



VOLDA KOMMUNE

MØTEINNKALLING

Utval: Tenestutval for helse og omsorg
Møtestad: Møterom Voldsfjorden
Dato: 14.09.2017
Tid: 14:00

Forfall skal snarast meldast til servicekontoret/utvalsekretær på telefon 70 05 87 00 eller postmottak@volda.kommune.no, som kallar inn vara. Varamedlemer møter difor berre etter eiga innkalling.

Folkevalde, både medlemer og varamedlemer, plikter å møte jf. kommunelova § 40 nr. 1, med mindre det ligg føre gyldig forfall.

Den som ønskjer å stille spørsmål om sin habilitet i ei sak, jf. forvaltningslova § 6 og kommunelova § 40 nr. 3, skal melde dette til utvalsekretær i god tid før møtet. Dette også grunna eventuell innkalling av varamedlem, jf. forvaltningslova § 8, 3. ledd.

Møtet er ope for publikum, med kan verte lukka ved handsaming av saker som inneheld informasjon som er unnateke offentlegheit.

Saksdokumenta er lagt ut til offentleg ettersyn på Volda kommune si heimeside <https://innsyn.ssikt.no/volda/dmb> og på servicekontoret.



SAKLISTE

Saksnr.	Sak
PS 1/17	Godkjenning av innkalling og saksliste
PS 2/17	Møteplan for tenesteutval for oppvekst og kultur (TOK) og tenesteutval for helse og omsorg (THO)
PS 3/17	Høyring av revidert "bustadsosial handlingsplan 2017 - 2020"
PS 4/17	Orienteringssaker
OS 1/17	NAV Møre og Romsdal - Pressemelding arbeidsmarkedet august 2017
OS 2/17	Prosjektrapport - framtidig legevakt på Søre Sunnmøre
OS 3/17	Næringssituasjon for dei eldre i kommunale bufellesskap og driftsform for sentralkjøkkenet på omsorgssenteret
OS 4/17	Utfordringsnotat knytt til strategiske val i helse og omsorgssektoren.

PS 1/17 Godkjenning av innkalling og saksliste

SAKSDOKUMENT

Sakshandsamar:	Inger-Johanne Johnsen	Arkivsak nr.:	2016/1716
		Arkivkode:	033

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
	Tenesteutval for oppvekst og kultur	20.09.2017
2/17	Tenesteutval for helse og omsorg	14.09.2017

MØTEPLAN FOR TENESTEUTVAL FOR OPPVEKST OG KULTUR (TOK) OG TENESTEUTVAL FOR HELSE OG OMSORG (THO)

Administrasjonen si tilråding:

Tenesteutval for oppvekst og kultur møteplan 2017

<i>September</i>	<i>20.</i>
<i>Oktober</i>	<i>18.</i>
<i>November</i>	<i>15.</i>
<i>Desember</i>	<i>6.</i>

Tenesteutval for helse og omsorg møteplan 2017

<i>September</i>	<i>14.</i>
<i>Oktober</i>	<i>12.</i>
<i>November</i>	<i>16.</i>
<i>Desember</i>	<i>7.</i>

Saksopplysningar/fakta:

Kommunestyret vedtok den 25.08.16 at driftsstyret skulle delast i to tenesteutval: Tenesteutval for helse og omsorg (THO) og tenesteutval for oppvekst og kultur (TOK). Reglement og kven som skal vere leiar, nestleiar og medlemmer i utvala blei vedteke i kommunestyret 22. juni 2017.

Møta må sjåast i samanheng av omsyn til bl.a. møterom og kapasiteten i administrasjonen. Legg ein to møte på same dag, kan det bli utfordrande å skaffe vara, då nokre av politikarane er medlemer og varamedlemer i fleire utval. Det er likevel vanskeleg å unngå heilt.

Møtetidspunkt:

Tenesteutval for oppvekst og kultur og tenesteutval for helse og omsorg har begge møtestart kl. 14.00 med nokre unntak.



VOLDA KOMMUNE

Inger-Johanne Johnsen
sektorsjef kultur og service

Utskrift av endeleg vedtak:
Servicekontoret for vidare arbeid



SAKSDOKUMENT

Sakshandsamar: Elin Høydal Vatne Arkivsak nr.: 2017/719
Arkivkode: 144

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
3/17	Råd for likestilling av menneske med nedsett funksjonsevne Tenesteutval for helse og omsorg Eldrerådet Ungdomsrådet	14.09.2017

HØYRING AV FRAMLEGG TIL BUSTADSOSIAL HANDLINGSPLAN 2017 - 2020

Administrasjonen si tilråding:
Saka vert lagt fram utan tilråding.

Vedleggsliste:
Høyringsbrev
Revidert bustadsosial plan 2017 - 2020

Saksopplysningar/fakta:
Volda kommune inviterer tenesteutval for helse og omsorg, råd for likestilling av menneske med nedsett funksjonsevne, ungdomsrådet og eldrerådet om å kome med høyringsfråsegn vedkomande framlegg til bustadsosial handlingsplan 2017 - 2020.

Einingsleiar rus og psykisk helseteneste
Elin Høydal Vatne



VOLDA KOMMUNE

Bustadsosial handlingsplan 2017 - 2020



Vedteken av Volda kommunestyre

Innhald

1. SAMANDRAG	4
2. INNLEIING	5
2.1 Formål	5
2.2 Bakgrunn	5
2.3 Definisjon av vanskelegstilt på bustadmarknaden	5
2.4 Mandat	5
3. ORGANISERING	6
3.1 Historikk	6
3.2 Omorganisering av det bustadsosiale arbeidet 2012	6
3.3 Tildelingskontor	7
3.4 Tildelingsnemd	7
3.5 Eigedomsforvaltninga	7
3.6 Kommunale husvære	8
3.6.1 Kommunal gjennomgangsbustad	8
3.6.2 Omsorgsbustader	8
3.6.3 Midlertidig butilbod	8
4. STATUS OG UTFORDRINGAR	8
4.1 Befolkningsutvikling	8
4.1.1 Fleire eldre	9
4.1.2 Pleie- og omsorgstenester	9
4.1.3 Fleire menn enn kvinner	9
4.1.4 Folketilvekst	9
4.2 Kartlegging	10
4.3 Evaluering av bustadsosial plan 2010 – 2014	10
4.4 Situasjonen i dag	12
4.4.1 Økonomi og økonomiske verkemiddel	12
4.4.2 Eigedomsavdelinga	12
4.4.3 Vedlikehald	13
4.4.4 Bumiljø og utemiljø	13
4.5 Status og utfordringar hjå ulike målgrupper	14
4.5.1 Einslege mindreårige flyktningar	14
4.5.2 Flyktningar	14
4.5.2 Personar med nedsett funksjonsevne, eldre	14
4.5.3 Personar med nedsett funksjonsevne, utviklingshemma	15
4.5.4 Rus og psykisk helse	15
4.5.5 Bustadlause og sosialt og økonomisk vanskeligstilte	16
4.6 Ulike bustadsosiale prosjekt i Volda kommune	17
4.6.1 Frå mellombels til varig bustad	17
4.6.2 God og effektiv busetjing av flyktningar	17
4.6.3 Leige før eige	17
4.6.4 Privat leige av bustad	18
4.6.5 Å koordinere det fragmenterte	18
4.6.6 Buretteiing og sjølvstendig bustadkarriere for flyktningar	19
5 MÅL, STRATEGIAR OG TILTAK	19
5.1 Overordna mål i det strategiske bustadsosiale arbeidet	19
5.2 Delmål og tiltak	20
5.2.1 Smalebakken/Røyslidvegen	20
5.2.2 Frå Leige til eige	20

5.2.3	«Lære å bu»	21
5.2.4	Rop-bustader med bemanning	21
5.2.5	Omsorgsbustader for utviklingshemma	21
5.2.6	Utviding av areal ved Fjordsyn	21
5.2.7	Einehusvære til vanskelegstilt	22
5.2.8	Individuelt tilrettelagte bustader for personar med demens og psykiske lidingar	22
5.2.9	Framskaffing og formidling av privat husvære til flyktningar	22
5.2.10	Organisering	22
6	Handlingsplan 2017 – 2020	22
7.	Offentlige dokumenter	23
8	Vedlegg	25
	<i>Vedlegg 1, Kriterier for tildeling av kommunal bustad i Volda kommune</i>	25
	<i>Vedlegg 2, Bebruaravtale for kommunale gjennomgangsbustader</i>	27
	<i>Vedlegg 3, Kartlegging</i>	29
	<i>Vedlegg 4, Oversikt over utbetalte økonomiske verkemiddel</i>	31
	<i>Vedlegg 5 Rapport «Samordning av bustadsosialt arbeid i Volda kommune»</i>	32

1. SAMANDRAG

Volda kommune sin tidlegare Bustadsosial handlingsplan var for perioden 2010 – 2014. Når planperioden gjekk ut vart det bestemt at ei tverrsektoriell gruppe fekk ansvar for rullering av planen. Bustadsosial plan 2017 – 2020 i Volda kommune er ein sektorovergripande temaplan. Den skal leggje rammene for den bustadsosiale politikken. I planen ligg ein handlingsplan som skal rullerast årleg i forkant av økonomiplanen og budsjettarbeidet.

Volda har, som landet elles, hatt befolkningsvekst siste åra. I 2016 var det 9 102 innbyggjarar i Volda kommune. I tillegg er det til ei kvar tid busett ca. 1 500 – 2 000 studentar i Volda. I følgje Statistisk sentralbyrå (SSB) vil folketalet i Volda fortsette å stige framover. Det er vedteke å slå saman Hornindal kommune og Volda kommune i 2020.

I følgje framskrivingane til SSB vil gruppa eldre doblast dei neste 30 åra på landsbasis. Det er ein konsekvens av at dei store etterkrigskulla blir eldre, samtidig som levealderen aukar. Dette vil påverke fleire av kommunen sine tilbod og tenester; til dømes helse og omsorgstenester, kultur- og fritidsaktivitetar og økonomi. Utviklinga vil også få konsekvensar for kommunen sin bustadpolitikk.

Det er først og fremst innvandring frå utlandet som sikrar ei positiv folketalsutvikling i fylket og i Volda kommune. Volda skil seg ut frå fylket når det gjelder innvandringsgrunn. Møre og Romsdal har høg arbeidsinnvandring, men i Volda er innvandringa knytt til arbeid lågare enn gjennomsnittet. Volda har derimot ein høgare del flyktingar enn fylket. Volda har også høg innvandring knytt til utdanning. Å vere attraktiv som bustadkommune også for innvandrarar vil i stor grad kunne vere med på å sikre folketalsauka i kommunen. For å sikre ei framtidig folketalsauke er det vesentleg å legge til rette for at dei som kjem flyttande til Volda vert verande og at fleire finn kommunen attraktiv å busette seg i.

Det vart gjennomført ei kartlegging i bustadsosial plan for 2010 – 2014 som viste at i alt 54 husstandar hadde ein utilfredsstillande busituasjon. Dette utgjorde om lag 1,5 % av alle husstandane i kommunen. Ei ny kartlegging vart gjennomført i forbindelse med revisjon av bustadsosial plan mai 2015. Kartlegginga i 2015 viste at 36 husstandar i Volda er vanskeligstilte på bustadmarknaden. Målgruppene har endra seg noko frå 2009 og vi ser at tala for vanskeligstilte på bustadmarknaden har gått ned innanfor gruppene utviklingshemma og rus. Det er hovudsakleg bistand til å finne annan bustad gjennom burettleing som vert etterspurt. I tillegg anbefaler ein annan bustad for 34 av dei 36 kartlagde. 21 av dei kartlagde treng bustad, då dei anten manglar dette eller fordi den bustaden dei har er for liten. For 13 av dei kartlagde treng dei omsorgsbustad med oppfølging av ulik grad.

Utfordringane for Volda kommune innan det bustadsosiale arbeidet finn vi både på system- og individnivå. På systemnivå treng ein også i denne planperioden å sjå på organiseringa av bustadsosialt arbeid. På individnivå er tilpassing av bustad til den einskilde, informasjon og hjelp til å nytte Husbanken sine verkemiddel og oppfølging i bustad vesentleg. Kommunen treng fleire bustader tilpassa ulike målgrupper.

Ein har i planperioden frå 2009-2014 jobba godt med gjennomstrøyming i kommunale husvære. Mange leigetakarar bur lenge i bustadane og er i større eller mindre grad marginale på bustadmarknaden. Dette skuldast truleg fleire strukturelle forhold som gjer at det er eit visst press på bustadmarknaden i Volda; få mindre bustader til sals i Volda, nyare og nye mindre bustader er relativt kostbare og Volda kommune er vertskommune for fleire større institusjonar.

Handlingsplanen har 10 ulike tiltak for perioden 2017 —2020. Tiltaka handlar mellom anna om renovering og utbetring av området Smalebakken og Røyslidvegen, etablere bustadprosjektet ”å lære å bu”, kjøpe og/eller bygging av bustader til flyktingar gjennom ”frå leige til eige” modellen, ferdigstille bygging av omsorgsbustader til både utviklingshemma og personar med samtidig rus og psykisk lidning, utviding av barneavlastinga og etablere tilrettelagt butilbod til pasientar med demens og psykiske lidningar.

2. INNLEIING

Det bustadsosiale feltet utkrystalliserte seg frå midten av 1990-tallet og representerte ei endring i bustadpolitikken. Den skulle ikkje lenger vere orientert mot størstedelen av befolkninga, men rette seg mot vanskelegstilte grupper. Det vart større fokus på utfordringane til bestemte grupper som ungdom, eldre og flyktningar og bustadsosialt arbeid skulle vere ein integrert del av velferdspolitikken. Kommunen si rolle gjekk frå å leggje til rette for alminneleg bustadbygging til fokus på vanskelegstilte. Husbanken si rolle endra seg frå alminnelig bustadbank til velferdsetat (Ytterdal, Bakke, Ouff og Straume 2015).

I «Rom for alle» (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011) blir bustadsosialt arbeid definert breitt som «det kommunene gjør for å sikre vanskelegstilte på boligmarkedet en trygg bosituasjon». Vanskelegstilte på bustadmarknaden er «personer som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde en tilfredsstillende bosituasjon på egenhånd» (Kommunal- og regionaldepartementet, 2011, s. 39). Det dreiar seg om å tilføre materielle ressursar som kommunal bustad, bustonad eller fysisk tilrettelegging for funksjonshemma og ressursar som mellommenneskelege relasjonar og oppfølging (Ulfrstad, 2011).

Vidare vert det bustadsosiale arbeidet i andre samanhengar delt inn i operative oppgåver som for eksempel råd og rettleiing, skaffe egna bustader, tildele økonomisk støtte, setje i verk bu- og nærmiljøtiltak og oppfølging og tenester i heimen, og strategiske oppgåver som dreier seg om å utvikle langsiktige målsettingar, utvikle tiltak og verkemidlar og sette økonomiske og faglige ressursar inn i arbeidet (Departementene, 2014).

Målgruppene for det bustadsosiale arbeidet er heller ikkje einsarta og kan variere frå ungdom som søker startlån fordi dei har vanskar med å kome seg inn på bustadmarknaden, flyktningar som treng plass å bu, skilte som midlertidig er i ein vanskelig busituasjon, eldre som ikkje lenger meistrar å bu heime til menneske med samtidig rusliding og psykisk lidning med varige utfordringar med å halde på ein bustad. For kommunane betyr dette at det bustadsosiale arbeidet breier seg over eit vidt spekter av oppgåver som på ein eller annan måte vil gripe inn i store deler av kommuneorganisasjonen, inn i ulike sektorar og tenesteområde (Ytterdal, Bakke, Ouff og Straume 2015).

2.1 Formål

Dette dokumentet er ein handlingsplan for bustadsosialt arbeid i Volda kommune for 2017 – 2020. Mål, strategi og tiltak i denne handlingsplanen er forankra i kommuneplan for Volda kommune 2016 – 2019.

2.2 Bakgrunn

Bustadsosial plan 2017 – 2020 for Volda kommune er ein sektorovergripande temaplan. Den skal leggje rammene for den bustadsosiale politikken. I planen ligg ein handlingsplan som skal rullerast årleg i forkant av økonomiplan og budsjettarbeid.

2.3 Definisjon av vanskelegstilte på bustadmarknaden

Personar som ikkje har moglegheit til å skaffe seg og/eller oppretthalde ein tilfredsstillande busituasjon på eiga hand (NOU 2011:15, Rom for alle). Definisjonen inkluderer både personar og husstandar som ikkje har fått hjelp, og dei som har fått hjelp og likevel ikkje kome seg ut av den vanskelege situasjonen.

2.4 Mandat

Helse og omsorg fekk delegert ansvaret for å koordinere planarbeidet frå rådmannen.

Til revidering av planen vart det etablert ei tverrfagleg gruppe med representantar frå aktuelle fagavdelingar:

NAV	Gro Nordstrand Tødenes
NAV	Elin Dalhaug
Opplæring og oppvekst	Rønnaug Myklebust
Teknisk	Kjell Magne Rindal
Innvandring og integrering	Nina Kvalen
Økonomi	Bodil Egset
Utvikling	Regine Aklestad
Helse og omsorg	Elin Høydal Vatne
Helse og omsorg	Malene Rovde
Helse og omsorg	Anne-Marte Ådneram
Barnevernstenesta	Sindre Monsholm

3. ORGANISERING

3.1 Historikk

Før omorganiseringa av det bustadsosiale arbeidet hadde Volda kommune si eigedomsavdeling ansvar for forvaltning, drift og vedlikehald av alle kommunale bygg, og tildeling av kommunale gjennomgangsbustader. Tenester i bustad, råd og rettleiing til leigetakarane var fordelt på dei ulike avdelingane i kommunen. Økonomisk rettleiing låg til Nav. Forvaltning av Husbanken sine økonomiske verkemiddel låg delvis i økonomistaben og delvis hjå servicekontoret. Bustadsosial oppfølging av enkeltpersonar låg til kvar enkelt avdeling. Det fragmenterte ansvaret førte til manglande planlegging, lite utvikling og samordning av dette arbeidsområdet.

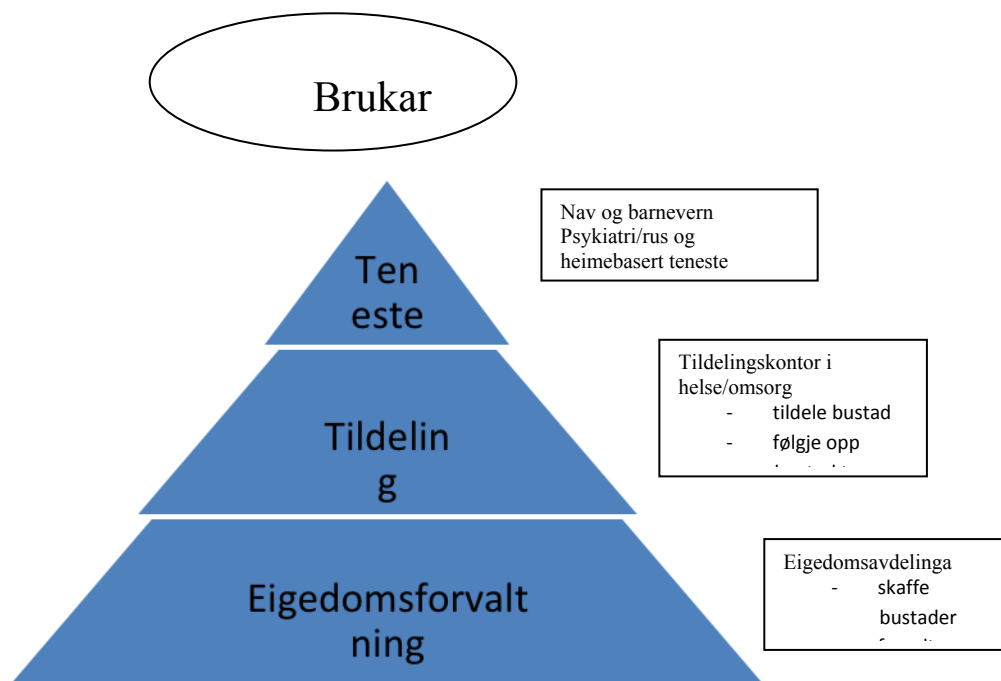
3.2 Omorganisering av det bustadsosiale arbeidet 2012

I februar 2012 bad Volda kommunestyre administrasjonen om å "gå gjennom den kommunale bustadmassen, med tanke på at mest mogleg av bustadmassen vert frigjort til personar som har behov av sosiale tilhøve".

Kommunestyret vedtok den 28.02.2013 at Volda kommune skal prioritere bustader til personar med sosiale behov, jf. K-sak PS- 24/13. Det var ynskjeleg å korte ned butida og redusere bruken av kommunale gjennomgangsbustader og midlertidige husvære, samt auke gjennomstrøyminga. Det bustadsosiale arbeidet var prega av sektortenkning utan ein aktiv overordna part med ansvar for arbeidet.

Frå oktober 2013 valde kommunen å flytte tildeling av kommunal gjennomgangsbustad frå eigedomsavdelinga til sektor helse og omsorg, og tildeling av tenester og bustader vart samla i eit tildelingskontor. Dette var eit av tiltaka i rapporten kommunen fekk av Telemarksforsking. Som umiddelbar effekt av dette fekk tildelingskontoret oversikt over alle kommunale utleigeobjekt, og kunne enklare tildele rett type bustad og skape gjennomstrøyming dersom behovet endrar seg i forhold til omsorgsnivå.

Kommunen organiserer det bustadsosiale arbeidet etter denne modellen:



Ein kan skilje mellom 4 grupper med bustadbehov:

- Omsorgsbustader til personar som får tenester etter helse- og omsorgslova
- Midlertidige bustader til personar som har rett på midlertidig butilbod etter lov om sosiale tenester i Nav, samt ev tenester knytt til bustadbehovet
- Gjennomgangsbustader til flyktningar i ein overgangsfase til dei skaffar eigen bustad (eige eller leige i privat bustad)

- Sikre bustader til andre vanskelegstilte på bustadmarknaden (jf. lov om sosiale tenester i Nav)

Sidan målgruppene for det bustadsosiale arbeidet ikkje er einsarta, breier arbeidet i Volda kommune seg over eit vidt spekter av oppgåver som på ein eller annan måte griper inn i store deler av kommuneorganisasjonen, i ulike sektorar og tenesteområde. Det er difor viktig at alle tenestene driv bustadsosial oppfølging for sine grupper, men også arbeider i team overfor brukarar når desse tek i mot tenester frå fleire tenesteområde.

Vidare skal dei ulike tenesteansvarlege ha ansvar for å arbeide med gjennomstrøyming i bustader der brukar eller leigetakar bur i bustader med tidsavgrensa kontrakt. Det skal leggjast til rette for at brukar eller leigetakar skal utvikle sjølvstendig bukarriere, skaffe seg eigen eller leigd bustad og kunne bu sjølv.

Dei ansvarlege for tenesteområda ovanfor har ansvar for å delta i revisjon av bustadsosial handlingsplan og for å delta i gjennomføring av planen. Dei tenesteansvarlege skal årleg og løpande melde inn behov for bustader til eigedomsavdelinga.

3.3 Tildelingskontor

Tildelingskontoret er organisert under helse- og omsorgssektoren med ansvar for:

- Tildeling av omsorgsbustader for alle grupper
- Husleigekontrakter for omsorgsbustader
- Tildeling av institusjonsplassar
- Tildeling av alle tenester etter lov om kommunale helse og omsorgstenester

Prosjektet «frå mellombels til varig bustad» vart ferdigstilt hausten 2016, og det vart oppretta ei 60% fast stilling som bustadkoordinator ved tildelingskontoret (sjå pkt. 4.6.1 for meir informasjon om prosjektet «frå mellombels til varig bustad»). Denne stillinga har hovudansvaret for det bustadsosiale arbeidet i tildelingskontoret.

Bustadkoordinator ved tildelingskontoret har ansvar for:

- Prioriterer i samråd med tildelingsnemda kven som skal ha kommunal bustad etter gitte kriterier (vedlegg 1)
- Sakshandsaming kring søknad om gjennomgangsbustad
- Skriv husleigekontrakt og følgjer opp kontraktane og avsluttar kontraktane ved utløp av leigetid
- Handsame klager frå leigetakar, evt. naboklager, i samarbeid med eigedomsavdelinga
- Kontakt/samarbeid med eigedomsavdelinga som er ”eigar” av bustadane
- Kontakt/samarbeid med øvrige tilsette/tenester om bustadsosialt arbeid
- Burettleing
- Praktisk oppfølging ved utflytting

3.4 Tildelingsnemd

Tildelingsnemnda møtes ein gong i månaden og består av ein representant frå

- Rus og psykisk helseteneste
- NAV
- Volda læringscenter
- Ansvarleg for Husbanken sine lån- og tilskotsordningar
- Eigedomsavdelinga
- Tildelingskontoret
- Andre kan møte ved behov, til dømes barnevernstenesta, helsestasjon m.m.

3.5 Eigedomsforvaltninga

Eigedomsavdelinga under teknisk sektor er ”eigar” av bustadene og har budsjettansvaret. Eigedomsavdelinga skaffar bustader ved å byggje eller kjøpe for å dekkje behovet for omsorgsbustader eller gjennomgangsbustader til brukarar kommunen skal medverke å skaffe bustader til.

Eigedomsavdelinga er ansvarleg for forvaltning, drift og vedlikehald av bygningsmassen og stiller driftspersonell til disposisjon i samband med klargjering av bustadene/leilegheitene ved inn-/utflytting. Dette er avklart gjennom ei samarbeidsavtale mellom tildelingskontoret og eigedomsavdelinga.

3.6 Kommunale husvære

Kommunen eig i alt 230 bustadar (26.10.2016). Dei kommunale bustadane har varierende standard og det er behov for fornying av bustadmassen, jf. punkt 4.4.2 og 4.5.2. Vi skil mellom tre typar bustader; kommunal gjennomgangsbustad (82), omsorgsbustad (147) og mellombels bustad (1).

3.6.1 Kommunal gjennomgangsbustad

Kommunen har 82 gjennomgangsbustadar fordelt i sentrum av Volda, der om lag 26 av desse er kjøpt med tilskot frå Husbanken med føremål å busette flyktningar. Kommunen eig også tre bufellesskap med til saman plass til 14 einslege mindreårige flyktningar. Dei fleste som bur i gjennomgangsbustadane har vanskar med å skaffe seg husvære på grunn av alder og sosial og økonomisk situasjon. Alle som får tildelt kommunal gjennomgangsbustad signerer ein bebuaravtale (vedlegg 2).

3.6.2 Omsorgsbustader

147 av dei kommunale bustadane er til omsorgsformål. Omsorgsbustadane vert hovudsakleg nytta av eldre med ulike hjelpebehov, nokre av bustadane er sett av til psykisk utviklingshemma og personar med rusproblematikk og psykiske lidingar. Behovet for denne type bustad vil sannsynlegvis auke i takt med overføring av oppgåver frå spesialisthelsetenesta og fleire eldre i Volda.

Kriteria for tildeling av omsorgsbustad etter helse og omsorgstenestelova er mellom anna at pasienten har betydelige helseplager; somatisk eller psykisk, behov for tilrettelagt bustad, tryggleik, nærleik til hjelpeapparatet og hjelp til orientering; tid, stad, tilsyn.

3.6.3 Midlertidig butilbod

Ingen har rett til ein varig bustad etter norsk lov, men kommunen er pliktig til å skaffe midlertidig butilbod til dei som har behov for det og ikkje er i stand til å skaffe eigen bustad sjølve. Årsaka til at vedkomande står utan bustad har ikkje betydning. Av midlertidig butilbod vert det oftast nytta anten hotell eller campinghytte.

Etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27, er det NAV som har ansvar for å finne midlertidig butilbod til dei som ikkje klarer det sjølve. Midlertidig butilbod skal avhjelpe akutt bustadløyse og er ikkje meint å vare over tid. Dette betyr at arbeidet med å finne meir varige løysingar må startast opp umiddelbart på det tidspunktet som bebuar vert tildelt midlertidig butilbod. NAV skal syte for at tenestemottakar vert innkalla til oppfølgingssamtale snarast mogleg der dette er tema. NAV må sikre at det midlertidige butilbodet som vert nytta er kvalitetsmessig forsvarleg ut frå den enskilde tenestemottakar sitt behov.

Volda kommune har ein bustadmodul som vert nytta til dette føremålet, i tillegg til campinghytter og eventuelt hotell. NAV Ørsta/Volda opplever at pågangen etter midlertidige bustader har auka, men vurderer ikkje at det er behov for at kommunen permanent skal ha to bustadmodular tilgjengelige for dette føremålet. Dersom tendensen med auka etterspørsel etter midlertidige bustader fortset, vil det kunne gi utfordringar på sikt.

4. STATUS OG UTFORDRINGAR

4.1 Befolkningsutvikling

Volda har, som landet elles, hatt ei befolkningsvekst dei siste åra. I 2014 var det 8 909 innbyggjarar i Volda kommune. I tillegg er det til ei kvar tid busett ca. 1500–2000 studentar i Volda. I følge SSB sitt mellomalternativ (MMMM) vil folketallet i Volda fortsette å stige i åra framover, sjå Tabell 1. I 2030 spår dei at det vil vere 1 590 fleire innbyggjarar i Volda, det vil seie i alt 10 498 innbyggjarar. I tillegg kjem innbyggjarane frå Hornindal kommune 1 198 etter kommunesamanslåinga i 2020.

Folketal og framskrive folketal (MMMM) fordelt på aldersgrupper

	2014	2020	2025	2030
0–19 år	2250	+ 80	+ 224	+ 320
20–66 år	5308	+ 339	+ 503	+ 683
67–79 år	880	+ 231	+ 341	+ 386
80+	471	- 16	+ 59	+ 201

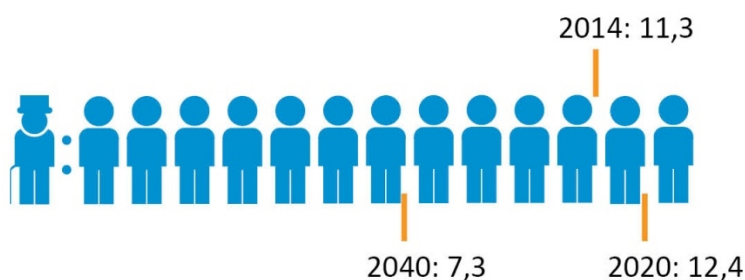
Totalt endring		+ 634	+ 1127	+ 1590
Totalt folketal	8909	9543	10036	10498

Tabell 1: Framskrive folketal Volda kommune, etter mellomalternativet.

4.1.1 Fleire eldre

I følge framskivingane til SSB vil gruppa eldre (70 år eller meir) doblast dei neste 30 åra på landsbasis. Det er ein konsekvens av at dei store etterkrigskulla blir eldre, samtidig som levealderen aukar. Dette vil påverke fleire av kommunen sine tilbod og tenester, til dømes helse, pleie og omsorg, kultur- og fritidsaktivitetar og økonomi. Utviklinga vil også få konsekvensar for kommunen sin bustadpolitikk.

Innbyggerar i arbeidsfør alder (20–66 år) per innbyggerar 80 år og over, Volda kommune.



Figuren over viser ein reduksjon i forholdstalet mellom dei to aldersgruppene (20-66 år) og (80 år og over); frå 11,3 i 2014 til 7,3 i 2040. Det tyder at det vert færre innbyggerar i yrkesaktiv alder for kvar innbyggjar 80 år og over.

4.1.2 Pleie- og omsorgstenester

Det har dei siste åra vore ei auke av brukarar under 67 år som mottek pleie- og omsorgstenester. Tal for Møre og Romsdal:

	2008	2013	Auke
> 67 år	3342	5507	65 %
< 67 år	8876	10160	14 %

4.1.3 Fleire menn enn kvinner

I 2014 var det 95 kvinner per 100 menn i Noreg i aldersgruppa 20–39 år, sjå Tabell 2. For fylket var tilsvarende tal 90,2 kvinner per 100 menn, og for Volda kommune var det 90,7 kvinner per 100 menn. Berre Finnmark har færre kvinner per menn i denne aldersgruppa enn Møre og Romsdal. Årsak til at det er eit stort overskot med menn i Møre og Romsdal har samanheng med arbeidsmarknaden i fylket. Jobbmoglegheiter finn ein innafør tradisjonelle mannsdominerte arena og fleirtalet av innvandarane er menn.

Kvinner per 100 menn, 20–39 år

Volda	90,7
Eiksundregionen	88,9
Møre- og Romsdal	90,2
Noreg	95,0

Tabell 2: per 100 menn, 20–39 år (2014).

4.1.4 Folketilvekst

Det er først og fremst innvandring frå utlandet som sikrar ei positiv folketalsutvikling i fylket og i Volda kommune. I 2013 var nettoinnvandring frå utlandet til Volda kommune på 135 personar, medan innlandsflytting var på -60 personar og fødselsoverskotet på 6 personar. Volda skil seg ut frå fylket når det gjeld

innvandringsgrunn. Møre og Romsdal har høg arbeidsinnvandring (40 %), men i Volda er innvandringa knytt til arbeid berre 19 %. Volda har derimot ein høgare del flyktningar enn fylket. Volda har også høg innvandring knytt til utdanning. Å vere attraktiv som bustadkommune også for innvandrarar vil i stor grad kunne vere med på å sikre folketalsauke i kommunen. For å sikre ei framtidig folketalsauke er det vesentleg å legge til rette for at dei som kjem flyttande til Volda vert verande og at fleire finn kommunen attraktiv å busette seg i.

4.2 Kartlegging

Det vart gjennomført ei kartlegging i bustadsosial plan for 2010 – 2014 som viste at i alt 54 husstandar hadde ein utilfredstillande busituasjon. Dette utgjorde om lag 1,5 % av alle husstandane i kommunen (November 2009). Det vart gjort ei ny kartlegging i samband med at arbeidet med revisjon av bustadsosial plan starta i mai 2015 (Vedlegg 3)

Vilkår for å bli inkludert i kartlegginga i 2003, 2009 og 2015 er at husstanden har vore i kontakt med hjelpeapparatet dei siste 6 månadene og anten mangla eigen bustad, noverande bustad er ueigna i høve til funksjonshemming/sosial fungering, at husstanden står i fare for å miste bustaden fordi leigeavtalen går ut eller at husstanden har vesentlege og samansette oppfølgingsbehov som gjer bustaden ueigna. I tillegg har ein registrert unge funksjonshemma (17 år +), der ein reknar med eit bustadbehov i løpet av 2-4 år.

Når ein samanliknar tala frå 2003 med tala frå 2009, fann ein i 2009 færre vanskelegstilte i gruppene flyktning, psykisk sjuke og funksjonshemma, men langt fleire i gruppene rus og rus/psykisk sjuke. Aldersinndelinga på statistikken endra seg frå 2003 til 2009. Det har på desse seks åra vore ei auke i den yngste aldersgruppa og stor reduksjon i dei eldste aldersgruppene. Dette skuldast at kommunen hadde bygd fleire omsorgsbustader til eldre funksjonshemma og psykisk sjuke i same periode.

Kartlegginga i 2015 viste at 36 husstandar i Volda er vanskelegstilte på bustadmarknaden. Opplysningane om husstandane er registrert ut i frå den informasjonen som var tilgjengeleg på registreringstidspunktet. Opplysningar om behov for annan bustad og andre tiltak er vurdert av søkjar og tenesteytar. Kartlegginga gjev berre eit bilete av kven dei vanskelegstilte er ved utgangen av mai 2015. Her er truleg mørketal, dvs. husstandar som bur dårleg og kanskje treng tenester, men ikkje ønskjer eller evnar å kontakte hjelpetenestene. Vi trur likevel at kartlegginga har avdekt eit tidstypisk bilete som vil kunne vedvare dersom ikkje tiltak vert sett i verk.

Husstandane i kartlegginga fyller minst eitt av følgjande vilkår:

- husstanden er utan eigen eigd eller leigd bustad
- husstanden har eit leigeforhold som står i fare for å opphøyre
- husstanden har ein ueigna bustad
- husstanden har store hjelpe- eller oppfølgingsbehov som krev annan bustad eller særleg oppfølging for å behalde noverande bustad


Eldre som bur i omsorgsbustad med dårleg standard, er ikkje registrert. Mork bustader er den kommunale eldrebustaden med lågast standard. Mange av bueningane der er utan eige toalett/bad. Den kommunale byggenemnda har konkludert med at bygningsmassen ikkje er eigna for renovering.

















Målgruppene har endra seg noko frå 2009 og vi ser at tala for vanskelegstilte på bustadmarknaden har gått ned innanfor gruppene utviklingshemma og rus. Av dei 36 kartlagde tilrår ein tiltak på alle.



Det er hovudsakleg bistand til å finne annan bustad gjennom burettleing som vert etterspurt. I tillegg anbefaler ein annan bustad for 34 av dei 36 kartlagde. 21 av dei kartlagde treng bustad, då dei anten manglar dette eller fordi den bustaden dei har er for liten. 13 av dei kartlagde treng omsorgsbustad med oppfølging av ulik grad.

4.3 Evaluering av bustadsosial plan 2010 – 2014

Handlingsplanen for perioden 2010 - 2014 inneheld tiltak vedrørande organisering av bustadsosialt arbeid, tenester i bustadane og bygging, kjøp og renovering av bustader. Tiltak 13 er sett inn etter vedtak i Kommunestyre i sak 80/10 Bustadsosial handlingsplan 2010 – 2014.

	TILTAK	10	11	12	13	14	Resultat	Kommentar
	X = starte planl. av tiltaket							
1	Omorganisere/samle ansvar for bustadsosialt arbeid	X	X					Rådmannen kom med ny org.modell januar

								2014
2	Utarbeide retningslinjer for utleige av kommunale bustader og rutinehandbok	X						 Nye retningslinjer frå 2014
3	Installere BoKart til alle aktuelle brukarar	X						 Ikkje i bruk, då kommunen ikkje kjøper dette programmet lenger
4	Samarbeide med private byggefirma om bygging av rimelege bustader for kjøp eller leige	X	X	X	X	X		 Påbegynt i prosjekt, ikkje forankra i plan, areal og eigedom
5	Aktiv informasjon om Husbanken sine lån, tilskot og støtteordningar	X	X	X	X	X		 Mykje betre. Både kunnskap til tilsette og betre informasjon ut til brukarar. Merkar dette også på pågangen.
6	Kjøpe/bygge/leige hus til flyktningar, også einslege mindreårige	X						 2010: Kjøp av Smilebakken bufellesskap til 10 EM 2011: Kjøp av Osgarden og Ottamarka til 4 EM
7	Betre vedlikehald av kommunale bustader med uteområde	X	X	X	X	X		 Renoverer etter kvart som dei står ledige. Godt i gang.
8	Bygge 3-4 småhus til rusmisbrukarar	Star te planl.	X					 Påbegynt. Ligg inne i økonomiplanen for 2016 og 2017
9	Prosjekt Smalebakken/Røyslidvegen	Star te planl.	X	X	X			 Avvikla
10	Skaffe store familiebustader ved kjøp eller framleige	X						 Ikkje gjennomført
11	Oppfølgingstenester for rusmisbrukarar		X	X	X	X		 Etablert Rustenesta som fast kommunalt tenestetilbod januar 2011.
12	Omsorgsbustad for eldre til erstatning for Mork bustader		X					 Utsett på grunn av øk. og kapasitet
13	Vurdere å bygge 4-6 bustader med carport ved inngangsdør, for rullestolbrukarar		Vur dere evt planl.	X				 Bygd om to kommunale bustader, vil bygge om fleire ved behov.
14	Samlokaliserte omsorgsbustader for utviklingshemma			Pla nl.	X			 Påbegynt, men stoppa opp. Ligg inne i økonomiplan for 2016 og 2017
15	Tenester i bustad for utviklingshemma					X		 På plass
16	Samlokaliserte bustader for psykisk sjuke				Pla nl.	X		 Etablert 2008, utvida frå 5 til 16.
17	Tenester i bustad for psykisk sjuke					X		 På plass

18	Avlastningsbustader barn/ barnebustad			Pla nl.	X			Etablert i Fjordsynkjellaren
19	Tenester i avlastningsbustad					X		Påbegynt, men for lite bemanning i høve tenestebehov.

4.4 Situasjonen i dag

Volda Kommune har relativt mange kommunale bustader. Mange leigetakarar blir buande lenge i bustadane og er i større eller mindre grad marginale på bustadmarknaden både når det gjeld å leige og eige. Dette skuldast truleg fleire strukturelle forhold som gjer at det er eit visst press på bustadmarknaden i Volda.

- Få mindre bustader til sals i Volda (30-60 m2)
- Nyare og nye mindre bustader er relativt kostbare (32 m2 er taksert til 1.200.000)
- Volda er vertskommune for vidaregåande skule, høgskule, sjukehus og asylmottak for einsleg mindreårige flyktningar. Det ordinære mottaket for vaksne vart nedlagt 01.03.17.

4.4.1 Økonomi og økonomiske verkemiddel

Mange av leigetakarane i kommunale bustader er i kontakt med og tek i mot ytingar frå NAV, anten varige pensjonar eller tidsavgrensa stønader. Med tanke på kjøp av eigen bustad er dette berre aktuelt for dei med varige pensjonar frå NAV eller fast arbeidsinntekt. Utfordringar er at desse varige pensjonane, hovudsakleg uførepensjon, er relativt låge, ei brutto inntekt mellom 150 000 - 220 000 pr. år, som tilsvarar ei brutto utbetaling mellom kr. 12 500,- og 18 000,- pr. måned. Dette gjer det vanskeleg å kome inn på bustadmarknaden, dersom ein ikkje i langt større grad enn i dag nyttiggjer seg husbankordningar, både ift. kjøp av eigen bustad og utleiebustader.

Vårt fokus må vere å ha tilstrekkelige ressursar til å hjelpe folk til å få fotfeste gjennom råd, rettleiing, stabil bustad, stabil inntekt, eventuelt frivillig forvaltning. Dei som ikkje får dette fotfestet, vert ofte buande i kommunal gjennomgangsbustad over mange år.

Ein tilsett i økonomistaben har ansvar for Husbanken sine ordningar og er representert i kommunen si tildelingsnemnd. Det er viktig å knytte dette arbeidet tett opp mot alle sektorar og avdelingar som driv med bustadsosialt arbeid for å halde fokus på moglegheita for kjøp av eigne bustader og rettigheter i form av lån/tilskot frå Husbanken.

Husbanken sine verkemiddel

Husbanken har mange økonomiske verkemiddel til enkeltpersonar og til kommunar i samband med kjøp og utbetring av bustader. Nokre av desse verkemidla er kommunane med å forvalte.

Startlån er eit lån som kommunen vidareformidlar frå Husbanken. Som oftast vert lånet tildelt som topplån i tillegg til husbanklån eller lån i privat bank ved kjøp av bustad. Volda kommune har fått 9 million kroner i startlån frå Husbanken i 2016.

Bustønad er ei statleg økonomisk stønadsordning som blir administrert av Husbanken og kommunane. Føremålet med ordninga er å hjelpe husstandar med høge bu utgifter og låge inntekter til å etablere seg og verte buande i ein god bustad.

Volda formidla bustønad til 158 husstandar i desember 2016 med kr. 292 476,-. Innbyggjarane i Volda får om lag 3,5 millionar i bustønad i løpet av eit kalenderår (vedlegg 4).

4.4.2 Eigedomsavdelinga

Som forvaltar av bygningsmasse er eigedom avhengig av eit systematisk vedlikehald, samt utvikling av eldre husvære til meir arealeffektive løysingar som er i tråd med dagens krav. Bustadane og området rundt skal vere tilrettelagt for universell utforming, og ein skal sørgje for å tilby tilpassa bustadar til ulike bugrupper. Integrering i bumiljøa med sterkt fokus på oppvekstvilkår for barn og unge er eit satsingsområde i kommuneplanen.

Leigeinntektene er med på å kunne gjennomføre satsingar på bustadane. Dette gjer at samarbeidet mellom tildeling og eigedom er tett, slik at ein sikrar at bustadane som er klar for utleige er utleigt til ei kvar tid.

4.4.3 Vedlikehald

Ein har gjennom omorganisering av det bustadsosiale arbeidet og prosjekta «frå mellombels til varig bustad» og «bustadkarriere for flyktningar» fått til ei god gjennomstrøyming i dei kommunale gjennomgangsbustadane. Frå å vere i ein situasjon der det ikkje var ledige bustader når tildelingsnemda skulle handsame søknader om kommunal bustad, har vi i dag grei tilgang på bustader. Med bakgrunn i låg gjennomstrøyming og lang butid har mange av bustadane eit stort renoveringsbehov. Eigeomsavdelinga har ikkje hatt tilstrekkelege ressursar til å renovere bustadane etter kvart som dei har blitt ledige, men er no blitt styrka med 2 årsverk som arbeidar med oppgradering av kommunal bygningsmasse på investeringssida. I første omgang er dei kommunale gjennomgangsbustadane prioriterte.

Utfordringane er særleg på normalt vedlikehald som skal til for å halde bustadane i god stand etter oppgradering. Dette er driftsutgifter som kommunen ikkje kan ta via investering. Her treng ein midlar og personell til å gjennomføre vedlikehald jamleg. Krav til vedlikehald startar den dagen personar tek til å flytte inn i bustaden, då «forfallet» startar på nytt.

Smalebakken/Røyslida

Eigeomsavdelinga førebur eit prosjekt der ein ynskjer å renovere heile Røyslida/Smalebakken. Bustadane er frå tidlig 70-talet, alle med krav om stor renovering.

4.4.4 Bumiljø og utemiljø

Uteområda rundt dei kommunale bustadane gror att og gir ikkje kjensle av å vere gode bumiljø. Ein har i fleire avdelingar arbeidd med å ansvarleggjere bebuarane og engasjere lokalmiljøet. Volda læringscenter har i samarbeid med tildelingskontoret og Styrk-arbeid gjennomført dugnad både i 2015 og 2016 med stor suksess. Ein ser eit stort behov for å gjere noko med infrastruktur rundt bustadane.

Helse, miljø og tryggleik:

Gjennom lang erfaring med bustadsosialt arbeid ser ein at det er vanskelig å gi rett hjelp til alle personane som bur i kommunale gjennomgangsbustader. Det bur personar der med ulike utfordringar, dette kan være personar med psykiske eller fysiske plager, samt utfordringar i høve rusmisbruk, innvandrarar eller andre med sosiale utfordringar.

Ein opplever at svært mange av husværa gjennomgår unødig stor påkjenning gjennom hard og feil bruk. Dette er gjerne knytt til reinhald, bruk av kjøkken og VVS installasjonar, som vask, slukar m.m., samt lite fokus på lufting og luftfuktigheit i bustaden. Dette fører til at kommunen etter kort tid må pusse opp bustaden.

Kommunen har få verkemiddel for å hente inn denne kostnaden av bebuar. Depositumskrav er stort sett det ein kan klare å hente inn frå bebuar. I den andre enden er ofte dette personar som har depositumsgaranti frå NAV. Dette gjer at det eigentleg handlar om å flytte pengar mellom tenester frå den same kommunale pengekassa.

Som huseigar har ein rett til å gjennomføre systematisk og periodisk tilsyn med fokus på helse-, miljø- og tryggleiksarbeid (HMT-arbeid). Eit slikt tilsyn ville tidlig kunne avdekke buutfordringar som er med på å auke vedlikehaldskostnaden til kommunen. Gjennom regelmessige HMT-tilsyn vil ein praktisk kunne vise bebuar og sette inn naudsynte tiltak for å motverke øydeleggingar. I bustader der kommunen ser behov for tiltak bør det etter kort tid gjennomførast nye tilsyn. Ved fleire tilsyn utan betring kan det vere grunnlag for å kople på ulike omsorgstenester som aktivt kan gå inn med ulike tenester til vedkommande.

Gjennom regelmessige HMT-tilsyn vil kommunen ha kontroll på kva husvære vi ofte må være inne i med tiltak, eller kva husvære det kan være lenger intervall på mellom tilsyna. Eit slikt systematisk arbeid ute i bustadane meiner vi vil medføre eit meir normalt vedlikehald, samt at kommunen vil få innsparingar i høve unødige utbetringar og utbetaling av depositumsgarantiar frå NAV. Ein stilling til dette føremålet vil trulig være "sjølvfinansierende". Det er ynskjeleg å kunne realisere ein slikt stilling knytt mot eigeomsforvaltninga i Volda kommune.

4.5 Status og utfordringar hjå ulike målgrupper

4.5.1 Einslege mindreårige flyktningar

EM-tenesta i barnevernet har ansvar for busetjing og kvalifisering av einslege mindreårige flyktningar (EM). Tal EM som blir busett er bestemt med bakgrunn av oppmoding frå Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) og vedtak i kommunestyret. Dei som har fylt 18 år ved busetjing, eventuelt er oppunder 18 år, vert busett av

programrådgjevarane ved Volda læringsssenter. Som hovudregel bur alle EM først ei tid i kommunalt bufellesskap med døgnkontinuerleg bemanning. Med 40% bustadtilskot frå Husbanken kjøpte kommunen i 2010 ein bustad med plass til 10 ungdomar (Smilebakken bufellesskap), og i 2011 to bustader med plass til 2 ungdomar (Osgarden og Ottamarka). Ein del av kvalifiseringsløpet i starten er å lære seg å bu i Noreg, med stort fokus på vask, reinhald og generell informasjon. Dei fleste flyttar på eigen hybel på den private bustadmarknaden når dei er kring 18 år. Nokre få har behov for vidare trening og oppfølging i kommunal gjennomgangsbustad. Her jobbar ein aktivt med butrening for å sikre at dei kan flytte ut på den private bustadmarknaden så raskt som råd.

Dei fleste EM går eit utdanningsretta løp etter busetjing. Etter kvart kjem fleire i arbeid og i lærlingplass. Ei av utfordringane ein ser er at EM-tenesta ofte avsluttar oppfølginga av EM når dei fyller 20 år. Bur dei då framleis i kommunal bustad, er det som oftast ingen frå EM-tenesta som følgjer opp prosessen med å kome seg inn på den private bustadmarknaden.

4.5.2 Flyktningar

Sektor opplæring og oppvekst, ved Volda læringsssenter, har ansvar for å busetje vaksne flyktningar og familiar. Tal flyktningar som blir busett er bestemt på bakgrunn av oppmoding frå IMDi og vedtak i kommunestyret. Ved busetjing er kommunen ansvarleg for å skaffe den første bustaden til flyktningane. Med 20% bustadtilskot frå Husbanken har kommunen sidan 90-talet kjøpt inn til saman 23 bustader til busetjing av einslege vaksne flyktningar og familiar i Nybråtet, Smiebakken og på Midtun.

Dei siste åra har om lag 2/3-del av flyktningane blitt busett frå Volda mottak. Mange av desse er einslege vaksne menn. Dei fleste har skaffa seg bustad sjølv på den private utleigemarknaden, medan dei var bebuarar ved Volda mottak. Med bakgrunn i at mottaket vart lagt ned med verknad frå 01.03.2017, vil denne modellen for «avtalt sjølvbusetjing» i mindre grad vere mulig å gjennomføre. Volda kommune må difor i større grad ta ansvar for å framskaffe bustader til busetjing av flyktningar i tida framover. Tilsette ved Volda læringsssenter har eit nettverk i den private utleigemarknaden som må nyttast i arbeidet med framskaffing av private bustader, men muligheita til å busetje like mange flyktningar direkte i private bustader vil truleg verte mindre. Volda læringsssenter vil ha større fokus på busetjing av barnefamiliar, og erfaring viser at det er vanskelig å skaffe eigna bustad til denne målgruppa på den private utleigemarknaden. Behovet for å nytte fleire kommunale husvære til busetjing av flyktningar i åra framover vil truleg auke.

Volda læringsssenter gir burettleing til alle nybusette vaksne flyktningar og barnefamiliar. Tema er ein del av introduksjonsprogrammet og skjer både praktisk i bustaden, og teoretisk gjennom informasjon på læringsssenteret. Det er utvikla ein modell for burettleing som alle skal gjennom i løpet av den første tida etter busetjing. Rettleiinga held fram så lenge det er behov, og flyktningane er under oppfølging av Volda læringsssenter. Ei utfordring er oppfølging av flyktningar etter dei har avslutta introduksjonsprogrammet og framleis bur i kommunal bustad.

4.5.2 Personar med nedsett funksjonsevne, eldre

Avdelinga omfattar Barstadtun, Fjordsyn og Mork bustadar som omfattar 83 døgnbemanna omsorgsbustadar foreldre. I tillegg har avdelinga 24 omsorgsbustadar utan bemanning. I løpet av siste året ser ein resultat av dreining i tenestetilbodet til meir førebygging og tenester i eigen heim, som gjer brukarane i stand til å bu heime lenger. Mork bustadar er eit eldre bygg som er bestemt skal stengast, og prosessen med å planlegge erstatningsbustadar er i gong. Det vart i september 2015 starta ein prosess med å utgreie stenging av eit tal plassar i bemanna bustad, og føre ressursar over til område med større behov, t.d. kvardagsrehabilitering. Det handlar om å gi tenester der brukarane er.

I høve erstatningsbustader for Mork bustader ser ein behov for eit meir differensiert og individuelt tilpassa butilbod for personar med demens og psykiske lidningar i form av små einingar med plass til 3-4 pasientar med gode skjermingsforhold. Vidare er det behov for vandreområder og eit uteområdet med hage som kan gi ro og trygghet til pasienten. Målet er å gi gode og individuelt tilpassa tenester til enkeltpersoner med spesielle omsorgsbehov, jf. Omsorgsplan 3.6.1 og Demensplan 3.3.

4.5.3 Personar med nedsett funksjonsevne, utviklingshemma

Butenesta

Butenesta for funksjonshemma har 3 samlokaliserte bustadar med totalt 19 husvære. Alle bustadane har ein base for personale som og yter tenester til brukarar i nærområdet. I tillegg vert det ytt teneste til 14 personar som eig

eller leiger egne leiligheter/hus i Volda.

Brukargruppa har enkeltvedtak på praktisk bistand og opplæring. Dette omfattar både praktisk hjelp i heimen samt hjelp til å kunne delta på ulike aktivitetar i fritida. Tenestetilbodet varierer frå 2 timar pr. veke til 168 timar i veka. Det meste av tenesteytinga går føre seg på kveld/helg, og i høgtid, då dei fleste har arbeid/aktivitetstilbod på dagtid.

Tenesta for funksjonshemma har starta arbeidet med å bygge 5 omsorgsbustader med felleshus på Doktorhaugen. Arbeidet er stoppa opp grunna klagar og ein arbeider no med alternativ plassering.

Barneavlastninga

I underetasjen på Fjordsyn er det 4 bustader som blir nytta til avlasting og barnebustader. I tillegg er det avsett ein bustad til fellesareal, med felles kjøkken, tv-krok, vaskerom m/badekar og kontor. Det er per i dag 12 born som nyttar avlastingstilbodet ved Fjordsyn. Fleire er der store delar av veka, men dei aller fleste har tilbod i helgar. I tillegg er det 2 born i heildøgntilbod (barnebustad).

Lokalitetane i underetasjen på Fjordsyn er bra, men små. Særskild gjeld dette fellesarealet, der kjøkken og TV-krok er i minste laget når 4 born og 4 vaksne er samla. Det er av faglege årsaker lagt opp til at borna et alle måltid saman og at ein har ein TV. Ein bør prøve å få utvida fellesarealet nedover mot lagerlokala snarast. Vidare bør kjøkkenet/eteplassen utvidast/byggjast om.

Vi veit at det er fleire born som i åra framover vil ha trong for avlasting i Volda kommune.

4.5.4 Rus og psykisk helse

Personar med rusmiddelproblem og/eller psykiske helseproblem er overrepresentert blant bustadlause og vanskelegstilte på bustadmarknaden. Bustad er avgjerande for helse, sjølvstende og deltaking. Kommunen vil sørge for at alle innbyggjarar har gode og trygge buforhold og ynskjer å legge til rette for fleksible og varige bustadløysingar i gode bumiljø, tilpassa den enkelte sitt behov. Med varig løysing meiner vi ein stad der ein kan bu utan tidsavgrensing. Gjennom råd og rettleiing vil vi legge til rette for at ein skal kunne leige eigen bustad eller få moglegheita for å kjøpe sin eigen bustad.

For personar med rusmiddelproblem eller psykiske lidningar er bustad ofte ein føresetnad for å kunne setje i verk og lukkast med behandling og oppfølgingstenester. Bustad kan førebygge risiko for tilbakefall og redusere behovet for opphald på institusjon.

Brukarar med vedtak på tenester frå rus og psykisk helseteneste har opplevd, både i Kløvertunvegen, brakke Myrtun og modulane ved Maurtua, å bu i midlertidige husvære over fleire år. I Kløvertunvegen hadde kommunen tre bebuarar med ei butid på 3,5 år og tre med eitt års butid. Nokon flytta direkte frå Kløvertunvegen til midlertidige husvære på Maurtua. Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med bruk av modul Myrtun i 2014 og 2016 og konkluderte med at det berre er eit forsvarleg butilbod i inntil 5 veker.

Rus og psykisk helseteneste gjennomførte i 2012 ei kartlegging av alle brukarar med vedtak om kommunale helse og omsorgstenester. Ein valde ut brukarar med butid ut over 3 år og kartlagde andre moglegheiter. Dei aller fleste av desse brukarar viste seg å vere for marginalisert til å kunne leige privat. 15 brukarar hadde frivillig forvaltningsavtale og rustenesta arbeidde systematisk saman med brukarane med nedbetaling av gjeld.

Konklusjonane av kartlegginga var mellom anna å bygge 8 rusbustader eller småhus, med moglegheit for å bemanne desse etter kvart som hjelpebehovet aukar, bygge erstatningsbustader for dei midlertidige husværa i Kløvertunvegen og vurdere å utvide tilbodet med psykiatribustader.

Kommunen har i førre planperiode utvida tilbodet med omsorgsbustader i rus og psykisk helseteneste frå 9 bustader med heildøgnsbemanning i 2010, til 16 omsorgsbustader i 2016. I tillegg har ein utvida tilbodet med heildøgnsomsorg til 4 heimebuande i eigen eigd bustad og 3 brukarar i leigd bustad. Bakgrunnen for utbygginga er nedbygging av institusjonsplassar i spesialisthelsetenesta og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Kravet om å ta i mot utskrivingsklare pasientar frå 2017 vil leggje ytterlegare press på døgnstenester for denne målgruppa.

Eininga jobba vidare saman med eigedomsavdelinga, og kommunestyret vedtok i sak 127/16 den 27.10.16 å starte bygginga av sju hardbruks omsorgsbustader/ROP-bustader på øvre Rotset. Dei fleste som over tid budde i ulike midlertidige husvære har fått tilbod om kommunale gjennomgangsbustader, men har behov for tett

oppfølging for å klare å bu. Bustadane er berekna ferdig oppsett innan utgangen av januar 2018. Det er viktig at det vert knytt bemanning til desse bustadane, både for å kunne gi forsvarleg og verdig helsehjelp og for å unngå situasjonen vi hadde rundt dei midlertidige husværa i Kløvertunvegen og på Maurtua.

I kartlegginga i 2012 vart det foreslått å erstatte dei midlertidige husværa i Kløvertunvegen, og seinare modulane ved Maurtua. Det er i samarbeid med NAV og eigedomsavdelinga bestemt å ikkje erstatte dei midlertidige husværa. Dette fordi kommunen ynskjer å leggje til rette for varige bustader. Med bakgrunn i den gode gjennomstrøyminga ein har i dei kommunale gjennomgangsbustadane, ser ein det ikkje som naudsynt å ha 4-6 midlertidige husvære. Ein tenkjer at det er nok med eitt midlertidig husvære, modul Myrtun.

Statens helsetilsyn har varsla alle kommunane om tilsyn av tenestetilbodet til personar med samtidig rusliding og psykisk liding (ROP-liding). Bakgrunnen for tilsynet er at det i 2016 vart gjennomført ei risikovurdering av tenestene til brukarar med samtidig ROP-liding. Risikovurderinga viste at tilbodet til personar med samtidig rusliding og psykisk liding kan svikte innan både spesialisthelsetenesta og kommunale helse- og omsorgstenester.

Dei tre områda som ble rangert som mest risikoutsette er:

- manglande samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- brukar/pasient får ikkje tilpassa bustad, inkludert ikkje tilpassa innhald av tenester i bustaden
- mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering (både somatisk, psykisk helse samt rusavhengigheit)

Kartlegginga kommunen gjennomførte i 2015 viser at denne målgruppa har færre bustadlause og butida i midlertidig husvære har gått ned. Fokuset for kommunen framover blir å kunne tilby tilpassa bustader og tilpassa tenester i bustad.

4.5.5 Bustadlause og sosialt og økonomisk vanskelegstilte

I tillegg til ansvar for midlertidig butilbod etter Lov om sosiale tjenester i NAV § 27, har NAV ei plikt til å medverke i kommunen sitt bustadsosiale arbeid jf. § 15 i lova. NAV-kontoret vil i hovudsak ha kjennskap til behovet for bustadar til økonomisk og sosialt vanskelegstilte, og medverknadsansvaret vil særleg gjelde ovanfor desse. NAV-kontoret skal vere merksam på busituasjonen til familiar med born og unge, vanskelegstilte ungdom og personar i overgangs- eller etableringsfasar.

Dette medverknadsansvaret er både generelt og individuelt, og inneberer at Nav-kontoret skal:

Strategisk:

- Bidra med sin kunnskap i den kommunale planlegginga om korleis bustadproblem kan løysast for vanskelegstilte.
- Gjere andre kommunale organ kjent med behovet for ordinære bustadar og tilpassa bustadløysningar.
- Samarbeide med andre instansar, som Husbanken, om tiltak som kan lette situasjonen for vanskelegstilte på bustadmarknaden.

Operativt

- Tilby tenestemottakar råd og rettleiing for å bidra til å sikre ein tilfredsstillande busituasjon. Dette kan vere i form av økonomisk rådgiving, informasjon om økonomisk stønad, informasjon om kommunale og statlege låne- og tilskotsordningar, og bistand til å søke kommunal bustad og andre ordningar for etablering i bustad.
- Bistå tenestemottakarar som kan ha behov for tenester i bustaden, for eksempel ved å etablere kontakt med kommunale helse- og omsorgstenester.
- Råd og rettleiing i høve korleis gå fram for å skaffe seg bustad.

4.6 Ulike bustadsosiale prosjekt i Volda kommune

4.6.1 Frå mellombels til varig bustad

Prosjektet starta i 2013 og prosjektleiar starta i stillinga i oktober 2013. Målet med prosjektet var å få til ei betre gjennomstrøyming i dei kommunale bustadane generelt og spesielt for målgruppa innanfor rus og psykisk helseteneste. Hovudfokuset har vore og få til ein god overgang for tildeling av bustadar, gjennom å utarbeide

nytt søknadsskjema og nye kriterier for tildeling.

Sektor helse og omsorg ved tildelingskontoret tok over ansvaret for tildeling av kommunale gjennomgangsbustader i mars 2014. Gjennom heile prosjektperioden har det vore jobba godt med gjennomstrøyming slik at kommunen ved utgangen av 2015 stod med ledige bustader. Kommunen byggjer om fleire av bustadane til universell utforming, slik at vanskeligstilte kan bu lenger i eigen bustad før ein treng bustad med høgare omsorgsnivå.

I prosjektperioden fekk åtte av dei som har budd i kommunal gjennomgangsbustad kjøpt sin egen bustad. Prosjektet er ferdigstilt hausten 2016 og det vart oppretta ei fast 60% stilling på tildelingskontoret.

4.6.2 God og effektiv busetjing av flyktningar

Som følge av at Volda er ei av IMDi sine satsingskommunar for busetjing og integrering av flyktningar gjennom K+ samarbeidet, er kommunen i posisjon til å søkje ei rekke tilskot på feltet, m.a. frå Husbanken. I 2011 fekk kommunen kompetanseutviklingstilskot frå Husbanken til prosjektet «Sjølvtendig bustadkarriere for flyktningar» (sjå pkt. 4.6.6). Sidan 2013 har kommunen vore med i Husbanken si målgruppesatsing for god og effektiv busetjing av flyktningar. I 2014 fekk kommunen innvilga kompetansetilskot frå Husbanken til prosjektet «God og effektiv busetjing av flyktningar i Volda kommune». Målet med prosjektet var å utvikle og implementere metodar for «Frå leige til eige» (sjå pkt. 4.6.3) og «Privat leige av bustad» (sjå pkt. 4.6.4). Husbanken sette som vilkår for tildeling av tilskotet at kommunen deltok i prosjektnettverk og utviklingsprosjektet «Å koordinere det fragmenterte» (pkt. 4.6.5) i regi av Møreforsking AS.

4.6.3 Leige før eige

«Leige før eige»-modellen gjer leigetakarar i stand til å kjøpe bustaden dei leiger. Dette kan gjerast på fleire måtar, og i prosjektet har vi sett på kva som har fungert i andre kommunar og tilrådingar frå Husbanken. I prosjektrapporten vert det konkludert med at Husbankens universalmodell for «Leige før eige» bør leggjast til grunn for Volda kommune sitt vidare arbeid med modellen.

«Leige før eige» kan ein oppnå ved at kommunen kjøper ein bustad tilpassa ein bestemt husstand sine behov. Bustaden bør vere tilpassa over lengre tid, og dette fordrar at husstanden sine framtidige behov er kartlagt. Det må avklarast ansvar og organisering ved implementering av «Leige før eige»-modellen i kommunen. Modellen fordrar m.a. at den som arbeidar med Husbankens verkemiddel i kommunen er involvert, i tillegg til eigedomsavdelinga.

Nokre kommunale utleigebustader framstår som klare for sal, andre treng renovering eller seksjonering. Alternativt kan ein kjøpe eller byggje eigna objekt til føremålet. Ein kan også prøve ut ein variant av modellen der kommunen hjelper flyktningar og bebuarar i kommunale bustadar til å kjøpe bustader som ligg ute for sal. Vi er kjende med at fleire flyktningar og leigetakarar i kommunale bustader har potensiale og ønskjer å kjøpe eigen bustad. For å få utløyst dette potensiale treng dei informasjon og rettleiing, samt praktisk hjelp og tilgang til verkemidlane frå Husbanken. Ei utfordring vi ser er at kommunen har låg ramme for startlån. I 2016 var ramma for startlån på 9 million. Med dagens bustadpriser vil dette halde til fullfinansiering av om lag tre bustader. Låneramma på startlån må difor aukast om ein skal arbeide meir systematisk med «frå leige til eige»-modellen.

I k-sak 4/16 handsama 28.01.16 har kommunestyret løyvd ei ramme på kr 6 mill., utover det som vert utløyst i bustadtilskot, for kjøp/bygging av bustader til flyktningar. Bustadene skal vere sjølvfinansierande, og finansierast ved låneopptak, bustadtilskot frå Husbanken og husleige. Låneramma kan nyttast til å implementere og prøve ut «Leige før eige»-modellen.

4.6.4 Privat leige av bustad

Kommunen har som mål å sikre gjennomstrøyming i kommunale bustader og få fleire ut av kommunale husvære og over på den private bustadmarknaden. Volda har ein stor privat utleigemarknad som i aukande grad har blitt nytta til framskaffing av bustader for busetjing av flyktningar. Busetjing av nye flyktningar direkte på den private bustadmarknaden, har ført til at mange flyktningar ikkje blir leigetakarar i kommunale gjennomgangsbustader. Privat leige av bustad gir ein viss grad av fridom og sjølvtendigheit på bustadmarknaden.

Målet i prosjektet «*Privat leige av bustad*» var å samanfatte suksessfaktorar ved å nytte den private utleigemarknaden til busetjing av flyktningar. I prosjektperioden hadde vi besøk av NIBR (Norsk institutt for by- og regionsforskning) i Volda, som gjorde ei casestudie av korleis kommunen arbeidar med «avtalt sjølvbusetjing» av flyktningar, konsekvensar av at busetjingsklare flyktningar i asylmottak skaffar seg bustad sjølve, og analyserte fordelar og ulemper ved dette. Informantar i studien var busette flyktningar i Volda som har skaffa bustad sjølve, strategisk og operativt nivå i kommunen; politikarar, rådmannen og tilsette som arbeidar med busetjing av flyktningar og bustadsosialt arbeid.

Volda har gode erfaringar med å nytte «avtalt sjølvbusetjing» som verkemiddel i busetjings- og integreringsarbeidet. Det avlastar kommunen i arbeidet med å skaffe bustader og flyktningane tek i større grad ansvar for eigen busetjingsprosess, og blir på den måten i større grad sjølvstendige på bustadmarknaden. «Avtalt sjølvbusetting» har i all hovudsak blitt realitet ved at tidlegare bebuarar ved Volda ordinære asylmottak sjølv har skaffa seg bustad i Volda, for så å søkje om busetjing i kommune. Det er få bebuarar frå andre mottak i landet som har skaffa seg bustad sjølve i Volda. Som følgje av at Volda mottak no er nedlagt, vil denne modellen for «avtalt sjølvbusetjing» i mindre grad vere aktuell å nytte ved busetjing av nye flyktningar i Volda.

Tilsette i flyktningarbeidet har ofte kontakt med private huseigarar, og formidlar mange private bustader til nye flyktningar som skal busetjast. Ved tilgang på ledig bustad kontaktar kommunen IMDi og ber dei søke ut aktuelle flyktningar for busetjing i kommunen. Det er etablert rutinar for bruk av den private leigemarknaden til busetjing av flyktningar.

4.6.5 Å koordinere det fragmenterte

Formålet med prosjektet «Å koordinere det fragmenterte» var å sikre meir heilskapleg og koordinerte bustadsosiale tenester, og betre samhandlinga i det bustadsosiale arbeidet, og slik styrke kommunen sitt arbeid med å hjelpe vanskelegstilte på bustadmarknaden. Gjennom prosjektet fekk tilsette og politikarar kome saman og diskutere måten ein organiserer, kommuniserer og utvekslar informasjon i det bustadsosiale arbeidet. Vi fekk også møte andre kommunar og dele erfaringar på tvers av kommunegrenser. For å avdekke forbettringspotensiale og identifisere styrke og utfordringar i det bustadsosiale arbeidet, gjennomførte Møreforskning ei nettverksanalyse basert på møter med prosjektgruppa og spørjeundersøking til tilsette og politikarar. Funn og resultat har Møreforskning samanfatta i notatet: «Samordning av bustadsosialt arbeid i Volda kommune».

Rapporten seier noko om dei viktigaste styrkane i det bustadsosiale arbeidet i Volda kommune, utfordringar med samordning og ansvarsdeling i det bustadsosiale arbeidet og mangel på formelle møtepunkt.

Det vart i løpet av prosjektperioden gjennomført idédugnad og gruppearbeid. Tema for gruppearbeidet: Kva tiltak kan Volda kommune gjere for å betre koordineringa av det bustadsosiale arbeidet, inkludert mellom politikk, administrasjon og i forhold til eksterne partar, og kva tiltak må til for å løyse utfordringar knytt til tilpassa bustadar.

Møreforskning oppsummerer at kommunen har kome godt på veg med den nye organiseringa av det bustadsosiale arbeidet, men har utfordringar å jobbe vidare med knytt til samordning.

4.6.6 Burettleing og sjølvstendig bustadkarriere for flyktningar

Prosjektet «Sjølvstendig bustadkarriere for flyktningar» starta i 2011. Målet var å etablere gode rutinar i arbeidet med sjølvstendig bustadkarriere. Det vart utarbeidd ein modell for burettleing av nykomne flyktningar, som aktivt er i bruk i det grunnleggjande kvalifiseringsarbeidet. Programmet er bygd opp i tre fasar og seks modular, og skal sikre riktig informasjon til rett tid. Informasjonen blir gitt av tilsette og samarbeidspartnarar i flyktningarbeidet, til deltakarar i introduksjonsprogram og einslege mindreårige flyktningar. Burettleinga vert gjeve både på individ- og gruppenivå; i bustaden, i samtale med kontaktperson og i undervisning ved Volda læringscenter.

Det er utarbeidd rutinar og malar for praktisk oppfølging av bustadkarriere for flyktningar. Flyktningar med lang butid i kommunale gjennomgangsbustader fekk tilbod om samtale, bistand og oppfølging av tilsette i flyktningarbeidet og husbankansvarleg, for å kome seg over på den private bustadmarknaden. Resultatet vart m.a. auka fokus på gjennomstrøyming i gjennomgangsbustader, nokre fekk leige privat bustad og nokre kjøpte seg eigen bustad.

5 MÅL, STRATEGIAR OG TILTAK

5.1 Overordna mål i det strategiske bustadsosiale arbeidet

Det er ein overordna strategi å setje bustadsosiale mål og tiltak i ein heilskapleg samanheng og sjå fleire av kommunen sine handlingsplanar i samanheng. Målet er å knyte den bustadsosiale handlingsplanen tettare saman med helse og omsorgsplanen og kommuneplanen. Bustadsosiale mål og tiltak skal vere sektorovergripande, og bør difor vere ein del av kommunen si planforankring for mellom anna å leggje til rette for økonomisk bindingar til gjennomføring av tiltak.

”Alt heng saman med alt”

Kva som vert gjort innanfor eit tenesteområde får konsekvensar for andre område, og for den vanskelegstilte som treng hjelp. Utan ei felles forståing for strategiske mål vil desse truleg opplevast som lite realistiske hjå operative organ. Uavhengig av nivå i forankringsprosessane, blir medverknad og eigarskap sett på som sentrale element.

Det er behov for ein klar organisasjonsstruktur med tydeleg ansvarsdeling og retningslinjer for gjennomføring av ulike arbeidsoppgåver. Dette føreset at kommunen har klare operative mål og god kjennskap til verkemidla med tilfredstillande rammer. Det er behov for oversikt over bustadmarknaden og over ulike vanskelegstilte grupper. Vidare er det viktig med tydeleg ansvarsdeling og bustadfagleg kompetanse. Kommunen må ha ein strategisk plan som tek høgde for dei sosiale utfordringane og potensielle løysingar.

Modellen som ligg føre i handlingsplanen jf. punkt 3.2, saman med klåre operative mål og tiltak i den bustadsosiale handlingsplanen vil gi kommunen eit godt styringsdokument.

Regjeringa har fastsett desse måla og innsatsområda:

Nasjonale mål

Prioriterte innsatsområde

1	Alle skal ha ein god stad å bu	- Hjelp frå midlertidig til varig bustad - Hjelp til å skaffe ein eigna bustad
2	Alle med behov for teneste, skal få hjelp til å meistre buforholdet	- Forhindre utkastingar - Gi oppfølging og tenester i heimen
3	Den offentlige innsatsen skal vere heilskapleg og effektiv	- Sikre god styring og målretting av arbeidet - Stimulere til nytenking og sosial innovasjon - Planlegge for gode bumiljø

Særlig innsats overfor barnefamiliar og unge

Bustaden og nærområdet utgjer ei viktig ramme for barn og unge sin oppvekst. Bustaden og bumiljøet er viktig for barn og unge her og no, men også for å hindre at dårlige levekår går i arv. Regjeringa vil difor forsterke innsatsen overfor barn og unge som ikkje bur bra.

Resultatmål 1: Utleiebustad for barnefamiliar skal være av god kvalitet og i eit trygt bumiljø

Resultatmål 2: Midlertidige butilbod skal bare unntaksvis nyttast av barnefamiliar og unge, og slike opphald skal ikkje vare meir enn tre månadar

Resultatmål 3: Bustadløyse blant barnefamiliar og unge skal førebyggjast og reduserast

Bustadsosialt arbeid er først og fremst institusjonalisert gjennom Husbanken si verksemd, men det operative bustadsosiale arbeidet ligg til kommunane. Ein konsekvens av samhandlingsreforma er at kommunen får eit større ansvar for å sikre eit godt bustad og tenestetilbod til personar som på ulike måtar har behov for kommunale tenester.

5.2 Delmål og tiltak

5.2.1 Smalebakken/Røyslidvegen

Eigedomsavdelinga førebur eit prosjekt der ein ynskjer å renovere heile Røyslida/Smalebakken. Bustadane i dag er frå tidlig 70-talet, alle med krav om stor renovring.

Renovering av bustadane opnar opp moglegheiter for nytenkjande og arealeffektiv planløyising. Dette vil auke kapasiteten på husvære innanfor same tal bygningar. Kommunen vil i forbindelse med prosjektet støtte krav til levekår og inkludering der ein vil legge til rette for at personar med ulike fysiske og psykiske utfordringar kan busetjast i same miljø. Dette krev omgjerung av alt husvære og uteområde til universell utforming. I planane som blir presenterte vil ein ta høgde for tryggleik og trivsel der ulike bugrupper skal kunne bu og trivast i same miljø. Det blir lagt fokus på sosiale møteplassar på eit oversiktlig område for vanskeligstilte som er tildelt husvære. Svært liten del av kommunale gjennomgangsbustadar er tilrettelagt for dette i dag. Prosjektet vil såleis bere karakter av at kommunen satsar på sine overordna planar og har folkehelseperspektivet med seg.

Området er gunstig med plassering i nærleik av tenestene og andre samfunnsfunksjonar som skule/barnehage, butikkar med meir. Prosjektet vil kunne være med på å løyse mange av utfordringane ein har med bustadsosialt arbeid. Husbanken er orientert om prosjektet og synast det er spennande. Ein ser moglegheiter for å kunne søkje om tilskott til prosjektet sjølv om dette ikkje direkte er nybygg, då kommunen tenkjer nytt for å gjere seg nytte av byggkropp med tanke på klima og miljø. Ein tek vare på det som ein kan bruke av byggkroppen, setter dette saman på ny arealeffektiv måte, med ny god standard som stetter dagens krav til kommunale gjennomgangsbustadar. Bygningane i området vil ha ulik utforming og storleik som gjer at ein kan tildele bustadar til mange ulike grupper bebuarar. Her ynskjer ein å oppnå god integrering og eit ope og oversiktlig tilrettelagt bumiljø. Hovudhusværa vil bli meir arealeffektive med same funksjon som i dag med likt tal bebuarar. Talet på hyblar vert dobla. Hyblar som i dag er svært ueigna, vil bli tilpassa gode levekår for einlege med behov for gjennomgangsbustad.

5.2.2 Frå Leige til eige

Administrasjonen ser føre seg avhending av kommunale bustadar der vi eig saman med private (sameige). Dette kan skje gjennom sal på den opne marknaden, eller ved leige til eige prosjekt for å skape busetjing av vanskeligstilte inn i allereie etablerte sameige. Å være kommunal eigar inn i sameige med private personar har vist seg svært krevjande både for kommunen og øvrige eigarar, men å setje andre i stand til å være eigar på lik linje med andre vil være god busetjing. Dei husværa som kommunen ser for seg kan leggest ut for sal er Ottamarka 13 A, Osgarden 3B, Midtun 2. Dette er lettselde husvære som er gunstige både med tanke på å prøve ut modellen «frå leige til eige» eller sal.

Nokre husvære har fått tilskot frå Husbanken, som vert avskrive over 20 år. Vi vil måtte betale attende delar, dersom sal vert gjennomført før tilskotet er avskrive, eller nytte desse til reinvestering i nye utleigebustader. Alternativt må det vurderast om tilskotet frå Husbanken kan overtakast av kjøpar og nedskrivast etter reglar for det individuelle bustadtilskotet, slik det m.a. har blitt gjort i Fræna-modellen. Avklaringar vil måtte gjerast ved val av løysing. Ved avhending omdisponerer kommunen gjennomgangsbustadane til ein meir arealeffektiv drift, der ein faktisk får færre bygg å forvalte, men fleire husvære å tilby i ein pressa bustadmarknad. Det er lagt opp til at Røyslida/Smalebakken prosjektet vil gi mellom 10-15 fleire husvære.

5.2.3 «Lære å bu»

Etablere bustadskule saman med driftsavdelinga med oppfølging av bebuarane i gjennomgangsbustadane. Ansvar for eittårssamtalar, oppfølging leige kontraktar og tilsyn frå eigar ein til to gongar i året. For å lukkast i dette arbeidet ynskjer kommunen å tilsette ein person knytt til eigedomsavdelinga og auke bustadkoordinatorstillinga i Sektor Helse og omsorg frå 60% til 100% stilling.

Prosjektet «frå mellombels til varig bustad» vart ferdigstilt hausten 2016, og gjekk då over i ei 60% fast stilling ved tildelingskontoret (sjå pkt. 4.6.1). I evalueringa av prosjektet, og i løpet av 2016 når dette har vorte ein del av den faste drifta, erfarer vi at det er vanskeleg å løyse oppgåvene som er lagt til denne stillinga innanfor denne stillingsprosenten. Syner til at prosjektstillinga skulle vere ei styrke for rus og psykisk helseteneste, men allereie i prosjektperioden har den også følgt opp brukarar innanfor andre tenesteområder. Det bur pr. i dag flyktningar i 40 kommunale gjennomgangsbustader, og også mot m.a. denne gruppa gjer bustadkoordinator ein viktig jobb for å følgje opp i høve kontraktar, gi burettleing, samtalar vedrørande vidare bukarriere og dermed sikrar

gjennomstrøyming i bustadane.

Syner også til nemnde utfordringar under pkt. 4.5.2 Sektor opplæring og oppvekst (busetjing og kvalifisering av flykningar), samt under pkt. 4.5.1 Barnevernstenesta (einslige mindreårige flykningar), ved at oppfølginga frå dei oftast vert avslutta når introduksjonsprogrammet er avslutta/ ved fylte 20 år. Bur dei då framleis i kommunal bustad er det ingen som følger opp prosessen med å kome inn på den private bustadmarknaden m.m. Her ser ein det som viktig at bustadkoordinator ved tildelingskontoret kan sikre gode prosessar vidare. For å unngå å måtte innsnevre tilbodet bustadkoordinator ved tildelingskontoret gir, til å gjelde brukarane med vedtak innan helse og omsorg, er det naudsynt med ei auke i stillinga med 40%.

5.2.4 Rop-bustader med bemanning

Ein har alle dei åra kommunen har nytta midlertidige husvære meir som permanente bustader til brukarar med ROP-lidingar hatt ei kjensle av å ikkje kunne gi gode nok tenester. Dette har synt att i klager til kommunen og ulike medieoppslag. Bygging av omsorgsbustader til denne målgruppa er eit forsøk på å gi desse brukarane dei verdige tenestene dei har krav på. For å kunne yte tenester med andre føresetnader enn rus og psykisk helseteneste har gjort for bebuarar i Kløvertunvegen og modulane ved Maurtua, er det nødvendig å knytte stadleg bemanning til desse omsorgsbustadane.

5.2.5 Omsorgsbustader for utviklingshemma

I kommunen er det 18 omsorgsbustader for utviklingshemma fordelt på tre samlokaliseringar. I oktober 2016 var planen at den fjerde samlokaliseringa skulle ferdig med fem nye omsorgsbustader. Undervegs har reguleringsarbeid forseinka prosessen, samt også spørsmål om plasseringa er fornuftig. Kommunen er i dialog med pårørande og vurderer vidare strategi for prosjektet.

Vidare er det rett og signalisere at nye ungdommar har nådd tenåra, og at ein i planperioden for denne planen må starte ein prosess for å kartlegge ynsker og behov for komande vaksne utviklingshemma. Kommunen kan ikkje basere seg på at utskifting i eksisterande bustader løyser framtidige bustadbehov for personar i denne målgruppa.

5.2.6 Utviding av areal ved Fjordsyn

Avlastinga for barn og unge starta opp i underetasjen på Fjordsyn i juni 2014. Det var 9 born/unge vaksne som nytta seg av avlastingstilbodet i dei 4 bustadane ein då disponerte.

I løpet av dei 2 åra dette samlokaliserte tilbodet har fungert, har behovet for avlasting auka mykje. Det er i dag 13 barn/unge vaksne som tek i mot tenester ved avlastinga, fortsatt i dei 4 bustadane. I tillegg vart den første barnebustaden etablert i mai 2015, og den andre i august i år. Dette har medført at ein i dag har 2 bustader som det ikkje er mogeleg for andre born å bu i, då desse bustadane er heimen til 2 barn på 9 og 12 år. Per i dag har ein ikkje høve til å gi avlasting til fleire born og unge i Volda.

Born som får tilbod om avlasting har ikkje behov for eigne bustader, og det vil difor vere ei betre og rimelegare løysing å innreie 2 soverom med toalett. I felles arealet har ein dessutan tilgang til å nytte badekar/dusj samt at alle måltida for borna i avlasting blir gjennomført der i fellesskap. Ved å utvide med eit større fellesrom/stove vil ein kunne ha plass til alle borna som har avlasting på same tid. Dette er ikkje mogeleg no.

Å drifte reserveløysingar, som ein av og til må gjere no ,er kostbare løysingar. Ein får på denne måten ikkje fullt ut utnytte personalressursane slik ein vanlegvis kan gjere når fleire arbeider saman. Ein må bemanne 1:1 sjølv om hjelpebehovet ikkje krev det, dette grunna den fysiske plassering av tenestetilbodet.

Behovet for avlasting og barnebustad har auka mykje siste åra. Dette er ei lovpålagd teneste som skal sikre foreldra ro og kvile frå særlege tyngande omsorgsoppgåver. Det er difor viktig at foreldra er nøgde med tilbodet som blir gitt. Ved utviding av arealet i underetasjen ved Fjordsyn, meiner ein at det vil det kunne stette tilbodet i åra framover.

5.2.7 Einehusvære til vanskelegstilt

Midlertidige husvære skal som vist til tidlegare i pkt. 4.5.2. vere i ei akutfase der ein står utan tak over hovudet. Det kan vere vanskeleg å finne gode løysingar for brukarar med samansette lidingar. Ein har i Volda kommune tenkt å dekkje behovet til denne målgruppa ved bygging av samlokaliserte omsorgsbustader/ROP-bustader.

Ein av føresetnadene for kommunale helse og omsorgstenester er at det er frivillige tenester og at ein pliktar å ta med brukarperspektivet i arbeidet. Vi skal syte for at dei som bur i kommunen får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester og medverke til å skaffe bustader til personar som sjølv ikkje kan ivareta sine interesser på bustadmarknaden, herunder bustader med særlege tilpassingar og med hjelpe- og vernetiltak til dei som treng det, jf. §§ 3-1 og 3-7 i lov om kommunale helse- og omsorgstenester.

Brukarane har rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester og tenestetilbodet skal så langt som mogleg utformast i samarbeid med brukaren, jf. §§ 3-1 og 3-2 i pasient og brukarrettighetslova. Sektor helse og omsorg vurderer det difor som naudsynt å etablere einehusvære, med bakgrunn i at vedkomande verken kan nyttiggjere seg samlokalisert omsorgsbustad eller kommunal gjennomgangsbustad.

5.2.8 Individuelt tilrettelagte bustader for personar med demens og psykiske lidningar

Kommunen treng eit meir differensiert og individuelt tilrettelagt butilbod for personar med demens og psykiske lidningar. Dei skjerma einingane må være små einingar med butilbod med plass til 3-4 pasientar. Utforminga av bustadene er det viktig at det blir sjølvstendige bustader med soverom og eiga stove innanfor eininga. Det er viktig gode skjermingsforhold. Vidare er ein i behov av vandreområder og eit uteområdet med hage som kan gi ro og trygghet til pasienten. Målet er å gi gode og individuelt tilpassa tenester til enkeltpersoner med spesielle omsorgsbehov.

5.2.9 Framskaffing og formidling av privat husvære til flyktingar

Ei av utfordringane i oppfølginga av flyktingar og einsleg mindreårige flyktingar (EM) er at dei framleis bur i kommunal gjennomgangsbustad etter at EM-tenesta og programrådgjevarane avsluttar tenestene sine. Det er ingen med ansvar for å følgje opp prosessen med å kome seg inn på den private bustadmarknaden. Det er behov for vidare oppfølging særleg i prosessen med å kome seg ut av kommunal bustad og inn på den private bustadmarknaden. Ein må arbeide for å sikre gode prosessar og rutinar på dette i det bustadsosiale arbeidet i kommunen.

5.2.10 Organisering

I planperioden for 2009 - 2014 var organisering av det bustadsosiale arbeidet eit av tiltaka ein skulle jobbe med. Det har vore gjort nokre endringar, jf. punkt 3 i planen. Kommunen ser fortsatt å ha nokre utfordringar i høve det strategiske bustadsosiale arbeidet, samt kvar nokre operative oppgåver best kan løysast. I samarbeid med rådmannen vil det setjast ned ei tverrsektoriell arbeidsgruppe som skal jobbe med desse spørsmåla og utfordringane.

6 Handlingsplan 2017 – 2020

	Tiltak	Ansvarleg	Tidsramme	Kommentar
1	Renovering og utbetring i Smalebakken og Røyslidvegen	Eigedom	2016 - 2020	
2	Kjøp/bygging av bustader til flyktingar, ev. gjennom «Frå leige til eige»-modellen.		2017-2020	Løyvd låneramme på kr 6 mill. i k-sak 4/16, vedteke 28.01.16.
3	”Å lære å bu” - 1,4 nye årsverk miljøterapeut/miljøarbeider/drift til oppfølging gjennomgangsbustadar, 1-års samtalar og oppfølging leigekontrakter, tilsyn HMT	Helse og omsorg, oppvekst og opplæring, eigedom	2017-2020	

	- Bustadskule			
4	ROP-bustader m/bemanning Ferdigstilt januar 2018, bemanning frå 2018	Eigedom og helse og omsorg	2017-2018	
5	Omsorgsbustader for utviklingshemma	Eigedom	2017-2020	
6	Auka bemanning barneavlastninga 4 årsverk	Helse og omsorg	2017-2020	
7	Utviding av areal Fjordsyn, eit fellesrom og to rom med toalett til barneavlastninga	Eigedom	2017	1 250 000
8	Einhusvere til vanskelegstilt	Eigedom og helse og omsorg	2017-2018	
9	Individuelt tilrettelagt butilbod for personar med demens/psykiske lidingar	Eigedom og helse og omsorg	2017-2020	
10	Framskaffing og formidling av private husvære	Opplæring og oppvekst	2017-2020	
11	Organisering av bustadsosialt arbeid	Tverrsektoriell arbeidsgruppe vert sett ned av rådmannen	2017-2020	

7. Offentlige dokumenter

- Bolig for velferd - nasjonalt strategi for boligsosialt arbeid 2014 - 2020
- Meld. St. 17 (2012-2013) *Byggje – bu – leve. Ein bustadspolitikk for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar.*
- Meld. St. 6 (2012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk. Mangfold og fellesskap.*
- Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, alkohol – narkotika – doping.*
- Rundskriv. Hovednr.35 – *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.* Arbeids- og velferdsdirektoratet
- NOU 2011:15. *Rom for alle. En sosial boligpolitikk for fremtiden.*
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*
- St.meld. nr. 37 (2007-2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet - tryggere samfunn* (kriminalomsorgsmeldingen)
- Riksrevisjons undersøkelse av tilbudet til de vanskelegstilte på boligmarkedet. Dokument nr. 3:8 (2007-2008)
- *På vei til egen bolig.* Publikasjonsnummer H-2188
- St. meld. nr. 23 (2003-2004) *Om boligpolitikken*
- NOU 2002:2 *Boligmarkedene og boligpolitikken*
- St. meld. nr. 50 (1998-99) *Utjamningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg.*

- Møreforsking Volda: Notat 1/2015 «Samordning av bustadsosialt arbeid i Volda kommune». Delrapport 1 frå kommunetanseutviklingsprosjektet «Å koordinere det fragmenterte».
- Prosjektrapport Volda kommune: «God og effektiv busetjing av flyktningar i Volda kommune». November 2016.

Kjelder:

Kommunestatistikk Volda 2014

<https://mrfylke.no/Tenestoomraade/Plan-og-analyse/Statistikk-og-analyser/Kommunestatistikk>

Kommunal og moderniseringsdepartementet: Ny kommune

<http://www.nykommune.no/>

SSB Innvandrere etter innvandringsgrunn 1. januar 2012

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn/aar/2012-08-30>

SSB tabell 06969: Brukarar av pleie- og omsorgstenester

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=IPLOShjemInstTj&KortNavnWeb=pleie&PLanguage=0&checked=true>

SSB tabell 07459: Folkemengde

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=NY3026&KortNavnWeb=folkemengde&PLanguage=0&checked=true>

SSB tabell 10213: Befolkningsframskrivinger

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=FolkFramT2&KortNavnWeb=folkfram&PLanguage=0&checked=true>

8 Vedlegg

Vedlegg 1

Kriterier for tildeling av kommunal bustad i Volda kommune

Kommunen har utarbeida kriteria som vert lagt til grunn for behandling av søknad og tildeling av kommunal gjennomgangsbustad

Målgruppe

Dei kommunale gjennomgangsbustadane skal prioriterast til vanskelegstilte på bustadmarknaden og til busetjing av nykomne flyktningar. Vanskelegstilte er i denne samanheng definert som flyktningar ved 1. gongs etablering i kommunen, funksjonshemma, menneske med psykisk helseproblem, menneske med rusproblem, sosialt og økonomisk vanskelegstilte. Andre kan ha høve til å leige kommunal gjennomgangsbustad i særlege tilhøve.

Kvalifiseringskrav

Søkjjar må vere over 18 år. Dersom søkjjar er under 18 år skal tildeling skje i samråd med verje og hjelpeapparat. Søkjjar skal som hovudregel ha vore folkeregistrert i Volda kommune i 2 år, eller ha ei anna nær tilknytning til kommunen. Unntak er flyktningar som Volda kommune har avtale med staten om busetjing for, og ansvar for å framskaffe bustad til.

Formålet med kommunale bustadar er at det skal vere eit virkemiddel for å hjelpe vanskelegstilte på bustadmarknaden, og er som regel eit tidsavgrensa hjelpetiltak. Det er forventa at søkjjar meistrar ein busituasjon og dei pliktene som er knytt til den, eventuelt ved å ta imot ulike hjelpetiltak. Dersom søkjjar ikkje ynskjer å ta imot helse- og omsorgstenester som er rekna som naudsynte for å meistre ein busituasjon, kan søknaden bli avslått.

Tildeling/prioritering

Tildeling av bustad blir gjort utifrå ei samla vurdering og utifrå dei kriterier som ligg til grunn. Ved prioriteringa skal det leggest vekt på dei kvalifiserte søkjarane sine behov, og kva type bustader som er ledig. Søkjarar som etter ei samla vurdering har mest påtrengande bustad og/ eller teneste behov, skal prioriterast.

Leigetida for ein kommunal bustad blir sett opp i ei tidsbestemt leiekontrakt for 3 år etter § 9-3 i husleigelova. Søknad om fornying av leiekontrakt skal vurderast etter dei gjeldande kriteria, og må søkjast om i god tid før kontrakten går ut. Søkjarar med varig behov for bustad kan etter dei gjeldande kriteria få tildelt ein bustad over denne tida. Dette gjeld for personar over 60 år og andre vanskelegstilte som ikkje har moglegheit for å skaffe seg bustad.

Rådgeving og bustadfinansiering

Etter eitt år i kommunal bustad, vil ein få tilbod om samtale og rådgeving i forhold til kjøp av eigen bustad eller leige av bustad på det private marknad. Kommunen si ordning med startlån og butilskot vil bli vektlagt.

Sakshandsamingstid

Søknadar vert handsama ein gong i månaden i tildelingsmøte. All dokumentasjon og andre opplysningar må ligge ved søknaden.

Avslag og klage

Avslag på søknad om kommunal bustad og avslag på fornying av leigekontrakt skal vere skriftleg grunngjeve med opplysning om klageadgang, klagefrist og adressat for klage, jf. Forvaltningslova § 28. Om ein søkjar avslår tilbodet om bustad, vil søkjaren bli vurdert som uaktuell for tildeling av kommunal bustad.

Vedlegg 2

BEBUARAVTALE I KOMMUNAL GJENNOMGANGSBUSTAD

Føremål:

Føremålet er å gi eit stabilt bu og teneste tilbod. Gjennom denne avtalen vil vi sikre eit godt bumiljø og oppfylging i bustaden utifrå individuelle behov.

Oppfylging:

Bebuar forpliktar seg gjennom denne avtalen å ta i mot individuelt tilpassa oppfylging frå kommunen. Denne oppfylginga avtalast mellom tildelingskontoret og eigedomsavdelinga.

Ordensreglar:

1. Ein representant for kommunen skal sjå over husværet ved utflytting.
2. Leigar må ikkje installere naglefaste ting utan godkjenning frå kommunen.
3. Leigar må ikkje sette skruar eller spikrar inn i veggjar eller tak. Til å henge opp bilete eller ting på veggane må det nyttast X- krokar eller tråd ned frå taklista.
4. Leigar har ikkje høve til å opparbeide hage.
5. Leigar må nytte parkeringsplass som vert tilvist av kommunen.
6. Leigar skal sjølv syte for nødvendig plenklipping, snømoking og sandstrøing. Leigar har ansvar for å skaffe og sette opp eiga postkasse.
7. Leigarar av husvære med felles inngang må seg imellom bli samde om vask av vindfang og fellesrom.
8. Det er ikkje lov å røykje inne.
9. Ved tap av nøkkel vert ny utlevert ved betaling av kostnad for framskaffing av dette.
10. Trapperom og gangar skal til ei kvar tid vere ryddige og reine, dette gjeld uteområdet og. Barnevogner, ski, kjelkar, sykklar og andre ting må ikkje plasserast ved inngang eller felles vindfang slik at det sjenerer andre. Balkongar, vindu og gangar må ikkje brukast til resting av gulvtepper eller sengetøy slik at det er til ulempe for andre leigebuarar.
11. Det skal vere stille mellom klokka 23.00 og 07.00. Reperasjon og vedlikehald i bustaden som medfører støy, må ikkje utførast på helge- og høgtidsdagar, eller mellom klokka 22.00 og 07.00 på kvardagar. Musikkanlegg, TV og radioar må dempast så ein ikkje uroar andre.
12. For å hindre fukt og fuktskadar må leigetakar sørge for at luftventilar alltid er opne. Der dette ikkje finnes, eller dette ikkje er tilstrekkelig, må leigetakar sørge for god utlufting gjennom vindauge. **Anbefalar kjøp av luftavfuktar ved innflytting.**
13. Sjøppel skal leggast i søppeldunkane og skal vere innpakka. Viktig å sortere søppel rett.
14. Det er ikkje tillate med husdyr.
15. Klager på bu- miljøproblem må meldast skriftleg til Volda kommune v/ sektor Helse og omsorg, tildelingskontoret.

Reglar for HMS, innkludert brannvern i bustaden din:

1. I forhold til rutinar om helse, miljø og sikkerheit inkludert brannvern, forpliktar leigetakar til å samarbeide med kommunen på avtalte periodiske HMS rundar.
2. Farlege gjenstandar som knivar, spisse reiskap skal oppbevarast på eigen stad.

3. Bebuar må forhindre at der er innbu eller anna som ligg i nærleiken av kjelder der det kan oppstå varmeutvikling eller brann. Bebuar må passe på at kokeplater, levande lys brukast på en forsvarleg måte.
4. Bebuar må sørge for at det elektriske anlegget er intakt.

Kommunen har mynde til å låse seg inn i bustaden i fylgjande tilfelle:

- Ved bekymring for liv og helse.
- Ved uro og bråk.
- Når politiet har ransakings- eller pågripelseordre og bebuar ikkje opnar.
- Ved mistanke om at det oppheld seg uynskte personar i bustaden.
- Når bebuar ikkje opnar ved dei avtalte HMS- rundane.
- Etter individuelle avtaler.
- Når barnevernet må ha tilgang til bustad og bebuar ikkje opnar.

Ved brot på ordensreglar eller HMS- reglar:

Det vert gitt åtvaring i fylgjande tilfelle:

- Reiskap og gjenstandar som ligg framme og verkar truande.
- Nyttar rusmiddel i fellesareal eller uteareal.
- Gjentatte episoder med bråk og uro, særskilt etter kl 2300.

Volda kommune vil vurdere oppseiing ved:

- Manglande betaling for husleige på bustaden.
- Ved alvorlige eller gjentekne brot på ordensreglane og/eller HMS reglane.

Erstatningsansvar:

Ved hærverk i bustaden eller fellesareal, må ein regne med at det vert politimeldt og sendt krav om erstatning frå Volda kommune. Ved forsøpling som medfører rydding av kommunen, vert den enkelte bebuar fakturert for dette arbeidet.

Forsikring:

Leigar er sjølv ansvarleg for å teikne innbuforsikring.

Ved utflytting frå bustaden:

Eigendelar som vert ståande att vert kasta og leigar vert fakturert for dette. Leigar har ansvar for å levere bustaden tilbake i same stand som ved innflytting. Det vil seie rydda, reingjort og total nedvask av bustaden. Det vert gjort synfaring av representantar frå kommunen i etterkant, og ved manglande nedvask vert det sendt faktura.

Underteikna er innforstått med kva denne avtalen inneber av forplikningar. Leigetakar er innforstått med at manglande samarbeid over tid kan få konsekvensar for leigeforholdet i kommunen.

Vedlegg 3, Kartlegging

Det var delt inn i 10 målgrupper: Flyktning 1.gongs etablert (8), flyktning 2.gongs etablert (1), funksjonshemma (2), utviklingshemma (5), psykisk sjuk (6), rus (15), sosialt vanskelegstilt (5), anna funksjonshemming (2), økonomisk vanskelegstilt (5) og rus/psykisk sjuk (5).

Tabell 1, Målgrupper

År	Flyktn. 1.etabl	Flyktn. 2.etabl	Funksj.h	Utvikl.h	Psyk. lidingar	Rus	Sosiale vanskar	Andre Fuksj.h	Økonomi	Rop	SUM
2003	15		17	7	10	4	6	2	3		64
2009	8	1	2	5	6	15	5	2	5	5	54
2015	11	1	1	1	4	6	1	1	4	6	36

Tabell 2, noverande buforhold

	Flyktn. 1.etabl	Flyktn 2.etabl.	Funksj. hemma	Utvikl. Hemma.	Psyk. liding	Rus	Sosiale vanskar	Anna funksjh.	Økon. vansk	ROP	SUM
Har ingen bustad-Problem.					1						1
Utan eigd eller leigd bustad.	5			1	1	3			3	1	14
Står i fare for å miste bustad.		1					1			3	5
Uegna.	6		1		2	3		1	1	2	16
Behovet opphørt											0
SUM	11	1	1	1	4	6	1	1	4	6	36

Tabell 3, Tiltrådde tiltak

Tiltrådde tiltak i noverande bustad	Flyktn. 1.etabl	Flyktn 2.etabl.	Funksj. hemma	Utvikl. Hemma.	Psyk. liding	Rus	Sosiale vanskar	Anna funksjh.	Økon. vansk	ROP	SUM
Tilpassing av bustad			1		1	1		1			4
Fornyng av kontrakt		1									1
Økonomisk hjelp	1					3	1		3	1	9
Personleg hjelp											0
Praktisk bistand										5	5
Burettleiing	10			1	3	2			1		17
Sum	11	1	1	1	4	6	1	1	4	6	36
Anbefaler annan bustad	Flyktn. 1.etabl	Flyktn 2.etabl.	Funksj. hemma	Utvikl. Hemma.	Psyk. liding	Rus	Sosiale vanskar	Anna funksjh.	Økon. vansk	ROP	SUM
Ordinær bustad utan oppfølging	11				2	4		1	3		21
Ordinær bustad med oppfølging			1	1	1	1			1	1	6
Samlokalisert bustad utan oppfølging											0
Samlokalisert bustad med oppfølging					1	1				5	7
SUM	11	0	1	1	4	6	0	1	4	6	34

Gjennomførte tiltak

3.3.4.1 Flyktningar, 1 gangs etablert

3 familiar har fått tildelt større kommunal bustad, to har fått depositumsgaranti ved NAV og to har fått innvilga statleg bustøtte.

3.3.4.2 Flyktningar, 2 gangs etablert

1 brukar har fått fornya kontrakt i kommunal gjennomgangsbustad,

3.3.4.3 Funksjonshemma

1 brukar har fått fornya kontrakt i kommunal gjennomgangsbustad med praktisk bisyand og tilpassing av bustad til universal utforming.

3.3.4.4 Utviklingshemma

Ingen gjennomførte tiltak

3.3.4.5 Psykisk liding

Fire brukarar har fått tildelt praktisk bistand, to har fått statleg bustøtte og supplerande sosialhjelp, ei har fått depositumsgaranti med NAV. Ein har fått tilpassing av bustad.

3.3.4.6 Rus

Seks har fått praktisk bistand, ein har fått depositumsgaranti og supplerande sosialhjelp

3.3.4.7 Sosiale vanskar

Ein har fått kommunal bustøtte og supplerande sosialhjelp.

3.3.4.8 Anna funksjonshemming

Ein har fått personleg hjelp og depositumsgaranti frå NAV.

3.3.4.9 Økonomisk vanskeligstilte

To har fått praktisk bistand. Ein familie har fått innvilga startlån.

3.3.4.10 ROP

Seks har fått praktisk bistand og tre har fått supplerande sosialhjelp, fem har fått depositumsgaranti og tre har fått statleg bustøtte og ein har fått fornya kontrakt i privat bustad.

Vedlegg 4, Oversikt over utbetalte økonomiske verkemiddel

Volda kommune, 2009 - 2015						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Startlån						
Overførte midlar	kr 2 587 536	kr 3 987 536	kr 2 725 536	kr 6 345 536	kr 10 707 203	kr 6 477 878
Utbetalt frå Husbanken	kr 7 000 000	kr 7 000 000	kr 14 000 000	kr 11 618 292	kr 5 500 000	kr 4 000 000
Totalt til vidaretildeling	kr 9 587 536	kr 10 987 536	kr 16 725 536	kr 17 963 828	kr 16 207 203	kr 10 477 878
Innvilga	9	19	22	19	16	
Totalt utbetalt	kr 5 600 000	kr 8 262 000	kr 10 380 000	kr 7 256 625	kr 9 729 325	kr 4 647 775
Gj.snittleg beløp	kr 622 222	kr 434 842	kr 471 818	kr 381 928	kr 608 083	
Aktive førehandsgodkjenningar	kr 0	kr 0	kr 1 560 000	kr 7 730 000	kr 500 000	kr 2 400 000
Vedteke, ikkje utbetalt	kr 1 245 000	kr 2 700 000	kr 2 850 000	kr 2 625 000	kr 460 000	kr 2 600 000
Ikke utbetalte midlar	kr 3 987 536	kr 2 725 536	kr 6 345 536	kr 10 707 203	kr 6 477 878	kr 5 830 103
Tilskot til tilpasning						
Overførte midlar	kr 55 000	kr 15 000	kr 0	kr 10 000	kr 210 000	kr 195 063
Utbetalt frå Husbanken	kr 150 000	kr 25 000	kr 50 000	kr 200 000	kr 0	
Totalt til vidaretildeling	kr 205 000	kr 40 000	kr 50 000	kr 210 000	kr 210 000	kr 195 063
Innvilga	6	1	1	0	1	3
Totalt utbetalt	kr 190 000	kr 40 000	kr 40 000	kr 0	kr 14 937	kr 120 000
Gj.snittleg beløp	kr 31 667	kr 40 000	kr 40 000	kr 0	kr 14 937	kr 40 000
Aktive førehandsgodkjenningar	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 40 000	0
Vedteke, ikkje utbetalt	kr 110 000	kr 0	kr 0	kr 0	kr 40 000	0
Ikke utbetalte midlar	kr 15 000	kr 0	kr 10 000	kr 210 000	kr 195 063	kr 75 063
Tilskot til etablering *						
Overførte midlar	kr 473 540	kr 673 540	kr 208 540	kr 208 540	kr 408 540	kr 608 540
Utbetalt frå Husbanken	kr 200 000	-kr 25 000	kr 250 000	kr 200 000	kr 300 000	kr 200 000
Totalt til vidaretildeling	kr 673 540	kr 648 540	kr 458 540	kr 408 540	kr 708 540	kr 808 540
Innvilga	0	2	2	0	3	2

Vedlegg 5 Rapport «Samordning av bustadsosialt arbeid i Volda kommune»

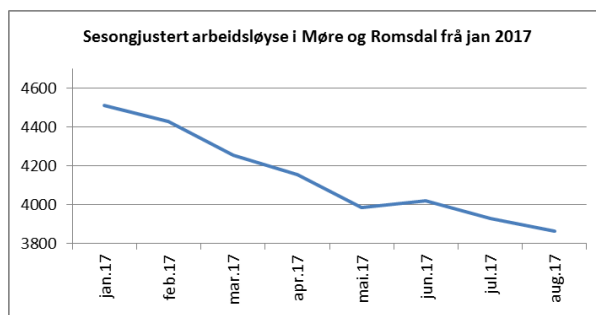
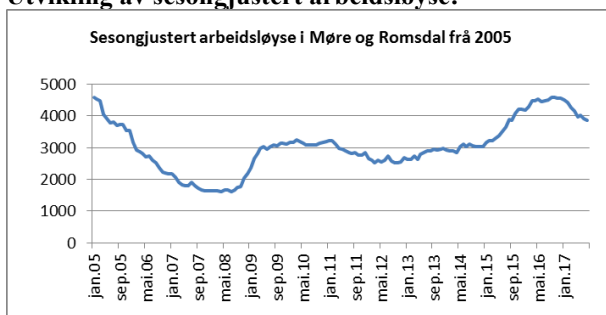
PS 4/17 Orienteringssaker

Lågaste arbeidsløyse på 2 år

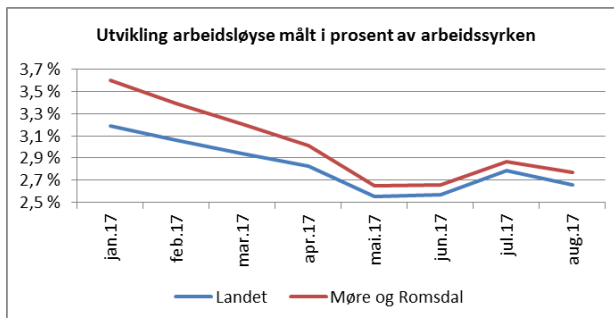
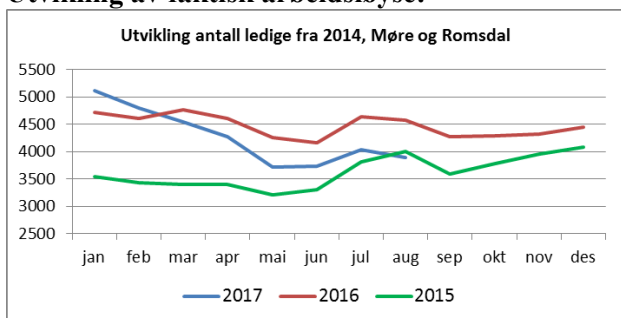
Den gode utviklinga vi har hatt på arbeidsmarknaden i første halvdel av 2017 held fram også frå juli til august. I Møre og Romsdal har vi nå lågare arbeidsløyse enn det vi hadde for 2 år sidan. Det har også vore god utvikling i landet i same periode, og arbeidsløyseprosenten i landet ligg framleis 0,1 prosentpoeng lågare enn arbeidsløysa i vårt fylke. Arbeidsløysa fell siste månadan både på Nordmøre, på Sunnmøre og i Romsdal. På Nordmøre er det god utvikling i dei fleste kommunane, og område har fått færre arbeidslause den siste månadan tross at det er blitt fleire arbeidslause i Kristiansund.

I tillegg til dei vanlege oversiktane i tidlegare pressemeldingar, har vi nå utvida med oversikt over utvikling på aldersgrupper, spesielt på ungdom under 30 år, samt arbeidsløysa fordelt på yrke. Det har vore ei lita auke i talet på ledige under 30 år den siste månadan. Denne aldersgruppa har likevel hatt ei god utvikling over tid, og samla for alle under 30 år har reduksjonen det siste året vore over 17 prosent. Blant yrker er det størst prosentvis fall i arbeidsløysa innan yrkene ingeniør og IKT-fag, seier fylkesdirektør Stein Veland.

Utvikling av sesongjustert arbeidsløyse:



Utvikling av faktisk arbeidsløyse:



I august 2017 er det 3 895 personar heilt utan arbeid i Møre og Romsdal. Det utgjer 2,8 prosent av arbeidsstokken og er ein nedgang i arbeidsløysa på 14,8 prosent frå same månad i fjor.

I august 2017 har vi 903 arbeidssøkjalar i ulike arbeidsmarknadstiltak, 344 fleire enn i august 2016. Til saman gjev dette ei brutto arbeidsløyse på 4 798 personar i fylket. Arbeidsløysa i Møre og Romsdal er no 2,2 prosent for kvinner og 3,2 prosent for menn.

I landet er det 73 918 heilt arbeidslause. Dette er 2,7 prosent av arbeidsstokken, og er ein nedgang på 12,7 prosent samanlikna med same periode i fjor.

NAV MØRE OG ROMSDAL

Post- og besøksadresse: Gotfred Lies plass 3 // 6415 Molde

Kontaktperson: Fylkesdirektør Stein Veland, tlf. 930 33 656

Neste publisering av statistikk om arbeidsmarknaden: 29. september 2017

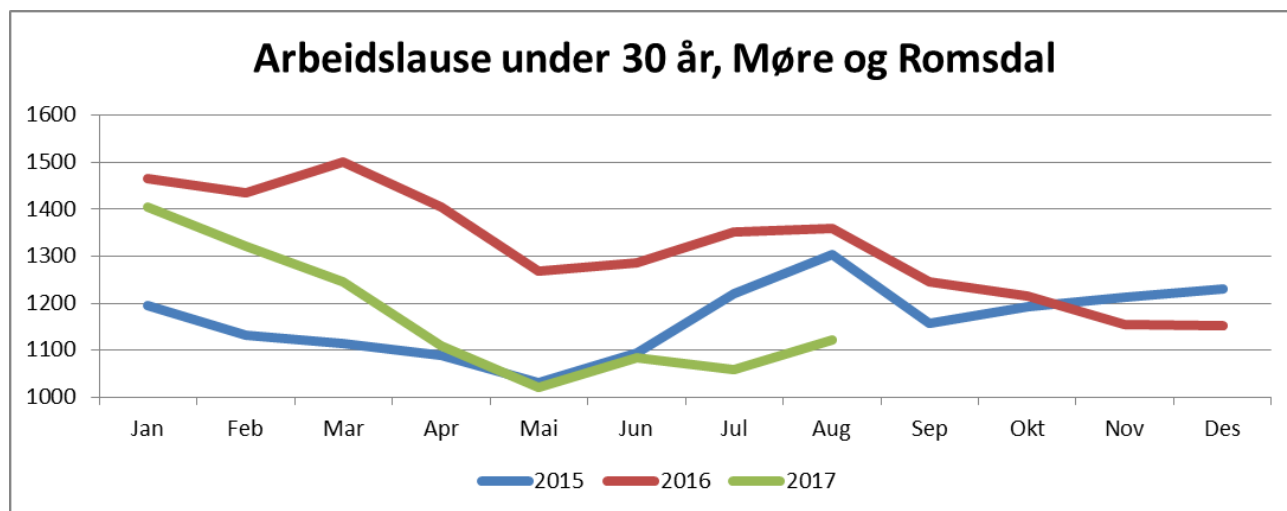
Ved publisering av tall frå denne pressemeldinga skal NAV Møre og Romsdal oppgis som kilde.

Utviklinga i arbeidsløyse fordelt på alder

Tabellen under syner at arbeidsløysa har blitt mest redusert blant dei mellom 25 og 30 år. Samla fell arbeidsløysa blant dei under 30 år med over 17 prosent det siste året, ei noko betre utvikling enn for alle aldersgrupper samla.

Aldersgruppe	aug.17	aug.16	endring siste år	Endring prosent siste år
19 år og under	98	112	-14	-13 %
20-24 år	495	566	-71	-13 %
25-29 år	530	681	-151	-22 %
30-39 år	1045	1230	-185	-15 %
40-49 år	764	942	-178	-19 %
50-59 år	588	654	-66	-10 %
60 år og over	375	386	-11	-3 %
Totalsum	3895	4571	-676	-15 %

Ungdom under 30 år er ei aldersgruppe som har spesielt høg prioritet i NAV sitt oppfølgingsarbeid. Vi ser at talet på arbeidslause i denne aldersgruppa no er lågare enn den var på same tid i 2015 og 2016.



Utviklinga i arbeidsløyse fordelt på yrke

Det siste året har vi hatt nedgang i arbeidsløysa blant alle yrkesgrupper sett bort frå ei lita auke blant dei med yrkesbakgrunn innan undervisning.

Yrkesbakgrunn	aug.17	aug.16	endring	Endring prosent
Akademiske yrker	35	58	-23	-40 %
Barne- og ungdomsarbeid	191	226	-35	-15 %
Butikk- og salgsarbeid	363	438	-75	-17 %
Bygg og anlegg	513	654	-141	-22 %
Helse, pleie og omsorg	212	237	-25	-11 %
Industriarbeid	779	899	-120	-13 %
Ingen yrkesbakgrunn eller uoppgitt	208	216	-8	-4 %
Ingeniør- og ikt-fag	284	387	-103	-27 %
Jordbruk, skogbruk og fiske	143	153	-10	-7 %
Kontorarbeid	296	345	-49	-14 %
Ledere	42	45	-3	-7 %
Meglere og konsulenter	102	131	-29	-22 %
Reiseliv og transport	340	391	-51	-13 %
Serviceyrker og annet arbeid	298	308	-10	-3 %
Undervisning	89	83	6	7 %
Totalsum	3895	4571	-676	-15 %

August 2017 fordelt på regioner

Sunnmøre	Romsdal	Nordmøre	Sum
21	5	9	35
98	52	41	191
198	83	82	363
279	111	123	513
111	53	48	212
471	152	156	779
111	45	52	208
171	50	63	284
82	26	35	143
170	51	75	296
25	8	9	42
58	17	27	102
186	77	77	340
158	55	85	298
49	16	24	89
2188	801	906	3895

**Talet på helt ledige -
August 2017**

Fylke	Menn	Kvinner	Sum	I prosent av arbeidsstokken	Endring siste mnd	Endring siste år
01 Østfold	2 152	2 109	4 261	3,0 %	-121	-459
02 Akershus	3 528	3 342	6 870	2,1 %	-285	-1 073
03 Oslo	5 611	4 926	10 537	2,8 %	-750	-1 471
04 Hedmark	998	881	1 879	1,9 %	-44	-338
05 Oppland	810	738	1 548	1,6 %	-25	-334
06 Buskerud	1 950	1 796	3 746	2,5 %	-298	-293
07 Vestfold	2 071	1 713	3 784	3,0 %	-229	-164
08 Telemark	1 363	1 070	2 433	2,8 %	-136	-229
09 Aust-Agder	1 100	776	1 876	3,3 %	-17	-355
10 Vest-Agder	1 742	1 245	2 987	3,2 %	-118	-553
11 Rogaland	5 694	3 896	9 590	3,8 %	-529	-2 158
12 Hordaland	5 042	3 378	8 420	3,0 %	-567	-1 368
14 Sogn og Fjordane	596	358	954	1,6 %	1	19
15 Møre og Romsdal	2 456	1 439	3 895	2,8 %	-132	-676
16 Sør-Trøndelag	2 266	1 719	3 985	2,3 %	-60	-402
17 Nord-Trøndelag	871	693	1 564	2,2 %	20	-95
18 Nordland	1 535	1 109	2 644	2,1 %	-23	-552
19 Troms	1 032	730	1 762	2,0 %	-58	-86
20 Finnmark	758	413	1 171	2,9 %	-148	-162
99 Ikke i et fylkesdistrikt	7	5	12		6	-2
Riket	41 582	32 336	73 918	2,7 %	-3 513	-10 751

I tabellen under inngår Eide i Romsdal og Sandøy i Sunnmøre

Region	Menn	Kvinner	Sum	I prosent av arbeidsstokken	Endring siste mnd	Endring siste år
Sunnmøre	1344	844	2188	2,8 %	-97	-250
Romsdal	581	325	906	2,7 %	-11	-190
Nordmøre	531	270	801	2,7 %	-24	-236
Fylket	2 456	1 439	3 895	2,8 %	-132	-676

**Talet på helt ledige –
August 2017**

Kommune	Menn	Kvinner	Sum	I prosent av arbeidsstokken	Endring siste mnd	Endring siste år
1502 Molde	218	123	341	2,4 %	-6	-111
1504 Ålesund	376	269	645	2,5 %	-39	-183
1505 Kristiansund	342	171	513	4,2 %	16	-185
1511 Vanylven	14	10	24	1,5 %	-5	-1
1514 Sande	32	13	45	3,4 %	-7	4
1515 Herøy	122	95	217	4,7 %	-24	28
1516 Ulstein	171	91	262	5,7 %	5	48
1517 Hareid	99	59	158	5,9 %	3	11
1519 Volda	74	41	115	2,5 %	0	0
1520 Ørsta	97	57	154	2,7 %	6	-18
1523 Ørskog	13	5	18	1,5 %	0	-13
1524 Norddal	5	3	8	0,9 %	0	-7
1525 Stranda	32	12	44	1,7 %	3	-13
1526 Stordal	6	5	11	2,1 %	0	-1
1528 Sykkylven	50	20	70	1,7 %	-18	-11
1529 Skodje	32	23	55	2,2 %	-9	-18
1531 Sula	49	40	89	1,8 %	-15	-31
1532 Giske	50	36	86	2,0 %	-3	-8
1534 Haram	118	59	177	3,6 %	8	-35
1535 Vestnes	62	43	105	3,0 %	17	-21
1539 Rauma	52	26	78	2,0 %	-24	-55
1543 Nesset	34	13	47	3,1 %	0	-4
1545 Midsund	19	10	29	2,8 %	-12	-6
1546 Sandøy	4	6	10	1,5 %	-2	-2
1547 Aukra	57	22	79	4,4 %	6	15
1548 Fræna	110	67	177	3,4 %	5	9
1551 Eide	29	21	50	2,7 %	3	-17
1554 Averøy	40	26	66	2,2 %	-13	-1
1557 Gjemnes	15	8	23	1,7 %	1	-11
1560 Tingvoll	19	11	30	2,0 %	-5	4
1563 Sunndal	27	15	42	1,1 %	-18	-34
1566 Surnadal	35	11	46	1,5 %	-4	-1
1567 Rindal	10	4	14	1,3 %	0	0
1571 Halså	8	10	18	2,4 %	1	5
1573 Smøla	7	7	14	1,2 %	-3	-8
1576 Aure	28	7	35	1,9 %	1	-5
Sum	2 456	1 439	3 895	2,8 %	-132	-676

Ber om at vedlegget vert sett på saklista som orienteringssak for Tenesteutval for helse og omsorg.

Sendt fra min Samsung Galaxy-smarttelefon.

----- Opprinnelig melding -----

Fra: "Veland, Stein Atle" <Stein.Atle.Veland@nav.no>

Dato: 05.09.2017 16:14 (GMT+01:00)

Til: anders.skipnes@frana.kommune.no, "Andreas Chr. Nørve" <andreas.chr.norve@vanylven.kommune.no>, Anita Ørsal Oterholm <anita.orsal.oterholm@halsa.kommune.no>, Anne Berit Løset <anne.berit.loset@stordal.kommune.no>, anne grete klokset <anne.grete.klokset@nesset.kommune.no>, Arild Kjersem <arild.kjersem@frana.kommune.no>, Arne Ingebrigtsen <arne.ingebrigtsen@kristiansund.kommune.no>, Arne Sverre Dahl <arne.sverre.dahl@molde.kommune.no>, Astrid Eidsvik <astrid.eidsvik@alesund.kommune.no>, "Bente Vikhagen (Bente.glomset.vikhagen@skodje.kommune.no)" <Bente.glomset.vikhagen@skodje.kommune.no>, Birgit Reisch <bire@rindal.kommune.no>, birgit.eliassen@gjemnes.kommune.no, Einar Vik Arset <einar.arset@ulstein.kommune.no>, Gudmund Sandnes <gudmund.sandnes@vanylven.kommune.no>, Ketil Ugelvik <ketil.ugelvik@midsund.kommune.no>, Kirsten Stensø Skaget <kirsten.skaget@smola.kommune.no>, Knut Haugen <knut.haugen@surndal.kommune.no>, Knut Mostad <knut.mostad@averoy.kommune.no>, Leon Aurdal <leon.aurdal@sula.kommune.no>, "Marit Elisabeth Larsen (mela@giske.kommune.no)" <mela@giske.kommune.no>, Martin Olav Folde <martin.olav.folde@aure.kommune.no>, Oddbjørn Vassli <oddbjorn.vassli@rauma.kommune.no>, Olaug Haugen <olaug.haugen@tingvoll.kommune.no>, Olaus-Jon Kopperstad <olaus-jon.kopperstad@heroy.kommune.no>, Ole bjørn Moen <olebjorn.moen@eide.kommune.no>, Ole-Johan Lillestøl <ole-johan.lillestol@sykkylven.kommune.no>, Per Ivar Lied <perlie@stranda.kommune.no>, Randi Dyrnes <randi.dyrnes@sunndal.kommune.no>, Rune Sjurgard <Rune.Sjurgard@volda.kommune.no>, Synnøve Vasstrand Synnes <sysy@orskog.kommune.no>, Tone Roaldsnes <tone.roaldsnes@vestnes.kommune.no>, Tor Helge Stavdal <tor.helge.stavdal@norddal.kommune.no>, Turid Hanken <turid.hanken@haram.kommune.no>, Verner Larsen <verner.larsen@ulstein.kommune.no>, Wenche Solheim <Wenche.Solheim@orsta.kommune.no>, Åse Elin Hole <asehol@stranda.kommune.no>

Emne: Pressemelding arbeidsmarkedet august 2017.docx

Dere har sikkert registrert at det mange steder i fylket går bedre på arbeidsmarkedet. Pressemeldingen vi sendte ut på fredag har også litt informasjon om hvordan det bildet ser ut for ungdom i fylket. Sitasjonen i hver enkelt kommune finner du på side fire.

Ha en strålende ettermiddag!

Med vennlig hilsen

Stein A Veland

Fylkesdirektør

NAV Møre og Romsdal

93033656

Prosjektrapport

Framtidig legevakt på

Søre Sunnmøre



Sjustjerna helse og omsorg

Samarbeidsorgan for helse og omsorgstenester på Søre Sunnmøre

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

Oppsummering

Bakgrunn

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

Status og utfordringsbilde

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

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

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

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

Tre modellar

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

Modell A

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

Modell B

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

Modell C

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

Lokalisering

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

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

Konklusjon

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

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

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

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

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

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

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

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

Bakgrunn

Mandat

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

Tilråding frå Rådmannen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prosjektarbeidet

Organisering og arbeidsform

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

<https://docs.google.com/document/d/1RC7dofX7st2rHUutdsDAE52OmPdf2OQV5LRP211Ci0/edit>



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

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

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

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

Den formelle prosjektorganisasjonen har hatt desse møta:

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

Samarbeid med andre

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

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

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

Om legevakt og forklaring av begrep

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

Legevakt har fleire funksjonar:

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

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

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

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

Nasjonal status og utfordringsbilde

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

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

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

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

Status

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

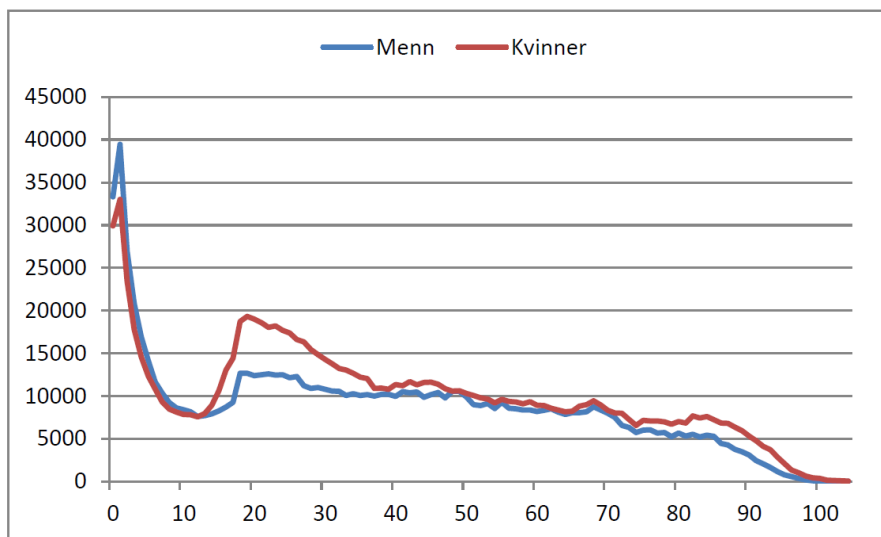
Tabellen og figurane i dette kapittelet er henta frå [“Årsstatistikk fra legevakt”](#) frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin.

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

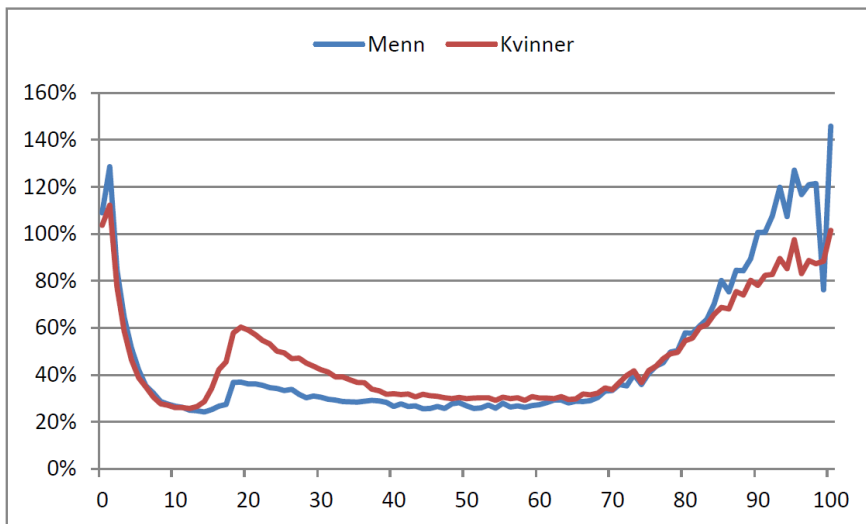
Tabellen viser ei oversikt over kontaktar og kva form kontaktane har. Frekvensen av sjukebesøk har gått kraftig ned sidan 1995 då legevaktene utførte omlag 685 000 sjukebesøk i året. Delar av denne utviklinga var ønska, men den siste tida har ein sett på dette som ein negativ trend. Store interkommunale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

Kjønns og aldersvariasjon

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

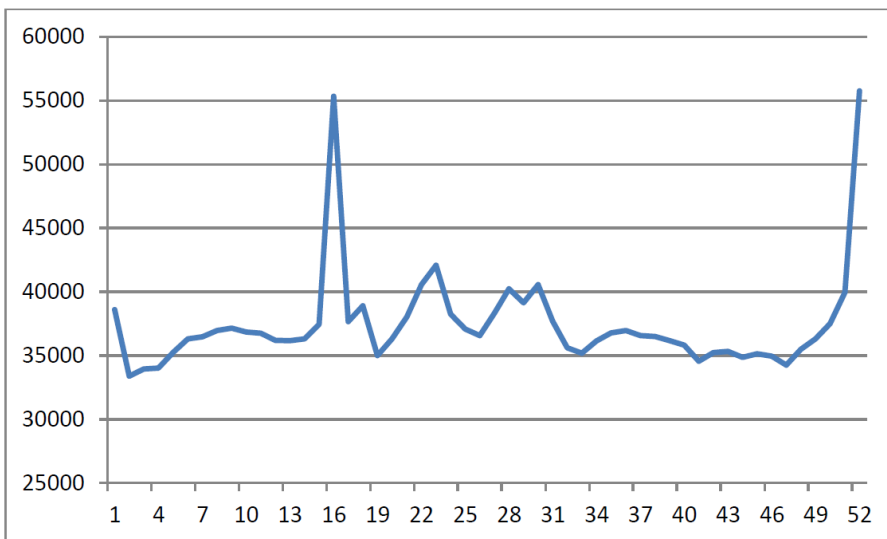


Det er altså born som står for flest kontaktar med legevakt. Dette heng saman med demografien, og om ein ser på kontaktratar blir bilete noko anna. Det er dei eldste som brukar legevakta oftast.

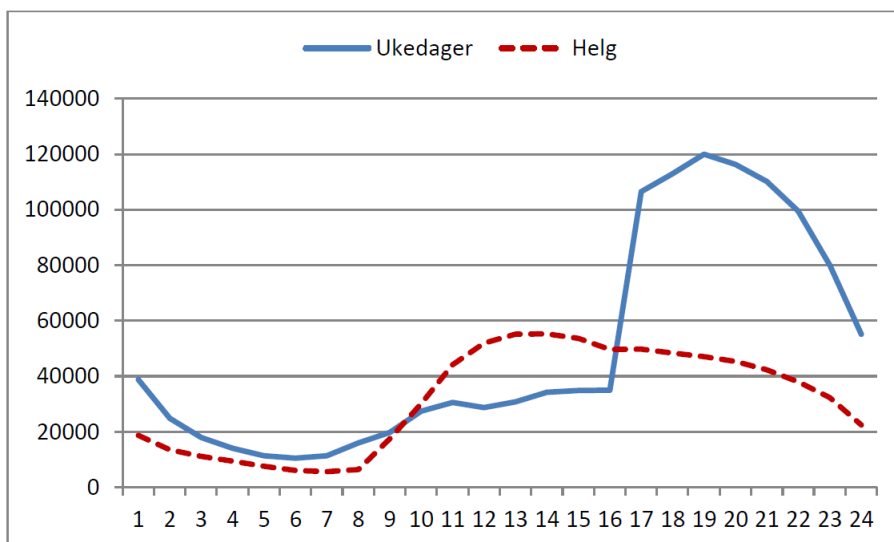


Års og døgnvariasjonar

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



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



Fordeling på hastegrad

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

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

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

Reiseavstand

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

Fastlegar i legevakt

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

Utfordringsbilde

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

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

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

Relevante lover, forskrifter, avtalar og utgreiingar

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

[Helse og omsorgstenestelova](#)

[Akuttmedisinforskrifta](#)

[Forskrift om fastlegeordninga](#)

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

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

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

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

Lokal legevakt i dag

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

Gjennom døgnet

Dagtid kvardagar

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

Kveld og dagtid helgar

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

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

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

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

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

Natt

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

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

Hornindal

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

Overgrepsmottaket

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

Legevaktsentral

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

Lokal bruk av legevakt

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

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

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

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

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

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

Krav, forventningar og tilgang på ressursar

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

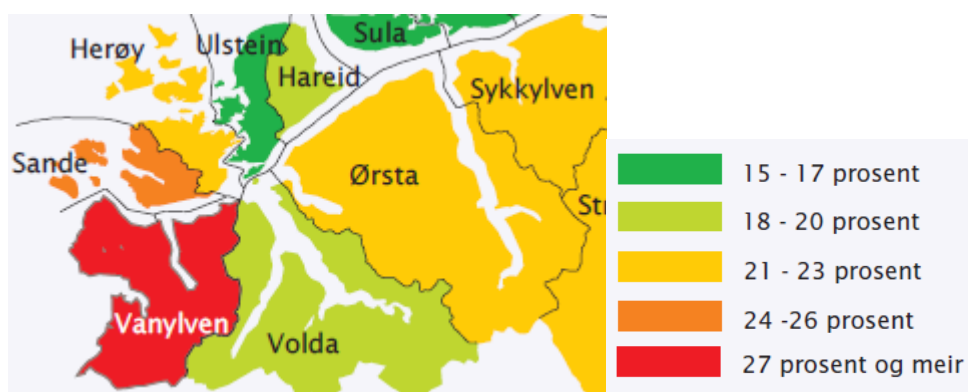
Nokre krav er heilt eintydige ut i frå lov og forskrift, andre er litt meir uklare, men vil bli presiserte i rettleiar for tenesta som er under utarbeiding i helsedirektoratet. Kunnskap om kva som med stort sannsyn kjem er basert på sterke signal i innlegg som har vore heldt på nasjonale legevaktskonferansar.

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

Ei teneste for alle

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

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



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

Kompetansekrav

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

Kompetansekrav legevakt:

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

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

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

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

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

Personell

Behov

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

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

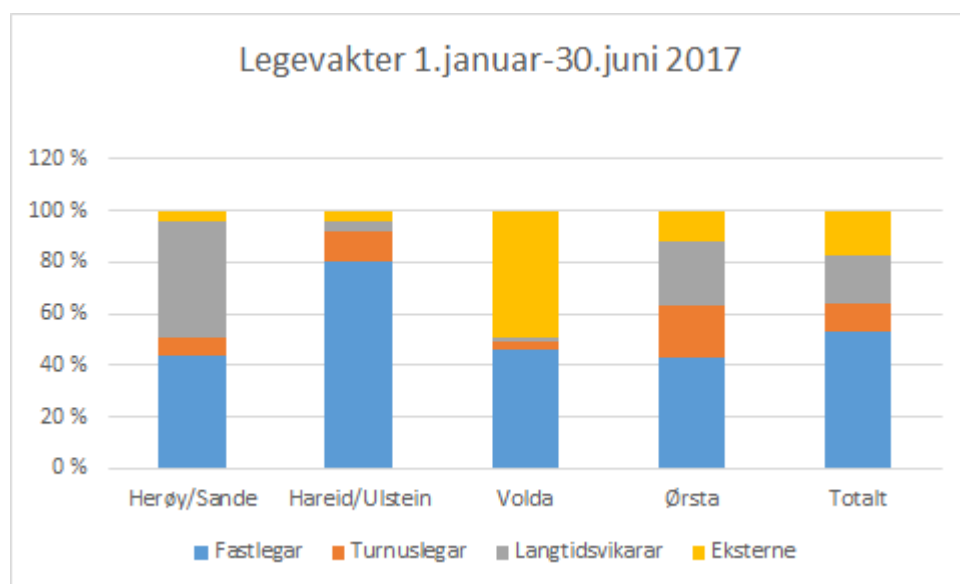
Å vere to på jobb handlar ikkje berre om pasienttrykkleik, men også om tryggleiken for legen som arbeidstakar. På legevakt møter ein menneske i alle slags situasjonar og kriser, og det er ikkje uvanleg med rus og voldsproblematikk. Få andre, om nokon, yrkesgrupper har i dag ein arbeidssituasjon der dei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

Moglegheiter og avgrensingar

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

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

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



Illustrasjon av del av legevakter tatt av fastlegar i vårt distrikt

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

Oversikt over fastlegeheimlar og legar som deltek i vakt i distriktet

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

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

Hjelpepersonell

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

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

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

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

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

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

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

Lokale og utstyr

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

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

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

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

Transport

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

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

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

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

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

Systemansvar og trening

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

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

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

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

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

Økonomi

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

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

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

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

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

Lønn til legane

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

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

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

Reiseavstand og tilgang til tenesta

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

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

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

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

Reiseavstand i minutt

Reiseavstand Myrvåg-Furene 23 min

Reiseavstand Ulsteinvik-Furene 28 min

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

Kjelde: gulesider.no

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

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

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

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

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

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

Samarbeid med anna personell

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

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

Ambulansetenesta

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

ØHD-senger og sjukeheimane generelt

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

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

Sjukehus

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

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

Psykisk helsevern

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

Andre kommunale tenester

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

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

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

Fleire kommunar

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

Legevaktsentralen og ny legevakt

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

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

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

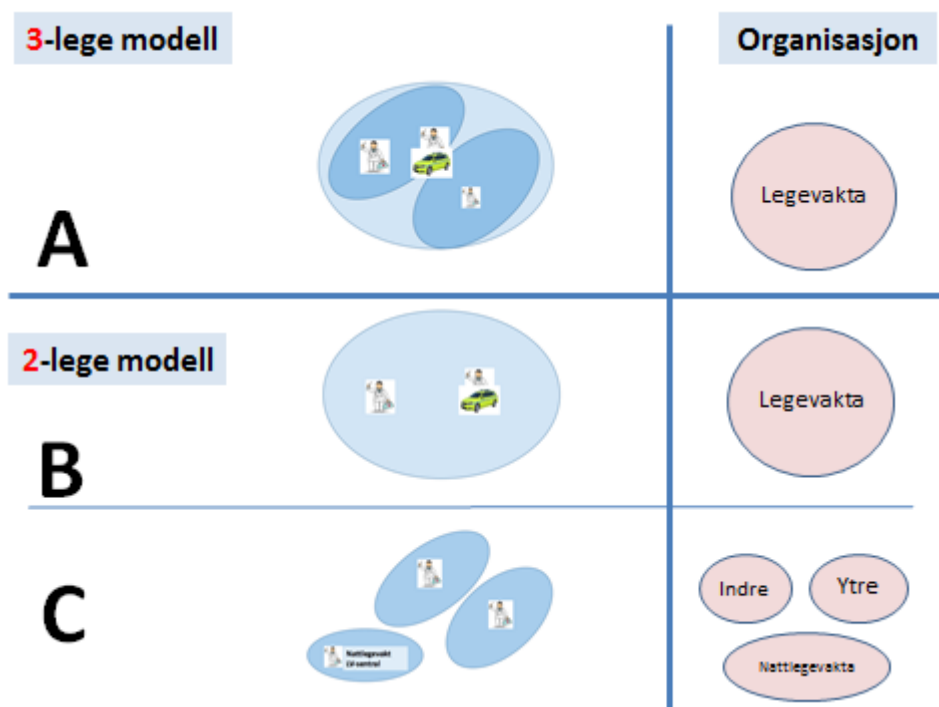
Vanylven er ikkje ein del av dette utgreiingsprosjektet, men har felles legevaktsentralavtale med HMR ved Volda sjukehus saman med dei andre kommunane. Det er lite sannsynleg at Vanylven vil halde fram med denne ordninga viss dei andre kommunane trekk seg ut og driv legevaktsentralen sjølve.

Tre modeller for ny organisering av legevakta

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

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

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



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

Generelt om organisasjonsomgrepet:

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

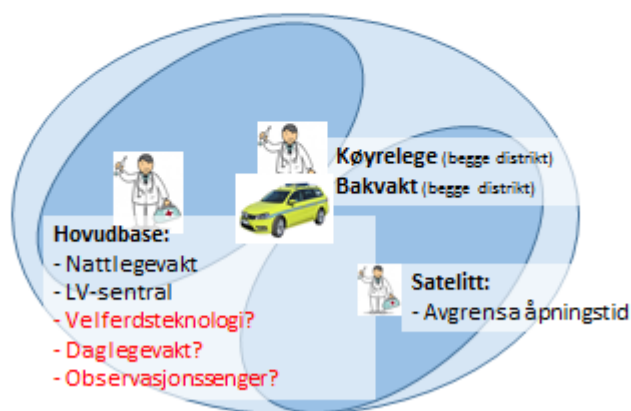
Etter ein kort presentasjon av kvar modell kjem det ei momentliste som viser fordelar og ulemper som har kome fram i prosjektarbeidet så langt.

Modell A

2 distrikt, 3 aktive legar:

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

Nattlegevakt og LV-sentral på basen. Éin organisasjon.



Presentasjon av modell

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

Fordelar

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

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

Ulemper

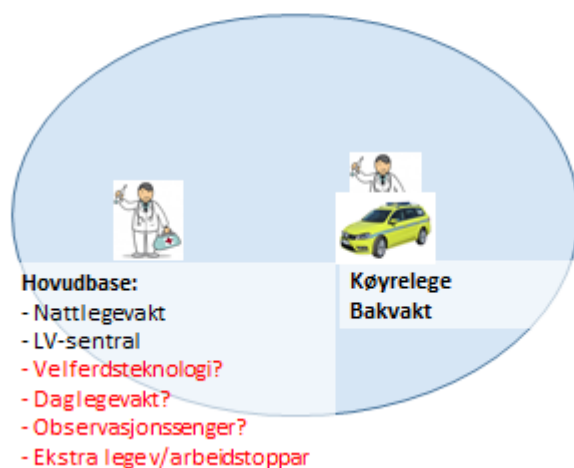
- Mange vakter som skal fyllast opp av legar og behov for hjelpepersonell på to ulike lokalisasjonar. Ressurskrevjande, både med tanke på legar og støttepersonell
- To lokale skal vere utstyrt til legevakt
- Innbyggjarane får ulike stadar dei skal ta kontakt til ulike tider av døgnet
- Sveikka organisasjonstilknytning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

Modell B

1 distrikt, 2 aktive legar:

- stasjonær på basen
- køyrelege (og bakvakt)

Nattlegevakt og LV-sentral på basen. Éin organisasjon.



Presentasjon av modell

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

Fordelar

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

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

Ulemper

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

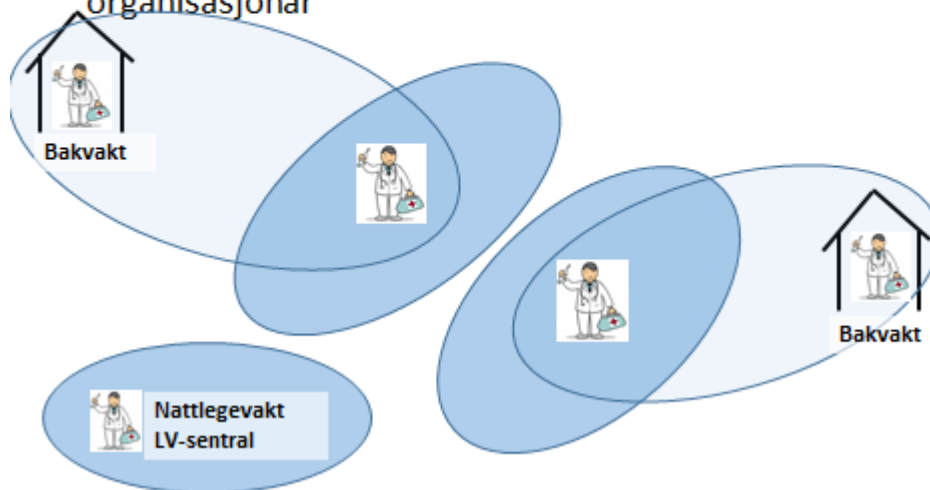
Modell C

2 distrikt, 2 aktive legar, evt. 2 bakvakter

- distrikt 1 (+ evt. bakvakt)

- distrikt 2 (+ evt. bakvakt)

inga køyreordning, eiga nattlegevakt, 3 organisasjonar



Presentasjon av modell

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

Fordelar

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

Ulemper

- Det vil vere behov for bakvakt i ordninga for å fylle kompetansekrava og ein må bruke kvilande heimebakvakt. Til tider vil denne ordninga krevje fire legar på vakt samtidig i regionen.
- Tre ulike organisasjonar gjer det uklart for samarbeidspartar kvar dei kan ta kontakt.
- Det vil vere vanskelegare å få til kvalitetsarbeid og fagutvikling i mindre einheiter.

- Arbeidsbelastninga til legen på basen vil i periodar vere så høg at det vil vere vanskeleg å få tid til å prioritere sjukebesøk og utrykkingar saman med ambulansen. Dårlegare mobilitet gir eit svakare tilbod til ikkje-mobile innbyggjarar, inkludert sjukeheimspasientar.
- Ved større hendingar vil ein mangle bufferkapasitet til å handtere ordinær aktivitet parallelt
- Tre organisasjonar vil gi behov for meir administrative ressursar totalt sett.
- Færre tilsette i kvar legevakt gjer at organisasjonane blir meir sårbare for endringar i tilsettingar, både for legar og hjelpepersonell.
- Kvar lege må forholde seg til to ulike legevaktorganisasjonar (nattlegevakt og kveldslegevakt)
- LV-sentralen må halde fram ved nattlegevakta på sjukehuset og ein får ikkje nytta potensiale i arbeidskapasiteten og kompetansen til dei som jobbar i ordninga.

Legevakt om natta

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

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

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

Lokalisering

Volument av pasientar som får omvegar

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

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

Ved modell A:

Hovudbase i	Fordel	Ulempe
Volda Nærlokalisering med akuttmottak	Synergi med sjukehusmottaket <ul style="list-style-type: none"> - LV-sentral - nattlegevakt, støttepersonell - røntgen og avlastning av kirurgisk poliklinikk - viss ambulansane blir ved sjukehuset: Enkelt for legen å vere med på utrykking Stor moglegheit for at eksisterande personellgruppe ved LV-sentral med høg kompetanse og erfaring i LV-formidling blir med vidare Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Vanskelegare å etablere felles organisasjonstilknytning for legar og sjukepleiarar Lågare terskel for sjukehusinnleggingar (?) på natt Omveg for pasientar frå Ørsta som bør til Ålesund (born, psykiatri). Kan delvis kompensere av køyrelegeordning.
Furene Nærlokalisert med ambulansesestasjon	Synergi med ambulansesestasjon <ul style="list-style-type: none"> - samtrening (dagtid) - støttepersonell legevaktsbil - enkelt for legen å vere med på utrykking Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Noko auka drop-in på sjukehuset på kveld og natt, vanskelegare å rute vidare til legevakt. Ikkje mogleg med avlastande samarbeid med kir.pol/røntgen Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning. Meir usikkert om LV får rekruttert personell frå eksisterande fagmiljø ved LV-sentralen.
Ytre (Ulsteinvik eller Myrvåg)	Nærleik til flest av innbyggjarane Nærleik til Ålesund sjukehus?	Noko auka av drop-in på sjukehuset (avhengig av opningstidene for ein satellitt på indre), mykje vanskelegare å rute vidare

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

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

Ved modell B:

Hovudbase i	Fordel	Ulempe
<p>Volda</p> <p>Nærlokalisering akuttmottak</p>	<p>Synergi med sjukehusmottaket</p> <ul style="list-style-type: none"> - LV-sentral - nattegevakt, støttepersonell - røntgen og avlastning av kirurgisk poliklinikk - viss ambulansane blir ved sjukehuset: Enkelt for legen å vere med på utrykking <p>Stor moglegheit for at eksisterande personellgruppe ved LV-sentral med høg kompetanse og erfaring i LV-formidling blir med vidare</p> <p>Moglegheit for utviding til fleire kommunar</p>	<p>Vanskelegare å etablere felles organisasjonstilknytning for legar og sjukepleiarar</p> <p>Lågare terskel for sjukehusinnleggingar (?) på natt</p> <p>Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning.</p> <p>Omveg for pasientar frå Ørsta og Ytre som bør til Ålesund (born, ønh, øye, psykiatri). Kan kompensere av køyrelegeordning.</p>
<p>Furene</p> <p>Nærlokalisert med ambulansestasjon</p>	<p>Synergi med ambulansestasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - samtrening (dagtid) - støttepersonell legevaktsbil - enkelt for legen å vere med på utrykking <p>Moglegheit for utviding til fleire kommunar</p>	<p>Noko auka drop-in på sjukehuset på kveld og natt, vanskelegare å rute vidare til legevakt.</p> <p>Liten omveg for de sjukaste pasientane frå Volda og Hornindal som blir henta i ambulans og kor nytteverdien av vurdering hos allmennlege før sjukehusinnlegging er usikker</p> <p>Ikkje mogleg med avlastande samarbeid med kir.pol/røntgen</p> <p>Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning.</p> <p>Meir usikkert om LV får rekruttert personell frå eksisterande fagmiljø ved</p>

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

Modell C

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

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

Vurderingar og konklusjon

Modellval

Vurderingar

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

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

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

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

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

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

Tilbakemeldingar frå andre

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

Legane i kommunane

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

Ressursgruppa med tillitsvalte legar

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

Ressursgruppa med brukarar

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

Kommunale helse og omsorgstenester

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

Helse Møre og Romsdal

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

Konklusjon

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

Lokalisering

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

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

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

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

Oppstart

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

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

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

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

Vedlegg

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



SAKSDOKUMENT

Sakshandsamar: Svein Berg-Rusten

Arkivsak nr.: 2017/795

Arkivkode: H07

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
3/17	Formannskapet Kommunestyret Tenestutval for helse og omsorg	14.09.2017

NÆRINGSSITUASJON FOR DEI ELDRE I KOMMUNALE BUFELLESSKAP OG DRIFTSFORM FOR SENTRALE KJØKKENET PÅ OMSORGSSENTERET

Administrasjonen si tilråding:

Tenestutvalet for helse- og omsorg(THO) går inn for at drifta ved kjøkkenet vert endra frå kok- kjøll prinsippet til kok- server så snart administrasjonen er klar til omlegginga.

Med bakgrunn i endring av produksjonsprinsipp, går THO inn for administrasjonen si tilrådinga av innkjøp av utstyr(oversikt på behov vert lagt fram i møtet).

THO bed om at administrasjonen vidarefører pågåande ernæringsprosjektet for dei gamle.

THO ber administrasjonen finne gode løysingar for utkøyring av varm mat, fortrinnsvis av frivillege om mogleg. THO ber om attendemelding på kva løysing administrasjonen har valt på matutkøyring og vil vurdere naudsynte tiltak om behov.

Vedleggsliste:

Uprenta saksvedlegg:

Samandrag av saka:

Denne saka vert lagt fram til drøfting, endeleg saksutgreiing vert utarbeidd etter at saka er drøfta breitt.

Vedtak i K.styret 15.12.2017 heiter det:

I brev frå Forbrukerrådet 21.4.16 og LMD 22.4.16 er det peika på aukande utfordringar med underernæring av eldre og at kommunane treng ein offensiv mat- og måltidspolitik. I investeringsbudsjettet er det forslag om utskifting av utstyr på fellestkjøkkenet og i omsorgsavdelingane. Kommunestyret vil be om utgreiing av Volda kommune sine mat- og måltidsrutinar og -utfordringar og med konkrete tiltak. Ekstern ekspertise bør nyttast. Framtidige større investeringar blir utsett tilsvarande.

I budsjettarbeidet til 2017 bad kommunestyret om at administrasjonen greidde ut ei sak om næringsssituasjonen for dei eldre (som nytta seg av mattilbodet frå sentralkjøkkenet ved omsorgssenteret). Dette gjorde dei samstundes som dei stoppe ynskjet om naudsynete investeringar til sentralkjøkkenet og på dei mindre desentraliserte kjøkkena knytt til eldreomsorga i kommunen.

Administrasjonen har registrert stort engasjement i denne saka. Mat opptek folk og mange har sterke meiningar om dette temaet. Eldrerådet har også vist stort engasjement om temaet, og leiinga i helse- og omsorgssektoren har møtt tre gongar dette halvåret i eldrerådet og orientert og diskutert temaet i rådet.

Ei nedsett gruppe i sektoren har hatt møte med kjøkkensjefen i Gloppen, eit prisbelønt kjøkken som driv etter kok- server prinsippet. Sektorsjef og fleire kjøkkentilsette har vore på konferanse med tittelen "god matomsorg til våre eldre" i Molde og fått høyre om matprosjekt i København og kva kjøkkensjefen på St. Olav meiner om "mat som medisin".

Etter mykje vurdering og kalkulering, meiner administrasjonen det er tid for å endre produksjonsprinsippet ved sentralkjøkkenet.

Saksopplysningar/fakta:

I planlegginga av nytt omsorgssenter, vart mange konsulentar nytta for å få eit best mogleg og framtidiretta bygg. Matproduksjon var eit stort tema. Frå før kjøpte kommunen varm mat frå sjukehuset til pasientane ved dåverande Volda sjukeheim. For heimebuande og dei som budde på Fjordsyn, vart maten produsert på Fjordsyn. Frå konsulentane vart det sterkt tilrådd at kommunen gjekk over til å produsere all mat på sentralkjøkkenet på omsorgssenteret og at kok- kjøp prinsippet var ei langt rimelegare produksjonsform enn tradisjonell kok- server drift. Det var mykje pengar å spare på drifta med denne produksjonsforma og maten var like god. Slik vart det. Det vart kjøpt inn mykje godt utstyr til sentralkjøkkenet, ute på bugruppene vart det mellom anna investert i små kombidampovnar. Slikt utstyr måtte dei ha ute for å ferdigstille varmmaten som kom frå sentralkjøkkenet. Desse små kombidampovnane ute har vist seg å ha gitt utfordringar. Ikkje alle tilsette var like fortruleg med dei og ikkje alle hugsa alltid å fylle opp med vatn som skal gi damp-effekten. Det har vore feilbruk av utstyr som har gitt matopplevingar av og til som burde vore unngått. Administrasjonen har lenge hatt ynskje om utskifting av desse kombidampovnane, men

som medførte gjennom K.styrevedtaket har medført ein breiare gjennomgang av nærings situasjonen for dei eldre.

Korleis står eigentleg nærings situasjonen til hjå dei eldre i Volda som er avhengig av tenester i sektoren?

Sentralkjøkkenet går ut frå nasjonale retningslinjer når dei bestiller inn råvarer til sin produksjon. Tabellen under viser kva som må bereknast pr. person og som då vert ganga ut med talet personar som skal ha mat.

Middag, matvare	Porsjonsstorleik i gram	
	10MJ (2400kcal)	8,5MJ (2000kcal)
Kjøtt		
Reint kjøtt	120	100
Opplaga kjøtt	150	125
Gryterettar, lapskaus	250- 350	200 - 300
Fisk		
Rein fisk, mager	150	120
Feit fisk	150	120
Opplaga fisk, gratengar	150	120
Grønsaker		
Grønsaker kokt/ råkost	150	150
Salat	125	125
Stuingar	200	150 ?
Poteter og pasta		
Poteter, kokte	200	175
Potetmos, gratinerte poteter	200	150
Pasta og ris	200	150

Dette er grunnlaget for berekning av mengd råvareinnkjøp. Den store utfordringa er å følgje med på kva den einkilde person får i seg av den ferdig laga maten. Det hjelp ikkje at innkjøpet er korrekt så lenge næringsinntaket er mangelfullt.

Sektor helse- og omsorg har dei siste åra hatt auka fokus på matsservering og ernæring, før vedtaket i kommuestyret sette fokus på dette temaet. Det er eit pågåande ernæringsprosjekt for omsorgssenteret og omsorgsbustadane. Det er utarbeidd ein plan, «Ernæringsarbeid i omsorgsinstitusjon og omsorgsbustad», der målet for prosjektet er å sikre fagleg forsvarleg pleie til brukarane, ved å kartlegge ernæringsstatus og utarbeide ernæringsplan for desse.

For å sikre og auke kompetansen til personalet, har det vore gjennomført eit internt kurs for heile personalgruppa både ved omsorgssenteret og omsorgsbustadane. Dette kurset har gått over 5 samlingar à 1,5 timar. Kurset er utarbeidd av «Utviklingssenter for sykehjem» i Kristiansund kommune. Kurset blir halde jamleg, slik at også nyttilsette og vikarar får same opplæringa.

Med denne kunnskapen som bakgrunn, vert alle bebuarar screena for ernæringsmessig risiko. Resultata vert dokumentert i vårt dokumentasjonsprogram(Gerica), der også konkrete tiltak vert sett opp. Meir konkret inneber ein slik screening at KMI(Kroppsmasseindeks) vert utrekna, MNA (Mini NutritionalAssessment) vert fylt ut, samt kostintervju med alle nye bebuarar. Ut i frå resultata og svara ein får vert det laga ein tilpassa ernæringsplan. Dette er eit kontinuerleg arbeid, der dei ulike målingane blir kontrollert jamleg, med dertil oppfølging. Vidare har dette kurset gitt heile personalgruppa kunnskap om korleis ein kan berike kosten(tilføre ekstra næringsmiddel) til dei som er, eller står i fare for, å bli underernært.

Dei ulike måltida har også fått stort fokus. Både maten og tidspunktet for dei ulike måltida blir individuelt tilpassa. Alle måltid blir servert felles på kvart enkelt kjøkken, bortsett frå kaffimåltidet, som ofte blir servert på stova. Ved ynskje, kan bebuarane få måltida servert på sitt rom. Middagen kan ein også setje ifrå i porsjonar dersom nokon av bebuarane ynskjer denne på eit anna tidspunkt.

I tillegg til dette kan også bebuarane velje kva dei ynskjer å ete til dei ulike måltida, og personalet freistar å imøtekomme dette. Det er god kommunikasjon mellom bugruppene og kjøkkenet, og dette gjer det lett å hente mat eller ingrediensar etter behov. Middag har bebuarane også mulegheit for å velje, men dette må sjølvstøtt kjøkkenet vite om på førehand (helst nokre dagar før) for å kunne lage det som er ynskjeleg.

Når det gjeld tidspunkt for middagservering, har dette vore eit omdiskutert tema i det siste. Fram til dei siste par åra har alle bugrupper hatt middagservering til same klokkeslett, kl 12.30. Dette fordi dei fleste av bebuarane har vore vande med tidleg middag frå då dei budde heime. Fortsatt er det slik, dei fleste ynskjer middag tidleg på dag, men ein ser også ei gradvis endring ved bebuarane som no kjem inn. Mange av desse har andre vanar mtp middagstidspunktet. Dette har ført til at fleire av bugruppene den siste tida har freista å endre på tidspunktet, og pr i dag er det ulike tidspunkt på dei ulike bugruppene. Nokre held fortsatt på det opprinnelege tidspunktet kl.12.30. Då det blei freista endra, var bebuarane ikkje nøgde, og det blei difor flytta tilbake. Andre bugrupper har valt å flytte måltidet med ein time, til kl. 13.30. Dei som har gjort dette, ser det positive i at det då er plass til eit lite

mellommåltid mellom frukost og middag. Då blir det ofte servert t.d. smoothie eller oppskoren frukt og drikke. Andre bugrupper igjen serverer middag kl 15.30. Her er det då lunsj midt på dag.

Det blir også servert eit kaffimåltid på ettermiddagen (bortsett frå hos dei med seinast middagsservering). Då får bebuarane ofte kake til kaffien, og dei som treng ekstra næring får anten noko meir næringsrikt i tillegg eller i staden for.

Vidare er det fokus på miljøet rundt måltida, at atmosfæren er god og at det er både ro og tid nok til eit godt måltid. Dette gjeld uavhengig av om ein èt måltidet saman med andre eller på eige rom.

Ei utfordring ein har med tanke på matsservering, er middagsmåltidet og tilbereding av dette. Utstyret i dei ulike bugrupperne for ferdigstilling av middagen, er ulikt. Nokre brukar fortsatt kombidampovnar. Desse er ofte for små og ein må bruke steikeovnen i tillegg. Nokre bugrupper har berre steikeovn, noko som gir ulik temperatur når maten er varma. Maten som kjem frå kjøkkenet er tilberedt slik at den skal varmest opp på 100 grader, og med det utstyret vi har på avdelingane i dag, vert maten ofte ikkje varm nok. Då må ein vere kreativ og anten bruke microbølgeovn eller steikeovn i tillegg.

Planen framover er å få sikra kvaliteten endå betre, og at bebuarane skal vere fornøgde. I den samanheng vert det no jobba med eit verkty der både bebuarar og personale kvar for seg skal vurdere kvart måltid. Då går vurderinga på ulike faktorarar, som m.a. smaken på maten, ro under måltidet, estetisk miljø og liknande.

Ernæringsprosjektet har bidrege til eit meir systematisk arbeid og ei betre oversikt over ernæringsstatusen til bebuarane, og ført til auka fokus på dei ulike faktorane som har med ernæring å gjere. Det har gitt auka interesse og engasjement hos personalet, som også har gitt uttrykk for større arbeidsglede i denne samanheng. Vi har endå mykje å jobbe med, slik som å få på plass planar og rutinar, men mykje av dette arbeidet er no godt i gang.

Gjennom kompetanseheving, vektkontrollar, individuell kjennskap, beriking av måltid og trivelege måltidstunder, vonar ein å oppnå gode resultat.

Ein annan vesentleg faktor for matglede og "mat som medisin", er at folk gler seg til måltida og gler seg undervegs i måltida. Appetitten må vere på plass og maten må smake godt. Ved mange høve har produksjonsprinsippet ved sentralkjøkkenet vore kritisert. "Kven vil ha oppattvarma mat" og "den er innpakka i plast" er utsegner ein kan høyre.

Utsegna frå konsulentråda vedrørande kok- kjøll produksjon, var at ein må tilsette langt fleire for å produsere mat etter kok- server måten. Det passa godt at kjøkkensjefen på sentralkjøkkenet i Gloppen hadde fått med seg temaet i Volda. Ho tok kontakt, og etter å ha fått oversendt rekneskapan for kjøkkendrift vår for 2016, lagde ho ei framstilling der vi samanlikna dei to sentralkjøkkene. Drifta er samanliknbar, då det vert levert om lag lik mengd middag og råvarer til tørrmåltid. Utan å gå i detalj, såg ein dette:

	Volda	Gloppen
--	--------------	----------------

SUM grp art 10: Løn og sosiale utgifter	4.175.094,-	3.872.874,-
SUM grp art 11: Driftsutgifter	5.279.301,-	3.390.689,-
SUM Utgifter	9.454.396,-	7.807.582,-
SUM grp art 16: Salsinntekter	-5.953.709,-	-4.930.062,-
SUM grp art 17: Refusjonar	-283.844,-	-513.076,-
SUM Inntekter	-6.237.553,-	-5.443.139,-
Totalt	3.240.716,-	2.364.444,-

Kort oppsummert ser ein at lønskostnadane ikkje er høgare, snarare tvert om (Volda har 13% høgare stillingsheimel). Driftsutgiftene er vesentleg høgare i Volda, dette er spesielt knytt til matvareinnkjøp, der Volda nyttar seg av meir halvfabrikat råvarer og utgifter knytt til emballasje. Her har Gloppen utgifter til dekking av km.godtgjerdsløst til dei frivillege som køyrer ut mat dagleg. I Volda er det berre eit fåtal som får kjørt heim mat, elles er det to utkøyringar i veka i Volda. Desse utgiftene ligg i lønskostnaden på vår tilsette sjåfør, og ikkje med i samalikninga. Volda har om lag ein million i høgare salsinntekter, men Gloppen kjem likevel rimelegare ut totalt sett med sitt sentralkjøkken enn kva Volda gjer. Dette er stikk i strid med det ein hadde venta, sett i lys av omtalte konsulentuttalar.

I Gloppen er det gjennom frivilligsentralen organisert eit frivillig køyrekorps på om lag 30 personar. Desse fordeler køyringa seg imellom, også i feriar og høgtidar. Dagleg er fem av desse med på utkøyring. Denne køyringa dekkjer sentralkjøkkenet med vanleg køyregodtgjerdsløst. Dette er ein vesentleg faktor for total kostnad. Dersom ein i Volda ikkje kan løyse dagleg køyrearbeid med bruk av frivillege, må fast lønna person(ar) ta seg av dette. Det kan verte ein stor utgiftspost, då det er fleire som må kunne køyre, ein person kan ikkje klare køyre ut all middag til alle plassar i kommunen innanfor den tida som er til rådvelde for matlevering, før maten ikkje er varm nok (etter krav frå mattilsynet).

I følgje kommunestyrevedtaket frå des. skulle framtidige investeringar stoppast inntil avklaring låg føre. Uansett produksjonsprinsipp er det investering ved kjøkkenet:

[Sjekkliste for kommuneplan, samfunnsdelen. Slett linken etter bruk.](#)

Helse og miljøkonsekvensar:

Når det kjem til mat og måltid, har dei aller fleste ei meining om det. Nokre ytrar meininga sterkt og nærmast prinsippielt, andre er ikkje så tydelege. For mange er kok- kjøll prinsippet berre «oppattvarma» mat og dermed uverdige å servere. I perspektivet god mat er god medisin, vil både høg kompetanse om ernæring hjå dei tilsette og bevisstheit omkring næringsssituasjonen for dei eldre vere viktig.

[Sjå sjekkliste, slett denne linken etter bruk.](#)

Økonomiske konsekvensar:

	Ved fortsatt KOK- KJØL	Endring til KOK- SERVER
Kombidamovnar, 14 stk.	Ca 1.500.000,-	
Tranportable vannbad(11 stk)		550.000,-??

Beredskapsmessige konsekvensar:

Vurdering og konklusjon:

Sektoren jobbar bevisst med kompetanseheving for å sikre at alle eldre i tenestene blir ivaretekne på ein god måte knytt til næringsinntak. Mat som medisin er eit viktig tema og ein ynskjer dei eldre skal oppleve hygge og glede omkring måltida. Dette arbeidet må vidareførast og utviklast ytterlegare.

Argumentasjonen til å ikkje endre kjøkkendrifta er vanskeleg. Ein forventar at konsulentråda som var gitt til planlegginga og etableringa av sentralkjøkkenet har skulle stemme, men samanlikninga med Gloppen viser at dette ikkje stemmer. Kvifor skal ein halde på ei produksjonsform som mange har sterke meiningar om ikkje leverer kvalitetsmat på linje med kok- server kjøkken? Når økonomien heller ikkje kan nyttast som grunngeving, er det vanskeleg å finne argument for ikkje endre produksjonsmåten. Det vil medføre nokre investeringar, men mindre investeringar enn om ein skulle fortsette etter same produksjonsprinsipp som ein driv no.

For å endre produksjonsprinsippet og synleggjere det vi her meiner å ha vist, må sentralkjøkken jobbe målretta for klare dette. Det vil vere ei omstilling for alle tilsette på kjøkkenet både med tanke på produksjonsmåte og arbeidstid. Ein må også gjere endringar ute på alle bugrupper for å tilpasse seg levering av varm mat, som kanskje kan medføre noko innsnevring i tidsspennet middagen må serverast i forhold til dagens modell. Ikkje minst er det uavklarte sider knytt til utkøyring av varmmaten innanfor angitt tidspunkt frå ferdigstilling/ porsjonering på sentralkjøkkenet til forbrukstidspunkt. Det er eit avgjerande punkt.

Rune Sjurgard
Rådmann

Utskrift av endeleg vedtak:

Klageinstans:

OS 4/17 Utfordringsnotat knytt til strategiske val i helse og omsorgssektoren.