

SAKSLISTE

SIGDAL KOMMUNE

Styre/råd/utvalg: Hovedutvalg for helse og sosial
Møtested: Komunestyresalen
Møtedato: 11.11.2014 Tid: 11.30

Det inviteres til lunch kl 11.00 i kantina på Sigdalsheimen

Det innkalles med dette til møte i Hovedutvalg for helse og sosial

Saker til behandling:

Saksnr.	Arkivsaksnr. Tittel
14/23	14/1212 GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL 26.08.2014
14/24	14/771 BUDSJETT 2015 OG ØKONOMIPLAN MED HANDLINGSPROGRAM 2015-2018
14/25	14/429 REGNSKAPSRAPPORT 3. KVARTAL 2014 HELSE OG SOSIAL
14/26	14/887 REVIDERT AVTALE OM VERTSKOMMUNESAMARBEID - RINGERIKE INTERKOMMUNALE LEGEVAKT
14/27	13/1108 SØKNAD OM GAVEMIDLER TRIVSELSASSISTENTER SIGDALSHEIMEN 2015
14/28	14/182 MELDINGER HELSE OG SOSIAL 11.11.14
Vedlegg:	Delegerte vedtak 19.08.2014-06.11.2014

Sakene er utlagt på kommunehuset fram til møtedagen. Eventuelle forfall meldes til sekretæren, tlf. 32711400.

Vararepresentanter møter bare etter nærmere innkalling.

Prestfoss, 06.11.14
Lars Foss (sign)
leder

SIGDAL KOMMUNE
Hovedutvalg for helse og sosial

MØTEBOK

Arkivsaknr.: 14/1212-2
Løpenr.: 7382/14
Arkivnr.: MØTE 033
Saksbeh.: Trude Aalien Ødegård

Styre/råd/utvalg
Hovedutvalg for helse og sosial

Møtedato
11.11.2014

Saksnr.
HS-14/23

GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL 26.08.2014

Rådmannens forslag til vedtak:
Møteprotokollen av 26.08.2014 godkjennes.

Saken avgjøres av: Hovedutvalget for helse og sosial

Vedlegg:
Møteprotokoll 26.08.2014

PROTOKOLL

SIGDAL KOMMUNE

Styre/råd/utvalg: Hovedutvalg for helse og sosial
Møtedato: 26.08.2014

TILSTEDE PÅ MØTET

Innkalte:

Funksjon	Navn	Forfall	Møtt for
Leder	Lars Foss		
Nestleder	Inger Stuve Andersen		
Medlem	Gunnar Tellnes	FO	
Medlem	Kari Lindbo		
Medlem	Ole Gunnar Berg Varsla		
Medlem	Karin Synnøve Bråthen	FO	
Medlem	Kent Espen Sandsbråten		
Varamedlem	Ole Jokstad		Gunnar Tellnes
Varamedlem	Karin Letmolie Ravnås		Karin Synnøve Bråthen
Rådmann	Jens Sveaass	FO	

Andre:

Virksomhetsleder Sigdalsheimen Linda Torgersen
Helsestasjonsleder Gunhild Albjerk

UTSKRIFTER

Hovedutskrift er sendt:
Faste mottakere

MØTEBOKA GODKJENNES I NESTE MØTE.

RETT UTSKRIFT BEKREFTES:
Prestfoss, den 01.09.2014

Linda Torgersen
Møtesekretær

SAKER TIL BEHANDLING

Ingen merknader til innkalling.

Ingen merknader til sakliste.

Saksnr.	Arkivsaksnr. Tittel
14/18	14/867 MØTE I HOVEDUTVALG FOR HELSE OG SOSIAL DEN 26.08.2014.
14/19	12/52 REVIDERT AVTALE I DET INTERKOMMUNALE KRISESENTERSAMARBEIDET
14/20	14/182 MELDINGER 26.08.
14/21	14/429 2. KVARTALSRAPPORT HELSE OG SOSIAL
14/22	14/227 BEHOV FOR STØRRE PLESS TIL HELSESTASJONEN OG FRISKLIVSSENTRALEN

HS-18/14

MØTE I HOVEDUTVALG FOR HELSE OG SOSIAL DEN 26.08.2014.

Rådmannens forslag til vedtak:

Møteprotokoll fra 20.05.2014 godkjennes.

Behandling:

Protokollen, enstemmig godkjent.

Hovedutvalgets vedtak:

Møteprotokoll fra 20.05.2014 godkjennes.

HS-19/14

**REVIDERT AVTALE I DET INTERKOMMUNALE
KRISESENTERSAMARBEIDET**

Behandling:

Ingen merknader.

Saken avgjøres av kommunestyret

Hovedutvalgets forslag til vedtak:

Saken avgjøres av kommunestyret.

HS-20/14

MELDINGER 26.08.

Rådmannens forslag til vedtak:

Meldingene tas til orientering.

Behandling:

Melding vedr status lekkasje tak Sigdalsheimen. Ikke sendt ut noe skriftlig på dette. Kun muntlig orientering.

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Hovedutvalgets vedtak:
Meldingene tas til orientering.

HS-21/14

2. KVARTALSRAPPORT HELSE OG SOSIAL

Rådmannens forslag til vedtak:
Regnskapsrapport for planområde 4 Helse og sosial, 2. kvartal 2014 tas til orientering.

Behandling:

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt

Hovedutvalgets vedtak:
Regnskapsrapport for planområde 4 Helse og sosial, 2. kvartal 2014 tas til orientering.

HS-22/14

BEHOV FOR STØRRE Plass TIL HELSESTASJONEN OG FRISKLIVSSENTRALEN

Rådmannens forslag til vedtak:
Saken tas til orientering.

Behandling:

Rådmannens forslag til vedtak ble tatt til orientering.

**Hovedutvalgets forslag til vedtak:
Saken tas til orientering.**

SIGDAL KOMMUNE

Hovedutvalg for helse og sosial

MØTEBOK

Arkivsaknr.: 14/771-3
 Løpenr.: 6845/14
 Arkivnr.: 150
 Saksbeh.: Jens Sveaass

Styre/råd/utvalg	Møtedato	Saksnr.
Formannskapet	21.08.2014	FS-14/30
Hovedutvalg for helse og sosial	11.11.2014	HS-14/24
Eldrerådet		EL-/
Sigdal Kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne		RFF-/
Hovedutvalget for oppvekst og kultur	12.11.2014	OK-14/23
Hovedutvalget for næring og drift	13.11.2014	ND-14/74
Ungdomsrådet	13.11.2014	UR-14/14
Arbeidsmiljøutvalget		AM-/
Administrasjonsutvalget		AD-/
Formannskapet		FS-/
Kommunestyret		KS-/

BUDSJETT 2015 OG ØKONOMIPLAN MED HANDLINGSPROGRAM 2015-2018

Rådmannens forslag til vedtak:

- 1 Ved beregning av forskuddsskatt for 2015 gjelder høyeste tillatte satser
 - Inntektsskatt for personlige skatteyttere 11,25 prosent
 - Formueskatt 0,7 prosent
- 2 Det bevilges kroner 3.301.000,- fra aktuelt disposisjonsfond, som bidrag til finansiering av total budsjetttramme 2015.
- 3 Forslag til budsjett for Sigdal kommune vedtas slik det går fram av budsjettskjema 1a og 1b, 2a og 2b.
- 4 Satsene for foreldrebetaling SFO prisjusteres med 3 %.
- 5 Egenandelen for kulturskolen prisjusteres med 3 %
- 6 Rammetimetallet økes med to timer til 1194 timer pr. uke på bakgrunn av økt timetall til valgfag.
- 7 Tilskuddet til registrerte trossamfunn settes til kr 532,- pr medlem for 2015.
- 8 Gebyrer for vann, avløp og renovasjon vedtas i tråd med detaljerte satser i fremlagte prisliste, forslag 2015.
- 9 Gebyr for slamtømming vedtas i tråd med detaljerte satser i fremlagte prisliste, forslag 2015.

- 10 Gebyr for private reguleringsplaner vedtas i tråd med detaljerte satser i fremlagte prisliste, forslag 2015.
- 11 Gebyr for byggesaksbehandling og utslipp vedtas i tråd med detaljerte satser i fremlagte prisliste, forslag 2015.
- 12 Gebyr for kart og oppmåling vedtas i tråd med detaljerte satser i fremlagte prisliste, forslag 2015.
- 13 Fellingsavgifter for elg og hjort beholdes uendret med kr 400,- for voksen elg, kr 230,- for elgkalv, kr 300,- for hjort og kr 180,- pr. hjortekalv.
- 14 Feiergebyrene, og gebyr for behandling av søknader om tillatelse til handel med fyrverkeri justeres til priser som fremgår av sakens vedlegg og detaljer der, gjennomsnittlig prisøkning på 2,1 prosent.
- 15 Forslag til budsjett for Sigdal Energi for 2015 vedtas. Det budsjetteres med utbetaling av utbytte fra Sigdal Energi i 2015 på kr 800.000,-
- 16 Fullmakt til budsjettjustering:
 - a) Hovedutvalgene gis fullmakt til å omdisponere midler mellom tjenester innenfor samme planområde. Formannskapet har denne fullmakten for planområde 1 og 2.
 - b) Rådmannen gis fullmakt til å omdisponere midler innenfor den enkelte tjeneste innenfor det samme planområde.
- 17 Rådmannen gis fullmakt til å ta opp aktuelle lån i tråd med vedtatt investeringsplan for 2015 i lys av den fremdrift og det likviditetsbehov som oppstår ved iverksetting av vedtatte tiltak. (Jfr budsjettdokument del I, pkt 3.1)
- 18 Rådmannen gis fullmakt til å ta opp lån på inntil kr 3.000.000,- i Husbanken til Startlån.

Saken avgjøres av: Kommunestyret

Vedlegg:

- Rådmannens forslag til budsjett for 2015 med handlingsprogram/økonomiplan 2015-2018 del I og del II. (utsendt/omdelt tidligere, evt. henvend sentralbord).
- Årsmelding 2013 (utsendt tidligere, evt. henvend sentralbord).
- Regnskap og årsberetning 2013 (utsendt tidligere, evt. henvend sentralbord).
- Budsjett 2015 Sigdal energi.
- Budsjettskjema 1a, 1b, 2a og 2b.
- Gebyrforslag teknisk sektor 2015 (Kap. 8 i Budsjett-dok. Del II)
- Sigdal kirkelige fellesråd – budsjett 2015 (Kap. 6.1 i Budsjett-dok. Del II)
- Drammensregionens brannvesen (DRBV), underlag vedr feiergebyrer og behandling av fyrverkeri.

Saksutredning

Konklusjon:

Årets statsbudsjett ble fremlagt 8 oktober. Statsbudsjettet følger opp kommuneproposisjonen som ble fremlagt i mai 2014, og realitetene i selve budsjettet kvantifiserer betydningen av de ulike grepene som er varslet for kommuneøkonomien i regjeringens politikk. Årets statsbudsjett har i seg et avgjørende, og betydelig skifte i inntektsnivå for Sigdal kommune. Bortfall av distriktstilskudd er på hele 4,1 million kroner, utgiftsutjevningen er redusert med 3 millioner, i tillegg til redusert kompensasjon for bortfall av redusert arbeidsgiveravgift med 0,77 million. Sigdal kommune mottar hele 7,4 millioner kroner i «inntektsgaranti-utjevning», for ikke å ende opp med «urimelig» lav vekst i 2015.

Det er forventet, ut i fra statsbudsjettet for 2015, at Sigdal kommunes frie inntekter vil utgjøre 202 millioner kroner. Dette ser i rene tall en reduksjon i størrelsesorden 1,2 millioner kroner fra 2014. Bare beregnet lønnsvekst (4,5 prosent) fra 2014 til 2015 for hele Sigdal kommunes arbeidsstokk, er beregnet til å utgjøre 6,7 millioner. Det er imidlertid viktig å se veksten i frie inntekter også opp i mot regjeringens forslag til utgiftsreduksjoner i kommunene. Det som først og fremst gir utslag er omlegging i samhandlingsreformen hvor kommunene ikke lenger skal betale en del av regningen når innbyggere i kommunen legges inn på sykehus. Netto (beregningsteoretisk) effekt i listen er på 4,6 millioner lavere utgifter for Sigdal kommune i 2015.

Dette forslaget til budsjett og handlingsplan søker å videreføre de prioriteringer som ble gitt igjennom justering av de ulike planområdene tilbake i 2012/13, og som med det også ligger til grunn i 2014. Fremlagte forslag til budsjett 2015 har altså dette som utgangspunkt. En vesentlig, langsiktig utfordring å løse har vært å skape et økonomisk fundament for å kunne drifte en utvidet pleie og omsorgssektor i årene som kommer. Kommunestyret vedtok med bakgrunn i disse utfordringene å innføre eiendomsskatt på alle eiendommer våren 2014. I foreliggende budsjettforslag og økonomiplan ligger dette inne med en netto «pluseffekt» fra og med 2016, gitt tid til innføring og etablering av nødvendige prosesser for dette i 2015.

Det er tilrådelig at kommunestyret ila 2015 går nærmere inn i økonomiplanen og drøfter en mulig «handlingsregel» knyttet til de nye inntektene fra eiendomsskatten, med definerte mål for årlig resultatavsetning og prioriteringer av gjenstående økonomisk handlingsrom. Slik vedtaket om eiendomsskatt legger opp til er det flere områder som pr i dag har vist seg krevende å finansiere/utvikle, som må vurderes prioritert i lys av inntekter fra eiendomsskatt. Tjenester og tilbud som skal komme både fastboende, og fritidsinnbyggere til gode. Vedtaket om eiendomsskatt inneholder også en føring om at man når dette er i virkning revurderer politikken knyttet til avdragstid og nedbetaling av lån.

Denne saksutredningen er forsøkt komprimert noe i forhold til tidligere år. All bakgrunn for vedtakene som fattes, og størrelse på rammer og prioriteringer i investeringer og tiltak ligger beskrevet i de to hoveddokumentene del I & II. Det er derfor i større grad enn tidligere forsøkt å henvise til disse dokumentene og eventuelle særskilte poenger der.

Bakgrunn og vurdering

Det har siden kommuneproposisjonen vært klart at driftsåret 2015 ville innebære helt særskilte utfordringer for Sigdal kommune. Sigdal kommune har siden omleggingen med inntektssystemet 2011 årlig behandlet spørsmålet om svak økonomi, manglende resultatgrad og fremtidig handlingsrom. Det har vært fremmet ulike forslag, og gitt ulike tilnærminger til reduserte utgifter. Disse har ikke vunnet oppslutning i kommunestyrets behandling. Budsjett som i utgangspunktet ble lagt lavt, fikk påplussinger på alle planområder, når det viste seg økonomisk mulig å gjøre det gjennom året. Det politiske flertallet vurderte tjenestekvalitet og innhold dit hen, at omkostningene med omstilling og redusert tilbud ble for store.

Det er rådmannens vurdering at *ingen* av de «innsparingspakkene», og de tilnærmingene som har vært fremmet og vurdert i inneværende kommunestyreperiode, ville vært realistisk tilstrekkelig for å skape balanse i årene som kommer. Igjennom en totalanalyse av kommunens virksomheter, utført av Agenda Kaupang basert på regnskap 2013, er det identifisert et totalt, og i første rekke teoretisk, innsparingspotensiale på om lag 11 millioner kroner. Men det er under særdeles strenge forutsetninger og med betydelig politisk kostnad, som ikke synes realistisk i noen konstellasjon av politisk styre. Det ville ikke være mulig å realisere slike reduksjoner uten dramatiske strukturgrep på oppvekstområdet, og et helt annet tjenestenivå både innenfor helse og omsorg, og innenfor administrative kapasiteter knyttet til drift, planlegging og utvikling av kommunen.

Rådmann har derfor forsøkt å være tydelig på det fra hans ståsted, når bortfallet av distriktstilskuddet i 2015 ble et faktum, og kjent utvikling i alderssammensetning slår inn, ikke har være mulig å identifisere noe annet realistisk alternativ i økonomisk situasjon, enn å øke inntektssiden ved innføring av eiendomsskatt på alle eiendommer aktuelle for slik beskatning. Vedtaket er fattet, og effekten av dette vil gi seg utslag i kommunens økonomi i 2016.

Budsjettet for 2015 handler derfor først og fremst om å forsøke å videreføre dagens situasjon og tjenestenivå, før man igjen foretar seg nye vurderinger på både statlige rammevilkår, utvikling i skatteinntang, nye utfordringer og en eventuell «handlingsregel» for økte inntekter. Av den grunn representerer kommende års budsjett ingen særlige satsninger eller vridninger i midler og prioriteringer, men har snarere forsøkt å finne rom for å gjøre færrest mulige endringer innenfor planområdene 1, 2, 3 og 5. For planområde 4 er situasjonen noe annerledes, og dette kommer man noe nærmere tilbake til i videre saksutredning. I det følgende beskrives noe nærmere de grep som er tatt for å skape nødvendig finansielt grunnlag i 2015 for å kunne presentere de aktuelle rammene til planområdene som er foreslått, samt aktuelle investeringer og driftsmessige tiltak utenfor rammen som nå er foreslått.

Hovedgrep for finansiering av total driftsramme i 2015

Sigdal kommune har konkret *nedgang* i frie inntekter fra 2014 til 2015. Bare lønnsveksten på dagens arbeidsstokk er beregnet til å stige med 6,7 millioner kroner. I tillegg kommer øvrig, årlig prisvekst på varer og tjenester som kjøpes inn. For å løse summen av disse utfordringene er det for 2015 foreslått bruk av disposisjonsfond på 3,3 millioner kroner. Dette bidrar, men det løser ikke utfordringen med å legge et budsjett i balanse i 2015 alene. Videre er det derfor sett på regjeringens forslag til statsbudsjett 2015 og forventet lønnsvekst. Denne er på 3,5 prosent, noe lavere enn hva tilfellet er i 2014. Dette fører til reduksjon i reguleringspremien. Fra 2015 har Sigdal kommune fjernet tiltak for seniorordning. I sum gjør disse faktorene at avsatte beløp, som kompenserer for lønnsvekst, reguleringspremie, avtalefestet pensjon og eiertilskudd til KLP kan reduseres med 3,6 millioner kroner fra 12,5 til 8,9 mill kroner i 2015. Det er disse to hovedgrepene, som til sammen bidrar inn i rammen med 6,9 millioner, som gjør det mulig å

balansere ett budsjett, opprettholde dagens tjenestnivå, og å åpne en utvidet Sigdalsheim mot slutten av 2015.

Renter og finanskostnader

Rentene har som kjent holdt seg stabilt lave over flere år. Det er klare signaler på at rentene vil holde seg lave i noe lenger tid enn tidligere forventet. Det er allikevel viktig for kommunene å ta inn over seg at nivåene er rekordlave, og at økte renteutgifter må simuleres i arbeidet med kommunenes langtidsplaner. Like fullt er de holdt lave i fremlagte forslag til handlingsplan, og det er ikke forventet vesentlige utslag i perioden frem tom 2018 hvor renten på kommunens lån nå er lagt på 2 prosent ut planperioden. En rente på 2 prosent er også et bidrag til å balansere budsjett i 2015, og må vurderes nøye fremover. Dette sammen med tidligere omlegging knyttet til nedbetaling av lån. Det vises til kap 5 i dok. Del I for finansbetraktninger.

Skatt

Kommunen opplever noe sviktende skatteinntang i 2014 enn hva som lå til grunn når man la budsjettene for inneværende år. Denne trenden holder frem, og er fra sentrale myndigheter lagt til grunn også i 2015. For Sigdal har man lagt til grunn et nivå på knappe 95,2 prosent av landsgjennomsnittet, i tråd med beregningstekniske forslag fra KS. Det vil innebære en skatteinntang på 87,5 millioner kroner med en inntektsutjevning da i størrelsesorden 1,4 millioner kroner. Det er grunn til å understreke at dette er et mer optimistisk, enn pessimistisk anslag, og at det er en viss risiko knyttet til denne inntektsposten i budsjett 2015.

For øvrige detaljer knyttet til rammetilskudd, utgiftsutjevning og inntektsgarantiordningen vises det til punkt 2.2 og 2.3 i dok Del I.

Investeringer

Totalt ligger det nå inne prosjekter, tiltak og investeringer for 25,9 millioner kroner i planperioden fra 2015 til 2018. 12,8 millioner dreier seg om tiltak i drift (altså ikke investeringer med låneopptak), hvor man som følge av vedlikeholdsbehov, pålegg etter tilsyn, osv må gjøre arbeid, utbedringer, oppgraderinger og vedlikehold som det er naturlig å finansiere utenfor planområdenes årlige rammer. Alle beløp er uten merverdiavgift siden den blir refundert.

Tidligere år har det i langtidsplanen vært en rekke større og mindre initiativ som ikke har latt seg legge inn i planen, ganske enkel fordi man da kom ut med negativt resultat i økonomiplanen. Dette har særlig vært knyttet til vedlikehold av bygg og anlegg. Denne situasjonen er med økte inntekter fra 2016 endret. Av den grunn fremlegges en ganske omfattende liste og portefølje over driftsmessige tiltak og vedlikeholdsoppgaver som tidligere år har blitt «skjøvet på», men som rådmannen ikke ser noen grunn til å «skyve» på videre, da det er økonomisk handlingsrom for å gjøre dette i 2016. Dette er snarere en måte å komme ajour med tette tak, malingsstrøk, og rehabiliterte av baderom for å nevne noen eksempler. Samlet sett er beløpene på slike tiltak i 2016 på 6,5 millioner kroner hvorav 1,2 til rehabilitering av svømmehallen i Prestfoss. Det vises til liste over prosjekter og tiltak i punkt 3.1 s 16-18 i dok Del I for nærmere oversikt. Bakgrunn for prosjektene, vurdering av behov og prioriteringer fremgår under de enkelte planområder i budsjettdokument Del II.

Videre vises det til våre regnskapsrapporter, hvor det ved hver fremlegging gjøres en oppdatering av status for vedtatt ramme, anvendte midler, restbevilgning og kort kommentar for status i pågående prosjekter.

Fordeling planområder

Følgende oversikt viser endringer i rammer for de enkelte planområder fra 2014 til 2015 og dermed også total netto ramme for 2015. Bakgrunn for disse endringene beskrives nærmere i punkt 4.2 i dokument Del I. Den svært beskjedne summen endring skriver seg først og fremst fra to forhold, det ene er altså en redusert utgift i planområde 4 knyttet til terminering av ordningen med medfinansiering av sykehusinnleggelse i samhandlingsreformen. Den andre faktoren nedenfor her, er som tidligere beskrevet reduksjoner i avsetning til lønns- og pensjonsjustering i 2015.

Plan omr.	Nettoramme for planområdene i 1000kr	Netto ramme 2014	Sum endring	Netto ramme 2015
1	Sentrale styringsorganer/politikk	1 596	155	1 752
2	Fellestjenester	9 770	345	10 114
3	Oppvekst og kultur	68 677	1 663	70 340
4	Helse og sosial	89 848	2 681	92 529
Næring og drift				
	<i>Brutto omfang, teknisk sektor</i>	<i>28 650</i>		<i>29 500</i>
	<i>Inntekter til direkte kostnader, selvkost mv.</i>	<i>-18 531</i>		<i>-18 809</i>
	Resterende finansieringsbehov	10 119	0	10 691
	<i>Inntekter henførbart til indirekte kostnader</i>	<i>-4 500</i>		<i>-4 800</i>
5	Rammefinansiert behov, Næring og drift	5 619	272	5 891
6	Sigdal kirkelige fellesråd	2 846	73	2 919
	Fellesutgifter (lønnsvekstkomp.)	12 500	-3 630	8 870
	Gebyrfritak - unge etablerere	75	0	75
		190 931	1 559	192 489

Som nevnt tidligere er rammene for 2015 lagt med et utgangspunkt om å opprettholde dagens tjenestenivå, og mål for arbeidet med utvikling og vekst i Sigdal kommune. Dette innebærer imidlertid ikke at man ikke fortsatt også forsøker å løse oppgavene på nye måter, og med mer effektiv utnyttelse av ressursene. Både for planområde 2 (administrasjon) og 5 (teknisk sektor) er det lagt til grunn at naturlig avgang ikke uten videre skal erstattes, og at oppgavene søkes redusert/effektivisert og løst på annet vis. I det følgende er det tatt frem noen fler detaljer knyttet til endringer innenfor de ulike sektorer.

For planområde 1 og 2 er det svært små endringer. På planområde 1 er det først og fremst gjort en liten påplussing (50.000,-) for noen økte utgifter knyttet til valgår, og også økte møteutgifter ifm arbeid med kommunereform. På planområde 2 er det først og fremst justert for lønn og avtaler knyttet til IKT drift, KS kontingent mv. På planområde II har det i noen tid vært bemannet med en ekstraressurs på økonomikontoret knyttet til betydelige utfordringer knyttet til to skifte av økonomisystem, hva angår merarbeid og innkjøring. Når det nå er naturlig avgang i økonomikontoret gjennom pensjonering, så vil man forsøke å løse oppgavene med reduserte ressurser.

For planområde 3 er det lagt inn ressurser til et økt rammetimetal med ytterligere to timer valgfag fra høsten 2015. Det er også lagt inn en vikarressurs på 60 000 til hver av barneskolene for å dekke korttidsfravær som oppfølging av tidligere politisk vedtak i 2013. Det er ikke lagt inn prisjustering for driftskostnader som ikke er knyttet til faste avtaler i budsjettet til

planområde 3. Nåværende situasjonen i sektoren, uten kompensasjon for betydelige deler av prisstigningen (eks. undervisningsmateriell, forbruksvarer etc.), vil derfor kreve kontinuerlig vurdering av tiltak for innsparing. 2015 er med andre ord en videreføring av dagens situasjon for det største avsnittet innenfor oppvekst sitt planområde.

For barnehageområdet er budsjettet i 2015 økt med kr. 617 500,-. Det hersker betydelig usikkerhet rundt budsjettert beløp for barnehager. 2014 har vist, over hele landet, at barnehagebruken har økt, på tross av regjeringens prognoser for 2014 etter endringer i kontantstøtten. Det er svært krevende å forutsi videre utvikling i 2015 med ytterlige endringer både i kontantstøtte og i barnehagenes «maks-pris» for foreldrebetaling. I Sigdal er det ytterlig et usikkerhetsmoment knyttet til telletidspunkt på høsten. Det innebærer at endringer i barnetallet (som svært vanskelig kan forutsees når budsjettet legges) må betales med statlig sats for tilskudd. Kommunen har ingen mulighet til å påvirke denne kostnaden og de eventuelt uforutsette endringene som kan komme igjennom året. Usikkerheten kan selvsagt slå begge veier, både i økt og i redusert kostnad.

På kulturfeltet er det bare mindre lønns- og prisvekstmessige justeringer av budsjett på enkelttjenester.

Det vises for øvrig til detaljert informasjon i «Kommentarer til tjenesteområdene» side 19 i dok Del II for endringer og innhold i Planområde Oppvekst og Kultur.

Planområde 4 er i en noe annen situasjon enn de øvrige planområder når vi nå står på terskelen til 2015. Mot slutten av 2015 står en utvidet Sigdalsheimen klar, og skal driftes med økt kapasitet for pleietrengende fra oktober/november 2015. Dette skjer samtidig med at man igjennom en overordnet KOSTRA analyse på 2013 regnskapet ser at Helse og Omsorg ligger noe høyt i kostnader, sammenlignet med andre utvalgte kommuner for en slik analyse. Som et tredje parameter er det en kjennsgjerning at inntektsgrunnlaget knyttet til sektoren er betydelig redusert i 2015, gitt frafall av relativt mange av våre eldste innbyggere. I sum krever dette en noe annen tilnærming enn for de øvrige planområder hvor man i større grad «sitter stille i båten» i gjennom et krevende år.

Selve driftsanalysen, og rapporten fra denne vil bli presentert for kommunestyret, sammen med fremlegging av rådmannens forslag til budsjett. Resultatet har imidlertid vært kjent for virksomheten inn i budsjettarbeidets slutfase. Enkelte av funnene, og ikke mins overordnet forståelse for situasjonen i sektoren, er allerede anvendt i rådmannens forslag til budsjett. Dette for å kunne rigge seg for lavere ressursbruk, relativt sett, i forhold til total institusjonskapasitet og innretting mot nytt rammer og krav.

Totalt er det innenfor Helse og Omsorg gjort en reduksjon på 0,35 årsverk. Isolert sett kan dette selvsagt virke svært beskjedent, men det må vurderes i lys av et par hensyn. For det første ligger det påplussing i rammen knyttet til konkrete prioriteringer fra statens side for skolehelsetjenesten med 0,4 årsverk. Videre har det blitt vurdert riktig å foreslå en økning innenfor psykiatri på 0,2 årsverk, i sum for disse to tjenestene altså 0,6 årsverk. Planområdet går altså inn i året, hvor man tar i bruk en utvidet pleieinstitusjon, og legger til grunn at denne skal driftes med utgangspunkt i dagens bemanning. Således er man i gang med å implementere funn i driftsanalysen, og tilpasse seg endret behov både innenfor alderspleien og i tjenester til funksjonshemmede og ressurskrevende brukere.

Følgende kulepunkter hentet fra budsjettdokument Del II oppsummerer endringene. Det vises til detaljer knyttet til hver enkelt tjeneste for nærmere forklaring. I sum danner dette grunnlaget for å evaluere prioriteringene gitt i rådmannens forslag til budsjett, og på den måten kunne vedta rammen til *planområde 4* slik det presenteres i forslag til vedtak.

- Leder friskliv (0,4 årsverk) overføres fra 2330 Forebyggende arbeid, helse og sosial til eget tjenesteområde 2332 Friskliv. Ingen endring i årsverk, kun interne overføringer i Helse og sosial.
- Psykisk helse overføres fra tjenesteområde 2330 Forebyggende helsetjenester til 2542 Helse og omsorg, psykisk helse. Videreføring av 2,3 årsverk, samt økning på 0,2 årsverk til psykiatrisk sykepleier.
- Helsestasjon styrker helsestasjonen/skolehelsetjenesten ved å øke med 0,2 årsverk merkantil og 0,2 årsverk helsesøster.
- NAV er opprettholdt på samme nivå som for 2014 med noen interne endringer i oppgavefordeling.
- HO i Sigdalsheimen er redusert med 68,37 prosent stilling. Gjelder intern overflytting av andel stilling til 2560 Akutthjelp helse og omsorgstjenester som skal dekkes av tilskudd.
- HO til hjemmeboende er redusert med 0,8 årsverk til hjemmehjelp. 0,4 årsverk er overflyttet til dagsenter for personer med demens. Resten er reduksjon.
- Aktivisering og service eldre og funksjonshemmede; Tono aktivitetssenter har økt med 0,4 årsverk, aktivitetssenter psykisk helse har redusert med 0,2 årsverk. Dagsenter for personer med demens er økt med 0,4 årsverk.
- HO i Bjørkekvisten økes med 1,36 årsverk grunnet økte behov. Dekning via overføring av midler fra HO til hjemmeboende funksjonshemmede.
- HO til hjemmeboende funksjonshemmede. Bjørkealleen bofelleskap/ Thorrud bolig reduseres med 2,69 årsverk. Deler av dette overføres HO Bjørkekvisten og Tono aktivitetssenter.

Det vises også til *Tjenester til funksjonshemmedes* beskrivelser og prioritering i styrkingen av omsorgslønn. Når det gjelder styrkingen av psykiatritjenesten, er det viktig å understreke at også denne er det funnet rom for igjennom omprioriteringer og innhenting av midler fra tjenester til funksjonshemmede og i fra *pleie og omsorg*. Dette som ledd i å styrke tjenester til innbyggere med behov for hjelp til psykiske problemer, noe som er i tråd med Agenda Kaupangrapporten, og som kan være rimelig tiltak «lenger ned» i tiltakstrappen, og således lette presset på tjenester andre steder og «høyere opp» i kjeden av tjenester.

Gebyrer og egenandeler innenfor helse og omsorg

Det vises til behandling av delegasjonsreglement tidligere i kommunestyreperioden hvor det ble gjort en endring ved at rådmannen er delegert å fastsette brukerbetaling og gebyrer som er

lokalt styrt. Oversikt over disse satsene og endringer fra 2014 til 2015 presenteres i dokument Del II punkt «Egenandeler» s. 40.

Investeringer og prosjekter, helse og omsorg

Det vises videre til punkt 4.6 når det gjelder prosjekter innenfor planområdet. I denne saksutredning er det bare valgt å trekke frem en konkret utfordring som har blitt kvantifisert nå i de siste dager før fremlegging av budsjett. Det gjelder helt avslutningsvis en orientering i pkt 4.12 i Del II, om Investeringsbehov som ikke er lagt inn i budsjett/handlingsplan pt. Det gjelder brannteknisk gjennomgang av eksisterende bygg Sigdalsheimen hvor det er avdekket betydelige mangler. Disse er nå gjennomgått, og etter beste anslag fra entreprenørfaglig hold kvantifisert kostnadmessig. Listen inneholder ulike prioriteringer av tiltak, og første skritt nå er en avklaring med brannfaglig tilsynsmyndighet for å få verifisert prioriteringer og drøftet en aktuell fremdriftsplan. Rådmannen vil komme tilbake med egen sak på dette, da det er på det rene at flere av disse forholdene må løses så snart som overhode mulig, nå da teknisk status er gjort kjent.

Planområde 5, Teknisk sektor gis en endring i rammen etter oppsett som presentert nedenfor. Oppsettet synliggjør omfanget av brutto økonomi, teknisk sektor volum på selvkostinntekter og netto rammefinansiert omfang.

Næring og drift			
	<i>Brutto omfang, teknisk sektor</i>	28 650	29 500
	<i>Inntekter til direkte kostnader, selvkost mv.</i>	-18 531	-18 809
	Resterende finansieringsbehov	10 119	0
	Inntekter henførbart til indirekte kostnader	-4 500	-4 800
5	Rammefinansiert behov, Næring og drift	5 619	272
			5 891

Som det fremgår av bakgrunn for denne tabellen, presentert i Del II punkt 5.2 så er det blant annet reduserte utgifter til samarbeidet i Drammenregionens brannvesen som bidrar til å holde veksten i nettoramme på et beskjedent nivå.

Selvkostinntekter, (...og andre inntekter, husleie og bedriftsrenovasjon) er budsjettert til en størrelse på 23,6 millioner kroner. I dette ligger selvsagt en usikkerhet knyttet til volum og omfang på de tjenestene som skal leveres og faktureres. Generelt er det å si at man de senere år har evnet å normalisere gebyrregulativet til kostnader og status fond, og det kan derfor også i år presenteres et forslag til budsjett, og gebyrregulativ, som har i seg en normal prisvekstprosent, og ingen andre betydelig store prisjusteringer. Renovasjonsavgifter holdes uendret, alle andre avgiftssatser økes med 3,5 prosent, med unntak av slambehandling hvor det fortsatt bør justeres noe mer, ut over normal prisvekst, og det foreslås derfor en økning på 5 prosent for slambehandling. Nærmere redegjørelser for status og begrunnelse for selvkostområdenes avgiftsnivå fremgår i budsjettdokument del II i underpunkter til 5.2. Samtlige gebyrsatser i kronebeløp, med endring fra 2014 til 2015, ligger i tabeller til sist i dokument Del II.

I investeringsporteføljen er det foreslått noen nye tiltak også under planområde 5. Størst i omfang er veivedlikehold. Til dette forslaget til økonomiplan vil det ila 2015 fremmes en ny sak med prioriteringsliste og videreføring av de oppgraderinger som har funnet sted på vegvedlikehold siden vedtak om prioriteringer i 2008.

Planområde 6 har kun en mindre endring med utgangspunkt i kommunal deflator. Dette er i forståelse med Kirkelig Fellesråd, hvor det nå også er mulig å konsolidere på driftsnivå og investeringer med dagens budsjett, etter betydelig aktivitet og oppgraderinger tidligere år.

Tjeneste	Budsjett 2015	Vedtatt budsjett 2014	Rev. budsjett 2014	Regnskap 2013
3900 Kirkelig fellesråd	1 769 000	1 696 000	1 696 000	1 691 900
3930 Kirkegårder	1 150 000	1 150 000	1 150 000	1 100 000
Sum	2 919 000	2 846 000	2 846 000	2 791 900

Det vises for øvrig til Kirkelig fellesråd sitt driftsbudsjett for nærmere detaljer til innholdet i dette.

SIGDAL ENERGI

Resultatbudsjett 2015

hele 1.000 kr	2013	2014	2015
	Regnskap	Budsjett	Budsjett
DRIFTSINNTEKTER			
Salgsinntekter energi	7 401	6 322	5 741
Refusjon fra EB (75%)	7 908	8 645	5 962
Avtalt inntekt fra EB	1 187	1 187	1 187
Andre inntekter		0	0
Sum driftsinntekter	16 496	16 154	12 890
DRIFTSKOSTNADER			
Innmatingskostnad Horga	81	0	100
Avskrivning Horga	3 527	3 627	3 527
Andre driftskostnader	968	405	430
Driftskostnader/kraftkjøp Ramfoss	2 107	1 896	1 898
Driftskostnader Horga	4 392	5 522	2 809
Bredbåndstilknytning		150	150
Eiendomsskatt		300	340
Sum driftskostnad	11 075	11 900	9 254
DRIFTSRESULTAT	5 421	4 253	3 636
FINANSPOSTER			
Andre renteinntekter	-107	-250	-100
Andre rentekostnader	302	390	294
Resultatandel Ramfoss	-760	-668	-543
Rentekostnader Horga	2 616	2 453	1 673
Netto finansposter	2 051	1 925	1 324
RESULTAT FØR SKATT	3 371	2 328	2 312
Skatter	2 210	1 735	1 554
ÅRSRESULTAT	1 161	593	758
Årsoppgjørdisposisjoner			
Til/(fra) egenkapital (-/+)	-1 500	-669	15
Utbytte	401	594	200
Overført andel egenkapital Ramfoss	760	668	543
SUM DISPOSISJONER	-339	593	758
Med 25% andel av Horga			
Krafttilgang (MWh)	25 669	22 110	22 600
Gjennomsnittlig salgspris (øre/KWh)	28,8	28,6	25,4
Selvkost før finansiering (øre/KWh)	23,0	25,1	21,7
Selvkost inkl finansiering (øre/KWh)	20,4	22,5	19,6

Selvkost er fra 2009 sterkt preget av dobbel pris på andelskrafta fra Ramfoss. Dette kommer igjen som ekstra resultat fra Ramfoss, som finanspost.

BUDSJETT 2015 – SIGDAL ENERGI

Vedlagt følger budsjett for Sigdal Energi i 2015.

Forutsetninger for budsjettet:

- Prognose for gjennomsnittlig kraftpris i 2014 er 25,0 øre/kWh
- Budsjettert produksjon i Horga er 30 GWh. Andelskraft fra Ramfoss kraftlag er budsjettert med 161 GWh. Dette gir en samlet krafttilgang for Sigdal Energi på om lag 22,8 GWh.
- Budsjettet til Ramfoss kraftlag vedtas i rådet for Ramfoss kraftlag 28.11.2014.

Resultatet etter skatt for 2015 forventes å bli kr 758 000,-.

Inntekter

Inntektene er svært avhengige av spotprisen, og av produsert volum. En produksjonssvikt på 25 % på grunn av tørrår, vil kunne gi en reduksjon i forventet inntekt på 1,4 mill. kr.

Kostnader:

Selskapets kostnader er i hovedsak bestemt av hva som skjer i Horga. I 2015 antas normal drift ved Horga Kraftverk.

Renter

Gjennomsnittlig markedsrente for lånene i Sigdal Energi i 2015 er satt til 2,4 prosent.

Skatt

Grunnrenteskatt av Ramfossandelen og generell overskuddsskatt forventes å utgjøre ca. 1,6 mill. kr.

Utbytte

Utbytte er budsjettert i samsvar med overskuddet i selskapet for 2015.

BUDSJETTSKJEMA 1A

	Regnskap 2013	Oppr. budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016	Budsjett 2017	Budsjett 2018
FRIE DISPONIBLE INNTEKTER						
Skatt på inntekt og formue	-85 730 240	-86 200 000	-87 555 000	-87 555 000	-87 555 000	-87 555 000
Ordinært rammetilskudd	-109 858 937	-114 860 000	-111 360 000	-111 360 000	-111 360 000	-111 360 000
Skatt på eiendom	0	0	-1 000 000	-15 000 000	-15 000 000	-15 000 000
Andre direkte eller idirekte skatter	0	0	0	0	0	0
Andre generelle statstilskudd	-2 448 416	-2 108 000	-2 100 000	-2 100 000	-2 100 000	-2 100 000
Sum frie disponible inntekter	-198 037 593	-203 168 000	-202 015 000	-216 015 000	-216 015 000	-216 015 000
FINANSINNEKTER/-UTGIFTER						
Renteinntekter og utbytte	-6 290 453	-4 423 000	-3 941 000	-3 653 000	-3 974 000	-3 980 000
Gevinst finansielle instrumenter (OM)	-3 038 911	0	0	0	0	0
Renteutgifter, provisjoner og andre finansutgifter	6 056 850	6 441 000	5 784 000	5 456 000	5 644 000	8 669 000
Tap finansielle instrumenter	0	0	0	0	0	0
Avdrag på lån	6 173 545	7 004 000	6 931 000	7 433 000	7 542 000	7 542 000
Netto finansinntekter/-utgifter	2 901 031	9 022 000	8 774 000	9 236 000	9 212 000	12 231 000
AVSETNINGER OG BRUK AV AVSETNINGER						
Til dekning av tidligere års regnskapsmessige merforbruk	0	0	0	0	0	0
Til ubundne avsetninger	4 972 990	2 353 000	0	8 630 000	9 103 000	8 553 000
Til bundne avsetninger	2 477 150	0	0	0	0	0
Bruk av tidligere års regnskapsmessige mindreforbruk	0	0	0	0	0	0
Bruk av ubundne avsetninger	0	0	-3 301 000	0	0	0
Bruk av bundne avsetninger	-3 047	-920 000	-800 000	-800 000	-800 000	-800 000
Netto avsetninger	7 447 093	1 433 000	-4 101 000	7 830 000	8 303 000	7 753 000
FORDELING						
Overført til investeringsregnskapet	4 034 097	0	0	850 000	0	0
Til fordeling drift	-183 655 372	-192 713 000	-197 342 000	-198 099 000	-198 500 000	-196 031 000
Sum fordelt til drift (fra skjema 1B)	182 908 955	192 713 000	197 342 000	198 099 000	198 500 000	196 031 000
Merforbruk/mindreforbruk = 0	-746 416	0	0	0	0	0

BUDSJETTSKJEMA 1B - DRIFTSBUDSJETTET

	Regnskap 2013	Oppr. budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016	Budsjett 2017	Budsjett 2018
Til fordeling drift (fra skjema 1A)						
Fordelt slik:						
Planområde 1 Sentrale styringsorgan/politikk						
Nettoramme	1 953 812	1 596 000	1 752 000	1 752 000	1 752 000	1 752 000
Planområde 2 Fellestjenester						
Nettoramme	9 697 311	9 770 000	10 114 000	10 114 000	10 114 000	10 114 000
Planområde 3 Oppvekst og kultur						
Nettoramme	68 351 985	68 677 000	70 340 000	70 340 000	70 340 000	70 340 000
Planområde 4 Helse og sosial						
Nettoramme	96 769 611	89 848 000	92 529 000	92 529 000	92 529 000	92 529 000
Planområde 5 Næring og drift						
Nettoramme	8 664 830	5 619 000	5 891 000	5 891 000	5 891 000	5 891 000
Planområde 6 Kirkelig fellesråd						
Nettoramme	2 791 900	2 846 000	2 919 000	2 919 000	2 919 000	2 919 000
Utgifter utenom planområdene	-6 800 100	12 575 000	8 945 000	8 945 000	13 885 000	12 086 000
Driftsprosjekter med egne bevilgninger	1 479 607	1 782 000	4 852 000	5 610 000	1 070 000	400 000
Til fordeling drift	182 908 955	192 713 000	197 342 000	198 099 000	198 500 000	196 031 000
Fordelt til drift	182 908 955	192 713 000	197 342 000	198 099 000	198 500 000	196 031 000

BUDSJETTSKJEMA 2B - INVESTERINGSBUDSJETTET

Tall i kr 1000

	Regnskap 2013	Oppr. budsjett 2014	Budsjett 2015	Budsjett 2016	Budsjett 2017	Budsjett 2018
Til investeringer i anleggsmidler:						
Fordelt slik:						
Utgifter ved salg av anleggsmidler	50					
010001 Elektronisk saksdistribusjon	68					
010040 Øk. system VISMA UNIQUE	545	1 000				
920020 Edb skole	7					
020020 Utbedring nerstad skole	181					
020021 Uteområde nerstad skole - trafikksikkerh	988					
020033 SUS-automatiske døråpnere	157					
020040 Ungd.skole/pr.samfunnshus nytt varmesyst	61					
020050 Uteområde prestfoss skole	71					
020060 Uteområde Prestfoss sfh/SUS	97	1 500				
022001 Tilbygg ytre garderobe Enger barnehage	5					
022002 Drenering av par.plass Eggedal bh		425				
030001 Trygghetsalarmer for mobil		240				
030010 Utredning og utvidelse av Sigdalsheimen	884	31 780				
030011 Ny heis og hovedinngang SH	377					
030013 Solskjærning Sigdalsheimen		200				
030014 Pleie og rehabiliteringsutstyr til SH		100				
030015 Ombygging av veranda 2.etasje SH		282				
030016 Velferdsteknologi Sigdalsheimen		187				
030022 Oppus. parkeringspl./uteomr. Thorrybygg		200				
030030 Omsorgsboliger prestfoss	8 577					
030031 Inventar og møbler, nye omsorgsboliger i	138					
030040 Universel utformet flyktningebolig	3 830					
030050 Carport - hjem.tj Prestfoss og Eggedal		250				
050061 Heis samfunnshus Prestfoss	97					
050070 Kjøp av Hagan	860					
060002 Garderober Eggedal Brannstasjon		250				
060010 Planlegging nytt renseanlegg eggedal	5 328					
060013 Vannbehandlingsanlegg - N.Eggedal	28					
060020 Ledningskartverk	349					
060022 Kjøp/instalering av vannmålere	299					
060031 Boligfelt eggedal (fase 1)	1 663					
060040 Kommunale veier	47			3 000	3 000	3 000
060042 Forskuttering Eggedalkrysset	-31					
060052 Sikring av trapp/inngangsparti kom.huset		125				
060070 Tiltak slambehandling	296					
022003 Prestfoss barnehage - nytt kjøkken			100			
950074 Vatnås kirke, tilskudd toalett			200			
030017 Sigdalsheimen, møbler og inventar ny avdeling			300			
030018 Oppgradering ringesignalanlegget på dagens Sigdalsheimen			500			
Enger bh - nytt kjøkken				100		
Nerstad skole - solskjærning				100		
Sigdalsheimen, generell utskifting av møbler				550		
Eggedal Eldresenter, sammenbygging av 2 hybler til 1 leilighet				100		
Utbygging av Helsestasjonen				2 200		
Sigdal Ungdomsskole - ny søndre inngang					100	
Totale investeringer	24 973	36 539	1 100	6 050	3 100	3 000

ØKONOMISK OVERSIKT - DRIFT

	Budsjett 2015	Oppr. budsjett 2014	Regnskap 2013
DRIFTSINNEKTER			
Brukerbetalinger (600:619)	-8 316 500	-8 503 000	-9 080 681
Andre salgs- og leieinntekt (620:669)	-29 482 000	-28 233 300	-26 643 538
Overføringer med krav motytelse (700:789)	-13 259 800	-13 346 200	-27 467 861
Rammetilskudd (800:809)	-111 360 000	-114 860 000	-109 858 937
Andre statlige overføringer(810:829)	-8 192 000	-7 147 000	-13 937 045
Andre overføringer (830:869;880:899)	-921 000	-600	-1 579 397
Inntekts- og formueskatt (870:873)	-87 555 000	-86 200 000	-85 730 240
Eoendomsrett	-1 000 000	0	0
Andre dir/indir. skatter (877:879)	0	0	-83 777
Sum Driftsinntekter	-260 086 300	-258 290 100	-274 381 475
DRIFTSUTGIFTER			
Lønnsutgifter (010:089;160:169)	135 724 100	133 569 850	127 812 940
Sosiale utgifter (090:099)	31 217 400	29 602 100	32 069 458
Kjøp inng komm tjpr(100:159;170:285)	34 133 100	26 917 050	27 946 527
Kjøp erstatn komm tj.prod (300:399)	43 970 100	43 126 100	42 776 820
Overføringer (400:499)	10 938 000	15 387 600	22 659 057
Avskrivninger (590:599)	0	0	9 956 092
Fordelte utgifter (29x,69x,79x)	29 600	395 400	0
Sum driftsutgifter	256 012 300	248 998 100	263 220 893
Brutto Driftsresultat	-4 074 000	-9 292 000	-11 160 582
EKSTERNE FINANSTRANSASJONER			
Finansinntekter			
Renteinntekter og utbytte (900:908)	-3 941 000	-4 423 000	-6 293 765
Gevinst finansielle instrum. (909)	0	0	-3 038 911
Mottatte avdrag på utlån (920:928)	-82 000	-50 000	-324 266
Sum ekst. Finansinnt	-4 023 000	-4 473 000	-9 656 942
Finansutgifter			
Renteutg. og låneomkostn. (500:508)	5 784 000	6 441 000	6 061 197
Tap finansielle instrum. (509)	0	0	0
Avdrag på lån (510:519)	6 931 000	7 004 000	6 173 545
Utlån (520:528)	126 000	50 000	367 553
Sum ekst. finansutg.	12 841 000	13 495 000	12 602 296
Res eksterne finanstrans.	8 818 000	9 022 000	2 945 354
Motpost avskrivninger (990:999)	0	0	-9 956 092
Netto driftsresultat	4 744 000	-270 000	-18 171 321
AVSETNINGER			
Bruk av disposisjonsfond (940:947)	-3 451 000	-150 000	-762 347
Bruk av bundne fond (950:959)	-1 321 000	-2 276 000	-1 937 577
Sum bruk av avset.	-4 772 000	-2 426 000	-2 699 925
Overført til invest.regn. (570:579)	0	0	4 034 097
Avsetn. disposisjonsfond (540:547)	0	2 353 000	5 456 124
Avsetninger bundne fond (550:559)	28 000	343 000	10 634 609
Sum avsetninger	28 000	2 696 000	20 124 830
RM mer-/mindreforbruk	0	0	-746 416

ØKONOMISK OVERSIKT - INVESTERINGER

	Budsjett 2015	Oppr. budsjett 2014	Regnskap 2013
INVESTERINGSINNTEKTER			
Salg driftsmidler & eiendom (660:670)	0	-250 000	-82 548
Overfør m/krav til motytelse(700:780)	0	0	-75 000
Statlige overføringer (810)	0	-10 452 000	-5 915 404
Andre overføringer (830:850;880:895)	0	0	-977 086
Renteinntekter og utbytte (900)	0	0	-21 845
Sum inntekter	0	-10 702 000	-7 071 883
INVESTERINGSUTGIFTER			
Lønnsutgifter (010:080;160:165)	0	0	64 556
Sosiale utgifter (090:099)	0	0	6 299
Kjøp inng komm tjpr(100:150;170:285)	900 000	36 539 000	14 394 305
Kommunal tjenesteprod (300:380)	0	0	7 022 544
Overføringer (400:480)	200 000	0	3 485 078
Renteutgifter og omkostninger (500:501)	0	0	0
Sum utgifter	1 100 000	36 539 000	24 972 783
FINANSIERINGSUTGIFTER			
Avdrag på lån (510:511)	850 000	10 892 000	25 928 502
Utlån (520:521)	3 000 000	2 000 000	1 541 000
Kjøp av aksjer og andeler (529)	0	0	449 019
Dekning av tidl.års udekket (530)	0	0	0
Avsetn.ubundne invest.fond (548)	0	0	65 585
Avsetn. til bundne fond (550)	0	0	21 845
Sum finansieringstrans.	3 850 000	12 892 000	28 005 951
Finansieringsbehov	4 950 000	38 729 000	45 906 850
FINANSIERING			
Bruk av lån (910)	-4 100 000	-27 087 000	-13 596 206
Mottatte avdrag på utlån (920)	-850 000	-10 892 000	-25 555 855
Salg av aksjer og eiendeler (929)	0	0	-34 367
Overføringer fra driftsregn(970)	0	0	-4 034 097
Bruk av disposisjonsfond (940)	0	-750 000	-305 504
Bruk av bundne driftsfond (950)	0	0	0
Bruk av ubundne invest.fond(948)	0	0	-10 461
Bruk av bundne invest.fond (958)	0	0	-2 370 360
Sum finansiering	-4 950 000	-38 729 000	-45 906 850
Udekket/udisponert	0	0	0

Prisliste 2015 eks. mva
Materiell, tjenester og personell, beredskapsavdelingen



Tjenester:

Timepris mannskap per. time	660
Innlåsing av nøkkel i nøkkelsafe	660
Hjemmesykepleie - tilkalling ved fall	1340
Hjemmesykepleie - bestilt bæreoppdrag	1340
Bytte flaggsnor (lift med fører og ny line)	1830
Utrykning vannlekkasje minstepris (inntil 2 timer med pumpe/vannsuge)	1830
Konsulenttjenester pr. time	890

Biler med fører:

Lift (pr time) inkl. sjåfør	1830
Mannskapsvogn inkl. sjåfør	1830
Tankbil (ved brannutrykning) pr. time	1830
Tillegg pr. time ut over 2 timer	990
Tankbil - fylling av vann (brønn)	1290
ATV inkl. sjåfør	1090
Kilometerpris for småbiler	6

Alarmer, gebyr:

Gebyr utrykning unødig alarm privat og bedrift (se vedlegg for unødige alarmer og styresak 42/2006)	5110
Heisalarmer, tekniske alarmer pr. gang Nedre Eiker kommune (etter avtale)	1340
Trygghetsalarmer, utplassering og innhenting av Nedre Eiker, pr. gang	1340
Heisalarm	1340
Kontroll alarm i Strømsåstunellen	1340

Vedlikehold brannslanger:

Bensling pr. kupling, inkl. tråd (uten kupling)	330
Lapping pr. hull	330
Vask, trykkprøving og tørking pr. slange	330

Vedlikehold flasker og masker:

Trykkprøving flasker 200 bar, fylling og overhaling av enkel kran	830
Trykkprøving flasker 300 bar, fylling og overhaling av enkel kran	830
Overhaling av enkel kran	270
Invendig syrebehandling av flaske	500

RD Maske vask desinf. testing med dokumentasjon.	390
Lungeautomat, vask og test	280

Utlån av utstyr:

Slanger pr. døgn	280
Grenrør, stender, strålerør pr. del pr. døgn	160
Elektrisk lensepumpe pr. døgn	610
Motorsprøyte pr. dag (fører kommer i tillegg)	2830
Motorsprøyte pr. time (fører kommer i tillegg)	450
Røykdykkerapparat per. dag	730

Dykking:

Dykkeroppdrag minstepris (2 timer dykking 1 time klargjøring før og etter) reisetid kommer i tillegg	10590
Dykking pr. time ut over 2 timer (dykkeleder og 2 dykkerer)	2660
Båt med fører pr. time	1660
Redningsdykkeroppdrag/utrykning (pr. time) til kommuner utenfor DRBVs eierkommuner	5710

Luftfylling:

4 - 7 liter	150
10 - 15 liter	150
30 - 40 liter	200
50 liter	250

Akutt forurensing:

Oljebark pr. sekk	215
Saneringsavgift forurenset bark pr. kg	110
Oljeabsorberende lenser pr. stk.	1430
Vask av oljelenser - påslag ved viderefakturering x 1,3	
Utleie av skjørtlense pr uke	610

Fysisk test

En til tre personer	1170
For flere enn tre	880

Styrebehandlet i forbindelse med budsjett for 2015.

DRAMMENSREGIONENS BRANNVESEN IKS



FORSLAG PRISER FEIETJENESTER ÅR 2015 (Gjennomsnittlig prisøkning 2,1%) FOR FEIING OG TILSYN MED FYRINGSANLEGG I DRAMMEN, KRØDSHERAD, LIER, NEDRE EIKER, SANDE, SIGDAL, SVELVIK OG ØVRE EIKER KOMMUNER.

Kundemottak er i Kobbervikdalen 65, Drammen. Prisene for Drammen, Krødsherad, Lier, Nedre Eiker, Sande, Sigdal, Svelvik og Øvre Eiker kommuner gjelder fra 1.1.2015.
Det betales for de tjenester huseier er tilbudt.

PRISER OG BETALINGSBETINGELSER FOR DRAMMEN, KRØDSHERAD, LIER, NEDRE EIKER, SANDE, SIGDAL, SVELVIK OG ØVRE EIKER.

PRISLISTE, FEIING:	Pris 2015	Inkl. mva
Vanlig skorsteinsløp (pr. stk)	Kr 457	Kr 571
Redusert pris for feiing av flere skorsteinsløp på samme boligenhet (pr. stk.)	Kr 231	Kr 289
Tillegg for eier av boligenhet som ikke gir melding om at feiing ikke passer eller hvis skorsteinsløpet/ene ikke har vært tilgjengelig for feiing ved første fremmøte (prisen er uavhengig av antall skorsteinsløp).	Kr 293	Kr 367
Dersom feier ved 2. gangs fremmøte også møter "stengt dør" eller det er andre hindringer som medfører at feiing ikke lar seg gjennomføre, faktureres det fullt ut selv om feiingen ikke er gjennomført (prisen er avhengig av antall skorsteinsløp).	Minimum Kr 457	Minimum Kr 571
Skorsteinsløp tilknyttet større fyringsanlegg (pr. stk)	Kr 796	Kr 995
Skorsteinsløp i fabrikkskorstein (pr. løpemeter)	Kr 98	Kr 123
Røykrør/røykkanal tilknyttet vanlig skorsteinsløp (pr. stk, inntil 1 meter)	Kr 90	Kr 112
Røykrør/røykkanal tilknyttet vanlig skorsteinsløp (pr. stk, over 1 meter, i tillegg pr. løpemeter)	Kr 60	Kr 75
Røykrør/røykkanal fra større fyringsanlegg (pr. løpemeter)	Kr 134	Kr 167
Røykrør/røykkanal tilknyttet fabrikkskorstein (pr. løpemeter)	Kr 221	Kr 276
Fjerning av beksot-fresing av skorsteinsløp (pr. time)	Kr 503	Kr 629
PRISLISTE, TILSYN:	Pris 2015	Inkl. mva
Vanlige fyringsanlegg – gjelder ett fyringsanlegg pr. boligenhet	Kr 1172	Kr 1464
Redusert pris for tilsyn av flere fyringsanlegg på samme boligenhet (pr. stk.).	Kr 593	Kr 741
Tillegg for eier av boligenhet som ikke gir melding om at tilsyn ikke passer ved første fremmøte (uavhengig av antall fyringsanlegg)	Kr 398	Kr 497
Dersom feier ved 2. gangs fremmøte også møter "stengt dør", faktureres det fullt ut selv om tilsynet ikke er gjennomført (prisen er avhengig av antall fyringsanlegg).	Minimum Kr 1172	Minimum Kr 1464
Større fyringsanlegg (pr. stk)	Kr 2510	Kr 3138
Fabrikkfyringsanlegg (pr. stk)	Kr 3960	Kr 4949

BETALINGSBETINGELSER:

- Hvis eier/bruker av fyringsanlegg som er varslet om feiing/tilsyn ikke er tilstede eller det er tekniske eller andre forhold som feieren ikke kan lastes for som gjør at feiing/tilsyn ikke kan utføres, må eier betale for det utførte arbeidet som er reisetid, rapport og administrative tillegg.
- Hvis eier/bruker ønsker å flytte varslet tidspunkt (dag) for feiing/tilsyn, kan dette avtales med feierseksjonen som kan kontaktes enten ved personlig fremmøte, telefon, telefaks eller e-post. Beboere som har vært på feriereise, sykehusopphold og lignende kan avtale ny tid da de kommer tilbake til boligenheten.
- Hvis eier/bruker ønsker feiing/tilsyn utenom feierens rute betales det vanlige satser.
- Hvis eier/bruker ønsker feiing/tilsyn etter endt arbeidstid, på vanlige ukedager, betales et pristillegg på 50 %.
- Hvis eier/bruker ønsker feiing/tilsyn på lørdager betales et pristillegg på 100 %.

Definisjoner:

Vanlig skorsteinsløp	Tilknyttet mindre fyringsanlegg med innfyrt varmeeffekt inntil 120 kW
Skorsteinsløp tilknyttet større fyringsanlegg	Tilknyttet større fyringsanlegg med innfyrt varmeeffekt over 120 kW
Skorsteinsløp i fabrikkskorstein	Skorsteinsløp i frittstående skorstein som er tilknyttet større fyringsanlegg med innfyrt varmeeffekt over 240 kW.
Fyringsanlegg	Et eller flere ildsteder tilknyttet et skorsteinsløp med røykkanal/røykrør mellom ildsted og skorsteinsløp, lagertank for brensel og fraktesystem for brensel mellom lagertank og ildsted.

Priser for feietjenester er vedtatt i respektive by/kommunestyre.

PRISER FOR IKKE LOVPÅLAGTE TJENESTER.

	Pris 2015	Inkl. mva
Feiing av ildsteder, fyrkjeler, kontroll av fyringsanlegg, m.v. (pr. time) (NB! kontroll av fyringsanlegg: i fritidsboliger, kontroll av skorstein som ikke er tilknyttet ildsted etter eiers eget ønske, rådgiving og veiledning, m. v.)	Kr 738	Kr 923

Drammensregionens brannvesen IKS

Langes gate 11
3044 Drammen

Besøksadresse feierseksjonen:
Kobbervikdalen 65, Drammen

www.drby.no
feierseksjonen@drbv.no

Tlf: **32 20 89 40**
Faks: **32 20 89 99**

Tlf: **32 20 89 45** (priser og fakturaer)

Sak 36/14 Vedlegg 1, undervedlegg c
Fyrverkerigebyr

Kjent deflator for 2014 (3,0 %) legges til grunn for regulering.

Gebyrstørrelser i 2015	Pris 2014	2015 eks mva	2015 inkl mva
Gebyr for behandling av søknad (inkludert administrative utgifter ved første tilsyn)	kr 1 823,00	kr 1 877,69	kr 2 347,11
Gebyr for 1. gangs tilsyn (reisetid, kjøring og tilsyn)	kr 407,00	kr 419,21	kr 524,01
Gebyr for 2. gangs tilsyn	kr 1 045,00	kr 1 076,35	kr 1 345,44

SIGDAL KOMMUNE

Hovedutvalg for helse og sosial

MØTEBOK

Arkivsaknr.: 14/429-12
 Løpenr.: 7327/14
 Arkivnr.: 210 G73
 Saksbeh.: Anne Marie Lobben

Styre/råd/utvalg	Møtedato	Saksnr.
Sigdal Kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne		RFF-/
Eldrerådet		EL-/
Hovedutvalg for helse og sosial	11.11.2014	HS-14/25

REGNSKAPSRAPPORT 3. KVARTAL 2014 HELSE OG SOSIAL

Rådmannens forslag til vedtak:

Regnskapsrapport for planområde 4 Helse og sosial, 3. kvartal tas til orientering.

Saken avgjøres av: Hovedutvalget i Helse og sosial

Saksutredning

Konklusjon:

Planområde 4 har et positivt budsjettavvik på kr 2.247.938,- og ligger med 3 prosent under peridisert budsjett etter 3 kvartal 2014. Dette kan synes svært bra, men det er fortsatt avvik som både er relatert til periodisering og avvik fra forventet fakturaflyt.

Det forventes et merforbruk i størrelsesorden kr 3.665.000,-

Oppsummert i forhold til virksomhetene i Helse og sosial:

For **Sigdalsheimen og hjemmetjenesten** forventes et samlet merforbruk på kr inntil 2 mill. kroner. Rammen for 2014 dekker ikke lønnsveksten som har funnet sted de siste årene, jfr tidligere rapportering. Rammen for 2015 er styrket for å kompensere for noe av dette, se budsjettheftet. Aktivitetsnivået har vært høyt til og med 3. kvartal. Det har imidlertid skjedd endringer i aktivitetsnivået inn i 4. kvartal, ved noe redusert overbelegg og press på tjenesten. Dette gjør det nå noe lettere å gjennomføre sparetiltak og samtidig ivareta kravet om faglig forsvarlighet.

Tjenesteområdet medfinansiering ligger an til merforbruk kr 250.000,-

Tjenester til funksjonshemmede ligger totalt an til et fremskrevet merforbruk på kr 80.000,- mot varslet kr 400.000,- etter 2. kvartal. Merforbruket skyldes tjenesten BPO til hjemmeboende funksjonshemmede, med beregnet merforbruk på kr 500.000,-. Dette er knyttet opp til endringer som fører til lavere forventet statstilskudd enn budsjettet, i tillegg til faktorer varslet i budsjett 2014. Tjenesten omsorgslønn ligger også an til et merforbruk på kr 100.000,-. Derimot ligger

aktivisering an til et mindreforbruk på kr 100.000,- grunnet lavere utgifter til tjenesten fritidskontakt (tidligere støttekontakt). Tjenestene BPA (brukerstyrt personlig assistent) ligger an til et mindreforbruk på kr 150.000,-. Tjenestens bygg ligger samlet sett også an til et lite mindreforbruk. Hovedgrunnene til at fremskrevet merforbruk er redusert er vedtaksendringer fra juli, et avlastningstiltak som starter opp senere enn antatt og reduserte utgifter til fritidskontakt utover i året. Nærmere under tjenestene bak. Det jobbes videre med å komme i balanse innen årets utløp.

Barnevernstjenesten ligger samlet sett an til merforbruk i størrelsesorden 1500.000,-.

Tjenesteområdene under NAV/sosial ligger samlet sett an til merforbruk i størrelsesorden kr 40.000,- .

Tjenesteområdene under helsestasjonen ligger samlet an til mindreforbruk i størrelsesorden 300.000,-.

Tjenesteområdene under legetjenestene ligger an til et merforbruk i størrelsesorden kr 95.000,-

Tjenesteområdene under psykisk helse ligger an til balanse.

Planområde 4 Helse og sosial 3 kvartal 2014:

Tjenesteområde	3. kvartal 2014	Justert budsjett 2014	Vedtatt budsjett 2014	Avvik i kr	Forbruk i prosent	3. kvartal 2013	Just. Årsbudsjett 2014
1000 Politisk styring og kontroll	3 986	28 166	28 166	24 180	14	1 485	38 000
1200 Administrativ ledelse	703 528	704 672	688 551	1 144	100	708 327	977 200
1203 Personal/opplæring/velferd	185 115	188 000	188 000	2 885	98	187 650	188 000
1210 Forvaltning av eiendommer	303 918	347 000	347 000	43 083	88	267 535	347 000
2320 Helsestasjon	1 674 186	1 866 118	1 828 232	191 932	90	1 622 021	2 411 400
2330 Forebyggende arbeid, helse og sosial	1 477 774	1 515 752	1 481 737	37 978	97	0	2 091 500
2340 Aktiviserings- og service eldre og funksjonshemmede	1 978 397	2 613 470	2 390 169	635 073	76	1 770 166	4 133 600
2410 Legetjenester	2 970 890	3 266 402	3 217 549	295 512	91	2 993 439	3 782 900
2411 Fysio-/ergoterapitjeneste	1 745 028	1 803 466	1 773 223	58 438	97	2 000 841	2 328 900
2420 Sosial rådgivn og veiledning	1 019 606	1 361 478	1 325 757	341 872	75	1 583 275	1 769 000
2430 Tilbud til pers m/rusproblemer	195 685	238 109	232 849	42 424	82	12 492	331 200
2440 Barneverntjeneste	215 479	1 237 500	1 237 500	1 022 021	17	772 848	1 650 000
2510 Barneverntiltak i familie	204 325	303 177	302 319	98 852	67	450 453	403 500
2520 Barneverntiltak utenfor familie	4 887 549	3 145 692	3 145 692	-1 741 857	155	4 477 426	4 561 000
2531 BPO i Sigdalsheim	20 511 186	18 996 728	19 091 537	-1 514 458	108	21 262 315	26 943 300
2532 BPO i Bjørkekvisten	385 866	699 517	686 023	313 651	55	322 725	980 600
2540 BPO til hjemmefunkhemmede	13 472 928	15 145 692	15 008 219	1 672 764	89	10 852 674	13 758 200

2541	BPO til hjemmeboende	13 225 581	13 239 828	12 837 621	14 247	100	14 747 504	18 663 100
2550	Medfinans. somatiske tj.	3 153 539	2 900 250	2 900 250	-253 289	109	3 379 385	3 867 000
2560	Akutthjelp helse-/oms.tj.	8 910	0	0	-8 910	0	-306 848	0
2611	Botilbud Sigdalsheimen	2 054 628	2 586 280	2 572 557	531 652	79	2 264 736	3 586 000
2612	Botilbud Bjørkekvisten	43 002	70 728	70 728	27 726	61	37 534	97 000
2650	Kommunalt disponerte boliger	-2 096 222	-1 652 305	-1 661 503	443 917	127	-1 772 672	-2 212 000
2730	Arb.rettede tiltak i kommunal regi	0	27 000	27 000	27 000	0	54 112	36 000
2750	Introduksjonsordning flyktninger	3 540 899	1 914 231	1 891 083	-1 626 668	185	2 036 729	2 915 000
2760	Kvalifiseringsprogrammet	320 600	470 435	466 204	149 835	68	102 656	637 400
2810	Økonomisk sosialhjelp	1 370 223	974 998	974 998	-395 225	141	1 570 428	1 250 000
2830	Bist.etabl.oppreth.eg.bolig	17 187	30 000	30 000	12 813	57	0	0
2850	Tjenester utenfor ordinær kom.ansvarsområde	2 853	0	0	-2 853	0	1 947	0
8500	Statstilskudd flyktninger	-3 962 200	-2 160 000	-2 160 000	1 802 200	183	-2 934 710	-2 880 000
Sum		69 614 446	71 862 384	70 921 461	2 247 938	97	68 466 476	

Tjeneste 1000 Politisk styring og kontrollorganer.

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 24.180,-, og ligger med 86 prosent under periodisert budsjett. Det forventes et mindreforbruk på kr 10.000,-. Budsjett 2015 er justert for dette.

Tjeneste 1200 Administrativ ledelse

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 1.144,-, og ligger med 100 prosent, og er i samsvar med budsjett. Det forventes imidlertid et merforbruk på vel kr 30.000,-. Dette skyldes lønnsugifter og prisstigning på felleskostnader. Budsjett 2015 er justert for dette.

Tjeneste 1203 Personal/opplæring/velferdstiltak

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 2.885,-, og ligger med 2 prosent under periodisert budsjett. Forbruket er i samsvar med budsjett.

Tjeneste 1210 Forvaltning av eiendommer

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 43.083,-, og ligger med 12 prosent under periodisert budsjett. Regnskapet ligger an til balanse. Avviket skyldes manglende fakturering.

Tjeneste 2320 Helsestasjonen.

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 191.932,-, og ligger med 10 prosent under periodisert budsjett. Det forventes imidlertid et mindreforbruk på kr 100.000,-, grunnet innvilget søknad på refusjon på kursvirksomhet, samt at det har vært mindre kostnader knyttet til ICDP og medisinske forbruksvarer i ft budsjett. Grunnet fakturaflyt vil budsjettavviket jfr tabellen bli redusert ilt siste kvartal. Budsjett 2015 er korrigert i forhold til nevnte endringer.

Tjeneste 2330 Forebyggende arbeid, helse.

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 37.978,-, og ligger med 3 prosent under periodisert budsjett. Det forventes balanse:

- **Kommunelege** forventes å gå i balanse.
- **Helse og omsorg, psykisk helse** forventes å gå i balanse.
- **Friskliv** forventes å gå i balanse.

Tjeneste 2340 Aktivisering og service eldre og funksjonshemmede

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 635.073,-, og ligger med 24 prosent under periodisert budsjett.

Det forventes imidlertid et samlet mindreforbruk på kr 95.000,-

- Tilskudd **til LHL-dagsenter** ligger an til balanse.
- **Tono aktivitetssenter og fritidskontakt for funksjonshemmede** forventes å gå med mindreforbruk på 100.000,- mot varslet i balanse etter 2. kvartal. Grunnen til dette er at virksomheten har klart å redusere utgiftene til tjenesten fritidskontakt (tidligere støttekontakt).
- **Aktivitetssenter og fritidskontakt, psykisk helse** forventes å gå med mindreforbruk på kr 80.000,- grunnet innsparing på sykevikar og vikar i sommer og ferie for øvrig.
- **Dagsenteret ved Eggedal Eldresenter** forventes å gå i balanse.
- **Dagsenteret ved Sigdalsheimen** forventes å gå med mindreforbruk på ca kr 75.000,- på grunn av innsparingstiltak / 20 prosent stilling som aktivitet- og kulturkoordinator holdes vakant.
- **Dagsentertilbudet for personer med demens** forventes å gå i balanse.
- **Bussen ved Sigdalsheimen** forventes å gå i balanse, evt et lite mindreforbruk.
- **Ambulerende vaktmester, inkl. drift av trygghetsalarmer** forventes å gå i balanse.
- **Servicetjenesten vask av tøy for hjemmeboende** forventes å gå i balanse.
- **Matombringning** forventes å gå med merforbruk på ca 80.000,-, mot varslet balanse. Dette skyldes inntektssvikt pga redusert behov. Dette er korrigert i budsjett 2015.

Tjeneste 2410 Legetjenester

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 295.512,-, og ligger med 9 prosent under periodisert budsjett.

Det forventes imidlertid et merforbruk på kr 95.000,-.

- **Fastlegeordningen** forventes å gå med merforbruk, grunnet økning sats basistilskudd fra 01.07. kr 60.000,-. Pasientskadeerstatning utbetaling kr 45.000,- over budsjett.
- **Prestfoss legesenter** forventes å gå i balanse
- **Eggedal legekantor** m/turnuskandidat forventes å gå med mindreforbruk på kr 50.000,-. Grunnet høyere inntektsposter turnuskandidat enn budsjettet.
- **Legevakt** forventes å gå merforbruk kr 40.000,-

Tjeneste 2411 Fysioterapi

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 58.438,-, og ligger med 3 prosent under periodisert budsjett. Det forventes imidlertid et samlet mindreforbruk på kr 220.000,-.

- **Fysioterapi-/ergoterapitjenester ved Sigdalsheimen/hjemmetjenesten** forventes å gå med mindreforbruk på kr 70.000,-, grunnet sykelønnsrefusjon /spart på vikarinnleie.
- **Fysioterapitjenester – Helsestasjonen** forventes å gå med mindreforbruk på kr 150.000,-, grunnet sykelønnsrefusjon / spart på vikarinnleie.

Tjeneste 2420 Sosial rådgivning og veiledning

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 341.872,-, og ligger med 25 prosent under periodisert budsjett.

Det forventes imidlertid et mindreforbruk på kr 160.000,-, grunnet innleie av vikar

Tjeneste 2430 Tilbud til personer med rusproblemer.

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 42.424,-, og ligger med 18 prosent under periodisert budsjett. Det forventes balanse.

Tjeneste 2440 Barneverntjeneste

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 1.022.021,-, og ligger med 83 prosent under periodisert budsjett.

Det forventes imidlertid balanse, siden refusjon for interkommunal barneverntjeneste ikke er belastet per 30.09.14.

Tjeneste 2510 Barneverntiltak i familien

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 98.852,-, og ligger med 33 prosent under periodisert budsjett.

Det forventes mindreforbruk på om lag kr 100 000,- grunnet lavere kostnader til kjøp av hjelpetiltak da barneverntjenesten fikk øremerkede midler til å opprette en familieterapeut stilling våren 2014.

Tjeneste 2520 Barneverntiltak utenfor familien

Tjenesten har i følge tabellen et negativt budsjettavvik på kr 1.741.857,-, og ligger med 55 prosent over periodisert budsjett.

Det forventes imidlertid et merforbruk på ca kr 1 500 000,- ved årets slutt. Budsjett bedringen fra 3. til 4. kvartal har årsak i fullt utnyttede refusjonsordninger, harmonisering av drift som får ytterligere virkning i 4. kvartal. Årsak til merforbruk er økt kommunal egenandel for institusjonsplass og nye oppgaver overført til kommune fra stat. Økt tilskudd til kommunen utgjør kr 122.000,- men ivaretar ikke total kostanden på nærmere kr 200.000,- og var ikke tatt høyde for i budsjett 2014. Ny plassering utenfor hjemmet utgjør ca kr 500.000,-. Vedtatt budsjett for 2014 er kr 582.000,- mindre enn det som er foreslått. Gjenstående beløp på kr 400.000,- er manglende planlagt inndekning via fullt utnyttede refusjonsordninger, endring i fosterhjemsavtaler m.v. Harmonisering av drift er nå gjennomført med lik praksis hva gjelder godtgjøring fosterhjem og andre tiltak i den interkommunale tjenesten, alle refusjonsordninger er benyttet fullt ut og det er søkt og overført oppgaver med rettigheter etter annet lovverk. Delvis effekt ventes 4. kvartal 2014, samt full effekt i 2015.

Tjeneste 2531 BPO Sigdalsheimen

Tjenesten har i følge tabellen et negativt budsjettavvik på kr 1.514.458,-, og ligger med 8 prosent over periodisert budsjett. Det forventes imidlertid et merforbruk på ca kr 2.160.000,-.

- **Pleie Sigdalsheimen** forventes å gå med merforbruk på ca kr 2.000.000,- på grunn av lønnsutgifter og vikarbehov, se innledning over.

Det har i 2014 vært en særlig utfordring med ressurskrevende brukere innen demens og alderspsykiatri. Brukere med behov for 1:1 bemanning har skapt store utfordringer og økonomiske konsekvenser for virksomheten gjennom hele 1. halvår. Aktivitetsnivået har vært høyt til og med 3. kvartal. Det oppleves imidlertid noe redusert press på tjenesten og mindre overbelegg inn i siste kvartal. Dette er iverksatt sparetiltak.

Inntektene for oppholdsbetaling forventes å gå i balanse.

- **Kjøkken** forventes å gå med kr 120.000,- i merforbruk, grunnet lønnsutgifter og utgifter til mat. Regnskapet viser merforbruk på matvarer på kr 340.000,- på området. Reelt merforbruk er kr 60.000,-. Det resterende skyldes at det ikke er foretatt intern ompostering av matvarer til 2340 ihht reell bruk. Gjøres ved årsavslutning.
- **Renhold** forventes å gå med merforbruk ca kr 40.000,-. Regnskapet viser merforbruk på kr 217.000,-, men dette må ses i sammenheng med lavt prosentvis forbruk til lønnsutgifter renhold, under bygget Sigdalsheimen pga feil regnskapsføring lønn. Dette er korrigert i budsjett 2015.
- **Trivselsassistenter** forventes å gå i balanse. Trivselsassistenter finansieres hovedsakelig av gavepenger.

Tjeneste 2532 BPO i Bjørkekvisten barne- og avlastningsbolig

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 313.651,-, og ligger 45 prosent under periodisert budsjett.

Det forventes et mindreforbruk på kr 180.000,-, mot varslet balanse etter 2. kvartal.

Etter 2 kvartal ble følgende beskrevet for området: *Med dagens drift hadde området ligget an til et mindreforbruk på 200.000,-. Da det er meldt opp et større nytt behov for tjenesten fra medio september vurderes alikevel området foreløpig i balanse. Dette er noe usikkert da en ikke kjenner omfanget av de nye tjenestene fullt ut foreløpig.* Da denne nye tjenesten ikke trer i kraft før i november ligger området nå an til nevnte mindreforbruk.

Tjeneste 2540 BPO til hjemmeboende funksjonshemmede

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 1.672.764,-, og ligger med 11 prosent under periodisert budsjett. Det forventes imidlertid et samlet merforbruk på kr 450.000,-, mot varslet 500.000,-, etter 2. kvartal. Det er ikke sammenlignbare tall fra 2013 grunnet endringer i antall årsverk og innbetaling til annen kommune som ikke ble gjort før desember 2013.

- **Bjørkealleen bofellesskap, Thorrud bolig, kjøp av tjenester fra annen kommune og privat avlastning** forventes å gå med et merforbruk på kr 500.000,- mot varslet

600.000,- etter 2. kvartal. Dette grunnet faktorer knyttet til statstilskudd og endringer i drift omtalt tidligere. Grunnen til at merforbruket nå framskrives noe lavere er i hovedsak vedtaksendringer fra juli som har positiv effekt på statstilskuddet til ressurskrevende tjenester. En har i tillegg klart å gjennomføre redusert bemanning knyttet til endret behov.

- **Brukerstyrt personlig assistent (BPA)** forventes å gå med et mindreforbruk på kr 150.000,- som varslet etter 2. kvartal. Dette vesentlig på grunn av noe høyere forventet statstilskudd enn budsjettet. Dette er med dagens vedtak på tjenester.
- **Omsorgslønn** forventes å gå med et merforbruk på kr 100.000,- mot varslet 50.000,- etter 2. kvartal. Dette grunnet nytt vedtak.

Tjeneste 2541 BPO til hjemmeboende

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 14.247,-, og ligger med 100 prosent og er i samsvar med budsjett. Det forventes imidlertid et merforbruk på kr 120.000.

- **Leiebilene** forventes å gå i balanse.
- **Hjemmesykepleie** forventes å gå med et merforbruk på vel kr 200.000,-, mot 500.000,- varslet etter 2. kvartal. Endringen skyldes intern ompostering av lønn til vikarer i vikarsentralen til Sigdalsheimen ihht reell bruk, som ikke er foretatt enda. Gjøres ved årsavslutning. Samt at det spares strengere på vikarinnleie siste halvår. Merforbruket på området skyldes lønn og vikarbruk, se innledning.
- **Hjemmehjelp** forventes å gå med mindreforbruk på 180.000,- på grunn av redusert behov.
- **Tjenestene i omsorgsboligene Prestfosstunet og Eggedal Eldresenter** forventes å gå med merforbruk i størrelsesorden kr 150.000,- av samme grunn som hjemmesykepleien.
- **Husmorvikar** forventes å gå med mindreforbruk på kr 50.000,- Grunnet sykelønnsrefusjon /spart på vikarinnleie.

Tjeneste 2550 Medfinansiering somatiske tjenester

Tjenesten har i følge tabellen et negativt budsjettavvik på kr 253.289,-, og ligger med 9 prosent over periodisert budsjett.

Det forventes et merforbruk på kr 250.000,-, vurdert ut fra sammenligning av tall fra HOD 2012, 2013 og hittil i år. Denne ordningen avvikes fra 2015. Budsjett og regnskap for utskrivningsklare pasienter er innlemmet i drift av Sigdalsheimen.

Tjeneste 2560 Akutthjelp helse og omsorgstjenester

Tjenesten har i følge tabellen et negativt budsjettavvik på kr 8.910,-, og ligger med 0 prosent er i samsvar med budsjett. Feilføring kr 475.461,- mot 2550 er omposter 4 kvartal.

Det forventes balanse. Mindreforbruket på dette området per nå salderes mot 2531 Sigdalsheimen. Dette er korrigert i budsjett 2015, ved at andel lønn overføres dette området.

Tjeneste 2611 Botilbud Sigdalsheimen

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 531.652,-, og ligger med 21 prosent under periodisert budsjett.

Det forventes imidlertid et reelt mindreforbruk på kr 160.000,-, grunnet forventet lave

energikostnader. Deler av regnskapet må sees i sammenheng med Sigdalsheimens regnskap pga feilføring av lønn til renholdspersonell. Dette er korrigert i budsjett 2015.

Tjeneste 2612 Botilbud Bjørkekvesten

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 27.726,-, og ligger med 39 prosent under periodisert budsjett. Forbruk på 60 prosent etter 3. kvartal. Ligger an til et mindreforbruk på 25.000,- som varslet etter 2. kvartal.

Tjeneste 2650 Kommunalt disponerte boliger

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 443.917,-, og ligger med 27 prosent over periodisert budsjett. Det forventes imidlertid et /mindreforbruk på kr 285.000,-. Dette pga lave energikostnader samt noe lavere utgifter til kommunale avgifter enn budsjettet, samt lite behov for reparasjoner/vedlikehold så langt i år, samt positiv effekt av økte husleier (indeksregulering).

- **Omsorgsboligene Prestfosstunet** forventes mindreforbruk på kr 50.000,-
- **Eggedal Eldresenter** forventes mindreforbruk 95.000,-
- **Heimtun** forventes mindreforbruk på 65.000,-
- **Aldersboligene i Prestfoss** forventes et mindreforbruk på 40.000,-
- **Aldersboligene i Eggedal** forventes alle med mindreforbruk 10.000,-
- **Tono Aktivitetssenter** ligger an til et mindreforbruk på 25.000.
- **Bjørkealleen bofellesskap og Thorruddbolig** forventes å gå i balanse.

Tjeneste 2730 Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 27.000, og ligger med 0 prosent i periodisert budsjett.

Det forventes imidlertid et mindreforbruk på kr 36.000,-. Det er på dette området budsjettet 36.000,- fordelt på 2 vedtak. Begge disse er nå avsluttet, og området ligger av den grunn an til tilsvarende mindreforbruk.

Tjeneste 2750 Introduksjonsordning flyktninger

Tjenesten har i følge tabellen et negativt budsjettavvik på kr 1.626.668,-, og ligger med 85 prosent over periodisert budsjett. Det forventes imidlertid balanse da aktiviteten innen flyktningetjenesten ligger innenfor det som blir dekket av statlige IMDI-midler. Se tjenesteområde 8500 Statstilskudd flyktninger.

Tjeneste 2760 Kvalifiseringsprogrammet

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 149.835,-, og ligger med 32 prosent under periodisert budsjett. Det forventes imidlertid et mindreforbruk på kr 200.000,-, grunnet at det er mindre aktivitet enn budsjettet. Ny deltager fra desember.

Tjeneste 2810 Økonomisk sosialhjelp

Tjenesten har i følge tabellen et negativt budsjettavvik på kr 395.225,-, og ligger med 41 prosent over periodisert budsjett. Det forventes imidlertid et merforbruk på kr 400.000,- mot antydnet merforbruk 600.000,- i 2. kvartalsrapporten, pga stabilisering på området.

Tjeneste 2830 Husbankens ordninger. Bistand til etablering og drift av egen bolig

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 12.813,-, og ligger med 43 prosent under periodisert budsjett. Det forventes balanse da kostnader dekkes opp med statlige tilskudd. Eventuelt ubrukte midler avsettes til bundet fond når regnskapet avsluttes.

Tjeneste 2850 Tjenester utenfor ordinært kommunalt ansvarsområde:

Gjennom året føres kommunens utlegg for statlig andel av utgifter til drift av felles NAV kontor, og statlig refusjon for kommunens utlegg. Ender i balanse ift budsjett 0,-.

Tjeneste 8500 Statstilskudd flyktninger

Tjenesten har i følge tabellen et positivt budsjettavvik på kr 1.802.200, og ligger med 83 prosent over periodisert budsjett. Det forventes imidlertid balanse da kostnader på tjenesteområde 2750 Introduksjonsordning flyktninger dekkes opp med statlige tilskudd (8500 Statstilskudd). Eventuelt ubrukte midler avsettes til bundet fond når regnskapet avsluttes.

INVESTERINGER

Pr.nr.	År	Prosjekt	Budsjett vedtatt total pr. 30.09.2014 A	Sum brukt totalt pr. 30.09.2014 B	Brukt i 3. kv. 2014	Rest bevilgning A - B	Kommentar
030001	2014	Trygghetsalarmer på mobil	240 000	0	0	240 000	Ca 70.000,- vil gå til tr.hetsalarm på mobil, for øvrig omdisponeres nødvendige midler til dekn. av merkostn. Pda, prosjekt 030012. det øvrige skyves ut i tid; analoge system utrang. ca 2017.
030010	2009	Utredning og utvidelse av Sigdalsheimen	33 580 000	1 454 122	492 521	32 125 878	Ferdigstilles 28.09.2015. 40% investeringstilskudd
030011	2011	Ny heis og hovedinngang Sigdalsheimen	1 900 000	1 634 074	11 970	265 926	Ferdigstilles 28.09.2015. 40% investeringstilskudd
030012	2013	Innkjøp PDA	120 000	6 344	6 344	113 656	Tiltak for effektivisering av Hjemmetjenesten; del av velferdsteknologi (mobile terminaler til pasientdok.); kjøpes inn høst 2014. Midler til å dekke merkostnader i prosjektet tilføres fra prosjekt 03001 Trygghetsalarmer for mobil.
030013	2014	Solskjerming Sigdalsheimen	200 000	200 000	200 000	0	Utført
030014	2014	Pleie- og rehabiliteringsutstyr SH	100 000	47 201	47 201	52 799	Utføres i løpet av 2014
030015	2014	Ombygging av veranda 2.etasje SH	282 000	0	0	282 000	Avventes til etter utbygging, pga den totale prosjektmengen som berører driften på Sigdalsheimen. Utføres 2015/2016

030016	2014	Velferdsteknologi SH	187 000	0	0	187 000	Ses sammen med flere kommuner, avtaler med HF, overordn. Arbeid/ Prosess starter i LSU.(Effektivisering av samarb. m andre aktører: Legevakt, HF, andre sykehus m.v.) Prosjektet forskyves til 2016
030022	2014	Oppussing park.plass og uteomr. Thorrudbygg	200 000	86 927	86 927	113 073	TTF: asfaltering Utført juli 2014, øvrig arbeid ferdigstilles våren 2015
030030	2011	Omsorgsboliger Prestfoss	16 160 000	16 127 162	17 294	32 838	Avsluttes november 2014. Ettårsbefaring utført. 30% investeringstilskudd
030040	2012	Universell utformet flyktningebolig	3 367 100	3 152 413	0	214 687	Avsluttes 2014. Ettårsbefaring utført oktober 2014. Tilskudd for utleiebolig 20%
030050	2014	Carport - hjemntenestene Pr. og Eggedal	250 000	0	0	250 000	150.000 ble i sak FS 13/51 omdisponert til prosjekt 030010 da parkeringskjeller inngår her. De resterende 100.000,- omdisponeres til opparbeiding av utearealene rundt trygdeboligene. Tas i sammenheng med prosjekt Utvidelse Sigdalsheimen 030010

**PROSJEKTER I
DRIFT**

Pr.nr.	År	Prosjekt	Budsjett vedtatt total pr. 30.09.2014 A	Sum brukt totalt pr. 30.09.2014 B	Brukt i 3. kv. 2014	Rest bevilgning A - B	Kommentar
930010	2005	Rehabilitering trygdeboliger, Sigd.hejmen	525 000	397 431	116 640	127 569	Malerarbeidene utført sept. 2014. Tak trygdeboliger er skiftet. Gjenstår til 2015: skifte tak garasje/behandling vegger stabbur. Avsluttes 2015.
930011	2013	Trygdeboliger, innvendig vedlikehold	50 000	17 663	0	32 337	Gjenstår noe mindre arbeid i en bolig, gjøres av egne ansatte. Gjøres ved utflytting.
930021	2013	Riving av uthus Helsestasjon/park.plass	50 000	29 605	3 986	20 395	Oppr. var prosjektet tiltenkt «utredning, framtidig løsning for bygg Helsestasjonen». Prosjektet ble omdisp. I sak ks 13/64 til å rive uthus og anlegge grusparkering. Prosj. Er ikke endelig avsl. Restmidler brukes til videre utredning fr.tidig bygg. Ses sammen med utvikling for øvrig i dette området.
930030	2012	Etterisolering Thorrudbygget	25 000	0	0	25 000	Ikke påbegynt per oktober 2014. Har sendt klage til entreprenør og arkitekt.Følges opp.

930040	2012	Brannverntiltak og oppgradering planløsning	100 000	16 404	0	83 596	Delvis utført. Brannør i Prestfosstun er ferdigstilt. Oppgrad av planløsn rehab.avd ses sammen med utvidelse av SH. Ferdigstilles 2015.
930051	2014	Gulv Tono	80 000	49 108	49 108	30 892	Utført 1.halvår 2014. Restmidler omdisponeres til prosjekt 930070 bad Bjørkealleen.
930061	2013	Ny tøyrulle Sigdalsheimen	80 000	0	0	80 000	Omdisponert fra «ny dampovn kjøkken SH». Kjøpt inn oktober 2014.
930062	2014	Utbedring av vaskeriet	200 000	0	0	200 000	Prosjektering igangsatt. Innkjøp pågår. Arbeidene fortsetter i 2015
930070	2013	Baderom Bjørkealleen-oppussing	80 000	0	0	80 000	2 bad renoveres i 2014, de øvrige badene tas jfr øk plan. 30 000 omdisponeres (tilføres) fra avsluttet prosjekt 930051 Gulv Tono, jfr tilbud 2 bad.
930071	2014	Utbedring av gulv, ganger Bjørkealleen	50 000	0	0	50 000	Utføres nov/des 2014.
930080	2013	Nordboligen, utvendig vedlikehold	100 000	75 000	75 000	25 000	Pågår, ferdigstilles ila 2014
930090	2013	Eggedal eldrecenter, teknisk utstyr	60 000	56 080	56 080	3 920	Ferdig

SIGDAL KOMMUNE

Hovedutvalg for helse og sosial

MØTEBOK

Arkivsaknr.: 14/887-4
 Løpenr.: 7330/14
 Arkivnr.: 026 G21
 Saksbeh.: Anne Marie Lobben

Styre/råd/utvalg	Møtedato	Saksnr.
Sigdal Kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne		RFF-/
Eldrerådet		EL-/
Hovedutvalg for helse og sosial	11.11.2014	HS-14/26
Formannskapet	27.11.2014	FS-/
Kommunestyret	12.12.2014	KS-/

REVIDERT AVTALE OM VERTSKOMMUNESAMARBEID - RINGERIKE INTERKOMMUNALE LEGEVAKT

Rådmannens forslag til vedtak:

Under forutsetning av likelydende vedtak i alle samarbeidskommunene, godkjenner Sigdal kommune at Flå kommune etableres som fullverdig deltager i Ringerike interkommunale legevakt. Vedlagt revidert samarbeidsavtale mellom partene godkjennes.

Saken avgjøres av: Kommunestyret

Vedlegg:

- Forslag til revidert «Avtale om vertskommunesamarbeid, - Ringerike interkommunale legevakt»

Saksutredning

Bakgrunn:

Ringerike interkommunale legevakt er i dag etablert i lokaler ved Ringerike sykehus, og består av samarbeidskommunene Ringerike, - Hole, - Jevnaker, - Modum, - Sigdal og - Krødsherad kommune.

Den interkommunale legevaktordningen skal dekke det ansvaret som kommunene har, etter lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav a. Samarbeidsavtalen om drift av felles interkommunal legevakt inngås med hjemmel i kommuneloven § 28-1 a. Samarbeidet er et administrativt vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28-1 b.

Etter at den nye veien Sokna- Ørgenvika er åpnet, opplever Flå kommune at reisetiden med bil til Hønefoss er kortet inn med 20 minutter. I tillegg arbeider mange av Flå kommunes innbyggere i Ringerike og mange frekventerer Hønefoss jevnlig. Flå kommune har derfor rettet en henvendelse til Ringerike legevakt om å få delta i denne på like linje med de andre samarbeidskommunene. Henvendelsen har blitt behandlet i Samarbeidsutvalget for legevakta som i prinsippet stiller seg positivt til henvendelsen.

I dagens samarbeidsavtale står det i pkt.6.1.:

«Vertskommunen forestår forhandlingene med eventuelle nye deltakere om betingelsene for inntreden i samarbeidet, herunder kostnader knyttet til eksisterende utstyr. Utvidelse av samarbeidet med flere deltagere krever godkjenning i alle deltagerkommunenes kommunestyrer».

Ringerike kommune har forestått forhandlinger med Flå kommune om betingelser for inntreden i samarbeidet, herunder kostnader knyttet til eksisterende utstyr. De samme prinsipper som ble benyttet da Jevnaker kommune ble en del av legevakten er fulgt. Flå kommunestyret har akseptert de framforhandlede betingelser. Saken legges derfor nå fram for behandling i de respektive samarbeidskommuner.

Vurdering:

Flå kommune er en kommune i Ringerike sykehus sitt «nedslagsområde», og det er naturlig og riktig at kommunen inngår avtale om bruk av nærmeste etablerte legevakt. Flå kommune er en relativt liten kommune med 1 050 innbyggere (1. jan 2012). De økonomiske konsekvenser er derfor marginale, både for legevakten og for de allerede samarbeidende kommuner. Vedlagt følger en oppdatert samarbeidsavtale. Vertskommunens juridiske enhet har gått igjennom avtaleteksten, og enkelte presiseringer, forenklinger og endringer i ordlyden er gjort, men endrer ikke avtalens innhold eller intensjon. Rådmannen anbefaler den foreslåtte utvidelse.

Avtale om vertskommunesamarbeid

Ringerike interkommunale legevakt

1. Allmenne bestemmelser

1.1 Parter

Partene i denne avtalen er:

- a. Ringerike kommune (heretter kalt vertskommunen), organisasjonsnummer: 949 199 925
- b. Jevnaker kommune (heretter kalt samarbeidskommunen), organisasjonsnummer: 961 381 363
- c. Hole kommune (heretter kalt samarbeidskommunen), organisasjonsnummer: 960 010 833
- d. Modum kommune (heretter kalt samarbeidskommunen), organisasjonsnummer: 970 491 589
- e. Krødsherad kommune (heretter kalt samarbeidskommunen), organisasjonsnummer: 964 962 855
- f. Sigdal kommune (heretter kalt samarbeidskommunen), organisasjonsnummer: 964 962 766
- g. Flå kommune (heretter kalt samarbeidskommunen), organisasjonsnummer: 964951462

Vertskommunen og samarbeidskommunene utgjør "deltakerkommunene" og er sju selvstendige rettssubjekter, heretter kalt «partene».

1.2 Formål og rettslig grunnlag

Den interkommunale legevaktordningen skal dekke det ansvaret som kommunene har, etter lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav a.

Samarbeidsavtalen om drift av felles interkommunal legevakt er inngått med hjemmel i kommuneloven § 28-1 a. Samarbeidet er et administrativt vertskommunesamarbeid etter kommuneloven § 28-1 b.

1.3 Varighet

Samarbeidsavtalen gjelder fram til 31.12.2019. Avtalen løper videre for ytterligere tre år om gangen dersom den ikke sies opp innen ett år før utløpsdato. Se for øvrig bestemmelse om uttrede av avtalen, punkt 6.2.

1.4 Samarbeidsmøtet og samarbeidsorganets oppgaver

Det gjennomføres interkommunale samarbeidsmøter (IS møter) mellom partene. Her møter rådmennene (eller den han/hun bestemmer) fra hver deltakerkommune, leder for legevakten eventuelt supplert med legevaktens medisinskfaglige leder.

Samarbeidsmøtet gjennomføres med to møter per år (ett møte/halvår), og vil være et forum for strategi, utveksling av informasjon, behandling av avvik på systemnivå og samhandling. Samarbeidsmøtet skal bl.a. behandle:

- Budsjettspørsmål (men det er deltakerkommunene som vedtar budsjettet jfr. punkt 5.1)
- Regnskap,
- Revisjonsrapporter,

- Vesentlige saker av betydning for bemanning, handlingsplaner og samarbeidet med kommunenes helse og sosialtjeneste, herunder fastleger.

Ut over dette melder deltagerkommunen inn saker ved behov.

Ringerike interkommunale legevakt skal holde god kontakt med deltagerkommunen og dennes medisinskfaglige miljø og tilgrensende fagorganer. Der hvor det kan være formålstjenlig å samordne interkommunal legevakt med andre interkommunale tiltak, skal dette utredes.

2. Administrasjon

2.1 Arbeidsgiverforhold

Vertskommunen har driftsansvaret for legevakta, og ivaretar arbeidsgiveransvaret for alle ansatte i Ringerike interkommunale legevakt. Legevakta inngår i Ringerike kommunes driftsorganisasjon, og ansettelser i Ringerike interkommunale legevakt skjer av det organ og etter de retningslinjer som gjelder for vertskommunen.

2.2. Forpliktelse til deltagelse for fastleger i deltagerkommunene.

Leger med fastlegeavtale i de samarbeidende kommunene er forpliktet til å delta i den interkommunale legevaktordningen. Dette skal klart framkomme av den enkelte kommunes avtaler med sine fastleger. Søknad om fritak fra ordningen, fra den enkelte lege, skal fremlegges for medisinskfaglig ansvarlig lege til uttalelse, før den aktuelle kommune behandler søknaden. Partene har selv arbeidsgiveransvaret for egne ansatte leger.

3. Delegasjon og kontroll

3.1 Delegering av myndighet fra samarbeidskommunene til vertskommunen

Forutsetning for denne avtalen er at kommunestyret i samarbeidskommunene gir rådmannen i egen kommune adgang til delegering av myndighet til rådmannen i vertskommunen jfr. kommuneloven § 28-1 b pkt. 3.

Rådmannen i samarbeidskommunene delegerer til rådmannen i vertskommunen å løse samarbeidskommunens oppgaver på sine vegne. Det forutsettes at rådmannen i vertskommunen videredelegerer i overensstemmelse med vertskommunens organisasjonsstruktur og reglement, jfr. kommunelovens § 28-1 b pkt. 3.

Delegasjonen fra samarbeidskommunene iht. forrige ledd skal gi rådmannen i vertskommunen fullmakt til å fatte avgjørelser i saker som ikke er av prinsipiell betydning, jfr. kommunelovens § 28-1 b pkt. 1. Uavhengig av den generelle fullmakten iht. forrige setning, kan den enkelte samarbeidskommune i saker som kun gjelder dem, avtale spesielle forhold.

For øvrig gjelder kommuneloven § 28-1 b nr. 5 og 6.

Vertskommunen plikter å gi melding til Fylkesmannen i Buskerud når vertskommunesamarbeidet etableres eller endres.

3.2 Om kontrollutvalg og lovlighetskontroll

Vertskommunens kontrollutvalg er kontrollutvalg for Legevakten, jfr. kommuneloven § 28-1 j. For krav om lovlighetskontroll av virksomheten gjelder kommuneloven § 28-1 h.

4. Behandling av klager fra innbyggere/pasienter og informasjonstiltak

4.1 Klagesaksbehandling

Dersom den interkommunale legevakten eller vertskommunen fatter vedtak som kan påklages etter forvaltningsloven § 28 første ledd, er det den deltakerkommunen der klager har fast bosted som er klageinstans, jfr. kommuneloven § 28-1 f, pkt.1. Vertskommunen er underinstans etter forvaltningslovens bestemmelser, jfr. forvaltningslovens § 33 og kommuneloven § 28-1 f nr. 3.

Den enkelte deltakerkommune står rettslig og økonomisk ansvarlig overfor egne innbyggere (eller tidligere bosatte) for de vedtak som treffes i samarbeidet. Dette ansvaret omfatter også økonomisk ansvar for erstatningskrav forbundet med legevaktjenesten.

4.2 Informasjon

Vertskommunen har i nært samarbeid med samarbeidskommunen, ansvaret for å gjøre legevaktas tjenester kjent overfor innbyggerne i deltakerkommunene og andre relevante instanser. Dette kan bl.a. skje gjennom presseoppslag, informasjonsbrosjyrer, samarbeidskommunenes internettsider og annet informasjonsmaterieil.

Nødvendig informasjon til kommunelegene gis av medisinskfaglig ansvarlig lege ved legevakta.

5. Budsjett og økonomirapportering

5.1 Budsjett / Fordeling av utgifter

Vertskommunen utarbeider utkast til årlig driftsbudsjett for Ringerike interkommunale legevakt og oversender budsjettutkastet til samarbeidskommunene innen 1. september hvert år.

Kostnadene for legevaktordningen fordeles på deltakerkommunene etter en kostnadsfordelingsnøkkel lik antall innbyggere i deltakerkommunen den 1. januar i regnskapsåret dividert på det samlede antall innbyggere i deltakerkommunene tilsammen. Kommunene bærer selv sine kostnader til NPE (Norsk PasientskadeErstatning).

Det er deltakerkommunene som vedtar Ringerike interkommunale legevakt sitt budsjett. Budsjettet er gyldig når alle kommunene har vedtatt dette.

Dersom kommunestyrene ikke blir enige om årsbudsjett/økonomiplan for kommende år, legges innværende årsbudsjett og gjeldende økonomiplan, justert for lønns- og prisstigning (statsbudsjettets forutsetninger), som budsjett for kommende år.

På grunnlag av krav utstedt av vertskommunen, dekker samarbeidskommunene sine deler av utgiftene forskuddsvis. Beløpet forfaller med en halvpart 1. februar og 1. august hvert år.

Ubrukte midler avsettes på fond til bruk etterfølgende år. Deltakerkommunene mottar tertialrapport fra vertskommunen som beskriver kostnadsutvikling og prognoser, jfr. punkt 5.3.1. Ved et evt. underskudd avregnes dette mellom deltakerkommunene i henhold til kostnadsfordelingsnøkkel (jfr.1 avsnitt)

Ved opphør av samarbeidet, skal evt. innkjøpt løsøre/inventar og utstyr takseres og fordeles forholdsmessig mellom deltakerkommunene etter fordelingsnøkkelen.

5.2 Regnskap

Vertskommunen fører regnskap for Ringerike interkommunale legevakts drift. Regnskapet følger bestemmelsene som gjelder for interkommunalt samarbeid og føres som eget regnskap i vertskommunens driftsregnskap. Godtgjøring for dette framkommer av legevaktens budsjett. Regnskapet skal føres slik at korrekt KOSTRA rapportering kan ivaretas av den enkelte kommune på en effektiv måte. Ansvar som påhviler den enkelte kommune om å rapportere informasjon om ressursbruk og tjenesteyting til bruk i nasjonale informasjonssystemer (KOSTRA, o.a.), blir ikke endret ved denne avtalen.

5.3 Økonomirapportering

5.3.1 Tertialrapport

- Vertskommunen avgir tertialrapporter per 30. april og 31. august.
- Eventuelle avvik skal påpekes og forklares.
- Frist for oversendelse fra vertskommune til deltakerkommunene er 15. mai og 15. september.
- Rapporten skal gi deltakerkommunene korrekt grunnlag for rapportering til KOSTRA.

5.3.2 Årsrapport

- Vertskommunen utarbeider årsrapport med relevant statistikk for tjenesten.
- Årsrapport økonomi pr. 31. desember (3. tertial) settes opp med hovedtall, regnskap mot budsjett og fordeling på kommunene.
- Årsrapport sendes alle deltakerkommunene. Frist 5. februar.

5.3.3. Årsmelding

- Beskriver måloppnåelse, inkludert tall på overordnet nivå. Avvik skal påpekes og forklares. Nye utfordringer og muligheter som avdekkes bør påpekes i årsmeldingen (evt. i vedlegg).
- Årsmeldingen sendes alle deltakerkommunene så snart denne er klar, og senest 15. mars slik at deltakerkommunene kan få med seg relevant info i sine årsmeldinger.

Vertskommunen er videre ansvarlig for å ivareta samarbeidskommunenes innsyns- og informasjonsbehov.

6. Endringer og oppløsning av samarbeidet

6.1 Utvidelse av samarbeidet

Vertskommunen forestår forhandlingene med eventuelle nye deltakere om betingelsene for inntreden i samarbeidet, herunder kostnader knyttet til administrasjon, lokaler, eksisterende utstyr og andre driftsmidler. Utvidelse av samarbeidet med flere deltagere krever godkjenning i alle deltakerkommunenes kommunestyre.

6.2 Uttreden av samarbeidet eller oppløsning

Kommunene kan med ett års skriftlig varsel si opp sitt deltakerforhold i Ringerike interkommunale legevakt og kreve seg utløst fra avtalen. Avtalen kan bare sies opp med virkning fra neste avtaleår jfr. kommuneloven § 28-1 i.

For øyeblikkelig oppløsning gjelder kommuneloven § 28-1 i.

Ved uttreden/endringer/avvikling av samarbeidet har Ringerike kommune, som vertskommune, ansvar for ivaretagelse av arbeidsrettslige rettigheter ved omstilling, jfr. arbeidsmiljølovens bestemmelser. De øvrige deltakerkommunene forplikter seg til å bistå Ringerike kommune når det gjelder å finne passende stillinger for overtallig bemanning

6.3 Endring av avtalen

Forslag om endringer i denne avtalen kan tas opp til drøfting i samarbeidsmøtet dersom det reises krav om dette fra en av partene. Eventuelle endringer krever godkjenning fra kommunestyrene i alle deltakerkommunene. Endringsforslag kan ikke fremmes for behandling i kommunestyrene dersom forslaget ikke får tilslutning i samarbeidsmøtet av minst to kommuner med minst 30 % av innbyggertallet bak seg.

Endringer i avtalen skal foretas skriftlig og undertegnes av alle parter.

6.4 Tvisteløsning

Tvist om avtalen eller om hvordan elementer i avtalen skal forstås, løses gjennom forhandlinger mellom partene og avgjøres av en voldgiftsnemnd på tre medlemmer oppnevnt av Fylkesmannen i Buskerud (vertskommunens fylke) dersom enighet gjennom forhandlinger ikke oppnås. Det samme gjelder tvist om utgiftsfordelingen.

7. Ikrafttredelse

Avtalen trer i kraft fra 1.5.2015. Deltakerkommunene forplikter seg til å gjennomføre kommunestyrebehandling og delegere myndighet til vertskommunens iht. avtalens punkt 3.1 innen avtalt ikrafttredelsestidspunkt.

Ringerike kommune . .14

Ordfører

Hole kommune . .14

Ordfører

Modum kommune . .14

Ordfører

Krødsherad kommune . .14

Ordfører

Sigdal kommune . .14

Ordfører

Flå kommune . .14

Ordfører

Jevnaker kommune . .14

Ordfører

SIGDAL KOMMUNE
Hovedutvalg for helse og sosial

MØTEBOK

Arkivsaknr.: 13/1108-3
Løpenr.: 7331/14
Arkivnr.: 076 G73
Saksbeh.: Anne Marie Lobben

Styre/råd/utvalg	Møtedato	Saksnr.
Hovedutvalg for helse og sosial	11.11.2014	HS-14/27

SØKNAD OM GAVEMIDLER TRIVSELSASSISTENTER SIGDALSHEIMEN 2015

Saken avgjøres av: Hovedutvalget for Helse og sosial

Vedlegg: For oversikt over gavekonti som disponeres av hovedutvalget for Helse og sosial, se budsjetteftet for 2015

Saksutredning

Konklusjon:

Ordningen med trivselsassistenter ved Sigdalsheimen videreføres med en ramme på kr 171.000,-. Ordningen finansiering av testamentariske gavemidler: Ovestad-gaven: kr 97.000,-. Det resterende finansieres over Sigdalsheimens driftsbudsjett (kr 74.000,-).

Bakgrunn:

Trivselsassistentordningen har eksistert siden sommeren 2002. Se tidligere saker. Trivselsassistentene utfører oppgaver som det ordinære personalet ikke har tid til å utføre. Arbeidsoppgavene trivselsassistentene utfører blant annet lesing av aviser og annet lesestoff, de spiller kort og andre typer spill med beboerne, de synger og får med beboerne i sang, vaffelsteiking etc. De er med under måltider. Alle oppgaver de utfører er av sosial karakter som gir beboerne en økt livskvalitet.

Beboerne gir uttrykk for at tilbudet dekker behovet for sosialt samvær med andre da de ellers ville ha sittet mye alene. Det er liten tid til trivselstiltak via pleiepersonalet da beboerne her er dårligere enn før og trenger derfor mer hjelp til vanlige pleiebehov som skal dekkes.

Dette tiltaket har inntil 2007 vært mulig ved at det har blitt finansiert av midler fra Ovestad gaven. Det er vedtatt at det kun skal brukes av renteinntektene fra denne gaven. Det lave rentenivået førte til at dette ikke var nok fra 2007. Andre gavekonti har vært benyttet de årene rentemidlene fra Ovestadgaven ikke har vært tilstrekkelig. Tiltaket med trivselsassistenter er vellykket og det er videreført innenfor de økonomiske rammene som har vært forsvarlig i forhold til gavekontoene som kan benyttes til denne type tiltak.

På grunn av lavt rentenivå vil vi ikke kunne opprettholde samme omfang i forhold til trivselsassistenter. Det er per nå ikke andre gavekonti som er tilgjengelig for denne type tiltak. Sigdalsheimen har derfor besluttet å supplere med midler fra driftsbudsjettet.

I 2012 ble turnus for trivselsassistenter satt opp i forhold til en ramme på kr 260.000,-. For 2013 vil rammen for trivselsassistenter være kr 150.000,-. For 2014 var rammen kr 162.000,-. For 2015 vil rammen være 171.000,-

Vurdering:

Tjenesten har t.o.m. 2013 blitt finansiert i sin helhet av gavemidler, derav tidligere budsjettramme på 0,- kroner. Tjenesten måtte reduseres kraftig i 2013 på grunn av begrensede gavemidler og et meget stramt driftsbudsjett. Gavepenger til disposisjon rakk i 2014 ikke til videreføring av tjenesten fra 2013, kr 55.000,- ble omprioritert for å finansiere ordningen. I 2015 er det kr 74.000,- som finansieres over virksomhetens ramme. Tjenesten er et svært positivt tiltak og av avgjørende betydning for Sigdalsheimen å opprettholde. Det er en rimelig tjeneste med stor nytte. Den er til glede for beboerne og til god hjelp og avlastning til pleiepersonalet i en presset arbeidshverdag. Samtidig har ordningen en betydelig rekrutterende effekt da mange av assistentene går over i pleien og inn i helgestillinger når de fyller 18 år.

SIGDAL KOMMUNE

Hovedutvalg for helse og sosial

MØTEBOK

Arkivsaknr.: 14/182-10
 Løpenr.: 7328/14
 Arkivnr.: 060
 Saksbeh.: Anne Marie Lobben

Styre/råd/utvalg	Møtedato	Saksnr.
Hovedutvalg for helse og sosial	11.11.2014	HS-14/28

MELDINGER HELSE OG SOSIAL 11.11.14

Rådmannens forslag til vedtak:
Meldingene tas til orientering.

Saken avgjøres av: Hovedutvalget for Helse og sosial

Vedlegg:

- «Referat- Samarbeidsmøte Ringerike Interkommunale Legevakt / Styringsgruppe for kommunale øyeblikkelig døgnplasser (KØH) 11. september 2014»
- «Prosjekt utvikling av ny legevakt og fremtidig bruk av KØH senger 11.09.2014»
- «Samarbeidsmøte i det interkommunale krisesentersamarbeidet 23.10.14» referat v/leder Hønefoss krisesenter Miriam Rasch
- «Tilsyn Bjørkealleen PU boliger for funksjonshemmede» - Rapport fra Arbeidstilsynet datert 25.09.14
- «Sigdal kommune – Gjennomgang Helse og omsorg. Rapport 29.10.14» utarbeidet av Agenda Kaupang
- Høringsbrev datert 13.10.14«Til kommunene i Kommunehelsesamarbeidet, Invitasjon til Kommunehelsesamarbeidets medlemmer: Vurdering av Kommunehelsesamarbeidet»
- Høringsnotat «invitasjon til vurdering av kommunehelsetjenestesamarbeidet, svarfrist 10. november 2014»
 - Høringssvar fra administrasjonen legges fram i møte.
- Muntlig orientering om status utbygging Sigdalsheimen gis i møtet

Referat - Samarbeidsmøte Ringerike interkommunale legevakt/ Styringsgruppe for kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KØH) 11. september 2014

Tilstede:	Christine Myhre Bråthen (Ringerike), Cecilie Øyen (Jevnaker), Marit S. Lorentsen (Hole), Linda Torgersen (Sigdal), Vigdis Jægersborg, Karin Møller, Kine Mauseth Eriksen, Marianne Holthe Hellestad
Forfall:	Gunnar Hjorth (Modum), Mette Jahr (Krødsherad)
Sted:	Sykehuset
Møteleder:	Christine Myhre Bråthen
Referent:	Marianne Holthe Hellestad

Pkt	Overskrift	Notat	Kommentarer
Styringsgruppe for kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KØH)			
1	Orientering KØH v/Marianne Holthe Hellestad	Prosjekt utvikling av ny legevakt og fremtidig bruk av KØH senger – se vedlagt presentasjon	
Samarbeidsmøte Ringerike interkommunale legevakt			
1	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjent med kommentar fra Cecilie Øyen til sak nr. 4 (se saken).	
2	Godkjenning av protokoll fra forrige samarbeidsmøte	Protokoll godkjent.	
3	Oppfølging fra forrige møte: Svarbrev fra Flå kommune vedrørende tilknytning til legevaktsamarbeidet. Kirsten Orebråten gjennomgår	Christine har fått beskjed fra Kirsten at avtalen ligger hos kommuneadvokaten i Ringerike. Samarbeidsmøtet mener at man var enige om at det ikke skulle opprettes et nytt dokument for alle kommunene. Man skal bare sjekke ut hva inngangsbilletten er og presentere dette for Flå kommune. Ønsker Flå fortsatt å være med, utarbeides en avtale med Flå.	

	gjeldene samarbeidsavtale og gir tilbakemelding til Samarbeidsmøtet.	Konklusjon: Christine sjekker ut økonomien m/ Sanna i Ringerike kommune, innbyggergrunnlag, samt priser leger.	
4	Oppfølging av evt sak 3 fra forrige møte: Tvist mellom sykehus og kommune – Når er pasienten utskrivningsklar? v/Cecilie Øien	Leger i kommunen bestemmer hvilke pasienter som skal innlegges i sykehus. Leger i sykehus definerer hvilke pasienter som er utskrivningsklare. Som et eksempel har Ringerike kommune en liste over 17 pasienter hvor man ikke er enige med sykehuset om at pasientene er utskrivningsklare. Spørsmålet er hvor diskusjonen hører hjemme? Konklusjon: Christine – melder saken til LSU. Cecilie – bringer saken inn i forberedende møte til OSU.	
5	Status Nødnett v/Vigdis B. Jægersborg	Full opplæring, disse to ukene for fastleger, og legevaktsleger. Utfordrende på instruktørsiden (helseforetaket). Uke 44 – «go live». Diskuterte videre opplæring ved nyansatte og turnusleger. For turnuslegene kan opplæringen skje samtidig med fylkeslegens faste møte. Evt. kan opplæring skje i mars + september når legevakten har sin faste opplæring for turnusleger. Det må vurderes om legevakten skal ha kompetanse for opplæring av nye leger, evt. kjøpe kompetanse/instruktører fra ambulansen. Konklusjon: Opplæring av nye/ videre drift må systematiseres. Nødnettprosjektet har ansvar for dette.	
6	Eventuelt	Cecilie: Høring – Forslag til ny Akuttforskrift «Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus» Vestregionsamarbeidet har kommet med et forslag. Spørsmål om kommunene slutter seg til dette forslaget? Forslaget kvalitetssikres ved at fagfolk ved legevakt gjennomgår forslaget og gir tilbakemelding til kommunene. Hver kommune må sende sitt eget svar til Vestregionsamarbeidet. Høringsfrist 15.09.2014	

		<p>Marianne:</p> <p>KØH prosjektet stilte i PG møte 3.6.2014 spørsmål om kommunene ønsker å innføre verktøyet ALERT i sin kommune.</p> <p>I møtet ble det ikke konkludert, men det informeres om at LSU-møtet 5.6.2014 har ALERT på agendaen. Marianne ber leder Reidar Aasheim om å få delta i dette møtet.</p> <p>Etter møtet 5.6: De seks kommunene setter ned en arbeidsgruppe som skal se på mulighetene. I første rekke er det snakk om undervisning for superbrukere høsten 2014.</p> <p>I etterkant har det kommet tilbakemeldinger fra Jevnaker og Hole at de ikke ønsker å innføre dette pr. i dag. Det har ikke kommet noen formell tilbakemelding fra den nedsatte arbeidsgruppen.</p> <p>Noen kommuner har startet å sende sykepleiere på ALERT kurs som avholdes i Drammen. Det blir beskrevet at «toget går nå».</p> <p>KØH prosjektet har tidligere sagt at man kan påta seg en «pådriver» rolle i dette arbeidet, da ALERT ligger tett opp til den kompetanseheving man driver med i dag.</p> <p>Konklusjon:</p> <p>KØH prosjektet ønsker tilbakemelding om verktøyet innføres i alle de 6 kommunene, da man planlegger videre kompetanseheving i forhold til dette.</p>	
	Neste møte	4. desember, møterom I4 på sykehuset	

Protokoll godkjent:

Krødsherad

Jevnaker

Modum

Sigdal

Hole

Jevnaker



Prosjekt utvikling av ny legevakt og fremtidig bruk av KØH senger

Styringsgruppe 11.09.2014

Kartlegging legevakt

- SWOT analyse - Alternativer for fremtidig LV
- Brukerundersøkelse LV – oppmøte pasienter
- Brukerundersøkelse LV – telefonkontakt
- Øyeblikkelig hjelp organisering på legesentrene

SWOT analyse legevakt

1. Legevakt lokalisering

1. Legevakt i eksisterende lokaler
2. Legevakt i nybygg - på tomt i tilknytning til sykehuset m/ direkte inngang inn i sykehuset
3. Legevakt i nybygg - på tomt utenfor sykehusområdet

2. Legevakt samlokalisert (forutsetter nybygg)

1. Legevakt i nybygg - samlokalisert med KØH plasser/ observasjons plasser
2. Legevakt i nybygg - samlokalisert med nødetater
3. Legevakt i nybygg - samlokalisert med rehabilitering/ utskrivningsklare/ korttid
4. Legevakt i nybygg - samlokalisert med fastlegekontor

3. Legevakt – Daglegevakt

4. Legevakt med fast felles base og fastlegebetjente satellitter

Kartlegging KØH (1)

- Fokusgruppeintervju KØH for FL/LV-leger/PKO
- Fokusgruppeintervju KØH for sykepleiere
- Fokusgruppeintervju KØH brukere – utgår
- Statistikk for bruk av KØH plassene
- SWOT analyse - Alternativer for fremtidig KØH

Kartlegging KØH (2)

- Statistikk for bruk av KØH plassene
 - Bruk av lokale plasser
 - Bruk av sentrale plasser
- Avvik
- Bruk av legeressurs KØH
 - Lege dag - oversikt over utførte arbeidsoppgaver
 - Lege kveld/ natt/ helg – antall henvendelser
- Bruk av KØH bil

SWOT analyse KØH plasser

1. Videreføre dagens organisering – Ringerike sykehus drifter tre døgnplasser for kommunene (sentrale plasser) og de seks kommunene drifter øvrige døgnplasser (lokale plasser)
2. Endret organisering - Tre sentrale plasser som pr. i dag driftes av Ringerike sykehus overføres legevakten og organiseres sammen med observasjonssenger. Dette betyr at legevakten drifter tre sentrale plasser for kommunene, øvrige ressurser driftes lokalt i kommunene som pr. i dag.
3. Endret organisering - Tre sentrale plasser som pr. i dag driftes av Ringerike sykehus overføres de seks kommunene og slås sammen med øvrige lokale plasser. Dette betyr at de seks kommunene drifter alle plassene lokalt i henhold til Helsedirektoratets beregninger for den enkelte kommune.
4. Endret organisering - alle kommunenes KØH plasser lokaliseres på et sted

Bruk av KØH plasser i perioden 1.9.2012 til 31.8.2013

- De fleste pasienter innlegges fra hjemmet (96 %)
- LV leger legger inn fler pasienter enn fastleger (60 %)

Kommune	Innleggende lege
Modum	LV = FL
Sigdal	↑ FL
Krødsherad	LV = FL
Ringerike	↑ LV
Jevnaker	↑ LV
Hole	LV = FL

Bruk av KØH plasser i perioden 1.9.2012 til 31.8.2013

- De fleste pasienter innlegges på kveld/natt/helg/høytid (69 %)
- De fleste pasienter som innlegges er over 67 år (75 %)
- Det legges inn fler kvinner (65 %) enn menn (35 %)

Bruk av KØH plasser i perioden 1.9.2012 til 31.8.2013

- Innleggelsesdiagnoser

Diagnosegrupper	Antall innleggelses
1L Muskel-skjelett-systemet	59
2aA Allmenn og uspesifisert	34
2bR Luftveier	34
3N Nervesystemet	28
4D Fordøyelsessystemet	24
5T Endokrine, metabolske, ernæringsforhold	23
6U Urinveier	22
7K Hjerte-karsystemet	16

Bruk av KØH plasser i perioden 1.9.2012 til 31.8.2013

- De fleste pasienter skrives ut til hjemmet (61 %)
- til kommunale institusjoner (22 %)
- til spesialisthelsetjenesten (17 %)

Bruk av KØH plasser i perioden 1.9.2012 til 31.8.2013

Kommune	Ressurser tildelt/ liggedøgn	Ressurser tildelt/ antall plasser	Beleggsprosent basert på liggedøgn (dato - dato)			
			20.5	15.6	31.7	31.8
Modum	689	1,89	12,9 %	14,3 %	12,8 %	14,1 %
Sigdal	206	0,56	39,8 %	53,0 %	55,4 %	65,3 %
Krødsherad	119	0,33	12,3 %	11,1 %	9,5 %	11,3 %
Ringerike	1555	4,26	17,4 %	19,3 %	20,2 %	22,3 %
Jevnaker	330	0,90	9,4 %	11,0 %	12,9 %	12,7 %
Hole	303	0,83	10,2 %	11,0 %	9,4 %	9,3 %
TOTALT	3193	8,77	16,2 %	18,4 %	18,8 %	20,9 %

Bruk av KØH plasser i perioden 1.9.2012 til 31.8.2013

Kommune	Antall innlagte	Liggedøgn totalt	Liggedøgn lokalt	Liggedøgn sentralt	Prosent lokalt	Prosent sentralt
Modum	38	93	85	8	91,4 %	8,6 %
Sigdal	43	128	125	3	97,5 %	2,5 %
Krødsherad	5	13	12	1	92,3 %	7,3 %
Ringerike	132	333	288	45	86,5 %	13,5 %
Jevnaker	22	40	32	8	80,0 %	20,0 %
Hole	13	27	21	6	77,7 %	22,3 %
Annen kommune	10	5	4	1		
Ikke angitt	1	1	1	0		
TOTALT	264	640	568	72	88,75 %	11,25 %

Samarbeidsmøte i det interkommunale krisesentersamarbeidet 02/14 den 23.10.14 kl. 11.00 – 14.00.

Sted: Krisesenteret i Hønefoss.

Tilstede: Christine Myhre Bråthen (Ringerike), Roger Mathiesen (Ringerike), Anne Kari Ranheim (Valdres), Pål Andreassen (Valdres), Janicke Brechan (Lunner), Anne Grethe Hole-Stenerud (Gran), Maria Bikset (Hole), Hilde Tolpinrud (ansattrepresentant) og Miriam Rasch (leder på Krisesenteret).

Frafall: Nanna Nordhagen (Modum), Mette Jahr (Krødsherad), Anne Marie Lobben (Sigdal) og André Skjørberg (Jevnaker).

Agenda:

- 1. Ny samarbeidsavtale fra 2015 vedtatt i alle deltakerkommunene?**
Vedtak: Mottatt kommunestyrevedtak fra følgende deltakerkommuner: Vang, Etnedal, Lunner, Gran, Modum, Sigdal og Hole.

Mangler kommunestyrevedtak fra: Øystre Slidre, Vestre Slidre, Sør- Aurdal, Nord- Aurdal, Jevnaker og Krødsherad. Sendes Miriam på mail.

I Krødsherad kommer vedtaket opp til kommunestyre behandling den 27.11.14. Vedtaket blir sendt etter møtet.
- 2. Tertialrapport per 31.08.14.**
Vedtak: Tatt til orientering.
- 3. Utkast til budsjett 2015.**
Vedtak: Godkjent.
- 4. Statistikk per 30.09.14.**
Vedtak: Tatt til orientering.
- 5. Tiltakskort: Våge å se, våge å spørre, tørre å handle. Implementering?**
Vedtak: Tatt til orientering. Alle kommunene har mottatt tiltakskortet. Miriam orienterte kort om siste forskning (NKVTS 2014). Hvordan fungerer hjelpetilbudene for mennesker som har vært utsatt for vold – kvalitativ studie.
- 6. Innspill fra kommunene – orienterings- og oppdateringsbehov.**
Vedtak: Ingen innspill har kommet inn i forkant av møtet.

Referent:

Miriam Rasch
Leder
Krisesenteret i Hønefoss

03.11.14



BJØRKEALLEN PU BOLIGER FOR FUNKSJONSHEMMEDE
v/virksomhetsleder Turid Flaget
3350 PRESTFOSS

Tilsyn - BJØRKEALLEN PU BOLIGER FOR FUNKSJONSHEMMEDE

Vi viser til tilsynet hos virksomheten den 24.09.2014.

Hensikten med tilsynet

Hensikten med tilsynet var å rette spesiell oppmerksomhet mot hvordan ledelsen, verneombud og tillitsvalgte samarbeider for å forebygge arbeidsrelaterte belastninger forbundet med vold og trusler i arbeidet.

Tema i tilsynet var blant annet:

- Fordeling av roller, oppgaver, ansvar og myndighet i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeidet)
- Verneombudets og tillitsvalgtes medvirkning i arbeidsmiljøarbeidet
- Rutiner og tiltak for å forebygge uheldige belastninger av vold og trusler

Oppsummering av tilsynet

Kontrollen ble utført på/ved:

3350 PRESTFOSS

Til stede fra virksomheten: Toril Marlene Staxrud (personalsjef), Turid Flaget (virksomhetsleder), Karin Ravnås (verneombud) og Kari Mette Øen (fagansvarlig kap.9).
Til stede fra Arbeidstilsynet: Kirsti By Raaum (seniorinspektør).

Vi takker for et hyggelig tilsynsmøte. Tilsynet ble gjennomført i god dialog med de tilstedeværende, og en gjennomgang av deler av deres internkontroll. Tilsynet bar preg av at de ansatte var godt forberedt.

Virksomheten er boliger for psykisk utviklingshemmede, hvor 6 brukere bor fast, og 3 har avlastningsplass. Det er 3 delt turnus, med hvilende nattevakter, og faste nattevakter i tillegg utenom turnus. Det er pr. d.d. ca 15 1/2 årsverk fordelt på ca 37 ansatte. De ansatte kan være utsatt for vold og trusler.



000000160926

589287 - 2 - 3

Vi har kontrollert følgende:

- om arbeidsgiver har oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for hms-arbeidet er fordelt
- om arbeidsgiver sikrer at arbeidstakere og tillitsvalgte får medvirke i hms-arbeidet
- om verneombud blir tatt med på råd
- om arbeidsgiver har iverksatt tiltak og/eller utarbeidet plan for å beskytte arbeidstakerne mot uheldige belastninger som følge av kontakt med andre
- om virksomheten har rutine for hvordan vold og trusler og andre uheldige belastninger forebygges, meldes, håndteres og følges opp
- om arbeidsgiver har sørget for at arbeidstakerne er gjort kjent med ulykkes- og helsefare forbundet med arbeidet, og at de har fått den opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig for å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen
- om arbeidsgiver har rutine for hvordan avvik skal meldes og følges opp

Arbeidstilsynet mener at det ikke er grunn til å gi dere varsel om pålegg for de temaene vi gikk gjennom.

Vårt hovedinntrykk er at det arbeides godt med hms-arbeidet, inkludert arbeidet med å forebygge vold, trusler og uheldige belastninger. Det er et godt hms-system i kommunen, og de ansatte og deres representanter har mange møtearenaer som medvirker til et godt hms-arbeid.

Vi bemerker at ved å utarbeide en mer omfattende beskrivelse av hva man på denne virksomheten mener skal meldes som avvik, så vil kartlegging bli enda bedre, og man kan muligens opprette flere tiltak, som ytterligere vil fjerne/reducere risikoforhold for de ansatte.

Vi ønsker virksomheten lykke til videre med godt og systematisk hms-arbeid.

Informasjon til verneombudet

Verneombudet skal gjøres kjent med vedtak fra Arbeidstilsynet, jf. arbeidsmiljøloven §§ 6-2 sjette ledd og 18-6 åttende ledd. Vi har sendt en egen kopi av dette brevet til verneombudet. Hvis virksomheten ikke har verneombud, skal arbeidsgiveren gi kopien til representanten for de ansatte.

Har dere behov for mer informasjon?

Dere finner mer informasjon om Arbeidstilsynet og om regelverket på www.arbeidstilsynet.no, eller dere kan kontakte oss på telefon 815 48 222. Dersom dere har spørsmål til saken, kontakt saksbehandler, oppgi referansenummer 2014/79983.



Med hilsen
Arbeidstilsynet

Tove Svensli
tilsynsleder
(sign.)

Kirsti By Raaum
seniorinspektør
(sign.)

Dette brevet er godkjent elektronisk i Arbeidstilsynet og har derfor ingen signatur.

Kopi til:
verneombud Karin Ravnås
Kari Mette Øen, fagansvarlig kap.9
SIGDAL KOMMUNE v/personalsjef Toril Marlene Staxrud, 3350 PRESTFOSS

Sigdal kommune, Prestfossveien 1, 3350 Prestfoss, Tlf: 91 12 12 12, E-post: post@sigdal.kommune.no



001000160930

Sigdal kommune

Gjennomgang helse og omsorg

RAPPORT

29.10.2014

Oppdragsgiver: Sigdal kommune
Rapport nr.: R8623
Rapportens tittel: Ressursgjennomgang av sektor helse og omsorg
Ansvarlig konsulent: Svein Lyngroth
Kvalitetssikret av: Hege Askestad
Dato: 29.10.2014

Innhold

1	RESSURSGJENNOMGANG AV SEKTOR HELSE OG OMSORG	7
1.1	BAKGRUNN FOR OPPDRAGET	7
1.2	METODE OG DATAGRUNNLAG	7
1.3	OPPBYGNING AV RAPPORTEN	7
2	SAMMENLIGNING MED ANDRE KOMMUNER (KOSTRA)	8
2.1	INNLEDNING	8
2.2	TJENESTER SOM INNGÅR I ANALYSEN	8
2.3	ANALYSE AV UTGIFTENE PÅ KOMMUNENIVÅ	9
2.4	PLEIE OG OMSORG	10
2.5	DE HJEMMEBASERTE TJENESTENE	18
2.6	SAMHANDLING	20
2.7	SIGDALS PRIORITERING AV TJENESTER INNEN PLEIE OG OMSORG	22
2.8	OPPSUMMERING	28
3	HELSE OG OMSORG	29
3.1	OVERORDNET ORGANISERING	29
3.2	DATASYSTEMER	29
3.3	UTVIKLING I DEMOGRAFI	30
4	VURDERING OG KONKLUSJON	31
4.1	RESSURSBRUK I FORHOLD TIL ANDRE KOMMUNER	31
4.2	HVOR ER STORDRIFTSFORDELENE INNEN HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE?	31
4.3	RESULTATENHETER I PLEIE OG OMSORG	32
4.4	GRUNNENHETER I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE	33
4.5	TILDELING AV TJENESTER	34
4.6	VURDERING AV KOMMUNENS SYKEHJEM: SIGDALSHEIMEN	37
4.7	HJEMMEBASERT OMSORG	41
4.8	KJØKKENDRIFT	45
4.9	PSYKISK HELSEARBEID	45
4.10	PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE	46
4.11	LEGE, ERGOTERAPI OG FYSIOTERAPI	48
4.12	VIKARSENTRAL	49
4.13	VURDERING SYKEFRAVÆR	49
4.14	VURDERING ØKONOMI	49
4.15	VURDERING AV BOLIGMASSEN	50
4.16	VURDERING ORGANISASJONSSTRUKTUR	52
4.17	FRIVILLIGHET	53
5	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	55

Forord

Agenda Kaupang har på oppdrag for Sigdal kommune gjennomført en evaluering av tjenestetilbudet innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Evalueringen er gjennomført med grunnlag i budsjett og regnskap, bemanningsplaner, turnusplaner, stillingsbeskrivelser, samtaler med ledere samt besøk ved de ulike avdelingene.

Våre anbefalinger er gitt med grunnlag i den analysen som er gjort av det ovennevnte datamaterialet. I rapporten har vi først og fremst pekt på områder hvor vi mener det er et klart forbedringspotensial. Vi har også tillatt oss å komme med forslag til konkrete tiltak der vi mener dette er mulig.

I samarbeidet med ledelsen og arbeidsgruppen har vi møtt dyktige og engasjerte ledere og medarbeidere. Vi føler oss derfor sikre på at man vil ta tak i de utfordringer som rapporten peker på i sin videreutvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester, uten at det får negative konsekvenser for brukere og ansatte.

Vi ønsker lykke til med det videre arbeidet!

Stabekk, 27.10.2014

Agenda Kaupang AS

1 Ressursgjennomgang av sektor helse og omsorg

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Sigdal kommune har i helse- og omsorgstjenestene økonomiske utfordringer samtidig som kravet til kommunens tjenester endrer seg. Det er ønskelig med en prosess som munner ut i en strategi på en bærekraftig sektor, med kompetente medarbeidere som leverer riktige tjenester med god kvalitet.

Resultatet for hele kommunen i 2013:

- Kommune får store tilskudd til Trillemarka; ca. 6 mill. kr som bortfaller i 2014
- Rammetilskuddet blir ca. 4 mill. kr mindre i 2014 og er fallende de neste årene på grunn av alderssammensetningen
- Behov for overskudd med vekst og investeringer 1–3 %
- Samlet innsparingsbehov på 6–10 mill. kr i kommunen

Kommunen har høye utgifter til PLO, små utgifter til samhandling og ganske moderate utgifter til helse. Kommunen ønsker at det utarbeides et estimert fremtidig behov for antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Kommunen har vedtatt å innføre en generell eiendomsskatt på 2 promille. Dette vil bedre den økonomiske situasjonen i kommunen.

1.2 Metode og datagrunnlag

Agenda Kaupang har gjennomført evalueringen i to faser: en kartleggingsfase og en analysefase. I kartleggingsfasen har vi dannet oss et bilde av status i driftssituasjonen ved helse- og omsorgstjenestene i kommunen. I analysefasen har vi vurdert funn fra kartleggingsfasen og analysert disse.

1.3 Oppbygning av rapporten

I rapporten er det først en gjennomgang av KOSTRA-statistikk og av de aktuelle tjenestestedene. Videre er det en gjennomgang av data fra Agenda Kaupangs database. Sektoren helse og omsorg og den enkelte avdeling beskrives. Rapporten beskriver organisering, drift, brukerbehov og bemanning/kompetanse. Beskrivelser i rapporten kan være sensitive. På bakgrunn av dette bør deler av rapporten enten unntas offentlighet, eller bearbeides og kvalitetssikres av kommunen før den benyttes videre.

2 Sammenligning med andre kommuner (KOSTRA)

2.1 Innledning

Kommuner som inngår i analysen

Dette kapitlet analyserer ressursbruken for pleie og omsorg i Sigdal kommune. En sentral kilde er informasjon om økonomi og tjenester som kommunen selv har rapportert inn til KOSTRA for 2013. Følgende kommuner er valgt ut som sammenligningskommuner:

- Krødsherad
- Modum
- Flesberg
- Jevnaker
- Tingvoll
- Gjennomsnitt kommunegruppe 1
- Gjennomsnitt landet utenom oslo

Kommunene er valgt i samråd med oppdragsgiver. Det er valgt kommuner med en demografisk sammensetning som ikke avviker for mye fra Sigdals. Dessuten er det lagt vekt på å velge kommuner som enten oppdragsgiver eller konsulent fra før har et visst kjennskap til. Videre er det foretatt en sammenligning med kommunegruppe 1. Årsaken til dette er at kommunegruppe 1 representerer kommuner Sigdal kan strekke seg etter når det gjelder økonomiske forhold.

Rapporteringen i KOSTRA gir nyttig, men ikke så utfyllende informasjon som man kunne ønske. Det er derfor samlet inn ytterligere informasjon fra Sigdal som er brukt til å supplere resultatene fra KOSTRA.

2.2 Tjenester som inngår i analysen

Aktivisering og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse

I henhold til KOSTRA er dette tjenester som gis til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, personer med psykiske lidelser, utviklingshemmede mv. Følgende tjenester er omfattet av definisjonen: eldresentre og dagsenter for hjemmeboende, aktivitetssentre for utviklingshemmede m.m., transporttjenester, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av alarmene), vaktmester, vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak, ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre personer med funksjonsnedsettelse, frivillighetsentraler, kommunale utgifter til frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Kjernetjenester knyttet til pleie, omsorg, hjelp i hjemmet

KOSTRA definerer disse tjenestene som kommunale pleie- og omsorgstjenester gitt til personer som bor i eget hjem (inkludert tjenester til beboere i boliger for eldre og personer med funksjonsnedsettelse med eller uten fast bemanning) som registreres i IPLOS med vedtak knyttet til antall timer pr. uke. Tjenestene er (jf. IPLOS registerkort og veileder)

- praktisk bistand, daglige gjøremål og opplæring i daglige gjøremål
- brukerstyrt personlig assistent
- avlastning utenfor institusjon

- omsorgslønn
- pleie og omsorg utenfor institusjon (hjemmesykepleie og vedtak/beslutning om bistand som ledd i kommunens psykiske helsearbeid)
- inntekter av brukerbetaling for hjemmetjenester

Pleie, omsorg, hjelp og habilitering i institusjon

Disse tjenestene er definert som direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse med pleie og omsorg i institusjoner og boformer (jf. § 7-2 i forskrift til lov om sosiale tjenester) med heldøgns pleie og omsorg (inkl. dag- og nattopphold samt korttidsopphold [f.eks. rehabilitering og avlastning] på slike institusjoner). Tjenestene omfatter også servicefunksjoner som kjøkken, kantine, vaskeri og rengjøring, aktivitør. Medisinske forbruksvarer, tekniske hjelpemidler samt administrasjon/ledelse av institusjonen inventar og utstyr. Inntekter av oppholdsbetaling. Utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger. Avlastningsopphold i avlastningsbolig eller på institusjon registreres under denne funksjonen.

Institusjonslokaler

Forvaltning, drift og vedlikehold av institusjoner og boformer med heldøgns pleie og omsorg (f.eks. vaktmester, energi, vedlikehold, kapitalkostnader).

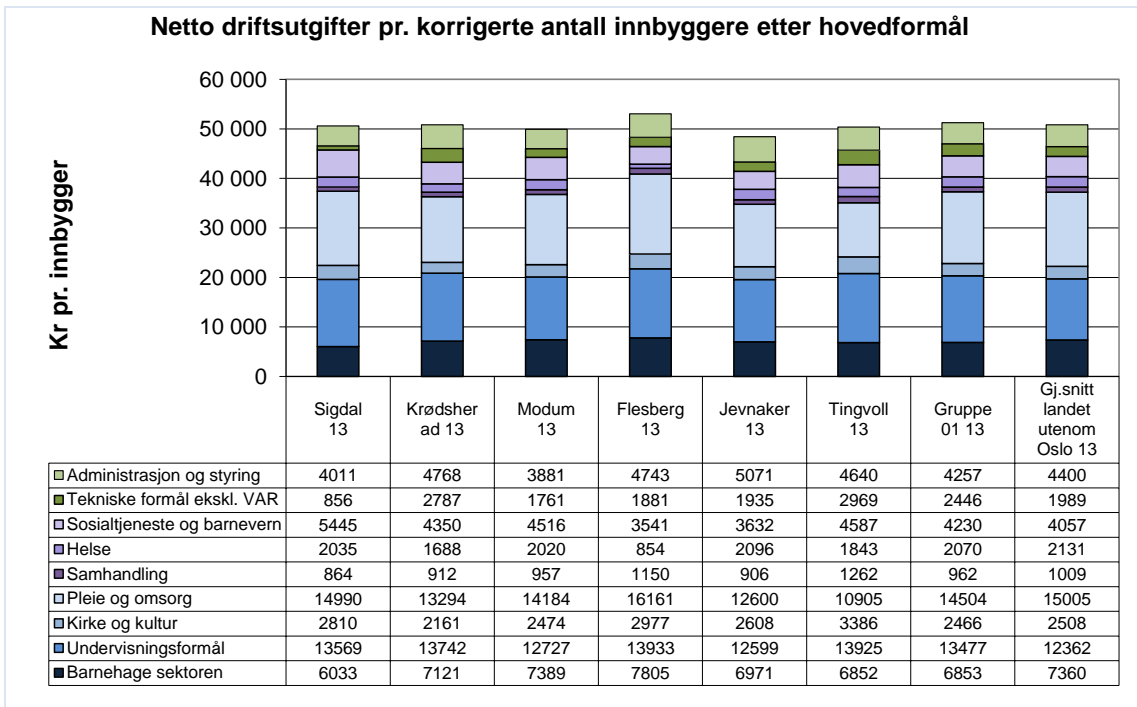
2.3 Analyse av utgiftene på kommunenivå

I analysen av KOSTRA-tallene vil vi først vise hvor store andeler av kommunens netto driftsutgifter som går til de ulike hovedtjenestene. Dette fremgår av figur 2.1 nedenfor. Tallene er korrigert for befolkningens sammensetning og behov innenfor hvert av de aktuelle områdene.

Med "korrigert innbygger" menes her at det er foretatt korrigeringer for ulikheter i befolkningens sammensetning. I oversikten vil antallet "relevante innbyggere" variere ut fra hvem som utgjør målgruppen for tjenesten. Innenfor barnehage og undervisning er det f.eks. korrigert for antall barn i alderen 0-5 år, og antall barn/unge i alderen 6-15 år.

For administrasjon, sosial, helse, pleie og omsorg er det foretatt korrigeringer ut fra det delkriteriesystemet som lå til grunn for kommunenes inntektssystem i 2013. For pleie og omsorg tas det bl.a. hensyn til antallet eldre over 67 år, antallet eldre over 80 år og antallet psykisk utviklingshemmede.

Figur 2.1 nedenfor gir et godt bilde av hvordan kommunene prioriterer de ulike tjenestene i forhold til hverandre.



Figur 2-1 Netto driftsutgifter pr. korrigerede innbygger etter hovedformål

Av figuren fremgår det at Sigdals samlede netto driftsutgifter ligger i mellomstaket i vår sammenligning. Flesberg kommune har høyest netto driftsutgifter. Jevnaker ligger på det laveste nivået, og Modum følger tett etter.

Sammenligningen viser at driftsutgifter innenfor de ulike formålene varierer mellom kommunene. Når det gjelder pleie og omsorg, har Sigdal det nest høyeste utgiftsnivået, bare slått av Flesberg. På samhandling ligger Sigdal lavest av samtlige i sammenligningen. Innenfor helse har Sigdal driftsutgifter på linje med Modum, Jevnaker og snittet i gruppe 1. Krødsherad, Flesberg og Tingvoll ligger alle lavere.

Sigdals utgifter innen sosial og barnevern ligger i det øvre staket. Innenfor administrasjon og styring, tekniske formål og barnehage ligger Sigdal lavt i sammenligningen.

2.4 Pleie og omsorg

2.4.1 Tjenestene som inngår i analysen

Aktivering og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse (234)

Tjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, utviklingshemming mv., eldrecentre og dagsenter for hjemmeboende, aktivitetscentre for personer med utviklingshemming m.m., aktivisering av barn med funksjonsnedsettelse utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning, andre dagaktivitetstilbud, transporttjenester, støttekontakt, matombringing, velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av teknologien, men ikke utgifter som er knyttet til utrykninger, som føres på funksjon 254), vaktmester, vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak, ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, frivillighetsentraler, frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Helse- og omsorgstjenester i institusjon (253)

Direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse helse- og omsorgstjenester i institusjon, (institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsbolig, aldershjem og sykehjem).

Inntekter fra egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 1. I tillegg til døgnopphold inkluderer dette også dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, f.eks. re-/habilitering og avlastning. Omfatter også servicefunksjoner som husøkonom, kjøkken, kantine/kiosk, vaskeri, aktivitør. Medisinske forbruksvarer, tekniske hjelpemidler, inventar og utstyr, administrasjon/-ledelse av institusjonen (forutsetningen er at eventuelle ledere ved avdelinger/poster ikke har fullstendig lederansvar), inntekter av oppholdsbetaling, utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger, betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter.

Institusjonslokaler (261)

Forvaltning, leie, drift og vedlikehold av institusjoner og boformer med heldøgns pleie og omsorg (f.eks. vaktmester, energi, vedlikehold, kapitalkostnader).

Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (254)

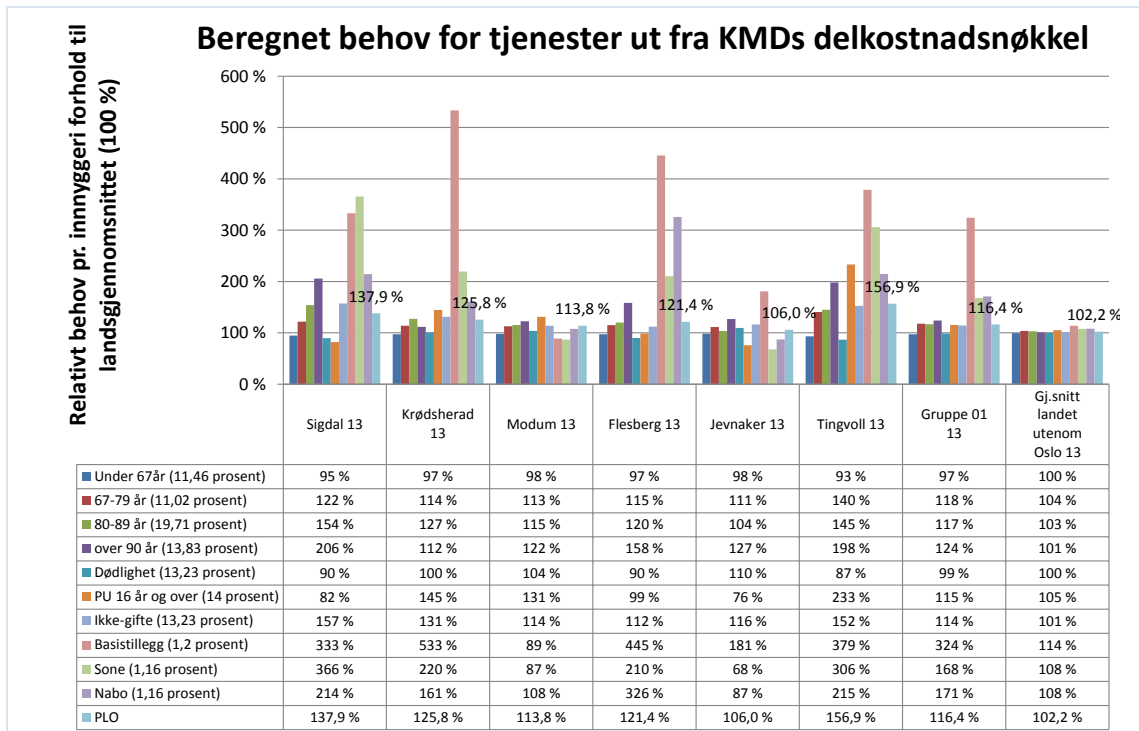
Praktisk bistand, daglige gjøremål og opplæring i daglige gjøremål, brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn, helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste utenfor institusjon (hjemmesykepleie og vedtak/beslutning om bistand som ledd i kommunens psykiske helsearbeid). Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2.

2.4.2 Kostnadsanalyse av pleie- og omsorgstjenestene samlet sett

Tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren gis i hovedsak til personer over 67 år og til personer med funksjonsnedsettelse. Våre drøftinger er knyttet til hva nøkkeltallene betyr for Sigdal, herunder om forskjellene kan indikere at kommunen har noe å hente på å forbedre, endre og effektivisere sin ressursbruk. Vi gjør oppmerksom på at alle tall i denne delen av analysen inkluderer personer med funksjonsnedsettelse. Dette har sin årsak i at KOSTRA ikke skiller mellom ulike typer brukere av tjenestene.

2.4.3 Behov for pleie- og omsorgstjenester

I figur 2.2 nedenfor viser vi det beregnede behovet for pleie- og omsorgstjenester i Sigdal og sammenligningskommunene, basert på Kommunal- og moderniseringsdepartementets (KMD) kriteriesett for rammetildeling til kommunene. Her inngår i alt åtte ulike kriterier, hvorav antall eldre (tre grupper, henholdsvis 67–79 år, 80–89 år og 90 år og over) og antall psykisk utviklingshemmede over 16 år er de fire kriteriene som er tillagt størst vekt. Disse fire kriteriene samt et vektet kriteriesett for pleie og omsorg totalt, vises derfor i figuren.



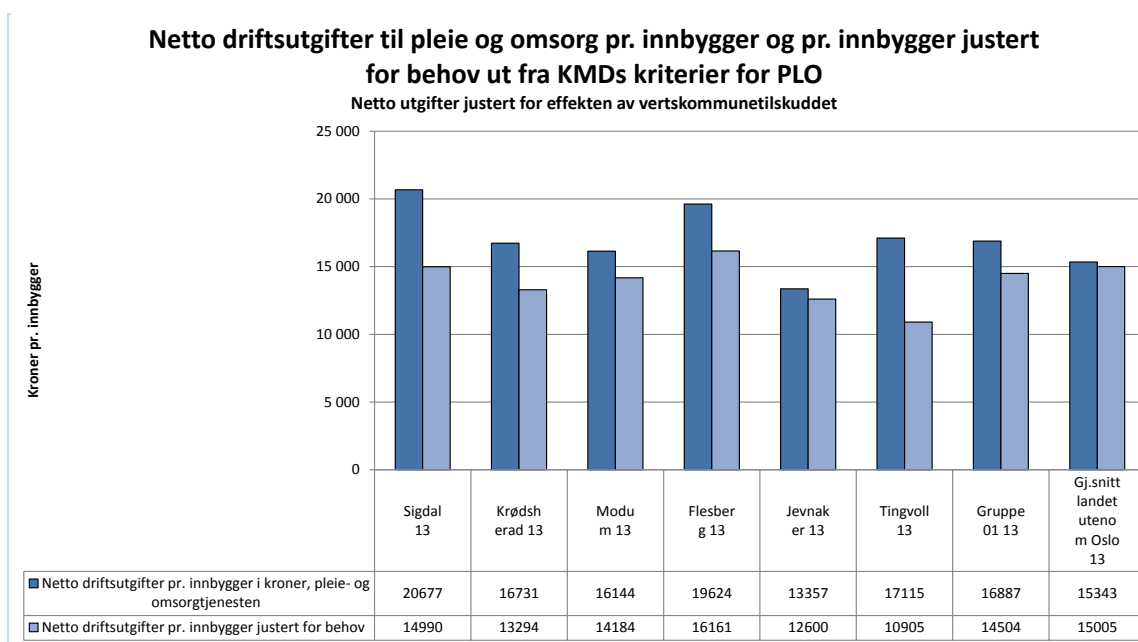
Figur 2-2 Kommunenes behov for pleie- og omsorgstjenester

Vi ser at sammenligningskommunene har en befolkningssammensetning som medfører ulikheter i behov. Behovet for pleie- og omsorgstjenester i Sigdal er 137,9 % av gjennomsnittet for landet. Figuren viser at behovet i Sigdal ligger høyere enn behovet i landet samlet sett. I de andre kommunene spenner behovet seg fra 106 % i Jevnaker til 156,9 % i Tingvoll. Dette viser at alle kommunene i sammenligningen har et behov for pleie- og omsorgstjenester over landsgjennomsnittet. Gjennomsnittet for gruppe 1 ligger på 116,4 %. Kriteriesettet er et verktøy for KMDs rammetildeling av frie midler til kommunene, men er ikke nødvendigvis førende for hvordan kommunene prioriterer sine egne budsjetter.

2.4.4 Prioritering av pleie- og omsorgstilbudet

Med grunnlag i det som ovenfor er beregnet å være befolkningens behov, kan vi forvente at Sigdal har høyere utgifter pr. innbygger til pleie- og omsorgstjenester enn landet og flere av sammenligningskommunene. Vi skal gå nærmere inn på detaljene nedenfor.

Figur 2.3 nedenfor viser både netto driftsutgifter pr. innbygger (mørk blå søyle) og netto driftsutgifter pr. innbygger korrigert for behov (lys blå søyle). Utgifter pr. justert innbygger (lys blå søyle) gir det beste utgangspunktet for sammenligning av driftsutgiftene, fordi hver innbygger som telles i denne beregningen, antas å ha det samme omsorgsbehovet.



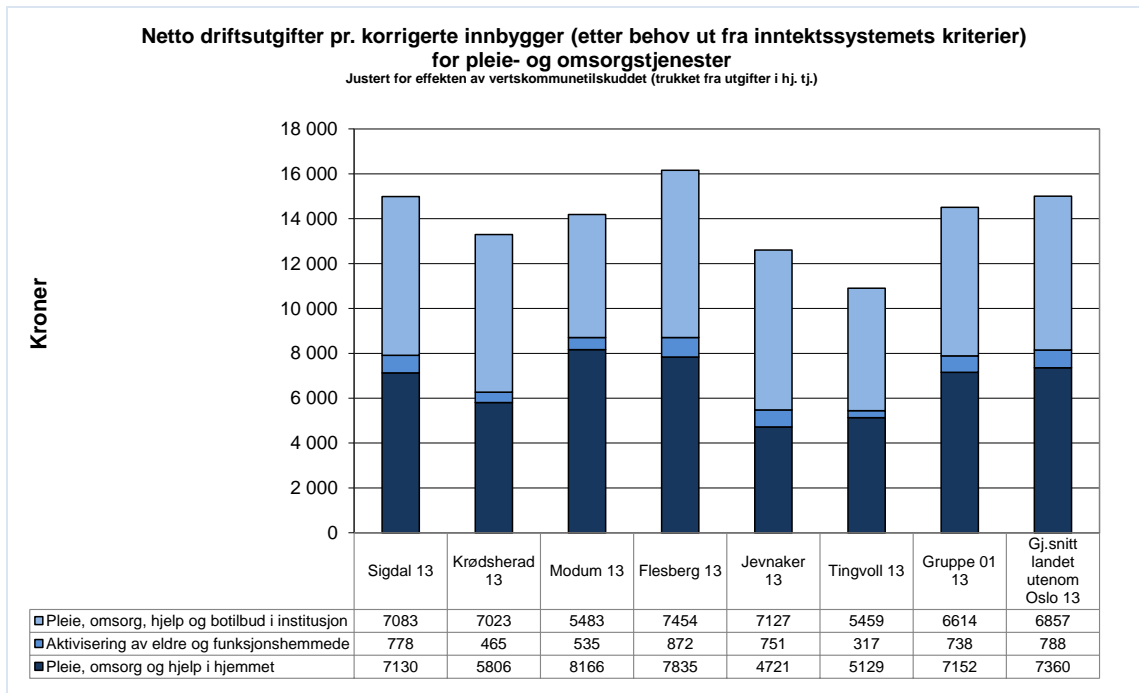
Figur 2-3 Netto driftsutgifter pr. innbygger og pr. justert innbygger til pleie- og omsorgstjenester

Figuren viser at dersom vi kun vurderer kostnadsnivået ut fra netto driftsutgifter pr. innbygger, ser det ut til at Sigdal har et noe høyt kostnadsnivå til pleie og omsorg. Når vi justerer for innbyggergrunnet ser vi at bildet endrer seg noe, men Sigdal ligger fortsatt høyt i sammenligningsgruppen, men på nivå med landet utenom Oslo. Flesberg har høyest nettodriftsutgifter pr. justerte innbygger.

2.4.5 Strukturen i tilbudet – styrkeforholdet mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg

Et av de spørsmålene som er mest diskutert innenfor pleie- og omsorgssektoren, er fordelingen av ressursene mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester. Dels er det spørsmål om hva som er den rimeligste løsningen for kommunen, men det er i like stor grad et spørsmål om hva som er best for brukerne. På dette området arbeider de fleste kommuner ut fra et prinsipp om at tjenesten bør gis på laveste effektive omsorgsnivå, og at brukeren bør bo i eget hjem så lenge som mulig.

Vi skal i denne rapporten se om det er forskjeller i kostnader knyttet til vektleggingen kommunene har gjort av hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg samt tilbud til aktivisering av eldre.



Figur 2-4 Netto driftsutgifter pr. justert innbygger – pleie- og omsorgstjenestene

Vi ser av figuren at sammenligningskommunene prioriterer institusjonsomsorg, aktivisering og hjemmebaserte tjenester noe ulikt.

Sigdal har samlet sett utgifter til pleie, omsorg og hjelp i hjemmet på kr 14 990 pr. innbygger. Dette ligger i det øvre sjiktet i sammenligningsgruppen. Det er kun Flesberg med kr 16 161 pr. innbygger som har høyere utgifter i sammenligningen. Vi gjør oppmerksom på at tjenester til utviklingshemmede og psykisk helsearbeid er hjemlet under hjemmebaserte tjenester i KOSTRA. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

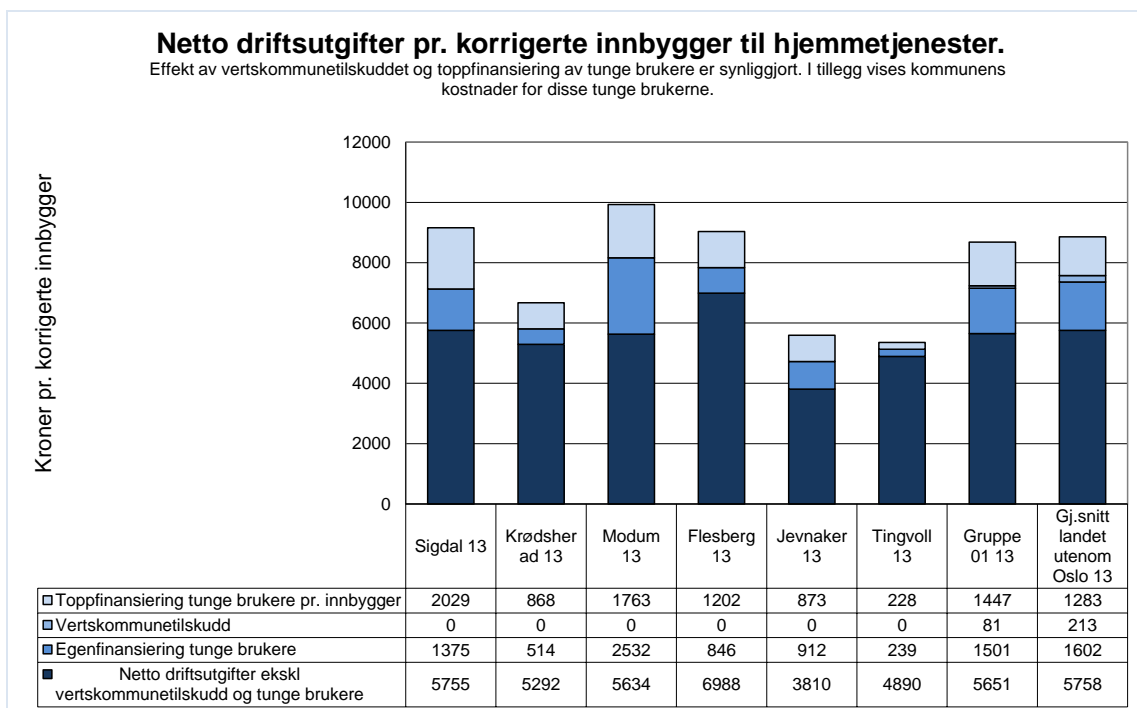
Når det gjelder aktivisering av eldre og personer med funksjonsnedsettelse, ser vi at Sigdal har det nest høyeste nivået blant sammenligningskommunene, og høyere enn gruppe 1. Bare Flesberg og snittet for landet utenom Oslo har her høyere utgifter enn Sigdal.

Når det gjelder pleie, omsorg, hjelp og botilbud i institusjon, viser tabellen at Sigdal ligger høyere enn både gruppe 1 og landet utenom Oslo. Flesberg og Jevnaker har høyere netto driftsutgifter til dette formålet.

2.4.6 Ressurskrevende tjenester

Kommunene får tilskudd til dekning av ekstra kostnader knyttet til tjenester som betegnes som "særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester" (tidligere omtalt som "tilskudd til ressurskrevende brukere"). Kommuner må betale en del av disse kostnadene selv¹, og vi har beregnet hvordan disse utgiftene påvirker ressursbruken til hjemmetjenester i kommunene.

¹ Gjeldende kriterier pr. 2013: <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/serlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester-rapportering-av-utgifter-palopt-i-2012.aspx>



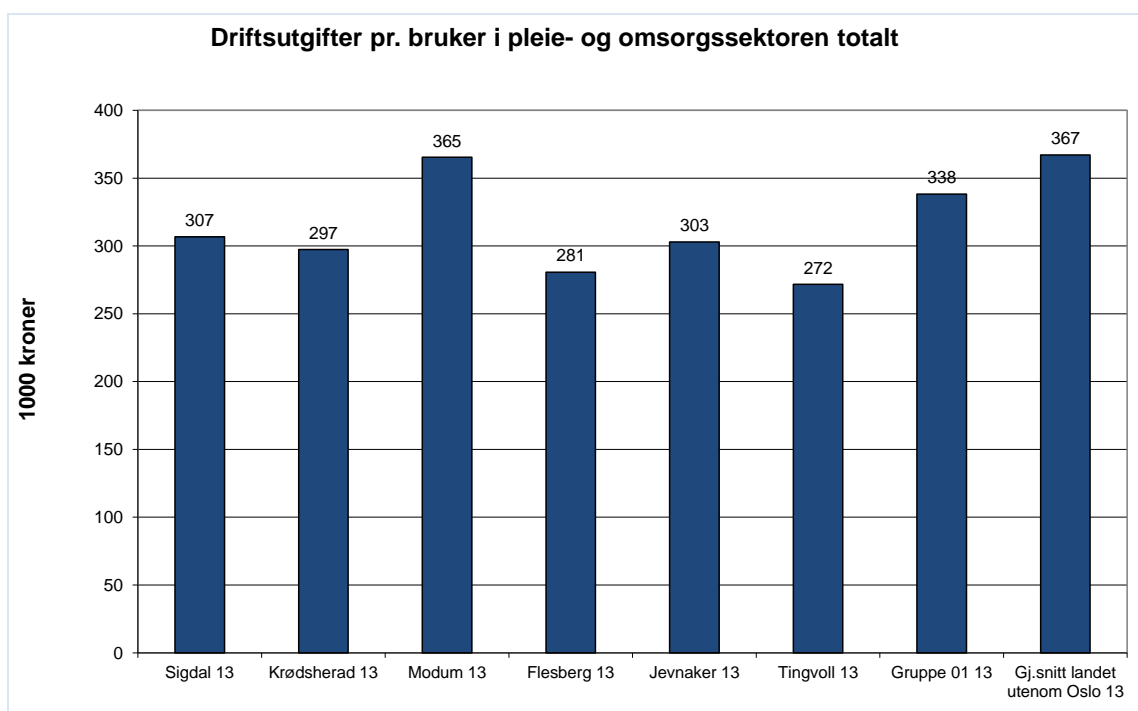
Figur 2-5 Netto driftsutgifter etter korrigering av forskjeller i behov til hjemmetjeneste

Sigdal fikk i 2013 et statlig tilskudd til særlig ressurskrevende tjenester på kr 2 029 pr. korrigerede innbygger og ligger høyest i sammenligningen. Kommunens egenfinansiering utgjorde kr 1 375 som er nest høyest blant sammenligningskommunene, men lavere enn snittet i gruppe 1 og landet utenom Oslo. Egenfinansiering av utgifter til særlig ressurskrevende tjenester kan i flere kommuner bidra til å redusere innsatsen til øvrige brukere. Utgiftene i Sigdal til disse brukerne er i mellomstjiktet i denne sammenligningen.

Det er ikke registrert noen vertskommunebrukere, verken i Sigdal eller i kommunene i utvalget.

2.4.7 Produktivitet – tjenesten samlet sett

Strukturen i tjenestetilbudet (som vi har analysert ovenfor) sier noe om hvordan tjenestene er prioritert i forhold til hverandre. I dette avsnittet vil vi se nærmere på tilgjengelige data vedrørende ressursutnyttelsen innenfor hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg samlet.



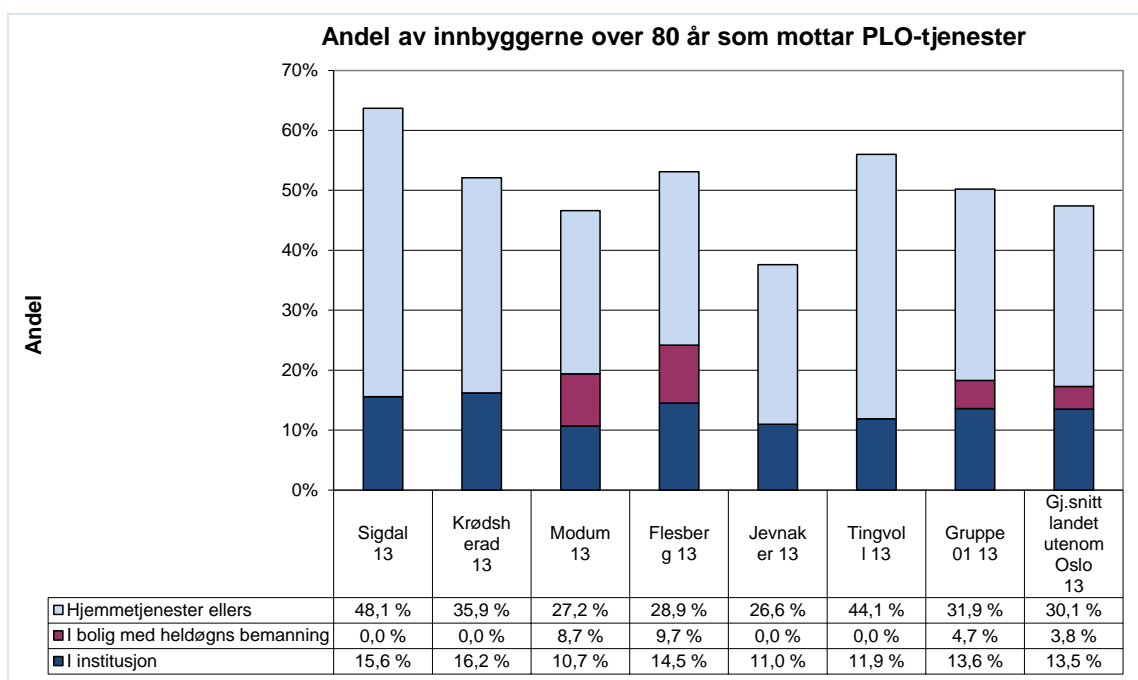
Figur 2-6 Kommunale driftsutgifter pr. bruker for hele pleie- og omsorgstjenesten

Sammenligningen viser at hver bruker av pleie- og omsorgstjenestene i Sigdal kostet i gjennomsnitt kr 307 000. De andre sammenligningskommunene bruker fra kr 272 000 i Tingvoll til kr 365 000 i Modum. Gjennomsnittet for gruppe 1 er kr 338 000.

Sigdals kostnader pr. bruker er lavere enn snittet for gruppe 1 og snittet for landet utenom Oslo. Sigdal har nest høyest utgifter pr. bruker innen pleie og omsorg av kommunene i vår sammenligning. Utgifter pr. bruker henger sammen med antall brukere, type tjeneste som er innvilget, omfang av tjenestene kommunen har innvilget og kostnader knyttet til tjenestene.

2.4.8 Dekningsgrad – tjenestene samlet sett

Erfaring viser at eldre 80 år og over mottar en stor del av ressursene innen omsorgstjenestene. I figur 2.7 nedenfor viser vi hvordan dekningsgraden for innbyggere 80 år og over fordeler seg.



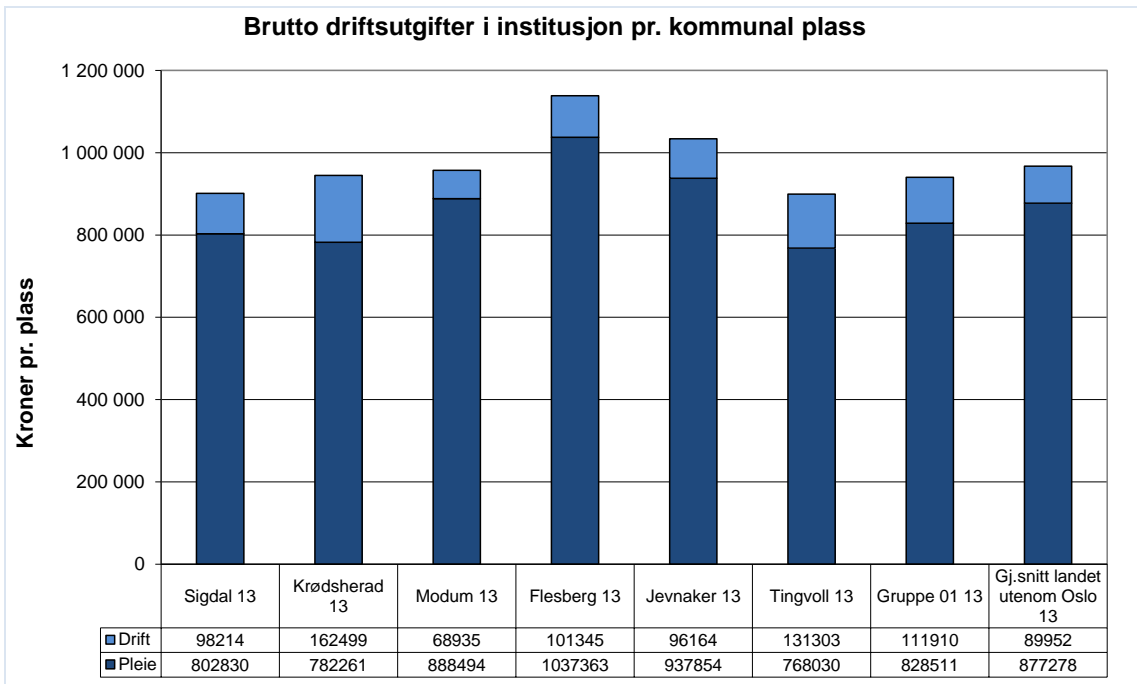
Figur 2-7 Dekningsgrad for tjenestene samlet sett - aldersgruppen 80 år og over

Sigdal har den største andelen av innbyggere over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester i denne sammenligningen. Dette gjelder både hjemmetjenester og andelen i institusjon. Bare Krødsherad har høyere dekningsgrad i institusjon. Sigdal har ingen registrerte boliger med heldøgns bemanning til denne målgruppen.

2.4.9 Institusjonstjenesten

Brutto driftsutgifter pr. kommunal plass

Institusjonstjenesten omfatter utgifter til pleie og omsorg i institusjoner, inklusive korttidsopphold. Sammenligningen inkluderer alle utgifter knyttet til drift av institusjonen, det vil si ressursinnsats til pleie og omsorg, renhold, kjøkken, vaktmestertjenester, drift av bygninger m.m.



Figur 2-8 Brutto driftsutgifter i institusjon² pr. kommunal plass

Figuren viser at det er forskjell mellom kommunene når det gjelder kostnadene til drift av plassene. De forskjellene som har størst betydning, er i hovedsak knyttet til pleiekostnader, og ikke til bygningsdrift. Vi ser likevel at utgifter til drift varierer mellom kommunene. Driftsutgiftene i Sigdal vil øke som følge av utbygging av institusjonen med 8 plasser.

Sigdal har noe lavere brutto driftsutgift pr. institusjonsplass enn gruppe 1 og gjennomsnitt landet utenom Oslo. Modum og Jevnaker ligger her lavere enn Sigdal.

Når det gjelder brutto driftsutgifter til pleieformål ser vi at dette varierer. Flesberg har høyest brutto driftsutgifter til dette, med kr 1 037 363 pr. plass. Sigdal ligger på et mellomnivå med 802 830 kr pr. plass.

2.5 De hjemmebaserte tjenestene

Produktivitet

Det er forholdsvis vanskelig med utgangspunkt i KOSTRA-tall, å tolke data både vedrørende omfang og kostnader pr. bruker innenfor de hjemmebaserte tjenestene. Dette fordi tjenestene spenner fra praktisk bistand én time hver tredje uke, til ressurskrevende brukerne med langt høyere timeantall hver uke. Hjemmebaserte tjenester i KOSTRA består av brukergruppene personer med funksjonsnedsettelse, psykisk helse og pleie og omsorg for øvrig.

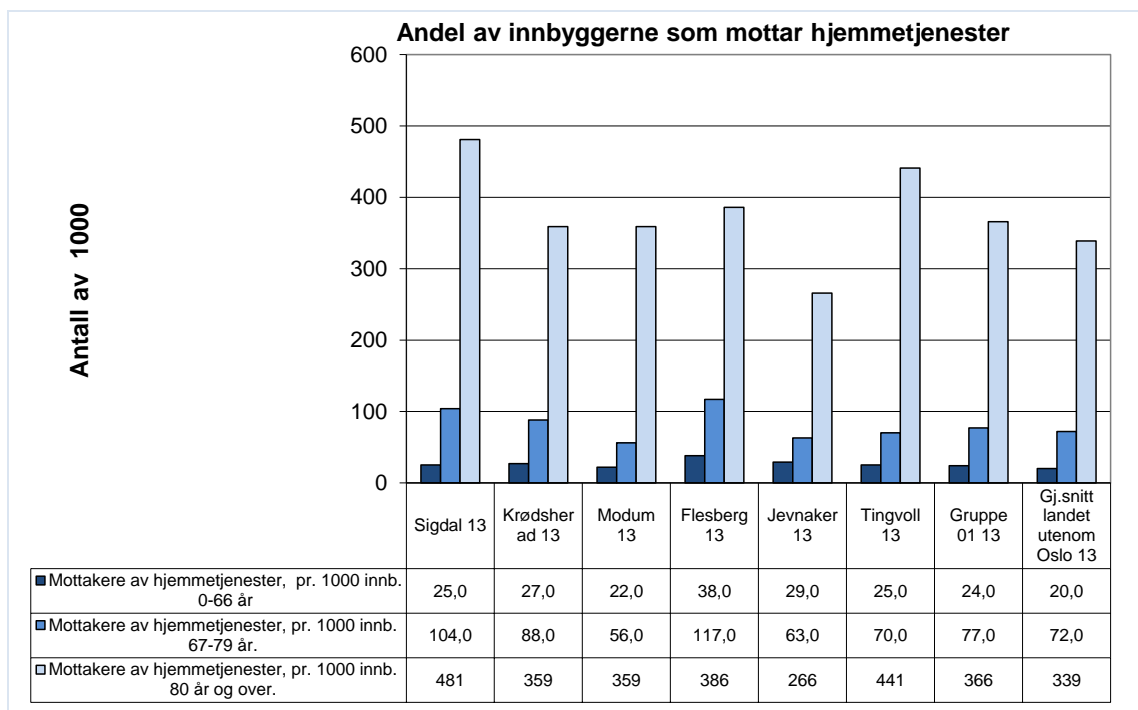
Vi presenterer likevel data for dette hvis mulig, for å finne frem til indikasjoner på hva som påvirker kommunens utgifter pr. innbygger, justert for behov. For å analysere disse tjenestene bedre har vi i dette prosjektet gjennomført en egen kartlegging av disse tjenestene som går under nivået til KOSTRA. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

Dekningsgrader

Dekningsgrader for de hjemmebaserte tjenestene vurderes vanligvis etter

- andel innbyggere under 67 år som mottar hjemmebaserte tjenester
- andel innbyggere 67–79 år som mottar hjemmebaserte tjenester
- andel innbyggere 80–89 år som mottar hjemmebaserte tjenester

Forskjeller i dekningsgrader kan dels indikere forskjeller i hvor mange som trenger hjelp, og hva slags hjelp de trenger. Forskjellene kan også avspeile ulike terskler for hvem man gir hjelp til, og hvilken hjelp de i så fall får. I figuren nedenfor viser vi en sammenligning av dekningsgrader for de hjemmebaserte tjenestene i prosent.



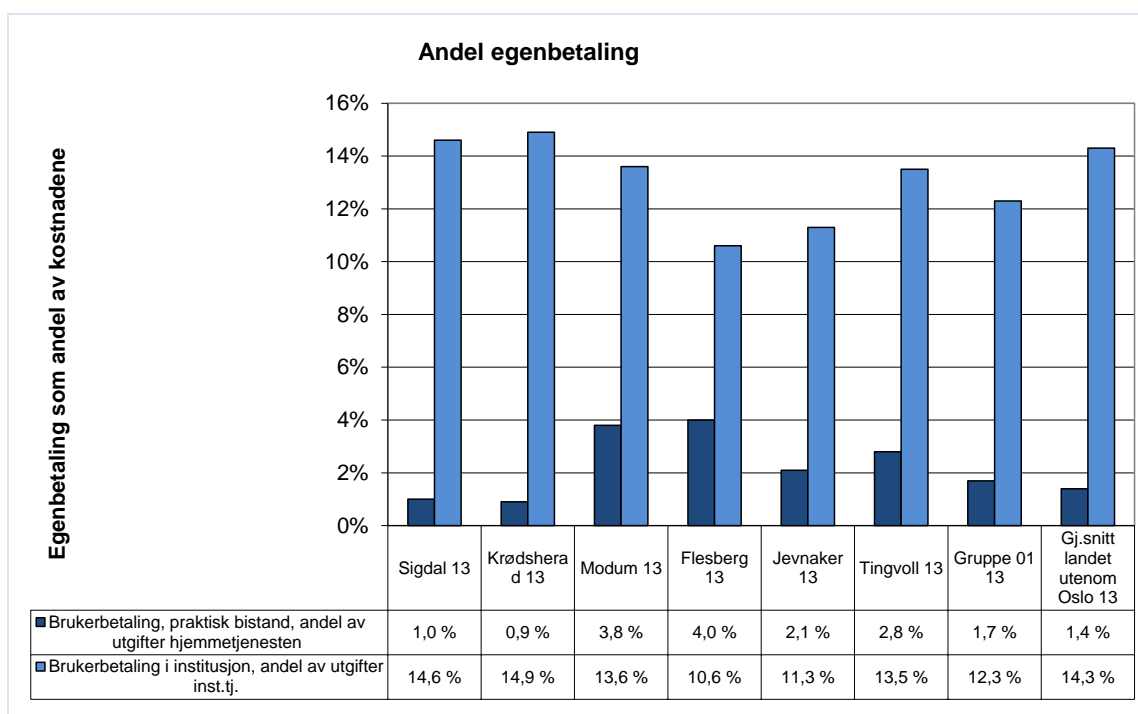
Figur 2-9 Dekningsgrader hjemmebaserte tjenester

Figuren viser følgende når det gjelder dekningsgrader for hjemmebaserte tjenester i Sigdal:

- Andel innbyggere under 67 år som mottar hjemmebaserte tjenester, er i mellomstjket sammenlignet med de øvrige kommunene i sammenligningen og over gruppe 1 og snittet for landet utenom Oslo.
- Dekningsgraden for innbyggere 67–79 år i Sigdal ligger nest høyest etter Flesberg og høyere enn gruppe 1 og snittet for landet utenom Oslo.
- Dekningsgraden for innbyggere 80 år og over i Sigdal er høyest av alle i sammenligningen.

2.5.1 Andel utgiftsdekning

Hittil har vi sett på de kommunale kostnadene. I neste figur viser vi hvor stor andel av kommunens kostnader som dekkes av brukerbetaling.



Figur 2-10 Andel egenbetaling

Sigdal ligger høyt på brukerbetaling i institusjon og lavt i sammenligningen på brukerbetaling til praktisk bistand.

2.6 Samhandling

2.6.1 Tjenester som inngår i området helse i KOSTRA

Vi har definert følgende KOSTRA-funksjoner som samhandling:

Medfinansiering somatiske tjenester (255)

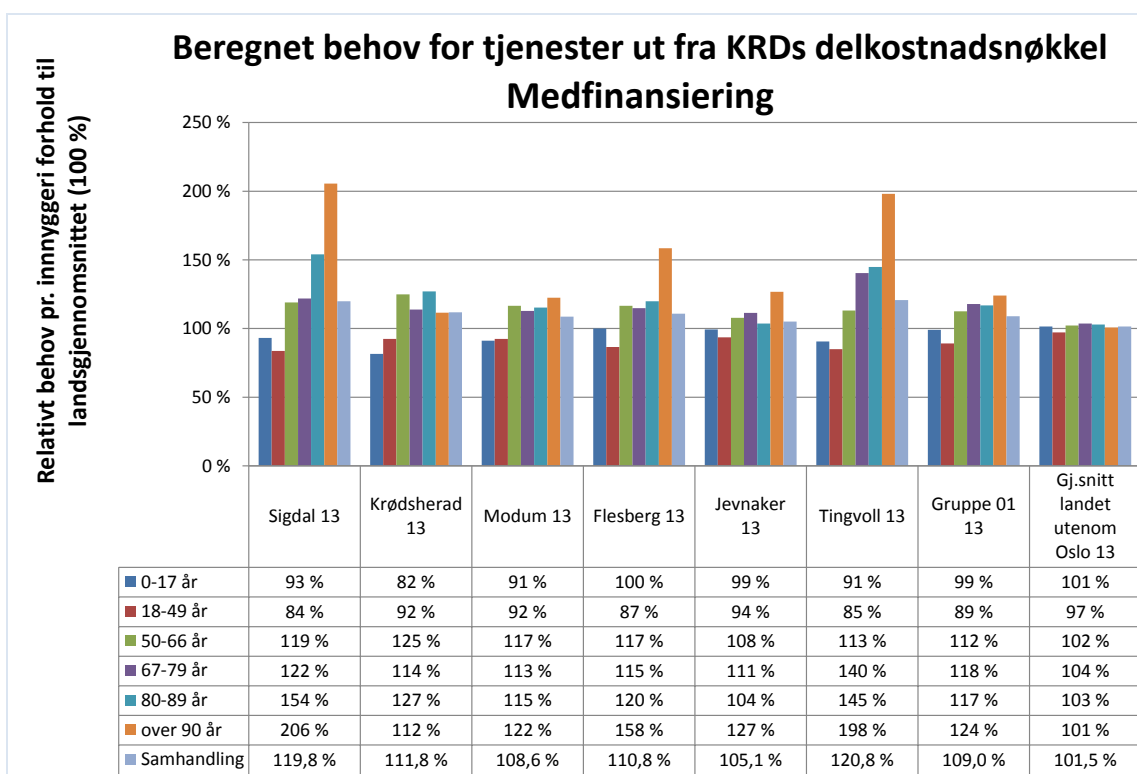
Utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Medfinansieringen gjelder kun iht. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-3. Utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten skal føres under art 400. Utgifter til utskrivningsklare pasienter (§ 11-4) skal ikke føres på denne funksjonen, men på funksjon 253.

Akutthjelp helse- og omsorgstjenesten (256)

Utgifter til tilbud om døgnopphold for personer med behov for akutthjelp. Som følge av samhandlingsreformen vil det fra 2016 bli en plikt å tilby døgnopphold til personer med behov for akutthjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Overføringene fra de regionale helseforetakene knyttet til døgnopphold for øyeblikkelig helsehjelp skal føres som inntekt på denne funksjonen.

2.6.2 Behov for tjenester

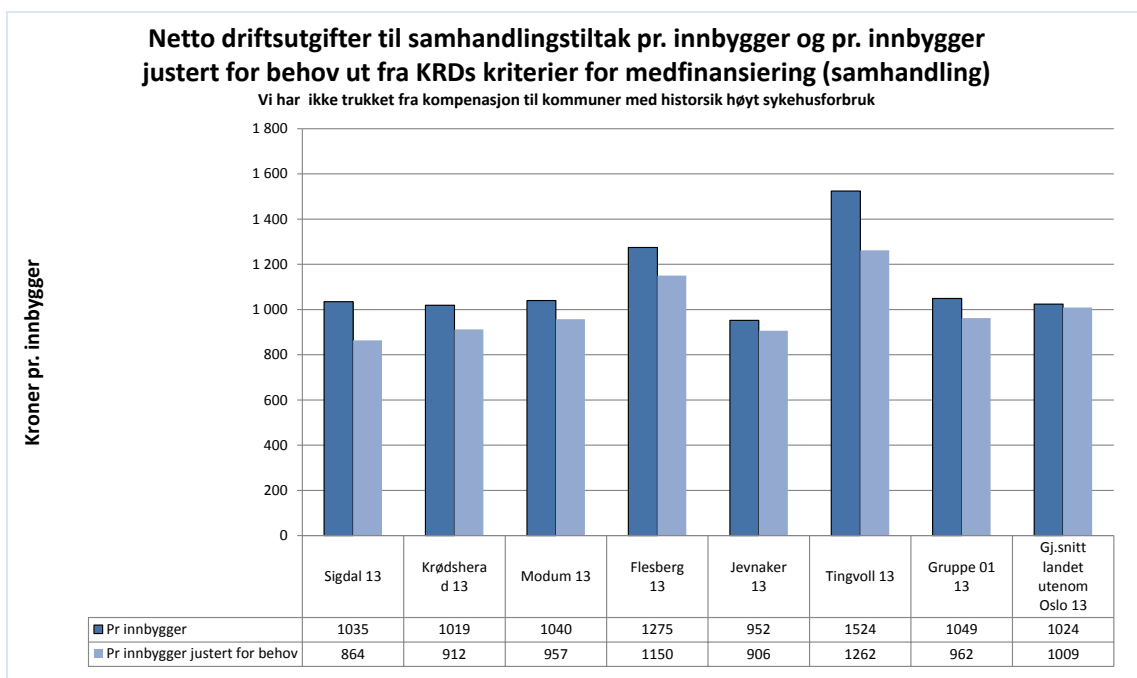
Staten har utarbeidet egne kriterier for rammefinansiering av samhandlingsoppgaven. Vi har beregnet verdiene for de ulike kommunene, og fremstilt behovsberegningen i neste figur.



Figur 2-11 Behov for samhandlingsmidler

Behovsberegningen baseres på en ren aldersfordeling. Man har for eksempel ikke lagt vekt på at omsorgsbehovet kan komme tidligere dersom dødeligheten er stor, slik som ved tildeling av midler til omsorg. Fra figuren ser vi at dette innebærer at kommuner med høyere andel innbyggere over 67 år, har høyere behov. Det innebærer at Sigdal kommune har et beregnet behov over landsgjennomsnittet pr. innbygger (119,8 %).

I neste figur har vi vist hvor mye kommunen bruker til finansiering av innleggelse i sykehusenes somatiske avdelinger. Overgangsordningene vises også i figuren.



Figur 2-12 Netto driftsutgifter til kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelse

Figuren viser at Sigdal kommune bruker kr 1 035 pr. innbygger til medfinansiering av pasienter ved sykehusene. Korrigert for beregnet behov utgjør dette kr 864 pr. innbygger, og Sigdal bruker med dette minst i sammenligningen.

2.7 Sigdals prioritering av tjenester innen pleie og omsorg

Dataene i KOSTRA er ikke alene nok til å konkludere rundt Sigdals prioriteringer av tjenester innen pleie og omsorg. For å gjøre et ytterligere dypdykk har Agenda Kaupang utviklet en database hvor vi manuelt innhenter informasjon for kommunene vi har oppdrag i. Den videre sammenligningen vil derfor være blant kommuner vi har gjort tilsvarende analyser i.

I analysen nedenfor har vi tatt utgangspunkt i KOSTRA-funksjonene 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon og 261 Institusjonslokaler. Tjenester og budsjett knyttet til andre funksjoner er ikke tatt med i denne analysen. For eksempel gjelder dette tjenester til brukere under kategorien psykisk helse under 18 år. Disse kan eksempelvis være ført på helsestasjonene og har KOSTRA-funksjon 232 og/eller 233.

Kommunene som er valgt ut fra databasen er:

- Krødsherad
- Hole
- Selje
- Søgne

Sammenligningene omhandler antall brukere og kostnader pr. bruker for likartet tjeneste. Vi har tatt utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter for kommunene i sammenligningene.

2.7.1 Sammenligningsgrunnlaget

I sammenligningen har vi gjennomført sammenstilling av tre brukergrupper; personer med funksjonsnedsettelse, psykisk helse og tjenestene til eldre.

Når det gjelder antall brukere pr. innbygger totalt i kommunene, kan forskjellene som avdekkes skyldes flere forhold:

- Forskjell i antall innbyggere med eksempelvis funksjonshemming pr. innbygger i Sigdal, og forskjell i behov for bistand
- Forskjell i tjenestetilbud til brukere med likartet behov

Vi har i dette prosjektet ikke hatt mulighet til å vurdere betydningen av forskjellen i andel brukere og deres behov. Det betyr at forskjellen i antall brukere pr. innbygger kan skyldes begge forhold.

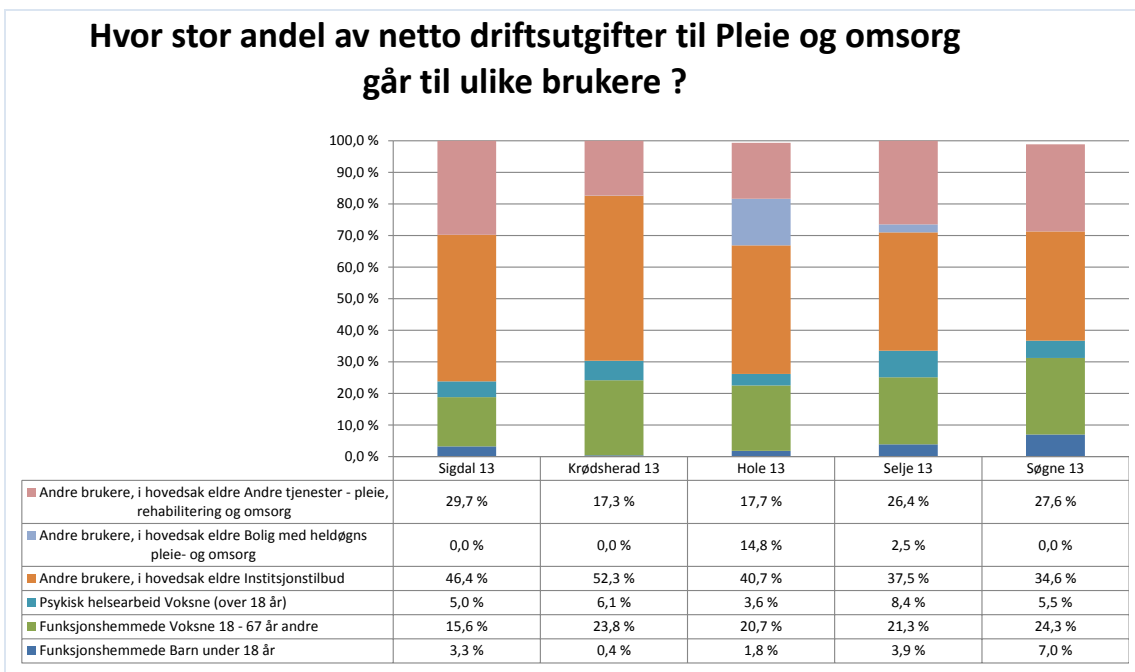
For å få mest mulig ut av tallmaterialet har vi valgt å dele brukerne i to grupper, over og under 18 år- innenfor tjenester til personer med funksjonsnedsettelse og psykisk helse. Ressursene er koblet til de to gruppene brukere. Ikke alle kommunene som har vært med i sammenligningen, har hatt dette skillet, men vi har beregnet kostnadene på de to aldersgruppene.

2.7.2 Andelsmessig fordeling av netto driftsutgifter innen kommunens pleie- og omsorgstjenester

Den andelsmessige fordelingen av kommunens netto utgifter til pleie og omsorg er basert på data innhentet direkte fra kommunen.

Til personer med funksjonsnedsettelse over 18 år benytter Sigdal ca. 15,6 % av rammen innen området, og for de under 18 år utgjør andelen 3,3 %. Når det gjelder tjenester innen psykisk helse, er andelen 5 %, og alt benyttes til brukere over 18 år.

Andelen som benyttes til hjemmebasert omsorg til eldre, utgjør ca. 29,7 %. Den største andelen av ressursene benyttes til institusjonstjenester, i hovedsak for eldre. Andelen utgjør ca. 46,4 %.

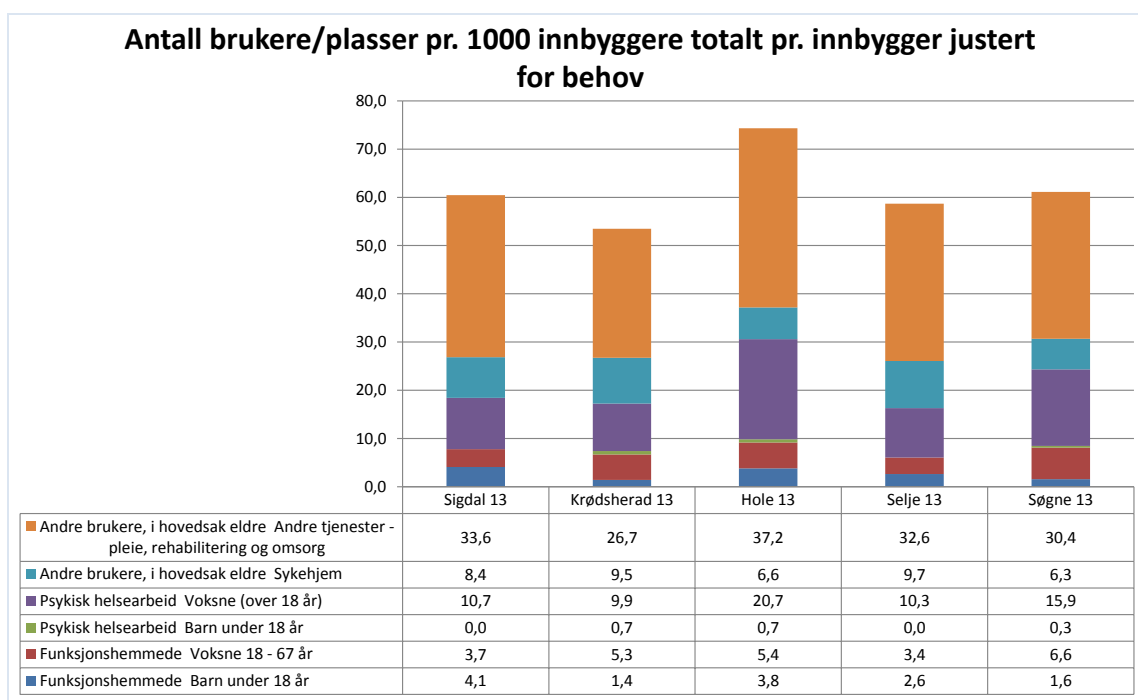


Figur 2-13 Andelsmessig fordeling av netto driftsutgifter innen pleie og omsorg

Figuren viser at andelen varierer mellom kommunene. Alle kommunene bruker den største andelen på i hovedsak eldre på institusjon. Andelsmessig bruker Sigdal en litt større andel enn de andre på hjemmebaserte tjenester som pleie, rehabilitering og omsorg til i hovedsak eldre.

2.7.3 Brukere og plasser

I neste figur viser vi hvor mange brukere/plasser kommunen har innenfor de ulike tjenestene. Antall brukere/plasser er korrigert for behov.



Figur 2-14 Antall brukere/plasser pr. innbygger justert for behov

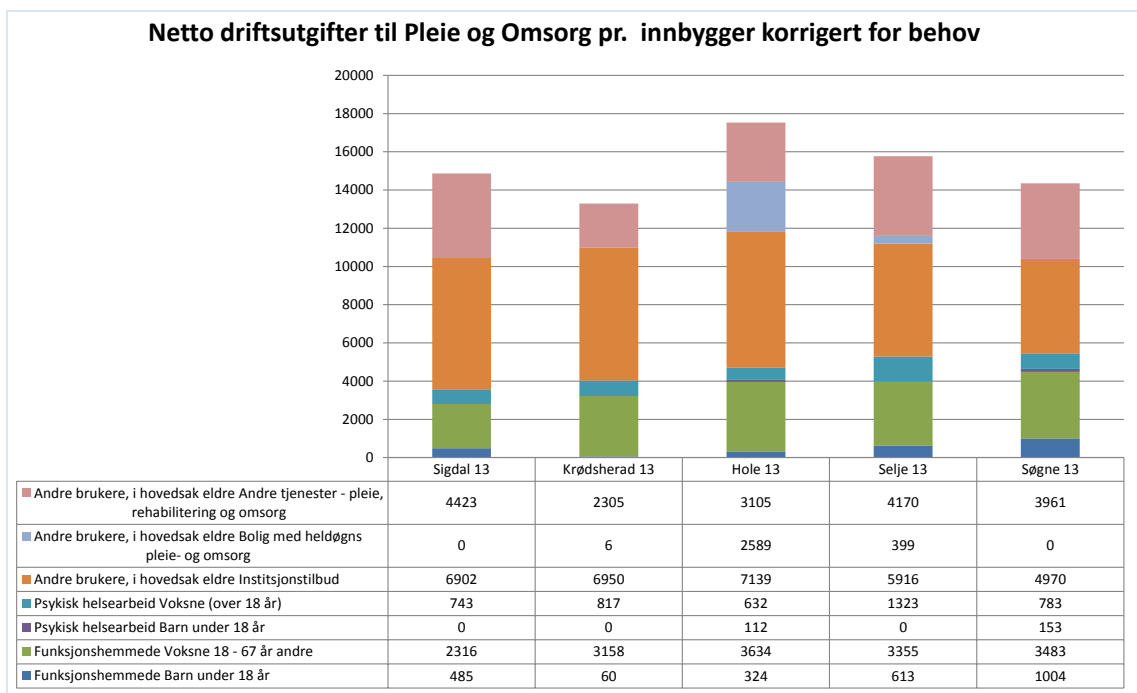
Figuren viser at andre brukere, i hovedsak eldre, er nest høyest i Sigdal kommune. Når det gjelder eldre i sykehjem ligger Sigdal i midt sjiktet; to kommuner med flere og to kommuner med færre.

Antall brukere innenfor psykisk helse varierer mellom kommunene. Når det gjelder voksne brukere innen psykisk helsearbeid har Sigdal nest færrest brukere i sammenligningen.

Det er kun Selje som har lavere antall brukere/plasser til personer med funksjonsnedsettelse over 18 år enn Sigdal. Når det gjelder personer med funksjonsnedsettelse brukere under 18 år, har Sigdal den høyeste andelen i vår sammenligning.

2.7.4 Netto driftsutgifter pleie og omsorg

I neste tabell viser vi netto driftsutgifter til pleie og omsorg.

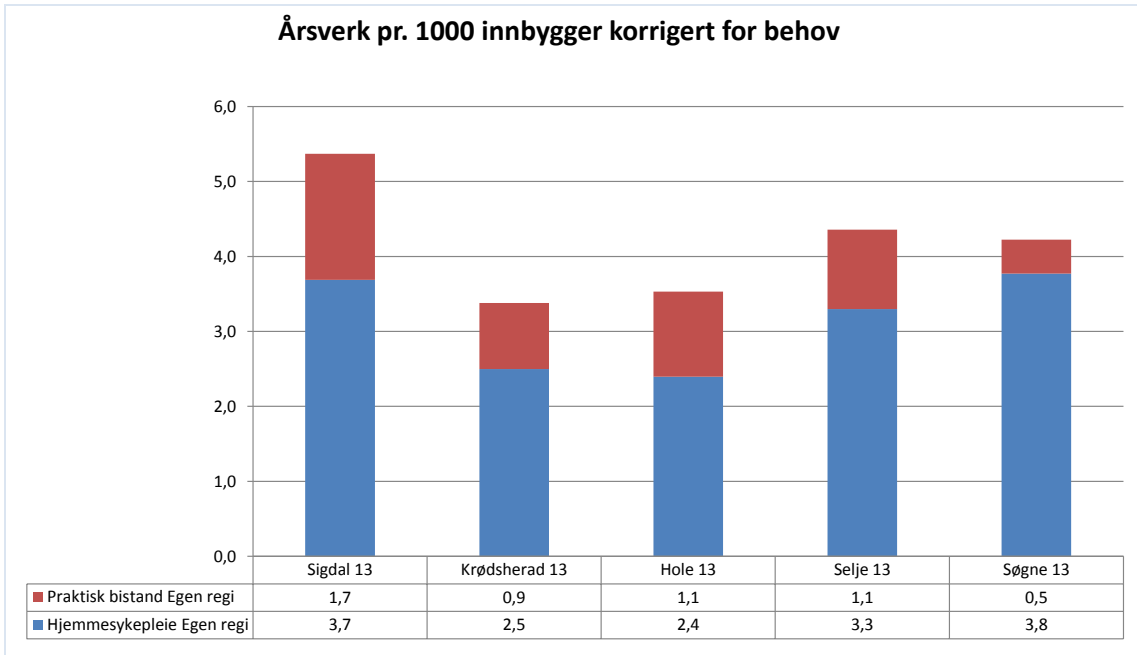


Figur 2-15 Netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger, korrigeret for behov

Tabellen viser at netto driftsutgifter til pleie og omsorg varierer mellom kommunene. Hole har samlet sett de høyeste nettodriftsutgiftene til dette formålet. Sigdal ligger på et høyt nivå når det gjelder netto driftsutgifter til eldre brukere. Sammenlignet med de andre kommunene har Sigdal lave netto driftsutgifter til psykisk helsearbeid og personer med funksjonsnedsettelse. Vi gjør oppmerksom på at når vi bruker netto driftsutgifter pr. innbygger korrigeret for behov brukes den samme behovskorrigeringen for alle brukerne. For funksjonshemmede er dette kun en måte å vurdere kostnadsnivået på, og må ses sammen med kostnader i forhold til relevante innbyggere i ulike aldersgrupper.

2.7.5 Hjemmetjenester, i hovedsak til eldre

I neste tabell viser vi årsverk pr. 1 000 innbyggere korrigeret for behov knyttet til praktisk bistand og hjemmesykepleie.

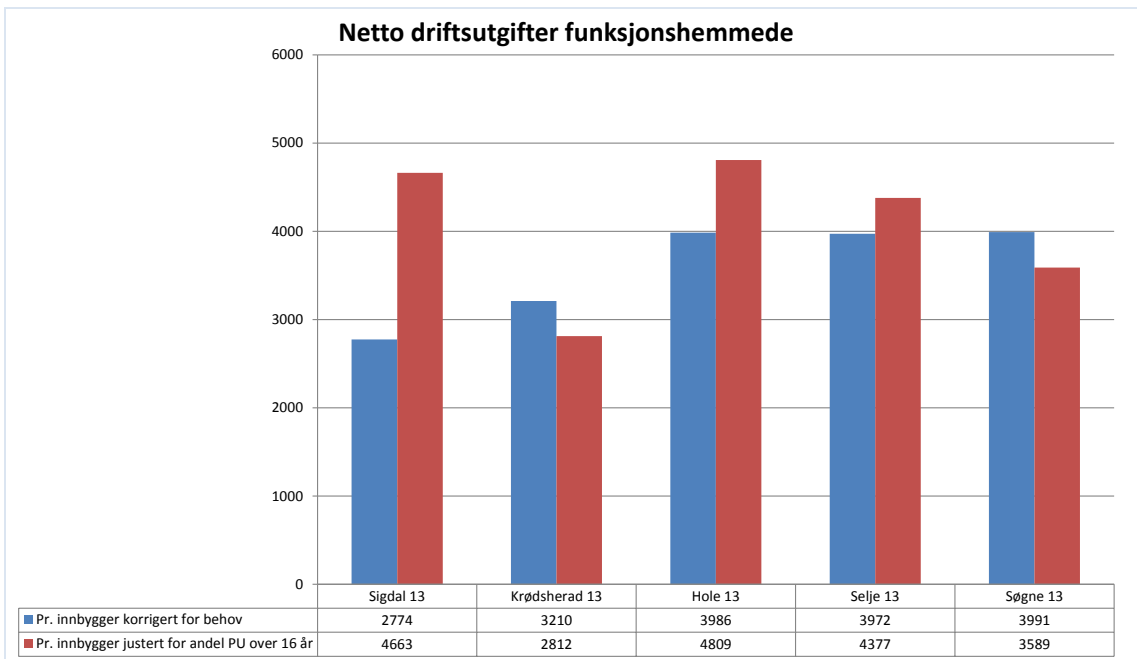


Figur 2-16 Årsverk hjemmetjenesten

I tabellen ligger årsverkene for Prestfosstun og eldresenteret i Eggedal. Dersom vi trekker dette ut er andelen på hjemmesykepleie i egen regi 2,6. Tabellen viser at Sigdal har prioritert både praktisk bistand og hjemmesykepleie høyt. Andelen praktisk bistand er høy i forhold til hjemmesykepleie når vi ser kommunene samlet.

2.7.6 Personer med funksjonsnedsettelse

Vi starter sammenligningen med å vise hvordan netto driftsutgifter fordeler seg når vi justerer pr. innbygger og for andelen innbyggere i Sigdal kommune med registrert diagnose psykisk utviklingshemming(PU) over 16 år.



Figur 2-17 Netto driftsutgifter til personer med funksjonsnedsettelse

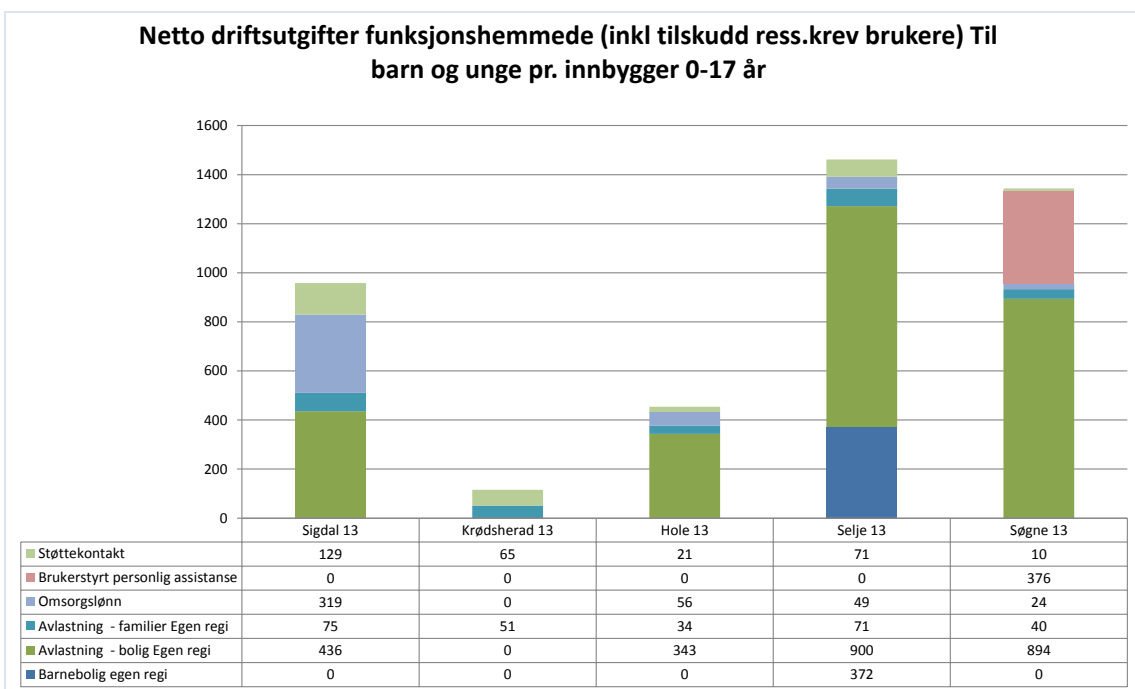
Figuren viser at når vi justerer driftsutgiftene til personer med funksjonsnedsettelse pr. innbygger korrigert for behov (137,9 %) har Sigdal den laveste kostnaden til

brukergruppen. Når vi justerer driftsutgiftene pr. innbygger justert for andel PU brukere over 16 år har Sigdal en relativt høy kostnad. Dette henger sammen med at Sigdal har relativt få registrerte brukere med psykisk utviklingshemming. Det mest korrekte bildet av kostnadsnivået for funksjonshemmede vises i de to neste grafene.

Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse under 18 år

Netto driftsutgifter pr. innbygger

I neste figur viser vi netto driftsutgifter til personer med funksjonsnedsettelse pr. innbygger under 18 år, fordelt på ulike typer tjenester.



Figur 2-18 Netto driftsutgifter til personer med funksjonsnedsettelse pr. innbygger under 18 år

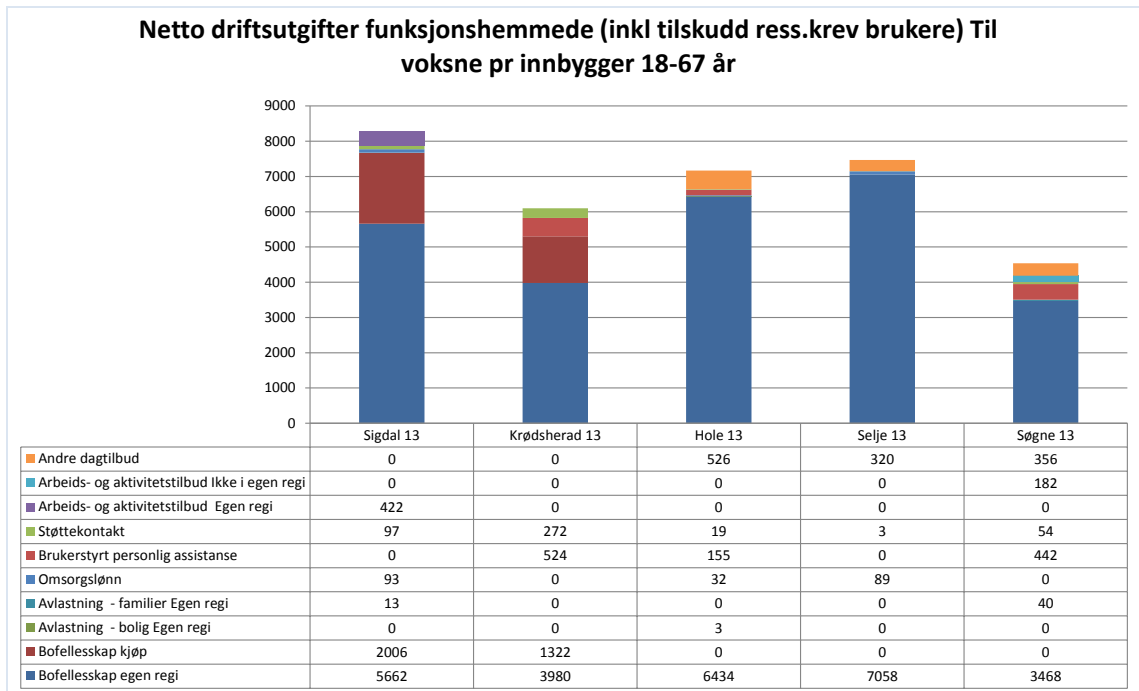
Figuren viser følgende:

- Kostnader til tjenester varierer mellom kommunene.
- Sigdal skiller seg ikke ut på samlede utgifter til denne brukergruppen; To kommuner med vesentlig høyere utgifter og to kommuner med lavere utgifter.
- Utgiftene til støttekontakt og omsorgslønn viser at dette er prioriterte områder for Sigdal.

Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse over 18 år

Netto driftsutgifter pr. innbygger

I neste figur ser vi netto driftsutgifter til personer med funksjonsnedsettelse pr. innbygger i alderen 18–67 år. Vi presiserer at én bruker kan ha flere tilbud, f.eks. både avlastning og støttekontakt.



Figur 2-19 Netto driftsutgifter til personer med funksjonsnedsettelser pr. innbygger 18-67 år

Figuren viser følgende:

- Sigdal har et relativt normalt nivå på dagtilbud til brukergruppen. Her fører kommunene noe ulikt om det er andre dagtilbud eller arbeids- og aktivitetstilbud.
- Sigdal har ingen kostnader til BPA-ordninger (brukerstyrt personlig assistanse) innenfor denne målgruppen.
- Sigdal har den høyeste utgiften til bofellesskap samlet sett, kommunen har moderate kostnader til kostnader til bofellesskap i egen regi og høye kostnader til bofellesskap som de kjøper av andre.

Når det gjelder arbeid og aktivitetstilbud i Krødsherad har de ikke oppgitt å ha kostnader til dette formålet. Årsaken er at det er ansatte i boligen som ivaretar dette. Kostandene er ført på bofellesskap i egen regi.

Samlet sett har Sigdal de høyeste utgiftene pr. innbygger til personer med funksjonsnedsettelser pr. innbygger 18-67 år. I hovedsak er dette utgifter til bofellesskap.

2.8 Oppsummering

Kostnadsanalysen har vist følgende for Sigdal kommune:

- Netto utgiftene er høye for pleie- og omsorgstjenestene
- Dekningsgradene er stort sett høye, og kommunen har høy andel utgifter til institusjonsdrift
- Høye utgifter til hjemmebaserte tjenester. Dette innebærer kostnader til BPA og ambulante hjemmetjenester
- Sigdal har høye kostnader til funksjonshemmede over 18 år. Kostnader her er i hovedsak knyttet til bofellesskap både i egen regi og kjøp fra andre. Når det gjelder brukere under 18 år, viser gjennomgangen at Sigdal har moderate kostnader når vi justerer for antall innbyggere i relevante aldersgrupper for tjenestene
- Sigdal kommune har relativt lave kostnader til psykisk helsearbeid

- Moderate utgifter til aktivisering
- Relativt god egenbetaling i institusjon, men lav egenbetaling til praktisk bistand.

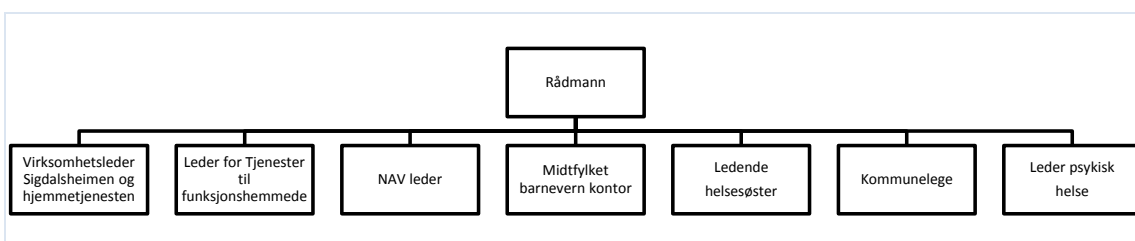
3 Helse og omsorg

Helse og sosial har siden høsten 2005 hatt en flat organisasjonsstruktur, med virksomhetsledere direkte underlagt Rådmannen. Virksomhetsleder for Sigdalsheimen og hjemmetjenestene fungerer med Helse og sosialsjef–fullmakter, der det har vært hensiktsmessig med en faglig kontaktperson for sektoren, innad i kommunen og utad.

3.1 Overordnet organisering

Helse- og omsorgstjenestene i Sigdal kommune har en flat organisering med leder for Sigdalsheimen og hjemmetjenesten, leder for personer med funksjonsnedsettelse og leder for psykisk helsearbeid. Leder for Sigdalsheimen og hjemmetjenesten har et koordinerende ansvar inn mot rådmannens ledergruppe. Det er lederne for de ulike deltjenestene som har resultatansvar for sine respektive enheter.

Organisasjonskart for Helse og sosial:



Figur 3-1 Organisasjonskart

I 2013 utgjorde Helse og omsorg i Sigdal kommune totalt 127,31 årsverk.

3.2 Datasystemer

Gerica benyttes for å ivareta krav til dokumentasjon og rapportering tilknyttet bruker-saker. Kommunen opplyser at en har god kompetanse på Gerica, men at en må jobbe med opplæring av alle ansatte. Våre informanter fremhever at det er en utfordring for virksomhetene å benytte og videreutvikle fagprogrammene optimalt, dette gjelder blant annet ressurser til drift, vedlikehold og opplæring. Opplæring er vanskelig å få til innenfor budsjettammen for pleie og omsorg.

Det er etablert en Gerica-ansvarlig i 30 % stilling som også er programansvarlig for E-link/helsenett. Kommunen benytter rapportfunksjon i Gerica for å få oversikt over brukere, tjenester og til bruk for statistikk f.eks. med vederlagsberegning og rapportering. Høsten 2013 startet arbeidet med å ta i bruk Helsenettet (elektronisk meldingsutveksling mellom po-tjenestene, legetjenesten, laboratoria og med VVHF). Det er i tillegg en 20 % stilling som programansvarlig for «Notus»(Visma ressursstyring).

Kommunen har tatt i bruk nytt lønn og personalprogram, samt nytt elektronisk sak- og arkivsystem. I tillegg utvides pleie og omsorg sitt elektroniske turnusprogram og integreres i kommunens lønssystem.

I tillegg benyttes:

- Visma Enterprise benyttes til ressursstyring og turnussystem. Virksomheten bruker elektroniske timelister, og skal starte opp med å benytte webportalen som blant

annet gir mulighet for å håndtere innleie av vakter over nett/SMS. Virksomheten skal i løpet av høsten ha elektronisk lønnkjøring.

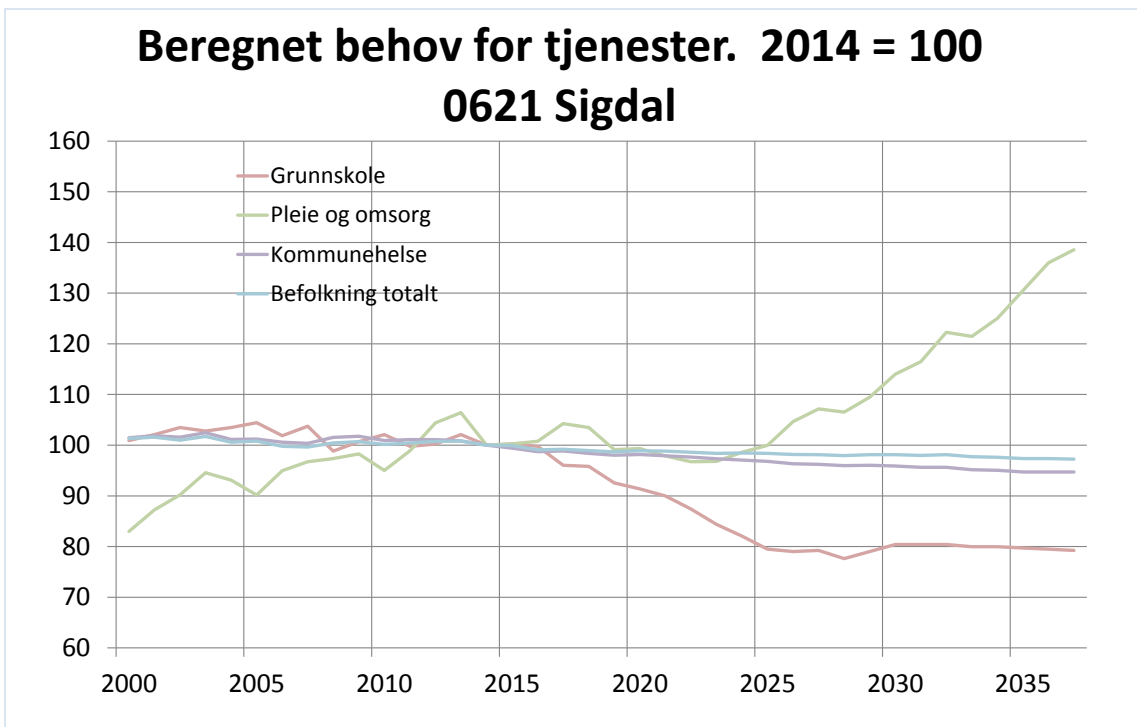
- Visma- økonomioppfølging.
- ESA, felles saksbehandlingssystem i kommunen.

3.3 Utvikling i demografi

I følge årsmelding 2013 hadde planområde 4, Helse og sosial et merforbruk på kr 3 375 411. Hovedforklaringen til dette oppgis å være at pleietyngde og generelt bemanningsbehov i eldreomsorgen krever kapasitet som det ikke har vist seg mulig å håndtere innenfor rammene som har ligget til grunn etter lønnsoppgjør 2012. I tillegg opplyses det et betydelig merforbruk innen barnevern.

Sigdal kommune er i en situasjon hvor en har hatt vekst innen ulike områder av kommunens tjenesteproduksjon. Samtidig er behovene i de ulike delområder i endring.

I neste figur viser vi hvordan utviklingen i delsektorene grunnskole, helse, pleie og omsorg og befolkningen samlet har utviklet seg, og prognosene fremover.



Figur 3-2 Beregnet behov for tjenester i Sigdal fra 2000 til 2040

Figuren viser utviklingen i behov for ulike deltjenester i Sigdal kommune. Når det gjelder pleie og omsorg, så har kommunen hatt en kraftig vekst innen disse tjenestene fra 2000 og frem til i dag.

Samtidig viser framskrivingen av kommunen trolig får et fall i antall eldre de neste årene frem mot 2024. Dette gjelder spesielt aldersgruppen 80 år og eldre. Antall eldre vil igjen stige fra ca. 2025, og dette innebærer at kommunen vil få en økt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester etter dette.

4 Vurdering og konklusjon

4.1 Ressursbruk i forhold til andre kommuner

Vi har sammenlignet kostnadsnivået i Sigdal kommune med kommunene Krødsherad, Modum, Flesberg, Jevnaker, Tingvoll, gjennomsnitt kommunegruppe 1 og gjennomsnitt for landet utenom Oslo. Sigdals samlede netto driftsutgifter er relativt høye. Det er bare en kommune i sammenligningen som har høyere kostnader enn Sigdal. Netto utgiftene er høye for pleie- og omsorgstjenestene. Dekningsgradene er stort sett høye, og kommunen har høy andel utgifter til institusjonsdrift. Videre har Sigdal høye utgifter til hjemmebaserte tjenester. Dette innebærer kostnader til BPA og ambulante hjemmetjenester.

Sigdal har høye kostnader til funksjonshemmede over 18 år og moderate kostnader til brukere under 18 år når vi justerer for antall innbyggere i relevante aldersgruppe for tjenestene, både til eldre og til funksjonshemmede når en justerer for innbyggergrunnlaget. Når det gjelder psykisk helsearbeid har Sigdal relativt lave kostnader. Videre har kommunen moderate utgifter til aktivisering, relativt god egenbetaling i institusjon, men lav egenbetaling til praktisk bistand.

4.2 Hvor er stordriftsfordelene innen helse- og omsorgstjenestene?

Optimal organisering av tjenestene innen helse- og omsorg, er nært knyttet til sammenhengen mellom utviklingen i kostnader og produksjon. Oversatt til den kommunale hverdagen, betyr det at en oppnår en stordriftsfordel dersom en kan øke antall elever i skolen, antall beboere på avdelingene ved sykehjem eller antall barn i barnehagen uten tilsvarende vekst i bemanningen.

Med kostnadseffektiv struktur som mål, vil hensikten være å finne frem til hvilke ressurser som kan utnyttes bedre med en annen struktur. Mer konkret betyr dette hvilke ressurser som kan utnyttes bedre med en annen størrelse på grunnenheten.

Innen pleie- og omsorgstjenestene gjør turnusordninger sitt til at det skal mange ansatte til for å kunne dekke helgene, og at samarbeid mellom arbeidslag innenfor en turnus kan føre til mindre behov for ansatte til stede – spesielt på natt – men også andre tider av døgnet med mindre aktivitet. Dette gjør at det er nattevakt – og i noen grad andre vakter utover normal arbeidstid – som i hovedsak kan utnyttes bedre med en struktur med større enheter.

Turnus

Innen enheter med døgnkontinuerlig bemanning, varierer arbeidsoppgavene og arbeidsbelastningen gjennom døgnet, og dermed varierer også behovet for personer på jobb. Vanligvis er det flest personer på dagvaktene og færrest på nattvaktene i hjemmetjenesten og på sykehjem. I boliger til personer med funksjonsnedsettelser og innen psykisk helsearbeid kan dette bildet være noe annerledes, da brukerne er på dagtilbud og ikke til stede i boligen.

Organisering av turnusarbeid omfatter en høy andel deltidsstillinger, og øker antallet ansatte som må til for at bemanningsplanen skal dekkes opp – noe som igjen gir utfordringer for kontinuiteten i arbeidet. Dette har innvirkning på hvor stor grunnheten bør være og på ledertettenheten. Turnusarbeid har roterende bemanning, som er et motsatt prinsipp til faste lag, som er dominerende i skiftarbeid. Det kan være et hinder for å etablere teamfølelse og godt samarbeid, og medfører ofte økt oppsplitting og fragmentering, ettersom vaktene bemannes med deltidsansatte som sjelden er på jobb. Samtidig gir større grunnenheter det mulig å sikre flere ansatte større stillinger i en turnusgruppe. Konsekvensen av at tjenestene er organisert med turnusarbeid,

setter dermed begrensninger på størrelsen av grunnenhetene, sett i et drifts- og bemanningsperspektiv. Vår gjennomgang viser at størrelsene på turnusgruppene varierer innen pleie- og omsorgstjenestene i Sigdal kommune. Kommunen forsøker å legge til rette for de ansattes ønsker, både i forhold til stillingsstørrelse og gjennom turnusplanlegging.

4.3 Resultatenheter i pleie og omsorg

En resultatenhet innenfor helse- og omsorgstjenestene, der leder har økonomi-, fag- og personalansvar, utgjør ofte et tjenesteområde, eller består av delsektorer som hjemmetjeneste, sykehjem, personer med funksjonsnedsettelse og psykisk helse. I større kommuner kan tjenestene derimot være organisert ut fra geografiske soner, med samling av alle deltjenester, og/eller ut fra tjenesteområde. Sigdal kommune har organisert helse og omsorg i flere virksomheter. Det er ulike størrelse og organisering på disse enhetene.

4.3.1 Størrelse på resultatenhetene

Innen pleie- og omsorgstjenestene i Norge er det stor variasjon i størrelsen på resultatenhetene. Resultatenhetens størrelse har konsekvenser for ledelsens mulighet for å drive tett økonomioppfølging, fagoppfølging og organisering av enhetene. Dette er igjen av betydning for hva en definerer som grunnenhet.

Flere og flere kommuner bygger opp sin administrasjon med resultatenheter som tjenesteproduserende enheter, uavhengig av om de har en etatsmodell eller en såkalt "tonivåmodell". Formålet er å ha organisatoriske enheter med klart definert ansvar og myndighet, stimulere ledere og medarbeidere til målrettet arbeid og at beslutninger fattes på rett nivå.

RO-senteret gjennomførte i 2004 en sammenligning av ledertettheten i pleie- og omsorgstjenestene og skolesektoren³. Undersøkelsen viste at innen pleie og omsorg har en leder i gjennomsnitt ansvar for 36,3 personer, som utfører 22 årsverk⁴. Til sammenligning viser tallene innen skolesektoren en størrelse på 17,3 personer, som utfører 13,5 årsverk.

Avdelingene innen helse- og omsorgstjenestene i Sigdal varierer i størrelse. I vår gjennomgang er avdeling for psykisk helsearbeid den minste avdelingen/-virksomheten, med 2,9 årsverk. Hjemmetjenesten og Sigdalsheimen er enhetens største avdeling, med 45,5 årsverk på Sigdalsheimen og 28 årsverk i hjemmetjenesten. Kommunen har videre 25 årsverk i tjenestene til funksjonshemmede.

Vår gjennomgang viser at ansvar for fag, personale og økonomi er fordelt på flere funksjoner/personer, og at det er noe ulikt syn på hvorvidt kommunens ledelsesstruktur (inkludert delt ledelse) er formålstjenlig og står i forhold til behov for stedlig ledelse. En annen faktor som også spiller inn, er leders kontrollspenn. Dersom en leder har ansvar for et for høyt antall ansatte, kan de ansatte på utøvende nivå oppleve å være uten daglig leder.

Dersom lederspennet er for stort for den aktuelle leder, vil det nesten alltid etablere seg subkulturer med uformelle ledere⁵. Det betyr at et stort lederspenn kan tvinge frem et underliggende ledernivå som har ansvar for den daglige oppfølgingen av ansatte. Dersom leder ikke mestrer lederspennet, er det fare for at faglige og økonomiske avgjørelser tas av andre personer enn dem som har det formelle ansvaret.

³ Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren

⁴ Leder i denne sammenheng har ansvar for økonomi, fag og personale

⁵ Grønhaug, Kjell, Odd H. Hellesøy og Geir Kaufmann (2001). *Ledelse i teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget

Dette er et forhold vi vil komme tilbake til senere i rapporten, da det har betydning for hvordan Sigdal styrer de største avdelingene i fremtiden.

4.4 Grunnenheter i pleie- og omsorgstjenestene

Uavhengig av organisasjonsalternativene er det allmenn enighet om at den enkelte institusjon/enhet i hjemmetjenesten/omsorgsbolig har en definert totalressurs og en klart definert oppgave. Spørsmålet er om det er formålstjenlig å definere grunnenheten som en mindre enhet enn disse. Her er det en ulikhet hva gjelder omsorgsboliger, hjemmetjeneste og sykehjem. Årsaken til dette er at et sykehjem ofte består av flere avdelinger med egne turnusgrupper, hjemmetjenesteområdet består av flere soner/–avdelinger, mens en omsorgsbolig oftest består av en turnusgruppe for hver grunn–enhet. Sigdal har i dag valgt å organisere tjenestene under leder for Sigdalsheimen og hjemmetjenester, funksjonshemmede og psykisk helse. Ved Sigdalsheimen er det flere grunnenheter under leder, mens dette er ikke tilfellet innenfor psykisk helse og funksjonshemmede.

En resultat-enhet kan bestå av mange ulike enheter på et lavere nivå enn resultat–enhetsnivå. Dette gjelder eksempelvis avdelinger på sykehjem, boenheter innen tjenester til personer med funksjonsnedsettelse, soner innen hjemmebasert omsorg mv.

Ut fra forholdene knyttet til drifts– og bemanningsperspektiv, er det hensiktsmessig å definere grunnenheter innen pleie og omsorg som avdelinger hvor det er egne turnus–grupper. En resultat-enhet vil dermed bestå av flere grunnenheter. En grunnenhet, slik vi beskriver det her, vil igjen kunne bestå av flere arbeidslag.

4.4.1 Optimal størrelse på grunnenhetene

Det har skjedd en utvikling i bygningsmessige forhold innen pleie– og omsorgstjenestene de senere årene. Tidligere var det i sykehjem vanlig å ha et langt større institusjonspreg. Det samme var tilfellet innenfor omsorgen til personer med funksjonsnedsettelse, før HVPU–reformen kom. I dag er flere og flere sykehjem og omsorgsboliger organisert med mindre bogrupper, noe som gir mer nærhet mellom beboere og pleiere. Men det fører også til en ny utfordring hva gjelder å se ulike bogrupper i sammenheng. Dersom små bogrupper isoleres og ikke har et organisatorisk og personalmessig samarbeid, skaper det utfordringer både for brukere og ansatte. Vår gjennomgang i Sigdal viser at størrelser på boliger/institusjon varierer, men at de har klart å få til en samdrift som gjør at de utnytter ressursene på tvers slik at de unngår smådriftsulemper. I tillegg har man samlokaliserte mange av tilbudene i Prestfoss. Denne samlokaliseringen har gjort det mulig å ha etablert samarbeid på tvers av virksomhetene. I praksis handler dette om å redusere kostnader samtidig som man klarer å benytte kompetanse og kapasitet og reduserer sårbarhet.

Tilgjengelig forskning på området er begrenset, og det finnes relativt lite forskning knyttet til selve skjæringspunktet mellom stordriftsfordeler og dimensjonering av grunnenheter i kommunale tjenester innen pleie– og omsorgstjenestene.

Mange ulike forhold spiller inn og danner rammebetingelsene for ivaretagelse av pleie og omsorg. Forskningsfunn har vist at grunnenheter der ansatte opplever bemanningen som for dårlig, skåret lavt på kvalitet. Betingelsene for god kvalitet ser ut til å henge sammen med tilgjengelig kompetanse, arbeidsmiljømessige forhold, vekt–legging av en kompetanseutviklende kultur, bygningens alder og samarbeid med aktuelle faggrupper.

Mye av forutsetningen for at en skal få til en god arbeidssituasjon og god kvalitet, ligger trolig i kombinasjonen av gruppeinndeling og organisasjonsmodell. I en

organisasjonsmodell ligger det en annen måte å arbeide på, og en situasjon med oppgaveforskyvning.

Den kostnadmessige rammen er knyttet til en god utnyttelse av personalet og en turnusløsning som er tilpasset behovene i de fysiske rammene, brukerne og bemanningen.

Vårt arbeid med turnusgrupper og størrelser på enheter i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmebasert omsorg, viser at antall ansatte pr. bruker faller når størrelsen på grunnenhetene øker. Årsaken til dette er stordriftsfordeler og fordeling av ugunstig arbeidstid (helg og natt) på flere ansatte. Dersom en skal ta på alvor føringene om mindre bogrupper, er det viktig at det blir etablert et utvidet samarbeid mellom personalgrupper på tvers av mindre grunnenheter.

Ved sykehjem er det de totale ressursene knyttet til natt og tilgang til sykepleiekompetanse på kveld, natt og helg, som fører til at mindre sykehjem og grunnenheter/bemanningsgrupper er dyrere å drifte enn større. Dette er gjeldende på tilsvarende måte for hjemmebasert omsorg og boliger til personer med funksjonsnedsettelse. Ved Sigdalsheimen har en organisert tjenestene over to etasjer, men inndelt tjenestene i flere grupper. Samtidig arbeider en aktivt for at gruppene skal være fleksible i forhold til bemanning og pasienter. På natt er det etablert et samarbeid mellom de ulike avdelingene. Vi kommer tilbake til dette senere i rapporten.

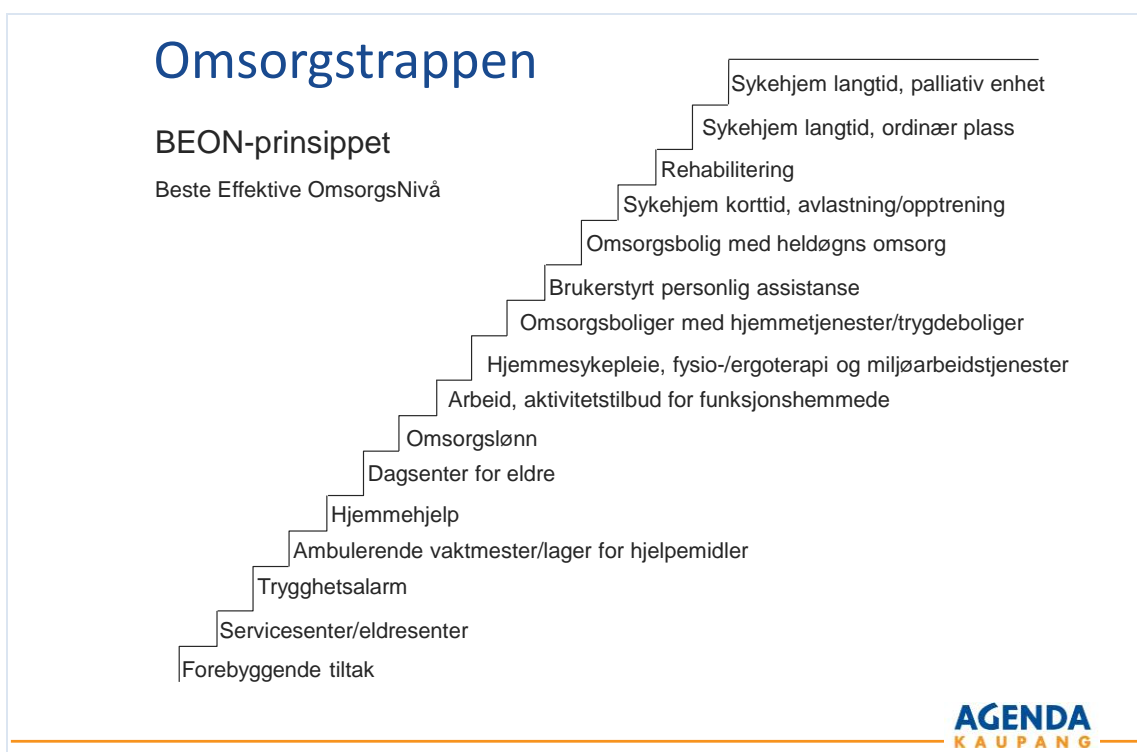
Basert på det samme grunnlaget, har vi gjennom ulike studier funnet at en grunnenhet oppnår stordriftsfordeler når den er over en størrelse på 13–14 årsverk. Gjennomgangen har også vist at enheter og grupper på størrelser under 8–10 årsverk ofte har smådriftsulemper knyttet til turnusgruppene. Dette gjelder i forhold til ansatte pr. årsverk og pleiefaktor, og i forhold til bemanningen på natt og tilgangen på sykepleiekompetanse eller annen høgskolekompetanse på kveld, helg og natt. Det er knyttet flere valgmuligheter til større grupper. Når gruppen blir større enn dette, vil stordriftsfordelene forsterkes parallelt med økning i størrelsen. Denne effekten er lavere enn det den er under grensen på 13–14 årsverk. Derimot er det i langt større grad driftsnøytralt når en gruppe kommer opp i et nivå mot 20 årsverk. Vår gjennomgang viser at størrelsen på turnusgruppene varierer. Hjemmetjenesten og Sigdalsheimen har flest årsverk i sin turnus. Tjenester til funksjonshemmede har også mange årsverk i turnus. Psykisk helse er en liten virksomhet, men her er det ikke turnusarbeid. Smådriftsulemper blir tydeligst der det er turnusarbeid.

Sigdal kommune har store og små enheter. Samtidig har en ved eksempelvis Sigdalsheimen delt gruppene inn i mindre grunnenheter. Dette gir en utfordring i forhold til ledelse, som en har løst ved blant annet å benytte gruppeledere. Ved sykehjemmet er det i dag en virksomhetsleder, en avdelingsleder og en fagsykepleier. Gruppelederne har ikke formelle lederoppgaver. I hjemmetjenesten er det en avdelingsleder og ressurser til fag og saksbehandling. Ved tjenestene til funksjonshemmede er det en leder, samt assisterende ledelse med ansvar for saksbehandling. Pr. i dag benyttes deler av stilling som virksomhetsleder, til å ivareta dette (20 %), og ansvaret er lagt til en person.

4.5 Tildeling av tjenester

4.5.1 Økonomisk styring og tildeling av tjenester

Den viktigste forutsetningen for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester, er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på **Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON)**. BEON-prinsippet er det samme som **Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON)**. BEON/LEON-prinsippet kan fremstilles som vist i neste figur.



Figur 4-1 BEON/LEON-prinsippet

Tildeling av tjenester i tråd med BEON/LEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørger for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn.

Videre er det behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at avveininger mellom disse tre størrelsene tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, må kriteriene for tildeling og standarden på tjenesten justeres deretter. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester og/eller at bistanden som ytes til den enkelte, må reduseres. Sigdal kommune er nå i en situasjon hvor kommunen får fallende antall eldre de neste årene. Det er da viktig at kommunen klarer å prioritere tjenestene på en måte som samsvarer med utviklingen i befolkningens behov.

Gjennomgangen vår viser at Sigdal er en kommune som ønsker å tilrettelegge med gode tjenester for kommunens innbygger. Ansatte strekker seg langt, og kommunen har fokus på å tilrettelegge med tjenester av høy kvalitet. Beskrivelser fra flere av lederne viser at kommunen ivaretar behov som ikke nødvendigvis er et kommunalt ansvar. Dette kan for eksempel dreie seg om rehabilitering eller opptrening, behov som egentlig skulle ivaretas av spesialisthelsetjenesten.

Når kommunen prioriterer tjenester til brukere trekker en med i vurderingen reiseavstand og brukers ønsker. Kommunen skal vektlegge at en skal tilrettelegge med tjenester i samråd med bruker, brukermedvirkningen skal stå høyt, men dette gjelder i hovedsak innenfor de tjenester kommunen har et lovmessig krav på å yte. Det er viktig at kommunen prioriterer og tar hånd om innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester, og at de ikke strekker seg så langt at man etablerer en praksis hvor man «tar over» flere av funksjonene som spesialisthelsetjenesten skal ha. Kommunen har ikke rammer til dette.

4.5.2 Saksbehandling

Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode og skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen. Mål om økt kvalitet på kommunens saksbehandling og opprettelse av ett felles tildelingskontor, kan være hensiktsmessig og nødvendig for å sikre BEON og saksbehandling av høy kvalitet.

Vår erfaring fra andre kommuner er at det blir stadig mer utfordrende og spesialiserte saksbehandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne funksjonen. Dette har Sigdal til en viss grad gjort, men dette er organisert under hver enkelt deltjeneste/avdeling. Sammenlignet med andre kommuner på Sigdals størrelse er det ikke uvanlig å organisere tildeling av tjenester på den måten kommunen gjør i dag.

4.5.3 Spesialisering eller generalisering av saksbehandlingen

Det er variabelt hvordan kommunene løser saksbehandlingen innenfor helse og omsorg. Større kommuner etablerer ofte saksbehandlereenheter eller bestillerkontor.

Dette gjøres i stor grad for

- å bidra til en profesjonalisering av sakshandlingen
- å sikre likhet i utmålingen av tjenester
- å bidra til helhetlig oversikt over tjenestetilbudet
- å bidra til at brukerens rettssikkerhet styrkes
- å redusere behovet for at ledere må bruke en del av sin arbeidstid til vedtaksrelatert arbeid, fremfor å utøve ledelse overfor sitt personale

Årsaken til at kommunene etablerer bestillerkontor henger også sammen med at de formelle kravene til saksbehandling og begrunnelse av enkeltvedtak innenfor helse- og omsorgstjenestene, er betydelig innskjerpet de siste 10 årene.

RO-senteret har gjennomført en studie av forholdet mellom antall innbyggere og antall saksbehandlerstillinger i 27 norske kommuner. Dette var kommuner hvor tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse var lagt til tildelings-/bestillerenheten. Målt i antall innbyggere pr. saksbehandlerstilling, hadde disse kommunene en spredning fra 1 756 til 7 006 innbyggere pr. saksbehandlerstilling. Gjennomsnittlig var det 3 292 innbyggere pr. saksbehandlerstilling i disse kommunene.

I Norge er det flere kommuner på Sigdals størrelse som har valgt å la ansvaret for saksbehandlingen ligge hos ledelsen i de ulike avdelingene. Det skyldes at det å ha en person som arbeider med dette kan være en sårbar løsning, særlig med tanke på fravær og sykdom. Saksbehandlerne har ikke vedtaksmyndighet. Dette ligger til kommunens tiltaksteam.

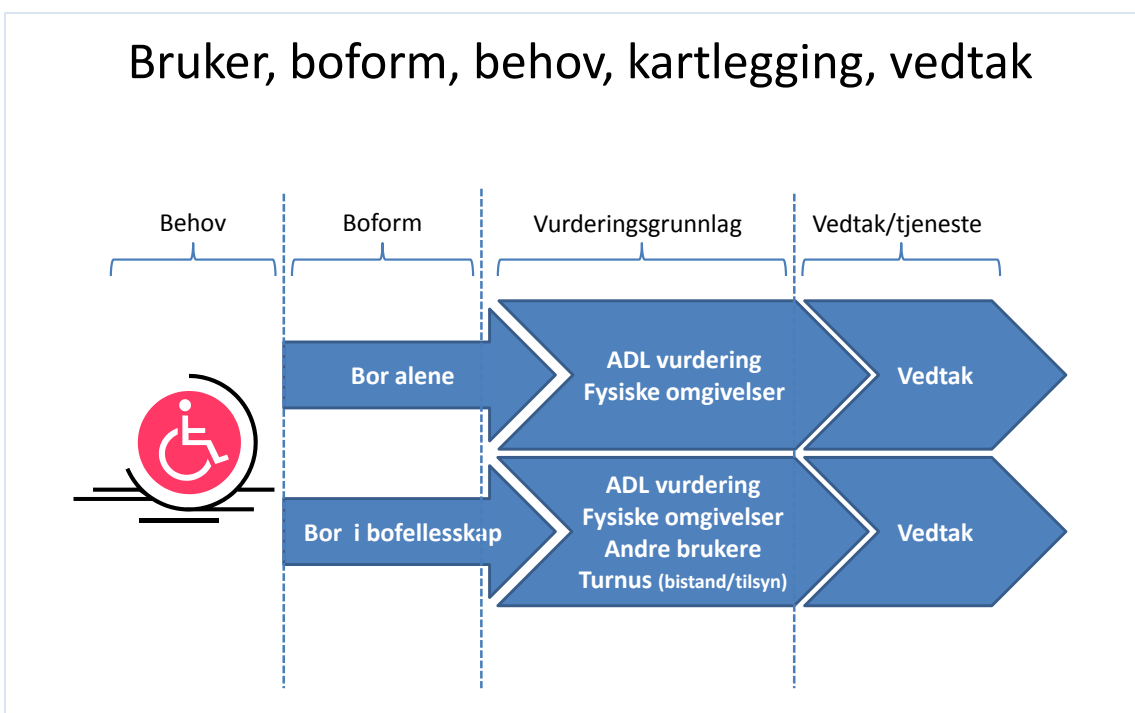
Sigdal kommune har som nevnt delt ressursene til saksbehandling på ulike personer. Innen tjenestene til funksjonshemmede ligger ressursene hos en person, tilsvarende på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Innen psykisk helse er det leder som innehar denne rollen. I tråd med vår foreslåtte strukturelle endring bør kommunen vurdere å organisere ressursene til en mer felles saksbehandling. Vår stipulering av årsverk i

forhold til sammenlignende kommuners andel til formålet, tilsier ca. 1,2 til 1,5 årsverk, og at dette er på nivå med det kommunen benytter av ressurser til formålet i dag.

Kartleggingen vår viser at tverrfagligteam beskrives som et hensiktsmessig forum for å sikre rett pasient på rett nivå i kommunens omsorgskjede. Kommunens erfaring er at tverrfagligteam har en viktig koordinerende rolle. Ifølge kommunen klarer man innen helse og omsorg å finne gode, fleksible løsninger som følge av god kjennskap til tjenestene og brukerne/pasientene. Vurderingen er at dette er viktige erfaringer å bygge videre på.

4.5.4 Tildeling av tjenester til brukere i bofellesskap/samløst boliger

For brukere i bofellesskap/samløst boliger er det vår erfaring at det bør skilles klart mellom tilsyn og direkte bistand. Den helhetlige situasjonen i boligen bør tas i betraktning når vedtakene utmåles. Det betyr at når en vedtar tjenester til personer med funksjonsnedsettelse eller andre brukere i omsorgsboliger, må en legge til grunn et helhetsperspektiv. I neste figur illustreres forskjellen i behovsvurdering og tildeling av tjenester for brukere som bor alene, og brukere som bor i bofellesskap/ – samløst boliger.



Figur 4-2 Forskjellen i behovsvurdering og tildeling av tjenester. Illustrasjon

Vi fremhever nødvendigheten av at forhold med de andre brukerne i boligen og turnus tas i betraktning ved utmåling av vedtak. Dette innebærer *ikke* en nedgradering av individuelle behov. Snarere er det en tydeliggjøring av bistanden den enkelte bruker har behov for og kan forventes å få, gitt den samlede situasjonen i boligen. En slik tilnærming sikrer bedre samsvar mellom vedtak og ytt bistand overfor den enkelte bruker.

4.6 Vurdering av kommunens sykehjem: Sigdalsheimen

Agenda Kaupangs hovedinntrykk når det gjelder spørsmålet om bygningsmessige forhold innenfor institusjonstjenesten, er at kommunens sykehjem er funksjonelt når det gjelder plassering av pasientrom, arbeidsrom og fellesrom. Byggets utforming gir mulighet for stordriftsfordeler.

Langtidsplassene er preget av en enveisstrøm som ender med døden, og disse pasientene har i gjennomsnitt, på nasjonalt nivå, ca. to års oppholdstid, men mange har opphold som strekker seg ut over dette.

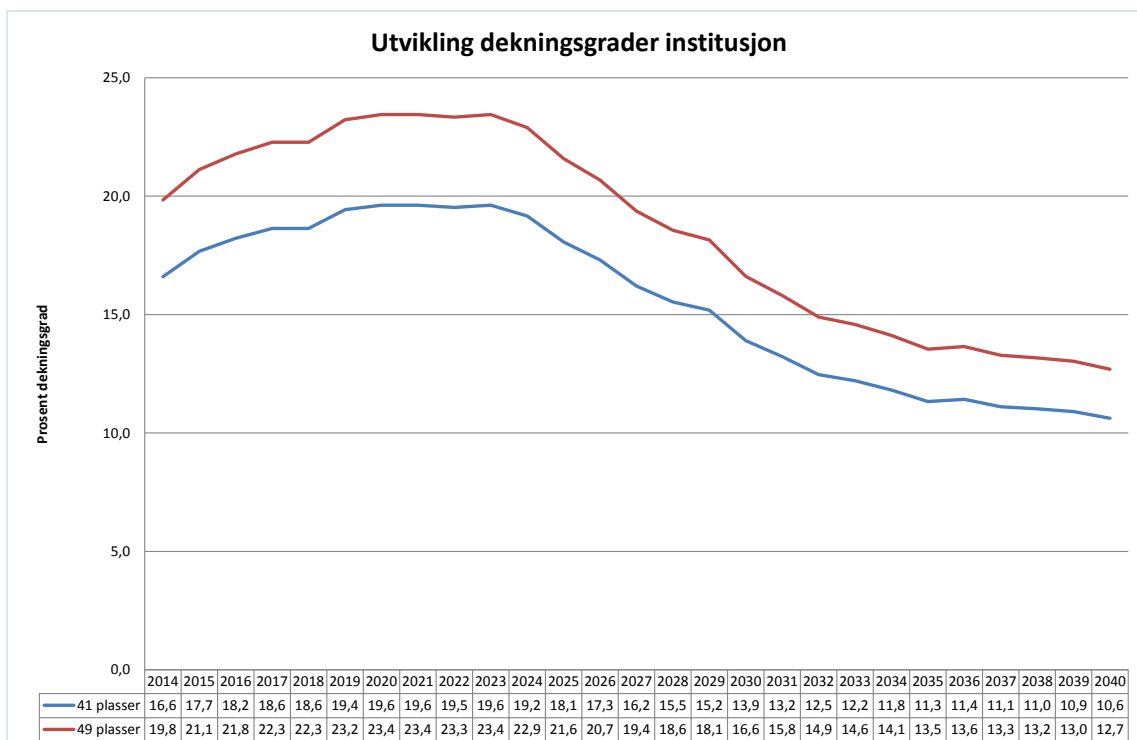
For korttidssengene har pasientstrømmen en helt annen dynamikk. Korttidssengene kan sammenlignes med et veikryss, hvor pasientstrømmene går i ulike retninger, men hovedstrømmen ut fra korttidsplassene går til vanlige boliger med hjemmebaserte tjenester. Mange kommuner sliter med å ha reelle korttidsplasser, da plassene fylles opp av pasienter som er i påvente av en langtidsplass.

Varigheten av et korttidsopphold varierer, men en norm på 14 dager er vanlig. Dette er noe av årsaken til at det ikke er ventetid for sykehjemsinnleggelse i mange norske kommuner. Hadde sykehjemmene kun hatt langtidsplasser, ville så godt som alle sykehjem i Norge hatt lange køer. utfordringen for sykehjemsdriften blir dermed å la den fungere som et veikryss, og ikke som en enveiskjørt endestasjon. Vår vurdering er at Sigdal i stor grad har klart å få denne flyten til å fungere, men kan jobbe enda mer i overgangen fra sykehjem til hjemmetjeneste. I denne sammenhengen er det trolig også et aspekt av forventinger hos kommunens innbyggere. Samtidig er det behov for å gå opp grensen mellom hva som er kommunens, kontra sykehusets oppgaver. Dette gjelder blant annet hvilke pasienter som får tilbud hvor. Det å ta ansvar for pasienter som andre kommuner ikke gjør, kan være bra for pasienten, men kostbart for kommunen.

God og tilstrekkelig kapasitet på korttid er avgjørende for nødvendig sirkulasjon og sikre tjenester på lavest mulig omsorgsnivå. Kommunen har hatt utfordringer i overbelegg på sykehjemmet over tid. Dette betyr at kommunen ikke har fått til den flyten i tiltakskjeden en har ønsket. Det er problematisk å forklare overbelegget utelukkende med at kommunen har for få sykehjems plasser. Flere kommuner i landet har langt lavere andel sykehjems plasser i forhold til antall eldre, enn det Sigdal kommune har. Samtidig er det flere av disse kommunene som ikke har overbelegg på sykehjemmet.

Dekningsgrader

I Sigdal kommune var det 247 innbyggere 80 år og over pr. 1. januar 2014. Kommunen er i en situasjon med fall i antall eldre innbyggere de neste årene. Fra og med 2024 vil imidlertid antallet igjen stige. Når antallet eldre faller er det naturlig å anta at behovet for sykehjems plasser og kommunale pleie- og omsorgstjenester faller tilsvarende. I neste figur viser vi hvordan befolkningsutviklingen 80 år og over påvirker dekningsgraden i kommunen.



Figur 4-3 Utvikling i dekningsgrader for innbyggere 80 år og over basert på SSB MMMM framskrivning

I følge SSB og framskrivning av antall innbyggere i Sigdal kommune vil kommunen få et fallende antall innbyggere over 80 år i kommunen de neste årene. Prognosene tilsier et fall i antallet eldre frem til og med 2024. Figuren viser at utviklingen i dekningsgrad vil utvikle seg i samme takt som reduksjonen i antall eldre. Med dagens nivå på antall institusjonsplasser vil dekningsgraden for heldøgns omsorg, som nå er 16,6 %, øke til 19,6 i 2023. Dette er da en relativt sett høyere dekningsgrad enn i dag, og vil være høyere enn snittet i landet. Når kommunen bygger ut sykehjemmet med mulighet for 8 nye plasser ved Sigdalsheimen, vil dekningsgraden i dag bli 19,8 %. Frem til 2020 vil denne prosentmessige andelen øke til 23,4 % gitt at SSB sin framskrivning av innbyggergrunnlaget stemmer.

Dagens nivå på sykehjems plasser i Sigdal kommune er på et nivå like under landsgjennomsnittet. Samtidig vil denne andelen øke til et nivå over landsgjennomsnittet som følge av demografisk utvikling. Ved å bygge ut 8 nye plasser vil kommunen øke sin andel sykehjems plasser. De økonomiske forholdene knyttet til investering og drift av disse plassene vil måtte dekkes inn parallelt med at kommunen får et redusert inntektsgrunnlag. Dette henger sammen med reduksjon i antall eldre innbyggere i kommunen. Statens overføring til kommunene henger sammen med de statistiske behovene i kommunene. Eldre innbyggere over 80 år er et viktig kriterium for de statlige overføringene til kommunene.

Samtidig er det viktig å peke på at behovet for plasser øker etter 2024. En utbygging av plasser er trolig et klokt valg, på lengre sikt, men kommunen må passe på at bruken av plassene er tilpasset behovet hos brukerne, og kommunens dimensjonering av tjenester i omsorgstrappen. Utbygging ved Sigdalsheimen bør også sees sammen med behovet for dagtilbud. Dette vil vi komme tilbake til senere i rapporten.

Sigdal kommune har ingen registrerte omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Flere av kommunene som vi sammenligner med i KOSTRA, har omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Denne bemanningen varierer stort mellom kommunene. Enkelte kommuner har tilnærmet sykehjemsbemanning i omsorgsboligene, mens andre

kommuner har svært lite bemanning i omsorgsboliger, som rapporteres å være med «heldøgns bemanning», og på den måten være et viktig tiltak i kommunens tiltaks-kjede. Ved å ha denne typen boligtilbud kan behovet for plasser i institusjon reduseres. En viktig suksessfaktor er at dette ivaretar brukere som har et moderat behov for omsorg og bistand og at man ikke etablerer en «mini-institusjon».

Bemanning og pleiefaktor

Agenda Kaupang har foretatt beregninger av pleiefaktor ved sykehjemmet i Sigdal kommune. I neste tabell viser vi pleiefaktoren ved sykehjemmet, fordelt på de ulike avdelingene.

Tabell 4-1 Pleiefaktor institusjonsplasser Sigdal

Avdeling	Plasser	Årsverk dag og kveld	Årsverk natt	Sum årsverk	Årsverk sykepleiere	Andel sykepleiere	Pleie-faktor
syke avd.	24	15,85	3,32	19,16	4,27	0,22	0,80
Sol	10	8,46	1,37	9,83	1,78	0,18	0,98
Rehab	7	6,12	0,96	7,07	1,25	0,18	1,01
Sum total	41	30,42	5,64	36,06	7,30	0,20	0,88

Av tabellen fremgår det at pleiefaktoren samlet er på 0,88 for Sigdalsheimen. Pleiefaktoren varierer mellom de ulike gruppene på sykehjemmet. Dersom en regner inn overbelegget med to pasienter på rehabilitering, utgjør pleiefaktoren 0,78. Agenda Kaupangs sammenligningsgrunnlag fra andre kommuner viser at pleiefaktor ved somatiske langtidsplasser normalt ligger mellom 0,78 og 0,85, og at pleiefaktor for demensplasser og korttidsplasser normalt ligger mellom 0,85 og 0,95⁶. Gjennomgangen viser at Sigdal har en høyere bemanning på både Sol og rehabilitering enn det vi ser på tilsvarende avdelinger i andre kommuner.

Det som har mye å si for pleiefaktoren er størrelsen på avdelingene og antall årsverk i turnusen. Avdelinger under 12 sengeplasser er små og kostbare, og pleiefaktoren i disse avdelingene er høyere, grunnet behovet for et minimum antall personer til stede på de ulike vaktene. Dette har vi omtalt i tidligere kapitler. Begge etasjene på sykehjemmet gir mulighet for effektiv turnus og utnyttelse av denne. På rehabilitering har de hatt et jevnt overbelegg på 2–3 plasser. Når man beregner pleiefaktor tar man utgangspunkt i den planlagte bemanningen og antall plasser avsatt til formålet.

Bemanningen på Sol er i realiteten noe høyere da en her har tett samarbeid med rengjørere som bistår i arbeidet med matserving, miljøarbeid og noe pleie.

Vi har også vurdert bemanningen på dag, kveld og helg. Det er ikke noen tider på døgnet som peker seg ut med spesielt høy bemanning ut over noe høyt antall ansatte på natt. Sigdal kommune har lokalisert flere tjenester i Prestfoss hvor det er bemanning på natt. Dette er Sigdalsheimen med tre ansatte på natt, funksjonshemmede hvor det er to ansatte, en våken og en hvilende på natt, samt hjemmetjenesten med en ansatt på natt. Samlet utgjør dette 5 ansatte på natt.

Når det gjelder andel sykepleiere, er vår erfaring at det er vanlig med en andel på 20–25 %. God kompetanse kan medføre at det samlet er et redusert behov for antall årsverk. Oversikten i forrige tabell viser at andel sykepleiere i turnus samlet sett, utgjør 20 %. Tilstrekkelig kompetanse og organiseringen av denne er viktige faktorer for å sikre effektive tjenester av høy kvalitet. Ved Sigdalsheimen jobber sykepleierne på tvers av avdelingene/gruppene. Vår vurdering er at dette kan være hensiktsmessig og

⁶ Sintef 2004. *Kvalitet og bemanning i sykehjem*

gode grep for å sikre effektiv bruk av sykepleierne og tilgang på nødvendig sykepleiekompetanse innenfor dagens rammer.

Det er i møte med den enkelte pasient at opplevelser rundt kvalitet oppstår. Hvordan man møter pasienten, hvordan man ivaretar ressursene og bistår pasienten, er helt avgjørende hvordan møtet og kvaliteten oppleves. Pasienter ved sykehjemmet er forskjellige. De har forskjellige behov, men har alle behov for å bli sett og møtt som et helt menneske.

4.7 Hjemmebasert omsorg

Mye tyder på at den kommunale hjemmetjenestens rolle og funksjon blir stadig viktigere. Dette henger blant annet sammen med føringene som er fremmet i samhandlingsreformen. I dette ligger det en antakelse om at BEON-prinsippet er det førende prinsippet, og løsningen på fremtidens utfordringer er i eldretjenesten. For å ha en god hjemmebasert omsorg må kommunene ha tjenester med tilstrekkelig bemanning og kompetanse til døgnetts ulike tider, uken gjennom – året rundt.

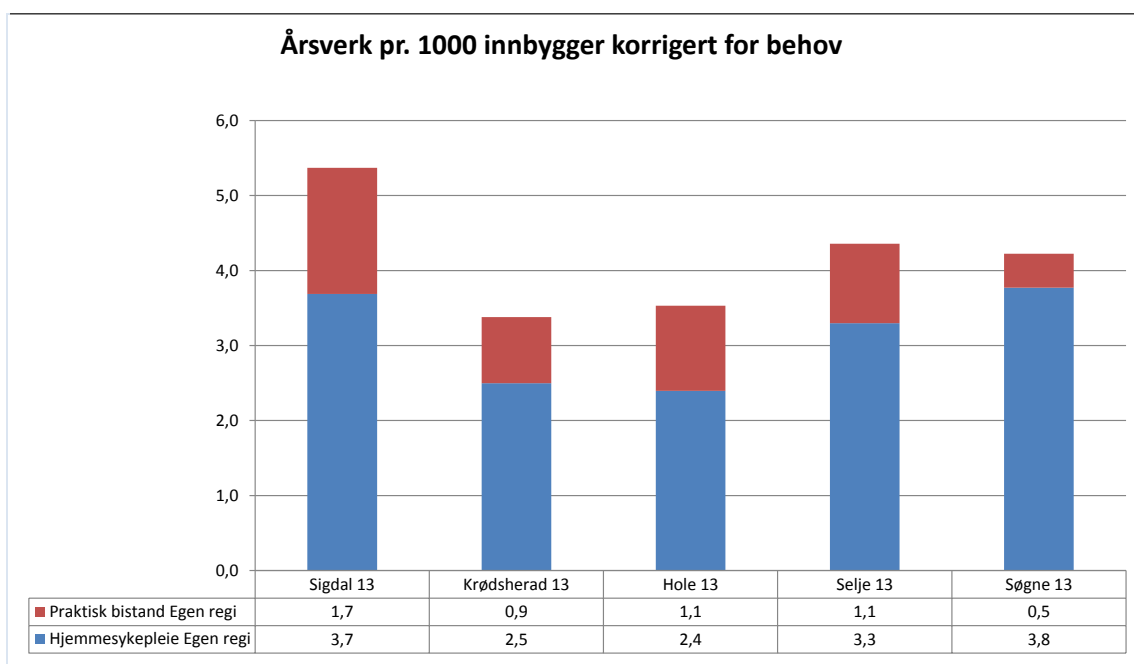
Hjemmetjenesten i Sigdal er bemannet alle dager, døgnet rundt. Som vi har vist tidligere i rapporten, kan en utsette behov for institusjonsopphold ved å kunne tilby hjemmetjenester. Forutsetningen er at man har nødvendig kompetanse i hjemmetjenesten, tilgjengelighet – og at dette oppleves som tilstrekkelig både for bruker og for pårørende. Erfaringer fra andre kommuner, og fra vår gjennomgang i Sigdal, viser at mye handler om trygghet. Å trygge den enkelte i at man får den hjelpen man trenger, når man trenger den, og følge dette opp i praksis, er helt avgjørende for å sikre prinsippene i BEON.

Brukerne og bemanning

Det avgjørende spørsmålet i hjemmebasert omsorg, ut over rutiner og arbeidsmåte, er hvilke ressurser som er avsatt til hjemmebasert omsorg. Å beregne en korrekt andel ressurser til dette formålet er krevende, da arbeidsmåte, brukere og behov kan variere fra kommune til kommune. I de innledende kapitlene har vi vist at Sigdal kommune bruker relativt mye ressurser på tjenester til eldre. Dette innebærer ambulante tjenester til eldre i form av hjemmesykepleie og praktisk bistand, men også BPA tjenester.

Agenda Kaupang har bistått flere kommuner med dimensjonering av helse- og omsorgstjenestene. I den anledning har vi samlet inn data fra kommunene for å kunne sammenligne dimensjonering og prioritering.

Vi har i sammenligningen med andre kommuner vist at Sigdal kommune har en høy andel ressurser til hjemmesykepleie og til praktisk bistand. Vi viser på nytt figuren som er presentert tidligere i rapporten.



Figur 4-4 Oversikt over årsverk i hjemmebasert omsorg, justert for behov

Tabellen viser at Sigdal har høyere andel årsverk avsatt til hjemmesykepleie enn gjennomsnittet, når vi har justert pr. relevant innbygger. Når det gjelder praktisk bistand, er andelen også høyere enn gjennomsnittet. I tallene har vi lagt inn bemanningen ved Eggedal og ved Prestfosstunet, da dette ikke er regnet som et heldøgns tilbud, men som et tilbud i form av hjemmetjenester. På bakgrunn av dette er årsverk her tatt med i vår beregning inn som hjemmebasert omsorg. Vår vurdering er at enten må denne bemanningens ses inn som bemanning tilnærmet heldøgns omsorg eller så må den legges inn som en del av hjemmetjenesten.

Ansatte i tjenesten opplever at det stadig kommer flere brukere raskere ut fra sykehus samt at brukerne har varierte bistandsbehov. Mange av de som mottar hjemmetjenester, kan ha store forventninger til hvilken bistand som vil bli gitt av kommunen. Økte og endrede behov medfører krav til kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten.

Sigdal kommune strekker seg over store geografiske områder. Det er viktig at man finner hensiktsmessige, praktiske løsninger i det daglige, som kan redusere behovet for antall besøk og kjøretid. Det har vært en målrettet styring om å sentralisere tjenester til Prestfoss for å oppnå en bedre ressursutnyttelse. Dette henger sammen med store reiseavstander internt i kommunen.

Det er for eksempel flere kommuner som også benytter hjemmehjelperne til å ivareta enkle oppgaver innen stell og pleie, som ikke medfører krav om sykepleiekompetanse. Dette gjør Sigdal til en viss grad, men i hovedsak ivaretar hjemmehjelperne praktiske gjøremål. Kommunen må i det videre arbeidet med tilpasning og videreutvikling av tjenester, vurdere hvorvidt man ved hjelp av for eksempel kompetansetiltak kan øke muligheten for en mer fleksibel bruk av medarbeiderne i hjemmehjelpstjenesten, og dermed sikre en mer robust kommunal hjemmetjeneste. Ved bruk av multidose vil arbeidet med å utnytte ansatte på tvers forenkles. Et annet alternativ kan være å omfordele årsverk fra hjemmehjelpstjenesten, eventuelt vurdere å redusere årsverk her.

Hverdagsrehabilitering

Mye tyder på at det i fremtidens kommuner vil bli en utvikling med flere eldre og færre med helsefaglig utdannelse, relativt til antall eldre. Samhandlingsreformen og økt

fokus på arbeid i tråd med BEON-prinsippet medfører endrede krav til kommunene. Parallelt med dette er konsekvensene av samhandlingsreformen i kommunene et større press på hjemmebasert omsorg. En satsing på hverdagsrehabilitering er ett av tiltakene som kommunen bør vurdere å iverksette for bedre å være rustet for å håndtere endringene i fremtiden. Gjennomgangen i Sigdal viser at kommunen ønsker å satse på denne type arbeid. Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved at det er en innsats som ytes i innbyggerens eget hjem eller nærmiljø. Hensikten er at innbyggeren skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sitt funksjonsnivå. Hverdagsrehabilitering er tidsavgrenset, målrettet og systematisk lagt opp med trening til mestring av hverdagsaktiviteter i egne omgivelser.

Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukerne har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensial⁷.

Dette innebærer et fokusskifte

- fra sen innsats til tidlig intervensjon
- fra reaktiv behandling til proaktiv oppsporing
- fra pleie til forebygging
- fra informasjon til motivasjon og brukerstyring
- fra passivering til aktivisering
- fra hjemmehjelp til hjemmetrening

Fokusskiftet og holdningsendringer må også foregå utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det må forankres hos politikere, kommuneledelsen og ansatte. Videre må det forstås av innbyggere, brukere og pårørende.

Ressursbruken i pleie- og omsorgssektoren er i stor grad rettet mot tiltak som kompenserer for funksjonstap og pleie av alvorlig syke. Det er fortsatt sentralt å ta vare på og verdsette den omsorgen som vedlikeholder funksjonsnivå, lindrer smerte og står for grunnleggende stell og pleie.

Hverdagsrehabilitering medfører en dreining fra kompenserende tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen. Hverdagsrehabiliteringen skal bidra til å bevare og vedlikeholde brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov. En faglig omlegging til mer aktiv hjelp gir omsorgstjenestene flere verktøy å arbeide med. For kommunene kan hverdagsrehabilitering bli viktig for utviklingen av nye, forebyggende tjenester. Erfaringer viser at tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren, og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening, øker mestringsevnen og reduserer behovet for hjelp fra det offentlige. Vår gjennomgang av tjenestene i Sigdal tyder på at denne forståelsen og holdningen er i fokus hos ansatte i tjenestene.

Hverdagsrehabilitering innebærer at de ansatte må arbeide tverrfaglig sammen med brukeren på nye måter. En undersøkelse om rehabilitering i kommunene viser at både brukerne som mottar rehabiliteringstilbud i hjemmet, og ansatte som er involvert i rehabilitering i hjemmet, er svært tilfreds med denne arbeidsformen⁸.

⁷ Ness N E, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaa L, Butli H. Prosjektgruppen Hverdagsrehabilitering i Norge (2012): *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport til HOD

⁸ Helsedirektoratet (2012): *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø*. Rambøll

Innføring av hverdagsrehabilitering vil ikke nødvendigvis medføre kostnadsreduksjoner for kommunen, men (som beskrevet over) i hovedsak handle om kvalitetsforbedring. På sikt kan man som kommune se effekter i færre brukere, mindre/færre behov og utsatt behov for tjenester høyere i kommunens omsorgskjede. Sigdal kommune har enda ikke sett denne effekten, men det er vår vurdering at effektene vil komme når en arbeider med tilnærmingen over tid.

Arbeid med og organisering av hverdagsrehabilitering i norske kommuner varierer fra kommune til kommune. Hvilke behov og mulighet den enkelte kommune har, avhenger bl.a. av kommunestørrelse og kommunenes øvrige helse- og omsorgstjenester. Erfaringer fra arbeid med hverdagsrehabilitering fra Sverige og Danmark viser at dette også er tilfellet der. Dette kan gjøre det vanskelig å vurdere effekt eller sammenligne resultatene, og finne den modellen som best ivaretar eller er overførbart til den enkelte kommune.

Gerica

For å få bedre oversikt over tjenestene er det viktig at en i hjemmetjenesten i Sigdal kommune arbeider videre med å fordele oppdragene via Gerica og tar i bruk håndholdte terminaler. Det vil føre til bedre oversikt og system i hjemmetjenesten. Ved å benytte håndholdte terminaler kan man få tilgang til nødvendig informasjon fra Gerica, samt sikre krav om løpende dokumentasjon og journalføring, uten å måtte fysisk dra inn til kontoret. Redusert reisetid kan da benyttes for å øke kapasiteten i hjemmesykepleien, uten å øke de samlede ressursene.

Dagtilbud

Vår gjennomgang viser at det er viktig at Sigdal kommune har en strategisk tilnærming til bruken av de ulike tiltakene/tjenestene for å kunne ivareta prinsippene i BEON. Dagsenter er et av flere tiltak kommunen må ha et bevisst forhold til. Kommunen har i dag tre dagtilbud, et i Eggedal og to i Prestfoss. Kommunen bør vurdere å videreføre dagtilbudet i Eggedal, med noe utvidet åpningstid/antall dager. Kommunen bør også videreføre de to øvrige tilbudene med utvidet åpningstid. Dette kan håndteres via å benytte ressurser overført fra praktisk bistand. Utbygging av ny fløy på sykehjemmet vil også medføre at en får bedre lokaler til dagtilbud i Prestfoss. Dagens lokaler i omsorgsbolig er ikke tilpasset behovet hos brukerne, og en benytter lokaler som egentlig tilhører beboere i omsorgsboligen.

Mennesker med demens er en av de største brukergruppene i omsorgstjenesten, og en antar at antallet vil bli fordoblet fram til 2040. Undersøkelser viser at kun 9,3 % av hjemmeboende med demens har et dagtilbud. Meningsfull aktivitet kan bidra til gode dager for den som har demens, og være en viktig avlastning for pårørende. Sammen med styrket kompetanse, etablering av pårørendeskoler og bygging av tilpassede boliger, skal dagtilbud gi et løft for demensomsorgen. Regjeringen vil lovfeste kommunenes plikt til å tilby dagaktivitetstilbud, når tilbudet er bygget videre ut. Tilskuddsordningen til å etablere og drifte dagtilbud til eldre/demente, administreres av Helsedirektoratet og søknadene behandles fortløpende.

Dagtilbud er også viktig for andre brukergrupper. Det å ha et godt dagtilbud, med tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet, er tiltak som avlaster og utsetter behov for andre tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester. Sigdal benytter lite ressurser til dette formålet. Anbefalingen er å satse på og videreutvikle kommunens dagsentertilbud. Differensiering og tilgjengelighet er viktige suksessfaktorer, i tillegg må dagsentrene oppleves som et *godt sted å være*. Et godt dagtilbud er også et avlastningstiltak for pårørende og kan medføre at den pleietrengende kan fortsette å bo hjemme.

Trygghetsalarmer

Kommunen har en strategi som innebærer at de som ønsker det, får trygghetsalarm. I dag har kommunen et relativt lavt antall brukere med trygghetsalarm. Det vil påløpe en begrenset kostnad ved å øke antallet brukere med trygghetsalarm, men tiltaket er viktig for å kunne tilrettelegge for at flest mulig kan bli boende i eget hjem lengst mulig.

Omsorgsboliger

En kan rangere omsorgsboliger i fire nivåer. Det høyeste nivået (nivå 4) er å bemanne omsorgsboliger med tilsvarende bemanning som i sykehjem. Nivå 3 er å ha fleksibel bemanning etter behov, og nivå 2 er kun å ha fast tilsyn og lav bemanning. Det laveste nivået av omsorgsboliger (nivå 1) er kun å ha boligene uten fast bemanningsbase. Sigdal kommune har som nevnt omsorgsboliger i Eggedal i form av et eldresenter og omsorgsboliger i Prestfoss. Vår vurdering er at kommunens omsorgsboliger i dag er på nivå 2. Resultatet er at kommunen med enkle grep kunne fått en langt høyere «heldøgns omsorg» ved å knytte et tettere samarbeid med sykehjemmet og eller hjemmetjenesten.

Denne dreiningen er tilfelle i flere av kommunene vi har arbeidet med den senere tiden. Samtidig har kommunen tilstrekkelig tilgang på institusjonsplasser i de neste årene. Ved en riktig bruk av omsorgsboligene, i form av nivå under sykehjem, vil kommunen kunne utnytte omsorgstrappen på en hensiktsmessig måte. Samtidig er omsorgsboligene i kommunen lagt på et sted som bidrar til brukernes trygghet og opplevelse av å kunne mestre livet selv med fallende funksjonsnivå.

Ledelse og organisering

Tjenestene til eldre er i dag organisert med en virksomhetsleder og en avdelingsleder for sykehjemmet og en avdelingsleder for hjemmebasert omsorg. Samtidig har man delledere i form av fagledere med ansvar for saksbehandling innen sykehjem og hjemmetjenester.

Vår gjennomgang tyder på at virksomhetene har oversikt og oppfølging av økonomi, fag og personale. I forhold til ledelsesteori er det lite tilrådelig å dele lederfunksjonen på flere personer. Hvordan ledelsen i en organisasjon fungerer, kan ofte være person-avhengig, og det finnes ingen modeller som er ideelle.

Vår vurdering er at størrelsen på virksomheten gjør det mulig å ha en leder for de ulike grunnenhetene på fulltid med ansvar for økonomi, fag og personal. Dette under forutsetning av at oppgaver som i dag ligger til leder endres. Samtidig er det på det rene at dagens organisering kan fortsette som i dag. Dette er en vurdering kommunen selv må avgjøre i forhold til fordeler og ulemper ved de ulike alternativene. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

4.8 Kjøkkendrift

Vi har i denne rapporten ikke gått gjennom drift og organisering av kjøkken. Dersom kommunen ønsker en analyse av kjøkkenet og kostnader til kjøkken bør en gjennomgå dette i en egen undersøkelse. Hvordan kommunene priser ulike tjenester varierer i forhold til volum, kvalitet, leveringsmåte, leveringshyppighet og menyvalg. Dette har betydning for hvordan en skal sammenligne kostnader og kvalitet i drift av kjøkken.

4.9 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er organisert under egen av deling i Sigdal kommune. Det er problematisk å sammenligne tall innen denne brukergruppen med andre kommuner, da en bruker kan variere mye når det gjelder behov. Erfaringer fra andre kommuner

tilsier at det er et økende behov for psykisk helsetjeneste i kommunene. Flere kommuner opplever at utskrivningspraksis fra 2.-linjetjenesten har tilpasset seg samhandlingsreformen, uten at denne er iverksatt, eller at det kommunale tjenesteapparatet er i stand til å ivareta endringene som slik utskrivningspraksis medfører.

I dag har ikke Sigdal kommune brukere med tilbud om heldøgns omsorg. Vår innledende analyse viser at kommunen har samlet sett lave kostnader til psykisk helsearbeid.

Det er en utfordring i mange kommuner at den ambulante delen av psykisk helse-tjeneste kun arbeider på dagtid. Erfaringer fra andre kommuner og Sigdal tilsier at dette medfører et økt press på andre deltjenester som for eksempel hjemmetjenesten. Vurderingen må være om hvordan man samlet sett kan møte endringer og behov – for brukerne og for kommunen totalt sett. Erfaringen er at når man etablerer et tilbud, skapes det ofte et behov. Ulike handlingsalternativer må vurderes for å sikre at kommunen kan ivareta innbyggernes behov på en kvalitativ, kostnadseffektiv måte. Behovet til brukerne opphører ikke på ettermiddagen, og vår vurdering er at det kan være et klokt grep å etablere et samarbeid med hjemmetjenesten for å håndtere dette på en hensiktsmessig, kostnadseffektiv måte. En annen vurdering er om det kan være aktuelt å samarbeide med andre kommuner på dette fagfeltet, for å sikre kvalitativt gode tjenester kostnadseffektivt.

Samhandlingsreformen har få konkrete føringer for psykisk helsearbeid. De ferskeste signalene fra regjeringen kan tyde på at det blir innført ordningen for utskrivningsklare pasienter. Det er imidlertid uvisst når dette vil tre i kraft og i hvordan dette vil organiseres.

4.10 Personer med funksjonsnedsettelse

Det er også innenfor dette området problematisk å sammenligne tall med andre kommuner, da brukernes behov for bistand og tilsyn varierer stort. Samtidig har vi erfaring for at kommunene prioriterer tjenester til brukergruppen på ulike måter. Her kan nevnes tilbud om dag-/aktiviseringstilbud, størrelse på boliger, satellittbrukere mv.

Vår sammenligning har vist at kommunen har noe høye kostnader til brukergruppen over 18 år når vi ser kostnadene i forhold til antall innbygger mellom 18 til 67 år. Dersom vi justerer kostnadene i forhold til brukere med psykisk utviklingshemming har vi vist at kostnadene er høyere. Antall innbyggere med psykisk utviklingshemming er imidlertid en usikker størrelse da dette kan henge sammen med måten en har innrapportert brukere på, antall innbyggere med grunnlag for diagnose og tjenester som leveres til brukergruppen.

Når vi ser på kostnadsnivået mellom aldersgruppene ser vi at kommunen i 2013 hadde noe høye kostnader til brukere mellom 18 til 67 år og relativt sett noe lavere kostnader til brukere i alderen 0 til 18 år. Dette kan tyde på at kommunen har noe høye kostnader pr. bruker i boligene. I tillegg kjøper kommunen et tilbud til en bruker med relativt høyt bistandsbehov.

Innen tiltak for utviklingshemmede har man ofte tenkt at jo flere ansatte pr. bruker, desto høyre kvalitet. Men et slikt resonnement er ikke uten videre riktig. Mange ansatte pr. bruker kan trekke oppmerksomheten vekk fra brukerne og over på samhandlingen mellom personalet. Dessuten kan mange brukere bli provosert av en vedvarende og tett kontakt med personalet. Dette problemet er ikke minst til stede om man "fotfølges" av et personale hele dagen, og problemet kan bli enda større om man i tillegg ledsages av to ansatte. Noen brukere er imidlertid i behov av bistand i form av 1:1- eller 2:1-bemanning, i deler av døgnet for å kunne ivareta dagliglivets gjøremål

og redusere uønsket atferd. Slike behov stiller også ekstra krav til kompetanse. Gjennomgangen vår viser at når det gjelder årsverk pr. bruker ligger Sigdal noe høyere enn kommunene i vår sammenlikning.

Dette kan skyldes flere og ulike forhold. En årsak ligger i den enkeltes bistandsbehov og lovverket som regulerer tjenestene. Et annet forhold som spiller inn er størrelse og antall driftsenheter (jf. grunnenheter og optimale driftsstørrelser). Tjenesten har hatt endringer i brukergruppen. Det jobbes med å få tilpasset ny bemanning. Vår vurdering er at Sigdal søker å tilrettelegge med nøkterne tjenester. Man søker å finne gode hensiktsmessige løsninger, på tvers og klarer å utnytte kapasitet og kompetanse i stor grad. En utfordring for flere kommuner er at man har forholdsvis små tjenester, få brukere. Dette gjør at det er krevende å få utnyttet ressursene og å oppnå stordriftsfordeler. Sigdal har forholdsvis få brukere, men ressursene utnyttes på tvers av fagområdene. Vår gjennomgang viser at de samlet sett har høye kostander til funksjonshemmede over 18 år, og at kostnadene i hovedsak er knyttet opp mot bemanning i bolig.

Kommunen har, som nevnt over, hatt endringer i brukersammensetningen, og har planer om varig justering av bemanningen som en konsekvens av dette. Som følge av endringene i brukerbehov er det opprettet en midlertidig turnus. Opprinnelig turnus er sagt opp, og skulle etter planen startet opp i september 2014. Nye behov for avlastning, samt melding om at det vil komme en ny bruker med behov for boform med heldøgn omsorg har medfører at man avventer med å starte opp ny turnus. Endringer i brukersammensetningen i mars og frem til september har, samlet sett, medført et lavere bemanningsbehov. I påvente av ny turnus håndteres dette ved at leder ikke leier inn vakante stillinger, og reduserer vakter i turnus med ca. 2,11 årsverk. Virksomheten benytter pr. dato ca. 15,7 av 17,8 årsverk i turnusen.

Når disse reduksjonene er effektivert har kommunen selv lagt inn grunnlaget for å redusere bemanningen i tråd med våre anbefalinger. Kommunen kjøper i tillegg et tiltak for en bruker. Dette tiltaket har vedvart siden nedleggelse av sentralinstitusjoner (HVPU). Dette er et kostnadskrevende tiltak og vår gjennomgang har ikke innbefattet en gjennomgang av dette tiltaket. Kommunen opplyser at det ikke er aktuelt å tilby denne brukeren et tilbud i egenregi i kommunen. Når kommunen kjøper tjenester er det helt avgjørende at de følger opp rollen som bestiller.

Det vil si følger opp pris og kvalitet. Vår erfaring er at flere kommuner har, etter en reforhandling og gjennomgang av tilbudet som kjøpes, klart å redusere kostnadene. Vår vurdering er at kjøp av tjenester, også må gjennomgås med tanke på å redusere kommunes samlede kostander innenfor denne tjenesten. I 2013 foretok Sigdal kommune en revurdering av kontrakten og tilbudet. Dette innebar en kostnadsreduksjon tilsvarende 0,6 årsverk (års virkning). Det er viktig at kommunen følger opp rollen som bestiller, både når det gjelder kvalitet og pris.

Sigdal kommune har en fleksibel bruk av bemanning mellom avlastning og bolig og mellom boligene og dagtilbudene. Samlet er det noe høy bemanning på dagtilbudet. Dette henger sammen med at antall brukere er lavt. Vanligvis ligger denne på ca. 0,5 noe som tilsvarer to brukere pr. ansatt. I Sigdal ligger denne andelen på 0,75. Vår gjennomgang tyder på at årsverk pr. bruker ligger høyt da kapasiteten på dagtilbudet ikke utnyttes fullt ut. Flere brukere har tilbud her, men oppmøte varierer. Vurderingen videre bør være å se på hvordan kommunen kan utnytte kapasiteten på dagtilbudet bedre.

Kommunen har samdrift på natt, i form av beredskap, med sykehjemmet. Dette er, som vi har beskrevet før, en klok organisasjonsform og dagen lokalisering av sykehjem og boliger til funksjonshemmede gjør dette mulig.

Når det gjelder tiltakene til yngre funksjonshemmede viser vår gjennomgang at Sigdal har et relativt høyere kostnadsnivå enn de øvrige kommunene i vår sammenlikning når det gjelder bruk av avlastning i familier. Dette er av erfaring en kostnadseffektiv og kvalitativ god måte å organisere avlastning på. Samlet sett ligger kommunens utgifter til dette formålet på et mellomnivå. Gjennomgangen vår viser at tjenester som støttekontakt og omsorgslønn, for denne brukergruppen, er høyere prioritert i Sigdal enn i de øvrige kommunene i vår sammenlikning.

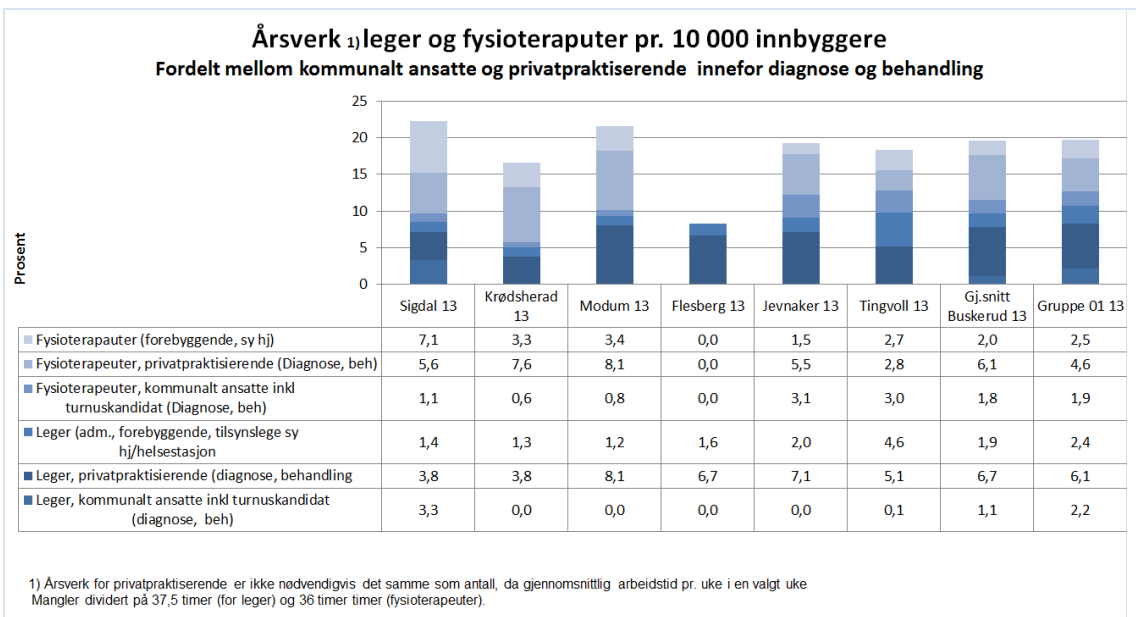
Avlastning er et viktig tiltak i kommunens tiltakskjede. Skal kommunen sikre tjenester iht. BEON prinsippet er differensiering i kommunens avlastningstilbud viktig. Det er også viktig å differensiere dette tilbudet for å sikre at kommunen har et avlastnings-tilbud som favner ulike målgrupper. Ledelsen opplyser at de som kan nyttiggjøre seg privat avlastning får tilbud om dette, og at avlastning i bolig er et tilbud til de som er i behov av dette.

Tjenestene til funksjonshemmede er i dag organisert med en leder og en assisterende leder. Kommunen har forsøkt ulike modeller, og flere opplever at dagens ledelsesform innebærer at man i langt større grad enn tidligere klarer å følge opp ansatte.

Vår gjennomgang viser at virksomheten har god oversikt og oppfølging av økonomi, fag og personale. I forhold til ledelsesteori er det lite tilrådelig å dele lederfunksjonen på flere personer. Hvordan ledelsen i en organisasjon fungerer, er personavhengig, og det finnes ingen modeller som er ideelle. Vår vurdering er at størrelsen på virksomheten skulle kunne gjøre det mulig å ha en leder på fulltid med ansvar for økonomi, fag og personal. Dette under forutsetning av at oppgaver som i dag ligger til leder, f.eks. rekruttering og oppfølging av støttekontakter, avlastere og BPA må håndteres av noen andre. Samtidig er det på det rene at dagens organisering kan fortsette som i dag. Dette er en vurdering kommunen selv må avgjøre i forhold til fordeler og ulemper ved de ulike alternativene. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

4.11 Lege, ergoterapi og fysioterapi

I neste tabell viser vi hvordan ressursene til lege, fysioterapi, ergoterapi, helsesøstre og jordmødre fordeler seg mellom kommunene vi bruker i sammenlikningen.



Figur 4-5 Årsverk leger og fysioterapeuter

Vår sammenligning viser at Sigdal kommune har avsatt et nivå på fysioterapi som er noe høyere enn de øvrige kommunene i sammenligningen. Sigdal kommune har også en ergoterapeut i full stilling. Dette betyr at kommunen har et nivå på ergoterapi og fysioterapi som er på et noe høyt nivå. Dette er imidlertid ressurser som gjør at kommunen er rigget for å kunne arbeide med brukere på en måte slik at de kan bo lengst mulig i eget hjem.

Når det gjelder ressurser til lege viser tabellen at kommunen har kommunalt ansatt lege. Samlet nivå på legeressurser er på et gjennomsnittlig nivå. Vi har tidligere vist at legene i Sigdal har listestørrelse pr. lege på ca. 1500 pasienter. I forhold til de andre kommunene i opptaksområdet til felles legevakt (Ringerike, Krødsherad, Modum, Jevnaker og Hole) er dette noe større lister enn det som er vanlig i de andre kommunene.

4.12 Vikarsentral

Sigdal kommune har avsatt 9,5 årsverk til vikarsentral. Dette er ansatte som trer inn i vakante stillinger og ved langtidsfravær. Dette er en type organisering som avlaster avdelingsledere og ansatte med ansvar for innleie av vakter ved fravær. Til å administrerer ordningen er det to ansatte som har dette som ansvarsområde. Kommunen benytter 1,1 årsverk til å administrere denne ordningen. Personalansvaret ivaretas av virksomhetsleder. Vurderingen må være om de administrative kostandene kan reduseres ved å redusere andel av de administrative ressursene som benyttes til dette formålet.

Dette er en type tiltak som er tilpasset Sigdal kommune. Mange kommuner har ikke denne type tiltak. Det å ha «flytende» stillinger som ligger i turnus med arbeid hver tredje helg fremstår som effektiviserende, såfremt det ikke gjør det «enklere» å være borte fra jobb når det er raskt å få tak i vikar.

4.13 Vurdering sykefravær

Sykefraværet innen sektoren er lavt, og har vært lavt over flere år. Vårt inntrykk er at den rådende arbeidskulturen, ansattes holdninger og ledernes arbeid med nærvær er med på å holde sykefraværet lavt, og lavere enn hva man ofte ser i tilsvarende tjenester i andre kommuner.

Vår gjennomgang viser at virksomhetene har hatt problemer med å ha oversikt over eksakt fravær, fordelt på korttid og langtid. Vi har fått opplyst at dette er endret fra og med 2014. Vår erfaring er at oversikt over dette er avgjørende styringsinformasjon. Kommunen bør søke å finne gode løsninger for å få denne oversikten. Oppfølging av sykefravær er en viktig del av leders ansvarsområder. Tilgang på gode styringsdata er en forutsetning for at leder skal kunne ha nødvendig oversikt.

4.14 Vurdering økonomi

Vår erfaring er at dersom kommunen skal lykkes med å ha kontroll over økonomien innen pleie- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som medfører økonomiske forhold.

Det betyr at dersom kommunen skal ha god økonomisk styring med pleie- og omsorgstjenestene, bør budsjetteringen foregå med involvering fra lederne som har et budsjettmessig oppfølgingsansvar. Budsjettposter må også ta hensyn til utviklingen innenfor hver deltjeneste, og justeres i forhold til faktisk forbruk året før. Samtidig må budsjettet periodiseres på avdelingsnivå, og settes opp på en måte som gjør det enkelt for avdelingsledere å ta ut rapporter og følge med på eget forbruk fortløpende. Sigdal gjør i stor grad dette i dag, men denne arbeidsprosessen kan fremstå som noe

krevene da det er flere ledere som skal delta i prosessen for å få en skikkelig forankring hos alle dellerne.

Vår vurdering er at lederne som har ansvar for styring og bruk av ressurser i det daglige, må ha ansvar og oversikt over sentrale budsjettposter. Det betyr at de som har ansvar for innleie av vakter, også har ansvaret for kostnaden knyttet til dette. Gjennomgangen vår viser at dette ansvaret ikke ligger til avdelingslederne i Sigdal. Sigdal har valgt å legge ansvar for økonomi og personell til en stilling, og fagansvaret til en annen stilling.

4.15 Vurdering av boligmassen

Kommunen har samlet flere bygg på samme område på Prestfoss. Samtidig har kommunen et eget bygg i Eggedal til eldre beboere. Det å samle bygningsmasse er et klokt grep og gir muligheter for trygghet for brukere og synergier i hvordan ansatte jobber.

Vi har tidligere pekt på at dagens nivå på sykehjems plasser i Sigdal kommune er på et nivå like under landsgjennomsnittet. Denne andelen vil øke til et nivå over landsgjennomsnittet som følge av nedgang i andel innbyggere over 80 år. Dersom Sigdal bygger ut 8 nye plasser vil kommunen øke sin andel sykehjems plasser ytterligere. De økonomiske forholdene knyttet til investering og drift av disse plassene vil måtte dekkes inn parallelt med at kommunen får et redusert inntektsgrunnlag på kort sikt. Samtidig kommer kommunen trolig til å ha behov for plassene etter 2024. Dette henger sammen med reduksjon i antall eldre innbyggere i kommune i perioden frem til 2020. Statens overføring til kommunene henger sammen med behovene i kommunene. Eldre innbyggere over 80 år er et viktig kriterium for de statlige overføringene til kommunene.

Sigdal kommune har ingen registrerte omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Flere av kommunene som vi sammenligner med i KOSTRA har omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Denne bemanningen varierer stort mellom kommunene. Enkelte kommuner har tilnærmet sykehjemsbemanning i omsorgsboligene, mens andre kommuner har svært lite bemanning i omsorgsboliger, som rapporteres å være med «heldøgns bemanning».

Sigdal kommune har bidratt til å etablere omsorgsleiligheter i Prestfoss, samt omsorgsboliger i tilknytning til sykehjemmet. Kommunen har også et eldresenter i Eggedal. I mange andre kommuner ville både eldresenteret i Eggedal og omsorgsboligene i Prestfoss hatt «heldøgns bemanning».

Sigdal kommune er en kommune med spredt bosetting. Det å samle tilbud til brukere av pleie- og omsorg kan dermed være et klokt tiltak. Men må da være bevisst at brukernes egenomsorg vil avhenge av egen aktivitet, nettverk og delaktighet i samfunnet.

Andre kommuner har løst denne utfordringen annerledes. Her er det nærliggende å peke på Krødsherad som også har en spredt bosetting. Samtidig har de ikke på tilsvarende måte som Sigdal kommunes fasiliteter når det gjelder bygningsmessige forhold til eldre. Krødsherad har også en lavere bemanning i hjemmebasert omsorg, hjemmesykepleie og praktisk bistand når vi justerer for antall innbyggere i relevante aldersgrupper.

Vår vurdering er at Sigdal kommune teoretisk sett ikke har et objektivt behov eller råd til å bygge ut 8 nye plasser med full bemanning ved Sigdalsheimen på kort sikt. Dette kommer imidlertid til å endre seg på lang sikt. Samtidig innebærer utbyggingen ved

sykehjemmet bedret tilgang til dagtilbud. På kort sikt er det en mulighet å drifte de nye sykehjemsplassene på ulike måter.

Vi har pekt på at kommunen trolig vil få reduserte inntekter grunnet reduksjon i antall eldre innbyggere. Dermed vil det være problematisk å argumentere for økte ressurser til bemanning på sykehjemmet på kort sikt. Snarere vil det være grunnlag for å redusere dagens bemanning for å frigjøre ressurser. Eksempel på dette er reduksjon av en nattevakt ved å organisere et tettere samarbeid mellom nattevaktene på sykehjemmet og nattevakt i hjemmetjeneste, samt funksjonshemmede.

Kommunen har selv pekt på mulighetene ved å benytte nye plasser til korttidsopphold for pasienter før, istedenfor eller etter opphold i sykehus. En har vurdert at lindrende plasser kan være lokalisert her grunnet gunstig beliggenhet i forhold til øvrige deler av bygningsmassen. I denne sammenheng er det da naturlig å lokalisere plass for kommunal øyeblikkelig hjelp på samme sted.

Videre har kommunen vurdert at rehabiliteringsavdelingen i første etasje kan bli en post som en dreier mot mer fokus på forebygging og frisklivstiltak i tett samarbeid med fysioterapi og ergoterapi sammen med hjemmetjenesten. Dette bør gjøres i tett samarbeid med dagtilbud og frisklivssentral. Dersom en omgjør disse lokalene til dette formålet kan en flytte bemanningsressurser til plasser i nybygg. Pasienter med tyngre rehabiliteringsbehov bør da bli ivaretatt i andre etasje.

Dersom en velger denne løsningen vil en kunne se for seg trygghetsplasser som en del av denne organiseringen. Samtidig kan en se for seg rullerende korttidsopphold som en del av disse plassene. Dette henger naturlig sammen med hjemmebasert omsorg og aktivt arbeid for at brukerne skal kunne mestre og bo i eget hjem. Et siste tiltak en kan se for seg inn i denne posten for «lettere» brukere kan være dagopphold for rehabilitering. Dette er et tilbud kommunen ikke har i dag, men som kan kombineres med bistand til enkeltbrukere som strekker seg over en dag. Fysio- og ergoterapi vil i denne løsningen fremdeles drive treningsgrupper for eldre med behov for fallforebygging mv.

Alternativt til å flytte på eksisterende pasientgrupper på sykehjemmet er å drifte trygghetsplasser i nye lokaler. Dersom en velger å drifte dem som trygghetsplasser vil en kunne legge ansvaret til hjemmebasert omsorg. Trygghetsplasser er en type plasser hvor brukere kan bo når de kommer fra sykehus og venter på hjelpemidler i eget hjem, eller når pårørende/ektefelle skal på tur og har behov for et sted hvor det er trygt og tilrettelagt å bo. Brukere som kan trekke fordel av trygghetsplasser klarer seg i stor grad selv, men har behov for å bo et sted hvor det er enkelt, trygt og tilrettelagt. De kommunene som har fått denne type avdeling til å fungere har organisert bemanningen til disse plassene via hjemmetjenesten. Da sikrer en kontinuitet og felles oppfølging fra ansatte som arbeider med brukerne i deres egne hjem.

Dersom en velger alternativ måte å arbeide på kan følgende tiltakskjede være aktuell for de eldre brukerne.

1. Bo hjemme uten bistand
2. Bo hjemme med hjemmesykepleie/praktisk bistand
3. Bo hjemme, med hjemmesykepleie/praktisk bistand og mulighet for trygghetsplass, dagrehabilitering/lettere rehabiliteringsopphold mv. ved behov
4. Bo hjemme, med hjemmesykepleie/praktisk bistand og mulighet for korttidsopphold ved behov
5. Bo i omsorgsbolig
6. Bo i omsorgsbolig med hjemmesykepleie/praktisk bistand

7. Bo i omsorgsbolig med hjemmesykepleie/praktisk bistand med mulighet for korttidsopphold ved behov
8. Tilbud i sykehjem

Hva som er riktig bruk av de ulike plassene er et sammensatt spørsmål. Her er det ulike vurderinger og prioriteringer som kan ligge til grunn. Vårt viktigste poeng er at kommunen ikke kan forsvare å bemanne opp alle sengeplassene med ny bemanning uten at en velger å redusere kostnader tilsvarende et annet sted. Alternativ bruk av lokalene er dermed fornuftig, og det er naturlig at hjemmetjenesten deltar aktivt inn i deler av disse plassene.

4.16 Vurdering organisasjonsstruktur

Pleie og omsorg er ikke synonymt med eldreomsorg, slik dette ofte fremstilles i samfunnsdebatten. Pleie og omsorg er en sammensatt sektor som yter tjenester til mange ulike grupper av tjenestemottakere som etterspør differensierte tjenester.

Innen pleie- og omsorgstjenestene er det som nevnt ofte døgkontinuerlige tjenester, som innebærer at de ansatte som lederen skal lede, er spredt på ulike vakter. Samtidig er det en stor variasjon i brukernes behov, mengden av bistandsbehov til ulike tider på døgnet og grad av spesialisering av tjenesten rettet mot ulike brukergrupper. Videre er det utfordringer i pleie- og omsorgstjenestene knyttet til ufaglærte, stor gjennomstrømming av brukere og komplisert logistikk, som gjør lederrollen utfordrende. Det er dermed utfordrende for leder å være i kontakt med hver enkelt ansatt samt at den interne kommunikasjonen mellom ansatte er en utfordring. Dette er ulike forhold som har betydning for størrelsen på grunnenhetene. Samtidig er det ulike forhold knyttet til fysisk miljø, ulike brukeres behov, nærhet eller avstand til andre brukere mv.

Vi har pekt på at dagens organisering av pleie- og omsorgstjenestene i Sigdal har ulike perspektiver på ledelse. Dette henger blant annet sammen med at ansvaret for fag, økonomi og personale er spredd på flere ansatte, og ikke som en del av den daglige driften ute i tjenesten. Samtidig viser vår gjennomgang at dagens styring og ledelse av tjenestene fungerer.

Vår erfaring er at kommuner som har organisert seg på en måte hvor de som fatter avgjørelser som har økonomiske konsekvenser, også må ha oversikt og ansvar for avgjørelsene, har en mer robust driftssituasjon som balanserer forholdet mellom fag og økonomi. Det betyr eksempelvis at de som avgjør at det skal leies inn ekstravakter må ha det daglige økonomiske ansvaret for dette.

Vi har tidligere vært inne på størrelse på grunnenheter og på resultatenheter. Organisering og størrelse på disse henger sammen med den overordnede styringen av tjenestene. Vår gjennomgang viser på at det er noe variabel struktur i ledelsen innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen, sett i forhold til kommunens øvrige tjenester. I dag er det leder av Sigdalsheimen og hjemmetjenestene som har et spesielt ansvar for koordinering og representasjon i rådmannens ledergruppe. I andre kommuner har en ofte valgt en annen løsning for å ivareta denne funksjonen. Vedkommende leder har ansvar for sykehjem og hjemmetjeneste. Ved sykehjemmet er det videre en avdelingsleder og en sykepleier med et faglig ansvar og ansvar for saksbehandling. Tilsvarende stillinger er det i hjemmetjenesten. Innen tjenester til funksjonshemmede er det en leder og en delleder. Innen psykisk helsearbeid er et en leder som arbeider i tjenestene.

Trenden i norske kommuner har i større og større grad vært at en har ledere på full tid, med ansvar for økonomi, fag og personale. Dette er ikke en regel uten unntak, og kombineres ofte med delledere der det er naturlig med mindre enheter. Årsaken til

ledelse på fulltid er å tydeliggjøre ledelsens perspektiver på økonomi, fag og personell. Dersom Sigdalsheimen velger denne løsningen vil en kunne argumentere for to avdelingsledere ved Sigdalsheimen, en for hjemmetjenesten og praktisk bistand, en for funksjonshemmede og en for psykisk helsearbeid, samt en for renhold og kjøkken. De to sistnevnte som arbeidende formenn med en deling av lederrollen grunnet små enheter. En slik organisering vil kreve en leder som deltar i rådmannens ledergruppe og som har et overordnet ansvar for tjenestene. Dette kalles i de fleste kommuner som «kommunalsjef».

Ved Sigdalsheimen kan en se for seg to avdelingsledere enten fordelt pr. etasje eller etter fagområder. Dersom en deler ledelsen ved Sigdalsheimen etter fagområder kan en leder ha ansvar for langtidsplasser, somatikk og demens. Den andre lederen kan ha ansvar for korttidsplasser, aktivisering og forebygging, herunder ergoterapi og fysioterapi. Dette er et ansvarsområde som imidlertid henger tett sammen med ansvarsområdet til hjemmetjenesten. Hvordan kommunen bør organisere ansvaret med to ledere ved Sigdalsheimen bør trolig henge sammen med personlig egnethet og spesielle tilpasninger. Rent strukturelt er det enklere å ha ansvar for en avdeling som ligger i samme etasje. Samtidig vil et tett samarbeid mellom sykehjemmet og hjemmetjenesten være viktig for å oppnå best mulige integreringer mellom tjenesteområdene.

Dersom en velger en slik organisering vil en som nevnt kunne argumentere for å opprette et nivå i form av kommunalsjef eller avdelingssjef for området helse og omsorg. Dette vil innebære at kommunen må endre dagens bruk av fullmakter og delegasjonssystemet. I stab til aktuell leder for helse- og omsorg vil det være naturlig å organisere økonomikonsulent og saksbehandler, eventuelt i tillegg til spesialstillinger.

Dersom kommunen velger denne organiseringen vil det være turnusgrupper som i stor grad samsvarer med optimale grunnenheter og som gir leder mulighet for å være leder på fulltid med ansvar for økonomi, fag og personale. Samtidig vil vi igjen bemerke at dagens organisering ser ut til å fungere og kommunen kan videreføre denne uten at det medfører store utfordringer. En bør imidlertid være klar over at dagens organisering er knyttet til at lederne er fleksible og har en felles forståelse av ledernes rolle og funksjon. Samtidig er det imidlertid en fare ved å spre ansvar for fag og økonomi på flere ansatte. Resultatet kan være at en får sterkere fokus på fag enn på økonomiske rammer når en velger en struktur som kommunen har i dag. Dette henger sammen med at når en samler ansvar for økonomi, fag og personal på en person blir det oftere et fokus på å se disse ansvarsområdene tett i sammenheng. Dagens organisering på Sigdalsheimen innebærer også noe mer tid til møter og felles koordinering av ledelse enn alternativ organisasjonsstruktur.

4.17 Frivillighet

I mange kommuner har samarbeidet med frivillig sektor kommet høyere på dagsorden de siste årene. I utredningen "Innovasjon i omsorg" brukes begrepet "den andre samhandlingsreformen", som dreier seg om å utnytte de sosiale og menneskelige ressursene som finnes i befolkning og samfunn som helhet. Her pekes det på at det er et rom mellom det lovregulerte og profesjonaliserte kommunale ansvaret for tjenestene, og hvordan vi som enkeltmennesker, familie, sosiale nettverk, frivillig organisering, sosialt entreprenørskap og nærsamfunn strir med å håndtere store og små funksjonsvansker.

Vår erfaring er at mange kommuner strever med å finne gode løsninger på samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenestene og aktører i lokalsamfunnet. En sentral utfordring er hvordan kommunale instanser kan inkorporere frivillige ressurser og

løsninger uten at det skjer på bekostning av grunnleggende velferdsideal, offentlig ansvar og profesjonelle standarder.

Et grunnleggende tema vil derfor være kommunenes muligheter til å styre, regulere eller påvirke innholdet i de aktivitetene som drives ut fra sivilt/privat eierskap. Følgende to problemstillinger er særlig aktuelle for kommunens rolle som arbeidsgiver:

- Hvordan skal grenselandet mellom frivillig initierte aktiviteter og offentlig tjenesteproduksjon utformes?
- Hvilke styringsvirkemidler er aktuelle, og hvordan kan de brukes på en rasjonell måte?

Økt innsats fra frivillige forutsetter en vilje til å yte en ubetalt innsats på omsorgsfeltet. Selv om den samlede frivillige innsatsen i Norge er stor, er det usikkert hvor stort det uutnyttede potensialet er på pleie- og omsorgsfeltet. Sigdal har i begrenset grad etablert et system for styring av frivillig arbeid. En har blant annet ikke organisert en egen frivillighetssentral. For de som får til en vellykket mobilisering, vil det være viktig å finne ut hva som motiverer til innsats, og hvordan motivasjon kan inkorporeres i profesjonelle løsningsmodeller. Samtidig viser erfaring fra kommuner som har lyktes med frivillighet, at et systematisert arbeid som er forankret i ledelsen er viktig for å lykkes med denne typen arbeid.

5 Konklusjon og anbefalinger

I evalueringen av Sigdal kommunes helse- og omsorgstjeneste har vi pekt på ulike aspekter som er viktig for å optimalisere driften innen sektoren, og som bør tas hensyn til i videreutvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Sigdal kommune har gode tjenester inne helse- og omsorg, og har tenkt langsiktig når en har dimensjonert tjenestene. Samtidig har kommunen en utfordring knyttet til økonomien da kommunen får et fall i antall eldre innbyggere de neste årene. Kommunen prioriterer tjenester til eldre, har lave kostnader til psykisk helsearbeid, men noe høyere til funksjonshemmede. Til eldre har kommunen en høy andel ressurser til hjemmebasert omsorg, men har formelt ikke tilbud i form av heldøgns omsorg til denne brukergruppen. Samtidig har kommunen tilbud til eldre i Pestfosstunet og Eggedal i form av en omsorgsbolig uten heldøgns bemanning.

I det følgende gjengir vi en kortfattet oppsummering av de viktigste forholdene.

Saksbehandling og tildeling av tjenester

- Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden. Kommunen oppgir at dette er et krevende fagfelt.
- Sigdal kommune har delt ressursene til saksbehandling på ulike personer. Innen tjenestene til funksjonshemmede ligger ressursene hos en person, tilsvarende på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Innen psykisk helse er det leder som innehar denne rollen.
- Flere kommuner på Sigdals størrelse har valgt å la ansvaret for saksbehandlingen ligge hos ledelsen, andre har valgt å legge saksbehandlingsoppgavene til en egen saksbehandler eller et saksbehandlersteam.
- I tråd med vår foreslåtte strukturelle endring bør kommunen vurdere å organisere ressursene til saksbehandling felles. Denne bør samorganiseres med ansvaret for koordinerende enhet. Vår stipulering av årsverk i forhold til sammenlignende kommuners andel til formålet tilsier ca. 1,2 til 1,5 årsverk. Vår vurdering er at kommunen benytter tilsvarende ressurser til formålet i dag.

Frivillighet

- Frivillig arbeid er et viktig tiltak for å engasjere lokalbefolkningen og en viktig ressurs for kommunene.
- Sigdal har i begrenset grad etablert et system for styring av frivillig arbeid. En har blant annet ikke organisert en egen frivillighetssentral.

Sigdalsheimen

- Kommunen prioriterer tjenester til eldre noe høyt. Dette henger blant annet sammen med bruk av ressurser til institusjon/sykehjem.
- Sigdal kommune har noe høye kostnader til sykehjem. Årsaken er summen av plasser i forhold til bemanning. Pleiefaktoren varierer mellom avdelingen og er høyere på Sol og Rehabilitering enn det vi ser er gjennomsnittet for tilsvarende avdelinger i andre kommuner. Samlet sett er også bemanningen på natt noe høy.
- Pleiefaktor samlet på sykehjemmet er på et moderat nivå (0,88). Denne varierer mellom de ulike avdelingene. Det er etablert en fleksibilitet i bemanningen på sykehjemmet som innebærer at man deler bemanning og kompetanse på tvers.
- Antall korttidsplasser i sykehjem er på et normalt nivå i Sigdal.
- Eldresenteret i Eggedal har bemanning på dag og helg, og representerer neste eldreboliger med stedlig bemanning. Her er det imidlertid ikke bemanning på natt

- Omsorgsleilighetene ved Prestfoss har ikke heldøgns bemanning, og representerer et tilbud som gir trygghet og gode boforhold for eldre pasienter med behov for dette.
- Ved sykehjemmet har en hatt et jevnt overbelegg på 2–4 pasienter. Vår vurdering er at dette ikke kan forklares ut fra manglende ressurser i hjemmetjenesten eller få antall sykehjemsplasser. Dette handler trolig om styring av tiltakskjeden.
- Dagens dekningsgrad vil, uten økning i antall plasser, stige til et nivå som ligger over landsgjennomsnittet i årene fremover. Årsaken er at antall innbyggere i de eldste aldersgruppene vil synke i årene frem til 2023. Resultatet av dette er et redusert behovs- og inntektsgrunnlag til kommunen. Kommune bør tilpasse antall plasser i tråd med dette.
- Vår vurdering er at ved utbygging av 8 nye plasser må tenke annerledes i styringen av tiltakskjeden i form av trygghetstilbud, dagrehabilitering mv. for hjemmeboende. Dette vil på kort sikt medføre en annerledes styring av tiltakskjeden i form av tilbud lavere i tiltakskjeden.

Hjemmebasert omsorg

- Sigdal kommune har en noe høy andel praktisk bistand i forhold til samlede ressurser i hjemmetjenesten. Kommunen har også noe høy andel ressurser til hjemmesykepleie.
- Kommune bør vurdere å omfordele ressurser mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie, samt vurdere å overføre ressurser til dagtilbud. Alternativt kan man redusere årsverk innen praktisk bistand/hjemmehjelp.
- Sigdal kommune har en boligmasse som gjør at brukere kan flytte fra boliger med krevende planløsning til omsorgsboliger eller tilrettelagte boliger i Prestfosstunet. Dette gjør det enklere å følge opp brukere som har fått dette tilbudet.
- Eldresenteret i Eggedal er et bra grep nede i tiltakskjeden, men det forutsetter at tilbudet er forbeholdt brukere som ikke har behov for heldøgns omsorg.

Dagsenter/dagtilbud for eldre

- Dagtilbud er et viktig tilbud for at brukere skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Kommunen bør utvide tilgjengeligheten til dagtid. Dette forenkles når nytt dagtilbud er på plass ved Sigdalsheimen.
- Kommunen bør vurdere å overføre ressurser fra praktisk bistand til dagtilbud dersom det er behov for dette i forhold til utvidet åpningstid.

Funksjonshemmede

- Vår gjennomgang har vist at Sigdal kommune har lave kostnader til brukere under 18 år og høye kostnader til brukere over 18 år når vi justerer for antall innbyggere i relevant aldersgruppe.
- Kommunen har hatt endringer i brukersammensetningen i bolig. Dette har medført et redusert behov for bemanning tilsvarende ca. 2 årsverk. Det er iverksatt tiltak for å justere bemanningen iht. dette. Når disse reduksjonene er effektivert har kommunen selv lagt inn grunnlaget for å redusere bemanningen i tråd med våre anbefalinger. Effektivert av dette vil redusere kostnadsbildet noe.
- Kommunen har noe høy samlet bemanning i dagtilbud til brukerguppen.
- Vår gjennomgang tyder på at årsverk pr. bruker ligger høyt da kapasiteten på dagtilbudet ikke utnyttes fullt ut. Flere brukere har tilbud her, men oppmøte varierer.

Psykisk helsearbeid

- Sigdal kommune har moderate kostnader til psykisk helse. Dette henger blant annet sammen med at kommunen ikke har brukere med heldøgns tilbud.
- Kommune bør videreføre ambulant tilbud til brukergruppe i kombinasjon med dagtilbud.

Sykefravær

- Vår erfaring er at sykefraværet innenfor disse tjenestene varierer fra kommune til kommune.
- Sykefraværet i Sigdal er gjennomgående lavt, og lavere enn tilsvarende tjenester innenfor andre kommuner. Sykefraværet har ligget lavt over flere år.
- Administrering av vikarsentralen bør vurderes. Kommunen benytter i dag 1,1 årsverk, i tillegg til ressurser fra virksomhetsleder. Ved innføring av ny organisasjonsstruktur bør disse bemanningsressursene vurderes organisert direkte under avdelingslederne.

Økonomiske forhold

- Vår erfaring er at dersom kommunen skal lykkes med å ha kontroll over økonomien innen pleie- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som medfører økonomiske forhold.
- Budsjettering må foregå med involvering fra lederne som har et budsjettmessig oppfølgingsansvar.
- Budsjettposter må ta hensyn til utviklingen innenfor hver deltjeneste, og justeres i forhold til faktisk forbruk året før. Samtidig må budsjettet periodiseres på avdelingsnivå, og settes opp på en måte som gjør det enkelt for avdelingsledere å ta ut rapporter og følge med på eget forbruk fortløpende.
- Vår vurdering er at lederne som har ansvar for styring og bruk av ressurser i det daglige, må ha ansvar og oversikt over sentrale budsjettposter. Det betyr at de som har ansvar for innleie av vakter, også har ansvaret for kostnaden knyttet til dette.
- Dersom kommunen må redusere kostnader innen pleie- og omsorg må en være strengere med inntak av og tilbud til pasienter. Vi har tidligere nevnt at en bør redusere kostnader til hjemmebasert omsorg, funksjonshemmede og tilpasse drift av nye plasser til behovsgrunnlaget hos innbyggerne igjen stiger.
- Kommunen bør samtidig vurdere muligheten av å redusere med en ansatt på natt ved Sigdalsheimen, tilsvarende 1,6 årsverk. Dette vil medføre at den totale pleiefaktoren reduseres til 0,83. I tillegg kan man redusere med 1,5 årsverk innen praktisk bistand. Kommunen jobber med å redusere med 2 årsverk innen tjenestene til funksjonshemmede. Vår gjennomgang viser at kommunen bør øke kapasiteten ved dagsentrene til eldre. Dette innebærer behov for en økning på 0,5 årsverk.

Fremtidig organisering av tjenestene

- Sigdal har i dag en organisering som fungerer.
- I arbeidet med å utarbeide og videreutvikle sin organisering er det viktig at momenter rundt driftstørrelser tas med, sammen med kontrollspenn til leder. Dette er avgjørende både for å vurdere driftsoptimalisering, men også for å legge til rette for rom og tid til å drive med ledelse.
- Vår vurdering er at det i dag er noe variabel struktur i ledelsen av pleie- og omsorgstjenestene i Sigdal kommune.
- Kommunen bør vurdere å ha en leder med ansvar for økonomi, fag og personale ved:
 - 1. avdeling ved Sigdalsheimen.

- 1. avdeling ved Sigdalsheimen,
- Hjemmetjenesten (hjemmesykepleie og praktisk bistand).
- Funksjonshemmede.
- Psykisk helsearbeid (arbeidende leder i tjenester).
- Kjøkken og renhold (arbeidende leder i produksjon).
- Sigdal kommunen bør vurdere å innføre et kommunalsjefnivå/etatssjef for helse- og omsorgstjenestene. Av erfaring er dette et viktig nivå i kommunens ledelse for å sikre strategisk ledelse av en viktig sektor i kommunen.
- Ved å etablere alternativ struktur vil en kunne videreføre dagens nivå på antall ledere under forutsetningen av at:
 - I stab til leder bør en organisere økonomikonsulent, saksbehandler, ressurser til vikarpool og spesialfunksjoner som for eksempel demenskoordinator.
 - Vår beregning tilsier at dette vil utgjøre 3,5 årsverk. Disse ressursene bør benyttes på tvers.
- Sigdal kommune har i dag 2,35 årsverk til stab/støtte innen pleie- og omsorg. Disse ressursene består av oppgaver knyttet til sentralbord, saksbehandling, lønn og personal, samt vederlagsberegning. Kommunen bør vurdere å se disse ressursene sammen med ressurser til stabsfunksjoner samlet.
- Sigdal kommune bør foreta en gjennomgang av ressurser som benyttes sentralt og på tjenestene til stab./støttefunksjoner.

Til

Kommunene i Kommunehelsesamarbeidet

13. oktober 2014

Invitasjon til Kommunehelsesamarbeidets medlemmer: Vurdering av Kommunehelsesamarbeidet

Hensikten med vurderingen

Prosjektstyret i Kommunehelsesamarbeidet (KHS) besluttet i sitt møte 15. september 2014 å ha en gjennomgang av erfaringene med samarbeidet så langt, innholdsmessig og organisatorisk, med sikte på å avklare om samarbeidet bør videreføres. Det må vurderes hvordan samarbeidet eventuelt skal organiseres og styres. Det må avklares hvilket innhold og mål som skal legges til grunn.

Det bes om vurderinger av samarbeidet så langt, innholdsmessig og organisatorisk. Det bes også om innspill til mål innhold, organisering og styring av et fremtidig Kommunehelsesamarbeid.

Vurderingsprosess

Invitasjon til å vurdere Kommunehelsesamarbeidet sendes ut til administrativ høring i alle 26 kommuner tilsluttet Kommunehelsesamarbeidet 13. oktober.

Prosjektstyret behandler innkomne høringssvar og vurderer grunnlag for videre samarbeid 24. november 2014. Dersom kommunene stiller seg positive til en videreføring av KHS, skal innholdet i tilbakemeldingene legges til grunn for utarbeidelsen av et forslag til samarbeidsplattform.

Anbefalt forslag til samarbeidsplattform sendes ut til politisk høring i 26 kommuner medio desember 2014, med svarfrist ultimo februar 2015.

Saken sluttbehandles i Kommunehelsesamarbeidets Eiermøte våren 2015.

Høringsfrist 10. november 2014

Høringsuttalelsene sendes til kari@vestregionen.no

Kari Engen Sørensen
Prosjektleder i kommunehelsesamarbeidet
Kari@vestregionen.no
Mobil **41600524**

Vedlegg:
Høringsnotat

Invitasjon til vurdering av Kommunehelsesamarbeidet

Svarfrist: 10. november 2014

Invitasjon til vurdering av Kommunehelsesamarbeidet (KHS)

1. Hensikten med vurderingen

Hensikten er å vurdere om, og i hvilken form, samarbeidet mellom 26 kommuner skal være fremover. Det må vurderes hvordan samarbeidet skal organiseres og styres. Det må avklares hvilket innhold og mål som skal legges til grunn. Det bes om vurderinger av samarbeidet så langt, innholdsmessig og organisatorisk. Det bes også om innspill til mål, innhold, organisering og styring av et fremtidig kommunehelsesamarbeid.

1.1 Vurderingsprosess

Invitasjon til å vurdere Kommunehelsesamarbeidet sendes ut til administrativ høring i alle 26 kommuner tilsluttet Kommunehelsesamarbeidet.

Prosjektstyret behandler innkomne høringssvar, og vurderer grunnlag for videre samarbeid 24. november 2014. Dersom kommunene stiller seg positive til en videreføring av KHS, skal innholdet i tilbakemeldingene legges til grunn for utarbeidelsen av et forslag til samarbeidsplattform.

Anbefalt forslag til samarbeidsplattform sendes ut til politisk høring i 26 kommuner medio desember 2014, med svarfrist ultimo februar 2015.

Saken sluttbehandles i Kommunehelsesamarbeidets Eiermøte våren 2015.

2. Bakgrunn for samarbeidet

2.1 Lovgrunnlaget

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e, forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler, og stiller et minimumskrav til innhold i avtalene. Plikt til å inngå samarbeidsavtaler er et juridisk virkemiddel som pålegger kommuner og helseforetak å samarbeide om organisatoriske og faglige virkemidler i utviklingen av helse- og omsorgstjenester. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Kommuner kan inngå avtaler alene eller sammen med andre kommuner.

2.2 Etablering av kommunehelsesamarbeidet

Kommunehelsesamarbeidet ble etablert i 2009 av 26 kommuner i Vestre Viken helseforetaks tjenesteområde. Prosjektperioden ble fastsatt til å vare ut 2011, senere utvidet til ut 2012 og til slutt ut 2015. Prosjektet ble etablert med utgangspunkt i varslet samhandlingsreform som trådte i kraft 1.1.2012. Hovedintensjonen med reformen er å sikre helhetlige pasientforløp, økt fokus på tidlig innsats og forebygging, samt å dempe veksten i forbruk av sykehustjenester. Ny helselovgivning og organisering av oppgavefordelingen mellom helseforetakene og kommunene gir kommunene nye oppgaver, samtidig som eksisterende oppgaver forsterkes. Kommunene har fått et tydeligere ansvar for folkehelsearbeid og forebygging, samtidig som deler av pasientbehandlingen flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene; behandling før -, i stedet for -, og etter sykehusinnleggelse. Kommunene har også fått et utvidet ansvar for øyeblikkelig hjelp funksjoner. I tillegg er krav til pasientsikkerhet og kvalitet forsterket.

I april 2010 ble følgende hovedmål lagt til grunn for Kommunehelsesamarbeidet:

Bidra til å styrke kommunenes interesser i forbindelse med ny sykehusstruktur, og påvirke utviklingen av kommunehelsetjenestene som følger av samhandlingsreformen. (Eiermøte 22.04.2010)

Eiermøtet i 2012 justerte hovedmålet slik:

Kommunehelsesamarbeidet skal bidra til å styrke kommunene i Vestre Viken helseområde sine interesser i utviklingen av kommunehelsetjenestene som følger av ny lovgiving, samhandlingsreformen og endret spesialisthelsetjeneste, og i å påvirke utviklingen av disse tjenestene.

Fra 2014 legges følgende hovedmål til grunn for prosjektets videre arbeid:

Kommunehelsesamarbeidet skal ivareta kommunenes interesser i samhandlingen med Vestre Viken helseforetak, og bidra til utviklingen av helsetjenestene i tråd med samhandlingsreformens intensjoner; både i egne kommuner og i spesialisthelsetjenesten

2.3 Organisering og finansiering

Kommunehelsesamarbeidet finansieres gjennom en årlig kontingent fra hver av deltakerkommunene. I tillegg søkes det støtte fra Vestregionen og offentlige instanser. Fra 2015 er det besluttet at KHS fullfinansieres gjennom en deltaker-kontingent. Eksterne prosjektmidler kommer i tillegg. Til nå er KHS finansiert gjennom en årlig kontingent på kr. 2 pr. innbygger, 200.000 i tilskudd fra Vestregionen samt prosjektmidler fra Norsk helsenett og Helsedirektoratet.

KHS øverste organ er Eiermøtet. Her møter ordfører fra hver av deltakerkommunene minst en gang i året. Eiermøtet vedtar årlige fokusområder, handlingsplaner og budsjett.

KHS er organisert som et delprosjekt i Vestregionen som er et interkommunalt samarbeid etter § 27 i Kommuneleien. 16 av kommunene i KHS er medlemmer av Vestregionen. Daglig leder i Vestregionen har personalansvar for ansatte i KHS, bidrar som faglig rådgiver og sørger for regnskap og revisjon.

KHS ledes av et prosjektstyre bestående av syv rådmenn/kommunalsjefer fra hver av samarbeidets syv kommunegruppering/delregionen. Den enkelte delregion/gruppering utpeker løpende sin representant. Prosjektstyret møtes minst fire ganger i året og har følgende oppgaver:

1. Forberede Eiermøtet/Eiermøter og rapportere kvartalsvis til eierne. Den enkelte delregion/gruppering velger selv hvordan rapportene skal behandles.
2. Utarbeide forslag til årlige prioriterte fokusområder og tiltak som nedfelles i årlig handlingsplan og budsjett.
3. Velge representanter som møter i Overordnet samarbeidsvalg – jf samarbeidsavtale med Vestre Viken.
4. Oppnevne saksordførere for omfattende saker som skal behandles i Overordnet samarbeidsutvalg og/eller Eiermøtet.
5. Etablere eventuelle nye delprosjekter.
6. Invitere nøkkelpersoner i kommunene til strategisamling(er) minst én gang pr år.
7. Initiere og behandle søknader om ekstern prosjektfinansiering.

Det er ansatt en **prosjektleder** for KHS. Prosjektleder har ansvaret for å gjennomføre prioriterte aktiviteter i samsvar med vedtatt handlingsplan og budsjett. Prosjektleder rapporterer til prosjektstyret og til daglig leder i Vestregionen.

Prosjektledere for igangsatte delprosjekt rapporterer til prosjektstyret og prosjektleder i KHS. Det er opprettet en medisinsk faglig rådgivningsgruppe og en ressursgruppe som gir råd og innspill til prosjektleder/prosjektstyret.

Overordnet samarbeidsavtale

Det overordnede samarbeidet mellom kommuner tilsluttet KHS og Vestre Viken helseforetak er regulert i en overordnet samarbeidsavtale. Formålet med avtalen er å sikre et systematisk samarbeid for at helsetjenestene i Vestre Viken helseområde skal være av høy kvalitet og fremstå som helhetlig. Helsetjenestene skal sette pasienten i sentrum og ivareta samfunnets ressurser på en god måte. Det er etablert et overordnet partssammensatt samarbeidsutvalg (OSU) bestående av representanter fra Vestre Viken HF, kommunene i KHS og representanter for brukere og arbeidstakere. Partene har gjensidig forpliktelse til samhandling. Prosjektstyrets medlemmer er valgt inn som medlemmer av OSU. Det er i tillegg etablert fem lokale samarbeidsutvalg (LSU). LSU skal på den ene siden operasjonalisere strategier og føringer gitt av OSU, og på den andre siden ivareta lokal prioritering, utvikling og initiativ. Representanter fra kommuner og sykehus møter med nødvendige fullmakter fra helseforetakets og kommunenes ledelse til å fatte beslutninger. Vedtak i LSU forutsetter konsensus mellom partene og er forpliktende. Partene avtaler lokalt den konkrete sammensetningen i LSU, men som minimum må den lokale ledelsen i helseforetaket og ledere for kommunene på kommunalsjefsnivå inngå i utvalget. Det anbefales at følgende kompetanse er representert fra både helseforetak og kommune: medisinskfaglig, helsefaglig, samhandling og brukerrepresentasjon.

Det er ingen gjennomgående representasjon fra kommunal side i OSU og LSU. Klinikkdirktører er som oftest representert i både OSU og LSU.

3. Oppnådde resultater

3.1. Avtaleinstituttet og rammer for overordnet samhandlingsstruktur.

1. Lovpålagte avtaler er utarbeidet og enkelte avtaler er til revisjon i henhold til regelverk.
2. Det overordnede samarbeidet er regulert i «Samarbeidsavtale mellom NN kommune og Vestre Viken HF. Avtalen beskriver funksjon, oppgaver og sammensetning av OSU og LSU samt sekretariatfunksjonen for samhandlingen. Avtalen er revidert og fornyet i 2013.
3. Enkelte av avtalene er ennå ikke tilstrekkelig implementert i alle kommuner. Dette gjelder blant annet avtalen som regulerer samarbeid om forebyggende arbeid, samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid og samarbeid om gjensidig kompetanseutveksling.
4. Det er utarbeidet områdeplaner for habilitering og rehabilitering.
5. Innkalling og referat fra møter i OSU og LSU publiseres på Vestregionens og Vestre Viken sine hjemmesider. OSU og LSU møtes 3-4 ganger pr. år.
6. Det er etablert i felles tvisteutvalg med samme sekretariat som i punkt 2.

3.2 Gjennomførte utviklingsprosjekter mellom kommuner og Vestre Viken

1. Kompetanseoverføring.
Partene samarbeider og tilbyr kommunene opplæring i vurderings- og kommunikasjonsverktøyet Alert og kurs i Lærings- og mestringsmetodikk.
2. Følge opp og være med på å påvirke til at vedtak i OSU følges opp, fortløpende aktivitet.
3. Mobil røntgenbil
Flere kommuner har etablert et samarbeid med Vestre Viken som muliggjør å utføre røntgenundersøkelser utenfor sykehus.
4. Felles utvikling av styringsdata
Kommunene har lenge etterlyst gode styringsdata over forbruk av sykehustjenester. Det er

gjennomført et forprosjekt «Gode pasientforløp-somatikk» med fokus på analyse og modell for fremstilling av data. OSU besluttet i mai 2014 å nedsette en partssammensatt arbeidsgruppe som skal finne frem til egnet styringsdata for kommunene, og modell for hvordan disse data skal presenteres. Gjelder både somatikk og psykisk helse og rus.

5. Felles utvikling av kvalitet på de kommunale akutte døgnplassene
OSU besluttet i mai 2014 å nedsette et partssammensatt klinisk samarbeidsutvalg for samarbeid mellom kommunehelsesamarbeidet og Vestre Viken om de kommunale ø-hjelps-plassene. Formålet er å følge utviklingen og sørge for riktig bruk og god kvalitet på plassen
6. Utvikle gode pasientforløp, innen somatikk, psykisk helse og rus
OSU besluttet i februar 2014 å utvikle gode pasientforløp innen følgende områder: kols, hoftebrudd, helseskadelig bruk av alkohol og psykisk helse og rus. Målet er å utvikle egnede behandlinglinjer i og mellom kommuner og helseforetak.
7. I 2013 gjennomførte KHS et forprosjekt «Gode pasientforløp-somatikk» for kommunene Kongsberg, Nedre- og Øvre Eiker.
8. Elektronisk meldingsutveksling mellom fastleger, kommuner, sykehus
Prosjektet er finansiert av Norsk Helsenett og avsluttes 31.12.2014. Resultatet er at kommuner, fastleger og Vestre Viken kommuniserer pasientdata elektronisk. Gjelder både somatikk og psykisk helse.
9. Formidle nyheter og føringer fra stat, departement, direktorat og KS
Prosjektleder KHS samarbeider med samhandlingssjef Vestre Viken om å spre nyheter og relevante kurs. Informasjonen formidles via nyhetsbrev fra KHS og Vestregionens hjemmeside.
10. Initiere og følge opp felles utviklingsområder
11. KHS har i samarbeid med koordinerende enhet i Vestre Viken utviklet en informativ hjemmeside. Det er tatt initiativ til felles temadager.

3.3. Gjennomført samarbeid mellom kommuner

1. Samarbeid med nasjonale kompetansemiljøer
KHS har etablert kontakt med høyskoler, fylkeskommuner og foreninger med mål om samarbeid rundt fremtidig kompetansebehov i kommunene.
2. Felles høringssvar
Det er utarbeidet flere felles høringssvar fra kommuner til sentrale myndigheter.
3. Erfaringsutveksling og utviklingsarbeid mellom kommuner
Kommunene har ulik kjennskap til hverandres pågående utviklingsarbeid. Det er gjennomført flere tema-samlinger med formål erfaringsutveksling og faglig påfyll. Kommunene har i liten grad etterspurt bistand fra KHS i utviklingsarbeid, til tross for at prosjektleder aktivt har tilbudt seg dette.

4. Vurderingsgrunnlag

Intensjonen i samhandlingsreformen er å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet tilpasset den enkelte bruker.

Samhandlingen internt i kommuner, mellom kommuner og med helseforetaket fortsetter og videreutvikles i tråd med avtaleverket som er etablert. Ny teknologi vil bidra til ytterligere utvikling av tjenestene og mere effektivt samarbeid mellom bruker og behandler. Det gjenstår mye arbeid før behandlingslinjene er effektive, samordnet og av god kvalitet, spesielt innen området psykisk helse/rus. Arenaer for god og hensiktsmessig brukermedvirkning må utvikles og etableres. Samarbeidet med frivillige kan og bør videreutvikles i trås med statlige føringer. Fortsatt gjenstår mye arbeid for å nå målet om et mere helsefremmende samfunn og redusert ulikhet i helse.

Vi ønsker kommunenes vurderinger av følgende punkter:

4.1 Avtaleinstituttet og rammer for overordnet samhandlingsstruktur

Synspunkter på samarbeidet i KHS så langt og hensikten med et videre samarbeid innen:

1. Lovpålagte avtaler?
2. Revisjon av lovpålagte avtaler?
3. Funksjon og sammensetning av OSU?
4. Funksjon og sammensetning av LSU?
5. Forholdet mellom OSU og LSU?
6. Sekretariatsfunksjonen i OSU?

4.2. Gjennomførte utviklingsprosjekter mellom kommuner og Vestre Viken

Synspunkter på samarbeidet i KHS så langt og hensikten med et videre samarbeid innen:

1. Felles prosjektledelse – «prosjekt elektronisk meldingsutbredelse»?
2. Områdeplaner rehabilitering og habilitering?
3. Kompetanseutvikling, forslag til fremtidige temaer?
4. Mobil røntgenbil?
5. Påvirkning og utvikling av felles styringsdata over bruk av sykehus tjenester?
6. Utvikling og kvalitet i kommunale akutte døgnplasser (KAD)?
7. Psykisk helse og rus?
8. Behandlingslinjer, hjem-hjem for ulike sykdomsgrupper?

4.3 Gjennomført samarbeid mellom kommuner

Synspunkter på samarbeidet i KHS så langt og hensikten med et videre samarbeid innen:

1. Felles høringssvar?
2. Erfaringsdeling og temasamlinger?

4.4 Kommunikasjon

1. Synspunkter på kommunikasjonen mellom prosjektledelsen og 26 kommuner inkl. hjemmesiden?

4.5. Oppsummerende vurderinger

1. Synspunkter på en eventuell videreføring av Kommunehelsesamarbeidet?
2. Synspunkter på organisering og styring av et fremtidig Kommunehelsesamarbeid?
3. Synspunkter på mål og innhold i et fremtidig Kommunehelsesamarbeid?

Asker 13 oktober 2014

Kari Engen Sørensen

kari@vestregionen.no telefon 41 600 524

Prosjektleder Kommunehelsesamarbeidet

Delegerte vedtak

Dato: 20.05.2014 Utvalg: HS Hovedutvalg for helse og sosial

Saksnr.	Dato	Arkivsak	Avd/Sek/Saksb.	Arkivkode
	Navn			Resultat
	Innhold			
DS 5/14	18.03.2014	14/48	RA/PER/KEK	U63 &18
	SKJENKEBEVILLING ENKELTARRANGEMENT 2014			
	VEDTAK:			
	I medhold av alkoholloven § 1-6 innvilges Eggedal idrettslag v/skjenkeansvarlig Tone Besserud skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1, 2 og 3 den 13. april 2014 på Tempelsetra, Eggedal, fra kl. 09.00 til kl. 24.00 for gruppe 1 og 2, og kl. 13.00 – 24.00 for gruppe 3 innendørs, og uten henholdsvis kl. 09.00 – 20.00 (gruppe 1 og 2) og kl. 13.00 – 20.00 (gruppe 3).			
DS 6/14	18.03.2014	14/48	RA/PER/KEK	U63 &18
	SKJENKEBEVILLING ENKELTARRANGEMENT 2014			
	VEDTAK:			
	I medhold av alkoholloven § 1-6 innvilges Haglebu skisenter AS v/skjenkeansvarlig			
	Ulrika Spockeli skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1, 2 og 3 på avgrenset uteområde på ca. 100 kvm., og inneområde på ca. 40 kvm., i tidsrommet for tidsrommet 12. – 21. april 2014 ved og i Haglebu skisenter fra kl. 11.00 til kl. 18.00 for gruppe 1 og 2 og fra kl. 13.00 til kl. 18.00 for gruppe 3. Dersom skjenkeansvarlig ikke er til stede, fungerer Åse Camilla Medalen som stedfortreder. Det kan ikke påregnes skjenkebevilling for perioder utover dette, uten at det søkes om generell skjenkebevilling.			
DS 7/14	27.03.2014	14/48	RA/PER/KEK	U63 &18
	SKJENKEBEVILLING ENKELTARRANGEMENT 2014			
	VEDTAK:			
	I medhold av alkoholloven § 1-6 innvilges Bondepub v/skjenkeansvarlig Asbjørn Nubberud skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 den 5. april 2014 på Lille Sund, Prestfoss, fra kl. 19.00 til maksimalt kl. 03.00.			
DS 8/14	18.03.2014	14/48	RA/PER/KEK	U63 &18
	SKJENKEBEVILLING ENKELTARRANGEMENT 2014			
	VEDTAK:			
	I medhold av alkoholloven § 1-6 innvilges Prestfoss barnehage v/skjenkeansvarlig Tina Kolbjørnsrud skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 den 3. mai 2014 på Prestfoss Samfunnshus, fra kl. 16.00 til kl. 02.00.			
DS 9/14	18.03.2014	14/48	RA/PER/KEK	U63 &18

SKJENKEBEVILLING ENKELTARRANGEMENT 2014

VEDTAK:

I medhold av alkoholoven § 1-6 innvilges Trollheim v/skjenkeansvarlig Åse Furuhaug skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 på avgrenset uteområde for tidsrommet 12. – 21. april 2014 fra kl. 13.00 til kl. 19.00.

DS 10/14

27.03.2014 14/48 RA/PER/KEK U63 &18

SKJENKEBEVILLING ENKELTARRANGEMENT 2014

VEDTAK:

I medhold av alkoholoven § 1-6 innvilges Svana Teatergruppe v/skjenkeansvarlig Tom Bjørseth skjenkebevilling for alkoholholdig drikk gruppe 1 og 2 den 26. april 2014 på Eggedal Samfunnshus, fra kl. 17.00 til kl. 03.00.