Helsehuset - Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS

Ressursgjennomgang

Diagnose

Fase 2

NORSK KOMMUNERÅDGIVNING

Agenda

- INNLEDNING
- INTERN GJENNOMGANG
  - Bemanning og kostnad helsehuset
  - Sengeposten
  - Legevakten
  - Samfunnsmedisin
  - Administrasjon
  - Oppsummering
- FORSLAG TIL OPPGAVEFORDELING MELLOM HELSEHUSET OG EIERKOMMUNENE
- FORSLAG TIL DRIFTSMODELL
- FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

INNLEDNING

- På grunn av knapp tid er analyser og informasjonsinnhenting kun gjort i det omfang som har vært nødvendig for å kunne ha tilstrekkelig grunnlag for å komme med anbefalinger innenfor de målsetninger styret har satt for oppdraget.
- Referansegruppens uttalelser ble gjort på basis av en tidlig, ufullstendig og uferdig rapport. Som rollen er til en referansegruppe, skal den komme med råd og veiledning til prosjektgruppen. Flere av rådene er tatt til følge og en del annet som ble påpekt var ikke ferdigstilt i den versjonen av rapporten som referansegruppen fikk utdelt.

INTERN GJENNOMGANG

Kostnader Helsehuset

INDRE ØSTFOLD MEDISINSKE KOMPETANSESENTER IKS - HELSEHUSET 2015 BUDSJETTUTKAST							
	31000 ADM	31100 IØLV	31200 SAMF	31300Døgn	31400 leger	31500 USK	Totalt
**0 Lønn og sosiale utgifter	2 627 384	13 618 787	2 161 166	12 794 520	9 085 266	0	40 287 123
**1-2 Kjøp av varer/tjen.komm.tjen.p	2 969 628	2 126 000	307 000	1 794 500	495 000	0	7 692 128
**3 Kjøp av tjenester som erstatter komm.eger	1 782 538	0	361 000	0	121 800	0	2 265 338
**4 Overføringer	0	100 000	0	0	0		100 000
*** Driftsutgifter	7 379 550	15 844 787	2 829 166	14 589 020	9 702 066	0	50 344 589
**6 Salgsinntekter	0	-957 500	0	0	-877 000		-1 834 500
**7 Refusjoner	-34 021 020	-650 000	0	0	-1 500 000	0	-36 171 020
**8 Overføringer	-11 605 937	0	0	0	0		-11 605 937
*** Driftsinntekter	-45 626 957	-1 607 500	0	0	-2 377 000	0	-49 611 457
**** Driftsresultater	-38 247 407	14 237 287	2 829 166	14 589 020	7 325 066	0	733 132
**5 Finansutgifter	270 000	0	0	0	0		270 000
*** Finansutgifter	270 000	0	0	0	0		270 000
** 9 Finansinntekter, finanstrans.	-1 003 132	0	0	0	0		-1 003 132
*** Finansinntekter	-1 003 132	0	0	0	0		-1 003 132
**** Finansresultat	-733 132	0	0	0	0	0	-733 132
Driftsresultat 2015	-38 980 538	14 237 287	2 829 166	14 589 020	7 325 066	0	0

Bemanning Helsehuset

ADMINISTRASJONEN	Årsverk
Daglig leder	1
Administasjons konsulent	1
IKT-ressurs	0,3
Fagansvarlig	0,3
Sum årsverk:	2,6

SAMFUNNSMEDISIN	Årsverk
Avdelingsleder	1
Ernæringsfysiolog	1
Konsulent	1
Sum årsverk:	3

		Hverdag			Helg		
DØGNENHETEN	Årsverk	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt
Pleiere	15,9	4	3	2	4	3	2
Fysioterapeut	0,5						
Fagsykepleier	0,2						
Administrativ sykepleier	0,5						
Leger	3,7						
Enhetsleder	1						
	21,8						

LEGEVAKTEN		Hverdag			Helg		
	Årsverk	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt
Sykepleier	10,04	1	2	2	2	3	2
Koordinator	2,18	1	1				
Leger	5,4	0	1	1	1	1	1
Legevaktsleder	1	1					
Fagsykepleier	0,2	1					
Assisterende legevaktsleder	0,5	1					
Legevaktsoverlege	0,25	1					
Administrasjonssekretær	0,7	1					
Sum årsverk:	20,27						

Annen virksomhet på helsehuset

Aktiviteter utført i 2014	Timer pr. år
Forskningsprosjekter 2 stk	50
Fagdag 200 gjester	240
Interne og eksterne fagdager	75
Nettverk (KAD, UFAB, mmm)	390
Foredrag	90
Kurs og undervisning (Alert. HLR	525
Rådgivning	50
	1420
Ønskede aktiviteter pr. år	**Timer pr.**
Aktiviteter i 2014	1420
Smittevern , koordinering, kurs ansvar	?
Fagforedrag	
beredskap	
Prosjekt R & Psyk	
Lærings -mestrings, Friskliv	
Prosjekt rehab	

- Kompetansesenteret er en virksomhet som utføres av ansatte som allerede har en rolle i andre deler av virksomheten.
- Det har så langt vært en gratis tjeneste som har tatt ca. 1 årsverk.

Døgnenheten

Døgnenheten mot andre heslsehus

Indre Østfold: 7 KAD + 5 USK (12 senger) og 14,69 årsverk = pleiefaktor 1,22

Sarpsborg: 6 KAD + 19 USK (25 senger) og 31 årsverk = pleiefaktor 1,24

Fredrikstad: 11 KAD + 9 USK (20 senger) og 28 årsverk = pleiefaktor 1,4

Moss (Peer Gynt): 7 KAD + 3 USK (10 senger) og 12 årsverk = pleiefaktor 1,2

- Helsehuset i Askim har en såkalt «pleiefaktor» i det lavere skiktet blandt helsehusene i Østfold.

Døgnenheten mot korttidsavdelinger på sykehjem

	FAKTA			
	Sykehjem	**Spydeberg**		**Helsehuset**
	Kort	Kort	**Kort**	**11 senger**
Stell	79	107	55	24
Vask av utstyr etc.	7	5	2	8
Aktiviteter/fysio	4	6	5	22
Alarmer/adhoc hendelser	22	10	36	105
Medisingivning	5	12	7	41
Administrere og gi måltid	47	47	54	16
Diverse praktisk støtte i ro	3	4	1	1
Varebestilling	1	0	2	5
Rapport	14	14	24	28
Journalføring/kartlegging	13	10	6	33
Lege / apotek/lab	5	5	6	26
Medisinhåndtering/avviks	0	5	1	1
Kontakt med pårørende	3	3	1	3
Innleie av vikarer	1	3	2	5
Opplæring / Kompetanseu	3	0	1	8
Pause	20	16	19	25
Administrasjon	26	3	18	44
Info til ansatte	5	1	0	0
	258	251	**241**	**394**

Observasjoner:

- Stell og administrere og gi måltid er vesentlig mindre enn på typiske korttidsavdelinger
- Raport, Journalføring og Lege/apotek/lab er naturlig vesentlig høyere enn på en korttidsavdeling
- Administrasjon er dobbet som høy som på en korttidsavdeling mens alarmer/adhoc hendelser er 3-4 ganger så høy som på en korttidsavdeling

- Sengeposten på Helsehuset ble kartagt når det var 11 pasienter innlagt.
- Ressursoppstillingen gjelder total ressursbruk på dag og kveldsvakt
- I oppstillingen over er ressursbruken på sengeposten fordelt på hovedaktiviteter i minutter pr. pasient og sammenlignet med to korttidsavdelinger på sykehjem som har innslag av USK pasienter.

Grunndata for scenariebygging

	FAKTA			PLAN				
	Sykehjem		**Helsehuset**	**Helsehuset**				
	Kort	**Kort**	**11 senger**	**10 senger**	**7 senger**	**14 senger**	**16 senter**	**18 senger**
Stell	79	55	24	24	24	24	24	24
Vask av utstyr etc.	7	2	8	8	8	8	8	8
Aktiviteter/fysio	4	5	22	5	5	5	5	5
Alarmer/adhoc hendelser	22	36	105	40	40	40	40	40
Medisingivning	5	7	41	41	41	41	41	41
Administrere og gi måltid	47	54	16	16	16	16	16	16
Diverse praktisk støtte i ro	3	1	1	1	1	1	1	1
Varebestilling	1	2	5	5	5	5	5	5
Rapport	14	24	28	28	28	28	28	28
Journalføring/kartlegging	13	6	33	33	33	33	33	33
Lege / apotek/lab	5	6	26	26	26	26	26	26
Medisinhåndtering/avviks	0	1	1	1	1	1	1	1
Kontakt med pårørende	3	1	3	3	3	3	3	3
Innleie av vikarer	1	2	5	5	5	5	5	5
Opplæring / Kompetanseu	3	1	8	3	3	3	3	3
Pause	20	19	25	20	20	20	20	20
Administrasjon	26	18	44	26	26	26	26	26
Info til ansatte	5	0	0	0	0	0	0	0
	258	**241**	**394**	**285**	**285**	**285**	**285**	**285**

Ovenfor er grunndataene for å beregne de forskjellige scenariene oppstilt.

Beregning av årsverk pr. scenarie

Scenarie:	11 senger	10 senger	7 senger	14 senger	16 senter	18 senger
Pleiertid	3 203	2 313	1 619	3 168	3 620	4 073
Fysioterapi	240	0	0	70	80	90
Administrativ/fagtid	894	535	375	750	857	964
Sum:	**4 337**	**2 848**	**1 994**	**3 987**	**4 557**	**5 127**
Pleiere	3 281	2 368	1 514	3 171	3 501	4 071
Fysioterapeut	96	0	0	96	96	96
Fagsykepleier	240	0	0	0	240	240
Administrativ sykepleier	240	0	0	240	240	240
Enhetsleder	480	480	480	480	480	480
Sum:	**4 337**	**2 848**	**1 994**	**3 987**	**4 557**	**5 127**
Vakter/personer	**9**	**5,9**	**5,0**	**8**	**9**	**10**
Pleiere	7	4,9	4,0	7	7	8
Fysioterapeut	0,5	0,0	0,0	0,2	0,2	0,5
Fagsykepleier	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Administrativ sykepleier	0,5	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5
Enhetsleder	1	1,0	1,0	1	1	1
Nattevakt	2	2,0	1,0	2	2	2
Årsverk i turnus	12,0	8,6	7,0	11,6	12,8	14,8
Årsverk nattevakt	3,9	3,9	2,0	3,9	3,9	3,9
Årsverk øvrig	2,2	1,0	1,0	1,7	1,7	2,0
Sum årsverk:	**18,1**	**13,6**	**10,0**	**17,2**	**18,4**	**20,8**

Beregning av kost pr. seng

	11 senger	10 senger	7 senger	14 senger	16 senter	18 senger
Snitt lønns	716 906	716 906	716 906	716 906	716 906	716 906
Tot lønnsk	12 794 520	9 548 994	7 145 007	12 328 000	13 189 356	14 892 916
Øvrig kost	1 794 500	1 417 833	1 092 833	1 526 167	1 742 833	1 959 500
Andel adm	3 339 521	3 034 521	3 034 521	3 034 521	3 034 521	3 034 521
Leger i avd	3 915 877	2 515 877	2 515 877	2 515 877	2 515 877	2 515 877
Tot kost	**21 844 418**	**16 517 226**	**13 788 239**	**19 404 565**	**20 482 588**	**22 402 814**
Årspris pr.	1 985 856	1 651 723	1 969 748	1 386 040	1 280 162	1 244 601
Årspris pr.	1 629 867	1 400 135	1 610 337	1 206 335	1 122 919	1 104 830

- Snitt kost pr. seng på sykehjem er rundt 800.000 kr.
- Snitt kost pr. seng på styrket korttidsplass er rundt 880.000 kr.
- Det er først når sengeposten har 16-18 senger at kostnaden pr. seng begynner å komme i en fornuftig nærhet til hva en styrket korttidsplass koster på et sykehjem.

Tiltak for å redusere øvrig kost på sengeposten

Antall senger:	7	10	14	16	18
Vask av arbeidstøy + pasienttøy	-226 667	-186 667	-133 333	-106 667	-80 000
Mat til pasienter	-156 250	-62 500	62 500	125 000	187 500
Medikamenter	-318 750	-127 500	127 500	255 000	382 500
Øvrig kost	**-701 667**	**-376 667**	**56 667**	**273 333**	**490 000**

- Vask av tøy er pr. idag sannsynligvis overpriset fra Askim kommune. Det er i beregningene over forutsatt en halvering av kostnadene pr. kg i forhold til hva som er budsjettert.
- Mat til pasienter samt medikamenter vil variere i kost i forhold til hvor mange senger det finnes på døgnenheten.

Legekostnad på døgnenheten

- Gjennom å ta over uttrykning på dagtid fra fastlegene uten å øke bemanningen av leger på dagtid, sparer eierkommunene 1 400 000 kr. uten at dette innebærer at driftsbudsjettet til Helsehuset økes, men i tillegg blir det inntekter på 300.000 kr.
- Ved å legge tilknytningssted for lege på døgnenheten på sen kveld og natt til legevakten, og gjøre denne tilkallingsbasert sparer helsehuset rundt 1 230 000 kr.

Sykehjemssenger i kommunene

Sykehjemsplasser	386						
Korttidsdøgn omregnet til senger	54						
	Maker	**Skiptvet**	**Hobøl**	**Spydeberg**	**Trøgstad**	**Eidsberg**	**Askim**
Estimat USK-senger pr. kommune	2	2	2	2	2	4	8

- (Estimatet ovenfor er ex. Helsehusets 3 senger.)
- For at en evt. økning av antall senger på helsehuset skal kunne være økonomisk forsvarlig, må tilsvarende kostnad knyttet til senger legges ned i kommunene som det økes med på helsehuset
- Bortsett fra Eidsberg og Askim, er det for få pasienter som kommer fra sykehuset til at en overføring av disse til Helsehuset vil kunne være økonomisk forsvarlig.
- I og med at det først på 16-18 senger blir en rimelig fornuftig økonomi på sengeposten på helsehuset

Legevakten

Legevakten

		Hverdag			Helg		
	Årsverk	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt
Sykepleier	10,04	1	2	2	2	3	2
Koordinator	2,18	1	1				
Leger	5,4	0	1	1	1	1	1
Legevaktsleder	1	1					
Fagsykepleier	0,2	1					
Assisterende legevaktsleder	0,5	1					
Legevaktsoverlege	0,25	1					
Administrasjonssekretær	0,7	1					
Sum årsverk:	20,27						

- Legevakten er i all hovedsak bemannet effektivt på kveld, natt og helg.
- På dag finnes det en mulighet å få større effektivitet i sykepleier og koordinator gjennom å legge både trygghetsalarmsmottaket og legevaktsmottak/telefon til samme person.
- I den grad ledelsen på legevakten i all hovedsak kan konsentrere seg om legevakten, vil det også være fornuftig å vurdere om assisterende legevaktsleder er nødvendig.

Samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
1.	Tilsyn	75	102	187	47	4	4
2.	Slam	44	36	25	46	17	20
3.	Legionella	44		14			
4.	Byggfukt	40	41	28		7	
5.	Støy	38	47	30	39	13	10
6.	Godkjenning	34	32	22	14	2	3
7.	Avløp	30	35	17	16		
8	Luftkvalitet		42				
9.	Avfall				6		
10	Inneklima				6	9	5
11.	Klagebehandling					3	
12.	Kosthold i sykehjem						9
13.	Miljørettet helsevern						7
	SUM Topplistesaker:	**305**	**335**	**323**	**174**	**55**	**58**
	Tot saker:	**495**	**463**	**449**	**266**	**93**	**83**

- Etter flytting av samfunnsmedisin til Helsehuset er mengden av «tradisjonelle» typer saker som enheten håndterer gått ned
- Innenfor ernæring benyttes ressursen i stor grad til «klinisk» arbeid. Dette er type tjeneste som har en 15årig historikk.
- Prosessen for å definere oppgaver og roller for samfunnsmedisin i Helsehuset har tatt lang tid og er fortsatt ikke i mål(prosjektet)

Roller og ansvar knyttet til de enkelte relevante oppgaver burde ASAP defineres

Objekter - tilsyn og godkjenning				
Iht. Forskrift om miljørettet helsevern § 2, Virkeområde:	**Målinger**	**Tilsyn**	**Godkjenning**	**Klagebehandling**
Virksomheter med kjøletårn/luftscrubbere				
Skoler				
Barnehager				
Lokaler for helsepersonell, behandlingslokaler				
Institusjoner(Sykehjem, fengsler, sykehus, asylmottak…m.fl.)				
Badeplasser				
Anlegg for avfall og gjennvinning				
Campingplasser, leiplasser				
Enkelttiltak / enkelt arrangementer				
Avløpsanlegg, bygge- og anleggsplasser				
Forsamlingslokaler				
Idretts-, og treningsplasser				
Hoteller og serveringssteder				
undervisningslokaler (andre)				
Produksjons- og fabrikklokaler				
Renovasjonsvirksomheter				
Benksinstasjoner/verksteder				
Husdyrhold				
Infrastruktur				
Skytebaner				
Solarier				
Frisører				
hudpleie				
Tatoveringslokaler				
Folkehelse generellt og oppgaver som følger av folkehelselovens kap. 3				
Ernæringsarbeid				
Smittevern				
Samfunnssikkerhet og beredskap				
Helse i plan (medvirkning og rådgivning)				
Kompetansesenter				

Vanskelig å estimere ressursbehovet for avdelingen samfunnsmedisin før roller og ansvar er definert konkret innenfor de enkelte områdene. I foreliggende utredning forutsettes at behovet er 2 årsverk.

Administrasjonen

Administasjonskost

ADMINISTRASJONEN	Årsverk
Daglig leder	1
Administasjons konsulent	1
IKT-ressurs	0,3
Fagansvarlig	0,3
Sum årsverk:	2,6

- Både legevakten og sengeposten har lederressurser til å drifte daglig.
- I de beregnede scenariene er det forutsatt at det ikke er et ledernivå med 100% administrativ ledelse
- 30% IT forutsettes innbakt i utsettingen av IT gjennom anbudskonkurranse til høsten
- Mengden av merkante ressurser må sees i sammenheng med øvrige i Helsehuset.
- 30% fagansvarlig bør kunne dekke behovet både på sengeposten og legevakten

IKT-ressurs

Drift og forvaltning av EPJ
* overvåking syst, døgnloggg, overvårking el.mld . El-samhandlings, nytte passord, support, statistikkuttrekk
Opplæring, prosedyrer, maler i systemer
IKT samhandlinsmøter, prosjekter mm
Bistand fastleger oppkobling mm EPJ
Utrykning og eller support ved drfitsproblemer
Leverandørkontakt og oppføling alle IKT avtaler, Atea, IØD, Securinet mm
Ut- innmelding, supportbistand kontorløsning og applikasjoner
Bistand og hjelp Kvalitetssystemet
Diverse prosjekt og koordineringsarbeid

Oppgavene til IKT-ressursen burde:

- Delvis forsvinne gjennom årsaksfokusert support fra en tredjepart som blir valgt i planlagte anbudsprosess til høsten
- Delvis tas over av tredjepart som blir valgt i planlagte anbudsprosess til høsten
- Delvis overføres til ansatte på Helsehuset (gjelder særlig opplæring i prosedyrer og maler i systemer)

Totale merkantile oppgaver på Helsehuset

	Legevakt						Administrasjon	
	Sykepleie	Koordinat	Fagsykepl	Ass Leder	Adm sekr	Leder	Adm kons	Sum årsverk
Publikum og eksterne instanskontakt	38 %	51 %						89 %
Ressursplanlegging og oppfølging					43 %			43 %
Merkantile og praktisk støtte oppgaver	47 %	42 %		24 %	26 %		95 %	233 %
Personal, kurs og annen administrasjon	16 %	8 %	9 %	32 %	1 %	100 %	5 %	171 %
Forbedringer av virksomhetens prosesser			11 %					11 %
							Tot årsverk:	**547 %**

- Gjennom å samle store deler av publikum og eksterne instanskontakter på en rolle, vil merkantile og praktisk støtte oppgaver kunne bli mye mer effektivt gjennomført
- I virksomheter som har spredt støttefunksjoner på 7 forskjellige roller, vil en samling av samme type prosess i felles enhet på færrest mulig roller kunne gi en mye større effektivitet
- Et fornuftig arbeidsmål burde dette tilfellet være å kunne redusere ressursbehovet med 2 til 2,5 årsverk

Oppsummering

DAGENS DRIFTSKOST:	**50 861 389**	
NYTTE DØGNENHETEN		
Redusert bemanning døgnenhet	3 245 526	To tredjedeler er allerede effektuert
Redusert kost til vaskeri	186 667	
Redusert kost til mat	62 500	
Redusert kost til medisiner	127 500	
Redusert lege døgnenhet	1 400 000	Planlagt fra høsten av
NYTTE LEGEVAKTEN		
Rød beredskap (redusert kost i kommunene	1 550 000	Effektuert
Bedre samordning av adoc versus merkantil	840 000	
En felles overlege på 30%	199 017	
NYTTE SAMFUNNSMEDISIN		
Redusert bemanning	700 000	
NYTTE ADMINISTRASJON		
Redusert IT-funksjon	210 000	
Redusert kost til regnskap	100 000	
Redusert kost til merkantil	300 000	
TOTALT NYTTE	**8 921 210**	
REDUSERT DRIFTSKOST	**7 671 210**	
NY DRIFTSKOST	**43 190 179**	

Grove funn i fase 1 versus detaljfunn i fase 2

I rapporten fra fase 1 ble det fremsatt følgende arbeidshypotese basert på overordnede sammenligninger og analyser:
«Det burde være et arbeidsmål å redusere kostnaden knyttet til tjenestene som i dag produseres i Helsehuset med 20-35% eller 10-18 MNOK. Hvor mye som kan få effekt i 2015/vår 2016 må vurderes nærmere, men kan være betydelige!»

	Fortsette å ha døgnenheten på helsehuset		**Flytte døgnenheten i tilknytning til et sykehjem**	
	10 senger	**7 senger**	**10 senger**	**7 senger**
Total nytte	9 071 210	11 800 196	11 505 731	13 634 717
Redusert driftskost	8 176 170	10 905 157	10 610 691	12 739 678

I arbeidet i fase 2 med å finne årsaker og konkrete mulige tiltak, er det funnet muligheter til å redusere driftskosten med max 12,7 MNOK. Det er 3 alterntiver som vil gi lavere driftskost på over 10 MNOK:

- Redusere dagens døgnenhet til 7 senger
- Flytte døgnenheten til å ligge i tilknytning til et eksisterende sykehjem (enten i ledige lokaler eller å bygge et tilbygg for enheten.)
- Flytte døgnenheten til å ligge i tilknytning til et eksisterende sykehjem (enten i ledige lokaler eller å bygge et tilbygg for enheten) og i tillegg redusere antall senger til 7

Men ingen av disse tre alternativene er foreslått å gjøre i denne rapporten, men er mulig.

FORSLAG TIL OPPGAVEFORDELING MELLOM HELSEHUSET OG EIERKOMMUNENE

Oppdraget fra styret

Hovedmålet for fase 2 i Helsehuset er å identifisere hvilken tjenesteportefølje og organisasjonsmodell som gir både kvalitativt, faglige og økonomiske insentiver for drift av Helsehuset IKS på lang sikt.

- Styret ber om at det gjennomføres en identifisering / kartlegging av produksjonsbehov for både dagens og mulige fremtidige tjenester for selskapet, samt at det foretas en intern ressursgjennomgang for å kartlegge bruk av selskapets ressurser.
- Basert på kartleggingen skal det foreslås en organisasjonsmodell hvor organisering av tjenesteområder og fordeling av ressurser og fagkompetanse fremgår.

For å nå hovedmålet må følgende identifiseres:
Med utgangspunkt i dagens produksjon og en prognose for eierkommunenes totale produsksjonsbehov i et 5 års perspektiv innen relevante tjenesteområder, foreslå en oppgavefordeling mellom Helsehuset og helsetjenester produsert av kommunene i egen regi. Helsehuset skal drifte spesielt kompetansekrevende tjenester. Det vurderes som avgjørende at ikke bare økonomiske hensyn, men også kravet til forsvarlighet og kvalitet tas hensyn til ved vurdering av hvor det er mest hensiktsmessig å tilby den enkelte tjeneste.

Innsnevring av fokus

- Det er kun Helsehuset som er en legevakt for eierkommunene. Denne oppgavefordelingen er det i utgangspunktet ikke relevant å anvende ressurser for å bekrefte er fornuftig.

Samlet produksjon av sykehjemstjenester inklusivt KAD

	Senger
Somatisk langtid	194
Demens	49
Skjermet demens	44
Ren korttid	8
Rehabilitering	7
Blandede avdelinger	76
Palliativ	8
Totalt:	**386**

- På helsehuset produseres det 7 KAD senger og 3 USK senger
- I eierkommunene produseres det 386 sykehjemsplasser på 35 avdelinger.

Hva er viktig for en oppgavedeling mellom helsehuset og eierkommunene?

- Sengene på Helsehuset har gitt både de små og store kommunene en mulighet til å gi pasienter som ikke tilfredstiller kriteriene for innleggelse på sykehus, men med behov for mer utstyr og høyere kompetanse enn sykehjemmet(ene) i kommunen innehar, tjenestene de trenger.
- Samtidig er det ikke lukket ned kapasitet i kommunene som følge av opprettelsen av en sengepost på Helsehuset. Bruken av USK sengene kommer dermed som en økt kost stor grad på toppen av et stramt kommunebudsjett.
- Incentivet for å benytte kapasiteten på Helsehuset må dermed tilfredstille et eller flere av følgende kriterier før det er aktuelt:
  - Det er ikke utstyr og/eller kompetanse på det lokale sykehjemmet til å ta av seg pasienten kvalitativt akseptabelt
  - Det finnes ikke kapasitet på egne sykehjem til å ta seg av pasienten
  - Kostnaden ved å benytte helsehuset er ikke radikalt høyere enn på eget sykehjem.

Vurdering av incentivkriteriene

- Ved direkte spørsmål hevder alle eierkommunene at de anvender Helsehuset når krav til utstyr og kompetanse overstiger deres egne muligheter
- Som i de alle fleste kommuner er det er press på sykehjemmene i eierkommunene. Samtidig er det ingen statistikk som forteller at det kan ventes en STOR økning av behovet av sykehjemsplasser i eierkommunene de neste 5 år. (Analyser viser heller at det er mulig å minske presset noe gjennom å lykkes med hverdagsrehabilitering og ernæringstiltak i hjemmet, også i blandt eierkommunene.)
- Hvis det er utstyr, kompetanse og kapasitet til å yte tjenesten på eget sykehjem, vil bruken av Helsehuset pr. idag være svært mye dyrere; Faktisk nesten dobbelt så dyrt som å bruke egen kapasitet. (Rundt 2200 kr mot ca. 3800 kr. I og med at kapasiteten i eget sykehjem allerede er betalt, blir kostnaden dobbelt.
- Før det er fornuftig å øke bruken av helsehuset radikalt (enten med nye tjenester, eller økning i allerede eksisterende tjenester), må det å bruke helsehuset ikke medføre radikalt høyere kostnader for den enkelte kommune. Problemet er at den interne gjennomgangen av Helsehuset viser at det med rundt 10 senger i eksisterende organisasjon er umulig å komme noe vesentlig under 3800 kr pr. døgn. (Selv om prisen pr. idag er 3771 pr døgn så finansieres de 7 KAD sengene med 4800kr pr. stykk fra staten. Dette rammetilskudde forsvinner fra og med neste år.)

Alternativer for at det å bruke helsehuset for pasienter hvor kommunen pr. idag allerede har kapasitet

Alternativ for å redusere kost pr. seng på Helsehuset	**Hinder for å realisere alternativet**
Øke antall senger på Helsehuset gjennom å øke antall liggedøgn for eksisterende pasienter.	Normal liggetid på Helsehuset er 3 døgn. For pasienter som kommer fra sykehuset og som er ment å skulle videre hjem, hevdes det fra faglig hold at det på tross av en ekstra forflytning er bedre for pasientforløpet å være på et noe lavere omsorgsnivå i perioden før de kommer hjem hvis nødvendig med mer enn normaltiden på Helsehuset
Å legge ned 4-6 USK plasser i 1 eller flere kommuner og gjenopprette de på Helsehuset	• 5 av 7 eierkommuner har i snitt bare 2 USK pasienter liggende på sykehjemmet. Å legge nd 2 plasser på en avdeling medfører normalt ingen mulighet for å ta ned bemanningen på avdelingen • Det synes urealistisk å skulle kunne redusere kostnaden med 2220 kr som følge av at 4-6 senger legges ned. I Skiptvedt som la ned en hel post med 6 senger, klarte bare å redusere ca. 35% av hva den enkelte seng kostet som følge av nedleggelsen.
Å overføre en hel avdeling fra en eller flere av eierkommunene	• Det synes urealistisk å skulle kunne redusere kostnaden med 2220 kr pr. seng nedlagt, som følge av at en avdeling legges ned. I Skiptvedt som la ned en hel post med 6 senger, klarte bare å redusere ca. 35% av hva den enkelte seng kostet som følge av nedleggelsen.
Å flytte sengeposten på Helsehuset til en ledig avdeling eller bygge en ny avdeling i tilknytning til et av sykehjemmene i de 7 eierkommunene.	• Dette ville fungert, da mye av infrastrukturkostnadene ville vært så lave at eventuell høyere kost utelukkende kunne forklares med nødvendig høyere krav til bemanning, kompetanse og/eller utstyr. Men dette alternativet ville rasert interaksjonen mellom Legevakt, samfunnsmedisin og døgnenhet, som er en av hovedideene med Helsehuset. Alternativet vurderes derfor til ikke å være «politisk» gangbart.

Konklusjon på oppgavefordeling mellom helsehuset og kommunenes egne tjenester

- Selv om det hadde vært faglig interessant ut fra flere formål med en dyptgående undersøkelse av forventet utvikling pr. pasientgruppe innen de neste 5 årene, så er ikke det avgjørende for å forslå en oppgavefordeling fremover. (Hvis det likevel er ønskelig å gjøre, så kan det selvfølgelig gjennomføres innenfor oppdragets rammer.)
- Det helt avgjørende for å forelså en oppgavefordeling vil være en forståelse av OM og HVORDAN det er mulig å få ned kostnaden pr. liggedøgn vesentlig på Helsehuset uten at mye av den reduserte kosten blir liggende igjen i eierkommunene.
- **Med de gitte forutsetningene foreslås det å opprettholde de 10 sengene på Helsehuset**. (Alternativt gå ned til 7-8 senger dersom eierkommunene ønsker å spare ca. 400 000 i snitt pr. kommune.) Dersom antallet USK pasienter som enten trenger helsehusets kvalitetsnivå eller det ikke finnes kapasitet for i hjemkommunen, så vil det å øke antall senger i takt med økningen bare virke positivt for kostnaden pr. seng.

Dagens produksjon av samfunnsmedisin

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
1.	Tilsyn	75	102	187	47	4	4
2.	Slam	44	36	25	46	17	20
3.	Legionella	44		14			
4.	Byggfukt	40	41	28		7	
5.	Støy	38	47	30	39	13	10
6.	Godkjenning	34	32	22	14	2	3
7.	Avløp	30	35	17	16		
8	Luftkvalitet		42				
9.	Avfall				6		
10	Inneklima				6	9	5
11.	Klagebehandling					3	
12.	Kosthold i sykehjem						9
13.	Miljørettet helsevern						7
	SUM Topplistesaker:	**305**	**335**	**323**	**174**	**55**	**58**
	Tot saker:	**495**	**463**	**449**	**266**	**93**	**83**

- Det nye lovverket innenfor folkehelse etc. fra 2-3 år tilbake setter en rekke nye krav til kommunene samt praksis knyttet til området som ikke er fullt ut implementert i de 7 eierkommunene.
- Å studere hva kommunene faktisk utfører idag vil derfor gi liten verdi når oppgavene skal fordeles.

Forslag til oppgavedeling for samfunnsmedisin

- Hovedproblemstillingen for å kunne gjøre en oppgavedeling er å definere rollen til Helsehuset; Skal det i all hovedsak være tilsynsmyndighet eller skal det i all hovedsak utføre måling og andre tjenester som den enkelte eierkommune har liten kompetanse til, ikke utstyr til eller mangler kapasitet til å gjøre?
- Lovverket legger opp til å ha tilsynsmyndigheten så fraskilt som mulig de virksomheter som er ansvarlig for utførelse/kontroll. Derfor kan det med rette hevdes at Helsehuset i størst mulig grad bør ha tilsynsmyndigheten. Det betyr i så tilfellet at målinger etc. må gjøres av kommunene selv.
- På den andre siden er eierkommunene etter flere år med relativt stor støtte fra det tidligere selskapet, ikke helt opprustet til å gjennomføre de målinger og behandling av sakene som må gjøres.

Alternative hovedrolledeling

ALTERNATIV	FORDELER	ULEMPER
Helsehuset er en tilbyder av tjenester som målinger etc. Eierkommunene har både tilsynsmyndigheten og er ansvarlig for utførelse/kontroll	Eierkommunene har full kontroll på ambisjonsnivå og saksbehandling (Sannsynlig vis krever det bare et årsverk på helsehusest)	De minste kommunene vil kunne ha utfordring med å ta ansvaret ut fra både kapasitet, kompetanse og utstyr
Helsehuset er tilsynsmyndighet mens eierkommunene er ansvarlig for utførelse/kontroll	Helsehuset kan fungere som en helt uavhengig tilsynsmyndighet. (Sannsynligvis krever det bare 2 årsverk på helsehuset)	Særlig de største kommunene vil kunne ønske mer kontroll
Helsehuset er både tilsynsmyndighet og ansvarlig for utførelse/kontroll avgrenset slik eierkommunene ønsker det	De minste kommunene vil få effektuert oppgavene uten å måtte bygge opp eget miljø. Det blir ett sterkt faglig mijø som alle eierkommunene kan dra nytte av	Særlig de største kommunene vil kunne ønske mer kontroll.

- Det understrekes at det er viktig nå å gjøre denne prinsipielle avklaringen fortest mulig slik at man i løpet av kort tid kan fordele roller og ansvar. Da vil det også være mulig å rigge selskapet på rett måte og komme igang med effektiv og målrettet produksjon av tjenestene.

FORSLAG TIL DRIFTSMODELL

Organiseringsmodell SWOT

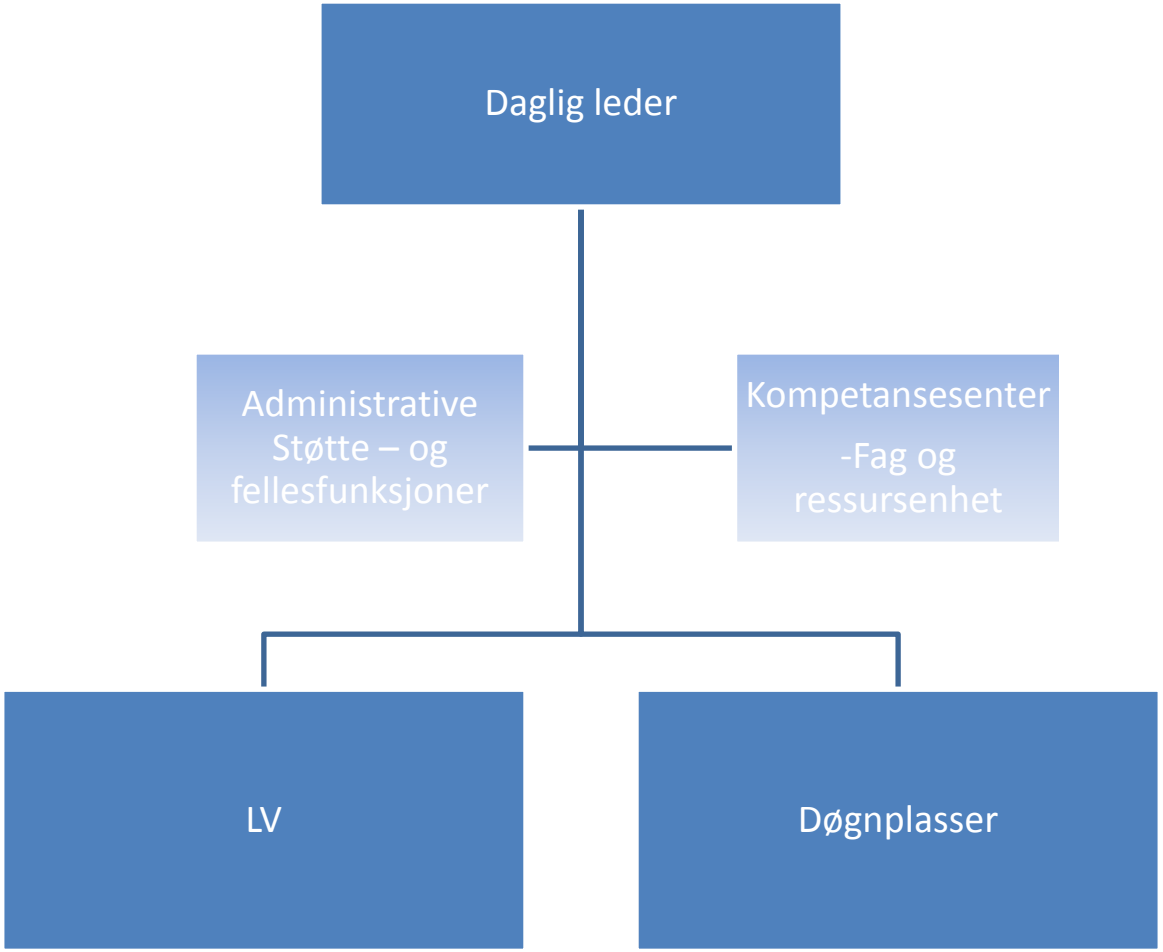
STYRKER • Sterkt fagmiljø med høy kompetanse og høy motivasjon • En samlokasjon av fagmiljøer som kan virke positivt på tjenestene som gis • Et bygg man kan vokse i	SVAKHETER • For langt unna kommunal styringslinje • I ubalanse mellom faglighet versus økonomisk nøkternhet • Er for små på døgnenheten til å kunne ha en kosteffektiv drift • Har en romløsning på legevakten som hindrer effektiv logistikk og ivaretagelse av pasientene • Har tendenser til for omstendelige prosesser når noe skal utredes eller planlegges
MULIGHETER • Bli et kraftsenter blandt de 7 eier-kommunene som sikrer både tjenester med høye krav til kompetanse og økt faglighet i eierkommunene • Kunne både gi gode konkurransedyktige og inntekstbringende tilleggstjenester til eierkommunene • Bli en magnet som sikrer tilgang på gode fagpersoner til regionen	TRUSLER • Et kostnadsnivå som gjør at eierkommunene ikke har råd til å anvende Helsehuset • Eierkommunene ikke evner å stå bak veivalg som er gjort eller endre veivalg raskt nok når det er nødvendig

Prinsipper for organiseringsmodell

- Utredninger og utviklingsprosjekter må skjermes fra driftsenhetene slik at lederne kan få tilstrekkelig fokus på drift.
- Utredninger og utviklingsprosjekter bør ledes av egnede personer fra eierkommunene, men helsehuset bør selvfølgelig være viktige og sentrale spillere i prosjektene.
- Faglige miljøer må i større grad balanseres med kommunale styringsmiljøer
- Det er viktig at styringslinjen i eierkommunene er aktivert og aktive under utredninger og utviklingsprosjekter.
- Styret må i større grad styre gjennom et lite sett med nøkkeltall
- Støttefunksjoner bør i størst mulig grad sentraliseres hos den øverste leder

Selve den grafiske organisasjonsmodellen bør være som i dag med tydelige avdelinger under en ledelse (kanskje med unntak av samfunnsmedisin som det er foreslått å legge i stab).

NY ORGANISASJONSMODELL SKISSERT AV HELSEHUSET SELV



Økonomisk modell

- I og med at det ikke foreslås å legge nye tjenester til Helsehuset kan den eksisterende økonomiske modellen føres videre.
- Prisingen av døgnprisen på døgnenheten bør settes ut fra forventet snitt belegg og justeres månedlig ved endringer som gjør dette nødvendig (opp eller ned)

Finansieringsmodell

- Legevakten bør kjøre på eksisterende finansieringsmodell
- I døgnenheten bør 60% av årskostnaden fordeles på eierkommunene som rammetilskudd utfra innbyggerantall. 40% av døgnprisen betales løpende gjennom året utfra faktisk bruk
- Prisingen av samfunnsmedisin gjøres ut fra selvkostprinsippet og prislisten kan først settes opp når ambisjonsnivå, roller, ansvar og oppgaver er definert.
- Kompetanseenheten bør stykkprise tjenestene etter selvkostprinsippet hvor en viss risiko er tatt høyde for i prisingen. Dersom eierkommunene dermed ikke kjøper tjenestene så er tilbudet fra Helsehuset enten ikke godt nok og/eller ikke prisgunstig nok.

FORSLAG TIL HANDLINGSPLAN

Handlingsplan

- Det etableres en praktisk fremdriftsplan for gjennomføringen av besluttede kostnadsreduksjonstiltak som følges. (Før ferien.)
- Prinsipiell beslutning for ambisjonsnivå og rollefordeling gjøres ASAP, for deretter på kortest mulig tid fordeles roller, ansvar og oppgaver. (I løpet av 2-3 måneder.) Deretter etableres en re-startopp plan for samfunnsmedisin som følges.