

HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

MØTEINNKALLING

Utval: Komite for helse og omsorg
Møtestad: Møterom 1 og 2 Herøy helsesenter
Dato: 18.08.2017
Tid: 14:00

Melding om forfall til tlf. 70081300.

Forfall til møter i kommunale organer skal vere gyldig i hht. Lov om kommuner og fylkeskommuner § 40, nr. 1.

Varamedlemer som får tilsendt sakliste, skal ikkje møte utan nærare innkalling.

Fosnavåg, 14.08.2017

Bjørn Otterlei
leiar

SAKLISTE:

Saksnr	Innhold
PS 27/17	Godkjenning av innkalling og sakliste
PS 28/17	Protokoll frå førre møte
PS 29/17	Referatsaker
PS 30/17	Legevakt Søre Sunnmøre - Prosjektrapport
PS 31/17	Familievikar - servicetilbod for familiar om hjelp i heimen ved spesielle behov
PS 32/17	Brukarrepresentantundersøking for teneste til menneske med utviklingshemming
	Referatsaker
RS 11/17	Rapport fra RO

PS 27/17 Godkjenning av innkalling og sakliste

PS 28/17 Protokoll frå førre møte

PS 29/17 Referatsaker



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Avdeling for Barn, Familie og Helse

SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar:	IMT	Arkivsaknr:	2016/222
		Arkiv:	G21

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
30/17	Komite for helse og omsorg	18.08.2017
122/17	Formannskapet	22.08.2017

LEGEVAKT SØRE SUNNMØRE - PROSJEKTRAPPORT

Tilråding:

Prosjektrapporten vert teken til vitande.

Det vert lagt til grunn at det tillyste møtet 1.9.2017 vert eit informasjonsmøte om rapporten.

Sjustjerna Helse og Omsorg, som styringsgruppe, handsamar i etterkant av informasjonsmøtet rapporten vidare og set i verk naudsynnte utgreiingar.

Særutskrift: Sektor Helse og Omsorg
Avdeling Barn, familie og helse

Vedlegg:

- 1 Legevaktprosjektet - oversending
- 2 Prosjektrapport ny legevakt, versjon 11.07.17
- 3 Vedlegg 1- Arealbehov legevakt
- 4 Vedlegg 2-Kostnadsberegning ny legevakt
- 5 Vedlegg 3-Spørjeundersøking legar mai 2017
- 6 Vedlegg 5-Tilbakemelding fr? HMR
- 7 Uttale frå fung. kommuneoverlege

Samandrag av saka:

Sjustjerna Helse og Omsorg oppnemnde, etter at det vart sett nye krav til den kommunale drifta av legevakt, ei prosjektgruppe til å utgreie legevakt på Søre Sunnmøre. Prosjektgruppa har no sendt sin rapport over til dei deltakande kommunane og bede om eit møte med deltakarkommunane den 1.september 2017. Til dette møtet er i tillegg til ordførar og rådmann i deltakarkommunane også Sjustjerna Helse og Omsorg invitert. Prosjektleiari har i oversendinga av rapporten bede om at dei einskilte kommunane til dette møtet kan ta stilling til ei rekkje spørsmål. Slik rådmannen ser det er det vanskeleg å ta stilling til desse spørsmåla før det ligg føre ytterlegare utgreiing. Det er også andre forhold i rapporten som bør utgreiast nærare. Rådmannen vil også tilrå at styringsgruppa for prosjektet handsamar rapporten og vurderer ytterlegare utgreiing før den går til administrativ og politisk handtering i kommunane.

Saksopplysningar:

Prosjektleiari for utgreiinga «Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre» sende i sommar over prosjektrapporten til prosjektgruppa. Det er avtalt eit møte med ordførarar, rådmenn og Sjustjerna Helse og Omsorg den 1. september 2017 der rapporten skal presenterast. Det er og eit ønske om at ein på dette møtet skal få avklart kva kommunane, administrativt og politisk, meiner om følgjande spørsmål:

- Einige i tilrådinga frå prosjektgruppa om å gå for modell A?
- Kvar skal i tilfelle lokale i ytre vere?
- IKS eller vertskommune? Eventuelt, kven skal vere vertskommune? Og skal det då vere større administrative kostnader enn det vi har i nattlegevaktordninga i dag?
- Skal vi gi tilbod til Stranda om å vere med i ordninga?
- Anna modell for kostnadsfordeling?

Etter at desse punkta er avklara, er det lagt opp til at saka kan handsamas politisk i dei einskilte kommunane i løpet av september/oktober 2017 og at den nye ordninga med legevakt kan starte opp 1. mai 2018.

Prosjektrapporten er ikkje handsama av Sjustjerna Helse og Omsorg som styringsgruppe, før den vart sendt ut til kommunane. Den er heller ikkje handsama administrativt her i kommunen.

Kort om tilrådingane i rapporten:

Prosjektgruppa tilrår at framtidig legevakt organiserast etter den skisserte modell A, sjå særleg prosjektrapporten s. 33-34.

Dei meiner vidare at den beste lokaliseringa er like ved Volda sjukehus (Volda Furene) og samlokalisert med ambulansestasjonen og legevaktformidlinga.

Satellittstasjonen bør ligge sentralt geografisk plassert på Ytre Søre. Dei likestiller Ulstein og Myrvåg i denne samanhengen og legg opp til at dette er eit politisk val. Prosjektgruppa legg vidare opp til at ein startar opp per 1.5.2018, då med ei overgangsordning kor midlertidige lokalar nyttast.

Vurdering og konklusjon:

Den framlagte rapporten tek opp og utgreier mange av dei sentrale problemstillingane rundt dei «nye» krava til organisering av legevakta gjennom heile døgnet. Den omfattar likevel i hovudsak legevakt mellom kl. 15.00-22.00/08.00-22.00, legevakt utanom kontortid. Legevaktsentralen, daglegevakt og også nattlegevakt er i liten grad teke opp i rapporten.

Når det gjeld kompetansekrava, kan ein ikkje sjå at det er vurdert kva for kompetanse dei 53 legane har i dag og med det behovet for opplæring og bakvaktordningar.

Rådmannen finn det vanskeleg no å gå inn og vurdere dei konkrete spørsmålsstillingane som prosjektleiar har bede om tilbakemelding på. Ein vil derfor tilrå at rapporten vert orientert om i det tillyste møtet 1.9.2017 og deretter send til Sjustjerna Helse og Omsorg som styringsgruppe for vidare handsaming og eventuelt tilleggsutgreiing.

Dei økonomiske konsekvensane må klargjerast betre, og sjåast opp mot kommunen sine økonomiske rammer og prioriteringar. Det må og tydeleggjerast kva for kostnader som er knytt til dei nye lov og forskriftkrava. Vidare må det utgreiast nærare grunnlaget for å kunne ta stilling til dei spørsmåla prosjektleiar stiller ved oversendinga av rapporten.

Fosnavåg, 04.08.2017

Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Renathe Rossi-Kaldhol
Kommunalsjef

Sakshandsamar: Inger Marie Tofthagen

Fra: Arkiv Herøy[arkiv@heroy.kommune.no]

Sendt: 12.07.2017 10:04:11

Til: Lisbeth Moltu Espeseth

Tittel: Legevaktprosjektet

Fra: "Inger Lise Kaldhol" <inger.lise.kaldhol@ulstein.kommune.no>

Til: "Gro-Anette Frøystad Voldsund" <gro-anette.froystad.voldsund@heroy.kommune.no>, "Arne Gotteberg" <Arne.Gotteberg@volda.kommune.no>, "Arnild Nordaune" <arnhild.nordaune@vanylven.kommune.no>, "Asta Sileikiene" <asta.sileikiene@sande-mr.kommune.no>, "Berit Aasen" <berit.aasen@hareid.kommune.no>, "Bård Dalen" <bard.dalen@sande-mr.kommune.no>, "Inger Liadal" <Inger.Liadal@orsta.kommune.no>, "Knut Åmås" <Knut.Amas@orsta.kommune.no>, "Marit Botnen" <marit.botnen@ulstein.kommune.no>, "Renathe Rossi-Kaldhol" <renathe.rossi-kaldhol@heroy.kommune.no>, "Svein Berg Rusten" <Svein.Berg.Rusten@volda.kommune.no>, "Torill Myklebust" <torill.myklebust@heroy.kommune.no>, "Wenche Brit Thorseth" <wenche.brit.thorseth@sande-mr.kommune.no>, "Wenche Solheim" <Wenche.Solheim@orsta.kommune.no>, "Verner Larsen" <verner.larsen@ulstein.kommune.no>, "Olaus-Jon Kopperstad" <olaus-jon.kopperstad@heroy.kommune.no>, "Ragnhild Velsvik Berge" <ragnhild.velsvik.berge@hareid.kommune.no>, "Andreas Chr. Nørve" <andreas.chr.norve@vanylven.kommune.no>, "Rune Sjurgard" <Rune.Sjurgard@volda.kommune.no>, "Oddbjørn Indregård" <oddbjorn.indregard@sande-mr.kommune.no>, "Stein Aam" <stein.aam@orsta.kommune.no>, "Knut Erik Engh" <knut.erik.ENGH@ulstein.kommune.no>, "Arnulf Goksøyr" <arnulf.goksoyr@heroy.kommune.no>, "Camilla Storøy" <camilla.storoy@heroy.kommune.no>, "Anders Riise" <Anders.Riise@hareid.kommune.no>, "Bjarne Sætrenes" <bjarne.saetrenes@vanylven.kommune.no>, "Jørgen Amdam" <jorgen.amdam@volda.kommune.no>, "Dag Vaagen" <dag.vaagen@sande-mr.kommune.no>
Kopi: "Jørn Kippersund (jorn@kippersund.no)" <jorn@kippersund.no>

Emne: Legevaktprosjektet

Hei

Prosjektrapporten til legevaktutgreiingsprosjektet er no ferdig og kjem som vedlegg til denne e-posten. Eg har avtalt med Wenche Solheim at det blir eit felles møte med Sjustjerna helse og omsorg, rådmenn og ordførarar 1.september. Rapporten blir då presentert. Eg kjem ikkje til å publisere rapporten før etter dette møtet, men sender han ut no til deltakarane i møtet slik at det kanskje er moglegheiter for å finne tid til å lese den før møtet.

For dei som vil ha ei rask oversikt kan det vere greitt å lese oppsummeringa (s4-6) og vedlegg 2. Eg håpar at delar av driftskostnadane kan finansierast ved tilskot første åra, men dette er høgst usikkert. Eg kan seie litt meir om det i møtet.

I løpet av møtet 1.september håpar eg det kan kome avklaringar frå administrativ og politisk leiing på desse spørsmåla:

- Einige i tilrådinga frå prosjektgruppa om å gå for modell A?
- Kvar skal i tilfelle lokale i ytre vere?
- IKS eller vertskommune? Eventuelt, kven skal vere vertskommune? Og skal det då vere større administrative kostnader enn det vi har i nattlegevaktordninga i dag?
- Skal vi gi tilbod til Stranda om å vere med i ordninga?
- Anna modell for kostnadsfordeling?

Vidare framdrift

Etter desse avklaringa kan eg ha eit ukast til saksframlegg klart innan ei veke. Saka vil då vere klar for politisk handsaming i september/oktober.

Etter vedtak bør det snarast råd lysast ut stilling som legevaktsjef og dagleg leiar, slik at forarbeidet til oppstart kan starte i januar 2018.

Mål om oppstart av ny ordning i midlertidige lokale er framleis 1.mai 2018.

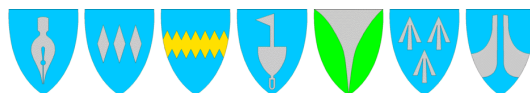
Venleg helsing

Inger Lise Kaldhol Kommuneoverlege i Ulstein
Helse- og omsorgsetaten

Prosjektrapport

Framtidig legevakt på

Søre Sunnmøre



Sjustjerna helse og omsorg

Samarbeidsorgan for helse og omsorgstenester på Søre Sunnmøre

Oppsummering	4
Bakgrunn.....	7
Mandat	7
Prosjektarbeidet	8
Om legevakt og forklaring av begrep	10
Nasjonal status og utfordringsbilde	11
Status	11
Utfordringsbilde	15
Relevante lover, forskrifter, avtaler og utgreiingar	15
Lokal legevakt i dag.....	17
Gjennom døgnet	17
Overgrepsmottaket.....	18
Legevaktsentral.....	18
Lokal bruk av legevakt.....	18
Krav, forventningar og tilgang på ressursar	20
Ei teneste for alle	20
Kompetansekrav	21
Personell	21
Lokale og utstyr.....	24
Transport	24
Systemansvar og trening.....	25
Økonomi	26
Reiseavstand og tilgang til tenesten	27
Samarbeid med anna personell	29
Tre modellar for ny organisering av legevakta	32
Modell A.....	33
Modell B.....	35
Modell C.....	36
Lokalisering	38
Vurderingar og konklusjon.....	41
Modellval	41
Lokalisering	42
Oppstart	43

Oppsummering

Bakgrunn

Sjustjerna helse og omsorg tok våren 2016 initiativ til å sjå på organiseringa av legevakttenesta fordi det har kome styrka krav til tenesta. Seks av kommunane har vore med i utgreiingsarbeidet som har blitt finansiert av prosjektmidlar frå fylkesmannen. Vanylven trekte seg frå prosjektet på grunn av samferdselsomsyn. Prosjektarbeidet har pågått i eit år. Arbeidet med prosjektet har vore krevjande fordi legevakt betyr mykje for mange.

Status og utfordringsbilde

Legevakt er ein teneste kommunane har ansvaret for 24 timar i døgnet, 365 dagar i året. Det er ei teneste med stort volum. I gjennomsnitt nyttar om lag kvar tredje innbyggjar tenesta kvart år. Tenesta blir brukt av alle og ingen veit når dei neste gong har behov. Tenesta er kritisk, både fordi innbyggjarane brukar den i sårbare og vanskelege situasjonar og fordi den er den delen av primærhelsetenesta som får flest klager.

Ny akuttmedisinforskrift kom 1.mai 2015. Krava i forskrifta er umogleg å oppfylle for kommunane slik vi har organisert legevakta i dag. Vi fyller i dag ikkje kompetansekravet, krav om forsvarleg transportordning, kravet om opplæring og samtrening med andre naudetatar eller krav om leing og kvalitetsarbeid.

I tillegg til dei forskriftsfesta krava til legevakt har det i den offentlege utgreiinga NOU 2015:17 blitt peika på fleire utfordringar med organiseringa av legevakta. Helsedirektoratet arbeider med ein ny nasjonal rettleiar. Den vil ytterlegare presisere kva som ligg i forskrifta. Det er gjeve tydelege signal om at det vil kome krav om uniformert køyretøy med støttepersonell, at legen aldri skal vere åleine på jobb og at legevaktene må ha meir administrative ressursar. For å stette dei ny krava må ein difor ha ei minimumsbemannning, både administrativt og pasientnært, uavhengig av størrelsen på legevaktdistriktet.

I prosjektarbeidet vart det difor tidleg klart at null-alternativet, å halde fram som i dag, ikkje er aktuelt. Det vil bli svært dyrt og vi vil ikkje klare å skaffe nok helsepersonell.

Tre modellar

I prosjektet har vi jobba med tre ulike modellar for framtidig organisering. Hovudprinsippet er at ein går frå fire legar i heime-beredskapsvakt til to eller tre legar i aktiv vakt.

Modell A

Hovudstasjon med to legar på jobb. Hovudstasjon lokalisert same stad som nattlegevakta. Alltid ein lege på basen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. I tillegg har denne modellen ein satellittstasjon der den tredje legen, "køyrelegen", skal jobbe deler av døgnet. Satellittstasjonen og hovudstasjonen skal ligge på kvar si side av Eiksundtunnelen. Begge stasjonane er samla i éin organisasjon der alle legane frå deltakande kommunar går i turnus på alle tre typar av vakter (base, køyrelege, lege på satellittstasjon). Eit hjelpepersonell per lege. Turnus vert satt opp slik at éin av legane i aktiv vakt alltid fyller kompetansekrava.

Modell B

Ein legevaktstasjon med to legar på jobb. Alltid ein lege på legevaktstasjonen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. Ingen satellittstasjon. Legevaktstasjonen kan oppskalerast i kapasitet med meir personell i presstider i veka og/eller ved høgtider når legevakta blir mykje brukt. Heile legevakta er samla både i éin organisasjon og på éin lokalisasjon. Turnus vert satt opp slik at éin av legane i aktiv vakt alltid fyller kompetansekravet.

Modell C

To separate legevaktorganisasjonar der kommunane på ytre slår seg saman til eit distrikt og kommunane på indre slår seg saman til eit distrikt. Ein lege med hjelpepersonell og legevaktsbil på jobb i kvart distrikt. Med berre éin lege i aktiv vakt i kvart distrikt, vil ein ofte måtte ha ein ekstra lege i heimevakt for å sikre kompetansekravet. I denne modellen held nattlegevakta fram som i dag, og det vert då til saman 3 legevaktorganisasjonar i distriktet.

Lokalisering

Om vi samlar alle seks kommunane som er i utgreiinga til eit distrikt har vi likevel eit svært kompakt legevaktdistrikt med små reiseavstandar samanlikna med mange legevaktdistrikt i Norge. Det som skil oss frå andre liknande distrikt er at Søre Sunnmøre ikkje har eit klart definert sentrum med periferikommunar, men to områder delt av Eiksundsambandet med omlag like mange innbyggjarar på kvar side. I staden for ein stor tettstad, har vi fleire middels store.

Ei meir sentralisert legevakt vil gi lenger reiseveg for ein stor del av innbyggjarane i distriktet. Plasseringa av legevaktstasjonen vil vere avgjerande for om ein kan nå det nasjonale målbildet om reiseveg under 40 min for 90% av innbyggjarane. Reine samferdsels og kommunikasjonsomsyn tilseier at ei legevaktsstasjon bør plasserast nærast mogleg Eiksundsambandet, anten i Furene eller i Eiksund. Samtidig kan ein gå glipp av viktige synergjar med andre samarbeidspartar ved ei slik geografisk lokalisering. Særleg er samarbeidet med spesialisthelsetenesta og reisetid frå legevaktstasjonen til sjukehus viktige moment i lokaliseringssvalet.

Konklusjon

I prosjektarbeidet har vi lagt opp til innhenting av lokal og nasjonal kunnskap og medverknad frå samarbeidande personell og brukarar. Tilrådinga frå prosjektgruppa baserar seg på faktaopplysningar og innspel frå andre. Vi vil særleg trekke fram pleie og omsorgssektoren der vi hadde eige seminar. Tilbakemeldinga frå desse var særleg tydeleg på at dei ønska ein reelt mobil lege tilgjengeleg på legevakt. Difor er ein eigen køyrelege eit sentralt element i vår tilråding, og utgjør ei viktig kvalitetsheving samanlikna med dagens ordning.

Dei faglege argumenta og innspela frå andre peikar alle mot at modell A er det klart beste alternativet for organisering av legevakta i dei seks kommunane framover. Modell B vil også vere fagleg forsvarleg og er eit andreval for prosjektgruppa. Modell C blir frårådd.

Hovudstasjonen bør ligge i nærleiken til Volda sjukehus fordi pasientstraumen her er størst. Prosjektgruppa meiner at den beste lokaliseringa er like ved Volda sjukehus og samlokalisert med ambulansstasjonen. Ein oppnår då flest synergjar. Helse Møre og Romsdal har gitt tydelege signal om at bygging av ny ambulansstasjon ved Volda sjukehus ikkje er aktuelt av økonomiske årsaker. I prosjektgruppa meiner vi då at andre alternativet må vere på strekninga Volda sjukehus-Furene,

samløkalisert med ambulansestasjon. For å utnytte ressursane og byggje ein solid organisasjon, ønskjer vi vi å samle også legevaktsformidlinga, som i dag vert dreven av Helse Møre og Romsdal, i hovudstasjonen.

Satellittstasjonen bør ligge sentralt geografisk plassert på ytre for å sikre at flest mogleg innbyggjarar kan nå ein legevaktbase innan 40 min. Gode alternativ er Myrvåg eller Ulsteinvik om ein vil bruke eksisterande lokale. Det er ingen faglege argument som skil desse to stadane, så det blir opp til det politiske miljøet å bli einige om kvar lokaliseringa skal vere.

Det vil ikkje vere mogleg å ha nye lokale tilgjengelege til 1.mai 2018. Vi i prosjektgruppa foreslår derfor at vi startar opp med ei overgangsordning 1.mai 2018 der vi brukar eksisterande lokale (eit legekontor på indre, eit legekontor på ytre og nattlegevakta og legevaktssentralen ved sjukehuset som i dag)

Dette har vore eit utgreiingsprosjekt og det er framleis mykje arbeid som må gjerast før oppstart er mogleg. Prosjektgruppa foreslår derfor at det snarast mogleg etter vedtak blir tilsett ein legevaktssjef og dagleg leiar i legevakta for vidare planlegging og oppstart. Det må blant anna bli gjennomført ROS-analyse av valt modell, etablerast rutinar og prosedyrar og tilsettast hjelpepersonell før ein kan starte opp med overgangsordninga. Det må også jobbast vidare med nye lokale.

I tillegg til val av modell og lokalisering må ein i det administrative og politiske behandlinga av saka ta stilling til om ein ynskjer vertskommuneorganisering eller eit eige interkommunalt selskap. Vi i prosjektgruppa har ikkje tatt stilling til om det eine er betre eigna enn det andre.

Bakgrunn

Mandat

Sjustjerna helse og omsorg tok våren 2016 initiativ til å sjå på organiseringa av legevakta. Bakgrunnen var at det kom sterkare nasjonale krav til tenesta etter innføringa av den nye akuttmedisinforskrifta. Alle kommunane har med dagens organisering utfordringar med å oppfylle krava i forskrifta. Det blei etter godkjenning av saka frå rådmannsgruppa til Sjustjerna skreve ei felles saksframlegg til bruk i kommunestyra med denne tilrådinga:

Tilråding frå Rådmannen:

..... kommune vedtek å delta og støtte opp eit prosjekt for å greie ut framtidig organisering av legevakta på Søre Sunnmøre.

Sjustjerna helse- og omsorg får funksjonen som styringsgruppe. Styringsgruppa søker finansiering av prosjektet, tilset prosjektleiar og oppnemner prosjektgruppe. Dersom det blir behov for kommunal medfinansiering utover arbeidsinnsats frå kommunalt tilsett personell, skal det bli lagt fram som eiga sak.

Tillitsvalte for legane i kommunane på Søre Sunnmøre fungerer som ei referansegruppe.

..... kommune peiker ut som medlem i ei referansegruppe for brukarar.

Saka var våren 2016 oppe i kommunestyra i Hareid, Herøy, Volda, Ulstein og Ørsta. Sande hadde ikkje saka opp til politisk handsaming, men har likevel delteke i prosjektarbeidet. Vanylven trekte seg frå prosjektet fordi ein såg at samferdsel gjorde eit legesamarbeid med Søre Sunnmøre vanskeleg. Vanylven kan likevel seinare knyte seg til ordninga om dei ønsker det.

Ulstein kommune søkte på vegne av alle kommunane om prosjektskjønnsmidlar frå fylkesmannen til prosjektet og fekk tildelt 500 000 kr til prosjektet.

Sjustjerna helse og omsorg gjorde som styringsgruppe for prosjektet i møte 16.06.16 eit slikt vedtak:

1. Tilsetje Inger Lise Kaldhol som prosjektleiar og Jørn Kippersund som rådgjevar. Begge får 15 % stilling i eit år frå 01.08.16. Prosjektmidlane er tildelt Ulstein kommune som hovudsøkar, og denne kommunen står derfor for tilsetjingane. Stillinga som rådgjevar har vore internt utlyst i allmennlegekorpset på Søre Sunnmøre, og det er berre Jørn Kippersund som har meldt si interesse.
2. Mandat: Utreie minst to alternativ til organisering og lokalisering av legevakt på søre Sunnmøre og til å vurdere og kome med ei tilråding om kva modell ein vil tilrå. Utreiing skal innehalde vurderingar av kvalitet i tenesta og økonomiske konsekvensar for kommunen samt moglege svakheiter. Rapporten skal vere ferdig innan eit år etter oppstart.
3. I prosjektgruppa skal desse vere med, alle er førespurt og har sagt ja:

Medlem	Stilling
Jan Magne Remøy	legevaksleiar Herøy/Sande
Knut Åmås	seksjonsleiar for helse og velferd, Ørsta.
Stian Endresen	praksiskonsulent/tillitsvalt allmennlegeforeninga.
Erlend Bae	Ass. seksjonsleder Akuttmottak, Volda sjukehus

Hornindal var ikkje med i det opphavlege mandatet, men blei med som ein naturleg del av utgreiinga då det blei klart at Hornindal og Volda kommune ville slå seg saman. Hornindal har ikkje vore representert i prosjektgruppa, men involvert via referansegruppa for legar.

I tillegg har utgreiingsprosjektet fått brev frå Stranda kommune der kommunen ynskjer eit tilbod med tanke på å knyte seg på legevakt på Søre Sunnmøre. Stranda kommune har også sendt ein slik førespurnad til Ålesund kommune.

Prosjektarbeidet

Organisering og arbeidsform

Prosjektet har hatt organisering som blei bestemt i kommunestyresaka. Arbeidet har vore leia av Inger Lise Kaldhol, kommuneoverlege i Ulstein, som prosjektleiar og Jørn Kippersund, sjef for nattlegevakta, som rådgjevar. I prosjektarbeidet har ein nytta google-disk for ein transparent prosess. Dokumenta knytt til arbeidet kan lesast her:

<https://docs.google.com/document/d/1RC7dofX7st2rHUutdsDAE52OmPdlf2OQV5LRP2l1Ci0/edit>



Sjustjerna helse og omsorg har som styringsgruppa fått informasjon om framgangen og utviklinga i prosjektet fortløpande. Det har blitt gitt overordna føringar for arbeidet. Det har blitt halde to lenger presentasjon i gruppa, halvveis i prosjektet og ved slutføring.

Prosjektgruppa har hatt 8 møter. Rolla har vore å kome med innspel til arbeidet og gitt råd om prioriteringar av tida. Avgjerda om kva modellar som skal utgreiast har blitt tatt av prosjektgruppa.

I begge referansegruppene har det blitt haldt to møter. I første møte blei det brukt tid til å orientere om prosjektet. I andre møte med referansegruppe 2 blei det notert ned innspela frå gruppa. Rolla til referansegruppa for brukarane har vore å kome med innspel til kva av modellane som vil gje det beste tilbodet til innbyggjarane.

Dei tillitsvalte legane haldt andre møte utan at prosjektleiinga var tilstades og har gitt si tilbakemelding i form av eit brev. Dei har kome med innspel til kva som gjer ei legevakt attraktiv å jobbe i for legane.

Den formelle prosjektorganisasjonen har hatt desse møta:

Sjustjerna helse og omsorg	Prosjektgruppemøte	Referansegruppe 1	Referansegruppe 2
16.06.16 21.10.16 03.03.17 (01.09.17)	25.08.16 27.09.16 06.12.16 12.01.17 21.03.17 24.04.17 12.05.17 22.06.17	01.11.16 17.01.17 (utan prosjektleiinga tilstades)	06.12.16 13.06.17

Samarbeid med andre

I tillegg har det blitt gjennomført ein del andre aktivitetar for å hente inn informasjon og for å finne ut av moglege samarbeidsarenaer.

Andre møter	Uformelle drøftingar med Stranda/ ved ass.rådmann Møte med Volda sjukehus ved Knut Nautvik Møte med AMK Ålesund ved Per Christian Juvkam Møte med leiinga i Helse Møre og Romsdal Presentasjon for ordførar/rådmenn i Sjustjernekommunane Samarbeidsmøte med Sjustjernekommunane og Helse Møre og Romsdal
Besøk på andre legevakter	Nord-Hordaland legevakt Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt Ålesund legevakt Nordfjord legevakt Kristiansand legevakt

Innspel frå tilsette i kommunane	Sjukeheimslegenettverk Kommunale omsorgstenester Legevaktslegar og sjukepleiarar i LVS
Konferansar	Nasjonal legevaktskonferanse Lederkonferanse for legevakter

Om legevakt og forklaring av begrep

Legevakt er ein sentral del av primærhelsetenesta og står i nær samanheng med ei velfungerande fastlegeordning. Legevakt er allmennmedisinsk verksemd, men også ein viktig og naudsynt første del av den akuttmedisinske kjeda. Legevakt er ei teneste som blir nytta av innbyggjarar i alle aldersgrupper og livssituasjonar.

Legevakt har fleire funksjonar:

- Største volumet av legevakttenesta er å diagnostisere og ferdig behandle akutte allmennmedisinske tilstandar, det vil seie situasjonar der pasienten ikkje treng spesialisthelsetenester eller sjukehusbehandling. (grøn)
- Diagnostisere tilstandar som krev henvising eller innlegging i sjukehus utan særleg tidstap (gul respons, øh-hjelpinnleggingar)
- Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstandar som er akutt livstruande og som krev at pasienten må raskt til sjukehus (raud respons, øh-innleggingar)
- Vere ein del av den allmenne helseberedskapen i kommunane (ved større ulykker/hendingar, psykososialt krisearbeid, smittevern ol.)

Eit *legevaktdistrikt* er eit geografisk område som ei legevakt har ansvaret for og treng ikkje følge kommunegrensene. I eit legevaktdistrikt må det vere minimum ein lege som har vakt. Fleire kommunar kan samarbeide om legevaktordninga. Desse vil då utgjere eit legevaktdistrikt. Eit legevaktdistrikt kan ha ein eller fleire legevaktstasjonar.

Når legen har *beredskapsvakt* kan han opphalde seg kvar som helst i distriktet og har ingen restriksjonar på kva han eller ho kan gjere på. Ved *tilstedevakt* pliktar legen å møte opp på legevaktstasjonen ved vaktstart og skal opphalde seg der så lenge det ikkje er behov for sjukebesøk eller deltaking på utrykkingar.

Alle kommunar skal vere knytt til ein *legevaktsentral* som kan ta i mot henvendingar heile døgnet. Legevaktsentralen skal kunne nåast på det nasjonale nummeret 116117. Legevaktsentralen skal vere bemanna av personell med kompetanse på minimum bachelornivå og kursing tilsvarande personell som arbeider i legevakta. Det er også krav til tilgang på naudnettsentralutstyr og elektronisk logg av samtalar. Ein legevaktsentral kan ha ansvar for fleire legevaktdistrikt.

Nasjonal status og utfordringsbilde

I følge NKLM (Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin) bør legevakta bli meir innretta mot beredskap, akuttmedisin og det som hastar. For å få til dette må volumet av direkte pasientkontakt reduserast noko i forhold til i dag. Dette må sjåast i samanheng med tilgangen til fastlegetenesta. Utover den eigentlege akuttmedisinske beredskapen har innbyggjarane framleis behov for, og nytte av, legetenester utanom vanleg arbeidstid for fastlegeordninga. Dette gjeld tilstandar som gir innbyggjarane stort ubehag eller som kan bli meir alvorleg ved lang ventetid på vurdering og behandling. I tillegg er det mange som tilfeldig oppheld seg i kommunen, også på dagtid, som den ordinære fastlegeordninga ikkje har som oppgåve å ta seg av.

Samhandlingsreforma har ført til at kommunane i fleire år har tatt imot stadig dårlegare pasientar som ei følge av redusert liggetid i sjukehus. Kommunane har bygt opp tilbodet i sjukeheimane og i heimetenesene slik at fleire kan få behandling i kommunen. Det har i same periode ikkje vore noko utvikling i legevaktenesta.

Det er interkommunale legevakter i 348 av kommunane i Norge. Mange av desse har kome til som eit resultat av at ein hadde vanskar med å rekruttere nok legar til kommunane og såg behovet for å lette vaktbelastninga. Lang reisetid til legevakt har for mange innbyggjarar blitt ein konsekvens av dei interkommunale ordningane.

Utviklinga av interkommunale samarbeid gir i utgangspunktet moglegheiter for breiare fagmiljø, større og meir robuste organisasjonar og auka kvalitet. Realitet har mange stader ikkje blitt slik, då mange av ordningane har heilt marginalt med ressursar på grensa til det uforsvarlege. Det er i hovudsak berre ein lege på vakt i dei fleste legevaktene. I tillegg er det høg bruk av vikarar og uerfarne legar. Det blir utført få sjukebesøk frå legevakt og det er lav legedeltaking i uttrykkingar i akuttmedisinske situasjonar. Legevakta treng utvikling for å kunne møte det endra behovet i samfunnet.

Status

I løpet av eit år handtera legevaktene i Norge omlag 2 millionar kontaktar. Dette talet er dei som har vore i kontakt med lege, legevaktsentralane har enno fleire kontaktar. Omlag ein tredjedel av førespurnadane til legevaktsentralane blir hjelpt på anna vis, anten med råd per telefon eller om råd om å ta kontakt andre stadar.

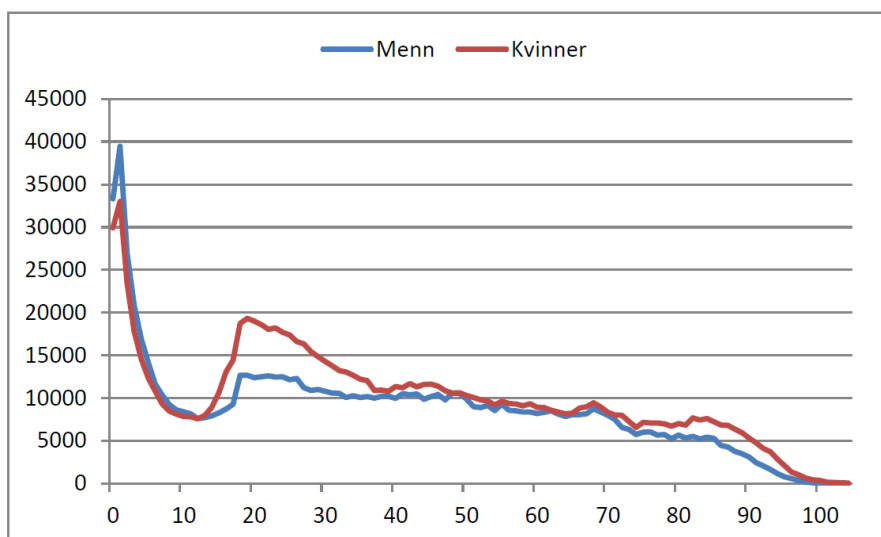
Tabellen og figurane i dette kapittelet er henta frå [“Årsstatistikk fra legevakt”](#) frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin.

	Takstkoder	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Konsulta- sjoner	2ad, 2ak, 2fk	76,2 1 238 791	77,3 1 323 453	75,7 1 330 561	74,4 1 359 902	72,8 1 368 297	69,2 1 344 801	69,1 1 352 209	68,9 1 342 521
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,6 78 999	4,1 72 296	3,8 68 883	3,6 68 000	3,4 66 986	3,3 65 202	3,2 63 192
Telefon- kontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1 278 650	16,7 286 515	18,6 327 462	20,0 366 358	21,4 402 562	25,0 485 810	25,2 493 177	25,5 497 480
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,8 23 427	1,6 28 209	1,8 32 266	2,2 40 498	2,3 45 358	2,3 45 272	2,3 44 431
N		1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624

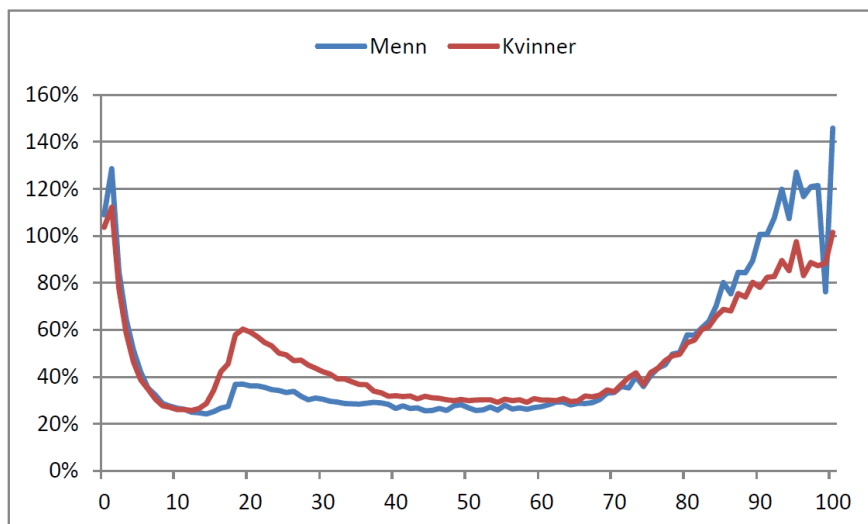
Tabellen viser ei oversikt over kontaktar og kva form kontaktane har. Frekvensen av sjukebesøk har gått kraftig ned sidan 1995 då legevaktene utførte omlag 685 000 sjukebesøk i året. Delar av denne utviklinga var ønska, men den siste tida har ein sett på dette som ein negativ trend. Store interkommunale legevakter har fått skylda. I dag er det eldre som får flest sjukebesøk og desse blir i hovudssak utført av legar i rurale distrikt. Forklaringa kan vere det at desse legane har mindre å gjere på vakt og derfor betre tid til å gjere sjukebesøk.

Kjønns og aldersvariasjon

Legevakt er ei teneste for alle innbyggjarar, men bruken av tenesta varierer. Om ein deler kontaktane på alder og kjønn ser bilde slik ut:

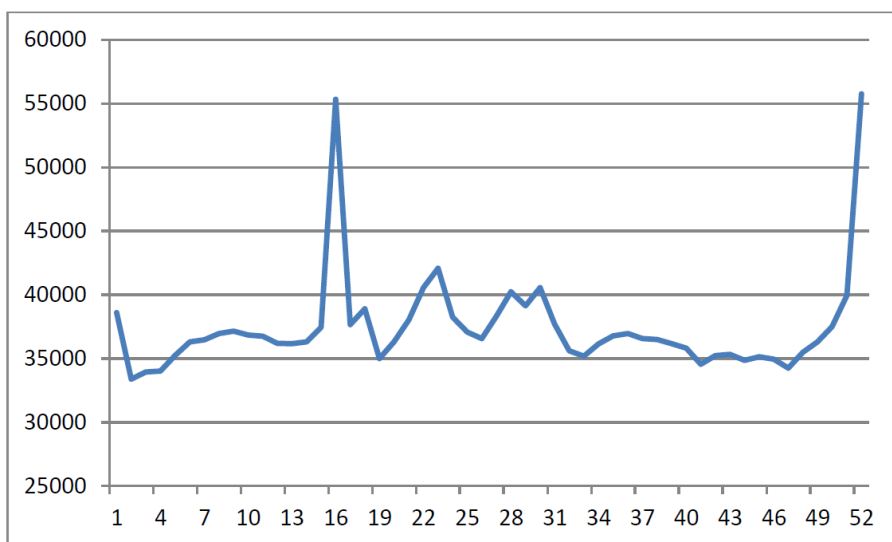


Det er altså born som står for flest kontaktar med legevakt. Dette heng saman med demografien, og om ein ser på kontaktratar blir bilete noko anna. Det er dei eldste som brukar legevakta oftast.

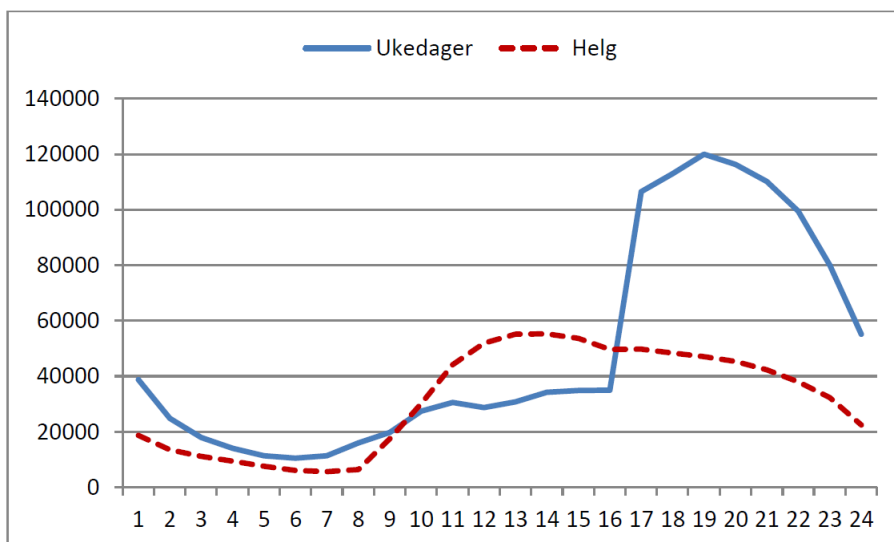


Års og døgnvariasjonar

Kontaktfrekvensen varierer igjennom året, og nokre veker skil seg ut. Størst aktivitet er det i jule og påsketider når fastlegekontora er stengt



Kontaktraten varierer også med tid på døgnet. Kontaktane fordelar seg med knapt 20 % på laurdag, 20 % på søndag og 12% på kvar av dei andre vekedagane.



Fordeling på hastegrad

Kvart år handtera legevaktene i Norge omlag 50 000 pasientkontakter med høgaste hastegrad (raud). Dette utgjorde 3% av pasientkontaktane i 2014. Resten fordelte seg på 70% knytt til lågaste hastegrad (grøn) og 27 % mellomste hastegrad(gul). Desse ratane har vore stabile over tid. Omgjort til ratar per innbyggjar med utgangspunkt i 340 pasientkontakter per 1000 innbyggjarar per år blir det 10,1 raude, 91,5 gule og 236,3 grøne. (Eikeland, Raknes & Hunsår, 2015).

Hastegraden oppgitt her er vurdert etter melding over telefon. Austevollstudien (Sverre Rørtveit) viste at legen endra hastegradvurderinga når dei kom fram til pasienten i over 50 % av tilfella. I 80% av tilfella var det snakk om ei nedjustering av hastegraden.

20% av pasientkontaktane i legevaktteneste blir innlagt i sjukehus. Dette utgjør 60-70 % av alle øyeblikkeleg hjelp innleggingane på sjukehus.

Reiseavstand

NKLM har gjort studiar som viser at lang reiseavstand til legevakt er assosiert med redusert aktivitet. Aktiviteten blir mest redusert i gruppa der det ikkje hastar så mykje, men denne er gruppa er også klart størst og det blir også ein reduksjon i henvendingar med høgare hastegrad. Det er ikkje vist auka dødelegheit på grunn av dette. Desse studiane er årsaken til at det nasjonale akuttutvalet (utvalet bak *NOU2015:17-Først og fremst-Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*) har kome med ei tilråding om at det bør innførast eit nasjonalt krav i forskrift om at 90% av innbyggjarane i kvart legevaktdistrikt skal ha maksimal 40 minutt reiseveg til nærmaste legevaktstasjon.

Fastlegar i legevakt

Sandvik, Hunsår & Diaz (2012) har vist at deltaking av fastlegar i legevakt varierer mellom sentrale og rurale strøk av landet. I dei mest rurale områda tek fastlegane så mykje som 77% av legevaktene, medan i dei mest sentrale områda er deltakinga så lav som 42%. Det har vore ein fallande deltaking i legevakt i perioden (2006-2014) Talet på kontakter som blir utført av dei mest kompetente legane, spesialistar i allmennmedisin og erfarne fastlegar er lav og fallande. (Sandvik & Hunsår, 2015)

Utfordringsbilde

Informasjonen under denne overskrifta er henta frå [NOU2015:17](#) Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

- 1) Legevaktene i dag er lite integrert i resten av ø-hjelpstilbudet i kommunane (heimetenester, sjukeheim, mottak av tryggleiksalarmar, barnevernsvakt) og har lite samarbeid med andre naudetatar (brann, politi) og spesialisthelsetenesta (sjukehus, psykiatriske ambulante team, ambulansar) på systemnivå. Utvalet foreslår at ein ser på moglegheiter for samlokalisering.
- 2) Legevaktene prioriterer i dag i for lita grad dei sjukaste pasientane. For mykje av tida på legevakt går til å behandle dei pasientane som kunne ha venta til neste dag. Ein trur at dette til ei viss grad kjem av avlønningssystemet ein i dag har i legevakt og kapasitetsproblem i fastlegeordninga. Dette fører blant anna til at legevakta er eit for dårleg tilbod til psykisk sjuke og pasientar med rusproblem.
- 3) Rekruttering til legevakt blir ikkje lettare i framtida. Mangel på kvalifisert helsepersonell er den største trusselen mot god helsehjelp for innbyggjarane i rurale områder i dag. Legemangelen blir møtt med vikarbruk og det kan ha ein negativ spiraleffekt.
- 4) Lang reiseveg for mange innbyggjarar. Interkommunalt samarbeid om legevakt betyr at legevaktdistrikta blir færre og større. For mange innbyggjarar har dette ført til auka avstand og reisetid til legevakt. Det reduserer bruken av legevakt og raten av sjukebesøk spesielt.
- 5) Eit kvalitetsløft er naudsynt. Med berre ein lege på vakt, og når denne i hovudsak ikkje er ein erfaren fastlege eller spesialist i allmennmedisin, blir kompetansen lav. Språkproblem ved bruk av framandspråklege vikarar er ei kjent utfordring. I tillegg har Statens helsetilsyn lagt fram ein rapport som peikar på manglande planar for opplæring, øvingar og oppdateringar i legevakt. Mange legevakter manglar internkontrollsystem og har uklare retningslinjer for avvikshandtering.

«Tilsynsmyndigheten har anslått at det opprettes 3–4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmennmedisinsk virksomhet for øvrig. Tilsynsmyndighetene har i økende grad mottatt saker der det kan påvises systemsvikt ved slike interkommunale løsninger. Flere personellgrupper er involvert, og Statens helsetilsyn ser sårbarhet knyttet til at kommunikasjon og samhandling for øvrig svikter.» Helsetilsynet

Relevante lover, forskrifter, avtalar og utgreiingar

Kommunane har eit lovpålagt ansvar for øyeblikkeleg hjelp, jamfør Lov om kommunale helse og omsorgstenester §3-2 og §3-5. Dei tenestane kommunane skal yte er legevakt, medisinsk nødmeldetjeneste (legevaktsentralar, forkorta til LVS) og øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Krava for drift av legevakt og LVS er vidare spesifisert i akuttmedisinforskrifta. Legevakttjenesta skal ytast heile døgnet. Kommunane kan pålegge fastlegane å delta i både øyeblikkeleg hjelp teneste i kontortida og å delta i organisert legevaktordning resten av døgnet.

[Helse og omsorgstenestelova](#)

[Akuttmedisinforskrifta](#)

[Forskrift om fastlegeordninga](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring helse og omsorgstjenesten](#)

Avtaler KS/DNLF [ASA4310](#) og [SFS 2305](#)

[NOU2015:17](#) Først og fremst-Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

DNLF innspelsrapport mars-2015 ["En legevakt for alle-men ikke for alt"](#)

Lokal legevakt i dag

Legevakt er ein teneste kommunane har ansvaret for 24 timar i døgnet, 365 dagar i året.

Gjennom døgnet

Dagtid kvardagar

På dagtid har alle kommunane legevakt ved dei lokale legekontora. Ein lege er ansvarleg for å svare på naudnett og rykke ut om det er naudsynt. Korleis legekontora elles organiserer dette ansvaret er noko ulikt. Dette prosjektet har ikkje hatt rammer for å kome med forslag til endringar for legevakt dagtid kvardagar.

Kveld og dagtid helgar

I vårt område er det slik at legevakta på kveld (15/16-22) og dagtid/kveld (8-22) i helgane er organisert ved at legane har beredskapsvakt. Legane brukar stort sett egne kontor som legevaktstasjon. Unntaket er Herøy og Sande kommunar som har felles legevaktstasjone i Myrvåg. Ulstein og Hareid utgjør ei felles legevaktstasjon, men lokalisering av legevaktstasjonen er avhengig av kva lege som har vakt. Volda og Ørsta har ikkje noko samarbeid om legevakta, og eiga kommune utgjør derfor legevaktstasjonen og dei lokale legekontora blir brukt som lokale.

Legen er stort sett åleine på vakt om kvelden og på dagtid/kveld i helgane. Unntaket er at det er ein legesekretær saman med legen nokre få timar i helgane nokre av distrikta. Når legen har slik vakt, får legen ei beredskapsgodtgjering frå kommunen. Beredskapsgodtgjeringa er lav og hovudinntekta til legen er frå eigenandelar frå pasientane og refusjonar frå Helfo.

Alle kommunane har økonomiske avtaler med legane for legevakt på dagtid og kveld, men kommunane har løyst dette ulikt.

Tabellen nedanfor forsøker å gje ei oversikt over legevakta i dette tidsrommet i dag. Dette er tidsrommet som har vore hovudfokuset i prosjektet når vi har sett på mogleg framtidig organisering.

Kommune	Dag	Kveld	Helg/høgtid	Natt	Merknad
Sande	X	S + He	S + He	F	He + S legevakt lokalisert i Myrvåg, eigna lokale. Dagvakt på lokale kontor. To i Herøy, eit i Sande. Hjelpepersonell frå 10-14 laurdagar.
Herøy	X	S + He	S + He	F	
Ulstein	X	Ha + U	Ha + U	F	Legevakt i Hareid eller Ulstein alt etter kven som har vakt. Eigna lokale i Ulstein, ikkje på Hareid per i dag. Hjelpepersonell frå kl 10-13 laurdagar.
Hareid	X	Ha + U	Ha + U	F	
Volda	X	X	X	F	Ikkje hjelpepersonell, behov for utviding av lokale.
Ørsta	X	X	X	F	Ikkje hjelpepersonell. Eigen legevaktsbil utan uniformering. Lite eigna lokale.

Natt

I 2009 blei den interkommunale nattlegevakta oppretta. Frå starten var kommunane Hareid, Ulstein, Volda og Ørsta med i ordninga. Seinare har også Sande og Herøy blitt med i denne ordninga. Nattlegevakta er organisert med tilstedevakt i tråd med sentral avtale. Legen er då stasjonert ved akuttmottaket ved Volda sjukehus og får fast timelønn. Eigenandelane og refusjonane frå Helfo går til kommunen. Her er også legevaktsentralen for alle kommunane lokalisert. Det gjer at den same sjukepleiaren som tek imot telefonane frå innringarane også kan hjelpe legen praktisk med konsultasjonane.

Om natta er det færre henvendingar til legevakta og generelt er dei som tek kontakt sjukare enn det dei er andre tider i døgnet. Det fører til at ein større del av pasientane har behov for vidare spesialisert behandling. Det gjer at det om natta er ein fordel at legevakta er lokalisert på eller i nærleiken av eit sjukehus.

Hornindal

Hornindal kommune har omlag 1200 innbyggjarar og har i dag interkommunal legevakt i Eid. Hornindal kommune høyrer i dag til Helse Sogn og Fjordane og Helse Vest. Einingsleiar for helsetenesta i Hornindal, Mary Anne Espe, har gitt klarsignal om at Hornindal ønskjer å vere med i prosessen om felles legevakt, men at det ikkje er aktuelt å knyte seg til før i 2020 når Volda og Hornindal blir ei kommune.

Overgrepsmottaket

I legevaktsansvaret skal kommunane også ha ei forsvarleg tilbod til menneske som har vore utsett for vold i nære relasjonar. Tidlegare hadde også kommunane ansvar for eit tilbod til dei som hadde blitt utsett for seksuelle overgrep, men dette ansvaret har no blitt overført til helseføretaket. Kommunane på Sunnmøre har løyst denne spesialiserte oppgåva ved å kjøpe tenesta i eit felles overgrepsmottaket. Overgrepsmottaket er eit samarbeid mellom Helse Møre og Romsdal og Ålesund kommune og er lokalisert ved legevakta i Ålesund. Overgrepsmottaket gjelder for både seksuelle overgrep og vold i nære relasjonar.

Legevaktsentral

Kommunane har plikt til å drive ein legevaktsentral som skal vere knytt til det nasjonale legevaktnummeret 116117. På Søre Sunnmøre har alle sju kommunane samarbeida om ein felles avtale med akuttmottaket i Volda om denne funksjonen.

Lokal bruk av legevakt

I samband med prosjektet har vi sett på lokal bruk av legevakt. Tal på kontaktar i tabellen nedanfor er henta frå innrapporterte takstar til Helfo i perioden 1.juli 2015 til 30.juni 2016. For å rekne ut forventet kontaktar er det brukt nasjonale tal (sjå tekst under tabellen). Samla sett er bruken av legevakt i distriktet litt over nasjonale tal. Avviket er ikkje stort, men når vi veit at denne tenesta har som nasjonalt mål at den skal bli brukt litt mindre, gjer det ikkje noko om legevakta i distriktet blir litt mindre brukt.

	Herøy og Sande	Hareid og Ulstein	Volda	Ørsta	Alle
Total tal på kontaktar	3880	4776	3013	3730	15397
Innbyggjarar	11531	13619	9037	10677	44864
Forventa kontaktar	3898	4603	3055	3609	15164
Prosentvis avvik	0%	4%	-1%	3%	2%

I NOU 2015:17 Først og fremst (kap. 10) går det fram at i 2014 er kontaktrata (telefon, konsultasjon og sjukebesøk) på legevakter i Norge gjennomsnittleg 338 per 1000 innbyggjar per år. Legevakt er ein teneste som blir gitt til også dei som berre oppheld seg midlertidig i kommunane, men dette gjeld også dei nasjonale tala slik at besøk per 1000 innbyggjar vil bli litt overstimulert.

I tillegg til tal på kontaktar har vi sett på fordelinga av dei ulike kontakttypene:

Område	Herøy og Sande	Hareid og Ulstein	Volda	Ørsta	Alle
Konsultasjonar	83 %	76 %	61 %	60 %	71 %
Sjukebesøk	4 %	4 %	8 %	9 %	6 %
Telefonar	13 %	17 %	27 %	29 %	19 %
Enkel pasientkontakt	0 %	3 %	4 %	2 %	2 %
Total tal på kontaktar	3880	4776	3013	3730	15397

Det kan sjå ut til at det er ein skilnad mellom ytre og indre i praksisen på kor mykje som blir avklart på telefon og kor stor del av innbyggjarane som får sjukebesøk. Det kan tyde på at ein i ytre ser ein tendens til at arbeidspresset, på grunn av større volum og større del konsultasjonar på kontoret, er så stort at det ikkje blir tid til sjukebesøk. Men det kan også handla om god tilgjengelegheit og nærleik til legevaktstasjonen og manglande forventningar i frå innbyggjarane om sjukebesøk.

Krav, forventningar og tilgang på ressursar

I dette avsnittet blir det gjort greie for kva nasjonale krav og forventningar det er til legevakttenesta sett opp i mot ressursar og moglegheiter i distriktet. Dei nasjonale føringane er lista opp med hyperkoblingar i eit tidlegare avsnitt.

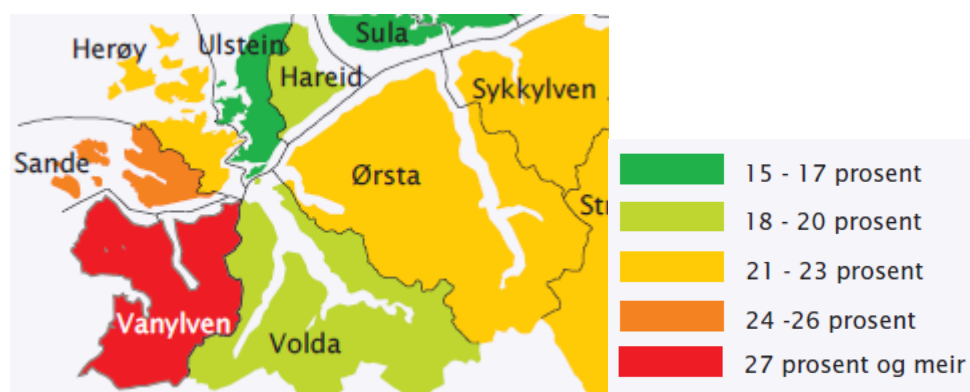
Nokre krav er heilt eintydige ut i frå lov og forskrift, andre er litt meir uklare, men vil bli presiserte i rettleiar for tenesta som er under utarbeiding i helsedirektoratet. Kunnskap om kva som med stort sannsyn kjem er basert på sterke signal i innlegg som har vore heldt på nasjonale legevaktskonferansar.

Tema som blir tatt opp i dette avsnittet kjem igjen som moment i meir stikkordsform i neste avsnitt der tre ulike modellar for legevaktorganisering på Søre Sunnmøre blir vurdert.

Ei teneste for alle

Legevakta skal vere eit tilbod for omlag 45 000 innbyggjarar, fordelt på 25 000 på ytre og 20 000 på indre. Legevakta er ikkje berre ein teneste til registrerte innbyggjarar, men til alle som oppheld seg i kommunane. I tillegg til dei fastbuande har Volda mange studentar og kommunane i ytre mange verftsarbeidarar. Skildringane under kapittelet om nasjonal status viser at legevakt er ein teneste for alle aldersgrupper og ein teneste som omlag ein tredjedel av innbyggjarane kjem i kontakt med kvart år. Behovet for kontakt med legevakt er ulikt i ulike livsfasar, men felles for alle som har behov for legevakta er at dei er i ein sårbar situasjon.

Befolkningssamansetninga er i endring og det er venta at andelen eldre blir større framover. Det blir færre i arbeidsfør alder i forhold til pensjonistar. Forventa relativ del av befolkninga over 67 år i 2030 for vårt distrikt ser slik ut:



Uavhengig om dei eldre i framtida vil bu i sjukeheim, bukollektiv eller i eigen bustad har den eldre befolkninga eit større behov for legevakttenesta enn befolkninga elles. Mobilitet er gjerne ei utfordring. Ei framtidig organisering av legevakta bør derfor ta omsyn til dette.

Kompetansekrav

Akuttmedisinforskrifta som blei iverksett 01.01.15 stiller frå 01.05.18 absolutte krav om vaktkompetanse for legevaktlege. Det vil i dei fleste kommunar til ei kvar tid vere legar som ikkje tilfredsstiller desse krava og som må ha ei kompetent bakvakt som er uttrykingsklar. Det er variasjon mellom dei distrikta vi har i dag kor mykje dette har å seie for ordninga. For nokre av kommunane er dette ei utfordring som kan handterast slik situasjonen er per i dag, for andre ikkje. Dette vil uansett for alle kommunane vere svært sårbart fordi det raskt kan endre seg.

Kompetansekrav legevakt:

Spesialist i allmennmedisin og godkjente allmennlegar med akuttmedisinkurs og kurs i valdshandtering kan gå sjølvstendige vakter.

Legar med mindre enn 3 års erfaring/rettleia teneste eller som har gått mindre enn 40 legevakter må ha bakvakt.

Det er mogleg å søke dispensasjon for krava for legar som jobbar mindre enn 2 månadar samanhengande i legevakta.

På grunn av nye spesialistreglar i allmennmedisin vil godkjenninga som allmennlege ikkje lenger blir gitt til nye legar. Dei legane som startar i jobb no må derfor ha bakvakt i minimum fire år før dei kan gå sjølvstendige legevakter.

Det er også kompetansekrav til anna helsepersonell som skal jobbe i legevakta. Alle må ha kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshandtering. For å jobbe i ein legevaktsentral må ein ha minimum relevant bachelorutdanning.

Personell

Behov

Akuttutvalet vurderte om det burde innførast eit nasjonalt krav om at alle legevaktstasjonar skulle ha minimum to legar på vakt, men såg at kostnadane av eit slikt forslag ville bli store og at dette eventuelt må utgreiast nærmare. Konklusjonen frå akuttutvalet var at legen i vakt aldri skal arbeide åleine, verken på legevaktstasjonen eller under utrykking/sjukebesøk. Det betyr at minimumsbemanninga på kvar legevaktstasjon er to-ein lege og eit anna helsepersonell.

Slik legevakta i distriktet er organisert i dag, er dette ikkje situasjonen, tvert i mot. Legane er for det aller meste åleine på vakt. Dette er ein arbeidssituasjon som er svært krevjande og til tider utrygg både for innbyggjarane og legen. For eksempel kan innbyggjarane oppleve å vente på legekontolet på legen utan noko form for observasjon. Ved tilstandar med rask forverring kan dette få uheldige konsekvensar. Ved store hendingar/ulykker blir legen opptatt med den hendinga heile dagen og har ikkje moglegheit for å sjå på andre pasientar.

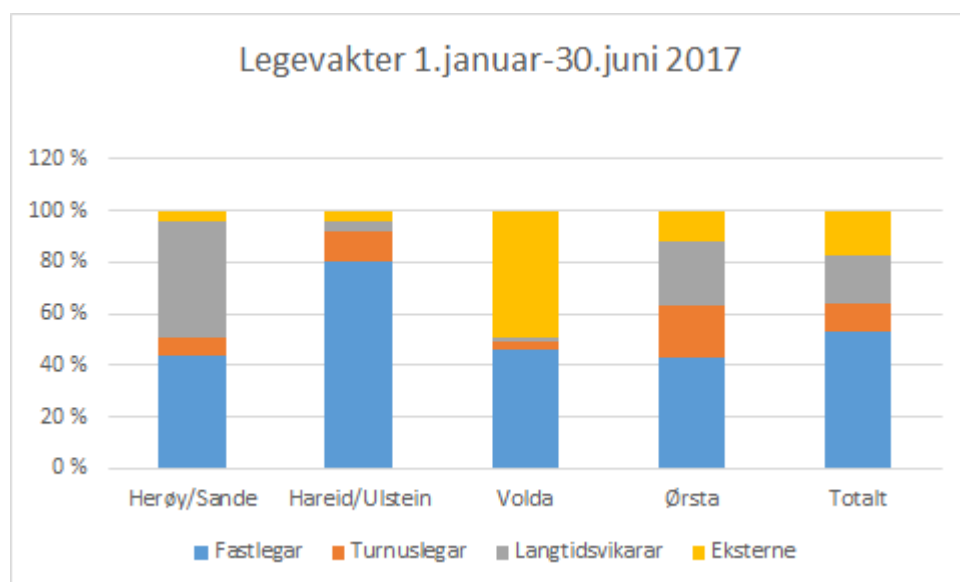
Å vere to på jobb handlar ikkje berre om pasienttrykkleik, men også om tryggleiken for legen som arbeidstakar. På legevakt møter ein menneske i alle slags situasjonar og kriser, og det er ikkje uvanleg med rus og voldsproblematikk. Få andre, om nokon, yrkesgrupper har i dag ein arbeidssituasjon der dei er åleine når dei jobbar i slike risikosituasjonar.

Moglegheiter og avgrensingar

Tilgangen på helsepersonell er avgrensa, og ein forventar at det i framtida kan bli ein enno meir marginal ressurs. Legevaktsarbeid er ei teneste som skal ytast heile døgnet og det er gjerne mest å gjere utanfor ordinær arbeidstid. Det å skaffe og behalde kompetent personell er derfor ei utfordring.

For fastlegar er deltaking i legevakt obligatorisk, men det er i avtaleverket gitt rett til fritak under viss forutsetningar. Undersøkingar viser at det er langt fleire enn dei som formelt har rett til fritak som ikkje deltek i legevakt og at deltakinga har falt i perioden 2006-2014 (*Sandvik & Hunsbår, 2015*).

Plikt til deltaking i legevakt og vaktbelastning har vore sett i samanheng med rekruttering av fastlegar. Kommunar med høg vaktbelastning har ofte meir vanskar med å rekruttere og behalde fastlegar. I ein del distrikt blir det brukt vikarar i legevakta. Det kan vere eit teikn på at fastlegane ikkje ynskjer å jobbe så mykje, men kan også vere eit teikn på at dei ikkje trivast med legevaktsjobbing.



Illustrasjon av del av legevakter tatt av fastlegar i vårt distrikt

For legar kjem legevaktsarbeidet i tillegg til ordinært arbeid og var tidlegare sett på som ei rein beredskapsordning. I avtaleverket er framleis vakt i distrikta her ei beredskapsvakt, men krava om tilgjengelegheit og arbeidsmengde har auka.

Oversikt over fastlegeheimlar og legar som deltek i vakt i distriktet

Kommune	Organisering	Tal på fastlegeheimlar	Turnuslegar	Legar som går vakt (inkl. turnus)	Merknad
Hareid	privat	6	0	4	
Herøy	kommunalt	12	1	10	Fordelt på to kontor, tre ledige heimlar
Sande	kommunalt	3	0	3	
Ulstein	privat	10	1	9	
Volda	kommunalt	9	1	8	Behov for ein ny heimel og utviding av lokale
Ørsta	privat	13	1	8	Nytt kontor under bygging

Tal på fastlegeheimlar er henta frå helsenorge.no i juni 2017

Hjelpepersonell

Det er ikkje spesifikke utdanningskrav til hjelpepersonell i ei legevakt, då vil det generelle i lovgjevinga gjelde. Dei som skal jobbe der må ha opplæring og det må vere fagleg ansvarleg at dei blir sett til dei oppgåvene dei skal utføre. Det einaste absolutte kravet er kurs i akuttmedisin og kurs i valds og overgrepshandtering.

For personell i legevaktsentral er det krav om relevant helsefagleg utdanning på bachelornivå, naudsynt klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør. I praksis vil dette seie sjukepleiarar, gjerne med vidareutdanning.

Erfaringar frå andre legevakter viser at sjukepleiarar er ei svært godt eigna yrkesgruppe til å ha også som hjelpepersonell på legevakt på grunn av god kompetanse og praktisk erfaring. For små og mellomstore legevakter med legevaktsentralfunksjon kan ein då få ein jobbrotasjon slik at sjukepleiarane kan veksle mellom å svare på telefonen og treffe pasientane i praktisk arbeid. Det gir moglegheit for kvalitetsforbetring i arbeidet for sjukepleiarane.

Andre yrkesgrupper som kan vere relevante er ambulansepersonell og legesekretærer. Legesekretærer er gjerne brukt i små legevakter og er flinke til vanleg rutinearbeid som blodprøvetaking og administrasjon, men har mindre eigna erfaringsgrunnlag til å vere hjelpepersonell for alvorleg sjuke pasientar. Ambulansepersonell er særleg aktuelle som sjåførar og hjelparar ved sjukebesøk, sjå under avsnittet om transport.

Nokre av kommunane i utgreiinga har kommunale legekontor og har då kommunalt tilsette legesekretærer. Dei erfaringane vi har til no viser at denne yrkesgruppa ikkje er van med turnusarbeid (kveld, natt og helg) og har kanskje ikkje som gruppe stor motivasjon for å endre på dette. Kommunane har også mange sjukepleiarar i jobb i turnus i dag, men få sjukepleiarar som ønsker seg meir ukurant arbeidstid.

Fagleg sett er det eit ønske om å få dedikerte sjukepleiarar som har hovudjobben på legevakt til å jobbe som støttepersonell på legevakt. Det vil styrke legevaktsorganisasjonen og gi betre kompetanse, og då også ein betre teneste for innbyggjarane.

Det vil uansett kva organisasjonsmodell ein vel vere utfordrande å rekruttere kompetent personell til arbeidet som støttepersonell i legevakt.

Lokale og utstyr

I følge forskrifta skal kommunen syte for at legevakta er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iversette naudsyn medisinsk behandling og overvaking i akutte situasjonar. Det krev i tillegg til personell, ein del utstyr tilgjengeleg. Det er ikkje sett opp ein detaljert utstyrsliste i denne rapporten med omsyn til lengde, men det er tatt med i estimert investeringskostnader i budsjett ved eventuelt nybygg ved ny organisering.

I dag brukar dei fleste kommunane her i distriktet fastlegekontora til legevaktslokale, unnataket er Herøy og Sande som har eige legevaktslokale i Myrvåg. Dei kommunane som sjølve ikkje driv legekontor må då betale for leige av lokale og utstyr til fastlegane. Det er store skilnader mellom kommunane på kor eigna dei lokala ein i dag nyttar er til legevaktsdrift.

Denne løysinga gjer også at ikkje alle kommunane har eit journalsystem til legevakta, men at ein på legevakta brukar journalsystemet til fastlegane. Det gir uklare juridiske ansvarsforhold. Ein kommunal legevakt bør ha ei eige journalsystem som kommunen er ansvarleg for. Det er i prosjektet tatt kontakt med SSIKT med nærmare spesifikasjonar og krav til kva som er naudsynt og ønskjeleg med tanke på IKT til legevakt.

For å få til ei god omorganisering av legevakta vil det vere naudsynt med eige lokale til legevakt. Det kan løysast gjennom ombygging av eksisterande lokale eller ved bygging eller leige av nye lokale. Arealbehovet er nærmare skissert i vedlegg 1.

Transport

I tillegg til ansvaret for lokale og utstyr har kommunane eit sørge for ansvar for at legevakta er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut med ein gong og med ei forsvarleg transportordning.

Ei legevakt med ein lege på vakt åleine legg ikkje til rette for dette. Med venterommet fullt og ein innkomande alarm betyr det at legen må ta valet om å reise i frå eit kontor med ventande pasientar, be om at alle som ventar reiser heim eller å la vere å rykke ut. Når legen ikkje har verken bil eller sjåfør tilgjengeleg, kan ein ikkje seie at kommunen syter for ei forsvarleg transportordning for legen. På dette punktet bryt kommunane i dag forskriftskravet.

Det er sterke sentrale signal om at alle legevakter bør ha ein uniformert legevaktsbil og det er forventa at dette blir spesifisert i rettleiaren som er under utarbeiding. Uavhengig av kva organisasjonsmodell og lokalisering som blir valt, må kommunane skaffe ei legevaktsbil.

Av legevaktdistrikta i dag er det berre Ørsta som har eigen legevaktsbil. Denne er ikkje uniformert. Mange legevakter som i dag har bil har denne gjennom leasingavtale. Ein legevaktsbil legg til rette for at ein også kan ha ein del utstyr tilgjengeleg i bilen som gjer at ein kan gjere meir diagnostikk og starte behandling der folk oppheld seg.

Eit alternativ til sjåfør i legevaktsbilen kan vere ambulansearbeidarar. Det er planlagt eit forsøk med dette i Røros, og i [“Handlingsplan for samarbeid om krise- og katastrofeberedskap og utvikling av den akuttmedisinske kjede i Møre og Romsdal”](#) er dette forslått som eit av tiltaka som kan prøvast ut også her i fylket. Prosjektgruppa har fått positive signal frå helseforetaket om at ein kan samarbeid med dei om dette.

Systemansvar og trening

I følgje akuttmedisinforskrifta og samarbeidsavtalen med helseføretaket skal kommunane ha omforente beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda. I dette samarbeidet skal kommunane og helseføretaket i samråd sikre at lokalisering og dimensjonering av legevakttenesta og ambulansestasjonar sikrar innbyggjarane eit heilskapleg og forsvarleg akuttilbod.

Slik vi på Søre Sunnmøre er organisert i dag med små kommunale stillingar som legevaktsansvarlege er det svært vanskeleg å finne rom til samarbeid med helseføretaket om slikt arbeid. I prosjektperioden har prosjektleiar også vore med i Akuttutvalet for Møre og Romsdal. Ei vidare utvikling av dette området er valt ut som eit av satsingsområda i Utviklingsplanarbeidet til Helse Møre og Romsdal. For at vi i distriktet skal kunne klare å vere med i slik utviklingsarbeid hadde det vore ein stor fordel å vere samla i ein organisasjon. Samarbeidsavtalen med helseføretaket er også årsaka til at det har vore viktig for kommunane i prosjektarbeidet å ha med representantar frå helseføretaket og å få innspel på rapporten frå helseføretaket. Vi ser og mange positive sider ved å ha éin organisasjon for å sikre tilhøyre, medverknad og trygghet i legevaktarbeidet for legane i ordninga.

Kommunane har eit ansvar for at helsepersonellet som skal arbeide i legevakta får naudsynt opplæring og trening i eigne arbeidsoppgåver og skal sikre at det blir gjennomført regelmessige øvingar i samarbeid og samhandling med resten av naudetatane. Eit døme på at dette ikkje er noko vi gjer i dag, er at politiet, ambulansetenesta og kommunalt brannvesen har årlege PLIVO (pågåande livstruande vald) øvingar, som ikkje legevakttenesta deltek i. Om ei reell hending skulle oppstå, ville det vere forventa at også legevakta bidrog som ein sentral aktør.

Det nasjonale akuttutvalet har ei klar tilråding om at leiing i legevakt må styrkast. Dette fordi legevakta har eit behov for ei sterk fagleg og administrativ leiing som ivareteke behovet for kompetanse, fagutvikling og kvalitetsarbeid. Legevaktsoverlegen må ha mynde og ansvar for å utarbeide ein overordna verksemdsplan, fordele ressursar og sørge for at det blir utarbeida internkontrollrutinar, informasjon til tilsette og avvikshandtering.

Ingen av legevaktene i distriktet i dag har ressursar til å gjennomføre dei krava som her er skildra. Dei administrative ressursane i legevakta i dag er så marginale at dei er brukt opp når vaktlistene er sett opp og lønninga kontert. Tilsyn med legevakter andre stader i landet viser at vi har ein godt stykke arbeid fram føre oss om vi skal klare å oppfylle desse krava. Om kvart enkelt distrikt skal gjere dette arbeidet slik vi er organisert i dag vil det vere svært krevjande. Kommunane har gode erfaringar med samarbeid, og det er god grunn til å tru at dette er område der vi har god effektivitetsgevinst i å slå oss saman til ein større organisasjon.

Økonomi

Tilgang på helsepersonell er ein avgrensa ressurs, det er også økonomi. Uavhengig av val av modell, vil den kommunale utgifta til legevakt auke. Dei ulike modellane har ulike kostnadsoverslag som ein må ta omsyn til i val av organisering. Nedanfor er ein tabell som viser kostander for kommunane ved dei tre modellane som er utgreia. Kostnadane kjem i tillegg til dei utgiftene kommunane i dag har til nattlegevakta og legevaktsentralen. Nærmare skildring av kostnadane er i vedlegg 2.

Kommune	Modell A	Modell B	Modell C
Hareid	2 701 223 kr	1 831 334 kr	1 970 805 kr
Herøy	4 666 317 kr	3 163 599 kr	3 404 533 kr
Sande	1 323 261 kr	897 124 kr	965 447 kr
Ulstein	4 405 833 kr	2 986 999 kr	3 214 484 kr
Volda	4 741 858 kr	3 214 812 kr	3 459 647 kr
Ørsta	5 597 288 kr	3 794 764 kr	4 083 767 kr
	23 435 780 kr	15 888 633 kr	17 098 683 kr

I forslaget til kostnadsfordelings til den enkelte kommune har vi her brukt same prinsipp som vi i dag har i nattlegevakta og legevaktsentralen, fordelt på innbyggjarar. Det er også mogleg å gjere dette på andre måtar, men det er ikkje ei medisinskfagleg vurdering og kan eventuelt avtalast mellom kommunane.

Kommunane brukar også i dag pengar på legevakt som kan trekkast i frå desse utgiftene. Dette varier mellom kommunane, og er litt vanskeleg å få konkrete tal på fordi samarbeidsavtalene med dei lokale legekontora er ulikt utforma.

Med oppstart 1.mai 2018 vil første året ha reduserte driftskostnader. Det vil vere eit investeringsbehov på om lag 1 million kroner knytt til oppstart av modell A og B. Men investeringane vil ikkje kunne gjerast før dei faste lokala er klare. Dette kan hende skjer først i 2019.

Lønn til legane

Slik legevakta er organisert i dag med beredskapsgodtgjering, der hovudinntekta til legen i vakt er eigenandelar og refusjonar frå Helfo som hovudinntektskilde lønner deg seg for legane å prioritere arbeid på kontoret framføre å rykke ut. Ei slik kvantitativ avlønning oppfordrar heller ikkje legane til å utsetje arbeid som kan vente til neste dag, slik ein kan få ei uheldig prioritering av pasientar på legevakt. For kommunane har denne modellen vore fordelaktig fordi utgiftene til legevakt blir lave og svært pårekneleg.

På oppdrag frå akuttutvalet vurderte Godager & Iversen (2015) avlønning i legevakt og kartla synspunkt frå legevakter med erfaring med fastlønn. Kartlegginga viser at fastlønn legg til rette for betre prioritering av pasientar på legevakt og gir kommunane betre styring med drifta. Godager og Iversen konkluderte med at det var vanskeleg med utgangspunkt i økonomisk tankegang å gi eit eintydig svar på om ein overgang frå takstbasert avlønning til fastlønn er å føretrekke. Tilbakemelding frå legane i her i

distriktet viser at eit klart fleirtal ønskjer fastlønn på legevakt. Frå eit medisinskfagleg perspektiv er det klart å føretrekke, noko vi mellom anna ser tydeleg i erfaringane vi har hausta frå andre legevaktdistrikt.

Reiseavstand og tilgang til tenesta

Om vi samlar alle seks kommunane som er i utgreiinga til eit distrikt har vi likevel eit svært kompakt legevaktdistrikt med små reiseavstandar samanlikna med mange legevaktdistrikt i Norge. Det som skil oss frå mange samanliknbare distrikt er at distriktet ikkje har eit klart definert sentrum med periferikommunar, men to områder delt av Eiksundsambandet med omlag like mange innbyggjarar på kvar side. I staden for ein stor tettstad, har vi fleire middels store. Denne geografien gjer at to av modellane som vi har valt å utgreie har to legevaktstasjonar.

Det gjer oss heldige på den måten at om legevaktstasjonen blir plassert geografisk sentralt i distriktet, så vil 95% av innbyggjarane nå legevaktstasjonen innan 50 minutt. Omlag 1 % av innbyggjarane (øyane i Sande og Øye/Urke) vil få lang reiseveg til legevakt uansett val av lokalisering. Desse stadane må ein sjå på saman med heleføretaket og kommunane på kva ein kan få til av beredskap. Ein del ordningar er på plass allereie i dag då desse stadane også i dag har lang reiseveg til legevakt.

Ei meir sentralisert legevakt vil gi lenger reiseveg for ein stor del av innbyggjarane i distriktet. Plasseringa av legevaktstasjonen vil vere avgjerande for om ein kan nå det nasjonale målet om reiseveg under 40 min for 90% av innbyggjarane. Vi i prosjektgruppa har hatt samtaler med sekretær for den nasjonale rapporten om dette. Han har sagt at eit alternativt krav kan bli at ein skal nå 90% av innbyggjarane med ein legevaktsbil innan 45 min.

Desse krava om reiseavstand gjer at det ikkje er hensiktsmessig å leggje ein legevaktsstasjon i ytterkantane i distriktet. Reine samferdsels og kommunikasjonsomsyn tilseier at ein felles legevaktsstasjon bør plasserast nærast mogleg Eiksundsambandet, anten i Furene eller i Eiksund . Samtidig er strategien, alle må ro, ikkje alltid ein god løysing då ingen av innbyggjarane vil få kort veg. Samtidig kan ein gå glipp av viktige synergjar med andre samarbeidspartar. Særleg er samarbeidet med spesialisthelsetenesta og reisetid frå legevaktstasjonen til sjukehus også viktig i lokaliseringvalet. Vi har sett opp ei oversikt over reiseavstand i minutt mellom dei mest aktuelle legevaktslokalisasjonane og sjukehusa

Reiseavstand i minutt

Reiseavstand Myrvåg-Furene 23 min

Reiseavstand Ulsteinvik-Furene 28 min

Frå mogleg legevaktsbase	Til Volda sjukehus	Til Ålesund sjukehus
Volda sjukehus	0	76
Furene	5	71
Myrvåg	28	60
Ulsteinvik	33	55

Kjelde: gulesider.no

I samband med prosjektet blei det tatt kontakt med Statens vegvesen for å få informasjon om Eiksundtunnelen og eventuelt stenging då det har følgje for organisering av legevakta. Tunnelen er ein del av Fv. 653 som MRFK er formell eigar av, men blir administrert av Statens vegvesen Region Midt. Tunnelen har eigen beredskapsplan.

Kjell Haukeberg i Statens vegvesen har gitt tilbakemelding om at det er tre grove inndelingar på kvifor tunnelen kan bli stengt. Prosjektet har også fått tilsendt ein rapport som viser stenging dei siste to åra.

1. Planlagt drift-/vedlikehaldsarbeid
 - Normalt så er dette arbeid av ein slik art at det blir sendt ut info til alle naudetater og media i forkant, det blir sett inn ledebil/kolonnekjøring slik at all trafikk kan passere gjennom med noko forseinkingar, utrykkingskøyretøy har prioritet og kan passere utanom kolonne (etter nærare instruks/avtale). Denne typen stenging utgjer omlag 1000 timar i året.
2. Driftsstans/havari/mindre uhell (utan personskade)
 - Tunnelen kan bli stengt, naudetatane blir varsla, det skal undersøkast kva som er årsaka, straum/kommunikasjonsbrot o.l., bilbergingselskap blir varsla ved havari og saman med politiet blir det vurdert om ein stenger, som regel blir det stengt for å ha best mogleg kontroll med situasjonen. Det kan være mogeleg å kome gjennom, men forseinkingar førekjem. 105 timar i gjennomsnitt siste par åra.
3. Trafikkulykke/bilbrann
 - Tunnelen blir stengt så rask som mogeleg, det blir trippelvarsling. Politiet/skadestadsleiar styrer hendinga og avgjer om og når tunnelen kan bli opna for normal trafikk. Sjeldan, ikkje kvart år.

Eit større legevaktdistrikt vil gi meir transportutfordringar for innbyggjarane som skal til legevaktstasjonen. Kva dette har å seie i eit miljøperspektiv har ikkje prosjektgruppa tatt høgde for å greie ut, men også med dagens organisering må dei aller fleste bruke bil for å nå legevakta.

Tilgang til legevakta handlar ikkje berre om reiseavstand for innbyggjarane, men også om kapasitet og mobiliteten til legen. Ut i frå nasjonale undersøkingar og lokale tal kan vi forvente totalt omlag 60 kontaktar i døgnet med legevakslegen i distriktet på laurdagar og søndagar. På kveldane i vekedagane omlag 36 kontaktar.

I følgje det nasjonale målet skal legevakta vere ein beredskapsteneste med moglegheiter til å rykke ut på akutte hendingar og gjennomføre ein større del sjukebesøk enn no. Ein mobil lege kan løyse nokre av desse utfordringane, men effektiviteten til ein mobil lege vil sannsynlegvis vere lågare målt i handterte kontaktar enn ein stasjonær lege. Om ei samordning av legevakta fører til eit for lavt tal på legar i vakt vil det gje eit dårlegare tilbod til pasientane. Ein må derfor ta høgde for god nok kapasitet i ordninga for å sikre tilgjengelegheit for innbyggjarane.

Samarbeid med anna personell

Legevakta er heilt avhengig av samarbeid med anna personell. Noko av samarbeidet er avhengig av samlokalisering, men like viktig er kanskje ei administrativ styrking av legevakta. Ein større og samla legevaktorganisasjon med ei leiing gjer at andre har eit klart definert kontaktpunkt som ein kan drøfte utfordringar og samarbeidsrutinar med.

Det praktiske samarbeidet med pleie og omsorgspersonell i kommunen og spesialisthelsetenesta er der i dag, og er svært viktig for å gi innbyggjarane eit godt tilbod. Ved utarbeiding av modellar for framtidig legevakt har vi vurdert om samlokalisering med andre kan gi betre ressursutnytting og tilbod til innbyggjarane.

Ambulansetenesta

Ambulansetenesta er ein del av spesialisthelsetenesta og har ei svært sentral rolle i den akuttmedisinske kjeda. Ambulansetenesta har dei siste åra hatt ei kraftig oppgradering på kompetanse og utstyr, og er eit kjærkome hjelpeinstans når det verkeleg hastar. Ambulansepersoneil er likevel ikkje så godt eigna til å vurdere tilstandar som ikkje hastar så mykje, og dette blir gjerne ei utfordring at dei også blir brukt til slike type oppdrag fordi dei er igjen som dei einaste akuttmedisinske personellet i kommunane når legevaktdistrikta blir store. Helse Møre og Romsdal har varsla at det vil bli endringar i ambulansestrukturen i fylket fordi vi slik det har vore til no har fått forholdsvis meir ressursar til dette enn regionen elles. Det har derfor kome fram ein ide om at kommunane kanskje kan vere med å nytte og delbetale denne tenesta ved at ambulansepersoneil til dømes kan vere sjåfør på ein legevaktsbil. Legen og ambulansepersonellet har utfyllande kompetanse som gjer at dei som fagpersonar kan utfylle kvarandre. Ei slik løysing vil vere avhengig av samlokalisering av ambulansestasjon og legevakt. Ei samlokalisering vil også gje fordelar i form av at ein lettare kunne få til samtrening, noko som er lovpålagt å drive med. I tillegg vil det mogleggjere at legen kan bli med ambulansepersonellet ut i ambulanse på dei oppdraga der det verkeleg hastar.

ØHD-senger og sjukeheimane generelt

Kommunane på Søre Sunnmøre har valt ei desentralisert ordning på kommunale Øh-hjelp senger. Mange andre stader i landet har ein valt ei samlokalisering av desse plassane med legevakt for å sikre forsvarlege tenester utan å bygge opp ei ekstra vaktordning for legar til desse plassane. Kommunane her er godt fornøgde med den løysinga som er valt fordi det gir eit nærtilbod til innbyggjarane og ein har fått heva den generelle kompetansen på sjukeheimane. Dette gir ekstra behov for at den legevaktorganiseringa som vi skal ha i vårt område er mobil og legevakta må ha nok tilgjengelege legar på vakt til at det er realistisk og forsvarleg at legevakta kan besøke sjukeheimane når det er behov for det. Dette kjem også dei andre bebuarane på sjukeheimen og heimebuande eldre til gode.

Ei samlokalisering av legevakt og sjukeheim med tanke på sambruk av personell er vanskeleg å tenke seg kan gi betre ressursutnytting fordi helsepersonellet som arbeider på sjukeheimane allereie i dag har mange oppgåver og lite dødtid tilgjengeleg for ekstraarbeid og beredskap.

Sjukehus

Dei fleste som treng akutt innlegging i sjukehus i vårt distrikt skal til Volda sjukehus, og vi har god erfaring med nattlegevakt og legevaktsentral lokalisert ved Volda sjukehus. Nærlokalisering ved Volda sjukehus kan gje fleire fordelar med synergjar med sambruk av personell, men bygging på sjukehustomta må vere i

regi av helseføretaket. Døme på ressursutnytting kan vere fellesbruk av sjukepleiarressursar i legevaktsentralen, mottak og legevakta. Eit anna døme er at legevaktslegen kan ferdigbehandle pasientar med skader etter røntgenundersøking slik sjukehuslegane ikkje treng å sjå på dei pasientane som ikkje har brotskader.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern i spesialisthelsetenesta har den siste tida hatt stort fokus på å bygge ut ambulante team og desse teama må ha ein base. Dei er i vårt distrikt i ein prosess på å finne ein eigna base. Vi ser liten direkte synergi av samlokalisering med denne tenesta, men godt samarbeid både på individnivå og systemnivå er naudsynt.

Andre kommunale tenester

Ein del kommunar har samarbeid med brannmannskap for køyring av legevaktsbil. Det finnes også eksempel på samlokalisering med brannstasjonar. I nokre av kommunane i distriktet har brannmannskapet gjennomført "First responders" opplæring gjennom Norsk luftambulans og har førstehjelpsutstyr som oksygen og hjertestartar i brannvaktbilen. Ei samlokalisering med brann vil først og fremst vere nyttig med tanke på samtrening for alvorlege ulykker, men kanskje ikkje så store gevinstar i dagleg drift.

Kommunane står også framføre ei velferdsteknologisk utvikling. Det er venta at kommunane i framtida må ha ei eller anna form for responscenter til velferdsteknologien. Eit alternativ for dette kan vere sambruk av legevaktsentralpersonellet då begge tenestane krev beredskap med personell med minimum sjukepleiekompetanse.

Sjølv om utredninga her ikkje har sett på daglegevakt, har vi undervegs i arbeidet også fått innspel på det. Ei utviding av ordninga til også å gjelde dag opnar for moglegheita til å ha observasjonssenger for inntil 12 timers observasjon. Dette dekkjer eit anna behov enn ØHD-sengeplassane, og kan i ein del tilfelle hindre innleggingar i sjukehus.

Fleire kommunar

Ei endra legevaktorganisering kan vere mogleg å utvide til fleire kommunar, men val av modell og lokalisering vil vere avgjerande for kva som er fagleg forsvarleg. Til dømes har Stranda kommune sendt ein førespurnad om å vere med i ordninga. Om det skal vere mogleg er ikkje alle modellane og lokaliseringalternativa nedanfor eigna. Vanylven trekte seg frå utgreiingsprosjektet på grunn av samferdselsutfordringar. Det kan likevel vere at Vanylven kommune ved eit seinare høve vil ønske eit samarbeid.

Legevaktsentralen og ny legevakt

Kommunane kjøper i dag legevaktformidlingstenesta frå helseføretaket. Sjukepleiarane som utfører tenesta er i dag tilsette ved mottaket i sjukehuset og rullerer i sitt arbeid mellom legevaktformidling og mottaksarbeid i sjukehuset. Om natta har dei også støttefunksjon for nattlegevakta.

I dei to modellane A og B som er omtala ovanfor, tenkjer ein seg at sjukepleiarane som utøver legevaktsentralarbeidet også skal inngå som støttepersonell ved legevakta på kveld og dagtid helg. Om tenesta fortsatt vil verte kjøpt frå helseføretaket vil difor vere avhengig av lokalisering av legevaktstasjonen. Dersom ny legevakt har lokalisering nær sjukehusmottaket, kan ein sjå for seg eit

fortsatt samarbeid mellom kommunane og helseføretaket der sjukepleiarane kan jobbe på stader. Dersom ny legevakt vert lokalisert vekke frå sjukehusmottaket, vil legevaktsformidlinga verte flytta til ny legevakt og samarbeidet om sjukepleiarressursane i sjukehusmottaket kan då ikkje bli vidareført.

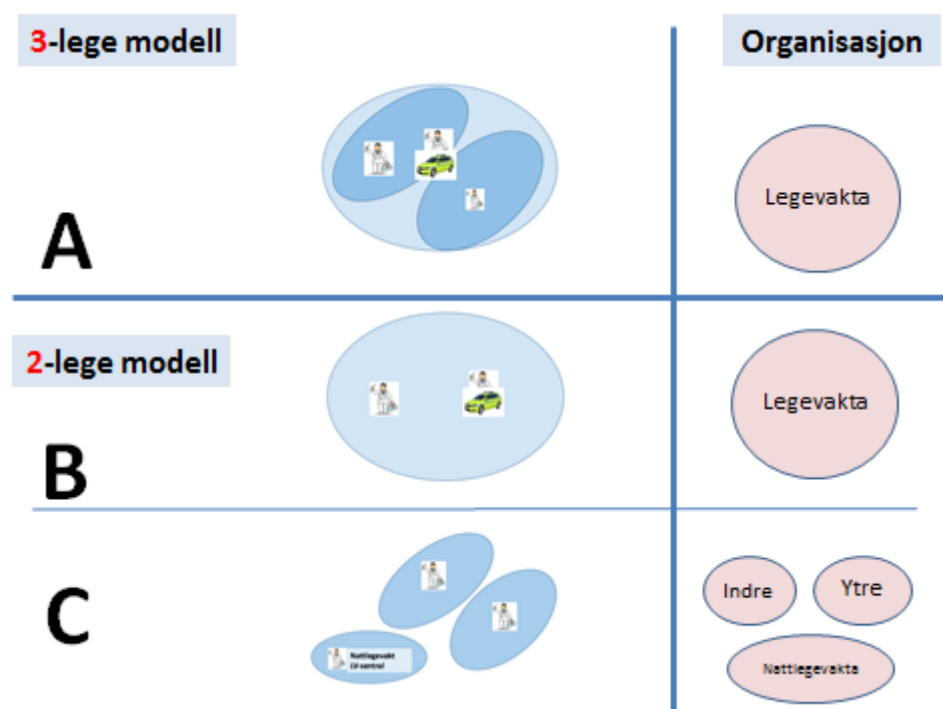
Vanylven er ikkje ein del av dette utgreiingsprosjektet, men har felles legevaktsentralavtale med HMR ved Volda sjukehus saman med dei andre kommunane. Det er lite sannsynleg at Vanylven vil halde fram med denne ordninga viss dei andre kommunane trekk seg ut og driv legevaktsentralen sjølve.

Tre modeller for ny organisering av legevakta

Tidleg i prosjektperioden såg prosjektgruppa på mange ulike modellar for organisering av legevakta. Organisering som vi har det i dag vart tidleg forkasta som ueigna for å stette nye krav.

For å kome vidare i arbeidet vart tre modellar valt som dei vi såg mest potensiale i. Dette har gjort det lettare å få konkrete innspel. Modellane er likevel ikkje ferdig finpusa eller køyrt ROS-analyse på. Etter val av modell er det difor framleis eit godt stykke arbeid som må gjerast. Modellane er tenkt å vere i bruk i tidsrommet frå kl 15 - 22 på kvardagar og frå kl 08- 22 i helg og høgtider. Under modellane er det eit eige avsnitt om natta.

Hovudprinsippet er at ein på kveldstid og dagtid helg går frå fire legar i heime-beredskapsvakt til to eller tre legar i aktiv vakt.



I modell A og B er nattleggevakta ein integrert del av ny organisering. I modell C blir nattleggevakta ei eiga ordning slik som i dag. Prosjektgruppa har ikkje oppfatta mandatet til å sjå på organiseringa på dagtid kvardag, men alle modellane kan i prinsippet utvidast til å gjelde også dette. I prosjektgruppa har vi sett føre oss at legevakt på dagtid kvardag vil halde fram som i dag, men ser at også for dette tidsrommet vil det for kvar enkelt kommune sannsynlegvis kome krav som gjer at til dømes alle kommunane bør ha ein legevaktsbil tilgjengeleg. ØHD-sengetilbodet på Søre Sunnmøre er desentralisert. Det gjev eit auka behov for at legevakta har eigne observasjonssenger som også vil kunne vere i bruk på dagtid. Spesielt med tanke på overgangen frå natt til dag.

Generelt om organisasjonsomgrepet:

Vi har i desse modellane brukt omgrepet "organisasjon" om det som høyrer naturleg saman i eit arbeidsfellesskap. Det vil seie den gruppa av legar og hjelpepersonell som delar på arbeidsturnus, fysisk arbeidsplass og arbeidsoppgåver (journalssystem, timebøker) Vi tenker ikkje på ein eventuelt formell tilhøyre til ein vedteken organisasjonsstruktur som kunne ha gått på tvers av arbeidsstad og arbeidsfellesskap. I modell A er det to arbeidsstader, men vi ser føre oss at helsepersonellet skal kunne jobbe begge stader, og også dele journalssystem og timebøker.

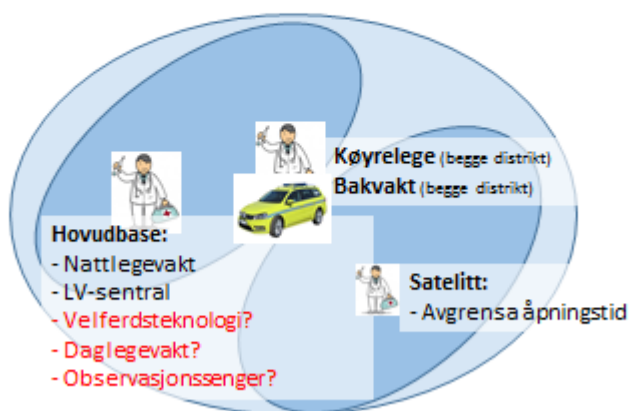
Etter ein kort presentasjon av kvar modell kjem det ei momentliste som viser fordelar og ulemper som har kome fram i prosjektarbeidet så langt.

Modell A

2 distrikt, 3 aktive legar:

- stasjonær på hovudbasen
- køyrelege (og bakvakt)
- satelittstasjon

Nattlegevakt og LV-sentral på basen. Éin organisasjon.



Presentasjon av modell

Hovudstasjon med to legar på jobb. Hovudstasjon lokalisert same stad som nattlegevakta. Alltid ein lege på stasjonen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. I tillegg har denne modellen ein satelittstasjon der den tredje legen skal jobbe. Satelittstasjonen kan vere open i heile perioden, frå kl 15-22 på kvardagar og 08-22 i helgane, eller det kan vere aktuelt med delvis opningstid. Satelittstasjonen og hovudstasjonen skal ligge på kvar si side av Eiksundtunnelen. Ein organisasjon der alle legane i frå kommunane går i turnus på alle tre typene av vakter (base, køyrelege, lege på satelittstasjon). Eit hjelpepersonell per lege.

Fordelar

- Køyrelege gir godt tilbod til institusjonar og ikkje-mobile innbyggjarar. Tydeleg tilbakemelding frå pleie og omsorg i alle kommunar om at ein køyrelege er svært viktig for brukarane i pleie og omsorgstenestene. Det vil også kunne redusere ambulansebruk og tal på unødige sjukehusinnleggingar.

- Med tre legar i samtidig vakt vil det vere lett å sette opp ein turnus der alltid minst ein av legane fyller kompetansekrava for legevakt. Kompetansekrava blir løyst av legar i aktiv teneste.
- Fleire legar i same vaktdistrikt gjev bufferkapasitet til å handtere større hendingar parallelt med normal aktivitet
- Reiseavstanden for innbyggjarane til legevakt vil vere innanfor 40 minutt for over 90% av innbyggjarane.
- God kapasitet til sjukebesøk og akuttmedisinsk beredskap.
- Ein hovudbase er meir fleksibel og klar for utviding med ekstra personell ved arbeidstoppar, observasjonssenger og kan vere base for velferdsteknologi
- God arbeidssituasjon for legar, spesielt med tanke på nye legar og vikarar, som kan møte på jobb saman med ein erfaren lege
- Ein organisasjon lettar kommunikasjonen med helsetenesta elles og andre samarbeidspartar, både med tanke på dagleg drift og på systemarbeid
- Ein organisasjon gir betre moglegheit for systemarbeid inkludert fagutvikling og samtrening med anna helsepersonell
- Om hovudstasjonen blir nærlokalisert med ein ambulansestasjon eller akuttmottak gir det moglegheit for synergjar
- Ein hovudstasjon med fleire funksjoner ved utviding (velferdsteknologi, observasjonssenger, daglegevakt) gir større del dagtidsarbeid i turnus for støttepersonell
- Mogleg med utviding til å gjelde fleire kommunar

Ulemper

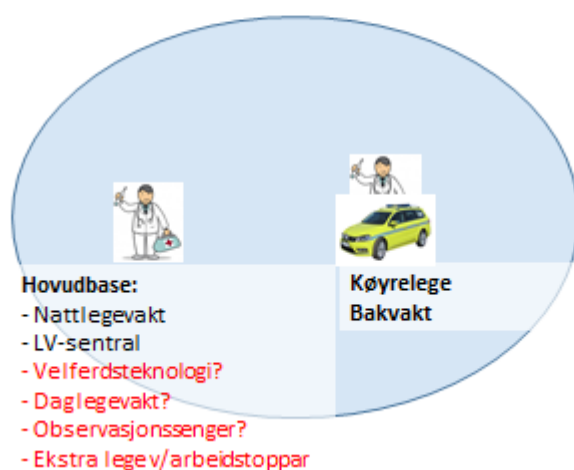
- Mange vakter som skal fyllast opp av legar og behov for hjelpepersonell på to ulike lokalisasjonar. Ressurskrevjande, både med tanke på legar og støttepersonell
- To lokale skal vere utstyrt til legevakt
- Innbyggjarane får ulike stadar dei skal ta kontakt til ulike tider av døgnet
- Sveikka organisasjonstilknytning for legekorpsset ved at legane har to fysiske arbeidsplassar

Modell B

1 distrikt, 2 aktive legar:

- stasjonær på basen
- køyrelege (og bakvakt)

Nattlegevakt og LV-sentral på basen. Éin organisasjon.



Presentasjon av modell

Ein legevaktstasjon med to legar på jobb. Alltid ein lege på legevaktstasjonen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. Ingen satellittstasjon. Legevaktstasjonen kan oppskalerast i kapasitet med meir personell i presstider i veka og/eller ved høgtider når legevakta blir mykje brukt. Ein organisasjon og ein lokalisasjon.

Fordelar

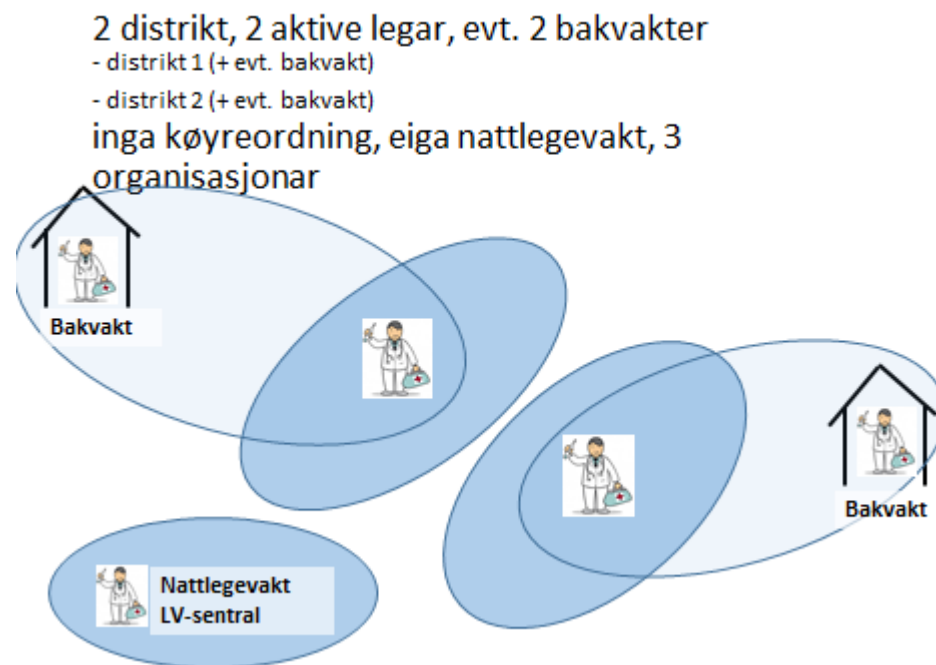
- Køyrelege gir godt tilbod til institusjonar og ikkje-mobile innbyggjarar. Tydeleg tilbakemelding frå pleie og omsorg i alle kommunar om at ein køyrelege er svært viktig for brukarane i pleie og omsorgstenestene. Det vil også kunne redusere ambulansebruk og tal på unødige sjukehusinnleggingar.
- Legevaktstasjon vil alltid ha minst to legar på jobb der ein ville kunne fylle kompetansekravet.
- Fleire legar i same vaktstasjon gjev bufferkapasitet til å handtere større hendingar parallelt med normal aktivitet
- Legevaktstasjonen er fleksibel og klar for utviding med ekstra lege ved arbeidstoppar, observasjonssenger og velferdsteknologi
- God arbeidssituasjon for legar, spesielt med tanke på nye legar og vikarar, som kan møte på jobb saman med ein erfaren lege
- Ein organisasjon gir lettare kommunikasjon med resten av helsevesenet og andre samarbeidspartar, både med tanke på dagleg drift og på systemarbeid
- Ein organisasjon gir betre moglegheit for systemarbeid inkludert fagutvikling og samtrening med anna helsepersonell
- Om legevaktstasjonen blir nærlokalisert med ein ambulansestasjon eller akuttmottak gir det moglegheit for synergjar

- Ei legevaktstasjon som kan ha fleire funksjoner ved utviding (velferdsteknologi, observasjonssenger, daglegevakt) gir større del dagtidsarbeid i turnus for støttepersonell
- Mindre ressurskrevjande enn A-modellen både med tanke på personale og drift av berre ein legevaktstasjon. Det vil vere behov for mindre personell enn modell A på det jamne. Ein lokalisasjon vil forenkle opplæringa av helsepersonellet og redusere administrative driftskostnader
- Ein lokalisasjon vil sannsynlegvis betre organisasjonstilknyttinga
- Moglegheit for utviding til å gjelde fleire kommunar om hovudbasen blir i indre

Ulemper

- Vaktene kan bli så travle for legen på stasjonen at det kan føre til dårlegare kvalitet i tenesta.
- Ein del av innbyggjarane vil få lengre reiseveg enn i dag til legevaktstasjonen, men dei aller fleste (95%) vil kunne nå legevaktbasa innan 50 minutt.

Modell C



Presentasjon av modell

To separate legevaktorganisasjonar der kommunane på ytre slår seg saman til eit distrikt og kommunane på indre slår seg saman til eit distrikt. Ein lege med hjelpepersonell og legevaktsbil på jobb i kvart distrikt. Felles distrikt med nattlegevakt i Volda som i dag.

Fordelar

- Med to legevaktstasjonar vil reiseavstanden for innbyggjarane til legevakt vere innanfor 40 minutt for over 90% av innbyggjarane.
- Eit mindre distrikt kan gi fordelene at ein kjenner betre dei ei skal samarbeide med
- Sterkare organisasjonstilknyping til legane for kveldslegevakta

Ulemper

- Det vil vere behov for bakvakt i ordninga for å fylle kompetansekrava og ein må bruke kvilande heimebakvakt. Til tider vil denne ordninga krevje fire legar på vakt samtidig i regionen.
- Tre ulike organisasjonar gjer det uklart for samarbeidspartar kvar dei kan ta kontakt.
- Det vil vere vanskelegare å få til kvalitetsarbeid og fagutvikling i mindre einheiter.
- Arbeidsbelastninga til legen på basen vil i periodar vere så høg at det vil vere vanskeleg å få tid til å prioritere sjukebesøk og utrykkingar saman med ambulansen. Dårligare mobilitet gir eit svakare tilbod til ikkje-mobile innbyggjarar, inkludert sjukeheimspasientar.
- Ved større hendingar vil ein mangle bufferkapasitet til å handtere ordinær aktivitet parallelt
- Tre organisasjonar vil gi behov for meir administrative ressursar totalt sett.
- Færre tilsette i kvar legevakt gjer at organisasjonane blir meir sårbare for endringar i tilsettingar, både for legar og hjelpepersonell.
- Kvar lege må forholde seg til to ulike legevaktorganisasjonar (nattlegevakt og kveldslegevakt)
- LV-sentralen må halde fram ved nattlegevakta på sjukehuset og ein får ikkje nytta potensiale i arbeidskapasiteten og kompetansen til dei som jobbar i ordninga.

Legevakt om natta

Dei tre modellane som er skissert ovanfor gjeld legevakt kveld og dagtid/kveld i helg og høgtidsdagar. I modell A og B skal nattlegevakta lokalisert i hovudstasjonen og vere i same organisasjon. Legevaktssentralen skal vere samlokalisert med legevakta uavhengig av kvar stasjonen skal vere. I modell C held nattlegevakta fram som eigen organisasjon og kan i prinsippet vere slik som i dag.

For natta tenker vi at den bemanninga vi har i dag er tilstrekkeleg om vi legg til rette for legevaktsbil med sjåfør for å få den eine legen som er på vakt til å vere meir rusta for utrykking og sjukebesøk. Berre 10% av alle henvendingar til legevakt som skjer på natt. Gjennomsnittleg er det omlag 4-5 kontaktar med lege per natt i heile distriktet og sannsynet for samtidskonfliktar er derfor lågt. Om ein vurderer at ein ønskjer ein enno sterkare beredskap kan det vere aktuelt å legge til ei sovande bakvakt på legevaktstasjonen om natta for å styrke beredskapen. Det blir særleg aktuelt om ein ynskjer å utvide distriktet utover dei seks kommunane som i dag er med i ordninga. Både auka reiseavstand til eventuelt nye kommunar og fleire innbyggjarar i nedslagsfeltet vil auke sannsynet for samtidskonfliktar.

Ein lege nummer to om natta er også aktuelt om den legen som er på jobb ikkje fyller kompetansekrava. Alternativet til dette er som i dag med bakvakt i beredskap heime. Ei eventuell styrking på natt må vurderast opp i mot vaktbelastninga på eksisterande legar i ordninga og økonomiske konsekvensar.

Lokalisering

Volumet av pasientar som får omvegar

Nasjonal statistikk viser at det klart største volumet av pasientar som treng øh-hjelp og blir innlagt i sjukehus er medisinske pasientar (omlag 80%). Nest størst volum har kirurgiske pasientar som i hovudsak er ulike skader. Dei aller fleste pasientane i vårt distrikt vil derfor kunne få den behandlinga dei treng akutt ved Volda sjukehus. Om vi brukar nasjonal statistikk til å sjå føre oss volumet på øh-innleggingar i distriktet vil det vere omlag 3100 innleggingar/år i tidsrommet der legevakta skal fungere. Det vil seie at det i i gjennomsnittet vil vere 8-9 personar som skal vidare til Volda sjukehus frå legevakta i døgnet.

Det finnes likevel ein del tilstandar der pasientane i distriktet skal til andre sjukehus når dei treng akutt hjelp. Døme på dette er traume, psykiatri, øyre-nase-hals, auge og born. Tilsaman vil desse tilstandane sannsynlegvis utgjere eit volum på rundt 300 per år i heile distriktet i tidsrommet legevakta er i funksjon. Det vil utgjere litt under ein person i døgnet som skal vidare til Ålesund sjukehus frå legevakta.

Ved modell A:

Hovudbase i	Fordel	Ulempe
Volda Nærlokalisering med akuttmottak	Synergi med sjukehusmottaket - LV-sentral - nattlegevakt, støttepersonell - røntgen og avlastning av kirurgisk poliklinikk - viss ambulansane blir ved sjukehuset: Enkelt for legen å vere med på utrykking Stor moglegheit for at eksisterande personellgruppe ved LV-sentral med høg kompetanse og erfaring i LV-formidling blir med vidare Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Vanskelegare å etablere felles organisasjonstilknytning for legar og sjukepleiarar Lågare terskel for sjukehusinnleggingar (?) på natt Omveg for pasientar frå Ørsta som bør til Ålesund (born, psykiatri). Kan delvis kompensere av køyrelegeordning.
Furene Nærlokalisert med ambulansestasjon	Synergi med ambulansestasjon - samtrening (dagtid) - støttepersonell legevaktsbil - enkelt for legen å vere med på utrykking Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Noko auka drop-in på sjukehuset på kveld og natt, vanskelegare å rute vidare til legevakt. Ikkje mogleg med avlastande samarbeid med kir.pol/røntgen Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning. Meir usikkert om LV får rekruttert personell frå eksisterande fagmiljø ved LV-sentralen.
Ytre (Ulsteinvik eller Myrvåg)	Nærleik til flest av innbyggjarane Nærleik til Ålesund sjukehus?	Noko auke av drop-in på sjukehuset (avhengig av opningstidene for ein satellitt på indre), mykje vanskelegare å rute vidare

Nærlokalisering med ambulansestasjon eller sjukeheim	Krev (kanskje) ikkje nybygg? Moglegheit for synergi med tildømes sjukeheim i Myrvåg (observasjonssenger) eller ambulansestasjon i Saunesmarka	til legevakt om natta. Stor omveg for dei sjukaste pasientane frå hele indre Søre som skal vidare til sjukehus etter legevakt. Lite volum på natt. Kan kompensera av køyrelegen der det etter telefonkonsultasjon er gode indikasjonar på at det sannsynlegvis blir innlegging i sjukehus. Ikkje moglegheit for fleire kommunar å knyte seg på ordninga på grunn av lang reiseveg om natta
--	---	---

Satelittstasjon skal vere på motsett side av Eiksundtunnelen. Ein satelittstasjon kan lokalisera til eit eksisterande legekort og krev ikkje nybygg.

Ved modell B:

Hovudbase i	Fordel	Ulempe
Volda Nærlokalisering akuttmttak	Synergi med sjukehusmottaket - LV-sentral - nattlegevakt, støttepersonell - røntgen og avlastning av kirurgisk poliklinikk - viss ambulansane blir ved sjukehuset: Enkelt for legen å vere med på utrykking Stor moglegheit for at eksisterande personellgruppe ved LV-sentral med høg kompetanse og erfaring i LV-formidling blir med vidare Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Vanskelegare å etablere felles organisasjonstilknytning for legar og sjukepleiarar Lågare terskel for sjukehusinnleggingar (?) på natt Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning. Omveg for pasientar frå Ørsta og Ytre som bør til Ålesund (born, ønh, øye, psykiatri). Kan kompensera av køyrelegeordning.
Furene Nærlokalisert med ambulansestasjon	Synergi med ambulansestasjon - samtrening (dagtid) - støttepersonell legevaktsbil - enkelt for legen å vere med på utrykking Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Noko auka drop-in på sjukehuset på kveld og natt, vanskelegare å rute vidare til legevakt. Liten omveg for de sjukaste pasientane frå Volda og Hornindal som blir henta i ambulanse og kor nytteverdien av vurdering hos allmennlege før sjukehusinnlegging er usikker Ikkje mogleg med avlastande samarbeid med kir.pol/røntgen Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning. Meir usikkert om LV får rekruttert personell frå eksisterande fagmiljø ved

		LV-sentralen. Omveg for pasientar frå Ørsta og Ytre som bør til Ålesund (born, ønh, øye, psykiatri). Kan kompensast av køyrelegeordning.
Ytre (Ulsteinvik eller Myrvåg) Nærlokalisering med ambulansestasjon eller sjukeheim	Nærleik til flest av innbyggjarane Nærleik til Ålesund sjukehus? Krev (kanskje) ikkje nybygg? Moglegheit for synergi med tildømes sjukeheim i Myrvåg (observasjonssenger) eller ambulansestasjon i Saunesmarka	Stor auke av drop-in på sjukehuset, mykje vanskelegare å rute vidare til legevakt på grunn av lang omveg. Stor omveg for dei sjukaste pasientane frå hele indre Søre som skal vidare til sjukehus etter legevakt. Eit langt større volum når det ikkje er satellitt delar av døgnet. Kan delvis kompensast av køyrelegen der det etter telefonkonsultasjon er gode indikasjonar på at det sannsynlegvis blir innlegging i sjukehus. Ikkje moglegheit for fleire kommunar å knyte seg på ordninga på grunn av lang reiseveg

Modell C

I modell C skal det vere ein legevaktstasjon på indre og ein på ytre. Denne modellen krev ikkje noko nybygg før oppstart og kan startast opp frå eit eksisterande legekantor/legevaktlokale. Modellen har hatt så lite oppslutning i prosessen då den har mange utfordringar og prosjektgruppa har derfor bestemt seg for ikkje å gå vidare i utredninga av lokalisering av denne modellen.

Om det likevel blir politisk oppslutning om denne modellen må lokaliseringsspørsmålet blir avgjort mellom dei kommunane som skal samarbeide: Hareid, Herøy, Sande og Ulstein i ytre og Ørsta og Volda i indre. Det vil vere få faglege argument som skil lokaliseringsspørsmålet i så kompakte distrikt.

Vurderingar og konklusjon

Modellval

Vurderingar

Ei framtidig legevaktorganisering bør støtte dei forskriftskrava som gjeld i dag, vere mogleg å utvikle vidare og vere ein best mogleg teneste for innbyggjarane i regionen.

Vi fyller i dag ikkje kompetansekravet, krav om forsvarleg transportordning, kravet om opplæring og samtrening med andre naudetatar eller krav om leiging og kvalitetsarbeid.

Akuttmedisinforskrifta stiller frå 01.05.18 absolutte krav om vaktkompetanse for legevaktlege. Det vil i dei fleste kommunar til ei kvar tid vere legar som ikkje tilfredsstiller desse krava og som må ha ei kompetent bakvakt som er uttrykingsklar. Dette kravet gjer det også mindre aktuelt å få inn vikarar i legevakta. For nokre av legevaktdistrikta er dette ei utfordring som kan handterast slik situasjonen er per i dag, for andre ikkje. Dette vil uansett for alle kommunane vere svært sårbart for legevaktfunksjonen fordi dette raskt kan endre seg.

Kravet om opplæring og kravet om kvalitetsarbeid let seg ikkje løyse utan meir administrative ressursar i legevakta. Om kvart av dagens legevaktdistrikt skal gjere det for seg, vil dette åleine bli kostnadskrevjande. Men den største utfordringa vil kanskje vere å få tak i nok helsepersonell til å gjere jobben. Til dømes har legevaktdistrikta i dag samla sett ein ressurs på 65 % legevaksansvarleg/legevaktssjef. Om vi skulle halde fram med dagens organisering ville behovet framover vere på 250% stilling. Slår vi oss saman får vi mange stordriftsfordelar og kan klare oss med ein 100% stillingsressurs til dette arbeidet.

Kravet om ei forsvarleg transportordning og moglegheita for å kunne rykke ut gjer at alle legevaktdistrikt må ha ein legevaktsbil og hjelpepersonell. Det er ein derfor ei minimumsbemannning ein må ha for å støtte dei nye krava, både administrativt og pasientnært, uavhengig av størrelsen på legevaktdistriktet. Det blei derfor tidleg klart at null-alternativet, å halde fram som i dag, ikkje er aktuelt. Det vil bli svært dyrt og vi vil ikkje klare å skaffe nok helsepersonell.

Av dei tre modellane som er utgreidd vil modell C vere den som klarast har utfordringar i forhold til å kunne løyse forskriftskravet. Dette er fordi modell C ikkje har meir enn ein lege i vaktområdet. Det vil kunne føre til at ved høg arbeidsbelastning vil den legen ha problem med å kunne rykke ut ved alvorlege hendingar. Ved alvorlege hendingar som tek tid, til dømes ulykker, har heller ikkje denne modellen moglegheit for jobbgjelding på den måten modell A og B har. I ein modell med fleire legar i same distrikt kan den andre/dei to andre legane tre inn og ta over jobben til den legen som blir opptatt med ei alvorleg hending som er både tidkrevjande og mentalt krevjande.

Tilbakemeldingar frå andre

Både legane i kommunane, ressursgruppa for brukarar, helse og omsorgstenestene i kommunane og helseføretaket har meint at modell A er den legevaksorganiseringa som gir best tilbod til innbyggjarane. På ein klar andreplass kjem modell B. Tilbakemeldinga frå dei tillitsvalte legane var at dei meinte at modell B gir best arbeidstilhøve for legane.

Legane i kommunane

Dei blei gjennomført ei spørjeundersøking blant legane i kommunane. Undersøkinga blei sendt ut til 68 legar. 55 svarte på undersøkinga. Fleirtalet meinte at modell B gav best arbeidstilhøve for legane, men at modell A gir det beste tilbodet til innbyggjarane. Resultatet av undersøkinga er vedlagt (vedlegg 3)

Ressursgruppa med tillitsvalte legar

Fokuset til dei tillitsvalte legane var å sjå kva ordning som gav best arbeidsforhold for legane. Dei har i eit brev konkludert med at dei ynskjer modell B (vedlegg 4). Modell B gir færre legevakter for kvar enkelte lege og gir ei forsvarleg legevaktordning.

Ressursgruppa med brukarar

Ressursgruppa med brukarar er politisk valte representantar. I siste møte 13.06.17 møtte Else Gjerde, Trond Berg, Stein Conradsen, Toril Langlo og Leiv Magnar Aarflot. Gruppa var einstemminga på at modell A var det beste alternativet og at modell C måtte forkastast.

Kommunale helse og omsorgstenester

For å få innspel i arbeidet blei det også arrangert eit halvdagsseminar med deltakarar for ulike tenester: psykiatri, heimesjukepleie, sjukeheimar, tenester i bustad. Seminaret hadde 24 deltakarar fordelt på alle seks kommunane. Deltakarane blei oppfordra til å dele både gode og dårlege erfaringar med legevakt. Dei kom også med innspel til kva som er viktig med ei framtidig legevakt. Dei ønskte seg ei legevakt med lokale, velkjente legar, og ei legevakt som har rutinar og prosedyrar som nye legar blir opplærde i. Eit stort fleirtal ønskte modell A, med modell B som alternativ. Berre éin av dei frammøtte ønska modell C.

Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdal har gitt ei tilbakemelding på val av modell i eit brev datert 08.06.17 (vedlegg 5). Også helseføretaket konkluderer med at modell A gir det beste tilbodet til innbyggjarane. Dei legg vekt på at det at legen kan vere mobil er heilt sentralt, og dei ser føre seg eit samarbeid om ein legevaktsbil. HMR meiner at val av modell må inkludere nattlegevakta. Dei tilrår at legevakta skal ha funksjonstid 24/7 365 dagar i året.

Konklusjon

Dei faglege argumenta og innspela frå andre peikar alle mot at modell A er det klart beste alternativet for organisering av legevakta i dei seks kommunane framover. Modell B vil også vere fagleg forsvarleg og er eit andreval for prosjektgruppa. Modell C blir frårådd.

Lokalisering

Hovudbasen bør ligge i nærleiken til Volda sjukehus fordi pasientstraumen her er størst. Prosjektgruppa meiner at den beste lokaliseringa er like ved Volda sjukehus og samlokalisert med ambulansestasjonen. Ein oppnår då flest synergjar. Helse Møre og Romsdal har gitt tydelege signal om at bygging av ny ambulansestasjon ved Volda sjukehus ikkje er aktuelt av økonomiske årsaker. I prosjektgruppa meiner vi då at andre alternativet må vere på strekninga Volda sjukehus-Furene, samlokalisert med ambulansestasjon.

Satellittstasjonen bør ligge sentralt geografisk plassert på Ytre for å sikre at flest mogleg innbyggjarar kan nå ein legevaktbase innan 40 min. Gode alternativ er Myrvåg eller Ulsteinvik om ei vil bruke eksisterande

lokale. Det er ingen faglege argument som skil desse to stadane, så det blir opp til det politiske miljøet å bli enige om kvar lokaliseringa skal vere.

Om ein vil bygge nytt eller leige nye lokale kan fleire stader vere aktuelle, men dei geografiske yttterpunkta Fosnavåg sentrum og Hareid er mindre aktuelle om ein vil halde seg innanfor 40 minuttsskravet.

Oppstart

Ei ny organisering av legevakta på Søre Sunnmøre krev eit nytt lokale i indre. I prosjektgruppa ynskjer vi framleis at dette lokale skal vere samlokalisert med Volda sjukehus, men signala frå HMR tyder på at det kan bli vanskeleg. Uansett kvar det blir vil ikkje eit nytt lokale kunne stå klart 1.mai 2018.

Vi i prosjektgruppa foreslår derfor at vi startar opp med ei overgangsordning 1.mai 2018 der vi brukar eksisterande lokale (eit legekontor på indre, eit legekontor på ytre og nattlegevakta og legevaktssentralen ved sjukehuset som i dag)

Dette har vore eit utgreiingsprosjekt og det er framleis mykje arbeid som må gjerast før oppstart er mogleg. Prosjektgruppa foreslår derfor at det snarast mogleg etter vedtak blir tilsett ein legevaktssjef og dagleg leiar i legevakta for vidare planlegging og oppstart. Det må blant anna bli gjennomført ROS-analyse av valt modell, etablerast rutinar og prosedyrar og tilsettast hjelpepersonell før ein kan starte opp med overgangsordninga. Det må også jobbast vidare med nye lokale.

I tillegg til val av modell og lokalisering må ein i det administrative og politiske behandlinga av saka ta stilling til om ein ynskjer vertskommuneorganisering eller IKS. Vi i prosjektgruppa har ikkje tatt stilling til om det eine er betre eigna enn det andre.

Vedlegg

1. Arealbehov
2. Kostnadsberekning
3. Spørjeundersøking legar
4. Brev frå tillitsvalte legar
5. Brev frå Helse Møre og Romsdal

Svært omtrentlige tall

Rom/funksjon	Kvadrater
Legekontor 1	22
Legekontor 2	22
Skiftestue	22
Observasjonsrom og mottak ambulansepass.	20
Ekspedisjon og kontor	20
Venterom	30
Toalett brukarar (handikap)	8
Hvilerom 1	8 Trenger ikke være på samme sted s
Hvilerom 2	8 Trenger ikke være på samme sted s
Korridor / gangareal	40
Totalt arealbehov	200

Aktuelt areal for sambruk/felles m/sykehuset	
Garderobe/dusj personal	20 Mulig sambruk med sjukehuset/amb
Toalett personal	5
Minilaboratorium m/handikaptoalett tilknytning	16
Teknisk rom/reinhald	9
	50

Beregningen forutsetter at legevaktspersonalet kan bruke pause- og møterom tilknyttet sjukehusets mot

Beregning v/prosjektgruppa

Sist oppdatert 6.desember 2016

som øvrige legevakt
som øvrige legevakt

mulansestasjon

ttak

	Modell A	Modell B	Modell C
Vaktleger lønn	18 301 280 kr	12 530 133 kr	12 530 133 kr
Daglig leiar - sjukepleiarA og B: 100	882 000 kr	882 000 kr x	
Tilleggsstasjon - sjukepleiarA: 1 x 2	220 500 kr	x	1 323 000 kr
LegevaktsjefA: 80 %B: 50 %C: 2 x :	1 176 000 kr	735 000 kr	1 470 000 kr
Drift, sykepleiere (inkl. sjåfør)A: 6 å	4 851 000 kr	3 234 000 kr	3 234 000 kr
Dagtid helg + helligdager- A + C: 2	1 595 000 kr	797 500 kr	1 595 000 kr
Natt, ekstra sykepleier (2 årsverk)	1 595 000 kr	1 595 000 kr	1 595 000 kr
Innspart nattlegevaktsjef	-210 000 kr	-210 000 kr	0 kr
Innspart kontorleige - nattlegevakt	-70 000 kr	-70 000 kr	0 kr
Kontor - leie	800 000 kr	600 000 kr	500 000 kr
Vask og renhold	400 000 kr	300 000 kr	200 000 kr
Journalssystem og EDB	400 000 kr	300 000 kr	500 000 kr
Medisinske forbruksvarer	500 000 kr	400 000 kr	500 000 kr
Medisinsk utstyr	75 000 kr	50 000 kr	75 000 kr
Møter, kurs og konferanser	100 000 kr	100 000 kr	100 000 kr
Bakvaktkostnad - dag og kveld			536 550 kr
Leasing, bil	120 000 kr	120 000 kr	240 000 kr
Sum, utgifter:	30 735 780 kr	21 363 633 kr	24 398 683 kr
Inntekter, 500 kr per konsult			
A og C: 40/dagB: 30/dag	7 300 000 kr	5 475 000 kr	7 300 000 kr
Sum, nye årlige kostnader	23 435 780 kr	15 888 633 kr	17 098 683 kr
1514 Sande (M. og R.)	1 323 261 kr	897 124 kr	965 447 kr
1515 Herøy (M. og R.)	4 666 317 kr	3 163 599 kr	3 404 533 kr
1516 Ulstein	4 405 833 kr	2 986 999 kr	3 214 484 kr
1517 Hareid	2 701 223 kr	1 831 334 kr	1 970 805 kr
1519 Volda	4 741 858 kr	3 214 812 kr	3 459 647 kr
1520 Ørsta	5 597 288 kr	3 794 764 kr	4 083 767 kr
	23 435 780 kr	15 888 633 kr	17 098 683 kr

Innbyggjarar per 01.01.17

2540	5,65%
8957	19,91%
8457	18,80%
5185	11,53%
9102	20,23%
10744	23,88%
44985	

	Modell A	Modell B	Modell C
Vaktleger lønn	12 261 857 kr	8 395 189 kr	8 395 189 kr
Daglig leiar - sjukepleiarA og B: 100	882 000 kr	882 000 kr x	
Tilleggsstasjon - sjukepleiarA: 1 x 2	220 500 kr	x	1 323 000 kr
LegevaktsjefA: 80 %B: 50 %C: 2 x :	1 176 000 kr	735 000 kr	1 470 000 kr
Drift, sykepleiere (inkl. sjåfør)A: 6 å	3 250 170 kr	2 166 780 kr	2 166 780 kr
Dagtid helg + helligdager- A + C: 2	1 068 650 kr	534 325 kr	1 068 650 kr
Natt, ekstra sykepleier (2 årsverk)	1 068 650 kr	1 068 650 kr	1 068 650 kr
Innspart nattlegevaktsjef			0 kr
Innspart kontorleige - nattlegevakt			0 kr
Kontor - leie	375 000 kr	375 000 kr	375 000 kr
Vask og renhold	150 000 kr	150 000 kr	150 000 kr
Journalsystem og EDB	400 000 kr	300 000 kr	500 000 kr
Medisinske forbruksvarer	335 000 kr	268 000 kr	335 000 kr
Medisinsk utstyr	75 000 kr	50 000 kr	75 000 kr
Møter, kurs og konferanser	100 000 kr	100 000 kr	100 000 kr
Bakvaktkostnad - dag og kveld			359 489 kr
Leasing, bil	90 000 kr	90 000 kr	180 000 kr
Investeringer, år 1			
Sum, utgifter:	21 452 827 kr	15 114 944 kr	17 566 758 kr
Inntekter, 500 kr per konsult			
A og C: 40/dagB: 30/dag	4 891 000 kr	3 668 250 kr	4 891 000 kr
Sum, nye årlige kostnader	16 561 827 kr	11 446 694 kr	12 675 758 kr
1514 Sande (M. og R.)	935 135 kr	646 318 kr	715 715 kr
1515 Herøy (M. og R.)	3 297 639 kr	2 279 161 kr	2 523 880 kr
1516 Ulstein	3 113 557 kr	2 151 933 kr	2 382 992 kr
1517 Hareid	1 908 927 kr	1 319 353 kr	1 461 016 kr
1519 Volda	3 351 023 kr	2 316 057 kr	2 564 738 kr
1520 Ørsta	3 955 547 kr	2 733 873 kr	3 027 417 kr
	16 561 827 kr	11 446 694 kr	12 675 758 kr

Innbyggjarar per 01.01.17

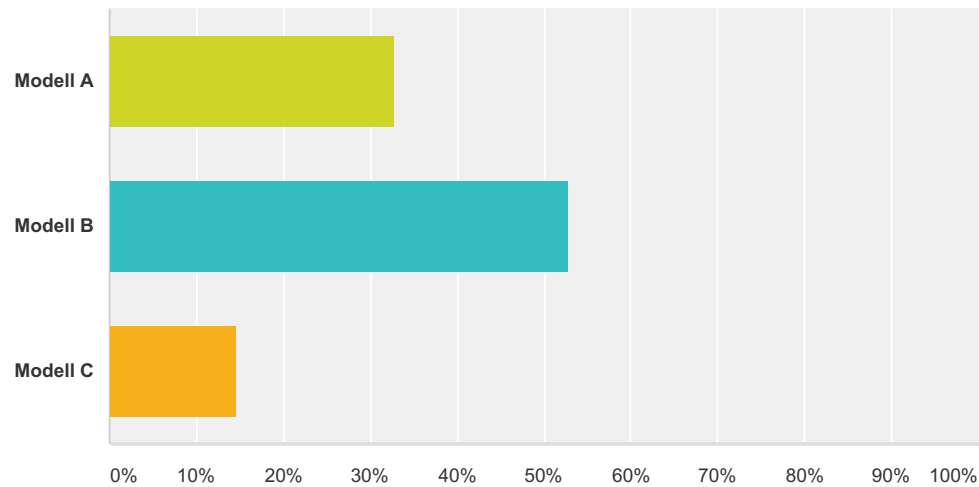
2540	5,65%
8957	19,91%
8457	18,80%
5185	11,53%
9102	20,23%
10744	23,88%
44985	

	Modell A	Modell B	Modell C
Vaktleger lønn	18 301 280 kr	12 530 133 kr	12 530 133 kr
Daglig leiar - sjuke	882 000 kr	882 000 kr x	
Tilleggsstasjon - s	220 500 kr	x	1 323 000 kr
LegevaktsjefA: 80	1 176 000 kr	735 000 kr	1 470 000 kr
Drift, sykepleiere (	4 851 000 kr	3 234 000 kr	3 234 000 kr
Dagtid helg + helli	1 595 000 kr	797 500 kr	1 595 000 kr
Natt, ekstra sykep	1 595 000 kr	1 595 000 kr	1 595 000 kr
Innspart nattlegev	-210 000 kr	-210 000 kr	0 kr
Innspart kontorleig	-70 000 kr	-70 000 kr	0 kr
Kontor - leie	800 000 kr	600 000 kr	500 000 kr
Vask og renhold	400 000 kr	300 000 kr	200 000 kr
Journalsystem og	400 000 kr	300 000 kr	500 000 kr
Medisinske forbru	500 000 kr	400 000 kr	500 000 kr
Medisinsk utstyr	75 000 kr	50 000 kr	75 000 kr
Møter, kurs og ko	100 000 kr	100 000 kr	100 000 kr
Bakvaktkostnad - dag og kveld			536 550 kr
Leasing, bil	120 000 kr	120 000 kr	240 000 kr
Sum, utgifter:	30 735 780 kr	21 363 633 kr	24 398 683 kr
Inntekter, 500 kr per konsult			
A og C: 40/dagB:	7 300 000 kr	5 475 000 kr	7 300 000 kr
Sum, nye årlige I	23 435 780 kr	15 888 633 kr	17 098 683 kr

Innbyggjarar per 01.01.17					
1514 Sande (M. o	1 182 614 kr	801 771 kr	862 832 kr	2540	5,05%
1515 Herøy (M. o	4 170 344 kr	2 827 346 kr	3 042 672 kr	8957	17,79%
1516 Ulstein	3 937 546 kr	2 669 518 kr	2 872 823 kr	8457	16,80%
1517 Hareid	2 414 116 kr	1 636 685 kr	1 761 332 kr	5185	10,30%
1519 Volda	4 237 856 kr	2 873 117 kr	3 091 928 kr	9102	18,08%
Hornindal	558 715 kr	378 789 kr	407 637 kr	1200	2,38%
1520 Ørsta	5 002 364 kr	3 391 427 kr	3 649 712 kr	10744	21,34%
Stranda	1 932 224 kr	1 309 980 kr	1 409 745 kr	4150	8,24%
	23 435 780 kr	15 888 633 kr	17 098 683 kr	50335	

Q1 Kva modell trur du gjev best arbeidstilhøve for legane i vakt?

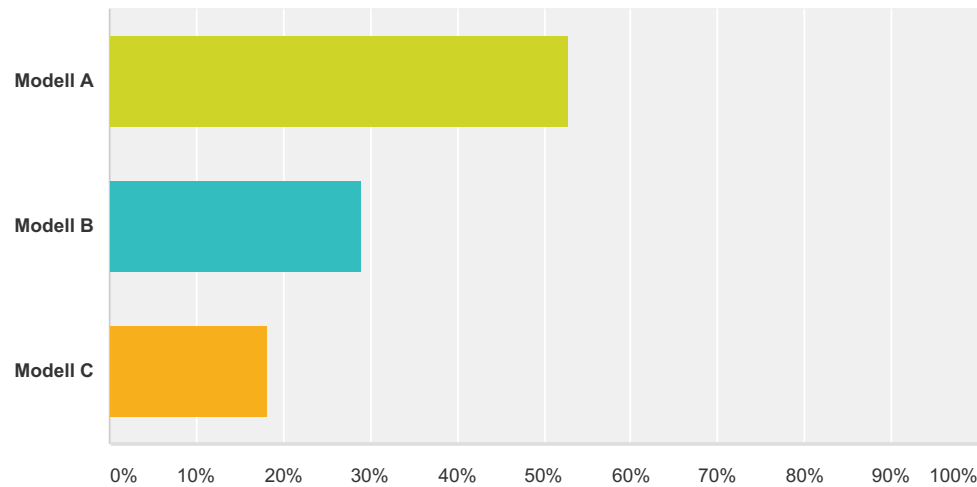
Answered: 55 Skipped: 0



Answer Choices	Responses	
Modell A	32.73%	18
Modell B	52.73%	29
Modell C	14.55%	8
Total		55

Q2 Kva modell meiner du gjev den beste legevakt-tenesta til innbyggjarane generelt?

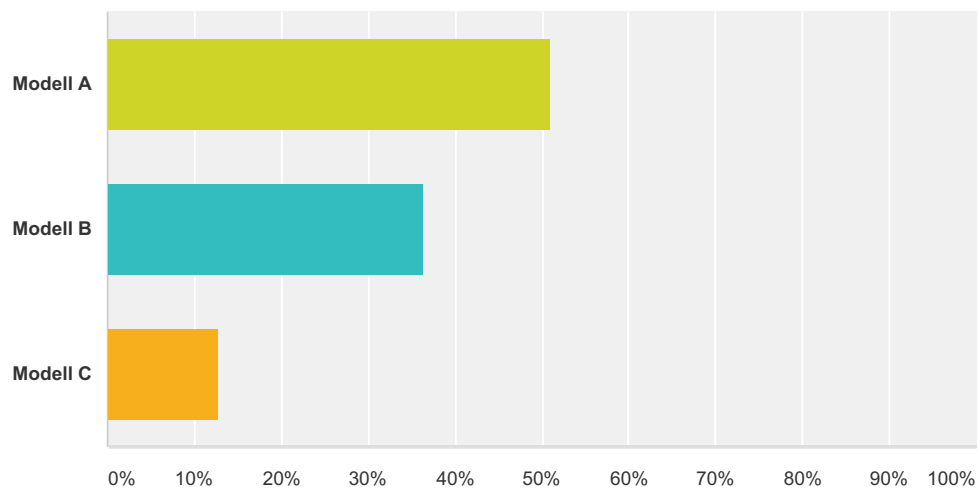
Answered: 55 Skipped: 0



Answer Choices	Responses	
Modell A	52.73%	29
Modell B	29.09%	16
Modell C	18.18%	10
Total		55

Q3 Kva modell meiner du gjev det beste legevakt-tenesta til bebuarar på institusjon og pasientar med liten mobilitet?

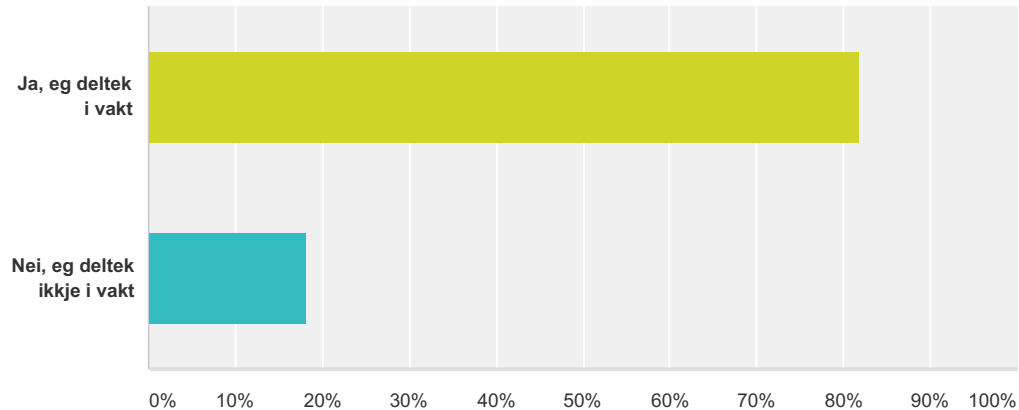
Answered: 55 Skipped: 0



Answer Choices	Responses	
Modell A	50.91%	28
Modell B	36.36%	20
Modell C	12.73%	7
Total		55

Q4 Deltek du i vakt? Kryss "ja", også om du p.t. er i permisjon. Kryss "ja" om du deltek i kveldsvakt, men ikkje i nattevakt. Kryss "nei", også om du har vaktfritak som berre er mellombels.

Answered: 55 Skipped: 0



Answer Choices	Responses	
Ja, eg deltek i vakt	81.82%	45
Nei, eg deltek ikkje i vakt	18.18%	10
Total		55

Ulstein kommune
Kommuneoverlege Inger Lise Kaldhol



Dykkar ref:

Vår ref: HR/-

Dato: 08.06.17

Legevaktsutredningsprosjektet på Søre Sunnmøre - modeller for organisering

Vi viser til deres brev datert 18.05.17 vedr. samme sak, der kommuneoverlegen ber om Helse Møre og Romsdal sine vurderinger av de ulike modellene for organisering av felles legevakt for Søre Sunnmøre.

Helse Møre og Romsdal har hatt en intern høring vedr. de ulike modellene, og med bakgrunn i vurderingene fra klinikk for akuttbehandling, som mellom anna omfatter prehospitale tjenester, gir helseforetaket slik tilbakemelding:

Alle modeller vil kreve ny ambulansestasjon for Volda/Ørsta. Konklusjonen i helseforetaket er at stasjonen må leies (ikke bygge selv). Denne stasjonen er ønskelig samlokalisert med helse/ annen nødetat. Om en isolert sett vurderer prehospital responstid, vil en samlokalisering et sted mellom Volda og Ørsta være optimal.

Helse Midt-Norge har bestilt en ny beredskapsanalyse som vil definere anbefalt plassering av ambulansestasjonen. Siste beredskapsanalyse utført av SINTEF i 2002 anbefalte stasjon både i Volda og Ørsta. I ny analyse vil Eiksundsambandet muligens påvirke optimal plassering.

Fra et prehospitalt synspunkt må legevakt organiseres slik at legevaktslege kan rykke ut uavhengig av ambulansetjenesten (også et myndighetskrav). En legevaktbil, kan i tillegg til lege også bemannes med ambulanspersonell. Sammen vil en enhet styrke akuttberedskapen i hele legevaktsdistriktet betydelig. En slik modell benyttes flere andre steder i Norge, der ambulansarbeideren har deler av sin stilling ansatt i kommunen.

Helse Møre og Romsdal ønsker i tillegg å kommentere at valg av modell også må inkludere nattlegevakta. Helseforetaket anbefaler også drift 24/7, 365. Om Legevaktsentralen skal samlokaliseres til basen, bør vurderes, men er ikke avgjørende for valg av modell. Det bør i tillegg etableres legevakt som er mobil, slik alle alternativene beskriver.

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

Helse Møre og Romsdal vurderer at valg av modell A gir best beredskap for innbyggerne, men også vil være mer kostbar. Dette blir opp til kommunene å vurdere økonomien i dette.

Helge Ristesund



Ass. direktør

Kjersti Bergjord
Klinikkssjef, klinikk for
akuttbehandling

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

NOTAT.

Til: Avdelingsleiar BFH

Frå: Vik kommuneoverlege

Dato. 07.08.17.

PROSJEKTRAPPORT LEGEVAKT. NOKRE MOMENT.

Kommunen sitt ansvar for legevaktordninga er regulert slik:

1. Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste i kommunene, § 3-2, pkt 3, slik:
Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste

Kommunen sitt ansvar omfattar såleis heile døgnet.

2. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v (akuttmedisinforskriften).

Forskrifta vart iverksett frå 01.05.15.

I §21 er det fastsett overgangsordningar slik:

Krav til grunnkompetanse for lege etter § 7 første ledd skal være oppfylt innen tre år fra forskriften trer i kraft.

Krav til grunnkompetanse for personell som bemanner legevaktsentralene etter § 13 bokstav f skal være oppfylt innen 1. mai 2018.

Krav til kurs for lege etter § 7 første ledd og til annet helsepersonell etter § 8 første ledd skal være oppfylt innen fem år fra forskriften trer i kraft.

Dei to første krava skal vere innfridde innan 01.05.18, og det siste innan 01.05.20.

3. Rundskriv I-5/15 Akuttmedisinforskriften (med merknader til enkelte bestemmelser)
Rundskrivet gir meir detaljerte føringar på kommunen sine plikter knytt til m.a. kompetanse hjå vaktpersonell, teknisk krav til LV-sentral, responstid LV-sentral og transport av utrykningspersonell.

For transport av lege/helsepersonell er anført:

«Kommunens ansvar innebærer blant annet å sørge for at lege og/eller annet helsepersonell umiddelbart er i stand til å rykke ut når det er nødvendig for å yte forsvarlig/øyeblikkelig hjelp. Kommunen må sørge for en forsvarlig transportordning.»

4. Akuttmedisinutvalet har avgitt innstillinga NOU 2015: 17 «Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus».

Det vert i denne lagt fram forslag om m.a. krav til at 90% av befolkinga skal ha maksimum 40 min reisetid til legevakt, og 95% maksimum 60min reisetid.

Framlegga i NOU 2015: 17 er ikkje behandla av regjering eller Storting, og kan såleis ikkje leggest til grunn ved utforminga av legevaktordninga.

Nokre merknadar til «Prosjektrapport: Framtidig legevakt på Søre Sunnmøre»:

1. Rapporten er ikkje behandla av oppdragsgjevar (Sjustjerna Helse og omsorg). Før kommunene handsamar prosjektrapporten må oppdragsgjevar oversende sine vurderingar og evt. tilrådingar til kvar einskild kommune.
2. I kostnadsoverslaget (vedlegg) er det oppført «Sum, nye årlege kostnader» for kvar modell i området 16 - 24 mill NOK. Det er uklart om dagens kostnader skal kome til frådrag sidan ein nyttar omgrepet «nye årlege kostnader». Ein slik kostnadsauke for ei teneste må vurderast i samanheng med økonomiplan osv. Oppdragsgjevar bør avklare dette, jmf. pkt 1 ovanfor.
3. LV-sentral, Legevakt og akuttmedisinske tenester er ei døgntilgjengeleg teneste. Prosjektrapporten omfattar i hovudsak tidsrommet frå kl 1500-2200/0800-2200, legevakt kveld utanom kontortid, og delvis nattlegevakt 2200-0800. Det er ei svakheit at følgjande punkt ikkje er meir utdjupande vurderte:
 - a. LV-sentralen: Kostnader, teknisk drift, samordning/samarbeid med LV-sentral Nordre-Sunnmøre, oppfølging av nye forskriftskrav (akuttmedisinforskrifta).
 - b. Kvar legekort har daglegevakt i kontortida: Korleis fungerer det? Burde ein vurdere eiga legevakt heile døgnet? Kostnader? Samordning med ambulanse-stasjon?
 - c. Kompetansekrava: Kva kompetanse har legane som deltek i legevakt i dag? Tilsaman 53 legar fordelt med 31 legar Hareid, Ulstein, Herøy, Sande og 22 Volda, Ørsta.
 - d. Om etablering av likeverdige legevakter (dag-ettermiddag-natt) i Ytre-Søre og indre-Søre er eit alternativ? (Ytre-Søre: 25000 innbyggjarar, 31 legar. Indre-Søre: 20000 innbyggjarar, 22 legar).

Nokre sentrale krav som må stillast til lokal legevaktordninga:

1. Det må vere lege som har uttrykkingsplikt tilstades på Ytre-Søre heile døgnet.
2. Alvorleg sjuke som bur heime eller ved sjukeheim skal få legebesøk for medisinsk vurdering før evt. innlegging ved sjukehus.
3. Kjøylegevakt (evt. etter alt A) skal vere stasjonert ved legevaktstasjon i Ytre-Søre (jmf. befolking og legedekning pkt 3 c og d.).
4. Legevaktstasjon i Ytre-Søre (evt. etter alt A eller B) skal lokalisast til Myrvåg legevaktstasjon.

Prosessen vidare:

1. Oppdragsgjevar (Sjustjerna Helse og omsorg) må handsame rapporten og oversende sin vurdering og tilråding til kommunene. Det er denne som må leggjast til grunn for den administrative og politiske handsaminga i kvar kommune, ikkje rapporten aleine.
2. Dei økonomiske konsekvensane må klargjerast betre. Nye kostnader må sjåast i samanheng med noverande kostnader, med kommunen sine økonomiske rammer og prioriteringar i økonomiplan. Kostnader knytt til nye lov- og forskriftskrav må tydeleggjerast.
3. Prosjektgruppa sin leiar stiller i e-post av 12.07.17 ei rekkje spørsmål (organisering: vertskommune eller IKS, Stranda kommune som deltakar, ny modell for kostnadsfordeling, lokalisering) som ikkje er fullgodt omtala i prosjektrapporten. Slike sentrale spørsmål må utgreiast før endeleg politisk handsaming.





HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Avdeling for Barn, Familie og Helse

SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar:	IMT	Arkivsaknr:	2016/1602
		Arkiv:	F21

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
31/17	Komite for helse og omsorg	18.08.2017
135/17	Formannskapet	22.08.2017
	Kommunestyret	31.08.2017

FAMILIEVIKAR - SERVICETILBOD FOR FAMILIAR OM HJELP I HEIMEN VED SPESIELLE BEHOV

Tilråding:

Ordninga med familievikar vert vurdert i samband med budsjettet for 2018, med bakgrunn i dei føringane som går fram av saksutgreiinga.

Særutskrift: Seksjon for heimetenesten i BuHab
Avdeling for tenestekoordinering
Barn, familie og helseavdelinga

Vedlegg:

Vedlegg

- 1 Tenesteerklæring
- 2 Prosedyre for handsaming

Samandrag av saka:

Komiteen for helse og omsorg har i fleire møter drøfta familievikar og innføring av eit slikt servicetilbod i kommunen. Tilbodet skal gå til småbarnsfamiliar med spesielle og akutte behov. Tilbodet i det einskilde tilfelle skal ikkje giast utover 2 månader. Forslag om å opprette eit slikt tilbod vert å legge fram i samband med budsjetthandsaminga.

Saksopplysningar:

Familievikar har vore breitt drøfta i Helse og omsorgskomiteen. Saka vart sist handsama som sak 16/17. Komiteen fatta då følgjande samrøystes vedtak:

«Ordninga med familievikar vert vurdert i samband med budsjettet for 2018, med bakgrunn i dei føringane som går fram av saksutgreiinga.

Vilkår, omfang, organisering og administrasjon av ei slik serviceteneste, må ytterligare presiserast, før det vert lagt fram som tiltak i budsjettet.»

Komiteen for helse- og omsorg ønskjer at kommunen opprettar eit tilbod om hjelp i heimen i form av familievikar. Tilbodet skal vere i form av hjelp i heimen ved spesielle og akutte forhold. Det skal vere hjelp i heimen for småbarnsfamiliar som har særlege behov for bistand, til dømes ved dødsfall, akutt sjukdom eller spesielt krevjande familiesituasjonar. Tilbodet om familievikar kan og vere aktuelt ved særleg krevjande barselperiodar.

Det er eit vilkår for å få tenesta at familien har eit særleg behov. Dette er behov som vert aktualisert ved til dømes dødsfall, akutt sjukdom og fødselar.

Ordninga tek sikte på å vare i inntil 2 månader i einskilde tilfelle. Er det behov etter denne tida, er det ein føresetnad at det vert løyst ved dei ordinære tenestene i kommunen. Det er også lagt opp til at tenesta skal utførast på kvardagar mellom kl. 08-16. Den einskilde familie vil kunne få familievikar i 4-6 timer per dag i den perioden behovet er til stades. Hjelpa vil vere ei førebyggjande teneste og hovudsaken er at den skal vere hjelp til å meiste kvardagen i eige heim. Det kan vere hjelp i den daglege varetakinga av born, men også enklare matlaging og reinhald.

Det er ikkje meint at dette tiltaket skal kome i staden for dei andre tenestene kommunen har til denne brukargruppa i dag.

Tilbodet skal organiserast i sektor for Helse og Omsorg. Behovet for tenesta kan meldast av ulike tilsette i kommunen som til dømes helsesøster, barnehage og fastlege.

Administrasjon av tenesta vil i hovudsak skje innan seksjon for heimetenester i BUHAB. Det vil også vere slik at avdeling for tenestekoordinering vil ha eit overordna

ansvar for å følgje opp at tenestene vert utført samt at den vert tilstrekkeleg dokumentert.

Som vedlegg til saka her ligg forslag til tenesteerklæring samt prosedyre for handsaming av familievikarsaker. Det er her presisert kva grunnar som kan gjere at servicetiltaket vert aktivisert. Vidare er det rita opp korleis sakshandsaminga skal ivaretakast.

Den økonomiske konsekvensen av tiltaket har vore drøfta administrativt. Det er uklårt kor mykje eit slikt tilbod vil verte nytta, men ein har estimert at det i løpet av eit år vil føre med seg økonomiske konsekvensar på om lag ei 25% stilling som miljøterapeut. Dette er estimert til kr. 150.000,-. Rådmannen foreslår at dette tilbodet innførast med ei prøveperiode på 2 år. I løpet av denne periode vil ein då kunne få erfaring både når det gjeld behov, omfang og økonomisk belastning.

Vurdering og konklusjon:

I nokre samanhengar har ein sett at det er familiar som slit mykje ved utfordringar i samband med store utfordringar som dødsfall og barnefødsler. Ved å innføre ei ordning med familievikar vil ein kunne sette inn hjelp på eit tidleg tidspunkt og på den måten kunne førebygge meir permanente problem. Kommunen har ikkje i dag noko tilbod som fangar opp desse situasjonane. Det er heller ikkje alle familiar som har nære pårørande eller vener som kan vere til stades hos familiar som er i ei krise.

Ved å foreslå at ordninga vert innført med ein prøveperiode, får ein tileigna seg erfaring om ordninga vert nytta og dei økonomiske konsekvensane av den. Ein sikrar seg også med det ei evaluering av ordninga før det har gått for lang tid.

Konsekvensar for folkehelse:

Ei god oppfølging av familiar i ein sårbar situasjon kan vise seg å vere særskild viktig og vil kunne føre til at dei raskare kan innrette seg i sin nye situasjon.

Konsekvensar for drift:

Iverksetting av tiltaket er estimert til ein kostnad på kr. 150.000,- i året. På sikt vil ein kunne ha eit håp om at tiltaket vil kunne føre til at familiar i sårbare situasjonar vil kunne klare utfordringane i kvardagen betre. Det er eit håp om at det kan føre til at behovet for anna hjelp i kommunen vert mindre etterspurt. Det er ikkje lagt opp til betaling for tiltaket.

Fosnavåg, 04.08.2017

Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Renathe Rossi-Kaldhol
Kommunalsjef

Sakshandsamar: Inger Marie Tofthagen

TENESTEERKLÆRING FAMILIEVIKAR

Mål for tenesta	Ivaretaking av småbarnsfamiliar i akutte og særleg vanskelege livssituasjonar
Servicetilbod	Teneste er eit servicetilbod. Det krevjast ikkje søknad eller vedtak for å få tilbodet.
Kven får tilbodet	Småbarnsfamiliar som har særlege behov til dømes: • Ved dødsfall i nær familie • Ved akutt sjukdom • Andre spesielt krevjande familiesituasjonar • Ved store omsorgsbehov i samband med fødsler • Ved store omsorgsbehov i samband med fleirfødsler: eineforsørgjer med tvillingfødsel, trillingfødsler og den eine av foreldra er i arbeid
Korleis melde behov	Familier som har behov melder det til aktuell seksjon i kommunen. Tilsette i kommunen kan og melder behovet. Aktuell melder kan vere helsesøster, jordmor, avdeling for tenestekoordinering, barnehage, skule, psykososial kriseteam. Fastlege og spesialisthelsetenesta vil og vere aktuell melder.
Omfang av tenesta	Tenesta er eit service-/lavterskeltilbod og opphøyrer når behovet faller bort. Tilbodet kan ikkje givast utover 2 månader. Er det fortsatt behov må dette løysast ved dei ordinære tenestene i kommunen.
Når ytast tenesta	Tenesta ytast på kvardagar mellom kl. 08.00 og kl. 16.00.
Kva kan ein få hjelp til	Hjelp til å meiste kvardagen i eige heim Dagleg ivaretaking av borna i familie – t.d. ved å følge til barnehage/skule, andre aktivitetar. Husstell som å lage enkle måltid til familien Husarbeid/reingjering av rom som er i dagleg bruk
Det betalst ikkje for denne servicetenesta	

PROSEDYRE FOR HANDSAMING AV FAMILIEVIKARSAKAR

Mål for tenesta	Ivaretaking av småbarnsfamiliar i akutte og særleg vanskelege livssituasjonar
Servicetilbod	Teneste er eit servicetilbod/lavterskeltilbod. Det skal ikkje lagast vedtak for tenesta. Likevel viktig at det vert dokumentert. Dette gjerast i gerika
Kven får tilbodet	Familiar som har særlege behov til dømes: • Ved dødsfall i nær familie • Ved akutt sjukdom • Andre spesielt krevjande familiesituasjonar • Ved store omsorgsbehov i samband med fødsler • Ved store omsorgsbehov i samband med fleirfødsler: eineførsørgjer med tvillingfødsel, trillingfødsler og den eine av foreldra er i arbeid
Melde behov	Sjå tenesteerklæring for kven som kan melde behov. Når tilsett i kommunen motteke melding om behov er vedkommande ansvarleg for at det vert meldt vidare til Avdeling for tenestekoordinering (AT) og til Seksjonsleiar heimetenesten BuHab (SH) SH er ansvarleg for den praktiske gjennomføringa av tiltaket. Den som melder behovet må samarbeide tett med tenesteytar og SH.
Dokumentasjon	Det vert oppretta eit eige nivå i gerika, med eiga teneste og sak. Avdeling for tenestekoordinering har ansvar for at det vert oppretta sak i det einskilde tilfelle. Den som yt tenesta har ansvar for at løypande dokumentasjon vert gjort. Det visast her særleg til Helse og omsorgsdepartementets rundskriv I-4/2017 «Om helse- og omsorgstenestelovgivingens anvendelse ved lavterskeltilbud – særleg om kravet til dokumentasjon og diagnostisering. «
Vurdering av behov – oppstart/avslutning av tenester	Den einskilde melding vurderast konkret. Den som meldar er ansvarleg for at behovet for hjelp er i tråd med forutsetnadane for ordninga. Melder formidlar behovet vidare til SH som sett i verk tilbodet. Tilbodet må kunne settast i verk på kort varsel, dokumentasjon og

	sakshandsaming kan ved behov takast i etterkant. Sjå rundskriv I-4/2017 Tenesta er eit service-/lavterskeltilbod og opphøyrret når behovet faller bort. Bortfall av behov avklårast mellom mottakar av tenesta, SH og meldar. Tilbodet kan ikkje givast utover 2 månader. Er det fortsatt behov må dette løysast ved dei ordinære tenestene i kommunen
Dokumentasjon av behov	Det konkret behovet i det einskilde tilfelle skal dokumenterast. Det skal klårt gå fram kva tilbodet skal innehalde og kor mange timar kvar dag som skal ytast. Dette må formidlast til tenestemottakar.
Omfang av tenesta	Det visast til tenesteerklæringa med omsyn til kva ein kan få hjelp til. Dersom det oppstår usemje mellom tenestemottakar og tenesteutøvar om omfang eller utføring av tenesta skal meldar i størst mogleg grad forsøkje å løyse dette. Omfanget av hjelpa vurderast konkret i det einskilde tilfelle, men hovudregelen er at det ytast mellom 4 og 6 timar per kvardag i den perioden behovet er tilstades.
Krav til utføring av tenesta	Den søm utførar tenesta skal vere ein trygg og vaksen person som er positiv til oppgåva. Der det høver kan tilsette sam kjenner familien frå før, og som er tilsett i kommunen , gå inn som familievikar.
Organisatorisk forankring	Ansvar for den praktiske gjennomføringa av servicetilbodet familievikar, herunder oppstart, dokumentasjon og oppfølging ligg til seksjonsleiar for Heimetenesten i BuHab. Ansvar for å ha ei overordna oversikt over bruken av tilbodet (statistikk) ligg til avdeling for tenestekoordinering.



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Helse og omsorg

SAKSFRAMLEGG

Sakshandsamar:	RRK	Arkivsaknr:	2017/932
		Arkiv:	

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	
	Eldrerådet	25.09.2017
32/17	Komite for helse og omsorg	18.08.2017
	Kommunestyret	31.08.2017

KARTLEGGING FRÅ BRUKARREPRESENTANTAR OM HELSE OG OMSORGSTENESTER TIL MENNESKE MED UTVIKLINGSHEMMING

Tilråding:

Brukarrepresentantkartlegginga vert teken til vitande.

Særutskrift:

Helse og omsorg

Vedlegg: Brukarrepresentantkartlegging

1 Brukarkartlegging PU- 2017

Samandrag av saka:

Resultatet frå brukarrepresentantkartlegginga, for tenester til utviklingshemma, i Herøy kommune våren 2017. I denne kartlegginga er det næraste pårørande eller oppnemnt verge, som har svart på vegne av brukaren av tenestene. Svarresponen var 50%.

Saksopplysningar:

Herøy kommune har jamleg gjennomført brukarkartleggingar innan tenester til utviklingshemma i bedrekommune.no. I 2008, 2011 og no i 2017 har vi gjennomført brukarrepresentantkartlegging, i 2014 vart brukarane av tenestene intervjuet sjølv. Målet med kartleggingane er å gjere ei vurdering av opplevd kvalitet, og få tilbakemeldingar både på kva vi gjer bra og mindre bra.

Bedrekommune.no har sidan førre brukarrepresentantkartlegging endra på skaleringa, slik at resultatet denne gongen ikkje er samanliknbart med førre måling. Tidlegare var 4 poeng toppscore, no er det oppjustert til 6 poeng. På to av kategoriane er Herøy kommune likt med snittet i landet, medan på resten ligg vi i hovudsak litt under.

	Herøy 2017	Landet 2017	Vurdering
Sjølvbestemmelse	4,2	4,2	Akseptabelt
Trivsel	4,3	4,8	Forbetring
Tryggheit	5,1	5,1	Akseptabelt
Brukarmedverknad	3,9	4,0	Forbetring
Respektfull behandling	4,7	4,9	Akseptabelt
Informasjon	4,4	4,7	Forbetring
Heilheitsvurdering	4,5	4,6	Akseptabelt
Snitt totalt	4,4	4,6	Forbetring

På kategorien sjølvbestemmelse scorar vi betre enn landet, på spørsmål om at brukaren sjølv bestemmer over sin kvardag, og at brukar er med å bestemme kva hjelp han/ho får. Når det gjeld tryggheit scorer vi likt med landet med 5,1 poeng som går på at brukaren føler seg trygg i den bustaden han/ho bur i.

På kategorien trivsel, som er kategorien Herøy kommune scorar desidert lågast på samanlikna med landet, gjeld dette tilbakemeldingar på jobb/dagaktivitet, fritid og ferietilbod. Det er særskilt på ferietilbod vi kjem dårleg ut, med ein score på 2,9 poeng mot landet som har 4,1 poeng på dette spørsmålet. Trivselen i bustaden er derimot høg, med ein score på 5,1.

Når det gjeld brukarmedverknad, som er den kategorien med lågast poengscore totalt sett både i Herøy og i landet, kjem vi betre ut enn landet på spørsmål om brukaren er med å bestemme innhaldet i individuell plan og om brukaren veit kven som er koordinator. Det spørsmålet vi kjem dårlegast ut på i Herøy, er om brukarmedverknad ivaretekast på annan måte enn gjennom individuell plan. Her får vi ein score på 3,6 medan snittet i landet er 4,4.

I forhold til kategorien respektfull behandling ligg vi litt under landet på alle spørsmål, men er like fullt ein kategori der vi har ein av våre beste resultat når det gjeld skalering 1-6 poeng.

Når det gjeld informasjon har vi eit forbettringspotensiale, slik brukarrepresentantane har meldt tilbake. Her får vi 4,4 poeng, medan landet har 4,7 poeng.

Ved tilbakemelding på kor fornøgd ein er alt i alt med den tenesta brukaren får i Herøy kommune, får vi ein poengscore på 4,5 poeng opp mot landet som har 4,6 poeng. Dette er ei vurdering vi i hovudsak er fornøgd med, sjølv om vi sjølv sagt skal arbeide med å halde oppe det vi er gode på, og samstundes forbetre dei områda vi har forbettringspotensiale på.

Resultatet er handsama i leiarteamet til kommunalsjef, som er knytt til dette tenesteområdet. Resultata er også handsama på dei ulike arbeidsplassane.

Følgjande tiltak er satt i verk:

1. Det vert laga nye opplæringsrutinar, både på systemnivå for tenesteområdet, og lokalt på dei ulike arbeidsplassane. Det er satt ned ei arbeidsgruppe på tvers av arbeidsområde, som er i gang med arbeidet. Arbeidet er forankra i leiarteamet og hos kommunalsjef.
2. Vi har satt i gang eit kompetanseløft for alle tilsette og vikarar i tenesteområdet til bu- og habiliteringsavdelinga. Herøy kommune har fått støtte av fylkesmannen til å gjennomføre dette løftet. Opplæringa handlar om grunnleggande basiskunnskap og kompetanse i forhold til å arbeide med menneske som har utviklingshemming. Alle tilsette og vikarar får utlevert heftet « Dette må eg kunne », og det vert brukt aktivt på fagdagar til opplæring i 2017. Denne kompetansen vil kunne virke inn på alle kategoriane vi er målt på i denne brukarkartlegginga.
3. Herøy kommune har meldt seg som pilotkommune til kurs for brukarar om livsstil og helse til hausten 2017. Det er nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse som står bak dette kursprogrammet.

Vurdering og konklusjon:

Herøy kommune har gjennomført ei brukarrepresentantkartlegging våren 2017. Kartlegginga viser at kvaliteten i teneste i hovudsak vert opplevd som bra. Likevel kjem det fram at vi har forbettringsbehov. Tiltak er satt i verk allereie, og vi skal fortsatt arbeide aktivt for å betre kvaliteten i tenesta.

Konsekvensar for folkehelse: Godt tilrettelagde tenester og tilbod har betyding for folkehelsa.

Konsekvensar for beredskap: Ingen

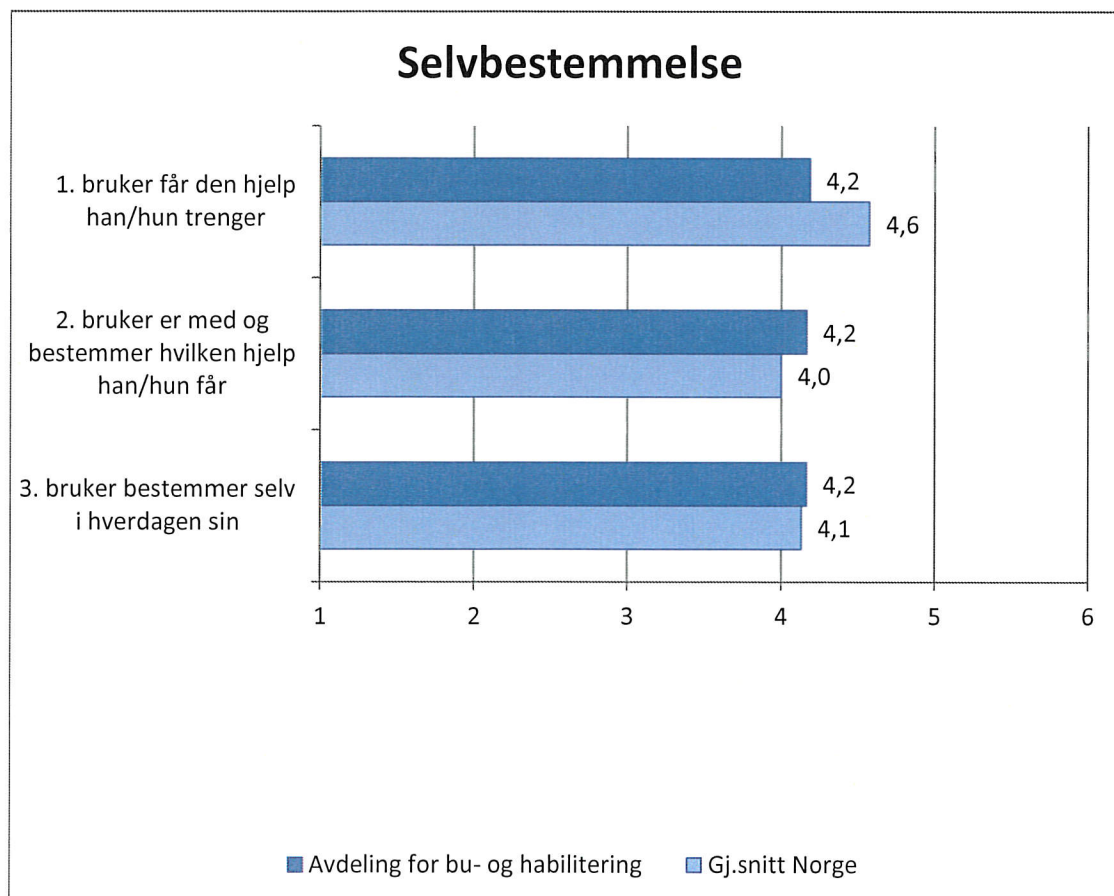
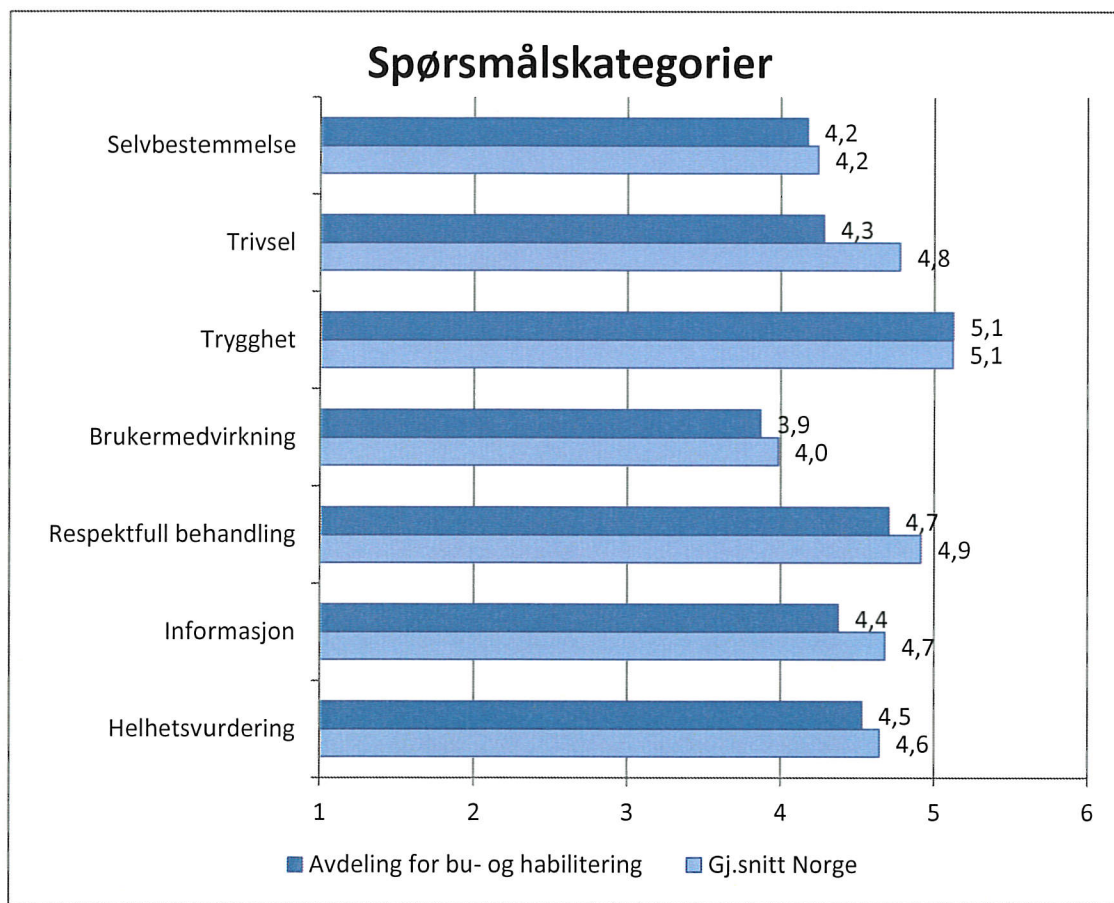
Konsekvensar for drift: Forbetringstiltak er satt i verk.

Fosnavåg, 28.06.2017

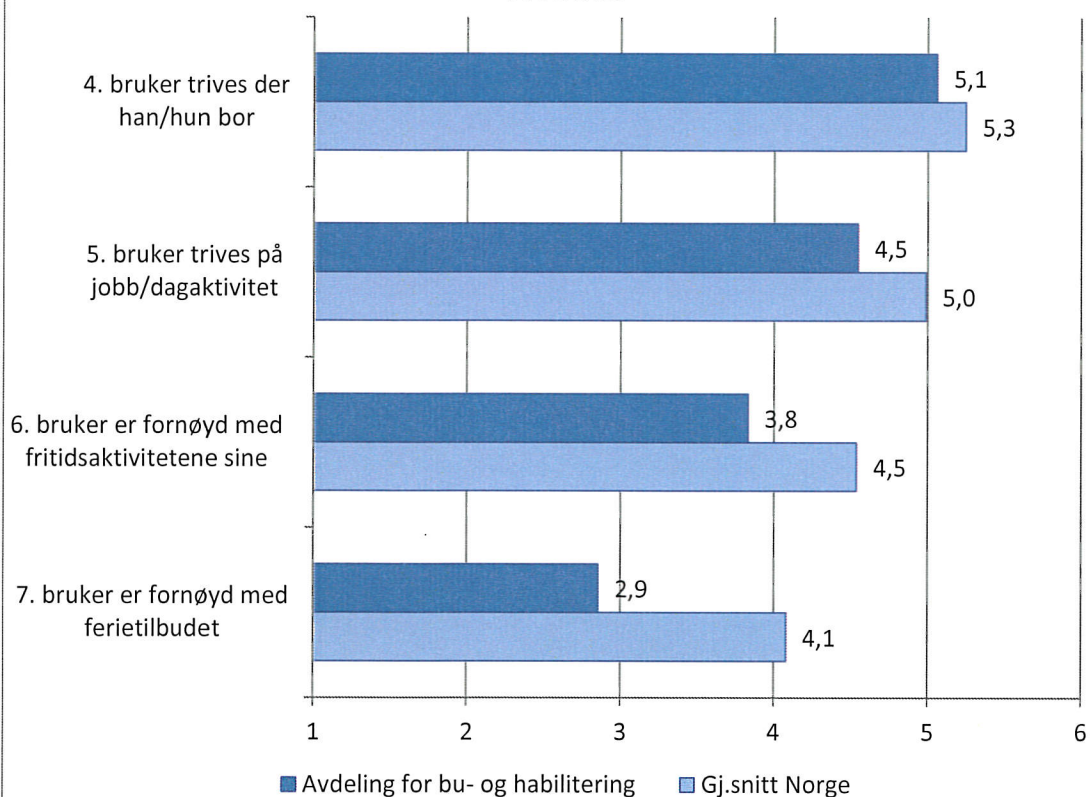
Olaus-Jon Kopperstad
Rådmann

Renathe Rossi-Kaldhol
Kommunalsjef Helse og omsorg

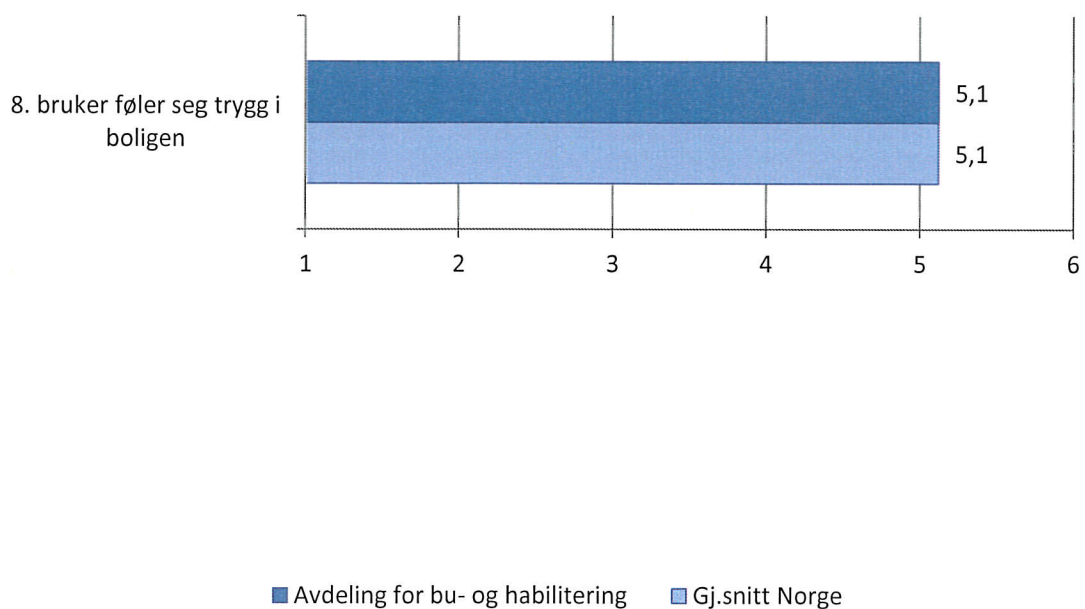
Sakshandsamar: Renathe Rossi-Kaldhol



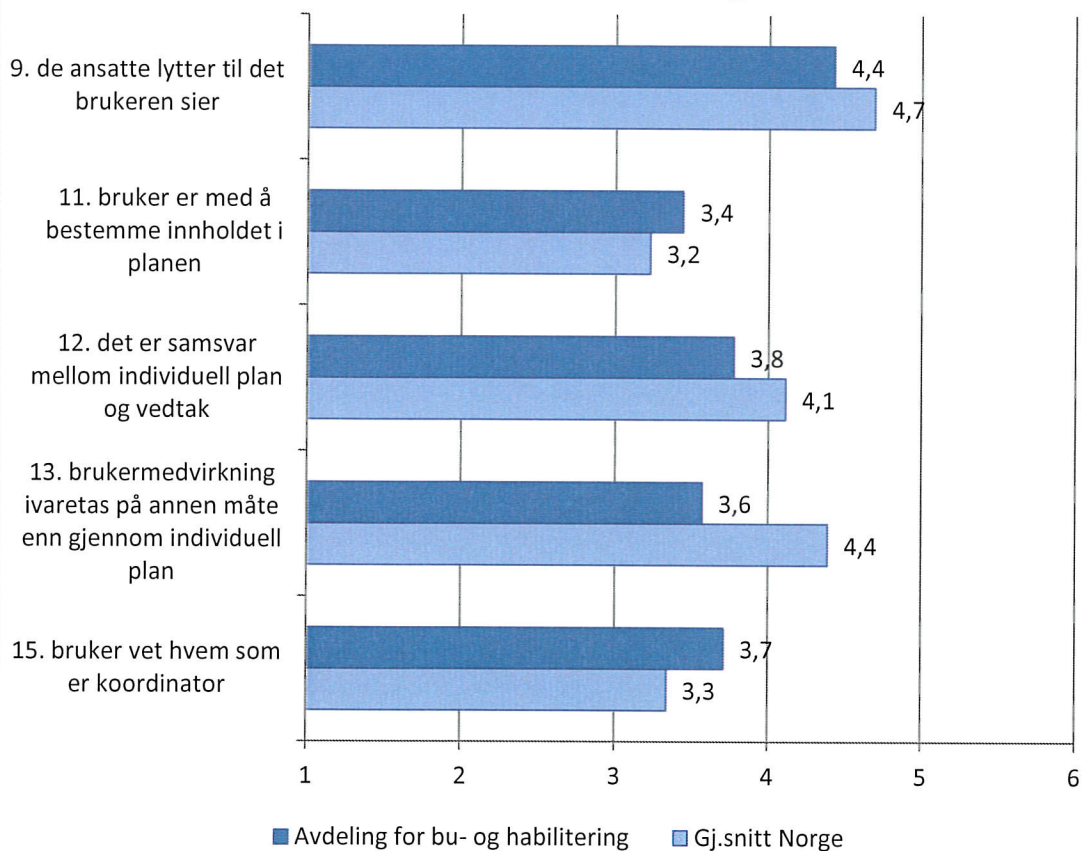
Trivsel



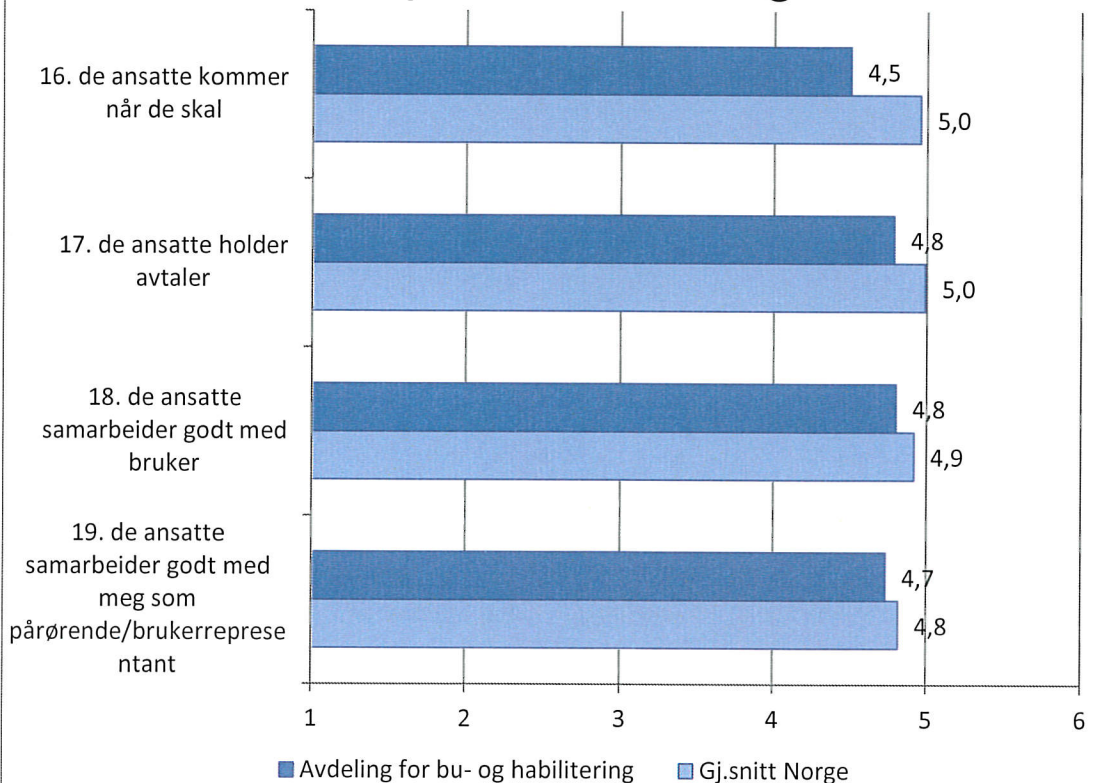
Trygghet



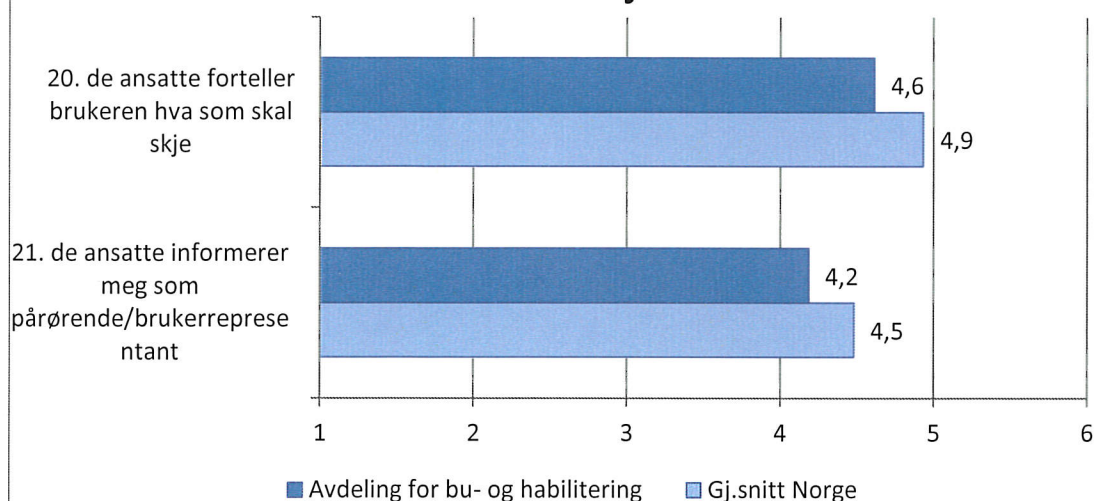
Brukermedvirkning



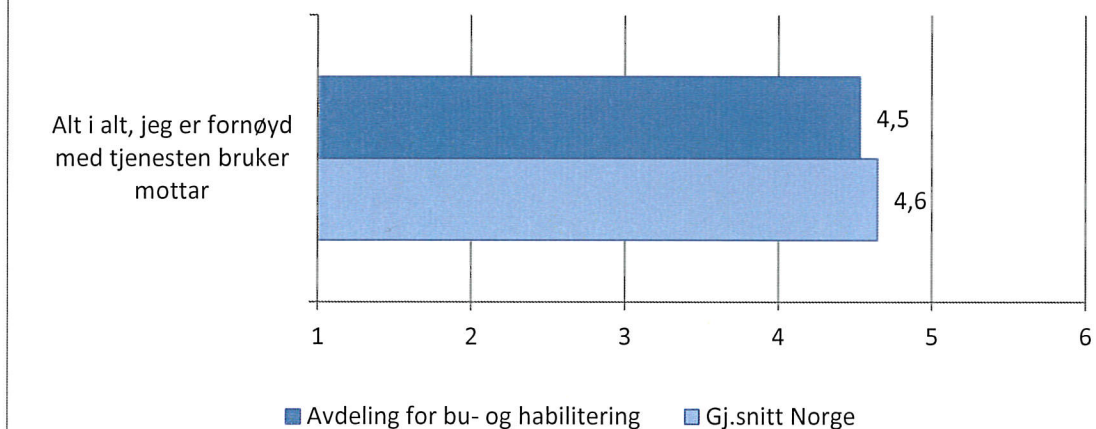
Respektfull behandling



Informasjon



Helhetsvurdering



Referatsaker

**RS 11/17 Rapport fra RO Rapport fra RO 01.08.2017 00:00:00
STIFTELSEN RO**

Fra: Renathe Rossi-Kaldhol[renathe.rossi-kaldhol@heroy.kommune.no] Sendt: 14.08.2017 11:42:48 Til: Inger Marie Tofthagen; Lisbeth Moltu Espeseth Tittel: Fwd: Rapport fra RO
Den endelige rapporten fra RO.
Legg som RS-sak til HO-komiteen.

Renathe Rossi-Kaldhol

Kommunalsjef

Helse og omsorg

----- Videre sendt melding -----

Fra: Øivind Johnsen <Oivind.Johnsen@ro.no>

Dato: 1. aug. 2017 12.07 p.m.

Emne: Rapport fra RO

Til: Renathe Rossi-Kaldhol <renathe.rossi-kaldhol@heroy.kommune.no>, Olaus-Jon Kopperstad <olaus-jon.kopperstad@heroy.kommune.no>

Kopi: Tommy Dahl <Tommy.Dahl@heroy.kommune.no>

Hei

Jeg har gått gjennom merknadene fra dere og gjort noen justeringer på bakgrunn av disse. Jeg oversender herved den endelige rapporten som pdf fil.

Dersom dere også ønsker den i word-format (bare til internt bruk) kan dere gi beskjed om dette.

Da møtes vi i forbindelse med presentasjon av rapporten i kommunestyremøte den 31 august.

Fortsatt god sommer og takk for samarbeidet så langt.

Med vennlig hilsen

Øivind Johnsen

Seniorrådgive

e-post: oivind.johnsen@ro.no

telefon: 47671801



Følg oss på facebook:



URO



Evaluering av helse- og omsorgstjenesten

Herøy kommune

Rapport fra RO – juli 2017



RO

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no

Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning	4
1.1. Herøy kommunes bestilling.....	4
1.1. Metodisk tilnærming	4
1.2. Kvantitativ datainnsamling	4
1.3. Kvalitativ informasjonsinnhenting.....	5
1.4. Rapportens oppbygging.....	5
2. KOSTRA-analyse.....	6
2.1. Pleie og omsorg	7
2.2. Kommunehelsetjenester	16
2.3. Sosialtjenesten.....	19
2.4. Barnevern	21
2.5. Psykiatri/rus.....	25
2.6. Bu- og habilitering	26
3. Tjenesteprofil – Pleie og omsorg.....	26
4. Ressurs- og driftsanalyse sykehjem.....	30
5. IPLOS-analyse - funksjonsnivå og timer tjenesteyting.....	33
5.1 Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsgruppenivåene	33
5.2 Gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på ulike funksjonsgruppenivå	36
5.3 Andel brukere lett, middels og tung.....	40
5.4 RO's vurdering av IPLOS-data	42
6. Pleiefaktor sykehjem og direkte/indirekte brukertid hjemmetjenester.....	44
6.1. Pleiefaktor sykehjem	44
6.2. Direkte og indirekte brukertid innen hjemmetjenesten	45
7. Sykefravær, heltid/deltid og kompetanse	47
7.1 Sykefravær	47
7.2 Heltid/deltid.....	48
7.3 Kompetanse og rekruttering	51
8. Brukermedvirkning og brukerfokus	52
9. Demens	53
10. Framtidig behov for heldøgns omsorg	54
11. Oppsummering kvalitative data.....	56
12. ROs vurdering på bakgrunn av analysene.....	57
13. Hva bør kommunen arbeide videre med i Fase 2.....	59

Sammendrag

RO har i denne rapporten foretatt en analyse og evaluering av helse- og omsorgstjenesten i Herøy kommune. Dette skal danne grunnlaget for utarbeiding av to utviklingsplaner; en for virksomheten som sådan og en for bygningsmassen. Rapporten omfatter fase 1 av oppdraget, analyse og evaluering.

Først vil RO takke for å ha bli mottatt på en svært positiv måte av engasjerte, ivrige og interesserte medarbeidere og ledere. Det har vært lett å få ut data og informasjon og kommunen har god oversikt og gode systemer for å ta ut relevante styringsdata. Disse dataene kan brukes på en systematisk måte for å stake ut en omforent retning, utarbeide klare strategier og for å sjekke ut om kommunen er på riktig vei i forhold til disse. Eller om det er nødvendig med justeringer. Å arbeide i en bestemt retning, med tydelige prioriteringer og oppfølging av disse er viktig framover.

Det uttrykkes klare ønsker om å utvikle helhetlige og tverrfaglige tjenester. Dette forutsetter god ledelse, gode involverende prosesser og en felles vilje til prioritering.

Evalueringen avdekker at Herøy er en institusjonsorientert kommune. På bakgrunn av befolkningsframskrivninger viser rapporten framtidig utvikling av aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient. Dersom kommunen skal fortsette med samme tjenesteprofil som i dag, vil det kreve betydelige ressurser, dette går fram blant annet i kapittel 10 (tabell 43) og kapittel 12 (tabell 44). En ytterligere dreining av ressursbruken fra institusjon til hjemmebaserte tjenester bør derfor etter RO sin mening vurderes.

Kommunen har i dag to institusjoner, to hjemmetjenestesoner og to legekantor. Det er ikke framkommet noe i RO's evaluering som tilsier at dette er spesielt ineffektivt. Rapporten avdekker imidlertid forskjeller mellom institusjonene og sonene både hva angår ressursbruk og innhold. RO anbefaler at det jobbes grundigere med dette i neste fase.

Ved behov for rehabilitering og/eller nybygg bør det likevel etter RO's syn vurderes om det er hensiktsmessig med to sykehjem. Ved en eventuelt større satsing på hjemmetjenester og boliger med heldøgns omsorg vil trolig behovet for tradisjonelle sykehjemsplasser bli redusert. Det vil være behov for et visst antall sykehjemsplasser, men i større grad plasser til spesialisert behandling.

Til slutt i rapporten foreslår RO hva det bør jobbes videre med i fase to. Det viktigste er å få utviklet klare strategier i forhold til innretning av tjenestetilbudet og konsekvenser av dette. En klar ideologi, klare mål for institusjonsdriften og hjemmetjenestene, mestring, hverdagshabilitering, frivillighet og bruk av velferdsteknologiske løsninger bør utvikles i fellesskap.

Videre bør helse- og omsorgstjenesten finne ut hvordan de konkret skal jobbe helhetlig og tverrfaglig. God ledelse, gode prosesser med involvering og klare mål er en forutsetning for å lykkes.

Områder som RO mener det er spesielt viktig å prioritere står i rapportens siste kapittel.

1. Innledning

1.1. Herøy kommunes bestilling

Helse- og omsorgstjenesten i Herøy kommune ble omorganisert med virkning fra 1. januar 2017. Kommunen har valgt en bred definisjon av helse- og omsorgstjenesten, som også inkluderer barnevern, flyktningetjenesten, boligsosialt arbeid og rus.

Herøy kommune ønsket en analyse og evaluering av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Denne skal danne grunnlaget for utarbeiding av to utviklingsplaner; en for virksomheten som sådan og en for bygningsmassen. Denne rapporten omfatter fase 1 av oppdraget, analyse og evaluering.

Kommunen ønsket at oppdragstaker i prosjektets fase 1 skulle gjennomføre en analyse og evaluering av dagens innhold, oppbygging og organisering av helse- og omsorgstjenesten i Herøy kommune, med særskilt fokus på:

- Organisering og tildeling av tjenester
- Kvalitet, struktur og dimensjonering av tjenestene
- Type helse- og omsorg, og innholdet i tjenestene
- Velferdsteknologi
- Kartlegging av kompetanse og kompetansebehov
- Interkommunalt samarbeid

Kommunen ønsket en gjennomgang av helse- og omsorgstjenesten i kommunen, med fokus på en hensiktsmessig dimensjonering og struktur, som kan møte både det nåværende og framtidige behovet på en faglig og økonomisk ressurseffektiv måte.

1.1. Metodisk tilnærming

RO har valgt å benytte både kvantitativ og kvalitativ metode i sin analyse.

1.2. Kvantitativ datainnsamling

RO har innhentet kvantitative data om Herøy kommunes praksis på følgende områder:

- Gjennomgang av gjeldende planverk, regnskap, årsrapporter, brukerundersøkelser og annen dokumentasjon fra kommunen
- Gjennomgang av KOSTRA-tall for de aktuelle tjenesteområdene¹, med hovedfokus på produktivitet, dekningsgrad og prioritering
- Befolkningsframskriving (SSB) som er brukt til å vise aldersbæreevne og familieomsorgs-koeffisient
- Kommunens IPLOS-data – som er brukt til å undersøke sammenhengen mellom vedtak / vedtakstimer og funksjonsnivå hos brukerne (tildelingspraksis)

De kvantitative dataene gir grunnlag for en ressurs- og driftsanalyse av sykehjemmene der kostnadsbildet ved Herøy kommunes sykehjem blir sammenliknet med sykehjem i andre kommuner. Den kvantitative informasjonen gir grunnlag for brukertid - en beregning av direkte og indirekte tid i hjemmetjenesten. Datainnsamlingen gir også grunnlaget for en tjenesteprofil – som brukes til å sammenlikne Herøy kommunes prioriteringer, samt graden av tilgjengelighet til sykehjemsplasser, med landets øvrige kommuner.

¹ Pleie- og omsorg, barnevern, helsetjenesten mv.

Den kvantitative informasjonsinnhenting gir grunnlaget for evaluering av ressursbruk, kompetanse, dimensjonering og tjenesteeffektivitet på alle tjenesteområdene innen Herøy kommunes helse- og omsorgstjenester.

1.3. Kvalitativ informasjonsinnhenting

Det er gjennomført intervjuer med representanter for alle tjenestene innen helse- og omsorg. Utvalget har bestått av representanter fra administrativ og politisk ledelse, brukerutvalg, tillitsvalgte og verneombud og et utvalg ledere og medarbeidere fra de respektive deltjenestene.

Intervjuene har hatt fokus på oppfatninger om organisering, samhandling, kvalitet og dimensjonering, kompetanse- og brukerbehov, helhetlig tjenesteløp og tjenesteeffektivitet. Fullstendig oversikt over tema tatt opp i intervjuene finner vi i vedlegg 1.

For de tjenestene der det ikke foreligger KOSTRA-tall, IPLOS eller andre statistiske data er den kvalitative tilnærming benyttet.

RO's anbefalinger og forslag til framtidige fokus- og arbeidsområder for kommunen, baseres både på kvantitative og kvalitative funn samt føringer fra lokale og sentrale myndigheter knyttet til organisering, ledelse og drift av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

1.4. Rapportens oppbygging

Rapportens kapittel 2 inneholder KOSTRA nøkkeltall fra tjenestene i Helse og omsorg. Pleie- og omsorgstjenestene har tradisjonelt den mest omfattende og detaljerte rapporteringen i KOSTRA. Slik er også denne KOSTRA-analysen. Sentrale produktivitetstall og prioriteringstall blir belyst i dette kapittelet. Herøy kommunes rapportering blir sammenliknet med gjennomsnittet i egen KOSTRA-gruppe og noen utvalgte kommuner.

I kapittel 3 går vi igjennom kommunens tjenesteprofil innen pleie- og omsorgstjenestene. Herøy kommune sammenliknes med de andre kommunene i landet i henhold til åtte kriterier for innretning av hjemmetjenester og institusjonstjenester.

I kapittel 4 går vi igjennom sykehjemsdriften i kommunen, analyserer og sammenlikner ressursbruk og driftsforhold ved Herøy sine sykehjem opp mot andre sykehjem.

Kapittel 5 inneholder en IPLOS-analyse der vedtakstimer og funksjonsgruppenivå analyseres i de tjenestene som benytter IPLOS. I kapittel 6 går vi igjennom pleiefaktor ved sykehjemmene og bemanning i hjemmetjenestene, analyserer og vurderer disse forholdene.

Rapportens kapittel 7 inneholder oversikter og vurderinger i forhold til organisasjonsmessige forhold som sykefravær, heltidskultur og kompetanse, mens vi i kapittel 8 kort belyser noen forhold rundt kommunens brukerundersøkelser og forhold til brukarmedvirkning.

Kapittel 9 og 10 belyser forhold rundt demens og heldøgns omsorg. Her vurderer vi noen scenarier gjennom framskrivninger og vurdering av rammevilkårene for tjenestene. I kapittel 11 oppsummeres noen av de viktigste kvalitative data som er kommet fram og rapporten avsluttes med kapittel 11 der vi oppsummerer hva vi mener er de viktigste funnene i analysearbeidet og hva vi mener kommunen bør arbeide videre med i dette prosjektets fase 2.

2. KOSTRA-analyse

I dette kapittelet vil vi gå igjennom dagens status for tjenestene innen helse og omsorg med basis i KOSTRA-tall. Vi tar innledningsvis utgangspunkt i demografiske nøkkeltall². En framskriving av disse kan gi et bilde av hvordan helse- og omsorgstjenestene bør innrette seg for å møte forventet befolknings-sammensetning. Deretter går vi igjennom utvalgte nøkkeltall fra KOSTRA for alle tjenestene. Avslutningsvis oppsummeres de hovedfunnene som vi kan lese ut av datagrunnlaget.

Demografisk utvikling:

Tabell 1. Befolkningsframskriving i Herøy kommune 2017 - 2040

	2017	2020	2025	2030	2035	2040
0-19 år	2247	2237	2184	2154	2124	2120
20-66 år	5312	5291	5279	5251	5215	5149
67-79 år	973	1132	1242	1315	1356	1439
80-89 år	377	378	426	546	646	695
90 år eller eldre	96	95	107	119	145	198
Totalt antall innbyggere	9005	9133	9238	9385	9486	9601

Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2017 alternativ MMMM)

Tabellen viser at aldersgruppene 0-19 år og 20-66 år reduseres fram mot 2040. Det skjer en kraftig økning i aldersgruppene 67 år og over. Antallet personer over 90 år mer enn fordobles i perioden.

For å ha et bærekraftig samfunn i framtiden må en sette inn tiltak slik at en har en balansert befolkningssammensetning. Det betyr at fødselsoverskudd, tilflytning og opprettholdelse av den yrkesaktive andelen er like viktig for å sikre kompetanse både til næringslivet og de kommunale tjenestene som skal ytes.

Andelen 80-89 åringer og spesielt andelen 90 og over er den gruppen som tradisjonelt har behov for flest helse- og omsorgstjenester. Økningen i denne gruppen gir et tydelig signal på at kommunen må sette inn målrettede tiltak for å møte denne utfordringen. Forebygging, folkehelse, boligbygging, utnyttelse av teknologi, hverdagsrehabilitering, frivillighet og kompetanse er områder som det spesielt må fokuseres på for å møte de demografiske utfordringene.

KOSTRA-analyse

I denne analysen vil vi systematisk gå gjennom de tjenesteområdene som inngår i helse- og omsorg i Herøy kommune. Hovedvekt i KOSTRA-analyse vil være på prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet. RO tar utgangspunkt i KOSTRA-tall for 2016³. Det er utarbeidet tidsserier som viser utviklingen over de tre siste årene.

Herøy kommune har i noen sammenhenger⁴ valgt å sammenlikne seg med kommunene Ulstein, Hareid, Volda, Skaun og KOSTRA-gruppe 8 (K8). RO har også valgt å sammenlikne Herøy med Volda og Ulstein, men har på fritt grunnlag valgt to andre kommuner i tillegg. Disse kommunene tilhører

² SSB, MMM befolkningsstatistikk

³ SSB, 15. juni 2017.

⁴ Som f.eks. i kommunens årsrapport for 2016 s 7.

samme KOSTRA-gruppe som Herøy (K8) og har omtrent samme befolkningsgrunnlag og utgiftsbehov.⁵

En KOSTRA-analyse gir ikke svar på om tjenestene er "riktig dimensjonert", men sammen med data for befolknings sammensetning og framskriving, kan analysen gi gode holdepunkter for vurdering av optimal organisering med hensyn til framtidig utvikling av tjenestene totalt i kommunen, det vil si grad av bærekraft. Hvis egen kommune har særlig avvikende kostnadsprofil på et område, er dette en indikasjon på at området bør undersøkes nærmere. Analysen kan gi gode holdepunkter for hvor en eventuell endring av tjenesten kan være hensiktsmessig.

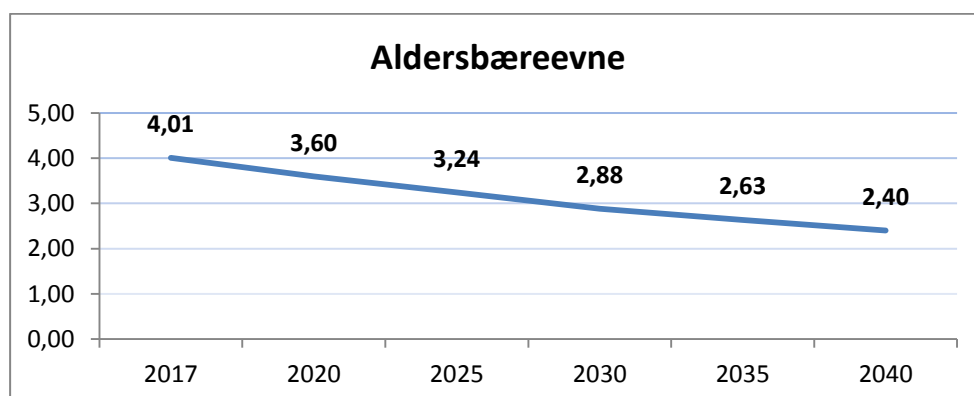
I det følgende presenteres tabeller og figurer som beskriver sentrale faktorer i helse- og omsorgstjenesten i Herøy kommune sammenliknet med K8, Farsund, Sogndal, Volda og Ulstein. For Herøy er tidsserien 2014-2016 lagt inn.

2.1. Pleie og omsorg

Befolkningsframskrivingen i Tabell 1 kan brukes til å beregne framtidig aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient.

- Aldersbæreevne er forholdet mellom de yrkesaktive (16-66 år) og innbyggere 67 år og eldre og er av interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og helse- og omsorgstjenester.
- Familieomsorgskoeffisienten er forholdet mellom antall personer i alderen 50-66 år og personer over 85 år. Den er et uttrykk for antall potensielle familieomsorgsgivere (pårørende) og omsorgstrengende eldre.

Figur 1.1. Aldersbæreevnen. Antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)



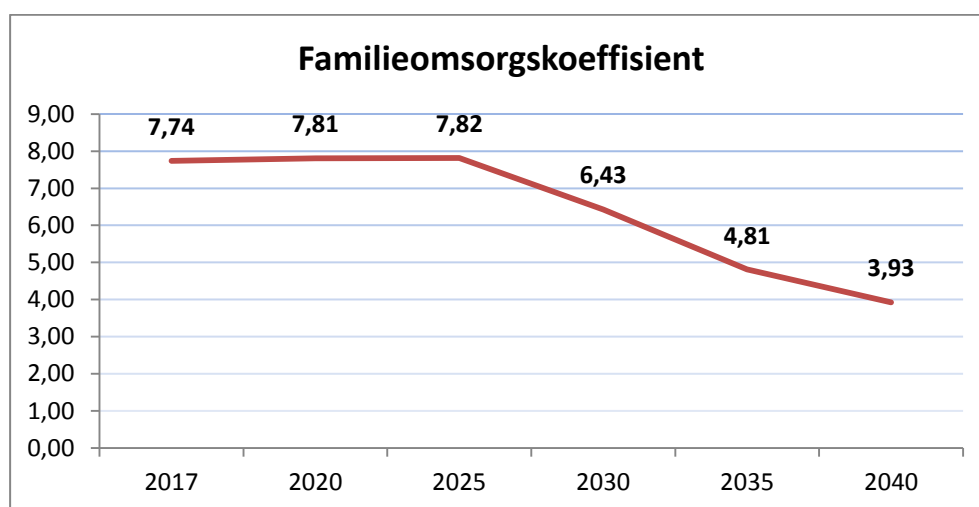
Figuren viser at det var 4,01 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2016, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 2,88 i 2030 og 2,40 i 2040. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000. Aldersbæreevnen på landsbasis reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050⁶.

Familieomsorgskoeffisienten uttrykker antall potensielle familieomsorgsgivere i aldersgruppen 50-66 og omsorgstrengende eldre over 85 år. Grunnen til at disse to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien (pårørende og andre).

⁵ Utgiftsbehov Grønt hefte 2017

⁶ Meld. St. 29 (2012-2013) s. 41 - Morgendagens Omsorg

Figur 1.2. Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) per antall eldre (85+ år)



I 2017 har Herøy 7,74 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Tallet forventes å være stabilt fram til 2025 for deretter å synke kraftig. I 2040 er det 3,93 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. På landsbasis er familieomsorgskoeffisienten nå på 9,22 og vil ut fra SSB's befolkningsframskriving falle til 4,96 i 2040.

Endringer i alderssammensetningen er avgjørende for hvor mange familieomsorgsgivere de over 85 år kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Det er også viktig kunnskap for hvordan tjenestene bør innrettes fram i tid. Mobilisering og tilrettelegging for frivillig innsats og samarbeid med pårørende vil være viktig i framtidens eldreomsorg.

KOSTRA Nøkkeltall for pleie og omsorg

Vi viser her utviklingen fra 2014 – 2016 for Herøy sammenliknet med K8, Farsund, Sogndal, Volda og Ulstein. Det må understrekes at data bygger på de data kommunene selv har rapportert inn til SSB og at de reviderte data som kommer i juni ofte er justert noe i enkelte kommuner.

Tabell 2. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester - antall og prosent

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 0-66 år	139 30,4	144 31,1	130 29,1	7553 44,6	167 33,9	118 30,8	219 43,2	180 44,9
Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 67-79 år	85 18,6	94 20,3	85 19	3 016 17,8	88 17,8	70 18,2	77 15,2	77 19,2
Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 80 år og over	233 51	225 48,6	232 51,9	6 356 37,5	238 48,3	195 50,9	211 41,6	144 35,9
Summert antall	457	463	447	16935	493	383	507	401
Summert i prosent	100	100	100	99,9	100	100	100	100

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 2 viser at antallet mottakere av institusjons og hjemmetjenester har vært stabil de siste 3 åra. Det er også liten endring i fordelingen aldersmessig. I 2016 er 51,9 prosent av mottakerne 80 år og over, 19 prosent mellom 67 og 79 år og 29,1 prosent under 66 år. Gjennomsnittet i K8 har en høyere andel yngre mottakere og en forholdsmessig lavere andel over 80 år. Sammenlikningskommunene har også en høyere andel yngre mottakere og lavere andel eldre.

Tabell 3. Prioritering av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til andre tjenesteområder

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i % av totale netto driftsutgifter	28,3	29,4	31,9	28,2	35,7	33,8	33,5	24,1

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 3 viser at andelen av kommunens netto driftsutgifter som brukes til pleie- og omsorgstjenester har økt fra 28,3 prosent i 2014 til 31,8 prosent i 2016. Andelen er høyere enn gjennomsnittet i K8, men mindre enn alle de sammenliknede kommunene. Ulstein har en annen befolkningsprofil med vesentlig færre eldre og flere yngre enn Herøy.

Tabell 4. Driftsutgifter pleie- og omsorgstjenester per innbygger

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Netto driftsutgifter per innbygger i kroner	15 635	15 266	16 296	14 556	19 305	17 719	18 529	12 519
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg per innbygger 67 år og over	101 808	96 521	100 114	103 299	111 658	125 406	113 874	96 161

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 4 viser at netto driftsutgifter per innbygger har økt fra 2014 til 2016. Utgiftene er høyere enn gjennomsnittet i K8, men lavere enn de andre sammenlikningskommunene. Kun Ulstein har lavere utgifter enn Herøy.

Netto driftsutgifter per innbygger 67 år og over har vært stabil i perioden 2014 til 2016. Utgiftene er lavere enn de andre kommunene med unntak av Ulstein.

Tabell 5. Tjenesteprofil - prioritering i pleie- og omsorgstjenesten

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Institusjoner ⁷ (f253+261) - andel	58,6	60,9	62,1	39,2	38,8	28,0	36,7	38,0
Tjenester til hjemmeboende ⁸ (f254) – andel	35,9	33,8	33,9	55,3	55,1	66,6	55,6	53,1
Aktivisering, støttetjenester ⁹ (f234) – andel	5,5	5,3	4,0	5,6	6,0	5,4	7,7	8,9

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 5 viser at Herøy prioriterer institusjonsdrift i betydelig større grad enn K8 og de andre kommunene. Prioritering av institusjonsdrift økte fra 2014 til 2016. Tjenester til hjemmeboende var tilsvarende betydelig lavere prioritert enn K8 og de andre kommunene. Andel til aktivisering og støttetjenester ble også redusert i perioden og prioriteres lavere enn de andre kommunene.

Tabell 6. Ressursinnsats pleie- og omsorg

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale tjenester	356 752	355 409	369 777	321 240	451 937	413 774	406 504	331 344
Lønnsutgifter per kommunalt årsverk ekskl. fravær	717 580	679 432	732 830	760 675	764 116	720 008	648 513	765 390
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester per mottaker	0,43	0,46	0,43	-	0,51	0,51	0,54	0,39

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 6 viser at korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av pleie og omsorgstjenester har økt i perioden 2014-2016 og at Herøy har en høyere ressursinnsats enn gjennomsnittet i K8, men lavere enn sammenlikningskommunene med unntak av Ulstein. Lønnsutgifter per årsverk ligger lavere enn gjennomsnitt et i K8 og sammenlikningskommunene med unntak av Volda. Årsverk per mottaker har vært stabilt i perioden 2014-2016 og er lavere enn de andre kommunene med unntak av Ulstein som har færrest årsverk per bruker i denne sammenlikningen.

⁷ f253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon. f261 Institusjonslokaler

⁸ f254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

⁹f234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede

Tabell 7. Fagutdanning og fravær i pleie- og omsorgstjenesten (kompetanse/kvalitet)

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	77,0	72,0	75,0	75,0	80,0	64,0	73,0	69,0
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	41	36	41	40	43	25	33	36
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	36	36	34	35	37	39	41	33
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjenester	8,8	7,8	10,7	8,9	8,4	7,0	9,7	10,9

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 7 viser at andel årsverk med fagutdanning (fagarbeidere og høyskoleutdannende) varierer noe fra år til år. Herøy har en andel lik gjennomsnittet i K8 og en høyere andel enn sammenlikningskommunene med unntak av Farsund. Herøy har en høyere andel med fagutdanning fra videregående skole enn de andre kommunene med unntak av Farsund og er på gjennomsnittet i K8. Når det gjelder andel med høyskole- og universitetsutdanna ligger Herøy i 2016 under de fleste med unntak av Ulstein. Volda har den største andelen.

Andel legemeldt fravær har steget fra 8,8 prosent i 2014 til 10,7 prosent i 2016. Dette er det høyeste fraværet i denne sammenlikningen med unntak av Ulstein som hadde 10,9 prosent i 2016.

Tabell 8. Dekningsgrad - Volum - Hjemmetjeneste

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 0-66 år	17,0	18,0	18,0	28,0	21,0	17,0	28,0	24,0
Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 67-79 år	82,0	79,0	78,0	81,0	64,0	81,0	61,0	83,0
Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 80 år og over	333,0	312,0	329,0	417,0	367,0	482,0	328,0	390,0
Andel hjemmetjeneste-mottakere med omfattende bistandsbehov, 67 år og over	10,5	8,2	9,4	15,4	11,1	17,9	18,7	14,3

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 8 viser at andelen mottakere av hjemmetjenester er lavere i 2016 enn i 2014 for alle aldersgrupper. Herøy har en lavere andel mottakere av hjemmetjenester enn de andre kommunene i alle aldersgrupper. Fra 2014 til 2016 er andelen med omfattende bistandsbehov blitt mindre. Andel med omfattende bistandsbehov er lavere enn K8 og alle de andre kommunene.

Tabell 9. Ressursinnsats i hjemmetjenesten

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning	-	-	-	5,0	3,6	8,4	11,9	12,5
Andel hjemmeboere med høy timeinnsats	8,1	7,6	7,1	7,3	1,7	9,7	7,7	10,0
Korrigerte brutto driftsutg. per mottaker av hjemmetjenester (i kroner)	164 034	157 840	165 380	200 908	287 330	304 271	244 374	208 806

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 9 viser at både Volda og Ulstein har prioritert boliger med heldøgns bemanning i større grad enn de andre. Herøy hadde inntil 2017 ikke noen innbyggere over 80 år i bolig med heldøgns

bemanning. Andelen hjemmeboere med høy timesats¹⁰ har gått ned de siste tre åra. Andelen i Herøy er lavere enn de andre kommunene med unntak av Farsund.

Brutto driftsutgifter per mottaker har økt de siste tre åra, men er for øvrig lavere enn de andre kommunene i sammenlikningen.

Tabell 10. Prioritering av institusjons-tjenesten

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	16,8	17,6	16,8	13,9	13,2	10,5	12,7	9,8
Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i prosent av befolkning 80+	25,0	25,0	24,0	-	25,0	23,0	38,0	39,0

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 10 viser at andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon har gått ned. Andelen i Herøy er imidlertid høyere enn i de andre kommunene. Når plasser i institusjon og heldøgns bemannet boliger slås sammen¹¹ ligger Herøy på samme nivå som Farsund og Sogndal, men lavere enn Volda og Ulstein.

Tabell 11. Ressursinnsats i institusjonstjenesten

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov: Langtidsopphold	70,6	70,3	74,2	85,3	74,2	-	-	76,5
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, per kommunal plass	919 094	943 471	1 011 606	1 138 757	1 185 079	1 098 439	1 117 181	1 085 465

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 11 viser at andelen brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov har økt i perioden 2014-2016. Andelen er lavere enn gjennomsnittet i K8 og lavere enn de andre kommunene i sammenlikningen. Brutto driftsutgifter per kommunal plass har steget de siste tre åra, men er lavest i sammenlikningsgrunnlaget. Brutto driftsutgifter er 126 000 mindre enn gjennomsnittet i K8 og 106 000 mindre per plass enn i Volda.

¹⁰ Summen av spesielt ressurskrevende hjemmetjenestemottakere (hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse)i kommunen, definert som mottakere som krever mer enn 35,5 timer/uke sett i forhold til hjemmetjenestemottakere totalt.

¹¹ Herøy har som tidligere nevnt inntil 2017 ingen over 80 år i heldøgns bemannet bolig, kun i institusjon.

Tabell 12. Kvalitet institusjonstjenesten (kvalitet)

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/wc	68,9	68,9	70,9	81,9	100,0	55,8	100,0	100,0
Andel plasser avsatt til rehabilitering/ Habilitering	4,9	4,9	6,8	10,7	5,5	9,3	5,4	21,4
Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens	33,0	33,0	33,0	24,9	37,0	-	50,0	57,1

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 12 viser at andel plasser i enerom er økt de siste tre åra. Herøy har likevel den laveste andelen med unntak av Sogndal. Volda og Ulstein rapporterer de har en 100 prosent dekning.

Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering er økt de siste tre åra. Volda og Farsund har lavere andel mens Sogndal og Ulstein har høyere andel. Andelen i Herøy er under gjennomsnittet i K8.

Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens ligger stabilt på 33 prosent i Herøy. Dette er en høyere andel enn gjennomsnittet i K8, men lavere enn de andre kommunene i sammenlikningen.

Tabell 13. Lege- og fysioterapitimer i sykehjem (kvalitet)

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	0,41	0,30	0,40	0,38	0,19	0,50	0,43	0,72
Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem	0,26	0,21	0,25	0,23	0,60	0,24	0,24	0,47

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 13 viser at legetimer per uke per beboer i sykehjem er på samme nivå i 2016 som i 2014¹².

Fysioterapitimer har i samme periode gått ned. Lege- og fysioterapitimer er høyere enn gjennomsnittet i K8. Tre av kommunene har høyere legetimedekning, mens alle har høyere fysioterapidekning.

¹² Kommunen har følgende kommentar til dette: «Alle leiarane for sjukeheim er usikre på om timetalet til tilsynslege brukar pr. pasient på sjukeheim er så høgt. Der må vi sjekke kva vi har rapportert. Det endrar ikkje det faktum at Kostratala er slik dei er rapportert, inn for RO sin del».

Tabell 14. Alderssammensetning institusjon

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel beboere på institusjon under 67 år	11,9	8,3	12,6	13,6	-	-	-	11,4
Andel beboere i institusjoner 80 år og over	77,2	75,0	77,7	65,3	81,8	79,5	75,6	65,9

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 14 viser at andel yngre beboere har økt i Herøy, men ligger under gjennomsnittet for K8. Andel eldre beboere er også økt, ligger over gjennomsnittet i K8, men under Sogndal og Farsund.

Oppsummering KOSTRA nøkkeltall for Pleie og omsorg:

Herøy bruker en relativt høy andel av kommunens netto driftsutgifter på pleie og omsorgstjenester. Andelen har økt fra 28,3 prosent i 2014 til 31,8 prosent i 2016.

KOSTRA-tallene viser at Herøy i stor grad prioriterer institusjonsdrift. Prioriteringen har økt i perioden 2014 til 2016. Tjenester til hjemmeboende er tilsvarende lavere prioritert. Andelen mottakere av hjemmetjenester er redusert for alle aldersgrupper de siste tre årene. Herøy har en lavere andel mottakere av hjemmetjenester enn de andre kommunene i alle aldersgrupper. I perioden 2014-2016 er andelen med omfattende bistandsbehov blitt mindre. Andel med omfattende bistandsbehov er lavere enn K8 og alle de andre kommunene.

Andel til aktivisering og støttetjenester prioriteres lavere enn de andre kommunene i sammenlikningen.

Andel årsverk med fagutdanning (fagarbeidere og høgskoleutdannende) ligger på et middels nivå. Herøy har relativt sett en høyere andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole enn årsverk med høyskole- eller universitetsutdanning.

Andel legemeldt fravær har steget fra 8,8 prosent i 2014 til 10,7 prosent i 2016. Dette er det høyeste fraværet i denne sammenlikningen med unntak av Ulstein som hadde 10,9 prosent i 2016.

Herøy hadde inntil 2017 ikke noen innbyggere over 80 år i bolig med heldøgns bemanning. I 2017 har kommunen redusert antallet institusjonsplasser og det er opprettet boliger med heldøgns plasser. Det er imidlertid fortsatt slik at det i all hovedsak er i institusjon heldøgns omsorg ytes. Når plasser i institusjon og heldøgns bemannet boliger slås sammen¹³ ligger Herøy på samme nivå som Farsund og Sogndal, men lavere enn Volda og Ulstein.

Andelen hjemmeboende med høy timesats¹⁴ er relativt sett ganske lav.

¹³ Herøy har som tidligere nevnt inntil 2017 ingen over 80 år i heldøgns bemannet bolig, kun i institusjon.

¹⁴ summen av spesielt ressurskrevende hjemmetjenestemottakere (hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse) i kommunen, definert som mottakere som krever mer enn 35,5 timer/uke sett i forhold til hjemmetjenestemottakere totalt.

Andelen brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov har økt i perioden 2014-2016. Andelen er likevel lavere enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene i sammenlikningen.

Andel plasser i enerom er økt de siste tre åra. Herøy har likevel den laveste andelen med unntak av Sogndal. Volda og Ulstein rapporterer de har en 100 prosent dekning.

Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering er økt de siste tre åra. Andelen i Herøy er likevel under gjennomsnittet i K8.

Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens ligger stabilt på 33 prosent i Herøy. Dette er en høyere andel enn gjennomsnittet i K8.

Legetimer per uke per beboer i sykehjem er på samme nivå i 2016 som i 2014. Fysioterapitimer har i samme periode gått ned. Lege- og fysioterapitimer er høyere enn gjennomsnittet i K8.

Andel yngre beboere har økt i Herøy, men ligger under gjennomsnittet for K8. Andel eldre beboere er også økt og ligger over gjennomsnittet i K8.

Spørsmålet som man bør stille seg på bakgrunn av denne analysen er om Herøy kommunes prioriteringer og produktivitet vil være bærekraftig i årene som kommer.

2.2. Kommunehelsetjenester

Tabell 15. Prioritering, kroner per innbygger

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Netto driftsutgifter, per innbygger (f232,233,241) ¹⁵	2 380	2 536	2 569	2 357	2 361	2 399	2 404	2 346
Netto driftsutg til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj (f241) per innb 0-20 år	2 183	2 167	2 402	2 416	2 442	2 638	2 430	3 065

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 15 viser at Herøy har økt sine netto driftsutgifter innen forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, diagnose, behandling, re-/habilitering og annet forebyggende helsearbeid de siste tre åra. Kommunen har høyere driftsutgifter enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene.

Driftsutgiftene til forebygging, helsestasjons og skolehelsetjeneste og annet forebyggende arbeid alene har økt de siste tre åra og Herøy har et høyere utgiftsnivå enn gjennomsnittet i K8, men lavere enn de andre kommunene. Kommunen bør stille seg spørsmål om hva dette er uttrykk for.

¹⁵ f232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, f233 Annet forebyggende helsearbeid, f241 Diagnose, behandling, re-/habilitering

Tabell 16. Prioritering, kroner per innbygger

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse	150	124	33 ¹⁶	158	162	78	-1	173
Netto driftsutg til diagnose, behandling og rehabilitering	1 648	1 842	1 912	1 537	1 536	1 632	1 769	1 320

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 16 viser at Herøy har redusert driftsutgiftene sine til forebyggende arbeid, helse de siste tre åra. Driftsutgiftene er lavere enn gjennomsnittet i K8 og de fleste andre kommunene. Driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering er derimot økt og ligger over K8 og de andre kommunene. Her bør også kommunen stille seg et spørsmål hva dette er uttrykk for.

Tabell 17. Dekningsgrad, kommunehelsetjenesten per 10.000 innbyggere

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Legeårsverk	14,3	13,7	13,7	10,2	8,8	12,5	12,8	13,8
Fysioterapiårsverk	8,2	8,0	8,1	8,2	7,9	8,9	8,2	8,4

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 17 viser at Herøy har færre legeårsverk per innbygger i 2016 enn i 2014, men flere legeårsverk enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene med unntak av Ulstein. Fysioterapiårsverk er stabilt og på samme nivå som gjennomsnittet i K8, men lavere enn de fleste andre kommunene.

Tabell 18. Enhetskostnad, kroner per innbygger

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Brutto driftsutgifter. f232,233,241	3 917	3 826	3 899	2 955	2 645	3 457	3 966	2 915
Herav: lønnsutgifter. f232,233,241	1 590	1 640	1 694	1 774	1 477	2 148	2 417	1 102

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 18 viser at brutto driftsutgifter per innbygger i Herøy har vært stabil i perioden. Brutto driftsutgifter er høyere enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene, med unntak av Volda. Lønnsutgiftene pr innbygger har økt fra 2014-2016 og ligger noe lavere enn gjennomsnitt i K8. Sogndal og Volda har høyere lønnsutgifter pr innbygger mens Farsund og Ulstein har lavere.

¹⁶ Kommunen opplyser følgende: «Det er ikke føreteken nokon redusering i utgifter til førebyggjande arbeid. Dette må vere ei feilregistrering. Kan ikkje forklare dette på annan måte».

Tabell 19. Rehabilitering, årsverk per 10.000 innbyggere

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Årsverk til rehabilitering (khelse + plo)	4,6	5,5	5,3	10,8	11,7	11,1	8,8	5,6
Årsverk av psykiatriske sykepleiere (khelse+plo)	1,1	1,1	1,1	4,0	4,9	2,8	4,6	-
Årsverk av kommunale fysioterapeuter. f232,233,241,253 ¹⁷	1,2	1,1	1,1	3,3	2,4	4,8	3,6	0,6

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 19 viser at årsverk per innbygger til rehabilitering (kommunehelse, pleie og omsorg samlet) har økt fra 2014 til 2016. Årsverk per innbygger er lavere enn K8 og de andre kommunene. Antallet årsverk per innbygger av psykiatriske sykepleiere og kommunale fysioterapeuter har vært stabilt i perioden og ligger for begge deler under gjennomsnitt i K8 og de andre kommunene med unntak av fysioterapeutdekningen i Ulstein som er lavere.

Tabell 20. Forebygging helsestasjons- og skolehelsetjeneste, f232

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Årsverk i alt per 10 000 innbyggere 0-5 år	92	99	92,9	151,7	136,7	202,4	214,0	165,4
Årsverk av helse-søstre per 10 000 innbyggere 0-5 år	75,9	82,6	75,9	81,4	64,9	124,8	109,2	104,9
Årsverk jordmødre per 10 000 fødte	-	-	-	73,9	21,5	142,9	165,5	211,3

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 20 viser at Herøy har et stabilt men gjennomgående lavere antall årsverk enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene i sammenlikningen. Det er ikke rapportert noen årsverk jordmødre i Herøy, dette fordi tjenesten har vært interkommunal i et samarbeid med Ulstein. Jordmorårsverk for Herøy er ifølge kommunen rapportert på Ulstein. Fra 2017 er jordmor (0,5 stilling) ansatt i Herøy.

Oppsummering KOSTRA nøkkeltall for Kommunehelsetjenester:

Herøy har økt sine netto driftsutgifter innen forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, diagnose, behandling, re-/habilitering og annet forebyggende helsearbeid de siste tre åra- Kommunen har høyere driftsutgifter enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene.

¹⁷ 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

Driftsutgiftene til forebygging, helsestasjons og skolehelsetjeneste og annet forebyggende arbeid alene har økt de siste tre åra og Herøy ligger over gjennomsnittet i K8, men lavere enn de andre kommunene.

Herøy har redusert driftsutgiftene sine til forebyggende arbeid, helse de siste tre åra. Driftsutgiftene er lavere enn gjennomsnittet i K8 og de fleste andre kommunene. Driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering er derimot økt og ligger over K8 og de andre kommunene.

Herøy har flere legeårsverk enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene med unntak av Ulstein. Fysioterapiårsverk er stabilt og på samme nivå som gjennomsnittet i K8, men lavere enn de fleste andre kommunene.

Årsverk per innbygger til rehabilitering (kommunehelse, pleie og omsorg samlet) har økt noe de siste tre åra, men er lavere enn K8 og de andre kommunene. Antallet årsverk per innbygger av psykiatriske sykepleiere og kommunale fysioterapeuter ligger for begge deler under gjennomsnitt i K8 og de fleste andre kommunene.

Herøy har et lavere antall årsverk til forebygging helsestasjons- og skolehelsetjeneste enn gjennomsnittet i K8 og de andre kommunene i sammenlikningen. Det er ikke rapportert noen årsverk jordmødre i Herøy, dette fordi tjenesten har vært interkommunal i et samarbeid med Ulstein. Jordmor for Herøy er ifølge kommunen rapportert på Ulstein. Fra 2017 er jordmor (0,5 stilling) ansatt i Herøy.

KOSTRA-analysen gir ingen indikasjon på at Herøy kommune prioriterer forebygging og rehabilitering.

2.3. Sosialtjenesten

Tabell 21. Prioritering

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Netto driftsutg. til sosialtjenesten per innbygger	1 352	1 446	1 557	1 997	1 493	1 252	1 274	1 656
Netto driftsutg. til sosialtjenesten i prosent av samlede driftsutg.	2,4	2,8	3,0	3,9	2,8	2,4	2,3	3,2
Netto driftsutg. til sosialtjenesten per innbygger 20-66 år	2 284	2 445	2 642	3 336	2 613	2 041	2 150	2 750

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 21 viser at netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger har gått opp i perioden 2014 til 2016. Den er lavere enn gjennomsnittet i K8 og Ulstein, men høyere enn de andre kommunene. Det samme forholdet gjelder for netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger 20-66 år.

Utgifter til sosialtjenesten i prosent av samlede driftsutgifter i kommunen har økt fra 2,4 prosent i 2014 til 3,0 prosent i 2016. Dette er en lavere andel enn gjennomsnittet i K8, høyere enn de andre kommunene med unntak av Ulstein som bruker en større andel.

Tabell 22. Prioritering sett i forhold til enhetskostnad(produktivitet)

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Korrigerte driftsutg. til sosialtjenesten per mottaker	37 702	37 965	46 160	-	38 066	36 075	34 852	21 205

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 22 viser at utgiftene per mottaker har økt fra 2014 til 2016 og at de er høyere enn de andre kommunene.

Tabell 23. Dekningsgrader

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andelen sosialhj. mottakere i forhold til innbyggere i alderen 20-66 år	3,0	2,7	3,0	-	3,4	3,3	3,3	4,1
Andel mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde	29,2	32,4	38,5	-	68,6	43,5	58,5	49,5

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 23 viser at andelen mottakere i forhold til innbyggere i alderen 20-66 år har vært stabil de siste tre årene. Andelen er lavere enn de andre kommunene i sammenlikningsgrunnlaget. Andelen mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde har derimot økt kraftig. Kommunen bør stille seg spørsmål om hva dette er uttrykk for og vurdere hvilken utvikling en ser for seg videre.

Tabell 24. Profil stønader

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Gjennomsnittlig utbetaling per stønadsmåned	8 812	9 407	9 928	-	7 802	7 289	6 797	7 593
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 18-24 år	3,8	3,9	3,6	-	3,9	4,0	4,2	5,5
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 25-66 år	3,4	4,0	3,9	-	3,3	4,5	4,4	5,5

Kilde: KOSTRA, 15.03.2017

Tabell 24 viser at gjennomsnittlig utbetaling per stønadsmåned har økt de siste tre åra. Utbetalingen per måned er høyere i Herøy enn i de andre kommunene. Gjennomsnittlig stønadslengde har imidlertid gått ned, spesielt for mottakere 18-24 år. Gjennomsnittlig stønadslengde er kortere i Herøy enn i de andre kommunene.

Oppsummering KOSTRA nøkkeltall for Sosialtjenesten:

Netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger har økt i perioden 2014 til 2016.

Utgifter til sosialtjenesten i prosent av samlede driftsutgifter i kommunen har økt fra 2,4 prosent i 2014 til 3,0 prosent i 2016. Dette er en lavere andel enn gjennomsnittet i K8, men høyere enn de fleste andre kommunene i sammenlikningsgrunnlaget.

Korrigerte driftsutgifter per mottaker har økt fra 2014 til 2016 og de er høyere enn de andre kommunene.

Andelen mottakere i forhold til innbyggere i alderen 20-66 år har vært stabil de siste årene. Andelen er lavere enn de andre kommunene i sammenlikningsgrunnlaget.

Gjennomsnittlig utbetaling per stønadsmåned har økt og utbetalingen per måned er høyere i Herøy enn i de andre kommunene. Stønadslengde har gått ned fra 2014 til 2016, spesielt for de yngste og stønadslengde er kortere enn i de andre kommunene.

2.4. Barnevern

Tabell 25. Prioritering

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Netto driftsutg. til sammen per innbygg.	1 546	1 446	1 372	2 030	1 537	1 133	1 791	2 302
Netto driftsutgifter per innbygger 0-17 år, barnevernstjenesten	6 835	6 490	6 219	8 689	6 825	5 224	8 398	9 631
Netto driftsutgifter (funksjon 244, 251, 252 ¹⁸) pr barn i barnevernet	97 275	96 821	78 268	-	108 804	113 861	96 450	139 036

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 25 viser at netto driftsutgifter per innbygger har gått ned de siste tre åra og er lavere i Herøy enn de fleste andre kommunene.

Netto driftsutgifter til barnevern per innbygger 0-17 år og netto driftsutgifter per barn i barnevernet har også gått ned i perioden og ligger lavt i forhold til sammenlikningsgrunnlaget.

Tabell 26 Dekningsgrad

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Barn med under-søkelse ift. antall innbyggere 0-17 år	2,7	3,0	4,6	-	3,8	2,4	3,4	3,7
Andel barn med barnevernstiltak ift. innbyggere 0-17 år	5,6	5,0	5,1	-	4,2	2,9	6,3	4,3

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

¹⁸f244 Barnevernstjeneste, f251 Barnevernstiltak i familien, f252 Barnevernstiltak utenfor familien

Tabell 26 viser at barn med undersøkelse per innbygger 0-17 år har steget i perioden og ligger høyere enn de andre kommunene. Andel med barnevernstiltak per innbygger 0-17 år har gått ned i perioden, men er større enn de andre kommunene med unntak av Volda som har størst andel.

Tabell 27. Enhetskostnad

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Brutto driftsutgifter per barn (f244)	36 338	37 836	34 866	-	39 971	36 329	28 917	42 529
Brutto driftsutgifter per barn som ikke er plassert av barnevernet (f251)	34 376	42 370	28 841	-	19 048	63 212	17 707	37 745
Brutto driftsutgifter per barn som er plassert av barnevernet (f252)	318 429	311 263	311 444	-	289 172	274 294	210 104	383 968

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 27 viser at brutto driftsutgifter per barn er lavere i 2016 enn 2014 og er lavere enn de to kommunene i samme KOSTRA-gruppe og Ulstein, men høyere enn Volda. Brutto driftsutgifter per barn som ikke er plassert av barnevernet og per barn som er plassert har gått ned i perioden 2014. Det er store variasjoner mellom kommunene mht. brutto driftsutgifter per barn som ikke er plassert av barnevernet. Herøy ligger høyere enn Farsund og lavere enn Sogndal og høyere enn Volda og lavere enn Ulstein.

Tabell 28. Antall barn som inngår i enhetskostnad - KOSTRA nivå 3

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Barn med tiltak som ikke er plassert av barnevernet (f251)	93	81	81	-	62	33		
Barn med tiltak som er plassert av barnevernet (f252)	21	19	19	-	30	17		
Barn med tiltak i løpet av året	114	100	100	-	92	50		

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 28 viser at Herøy har et vesentlig høyere antall barn med tiltak som ikke er plassert av barnevernet enn barn med tiltak som er plassert av barnevernet. Antallet barn med tiltak har gått ned i perioden 2014-2016.

Tabell 29. Antall stillinger - KOSTRA nivå 3

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Sum stillinger i alt	7,3	7,5	6,3	310,4	9,0	3,7		
Stillinger med fagutdanning	7,0	7,0	6,0	282,3	8,8	3,4		

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 29 viser at sum stillinger i alt er redusert i perioden og at det i all hovedsak er stillinger med fagutdanning i tjenesten¹⁹.

Tabell 30. Ressursfordeling (andel av netto driftsutgift)

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel til saksbehandling (f. 244)	32,9	33,8	43,9	29,0	36,7	31,9	30,0	30,6
Andel til barn som ikke er plassert av barnevernet (f251)	23,1	26,5	19,2	12,3	8,0	23,2	8,1	8,3
Andel til barn som er plassert av barnevernet (f252)	44,0	39,7	36,9	58,4	55,3	44,9	61,9	61,2
Summer	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 30 viser at andel av netto driftsutgifter til saksbehandling er økt de tre siste åra mens andelen til barn som ikke er plassert (tiltak i heimen) og som er plassert av barnevernet (for det meste fosterhjem) har gått ned. Andelen til barn som er plassert av barnevernet har gått mest ned. Gjennomsnittet av kommuner i K8 og de andre kommunene bruker en forholdsmessig større andel av ressursene ifm barn som er plassert av barnevernet og en mindre andel til saksbehandling.

¹⁹ Til dette opplyser kommunen: «Stillinger i barnevern. Her kan det sjå ut som om det er ein nedgang med ei stilling frå 2015-16. Bakgrunn for ulik rapportering er nok at engasjementstilling med midlar utafrå (Fylkesmannen) er teke med det eine året , men ikkje det andre».

Tabell 31. Meldinger og undersøkelser

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Andel meld med behandlingstid innen 7 dager i prosent	95	87	99	99	99	100	100	100
Andel unders med behandlingstid innen 3 måneder	70	70	74	85	96	100	54	58
Andel undersøkelser som førte til tiltak	54,3	45,5	27,6		46,7	37,5	50,0	52,1

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 31 viser at andel meldinger som behandles innen 7 dager er nær 99 prosent. Andel undersøkelser med behandlingstid innen 3 måneder er på 74 prosent. 26 prosent undersøkelser med behandlingstid ut over 3. Andelen undersøkelser som førte til tiltak i 2016 var lavt, lavere enn de to foregående årene og lavere enn sammenlikningsgrunnlaget.

Oppsummering KOSTRA nøkkeltall for Barnevern:

Netto driftsutgifter per innbygger er lavere i Herøy enn de fleste andre kommunene. Netto driftsutgifter til barnevern per innbygger 0-17 år og netto driftsutgifter per barn i barnevernet ligger lavere enn de andre kommunene.

Barn med undersøkelse per innbygger 0-17 år har økt og ligger høyere enn de andre kommunene. Andel med tiltak har gått ned i perioden, men er større enn de fleste andre kommunene. Det er grunnlag for å stille seg spørsmål om sammenhengen mellom antall meldinger, undersøkelser, henleggelse og tiltak. RO har ikke informasjon om i hvor stor grad barnevernet har fokus på disse sammenhengene i dag.

Brutto driftsutgifter per barn er redusert de siste tre åra og er lavere enn de fleste andre kommunene. Brutto driftsutgifter per barn som ikke er plassert av barnevernet og per barn som er plassert har også gått ned i perioden. Det er store variasjoner mellom kommunene mht. brutto driftsutgifter per barn som ikke er plassert av barnevernet.

Herøy har et vesentlig høyere antall barn med tiltak i familien enn barn utenfor familien. Antallet barn med tiltak har gått ned i perioden 2014-2016.

Antall stillinger i alt er noe redusert i perioden og det er i all hovedsak stillinger med fagutdanning i tjenesten.

Andel av netto driftsutgifter til saksbehandling er høy i forhold til de andre kommunene. Med en såpass stor andel til saksbehandling kan en kanskje forvente at fristbrudd unngås. Det er imidlertid ikke tilfelle her. Andel undersøkelser med behandlingstid innen 3 måneder er i 74 prosent, noe som er lavere enn K8 og de andre kommunene i samme KOSTRA-gruppe.

Andelen til barn med tiltak i heimen og utenfor familien har gått ned. Mens de andre kommunene bruker en forholdsmessig større andel av ressursene på barn som er plassert av barnevernet (for det

meste fosterhjem) bruker Herøy en større andel av sine ressurser til tiltak for barn i familien, noe som er i tråd med nasjonale føringer og ønsket politikk.

2.5. Psykiatri/rus

Tabell 32. Prioritering

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Netto driftsutgifter tilbud pers med rusproblem per innbygger 18-66 år	391	396	30 ²⁰	298	86	222	393	-
Andel netto driftsutg tilbud til pers med rusproblemer ²¹	17,9	17,0	1,2 ²²	9,4	3,5	11,4	19,2	-

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 32 viser at netto driftsutgifter, personer med rusproblemer er stabilt i 2014 og 2015. Tall for 2016 må evt. undersøkes nærmere for å si noe om utvikling. Driftsutgifter pr innbygger 18-66 år er høyere enn tilsvarende i K8, Farsund og Sogndal og på samme nivå som Volda.

Netto driftsutgifter til personer med rusproblemer i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter for sosialtjenesten er på henholdsvis 17,9 og 17,0 i 2014 og 2015. Tall for 2016 må evt. undersøkes nærmere for å si noe om utvikling. Andelen i Herøy er høyere i Herøy enn gjennomsnitt i K8, Farsund og Sogndal, men lavere enn Volda.

Tabell 33. Dekningsgrad

	Herøy 2014	Herøy 2015	Herøy 2016	K8 2016	Farsund 2016	Sogndal 2016	Volda 2016	Ulstein 2016
Årsv av psyk sykepl per 10 000 innb ²³	1,1	1,1	1,1	4,0	4,9	2,8	4,6	-
Årsv av pers med videreutd i psyk helsearb per 10 000 innb ²⁴	4,4	4,7	5,9	8,9	9,1	5,3	9,3	-
Årsv av pers med videreutd i rusarb per 10 000 innb ²⁵	-	-	- ²⁶	2,4	1,0	2,5	4,0	-

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

²⁰ RO har ikke tilstrekkelige informasjon som kan si noe om denne endringen fra 2015 til 2016

²¹ Netto driftsutgifter til personer med rusproblemer i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter for sosialtjenesten, konsern

²² RO har ikke tilstrekkelige informasjon som kan si noe om denne endringen fra 2015 til 2016

²³ Kommunehelsetjeneste og pleie og omsorg slått sammen

²⁴ Helse og sosial slått sammen

²⁵ Helse og sosial slått sammen

²⁶ Kommunen opplyser følgende: «Årsverk av personar med vidareutdanning innan rus. Det er 2 personar som har vidareutdanning på dette området. Her er det nok feilrapportert til KOSTRA».

Tabell 33 viser at Herøy har færre psykiatriske sykepleiere per innbygger enn K8 og de andre kommunene. Herøy har også færre personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid per innbygger enn K8 og de andre kommunene, med unntak av Sogndal som har færre. Årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid er ikke oppgitt.

Oppsummering KOSTRA nøkkeltall for Psykiatri/Rus:

Netto driftsutgifter på tilbud til personer med rusproblemer har ikke endret seg de siste åra. Tall for 2016 må imidlertid undersøkes nærmere for å si noe om utvikling. Driftsutgifter per innbygger 18-66 år er høyere enn de fleste andre kommunene.

Netto driftsutgifter til personer med rusproblemer i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter for sosialtjenesten er på henholdsvis 17,9 og 17,0 i 2014 og 2015. Tall for 2016 må imidlertid undersøkes nærmere for å si noe om utvikling. Andelen i Herøy er høyere i Herøy enn gjennomsnitt i de fleste andre kommunene.

Herøy har færre psykiatriske sykepleiere per innbygger enn K8 og de andre kommunene. Herøy har også færre personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid per innbygger enn de fleste andre kommunene. Årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid er ikke oppgitt.

2.6. Bu- og habilitering

Vi finner ikke mange KOSTRA-funksjoner som beskriver produktivitet og kvalitet i detaljert grad innen bu- og habilitering. Vi velger derfor å gjengi kommunens rapporterte tall i årsrapport 2016.

Tabell 34. Data fra Årsrapport 2016, Bu- og Habilitering

	2014	2016
Årsverk	58,4	61,4
Brukere i butenesta	22	31
Omsorgsbustader (bu- og habilitering sitt ansvar)	25	29
Ressurskrevende brukere	9	10
Vedtak etter helse og omsorgstjenesteloven	190	175

3. Tjenesteprofil – Pleie og omsorg

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har RO gjennomført en studie av mønstre i innretningen av norske kommuners omsorgstjenester²⁷. RO vil benytte metoden fra dette arbeidet til å sammenligne Herøy kommune sin tjenesteprofil med andre kommuner.

Med tjenesteprofil mener RO hvordan en kommune har innrettet sin omsorgstjeneste sammenlignet med øvrige norske kommuner.

Tjenesteprofilen for Herøy beskrives ved at kommunen plasseres i en decil (ti-del) av norske kommuner som har samme verdi på faktorene som nevnt under. Dersom Herøy befinner seg helt på topp mht. andel som mottar hjemmetjenester får de score 10 (Den tidelen av norske kommuner som scorer høyest på denne faktoren). Befinner Herøy seg i den tidel av norske kommuner som scorer nest lavest på institusjonsorientering vil de være plassert i andre decil.

²⁷ Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønster i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.

Forholdene som beskriver tjenesteprofilen er:

1. **Forbruk hjemmetjenester**²⁸ yngre. Dvs. andel av kommunens befolkning som mottar hjemmetjenester i gruppen yngre (0-66).
2. **Forbruk hjemmetjenester** eldre. Dvs. andel av kommunens befolkning som mottar hjemmetjenester i gruppen eldre (80+).
3. **Institusjonsorientering** yngre. Dvs. andel av kommunens befolkning som bor på institusjon i gruppen yngre (67+).
4. **Institusjonsorientering** eldre. Dvs. andel av kommunens befolkning som bor på institusjon i gruppen eldre (80+).
5. **Tilgjengelighet** korttidsplass. Dvs. antall utskrivninger per år per korttidsplass per innbyggere over 80 år.
6. **Tilgjengelighet** institusjon samlet. Dvs. antall utskrivninger per år per sykehjemsplass samlet per innbyggere over 80 år.
7. **Omfattende bistandsbehov** (intensitet) yngre. Dvs. andel av hjemmetjeneste-mottakere som har omfattende bistandsbehov i gruppen yngre (0-66).
8. **Omfattende bistandsbehov** (intensitet) eldre. Dvs. andel av hjemmetjeneste-mottakere som har omfattende bistandsbehov i gruppen eldre (67+).

Nyere forskning innen pleie- og omsorgstjenestene²⁹ viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 prosent av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. Andre kommuner har ingen sykehjemsplass for langtidsopphold, de sykehjemsplassene kommunen rår over brukes som korttidsplasser for behandling og rehabilitering og med en gjennomsnittlig botid på bare noen uker.

Brevik og Nygård hevder at noen kommuner har det vi kan kalle en forebyggende tjenesteprofil ved å gi litt hjemmetjenester til mange personer. Andre kommuner har det vi kan kalle en pleieprofil på hjemmetjenestene ved å gi mye hjelp til få personer. De hevder videre at vi i noen grad kjenner en del mønstre i variasjonen.

«Kommuner med få innbyggere bruker jamt over relativt sett mye penger på omsorgstjenester. Ikke overraskende har alderssammensetningen betydning. Kommuner med høy andel eldre i befolkningen bruker relativt sett mer penger enn kommuner med lav prosentandel eldre. Kommuner med høye frie inntekter bruker mer penger enn kommuner med lave inntekter. Trolig er kommunens frie inntekter den enkeltfaktoren som i størst grad kan predikere hvor mye penger en kommune bruker på omsorgstjenester (Hjelmbrekke med flere 2011). Kommuner som i stor grad er institusjonsorientert bruker mer penger enn andre kommuner. Og fordi det ofte er kommuner med få innbyggere som også har store inntekter,

²⁸ Hjemmetjeneste er i Tjenesteprofil og KOSTRA-analyser definert på en annen måte enn i IPLOS-analysen. I IPLOS er alle brukere som ikke har hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand tatt ut, mens i Tjenesteprofil og KOSTRA er flere tjenester inkludert. I ROs IPLOS-analyse skiller vi i tillegg ut de som mottar hjemmetjenester i boliger med heldøgns tjenester, herunder for eksempel funksjonshemmede og utviklingshemmede, i egne analyse-enheter. I KOSTRA inngår disse brukerne i hjemmetjenesten.

²⁹ Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.

er det særlig denne typen kommuner som relativt sett bruker mest ressurser på omsorgstjenestene.» (Brevik og Nygård, NIBR Notat 2013:104 s. 10)

I noen grad kjenner vi også kostnadsdriverne innen omsorgssektoren. Hagen med flere (2011) finner i tillegg til kommunale inntekter og alderssammensetning at følgende faktorer bidrar til å forklare variasjoner i ressursbruk: standardiserte dødelighetsrater, andel enslige, andel med lav utdanning, andel sosialhjelpsmottakere, antall psykisk utviklingshemmede, folketall, befolkningstetthet og reisetid internt i kommunen.

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg slår fast følgende:

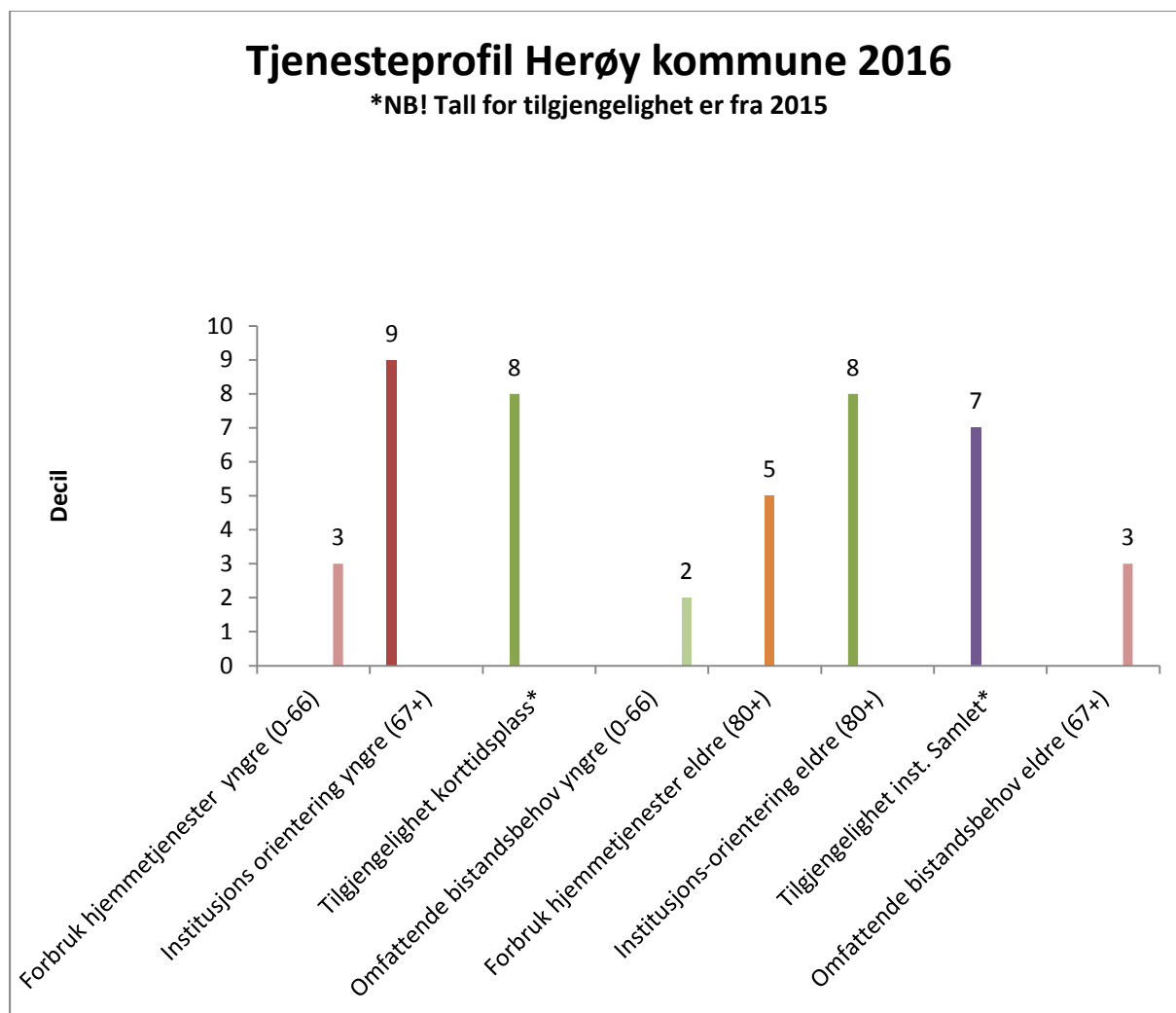
«Hjemmetjenesteorientering framstår derfor som mer effektivt i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, og uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.» (Borge og Haraldsvik 2005)

Også Sørheim og Paulsen (2012) finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrekke med flere (2011) finner at kommuner med ansatte hvor andelen med relevant høgskole-utdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrekke finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler.

Figuren under viser tjenesteprofilen til Herøy fra 2015. Tjenesteprofil for 2016 foreligger ikke før høsten 2017. Det er likevel lite trolig at det er store avvik i tjenesteprofil 2015 og 2016.

Tjenesteprofilen kan gi grunnlag for refleksjon over hvilket område som bør prioriteres i en framtidsrettet omsorgstrapp, og over hvilke funksjoner sykehjemmet skal ivareta. Tjenesteprofilen kan brukes til refleksjon og drøfting.

Figur 2. Tjenesteprofil i Herøy



Sammenliknet med øvrige norske kommuner skiller Herøy seg fra gjennomsnittet på følgende forhold:

- Tjenesteprofilen viser at pleie- og omsorgstjenestene i Herøy er mer institusjonsorientert enn hjemmetjenesteorientert. Dette gjelder både for yngre og eldre.
- Tilgjengeligheten til korttidsplass og tilgjengelighet samlet er også høy³⁰
- Med hensyn til forbruk hjemmetjenester yngre ligger Herøy under gjennomsnittet sammenliknet med øvrige kommuner i Norge. Forbruk hjemmetjenester eldre ligger så vidt innenfor femte decil er nærmest på gjennomsnitt med andre kommuner i Norge. I 2015 lå Herøy i tredje decil.
- Andel mottakere av hjemmetjenester som har omfattende bistandsbehov er lavt for alle aldersgrupper.

Dekningsgrad er et begrep som ofte benyttes (blant annet i KOSTRA) og er antall institusjonsplasser i prosent av innbyggere 80+. Denne sier imidlertid ikke noe om hvor ofte det blir ledig plass. I Herøy er

³⁰ Tilgjengelighetstallene foreligger ikke enda for 2016 og er her oppgitt for 2015. Derfor forbehold om noe endring for 2016.

antallet institusjonsplasser 101 (2016). Det er 473 innbyggere 80år+. Dekningsgrad er 21,6. Landsgjennomsnittet er 18. Herøy har en god institusjonsdekning og god tilgjengelighet. Sett i lys av dette og at forbruket av hjemmetjenester er lavt og at det er relativt få med omfattende bistandsbehov er det grunn til å vurdere om den nåværende innretningen bygger opp prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON) som kommunen ønsker å følge.

4. Ressurs- og driftsanalyse sykehjem

Hvordan sykehjem driftes kan ha konsekvenser for effektiv ressursutnyttelse – også i tjenestene som helhet. RO vet av erfaring fra tilsvarende oppdrag at det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder drift av sykehjem. En detaljert ressurs- og driftsanalyse for sykehjemmene i kommunen kan være et godt bidrag til å identifisere mulige tilpasningstiltak eller endringstiltak.

RO har utarbeidet et standardisert rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem³¹. Skjemaet omhandler regnskapstall, bemanning, ledelse, matkostnader, sykefravær mm. Sammenligningene gjøres i hovedsak gjennom kroner per døgnplass. I noen tilfeller gjennom prosentandeler. RO har tilsvarende tall fra 50 andre sykehjem som kan brukes i denne sammenhengen.

Tabell 35 oppsummerer viktige kjennetegn ved sykehjemsdriften i Herøy og sykehjemmene i sammenligningen. Bokstavene henviser til ett sykehjem i hver av kommunene A, B, C osv. I den grad tall stammer fra tidligere regnskap enn 2016, er tallene justert etter SSBs konsumprisindeks.

RO har ikke sammenliknet driften mellom de to sykehjemmene i Herøy kommune, noe som med fordel kan gjøres for å finne forbedringspunkter på det ene eller andre sykehjemmet. En sammenlikning av de to sykehjemmene kan også være hensiktsmessig i forbindelse med spørsmål om framtidig dimensjonering og innhold og funksjon til institusjonsdriften i kommunen.

³¹ RO har i 20 år gjort sammenlignende analyser av organisering, tjenesteutøvelse og ressursbruk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Gjennom mange slike oppdrag har RO erfart at det er vanskelig å finne tall for ressursbruk som er direkte sammenlignbare. Etter hvert har KOSTRA-tallene blitt kvalitetssikret slik at de i større grad kan brukes til sammenligning. Men fremdeles er det slik at kommuner rapporterer forskjellig når det gjelder å plassere utgifter. KOSTRA-tallene er også aggregerte tall på kommunenivå og man må gå inn på avdelingsnivå for å kunne sammenligne sykehjem med hverandre. På grunn av denne erfaringen har RO utarbeidet et rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem.

Tabell 35. Ressurs- og driftsanalyse av pleie og omsorg i sykehjem, en sammenligning av Herøy sine sykehjem (samlet) og utvalgte sykehjem fra fem kommuner (2016-tall)

	Herøy	A	B	C	D	E
Antall plasser	101	156	106	77	57	53
Samlet sykefravær (i %)	8,8	10,6	8,3	6,5	9,0	8,1
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet	557 926	556 801	703 293	692 293	671 103	596 481
Kostnader mat pr. plass pr. år	76 062	68 839	68 386	27 556	53 843	96 553
Vask av tøy pr. plass pr. år	6 189	20 578	7 477	10 577	14 510	13 292
Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år	13 755	26 903	9 820	24 568	18 056	21 130
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	53 794	30 604	94 409	35 267	25 164	25 216
Direkte brukerrettet innsats i % av totalen	78,8	79,1	79,6	87,6	85,7	79,3
Overtid pr. plass pr. år	3 607	2 840	9 550	8 445	6 547	6 783
Variabel lønn i % av totalen	23,8	15,4	34,2	26,1	28,9	32,0
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	5	8,0	5,0	-	2,6	2,8

Av tabellen over framgår det at det er store variasjoner i kostnader. RO har materiale som viser at det ofte også er variasjoner i kostnader mellom sykehjemmene internt i kommunen. Herøy har ikke splittet kostnadene mellom sykehjemmene i denne omgangen og vi kan derfor ikke si noe om interne variasjoner her. Variasjoner i kostnader internt i kommunene er noen ganger tilsiktet og faglig eller organisatorisk begrunnet, mens det i andre tilfeller har en mer tilfeldig eller historisk bakgrunn.

I det videre trekkes hovedfunn fra analysen/tabellen fram:

Sykefravær

Sykefraværet blant ansatte på sykehjemmene er høyt, men skiller seg likevel ikke vesentlig fra de fleste sykehjemmene i sammenligningen. I 2015 var sykefraværet på landsbasis for ansatte i pleie og omsorg, tjenester for brukere på institusjon³² på 11,8 prosent. Laveste fravær blant ansatte på sykehjem i en kommune var på 2,8 prosent, mens høyeste fravær var på hele 24,9 prosent. Det er altså betydelige variasjoner på sykefraværet i norske sykehjem.

³² https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykefravaer_PLO

Brutto lønnsutgifter per plass per år brukerrettet

Brutto lønnsutgifter per institusjonsplass er lav i forhold til sammenlikningskommunene. De er også lave i forhold til hele vårt materiale.

Kostnader mat per plass per år

Kostnadene til mat per plass er høye i forhold til de sammenliknede sykehjemmene. Dette er en kostnad som varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Det finnes sykehjem som har høyere kostnader enn Herøy og mange med lavere. Det kan være fornuftig å undersøke dette nærmere.

Vask av tøy per plass per år

Herøy skiller seg ut fra resten av materialet ved å ha lave kostnader på vask av tøy per plass per år.

Medisinsk forbruksmateriell og andre driftsutgifter

Det er betydelig forskjell på disse kostnadene mellom kommunene og Herøy ligger under gjennomsnittet i forhold til de sykehjem vi har sammenliknet med.

Andre driftsutgifter pr. plass pr. år

Disse utgiftene er betydelig høyere enn gjennomsnittet i materialet. Det kan være fornuftig å undersøke dette nærmere.

Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen

Brugerrettet innsats kan sies å være virksomhetens primære funksjon, mens øvrige funksjoner (tøy, forbruksmateriell osv.) kan anses mer som sekundære funksjoner. Ut fra denne synsvinkelen anses det som et mål at størst mulig andel av samlede driftsutgifter er innenfor brukerrettet innsats. Herøy kommune har en brukerrettet innsats i prosent av samlede driftsutgifter som ligger lavt i forhold til de sammenlignede sykehjemmene. Det kan være verdt å undersøke dette nærmere.

Overtid i kroner per plass per år

En planlagt virksomhet skal i svært sjeldne tilfeller måtte leie inn vikarer som krever overtid. Overtid skal normalt kun være nødvendig i ekstraordinære situasjoner der det viser seg at inngåtte avtaler må gjøres om i siste liten. Samlet sett er det et lavt forbruk av overtid ved institusjonene i Herøy. Det kan likevel være interne forskjeller som ikke fanges opp i denne analysen.

Variabel lønn i % av totalen

Variabel lønn i prosent av totalen ligger omtrent på gjennomsnittet. Dette er en kostnad som varierer mye fra sykehjem til sykehjem og kan ha både tilsiktede og utilsiktede årsaker.

Antall administrative årsverk ledelse

Databasen gir også tall for lederressurs ved sykehjemmene. I tabellen framkommer dette som absolutte tall og må derfor sees i sammenheng med størrelse på sykehjemmet for å kunne gi noen mening. Størrelsen på sykehjemmene i denne tabellen framgår av antallet pasienter eller plasser. Ut fra dette kan en mulig sammenlikning bli antall plasser per leder. Lavest «ledertetthet» er ut fra en slik sammenstilling sykehjem D med 21,9 plasser per leder. Høyest ledertetthet har sykehjem E med 18,9 plasser per leder. I denne sammenlikningslogikken har sykehjemmene i Herøy en litt over middels lederressurs med 20,2 plasser per leder.

Oppsummert

Sykehjemsdriften i Herøy kommune skiller seg ikke dramatisk ut mht. drifts- og ressursbruken. Det er likevel noen forhold kommunen kan se nærmere på. Det gjelder direkte brukerrettet innsats av

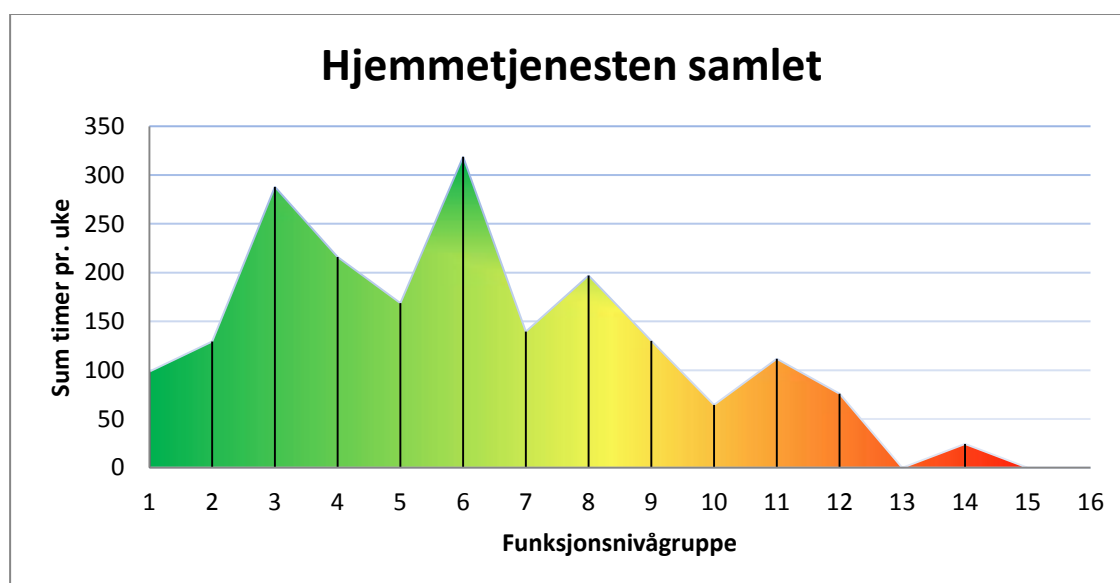
totalen, kostnader til mat³³ og andre driftsutgifter. Det er verdt å merke seg at det er viktig å ta ned kostnadene tilsvarende når antall plasser reduseres. Dette må planlegges og overvåkes slik at sykehjemmene kan opprettholde sine relativt sett lave driftskostnader per plass.

5. IPLOS-analyse - funksjonsnivå og timer tjenesteyting

I det følgende vil figurer basert på Herøy kommunes egne IPLOS-data presenteres og kommenteres. Figurene viser funksjonsnivå og timer tjenesteyting først i sum timer per uke og deretter i snitt timer per uke per bruker. Til slutt vises andel brukere fordelt i funksjonsnivågruppene lett, middels og omfattende bistandsbehov i de ulike enhetene.

5.1 Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsgruppenivåene

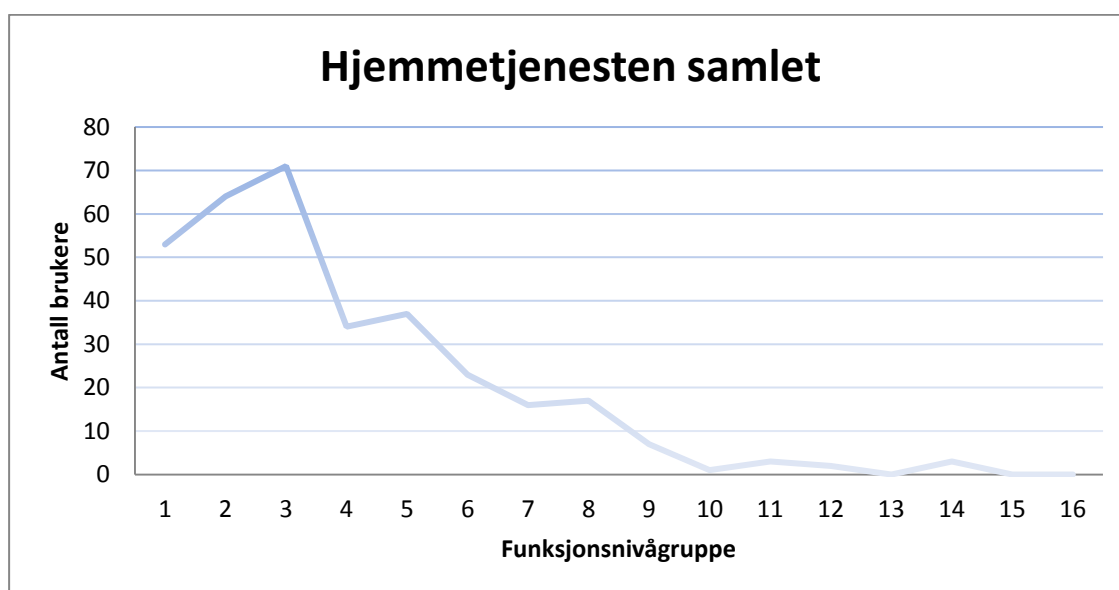
Figur 3. Hjemmetjenesten: Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsnivågruppene



Figuren over illustrerer hvordan ressursene fordeles i forhold til funksjonsnivå. Figuren viser om ressursene brukes på lette eller tunge brukere og kan si noe om praksis i fordelingspolitikk. Figuren viser at mye ressurser brukes på brukere i de funksjonsgruppenivåene som tilsvarer middels og lette brukere. Hjemmetjenesten bruker lite eller ingen ressurser på funksjonsnivågruppene som tilsvarer brukere med omfattende bistandsbehov.

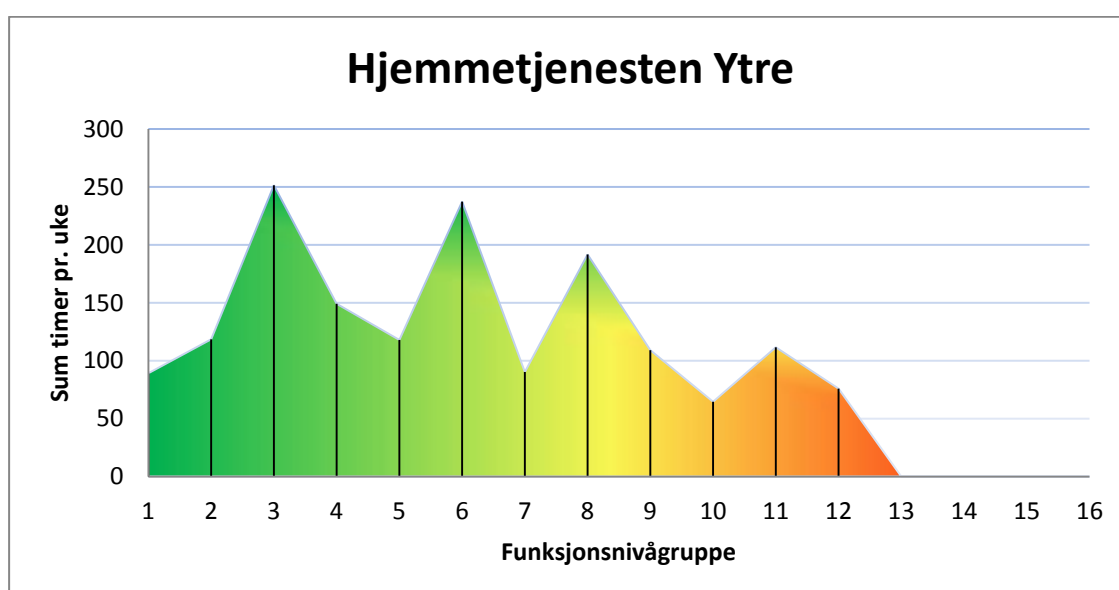
³³ Kommunen har følgende kommentar: «Årsaken til at Herøy/Myrvåg kjøkken har større forbruk enn andre kjøkken som dei vert samanlikna med kan vere dette : All tilfang til matproduksjon vert ført på funksjon 253. Dei lagar mellom 35 og 40 middagar kvar dag til heimesjukepleie/private heimar, i tillegg til middagane som vert levert på begge sjukeheimane. Matriklingane vert ikkje delt. Det som vert kjøpt inn og brukt til emballasje til desse middagane blir ført på 234».

Figur 4. Antall brukere fordelt på funksjonsnivå i hjemmetjenesten



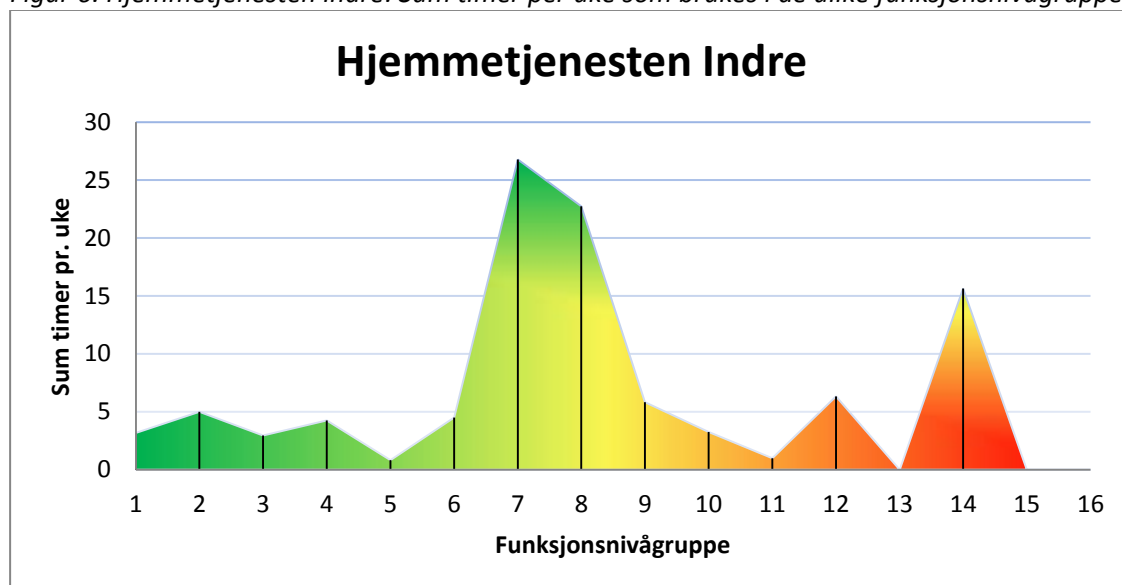
Denne figuren illustrerer antall brukere hjemmetjenesten har fordelt på funksjonsnivågrupper. Figuren viser at det er et høyt antall brukere i funksjonsnivågruppe 1, 2 og 3, mens antallet brukere synker jo høyere funksjonsnivågruppe de tilhører.

Figur 5. Hjemmetjenesten Ytre: Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsnivågruppene



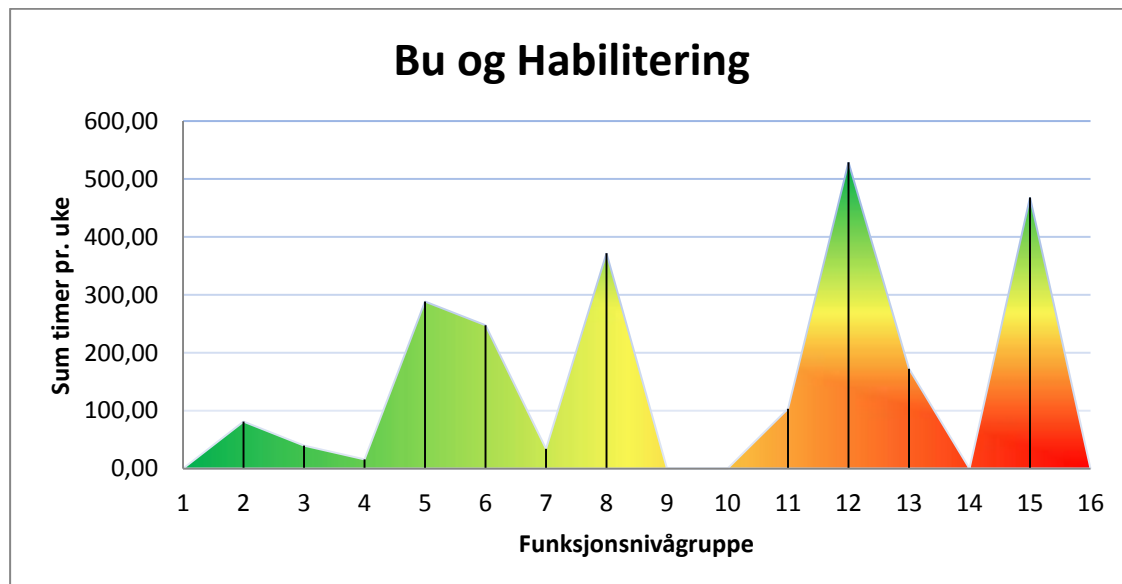
I Hjemmetjeneste Ytre ytes det flest timer til brukere med lite til middels bistandsbehov. Fordelingen er relativt jevn i gruppene 2 til 8. Men det brukes også noe ressurser på brukere med større bistandsbehov, men det er ingen brukere i funksjonsnivågruppene 13 til 16.

Figur 6. Hjemmetjenesten Indre: Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsnivågruppene



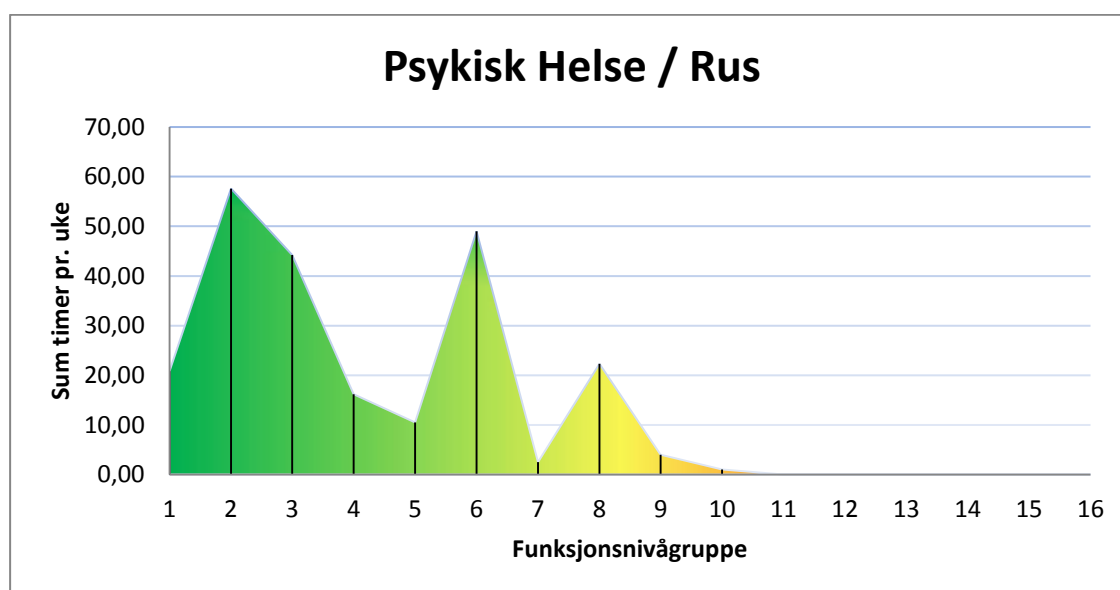
I Hjemmetjenesten Indre brukes det mest ressurser på brukere med middels bistandsbehov og lite på brukere med lite bistandsbehov og brukere med omfattende bistandsbehov. Unntaket er funksjonsnivågruppe 14 hvor det gis litt over 15 timer per uke. Det er imidlertid funksjonsnivågruppene 7 og 8 med middels bistandsbehov som i sum får flest timer.

Figur 7. Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsgruppenivåene ved Bu og Habilitering



Bu og Habilitering bruker ressursene sine både på brukere med middels og omfattende bistandsbehov. Det brukes relativt lite ressurser på brukere i funksjonsnivågruppe 1 til 4 mens det brukes mest ressurser på brukere med omfattende bistandsbehov i gruppe 12 og 15.

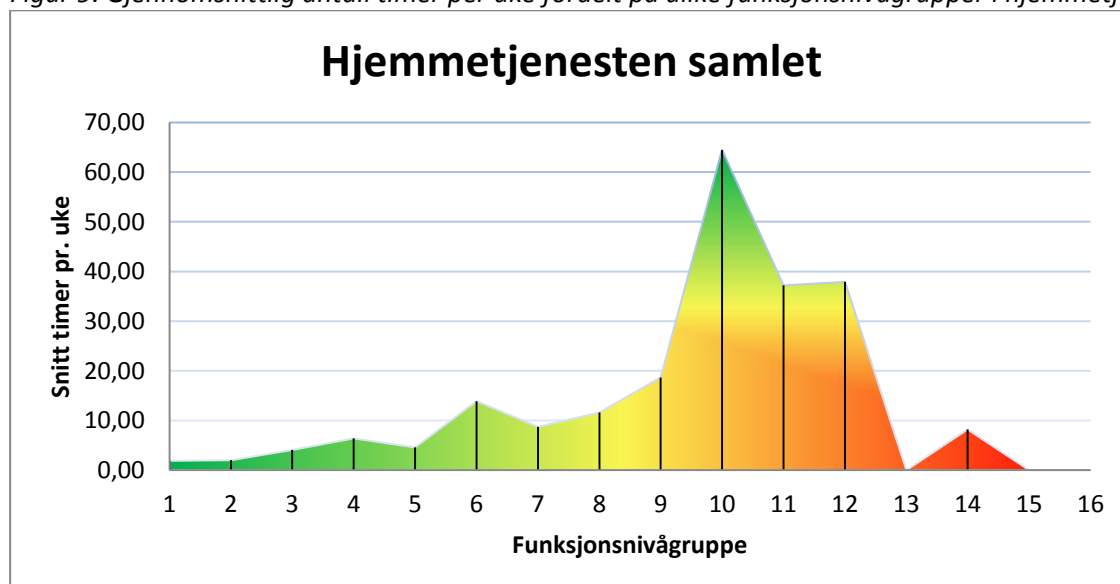
Figur 8. Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsgruppenivåene i psykisk helse/rus



Her ser man av figuren at tjenesten bruker mye ressurser på lette brukergrupper og mindre ressurser på brukere med større bistandsbehov. Brukere med omfattende bistandsbehov er fraværende.

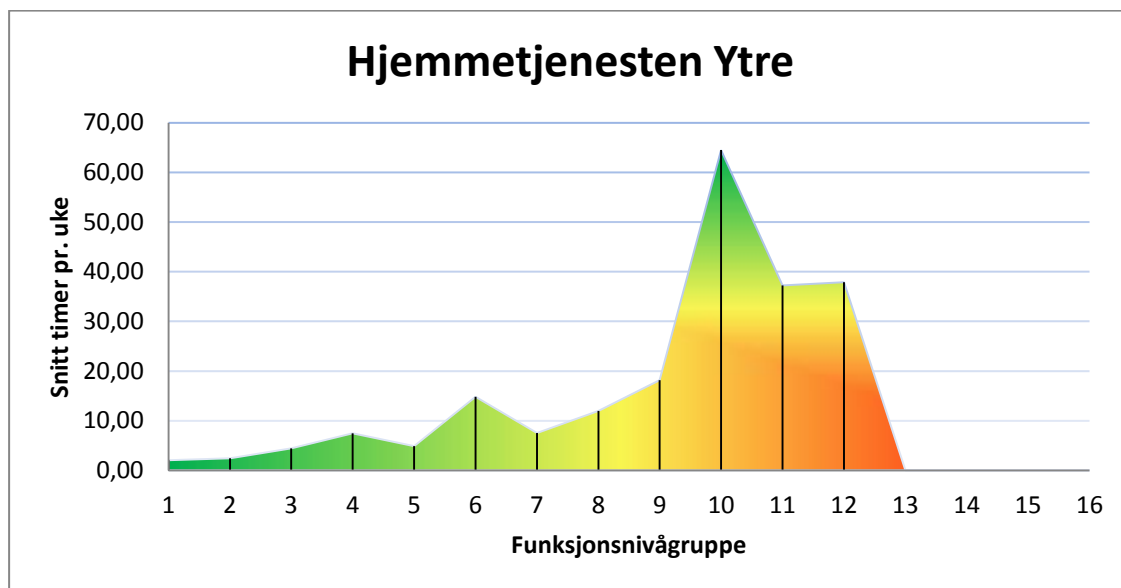
5.2 Gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på ulike funksjonsgruppenivå

Figur 9. Gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på ulike funksjonsnivågrupper i hjemmetjenesten



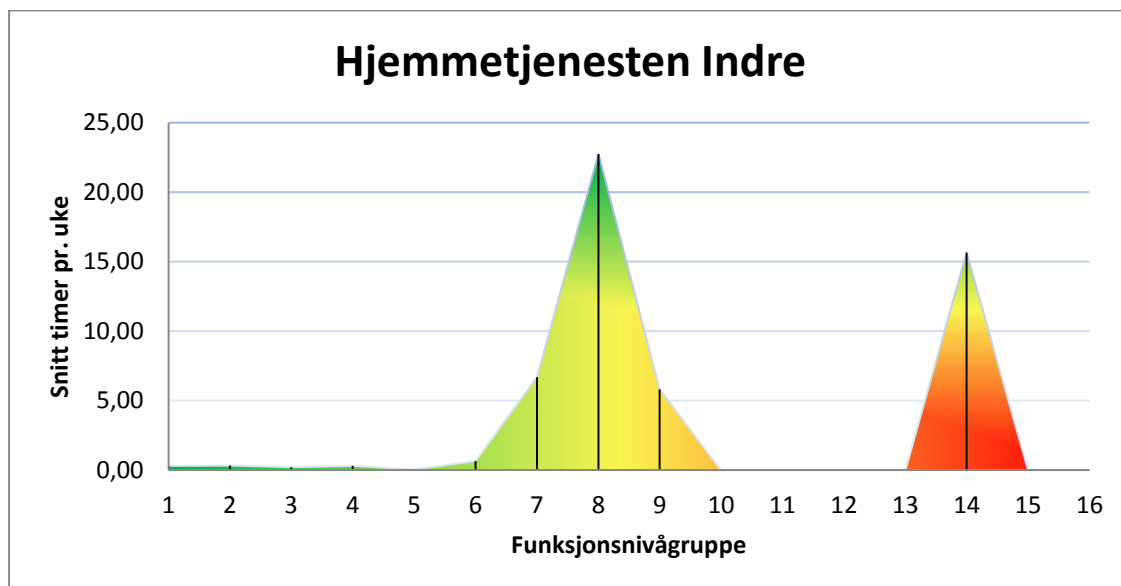
Figuren illustrerer hvor mange timer brukerne i hver funksjonsnivågruppe får i snitt per uke i hjemmetjenesten. Tildeling av timer i snitt per uke for hjemmetjenesten totalt ser ut til å øke jo høyere funksjonsnivågruppe brukeren er plassert i (med unntak av funksjonsnivågruppe 13, 15 og 16 hvor det ikke er brukere).

Figur 10. Gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på ulike funksjonsnivågrupper i hjemmetjenesten Ytre



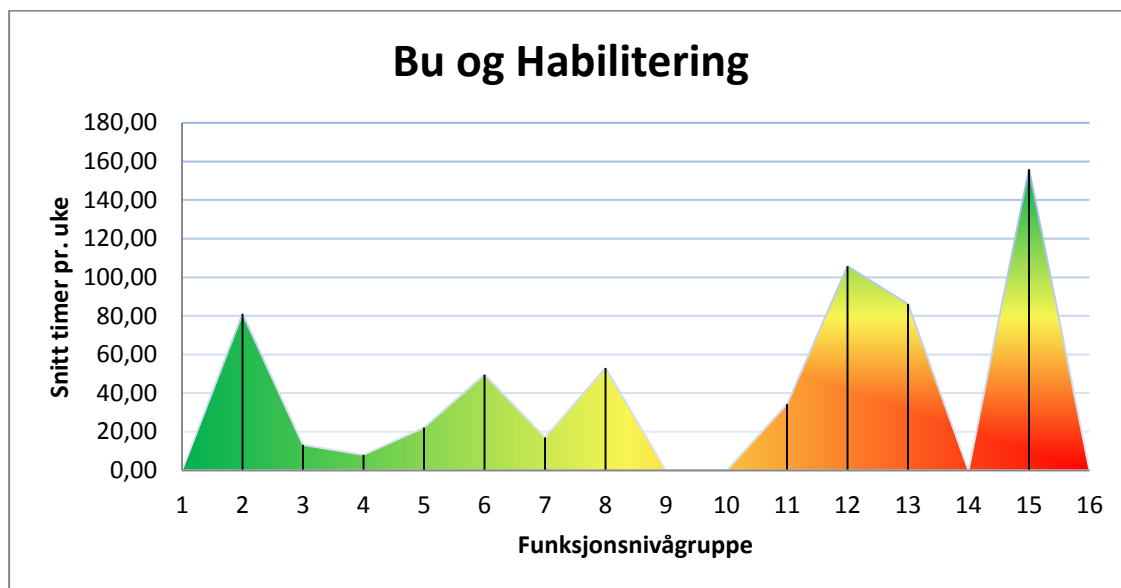
Figuren illustrerer at Hjemmetjenesten Ytre har noen brukere i funksjonsgruppe 10 til 12 som i snitt per uke har tildelt mange timer.

Figur 11. Gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på ulike funksjonsnivågrupper i hjemmetjenesten Indre



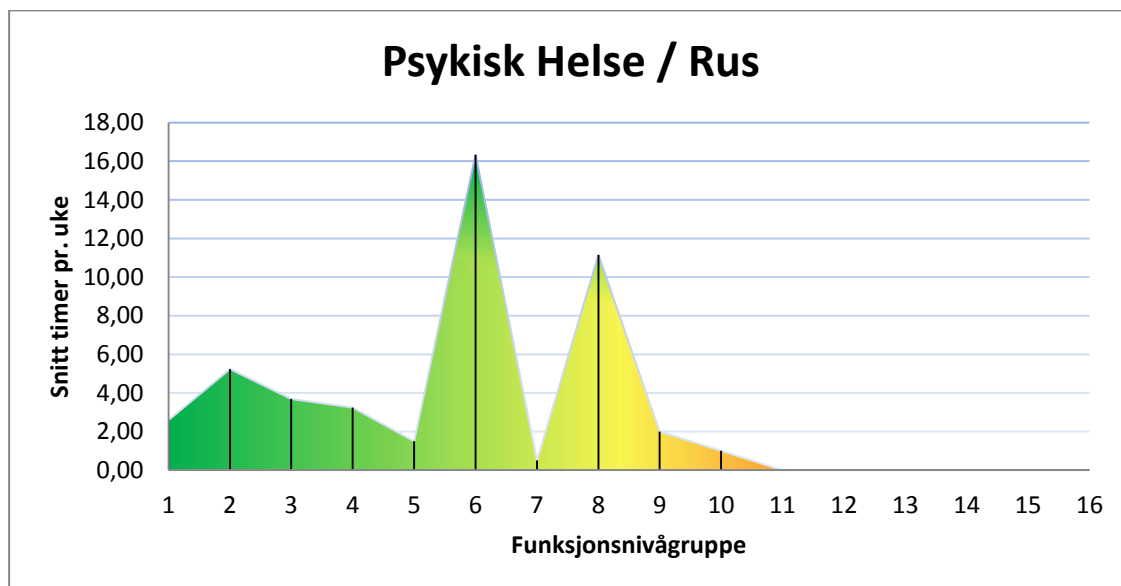
Figuren illustrerer at Hjemmetjenesten Indre har noen brukere i funksjonsgruppe 7 til 9 som i snitt per uke får tildelt relativt sett mange timer.

Figur 12. Gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på ulike funksjonsnivågrupper i Bu og Habilitering



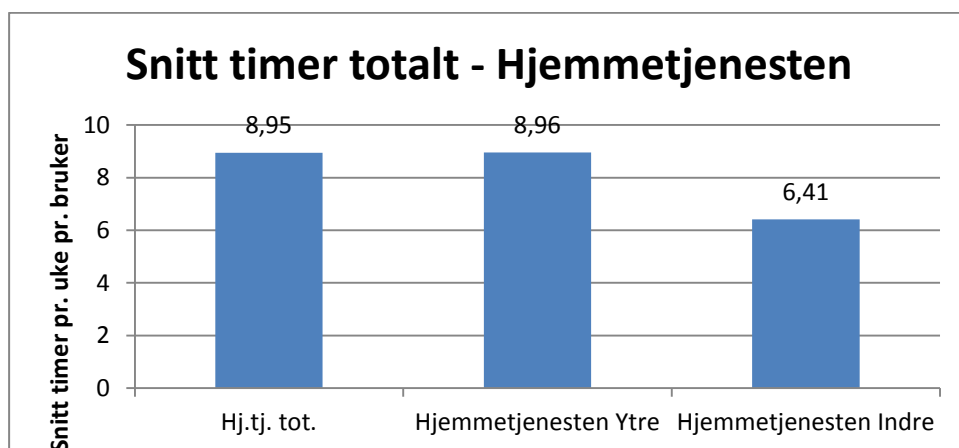
Tildeling av timer i snitt per uke for Bu og Habilitering er høyest i funksjonsnivågruppene 12 til 15. Ellers varierer snittet uavhengig av nivå.

Figur 13. Gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på ulike funksjonsnivågrupper i Psykisk Helse/Rus



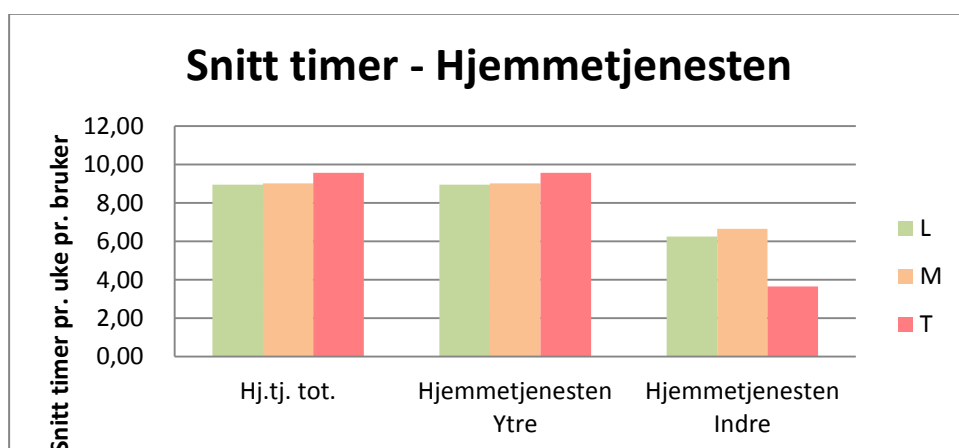
Tildeling av timer i snitt per uke for Psykisk Helse/rus varierer uavhengig av funksjonsnivå. Det er likevel høyere tildelt snitt i funksjonsnivågruppene 6 og 8 enn i gruppene 1 til 5.

Figur 14. Gjennomsnittlig antall timer per uke for Hjemmetjenesten totalt og for Ytre og Indre

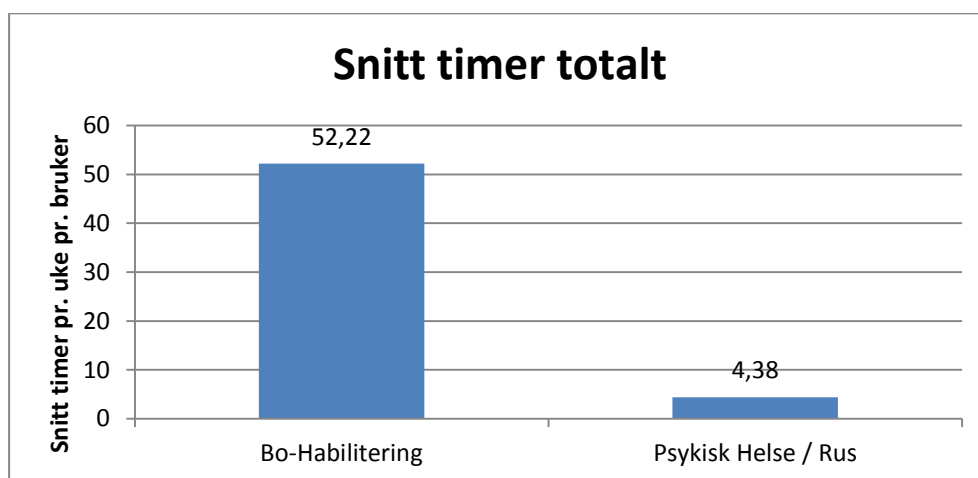


Figuren viser at snitt timer per uke per bruker er 8,95 t for tjenesten samlet. Timer per uke per bruker er 2,5 timer høyere i Ytre enn i Indre.

Figur 15. Tildelte timer i snitt pr. bruker, fordelt etter ADL-gruppe L, M, T

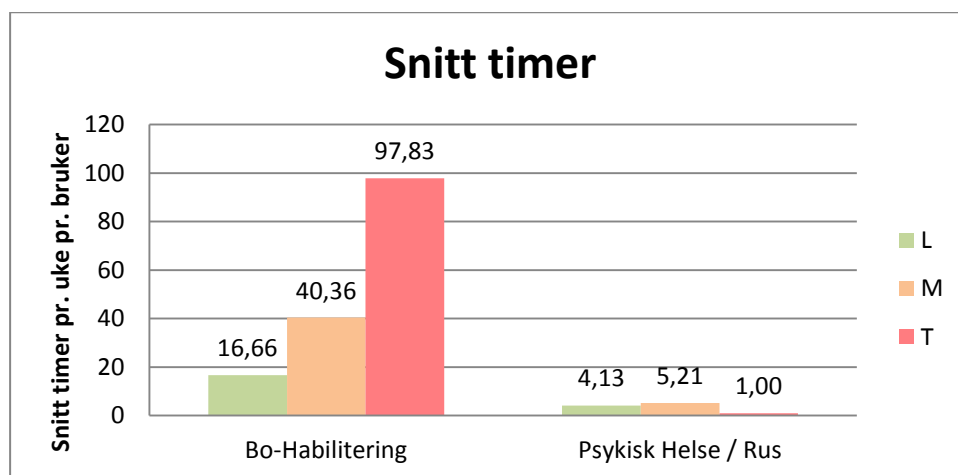


Figur 16. Gjennomsnittlig antall timer per uke for Bu og Rehabilitering og Psykisk Helse/Rus



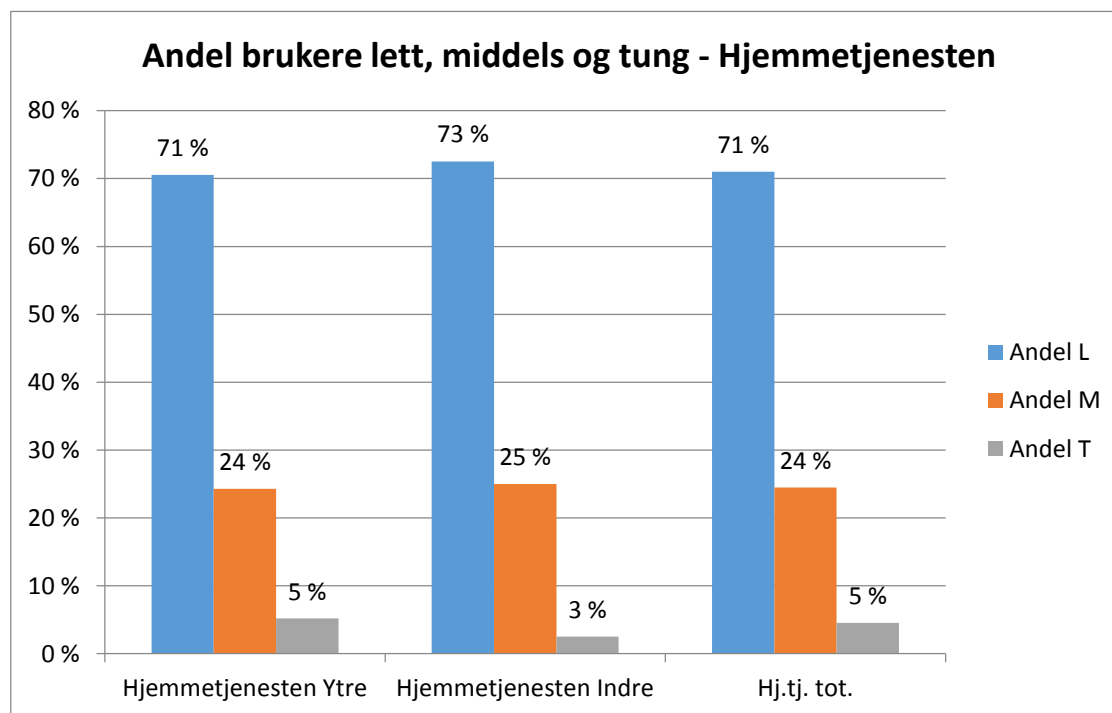
Figuren viser gjennomsnittlig antall timer per uke per bruker i Bu og Habilitering og for Psykisk Helse/Rus.

Figur 17. Tildelte timer i snitt pr. bruker, fordelt etter ADL-gruppe L, M, T



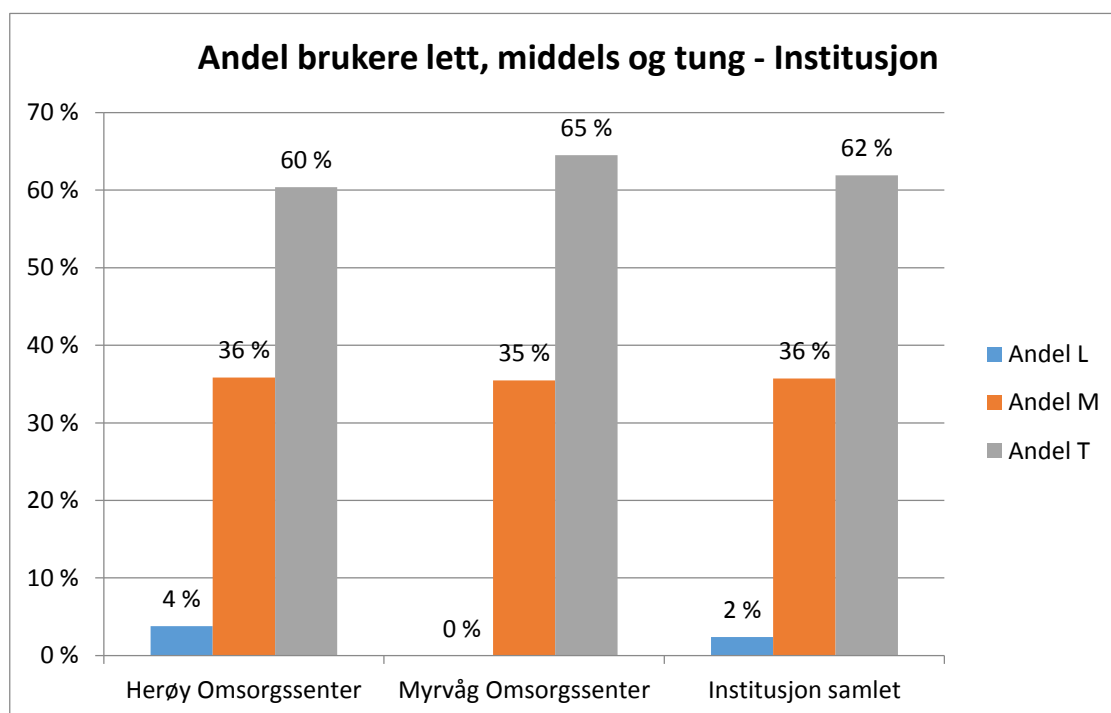
5.3 Andel brukere lett, middels og tung

Figur 18. Andel brukere lett, middels og tung i Hjemmetjenesten



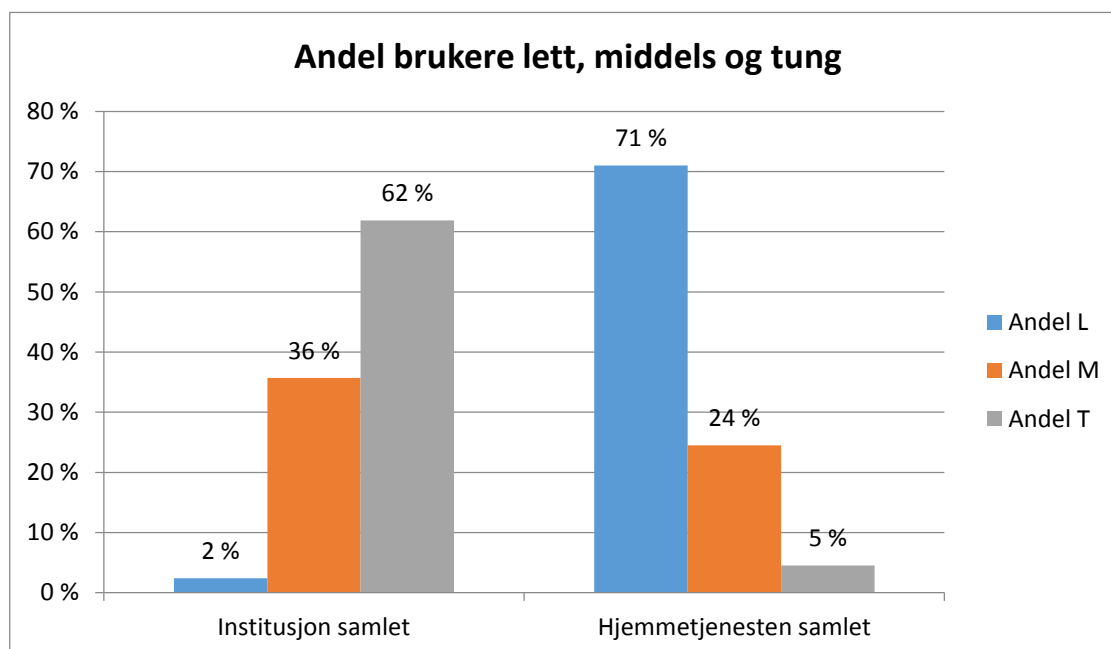
Figuren viser at det er en høy andel lette brukere og en svært liten andel tunge brukere. Dette gjelder både Ytre og Indre.

Figur 19. Andel brukere lett, middels og tung i Institusjonene



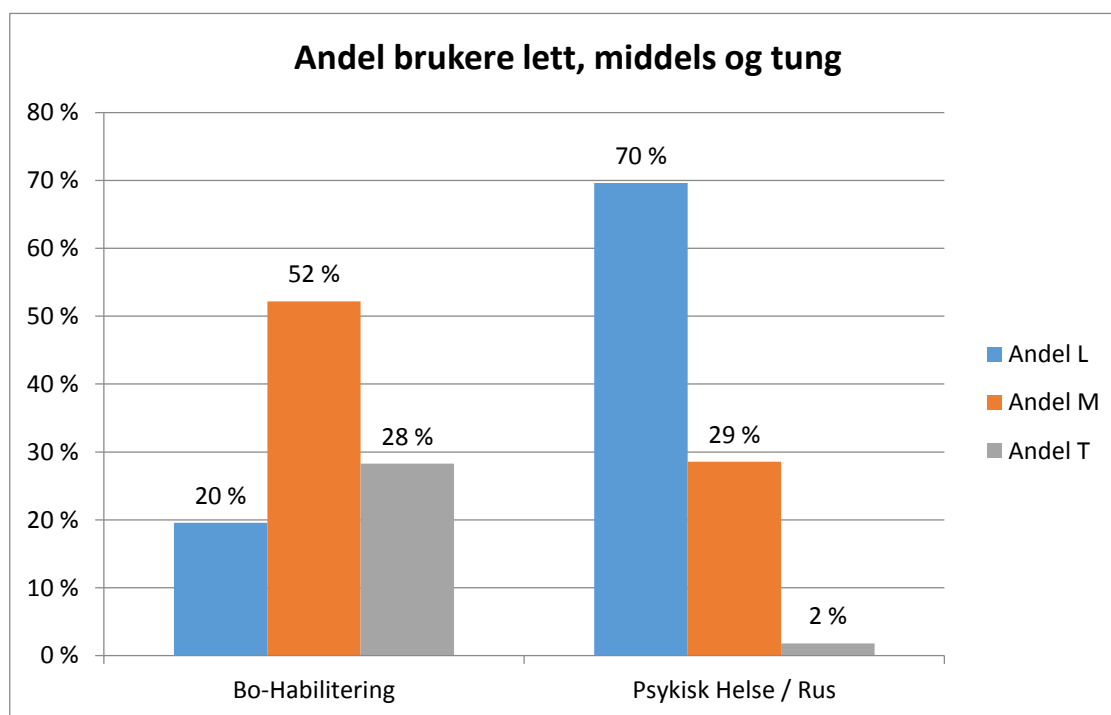
Figuren viser at profilen på de to sykehjemmene er ganske lik, dog med en liten overvekt av henholdsvis lette brukere på Herøy Omsorgssenter og tyngre brukere på Myrvåg Omsorgssenter. Andelen med middels bistandsbehov er relativt høy på begge institusjonene.

Figur 20. Andel brukere lett, middels og tung i Institusjonene og i Hjemmetjenesten



Institusjon og hjemmetjeneste kan sies å utfylle hverandre i omsorgstrappen på en slik måte at det er naturlig at hjemmetjenesten gjennomgående har flere lette og færre tyngre brukere enn institusjonstjenesten. Det kan likevel bemerkes at andelen tunge brukere er lav både for institusjon og for hjemmetjenester.

Figur 21. Andel brukere lett, middels og tung i Bu og Habilitering og Psykisk helse/Rus



Psykisk Helse/Rus skiller seg fra Bu og habilitering ved at det er en svært høy andel lette brukere og ingen tunge brukere.

5.4 RO's vurdering av IPLOS-data

RO har som utgangspunkt at funksjonsnivået er et godt statistisk uttrykk for brukernes samlede behov for tjenester, men at det på individnivå og små grupper må utvises stor forsiktighet. Det eksisterer ingen nasjonale normer for hvor mye tjenester et bestemt funksjonsnivå bør utløse fra kommunens side. Analysen i rapporten er derfor rettet mot «tendenser» og «avvikende fakta» når enhetene sammenlignes med hverandre. Som følge av dette er det ikke mulig å gi noen fasitsvar, men analysen gjør det mulig å stille noen spørsmål om måten kommunen driver tjenestene på er den riktige veien å gå.

Hjemmetjenesten

Ved å se på om det er samsvar mellom målt funksjonstap og tildelte timer på den ene siden, og kommunens tjenesteprofil/innretning på omsorgstrappen på den andre, og om det eventuelt er ulik tildelingspraksis i sonene, vil det gi et grunnlag for å drøfte om det kan ligge eventuelle effektiviseringsmuligheter i endring av tjenesteprofil og tildelingspraksis i Herøy kommune. Etter ROs syn er det trekk ved hjemmetjenesten i Herøy som kan ha et effektiviseringspotensial.

Det ene trekket er den relativt store andelen av brukere med lite bistandsbehov (brukere i FN-gruppe 1-4), og at denne gruppen gjennom sin størrelse i antall brukere (235 av 331) også trekker en relativt stor andel av de samlede ressursene.

- L: 235 brukere, 779,7 timer totalt i uken
- M: 81 brukere, 824,06 timer totalt i uken
- T: 15 brukere, 358,66 timer totalt i uken

For målgruppen brukere med lite bistandsbehov kan det hevdes at dette er de brukerne som, med minst skadevirkninger, kan tåle en eventuell reduksjon i tilbudet. I mange kommuner blir det imidlertid hevdet at en relativt raus tjenestetildeling til disse brukergruppene har en forebyggende effekt/hensikt. Dette forutsetter at tjenestene ytes etter prinsipper som fører til bedre funksjonsnivå, og ikke på en måte som bidrar til lært hjelpeløshet. Forebygging og hverdagsmestring er viktige stikkord her. Sett opp mot et ønske om å dreie tjenestene mot forebygging, hverdagsmestring og rehabilitering er det viktig å vurdere denne ressursen.

Det andre trekket som gir grunnlag for en vurdering i hjemmetjenesten, er at det i svært liten grad ytes tjenester til brukere som har omfattende behov for tjenester. Dette gjelder begge soner. Timetildeling og ressursbruk er til dels ulik i Indre og Ytre og det er stor variasjon i antall timer brukere med omfattende bistandsbehov er tildelt (3,66 t/uke i Indre og 9,57 t/uke i Ytre). Andelen av lette, middels og tunge brukere er imidlertid ganske lik.

Tendensen som beskrives over med fravær av brukere med omfattende bistandsbehov, kan indikere en skjevfordeling av ressurser eller ulik vurdering av funksjonsnivå sonene mellom og/eller at tjenester blir tildelt etter ulike kriterier. RO har ingen forutsetning ut fra denne analysen til å antyde det ene eller andre.

Funnet av at hjemmetjenester i liten grad ytes til mennesker med omfattende bistandsbehov og ulik ressursbruk sonene mellom for disse brukerne, må likevel vurderes opp mot de føringer som framkommer av geografi, bosettingsmønster og avstander/reisetid.

Hjemmetjenestene er mobile tjenester. Derfor kan f.eks. avstander og få naboer til å gi en hjelpende hånd, være faktorer som bidrar til å gjøre hjemmetjenestene ressurskrevende. Dette er ofte argumenter for bruk av institusjonstjenester der bruker egentlig kan benytte tjenester lenger ned i omsorgstrappen.

Bu og habilitering, Psykisk helse og Rus

Det er særlig Psykisk helse/Rus som fanger oppmerksomheten med en relativt stor gruppe brukere i funksjonsnivågruppene 1 til 4, men så godt som ingen brukere i gruppe 10 til 16. I Psykisk helse er 70 prosent av brukerne i ADL gruppe L (lett), 29 prosent i ADL gruppe M (middels) og 2 prosent i ADL gruppe T (tung). Dette er imidlertid ikke en uvanlig tendens også i andre kommuner. RO har ikke informasjon om tjenestens eget syn på dette i Herøy.

I enkelte kommuner RO har vært inne i får vi tilbakemelding om at dette skyldes svakheter i journalsystemet (IPLOS) som medfører vanskeligheter med å registrere et korrekt bistandsbehov for mennesker med psykiske lidelser. Brukere med psykiske lidelser er slik forstått altså mer hjelpetrengende enn registreringen tyder på. Dette er noe som også statistisk, men svakt, lar seg dokumentere på nasjonalt nivå. Imidlertid blir psykiaritjenestens forklaring imøtegått av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet forklarer, slik RO forstår det, denne tendensen som lokal praksis som ikke er i tråd med de nasjonale retningslinjene for registrering av funksjonsnivå. Hvis en psykisk lidelse eller kognitiv svikt medfører at en person trenger bistand på et eller flere områder, så skal vedkommende scores på samme måte som om det er en somatisk årsak til funksjonstapet.

Institusjon og hjemmetjenesten

Institusjon og hjemmetjeneste kan sies å utfylle hverandre i omsorgstrappen på en slik måte at det er naturlig at hjemmetjenesten gjennomgående har flere lette og færre tyngre brukere enn institusjonstjenesten. Bildet i Herøy ser til en viss grad slik ut. Men vi mener det er fornuftig å spørre seg om Herøy har den rette fordelingen gitt de utfordringer i befolkningsutviklingen kommunen står overfor de kommende år. Kunne flere av de lette og middels tunge brukerne i institusjon i stedet blitt tildelt hjemmetjenester? I tillegg, kunne en dreining i retning av hverdagsrehabilitering på sikt redusere antallet med behov for institusjonsplass?

Tildelingspraksis

IPLOS-tallene sier ikke i seg selv noe om tildelingspraksisen. Men analysen indikerer at praksis i tjenesteutøvelse er ulik i de to sonene noe som bør vurderes nærmere.

En profesjonell og kompetent tildeling er nødvendig for å sikre rettssikkerheten og likebehandling i tjenesteutøvelsen. Saksbehandlingskompetanse og kompetanse om den helhetlige helse- og omsorgstjenesten i kommunen er en forutsetning for at det skal være mulig å yte tjeneste etter LEON-prinsippet, noe Herøy tar høyde for å gjøre.

6. Pleiefaktor sykehjem og direkte/indirekte brukertid hjemmetjenester

6.1. Pleiefaktor sykehjem

Pleiefaktor er et upresist begrep, eller det kan være vanskelig å sammenlikne pleiefaktor fordi det erfaringsmessig er forskjellige grunnlagstall som legges til grunn for beregningen i forskjellige institusjoner.

I en rapport³⁴ etter en forvaltningsrevisjon definerer kommunerevisjonen i Oslo begrepet slik:

“Pleiefaktor er en måleenhet for forholdet mellom registrerte årsverk til pleie og beboerne på institusjon. Det finnes ikke standard for pleiefaktor i sykehjem, verken i lov eller forskrift. I følge en rapport fra Helsetilsynet i 2000, refereres det til en allment brukt norm på ca. 0,70. Pleiefaktor er imidlertid bare en parameter som kan indikere en sammenheng mellom pasientantall og kvalitet, og må brukes som sådan.”

Pleiefaktor er altså et tall som angir forholdet mellom antallet registrerte årsverk i pleien og antall beboere eller pasienter. Dersom det er 20 årsverk i en institusjon som har 20 pasienter er pleiefaktoren 1,0. Dersom det er 18 årsverk i den samme institusjonen, er pleiefaktoren 0,9. RO registrerer at det er stor forskjell mellom sykehjem i Norge når det gjelder dette og har skrevet om det i mange rapporter.

På den ene siden finnes det ikke noen “norm” for pleiefaktor, på den annen side finnes det registrerte tall for pleiefaktor slik at det er mulig å si noe om et “gjennomsnitt”.

En forskningsrapport³⁵ RO og Sintef Helsetjenesteforskning utarbeidet på bestilling fra Norsk Sykepleieforbund, Fagforbundet og Den norske Lægeforening i 2004 sier følgende om pleiebemannings:

«Det er stor spredning i antall pleieårsverk per døgnplass i avdelingene. Laveste antall årsverk per døgnplass er 0,62 mens høyeste er 0,90. Gjennomsnittet er 0,79 pleieårsverk per døgnplass».

RO registrerer at det er stor forskjell mellom sykehjem i Norge når det gjelder dette og har skrevet om det i mange rapporter. I en rapport³⁶ til Grimstad har RO for eksempel sagt dette om pleiefaktor i sykehjem:

³⁴ Kvalitet i sykehjem. Langerud sykehjem. Oslo kommune, kommunerevisjonen. Rapport 8/2005. Lokalisert på: <http://www.kommunerevisjonen.oslo.kommune.no/getfile.php/kommunerevisjonen/Internett/Dokumenter/dokument/forvxrevxrapp/Rapport%20nr%208.pdf>.

³⁵ Paulsen B., Harsvik T., Halvorsen T. og Nygård L.: Bemannings og tjenestetilbud i sykehjem. Rapport Sintef, Helsetjenesteforskning, Trondheim september 2004

“Institusjonstjenestene er som RO har påpekt i KOSTRA-gjennomgangen og som støttes av Agenda, dyre i drift i Grimstad. Etter hva RO kan se har tjenestene en pleiefaktor på ca. 0,8 – 0,9 noe som er omtrent på linje med registrerte gjennomsnittstall for sykehjem i Norge.”

RO erfarer at det ikke nødvendigvis er slik at lav eller høy pleiefaktor sier noe om kvaliteten på de tjenestene som ytes på institusjonen. Dette understøttes også av andre og er blant annet beskrevet i de tidligere nevnte rapportene (henvisning: fotnote 9, 10 og 11).

Heller ikke målinger av pasienttilfredshet kan dokumentere at det er noen entydig sammenheng mellom opplevd kvalitet og pleiefaktor.

I Herøy er pleiefaktor eller bemanningsfaktor for de to sjukeheimene samlet slik. Det kan være relativt store forskjeller på pleiefaktor mellom de ulike avdelingene. Det kan være verdt å studere dette nærmere slik at bemanning står i et kjent og forutsigbart forhold til pasientgruppe, bistandsbehov med mer.

Tabell 36. Pleiefaktor ved institusjonene

Avdeling	Årsverk	Plasser	Pleiefaktor
Myrvåg avd. A	14,15	17/19	0,83/0,75
Myrvåg avd. B	15,59	18	0,87
Avd. Grøn	14,53	20	0,73
Avd. Blå	16,41	16	1,03
Avd. Raud	15,21	20	0,76
Samlet	75,89	91/93	0,83/0,82

Dette betyr at Herøy har en pleiefaktor som ligger omtrent på landsgjennomsnittet. Det er forskjellig pleiefaktor i de ulike avdelingene. RO er ikke kjent med begrunnelsen for dette, men det må presiseres at det kan skyldes helt legitime forhold som både er vurdert, drøftet og uttalt.

RO vil bemerke at det etter vår erfaring ikke nødvendigvis er slik at lav eller høy pleiefaktor sier noe om kvaliteten på de tjenestene som ytes på institusjonen, så lenge denne faktoren er noenlunde rundt gjennomsnittet.

Om pleiefaktoren skal være litt lavere eller litt høyere vil avhenge både av organisering av grupper/plasser, organisering av arbeidstid, arbeidsmåter og hvordan kompetansen benyttes mellom grupper, avdelinger og mellom institusjon og hjemmebasert omsorg. Pleiefaktoren differensieres gjerne mellom ulike funksjoner i sykeheimene og er således avhengig av vektning av funksjoner.

6.2. Direkte og indirekte brukertid innen hjemmetjenesten

Når bemanningsbehov for hjemmebaserte tjenester skal beregnes må en først definere hva som er å betrakte som hjemmetjenester. Hjemmetjenester er i prinsippet alle omsorgstjenester som ikke gis i institusjon, herunder de tjenester som gis til de som har behov for heldøgns omsorg.

Når bemanningsbehovet vurderes bør dette knyttes opp mot de vedtakene som fattes og hvor mange timer som trengs for å utføre de oppgavene vedtaket omfatter. Bemanningsbehovet bør

³⁶ Utredning av fremtidens pleie- og omsorgstjenester i Grimstad med forslag til tiltak. Rapport fra RO (2009). Lokalisert på: <http://www.grimstad.kommune.no/PageFiles/8305/Utredning%20av%20framtidens%20pleie-%20og%20omsorgstjenester%20i%20Grimstad.pdf>

beregnes ut fra omsorgsbehov og det må tas hensyn til direkte tid (ansikt til ansikt tid) og indirekte tid (kjøring, rapportering, medisin håndtering, møter utenfor hjemmet, utrykning trygghetsalarm mm).

Hva er rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Det fins ingen vedtatt norm eller nasjonal standard på dette forholdet. Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet kan gi en pekepinn om erfaringstall. Vi kan anslå at et grovt gjennomsnitt kan være ca. 1,4 arbeidstime per vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,25 arbeidstime på praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring). Det må imidlertid presiseres at dette ikke kan anses som en landsdekkende norm.

Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig direkte brukertid hjemmesykepleie være 60 prosent og 75 prosent for praktisk bistand.

Sagt på en annen måte innebærer dette at for hver time til disposisjon kan en forvente at henholdsvis 60 prosent og 75 prosent av tiden benyttes i direkte tid til bruker i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

Det er oppretta 8,77 årsverk i indre og 27,87 årsverk i ytre. Med fratrekk av en lederstilling i hver sone tilsier dette at 7,77 årsverk brukes til hjemmetjenester i indre og 26,87 i ytre. Tilsvarende er det oppgitt en ressurs på 2,87 årsverk til praktisk bistand i indre og 4,67 i ytre. Vi regner at et årsverk er 35 t til disposisjon per uke i hjemmetjenestene og 37,5 t for praktisk bistand.

I praksis er situasjonen annerledes. Kommunen opplyser at:

«Når det gjeld heimesykepleie, praktisk bistand bør ein sjå på «faktiske årsverk i bruk» når ein ser kor mykje pasientretta tid det er. Ikkje på kva årsverk ein har fått oppretta. I indre har vi bevist spart på innleige ved sjukdom og permisjonar, slik at der har det vore ein del vakansar. I heimetjeneste ytre, har vi i praksis ca. 10 årsverk i auka drift, i tillegg til dei oppretta heimlane som vert brukt her. Behovet er kjent for kommunestyret, men vart ikkje prioritert i budsjettet for 2017».

RO har fått oppgitt dagens vedtakstimer for hjemmetjenester og praktisk bistand. I Indre sone er antall vedtakstimer henholdsvis 103 og 40 og i ytre 644 og 178.

Det opplyses imidlertid også at: *«I tillegg kan det vere ein feilmargin i forhold til vedtakstimar. Det kan hende at det blir gjort skrivefeil som har betydning eller at tenesta aukar utan at sak blir automatisk revurdert. Samtidig bør man diskutere kva som er indirekte/ direkte brukartid og korleis dette blir berekna i vedtaka, slik at det er lik praksis i ytre og indre».*

En effektivisering av indirekte brukertid kan eventuelt bidra til å møte et økt behov for hjemmetjenester, forebyggende arbeid eller til kompetanseutvikling og annet utviklingsarbeid.

7. Sykefravær, heltid/deltid og kompetanse

Det er ulike faktorer som påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Sykefravær og grad av heltid/deltid påvirker dette i stor grad. RO har valgt å analysere disse forholdene nærmere for Herøy sin del.

7.1 Sykefravær

Den største og viktigste ressursinnsatsen innenfor helse-, pleie- og omsorgstjenesten er bemanningen. Erfaringsmessig er det store ulikheter i ressursbruk både mellom kommuner, og mellom sammenliknbare enheter internt i kommunen. Fraværets omfang og på hvilken måte det arbeides med å øke nærværet, er avgjørende for hvor mye og hvor gode tjenester som ressursinnsatsen skal kunne ut i.

Forskning på sykefravær/nærvær viser at man vet mye om risikofaktorer, altså hvilke faktorer som kan bidra til å skape sykefravær, og noe om hva som bidrar til å skape helsefremmende arbeidsplasser. Det man vet minst om, er hvilke effekter ulike tiltak har på sykefravær/nærvær. Det er imidlertid liten tvil om at høyt fravær/lavt nærvær bidrar til at ressursene ikke utnyttes optimalt og at tjenestekvaliteten blir påvirket.

Fraværs- og nærværarbeid er en kontinuerlig prosess som man aldri kan slippe taket i, og må være godt forankret på alle nivåer i organisasjonen. Det utføres mye og godt sykefraværs-arbeid i norske kommuner, men Odeen m.fl. (2013)³⁷ hevder at man kanskje heller burde fokusere på langsiktige tiltak som bidrar til helse og jobbtilfredshet (nærvær), fremfor å teste ut ulike redskaper for å oppnå en rask reduksjon i sykefraværet.

Sykefravær er et komplekst felt hvor løsninger må finnes på ulike nivåer og arenaer, men samtidig tydeliggjør forskning at mange av risikofaktorene er knyttet til trekk ved arbeidet og forhold på den enkelte arbeidsplass.

Enkelte studier anslår at så mye som 40-50 % av langtidsfraværet er arbeidsrelatert (Osborg Ose m.fl. 2006)³⁸. I tillegg viser forskningen at arbeidsmiljøfaktorer generelt forklarer mer enn individuelle livstilsfaktorer, og at arbeidsmiljøfaktorer betyr mindre for sykmeldtes tilbakekomst til arbeid dess lengre en person er fraværende fra jobb. Mange av disse faktorene ser også ut til å bidra til dårlig psykisk helse. (Major m.fl. 2011:1)³⁹

Det er få studier som undersøker ledelsens direkte effekt på medarbeidernes helse, men mange undersøkelser viser til ledelsens indirekte effekt på medarbeidernes helse (Lise Lien Fafo-notat 2013:02⁴⁰).

³⁷ Odeen, M., Magnussen, L.H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H.R. og Tveito, T.H. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. Occupational Medicine 2013; 63:7-16. Advance Access publication 5 December 2012 doi: 10.1093/occmed/kqs 198

³⁸ ³⁸ S. Osborg Ose, H. Jensberg, R. Eidsmo Reinertsen, M. Sandsund og J.M. Dyrstad (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SINTEF Helse Gruppe for arbeid og helse

³⁹ Major, E.F., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.

⁴⁰ Lise Lien "Saman om" sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013:02.

Tabell 37. Sykefravær i 2016 og første kvartal 2017 – utvalgte arbeidssteder

Arbeidssted	2016	Første kvartal 2017
32210 Heimesjukepleie distrikt 1	8,31	12,83
32310 Heimesjukepleie distrikt 2	4,65	8,27
32220 Heimehjelp distrikt 1	11,89	12,32
32320 Heimehjelp distrikt 2	9,27	7,87
32410 Grøn avdeling	7,21	10,38
32420 Raud avdeling	16,24	9,76
32430 Blå avdeling	7,10	6,72
32440 Gul avdeling	3,14	8,09
32450 kjøkken	2,64	12,87
32510 Myrvåg sjukeheim avd. A	10,50	8,81
32520 Myrvåg sjukeheim avd. A	12,62	14,14
32530 Myrvåg sjukeheim avd. A	8,18	1,76
32540 Myrvåg sjukeheim avd B	8,67	11,43
34210 Barneverntjenesta	8,29	17,13
33310 Nestunet	13,44	21,13
33320 Toftetunet	12,11	5,04
33340 Avlastninga	11,51	22,97
33340 Solheim	2,86	20,03

Det er store variasjoner i sykefravær i de ulike virksomhetene innen helse og omsorg i kommunen. På de største avdelingene er fraværet gjennomgående høyt, men ikke over landsgjennomsnittet. Samlet sett i Norge var sykefraværet på sykehjem 11,8 prosent og i hjemmetjenestene 11,7 prosent i 2015⁴¹. Fraværet varierte fra under 3 prosent til over 24 prosent i kommunene. RO er ikke kjent med hvordan nærværarbeidet forgår i Herøy. Det er imidlertid helt klart at fraværet er en betydelig utfordring og det er mye å tjene på å lykkes med et større nærvær.

7.2 Heltid/deltid

I en rapport fra programmet «Sammen om en bedre kommune»⁴² tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet:

«I et arbeidsgiverperspektiv gir deltidsstillinger muligheter for såkalt numerisk fleksibilitet. Det betyr at arbeidskraften tilpasser seg variasjoner i arbeidsbehovet og varierer arbeidstid og arbeidsmengde deretter. Ulempen er at små stillinger kan skape problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Arbeidsplasser som ikke kan tilby hele stillinger, svekker både bransjen og fagets omdømme blant fremtidige utdannings- og arbeidssøkere. De små stillingene stjeler også ressurser fra ledere og erfarne kollegaer som kunne ha vært brukt mer produktivt. For å unngå disse ulempene kan arbeidsgivere fremme den såkalte funksjonelle fleksibiliteten, eksempelvis ansatte som varierer arbeidsoppgaver og arbeidstid slik at jobbinnholdet varierer.»

I den senere tids debatt er også kvalitetsperspektivet i ferd med å stå fram som det kanskje viktigste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordninger i pleie- og omsorgssektoren. I Fafo-rapporten Heltid-deltid – en kunnskapsstatus (2013)⁴³, hevdes det at:

⁴¹ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykefravaer_PLO

⁴² KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

«Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Mange av brukerne har behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer, og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.»

Vi presenterer under en tabell som viser noen fakta om heltidskulturen i helse og omsorg. Tabellen omfatter de tjenestene som har den svakeste heltidskulturen.

Tabell 38. Heltid/deltid

	Årsverk	Totalt antall ansatte	Antall som er ansatt på heltid	Andel som er ansatt på heltid
Myrvåg avd. A	14,35	23	1	4,3
Myrvåg avd. B	16,59	23	4	17,4
Grøn avdeling	15,53	29	6	20,7
Blå avdeling	17,41	44	3	6,8
Raud avdeling	16,21	33	1	3,0
Heimeteneste ytre	27,87	40	5	12,5
Heimeteneste indre	8,77	11	2	18,2
Nestunet	19,88	30	12	40,0
Toftetun/Myklebusttun/ Solheim omsorgsbustad	14,53	22	4	18,2
Toftetunet avlastning/ Toftestøvegen omsorgs- bustad	13,78	18	4	22,2

I tabellen over er det satt opp en oversikt over årsverk, totalt antall ansatte, antall ansatte på heltid og heltidsansatte i prosent av antall ansatte. Tabellen viser at det ligger en potensiell arbeidskraftreserve som både kan styrke kvaliteten i tjenestene og bidra til en bedre ressursutnyttelse.

Innen helseyrkene er det i stor grad kvinner som utgjør arbeidskraften. En nasjonal kjønnsmessig fordeling innen de ulike yrkene går fram av tabell 39.

Tabell 39. Ansatte i helseyrkene etter kjønn. Årsgjennomsnitt AKU 2009-2015

	Kvinner	Menn	I alt
Leger	49	51	100
Sykepleiere	90	10	100
Vernepleiere	76	24	100
Omsorgsarbeider	90	10	100
Pleieassistent etc	81	19	100

⁴³ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

Grad av heltid og forholdet mellom kort og lang deltid varierer sterkt mellom yrkene. Nasjonalt er heltidskulturen sterkest i de gruppene som har lengst utdanning og lavest i de gruppene som har kortere utdanning. Hyppighet av kort deltid er størst i pleieassistent og fagarbeidergruppene. Nasjonal fordeling går fram av tabell 40 og det er liten grunn til å tro at det er vesentlig annerledes i Herøy.

Tabell 40. Avtalt arbeidstid i hovedarbeidsforholdet etter yrke. Gjennomsnitt AKU 2009-2015

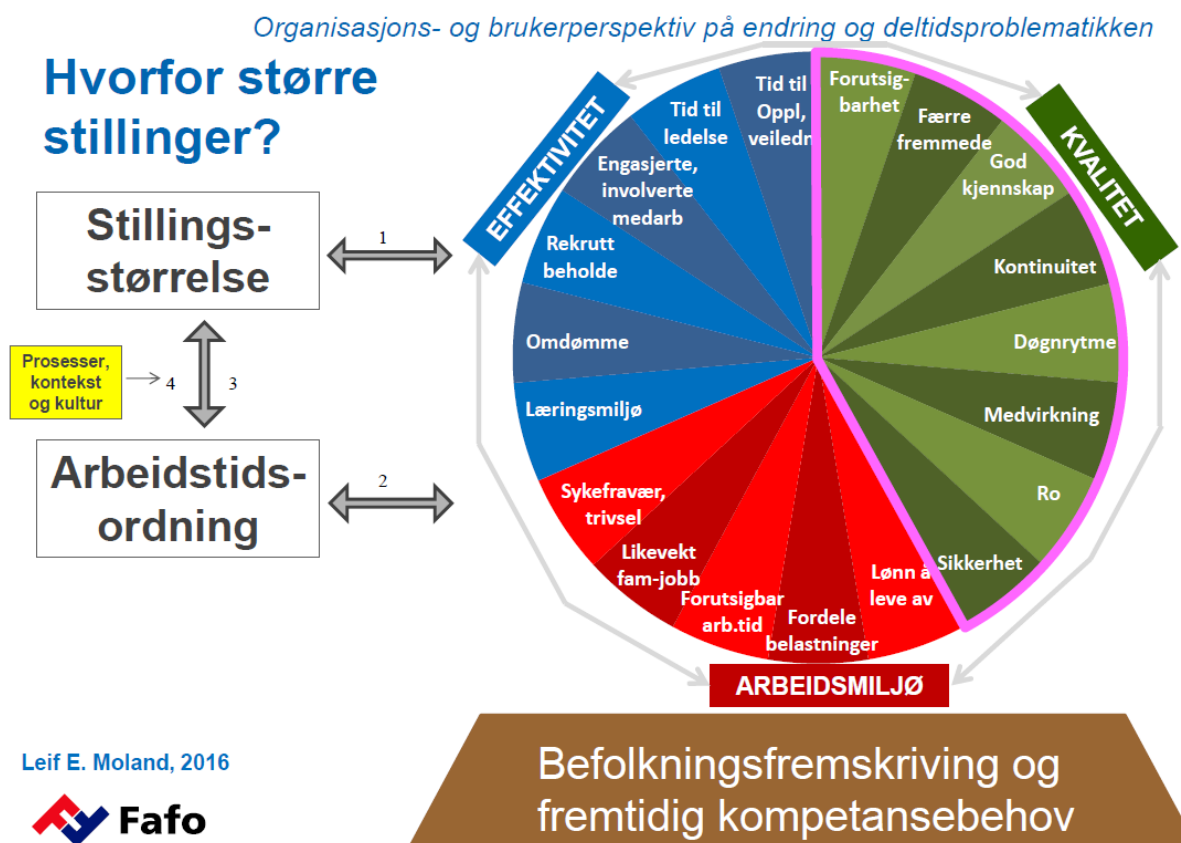
	Heltid	Lang deltid 20 t og mer	Kort deltid Under 20 t
Lege	90	6	4
Sykepleier	53	35	12
Vernepleier	66	23	11
Omsorgsarbeider	34	41	25
Pleieassistent etc	23	30	47

En mulig definisjon av begrepet heltidskultur blant turnusarbeidere er «andel ansatte som arbeider i turnus og har 100 prosent stilling. Det fins ingen norm for hva som er sterk eller svak heltidskultur men noen forskere har antydnet eller foreslått at sterk heltidskultur er når over 80 prosent av de ansatte jobber heltid. Hvis vi skulle legge denne normen til grunn for situasjonen i Herøy er det en svak heltidskultur innen de tradisjonelle pleie- og omsorgsyrkene her.

Å bygge heltidskultur handler om holdninger, forankring, organisering og endringskompetanse og det forutsetter politisk vilje, tydelig ledelse, engasjerte tillitsvalgte og ansatte som jobber i samme retning.

Avslutningsvis vil vi vise en figur som ofte benyttes for å beskrive hvilke effekter som kan oppnås ved heltidskultur innen turnusarbeid (så vel som annet arbeid). Modellen er utviklet av FAFO, ved forsker Leif Moland.

Figur 22. Effekter av større stillinger mht. effektivitet, kvalitet og arbeidsmiljø.



Herøy kommune oppgir totalt sett (årsrapport 2015) at 88,8 prosent av de deltidsansatte er kvinner og at kun 11,2 prosent av de deltidsansatte er menn.

7.3 Kompetanse og rekruttering

Kompetanse og rekruttering påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Kravet til kommunenes kompetanse øker i takt med utvikling i demografi og økte forventninger til de kommunale tjenestene fra innbyggere og statlige myndigheter. Hilsen og Tønder (2013)⁴⁴ forstår både rekruttering av nyansatte og læring og mobilisering på arbeidsplassen som tiltak som, hvis gjennomført på den rette måten, faller inn under kategorien kompetanseutviklende tiltak. Med mobilisering menes tiltak for å realisere organisasjonens ressurser på best mulig måte.

Kompetanse forstås som helheten av kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål. Denne forståelse gjelder både formell kompetanse/utdanning og annen kompetanse som gjør arbeidstakeren i stand til å mestre arbeidet og sikre god kvalitet på tjenestene som utføres.

Hilsen og Tønder (2013) peker på at det vil være et stort behov for faglærte og for personer med høyere utdanning i kommunesektoren i årene framover. Samtidig betyr de demografiske endringene i befolkningen at tilgangen på nyutdannet arbeidskraft ikke vil være stor nok til å erstatte de som går

⁴⁴ FAFO v/Anna Inga Hilsen og Anne Hagen Tønder, februar 2013, "Saman om" kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. Notat for programmet «Saman om ein betre kommune».

over i pensjon. Kompetanseutvikling for de arbeidstakerne man allerede har, blir derfor stadig viktigere. De hevder videre at kompetanseutvikling og rekruttering må ses i sammenheng og at muligheter for etter- og videreutdanning og for læring i det daglige arbeidet, vil være viktige rekrutteringstiltak.

Hilsen og Tønder (2013) påpeker at samarbeid med skoler og utdanningsinstitusjoner kan være en viktig måte å komme i kontakt med og rekruttere nye medarbeidere. I fagopplæringen har også lærlingordningen et utviklingspotensial som rekrutteringsordning.

Kompetanseutvikling handler altså om å dekke kompetansebehov ved bevisst rekruttering av nyansatte, men det handler i enda større grad om å utvikle og beholde de arbeidstakerne man allerede har. Dermed blir det sentralt at alle medarbeidere involveres i løpende lærings-aktiviteter og at dette planlegges og følges opp i kommunens arbeidsutforming og årsplaner.

Herøy har de samme kompetanseutfordringene som nabokommunene og som andre kommuner i samme størrelse og med tilsvarende beliggenhet. RO er ikke kjent med at det foreligger en strategisk kompetanseplan i kommunen og vi er usikker på i hvor stor grad det arbeides strategisk og operativt med å mobilisere og utnytte den kompetansen som allerede er i organisasjonen. Utvikling av medarbeiderskapet kan ikke undervurderes. Ved å skape en attraktiv arbeidsplass, som legger vekt på utvikling, nytenking, læring på arbeidsplassen kan det i seg selv skape et godt grunnlag for å sikre god kompetanse i framtiden. Med grunnlag i den tidligere viste befolkningsframskrivingen er dette helt nødvendig.

8. Brukermedvirkning og brukerfokus

Herøy kommune gjennomfører brukerundersøkelser hvert tredje år innen helse og omsorg. Brukerundersøkelser blir behandla administrativt på ledernivå, behandla på aktuelt fag/avdelingsnivå med tiltaksplan for oppfølging/forbedring og utvikling og lagt fram som sak for helse- og omsorgskomite og for kommunestyre.

Det er nylig gjennomført brukerundersøkelse (pårørendeundersøkelse) i Bu- og habiliteringstjenesten, institusjon samlet og avdelingsvis samt dagsenter for demente. Disse er ikke ferdigbehandlet. Det er også gjennomført brukerundersøkelse i legetjenesten og blant fysioterapeutene og disse er nylig ferdig behandlet i tråd med kommunens prosedyrer.

Generelt kan det sies at brukerundersøkelser er et godt redskap til å identifisere områder der det bør jobbes mer med forbedringer. Det kan også avdekkes om det er områder kommunen skiller seg vesentlig fra andre kommuner eller landet for øvrig. Systematisk gjennomføring av brukerundersøkelser gjør det også mulig å dokumentere utvikling.

For brukerne og de pårørende er det viktig å erfare at de får uttale seg om og påvirke innholdet og kvaliteten i tjenestetilbudet.

For politisk nivå er brukerundersøkelser av interesse for å få innbyggernes egen oppfatning av tjenestetilbudet slik at de bedre kan vurdere om politiske vedtak og prioriteringer virker etter hensikten.

RO erfarer at det er stor variasjon i hvordan kommunene behandler og bruker det materialet som kommer fram i brukerundersøkelser. Skal de ha verdi, må det være politisk og administrativ interesse for at det arbeides systematisk med forbedrings- eller utviklingsarbeid på grunnlag av de resultatene som framkommer.

RO er ikke kjent med hvordan brukerundersøkelsene trekkes inn i Herøy kommunes kontinuerlige forbedringsarbeid.

9. Demens

Et forhold som bør vies oppmerksomhet ved utforming av framtidige helse og omsorgstjenester er utviklingen innen demensomsorgen. Det kvantitative og kvalitative materialet som er framskaffet gir ikke mye informasjon om dagens demensomsorg i kommunen. Men vi kan se litt på mulige framtidsscenarier.

Å framskrive omfanget av demens er svært usikkert. Tabell 41 viser et mulig fremtidsbilde.

Tabell 41. Framskriving av demens⁴⁵

Alder	Forekomst (%)	Tall tilfelle 2017	Tall tilfelle 2020	Tall tilfelle 2030	Tall tilfelle 2040
65-69 år	1	5	5	6	6
70-74 år	2	8	9	10	11
75-79 år	6	16	19	27	31
80-84 år	18	39	40	64	73
85-89 år	32	48	50	61	92
90 år eller eldre	41	39	39	49	81
Sum		155	162	217	294

Demens i ulike aldersgrupper (grunnlag SSB, alternativ MMMM)

Tallet på personer med demens øker med økende alder. Ut fra befolkningsframskrivingen har RO gjort et estimat av tallet på personer som statistisk kan få diagnosen demens i perioden 2016 – 2040. Dersom forekomst av demens forblir på samme nivå som i dag, vil utfordringene innen demensomsorgen i Herøy kommune øke fra 2020 og fram mot 2040. Det må bemerkes at dette er svært usikre tall og tallene i seg selv sier lite om hvilke omsorgstjenester som vil være de beste i framtiden.

Hva sier så disse framskrivingene om antall omsorgstrengende. Framskrivingene gir i utgangspunktet bare en prognose på potensielle omsorgstrengende. Hvor mange som faktisk blir omsorgstrengende, hvilket omfang og hvilke behov som skal dekkes sier prognosen lite om. Her er det en rekke faktorer som spiller inn. Det kan være:

- Forventet økning i levealder
- Forventet bedring i helsetilstand
- Boligbygging og bedring i boligstandard (universell utforming)
- Kapasitet i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste
- Teknologisk utvikling
- Medisinsk- og omsorgsfaglig utvikling
- Nasjonale føringer og standarder
- Tilgang på ressurser (økonomi og kompetanse)
- Bosettingsstruktur

⁴⁵ Kilde: Engedal 2009, Helsedirektoratet 2014.

Disse faktorene vil i stor grad påvirke behovet for framtidig omsorg og det kan tegnes flere scenarier for framtidige omsorgsbehov. Det finnes ingen fasit for fremtidens omsorgsbehov og det må erkjennes at det er vanskelig å planlegge på lang sikt. RO erfarer at innretning og dimensjonering av tjenester er forskjellig i norske kommuner og det at det gjerne er politiske, faglige og «ideologiske» prioriteringer som bestemmer omfang og hvilke tjenester som skal ytes.

Når en skal forutsi framtidig omsorgsbehov er det altså ikke tilstrekkelig kun å legge befolkningsframskrivninger til grunn. En kan heller ikke ensidig ta utgangspunkt i dagens innretning eller dimensjonering da dette er ulikt fra kommune til kommune. Det er heller ingen lovmessighet om hva som er effektive pleie- og omsorgstjenester av god kvalitet. Framskrivningene som her er nevnt kan likevel være med som et grunnlag for de ulike scenariene en kan se for seg i framtiden.

10. Framtidig behov for heldøgns omsorg

Som det går fram av tidligere kapitler i denne rapporten er Herøy en institusjonsorientert kommune, dvs. det er mange institusjonsplasser per innbygger i forhold til andre kommuner.

Det er neppe noen tvil om at det i framtiden vil være behov for et visst antall institusjonsplasser/ heldøgns omsorgsplasser. Dette til tross for at de fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig og at det i større og større grad er mulig å gi omfattende omsorg i egen bolig. Sammen med generell velferdsøkning, utvikling av teknologi, universell utforming, satsing på forebygging og generell bedring av de eldre sin helse, antas det at det i framtiden vil være behov for færre institusjonsplasser og heldøgns omsorgsplasser.

Det er gjort flere forsøk på å beregne en norm for framtidig behov for institusjonsplasser og andre heldøgns omsorgsplasser, men dette har vist seg å være vanskelig. Dekning av heldøgns omsorgsplasser varierer i stor grad i kommunene og det viser seg at det i all hovedsak er de små kommunene som har mange heldøgns omsorgsplasser.

I en FOU rapport fra VID og Agenda Kaupang⁴⁶ på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25% av antall eldre over 80 år.

Denne forventningen har kanskje sin opprinnelse fra «Handlingsplanen for eldreomsorgen», St.meld.nr. 50 (1996-97), altså 20 år tilbake i tid. Siden den tid har kommunene utviklet et tjenestetilbud som består av institusjonsplasser, boliger spesielt tilpasset for heldøgns omsorg og ordinære «omsorgsboliger».

Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det blir vist til at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 %. Det blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 % savner også et faglig vitenskapelig belegg.

Ovennevnte FOU-rapport hevder at ulik forståelse av «heldøgns omsorg» gjør planlegging av framtidige institusjoner og boliger vanskelig. Husbanken og SSB anvender begrepet heldøgns omsorg forskjellig. Særlig har kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som heldøgns

⁴⁶ Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8 april 2016 (FOU oppdrag KS)

tilbud. SSB og Husbanken stiller ulike krav her. Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har heller ingen felles forståelse av begrepet.

Felles for hva som regnes som heldøgns tilbud må være at helsepersonell må kunne nå brukerne på kort varsel. Tilbud kan imidlertid gis både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger. Responstiden varierer fra kommune til kommune og varierer fra 5 minutt og opp mot 15 minutt.

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester⁴⁷.

I ovennevnte FOU rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Dersom vi eksempelvis bruker disse dekningsgradene i Herøy vil det gi følgende tabell:

Tabell 42. Institusjonsplasser og plasser med heldøgns omsorg i Herøy kommune 2017 - 2040

	2017	2020	2030	2040
Dekningsgrad 24%	113	113	160	214
Dekningsgrad 20%	95	95	133	178
Dekningsgrad 16%	76	76	106	143

Tabell 42 viser at ulike dekningsgrader gir svært ulike anslag for framtiden.

De fleste forskere i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekingen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

SSB la våren 2016 fram en rapport om behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060.⁴⁸ Rapporten framskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger ut fra ulike scenarier med bakgrunn i demografi, eldre sin helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder. Ulike forutsetninger slår ut i svært ulike behov både for arbeidskraft og for omsorgsboliger. Rapporten underbygger altså usikkerheten mht. framskriving av behov for heldøgns omsorgstjenester.

Behovet for heldøgns omsorgsplasser vil i stor grad påvirkes av i hvor stor grad kommunen sørger for helhetlige pleie- og omsorgstjenester etter LEON prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå). Prinsippet bygger på at kommunen tilbyr en trinnvis opptrapping av pleie- og omsorg for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig.

⁴⁷ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

⁴⁸ Rapport 2016/20 Erling Holmøy, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes, Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie og omsorgssektoren mot 2016, Statistisk sentralbyrå, 9 juni 2016.

Dagens dekningsgrad på institusjon og/eller heldøgns bemanna bolig (KOSTRA) er på 24 prosent av kommunens befolkning på 80 år og eldre. Dette er under landsgjennomsnitt på 29 prosent. Dagens dekningsgrad på institusjonsplasser (sykehjemmet) er på 21,2 prosent noe som er over landssnittet utenom Oslo på 18,0 prosent.

11. Oppsummering kvalitative data

Det vil føre for langt å gjengi i detalj det som kom fram under intervjuene den 3 og 4 mai. Det ble innledningsvis holdt et oppstartsmøte der representanter for råd og utvalg, tillitsvalgte og ledere var tilstede. På oppstartsmøte kom det fram klare synspunkt om en ønsket satsing på forebygging, mestring, hverdagsrehabilitering og frivillighet. Møtedeltakerne ga uttrykk for et ønske om også å få belyst interne forhold som kan gjøre kommunen best mulig rustet for framtidens utfordringer. Forhold som kompetanse og kompetanseutvikling, fraværsproblematikk og arbeid med heltidskultur ble blant annet trukket fram.

Representanter fra råd og utvalg, hovedutvalget for helse og omsorg, ledere, ansatte og tillitsvalgte ble intervjuet om utfordringene i tjenestene. Det ble gjennomført til sammen 12 gruppeintervju på 1 1/2 time. Fokuset varierte noe fra gruppe til gruppe, men dreide seg i hovedsak om følgende tema:

- Ideologi – rådende og ønsket ideologi framover
- Kvalitet og brukerfokus
- Velferdsteknologi – status og forventninger
- Ledelse
- Økonomi og økonomistyring
- Organisering – internt og mellom tjenestene
- Kompetanse
- Samarbeid og samhandling
- Sykefravær
- Heltid/deltid
- Effektivitet

Gjennomgående i gruppeintervjuene var et uttalt ønske om at samhandling og kommunikasjon mellom tjenestene bør styrkes. Det ble klart uttalt at det er forventninger om deltakelse, involvering og medvirkning i utvikling av en helhetlig helse- og omsorgstjeneste for framtiden. Det ble også uttrykt et klart behov for å bli kjent med det helhetlige tilbudet innen «nye Helse og Omsorg». Kjennskap til hverandre og kunnskap om hver enkelt tjeneste er en forutsetning for å kunne kommunisere og samhandle med hverandre. Samhandling er igjen en forutsetning for å gi pasienter og brukere det rette tilbudet i tråd med LEON-prinsippet.

De aller fleste uttrykte et ønske om å styrke helhetstenking og tverrfaglighet i helse- og omsorgsorganisasjonen. Det var svært mange som ga uttrykk for at enhetene i stor grad har arbeidet hver for seg uten å være en del av et større fellesskap.

De intervjuede var i varierende grad opptatt ressursbehov og ressursknapphet, men de aller fleste ga uttrykk for nøkternhet og realisme og vilje til å få mest mulig tjeneste ut av de ressursene man har til rådighet. De intervjuede ga gjennomgående et inntrykk av å være opptatt av kvalitet i tjenestene og at tjenestene skal være forsvarlig.

Det gikk igjen i flere av gruppene at det burde jobbes i fellesskap med prioritering og retning i det samlede tjenestetilbudet. Det var mange som var av den oppfatning at ting blir som de blir og ikke nødvendigvis blir til ut fra en bevisst og målrettet satsning i tråd med en velkjent ønsket retning.

De fleste som ble intervjuet var opptatt av og engasjert i den pågående omorganiseringen og ser fram til at den lander. De fleste mener å ha oppfattet at omorganiseringen har som mål å få styrket samhandling, tverrfaglighet og helhetlig tjenestetilbud. Det er likevel noe usikkerhet om hvilke prosesser som skal iverksettes for å oppnå hensikten med omorganiseringen.

Vi har under oppsummert det vi mener var de tydeligste oppfatningene som kom fram under gruppeintervjuene:

- Det pågår to prosesser, dette oppleves utfordrende – kjent hensikt men usikkerhet om framdrift og gjennomføring – en opplevelse av å måtte vente til organiseringa er på plass
- «Tette skott» mellom tjenester – mye å gå på mht samhandling, deling, læring, utvikling, og helhetlig tenking
- Ingen store alvorlige huller i tjenestetilbudet – men justering/dreining er ønskelig
- Tydeligere prioriteringer og strategier kan bli tydeligere – ting blir til underveis
- Frivillighet – hvordan engasjere 65-75 åringene
- Nok hender i framtida – kompetanseutfordringen
- Aktivitet i institusjon og hjemme – forebygging og hverdagsrehabilitering
- Dagsenter og aktiviteter psykiatri/rus – bekymring for nedprioritering av psykisk helse og rus
- Forebyggende arbeid barn og unge
- Tildelingspraksis er forbedringsområde
- Flyktningetjenestens rolle og plassering – øke kompetansen om denne i organisasjonen – avhengig av samhandling og kompetanse – en dør inn
- Vi kan bli dyktigere på brukerfokus, bygge opp tiltak rundt bruker, tverrfaglige møter, team, ansvarsgrupper etc. Noe bør gjøres på systemnivå mht. brukerfokus
- Tjenestene bør presenteres for hverandre
- Benytter mye hjelpemidler, men mangler strategi for utnytting av teknologi i framtiden. Systematisk og planmessig arbeid mangelfullt
- Utfordringer i samhandling mellom enkelttjenester
- Økonomistyring ok, nøkternhet, bruker når vi må og sparer når vi kan

12. ROs vurdering på bakgrunn av analysene

Endringen i befolkningssammensetning fører til store utfordringer for det framtidige tjenestetilbudet. Dersom tjenestetilbudet skal fortsette akkurat som i dag vil det medføre behov for en vesentlig omprioritering i kommuneøkonomien og betydelige utfordringer med hensyn til kompetanse. For å belyse denne utfordringen har vi laget en tabell som viser ressurs- og kompetansebehov dersom Herøy velger akkurat samme profil som i dag mht. institusjonsdrift og hjemmetjenester. Tabellen er en ren framskriving i henhold til forventet økning i den eldre del av befolkningen.

Tabell 43. Framskriving av dagens tjenester dersom disse ikke endres, men er helt lik som idag.

	2016	2030	2040
Innbyggere 80 år og over	473 personer	665 personer	893 personer
Med dagens (2016) institusjonsdekning på 21,2 prosent	100 plasser	141 plasser	189 plasser <u>+89</u>
Med samme korrigerte brutto driftsutgifter per plass	101 mill kr	142 mill kr <u>+41</u>	190 mill kr <u>+89</u>
Årsverk med samme pleiefaktorsom idag (0,83)	83 årsverk	117 årsverk <u>+34</u>	156 årsverk <u>+73</u>
Samme andel brukere av hjemmetjenester (32,7%)	154 personer	217 personer	292 personer <u>+138</u>
Årsverk (0,89)	42 årsverk	59 årsverk <u>+17</u>	79 årsverk <u>+37</u>

Tabellen tar utgangspunkt i SSB's befolkningsframskriving for gruppen 80 år og over. Forutsatt at institusjonsdekning, kostnader per plass, pleiefaktor i sykehjem og bemanningsfaktor i hjemmetjenestene er akkurat det samme som i dag, vil Herøy i 2040 ha behov for 89 nye institusjonsplasser og 73 nye årsverk knyttet til disse. Videre vil driftskostnadene knyttet til disse plassene øke med 89 mill. kr. (investeringer og prisvekst er holdt utenfor). Det vil være behov for 37 nye årsverk i hjemmetjenestene pga. en økning på 138 tjenestemottakere. Dette er et av flere scenario som er bør være gjenstand for refleksjon og ettertanke.

KOSTRA-gjennomgangen viser at Herøy bruker en relativt stor andel av sitt budsjett på pleie- og omsorgstjenester. Kommunen bruker en forholdsmessig større andel av midlene på institusjonsbaserte tjenester enn på hjemmebaserte. Dette på tross av at kommunen ikke har en større andel med omfattende bistandsbehov enn andre

Innenfor de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene vil det etter RO sin oppfatning være fornuftig å vurdere innretningen. Det er to forhold som er spesielt viktig og det er hvordan kommunen vil arbeide med heldøgnsomsorg framover og hvordan kommunen på best mulig måte skal møte befolkningens ønske om å få bo hjemme i egen bolig lengst mulig. Dagens utvikling går i retning av at sykehjemmene i større grad driver behandling og at hjemmeboende i større grad får avansert pleie og omsorg i eget hjem. På grunnlag av analysene kan RO foreslå at kommunen gjennomgår dagens innretning og prioriteringer og ser disse opp mot ønsket om å møte framtidens utfordringer på en best mulig måte. Dette innebærer en drøfting både politisk og organisasjonsmessig.

For å møte framtidige utfordringer vil frivillighet, folkehelsearbeid, forebygging og hverdags-rehabilitering, samt bruk av teknologi, framstå som de viktigste satsningsområdene. Selv om Herøy har en nøktern og tilsynelatende god økonomistyring er det etter ROs oppfatning mulig å dreie ressursinnsatsen i en annen retning gjennom god planlegging og gode endringsprosesser i

organisasjonen. Dette krever politisk prioritering og god ledelse av interne prosesser i tjenesten. Betydningen av klare strategier, ledere som kjenner retningen og involvering medarbeiderne i endringsarbeidet må illegges stor betydning.

Analysearbeidet har ikke avdekket alvorlige svikt eller åpenbare mangler i tjenestetilbudet men RO finner noen indikasjoner på at tjenestene spriker, mangler en klar retning, har et felles syn på prioritering og satsning og at det er et ønske i organisasjonen om større grad av helhetlig tjenestetilbud, samhandling og tverrfaglighet rundt brukerne.

RO vil understreke betydningen av at kommunen har en profesjonell og kompetent tildelingspraksis. Rettsikkerhet og likebehandling er et krav i tjenestetilbudet og vi anbefaler at det gjøres en grundig vurdering av kommunens praksis for å sikre dette.

Vi vil avslutningsvis oppsummere hva vi mener er de viktigste funnene i det gjennomførte analysearbeidet og foreslår at kommunen jobber videre med disse punktene i prosjektets fase 2.

13. Hva bør kommunen arbeide videre med i Fase 2

RO oppsummerer her de funnene og tilrådingene som vi mener det er fornuftig å jobbe videre med:

- Klargjøre strategier for framtidens helse og omsorg politisk og organisasjonsmessig - gå igjennom konsekvenser og enes om ideologi, retning, konsekvenser og prioriteringer
- Det bør spesielt jobbes med innretninga på tjenestetilbudet innen pleie og omsorg – er dagens innretning bærekraftig? (Hjemmetjenester – institusjonsdrift, herunder sykehjemmets rolle og funksjon)
- Satsning på forebygging, folkehelse, mestring, rehabilitering – i alle tjenester – hva må til?
- Klargjøring og systematisering av arbeid med velferdsteknologi – kompetanseheving og fra ord til handling
- Helhetlig, koordinerte tjenester for å sikre rettsikkerhet, kvalitet i saksbehandling, likebehandling – herunder tildelingspraksis
- Barnevern – frister, saksbehandling og undersøkelser
- Kompetanse psykisk helse/rus - framtidig behov
- Brukermedvirkning og brukerfokus – jamfør brukerundersøkelser og nasjonale mål – viktig og hvordan
- Frivillighet og nettverk – handlingsplan
- Heltid/deltid og arbeidstidsordninger
- Gode endringsprosesser med vekt på medarbeiderskap, involvering, samhandling, tverrfaglighet – for å oppnå ønskede effektene av gjennomført endring i organisasjonsstruktur
- Kompetanseutvikling og mobilisering – læringsmiljø - kompetanseplan i henhold til framtidig behov – strategisk kompetanseplan?
- Organisatoriske tilpasninger på bakgrunn av tjenesteutvikling/behov