innbygger voksenlitteratur:	2,2
--	-----

KULTUR	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
BIBLIOTEK: Besøk i folkebibliotek per innbygger (7,5 %)	4,6	3,7
BIBLIOTEK: Andel av voksne som er aktive lånerne på biblioteket (fra Norsk kulturindeks, Telemarksforskning) (5 %)	14	14

BIBLIOTEK: Utlån alle medier fra folkebibliotek per innbygger (5 %)	4	4,2
BARN OG UNGE: Netto driftsutgifter til aktivitetstilbud for barn og unge (15 %)	1200	574
IDRETT: Netto driftsutgifter til idrett og idrettsanlegg per innbygger (15 %)	500	308
KINO: Kinobesøk per innbygger (2,5 %)	2,2	1,3
SYSSELSATTE: Ansatte kulturarbeidere i kommunen (fra Norsk Kulturindeks, Telemarksforsking), per 1.000 innbyggere (15 %)	8	5,9
MUSIKKSKOLE: Andel av elevene som går på kommunens musikk- og kulturskole (10 %)	25	12,3
MUSIKKSKOLE: Antall timer per elev (fra Norsk Kulturindeks, Telemarksforsking) (5 %)	37	37
FRITIDSSENTER: Antall besøk i året, per innb. under 20 år (10 %)	2	0,0
FRIVILLIGE: Andel av kulturutgiftene som er overført til frivillige (10 %)	7	5,8

Sektor for helse og omsorg

Sektoren består av:

- Stab
- Helsetjenester (legetjenesten/fysioterapitjenesten)
- Sykehjem (Sonjatun sykehjem/Sonjatun Omsorgssenter/Sonjatun Bo- og kultursenter)
- Boliger (Guleng boliger/Høgegga boliger)
- Hjemmetjeneste (hjemmesykepleie/hjemmehjelp)
- Rus og psykisk helse

Rammen for sektoren, inklusiv DMS og NAV Sosial:

3 Sektor for helse og omsorg	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	128 485 460	128 485 460	128 485 460	128 485 460
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	8 875 419	8 875 419	8 875 419	8 875 419
Sum tiltak	-5 008 620	-8 817 861	-10 716 925	-11 518 377
Ramme 2019	132 352 259	128 543 018	126 643 954	125 842 502

Tabell 13 Ramme for sektor for helse og omsorg

Helsetjenester

Mål:

- Nordreisa kommune skal være pådriver og jobbe aktivt med forebyggende og helsefremmende aktiviteter for hele befolkningen.
- Alle innbyggere i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

HELSE	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere (10 %)	13	12,9
FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som har ledige plasser (5 %)	75	67

FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som mangler lege (5 %)	0	0
FASTLEGE: Andel ledige listeplasser (5 %)	35	3
HELSESØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år (10 %)	100	33
PSYKISK HELSEARBEID: Antall med videreutdanning innen psykisk helsearbeid, per 10.000 innbyggere (5 %)	10	7,7
JORDMOR: Antall årsverk per 10.000 fødte (5 %)		
INNLEGGELSER: Antall innleggelse på sykehus per 1.000 innbyggere (5 %)	120	158
SKOLEHELSE: Andel barn m fullført undersøkelse innen utgangen av 1. trinn (10 %)	100	100
HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk, nyfødte innen to uker etter hjemkomst (10 %)	100	95
VAKSINE: Andel 2-åringer som er med i vaksinasjonsprogrammet (10 %)	100	94
VAKSINE: Andel 9-åringer som er vaksinert mot meslinger (10 %)	100	95
MEDISINBRUK: Total medisinbruk, per 10.000 innbyggere (5 %)	600	655
FOREBYGGING: Netto driftsutgifter forebygging, kr per innb - snitt fire år (5 %)	200	77

Pleie og omsorg

Mål:

- Nordreisa kommune skal møte den enkeltes individuelle behov gjennom god samhandling med tjenestemottaker og pårørende.
- Nordreisa kommune skal sikre at brukernes individuelle planer følger brukeren og bestemmer hvilket tilbud brukeren skal få.

År	2018	2019	2020	2021	2022	2033	2040	Endring 2018 - 2033	Endring 2018 - 2040
70 - 79 år	464	475	507	526	553	558	635	94	171
80 - 89 år	192	187	196	194	202	389	401	197	209
90 -99 år	38	40	42	45	43	59	113	21	75
100 år eller eldre	3	0	0	1	1	1	2	-2	-1
Sum	697	702	745	766	799	1007	1151	310	454

Befolkningsframskrivningen viser at utviklingen i aldersgruppen 70-79 år forventes å stige utover i planperioden. Noe av forklaringen ligger i at mange ble født i etterkrigstiden. Disse vil passere 70 år frem mot 2022.

Aldersgruppen 80 år + ser vi vil få en stor økning i økonomiplanperioden. Mot slutten av 30-tallet ble kullene økte barnekullene, som igjen gir utslag på gruppen 80 år +. I 2040 vil imidlertid andelen 80 år + øke betraktelig.

Utgiftsdrivere i pleie og omsorg:

- Andel over 80 år med institusjonsplass
- Antall kostnadskrevene hjemmetjenestebrukere under 67 år
- Hjemmetjenestens prioritering – litt til mange.

PLEIE OG OMSORG	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
Andel ansatte med fagutdanning	95	82
Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov	95	89
Andel plasser til demente, mot antall over 80 år på sykehjem	75	58
Andel korttidsplasser av alle totalt antall plasser med heldøgns omsorg	40	35
Tid med lege på sykehjem	40	32
Tid med fysioterapeut på sykehjem	50	41
Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc	100	90
Antall vedtak om dagaktivitet, målt mot andel over 80 år som ikke bor på institusjon	20	0

Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år	10	7
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie	6	5,2
Andel vedtak om hjemmetjenester som iverettes innen 15 dager	100	98
Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb.	80	159
Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år	75	43
Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år	6	4,2
Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb over 80 år	15	9,8
Mottakere av matombringing, andel av gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon	50	26
Andel som fullt ut får bistand til å delta i arbeid og studier	85	58
Andel som fullt ut får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter	80	76
Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere	20	9

Institusjonsplasser

	Nordreisa	Snitt komm.gr.3	Snitt Troms	Snitt landet u/Oslo
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	25,7	19,9	22,1	18
Andel beboere 80 år og over i institusjoner	75,8	73,9	72,7	69,2
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	19,8	14,8	16	13

Andel institusjonsplasser og beboere over 80 år i 2016

NB 2016-tall

Nordreisa kommune ligger høyere enn alle i sammenligningen når det gjelder andel innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon. Tallene har økt jevnt for hvert år. Nordreisa kommune ligger høyere enn snittet i både kommunegruppe 3, Troms og landet.

Nordreisa kommune har flere institusjonsplasser i forhold til innbyggere over 80 år enn snittet både i kommunegruppen, Troms og landet.

Mål:	
Andel plasser i institusjon i prosent av innbyggere over 80 år:	20
Andelen beboere på institusjon i aldersgruppen 80+:	73
Andelen innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon:	15

Distriktsmedisinsk senter

Nord-Troms

Senteret inneholder:

- Sykestue
- Områdegeriatriisk tjeneste (OGT)
- Fødestue
- Dialyseavdeling
- Hudavdeling
- I-bedrift

Sonjatun sykestue yter tjenester som medisinsk behandling, observasjon og er kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp. Tjenesten ytes 24/7 alle dager i året. Det er 4 senger i tilbudet.

OGT er en spesialisthelsetjeneste innen medisinskbehandling, geriatri og rehabilitering. Tilbudet går ut på opptrening etter funksjonstap og hjelp til økt livskvalitet i hverdagslivet. Prioriterte pasienter til tilbudet: Rehabilitering innen geriatri, pasienter med slag, ortogeriatri og videre pasienter med reumatiske lidelser og rehabilitering på grunn av svekkelse. Det drives tverrfaglig rehabilitering av lege, ergoterapeut, logoped, fysioterapeut, geriatriisk sykepleier, sykepleiere og hjelpepleiere. Det er 6 senger i tilbudet.

Sonjatun fødestue driftes i etter Sonjatun-modellen, der kjernetanken er en totalfunksjon for jordmortjenesten både i og utenfor institusjon. Dette er i tråd med Stortingsmelding nr.12 (2008-2009). Fødestua er en jordmorstyrt base for jordmortjenesten i Nord-Troms, og ivaretar døgnkontinuerlig akuttmedisinsk beredskap innen desentralisert fødselsomsorg, samt kommunal jordmortjeneste i de fire Nord Troms kommunene Skjervøy, Kåfjord, Nordreisa og Kvænangen.

I-bedrift er et tilbud til IA-bedrifter for å styrke jobbnærværet. Med fokus på muskel og skjelett plager og lettere psykiske lidelser. Dette skjer gjennom individtiltak, informasjon til ansatte i mindre grupper, større samlinger, kursing av ledere.

Mål:

- Nordreisa kommune i samarbeid med nabokommunene skal sikre og videreutvikle dagens tilbud ved Distriktsmedisinsk senter (DMS) i samarbeid med UNN.
- Nordreisa skal ha et faglig og likeverdig tilbud av spesialisthelsetjenester rettet mot innbyggernes behov.
- 100% utnyttelse av liggedøgn på sykestue; 1460 liggedøgn

- 100% utnyttelse av liggedøgn på områdegeriatrisk tjeneste; 1686 liggedøgn
- Følge opp alle gravide i opptaksområdet
- Øke antall gravide som ønsker Sonjatun som fødested

N av sosial

Mål:

- Nordreisa kommune skal fremme økonomisk og sosial trygghet,
- bedre levekårene for vanskeligstilte,
- bidra til økt likeverd og likestilling
- forebygge sosiale og helsemessige problemer.
- fremme overgang til arbeid og aktivitet

Utgiftsdrivere for sosialutgifter:

- Antall stønadsmottakere
- Stønadstørrelse
- Stønadslengde
- Antall stillinger/bemanning

SOSIALTJENESTE	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
Andelen som har mottatt økonomisk sosialhjelp – B101	2,8 %	
Andelen som er langtidsmottakere med økonomisk sosialhjelp – B102	0,5 %	
Andel unge som har mottatt økonomisk sosialhjelp – B103	2,5 %	
Andel mottakere av økonomisk sosialhjelp med forsørgelsesplikt for barn under 18 år i husholdningen – B104	47 %	

Sektor for drift og utvikling

Sektoren består av:

- Stab
- Byggdrift
- Anleggsdrift
- Renhold
- Utvikling

Rammen for sektoren:

6 Sektor for drift og utvikling	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	41 086 231	41 086 231	41 086 231	41 086 231
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	1 991 478	1 991 478	1 991 478	1 991 478
Sum tiltak	-1 613 217	-2 477 680	-2 908 650	-3 090 530
Ramme 2019	41 464 492	40 600 029	40 169 059	39 987 179

Tabell 18 Ramme for sektor for drift og utvikling

Byggdrift

Mål:

- Nordreisa skal ha en forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdspolitikk som ivaretar kommunens verdier tilpasset kommunens organisasjon og tjenestenivå.
- Nordreisa kommunes forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdskostnader for kommunale bygg og infrastruktur skal være så lave som mulig, men uten at dette går på bekostningen av et godt, forbyggende vedlikehold.

Kommunen forvalter i 2018 ca 38.200 m², en økning på 2.400 m² fra 2011. Antall årsverk til drift og vedlikehold har i samme periode blitt redusert med 1,4 årsverk.

Bygningsmassen har varierende alder fra Ungdommens hus fra tidlig 1900 tall til Halti ferdig i 2015 og Guleng III i 2017. Vedlikeholdsetterslepet er stort. Spesielt utvendig vedlikehold har et stort etterslep. Kommunen har i 2015-2017 gjennomført et EPC-prosjekt (energisparesprosjekt) med mål om reduksjon av strømkostnader på 20 %.

Anleggsdrift

Mål:

- Nordreisa skal ha en forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdspolitikk som ivaretar kommunens verdier tilpasset kommunens organisasjon og tjenestenivå.
- Nordreisa kommunes forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdskostnader for kommunale veier og infrastruktur skal være så lave som mulig, men uten at dette går på bekostningen av et godt, forebyggende vedlikehold.
- Ingen avvik fra drikkevannsforskriften

Selvkost

Det har de senere år blitt investert mange millioner i nye vann- og avløpssystemer. Dette har bidratt til å øke kvaliteten og forsynings sikkerheten, men også medført høye avgifter for befolkningen. Det vil hele tiden være utbedringer og oppgraderinger av vann og avløpssystemet, men bør holdes innenfor et rimelig nivå slik at avgiftene for befolkningen ikke blir for høy.

Årsgebyr, vann, avløp, renovasjon og feiing: landsgjennomsnitt
Gebyrene skal i utgangspunktet være så lave som praktisk mulig. Gjennomsnittet nasjonalt er på 10443 kroner i 2018.

VANN, AVLØP OG RENOVASJON	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet E-coli (7,5 %)	100	100
VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet IE (7,5 %)	100	100
VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet farge (2,5 %)	100	100
VANNKVALITET: Andel innbyggere tilknyttet vannverk med god kvalitet pH (2,5 %)	100	100
LEVERANSE: Brudd i vannleveransen, snitt timer per år per innbygger (5 %)	3	4,8
VANNLEKKASJE: Andel av vannet som går tapt på grunn av lekkasjer (5 %)	30	35

ALDER: Andel fornyet vannledningsnett siste tre år (%) (2,5 %)	1	0,0
ALDER: Alder på vannledningsnett (år) (2,5 %)	25	25
ALDER: Andel fornyet spillvannnett siste tre år, avløp (%) (2,5 %)	1	0
ALDER: Alder på spillvannnett (år) (2,5 %)	25	24
RENSEKRAV: Andel innbyggere som er tilknyttet anlegg som overholder alle renskrav (20 %)	27	27
ANLEGG: Antall stopp i kloakken per 100 km spillvannnett (5 %)	6	6
OVERSVØMMELSER: Antall oversvømte kjellere hvor kommunen har erkjent ansvar, per 10.000 innbyggere (5 %)	0	0,0
RENOVASJON: Andel husholdningsavfall levert til gjenvinning og biologisk behandling (20 %) Gjelder Avfallsservice AS	50	49

Renhold

Mål:

- Nordreisa kommunes renhold av kommunale bygg skal være så lave som mulig, men uten at dette går på bekostningen av et godt og forebyggende renhold.

Utvikling

Mål:

- Nordreisa skal ha et næringsliv som er preget av nyskapning, bærekraft og vekst. I dette legger kommunen opp til å være en ja-kommune som i sin forvaltning av arealer gir forutsigbarhet og gode rammevilkår for utvikling. Kommunen skal aktivt være en døråpner opp mot investorer og øvrig virkemiddelapparat.

- Viktige næringer og satsningsområder er handel og service, industri, anlegg og transport, petroleum- og maritim sektor, nasjonalparksatsning, nyetablering og innovasjon, jordbruk, skogbruk, fiskeri og havbruk, og reindrift.
- Nordreisa skal ha en naturressurs- og miljøpolitikk som er bærekraftig og sikrer natur og miljø for fremtidige generasjoner.

SAKSBEHANDLING	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
FRISTBRUDD: Andel byggesaker med overskredet frist (20 %)	10	55
BYGGESAK: Behandlingstid saker med 3 ukers frist (15 %)	10	76
BYGGESAK: Behandlingstid saker med 12 ukers frist (15 %)	0	
EIERSEKSJONERING: Saksbehandlingstid (5 %)	0	
REGULERINGSPLANER: Saksbehandlingstid (10 %)	10	
OPPMÅLINGSFORRETNING: Saksbehandlingstid (5 %)	20	30
TILSYN: Andel av vedtatte byggesaker med faktisk tilsyn (15 %)	5	0

MILJØ OG RESSURSER	Mål 2019	Kommunebarometer 2018
RESSURSER: Energikostnader per kvadratmeter bygg (15 %)	110	115
RESSURSER: Samlet antall kvadratmeter per innbygger (formålsbygg) (15 %)	7,5	7,5

RESSURSER: Søppel per innbygger (kilo), korrigert for antall fritidsboliger (15 %). Gjelder Avfallsservice AS		220
RESSURSER: Vannforbruk per tilknyttet innbygger (m3) (15 %)	40	39
REKREASJON: Netto driftsutgifter til rekreasjon i tettsteder, per innb. (10 %)	120	118
LANDBRUK: Jordbruksareal omdisponert siste fire år, per 1.000 dekar (10 %)	3	3,9
BEREDSKAP: ROS-analyser siste år innen skred og ras, flom og overvann (5 %)	2	2
SAMFERDSEL: Netto driftsutgifter til kommunale veier, per kilometer vei (5 %)	90	90
VEDLIKEHOLD: Utgifter til vedlikehold per kvadratmeter bygg (5 %)	72	71

Tiltak i økonomiplan 2019-2022

Driftstiltak

1 Sektor for administrasjon	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	28 964 914	28 964 914	28 964 914	28 964 914
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	917 592	917 592	917 592	917 592
Sum tiltak	-848 613	-1 303 352	-1 530 059	-1 625 735
Ramme 2019	29 033 893	28 579 154	28 352 447	28 256 771

2 Sektor for oppvekst og kultur	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	133 712 003	133 712 003	133 712 003	133 712 003
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	7 366 419	7 366 419	7 366 419	7 366 419
Sum tiltak	-5 886 239	-9 040 452	-10 612 958	-11 276 593
Ramme 2019	135 192 183	132 037 970	130 465 464	129 801 829

3 Sektor for helse og omsorg	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	128 485 460	128 485 460	128 485 460	128 485 460
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	8 875 419	8 875 419	8 875 419	8 875 419
Sum tiltak	-5 008 620	-8 817 861	-10 716 925	-11 518 377
Ramme 2019	132 352 259	128 543 018	126 643 954	125 842 502

5 Selvkost	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	91 594	91 594	91 594	91 594
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	-91 594	-91 594	-91 594	-91 594
Sum tiltak	0	0	0	0
Ramme 2019	0	0	0	0

6 Sektor for drift og utvikling	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	41 086 231	41 086 231	41 086 231	41 086 231
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	1 991 478	1 991 478	1 991 478	1 991 478
Sum tiltak	-1 613 217	-2 477 680	-2 908 650	-3 090 530
Ramme 2019	41 464 492	40 600 029	40 169 059	39 987 179

7 Skatter og rammetilskudd	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	-344 567 100	-344 567 100	-344 567 100	-344 567 100
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	-4 113 000	1 800 100	5 354 300	7 435 600
Sum tiltak	0	0	0	0
Ramme 2019	-348 680 100	-342 767 000	-339 212 800	-337 131 500

8 Renter, avdrag og avsetninger	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	11 896 898	11 896 898	11 896 898	11 896 898
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	-4 254 803	-4 959 849	-5 819 801	-6 778 226
Sum tiltak				
Fra investering	2 665 178	5 739 780	7 174 779	7 794 547
Ramme 2019	10 307 273	12 676 829	13 251 876	12 913 219

0 Prosjekter og interkommunale selskap	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Ramme for 2018	330 000	330 000	330 000	330 000
Endringer i budsjettet for 2019				
Konsekvensjustert budsjett	0	0	0	0
Tiltak	0	0	0	0
Ramme 2019	330 000	330 000	330 000	330 000

Investeringsstiltak

Tall i hele kroner	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Samlet
Egenkapitalinnskudd KLP	1 800 000	2 000 000	2 200 000	2 400 000	8 400 000
Avdrag viderefremidlingslån	5 700 000	5 700 000	5 700 000	5 700 000	22 800 000
Startlån	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	20 000 000
Høgeggja barnehage - utbygging	23 100 000	10 000 000			33 100 000
Digital innbygger	500 000	500 000	500 000		1 500 000
Nordreisa idrettshall - tak	200 000				200 000
Liftbil + Garasje liftbil	3 250 000				3 250 000
Utbedring Oksfjord havn	3 875 000				3 875 000
Prosjektledelse	1 360 500				1 360 500
Ombygging gamle kinosal	300 000				300 000
Kjøp av kjøretøy, befalsbil	600 000				600 000
Renovering svømmehall		35 000 000			35 000 000
Asfaltering av grusveier	2 750 000				2 750 000
IKT utstyr	200 000	200 000	200 000	200 000	800 000
Ny gravlund	5 000 000	15 000 000			20 000 000
Hovedplan vann	5 800 000	5 600 000	1 200 000	2 000 000	14 600 000
Hovedplan avløp	1 300 000	500 000	1 200 000	500 000	3 500 000
VAR investeringer	5 150 000				5 150 000
	65 885 500	79 500 000	16 000 000	15 800 000	177 185 500

Tall i hele kroner	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022	Samlet
Opptak av lån	-54 010 500	-56 600 000	-7 600 000	-7 700 000	-125 910 500
Ubrukte lånemidler					
Salg av tomter	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-4 000 000
Tilskudd/refusjon fra staten	-1 900 000	-14 700 000			-16 600 000
Overført fra drift	-800 000	-1 000 000	-1 200 000	-1 400 000	-4 400 000
Avdragsinntekter Startlån	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000	-22 800 000
Bruk av ubundne fond	-2 475 000	-500 000	-500 000		-3 475 000
	-65 885 500	-79 500 000	-16 000 000	-15 800 000	-177 185 500

Budsjettskjemaer og oversikter

Budsjettskjema 1A

Tall i hele kroner	Regnskap 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Skatt på inntekt og formue	-109 786 415	-106 841 000	-112 491 000	-112 491 000	-112 491 000	-112 491 000
Ordinært rammetilskudd	-188 350 590	-193 761 000	-197 256 000	-197 256 000	-197 256 000	-197 256 000
Skatt på eiendom	-17 090 754	-17 100 000	-17 100 000	-13 200 000	-13 200 000	-13 200 000
Andre generelle statstilskudd	-1 725 607	-1 452 000	-1 052 000	-1 052 000	-1 052 000	-1 052 000
Frie disponible inntekter	-316 953 366	-319 154 000	-327 899 000	-323 999 000	-323 999 000	-323 999 000
Renteinntekter og utbytte	-2 743 504	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000
Renteutgifter, provisjoner og andre finansutgifter	8 862 059	10 878 498	10 419 542	11 445 342	11 676 175	11 744 693
Avdrag på lån	19 005 780	19 916 656	21 092 136	22 940 938	23 945 104	24 296 354
Netto finansinntekter-, utgifter	25 124 335	28 745 154	29 461 678	32 336 280	33 571 279	33 991 047
Til dekning av tidligere års regnskapsmessig merforbruk	4 863 331					
Til ubundne avsetninger	33 303 750	2 721 221	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000
Til bundne avsetninger	4 761 759					
Bruk av tidligere års regnskapsmessig mindreforbruk	-22 809 892					
Bruk av ubundne avsetninger	-4 902 081	-850 000	-800 000	-800 000	-800 000	-800 000
Bruk av bundne avsetninger	-4 750 833					
Netto avsetninger	10 466 034	1 871 221	2 200 000	2 200 000	2 200 000	2 200 000
Overført til investering	410 000	800 000	1 600 000	1 800 000	2 000 000	2 200 000
Til fordeling drift	-280 952 997	-287 737 625	-294 637 322	-287 662 720	-286 227 721	-285 607 953
Sum fordelt til drift	277 291 301	287 737 625	294 637 322	287 662 720	286 227 721	285 607 953
Regnskapsmessig merforbruk/mindreforbruk	-3 661 696	-	-	-	-	-

Budsjettskjema 1B

Tall i hele kroner	Regnskap 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
1 Sektor for administrasjon	23 147 177	28 964 914	29 033 893	28 579 154	28 352 447	28 256 771
2 Sektor for oppvekst og kultur	123 116 438	133 712 003	135 192 183	132 037 970	130 465 464	129 801 829
3 Sektor for helse og omsorg	128 004 418	128 485 460	132 352 259	128 543 018	126 643 954	125 842 502
5 Selvkost	672 294	91 594	0	0	0	0
6 Sektor for drift og utvikling	40 065 399	41 086 231	41 464 492	40 600 029	40 169 059	39 987 179
7 Skatter og rammetilskudd	-17 855 947	-25 413 100	-20 781 100	-18 768 000	-15 213 800	-13 132 500
8 Renter, avdrag og avsetninger	-19 226 508	-19 519 477	-22 954 405	-23 659 451	-24 519 403	-25 477 828
0 Prosjekter og interkommunale selskap	-631 971	330 000	330 000	330 000	330 000	330 000
	277 291 300	287 737 625	294 637 322	287 662 720	286 227 721	285 607 953

Økonomisk oversikt drift

Tall i hele kroner	Regnskap 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
DRIFTSINNTEKTER						
Brukerbetalinger	-17 982 135	-17 250 386	-18 116 486	-18 116 486	-18 116 486	-18 116 486
Andre salgs- og leieinntekter	-32 763 956	-28 858 950	-29 624 336	-30 329 382	-31 189 334	-32 147 759
Overføringer med krav til motytelser	-101 349 773	-58 402 645	-52 135 172	-52 135 172	-52 135 172	-52 135 172
Rammetilskudd	-185 790 890	-191 687 000	-195 541 000	-195 541 000	-195 541 000	-195 541 000
Andre statlige overføringer	-20 686 728	-27 263 100	-22 231 100	-20 218 000	-16 663 800	-14 582 500
Andre overføringer	-4 086 700	-2 274 000	-1 915 000	-1 915 000	-1 915 000	-1 915 000
Skatt på inntekt og formue	-109 786 415	-106 841 000	-112 491 000	-112 491 000	-112 491 000	-112 491 000
Eiendomsskatt	-17 090 754	-17 100 000	-17 100 000	-13 200 000	-13 200 000	-13 200 000
Sum driftsinntekter	-489 537 351	-449 677 081	-449 154 094	-443 946 040	-441 251 792	-440 128 917
DRIFTSUTGIFTER						
Lønnsutgifter	269 296 077	264 097 918	259 814 070	251 531 414	247 402 167	245 659 524
Sosiale utgifter	35 353 174	34 719 495	37 472 741	37 472 741	37 472 741	37 472 741
Kjøp av varer og tjenester som inngår i tjenesteprodukt	69 467 254	56 785 275	58 766 744	58 766 744	58 766 744	58 766 744
Kjøp av tjenester som erstatter kommunal tjenesteprodukt	47 638 359	49 750 481	44 858 984	44 858 984	44 858 984	44 858 984
Overføringer	29 355 119	13 781 737	15 648 077	15 648 077	15 648 077	15 648 077
Avskrivninger	18 737 803	19 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000
Fordelte utgifter	-1 210 322	0	0	0	0	0
Sum driftsutgifter	468 637 464	438 134 906	436 560 616	428 277 960	424 148 713	422 406 070
Brutto driftsresultat	-20 899 887	-11 542 175	-12 593 478	-15 668 080	-17 103 079	-17 722 847
EKSTERNE FINANSINNTEKTER						
Renteinntekter og utbytte	-2 743 504	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000
Mottatte avdrag på utlån	-24375	0	0	0	0	0
Sum eksterne finansinntekter	-2 767 879	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000	-2 050 000
EKSTERNE FINANSUTGIFTER						
Renteutgifter og låneomkostninger	8 862 059	10 878 498	10 419 542	11 445 342	11 676 175	11 744 693
Avdrag på lån	19 005 780	19 916 656	21 092 136	22 940 938	23 945 104	24 296 354
Utlån	0	0	0	0	0	0
Sum eksterne finansutgifter	27 867 839	30 795 154	31 511 678	34 386 280	35 621 279	36 041 047
Resultat eksterne finans- og finansieringstransaksjoner	25 099 960	28 745 154	29 461 678	32 336 280	33 571 279	33 991 047
Motpost avskrivninger	-18 737 803	-19 000 000	-20 000 000	-20 000 000	-20 000 000	-20 000 000
Netto driftsresultat	-14 537 730	-1 797 021	-3 131 800	-3 331 800	-3 531 800	-3 731 800
BRUK AV AVSETNINGER						
Bruk av tidligere års regnskapsmessig midreforbruk	-22809892	0	0	0	0	0
Bruk av disposisjonsfond	-4902081	-850 000	-800 000	-800 000	-800 000	-800 000
Bruk av bundne driftsfond	-4 750 833	-889 200	-683 200	-683 200	-683 200	-683 200
Bruk av avsetninger	-32 462 806	-1 739 200	-1 483 200	-1 483 200	-1 483 200	-1 483 200
AVSETNINGER						
Overføringer fra driftsregnskapet	410 000	800 000	800 000	1 000 000	1 200 000	1 400 000
Dekning av tidligere års regnskapsmessige merforbruk	4 863 331	0	0	0	0	0
Avsetninger til disposisjonsfond	33 303 750	2 721 221	3 800 000	3 800 000	3 800 000	3 800 000
Avsetninger til bundne driftsfond	4 761 759	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Sum avsetninger	43 338 840	3 536 221	4 615 000	4 815 000	5 015 000	5 215 000
Regnskapsmessig merforbruk/mindreforbruk	-3 661 696	0	0	0	0	0

Budsjettskjema 2A

Tall i hele kroner	Regnskap 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Investering i anleggsmidler	13 998 054	32 763 481	53 385 500	66 800 000	3 100 000	2 700 000
Utlån og forskutteringer	3 253 900	0	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Kjøp av aksjer og andeler	1 632 202	1 800 000	1 800 000	2 000 000	2 200 000	2 400 000
Avdrag på lån	10 637 017	6 000 000	5 700 000	5 700 000	5 700 000	5 700 000
Inndekning av tidligere års udekket	-	0	0	0	0	0
Avsetninger	1 873 374	0	0	0	0	0
Årets finansieringsbehov	31 394 547	40 563 481	65 885 500	79 500 000	16 000 000	15 800 000
FINANSIERING						
Bruk av lånemidler	-12 908 176	-23 863 481	-54 010 500	-56 600 000	-7 600 000	-7 700 000
Inntekter fra salg av anleggsmidler	-1 060 307	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000
Tilskudd til investeringer	-3 000	0	-1 900 000	-14 700 000	0	0
Kompensasjon merverdiavgift	-1 949 491	0	0	0	0	0
Mottatte avdrag på utlån og refusjoner	-8 378 606	-6 000 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000
Andre inntekter	-371	0	0	0	0	0
Sum ekstern finansiering	-24 299 951	-30 863 481	-62 610 500	-78 000 000	-14 300 000	-14 400 000
Overført fra driftsregnskapet	-410 000	-800 000	-800 000	-1 000 000	-1 200 000	-1 400 000
Bruk av avsetninger	-6 344 702	-8 900 000	-2 475 000	-500 000	-500 000	0
Sum finansiering	-31 054 653	-40 563 481	-65 885 500	-79 500 000	-16 000 000	-15 800 000
Udekket/udisponert	339 894	0	0	0	0	0

Budsjettskjema 2B

Tall i hele kroner	Regnskap 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021	Budsjett 2022
905 Pasientvarslingsystem Sonjatun	339 681					
908 Guleng III	160 085					
909 Mobilt kommunikasjonssystem hjemmetj.	274 521					
911 Halti II	39 585					
919 Ombygging glasstak Storslett skole	383 874					
926 Kjøp av grunn	5 224	3 000 000				
932 Uteområdet Storslett skole	118 354					
937 EPC - kontrakter	1 129 584					
938 IKT-utstyr		2 700 000	200 000	200 000	200 000	200 000
955 Utbedring Oksfjord Havn			3 875 000			
961 Nytt takdekke Rotsundelv skole		250 000				
963 Ombygging Leonard Isaksensveg	1 525 187					
964 Ny vei til Moan skole	4 168 760					
971 Idrettshallen utbedring tak		200 000	200 000			
972 Saga skistadion						
978 Ny gravlund	292 503		5 000 000	15 000 000		
978 Heldøgnsbem. omsorgsbolig for eldre	408 360					
960 Ombygging kommunehuset	552 038	100 000				
952 Renovering svømmehall	50 000	1 000 000		35 000 000		
966 Ombygging Oksfjord skole	1 662 950					
9XX Velferdsteknologi		1 200 000				
9XX Ombygging skole/barnehage forhindre overgrep	155 476					
9XX Innkjøp av kjøretøy, drift og utviklingg	449 673		600 000			
9XX Høgegga barnehage - utbygging		6 950 000	23 100 000	10 000 000		
9XX Ombygging gamle kinosal		800 000	300 000			
9XX Prosjektledelse		1 343 481	1 360 500			
9XX Sonjatun helsesenter - vindu/etteriso.		500 000				
9XX Sonjatun helsesenter - ny brannsentral		290 000				
9XX Liftbil + Garasje liftbil			3 250 000			
9XX Point - renovering		300 000				
9XX Medisinkabinett		1 200 000				
9XX Digital innbygger		500 000	500 000	500 000	500 000	
9XX Låsesystem tre bygg		340 000				
9XX GPS oppmåling		200 000				
9XX Samfunnshuset - ombygging		600 000				
9XX Samfunnshuset EPC kontrakt		500 000				
9XX Asfaltering av grusveier		1 500 000	2 750 000			
9XX Sonjatun kjøkken, kol/kjøll utstyr		1 400 000				
9XX Veilys - pålegg om målt forbruk		1 000 000				
9XX Hovedplan avløp		800 000	1 300 000	500 000	1 200 000	500 000
9XX Hovedplan vann		5 450 000	5 800 000	5 600 000	1 200 000	2 000 000
930 VAR investeringer	2 282 199	640 000	5 150 000			
Investering i anleggsmidler	13 998 054	32 763 481	53 385 500	66 800 000	3 100 000	2 700 000

Økonomisk oversikt investering

	Regnskap	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Budsjett	Budsjett
Tall i hele kroner	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Salg av driftsmidler og fast eiendom	-1 060 307	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000	-1 000 000
Andre salgsinntekter	-					
Overføringer med krav til motytelser	-750 138					
Kompensasjon merverdiavgift	-1 949 491					
Statlige overføringer	-		-1 900 000	-14 700 000		
Andre overføringer	-3 000					
Renteinntekter og utbytte	-371					
Sum inntekter	-3 763 307	-1 000 000	-2 900 000	-15 700 000	-1 000 000	-1 000 000
Lønnsutgifter	1 173 808	1 121 841	1 140 500			
Sosiale utgifter	214 295	221 640	220 000			
Kjøp av varer og tjenester som inngår i tjenesteproduksjon	10 624 126	31 420 000	52 025 000	66 800 000	3 100 000	2 700 000
Kjøp av tjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon						
Overføringer	1 982 624					
Renteutgifter og omkostninger	3 201					
Sum utgifter	13 998 054	32 763 481	53 385 500	66 800 000	3 100 000	2 700 000
Avdrag på lån	10 637 017	6 000 000	5 700 000	5 700 000	5 700 000	5 700 000
Utlån	3 253 900	0	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Kjøp av aksjer og andeler	1 632 202	1 800 000	1 800 000	2 000 000	2 200 000	2 400 000
Dekning av tidligere års udekket	-					
Avsetninger til ubundne investeringsfond	-					
Avsetninger til bundne investeringsfond	1 873 374					
Sum finans- og finansieringstransaksjoner	17 396 493	7 800 000	12 500 000	12 700 000	12 900 000	13 100 000
Bruk av lån	-12 908 176	-23 863 481	-54 010 500	-56 600 000	-7 600 000	-7 700 000
Mottatte avdrag på utlån	-7 628 468	-6 000 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000	-5 700 000
Salg av aksjer og andeler						
Bruk av tidligere års udisponert						
Overføring fra driftsregnskap	-410 000	-800 000	-800 000	-1 000 000	-1 200 000	-1 400 000
Bruk av disposisjonsfond		-8 900 000	-2 475 000	-500 000	-500 000	
Bruk av ubundne fond	-232 000					
Bruk av bundne fond	-6 112 702	0				
Sum finansiering	-27 291 346	-39 563 481	-62 985 500	-63 800 000	-15 000 000	-14 800 000
Udekket / Udisponert	339 894	0	0	0	0	0



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
42/18	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	30.11.2018

Resultatrapport helse og omsorg pr oktober 2018

Henvising til lovverk:

Rådmannens innstilling

1. Virksomheter som har merforbruk, skal gjøre tiltak slik at de holder seg innenfor budsjettammen. Tiltak rapporteres til sektorleder i månedsrapporten.
2. Sektorleder følger opp virksomheter med sykefravær over 8%. Disse skal opprette lokale IA-avtaler, som signeres av virksomhetsleder og tillitsvalgte.
3. Årlige medarbeidersamtaler skal prioriteres og rapporteres inn til sektorleder ved neste månedsrapport innen 10.12.1018.
4. Avvikssystemet må gjøres kjent for alle ansatte i sektoren.
5. Alle virksomheter skal utarbeide ROS analyse for egen virksomhet innen våren 2019

Saksopplysninger

Resultatrapporteringa gjøres av alle virksomheter etter utgangen av hver måned. Virksomhetslederne skal innen den 10. i hver måned rapportere til sektorleder. Sektorleder rapporterer innen 15. hver måned til rådmannen. Rådmannen rapporterer til hvert formannskapsmøte status på lønnskostnader og lager hvert tertial en resultatrapport til kommunestyret.

Sektorleder for helse og omsorg lager en totalrapport for sektoren til hvert møte i utvalget. Rapporten inneholder status på:

Måloppnåelse i forhold til økonomi- og virksomhetsplaner

Økonomi

Medarbeidere

Intern kontroll

Vurdering

Status måloppnåelse:

Rapportering på måloppnåelse er mangelfull.

Status økonomi:

Sektoren har et høyt merforbruk på lønn, virksomheter som har et høyt merforbruk er:

- Sonjatun sykehjem merforbruk i forhold til periodebudsjett: 1 881 014,98
- Sonjatun omsorgssenter merforbruk i forhold til periodebudsjett: 1 081 344,83
- Sonjatun Bo og kultur merforbruk i forhold til periodebudsjettet: 885 387,95
- Guleng 3 merforbruk i forhold til periodebudsjettet: 2 106 083,92
- Hjemmesykepleie merforbruk i forhold til periodebudsjettet: 1 761 548,22
- Høgegga hjemmetjeneste merforbruk i forhold til periodebudsjettet: 735 213,58
- Legetjenesten merforbruk i forhold til periodebudsjettet: 714 649,164

Merforbruket skyldes i hovedsak bruk av vikarer, overtid, forskjøvet arbeidstid, trekkpliktige ytelser, vikar annet fravær, ledsager, ekstrahjelp samt uttak av lovbestemte fridager på helligdagsturnus.

På øvrige utgifter er det et mindre forbruk på kr 4 047 441,58

På inntekter er det inntekter på resurskrevende tjenester som er mangelfull. Etter periodebudsjett skulle det vært kommet inn 14 millioner i regnskapet.

Status medarbeidere:

Sykefraværet har økt i forhold til fjoråret, tross et økt fokus på arbeidsnærvær det siste året. Juli, august og september har sykefraværet vært under måltall for Nordreisa kommune med et gjennomsnitt på 6,64. Totalt for året har helsesektoren et gjennomsnittlig sykefravær på 9,39%.

Status internkontroll: Virksomhetene er ikke kommet godt nok i gang med ROS-analyser, det må settes fokus på dette fremover. Alle virksomheter skal innen 31.12.2018 ha foretatt ROS-analyse.



RESULTATRAPPORT PR AUGUST 2018

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

STATUS – MÅLOPPNÅELSE IFT ØKONOMIPLAN/VIRKSOMHETSPLAN

Mål i kommuneplanens samfunnsdel for helsesektoren:

Alle innbyggerne i Nordreisa, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekter og ressurser, skal sikres god tilgang på offentlige helse- og sosialtjenester av god kvalitet.

Nordreisa Kommune

- Skal være en pådriver og medvirke til helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor hele tiltakskjeden.
- Skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, og bidra til økt likeverd og likestilling samt forebygge sosiale og helsemessige problemer.
- Skal utvikle tverrfaglige arenaer hvor familier kan få individuell hjelp og støtte på et tidlig tidspunkt.
- Skal sikre brukermedvirkning og trygge den enkeltes rettsikkerhet.
- Skal møte den enkeltes individuelle behov gjennom god samhandling med tjenestemottaker og pårørende.
- Skal gi brukere rett tjeneste på rett nivå og sikre god flyt i tjenestetilbudene.
- Skal opparbeide og videreutvikle et godt omdømme for å styrke rekrutteringen til sektoren.
- Skal være en god vertskommune for regionale tjenestetilbud.
- Skal sikre at brukernes individuelle planer følger brukerne og bestemmer hvilket tilbud brukerne skal få.
- Skal arbeide for at det åpnes for større samhandling og kommunikasjon mellom ulike dataprogrammer for helse- og omsorgssektoren.
- Skal prøve ut fleksible arbeidstidsordninger innenfor helse og omsorgssektoren.
- Skal opprette et faglig etisk råd for anke-/klagesaker i helse- og omsorgssektoren.
- I samarbeid med nabokommunene skal sikre og videreutvikle dagens tilbud ved Distrikts-medisinsk senter i samarbeid med UNN.
- Skal ha et faglig og likeverdig tilbud av spesialhelsetjenester rettet mot innbyggernes behov.
- Skal ha en arena for samhandling mellom kommuner, helseforetak, universitetet, høgskole og videregående skoler.
- Skal satse på bruk av << Inn på tunet >> tjenester i helsesektoren.

RAPPORTDATO

NAVN

KLARGJORT AV

15. november 2018

Helse og omsorg

Johanne Olaussen

STATUS - ØKONOMI

Konto	Regnskap	Budsjett	Forbruk i %	Avvik
Lønn	88 071 015,85	102 921 273,00	85,57	3 881 414,54
Øvrige utgifter	38 776 589,45	51 409 401,00	75,43	-4 047 441,58
Inntekter	-13 086 678,44	-34 875 234,00	37,52	15 964 391,48
Totalt	113 760 926,86	119 455 440,00		

KOMMENTARER TIL AVVIK:

Forbruk i prosent pr oktober 2018 for lønn skal være innenfor 81,8 %, mens det på øvrige poster skal være 83,3 %.

Lønn:

Totalt sett er det et merforbruk på lønn i sektoren helse på kr 3 881 414,54,-.

Hovedårsaker:

Merforbruk på lønn skyldes i hovedsak merforbruk fast lønn, bruk av vikarer, overtid, forskjøvet arbeidstid, trekkpliktige ytelser, vikar annet fravær, ledsager og ekstrahjelp samt uttak av lovbestemte fridager på helligdagsturnus. På konto overtid er det et merforbruk på kr 1 720 372,02, konto faste tillegg vikarer er det et merforbruk på kr 652 037,12, konto faste tillegg ekstrahjelp er det et merforbruk på kr 372 897,75, konto ferievikarer er det et merforbruk på kr 813 797,63. Alle i forhold til årsbudsjett. De fleste virksomhetene har et merforbruk her, alle sykehjemmene, Guleng 3, Guleng bo og avlastning, hjemmesykepleien, Sonjatun kjøkken og legeseksjonen

Øvrige utgifter:

Totalt sett har sektoren et mindre forbruk på øvrige utgifter kroner 4 047 441,58 -. Det er flere virksomheter som har et merforbruk Sonjatun sykehjem og Sonjatun omsorgssenter, Guleng 3 og Guleng bo og avlastning, hjemmesykepleien og legeseksjonen

Inntekter:

Sektoren har mindreinntekt pr utgangen av oktober på kr 15 964 391,48 i forhold til periodebudsjett. Dette skyldes manglende refusjoner for resurskrevende tjenester.

Sluttkommentar:

Sektoren har et mindre forbruk på lønn faste stillinger på kr 1 764 688,99. Et kraftig overforbruk på overtid, fastetillegg vikarer, tillegg ekstrahjelp, ferievikarer med flere. Sektoren har en mindreinntekt på 15 millioner i forhold til periodebudsjett.

Tiltak for å motvirke fravær:

- Samtale med sykemeldte samme dag som mottak av sykemelding. Utfylling av blankett C.
- Informasjon om Nordreisa kommunes sykefravær på personalmøte, og info om bruk av egenmeldinger og sykemeldinger.
- Sosiale sammenkomster personale på fritiden.
- Tilrettelegginger på arbeidsplassen
- Sent oversikt til legene hva den enkelte arbeidsplass kan tilrettelegge
- Felles lunsjer o.l. i arbeidstiden

SYKEFRAVÆR (TOTALT HITTIL I ÅR): 9,39 % 2017: 10,49 % 2016: 8,19 %

2018

Januar:	2018: 9,62 %	2017: 8,68 %	2016: 10,25 %
Februar:	2018: 10,65 %	2017: 10,98 %	2016: 8,84 %
Mars:	2018: 11,75%	2017: 8,43 %	2016: 8,29 %
April:	2018: 11,91%	2017: 7,46 %	2016: 7,78 %
Mai:	2018: 11,06%	2017: 7,51 %	2016: 6,96 %
Juni:	2018: 9,59%	2017: 7,38 %	2016: 6,99 %
Juli:	2018: 6,77%	2017: 5,29 %	2016: 5,15 %
August:	2018: 6,61%	2017: 4,79 %	2016: 6,37 %
September:	2018: 6,53%	2017: 5,97 %	2016: 8,27 %
Oktober:		2017: 6,80%	2016: 9,03 %
November:		2017: 9,51 %	2016: 8,42 %
Desember:		2017: 10,13 %	2016: 8,26 %

Kommentarer: Sykefraværet i sektoren varierer mye og fram til og med juni lå sektoren over måltallet for Nordreisa kommune. Det pågår mye godt nærværarbeid i sektoren for å få ned sykefraværet og her kan nevnes Høgegga så har hatt en kraftig nedgang i sykefraværet og har fått IA pris for dette. Ellers ser det ut som om hjemmehjelp, Guleng 3 og Guleng bo og avlastning, Sonjatun kjøkken, Fosseng, Miljøarbeidertjenesten, legetjenesten og fysioterapitjenesten har lavt sykefravær.

Helsesektoren har et gjennomsnittlig sykefravær på:

SIST GJENNOMFØRTE MEDARBEIDERUNDERSØKELSE:

MEDARBEIDERSAMTALER

Høgegga hjemmetjeneste: 24 hittil i år.
Sonjatun bo og kultur: Ikke rapportert
Sonjatun omsorgssenter: Ikke rapportert
Guleng 3: Ikke påbegynt
Sonjatun sykehjem: Påbegynt
Fysikalsk behandling: Påbegynt
Guleng bo og avlastning: Ikke påbegynt

Resterende virksomheter har ikke levert rapport, eller ikke gitt informasjon om status medarbeiderundersøkelse.

STATUS – INTERN KONTROLL

Status rapportering

Status oppfølging av politiske vedtak

Høgegga hjemmetjeneste har evaluert og videreført IA-avtalen for 2018.
Sonjatun sykehjem har nå ferdigstilt IA-avtale.

Status – innmeldte og lukkede avvik

Guleng 3: Hittil i år er det registrert 77 avvik i Profil. Gjennomgang av avvik og tiltak i forhold til dette tas opp på personalmøter.
Guleng bo og avlasting: Hittil i år er det registrert 59 avvik i Profil. Gjennomgang av avvik og tiltak i forhold til dette skal tas opp på personalmøte.
Høgegga omsorgsboliger: Av 97 meldte avvik var det ca. 48 avvik fordi personal ikke hadde dispensasjon fra utdanningskravet (jf. helse- og omsorgstjenesteloven kap9) for håndtering av døralarm hos bruker. 3 andre avvik er ikke reelle avvik, slik de er beskrevet.
Sektorleders opplysninger pr. 01.11.18
Hjemmesykepleien.: Hittil i år 428 avvik registrert i profil, 26 avvik ikke lukket
Fosseng: Hittil i år 12 avvik registrert i profil, 12 avvik ikke lukket
Rus og psykisk helse: Hittil i år 3 avvik registrert i profil, 3 avvik ikke lukket
Sonjatun bo og kultur: Hittil i år 82 avvik registrert i profil, 3 avvik ikke lukket
Sonjatun omsorgsenter: Hittil i år 32 avvik registrert i profil, 2 avvik ikke lukket
Sonjatun sykehjem: Hittil i år 112 avvik registrert i profil, 2 avvik ikke lukket

GJENNOMFØRTE KONTROLLER, RESULTATER OG IVERKSATTE TILTAK

Høgegga omsorgsboliger:

Vernerunde: Sist gjennomført september 2018

Brannøvelser / rutiner: Sist gjennomført: 05.06.2018. Ansvarlig: Gudmund Mathiassen.

Veilederen.no: er tatt i bruk og vi benytter både oppslagsverk og e-læringskurs

NHI E-læringskurs: Alle ansatte med medisindelegasjon har gjennomført medikamenthåndteringskurs.

Fysikalsk avdeling: Gjennomført vernerunde på avdelingen oktober 2018

Guleng 3: Sist gjennomførte vernerunde 19.10.18

Status risikoanalyser

Høgegga hjemmetjeneste: Risikoanalyse i forhold til beredskap på natt er foretatt.
Sonjatun sykehjem: ROS- analyse er sist tatt 5/6-18

Resterende virksomheter har ikke rapportert inn noe på status risikoanalyser.

Informasjon meldt inn fra de ulike virksomhetene:

Guleng 3:

Det er ikke samsvar mellom brukeres behov for tjenester jf. enkeltvedtak og faktiske personalressurser i daglig drift. Dette har medført at avdelingen ikke har fått godkjent refusjonskrav på ressurskrevende tjenester som er i samsvar med brukeres enkeltvedtak. I praksis er det flere dager i uka vanskelig å oppfylle tjenester til brukere i henhold til individuelle planer / tiltaksplaner fordi det ikke er tilstrekkelig bemanning til å imøtekomme den enkeltes behov (timer på vedtak). Alle brukerne har store hjelpebehov, men ikke alle kommer inn under ordningen med refusjoner for ressurskrevende tjenester. Det må tas en gjennomgang på hvordan man kan løse dette.

Avdelingen har ikke hjelpepleier 1 funksjon. Det er behov for denne funksjonen, både med hensyn til Notus (innhenting av vikarer og avviksregistrering) samt andre oppgaver som registrering av ressurskrevende tjenester / avvik, forberedelser til lønnskjøring m.m. Hjelpepleier 1 funksjon bør innehas av 2 personer i helst 100% stilling i ordinær turnus, eventuelt samkjøres med Guleng Bofellesskap og avlastning.

Guleng bofellesskap og avlastning:

Guleng bofellesskap og avlastning har ikke tilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse i forhold til behov på avlastningen. Det vurderes fortløpende å øke sykepleiefaglig kompetanse i avdelingen.

Ressurser fra dagtilbud ved Reisa Vekst overføres til Guleng avlastning f.o.m.22.10.18 for å imøtekomme brukers behov for økt sykepleiefaglig kompetanse. Avtale om overføring av ressurser er etter avtale med leder ved Reisa Vekst.

Fysikalsk avdeling fikk i 2018 midler fra fylkesmannen til å kunne drifte prosjektet «Hverdagsrehabilitering» og «kartlegging av hjemmeboende eldre 72 år». Midlene til hverdagsrehabilitering dekker en 60 % fysioterapeut og to 20 % hjemme trenere i hjemmetjenesten i 1 år. Midlene til prosjektet, Kartlegging av hjemmeboende eldre, dekker 100 % ergoterapeut stilling for 6 mnd. I løpet av disse 6 mnd. vil alle fylte 72 år i 2018 få hjemmebesøk. Prosjektene er i full drift.

Avdelingen har ingen meldte avvik. Men har et stort behov for økt ergoterapeut ressurs.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
43/18	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	30.11.2018

Budsjettregulering november 2018 kap. 3 Helse og omsorg

Henvising til lovverk:

Lov om kommuner og fylkeskommuner §47 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-07#KAPITTEL_11

Forskrift om årsbudsjett <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-15-1423>

Økonomireglement for Nordreisa kommune, kap 3

Det vises også til:

Økonomiplan 2018 – 2021/årsbudsjettet 2018

Rådmannens innstilling

Budsjettregulering for Helse og omsorg i forhold til sykelønn og fødselspenger vedtas i forhold til tabellen.

Ansvar	Konto	Tekst	Utgift	Inntekt
300	17100	Refusjon sykepenger		157.200
310	10390	Faste tillegg ekstrahjelp	30.000	
311	10290	Faste tillegg vikar	42.400	
312	10290	Faste tillegg vikar	42.400	
320	10301	Ekstrahjelp	42.400	
310	17100	Refusjon sykepenger		464.000
310	10201	Lønn sykevikar	300.000	
310	10290	Faste tillegg vikar	164.000	
310	17101	Refusjon fødselspenger		109.900
310	10200	Lønn svangerskapsvikar	109.900	
311	17100	Refusjon sykepenger		335.000
311	10201	Lønn sykevikar	335.000	
311	17101	Refusjon fødselspenger		129.000
311	10200	Lønn svangerskapsvikar	129.000	
312	17100	Refusjon sykepenger		603.000
312	10201	Lønn sykevikar	603.000	
319	17100	refusjon sykepenger		7.000
319	10201	Lønn sykevikar	7.000	
320	17100	Refusjon sykevikar		880.000
320	10201	Lønn sykevikar	430.000	

320	10301	Ekstrahjelp	450.000	
320	17101	Refusjon fødselspenger		147.000
320	10200	Lønn svangerskapsvikar	86.300	
320	10400	Overtid	60.700	
321	17100	Refusjon sykepenger		618.000
319	10203	Vikar annet fravær	50.000	
319	10290	Faste tillegg vikar	90.000	
319	10301	Ekstrahjelp	100.000	
319	10400	Overtid	100.000	
320	10400	Overtid	150.000	
327	10400	Overtid	128.000	
322	17100	Refusjon sykepenger		65.500
322	10201	Lønn sykevikar	36.000	
320	10301	ekstrahjelp	29.500	
323	17100	Refusjon sykepenger		89.300
323	10201	Lønn sykevikar	49.400	
327	10400	overtid	39.900	
324	17100	Refusjon sykepenger		53.000
324	10201	Lønn sykevikar	53.000	
327	17100	Refusjon sykepenger		235.300
327	10201	Lønn sykevikar	185.000	
327	10200	Lønn svangerskapsvikar	30.000	
327	10301	Ekstrahjelp	20.300	
327	17101	Refusjon fødselspenger		33.460
327	10200	Lønn svangerskapsvikar	33.460	
330	17101	Refusjon fødselspenger		6.000
330	10190	Faste tillegg	6.000	
340	17100	Refusjon sykepenger		17.900
340	10201	Lønn sykevikar	6.600	
340	10290	Faste tillegg vikar	11.300	
340	17101	Refusjon fødselspenger		84.400
340	10200	Lønn svangerskapsvikar	84.400	
341	17100	Refusjon sykepenger		11.900
341	10190	Faste tillegg	11.900	
		Sum	4.046.860	4.046.860

Saksopplysninger

Om delegasjon i budsjettsaker

Driftsbudsjettet: Hovedutvalget kan foreta budsjettregulering mellom ansvar innenfor sitt rammeområde når det er behov for det. Det er en forutsetning at netto budsjetttramme ikke overskrides.

Videre kan hovedutvalget disponere merinntekter på inntil kr 200 000,- innenfor sitt rammeområde. Prosjektinntekter og refusjoner fra NAV kan i sin helhet disponeres av hovedutvalget.

Sak om tilleggsbevilgning skal først fremmes når det ikke er mulighet for omdisponering innen eget

Det er kun formannskapet som har fullmakt til å foreta avsetning til og bruk av disposisjonsfond.

Hovedutvalget har fullmakt til å disponere bundet driftsfond innenfor forutsetningene for bruk av midlene innenfor eget rammeområde.

Rådmannen er gitt fullmakt til å budsjett regulere poster innen samme sektor. Denne myndighet er videredelegert til sektorleder.

Behovet for budsjettregulering.

Gjennomgang av budsjettet viser at det etter forrige budsjettregulering er kommet inn refusjon på sykelønn og fødselspenger på kr. 4.060.860. Fram til nå kommet inn refusjon på kr.

5.955.674 på sykepenger og kr. 1.456.766 på fødselspenger til sammen kr. 7.412.440.

Det er enkelte virksomheter som har et merforbruk på sykelønn kontra det de har fått i refusjon, mens andre ikke har brukt sykevikar eller de har fått mer i refusjon enn det som er brukt. Her ligger det også opplysninger som kan tolkes som en del feilføringer.

Vurdering

Merinntektene knyttes til merutgiftene, noe som medfører at både inntekts- og utgiftspostene må reguleres opp. I utgangspunktet skal merinntekter som overskrider kr. 200.000 budsjett reguleres av kommunestyret, med unntak av refusjoner NAV og øremerkede tilskudd.

I denne saken er det budsjettregulert refusjon sykepenger og refusjon fødselspenger. Sektoren har ingen midler på sitt budsjett til vikar og i helsesektoren må det bestilles inn vikar ved all fravær.

Foreslåtte reguleringer medfører ingen endring av netto ramme for sektoren og er innenfor det hovedutvalget har myndighet til å foreta



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
44/18	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	30.11.2018

Utredning medisinkabinett

Rådmannens innstilling

Det gjennomføres et forprosjekt før eventuell anskaffelse av medisinkabinett. I forprosjektet vurderes lønnsomhet, behov og tidsbruk. Forprosjektet gjennomføres innen 30.06.19. Forprosjektet finansieres med avsatte midler.

Saksopplysninger

I Saksprotokoll i Nordreisa helse- og omsorgsutvalg - 10.10.2017 ble det vedtatt at det iverksettes 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 lønnsomhet.

Medisinkabinett er elektronisk medisinskap. Helsehuset i Tromsø kommune har tatt i bruk et slikt skap.

Forutsetningen for at medisinkabinett skal være en god løsning er at alle pasienter som har stabil medisiner og er på multidose.

Om pasienter ikke er på multidose, vil det ta lengere tid å dosere medisin. Dette fordi man må registrere hver enkelt medisin særskilt fra kabinettet. Siden kabinettet ikke befinner seg på sykehjemmet må sykepleier forlate avdelingen for å gå til kabinettet for å hente ut medisiner til dosetten.

Kabinettet har en egen PC hvor sykepleier registrerer medisiner inn og ut for hvert medikament. Lege må forordne medisiner i programvaren for kabinett, så hentes forordningen ut av sykepleier.

Leverandører man har i kontakt med sier at Sonjatun helsesenter er kompleks, da det inneholder både sykestue, laboratorie, sykehjem og fødestue.

Kabinettet integreres mot fagsystemet som brukes i tjenesten. Fagsystemet må derfor ha en integrasjonsløsning som går både mot Profil, dips, og evt føden sitt system. De kommunene man har sjekket med har ikke integrering mot flere fagsystem.

Prismessig vil leverandører ikke si noe fast sum uten ett forprosjekt, men forsiktig anslag vil være mellom 1.5-3.5 millioner i investering.

Nordreisa kommune bør kjøre forprosjekt så snart som mulig. Da sender leverandører opp lister som virksomhetslederne på sykehjem, leder sykestue, lab og føden må fylle ut og returnere. Deretter kommer leverandøren opp hit på 1 arbeidsdag, hvor alle lederne må delta. Da går de igjennom alle virksomheter og lager en plan for et mest effektivt system.

I forprosjektet vil man se på behovene Nordreisa kommune har, hvor mye man sparer på å integrere kabinettet, hvor mye tid man bruker pr i dag på medikamenthåndtering kontra hvor mye tid man blir å bruke med kabinett. Dette forprosjektet bør komme i gang så tidlig som mulig i 2019.

Vurdering

Det er helt klart at medisinkabinett gir bedre pasientsikkerhet hvis forutsetningene er tilstede Det vil kunne frigjøre tid fra sykepleier til brukerne. Forutsetningen er at flest mulige brukere har multidose ellers vil man bruke for mye tid å få ut medisiner ut av medisinkabinettet. Det er viktig å få et forprosjekt slik at man ser om det er hensiktsmessig for nordreisa kommune å gå til anskaffelse av medisinkabinett



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
45/18	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	30.11.2018

Sonjatun kjøkken - vurdering av framtidig kjøkkendrift

Rådmannens innstilling

Før avgjørelse om kok/kjøl bestilles det en tilstandsrapport av Sonjatun kjøkken. Dette finansieres med avsatte midler til kok/kjøl. Ny sak med anbefaling legges fram for utvalget og kommunestyret når rapporten foreligger.

Saksopplysninger

Helse- og omsorgsutvalg – vedtok 28.11.2017

1. Nordreisa kommune endrer kjøkkendriften fra kok-server til kok-kjøl i løpet av 2018.
2. Det innføres 4 måltider ved sykehjemmene fra 01.02.2017. Lunsj kl. 12 og middag kl. 16.
3. Følgende engangsinvesteringer foreslås i 2018 gjennom bruk av disposisjonsfond:
Ovn for oppvarming av middag og evt. oppvarming av lunsj og stort kjøleskap til hver avdeling:
Kr. 1.500.000
Kjøleutstyr til kjøkken for å kjøle ned mat, kr. 90.000.
Sum kr. 1 590 000

Opplysning om det som har skjedd etter vedtaket

Prosjekteringsarbeidet har vært ute på anbud med frist 3 september (konsulenthjelp) til en kostnad på kr. 87 500 .

Det har vært et møte 14.09.18. der det var en befaring på alle mottakerkjøkkener (mottakerkjøkken er alle kjøkkener på alle avdelinger som mottar mat fra hoved kjøkken).

Nødvendige tilpasninger/ tegninger av mottakerkjøkkener og hoved kjøkken med kostnadsestimat på nødvendig utstyr hadde frist 31.10 .

7 av 8 mottakerkjøkken er store nok til å kunne benyttes med en del ombygging. Kjøkken 2 plan på helsesentret er for lite (sykestua). Hoved kjøkken er ikke optimalt for effektiv løsning og kan være for lite til å få inn nødvendig rom og utstyr,
Det vil komme kostnad på leie av mobilt kjøkken under ombyggingen og frys/kjøøl konteiner.

Sonjatun Kjøkken har 4 årsverk fordelt på 5 ansatte inkludert 50 % stilling som kjøkkensjef. Maten blir tilberedt på kjøkkenet og i ukedagene sent ut til 8 avdelinger. For avdelingene utenfor Sonjatun helsesenter blir dette utført av vaktmestertjenesten. I helgene må avdelingene

utenfor Sonjatun helsesenter hente maten selv. Alt av tørrvarer blir sendt ut i ukedagene, og for avdelingene utenfor Sonjatun helsesenter blir dette utført av vaktmestertjenesten. Brukere av hjemmetjenesten henter mat selv; ca 11 porsjoner hver dag og ca. 65 brukere i institusjon.

Det må bemerkes at kjøkkenet på Sonjatun ikke bare leverer middag, de leverer også mat til de andre kjøkkenene slik at de kan driftes, for eksempel frokost, lunsj og kveldsmat. Man må være oppmerksom på at Sonjatun kjøkken er krisekjøkken jamfør katastrofeplanen.

Lønns- og driftsutgifter er på kr. 4.587.500 for 2018, som gir et kost øre på kr. 193. (Kostøre er bare beregnet ut fra brukere på institusjon). Ansatte betjener kjøkkenet 7 dager i uka, dagtid.

Det har vært befaring på kok/kjøøl kjøkken i Alta. Kjøkkenet i Alta har drevet kok-kjøøl i ca 20 år. Leverer totalt til ca 150 pers. Det er 6 årsverk, 5 i produksjon + lærling, 1 årsverk i kantinedrift. Produksjon 4 dager i uken, 260 måltider hver dag. Leverer ut 3 dager i uken, dette gjelder middag, lunsj og tørrvarer til 5 eksterne avdelinger. Avtale med privat firma for utkjøring. Det er 2 avd med til sammen 35 porsjoner som de varmer opp på hoved kjøkken hver dag. Sykestue hadde egen ansatt på postkjøkken. Det er 1 ansatt på jobb i helgene. Det serveres 1 rett hver dag + diettkost, Ikke valgmulighet. Fisk 3 dager, kjøtt 3 dager, en dag grøt + varmrett (pinne). Hver dag ble det servert enten forrett eller dessert til hovedretten.

Avdelingene på «huset» hentet selv tørrvarer/middag/lunsj fra eget kjølerom på kjøkken. De servet også andre brukergrupper innenfor kommunen, eks kommunestyre/ andre møter med lunsj.

Alt av bakervarer ble bestilt fra lokale leverandører. Det brukte friske grønnsaker til suppe/lapskaus. Ellers frosne grønnsaker, vakuumpotet ferdig skrellet, ferdig stekt og skjært steiker og ferdig produserte produkter av fisk og kjøtt. Lite klager på mat, ingen opplysninger om svinn.

Kjøkken areal bestod av: 2 fryserom, 5 kjølerom (de ønsket flere og større), grovkjøkken som også ble brukt til diettkjøkken, da de ikke hadde eget lukket diettkjøkken, koldt avdeling, bakeavdeling, avkjølingsrom (vann avkjøler og luftavkjølingsskap), pakke rom.

Oppvaskavdeling, grovskrubberom, kontor, pauserom, egen garderobe og dusj/toalett.

Varemottak. Tørrvarelager. Eget rom for renholds artikler. Tillegg lager for div utstyr. Egen sone for produksjon og egen sone for oppvarming av mat. Justerbare arbeidsbord, ovner og stekepanner. Alle postkjøkken har hette oppvask maskin, kombi damper, stort kjøleskap for gastronomiformer, kombi kjøøl/fryseskap, og oppvask benk m/spyler, utslagsvask/håndvask.

Areal ca 300 km², som er litt trangt når flere jobber, også med tanke på rullestolbrukere. Det er nå et nytt kjøkken under bygging i det nye helsesenteret, som vil bli mye større og alt utstyr blir nytt.

Forskjellige alternativer

1. Renovere eksisterende hoved kjøkken

Det må tas hensyn til at kjøkkenet er over 40 år gammelt. Renovering av eksisterende hoved kjøkken har flere usikkerhetsmomenter. Sannsynligvis vil bare betongskallet kunne gjenbrukes. Resten av installasjonen som ventilasjon, rør og elektriske anlegg på bygges opp fra grunnen av. Samtidig må det etableres fettavskiller.

Det er også usikkerhet om hva som avdekkes ved sanering av lokalet. Asbest et funnet i bygget ved tidligere ombygginger.

Mer utstyr krever større kapasitet på det elektriske anlegget og VVS-anlegg. Fettavskiller er krav i moderne storkjøkken.

Selve arealet er avlangt, noe som er ugunstige i forhold til effektiv utnyttelse av arealet. Det er dermed behov for et tilbygg for å få plass til areal til personalet.

Byggekostnaden er beregnet til ca. 14.500.000,- +/- 25 %. Dette stemmer godt med et tilsvarende prosjekt i Balsfjord kommune.

Ved renovering av hoved kjøkkenet kan man leie containere som matlagingen gjøres på til kr. 120.000 hver måned. Etter 3 måneder vil kostnaden bli kr. 100.000 hver måned eller man kan kjøpe varm mat (middag og lunsj) av andre aktører.

Postkjøkkene må oppgraderes for å kunne ta imot og behandle den nedkjølte maten.

UTSTYR HOVEDKJØKKEN	1 stk	4 035 000
UTSTYR POSTKJØKKEN	8 stk	2 750 000
SUM UTSTYR		6 785 000

OMBYGGING HOVEDKJØKKEN	223 kvm	25 000	5 575 000
TILBYGG HOVEDKJØKKEN	58 kvm	25 000	1 450 000
OMBYGGING POSTKJØKKEN	7 stk	50 000	350 000
ETABLERE NYTT POSTKJØKKEN	10 kvm	35 000	350 000
SUM BYGGEKOSTNAD			7 725 000

TOTALT BYGGEKOSTNAD RENOVERING		14 510 000
---	--	-------------------

Det vil komme kostnader for endringer, uforutsette kostnader, prosjektledelse, inventar, o.l. mellom. kr. 4.000.000,- og kr. 5.000.000,-.

2. Nybygg

Et nybygg vil gi mulighet for en mer effektiv utnyttning av arealet. Det er også mindre usikkerhet i en slik løsning. Estimater er beregnet ut i fra en reduksjon av arealet på ca. 40 kvm i forhold til hva en ombygging vill kreve. Kostnad pr kvm er estimert til kr. 30.000,-/kvm. Dette gir en bygge kostnad m/utstyr på kr.15.000.000.

Postkjøkkene må oppgraderes for å kunne ta imot og behandle den nedkjølte maten

UTSTYR HOVEDKJØKKEN	1 stk	4 035 000
UTSTYR POSTKJØKKEN	8 stk	2 750 000
SUM UTSTYR		6 785 000

NYBYGG HOVEDKJØKKEN	250 kvm	30 000	7 500 000
OMBYGGING POSTKJØKKEN	7 stk	50 000	350 000
ETABLERE NYTT POSTKJØKKEN	10 kvm	35 000	350 000
SUM BYGGEKOSTNAD			8 200 000

Det vil komme kostnader for endringer, uforutsette kostnader, prosjektledelse, inventar, o.l. mellom kr. 4.000.000,- og kr. 5.000.000,-.

3. Sette ut varm mat på anbud

Det har vært rettet forespørsel til private firmaer i Nordreisa kommune om kjøp av varm lunsj og middag. Tilbakemeldingene viser at det vil koste kommunen mellom kr 3 794 175 (kr 165 pr dag pr bruker) og 5.456.750 (kr 230 pr dag pr bruker) årlig, hos den ene tilbyderen kommer merverdiavgift i tillegg mens det er uklart om dette er regnet med hos den andre. Hos den ene tilbyderen står det at maten blir kjørt ut og at de har egne kontainere (den dyreste) mens det ikke står noe slikt hos den andre. Velges en slik løsning må kommunen beregne kostnader til tørrvarer i tillegg (pålegg, kafe, melk, saft o.l.), samt stilling til å bestille inn dette, sørge for fordeling o.l.

Det er sendt forespørsel til Kåfjord kommune om muligheten for kjøp av varm mat fra deres kok/kjøl kjøkken. De har gitt tilbakemelding om at de vil komme med et tilbud.

4. Drifte kjøkkenet slik det er i dag

Det er lite som er gjort med Sonjatun kjøkken siden oppstarten for 40 år siden. Man kan klare å drifte det enda noen år men før eller siden må det tas et valg i forhold til framtidens løsning. Måten varmmaten fraktes til Sonjatun omsorgssenter og Sonjatun bo og kultursenter i dag er ikke effektiv og lite heldig. Det leies ekstravakt i helger/høytider for å hente maten da det er for tungt for ansatte. Det har ikke vært en tilstandsrapport på Sonjatun kjøkken på mange år. Mattilsynet ser spesielt på renholdet ved inspeksjoner. Er det lett i henhold til hva som vaskes, slette flater, enkelt gulv og tak å holde ren. Det bør bestilles en vurdering fra Mattilsynet av dagens kjøkken.

Vurdering

Kjøkkenet på Sonjatun er over 40 år og det er helt klart at noe må gjøres. Det anbefales at det tas en tilstandsrapport av dagens kjøkken.

Kjøkkenet oppfyller ikke dagens krav. Dersom det driftes slik det gjøres i dag, må man beregne at dette ikke kan gjøres så mange år frem i tid.

Måten maten fraktes til Sonjatun omsorgssenter og Sonjatun bo og kultursenter ikke er hensiktsmessig i dag.

I forhold til Mattilsynet er det uklart hvor lenge de vil tillate at det drives matproduksjon der.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
46/18	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	30.11.2018

Budsjett 2019 - sektor for helse- og omsorg - tiltak 2019

Vedlegg

1 tiltak sektor 3

Henvising til lovverk:

Lov om kommuner og fylkeskommuner, kapittel 8, §44-§47

https://lovdata.no/dokument/NL/Lov1999-09-25107#KAPITTEL_11

Forskrift om årsbudsjett

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-151423>

Økonomireglement for Nordreisa kommune, kap 3

Rådmannens innstilling

Følgende tiltak foreslås for å oppnå budsjettbalanse for 2019.

	2019
Valgte tiltak	
3 Sektor for helse og omsorg	-5 306 007
<i>Effektiviseringstiltak på 0.5% kr. 641 000</i>	<i>-641 000</i>
<i>Sonjatun sykehjem (310)</i>	<i>-22 000</i>
<i>Sonjatun omsorgssenter (311)</i>	<i>-22 000</i>
<i>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</i>	<i>-22 000</i>
<i>Hjemmehjelpstjenesten (322)</i>	<i>-555 000</i>
<i>Legetjenester (340)</i>	<i>-20 000</i>
<i>300 Betalingsplikt utskrivningsklare pasienter i rus og psykisk helsevern</i>	<i>50 000</i>
<i>Helse og sosialadministrasjon (300)</i>	<i>50 000</i>
<i>300 Multidoser besparelse kr. 160.000 2019</i>	<i>-160 000</i>
<i>Helse og sosialadministrasjon (300)</i>	<i>-160 000</i>
<i>300 Reduksjon 1. konsulent stilling stab</i>	<i>-583 421</i>

<i>Helse og sosialadministrasjon (300)</i>	-583 421
310,311,312 Reduksjon 1. nattevaktstilling sykehjemmene	-1 000 000
<i>Sonjatun sykehjem (310)</i>	-333 334
<i>Sonjatun omsorgssenter (311)</i>	-333 334
<i>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</i>	-333 334
312 Nedlegge Lillebo avlastning 1,8 mill kr	-1 800 000
<i>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</i>	-1 800 000
320 og 321 Fellesadm stilling: hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjenester	-100 000
<i>Møteplassen Psykiatri (321)</i>	-100 000
321 og 320 Fellesadm stilling: hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjenester	-100 000
<i>Hjemmehjelpstjenesten (322)</i>	-100 000
321 Rus og Psykisk helse reduksjon stilling kr -555 236	-555 236
<i>Møteplassen Psykiatri (321)</i>	-555 236
322,323,324 Reduksjon 2. nattevaktstillinger	-2 000 000
<i>Hjemmehjelpstjenesten (322)</i>	-666 667
<i>Fosseng Psykiatri (323)</i>	-666 667
<i>Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)</i>	-666 666
323 Reduksjon dagstilling Fosseng kr -516 348	-516 348
<i>Fosseng Psykiatri (323)</i>	-516 348
360 Øking av antall personer på kvalifiseringsprogrammet	1 100 000
<i>NAV sosial (360)</i>	1 100 000
360 Økning sosial stønad kr 1 000 000	1 000 000
<i>NAV sosial (360)</i>	1 000 000

Dette gir kr. 297 387 i udisponert ramme.

Saksopplysninger

Sektor for helse og omsorg skal etter rådmannens budsjettforslag ta ned driften med kr 5 008 620 + økte behov kr 2 150 000; totalt kr 7 158 620.

Det må opplyses at det innen saksbehandlingsfristen ikke foretatt ROS analyse i forhold til forslagene. Reduksjonstiltakene for resten av økonomiplanperioden må jobbes videre med i 2019.

Forslaget forutsetter også i stor grad etablering av velferdsteknologi.

Følgende forslag til reduksjon av driftsnivået er vurdert:

Felles for sektoren

Hver virksomhet reduserer budsjetttrammen med 3%. Det tilsvarer en besparelse på kr 3.556.626.

Dette kan realiseres ved å redusere budsjettet på poster som overtid, ekstravakt, vikar annet fravær eller innen øvrige utgifter.

Konsekvenser.

Mange virksomheter har overforbruk på driftsutgiftene allerede pr oktober, da posten øvrige utgifter i utgangspunktet er for lavt budsjettet. For disse virksomhetene er reduksjon av stillinger eneste måte å redusere utgiftene på. Reduksjon av stillinger reduserer antall timer på gjennomføring av vedtak. Tildeling av timer på vedtak skjer etter en kartlegging av den enkeltes hjelpebehov.

Virksomhetene har vanskeligheter med å se man hvordan man kan yte tjenester på en mindre ressurskrevende måte. For å redusere timer på vedtak må dette begrunnes i at brukere ikke har behov for de timene som er tildelt, enten ved at hjelpebehovet har blitt mindre eller at det ikke er tilstede lengre.

Andre virksomheter beskriver at konsekvensen blir at man ikke klarer å holde budsjettet og resultatet blir overforbruk.

Bemanningen er på et minimum og ytterligere reduksjon kan føre til dårlig arbeidsmiljø og økt sykefravær. Dersom vikarbruken reduseres eller stillinger holdes vakant så øker faren for belastning på personalet. Det kan gi økning i sykemeldinger, økt stress og mindre mulighet å følge opp oppgaver. Det igjen kan gi dårligere kvalitet på tjenestene, og i ytterste konsekvens gå utover pasientsikkerheten.

Hjemmetjenesten, Fosseng, Høgegga

Redusere 2 nattvakter ved å samkjøre nattvakt i hjemmetjenesten, Fosseng og Høgegga. Dette gir en besparelse på kr. 2.000.000.

Konsekvenser

Avventer ROS – analyser med konsekvenser. Disse ferdigstilles innen 5. desember.

Felles sykehjemmene

Kutte 1 nattvaktstilling på alle 3 sykehjemmene, slik at sykehjemmene til sammen har 5 nattvakter mot dagens 6 nattvakter, gir en besparelse på kr. 1.000.000

Alternativt redusere 2 nattevakter, slik at sykehjemmene til sammen har 4 nattvakter mot dagens 6 nattvakter, gir en besparelse på kr. 2.000.000

Beskrivelse av dagens bemanning av nattevakter:

Sonjatun Omsorgssenter består av to avdelinger med 8 pasienter på hver avdeling. Her er det to nattevakter. Sykehjemmet er spesielt tilrettelagt for personer med demens. Her er de mest urolige og vandrende pasientene. Hoveddiagnosen er demens, men som alle andre eldre i sykehjem har de i tillegg mange andre diagnoser.

Sonjatun Bo-og kultursenter består av to avdelinger med 8 pasienter på hver avdeling, i tillegg til en avdeling med 5 korttidsplasser. Her er en avdeling for personer med demens, som ofte er oppe om natten. Den andre langtidsavdelingen er en «vanlig sykehjemsavdeling» hvor det for tiden er flere sterkt pleietrengende pasienter som krever to pleiere ved stell og endring av sengeleie på natt.

På korttidsavdelingen er det varierende hvor mye hjelp pasientene trenger. Av og til er det alvorlig syke pasienter der (som burde vært på sykestua/annet sykehjem). Dette krever mye fra alle i personalgruppen, også nattevaktene.

Sonjatun sykehjem består av to avdelinger med til sammen 21 pasienter. Her er de sykeste og mest pleietrengende pasientene. Nesten alle pasientene krever to pleiere ved stell og endring av sengeleie på natt.

Konsekvenser: Avventer ROS – analyser med konsekvenser. Disse ferdigstilles innen 5. desember.

Legge ned avlastningen på Lillebo, besparelser kr. 1.800.000

Lillebo har 5 plasser for korttid/avlastning. Behovet for både korttidsplasser/avlastningsplasser og langtidsplasser er stort. Ofte ligger det pasienter på langtidsplass på Lillebo på grunn av at det ikke er ledige plasser i sykehjemmene. Pr i dag er det ikke mulig å imøtekomme alle søknadene på korttidsplasser. Korttidsplassene på sykehjemmet og Omsorgssenteret blir i lange perioder opptatt av langtidspasienter, noe som gjør behovet for plassene på Lillebo viktig.

For å dekke litt av behovet for avlastning/korttidsopphold foreslås det at 2 senger på Sonjatun sykestue blir omgjort til korttidsplass, samt at en langtidsplass på Sonjatun bo og kultursenter blir korttidsplass. På den måten vil kommunen ha 5 korttids/avlastningsplasser

Konsekvens

Korttidsplasser/avlastningsplasser blir sterkt redusert. Dette fører til at man ikke kan gi tilbud om nødvendig avlastning til pårørende, noe som igjen fører til stort press på langtidsplasser. Ofte kommer pasienter fra UNN til Lillebo på korttidsplass, da de ikke kan reise hjem. Sykestua tar ikke imot alle utskrivningsklare pasienter. Det betyr at hvis Lillebo legges ned, blir pasientene liggende på UNN på døgn mult.

Felles hjemmetjenesten og rus og psykisk helsetjenester

Reduksjon av administrativ stilling i Rus og psykisk helsetjeneste og hjemmetjenesten ved å slå sammen lederressursene. Dette muliggjør en reduksjon på 40 % stilling, som gir en besparelse på kr. 200.000

Dette gjøres ved at virksomhetsleder er felles for disse to virksomhetene og at fagleder/sykepleier 1 omgjøres til avdelingsleder i hver virksomhet. Avdelingsleder vil ha både fag- og personalansvar. Dette betyr at det i rus og psykisk helsetjeneste ikke vil være 2 personer med fagansvar.

Konsekvenser. Merarbeid på avdelingsleder og virksomhetsleder.

Staben

Reduksjon av 1 konsulentstilling i stab; gir en besparelse på kr 583.421.

Konsekvenser:

Resultere i at tildelingsenheten kun vil bestå av 2 konsulenter, noe som mest sannsynlig vil medføre at virksomhetslederne må ta tilbake arbeidet med vedtak om hjemmetjenester. Det samme gjelder for virksomhetsleder/avdelingsleder på institusjon. Produksjon og kvalitet på

vedtak vil gå ned, da virksomheten erfaringsmessig har problemer med å prioritere vedtaksskriving.

Det gjør også at en ikke får til et skille mellom utøvende og tildelende virksomhet. Saksbehandlerne har mange andre oppgaver utover ren saksbehandling. Det må i så fall gjøres en omprioritering av hvilke andre oppgaver en skal ta bort. Man regner med at ressurskrevende tjenester/vederlag/budsjettkontroll/post- og journalføring/pasientregnskap/fakturering uansett må utføres. Staben vil ha fullt opp med egne oppgaver og vil i mindre grad være i stand til å støtte virksomhetene, noe som igjen betyr at pleiepersonell må utføre mer administrative oppgaver. Staben blir mindre i stand til å yte bistand til sektorleder.

Rus og psykisk helse

Redusere nyopprettet stilling som sosionom i Rus og psykisk helse. Besparelser kr 555.236

Konsekvenser. Tjenesten har hatt stillingen fra januar 2018 og har ikke brukt av den før nå på høsten. Det er en selvfølge at det vil gå ut over brukerne av tjenesten, men i hvor stor grad er uklart. Tilbudet om helsehjelp innenfor rus & psykisk helsetjenester er en tidkrevende jobb på ulike måter for ansatte. Vi har økt etterspørsel fra unge mennesker, som vi etter helseloven og virksomhetsplanen for tjenesten er pliktig til å prioritere.

Fosseng: Ta ned 1 stilling dagtid i turnus. Besparelser kr. 516.348

Konsekvenser. Må alltid leie inn vikar ved sykdom, ferie permisjon o.l.

Hjemmetjenesten

Redusere 80 % kreftsykepleier, kr. 552.000,

Konsekvenser

I dag gir kreftsykepleier kurer på Sonjatun sykestue i samarbeid med ansatte på sykestua. Hvis kreftsykepleier stillingen blir borte må kreftpasienter reise til Unn å få cellegiftkurer der, samt at de ikke får oppfølging av sin sykdom i sin hjemkommune. Det blir kun oppfølging fra fastlegen.

Andre vedtak som er gjort av H/O utvalget

Vedtatt pleiefaktor på sykehjem på 0,90, jamfør sak 54/17

Sonjatun sykehjem har 21.48 årsverk. Det er 1 årsverk virksomhetsleder og til sammen 0.40% sykepleier 1 og 0.40% hjelpepleier 1. Pleiestillinger blir da 19.68 årsverk som med 21 pasienter gir en pleiefaktor på **0.93**. Fortsatt trygghetsalarm på sykehjemmet, denne vil bli flyttet i velferdsteknologiprojektet, men her foreligger ingen økonomitall. Lange korridorer er også en utfordring på sykehjemmet, som gjør arbeidet mer krevende. Pleiefaktoren kan reduseres med 0.68 årsverk.

Sonjatun omsorgssenter har 16.82 årsverk, med 0.75 årsverk til virksomhetslederstillingen og 0.20% til sykepleier 1 og 0.20 % til hjelpepleier 1. Pleiestillinger blir da 15.67 årsverk som med 16 pasienter gir en pleiefaktor på **0.97**. Pleiefaktoren kan reduseres med 1.17 årsverk.

Sonjatun bo og kultursenter har 20.72 årsverk, med 0.75 årsverk til virksomhetslederstillingen og 0.20% til sykepleier 1 og 0.20 % til hjelpepleier 1. Pleiestillinger blir da 19.57 årsverk, med

16 +5 pasienter gir en pleiefaktor på **0.93**. Her må det bemerkes at de 5 pasientene som kommer ekstra er på Lillebo.

Pleiefaktoren kan reduseres med 0.67 årsverk.

Natt tjenesten, jamfør sak 57/17

Gruppen som ble satt våren 2018 for å se på den delen av tjenesten har startet opp igjen og det skal foreligge ROS analyser på reduksjon natt tjenesten/slå sammen flere natt tjenester innen 05.12.18. Nytt møte blir 05.12.18.

Omsorg+ jamfør sak 31/18

Det skal foretas hjemmebesøk hos 5 brukere som bor på Guleng. 3 av leilighetene har H/O utvalget vedtatt skal brukes til personer med demens eller annen kognitiv svikt med behov for heldøgns omsorg. 2 av leilighetene skal brukes til mennesker med utviklingshemming eller andre funksjonsnedsettelse med behov for heldøgns omsorg. Det er sendt brev om at det vil bli foretatt hjemmebesøk og hvor informasjon vil bli gitt. Brukerne oppfordres til å ha pårørende tilstede. På dette hjemmebesøket vil de få tilbud om annen leilighet. Alle 5 hjemmebesøkene vil bli foretatt 05.12.18.

Det er viktig at man får etablert velferdsteknologi før noen flytter inn i leilighetene.

Andre mulige besparelser:

Reduksjon av sykehjemssenger ved opprettelse av omsorg+

Dette vil man kunne gripe tak i når man kan begynne å flytte brukere inn i omsorg+, det vil si en dreining av ressurser fra institusjon til hjemmebasert omsorg.

Omsorgslønn i stedet for ressurskrevende tjenester

Foreløpig har dette ikke vært aktuelt for pårørende, man må informeres som en mulighet.

Økte egenandeler og inntekter generelt (kortidsopphold etc)

Det bør prioriteres å sende melding til NAV om økt vederlag for sykehjemsbeboere for desember måned, vil kunne utgjøre kr. 130.000 i økt inntekter for 2018.

Egenandeler sykehjem for 2019 er korrekt budsjettert, men egenandel for praktisk bistand kan forhåpentligvis økes med kr. 130.000

Vurdering

Jamfør lovverk har Nordreisa kommune plikt til å yte tjenester som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. Kommunen har blant annet plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Å redusere tjenesten så drastisk er vanskelig og kan også ha juridiske konsekvenser. Kommunen må også regne med klager fra brukere/pårørende ved endring av tjenesten. Det vil også bli merarbeid for de som skal saksbehandle klagen.

Virksomhetene rapporterer om budsjetter som i dag ikke er realistiske i forhold til utgiftene. En virksomhet rapporterer at det ikke er midler til ferievikar og at denne utgiften er stipulert til kr. 350.000. Andre virksomheter rapporterer om at de allerede har en minimumsbemanning og at

det ikke er mulig å ta ned tjenesten mer. I forhold til forslagene er det ikke foretatt ROS analyser da det ikke var tid til det innen saksbehandlingsfristen. Ros analyser vil bli foretatt før reduksjonene kommer. Det er viktig at man får etablert velferdsteknologi før man reduserer på noe.

Vurdering hvilke tiltak som foreslås gjennomført

- Ta ned 2 nattvakter med å samkjøre nattvakt i hjemmetjenesten, Fosseng og Høgegga. Besparelser kr. 2.000.000
- Kutte 1 nattvaktstilling på alle 3 sykehjemmene, slik at sykehjemmene til sammen har 5 nattvakter mot dagens situasjon med 6 nattvakter, besparelser kr. 1.000.000
- Legge ned avlastningen på Lillebo, besparelser kr. 1.800.000
- Ta bort administrativ stilling i Rus og psykisk tjeneste og hjemmesykepleien. Kan ta ned 40 % stilling, besparelse kr. 200.000
- 1 konsulentstilling i stab besparelser kr 583.421
- 1 sosionom stilling i Rus og psykisk helse. Besparelser kr 555.236
- Fosseng: Ta ned 1 stilling dagtid i turnus. Besparelser kr. 516.34

Det vurderes ikke å ta ned pleiefaktoren på noen av sykehjemmene uten at pasientgrunnlaget endres. Når det blir færre pasienter vil det gi mer utslag. En annen faktor er at nå kan man plassere en ekstra pasient på et av sykehjemmene i korte perioder uten å øke bemanningen. Det vurderes heller ikke et flatt nedtrekk på 3 % , da budsjettene allerede er på et minimumsnivå.

Det vurderes heller ikke å ta ned kreftsykepleier, da det er stort behov for tjenesten.

Budsjettversjonsrapport: Sektorleders forslag sektor 3



	2019	2020	2021	2022
Mer-/mindreforbruk konsekvensj. budsjett for ramme	137 360 879	137 360 879	137 360 879	137 360 879
Ramme	132 352 259	128 543 018	126 643 954	125 842 502
Avvik fra ramme før tiltak	5 008 620	8 817 861	10 716 925	11 518 377
Mer-/mindreforbruk budsjettversjon for ramme	132 054 872	132 054 872	132 054 872	132 054 872
Avvik fra ramme etter tiltak	-297 387	3 511 854	5 410 918	6 212 370
Valgte tiltak				
3 Sektor for helse og omsorg	-5 306 007	-5 306 007	-5 306 007	-5 306 007
<i>Effektiviseringstiltak på 0.5% kr. 641 000</i>	<i>-641 000</i>	<i>-641 000</i>	<i>-641 000</i>	<i>-641 000</i>
<i>Sonjatun sykehjem (310)</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>
<i>Sonjatun omsorgssenter (311)</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>
<i>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>	<i>-22 000</i>
<i>Hjemmehjelpstjenesten (322)</i>	<i>-555 000</i>	<i>-555 000</i>	<i>-555 000</i>	<i>-555 000</i>
<i>Legetjenester (340)</i>	<i>-20 000</i>	<i>-20 000</i>	<i>-20 000</i>	<i>-20 000</i>
<i>300 Betalingsplikt utskrivningsklare pasienter i rus og psykisk helsevern</i>	<i>50 000</i>	<i>50 000</i>	<i>50 000</i>	<i>50 000</i>
<i>Helse og sosialadministrasjon (300)</i>	<i>50 000</i>	<i>50 000</i>	<i>50 000</i>	<i>50 000</i>
<i>300 Multidoser besparelse kr. 160.000 2019</i>	<i>-160 000</i>	<i>-160 000</i>	<i>-160 000</i>	<i>-160 000</i>
<i>Helse og sosialadministrasjon (300)</i>	<i>-160 000</i>	<i>-160 000</i>	<i>-160 000</i>	<i>-160 000</i>
<i>300 Reduksjon 1. konsulent stilling stab</i>	<i>-583 421</i>	<i>-583 421</i>	<i>-583 421</i>	<i>-583 421</i>
<i>Helse og sosialadministrasjon (300)</i>	<i>-583 421</i>	<i>-583 421</i>	<i>-583 421</i>	<i>-583 421</i>
<i>310,311,312 Reduksjon 1. nattevaktstilling sykehjemmene</i>	<i>-1 000 002</i>	<i>-1 000 002</i>	<i>-1 000 002</i>	<i>-1 000 002</i>
<i>Sonjatun sykehjem (310)</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>
<i>Sonjatun omsorgssenter (311)</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>
<i>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>	<i>-333 334</i>
<i>312 Nedlegge Lillebo avlastning 1,8 mill kr</i>	<i>-1 800 000</i>	<i>-1 800 000</i>	<i>-1 800 000</i>	<i>-1 800 000</i>
<i>Sonjatun bo- og kultursenter (312)</i>	<i>-1 800 000</i>	<i>-1 800 000</i>	<i>-1 800 000</i>	<i>-1 800 000</i>
<i>320 og 321 Fellesadm stilling: hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjenester</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>
<i>Møteplassen Psykiatri (321)</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>
<i>321 og 320 Fellesadm stilling: hjemmetjeneste og rus og psykisk helsetjenester</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>
<i>Hjemmehjelpstjenesten (322)</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>	<i>-100 000</i>
<i>321 Rus og Psykisk helse reduksjon stilling kr -555 236</i>	<i>-555 236</i>	<i>-555 236</i>	<i>-555 236</i>	<i>-555 236</i>
<i>Møteplassen Psykiatri (321)</i>	<i>-555 236</i>	<i>-555 236</i>	<i>-555 236</i>	<i>-555 236</i>
<i>322,323,324 Reduksjon 2. nattevaktstillinger</i>	<i>-2 000 000</i>	<i>-2 000 000</i>	<i>-2 000 000</i>	<i>-2 000 000</i>
<i>Hjemmehjelpstjenesten (322)</i>	<i>-666 667</i>	<i>-666 667</i>	<i>-666 667</i>	<i>-666 667</i>
<i>Fosseng Psykiatri (323)</i>	<i>-666 667</i>	<i>-666 667</i>	<i>-666 667</i>	<i>-666 667</i>
<i>Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)</i>	<i>-666 666</i>	<i>-666 666</i>	<i>-666 666</i>	<i>-666 666</i>
<i>323 Reduksjon dagstilling Fosseng kr -516 348</i>	<i>-516 348</i>	<i>-516 348</i>	<i>-516 348</i>	<i>-516 348</i>
<i>Fosseng Psykiatri (323)</i>	<i>-516 348</i>	<i>-516 348</i>	<i>-516 348</i>	<i>-516 348</i>
<i>360 Øking av antalle personer på kvalifiseringsprogrammet</i>	<i>1 100 000</i>	<i>1 100 000</i>	<i>1 100 000</i>	<i>1 100 000</i>
<i>NAV sosial (360)</i>	<i>1 100 000</i>	<i>1 100 000</i>	<i>1 100 000</i>	<i>1 100 000</i>
<i>360 Økning sosial stønad kr 1 000 000</i>	<i>1 000 000</i>	<i>1 000 000</i>	<i>1 000 000</i>	<i>1 000 000</i>
<i>NAV sosial (360)</i>	<i>1 000 000</i>	<i>1 000 000</i>	<i>1 000 000</i>	<i>1 000 000</i>

Tiltak som ikke er valgt i denne budsjettversjonen				
3 Sektor for helse og omsorg	0	0	0	0
300 Ferievikarer 1.300.000,- 2019	1 300 000	1 300 000	1 300 000	1 300 000
Helse og sosialadministrasjon (300)	1 300 000	1 300 000	1 300 000	1 300 000
300 Kriseteam kr. 30.000	30 000	30 000	30 000	30 000
Helse og sosialadministrasjon (300)	30 000	30 000	30 000	30 000
300 Matombringing kr 40.000	40 000	40 000	40 000	40 000
Helse og sosialadministrasjon (300)	40 000	40 000	40 000	40 000
300 3% flatt kutt på hele sektoren kr 3,5 mill	-3 556 626	-3 556 626	-3 556 626	-3 556 626
Helse og sosialadministrasjon (300)	-3 556 626	-3 556 626	-3 556 626	-3 556 626
310 - 2 Helsefagarbeidere/miljøarbeider a100%	1 124 000	1 124 000	1 124 000	1 124 000
Sonjatun sykehjem (310)	1 124 000	1 124 000	1 124 000	1 124 000
310 Ekstra bemanning helg, 25% ganger 4	0	0	0	0
Sonjatun sykehjem (310)	0	0	0	0
310 Hjelpepleier 1 oppjustering på stilling 80 000	80 000	80 000	80 000	80 000
Sonjatun sykehjem (310)	80 000	80 000	80 000	80 000
310 Reduksjon pleiefaktor 68% stilling	-250 000	-250 000	-250 000	-250 000
Sonjatun sykehjem (310)	-250 000	-250 000	-250 000	-250 000
310 senge vekt 2019	30 000	0	0	0
Sonjatun sykehjem (310)	30 000	0	0	0
310 sykepleier ressurser 40 % 270 700	270 700	270 700	270 700	270 700
Sonjatun sykehjem (310)	270 700	270 700	270 700	270 700
310 økt bemanning helg 3 ganger 25 %	562 000	562 000	562 000	562 000
Sonjatun sykehjem (310)	562 000	562 000	562 000	562 000
310,311,312 Reduksjon 2. nattevaktstillinger sykehjemmene	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000
Sonjatun sykehjem (310)	-666 667	-666 667	-666 667	-666 667
Sonjatun omsorgssenter (311)	-666 667	-666 667	-666 667	-666 667
Sonjatun bo- og kultursenter (312)	-666 666	-666 666	-666 666	-666 666
311 Reduksjon pleiefaktor 117% stilling	-400 000	-400 000	-400 000	-400 000
Sonjatun omsorgssenter (311)	-400 000	-400 000	-400 000	-400 000
311 Økt bemanning. 2019	440 000	440 000	440 000	440 000
Sonjatun omsorgssenter (311)	440 000	440 000	440 000	440 000
312 Økt bemanning 2019	431 000	431 000	431 000	431 000
Sonjatun bo- og kultursenter (312)	431 000	431 000	431 000	431 000
312 Reduksjon pleiefaktor 67% stilling	-250 000	-250 000	-250 000	-250 000
Sonjatun bo- og kultursenter (312)	-250 000	-250 000	-250 000	-250 000
320 - Fagansvarlig sykepleier 100% stilling. (tidligere 2x40%)	0	0	0	0
Hjemmesykepleie (320)	0	0	0	0
320 - 100 % Ergoterapautstilling kr. 571000 kroner	571 000	571 000	571 000	571 000
Hjemmesykepleie (320)	571 000	571 000	571 000	571 000
320 - 50 % helsefagarbeider 236 000,-	236 000	236 000	236 000	236 000
Hjemmesykepleie (320)	236 000	236 000	236 000	236 000
320 Dagsenter for hjemmeboende demente kr. 500.000	500 000	500 000	500 000	500 000
Hjemmesykepleie (320)	500 000	500 000	500 000	500 000
320 Reduksjon kreftsykepleier 80% kr 552 000	-552 000	-552 000	-552 000	-552 000
Hjemmesykepleie (320)	-552 000	-552 000	-552 000	-552 000
323 Sambruk av nattevakt bokollektivet EM og Fosseng	0	0	0	0
Fosseng Psykiatri (323)	0	0	0	0
324 Høgegga Øvrige utgifter budsjettposter 2019	164 100	164 100	164 100	164 100

Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)	164 100	164 100	164 100	164 100
324 254 12002 EDB utstyr Budsjett 2019	10 000	2 000	3 000	2 000
Høgegga hjemmetj psykutviklhemmede (324)	10 000	2 000	3 000	2 000
330 - Møbler pauserom kjøkken kr. 40.000	40 000	0	0	0
Kjøkkenen sonjatur (330)	40 000	0	0	0
330 - potetskreller	30 000	0	0	0
Kjøkkenen sonjatur (330)	30 000	0	0	0
330 Innkjøp service/utstyr til avdelingene og kjøkken. kr. 100.000	100 000	40 000	40 000	40 000
Kjøkkenen sonjatur (330)	100 000	40 000	40 000	40 000
331 - Innkjøp arbeidsklær kr. 100.000	100 000	100 000	100 000	100 000
Vaskeritjeneste sonjatur (331)	100 000	100 000	100 000	100 000
331 - Innkjøp tekstiler/madrasser kr. 100.000	100 000	100 000	100 000	100 000
Vaskeritjeneste sonjatur (331)	100 000	100 000	100 000	100 000
331 - Stoler til rapport/ pauserom sykehjemmet kr. 42.000	42 000	0	0	0
Vaskeritjeneste sonjatur (331)	42 000	0	0	0
331 - Transport stol for helse kr. 37.500	37 500	0	0	0
Vaskeritjeneste sonjatur (331)	37 500	0	0	0
341 fysioterapitj. Elektronisk innrapportering til Helfo, kr.30 000	30 000	0	0	0
Fysioterapitjeneste (341)	30 000	0	0	0
341 Fysioterapitj. 50 % økt ergoterapeut stilling, kr. 260400	260 400	260 400	260 400	260 400
Fysioterapitjeneste (341)	260 400	260 400	260 400	260 400
352 Innkjøp av pasientsenger og hjelpemiddel.	0	0	0	0
Sykestue (352)	0	0	0	0
352 Omstilling sykestue	0	0	0	0
Sykestue (352)	0	0	0	0
360 Tetter oppfølging brukere av sosial stønad.	531 000	531 000	531 000	531 000
NAV sosial (360)	531 000	531 000	531 000	531 000
360 Økning sosial stønad kr 2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
NAV sosial (360)	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
360 Årlig lisens nytt saksbehandling wisma NavSosial	35 000	35 000	35 000	35 000
NAV sosial (360)	35 000	35 000	35 000	35 000



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
47/18	Nordreisa helse- og omsorgsutvalg	30.11.2018

Alternativ bruk av sykestuesenger fra 01.01.19

Henvising til lovverk:

Vedlegg

- 1 Sak 36-2018 Finansiering og organisering av sykestuesenger Nord-Troms

Rådmannens innstilling

To sykestuesenger benyttes fra 01.01.19 til korttidsopphold og utskrivningsklare pasienter. Ved ledig kapasitet kan sengene også benyttes til avlastning.

Saksopplysninger

Det vises til sak 36/17 (10.10.17) i helse- og omsorgsutvalget angående organisering av sykestuesenger.

Det var da ikke avklart hvor mange sykestuesenger Nordreisa ville beholde. Saken ble utsatt av utvalget.

Styret i UNN gjorde den 25.04.18 følgende vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til forslag om del-finansiering av seks Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/ sykestuesenger i Nord-Troms.
2. Styret forutsetter at driften av ØHD-/ sykestuesengene sikrer og viderefører de effekter som er vist i rapporten «Evaluering av sykestuene i Nord-Troms».
3. Styret forutsetter at alle senger må tilfredsstillende de krav som er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 samt Tjenesteavtale 4 mellom kommunene og UNN.
4. Styret ber om at det utarbeides egen driftsavtale mellom UNN og de aktuelle kommunene, som beskriver drift og samarbeid om tilbudet.

En ØHD-seng er et øyeblikkelig hjelp døgntilbud og skal gis der pasienten kan få et like godt eller bedre tilbud enn ved sykehusinnleggelse. Tilbudet skal på den måten redusere antall sykehusinnleggelser. Sonjatun sykestue har i dag tre ØHD senger og en KAD seng

(sykestuesenger). De fyller samme funksjon i daglig drift, men de finansieres forskjellig. ØHD sengene finansieres av UNN og KAD sengen av Nordreisa kommune.

I 2016 og 2017 gjennomførte representanter fra Nord-Troms kommunene, UNN og Helse Nord en evaluering av sykestuesengene.

Prosjektgruppen hadde skissert fire forskjellige alternativer. Styret ved UNN besluttet delfinansiering av 2 øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/ Sykestuesenger i Nordreisa.

Det innebærer det at Nordreisa kommune mister delfinansiering for to ØHD senger fra 1.1.2019. Dermed gjenstår det en ØHD seng og en KAD seng (kommunal akutt døgnhjelp).

Det utgjør en reduksjon i tilskuddet fra UNN på kr 1 824 000 (før deflatorjustering).

Vurdering

Det er viktig å kategorisere vårt sengetilbud etter pleienivå for å tilgodese befolkningens behov til alle tider, og for å kunne vise til et evt. økende eller minkende behov av en viss tjeneste. En ØHD plass er for de akutt syke (f.eks. akutte magesmerter, blodforgiftning, plutselig stor funksjonssvikt, brudd og luftveissykdommer, behandling og pleie i livets slutfase mm.). Det er i stedet for et sykehusopphold og pasienten skal få et like godt eller bedre tilbud enn ved sykehussinnleggelse. En sykestueseng er et tilbud i en akutfase, altså *før* eller *istedenfor* et sykehusopphold.

Ifølge nøkkelpersoner innen helse og omsorg framkommer et behov for *korttidsplasser* i kommunen. Dette er noe som sykestua har erfart, da det til tider vært korttidspasienter på ØHD plass. En typisk korttidspasient kan være en som har fått behandling på UNN f.eks. etter et lårhalsbrudd og som er ferdigbehandlet der. Pasienten er utskrivningsklar, men klarer seg ikke alene hjemme uten hjelp i en periode. For pasienten koster det 160,-/ døgn å være på korttidsplass i kommunen.

Kommunen har i dag en avdeling med 5 plasser som primært brukes til avlastning, men også til korttidsopphold. Avlastning er en avgiftsfri tjeneste som egentlig er til for pårørende med betydelige omsorgsoppgaver. Tjenesten avlastar pårørende, slik at få brukeren kan bo hjemme lenger.

Nordreisa kommune sliter med å ta imot utskrivningsklare pasienter, noe som gir økonomiske konsekvenser i form av døgnbøter på kr 4505,-/ døgn. Det har blitt løst gjennom en avtale med Kåfjord kommune mot en døgnpris på kr 3300. Hittil i år så har dette kostet kr 446 114,-.

DMS er i enda en evalueringsprosess der UNN ser på rehabiliteringstilbudet og framtidig drift av DMS'et. Denne prosessen fortsetter inn på det nye året. Det er viktig for DMS'et å beholde kompetansen og personellet, slik at vi er til å ta tak i evt. nye oppgaver og videreutvikling av DMS Nord-Troms.

Det foreslås at de to ØHD sengene som UNN har sagt opp brukes til korttidsopphold for pasienter med et sammensatt sykdomsbilde, som trenger innsats på et høyere pleienivå. Sengene benyttes også for utskrivningsklare pasienter, slik at kommunen sparer på døgnutgifter til UNN og Kåfjord kommune.

Alternativet er at to sykestuesenger reduseres og at bemanningen reduseres tilsvarende. Det må gjøres beregning på hvor mye bemanningen kan reduseres for å opprettholde et forsvarlig nivå på resterende senger. Det er på det rene at det uansett ikke er mulig å redusere bemanningen tilsvarende reduksjonen i tilskuddet fra UNN.

Hvis man likevel må opprettholde tilnærmet samme bemanning, foreslås det alternativ bruk av senger.



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
36/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25.4.2018
Saksansvarlig: Elin Gullhav		Saksbehandler: Magne Nicolaisen

Finansiering og organisering av sykestuesenger i Nord-Troms

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) slutter seg til forslag om delfinansiering av seks Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/ sykestuesenger i Nord-Troms.
2. Styret forutsetter at driften av ØHD-/ sykestuesengene sikrer og viderefører de effekter som er vist i rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*».
3. Styret forutsetter at alle senger må tilfredsstille de krav som er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 samt Tjenesteavtale 4 mellom kommunene og UNN.
4. Styret ber om at det utarbeides egen driftsavtale mellom UNN og de aktuelle kommunene, som beskriver drift og samarbeid om tilbudet.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har finansiert drift av til sammen ni sykestuesenger i fire av Nord-Troms-kommunene. Tabellen nedenfor viser finansiering av sykestuesenger samt ØHD-tilskudd.

Kommune	Antall senger	Fra UNN	Fra Staten ØHD-tilskudd i rammeoverføringen	Samlet tilskudd	Snittpris pr. seng
Nordreisa	4	3 099 500	548 500	3 648 000	912 000
Skjervøy	3	2 414 000	322 000	2 736 000	912 000
Kåfjord	1	637 500	274 500	912 000	912 000
Kvænangen	1	746 000	166 000	912 000	912 000
Totalt	9	6 897 000	1 311 000	8 208 000	912 000

Som en del av Samhandlingsreformen ble det gjort endringer i blant annet finansiering av helse- og omsorgstjenestene. Kommunene ble gitt et større ansvar for helsetilbud både før, istedenfor og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng ble kommunene pålagt å

opprette et kommunalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD-senger), hvor kommunenes budsjett ble styrket og spesialisthelsetjenestens budsjetter redusert tilsvarende.

Disse endringer i oppgaver og finansiering medførte at avtalene mellom UNN og kommunene i Nord-Troms om drift av sykestueplasser ble sagt opp allerede i 2012. Tilbudet er imidlertid videreført i påvente av en grundigere gjennomgang/ evaluering. Denne evalueringen er nå gjennomført.

Formål

Formålet med saken er å avklare UNNs forpliktelser knyttet til framtidig drift av sykestuer i Nord-Troms. Dette må sees i sammenheng med anbefalingene i rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*» (vedlegg 1).

Saksutredning

Helse Nord RHF har i samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og kommunene i Nord-Troms (Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy) gjennomført en evaluering knyttet til bruk og drift av sykestuene. Prosjektgruppen avleverte i juni 2017 rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*». Rapporten viser at det ikke har vært mulig 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.

Oppsummert i rapporten framkommer 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.*

Rapporten utreder fire alternativer for framtidig organisering av ØHD/sykestuene i Nord-Troms;

1. Null-alternativet - UNN viderefører finansiering av dagens organisering.
2. Ingen finansiering fra UNN av ØHD/ sykestuene.
3. Sentralisering av ØHD/ sykestuene til Sonjatun med delfinansiering fra UNN.
4. Videreføre dagens organisering, men med delfinansiering fra UNN av færre senger.

Rapporten anbefaler alternativ 4 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 dimensjonering og bruk av tilbudet i kommunene.

På styremøte i Helse Nord RHF ble rapporten behandlet, og i vedtaket heter det at «*Rapporten Evaluering av sykestuene i Nord-Troms overleveres til Universitetssykehuset Nord-Norge HF som rette vedkommende*».

Økonomi

I dagens finansieringsmodell er kommunenes tilskudd i den statlige rammeoverføringen drøyt 1,3 millioner pr. år. Dette tilskuddet beregnes ut fra antall innbyggere og alderssammensetning, og påvirkes ikke selv om UNN gjør endring i sine tilskudd. Totalt finansieres hver sykestueseng med 912 000 kr per år. Dagens finansiering av 9 senger utgjør 8,2 mill kr, hvorav 6,9 mill kr kommer fra UNN og 1,3 mill kr fra Staten (rammeoverføring).

En videreføring med finansiering av seks senger vil gi UNN en årlig reduksjon på kr. 2 736 mill.

Den anbefalte videreføringen av seks senger kan framstilles slik:

Kommune	Antall senger	Fra UNN	Fra Staten ØHD-tilskudd i rammeoverføringen	Samlet tilskudd	Snittpris pr. seng
Nordreisa	2	1 275 500	548 500	1 824 000	912 000
Skjervøy	2	1 502 000	322 000	1 824 000	912 000
Kåfjord	1	637 500	274 500	912 000	912 000
Kvænangen	1	746 000	166 000	912 000	912 000
Totalt	6	4 161 000	1 311 000	5 472 000	912 000

Medvirkning

Gjennom arbeidet med evalueringsrapporten er pasient- og brukerperspektivet ivaretatt, blant annet gjennom innspill fra elderråd og ungdomsråd. Disse er vedlagt rapporten. I tillegg er saken forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner med vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget ved UNN i egne medvirkningsmøter og drøftinger i uke 15. Protokollene fra disse møtene behandles som egne referatsaker i UNN-styrets møte 25.4.2018. Samtlige møter sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.

Vurdering

I rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*» konkluderes det med at en videreføring av ØHD-/ sykestuesenger i hver av kommunene er viktig for å videreføre de positive effektene ØHD/ sykestuesengene har for pasientbehandling og rekruttering av personell i disse kommunene.

Direktøren foreslår derfor at UNN viderefører en finansiering som sikrer drift av til sammen seks ØHD-/ sykestuesenger i kommunene Kvænangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord. Det forutsettes at driften av ØHD-/ sykestuesengene viderefører de effekter som er vist i rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*».

Alle senger må tilfredsstillende krav som er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 samt Tjenesteaftale 4 mellom kommunene og UNN. Det foreslås at det utarbeides egen driftsavtale mellom UNN og de aktuelle kommunene som beskriver drift og samarbeid om tilbudet.

Tromsø, 13.4.2018

Marit Lind (s.)
konstituert administrerende direktør

Vedlegg: Rapporten *Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*, datert 1.6.2017.

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 (Kvænanen, 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
- Kvænanen: 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, Kvænangen 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 Kvænangen 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, Kvænangen minst med 1 235, mens Kåfjord og Skjervøy er relativt jevnstore med hhv 2 178 og 2 911 innbyggere. Kåfjord og spesielt Kvænangen 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 Kvænangen å synke med ytterligere 17 prosent.

Befolkningssammensetning og infrastruktur

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

I Kvænangen 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 Kvænangen knyttet sammen med flere av stedene i og rundt kommunen med hurtigbåtanløp.

I Kåfjord har flertallet av befolkningen i kommunen kystsameopprinnelse, 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 prehospitaltjenester, pasienttransport og forbruk av sykehustjenester.

7.1 Forbruk av prehospitaltjenester

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 Kvæningen	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, luftambulanse, andre helseinstitusjoner og omlasting til annen ambulanse. Innenfor kategoriene legevakt og andre helseinstitusjoner vil transporter som går til sykestuene være inkludert.

Tabell 5 – Kostnader ambulanseoppdrag 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
Kvæningen	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 ambulanseoppdrag. 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. sykehusdøgn 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	Kvæningen	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	Kvæningen	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 liggdøgn		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 transportert 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 kompenserer 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 tilfredsstiller 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 utskrivning 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 uværperioder 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

Ingrid Lønhaug

Sekretær

Anita Larsen

Anita Larsen

Mental Helse

Jan Larsen

Jan Larsen

Pensjonistforeninga

Ronny Laberg

Ronny Laberg

Røde Kors

Birgit Paulsen

Birgit Paulsen

Skjervøy Demensforening

May-Britt Klevstad

May Britt Klevstad

Eldrerådet

Arnfinn Hansen

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 døgnopphold – 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