



Tjenesteanalyse pleie- og omsorgstjenester i Kvam kommune

RAPPORT

2018

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAKSGIVER: 2018

RAPPORT NR: T1020377

RAPPORTENS TITTEL: Tjenesteanalyse pleie- og omsorgstjenester i Kvam kommune

ANSVARLIG KONSULENT: Hege Askestad

KVALITETSSIKRET AV: Astrid Nesland

FOTOGRAFI I RAPPORT: Shutterstock.com

DATO: 20.12.2018

Forord

Agenda Kaupang har bistått Kvam kommune med en tjenesteanalyse av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Gjennomgangen har vært rettet mot organisering, kvalitet, effektiviseringspotensial, dimensjonering og innretning av de ulike tjenestetilbudene.

Arbeidet har blitt utført i samarbeid med kommunen høsten 2018.

Vi takker for konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til Elfrid Oma og Åslaug Bøhn Botnen som har vært kontaktpersoner og som har bidratt med koordinering av arbeidet.

Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Hege Askestad, Astrid Nesland og Einar Stephan, med førstnevnte som ansvarlig konsulent.

Stabekk, 20.desember 2018

Agenda Kaupang AS

Innhold

1	Sammendrag	5
2	Bakgrunn, formål og metode	10
2.1	<i>Bakgrunn og formål</i>	10
2.2	<i>Metode og prosjektorganisering</i>	10
2.3	<i>Fase 1 – kartleggingsfasen</i>	11
2.4	<i>Fase 2 – ekstern analyse</i>	11
2.5	<i>Fase 3 – utarbeidelse av tiltak og videre strategier</i>	12
3	Pleie- og omsorgstjenester	14
3.1	<i>Dagens organisering</i>	14
4	Utvalgte analyser	17
4.1	<i>Den økonomiske situasjonen i Kvam herad er krevende</i>	17
4.2	<i>Demografiske endringer øker behovet for omstilling</i>	19
4.3	<i>Brutto driftsutgifter innen pleie og omsorg har økt og viser en dreining mot mer hjemmebaserte tjenester</i>	23
4.4	<i>Kvam har noe lavere utgifter innen pleie og omsorg enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 11 24</i>	
4.5	<i>Kvam har forbedret resultatene innen pleie- og omsorgstjenesten i Kommunebarometeret</i>	25
4.6	<i>Ansatte, brukere og pårørende opplever god kvalitet på tjenestene, men peker samtidig på områder som kan forbedres</i>	27
5	Vår vurdering av utfordringer og muligheter innen pleie og omsorg	34
5.1	<i>Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet må sikres</i>	34
5.2	<i>Fra passiv mottaker til aktiv deltaker og større ansvar for egen helse</i>	39
5.3	<i>Økt satsing på rehabilitering for alle brukergrupper er nødvendig</i>	41
5.4	<i>Digitalisering og økt bruk av velferdsteknologi er nødvendig</i>	43
5.5	<i>Økt satsing på mestring og hjemmebasert omsorg kan bidra til å redusere behovet for tjenester med heldøgnsomsorg og stedlig bemanning</i>	44
5.6	<i>Strukturer og organisering av tjenester har stor betydning</i>	45
6	Dypdykk innen pleie og omsorg	55
6.1	<i>Andre brukere- hovedsakelig eldre</i>	57
6.2	<i>Psykisk helse og rus – Pleie og omsorg</i>	77
6.3	<i>Tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser – Pleie og omsorg..</i>	81
7	Kommunens praksis for ressursfordeling	96

1 Sammendrag

Kvam herad har ønsket en tjenesteanalyse av deltjenester innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Bakgrunnen er at kommunestyret i Kvam er bekymret for den økonomiske situasjonen.

Kommunens økonomiske situasjon er noe krevende. Kommunen har noe høyere inntekter enn en gjennomsnittlig kommune, men kommunens gjeld er høy. Høy gjeld og økte driftsutgifter gjør at det er behov for omstilling. I denne konteksten er det viktig å tenke at utviklingen og kvaliteten må stå i forhold til det økonomiske handlingsrommet. I praksis betyr dette at Kvam herad, i tillegg til å tenke fremover når det gjelder kvalitet, også må tenke kostnadseffektivitet.

Pleie- og omsorgstjenesten¹ i Kvam er en del av helse- og omsorgssektoren og den største sektoren i Kvam herad. Kommunens brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester utgjorde i 2017 rundt 220 mill. kr. Nettodriftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenesten utgjør ca. 35 % av totalutgiftene for kommunen².

Når det gjelder kvalitet innen pleie- og omsorgstjenesten rangeres Kvam som nr. 91 på Kommunebarometeret for 2017. Samtaler og intervjuer med ansatte og brukere tyder på at kvaliteten på tjenestene er god, og ansatte gir uttrykk for å trives. Samtidig peker både ansatte, brukere og våre analyser på at det er rom for forbedringer og utvikling.

Analysene viser at Kvam herad bruker noe mindre penger pr. innbygger på pleie- og omsorgstjenester enn snittet i tilhørende KOSTRA-gruppe. Går man under KOSTRA-nivået ser man at bildet endres noe.

Analysene har vist at Kvam herad har flere brukere innenfor ulike kategorier enn sammenlikningskommuner. Dette kan tyde på at kommunen har en lavere terskel for å innvilge tjenester, og at det kan være behov for en tydeligere prioritering og tildeling av helse- og omsorgstjenester enn hva dagens praksis innebærer.

I Kvam er 74 % av utgiftene innen pleie og omsorg knyttet til kategorien *andre brukere, hovedsakelig eldre*. Analysene viser at kommunen over tid har fått til en sterkere prioritering av tjenester til hjemmeboende, og at kommunen har satset mer på tjenester i boliger med heldøgns tjenester enn den ordinære ambulante hjemmetjenesten. Utgiftene til bolig med heldøgnsomsorg er høyere i Kvam enn i sammenlikningskommunene. Høye kostnader må sees i sammenheng med at kommunen har mange plasser. Pris per plass er ikke vesentlig høyere enn sammenlikningskommunene. Kommunens utgifter til sykehjem er også høye, og må sees i sammenheng med kostnadene per plass. Årsaken til høye enhetskostnader mener vi er at kommunen har mange lokasjoner og avdelinger. Skal kommunen redusere utgiftene sine fremover, må et av tiltakene være å ha færre lokasjoner samt få til mer effektiv drift på avdelingene.

Kommunen må fortsette sin satsing på hjemmebasert omsorg, med fokus på å hjelpe innbyggerne til å klare seg i egen bolig lengst mulig. Dette vil innebære økt kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten, utstrakt bruk av (hverdags)rehabilitering og dag- og aktivitetstilbud, økt satsing på velferdsteknologi og strategisk bruk av rehabilitering, korttids- og avlastningsopphold. Gjennomgangen har avdekket områder hvor kommunen bør gjøre tiltak både på kortere og lengre sikt for å få til mer bærekraftige tjenester med riktig kvalitet. Dette vil innbefatte å se på tildelingspraksis, samt organiseringen av tjenestene.

Analysen av tjenester knyttet til psykisk helse og rus ført under pleie og omsorg i KOSTRA viser at utgiftene er på nivå med snittet i referansegruppen. Kvam har valgt en organisering som innebærer

¹ Pleie og omsorg som det er definert i KOSTRA

² Kilde: SSB, KOSTRA 2017

at flere avdelinger har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen. Dagens organisering, hvor ansvaret er fordelt på flere funksjoner og avdelinger, vurderes som sårbart og lite fremtidsrettet, og bør derfor i større grad samlokaliseres. Utfordringen innen psykisk helse er at kommunen i langt større grad har fått og vil få økt ansvar for å ivareta behov for bistand, behandling og oppfølging. En samorganisering samt en tilstrekkelig utbygd tiltakstrapp er etter vår vurdering helt avgjørende for å sikre kostnadseffektive tjenester med nødvendig kvalitet og målstyrt arbeid i tråd med BEON-prinsippet. Det betyr økt fokus og innsats for forebygging rettet mot barn, unge og voksne. Videre vil det være viktig å videreutvikle tjenester som sikrer at brukere som kan klare seg i eget hjem med ambulant bistand, dag- og aktivitetstilbud og/eller oppfølging av forebyggende psykososialt tilbud får dette.

Kvam herads utgifter innen pleie og omsorg til psykisk utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelser ligger rett over gjennomsnittet i sammenlikningskommunene. Overfor barn og unge er utgiftene særlig knyttet til ulike avlastningstiltak. Gjennomgangen viser at kommunen har relativt mange barn og unge som er i behov av helse- og omsorgstjenester, og at det i tillegg til å yte gode koordinerte tjenester per i dag, også må planlegge for fremtiden. Når det gjelder utgifter til voksne innenfor denne målgruppen er hovedvekten av kommunens utgifter knyttet til tjenester i bolig. Utgiftene er noe høyere enn snittet i sammenlikningskommunene, og må sees i sammenheng med at kommunen har flere brukere som får slike tjenester. Analysene viser at Kvam herad ligger lavere enn mange andre kommuner når vi ser på årsverk per plass. Årsaken til at kommunen har klart å holde enhetskostnadene ned må sees i sammenheng med brukernes behov, men vi tror også at måten kommunen har organisert tjenestene på spiller inn. Samdrift mellom flere boliger mv. vurderes som helt sentral for å kunne ha kostnadseffektive tjenester. Når det gjelder utgiftene til dag- og aktivitetstilbud overfor denne brukergruppen endres bildet noe. Utgiftene til dette er høyere enn snittet i referansegruppen, men kommunen har færre brukere. Høye utgifter må derfor sees i sammenheng med høye kostnad per plass/bruker. Hovedvekten av utgiftene til dette er knyttet til kjøp av tjenester. Vår erfaring er at flere kommuner velger å ha dette i egen regi, og at samdrift mellom tjenester er nødvendig både for å sikre god kvalitet men også kostnadseffektivitet. I Kvam ville en slik samdrift også kunne vært et viktig tiltak for å få til en heltidskultur.

Vurderingen samlet sett er at kommunen har gjort gode grep for å sikre kvalitet og tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet, samtidig som det er avdekket områder som kan forbedres. Skal kommunen lykkes med mer bærekraftige tjenester fremover, er vurderingen at kommunen må se tjenestetilbudene til de ulike brukergruppene mer i sammenheng. Gode strukturer og driftsoptimale løsninger er en viktig forutsetning for å få til kostnadseffektive tjenester, men også viktig for å sikre nødvendig rekruttering og heltidskultur. Mange av gruppene har utfordringer med lav andel ansatte med høyskole- og fagutdanning, og lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse.

Skal kommunene lykkes med å ha kontroll over økonomien innen pleie- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som medfører gode økonomiske forhold. Budsjettering bør foregå med stor grad av involvering og ansvarliggjøring av lederne. I dette ligger det at lederne må ha ansvar og mulighet for å følge opp økonomi, fag og personale. De lederne som fatter avgjørelser som får økonomiske konsekvenser, bør også ha ansvar for de økonomiske konsekvensene. I rapporten er det gjort rede for hvordan kommunen kan håndtere dette på en bedre måte enn hva tilfelle er i dag.

Vår anbefaling til sentrale grep for å klare nødvendig omstilling og møte økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

Tjenesteområdet pleie- og omsorgstjenester – andre brukere, hovedsakelig eldre

- ▶ Gjennomgang av vedtak og tildelingsrutiner som sikrer at de som er i behov av tjenester får dette og at tjenester for de som ikke er i behov av det avsluttes

- ▶ Kvam bør se behovet for ambulante hjemmetjenester i Øystese og Norheimsund mer i sammenheng. I dette arbeidet må man også se på hvor baser skal være lokalisert og organisert. Dette arbeidet må også omhandle hvordan kommunen kan sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i tjenesten hele uken.
- ▶ Overføre ansvar for bolig innen psykisk helse (Mikkjelsflaten) til avdeling psykisk helse og rus
- ▶ Digitalisering av arbeidsprosesser (f.eks. arbeidslister/kjørelister) og økt bruk av velferdsteknologi (f.eks. RoomMate, digitale natt-tilsyn) bør kunne fristille noe kapasitet i tjenesten.
- ▶ Økningen i behov som følge av demografien må hovedsakelig dekkes i den ambulante hjemmetjenesten – det vil være nødvendig å vri mer av ressursinnsatsen fra heldøgns tjenester til tjenester lavere i omsorgstrappen. Økt satsing på hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering er viktige tiltak for at flere skal bli boende hjemme. Med dagens dekningsgrad vil det være behov for en styrking av den ambulante hjemmetjenesten med ca. 5 årsverk frem mot 2022, og ytterligere 10 årsverk frem mot 2032. Prognosen er høyst usikker og må sees i sammenheng med utvikling av velferdsteknologi, effekter av hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering og dekningsgrader innen sykehjem og bolig med heldøgn.
- ▶ Kvam bør øke andel ansatte med høyskoleutdanning og sikre en mer tverrfaglig kompetansesammensetning i den ambulante hjemmetjenesten slik at hjemmetjenesten blir et reelt alternativ til heldøgnsomsorg og at man dermed kan unngå/utsette behov for mer kostnadskrevenne tjenester.
- ▶ Utvikle kapasiteten på dag- og aktivitetssentrene. Arbeidet må inkludere en vurdering av organiseringen samt antall lokasjoner.
- ▶ Organisere Tolo 1 og Tolo 2 som en enhet, på sikt bygge sammen. Dette må sees i sammenheng med forslaget om ny organisering av de ambulante hjemmetjenestene.
- ▶ Kommunens plan om utbygging på Strandebarm og Øystese må sees i sammenheng med kommunens dekningsgrad og framskrivning (behov for ulike tjenester). Erfaringsmessig bør kommunen unngå å ha for mange lokasjoner hvor det tilrettelegges med døgn tjenester og stedlig bemanning 24/7.
- ▶ Kommunen bør utvikle en helhetlig boligpolitikk for eldre, og det bør lage konkrete mål for dekningsgrader på heldøgns omsorgsplasser og sentrumsnære «plussbolig-konsepter» i samarbeid med private aktører
- ▶ Iverksette tiltak for å få ned enhetskostnaden i sykehjemmene. På kort sikt omhandler dette å iverksette tiltak for å få ned bemanningsfaktoren i sykehjemmene, mer på nivå med det man finner i andre kommuner. Dette inkluderer å se avdelingene mer i sammenheng. Ny organisering av avdelingene/gruppene og større turnusgrupper bør vurderes. Arbeidet må også inkludere å se på muligheten av å redusere antall nattevakter f.eks. på Toloheimen. På noe lengre sikt bør kommunen samlokalisere tilbud i sykehjem for bedre å kunne utnytte ressursene og kompetansen til en rimeligere enhetskostnad.
- ▶ Utrede muligheten for å opprette virtuelle korttidsplasser

Tjenesteområdet psykisk helse og rus:

- ▶ Se på tildelingspraksis. Folkehelseprofilen tilsier at kommunen har lavere forekomst av psykiske helse- og rusrelaterte lidelser, samtidig viser analysene at kommunen har flere som mottar tjenester.
- ▶ Vurdere å samorganisere tjenester til denne brukergruppen i en felles avdeling. Det vil si at boligen under Mikkjelsflaten overføres til avdeling for psykisk helse og rus som da får et hovedansvar for å yte helse- og omsorgstjenester for denne målgruppen.
- ▶ Vurdere å utvikle kjøp med formål om å ha dette i egen regi dersom kommunen kan løse dette til en rimeligere kostnad og til samme kvalitet. En viktig forutsetning for å få til dette er

å se tilbudet i sammenheng med kommunens øvrige behov for bolig med heldøgns-tjenester for målgruppen.

- ▶ Ha tilbud om ambulante tjenester til brukere som bor utenfor bolig med stedlig bemanning, slik at de som kan bo utenfor bolig med stedlig bemanning sikres tilstrekkelig bistand og oppfølging.
- ▶ Kommunen må jobbe målrettet for å få til gode aktivitetstilbud og jobbtilbud i samarbeid med NAV, samt å sikre tilstrekkelig kapasitet på kommunens dag-/aktivitetstilbud uken gjennom. Analysen viser at Kvam har færre brukere som mottar disse tjenestene.
- ▶ Som følge av demografi vil særlig behov knyttet til psykisk helse og rus øke i den eldre delen av befolkningen. Det er viktig å styrke kompetansen på området og samarbeidet på tvers for de ulike delene av tjenesten. Kompetansen innen alderspsykiatri må styrkes
- ▶ Øke satsingen på gruppetilbud, videreutvikle lavterskeltilbud og f.eks. starte med internettbaserte selvhjelpsgrupper. Dette kan være tiltak som kan medføre mindre press på individuell oppfølging.
- ▶ Flere kommuner opplever økt etterspørsel etter avlastningstiltak. Kommunen må ha en plan for hvordan man skal ivareta dette.
- ▶ Sikre nødvendig samhandling med spesialisthelsetjenesten, herunder å «avklare» roller og ansvar. Det er viktig med god dialog og en rollefordeling som sikrer at det er kommunen i samråd med bruker som definerer behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester. Mange brukere med rus- og psykiske helseutfordringer trenger tjenester fra både spesialisthelsetjeneste og kommune hele livet for å fungere. Det er derfor nødvendig med god dialog og samhandling for å sikre at disse innbyggerne får samtidige tjenester fra begge nivåer.

Tjenesteområdet mennesker med psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser:

- ▶ Gjennomgå tildelingspraksis. Kommunen har mange brukere f.eks. innenfor støttekontakt. Kan kommunen ev. erstatte og dekke behovene ved f.eks. økte gruppetilbud og organiserte tilbud?
- ▶ Vurdere å samle tjenester til denne målgruppen under en felles avdeling (jf. forslag innen psykisk helse)
 - Enhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenester for denne målgruppen vil være en viktig forutsetning for å imøtekomme mange av utfordringene som er avdekket i denne analysen
- ▶ Sikre et godt og effektivt avlastningstilbud til de som er i behov av det slik at man kan utsette behovet for bolig med bemanning. Kommunen jobber med å etablere nytt tilbud i nye lokasjoner
- ▶ Utrede mulighet for samorganisering av dag- og aktivitetstilbudet for målgruppen. I dette ligger det også økt samdrift mellom bolig og aktivitetssenteret for å få ned utgiftene, men også for å få til økt heltidskultur i tjenesten samlet sett

Felles:

- ▶ Sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet innenfor alle brukergruppene
- ▶ Vurdere ny organisering – dette må inkludere gruppestruktur, lederstruktur på gruppenivå og avdelingsstrukturen
- ▶ Iverksett tiltak for økt gjennomsnittlig stillingsstørrelse og andel ansatte som jobber i heltidsstillinger

- ▶ Ta i bruk velferdsteknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen
- ▶ Økt bruk av digitalisering av arbeidsprosesser mv.

2 Bakgrunn, formål og metode

2.1 Bakgrunn og formål

Kommuneøkonomien i Kvam herad er og har vært krevende over flere år. Vedtatte innsparingskrav er ikke nådd innen pleie og omsorg. For 2018 er det vedtatt et innsparingskrav på 6,9 millioner kroner.

Kommunen har de senere år gjort flere organisatoriske og tjenstemessige grep for å styrke tilbudet til innbyggerne og optimalisere ressursbruken. Kommunen har videre en relativt ny omsorgsplan som peker på muligheter og hvordan kommunen kan møte fremtidige behov og skape gode tjenester for innbyggerne i årene som kommer.

Til tross for dette har ikke kommunen klart å innfri de økonomiske innsparingskravene siste årene. Prognosen for 2018 tilsier et overforbruk. På bakgrunn av dette ønsker kommunen en vurdering, samt anbefalinger og forslag om tiltak for videreutvikling knyttet til:

- ▶ praksis for tildeling av tjenester
- ▶ praksis for tildeling av ressurser
- ▶ organisering av tjenestene

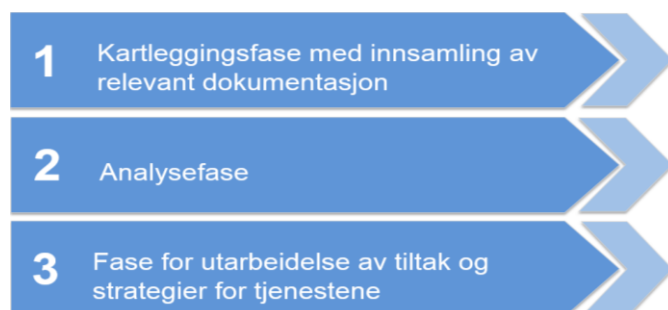


Analysen er begrenset til institusjonsomsorg, stab og forvaltning (tjenestekontor) og hjemmebasert omsorg. Tjenester til utviklingshemmede er organisert under hjemmebasert omsorg og er derfor inkludert i oppdraget. Det gjelder også kommunens bolig med stedlig bemanning innen psykisk helse.

Kvam herad har hatt ulike modeller for budsjettering. Kommunen ønsket bistand til å belyse ulike budsjettmodeller inkludert et forslag til ressursmodell som grunnlag for videre budsjettering av de berørte tjenestene.

2.2 Metode og prosjektorganisering

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt, med tre hovedaktiviteter:



Figur 2-1: Modell av faser i prosjektet

Dette prosjektet har omfattet kartlegging, analyser og vurderinger samt en tiltaksfase. Gjennomføring av vedtatte tiltak ligger utenfor prosjektet.

Denne rapportens innhold er kvalitetssikret og utviklet i samarbeid med en egen prosjektgruppe som har hatt tre møter i løpet av høsten 2018.

Prosjektgruppen har bestått av

- ▶ Åslaug Bøhn Botnen
- ▶ Elfrid Oma
- ▶ Hilde Ystanes
- ▶ Ingegjerd P Lid
- ▶ Anne Lise Neteland
- ▶ Ragnhild Rykkje
- ▶ Marie Elisabeth Skutlaberg
- ▶ Lillian Kvamsøy
- ▶ Solveig Eikrem
- ▶ Agenda Kaupang, Hege Askestad

2.3 Fase 1 – kartleggingsfasen

I kartleggingsfasen har vi dannet oss et bilde av status i driftssituasjonen innen pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Kartleggingen har inkludert besøk i driftsenheter og tjenestesteder som benyttes til formål innenfor pleie og omsorg i Kvam.

Det er gjennomført kartleggingsintervju med berørte ledere og ressurspersoner i tjenestene. Registerdata, regnskapstall og nøkkeldata innhentet gjennom intervjuer danner grunnlaget for våre vurderinger og anbefalinger i analyse- og tiltaksfasen.

Denne rapporten er basert på følgende datakilder:

- ▶ *KOSTRA, tilrettelagt i databasen til Agenda Kaupang:* Situasjonen i Kvam er sammenlignet med andre kommuner. Utvalget av kommuner er gjort i dialog med Kvam.
- ▶ *Informasjon fra aktuelle tilgjengelige statistikker*
- ▶ *Agenda Kaupangs egen detaljanalyse for pleie- og omsorgstjenestene (database):* Utvalget av kommunene i denne analysedelen baserer seg på kommuner Agenda Kaupang har arbeidet med tidligere.
- ▶ *Skriftlig informasjon fra kommunen:* regnskap 2017, budsjett 2018 samt gjeldende økonomiplan og årsmelding. Helse og omsorgsplan mv.
- ▶ *Muntlig informasjon fra ansatte og brukere i kommunens pleie- og omsorgstjenester:* Det er foretatt intervjuer med sentrale ledere i kommunen, i tillegg til intervju med ansatte, tillitsvalgte og brukerrepresentant mfl. fra kommunen

2.4 Fase 2 – ekstern analyse

Denne delen av arbeidet er gjort som en ekstern ekspertvurdering. Agenda Kaupang har evaluert kommunens tjenester med vekt på kostnadsnivå, organisering og tjenesteprofil.

- ▶ *Kostnadsnivå:* Kvam er en kommune med noe høyere frie disponible inntekter enn gjennomsnittet for kommunene i Kostragruppe 11³. Det er viktig å ha en effektiv PLO-tjeneste, med nøktern tildeling av tjenester og lave enhetskostnader. Netto driftskostnader for PLO i 2017 er sammenlignet med andre kommuner. Vi har behovskorrigert regnskapene slik staten gjør det ved tildeling av rammetilskudd i statsbudsjettet. Vi har grovsjekket regnskapet før analyse (pensjonsføring, administrasjonsutgifter, tilskudd til ressurskrevende tjenester). Vi har forsøkt å

³ Kostragruppe 11 består av 49 mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, og middels frie disponible inntekter.

forklare kostnadsforskjeller ved å sammenligne volum/dekningsgrad, enhetspris og egenbetaling. Vi har dessuten fordelt nettoutgiftene mellom de tre store brukergruppene, for å få et mer presist bilde enn det som framkommer når alle brukerne ses under ett. Tjenestene til eldre, mennesker med psykisk utviklingshemming og mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser er i stor grad uavhengig av hverandre og bør analyseres hver for seg. Vi har også sett på kvalitet i tjenesten, basert på 2017-data samlet inn i Kommunebarometeret fra Kommunal Rapport. Dette er den eneste samlede og årlige kvalitetsmåling av kommunale tjenester for tiden.

- **Organisering:** PLO-tjenesten bør ha en organisering som fremmer effektivitet og nytenkning. Vi har gått gjennom kommunens styringsdokumenter og organisasjonskart. Vi har intervjuet ledere, utvalgte medarbeidere og hovedtillitsvalgte i sektoren om arbeidet med kvalitetsutvikling, økonomistyring, personalledelse og samarbeid.
- **Tjenesteprofil:** Kommunen bør ha en profil på tjenestene i tråd med BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå). Det vil si hjemmebasert og mestringsorientert tjenesteprofil. Vi har innhentet data om kommunens omsorgstrapp for hver brukergruppe. Vi har sammenlignet dagens tilbud med de behov kommunen sannsynligvis står overfor i årene framover, spesielt veksten i antall eldre.

2.5 Fase 3 – utarbeidelse av tiltak og videre strategier

Basert på innhentede data og våre analyser har Agenda Kaupang utarbeidet forslag til tiltak for å sikre en bærekraftig pleie- og omsorgstjeneste i Kvam herad, med hovedfokus på å svare ut problemstillingene knyttet til tildeling av tjenester, organisering av tjenester og ressursfordeling.

Analysen har resultert i denne rapporten utviklet i samarbeid med oppnevnt prosjektgruppe. Det er også utarbeidet et eget vedlegg med mer detaljert dokumentasjon av arbeidet.

Begreper brukt i rapporten

- **PLO:** Samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester fordelt på ulike hjemmebaserte tjenester (f.eks. helsehjelp i hjemmet, tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistent mv.), dag- og aktivitetssenter inkludert støttekontakt og institusjonstjenester
- **Heldøgns omsorg:** Statistikken utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med én beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Offisiell statistikk gir altså ikke utfyllende bilde.
- **Omsorgsboliger:** Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.
- **Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON).** BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Skal kommunen kunne tildele og yte tjenester etter dette prinsippet må helse- og omsorgstjenesten bestå av ulike nivå på tjenester og tiltak. Man vil da kunne tildele tjenestene/tiltakene ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. Prinsippet kan fremstilles som vist i figur 5-1.

- *BPA*: Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov.
- *Omsorgstrappen*: Dette er benevelser som viser til at det finnes mange typer omsorgstjenester, og at disse må sees i sammenheng. Omsorgstrappen forutsetter at man anser at mennesker som har behov for omsorgstjenester ikke er like. Den enkelte må vurderes individuelt og tjenestetilbudet må tilpasses den enkelte. Behovet for hjelp og bistand vil for noen være relativt enkelt og lite, mens det for andre er snakk om meget omfattende og sammensatte tjenestebehov. Tjenestetilbudet må reflektere den enkeltes behov, og omsorgstrappen viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.
- *KOSTRA* (KOMmune-STat-RApportering): Et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. KOSTRA er et omfattende rapporteringssystem der kommuner og fylkeskommuner rapporterer til staten ved Statistisk sentralbyrå (SSB). Rapporteringen skjer elektronisk og omfatter alle kommunale og fylkeskommunale funksjoner og ansvarsområder. For kommuner dreier det seg om rapportering fra ca. 90 forskjellige funksjonsområder, f.eks. førskole, grunnskole, helse, pleie og omsorg, barnevern og sosialhjelp.
- KOSTRA-funksjoner innen pleie og omsorg som benyttes i denne rapporten omfatter: Funksjon **234** som omfatter dagsenter, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarmer mv. Funksjon **253** omfatter bistand i sykehjem, barnebolig og avlastning i institusjon. Funksjon **254** omfatter ulike tjenester i hjemmet. Dette inkluderer også tjenester i f.eks. bemannede boliger og tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Funksjon **261** omfatter utgifter til institusjonslokalene og byggene som benyttes til institusjonsdrift. Mer utfyllende opplysninger om de ulike funksjonene finnes på:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder-2017.pdf>

3 Pleie- og omsorgstjenester⁴

Kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering på tvers av sektorer. De kommunale tjenestene må organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

Ifølge gjeldende helse- og omsorgsplan har kommunen vært i en kontinuerlig vekst over flere tiår:

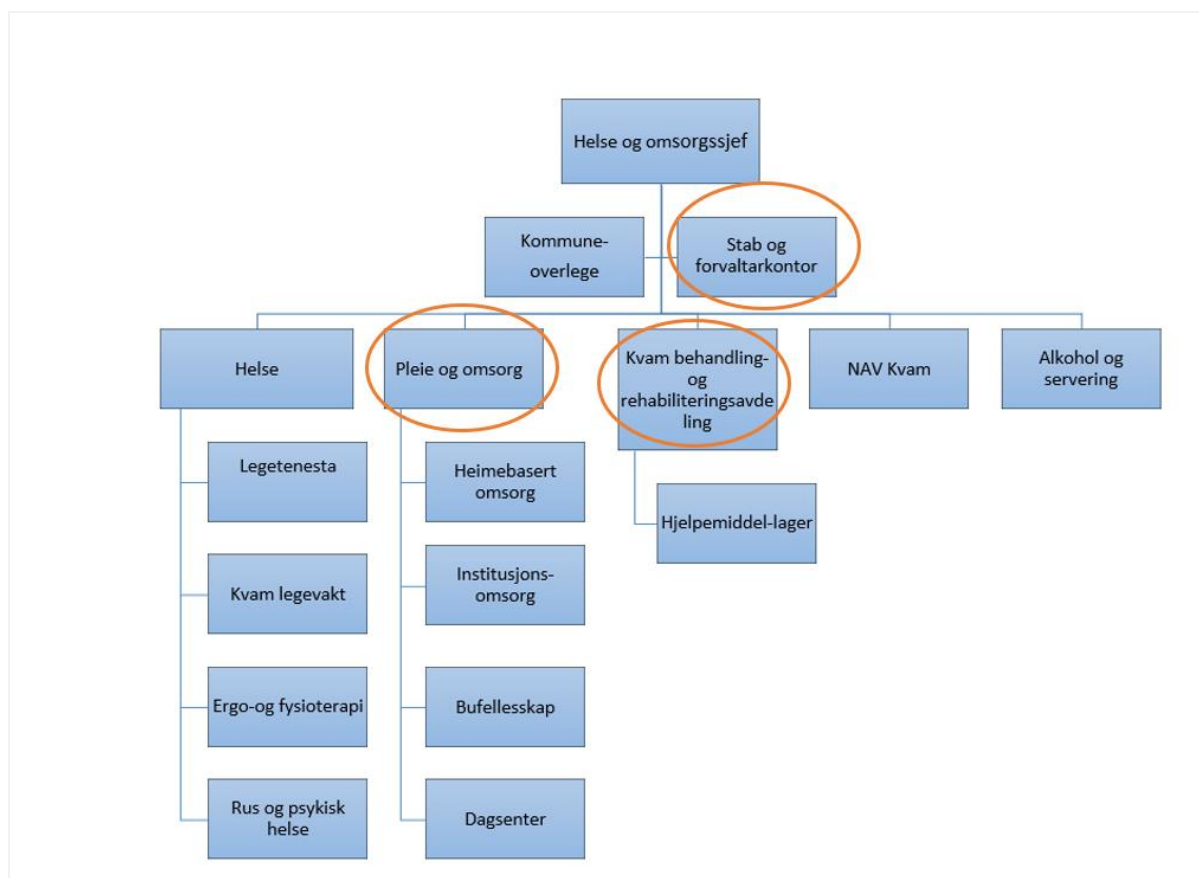
Helse og omsorg har vore i kontinuerleg vekst i fleire tiår. Med sikte på dei demografiske utfordringane som ventar oss for fullt om 10-15 år, må me dreia og organisera tenestene slik at dei støttar opp under og utløyser alle dei ressursane som ligg hos brukarane sjølve, familiane deira og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, ideelle organisasjonar og i næringslivet. Dette er i tråd med budskapet i Meld. St. 29 (2012-13) Morgendagens omsorg og Meld. St. 26 (2014-15)

3.1 Dagens organisering

I det følgende gis det en kort beskrivelse av tjenestene som har vært gjennomgått i evalueringen. I forbindelse med gjennomgangen ble det utarbeidet en beskrivelse av alle tjenestene. Dette dokumentet har vært brukt underveis i evalueringen som et arbeidsdokument og unntatt offentlighet da beskrivelsene kan knyttes til/inneholde brukersensitive data.

Kvam herad har en hierarkisk struktur med en felles kommunalsjef for helse og omsorg, og består av 5 enheter jf. figuren på neste side. Enheten ledes av enhetsleder med overordnet ansvar for fag, personal og økonomi. Flere av enhetene er inndelt i underliggende avdelinger/grupper. Innen pleie og omsorg er det en eller flere gruppeledere med delegert ansvar for fag, personal og økonomi. I figuren på neste side har vi markert enhetene som er gjennomgått i dette arbeidet.

⁴ Vi benytter begrepet pleie og omsorg slik det er definert i KOSTRA-veilederen. Det betyr at pleie og omsorg omhandler flere tjenester enn det som er lagt under avdeling Pleie og omsorg i Kvam herad.



Figur 3-1: Organisasjonskart helse og omsorg

3.1.1 Enheter i gjennomgangen

Analysen er begrenset til tjenester organisert under avdelingene PLO, Kvam rehabilitering og behandlingsavdeling (KRB) og Stab og forvaltning.

Pleie og omsorg utgjør den største avdelingen innen helse og omsorg og har en økonomisk ramme på 131 millioner kroner i 2018⁵. De ulike tjenestene innen pleie og omsorg yter tjenester til over 700 tjenestemottakere fordelt på ulike hjemmetjenester, institusjonstjenester og dag- og aktivitets-tilbud, trygghetsalarm, matombringing mv.⁶ Størrelsen på de ulike gruppene varierer og gruppene er lokalisert i Strandebarm, Norheimsund, Øystese og Ålvik.

Kvam rehabilitering og behandling har en økonomisk ramme på 15,4 millioner kroner i 2018. Tjenestene består av ulike korttidsopphold (15) i institusjon lokalisert på Toloheimen i Norheimsund. Enheten har i tillegg en kreftkoordinator, og ansvar for dialyse, KAD-seng og hjelpemiddelformidlingen.

Stab og forvaltning har ansvar for mye av kommunens saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester i Kvam herad. Enheten har totalt 5,33 årsverk og er lokalisert på Toloheimen i Norheimsund.

Tjenestene og avdelingen beskrevet over yter tjenester til alle typer brukere i henhold til bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. Brukerne kan grovt sett deles inn i tre grupper:

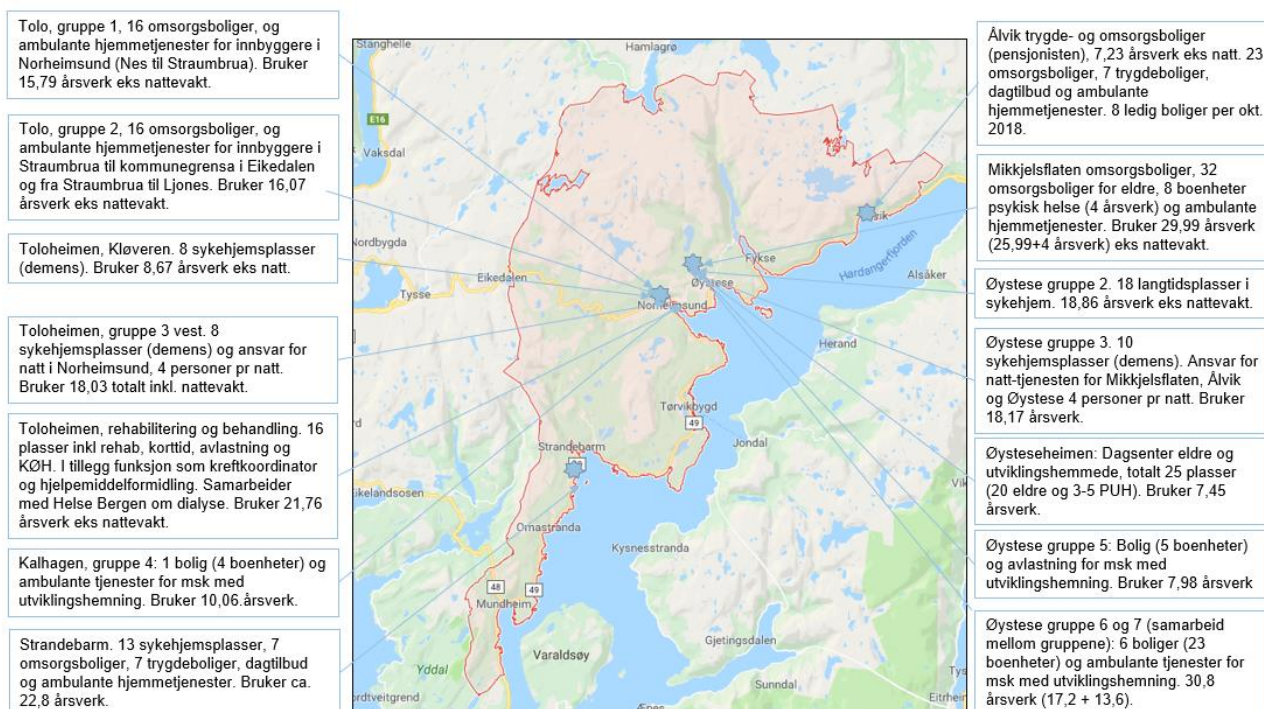
⁵ Nettobudsjettramme for avdeling PLO

⁶ Per 31.12.2017

- Mennesker med utviklingshemming mv.
- Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser
- Eldre og somatisk funksjonshemmede (ALS, MS, trafikkskadde m.m.)

Målet for tjenestene er at innbyggerne skal oppleve at de får nødvendige helse- og omsorgstjenester når behovet oppstår. Den enkelte bruker skal få bistand til mestring av egen livssituasjon og få mulighet å bli boende hjemme så lenge som mulig.

I kartet under er det kort gjort rede for utvalgte nøkkeldata⁷ knyttet til de ulike gruppene som yter helse- og omsorgstjenester, samt hvor i kommunen de er lokalisert.



Figur 3-2 Utvalgte nøkkeltall og geografisk lokalisering av gruppene som er berørt i gjennomgangen (årsverk oppgitt per oktober 2018)

Illustrasjonen over viser at hovedvekten av tjenesteenhetene er lokalisert i Norheimsund og Øystese. Det er ca. 6 minutter å kjøre fra Norheimsund til Øystese (6 km). Til Strandebar tar det i underkant av 30 min å kjøre fra Norheimsund (29 km). Det tar ca. 26 min å kjøre fra Norheimsund til Ålvik (27 km).

⁷ Per okt. 2018

4 Utvalgte analyser

Gjennomgangen bygger på både kvantitativ og kvalitativ analyse knyttet til forskning på området, i tillegg til informasjon fremkommet gjennom intervjuer og samtaler med ansatte. Med dette som grunnlag vil vi presentere mulige tiltak vi mener er nødvendig for kommunen å iverksette for å nå kortsiktige og langsiktige mål.

Agenda Kaupang har gjennomført en sammenlikning av aktuelle tjenesteområder innenfor pleie/omsorg og helse. Vi har sammenlignet Kvam med andre relevante kommuner. Analysen bygger på data fra KOSTRA⁸ og data fra Agenda Kaupangs egenutviklede database. Data som presenteres er blant annet korrigert for forskjeller i behov i kommunene. Forskjellene er blant annet knyttet opp mot alderssammensetning, størrelse på kommune, beliggenhet osv. Behovskorrigerings er nødvendig for å kunne foreta en sammenlikning på tvers av kommuner.

KOSTRA gir ikke tilstrekkelig data for å kunne sammenlikne prioritering og dimensjonering av tjenester for ulike brukergrupper innen pleie og omsorg. Agenda Kaupang har derfor utviklet en modell som gjør det mulig å få frem data knyttet til ulike brukergrupper på tjenestenivå innenfor pleie og omsorg.

Formålet med analysene er å få nødvendig innsikt i kostnadsnivå og dimensjoneringen av ulike pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Resultater fra analysen er dokumentert i et eget vedlegg med fakta-analyser (separat vedlegg). Hovedkonklusjoner fra analysen blir gjengitt i dette kapittelet.

Kvam står overfor en sterk økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester fra ca. 2025. Dette som følge av økning i andel eldre, særlig knyttet til en sterk økning i andel eldre over 80 år. Skal kommunen klare å imøtekomme og ivareta innbyggernes behov fra 2021 og frem mot 2040, er kommunen avhengig av å planlegge og dimensjonere sine helse- og omsorgstjenester på en slik måte at innbyggerne gis mulighet til å ta et aktivt ansvar for egen helse. Videre å sikre at flere får mulighet til å være aktive og bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Mange vil som følge av store og sammensatte behov ha behov for tjenester som medfører heldøgns omsorg eller i institusjon. Dette må også kommunen planlegge for videre.

Det er foretatt en analyse på hvordan kommunen ivaretar dette i dag, og hvilke grep man bør gjøre for å ivareta behov for tjenester mer i tråd med innbyggernes behov, BEON-prinsippet, nasjonale føringer og økonomiske rammer fremover.

4.1 Den økonomiske situasjonen i Kvam herad er krevende

Kommunens økonomiske situasjon er noe krevende. Kommunen har noe høyere inntekter enn en gjennomsnittlig kommune, men kommunens gjeld er høy. Høy gjeld⁹ og økte driftsutgifter gjør at Kvam herad må ha kostnadseffektive tjenester.

Driftsresultatet i 2017 var på pluss 2,4 %. Driftsresultatet er det som gjenstår når kommunens utgifter er betalt og som kan brukes til investeringer og oppbygging av fri egenkapital (disposisjonsfondet). Teknisk beregningsutvalg anbefaler at netto driftsresultat er minst 1,75 % av netto driftsutgifter, men kommunen må selv sette egne mål.

⁸ KOSTRA – informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommuner og fylkeskommuner

⁹ Kvam bruker 0,5 % av inntektene til å betjene gjelden (før avdrag). Gjennomsnittet i kommune-Norge er 0,3 % (Kommunebarometeret 2018)

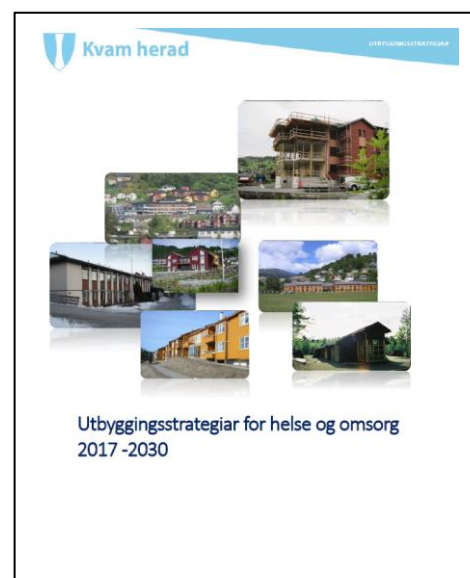
Disposisjonsfondet, det vil si penger på bok, har økt siste årene, og lå i 2017 på 6 %. Netto disposisjonsfond er den viktigste indikatoren for sunn kommuneøkonomi. Vår erfaring er at kommuner med høy lånegjeld bør ligge rundt 10 %. Kvam har høy lånegjeld, og lånegjelden har økt i perioden 2013-2017.

Den økonomiske situasjonen for kommunen samlet sett påvirker tjenestene og gjør sitt til at det er behov for å både tenke kostnadseffektivitet og kvalitet samtidig. De berørte avdelingene i denne gjennomgangen er pålagt et økonomisk innsparingskrav som de ikke klarer å innfri. Prognosen for 2018 for de berørte avdelingene tilsier et samlet merforbruk på 18 millioner kroner¹⁰.

Samtidig som den økonomiske situasjonen i kommunen er krevende, ser vi at kommunen står overfor en sterk økning i behov for pleie- og omsorgstjenester fram mot 2040. Dette som følge av flere innbyggere over 80 år. Økning i andel eldre innbyggere i kommunen fører til økte overføringer fra staten, men vil også medføre endrede og nye behov for pleie- og omsorgstjenester.

En fremtidsrettet tjeneste må ha et bærekraftig kostnadsnivå. Det medfører at i videreutviklingen av pleie- og omsorgstjenester må Kvam herad både tenke kvalitet og økonomi. Vi har vist at Kvam har lavere utgifter enn snittet i tilhørende KOSTRA-gruppe. Kommunen har gjennomført ulike tiltak for å få ned utgiftene i tjenestene uten at man har lyktes helt. Våre analyser innen pleie og omsorg viser at ytterligere effektivisering og kostnadsreduksjoner bør være mulig, men vil være vanskelig å gjennomføre uten at det får konsekvenser for tjenestetilbudet til kommunens innbyggere. I et slikt perspektiv vil behovet for strukturendringer være vesentlig for å få til mer kostnadseffektive og bærekraftige tjenester. Dersom kommunen viderefører dagens strukturer og dimensjonerings er vurderingen at utgiftene i sektoren vil øke utover økte demografikostnader. Skal Kvam klare å tilpasse seg nye økonomiske rammer er vurderingen at kommunen må videreføre med å satse på tjenester som gjør at flere kan klare seg selv og bli boende hjemme i eget hjem lenger. I tillegg er vurderingen at kommunen må gjøre store strukturtiltak i tjenestene.

Kommunen har vedtatt utbyggingsstrategier for helse og omsorg 2017-2030. Vurderingen er at dette er et godt fundament for videreutviklingen av pleie- og omsorgstjenesten, men at kommune i enda større grad enn det det legges opp til her må se på samlet dekningsgrad (antall plasser med heldøgnsomsorg i bolig og institusjon) samt på antall lokasjoner hvor det skal ytes tjenester med heldøgnsomsorg. Våre analyser viser at dagens organisering og strukturer medfører utfordringer iht. både å sikre drift innenfor vedtatte økonomiske rammer, og høyere kostnadsnivå enn sammenlikningskommunene.



Det er også heilt nødvendig å innsjå at me har eit stort handlingsrom i dag, men ikkje i framtida. Det hjelper ikkje å byggja sjukeheimar og omsorgsbustadar hvis det ikkje er nok personell og ressursar til å driva dei. Dei aller flest vil bu heime så lenge som mogleg. Helse og omsorg bistår med praktiske gjeremål og heimesjukepleie, slik at eldreomsorg i stor grad vert heimeteneste, og ikkje sjukeheimplass. Fleire sjukeheimplassar gir difor ikkje nødvendigvis betre eldreomsorg. Ny teknologi og gode heimetenester gjer at fleire kan bu heime lengre, slik dei ønskjer (Utbyggingsstrategi for helse og omsorg 2017-2030)

¹⁰ PLO har en prognose på 17 mill. kr i merforbruk. KRD har en prognose på 1,4 mill. kr i merforbruk. Stab og forvaltning har et mindreforbruk på ca. 0,5 mill. kr.

4.2 Demografiske endringer øker behovet for omstilling

Kommunen får inntekter fra staten gjennom inntektssystemet. De viktigste fordelingsnøklerne er basert på demografien i kommunen. Endringer i demografi gir endringer i de kommunale overføringene fra staten.

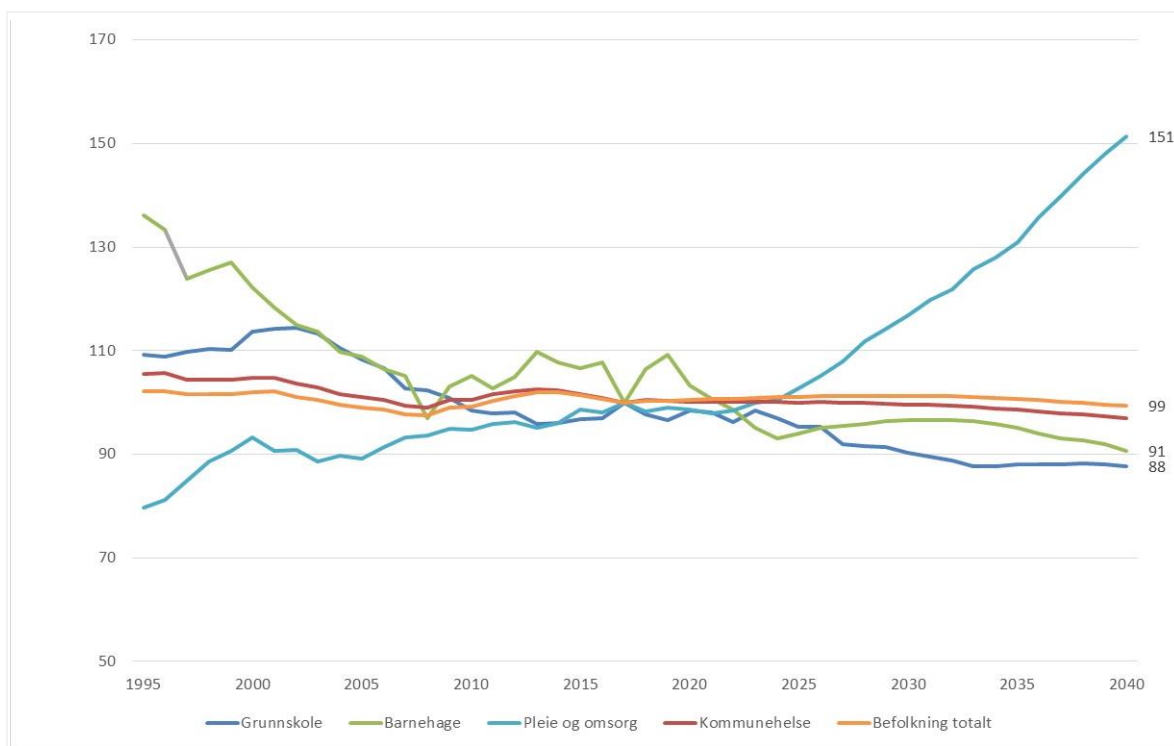
Kvam har hatt en liten negativ befolkningsutvikling over tid. Ved inngangen til 2017 bodde det rundt 8 455 personer i Kvam. Siden 2000 har folketallet blitt redusert med rundt 144 innbyggere. Framskrivningen til SSB viser at antall innbyggere er forventet å falle utover i perioden, til ca. 8 370 innbyggere i 2040.

I samme periode har antall eldre innbyggere over 80 år variert. Fra 2000 og frem mot i dag har antall innbyggere over 80 år blitt redusert fra 561 til 547 i 2017. Dette vil vedvare noen år fremover. Årsaken til dette er primært knyttet til færre innbyggere over 90 år. Fra ca. 2025 vil dette snu, og innbyggere over 80 år vil samlet sett øke gradvis. I 2040 viser framskrivningen fra SSB at det vil være i overkant av 943 som er 80 år i Kvam. Endringer i innbyggere over 80 år har betydning for inntektene til kommunen. Færre innbyggere over 80 år gir reduserte inntekter til kommunen. Det gjør at kommunen frem mot 2025 både må tilpasse seg reduksjon i overføringer samtidig som man planlegger for vekst. Fra 2025 vil en økning i antall eldre gi kommunen økte inntekter fra staten. Det vil også medføre økte behov for tjenester og utgifter for kommunen. Økningen i inntektene er ikke forventet å samsvare med behovsøkningen i kommunene. Dette medfører at kommunen må påse at man har kostnadseffektive tjenester.

Kommunens behov for pleie- og omsorgstjenester vil kunne øke med over 50 % frem mot 2040

Det er foretatt en grov beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Kvam herad. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, og sammenhengen mellom demografi og behov slik det er beskrevet av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi per i dag den mest vektete komponenten. For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2017 er satt til 100. Det betyr at figuren nedenfor gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2017.



Figur 4-1: Framskrivning av behov for tjenester. Nivå i 2017 er satt til 100. Kilde: SSB og Agenda Kaupangs egne beregninger basert på inntektssystemet fra KMD

Figuren viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt med ca. 25 % fra 1995 og frem til 2017. Framskrivning viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester¹¹ vil fortsette å øke fra ca. 2025 mot 2040. Hovedårsaken er økning i innbyggere over 80 år. Andel mennesker med demenssykdom er forventet å øke i samme periode fra i underkant av 150 i 2017 til 200 i 2040, en økning på rundt 37 %.

Figuren over viser at behovet for øvrige kommunale tjenester ikke er forventet å øke i perioden. Ettersom andel eldre er forventet å øke vesentlig i samme periode, vil en konsekvens være at kommunen må redusere budsjett og utgifter innen skole og barnehage, med en sterkere prioritering av pleie og omsorg.

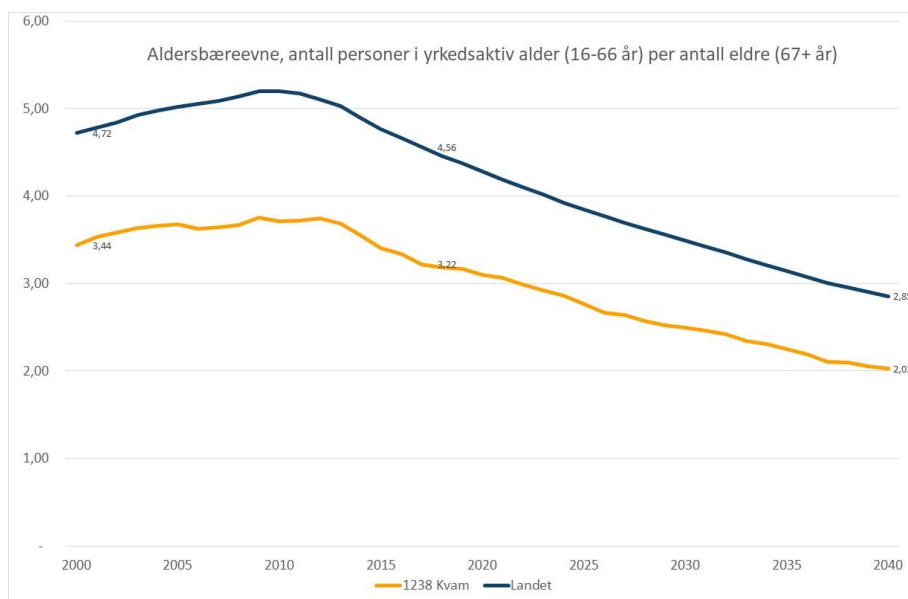
Framskrivningen som er skissert i figuren baseres på historiske tall og forventet utvikling i alderssammensetning og befolkning i kommunen. Erfaringen er at behovet for skoler, barnehage og helsetjenester er noe mer komplisert å estimere enn behovet for pleie og omsorg. Dette henger sammen med større usikkerhet knyttet til ut-/innflytting i yngre alder og familier med barn enn flyttemønsteret til den eldre befolkningen.

Figuren over viser at de øvrige tjenesteområdene er «avhengige» av at pleie og omsorg løser sine oppgaver på en kostnadseffektiv måte, ettersom behovet for disse tjenestene er forventet å øke med over 50 % sammenliknet med 2017-nivået. Den økonomiske analysen viser at kommunens samlede utgifter til pleie og omsorg ligger på et moderat nivå, men at kommunen har et potensial for å redusere utgiftene sine ved en ytterligere satsing på hjemmebaserte tjenester og mindre ressurser til institusjon. Dette vurderes å være helt essensielt for å få en mer bærekraftig tjeneste i tråd med innbyggernes behov og nasjonale føringer.

¹¹ Basert på inntektssystemet

Redusert tilgang på arbeidskraft

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere i Kvam. Økt vekst i antall eldre og økt antall yngre brukere av omsorgstjenesten, kombinert med nedgang i andelen personer i yrkesaktiv alder, skaper utfordringer både for pleie- og omsorgstjenestene og for familien. Norge har allerede høy yrkesaktivitet, men studier viser at det er et potensial i å redusere andel ansatte i deltidsstillinger. Dette ser vi også må være mulig for Kvam. I figuren under har vi foretatt en framskrivning av aldersbæreevne, det vil si forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen. En slik framskrivning er interessant både med tanke på framtidens økonomiske bæreevne, men også for utviklingen av velferdstilbud og helse- og omsorgstjenestene.



Figur 4-2 Aldersbæreevnen. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

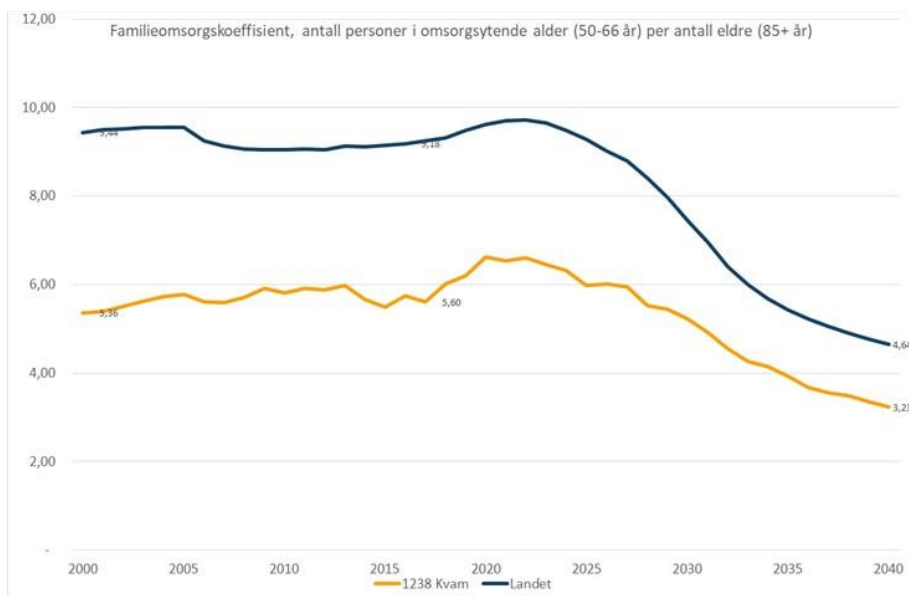
Figuren viser at det var 3,2 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2017 i Kvam, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 2 i 2040. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,6 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000. Aldersbæreevnen på landsbasis reduseres til 2,9 i 2040.

Det blir færre yrkesaktive per eldre. Dette har både betydning for verdiskapingen, for den framtidige finansieringen av pensjoner og velferdstilbud, og for dimensjonering og utforming av framtidens omsorgstjenester. Det er imidlertid forventet at innbyggerne mellom 67 og 80 år vil være mer ressurssterke, ha bedre økonomi, bedre boforhold, høyere utdanning og bedre helse enn tidligere generasjoner og ønsker å ta et større ansvar for egen helse (Ældre/Sagen 2001, Barstad 2006).

Færre omsorgsytere

Endringene i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsytere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Familieomsorgskoeffisienten indikerer antall potensielle omsorgsytere (innbyggere 50-66 år) per eldre (85+). Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien¹². I figuren under har vi sett på hvordan dette forholder seg i Kvam og landet for øvrig, og sett på hvordan det vil kunne utvikle seg frem mot 2040.

¹² NOU 2011: 17, Når sant skal sies om pårørendeomsorg— Fra usynlig til verdsatt og inkludert



Figur 4-3 Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) pr. antall eldre (85+ år)

I 2017 var det 5,6 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over. Tallet forventes å øke noe frem mot 2023 for deretter å synke. Framskrivningen viser at det i 2040 vil være 3,2 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over. Dette er lavere enn hva vi ser på landsbasis hvor familieomsorgskoeffisienten i 2017 var på 9,2. I 2040 vil den kunne falle ned mot 4,6.

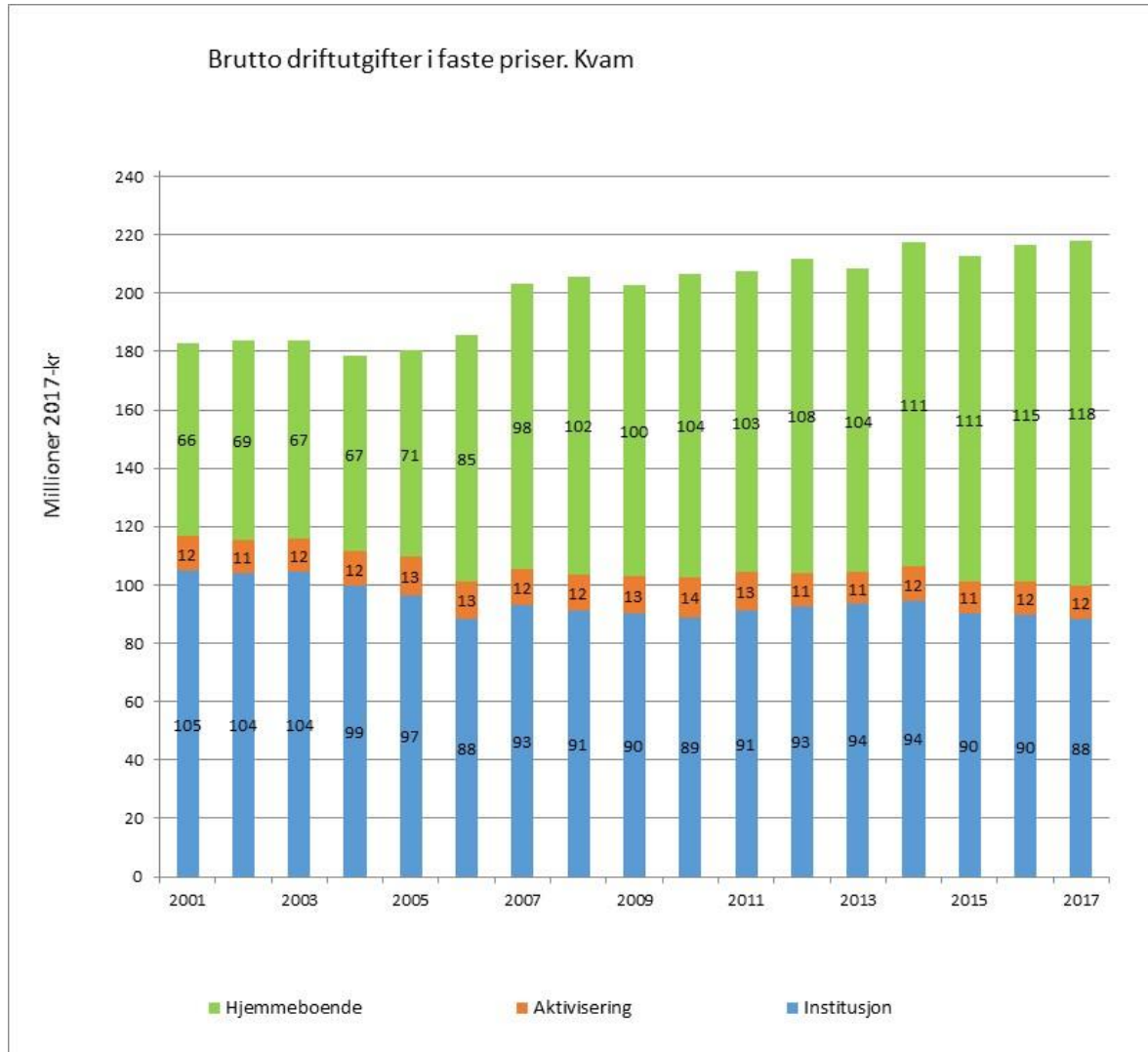
Familieomsorg har vært, er og vil være en viktig funksjon fremover. Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre. Ettersom antall potensielle omsorgsytere vil reduseres fremover som følge av demografiske endringer, vil dette både ha betydning for den enkelte omsorgstrengende, men også for offentlig sektor.

Skal kommunen klare å imøtekomme økte behov for pleie- og omsorgstjenester, er vurderingen at kommunen ikke kan videreføre dagens praksis og organisering. Dette gjelder særlig innenfor eldreomsorgen. Kvam er en relativt liten kommune, men langstrakt og utgjør et relativt stort geografisk område. Uavhengig av størrelse er det forventet at kommunen skal ivareta innbyggernes behov for kommunale tjenester fra A til Å, livet gjennom. Stadig flere oppgaver og ansvar legges til kommunene. De økonomiske overføringene fra staten står nødvendigvis ikke i forhold til oppgaveforskyvningen, men oppgavene må likevel håndteres. Det stiller store krav til kommunene og til ansatte. Innenfor helse og omsorg har det skjedd store endringer siste årene. Dette både som følge av samhandlingsreformen og påfølgende oppgavereform og primærhelsemeldingen. Endringene må også sees i lys av at innbyggernes forventninger endres og at eldre i større grad ønsker å ta et større ansvar for egen helse og alderdom.

Hovudutfordringa for pleie og omsorgstenesta i framtida er å greia tilpassa drifta i tråd med lovkrav, sentrale føringar, økonomiske ressursar og leggja til rette for framtidas tenester som svarer på brukaren sitt behov for koordinerte tenester. Utfordringsbiletet er på eine sida knytt til fleire og yngre brukarar med nedsett fysisk eller psykisk funksjonsevne og fleire eldre. På andre sida knappheit på tenesteytarar og økonomi og behov for betre medisinsk kompetanse og tverrfagleg samarbeid. Tenesta vil oppleve auke i utfordringar knytt til einsemd, demens og utryggleik (Helse og omsorgsplan Kvam kommune s. 56)

4.3 Brutto driftsutgifter innen pleie og omsorg har økt og viser en dreining mot mer hjemmebaserte tjenester

I analysen har vi også sett på utviklingen de siste seksten årene for utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Utgiftene er omgjort til 2017-tall.



Figur 4-4 Bruttoutgifter 2001 til 2017 i faste 2017-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Figuren viser at utgiftene har økt gjennom perioden. Utgiftene har økt fra 183 mill. kr i 2001 til 216 mill. kr i 2017. Økningen har vært høyest innen hjemmebaserte tjenester fra 66 mill. kr i 2001 til 118 mill. kr i 2017.

Utgiftene til institusjonstjenester er redusert siden 2001 fra 105 millioner kroner til 88 millioner kroner i 2017. I 2001 var rundt 57 % av utgiftene innen PLO¹³ knyttet til institusjonstjenester. I 2017 utgjorde dette i underkant av 41 %. Kvam herad har økt med 6 plasser i institusjon i 2018. Det innebærer at kostnadene ført under institusjon i KOSTRA er forventet å øke for 2018.

¹³ PLO er en samlebetegnelse for tjenester som omhandler pleie og omsorg; hjemmebaserte tjenester, dag- og aktivitetssenter og institusjonstjenester.

Figuren over viser at Kvam har hatt en vridning mot mer hjemmebaserte tjenester. I 2017 ble over 54 % av utgiftene innen PLO benyttet til hjemmetjenester. Dette vurderes å være i tråd med det vi ser er tendensen i landet og i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og BEON-prinsippet. Vridning fra institusjon til hjemmebaserte tjenester er helt nødvendig for å sikre en videreutvikling og tilpasning av tjenestenivået i et mer bærekraftig perspektiv. Figuren viser samtidig at kommunens utgifter til dag- og aktivitetstilbud innen pleie og omsorg har holdt seg stabil i perioden, men med en liten prosentvis nedgang siste årene (av total utgiften). Et godt utbygd dag- og aktivitetstilbud for ulike brukergrupper vurderes å være avgjørende for den enkelte bruker, men også for at kommunen skal yte gode effektive PLO-tjenester i tråd med BEON-prinsippet.

Kommunene Os og Fjell er kommuner som ofte dras frem som kommuner som satser på hjemmebasert omsorg og som har lave utgifter til PLO. I disse kommunene er rundt 20 % av kommunens bruttodriftsutgifter knyttet til institusjonstjenester¹⁴. Kvam ligger vesentlig høyere enn dette, med 41 %. Dette viser at Kvam fortsatt har et potensial til å vri mer av innsatsen fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. En ytterligere vridning vil være i tråd med BEON-prinsippet og kommunenes egne planer og strategier.

4.4 Kvam har noe lavere utgifter innen pleie og omsorg enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 11

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

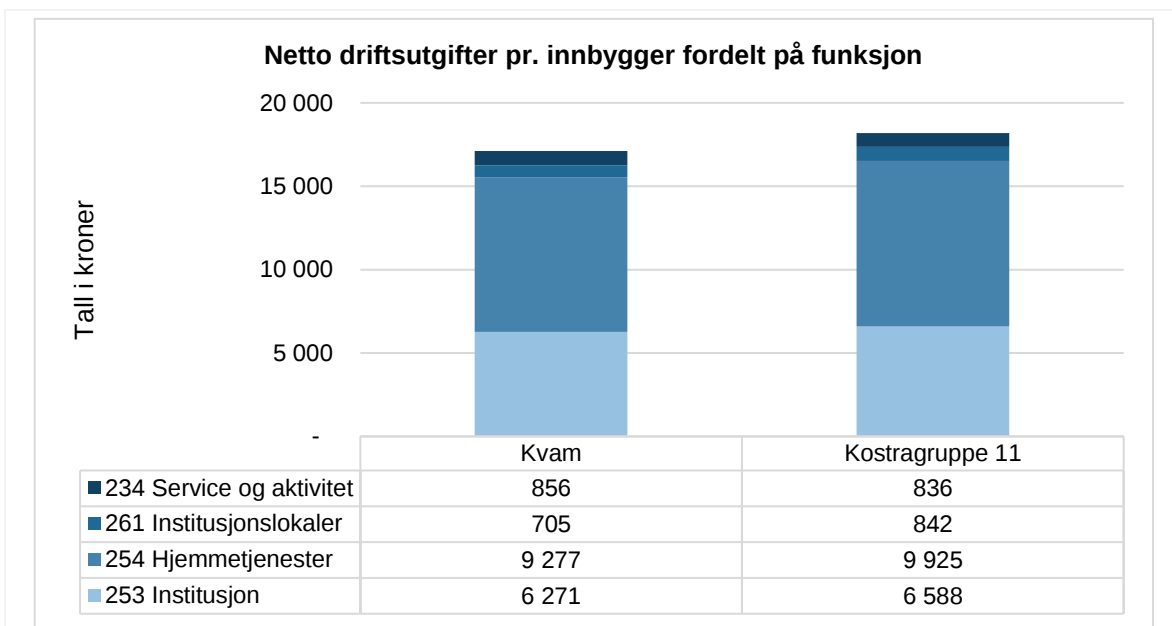
En analyse av behovet for pleie- og omsorgstjenester basert på demografikomponenten i inntekts-systemet viser at Kvam har et beregnet utgiftsbehov pr. innbygger som er ca. 33 % høyere enn gjennomsnittet for landet, 22 % høyere enn tilhørende KOSTRA-gruppe (11). Dette skyldes i hovedsak at kommunen har en relativt eldre befolkning og høy andel tjenestemottakere med diagnosen psykisk utviklingshemmet. Kvam sine utgifter til pleie og omsorg utgjør ca. kr. 17 109 pr. innbygger korrigert for behov. Det utgjør i underkant av 1083 kr mindre pr. innbygger enn gjennomsnittet i kommunegruppe 11. Utgiftsnivået i Kvam er 90 kr lavere pr. korrigerte innbygger enn snittet for landet.

Figuren på neste side viser hvordan utgiftene innen pleie og omsorg fordeler seg på KOSTRA-funksjoner innenfor aktivitet/service, hjemmetjenester og institusjon. Agenda Kaupang benytter sjelden en enkelt kommune som sammenlikningsgrunnlag ettersom erfaringen er at det kan være forhold i en enkeltkommune som påvirker tallgrunnlaget i KOSTRA. Dette kan f.eks. være at en kommune har færre/flere brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming. Erfaringen er at dette har særlig betydning for utgiftsnivået da mange av disse brukerne mottar omfattende tjenester. Videre kan feilføring i kommunens regnskap også ha store utslag. Vår erfaring er at mange kommuner har utfordringer med å håndtere regnskapet iht. Kostraveilederen og at feilføringer mellom ulike KOSTRA-funksjoner dermed forekommer. Vår erfaring er at det derfor er mest hensiktsmessig å sammenlikne egen drift og prioritering med en større gruppe, som f.eks. tilhørende KOSTRA-gruppe. Dette betyr ikke at det ikke er nyttig å skjele til andre kommuner for å lære og for å hente inspirasjon.

Av figuren under fremkommer det at Kvam har noe høyere utgifter til aktivisering og service-funksjoner enn snittet for KOSTRA-gruppe 11. Utgiftene til institusjonslokaler og institusjonsdrift er

¹⁴ SIO-prosjektet, følgeevaluering (Agenda Kaupang)

lavere i Kvam. Kvam har også lavere utgifter til hjemmetjenester. Hjemmetjenester i KOSTRA omhandler ulike tilbud til ulike brukergrupper.



Figur 4-5: Netto driftsutgifter pr. innbygger fordelt på funksjon. Kilde: KOSTRA 2017

Vi vil senere gjøre nærmere rede for hva de ulike tilbudene omhandler og se hvordan Kvam sine tilbud til ulike brukergrupper er dimensjonert og prioritert sammenliknet med andre.

4.5 Kvam har forbedret resultatene innen pleie- og omsorgstjenesten i Kommunebarometeret

Kommunebarometeret er en sammenlikning av landets kommuner, basert på til sammen 141 nøkkeltall innen 12 ulike sektorer. Hensikten er å gi beslutningstakere, særlig lokalpolitikere, en lettfattelig og tilgjengelig oversikt over hvordan kommunen driver. Sammenligningen gjennomføres årlig. Kommunal Rapport gjør noen endringer i metoden hvert år. Nye og bedre nøkkeltall kommer til, mens andre fjernes. Dette påvirker kommunenes plassering i forhold til hverandre. En god plassering et enkelt år kan skyldes tilfeldigheter – på samme måte som en dårlig plassering. Kommuner som ligger langt nede på en tabell vil som regel kunne ha en del å lære av kommunene som er i toppen av den samme tabellen.

I denne rangeringen blir Kvam rangert som nr. 91 av 425 kommuner innenfor pleie og omsorg i Kommunebarometeret til Kommunal Rapport. Denne målingen er den beste og mest oppdaterte kvalitetsmålingen som foreligger. Tall for alle indikatorer innen pleie og omsorg framgår av tabellen under.

Tabell 4-1: Indikatorer og verdier for eldreomsorg. Kilde: Kommunebarometeret 2018, Kommunal Rapport

20 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall				91. plass		Andel nøkkeltall som har blitt bedre			25
	Plass				Snitt		Topp			Kommunens karakter
	KB 2016	KB 2017	KB 2018	KB 2018	KB 2016	KB 2018	KB 2016	KB 2017	KB 2018	
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 %)	72	75	74	244	74	84	3,3	3,9	3,5	
SYKEHJEM: Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov (10 %)	79	82	71	316	80	98	3,9	4,3	2,8	
DEMENTE: Andel plasser til demente, mot antall over 80 år på sykehjem (10 %)	49	47	46	174	37	86	4,2	3,9	3,7	
KORTTIDSPLASSE: Andel korttidsplasser av alle totalt antall plasser med heldøgns omsorg (5 %)	24	23	23	140	19	58	3,7	3,7	3,0	
BEMANNING: Tid med lege på sykehjem (5 %)	52	53	46	48	1	59	5,5	5,1	4,6	
BEMANNING: Tid med fysioterapeut på sykehjem (5 %)	73	71	67	15	0	58	6,0	6,0	6,0	
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	97	96	99	227	87	100	5,7	5,6	5,9	
DAGTILBUD: Antall vedtak om dagaktivitet, målt mot andel over 80 år som ikke bor på institusjon (5 %)	5	7	5	204	10	28	2,1	2,4	1,9	
REHABILITERING: Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år (5 %)	4	4	4	192	4	13	2,6	2,6	2,6	
PROFIL: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie (5 %)	5,4	4,6	6,1	104	4,8	10,5	3,0	2,6	3,4	
HJEMMETJENESTE: Andel vedtak om hjemmetjenester som iverettes innen 15 dager (5 %)	99	99	98	180	95	100	5,4	5,8	5,4	
SAMHANDLING: Antall dagn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	669	668	173	372	105	0	1,0	1,0	3,4	
TRYGGHET: Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år (2,5 %)	47	49	47	217	40	71	3,8	4,1	3,9	
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	2,8	2,8	2,8	192	5,3	13,3	1,9	2,0	1,8	
BEMANNING: Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	4,3	4,4	3,7	310	8,9	24,2	1,9	1,9	1,8	
HJEMMETJENESTE: Mottakere av matombringing, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon (2,5 %)	41	39	36	147	12	57	4,5	4,4	4,2	
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemminger som får bistand til å delta i arbeid og studier (5 %)	86	85	85	116	77	96	4,4	4,4	4,5	
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemminger som får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter (5 %)	62	62	68	138	60	85	3,8	3,9	4,5	
FUNKSJONSHEMMETE: Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere (5 %)	19	22	21	10	9	21	5,6	6,0	6,0	

Tabellen over viser utvikling i Kvam de siste tre årene. Kvam har ifølge Kommunebarometeret hatt en positiv utvikling knyttet til reduserte liggedøgner for utskrivningsklare pasienter på sykehuset, tildelte timer i hjemmetjenesten, samt andel enerom med bad/wc i institusjon. Kommunen er blant *topp ti* på: mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgsstønning, tid med fysioterapeut og lege på sykehjem. På flere av områdene er nøkkeltallene i Kvam uendret. Dette gjelder blant annet andel plasser i sykehjem avsatt til mennesker med demenssykdom og rehabiliteringsplasser, og andel funksjonshemmede som har bistand til organisert fritidstilbud. Kvam har hatt en negativ utvikling på kriteriet som omhandler andel ansatte med fagutdanning, årsverk geriatriske sykepleiere, iverksetting av vedtak i hjemmetjenesten og eldre med dagtilbud. Kommunen har også færre i sykehjem med høyt omsorgsbehov. Andel tjenestemottakere i hjemmetjenesten over 80 år med trygghetsalarm har gått noe ned, det har også andel innbyggere over 80 år med matombringing utenfor institusjon. Kommunen har sine laveste plasseringer innenfor andel brukere i institusjon med omfattende bistandsbehov (316), utskrivningsklare pasienter (372) og årsverk til geriatriske sykepleiere (310).

Ifølge Helsedirektoratet klarte Kvam å ta imot flere utskrivningsklare pasienter samme dag som de ble utskrevet fra sykehuset. Selv om kommunen har forbedret tallene sine er dette fortsatt et av områdene hvor kommunen samlet sett skårer dårlig i målingen. Mange kommuner har utfordringer med å håndtere utskrivningene. Det medfører at man dermed må betale «bøter» til spesialisthelsetjenesten frem til man kan ta imot pasienten. Dette kan omhandle flere millioner kroner for en kommune.

Det er i møte med den enkelte pasient at opplevelser rundt kvalitet oppstår. Hvordan man møter pasienten, hvordan man ivaretar ressursene og bistår pasienten er helt avgjørende for hvordan møtet og kvaliteten oppleves. Brukerne i pleie og omsorg er forskjellige. De har forskjellige behov, men behovet for å bli sett og møtt som et helt menneske er felles. Tilstrekkelig kompetanse og organiseringen av denne er en viktig faktor for å sikre effektive tjenester med kvalitet.

På spørsmål om hvorvidt kommunen har en god individuell involvering av brukere i utforming av tjenester er dette et område informantene er mellomfornøyde med (skår 3,6). Involvering av brukerne på systemnivå oppleves i noe større grad å være på plass (skår 4). Her blir særlig bruk av Rådet for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne trukket frem som en viktig instans.

Andel ansatte med fagutdanning i Kvam har gått noe ned, men er på nivå med snittet for landet

Kvam har en noe lavere andel ansatte med fagutdanning enn landsnittet. Ifølge Kommunebarometeret utgjør denne andelen 74 %. Dette er 1 prosentpoeng lavere enn forutgående år, på nivå med snittet for landet. I de beste kommunene er andelen 84 %.

Tilstrekkelig kompetanse og utnyttelsen av den er helt avgjørende både for den opplevde kvaliteten og ressursbruken – og den kan også påvirke kostnadene. Erfaringen er at dersom man har ansatte med feil eller manglende kompetanse, kan dette medføre behov for flere årsverk. På samme måte kan riktig kompetanse og god organisering medføre behov for færre årsverk/ansatte.

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er ikke bare behov for personale med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse enn det man tradisjonelt har tenkt og planlagt for i tjenestene. Det stilles større krav til samarbeid og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Det er oftere og oftere ikke lenger slik at en tjenesteyter alene kan levere de tjenestene brukerne trenger. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming.

4.6 Ansatte, brukere og pårørende opplever god kvalitet på tjenestene, men peker samtidig på områder som kan forbedres

I forbindelse med gjennomgangen av deltjenester innen helse og omsorg ble det gjennomført intervjuer med ansatte i tjenesten. I det følgende blir det gitt en oppsummering både av intervjuene og resultatet av spørreundersøkelsen. Skåren det er vist til er gjennomsnittet for svarene fra informantene.

Gjennomføring av intervjuene

27 personer gjennomførte «spørreundersøkelse». I tillegg ble det gjennomført intervjuer på telefon med 14 personer valgt ut av kommunen (brukerrepresentant, ledere, ansatte og tillitsvalgte). Informantene fikk tilsendt et spørreskjema i forkant av intervjuene. Her skulle de svare på i hvilken grad kommunen lykkes på ulike områder. Svarene skulle gis på en skala fra 1 til 6, hvor 6 er best skår.

I intervjuene ble det gitt anledning til å gi en nærmere begrunnelse for svarene. Intervjuene konsentrerte seg om forhold som informantene opplevde som viktigst.

Videre i dette kapitlet blir de viktigste funnene fra intervjuene oppsummert. Resultatene fra spørreundersøkelsen blir omtalt til slutt i kapitlet.

I undersøkelsen har sentrale informanter gitt uttrykk for hvordan de opplever situasjonen for de aktuelle tjenestene i Kvam. Til en viss grad er det forskjeller mellom hva informantene opplever. Det er derfor ikke gitt at alle vil være enige i hele beskrivelsen av resultatene videre i kapitlet. Informasjonen fra informantene trenger heller ikke nødvendigvis å stemme med bildet som tegnes med utgangspunkt i statistikk.

Oppsummering av intervjuene

I det følgende blir det gitt en oppsummering både av intervjuene og resultatet av spørreundersøkelsen. Skåren det er vist til er gjennomsnittet for svarene fra informantene.

Tjenester av god kvalitet

Informantene opplever at brukerne alt i alt får et tilbud av god kvalitet (skår 4,85). Når det gjelder hvorvidt ansatte har nødvendig kompetanse skåres dette noe lavere, men fortsatt i øvre sjiktet (3,8). Når det gjelder heltidskultur er dette en av de områdene informantene er minst fornøyd med (skår 3,4). Vi har tidligere vist at kompetansesammensetningen varierer mellom de ulike gruppene. Det ser vi også når vi foretar en beregning av gjennomsnittlig stillingsstørrelse.

Informantene opplever at man i stor grad samarbeider på tvers og sikrer brukere et helhetlig tilbud (skår 4). Samtidig er det flere som uttaler at man var flinkere til å løse utfordringer sammen tidligere. Begreper som «sitter på hver vår tue» er blant annet brukt for å beskrive dette.

Behov for styrking av lavterskeltilbud og tjenester som gjør det mulig å bli boende hjemme

Et hovedspørsmål er om det skal etableres flere sykehjemsplasser eller om tjenestene for hjemmeboende skal styrkes slik at flere kan bo hjemme. Våre informanter er enige i at det er de hjemmebaserte tjenestene som bør styrkes (4,8) og at det ikke er behov for flere sykehjemsplasser (3,7). Resultatet fra spørreundersøkelsen viser at hovedvekten av informantene mener at det er de hjemmebaserte tjenestene som skal styrkes i årene fremover, samtidig er det flere brukere som uttaler at det er behov for flere sykehjemsplasser. Hovedvekten av informantene er på linje med den langsiktige utviklingen i Norge og resten av Norden. Det betyr også at informantene ønsker at utviklingen i Kvam det siste tiåret skal fortsette (jf. Figur 4-4), men med en ytterligere vridning fra institusjon og heldøgnsomsorg til tjenester i hjemmet.

Når det gjelder kommunens dimensjonering og ulike lavterskeltilbud til eldre er hovedvekten av informantene enig i at kommunen har prioritert dette (skår 4,4). Flere uttaler at kommunen har kapasitet og ulike dagtilbud for eldre, og at de som er i behov av dette får dette.

Informantene gir uttrykk for at man i hovedsak opplever at kommunens lavterskeltilbud for utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelse er godt dimensjonert (4). Likevel er det flere som uttaler at kommunen mangler kapasitet f.eks. på dag- og aktivitetstilbud og avlastning, og at det kan ta lang tid før man klarer å effektivisere vedtak da man mangler kapasitet i tjenestene.

Informantene uttaler at kommunen har et potensial i å få til et bedre lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus (skår 3,5). Flere uttaler at dagtilbudet i Holmsund oppleves som bra. I tillegg kjøper kommunen VTA-plasser for denne brukergruppen. Dette trekkes også frem som positivt. Samtidig er mange opptatt av at kommunen trenger mer kapasitet og ulike tilbud. Mange uttaler at dagens organisering gjør at man ikke får nødvendig oversikt eller kompetanse og at dette gjør at man ikke i

stor nok grad klarer å ivareta denne brukergruppen. Mange uttaler at det er et godt samarbeid mellom avdelingene som yter tjenester, men at organiseringen oppleves som krevende og at dette medfører at man ikke i stor nok grad klarer å ivareta denne brukergruppens behov for helse- og omsorgstjenester på en god nok måte, i tråd med BEON-prinsippet.

Etablering av Stab og forvaltning har gitt bedre tildeling og bedre ivaretagelse av «én dør inn», men behov for sterkere prioritering

Kvam har etablert Stab og forvaltning med ansvar for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Samtidig viser gjennomgangen at en del av saksbehandlingen fortsatt ligger ute på tjenestene. Erfaringen er at det er et økt behov for profesjonalisering og kvalitet på kommunens saksbehandling og tildeling. Bakgrunn for å samle saksbehandlingen og etablering av en felles tildelingsenhet er å sikre mer profesjonell saksbehandling, mer rettferdig tildeling og større grad av lik praksis, større rettssikkerhet ved at formelle rutiner er ivaretatt og en mindre grad av sammenblanding av ulike roller.

I intervjuene gir informantene uttrykk for at målene med Stab og forvaltning langt på vei er innfridd. Informantene opplever i stor grad (skår 4,2) at kommunen har en hensiktsmessig tildeling av tjenester. Det blir gitt positive tilbakemeldinger på hvordan Stab og forvaltning og samarbeidet mellom dem og tjenesteenhetene fungerer og at det nå er en likere og mer rettferdig tildeling av tjenester. Noen av gruppelederne uttaler at de ønsker mer dialog i saksbehandlingsfasen. Hovedvekten av saksbehandlingen er lagt til Stab og forvaltning, men ikke all. Leder for behandling og rehabilitering har blant annet ansvar for vedtak om korttid i institusjon. Noen uttaler at denne delingen ikke er optimal, og at kommunen i større grad bør samle all saksbehandling og tildeling.

Når det gjelder utmåling av tjenester uttrykker flere av informantene at de er usikre på om terskelen for å få tjenester er for lav. Flere av informantene gir eksempler på situasjoner der man har avsluttet innvilgede tjenester som følge av at hverken bruker eller utfører har sett behovet for tjenester.

Når det gjelder i hvilken grad kommunen har gode systemer for å revurdere og avslutte tjenester er informantene mer usikre og gir dette en lavere skår (3,5). Flere uttaler at dette ikke fungerer optimalt og at dette f.eks. kan medføre at flere mottar tjenester de strengt tatt ikke er i behov av lenger. Noen uttaler at vedtakene som innvilges går over for lang tid, og at det medfører at det blir vanskelig å avslutte eller gjøre endringer i utmålt tjeneste.

Etablering av Tiltakskontoret beskrives av mange som et viktig tiltak for å få sikre at det blir «én dør inn» til helse- og omsorgstjenesten (4,4), samtidig er det noen av informantene som ønsker seg tilbake til tidligere organisering hvor saksbehandlingen lå ute på tjenestene.

Sykehjemstilbudene beskrives som gode, men strukturen er kostnadskrevende

Kvam har sykehjemsdrift på tre steder i kommunen. Erfaringen er at dette kan virke fordyrende på tjenestene (jf. økonomisk analyse i rapporten). Dette er også hovedvekten av informantene enige i. Lokalisering på flere steder samt noe små avdelinger er noe flere trekker frem som utfordrende og som medfører at det er vanskelig å få til effektiv drift og god ressursutnyttelse.

Når det gjelder hvorvidt sykehjemsdrift lokalisert på flere plasser påvirker kvaliteten er det gjennomgående få som gir uttrykk for å oppleve dette. Hovedvekten av informanene opplever at kvaliteten er god. Flere uttaler at lokaliseringen av sykehjemmene kan og har medført at innbyggere i en del av kommunen har takket nei til sykehjemsplass i en annen del av kommunen.

Informantene er mindre fornøyd med sykehjemmenes utforming. Flere uttaler at inndeling i små avdelinger kan gjøre det krevende å få til nødvendig oversikt og samarbeid på tvers. Når det gjelder spørsmålet knyttet til om sykehjemmene er tilpasset brukerne får dette et lavt skår (3,4).

Mange er særlig opptatt av at det ikke er gunstig å ha en demensavdeling i 2. etasje ved Toloheimen. Dette begrunnes blant annet i at beboerne ikke har mulighet til å bevege seg utendørs uten at personalet kan følge.

Når det gjelder hvorvidt ansatte ved sykehjemmene har nødvendig kompetanse er informantene i stor grad enig i at ansatte har dette (skår 4,2). Man er imidlertid opptatt av at kompetansen kan variere fra sykehjem til sykehjem og mellom avdelinger. Mange er også opptatt av viktigheten av at ansatte og vikarer har tilstrekkelig norskkunnskaper. Noen uttaler at dette oppleves som en utfordring pr. i dag. Svarene på spørreundersøkelsen viser at informantene opplever at bemanningssituasjonen ved sykehjemmet er relativ god (4,1).

Informantene opplever at kommunen har tilstrekkelig kapasitet på korttidsplasser (skår 4,1), og at plassene fungerer hensiktsmessig (skår 4,9). Kommunen har tidligere hatt utfordringer med å få korttidsplassene til å fungere. Mange plasser ble tidligere belagt av langtidspasienter. Etter at kommunen økte med 6 plasser i begynnelsen av 2018 klarer nå Kvam å ta imot flere utskrivningsklare pasienter, samt gi korttidsopphold til de som er i behov av det. Noen uttaler at det kan være behov for å systematisere oppholdene mer med fokus på at bruker skal hjem. Noen ønsker også at kommunen innvilger rullerende korttidsopphold.

Det er behov for flere og gode driftsoptimale boliger hvor man tilrettelegger med tjenester

Informanten gir uttrykk for at boligene med egne bemanningsbaser for eldre i all hovedsak har en effektiv ressursutnyttelse (skår 4,3). Flere uttaler at Tolo 1 og Tolo 2 i større grad bør sees på som en enhet, og at man bør vurdere å bygge husene sammen. Noen uttaler også at det er utfordringer knyttet til at beboere i boligene trenger mer bistand enn det som er planlagt og at dette medfører at man må leie inn og dermed får et merforbruk ut over tildelte rammer.

Informantene gir uttrykk for at kommunen er i behov av flere og ulike boliger for eldre fremover som et ledd i satsing på hjemmebaserte tjenester. Flere av informantene uttaler at kommunen opplever at brukere som søker om bolig med tjenester velger å takke nei til tilbudet hovedsakelig grunnet lokaliseringen av tilbudet.

Når det gjelder spørsmålet som omhandler boliger med bemanningsbaser for utviklingshemmede skåres ikke dette like høyt (3,6). Flere uttaler at kommunen har mange og relativt små boliger og at det kan være krevende å få til tilstrekkelig kompetanse og god ressursutnyttelse. Samtidig er det flere som uttaler at man nettopp har fått til dette. Samdrift mellom gruppene gjør sitt til at man har fått til en god ressursutnyttelse. Informantene trekker særlig frem at ved å benytte personalet i bolig til å ivareta brukere som bor utenfor bofelleskap med behov for helse- og omsorgstjenester får man utnyttet ressurser og kompetanse på en god måte. Kommunen har planer om å etablere nye boliger for denne målgruppen. Dette er både tilbud til nye brukere men skal også være tilbud for eksisterende bruker, hvor planen er å erstatte noen av boligene som benyttes i dag. Informantene gir uttrykk for at dette er nødvendig. Både med tanke på å imøtekomme nye behov for tjenester men også for sikre en god ressursutnyttelse og gode botilbud for brukerne fremover.

Tilbudet som omhandler bolig med tjenester som benyttes innen psykisk helse er det området som skårer lavest i vår undersøkelse (2,6). Informantene uttaler blant annet at dagens organisering hvor hjemmetjenesten ved Mikkjelsflaten har ansvaret ikke oppleves som ideell. Manglende kompetanse i hjemmetjenesten på psykisk helse og rus er et av områdene mange er opptatt av. Flere er opptatt av at kommunen trenger noe annet enn dagens tilbud og at tjenestene til denne brukergruppen må videreutvikles. Videre er mange opptatt av at tjenester i bolig i større grad må sees i sammenheng med kommunens øvrige tilbud til denne brukergruppen. Mange uttaler at botilbudet bør organiseres som en del av avdeling for psykisk helse og rus.

Godt rehabiliteringstilbud og god hjelpemiddelhåndtering

Kvam har etablert hverdagsrehabilitering hvor siktemålet er at flere kan bo hjemme. Arbeidet får gode tilbakemeldinger. Det får også rehabiliteringsarbeidet i kommunen (skår 4,4). Når det gjelder i hvilken grad kommunen legger hverdagsmestring til grunn i utforming av tjenester skåres dette også høyt (skår 4,5). Informantene opplever i stor grad at kommunen har tilstrekkelig kapasitet på ergo- og fysioterapiressurser og at samorganiseringen av fysio- og ergoterapeut oppleves som positiv (skår 4).

Rask saksbehandling og riktige og tilpassede hjelpemidler er avgjørende for at brukerne skal klare seg selv mest mulig, samt for å komme i gang med rehabiliteringen etter skade og/eller sykdom. Hovedvekten av informantene gir uttrykk for at dette fungerer tilfredsstillende i kommunen (4,4).

Avdeling PLO er for stor og medfører at kontrollspennet for PLO-leder blir krevende

Informantene i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at dagens struktur gjør at kontrollspennet til PLO-leder blir for stort og dermed ikke mulig for en leder å ivareta. Enkelte hevder at dagens organisering medfører at man i større grad «sitter på egen tue» og at man ikke er like flink til å samarbeide på tvers. Noen uttaler at man ønsker seg tilbake til soneinndeling med egne ledere. Noen uttaler at man heller bør se på inndelingen av PLO i flere mindre enheter. Når det gjelder stedlig ledelse ute i tjenestene opplever noen å ha for stort kontrollspenn. De som har lederoppgaver fordelt på flere personer gir uttrykk for å være tilfreds med dette. Hovedvekten av informantene opplever at organiseringen med gruppeledere fungerer godt, men at det kan være behov for enda tydeligere beskrivelse av gruppeleders rolle og oppgaver.

Informantene opplever jevnt over at det er en god styring av tjenestene (skår 4,3). Lederne gir uttrykk for at de har tilgang på støttetjenester som gjør at de kan ivareta rollen som leder.

Organiseringen av hjemmetjenesten oppleves å fungere, men det er behov for mer kompetanse og økt heltid

På spørsmålet om kommunens organisering av hjemmetjenesten svarer hovedvekten av informantene at dagens organisering fungerer tilfredsstillende (skår 4,1). Det som trekkes frem som positivt er redusert reisetid. Nærhet og kjennskap til brukerne trekkes også frem som positiv. Flere uttaler også at kommunen får en god ressursutnyttelse ved å se hjemmetjenesten i bolig (eldre) og den ambulante hjemmetjenesten i sammenheng. Utfordringene som trekkes frem er blant annet hvorvidt dagens organisering gjør at tjenester i bolig og sykehjem prioriteres og går på bekostning av kapasiteten i den ambulante tjenesten. Noen hevder at sykehjemsdriften prioriteres på bekostning av den ambulante hjemmetjenesten. Andre utfordringer er knyttet til at de ulike gruppene jobber ulikt og at dette igjen kan ha betydning for tjenestene som ytes til innbyggere.

På spørsmål som omhandler kompetanse i hjemmetjenesten er hovedvekten av informantene opptatt av at man gjennomgående yter gode tjenester, men at det er behov for mer kompetanse og mer tverrfaglig kompetanse (skår 3,9). Heltidskultur er et annet område man er opptatt av. Mange uttaler at man i for liten grad har fått til dette i hjemmetjenesten og at økt gjennomsnittlig stillingsstørrelse og flere heltidsstillinger er et viktig tiltak for å øke kompetansen i tjenesten.

Informantene er enig i at hjemmetjenesten på sikt må styrkes. Når det gjelder spørsmålet som omhandler dagens kapasitet er det noe ulike opplevelser knyttet til dette (skår 3,9). Noen uttaler at det varierer mellom gruppene, og at dette også henger sammen med hvordan de ulike gruppene jobber. Flere er opptatt av at hjemmetjenesten har et stort overforbruk og at dette kan tyde på at dagens kapasitet ikke er tilstrekkelig.

Behov for bedre styring

Lederne vi har snakket med og som har deltatt i undersøkelsen er opptatt av at dagens økonomistyring ikke fungerer optimalt (skår 3,5). Flere uttaler at man opplever å ha liten

kompetanse på økonomistyring i egen tjeneste og at arbeidet ikke blir prioritert i en hektisk hverdag. Flere er opptatt av at manglende budsjetttramme medfører at det blir vanskelig å ha budsjettdisiplin. Noen av gruppelederne stiller spørsmål om det er hensiktsmessig at gruppelederne skal ha økonomiansvar. Flere uttaler at Controller er en viktig ressurs og at mange har tett dialog og samarbeid med henne.

Også innenfor bruk av styringsdata i utviklingen av tjenestene opplever informantene at dette kan bli bedre. Noen uttaler at man bruker en del data som f.eks. KOSTRA, og at kommunen har utviklet plandokumenter men at man i for liten grad følger dette opp.

Samarbeid med frivillige og pårørende kan bli bedre

Informantene opplever at samarbeid med frivillige og pårørende kan bedres (skår 3,8). Mange av informantene viser til at frivillige gjør en viktig innsats i lokalsamfunnet. Ordningen med Granne-hjelpen trekkes særlig frem av flere.

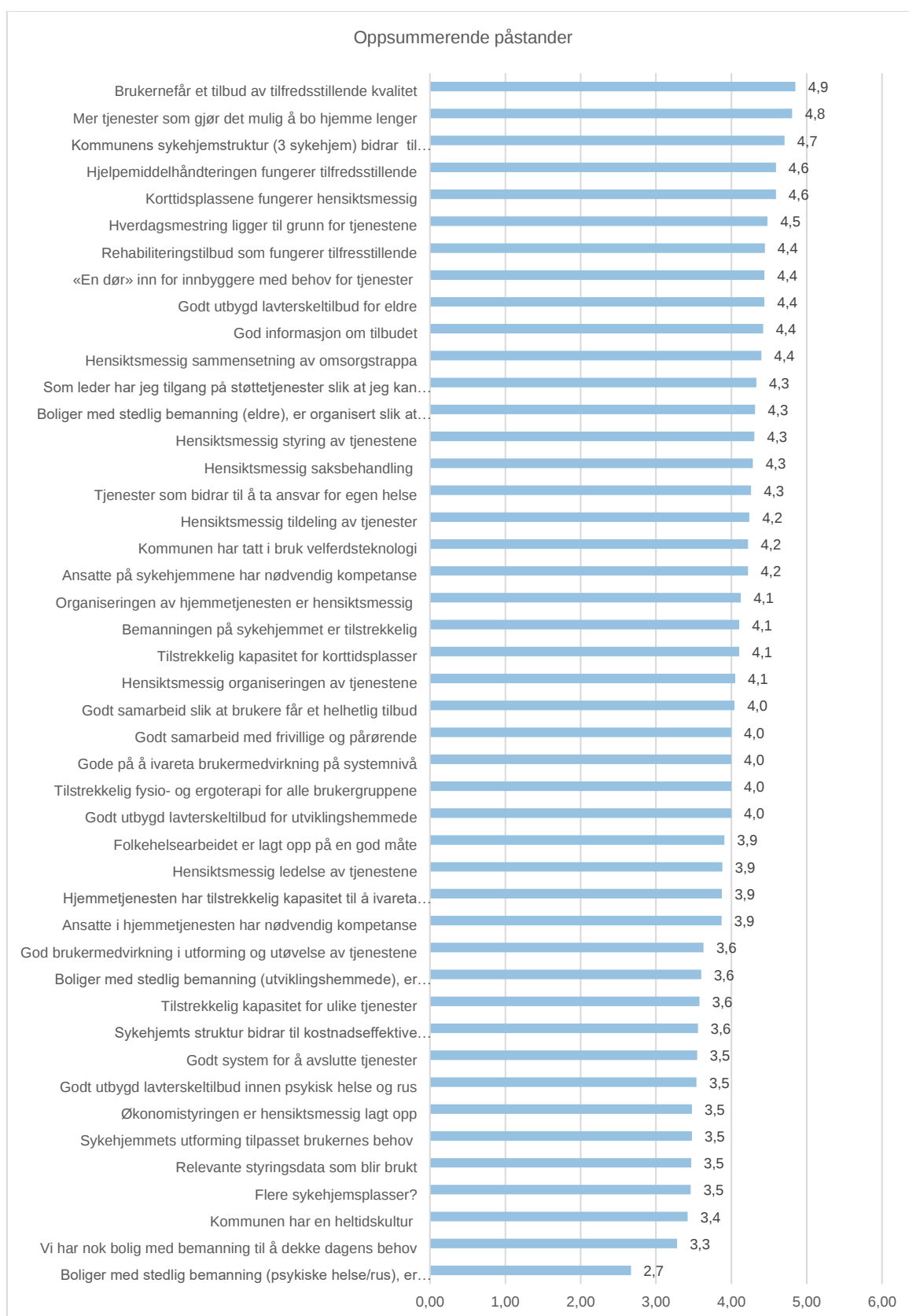
Kommunen har kommet godt i gang med innføring og bruk av velferdsteknologi

Kommunen har søkt og fått midler fra Fylkesmannen og har et pågående prosjekt innen velferdsteknologi. Kommunen har jobbet med innføring av velferdsteknologi over noe tid, og har blant annet tatt i bruk E-lås, elektronisk EPJ, og elektroniske arbeidslister. Noen påpeker imidlertid at det er utfordringer knyttet til nettdekning og dårlige signaler, og at dette går ut over muligheten til å ta i bruk digitale hjelpemidler mv.

Oppsummering av spørreundersøkelsen

Gjennomsnittlig skår for de 40 spørsmålene i spørreundersøkelsen er vist i tabellen under.

Agenda Kaupang har gjennomført tilsvarende intervjuer og spørreundersøkelse i mange kommuner. Sammenliknet med mange av disse ser vi at informantene i Kvam gjennomgående skårer høyt, mange er godt fornøyde og gir uttrykk for at mye fungerer bra i Kvam. Samtidig har informantene pekt på områder hvor de mener det er behov for justeringer og forbedringer. Skårene for de ulike temaene i undersøkelsen fremkommer i tabellen på neste side.



Figur 4-6 Resultater av spørreundersøkelse av informanter som har blitt intervjuet på telefon (N=27)

5 Vår vurdering av utfordringer og muligheter innen pleie og omsorg

Formålet med denne gjennomgangen var en tjenesteanalyse med vurderinger samt anbefalinger og forslag om tiltak for videreutvikling knyttet til:

- ▶ praksis for tildeling av tjenester
- ▶ praksis for tildeling av ressurser
- ▶ organisering av tjenestene

I de neste delkapitlene gjennomgår vi tjenestetilbudene til de tre brukergruppene:

- ▶ Andre brukere, hovedsakelig eldre
- ▶ Mennesker med psykisk utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser
- ▶ Mennesker med psykisk helse-/rusrelaterte sykdommer

Vi gjengir her våre hovedfunn og de viktigste analysene, før vi i lys av gjennomgangens formål kommer med våre vurderinger og forslag til tiltak der vi ser dette kan være nødvendig for å sikre videreutvikling og tilpasning av tjenestenivået i et mer bærekraftig perspektiv.

Før vi dukker ned i tjenestetilbudene til de ulike brukergruppene vil vi innledningsvis komme med noen vurderinger knyttet til temaer som berører alle de tre grupper. Til slutt i dette kapittelet vil vi redegjøre for ulike metoder for ressursfordeling og budsjettering innen pleie og omsorg.

5.1 Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet må sikres

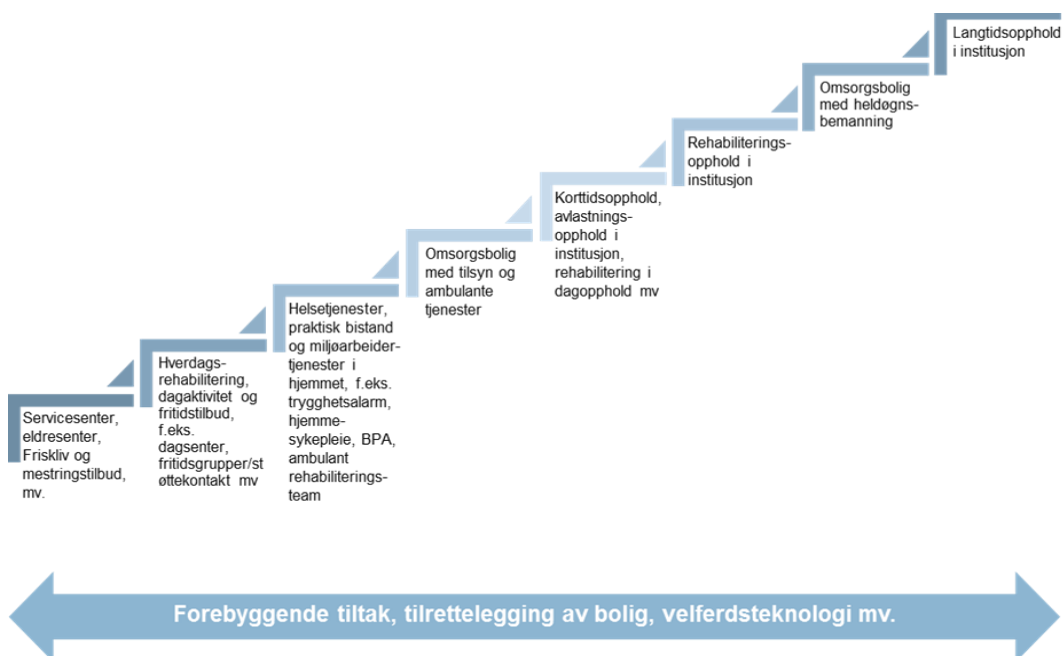
Skal kommunen sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON- prinsippet er det avgjørende å sikre profesjonell saksbehandling av høy kvalitet. Samtidig er man helt avhengig av å ha tilstrekkelig kapasitet på ulike tjenester og differensierte tjenester på ulike nivå i omsorgstrappen. I det følgende kapittelet vil vi gjennomgå momenter vi tenker er viktige for å få til dette og hva Kvam bør gjøre for å sikre en praksis for tildeling som er i tråd med dette.

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenestene. Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

Profesjonalisering og tydeliggjøring av ansvar for saksbehandlingsoppgaver er avgjørende for kvaliteten på saksbehandlingen og styring av «knappegoder». Skal kommunen klare å vri tjenestene og komme «tidlig inn», har saksbehandlere en sentral rolle og viktig funksjon i styring av tjenester i tråd med BEON-prinsippet i Kvam kommune.

- ▶ Kvam har mange brukere som mottar tjenester og flere tjenester i f.eks. bolig med tjenester. Det vil si på et høyt nivå i omsorgstrappen. Vurderingen er at tildeling av tjenester til enkeltbrukerne må styres stramt og tjenester må tildeles etter BEON-prinsippet.
- ▶ Skal kommunen kunne ivareta behov i tråd med BEON-prinsippet, fordrer det at kommunen har tiltak og kapasitet i tjenestene. Analysen har vist at kommunen har utviklet tjenester i tiltakstrappen, men at det kan være behov for å vri ressursinnsatsen ytterligere.
- ▶ Hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi bør alltid vurderes før mer permanent bistand settes inn. Kvam har kommet i gang med hverdagsrehabilitering. Flere kommuner legger nå opp til at «alle» nye brukere vurderes med tanke på hverdagsrehabilitering, før mer tradisjonelle tjenester tilbys.
- ▶ Kommunen må benytte verktøy og kartleggingsmetoder for å få frem hva som er viktig for den enkelte bruker, hvor hovedmålet er å bidra til at den enkelte kan ta ansvar for egen helse-tilstand. Kvam har tatt i bruk nye søknadsskjema som samsvarer med dette.
- ▶ Kvam uttaler at de prioriterer arbeid relatert til revurderinger av innvilgede tjenester. Likevel er dette noe flere er opptatt av ikke fungerer optimalt. Dette er viktig for å fange opp bortfall av behov eller økt behov.
- ▶ Det er avgjørende at kommunen har tilstrekkelig kapasitet på differensierte tjenester. Det vil si å ha ulike tiltak og tjenester som gjør at man kan tilby tjenester ut fra det behovet som er definert. Flere av informantene i gjennomgangen uttalte at man f.eks. ikke hadde gode nok avlastningstilbud og dag-/aktivitetstilbud for utviklingshemmede. Dette er tilbud som er viktig både for den enkelte bruker, men også for å kunne sikre kostnadseffektive tjenester.

En av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). Prinsippet kan fremstilles som vist i figuren under.



Figur 5-1 BEON-prinsippet

Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter:

- Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder.
- Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørger for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn. Innføring av hverdagsrehabilitering har i mange kommuner medført at behov for rehabilitering og egenmestring blir vurdert først. Flere kommuner opplyser at en slik *venstreforskyvning* har medført at flere brukere kan klare seg med et minimum av tjenester over lengre tid, og at man unngår/utsetter behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå uten at dette oppleves som dårligere kvalitet for brukerne, heller tvert imot.

Helse- og omsorgstjenestene består av mange ulike deltjenester til flere ulike brukergrupper. Når en skal drøfte styring av tiltakskjeden og prioritering av tjenester, bør en skille mellom det som kalles "bestilling i stort" og "bestilling i smått". Med "bestilling i smått" mener vi kommunenes ansvar for å tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter. Med "bestilling i stort" mener vi kommunens ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet, på et overordnet nivå. Denne delingen mellom systemnivå og individnivå kan vises i neste tabell:

Forvaltning		Tjenesteproduksjon
Bestilling i stort (systemnivå)	Overordnet planlegging og vurdering av kommunens samlede behov i forhold til ressurstilgang. Fastsettelse av kvalitetsstandarder, tildelingskriterier og budsjett.	Utforme tjenesten slik at den imøtekommer de krav som er satt. Etablere nye tilbud, dersom det er etterspørsel/behov for det.
Bestilling i smått (individnivå)	Behandling av søknader. Faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få. Tildeling av tjenester gjennom enkeltvedtak.	Yte tjenesten til den enkelte bruker ut fra det vedtak som er fattet hos bestillerenheten.

Figur 5-2 Deling mellom system- og individnivå

Den overordnede planleggingen og vurderingen av kommunens samlede behov omhandler dimensjonering av sykehjemsplasser, omsorgsboliger med og uten bemanning mv. I dette ligger en målstyrt politikk, som bør være tett knyttet opp mot BEON-prinsippet. Når det gjelder behandling av søknader ("bestilling i smått"), faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få, er det viktig at dette er knyttet til den overordnede strukturen.

Det er behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at avveininger mellom de tre størrelsene tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, vil det i tillegg til effektiviseringstiltak kunne være nødvendig å justere kriteriene for tildeling og standarden på tjenestene. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester, og/eller at bistanden som ytes til den enkelte må reduseres.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og tildeling av tjenester henger nøye sammen med type tjenester og kapasitet på tjenester i kommunens tiltakskjede. Som vi har vist i figur 5-1 vil kommunens dimensjonering og prioritering av ulike tjenester og omfang ha stor betydning for utgiftene innen helse og omsorg. I dette ligger det hvordan kommunen klarer å utvikle og styre

tjenester som innebærer at man unngår og utsetter behov for mer omfattende tjenester og tiltak på et høyere omsorgsnivå.

Dypdykket innen pleie og omsorg viser at Kvam over tid har vridd tjenesteprofilen til mer hjemme-tjenester, men at kommunen fortsatt bruker en høy andel av de samlede ressursene på institusjonstilbud. Det indikerer at kommunen har et potensial i å vri enda mer av ressursinnsatsen mot tjenester som gjør det mulig å bli boende i eget hjem og ta ansvar for eget liv og helse lenger. Stadig flere kommuner jobber for å få dette til. Vi ser at dette er et uttalt mål for Kvam (Helse- og omsorgsplan) og at hovedvekten av våre informanter også uttaler at dette er en nødvendig og ønsket utvikling og omprioritering.

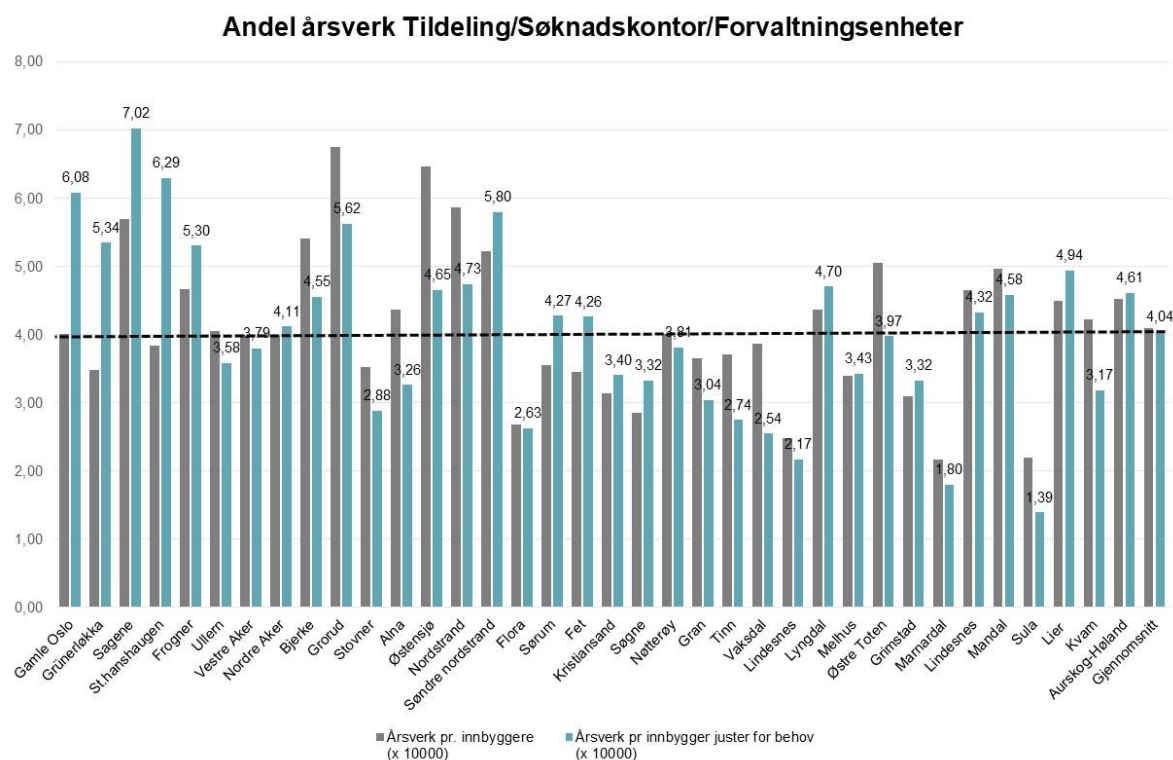
Ressurser avsatt til saksbehandling

Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

Erfaring fra andre kommuner er at det stadig blir mer utfordrende og spesialiserte saks-behandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne tildelings-funksjonen og oppretter egne tildelingskontor/-enheter slik det er gjort i Kvam. Kvam har opprettet et Forvaltningskontor. 1,3 av 5,3 årsverk er knyttet til saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester. I tillegg har mange av de øvrige årsverkene i avdelingen oppgaver som er knyttet til f.eks. innkjøp, fagsystemer, registrering av søknader og svare på henvendelser mv.

Antall saksbehandlere avsatt til formålet

Agenda Kaupang har arbeidet med bestiller-/tildelingskontor i flere kommuner. I dette arbeidet har vi kartlagt ressurser avsatt til saksbehandling, samt årsverk knyttet til de ulike bestiller-/tildelings-kontorene. Tallene vises i neste figur på neste side.



Figur 5-3 Årsverk i ulike tildelings-/søknadskontorer

Figuren over viser hvordan årsverk varierer mellom kommunene/bydelene. Snittet i sammenlikningen er på ca. 4,04 årsverk pr. 10 000 innbygger korrigert for behov. Figuren viser at Kvam kommune ligger lavere enn gjennomsnittet i sammenlikningen. I sammenlikningen har vi lagt inn 3,57 (av totalt 5,33) årsverk ved Forvaltningskontoret. Flere av årsverkene som er oppgitt her har også oppgaver for andre avdelinger/tjenesteområder. Det er derfor foretatt et estimat på hvor mye som brukes til andre oppgaver og for andre enheter, og som dermed ikke skal være med i sammenlikningsgrunnlaget. I Kvam har leder for korttid og rehabilitering også en del oppgaver med saksbehandling (søknader om korttidsopphold mv.). Det er ikke foretatt en beregning av hvor mye tid som går med til dette. Ressurser til dette kommer derfor i tillegg til tallene vi har brukt i sammenlikningen, og tallene som fremkommer i tabellen over.

Det er viktig å presisere at oppgaver som er lagt til de ulike «kontorene» varierer. Noen har mer rendyrkede modeller, andre har innført innsatsstyrt finansiering hvor "bestiller" ivaretar hovedvekten av oppgavene knyttet til dette. Noen har også lagt en del utføreroppgaver til denne avdelingen. Dersom Kvam skal komme opp på nivå med snittet vil ressursinnsatsen ligge rundt 4,5 årsverk. Kvam har holdt en 50 % stilling vakant i påvente av tjenesteanalysen 2018. Vurderingen vår er at kommunen bør se på muligheten av å samle all saksbehandling av helse- og omsorgstjenester i Stab og forvaltning, og at man også bør foreta en vurdering på om det vil være klokt å redusere saksbehandlingskapasiteten med 0,5 årsverk slik det nå er lagt inn et forslag om.

Koordinerende enhet er mer enn en lovpålagt funksjon og må sikres

Kommunene er pålagt å ha en koordinerende enhet jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Hvordan dette organiseres varierer. Kommunen har utarbeidet rutiner og praksis for å ivareta dette.

Flere kommuner legger «koordinerende enhet» til de som også sitter med bestillings-/tildelingsansvar innen helse og omsorg, som man har gjort i Kvam. Forskriften peker på at

koordineringsansvaret bør synliggjøres som sentrale kontaktpunkt og pådrivere for samhandling på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.

Rambøll gjennomførte i 2010 en undersøkelse av kommunenes koordineringsarbeid innen habilitering og rehabilitering i kommunene på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målet med undersøkelsen var å få frem faktorer og rammebetingelser som kunne ha betydning for god koordinering. En rekke faktorer pekte seg ut som viktige rammebetingelser for at enhetene skal kunne ivareta sin funksjon på en god måte:

- ▶ God administrativ forankring
- ▶ Tydelig ansvarsfordeling
- ▶ Synlighet i organisasjonen
- ▶ Nedfelte prosedyrer og rutiner
- ▶ Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- ▶ Kompetanse
- ▶ Samarbeid med andre sektorer bør formaliseres

(Kilde: Rambøll, 2011)

I forbindelse med dette arbeidet har vi ikke gjennomgått arbeidet knyttet til koordinerende enhet spesielt. Vi har fått opplyst at Kvam herad har utarbeidet et opplegg for hvordan dette skal ivaretas samlet sett. Erfaringen er at det ikke er tilstrekkelig med en plan og vedtatte prosedyrer. Mange kommuner sliter med å få tjenesteområdene til å samarbeide om dette og få på plass tilstrekkelig koordinatorene. Dette ser også ut til å gjelde i Kvam herad. Det er viktig at kommunen i sin videreutvikling av helse- og omsorgstjenester sikrer at de som er i behov av koordinerte tjenester og individuell plan får dette. Momentene som er nevnt over kan være viktig for å sikre at koordinerende enhet blir et viktig virkemiddel og mer enn en lovpålagt funksjon.

5.2 Fra passiv mottaker til aktiv deltaker og større ansvar for egen helse

Samhandlingsreformen og etterfølgende planer som f.eks. primærhelsemeldingen og opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering viser behov for dreining av tjenestene mot mer forebygging og tidlig innsats i kommunene og utfordrer dermed helse- og omsorgstjenesten sitt tradisjonelle tanke sett og tilnærming. Framskrivinger viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester er forventet å øke med over 50 % fra nivået i dag.

Det medfører behov for omstilling og utvikling i alt fra tjenester til arbeidsmetoder, bruk av velferdsteknologi og nye måter å samarbeide på og berører tjenester ut over de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene. Dette fordrer at politisk og administrativ ledelse og de som arbeider i tjenestene forandrer tanke sett, holdninger, tilnærmingssmåter og praksis.

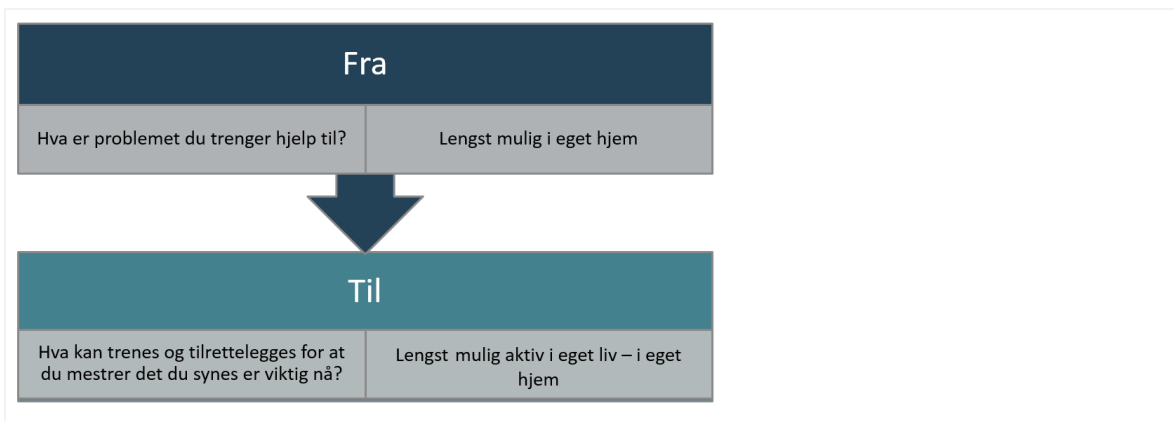
Dagens tjenester fremstår som noe fragmenterte. Dette gjelder både nasjonalt, men er også tilfelle i Kvam kommune. Det er behov for å endre måten man samhandler med hverandre på, hvordan brukermedvirkning ivaretas og hvilke tjenester innbyggerne får, og på utførelsen av tjenestene.

Bærebjelken i norsk kommunehelsetjeneste har i lang tid vært ordinære pleie- og omsorgstjenester. De senere årene er det avdekket at det i for stor grad blir gitt kompenserende og pasifiserende tjenester, der brukerne lett havner i «hjelpefeller» og hvor man får hjelp til å gjøre ting som bruker selv kunne ivaretatt ved rehabilitering og tilrettelegging. Bærebjelken bør være rehabiliterende innsats der det er mulig, supplert med pleie og hjelp der det er nødvendig.

Det er nødvendig med økt fokus på egenmestring, forebygging og rehabilitering i primærhelsetjenesten. Formålet er å bidra slik at brukerne opplever økt livskvalitet, selvstendighet og

reduisert behov for helsetjenester. Gjennomgangen vår viser at ca. 70 % av informantene mener at kommunen har tjenester som fremmer at innbyggerne kan ta ansvar for eget liv og være aktive medspillere. Samtidig uttaler i underkant av 90% at kommunen må satse ytterligere på tjenester som gjør det mulig å bli boende i opprinnelig hjem lenger.

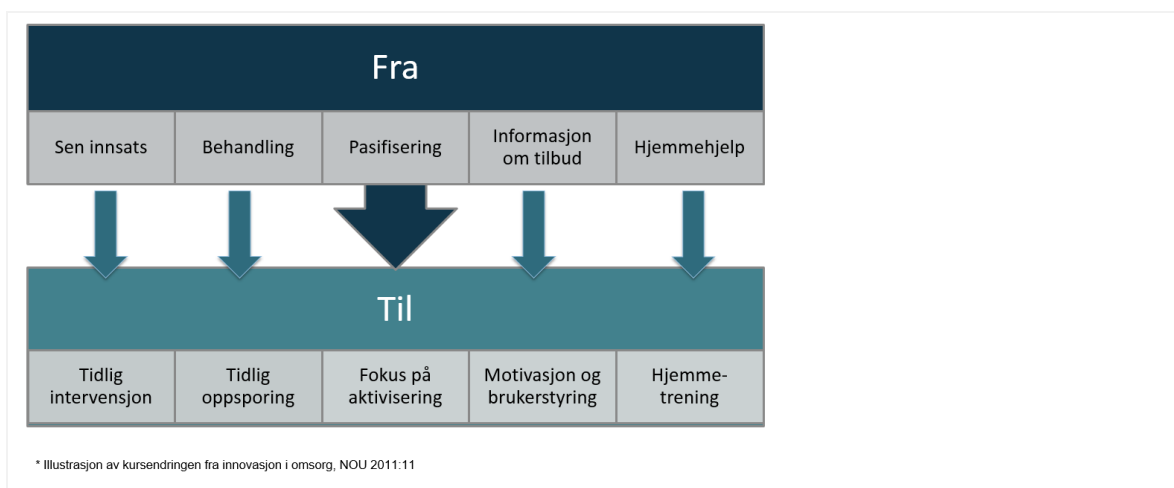
Samhandling og koordinering mellom tjenestene er en viktig forutsetning for å ivareta brukernes behov. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det fordrer endrede arbeidsformer og innretting av tilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for større faglig bredde og kompetanse i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse ressurser hos bruker, familie og nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet og det må legges vekt på den enkeltes egne ønsker og mål, jf. figuren under:



Figur 5-4: Illustrasjon av kursendring fra innovasjon i omsorg, NOU 2011: 11

Opplæring av bruker og pårørende er avgjørende for å mestre liv med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Aktiv aldring, rehabilitering og helsefremming ble særlig aktualisert i Norge med samhandlingsreformen i 2012. En forutsetning for å lykkes med målene er mer tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats. Reformen fastslår også at opptrening og trening på daglige gjøremål er det viktigste tiltaket for å kunne bo hjemme lengst mulig (St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring er ett av tiltakene flere kommuner har tatt i bruk. Kvam har kommet godt i gang med hverdagsrehabilitering og hovedvekten av informantene opplever at «hverdagsmestring» ligger til grunn for tjenesteutformingen (90 %). Hverdagsrehabilitering bygger på metodikk fra Sverige og Danmark, der dette har vært et satsingsområde over flere år. Hverdagsrehabilitering representerer således et brudd med mer tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester. Metodikken blir omtalt som et *paradigmeskifte* og kan illustreres på følgende måte:



Figur 5-5: Illustrasjon av kursendring fra innovasjon i omsorg, NOU 2011: 11

Høsten 2013 satt Helsedirektoratet i gang en følgeevaluering av implementering av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Evalueringen viser bl.a. at hverdagsrehabilitering gir bedre effekt enn ordinære tjenester. Videre så man at hverdagsrehabilitering ikke var dyrere enn mer tradisjonelle tjenester, men at det ga større helseeffekt.

5.3 Økt satsing på rehabilitering for alle brukergrupper er nødvendig

Kvam har samlet ansvar for rehabilitering ved Kvam rehabiliterings- og behandlingsavdeling på Toloheimen i Norheimsund. Tilbudet omhandler korttid-rehabilitering i institusjon. Avdeling Helse er lokalisert på Toloheimen har ansvar for fysio- og ergoterapitjenesten, inkludert hverdagsrehabilitering i kommunen.

Tall fra KOSTRA viser at Kvam har noen flere årsverk til fysioterapi enn snittet for KOSTRA-gruppe 11. Når det gjelder ergoterapitjeneste har Kvam noen færre årsverk til dette enn snittet. I vår spørreundersøkelse kom det frem at i underkant av 38 % gir uttrykk for at kommunen har for få ressurser til fysio- og ergoterapi. 44 % gir uttrykk for at de opplever at kommune har god dekning.

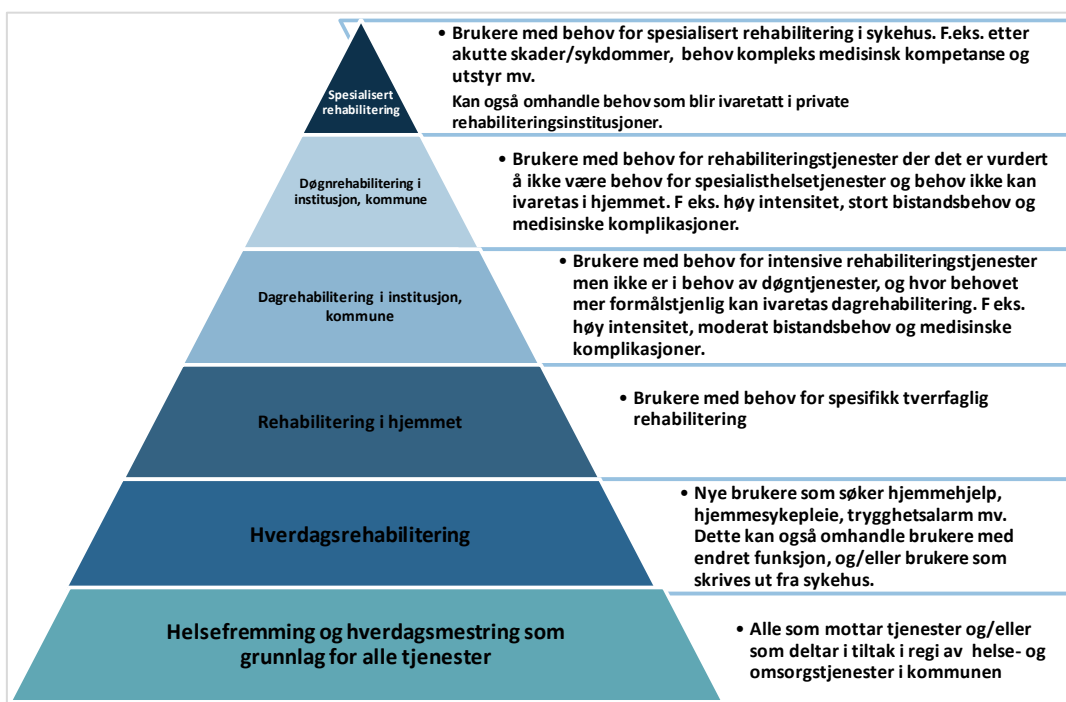
Fysio- og ergoterapitjenesten arbeider med habilitering og rehabilitering, veiledning, behandling og forebygging. Brukergrupper er eldre, voksne og barn med sykdom og/eller funksjonssvikt, i hjem og i samfunnsinstitusjoner. Ergoterapitjenesten har også en viktig funksjon knyttet til hjelpemidler. Fysioterapeutene har ansvar for å følge opp brukere med behov for fysioterapi og deltar i kommunens arbeid knyttet til friskliv og mestringstilbud, folkehelse, hverdagsrehabilitering mv.

Den demografiske utviklingen med økt antall eldre er blant annet et utslag av bedre helse; vi lever lenger og befolkningen har tilsvarende økt antall funksjonsfriske år. Foreløpig ser det ut til at antall år med redusert funksjon ikke har økt. Det er likevel slik at kommunene må ha en aktiv politikk fremover for å forebygge store utfordringer knyttet til demografiske endringer.

At personer bosatt i kommunen får varig behov for praktisk bistand og omsorgstjenester utgjør en stor utgift for kommunen. Og naturlig nok: større behov gir dyrere tjenester. Det er derfor vesentlig for en kommune å ha så gode og virkningsfulle tiltak som mulig for å holde behov for hjelp og omsorgstjenester så lavt som mulig. Dette gjelder alt fra helsefremmende og forebyggende tiltak for innbyggere som ennå ikke har hatt noen funksjonstap, via målrettede tiltak til personer i risikoner, til rehabilitering og opptrening på ulike nivå for innbyggere som har opplevd et fall i funksjon.

Samhandlingsreformen, og etterfølgende planer som primærhelsemeldingen og opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, viser behov for ytterligere dreining av tjenestene mot mer forebygging og tidlig innsats i kommunene, og reformen utfordrer helse- og omsorgstjenesten sitt tradisjonelle tankesett og tilnærming. De samme dokumentene presiserte kommunenes ansvar for rehabilitering. Forskrift om rehabilitering, habilitering og individuell plan og koordinator, samt opptrappingsplan for rehabilitering vektlegger at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for rehabilitering, uten å definere et klart skille. Mye av den videre satsingen og utviklingen innen rehabilitering vil skje i kommunene. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt være en viktig aktør, særlig knyttet til rehabiliteringsforløp i tidlig fase, og overfor brukergrupper med omfattende medisinske behov. Rehabiliteringsbehov for de mest vanlige og største gruppene skal i økt grad ivaretas i kommunene.

Illustrasjonen under viser hvilke nivåer man har i et rehabiliteringstilbud, og antall brukere som har behov for de ulike nivåene: alle har nytte av forebyggende innsats og hverdagsmestring, mange har nytte av hverdagsrehabilitering, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering. I tillegg til å forebygge hendelser som fører til funksjonsfall og eventuell sykehusinnleggelse, vil det være viktig for en kommune å bidra til at innbyggere som har hatt behov for spesialisthelsetjeneste kommer tilbake til så god funksjon som mulig i etterkant.



Figur 5-6 Rehabiliteringspyramiden etter modell fra Kristiansand kommune. Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

Et viktig mål er at alle innbyggere opplever størst mulig grad av mestring av hverdagen på egne premisser. Det er viktig å avdekke eventuelle funksjonssvikt tidlig, og deretter raskt starte opp rehabiliteringstiltak på rett nivå. Brukermedvirkning og helhetlige pasientforløp må ligge til grunn. Den enkelte bruker må være med å bestemme over egne (rehabiliterings)-tilbud, både i planlegging, gjennomføring, evaluering eller avslutning.

Fysio- og ergoterapitjenesten er en relativ liten «tjeneste», med en viktig funksjon både knyttet til forebygging, habilitering og rehabilitering av brukere innen pleie- og omsorgstjenestene. Erfaring viser at kommunene velger ulike måter å organisere disse ressursene. Enkelte kommuner velger å legge disse funksjonene i hjemmetjenesten, i tilknytning til tildelingsenheten. Andre kommuner

velger å organisere tjenestene slik Kvam gjør, under helseavdelingen. Det finnes ingen fasit på hvilken organisering som er den riktige. Erfaringer fra andre kommuner viser at det viktige er hvordan de ulike tjenestene arbeider sammen. Vår gjennomgang tyder på at samarbeidet fungerer bra i kommunen, mange uttaler at rehabiliteringstilbudet i kommunen fungerer godt, og at dette hovedsakelig skyldes at man har flinke dedikerte personer som «brenner» for rehabiliteringsfaget.

Tilstrekkelig kompetanse og kapasitet er avgjørende for å lykkes med rehabiliteringsarbeidet over tid. Mange brukere opplever lang ventetid og brudd i forløpene. Når kapasiteten eller utvalget av tjenester er begrenset, øker risikoen for at personer med mindre omfattende behov ikke får et tilbud på et tidlig nok tidspunkt. Det medfører unødvendige plager, funksjonstap og mer omfattende behov for tjenester senere i forløpet.

Det foreligger dessverre hverken nasjonalt eller lokalt gode tall og dokumentasjon på hvordan kommunene lykkes med sin rehabilitering, men opptrappingsplanen påpeker tydelige mangler generelt i landet. Det går både på intensitet og tilgang til opptrening, som fysioterapi, ergoterapi og logoped, men også på samhandling og organisering til samlede kraftfulle tiltak for brukeren. Det anbefales generelt å samle rehabilitering til tydelige og robuste enheter der opptrening og mestring for brukeren er hovedfokus.

5.4 Digitalisering og økt bruk av velferdsteknologi er nødvendig

Bruk av velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. I regi av programmet er det foretatt en oppsummering av erfaringer fra kommuner som har tatt teknologien i bruk. Videre har Helsedirektoratet anbefalt å ta bestemte løsninger i bruk, slik at det skal blir lettere for kommunene å velge løsninger i et marked som fortsatt preges av utvikling.

I 2015 anbefalte Helsedirektoratet å ta i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser. I 2017 omfatter anbefalingene også digitalt tilsyn, oppgraderte sykesignalanlegg og logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester. Innføring av velferdsteknologi innebærer som navnet sier etablering av nye teknologiske løsninger. Velferdsteknologi kan gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse og bidra til at flere kan føle seg trygge og få økt aktivitetsnivå. Velferdsteknologi er et viktig virkemiddel i en behandlingsprosess fordi ulike teknologiske løsninger kan gi brukeren bedre mulighet til å mestre funksjonsnedsettelse og bli mer selvhjulpne. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørende og bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.

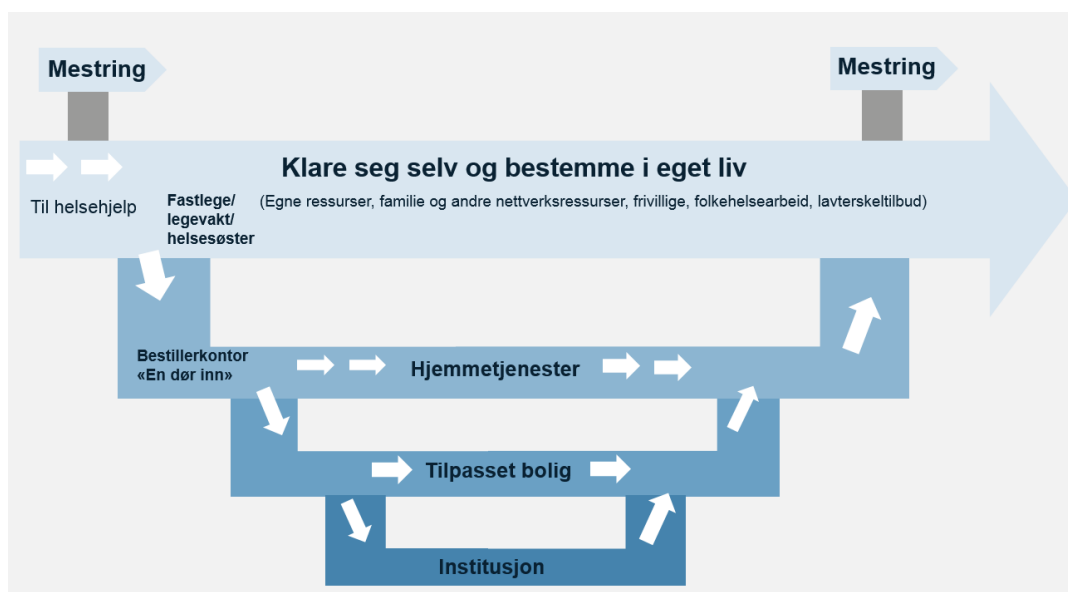
Innføringen av ny teknologi kan ikke ses isolert fra annen kommunal bistand. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid.

Kvam har utarbeidet en kommunal digitaliseringsstrategi med tiltaksplaner for perioden 2014-18. Bruk av velferdsteknologi er også et tema for kommunens helse- og omsorgsplan. Erfaringen er at det er helt nødvendig med en felles strategi for digitalisering på tvers av sektorer. I dette må det også ligge en samlet plan for hele kommunen for innkjøp og drift av de ulike systemene som digitaliseringen innebærer. Videre må arbeidet også omhandle en god plan for innføring av teknologi for helse- og omsorgstjenestene. Innføring av nye systemer mv. vil medføre nye arbeidsmåter, opplæring, organisering mv. Dette igjen vil stille krav til organisasjonen og til menneskene som jobber her.

Kvam herad skal leggja til rette for at innbyggjarane som ynskjer det, får installert velferdsteknologi i eigen heim. Kvam herad skal vera ein innovativ kommune som tek i bruk velferdsteknologiske løysingar i sjukeheimar og omsorgsbustader (Helse og omsorgsplan).

5.5 Økt satsing på mestring og hjemmebasert omsorg kan bidra til å redusere behovet for tjenester med heldøgnsomsorg og stedlig bemanning

Modellen nedenfor illustrerer at den enkelte innbygger selv har hovedansvaret for å mestre eget liv, ved hjelp av egne ressurser, familie og nettverk. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for at dette kan skje. Dette er i tråd med BEON-prinsippet (Beste effektive omsorgsnivå) i Samhandlingsreformen.



Figur 5-7 Modell som illustrerer den enkelte innbygger sitt ansvar for mestring. Kilde: Agenda Kaupang, inspirert av DPS-veilederen 2006

Modellen illustrerer at den enkelte innbygger selv har hovedansvaret for å mestre eget liv, ved hjelp av egne ressurser, familie og nettverk. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for at dette kan skje, og fastlegen, legevakten og helsesøstertjenesten er sentrale aktører i kommunen som vil være tilgjengelige for å bidra. Modellen illustrerer også prinsippet om at tjenestene skal tildeles og utøves på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON-prinsippet). Selv om man har behov for flere helsetjenester i perioder, er det alltid et mål å klare seg selv, helt eller delvis.

Folkehelseloven fremholder at kommunen har et ansvar for å ta i bruk hele sitt tjenestespekter og alle sine sektorer i det forebyggende arbeidet for å fremme egenmestring på kort og lang sikt.

God helse er en individuell opplevelse, og mange vil oppleve god helse selv med store hjelpebehov. Selvhjelp står for det gode hverdagslivet, der innbyggeren klarer seg selv med egne ressurser, familie og nettverk. Kommunens bidrag vil blant annet være tilrettelegging av bomiljø i nye områder, servicetilbud, kollektivtilbud, helsefremmende tiltak og folkehelsearbeid, lavterskeltilbud og forebyggende tjenester, avlastning, opplæring, veiledning og støtte m.m. Kommunen ønsker å ha en god dialog med innbyggerne i ulike livsfaser og i roller som brukere, pårørende og frivillige.

Ved behov for helsehjelp bør kommunen i all hovedsak legge til rette for å kunne gi tjenester hjemme hos innbyggerne, og brukerens ønsker og mål skal være retningsgivende for all utforming av tjenester.

Bare unntaksvis skal det være nødvendig med tidsbegrenset opphold på korttidsplass eller avlastningsplass på institusjon. Dersom dette heller ikke er tilstrekkelig, kan det være aktuelt med en tilpasset bolig/omsorgsbolig med tilsyn eller heldøgns bemanning. Det korteste forløpet skal som hovedregel være et sykehusopphold eller et institusjonsopphold i kommunen. Dette løpet er kun forbeholdt de mest alvorlig syke eller barn som opplever omsorgssvikt, og er det dyreste tilbudet man tilbyr.

Pilene i modellen viser at innbyggerne ikke nødvendigvis forblir på et fast nivå i tjenestekjeden, selv om man tildeles tjenester der. Eksempelvis kan en bruker med tjenester i hjemmet av og til ha behov for et korttidsopphold på institusjon/sykehjem, for så å reise hjem og klare seg videre med eller uten hjemmetjenester.

5.6 Strukturer og organisering av tjenester har stor betydning

Optimal organisering av tjenestene innen helse og omsorg er nært knyttet til sammenhengen mellom utviklingen i utgifter og produksjon. Oversatt til den kommunale hverdagen, betyr det at en oppnår en stordriftsfordel dersom en kan øke antall elever i skolen, antall beboere på avdelingene ved sykehjem eller antall barn i barnehagen uten tilsvarende vekst i bemanningen. Gjennomgangen i Kvam har vist at det er noe forskjeller knyttet til størrelser, enhetskostnader og styring.

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

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

Turnus

Innen enheter med døgnskcontinuerlig bemanning varierer arbeidsoppgavene og arbeidsbelastningen gjennom døgnet, og dermed varierer også behovet for personer på jobb. Vanligvis er det flest personer på dagvaktene, færre på kveld og færrest på nattvaktene. I boliger til personer med funksjonsnedsettelse/utviklingshemming og innen psykisk helsearbeid kan dette bildet være annerledes, da brukerne vanligvis er på dagtilbud og ikke til stede i boligene på dagtid. Vi ser at bemanningen i hjemmetjenesten uken gjennom blir mer lik. Tidligere var det mer vanlig å ha redusert kapasitet på kveld og helg, men dette ser vi er under endring.

Organisering av turnusarbeid omfatter en høy andel deltidstillinger og øker antallet ansatte som må til for at bemanningsplanen skal dekkes. Dette gir utfordringer for kontinuiteten i arbeidet.

Turnusarbeid har roterende bemanning og er et motsatt prinsipp til faste lag, som er dominerende i skiftarbeid. Det kan være et hinder for å etablere teamfølelse og godt samarbeid, og medfører ofte økt oppsplitting og fragmentering, ettersom vaktene bemannes med deltidsansatte som sjelden er på jobb. Samtidig gjør større grunneheter det mulig å sikre flere ansatte større stillinger i en turnusgruppe.

Fra en rekke oppdrag i ulike kommuner har vi erfart at enkelte kommuner har funnet alternative måter å organisere turnuser og dermed unngå utfordringene vi har pekt på over. Dette dreier seg først og fremst om å ta i bruk alternative turnusordninger som f.eks. bruk av langvakter og alternativ helgeturnus for å redusere behov for deltidsstillinger. Årsplanlegging er også mer og mer vanlig. Samdrift mellom avdelinger kan også være viktig og nødvendig. Gjennomgangen i Kvam viser at det er lagt til rette for samdrift. Dette gjelder f.eks. samarbeid om kompetanse mellom boliger eller på sykehjem. Det gjelder også samarbeid mellom avdelinger/tjenester på natt.

Konsekvensen av at tjenestene er organisert med turnusarbeid setter begrensninger på størrelsen av avdelingene sett i et drifts- og bemanningsperspektiv. Vår gjennomgang viser at størrelsene på turnusgruppene varierer innen de berørte tjenestene i Kvam kommune. Turnusgruppene varierer fra ca. 4 årsverk og opp i overkant av 30 årsverk¹⁵.

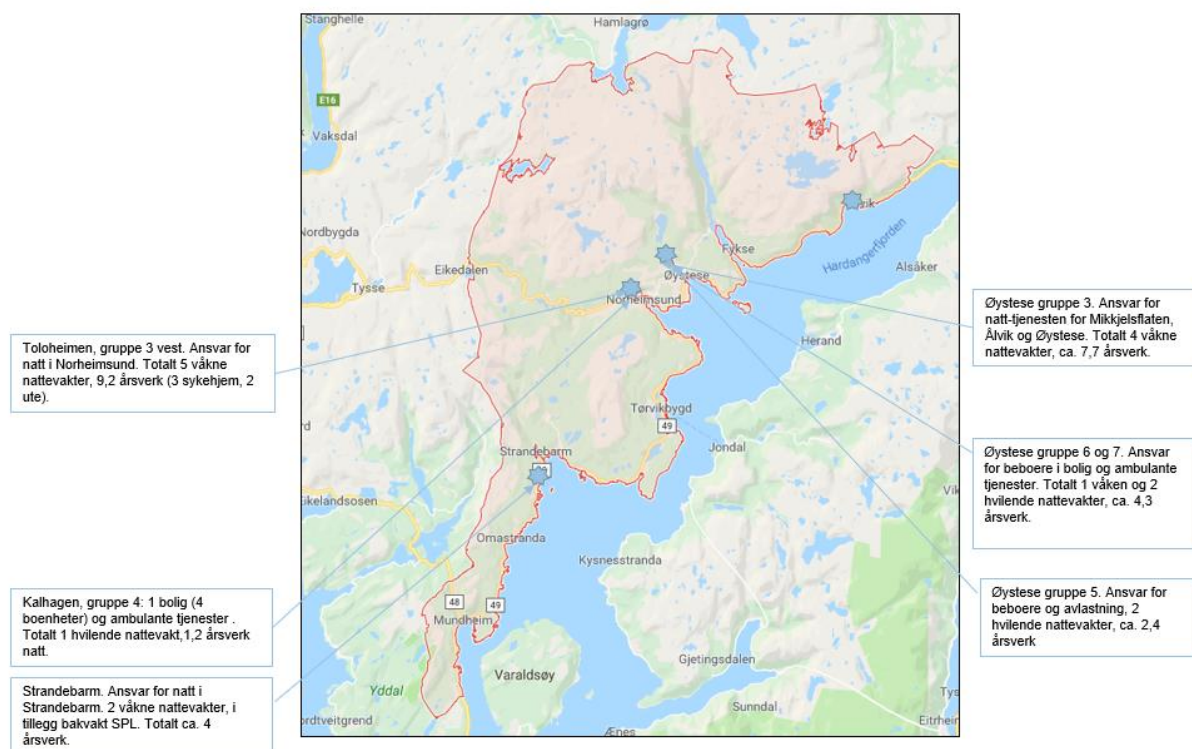
Kommunen forsøker å legge til rette for de ansattes ønsker, både i forhold til stillingsstørrelse og gjennom turnusplanlegging. Turnusene som er utarbeidet er i hovedsak todelte, med egne nattevakter, og strekker seg over ulike perioder. Ansatte jobber i hovedsak hver tredje helg, men noen har også andre ordninger. Hovedvekten av ansatte innen pleie- omsorgstjenesten jobber ordinære dag- og kveldsvakter, men noen benytter også langvakter (f.eks. Kløveren, Gruppe 6 og 7). Tjenestene bruker årsturnus, med utgangspunkt i en rullering over 6 uker. Mange kommuner velger å ha et lengre planleggingsperspektiv enn 6 uker. Planlegging over 8 og 12 uker er også vanlig.

Resultatenheter i pleie og omsorg

En resultatenhet innenfor helse- og omsorgstjenestene, der leder har økonomi-, fag- og personalansvar, utgjør ofte et tjenesteområde, eller består av delsektorer som hjemmetjeneste, sykehjem, personer med funksjonsnedsettelser og psykisk helse. I større kommuner kan tjenestene derimot være organisert ut fra geografiske soner, med samling av alle deltjenester og/eller ut fra tjenesteområde.

Kvam har 14 grupper i PLO (avdelingen), i tillegg til Kvam rehabilitering og behandling (jf. figur 3-2). En konsekvens av kommunens organisering av tjenestene og antall lokasjoner medfører blant annet at Kvam bruker i underkant av 29 årsverk på natt. Dette er høyt, og utgjør i underkant av 12 % av årsverkinnsatsen i tjenestene. Tallene fremkommer illustrasjonen under.

¹⁵ Psykisk helse bolig, og samlet for gruppe 6 og 7.



Figur 5-8 Nattevakter i Kvam kommune, per oktober 2018 (Kilde: bemanningsplan)

Størrelse på resultatenheter og behov for ledelse

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

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

Den seneste undersøkelsen som omhandler ledertettheten i pleie og omsorg ble gjennomført av RO-senteret i 2004 hvor man gjennomførte en sammenligning av ledertettheten i pleie- og omsorgstjenestene og skolesektoren.¹⁶ Undersøkelsen viste at ledere innen pleie og omsorg i gjennomsnitt hadde ansvar for 36,3 personer, som utfører 22 årsverk.¹⁷ Til sammenligning viste tallene innen skolesektoren at lederne i gjennomsnitt hadde ansvar for 17,3 personer, som utfører 13,5 årsverk. Vi er ikke kjent med at det foreligger andre nyere studier som gir et annet bilde.

En viktig faktor er leders kontrollspenn. Dersom en leder har ansvar for et for høyt antall ansatte, kan de ansatte på utøvende nivå oppleve å være uten daglig leder, og det vil nesten alltid etablere seg subkulturer med uformelle ledere¹⁸. Det betyr at et stort lederspenn kan tvinge frem et underliggende ledernivå som har ansvar for den daglige oppfølgingen av ansatte. Dette forsterkes dersom leder ikke er til stede i egen avdeling. Dersom leder ikke mestrer lederspennet, er det fare

¹⁶ Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren.

¹⁷ Leder i denne sammenheng har ansvar for økonomi, fag og personale.

¹⁸ Grønhaug, Kjell, Odd H. Hellesøy og Geir Kaufmann (2001). Ledelse i teori og praksis. Oslo: Fagbokforlaget.

for at faglige og økonomiske avgjørelser tas av andre personer enn dem som har det formelle ansvaret. Vår erfaring er at stedlig ledelse er av avgjørende betydning for å kunne ivareta ansvaret som ligger til stillingen, samt ivareta personalet og for å kunne jobbe aktivt med den rådende kulturen. Gjennom samtaler og i spørreundersøkelsen fremkommer det at flere etterlyser en tydeligere rolle og oppgavebeskrivelse for gruppelederne. Skal en leder ivareta sine oppgaver og rolle er en avklaring helt nødvendig. Det er derfor viktig at kommunen så raskt som mulig får på plass dette.

Kommunen er inne i en krevende situasjon. En krevende økonomisk situasjon gjør at kommunen må redusere utgiftene sine, samtidig som man må sikre mer bærekraftige tjenester fremover. Innbyggernes forventninger til de kommunale tjenestene øker. Samtidig blir flere oppgaver og ansvar lagt på kommunene. Det medfører behov for omstilling og utvikling.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor et endret fremtidsbilde. Nye arbeidsformer, behandlingsmåter og kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, demografisk utvikling med flere eldre, nye pasientgrupper og økende krav til kompetanse og digital innovasjon er noen av utfordringene sektoren står overfor. Dette innebærer nye måter å jobbe på, nye oppgaver og ansvar og berører alle deler av en organisasjon. Ledelse er avgjørende. God ledelse gir gode helse- og omsorgstjenester og er nødvendig for å skape pasientens helsetjeneste. Helse- og omsorgstjenestene skal levere tjenester av høy kvalitet som er helhetlige og koordinerte. Dette stiller krav til både styring og ledelse på alle nivå i kommuneorganisasjonen; fra toppledelsen, via mellomledelsen og til førstelinjeledelsen og videre til medarbeiderne i organisasjonen. Samspillet mellom ledernivåene blir vesentlig for å skape forankring og erkjennelse av behovet for nødvendig endring og omstilling.

Kommunene står relativt fritt til å velge hvordan de vil organisere sine tjenester og dimensjoneringen av dem. Tanken er at kommunene kjenner behovene og at man ut fra dette må organisere og dimensjonere sine tjenester for å ivareta innbyggernes ressurser og behov.

Organisasjonen fremmer medlemmenes interesser, realiserer mål, produserer varer og tjenester og administrerer og utøver myndighet. Det er viktig å bruke kompetanse og ressurser riktig, uavhengig av valg av organisasjonsmodell. Vi bruker ordet «organisering» i en vid betydning. Organisasjonen skal løse fire hovedoppgaver:

- ▶ **Kvalitets- og tjenesteutvikling:** Kommunen må ha mål og kunnskapsbasert systematikk og ledelse for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Den må evne å sette av tid og ressurser til utviklingsarbeidet. Det er et stort omstillingspress i helse og omsorg for tiden. Alle ressursene må ikke brukes på drift.
- ▶ **Økonomistyring:** Kommunen må klare å drive effektivt. Myndighet må delegeres til passelig mange ledere med tilstrekkelige fullmakter. Kommunen må styre både volum og enhetskostnader.
- ▶ **Ledelse:** Helse- og omsorgstjenesten er en svært arbeidsintensiv tjeneste. Det er viktig med tilstrekkelig tett ledelse og god opplæring.
- ▶ **Samarbeid:** Helse- og omsorgstjenesten kan ikke nå målene sine uten at det er et godt samarbeid internt og med andre. Det gjelder spesielt allmennleger, privatpraktiserende fysioterapeuter og spesialisthelsetjenesten.

Den overordnede organiseringen i Kvam med en felles kommunalsjef for helse og omsorg er en modell vi ser mange andre kommuner også velger. Vurderingen er at dette ivaretar behov for å se disse tjenestene i sammenheng og dermed et viktig virkemiddel for å ivareta behov for helhetlig og strategisk ledelse. Når det gjelder organiseringen av nivåer under kommunalsjef, ser vi at Kvam har valgt en inndeling som ikke er vanlig i andre kommuner. Inndelingen medfører, slik vi ser det, at

deltjenester er organisert under ulike avdelinger. I Kvam har man en egen avdeling for psykisk helse/rus, samtidig som tjenester i bolig er organisert under hjemmetjenesten i PLO. Kommunen har også valgt å skille ut korttid og rehabilitering i egen enhet, utenfor PLO. Det er ulike årsaker til kommunens valg, ett av dem er knyttet til PLO-leders kontrollspenn. Gjennomgangen har vist at PLO-leder har ansvar for 16 gruppeledere (14 grupper) lokalisert ulike steder i kommunen. Vurderingen vår er at kontrollspennet til PLO er for stort og at kommunen må gjøre grep for å redusere dette. Et tiltak bør inkludere å se på den totale organiseringen av tjenestene. Flere kommuner velger å dele inn avdelinger i PLO ut fra brukergrupper. Det vil si at man da får en leder og avdeling for eldre (hjemmetjenester, sykehjem og mv), en leder og avdeling for mennesker med utviklingsforstyrrelser (ambulerende miljøarbeidertjeneste, avlastning, dag- og aktivitet og bolig mv.), og til slutt en avdeling for psykisk helse og rus.

Når det gjelder ledelse av driftsenhetene er vår erfaring at stedlig ledelse og ledere med ansvar for fag, personal og økonomi er helt avgjørende. Alle gruppene i Kvam har gruppeleder. Tre grupper har to gruppeledere¹⁹. Kvam har mange driftsenheter og størrelsen på turnusgruppene varierer fra 4 årsverk til i overkant av 30 årsverk. Ledertettheten varierer. Noen avdelinger har ledere som både jobber i miljøet/turnus med tid avsatt til administrative oppgaver. Andre avdelinger har ledere som kun jobber administrativt. Noen avdelingsledere har ansvar for flere driftsenheter. Dette gjelder f.eks. Mikkjelsflaten som i tillegg til omsorgsboliger for eldre mv. også har ansvar for bolig for psykisk helse. Gjennom intervjuer og spørreundersøkelsen kommer det frem at organiseringen av boligen for psykisk helse er et av de områdene man er minst fornøyd med i Kvam. Flere uttaler blant annet at behov for ledelse ikke blir ivaretatt godt nok med dagens modell.

Vi er usikker på om det er klokt å ha mer enn en leder for hver gruppe. Det er noe uklart for oss hvorfor kommunen har valgt en slik organisering. Vi kan heller ikke se at det foreligger en klar fordeling av oppgaver og ansvar mellom de to gruppelederne. Ettersom dette ikke er leder i 100 % stilling kan vi til en viss grad forstå at man ved å ha to ledere bedre sikrer at det er ledere tilstede i driften. Lederne i de tre gruppene uttaler at de er fornøyde med ordningen, og at ved å være to blir man mindre sårbar og at det også kjennes trygt å være to. Vurderingen vår er at man i størst mulig grad må unngå å fordele lederoppgaver og ansvar på flere personer og at man i større enheter heller bør vurdere å ha en leder i 100 % administrativ tid, enn å ha flere i redusert stilling.

Størrelsen på en enhet samt organiseringen danner rammer for ledelse. Rammene for å ivareta behov for ledelse i den ambulante hjemmetjenesten og en avdeling på sykehjem eller bolig er ulike. Årsaken til dette er at ansatte i hjemmetjenesten arbeider i brukernes hjem og ikke innenfor avdelingens vegger. Resultatet er mer logistikk og behov for oppfølging av ansatte på en annen måte. Kritisk størrelse for en leder i hjemmetjenesten er dermed lavere antall årsverk enn i sykehjem og bofellesskap. I praksis ser vi at det kan være krevende å lede en avdeling/grunnenhet i hjemmetjenesten som er betydelig større enn 20-22 årsverk. Kvam har valgt å samorganisere den ambulante hjemmetjenesten og tjenester i bolig med heldøgns omsorg. I Strandebarm har man valgt å ha en samorganisering av hjemmetjenester og tjenester i sykehjem. Vurderingen er at det kan være smart å se den ambulante hjemmetjenesten og omsorgsbolig i sammenheng. Når det gjelder samorganisering av sykehjem og hjemmetjenester er vi noe mer usikker på dette. Flere kommuner velger å samorganisere den ambulante hjemmetjenesten og omsorgsbolig ut fra tanken om at det er hjemmetjenester som ytes og at man ved å se disse tjenestene i sammenheng bedre kan utnytte kompetanse og ressurser. Utfordringer med en slik organisering kan være at tjenestene i omsorgsbolig blir prioritert til fordel for de ambulante tjenestene. Dette er også noe flere av våre informanter er opptatt av. Særlig gjelder dette der hjemmetjenesten er samorganisert med sykehjemstjenesten. Her uttaler flere at sykehjemmet blir prioritert på bekostning av hjemmetjenester.

¹⁹ Inkluderer gruppe 6 og 7 som har felles budsjett mv. Strandebarm og Mikkjelsflaten har todelt ledelse.

Organiseringen av tjenestene har mye å si for samarbeid. Pleie og omsorg kan ikke nå målene sine uten at det er et godt samarbeid internt og med andre. Flere uttaler at samarbeidet fungerte bedre før omorganiseringen. Begreper som å sitte på «egen tue» er brukt for å illustrere dette.

Grunnheter i pleie- og omsorgstjenestene

Uavhengig av organisasjonsalternativene er det allmenn enighet om at den enkelte institusjon/enhet i hjemmetjenesten/omsorgsbolig mv. har en definert totalressurs og en klart definert oppgave. Spørsmålet er om det er formålstjenlig å definere grunnenheten som en mindre enhet enn disse. Her er det en ulikhet hva gjelder omsorgsboliger, hjemmetjeneste og sykehjem. Det skyldes at et sykehjem ofte består av flere avdelinger med egne turnusgrupper, hjemmetjenesteområdet består av flere soner/avdelinger, mens en omsorgsbolig oftest består av en turnusgruppe for hver grunnenhet.

En resultatenhet kan bestå av mange ulike enheter på et lavere nivå enn resultatenhetsnivå. Dette gjelder eksempelvis avdelinger på sykehjem, boenheter innen tjenester til personer med utviklingshemming, soner innen hjemmebasert omsorg mv. Ut fra forholdene knyttet til drifts- og bemanningsperspektiv, er det hensiktsmessig å definere grunnenheter innen pleie og omsorg som avdelinger hvor det er egne turnusgrupper. En resultatenhet vil dermed bestå av flere grunn-enheter. En grunnenhet, slik vi beskriver det her, vil igjen kunne bestå av flere arbeidslag som f.eks. boliger, avdelinger m.m. Hvordan dette forholder seg i Kvam varierer. Strandebarm sees på som én «grunnenhet», mens Toloheimen har flere. Det samme ser vi i Øystese, hvor Øysteseheimen også er inndelt i flere enheter.

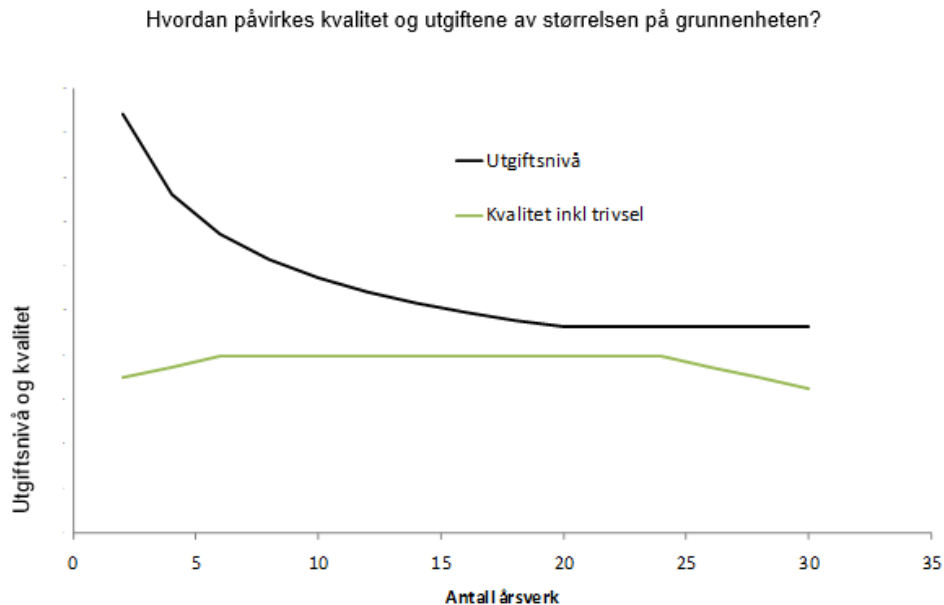
Optimal størrelse på grunnenhetene

Det har skjedd en utvikling i bygningsmessige forhold innen pleie- og omsorgstjenestene de senere årene. Tidligere var det i sykehjem vanlig å ha et langt større institusjonspreg. Det samme var tilfellet innenfor omsorgen til personer med funksjonsnedsettelse, før HVPU-reformen. I dag er flere og flere sykehjem og omsorgsboliger organisert med mindre bogrupper som gir mer nærhet mellom beboere og ansatte. Men det fører også til en ny utfordring hva gjelder å se ulike bogrupper i sammenheng. Dersom små bogrupper isoleres og ikke har et organisatorisk og personalmessig samarbeid, skaper det utfordringer både for brukere og ansatte.

Tilgjengelig forskning på tema knyttet til effektivitet, kvalitet og driftsstørrelse er begrenset, og det finnes relativt lite forskning knyttet til selve skjæringspunktet mellom stordriftsfordeler og dimensjonering av grunnenheter i kommunale tjenester innen pleie- og omsorgstjenestene. Mange ulike forhold spiller inn og danner rammebetingelsene for tjenestene som ytes. Forskningsfunn har vist at grunnenheter der ansatte opplever bemanningen som dårlig skåret lavt på kvalitet. Betingelsene for god kvalitet ser ut til å henge sammen med tilgjengelig kompetanse, arbeidsmiljømessige forhold, vektlegging av en kompetanseutviklende kultur, bygningens alder og samarbeid med aktuelle faggrupper.

Mye av forutsetningen for at en skal få til en god arbeidssituasjon og god kvalitet, ligger trolig i kombinasjonen av gruppeinndeling og organisasjonsmodell. I en organisasjonsmodell ligger det en annen måte å arbeide på og en situasjon med oppgaveforskyvning. Den kostnadmessige rammen er knyttet til en god utnyttelse av personalet og en turnusløsning som er tilpasset behovene i de fysiske rammene, brukerne og bemanningen. I mindre enheter har utfordringer ofte vært knyttet til smådriftsulempen særlig knyttet opp mot små stillinger og lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse, ofte i kombinasjon med lav formell kompetanse. Tilsvarende ser man der hvor enhetene og årsverkene i en turnusgruppe blir for store.

Agenda Kaupang har undersøkt utgifter knyttet til turnus og kompetanse på kveld, natt og helg. Våre funn er at mindre grunnenheter/bemanningsgrupper er dyrere å drifte enn større. Dette gjelder for alle tjenester med døgnbasert drift; se funnene i figur 5-9 på neste side.



Figur 5-9 Agenda Kaupang prosjekt for Stavanger og Sandnes – kartlegging av boliger og sykehjem pr. turnusgruppe. Sammenheng mellom størrelser på turnusgrupper og utgiftsnivå og opplevd kvalitet

Basert på det samme grunnlaget har vi gjennom ulike studier funnet at en grunnenhet oppnår stordriftsfordeler når den er over en størrelse på 13–14 årsverk. Enheter og grupper på størrelser under dette har ofte smådriftsulempene knyttet til turnusgruppene. Dette gjelder med hensyn til ansatte pr. årsverk og antall ansatte pr. bruker, behov for bemanning på natt og tilgangen på høgskole- og fagkompetanse på kveld, helg og natt. Det er knyttet flere valgmuligheter til større grupper. Små turnusgrupper medfører høy grad av sårbarhet ved fravær og endringer, vanskeligheter med å etablere fagmiljø, heltidskultur, i tillegg til utfordringer med å sikre kostnads-effektiv drift. Når gruppen blir større enn dette, vil stordriftsfordelene forsterkes parallelt med økning i størrelsen. Denne effekten er lavere enn det den er under grensen på 13–14 årsverk. Derimot er det i langt større grad driftsnøytralt når en gruppe kommer opp i et nivå på ca. 20 årsverk.

Som vi har påpekt tidligere i rapporten, er det variasjon i størrelsene på driftsenhetene i Kvam kommune. Flere enheter vurderes å være av en slik størrelse at det bør være mulig å sikre stordriftsfordeler. Samtidig ser man at det er enheter som er vesentlig mindre. Dette gjelder både i sykehjemmene og i boliger for utviklingshemmede og innen psykisk helse. Gjennomgangen viser at dette medfører noen utfordringer i det daglige, særlig knyttet til det å ha nødvendig kompetanse på alle vakter døgnet gjennom men også utfordringer med å håndtere fravær og vakante stillinger. Samdrift mellom enheter kompenserer noe. Men flere av enhetene vurderes ut fra det som er beskrevet i dette kapittelet å være av en slik størrelse at de har stor grad av smådriftsulempene.

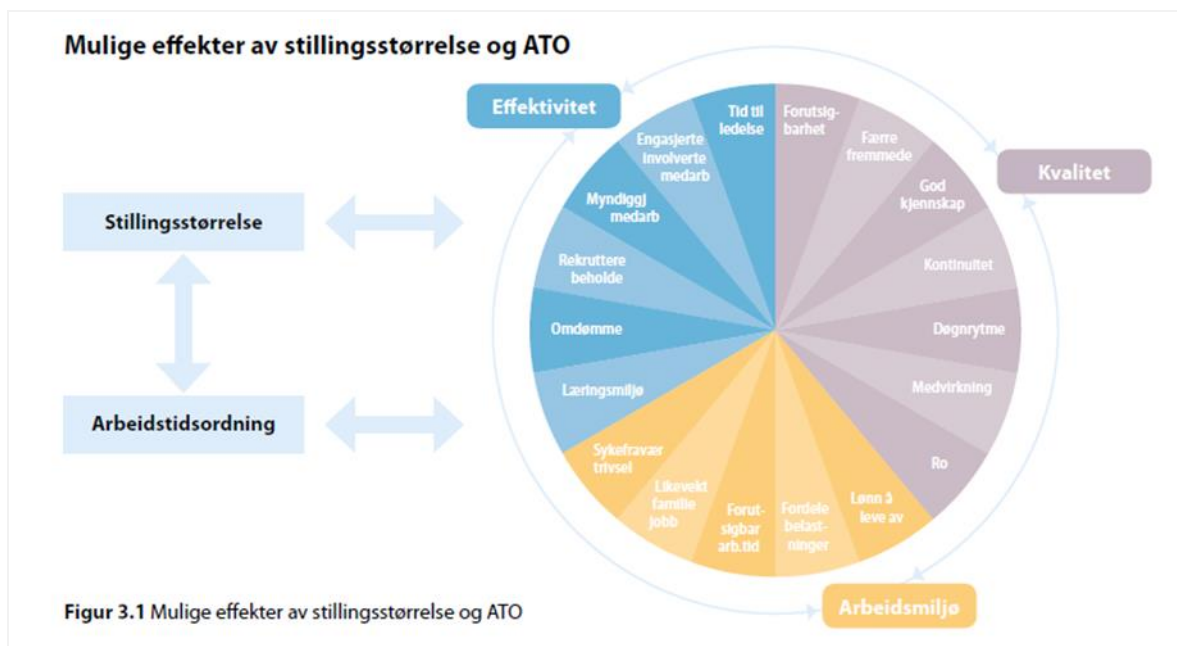
Heltidskultur er en viktig forutsetning for kvalitet

Det er vanlig at etablering av nye arbeidstidsordninger i helsesektoren har som mål at det skal bli mindre ufrivillig deltid, større stillingsstørrelser og flere hele stillinger. Bakgrunnen er at sektoren er preget av mange små stillinger. Etablering av nye turnuser har imidlertid også hatt bredere målsettinger om bedre arbeidsmiljø, bedre tjenester og mindre vikarbruk og bedre ressursutnyttelse samlet sett.

Forskningen på feltet har dokumentert at et høyt omfang av små stillinger fører til svekket tjenestekvalitet og en ineffektiv tjeneste. Samtidig gir små stillinger uverdige ansettelsesforhold for arbeidstakere som er avhengig av full lønn/pensjon og mer forutsigbarhet.

Små stillinger kan gjøre det krevende å sikre helhetlige tjenester og virker negativt inn på tjenestekvaliteten. Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange brukere ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner – og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.

Mulige sammenhenger mellom stillingsstørrelse og arbeidstidsordninger på den ene siden, og kvalitet, arbeidsmiljø og effektivitetsvariabler på den andre siden er vist i figuren under. Figuren er utarbeidet av Leif Moland.



Figur 5-10: «Kvalitetshjulet» med mulige effekter av stillingsstørrelse og ATO (arbeidstidsordninger). Kilde: Leif Moland i FAFO

Gjennomgangen har vist at det er mange ansatte i pleie- og omsorgstjenestene²⁰ og at mange ansatte jobber i reduserte stillinger. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse varierer fra 36 % til 60 % i tjenestene med turnus. Ansatte i Forvaltning og stab har en vesentlig høyere gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 89 % jf. figuren på neste side.

²⁰ Inkl. også Kvam rehabilitering og korttid

Kvam herad 2018 (brukte årsverk per oktober):	Årsverk	Personer	Gjennomsnittlig stillingsstørrelse
Strandebarm	22,80	42	54 %
Ålvik	7,23	12	60 %
Mikkelsflåten	25,99	44	59 %
Psykisk helse bolig	4,00	8	50 %
Øystese gruppe 2	18,86	33	57 %
Øystese gruppe 3	18,17	31	59 %
Dagtlbud Øystese	7,45	10	75 %
Tolo gruppe 1	15,79	29	54 %
Tolo gruppe 2	16,07	28	57 %
Gruppe 3 vest	18,03	35	52 %
Natt (organisert under gruppe3)	9,20	16	58 %
Kløveren	8,67	19	46 %
Gruppe 4	10,06	23	44 %
Gruppe 5	7,98	22	36 %
Gruppe 6 og 7	30,8	55	56 %
Forvaltning og stab	5,3	6	89 %
Kvam rehabilitering og behandling	21,76	38	57 %

Figur 5-11 Årsverk, gjennomsnittlig stillingsstørrelse i Kvam per oktober 2018. Det foreligger ikke egne tall for nattevaktene i Øystese (gruppe 3).

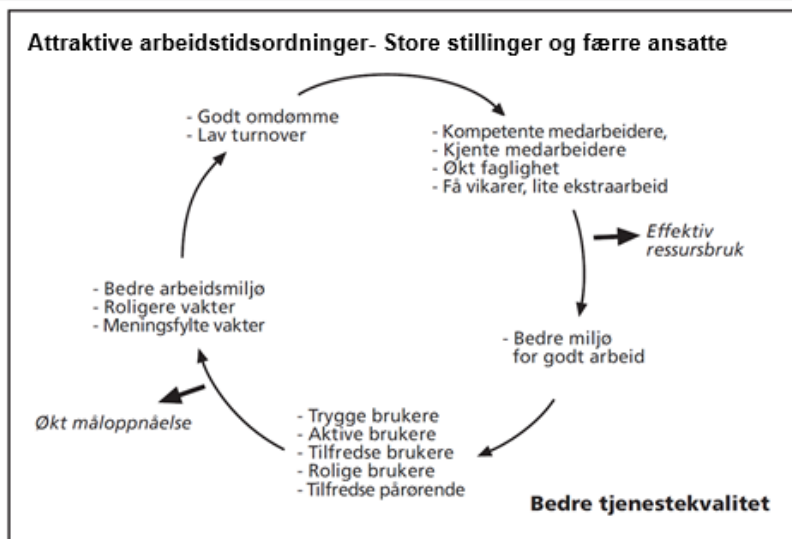
I intervjuene og i spørreundersøkelsen fremkommer det at flere ønsker høyere stilling, og at kommunen har et pågående arbeidet rundt dette. Flere uttaler at man til tross for dette ikke klarer å oppnå behov og ønske om høyere gjennomsnittlig stillingsstørrelser og heltidskultur i tjenestene.

Forskningen har dokumentert at et høyt omfang av små stillinger fører til svekket tjenestekvalitet og ineffektivitet. Samtidig gir små stillinger uverdige ansettelsesforhold for arbeidstakere som er avhengige av full lønn/pensjon og mer forutsigbarhet. Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste, og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort.

I framtida vil me få utfordringar med å rekruttera nok kvalifisert personell. Dette gjer det nødvendig å nytta dei samla ressursane betre og på nye måtar (Kvam helse og omsorgsplan 2015-2030)

Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange av brukerne ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner, og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft – og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.

Mulige sammenhenger mellom stillingsstørrelse og arbeidstidsordninger på den ene siden og kvalitet, arbeidsmiljø og effektivitetsvariabler på den andre siden er vist i «kvalitetshjulet» utarbeidet av Leif Moland jf. modellen i figuren på neste side.



Figur 5-12 Sammenhengen mellom heltidskultur, attraktive arbeidstidsordninger og bedre tjenestekvalitet.
Kilde: Leif Moland, Fafo

Sykefraværet er også en viktig faktor. Gjennomgang av data fra Kvam²¹ viser at fraværet varierer mellom gruppene fra 1,4 % til 15 %. Hovedvekten av fraværet er knyttet til langtidsfravær. Korttidsfraværet er lavt. Vår erfaring er at sykefravær påvirker alle forholdene i en avdeling og kvaliteten på tjenestene. I små avdelinger kan alt fravær være krevende å håndtere. Dersom avdelinger i tillegg har ubesatte stillinger blir det vanskelig å sikre nødvendig drift innenfor vedtatte rammer, og nødvendig kvalitet. Gjennomgangen viser at flere avdelinger har ubesatte stillinger og at dette ofte dreier seg om små deltidsstillinger på helg.

Oppfølging av sykemeldte, forebygging av sykefravær mv. er viktige lederoppgaver. Selv om det i dag foreligger et stort omfang av kunnskap og veiledningsmateriell for sykefraværarbeid og nærværarbeid (for eksempel hos Idebanken for sykefravær, NAV, forskningsrapporter mv.) er det ingen "quick fix" i dette arbeidet. Hvert sykefravær-/nærværstilfelle er unikt og må håndteres deretter. Hvordan arbeidstaker og nærmeste leder, eventuelt med bistand fra biaktører internt og eksternt, håndterer situasjonen, er avgjørende for om man lykkes.

I videreutviklingen av helse- og omsorgstjenesten i Kvam er anbefalingen at kommunen jobber for å få til en heltidskultur. Demografi og utvikling innen helse- og omsorgstjenesten tilsier at rekruttering blir mer krevende i framtiden. Det gjør det enda viktigere å nyttiggjøre seg den kompetansen man har til rådighet i større grad enn hva tilfelle er i dag. Organisering og mer driftsoptimale løsninger vil være en viktig faktor for å få til dette.

²¹ Data er hentet fra lønssystemet for perioden 30.09.17 – 01.10.18.

6 Dypdykk innen pleie og omsorg

I Agenda Kaupangs egenutviklede database foreligger det detaljerte oversikter over ulike kommuners prioritering av pleie- og omsorgstjenester. Dette er tall som ikke finnes i KOSTRA.

For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i Kvam har vi foretatt en enkel sammenligning med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling. Sammenligningene omhandler antall brukere og utgifter per bruker for likartet tjeneste. Vi har tatt utgangspunkt i både brutto- og nettodriftsutgifter for kommunene i sammenligningene.

Analysen benytter 3 brukerkategorier:

- ▶ Andre brukere, hovedsakelig eldre
- ▶ Mennesker med psykisk utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser
- ▶ Mennesker med psykiske helse/rusrelaterte sykdommer

Formålet er å få bedre innsikt i tjenestene

- ▶ Prioritering innenfor pleie og omsorg
- ▶ Omsorgstrappen for tre brukergrupper
- ▶ Utgifter fordelt på ulike brukergrupper og tjenester

I analysen endres sammenlikningskommunene som benyttes. Årsaken er at det ikke finnes et nasjonalt register hvor disse dataene er tilgjengelige. Dette gjør at vi må sammenlikne Kvam med kommuner man vanligvis ikke blir sammenliknet med. Formålet med sammenlikningen er å se på likheter og forskjeller i hvordan behovene for pleie og omsorg løses, og hvordan tjenestestruktur, tildeling av tjenester mv. påvirker utgiftsnivået. Formålet er å få økt innsikt i egen tjeneste-produksjon og å hente inspirasjon og lære av andre kommuner.

Vi har i dette prosjektet ikke hatt mulighet til å vurdere betydningen av forskjellen i andel brukere og deres behov. Det betyr at forskjellen i antall brukere pr. innbygger kan skyldes begge forhold. Kvam herad er vertskommune²² for brukere etter HVPU-reformen. Dette kan påvirke andelen brukere, når en sammenlikner med andre kommuner.

For å få mest mulig ut av tallmaterialet har vi valgt å dele brukerne i to grupper, over og under 18 år, innenfor tjenester til personer med funksjonsnedsettelse²³ og psykisk helse. Ressursene er koblet til de to gruppenes brukere. Ikke alle kommunene som har vært med i sammenligningen har hatt dette skillet, men vi har beregnet kostnadene på begge aldersgruppene. Vi vil her også vise kommunens kostnader med og uten vertskommunetilskuddet. Vertskommunetilskuddet føres ikke på KOSTRA-funksjoner innen pleie og omsorg i kommunens regnskap, men på funksjon 840.

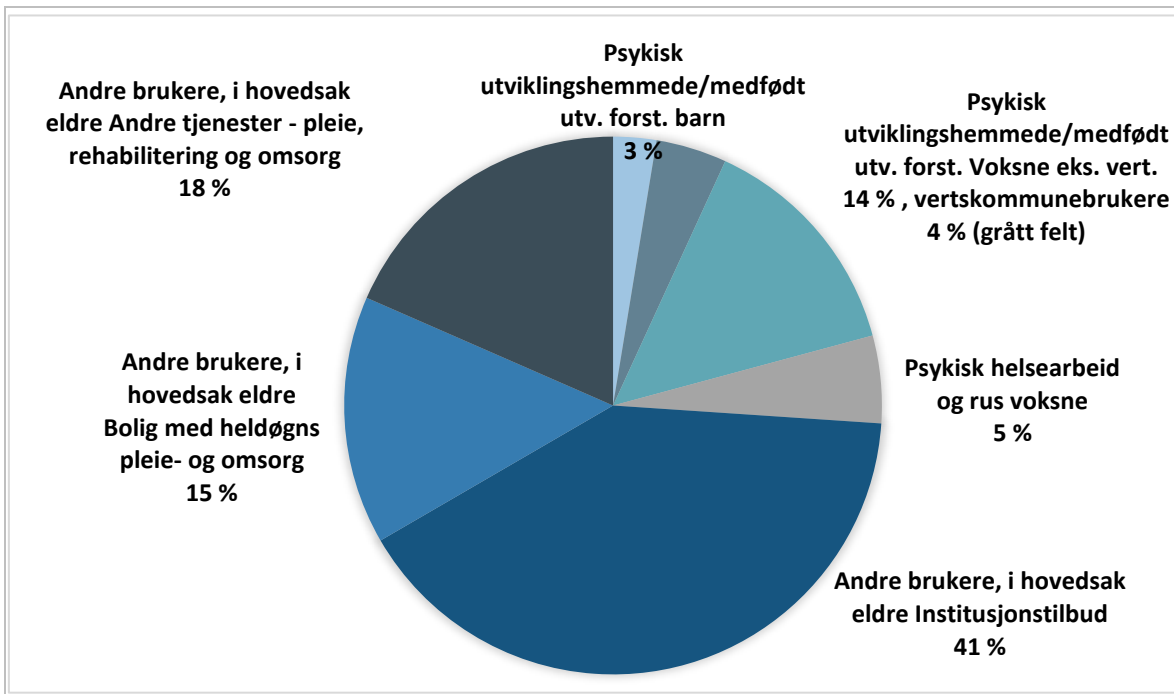
De viktigste analysene oppsummeres i dette kapittelet. Analysen innen pleie og omsorg ligger vedlagt som vedlegg til denne rapporten.

²² En vertskommune er, i denne sammenhengen, benevnelsen på en kommune som var det geografiske vertskap for en institusjon innen helsevernet for psykisk utviklingshemmede, hvor institusjonen hadde en viss størrelse og flertallet av institusjonsbeboerne hadde en annen opprinnelig bostedskommune.

²³ I denne kartleggingen er det hovedsakelig brukergruppen utviklingshemmede, eller brukere som har en medfødt/ervert kognitiv svikt og som har behov for langvarige og koordinerte tjenester som går under kategorien funksjonshemmede. Brukere med ALS, MS, ME osv. er ikke med her, men innbefattes i brukergruppen *andre brukere, i hovedsak eldre*.

Hovedvekten av utgiftene innen pleie og omsorg benyttes til brukergruppen «eldre»

I 2017 ble rundt 74 % av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg brukt til brukergruppen *andre brukere, hovedsakelig eldre* (jf. figuren under). 17 % av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg ble brukt på brukergruppen utviklingshemmede og rundt 5 % ble benyttet på brukergruppen psykisk helse og rus.



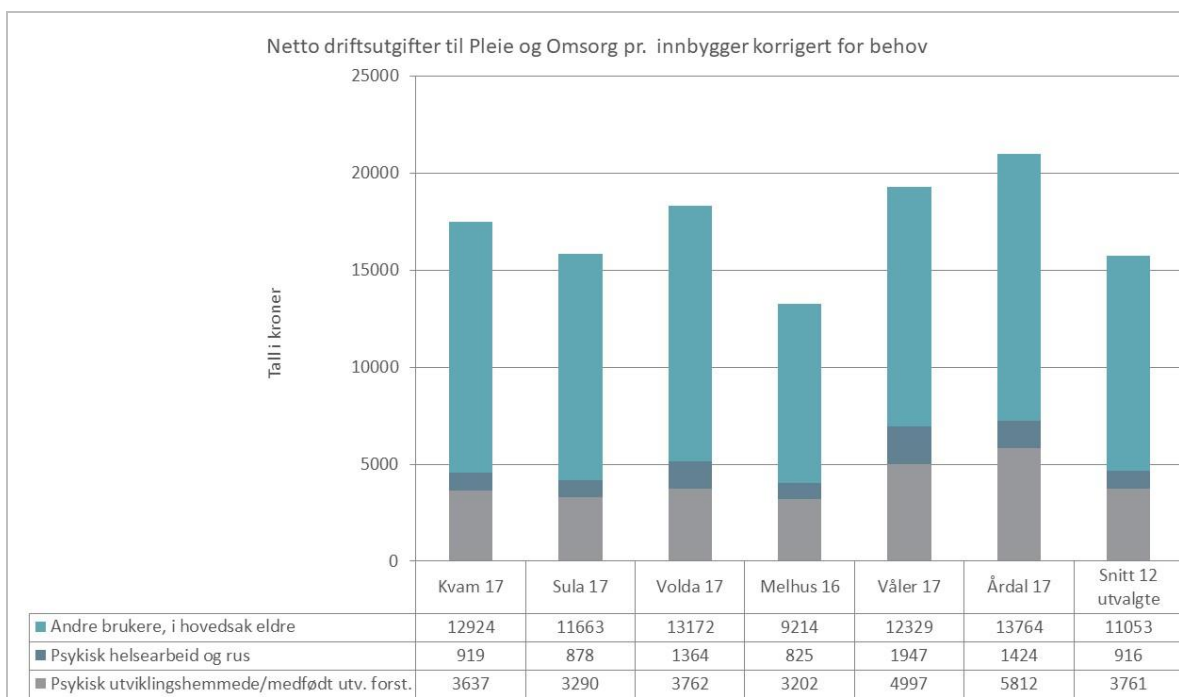
Figur 6-1 Netto driftsutgifter i 2017 (PLO) fordelt på ulike brukergrupper. Kilde: Kommunes regnskap, data fra fagsystemer bearbeidet av Agenda Kaupang

Av utgifter til brukergruppen omtalt som *eldre* ble 41 % av utgiftene i 2017 benyttet til tjenester i institusjon. 15 % av utgiftene var knyttet til tjenester i boliger med heldøgns tjenester, 18 % av utgiftene ble benyttet til andre helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

Kvam har noe høyere utgifter til pleie og omsorg enn snittet

Årsaken til dette er at utgiftene til brukergruppen *andre brukere, hovedsakelig eldre* er høyere enn snittet²⁴. Utgiftene knyttet til *psykisk helse/rus* ligger på nivå med snittet for referansegruppen. Utgifter ført under PLO i KOSTRA overfor brukere i kategorien *mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser* er lavere enn snittet for referansegruppen jf. figuren på neste side når vi korrejerer for behovet samlet sett. I denne figuren har vi ikke tatt hensyn til vertskommunetilskuddet, vi korrejerer for dette senere.

²⁴ Består av 12 kommuner av ulike størrelser hvor Agenda Kaupang har gjennomført PLO-analysen.



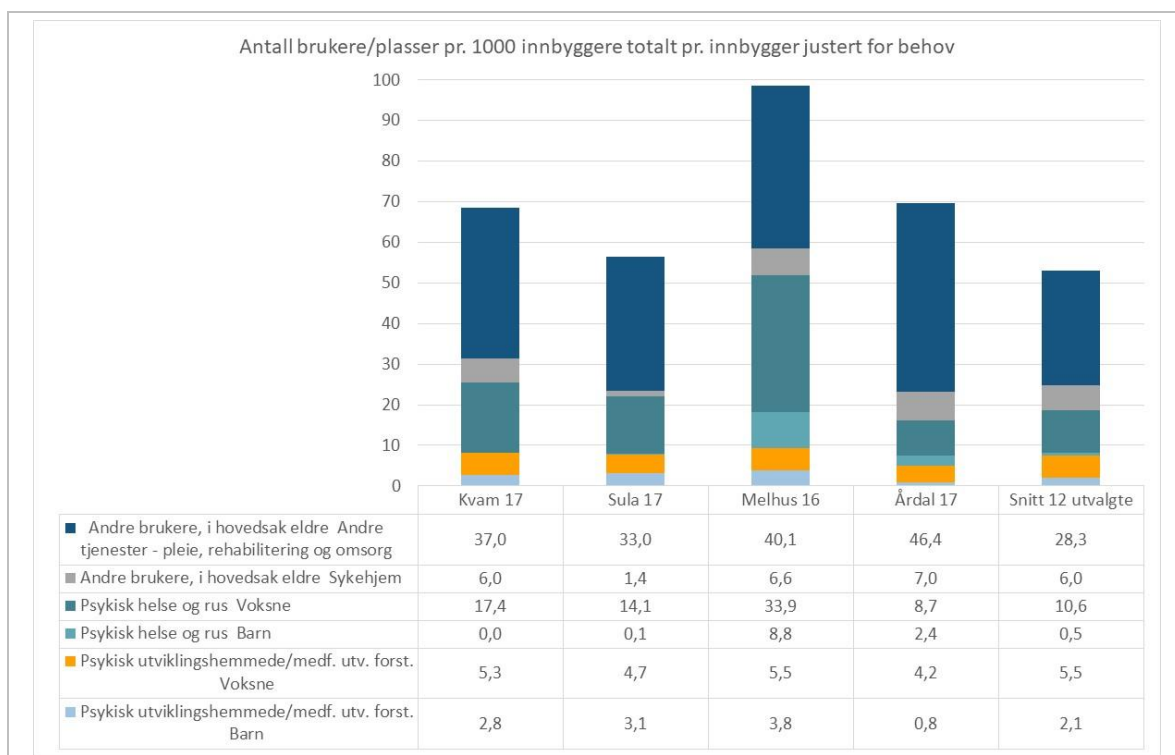
Figur 6-2 Netto driftsutgifter 2017 korrigert for behov fordelt på ulike brukergrupper Kilde: Kommunes regnskap, data fra fagsystemer bearbeidet av Agenda Kaupang

Korrigerer vi for vertskommunetilskuddet medfører dette at utgiftene til psykisk utviklingshemmede reduseres i Kvam med ca. 700 kr per innbygger²⁵. Utgiftene i snittet for referansegruppen reduseres med ca. 400 kr per innbygger korrigert for behov.

6.1 Andre brukere- hovedsakelig eldre

Analysene har vist at Kvam har høyere utgifter per innbygger overfor brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre*. Årsaken til at utgiftene varierer mellom kommunene må sees i sammenheng med antall brukere, brukernes behov og organiseringen av tjenestetilbudene. Vi vil videre i analysen peke på mulige forklaringer til kommunens kostnadsnivå, samt tiltak kommunen bør vurdere for å sikre mer bærekraftige tjenester fremover. I figuren på neste side har vi sett på om Kvam har flere eller færre brukere/plasser sammenliknet med andre kommuner.

²⁵ Kvam mottok ca. 8,3 millioner kroner i vertskommunetilskudd i 2017. Kvam hadde totalt 7 brukere innenfor denne kategorien i 2017.



Figur 6-3 Antall brukere/plasser pr. 1 000 innbyggere korrigeret for behov, fordelt på brukergrupper

Figuren viser at Kvam har flere brukere innenfor brukerkategorien *andre brukere, hovedsakelig eldre* enn snittet for referansegruppen. Analysene på tjenestenivå som ligger som vedlegg til denne rapporten viser at Kvam blant annet har flere mottakere som mottar ulike hjemmetjenester, matombringning, omsorgslønn, dagtilbud og tjenester i bolig med heldøgnsstilbud enn gjennomsnittet i referansegruppen. Andel plasser i institusjon for eldre er på nivå med snittet, men vesentlig høyere enn f.eks. Sula.

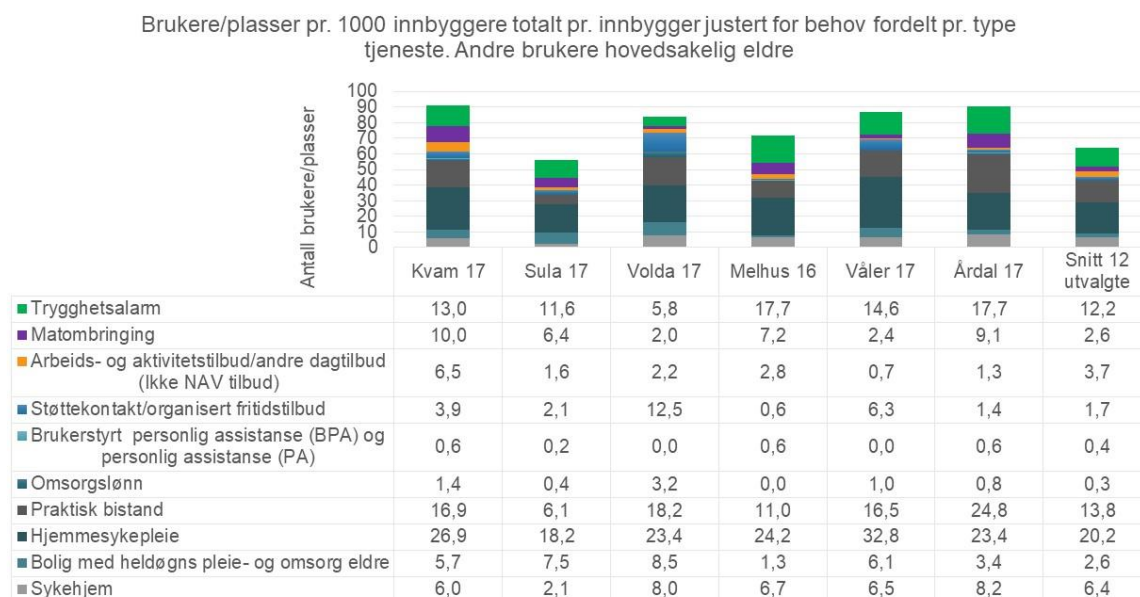
Figuren viser videre at Kvam ikke har oppgitt å ha barn og unge innenfor kategorien *psykisk helse/rus* som mottar ulike pleie- og omsorgstjenester. Dette ser vi også er tilfelle i flere av sammenlikningskommunene. Dette skyldes ikke at kommunene ikke har tilbud til denne brukergruppen, men at dette ofte dreier seg om tjenester som ikke ligger innenfor PLO slik det er definert i KOSTRA, og som dermed ikke er berørt i denne analysen. Når det gjelder tjenestemottakere over 18 år innenfor samme brukerkategori ser vi at Kvam har flere brukere enn snittet. Hovedvekten av tjenestene til denne brukergruppen omhandler tjenester forebyggende/psyko-sosialt tilbud, dagtilbud men også tilbud i bolig med tjenester.

Kvam ligger på nivå med snittet når det gjelder brukerkategorien *utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelser* under 18 år. Kvam har noen flere brukere innenfor denne kategorien over 18 år enn snittet. Kvam herad er vertskommune for brukere som tidligere bodde på sentral-institusjoner (før HVPU). Det medfører at Kvam herad har brukere som andre kommuner ikke har. Kvam kommune får Vertskommunetilskudd som følge av disse brukere. Hovedvekten av brukerne innenfor denne kategorien mottar tjenester i form av avlastning, tjenester i bolig og dag-/aktivitetstilbud. Vi har videre i våre analyser trukket ut de teoretisk beregnede kostnadene til vertskommune-brukerne basert på det kommunen får i tilskudd.

Kvam har noe høyere utgifter til eldre enn sammenlikningskommunene

Kvam kommune tilbyr brukergruppen «andre brukere – hovedsakelig eldre» en rekke ulike tjenester. Hovedvekten av brukerne mottar ulike tjenester i eget hjem i form av helsehjelp, praktisk bistand, trygghetsalarm og matombringning. Per 31.12.17 var det ca. 480 tjenestemottakere innenfor denne kategorien. Hovedvekten av disse mottok helsehjelp i hjemmet (188). 63 av 480 mottok tjenester i omsorgsboliger med heldøgnsomsorg og 67 mottok tjenester i institusjon.

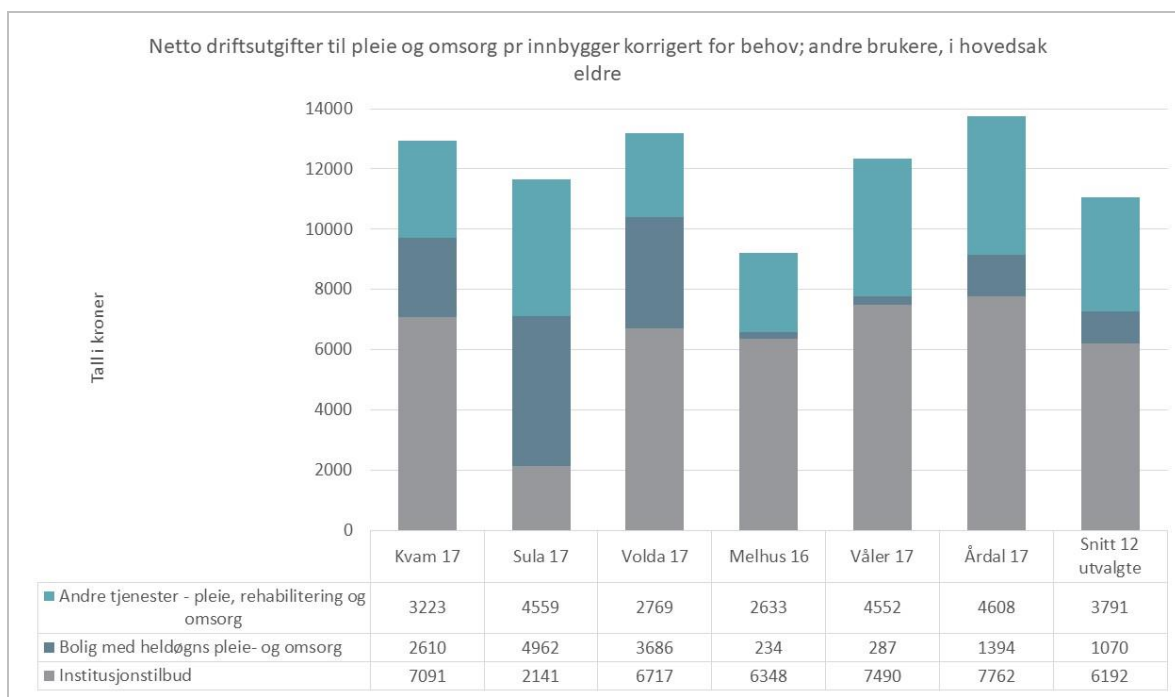
I figuren under har vi sammenliknet Kvam sin «omsorgsprofil» overfor denne brukergruppen med andre kommuner. Analysen viser at omsorgsprofilen varierer mellom kommunene. Kvam har noe færre brukere i sykehjem enn snittet men flere i bolig med heldøgnsomsorg jf. figuren under.



Figur 6-4 Brukere/plasser pr. 1000 innbyggere korrigert for behov. Kilde: Kvam herad Agenda Kaupang

Av analysen vår fremkommer det at Kvam kun har færre brukere enn snittet innenfor institusjon.

Vi har tidligere vist at utgiftene til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* er noe høyere enn i snittet for referansegruppen. Ser vi nærmere på hva som påvirker utgiftsnivået og hvordan utgiftene fordeler seg på tjenester til denne brukergruppen i 2017, ser vi at årsaken til at kommunen har noe høyere utgifter må sees i sammenheng med utgiftene til omsorgsbolig med heldøgnsomsorg, samt institusjonstjenester. I 2017 ble 41 %v av ressursene innen PLO benyttet til institusjonstjenester for eldre. Oversatt til penger utgjør dette i underkant av 900 kr mer per korrigerte innbygger til institusjon enn det snittet i referansegruppen vår gjorde. Kommunen brukte rundt 15 % av utgiftene innen pleie og omsorg på bolig med heldøgnsomsorg for eldre. Ser vi på kostnadsforskjellene på omsorgsbolig med heldøgnsomsorg var utgiften i Kvam i overkant av 1500 kr mer pr. innbygger enn snittet i referansegruppen jf. figuren under. Vi vil senere komme inn på mulige forklaringer på hva som gjør at kommunens utgifter til dette er noe høye.



Figur 6-5 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr. 1000 innbyggere korrigert for behov - Andre brukere, hovedsakelig eldre

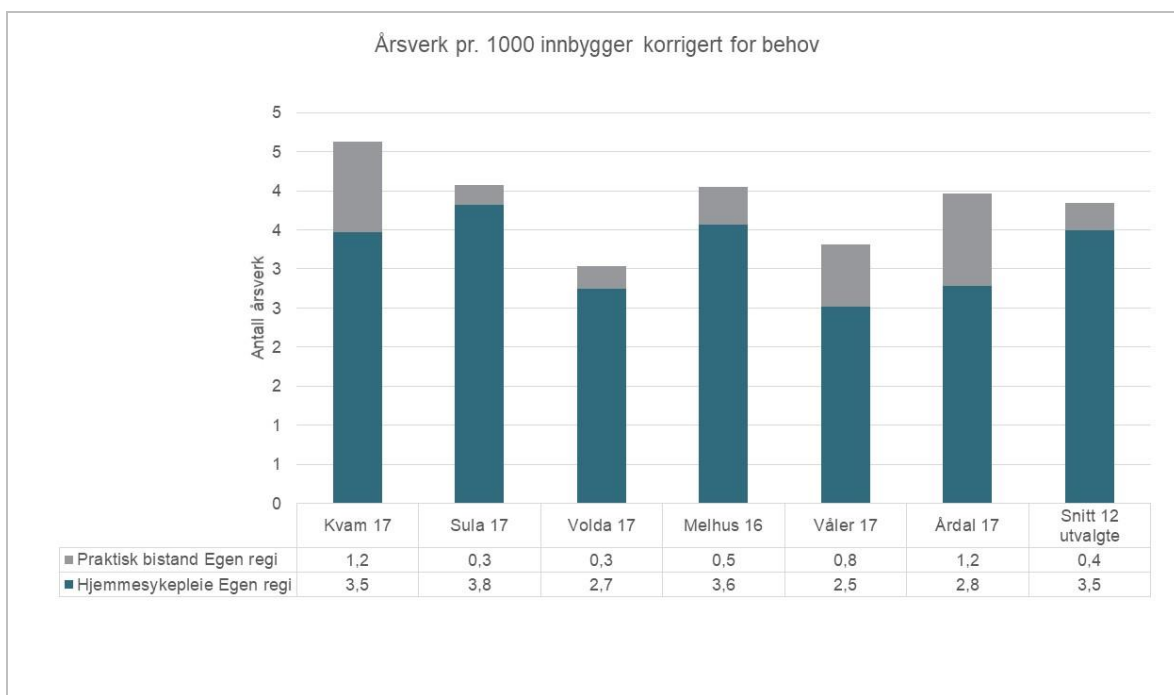
18 % av utgiftene i pleie og omsorg i 2017 var knyttet til ulike hjemmetjenester for *andre brukere, hovedsakelig eldre*. Ser vi på kostnadsnivået, ser vi at Kvams utgifter til dette er ca. 500 kr lavere pr. innbygger enn snittet i referansegruppen.

I de neste delkapitlene vil vi gå dypere ned i hjemmetjenesten, omsorgsboligene for eldre og institusjonstjenesten.

Det er behov for å videreføre satsing på ambulante hjemmetjenester

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunens hjemmetjenester (helsetjenester og praktisk bistand utenfor institusjon) er en viktig forutsetning for å kunne ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og å unngå institusjonsopphold eller bolig med heldøgns tjenester. Erfaringen er at dette prioriteres ulikt i de ulike kommunene. Dette fremkommer også i figuren under. Kvam har flere årsverk pr. 1 000 innbyggere (korrigert for behov) enn alle sammenlikningskommunene. Hovedårsaken til dette er at Kvam har en sterkere prioritering av årsverk til praktisk bistand/hjemmehjelp. Når det gjelder årsverk til ambulant helsehjelp/hjemmesykepleie har Kvam like mange årsverk som snittet i referansegruppen.

Våre analyser har vist at Kvam har flere brukere med helsehjelp utenfor institusjon. Det medfører at Kvam har færre årsverk pr. 100 brukere enn snittet for referansegruppen. I praksis betyr det at i Kvam betjener færre årsverk flere brukere. Situasjonen innenfor hjemmehjelp/praktisk bistand er omvendt. Her er det flere årsverk per bruker.



Figur 6-6 Årsverk pr. 1000 innbygger korrigert for behov, ambulante hjemmetjenester

Erfaringen er at mange kommuner reduserer årsverk og ressurser til ordinær praktisk bistand/ hjemmehjelp, og heller prioriterer årsverk og ressurser til hverdagsrehabilitering, og årsverk til den ambulante hjemmesykepleien.

Kvam har en «hjemmeorientert» profil på pleie- og omsorgstjenestene sine. Det fremkommer i kommunens planverk og visjoner. Kvam har færre institusjonsplasser enn snittet for referansegruppen, men ligger relativt høyt på boliger med heldøgn når vi sammenlikner dekningsgraden med øvrige kommuner. Skal kommunen klare å opprettholde profilen sin i tråd med BEON-prinsippet, er en robust hjemmetjeneste helt avgjørende. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er nødvendig. For lite kapasitet i den ambulante hjemmetjenesten kan fort medføre økt press på boliger med heldøgn og/eller tjenester i institusjon. Dette er ikke nødvendigvis det beste for bruker, eller kommuneøkonomien. Analysene våre viser at Kvam ligger på nivå med snittet når vi sammenlikner årsverk i den ambulante hjemmesykepleien, med 3,5 årsverk pr. 1000 innbygger korrigert for behov. Kvam har imidlertid flere brukere med tjenester. Dette tilsier at kapasiteten i den ambulante hjemmetjenesten i Kvam ikke nødvendigvis er så høy som det fremkommer i figuren over.

Når det gjelder praktisk bistand (hjemmehjelp) ser vi at Kvam har flere årsverk pr. innbygger korrigert for behov enn snittet for referansegruppen. Mange kommuner velger å tilby hverdagsrehabilitering istedenfor å tilby ordinær praktisk bistand (hjemmehjelp). Kvam har etablert hverdagsrehabilitering. Gjennom intervjuer med ansatte fremkommer det at man opplever at dette er viktige tiltak for at flere kan bli boende hjemme og opprettholde god helse og funksjonsnivå. Samtidig er det mange som opplever at kommunen har et potensial i å avslutte og unngå å tildele hjemmehjelp. Flere uttaler at man tildeler tjenester til innbyggere som ikke er i behov av tjenester og at man også ikke i stor nok grad klarer å avslutte. Våre analyser viser at Kvam har flere brukere enn snittet. Lavere terskel for tildeling kan være en mulig forklaring for dette.

Vi har tidligere vist at Kvam ligger under snitt for referansegruppen når det gjelder utgifter til tjenester for hjemmeboende. Som vi ser av figuren over skyldes dette altså ikke årsverk i den ambulante hjemmetjenesten, men må sees i sammenheng med andre tjenester som ytes til hjemmeboende. Analysene våre har vist at kommunen har flere brukere innenfor «alle» tjenestekategoriene. Det kan tyde på at kommunen «smører tynt» utover, ved at mange får, men

omfanget på tjenester er lite. Erfaringen er at flere kommuner i større grad strammer inn tildelingen for bedre å sikre at de som trenger det mest får dette. En strammere tildelingspraksis vil medføre at det blir større kapasitet i tjenesten.

Kvam har lave enhetskostnader for tjenester i hjemmet (for brukergruppen andre brukere, hovedsakelig eldre)

Ser vi nærmere på enhetskostnadene i Kvam på ulike tilbud til hjemmeboende brukere,²⁶ ser vi at enhetskostnaden utgjør i underkant av 110 000 kroner. Dette er lavt, særlig med tanke på at kommunen uttaler at man ønsker å satse på hjemmetjenester. Erfaringen fra andre kommuner, f.eks. Fjell, er at enhetskostnaden for en bruker i hjemmetjenesten i snitt utgjør 200 000 kr. Alta kommune som er i en stor omstilling ønsker også å legge seg på samme nivå for å ha nok «muskler» til å håndtere nødvendig omlegging innenfor pleie- og omsorgstjenesten.

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten er helt avgjørende for å klare å håndtere stadig flere og mer komplekse brukerbehov i eget hjem, og dermed unngå/utsette behov for bolig med heldøgn eller institusjon. Hovedvekten av innbyggerne ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig. For kommunen har dette også et økonomisk aspekt. Til sammenlikning har en plass i omsorgsbolig med heldøgn (HDO) en enhetskostnad på ca. 460 000 kroner i Kvam. En institusjonsplass koster i snitt 1,2 mill. kroner. Det viser viktigheten av å klare å ivareta brukernes behov for helse- og omsorgstjenester i eget hjem så lenge som mulig og så lenge det vurderes som faglig forsvarlig. Ettersom Kvam har noe lav enhetskostnad i hjemmetjenesten, kan dette være et signal om at man ikke klarer å prioritere godt nok, og at kommunen har en lav terskel for å tildele tjenester. En konsekvens av dette er at kapasiteten blir mindre. Dette kan medføre at behovet for heldøgnsomsorg kommer raskere enn det ville gjort om man hadde hatt noe mer kapasitet.

Alt tyder på at den kommunale hjemmetjenestens rolle og funksjon stadig blir viktigere. Dette henger blant annet sammen med føringene som er fremmet i samhandlingsreformen, samtidig som innbyggerne ønsker å kunne få bo hjemme så lenge som de kjenner seg trygge i eget hjem.

Tilstrekkelig kapasitet og organisering er viktig for å ivareta innbyggernes behov for tjenester i hjemmet

Kvam har baser for den ambulante hjemmetjenesten i Ålvik (dag og kveld), Øystese, Norheimsund (2 avdelinger) og i Strandebarm. Ansvar for nattevaktressursene er lagt til sykehjemmet. Geografisk er Kvam en mellomstor kommune, men med noe reiseavstand.

Årsverkene i hjemmetjenesten er de viktigste innsatsfaktorene i tjenesten. Hjemmetjenesten utgjør totalt ca. 39 årsverk.²⁷ En gjennomgang av bemanningsplanene viser at aktiviteten er høyest på dagtid i ukedager (18 ansatte). I helgen er det i snitt 12 ansatte på dagvakt. På kveld er bemanningen noe lavere, og bemanningen her er lik hele uken (7 ansatte). Det er 2,7²⁸ ansatte på natt, hovedsakelig hjelpepleiere. I Strandebarm har man bakvaksordning som sikrer at det er sykepleier på natt. I Øystese og Norheimsund samarbeider man med sykehjemmene om sykepleierressursene.

Sykepleierdekningen i hjemmetjenesten varierer noe gjennom uken, men også fra uke til uke. Turnus er ifølge lederne den viktigste årsaken til dette. Antall sykepleiere på vakt i ukedagene

²⁶ Dette omhandler utgifter til helsehjelp i hjemmet, hjemmehjelp, aktivitet og fritidstilbud, BPA, støttekontakt mv.

²⁷ Årsverk oppgitt per oktober 2018

²⁸ Strandebarm har oppgitt at 0,7 av årsverkene på natt er tilknyttet hjemmetjenesten. Bakvakt kommer i tillegg.

varierer, men er lavere på helg enn i ukedager. Kommunen har også lavere sykepleiedekning på kveld sammenliknet med dagtid.

Ser man på kompetansen i hjemmetjenesten ser man at denne også varierer mellom gruppene. I Tolo gruppe 1 og 2, som har ansvar for hjemmeboende i Norheimsund mv. er andelen ansatte med høyskoleutdanning 21 % og 24 %. Ved Mikkjelsflaten er andelen noe høyere, 28 %.

Det er viktig at kommunen sikrer tilstrekkelig kapasitet inkl. kompetanse uken gjennom. Mange kommuner ser at man i mindre grad enn tidligere kan ha lavere kapasitet på kveld og helg dersom man skal klare å ivareta flere brukere i eget hjem. Manglende kapasitet kan gjøre at brukere og pårørende opplever utrygghet. Mangel på trygghet er en av de viktigste årsakene til at mange søker om tjenester på et høyere omsorgsnivå. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten uken gjennom er derfor et viktig tiltak for å unngå/utsette behov for heldøgnsomsorgstilbud i bolig eller institusjon.

Behov for ny organisering og mer samlokalisert hjemmetjeneste?

Som vi har vist tidligere er Hjemmetjenesten i Kvam delt inn i flere enheter med noe ulik organisering. Kommunens inndeling må sees i sammenheng med kommunens geografiske utforming og lange reiseavstander. Flere kommuner ser behov for å ha en felles samlokalisert hjemmetjeneste, blant annet for å utnytte ressursene og kompetansen bedre. Dette vurderes ikke som særlig aktuelt i Kvam. Vurderingen er at kommunen bør se på om det kan være mulig å se Norheimsund og Øystese mer i sammenheng. I dette ligger det også at kommunen bør se på organiseringen av natt-tjenestene, samt om det kan være mer hensiktsmessig å skille ut den ambulante hjemmetjenesten fra omsorgsboligene her.

For å unngå at tjenesten blir for stor organiserer man gjerne tjenesten i mindre team/avdelinger. Den mest vanlige inndelingen innebærer at man deler teamene ut fra geografi, men mange ser også på behovet for spesialiserte fagteam som f.eks. demensteam, palliativt team, hverdagsrehabiliteringsteam mv. Behov for daglig ledelse må ivaretas, og må tilpasses ut fra størrelsen på de ulike teamene. Målet må være å sikre et mest mulig likt lederspenn og å unngå at lederspenntet blir for stort. Dersom lederspenntet er for stort, vil det nesten alltid etablere seg subkulturer med uformelle ledere. Det betyr at et stort lederspenn kan tvinge frem et underliggende ledernivå som har ansvar for den daglige oppfølgingen av ansatte. Dersom leder ikke mestrer lederspenntet, er det fare for at faglige og økonomiske avgjørelser tas av andre personer enn dem som har det formelle ansvaret. Uformell ledelse kan også få stor innvirkning på arbeidsmiljøet.

Vi har vist at boligen innen psykisk helse er organisert under Mikkjelsflaten. Samdrift mellom ulike enheter kan være hensiktsmessig og nødvendig, men gjennomgangen i Kvam tyder på at det kan være mer hensiktsmessig å overføre ansvaret for denne brukergruppen til den enheten som har mest kompetanse på denne brukergruppen, det vil si avdeling for psykisk helse og rus. Det betyr ikke at brukere innenfor denne kategorien ikke skal ha tilgang på helsehjelp og de ordinære hjemmetjenestene dersom vurderingen er at man er i behov av slike tjenester.

Med tanke på de demografiske utfordringene Kvam med tiden vil stå overfor, vil god utnyttelse av ressurser i hjemmetjenesten, tilstrekkelig kompetanse og bruken av denne være avgjørende. Vurderingen vår er at det vil være klokt å samlokalisere hjemmetjenesten til hjemmeboende mer enn hva tilfelle er i dag og se på organiseringen av tjenesten totalt sett. Erfaring fra andre kommuner tilsier at man i enda større grad får til effektive arbeidsfordelinger, redusert reisetid²⁹,

²⁹ Flere kommuner har tatt i bruk digitale verktøy for å redusere arbeidet med arbeidslister. Spider er et slikt eksempel. Dette er blant annet innført i Horten og har gitt gode resultater både iht. kvalitet og kostnadene.

bedre informasjonsflyt mv. En samlokalisering fordrer at man har gode lokaler som kan romme en så stor tjeneste, og en lederstruktur som gjør at behov for ledelse blir ivaretatt.

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, hvor hjemmetjenesten spiller en avgjørende rolle. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utviklingen stiller større krav til samarbeid og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Ofte kan ikke lenger én tjenesteyter alene levere de tjenestene brukerne trenger. Mange har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å ivareta behovene og for å skape helhet og kontinuitet. Et eksempel på dette er at brukere av hjemmetjenester i dag har mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for flere helsetjenester og flere avanserte helsetjenester enn før. Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for flere legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Økt digitalisering vil også ha betydning for hvordan man jobber sammen og hvordan arbeidet struktureres. Dette medfører at man må jobbe annerledes, man må samarbeide bedre og det kan være behov for nye organisatoriske løsninger som bedre reflekterer dagens og fremtidens utfordringer og muligheter.

Behov for tverrfaglig samhandling og økt stillingsstørrelse

Nasjonalt er det en forventning om at innbyggerne i større grad skal ta ansvar for egen helse og at kommunene har en viktig funksjon i å sikre opplæring, forebygge og bistå slik at den enkelte kan opprettholde god helse og funksjonsnivå og bli boende i eget hjem lenge. Skal hjemmetjenesten fylle rollen sin og nå målene som de selv har satt, samt ivareta fremtidens behov for tjenester, er vurderingen at man må ha en hjemmetjeneste med tilstrekkelig kompetanse. Ettersom Kvam har en samlokalisert organisering er det noe krevende å skille ut årsverk i hjemmetjenesten fra øvrig drift. Gjennomgangen kan imidlertid tyde på at Kvam har noe lavere andel ansatte med høyskole enn det vi ser er tilfelle i andre kommuner.³⁰ Erfaringen er at flere kommuner satser på økt kompetanse og mer tverrfaglig kompetanse i hjemmetjenesten. Hovedvekten av ansatte med høyskole er sykepleiere i Kvam. Tverrfaglighet er en viktig forutsetning for å kunne ivareta mer komplekse og sammensatte behov og å unngå økt press på omsorgsbolig, sykehjem og sykehus. Forskning viser at en slik satsing kan være fornuftig. Telemarksforskning (2011)³¹ fant at kompetanse målt ved hhv. andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet og andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk, ser ut til å ha en positiv effekt på kostnader, produksjon og kvalitet.

Kvam kommune har, som vi har vist tidligere samorganisert tjenester i bolig med de ambulante tjenestene. Dette gjør at det er noe krevende å finne eksakte tall for kompetansesammensetningen, og gjør dermed sammenlikningen vanskelig. Tar man utgangspunkt i årsverkene som er oppgitt ser vi at andel ansatte med høyskole varierer fra 21 % til 30 %. Andel ansatte helsefag/hjelpepleie varierer fra 39 % til 52 %. Andel ufaglærte varierer fra 9 % til 34 %.

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for enhetene som har ansvar for hjemmetjenester og boliger med heldøgnsstilbud for eldre utgjør i underkant av 59 % stilling.

³⁰ Eks. Sula: 54 % av årsverkene var sykepleiere

³¹ Telemarksforskning (2011): «Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren.» TF-rapport nr. 280

Kvam har mange eldre som mottar støttekontakt, omsorgsstønad og matombringing

I tillegg til de mer tradisjonelle tjenestene er også tjenester som støttekontakt, trygghetsalarm, matombringing mv. viktige tjenester for denne brukergruppen. Dette er hovedsakelig tjenester som utmåles og tildeles som et enkeltvedtak etter en behovsvurdering. Analysene viser at Kvam har noen flere brukere enn snittet for referansegruppen. Tall fra IPLOS viser at tjenester organisert som BPA og tildelt støttekontakt mv. har økt siste årene i Kvam. Hva som er årsaken til den sterke økningen er uklart, men kommunen opplyser at en av grunnene er tilflytting. Ny rettighetsfesting kan også være en av forklaringene. Vurderingen er at også her bør kommunen se på tildelingspraksisen sin, og sikre at de som trenger det og som fyller vilkårene for tjenestene blir prioritert. Kommunens økonomiske situasjon medfører at man ikke kan prioritere innbyggere som ikke fyller vilkårene for å få tjenester.

Kvam herad har mange brukere med dagtilbud

Dagtilbud for eldre er lokalisert på Strandebarmheimen, Øysteseheimen og Ålvik omsorgsbustad. Pr 31.12.2017 var det over 70 brukere som fikk tjenester i form av dag- og aktivitetstilbud.

Vurderingen er at dagtilbud er et viktig tilbud for at innbyggerne skal kunne bo i eget hjem, opprettholde livskvalitet og helse og for å unngå/utsette behov for mer omfattende tjenester. Dag- og aktivitetstilbud kan dermed benyttes aktivt som et ledd i å tildele tjenester etter BEON-prinsippet. Dagtilbudene kan ofte fungere som avlastning for pårørende. Dagtilbud kan også avlaste den kommunale hjemmetjenesten ved at f.eks. behov for bistand til å sikre tilstrekkelig ernæring, sårstell mv. kan ivaretas når bruker er på dagsenteret. Det å ha et godt dagtilbud, med tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet, kan dermed utsette/erstatte behov for andre tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester.

Lønnsutgifter til dag- og aktivitetstilbudet i Kvam for 2017 utgjorde i underkant av 2,9 millioner kroner fordelt på de tre dag- og aktivitetstilbudene³². Summen inkluderer også transport og drift av de ulike tilbudene. Summen over ligger inne i tallene vi tidligere presenterte som enhetskostnader for ulike tjenester i hjemmet. Utgifter til dagsentrene utgjør i underkant av 6 % av utgiftene som er knyttet til hjemmeboende og skiller seg ikke vesentlig fra det vi ser i andre kommuner. De viktigste faktorene for utgiftene er lønnsutgifter til ansatte. Det benyttes rundt 4,2 årsverk til dette.

Sammenliknet med andre kommuner ser vi at det er relativt mange som deltar i ulike dag- og aktivitetstilbud i Kvam. Tallene inkluderer også brukere som bor i bolig med heldøgnsomsorgstilbud og fraviker fra det vi ser er vanlig i andre kommuner. Vi kjenner ikke til kommuner som tilbyr brukere i bolig med heldøgnsstilbud å delta i de kommunale dag- og aktivitetstilbudene. For disse brukerne er det vanlig at ansatte i boligene har ansvar for å sørge for at også disse brukerne får et variert og godt tilbud, inkludert ulike aktiviteter. Kvam jobber med å avvikle denne praksisen.

På sikt vil det kunne bli behov for å øke kapasiteten på tilbudene i kommunen som følge av at andel innbyggere over 67 år vil øke fremover. Som følge av dette er det også forventet at andel innbyggere med demenssykdom vil øke kraftig. Dette, sammen med en større andel eldre, tilsier at kommunen vil få økt behov for dag- og aktivitetstilbud. Vurderingen er at det i forbindelse med dette må sees på hvilke tilbud kommunen skal ha og hvor tilbudene skal være lokalisert. Flere kommuner velger å legge ansvar for dagsentrene under den ambulante hjemmetjenesten. Årsaken til dette er at brukerne som deltar her i hovedsak er brukere som bor i eget hjem og som hjemmetjenesten kjenner og yter tjenester til. Flere kommuner opplever også at andel brukere og den daglige bruken av dagsentrene øker når man legger ansvaret for denne tjenesten som en del av

³² Tall fra dekomponert regnskap 2017

den ordinære hjemmetjenesten. Andre kommuner gjør som Kvam, og organiserer dagsentrene under enheten de fysisk hører inn under, eller som egne enheter.

Agenda Kaupangs vurdering og forslag til tiltak for å sikre at flere kan ta ansvar for egen helse og bli boende hjemme

Hovedinntrykket er at Kvam kommune har mange dyktige medarbeidere som strekker seg langt og som er stolte over å jobbe i kommunen. Innføring av hverdagsrehabilitering beskrives å fungere godt. Samarbeidet mellom enhetene beskrives å fungere og svært mange får bistand. Likevel er vurderingen at Kvam kan gjøre grep som gjør at kommunen i enda større grad kan sikre at de som er i behov av tjenester i eget hjem får dette og på den måten sikre at flere kan bli boende hjemme, og unngå press på tiltak høyere opp i omsorgstrappen.

Detaljgjennomgang viser at Kvam har flere brukere med tjenester på lavere nivå som f.eks. helsehjelp i hjemmet samt dag- og aktivitetstilbud sammenliknet med andre. Samtidig viser kostnadsanalysen vår at kommunen ikke har høyere utgifter til dette. Det kan indikere at kommunen har en tildelingspraksis som medfører at flere får tjenester, men at man får lite. Et viktig spørsmål videre må være om dette er en ønsket prioritering.

Pårørende er de viktigste «frivillige» for kommunen. Deres innsats er uunnværlig. Studier fra Sykehuset innlandet viser at ressursinnsatsen som pårørende legger ned er uunnværlig for både bruker, men også kommunen. Dette viser betydningen av å tilby tjenester som gjør at «den private omsorgen» i hjemmet kan fortsette. Grannehjelpa (Frivillighetssentralen mv³³) i Kvam trekkes frem av flere som en viktig aktør for innbyggerne og kommunen, og vil være en viktig samarbeidspart for kommunen i sin videreutvikling av helse- og omsorgstjenesten.

Tilstrekkelig kapasitet, god organisering og kompetanse er avgjørende for å ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester på et lavest mulig omsorgsnivå og gjøre det mulig å bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Dette er viktig for den enkelte innbygger og ikke minst for kommunen med tanke på kostnadseffektivitet.

Våre anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Gjennomgang av vedtak og tildelingsrutiner som sikrer at de som er i behov av tjenester får dette og at tjenester for de som ikke er i behov av det avsluttes.
- ▶ Kvam bør se Øystese og Norheimsund mer i sammenheng. I dette arbeidet må man også se på hvor baser skal være lokalisert og organisert. Dette arbeidet må også omhandle hvordan kommunen kan sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i tjenesten hele uken.
- ▶ Overføre ansvar for bolig innen psykisk helse (Mikkjelsflaten) til avdeling psykisk helse og rus.
- ▶ Digitalisering av arbeidsprosesser (f.eks. arbeidslister/kjørelister) og økt bruk av velferdsteknologi (f.eks. RoomMate, digitale natt-tilsyn).
- ▶ Økningen i behov som følge av demografien må hovedsakelig dekkes i den ambulante hjemmetjenesten - det vil være nødvendig å vri mer av ressursinnsatsen fra heldøgns tjenester til tjenester lavere i omsorgstrappen. Økt satsing på hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering er viktige tiltak for at flere skal bli boende hjemme. Med dagens dekningsgrad vil det være behov for en styrking av den ambulante hjemmetjenesten med ca. 5 årsverk frem mot 2022, og ytterligere 10 årsverk frem mot 2032. Prognosen er høyst usikker og må sees i sammenheng med utvikling av velferdsteknologi, effekter av

³³ <http://www.grannehjelpa.no/>

hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering og dekningsgrader innen sykehjem og bolig med heldøgn .

- ▶ Kvam bør øke andel ansatte med høyskoleutdanning og sikre en mer tverrfaglig kompetansesammensetning i den ambulante hjemmetjenesten slik at hjemmetjenesten blir ett reelt alternativ til heldøgnsomsorg og at man dermed kan unngå/utsette behov for mer kostnadskrevende tjenester.
- ▶ Utvikle kapasiteten på dag- og aktivitetssentrene. Arbeidet må inkludere å vurdere organiseringen samt antall lokasjoner.

Kommunens utgifter til bolig med heldøgnsomsorg er høye

En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset bevegelseshemmede, og tilrettelagt slik at de som bor der skal kunne motta tjenester etter behov. Boligen er å regne som beboerens eget hjem.

Kommunale omsorgsboliger er utleieboliger tilrettelagt fortrinnsvis for eldre personer med ulike typer funksjonssvikt som gjør det vanskelig å mestre hverdagen i egen bolig eller trygdebolig. Kvam har mange ulike omsorgsboliger. Omsorgsboligene ligger spredd i «hele» kommunen. Beboeren betaler husleie og mottar ulike hjemmetjenester på samme vilkår som for andre hjemmeboende.

En kan rangere omsorgsboliger i fire nivåer som vist i tabellen under:

Tabell 6-1 Fire nivåer for bistand i ulike typer boliger, modell Agenda Kaupang

Nivå/behov for bistand	Type bolig	Tilbud av tjenester	Bemanningsløsning
Nivå 1: Lavt behov for bistand	Private hjem og «plussboliger»	Forebyggende tjenester, hjemmetjenester og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
Nivå 2: Noe behov for bistand	Private hjem, omsorgsboliger, «plussboliger»	Hjemmetjenester, kort-tidsopphold og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
Nivå 3: Middels behov for bistand	Tilrettelagte omsorgsboliger og private hjem «plussboliger»	Hjemmetjenester, kort-tidsopphold og medisinsk oppfølging	Base i samme bygg med bemanning hele eller deler av døgnet
Nivå 4: Omfattende behov for bistand	Omsorgsboliger med heldøgns omsorg og sykehjem	Intensiv pleie og omsorg	Døgnbemanning

For kommunen er det viktig at man har tilgang på det som kan kalles «bemanningsvennlige boliger». Det bør være mulig å etablere baser i boliger hvor det er mange eldre med middels behov for bistand (nivå 2 og nivå 3). Bemanningen av boligene bør tilpasses utviklingen av behovet for tjenester for beboerne i boligene. Behovet avgjør blant annet om det trengs bemanning hele eller deler av døgnet.

Kvam herad har flere omsorgsboliger for eldre. Analyser viser at Kvam særlig har satset på boliger i kategorien 4 som erstatning for sykehjem, og at de har flere boliger i kategorien 1 og 2, men at man mangler boliger som benevnes som «plussboliger» eller boliger med servicefunksjoner. Flere og flere kommuner ser behov for slike boliger som et del av «boligtrappen» for eldre.

Kvam har planer om å erstatte dagens tilbud ved Strandebarm med nytt og økt tilbud. Samtidig foreligger det planer om å samlokalisere bo- og tjenestetilbudet til personer med demenssykdom i og ved Øysteheimen. I dette inngår det å etablere en «demenslandsby» med heldøgns plasser, avlastning, utredning, dagtilbud mv. Vurderingen er at det kan være smart å samlokalisere tilbudene til denne brukergruppen hvor formålet er å skape mer driftsoptimale løsninger, og mer

robuste fagmiljø. Samtidig har vi gjennom våre analyser vist at det kan være økonomisk krevende for kommunen å ha tilbud om boliger og heldøgnsstilbud lokalisert mange steder i kommunen. Med de nye planene legger kommunen fortsatt opp til en kostnadskrevende struktur. Vurderingen vår er at dette ikke er økonomisk bærekraftig fremover og gjør at kommunen bør vurdere om man kan redusere antall lokasjoner fremover. I dette ligger det å se om man kan utvide kapasiteten ved dagens lokasjoner, ev. gjøre justeringer i fremtidige planer.

Legg til rette for at personer med demens kan bo hjemme lengst mulig

I de første fasene av et demensforløp er hjemmebaserte tjenester mest aktuelt for personer med demens. En hovedstrategi bør være at en større del av tilbudet skal gis på de nederste trinnene i omsorgstrappen.

En slik generell vridning av tilbudet vil være fornuftig for personer med demens. I tillegg kan man tenke seg noen tiltak spesielt rettet mot personer med demens:

- ▶ Pårørendeskole og pårørendegrupper, samt arrangere temakvelder om demens for pårørende og frivillige
- ▶ Å utvikle tilbudet og kapasiteten på ulike avlastningstiltak for pårørende
- ▶ God kapasitet og gode aktivitetstilbud på dag- og kveldstid og i ferier til alle hjemmeboende tjenestemottakere med demens i samarbeid med frivillige, inkludert økt satsing på blant annet turgrupper, «Inn på tunet» mv.
- ▶ Etablere et demensteam/demenslag i den ambulante hjemmetjenesten med ansvaret for alle vurderinger og vedtak på tjenester til nye brukere
- ▶ Velferdsteknologi som kan bidra til trygghet og mestring av hverdagsaktiviteter og avlastning for pårørende

Flere av tiltakene over har Kvam satset på og dette vil være viktige elementer å bygge videre på i videreutviklingen av demensomsorgen i kommunen.

Bygg demensvennlige boliger som en del av en helhetlig boligpolitikk for eldre

Bygging av sykehjem og omsorgsboliger innebærer betydelige investeringer for en kommune. Byggingen er også av stor betydning for driftsutgiftene i årene som kommer. Det er viktig å se utbygging i kommunal og privat regi i sammenheng.

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. Mange ønsker seg lettstilte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt. Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen.

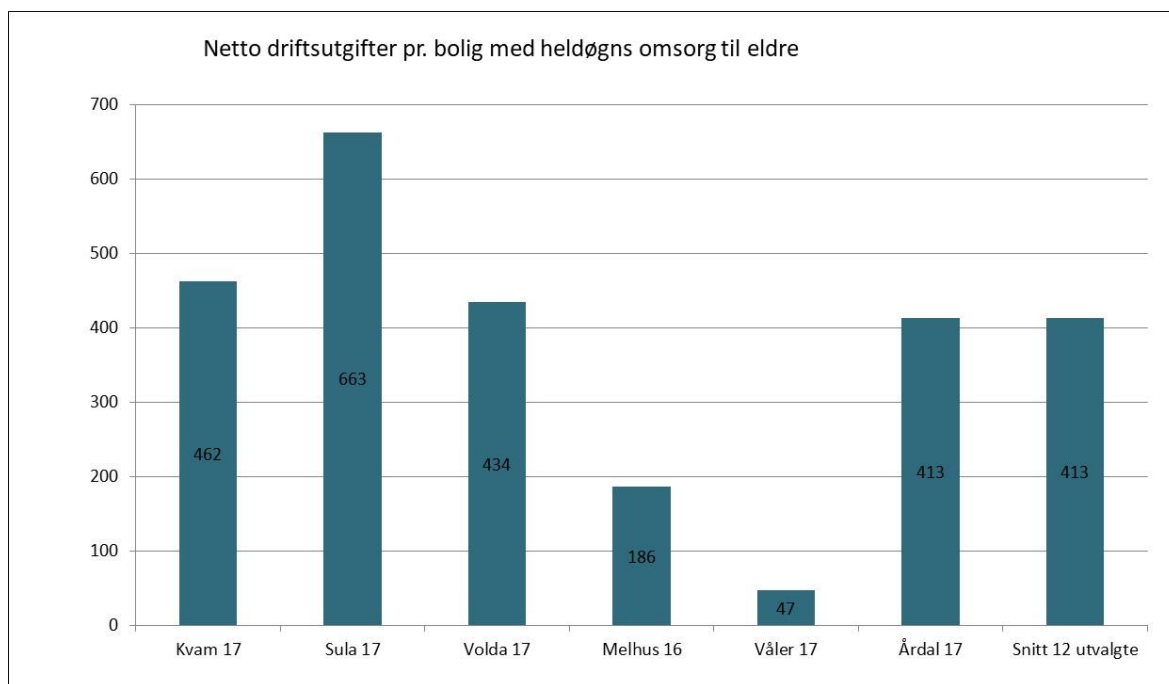
Bygging av gode seniorboliger i privat regi kan bidra til at flere eldre kan ta ansvar for egen egnet bolig. Ofte kan det være lurt å flytte inn i slik bolig før det er aktuelt og funksjonene faller som følge av økt alder.

Noen eldre har ikke nok egenkapital til å kjøpe en ny egnet bolig. Det bør derfor være mulig å leie boliger. Kommunen kan gi råd til eldre om hva som finnes av støtteordninger i kommunal og statlig regi, og kanskje også hjelpe til med å ta opp lån på det private markedet.

Byggingen av slike boliger kan gjøres i dialog med private utbyggere. Som planmyndighet kan kommunen stille krav om for eksempel fellesarealer, slik at boligene er egnet for å utvikle gode fellesskapsløsninger for eldre. Det er også mulig å vurdere om kommunen skal etablere personalbaser i private bygg, slik enkelte kommuner har gjort. For personer med demens kan universell utforming og tilpasning av omgivelsene bidra til å eliminere eller redusere forhold som virker funksjonshemmede.

Kvam har noe høyere enhetskostnader enn snittet til bolig med heldøgns omsorg for eldre

I 2017 brukte Kvam ca. 15 % av ressursinnsatsen sin innen pleie og omsorg til omsorgsboliger med ulike heldøgnsstilbud for eldre. Analysene har vist at kommunens utgifter til dette er høyere enn kommunene vi benytter til sammenlikning og at enhetskostnadene er noe høyere enn snittet jf. figuren under. Det som påvirker utgiftsnivået er enhetskostnader og volum.



Figur 6-7 Utgifter til tjenester i bolig med heldøgnsomsorg for eldre

Kvam har tre tilbud som omhandler omsorgsboliger med heldøgnsbemanning for eldre. Ett tilbud er lokalisert i Øystese - Mikkjelsflaten (32 plasser) og to tilbud er lokalisert i Norheimsund, Tolo 1 og Tolo 2 (32 plasser). I tillegg er det omsorgsboliger andre steder i kommunen, for eksempel i Strandebarm og i Ålvik hvor det tilrettelegges med tjenester.

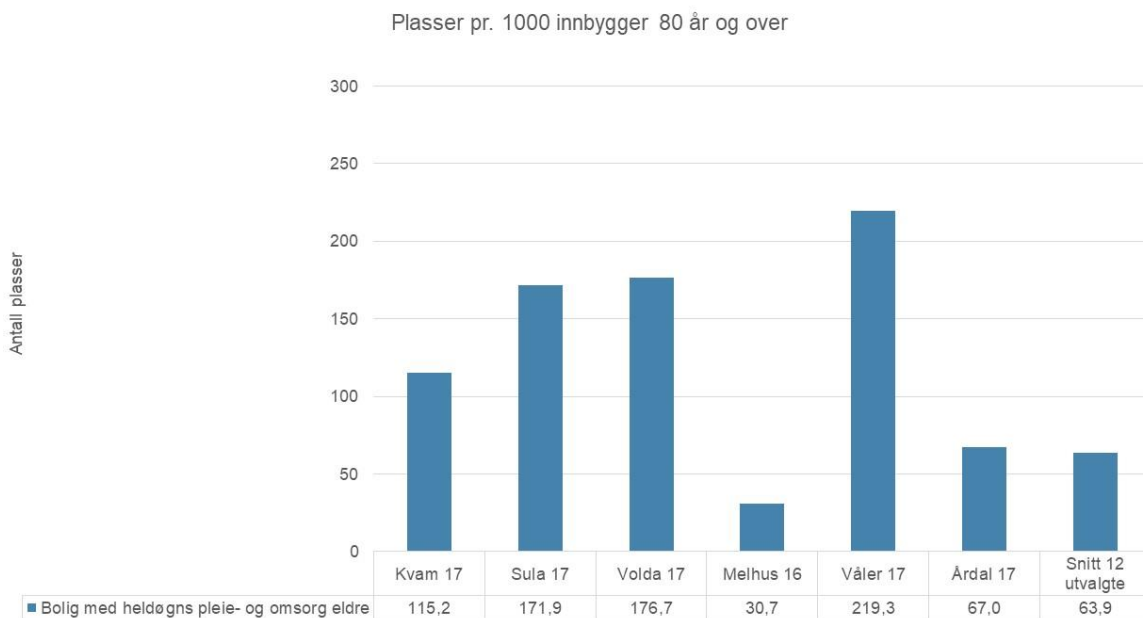
Utgifter pr. plass er noe høyere enn snittet i referansegruppen. Hovedvekten av utgiftene er også her knyttet opp mot årsverkene som benyttes for formålet. Tar vi utgangspunkt i bemanningsplanene ser vi at bemanningen i de ulike tilbudene varierer fra 0,5 til 0,65³⁴. Dette er ikke spesielt høyt sammenliknet med det vi ser i andre kommuner.

Flere kommuner satser mer på ulike omsorgsboliger samtidig som man reduserer dekningsgraden i sykehjem. Skal denne strategien lykkes er man avhengig av å ha driftsoptimale bygg og gode størrelser på avdelingene. Gjennomgangen i Kvam kan tyde på at Mikkjelsflaten har en utforming og størrelse som muliggjør dette. Når det gjelder Tologruppe 1 og 2 er vurderingen at denne i større grad bør sees på som en, og at det i den sammenheng bør vurderes om enhetene som er bygget som to selvstendige driftsenheter kan bygges sammen. Organiseringen av omsorgsboligene på Strandebarm vurderes å være kostnadseffektiv ettersom personalressursene her benyttes fleksibelt mellom sykehjemmet, den ambulante hjemmetjenesten og boligene. Kommunen har planer om å erstatte plassene her med et nytt omsorgsbygg lokalisert på Strandebarm med 26

³⁴ Når vi beregner pleiefaktor, tar vi utgangspunkt i den planlagte bemanningen og antall plasser avsatt til formålet. Samtidig legger vi inn antall årsverk totalt pr. avdeling, inkludert natt, men eksklusiv leder.

omsorgsboliger. Disse plassene erstatter dagens sykehjemsplasser og omsorgsboligene, samt trygghetsleilighetene ved Strandebarm.

Årsaken til at Kvam har høyere utgifter til heldøgnsstilbud enn snittet i referansegruppen skyldes noe høyere enhetskostnader, men hovedårsaken er at Kvam har flere plasser jf. figuren under.



Figur 6-8 Plasser i bolig med heldøgnsbemanning for eldre

I tabellen under har vi sammenfattet hva som skjer med dekningsgraden fremover dersom Kvam velger å videreføre dagens dekningsgrad for bolig med heldøgnsomsorg.

Tabell 6-2 Framskrivning av behov for heldøgnsomsorgstilbud i bolig

	2017	2021	2026	2031	2036
Dekningsgrad med dagens plasser, HDO boliger (63)	11,52 %	11,86 %	10,24 %	8,31 %	7,39 %
Behov boliger HDO med dekningsgrad 2017	63	61	71	87	98

Tabellen viser at nedgangen i eldre over 80 år frem mot 2021 vil medføre at dekningsgraden holder seg rimelig stabil. Analyser fra tidligere har vist at fra ca. 2023 og utover vil andel over 80 år øke og gjøre sitt til at dekningsgraden reduseres. Dersom Kvam skal ha samme dekningsgrad i 2036 som i 2017, vil det samlet sett være behov for 98 plasser totalt, mot 63 i 2017. Dette er en økning på rundt 56 %. En slik økning vil være økonomisk krevende å håndtere for kommunen og lite bærekraftig. Framskrivningen viser at uavhengig av hvilken dekningsgrad kommunen velger å legge seg på vil behovet for boliger med mulighet for heldøgnsbemanning øke dersom man viderefører dagens dekningsgrad. Gjennom samtaler med ansatte fremkommer det at man per i dag har påtrykk på slike tilbud, samtidig som man opplever at brukere takker nei til tilbud om boliger som er lokalisert i andre deler av kommunen enn man bor i. Flere uttaler at kommunen både er i behov av flere tilbud og ulike tilbud, men at dette ikke må gå på bekostning av den ambulante hjemmetjenesten.

Kvam herad har planer om å bygge et nytt omsorgssenter i Strandebarm med 26 omsorgsboliger med heldøgntjenester. Dette skal både erstatte dagens tilbud ved Strandebarm, men innebærer

også en økning i plasser samlet sett. Det vil si at dekningsgraden på boliger med heldøgntjenester vil bli høyere enn det som fremkommer i tabellen over når dette prosjektet er ferdig. Dekningsgraden for sykehjem vil reduseres ettersom det ikke er lagt inn å erstatte dagens sykehjemsplasser ved Strandebarm.

Kompetansesammensetningen i boliger med heldøgnsbemanning for eldre varierer

Når det gjelder ansattes kompetanse i omsorgsboligene med heldøgn ser vi at stadig flere kommuner ser behov for å øke andel ansatte med fag- og høyskoleutdanning. Kvam kommune har, som vi har vist tidligere, samorganisert tjenester i bolig med de ambulante tjenestene. Dette gjør at det er noe krevende å finne eksakte tall for kompetansesammensetningen, og gjør dermed sammenlikningen vanskelig. Tar man utgangspunkt i årsverkene som er oppgitt ser vi at andel ansatte med høyskole varierer fra 21 % til 28 %. Andel ansatte helsefag/hjelpepleie varierer fra 39 % til 52 %. Andel ufaglærte varierer fra 9 % til 34 %.

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for enhetene som har ansvar for boliger med heldøgntilbud for eldre utgjør i underkant av 58 % stilling.

Agenda Kaupangs vurdering og forslag til tiltak – omsorgsboliger for eldre

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. Mange ønsker seg lettstilte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt. Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen.

Kvam har en sterkere prioritering av heldøgntilbud i bolig for eldre enn mange av sammenlikningskommunen. Kommunens utgifter til dette er høye. Utgiftsnivået må sees i sammenheng med kommunens strategi om å ikke ha høy dekningsgrad i sykehjem. Analysene viser at enhetskostnadene er noe høyere enn snittet, men likevel vesentlig rimeligere enn enhetskostnadene for sykehjem. Kommunens enhetskostnader for omsorgsbolig med heldøgnsomsorg må selvsagt sees i sammenheng med at beboerne har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Samtidig er vår erfaring at organiseringen av tilbudene og tilbud fordelt på fire³⁵ lokasjoner også har stor betydning.

Dekningsgraden for omsorgsboliger må sees i sammenheng med dekningsgrad for sykehjem. Samlet sett ligger Kvam noe høyt. Dette skyldes primært at kommunen har flere plasser i bolig med heldøgn.

Våre anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Organisere Tolo 1 og Tolo 2 som én enhet, på sikt bygge sammen. Dette må sees i sammenheng med forslaget om ny organisering av de ambulante hjemmetjenestene.
- ▶ Kommunens plan om utbygging på Strandebarm og Øystese må sees i sammenheng med kommunens dekningsgrad og framskrivning (behov for ulike tjenester). Erfaringsmessig bør kommunen unngå å ha for mange lokasjoner hvor det tilrettelegges med døgn tjenester og stedlig bemanning.
- ▶ Kommunen bør utvikle en helhetlig boligpolitikk for eldre, og de bør lage konkrete mål for dekningsgrader på heldøgns omsorgsplasser og sentrumsnære «plussbolig-konsepter» i samarbeid med private aktører.

³⁵ Strandebarm, Tolo 1 og Tolo 2, og Øystese

Kvam har høye utgifter til institusjon for eldre

41 % av ressursene i 2017 ble benyttet til institusjonstjenester for eldre. Utgiftene i Kvam utgjorde ca. 1000 kroner mer per innbygger (korrigert for behov) enn snittet i referansegruppen.

Tjenester i institusjon er knyttet til personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester som ikke kan ivaretas i hjemmet. Sykehjemstjenesten reguleres av ulike lover og forskrifter som stiller krav til faglig forsvarlighet, kvalitet og brukermedvirkning. De viktigste er:

- ▶ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ▶ Pasientrettighetsloven
- ▶ Helsepersonelloven
- ▶ Folkehelseloven

I 2017 hadde Kvam 67 plasser i sykehjem. I løpet av 2018 har antall plasser økt med 6 plasser til 73. Plassene er fordelt på 3 lokasjoner: Strandebar, Toloheimen og Øystese.

Data fra KOSTRA viser at Kvam har et gjennomsnittlig belegg i 2017 på over 99 %. Dette er høyt og 4 prosentpoeng over snittet for KOSTRA-gruppe 11. Kommunen oppgir at man har hatt stort påtrykk på plassene, og at flere av korttidsplassene ble oppholdt av pasienter som ventet på langtidsplasser. I 2018 økte kommunen kapasiteten med 6 plasser.

Behovet for korttidsplasser har økt som følge av samhandlingsreformen (IRIS 2014)³⁶. Andel korttidsplasser er derfor valgt som en nasjonal kvalitetsindikator for pleie- og omsorgstjenestene. Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Et slikt tilbud har mye å bety for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Det er derfor viktig at kommunen har tilstrekkelig antall plasser, og at plassene fungerer i tråd med formålet. Gjennom våre samtaler med ansatte fremkommer det at korttidsplassene i Kvam hovedsakelig fungerer. Samtidig er det flere som er opptatt av at arbeidet kan bli mer systematisk med mål om at pasienten skal komme raskt hjem. Flere uttaler også at man ønsker mer bruk av rullerende korttidsopphold for å sikre at de som bor hjemme kan få et funksjonsløft og på den måten sikre at flere kan bli boende hjemme.

Statistikk fra KOSTRA underbygger det som fremkommer i våre samtaler og spørreundersøkelse knyttet til bruken av korttidsplassene i kommunen. Tall fra KOSTRA viser at Kvam hadde flere liggedøgn og færre pasienter per plass enn f.eks. Sula, Fjell og Stjørdal. I sitt videre arbeid vil det være viktig å se på hvordan kommunen kan få til kortere liggetid i korttid, slik at flere kan nyttiggjøre seg dette tilbudet. Erfaringen er at ved målrettet innsats på korttidsoppholdene kan kvaliteten på oppholdet øke, samtidig som liggedøgn i institusjon reduseres og gjør sitt til at brukerne kommer raskere hjem.

Høy pleiefaktor og organiseringen av tilbudet gjør at utgifter per plass i institusjon er høy

Kvam har høye utgifter til institusjon samlet sett. Dette til tross for at kommunen har lavere dekningsgrad enn kommunene vi benytter i sammenlikningen jf. figuren under.

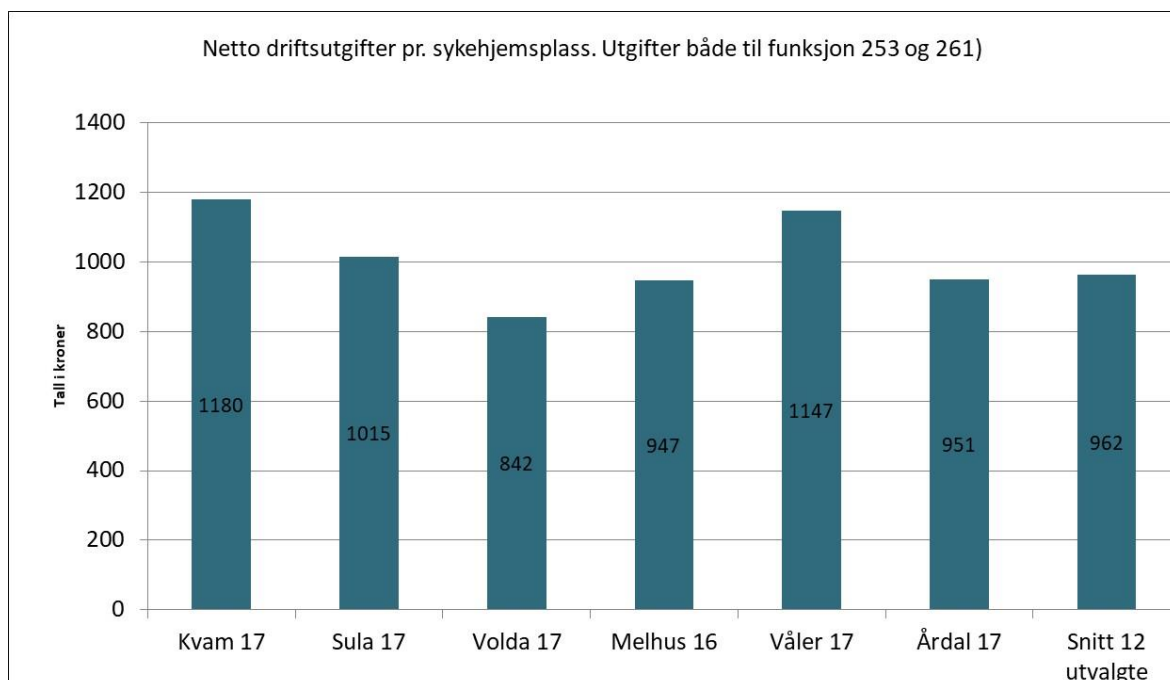
³⁶ IRIS (2014) «Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet». Rapport IRIS 2014/382.



Figur 6-9 Dekningsgrad for sykehjem, antall plasser pr. 1000 innbygger over 80 år

Det er viktig å ha med seg at Kvam har økt antall plasser i 2018. Det medfører at dekningsgraden øker til ca. 13,6 % og er høyere enn det som fremkommer over.

Ser vi på kostnadssiden, viser analysene at utgiftene pr. plass (enhetskostnaden) er høye i Kvam jf. figuren under.



Figur 6-10 Nettodriftsutgifter pr. sykehjemsplass. Utgifter dekker alle utgifter innen funksjon 253 og 261. Inntekter i form av vederlag mv. er trukket ut. Kilde: Kvam kommune/Agenda Kaupang

Kvam har en gjennomsnittlig enhetskostnad pr. sykehjemsplass på i underkant av 1,2 millioner kr pr. plass. Dette er over snittet for referansegruppen (962 000 kr), og høyest blant kommunene i sammenlikningen. Gjennomgang av type plasser viser at i 2017 var ca. 40 % av plassene i Kvam

ordinære langtidsplasser. 35 % av plassene ble benyttet til langtidsplasser for mennesker med demenssykdom. I underkant av 24 % av plassene var avsatt til korttids- og rehabiliteringsopphold (inkl. KØH).

Hovedvekten av utgiftene utgjør årsverk benyttet til formålet. Når vi legger bemanningsplanene for hver enkelt avdeling til grunn ser vi at pleiefaktoren varierer fra 0,89 til 1,3. For å få mer innsikt i enhetskostnadene i Kvam har vi foretatt en kartlegging og beregning av pleiefaktor ved sykehjemmene. I tabellen nedenfor viser vi pleiefaktoren ved den enkelte avdeling:

Tabell 6-3: Pleiefaktor, basert på bemanningsplan per oktober 2018, inkl. nattevakt

Avdeling	Plasser	Årsverk ut fra bemanningsplan, inkl. nattevakt	Pleiefaktor ³⁷ (basert på bemanningsplan)
Strandebarm (skilt ut årsverk til bolig mv.)	13	11,61	0,89
Gruppe 2 - Øystese	18	18,73	1,04
Gruppe 3 - Øystese	10	11,73	1,17
Kløveren	8	9,37	1,17
Tolo - gruppe 3 Vest	8	9,37	1,17
Kvam rehabilitering og korttid inkl. KØH	16	20,86	1,10

Det som har mye å si for pleiefaktoren er størrelsen på avdelingene og antall årsverk i turnusen. Erfaringen er at avdelinger under 12 sengeplasser er kostbare og pleiefaktoren i disse avdelingene er høyere grunnet behovet for et minimum antall personer til stede på de ulike vaktene. På institusjon er det de totale ressursene knyttet til natt og tilgang til sykepleiekompetanse på kveld, natt og helg som fører til at mindre institusjoner og turnusgrupper/bemanningsgrupper er dyrere å drifte enn større. Samdrift mellom avdelingene f eks. på natt kompenserer noe. Organiseringen av institusjonstjenesten med mange små avdelinger og flere lokasjoner mener vi er en av hovedårsakene til at kommunen har høye enhetskostnader. En konsekvens av dette er at det per oktober 2018 ble det brukt over 13 årsverk (73 plasser) på natt i sykehjemmene. Dette er vesentlig høyere enn det vi ser i andre kommuner og må sees i sammenheng med at kommunen har sykehjemsdrift 3 plasser i kommunen, samt at kommunen har mange og relativt små avdelinger.

Ressurser i form av ergoterapi og fysioterapi kommer i tillegg til oppgitt pleiefaktor i tabellen over. Agenda Kaupangs sammenligningsgrunnlag fra andre kommuner gjennom flere år viser at pleiefaktor for langtid ofte ligger ned mot 0,7. For korttidsplasser er pleiefaktoren normalt høyere og ligger mellom 0,85 og 0,95. Tilbud om rehabiliteringsplasser ligger erfaringsmessig høyere enn dette. Basert på dette kan det se ut som om sykehjemsplassene i Kvam har en gjennomgående høyere bemanningsfaktor enn hva vi ser er tilfelle i andre kommuner.

Gjennomgangen viser at Kvam har en utfordring med at man bruker mye ressurser på natt. Vurderingen må være om man kan ivareta behov for tilsyn og beredskap på natt på en mer hensiktsmessig og ressursbesparende måte enn i dag. Digitale natt-tilsyn og samarbeid med andre avdelinger/tjenester kan være et tiltak. Hovedutfordringen slik vi ser det er at kommunen har valgt å

³⁷ Pleiefaktor benyttes som en måleenhet for forholdet mellom registrerte årsverk til pleie og beboerne på institusjon. Vi tar utgangspunkt i bemanningsplan når pleiefaktoren beregnes. Årsverk til leder er ikke med. Ressurser i form av fysioterapeut og ergoterapeut, og ev. aktivtør som ikke ligger inne i bemanningsplanen kommer i tillegg.

ha mange relativt små lokasjoner forskjellige steder. Skal kommunen redusere utgiftene sine er vurderingen at man på kort sikt må se avdelingene mer i sammenheng og unngå å ha for små enheter. Kommunen bør også vurdere om det kan være mulig å ta ned antall nattevakter på Toloheimen (3 våkne på 32 pasienter). På noe lengre sikt bør kommunen samlokalisere tilbud i sykehjem for bedre å kunne utnytte ressursene og kompetansen til en rimeligere enhetskostnad.

Vurderingen er at byggene som benyttes til formålene per i dag ikke er optimale. Dette er også noe som fremkommer i våre samtaler med ansatte, brukere og pårørende. Små avdelinger, fordelt på flere etasjer og flere lokasjoner gjør det krevende å få til nødvendig effektiv ressursutnyttelse.

Behovet for tjenester i sykehjem vil øke om man videreføre dagens dekningsgrad

Endringer i demografien og økte/endrede oppgaver i kommunen kan medføre at behovet for institusjonstjenester øker dersom kommunen løser fremtidige behov på samme måte som i 2017.

I tabellen under har vi tatt utgangspunkt i institusjonstilbudet i Kvam per 2018 (inkl. økning med 6 plasser), og sett hvordan dekningsgraden utvikler seg når vi ser dette i sammenheng med utviklingen i eldre over 80 år. Vi har videre sett på hvor mange plasser kommunen må ha dersom man skal opprettholde dagens dekningsgrad på i underkant av 13,5 %. Agenda Kaupang har utviklet en metode som vi benytter for mer presis framskrivning av heldøgnsomsorg, hvor vi skiller ut plasser fordelt på alder og hvor vi kan foreta økonomiske beregninger knyttet til valg av ulike dekningsgrader. En slik framskrivning er ikke gjort i Kvam. Framskrivningen vi har gjort i tabellen under er ikke fordelt på alder og type plasser. Framskrivningen viser kun hvor mange plasser kommunen vil ha dersom man viderefører dagens plasser, og hvor mange plasser man må ha dersom man viderefører dagens dekningsgrad.

Tabell 6-4 Dekningsgrad institusjon

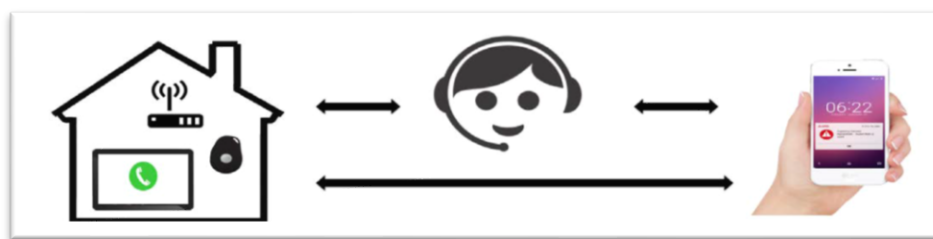
	2018	2021	2026	2031	2036
Dekningsgrad med dagens plasser, institusjon (73)	13,49 %	13,75 %	11,87 %	9,63 %	8,57 %
Behov plasser institusjon med dekningsgrad 2017	73	72	83	102	115

Tabellen viser at nedgangen i eldre over 80 år frem mot 2021 vil medføre at dekningsgraden holder seg relativt stabil. Fra 2021 vil andel over 80 år øke og gjøre sitt til at dekningsgraden reduseres. Dersom Kvam viderefører antall plasser og ikke øker, vil dekningsgraden reduseres til 8,57 % i 2036. Dersom Kvam skal ha samme dekningsgrad i 2036 som i 2017 vil det medføre et behov for ytterligere 42 plasser frem mot 2036. En slik økning vil være økonomisk krevende å håndtere for kommunen og lite bærekraftig, og samsvarer ikke med planene Kvam herad har. I kommunens plandokumenter og utbyggingsstrategi for helse- og omsorgstjenesten ligger det inne planer om utbygging av nytt omsorgssenter på Strandebarm. I planene inngår det å redusere med 13 sykehjemsplasser når nytt bygg står klart. Om dette tas i bruk i 2026 vil dette bety at dekningsgraden for sykehjem reduseres med ca. 2 prosentpoeng til i underkant av 10 %.

Framskrivningen viser at uavhengig av hvilken dekningsgrad kommunen velger å legge seg på må tilbudene som omhandler hjemmetjenester, heldøgns omsorg og institusjon til denne brukergruppen sees i sammenheng. Dersom det er lav kapasitet på tradisjonelle helse- og omsorgstjenester i hjemmet vil dette kunne medføre økte behov for boliger med heldøgns omsorg og tjenester i institusjon. Gjennom samtaler med ansatte fremkommer det at man ikke ønsker å satse

på omfattende utbygging av sykehjem og økning i plasser, samtidig er det flere som er opptatt av at kommunen trenger gode tilbud tilpasset brukerne, og behov for mer driftsoptimale enheter som gjør det mulig å sikre mer rasjonell drift.

Et alternativ til korttidsplasser i institusjon er å etablere en virtuell avdeling. Virtuell avdeling (VA) er en måte å organisere arbeidet på som er inspirert fra England og deres metode «Virtual Ward». VA finnes i Eidsberg, Askim og Halden kommune og er ingen fysisk avdeling med inneliggende pasienter, men en virtuell måte å organisere ressursene på for at pasienten skal oppleve trygghet i eget hjem. Formålet er å få pasientene raskt hjem fra sykehus. Pasienter som er ferdig behandlet ved sykehus skrives ut til eget hjem. Ved hjelp av teknologiske løsninger kan bruker og pårørende kommunisere med helsepersonell. På denne måten kan oppfølgingen og «rehabiliteringen» skje i eget hjem som en erstatning for ordinær korttidsopphold på sykehjem.



Figur 6-11 Eksempel på kommunikasjon mellom pasient/pårørende, responscenter og hjemmetjenesten i en «virtuell avdeling»

Agenda Kaupangs vurderinger og forslag til tiltak innen institusjonstjenesten for eldre

En videreføring av lav dekningsgrad innen sykehjem vurderes som avgjørende for å sikre bærekraftige tjenester fremover. Lav dekningsgrad fordrer at innbyggernes behov for omfattende helse- og omsorgstjenester ivaretas av andre tjenester, og at dette er tjenester som er like gode eller bedre, men til en lavere kostnad for kommunen. Det er viktig at korttidsplassene fungerer og dermed blir et ledd i omsorgstrappen for å sikre pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem.

I 2017 ble 41 % av ressursene innen PLO benyttet til institusjonstjenester for eldre. Analysene har vist at kommunens utgifter til dette også er noe høye og at dette hovedsakelig skyldes at kommunen har høye enhetskostnader. Vurderingen er at dagens strukturer, det vil si sykehjemstilbud fordelt på flere lokasjoner og organiseringen av tilbudet har stor betydning for kostnadsnivået.

Våre anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

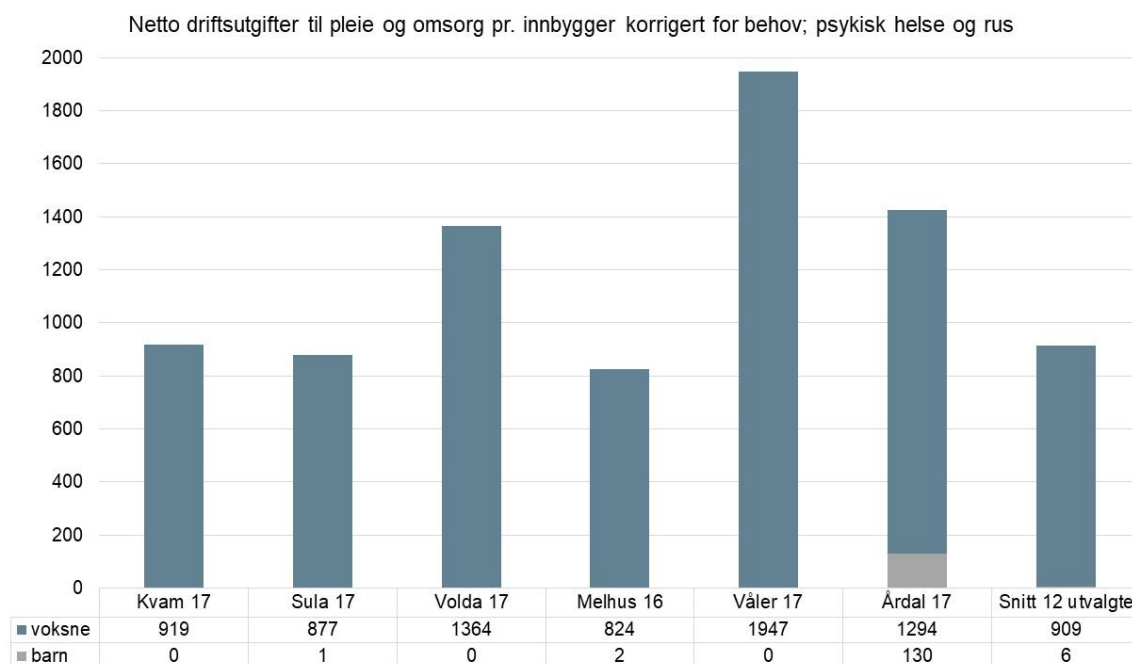
- ▶ Iverksette tiltak for å få ned enhetskostnaden i sykehjemmene. På kort sikt omhandler dette å iverksette tiltak for å få ned bemanningsfaktoren i sykehjemmene, mer på nivå med det man finner i andre kommuner. Dette inkluderer å se avdelingene mer i sammenheng. Ny organisering av avdelingene/gruppene og større turnusgrupper bør vurderes. Arbeidet må også inkludere å se på muligheten av å redusere antall nattevakter f.eks. på Toloheimen.
- ▶ Øke kapasiteten i hjemmetjenesten for å kunne ha lav dekningsgrad i sykehjem. Vurdere om mennesker med demenssykdom i større grad kan ivaretas i bolig med heldøgn (ref. kommunens planer om å bygge ut tilbud for mennesker med demenssykdom).
- ▶ Flere kommuner organiserer korttidsplassene som en del av hjemmetjenesten, f.eks. Risør. Kvam bør også vurdere dette. Mulige gevinster:

- Større mulighet for fleksibel bruk av bemanningen, i tråd med variasjoner i behovet for bemanning «inne» og «ute». Ved «lediggang» kan ressursene benyttes ute i hjemmetjenesten. Det er imidlertid avgjørende at en slik organisering ikke innebærer at kapasiteten i hjemmetjenesten reduseres ved stort arbeidspress på korttidsavdelingen.
- Det er hjemmeboende som er brukere av korttidsavdelingen. Ved å bruke den samme bemanningen i hjemmetjenesten og på korttidsavdelingen blir det lettere å lage et tilbud tilpasset brukernes behov når de kommer hjem.
- Det vil bli lettere for hjemmetjenesten å dra nytte av kompetansen om rehabilitering som er knyttet til korttidsplassene.
- ▶ Utrede muligheten for å opprette virtuelle korttidsplasser.
- ▶ På noe lengre sikt bør kommunen samlokalisere tilbud i sykehjem for bedre å kunne utnytte ressursene og kompetansen til en rimeligere enhetskostnad. I dette arbeidet må man også se på utbyggingsplanene på Strandebarm og Øystese, hvor formålet må være å samle tjenestene hvor det skal tilrettelegges med heldøgns tjenester, samt sikre driftsoptimale enheter/avdelinger.

6.2 Psykisk helse og rus – Pleie og omsorg

Kvam har delt ansvaret for denne brukergruppen på PLO v/Mikkjelsflaten som har ansvar for bolig med tjenester inkl. tjenester på natt, og avdeling for rus og psykisk helse som har ansvar for individuell og gruppebasert oppfølging, behandling, aktivitet³⁸ mv.

Analysene viser at Kvam sine nettodriftsutgifter til psykisk helse og rus er på nivå med snittet i referansegruppen jf. figuren under.



Figur 6-12 Nettodriftsutgifter til psykisk helse og rus ført under PLO i KOSTRA

Utgiftene i Kvam er knyttet til voksne, og kommunen har tjenester i egen regi og kjøp av tjenester. Som det fremkommer av figuren over har de færreste kommuner utgifter til barn innenfor denne kategorien. Dette betyr ikke at kommunen ikke har tilbud til denne brukergruppen. Årsaken er at barn og unge oftest får tjenester fra f.eks. helsestasjon, PPT mv. og at dette er enheter som

³⁸ Aktivitetstilbud på Holmsund, åpent to dager per uke, 4 timer hver dag.

kostnadsføres på andre KOSTRA-funksjoner enn PLO. Utviklingen i mange kommuner er at barn og unge er en voksende gruppe hvor det er forventet økt etterspørsel etter tjenester definert som PLO i KOSTRA.

Innen psykisk helse og rus er det også tjenester med heldøgntjenester og tjenester i bolig som oftest er de mest kostnadskrevende tiltakene, og den viktigste forklaringen til kommunens kostnadsnivå. Kvam har en bolig med stedlig bemanning dag/kveld, men ikke på natt. I tillegg viser analysene at kommunen kjøper heldøgntilbud til denne brukergruppen. Enhetskostnadene til kjøp er høye³⁹.

Når det gjelder tilbud om bolig hvor det tilrettelegges med stedlig bemanning, organisert under Mikkjelsflaten, opplever mange av våre informanter at tilbudet ikke er optimalt. Flere uttaler at det er vanskelig å rekruttere nødvendig kompetanse, samtidig som enheten totalt har lite kompetanse på dette fagfeltet. Flere uttaler at et godt samarbeid med avdeling for rus og psykiatri kompenserer noe for dette. Gjennomgangen viser at andelen ansatte med høyskolekompetanse utgjør 17 %. Dette er lavt. Andel ansatte med fagkompetanse utgjør 31 %. 53 % av ansatte er ufaglærte. Dette er høyt sammenliknet med det vi ser innen tilsvarende tjenester i andre kommuner. Det er ikke stedlig ledelse i boligen. Dette trekkes frem av flere som lite heldig. Vi har tidligere beskrevet nødvendigheten av stedlig ledelse.

Kvam har mange brukere

Ifølge Folkehelseprofilen for 2018 har Kvam kommune mindre forekomst av psykiske plager enn landsgjennomsnittet. Pr. 31.12.2017 var det 194 brukere med behov for pleie- og omsorgstjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i Kvam⁴⁰. Sammenliknet med andre ser vi at Kvam har flere mottakere innen psykisk helse og rus enn snittet i referansegruppen innenfor:

- ▶ forebyggende psykososialt tilbud
- ▶ i bolig med tjenester
- ▶ støttekontakt

Kvam har færre brukere med arbeid/aktivitetstilbud enn snittet i referansegruppen.

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov varierer fra person til person. Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats, eller med støtte fra familie og nettverk eller selvhjelpstilbud. Noen får nødvendig støtte og bistand fra frivillige organisasjoner, mens andre har behov for tjenester fra det kommunale og/eller det statlige tjenesteapparatet i en kortere eller lengre periode. Verdens helseorganisasjon forventer at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. En hovedoppgave de kommende årene må derfor være å forebygge og redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet.

Målene for psykisk helse- og rusmiddelpolitikken er beskrevet i «Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)» og stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011–2012)». St. melding nr. 47 «Samhandlingsreformen» trekker opp utfordringsbildet og gir føringer for helse- og omsorgspolitikken generelt.

Kommunen har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering, behandling og bistand. Ved behov skal kommunen

³⁹ Bruttokostnad fra 2,5 mill. til 8 mill. kr per år per bruker.

⁴⁰ Kommunens data per 31.12.2017

henvise til spesialisthelsetjenesten. Forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten⁴¹ og Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal veileder for dette arbeidet, «Sammen om mestring»⁴². Der legges det særlig vekt på at psykisk helse og rus må sees i sammenheng og at brukeren er den viktigste aktøren.

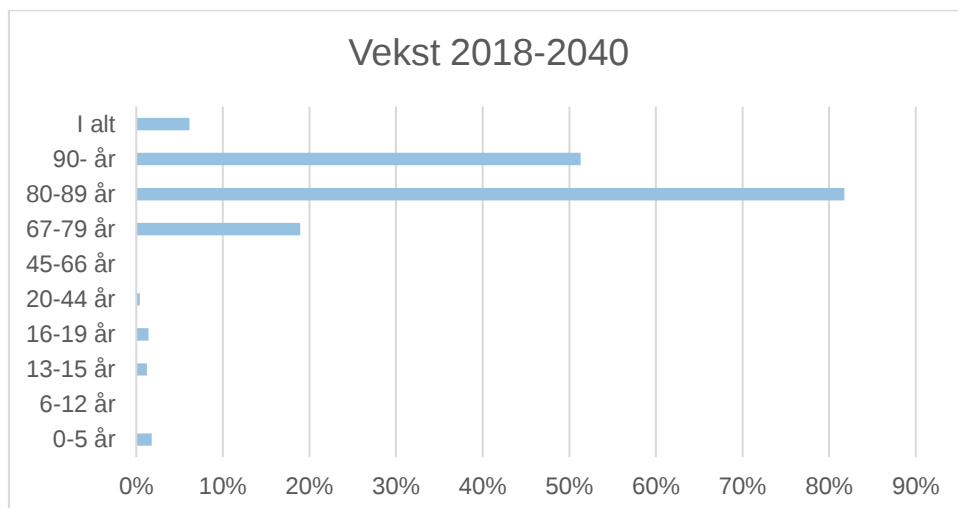
Veilederen påpeker at det i målgruppen for tjenestene er mange som har vanskeligheter med å oppsøke hjelp. Kommunene må derfor drive aktivt informasjonsarbeid og ha lett tilgjengelige tjenester, ofte i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, og tilby et variert utvalg av lavterskeltilbud. Psykologkompetanse bør inngå i kommunens tjenestetilbud og det bør være brukerstyrte tilbud, ambulante og aktivt oppsøkende tjenester. Det påpekes at det psykiske helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern gjelder fra 1. januar 2017. Forskriften innebærer krav om varsling og samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fra 1.1.2019 vil det innføres betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra Psykisk helsevern og Rusbehandling. Det er uklart hvem disse pasientene er og hvilken effekt betalingsplikten vil få, men det medfører at alle kommuner må ha en plan på hvordan dette skal ivaretas.

Kommunen har fått og vil få større ansvar for å ivareta helse- og omsorgstjenester overfor mennesker med psykiske og rusrelaterte helseplager

Utfordringen innen psykisk helse er at kommunen i langt større grad vil få ansvar for å ivareta behov for bistand, behandling og oppfølging. Analysen viser at Kvam allerede opplever dette. Flere uttaler at det er et stadig press på kommunen om å etablere boliger med tjenester og oppfølging av denne brukergruppen, og behovene strekker seg ut over helse- og omsorgstjenestene og medfører behov for tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenesteområder.

Veksten i befolkningen er av betydningen for dimensjonering av tilbudet innen psykisk helse og rusomsorg. Anslått vekst for ulike aldersgrupper er vist i figuren under. Frem til 2040 er det anslått en samlet vekst i befolkningen på rundt 6 %. Økningen for den eldre befolkningen er størst.



Figur 6-13 Anslått vekst i antall personer 2018–2040. Kilde: Alternativet MMMM til SSB

⁴¹ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid#-hva-er-kommunens-ansvar?>

⁴² <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Veksten i befolkningen betyr at det er behov for å styrke kapasiteten innen psykisk helse og rus noe fremover, særlig innenfor eldreomsorgen. Veksten for de ulike aldersgruppene over gir en indikasjon for hvilke aldersgrupper det er behov for å styrke tilbudet. Det er imidlertid andre forhold enn demografien som er av betydning for det fremtidige behovet for tjenester til disse brukerne. Antall mottakere av helse- og omsorgstjenester innen psykisk helse vil trolig øke mer enn befolkningsveksten skulle tilsi.⁴³

Agenda Kaupangs vurdering og forslag til tiltak for videreutvikling av psykisk helse og rus innen pleie og omsorg

Utfordringen innen psykisk helse er at kommunen i langt større grad har fått og vil få ansvar for å ivareta behov for bistand, behandling og oppfølging. Gjennomgangen viser at Kvam allerede opplever dette.

En fremtidsrettet organisering av tjenestene til psykisk helse og rus i Kvam er nødvendig for å få til tjenester med høy kvalitet og lave utgifter. Vår vurdering er at et av de viktigste forhold for å få til dette er et målstyrt arbeid i tråd med BEON-prinsippet. Det betyr økt fokus og målrettet innsats for forebygging rettet mot barn og unge. Videre sikre at brukere som kan klare seg i eget hjem med ambulant bistand eller oppfølging av forebyggende psykososialt tilbud får dette.

Denne gjennomgangen har ikke inkludert å se på avdeling for psykisk helse og rus. Samtidig har utgifter fra denne avdelingen ført under PLO i KOSTRA blitt tatt med. Dette for å kunne sammenlikne Kvam kommunes omsorgsprofil og utgiftsnivå med andre kommuner. Ettersom vi ikke har hatt intervjuer mv. i avdeling psykisk helse og rus kan det være at de har en annen opplevelse knyttet til dagens organisering og dimensjonering enn det som våre informanter har gitt uttrykk for. Våre anbefalinger må sees i lys av dette og hensyntas i det videre arbeidet i kommunen.

Våre anbefalinger og sentrale grep for å møte økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Se på tildelingspraksis. Folkehelseprofilen tilsier at kommunen har lavere forekomst av psykisk helse- og rusrelaterte lidelser, samtidig viser analysene at kommunen har flere som mottar tjenester.
- ▶ Vurdere å samorganisere tjenester til denne brukergruppen i en felles avdeling. Det vil si at boligen under Mikkjelsflaten overføres til avdeling for psykisk helse og rus som da får et ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester for denne målgruppen. Det betyr ikke at brukere med behov for helsehjelp utenfor institusjon ikke skal få dette. Her må de ulike avdelingene samarbeide for å finne gode løsninger for bruker og for kommunen som helhet.
- ▶ Vurdere å avvikle kjøp med formål om å ha dette i egen regi dersom kommunen kan løse dette til en rimeligere kostnad og til samme kvalitet. En viktig forutsetning for å få til dette er å se dette tilbudet i sammenheng med kommunens øvrige behov for bolig med heldøgntjenester for målgruppen.
- ▶ Ha tilbud om ambulante tjenester til brukere som bor utenfor bolig med stedlig bemanning, slik at de som kan bo utenfor bolig med stedlig bemanning sikres tilstrekkelig bistand og oppfølging.
- ▶ Kommunen må jobbe målrettet for å få til gode aktivitetstilbud og jobbtillbud i samarbeid med NAV, samt å sikre tilstrekkelig kapasitet på kommunens dag-/aktivitetstilbud uken gjennom. Analysen viser at Kvam har færre brukere som mottar disse tjenestene.
- ▶ Som følge av demografi vil særlig behov knyttet til psykisk helse og rus øke i den eldre delen av befolkningen. Det er viktig å styrke kompetansen på området og samarbeidet på tvers for de ulike delene av tjenesten. Kompetansen innen alderspsykiatri må styrkes.

⁴³ Kilde: «Nøkkel tall Psykisk helse og rus». Helsedirektoratet

- ▶ Øke satsingen på gruppetilbud, videreutvikle lavterskeltilbud og f.eks. starte med internett-baserte selvhjelpsgrupper. Dette kan være tiltak som kan medfører mindre press på individuell oppfølging.
- ▶ Flere kommuner opplever økt etterspørsel etter avlastningstiltak. Kommunen må ha en plan for hvordan man skal ivareta dette.
- ▶ Sikre nødvendig samhandling med spesialisthelsetjenesten, herunder å «avklare» roller og ansvar. Det er viktig med god dialog og en rollefordeling som sikrer at det er kommunen i samråd med bruker som definerer behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester. Mange brukere med rus- og psykiske helseutfordringer trenger tjenester fra både spesialisthelsetjeneste og kommune hele livet for å fungere. Det er derfor nødvendig med god dialog og samhandling for å sikre disse innbyggerne samtidige tjenester fra begge nivåer.

6.3 Tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser – Pleie og omsorg

Kvam kommune har ifølge SSB flere brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming (66 % over landssnittet⁴⁴). Dataene baseres på kommunens egen registrering av brukere over 16 år som mottar tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og som har en fastsatt diagnose iht. gjeldende rundskriv. Registreringen omfatter brukere med svært ulikt behov, fra f.eks. 2 timer støttekontakt pr. uke til bolig med heldøgns omsorgstilbud.

Per 31.12.2017 var det 90 innbyggere i Kvam innenfor kategorien psykisk utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser som mottok ulike helse- og omsorgstjenester i kommunen. 23 oppgis å ha tilbud om bolig med bemanning. Kommunen har ikke oppgitt å ha brukere i barnebolig.

Basert på data fra kommunen har vi sammenliknet «tjenesteprofilen» til denne brukergruppen med kommuner vi har gjort tilsvarende analyser i. Vi har valgt å dele målgruppen i 2:

- ▶ Barn og unge under 18 år
- ▶ Voksne over 18 år

Kvam kommune er vertskommune⁴⁵ for brukere etter HVPU-reformen. Dette kan påvirke andelen brukere over 18 år når vi sammenlikner med kommuner som ikke har dette. Snittet for referansegruppen inneholder kommuner som har vertskommunebrukere.

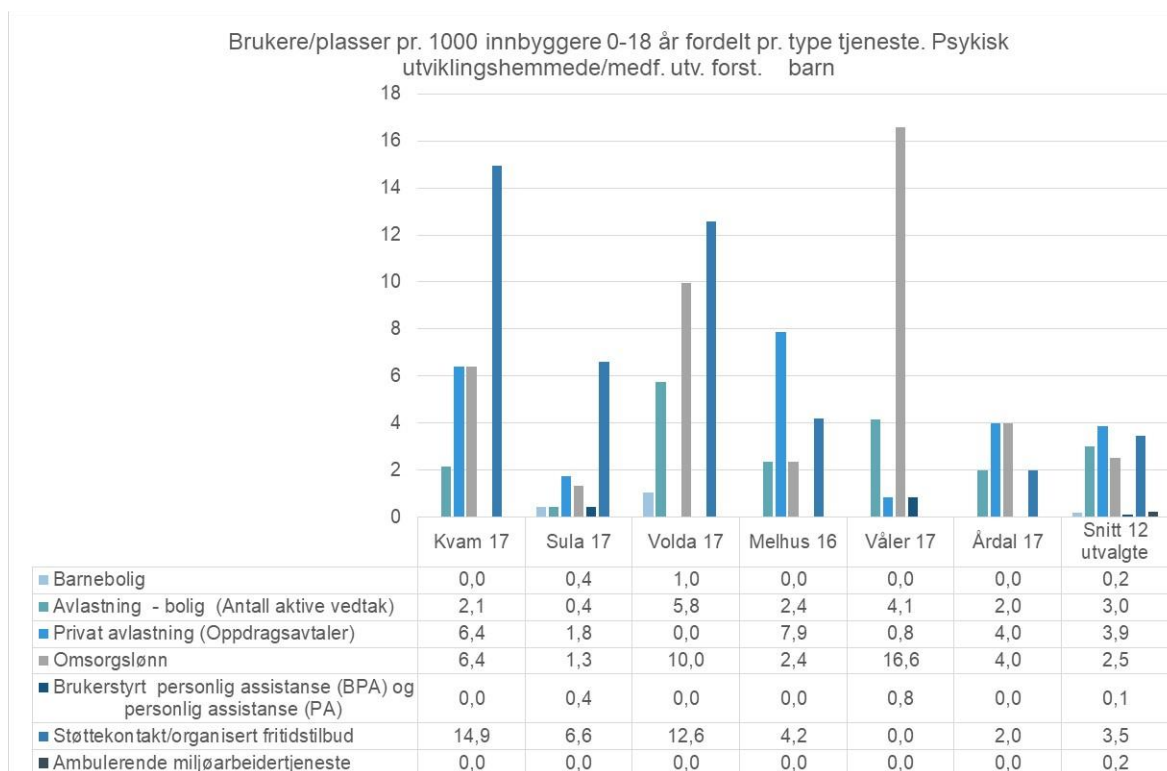
Kvam har noe høye nettodriftsutgifter til tjenester for barn og unge innenfor kategorien utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

I 2017 var det 31 barn og unge⁴⁶ innenfor denne kategorien som mottok pleie- og omsorgstjenester. Hovedvekten av tjenestemottakerne finner vi innenfor støttekontakt, omsorgsstønad og privat avlastning. Antall brukere er høyt når vi sammenlikner med andre kommuner jf. figuren under.

⁴⁴ Tall for 2017

⁴⁵ En vertskommune er, i denne sammenhengen, benevnelsen på en kommune som var det geografiske vertskap for en institusjon innen helsevernet for psykisk utviklingshemmede, hvor institusjonen hadde en viss størrelse og flertallet av institusjonsbeboerne hadde en annen opprinnelig bostedskommune.

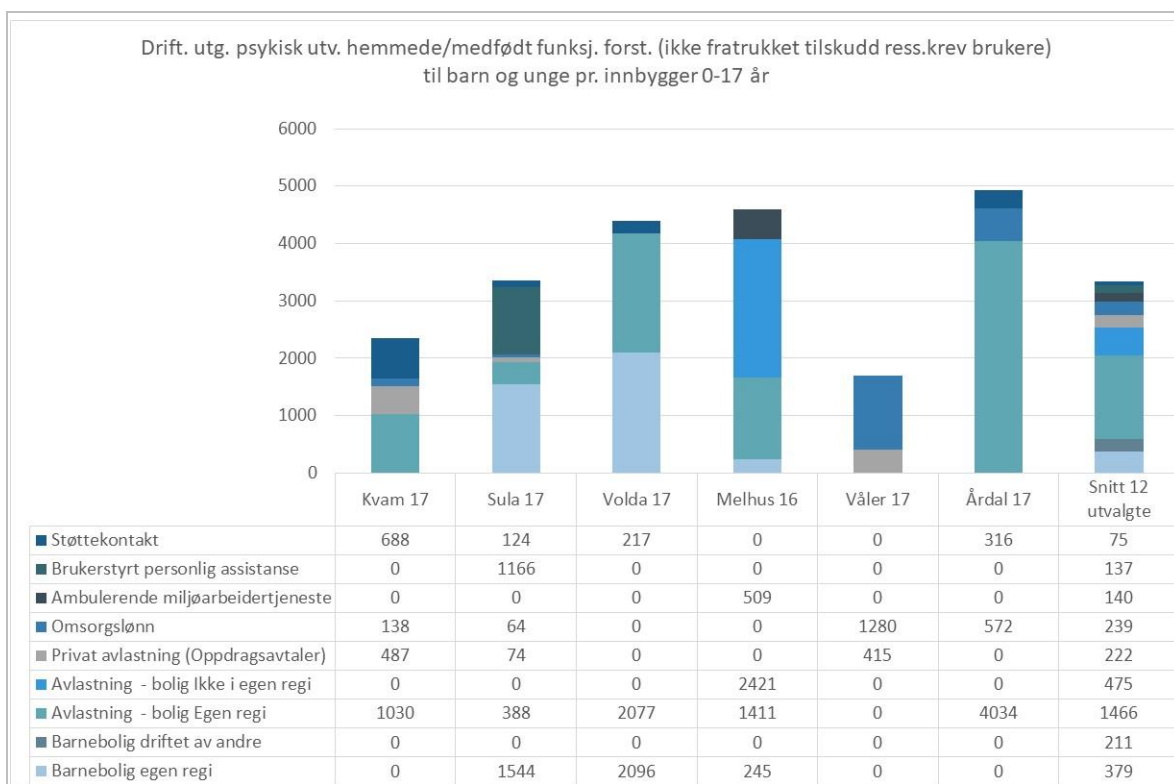
⁴⁶ Data fra kommunen, per 31.12.2017



Figur 6-14 Bruker/plasser per innbygger 0-18 år (psykisk utviklingshemmet/utviklingsforstyrrelser)

Analysen av utgifter til barn og unge er basert på 2017-regnskapet. Analysene viser at Kvam ikke mottok refusjon fra Staten i form av refusjon for brukere med ressurskrevende tjenester i 2017. For kommunene i referansegruppen utgjorde dette i snitt i underkant av 1100 kr per innbygger. Dette medfører at nettodriftsutgiftene i disse kommunen reduseres, og at kommuner med lav refusjon eller ingen refusjon får noe høyere nettodriftsutgifter. Korrigerer vi for dette ser vi at nettodriftsutgiftene i Kvam (kr 2 343) legger seg rett over snittet i referansegruppen (kr 2 259).

I neste figur har vi sett på hvordan bruttodriftsutgifter (totalutgifter) fordeler seg på ulike tjenester til denne brukergruppen.



Figur 6-15 Brutto driftsutgifter (kroner) fordelt på tjenester til barn og unge korrigert pr. innbygger 0–17 år

Figuren over viser at utgiftene i Kvam er knyttet til støttekontakt, omsorgsstønning og avlastning. Utgiftene mellom kommunene varierer. Kvam har lavere bruttodriftsutgifter enn snittet i referansegruppen, innenfor alle tjenestene, minus støttekontakt og privat avlastning.

Endringer i tjenestetilbudet i 2018 kan indikere at utgiftene til denne brukergruppen vil øke som følge av økt behov for avlastning i bolig. Tidligere omfattet tilbudet om avlastning i bolig hovedsakelig helger og ferier. I 2018 har kommunen avlastning alle dager uken igjennom, men hovedvekten av avlastningen skjer fortsatt på helg og i ferier.

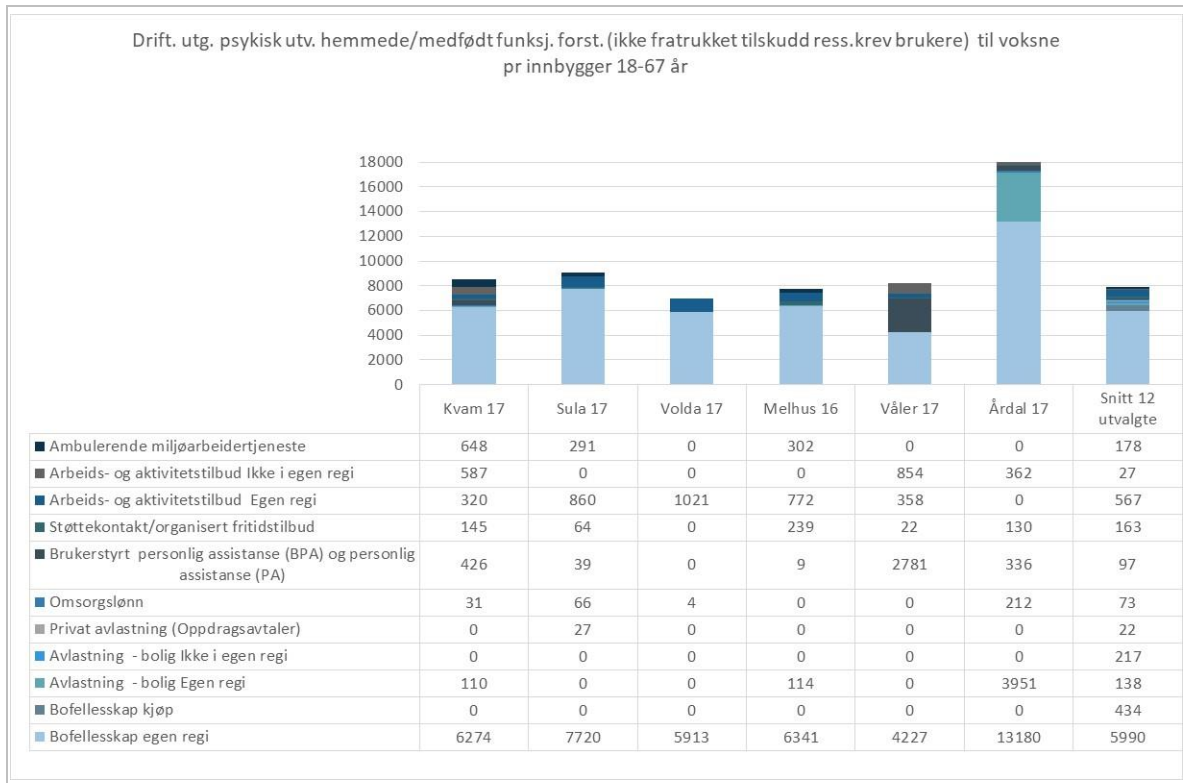
Når det gjelder utgifter til avlastning i bolig har Kvam noe lavere utgifter til dette enn snittet i referansegruppen. Dette kan endre seg i 2018, jf. det som er beskrevet over. Kommunens utgifter i 2017 må sees i sammenheng med at Kvam har færre brukere enn sammenlikningskommunene. Ser vi på privat avlastning ser vi at bildet endres. Her har kommunen både høyere utgifter og flere brukere.

Kommunen har planer om å flytte avlastningen og samlokalisere tilbudet med en bolig ved å bygge om arealer som tidligere ble benyttet til barnehage på Tolomarka. Tilbudet skal etter planen stå ferdig i februar 2019, og vil romme 4 avlastningsplasser og 3 boliger. Begrunnelsen for tiltaket er å samordne fagmiljø og personaressurser, samt å kunne håndtere nye behov for tjenester. Ved å etablere dette vil kommunen avslutte et kjøp av tjenester og heller utføre tiltaket i egen regi (voksen bruker).

Kvam har noe høye nettodriftsutgifter til tjenester for voksne innenfor kategorien utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Kvam har noe høyere brutto- og nettodriftsutgifter enn snittet for referansegruppen for brukere over 18 år (lavere tilskudd til brukere med ressurskrevende tjenester). Hovedvekten av utgiftene i Kvam er knyttet til tjenester i bolig og utgiftene er noe høyere enn snittet for referansegruppen. Kvam har

i tillegg noe høyere utgifter til dag- og aktivitetstilbud (samlet), ambulerende miljøarbeidertjenester og tjenester organisert som BPA. Tallene fremkommer i figuren under.

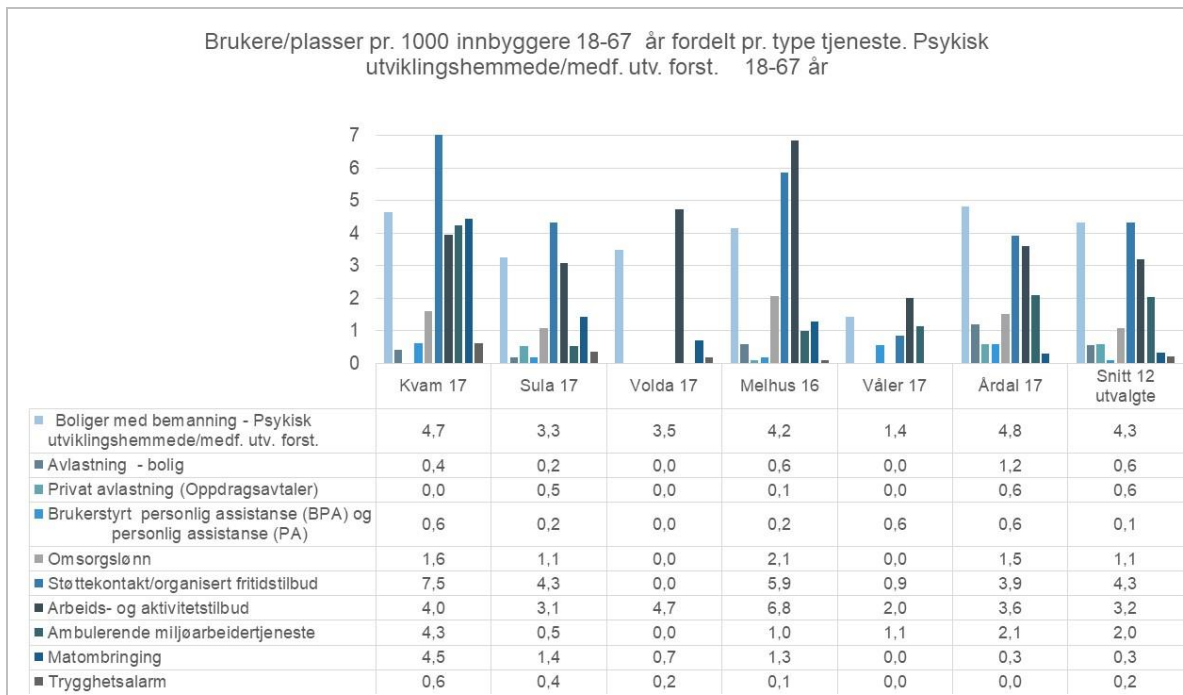


Figur 6-16 Brutto driftsutgifter fordelt på tjenester til voksne korrigert pr. innbygger 18–67 år

Analysene viser at Kvam har noen flere brukere enn snittet i referansegruppen innenfor:

- ▶ bolig med tjenester
- ▶ ambulante tjenester
- ▶ tjenester organisert som BPA
- ▶ dag- og aktivitetstilbud

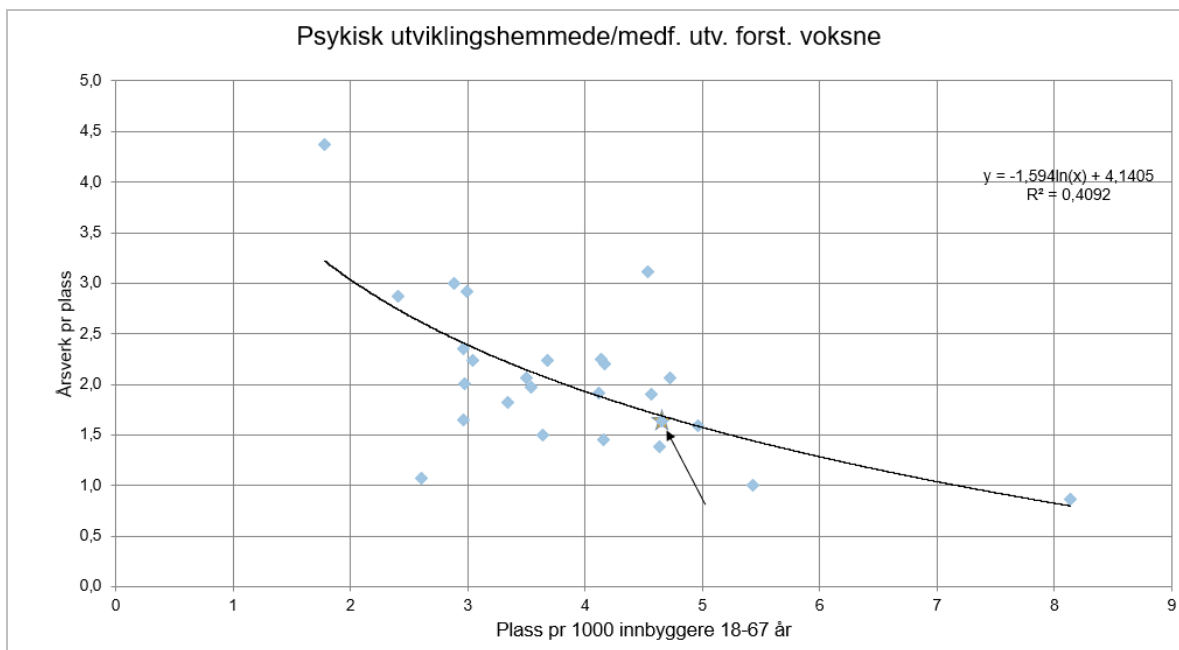
Sammenlikningen fremkommer i figuren under:



Figur 6-17 Brutto driftsutgifter fordelt på tjenester til voksne korrigert pr. innbygger 18–67 år

Det viser at kommunens utgiftsnivå må sees i sammenheng med at kommunen har flere brukere enn snittet i referansegruppen. Organisering av tilbudet f.eks. størrelse på bolig, samdrift mellom avdelinger som f.eks. dagtilbud og bolig har erfaringsmessig også stor betydning. I tillegg har behovene til brukerne mye å si.

Hovedvekten av utgiftene innenfor helse og omsorg er knyttet til lønnsutgifter for årsverk i tjenesten. Analysene har vist at hovedvekten av ressursinnsatsen og utgifter overfor denne målgruppen er knyttet til tjenester i bolig med stedlig bemanning. For å få mer innsikt i hvordan kommunen har dimensjonert opp tilbudene har vi sammenfattet data fra ulike kommuner for å se om det er en sammenheng mellom andel plasser og andel årsverk per plass. Tallene fremkommer i figuren under.



Figur 6-18 Årsverk og plasser i bolig for utviklingshemmede, stjernen i plottet viser hvordan dette forholder seg i Kvam. Kilde: Data fra kommuner hvor det er gjennomført en detaljgjennomgang innen pleie og omsorg, bearbeidet av Agenda Kaupang

Figuren viser en svak statistisk sammenheng mellom andel plasser og andel årsverk pr. plass. Kommuner med lav andel boliger for formålet har gjennomgående høyere bemanning pr. bruker enn det vi ser i kommuner med høy andel plasser. Dette kan henge sammen med at de brukerne som får et slikt tilbud er de som har høyest omsorgsnivå og et omfattende behov for tjenester. For de kommunene som har mange plasser avsatt til dette formålet, vil det oftest være en større variasjon i brukergruppen, og behov for tjenester vil variere, fra lette behov til svært omfattende behov.

Figuren viser at Kvam ligger rett under snittet på årsverk når vi ser dette i forhold til andel plasser til brukergruppen. Figuren over viser en variasjon, hvor noen kommuner har lavere andel årsverk pr. plass, og noen høyere. Dette henger selvsagt sammen med brukernes behov, men de bygningsmessige strukturene for boliger, dagtilbud mv. spiller også inn her.

Forskjeller i utgifter og årsverk må selvsagt sees i sammenheng med brukernes behov for bistand og tjenester. Vår erfaring er at utforming av tjenester/boliger, organisering, kompetanse-sammensetning mv. også har stor betydning for kostnadsnivået. Vi kommer inn på dette i de påfølgende delkapitlene.

Driftsoptimale boliger og strukturer er en forutsetning for kostnadseffektive tjenester med nødvendig kvalitet

Kostnadsanalysen fra 2017 har vist at Kvam har noe høyere utgifter til helse- og omsorgstjenester i bolig enn snittet. Vi har vist at dette må sees i sammenheng med at kommunen har flere brukere som mottar slike tjenester. Kvam har som vi har vist tidligere flere brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming, dette kan dermed være en viktig årsak til at kommunen også har flere brukere. Flere brukere i bolig og høyere utgifter til boligformål medfører at kommunens enhetskostnader i bolig ikke nødvendigvis er høye. Dette ser vi samsvarer med analysen som fremkommer i figur 6-18.

Årsaken til at utgifter til bolig og enhetskostnader i bolig varierer må sees i sammenheng med brukerne som bor der. Behovene for helse- og omsorgstjenester varierer, og gjør at utgiftene også

varierer. En annen viktig faktor for kommunenes utgifter er forhold knyttet til utformingen og størrelsen på boligene (driftsenhetene) hvor det tilrettelegges med tjenester. Agenda Kaupang har bistått en rekke kommuner med gjennomgang av boliger hvor det tilrettelegges med heldøgns helse- og omsorgstilbud. Erfaringen er at kommuner med mange små driftsenheter ofte har et høyere kostnadsnivå på sine tjenester enn kommuner som søker å etablere noe større driftsenheter. Årsaken til dette er særlig knyttet til muligheten for å utnytte kompetanse og ressurser på tvers og tilpasse driften mer ut fra aktivitet eksempelvis på natt. Størrelser på boliger mv. varierer mellom kommunene. Flere kommuner ser behov for å etablere noe større boliger og andre typer boliger enn det som var vanlig i etterkant av HVPU-reformen. Dette for å sikre mer driftsoptimale enheter samtidig som man sikrer brukerne gode tilbud.

Normalisering og integrering har siden 90-tallet vært overordnede begreper i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne her i landet. Ikke minst ble normalisering tatt i bruk som begrep i forbindelse med avvikling av institusjonsomsorgen for utviklingshemmede. Målet for institusjonsavviklingen var gode levekår og et mest mulig vanlig liv i fellesskap med andre. På boligområdet betydde det at en skulle bo i en vanlig bolig i et vanlig bomiljø. Trender innenfor bolig og utbygging etter HVPU-reformen har variert. Nasjonale føringer rundt boligutbygging og tilskudd har vært og er fortsatt særlig knyttet til størrelser og beliggenhet, i tillegg til selve utformingen av boligene.

Når det gjelder samlokaliserte boliger ligger det sentrale føringer for størrelse og antall boenheter som kan bygges. Føringerne bygger hovedsakelig på normaliseringstankegangen og avviklingen av institusjonsomsorgen på nittitallet. Husbanken anbefaler derfor små bogrupper fra 4 til maksimum 8 boliger sammen. I praksis ser man at Husbanken har gitt tilskudd til etablering av samlokaliserte boliger som er større enn deres anbefalte norm. Agenda Kaupang har gjennomført en rekke analyser av tjenester til utviklingshemmede, herunder boliger. Vår erfaring er at mange kommuner har utfordringer med institusjonalisering, kollektivistiske strukturer, innenfor både små og større boliger og at dette ikke alene kan knyttes opp mot størrelsen på boligen. Gjennomgang i en rekke ulike boliger har vist at boliger hvor det bor 1-2 beboere kan ha større preg av institusjonsomsorg enn boliger hvor det bor 8-12 beboere. Vår erfaring er at det har mest å gjøre med hvordan tilbudene er organisert, kompetansen til ansatte, arbeidsformer samt hvordan behov for ledelse blir ivaretatt.

Boligene som benyttes til denne brukergruppen i Kvam varierer i størrelse og utforming. Noen boliger er utformet som «privatboliger» med egne leiligheter. Andre enheter består av leiligheter og uten fellesareal. Hovedvekten av boligene har fellesareal. Areal avsatt til leder og personal varierer. Størrelsen/antallet på boenhetene hvor det tilrettelegges med stedlig bemanning varierer og det er 3 enheter⁴⁷ som har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til denne målgruppen.

Gjennomgangen av helse- og omsorgstjenester i bolig for denne brukergruppen viser at kommunen har gjort flere grep for å få til god ressursutnyttelse og kostnadseffektive tjenester. Samtidig kommer det frem opplysninger som tilsier at noen av boligene som benyttes til formålene ikke er optimale. Dette gjelder alt fra utforming og manglende fellesarealer til størrelse og antall boenheter. Kommunen har et kontinuerlig fokus på dette. Per i dag jobber kommunen med å samlokalisere bolig og avlastning. Arbeidet skal etter planen være ferdig februar 2019. Begrunnelsen for dette er å sikre god ressursutnyttelse og større fagmiljø. Dette skal finansieres ved å legge ned driften i gruppe 5, samt å avvile kjøp. Vurderingen er at dette samlet sett vil være en rimeligere løsning for kommunen.

Analysene våre understøtter kommunens pågående arbeide med å samlokalisere tilbudene med formål om å få til mer driftsoptimale løsninger. Våre analyser viser at flere av enhetene hvor det

⁴⁷ Gruppe 4, 5, 6 og 7. Gruppe 6 og 7 har felles budsjett/regnskap og samarbeider. Flere av gruppene har ansvar for mange boliger lokalisert ulike steder i kommunen. Hovedvekten av boligene ligger i Øystese.

tilrettelegges med stedlig bemanning er av en slik størrelse at det er vanskelig å sikre effektiv og god drift med nødvendig kvalitet. Når vi bruker begrepet små er dette knyttet til størrelse på turnusgruppene. Kvam har lagt ansvar for ambulante tjenester til turnusgrupper i bolig. Dette mener vi er smart og helt nødvendig. Samlet vurdering er likevel at samdriften ikke er nok for å få til mer effektiv drift og nødvendig kvalitet på tjenestene. I arbeidet med å etablere nye boliger og tilbud er det viktig at kommunen bygger videre på mye av det gode arbeidet som er gjort i tjenesten samt å sikre samdriften mellom tjenestene. I dette ligger det inne at kommunen har et potensial i å se ressursene mellom bolig og dagtilbud mer i sammenheng enn hva tilfelle er i dag. Vi kommer nærmere inn på dette senere i dette delkapittelet.

Ambulerende tjenester til brukergruppen er viktig for å kunne bo utenfor samlokaliserte boliger

Ambulerende miljøarbeidertjenester omhandler helse- og omsorgstjenester til de som er i behov av noe tilsyn, bistand og omsorg, men som ikke er i behov av stedlig bemanning/tjenester. Flere kommuner har dette og ser på tilbudet som et supplement til den ordinære hjemmetjenesten.

Figur 6-16 viser at Kvam har høyere utgifter til ambulerende miljøarbeidertjeneste. Dette mener vi henger sammen med at kommunen har flere brukere. Gjennomgangen i Kvam tyder på at kommunen har en god organisering som sikrer samdrift av årsverk og kompetanse. Vurderingen er at Kvam har gjort grep vi ofte anbefaler kommuner å gjøre. Erfaringen er at en godt utbygd ambulerende tjeneste har stor betydning for å holde etterspørselen etter bolig med stedlig bemanning nede.

Kvam uttaler at de per i dag har flere brukere som er i behov av tjenester. Det er viktig at kommunen i sin videreutvikling av helse- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen sikrer at de som er i behov av ambulante miljøarbeidertjenester får dette. En robust ambulerende miljøarbeidertjeneste kan medføre at flere kan bo i egen leilighet med noe tilsyn og bistand. Erfaringen er at en slik tjeneste kan dempe presset på etterspørsel etter bolig med stedlig bemanning og tjenester organisert som BPA/PA. Ambulerende miljøarbeidertjeneste er ofte en rimeligere tjeneste enn både stedlig bemanning og tjenester organisert som BPA/PA.

Kvam har flere innbyggere med diagnosen psykisk utviklingshemming over 16 år som mottar helse- og omsorgstjenester enn snittet for landet. En tilstrekkelig utbygd «omsorgstrapp» som inkluderer ambulerende miljøarbeidertjeneste og bruk av velferdsteknologi vil være tiltak for at flere skal kunne eie/leie egen bolig samtidig som behovet for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt på et lavest mulig omsorgsnivå. Lykkes ikke kommunen med dette vil behovet for boliger hvor det ytes helse- og omsorgstjenester, samt tjenester organisert som BPA/PA, kunne øke.

Bemanning og kompetanse

I 2017 ble det rapportert inn at kommunen brukte rundt 36 årsverk til å utføre helse- og omsorgstjenester i bolig. Gjennomgang av bemanningsplan for 2018 tilsier at dette har økt noe. I forbindelse med tjenesteanalysen har vi hentet inn bemanningsplaner for alle gruppene. I tabellen på neste sider har vi slått sammen bemanningsplaner for alle de 4 gruppene som yter tjenester til denne brukergruppen. Tabellen viser den planlagte aktiviteten, og når bruker/personalet er til stede ulike tider av døgnet, uken gjennom.

Tabell 6-5 Oversikt over brukere og bemanning

Oversikt over bemanning og brukere uken gjennom (gruppe 4, 5, 6 og 7)							
	Ma.	Ti	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Beboere i bolig hele dagen- dagtid	8,5	10	9	8	9	34	34
Beboer i bolig, før og etter dag/aktivitetstilbud	34	34	34	34	34	34	34
Brukere med ambulante tjenester- dagtid	2,5	5	5	4	5	10	11
Dag - ansatte i bolig inkl. ambulante	8	9	8	9	8	11	11
Dag - ansatte på dagtilbud	0	0	0	0	0	0	0
Kveld beboere	34	34	34	34	34	34	34
Kveld ansatte	16	17	16	16	12	13	13
Brukere med ambulante tjenester- kveld	11	11	11	11	11	11	11
Natt beboere	34	34	34	34	34	34	34
Natt ansatte hvilende	4	4	4	4	4	4	4
Natt ansatte våken	1	1	1	1	1	1	1

Tabellen viser:

- ▶ Det er i snitt ca. 9 brukere i bolig på dagtid i ukedager, det er ulike årsaker til dette og tallet er noe høyt. Flere av informantene våre har uttalt at dette også inkluderer brukere som burde hatt et dagtilbud utenfor boligen, men som ikke har et slikt tilbud
- ▶ Andel brukere med ambulante tjenester er høyest på kveld og helg. Dette indikerer at hovedvekten av disse brukerne har et dag-/aktivitetstilbud ev. skoletilbud på dagtid
- ▶ Andel ansatte pr. bruker varierer, og er lavere enn det vi ser er tilfelle i mange andre kommuner
- ▶ Det er ingen ansatte som følger med brukerne over på dag- og aktivitetstilbudet for brukergruppen
- ▶ Bemanningsplanen inneholder flest kveldsvakter og noen flere helgevakter enn dagvakter
- ▶ Årsverk på natt utgjør i underkant av 7 årsverk.

Tabellen over viser at løsningen for å få til mer kostnadseffektive tjenester ikke alene må innbefatte å jakte på bemanningskutt i gruppene. Informasjon fra informantene tilsier at det ikke er rom for å gjøre justeringer i bemanningsplan med mål om å redusere årsverk innenfor dagens strukturer. Flere uttaler at tiltak for å få til mer rasjonell drift må omhandle samlokalisering, flere dagtilbud og

samdrift mellom bolig og dag-/aktivitetstilbudene til denne brukergruppen. Erfaringen vår er at utforming av boliger og størrelse på driftsenheter, samt samdrift mellom f.eks. personalet i bolig og dagtilbudene, har stor betydning for å sikre kostnadseffektive tjenester med nødvendig kvalitet for denne målgruppen.

Kompetanse i tjenesten henger nøye sammen med kvalitet. Kompetansesammensetningen til ansatte og hvordan denne kommer til anvendelse har mye å si for hvordan bruker opplever tilbudet, og påvirker også organisering av arbeidsoppgaver og arbeidsflyt i en avdeling. Feil eller lav kompetanse i en avdeling kan også påvirke ansattes arbeidstilfredshet, som igjen kan påvirke kvaliteten.

Tilstrekkelig og god kompetanse er avgjørende for å kunne sikre en optimal organisering og effektiv drift. Kompetansesammensetningen innen ulike grunnenheter i Kvam varierer. Tar man utgangspunkt i årsverkene som er oppgitt ser vi at andel ansatte med høyskole varierer fra 13 % til 22 %. Andel ansatte helsefag/hjelpepleie varierer fra 27 % til 68 %. Andel ufaglærte varierer fra 2 % til 49 %. Flere av enhetene uttaler at man har utfordringer med å få besatt stillinger og tilgang på nødvendig kompetanse. Vi ser at det er noe variasjon mellom de ulike boligene, men at man gjennomgående har en noe lavere andel ansatte med høyskoleutdanning enn mange kommuner vi kjenner til.

Det er vanlig å bruke gjennomsnittlig stillingsstørrelse som et samlemål for omfanget av deltid. For eksempel var det viktigste målet i utviklingsprogrammet «Sammen om en bedre kommune» å øke den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen. I rapporten (Fafo 2016)⁴⁸ blir det gitt en omtale av utviklingen for de rundt 40 kommunene som deltok i programmet, under temaet «Heltidskultur». Det er svært store forskjeller i utviklingen av gjennomsnittlig stillingsstørrelse for kommunene som deltok. Forskjellene illustrerer at mange kommuner opplevde det krevende å gjennomføre tiltak som øker stillingsstørrelsen.

Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for enhetene som har ansvar for å yte tjenester i boliger inkl. ambulante tjenester eldre utgjør i underkant av 51 % stilling. Dette vurderes som lavt. Tilsvarende tjenester innen f.eks. Årdal har en gjennomsnittlig stillingsstørrelse på over 80 %. Dette er svært høyt, men viser at det er mulig å få til også innenfor disse tjenestene.

Gjennomganger av tilsvarende boliger/tilbud i andre kommuner viser at gjennomsnittlig stillingsstørrelse varierer. Avdelinger med høyest heltidskultur er enheter som er av en viss størrelse (årsverk), og som benytter ulike arbeidstidsordninger som f.eks. medlevertturnus, langvakter på helg, langvakter hele uken samt samdrift mellom tjenester.

«Faktum er at den tradisjonelle turnusordningen (med arbeid hver tredje helg) som har blitt benyttet kombinert med små tjenesteområder har bidratt til høy bruk av deltidsarbeidskraft. I helgene har bemanningen til tider bestått av en høy andel ufaglært arbeidskraft i små stillinger. Dette var ikke noen heldig situasjon, hverken for beboere/brukere eller for de ansatte.» (Fafo-rapport 2015:25, Større stillinger og bedre bedrifter).

Kvam har i tatt i bruk ulike arbeidstidsordninger som f.eks. langvakter uten at man har klart å løse utfordringen med mange småstillinger og lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Mye av utfordringen er knyttet til å dekke vaktene på helg, samtidig som man har få dagvakter i turnus da mange av brukerne er på jobb/aktivitetstilbud. I tillegg til å benytte ulike arbeidstidsordninger vil et tiltak være å få til mer samdrift mellom personalet i bolig og dag-/aktivitetssenter for denne brukergruppen. Dette vil bidra til flere (dag-)vakter i turnus, som igjen vil kunne gi en større stillingsstørrelse. Dette vurderes også som et viktig tiltak for å rekruttere og beholde ansatte med nødvendig kompetanse.

⁴⁸ Fafo (2016): «Sammen om en bedre kommune: En oppsummering». Fafo-rapport 2016:08

Analysene fremover tyder på at det kan bli krevende å sikre nyrekruttering. Demografisk utvikling tilsier at vi i fremtiden vil bli færre yrkesaktive. Det betyr at man må sikre strukturer som gjør at man kan benytte personale og kompetanse på en hensiktsmessig måte. Det å ha mange små boenheter, hvor man ikke klarer å samkjøre personalressursene, vurderes som lite hensiktsmessig. Det er viktig å ha en bolig- og tjenestestruktur som gjør at man ivaretar brukernes behov for privatliv, individuell tilrettelegging og bistand. Kompetent personale og god organisering er en viktig forutsetning for å få dette til.

Kommunens utgifter til dag- og aktivitetstilbud er høye

De kommunale dag- og aktivitetstilbudene er viktige tjenester for mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. Data fra NAKU⁴⁹ viser at omtrent halvparten av alle psykisk utviklingshemmede i yrkesaktiv alder deltar i en eller annen form for kommunalt dag-/aktivitetstilbud. Sosial- og helsedepartementets opptrappingsplan fra 2005 viser til at *«dagsentervirksomhet er viktig for å bringe mennesker ut av sosial isolasjon og bygge sosiale nettverk, og for at den enkelte skal kunne få en tilværelse preget av meningsfylt aktivitet»*⁵⁰. Gjennomførte levekårsundersøkelser viser at de kommunale dagtilbudene er av spesielt stor betydning for utviklingshemmede (Söderström og Tøssebro, 2011⁵¹).

Kommunens dag- og aktivitetstilbud er rettet mot personer med en utviklingsforstyrrelse som ikke kan nyttiggjøre seg annet dag-/arbeidstilbud. Hvordan kommuner tilrettelegger med dag- og aktivitetstilbud varierer. Hovedvekten av kommunene vi kjenner til velger å ha dette i egen regi.

Kvam har valgt en annen tilnærming som innebærer at hovedvekten av tilbudet til denne brukergruppen kjøpes av Hardanger AKS. Kommunen har en avtale om 14,6 plasser til en årskostnad på 2,9 millioner kroner. I tillegg har kommunen et dagtilbud lokalisert på Øysteseheimen. Tilbudet er samlokalisert med dagtilbudet til eldre. Tilbudet er åpent alle ukedager og det er i gjennomsnitt 4 brukere her hver dag. Tilbudet er stengt 4 uker på sommeren og på røde og inneklemte dager. Kommunen bruker ca. 2,8 årsverk til dette inkl. andel av leder for hele dagsenteret.

Analysene og sammenlikning med andre viser at Kvam har noen flere brukere som deltar i kommunale dag- og aktivitetstilbud enn snittet for referansegruppen. Utgiftene i Kvam er også høyere enn snittet i referansegruppen. Samtidig fremkommer det gjennom våre samtaler med ansatte og data fra spørreundersøkelsene at kommunen er i behov av økt kapasitet og ulike tilbud for denne brukergruppen. Tilstrekkelig kapasitet er viktig for den enkelte bruker, men også for kommunen. Kommuner som har lav kapasitet på dag-/aktivitetstilbudene har ofte høye utgifter til bolig. Dette skyldes at brukerne da må ivaretas i bolig, og at bistanden i bolig ofte overstiger det man tilrettelegger med på organiserte dag- og aktivitetstilbud.

Flere kommuner ser behov for å ha et aktivitetstilbud som er åpent noen ettermiddager og kvelder i uken. Mange begrunner dette i at aktivitetstilbud kan fungere som et godt avlastningstiltak for pårørende og dermed gjøre det mulig å fortsette omsorgen i hjemmet og utsette behovet for tjenester på et høyere omsorgsnivå. Mange ser også at kveldsåpne aktivitetstilbud kan være en viktig sosial arena for denne målgruppen.

Gjennomgangen i Kvam viser at kommunen har flere barn og unge som vil være i behov av helse- og omsorgstjenester fremover, samtidig som flere voksne også kan ha behov for økt/endret tilbud. Det tilsier at kommunen på sikt kan få behov for å øke kapasiteten på aktivitetstilbudene, samtidig som kommunen må sikre kostnadseffektive tjenester. Erfaring med dag- og aktivitetssenter fra

⁴⁹ <https://naku.no/kunnskapsbanken/dagsenter-forskning#main-content>

⁵⁰ St.prp. 63, 1997-98, s.13.

⁵¹ NTU Samfunnsforskning, *Innfridde mål eller brutte visjoner?*

andre kommuner viser variasjoner i hvordan tjenestene er organisert. Det er også forskjeller i kapasitet og kostnader. Noen kommuner har valgt å ha mange ulike tilbud samorganisert, andre kommuner har valgt å ha ulike dag- og aktivitetstilbud uten samorganisering. Hvordan slike tilbud fungerer, varierer også. Erfaringen er at kommuner på størrelsen med Kvam som har kostnadseffektive aktivitetstilbud har valgt å samlokalisere ulike tilbud i en driftsenhet, med stort fokus på ulike gruppetilbud. Dette har ikke Kvam. Flere og flere kommuner ser også på muligheten av å bruke ressurser i bolig inn i dag- og aktivitetstilbudene. Dette gjelder særlig for de som er i behov av tett oppfølging og bistand innenfor ADL-gjøremål. Vi har tidligere pekt på at samdrift mellom bolig og dag-/aktivitetstilbud kan være viktig for å få til mer kostnadseffektive tjenester. Samdrift vil også kunne gi flere dagvakter i turnus. Dette vil kunne være et viktig virkemiddel for å få økte stillingsstørrelser og nødvendig kompetanse. Det å se tjenestene mer i sammenheng kan være viktig for å klare å utnytte ressursene og kompetansen på en bedre måte samlet sett, og å øke kapasiteten på tjenestene når behovene endres uten at utgiftene øker tilsvarende. For å få dette til kan det være nødvendig å samle dag- og aktivitetstilbudet til denne brukergruppen, samt at kommunen ivaretar dette i egen regi.

Det er behov for å satse mer på avlastning

Avlastningstiltak er et tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastning gis ut fra ulike behov og kan organiseres på ulike måter. Formålet ved avlastning er å:

- ▶ hindre overbelastning hos omsorgsyter
- ▶ gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie
- ▶ gi omsorgsyter mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter

Kvam har avlastning i form av oppdragsavtaler med private i tillegg til avlastning i bolig primært for barn og unge. Avlastning i kommunal regi er historisk et relativt lite tilbud i kommunen, men behovet er økende.

Kvam hadde lave utgifter til avlastning i 2017. Dette gjelder både overfor barn og voksne. Gjennomgangen i 2018 viser at tilbudet fortsatt er lite, men at kommunen nå opplever økt etterspørsel og behov for avlastningstiltak. Dette gjør at kommunen i 2018 har økt volumet på denne tjenesten og at behovet kan forventes å øke ytterligere. Kommunen har derfor planer om å samlokalisere og flytte avlastningstilbudet i bolig inn i nye lokaler. Hovedvekten av de som mottar avlastning i Kvam er barn og unge. Det er viktig at voksne også sikres et godt avlastningstilbud. Dette inkluderer også avlastning i bolig

Avlastning er et viktig tiltak for pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid og kan bidra til at omsorgsyter kan opprettholde omsorgen. Kvam opplyser å ha flere barn og unge som er i behov av omfattende tjenester. Vurderingen er at det derfor er helt avgjørende at kommunen i dialog med pårørende og lag/foreninger ser på ulike måter å ivareta pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid tilstrekkelig avlastning slik at omsorgen kan fortsette i foreldrehjemmet og dermed utsette behovet for mer omfattende helse- og omsorgstjenester.

Privat avlastning, avlastning i bolig, gode fritidstilbud og ambulante tjenester er tjenester som kan være viktige for både bruker og pårørende. En utsettelse av f.eks. bolig med stedlig bemanning vil utgjøre en relativt stor besparelse pr. år. Dette viser viktigheten av å prioritere tjenester som kan gjøre det mulig å opprettholde den «private omsorgen» fremover.

Kommunen har høye utgifter til BPA overfor denne brukergruppen

Utgiftene til tjenester organisert som BPA overfor denne målgruppen er høye i Kvam sammenliknet med snittet i referansegruppen. Tjenester organisert som BPA/PA er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir

personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov. Det er likevel ikke satt noen nedre grense for bistandsbehovet. En viktig forutsetning er at behovet for bistand er så omfattende eller av en slik art at det mest hensiktsmessig kan ivaretas gjennom brukerstyrt personlig assistanse.

Erfaringen er at utbredelsen av BPA varierer mellom kommunene, men at kommunene i hovedsak har holdt tilbake tjenester organisert som BPA overfor målgruppen. Lovendring fra 1. januar 2015 medfører at flere kan søke om å få tjenestene sine organisert som BPA/PA. Erfaringen vår er at lovendringen har medført noen flere søknader og vedtak om tjenester organisert som BPA/PA for denne brukergruppen, og da særlig for voksne over 18 år. Mange ordninger fungerer godt, men en del kommuner sliter med å få til gode og kostnadseffektive ordninger. Utfordringer som mange støter på er blant annet høy turnover hos assistentene, høyt sykefravær og dermed lite kontinuitet i ordningene. Dette har også en økonomisk konsekvens i form av bruk av overtid, sykevikar mv. Det er ukjent om dette også er tilfelle i Kvam. Kommunen kjøper denne tjenesten av andre. Erfaringen er at det er viktig at kommunen har system og rutiner for å følge opp kvaliteten på tjenesten, samt pris. Erfaringen er at flere kommuner ikke prioriterer dette arbeidet, noe som kan medføre høyere kostnader eller annen kvalitet enn avtalt. Uavhengig av om kommunen yter tjenestene i egen regi eller kjøper tjenester fra andre, ligger ansvaret for at tjenestene ytes i henhold til lov og avtaleverk på kommunene.

Erfaring fra andre kommuner tilsier at mye av årsaken til at man etterspør tjenester organisert som BPA/PA overfor denne målgruppen er at man ikke har tillit til at kommunen har et tilbud når behovet oppstår eller at man er misfornøyd med tilbudet man får. Basert på disse erfaringene er det viktig at kommunen så tidlig som mulig er i dialog med brukerne/pårørende, samt lag og foreninger slik at man sammen kan sikre en nødvendig videreutvikling av helse- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen. God dialog og tilstrekkelig med ambulante miljøarbeider-tjenester, avlastningstilbud og gode boligtilbud med tjenester kan gjøre at behovet for og etterspørselen etter tjenester organisert som BPA/PA reduseres.

Potensial for økt digitalisering

Kvam kommune har i liten grad tatt i bruk velferdsteknologi eller digitalisering overfor denne brukergruppen, men har planer om å ta dette i bruk i ny bolig/avlastning. Stadig flere kommuner tar i bruk og har gode erfaringer med å ta i bruk velferdsteknologi som digital dagsplan, kommunikasjonshjelpemidler, språktreningsapper, digital bildebank, sensorvarsling (minst mulig inngripende) og omgivelseskontroll. Målet med velferdsteknologi er å gi personer med helseutfordringer trygghet til å kunne bo i egen bolig lengst mulig, og muligheter til å mestre eget liv og helse.

Mange kommuner har gode erfaringer i å ta i bruk velferdsteknologi overfor denne brukergruppen. Bodø kommune har blant annet erfaring i å ta i bruk mobilt vaktrom, digitale tilsyn, voldsalarm, tilstedemarkering, adgangskontroll, mv. Dette er tiltak som har medført kortere responstid, bedre arbeidsfordeling, økt trygghet og forutsigbarhet for ansatte. For brukerne er erfaringen at dette har medført en mer komfortabel og funksjonell hverdag. Bruk av f.eks. omgivelseskontroll sies å ha gitt brukerne større selvstendighet, ved at man f.eks. slipper å få hjelp av andre samt å vente på ansatte (Kilde: Bodø kommune).

Målgruppen har brukere i ulike alder, noen unge og noen eldre. I mange prosjekter ser vi at målgruppen først og fremst er «nye» brukere, og gjerne de yngste. Men dette må ikke utelukke at også de som allerede mottar helse- og omsorgstjenester får mulighet til å ta i bruk velferdsteknologi som fremmer egenmestring. Innføring av velferdsteknologi må skje med størst mulig grad av brukermedvirkning og gjennom behovsdrevne, planlagte og systematiske prosesser. Stadig flere psykisk utviklingshemmede blir introdusert for teknologi som smarttelefoner, nettbrett o.l. mens de bor hjemme hos foreldre. Dette er en brukerkompetanse som må nyttiggjøres for å nå

målet om gode og effektive tjenester med utgangspunkt i den enkelte brukers utfordringer, behov og potensial.

Stadig flere arbeidsprosesser digitaliseres. Målet er ikke digitalisering i seg selv, men at man nyttiggjør seg digitalisering der hvor dette kan bidra til kvalitet, og til en like god eller bedre ressursutnyttelse. Informantene vi har snakket med uttaler at de i liten grad har tatt i bruk digitalisering og at det er ulike årsaker til dette. Erfaringen vår er at mange kommuner sliter med å ta i bruk digitalisering og velferdsteknologi overfor denne brukergruppen. Det er viktig at kommunen videre sikrer at arbeidsprosesser som kan og bør digitaliseres blir digitalisert. Tilstrekkelig opplæring, arbeidsverktøy og lederstøtte understøttet av nye måter å arbeide på er viktige suksessfaktorer for å få dette til.

Behov for stedlig ledelse av tjenestene

Kvam har en lederstruktur som medfører at det er ledere i hver gruppe. En leder kan ha ansvar for flere driftsenheter. Erfaringen er at lederspennet innenfor helse- og omsorgstjenestene varierer, og at lederspennet her ofte overgår det man ser innenfor andre kommunale tjenestekområder. Innenfor gruppene som yter tjenester til denne brukergruppen varierer lederspennet fra ca. 10 (gruppe 4) til i overkant av 17 årsverk⁵².

Hvordan ledelse er organisert varierer i kommunene. Flere kommuner sliter med å ivareta behov for stedlig bemanning i hver bolig/driftsenhet. Dette både fordi de har mange boliger og fordi de har flere boliger hvor andel årsverk er lav. Hver av gruppene i Kvam ledes av en leder. Ingen av lederne i gruppene som yter tjenester til denne brukergruppen er leder i fulle stillinger. Ressurser avsatt til ledelse varierer fra 0,5 til 0,6 årsverk. Erfaringen er at stedlig ledelse er avgjørende for å kunne ivareta ansattes behov for personlig oppfølging, og viktig for å ivareta arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse.

Agenda Kaupangs vurderinger og forslag til tiltak – tjenester til utviklingshemmede

Vurderingen er at kommunen har gjort gode grep for å holde kostnadsnivå overfor denne brukergruppen nede. Samdrift mellom boliger og utstrakt bruk av ambulante tjenester er et av tiltakene vi tenker er fornuftige.

Analysene viser at kommunen har flere brukere når vi sammenlikner med snittet i referansegruppen. Ifølge SSB har Kvam langt flere brukere over 16 år med diagnosen psykisk utviklingshemming enn snittet for landet. Dette viser at kommunen er helt avhengig av å ha kostnadseffektive tjenester til denne brukergruppen. Kommunen har startet et arbeid med å etablere nye boliger og avlastning. Formålet er å samlokalisere for å utnytte ressurser og kompetanse bedre enn i dag. Dette tenker vi er smart. Avvikling av boliger og driftsenheter som ikke vurderes som egnede for denne type drift vurderes å være et viktig grep for å sikre kostnadseffektive tjenester fremover. Videre er kommunen også her avhengig av å ha en god omsorgstrapp. Det betyr at kommunen må sikre nødvendig kapasitet og kvalitet på ambulante tjenester, avlastning og dag- og aktivitetstilbud, for å kunne holde kostnadsnivået nede og for å unngå økt press og etterspørsel etter mer kostnadskrevende tiltak. Samdrift og god utnyttelse av ressursene vil være tiltak som på kortere og lengre sikt vil kunne holde kostnadsnivået nede, uten at det går på bekostning av kvalitet, heller tvert om.

⁵² Årsverk i bruk per 2018, her er gruppe 6 og 7 skilt ettersom de har en leder hver.

Våre anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Gjennomgå tildelingspraksis. Kommunen har mange brukere f.eks. innenfor støttekontakt. Kan kommunen ev. erstatte og dekke behovene ved f.eks. økte gruppetilbud og organiserte tilbud?
- ▶ Vurdere å samle tjenester til denne målgruppen under en felles avdeling (jf. forslag innen psykisk helse)
 - Enhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenester for denne målgruppen vil være en viktig forutsetning for å imøtekomme mange av utfordringene som er avdekket i denne analysen.
- ▶ Sikre et godt og effektivt avlastningstilbud til de som er i behov av det slik at man kan utsette behovet for bolig med bemanning. Kommunen jobber med å etablere nytt tilbud i nye lokasjoner.
- ▶ Utrede mulighet for samorganisering av dag- og aktivitetstilbudet for målgruppen. I dette ligger det også økt samdrift mellom bolig og aktivitetssenteret for å få ned utgiftene, men også for å få til økt heltidskultur i tjenesten samlet sett.
- ▶ Ta i bruk velferdsteknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen.

7 Kommunens praksis for ressursfordeling

Budsjetteringsnivå

Lederne vi har snakket med og som har deltatt i undersøkelsen er opptatt av at dagens økonomistyring ikke fungerer optimalt (skår 3,5). Flere er opptatt av at manglende budsjetttramme medfører at det blir vanskelig å ha budsjettdisiplin. Dagens praksis er at fastlønnsbudsjettet er lagt ut på den enkelte avdelingen mens vikarbudsjettet er lagt sentralt. Det faktum at budsjettene ikke samles på utførende avdelingen og kan direkte sees i sammenheng gjør økonomistyringen mer krevende. Det er vår oppfatning, og et ønske avdekket under intervjuene, at kostnadene bør ligge på det nivået som beslutter dem. Kommunen må sikre et enhetlig delegasjonsreglement, samtidig som de gir de ansvarlige lederne kompetanse, gode verktøy og opplæring for å kunne håndtere dette ansvaret.

Noen av gruppelederne stiller spørsmål om det er hensiktsmessig at de skal ha økonomiansvar. Det er vår vurdering at budsjettansvar og oppfølging bør legges lengst mulig ut i organisasjonen mot de tjenesteutøvende avdelingene. Vi erfarer at god virksomhetsstyring oppnås når bemanningsplan, faktisk jobbet turnus og budsjetter er tydelig konsistente. I dette ligger det en fordel om budsjett og oppfølgingsansvar legges helt ut på nivå med de som til daglig gjør beslutninger om turnusen. (ideen om at den som kan påvirke kostnaden blir værende med kostanden). Det er allikevel en fordel om rapportering og oppfølgingsnivået for budsjettet ikke legges på et lavere nivå i organisasjonsplanen enn at de underliggende avdelingene er robuste nok til å stå imot variasjon i behov og har tilstrekkelig kompetanse til å følge opp økonomistyringen. (Dette innebærer å lage budsjettområdene store nok) I intervjuene har flere uttalt at de opplever å ha liten kompetanse på økonomistyring i egen tjeneste og at arbeidet ikke blir prioritert i en hektisk hverdag. Flere har derfor uttalt at Controlleren er en viktig ressurs og at mange har tett dialog og samarbeid med henne. Om ikke kompetansen til økonomistyring er god blant tjenesteledere vil derfor Controllers evne til å støtte dem i dette arbeidet være avgjørende for hvor langt ut i organisasjonen budsjettansvaret skal legges. Vi er av den oppfatning at økonomiansvaret bør legges på gruppeledernivå og at god økonomiforståelse må søkes her i et tett samarbeid med Controller. Det er viktig at de operative lederne i organisasjonen har økonomisk myndighet og ansvar. Det bør være profesjonelle ledere (ledere på heltid) og lederspennet bør ikke være for stort. Linjeledere i helse og omsorg er i hovedsak fagfolk og ikke økonomer. De trenger derfor mye opplæring og administrativ lederstøtte for å kunne ivareta ansvaret. Vår erfaring er at dersom kommunen skal lykkes med å ha kontroll over økonomien innen helse- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som omhandler økonomiske forhold. Det betyr at dersom kommunen skal oppnå god økonomisk styring innen helse- og omsorgstjenestene, bør budsjetteringen foregå med stor grad av involvering av lederne.

Gjennomganger i andre kommuner har vist, som i Kvam, at lederne i linjen og på virksomhetsledernivå trenger bistand og støtte for å ivareta ansvaret de er delegert. Enhetene i Kvam har tilgang på både gode verktøy, råd og oppfølging fra økonomiavdelingen i kommunen og controller. I den situasjonen Kvam kommune nå er i, og vil befinne seg i fremover, er det viktig å sikre at lederne på alle nivå har tilstrekkelig kompetanse og støtte til å ivareta oppgaver og ansvar. Kommunen står overfor store endringer hvor bruk av sentrale styringsdata vil være et viktig verktøy for å sikre nødvendig styring, utvikling og prioritering.

Budsjettmodeller

Utgangspunktet for en god virksomhetsstyring er ofte de strukturer, prosesser og verktøy som stilles til rådighet for ledelse. Det dreier seg om mekanismer for budsjettfordeling, beregning av

budsjettstørrelse, verktøy og prinsipper for resultatoppfølging, i hvilken grad ledere og sentrale nøkkelpersoner har eierskap og innsikt i budsjett (gi fakta bak beslutninger) og hvilken evne de har til å kontrollere tjenesteleveransen. Forenklet kan vi si at det dreier seg om å best mulig forene «Fag, folk og penger». Vi vil presentere muligheter for god virksomhetsstyring igjennom best mulig forening av fag, folk og penger hvor vi igjennom budsjettmodellene ønsker å gi insentiver å gjøre gode beslutninger for alle disse områdene og muliggjøre gode dager for tjenestemottakerne.

Det finnes en rekke type mekanismer for fordeling av budsjetter. Igjennom de siste tiårene har vi sett en viss utvikling av modellene benyttet i norske kommuner:

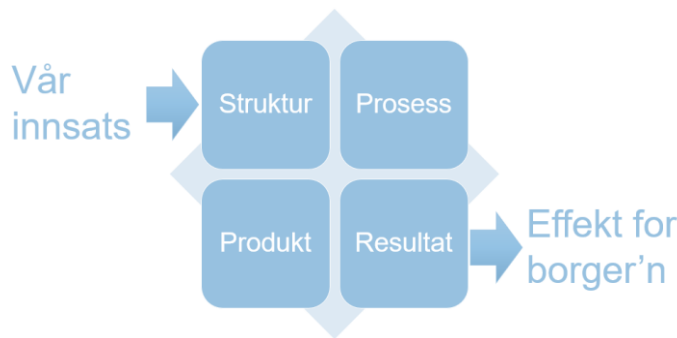
- ▶ Historisk rammefinansiering: tildelt budsjett som i fjor, korrigert for kjente endringer
- ▶ ISF: innsatsstyrt finansiering - betalt for vedtatt/utført jobb (Innført i sykehus fra 1997. Kristiansand kommune fra 2002)
- ▶ Insentivbaserte modell: budsjett basert på mest mulig objektive kriterier med mål om gode beslutninger lokalt og totalt - i dag og for framtiden (innført i Drammen kommune fra 2013)
- ▶ Effektbaserte modeller, etter hva vi oppnår eller pasientforløp (vi kjenner ikke til kommuner som jobber etter dette, men ser en klar trend om dette i 2. linje helsetjenesten)

I valg av budsjettmodell legger vi gjerne til grunne at den er egnet til å fordele hele budsjettet mellom de utførende avdelingene. Vi ønsker modeller de ansatte har eierskap og budsjett-disiplin til, som går over flere år med mulighet for sammenlikning. Modellen skal gjerne være enkel og forståelig, men samtidig oppleves som rettferdig og realistisk. Det er ønskelig at modellene ikke er manipulerbare og reduserer faren for suboptimale beslutninger. Vi ønsker en god fordeling av risiko mellom heradskassen og utførende enhet og legge til rette for styring av tjenesteområdene.

Målet er at budsjettmodellene sammen med en god forvaltningspraksis, en godt utviklet og benyttet tjenestetrapp bidrar til å:

- ▶ Sikre likebehandling, rettsikkerhet og forutsigbarhet gjennom profesjonell saksbehandling
- ▶ Legger til rette for tverrfaglige, koordinerte og sammenhengende tjenester
- ▶ Tillitsbasert samhandling i egen organisasjon og med eksterne samarbeidspartnere på system og individnivå
- ▶ Ivareta bruker- og pårørendeinvolvering gjennom åpenhet, tilgjengelighet og god dialog
- ▶ Bygge opp under helsefremmende, forebyggende og et rehabiliterende perspektiv
- ▶ Ivareta langsiktig og strategisk planlegging av tjenestene knyttet til behovsendringer og tjenesteutvikling
- ▶ Synliggjøre nivået på tjenestetilbudet og det politiske ansvaret for dette
- ▶ Sikre riktig fordeling av ressurser basert på behov og tjenestenivå
- ▶ Stimulere til effektiv ressursutnyttelse

Oppsummert kan vi si at målet er å gi de utførende avdelingene en lik struktur og utgangspunkt slik at deres fokus blir å «gjøre tingene rett» (prosess), «gjøre de rette tingene» (produkt) for størst mulig kvalitet for innbyggeren (resultat).

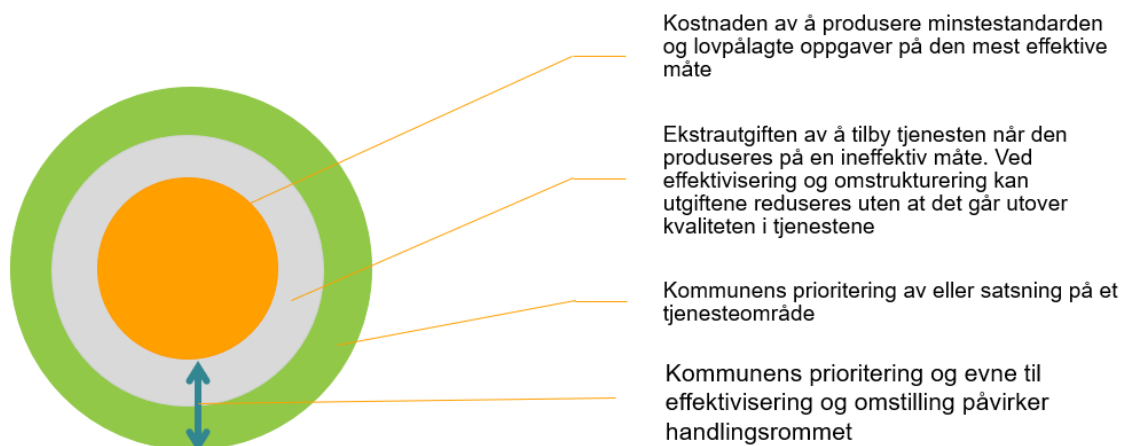


Figur 7-1 Lik struktur i tildelingen av ressurser endrer fokuset fra mangel på ressurser fra utførende avdeling til fokus på å etablere gode prosesser og velge de riktige tjenestene for å skape resultater for brukeren

Budsjettansvaret i utviklingen av en god tjenestetrapp ligger på kommunalsjef og heradstyret, bestillerenhetens ansvar er knyttet til å gjøre nøkterne vedtak (trinn og volum) mens den tjenesteutførende avdelingens ansvar er knyttet til produktiviteten (enhetspris levert innenfor budsjettet).

God virksomhetsstyring

God virksomhetsstyring mener vi i stor grad dreier seg om å redusere «grå sone» og maksimere grønn innenfor budsjettene jf. figuren under.

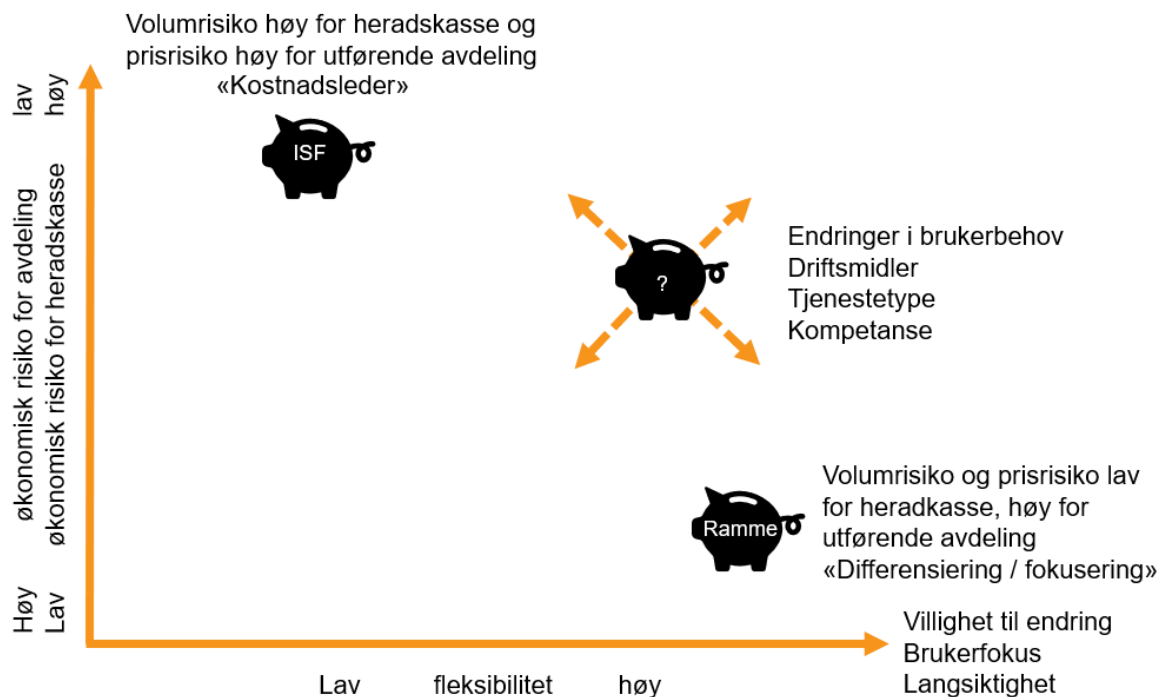


Figur 7-2 Tjenesteutøvers handlingsrom

Med grå sone tenker vi på lite effektiv tilrettelegging av arbeid (prosess), omstart av arbeid og lite sømløse overganger, feil bruk av ressurser/kompetanse, feilretting og dobbeltarbeid (kvalitet), feil valg av og utførelse av tjenesten (produkt), leveranser av tjenester etter «opphør» av behov, sløsing av tjenestemottakers tid, sløsing og overforbruk av ressurser, overproduksjon, levere utover avtale/forventning med mer.

Valg av budsjettmodell

I valg av budsjettmodell for kommunen står det sentralt hvordan vi ønsker å fordele volumrisiko for utførte tjenester og enhetsprisen knyttet til denne mellom heradskassen og de utførende avdelingene.



Figur 7-3 Prioritetsvalg i beslutning om budsjettmodell

I valg av modell knyttes opp mot tilliten til organisasjonen til å håndtere volum og prisrisikoen. For at denne tilliten skal bli best mulig er det viktig at der beslutningen om å ta en kostnad er, som for eksempel en ekstra vakt, også er det organisatoriske nivået som må bære kostnaden. Uten en god økonomisk tillit i organisasjonen er det krevende å få økonomisk kontroll.

Mulig budsjettmodell for institusjoner

For institusjonen i Kvam foreslås det en budsjettmodell basert på en overordnet pleiefaktor for herredet (årsverk per seng), kostnad per årsverk og en kategorisering av type senger.



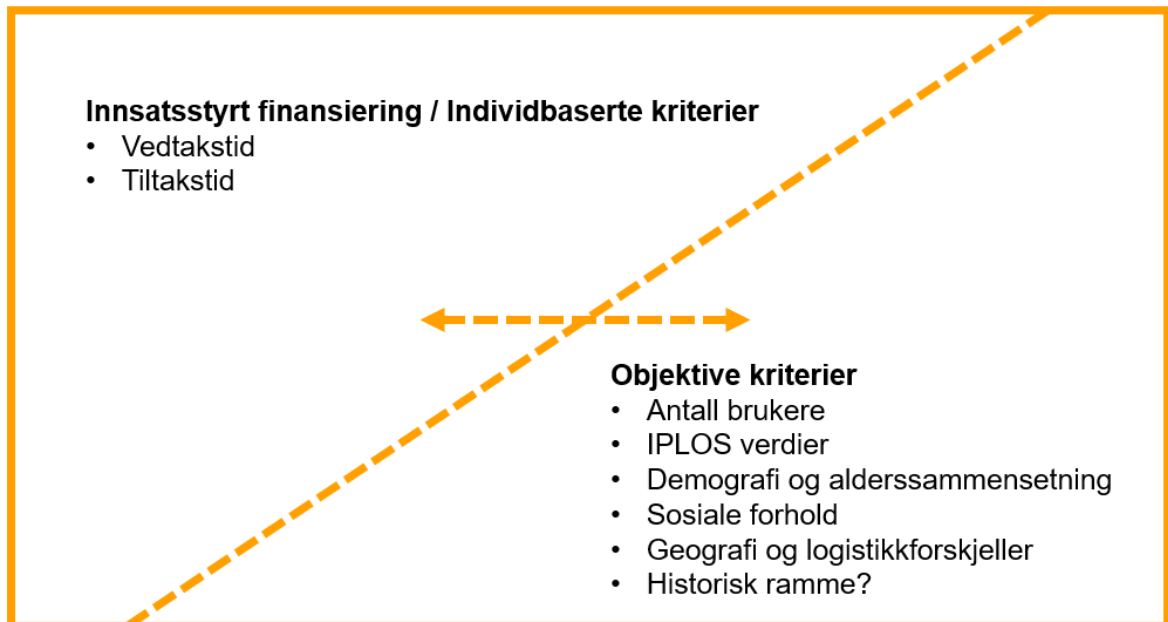
Figur 7-4 Foreslått budsjettmodell for institusjoner

I tillegg ytes det driftsbudsjett for husleie, forbruksmateriell, mat og støttefunksjoner. Kategoriseringen av plasser skjer med basis i langtids somatisk plass (100%) med justering etter hvor krevende kategorien vurderes. Som eksempel kan nevnes demensplass (110%), korttidsplass (113%), psykiatriisk plass (135%) og så videre.

Mulig budsjettmodell for øvrige vedtaksbaserte tjenester

For øvrige tjenester med vedtak tilrås for Kvam en rammefinansiering basert på forventet tjenestevolum og enhetspriser. Fordelen med en slik ramme er tydeliggjøringen av det helhetlige ansvaret som ligger i disse tjenestene. I dette ligger det også en nøytralitet i prioriteringer av faktisk

ytte tjenester. En fast ramme gir også tjenesten en forutsigbarhet i rammer og muliggjør langsiktige prioriteringer. For kommunalsjef vil en slik ramme være relativt lett å administrere. En slik finansiering innebærer at risikoen for endringer i enhetspris (effektivitet) legges til den utførende enheten. Risikoen for volumendringer vil ligge på tildelingskontoret/heradskassen. Det kan tenkes at det knyttes insentiver for den utførende avdelingen om å holde volumet nede direkte i tildelingen av rammer. Slike insentiver kan være å legge inn andre objektive kriterier som forklarer tjenestebehovet uten å bli direkte bli økt ved økt tjenestevolum.



Figur 7-5 Mulige valg av kriterier for tildeling av budsjetttramme. Det skilles her mellom direkte volumavhengige og øvrige objektive kriterier.

Budsjetteringsintervaller

Hvor ofte kommunalsjefen skal gi virksomhetene nye budsjetter vil være avhengig av hvilke modeller som velges. Ved små endringer i tjenestevolumet og med lav mulighet for å gjøre endringer kan det tenkes lange budsjettintervaller (årlig), ved raske endringer i tjenestevolum og stor mulighet til å tilpasse tjenesteproduksjonen kan det tenkes vesentlig hyppigere omfordeling av budsjettene. Vår erfaring er at hvis det brukes lite ressurser til omfordelingen og modellene og prinsippene er godt innarbeidet og forstått av avdelingene kan det tenkes omfordeling ned til ukes-/ månedsnivå. Vi vil allikevel for Kvam anbefale å rebudsjettere årlig i det minste til budsjetterfaring og budsjettkunnskapen styrkes.

Budsjettert refusjon for ressurskrevende brukere

Flere kommuner sliter med å finne et riktig organisatorisk sted å legge budsjettet for refusjon for ressurskrevende brukere. Budsjettet legges ofte ut på den utførende avdeling da denne har stor grad av mulighet til å vurdere og tilpasse tjenesteproduksjonen etter fornuftig ressursbruk. Det vil si at kommunalsjefen legger ut en netto kostnadsbudsjett. Det er vår erfaring at enkelte tjenesteførere har en tendens til å overfokusere på denne refusjonstørrelsen for å få «endene til å møtes». Det er derfor vår anbefaling at tjenesteutøver ytes bruttobudsjetter for den tjenesten som skal leveres og forventet refusjon legges på bestillerenheten eller kommunalsjefnivå. På den måte sikres det et godt driftsfokus i avdelingen. Ved en slik budsjettfordeling er det viktig at bestiller/kommunalsjefen setter av tilstrekkelige ressurser til å følge opp refusjonsforventningene igjennom året.

Tildelingspraksis

For å få gode budsjettmodeller og en god økonomisk styring er riktig dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden sentralt. Bestiller av tjenester må ha en tydelighet i prioriteringen av søkere og en profesjonalisering av vurderingen av bistandsbehov. Kontoret må også forstå rollen som forvalter av herredets ressurser og utforme vedtak som tar hensyn til kompleksiteten på tjenesten. I dette ligger også rutiner for vurdering/revurdering som sikrer at tjenestemottaker er plassert på riktig nivå i tjenestekjeden i forhold til eget funksjonsnivå.

Vår erfaring er at kostnadene ofte blir høyere enn nødvendig om bestiller ikke har myndighet til å tildele tjenester i deler av tjenestekjeden, og derfor ikke har anledning til å ta hele tjenestespekteret inn i vurderingen. Det bør derfor forsøkes unngått å overføre større deler av forvaltningsansvaret til utførerne. Ved tildeling av budsjetter etter vedtak og ikke utført tid er det sentralt at bestiller foretar kontroller at disse i rimelig grad henger sammen. Flere kommuner legger inn insentiver direkte i budsjettmodellene sine. Dette kan være insentiver om økt fokus på forebyggende arbeid, langsiktighet, tidlig intervensjon og så videre. Dette medfører å endre fra rene volumbaserte tildelinger (innsatsstyrt finansiering) til mer objektive andre kriterier i budsjettildelingen. Slike kriteriebaserte modeller er blitt kritisert for å være statiske i forhold til variasjoner i behov gjennom året, samt at modellenes inndata ikke er oppdatert i tilstrekkelig grad. Høyere aktivitet enn forutsatt i budsjettet er en vel så vanlig og viktig årsak til budsjettoverskridelser i mange kommuner som manglende kostnadseffektivitet. Dessverre er det ofte vanskelig for kommuner å skille mellom aktivitetsavvik og effektivitetsavvik, rett og slett fordi man ikke har et godt nok datagrunnlag. En modell som skal være 100 % rettferdig og ta høyde for alle relevante ulikheter mellom enhetene, blir imidlertid veldig kompleks. Av denne grunn bør ikke modellen forutsette rapportering og måling på et stort antall parametere.