



MØTEINNKALLING

Utvalg : Omsorgskomiteen
Møtested: Møterom helse/oppvekst
Møtedato: 17.03.2016 Tid: 10:00

Representantene innkalles herved. Eventuelle forfall bes meldt snarest, og senest innen onsdag 16.03.16 til tlf 47 60 79 75. Vararepresentantene skal bare møte etter særskilt innkalling.

SAKLISTE

Vedtak	Saksnummer	Journr.
	Innhold	
	16/2	16/198
	BRUKER BETALING HJELP I HJEMMET	
	16/3	16/310
	BUDSJETT 2016 - INNSPARINGSTILTAK	

Måsøy kommune, 9690 Havøysund, 10.03.16

Reidun Mortensen
Komite leder

BRUKER BETALING HJELP I HJEMMET

Saksbehandler: Arnstein Larsen
 Arkivsaksnr.: 16/198

Arkiv: 231

Saksnr.: Utvalg
 2/16 Omsorgskomiteen

Møtedato
 17.03.2016

Innstilling:

Omsorgskomiteen tilrår kommunestyre å vedta fremlagt forslag til satser for brukerbetaling, samt «retningslinjer for praktisk bistand i hjemmet» som vedlegg.

Dokumenter:

1. Forslag til «retningslinjer for praktisk bistand i hjemmet»

Innledning:

Hjemmehjelpstjenesten i Måsøy kommune skal bidra til at personer med et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker får praktisk bistand til dagliglivets gjøremål, slik at de kan bo i eget hjem med trygghet, så lenge det er den beste løsningen. Hjemmehjelpstjenesten er en integrert del av kommunes pleie- og omsorgstjeneste.

Tjenesten omfatter praktisk og personlig hjelp i dagliglivet for personer som ikke er i stand til å dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Formålet er først og fremst å yte hjelp til dagliglivets gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2.* Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester pkt.6, b.

Saksutredning:

Måsøy kommune har ikke hatt gjennomgang av betalingssatsene for hjemmehjelp siden det i kommunestyremøte 12.12.2006 sak 39/06 ble vedtatt at satsene den gang skulle reguleres i samsvar med økning i folketrygdens grunnbeløp. Noe som har gitt en økning på 30,71 %.

Det vil si 17,20 kroner på 10 år for de mellom 2 og 3 G.

Saksbehandler kan ikke spekulere i hvile momenter og forutsetninger som var lagt til grunn for disse satsene den gang.

Per 2015 er grunnbeløpet kroner 90 068,- og hjemmehjelpssatsene slik:

Inntekt under 2 G	Kr. 27,50,- pr. time
Inntekt mellom 2 - 3 G	Kr. 56,- pr. time
Inntekt mellom 3 - 4 G	Kr. 87,- pr. time
Inntekt mellom 4 - 5 G	Kr. 109,- pr. time
Inntekt over 5 G	Kr.133,50,- pr. time

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) §11-2 har kommunen anledning til å ta betalt for hjemmehjelpstjenester. Betaling for hjemmehjelp følger Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester av 01.01.2012. Kapittel 2, §§ 8, 9 og 10.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester av 01.01.2012.
Kapittel 2, § 8.

«Kommunen kan selv fastsette regler for betaling av egenandel og betalingssetter for praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, herunder for brukerstyrt personlig assistanse, som ikke er til personlig stell og egenomsorg.

Med personlig stell og egenomsorg menes hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov»

Under forskriften om egenandel §§ 9 og 10 legges rammen for hva og hvordan kommunen skal beregne egenandel for praktisk bistand og opplæring.

«Egenandelen skal ikke overstige kommunens egne utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost).»

«Selvkost beregnes til en gjennomsnittlig timelønn for den tjenesten som utføres, tillagt sosiale utgifter samt administrasjonsutgifter som skal utgjøre 10 prosent av timelønnen og sosiale utgifter.»

«Egenandelen kan ikke settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.»

*«Dersom husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag er **under 2 G**, skal den samlede egenandelen for tjenester som nevnt i § 8 ikke overstige et utgiftstak på **kroner 190 pr. måned.**» (01.01.2016)*

«Kommunen skal minst årlig oppdatere egenandelsvedtaket ut fra nye opplysninger i likning og ny G.»

Saksbehandler har innhentet opplysninger fra 21 kommuner rundt om i landet og kontaktet noen. Det viser seg å være variasjoner i praksis og prissettingen. Grunnlaget for beregningene er ikke entydige og tilbakemeldingene er at forskriften kom først i 2012 og er lagt opp til kommunene selv å bestemme innenfor «vage» rammer.

Det er tatt med satser for 2016 fra andre kommuner, som grunnlag for sammenligning.

Loppa (2016)

- Pr. måned
- Inntekt under 2 G Kr. 190,- pr. mnd
- Inntekt mellom 2 - 3 G Kr. 687,- pr. mnd
- Inntekt mellom 3 - 4 G Kr. 1143,- pr. mnd
- Inntekt mellom 4 - 5 G Kr. 1713,- pr. mnd
- Inntekt over 5 G Kr. 2056,- pr. mnd

Vardø (2016)

- Pr. måned
- Inntekt under 2 G Kr. 190,- pr. mnd
- Inntekt mellom 2 - 3 G Kr. 736,- pr. mnd
- Inntekt mellom 3 - 4 G Kr. 1171,- pr. mnd
- Inntekt mellom 4 - 5 G Kr. 1751,- pr. mnd
- Inntekt over 5 G Kr. 2330,- pr. mnd

Alta (2015)

- Pr. måned
- Inntekt under 2 G Kr. 186,- pr. mnd
- Inntekt mellom 2 - 3 G Kr. 644,- pr. mnd
- Inntekt mellom 3 - 4 G Kr. 1294,- pr. mnd
- Inntekt mellom 4 - 5 G Kr. 1919,- pr. mnd
- Inntekt over 5 G Kr. 2583,- pr. mnd

Det er foretatt selvkost beregning for Måsøy kommune med grunnlag fra 2015 og brukt en formel som ganger timesatsen med høyeste G-gruppen brukeren havner i.

Selvkost for praktiskbistand er kroner 238,- (grunnlag 2015)

	Pr. time	Pr. måned
Inntekt under 2 G	Kr. 190,- pr. time	Kr. 190,- pr. mnd
Inntekt mellom 2 - 3 G	Kr. 238,- pr. time	Kr. 714,- pr. mnd
Inntekt mellom 3 - 4 G	Kr. 238,- pr. time	Kr. 952,- pr. mnd
Inntekt mellom 4 - 5 G	Kr. 238,- pr. time	Kr. 1190,- pr. mnd
Inntekt over 5 G	Kr. 238,- pr. time	Kr. 1428,- pr. mnd

Tidsforbruket rundes av til nærmeste halvtime.

Måsøy kommune har ikke politiske vedtatte retningslinjer for praktisk bistand i hjemmet. Retningslinjene sier noe om hvilket tjenestenivå Måsøy kommune skal ha og vil gi brukerne av tjenesten informasjon om rettigheter og hva som kreves av brukerne og forutsigbarhet om innhold i tjenesten.

Etatssjefens/rådmannens vurdering (også personal- og økonomiske konsekvenser):

Måsøy kommune har bare hatt timepris og ikke måneds-tak tidligere for prissetting for praktisk bistand i hjemmet.

Måsøy kommune har ikke benyttet selvkost beregning tidligere noe som har resultert i «lav» sats og ikke benyttet forskriften fra 2012 for egenbetaling. Noe som resulterer i en markant prisøkning for brukerne på 425 % for de mellom 2-3 G som et eksempel.

Hvis alle brukerne som mottar praktisk bistand (hjemmehjelp) pr. d.d når maks uttelling pr. måned, vil inntekspotensialet for tjenesten være kroner 270 000,-. Men det forventes en inntjening på kroner 200 000,-. Denne tjenesten er budsjettert med kroner 90 000,- for 2016.

Vedlegg:

Forslag til «retningslinjer for praktisk bistand i hjemmet»

Havøysund, den 07.03.2016


Ann-Jorunn Stock
Helse og omsorgsleder

Arnstein Larsen
Saksbehandler

RETNINGSLINJER FOR PRAKTISK BISTAND I HJEMMET (HJEMMEHJELP)

Tjenesten omfatter praktisk og personlig hjelp i dagliglivet for personer som ikke er i stand til å dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Formålet er først og fremst å yte hjelp til dagliglivets gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2.* Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester pkt.6, b.

Mål for hjemmehjelpstjenesten

Hjemmehjelpstjenesten i Måsøy kommune skal bidra til at personer med et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker får praktisk bistand til dagliglivets gjøremål, slik at de kan bo i eget hjem med trygghet, så lenge det er den beste løsningen. Hjemmehjelpstjenesten er en integrert del av kommunes pleie- og omsorgstjeneste.

Når det skal innvilges praktisk bistand i form av hjemmehjelp, vurderes brukers behov ut fra følgende kriterier:

- Hva bruker selv kan klare eller ta del i.
- Om det er husstandsmedlemmer i hjemmet som har mulighet til å hjelpe til.
- Om det er pårørende som har mulighet til å hjelpe til.
- Hjemmehjelpen overtar ikke funksjoner bruker eller nære pårørende kan klare.
- Praktisk bistand opphører når voksne barn eller andre voksne bor fast eller midlertidig i brukers hjem. Dette gjelder blant annet ved feriebesøk i hjemmet.
- Det er de samlede ressurser i hjemmet som danner grunnlag for den hjelpen kommunen kan yte.
- Hjelpen ytes til den enkelte bruker. Tilbudet vil derfor se forskjellig ut fra bruker til bruker.

Brukers ansvar ved tildeling av praktisk bistand i form av hjemmehjelp:

- Bruker må være tilstede ved de tidspunktene det er avtalt at hjemmehjelpen skal komme. Unntak kan avtales i spesielle tilfeller.

- Dersom bruker er forhindret fra å motta hjemmehjelp pga. reise, innleggelse ved institusjoner og lignende, skal bruker så langt det er mulig gi beskjed om dette til hjemmehjelpen.

Hjemmehjelpens arbeidsplass

Når det mottas hjelp fra hjemmetjenesten, blir hjemmet den ansattes arbeidsplass. Den ansatte omfattes av arbeidsmiljøloven, og skal kunne utføre sitt arbeid på en sikker og helsemessig forsvarlig måte.

Tjenestemottaker skal medvirke til at vi i felleskap skal hindre at ansatte får skader under utførelsen av sitt arbeid i ditt hjem.

- Hvordan er «innklimaet» Med tanke på røyk og temperatur
- Store tepper. En kan ikke regne med at hjemmehjelpen kan lufte og riste slike tepper. De kan derimot støvsuges, rulles sammen for best mulig vask under.
- Det kan være nødvendig å installere hjelpemidler i hjemmet, slik at brukeren lettere kan hjelpes.
- Bruker må sørge for at hjemmehjelpen har lett adgang til hjemmet. Hunder skal settes ut i bånd (vekk fra inngangen) før hjemmehjelpen kommer.
- Hjemmehjelpen har ikke ansvar for rengjøring etter husdyr; urin, avføring og matrester.
- Brukeren har ikke anledning til å ha besøk/gjester under bistand fra hjemmehjelpen, hvis ikke annet er avtalt.
- Det må finnes nødvendig rengjøringsutstyr i hjemmet. Der det innvilges hjemmehjelp må det finnes:
 - Langkost/moppestativ
 - Gulvklut/mopper (gulvklut skiftes ut en gang årlig)
 - Støvklut
 - Rengjøringsmidler
 - 2 vaskebøtter
 - Toalettbørste
 - Støvsuger
 - Nal til vindusvask

Hjemmehjelpen kan ikke motta penger eller gaver fra bruker.

Praktisk bistand i hjemmet i form av hjemmehjelp defineres innenfor følgende områder:

1. Standard for renhold

- Vanlig husrenghjoring (begrenses til de rom som er i daglig bruk), støvsuging, støvtørking, riste matter, skifte sengetøy, vask av privat tøy i brukers vaskemaskin, hending og sammenlegging av tøy, samt enkel oppvask.
- Innvendig vindusvask utføres normalt to ganger per år, fortrinnsvis om våren og i desember. Vindusvask begrenses til vinduer i rom som er i daglig bruk. Utvendig vindusvask utføres en gang årlig (fortrinnsvis om våren), og kun dersom vinduet kan snus eller at de er lett tilgjengelig utendørs.
- Skifte og stryking av gardiner kan gjøres opptil 2 ganger per år.
- Kjøkkenskap rengjøres inntil en gang årlig, kjøleskap kan rengjøres inntil 2 ganger årlig.

Dette gjøres ikke under punkt 1:

- Hovedrenghjoring/rundvask av bolig.
- Innvendig skapvask, med unntak av kjøkkenskap.
- Stryking, baking, pussing av sølvtøy og messing.
- Rengjøring ved flytting
- Opprydding, vask etter selskap.
- Rengjøring etter håndverkere
- Håndvask av tøy foretas ikke.

2. Hjelp til ærender

- Hjelp til innkjøp/bestilling
- Hjelp til å hente medisiner
- Hjelp til å kjøpe nødvendige klær
- Hjelp til å levere regninger i banken, hente postpakker etc.
- Avfallshåndtering
- Hjelp til å ordne nødvendig transport/reiser
- Hjelp til bestilling av brensel

3. Hjelp til personlig stell

- Morgenstell
- Kveldsstell
- Dusj
- Toalettbesøk
- Hårpleie
- Barbering etc.

- 4. Hjelp til matlaging
- Hjelp til enkel matlaging
- Tilrettelegging av måltider

Punkt 3 og 4 omfattes ikke av Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester av 01.01.2012. Kapittel 2, § 8.

«Kommunen kan selv fastsette regler for betaling av egenandel og betalingssetser for praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, herunder for brukerstyrt personlig assistanse, som ikke er til personlig stell og egenomsorg.

Med personlig stell og egenomsorg menes hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov»

Hjemmehjelpen skal ikke håndtere penger for brukeren.

Brukermedvirkning

Brukerne av tjenesten skal så langt det lar seg gjøre tas med på råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Dette skjer vanligvis ved kartleggingsbesøk i hjemmet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Jf. Lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1.

Søknad om praktisk bistand i form av hjemmehjelp

- a. Søknad om praktisk bistand i form av hjemmehjelp rettes til Pleie- og omsorgstjenesten på eget søknadsskjema. Skjemaet fås ved henvendelse til pleie- og omsorgstjenesten.
- b. Personell i hjemmetjenesten kan gi veiledning og hjelp til å skrive søknaden.
- c. Dersom søker ikke er kjent for pleie- og omsorgstjenesten, vil det før avgjørelse foretas en kartlegging i hjemmet. Kartleggingen foretas på eget skjema av personell i hjemmetjenesten.
- d. Søknad om praktisk bistand i hjemmet behandles i pleie- og omsorgstjenestens inntaksteam eller av virksomhetsleder.
- e. Søknader om praktisk bistand i hjemmet har en maksimal behandlingstid på 4 uker. Dersom denne fristen overskrides, skal melding om dette sendes søker.

f. Det fattes enkeltvedtak om praktisk bistand i hjemmet, jf. Forvaltningsloven §§ 2 bokstav b, 23 og 24. Enkeltvedtaket skal være skriftlig og grunnlagt.

g. Det skal inngås skriftlig plan mellom bruker og pleie- og omsorgstjenesten om hva bistanden skal inneholde. I enkeltvedtaket som sendes søker orienteres det om hvilke tjenester som innvilges, og hva som skal utføres.

Egenbetaling

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) §11-2 har kommunen anledning til å ta betalt for hjemmehjelpstjenester. Betaling for hjemmehjelp følger Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester av 01.01.2012. Kapittel 2, § 8. Satser for hjemmehjelp vedtas årlig i forbindelse med budsjettbehandlingen i desember og reguleres pr. 1. januar påfølgende år.

Klageadgang

Vedtak i saker etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. kan påklages. Jf. Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) Kapittel VI. Om klage og omgjoring. § 28.

Klagen fremsettes til pleie- og omsorgstjenesten ved virksomhetsleder som behandler klagen. Dersom enkeltvedtaket opprettholdes, videresendes klagen fylkesmannen. Klagefristen er etter forvaltningslovens § 29 **tre uker** etter at underretningen har kommet fram til vedkommende part.

Vedtatt av Måsøy kommunestyre: xx.xx.2016

LOVER OG FORSKRIFTER

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>

Grunnbeløpet i folketrygden

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kontakt+NAV/Utbetalinger/Grunnb elopet+i+folketrygden>

BUDSJETT 2016 - INNSPARINGSTILTAK

Saksbehandler: Ann-Jorunn Stock
 Arkivsaksnr.: 16/310

Arkiv: 150

Saksnr.: Utvalg
 3/16 Omsorgskomiteen

Møtedato
 17.03.2016

Innstilling:

Omsorgskomiteen anbefaler fremlagte forslag til innsparingstiltak med unntak av alternativ 4. Det vil gi en innsparing i helse- og omsorgssektor på kr. 1 333 000,-

Dokumenter:

1. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie og omsorgstilbudet
2. Betenkning: Reorganisering av avdelingsledelse ved Daltun og sykeavdelingen

Innledning:

Tjenester som ytes av helse og omsorgssektoren er lovpålagte tjenester som er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunestyret vedtok Måsøy kommunes årsbudsjett for 2016 den 17.12.15, sak 96/15. I følge vedtaket skal det gjennomføres utgifts reduserende tiltak på kr. 1 million i helse- og omsorgssektor. Kommunestyret ber også i samme vedtak at det konkret sees på en mulig felles drift av Daltun/Bekketun og Helsesenteret.

Omsorgskomiteen drøftet saken i møte den 18.02.16 og administrasjonen ble da bedt om å utarbeide flere alternativer for innsparingstiltak. Forslagene som foreligger i utredningen er konsekvensvurdert i samråd med avdelingslederne og kommuneoverlegen.

Saksutredning:Felles drift:

Hjemmetjenesten disponerer 19 årsverk, psykisk helse- og rustjenesten 3 årsverk, helsesenteret 25,5 årsverk. Dersom en slår sammen alle ansatte innen pleie- og omsorg som går i turnus vil totalsummen bli 44,5 årsverk. I turnusplanlegging er «antall hoder» avgjørende. Det kreves 15 ansatte pr. helg på helsesenteret og 8 ansatte pr. helg i hjemmetjenesten. Arbeid hver 3. helg betyr et behov på henholdsvis 45 og 24 i den totale staben for å dekke en forsvarlig helgebemanning.

Pasientenes behov for tjenester har vist en økende tendens, mye på grunn av samhandlingsreformen. Dette merkes godt både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten at pasienter som utskrives fra sykehuset har mer komplekse behandlingsopplegg og er mer ressurskrevende enn tidligere (vedlegg: «samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet»).

Det er gjennomført en grundig vurdering av driften hvor ulike løsninger har vært oppe til diskusjon. Sykehjemsdrift og tjenester til hjemmeboende er to veldig forskjellige områder innen pleie og omsorg. I fagtjenesten er det bred enighet at en sammenslåing av personalgruppen ikke vil redusere behovet for antall ansatte i turnus, verken i helgene eller i

ukedagene. Det vil bli en faglig svakere tjeneste fordi kompetansebehovet er forskjellig i sykehjem og hjemmetjeneste. En større personalgruppe vil i tillegg kreve noe fysisk tilrettelegging/ombygging av helsesenteret, eks. garderobe og vaktrom.

Det kan her nevnes at det pågår en omorganisering av driften på sykehjemmet hvor formålet er å bedre pasientenes livskvalitet og sikre best mulig bruk av faglig kompetanse og behandling. Effekten av tiltaket vil bli vurdert og evaluert etter en tid. **Både av faglig og økonomiske årsaker vurderes det ikke som tilrådelig med felles drift.**

Felles ledelse har også vært drøftet som et mulig innsparingstiltak. På bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet gjorde *Ressurssenteret for omstilling i kommunene (R.O)* i 2005 en undersøkelse om ledertetthet i flere kommuner. Konklusjonen er at det er systematisk større ledertetthet i skolen enn i pleie og omsorg. Lederutfordringene er større i pleiesektoren med mange brøkstillinger, helkontinuerlig drift og lavere utdanningsnivå. Forskerne vil ikke fastslå at ledertettheten er for høy eller for lav i noen av sektorene, men fastslår likevel at det er en øvre grense for hvor mange personer en leder har mulighet for å lede. Det påpekes at ledelse krever personlige relasjoner og at lederen er nærværende, «ser» og gir tilbakemelding til den ansatte. Dette er bare mulig overfor et relativt lite antall personer. En avdelingsleder har fagansvar, budsjettansvar og personalansvar. Pleie og omsorg har til sammen 60-70 ansatte og det vurderes som for mange personer for en leder å følge opp på en forsvarlig måte.

Hjemmetjenesten har gjort om 50 % stilling som assisterende avdelingsleder til en merkantil ressurs, dette ble iverksatt fra februar 2016. Det gjennomføres nå en grundig gjennomgang av vederlagsberegning og andre betalingstjenester innen pleie og omsorg. Elektronisk modul til dette arbeidet er tatt i bruk og vi er nå i en innkjøringsfase hvor nødvendige opplysninger legges inn. På sikt er det mulig at merkantil funksjon også kan bistå sykeavdelingen. Dette er noe som må vurderes etter hvert. Målet er å kvalitetssikre inntekspotensialet i hele sektoren samt sørge for riktig bruk av kompetansen (det er ikke smart å bruke sykepleierkompetanse til rene merkantile oppgaver).

Ledelsen på sykeavdelingen og i hjemmetjenesten har et godt samarbeid og i felles møter med sektorleder vurderes og drøftes arbeidsoppgaver fortløpende. Er det hensiktsmessig eller tidsbesparende å løse enkelte oppgaver på tvers av avdelingene? Mulige løsninger må vi komme tilbake til.

Kommuneoverlege Hans Husum er medisinskfaglig rådgiver og han har etter anmodning kommet med en uttalelse i saken (se vedlegg) **Felles ledelse anbefales ikke på nåværende tidspunkt.**

Alternativ 1:

Helse- og omsorgsleder vil bli konstituert som rådmann inntil ny er på plass den 01.06.16. Innsparing lønn og pensjonsutgifter: **kr. 120 000,-**

Alternativ 2:

Dersom nye retningslinjer for brukerbetaling blir vedtatt (sak 16/198) betyr det en økt inntekt på **kr. 110 000,-**

Alternativ 3:

Fysioterapeuten slutter i sin stilling den 18.03.16. Målet er å foreta ansettelse før påske. Erfaringsmessig vil det ta noe tid fra ansettelsen og til vedkommende er på plass i stillingen. Det beregnes innsparte lønnsmidler og pensjonsutgifter for 3,5 måned: **kr. 170 000,-**

Alternativ 4:

Aktivitørstilling på sykehjemmet fjernes. En aktivitørs hovedoppgave er å bruke aktiviteter individuelt og i gruppe for å motivere og stimulere beboerne til egen innsats. Målet er å oppnå mestring og trivsel i hverdagen og ta vare på den enkeltes restfunksjon. Uten aktivitør vil pasientene få lite innhold i hverdagen og det vil sannsynlig medføre økt uro og vandring. **Innsparing kr. 245 000,-** (halvårseffekt)

Alternativ 5:

Aktivitørstilling reduseres til 50 %: **Innsparing kr. 150 000,-** (halvårseffekt)

Alternativ 6:

Sykepleierstillingen som ble vedtatt opprettet fra 01.07.16 fjernes. **Innsparing kr. 268 000,-**

Alternativ 7:

Psykisk helse og rustjeneste leier i dag lokaler til dagtilbudet i menighetssalen. Dagtilbudet har stor verdi som en åpen møteplass for alle og det er ressursbesparende å samle flere av brukerne i en gruppe. Tilbudet er ikke en lovpålagt tjeneste. Nedleggelse av dagtilbudet vil gi en innsparing på **kr. 25 000,-** (husleie og drift)

Mental Helse er landets største interesseorganisasjon innen psykisk helse og samarbeider godt med psykisk helse og rustjeneste. Mental Helse Måsøy har i flere år fått kr. 10 000,- i tilskuddsmidler. **Innsparing kr. 10 000,-** dersom tilskuddet fjernes.

Alternativ 8:

Assisterende avdelingslederfunksjonen på helsesenteret tilbakeføres til ordinær sykepleierstilling. **Innsparing kr. 35 000,-**

Alternativ 9:

Innsparingspotensialet på medisnutgifter sykeavdeling (billigere medisin på grunn av felles innkjøpsavtale) kr. 60 000,-, medisinsk forbruksmateriell i hjemmetjenesten kr. 20 000,-, reduserte vaskeriutgifter hjemmetjenesten kr. 10 000,-, oppsigelse av avtale lyd/bilde kr. 40 000,-, økt statlig overføring i forbindelse med ressurskrevende bruker kr. 150 000,-
Til sammen kr. 280 000,-

Alternativ 10:

Husleiesubsidie for turnusleger fjernes fra 01.09.16. **Innsparing kr. 25 000,-**
Legekontoret vil få inn mer sykepengene enn beregnet. **Innsparing kr 100 000,-**
Det vurderes stillingsreduksjon på legekontoret på minimum 15 %. Saken må utredes og vil ikke kunne iverksettes før tidligst august. **Innsparing kr. 40 000,-**

Sektorleders vurdering (også personal- og økonomiske konsekvenser):

Flere alternativer har vært drøftet og forkastet. Blant annet er det vurdert om doble rom for pasientene på sykeavdelingen kan gi noen innsparing. Her kom en frem til at det

- 1) strider i mot nasjonale føringer
- 2) vil gi mindre inntekt fordi vederlagsberegningen må endres
- 3) sannsynligvis vil skape større uro og forårsake utrygghet for mange

Foreslåtte alternativ gir en innsparing på kr. 1 333 000,-. Da er det tatt høyde for at alternativ 5 velges fremfor alternativ 4. Alternativ 4 anbefales ikke av fagtjenesten.

Vedlegg:

1. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet
2. kommuneoverlegens vurdering av 18.02.16.

Havøysund, den 10.03.16


Ann Jorunn Stock
Helse og omsorgsleder



Dokid: 16001225 (16/310-2)
SAMHANDLINGSREFORMENS
KONSEKVENSER FOR DET
KOMMUNALE PLEIE OG
OMSORGSTILBUDET

MÅSØY KOMMUNE	Arkiv: Sentralarkiv
Arkivkode: 150	
Årsaksnr.: 16/310-2	Journalnr.: 113/16
Mottatt:	Gradering:
	Saksbeh.: Ajs

Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

En rapport utført for KS peker på at de medisinske kostnadene har økt betraktelig i kommunene og bekrefter oppfatningen om at sykehusene skriver ut sykere pasienter.

Publisert 28.05.2015

IRIS har på oppdrag fra KS undersøkt Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. De peker på at pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen ofte er sykere enn før samhandlingsreformen. De forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander.

Hvordan slår mer spesialiserte tilbud ut i kommunene? - Det har vært viktig for KS å undersøke hvordan samhandlingsreformen har påvirket hele det kommunale pleie og omsorgstilbudet, nettopp fordi det kom mange uklare tilbakemeldinger i reformens første fase, sier områdedirektør i KS, Helge Eide.

Rapporten viser at det er opprettet mer spesialiserte korttidstilbud, og det er tendenser til at kommunene i likhet med sykehus blir mer diagnoseorienterte. I hjemmetjenestene kan det også se ut til at det blir noe mer medisinsk behandling og pleie mens det tidligere var mer omsorg og pleie.

Rapporten peker på at det kan se ut til at det har blitt høyere terskel for å få hjemmetjenester for enkelte grupper, og at dette kan ha gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til de eldste.

- Det er avgjørende at kommunene har kapasitet nok til å ivareta skrøpelige eldre som har behov for omsorgstjenester, sier Eide. Vi har ikke grunnlag for å si at tjenestene ikke er forsvarlige utifra denne rapporten. Men det er åpenbart et behov for å styrke kapasitet og kompetanse ytterligere, fortsetter han.

Det er både et ansvar for regjering og Storting (budsjett) og for kommunene selv.

- Rammen for tilskudd til utbygging av plasser fra staten ble brukt fullt ut i fjoråret, og det tyder på at kommunene øker kapasiteten innenfor det de har mulighet til i eget budsjett, sier Eide.

Økning i medisinske kostnader Økte kostnader knyttet til den medisinske/kurative behandlingen i institusjoner og i hjemmetjenesten gir en indikasjon om sykere pasienter. Kommunene rapporterer kostnader til medisinsk forbruksmateriell, medikamenter og medisinsk utstyr. Sammenliknet med det totale forbruket i 2011, ble det i 2013 brukt 56,9 millioner kroner mer i institusjon. I 2013 var de medisinske kostnadene i hjemmetjenesten på totalt 179,3 millioner kroner. Her ble det brukt mest på medisinsk forbruksmateriell (56 prosent), dernest medikamenter (42 prosent) og medisinsk utstyr (2 prosent). Sammenliknet med forbruket i 2011, ble det i 2013 brukt 55,9 millioner kroner mer.

Vekst i korttidsplasser og rehabilitering Rapporten peker på at det er vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men det skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Reell kapasitetsøkning på institusjonsplasser forekommer i liten grad. Det har vært et løft i det faglige nivået i flere kommuner. Dette har gjort arbeidet mer interessant, men rapporten kan ikke gi et sikkert svar på om dette håndterer variasjonen i behov blant utskrivningsklare pasienter.

Slik sett er det fornuftig at kommuner velger å la pasientene ligge litt lengre på sykehus, hvis de mener at det ikke kan gis et forsvarlig nok tilbud i kommunene, eller at det går utover resten av kommunenes omsorgstjenester.

Utfordringer knyttet til forebyggende innsats Siktemålet med samhandlingsreformen er dels at kommunene skal overta ansvaret for noen av de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har tatt seg av, og dels at kommunene skulle få insentiver til å drive mer forebyggende og helsefremmende arbeid. Paradoksalt nok kan økt spesialisering skje til fortrenghet for enklere tilbud, og dermed redusere den forebyggende effekten slike kan ha.

Anne Gamme

Fagleder myndighetskontakt helse og velferd

✉ [Send e-post](#)

☎ [+4724132941](#)



MÅSØY KOMMUNE		Arkiv:
Arkivkode:	150	Subalativ
Ar saksnr:	16/310 -3	Journalnr.: 1114/16
Mottatt:		Gradering:
		Saksbeh.: AJS

Kommunelegen Måsøy

Helse-sosialsjef Måsøy

18. februar 2016

Betenkning: Reorganisering av avdelingsledelsen ved Daltun og Sjukeavdelinga

Denne betenkninga er utbedt av Ann Jorunn til kommunestyrets behandling av denne saka.

Jeg er muntlig informert om at kommunestyret vurderer ei sammenslåing av ledelsen ved de to avdelingene. I denne vurderinga bør man ta hensyn til to forhold:

1. Sikring av faglig kvalitet for økte utfordringer

Hjemmetjenesten i kommunen er av framragende kvalitet i forhold til status i andre Finnmarkskommuner. Vi forventer økende belastning i framtida pga økende levealder og stadig fleire kreftpasienter. Det er derfor viktig å sikre nåværende kvalitet for å kunne møte framtidens økte utfordringer. Jeg har jobba nært sammen med hjemmetjenesten og har grunn til å trekke fram tre årsaker til den gode produksjonen: 1 – Dedikerte og godt skolerte helsearbeidere. 2 – Ypperlig team arbeid med tett samhandling mellom faglært og ikke-faglærte behandlere. 3 – God avdelingsledelse som ligger tett på helsearbeiderne og driver løpende faglig kvalitetskontroll av tjenestene.

Sjukeavdelinga drives i dag med knappe faglige ressurser, likevel har drifta tilfredsstillende faglig kvalitet. Også her forventer vi økte og krevende belastninger i nær framtid: Fleire kreftpasienter som er under aktiv cellegift-behandling og fleire kritisk sjuke pasienter som skrives tidlig ut fra sjukehus. For å svare på disse utfordringene planlegger vi å etablere kapasitet for cellegiftbehandling og blodservice ved sjukeavdelinga. Slikt økt kapasitet vil spare kommunen for mye døgnbøter for pasienter som anses «ferdig-behandla» ved sjukehus, og det vil spare svake pasienter for mange byturer.

2. Daltun og Sjukeavdelinga er to heilt forskjellige organisasjoner

Det framgår av dette at vi har under vurdering to heilt forskjellige organisasjoner, med ulike utfordringer, ulike krav til ledelse, og ulike krav til faglig utvikling. Gjennomføring av framtidig kapasitetsbygging forutsetter at vi har avdelingsledelser som er spiss-kompetente innafor faget, og som arbeider nært sammen med helsearbeiderne.

Sammenfatning: Sammenslåing frarådes

Ei sammenslåing av ledelsen ved de to avdelingene vil med sannsynlighet svekke ledelsens muligheter og kapasitet til faglig ny-utvikling og også øke avstanden mellom ledelsen og helsearbeiderne «på gulvet». Som medisinskfaglig rådgiver vil jeg derfor fraråde slik sammenslåing.

Hilsen Hans Husum (sign)

Kommuneoverlege