



Utvikling av omsorgstjenester i Vefsn kommune

OKTOBER 2018

VEFSN KOMMUNE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAKSGIVER: Vefsn kommune

RAPPORT NR: 1020409

RAPPORTENS TITTEL: Utvikling av omsorgstjenester i Vefsn kommune

ANSVARLIG KONSULENT: Eilin Ekeland

KVALITETSSIKRET AV: Rune Holbæk

FOTOGRAFI I RAPPORT: www.shutterstock.com

DATO: 19.10.2018

Forord

Agenda Kaupang har bistått Vefsn kommune i et arbeid med utvikling av omsorgstjenester i Vefsn kommune der man skulle vurdere organisering, dimensjonering og utvikling av omsorgstjenester i kommunen. Arbeidet ble organisert som et prosjekt, med en intern arbeidsgruppe og en større referansegruppe. Agenda Kaupang bidro med bakgrunnskunnskap og analyser og hadde ansvaret for gjennomføring av en dialogkonferanse. Utforming av tiltak var en prosess mellom konsulent og arbeidsgruppa der konsulent utarbeidet utfordringsnotat som arbeidsgruppa diskuterte. Den konkrete utformingen av tiltakene står for Agenda Kaupangs regning.

Rapporten munner ut i anbefalinger om å styrke tjenester til hjemmeboende eldre, både i form av en styrket hjemmetjeneste, flere omsorgsboliger og et styrket dag- og aktivitetstilbud. Med en slik styrket tjeneste, vil kommunen kunne legge ned institusjonsplasser. Arbeidet vil kreve en dreining både faglig, holdningsmessig og innholdsmessig, og vi anbefaler stort fokus på dette fremover. Agenda Kaupang anbefaler at kommunen følger opp arbeidet i form av konkretisering av hvor de styrkede tilbudene skal være, og hvilke institusjonsplasser som kan legges ned.

Vi takker for oppdraget og for svært konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med informasjon gjennom deltakelse i arbeidsgruppe og dialogkonferanse og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til kommunalsjef John-Arvid Heggen som har vært kontaktperson, som har bidratt til koordinering av arbeidet og gode avklaringer og innspill underveis. 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 Eilin Ekeland og Astrid Nesland, med Rune Holbæk som sparringspartner og kvalitetssikrer.

Innhold

1	Sammendrag	6
2	Bakgrunn	7
3	Metodikk	8
3.1	<i>Datainnsamling</i>	<i>8</i>
3.1.1	<i>Befaring på sykehjem og boliger.....</i>	<i>9</i>
3.1.2	<i>Intervjuer.....</i>	<i>10</i>
3.2	<i>Analyser og tiltaksutforming</i>	<i>10</i>
3.2.1	<i>Beregning av boligtrapp i kommunen.....</i>	<i>10</i>
3.3	<i>Faser og fremdrift.....</i>	<i>10</i>
4	Resultater og analyser	11
4.1	<i>Dokumentanalyser</i>	<i>11</i>
4.1.1	<i>Kommunens egne dokumenter.....</i>	<i>11</i>
4.1.2	<i>Offentlige dokumenter.....</i>	<i>12</i>
4.1.3	<i>Samlet bilde</i>	<i>17</i>
4.2	<i>Overordnede prioriteringer av ressurser.....</i>	<i>17</i>
4.2.1	<i>Pleie og omsorgstjenester.....</i>	<i>17</i>
4.2.2	<i>Helsetjenesten</i>	<i>25</i>
4.2.3	<i>Samlet bilde av overordnede prioriteringer</i>	<i>27</i>
4.3	<i>Tildeling av tjenester og samhandling.....</i>	<i>27</i>
4.4	<i>Tjenester til eldre.....</i>	<i>28</i>
4.4.1	<i>Om tjenesten.....</i>	<i>28</i>
4.4.2	<i>Ressursbruk.....</i>	<i>31</i>
4.4.3	<i>Dekningsgrader.....</i>	<i>34</i>
4.4.4	<i>Innhold og kvalitet</i>	<i>37</i>
4.4.5	<i>Boligtrappa for eldre.....</i>	<i>38</i>
4.4.6	<i>Samlet bilde av tilbudet til eldre</i>	<i>39</i>
4.5	<i>Tjenester til personer med utfordringer innen psykisk helse og rus</i>	<i>39</i>
4.5.1	<i>Om tjenesten.....</i>	<i>39</i>
4.5.2	<i>Ressursbruk.....</i>	<i>40</i>
4.5.3	<i>Samlet bilde av tilbudet til personer med utfordringer med psykisk helse og rus</i>	<i>42</i>
4.6	<i>Tjenester til personer med funksjonshemming</i>	<i>42</i>
4.6.1	<i>Om tjenesten.....</i>	<i>42</i>
4.6.2	<i>Ressursbruk.....</i>	<i>43</i>
4.6.3	<i>Samlet bilde av tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemning.....</i>	<i>49</i>
4.7	<i>Friskliv og fysio- og ergoterapitjenester</i>	<i>49</i>
4.7.1	<i>Om tjenestene.....</i>	<i>49</i>
4.7.2	<i>Ressursbruk.....</i>	<i>51</i>
4.7.3	<i>Samlet bilde</i>	<i>52</i>
4.8	<i>Rehabilitering</i>	<i>52</i>

4.8.1	Om rehabilitering.....	52
4.8.2	Rehabilitering i Vefsn	54
5	Oppsummert om utfordringene	56
6	Anbefalinger for utviklingen av omsorgstjenester i Vefsn kommune	57
6.1.1	Sammensatt tiltakspakke	57
6.1.2	Gevinst av omlegging.....	63
6.1.3	Prosjekt styrkede tjenester til hjemmeboende.....	64
7	Vedlegg: Figuroversikt.....	65

1 Sammen drag

Vefsn kommune ønsket bistand til en prosess for å vurdere organisering, dimensjonering og utvikling av omsorgstjenester i kommunen. Oppdraget skulle være en grundig gjennomgang av *dagens* omsorgstjenester, både på innhold, struktur og organisasjonsmodell samt vurdere forholdet mellom institusjonstjenester, boliger med heldøgns bemanning og hjemmetjenester. Hovedfokuset var pleie- og omsorgstjenestene.

Analysene er basert på dokumentanalyser, statistiske analyser, regnskapsanalyser samt befarings- og intervjuer. Resultatene av dokumentanalysen viser at kommunen scorer bra på Kommunebarometeret innen helse og omsorg, men ikke på områdene rehabilitering, dagtilbud og standard på sykehjem. Vefsn får overføringer fra staten som en gjennomsnittlig kommune, til tross for at kommunen har noen folkehelseutfordringer, mange voksne med psykisk utviklingshemming og en høy andel eldre.

Analysene viser videre at kommunens ressursbruk innen pleie og omsorg er på et mellomnivå i forhold til sammenlignbare kommuner når man tar hensyn til estimert behov for tjenester (etter Kommunal- og moderniseringsdepartementets metode). Kommunen bruker en noe høyere andel av ressursene til tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming og mindre innen området psykisk helse og rus enn gjennomsnittet av de kommunene vi har gjort tilsvarende analyser for. Det er få årsverk pr. bruker. Kommunen har god andel med fagutdanning i tjenestene.

Vefsn kommune bruker mye av ressursene til brukergruppen eldre til institusjonstilbudet og har mange institusjonsplasser. Kommunen bruker lite på bolig med heldøgns omsorg, og relativt lite på hjemmetjenester i forhold til sammenligningskommuner. Av institusjonsplassene er det mange langtidsplasser. Det er liten andel plasser avsatt til korttidsopphold, særlig tiltenkt rehabilitering og avlastning.

Kommunen bruker relativt lite innen helse, særlig synes forebyggende tiltak være nedprioritert. Kommunen har en lav dekning av fysioterapeuter, mens statistikken viser at kommunen har en høyere dekning psykiatriske sykepleiere og ergoterapeuter enn sammenligningsgrunnlaget, men mange av disse arbeider ikke innen helse.

Informanter stiller spørsmål om tjenestekontoret kjenner hjemmetjenestens tilbud godt nok. Noen mener at det gis tilbud for høyt i omsorgstrappa, andre at man for lenge prøver med et for lite omfattende tilbud til enkelte brukere.

Parken bo- og servicesenter blir vurdert som i behov av utbedringer. Vefsn sykehjem blir vurdert som betydelig bedre. Fredlundskogen er svært bra, men litt lite egnet til dagopphold.

Kommunens har en stor ressurs i frivillige, og disse bidrar til en del aktivitet.

Agenda Kaupang anbefaler å erstatte institusjonsplasser med en alternativ tiltakspakke for brukergruppen eldre bestående av:

- ▶ Styrket dag-, aktivitets- og treningstilbud
- ▶ Nye årsverk i hjemmetjenesten
- ▶ Flere heldøgns bemannede omsorgsboliger

Dette både av hensyn til dagens brukere, men også for å sikre en økonomisk bærekraftig utvikling fremover. Vi anbefaler å bruke første halvår av neste budsjettår på å bygge opp og styrke tjenester på lavere nivå i omsorgstrappa, og bruke hele året på å ta ned institusjonsplasser og tilhørende bemanning. På den måten vil årets totale budsjett kunne være akseptabel for kommunens økonomi, mens netto gevinst først tas først ut etter ett år. Vi anbefaler en nedbygging av 36 langtidsplasser på institusjon.

2 Bakgrunn

Vefsn kommune ønsket bistand til en prosess for å vurdere organisering, dimensjonering og utvikling av omsorgstjenester i kommunen. Arbeidet ble organisert som et prosjekt, og konsulentfirmaet Agenda Kaupang fikk i oppdrag å lede prosessen.

Oppdraget skulle være en grundig gjennomgang av *dagens* omsorgstjenester, både på innhold, struktur og organisasjonsmodell samt vurdere forholdet mellom institusjonstjenester, boliger med heldøgns bemanning og hjemmetjenester. Hovedfokuset var pleie- og omsorgstjenestene. Oppdraget omfattet også å bistå med forslag og anbefalinger til organisasjonsmodeller som fremmer utvikling og bidrar til løsning av *framtidige* utfordringer inkludert samarbeid og samhandling med avdeling i driftsenhet helse og tjenesten til personer med psykisk utviklingshemming.

Arbeidet ble gjennomført som et prosjekt med en intern arbeidsgruppe og en større referansegruppe. Agenda Kaupang bidro med bakgrunnskunnskap og analyser som utgangspunkt for en dialog for å etablere en felles forståelse av dagens situasjon og hadde ansvaret for gjennomføring av en dialogkonferanse. Tiltaksutforming var et nært samarbeid mellom konsulent og arbeidsgruppa.

3 Metodikk

Det ble brukt ulike kvalitative og kvantitative metoder for innsamling av informasjon i dette prosjektet. Datagrunnlaget ble brukt til grundig beskrivelse av Vefsn kommunes tjenester, og til sammenligning med andre tilsvarende kommuner.

3.1 Datainnsamling

Dokumentanalyser

Ved oppstart av prosjektet innhentet vi kommunens handlingsplaner og budsjetter samt dagens organisasjonskart, for nødvendig bakgrunnsinformasjon om nåsituasjonen og planer fremover. Vi innhentet også data fra offentlige dokumenter som Kommunebarometeret, Folkehelseprofiler, KOSTRA og SSB.

Statistiske analyser

Vi gjennomførte KOSTRA-analyser for pleie- og omsorgstjenestene. KOSTRA er et godt redskap for å få et raskt overblikk over økonomi, tjenester og brukere i kommunene. Det er samtidig store forskjeller mellom kommunene med tanke på demografi, innbyggere med spesielle behov, reiseavstander etc., og det kan være vanskelig å sammenligne kommuner. Agenda Kaupang har derfor utarbeidet en egen database med tilrettelegging av data fra KOSTRA, hvor det nettopp er korrigert for slike forskjeller mellom kommunene som kan gi utslag på innbyggernes behov for ulike tjenester. Vi bruker samme metode som Kommunal- og moderniseringsdepartementet bruker ved fordeling av rammetilskuddene til kommunene. Dette omtaler vi som «korrigert for behov». På denne måten kunne dataene sammenliknes på tvers av kommuner og gi et bedre bilde enn KOSTRA-tallene man tar ut direkte fra Statistikkbanken. I sammenligningene har vi, foruten KOSTRA-gruppe 12 som Vefsn tilhører, valgt kommuner i samarbeid med oppdragsgiver. Her har geografi, størrelse og hvor god kunnskap Agenda Kaupang har om kommunen vært viktige hensyn. Under er sentrale trekk til kommunene vi har brukt i KOSTRA-sammenligningen presentert. KOSTRA-gruppe 12 er definert som mellomstore kommuner med middels bundne kostnader pr. innbygger, høye frie disponible inntekter.

Tabell 3-1 Sentrale tall om sammenligningskommunene i KOSTRA-analysen. Kilde: SSB

Folkemengde i alt	2013	2017					
Kommuner	Innbyggere 1.1.2013	Innbyggere 1.1.2017	Vekst i folketallet siste 5 år %	Areal km ²	Innbyggere pr. km ²	Kommune- gruppe	Behovskorrigerte frie inntekter pr. innb. % av landsgjennomsnitt
Vefsn	13 286	13 448	1 %	1 929	7	EKG12	-738,8 %
Steinkjer	21 555	22 098	3 %	1 564	14	EKG13	-717,9 %
Rana	25 943	26 230	1 %	4 460	6	EKG13	-732,2 %
Vestvågøy	10 997	11 397	4 %	425	27	EKG11	-660,4 %
Vestre Toten	13 075	13 314	2 %	250	53	EKG07	-706,3 %
Nordland	240 877	243 335	1 %	38 481	6	0	-788,2 %
Kostragruppe 12	168 367	170 512	1 %	28 952	6	EKG12	-795,8 %
Landet uten Oslo	4 474 593	4 622 151	3 %	323 318	14	EAKUO	97,8 %

Det er ikke mulig i KOSTRA å skille på tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, personer med psykisk helse- og rusutfordringer og andre brukere (i hovedsak eldre). Dermed viser ikke statistikken kostnadsfordelingen mellom disse brukergruppene. Ved hjelp av en database Agenda Kaupang har utviklet, har vi kartlagt tjenesteprofilen til kommunen innen helse og omsorg dypere. Vi innhentet informasjon om antall brukere, antall plasser og årsverk innen hver av brukergruppene fra kommunen, og sammenstilte dette med kommunens regnskap. Dette for å analysere hvordan kommunen prioriterer omsorgstrappen innen pleie og omsorg til de ulike brukergruppene.

Analysen benytter 3 brukerkategorier:

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

Formålet er å få bedre innsikt i:

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

Også denne informasjonen sammenligner vi med sammenlignbare kommuner. 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. Dette skal bidra til økt innsikt i egen tjenesteproduksjon og gi mulighet for å hente inspirasjon og lære av andre kommuner.

I denne analysen endres sammenlikningskommunene fra de kommunene som brukes i KOSTRA-analysene. Det er valgt ut kommuner Agenda Kaupang har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling, se Tabell 3-2. Det er tatt utgangspunkt i både brutto og netto drifts-utgifter for kommunene i sammenlikningene. Kommunenes tall er korrigert for forskjeller mellom kommunene som kan gi utslag i ulike behov for tjenester. Også her har vi brukt samme metode som Kommunal- og moderniseringsdepartementet bruker i fordelingen av rammetilskuddet til kommunene.

Tabell 3-2 Sentrale tall om sammenlikningskommunene i den dypere pleie- og omsorgsanalysen. Kilde: SSB

Folkemengde i alt	2013	2017					
Kommuner	Innbyggere 1.1.2013	Innbyggere 1.1.2017	Vekst i folketallet siste 5 år %	Areal km ²	Innbyggere pr. km ²	Kommune- gruppe	Behovskorrigerte frie inntekter pr. innb. % av landsgjennomsnitt
Vefsn	13 286	13 448	1 %	1 929	7	EKG12	-738,8 %
Steinkjer	8 651	9 131	6 %	59	156	EKG07	-704,9 %
Årdal	5 496	5 277	-4 %	977	5	EKG12	-760,3 %
Melhus	15 844	16 424	4 %	694	24	EKG07	-701,3 %
Lier	25 175	25 980	3 %	302	86	EKG13	-736,0 %
Hamar	29 520	30 930	5 %	351	88	EKG13	-700,0 %

Sula og Årdal er mindre enn Vefsn, mens Melhus er litt større. Lier og Hamar er kommuner som er mer enn dobbelt så store målt i innbyggertall, men strever likevel med å tilrettelegge tjenester på alle trinn i omsorgstrappa, har utfordringer med ressurskrevende tjenester og står overfor en vekst i omsorgstjenester til eldre tilsvarende Vefsn. Ved å velge kommuner som både er litt større og litt mindre samt en kommune som er omtrent like stor, vil argumentasjon rundt størrelse falle bort og diskusjonene om organisering og tjenestetilbudet kan få den riktige oppmerksomheten. De 12 kommunene det er beregnet et gjennomsnitt for er Sør-Odal, Østre Toten, Askøy, Karmøy, Mandal, Tinn, Halden, Askim, Nittedal, Tønsberg, Lindesnes, Hamar.

Sykehjemmets rolle og funksjon er viktig når vi snakker om omsorgstrappa. I vår analyse ble det skilt mellom langtidsplasser til ulike brukergrupper og korttidsplasser, fordi plassene dekker ulike behov.

3.1.1 Befaring på sykehjem og boliger

Erfaringen er at bygningsmessige rammer legger sterke føringer for driften. Vi foretok derfor en befaring av de ulike byggene som kommunens tilbud omfatter og innhentet kommunens egen vurdering av de ulike bygningenes tekniske og funksjonelle stand, samt behov for utbedringer.

3.1.2 Intervjuer

Det skriftlige materialet ble supplert med intervjuer av ledere, medarbeidere og tillitsvalgte. Det ble gjennomført til sammen 10 individuelle intervjuer. Dette var med kommunalsjef, økonomisjef, enhetslederne for Omsorgsdistrikt sør, Omsorgsdistrikt nord, Miljøterapitjenesten og Helse-tjenesten, samt avdelingsledere innen henholdsvis Fysio- og ergoterapitjenesten, hjemmetjenesten og LMS, og leder for tjenestekontoret. Det ble også gjennomført ett intervju der både hoved-tillitsvalgt fra NSF og fra Fagforbundet var til stede. Intervjuene ble gjennomført med videokontakt.

Intervjuene omhandlet hva kommunen var sterke på og forbedringspunkter både overordnet og på spesifikke temaer.

3.2 Analyser og tiltaksutforming

Denne kvantitative informasjonen ble satt sammen med informasjon som fremkom i intervjuene og visualisert i form av bilder, grafer og tabeller som et utgangspunkt for en dialog i arbeidsgruppa og styringsgruppa om dagens situasjon. En slik dialog ble gjennomført i form av et stort dialogmøte i Vefsn, der både ansatte og folkevalgte var til stede.

I etterkant av dette dialogmøtet utformet Agenda Kaupang et notat til bruk i arbeidsgruppa om mulige veier videre. På bakgrunn av diskusjoner i arbeidsgruppa ble det utformet anbefalinger om veien videre.

3.2.1 Beregning av boligtrapp i kommunen

Det er innhentet bemanning på de ulike tilbudene ned på avdelingsnivå. Dette er brukt for å få detaljert oversikt over bemanningskostnadene på de ulike trinnene i boligtrappa. Det er brukt en *gjennomsnittlig* kostnad på 750 000 kr pr. person på jobb et dagsverk. Det er ikke tatt hensyn til ulikheter i kompetansesammensetning, ansiennitet, sykefravær, vikarbruk etc. Denne analysen gir derfor ikke et korrekt bilde av den totale ressursbruken, men er likevel egnet til å sammenligne på tvers av avdelinger for å kunne gi et bilde av kommunens tjenestettrapp.

3.3 Faser og fremdrift

Prosjektet ble gjennomført i perioden medio mars til medio oktober 2018, etter følgende tidsplan med noen forskyvninger:

		Mars				April				Mai				Juni				August					September				
Fase	Aktivitet	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
1	Oppstartsmøter og prosjektorganisering																										
	Oppstartsmøte m/prosjekteier og styringsgruppe for avklaringer og valg av analyser																										
2	Kartlegging og analyse																										
	Gjennomgang og kvalitetssikring av kartlegging og analysedelen av plandokumentet m/prosjekteier og styringsgruppe																										
3	Utforme mål og tiltak																										
	Dialogkonferanse med styringsgruppe, prosjektgruppe og øvrige deltakere																										
4	Rapport																										
	Presentasjon av planen for styringsgruppen																										

Figur 3-1 Fremdriftsplan i prosjektet

4 Resultater og analyser

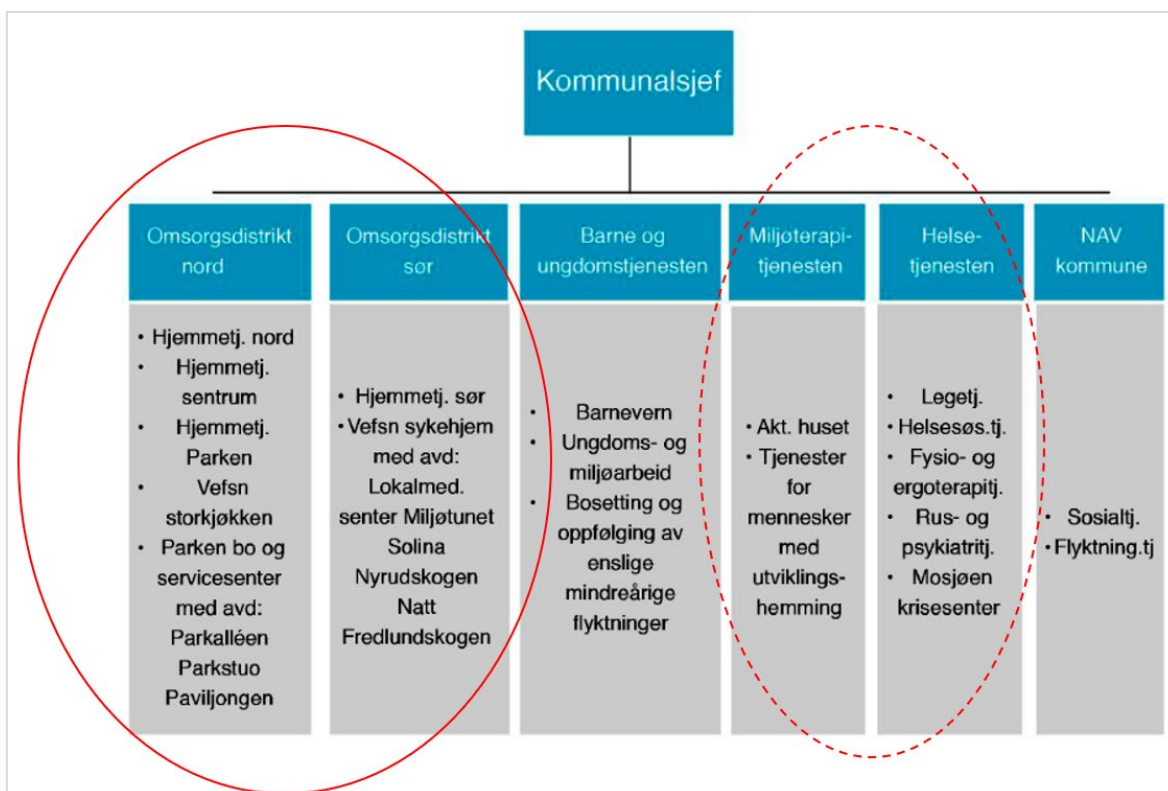
4.1 Dokumentanalyser

4.1.1 Kommunens egne dokumenter

Rådmannens forslag til økonomiplan 2018–2021 viser at kommunen har tilfredsstillende økonomi pr. i dag, men at omsorgssektoren, på grunn av den demografiske utviklingen, vil kreve mer ressurser i tiden fremover. Utfordringene må ifølge rådmannen løses innenfor eksisterende kommunale ressurser, da kommunen ikke forventer betydelig befolkningsvekst og dermed større rammetilskudd.

I Handlingsplan omsorg 2017–2023 var førsteprioritet å drifte 8 nye rom ved Vefsn sykehjem og 2. og 3. prioritet økte årsverk i institusjoner. Styrking av hjemmetjenesten og åpne aktivitetssenter for eldre er henholdsvis 4. og 8. prioritet.

Kommunens helse- og omsorgstjenester er ledet av kommunalsjef, og organisert i 6 enheter. Omsorgstjenestene er organisert i to distrikter, med både hjemmetjenester og institusjonstjenester i begge distriktene. Helsetjenesten består av helsesøstertjenesten, legetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten, rus- og psykiatritjenesten og Mosjøen krisesenter. Miljøtjenesten er en egen enhet.



Figur 4-1 Organisasjonskart Vefsn kommune

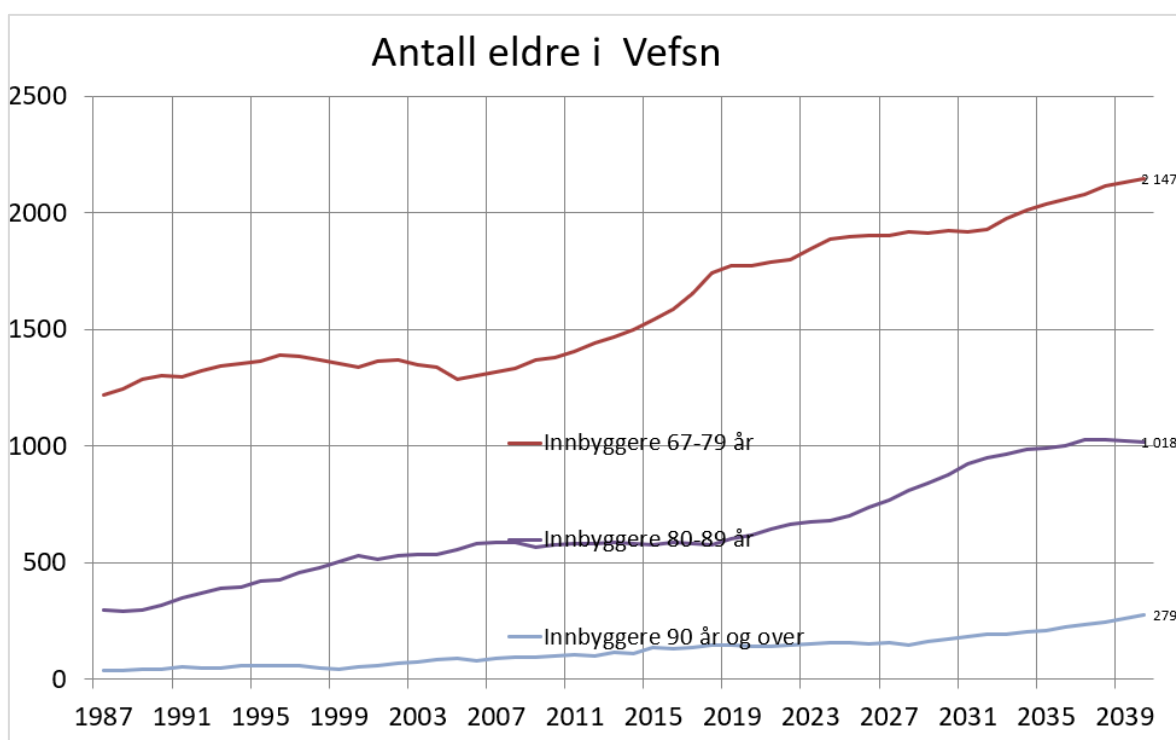
Det er hovedsakelig omsorgsdistriktene som har vært i fokus i dette arbeidet, mens både miljøtjenesten og helsetjenesten har vært berørt.

Hvordan tjenestene i en kommune er organisert, har i praksis stor betydning for bruk av ressurser, for prioriteringer og for hvordan samarbeidet fungerer. Det er ingen fasitsvar på hva som er optimal organisering, og samarbeid på tvers vil være nødvendig uansett organisasjonsmodell.

Kommunen har valgt å dele omsorgstjenesten inn i to omsorgsdistrikt med både hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester i begge distriktene. Helsetjenesten og tjenesten for psykisk utviklingshemmede ligger i andre enheter innen tjenesteområde omsorg. Folkehelsearbeidet ligger organisert i tjenesteområdet samfunnsutvikling.

4.1.2 Offentlige dokumenter

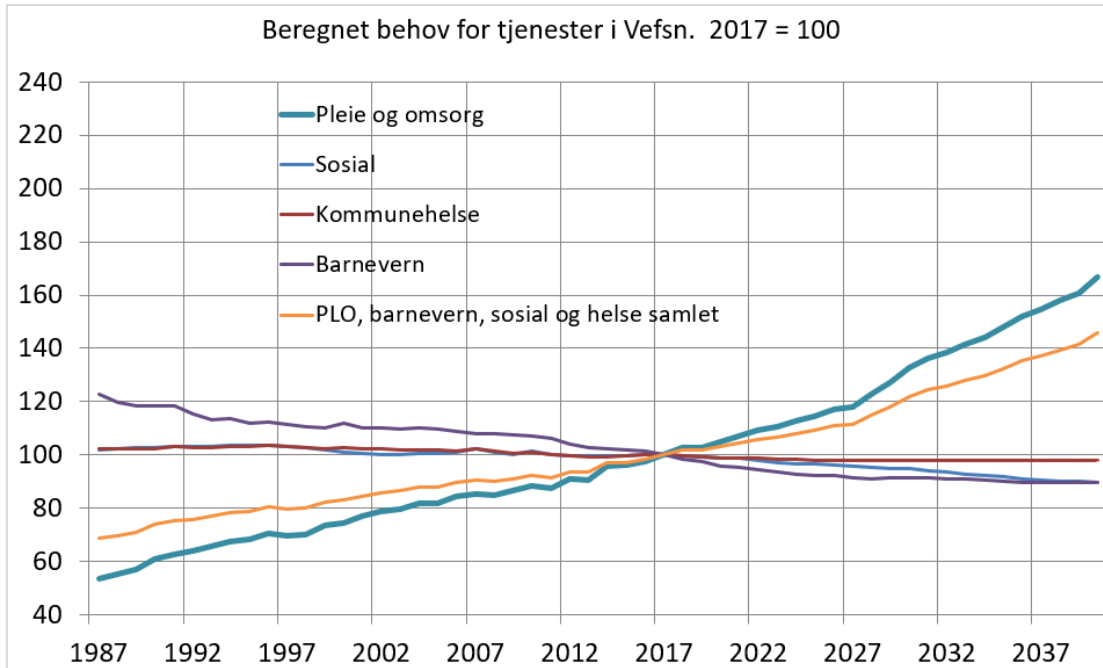
SSB utarbeider framskrivninger av demografi i den enkelte kommune. Vi ser at Vefsn, som de fleste andre kommuner, får en økning i antall eldre. Økningen av innbyggere i alderen 80–89 år begynner forsiktig nå, mens økningen av de eldste eldre ikke starter før etter 2030. Ifølge Fremtidsbarometeret til Kommunal Rapport vil det bli 94 flere innbyggere over 80 år i kommunen i 2021.¹ Det tilsvarer en økning på 13 prosent. SSB har estimert at om kommunen skal beholde den samme dekningsgraden på sykehjem og gi hjemmetjenester til like stor andel av de gamle som nå, betyr prognosene at kommunen har behov for 12 flere sykehjemsplasser innen 2021 samtidig som de vil gi tjenester til 33 flere gamle over 80.



Figur 4-2 Antall eldre i Vefsn, historisk og fremskrevet. Kilde: SSB

Basert på omfanget på tjenester som kommunene leverer i dag med dagens befolknings-sammensetning, er det mulig å estimere behovet for tjenester fram i tid på der man tar hensyn til befolkningsendringen. Som figuren under viser, vil Vefsn kommune sannsynligvis få et økt behov for pleie- og omsorgstjenester på over 60 prosent innen 2040 hvis kommunens tjenesteapparat er innrettet som nå.

¹ <https://www.kommunebarometeret.no/files/1824/2017>

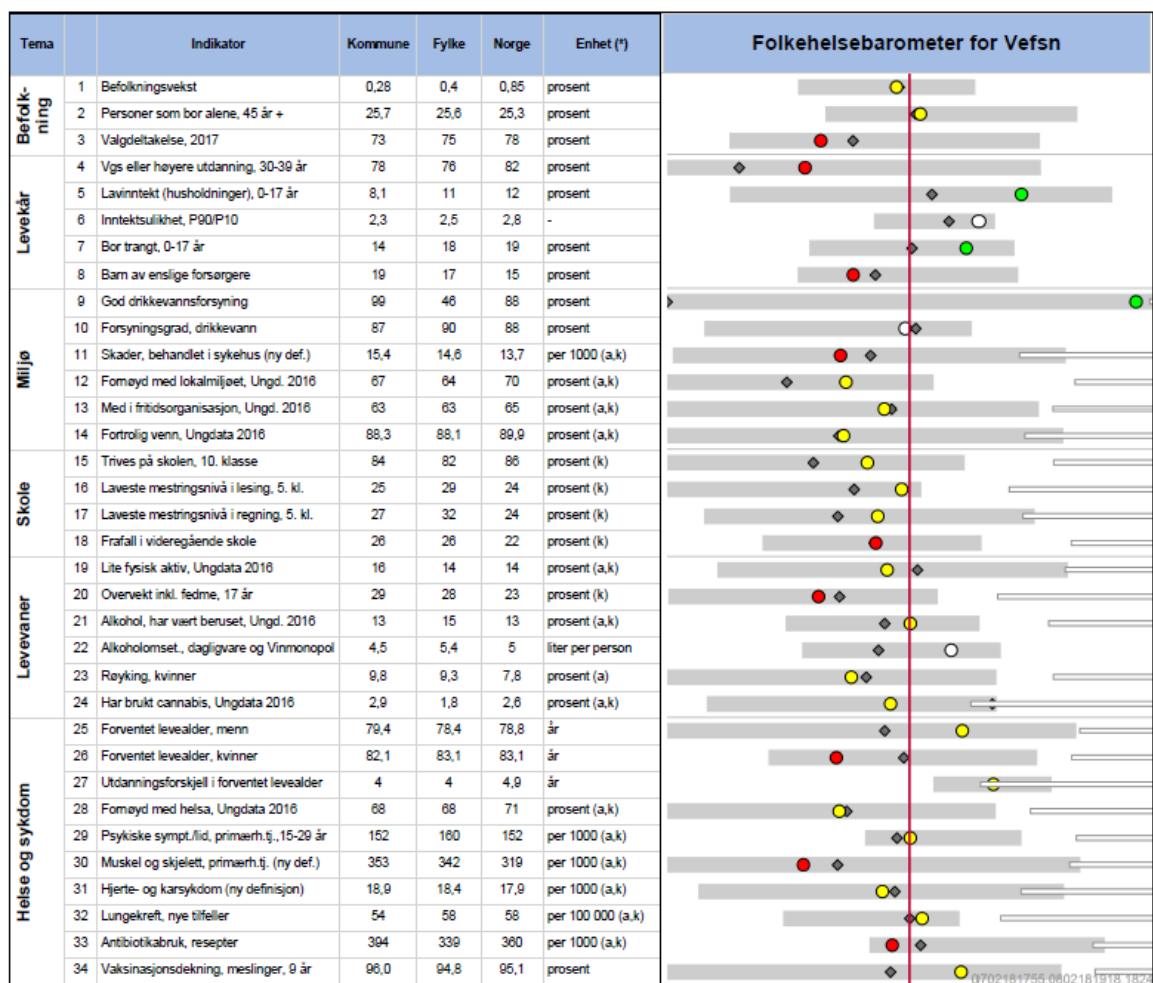


Figur 4-3 Beregnet behov for tjenester fram til 2040 for Vefsn kommune. Kilde: SSB og Agenda Kaupangs beregninger

Denne økningen er så stor at det er behov å se om man kan innrette tjenesten annerledes og søke løsninger som gjør at eldre klarer seg lenger uten bistand og med lavere grad av bistand.

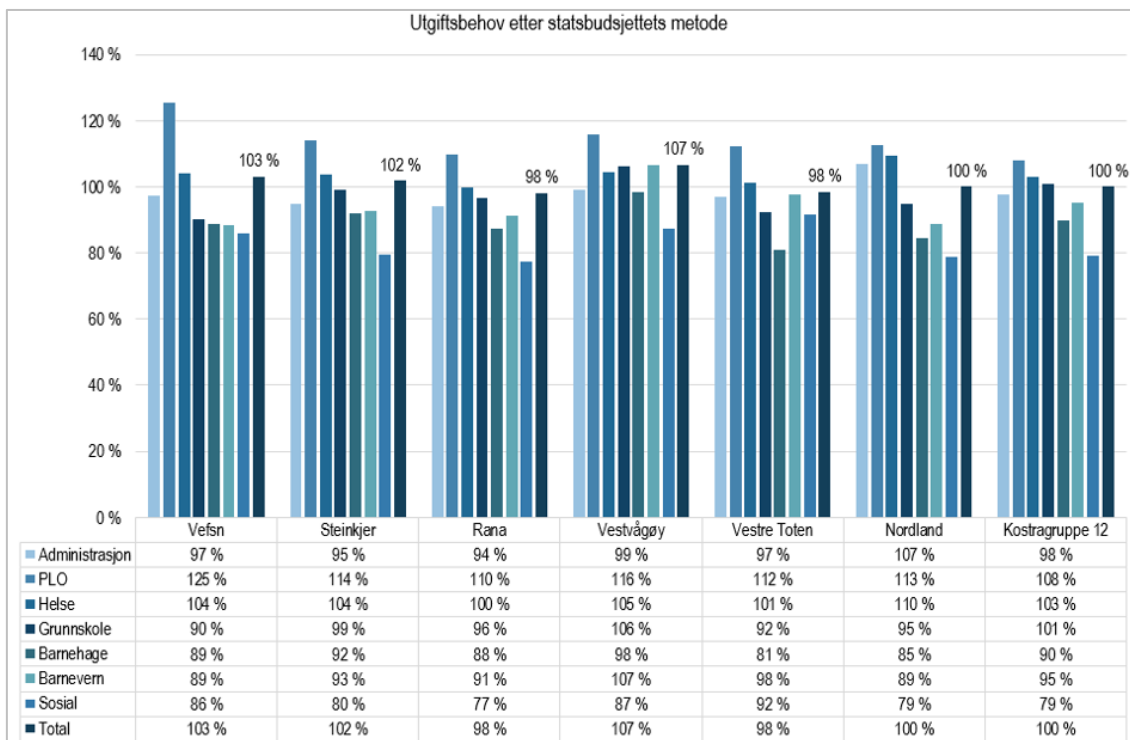
Folkehelseinstituttet utarbeider årlig en folkehelseprofil for alle kommuner basert på offentlig tilgjengelig statistikk.² Denne profilen trekker ut vesentlige faktorer for god helse i befolkningen. Vi ser av profilen for 2018 for Vefsn at kommunen har en lavere andel med fullført videregående skole eller høyere utdanning enn landsgjennomsnittet, mange barn av enslige forsørgere, en del skader og muskel/skjelettlidelser, høy andel overvektige ungdommer, noe høyt frafall i videregående skole og lav forventet levealder kvinner i forhold til landsgjennomsnittet.

² <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1824&sp=1&PDFaar=2018>



Figur 4-4 Folkehelseprofil Vefsn kommune. Kilde: Folkehelseinstituttet

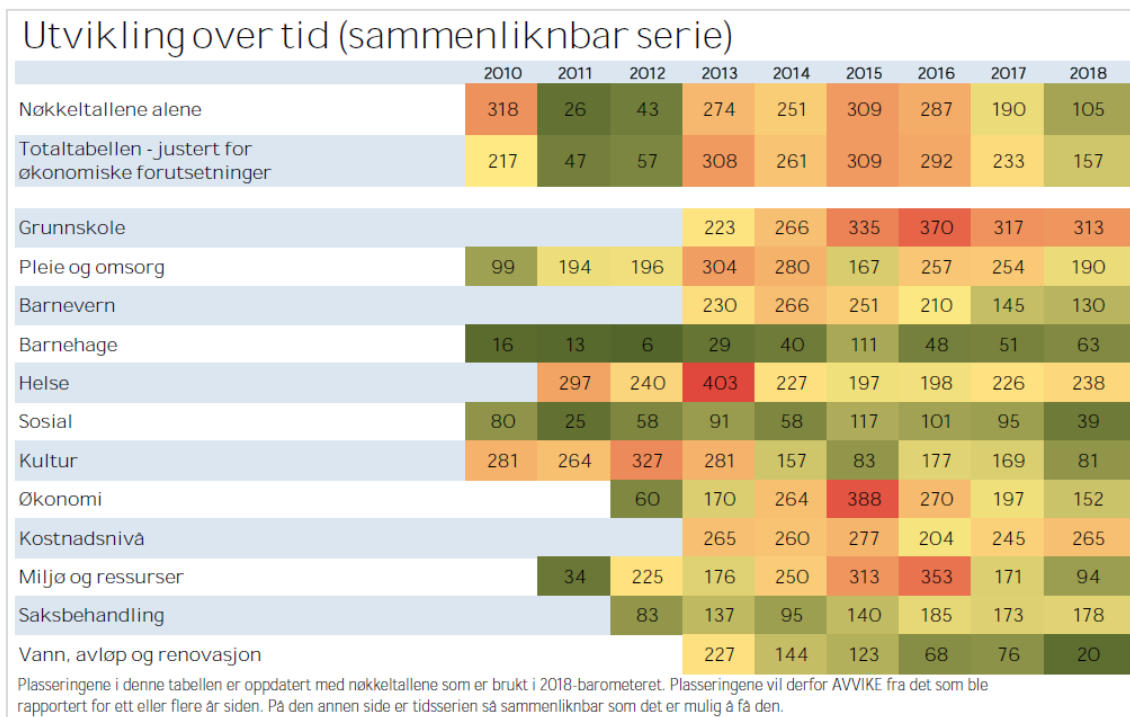
Det er likevel slik at i fordelingen av statlige midler til kommunene, blir kommunen vurdert som en «normal» kommune samlet sett. Innbyggerne i Vefsn er vurdert av Kommunal- og moderniseringsdepartementet til å ha noe høyere behov for tjenester innen pleie og omsorg, men lavere behov innen andre tjenestoområder. Til sammen fører dette til at kommunen får overført midler fra staten som en gjennomsnittskommune.



Figur 4-5 Utgiftsbehov etter statsbudsjettets metode. Kilde: KOSTRA 2017

Det er særlig antall eldre og psykisk utviklingshemmede, samt antall enslige over 67 år, som er årsaken til at Vefsn har et høyere behov for tjenester innen sektoren enn gjennomsnittet i landet.

Kommunal Rapport utarbeider årlige rankinglister av kommunene i Norge (Kommunebarometeret), basert på offentlig tilgjengelig statistikk. Vi ser at Vefsn ligger på et mellomnivå både innen helse og innen pleie og omsorg.



Figur 4-6 Vefsn sin plassering på Kommunebarometeret 2018. Kilde: Kommunal Rapport

Ser vi spesifikt på rangeringen innen pleie og omsorg, ser vi at kommunen kommer langt ned på rangeringen innen rehabilitering, dagtilbud og rom med bad/WC på institusjonene.

Pleie og omsorg					190 .plass		Andel nøkkeltall som har blitt bedre 50		
20 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall			Plass	Snitt	Topp	Kommunens karakter		
	KB 2016	KB 2017	KB 2018	KB 2018	KB 2018	KB 2018	KB 2016	KB 2017	KB 2018
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 %)	80	79	77	144	74	84	5,2	4,7	4,3
SYKEHJEM: Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov (10 %)	79	89	82	115	76	91	4,2	5,5	4,8
DEMENTE: Andel plasser til demente, mot antall over 80 år på sykehjem (10 %)	30	40	69	57	38	88	2,9	3,4	4,9
KORTTIDSPLASER: Andel korttidsplasser av alle totalt antall plasser med heldøgns omsorg (5 %)	19	14	14	294	20	60	3,1	2,6	2,2
BEMANNING: Tid med lege på sykehjem (5 %)	34	35	33	138	1	58	3,4	3,2	3,2
BEMANNING: Tid med fysioterapeut på sykehjem (5 %)	16	15	15	282	0	58	2,2	2,0	2,0
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	95	75	78	337	84	100	5,6	3,9	3,9
DAGTILBUD: Antall vedtak om dagaktivitet, målt mot andel over 80 år som ikke bor på institusjon (5 %)	0	0	8	162	10	28	1,1	1,0	2,4
REHABILITERING: Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år (5 %)	2	1	1	337	4	14	1,6	1,4	1,4
PROFIL: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie (5 %)	3,8	4,3	4,9	150	4,8	10,3	2,1	2,4	2,8
HJEMMETJENESTE: Andel vedtak om hjemmetjenester som iverettes innen 15 dager (5 %)	92	92	90	387	95	100	1,9	2,3	2,4
SAMHANDLING: Antall dagn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	91	131	113	320		0	4,5	4,3	4,5
TRYGGHET: Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år (2,5 %)	30	30	31	296	40	58	2,3	2,4	2,7
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	3,5	4,9	6,4	93	5,3	13,6	2,2	2,8	3,2
BEMANNING: Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	3,6	4,4	3,5	309	8,9	23,6	1,7	1,9	1,7
HJEMMETJENESTE: Mottakere av matombringning, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon (2,5 %)	26	30	32	65	12	43	3,6	4,2	4,6
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemminger som får bistand til å delta i arbeid og studier (5 %)		91	93	38	77	96		5,2	5,6
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemminger som får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter (5 %)	91	60	56	249	60	85	6,0	3,7	3,4
FUNKSJONSHEMMETE: Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere (5 %)					9	21			

Figur 4-7 Kommunens plassering på Kommunebarometeret innen pleie og omsorg. Kilde: Kommunal Rapport

Innen helse kommer kommunen dårlig ut i medisinbruk og innleggelser på sykehus.

4.1.3 Samlet bilde

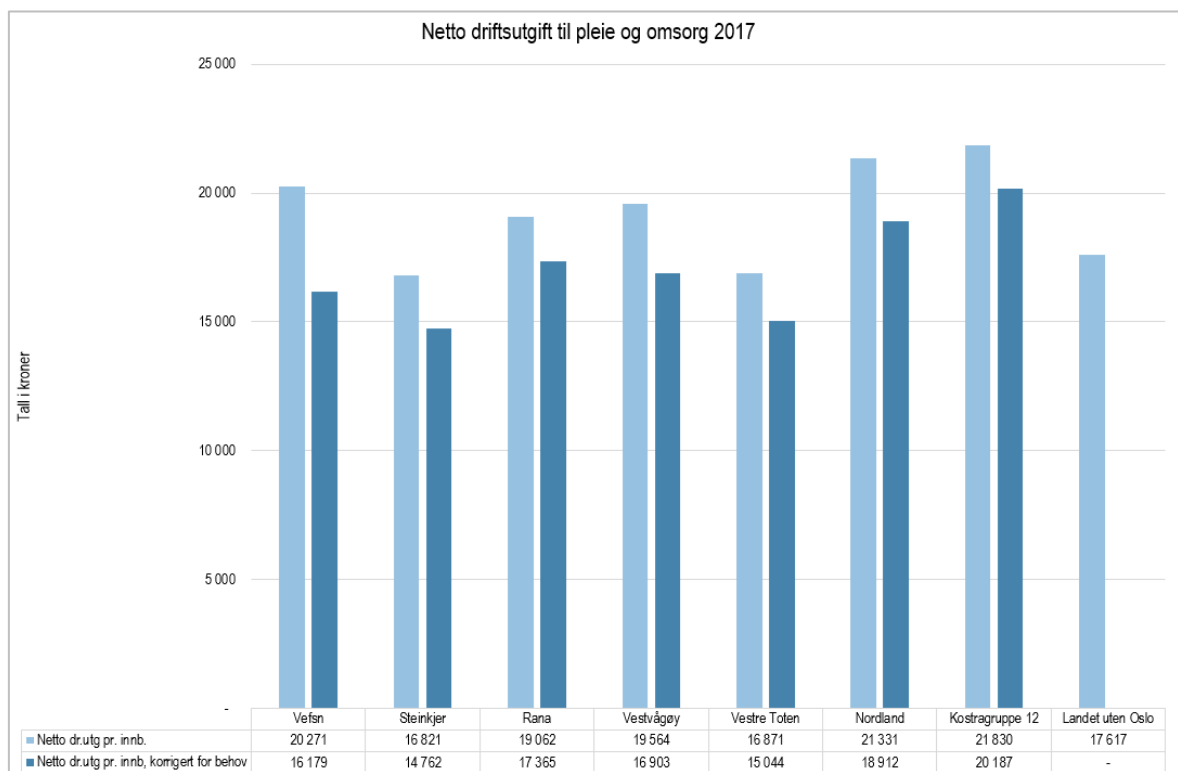
Kommunen får overføringer fra staten som en gjennomsnittlig kommune til tross for at kommunen har noen folkehelseutfordringer, mange voksne med psykisk utviklingshemning og en høy andel eldre. Den scorer bra på kommunebarometeret, men ikke på rehabilitering, dagtilbud og standard på sykehjem. Det er mange innleggelser på sykehus og innbyggerne har et høyt medisinformbruk.

Utfordringen kommunen selv vil prioritere er økte årsverk i institusjoner. Styrking av hjemmetjenesten og åpne aktivitetssenter for eldre, er henholdsvis 4. og 8. prioritet.

4.2 Overordnede prioriteringer av ressurser

4.2.1 Pleie og omsorgstjenester

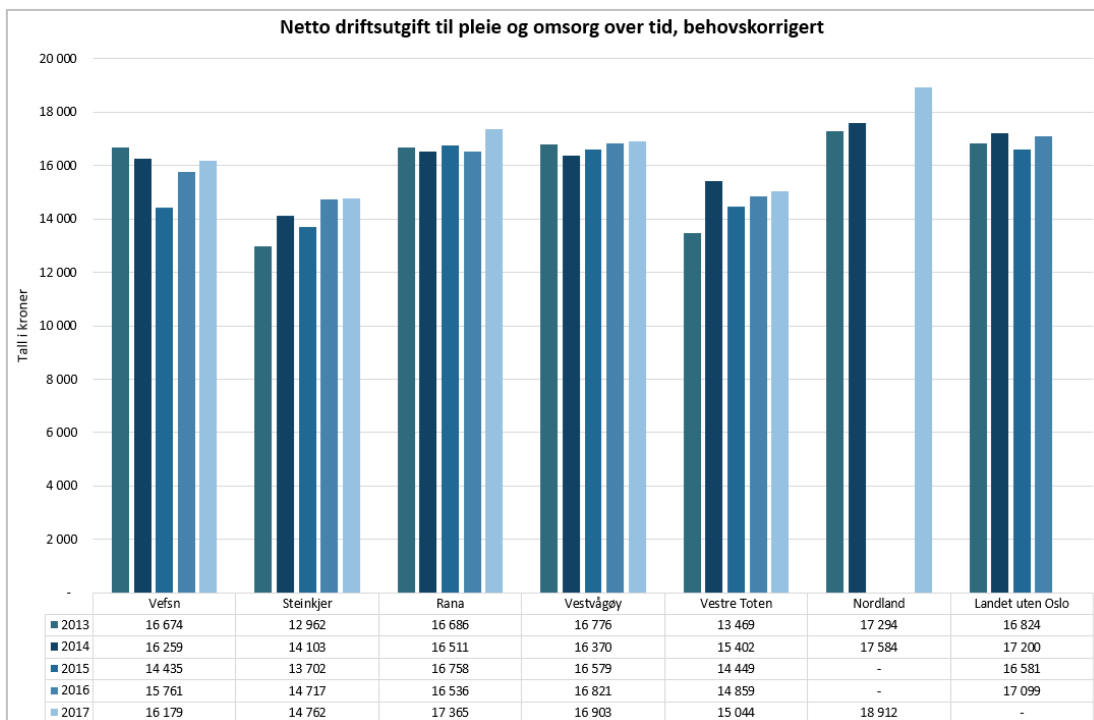
Ifølge KOSTRA-rapporteringen bruker kommunen mye penger pr. innbygger på pleie og omsorg i forhold til sammenligningsgrunnlaget vårt, men korrigert for behov³ er det på et mellomnivå. Både kommunegruppen Vefsn tilhører og gjennomsnittet av Nordlandskommunene bruker mer når det er korrigert for behov. Men vi ser samtidig at både Steinkjer og Vestre Toten bruker mindre.



Figur 4-8 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg korrigert for behov. Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupangs analyser

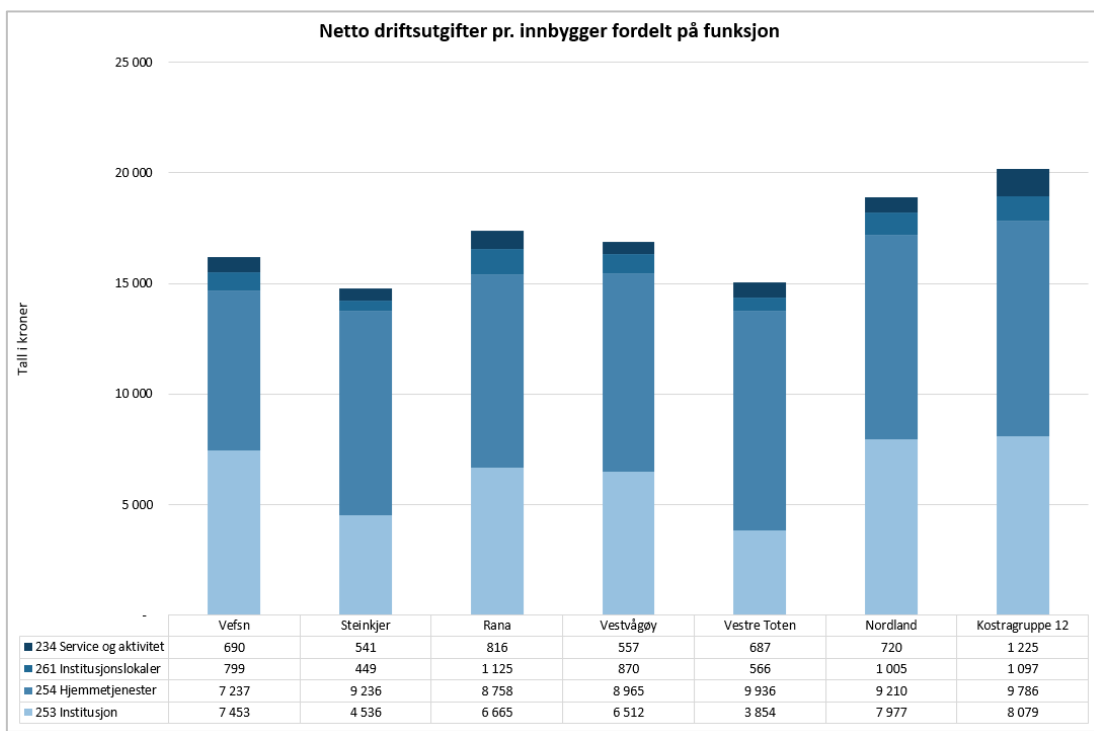
Ressursbruken gikk noe ned i perioden 2013–2015, men har nå steget nesten til nivået kommunen hadde i 2013. Sammenligningskommunene har litt forskjellig utvikling, men ingen har hatt reduksjon av utgiftene de siste årene.

³ Vi bruker samme metode som Kommunal- og moderniseringsdepartementet bruker ved fordeling av rammetilskuddene til kommunene der de tar hensyn til ulikheter mellom kommunene med tanke på demografi, innbyggere med spesielle behov, reiseavstander etc. Dette omtaler vi som «korrigert for behov».



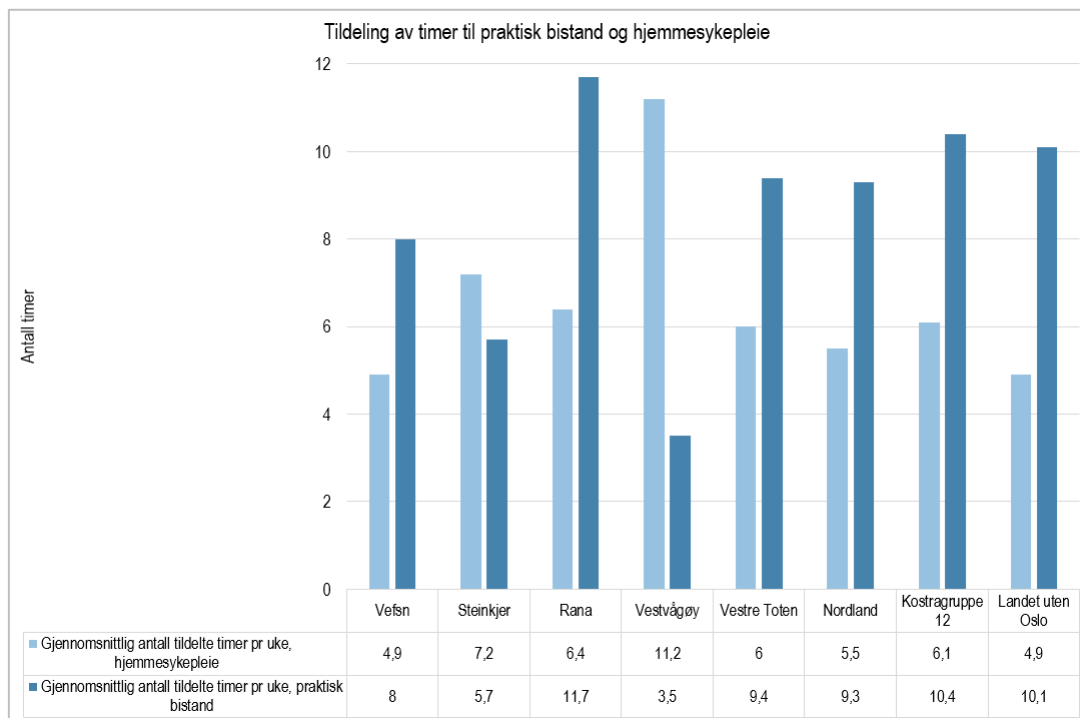
Figur 4-9 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg 2013–2017, korrigert for behov. Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupang sine analyser

Midlene går hovedsakelig til drift av den institusjonsbaserte tjenesten. Til denne tjenesten bruker Vefsn mer enn de andre kommunene i sammenligningsgrunnlaget, men mindre enn gjennomsnittet i kommunegruppa og Nordlandskommunene. Institusjonslokalene er rimelige. Kommunen bruker mindre enn alle de andre i sammenligningsgrunnlaget på hjemmetjenester. Kommunen bruker også lite på service og aktivitet.



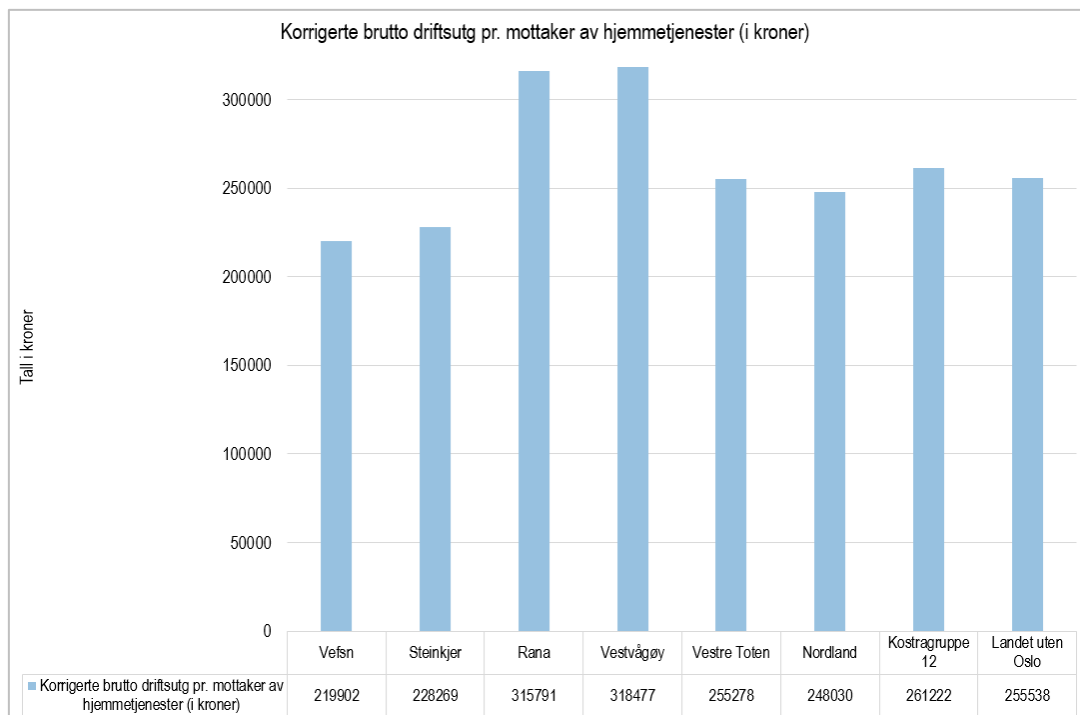
Figur 4-10 Netto driftsutgifter pr. innbygger, fordelt på funksjon. Kilde: KOSTRA 2017

Ser vi på hvor mange timer hjemmeboende brukere får av hjemmetjenesten, ser vi at Vefsn tildeler få timer hjemmesykepleie i forhold til sammenligningskommunene, mens de tildeler praktisk bistand på et mellomnivå.



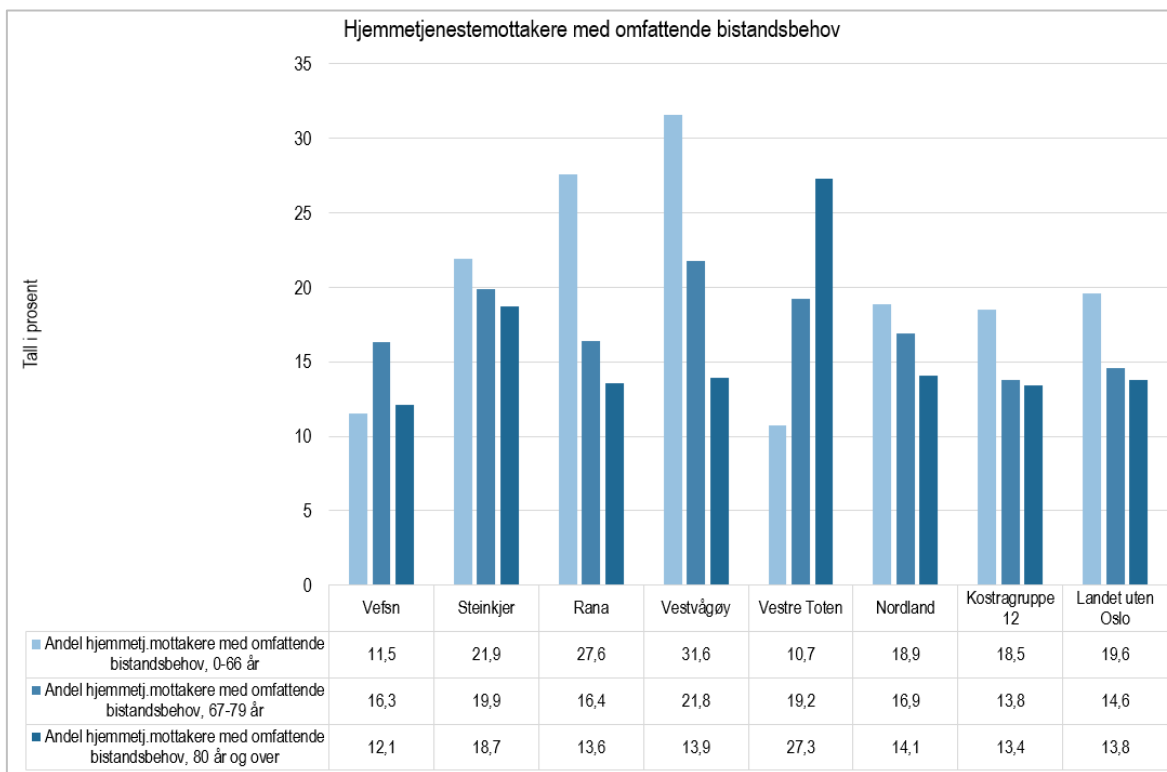
Figur 4-11 Tildeling av timer til praktisk bistand og hjemmesykepleie. Kilde: KOSTRA 2017

Få timer til hver bruker kan være en av årsakene til at hver bruker av hjemmetjenestene koster lite i forhold til andre kommuner slik figuren under viser.



Figur 4-12 Brutto driftsutgifter, korrigert for beregnet behov, pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner). Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupangs analyser

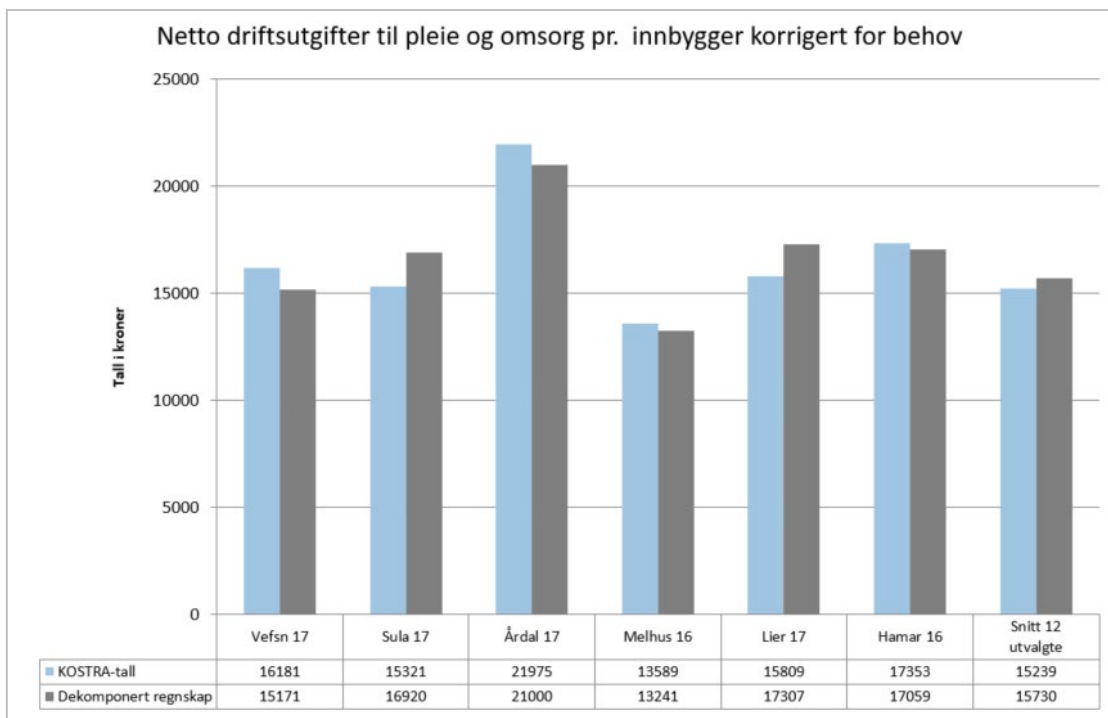
Disse tallene stemmer godt med at andelen, oppgitt i prosent, av hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov er relativt lav. Den er høyest i aldersgruppen 67–79 år.



Figur 4-13 Hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov fordelt på alder. Kilde: KOSTRA 2017

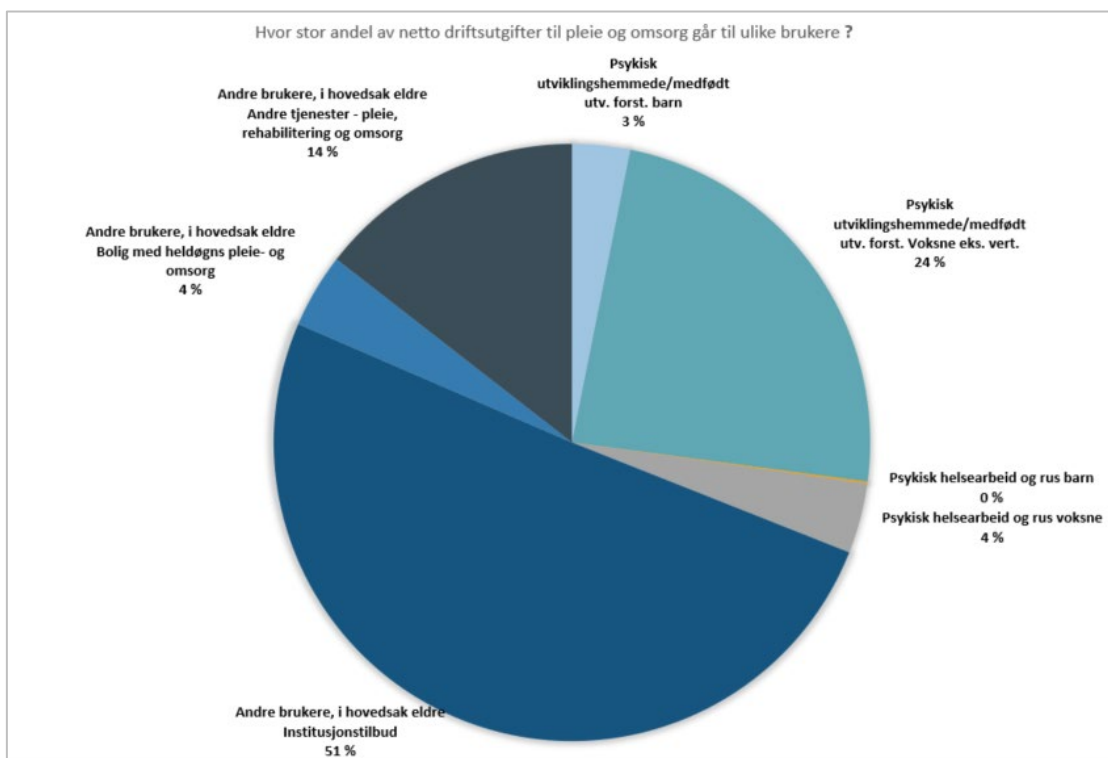
Inntektene fra egenbetaling er på linje med kommunene i sammenligningsgrunnlaget. Brukerbetalingen i institusjon er 12,7 prosent av brutto driftsutgifter. I Nordlandskommunene er andelen 11,8 prosent i gjennomsnitt, i KOSTRA-gruppen 10,3 og i landet utenom Oslo er det 12,2 prosent. Brukerbetalingen for praktisk bistand er 1,1 av brutto driftsutgifter. Tilsvarende tall for Nordlandskommunene er 1 prosent, KOSTRA-gruppen 1,3 prosent og landet utenom Oslo 1,2 prosent.

Tallene og figurene over er hentet fra KOSTRA, som tar utgangspunkt i den enkelte kommunes innsendte regnskap. Agenda Kaupang har innhentet kommunens regnskap direkte fra kommunen, og ser at dette viser noe lavere driftsutgifter til pleie og omsorg enn KOSTRA-rapporteringen.



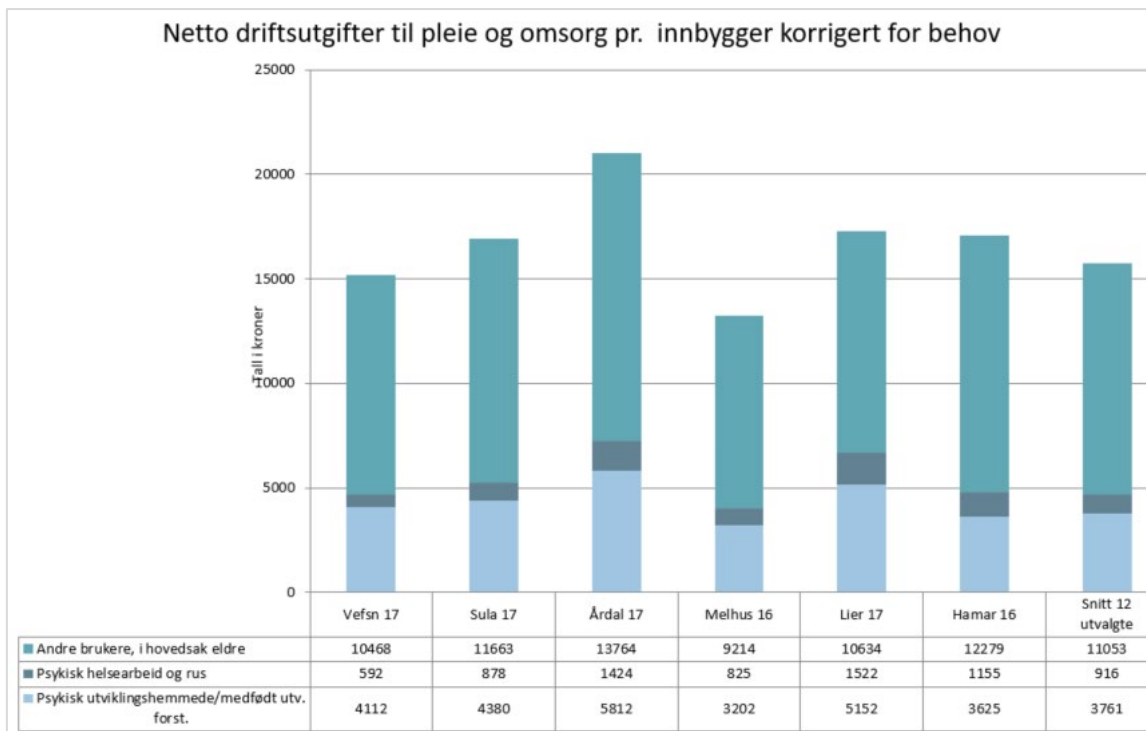
Figur 4-14 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr. innbygger og korrigert for behov. Tall fra KOSTRA og direkte fra kommunens regnskap. Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupangs analyser av kommunens regnskap

Videre har vi analysert kommunens regnskap ut fra hvilke brukergrupper som mottar tjenestene. Vi ser at utgiftene til institusjonsdrift eldre utgjør hele 51 prosent av driftsutgiftene, og at utgiftene til psykisk utviklingshemmede voksne utgjør 24 prosent.



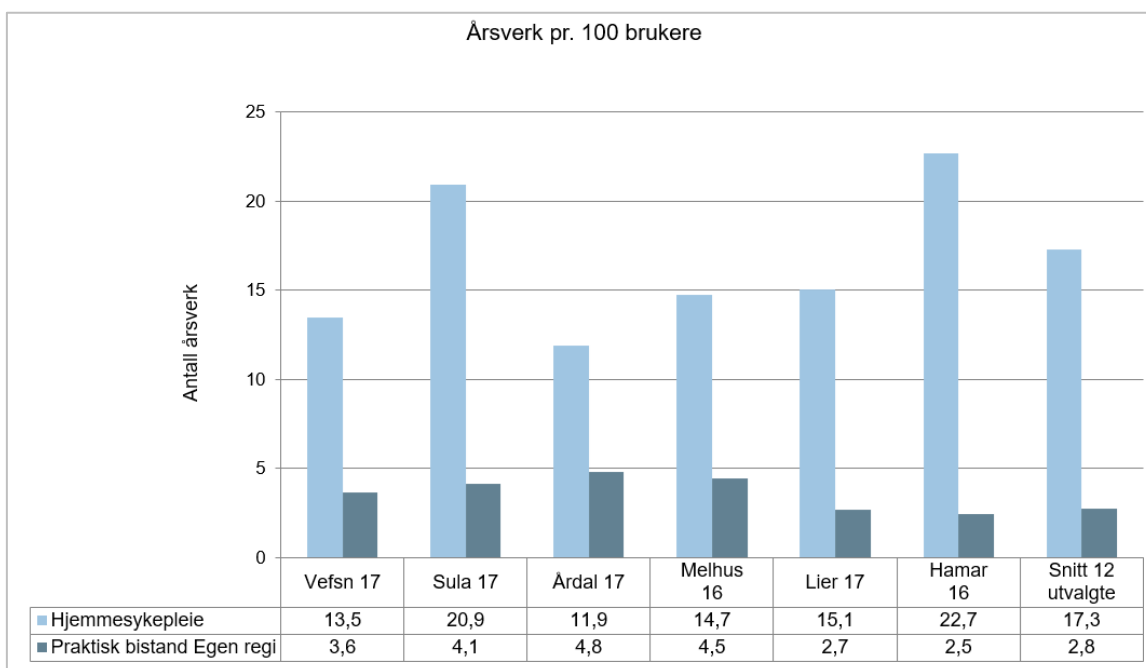
Figur 4-15 Fordeling av ressursbruken innen pleie og omsorg til de ulike brukergrupper. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Vi ser at Vefsn bruker noe mer til mennesker med psykisk utviklingshemming og mindre innen området psykisk helse og rus enn gjennomsnittet av de kommunene vi har gjort tilsvarende analyser for. Kommunen bruker noe mindre til eldre brukere enn gjennomsnittet. De fleste andre kommunene har et samlet høyere kostnadsnivå enn Vefsn.



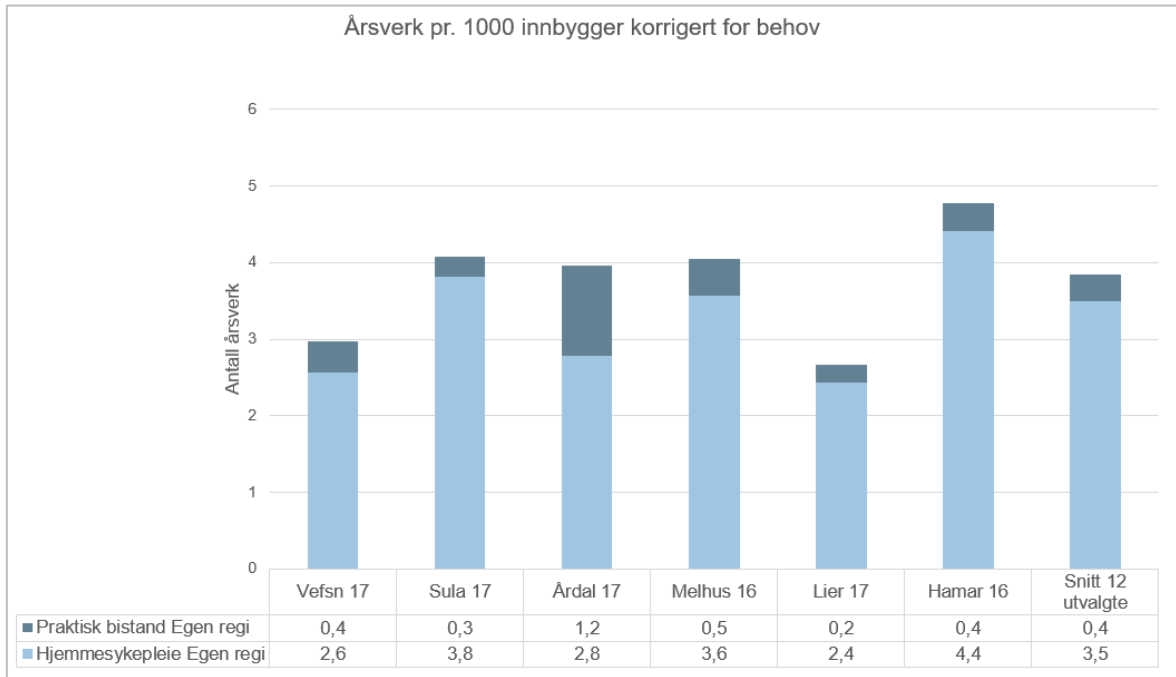
Figur 4-16 Netto driftsutgifter til de ulike brukergruppene innen pleie og omsorg pr. innbygger, korrigert for behov. Kilde: Kommunens regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Ser vi hvor mange ansatte som utfører hjemmetjenestene, ser vi at Vefsn ligger relativt lavt i antall årsverk pr. bruker, med 13,5 årsverk pr. 100 brukere. Bare Årdal har færre årsverk pr. bruker.



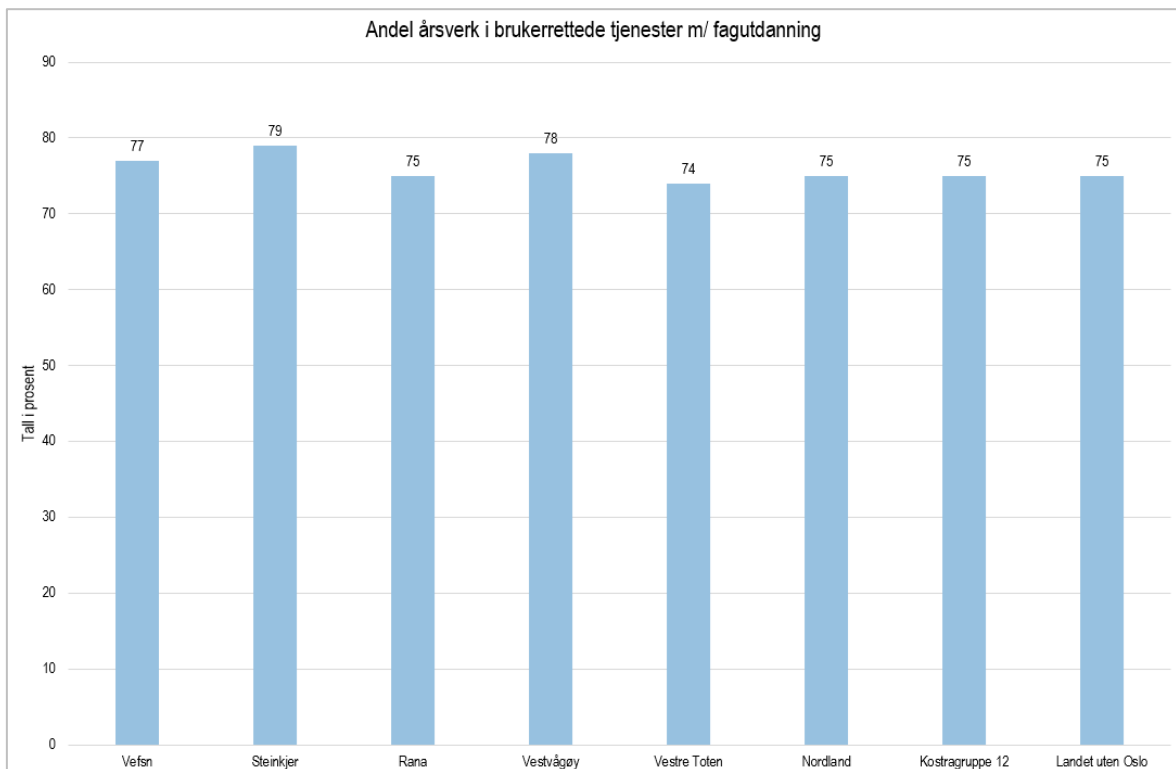
Figur 4-17 Årsverk pr. 100 brukere. Kilde: Kommunens regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Beregnet ut fra antall innbyggere i kommunen, er det også få årsverk som brukes til disse tjenestene.



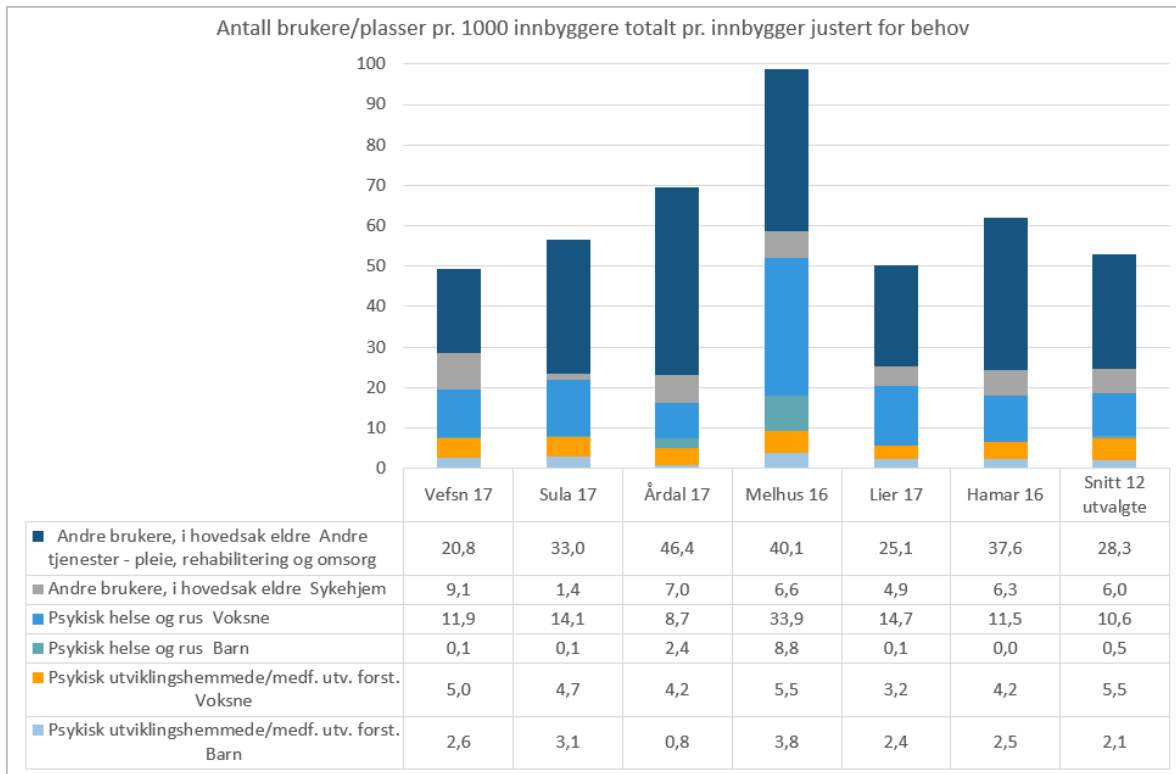
Figur 4-18 Antall årsverk pr. 1000 innbygger, korrigert for behov. Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupangs analyser

Mange kommuner strever med å få nok fagutdannede innen disse tjenestene. Vi ser at Vefsn har en andel fagutdannede som ligger over de fleste andre kommuner i sammenligningsgrunnlaget.



Figur 4-19 Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning. Kilde: KOSTRA 2017

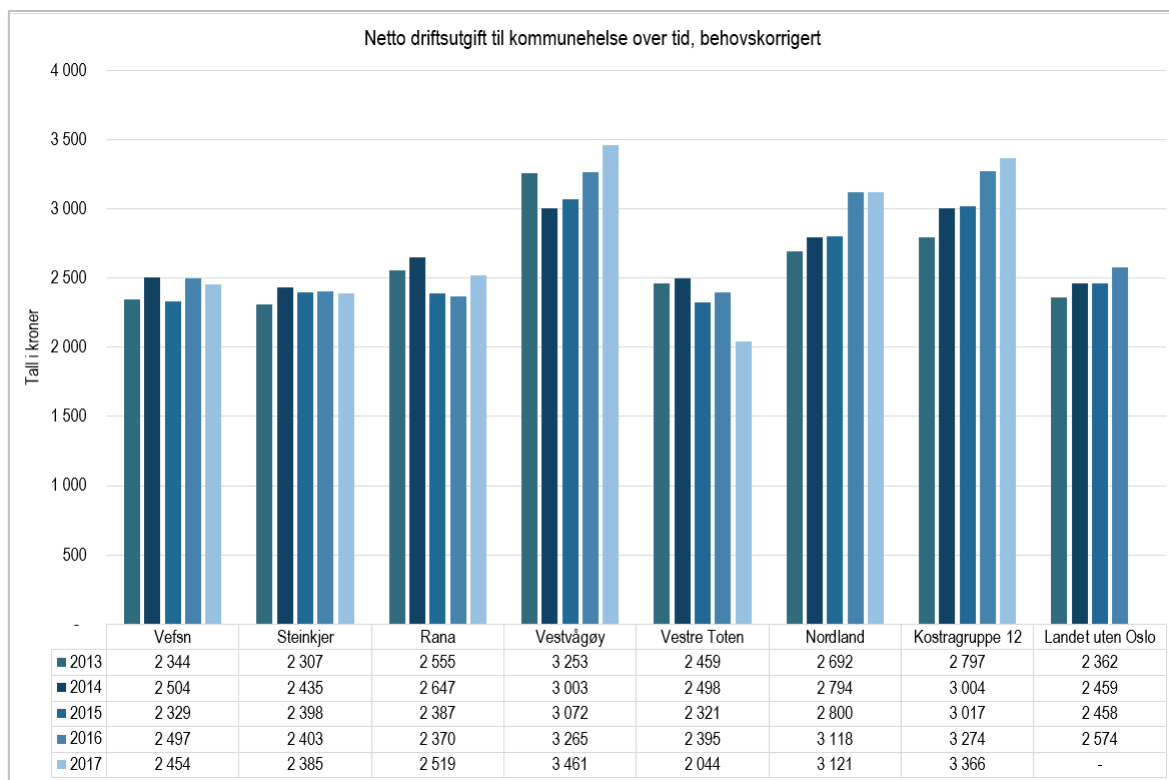
En annen måte å se på ressursbruken på, er å se på antall brukere innen de ulike tjenestene. Vi ser da at kommunen har en høy andel av sine eldre på sykehjem, mens få får andre tjenester som helsetjenester i hjemmet, rehabilitering, dagtilbud m.m. Når det gjelder tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming, er antall brukere på et mellomnivå i forhold til de andre kommunene. I gruppen mennesker med utfordringer med psykisk helse og rusproblematikk, er antall registrerte brukere lavt. Som vi omtaler senere i rapporten, har kommunen et lavterskeltilbud til denne brukergruppen der antall brukere ikke blir registrert.



Figur 4-20 Antall brukere fordelt på de ulike brukergruppene pr. 1000 innbyggere, justert for behov.
Kilde: Kommunens egne rapportering og Agenda Kaupangs analyser

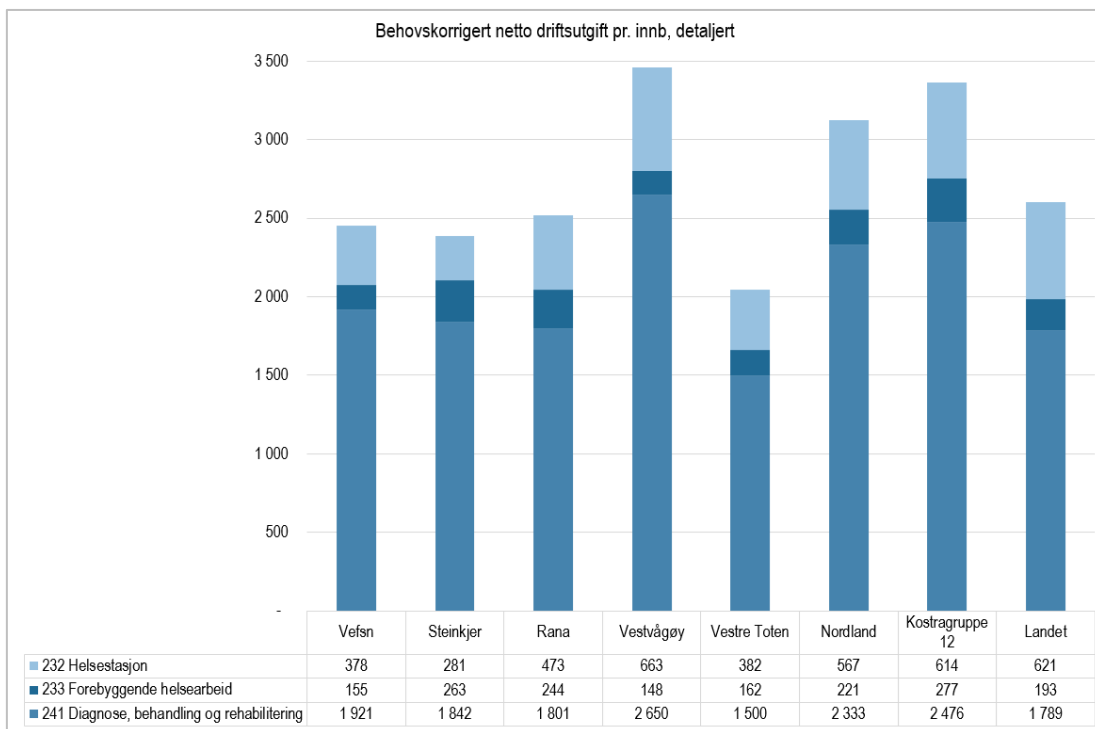
4.2.2 Helsetjenesten

Kommunen bruker i underkant av 2 500 kr pr. innbygger til helse korrigert for kommunens behov. Dette er relativt lite sammenlignet med kommunegruppa og landet utenom Oslo. Som figuren under viser, har det ikke vært noen økning på dette området de siste årene.



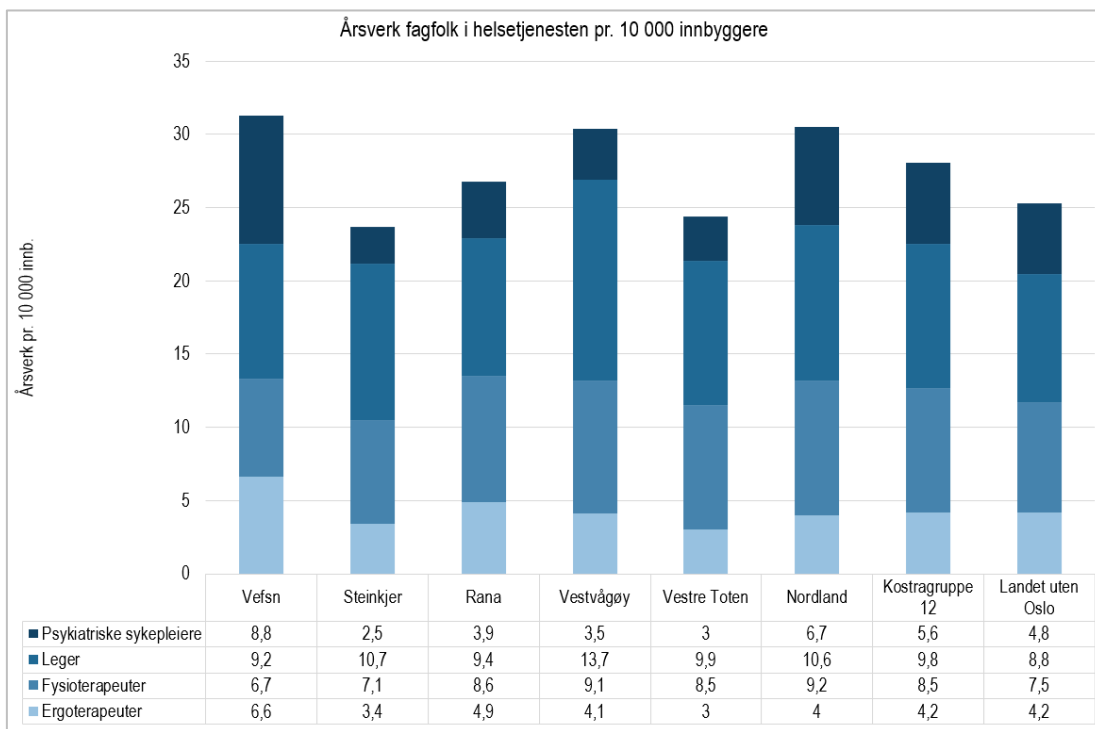
Figur 4-21 Netto driftsutgift til kommunehelse over tid. Korrigert for behov. Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupangs analyser

Ressursene kommunen bruker innen helse blir i mindre grad brukt på forebyggende tiltak i Vefsn enn i de fleste andre kommuner i sammenligningsgrunnlaget. Ressurser til diagnose, behandling og rehabilitering er på et mellomnivå. Steinkjer, Rana og Vestre Toten bruker mindre, de andre kommunene bruker mer på dette området.



Figur 4-22 Detaljerte driftsutgifter pr. innbygger innen helse, korrigert for behov. Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupangs analyser

Fysioterapidekningen er lavest av alle kommunene i sammenligningsgrunnlaget, mens psykiatriske sykepleiere og ergoterapeutårsverk totalt i kommunen ligger over sammenligningskommunene. Det er da viktig å påpeke at noen av de psykiatriske sykepleiere arbeider i pleie- og omsorgstjenesten og noen ergoterapeuter arbeider som miljøterapeuter i Miljøtjenesten, i avd. for psykisk helse og som klubbleder for ungdomsklubben.



Figur 4-23 Årsverk med ulik profesjonsbakgrunn ansatt i kommunen. Kilde: KOSTRA 2017

4.2.3 Samlet bilde av overordnede prioriteringer

Kommunen bruker mye penger på pleie og omsorg i forhold til kommuner i sammenligningsgrunnlaget i denne rapporten, men korrigert for et estimert behov (etter Kommunal- og moderniseringsdepartementets metode) er det på et mellomnivå. Ressursbruken har vært relativt stabil, men steget noe de siste tre årene. Innen pleie- og omsorgstjenestene bruker kommunen en noe høyere andel av ressursene til tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming og mindre innen området psykisk helse og rus enn gjennomsnittet av de kommunene vi har gjort tilsvarende analyser for. Det er få årsverk pr. bruker. Kommunen har god andel med fagutdanning i tjenestene.

Kommunen bruker relativt lite innen helse, særlig synes forebyggende tiltak være nedprioritert. Kommunen har en lav dekning av fysioterapeuter, mens statistikken viser at den har en høyere dekning av psykiatriske sykepleiere og ergoterapeuter enn sammenligningsgrunnlaget. Imidlertid arbeider mange av disse ikke innen helse.

4.3 Tildeling av tjenester og samhandling

Dekningsgraden av de ulike tjenestene kan skyldes mange faktorer, både politiske valg, oppbygging av tjenesten og hvordan tjenester tildeles. Målet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Erfaringen viser at saksbehandlinger har blitt mer utfordrende og spesialisert. Dette medfører at flere kommuner spesialisere disse funksjonene, men organiseringen av dette arbeidet kan være ulikt.

Vefsn kommune har et tverrfaglig sammensatt tjenestekontor som saksbehandler tildeling av tjenester til eldre og somatisk syke og til mennesker med psykisk utviklingshemming. Det er enhetslederne i de ulike tjenestene som fatter vedtakene. Har personene hovedsakelig utfordringer innen psykisk helse og rus, går dette videre til egne saksbehandlere i helsetjenesten. Det fattes ikke vedtak på fysio- og ergoterapitjenester.

Tjenestekontoret ivaretar førstegangstildelingen, men baserer seg mer på hjemmetjenesten ved endringer. Det er organiserte møtefora for avklaring og avstemming.

Kartleggingen viser at innbyggere og samarbeidspartnere i stor grad vet hvor man skal henvende seg. Det er derimot kommet frem ulike synspunkter på selve saksbehandlingen. Dette dreier seg særlig om tverrfagligheten ved tjenestekontoret utnyttes godt nok. Det er sjelden flere saksbehandlere reiser sammen på hjemmebesøk. Kommunen har heller ikke rutiner på å besøke pasienter på sykehuset før utskrivinger.

Informanter stiller spørsmål om tjenestekontoret kjenner hjemmetjenestens tilbud godt nok. Noen mener at det gis tilbud for høyt i omsorgstrappa, andre at man for lenge prøver med et for lite omfattende tilbud til enkelte brukere.



Figur 4-24 Ordsky fra intervjuene om temaet tildeling av tjenester. Kilde: Agenda Kaupangs intervjuer med ansatte i tjenestene

4.4 Tjenester til eldre

4.4.1 Om tjenesten

Omsorgstjenestene til eldre er organisert i to enheter som begge består av hjemmetjenester, omsorgsboliger og institusjonsdrift. I tillegg samarbeider omsorgstjenestene tett med helse-tjenesten, særlig fysio- og ergoterapitjenesten.

Omsorgsdistrikt nord består av Parken bo- og servicesenter og 3 hjemmetjenestedistrikt hvorav ett betjener kommunens 29 bemannede omsorgsboliger på dagtid. De ansatte på Parken bo- og servicesenter betjener disse boligene på natt. I tillegg er Vefsn storkjøkken en del av dette ansvars-området.

Omsorgsdistrikt sør består av en hjemmetjenesteavdeling, Vefsn sykehjem og Fredlundskogen med langtidsplasser og dagopphold for personer med kognitiv svikt.

Tilbud til hjemmeboende

Det var 321 brukere pr. 31.12.2017 som fikk helsehjelp i hjemmet og 188 brukere som fikk praktisk bistand. Mange brukere fikk begge tjenestene. Kommunen har 407 kommunale boliger hvorav 29 er omsorgsboliger med bemanning. 121 boliger og 71 borettslagsleiligheter tildeles av enhetsledere omsorg. Resten tildeles av boligkontoret.

Omsorgsboligene

Omsorgsboligene som omtales som «alderheimskvartalet» består av 29 heldøgns bemannede boliger hvorav 6 er treroms, samt 27 boliger hvorav 9 med sovealkove fra 70-tallet, 14 boliger fra 80-tallet (Christian Qvales gt. 30) og 18 boliger fra 90-tallet. Omsorgsboligene i Austerbygdvegen 58 og 60 består av 28 boliger. Det er felles stue og et personalrom i hver etasje.

Aktivitetstilbudet

På Parken bo- og servicesenter er det et aktivitetstilbud med 15–20 brukere daglig. Det er et åpent tilbud og brukere kan komme uten et vedtak om tildeling av tjenester. Brukere kommer hovedsakelig fra de bemannede omsorgsboligene og noen nærliggende boliger. Beboere på institusjon har også mulighet til å delta på tilbudet. To ganger hver uke er det et treningstilbud i kafeområdet. Brukerne kjøper middag i kafeen. Bemanningen er ett årsverk som også har funksjon som frivilligkoordinator.

På Vefsn er det et dagtilbud som kalles «Oase-dagen». Dette er et dagtilbud for brukere med kreft, progredierende nevrologiske sykdommer m.m. én gang pr. uke. Tilbudet bruker institusjonens lokaler, men drives av frivillige (Termic) pluss en 30 prosent ansattressurs. Det er i tillegg 0,5 årsverk frivilligkoordinator knyttet til Vefsn sykehjem.

På Fredlundskogen er det et dagopphold med 9 plasser for personer med kognitiv svikt. Dette er bemannet med 2,5 årsverk helsefagarbeidere.

Kafe

På Parken er det kafe som er åpen fra kl. 10–14 hver hverdag og er mye besøkt av hjemmeboende. Denne betjenes av 3 årsverk. Middag kommer fra Vefsn storkjøkken, mens kaldmat tilberedes av de ansatte. Kjøkkenet fungerer på dispensasjon da lokalene har mangler knyttet til slik kjøkkendrift. I kafearealet er det også mye kulturelle aktiviteter.

Institusjonstilbudet

Kommunen har 145 institusjonsplasser hvorav 19 korttid. Institusjonsplassene er fordelt på 3 sykehjem. Det er 48 plasser for personer med demens, fordelt på 2 institusjoner. 9 langtidsplasser er beregnet på personer med alderspsykiatriske problemstillinger.

Parken bo- og servicesenter

Parken bo- og servicesenter består av tre avdelinger. Bygningen er bygd på 1960-tallet, og bygget på i 1999. Det har tidligere vært både hybelhus og aldershjem. I tillegg til beboerrom og fellesareal på hver avdeling er det et aktivitetsrom og kafeteriaområde i bygningen, men ikke treningsrom.

Når de ansatte har blitt bedt om å vurdere bygningenes kvalitet, scorer de som figuren under viser. Vi ser at bygningen har betydelig behov for utbedringer.

Institusjonsavd	Teknisk tilstand	Funksjonell tilstand	Behov for utbedringer av brannsikkerhet	Behov for utbedringer av fuktsikring og bad	Behov for utbedringer for økt rullestoltilgjengelighet	Behov for energiforbedring	Behov for nye funksjoner
Parkalleen							
Parkstuo							
Paviljongen							

Figur 4-25 Ansattes vurdering av bygningsmessige forhold ved Parken bo- og servicesenter. Grønt betyr ikke behov for utbedringer, gult noe behov, oransje større behov, og rødt er saneringsmodent/uegnet eller behov for utbedringer i høy grad. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

Parkalleen har 22 langtidsplasser for brukere med generelt nedsatt funksjon. 11 av rommene er svært små, men det er eget bad på alle rom. Bemanningen er 24,2 årsverk inkludert nattbemanning for hele huset. Ett årsverk ledelse kommer i tillegg. Dette gir en bemanningsfaktor på 0,76 utenom natt og ledelse. Det er ikke sykepleiere på alle vakter. Sykefraværet var på 7,5 prosent i 2017, pr. 30.04.18 var det på 14,3 prosent.

Paviljongen har 14 langtidsplasser for brukere med generelt nedsatt funksjonsnivå. 11 av rommene er små rom, men det er eget bad på alle rom. Bemanningen er 10,6 årsverk i pleien og 0,7 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor på 0,76 utenom ledelse og natt.

Heller ikke her er det sykepleiere på alle vakter. Sykefraværet var på 7,0 prosent i 2017, pr. 30.04.18 var det på 4,9 prosent.

Parkstuo har 9 langtidsplasser for brukere med alderspsykiatriske problemstillinger. Her er det større og oppussede rom. Bemanningen er 6,7 årsverk i pleien og 0,7 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor på 0,71 utenom natt og ledelse. Heller ikke her er det sykepleiere på alle vakter. Sykefravær var på 25,2 prosent i 2017, pr. 30.04.18 var det på 7,2 prosent (mange gått over på arbeidsavklaringspenger og sluttet).

Avdelingene tar bakvakt for hverandre. Sykepleier kan enkelte ganger ha ansvar for 3 sykehjems-avdelinger og bemannede omsorgsboliger.

Vefsn sykehjem

Vefsn sykehjem består av 3 avdelinger og et lokalmedisinsk senter med til sammen 90 plasser. I 2016 ble kapasiteten redusert med 12 langtidsplasser, 8 av disse åpnet igjen i 2017.

Institusjonen ble oppført i 1984 og ble den gang knyttet sammen med Vefsn sykehus. I dag er Helgelandssykehuset avdeling Mosjøen fortsatt vegg i vegg og intern forflytning av pasienter er mulig. Den nyeste fløyen er bygget i 2002. Legevakt er i samme bygning og fysio- og ergoterapi-avdelingen er også lokalisert her.

Når de ansatte har blitt bedt om å vurdere bygningenes kvalitet, scorer de som figuren under viser. Vi ser at deler av bygningen trenger betydelige utbedringer, men generelt er Vefsn sykehjem i bedre stand enn Parken:

	Teknisk tilstand	Funksjonell tilstand	Behov for utbedringer av brannsikring	Behov for utbedringer av fuktsikring og bad	Behov for utbedringer for økt rullestol-tilgjengelighet	Behov for energi-forbedring	Behov for nye funksjoner
Institusjonsavd							
Solina							
avd. LMS							
Nyrudskogen							
Hjemmetjenestens lokaler							
Miljøtunet							

Figur 4-26 Ansattes vurdering av bygningsmessige forhold ved Vefsn sykehjem. Grønt er ikke behov for utbedringer, gult noe behov, oransje større behov, og rødt er saneringsmodent/uegnet eller behov for utbedringer i høy grad. Blått: Vet ikke. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

Når det gjelder Nyrudskogen er det særlig badene som er lite funksjonelle og har behov for utbedringer. Hjemmetjenestens lokaler har dårlig luft på møterom og behov for carporter.

Lokalmedisinsk senter har 15 korttidsplasser samt at hverdagsrehabiliteringsteamet er organisert og lokalisert som en del av denne avdelingen. Brukere til de 9 korttidsplassene er palliative pasienter og observasjonssenger, det er 3 øyeblikkelig hjelp-plasser og 3 plasser beregnet til rehabilitering. Bemanningen er 12 årsverk i pleien, i tillegg 1 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor på 0,8 utenom natt og ledelse. Her er det sykepleiere på alle vakter. Sykefravær var på 8,5 prosent i 2017.

Miljøtunet har 24 plasser. Brukerne er personer med demens. Bemanningen er 20,5 årsverk i pleien og 1 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor på 0,84 utenom natt og ledelse. Også her er det sykepleiere på alle vakter. Sykefravær var på 15,1 prosent i 2017.

Solina har 15 plasser fordelt på 8 langtidsplasser og 7 korttidsplasser. Korttidsplassene er beregnet med 4 palliative plasser og 3 for avlastning. Bemanningen er 13,4 årsverk i pleien og 1 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor på 0,89 utenom ledelse og natt. Det er sykepleiere på alle vakter. Sykefravær var på 6,0 prosent i 2017.

Nyrudskogen har 30 langtidsplasser. Brukerne er eldre med somatiske funksjonsproblemer. Bemanningen er 22,2 årsverk i pleien og 1 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor på 0,74 utenom natt og ledelse. Det er sykepleiere på alle vakter. Sykefravær var på 12,9 prosent i 2017.

Nattjenesten har ansvaret på natt på alle avdelingene. Bemanningen er 11,6 årsverk i pleien og 0,65 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor 0,14 utenom ledelse. Også her er det sykepleiere på alle vakter. Sykefraværet var på 4,7 prosent i 2017.

Fredlundskogen

Fredlundskogen er et eget bygningskompleks bygget for brukere med kognitiv svikt. Det ble åpnet i januar 2016 og har 24 plasser fordelt på 3 fløyer hvorav en fløy har 4 forsterkede plasser. Bemanningen er 27,56 årsverk i pleien inkludert natt, samt 1 årsverk ledelse. Dette gir en bemanningsfaktor på 1,15 inkludert natt, 0,93 utenom natt. Det er sykepleiere eller vernepleiere på alle vakter. Sykefraværet var på 12,1 prosent i 2017.

Det er et eget sanserom i bygningen, og utearealene er tilrettelagt for personer med kognitiv svikt.

Når de ansatte har blitt bedt om å vurdere bygningenes kvalitet, scorer de slik figuren under viser:

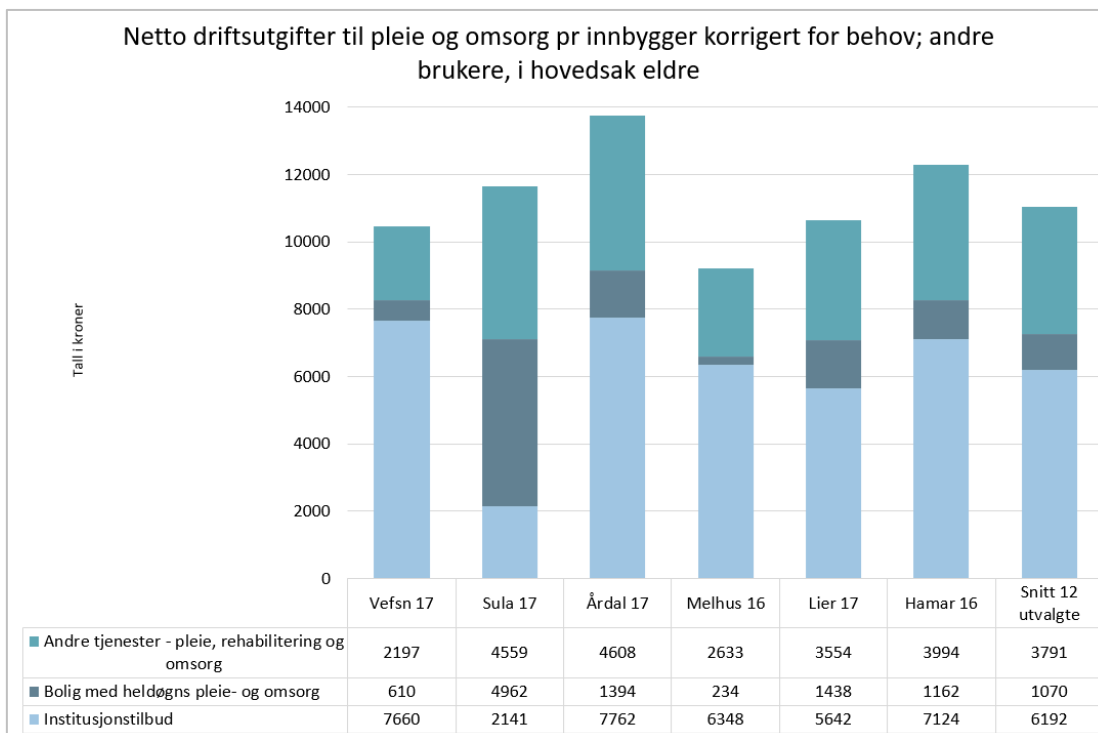
	Teknisk tilstand	Funksjonell tilstand	Behov for utbedringer av brannsikring	Behov for utbedringer av fuktsikring og bad	Behov for utbedringer for økt rullestoltilgjengelighet	Behov for energi-forbedring	Behov for nye funksjoner
Institusjonsavd							
Fredlundskogen							

Figur 4-27 Ansattes vurdering av bygningsmessige forhold ved Fredlundskogen. Grønt er ikke behov for utbedringer, gult noe behov, oransje større behov, og rødt er saneringsmodent/uegnet eller behov for utbedringer i høy grad. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangsanalyser

Bygget vurderes som nytt og svært funksjonelt, men var ikke planlagt til dagplasser. Det brukes likevel til formålet. Dette gir begrenset mulighet for fellesaktiviteter for pasientene på dagtid. De ansatte melder også om for liten garderobekapasitet i damegarderoben.

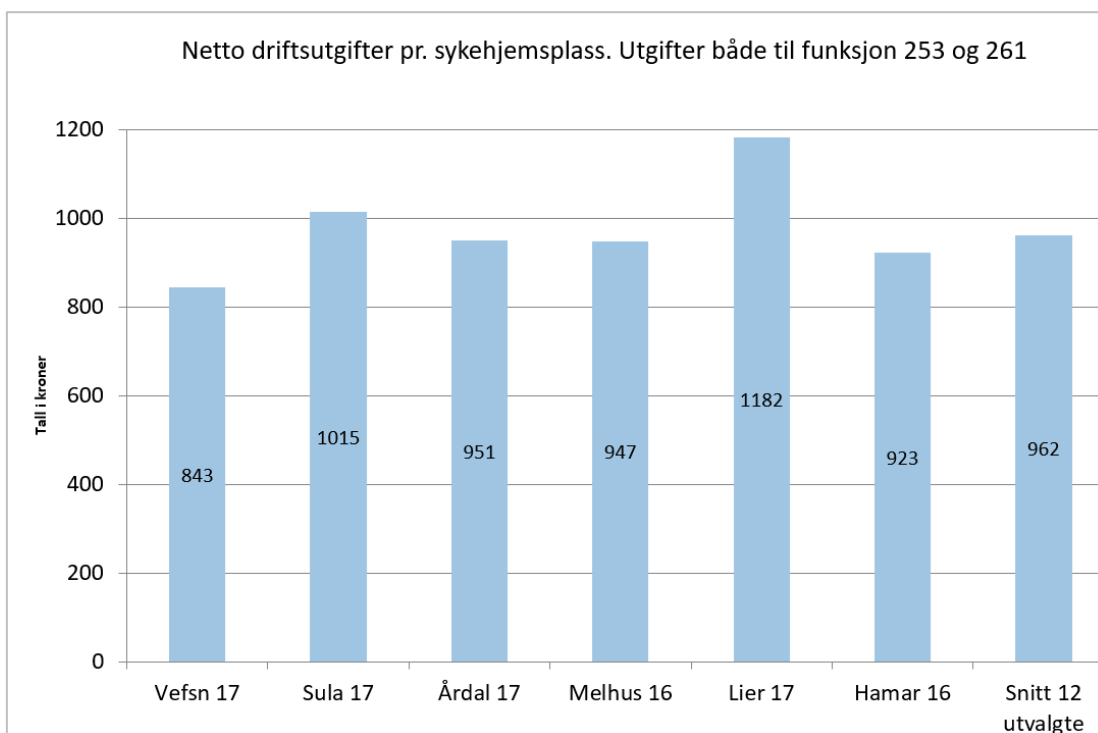
4.4.2 Ressursbruk

Kommunens ressursbruk til brukergruppen eldre er på et mellomnivå, jf. Figur 4-16. I figuren under ser vi hvordan ressursene er fordelt på de ulike tjenestene. Vi ser at kommunen bruker betydelig mer til institusjonstilbud enn sammenligningskommunene. Mens gjennomsnittet av 12 kommuner bruker litt over 6000 kr pr. innbygger til institusjonstilbud til eldre, bruker Vefsn over 7600 kr pr. innbygger. Samtidig bruker kommunen mindre på alle andre tjenester.



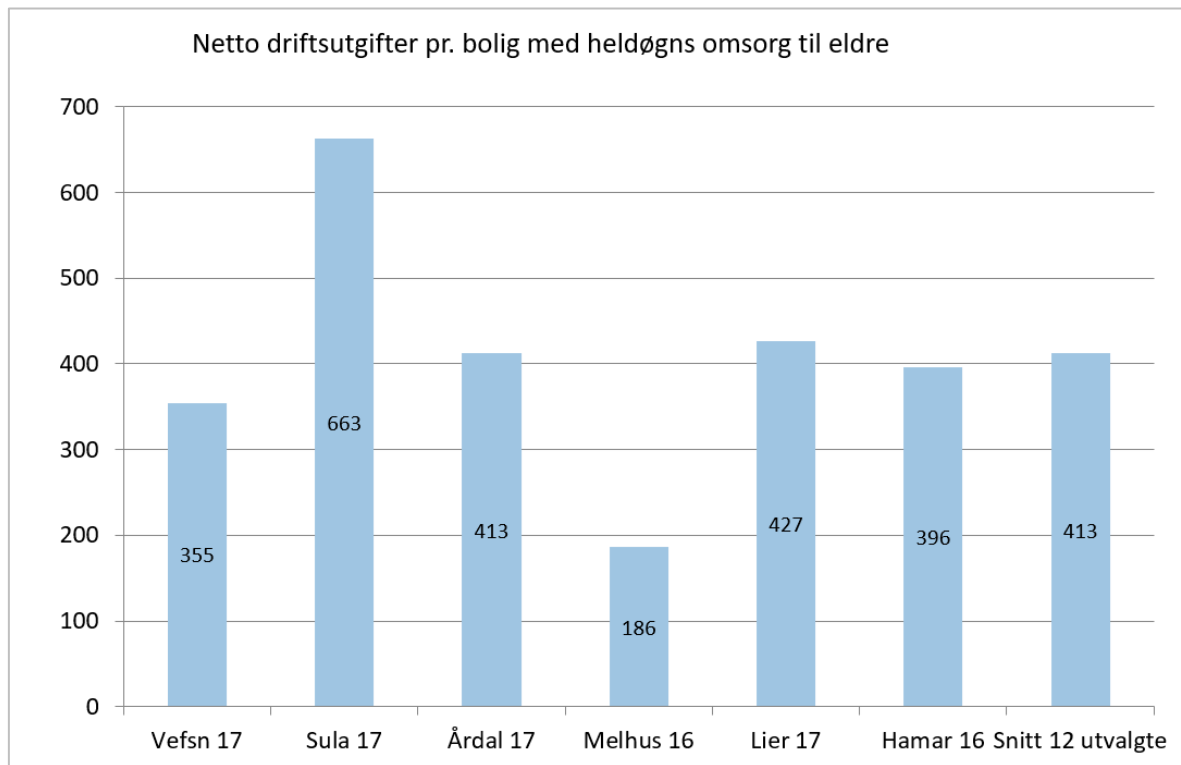
Figur 4-28 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg til brukergruppen hovedsakelig eldre, beregnet pr. innbygger og korrigert for behov. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Samtidig viser figuren under at når vi ser på netto driftsutgifter pr. sykehjemsplass, trukket ut av kommunens regnskap og sammenlignet med kommuner Agenda Kaupang har gjort tilsvarende analyser i, at kommunens drift av den enkelte sykehjemsplass er rimeligere enn alle de andre kommunene i dette sammenligningsgrunnlaget.



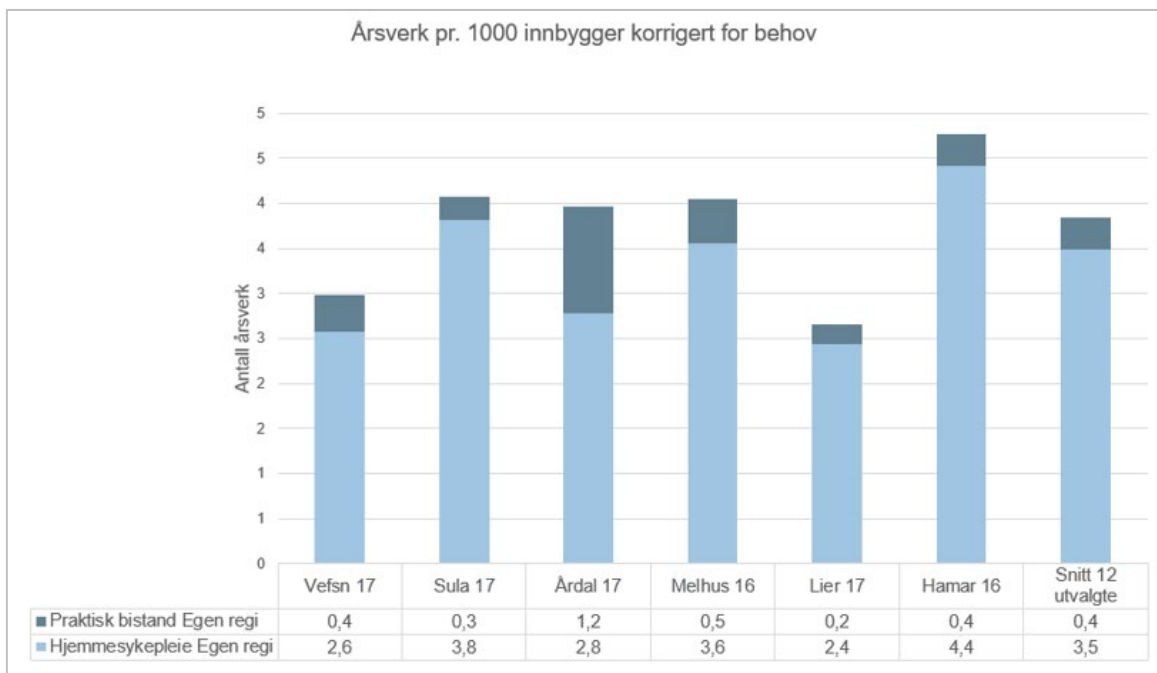
Figur 4-29 Netto driftsutgifter pr. sykehjemsplass, funksjon 253 og 261 i KOSTRA. Kilde: Kommunens egen regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Kommunen har 29 heldøgns bemannede boliger. Netto driftsutgifter pr. bolig med heldøgns omsorg er også rimeligere enn i sammenligningskommunene.



Figur 4-30 Netto driftsutgifter i kroner, pr. bolig med heldøgns omsorg til eldre

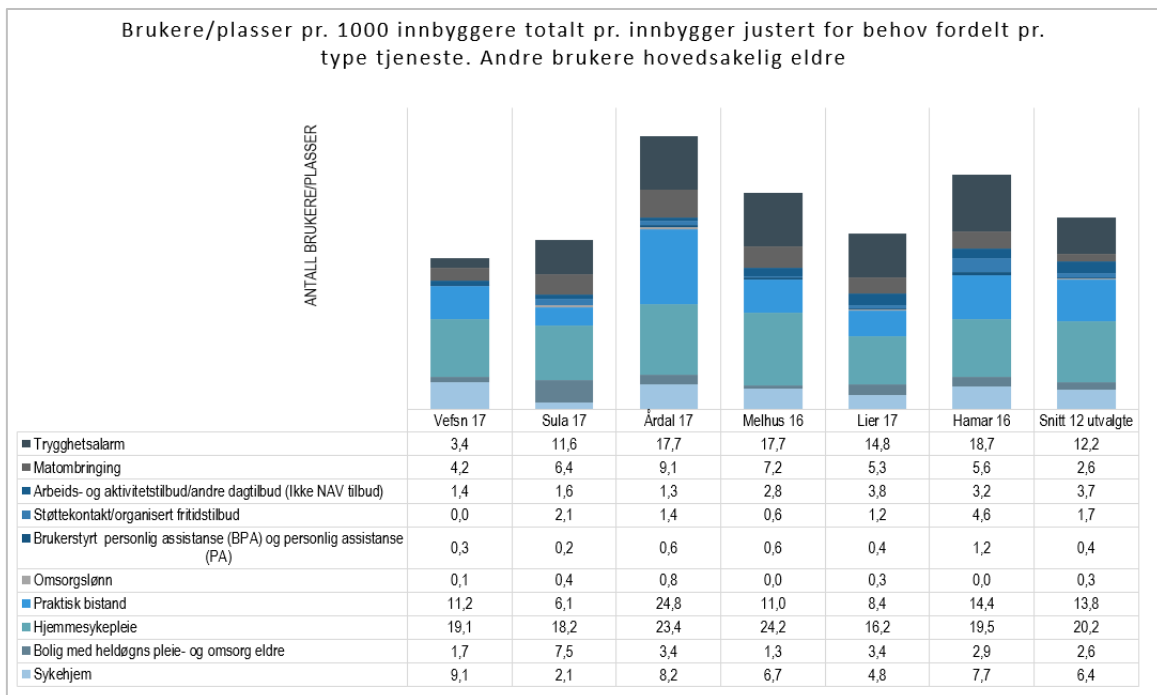
Enhetsprisene for tjenester i hjemmet er vist i Figur 4-12, s. 19 som er et gjennomsnittlig ressursbruk på både brukere med psykiske helseproblemer og eldre brukere. Figuren viser at også ressursene brukt på hver bruker som bor hjemme i gjennomsnitt ligger lavere i Vefsn enn i sammenligningskommunene. Dette får vi bekreftet når vi ser på antall årsverk som utfører de ulike tjenestene. Kommunen har 0,9 færre årsverk hjemmesykepleie pr. 1000 innbyggere (korrigert for behov) enn gjennomsnittet av 12 av kommunene i vår database. Et slik gjennomsnittstall sier ikke noe om variasjonen. Sannsynligvis er det mange brukere som får omfattende tjenester og mange som greier seg med lite.



Figur 4-31 Årsverk pr. 1000 innbyggere til tjenester i hjemmet rettet mot eldre brukere. Kilde: Opplysninger fra kommunene og Agenda Kaupangs analyser

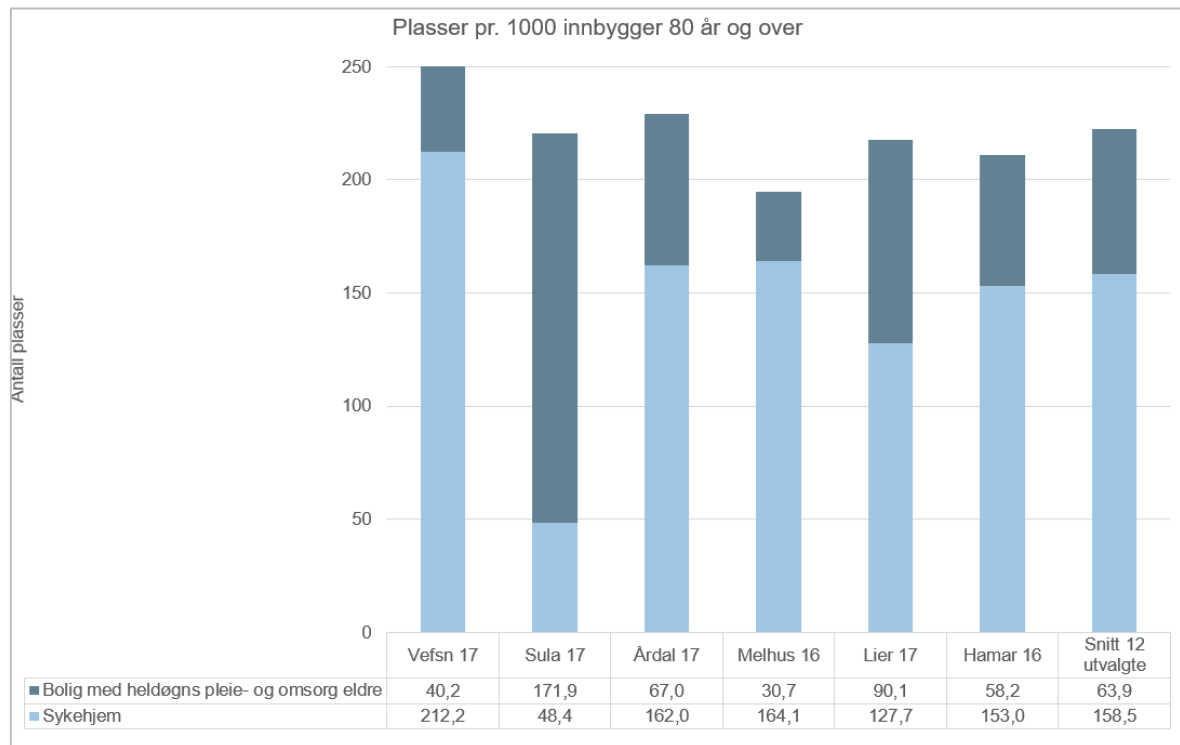
4.4.3 Dekningsgrader

Ressursbruken på de ulike tjenestene er avhengig av både prisen pr. bruker og av antall brukere. Vi har nå sett at prisen for hver bruker ikke er spesielt høy i Vefsn. Nå vi så ser vi på antallet brukere/plasser ser vi at mange personer over 80 år bor på sykehjem, få mottar hjemmetjenester og svært få i form av bemannede boliger sammenlignet med andre kommuner. Svært få har trygghetsalarm og dagtilbud.



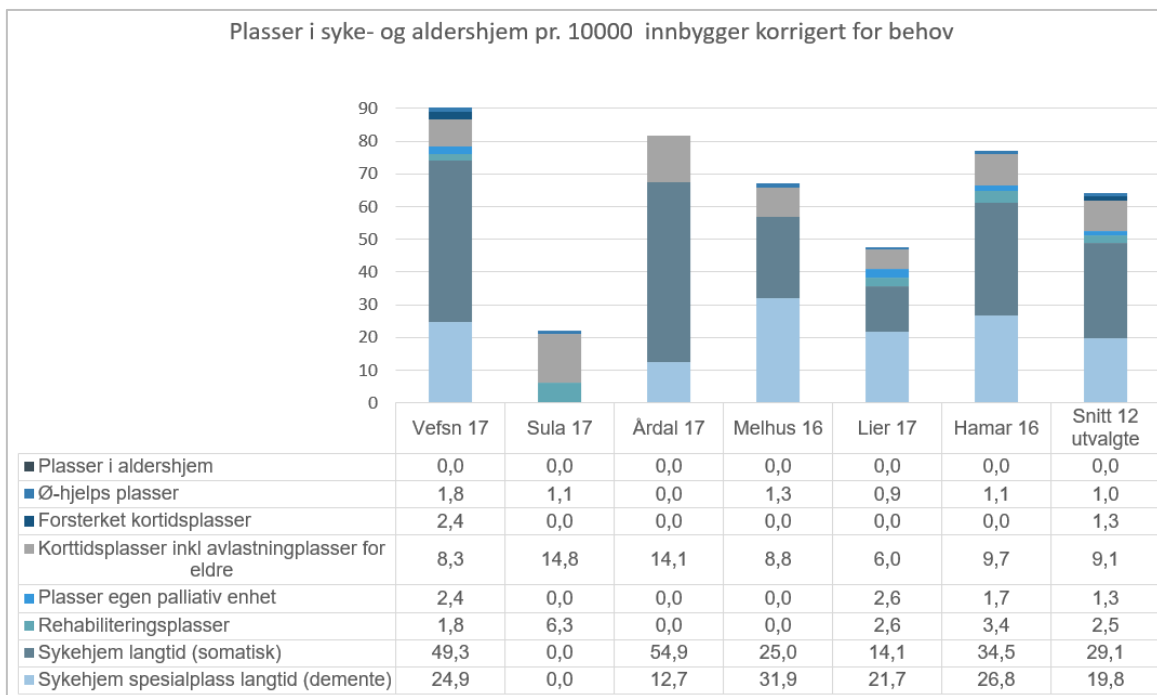
Figur 4-32 Antall eldre brukere pr. 1000 innbyggere på hver tjeneste, justert for behov. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Ser vi isolert på boligtilbudet, ser vi at kommunen har svært mange plasser på sykehjem i forhold til antall personer 80 år og eldre i kommunen, men få boliger sett i forhold til andre kommuner.



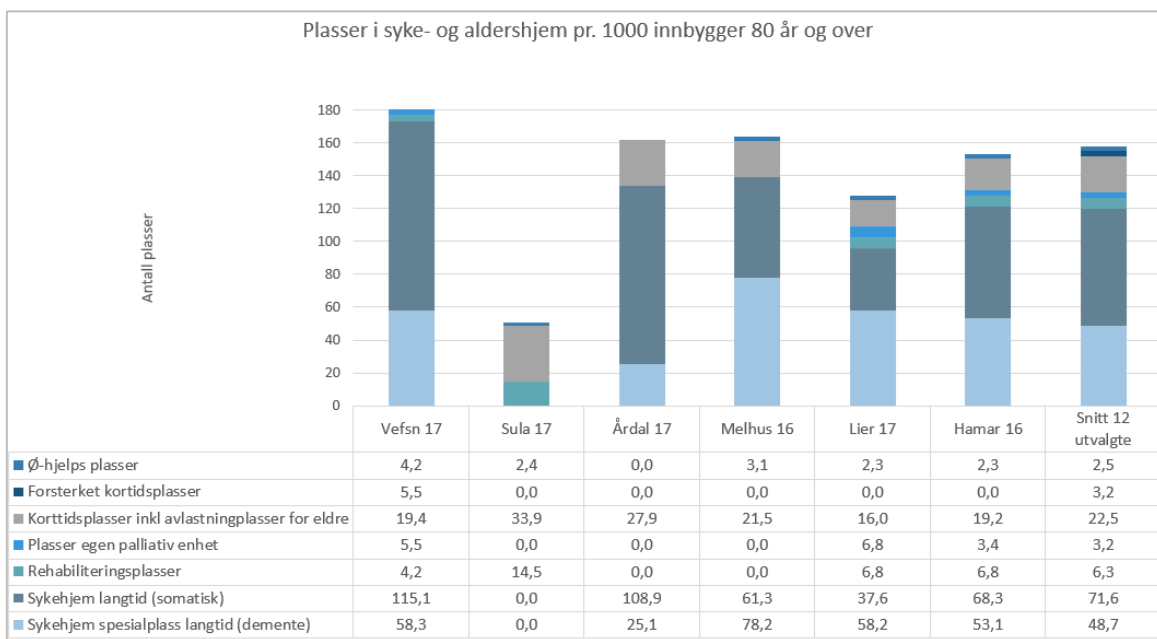
Figur 4-33 Plasser til ulike boligformål for brukergruppen eldre. Beregnet pr. 1000 innbygger 80 år og over. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

Institusjonsplassene kan brukes til ulike formål: noen trenger varig opphold og får tildelt en langtidsplass. Andre har behov for midlertidig opphold. Dette er brukere som av ulike grunner har behov for en periode med døgntilsyn eller behandling som krever tettere bemanning enn man kan få hjemme. Det kan være behov for videre oppfølging etter sykehusopphold eller sykdom, tett oppfølging i en palliativ fase, opptrening og rehabilitering etter et funksjonsfall, eller at pårørende har behov for avlastning. I forhold til andre kommuner ser vi at Vefsn har særlig mange plasser avsatt til langtidsopphold både for personer med kognitiv svikt og for personer med somatisk funksjonsnedsettelse. Det er få plasser avsatt til avlastning og til rehabilitering.



Figur 4-34 Ulike plasser i institusjon for eldre brukere, beregnet pr. 10 000 innbyggere og korrigert for behov.
Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

Ved å se på antall plasser ut fra antall innbyggere 80 år og over, får vi det samme bildet.



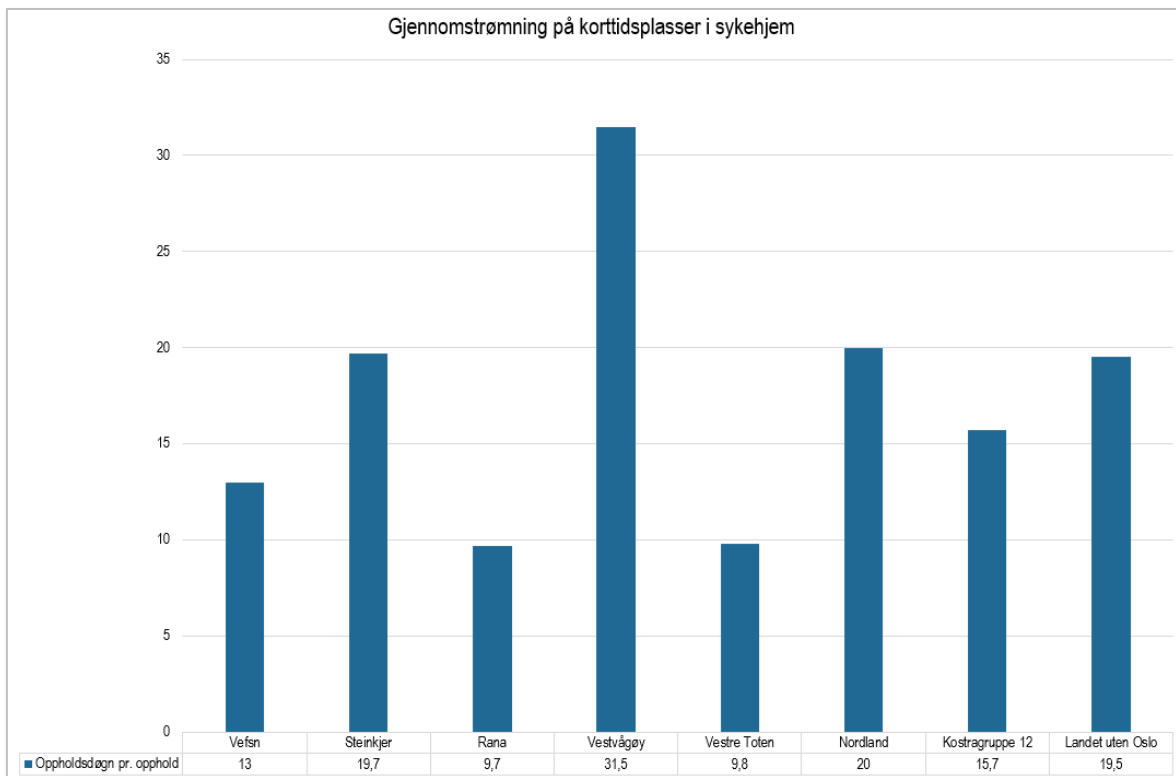
Figur 4-35 Plasser i syke- og aldershjem pr. innbygger 80 år og over. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

Erfaring tilsier at nærmere 25 prosent av plassene bør være beregnet til ulike kortere opphold. Vi ser at Vefsn kommune kun har satt av 18 prosent av plassene sine til dette formålet.

4.4.4 Innhold og kvalitet

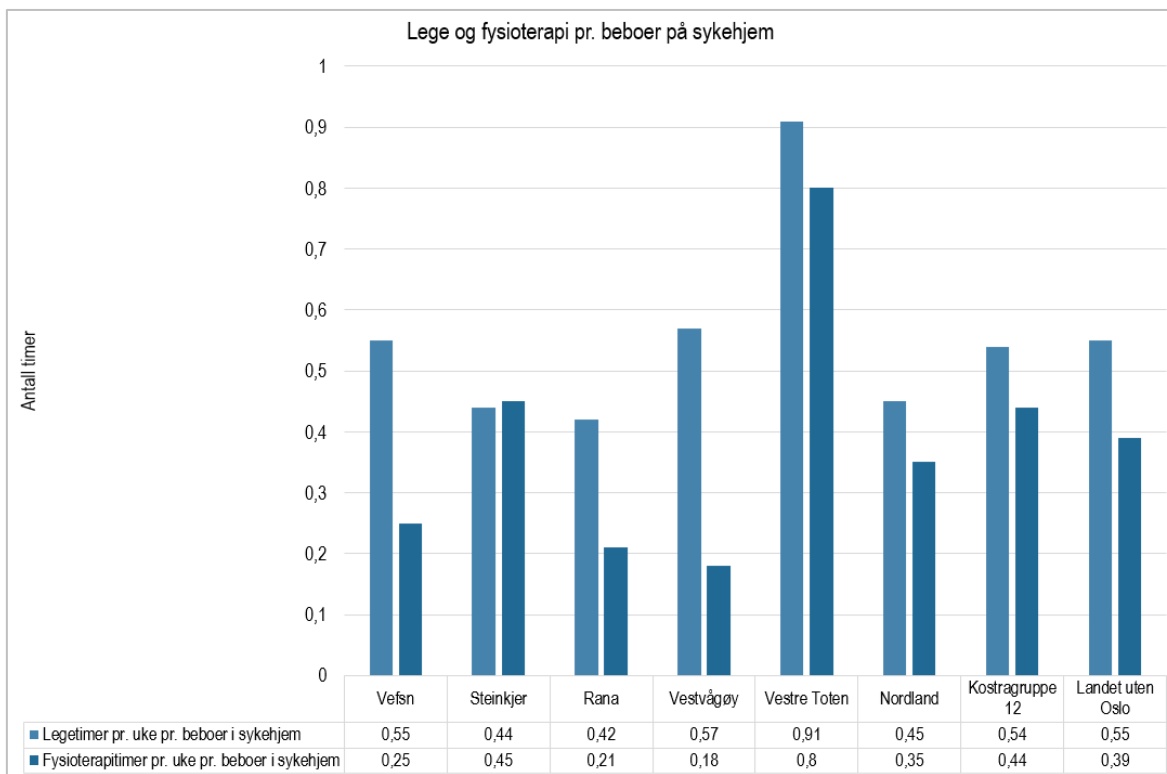
Man vet at et opphold på institusjon over tid kan føre til en «institusjonalisering», det er derfor viktig for bruker at slike opphold ikke blir for lange, men lange nok til å oppnå den tiltenkte hensikten. For pasientflyten er det viktig at de som bruker korttidsplasser er hjemmeboende personer som skal hjem igjen etter et kort opphold, ikke personer som er i behov av langtidsplass.

Hvor lenge brukere bor på en korttidsplass, kan derfor si noe om disse plassene brukes etter intensjonen, eller om det i praksis er langtidsbeboere som fyller plassene. Vi ser at Vefsn har ganske korte opphold på korttidsplassene, et gjennomsnitt på 13 dager. Videre analyser er nødvendig for å finne ut om dette er optimalt. Noen brukere, for eksempel rehabiliteringsbrukere, vil nok trenge lengre opphold, mens andre brukere, for eksempel de som kommer fra sykehus og bare skal fullføre en behandling, kan kanskje klare seg med betydelig kortere opphold.



Figur 4-36 Oppholdsdøgn pr. opphold på korttidsplassene. Kilde: KOSTRA 2017

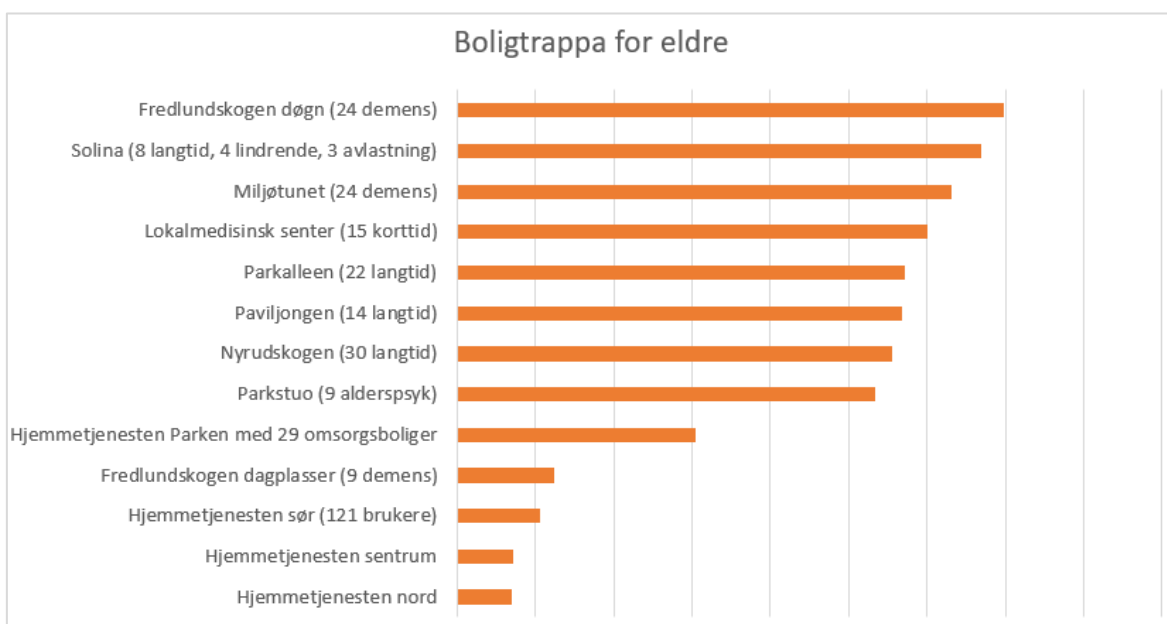
Det er lite statistikk på innhold på et sykehjem, men dekningsgrad av lege- og fysioterapitjenester kan si noe om i hvilken grad medisinsk oppfølging og aktivisering blir prioritert. Vi ser at Vefsn har få timer fysioterapi til brukerne på sykehjem i forhold til sammenligningskommunene. Lege-dekningen er på et mellomnivå.



Figur 4-37 Lege- og fysioterapitimer pr. beboer på sykehjem, pr. uke. Kilde: KOSTRA 2017 og Agenda Kaupangs analyser

4.4.5 Boligtrappa for eldre

Ved hjelp av kommunens beskrivelse av antall ansatte på jobb til enhver tid på hver avdeling, har vi beregnet hvilke bemanningskostnader det er for hver bruker i de ulike tilbudene. Dette er visualisert slik:



Figur 4-38 Boligtrappa for eldre, beregnet ut fra bemanningskostnader. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

Som påpekt i avsnitt 3.1.1, er denne analysen basert på et rapportert antall personer til stede på hver vakt. Det er brukt en gjennomsnittlig kostnad på 750 000 kr pr. person på jobb et dagsverk. Det er ikke tatt hensyn til ulikheter i kompetansesammensetning, ansiennitet, sykefravær, vikarbruk etc. Denne analysen gir derfor ikke et korrekt bilde av den totale ressursbruken. Vi ser av regnskapene at de reelle kostnadene er høyere enn det vi har beregnet. Vi mener likevel beregningene er egnet til å sammenligne på tvers av avdelinger for å kunne gi et bilde av kommunens tjenestetrapp.

Vi ser at det er et stort sprang mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester, med noen få bemannende boliger på et mellomtrinn. Det er omfattende tilbud på de dyreste delene av tjenestetrappa. Agenda Kaupang erfarer også at det er viktig at korttidsplasser er rustet til å bistå til at brukerne kommer hjem igjen. Vi ser at Vefsn sine korttidsplasser ikke er satt opp med vesentlig mer ressurser enn langtids plassene.

4.4.6 Samlet bilde av tilbudet til eldre

Oppsummert ser vi at Vefsn kommune bruker mye av ressursene til brukergruppen eldre til institusjonstilbudet. Kommunen bruker lite på bolig med heldøgns omsorg, og relativt lite på hjemmetjenester i forhold til sammenligningskommuner. Kommunen har mange institusjonsplasser. Driften av disse plassene er ikke dyrere i Vefsn enn i andre kommuner, men denne høye dekningsgraden medfører at ressursbruken er høy. Av disse institusjonsplassene er det mange langtidsplasser. Det er liten andel plasser avsatt til korttidsopphold, særlig tiltenkt rehabilitering og avlastning. Det er lite fysioterapitilbud på institusjon, mens legedekningen er på et mellomnivå i forhold til andre kommuner.

Kommunen har mange boliger, men få med bemanning. Hver bolig med heldøgnsomsorg er ikke dyr i drift. Få mottar hjemmetjenester og hver bruker av hjemmetjenestene koster lite. Det er få brukere får aktivitetstilbud, trygghetsalarm etc.

Parken bo- og servicesenter blir vurdert som i behov av utbedringer. Vefsn sykehjem blir vurdert som betydelig bedre. Fredlundskogen er svært bra, men litt lite egnet til dagopphold.

Kommunens har en stor ressurs i frivillige, og disse bidrar til en del aktivitet.

4.5 Tjenester til personer med utfordringer innen psykisk helse og rus

4.5.1 Om tjenesten

Tjenester til personer med utfordringer innen psykisk helse og rus er organisert som en egen avdeling i helsetjenesten.

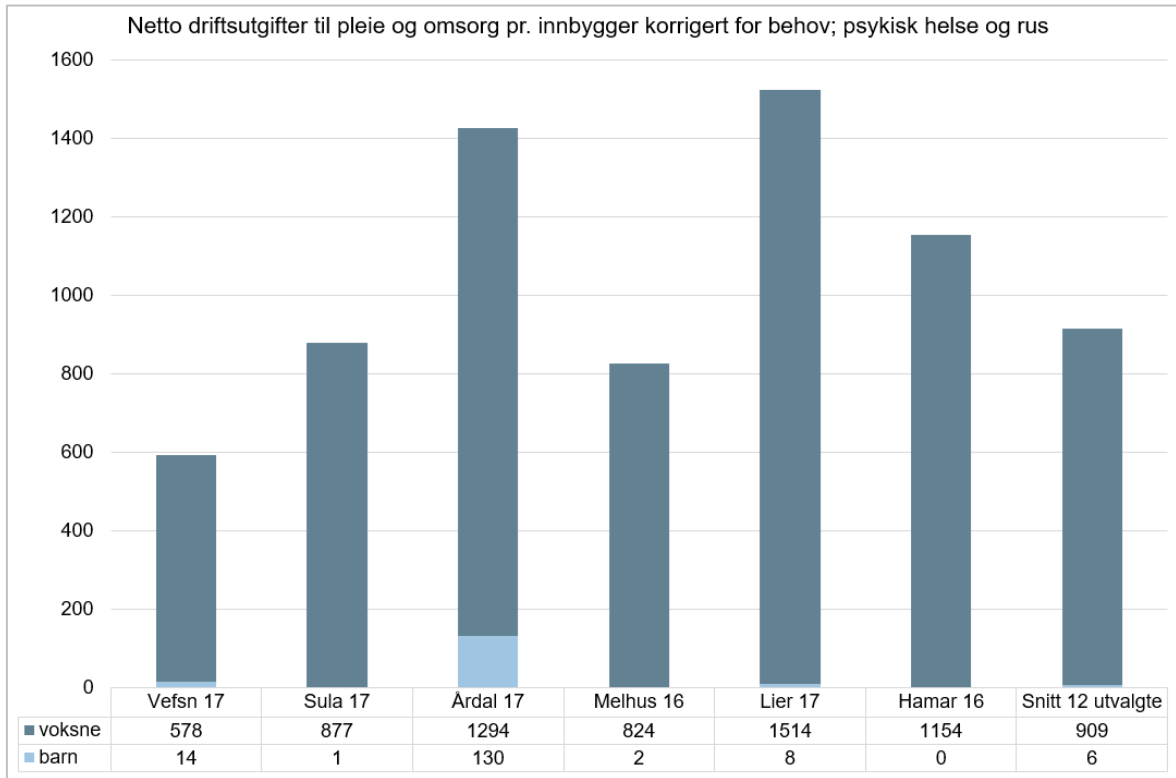
Kommunen har 4 leiligheter med døgnbemanning til brukergruppen. Beboerne er alvorlig psykisk syke, noen har også rusproblemer eller lettere psykisk utviklingshemning. I tillegg har kommunen 8 leiligheter med bemanning formiddag og kveld. Også her har beboerne alvorlige psykiske sykdommer.

Det er ett miljø-/uteteam som følger opp hjemmeboende innen denne målgruppen. Teamet har 10 årsverk inkludert 0,75 årsverk saksbehandler og 0,5 årsverk fengselshelsetjeneste. Qualess kafe er en brukerkafe under utvikling. Huset blir brukt av brukerorganisasjoner, men én dag hver uke er forbeholdt kronikerne som et dagtilbud. Da er uteteamet også til stede. Mange av brukerne her har ikke vedtak, og er derfor ikke registrert i statistikken. Kommunen erfarer at det er lite sykehusinnleggelser av denne brukergruppen.

For brukere med aktiv rus har kommunen 8 rusboliger. Beboerne følges opp av uteteam.

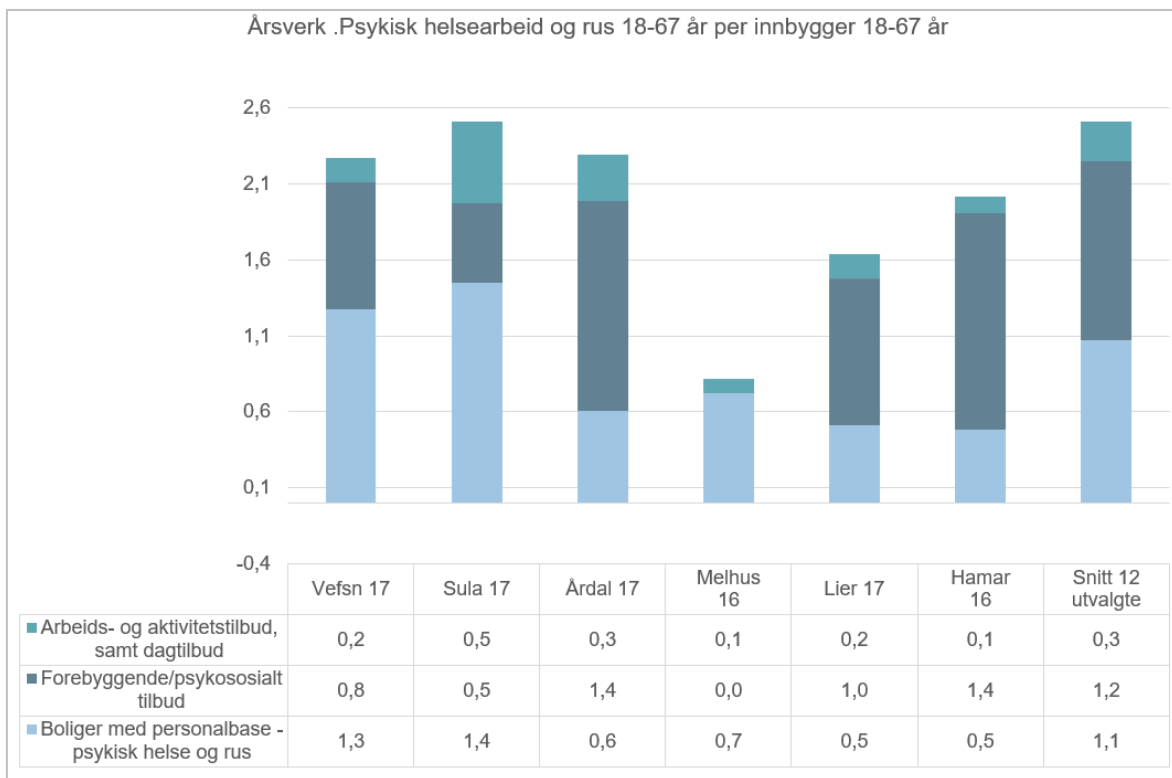
4.5.2 Ressursbruk

Figur 4-16 viser at kommunen bruker mindre enn sammenligningskommunene til tjenester for personer med psykisk helse og rusutfordringer. Mer detaljert ser vi i figuren under at Vefsn bruker litt mer på barn og mindre på voksne enn sammenligningskommunene. Når det gjelder ressursbruken til barn, erfarer Agenda Kaupang at mange kommuner registrerer dette på oppvekst, via PP-tjenesten. Her er det derfor store feilkilder i sammenligningsgrunnlaget.



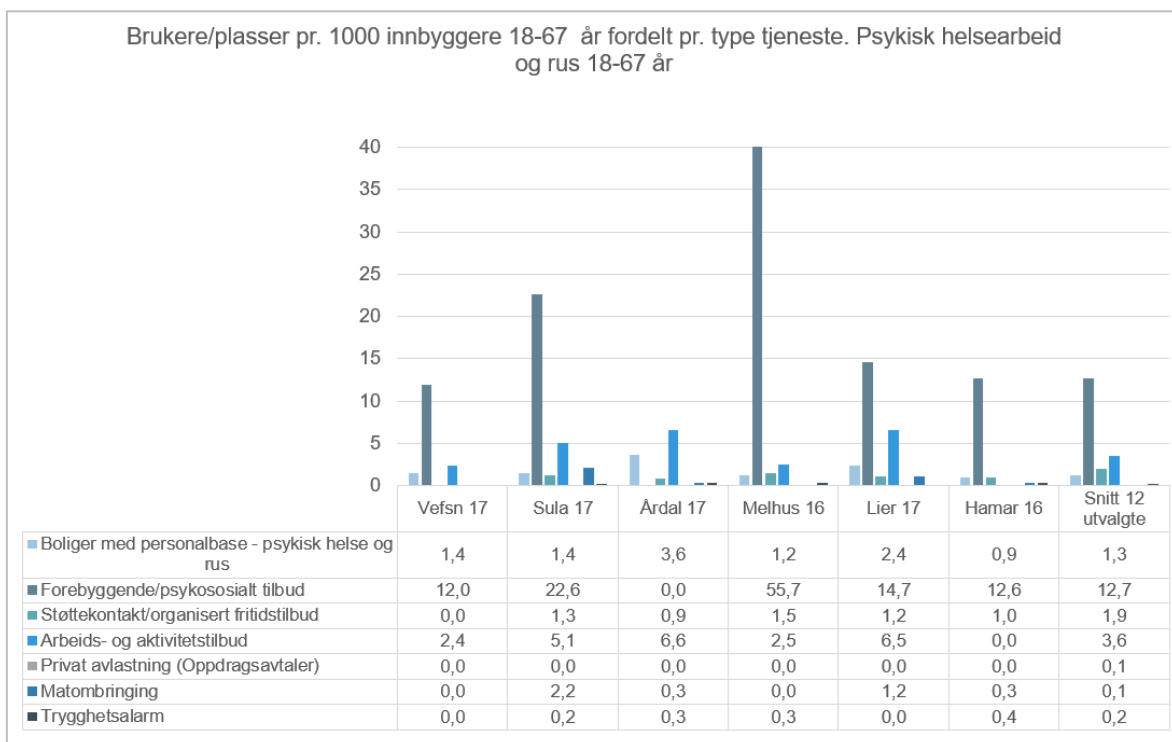
Figur 4-39 Netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie- og omsorgstjenester til brukere med psykisk helse og rusutfordringer

Når vi ser på årsverkene til de ulike tiltakene til brukergruppen, ser vi at noe færre årsverk går til dagtilbud og psykososialt tilbud enn hos sammenligningskommunene, mens kommunen bruker flere årsverk enn de fleste andre kommunene i sammenligningsgrunnlaget til botilbud.



Figur 4-40 Årsverk innen psykisk helsearbeid til voksne, pr. innbygger 18–67 år

Når vi ser på antall brukere på de ulike tilbudene, kan det se ut som om Vefsn har få brukere på aktivitetstilbud. Som nevnt i avsnitt 4.5.1 er det mange av brukerne på Quales kafe som ikke har vedtak, og derfor ikke er registrert i statistikken.



Figur 4-41 Antall brukere med psykisk helse og rusutfordringer på de ulike tjenestene, beregnet pr. 1000 innbyggere 18–67 år

Ved å kartlegge antall personer på jobb til enhver tid, har Agenda Kaupang beregnet bemanningsutgiftene med de ulike tilbudene. Ved igjen å dele dette på antall brukere, får vi en estimert enhetskostnad. Vi har visualisert dette i omsorgstrappa i figuren under. Vi ser at det er ulike bemanningskostnader pr. bruker. Vi ser at det er store sprang mellom de ulike tjenestetilbudene, særlig mellom de to botilbudene. Brukere har svært ulike behov, så om dette gjenspeiler brukernes behov eller har med drift og lokasjoner å gjøre, har ikke Agenda Kaupang grunnlag for å vurdere.



Figur 4-42 Tjenestetrapp basert på årlige bemanningsutgifter i kroner pr. bruker mer psykisk helse og rusutfordringer

4.5.3 Samlet bilde av tilbudet til personer med utfordringer med psykisk helse og rus

Oppsummert ser vi at Vefsn kommune har litt lavere forekomst av psykiske helseplager og rus enn landsgjennomsnittet. Kommunen bruker mindre ressurser på voksne og færre årsverk på dagtilbud og psykososialt tilbud enn sammenligningskommunene. Det er få brukere som får tilbud om aktivitet. Dette kan skyldes at kommunens lavterskeltilbud ikke er registrert med antall brukere.

Intervjuene bekrefter at dagtilbudet ser ut til å fungere etter hensikten, og har forventninger til utvidelsen.

4.6 Tjenester til personer med funksjonshemming

4.6.1 Om tjenesten

Tjenester til personer med funksjonshemming er organisert i Miljøterapi-tjenesten. Tilbudet består hovedsakelig av et botilbud i form av 9 ulike bofellesskap, et aktivitetstilbud, avlastningstilbud samt omsorgslønn og støttekontakt. Det er et ambulant team knyttet til én av boligene. Personalet består av et tverrfaglig team bestående av vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og pleiemedarbeidere. Kommunen har 25 plasser varig tilrettelagt arbeid.

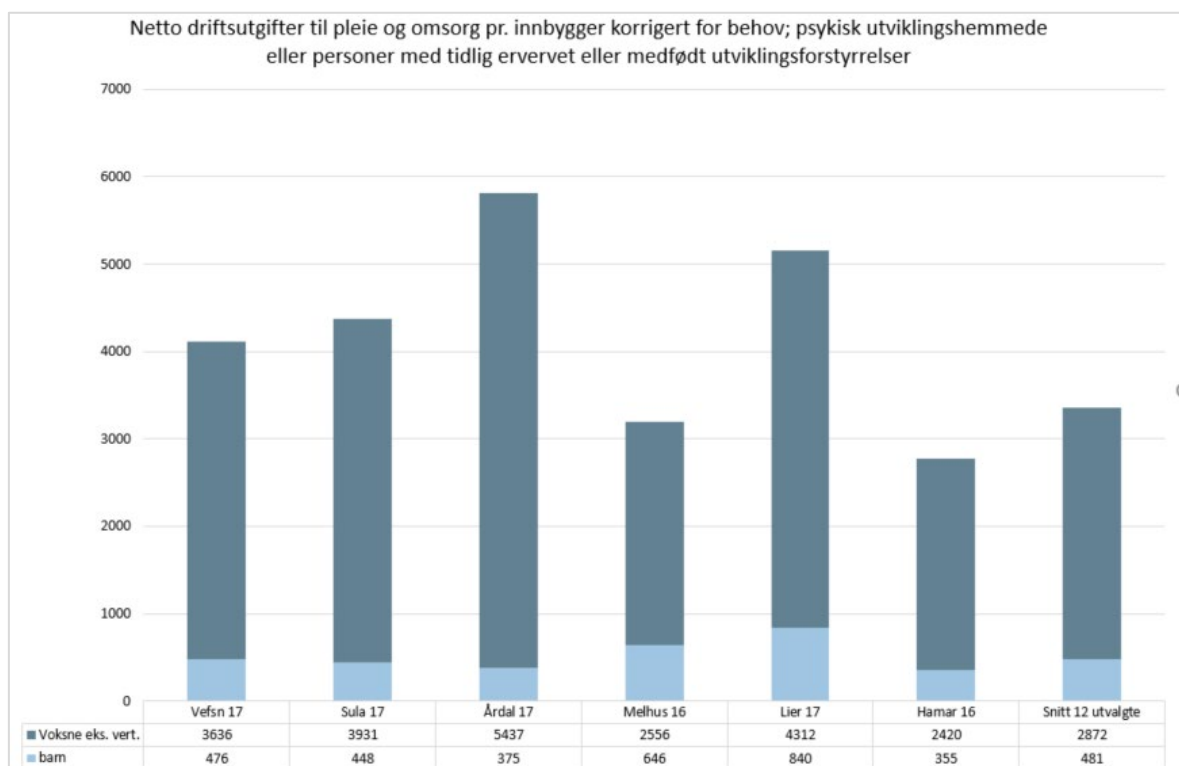
Det er også foretatt en vurdering av den bygningsmessige standarden og funksjonaliteten på de 9 bofellesskapene, basert på ansattes egen vurdering. Dette er ingen grundig byggeteknisk vurdering, men gir et bilde av standarden. Vi ser av figuren under at boligene i Vefsn er i ganske god stand.

Boligens navn	Teknisk tilstand	Funksjonell tilstand	Behov for utbedringer av brannsikring	Behov for utbedringer av fuktsikring og bad	Behov for utbedringer for økt rullestiltillgjengelighet	Behov for energiforbedring	Behov for nye funksjoner
Harton Furøsgate 12-14							
Villavegen 3-5							
Dr.Ravnsveg 8 - 10							
Heggvegen 43							
Heggvegen 45 - 47							
Harton Furøs gate 25							
Alfheimgata							
Helga Viks veg							
Nermovegen							
Harton Furøsgate 25							
Dr.Ravnsveg 12							

Figur 4-43 De ansattes vurdering av standard og funksjonalitet på boligene til personer med psykisk utviklingshemming. Grønt er ikke behov for utbedringer, gult noe behov, oransje større behov, og rødt er saneringsmodent/uegnet eller behov for utbedringer i høy grad. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

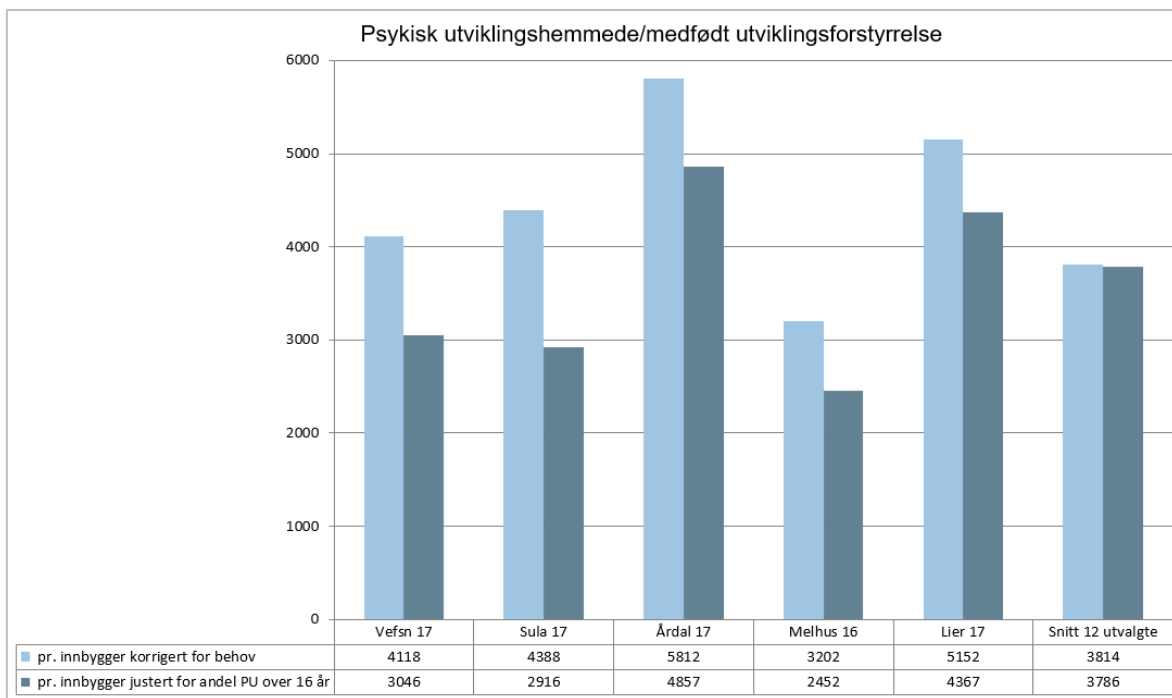
4.6.2 Ressursbruk

Vi viste i Figur 4-16 at kommunen bruker mer enn et gjennomsnittet av sammenligningskommunene til tjenester for personer med psykisk utviklingshemming. Figuren under viser at det er tilbudet til voksne som er dyrere enn sammenligningskommunenes tilbud, korrigert for behov etter KMDs fordelingsnøkkel. Tilbudet til barn er på et mellomnivå.



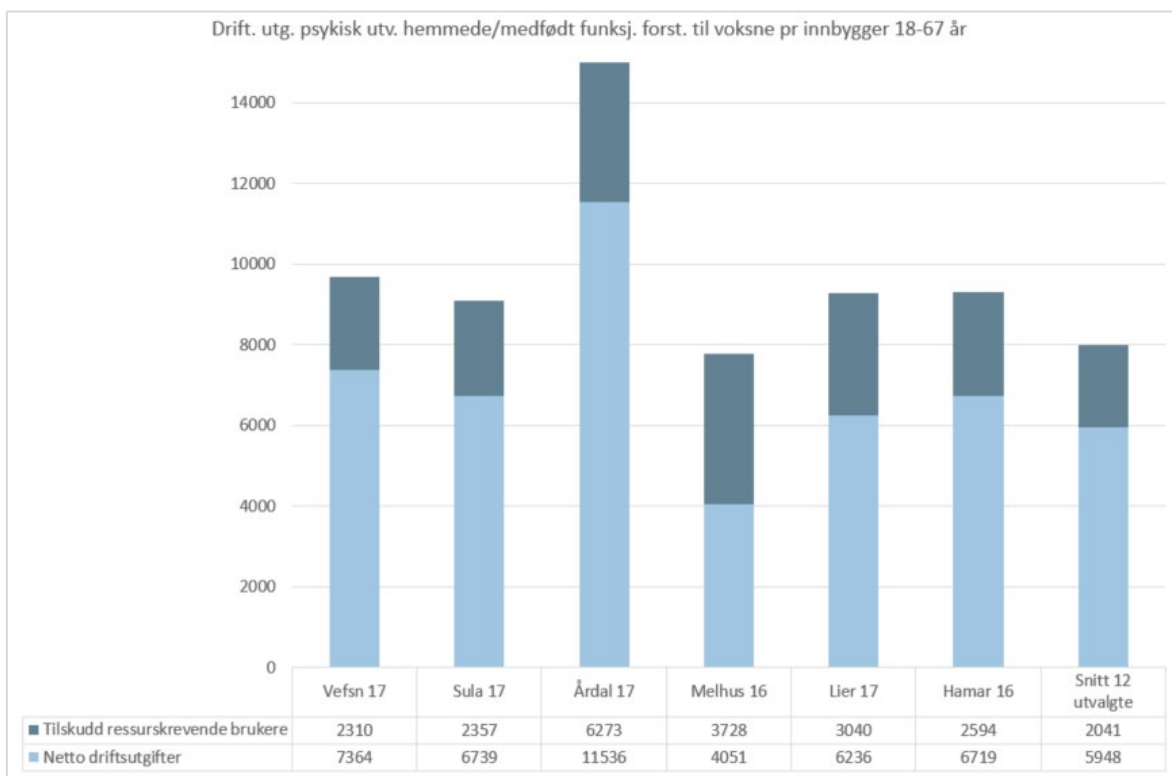
Figur 4-44 Netto driftsutgifter til personer med psykisk utviklingshemming, beregnet pr. innbygger og korrigert for behov. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Når vi korrejerer for at kommunen har en høyere andel personer med diagnose psykisk utviklingshemming over 16 år, ser vi i figuren under at Vefsn ligger lavere enn gjennomsnittet av sammenligningskommuner i driftsutgifter beregnet pr. innbygger.



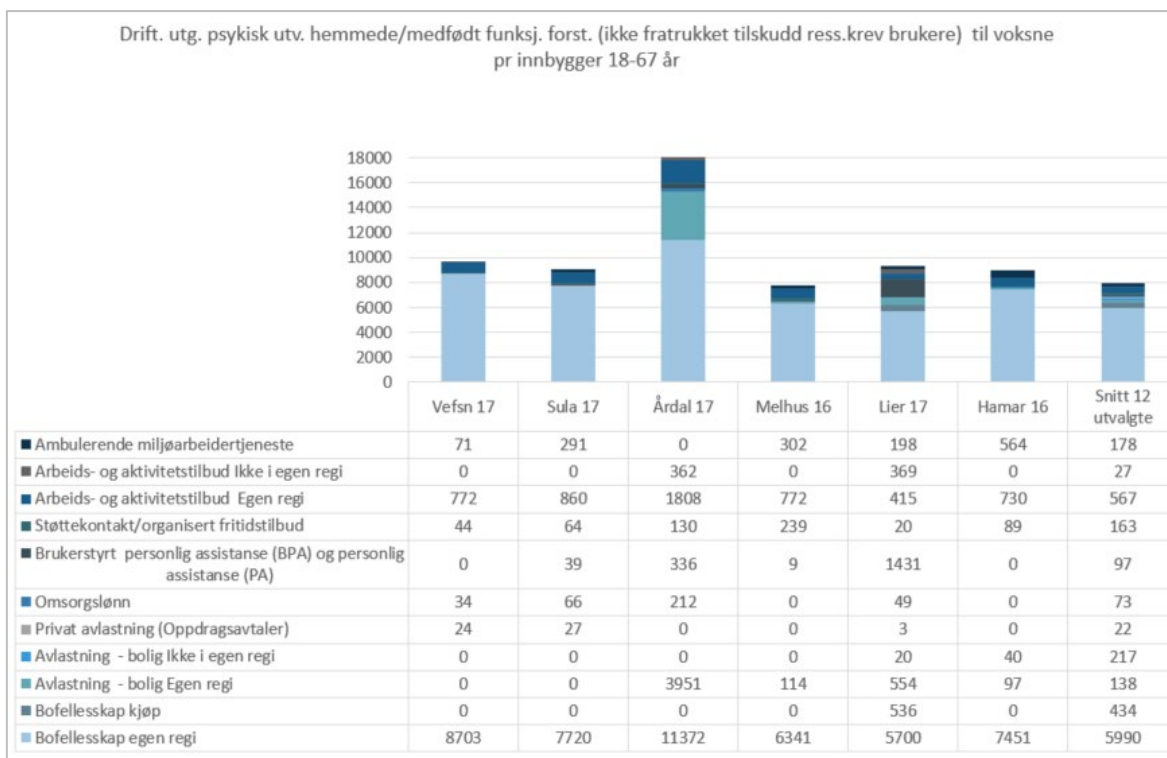
Figur 4-45 Driftsutgifter til tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, beregnet pr. innbygger og korrigert for behov, og justert for andel PU over 16 år. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupang sine analyser

Kommunen får tilskudd til ressurskrevende brukere. Når dette er tatt med i beregningen, viser figuren under at kommunens utgifter til voksne i brukergruppen er høyere enn sammenligningskommunenes.



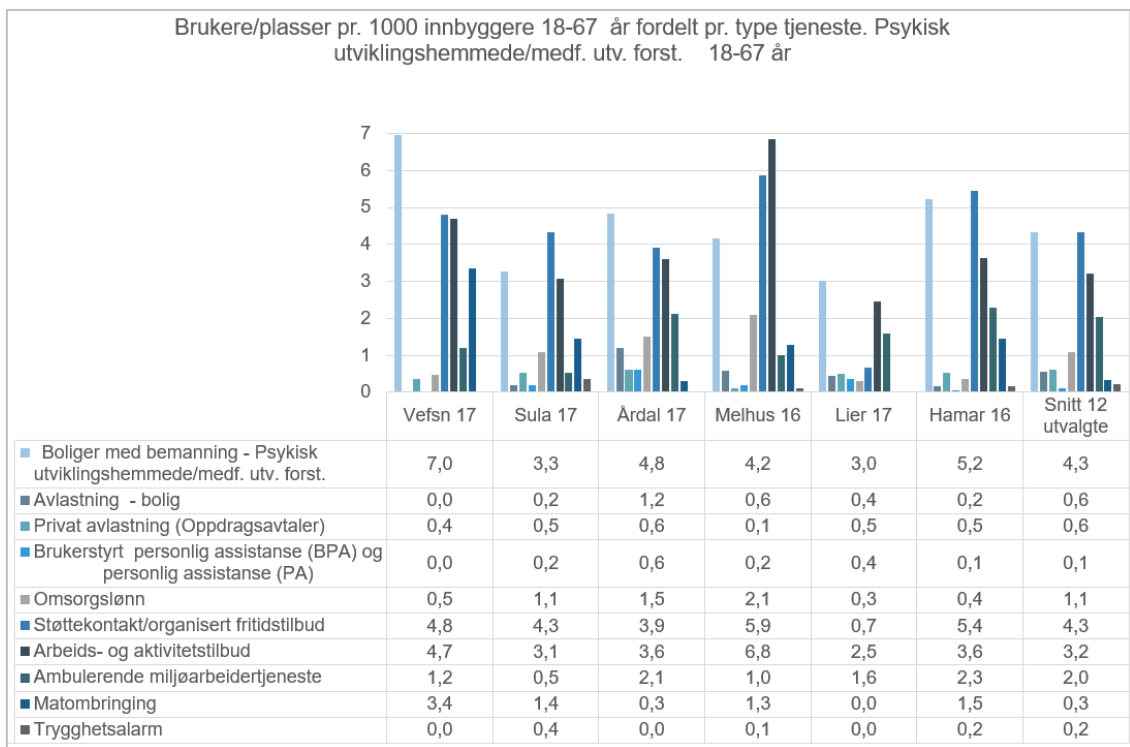
Figur 4-46 Netto driftsutgifter til voksne til personer med utviklingshemming. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupang sine analyser

Går man dypere inn i utgiftene på tjenestene til voksne, ser vi at det er boligene som drar utgiftsnivået opp. Kommunen bruker betydelig mer på slike tilbud enn sammenligningskommunene. Et unntak er Årdal som bruker svært mye. Kommunen bruker mindre enn de fleste andre kommunene på ambulerende miljøtjeneste.



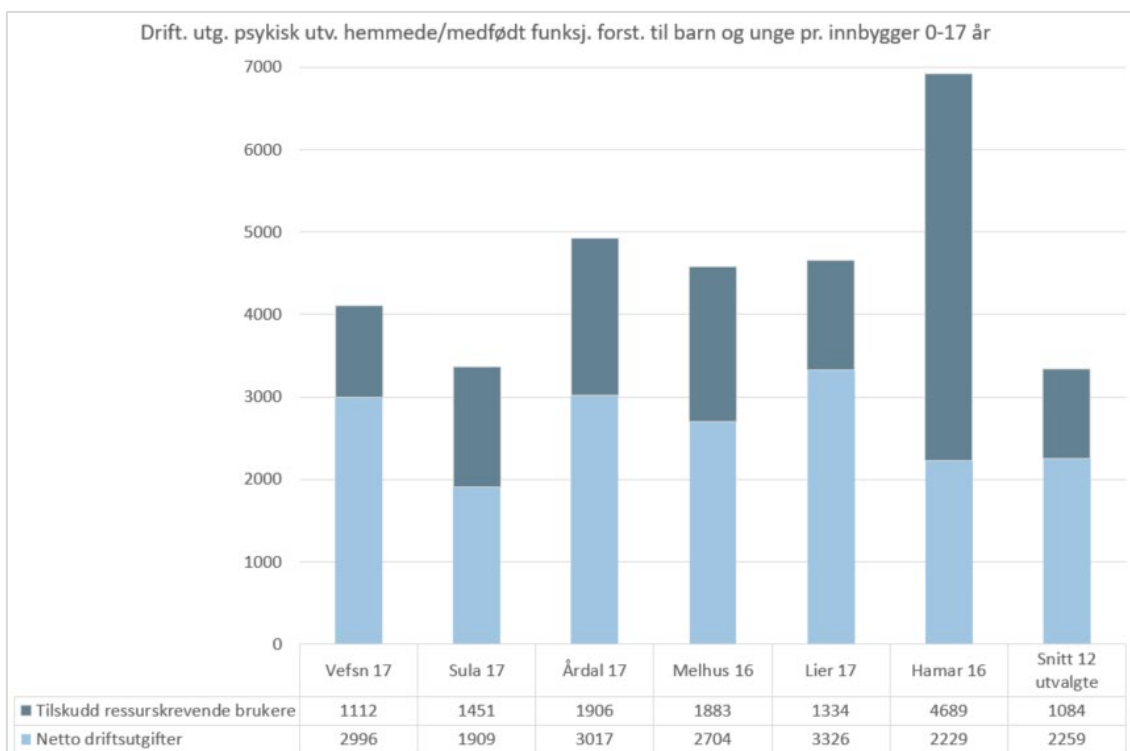
Figur 4-47 Driftsutgiftene til voksne personer med psykisk utviklingshemming, fordelt på de ulike tjenestene. Kilde: Kommunens regnskap og Agenda Kaupang sine analyser

Ser vi på hvilke tilbud den enkelte bruker får, gjenspeiler dette regnskapstallene. Vi ser at mange voksne bor i boliger mens det er få som får ambulerende tjenester. Når det gjelder fritids- og aktivitetstilbud, ligger kommunen på et mellomnivå sammenlignet med sammenligningskommunene.



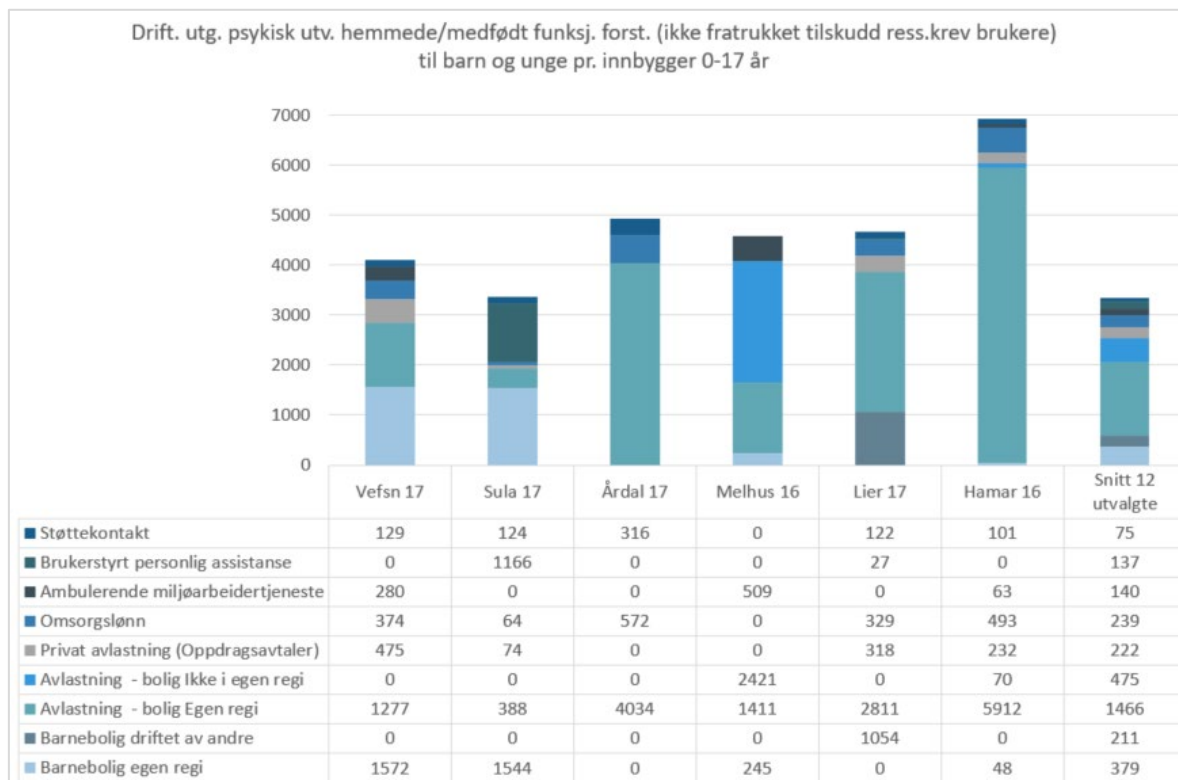
Figur 4-48 Antall voksne med psykisk utviklingshemming som mottar de ulike tilbudene. Beregnet pr. 1000 innbyggere 18–67 år. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

På netto driftsutgifter for barn, når tilskuddet til ressurskrevende brukere er trukket fra, ligger kommunen relativt høyt, og gjennomsnittet av 12 kommuner viser at mange bruker mindre ressurser på området.



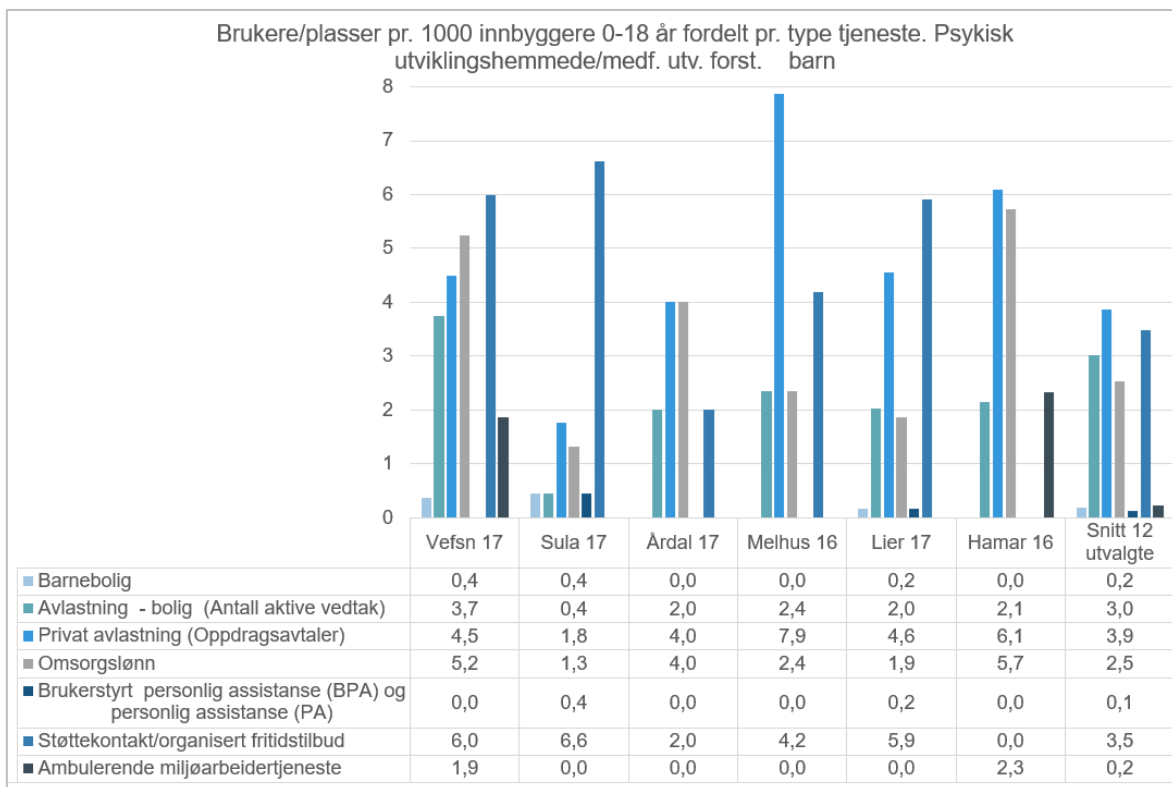
Figur 4-49 Netto driftsutgifter til tjenester til barn med psykisk utviklingshemming. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupang sine analyser

Det er boligene som trekker opp kostnadene sammenlignet med andre kommuner også når det gjelder barn. Derimot bruker kommunen mindre enn gjennomsnittet av 12 kommuner til avlastning i bolig. Kommunen bruker derimot mer enn sammenligningskommunene til privat avlastning.



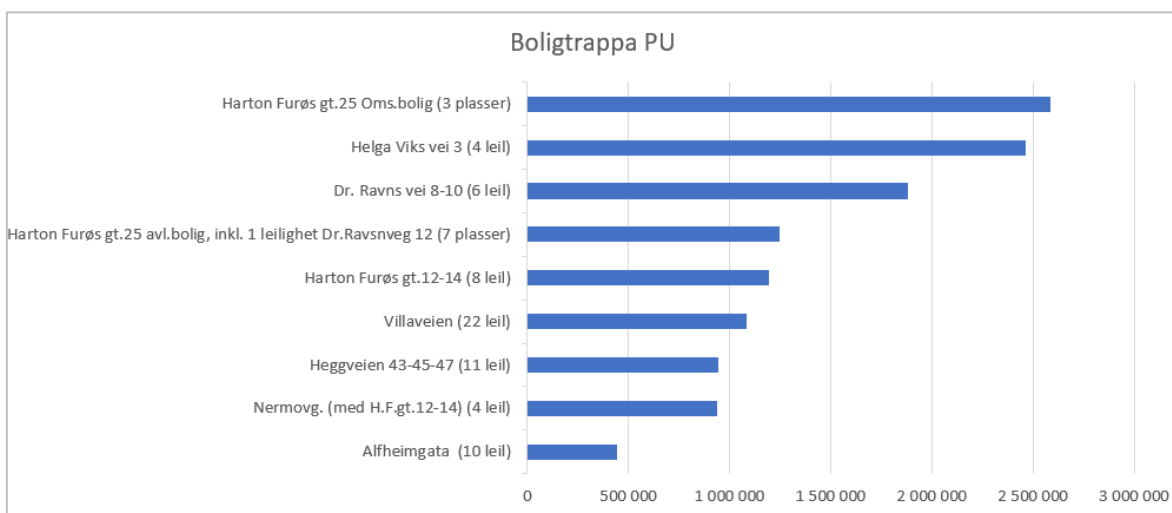
Figur 4-50 Driftsutgifter til ulike tjenester til barn med psykisk utviklingshemming. Kilde: Kommunens eget regnskap og Agenda Kaupangs analyser

Ser vi på hvilke tjenester og tilbud barna får, er hovedinntrykket at mange får mange tilbud. Selv om kommunen bruker relativt lite på avlastning i bolig, ser vi at det er flere barn som har vedtak om det enn i sammenligningskommunene. Kommunen ligger i det øvre siktet når det gjelder bruk av omsorgslønn og antall brukere som har støttekontakt.



Figur 4-51 Antall barn med psykisk utviklingshemming som får ulike tjenester. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser

Kommunen bruker mye midler på boligtilbudet til personer med utviklingshemming. Det er 9 ulike bofellesskap, men de er lokalisert relativt nære hverandre. Ved å kartlegge antall personer på jobb til enhver tid, har Agenda Kaupang beregnet bemanningsutgiftene ved hver bolig. Ved igjen å dele dette på antall beboere i fellesskapet, får vi en estimert enhetskostnad. Vi ser av figuren under at det er ulike bemanningskostnader pr. bruker. Brukere har svært ulike behov, så om dette gjenspeiler brukernes behov eller har med drift og lokasjoner å gjøre, har ikke Agenda Kaupang grunnlag for å vurdere. Men en enhetskostnad på bemanning på 2,5 mill. kr er høyt sammenlignet med mange andre kommuners tilbud til denne brukergruppen.



Figur 4-52 Beregnet bemanningsutgifter pr. bruker i de ulike bofellesskapene for personer med psykisk utviklingshemming. Kilde: Kommunens egen rapportering og Agenda Kaupangs analyser.

4.6.3 Samlet bilde av tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemning

Vefsn har en relativt stor andel voksne med diagnose psykisk utviklingshemming i forhold til landsgjennomsnittet. Regnskapet viser at kommunen bruker mer til tjenester til voksne i denne brukergruppen enn sammenligningskommunene. Men når man korrigerer for andel over 16 år med PU-diagnose, er utgiftene lavere enn sammenligningskommunene. Tilbudet til barn er på et mellomnivå.

Dypere analyser viser at det særlig er botilbudet som trekker kostnadene på tilbud til voksne opp sammenlignet med andre kommuner. Dette skyldes delvis at mange bor i boliger, men det kan også se ut som om bemanningskostnadene pr. bruker er relativt høy. Kommunens utgifter til andre tiltak er på et mellomnivå og det er middels antall som får aktivitetstilbud, få som får ambulerende tjenester. Kommunens boliger er spredd på mange lokasjoner og har ulike bemanningskostnader, men de er i god stand.

Tilbudet til barn er preget av at mange får mange tilbud. Også her bruker kommunen relativt mye midler på boligene. Det er lite ressurser til avlastning i bolig, men mange barn har vedtak om det.

4.7 Friskliv og fysio- og ergoterapitjenester

4.7.1 Om tjenestene

Kommunen har en Frisklivssentral der det er ansatt to fysioterapeuter i 100 prosent stilling. Disse jobber primært med helsefremmende arbeid og livsstilsendring. Det meste av tiden brukes til oppfølging av deltakere på Frisklivsresept (testing, samtaler og trening). I 2017 var det 33 personer over 70 år som fikk et tilbud via Frisklivssentralen. I tillegg har Frisklivssentralen et gruppetilbud til pasienter som har eller har gjennomgått kreft.

Fysioterapi er en lovpålagt kommunal tjeneste, men kommunen velger selv om tjenesten skal utøves av ansatte fysioterapeuter eller ved å inngå avtale med selvstendig næringsdrivende.⁴ Kommuner velger stort sett en kombinasjon av disse driftsformene. Dette fordi noen oppgaver er velegnet for stykkprisfinansiering som selvstendig næringsdrivende har, mens andre ikke kan oppgaver finansieres på denne måten. Både ansatte fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale er en del av den offentlige helsetjeneste og underlagt kommunal styring. Kommunen har det overordnede ansvaret for å innrette tjenesten på best mulig måte for å gi innbyggerne gode fysioterapitjenester. Ergoterapi er foreløpig ingen lovpålagt oppgave, men vil bli det fra 2020. De aller fleste kommuner har ergoterapeuter.

Fysio- og ergoterapitjenesten i Vefsn består av både avtalefysioterapeuter og ansatte fysio- og ergoterapeuter og er rettet mot alle kommunens innbyggere. Den kommunale fysio- og ergoterapitjenesten er lokalisert i Vefsn sykehjem, med kontorlokaler og treningslokaler både til gruppetrening og individuelle tiltak. Terapeutene mottar både barn og eldre i lokalene, og det er egen inngang for pasienter/brukere. Kommunen har avtale med 11 selvstendig næringsdrivende om drift av fysioterapi tilsvarende 6,5 årsverk (tall fra 2016). Disse er lokalisert i tre ulike fysioterapiinstitutt.

Av ansatt-ressursene er det avsatt 2,5 fysioterapiårsverk og 2 ergoterapiårsverk til voksne/eldre. For denne målgruppen er det ingen faste forebyggende og helsefremmende tiltak, men prosjektmidler fra fylkesmannen anvendes til forebyggende arbeid gjennom prosjekt Hverdagsmestring. Dette er et tverrfaglig samarbeid mellom fysio- og ergoterapitjenesten og hjemmetjenesten. Ca. 10–15 prosent stilling brukes til dette arbeidet for fysioterapeut.

⁴ [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov om kommunale helse og#KAPITTEL_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunale%20helse%20og%20KAPITTEL_3)

Stort sett hele ergoterapeutressursen brukes til formidling av tekniske hjelpemidler, samt inntil 50 prosent stillingsressurs til oppfølging av pasienter inne på korttidsplass. Også arbeidet med disse pasientene omhandler i all hovedsak tilrettelegging av bolig og vurdering av hjelpemiddelbehov.

Fysioterapeutene har 4 gruppetilbud til ulike pasientgrupper, men ikke noe spesifikt fallforebyggende tiltak.

Nye henvendelser til poliklinisk fysioterapi (voksne/eldre) i 2017 var 144. De fleste pasientene i kategorien voksne/eldre har individuell fysioterapi, men hver enkelt fysioterapeut har oftest flere pasienter i gymsalen til samme tid. Pasientene er i all hovedsak 70+ og får tilbud 2 ganger i uken i 3–6 mnd. Varighet på treningen er vanligvis 45–60 min. Tjenesten har også flere pasienter med alvorlige progredierende sykdommer som har kontinuerlig oppfølging gjennom hele året. Disse har også oppfølging 1–2 ganger i uken.

Fysioterapeutene og ergoterapeutene er også en del av den tverrfaglige innsatsen rundt brukerne som er inne på korttidsplass. I 2017 var det 92 pasienter (49 rehabilitering/43 kortidsopphold) som fikk oppfølging av fysioterapeut. Disse fikk tilbud 4–5 ganger pr. uke (40–60 min. i snitt).

Det er avsatt 1,5 årsverk til fysioterapi til barn og unge og 1 årsverk ergoterapi. Fra 01.02.18 er det fast ansatt fysioterapeut i 100 prosent stilling som jobber 80 prosent med helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det legges her stor vekt på tett samarbeid med helsestasjonen, skole og barnehage.

I tillegg har både fysioterapeutene og ergoterapeutene oppgaver som individuell koordinator for barn og unge. Det varierer hvilket omfang det er på disse sakene og også hvor mange brukere hver enkelt terapeut er koordinator for. Anslagsvis kan man si at terapeutene bruker 5 prosent av sin ressurs på dette arbeidet.

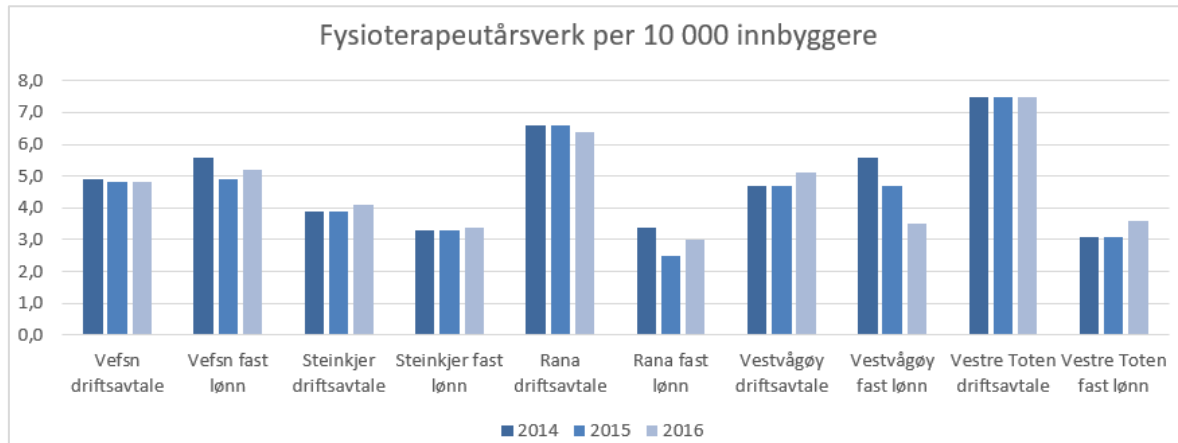
Intervjuene viste at mange etterlyser mer fysio- og ergoterapiressurser. Særlig har behovet for ergoterapeuter blitt uttalt. Samhandling mellom ansatte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter kunne vært bedre. De følger opp enkelte pasienter sammen, og tar kontakt med hverandre, men det har ikke vært formalisert. Det er nå tatt initiativ til samarbeidsorgan (regulert i ASA⁵) som kommunen tenker vil sikre et mer helhetlig tjenestetilbud.

Hjelpemiddellageret er en tjeneste under avdelingsleder fysio- og ergoterapitjenesten og består av 1,6 årsverk. Det er lokalisert på Vefsn sykehjem. Lageret synes å fungere godt.

⁵ <http://www.ks.no/contentassets/253dbc95112c4f43a116ce9d3c9ea3e5/rundskriv-a4-2016.pdf>

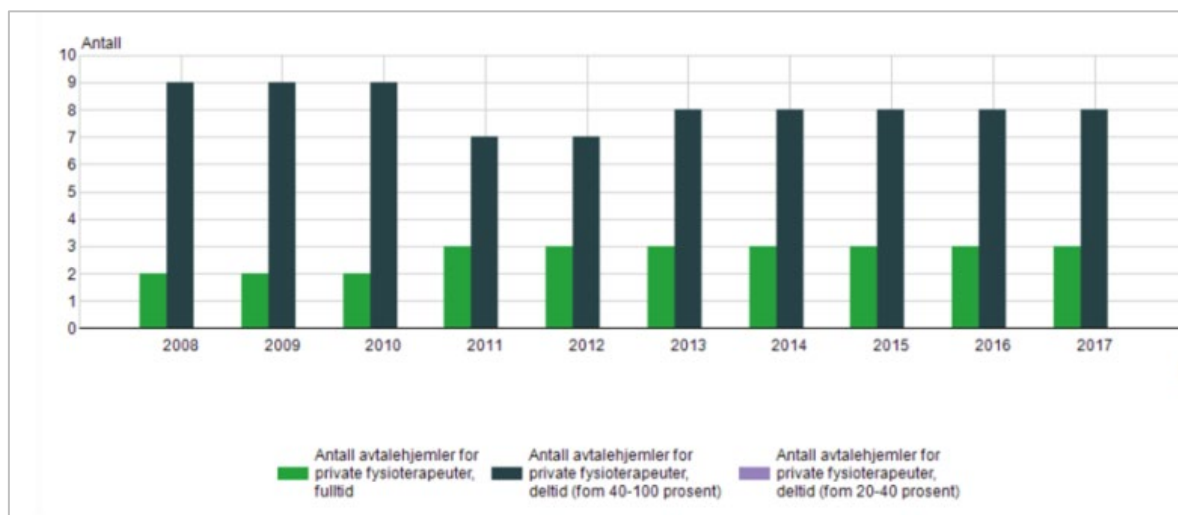
4.7.2 Ressursbruk

Vi har vist i Figur 4-23 at fysioterapiressurser i Vefsn er lavest i vårt sammenligningsgrunnlag, noe som korresponderer godt med hva våre informanter sier under intervjuene. Kommunen har en lik fordeling mellom årsverk ansatte fysioterapeuter og årsverk avtalefysioterapi. Dette gir mulighet for god og fleksibel utnyttelse av de fysioterapiressursene kommunen har.



Figur 4-53 Fysioterapiårsverk pr. 10 000 innbyggere. Kilde: KOSTRA 2017

Derimot ser vi at kommunen har en høy andel deltidshjemler. Avtalefysioterapeuter med reduserte hjemler kan likevel sende regning til staten for pasientbehandling også utover avtaletiden. Kommunen får da «gratis» fysioterapi, pasienten får refundert sine utgifter, staten betaler etter takstene, men fysioterapeuten har redusert inntekt. Om fysioterapeuter med redusert hjemmel leverer fulle årsverk til kommunens innbyggere eller faktisk jobber redusert, har Agenda Kaupang ikke kartlagt.



Figur 4-54 Årsverk avtalefysioterapeuter i Vefsn, etter størrelse på avtalehjemler. Kilde: KOSTRA 2017

Figur 4-23 viser at ergoterapidekningen er høyere i Vefsn enn i sammenligningsgrunnlaget. Samtidig ble det under intervjuene etterlyst mer ergoterapiressurser. Kartleggingen viser at ergoterapeutene i hovedsak bruker sin tid på hjelpemiddelformidling. Det er mulig den opplevde manglende ergoterapiressursen kan ha sammenheng med lite fysioterapiressurser, da mange kommuner bruker både fysio- og ergoterapiressurser til hjelpemiddelformidling. Hvis vi ser de samlede fysio- og ergoterapiressursene i Vefsn, ser vi at kommunen ligger under gjennomsnittet både i Nordland og i landet utenom Oslo, og på linje med KOSTRA-gruppen.

4.7.3 Samlet bilde

Kommunen har en lav dekning av fysioterapeuter, men andel ansatte i forhold til avtale-fysioterapeuter er høyere enn i mange andre kommuner. Det er en høy andel deltidshjemler for avtalefysioterapeuter. Kartleggingen viser at kommunen har et forbedringspotensial i å få en enhetlig fysioterapitjeneste.

Statistikken viser at kommunen har en høyere dekning ergoterapeuter enn sammenligningsgrunnlaget, men flere av disse er ikke tilknyttet helsetjenesten. Ergoterapeutene knyttet til voksne er hovedsakelig knyttet opp til hjelpemiddelformidling. Likevel opplever samarbeidspartnere at tilgangen på denne tjenesten er vanskelig.

4.8 Rehabilitering

4.8.1 Om rehabilitering

Kommunen er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven å tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.⁶ Ansvar er utdypet i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*⁷: for å bistå kommunene i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, har Helsedirektoratet utviklet en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator⁸. Her fremheves det blant annet at tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp. Veilederen anbefaler også at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som kan være driver for kommunens arbeid på feltet.

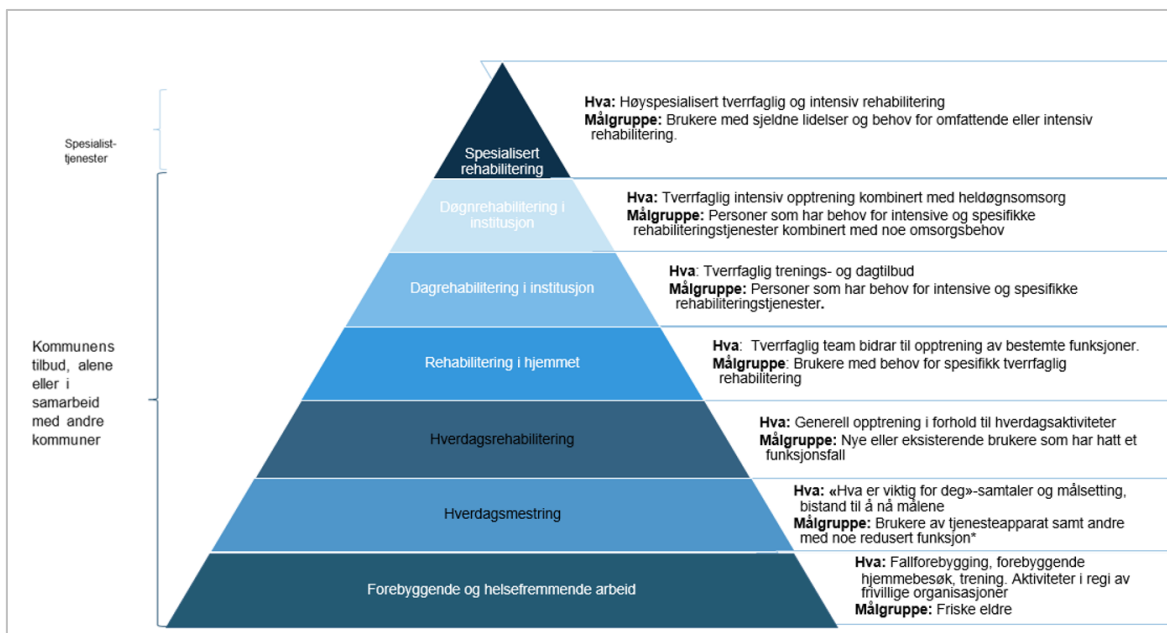
Rehabilitering er å bidra til at brukeren opprettholder eller forbedrer sitt funksjonsnivå. Det er helt nødvendig at hele støtteapparatet rundt brukeren jobber sammen med brukeren for at vedkommende skal nå sine mål, og at brukeren opplever et enhetlig støtteapparat. Det er samtidig et vesentlig element at selve opptreningen som brukeren får (fysisk trening, trening på hverdagsaktiviteter, språklig, sosial eller kognitiv trening), doseres slik at brukeren oppnår effekt. Dette gjelder alle deler av rehabiliteringspyramiden og uansett om brukeren bor hjemme eller får et intensivt institusjonsbasert rehabiliteringstilbud.

Pyramiden under illustrerer ulike nivåer i et rehabiliteringstilbud. Den illustrerer også antall brukere innen de ulike nivåene: alle har nytte av forebyggende innsats og hverdagsmestring, mange har nytte av hverdagsrehabilitering, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering. For å lykkes med rehabilitering, og sikre at alle brukere får en rehabilitering med effekt og samtidig optimal ressursutnyttelse, bør kommuner ha tilbud på alle nivå enten i egen regi eller i samarbeid med andre.

⁶ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

⁷ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

⁸ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>



Figur 4-55 Rehabiliteringspyramiden etter modell fra Kristiansand kommune og bearbejdet av Agenda Kaupang. Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Til grunn for alt rehabiliteringsarbeid ligger et godt forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot alle friske eldre. Dette kan være systematisk fallforebyggende arbeid, forebyggende hjemmebesøk og trening og aktiviteter i regi av frivillige organisasjoner.

Hverdagsmestring

For brukere som står i fare for eller er i ferd med å få nedsatt funksjon blir hverdagsmestring viktig. Det handler om å opprettholde funksjon på viktige områder og oppleve mestring på tross av noe redusert generell funksjon. Utgangspunktet er hva som er viktig for den enkelte. Noen opplever for eksempel glede og inspirasjon ved å kunne handle matvarer selv. Det gir lyst til å lage mat og man kan selv velge hva man skal ha til middag. Da er det helt nødvendig at hjelpere rundt, både pårørende og tjenesteytere, ser hvordan man kan opprettholde denne funksjonen i stedet for å gå i «hjelpfella». Målgruppen for dette nivået i pyramiden er både bruker selv og dens pårørende.

Hverdagsrehabilitering

Neste trinn er hverdagsrehabilitering. Her er brukerne personer som har hatt et generelt funksjonsfall, men med potensial til å kunne oppnå tidligere funksjon. Tiltakene er generell opptrening, fortsatt med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. Forskjellen mellom dette nivået og hverdagsmestring er mer systematisk opptrening med fokus på hverdagsaktiviteter. Tjenestutøverne er personell i hjemmetjenesten, med veiledning av fysio- og ergoterapeut.

Rehabilitering i hjemmet

Neste trinn, som er kalt rehabilitering i hjemmet, krever mer spesialisert kompetanse. Målgruppen er brukere med behov for spesifikk opptrening eller behandling i forbindelse med sykdom og skade. Brukerne kan også være personer som selv kan oppsøke fysioterapiinstitutt for trening og behandling. Tjenesteyterne må ha noe spesialisert kompetanse som fysioterapeut, ergoterapeut, evt. logoped, sykepleier med rehabiliteringskompetanse etc. I tillegg kan generelle hjemmetjenester være aktuelt.

Dagrehabilitering i institusjon

Noen brukere har hatt et så stort fall i funksjon at de også vil trenge omsorgstjenester, treningen bør ha høy intensitet, og sosial aktivitet og måltider er en viktig del av rehabiliteringen. Da vil et dagrehabiliteringstilbud være riktig. Brukeren bor hjemme, men reiser daglig eller flere ganger i uka til et rehabiliteringstilbud. Dette tilbudet består av spesialisert trening, både individuelt og i grupper, samt sosial aktivitet og tilbud om måltider. Ved at brukeren bor hjemme, opprettholdes daglig funksjon og hverdagslivets krav, noe som er viktig i en rehabiliteringsprosess.

Døgnrehabilitering i institusjon

Øverst på den kommunale delen av rehabiliteringspyramiden er døgnbasert rehabilitering. Dette er et tilbud til brukere som i tillegg til behov for opptrening har et såpass stort omsorgsbehov at de trenger døgnbemannet tilsyn/behandling.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene sikrer døgntilbud innen rehabilitering innen to kategorier⁹:

- ▶ Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem
- ▶ Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/rehabiliteringsavdeling

Forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med ved korttidsplasser i sykehjem viser at det førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene.¹⁰ Et arbeid utført i Helse Midt har tatt utgangspunkt i denne kunnskapen og kommet fram til at åtte rehabiliteringsplasser, som kan behandle 128 pasienter i året, kan gi en *besparelse på over 10 mill. kr for kommunen*¹¹. Halvannet år etter behandlingen har rehabiliteringspasientene over 30 prosent lavere behov for sykehjemsplass enn det nasjonale gjennomsnittet.

Basert på denne kunnskapen og dialog med kommunene, anbefaler man i rapporten fra arbeidet i Helse Midt at de største kommunene oppretter egne kommunale rehabiliteringsavdelinger framfor å integrere døgnrehabilitering med øvrige tilbud i sykehjem. De anbefaler man bør ha et befolkningsgrunnlag på fra 40–60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for drift av et slikt intensivt døgnrehabiliteringstilbud. Der befolkningsgrunnlaget ikke gir rom for egne rehabiliteringsavdelinger, anbefales interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenester i private rehabiliteringsinstitusjoner. Øremerkede plasser i korttidsavdelinger (evt. gjennom interkommunalt samarbeid) kan være en løsning i mindre kompliserte tilfeller og i tilfeller der nærhet til hjemmet er særlig viktig.

4.8.2 Rehabilitering i Vefsn

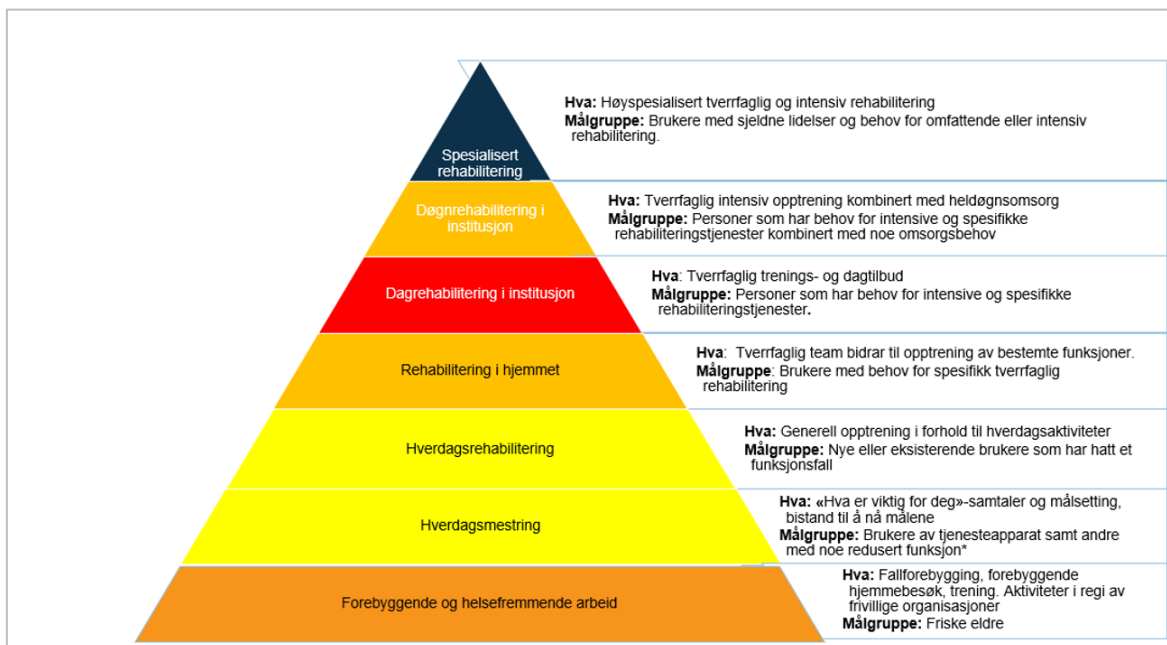
Innen rehabilitering er det lite tall og statistikk å lene seg på, utover tall på antall korttidsplasser på institusjon og årsverk i tjenestene presentert i tidligere i dette kapittelet. Kartleggingen Agenda Kaupang har gjort i Vefsn innbefatter ikke brukernes opplevelser, men vi har basert oss på intervjuer med lederne i de ulike tjenestene og tillitsvalgte, samt dokumentasjonen i forslaget til habiliterings- og rehabiliteringsplan som Vefsn kommune selv har utarbeidet. Habiliteringstilbudet er ikke vurdert i denne rapporten.

⁹ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=tjenestetilbudet-habilitering-og-8139>

¹⁰ Johansen, Inger, Lindbæk, Morten, Stanghelle, Johan K, Brekke, Mette (2012): *Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study. Disability & Rehabilitation*, 2012; 34(24): 2039–2046

¹¹ <https://helse-midt.no/Documents/2015/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf>

Generelt uttrykker ansatte i Vefsn et ønske om styrking av rehabiliteringen, og påpeker at kommunen har behov for mer fysio- og ergoterapiressurser. Det stilles spørsmål til om det som tilbys av opptrening har for liten intensitet til å oppnå ønsket effekt. Det kommer også fram et behov for bedre reell tverrfaglig jobbing og mer helhetlige tjenester. Agenda Kaupang har gjort en samlet analyse av rehabiliteringstilbudet i Vefsn opp mot rehabiliteringspyramidens ulike nivåer, og kommet til denne måten å beskrive det totale tilbudet på:



Figur 4-56 Vurdering av rehabiliteringstilbudet i Vefsn kommune. Grønt: tilfredsstillende, oransje: trenger forbedring, gult: under utvikling, rødt: ikke god/ikke eksisterende. Kilde: Agenda Kaupangs analyser av intervjuer og statistikk

Dette er ingen fullstendig analyse. Men det er enighet hos våre informanter om at kommunens tilbud ikke dekker hele rehabiliteringspyramiden. Kommunen mangler lavterskeltilbud i form av fallforebyggende treningsgrupper og generell trening for friske eldre. Derimot mener mange at lavterskeltilbud for personer med noe kognitiv svikt fungerer greit. De neste trinnene i pyramiden som omfatter hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering har for tiden mye oppmerksomhet og eksternt finansierte prosjekter er i gang. De ansatte mener man ikke er i mål med gode rutiner og endret tankesett, men er på god vei.

Brukere med behov for mer spesialisert rehabilitering enn hverdagsrehabiliteringen tilbyr, står i fare for å få et tilbud med alt for liten intensitet da brukerne hovedsakelig får trening 2 ganger pr. uke, og kun på hverdager. Kommunen har ikke tilbud om dagrehabilitering på institusjon, og på kommunens korttidsavdeling melder de ansatte om at det er for lite systematisk opptrening, men brukerne kan få fysioterapi på alle hverdager.

Hjelpemiddellageret og oppfølging, samt korttidsutlån, fungerer bra, men det er lang ventetid på ergoterapivurderinger med tanke på varig utlån av hjelpemidler.

5 Oppsummert om utfordringene

Agenda Kaupangs analyse av dagens situasjon innen omsorgstjenestene i Vefsn viser at kommunen har en institusjonstung tjeneste for eldre, få boliger med heldøgns omsorg og lite dag/aktivitetstilbud, og rehabiliteringstilbudet dekker ikke hele rehabiliteringspyramiden.

Kommunens utfordring slik Agenda Kaupang ser det, er ikke at de generelt gir for mye tjenester til personer med nedsatt somatisk og kognitiv funksjon. Figur 4-32 viser at kommunen ligger under gjennomsnittet på tildeling av tjenester totalt sett, men har altså en betydelig høyere dekning på sykehjem enn sammenligningskommuner, og lavere dekning på bolig med bemanning.

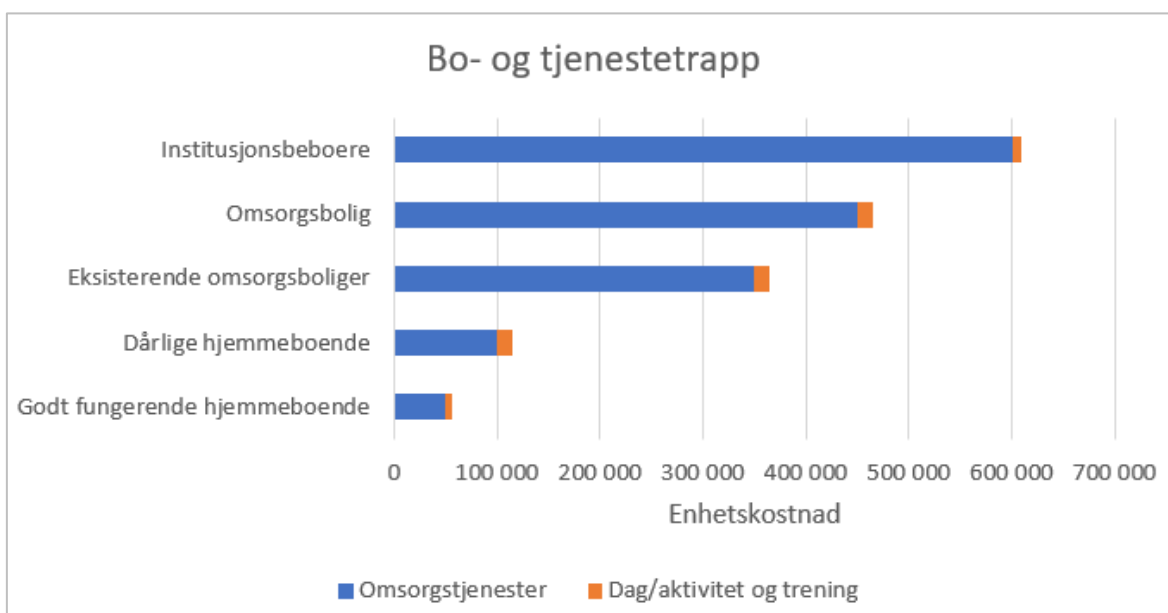
Figur 4-15 viser at kommunen bruker 24 prosent av ressursene innen pleie og omsorg til brukere med funksjonshemming, mens mange andre kommuner ligger litt over 20 prosent. Dypere analyser viser at det særlig er botilbudet som trekker kostnadene opp sammenlignet med andre kommuner. Dette skyldes delvis at mange bor i boliger, men det kan også se ut som om bemanningskostnadene pr. bruker er relativt høye.

6 Anbefalinger for utviklingen av omsorgstjenester i Vefsn kommune

På bakgrunn av informasjon fra kommunen anbefaler Agenda Kaupang å starte med en omstilling innen tjenesten for eldre. Vi vil samtidig anbefale å jobbe i retning av å redusere bokostnadene for psykisk utviklingshemmede på sikt.

6.1.1 Sammensatt tiltakspakke

Vi anbefaler å erstatte institusjonsplasser med en alternativ tiltakspakke for brukergruppen eldre. Vi anbefaler en tydelig vridning av tjenesten, både av hensyn til dagens brukere, men også for å sikre en økonomisk bærekraftig utvikling fremover. Agenda Kaupang anbefaler at kommunen bygger tjenester og tiltak langs to spor samtidig: *Både* sikre at brukere har et så høyt funksjonsnivå som mulig, og *samtidig* sikre at de får de tjenestene de trenger for å kunne bo i eget hjem. Det er med andre ord neppe tilstrekkelig å bemanne opp hjemmetjenesten og bygge opp boliger med heldøgns bemanning, hvis man ikke også satser på rehabilitering og aktivitetstiltak.



Figur 6-1 Enhetskostnader i en mulig bo- og tjenestetrapp ut fra Agenda Kaupangs anbefalinger

Agenda Kaupang anbefaler da at man bygger opp en mer nyansert tjenestetrapp, der dag- og aktivitetstilbud er en del av tiltakene. Figuren over viser et eksempel på hvordan en slik trapp kan se ut, og viser at man kan legge inn mye både av omsorgstjenester og dag- og aktivitetstilbud til hjemmeboende før man kommer opp i prisen for en sykehjemsplass. Her har vi lagt inn en gjennomsnittlig enhetspris på 15 000 kr pr. bruker til en samlet pakke dag og aktivitet.

Når kommunen skal vri tjenesten, kan man velge to ulike strategier:

- ▶ Starte med å redusere antall sykehjemsplasser, for å frigjøre midler til å bygge opp hjemmetjenesten, samt tvinge fram en endring.

- Akseptere en periode med dagens dekning samtidig som kommunen bygger opp og styrker lavere trinn i trappa. Dette innebærer en periode med økte kostnader før man kan redusere kostnadene.

Kommunen har erfaring med å legge ned plasser, men så måtte åpne de igjen. Agenda Kaupang erfarte under kartleggingen at en av årsakene til høy sykehjemsdekning er at tjenestene på lavere nivå i omsorgstrappa ikke oppleves robust nok til å takle personer med omfattende omsorgsbehov. På bakgrunn av dette anbefaler vi at en oppbygging av tjenestene til hjemmeboende skjer noe i forkant og samtidig med nedbygging av institusjonsdekningen. Vi erfarer at kommunen har lite rom for slike «pukkelkostnader» over lengre tid. Vi anbefaler derfor å bruke første halvår av neste budsjettår på å bygge opp og styrke tjenester på lavere nivå i omsorgstrappa, og bruke hele året på å ta ned institusjonsplasser og tilhørende bemanning. På den måten vil årets totale budsjett kunne være akseptabel for kommunens økonomi, mens netto gevinst først tas ut etter ett år.

Vi anbefaler følgende tiltakspakke:

- Styrket dag-, aktivitets- og treningstilbud
- Nye årsverk i hjemmetjenesten
- Flere heldøgns bemannede omsorgsboliger

Som en del av tiltakene, og for å frigjøre ressurser til satsingen, anbefaler vi en nedbygging av 36 langtidsplasser på institusjon.

Styrket dag- og aktivitetstilbud

Analysen viser at få i Vefsn får aktivitetstilbud og trening. Dette er tiltak med dokumentert helse- og funksjonsgevinst hos brukeren. Det er nesten 320 brukere av hjemmetjenesten i Vefsn. Det er grunn til å tro at svært mange av disse ville hatt en effekt av et aktivitets- og treningstilbud. Det er likevel bare 15–20 brukere daglig på aktivitetstilbudet på Parken. Tilbud til brukere med kreft og progredierende sykdommer én dag i uka på Vefsn sykehjem kommer i tillegg, drevet av frivillige. Det er 9 plasser på dagtilbud for brukere med kognitiv på Fredlundskogen. Det er få eller ingen som får et strukturert fallforebyggende tilbud, men kommunen bygger opp hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Kafeteriatilbudet på Parken er godt besøkt, og kombineres ofte med kulturelle tiltak. Det er ingen tilsvarende kafeteriatilbud på Vefsn eller andre steder i kommunen.

Pensjonistforbundet har stort fokus på Morgendagens aktivitetssenter¹² og deltakerne på dialog-møtet trakk fram forslag om å etablere tilsvarende tilbud. Mange kommuner har erfaring med tilbud om trening systematisert etter modell «Sterk og stødig»¹³ der kommunens fysioterapeuter får et ansvar i å utdanne frivillige instruktører som er de som gjennomfører treningen.

Et dag- og aktivitetstilbud må være differensiert ut fra brukernes behov. Kanskje vil noen av dagens brukere av hjemmetjenester kunne klare seg med mindre tjenester hvis de har aktivitetstilbud på dagtid, inkludert sosial omgang, mulighet for å kjøpe mat og trening i grupper. Mye av dette kan utføres av frivillige. Frivillig arbeid er også et viktig helsefremmende tiltak for den som er frivillig. Pensjonister er en svært viktig ressurs i samfunnet, og kan man holde friske pensjonister friske ved å tilby mulighet til å bidra med en meningsfull aktivitet i lokalsamfunnet, har kommunen fått en dobbel gevinst. Men dette krever god koordinering og ivaretagelse av de frivillige. Erfaring viser at for å kunne nyttiggjøre seg frivillig innsats fullt ut, er det viktig at kommunen lager en struktur og systematikk rundt det totale frivillige arbeidet. Med dette på plass, vil kommunen få mye helse ut av små ressurser.

¹² <https://pensjonistforbundet.no/side/68-morgendagens-aktivitetssenter>

¹³ <http://www.norsafety.no/Nyheter/Sterk-og-Stoedig-Treningsgrupper-for-seniorer>

Agenda Kaupang anbefaler at man bygger opp et sammensatt aktivitetstilbud, fortrinnsvis ett sted i kommunen, der hjemmeboende har tilgang på et variert tilbud gjennom store deler av dagen. Aktivitetstilbud til personer med kognitiv svikt kan muligens med fordel fortsatt være på Fredlundskogen. Sosiale aktiviteter er alltid viktig, det samme er tilgang på god og næringsriktig mat. Og for mange vil det være godt å ha et fellesskap rundt måltider. Det finnes bred dokumentasjon på at trening, særlig spesifikk styrke- og balansetrening, forebygger fall og redusert funksjon, både fysisk og kognitivt. Samtidig er det svært mange eldre som mister den daglige fysiske aktiviteten når helsen skranter. Spesifikk styrke- og balansetrening har få erfaring med. Et dag- og aktivitetstilbud med målsetting om å redusere behov for omsorgstjenester, må derfor inneholde tilstrekkelige og systematiske treningsmuligheter for hjemmeboende eldre. Tilbudet kan med fordel være differensiert der de friskeste trener i grupper ledet av frivillig, men med veiledning av fysioterapeut, slik som «Sterk og stødig» omtalt over. Personer med mer redusert funksjon kan med fordel også trene i grupper, men da helst med fagutdannet personell. Treningstilbudet bør være minst 3 ganger i uka.

Agenda Kaupang har gjort en kapasitetsvurdering av behovet for aktivitetstilbud i Lunner kommune med 9000 innbyggere og anbefaler i overkant av 6 årsverk til det samlede aktivitetstilbudet på institusjon, dag- og aktivitetstilbud knyttet til institusjon, til eldresenter og til fallforebyggende og hverdagsmestrings-treningsgrupper for hjemmeboende. En viktig del av ressursene er koordinator-funksjoner for å utløse frivillige ressurser. I Lunner beregnet vi 1,5 årsverk til rekruttering og koordinering av frivillige inn mot omsorgstjenesten. Frivillighetssentral kommer i tillegg.

Vi beregnet at med 0,8 årsverk fysioterapeut og ergoterapeut/miljøarbeider/aktivitør, kan man ha et dagtilbud til 60 personer hver dag der innholdet er både trening, sosial aktivitet og måltider etter modell *Morgendagens aktivitetssenter*. Dette baserer seg på mye frivillige ressurser. For en gruppe eldre med noe redusert funksjon vil 2,8 årsverk fysioterapeut og ergoterapeut/miljøarbeider/aktivitør kunne ha et trenings- og dagtilbud til rundt 40 brukere. Til sammen kan da ca. 100 hjemmeboende få gode tilbud til en pris på 5,1 årsverk. Dette vil koste i underkant av 4 mill. kr.

Kommunen må ta stilling til hvordan man ordner praktiske utfordringer som transport etc.

I denne analysen og i anbefalingene er ikke kommunens rehabiliteringstilbud medregnet. Analysen tyder på stort forbedringspotensial på dette området, og Agenda Kaupang anbefaler å styrke kommunens rehabiliteringspyramide. Siden kommunen er i gang med en rehabiliteringsplan og prosjekter innen hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, har vi ikke i vår kartlegging lagt tilstrekkelig vekt på dette feltet til å komme med klare konkrete anbefalinger utover viktigheten av å sikre en god rehabiliteringspyramide som en del av en bærekraftig omsorgstjeneste i framtiden.

Flere årsverk i hjemmetjenesten

Analysene viser at kommunen har omtrent samme dekningsgrad som andre kommuner når det gjelder hjemmetjenester, men bruker mindre penger. Det er da nærliggende å tenke at mange får et for lite omfattende tilbud. Dette bildet forsterkes av at det ikke er veldig mange som er kategorisert som «ressurskrevende brukere» i hjemmetjenesten. Vi ser i Figur 4-31 at kommunen har 0,9 færre årsverk hjemmesykepleie pr. 1000 innbyggere (korrigert for behov) enn gjennomsnittet av 12 av kommunene i vår database. Omregnet til antall innbyggere i Vefsn vil dette gi behov for en økning på nærmere 12 årsverk for å komme opp på dette gjennomsnittsnivået.

Dette er tiltak for å styrke dagens tjeneste til å kunne ta tyngre brukere. I tillegg må man ta høyde for flere brukere i hjemmene når det er færre som får institusjonsplass. En beregning på rundt 20 nye brukere med en bemanningsfaktor på 0,16 vil gi et behov for 3,2 nye årsverk.

Nye omsorgsboliger

Kommunen har i dag 29 bemannede boliger, det er en dekningsgrad på 4 prosent ut fra antall eldre over 80 år. Landsgjennomsnittet er på 6,4 prosent. Skal Vefsn få en tilsvarende dekning, må kommunen etablere 17 nye boliger.

Det er store variasjoner på hva man legger i begrepet omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, se Figur 6-2 under. Fjell kommune tildeler i gjennomsnitt 44 timer i uka til beboere i døgnbemannede boliger, mens Oslo tildeler i underkant av 9 timer. Oslo kommune erfarer nå at dette blir for lite tjenester for mange av brukerne.

	Gjennomsnittlig antall tildelte timer							
	Bærum	Asker	Oslo	Kristiansund	Os	Fjell	Kristiansund	Tromsø
Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	17,9	17,1	8,7	20,9	38,9	43,8	19,5	16,7
Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	.	5,3	6,4	8,3	.	.	8,9	13,1
Bolig uten fast tilknyttet personell	.	4,8	7,3	9,1	9,2	8,1	6,6	.
Bolig uoppgitt bemanning	11,4	.	5,3	.	.	.	.	.
Tjenestemottakere i egen bolig	4,3	5,1	5,3	4,8	5,6	5,1	5,7	6,0

Figur 6-2 Gjennomsnittlig antall tildelte timer til beboere i omsorgsboliger i et utvalg av norske kommuner

Kartleggingen i Vefsn viser at hver bruker i de bemannede omsorgsboligene i gjennomsnitt får ca. 14 timer omsorgstjenester pr. uke (dette er ikke vedtakstimer, men antall personer på jobb delt på brukerne som bor der). 14 timer er ikke veldig omfattende tjenester og Figur 4-30 viser også at driften av disse plassene er ikke spesielt kostnadskreven. Det er grunn til å tro at hvis nye omsorgsplasser skal kunne ta flere av brukerne som i dag får plass på sykehjem, må bemanningen i disse være høyere. Agenda Kaupang anbefaler at disse boligene har en tilstrekkelig grunnbemanning til å ha et kontinuerlig tilbud om en trygg omsorgstjeneste, men også muligheten for å kunne bemanne opp i terminale faser, slik at brukere ikke trenger å flytte på sykehjem i akutte faser eller i terminal fase.

17 nye boliger med en styrket bemanning, for eksempel med en pleiefaktor på 0,6 og i underkant av 20 timer til hver bruker pr. uke, gir en kostnad på 450 000 kr pr. enhet. Kommunen må da bruke rundt 7,6 mill. kr på dette tiltaket. Investeringskostnader kommer i tillegg. Tabellen under viser et eksempel på en slik bemanning, der et årsverk i pleie er beregnet til å koste kommunen 750 000 kr.

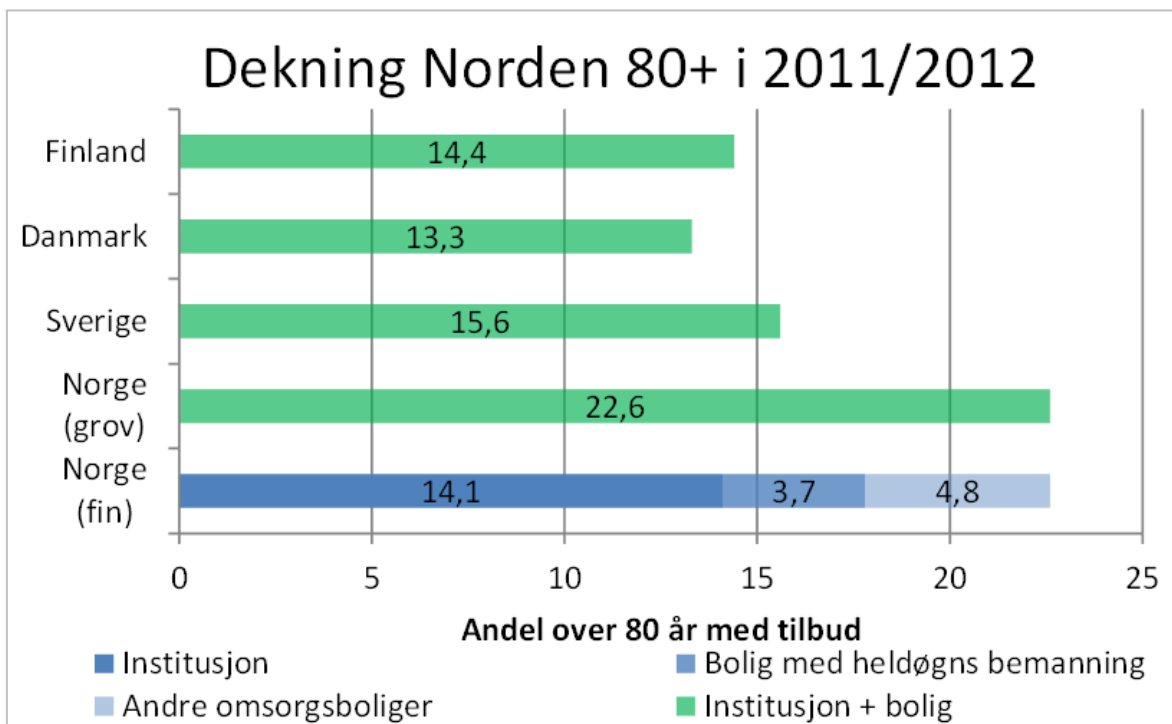
Antall plasser	Bemanning		Bemanningsplan										Antall ordinære timer pr. uke	Antall årsverk (ordinære timer pr. uke/ 35,5)	Pleie-faktor inkl. natt	Pleie-faktor eks. natt	Pleiekostnad	
	Ledelse/ administrative stillinger		D/A/N	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Total uke	Le	Søn	Total helg					Total	Pr. plass uten natt
	Funksjon	Timer pr uke	Type vakt	Antall personer					Timer	Antall personer		Timer						
17	Avd.led	26,25	D	3	3	3	3	3	106,5	3	3	42,6	149,10	4,2				
	Ass. avd. leder		A	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	88,75	2	2	28,4	117,15	3,3				
	Fagutvikling		N	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	49	1,00	1,00	19,6	68,60	1,93				
	Total	26,25	Total						244,25			90,6	334,85	9,43	0,55	0,44	7 074 296	416 135
	Årsverk ledelse	0,7	Beregning inkludert timer til ledelse/administrasjon										361,10	10,1	0,60	0,48	7 669 296	451 135

Figur 6-3 Mulig bemanning i omsorgsboligene. Agenda Kaupangs beregninger.

Kommunen må diskutere hvilke boliger/bygningsmasse som kan egne seg til formålet. Både boligene i Austerbygdvegen og i Christian Quales gate er trukket fram som aktuelle og kan vurderes. Personalbase, fellesrom og funksjonelle leiligheter med store nok bad og terskelfri adkomst vil være viktig. Agenda Kaupang anbefaler at man samler de nye boligene ett sted, for å sikre rasjonell drift. Nærhet til hjemmetjenestens lokaler viser seg i mange kommuner å være svært hensiktsmessig. Det gir økt nærhet til tjenestene, og det er også lett å bemanne opp i faser der brukere har økt omsorgsbehov.

Nedbygging av institusjonsplasser

Det er ingen fasitsvar på hva som er «riktig» dekning av institusjonsplasser, bemannede omsorgsboliger og hjemmetjenester. Det beste man har er å sammenligne seg med andre kommuner, samt trekke på erfaringer fra kommuner med ulike dekningsgrader. Generelt kan man si at Norge har en boligtung tjeneste. Vi ser i Figur 6-4 at i underkant av 15 av 100 eldre 80 år og over bor i institusjon eller bolig med bemanning i de andre nordiske landene. I Norge bor over 20 i slike boliger.

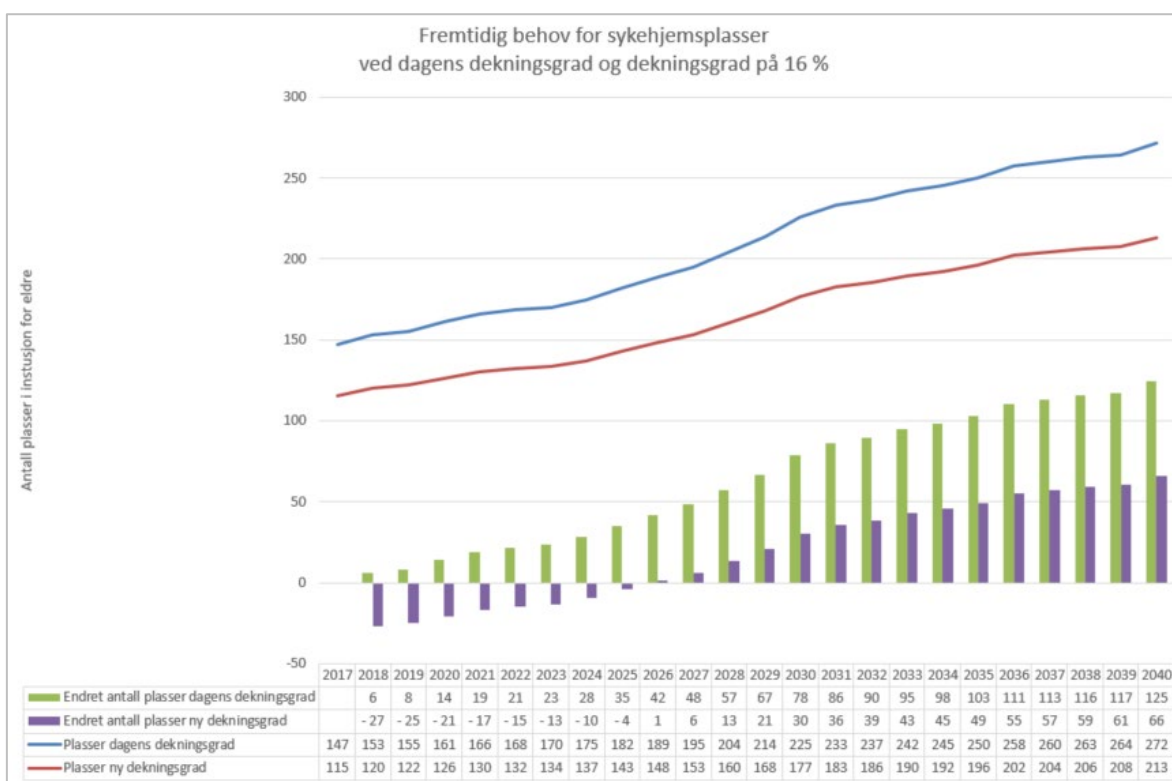


Figur 6-4 Dekningsgrad på boliger til personer 80 år og over i de nordiske landene i 2011/2012

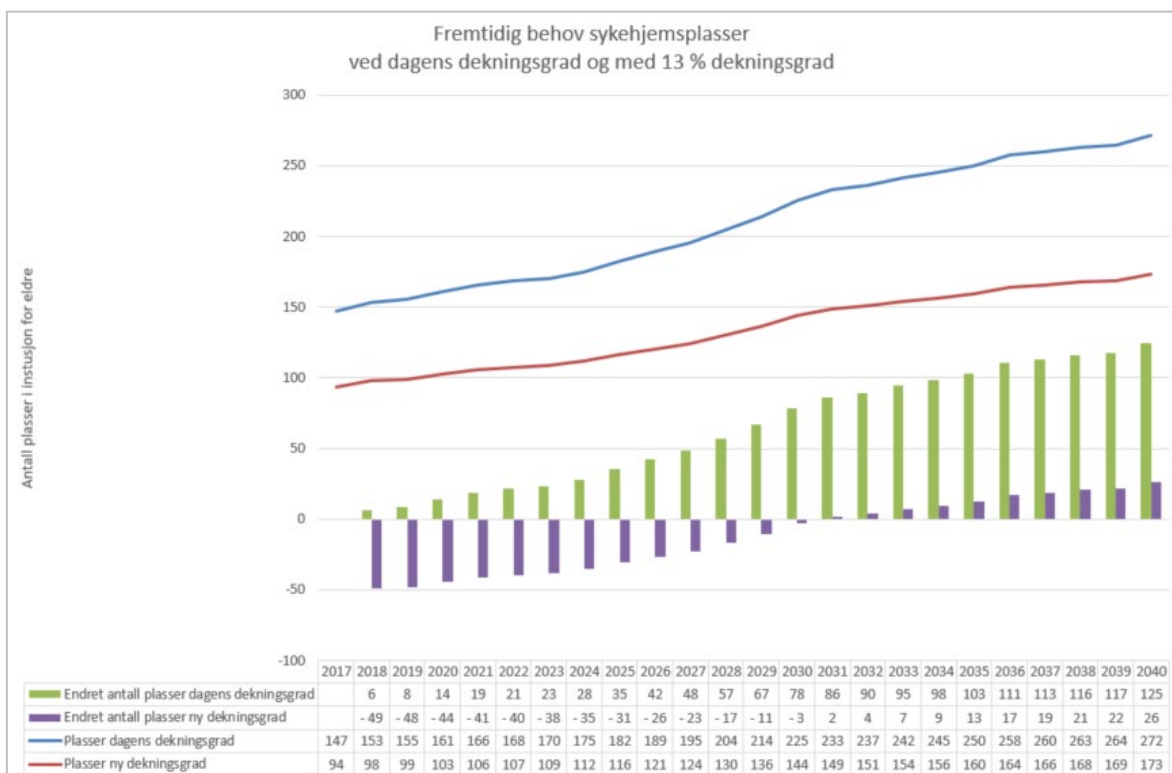
Vi har ikke kunnskap som skulle tilsi at eldre er skrøpeligere i Norge enn i de andre nordiske landene, så denne forskjellen skyldes sannsynligvis strukturelle forhold. Ser vi på de samme tallene for Vefsn i forhold til andre kommuner i Norge, ser vi at tallet for Vefsn er 25. Og igjen at det er institusjonsdekningen som trekker opp dette tallet.

Vi ser at i Figur 4-33 at Vefsn har 212 sykehjemsplasser pr. 1000 innbyggere over 80 år, altså en dekningsgrad på 21 prosent sett i forhold til innbyggere over 80 år. Dekningsgraden på landsgjennomsnittet (utenom Oslo) er 16 prosent, Lier er nede i 13 prosent og Sula i 5 prosent (men med svært mange omsorgsboliger). Hvis Vefsn legger seg på et landsgjennomsnitt, vil kommunen kunne legge ned 36 plasser. Hvis kommunen velger å legge seg på samme nivå som Lier med 13 prosent dekning, vil de kunne legge ned 57 plasser.

Det er viktig å ha et fremtidsperspektiv i planlegging av institusjonsdrift. Med en økt andel eldre vil behovet for sykehjemsplasser også øke. Figurene under viser at med dagens dekningsgrad, vil man i 2040 ha behov for 125 flere plasser enn i dag. Med en dekningsgrad på 16 prosent vil man i 2040 kun ha behov for 66 flere plasser enn i dag, og med en dekningsgrad på 13 prosent 26 flere plasser. Dekningsgraden kommunen legger seg på har derfor større betydning for kommunenes økonomi frem i tid enn nå: man tar en beslutning på hvor mye mer omsorgssektoren skal koste i fremtiden.



Figur 6-5 Fremtidig behov for sykehjemsplasser ved dagens dekningsgrad og med 16 prosent dekningsgrad.
Kilde: Agenda Kaupangs beregninger



Figur 6-6 Fremtidig behov for sykehjemsplasser ved dagens dekningsgrad og med 13 prosent dekningsgrad.
Kilde: Agenda Kaupangs beregninger

Hvis utviklingen i forhold til eldres helse og funksjon endrer seg videre slik den har gjort fram til nå, er det god grunn til å tro at man kan ta ned dekningsgraden ytterligere i fremtiden.

På bakgrunn av erfaringen med å legge ned plasser, for så å åpne de igjen, kan det være klokt i første omgang å legge seg på et landsgjennomsnitt på dekningsgrad for sykehjem. Dette innebærer å legge ned 36 plasser på institusjon. Kommunen kan velge å ha ambisjoner om enda lavere dekning på sikt.

Av de plassene man har på institusjon, erfarer Agenda Kaupang at 25 prosent av disse bør være korttidsplasser, inkludert rehabiliteringsplasser. Vefsn bruker 28 plasser til ulike korttidsopphold. Dette er 18 prosent av plassene. Ved å kun redusere plasser for langtidsopphold vil dagens 28 korttidsplasser utgjøre omtrent 25 prosent av de resterende plassene.

Figur 4-35 viser at Vefsn kommune har en høyere dekningsgrad på langtidsplasser til demente enn landsgjennomsnittet. Det er grunn til å tro at mange kommuner har en for lav dekning på dette området, det er derfor vanskelig å anbefale noen endring i dette tilbudet.

For umiddelbar effekt på drift må hele avdelinger legges ned. Bemanningsberegninger tilsier at enheter på 8 plasser, 16 plasser eller 24 plasser er driftsøkonomiske. Det er også slik at hensiktsmessige bygninger og inndeling i enheter har konsekvenser for behovet for bemanning på natt. Vefsn har nå 14–15 pasienter pr. nattevakt. Agenda Kaupang har erfaring for at man kan drifte mellom 15 og 20 pasienter pr. ansatt pr. nattevakt. Digitalt tilsyn på natt gir ytterligere muligheter.

Kommunen drifter 3 lokasjoner institusjon, hvorav Parken er vurdert som lite funksjonell. Det er samtidig slik at Parken i dag fungerer som et samlingspunkt for personer i omsorgsboliger. Dette taler for å endre bruken av Parken; færre institusjonsplasser, og benytte arealet til dag- og aktivitetstilbud.

6.1.2 Gevinst av omlegging

Vi har anbefalt en tiltakspakke bestående av flere elementer, og skisserer mulige økonomiske rammer for denne omleggingen. Vi anbefaler en styrking av dag-, aktivitets- og treningstilbud tilsvarende en kostnad på 4 mill. kr, samt 17 nye boliger med styrket bemanning. Dette må kommunen bruke rundt 7,6 mill. kr på. Hjemmetjenesten må styrkes på to måter: både kapasitet til nye brukere og tettere oppfølging av de brukerne de har. En beregning på rundt 20 nye brukere i hjemmetjenesten med en bemanningsfaktor på 0,16 vil gi et behov for 3,2 nye årsverk, tilsvarende rundt 2,4 mill. kr. I tillegg en økning på nærmere 12 årsverk for å komme opp på gjennomsnittsnivået av bemanning innen tjenesten. Vi har beregnet 10 av disse årsverkene inn i bemanningen/kostnaden ved de nye omsorgsboligene. Kommunen må altså ut med utgifter tilsvarende 2 årsverk, rundt 1,5 mill. kr til dette tiltaket.

Ifølge kommunens regnskap er bemanningsutgiftene pr. plass ved Parken 737 337 kr når utgiftene til kjøkkenbemanningen er trukket fra. Med en bemanningsutgift på 730 000 kr pr. plass, vil gevinsten ved å legge ned 36 plasser utgjøre 26,3 mill. kr, forutsatt nedleggelse av hele avdelinger. Ved bare å beregne gevinsten ved redusert bemanning, ikke øvrige driftsutgifter, tas det høyde for videre drift av bygningene til andre formål. Samtidig opprettholdes driften av kjøkkenet på samme nivå som nå for å kunne holde kafeteria og måltider til brukere av det anbefalte dagtilbudet.

Beboere på institusjon betaler også for seg. Ved nedleggelse av institusjonsplasser bortfaller disse inntektene. Samtidig anbefaler Agenda Kaupang å utvide kapasiteten på bemannede boliger. Det er to helt forskjellige betalingsordninger for institusjon og omsorgsboliger. Den viktigste forskjellen er at pasientene på et sykehjem betaler brukerbetaling mens beboerne i en omsorgsbolig betaler husleie. Betaling for opphold i sykehjem mv. fastsettes og beregnes med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) og i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Beløpet blir fastsatt av kommunen på

grunnlag av beboers inntekter. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp fratrasket et fribeløp på 7000 kr pr. år betaler beboeren inntil 75 prosent av inntekten. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betaler beboeren inntil 85 prosent.¹⁴ Agenda Kaupang erfarer at beløpet mange betaler for langtidsplass på sykehjem er rundt 12–13 000 kr pr. mnd.

Ved å ta i bruk nye omsorgsboliger kan kommunen kreve husleie for disse og legge inn abonnementsordninger for matservering, renhold og andre fellestjenester. Det er vanlig å fastsette prisen på tjenestene ut fra et prinsipp om selvkost. Vår erfaring er at det ikke er uvanlig at de samlede inntektene fra en beboer i en omsorgsbolig omtrent tilsvarer nivået på brukerbetalinger fra en pasient på et sykehjem. Det betyr altså at utgiftene for brukerne blir omtrent på samme nivå i de to løsningene, og for kommunen vil inntektene være omtrent de samme.

I våre anbefalinger legger vi derimot opp til at 19 brukere hverken skal ha omsorgsboliger eller langtidsopphold på sykehjem. For disse plassene må man da regne inn tapt inntekt. Ved en gjennomsnittlig inntekt pr. bruker på 13 000 kr pr. mnd., vil dette utgjøre en årlig redusert inntekt på 2,96 mill. kr.

Tabell 6-1 Mulige kostnader og gevinster ved omstillingen. Agenda Kaupangs analyse

Beregning av kostnader og -gevinster	Antall plasser Årsverk		Kostnad	
Reduksjon av institusjonsplasser	36 plasser		-kr	26 300 000
Reduksjon av inntekter institusjonsplasser	19 plasser		kr	2 964 000
Bemannede boliger	17 boliger	10 årsverk	kr	7 600 000
Styrket hjemmetjeneste	2 årsverk	2 årverk	kr	1 500 000
Flere hjemmetjenestebrukere	19 brukere	3,2 årsverk	kr	2 400 000
Dag- og aktivitetstilbud	100 brukere	5,1 årsverk	kr	4 000 000
			-kr	7 836 000

Den samlede gevinsten ved denne omleggingen, med det antall plasser/brukere/årsverk omtalt her, vil være en redusert årlig utgift på i underkant av 8 mill. kr. Da er ikke et styrket rehabiliteringstilbud tatt med. I dette regnestykket er det ikke tatt høyde for eventuelle egenbetalinger ved aktivitetstilbudet. Heller ikke statlig støtte til aktivitetstilbud til demente, som signalisert i St Prop 1.¹⁵

6.1.3 Prosjekt styrkede tjenester til hjemmeboende

Skal kommunen lykkes med den omstillingen som er beskrevet her, er det Agenda Kaupangs erfaring at endringsarbeidet må få tilstrekkelig oppmerksomhet og styring. Kommunen må erkjenne at dette er en omstilling både faglig, holdningsmessig og innholdsmessig. Innbyggere skal bli trygge på at de får gode tjenester selv om det blir færre plasser på sykehjem. Forvaltningskontoret må vite at de fatter vedtak som er faglig forsvarlige når de tildeler tjenester i hjemmet i stedet for institusjon. Samarbeid mellom yrkesgrupper som har fokus på aktivitet og trening og yrkesgrupper som har hovedfokus i sin utdanning på å gi god omsorg, må være preget av respekt og reelt samarbeid rundt brukere.

Om man best når målet via eksisterende organisatoriske modell, eller trenger en omorganisering, har ikke Agenda Kaupang vurdert. En mellomting, eller kanskje noe som er å anbefale uansett, kan være å løfte fram endringsarbeidet i form av et prosjekt. Da med fokus på en styrket og sammensatt tjeneste til hjemmeboende. Reduksjon av institusjonsplassene er en gevinst av dette.

¹⁴ Kilde: <https://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Relatert+informasjon/vederlag-for-opphold-i-sykehjem-mv>. Lastet ned 31. august 2018

¹⁵ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/450-flere-dagaktivitetsplasser-til-hjemmeboende--personer-med-demens/id2614075/>

7 Vedlegg: Figuroversikt

Figur 3-1 Fremdriftsplan i prosjektet.	10
Figur 4-1 Organisasjonskart Vefsn kommune.	11
Figur 4-2 Antall eldre i Vefsn, historisk og fremskrevet.	12
Figur 4-3 Beregnet behov for tjenester fram til 2040 for Vefsn kommune.	13
Figur 4-4 Folkehelseprofil Vefsn kommune.	14
Figur 4-5 Utgiftsbehov etter statsbudsjettets metode.	15
Figur 4-6 Vefsn sin plassering på Kommunebarometeret 2018.	15
Figur 4-7 Kommunens plassering på Kommunebarometeret innen pleie og omsorg.	16
Figur 4-8 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg korrigert for behov.	17
Figur 4-9 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg 2013–2017, korrigert for behov.	18
Figur 4-10 Netto driftsutgifter pr. innbygger, fordelt på funksjon.	18
Figur 4-11 Tildeling av timer til praktisk bistand og hjemmesykepleie.	19
Figur 4-12 Brutto driftsutgifter, korrigert for beregnet behov, pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner).	19
Figur 4-13 Hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov fordelt på alder.	20
Figur 4-14 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr. innbygger og korrigert for behov. Tall fra KOSTRA og direkte fra kommunens regnskap.	21
Figur 4-15 Fordeling av ressursbruken innen pleie og omsorg til de ulike brukergrupper.	21
Figur 4-16 Netto driftsutgifter til de ulike brukergruppene innen pleie og omsorg pr. innbygger, korrigert for behov.	22
Figur 4-17 Årsverk pr. 100 brukere.	22
Figur 4-18 Antall årsverk pr. 1000 innbygger, korrigert for behov.	23
Figur 4-19 Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning.	23
Figur 4-20 Antall brukere fordelt på de ulike brukergruppene pr. 1000 innbyggere, justert for behov.	24
Figur 4-21 Netto driftsutgift til kommunehelse over tid. Korrigert for behov.	25
Figur 4-22 Detaljerte driftsutgifter pr. innbygger innen helse, korrigert for behov.	26
Figur 4-23 Årsverk med ulik profesjonsbakgrunn ansatt i kommunen.	26
Figur 4-24 Ordsky fra intervjuene om temaet tildeling av tjenester.	28
Figur 4-25 Ansattes vurdering av bygningsmessige forhold ved Parken bo- og servicesenter.	29
Figur 4-26 Ansattes vurdering av bygningsmessige forhold ved Vefsn sykehjem.	30
Figur 4-27 Ansattes vurdering av bygningsmessige forhold ved Fredlundskogen.	31
Figur 4-28 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg til brukergruppen hovedsakelig eldre, beregnet pr. innbygger og korrigert for behov.	32
Figur 4-29 Netto driftsutgifter pr. sykehjemsplass, funksjon 253 og 261 i KOSTRA.	32
Figur 4-30 Netto driftsutgifter i kroner, pr. bolig med heldøgns omsorg til eldre.	33
Figur 4-31 Årsverk pr. 1000 innbyggere til tjenester i hjemmet rettet mot eldre brukere.	34
Figur 4-32 Antall eldre brukere pr. 1000 innbyggere på hver tjeneste, justert for behov.	34
Figur 4-33 Plasser til ulike boligformål for brukergruppen eldre. Beregnet pr. 1000 innbygger 80 år og over.	35
Figur 4-34 Ulike plasser i institusjon for eldre brukere, beregnet pr. 10 000 innbyggere og korrigert for behov.	36
Figur 4-35 Plasser i syke- og aldershjem pr. innbygger 80 år og over.	36

Figur 4-36 Oppholdsdøgn pr. opphold på korttidsplassene.	37
Figur 4-37 Lege- og fysioterapitimer pr. beboer på sykehjem, pr. uke.	38
Figur 4-38 Boligtrappa for eldre, beregnet ut fra bemanningskostnader.	38
Figur 4-39 Netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie- og omsorgstjenester til brukere med psykisk helse og rusutfordringer.	40
Figur 4-40 Årsverk innen psykisk helsearbeid til voksne, pr. innbygger 18–67 år.	41
Figur 4-41 Antall brukere med psykisk helse og rusutfordringer på de ulike tjenestene, beregnet pr. 1000 innbyggere 18–67 år.	41
Figur 4-42 Tjenestetrapp basert på årlige bemanningsutgifter i kroner pr. bruker mer psykisk helse og rusutfordringer.	42
Figur 4-43 De ansattes vurdering av standard og funksjonalitet på boligene til personer med psykisk utviklingshemming.	43
Figur 4-44 Netto driftsutgifter til personer med psykisk utviklingshemming, beregnet pr. innbygger og korrigert for behov.	43
Figur 4-45 Driftsutgifter til tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, beregnet pr. innbygger og korrigert for behov, og justert for andel PU over 16 år.	44
Figur 4-46 Netto driftsutgifter til voksne til personer med utviklingshemming.	44
Figur 4-47 Driftsutgiftene til voksne personer med psykisk utviklingshemming, fordelt på de ulike tjenestene.	45
Figur 4-48 Antall voksne med psykisk utviklingshemming som mottar de ulike tilbudene. Beregnet pr. 1000 innbyggere 18–67 år.	46
Figur 4-49 Netto driftsutgifter til tjenester til barn med psykisk utviklingshemming.	46
Figur 4-50 Driftsutgifter til ulike tjenester til barn med psykisk utviklingshemming.	47
Figur 4-51 Antall barn med psykisk utviklingshemming som får ulike tjenester.	48
Figur 4-52 Beregnet bemanningsutgifter pr. bruker i de ulike bofellesskapene for personer med psykisk utviklingshemming.	48
Figur 4-53 Fysioterapiårsverk pr. 10 000 innbyggere.	51
Figur 4-54 Årsverk avtalefysioterapeuter i Vefsn, etter størrelse på avtalehjemler.	51
Figur 4-55 Rehabiliteringspyramiden etter modell fra Kristiansand kommune og bearbeidet av Agenda Kaupang.	53
Figur 4-56 Vurdering av rehabiliteringstilbudet i Vefsn kommune.	55
Figur 6-1 Enhetskostnader i en mulig bo- og tjenestetrapp ut fra Agenda Kaupangs anbefalinger.	57
Figur 6-2 Gjennomsnittlig antall tildelte timer til beboere i omsorgsboliger i et utvalg av norske kommuner.	60
Figur 6-3 Mulig bemanning i omsorgsboligene.	60
Figur 6-4 Dekningsgrad på boliger til personer 80 år og over i de nordiske landene i 2011/2012.	61
Figur 6-5 Fremtidig behov for sykehjemsplasser ved dagens dekningsgrad og med 16 % dekningsgrad.	62
Figur 6-6 Fremtidig behov for sykehjemsplasser ved dagens dekningsgrad og med 13 % dekningsgrad.	62