

MØTEINNKALLING

Helse- og omsorgsutvalget

Sted: Rakkestad Kulturhus, Formannskapssalen
Dato: 16.10.2013
Tid: 18:00

SAKSLISTE

Saksnr. Tittel

9/13

GODKJENNING AV PROTOKOLL - MØTE I HELSE- OG OMSORGSUTVALGET DEN 18.09.2013.

10/13

KVALITETMÅL FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN I RAKKESTAD KOMMUNE

11/13

MEDLING - RAPPORT OM KRISESENTERSTRUKTUR I ØSTFOLD

12/13

MELDING - NY KLINIKKSTRUKTUR I TANNHELSETJENESTEN

Temamøte: Folkehelse

Eventuelt forfall meldes til Servicekontoret tlf. 69 22 55 00

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Rakkestad, 09.10.2013

Stein Bruland (s)
leder

**9-13 GODKJENNING AV PROTOKOLL - MØTE I HELSE- OG OMSORGSUTVALGET
DEN 18.09.2013.**

Saksbehandler: May-Britt Lunde Nordli
Arkivsaksnr.: 13/1768

Arkiv: **033**

Saksnr.: Utvalg
9/13 Helse- og omsorgsutvalget

Møtedato
16.10.2013

Rådmannens forslag til vedtak

Møteprotokoll fra møte i Helse- og omsorgsutvalget den 18.9.2013 godkjennes.

Vedlegg

Møteprotokoll fra 18.9.13.

**10-13 KVALITETMÅL FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN I RAKKESTAD
KOMMUNE**

Saksbehandler: Anne Sofie Andersen
Arkivsaksnr.: 13/2066

Arkiv: **F00 &34**

Saksnr.: Utvalg
10/13 Helse- og omsorgsutvalget

Møtedato
16.10.2013

Rådmannens forslag til vedtak

Helse- og omsorgsutvalget vedtar kvalitetsmål for pleie- og omsorgstjenesten som fremlagt.

Vedlegg

1. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, Rakkestad kommune

Bakgrunn

Kvalitetsforskrift pålegger kommunene å ha et system som sikrer at brukeres grunnleggende behov blir ivaretatt på en verdig og forsvarlig måte.

Utarbeiding av vedlagte kvalitetsdokument med kvalitetsmål for brukeres grunnleggende behov og kriterier for å sikre at tjenestekvalitet er ivaretatt, er et viktig fundament i større arbeid med Helse- og omsorgsplan for Rakkestad kommune.

Hovedmål for pleie- og omsorgstjenesten trukket opp i kvalitetsdokumentet vil utgangspunkt for målarbeidet.

Hjemmel

Helse- og omsorgsutvalget fatter vedtak i saken i henhold til Arbeidsdelings- og delegasjonsreglement for Rakkestad kommune.

Vurdering

Dokumentet er utarbeidet for å oppnå kravene til system i forhold til Kvalitetsforskriften. Forskriften trekker opp 16 grunnleggende behov hos brukere som skal ivaretas på en verdig og forsvarlig måte. I kvalitetsdokumentet er det satt mål for hver enkelt av de grunnleggende behovene. Videre er det definert kriterier for måloppnåelse for hvert enkelt kvalitetsmål. Kriteriene er enkle og målbare, og for hvert enkelt kvalitetsmål er det lagt inn punkter til egenvurdering for hver enkelt ansatt.

Dokumentet er utarbeidet på en slik måte at det skal være oversiktlige og lett tilgjengelig først og fremst for ansatte, men også for brukere og pårørende.

Kvalitetsdokumentet er et godt verktøy i arbeid med tjenesteutvikling, bevisstgjøring og kompetansearbeid i personalgruppene.

Kvalitetsmålene er et godt grunnlag for videre arbeid med å skape verdige og forsvarlige pleie- og omsorgstjenester.

Målene som er satt er ambisiøse, og det er en konstant utfordring å tilstrebe verdige og forsvarlige tjenester for hver enkelt innenfor de til enhver tid eksisterende tjenesterammer. Kvalitetsmålene setter likevel en viktig standard for hva som skal forventes og etterstrebes i det daglige arbeidet.

Dokumentet som behandles i saken her omfatter pleie- og omsorgstjenester i Rakkestad kommune. Tjenesten gis fortrinnsvis gjennom seksjon Skautun og seksjon Hjembaserte tjenester, men også gjennom tilleggstjenester i seksjon Familiesenter.

Det utarbeides tilsvarende dokument for tjenester innen seksjon BOAK. Dokumentet legges frem til politisk behandling innen utgangen av 2013.

11-13 MEDLING - RAPPORT OM KRISESENTERSTRUKTUR I ØSTFOLD

Saksbehandler: Anne Sofie Andersen
Arkivsaksnr.: 13/1851

Arkiv: H43

Saksnr.: Utvalg
11/13 Helse- og omsorgsutvalget

Møtedato
16.10.2013

Rådmannens forslag til vedtak

Helse- og omsorgsutvalget tar rapporten til orientering.

Vedlegg

Rapport: «Krisesenter i Østfold – kostnader og struktur»

Bakgrunn

Alle kommuner er pålagt å ha et krisesentertilbud fra 1. januar 2010. Fra og med 2011 ble statlige tilskudd til krisesentra lagt inn i rammetilskuddet til kommunene, og kommunene står nå for 100 % finansiering av krisesentertilbudet.

På oppdrag fra Rådmannsutvalget i Østfold har Agenda Kaupang utarbeidet en rapport som viser status for krisesentra i Østfold.

Det ble 27. september 2013 gjennomført eiermøte for Indre Østfold krisesenter IKS hvor representantskapet og administrativ ledelse fra eierkommunene fikk presentert rapporten. Rapporten danner grunnlag for videre diskusjoner om hensiktsmessig og effektiv organisering av krisesentertilbud i Østfold.

Hjemmel

Rapporten fremmes som en meldingssak til Helse- og omsorgsutvalget.

Eventuell endring av eierskap eller struktur for krisesentertilbud fremmes som egen sak når det er aktuelt.

Andre faktaopplysninger

Rakkestad kommune er medeier i interkommunalt krisesentertilbud for Indre Østfold. Senteret er lokalisert i Mysen, Eidsberg kommune. Senteret er organisert som et IKS med et styre og representantskap.

Østfold fylke har totalt 5 krisesentra. Til sammenligning har Vestfold kommune ett samlet krisesentertilbud.

Rakkestad kommune har dessuten samarbeidsavtale med Fredrikstad kommune om krisesentertilbud for menn.

12-13 MELDING - NY KLINIKKSTRUKTUR I TANNHELSETJENESTEN

Saksbehandler: Ranveig Hansen
 Arkivsaksnr.: 13/583

Arkiv: **G40**

Saksnr.: Utvalg
 12/13 Helse- og omsorgsutvalget
 / Eldrerådet

Møtedato
 16.10.2013

Rådmannens forslag til vedtak

«Melding – ny klinikkstruktur i tannhelsetjenesten» til orientering

Vedlegg 1. Plan for klinikker og klinikkstruktur i Østfold 2013-2023

Bakgrunn

Kommunene i Østfold mottok 11.10.2012 «Høring: Plan for klinikk og klinikkstruktur for Østfold Fylkeskommune 2013-2023»

Fylkestinget fattet 14.02.2013 fattet følgende vedtak :

1. *Plan for klinikk og klinikkstruktur 2013-2023 vedtas som retningsgivende for fylkeskommunens arbeid med etablering av 6 nye klinikker i planperioden 2013-2023. Konkret fremdrift og økonomi vurderes i de kommende økonomiplaner og budsjetter.*
2. *Tannhelsetjenesten skal fortsatt drive forebyggende arbeid og undervisning ute i kommunene/skolene. En spesifisering av tannpleiers rolle og lokalisering av dette tilbudet i kommunene fremmes som egen sak i opplæring, kultur og helsekomiteen.*
3. *I gjennomføringen av planen tas de berørte kommuner med i planleggingsfasen for at overgangen for pasientene skal bli enklest mulig.*

Følgende grupper har rett til gratis tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten:

- Barn og ungdom 0-18 år
- Psykisk utviklingshemmede
- Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Dette gjelder også offentlig institusjon for rusmisbrukere.
- Hjemmebundne pleietrengende tilsvarende institusjonspasienter og personer som har stått på venteliste for institusjon i mer enn 3 måneder.

Det er ikke adgang til å klage på vedtak fattet i Fylkestinget 14.02.2013.

Andre faktaopplysninger

Som et ledd i den videre prosessen, har Fylkeskommunen sendt ut informasjon - datert august 2013 - til alle kommunene i Østfold. Plan for klinikker og klinikkstruktur i Østfold 2013-2023 er sendt ut som ren informasjon, ingen høring.

Antall fylkeskommunale tannklinikker vil bli redusert fra 19 til 6 i løpet av ti år. De seks nye klinikkene vil ligge i de seks byene i Østfold.

Fylkeskommunens tannhelsetjeneste skal, i følge informasjonen, bli enda bedre, men noen vil få lengre reisevei til tannklinikken hvis de har behov for behandling. De nye klinikkene vil være bemannet hele uken og ha flere ansatte. I tillegg skal tannhelsetjenesten fortsatt gjennomføre tiltak som forutsetter et godt samarbeid med kommunene.

MØTEPROTOKOLL

Helse- og omsorgsutvalget

Sted: Formannskapssalen, Kulturhuset
Dato: 18.09.2013
Tid: 18:00 - 20:00

Til stede på møtet:

- Møteleder** Knut Magne Bjørnstad (AP)
- Medlemmer** Kaisa Storeheier (V), Tina Ødegård Holt, Anette Kaatorp Larsen (SP), Gunnar Line (SP).
- Forfall** Stein Bruland (Krf)
- Ikke møtt** Johnny Aaserud (H)
- Varamedlemmer** Lars Kristian Holøs Pettersen (Krf)
- Administrasjonen** Kommunalsjef Anne Sofie Andersen, kontorsjef Laila Olsen Rode
- Behandlede saker** F.o.m sak 6/13 - t.o.m. sak 8/13
- Protokoll sendt til:** Legges ut på kommunens nettside og godkjennes av utvalget på neste møte.
- Merknader** Kommunalsjef Anne Sofie Andersen redegjorde om nyansatte ledere og status på drift i helse- og omsorgsseksjonene.
- Etter at behandlingen av sakene var avsluttet, fikk Helse- og omsorgsutvalget en omvisning på Familiesenteret som er under bygging/rehabilitering.

SAKSLISTE

Saksnr.	Arkivsaksnr.	Tittel
6/13	13/1767	MØTE I HELSE- OG OMSORGSUTVALGET 5.6.2013
7/13	13/1760	STILLINGER INNEN HELSE- OG SOSIALOMRÅDET I HENHOLD TIL BUDSJETTVEDTAK 2013
8/13	13/1111	MELDING: ÅRSMELDING 2012 - ØSTFOLDHELSEA

6/13

MØTE I HELSE- OG OMSORGSUTVALGET 5.6.2013

Rådmannens forslag til vedtak:

Møteprotokoll fra møte i Helse- og omsorgsutvalget den 5.6.2013 godkjennes.

Behandling:

Rådmannens forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Møteprotokoll fra møte i Helse- og omsorgsutvalget den 5.6.2013 godkjennes.

7/13

STILLINGER INNEN HELSE- OG SOSIALOMRÅDET I HENHOLD TIL BUDSJETTVEDTAK 2013

Rådmannens forslag til vedtak:

1. En stilling i henhold til budsjettvedtaket tilføres ny enhet i seksjon BOAK for bemanning i bolig og miljøtiltak for brukere med sammensatte behov. Stillingen iverksettes pr. 1. oktober 2013.
2. Halv stilling tilføres Helse- og velferdssentra og knyttes til aktivisering og forbyggende tiltak i Familiesenteret. Stillingen iverksettes i løpet av 4. kvartal 2013.

Behandling:

Representanten Kaisa Storeheier (V) ble erklært inhabil iht forvaltningslovens § 6 annet ledd og fratrådte under behandlingen av saken.

Rådmannens forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

Helse- og omsorgsutvalgets innstilling til kommunestyret:

1. En stilling i henhold til budsjettvedtaket tilføres ny enhet i seksjon BOAK for bemanning i bolig og miljøtiltak for brukere med sammensatte behov. Stillingen iverksettes pr. 1. oktober 2013.
2. Halv stilling tilføres Helse- og velferdssentra og knyttes til aktivisering og forbyggende tiltak i Familiesenteret. Stillingen iverksettes i løpet av 4. kvartal 2013.

8/13

MELDING: ÅRSMELDING 2012 - ØSTFOLDHELSE

Rådmannens forslag til vedtak:

Årsmelding fra Østfoldhelse 2012 tas til orientering.

Behandling:

Eldrerådet og Rådet for funksjonshemmedes uttalelse til «Årsmelding 2012 – Østfoldhelse» ble lagt fram på møtet.

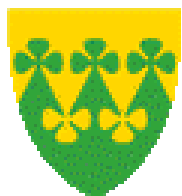
Knut Magne Bjørnstad (AP) tok opp Rådet for funksjonshemmedes uttalelse i saken og fremmet denne som et tilleggsforslag til rådmannens innstilling.

Rådmannens forslag med Knut Magne Bjørnstads tilleggsforslag til vedtak enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Helse- og omsorgsutvalget ønsker å gi ros for en bra utarbeidet Årsmelding fra Østfoldhelse 2012.

Årsmelding fra Østfoldhelse 2012 tas til orientering.



Rakkestad kommune

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Saksnr 13/2066 Arkiv F00 &34 Dato 08.10.2013
Til behandling i Helse- og omsorgsutvalget i møte 16.10.2013



TRYGGHET FOR TJENESTER NÅR EVNEN TIL EGENOMSORG SVIKTER

Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt. (Helsedirektoratet)

RAKKESTAD

mangfold og samhold



PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENS VISJON OG VERDIER

Den enkelte bruker og de pårørende er i sentrum for pleie- og omsorgstjenestenes aktivitet. Tjenesten retter seg i hovedsak mot brukernes grunnleggende behov, og muligheten/ evnen til å dekke disse.

Pleie- og omsorgstjenesten tar hensyn til den enkelte bruker som et selvstendig, tenkende, følende og handlende menneske. Spesielle rettigheter er knyttet til integritet, sikkerhet og kontinuitet i behandling, pleie og omsorg. Den enkelte behandles med verdighet og respekt. Overholdelse av taushetsplikten er grunnleggende.

Pleie- og omsorgstjenesten legger vekt på at personalet har forskjellig og sammensatt kompetanse for å kunne løse seksjonenes/enhetenes oppgaver i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere. Å videreutvikle de ansattes kompetanse er viktig for oss. Vi tar ansvar for å skape et lærende miljø som gir mulighet for, og stimulerer til, vekst og utvikling for den enkelte medarbeider. Miljøet skal preges av respekt, åpenhet, tydelighet og engasjement i samarbeid med de ansatte.

Pleie- og omsorgstjenesten vektlegger ledernes og de ansattes ansvar for å nå de mål som til enhver tid defineres av kommunens ledelse. Dette ansvaret innebærer å integrere kommunens visjoner, verdier og mål.

MÅL FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

TRYGGHET FOR TJENESTER NÅR EVNEN TIL EGENOMSORG SVIKTER

Tjenester skal gis for å sikre forsvarlighet og verdighet

RAKKESTAD KOMMUNES VISJON OG VERDIER

Rakkestad kommune bygger sin virksomhet på visjonen om

"MANGFOLD OG SAMHOLD".

For at kommunens virksomhet skal bidra til å realisere denne visjonen er det viktig å lykkes i møtet med lokalsamfunnet, brukere og de tjenester kommunene yter.

Rakkestad kommunes identitet er de tjenestene som produseres innen hvert kommuneområde til innbyggerne.

Bildet på forsiden er av engtjæreblom, Rakkestads kommuneblomst. Fotograf Nils Skaarer.

GENERELL INFORMASJON

TAUSHETSPLIKT

Helsepersonells taushetsplikt

Helsepersonells taushetsplikt innebærer at de skal hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Taushetsplikten skal verne om pasientens integritet, og gjennom dette bidra til befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell og til at hjelpetrequende oppsøker helsetjenesten ved behov.

Taushetsplikten skal også bidra til at pasienten gir den informasjonen som er nødvendig i forbindelse med helsehjelpen, i tillit til at opplysningene ikke brukes til andre formål eller i andre sammenhenger. (Helsedirektoratet)

DOKUMENTASJON

Helsepersonells dokumentasjonsplikt er regulert i Helsepersonelloven kap. 8 og nærmere presisert i Forskrift om pasientjournal.

Alle brukere av pleie - og omsorgstjenester i Rakkestad får opprettet en journal i det elektroniske dokumentasjonssystemet Gericca når de søker om tjenester.



I journalen dokumenteres bl.a. brukerens situasjon, hva som gjøres av tiltak og effekten av disse. Det er regler for hvem som skal dokumentere og hvordan.

Dokumentasjonsplikten har tre hovedformål (Helsetilsynet 2010)

- Journalen skal vise hva som er gjort av observasjoner, vurderinger, beslutninger og konkrete handlinger, som en "huskeliste" for å bidra til kontinuitet og god kvalitet
- En måte å kommunisere med annet personell på, for faglig forsvarlig oppfølging
- I ettertid kunne dokumentere hva som faktisk har skjedd

PPS - Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten

PPS er kunnskapsbaserte prosedyrer i sykepleie - på pc, nettbrett og mobil.



PPS inneholder 300 prosedyrer i sykepleie, mer enn 1000 illustrasjoner og et omfattende kunnskapsstoff som underbygger hver prosedyre. Prosedyrene og kunnskapsstoffet utarbeides og oppdateres ved systematisk oppsummering av internasjonal forskning og fagkunnskap. PPS har også tilleggsfunksjoner som kunnskapstester og kalkulatorer.

PPS har vært i bruk i Rakkestad kommune fra 2011.

IPLOS

IPLOS er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. HelseDirektoratet er databehandlingsansvarlig.

FORSKRIFT OM KVALITET I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om
helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om
sosiale tjenester m.v. (FOR 2003-06-27 nr 792)

«Kvalitetsforskriften» ble fastsatt ved kongelig resolusjon av 27. juni 2003 med hjemmel i lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenesten i kommunene for å samordne pleie- og omsorgstjenestene bedre mellom sosialtjenesten og helsetjenesten.

§ 1. Formål

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

§ 2. Virkeområde

Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Dersom deler av disse tjenestene utføres av private, skal kommunen ved avtale sikre seg at denne forskriften også blir fulgt i den private partens utførelse av tjenestene.

§ 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

§ 4. Ikrafttreden

Denne forskrift trer i kraft 1. juli 2003.

KVALITETSMÅL FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE I RAKKESTAD KOMMUNE

INFORMASJON, KOMMUNIKASJON, BRUKERMEDVIRKNING

1. Bruker opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
2. Bruker og/eller brukers representant har reell medinnflytelse på eget tjenestetilbud
3. Bruker får mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg
4. Bruker med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov, får et tilpasset tilbud

PERSONLIG STELL

5. Bruker får ivaretatt sin personlige hygiene og sine naturlige funksjoner (toalett)
6. Bruker får tilpasset hjelp til på - og avkledning



*Tusenårstreet,
Rådhusparken*

ERNÆRING

7. Brukers grunnleggende fysiologiske behov blir ivaretatt. Det vil si tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
Bruker får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

AKTIVISERING OG STIMULERING

8. Bruker får følge sin normale døgnrytme og unngår uønsket og unødige sengeopphold
9. Bruker har mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
10. Bruker får mulighet for varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne

LEGE, TANNLEGE

11. Bruker får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, samt rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
12. Bruker får nødvendig tannbehandling og får ivaretatt sin munnhygiene

LOKALER/TILRETTELEGGELSER

13. Bruker har mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv, samt tilbud om eget rom ved langtidsopphold

VERDIG LIVSAVSLUTNING

14. Bruker får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

ANNET

15. Tjenestene har et dokumentasjonssystem som tilfredsstillende lov, forskrift og annet regelverk
16. Tjenestene utøves i samsvar med brukers behov og de krav som stilles i gjeldende lovverk og forskrifter

KVALITETSMÅL 1

Brukeren opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.

Dette forutsetter

- respekt for brukers egenverd og livsførsel uansett eget livssyn og personlige oppfatninger
- at tjenestetilbudet planlegges og gjennomføres i samråd med bruker og/eller pårørende



Sandbekk mølle. Fotograf Glenn Thomas Nilsen.

Dette oppnås ved

- god og tilgjengelig informasjon om kommunens tjenestetilbud
- at tjenesten- og tjenesteyter har respekt og forståelse for ulike kulturer og livssyn
- at bruker opplever å bli sett og hørt
- at det foretas en grundig kartlegging i samarbeid med bruker og pårørende ved vurdering-/innkomstsamtale,
- at vedtak, opplysninger og planer/tiltaksplaner i Gericca er aktive og oppdaterte
- at det opprettes ansvarlig/primærkontakt for den enkelte, og denne gjøres kjent for bruker og pårørende
- at tjenesteyter viser respekt ved å opptre som gjest i brukers hjem privat/institusjon
- at tjenesteyter bruker navneskilt og ID-kort (hjembaserte tjenester)

Selvevaluering:

- Har jeg gitt brukeren mulighet for medbestemmelse?
- Oppførte jeg meg som en gjest i brukerens hjem?
- Har jeg gjort det jeg kan for å opprettholde forutsigbarhet og kontinuitet?
- Har jeg gjort meg kjent med vedtak og tiltaksplaner?

KVALITETSMÅL 2

Bruker og/eller brukers representant har reell medinnflytelse på brukers tjenestetilbud.

Dette forutsetter

- et bevisst forhold til samhandling med bruker, pårørende og/eller brukers representant

Dette oppnås ved

- at det avklares med bruker hvem som er nærmeste pårørende og dette dokumenteres i Geric
- at det gjennomføres vurderingssamtale/inntakssamtale med bruker og pårørende, og at mål formuleres og planer/tiltaksplaner utarbeides i samråd med dem (tilbud om tolk ved behov)
- at tjenesteyter er kjent med pårørendes rettigheter og plikter
- at tjenesteyter har et bevisst forhold til brukers samtykkekompetanse
- at det gjennomføres årlige bruker/pårørendemøter

Selvevaluering:

- Har jeg ivaretatt brukers ønsker og behov?
- Har jeg tatt hensyn til muntlige/skriftlige tilbakemeldinger fra bruker/pårørende?
- Har jeg ivaretatt taushetsplikten i samtaler om brukerne med mine kolleger?

KVALITETSMÅL 3

Brukeren får mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg.

Dette forutsetter

- at bruker bevarer et positivt selvbilde når helsesvikten fører til redusert egenomsorgsevne
- at funksjonsnivå og selvhjelpsferdigheter opprettholdes og videreutvikles

Dette oppnås ved

- at brukers ressurser kartlegges og dokumenteres i Geric
- at brukerens individuelle behov ivaretas ved at plan/tiltaksplan utarbeides
- tverrfaglig vurdering av brukerens helsetilstand
- motivering, veiledning og tilrettelegging for egeninnsats i ulike typer aktiviteter
- at det tas hensyn til at brukers behov og ønsker kan variere fra dag til dag

Selvevaluering:

- Har jeg gitt brukeren mulighet til å bruke egne ressurser og gjøre egne valg?
- Holder jeg med oppdatert med brukerens tiltaksplan?
- Er informasjon gitt og vurdering foretatt angående individuell plan?

KVALITETSMÅL 4

Brukere med demens og andre som har vanskelig for å formulere sine behov, får tilrettelagte tilbud.

Dette forutsetter

- kunnskap om og forståelse for demens og andre typer funksjonssvikt
- at brukers funksjonsnivå og behov kartlegges
- at tvang og makt ikke brukes unødig



Fra Bygdetunet

Dette oppnås ved

- etterstrebeelse av størst mulig grad av selvbestemmelse og medvirkning
- at miljørettede tiltak brukes for å skape en trygg og meningsfull hverdag
- at personalet kjenner retningslinjene for bruk av tvang og makt i henhold til kap 4 A i Pasient- og brukerrettighetsloven
- at personalet kjenner til dokumentasjonsplikten knyttet til bruk av tvang og makt

Selvevaluering:

- Har jeg ivaretatt brukers verdighet?
- Har jeg de nødvendige kunnskapene for å møte brukere med spesielle behov?
- Har jeg dokumentert hva som skjedde forut for brukers uro?
- Har jeg dokumentert effekten av de iverksatte tiltakene?

KVALITETSMÅL 5

Brukeren får ivaretatt sin personlige hygiene og sine naturlige funksjoner (toalett).

Dette forutsetter

- at bruker gis individuelt tilpasset bistand/veiledning i forbindelse med personlig hygiene og naturlige funksjoner

Dette oppnås ved

- at brukers individuelle behov, vaner og ønsker kartlegges og blir tatt hensyn til
- sikring av tverrfaglig vurdering og faglig forsvarlig oppfølging
- at brukers opplevelse av frihet til valg og selvstendighet ivaretas
- motivering for og tilrettelegging av egeninnsats
- å kompensere for brukers funksjonssvikt for å gi han/henne overskudd til andre aktiviteter
- at brukers verdighet ivaretas
- at bruker følges på toalettet ved behov
- at bruker tilbys individuelt tilpasset stell
- bistand til anskaffelse av nødvendige hjelpemidler for brukeren

Selvevaluering:

- Har jeg gitt brukeren tid og mulighet til å ivareta personlig hygiene og naturlige funksjoner?
- Har jeg utført tjenesten med respekt og ivaretatt brukerens verdighet?

KVALITETSMÅL 6

Brukeren får tilpasset hjelp til på- og avkledning.

Dette forutsetter at

- vi gir brukeren individuelt tilpasset bistand og veiledning i forbindelse med på- og avkledning

Dette oppnås ved

- at brukers individuelle behov, vaner og ønsker kartlegges og tas hensyn til
- at brukers opplevelse av frihet til valg og selvbestemmelse ivaretas
- at det tilrettelegges for og at bruker motiveres til egeninnsats
- at brukers funksjonssvikt kompenseres ved å bistå med respekt og verdighet

Selvevaluering:

- Har jeg gitt brukeren tilpasset hjelp med på- og avkledningen?
- Har jeg utført tjenesten med respekt og ivaretatt brukers verdighet?
- Har jeg ivaretatt brukers rett til medbestemmelse?

KVALITETSMÅL 7

Brukeren får tilstrekkelig og helsefremmende næring (mat og drikke) med rimelig valgfrihet
Brukeren får tilpasset hjelp i spisesituasjonen, nok tid og ro til å spise.

Dette forutsetter

- at brukers behov for næring og væske for å hindre underernæring, feilernæring og uttørring sikres
- at måltidene er hyggelige opplevelser

Dette oppnås ved

- at brukers spesielle kostholdsbehov kartlegges og dokumenteres i planer/tiltaksplaner i Geric
- at prosedyre for vekt og ernæringsstatus følges
- at bruker tilbys mellommåltid og ekstra drikke
- at brukers mat- og væskeinntak dokumenteres når dette er nødvendig
- at bruker gis nødvendig bistand under måltidet
- at det legges til rette for at personalet er til stede ved måltidene der det er naturlig og nødvendig
- at det settes av nok tid til måltidene
- at unødvendig støy under måltidene unngås

Selvevaluering:

- Vet jeg nok om brukerens matvaner, kosthold og ernæringsstatus?
- Har jeg tilrettelagt slik at brukeren får dekket sitt ernæringsbehov og får lyst til å spise?
- Har jeg tilrettelagt slik at brukeren opplever måltidet som hyggelig?
- Har jeg gitt brukeren god nok tid til å spise?
- Har jeg dokumentert brukerens inntak av mat og drikke der det er behov for det?
- Er jeg kjent med brukers ernæringsstatus?

KVALITETSMÅL 8

Brukeren får følge sin normale døgnrytme og unngår uønsket og unødig sengeopphold.

Dette forutsetter

- at tjenesteyter bidrar til at brukeren opprettholder sin normale døgnrytme og unngår unødig sengeopphold

Dette oppnås ved

- kartlegging og dokumentering i Geric av, og tilrettelegging for, at bruker får opprettholde sine vaner i størst mulig grad
- tilrettelegging for aktivitet og hvile for den enkelte bruker
- at tjenesteyter motiverer brukeren til å være oppe, også for å forebygge komplikasjoner ved langvarig sengeleie.
 - Styrt døgnrytme skal dokumenteres og begrunnes i Geric.



Fra Skautun

Selvevaluering:

- Har jeg motivert brukeren til å unngå unødig sengeopphold?
- Er jeg fleksibel slik at brukers tidligere vaner opprettholdes best mulig?
- Har jeg gjort det jeg kan for å forebygge komplikasjoner ved sengeleie?

KVALITETSMÅL 9

Brukeren har mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

Dette forutsetter

- at tjenestene bidrar til at brukeren opprettholder sitt sosiale nettverk og gis mulighet til å knytte nye relasjoner

Dette oppnås ved

- kartlegging av sosiale behov og ressurser hos brukeren
- fleksibilitet i tjenesteutøvingen slik at brukeren i rimelig grad kan utøve sine aktiviteter
- tilrettelegging for private besøk
- tilrettelegging for fellesskap med andre
- oppfølging av brukers planer/tiltaksplan
- informasjon, motivering og tilrettelegging

Selvevaluering:

- Har jeg ivaretatt brukernes behov for privatliv?
- Har jeg ivaretatt brukerens behov for sosial kontakt?
- Har jeg fulgt brukerens tiltaksplan og eventuell dagsplan/aktivitetsplan?
- Har jeg kjennskap til aktuelle tilbud for bruker?
- har jeg lagt til rette for samarbeid med frivillige?

KVALITETSMÅL 10

Brukeren får mulighet for varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne.

Dette forutsetter

- at brukeren får delta i ulike aktiviteter for å opprettholde og/eller bedre sitt funksjonsnivå og hindre isolasjon

Dette oppnås ved

- at brukers ønsker og interesser kartlegges, og bruker gis realistiske valgmuligheter
- fleksibilitet i tjenesteutøvingen som muliggjør at bruker i rimelig grad kan delta i aktiviteter
- at bruker stimuleres til aktiviteter som opprettholder eller bedrer funksjonsevnen, f. eks ved at det legges til rette for deltagelse i dagliglivets gjøremål
- informasjon om hvilke tilbud som finnes, som f eks fra frivillige organisasjoner, besøkstjeneste og støttekontakt, transportbistand
- motivering og tilrettelegging for deltagelse



Fladstadparken ved Skautun

Selvevaluering:

- Har jeg kartlagt brukers ønsker, interesser og behov?
- Har jeg gitt informasjon om mulige tilbud?
- Har jeg bistått og motivert bruker for deltagelse i aktiviteter?

KVALITETSMÅL 11

Brukeren får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, samt rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand.

Dette forutsetter

- at brukeren mottar nødvendig og tilpasset hjelp

Dette oppnås ved

- kartlegging gjøres av tjeneste/tjenesteyter for å sikre tverrfaglig vurdering og brukers medbestemmelse
- fortløpende oppfølginger og revurderinger
- nødvendig og relevant informasjon dokumenteres i Gerica
- jevnlig, systematisk samhandling med brukers fastlege/sykehjemslege, med spesialisthelsetjeneste og andre tjenesteytere
- vurdering av brukers behov for ledsager til medisinsk behandling
- å følge retningslinjer for legemiddelhåndtering
- aktiv bruk av PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten)
- oversikt over ulike tjenestetilbud og tilrettelegging slik at bruker får riktig tjenestetilbud

Selvevaluering:

- Har jeg gitt brukeren mulighet til selv å delta i planlegging og gjennomføring av tjenesten?
- Er jeg observant for brukers endringer i helsetilstand?
- Har jeg innhentet nødvendig informasjon?
- Har jeg sikret at brukeren har fått og forstår informasjonen?

KVALITETSMÅL 12

Brukeren får nødvendig tannbehandling og får ivaretatt sin munnhygiene.

Dette forutsetter

- at brukeren får utført tilfredsstillende tannpleie morgen og kveld, får utført tilfredsstillende munnstell etter behov og får nødvendig tannbehandling i henhold til Lov om tannhelsetjenesten

Dette oppnås ved

- informasjon innhentet om bruker har egen tenner eller tannprotese
- kunnskap i personalet om riktig tannhygiene, opplæring og bruk av gjeldende prosedyre i PPS
- hjelp til brukere som ikke klarer det daglige renhold av tenner og munn selv
- at det tilbys kontakt med tannlege/tannpleie dersom bruker klager over smerter, eller det eventuelt er forandringer i munnhulen hos bruker
- at det gis informasjon til bruker/pårørende om rett til gratis tannbehandling når
 - bruker har hatt hjemmesykepleie en gang pr uke eller mer i 3 måneder
 - alle i sykehjem/institusjon i langtidsopphold over 3 måneder
- at det dokumenteres i IPLOS når bruker har vært hos tannlege

Selvevaluering:

- Har jeg gitt bruker informasjon og forsikret meg om at informasjonen er forstått?
- Har brukeren fått utført riktig og nødvendig tann- og munnstell?

KVALITETSMÅL 13

Brukeren har mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv, samt tilbud om eget rom ved langtidsopphold.

Dette forutsetter

- respekt for brukerens eget hjem og egne ønsker, enten han/hun bor på institusjon eller i privat bolig.

Dette oppnås ved

- kartlegging av brukerens vaner og oppfølging av brukers ønsker så langt mulig
- respekt og er høflighet overfor bruker
- aktiv lytting til bruker og brukers ønsker
- at brukeren gis mulighet til å låse døren, og at det respekteres
- at tjenesteyter banker på døren og venter på svar
- at bruker gis mulighet for å motta besøk når han/hun ønsker det
- at bruker får styre sin egen døgnrytme så langt det er riktig

Selvevaluering:

- Vet jeg nok om brukerens vaner og ønsker til å gi valgfrihet?
- Gir jeg brukeren følelsen av å ha kontroll over eget liv?
- Har jeg tilrettelagt tilstrekkelig for å gi bruker mulighet til privatliv?

KVALITETSMÅL 14

Brukeren får en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

Dette forutsetter

- at tjenesteyter kjenner til brukers fysiske, psykiske og sosiale ståsted, samt livssyn

Dette oppnås ved

- kartlegging av brukers og/eller pårørendes ønsker ved livets slutfase og dokumentasjon av dette i Geric
- planlegging av en verdig livsavslutning sammen med bruker og pårørende
- bruk av færrest mulig tjenesteytere
- samarbeid med pårørende
- at personalet er kjent med og benytter aktuell kompetanse og gjeldende prosedyrer ved livets slutfase
- at enerom i institusjon tilbys når det er nødvendig
- avslutningssamtale med pårørende



Vinter ved Rakkestadelva

Selvevaluering:

- Har jeg behandlet bruker med omsorg og respekt?
- Har jeg så langt mulig ivaretatt brukers og pårørendes ønsker og behov?
- Har jeg utøvd faglig forsvarlig omsorg og pleie etter gjeldende prosedyrer?
- Har jeg bistått ved behov hos bruker når det gjelder fysisk, psykisk, sosialt ståsted, samt livssyn?

KVALITETSMÅL 15

Tjenestene har et dokumentasjonssystem som tilfredsstillende loy, forskrift og annet regelverk.

Dette forutsetter

- at det dokumenteres i brukers elektroniske pasientjournal/Gerica for å sikre at brukerens behov blir ivaretatt

Dette oppnås ved

- at tjenesteyter
 - kan håndtere virksomhetens elektroniske pasientjournalssystem/Gerica
 - vet hva som skal dokumenteres hvor
 - vet hvem som skal dokumentere
 - følger journalforskriften

Selvevaluering:

- Har jeg ivaretatt brukers rettigheter?
- Har jeg de nødvendige kunnskaper om journalforskriften?
- Har jeg dokumentert den gitte helsehjelp og mine observasjoner til brukers beste?
- Har jeg dokumentert effekten av de iverksatte tiltak?
- Har jeg et bevisst forhold til brukers og/eller pårørendes rett til innsyn i journal?

KVALITETSMÅL 16

Tjenestene utøves i samsvar med brukerens behov og de krav som stilles i gjeldene lovverk og forskrifter.

Dette forutsetter

- at ledere og ansatte har kunnskap om de krav som stilles i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgssektoren
- seksjonene/enhetene har systemer og rutiner som sikrer kvalitet på tjenester og dokumentasjon, samt læring av avvik/uønskede hendelser og forbedringsforslag.



Dette oppnås ved

- at ledere og ansatte aktivt bruker kommunens elektroniske kvalitetssystem for kunnskapsinnhenting og for registrering og behandling av avvik/uønskede hendelser/forbedringsforslag
- at avvik/uønskede hendelser brukes aktivt i forbedringsarbeidet
- at muntlige og skriftlige tilbakemeldinger fra brukere og pårørende brukes aktivt for å bedre tjenestetilbudet
- at internkontroll gjennomføres og dokumenteres i henhold til lovverket
- ledere og ansatte holder seg faglig oppdatert

Selvevaluering:

- Har jeg observert og meldt fra om uønskede hendelser og avvik?
- Har jeg gjort meg kjent med kvalitetssystemet?
- Har jeg bruker i sentrum for min tjenesteutøvelse?
- Har jeg nødvendig kunnskaper om internkontroll?



Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.

For å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham, men dog først og fremst forstå det han forstår.

Søren Kierkegaard



RAKKESTAD
mangfold og samhold

Moss kommune

Krisesenter for Østfold

Kostnader og struktur

RAPPORT

25. april 2013

Oppdragsgiver: Moss kommune
Rapport nr.: 7989
Rapportens tittel: Krisesenter for Østfold – kostnader og struktur
Ansvarlig konsulent: Kaare Granheim
Kvalitetssikret av: Bjørn Brox
Dato: 25. april 2013

Innhold

1	SAMMENDRAG	7
2	INNLEDNING MED UTGANGSPUNKTET FOR PROSJEKTET	8
	2.1 KORT OM KRISESENTRENE HISTORIE I NORGE	8
	2.2 KRAVET TIL KRISESENTRENE I LOVEN	9
	2.2.1 Tjenester og tiltak som inngår	9
3	ALTERNATIVE TILBUD	11
4	KRISESENTERBRUKERNE	12
	4.1 BRUKERNES OPPRINNELSE	12
	4.2 ALDERSFORDELING	12
	4.3 ARBEIDSTILKNYTNING	12
	4.4 REKRUTTERINGSVEI	13
	4.5 FYLKESVISE FORSKJELLER I BRUK AV KRISESENTRER	14
	4.6 TILBUDETS BETYDNING	15
	4.7 BRUKERE MED INNVANDRERBAKGRUNN	15
	4.8 AVSTANDEN TIL KRISESENTERET	17
5	DAGENS STRUKTUR OG ORGANISERING FOR KRISESENTRER I ØSTFOLD	19
	5.1 OVERSIKT	19
	5.2 KORT OM DE ENKELTE SENTRENE (ETTER SAMTALER)	19
	5.2.1 Eidsberg	20
	5.2.2 Moss	20
	5.2.3 Fredrikstad	21
	5.2.4 Sarpsborg	22
	5.2.5 Halden	22
	5.2.6 Oppsummering	23
	5.3 SAMLET KAPASITET OG OVERSIKT OVER BRUKERNE	23
	5.4 BRUKERE FRA ANDRE OMRÅDER OG BRUKERE SOM HENVISES UT AV FYLKET	24
	5.5 SAMMENLIGNING MED VESTFOLD	25
6	ØKONOMI	27
	6.1 SAMMENLIGNING MED FYLKENE PÅ ØSTLANDET	27
	6.2 BUDSJETTMODELL	28
	6.3 MODELLEN ANVENDT PÅ ØSTFOLD OG VESTFOLD	29
7	NY STRUKTUR PÅVIRKER BRUKEN OG ØKONOMIEN	30
	7.1 ENDRING I BRUKEN VED Å ERSTATTE DE FEM SENTRENE MED ETT SENTER	30
	7.2 ØKONOMISK VIRKNING FOR KOMMUNENE MED ETT SENTER	32
	7.3 MERKOSTNADER VED ALTERNATIVE TILTAK	32
8	BYGNINGSMESSIGE FORHOLD	36
	8.1 BEHOVET FOR AREAL VED SAMLING AV TILBUDET TIL ETT STED	36
	8.2 POTENSIALET FOR UTBYGGING VED EKSISTERENDE SENTRE	36
	8.2.1 Fredrikstad	36
	8.2.2 Sarpsborg	37
	8.3 VERDIEN AV NYBYGG I FORHOLD TIL EIENDOMMER SOM KAN FRIGJØRES	37
	VEDLEGG	38

Forord

Fra 1. januar 2010 ble krisesentertilbudet en lovpålagt oppgave for kommunene i Norge. Lov av 19. juni 2009 om kommunale krisesentertilbud pålegger alle landets kommuner ansvar for å tilby sine innbyggere et krisesentertilbud. Det statlige tilskuddet til krisesentertiltak er lagt inn i de kommunale rammene fra og med 2011. Det betyr at kommunene står for 100 % av driftsutgiftene ved landets krisesentre.

Alle kommuner skal ha et krisesentertilbud, enten i sin egen kommune eller i samarbeid med nabokommuner.

Ved innlemmelse av tilskudd til krisesentre fra og med 2011 fikk Østfold langt mindre tilskudd fra staten enn tidligere. Rådmannsutvalget i fylket har fått i oppdrag å utrede krisesenterstrukturen i fylket, med tanke på fremtidig effektiv organisering.

Vi har gjennomført en utredning som drøfter behovet for krisesentre og viser alternative modeller for drift. Det er vanskelig å vurdere effektene av omlegging, men vi har forsøkt å illustrere ulike konsekvenser. Arbeidet er i hovedsak utført av Kaare Granheim.

Vi takker for et interessant oppdrag, og vi takker for et konstruktivt samarbeid med senterlederne i form av intervjusamtaler. De har alle bidratt til å gi konsulenten forståelse av oppgavenes karakter og kompleksitet.

Konsulenten har deltatt på ett møte i styringsgruppen underveis i arbeidet, der det er gitt viktige innspill.

Høvik, 25. april 2013

Agenda Kaupang AS

1 Sammendrag

Østfold har fem krisesentre for kvinner. Tre av sentrene har også et tilbud for menn som er rammet av vold i nære relasjoner. Østfold har et større og mer distribuert tilbud av krisesentre enn noe annet sammenlignbart fylke. Sentrene har ulik historie. De fleste er etablert av frivillige og etter hvert blitt overtatt av kommunene. Sarpsborg er nå rent kommunalt, Moss og Indre Østfold er IKS. Halden er en stiftelse med eget styre, men er nært knyttet til Halden kommune. Krise- og incestsenteret i Fredrikstad er drevet av Stiftelsen Blå Kors Fredrikstad, med kontrakt fram til 2014 og to ganger to års opsjon på forlengelse. Fredrikstad har vertskommuneansvar på vegne av Hvaler og Fredrikstad for tilbudet til kvinner, og for ytterligere 13 andre kommuner når det gjelder tilbudet til menn.

Loven foreskriver at alle kommuner skal gi lavterskeltilbud til alle kvinner og menn og deres barn som trenger tilflukt og hjelp på grunn av vold i nære relasjoner. Det forutsettes at tilbudet er tilgjengelig hele døgnet, hele året.

Nasjonale tall for 2011 viser at 62 % av krisesenterbrukerne ikke er etnisk norske kvinner. Brukerne har gjennomgående lav utdanning, liten tilknytning til arbeidslivet og svake norskkunnskaper. Finansieringen av sentrene tar ikke hensyn til dette forholdet. Endringer er ikke vanskelige. Forslag til endring er utarbeidet. Det vil gi Østfold ca. 2 mill. kroner mer enn i dag.

Det viser seg at Østfold har stor tilstrømning av brukere, på grunn av forholdsvis mange kvinner i den aktuelle brukergruppen, og fordi Østfold tilbyr en helt annen distribusjon av tjenesten, rent geografisk, enn andre fylker. Østfold tar dessuten imot relativt mange brukere fra det statlige ROSA-prosjektet uten at dette kompenseres av staten.

Med utgangspunkt i en budsjettmodell for krisesentrene utført av Vista Analyse på oppdrag av BLD, og budsjettall for krisesentre i Østfold og Vestfold, har vi kunnet beregne kostnadene for sentrene i Østfold som funksjon av antall døgnbrukerne. Beregningen viser at driften av hvert senter er like effektivt i de to fylkene, enda Vestfold er det fylket på Østlandet som bruker minst til formålet. Østfold vil kunne spare mye på å redusere antall krisesentre. Analysen viser følgende muligheter og konsekvenser.

1. Ett senter for hele fylket vil medføre en besparelse på ca. 8 mill. kroner, forutsatt like mange brukere som nå.
2. Ettersom man kan vente at etterspørselen vil bli redusert med ca. 1/3 ved samling av aktiviteten til ett senter for hele fylket, vil driftsutgiftene bli ytterligere redusert med ca. 5 mill. kroner. Kommunenes driftsutgifter til formålet kan dermed bli redusert med i alt 13 mill. kroner.
3. Utvidelse av ett av sentrene i de to største byene vil medføre ekstra kostnader i størrelsesorden 1–2 mill. kroner i form av renter og avskrivninger. Kommunen kan til gjengjeld realisere verdier i de fire sentrene som eventuelt legges ned og selges, eller konverteres til andre formål.
4. Når mange barn ikke kommer til krisesentrene, men trolig fortsatt vil leve i hjem der voldsutøvelse finner sted, kan det bety at barnevernet må finne nytt hjem til flere barn. Plassering av barn utenfor familien kan koste nesten like mye som det kommunene sparer ved å samle tilbudet på ett sted. Kommunenes netto besparelser ved innsparingene knyttet til krisesentre er dermed usikre

Det foreligger en analyse¹ utført av Vista Analyse som viser at de samfunnsmessige kostnadene knyttet til vold i nære relasjoner er svært store. Vi har i samsvar med oppgaven begrenset oss til å se på de kommunaløkonomiske virkningene.

¹ R 2012/4 Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner

2 Innledning med utgangspunktet for prosjektet

Østfold har fem krisesentre, med noe ulik organisering. Indre Østfold og Mosse-regionen har sine krisesentre organisert som IKS – Fredrikstads og Hvalers tilbud drives etter anbud av Blå Kors Fredrikstad. Halden krisesenter er etablert som en stiftelse, mens senteret i Sarpsborg er en ordinær del av kommunens tjenesteapparat.

I forbindelse med omlegging av finansieringen av krisesentre fra 2011, opplevde kommunene i Østfold en kraftig reduksjon i overføringene fra staten.

Det har derfor vært behov for å få en oversikt over krisesentrenes kapasitet og behov, og oversikt over dagens brukere, økonomi, bygningsmessige forhold, kontrakter, sammenligning med relevante fylkeskommuner om mulige alternativer.

Hovedoppgaven for prosjektet er å finne fram til hvordan kommunene kan organisere krisesentrene i Østfold slik at de oppfyller lovens krav til lavest mulig kostnad. Det har dessuten vært ønskelig å belyse følgende spørsmål:

- Dagens struktur og organisering
- Samlet kapasitet – kostnader pr. plass
- Bygningsmessige forhold
- Kontraktsmessige forhold
- Sammenligning med relevante fylker
- Synliggjøre alternativ fremtidig, kostnadseffektiv drift

2.1 Kort om krisesentrenes historie i Norge

Ettersom krisesenter er en relativt lukket virksomhet, kan det være et godt utgangspunkt å kjenne litt til historien. Den som vil ha bred innsikt, anbefales å lese boken om krisesentrene skrevet av Jonassen, Sogn, Olsvik og Hjemdal (2008): *Kunnskap – kvalitet – kapasitet. En nasjonal utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet*. NKVTS rapport 2/2008.

Som med mange andre gode tiltak har krisesenterbevegelsen sett betydningen av større offentlig innsats. Etter å ha fått statlige tilskudd en periode, ble det spørsmål om fastere former for struktur og rammer.

I Ot.prp. nr. 96 (2008–2009) skriver regjeringen at: "Krisentrenes opprinnelige visjon var at alt kvinner trengte, var en trygg bolig og støtte fra andre kvinnelige beboere og krisesentermedarbeidere. Man trodde dette ville være nok for å gjenvinne kontrollen over eget liv." Det var det ikke.

Gjennom praksis i 30 år har krisesentrene utviklet flere tilbud til brukerne. Krisesentersekretariatet har utarbeidet minimumsstandarder for innhold og hjelpetilbud. Organisasjonene har arbeidet med etiske retningslinjer mv.

Tilbudet krisesentrene gir er

- døgnåpne tilbud med råd og veiledning pr. telefon
- trygge midlertidige botilbud
- dagtilbud – til tidligere brukere av boligtilbudet og andre som ikke har behov for boligtilbud
- samtaler – individuelt og i form av selvhjelpsgrupper
- hjelp til å ta kontakt med og følge til hjelpeapparatet
- oppfølging i reetableringsfasen
- informasjon om vold i nære relasjoner til publikum, hjelpeapparatet og offentlige myndigheter

Kjernetilbudet til brukerne varierer fra senter til senter. Tilbudet til enkelte krisesenter gir, er avhengig av de økonomiske og organisatoriske rammevilkårene til sentrene, størrelse, brukergrupper og hjelpeapparatet i områdene.

Selv om krisesentrene ble startet på privat initiativ og hadde mange frivillige medarbeidere, ble de allerede fra 1981 i hovedsak offentlig finansiert. Finansieringen av krisesentrene har siden 1981 vært delt mellom staten og kommunene, fylkeskommunene og private. Statstilskuddet dekket ifra 1981 50 % av driftsbudsjettet.

I 2004 vedtok Stortinget at det statlige tilskuddet skulle øke fra 50 % til 80 % fra 2005. Bakgrunnen var et ønske om å gi krisesentrene en tryggere økonomisk situasjon.

Statstilskudd på 80 % ble gitt på vilkår av at vertskommunen, det vil si den kommunen krisesenteret ligger i, godkjente et budsjett som dokumenterer tilskudd tilsvarende 20 % av driftsutgiftene fra vertskommunen, og eventuelt andre kommuner eller andre offentlige bidragsytere. Krisesentrene får fremdeles noe støtte fra private. Private gaver utløste ikke statstilskudd.

Alle krisesentrene må ha en vertskommune. De fleste sentre har i tillegg flere kommuner med avtale. Den vanligste ordningen ser ut til å være at kommunene har avtale, og at en av kommunene eventuelt har avtale med privat krisesenter dersom senteret ikke er kommunalt drevet. I 2007 gav 406 av de 434 kommunene i Norge støtte til krisesenter. De beløp de ulike kommunene bruker til formålet, varierer mye.

2.2 Kravet til krisesentrene i loven

Fra 1. januar 2010 trådte lov om kommunale krisesentertilbud i kraft, og fra denne dato er krisesentrene et tilbud også til voldsutsatte menn. Vi har gått gjennom Ot.prp. nr. 96 (2008–2009) og gjengir nedfor noen hovedpunkter fra proposisjonen.

2.2.1 Tjenester og tiltak som inngår

Intensjonen med loven har vært å sikre at kommunene tok ansvar for et godt og helhetlig tilbud til kvinner, menn og barn som blir utsatt for vold i nære relasjoner.

Telefonvakt hele døgnet

Det skal være døgnåpent tilbud om råd og rettledning pr. telefon (telefonvakt). Telefonvakten må ha kompetanse i å møte mennesker i krise og kunnskap om voldsutsatte, og hvilke reaksjoner de kan ha. Den rette kompetansen i denne brukerrettete funksjonen er svært viktig for at den voldsutsatte skal bryte ut av en voldelig relasjon.

Midlertidig bolig

Midlertidig bolig er et krisesenter, eller et tilsvarende trygt og foreløpig døgntilbud. Her skal brukerne få støtte, veiledning og oppfølging. Boligtilbudet skal være tilgjengelig hele døgnet, alle dager og hele året.

Mange trenger hjelp til å få vurdert situasjonen, faren for at voldsbruken skal gjenta seg, og faren for liv og helse. Noen trenger støtte og hjelp til å håndtere traumer som har oppstått i forholdet. Omsorgspersoner vil ofte være i en krisesituasjon som kan gjøre omsorgen for barn vanskelig, og vil ha behov for avlastning.

Et krisesenter skal i utgangspunktet ikke gi behandling eller terapi. Det å bli møtt med omsorg og nestekjærlighet, og det at noen tar seg tid til å lytte, er det krisesenterbrukerne skal legge vekt på. Det å møte andre voldsutsatte er et viktig aspekt ved krisesentrene.

Lokalene må være tilrettelagt for ulike brukergrupper og sikre den fysiske og psykiske integriteten til den enkelte.

Et opphold bør vare så kort tid som mulig. Lengden på oppholdet må tilpasses den tiden det tar å gi brukerne støtte i forhold til andre nødvendige hjelpetiltak, og å få på plass nødvendig hjelp for reetablering.

Et krisesenter må ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å gi et forsvarlig og godt døgnbasert tilbud til voldsutsatte. Dette er lettere å få til når senteret eller boligtilbudet har en viss størrelse. Der tallet på brukere tillater det, bør de voldsutsatte få tilbud om å delta i gruppesamtaler og nettverksgrupper. Det kan også organiseres ulike kurs og arbeidstreningssprosjekt. Størrelsen og kapasiteten må veies opp mot at et krisesentertilbud må være tilgjengelig uten urimelig lang reiseavstand.

Dagtilbud

Dagtilbudet ved krisesentrene har utviklet seg over tid og er i dag en viktig og integrert del av virksomheten. Statistisk sentralbyrås rapportering fra krisesentrene viser at det er flere dagbrukere enn beboere, og det er etter hvert flere brukere som bare benytter dette tilbudet. Blant kvinner med etnisk norsk bakgrunn er det i dag flere som er dagbrukere enn beboere. Dagtilbudet er viktig også for mange beboere etter endt opphold på et krisesenter.

Kommunen er pålagt å sørge for et dagtilbud. Dagtilbudet skal også ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til disse brukergruppene. Det er understreket at tilbudet så langt mulig skal være individuelt tilrettelagt.

Kommunen pålegges ansvar for gode rutiner, slik at brukerne får informasjon om sine rettigheter etter gjeldende regelverk, og hvilke andre tiltak de kan ha nytte av. Informasjonen kan gis både skriftlig og muntlig, og må så langt mulig tilpasses de individuelle forutsetningene mottakerne har ut fra alder, erfaring, kulturbakgrunn, språkbakgrunn mv. Det må også være rom for eventuelt å følge brukerne til møte med de relevante instansene, jf. § 3 i lovforslaget, som inneholder en forutsetning om nødvendig tolketjeneste.

Oppfølging i reetableringsfasen

Mange voldsutsatte har behov for tett oppfølging i reetableringsfasen. Mange har behov for psykososial oppfølging, hjelp til å etablere seg i ny bolig mv. Kommunene skal sørge for at brukerne får tilbud om oppfølging i reetableringsfasen.

I tillegg til etablerte tjenester etter andre lover, vil mange brukere ha nytte av mindre spesialiserte tiltak i reetableringsfasen, som oppfølgingssamtaler, hjemmebesøk og sosiale tiltak. Oppfølging i reetableringsfasen kan også gis i form av selvhjelpsgrupper og støttenettverk.

Lav terskel og ingen egenandel

Et viktig vilkår for at et krisesentertilbud skal fungere godt er at den som oppsøker tilbudet, ikke skal være nødt til å dokumentere behovet for hjelp. Slike krav kan føre til at en voldsutsatt ikke oppsøker hjelp, og konsekvensen blir at volden fortsetter.

Det skal ikke kreves egenandel for tjenesten, med unntak av eventuelle utgifter til mat til kostpris. Enkeltpersoner skal kunne vende seg direkte til et krisesenter. I utgangspunktet skal ingen voldsutsatte avvises ved et boligtilbud eller et dagtilbud. Hver bruker må få en individuell vurdering av sin situasjon og sine behov.

Krisesentertilbud skal ikke avgrenses til brukere som er bosatte i vertskommunen eller i samarbeidende kommuner.

3 Alternative tilbud

For å ha et bilde av situasjonen for brukerne kan det være et poeng å se hvilke andre tilbud som finnes med sikte på å gjøre forholdene bedre for mulige brukere.

Barnehus

Det er etablert barnehus i Hamar, Bergen (2007) og Kristiansand (2008). Det er også etablert barnehus i Trondheim og Tromsø (2009).

Husene er utstyrte for dommeravhør og for medisinske undersøkelser, og har rom for samtale/terapi. Barnet skal få alle de tjenestene det har behov for, i barnehus – ikke bli sendt fra sted til sted. Barnehus skal bygge opp kunnskap og kompetanse om overgrep mot barn på alle fagområder, slik at personalet kan gi råd og veiledning. Kompetansen skal utvikles i samarbeid med de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Incestsentre og incesttelefonen

Det er 20 incestsentre i Norge. Sentrene gir tilbud om støtte på dagtid til voksne som har opplevd seksuelle overgrep, og til pårørende til utsatte barn og unge. Flere incestsentre gir også et eget tilbud til barn og unge. Noen sentre har også et tilbud om overnatting til brukerne. Fra 1. januar 2006 ble det innført lik finansieringsordning for incestsentre som for krisesentre, der 20 % tilskudd fra kommuner, fylkeskommuner og helseforetak utløser 80 % statlig tilskudd.

Høsten 2006 ble det etablert en landsdekkende hjelpetelefon for incestutsatte. Hjelpe-telefonen er døgnåpen og blir driftet av incestsenteret i Vestfold.

Dixi Ressurssenter

Det finnes to Dixi Ressurssenter i Norge, ett i Oslo og ett i Stavanger. Sentrene arbeider for å hjelpe voldtektsoffer og deres pårørende, spre informasjon om senskader og følgeskader etter voldtekt, og drive holdningsskapende arbeid. Dixi-sentrene arbeider etter metoden "hjelp til selvhjelp" og er et supplement til det offentlige hjelpeapparatet. Sentrene gir informasjon og støtte til voldtektsutsatte og familiene deres, og hjelper til med å opprette Dixi-samtalegrupper både for voldtatte og for pårørende. I tillegg driver sentrene holdningsskapende informasjonsarbeid rettet mot hjelpeapparatet, skoler og samfunnet for øvrig. Sentrene er aktive når det gjelder å skrive innlegg og delta i debatter i media, drive oppsøkende virksomhet og sette i gang kampanjer og markeringer. Dixi-sentrene finansieres på samme måten som krisesentrene.

Alternativ til Vold

Alternativ til Vold (ATV) er primært et tilbud til voldsutøvere og hadde i 2008 behandlingstilbud i åtte norske byer. Fire nye tilbud ble etablert i 2009.

Det eksisterer en del spesialiserte tilbud som tilbyr behandling til kvinner som er blitt utsatt for vold. Partnerprosjektet, som blir drevet i regi av ATV, er et tilbud om samtale rettet mot partnere eller tidligere partnere til de mannlige klientene ved ATV.

4 Krisesenterbrukerne

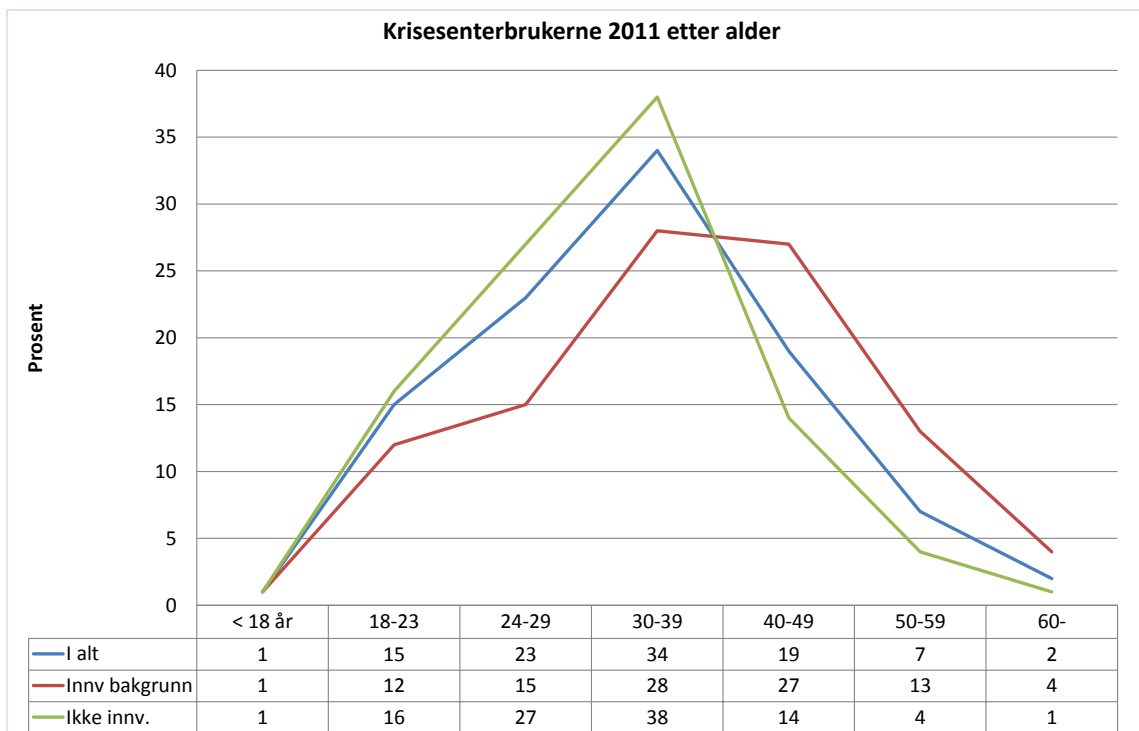
Fra den nasjonale statistikken kan det se ut til at både antall brukere og antall oppholdsdøgn har vært ganske stabilt siden 2004. Antall beboere svinger fra 1746 til 2075 i denne perioden. Det er ikke mulig å se noe entydig mønster i utviklingen.

4.1 Brukernes opprinnelse

BLD har i mange år benyttet markeds- og meningsmålingsinstituttet Sentio Research Group til å samle og systematisere data fra krisesentrene. Vi skal nedenfor gjengi data fra 2011. 62 % av kvinnene har utenlandsk bakgrunn (andelen har økt en del fra 2003, da den var 45 %). Dette betyr at utenlandske kvinner har svært stor hyppighet som brukere. Ved 11 av 46 sentre var andelen utenlandske brukere over 70 %. Det betyr likevel ikke at det bare er utenlandske *overgripere*. Andelen overgripere med utenlandsk bakgrunn utgjør ca. 50 %.

4.2 Aldersfordeling

Vi har nedenfor hentet tall vedrørende aldersfordelingen for norske og ikke etnisk norske i statistikken fra 2011.



Figur 4-1 Alderssammensetning for brukerne av krisesentrene 2011. Kilde: Sentio

Vi ser av figuren at brukerne av krisesentrene er kvinner fra 18 til 50 år, hvorav de utenlandske er noe eldre enn de norske. Bare 20 % bor alene. De fleste er gift eller samboere, og det er samboer/ektemann som er overgriper i de aller fleste tilfellene.

Av 67 000 overnattinger var 46 000 knyttet til brukere med innvandrerbakgrunn. Det betyr at denne gruppen står for ca. 69 % av alle overnattinger på norske krisesentre.

4.3 Arbeidstilknytning

Brukergruppen har alt i alt et noe perifert forhold til arbeidslivet. Statistikken for 2011 viser følgende tilknytning. (Det gjøres oppmerksom på at kategoriene ikke er gjensidig utelukkende og summen derfor kommer over 100 % i tabellene nedenfor.)

Tabell 4-1 Oversikt over brukernes tilknytning til arbeidslivet 2011. Kilde: Sentio

Arbeidstilknypning	I alt
Arbeid full tid	18
Arbeid deltid	14
Arbeidssøker	8
Stønad/trygd/pensjon	34
Hjemmearbeidende	17
Under utdanning	11
Kurs	9
<i>I alt (>100 %)</i>	<i>111</i>

Tabellen viser at kvinnene har liten arbeidslivstilknypning. 18 % svarer at de har full jobb, og 14 % arbeider deltid. Alt i alt er 32 % i jobb heltid eller deltid. Det betyr at jobbnettverket til brukerne er forholdsvis lite. Dette er ikke overraskende. Tilbudet er bygget for dem som har et svakt nettverk.

Dersom vi antar at brukere med stønad, trygd, pensjon eller hjemmearbeid har et svært begrenset nettverk, vil vi ut fra tallene si at det gjelder 51 % av brukerne.

4.4 Rekrutteringsvei

Det kan også være nyttig å vite hvordan brukerne er rekruttert. Statistikken skiller mellom eget initiativ og en rekke alternative instanser som har henvist eller bidratt til første opphold i et krisesenter.

Tabell 4-2 Initiativ til å oppsøke sentrene for dem som overnatter 2011. Kilde: Sentio

Initiativ	“Andel”
Eget initiativ	28
Politiet	18
Familie, venn, bekjent	14
Barnevern	9
Annet	9
Lege legevakt	6
NAV Sosialkontor	5
Annet krisesenter	4
Flyktningeinstans	5
Skole	4
Advokat	3
Helsesøster	1
Familievernkontor	1
Overgrepsmottak	0,3
Interesseforening	0,6
<i>I alt (N = 1939)</i>	<i>107,9</i>

Vi ser at ca. 28 % oppsøker senteret på eget initiativ. Andre, ikke-profesjonelle er ansvarlig for ytterligere ca. 15 %. Det betyr at den alminnelige kunnskapen om sentrene kan stå for opp mot ca. 50 % av rekrutteringen, dersom vi legger til grunn at det organiserte hjelpeapparatet over hele landet er noenlunde like godt kjent med krisesentertilbudet.

Det kan i prinsippet gjøre det mulig å øke dekningsgraden, eller oppmøtet med ca. 100 %, dersom senteret går fra ukjent til kjent utenfor hjelpeapparatet. Grad av tilgjengelighet og oppfatningene om egnethet i det profesjonelle apparatet, forsterker forskjellen fra fylke til fylke.

Det er mulig at nærhet til senteret kan være en viktig faktor i omgivelsenes kunnskap om sentertilbudet. Vi har undersøkt betydningen av nærhet til senteret på grunnlag av rekrutteringstall fra de store kommunene i Vestfold, som bare har ett senter, og finner at nærhet betyr mye for tilgangen på brukere. Vi skal først se på de fylkesvise forskjellene.

4.5 Fylkesvise forskjeller i bruk av krisesentre

Det viser seg at det er store fylkesvise forskjeller i bruk av krisesentre. Vi har hentet ut data fra statistikken som presenteres av Sentio hvert år. Tabellen nedenfor er summert pr. fylke og viser antall sentre, antall overnattinger i alt og antall brukere. Vi har tatt inn tall for innbyggerne, og beregnet både antall overnattinger pr. 1000 innbyggere og antall brukere pr. 10 000 innbyggere. Tabellen viser også gjennomsnitt for hele landet og gjennomsnitt for landet utenom Oslo.

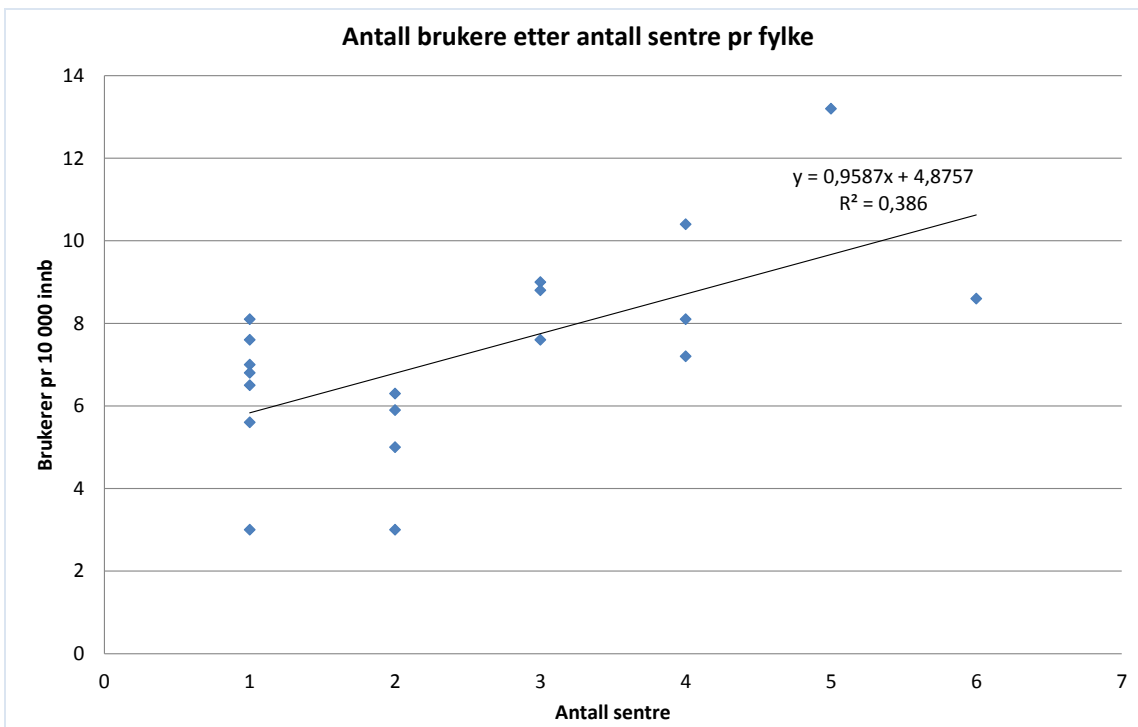
Tabell 4-3 Kjennetegn ved drift av krisesentre etter fylke 2011. Kilde: Sentio

Fylke	Antall krisesentre	Antall overnatt	Antall brukere	Dagbrukere	Innb. 31.12.11	Overnatt 1000 innb.	Brukere pr. 10 000 innb.
Østfold	5	15 481	368	174	278 352	55,6	13,2
Akershus	3	13 302	422	192	556 254	23,9	7,6
Oslo	1	10 815	430	372	613 285	17,6	7,0
Hedmark	3	6603	173	78	192 791	34,2	9,0
Oppland	2	4199	117	36	187 147	22,4	6,3
Buskerud	4	7888	277	177	265 164	29,7	10,4
Vestfold	1	6564	160	175	236 424	27,8	6,8
Telemark	1	2240	95	47	170 023	13,2	5,6
A-Agder	1	5597	72	71	111 495	50,2	6,5
V-Agder	1	9516	133	123	174 324	54,6	7,6
Rogaland	2	7254	260	130	443 115	16,4	5,9
Hordaland	2	6626	146	18	490 570	13,5	3,0
Sogn og Fjordane	1	2365	88	40	108 201	21,9	8,1
Møre og Romsdal	4	6506	183	139	253 117	25,7	7,2
S-Trøndel.	2	4396	148	52	297 950	14,8	5,0
N-Trøndel.	1	1530	40	5	133 390	11,5	3,0
Nordland	6	8972	205	143	238 320	37,6	8,6
Troms	4	3697	129	51	158 650	23,3	8,1
Finnmark	3	2791	65	38	73 787	37,8	8,8
<i>I alt</i>	<i>47</i>	<i>126 342</i>	<i>3511</i>	<i>2061</i>	<i>4 982 359</i>	<i>25,4</i>	<i>7,0</i>
<i>I alt uten Oslo</i>	<i>46</i>	<i>115 527</i>	<i>3081</i>	<i>1689</i>	<i>4 369 074</i>	<i>26,4</i>	<i>7,1</i>

Tabellen viser at Østfold har flest brukere pr. 10 000 innbyggere (13,2). De andre fylkene på Østlandet har fra 5,6 brukere i Telemark til 10,4 brukere i Buskerud pr. 10 000 innbyggere. I landet for øvrig er dekningsgraden fra 3 brukere (Hordaland og Nord Trøndelag) til 8,8 brukere (Finnmark) pr. 10 000 innbyggere.

4.6 Tilbudets betydning

Med fem sentre er det 55 700 innbyggere pr. senter i Østfold. I Hordaland er det 245 000 innbyggere pr. senter. Vi har undersøkt om antall innbyggere pr. senter kan ha noe å si for bruken, og det er en klar positiv sammenheng mellom bruken og fallende innbyggertall pr. senter i fylket. Det fremgår av figuren nedenfor.

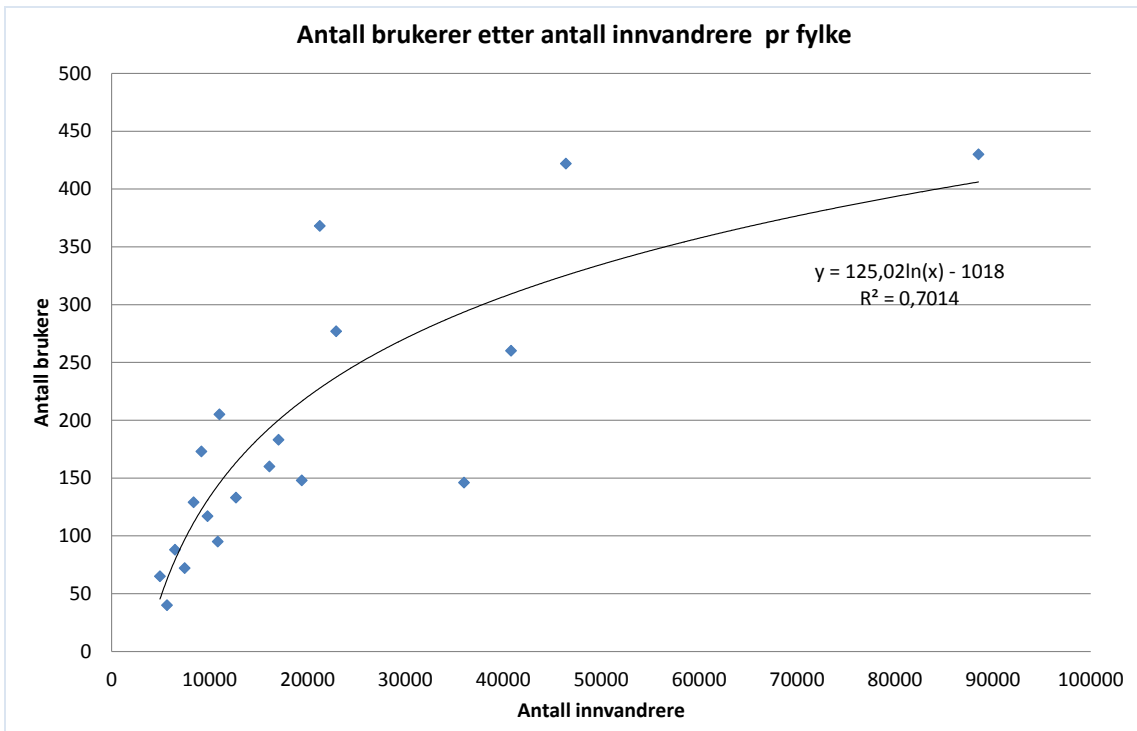


Figur 4-2 Antall brukere av døgnopphold etter antall sentre pr. fylke

Figuren viser at det er en viss statistisk sammenheng mellom bruken av sentrene pr. 10 000 innbyggere og antall sentre pr. fylke. Statistisk sett kan ca. 16 % av variasjonen i bruken knyttes til dette forholdet. Årsaken kan være at sentrene er bedre kjent jo flere brukere det er pr. fylke. Avstander kan også spille en stor rolle. Dette har vi undersøkt i Vestfold. Resultatet blir gjennomgått i kapittel 4.7. Vi skal først se på betydningen av innvandrere, ettersom de utgjør 62 % av brukerne.

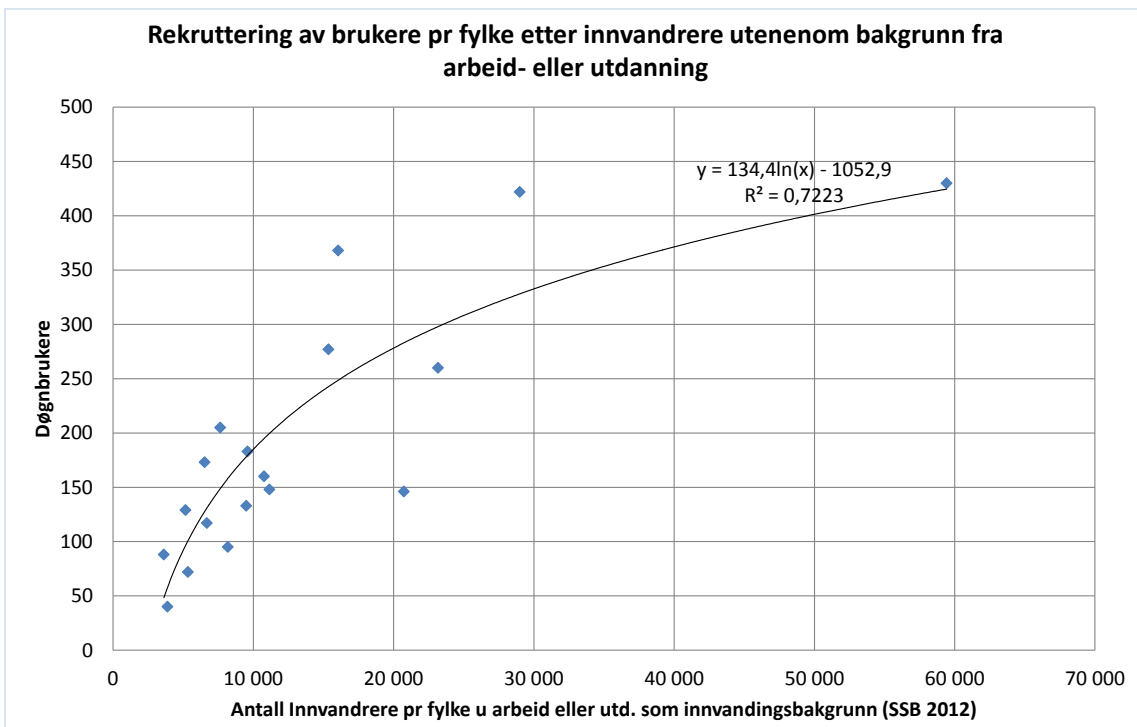
4.7 Brukere med innvandrerbakgrunn

Sentio oppgir at en økende andel av brukerne har innvandrerbakgrunn. Vi har sett på rekruttering til krisesentrene i forhold til antall innvandrere i alle fylkene, og det fremgår at bruken av sentrene er sterkt påvirket av andel innvandrere. Selv om det er kvinner i alderen 18–59 år som er den interessante brukergruppen, har vi her nøyd oss med å vise rekruttering pr. fylke i forhold til antall innvandrere i figuren nedenfor. Tallene er hentet fra SSBs oversikt over innvandrere fylke for fylke (se vedlegg), og omfatter alle med innvandrerbakgrunn som er kommet til landet eller født i perioden 1990–2011.



Figur 4-3 Antall døgnybrukere etter antall innvandrere pr. fylke

Det viser seg at det er en svært god statistisk sammenheng mellom antall døgnybrukere av krisesentre og antall innvandrere i fylket. Størrelsen på innvandrerbefolkningen forklarer ca. 50 % i variasjonen av antall døgnybrukere pr. fylke. Ettersom vi også har opplysninger om at brukerne har lav utdanning og liten tilknytning til arbeidslivet, har vi dessuten sett om det påvirker resultatet om vi holder arbeidsinnvandring og utdanning tilknyttet innvandring utenfor. Resultatet er fremstilt i figuren nedenfor.



Figur 4-4 Rekruttering etter innvandring uten arbeids- eller utdanningstilknytning

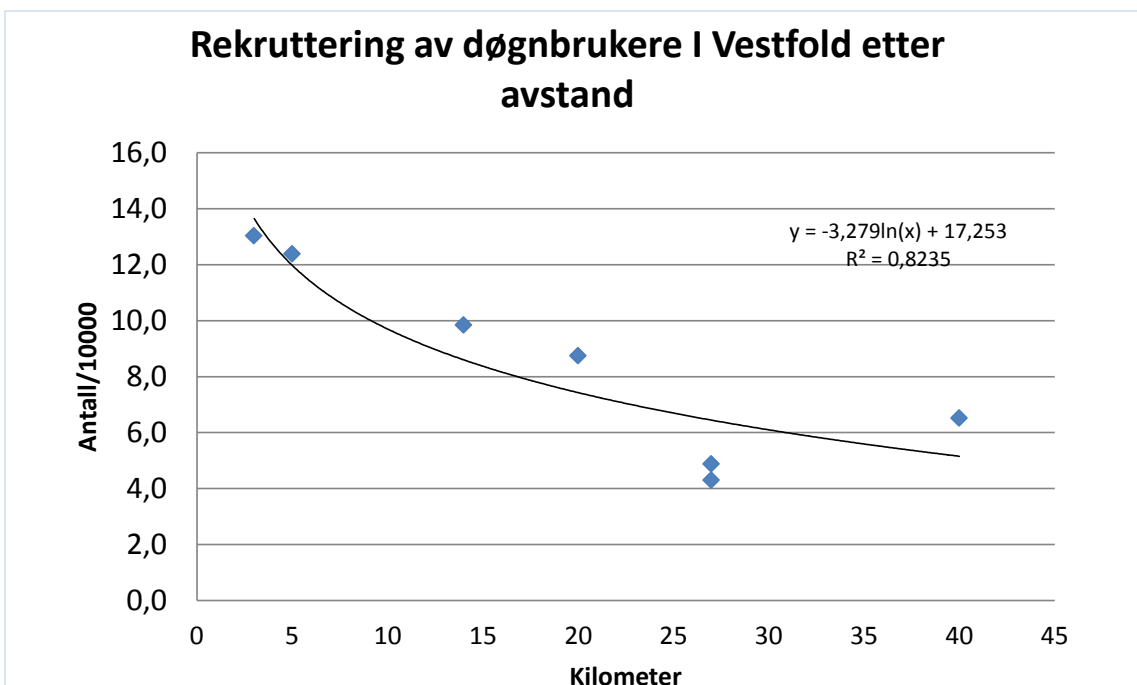
Vi ser av figuren at den statistiske sammenhengen mellom rekruttering av brukere og antall innvandrere i fylket blir litt bedre om vi holder arbeidsinnvandrere og studenter utenfor. Tallene viser at ca. 50 % av variasjonene i brukertall blir forklart ved å se hvor mange innvandrere, utenom arbeidsinnvandrere og studenter, man har pr. fylke.

Det stemmer svært bra med at noe over 60 % av brukerne av krisesentrene er innvandrere, og at brukerne har begrenset arbeidstilknytning. Tatt i betraktning at også antall sentre pr. fylke betyr en del for bruken, er dette en svært stor forklart andel.

4.8 Avstanden til krisesenteret

Det er alminnelig antatt at tilgjengeligheten er av stor betydning for rekruttering av brukere til krisesenteret. Dette er imidlertid vanskelig å dokumentere for Østfold, ettersom alle sentrene ligger i byer eller større tettsteder. Det er dermed ikke store forskjeller i den interne reiseavstanden mellom sentrene. Det er ikke meningsfylt å forsøke å se på forholdene i hele landet i denne sammenhengen. Den oppgaven er for stor. Vestfold er imidlertid et sammenlignbart fylke og en god case. Her er det mange kommuner med tilsvarende regional rolle, og vi har også en del andre store kommuner enn byene. Vi har derfor benyttet Vestfold som studieområde. Vestfold har bare ett senter. Dermed blir reiseavstandene ulike, og reisene er ikke så ulike dem man kan få i Østfold ved sentralisering. Senteret ligger i Tønsberg, som er vertskommune, og driften skjer i regi av en stiftelse. Kostnadene er nær opp mot det fylket får i beregnet rammetilskudd.

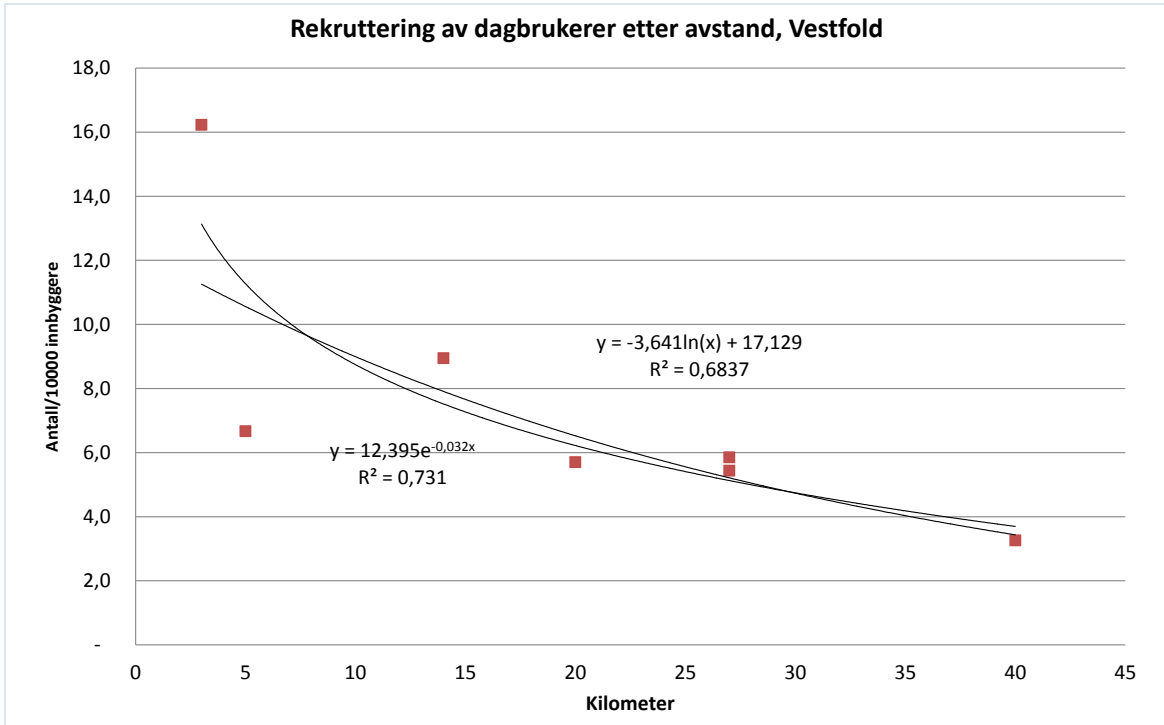
Vi har summert voksne og barn fra alle kommunene og lagt inn antall brukere pr. 10 000 innbyggere etter avstand fra Tønsberg til befolkningskonsentrasjonene i de ulike kommunene. Avstandene er hentet fra karttjenesten i Gule Sider. Intern avstand i Tønsberg er anslått til 3 km. Resultatet er vist i figuren nedenfor.



Figur 4-5 Rekruttering av døgnbbrukere til krisesenter etter avstand

Figuren viser at avstanden til senteret er svært avgjørende for rekrutteringen. Endringer betyr mer fra 20 km og ned til 5 km, enn fra 20 km og opp til 35 km. Vi kan dermed lage en avstandsfunksjon som forklarer 68 % av variasjonen i rekrutteringen.

Vi har også sett på antall dagbrukere etter avstand. Dagbrukerne kan gjøre avtale med senteret om en og en dag. Her kan man kanskje tenke seg at det er enda viktigere med kort avstand til senteret, men man må være klar over at mange dagbrukere har tidligere vært døgnbrukere og vet hva senteret har å tilby. Det kan dermed være interessant å se hva som betyr mest. Vi har vist resultatet for Vestfold i figuren nedenfor.



Figur 4-6 Rekruttering av dagbrukere etter avstand til krisesenteret i Vestfold

Figuren viser at antall brukere pr. 10 000 innbyggere faller ganske mye med økt avstand til senteret. Avstandene betyr enda mer for dagbrukerne enn for døgnbrukerne. De statistiske sammenhengene i mønsteret er svakere. Avstanden forklarer bare ca. 45 % av variasjonen i bruken.

Dette betyr at tilgjengeligheten til sentrene er svært viktig for bruksfrekvensene, selv i et fylke som Vestfold, der avstandene er forholdsvis små.

5 Dagens struktur og organisering for krisesentre i Østfold

5.1 Oversikt

Da kommunen overtok det økonomiske ansvaret i 2011, var det fem krisesentre i Østfold. De ligger i

- Eidsberg
- Moss
- Fredrikstad
- Sarpsborg
- Halden

Man kan dermed slå fast at sentrene i Østfold er godt distribuert i fylket, slik at mulige brukere har kort avstand til sentrene. Alle sentrene så nær som Sarpsborg, betjener flere kommuner. Vi skal nedfor gå gjennom kapasitet og produksjon ved sentrene. Først skal vi gi et overblikk over organisasjonsform og historie.

Senter og antall kommuner som samarbeider	Kommuner tilknyttet	Oppstart	Nåværende organisasjonsmodell
Indre Østfold: 9 kommuner	Askim, Eidsberg, Spydeberg, Hobøl, Skiptvedt, Rakkestad, Trøgstad, Marker, Rømskog	1979	IKS fra 2008 Styre: 5 medlemmer og 3 varamedlemmer Representantskap: 9 medlemmer
Moss: 4 kommuner	Moss, Rygge, Råde, Våler	1982	IKS fra 2008 Styre: 5 medlemmer. I tillegg møter leder og ansattrepresentant fast i styret, 3 numeriske varamedlemmer Representantskap: 8 medlemmer
Fredrikstad: 2 kommuner vedr. kvinner 15 kommuner vedr. menn	Fredrikstad og Hvaler. Tilbud for menn til 13 kommuner	1979	Stiftelse Blå Kors Fredrikstad leverer til Fredrikstad kommune, som er vertskommune for tjenesten. Kontrakt til 2014 med 2 * 2 års opsjon
Sarpsborg: 1 kommune	Sarpsborg	1987	Kommunal avdeling fra og med 2012
Halden: 2 kommuner	Halden og Aremark	1981	Stiftelse (overtatt av kommunen) Styre: 6 medlemmer med bakgrunn fra samarbeidsparter og politikk i de 2 kommunene samt en ansatt representant og 4 dels numeriske og dels personlige varamedlemmer

5.2 Kort om de enkelte sentrene (etter samtaler)

Vi har besøkt alle sentrene. Nedenfor har vi gjengitt poenger som ble trukket frem ved sentrene. Det er dermed noe variasjon i hva som er kommet med fra senter til senter.

5.2.1 Eidsberg

Organisasjonsform er IKS (fra 2008).

Eiere: De ni kommunene i Indre Østfold, med eierskap og økonomisk ansvar etter folketall.

Styre: Fem medlemmer

Representantskap: 18 medlemmer

Bygning

Senteret eier selv en egnet eiendom nokså sentralt i Mysen som er bygget om og pusset opp for formålet. Det gjenstår noe ytre vedlikehold for å ha en tidsmessig standard. Det betyr at senteret har forholdsvis lave utgifter og små avskrivninger til bygningsdriften.

Erfaring ved senteret

Senteret har erfaring for at kvinner som har vært utsatt for vold har lav livskvalitet. Oppholdet på senteret må ikke være for kort. Det tar tid å komme til hektene fysisk og psykisk.

Senteret har samarbeidet med Krisesenteret i Moss, og det er vurdert ulike tiltak for å samarbeide om konkrete spørsmål. Det er ført samtaler om kapasitetsutnyttelsen. Senteret har flyttet truede personer ut av egen sone når det har vært nødvendig.

Senteret har et svært godt samarbeid med politiet, NAV i kommunene, Familiens Hus i Eidsberg.

Bemanning

Bemanningen er redusert fra 8,5 årsverk i 2011 til 7 årsverk i 2012. Planlegger med 7,2 årsverk i 2013.

Brukere

Senteret har samme type brukere som andre sentre, men ser at man også får flere utenlandske kvinner som er gift med norske menn. De har ofte svært dårlig nettverk i Norge. Tendens til flere anmeldelser.

Til ettertanke

Avstanden til krisesenteret oppfattes å være av stor betydning for brukerne.

5.2.2 Moss

Organisasjonsform er IKS fra 2008, da det ble etablert i dagens bygning. Driften er forsøkt tilpasset nye rammer, og antall årsverk er redusert i løpet av 2011 fra 11,1 årsverk til 7,3 årsverk. Kostnadene er dermed betydelig lavere i 2012 enn i 2011.

Eiere: Moss, Rygge, Våler og Råde kommuner.

Styre: Fem medlemmer, møter ca. fire ganger pr. år. Daglig leder har jevnlig kontakt med styreleder.

Representantskap: Åtte medlemmer.

Bygning

Eier selv en eiendom som er noe ombygget for formålet, men eiendommen er ikke stor. Man kunne trenge flere rom for å holde oppe kapasitet og kvaliteten på tilbudet.

Brukere

Ca. 70 % har ikke norsk bakgrunn. Det har betydning for oppholdets varighet der man må gi betydelig kunnskaper om det norske samfunnet. Av overgripere er 50 % ikke norske. 50 % av brukerne har fysiske skader. Senteret har en bruker fra ROSA-prosjektet som har bodd hele året, som offer for menneskehandel.

1/5 av brukerne går tilbake til overgriper. De fleste av disse er tilbake på krisesenteret før det har gått mange år. 55 % etablerer seg alene etter opphold.

Krisesenteret disponerer to barnehageplasser. Det er nyttig for både mor og barn. Barnehageplassene har vært i bruk nesten hele året.

Krisesenteret ga i 2011 314 dagsamtaler med kvinner som ikke bodde på senteret. Man fikk totalt 782 telefonsamtaler.

Man ser en tendens til at senteret får flere brukere etter informasjonsarbeid. Det kan tyde på at tilbudet ikke er veldig godt kjent.

Opplæring

Senteret tar imot studenter fra ulike instanser og har en praktikant fra videregående skole, en politistudent og en mastergradsstudent og to studenter fra sosialfag fra Høgskolen i Østfold. En av de ansatte ved Moss har koordineringsansvar for sentrenes håndtering av ROSA-brukere.

Samarbeid med andre

Krisesenteret samarbeider tett med sosialtjenesten, barneverntjenesten, politiet og andre instanser, som skoler, barnehager, legevakt, sykehus, og asylmottak. Etablerte kontakter med et stort nettverk av personer. Krisesenteret har dessuten samarbeid med noen få advokater som kan problematikken. Kvinnene setter pris på at advokatene kan problematikken godt.

Moss kjøper krisesenterplasser og samtaler for menn i Fredrikstad. Telefonsamtalene klarer senteret selv.

5.2.3 Fredrikstad

Krise- og incestsenteret i Fredrikstad er virksomhet i stiftelsen Blå Kors Fredrikstad. Dette sikrer at praktiske forhold, økonomi og regnskap. Senteret ble startet i 1997. Senteret er et samordnet tiltak og gir tilbud både til volds- og incestutsatte. Samordning gir en god utnyttelse av senterets ressurser.

Senteret har avtale med Fredrikstad og Hvaler fram til og med 2014 pluss to ganger to år som opsjon.

Menn i egen avdeling

Senteret har en egen avdeling for menn som dekker hele Østfold, unntatt Aremark, Halden og Sarpsborg. De to delene av krisesenteret har samme turnus.

Styre

Senteret eies og drives av Stiftelsen Blå Kors Fredrikstad. Senteret har eget driftsstyre. Senteret har egne vedtekter.

Bygninger

Bygg fra 1957 som er utviklet til formålet med gunstig husleie. Det er god kontroll med uteområdene. Senteret ligger ganske sentralt i Fredrikstad med adgang gjennom boligområde. Bygningen er oppgradert og har universell utforming med heis. Ulike brukergrupper kan leve hver for seg.

Kompetanse og opplæring

I 2011 hadde senteret vel 9,8 stillingshjemler fordelt på 13 ansatte, ni kvinner og fire menn. I tillegg har senteret faste tilkallingsvakter. Seks av de ansatte har høgskole-utdanning. Fem har videreutdanning i henholdsvis ledelse, psykoterapi, miljøterapi, nasjonalt kompetanseprogram for spiseforstyrrelser og psykososialt arbeid med barn og unge. Øvrige ansatte har annen utdanning, og ansettes på bakgrunn av egnethet og realkompetanse.

To av senterets ansatte er i gang med en toårig psykoterapeutisk etterutdanning ved Hildebrand Institutt i Danmark. Alle ansatte har mulighet å delta på ulike kurs, internt og eksternt.

Brukerne

Senteret hadde 115 beboere i 2011 mot 93 i 2010. Av beboerne var 56 kvinner, syv menn og resten barn. Det var da så fullt at man måtte henvise syv kvinner og ti barn til andre sentre. I 2012 var det 85 voksne brukere.

I 2011 var 57 % av brukerne hadde ikke norsk etnisitet. Det betyr at den norske andelen er litt større enn gjennomsnittlig for landet.

5.2.4 Sarpsborg

Organisasjonsform: kommunalt team i enhet bolig og omsorg fra juni 2012. Senteret var tidligere en privat stiftelse.

Bygningsstatus

Kommunal oppgradert eiendom som egner seg til formålet, med hensiktsmessig beliggenhet ikke langt fra Sarpsborg sentrum. Halvparten av bygget er nybygg, resten er oppgradert til samme standard.

Ansatte

7,3 årsverk og 12 ansatte. Mange av de ansatte har annet arbeid. Selv om frivillige er erstattet av fast ansatte over tid, er de ansatte like entusiastiske i arbeidet. Ingen av de fast ansatte medarbeiderne har til nå sluttet.

Samarbeid

Senteret har et godt samarbeid med Sarpsborg politistasjon, og det er politiet som gjør trusselvurderinger. Politiet henter også bruker ut av sin situasjon når det er behov for det. Man har samarbeid med barnevern. Det fremheves som gunstig at det er nært samarbeid med boligkontoret for øvrig ved bosetting etter opphold.

5.2.5 Halden

Privat stiftelse fra 1985. Åpnet av Halden Kvinneråd i 1981, da alt arbeid var frivillig arbeid, unntatt daglig leder i deltidsstilling.

Organisasjonsform som stiftelse med eget styre med nært samarbeid med NAV Halden (sender faktura til kommunen).

Bygning

Overtatt gammelt hus som er noe tilpasset formålet. En god del oppgradering og vedlikehold trengs (lav husleie). Senteret ønsker seg bedre egnede lokaler.

Brukere

60 % av dagbrukerne i Halden har ikke norsk opprinnelse. Vi kan ellers ikke si at det er noen annerledes sammensetning enn det normale.

5.2.6 Oppsummering

Krisesentrene i Østfold drives og eies stort sett av kommunene. Eidsberg og Moss er organisert som IKS. Sarpsborg er kommunal enhet. Halden er en stiftelse. Krisesenteret i Fredrikstad drives av Stiftelsen Blå Kors Fredrikstad med et langvarig samarbeidsforhold og en forholdsvis kortvarig kontrakt. Kommunene står dermed ganske fritt til å organisere tjenesten annerledes enn nå.

5.3 Samlet kapasitet og oversikt over brukerne

Vi har data for 2011 som viser sentrenes kapasitet og produksjon. I tabellen nedenfor har vi vist produksjonstall og ressursbruk.

Selv om krisesentrene produserer en svært sammensatt tjeneste, vil tallene nedenfor likevel kunne være av en viss verdi for å danne seg et bilde av hvordan kapasiteten er og hvor stor produksjon som finner sted.

Tabell 5-1 Oversikt over kapasitet og produksjon for hvert samarbeidsområde 2011

	Halden	Sarpsborg	Fredrikstad	Moss	Indre Ø.	Østfold
Samarbeidskommuner	2	1	2	4	9	4
Ant. innb.	31 000	53 000	80 000	57 000	57 000	278 000
Ant. rom	4	12	10	6	8	40
Mill. kr (budsjett 2013)	2,4	5,6	6,8	6,2	7,6	28,6
Årsverk	5,5	8,2	10	7,8	8,5	41
Voksne beboere	31	53	63	44	63	254
Barn	19	61	52	37	51	220
<i>I alt</i>	<i>50</i>	<i>114</i>	<i>117</i>	<i>81</i>	<i>114</i>	<i>474</i>
Botid	28	29	32	37	33	31
Overnatting døgn voksne	860	1538	1989	1623	2051	8061
Overnatting døgn barn	877	1291	1521	1497	2054	7240
Overnatting i alt	1737	2829	3510	3 120	4105	15 301
Dagbrukere	12	45	77	64	37	235
Ant dagsbesøk	26	47	455	314	127	972
Overnatting år, 1000 innb.	56,0	53,4	43,9	54,7	72,0	55,0

Tabellen viser at Østfold alt i alt har et krisesentertilbud som tilbyr en samlet kapasitet på 40 rom. Det representerer 14 600 mulige "romnetter" pr. år. De ulike senterne har fra fire rom i Halden til tolv rom i Sarpsborg.

Antall overnattinger var 15 301, hvorav 8061 voksne og 7240 barn. Halden har i alt 1737 overnattinger og Indre Østfold har 4105. De tre andre ligger på ca. 3000 overnattinger.

Det gir en samlet utnyttelse på 1,05 personer pr. rom dersom alle bor på hvert sitt rom, og 0,57 personer pr. rom dersom alle barn bor sammen med voksne. Dette ser ut til å være en utnyttelse som ligger over det man kan vente på et vanlig norsk hotell, selv om enhetene her er små, og det vil i prinsippet ha betydning for kapasitetsutnyttelsen. Henvisning til nabosentrene reduserer imidlertid behovet for overkapasitet på grunn av størrelse.

Antall brukere var i alt 254 voksne og 220 barn. Med en gjennomsnittlig botid på 31 netter betyr det at det gjennomsnittlig overnatter 22 voksne og 18 barn på krisesenter i Østfold hver natt. Det betyr i gjennomsnitt åtte brukere pr. natt pr. senter.

Sentrene hadde i alt 235 dagbrukere. Antallet varierer fra 12 dagbrukere i Halden til 77 dagbrukere i Fredrikstad. Sentrene hadde i alt 972 dagsbesøk. Antallet varierer fra 26 i Halden til 455 i Fredrikstad. Det er ellers stor spredning i tallene. Det er likevel kanskje en viss sammenheng i at Fredrikstad, som har færrest overnattinger pr. innbygger, har flest dagbrukere og dagsbesøk.

Antall overnattinger er 55 pr. 1000 innbyggere. Tallet varierer fra 43,9 i Fredrikstad til 72 i Indre Østfold. De øvrige sentrene ligger på ca. 55 overnattinger pr. 1000 innbyggere.

5.4 Brukere fra andre områder og brukere som henvises ut av fylket

Etter loven kan brukerne velge krisesenter helt fritt. Det betyr at et krisesenter kan fylle opp kapasiteten med brukere fra andre fylker. Kanskje er det også slik at noen fylker sender mange brukere til nabofylkene. Vi har spurt krisesentrene i Østfold om dette er en viktig del av forklaringen på de store utgiftene.

Det viser seg at flere av sentrene har tatt imot brukere fra ROSA-prosjektet, som har tatt sikte på å hjelpe kvinner som har vært utsatt for organisert kriminalitet. Dette betyr som regel at en bruker legger beslag på en plass / et rom som ellers kan brukes av flere brukere i løpet av et år.

Det ble også klart at Vestfold krisesenter har henvist brukere til Østfold. Spørsmålet er om dette skjer i så stor skala at det betyr mye for økonomien i Østfold. Det viser seg at det er litt vanskelig å få slik oversikt, ettersom man kun registrerer henvisning til annet krisesenter. Vi har vært i kontakt med krisesentrene om dette, og med en del forbehold om kvaliteten på tallene har vi nedenfor forsøkt å lage en tabell for utveksling av brukere. Tallene er litt usikre, da de ikke bygger på standard statistikk.

Tabell 5-2 Voksne døgnbrukere pr. senter etter opprinnelse (2012), med unntak av Indre Østfold (2011).

Område	Halden 2012	Sarpsborg 2012	Fredrikstad 2012	Moss 2012	Indre Ø. ¹⁾ 2011	I alt
Voksne i alt	51	60	78 +7menn	48	63	305
Eget område	34	43	59	35	50	226
Annen k. Østfold	14	7	12	10	6	49
Annet fylke	?	4	13	2	5	24
ROSA	0	2	1	1	2	6
Henvist til andre ²⁾	3	4 ³⁾	14		7	28?

1) Beregnet gjennomsnitt over tre år viser litt flere brukere henvist ut enn tatt inn fra andre områder

2) Det føres ikke egen statistikk over henvisning til andre fylker

3) Ingen er direkte henvist videre, fordi det var fullt

Det er mulig at Østfold tar på seg noen flere brukere fra andre fylker enn dem som henvises til andre fylker, men statistikken gir ikke grunnlag for å si noe om det. Man

tar imot ROSA-brukere. Slike brukere har 10–12 ganger så lange opphold som de øvrige og koster dermed en god del mer. Vi har ikke oversikt over hvordan ROSA-brukere fordeles på fylkene. Vi kan derfor vanskelig legge til grunn noen spesielle forutsetninger i den videre analysen.

Det er likevel grunn til å undersøke om ROSA-prosjektet fordeler til dels store oppgaver svært ulikt på fylkene. Selv oppgir ROSA-prosjektet at 42 kvinner fikk omsorg. De fleste er plassert på Østlandet. Det kan se ut til at Østfold tar en stor del av oppgaven i forhold til folketallet. Vestfold har en-to ROSA-brukere, mens Østfold har seks. Det indikerer at fordelingen mellom fylkene er svært ujevn. Legger man døgnkostnadene til grunn, representerer dette merkostnader i størrelsesorden ca. 1 mill. kroner for Østfold. Mye taler for at ROSA derfor burde vært finansiert utenom rammetilskuddet.

5.5 Sammenligning med Vestfold

Det var klart før vi startet utredningen at kommunene i Vestfold bruker mye mindre enn Østfold til formålet. På grunnlag av den kunnskap som nå finnes, er det klart at det ikke er så lett å si at man dermed kan spare penger.

Tallene nedenfor gir et bilde av kapasitet og produksjon i de to fylkene.

Tabell 5-3 Sammenligning mellom Østfold og Vestfold 2012

	Østfold	Vestfold	Forholdstall
Samarbeidskommuner	3,6	12	0,3
Ant innb.	278 000	218 000	1,3
Antall innb. pr. km ²	72	111	0,65
Ant. rom	40	10	4,0
Mill. kr ¹⁾	28,6	9,6	3,0
Årsverk	40,5	13,1	3,1
Voksne beboere	254	100	2,5
Barn	220	106	2,1
<i>I alt</i>	<i>474</i>	<i>206</i>	<i>2,3</i>
Botid	31,2	32	1,0
Overnatting døgn voksne	8061	2944	2,7
Overnatting døgn barn	7240	3937	1,7
<i>Overnatting i alt</i>	<i>14 801</i>	<i>6881</i>	<i>2,5</i>
Dagbrukere	235	175	1,3
Ant. dagsbesøk	972	679	1,4
Overnatting år, 1000 innb.	55,0	31,6	1,7
Kostnad pr. overnatting	1868	1395	1,3

¹⁾ Budsjettsummen 2013 er 26 % større enn rapportert KOSTRA-driftsutgift 2011. Det påvirker forholdstallet mye.

Tabellen viser at det er stor forskjell på kostnadene i de to fylkene. Det viser seg at det også er svært stor forskjell på kapasiteten og produksjonen. Østfold har ca. 1,3 ganger så stor befolkning som Vestfold – man bor litt mer spredt, men bruker ca. tre ganger så store ressurser målt i mill. kroner. Man har fire ganger så stor kapasitet målt i antall rom.

Østfold tilbyr 2,2 ganger så mange overnattinger i alt og gir hjelp til 2,5 ganger så mange voksne. Man har 1,3 ganger så mange dagbrukere. Det er proporsjonalt med folketallet. Tilsvarende forholdstall har man når det gjelder dagbesøk.

Vi ser at antall overnattinger er 31,6 personer pr. 1000 innbygger i Vestfold og 55 overnattinger pr. 1000 innbygger i Østfold. Det betyr at bruken av sentrene er 74 % større pr. innbygger i Østfold enn i Vestfold.

Endelig ser vi at utgiftene pr. overnatting er kr 1868 i Østfold, mens tallene viser at Vestfold bruker kr 1395. Det er altså både større etterspørsel og dyrere drift i Østfold enn i Vestfold. Vi skal i neste kapittel forsøke å finne noen forklaringer for dette forholdet.

6 Økonomi

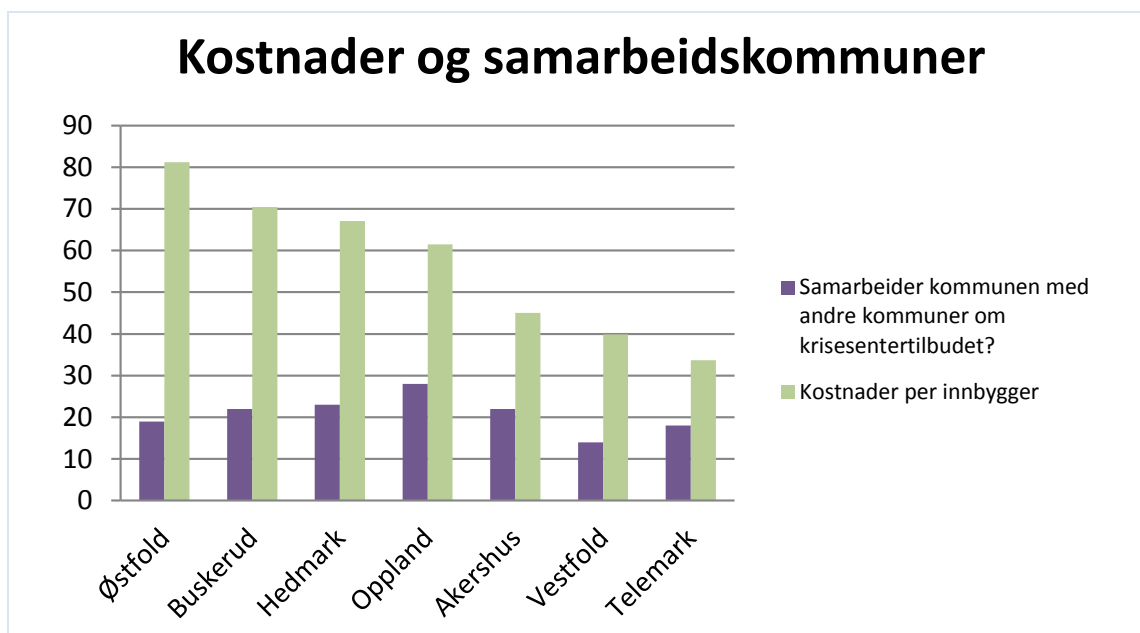
6.1 Sammenligning med fylkene på Østlandet

Kommunene i Østfold bruker ca. kr 100 pr. innbygger til drift av krisesentrene. Det fremkommer dersom vi summerer budsjettene for 2011 og deler på alle innbyggerne.

Vi har laget en oversikt over utgiftene til krisesentrene for alle kommunene på Østlandet på grunnlag av KOSTRA (2011). Det viser seg at østfoldkommunene bruker mer enn de andre kommunene, selv om denne oversikten ikke har fanget opp alle utgiftene i Østfold. Noen av kommunene har ikke rapportert, og Halden har ikke spesifisert på langt nær alle utgiftene. Vi har nedenfor vist gjennomsnittlige kostnader for kommunene i fylkene på Østlandet slik de er rapportert i KOSTRA, for at innsamlingen ikke skal forstyrre sammenligningen.

Vi har holdt Oslo utenfor i oversikten, ettersom Oslo oppgir helt andre tall. Det er derfor spørsmål om tallene for Oslo er sammenlignbare. Mye taler for at Oslo har et bredere institusjonstilbud fra tidligere og en del spesialiserte tilbud som er kommet til, som fanger opp en del av problemene som kommer til krisesenter i andre deler av landet.

Figuren viser også antall kommuner som deltar i samarbeid om krisesentrene.



Figur 6-1 Kostnader og samarbeidsløsninger om krisesenter på Østlandet 2011(KOSTRA)

Østfold har de desidert største utgiftene pr. innbygger. Det kan dermed være god grunn til å se på alternative løsninger. Vi oppfatter at Østfold og Vestfold kan sammenlignes i mange sammenhenger. Begge fylkene har kystlinje. Begge fylker har flere byer. Nærings sammensetningen er ikke helt ulik. Avstanden fra Oslo er ganske lik. Begge fylkene har fått økt pendling til Oslo. Kommunene i Vestfold bruker likevel ca. halvparten så mye som kommunene i Østfold til formålet.

I kapittel 4 har vi vist at det er stor forskjell både i etterspørselen etter tjenestene fra krisesentrene og kommunenes utgifter. Spørsmålet er om det må være slik, eller om kommunene kan finne andre løsninger med andre kostnader.

6.2 Budsjettmodell

Vista Analyse laget i 2001 et forslag til en kostnadsmodell for det som da het Barne- og familiedepartementet. Departementet kunne fastslå at tjenestetilbudet var sterkt varierende fra kommune til kommune og fra senter til senter.

Man konkluderte likevel med at det var mulig å bygge en kostnadsmodell basert på følgende forutsetninger:

1. Antall brukere som betjenes, er den viktigste indikatoren. Vista mente man kunne regne med én bruker pr. 1000 innbyggere som gjennomsnitt, men fastslo at variasjonen var svært stor, fra 0,3 til 2,0
2. Personalutgiftene er den største kostnadskomponenten
3. Lokaler er relativt spesialiserte. Man trenger både møterom, oppholdsrom, overnattingsrom og kontorlokaler, så vel som noe uteplass for lek
4. Modellen er ikke helt tydelig når det gjelder kostnader knyttet til nattåpne sentre, ettersom man mener at det finnes sentre med samordnede vaktordninger

Vista summerte opp de faktaopplysningene som er gjennomgått, i en matrise som ser slik ut.

Utgifter	Ressursbehov		
	Personell	Lokaler	Andre driftsutgifter
Vakt	5–8 årsverk for døgnåpen drift	Lite behov	Lite behov
Opphold og mottak	0,5–2 årsverk	Enerom og familierom til alle ved normal drift	Mat + diverse telefon, reiseutgifter etc.
Barn	Barnearbeider	Oppholdsrom for barn	Transportutgifter skole etc.
Dagbrukere	0–0,2 årsverk	Møterom	(Mat og reiseutgifter)*
Informasjon	0,2–1 årsverk	Nei	Annonser, reklame, reiseutgifter
Administrasjon	0,5–1 årsverk	Kontor møterom	Kontorutgifter

* Agenda Kaupangs utfylling

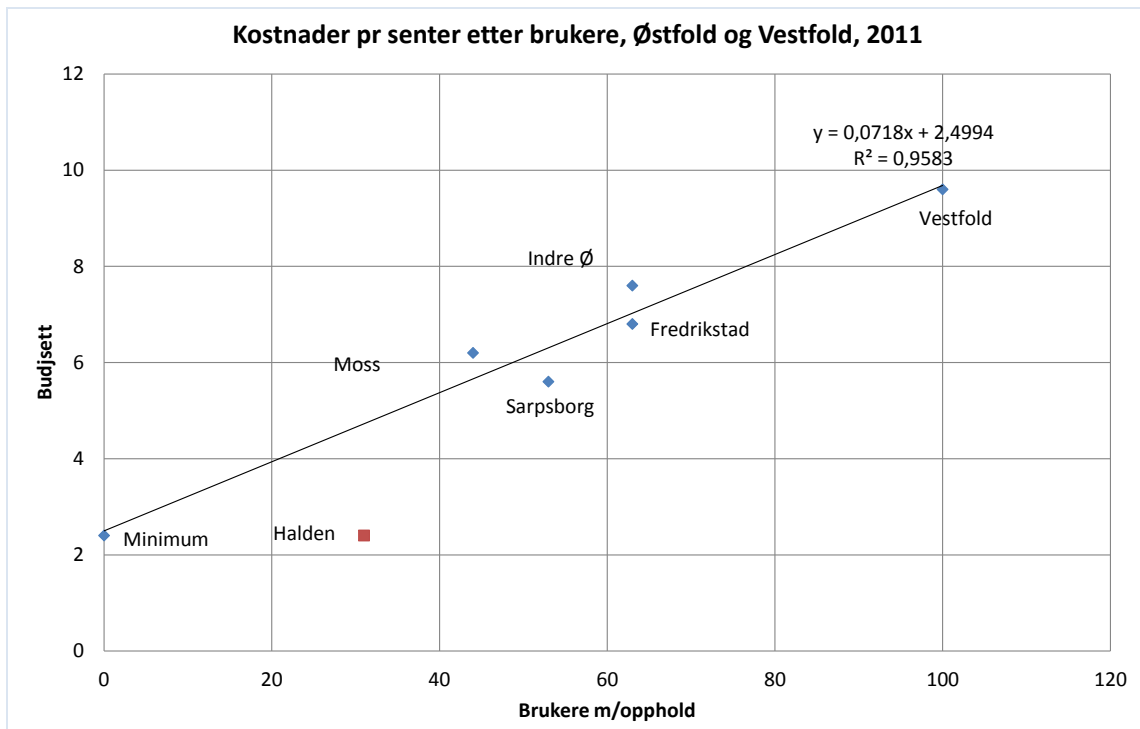
Det blir bemerket at dersom senteret er lite, vil det være mulig å bemanne uten spesialisering. Det betyr at et lite senter, slik som i Halden, etter modellen kan klare seg med 6 årsverk. I 2012 har senteret bare 5,5 årsverk. Det er dermed liten tvil om at Halden senter driver svært rimelig.

Selv et stort senter som det i Vestfold, vil etter beskrivelsen kunne klare seg med ca. 13 årsverk. Det betyr at Vestfold kanskje ikke drives veldig rimelig i forhold til modellen.

Vista konkluderer med at kostnadene har en betydelig fast komponent knyttet til hus og minimumsbemanning, og at kostnadene øker ganske lineært med aktiviteten. Vi har forsøkt å illustrere tallene for Østfold med en slik modell.

6.3 Modellen anvendt på Østfold og Vestfold

Vi har satt tallene inn i “kostnadsmodellen” på følgende måte: Halden er organisert med en bemanning som ligner grunnbemanningen for at senteret i det hele tatt skal være betjent i samsvar med lovens minimumskrav. Vi antar derfor at Haldens bemanning ut fra modellen vil være et godt bilde på et senter uten overnattinger. Halden er dermed representert med to punkter i figuren: et faktisk punkt og et tenkt punkt uten overnattinger. Vi har lagt Vestfold-senteret inn i analysen for å se om det er avvik mellom Vestfold- og Østfold-sentrene som vi kan ha nytte av. Vestfold drives etter det vi kan se, med kostnader etter samme mønster som i Østfold. Resultatet er et kostnadsbilde der vi lar budsjettene avhenge av antall døgnbrukere, som er den utgiftsdrivende variabel i henhold til modellen, og med tall fra Østfold og Vestfold.



Figur 6-1 Oversikt over budsjett for krisesentrene i Østfold og Vestfold som funksjon av brukere med opphold

Figuren viser at det er en statistisk sammenheng som forklarer 96 % av kostnadsvariasjonen mellom de ulike sentrene i Østfold og Vestfold i forhold til antall brukere. Forskjellen mellom de to fylkene er at Østfold har langt flere enheter.

Dersom Østfold hadde hatt samme struktur som Vestfold, kunne kommunene i Østfold ha spart ca. 8 mill. kroner, forutsatt at de skulle gitt like mange døgnopphold som nå. Regnet med formelen på figuren, betyr det at Østfold etter nedleggelse av fire sentre ville kunne gitt følgende resultat regnet for 2011:

Utgiftene til formålet kunne gått ned fra 28,6 mill. kroner til 20,7 mill. kroner for kommunene samlet. Det er en reduksjon fra kr 103 til kr 75 pr. innbygger. Reduksjonen er på 28 %. Vi har da forutsatt at antall brukere holdes konstant. Det er neppe realistisk ut fra at avstandene øker og at avstanden har betydning for rekruttering. Det er dermed mulig at en annen struktur også kan kreve mindre kapasitet.

7 Ny struktur påvirker bruken og økonomien

På grunnlag av våre studier av rekruttering og avstand vil det være feil å tro at brukerne vil fortsette å bruke sentrene som før, dersom man legger ned fire sentre og samler aktiviteten for eksempel i Sarpsborg eller Fredrikstad, som er de to byene med flest innbyggere og dermed også flest brukere.

Den større innvandrerbefolkningen i Østfold tilsier at det vil være helt utenkelig at man får like få brukere der som i Vestfold. Det er likevel grunn til å regne med at tilstrømningen vil bli mindre.

På grunnlag av reisemotstanden som ble observert i Vestfold, har vi beregnet betydningen av sentraliseringen av tilbudet til Fredrikstad eller Sarpsborg for rekrutteringen av brukere i Østfold.

Vi har lagt inn nye reiseavstander for alle regionene som består av eksisterende interne avstander og avstander mellom regionene, og beregnet rekrutteringen til kritesenter i Østfold med ny struktur gitt samme reisemotstand. Ved å se på forholdet mellom de to rekrutteringstallene har vi kunne beregne virkningen av nye reiseavstander.

7.1 Endring i bruken ved å erstatte de fem sentrene med ett senter

Med utgangspunkt i den avstandsfunksjonen vi fant for døgnbrukere i Vestfold, har vi beregnet avstandseffekten av å redusere antall kritesentre i Østfold til ett senter. Vi har tatt utgangspunkt i avstandene mellom kritesenterkommunene slik de er angitt i Gule Sider, og gjort anslag for interne avstander i brukerområdene ut fra vurdering av befolkningskonsentrasjoner og avstander i regionene.

Ettersom det synes klart at avstanden betyr mye for bruken av sentrene, vil det være riktig å legge et eventuelt felles senter til en av de store byene. Vi tenker oss at det vil være rimeligst å bygge videre på et av sentrene i Fredrikstad eller Sarpsborg. Dette er likevel ikke noen betingelse for analyseresultatet. Ved å legge inn tallene for befolkning og avstander for hver av de eksisterende regionene, kan vi beregne nye brukertall med ett senter. Vi har nedenfor vist en oversikt over beregningsforutsetningene.

Tabell 7-1 Beregningsforutsetninger

Sarpsborg	Avstand, km	Innbyggere	Intern avstand, km	Avstand i alt, km
Indre Ø.	43	57 158	15	50,5
Moss	38	57 106	7	41,5
Fredrikstad	15,2	79 789	5	17,7
Sarpsborg	4	53 333	4	4
Halden	31,5	30 966	4	33,5
		278 352		57 158
Fredrikstad	Avstand, km	Innbyggere	Intern avstand, km	Avstand i alt
Indre Ø.	57,3	57 158	15	64,8
Moss	35	57 106	7	38,5
Fredrikstad	5	79 789	5	5
Sarpsborg	15,2	53 333	4	17,2
Halden	36,5	30 966	4	38,5
<i>I alt</i>		278 352		

Vi har lagt til grunn at avstandsfaktoren er den samme som i Vestfold. Det vi da kan beregne, er den relative reduksjonen i oppmøtet ved å endre avstandene. Avstandsfunksjonen for dimensjonerende kostnadsdriver er som tidligere angitt:

$$y = -3,279\ln(x) + 17,253$$

Y er antall brukere pr. 10 000 innbyggere og x er avstanden i km.

Beregningsresultatet viser at det blir stor nedgang i antall brukere, men størst i de områdene som ligger lengst fra senteret. Tallene fremgår av tabellen nedenfor.

Tabell 7-2 Beregnet endring i bruk av senteretjenesten med bare ett senter med avstandsfunksjon som i Vestfold

Senter i Sarpsborg					
Område	Brukere nå	Brukere	Reduksjon	Relativ red.	Nytt nivå
Indre Ø.	47,9	25,1	22,8	48 %	52 %
Moss	62,1	28,8	33,3	54 %	46 %
Fredrikstad	95,6	62,5	33,1	35 %	65 %
Sarpsborg	67,8	67,8	-	0 %	100 %
Halden	39,3	17,8	21,6	55 %	45 %
<i>I alt</i>	<i>312,6</i>	<i>201,9</i>	<i>110,7</i>	<i>35 %</i>	<i>65 %</i>
Senter i Fredrikstad					
Område	Brukere nå	Brukere	Reduksjon	Relativ red.	Nytt nivå
Indre Ø.	47,9	20,4	27,4	57 %	43 %
Moss	62,1	30,2	31,9	51 %	49 %
Fredrikstad	95,6	95,6	-	0 %	100 %
Sarpsborg	67,8	42,3	25,5	38 %	62 %
Halden	39,3	16,4	23,0	58 %	42 %
<i>I alt</i>	<i>312,6</i>	<i>204,8</i>	<i>107,8</i>	<i>34 %</i>	<i>66 %</i>

Vi ser av tabellen at det er sannsynlig at bruken av krisesenteret vil bli redusert med 34–35 % dersom man erstatter de fem sentrene med ett senter. De regionene som mister senteret, vil kunne få redusert bruken med 35–55 % ved valg av Sarpsborg, og med 38–58 % ved valg av Fredrikstad.

Beregningen simulerer bare avstandsvirkningen. Modellen som er benyttet, har ikke forutsatt redusert bemanning eller redusert kapasitet på annen måte. Valget mellom Sarpsborg og Fredrikstad gir ikke store utslag på antall brukere, men det påvirker som det fremgår av beregningen, i stor grad hvor brukerne kommer fra.

Det virker ikke overraskende at krisesenterets brukere er ømfintlige for reiseavstand. Vi vet jo fra andre undersøkelser at reisevillighet og reiseevne er mindre jo mindre sosiale ressurser aktørene har. Man kan lett undervurdere dette ut fra de fordeler et opphold på krisesenter kan gi brukerne.

Ut fra samtaler med senterlederne kan det se ut til at den viktigste forklaringen på den store motstanden mot å reise til et senter som ligger bare litt lenger unna, er at brukerne av senteret og deres barn har relasjoner til lokalsamfunnet som er skadelidende ved fravær, og at denne ulempen er større jo større avstanden er. Mange er allerede fremmede i landet og synes det er skummelt å reise ut av nærområdet, i tillegg til at det koster noe mer. Det er hevet over tvil at man ikke kan legge ned fire sentre uten at det vil ha store konsekvenser for bruken for en stor del av de aktuelle brukerne.

7.2 Økonomisk virkning for kommunene med ett senter

Ut fra budsjettmodellen som er laget, kan vi se at utgiftene til drift av kriesesenter for kommunene vil kunne bli sterkt redusert av to grunner:

1. Effektivisering ved overgang fra fem til ett senter medfører reduksjon fra 29 mill. kroner til 21 mill. kroner
2. Når etterspørselen går ned på grunn av økede avstander, vil kostnadene til drift av kriesesenter gå ned fra 21 mill. kroner til 16 mill. kroner

Dette betyr at kommunenes utgifter til drift av kriesesenter kan gå ned med nesten 50 %. Det representerer en besparelse på ca. kr 51 pr. innbygger, fra kr 103 til kr 52.

Mange av kvinnene og noen av mennene som kommer til kriesesentrene, har barn. Det vil kunne gi behov for flere barnehage- og skoleplasser og/eller transport til barnas opprinnelige barnehager og skoler, for at de ikke skal miste sine sosiale relasjoner. Merkostnadene knyttet til slike utgifter er vanskelige å beregne. De kan bli betydelige og kanskje utgjøre beløp opp mot 1 mill. kroner. Dermed kan man ikke være sikker på at kommunene kan realisere de beregnede gevinstene. Kvinner som har arbeid, kan vanskelig fortsette dersom de bor for langt fra arbeidsplassen. Kommunene kan da tape noen skatte kroner.

Transportkostnadene vil bli større med ett senter enn fem sentre. Dels gjelder det reisen til senteret ved ankomst, og dels gjelder det barn og voksnes reiser for å kunne fortsette i sosiale relasjoner, skole og barnehage. Merutgiftene antas å være i størrelsesorden 0,5 mill. kroner i alt. De vil derfor i liten grad påvirke beregningene.

Et spørsmål som trolig vil være viktigere for kommunene, er om det kan oppstå andre behov som koster penger. Det vil vi lettere ha en mening om når vi ser at man ikke bare får færre voksne brukere. Vi har beregnet at antall voksne ville gått ned med ca. 35 % med ny struktur. Det er en nedgang på ca. 110 voksne brukere. Med en pro rata beregning for antall barn ville antall barn som kommer til å bruke sentrene, gå ned med ca. 90 pr år. Spørsmålet er hva som kan skje med dem. En mulighet er at flere av barna ved innføring av en ny struktur, vil måtte bli tatt hånd om av barnevernet. Vi har drøftet dette med noen av aktørene, som tror det vil bli tilfelle. Den beregnede kostnadsreduksjonen er derfor ikke nettovirkningen for kommunenes økonomi.

7.3 Merkostnader ved alternative tiltak

Etttersom det er slik at en stor del av brukerne har barn, må vi regne med at den reduserte bruken av sentrene vil medføre at flere av brukerne vil bli fanget opp av andre kommunale tjenester, der det kan oppstå kommunale kostnader. Vi har nedenfor sett litt nærmere på hvilke kostnader som eventuelt kan komme istedenfor besparelsene.

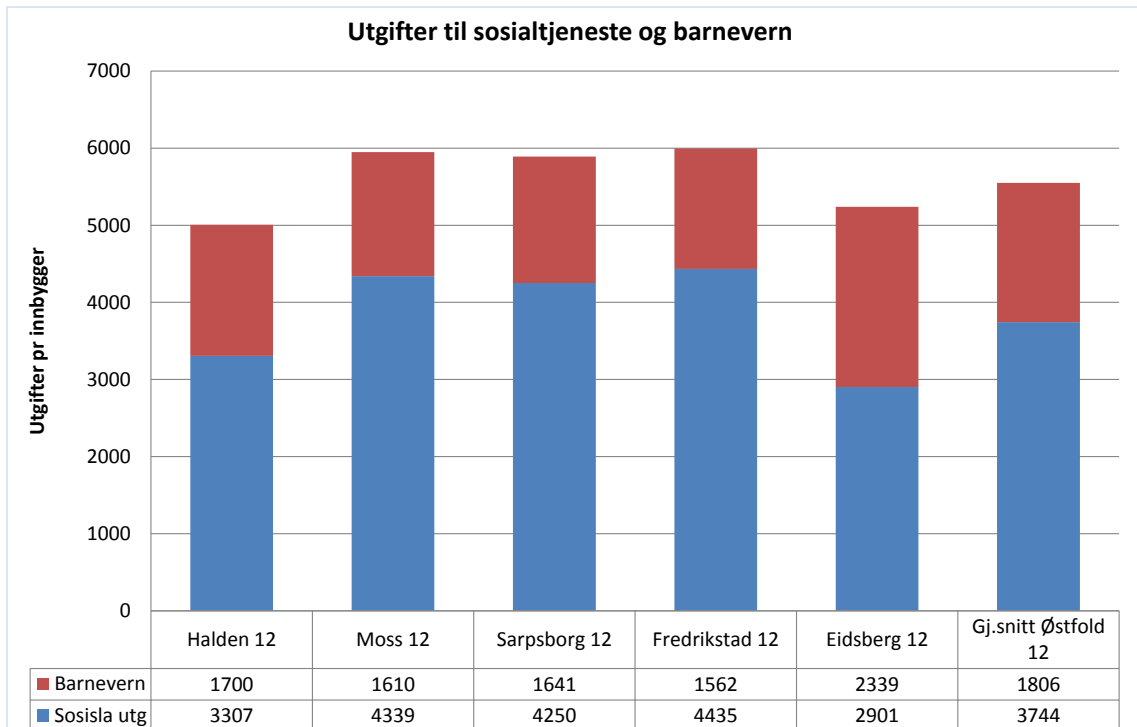
Kriesesenterutgiftene er nå en del av utgiftene til NAV i kommunene. I figuren nedenfor har vi vist NAV-utgifter og barneverntjenester for de fem vertskommunene og gjennomsnittet for Østfold. Følgende utgifter under NAV er tatt med. Tallene i parentes angir KOSTRA-tjenestenummer.

- Kommunale sysselsettingstiltak (273)
- Introduksjonsordningen (275)
- Tilbud til personer med rusproblemer (243)
- Økonomisk sosialhjelp (281)
- Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid (242)

Når det gjelder barnevern, omfatter utgiftene følgende tiltak:

- Barneverntjeneste (244)
- Barneverntiltak i familien (251)
- Barneverntiltak utenfor familien (252)

Vi har vist alle utgiftene fordelt på de to saksområdene for hver av de fem vertskommunene i 2012.

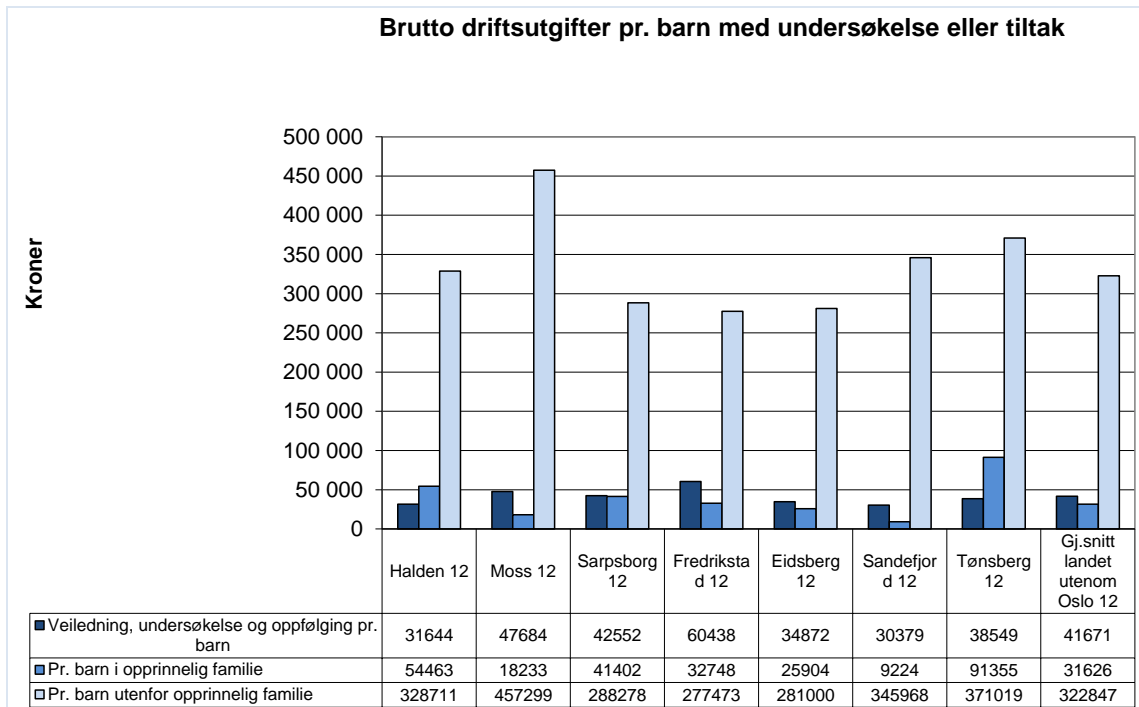


Figur 7-1 Utgifter til sosialtjeneste, NAV og barnevern

Av figuren ser vi at kommunene bruker fra kr 5000 i Halden til kr 6000 i Fredrikstad til formålet. En besparelse på ca. kr 50 pr. innbygger representerer dermed mindre enn 1 % av kommunenes sosial- og barnevernsbudsjett. Størrelsesorden vil dermed være så liten at det ikke vil være mulig å si om endringen av utgiftene fra ett år til det neste vil være en følge av omlegging av krisesenterløsningen. Vi kan likevel gjøre noen refleksjoner.

Barnevernet i Østfold koster ca. kr 1750 pr. innbygger. Kr 905 går til plassering av barn utenfor egen familie. Hvert barn plassert utenfor egen familie koster fra ca. kr 277 000 i Fredrikstad til ca. kr 457 000 i Moss.

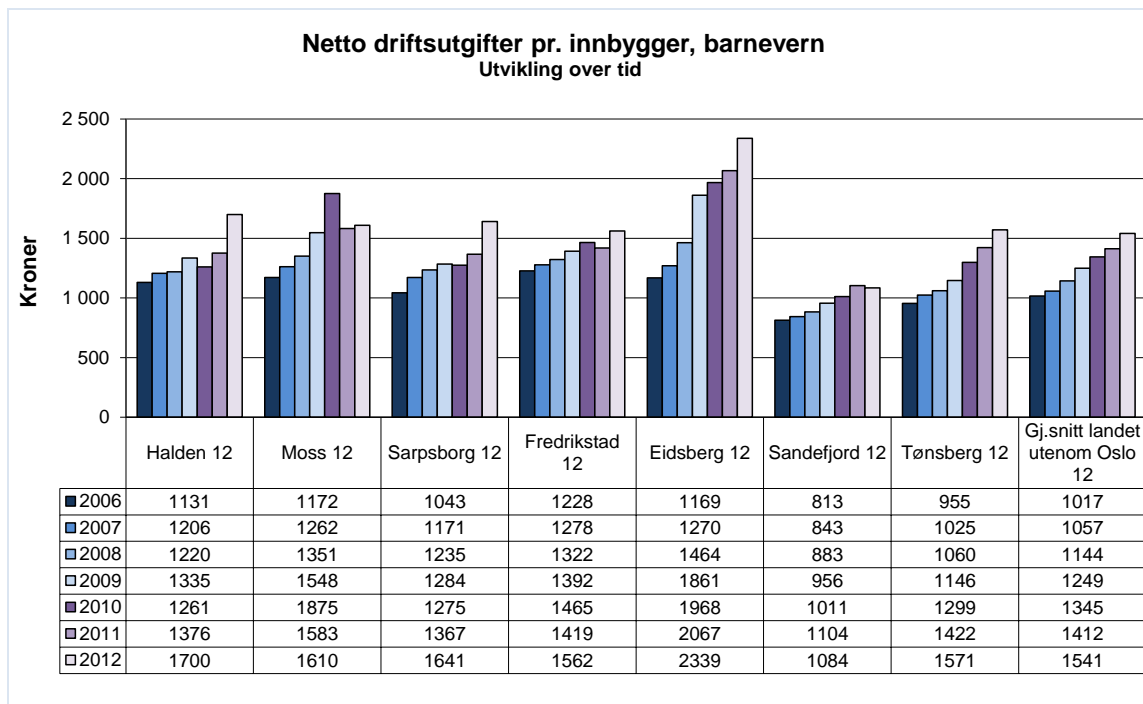
Tallene for kommunen samt noen referansekommuner er vist i figuren nedenfor. Her er det også oversikt over kostnadene ved saksbehandling og oppfølging av barn i egen familie.



Figur 7-2 Oversikt over kostnader knyttet til barnevern pr. barn

Dersom vi regner med at hver plassering av et barn vil vare i gjennomsnittlig 11 år og koste kr 327 000 pr. år, vil plassering av ett barn koste kommunene 3,6 mill. kroner. Det betyr at en besparelse på 13 mill. kroner – som vi har beregnet som mulig og sannsynlig – vil kunne bli borte, dersom kommunene for eksempel må plassere 3,5 barn ekstra som følge av at 90 færre barn blir reddet ut av en situasjon med vold i nære relasjoner – gjennom dagens drift av krisesenter sammenlignet med en forventet drift med ett senter.

Vi kan ikke si at dette vil bli situasjonen, men vi tror at det kan være en ganske betydelig risiko for at dette vil være et mulig utfall. Når vi er så forsiktige med å si noe om mulige forløp, skyldes det endringene i kostnadene i barnevernet fra år til år for tiden. Vi har vist disse i figuren nedenfor.



Figur 7-3 Utgift i barnevernet fra 2008 til 2012

Av figuren ser vi at de fem kommunene med krisesenter i Østfold har store og stort sett økende barnevernsutgifter. Det viser seg at den gjennomsnittlige økningen i de fem kommunene var kr 208 pr. innbygger. En mulig ekstra utgiftsvekst på kr 50 synes dermed ikke usannsynlig.

8 Bygningsmessige forhold

Selv om dette ikke er en verdivurdering av bygninger og eiendommer, kan vi likevel si noe om de bygningsmessige forholdene.

Krisesentrene i Østfold har forholdsvis egnede bygninger. Alle ligger i eller nær boligområder. Indre Østfold og Moss holder til i ombygde bolighus, og sentrene kan oppfattes som temmelig trangbodde når de er fulle. Ombyggingene har vært styrt av bruken, og løsningene er tilpasset behovet. Bygningene i Indre Østfold og Moss synes å være i forholdsvis god stand. Bygningen Indre Østfold er oppgradert ganske mye etter overtakelse. Halden holder til i en gammel enebolig med sentral og god beliggenhet, men huset trenger betydelig vedlikehold og er svært modent for oppgradering. Senteret skriver i sin årsmelding at man håper på nytt husvære. Alle sentrene har noe uteareal. Fredrikstad holder til i en ombygget institusjon, der senteret ikke fyller hele bygningen. Sarpsborg senter holder til i en bygning som delvis er svært ny og for øvrig ombygget for formålet. Fredrikstad har moderne overvåking også av utearealet.

Alle eiendommene representerer betydelige verdier både i form av tomter og bygninger, men de fleste vil ikke uten videre ha den samme verdien ved salg i markedet som de har i sin nåværende bruk. Med sin gode beliggenhet vil kanskje Halden ha betydelig større verdi i markedet som bolig, selv om den bygningsmessige standarden er oppfattet som svært utidsmessig.

Alle sentrene så nær som Fredrikstad eies av kommunene direkte eller gjennom stiftelse.

8.1 Behovet for areal ved samling av tilbudet til ett sted

Ettersom vi har beregnet at etterspørselen etter krisesentrenes tjenester vil bli ca. 2/3 av dagens bruk, gitt at man kun gir tilbudet ett sted, vil man kunne klare seg med maksimum 2/3 av kapasiteten. Det forutsetter at man kan regne med litt større kapasitetsutnyttelse ut fra ren teoretisk forståelse av kapasitet og utnyttelse.

Det betyr at et felles senter trenger 27 rom med tilhørende fellesarealer, kontorer og vaktrom. Vi har anslått antall m² pr. rom til å være ca. 50. Hvis vi regner med kr 40 000 pr. m², noe som kan være litt lite, vil et helt nytt senter kunne koste 54 mill. kroner pluss tomt.

Om vi regner avskrivning over 40 år og 5 % rente, vil dette medføre ekstra kostnader på 1,35 mill. kroner i avskrivninger og 2,7 mill. kroner i renteutgifter første året. Man vil dermed kunne få merkostnader på inntil 4 mill. kroner som følge av nybygg. Det representerer ca. kr 150 000 pr. rom. Dette synes å stemme rimelig bra mer erfaringer knyttet til bygging av barnehager og sykehjem. I løpet av noen år reduseres renteutgiftene. I et langsiktig perspektiv kan man grovt regne kapitalkostnad på kr 100 000 pr. rom.

8.2 Potensialet for utbygging ved eksisterende sentre

Ettersom vi har beregnet effekten av konsentrasjon av driften i Fredrikstad eller Sarpsborg, vil det også kunne være av interesse om det er mulig å bygge ut noen av de to sentrene med sikte på å redusere merkostnaden knyttet til etableringen.

8.2.1 Fredrikstad

Senteret i Fredrikstad kan utvides, da senteret holder til i en bygning eid av Blå Kors Fredrikstad og er leid ut på kortsiktig kontrakt. Senteret har dessuten så stor tomt at det kan utvides på egen tomt. Forholdene ligger godt til rette for å finne en løsning som tilfredsstillt kravene for et senter som dekker hele fylket.

Senterledelsen understreker at en betydelig utvidelse av aktiviteten må føre til endringer i organisering og driftsmønster med døgkontinuerlig våken vakt mv. Dette er det tatt hensyn til i kostnadsmodellen.

Som illustrasjon på de økonomiske virkningene vil vi legge til grunn at Fredrikstad trenger 17 nye rom. Det representerer ca. 850 m². Halvparten kan man hente fra konvertering av eksisterende bygning. Vi regner at det gir kr 20 000 pr. m², resten må bygges nytt. Det gir følgende kostnader:

Nytt bygg	$\text{kr } 425 * 35\ 000 =$	14,9 mill. kr
Gammelt bygg	$\text{kr } 425 * 20\ 000 =$	8,5 mill. kr
I alt kr		23,4 mill. kr
Årlige kostnader første året		1,7 mill. kr
Årlige kostnad etter 20 år		1,1 mill. kr

8.2.2 Sarpsborg

Sarpsborg krisesenter ligger på en kommunal tomt som kan være stor nok til å dekke behovet for hele fylket. Man må i så fall bygge en ny bygning for hele utvidelsen, som blir på 15 rom. Kostnadene vil være i størrelsesorden:

Nytt bygg	$\text{kr } 750 * 35\ 000 =$	26,3 mill. kr
Årlig kostnad første året		2,0 mill. kr
Årlig kostnad etter 20 år		1,2 mill. kr

8.3 Verdien av nybygg i forhold til eiendommer som kan frigjøres

Vi har ikke gått inn på dette spørsmålet, men det er klart at eiendommer som frigjøres ikke er uten verdi for kommunene. Om de blir konvertert og brukt til andre formål, eller om de blir solgt, er for så vidt ikke av betydning. Kostnadene knyttet til bygg representerer ikke en stor eller avgjørende faktor. De kan dessuten bli mindre enn beregnet, ettersom kommunene kan realisere bygninger og tomter med betydelige verdier.

Man kan ikke se bort fra at avtalen i Fredrikstad kan være økonomisk svært fordelaktig for kommunene. Vi kjenner ikke avtalen, og vil derfor ikke ta stilling til det i denne rapporten.

Vedlegg

SSB

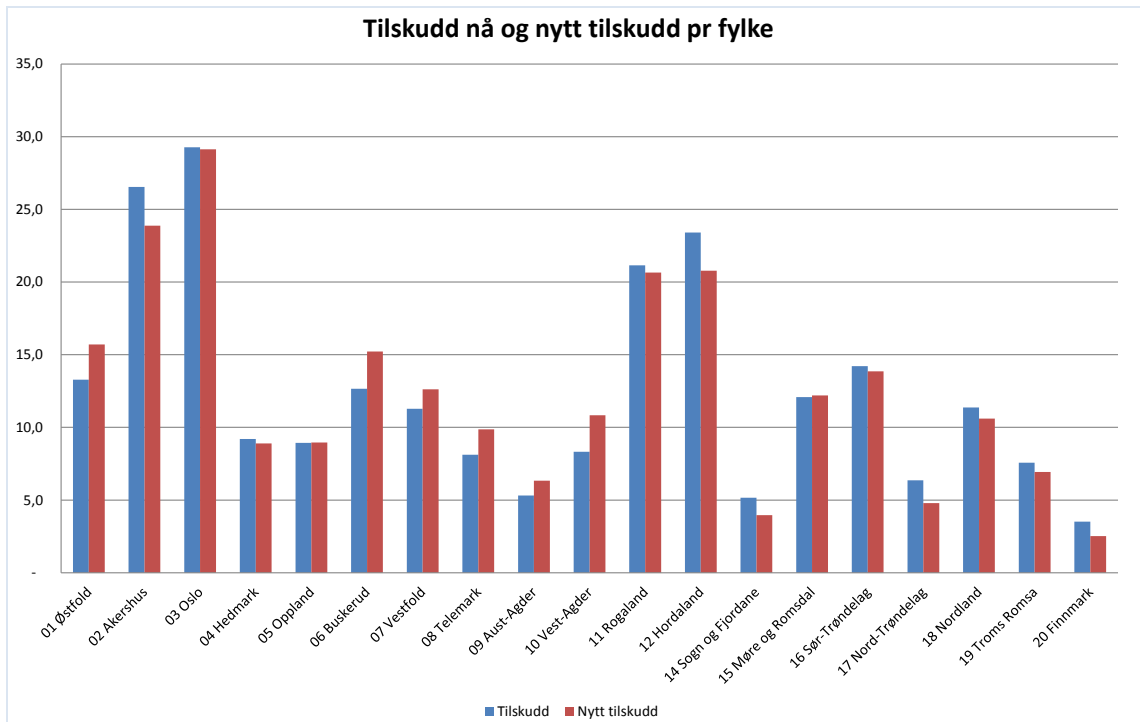
Innvandringer ¹, etter innvandringsgrunn og fylke/kommune. Bosatte per 1. januar 2012.

	I alt	Arbeid	Familie	Flukt	Utdanning ²	Andre	Uoppgitt innvandring sgrunn ³	Innv ex arbeid og utd
I alt, 1990-2011	395 718	117 020	159 096	91 975	23 185	1 534	2 908	255 513
01 Østfold	21 275	4 763	8 778	7 088	463	76	107	16 049
02 Akershus	46 404	14 409	18 525	9 934	3 003	183	350	28 992
03 Oslo	88 545	21 856	39 454	19 154	7 258	382	441	59 431
04 Hedmark	9 171	2 259	3 627	2 832	379	37	37	6 533
05 Oppland	9 800	2 790	3 471	3 131	315	40	53	6 695
06 Buskerud	22 941	6 891	9 366	5 791	689	64	140	15 361
07 Vestfold	16 121	4 847	6 589	4 000	503	54	128	10 771
08 Telemark	10 841	2 230	4 260	3 818	431	50	52	8 180
09 Aust-Agder	7 463	1 863	2 841	2 438	261	36	24	5 339
10 Vest-Agder	12 715	2 803	4 753	4 578	413	76	92	9 499
11 Rogaland	40 805	15 841	15 734	7 001	1 790	106	333	23 174
1201 Bergen	23 188	7 704	8 791	4 239	2 174	69	211	13 310
14 Sogn og Fjordane	6 481	2 571	2 451	1 070	291	33	65	3 619
15 Møre og Romsdal	17 045	6 819	6 654	2 548	639	60	325	9 587
16 Sør-Trøndelag	19 436	5 973	6 778	4 109	2 312	64	200	11 151
17 Nord-Trøndelag	5 663	1 626	2 139	1 649	160	49	40	3 877
18 Nordland	11 026	2 755	4 386	3 168	626	51	40	7 645
19 Troms Romsa	8 381	2 336	3 007	2 049	874	40	75	5 171
20 Finnmark	4 940	1 579	2 028	1 050	227	27	29	3 134

Ny fordeling av tilskudd med vekt på innvandrere uten bakgrunn i arbeid eller utdanning.

Ny fordeling av tilskudd	Innbyggere	Innv ex arb c	237 768		
	Innv ex arbe	Befolkning	Tildelt etter ir	Tildelt etter	I alt
I alt, 1990-2011	247 518	4982359	154,5	83,2	237,8
01 Østfold	16049	278352	10,0	4,6	14,7
02 Akershus	28992	556254	18,1	9,3	27,4
03 Oslo	59431	613285	37,1	10,2	47,4
04 Hedmark	6533	192791	4,1	3,2	7,3
05 Oppland	6695	187147	4,2	3,1	7,3
06 Buskerud	15361	265164	9,6	4,4	14,0
07 Vestfold	10771	236424	6,7	3,9	10,7
08 Telemark	8180	170023	5,1	2,8	7,9
09 Aust-Agder	5339	111495	3,3	1,9	5,2
10 Vest-Agder	9499	174324	5,9	2,9	8,8
11 Rogaland	23174	443115	14,5	7,4	21,9
1201 Bergen	13310	490570	8,3	8,2	16,5
14 Sogn og Fjordane	3619	108201	2,3	1,8	4,1
15 Møre og Romsdal	9587	253117	6,0	4,2	10,2
16 Sør-Trøndelag	11151	297950	7,0	5,0	11,9
17 Nord-Trøndelag	3877	133390	2,4	2,2	4,6
18 Nordland	7645	238320	4,8	4,0	8,8
19 Troms Romsa	5171	158650	3,2	2,6	5,9
20 Finnmark	3134	73787	2,0	1,2	3,2
	247 518	4 982 359	154,5	83,2	237,8

Vi har beregnet fordeling av nytt tilskudd, dersom man bruker befolkning og innvandring 1990–2011 som kriterium med vekt 2/1, ref. figur under.



Litteraturliste

1. *Justis- og Beredskapsdepartementet*; Handlingsplan mot vold i nære relasjoner
2. *Kristin Berntsen, Krisesentersekretariatet*; Hjelperens rolle i arbeidet med voldsutsatte kvinner og deres barn
3. *Jonassen, Sogn, Olsvik og Hjemdal (2008)*: Kunnskap – kvalitet – kapasitet. En nasjonal utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet. NKVTS rapport 2/2008
4. *Ot.prp. nr. 96 (2008–2009)* Om lov om kommunale krisesentertilbud
5. *Vista Analyse for BLD Rapp 9. august 2001*: Forslag til Kostnadsmodell for krisesentre
6. *Vista Analyse 2012/41 Ingeborg Rasmussen, Steinar Strøm, Sidsel Sverdrup og Haakon Vennemo*: Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner.
7. *Sentio Research*: Rapportering fra krisesentre 2009–2011
8. Årsmelding fra Oslo krisesentre
9. Årsmeldinger fra krisesentrene i Østfold



Informasjon til alle kommuner i Østfold august 2013

24/8/13
13/583 B
11155/13

Ny klinikkstruktur i tannhelsetjenesten

LOR
KOS

I februar 2013 behandlet fylkestinget et forslag til plan for klinikker og klinikkstruktur. Planen ble vedtatt som retningsgivende for fylkeskommunens arbeid med etablering av seks nye klinikker i planperioden 2013-2023. I fylkestingets vedtak er det presisert at tannhelsetjenesten fortsatt skal drive forebyggende arbeid og undervisning ute i kommunene/skolene. Videre skal det fremmes en egen sak som innebærer spesifisering av tannpleiers rolle og lokalisering av dette tilbudet ute i kommunene. Berørte kommuner skal tas med i planleggingsfasen ved gjennomføring av klinikkstrukturplanen for at overgangen for pasientene skal bli enklest mulig.

Det betyr at antall fylkeskommunale tannklinikker vil bli redusert fra 19 til 6 i løpet av ti år. De seks nye klinikkene vil ligge i de seks byene i Østfold. Fylkeskommunens tannhelsetjeneste skal bli enda bedre, men noen vil få lengre reisevei til tannklinikken hvis de har behov for behandling. De nye klinikkene vil være bemannet hele uken, og ha flere ansatte. I tillegg skal tannhelsetjenesten fortsatt gjennomføre tiltak som forutsetter et godt samarbeid med kommunene.

Østfold fylkeskommune skal etter lov om tannhelsetjenesten sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen i fylkeskommunen. I tillegg har fylkeskommunen et ansvar for å tilby tannhelsetjenester til visse grupper av befolkningen, blant annet barn og unge, psykisk utviklingshemmede, pasienter og brukere i hjemmesykepleien og i helseinstitusjon. Nærmere informasjon om hvem som kan ha krav på behandling i fylkeskommunen finnes på hjemmesidene til Østfold fylkeskommune. Den øvrige befolkningen må i hovedsak benytte privatpraktiserende tannleger.

For at Østfold fylkeskommune fortsatt skal kunne ivareta sitt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten, er det behov for en opprustning av klinikkene og utvikling av større fagmiljøer. Planen legger til rette for universell utforming, teknologisk oppdatering av utstyr, større klinikkmiljøer, mer fleksibilitet og gir enda bedre forutsetninger for faglig utvikling og stabilitet i tjenestetilbudet.

De som har krav på tannhelsetjenester i fylkeskommunen, vil fortsatt få det. Hvis noen har krav på tannbehandling i fylkeskommunen og må reise ut av sin bostedskommune for å få dette, dekker fylkeskommunen reiseutgifter etter nærmere regler. Tannklinikken redegjør nærmere for dette ved behov.

Klinikkplanen er vedlagt i trykket utgave. Den finnes også under tannhelsetjenestens område på Østfold fylkeskommune sin internettside <http://ostfoldfk.no>



**Plan for klinikker
og klinikkstruktur
i Østfold**

2013-2023

INNHALDSFORTEGNELSE

Kap. 1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Forankring	3
1.3	Fylkestingets vedtak	3
Kap. 2	Mål	4
Kap. 3	Universell utforming	5
Kap. 4	Klinikkene i Østfold - tilstand, pasientgrunnlag og bemanning	6
4.1	Klinikkene i Moss-distriktet	7
4.1.1	Moss	7
4.1.2	Varna	7
4.1.3	Rygge	8
4.2	Klinikkene i Indre Østfold-distriktet	8
4.2.1	Marker	8
4.2.2	Rømskog	8
4.2.3	Mysen	8
4.2.4	Rakkestad	9
4.2.5	Askim	9
4.2.6	Kirkelund	9
4.2.7	Knapstad	10
4.3	Klinikkene i Sarpsborg- og Halden-distriktet	10
4.3.1	Sarpsborg	10
4.3.2	Skjeberg	10
4.3.3	Tune	10
4.3.4	Halden	11
4.3.5	Aremark	11
4.3.6	Narkosetjenesten i Sykehuset Østfold	11
4.3.7	Lavterskeltilbudet i Sarpsborg	11
4.3.8	Klinikken i Halden fengsel	12
4.4	Klinikkene i Fredrikstad-distriktet	12
4.4.1	Borge	12
4.4.2	Fredrikstad	12
4.4.3	Kråkerøy	13
4.4.4	Gressvik	13
4.4.5	“Lavterskel” tannhelsetilbud i kommunene i Østfold	13
4.4.6	Klinikker - oppsummering i tabellform	14
Kap 5	Utviklingstrekk	17
5.1	Ulike utviklingstrekk i tannhelsetjenesten	17
5.2	Utvikling av klinikkstrukturen i Østfold	17
Kap. 6	Tannhelsetjenesten og klinikkstruktur i fremtiden	19
6.1	Vurdering av nåværende distriktsinnledning	19
6.2	Fylkesplanens føringer for areal og transporteffektivitet	21
6.3	Klinikkstørrelse og bemanning - fordeler og ulemper	21
6.4	Nye klinikker	22
Kap. 7	Handlingsprogram	27
Vedlegg		

1.1 Bakgrunn

Plan for Tannhelsetjenesten i Østfold, som ble vedtatt i Fylkestinget 07.12.2011, trakk opp mål, strategier og tiltak for tannhelsetjenestene i årene som kommer. Et av tiltakene i planen var å- sitat: «*Etablere tidsriktige klinikker» og ta i bruk og utnytte nye lokaliteter og utstyr.*

I fylkestingets vedtak 07.12.2011 heter det i pkt. 2:

Som oppfølging av planen, og for å følge opp kravene til universell utforming av tannklinikkene, utarbeider fylkesrådmannen en plan for klinikker og klinikkstruktur i Østfold.

Med dette som bakgrunn nedsatte direktøren for tannhelsetjenesten en arbeidsgruppe for å lage en plan for klinikker og klinikkstruktur i Østfold. Tidligere plan for klinikkstruktur gjaldt for perioden fra 2001 til 2010.

I arbeidet med den foreliggende planen er tannhelsetjenestene, faglig utvikling og de mulighetene som den teknologiske utviklingen gir, og vil gi i framtiden, en viktig del av vurderingene når det gjelder klinikkenes størrelse og utforming. For å kunne gi pasientene den best mulige behandling er det en fordel å etablere attraktive og robuste klinikker som tiltrekker seg gode fagfolk og gjør det mulig å ta i bruk nytt utstyr slik at tjenestene blir tilgjengelige og mest mulig likeverdige. Gjennomføring av foreliggende forslag vil bidra til at Østfold fylkeskommune imøtekommer kravene til tilgjengelighet og universell utforming og være i tråd med intensjonene i Stortingsmelding nr. 35 som blant annet er å kunne tilby likeverdige tjenester.

1.2 Forankring

Planen er forankret i fylkestingets vedtak til Tannhelseplan hvor det står:

Pkt. 2. Som oppfølging av planen, og for å følge opp kravene til universell utforming av tannklinikkene, utarbeider fylkesrådmannen en plan for klinikker og klinikkstruktur i Østfold.

Pkt. 3. Planforslaget utarbeides som en temaplan og planutkastet legges frem for politisk behandling i juni 2012.

1.3 Fylkestingets vedtak

Forslag til Plan for klinikker og klinikkstruktur i Østfold 2013 – 2023 ble behandlet i fylkestinget 14.02.2013. I fylkestingets vedtak heter det:

Plan for klinikker og klinikkstruktur 2013-2023 vedtas som retningsgivende for fylkeskommunenens arbeid med etablering av seks nye klinikker i planperioden 2013-2023. Konkret fremdrift og økonomi vurderes i de kommende økonomiplaner og årsbudsjetter.

Tannhelsetjenesten skal fortsatt drive forebyggende arbeid og undervisning ute i kommunene/skolene. En spesifisering av tannpleiers rolle og lokalisering av dette tilbudet i kommunene fremmes som egen sak i opplæring, kultur og helsekomiteen.

I gjennomføringen av planen tas de berørte kommuner med i planleggingsfasen for at overgangen for pasientene skal bli enklest mulig.

Østfold fylkeskommune og tannhelsetjenesten har satt i gang arbeidet med å følge opp fylkestingets vedtak. Planen sendes til orientering til kommunene i Østfold, og legges ut på nettet.

KAP. 2

MÅL

2.1 Mål i Tannhelseplan 2012 - 2015

Et sentralt mål iht. St.meld. nr. 35 er å gjøre tannhelsetjenestene bedre tilgjengelig for de som trenger det mest - sett i lys av helse, bosted, personlig økonomi, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon, dvs. å oppnå likeverdighet i tilbud av tjenester. Det overordnede målet i stortingsmeldingen er, sitat:

Utjevning av sosial ulikhet i tannhelse. Det vil si å hjelpe de som trenger det mest.

Overordnet mål for tannhelsetjenesten i Østfold:

- Befolkningen i fylket skal ha et tannsett som fungerer godt og er sosialt tilfredsstillende hele livet.

Formuleringene ovenfor er sitat fra den nylig vedtatte Tannhelseplan for Østfold fylkeskommune og legges til grunn for mål for klinikker og klinikkstruktur i Østfold.

2.2 Mål for Plan for klinikker og klinikkstruktur i Østfold 2013-2023.

Mål for klinikkene i Østfold inkluderer både lokalisering, utforming, utstyr og bemanning

og lyder:

- Østfold skal ha tannklinikker som, til enhver tid, fyller kravene til tilgjengelighet og faglig innhold.

Det betyr at klinikkene skal ha tidsmessig utstyr og bemannes slik at de kan fungere som robuste enheter.

Loven som omhandler universell utforming ble vedtatt i 2008 og fikk navnet *”Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne”*. Den forkortes gjerne til *”Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven”*. Hele loven finnes her: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20080620-042.html>

Fylkeskommunen har gjennomført en kartlegging av sine klinikker og sammenfattet denne i en rapport. Kartleggingen viser at flere av klinikkene ikke tilfredsstiller kravene til universell utforming.

En tabellarisk oversikt hvor tilstanden ved klinikkene er kategorisert i fem grupper, – hvorav gruppe fire og fem blir betegnet som lite tilgjengelig, tilsier at det, for disse klinikkene vedkommende, vil representere store bygningstekniske utfordringer å bygge om til tilfredsstillende standard.

Stadig flere av pasientene ved våre klinikker er syke og eldre som mottar tjenester fra kommunenes pleie- og omsorgstjenester. For å kunne tilby alle pasientgrupper et verdig tilbud, er det avgjørende at klinikkene er utformet i henhold til krav om universell utforming. Universell utforming gjør det mulig, i tillegg til bedre tilgjengelighet, å kunne gi nødvendig og sikker behandling og samtidig ivareta de ansattes fysiske arbeidsmiljø.

Tabellen, som er gjengitt i sin helhet i vedlegget, viser at klinikkene i Askim, Halden, Moss og Mysen kommer dårligst ut.

KLINIKKENE I ØSTFOLD

- pasientgrunnlag, bemanning og tilstand

I Østfold er det til sammen 19 offentlige tannklinikker fordelt på fire distrikter. I tillegg bemanner Tannhelsetjenesten tannklinikken i Halden fengsel, en klinikk for tannbehandling i narkose på Sarpsborg sykehus samt "Lavterskeltilbudet" i Sarpsborg sentrum. Det såkalte «Lavterskeltilbudet» er et samarbeid som har eksistert siden 2009 mellom fylkeskommunen og Sarpsborg kommune. Formålet er å gi et tilbud om tannbehandling til rusmisbrukere via Helsestasjon for denne gruppen i Sarpsborg sentrum.

Andre kommuner i Østfold som har lignende tilbud, bl.a. Fredrikstad, bygger nå opp et bedre og mer stabilt tilbud om tannpleie for rusmisbrukere med utgangspunkt i nytt Helsehus.

Pasientgrunnlag og bemanning

Tannhelsetjenesten i Østfold hadde ved årsskiftet 2011/2012 registrert nær 74000 pasienter med rettigheter etter Lov om tannhelsetjenester. Som den eneste tannhelsetjenesten i landet har Østfold gjennom forhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene definert et «basisårsverk» pr tannlege. Dette «årsverket» ble ved forhandlingene i januar 2011 justert til 1530 pasienter innenfor de prioriterte gruppene A – B – C – D. Dette betyr at det kreves ca. 49 tannhelseteam (tannlege m/ tannhelsesekretær) for å kunne gi tilbud til de som allerede er registrert med rettigheter. Gjennom samarbeidsavtalene som er inngått med kommunene, forventes det fortsatt en økning i antall pasienter i gruppe C2 (hjemmesykepleie) som resultat av bedre informasjon ut til kommunenes brukere av hjemmesykepleie. Denne økningen, sammen med utskifting av personell fra erfarne til unge, mer uerfarne tannleger, vil trolig kreve utvidelse av antall team i årene som omfattes av denne planperioden.

Tilstand

En kartlegging gjennomført høsten 2010 viser at det er flere av klinikkene som **ikke tilfredsstillter kravene til universell utforming** og at enkelte klinikker vanskelig lar seg ombygge eller rehabiliterer til tilfredsstillende standard, jfr. kap. 2 og 4.

Det vil kreve betydelige investeringer å oppgradere alle klinikkene slik at de fyller kravene.

Imidlertid - det er store forskjeller på klinikkene, både når det gjelder størrelse, kvalitet på lokalene og utstyr og tilgjengelighet.

Tilstandskategorier:

1. Kartleggingen, som det henvises i avsnittet over, har delt tilstanden i klinikkene i kategorier fra en til fem på følgende måte: Godt tilrettelagt - ingen tiltak nødvendig
2. Delvis tilrettelagt - enkelte mindre tiltak nødvendig.

3. Mindre tilgjengelig – flere tiltak nødvendig. Mangler ved bl.a. heis, trapp, adkomstforhold og kommunikasjon.
4. Lite tilgjengelig og større bygningstekniske utfordringer er påkrevet. Eksempelvis er det små heiser, smale korridorer, manglende handikaptoaletter (HCWC) etc.
5. Uegnet – lite tilgjengelig. Arealene er bl.a. ikke tilgjengelig for rullestolbrukere.

Nedenfor gis en oversikt over de ulike klinikkene.

4.1 Klinikkene i Moss-distriktet

Distriktet består av kommunene Moss, Rygge, Råde og Våler.

Klinikkene i dette distriktet er av ulike størrelse, men likt for alle er at utstyret og innredningen er tilfredsstillende og fornyelse av dette behøver derfor ikke prioriteres med det første.

4.1.1 Moss

Moss tannklinikk dekker kommunene Moss (unntatt Melløs krets) og Våler

Bemanningen på denne klinikken, som skal gi tilbud til prioriterte grupper som til sammen utgjør ca. 8050 personer, er:

- 4.5 tannleger,
- 2 tannpleiere og
- 6 tannhelsesekretærer

Universell utforming: kategori 4.

Merknad: Klinikkenes lokaler fungerer dårlig vesentlig pga av heisen og utforming av inngangsparti.

4.1.2 Varna

Varna tannklinikk dekker Rygge kommune og Melløs krets fra Moss

Bemanningen på denne klinikken, som skal gi tilbud til prioriterte grupper som til sammen utgjør ca. 5200 personer, er:

- 3 tannleger,
- 1 tannpleier og
- 3 tannhelsesekretærer

Universell utforming: Kategori 3

4.1.3 Råde

Råde tannklinikk dekker Råde kommune

Bemanningen på denne klinikken, som er den minste i distriktet og skal gi tilbud til prioriterte grupper som utgjør ca 1900 personer, er:

- 1 tannlege og
- 1 tannhelsesekretær

Universell utforming: Kategori 2

4.2 Klinikkene i Indre Østfold-distriktet

Distriktet består av kommunene Rømskog, Marker, Trøgstad, Eidsberg, Rakkestad Spydeberg, Skiptvedt, Askim og Hobøl.

4.2.1 Marker

Marker tannklinikk dekker Ørje kommune

Bemanningen på denne klinikken, som skal dekke prioriterte grupper på ca 890 personer (4 årskull overført til Mysen), er:

- 0,3 tannlege og
- 1 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning blir betegnet som godt og fornyelse er ikke påkrevet

Universell utforming: Kategori 1.

Merknad: Sekretær på Marker har i dag økonomioppgaver for Indre og Moss.

4.2.2 Rømskog

Rømskog tannklinikk dekker Rømskog kommune

Bemanningen på denne klinikken, som er den minste i Østfold og skal dekke prioriterte grupper på ca. 182 personer, er:

- ca. 0,1 tannlege og
- ca. 0,1 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning på denne klinikken er svært dårlig og krever snarlig utskifting.

Universell utforming: Kategori 2.

Merknad: Planløsning og utstyr må forbedres inkl. digitalisering dersom klinikken skal bestå.

4.2.3 Mysen

Mysen tannklinikk gir tilbud til kommunene Eidsberg og Trøgstad. I tillegg er 4 ungdomsårs-kull overført fra Ørje kommune

Bemanningen på denne klinikken, som skal dekke prioriterte grupper på til sammen ca. 4780 pasienter, er:

- 2,5 tannlege
- 0,6 tannpleier
- 2,5 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning er godt/middels.

Universell utforming: Kategori 5.

Merknad: Trenger nye lokaler pga planløsning, plass og tilgjengelighet ikke er tilfredsstillende.

4.2.4 Rakkestad

Rakkestad tannklinikk gir tilbud til prioriterte grupper i Rakkestad kommune. Bemanningen på klinikken i Rakkestad, som skal dekke et pasientgrunnlag på ca. 2080 personer, er:

- 1 tannlege og
- 1 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning betegnes som godt og behøver ikke fornyes.

universell utforming: Kategori 3

4.2.5 Askim

Askim tannklinikk gir tilbud til Askim kommune. I tillegg gis pasienter fra Skiptvet som trenger behandling, tilbud ved Askim tannklinikk.

Bemanninger på klinikken i Askim, som skal dekke prioriterte grupper for Askim kommune på ca. 4150 personer, er:

- 1,8 tannleger
- 0,4 tannlegeressurs tilføres fra Knapstad
- 0,8 tannpleier
- 2,5 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning er tilfredsstillende og behøver ikke fornyes.

Universell utforming: Kategori: 4

Merknad: Lokalene trenger en bedre planløsning mht. tilgjengelighet.

4.2.6 Kirkelund tannklinikk

Bemanningen på klinikken, som skal gi undersøkelse og forebyggende behandling til størstedelen av de prioriterte pasientene på til sammen ca. 1090 personer er

- 0,4 tannpleier

Utstyret er dårlig.

Universell utforming: Kategori 2

Merknad: Må snarlig forbedres mht. utstyr og planløsning om klinikken skal bestå.

4.2.7 Knapstad tannklinikk

Bemanningen i klinikken på Knapstad er, som har ansvar for ca 2930 prioriterte pasienter

- 1,9 tannlege
- 2 tannlegesekretærer

Utstyret er tilfredsstillende.

Universell utforming: Kategori 2

4.3 Klinikkene i Sarpsborg- og Halden-distriktet

Distriktet består av kommunene Sarpsborg, Halden, Aremark

4.3.1 Sarpsborg tannklinikk.

Bemanningen på klinikken i Sarpsborg har ansvar for ca 5790 prioriterte pasienter

- 2,8 tannleger,
- 0,8 tannpleier og
- 3,6 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning er av middels kvalitet og bør skiftes ut om ikke alt for lenge.

Universell utforming: Kategori 3

Merknad: Det er et uhensiktsmessig inngangsparti på denne klinikken.

4.3.2 Skjeberg tannklinikk

Bemanning på klinikken i Skjeberg, som har ansvar for ca. 5130 prioriterte pasienter, er:

- 2,8 tannleger,
- 1 tannpleier og
- 3 tannhelsesekretærer

Utstyr og innredning blir betegnet som godt og det er derfor ikke nødvendig med utskifting.

Universell utforming: Kategori 2

4.3.3 Tune tannklinikk

Bemanningen på klinikken i Tune, som omfatter ca. 3310 prioriterte pasienter, er:

- 2 tannleger,

- 0,2 tannpleier og
- 2 tannhelsesekretærer

Utstyr og innredning blir betegnet som godt og behøver ikke skiftes ut.

Universell utforming: Kategori 2

4.3.4 Halden tannklinikk

Bemanningen på klinikken i Halden, som har ansvar for ca. 8190 prioriterte pasienter, er:

- 4,2 tannleger,
- 0,5 tannpleier og
- 4,7 tannhelsesekretærer

Utstyr og innredning blir betegnet som dårlig og modent for utskifting.

Universell utforming: Kategori 5

Merknad: Klinikken har vesentlige mangler ved heis, trapp og romløsning. Ny klinikk er under planlegging.

4.3.5 Aremark tannklinikk

Bemanningen på klinikken i Aremark, som har ansvar for ca. 455 prioriterte pasienter, er:

- 0,4 tannlege og
- 0,4 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning er av middels standard. Utskifting av inventar kan vente noe.

Universell utforming: Kategori 3.

4.3.6 Narkosetjenesten i Sykehuset Østfold (SØF)

Tilbudet som er behandler ca. 300 pasienter årlig, har en følgende bemanning:

- 0,65 tannlege
- 0,6 tannhelsesekretær

Utstyr og innredning er tilfredsstillende

Universell utforming er ikke relevant å vurdere i denne sammenheng

Narkosetilbudet er muliggjort gjennom en samarbeidsavtale med Sykehuset Østfold der

Tannhelsetjenesten kjøper anestesitjeneste av helseforetaket.

4.3.7 «Lavterskel tilbud » i Sarpsborg kommune

I november 2008 gikk tannhelsetjenesten inn i et samarbeid med Sarpsborg kommune angående lavterskel tannhelsetiltak for rusmiddelmissbrukere. Tiltaket er nå gjort til et fast tiltak, som del av Helsestasjon for rusmisbrukere i St. Mariagate i Sarpsborg sentrum.

Bemanningen er 0,2 tannpleier.

Kommunen har ansvar for lokaliteter og utstyr - som for øvrig er lite tilfredsstillende.

4.3.8 Halden fengsel tannklinikk

Denne klinikken skal dekke ca. 300 pasienter og bemanningen er:

- 0,6 tannlege
- 0,6 tannhelsesekretær

Klinikken er forholdsvis ny og er således tilfredsstillende. Klinikken er eiet av fengselstjenesten og driftes av fylkeskommunen for statens regning.

Universell utforming: Ikke vurdert

4.4 Klinikkene i Fredrikstad-distriktet

Distriktet dekker kommunene Fredrikstad og Hvaler.

Utstyr og innredning ved alle klinikkene betegnes som godt og behøver ikke skiftes ut i

første omgang.

4.4.1 Borge

Borge tannklinikk (Øst for Glomma).

Bemanningen, som har ansvar for ca. 4840 prioriterte pasienter, er:

- 2,75 tannleger,
- 2,85 tannhelsesekretærer og
- 0,50 tannpleier

Universell utforming: Kategori 3.

Merknad: Det er mangler ved heis og trapp

4.4.2 Fredrikstad

Bemanningen på klinikken i Fredrikstad (den største i fylket), som har ansvar for ca. 9250

prioriterte pasienter, er:

5 tannleger,

- 0,7 tannlegespesialist (barnetannpleie),
- 7 tannhelsesekretærer og
- 1 tannpleier

Universell utforming: Kategori 3.

Merknad: Lokalene i 5. etg. er nye, men trange. Lokalene i 2. etg. er slitte og trenger generell oppussing, men er for øvrig velfungerende.

4.4.3 Kråkerøy

Kråkerøy tannklinikk (Fredrikstad syd)

Bemanningen, som skal dekke pasientgrunnlaget på Hvaler samt Kråkerøy (sydlig del av Fredrikstad) omfatter ca.2380 prioriterte pasienter, er:

- 2,2 tannleger
- 2,2 tannhelsesekretærer og
- 0,5 tannpleier

Universell utforming: Kategori 3.

Merknad: Lokalene har trange behandlingsrom og pasientene planlegges overført til klinikken i Fredrikstad i løpet av 2012.

4.4.4 Gressvik

Gressvik tannklinikk (Fredrikstad vest)

Bemanningen, som skal dekke pasientgrunnlaget for vestlige del av Fredrikstad, omfatter

ca. 3040prioriterte pasienter, er:

- 1,9 tannleger
- 1,9 tannhelsesekretærer og
- 0,6 tannpleier

Universell utforming: Kategori 3

4.5 «Lavterskel» tannhelsetilbud i kommunene i Østfold

Det overordnede målet i stortingsmelding nr. 35 (2006-2007) "Tilgjengelighet, kompetanse

og sosial utjevning - Framtidas tannhelsetjenester" er:

Utjevning av sosial ulikhet i tannhelse. Det vil si hjelpe de som trenger det mest.

Med dette som bakgrunn ble det vedtatt i Tannhelseplanen for Østfold fylkeskommune 2012-2015 at:

Befolkningen i fylket skal ha et tannsett som fungerer godt og er sosialt tilfredsstillende hele livet.

En statlig støtteordning til kommunenes arbeid med rusproblematikk ble etablert i 2001 og i 2010 ble støtteordningen til såkalte «lavterskel» – helsetiltak innlemmet i tilskuddet til det kommunale rusarbeidet. Organisering, arbeidsmetoder og tjenestetilbudet er forskjellig fra sted til sted og i to kommuner, Sarpsborg og Fredrikstad har støtteordningen bidratt til at det er

etablert tilbud innen tannhelse i samarbeid med fylkeskommunen.

I **Sarpsborg** kommune er tiltaket samlokalisert med Kirkens Bymisjon og tiltakene "Lønn som fortjent" og "Kramboden". Det førstnevnte er et sysselsettingstiltak for rusmisbrukere som utfører forskjellige oppdrag og arbeidsoppgaver. "Kramboden" er et rehabiliteringstiltak for de som er på vei ut av rusen i samarbeid med kommune, NAV osv.

Helsestasjonen er bemannet med lege, psykiatrisk sykepleier og tannpleier i 20 % stilling. Det er et nært samarbeid med bl.a. Varmestua som drives av Kirkelig fellesråd, som har ansatt miljøarbeider i 50 % stilling. Dette også som en del av lavterskel helsetilbudet skal bidra til å gi et tilstrekkelig tilbud til rusmiddelmisbrukere som ikke benytter, eller ikke nås av ordinære helsetjenester. Avtaleperioden er forlenget til 2014.

I Fredrikstad er tilbudet etablert som en del av feltpleien i kommunen.

Fredrikstad startet lavterskel tannhelsetilbud i 2003 bl.a. ved hjelp av statlig tilskudd. Tilbudet fungerte ikke særlig godt de første årene, og gjennom et nærmere samarbeid med Tannhelsetjenesten fra desember 2011, er det startet opp et nytt, og bedre tilrettelagt, tilbud i feltpleien.

10 % årsverk/tannlege (en dag annenhver uke) bistår feltpleien med råd, veiledning og tannpleie samt bistand til å komme i kontakt med behandlende tannlege.

Tiltaket skal lokaliseres i nytt Helsehus sammen med legevakt.

4.6 | Klinikker - oppsummering i tabellform

Tabellene nedenfor er oppsummering av innholdet i kap. 3.

Forklaring til tekstforkortelser i tabellen:

Tannlege = tnl. Tannpleier = tp Tannhelsesekretær = ths

Moss

Distriktet består av kommunene Moss, Rygge, Råde og Våler.

Klinikker Kommune	Bemanning	Prioriterte grupper/ antall pas.	Utstyr/innredning	Universell utforming Jfr. vedlegg
Moss Moss og Hvaler	4,5 tnl 2 tp 6 ths	Ca. 8050	Godt - fornyelse haster ikke	4
Varna Rygge	3 tnl 1 tp 3 ths	Ca. 5200	Godt - fornyelse haster ikke	3
Råde	1tnl 1ths	Ca. 1900	Godt - fornyelse haster ikke	2

Indre Østfold

Distriktet består av kommunene: Rømskog, Marker, Trøgstad, Eidsberg, Rakkestad, Spydeberg, Skiptvet, Askim og Hobøl

Klinikker Kommune	Bemanning	Prioriterte grupper/ antall pas.	Utstyr/innredning	Universell utforming Jfr. vedlegg
Marker	0,3 tnl 1ths	Ca. 890	Godt - fornyelse haster ikke	2
Rømskog	Ca. 0,1 tnl Ca. 0,1 ths	Ca. 180	Dårlig - krever investering	2
Mysen (Eidsberg og Trøgstad)	2,5 tnl 0,6 tp 2,5 ths	Ca. 4780	Godt/Middels	5
Rakkestad	1 tnl 1 ths	Ca. 2080	Godt - fornyelse haster ikke	3
Askim (Askim og Skiptvedt)	1,8 tnl + 0,4 tnl 0,8 tp 2,5 ths	Ca. 4150	Godt - fornyelse haster ikke	4
Kirkelund	0,4 tp	Ca. 1090	Dårlig - krever investering	2
Knapstad (Hobøl og Spydeberg)	1,9 tnl 2 ths	Ca. 2930	Godt - fornyelse haster ikke	2

Sarpsborg-Halden

Distriktet består av kommunene Sarpsborg, Halden og Aremark

Klinikker Kommune	Bemanning	Prioriterte grupper/ antall pas.	Utstyr/inn- redning	Universell utforming Jfr. vedlegg
Sarpsborg	2,8 tnl 0,8 tp 3,6 ths	Ca. 5790	Middels - inv. kan vente noe	3
Skjeberg	2,8 tnl 1 tp 3 ths	Ca. 5130	Godt - fornyelse haster ikke	2
Tune	2 tnl 0,2 tp 2 ths	Ca. 3310	Fornyelse haster ikke	2

Halden	4,2 tnl 0,5 tp 4,7 ths	Ca. 8190	Krever snarlig investering	5
Aremark	0,4 tnl 0,4 ths	Ca.	Middels - inv. kan vente noe	3
Narkosetjeneste (SØF)	0,65 tnl 0,6 ths	Ca.	Fornyelse haster ikke	Ikke vurdert
Lavterskeltilbud Sarpsborg	0,2 tp	Ca.	Utstyret er dårlig. Kommunal drift	Ikke vurdert
Halden fengsel (Statsfinans)	0,6 tnl 0,6 ths	Ca.	Godt	Ikke vurdert

Fredrikstad

Distriktet består av kommunene Fredrikstad og Hvaler.

Klinikker Kommune	Bemanning	Prioriterte grupper/ antall pas.	Utstyr/innredning	Universell utforming Jfr. vedlegg
Borge (Øst for glomma)	2,75 tnl 0,5 tp 2,85 ths	Ca. 4840	Godt - fornyelse haster ikke	3
Fredrikstad (todelt klinikk)	5,0 tnl 0,7 tnl. spes. 1,0 tp 7,0 ths	Ca. 9250	Godt - fornyelse haster ikke	3
Kråkerøy (Fredrikstad syd, Kråkerøy og Hvaler)	2,2 tnl 0,5 tp 2,2 ths	Ca. 2380	Godt - fornyelse haster ikke	3
Gressvik (Fredrikstad vest)	1,9 tnl 0,6 tp 1,9 ths	Ca. 3040	Godt - fornyelse haster ikke	3

Det er mange trekk ved utviklingen som vil være bestemmende for framtidig klinikkstruktur i Østfold.

Forhold i samfunnet generelt, i befolkningen, ved transportformer, og i tannhelsetjenesten, inkl. den teknologiske utviklingen, vil ha betydning og være premisseleverandører for hvor klinikkene etableres og hvordan de bemannes og drives.

5.1 Utviklingen i Tannhelsetjenesten

Fylkeskommunen overtok ansvaret for tannhelsetjenesten fra kommunene i 1984.

Både i offentlig og privat tannhelsetjeneste sees en dreining mot større enheter. Tannhelsepersonell med ulik bakgrunn og interessefelt utfyller hverandres kompetanse slik at publikum kan tilbys tjenester innenfor alle deler av odontologien i den offentlige tannhelsetjenesten

Rekruttering:

En spørreundersøkelse som ble foretatt i 2001-2002 blant alle tannlegestudentene i Bergen og Oslo viste at 68% av studentene oppga at det var viktig å jobbe i nærheten av tettsted. (194 studenter og svarprosent på 88%).

I den offentlige tannhelsetjenesten er det vanskelig å besette ledige stillinger spesielt på enmanns klinikker. De off. tannhelse-tjenesten vil antakelig kunne rekruttere bedre ved i høyere grad å betjene befolkningen fra mer sentrale klinikker

Kilde: Holst, Grytten og Skau. Tannledestudenteners planer og forventninger til arbeid i tannhelsetjenesten.

Investeringer i personell og kostbart utstyr, samt behovet for å samarbeide med annet tannhelsepersonell gjør at det blir færre virksomheter med bare en tannlege og en tannhelsesekretær.

En rasjonell og stabil drift og et bredt tjenestetilbud med god utnyttelse av investerte midler, tilsier at tannhelsetjenesten på sikt bør konsentrere sin virksomhet om færre og større enheter.

5.2 Utviklingstrekk i klinikkstrukturen i Østfold

Siden 1984 er antall offentlige tannklinikker redusert betraktelig, fra 66 til dagens 19 klinikker. Den viktigste grunn for dette er at det tidligere var skoletannklinikker på alle skoler. I Tannhelsetjenestens klinikkstrukturplan for perioden 2001-2010

ble det slått fast at det ikke er grunnlag for å organisere tannklinikker i tilknytning til skolene, slik tilfelle var tidligere. Det er antall barn og unge i alderen 0 -20 år som utgjør den tallmessig dominerende gruppen av pasienter, og som til nå har vært normerende for antall offentlig ansatte tannleger i fylket. I årene fremover vil det imidlertid, på grunn av bedring i tannhelse hos barn og unge, nye prioriterte grupper samt endringer i befolkningsstrukturen være unge, voksne, og eldre med spesielle behov som vil kreve de største ressursene. Framtidig klinikkstruktur må ta høyde for dette.

Eksempler på nytt utstyr:

- Ortopanthomografi ("OPG"), er et røntgenapparat som tar bilder av hele kjevepartiet
- Laser kan brukes til behandling av bløtvev og små hull i tenner
- Skannere gir mulighet til tredimensjonal avlesing av tannformer (i stedet for tradisjonelle avtrykk)
- Våtsuganlegg er også eksempel på nytt teknisk utstyr. Et slikt anlegg gir bedre hygiene og mer stabil drift. Slike anlegg kan bare installeres på store klinikker.

Nytt teknisk utstyr krever ofte større plass, og kan lettere innpasses i større klinikker.

Ny utvikling krever med andre ord stadig mer spesialisering og spesialkompetanse, samtidig som det øker forventningene om at tannhelsetjenesten skal kunne løse de fleste av munnhulens problemer.

TANNHELSETJENESTEN og klinikkstruktur i framtiden

Utviklingen i utstyr, fagfolks forventninger og krav til arbeidsmiljø og faglig utvikling blir stadig viktigere når framtidens tannhelsetjeneste og klinikkstruktur skal utformes.

Færre pasienter har behov for hyppige besøk.

God tannhelse gjør at færre pasienter har behov for hyppige besøk hos tannlege eller tannpleier. Store deler av barne- og ungdomsgruppen har ikke behov for tannlege mer enn hvert halvannet år og vil ofte klare seg med bare ett besøk.

Større ressurser vil medgå til våre voksne prioriterte grupper.

Fokus fra "friske" til syke og en større del eldre personer med egne tenner vil bety at det må brukes mer ressurser på den voksne delen av befolkningen som har rett til tannbehandling.

6.1 Vurdering av nåværende distriktsinndeling

I arbeidet med å vurdere om nåværende distriktsinndeling er den mest optimale eller om det finns andre og bedre alternativer, ble Østfold Analyse bedt om å se på befolkning (pasienter) og reisevei. Befolkningen i denne sammenhengen er personer under 20 år pr. 2009.

Reisevei er sett i forhold til ulikt antall klinikker og ulike lokaliseringalternativer for eventuelle nye klinikker i Østfold.

Nåværende struktur er fire distrikter og 19 klinikker (inkl. klinikk i Halden fengsel og «Lavterskeltilbudet» i Sarpsborg).

Østfold Analyse har laget åtte lokaliseringalternativer utfra ulike parametere, personer og reisetid som vises nedenfor. Alle alternativene er vist på kart som vedlegges planen.

Eksempel 1 og 2**Tre klinikker - to alternativer****Personer og reisetid**

Alt. 1:
Indre (Brennemoen), Sarpsborg og Moss

46 041 personer 0-15 minutter
19 104 personer 15-30 minutter
1380 personer 30-45 minutter
189 personer 45-60 minutter

Alt. 2:
Eidsberg, Moss og Sarpsborg

40 268 personer 0-15 minutter
24 389 personer 0-15 minutter
1875 personer 15-30 minutter
183 personer 30-45 minutter

Eksempel 3, 4, og 5**Fire klinikker - tre alternativer****Personer og reisetid**

Alt 1:
Indre (Brennemoen), Moss, midt-veis Fredrikstad - Sarpsborg, Halden

53 358 personer 0-15 minutter
12 615 personer 15-30 minutter
587 personer 30-45 minutter
154 personer 45-60 minutter

Alt. 2:
Eidsberg, Moss, Halden og Fredrikstad

49 477 personer 0-15 minutter
16 707 personer 15-30 minutter
456 personer 30-45 minutter
74 personer 45-60 minutter

Alt. 3:
Eidsberg, Moss, Halden og Sarpsborg

48 288 personer 0-15 minutter
17 200 personer 15-30 minutter
1132 personer 30-45 minutter
95 personer 45-60 minutter

Eksempel 6 og 8**Fem klinikker - to alternativer****Personer og reisetid**

Alt. 1:
Indre (Brennemoen), Halden, Moss, Fredrikstad og Sarpsborg

53 096 personer 0-15 minutter
8119 personer 15-30 minutter
345 personer 30-45 minutter
155 personer 45-60 minutter

Alt. 2:
Indre, Halden, Moss, Sarpsborg og Rakkestad

53 745 personer 0-15 minutter
12 303 personer 15-30 minutter
467 personer 30-45 minutter
200 personer 45-60 minutter

Eksempel 7 og 9**Seks klinikker - to alternativer****Personer og reisetid**

Alt 1:
Marker, Rakkestad, Askim, Moss, Fredrikstad og Halden

54 670 personer 0-15 minutter
11 725 personer 15-30 minutter
270 personer 30-45 minutter
50 personer 45-60 minutter

Alt. 2:
Mysen, Askim, Halden, Fredrikstad, Sarpsborg og Moss

60 501 personer 0-15 minutter
5796 personer 15-30 minutter
343 personer 30-45 minutter
75 personer 45-60 minutter

6.2 Fylkesplanens føringer for areal- og transporteffektivisering

Samordnet areal- og transportplanlegging er et sentralt virkemiddel for å nå Fylkesplanens mål for folkehelse og levekår, miljø og verdiskaping, samt for å **redusere Østfolds klimagassutslipp**. Det gis best samlet måloppnåelse om vi bor tettere og bruker mer kollektivtrafikk. Fylkesplanen legger derfor opp til å styrke byene og områdesentrene. Det er avgjørende for måloppnåelsen at lokalisering av viktige samfunnsfunksjoner gjøres i tråd med dette. Gode muligheter for offentlig transport for pasienter og ansatte, både med buss og jernbane, er viktige faktorer når tannklinikken skal lokaliseres for fremtiden.

Offentlige myndigheter forsøker på flere måter å motivere for gang, sykkel og kollektive reisemåter. I arbeidet med dobbeltspor gjennom Østfold har regionale og lokale myndigheter støttet opp under planene om sentrumsnære jernbanestasjoner i Moss, Fredrikstad og Sarpsborg. Store investeringer i jernbane bør utnyttes best mulig, og nærhet til trafikkknutepunkter er et viktig argument når offentlige servicetilbud skal lokaliseres.

Reisevaner:

En enkel undersøkelse av reisemønsteret for prioritert klientell utført ved Sarpsborg tannklinikk i uke 45 i 2010, viste at av 128 pasienter kom 27 til fots eller med sykkel, mens 86 kom i privatbil. 100 hadde følge av pårørende, mens 5 kom i følge med helsepersonell. Sarpsborg tannklinikk ligger få meter fra busstasjonen i Sarpsborg. Likevel oppgir bare 8 personer at de kom med buss til tannklinikken

For ansatte kan det være fordel med mange små klinikker med hensyn til reisevei og mulighet for å gå eller sykle til jobb. For mange pasienter vil det kunne være helsemessige grunner til å reise til klinikken i bil.

Samtidig vet vi at store deler av de prioriterte pasientgruppene mottar tannbehandling bare hvert 1 ½ år og har i den forbindelse ofte behov for bare ett besøk. Tannlegestudentene ønsker på den annen side å bo og jobbe i større tettsteder. Det er altså sannsynligvis lettere å endre de ansattes reisemønster enn pasientenes.

Men også endringen i pasientsammensetningen til flere eldre pasienter, som vi vet i større grad bosetter seg sentralt i leiligheter, vil kunne gi færre bilreiser om klinikkene er lokalisert i byer og ved kollektivknutepunkter.

Skoler, deriblant videregående skoler, lokaliseres i økende grad og med største andel av elevgrunnet, i byer og områdesentre. Lokalisering av tannklinikker i gang- og sykkelavstand for de større elevene vil være gunstig.

Samlokalisering i såkalte «Helsehus», som er under planlegging i de fleste byområdene i fylket, kan også være aktuelt ett eller flere steder, og kan ved god planlegging gi gevinster hvis pasienten kan få samordnet timer.

6.3 Klinikktørrelse og bemanning- fordeler og ulemper

Fordelene ved store klinikker må veies opp mot graden av nærhet til der publikum bor eller oppholder seg og opplevelse av trygghet.

Det er imidlertid små avstander mellom kommunene i Østfold og utbygging av hovedveisystemet de siste årene har medført raskere transport. I tillegg må moment som kollektivtransport osv. telle med i den samlede vurderingen av hvordan tannhelsetjenestens struktur skal utformes, jfr. avsnittet ovenfor.

I tabellen nedenfor tar vi for oss ulike momenter og ser på fordelene disse gir i store kontra små klinikker.

Forholdene som gis en vurdering er:

- Reisevei/transport/trygghet
- Fleksibilitet
- Behandlingspanorama/fagmiljø
- Arbeidsmiljø
- Økonomi- drift og investering

Fordeler ved store klinikker - dvs. med mer enn åtte tannlegeteam	Fordeler ved små klinikker - dvs. mindre enn tre team
Transport/tilgjengelighet/trygghet:	
<p>Transport:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Store klinikker nær kommunikasjonsk-nutepunkt vil kunne være fordelaktig ifht miljøbelastning. • De ansatte reiser hver dag og bo- og reisemønster er lettere å endre enn pasientenes. • Framover er en økende andel av pasientene eldre mennesker. Disse bor i økende grad sentralt i leiligheter nær kollektivnutepunkter. <p>Tilgjengelighet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkerne er tilgjengelige hver dag og åpningstider kan lettere tilpasses publikums behov • Fordel med bemannet resepsjon. • Vil kunne tilby akuttbehandling uavhengig av om fast behandler er til stede eller ikke. • Pasienter som ønsker å bytte tannlege trenger ikke å bytte klinikk. 	<p>Transport:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Off. kommunikasjon er ikke like tilgjengelig i alle deler av fylket. Barn og unge blir som oftest kjørt til tannlegen, jfr. faktaboks avsnitt 6.2. • Det er i de aller fleste tilfeller kortere reisevei til små klinikker enn til de store, både for publikum og i mange tilfeller også for de ansatte. <p>Trygghet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noen pasienter opplever at kort avstand til små klinikker i nærmiljøet føles tryggere enn større klinikker.

Fleksibilitet

St Store klinikker kan gjøre driften mer fleksibel. Medarbeidere unngår i større grad å måtte arbeide på flere klinikker og publikum kan regne med å finne åpen tannklinikk når de trenger den.

Mer fleksibilitet:

- Resepsjonstjenesten avlaster for adm. oppgaver og gir mer tid til klinisk arbeid.
- Arbeidsfordeling, utover det kliniske, kan lettere oppnås.
- Mer optimal fordeling av arbeidsoppgaver mellom de ulike yrkesgruppene.
- Arbeidsdeling av administrative oppgaver gir mer effektiv og kvalitetssikker drift
- Enklere omdisponering av personell ved sykdom slik at driften opprettholdes uten at personell må flyttes.
- Enklere dimensjonering av antall ansatte i forhold til arbeidsmengden.
- Mulighet til faste praksisplasser for både tannlegestudenter, tannpleierstudenter og tannhelsesekretær/elever.
- Bedre muligheter for faglig utvikling og styrking av rekrutteringsgrunnlaget.

På en liten klinikk er det mer oversiktlig og mulighet for «glipper» i planlegging kan lettere unngås.

Enkelte pasienter opplever det lettere å kontakte en liten klinikk mht. ekstrakon-sultasjon, endring av time o.l.

Bemanning

- Den off. tannhelsetjenesten rekrutterer ofte tannleger direkte fra studiet. Nyutdannede yrkesutøvere har behov for veiledet praksis de første årene i klinisk tjeneste, f.eks. for å lære «praksisadministrasjon»- særlig i prøvetiden som er på seks måneder.
- Utdanning av tannhelsepersonell legger også stadig større vekt på praksis ute i ordinær virksomhet. Praksisplasser krever at tannhelsetjenesten har disponibel arbeidsplass for studenter og egnede veiledere, noe som bare få klinikker i Østfold har pr. i dag. Det ligger store fordeler i å bemanne klinikkene til robuste fagmiljøer.

Forutsatt stabilitet er det ved små klinikker større mulighet at den samme tannlegen behandler den samme pasienten år etter år.

Både for pasienten og for behandleren er det som regel positivt at behandleren «følger pasienten» over flere år.

Behandlingspanorama/fagmiljø

Større bredde i personalets kompetanse og den teknologiske utviklingen fører til nye muligheter for diagnostikk og behandling.

Eksempler på dette er:

- Oversiktsrøntgen av kjevene kan tas, pasienten slipper å få time på annen klinikk som har slikt utstyr
- Laser for behandling av bløtvev og tenner
- Skannere for tredimensjonal avlesning av tannformer.
- Etter- og videreutdanning, som gir spisskompetanse innenfor ulike grener av faget, kan bidra til redusert behov for kjøp av eksterne spesialisttjenester
- Samlokaliseringer i f.eks. «Helsehus» som planlegges i ulike byområder kan bidra til bedre tverrfaglig samarbeid med f.eks. primærhelsetjenesten
- Fagmiljøets betydning for å få til økt praksisnær forskning i tannhelsetjenesten i tråd sentrale myndigheters forventinger. Dette krever fagmiljøer som kan støtte den som ønsker å delta i utviklingen.

Med hensyn til erfaringsbygging for den enkelte tannlege kan det være fordelaktig å jobbe på en liten klinikk hvor tannlegen må utføre alle typer behandling.

Arbeidsmiljø

Styrket arbeidsmiljø gjennom:

- samarbeid om pasientkasus (sparer pasienttid) og enklere samhandling mht utadrettet arbeid,
- mulighet for fagmøter, undervisningsklinikker etc.
- mere hensiktsmessig fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesgruppene
- internkontroll

Enkelte medarbeidere kan oppleve mer tilhørighet til en liten arbeidsplass enn til en stor.

Økonomi

Drift: Reduserte driftsutgifter gjennom:

- mindre areal å varme opp
- reduserte vedlikeholdsutgifter herunder renhold
- ressurseffektivitet- dvs. kostbart utstyr brukes oftere
- eventuell samlokaliseringer i f.eks. såkalte «Helsehus» som er under planlegging i de fleste byområdene
- samordnede innkjøp

- Lokalleie kan være lavere på små steder utenfor byområdene

Investeringer:

- Nye klinikker som erstatning for klinikkene i Indre Østfold er påkrevet
- Ny klinikk/samlokalisering for Moss distrikt

Begge disse forslagene er begrunnet i kravene til universell utforming

Oppsummering og vurdering av ovenstående momenter:

Som det framgår ovenfor i kap. 6.3. vurderes det samlet sett å være flere fordeler med større enheter.

I tillegg til anførte argumenter vil større klinikker gi bedre muligheter for

- stabil drift
- styrket muligheter for teknologisk utvikling, og vil kunne tilby et bredt spekter av tjenester av høy faglig standard.
- praksisnær forskning og veiledning av studenter
- robuste fagmiljøer

Mindre klinikker er fordelaktig med hensyn til nærhet og kan oppleves tryggere.

Kontinuitet ved at samme behandler følger pasienten over år tilstrebes både ved store og små klinikker og kan uansett oppnås gjennom god planlegging.

Ved større klinikker kan det også i mange tilfeller være lettere å planlegge og gjennomføre oppfølging og støtte til "bekymringspasienter".

6.4 Nye klinikker

Som det framgår av kap.4 er det varierende standard på dagens klinikker og i følge kartleggingen av universell utforming, jfr. vedlegg, bør det etableres flere nye klinikker i Østfold. Klinikken må bl.a. dimensjoneres for å gi plass til studenter i praksisperioder.

De to byene i Indre Østfold, Askim og Mysen ligger ved sin nærhet til Oslo ideelt til for en slik funksjon i undervisning av studenter. Dersom det kan etableres en felles klinikk for disse to byene vil man kunne få et fagmiljø stort nok til å forsvare opprettelse av studentarbeidsplasser tilsvarende de tannklinikken i Skien har etablert. Dette styrkede fagmiljøet vil kunne gjøre klinikken svært attraktiv for fagpersonell. Ved å etablere en klinikk i hver av byene Askim og Mysen vil disse klinikkene ha henholdsvis 5 og 4 tannhelseteam. Det innebærer at disse to klinikkene blir vesentlig mindre enn de andre klinikkene som etableres i Østfold, med de følger det kan få for rekruttering og stabilisering av tannhelsepersonell. Det er mange forhold som det må tas hensyn til når nye klinikker bygges og gamle nedlegges. Forslagene om nye klinikker i alle distriktene må derfor sees på som et prinsipp og et langsiktig mål.

Konklusjon:

Det foreslås etablering av 5 til 6 klinikker i Østfold i planperioden, med 6 - 10 tannhelseteam i hver klinikk. Ut fra et faglig odontologisk ståsted vil valg av 5 klinikker gi de mest robuste enhetene hvor det kan etableres alle de funksjoner vi i dag ser for oss tannklinikken i planperioden bør ha.

Andre moment vektlagt er:

- fordeler ved drift av store vs små klinikker (jfr tabell)
- tilstandskartlegging,
- reisetid ved ulikt antall klinikker samt aspekter ved kollektive reisemåter

Fylkesrådmannen vil komme tilbake til økonomisk oppfølging i forbindelse med rullering av økonomiplan.

De ansatte har så langt vært representert i prosessen ved at en tillitsvalgt og hovedverneombud i tannhelsetjenesten har sittet i arbeidsgruppen. Saken vil for øvrig bli fulgt opp i henhold til lov og avtaleverk.

Valgfrihet

De nye klinikkene planlegges uavhengig av nåværende distriktsgrenser.

Pasientene ved eksisterende klinikker overføres til den klinikken det er naturlig å tilhøre.

Dette åpner for frihet med hensyn til hvilken klinikk den enkelte velger.

Én klinikk i fremtiden?

På lengere sikt, og hvis samfunnsutviklingen og drivkreftene går i samme retning som dagens, kan en se for seg en tannklinikk i Østfold - fortrinnsvis lokalisert ved Sykehuset Østfold på Kalnes. Gjeldende reguleringsplan viser at det er mulig å bebygge ytterligere areal innen for den regulerte området.

HANDLINGSPROGRAM FOR SEKS TANNKLINIKKER I ØSTFOLD (ALT. 9)

Klinikker og pasienttall	Leieavtaler	Tiltak	Tid
Moss Klinikk for ca. 15.100 pasienter ca. 10 team		Klinikk i Moss. 1. Vurdere/beslutte lokalisering 2. Arbeidsgruppe ned- settes	2015 - 2016
Indre Østfold 1 til 2 klinikker for tilsammen ca. 16.100 pasienter ca. 10 team		Ny klinikk etableres. 1. Det etableres en eller to klinikker for Indre Østfold. 2. Arbeidsgruppe ned- settes	2013 - 2015
Sarpsborg Klinikk for ca. 14.200 pasienter ca. 10 team		Ny klinikk etableres. 1. Ny klinikk må eta- bleres for å fylle kravene til universell utforming og for større pasientgrupper 2. Arbeidsgruppe ned- settes	2015 - 2020
Halden Klinikk for ca. 8.600 pasienter ca. 6 team		Ny klinikk er under etablering.	2013
Fredrikstad Klinikk for ca. 19.500 pasienter ca. 14 team		Klinikkene samlokalis- eres. 1. Ny klinikk etableres 2. Arbeidsgruppe ned- settes	Kråkerøy og Fredrikstad blir samlokalisert i 2012. Klinikken bør utvides på sikt.



Østfold fylkeskommune
Postboks 220, 1702 Sarpsborg

www.ostfoldfk.no