



Utredning av helse-, velferds- og omsorgstjenestene

Harstad kommune
Rapport 2025

Forord

Agenda Kaupang har bistått Harstad kommune med en tjenestegjennomgang innenfor helse-, velferds- og omsorgstjenestene. Formålet har vært både økt innsikt i tjenestene, samt bistand til å identifisere tiltak for å sikre utvikling av bærekraftige helse- og omsorgstjenester i tråd med endringer i samfunnsoppdraget og innbyggernes behov, innenfor rammen av fag, folk og penger.

Arbeidet har blitt utført i samarbeid med kommunen høsten 2024 og vinter 2025. Vi takker for konstruktivt og godt samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon og deltakelser i arbeidet. En særlig takk til de som har bistått med koordinering av arbeidet.

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

Denne rapporten bygger på kunnskapsgrunnlaget som ble utarbeidet for kommunen høsten 2024 som delrapport 1. Rapporten har oppsummeringer av hovedfunn og anbefalinger for videre arbeid med en bærekraftig helse-, velferd- og omsorgstjeneste i Harstad kommune. Rapporten inneholder også tiltak for å redusere driftsutgiftene i tjenestene fra 2025 og utover i planperioden. Dette som et resultat av at kommunen, i forbindelse med økonomiplanarbeidet så at den økonomiske situasjonen for kommunen var ytterligere forverret, og at de derfor var i behov av bistand til å beregne tiltak for å tilpasse tjenestene til vedtatte økonomiske rammer. Tiltakene som presenteres i denne rapporten er ikke ferdig utredet, og viser kun det teoretiske potensialet.

Det er viktig at rapporten og analysegrunnlaget leses i sin helhet, slik at enkeltfunn ikke tas ut av sin sammenheng. Som vedlegg til denne rapporten følger en ordliste for noen ord og begreper benyttet i rapporten.

Februar 2025, Skøyen

Agenda Kaupang AS

Innhold

Forord.....	s. 3	
Sammendrag.....	s. 5	
1. Bakgrunn, mandat og metode.....	s. 7	
1.1 Bakgrunn for prosjektet		
1.2 Metode og prosjektorganisering		
1.3 Kommunale helse og omsorgstjenester		
1.4 Helse-, velferd- og omsorgstjenestene i Harstad		
1.5 IKT og digitalisering Helse-, velferd- og mestring Harstad		
2. Demografi.....	s. 13	
2.1 Befolkningssammensetningen i Harstad er i endring		
2.2 Demografien utfordrer kommunen som helhet		
2.3 Bosettingsmønster i Harstad		
2.4 Boligutvikling og helhetlig boligpolitikk		
3. Analyser og sentrale funn.....	s. 22	
3.0 Om kartlegging, analyser og sentrale funn		
3.1 KOSTRA-analyser og Kommuneindeks		
3.3 Pleie- og omsorgsanalyse		
3.4 Hjemmetjenesteanalyse		
3.5 Gjennomgang av turnus og pleiefaktor		
3.6 Helseanalyse		
3.7 Kvalitative analyser		
4. Oppsummerende vurderinger og anbefalinger.....	s. 52	
4.1 Hva kjennetegner kvalitet i helse- og omsorgstjenestene?		
4.2 Behov for strategisk dreining for å sikre bærekraftige tjenester		
4.3 Om våre anbefalinger		
4.4 Anbefalinger for å sikre mer bærekraftige tjenester		
4.5 Oppsummerende vurderinger- kostnader og tjenesteprofil - <i>Andre i hovedsak eldre</i>		
4.6 Anbefalinger- kostnader og tjenesteprofil - <i>Andre i hovedsak eldre</i>		
4.7 Oppsummerende vurderinger kostnader og tjenesteprofil - <i>Mennesker med utviklingshemming</i>		
4.8 Anbefalinger- kostnader og tjenesteprofil - <i>Mennesker med utviklingshemming</i>		
4.9 Oppsummerende vurderinger kostnader og tjenesteprofil - <i>Psykisk helse og rus</i>		
4.10 Anbefalinger- kostnader og tjenesteprofil - <i>Psykisk helse og rus</i>		
4.11 Oppsummerende vurderinger av dimensjonering behandling inkl. rehabilitering og habilitering		
4.12 Anbefalinger- kostnader og tjenesteprofil behandling inkl. rehabilitering og habilitering		
4.13 Oppsummerende vurderinger digitalisering og velferdsteknologi		
4.14 Anbefalinger digitalisering og velferdsteknologi		
5. Mulige tiltak og alternative beregninger.....	s. 73	
5.1 Innledende vurderinger knyttet til tiltaksberegningene		
5.2 Alternative beregninger av tiltak		
6. Avsluttende betraktninger.....	s. 89	
6.1 Behov for å sikre mer bærekraftige tjenester		
6.2 Anbefalte grep for å sikre god gjennomføringskraft – forankring og involvering		
7. Vedlegg.....	s. 94	

Sammendrag

Harstad kommune står overfor et betydelig økonomisk omstillingsbehov, og Agenda Kaupang har gjennomført en grundig gjennomgang av helse-, velferds- og omsorgstjenestene. Målet har vært å få innsikt i egen tjenesteproduksjon, identifisere tiltak for å redusere driftskostnader og sikre bærekraftig drift fremover. Det har også vært fokus på å motvirke de forventede kostnadsøkningene som følge av demografisk utvikling, spesielt i de eldste aldersgruppene.

Kunnskapsgrunnlaget inkluderer en oppsummering av arbeidet i fase 1: Kartlegging og analyse.

Et sentralt område i denne gjennomgangen har vært analysene av tjenester til de ulike brukergruppene innen for pleie- og omsorgstjenestene. KOSTRA-analyser viser høye utgifter til pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester og viser at det er relativt stort innsparingspotensial. Det har vært en viktig del å bryte ned regnskapet ytterligere for å finne ut av hvilke spesifikke deler av tjenestene som er dyrere enn andre kommuner.

Analysen viser at mye av kommunens ressursene er knyttet opp til de tyngste trinnene i innsatstrappen. Dette gjelder særlig innenfor brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*, men også til de to andre brukergruppene.

Analysen viser at store deler av kommunens ressurser går til de tyngste trinnene i innsatstrappen, særlig for brukergruppen "Andre", som hovedsakelig består av eldre. I 2023 utgjorde denne gruppen ca. 73 % av utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene, hvor hovedvekten gikk til institusjonstilbud (40,4 %) og boliger med døgn tjenester (9 %). Nesten 24 % av utgiftene ble brukt på ulike tjenester til hjemmeboende. Kommunens utgifter til pleie- og omsorgstjenester for denne målgruppen er høyere enn gjennomsnittet for sammenligningskommunene.

Analyse av hjemmetjenestene viser at Harstad har syv enheter som yter slike tjenester. Et viktig mål er ansikt-til-ansikt-tid (ATA), som representerer andelen tid helsepersonell bruker direkte med brukerne. For Harstad er ATA-tiden på 59,9 %, som er høy. Kommunen har en yngre brukerprofil og en lavere andel eldre med omfattende behov sammenlignet med andre kommuner, men en høy andel brukere med færre timer utmålt tjeneste.

En gjennomgang av turnus og bemanningsnivå på institusjoner og boliger med heldøgns bemanning for eldre viser at ressursbruken ligger over nivået i andre kommuner. Det er identifisert skalaulempen og ineffektiv ressursfordeling, blant annet på grunn av strukturelle forhold. Kommunen har fått presentert en budsjettmodell som det skal arbeides videre med.

I 2023 ble 20 % av utgiftene innen pleie og omsorg benyttet til tjenester for personer med utviklingshemning eller utviklingsforstyrrelser. Mesteparten av dette var knyttet til tjenester til voksne. De samlede utgiftene var lavere enn gjennomsnittet i sammenligningskommunene.

7 % av de totale pleie- og omsorgsutgiftene ble brukt på tjenester for personer med psykiske helseplager eller rusrelaterte lidelser, også hovedsakelig til voksne. Kommunens samlede bruttodriftsutgifter var lavere enn snittet. I tillegg førte kommunen ca. 7,5 millioner kroner til psykisk helse og rus (Harstadhjelpen) på funksjon 241 (helse). Mye av disse utgiftene er relatert til voksne, og medfører at kommunens samlede utgifter (nettodriftsutgifter) til voksne blir noe høyere enn snittet.

Analyser av kommunens utgifter til diagnose, behandling og re-/habilitering (KOSTRA 241) viser at kommunen har betydelig høyere utgifter til dette enn sammenligningskommunene. Hovedårsaken er svært høye utgifter til fastlegetjenesten og fysioterapi/ergoterapi, mens utgiftene til legevakt er lavere enn gjennomsnittet. De høye kostnadene til fastlegetjenesten forklares med høy andel fastlønnede leger, lave listelengder, kommunalt driftede legesentre og en svært høy bruk av vikarbyrå.

Sammendrag forts.

Innsamlet informasjon viser at organiseringen oppleves å fungere, men at det fortsatt er behov for forbedringer. Spesielt er samhandlingen i komplekse saker, hvor brukere får tjenester fra flere enheter, utfordrende å koordinere og tidkrevende. Det er et klart forventningsgap mellom tjenestenes kapasitet og innbyggernes, politikernes og ansattes forventninger, noe som legger økt press på tjenestene.

Kommunen står overfor økende etterspørsel etter tjenester, samtidig som økonomiske og personalmessige rammer er begrensede. Rekrutteringsutfordringer og høy avhengighet av vikarbyråer skaper problemer med kontinuitet og kvalitet. Sykefraværet er også høyere enn i andre kommuner. Selv om velferdsteknologi har gitt positive resultater, er potensialet ikke fullt utnyttet, blant annet på grunn av mangelfull koordinering og uavklarte ansvarsforhold.

Rekruttering og kompetanseutvikling er særlig kritisk, da konkurransen om kvalifisert arbeidskraft vil øke i årene som kommer. Ansatte etterspør tydelig strategisk ledelse for å sikre felles retning og prioriteringer. Kommunen bør utvikle en strategi som tilpasser tjenestene til demografiske endringer, effektiviserer ressursbruken og ivaretar kompetansebehovene. Dette krever bærekraftige løsninger som balanserer brukernes behov med økonomiske og personalmessige rammer.

Agenda Kaupang anbefaler en strategisk omstilling som fokuserer på bærekraftig ressursutnyttelse, tidlig innsats, forebygging og egenmestring for å redusere presset på ressurskrevende tjenester. Et forslag er å utvikle en "boligtrapp" for bedre oversikt over botilbudet og påvirkning på tjenesteproduksjonen. For å møte rekrutteringsutfordringene anbefales det å redusere bruken av vikarer, øke andelen faste stillinger, og styrke kompetanseutviklingen. Dette inkluderer også tiltak for å redusere sykefravær og bedre arbeidsmiljøet.

Kommunen bør styrke styringsstrukturen og samarbeidet på tvers av enheter ved å tydeliggjøre ansvarsfordelingen og bruke styringsdata for å overvåke ressursbruk og kvalitet. Helhetlige pasientforløp krever at siloene mellom enheter brytes ned. En helhetlig tilnærming er nødvendig for å balansere økonomisk effektivitet med kvalitet. Dette krever en betydelig omstilling, både organisatorisk og kulturelt. Kommunen må forberede seg på å møte økte behov og krav, samtidig som ressursbegrensninger tas i betraktning.

Kapittel 5 inneholder regneeksempler på tiltak som kan utredes videre med hensyn til økonomisk effekt. Kommunen er i en utfordrende økonomisk situasjon, og vårt oppdrag har primært vært å se på langsiktig bærekraft, ikke kortsiktige sparetiltak. Vi understreker at tiltakene som foreslås i kapittel 5 må sees i sammenheng, da de kan ha konsekvenser på tvers av fagområder og sektorer. Flere av de nødvendige tiltakene ligger utenfor selve tjenesteproduksjon. Dette er for eksempel knyttet til boforhold, samhandling med sivilsamfunnet for øvrig og samfunnsplanlegging. Grep i arealplaner, reguleringsplaner, arbeid med samfunnsutvikling og samarbeid med frivilligheten vil kunne gi effekter i helsetjenestene.

The background of the slide is a close-up photograph of numerous wooden question marks. The wood has a natural, light brown grain. The question marks are scattered across the frame, with some in sharp focus in the foreground and others blurred in the background, creating a sense of depth. A semi-transparent white diagonal shape is overlaid on the left side of the image, serving as a backdrop for the title text.

1. Bakgrunn, mandat og metode

Bakgrunn for prosjektet

1.1

Bakgrunn, mandat og metode

Arbeidet har vært gjennomført høsten 2024 og ut januar 2025. Bakgrunnen for arbeidet var i følge kommunen (ref. konkurransegrunnlaget);

Harstad kommune står overfor en situasjon der driften ikke er i økonomisk balanse. Kommunens økonomiske utfordringer er komplekse og påvirkes av flere faktorer.

Sammenlignet med andre kommuner av tilsvarende størrelse, har Harstad et høyere driftsnivå, særlig innenfor helse- og omsorgssektoren. Dette innebærer at kommunen bruker mer ressurser på disse tjenestene enn det som er vanlig i lignende kommuner.

Samtidig står kommunen overfor betydelige demografiske utfordringer, hvor en stadig økende andel eldre innbyggere legger ekstra press på både prioriteringer og organiseringen av tjenestetilbudet.

Kommunens mål for arbeidet var:

- ▶ *identifisere effektive tiltak som vil bidra til å redusere driftskostnader i tjenestene*
- ▶ *implementere tiltakene i organisasjon og tjenester*
- ▶ *redusere forventet økning i kostnader som følge av demografisk utvikling*
- ▶ *sikre bærekraftige tjenester av tilstrekkelig kvalitet for våre innbyggere.*

Denne rapporten oppsummerer arbeidet som er gjort. Analysene som er utført er utformet som selvstendige rapporter og oversendt kommunen høsten 2024.

Metode og prosjektorganisering

1.2 Bakgrunn, mandat og metode

Agenda Kaupang har gjennomført arbeidet i Harstad etter en metodikk med en kombinasjon av kvalitative (f.eks. intervjuer og fokusgrupper) og kvantitative metoder (analyser). Det er også blitt gjennomført befaringer på en del av de ulike tjenestestedene med døgnbemanning.

Vår valgte tilnærming innebærer å benytte metoder som i størst mulig grad belyser spørsmålene som ønskes besvart. Vi har gjort dette ved å kombinere kvantitative metoder for datainnsamling og analyse med subjektiv kunnskap fra intervjuer hvor vi kartlegger ansattes erfaringer, opplevelser og refleksjoner.

Fordelen med å kombinere kvalitative og kvantitative metoder er at vi utnytter styrkene til ulike metoder for å belyse spørsmålene på en grundig måte. Kvantitative metoder kan brukes til å identifisere styrker og svakheter og mulige sammenhenger mellom en rekke ulike forhold. Kvalitative metoder kan på sin side bidra til innsikt i hvordan og hvorfor noe skjer, og hvordan det oppleves av deltakerne i en bestemt kontekst. Dette er spesielt verdifullt i sammenhenger hvor formålet er å foreslå praksisnære tiltak. Kvalitative metoder kan også brukes til å identifisere hittil ukjente prosesser og sammenhenger.

Gjennomgangen baserer seg på intervjuer med et utvalg informanter. Vi tar forbehold om at ikke alle relevante stemmer er hørt i datainnsamlingen. Arbeidet har ikke inkludert å innhente erfaringer fra brukere eller øvrige innbyggere. Vi anbefaler kommunen at dette gjøres i det videre arbeidet.

Våre kvantitative analyser bygger hovedsakelig på tilgjengelige data fra SSB, KOSTRA, kommunenes egen rapportering, kommunale regnskapsdata og beregninger av Agenda Kaupang.

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt i tre faser og er gjennomført i perioden fra september 2024 og ut januar 2025. Arbeidet har blitt fulgt av en oppnevnt prosjektgruppe i Harstad kommune.

I figuren under beskrives kort hovedaktivitetene i de ulike fasene:



Figur: Aktiviteter og faser i arbeidet. Delanalysen innebærer resultat fra fase 1).

I fase 1 har det vært gjennomført arbeidsseminar med representanter fra tjenesten og tillisvalgte. Analysene fra arbeidet ble presetnasjon for politisk utvalg. I fase 2 ble det gjennomført et arbeidsseminar med politikere (3), representanter fra tjenesten og tillisvalgte.

Kommunale helse og omsorgstjenester

1.3 Bakgrunn, mandat og metode

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

Kommunale helse- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) med forskrifter. De mest sentrale forskrifter er Kvalitetsforskriften, Verdighetsgarantien og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. I tillegg er det en rekke sentrale styringsdokumenter som har stor betydning for innbyggerne, tjenestene og kommunene:

- ▶ Regjeringens «eldrereform» Fellesskap og mestring – Bu trygt heime (Meld. St. 24 (2022–2023))
- ▶ Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har medført et utvidet ansvar for kommunene, og medfører at kommunene i større grad må sørge for en mer helhetlig tenkning der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk og behandling vektlegges.
- ▶ Andre sentrale nasjonale styringsdokumenter er NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, og Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste

Nasjonale planer og føringer legger rammene for utviklingen og tjenesteproduksjonen i kommunene, men det er gjennom kommunale planer at disse tilpasses lokale behov og prioriteringer.

Samfunnsdelen i kommuneplanen er et sentralt verktøy for kommunens helhetlige planlegging og skal brukes til å forme og gi retning for kommunen i årene fremover. Planen beskriver utfordringer og fastsetter langsiktige mål og strategier. Gjeldende budsjett og økonomiplan inngår også i de kommunale styringsdokumentene.

Flere kommuner har i tillegg egne temaplaner som f.eks. Oppvekstplan, Helse- og omsorgsplan osv. Harstad har en egen [kommunedelplan for helse, omsorg og velferd](#).

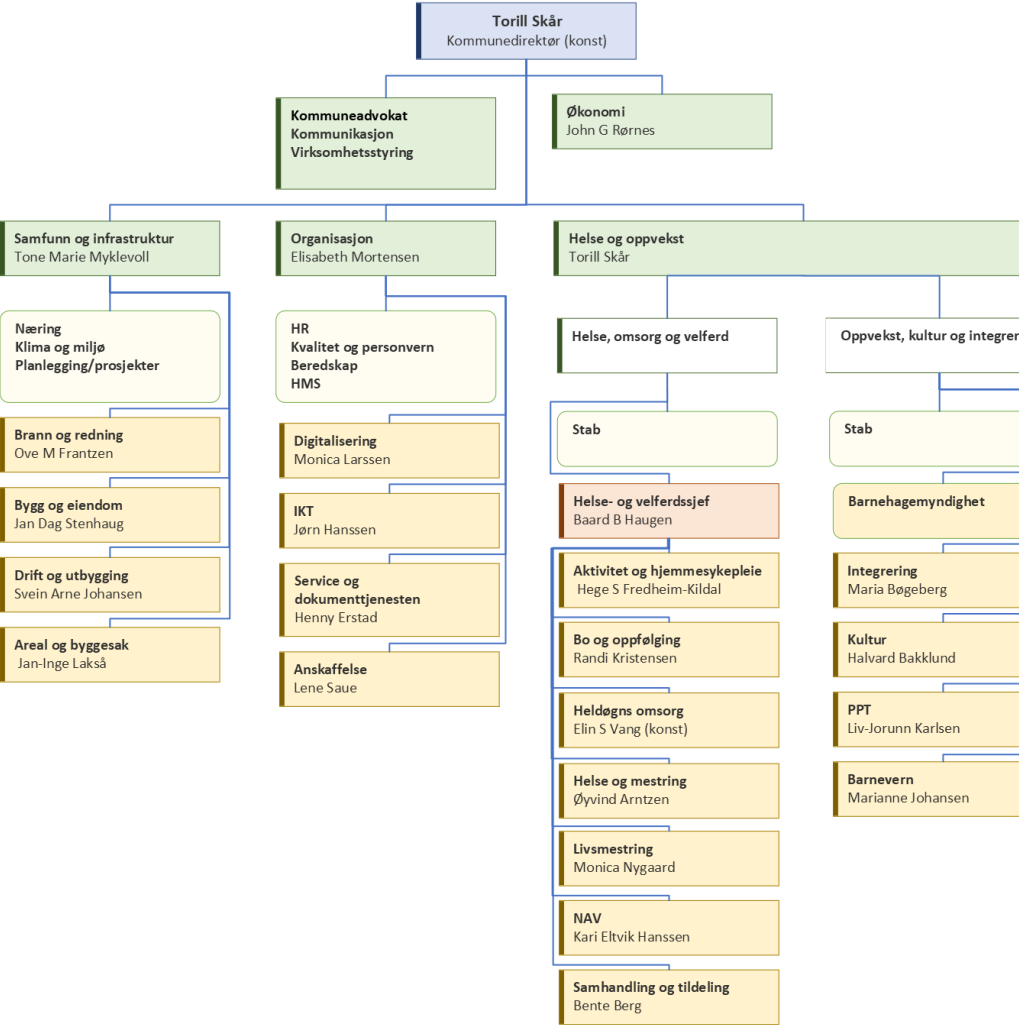


Bilde: eksempler på styringsdokumenter som har betydning for kommunens innretning av helse- og omsorgstjenester

Helse, velferd og omsorgstjenestene i Harstad

Helse, velferd og omsorg er fellesbetegnelsen for en rekke tjenester samlet under felles kommunalområde i Harstad kommune.

Kommunalavdeling helse-, omsorg og mestring består av 7 enheter jf. organisasjonskartet under. Sektoren ledes av helse og velferdssjef, men enhetenes enhetsleder har overordnet ansvar for fag, personal og økonomi. Enhetene er igjen inndelt i underliggende avdelinger med tilhørende avdelingsledere med delegert ansvar for fag, personal og økonomi.



Helse, velferd og omsorg er den største sektoren i Harstad kommune (årsverk og økonomiske ressurser). Hovedvekten av utgiftene til helse-, omsorg og velferdstjenestene er ført under pleie- og omsorgstjenester (KOSTRA-funksjon 234, 241, 253, 254, 265 og 261). Kommunens netto driftsutgifter til helse*, pleie- og omsorgstjenester utgjorde i 2023 ca. 830 millioner kroner. Nettodriftsutgiftene til helse, pleie- og omsorgstjenesten utgjør rundt 43,2 % av totalutgiftene for kommunen og er dermed det største tjenesteområdet i kommunen.

Overordnet mål for helse, velferd - og omsorgstjenesten fremkommer i kommuneplanens samfunnsdel og er uttalt å være:

Forebygging, mestring og inkludering

- ▶ Harstad kommune vil sikre at innbyggerne lever meningsfulle og trygge liv med god helse og mestring av egen situasjon
- ▶ Fokus på forebyggende helsearbeid, både fysisk og mentalt, med aktiviteter og tjenester som støtter en aktiv og sosial livsstil

Helhetlig og koordinerte tjenester

- ▶ Tjenestene skal være tilgjengelig til rett tid, med fokus på kvalitet og kontinuitet. Det skal sikres at brukerne deltar aktivt i planleggingen av tjenesten de mottar.

Innovasjon og kompetanse

- ▶ Morgendagens utfordringer krever smarte løsninger. Dette innebærer bruk av teknologi, samskape med innbyggerne, frivillige og næringslivet for å skape nye, effektive tjenester.

Planen peker på en aldrende befolkning og færre yrkesaktive som hovedutfordringer for kommunens helse- og omsorgstjenester. Innovasjon, teknologi og samskaping løftes frem som løsninger, sammen med forebygging for å redusere behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester.

* I denne analysen inngår kun utgifter ført under funksjons 241, dvs. utgifter til legetjenester inkl. legevakt, samt utgifter til fysio- og ergoterapitjeneste. Utgifter til helsestasjon og skolehelsetjeneste inngår ikke i summen.

IKT og digitalisering Helse-, velferd- og omsorgstjenestene i Harstad

1.5

Bakgrunn, mandat og metode

Nedenfor beskriver vi kort de ulike ansvarsområdene knyttet til IKT og digitalisering. I arbeidet med digitalisering og teknologi er det et samspill mellom tjenestene, digitaliseringsteamet og IKT-drift. I tillegg har bygg og eiendom blant annet ansvar for pasientvarslingsanleggene.

Helse-, velferds- og omsorgstjenestenes ansvar

Helse-, velferds- og omsorgstjenestene har ansvaret for selve bruken av teknologien i tjenestene og tjenesteutvikling gjennom å ta i bruk nye løsninger. Det er enhetslederne som har systemeierskap for løsningene. Tidligere var det en ansatt i digitaliseringsenheten som hadde systemeierskap for alle systemene til sektoren.

Digitaliseringsteamet

Alle digitaliseringsrådgiverne i kommunen er samlet i et tverrfaglig digitaliseringsteam. Dette teamet er plassert i Enhet for organisasjon. Enheten har 7 ansatte, og det er fire rådgivere som jobber med e-helse og velferdsteknologi. Flere av dem har erfaring fra tjenestene og har helsefaglig bakgrunn.

Digitaliseringsteamets oppgave er å støtte tjenestene og bistå i implementering og utvikling. Teamet er samlokalisert med IKT-drift. Når det gjelder arbeidsfordeling har digitaliseringsteamet ansvar for det tjenestenære - sluttbrukerløsningene, velferdsteknologien etc.

Kommunen er vertskommune for digitaliseringsnettverket i Troms og Finnmark. En av rådgiverne er delvis utleid til dette nettverket og kommunens digitaliseringsleder er også leder for nettverket. Kommunen deltar også i andre nettverk knyttet til e-helse og velferdsteknologi, blant annet i regi av KS.

IKT-drift

Kommunen har et IKT-samarbeid med Ibestad kommune og Dyrøy kommune. Totalt har de 15 ansatte som betjener de tre kommunene. IKT-drift har ansvaret for den underliggende infrastrukturen som nettverk, brannmurer, sikkerhet etc. Kommunen drifter og vedlikeholder egen infrastruktur og drifter i serverrom lokalt. IKT-drift står både for egen drift for å dekke kommunens behov, samt drift på vegne av kommunene i IKT-samarbeidet. I dialog med kommunen forteller de at de opplever at infrastrukturen de har er en «moderne og grei løsning», og de har høy oppetid på systemene.

Kommunen forteller at de ikke har bygd ut infrastruktur for velferdsteknologi på institusjonene. De skal innføre ny pasientvarsling og oppgraderinger av infrastruktur ved sykehjemmene fremover, og det er satt av 15 millioner kroner til dette. Det nye helsehuset vil få bedre løsninger med blant annet redundans i nett.

Beredskap

Kommunen har IKT Beredskapsvakt knyttet til sentral infrastruktur, som er tilgjengelig 24/7. Vaktordningen går på rulling og den som har beredskapsvakt følger opp sentral infrastruktur som servere, nettverk, brannmurer og sikkerhet. Vekten følger ikke opp velferdsteknologi, og det er derfor ikke brukerstøtte eller support tilgjengelig utenfor dagtid mandag til fredag.

Tekniske feilmeldinger for utvalgt utstyr går til legevaktsentralen når drift ikke er bemannet, men de har kun kapasitet til å håndtere de medisinske meldingene. De kan ikke løse det tekniske når noe underliggende ikke fungerer.



2. Demografi

Befolkningsutvikling og bosettingsmønster

Befolkningssammensetningen i Harstad er i endring

Basert på SSBs befolkningsframskrivninger, forventes Harstad å oppleve en nedgang i folketallet fram mot 2050. Dette skyldes en kombinasjon av lavere fødselsrater, økende antall eldre, og netto utflytting ref. figuren under. Samtidig ventes det at alderssammensetningen i befolkningen endres betydelig (ref. tabell under).

K- 5503 Harstad – Hårsttåk	2024	2025	2030	2040	2050	Endring 2024 – 2050	
Innbyggere 0-17 år	4 832	4 845	4 605	4 495	4 405	- 427	- 8,8 %
Innbyggere 18-49 år	9 993	9 858	9 774	9 356	8 631	- 1 362	- 13,6 %
Innbyggere 50-66 år	5 388	5 377	5 177	4 877	5 143	- 245	- 4,6 %
Innbyggere 67-79 år	3 547	3 586	3 548	3 606	3 407	- 140	- 4 %
Innbyggere 80-89 år	1 130	1 195	1 629	1 926	2 067	937	82,9 %
Innbyggere 90 år og over	228	232	267	521	665	427	191,7 %
Sum innbyggere	25 056	25 093	25 000	24781	24 318	- 738	-2,9 %

Kilde: SSB MMMM alternativ per juli 2024, tabell 11288

Tabellen viser at:

- ▶ Antall barn og unge (under 17 år) forventes å synke betraktelig, som følge av lavere fødselstall og demografiske trender. Dette vil kunne påvirke behovet for tjenester som barnehager og skoler. Tabellen er utarbeidet med MMMM-alternativet til SSB og for de yngste aldersgruppene kan dette trolig være litt høyt når vi legger siste 15 års historikk til grunn. Det kan gjøre at innbyggertallet for denne aldersgruppen blir enda lavere enn antatt her.

- ▶ Antall innbyggere i yrkesaktiv alder (18–64 år) ventes å reduseres, noe som kan påvirke arbeidsmarkedet og skattegrunnlaget i kommunen. Dette er en konsekvens av at flere eldre går ut av arbeidsstyrken, kombinert med lav innflytting.
- ▶ Antall innbyggere innenfor kategorien eldre (65 år og oppover) forventes å øke kraftig, noe som fører til en høyere andel av befolkningen i denne aldersgruppen. Det er særlig innenfor den eldste aldersgruppen økningen vil være høyest. Dette skaper økt etterspørsel etter helsetjenester og eldreomsorg, og stiller kommunen overfor betydelige økonomiske og organisatoriske utfordringer.

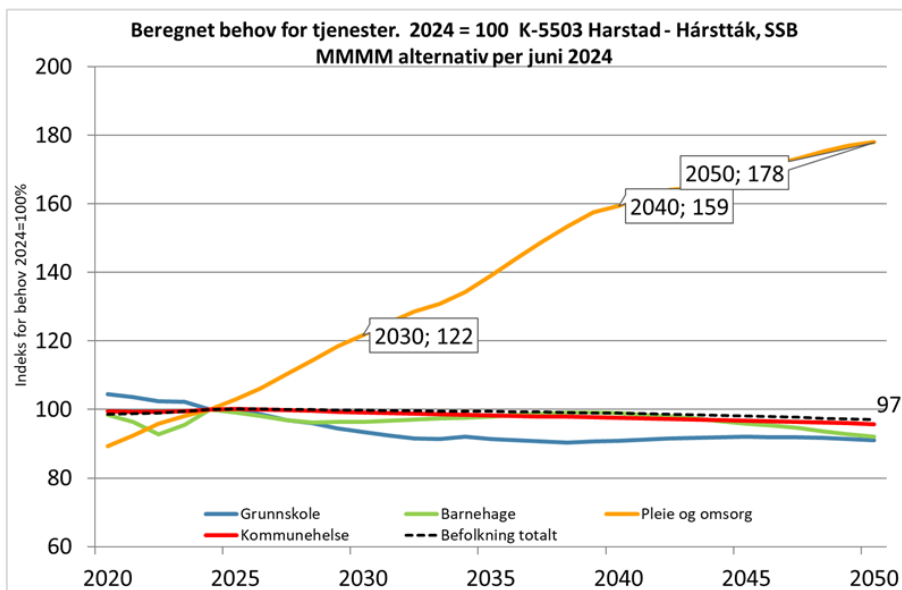
Endring i alderssammensetningen påvirker behovet for kommunale tjenester, fordi ulike aldersgrupper har ulike behov for tjenester. Framskrivningene tydeliggjør behov for strategisk planlegging, for å møte en aldrende befolkning og redusert barneandel i kommunen.

Demografien utfordrer kommunen som helhet

2.2 Demografi

Agenda Kaupangs har gjort en beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Harstad kommune. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, og sammenhengen mellom demografi og behov, slik det er beskrevet av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens tjenestestandard til grunn og fremskriver endringene i befolkningen fremover. Inntektssystemet til kommunene er i endring, og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi per i dag, den mest vektete komponenten. For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg, og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2024 er satt til 100. Det betyr at figuren under gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2024 som et nullpunkt lagt til 100 %.



Kilde: SSB, Grønt hefte (teknisk beregningsutvalg) og Agenda Kaupang. Figuren viser framtidig behov for tjenester i Harstad kommune som helhet om tjenestene leveres i samme omfang i framtiden som i dag per aldersgruppe. Framskrivningen er basert på SSB sitt MMMM alternativ (juni 2024).

Figuren viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt jevnt de siste årene frem til 2024, og at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil fortsette å øke kraftig i tiden fremover. Hovedårsaken er økning i innbyggere over 80 år. I 2024 var andel over 80 år 5,2 %. I 2040 vil andel over 80 år utgjøre 11,2 % av befolkningen. Som følge av økt andel over 80 år, vil andel mennesker med demenssykdom øke. I 2024 er det beregnet at det er ca. 580 personer med demenssykdom i Harstad. I 2050 kan man forvente at rundt 1030 personer vil ha en demenssykdom.

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

Endring i demografien medfører en vesentlig forventet økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Analysene viser at dersom kommunen ivaretar innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester fremover på samme måte som i 2024, vil dette medfører nesten doubling fra dagens nivå frem mot 2050. En slik vekst vil utfordre kommunen som helhet. Staten vil normalt finansiere kommuners behovsvekst, men det er usikkert om denne veksten fullfinansieres i fremtiden. En ting er pengene, en helt annen ting er menneskene man er avhengig av for å kunne utføre tjenestene. Analyser viser at dersom kommunen viderefører dagens dekningsgrad og tjenestepraksis vil det, som følge av demografiske endringer, være behov for 59 % flere årsverk i tjenestene i 2040 sammenliknet med nivået i 2024. Behovet vil øke ytterligere utover i perioden.

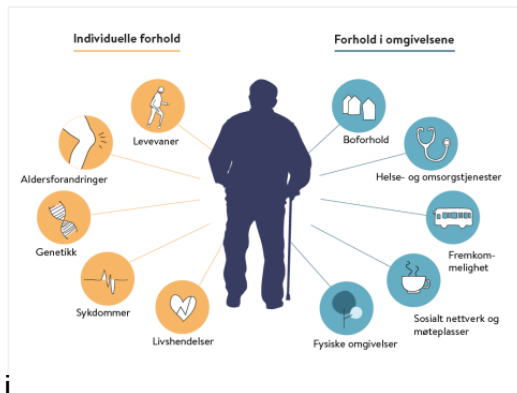
Endringer i demografien medfører redusert tilgang på arbeidskraft

Økt levealder

I Perspektivmeldingen fra 2017 reises det spørsmål om friskere aldring. Litteraturen gir ikke noe klart svar på sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er i hovedsak tre hypoteser (like stor, eller større, økning i antall år med sykkelighet, forkortet sykkelighet og flere «friske» år og flere «syke» år). Data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag kombinert med tall fra SSB viser at leveår, uten hjelpebehov etter fylte 70 år, økte med om lag fire år i perioden 1995-2017, mens år med hjelpebehov gikk litt ned (kilde: FHI).

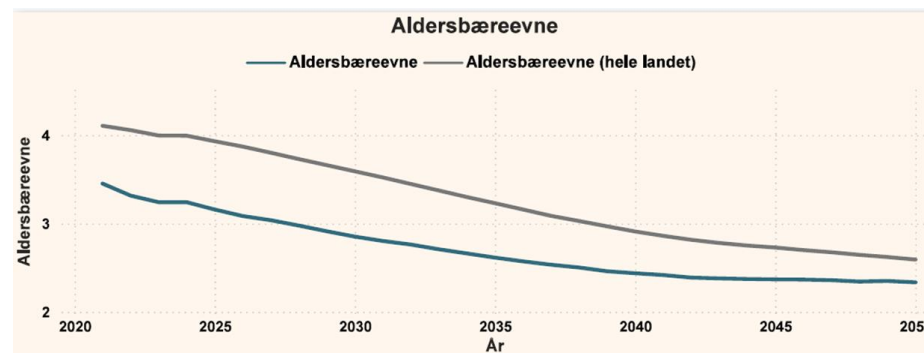
Med andre ord ser det ut til at økningen i forventet levealder også følges av flere funksjonsfriske år (begge kjønn). Mange eldre fungerer godt i dagliglivet, og de nye forskningsfunnene tyder på at eldre kan leve selvstendige liv ved stadig høyere alder.

På grunn av den sterke økningen i antall eldre, forventes en økning i utvikling av demenssykdom, men internasjonale studier indikerer at demensinsidens har gått ned innad i aldersgruppene de siste par tiårene (Christensen et al., 2013; Langa et al., 2017).



Figur: Hva påvirker Eldres helse?: Kilde: <https://www.fhi.no>

Norge har en høy yrkesaktivitet, men studier viser at det er et potensial i å redusere andel ansatte i deltidsstillinger ved å ha flere ansatte med større stillingsprosjenter og aller helst 100 % stilling. Dette ser vi også må være mulig for Harstad kommune.



Figur: Aldersbæreevnen. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antallet eldre (67+ år), kilde SSB og Agenda Kaupang

I figuren over vises en framskrivning av aldersbæreevne, det vil si forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen i Harstad kommune. En slik framskrivning er interessant både med tanke på framtidens økonomiske bæreevne, og for utviklingen av velferdstilbud og helse- og omsorgstjenestene.

I 2022 var det ca. 3,5 personer i yrkesaktiv alder per eldre i Harstad. Frem mot 2040 reduseres koeffisienten for aldersbæreevne i Harstad til 2,61. Dette er lavere enn det vi ser er snittet for landet.

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

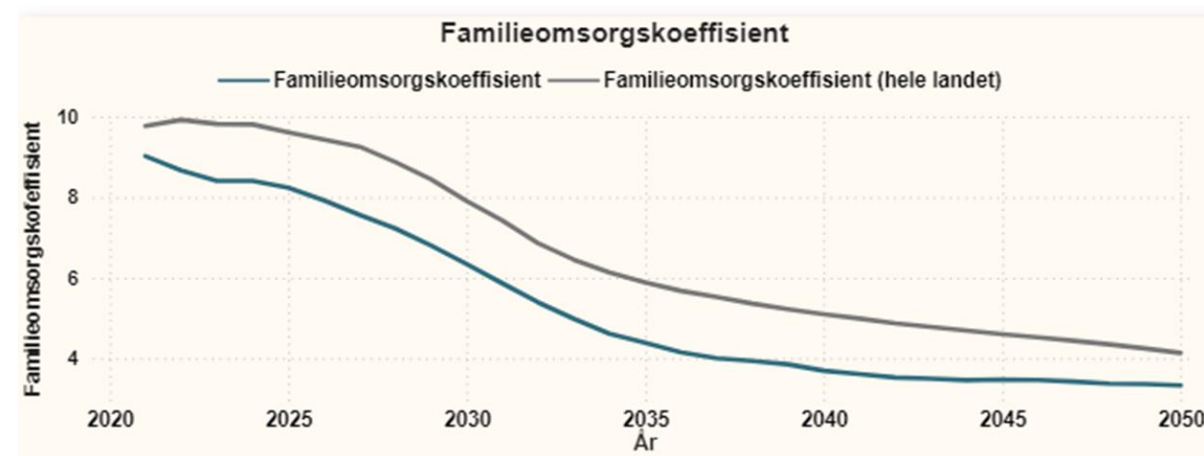
Redusert tilgang på arbeidskraft

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen vil det bli en nedgang i tilgangen på arbeidskraft og mulige frivillige omsorgsytere. Økt vekst i antall eldre og økt antall yngre brukere av omsorgstjenesten, kombinert med nedgang i andelen personer i yrkesaktiv alder, skaper utfordringer.

Endringer i demografien medfører redusert tilgang på potensielle omsorgsytere

Færre potensielle omsorgsytere

Endringene i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsytere de aller eldste kan støtte seg på, og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Familieomsorgskoeffisienten indikerer antall potensielle omsorgsytere (innbyggere 50-66 år) per eldre (85+). Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet, er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien. I figuren under har vi sett på hvordan dette forholder seg i Harstad og landet for øvrig, og hvordan det vil kunne utvikle seg frem mot 2050.



Figur: Aldersbæreevnen. Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) pr. antall eldre (85+ år), kilde SSB og Agenda Kaupang

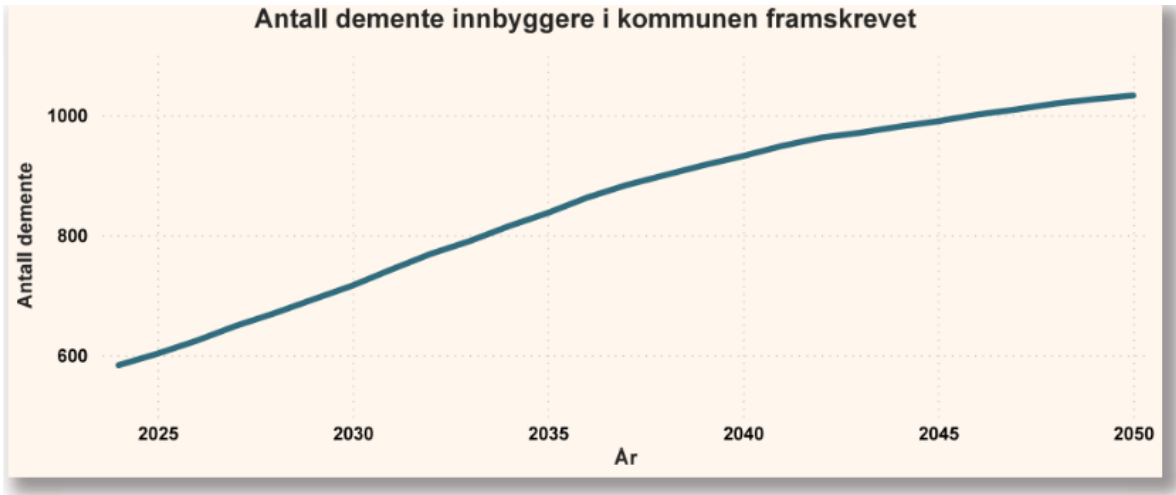
Som det fremkommer i figuren er det i 2024 ca. 9 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over i Harstad. Tallet forventes å reduseres fremover. Framskrivningen viser at det i 2040 vil være 4,39 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Dette er lavere enn hva vi ser på landsbasis, hvor familieomsorgskoeffisienten i 2024 var på 9,7. I 2040 vil den kunne falle ned mot 4,5.

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

Endringer i demografien medfører økt forekomst av demenssykdom

Fremskrevet antall som er i et demenssykdomsforløp i kommunen

Endringer i demografien med flere eldre vil innebære flere innbyggere med demenssykdom. [Hunt-4 studien](#) som er en av verdens største befolkningsundersøkelser og en viktig kilde til kunnskap om livsstil, livskvalitet, levekår og helse i Norge, viser forekomsten av demenssykdom i befolkningen i Trøndelag fylke. Dersom vi antar at dette er representativt for resten av landet, noe vi har grunn til å mene, kan vi bruke dette til å fremskrive forekomsten i hver av landets kommuner. Når vi legger dette til grunn, vil det være 837 personer med demenssykdom i Harstad kommune allerede i 2035, som er en økning på 43,3 % fra dagens anslag på 584 personer i Harstad kommune.



Figur: Antall demente i Harstad fremskrevet. Kilde SSB, Hunt-4 og Agenda Kaupang

Detaljert framskrivning fordelt på aldersgrupper

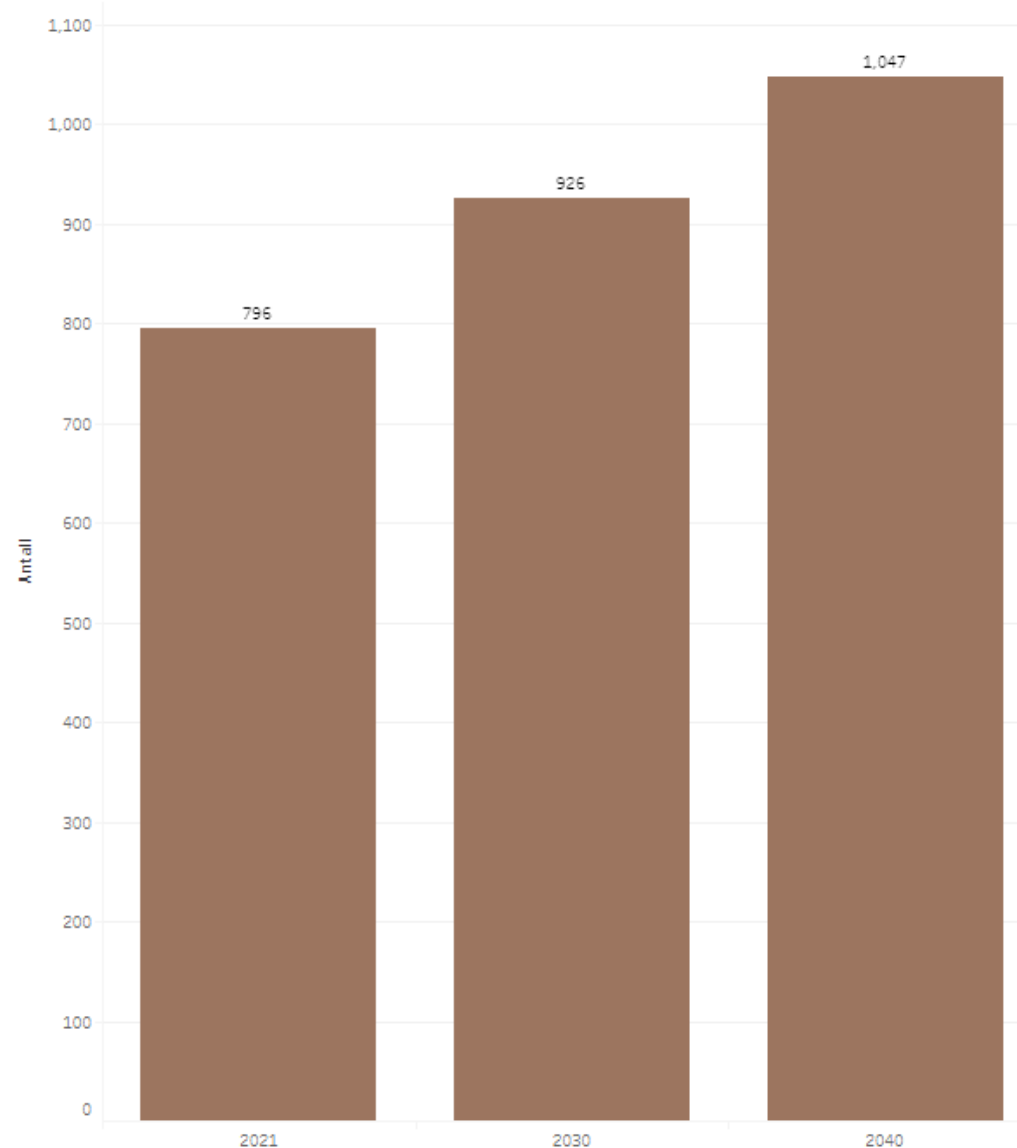
Tabellen viser fordelingen av innbyggere i Harstad kommune innenfor de ulike aldersgruppene som framskrivningen benytter. Dataene viser at det ikke forventes vekst i aldersgruppen 23–79 år, mens den største økningen vil skje blant innbyggere i alderen 80–89 år og 90 år og eldre.

Framskrivningene indikerer at antallet personer over 80 år i Harstad kommune nesten vil dobles i løpet av de neste 25 årene, fram mot 2050. Dette er avgjørende kunnskap for planleggingen av et aldersvennlig samfunn og for å sikre riktig dimensjonering av tjenester i årene som kommer.

Ar	23-66 år	67-79 år	80-89 år	90+	Totalt
2024	9	201	265	110	584
2025	9	205	277	112	603
2026	9	208	297	111	625
2027	9	208	314	118	649
2028	9	206	334	121	670
2029	9	204	356	125	694
2030	9	205	375	128	716
2031	9	204	397	133	743
2032	9	206	413	141	769
2033	9	210	425	147	790
2034	9	211	437	158	815
2035	9	207	450	171	837
2036	9	206	460	188	863
2037	9	205	465	206	884
2038	8	205	462	225	900
2039	8	206	462	241	917
2040	8	208	465	251	932
2041	8	209	468	263	949
2042	8	210	477	268	963
2043	8	210	485	267	971
2044	8	211	490	272	981
2045	8	213	483	287	990
2046	8	211	484	299	1001
2047	8	211	483	309	1010
2048	8	207	490	315	1019
2049	8	205	493	321	1027
2050	8	203	502	320	1033

Sterk økning i behov for årsverk ved videreføring av dagens praksis

Årsverk. 2021, 2030 og 2040. Harstad



Basert på tilgjengelige data ([Tjenestebehov - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)) har vi framskrevet behov for årsverk innen hjemmetjenesten og institusjonstjenesten for Harstad kommune. Vi har også, ved hjelp av nasjonale data (PAI-registeret), beregnet hvor mange personer Harstad vil kunne få behov for fremover (dekke behov for nye årsverk). Framskrivningen tar utgangspunkt i praksis for 2021, da dette er siste tilgjengelige publiserte data. Flere nasjonale rapporter peker på at behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt mer enn demografiske utvikling skulle tilsi. Dette skyldes blant annet at mye av økningen skyldes yngre tjenestemottakere. Det betyr at framskrivningen, slik den presenteres i figuren til venstre, kan være for lav, og at behovet for årsverk vil kunne være høyere.

Figuren til venstre viser:

- ▶ I 2030 vil det kunne være behov for 130 flere årsverk enn i 2021 (summen av utvalgte tjenester)
- ▶ I 2040 vil behovet kunne utgjøre 251 flere årsverk (summen av utvalgte tjenester) enn i 2021. Legger vi gjennomsnittlig stillingsstørrelse til grunn for framskrivningen (67 %, for turnusarbeidere) vil dette gi et behov for over 334 nye ansatte. Med turnus menes at den ansatte har arbeidstid som går i en rullerende plan, og at ukentlig arbeidstid i full stilling er mellom 33,6 og 35,5 timer.

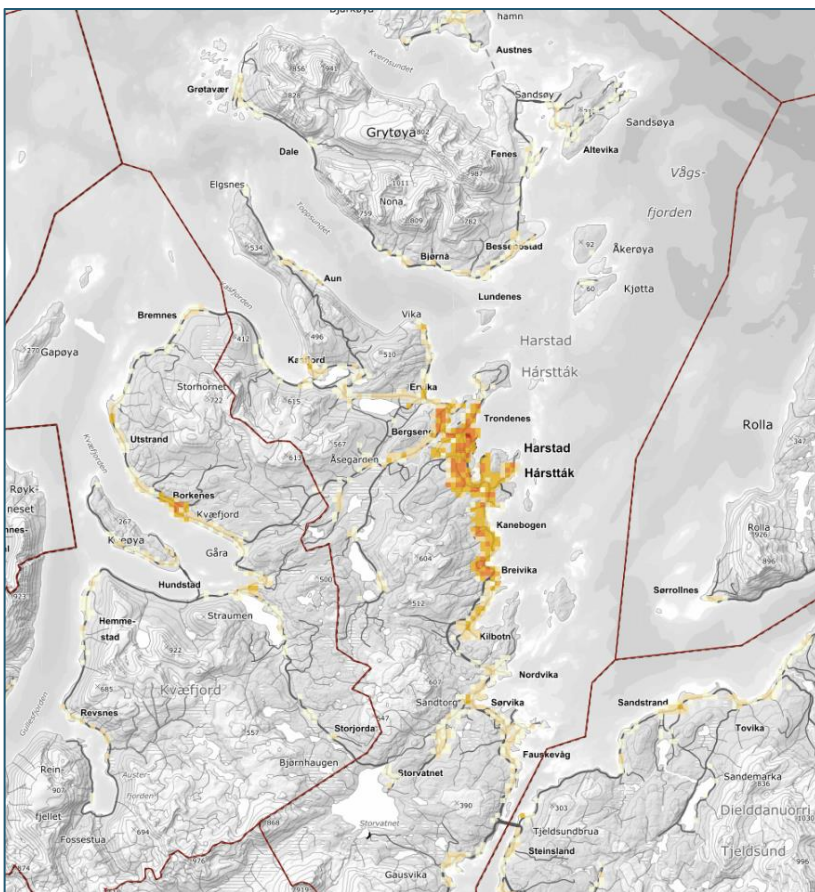
Av erfaring vet vi at mange av dagens ansatte både i institusjonstjenesten, og i hjemmetjenesten har relativ høy alder. Dette indikerer at avgangen utover i perioden vil kunne øke, og medføre et større behov for nyrekruttering enn det som fremkommer i framskrivningen.

Kilde: [Tjenestebehov - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/statistikk-om-heltid-og-stillingsstørrelse/>

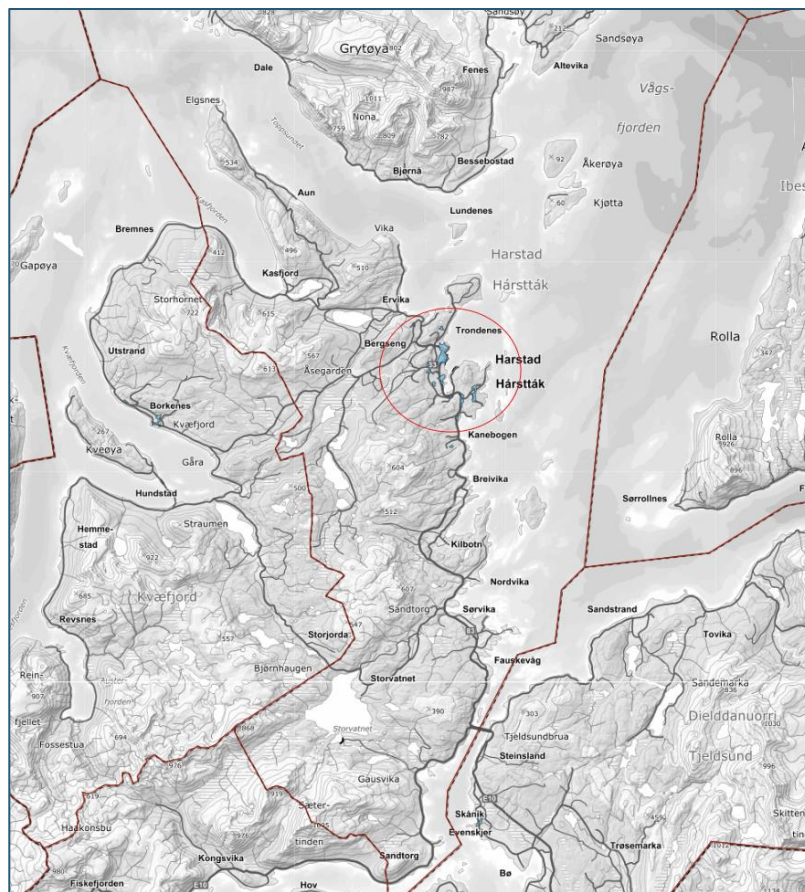
Bosettingsmønster i Harstad

Gode boliger med nærhet til handels- og servicesoner styrker eldre innbyggers muligheter til å klare seg selv og leve gode og selvstendige liv. I kartutsnittene under (Kilde: kart.ssb.no) ser vi at den største konsentrasjonen av innbyggere bor i Harstad sentrum og Kanebogen (venstre kartutsnitt), men det er bosetting andre steder i kommunen. I det midtre kartutsnittet viser vi det SSB definerer som handels- og servicesoner i Harstad. Her ser vi flere soner rundt Harstad, men ingen andre steder i kommunen. Det siste kartutsnittet viser hvor andelen er størst av personer over 80 år. Vi ser at det i liten grad er knyttet til handels- og servicesonene. Erfaringen er at en spredt bosetning med opphopning av eldre utenfor handels- og servicesoner, bidra til større press på kommunale tjenester.

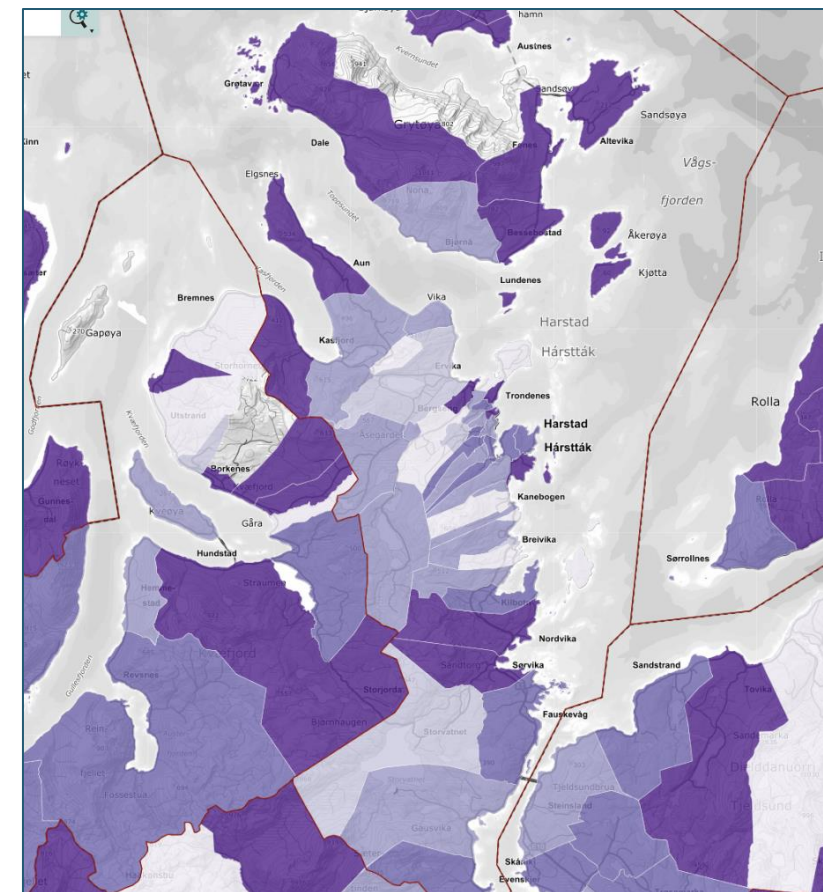
Befolkningskonsentrasjon
25.096 innbyggere SSB 2024



Handels og servicesoner
SSB 2023 (blått)



Andel over 80 år per
grunnkrets, SSB 2023



Boligutvikling og helhetlig boligpolitikk

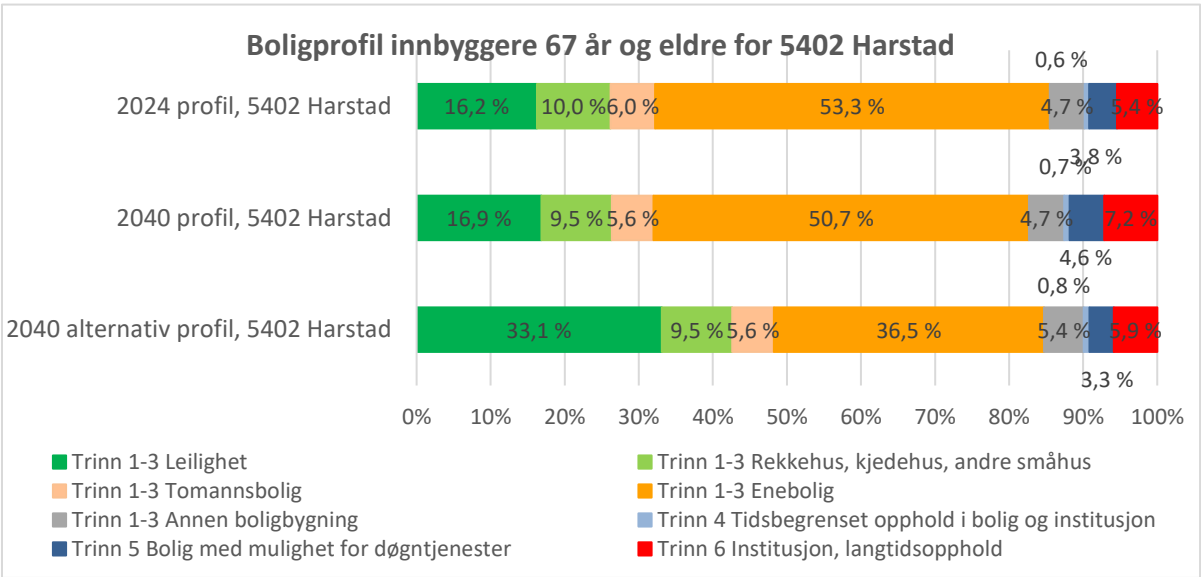
Agenda Kaupang har utviklet en prognosemodell for å se på boligbehov for innbyggere over 67 år i kommunen. Analysen bygger på data fra SSB. Vi legger danens boligprofil til grunn og fremskriver denne med utgangspunkt i MMMM-alternativet for befolkningsframskriving fra SSB. Vi lager en alternativ profil for vi simulerer hvilke konsekvenser for bemanning og kostander en annen boform hvor eldre bor i mer egnede boliger vil slå ut for kommunen.

Analysen viser at Harstad kommune i 2040 vil benytte 961 flere boliger for innbyggere over 67 år enn i dag. Videre beregninger viser at dersom en betydelig andel av denne veksten skjer i egnede leiligheter, kan behovet for omsorgstjenester reduseres med 56 %. Dette vil kunne innebære en besparelse på 74 millioner kroner i økte omsorgsutgifter, basert på den alternative profilen i boligprofilanalysen.

Enda viktigere er det at en slik boligutvikling vil redusere bemanningsbehovet i omsorgstjenestene. I stedet for en økning på 209 årsverk, vil kommunen kunne begrense veksten til 93 årsverk, en reduksjon på 117 årsverk sammenlignet med en ren demografisk framskrivning.

Boligprofilanalysen viser også at selv med en økning i antall eldre, vil antallet som bor i eneboliger både sentralt og usentralt forbli om lag 1 900 boliger, slik som i dag. Økningen i den eldre befolkningen gjør imidlertid at prosentandelen som bor i eneboliger vil synke, noe som kommer tydelig frem i figuren til høyre.

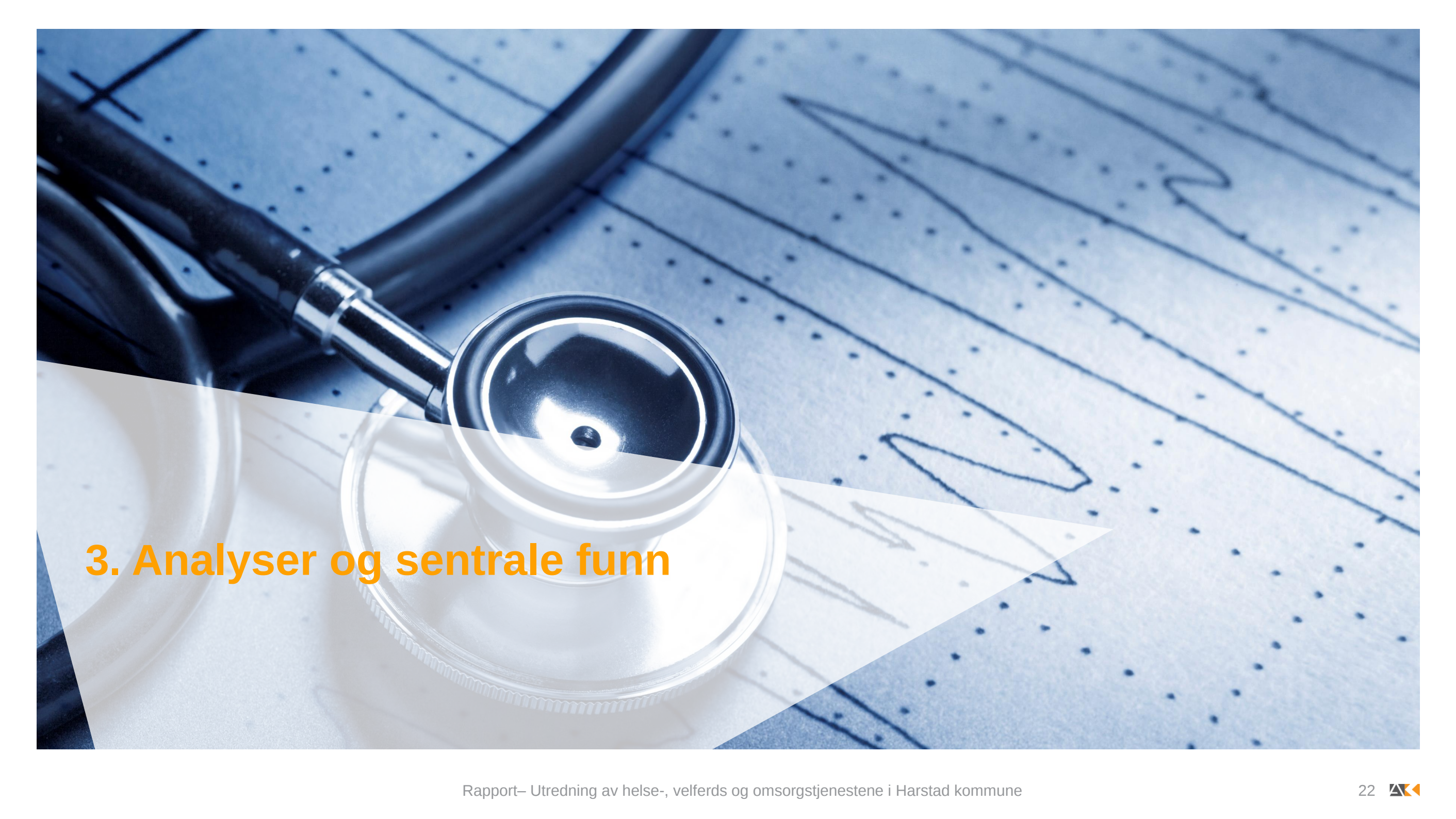
Agenda Kaupang er tydelig på at en bærekraftig helse-, velferds- og omsorgstjeneste fremover, forutsetter en mer helhetlig tilnærming til øvrig samfunnsutvikling, og spesielt i forhold til en helhetlig boligpolitikk hvor vi regner kommunens boligtilbud som en del av denne. Selv om dette prosjektet ikke har omfattet ytterligere boligkartlegginger eller analyser, er det klart at boligpolitikken vil være en sentral faktor i en fremtidig bærekraftig løsning.



Kilde: Boligprofilanalysen utviklet av Agenda Kaupang med data fra SSB i forhold til innbyggere og boforhold

Tabellen og oppstillingen til høyre her viser beregninger knyttet til estimert behov for årsverk i helsetjenestene. Det understrekes at dette er beregnede størrelser og ikke rapporterte eller faktiske data i forhold til årsverk eller økonomi. Data bygger på SSB-rapporterte tall og framskrivninger samt nasjonale priser for beregning av utgiftene. Metoden er fra Agenda Kaupang.

Dagens bemanning, 2023	688
Vekst i behov for årsverk i 2040	209
Endret praksis, alternativ profil 2040	- 93
Estimert behov for årsverk i 2040 med alt. profil	805
Estimert endring fra 2023-2040 med alt. profil	117
Antall ansatte ved 67% gjennomsnittlig stillingsstørrelse alternativ profil	174
Endring i kostnader for 5402 Harstad i 2040 (i mill 2023 kr)	
Økte kostnader i 2040 (2023 profil)	167
Reduserte kostnader i 2040 med alternativ profil	- 74
Økte kostnader etter gjennomføring av alt. profil	93
Reduserte kostnader i pleie- og omsorg ved alternativ profil	9,6 %



3. Analyser og sentrale funn

I vår tilnærming har vi lagt vekt på å få innsikt i prioritering av de kommunale helse-, velferds- og omsorgstjenester. Erfaringen er at tilgjengelige data fra SSB og KOSTRA ikke gir tilstrekkelig informasjon for å kunne sammenlikne prioritering og dimensjonering på tjenestenivå. Agenda Kaupang har derfor utviklet flere modeller som gjør det mulig å få frem data som gir innsikt om ulike brukergrupper på tjenestenivå innenfor helse, velferd og omsorgstjenestene. Vi har sammenliknet aktuelle tjenesteområder i Harstad kommune med andre relevante kommuner. Vårt material har begrensninger i form av at vi ikke bruker nasjonale tall. Data er samlet inn fra kommuner vi har gjort tilsvarende arbeid i. Dette medfører at det ikke vil være helt gjennomgående hvilke kommuner vi sammenligner med. Det medfører også at kommunen kan bli sammenliknet med kommuner de ikke vanligvis sammenlikner seg med.

I KOSTRA-analysen fra Agenda Kaupang sammenlignes behovskorrigerte netto driftsutgifter per innbygger innen de ulike tjenestene for å vise kommunenes prioriteringer. Utgifter per innbygger tar høyde for ulik demografi og gir en god indikasjon på prioritering korrigert for demografiske forskjeller.

Kommuneindeksen sammenligner kommunenes resultater de tre siste årene. Hypotesen er at kommunene med de beste resultatene er de kommunene som er best styrt, og de har kanskje noe å lære bort. Kommuneindeksen legger vekt på kommunens rolle som tjenesteprodusent. 90 % av utgiftene går til lovstyrte tjenester og oppgaver som produsent av velferdstjenester for innbyggerne. Gjennom vårt arbeid med kommuneindeksen ser vi at det er liten sammenheng mellom kostnader og kvalitet. Det betyr at det er mulig å produsere tjenester med god kvalitet til en lav kostnad. Arbeidet har også vist at kommunestørrelsen har liten eller ingen betydning på dette. God ledelse og hardt arbeid er nødvendig for å skape gode resultater i kommunen.

Pleie- og omsorgsanalysen er den analysen som her tillegges størst vekt, da den er mest dyptgående. Analysen bygger på data fra Agenda Kaupangs egenutviklede database. Data som presenteres er korrigert for forskjeller i behov i kommunene for å kunne foreta en sammenlikning på tvers av kommuner. Forskjellene kan blant annet omhandle ulik alders-sammensetning, størrelse på kommunene, beliggenhet, geografi osv.

Formålet med analysene er å få nødvendig innsikt i kostnadsnivå og dimensjoneringen av ulike helse, velferds- omsorgstjenester i kommunen. I Harstad er det gjort flere kartlegginger og analyser for å få innsikt i og kunnskap om tjenestenivå, kapasiteter og profilvalg innen helse- og mestringsområdet. Fullstendige resultater fra analysene er dokumentert i egne separate vedlegg. Hovedkonklusjoner blir gjengitt i dette kapittelet.

Analysene er utarbeidet for å få innsikt i hvordan kommunen har prioritert og dimensjonert tjenestene sine, samt for å få innsikt i styrker og utfordringer innenfor dagens organisering og praksis. Analysene har dannet grunnlag for Agenda Kaupangs vurderinger og anbefalinger, samt utarbeidelse av tiltak.



3.1 KOSTRA- og Kommuneindeks

Et utvalg analyser

Nøkkeltall

Et godt driftsresultat, lav netto lånegjeld og mye fondsreserver er viktige tegn på sunne kommunale finanser. En sunn og bærekraftig kommuneøkonomi tilsier overskudd på over 1,75 %, netto lånegjeld på under 75 %, og reserver på over 10 %. Overordnet økonomianalyse for Harstad gir følgende viktige styringstall for 2023.

Netto driftsresultat	Netto lånegjeld	Disposisjonsfond
-2,8 %	130,8 %	11,8 %

Harstad hadde et positivt driftsresultat på 1,6 % i 2021 og et enda bedre resultat med 3,5 % i 2022, men en tydelig forverring til 2023 hvor det ble et driftsresultat på -2,8 %. Driftsresultatet er det som gjenstår når kommunens utgifter er betalt og som kan brukes til investeringer og oppbygging av fri egenkapital (disposisjonsfond).

Harstad har høy lånegjeld. Lånegjelden har hatt en stor økning fra 2022 til 2023. Kommunen har en rekke store investeringer i 2024 og i 2025, som kommer til å føre til at lånegjelden øker ytterligere. Kommunen har et disposisjonsfond på 11,8 % etter 2023 som er over målet på 10 %, men det er grunn til å tro at den utfordrende driften i 2024 vil tære på dette fondet. Data viser at kommunens disposisjonsfond ble redusert fra 2022 til 2023.

Utgiftsnivået i kommunen

Kostnadsnivået, samt den fremtidige befolkningsutviklingen og befolkningssammensetningen, er nært knyttet til kommunens beregnede utgiftsbehov. Vi bruker inntektssystemets kostnadsnøkler for å justere for kostnadsforskjellene mellom kommuner. Et viktig poeng i utjevningsmodellen er at kommunen kun skal få kompensasjon for utgifter ved tjenesteytingen de selv ikke kan påvirke, og som da anses som ufrivillige kostnader. Det samlede utgiftsnivået til Harstad kommune er beregnet til 99,6 % av landsgjennomsnittet per innbygger.

Beregnet utgiftsbehov per kommune per tjeneste							
Tjeneste	1806 Narvik	1833 Rana	4624 Bjørnafjorden	4647 Sunnfjord	5402 Harstad	5403 Alta	Gruppe 09
Administrasjon	96,3 %	95,4 %	96,2 %	97,3 %	95,3 %	97,3 %	95,9 %
Barnehage	91,9 %	87,2 %	107,1 %	108,1 %	97,2 %	113,1 %	100,1 %
Barnevern	88,6 %	88,9 %	98,2 %	95,7 %	93,8 %	112,5 %	99,5 %
Grunnskole	90,3 %	94,1 %	119,0 %	111,7 %	94,0 %	109,6 %	104,3 %
Helse	103,5 %	100,5 %	103,1 %	102,7 %	100,2 %	100,1 %	98,9 %
Landbruk	67,3 %	78,2 %	86,0 %	288,7 %	60,6 %	84,7 %	103,6 %
Pleie og omsorg	120,5 %	115,4 %	96,1 %	100,4 %	107,9 %	95,9 %	101,3 %
Sosial	83,3 %	80,6 %	73,9 %	75,1 %	86,9 %	82,8 %	88,2 %
Utgiftsbehov totalt	102,3 %	100,3 %	102,7 %	103,1 %	99,6 %	102,3 %	100,5 %

Tabell med beregnet utgiftsnivå Kilde: KOSTRA-analysen fra Agenda Kaupang

Kommunale regnskaper må korrigeres for ulikheter i utgiftsbehov før sammenligning. Ulik befolkningssammensetning, sosiodemografiske forhold og geografi/bosettingsmønster, gjør at kommuner har ulikt utgiftsbehov med hensyn til å gi et likeverdig tjenestetilbud. Kommunene kompenseres/trekkes for slike kostnadsforskjeller gjennom inntektssystemets kostnadsnøkler, basert på hvor dyre eller billige kommunene er å drive. Forskjeller i beregnet utgiftsbehov synliggjøres gjennom kostnadsindekser, hvor en indeksverdi over 100 % indikerer at kommunen er mer kostnadskrevende enn landsgjennomsnittet.

Teoretisk innsparingspotensial

Når vi korrejerer for behov og regner om tjenestene til pris per innbygger, avdekker vi et teoretisk innsparingspotensial sett i forhold til KOSTRA-gruppen og andre sammenliknbare kommuner. Tabellen under viser mulig innsparingspotensial i Harstad kommune, sammenliknet med kommunene som er med i vårt utvalg her. Mulig innsparingspotensial er markert med et positivt tall og er markert med oransje. Harstad er ikke vist i tabellen og er satt til å være 0 på alle punkt.

Innsparingspotensial sammenliknet med kommunene i utvalget						
Tjeneste	1806 Narvik	1833 Rana	4624 Bjørnafjorden	4647 Sunnfjord	5403 Alta	Gruppe 09
Administrasjon	-26 mill.	-434 mill.	53 mill.	30 mill.	43 mill.	19 mill.
Barnehage	-12 mill.	-3 mill.	-5 mill.	-22 mill.	-1 mill.	-1 mill.
Barnevern	-6 mill.	20 mill.	12 mill.	13 mill.	-19 mill.	10 mill.
Bolig	-6 mill.	-19 mill.	3 mill.	-8 mill.	-43 mill.	-9 mill.
Brann	-8 mill.	2 mill.	3 mill.	4 mill.	-2 mill.	7 mill.
Grunnskole	-14 mill.	52 mill.	98 mill.	23 mill.	-17 mill.	40 mill.
Helse	25 mill.	32 mill.	45 mill.	46 mill.	-13 mill.	45 mill.
Kirke	-3 mill.	-1 mill.	0 mill.	-5 mill.	-4 mill.	-1 mill.
Kultur	-7 mill.	11 mill.	25 mill.	8 mill.	11 mill.	11 mill.
Landbruk	-2 mill.	0 mill.	-1 mill.	0 mill.	-3 mill.	-1 mill.
Plan- og byggesak	16 mill.	3 mill.	5 mill.	2 mill.	1 mill.	4 mill.
Pleie og omsorg	-1 mill.	125 mill.	101 mill.	111 mill.	-206 mill.	109 mill.
Samferdsel	-24 mill.	-25 mill.	-9 mill.	-31 mill.	7 mill.	-4 mill.
Sosial	-8 mill.	9 mill.	9 mill.	21 mill.	-60 mill.	4 mill.
Totalt	-75 mill.	-229 mill.	339 mill.	192 mill.	-307 mill.	234 mill.

Tabell med Innsparingspotensial Kilde: KOSTRA-analysen fra Agenda Kaupang

Tabellen viser at Harstad har et innsparingspotensial på totalt 234 millioner kroner sammenliknet med KOSTRA-gruppe 9. Ser vi på pleie og omsorg, er innsparingspotensialet på hele 109 millioner kroner. Det er kun Alta som har høyere utgifter enn Harstad til dette formålet blant sammenlikningskommunene.

Innsparingspotensial i pleie og omsorg

Tabellen nedenfor viser innsparingspotensial fordelt per KOSTRA-funksjon innen pleie og omsorg. Institusjonstjenester har det største innsparingspotensialet, med 67 millioner kroner, etterfulgt av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, med 27 millioner kroner, sammenliknet med KOSTRA-gruppe 9.

Sammenliknet med de øvrige kommunene i utvalget, så ser vi at funksjon 253 helse- og omsorgstjenester i institusjon, og funksjon 261 institusjonslokaler, som områdene med størst innsparingspotensial.

Innsparingspotensial						
Funksjon	1806 Narvik	1833 Rana	4624 Bjørnafjorden	4647 Sunnfjord	5403 Alta	Gruppe 09
234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.	2 mill.	4 mill.	-9 mill.	-10 mill.	0 mill.	-2 mill.
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	-13 mill.	37 mill.	129 mill.	89 mill.	-11 mill.	67 mill.
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	-3 mill.	67 mill.	-42 mill.	34 mill.	-213 mill.	27 mill.
256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	8 mill.	4 mill.	6 mill.	-1 mill.	3 mill.	5 mill.
261 Institusjonslokaler	5 mill.	12 mill.	17 mill.	0 mill.	15 mill.	12 mill.
Totalt	-1 mill.	125 mill.	101 mill.	111 mill.	-206 mill.	109 mill.

Tabell med beregnet innsparingspotensial pleie og omsorg Kilde: KOSTRA-analysen fra Agenda Kaupang

Kommuneindeksen 2024

Hva er god styring av kommuner og hva kan vi lære av de beste?

[Kommuneindeksen](#) sammenligner kommunens resultater de tre siste årene. Hypotesen er at kommunene med de beste resultatene er de kommunene som er best styrt. De har kanskje noe interessant å lære bort. Kommuneindeksen legger vekt på kommunens rolle som tjenesteprodusent. 90 % av utgiftene går til svært lovstyrte oppgaver som produsent av velferdstjenester til innbyggerne. Kommunene må klare å levere gode tjenester i tilstrekkelig omfang uten å miste kontrollen over økonomien. Vi sammenligner derfor tjenestekvalitet, kostnadsnivå og finanser, og disse vektet likt i Kommuneindeksen. Kostnader og kvalitet teller likt i indeks for effektivitet. Alle kommuner teller likt. Indeksen for hver indikator er avstanden fra kommunegjennomsnittet, målt i standardavvik.

Oppsummering av funnene i Kommuneindeksen

Hvilke kommuner får mest og best velferd ut av hver krone?

- Liten/ingen sammenheng mellom kommunestørrelse og kvalitet
- Liten/ingen sammenheng mellom kostnader og kvalitet
- Liten sammenheng mellom inntektsnivå og finanser
- En viss sammenheng mellom sentralitet og god styring
- Flertallet av kommunene med god styring i år hadde det også i fjor

Hva er god styring av kommuner og hva kan vi lære av de beste?

- Fokus på effektiv drift og kunsten å levere tjenester med god kvalitet med lave kostnader
- God ledelse og hardt arbeid er nødvendig for å skape gode resultater i kommunene. Det er ikke nok med mye penger eller flaks.

Agenda Kaupang håper kommuneindeksen for enkeltkommuner kan være til nytte for kommuneledere som vil forbedre resultatene.

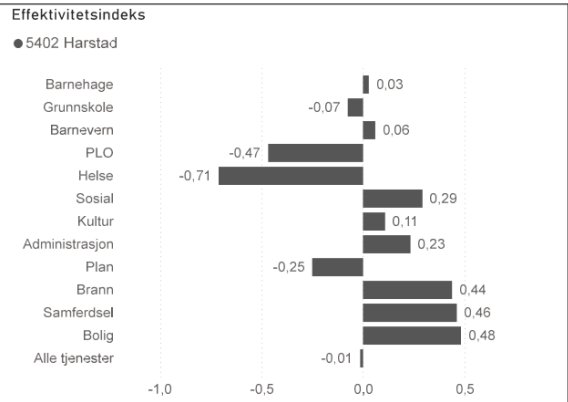
- Hva gjør kommunen for å levere bedre kvalitet? Hvordan vri tjenesten til mer tidlig innsats?
- Hvordan rekruttere tilstrekkelig kompetanse framover?
- Hvordan sikre en helhetlig boligutvikling som gjør de eldste innbyggerne mer selvhjulpne?

Harstad rangeres som nummer 289 i Kommuneindeksen 2024

Utvikling siste tre år				
Region	2021	2022	2023	
5402 Harstad				
Rang kommuneindeks	249	220	289	
Rang kvalitet	149	240	265	
Rang kostnad alle tjenester	213	194	201	
Rang finans	273	201	310	
Rang effektivitet	203	196	207	
Kommuneindeks	-0,13	-0,04	-0,26	
Indeks kvalitet	0,05	-0,07	-0,10	
Indeks kostnad alle tjenester	0,04	0,14	0,07	
Indeks finans	-0,49	-0,20	-0,76	
Indeks effektivitet	0,04	0,03	-0,01	

Rang i sammenlikningskommunene					
Region	Rang kommune indeks	Rang kvalitet	Rang kostnad	Rang finans	Rang effektivitet
1804 Bodø	171	110	146	227	136
1806 Narvik	278	221	229	276	231
5037 Levanger	158	53	56	308	35
5401 Tromsø	279	97	184	332	171
5402 Harstad	289	265	201	310	207
5403 Alta	301	227	294	239	291
Gruppe 09	135	141	92	222	89

Finansielle nøkkeltall siste tre år			
Region	2021	2022	2023
5402 Harstad			
Indeks finans	-0,49	-0,20	-0,76
Disposisjonsfond i prosent	0,14	0,15	0,12
Netto driftsresultat i prosent	0,02	0,03	-0,03
Netto lånegjeld i prosent	1,14	1,15	1,31



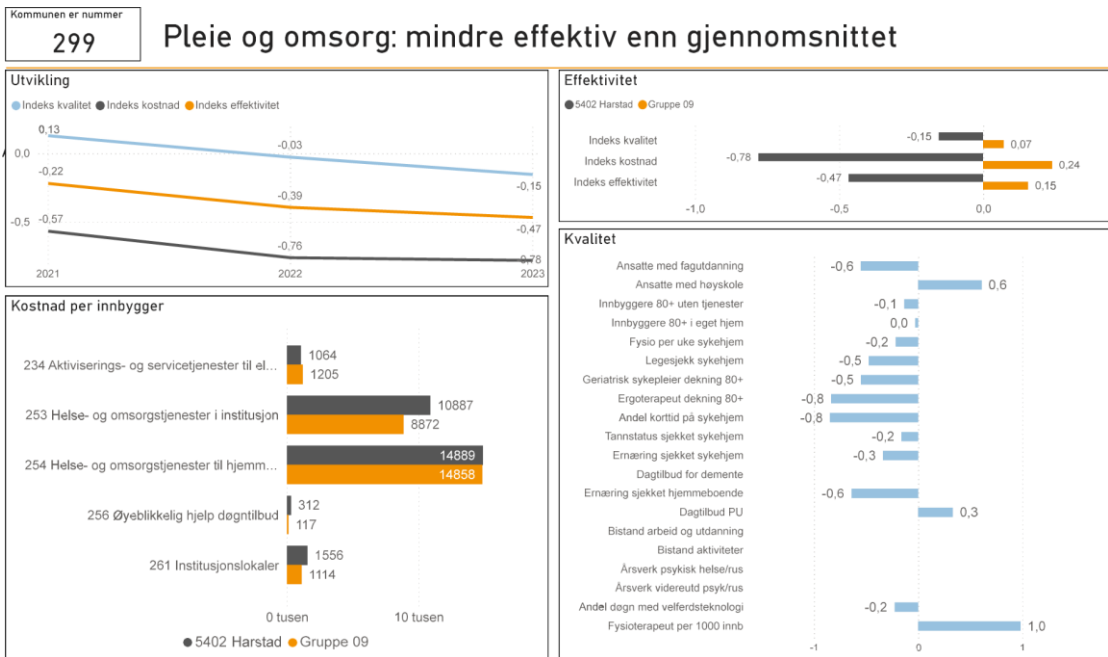
Figur; Agenda Kaupangs kommuneindeks. Kilde: Agenda Kaupang 2024

Figurene ovenfor oppsummerer Kommuneindeksen for Harstad kommune. Øverst til venstre vises utviklingen over tid for de ulike indeksene, rangeringer og standardavvik. Utviklingen har vært særlig negativ for kvalitet, mens kostnadsnivået har holdt seg relativt stabilt sammenlignet med snittet. Figuren nederst til venstre viser at alle sammenlikningskommuner, unntatt Alta, presterer bedre enn Harstad samlet sett. For kvalitet gjør samtlige det bedre enn Harstad, mens både Narvik og Alta har høyere kostnader. Når det gjelder effektivitet, er Harstad noe dårligere enn Bodø og Tromsø, men bedre enn Narvik og Alta. Levanger utmerker seg på alle områder, bortsett fra finanser, hvor de scorer svært lavt.

Vi ser av effektivitetsindeksen nederst til høyre, at Harstad skårer relativt svakt innenfor Pleie og omsorg og Helse. Dette skyldes hovedsakelig høye kostnader.

Kommuneindeksen 2024 forts.

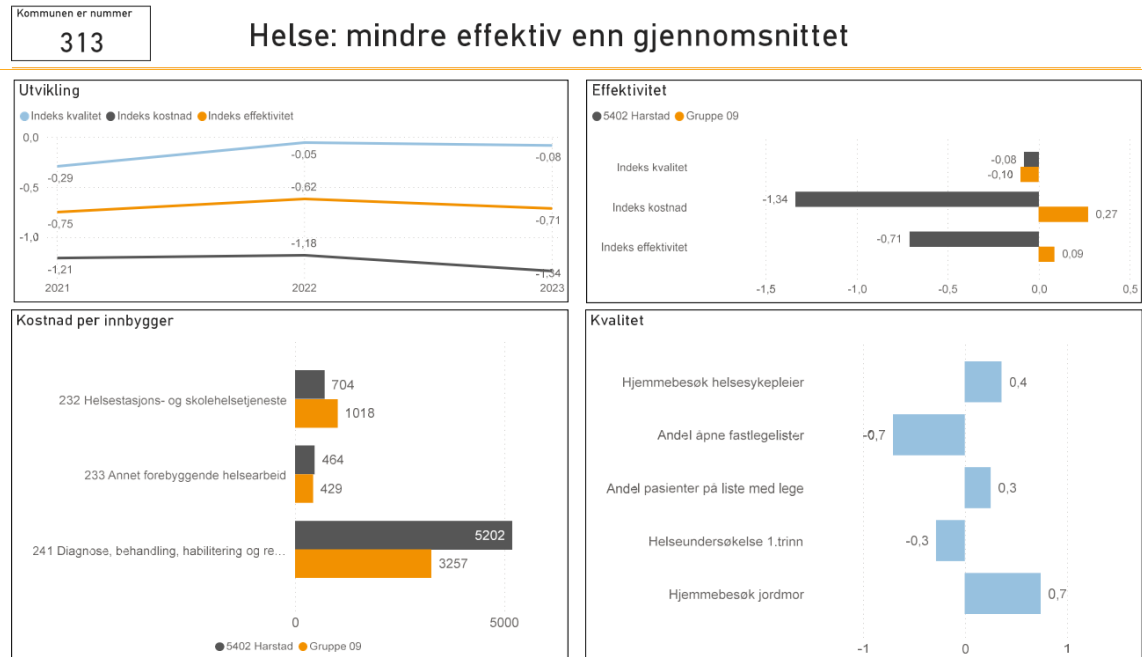
Kommunen er nummer 299 på pleie og omsorg



Figur fra Agenda Kaupangs kommuneindeks. Kilde: Agenda Kaupang

Våre målinger viser at det har vært en nedgang på skårene for Kvalitet innen pleie og omsorg siste 3 årene i vår måling. Fra å være litt over snittet, ligger Harstad nå litt under snittet. Samtidig har også kostnadsbildet gått fra høye kostnader til svært høye kostnader, og nå med et standardavvik på 0,78. Dette betyr at Harstad er blant de 10 % dyreste i landet på pleie og omsorg, sett i forhold til kostnad per innbygger. Dette gir samlet at effektiviteten er mindre enn gjennomsnittet og relativt lav.

Harstad rangeres som nummer 312 på Helse i kommuneindeksen 2024

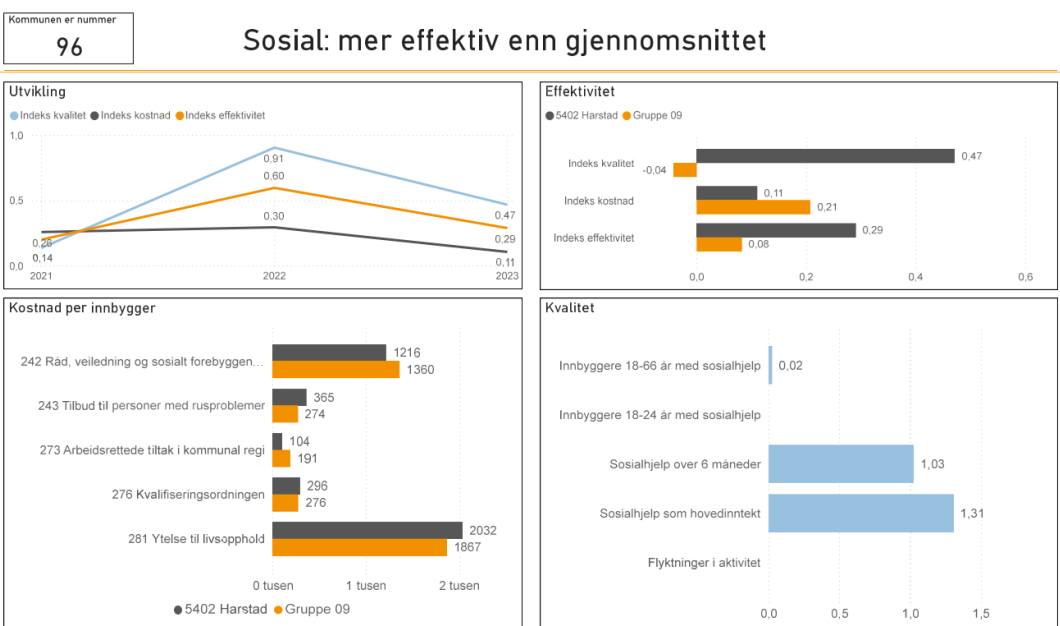


Figur fra Agenda Kaupangs kommuneindeks. Kilde: Agenda Kaupang

For helse har det vært en liten økning i kvalitet fra 2021 til 2023, men kostnadene har gått fra høye til svært høye per innbygger. Dette gjelder KOSTRA-funksjon 241 spesielt. Våre analyser av funksjon 241 (Helseanalysen) viser at høye utgifter skyldes både høye utgifter til legetjenesten, men også høye utgifter til fysio- og ergoterapitjenester.

Kommuneindeksen 2024 forts.

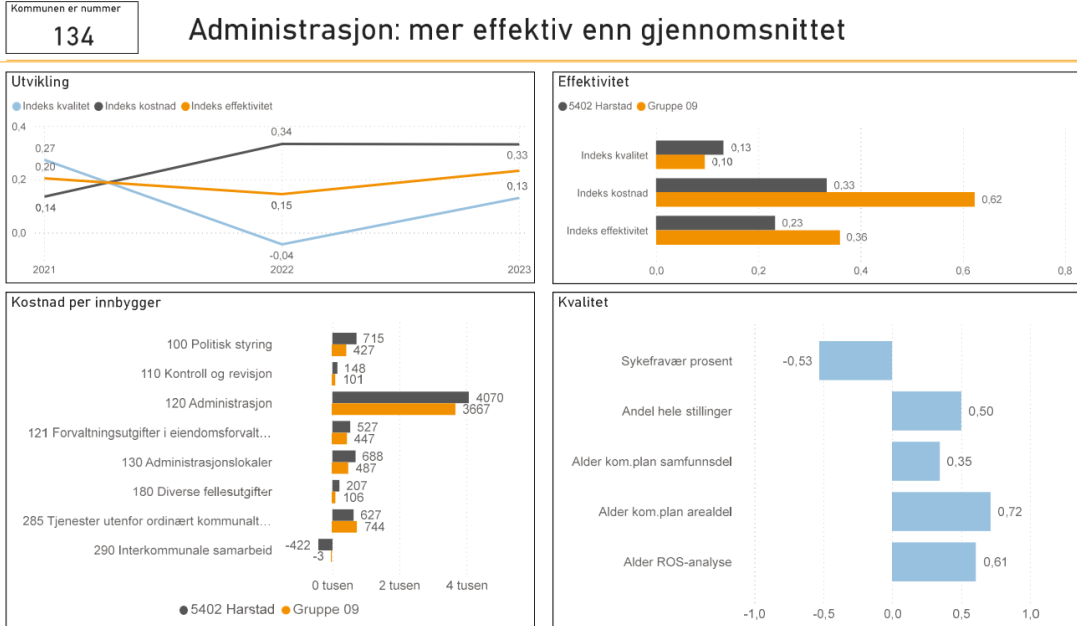
Kommunen er nummer 96 på sosial



Figur fra Agenda Kaupangs kommuneindeks. Kilde: Agenda Kaupang

Sosial er et av områdene hvor kommunen gjør det relativt godt på kommuneindeksen. Både kostnadene og kvaliteten er bedre enn snittet for landet som betyr at kommunen har bedre effektivitet enn mange andre.

Harstad rangeres som nummer 134 på Administrasjon



Figur fra Agenda Kaupangs kommuneindeks. Kilde: Agenda Kaupang

Også på administrasjon er både kvaliteten og kostnadene bedre enn snittet for landet. Også her er kvaliteten høy, men det er en viktig indikator som er negativ, nemlig høyt sykefravær. Vi har valgt å ha dette som en styringsindikator på administrasjon, da vi mener at dette ligger til kommunens øverste ledelse å styre.

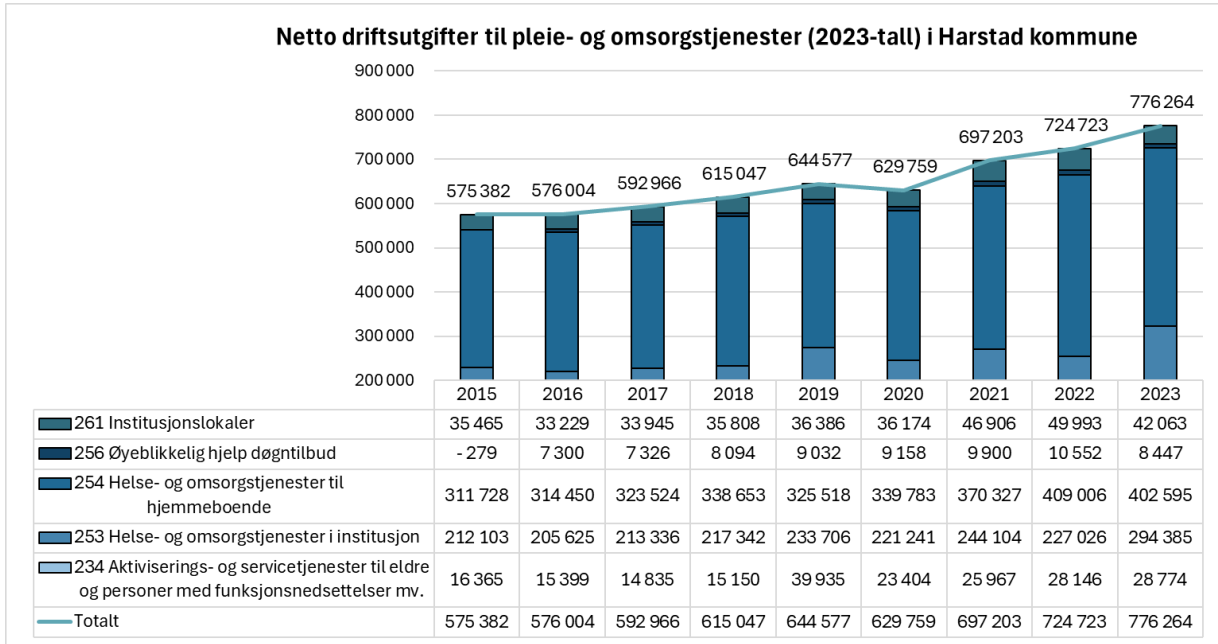


3.3 Pleie- og omsorgstjenesteanalyse

Oppsummering av de viktigste funnene

Utvikling over tid- pleie og omsorg

Harstad sine utgifter til pleie- og omsorg er høyere enn tilhørende KOSTRA-gruppe og flere av sammenlikningskommunen vi har benyttet i vårt arbeid. Harstad har hatt en utgiftsvekst siden 2015 ref. figuren under:



Figur: Utvikling i nettodriftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester, Kilde: SSB og Agenda Kaupang

Figuren over utgifter til pleie- og omsorgstjenester korrigert for kommunal deflator, viser en vekst fra 2015 til 2023 på 200 millioner kroner. Veksten fra 2022 til 2023 er 51,5 millioner kroner.

Analysen viser at det har vært en økning innen alle tjenestene, men utgifter til institusjon har økt mest:

- ▶ Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende har økt med 31 % i tidsperioden
- ▶ Helse- og omsorgstjenester i institusjon har økt med 36 % i tidsperioden.

Nasjonale data viser at hovedvekten av landets øvrige kommuner også har hatt en utgiftsøkning. Årsaken til dette er ulike, men må sees i sammenheng med økte og endrede oppgaver til kommunene, i kombinasjon med økning i andel eldre (fra 2015 til 2023 har Harstad hatt en vekst i innbyggere over 80 år på 16,5 %. Den generelle befolkningsveksten var på 0,9 %). Nasjonale data viser samtidig at utgifter til yngre tjenestemottaker har økt i perioden.

Utviklingen i tjenesteprofil for Harstad fra 2015-2023 (kilde: SSB) viser at Harstad har hatt en økning i tjenestene samlet sett:

- ▶ Andel tjenestemottakere med ulike tjenester i eget hjem har hatt en økning
- ▶ Boliger med bemanning er økt i perioden
- ▶ Andel tjenestemottakere med langtidsopphold i institusjon har økt i hele perioden
- ▶ Andel med korttidsopphold ligger omtrent på samme nivå som i 2015.

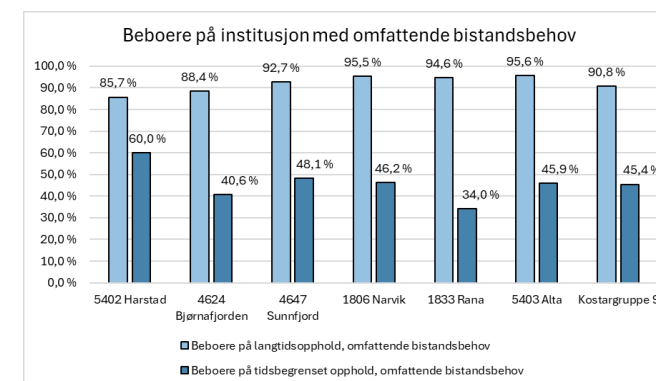
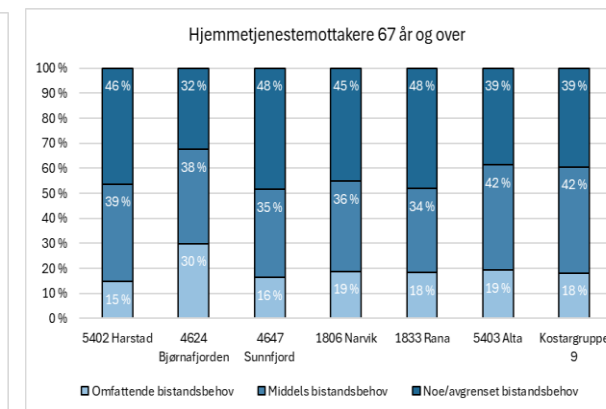
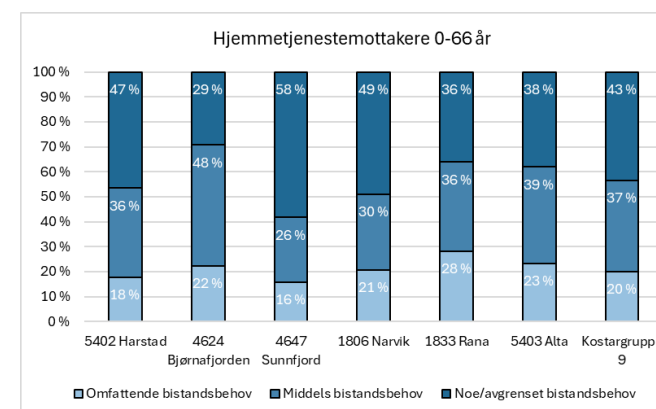
Tjenestemottakere har ulike bistsandsbehov

Tjenestemottakere i helse- og omsorgstjenesten har ulike bistsandsbehov. Bistsandsbehov forstår vi som en beskrivelse av tjenestemottakeres/pasientens behov for hjelp, og avhenger av vedkommende funksjonsnivå, både fysisk og psykisk. Bistsandsbehov varierer fra tjenestemottaker til tjenestemottaker og ulike faktorer som f.eks. pasientens alder, helsetilstand, funksjonsevne spiller inn.

Definisjonen og måling av bistsandsbehov iht. IPLOS (Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk) kan være viktig kunnskap både for å kunne si noe om forventet ressurs- og tjenestenivå og for å sikre at tjenestemottakerne får «riktig» tilbud. IPLOS gjøres for å foreta en funksjonsvurdering av tjenestemottaker innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne skal utføres minimum hver 6. måned eller ved behovsendringer. Basert på skår av 15 funksjonsvariabler rangeres hver tjenestemottaker i en av fire kategorier: *Lite/avgrenset bistsandsbehov*, *Middels til stort bistsandsbehov*, *Omfattende bistsandsbehov* eller *Ikke grunnlag for å beregne bistsandsbehov*.

Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) publisert i KOSTRA, inneholder data om bistsandsbehovene til tjenestemottakerne i ulike kommuner. Vi har hentet ut data fra Harstad og noen utvalgte sammenlikningskommuner. Data som er benyttet bygger på vurderingsverktøyet IPLOS. Vi erfarer at funksjonskartleggingen beskriver relativt godt det somatiske ressurs- og utfordringsnivået for beboerne/tjenestemottakere. IPLOS er imidlertid ikke nødvendigvis like egnet for å fange opp de kognitive utfordringene. En annen mulig utfordring med IPLOS-kartleggingen er at vurderingene tas av mange og ulike tjenesteutøvere. Kartleggingen innebærer stor grad av skjønnsmessige vurderinger og det kan gjøre at ulike personer skårer ulikt. Når data benyttes er det derfor viktig å kjenne til disse mulige usikkerhetsmomentene.

Nasjonale tilgjengelige data (2023) viser at Harstad ikke har flere tjenestemottakere vurdert til å ha *omfattende bistsandsbehov* enn sammenlikningskommunene, med unntak av tidsbegrenset opphold på institusjon. Data fremkommer i figurene under. 18 % av tjenestemottakerne med hjemmetjenester under 66 år er vurdert å ha *omfattende bistsandsbehov* i Harstad. For aldersgruppen 67 år og over, er andelen rundt 15 %. På korttidsopphold er 60 % av beboerne vurdert å ha *omfattende bistsandsbehov*, dette er høyere enn sammenlikningskommunene. For beboere på langtidsavdelinger er tallet 85,7 %. Dette er lavere enn snittet i KOSTRA-gruppen. Tabellene under viser hvordan dette er i Harstad og utvalgte sammenlikningskommuner.



Figurer: Vurdert bistsandsbehov for tjenestemottakere.
Kilde: SSB-tabell 12292 (for 2023) og Agenda Kaupang

Økning i årsverk, men lavere kompetanse

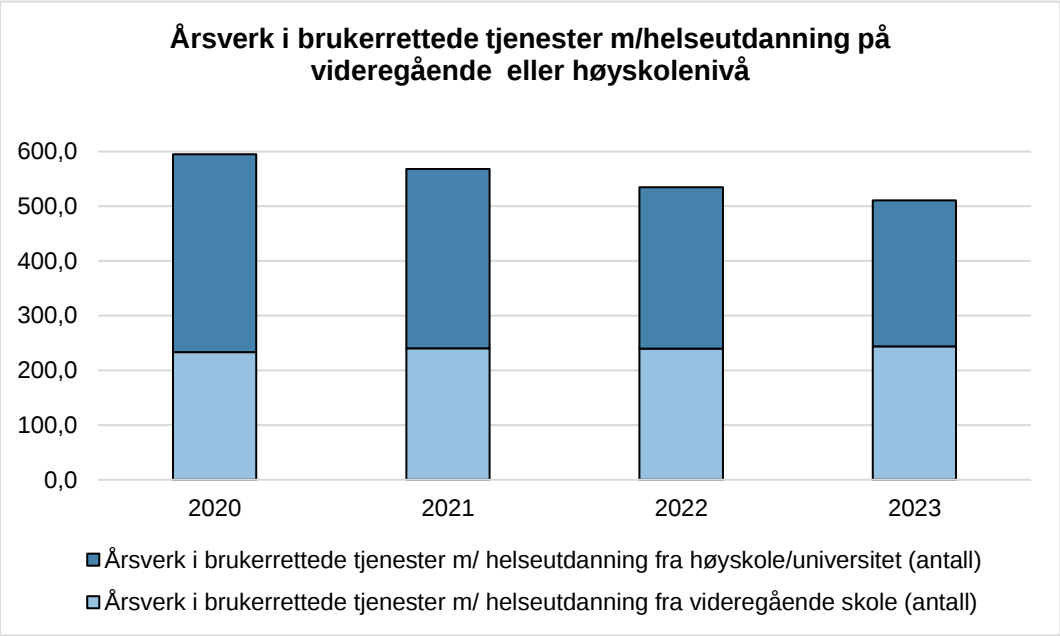
Harstad opplever, som mange andre kommuner, utfordringer med å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse. Demografisk utvikling, med sterkt økning i andel eldre og lavere andel yrkesaktive per eldre er ventet å forsterke utfordringene fremover. I tabellen under har vi sammenfattet utviklingen i årsverk, heltidsstillinger og gjennomsnittlig stillingsstørrelse for ansatte innen helse og omsorg som jobber i turnus. Tabellen viser at det har vært en økning i årsverk i perioden. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse har økt med 1 prosentpoeng fra 2020 til 2023, Andel ansatte i, og de i heltidsstillinger har økt med 3 prosentpoeng i samme periode:

År	Andel heltidsansatte	Gjennomsnittlig stillingsstørrelse	Årsverk
2020	31 %	77 %	472
2021	31 %	77 %	472
2022	33 %	78 %	507
2023	34 %	78 %	517

Figur: Årsverk i turnus, Kilde: PAI-registeret og Agenda Kaupang

Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023: 4) viser at det vil bli stor mangel på kvalifiserte helsearbeidere fremover. Kommisjonen understreker at det er nødvendig å intensivere arbeidet med omstilling, for at vi skal sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i tiden fremover.

Nasjonale data viser at Harstad i perioden fra 2020 og ut 2023, har hatt en nedgang i årsverk med helseutdanning på videregående- og høyskolenivå. Dette til tross for at kommunen har hatt en økning i årsverk. Data fra 2023 viser en samlet nedgang i ansatte med helseutdanning sammenliknet med tidligere år. Data fremkommer i figuren til høyre.



Figur: Årsverk med kompetanse, Kilde: SSB tabell 12292 og Agenda Kaupang

Analyse av pleie og omsorg: Metode

3.3 Analyse og sentrale funn

I Agenda Kaupangs database foreligger det detaljerte oversikter over ulike kommuners prioritering av pleie- og omsorgstjenester (PLO). Dette er tall som ikke finnes i KOSTRA. For å svare ut mandatet for dette arbeidet har det vært nødvendig å se på totalutgiftene ført under det som i KOSTRA benevnes som pleie- og omsorgstjenester og innbefatter tjenester som: Støttekontakt, omsorgsstønad, avlastning, helsehjelp utenfor institusjon, praktisk bistand - opplæring/hjemmehjelp, tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse, institusjonstjenester (sykehjem, barnebolig, avlastning i institusjon), kommunale arbeids- og aktivitetstilbud.

For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i kommunen har vi sammenliknet Harstad med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling og analyser. Gjennomsnittet for referansegruppen kalles i analysene «Snittet av 14 utvalgte kommuner» og består av Harstad, Asker, Lier, Lom, Tønsberg, Skien, Fyresdal, Kvinesdal, Vindafjord, Kristiansund, Ulstein, Sula, Volda og Verdal. Det er vår oppfatning at disse kommunene er relativt nær et «nasjonalt snitt», og derfor kan brukes til en vurdering av kommunen.

Sammenligningene omhandler antall brukere og utgifter per bruker for likartet tjeneste. I analysene tar vi utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter for kommunene.

Analysen som er gjennomført bruker tre brukerkategorier:

- ▶ *Mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser*
- ▶ *Mennesker med psykiske helseplager/rusrelaterte sykdommer*
- ▶ *Andre brukere, hovedsakelig eldre*

Analysene er behovskorrigert for ulik demografi, sosiale forhold og geografi. Agenda Kaupang benytter seg av behovsberegningen som staten har beregnet, til bruk i inntektssystemet for kommunene (utgiftsutjevningen).

Formålet med analysen er å få en dypere kunnskap om ulike brukergrupper, tjenesteprofil og ressursbruk knyttet til enkelttjenester.

I denne rapporten gjengis en kort oppsummering om kommunens prioritering og dimensjonering av tjenester til ulike brukergrupper. Analysen som er gjort for alle de tre brukergruppene er utformet som selvstendige rapporter og oversendt kommunen høsten 2024.



Bilde: Rapport- Analyse av kostnader og tjenesteprofil til ulike brukergrupper innen pleie og omsorgstjenesten

Analyse av pleie og omsorg: Oppsummering

3.3 Analyse og sentrale funn

Analysen viser at Harstad brukte 30 377 kroner i netto driftsutgifter per innbygger (justert for et utgiftsbehov på 107,6 % av landsnittet), og en samlet ressursbruk på 0,8 milliarder kroner i 2023*. Analysen innenfor pleie og omsorg, og overordnede KOSTRA analyser, viser at Harstad har høyere utgifter enn snittet av tilhørende KOSTRA gruppe, og snittet av sammenlikningskommuner i denne analysen. En av hovedårsakene til dette er høy bruk av vikarbyrå og vikarer sammenlignet med andre.

Analysen innen pleie og omsorg viser at mye av kommunens ressursene er knyttet opp til de tyngste trinnene i innsatstrappen. Dette gjelder særlig innenfor brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*, men også til de to andre brukergruppene.

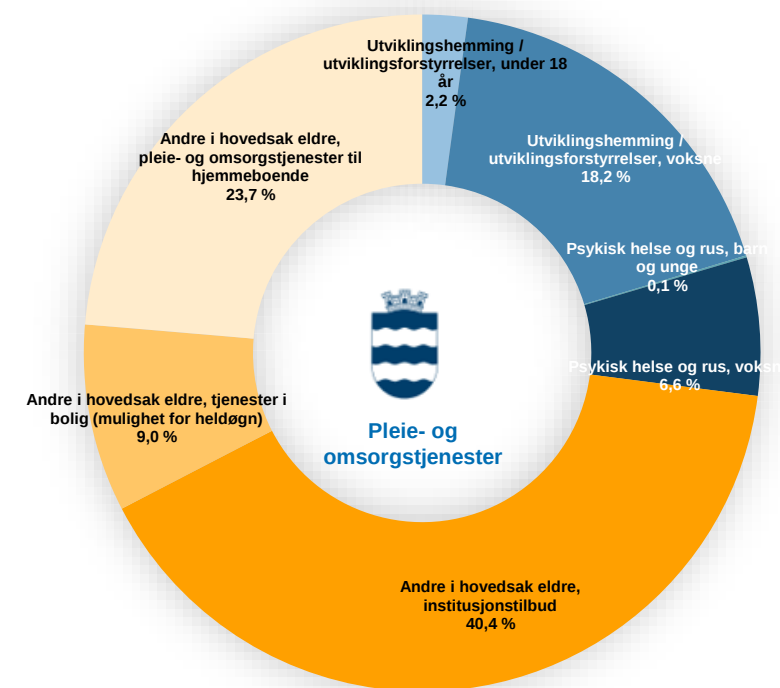
I 2023 gikk omtrent 73 % av utgiftene til pleie og omsorgstjenestene til brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*. Hovedvekten av utgiftene til denne gruppen ble benyttet til ulike institusjonstilbud (40,4 %). 9 % ble benyttet til boliger med mulighet for døgntjenester. I underkant av 24 % av utgiftene i 2023 omhandlet ulike tjenester til hjemmeboende.

I 2023 ble ca. 20 % av utgiftene ført under tjenester benevnt som pleie og omsorg, brukt på tjenester til mennesker med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser. 7 % av de totale utgiftene innenfor pleie og omsorg ble benyttet til mennesker med psykiske helseplager/rusrelaterte sykdommer. Data fremkommer i figuren til høyre.

Det er viktig å presisere at tjenestemottakere innenfor alle de tre brukergruppene også kan motta andre kommunale tjenester som for eksempel fastlegetjenester, rehabiliterende helsetjenester, sosialtjenester mv. Disse tjenestene omfattes ikke av KOSTRA-funksjonene innen pleie og omsorg, og inngår derfor ikke i denne analysen.

* I analysen har vi justert opp sats for arbeidsgiveravgift til 14,1 % for Harstad.

Fordeling av pleie- og omsorgskostnader i Harstad kommune

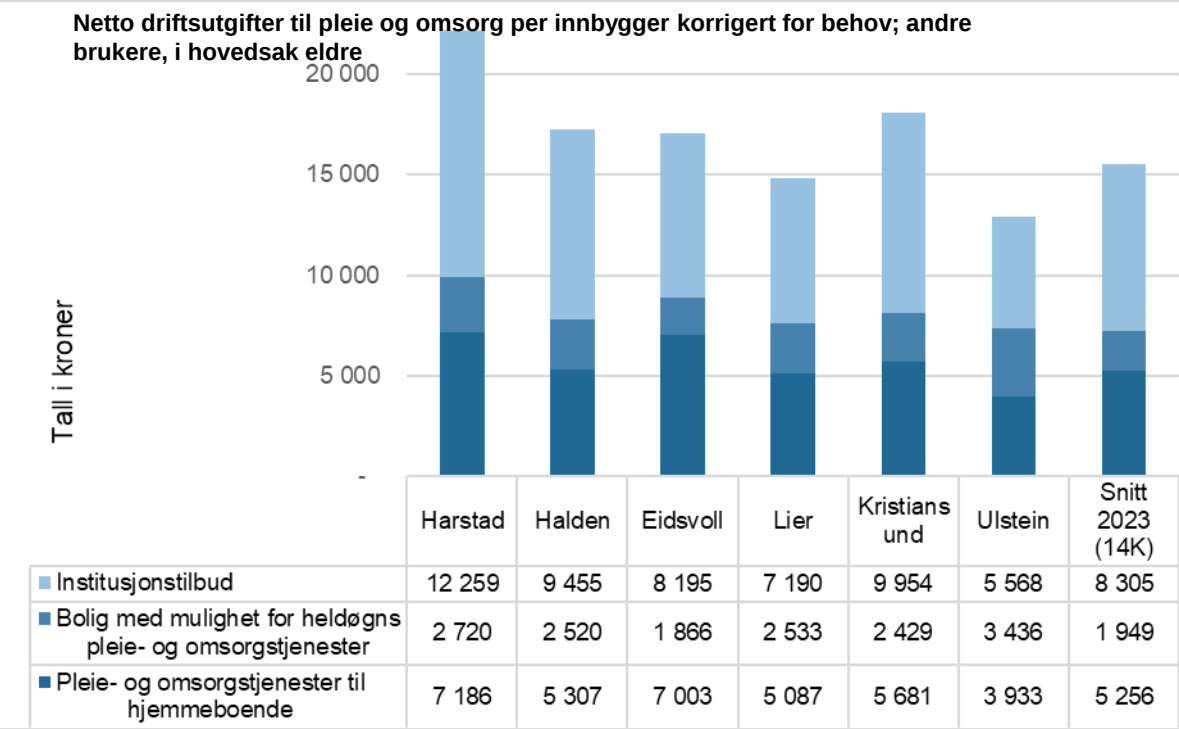


Figuren viser hvor stor andel innenfor kommunes utgifter ført under tjenester definert som PLO i KOSTRA ([Kommune-Stat-Rapportering](#)) er ført på ulike brukergrupper. Kilde: SSB, kommunens kartlegging/regnskap 2023 og Agenda Kaupang.

Analyse av pleie og omsorg: Tjenester til Andre brukere, hovedsakelig eldre

I 2023 ble 73 % av Harstad kommune sine utgifter til pleie og omsorg brukt på brukergruppen *Andre*, i hovedsak eldre. Hovedvekten av utgiftene til denne målgruppen gikk til ulike institusjonstilbud (40,4 %).

Analysen viser at Harstad har en høyere andel innbyggere med tjenester enn sammenlikningskommune. Kommunens utgifter til denne målgruppen er høye, høyest blant sammenlikningskommunene. Kommunen har høyere utgifter til tjenester til hjemmeboende, institusjon og tjenester i bolig med mulighet for døgntjenester. Data fremkommer i figuren under:



Figur: Utgifter fordelt på tjenester, kilde: kommunens rapportering 2023 og Agenda Kaupang.

Harstad sine utgifter til hjemmeboende (ref. figuren) omhandler blant annet ambulante hjemmetjenester (høyere enn snittet), tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (lavere enn snittet), omsorgsstønning (lavere enn snittet), støttekontakt (høyere enn snittet) og aktivitetssenter (høyere enn snittet).

Analysene viser at Harstad har en høyere dekningsgrad for ulike døgntjenester totalt sett. Dette skyldes både høyere dekningsgrad i institusjon (17,48) og bolig med døgntjenester (7,65). Andel plasser avsatt til ulike korttidstilbud i institusjon er lavere i Harstad enn i snittet for referansekommunene.

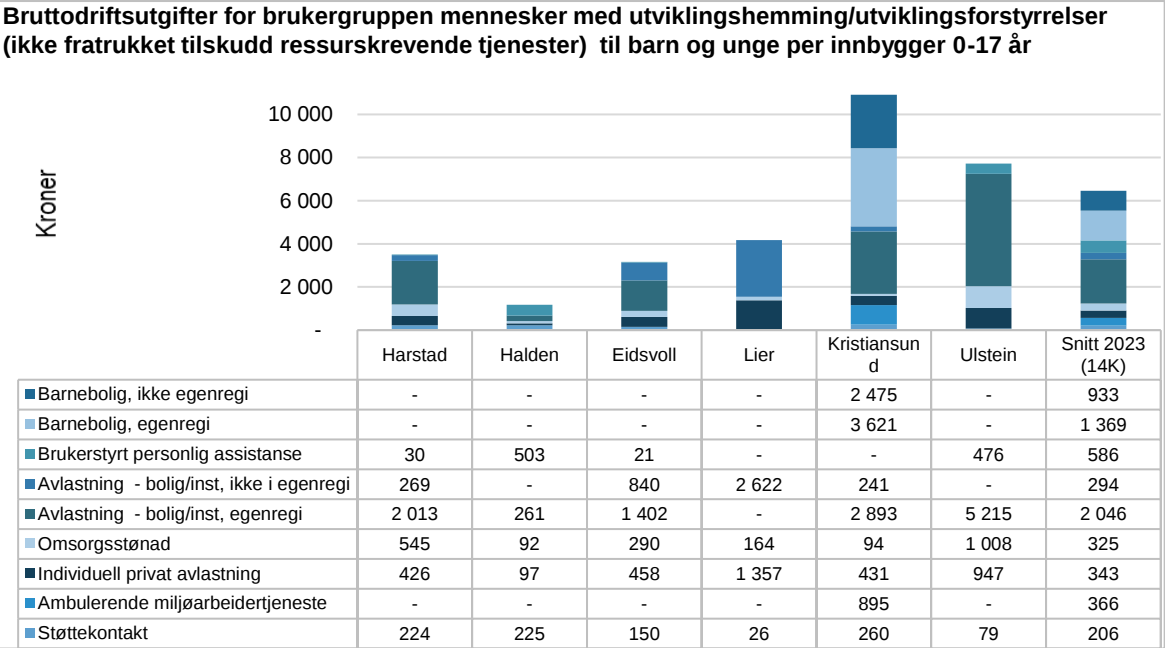
Harstad har en enhetskostnad for institusjon på ca. 1,44 millioner kroner (justert for full sats for arbeidsgiveravgift). Dette er høyere enn snittet i sammenlikningskommunene. Enhetskostnader for boliger med døgntjenester er svakt under snittet, kr. 0,73 millioner kroner. En gjennomgang av regnskapet og data om årsverk/plasser viser at pleiefaktor for sykehjemmene i kommunen varierer. Harstad bruker i sum flere årsverk til dette enn det vi ser i sammenlikningskommuner (dag og kveldsvakter). Vi ser også at kommunen har en relativ høy andel årsverk på natt i institusjonene, sammenliknet med andre. En annen medvirkende årsak til høyere kostnader er at kommunens utgifter per årsverk er høye. Dette skyldes blant annet bruk av rekrutteringstilskudd, men også bruk av vikarbyrå. Høy bruk av variabel lønn som f.eks. overtid, spiller også inn.

Beregning av bemanningsfaktor for heldøgntilbudene i bolig viser at bemanningen varierer, og at denne alene ikke kan forklare den noe forhøyede enhetskostnaden. Arbeidet har vist at kommunen har høy bruk av variabel lønn og høye kostnader til dette, og at dette sammen med den planlagte bemanningen er viktige årsaker til noe høyere enhetskostnader enn snittet.

Analyse av pleie og omsorg: Tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse

I 2023 ble i underkant av 27 % av Harstad kommune sine utgifter til pleie og omsorg brukt på brukergruppen *Mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse*. Hovedvekten av utgiftene til denne målgruppen gikk til voksne (18 %). Harstads nettodriftsutgifter (per innbygger korrigert for behov) til ulike pleie- og omsorgstjenester til både barn og unge, og voksne, er lavere enn snittet i referansekommunene.

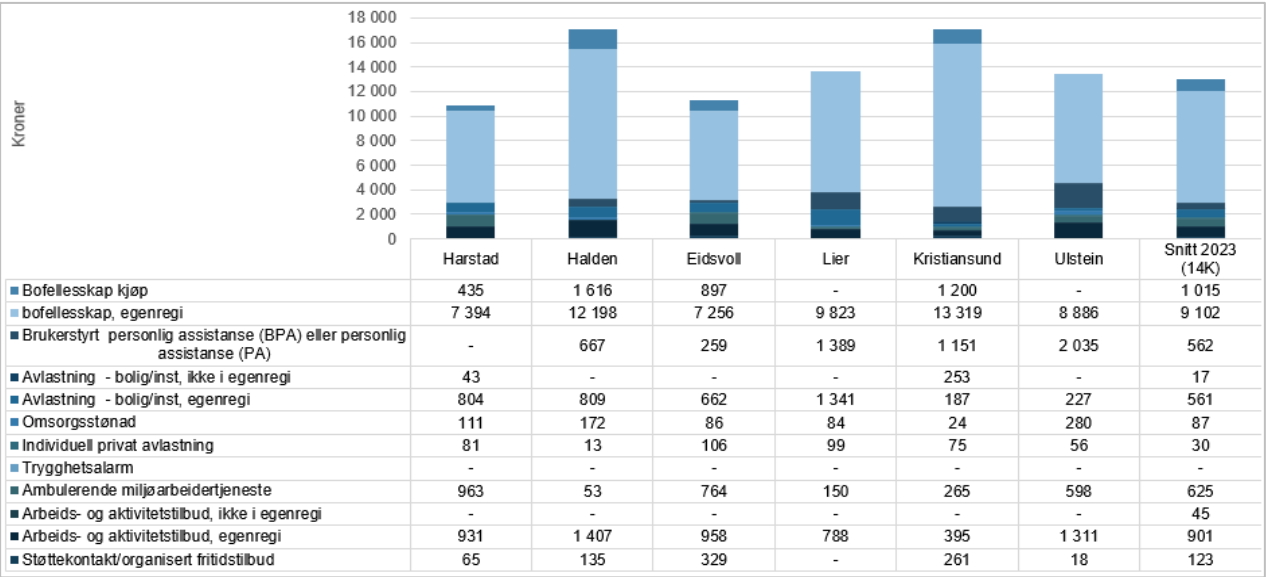
Analysene viser at Harstad hadde en lavere andel tjenestemottakere i alderen 0-17 år med ulike pleie- og omsorgstjenester enn snittet. Analysene indikerer også at de som får tjenester ikke synes å få spesielt mange tjenester (samtidige tjenester) sammenliknet med snittet av sammenlikningskommunene. Hovedvekten av utgiftene til barn og unge omhandler avlastning. Kommunen har også utgifter til andre tjenester. Data fremkommer i figuren under.



Figur: Utgifter (brutto) fordelt på tjenester, kilde: kommunens rapportering 2023 og Agenda Kaupang.

Hovedvekten av utgiftene til voksne er relatert til tjenester i samlokaliserte boliger. Utgiftene er lavere enn snittet. Harstad har også utgifter til tjenester organisert som BPA, avlastning i bolig, individuell avlastning mv. Data fremkommer i figuren under:

Bruttodriftsutgifter for brukergruppen mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser (ikke fratrasket tilskudd ressurskrevende tjenester) til voksne per innbygger 18-67 år



Kilde: SSB, kommunenes kartlegging/regnskap og Agenda Kaupang

Analysene har vist at Harstad har relativt lave refusjoner fra staten. Dette medfører noe reduserte nettodriftsutgifter (og lavere enn det som fremkommer i figurene over). Høye eller lave utgifter må sees i sammenheng med volum (antall) og enhetskostnader. Analysen viser at Harstad har høyere enhetskostnader for tjenester til barn og unge til avlastning i bolig og til omsorgsstønad, øvrige enhetskostnader er lavere enn snittet. Enhetskostnadene til voksne er høyere i bolig i egen regi, samt til individuell avlastning, arbeid- og aktivitet og ambulerende tjenester. Øvrige tjenester har lik eller lavere enhetskostnad enn snittet i referansekommunene.

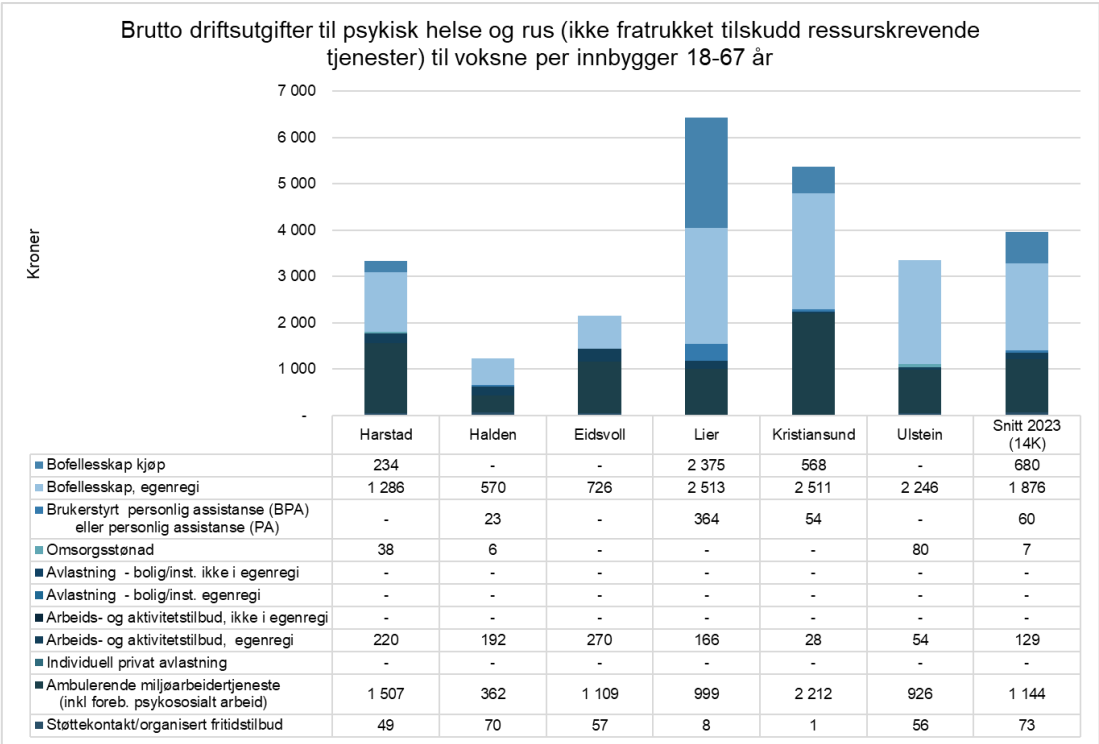
Analyse av pleie og omsorg: Tjenester til mennesker med psykisk helse og rusrelaterte behov

Vårt arbeid viser at utgiftene til denne målgruppen også varierer mellom kommunene. I 2023 ble 7 % av Harstad kommune sine utgifter til pleie og omsorg brukt på tjenester til brukergruppen *Mennesker med psykisk helse og rusrelaterte behov*. Hovedvekten av utgiftene til denne målgruppen gikk til tjenester til voksne.

Harstad har ført en del av utgiftene for tjenestene til denne målgruppen på funksjon 241 (Helse). Ser vi analysene innen PLO og Helse i sammenheng ser vi at bruttodriftsutgiftene i Harstad er noe høyere enn snittet.

Analysen innen PLO viste at Harstad har noen utgifter til pleie- og omsorgstjenester til barn og unge med psykiske helse og/eller rusrelaterte utfordringer. Kommunens utgifter er lave i sammenlikningen og var knyttet til ulike forebyggende tjenester.

Kommunens bruttoutgifter til voksne, innenfor målgruppen, var lavere enn det vi ser for snittet. Harstad har utgifter til ulike tjenester. Mye av ressursene er relatert til tjenester i bolig, og ulike ambulante tjenester. Data om bruttodriftsutgifter til ulike tjenester for målgruppen over 18 år, fremkommer i figuren til høyre. Figuren viser at kostnadene varierer mellom kommunene og det er også store variasjoner mellom de ulike tjenestene. Harstad hadde lavere utgifter pr innbygger korrigert for behov enn snittet for sammenlikningskommunene. Høye eller lave utgifter må sees i sammenheng med volum (antall) og enhetskostnader. Analysene har vist at Harstad ikke har mange tjenestemottakere samlet sett.



Figur: Utgifter (brutto) fordelt på tjenester, kilde: kommunens rapportering 2023 og Agenda Kaupang.

Som det fremkommer av figuren over har Harstad lavere bruttodriftsutgifter til tjenester i bolig enn snittet for sammenlikningskommunene samlet sett. Kommunens utgifter til ambulerende tjenester inkl. helsehjelp og forebyggende psykososiale tjenester, omsorgsstønad samt arbeid- og aktivitetstilbud er høyere enn det vi ser for snittet av sammenlikningskommunene. Utgifter til støttekontakt er lavere enn snittet.



3.4 Hjemmetjenesteanalysen

Oppsummering av de viktigste funnene

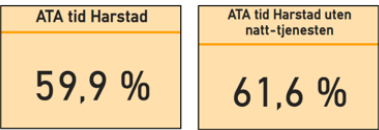
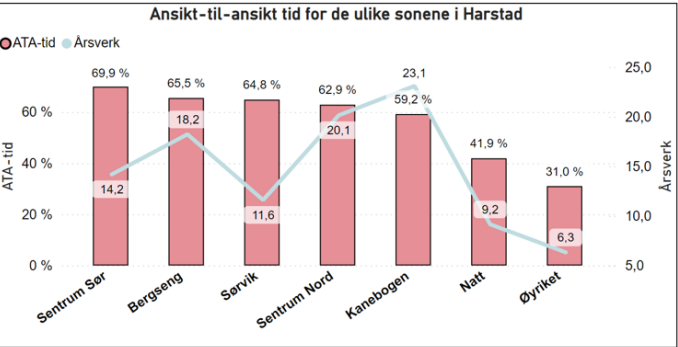
Hjemmetjenester

Agenda Kaupang har en egenutviklet analyse av kommunenes profil på bruk av hjemmesykepleie. Analysen baserer seg på innrapporterte vedtakstimer og faktisk leverte timer per uke hjemmesykepleie per tjenestemottaker, aldersgrupper av mottakere, sonetilhørighet og årsverk(utøvende) per sone. Analysen gir innsikt i kommunens tjenesteprofil på hjemmesykepleie, blant annet timefordelingen, ulikhet mellom soner og sammenligningskommuner og ansikt-til ansikt-tid.

Harstad har flere enheter som yter hjemmetjenester til kommunens innbyggere:

- ▶ Bergseng
- ▶ Kanebogen
- ▶ Øyrikt
- ▶ Sentrum Nord
- ▶ Sentrum Sør
- ▶ Sørvik
- ▶ Natt

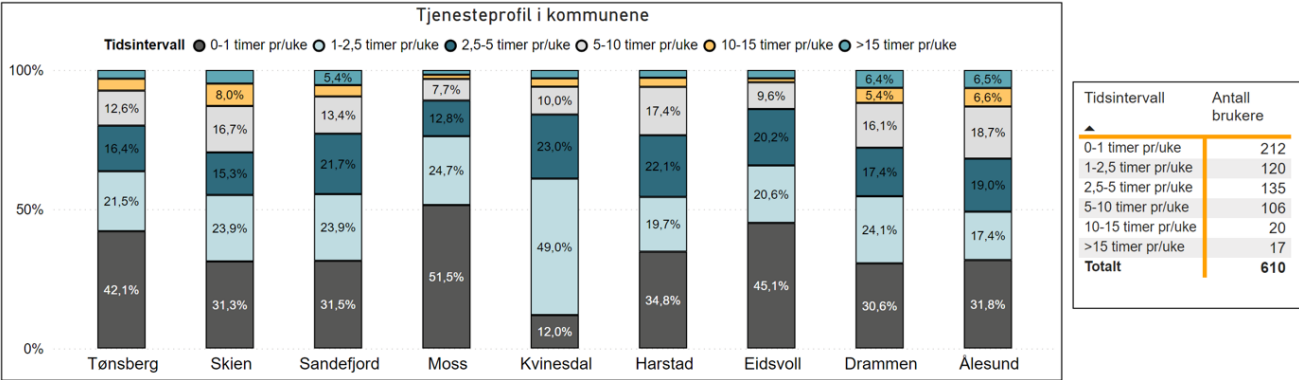
Kartleggingen viser at det er 610 tjenestemottakere som får hjemmesykepleie ukentlig, og det leveres totalt 2 183 timer per uke. I hjemmetjenesten skilles det mellom direkte og indirekte brukertid. Ved å se på antall leverte/planlagte timer sammenliknet med antall tilgjengelige timer (årsverk x arbeidstimer) kan vi estimere tid til direkte brukertid (ATA-tid). Faktorer som tid til administrative oppgaver og lange geografisk avstander kan bidra til lavere ATA-tid, men organisering har også en betydning. ATA-tid for de ulike enhetene fremkommer i figuren under.



ATA-tid i andre kommuner:
Tønsberg 40,6 %
Sandefjord: 56,6 %
Eidsvoll: 42,5 %
Moss: 34,5 %

Analysen viser at:

- ▶ Den samlede ATA-tiden for Harstad er på 59,9 %, mens sone Øyrikt skiller seg ut med en betydelig lavere ATA-tid på 31 %. ATA-tiden er en sentral indikator for både brukerkontinuitet og produktivitet i tjenestene.
- ▶ Tjenesteprofilen viser at en stor andel av brukerne (54 %) mottar mindre enn 2,5 timer hjemmesykepleie per uke. Disse står for kun 14 % av det totale timeforbruket i tjenesten.
- ▶ Harstad har den laveste andelen eldre mottakere med omfattende bistandsbehov (alle aldre) blant kommunene i utvalget.
- ▶ Harstad har en lavere andel mottakere blant de eldste (+90 år) og en relativt høy andel i aldersgruppen 75-79 år sammenliknet med kommune i utvalget.
- ▶ Harstad har betydelige forskjeller i aldersprofilen til mottakerne av hjemmetjenester mellom de ulike sonene. Kanebogen og Sentrum Nord har flest eldre mottakere, mens Øyrikt har svært få mottakere totalt.
- ▶ Det er også variasjon i tjenestebehov mellom sonene. Sentrum Nord har flest mottakere med lavt behov (0-1 timer per uke), mens Kanebogen og Sentrum Sør har flere med moderat behov (2,5-10 timer per uke). Mottakere med omfattende behov (> 15 timer per uke) er få i alle soner.



Figur; hjemmetjenesteanalyse, kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang – profil tidsintervall timer per uke



3.5 Gjennomgang av turnus og pleiefaktor

- Institusjon og heldøgns bolig for eldre

Gjennomgang av turnus og pleiefaktor

I arbeidet ble det gjennomført en grundig gjennomgang av turnusplaner på sykehjemmene og i boliger for eldre (døgntjenester). Tema var: pleiefaktor, kompetansesammensetning og ressursbruk.

Gjennomgangen viste flere områder med potensiale for forbedring, blant annet at det er rom for å tilpasse turnusene bedre for å redusere avviket mellom kalkulerte og det faktiske antallet årsverk. Videre ble det identifisert muligheter for en bedre sammensetning og fordeling av plasser mellom avdelingene, samt nærmere vurdering av avvikling eller omstrukturering av enkelte plasser for å redusere kostnadene og øke effektiviteten.

Heldøgnsbemannede boliger

Heldøgnsbemannede boliger skal i utgangspunktet være et alternativ til sykehjem med lavere ressursbruk. Kommunen yter tjenester i bolig med mulighet for heldøgnstjenester ved 3 lokasjoner. Størrelsen på enhetene og avdelingene varierer. Heldøgnsbemannede boliger med små enheter har en betydelig innvirkning på ressursbruk og økonomi. I Harstad kommune er det identifisert en avdeling med 10 boliger. Dette gir en skalaulempe i turnus og er direkte fordyrende for driften. Turnusstørrelsen er større enn det antallet beboere og tjenestebehovet tilsier. En reduksjon i hele vakter vurderes heller ikke direkte realiserbart uten å måtte se på samdrift med andre tjenester.

Sykehjem

Harstad kommune har drift av sykehjemstilbud ved 6 lokasjoner. I 2025 åpner i tillegg Helsehuset. Analysen viser at kommunens gjennomsnittlige enhetskostnad for institusjon var ca. 1,3 millioner kroner (med reell arbeidsgiveravgift), noe som er høyere enn gjennomsnittet for sammenligningskommunene i analysen. Kommunen drifter flere plasser, og disse plassene er mer kostnadskreven. Dette kan skyldes flere faktorer, blant annet en høyere pleiefaktor og høy bruk av variabel lønn, men organisering av plasser mv. har også betydning.

Enkelte av avdelingene, for eksempel skjermede plasser eller rehabiliteringsplasser, stiller høye krav til faglighet og spesialisert kompetanse. Mange kommuner samler derfor bestemte typer plasser på færre lokasjoner, noe som kan bidra til mer målrettet ressursbruk og bedre utnyttelse av kompetanse. Harstad har i mindre grad gjort dette.

Helsehus

Gjennomgangen av Helsehuset tok utgangspunkt i antall plasser etter ferdigstillelse av det nye bygget, samt en vurdering av den nødvendige økningen i budsjettet for å kunne drifte dette på en bærekraftig måte. Analysen avdekket en differanse mellom det foreslåtte budsjettet og de reelle driftskostnadene basert kalkulerte årsverk og videreføring av dagens pleiefaktor.

Gjennomgang av bemanning

Et av områdene kommunen ønsket bistand til å vurdere, var bemanningsnivået. For å belyse dette, ble det gjennomført flere heldagssamlinger med gjennomgang av Agenda Kaupangs budsjettmodell, der bemanningstallene for Harstad kommune ble sammenlignet med et gjennomsnitt av bemanningsnivået i et utvalg kommuner. Sammenligningen tok utgangspunkt i institusjoner og boliger med døgn tjenester for eldre.

Effektiv bemanningsplanlegging er avgjørende for å sikre en bærekraftig økonomi i kommunens pleie- og omsorgstjenester. Dette handler om å balansere behovet for tilstrekkelig bemanning for å dekke beboernes bistandsbehov med de gitte økonomiske rammene. Bemanning utgjør en betydelig del av driftskostnadene, og det er derfor viktig å identifisere potensielle områder for optimalisering.

Analyse av bemanningsnivået viser at bemanningsfaktoren i Harstad kommune ligger over nivået til kommunene i sammenlikningsgrunnlaget. Det kan være flere årsaker til et høyere bemanningsnivå:

- ▶ Forskjeller i bemanningssammensetning
- ▶ Organisatoriske forhold
- ▶ Begrensninger knyttet til bygningsmassen
- ▶ Varierende bistandsbehov blant beboerne
- ▶ Størrelse og inndeling av bogrupper

Hovedfunn

Gjennomgangen viser at det faktiske antallet årsverk brukt i Harstad kommune er høyere enn de beregnede verdiene fra budsjettmodellen. Det totale avviket mellom kalkulert og rapportert antall årsverk utgjør 13,5. Dette avviket gjelder dag- og kveldsvakter. Årsverk til nattvakter er ikke inkludert i beregningsgrunnlaget. Analysen viser at Harstad kommune benytter betydelige ressurser (årsverk) på bemanning på natt.

Tabellen nedenfor viser forskjellen mellom kalkuleerte og faktiske årsverk ved ulike enheter i Harstad kommune:

Virksomhet	Kalkulert antall årsverk (d/k)	Faktisk antall årsverk rapportert av kommunen (d/k)	Avvik antall årsverk (d/k)
Bergsodden	61,2	62,8	1,6
Bjarkøy	13,4	16,2	2,8
Kveldsol	17,5	17,3	- 0,2
Slottet	31,0	37,6	6,6
Stangnes	32,5	36,8	4,3
Heggen	18,4	22,4	4,0
Olavsgården	23,2	19,9	- 3,3
Bergseng	21,0	18,7	- 2,3
Sum	218,2	231,7	13,5

Tabell: Avvik mellom kalkuleerte og rapporterte årsverk. De kalkuleerte årsverkene er basert på analyser, erfaringer fra andre kommuner og empiriske data. (Kalkylen legger til grunn 0,8 i pleiefaktor)

Flere av de bemannede boligene og institusjonene i Harstad sliter med å rekruttere personell med helsefaglig kompetanse. Det har medført bruk av et særskilte rekrutteringstillegg og innleie av personell. Dette gjør at årsverkskostnaden har vært høyere enn det den ellers ville vært. Harstad har derfor en høyere ressursbruk som skyldes både flere og dyrere årsverk.



3.6 Helseanalysen

Oppsummering av de viktigste funnene

Analyse av kommunens utgifter til diagnose, behandling og re-/habilitering (KOSTRA 241)

Helsetjenester i KOSTRA omfatter tre tjenestefunksjoner; 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 233 Annet forebyggende helsearbeid og 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering. I denne analysen gjør vi et dypdykk i funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering. I Agenda Kaupangs egenutviklede database deler vi opp ressurser benyttet til diagnose, behandling, re-/habilitering for å få innsikt som ikke finnes i KOSTRA.

For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i kommunen har vi foretatt en enkel sammenligning av ressursbruken innen KOSTRA-funksjon 241 (diagnose, behandling og re-/habilitering) med kommuner hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling de siste årene. Analysene er behovskorrigert for ulik demografi, sosiale forhold og geografi. Agenda Kaupang bruker behovsberegningen som staten har beregnet, til bruk i inntektssystemet for kommunene (utgiftsutjevningen).

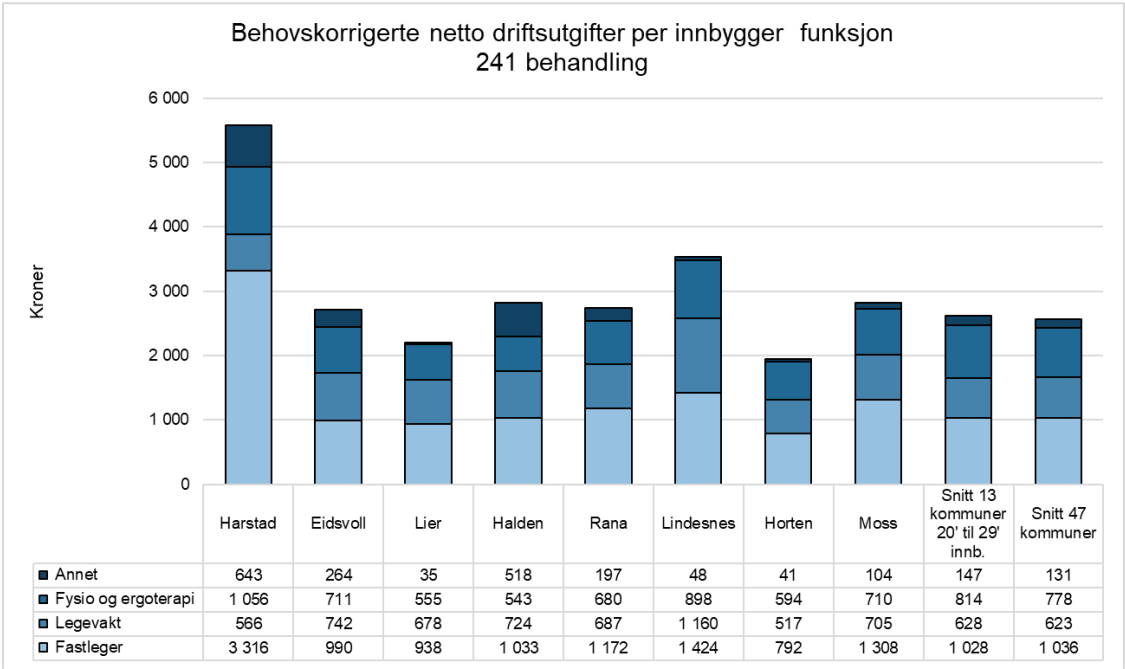
Formålet med analysen er å gi bedre innsikt i tjenesten og skape et solid kunnskapsgrunnlag for å utvikle strategier og tiltak som sikrer en mer bærekraftig og målrettet ressursbruk.

Data fra KOSTRA viser at Harstad har høyere utgifter enn tilhørende KOSTRA-gruppe. Våre analyser viser det samme bildet. Harstad har høyere utgifter til diagnose, behandling og re-/habilitering (funksjon 241) enn snittet av kommunene som benyttes i sammenlikningen (se figuren for ytterligere detaljer).

Analysen viser at:

- ▶ Utgifter til fastlegetjenesten er vesentlig høyere enn snittet

- ▶ Utgifter til legevakt er lavere enn snittet
- ▶ Harstad sine utgifter til fysio- og ergoterapi er høyere enn snittet
- ▶ Andre utgifter ført på 241 er i hovedsak knyttet til Norsk pasientskadeerstatning, overgrepsmottak og fengselshelsetjeneste (der det er aktuelt). Utgiftene i Harstad er høyere enn snittet. Harstad har, som flere andre kommuner, ført utgifter til psykisk helsetjenester på 241 på ca. 7,5 millioner kroner. KOSTRA-veilederen er ikke entydig i hvor disse utgiftene skal føres og andre kommuner vil hovedsakelig føre disse på funksjon 254 for regnskapsåret 2023.



Figur; Utgifter ført på KOSTRA funksjon 241 fordelt på ulike tjenester, kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang

Fastlegetjenesten i Harstad

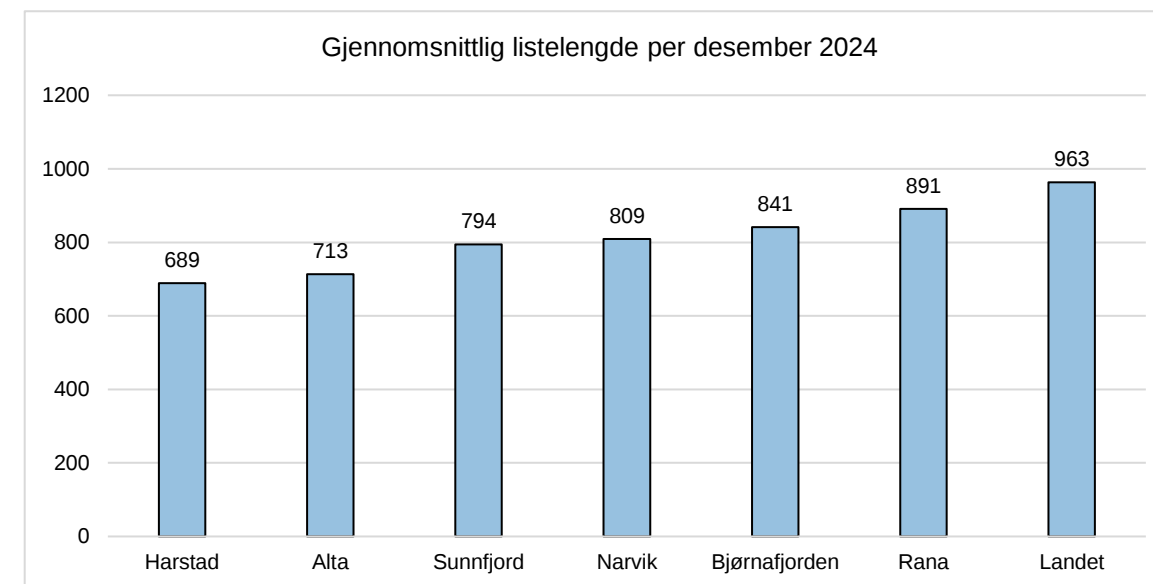
Harstad har i likhet med flere andre kommuner hatt en utfordring med fastlegedekningen. På bakgrunn av dette har kommunen gjort en rekke tiltak for å rekruttere faste leger for fastlegehjemlene. Til tross for dette har kommunen en vedvarende utfordring med å rekruttere og beholde tilstrekkelig med fastleger.

Harstad har 36 leger med allmennmedisinske tjenester og 3 LIS1-leger, fordelt på 36 hjemler/lister. Per desember 2024 var tre lister ledige og disse ble betjent av vikarer fra bemanningsbyrå. Andelen lister betjent av vikarer var 22 %, noe som er lavere enn i Rana (34 %) og Narvik (25 %). I 2023 brukte kommunen ca. 25,5 millioner kr. på legevikarer fra byrå.

Regnskapet for 2023 viste at kommunen brukte rundt 80 millioner kr. på fastlegetjenesten. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til fastlønn i legetjenesten. Hovedvekten av fastlegene i Harstad er fastlønnede (58 %). Andelen fastlønnede er høyere enn f.eks. i Rana (39 %) og Alta (40 %). Harstad har 6 legesenter i kommunen, hvorav ett er privat drevet. Øvrige legesenter er kommunalt driftet. Organiseringen medfører at kommunen har høye driftsutgifter (lokaler, personal, adm. ressurser, utstyr mv.) til driften av legesentrene.

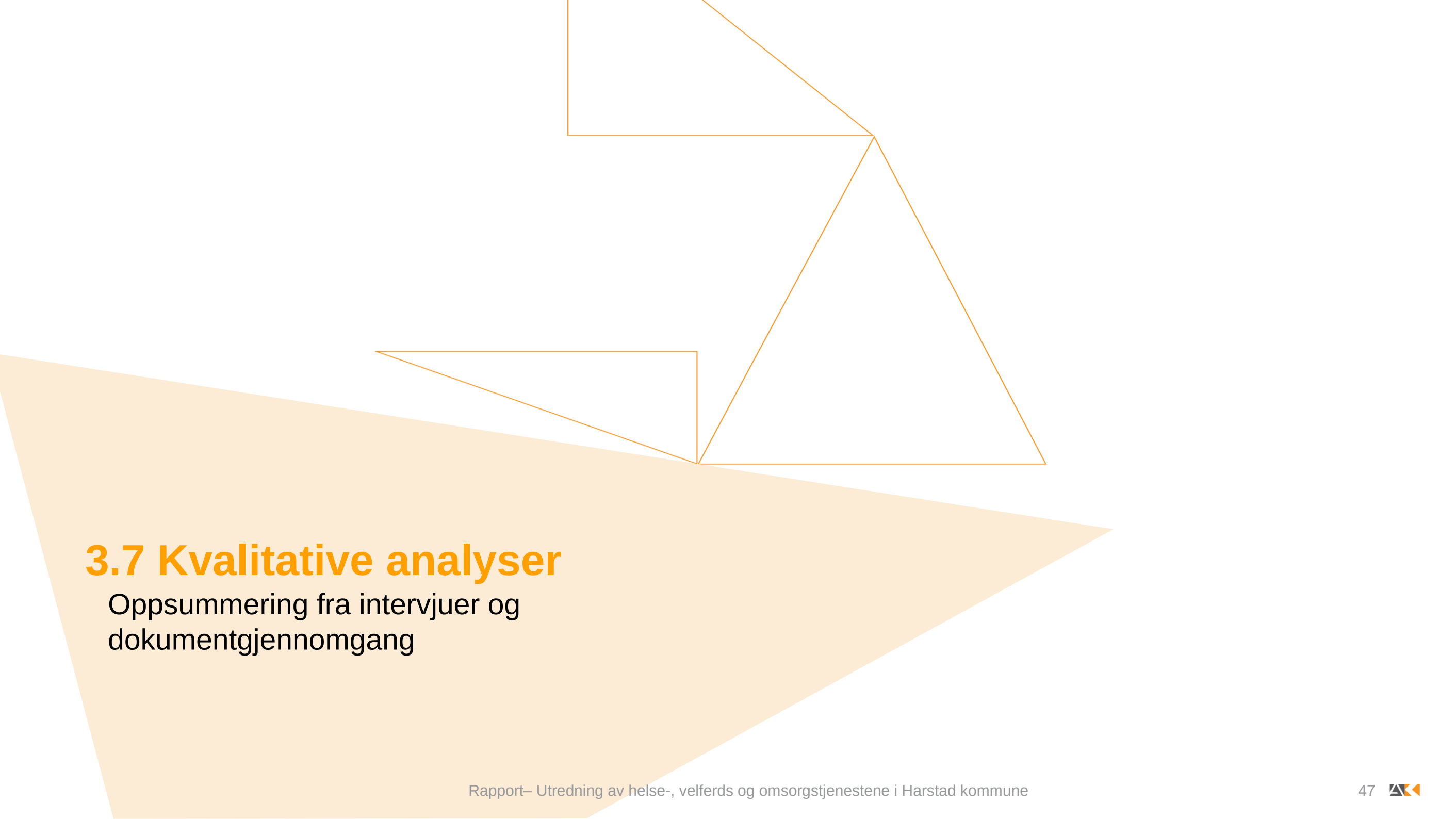
Harstad kommune har inngått avtale med Den norske legeforening (lokalt) om norm for listestørrelse (for spesialister) fulltids kurativ praksis fra 750 til 900 pasienter. I følge kommunen varierer listestørrelsen for fastlegene mellom 200 – 900 pasienter. Gjennomsnittlig listelengde er lavere enn vedtatt norm (689 2023, mot 702 i 2022), men også lavere enn det vi ser i mange andre kommuner (f.eks. Rana 891 og Narvik 809).

Data fremkommer i figuren under. For landet som helhet viser data at listelengden er redusert siste årene, men lengden er i snitt høyere enn i Harstad (963). For tilhørende KOSTRA-gruppe er tallet 955 (Kilde: SSB tabell 12005).



Kilde: Helfo, Fastlegestatistikk og SSB tabell 12005

Data fra SSB viser at Harstad har 3,2 legeårsverk per 1 000 innbyggere. Dette er over det som er forventet sammenliknet med andre kommuner av samme størrelse (data fra 2023). Til tross for dette opplever kommunen at de per dato, og over tid ikke hatt ledig listekapasitet tilgjengelig for innbyggerne. Fra 2025 planlegger kommunen å øke med 2 fastlegehjemler for å dekke behovet for vikarer. Tiltaket forventes å redusere kjøp av tjenester fra bemanningsbyrå.



3.7 Kvalitative analyser

Oppsummering fra intervjuer og dokumentgjennomgang

I forbindelse med arbeidet ble det i tillegg til kvantitative analyser gjennomført intervjuer med et utvalg informanter (ca. 25) fra ulike tjenester innen helse, omsorg og velferd. Kartleggingsintervjuene ble gjennomført via Teams som gruppeintervjuer. Det ble også gjennomført intervju med kommunedirektør og kommunalsjef i forkant av fokusgruppene. I tillegg har det blitt foretatt intervjuer knyttet til velferdsteknologi og digitalisering. Alle informantene har fått tilsendt utarbeidet intervjuguide i forkant av samtalene som utgangspunkt for intervjuet.

Tema i intervjuguiden var:

- ▶ Nåværende situasjon
- ▶ Samhandling
- ▶ Ressurser og økonomi
- ▶ Organisering og bemanning
- ▶ Innføring og bruk av teknologi og velferdsteknologi

Informantene fikk mulighet til å si noe om hva man opplever at de får til på en god måte per i dag, og hva som oppleves som hovedutfordringer og som må håndteres bedre fremover.

Oppsummeringen baserer seg på intervjuer med et utvalg informanter. Vi tar forbehold om at ikke alle relevante stemmer er hørt i datainnsamlingen. I denne gjennomgangen har vi ikke hentet inn data fra brukere eller brukerrepresentanter.

Gode tjenester

Et flertall av respondentene er opptatt av at en får til mye bra i Harstad (stort helsefaglig fokus og det er de stolte av, Harstadhjelp og gode tilbakemeldinger fra brukere og pårørende mv.). Tjenestene har, i følge respondentene, mange dedikerte og dyktige medarbeidere som er villige til å gjøre en ekstra innsats for å møte behovene i tjenestene.

Forventninger

Flere opplever at det eksisterer et forventningsgap mellom ansatte, politikere og innbyggere om hva kommunen skal levere av tjenester. Dette og flere negative saker i media tar mye fokus, tærer på energien og kan skade kommunens omdømme.

Samhandling

Lite samarbeid og kommunikasjon mellom enheter fører til ineffektivitet, særlig i saker med brukere som har komplekse behov og krever sammensatte tjenester. Uklarhet rundt "hvem som gjør hva" forsterkes av gamle kulturer og urealistiske forventninger, noe som en del ganger fører til oppgaveskyvning. Det er særlig de komplekse sakene som utfordrer tjenestene. Dette kommer til syne som uklarheter i hvem som gjør hva og hvem som har ansvar og tar ansvar. Det at tjenestene gis på mange arenaer blir også trukket frem som en utfordring i forhold til samhandlingen og at det oppleves som at det er mangel på samhandlingsarenaer.

Myndighetsutøvelse: Det beskrives at endringsmeldinger, omkamper og «drakamper» mellom saksbehandlere og utførerenheter skaper ineffektivitet og utfordrer samhandlingen. Det uttales at det er for liten samhandling mellom enhetene før vedtak fattes, noe som både kan påvirke samarbeidet, men også utmålingen av tjenester.

Digitalisering/velferdsteknologi: Respondentene er opptatt av at manglende samhandling og rolleavklaringer innenfor dette feltet som utfordrende, og at økt samhandling mellom digitaliseringsenheten, sektor og IKT-drift er en forutsetning for å lykkes og for å nå målsettingene som er satt.

Ressurser og økonomi

Respondentene opplever at de økonomiske rammer utfordrer alle deler av tjenestene (Eksempel er manglende midler til velferdsteknologi, som kunne redusert behovet for årsverk).

Kommunen styrer på årsverk fremfor budsjetttramme, noe som begrenser handlingsrommet for ledere. Dette fører til ansettelsesstopp og økt bruk av innleie, som igjen svekker fagkompetanse, kontinuitet og gir ufaglærte stillingskrav. Flere uttaler at politiske vedtak ofte fattes uten finansiering, og at dette får økonomiske konsekvenser for tjenestene.

Flere peker på at det er behov for å øke involvering av enhetslederne i budsjettprosessen og arbeidet med økonomiplan bedre enn det som er tilfelle per i dag.

Organisering

Dagens hovedorganisering oppleves å ha kvaliteter. Samtidig er det forhold som respondentene opplever at må forbedres. Det er relativt stor variasjon i størrelse og funksjonalitet mellom enheter. Dette gjelder både avdelingsstørrelser, egnethet for bygg, lokasjoner mv. Det er mange tjenestesteder, noe som flere mener er med på å gjøre det vanskelig å ha oversikt i organisasjonen samlet. Det kommer tydelig frem at det er mest fokus på egen tjeneste. Et annet funn er beslutningsutfordringer. Det er virker som det er uklart hvilken myndighet som er delegert til de ulike lederne, særlig i komplekse saker. Ledelse i linjen trekkes frem som et forbedringsområde både mellom enheter og overordnet ledelse.

Bemanning

Flere av tjenestestedene opplever store utfordringer med å rekruttere og å beholde nødvendig kompetanse. Høyt sykefravær påvirker alle deler av tjenestene. Bruken av vikarbyrå er svært høy i flere enheter. Det pekes på at bemanningsutfordringene gjør det vanskelig å overholde budsjettene og levere tjenester innenfor de økonomiske rammene.

Strategi og ledelse

Det etterlyses en tydelig felles retning, omforente planer og sterkere lederforankring- og utvikling av en praksis som bygger på dette. Respondentene opplever at lite kommunikasjon mellom kommunedirektør/kommunalsjefsleddet og enhetene, bidrar i følge respondentene til å svekke helhetlig styring av sektoren. Det kommer tydelig frem at man savner en samlet strategisk retning og tydelige prioriteringer helt fra politisk ledelse og gjennom hele organisasjonen og ut til enhetene. Det oppleves at prosjekt og arbeid innenfor sektoren er for fragmentert og lite koordinert, selv om det er flere gode eksempler på godt arbeid med gode resultater.

Oppsummering av dokumentanalyser

I forbindelse med dette arbeidet er tidligere utredninger, rapporter og kommunens planverk som har betydning for dette kommunalområdet gjennomgått:

- ▶ Behovsplan for heldøgns omsorgsplasser og omsorgsboliger
- ▶ Driftsanalyse og omstillingsplan fra PwC
- ▶ Forvaltningsrevisjonsrapport – Folkehelsearbeid
- ▶ Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- ▶ KOSTRA-analyse av helse- og omsorgssektoren (BDO)
- ▶ Strategi for e-helse og velferdsteknologi 2023-2027

Oppsummeringen av dokumentene fremkommer i Kunnskapsgrunnlaget utarbeidet høsten 2024. I det følgende gis det en kort overordnet oppsummering av dokumentenes konklusjoner og anbefalinger.

Demografisk utvikling og økt press på tjenestene

- ▶ Harstad står overfor en kraftig økning i antall eldre, særlig over 80 år, noe som gir økt press på helse- og omsorgstjenestene
- ▶ Omsorgsplasser: Behov for 250 nye heldøgns omsorgsplasser innen 2035
- ▶ Arbeidsstyrken: Økende behov for helsearbeidere samtidig som antall yrkesaktive synker med 5 %
- ▶ Helseutfordringer: Flere tilfeller av demens og aldersrelaterte plager

Høy ressursbruk og lav effektivitet

- ▶ Høy tjenestetildeling: Flere timer per bruker, spesielt blant yngre mottakere
- ▶ Ineffektiv drift; f.eks. lav andel ansikt-til-ansikt-tid i hjemmetjenesten
- ▶ Manglende evaluering: Lite systematisk vurdering av vedtak gir unødvendige kostnader

Sosiale helseforskjeller og levevaner

- ▶ Økende sosiale helseforskjeller, inaktivitet, dårlig kosthold og psykiske plager blant unge. Ensomhet rammer både eldre og ungdom

Teknologi og innovasjon:

- ▶ Velferdsteknologi og digitale helsetjenester kan avlaste helsepersonell og styrke innbyggernes selvstendighet
- ▶ Økt bruk av teknologi: Trygghetsalarmer, sensorer og digitale helseverktøy for å muliggjøre lengre botid hjemme
- ▶ Innovative samarbeid: Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige aktører for bærekraftige tjenester

Forebygging og egenmestring

- ▶ Helsefremmende tiltak kan redusere behovet for omsorgstjenester
- ▶ Lavterskel: Styrke sosial deltakelse og egenomsorg
- ▶ Tiltak mot inaktivitet: Økt fysisk aktivitet, særlig blant unge og eldre

Bedre ressursstyring og organisering

- ▶ Effektiv ressursbruk og smartere styring av tjenestene.
- ▶ Strengere vedtaksprosesser: Justering av tjenestetildeling for å sikre målrettet ressursbruk.

Bruk av velferdsteknologi

Kommunen har tatt i bruk ulike velferdsteknologier og rapporterer at de har fått hentet ut gevinster gjennom bruk av disse. Det er primært trygghetsalarmer, digitalt tilsyn, GPS og medisineringsstøtte som er tatt i bruk til nå. Eksempler på konkrete gevinster som trekkes frem, er utsatte sykehjemsopphold gjennom bruk av GPS. Det er blant annet testet ut nye samarbeid med innbyggere der pårørende har mottatt GPS-signaler for hjemmeboende.

Harstad har i tillegg anskaffet en felles plattform for velferdsteknologi som er integrert med elektronisk pasientjournal. Det kan bidra til å spare tid gjennom redusert behov for dobbeltføring av informasjon. Kommunen har tatt i bruk helhetlig tjenestemodell (som de også har vært med på å utvikle), og har jobbet med å fordele ansvar mellom de ulike aktørene som er involvert. Det er tegnet opp tjenestekart for de sentrale teknologiene med oversikt over flyt, oppgaver og aktører. Ved en gjennomgang av tilsendte tjenestekart er det fortsatt noen uavklarte ansvarsoppgaver i kartene. Videre er det gjort konkrete beregninger på gevinster for flere av løsningene.

I vedlegg 4 viser vi en oversikt over dagens teknologibruk. Kommunen har tatt i bruk digitalt nattilsyn hos en del brukere på institusjon, men har ellers relativt lave tall for de andre teknologiene.

Tilbakemeldinger på dagens driftssituasjon og support

Dagens situasjon med ansvarsdeling også for support, gjør at det ikke blir «én vei inn» for brukerne når de har utfordringer med teknologien. I noen tilfeller er det spørsmål om selve utstyret og tjenesten som digitaliseringsenheten kan bistå med å hjelpe til med og rette, andre ganger handler det om underliggende feil som IKT-drift kan bistå med å rette.

Hjelpemiddeltjenesten er også involvert for noen av teknologiene og i tillegg henvises det til support fra den enkelte teknologileverandør.

Tilbakemeldingene er at det ser ut til å fungere greit i dag, og at man får løst problemene når de oppstår. Men det stilles spørsmål om hvordan det vil fungere dersom man ønsker å øke bruken av velferdsteknologi da det vil sette tjenestene under større press. Dagens driftssituasjon, der man ikke har tilgjengelig support for velferdsteknologi på kveld, natt og helg, gjør at man må ta høyde for at løsningene ikke fungerer og at det kan ta tid å få ordnet det. Dersom det er noe galt med den underliggende infrastrukturen som for eksempel at feil skyldes nettverksbortfall, dekkes det av vaktordningen, men om det er feil på selve løsningene vil det måtte vente til ordinær arbeidstid. Dette stiller krav til å ha en plan B og mulighet for å kunne gjennomføre tilsyn, medisinalutdeling og lignende manuelt.

Planer fremover

Velferdsteknologi trekkes frem som et av seks satsningsområder i kommunens overordnede digitaliseringsstrategi. Kommunen har også en strategi for e-helse og velferdsteknologi for 2023-2027, som identifiserer en rekke ulike prosjekter og tiltak i årene fremover. Blant annet står innføring av nasjonale løsninger som ny elektronisk pasientjournal (2025/2026), Sentral forskrivningsmodul (2024) og Pasientens legemiddelliste (2027) oppført som tiltak.

Det pågår for tiden et prosjekt for etablering av et responscenter for mottak av signaler fra velferdsteknologiske løsninger. I dag går signalene og meldingene til de ansatte i tjenestene. For utvalgte teknologier går signalene videre til legevaktssentralen dersom de ikke besvares. Målet med etablering av et responscenter er å ivareta koordinering og oppfølging.



4. Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Hva kjennetegner kvalitet i helse- og omsorgstjenestene?

4.1 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Kommuner skal sikre kommunens innbyggere gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Innbyggernes behov varierer. Noen trenger mange samtidige tjenester over lang tid, andre trenger få tjenester over kortere tid. Uansett er det avgjørende at kvaliteten på tjenestene er god, og den enkeltes opplevelse av kvalitet er ofte forskjellig fra person til person. Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger.

For helse- og omsorgstjenestene, relateres god kvalitet ofte til hvorvidt en tjeneste/tiltak er; virkningsfulle, trygge og samordnet, og at tilgjengelige ressurser brukes på en god måte og fordeles rettferdig mellom de som trenger dem.

I vårt arbeid med å videreutvikle de kommunale helse- og omsorgstjenestene benytter vi ofte kvalitetsindikatorer i Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (2022) som bygger på Kvalitetsstrategien, «Og bedre skal det bli...!» (2005). Disse bygger på 6 dimensjoner:

- ▶ Brukerne skal få tjenester som er virkningsfulle
- ▶ Brukerne skal møte trygge og sikre tjenester
- ▶ Brukernes ressurser skal nyttes
- ▶ Brukerne skal møte tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet
- ▶ Kommunen skal sørge for tilgjengelige og likeverdige tjenester
- ▶ Kommunen skal utnytte ressursene på en god måte

Dimensjonene påvirker hverandre, og i arbeidet med å bedre kvaliteten er det derfor viktig at man vurderer og ivaretar alle dimensjonene.

Det er en rekke lover og forskrifter som direkte eller indirekte omhandler kvalitet i kommunale helse og omsorgstjenester, herunder:

- ▶ Helse og omsorgstjenesteloven
- ▶ Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg
- ▶ Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- ▶ Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten
- ▶ Forskrift om verdig eldreomsorg
- ▶ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Behov for strategisk dreining for å sikre bærekraftige tjenester

4.2 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med de faglige og demografiske utfordringene som venter, må tjenestene i enda større grad innrettes slik at de styrker og mobiliserer ressursene hos den enkelte innbygger og deres nettverk – enten det er familie, sosiale nettverk, nærmiljøet, lokalsamfunnet eller ideelle og kommersielle aktører.

Samfunnsoppdraget endres: En større del av de samlede oppgavene overføres til kommunene. Folkehelsearbeidet og de forebyggende tjenestene forventes å styrkes. Endringene i samfunnsoppdrag medfører behov for utvikling av tjenester, arbeidsformer, arbeidsdeling, samhandling og tydeligere brukerinvolvering. For å få til dette er det behov for en felles oppfatning av hva samfunnsoppdraget er.

Store bærekraftutfordringer: Dagens tjenester er i for liten grad utformet til å møte dagens og morgendagens behov. Veksten i behov for tjenester kan overgå muligheten for å utdanne og rekruttere personell og samfunnets evne til å betale.

Primærhelsemeldingen tydeliggjorde behovet for å forbedre de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å styrke kommunene i de samlede utfordringene som kommer og befolkningens tjenestebehov.

Leve hele livet er avsluttet, men var sterkt førende for dreiningsprosessene i «eldreomsorgen» med større fokus på å sikre at eldre skal få brukt ressursene sine og dekket behovene sine i de ulike fasene av livet. Det handler blant annet om å skape et mer aldersvennlig samfunn der eldre kan leve gode liv og delta i fellesskapet.

Bu trygt heime legger opp til en samlet innsats for et mer aldersvennlig samfunn preget av åpenhet, trygghet og fellesskap. Meldingen har fire innsatsområder: Levende lokalsamfunn, boligtilpassing og -planlegging, kompetente og myndiggjorte medarbeidere og trygghet for brukere og støtte til pårørende.

Tid for handling viser til at: Personellet er ryggraden i helse- og omsorgstjenestene. Tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for at sykehus og kommuner skal kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Det har blitt et merkbart større press på personellet i helse- og omsorgstjenestene de seneste årene. Norge står, i likhet med andre land, overfor store utfordringer med tilgang på personell. Situasjonen blir enda strammere mot 2040.

Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, flere tjenester nær der brukerne bor og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

Målet med den strategiske dreiningen er å hjelpe innbyggerne til å i størst mulig grad mestre egne helseutfordringer og leve selvstendige liv med minst mulig kommunal inngripen. Er det behov for tjenester gis disse med en helhetlig tilnærming på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet).

De utfordringer velferdssamfunnet står overfor kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av. Å bare bygge ut dagens tjenestetilbud i takt med den demografiske utvikling vil ikke være tilstrekkelig for å møte de nye eldregenerasjonene. Kilde: Morgendagens omsorg, Meld. St. 29 (2012-2013)

Om våre anbefalinger

4.3 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Arbeidet i Harstad har gitt økt innsikt i hvordan kommunen har dimensjonert og prioritert tjenester for ulike brukergrupper og tjenester. Årsaker til høye eller lave utgifter og hva som kan være årsaker til kostnadsveksten er belyst.

Oppdraget omhandlet både å gi økt innsikt, og å komme med anbefalinger for hva kommunen bør gjøre videre for å møte omstillingsbehovet med tanke på økonomi og den demografiske utviklingen. Hovedbudskapet er at kommunen både må sikre bærekraftige tjenester, samtidig som man må utvikle gode strukturer og organisering som sikrer effektiv drift, og god utnyttelse av ressursene.

Kvalitetsindikatorene og behovet for strategisk dreining som er redegjort for tidligere i dette kapittelet, er lagt til grunn for våre vurderinger og anbefalinger. I det følgende vil vi først komme med noen generelle anbefalinger for å sikre mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester, før vi presenterer mer konkrete vurderinger og anbefalinger/tiltak.

Som en del av oppdraget skulle det identifiseres tiltak i tjenestene for å redusere utgiftene på kortere og lengre sikt. Siste trinn i prosjektet omhandlet utvikling av tiltak for kostnadsreduksjon, basert på funnene i kartleggingen og analysene. Det har vært viktig å identifisere tiltak som både kortsiktig og på mellomlang og lengre sikt vil sikre at kommunen kan oppnå en fremtidsrettet tjeneste som tar hensyn til demografien, samt lokale og nasjonale føringer.

I forbindelse med gjennomgangen oppfatter vi at ansatte ønsker å dreie ressursbruken i sterkere grad mot tidlig innsats og forebygging (proaktive). Dette fremkommer også i kommunes planstrategier. En slik dreining vil kunne gi utgifter (investeringer) inntil effektene av dette kommer, men det trenger ikke å gjøre det.

Tiltakene presentert i dette kapittelet vurderes som nødvendige, ikke bare for å redusere den totale ressursbruken, men også for å frigjøre ressurser til å være mer proaktiv og for å langsiktig kunne skape en mer bærekraftig og fremtidsrettet tjeneste, i tråd med kommunes planverk og målsettinger.

Flere av tiltakene som presenteres har kommet opp i prosesser med ansatte. Det har vært gjennomført intervjuer, men også arbeidsseminarer. Utvikling av tiltak har vært tema. Tiltakene som presenteres i denne rapporten er ikke ferdig utredet, men synliggjør et potensial. Det er viktig at kommunen i det videre arbeidet utreder dette nærmere og at man også sikrer involvering av berørte parter. Noen av tiltakene kan gi effekter i inneværende år, andre tiltak vil først kunne gi effekt senere i perioden.

For å vurdere potensialet for kostnadsreduksjoner har vi brukt Agenda Kaupangs [ressurskalkulator](#) – et verktøy som er utviklet for å hjelpe kommuner med å evaluere ressursbruk og vurdere ulike scenarioer for å tilpasse tjenestenivå. Ressurskalkulator hjelper oss å få frem det teoretisk handlingsrom for kostnadsreduksjoner. Beregningene baseres på nasjonale forutsetninger og gir et spekter fra små til betydelige endringer. Samtidig må lokale forhold som demografi, arbeidsmarked og politiske prioriteringer vurderes, da disse påvirker hvor realistiske besparelsene er. Ressurskalkulatoren tar heller ikke alltid hensyn til praktiske utfordringer eller uforutsette kostnader ved omstilling, og tiltak på ett område kan påvirke andre negativt. Til tross for usikkerheter gir kalkulatoren et godt utgangspunkt for å identifisere tiltak som balanserer tjenestekvalitet, kostnadseffektivitet og lokale behov.

Anbefalinger for å sikre mer bærekraftige tjenester

4.4

Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Styrke helsekompetansen i befolkningen gjennom f.eks. målrettet informasjon. Informasjon og åpenhet er viktige elementer inn i omstillingsarbeidet og for å skape tillit, oppslutning og legitimitet til beslutninger og endringer. Vi anbefaler å utvikle en kommunikasjonsplan for arbeidet med bærekraftige helse-, velferds- og omsorgstjenester i Harstad kommune.
- ▶ Styrke innbyggere i planlegging for egen alderdom gjennom god informasjon og forebyggende arbeid.
- ▶ Det er et nasjonalt mål at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Dette er omtalt i flere av kommunes styrende dokumenter og er et uttalt mål for Harstad. Skal dette kunne la seg gjennomføre, trenger kommunen en helhetlig boligpolitikk. Flere og flere kommuner ser utviklingen av en helhetlig boligtrapp, med differensierte boligtilbud som viktig tiltak for å unngå en for kraftig vekst i behovet for sykehjemsplasser. Boligutviklingen sees i sammenheng med proaktive og mestringsorienterte helse- og omsorgstjenester. Arbeidet handler om å utvikle verktøy, virkemidler, planer for strategisk boligutvikling, nye boformer og innovative boligløsninger. Bokvalitet handler ikke bare om bolig, men også om stedskvaliteter. For mange eldre vil nærhet til familie og venner, dagligvareforretninger, tjenestetilbud og friområder være en viktig betingelse for mulighetene til å være selvhjulpne, aktivt deltagende og ha livskvalitet i hverdagen. Vi anbefaler å ha en helhetlig boligplan hvor alle boligformål samles og behov fremover fremkommer.
- ▶ Sikre et mangfoldig kulturtilbud ved blant annet etablering av sosiale møteplasser og inkludering av eldre i lokalsamfunnet og dets aktiviteter. Kultur og idrett, frivillige lag og foreninger vil være viktige aktører inn i dette arbeidet.
- ▶ Videreutvikle og sikre det systematiske samarbeid med frivillige lag, organisasjoner, stiftelser, næringsliv og kulturliv.
- ▶ Godt dimensjonert *Innsatstrapp* for ulike brukergrupper og som muliggjør tildeling iht. BEON prinsippet. (Beste Effektive OmsorgsNivå)
- ▶ Sikre enheter og avdelinger som muliggjør effektiv ivaretagelse av fag, folk og økonomi. Utforming av arealer, bygg og teknologi i helse- og omsorgstjenestene har stor betydning for effektiv tjenesteyting og ressursbruk. Harstad har mange lokasjoner og tjenestesteder. Dette kan gjøre det mer krevende å sikre effektiv drift, men også tilstrekkelig fagmiljø mv. Kommunens store økonomiske omstillingsbehov krever omfattende tiltak, og det vil være nødvendig med strukturelle endringer, inkludert avvikling, samt samlokalisering og samling til større driftsenheter.
- ▶ Sikre ressurser som muliggjør forebygging og tidlig innsats og utvikle tjenester som medfører at innbyggerne får dekket sitt behov på beste effektive omsorgsnivå. Reduserte enhetskostnader ev. dekningsgrad i institusjon, og omfordeling av ressurser høyt i innsatstrappen kan være et viktig virkemiddel for å få nødvendig handlingsrom til å gjøre nødvendige omprioriteringer.
- ▶ Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling med god kvalitet (faglig kompetent og juridisk riktig) er avgjørende for å kunne styre ressursbruken i kommunen og premissgiver for dreining av tjenester i ønsket retning. Kommunens saksbehandling og tildelingspraksis må tilpasses iht. dette. Kartlegging og vurderinger må gjenspeile det «nye» tankesettet. Det fordrer at de som skal ivareta dette arbeidet har innsikt og forståelse for disse nye perspektivene og kompetanse til å omsette dette i praksis.
- ▶ Sikre at vedtak/tjenester evalueres og at tilbudene justeres/avsluttes ved endringer/opphør i behov i tråd med lovverket. Samhandling og tydelig oppgavefordeling mellom AKT og tjenestene inngår i dette.

Anbefalinger for å sikre mer bærekraftige tjenester forts.

4.4

Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

- ▶ Harstad må fortsette innføringen av velferdsteknologi og digitalisering av arbeidsprosesser (f.eks. støtteverktøy for optimalisering av hjemmetjenestens arbeidslister/ logistikk) og økt bruk av velferdsteknologi (f.eks. digitalt tilsyn) og løsninger som gir større egenmestring.
 - ▶ Bruke styringsdata som kommunen har utviklet til å følge med på utviklingen i tjenestene (omfang, ressursbruk og kvalitet), og for se om man jobber iht. mål/ambisjoner.
 - ▶ Rekruttering vil bli en utfordring for kommunene i årene fremover. Lavere tilgang på høyskoleutdannede krever økt fokus på oppgavedeling og effektiv bruk av helsefaglig kompetanse, slik at disse ikke utfører oppgaver andre kan håndtere. Mer komplekse behov og oppgaver i hjemmetjenesten og andre tjenester kan også skape behov for ny kompetanse. Kommunen må derfor prioritere kompetanseheving for egne ansatte, samt tiltak for å beholde ansatte og øke andelen som jobber i store stillinger.
 - ▶ Tiltak for økt nærvær og flere ansatte i store stillinger er avgjørende for kvalitet og økonomi. Det krever langsiktig innsats innen ledelse, strukturer, effektiv arbeidsdeling, mestringsorienterte oppgaver, fleksible arbeidstidsordninger og utvikling av en helsefremmende kultur. Forskning viser at mestring og tilhørighet styrker arbeidsglede og stabilitet, noe som igjen bidrar til økt nærvær og redusert turnover.
 - ▶ Samarbeid mellom kommunens tjenester og avdelinger er avgjørende for helhetlige og effektive tjenester. God samhandling sikrer koordinering og kunnskapsutveksling på tvers av fagområder, noe som er nødvendig for å møte komplekse behov hos innbyggere. Vi anbefaler tiltak som styrker samhandling på både system- og individnivå, inkludert å bryte ned siloer og forbedre koordineringen.
 - ▶ Hovedbudskapet er at kommunen må tilrettelegge for mer bærekraftige tjenester, gode strukturer og organisering. Det må sikres effektiv drift, ressursutnyttelse og en mer fremtidsrettet tjeneste som tar hensyn til demografien og nasjonale føringer.
 - ▶ Tiltakene kommunen er avhengig av å få til vil ikke nødvendigvis være enkle å beslutte eller å gjennomføre. Det vil være nødvendig med en tydelig og forankret strategi med konkrete tiltak. Kommunen må være innstilt på mulige økte kostnader til enkeltgrupper og pukkelkostnader i perioder, for å bygge opp tilbud lenger ned i innsatstrappen som skal erstatte mer kostnadskrevende tilbud.
 - ▶ Samfunnsoppdraget er endret og det medfører at de kommunale helse- og omsorgstjenestene må tilpasse seg dette. Nye arbeidsformer, behandlingsmåter og kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, demografisk utvikling med flere eldre, nye pasientgrupper og økende krav til kompetanse og digital innovasjon er noen av utfordringene sektoren står overfor. Dette innebærer nye måter å jobbe på, nye oppgaver og ansvar og berører alle deler av en organisasjon.
 - ▶ Ledelse er en forutsetning for å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenestene skal levere tjenester av høy kvalitet som er helhetlige og koordinerte. Dette stiller krav til både styring og ledelse på alle nivå i kommuneorganisasjonen: fra toppledelsen, via mellomledelsen og til førstelinjeledelsen og videre til medarbeiderne i organisasjonen.
- Mange av tiltakene i denne gjennomgangen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren. For å lykkes i planleggingen for fremtiden kreves det at **hele** kommunen bidrar.

Oppsummerende vurderinger- kostnader og tjenesteprofil - *Andre i hovedsak eldre*

Agenda Kaupangs vurderinger

- ▶ Analyser viser at hoveddelen av ressursene innen pleie og omsorg går til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* (73 %). Dette er også gruppen der den største veksten forventes. Det blir flere eldre, flere friske og aktive eldre, flere som lever lenger med helseutfordringer, og flere med demens. Samtidig forventes det færre yngre med potensial for «familieomsorg», noe som gjør det avgjørende for kommunen å styrke tiltak som hjelper innbyggerne med å ivareta egen helse og bo lengre i egnede hjem. Vurderingen er at kommunen ikke er tilstrekkelig rigget for denne utviklingen og må endre tjenestepraktis. Viktige grep inkluderer redusert sykehjemsdekning, færre driftsenheter, en mer differensiert boligtrapp, økt kapasitet og en godt utbygd «innsatstrapp». Samtidig må tjenestene være kostnadseffektive og av høy kvalitet. Kompetanseutvikling, digitalisering og velferdsteknologi blir sentrale verktøy, sammen med en strategisk organisering og lokalisering av tjenester.
- ▶ Harstad har i sum flere tjenestemottakere med ulike helse- og omsorgstjenester innenfor denne målgruppen enn snittet av sammenlikningskommunene. Vurderingen er at det er ulik praksis mellom kommunene og at dette både må sees i sammenheng med kommunens myndighetsutøvelse og kommunens samlede tilbud til denne målgruppen.
- ▶ Kommunen bruker mye av ressursene på de øverste trinnene i innsatstrappen. Høy ressursbruk skyldes både høy dekningsgrad og høye enhetskostnader. Høy ressursbruk på det øverste trinnet medfører, slik vi vurderer det, at det blir vanskelig for kommunen både å ivareta innbyggernes behov innenfor vedtatte rammer, men også å jobbe iht. kommunens mål og visjoner.
- ▶ Gjennomgangen av bemanning og pleiefaktor ved sykehjemmene viser forskjeller i kostnad per plass og oppgitt pleiefaktor på enhetsnivå. I gjennomsnitt har Harstad høye enhetskostnader. Mange av avdelingene har betydelige utgifter til variabel lønn, vikarbyrå og lønnstilskudd, noe som bidrar til å øke kostnadene ytterligere. Analysen viser også at den samlede bruken av årsverk overstiger rammene for dag- og kveldsskift. Kommunen driver sykehjem på seks ulike steder, noe som etter vår vurdering er en av årsakene til det høye årsverksforbruket sammenlignet med andre kommuner.
- ▶ Ved reduksjon i dekningsgraden på sykehjem er vurderingen at man må forvente en fortsatt høy enhetskostnad. Dette fordi det da vil være de meste pleietrengende og somatisk syke som skal ha tilbud. Vi vurderer likevel at det bør være et potensiale i å kunne redusere enhetskostnaden noe. Færre lokasjoner, samling av ulike plasser og redusert bruk av variabel lønn og bruk av vikarbyrå mv. bør være tiltak for å kunne redusere enhetskostnaden noe.
- ▶ Harstad har en høyere dekningsgrad på tilbud om bemannede boliger med mulighet for heldøgnsomsorg. Enhetskostnaden, sett i forhold til dekningsgraden, er ikke spesielt lav. Gjennomgang av bemanning og pleiefaktor viser at kommunen har tre driftsenheter hvor disse tilbudene ytes. Et av tilbudene omhandler et tilbud med 10 plasser. Vurderingen er at små enheter, hvor det skal tilrettelegges med stedlige heldøgntjenester, har en betydelig innvirkning på ressursbruk og økonomi. Små enheter gir ofte skalaulempe i turnus og kan fordyre driften. I Harstad er vurderingen at årsverksinnsatsen, for boligen med 10 enheter, større enn det antallet beboere og tjenestebehovet tilsier.

Oppsummerende vurderinger- kostnader og tjenesteprofil -

Andre i hovedsak eldre forts.

4.5 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

- ▶ Vurderingen er at kommunen bør ha kapasitet i hjemmetjenesten til noe av dreiningen kommunen er avhengig av å få til, men dette fordrer en stram styring og myndighetsutøvelse (saksbehandling/tildeling/revurderinger og avslutninger). Hjemmetjenesteanalysen viser at kommunen i snitt har relativt høy ATA-tid, men den varierer mellom sonene
- ▶ Analysene viser at kommunen har mange tjenestemottakere med små timesvedtak i hjemmetjenesten, og andel med omfattende tjenester er relativt lavt. Dersom små vedtak gjelder oppgaver som egentlig burde håndteres av andre, som medisiner, sårstell eller generelle tilsyn, er dette imidlertid ikke bærekraftig. For bistand eller tilsyn som kan erstattes med digitale løsninger, bør kommunen sette i verk tiltak for å realisere dette. Basert på funn fra de kvalitative analysene er antakelsen vår at høy andel tjenestemottakere, høy antall vedtak med lav tidsramme, må sees i sammenheng med kommunens tildelingspraksis, men også forventninger til hva hjemmetjenesten skal bistå med.
- ▶ Kommunen har lavere andel innbyggere med ulike aktivitetstilbud enn snittet. Utgiftene er imidlertid høyere. Dersom en lavere andel innbyggere med tjenester er et resultat av at innbyggernes behov for slike aktiviteter ivaretas av andre tilbud er dette bra. Dersom dette ikke er tilfelle er vurderingen at kommunen, i sin videreutvikling, må se på om dette er tiltak som kan medfører ønsket dreining. Kommunen må også se på om det er andre måter å organisere tilbudene på, for å sikre mer kostnadseffektive tilbud. Gode dag- og aktivitetstilbud er både viktige for den enkelte tjenestemottaker og for pårørende. For å sikre mer kostnadseffektive tilbud bør kommunen utforske nye måter å organisere disse, inkludert samarbeid med kultursektoren, frivillige lag og foreninger. Kultursektoren har allerede en rekke åpne tilbud og kan spille en nøkkelrolle på de laveste trinnene i innsatstrappen. En slik tilnærming kan frigjøre helsepersonell til oppgaver der deres kompetanse er mest nødvendig.
- ▶ Når stadig flere skal få bo hjemme vil behovet for avlastningstiltak kunne øke. Dersom kommunen nå iverksetter tiltak for å redusere dekningsgrad er vurderingen at kommunen samtidig må se på om det er behov for å øke kapasiteten på avlastningstilbudene i kommune. Dette vil kunne redusere innsparingen, men kan være vesentlig for å kunne få til dreiningen kommunen er avhengig av å få til.
- ▶ Harstad har flere innenfor denne målgruppen med digitale tilsyn, mens andelen med elektroniske medisindispensere er lav. Basert på erfaring fra andre kommuner er vurderingen at det er et stort potensial i å erstatte tradisjonelle medisindosetter med multidoser/elektroniske medisindispensere. Dette vil både kunne redusere tid til administrering av medikamenter, men også utgifter til medisiner. Kommunen og digitaliseringsenheten har estimert et potensiale på å kunne øke fra dagens 49 dispensere til 300.
- ▶ Gjennomgangen viser at kommunen har høy bruk av variabel lønn innenfor de fleste tjenesteområdene. Mange enheter har i tillegg høye utgifter til kjøp av vikartjeneste. Vi har ikke gått grundigere inn i årsakene til dette høye nivået. Vurderingen er at høy bruk av variabel lønn ikke er bra for hverken ansatte eller kommunen. Dersom dette høye nivået er et uttrykk for mange endringer i planlagt bemanning kan det være uheldig for tjenestemottakerne.
- ▶ Harstad kommune bygger nytt helsehus som skal stå ferdig sommeren 2025. Helsehuset vil bli et samlingspunkt og kompetansemiljø for kommunens helse- og omsorgstjenester. Med blant annet klinisk avdeling, legesenter, lærings- og mestringssenter i samarbeid med UNN og UiT, fasiliteter for studenter, hovedbase for hjemmetjenesten, helsestasjon, kommunepsykologer og kontorer for brukerorganisasjoner. Etableringen av Helsehuset kan gi kommunen samdriftsfordeler mellom tjenestene og særlig i forhold tjenester som er spesialiserte.

Oppsummerende vurderinger; kostnader og tjenesteprofil - *Andre i hovedsak eldre forts.*

4.5 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

- ▶ Kommunen har planer om å utvide med ytterligere 48 plasser fra 2027 (Bergsodden). Når ny avdeling ved Bergsodden står ferdig, er vår vurdering at kommunen må redusere tjenestesteder og plasser andre steder i kommunen i forhold til rett dimensjonering på sykehjemsplasser og for å sikre effektiv drift. Det betyr at det samlede antall sykehjemsplasser ikke bør øke eller bare øke litt når Bergsodden står klar. Arbeidet bør igangsettes nå, slik at en helhetlig plan er på plass i god tid før utvidelsen. En godt forankret strategi vil legge grunnlaget for bærekraftige og kvalitetsmessig gode tjenester i årene fremover.



Bergsodden sykehjem. Foto: Øystein Neegaard



Eksempel på veiledere og styringsdokumenter som har hatt og har betydning for kommunens helse- og omsorgstjenester overfor denne målgruppen.

Anbefalinger- kostnader og tjenesteprofil – *Andre i hovedsak eldre*

Anbefalinger og sentrale grep

I forbindelse med oppdraget i Harstad har vi ikke innhentet data om tjenestene ut over den overordnede analysen. Anbefalingene må leses i lys av dette og baserer seg på erfaringer fra andre kommuner og funnene fra de overordnede analysene:

- ▶ Harstad har en høy dekningsgrad i heldøgns omsorgstjenester med 17,48 % i institusjon og 7,65 % i HDO-boliger målt mot innbyggere 80 år og over. En reduksjon av institusjonsdekning til 13 % innebærer reduksjon av ca. 58 plasser. Forutsatt at 85 % av kostnadene er variable, utgjør dette ca. 66 millioner kroner (se kapittel 5 for mer informasjon om beregninger). Eksempel på et konkret mulig tiltak som bør utredes videre i denne sammenheng kan være å omgjøre sykehjemmet på Øyriktet til omsorgsboliger med mulighet for døgn tjenester. Dette kan for eksempel også omhandle å samlokalisere helsetjenestene på stedet slik at den samlede stedlige kompetansen kan brukes samordnet og koordinert hele døgnet både stasjonert og ambulerende. Differanse i kost sykehjemsplass og omsorgsbolig er beregnet til ca. 500.000 kroner mindre for en omsorgsbolig.
- ▶ Harstad har høyere kapasitet i hjemmesykepleietjenesten enn snittet. Andel tjenestemottakere er også høyere. Dersom kommunen hadde hatt samme dekningsgrad som snittet i referansegruppen, vil det medføre en reduksjon på 10,2 millioner i hjemmetjeneste og økning på 3,5 millioner i praktisk bistand. Dette gir en nettoeffekt på ca. 6,7 millioner kroner dersom Harstad hadde vært som snittet. (se kapittel 5 for mer informasjon om beregninger).
- ▶ Kommunen har mange tjenestemottakere i hjemmesykepleien med lavt utmålt timeantall. Ved å redusere disse med f. eks. halvparten og en tredjedel av dagens nivå, kan det fristilles mellom 8,1 og 10,9 årsverk og mellom 6,2 millioner kroner og 8,3 millioner kroner (se kapittel 5 for mer informasjon om beregninger).
- ▶ Økt bruk av digitale tilsyn i hjemmetjenesten kan frigjøre årsverk og vil kunne bidra til vesentlig effektivisering. Dersom kommunen øker andel med digitalt tilsyn på natt, som erstatning for fysiske besøk med 50 %, vil dette kunne fristille rundt 3 årsverk, og 3,5 millioner kroner. Ved å også å ta i bruk digitale tilsyn på dag og kveld, vil dette kunne både effektivisere driften ytterligere, og redusere behov for årsverk. Ved å innføre 10 % digitalt tilsyn utgjør dette en besparelse på 1,6 årsverk, i underkant av 1 millioner kroner (se kapittel 5 for mer informasjon om beregninger).
- ▶ En høyere ATA-tid i Øyriktet (fra dagens nivå på 31 %) har et betydelig potensial for besparelser. Hvis effektiviteten i tjenesten forbedres fra dagens nivå (svært lav effektivitet) til god effektivitet, kan det gi en samlet besparelse på 1,3 millioner kroner. Med et planlagt timeantall på 69,7 timer per uke er det tydelig at økt ATA-tid i Øyriktet kan bidra til en mer effektiv ressursbruk og reduserte kostnader.
- ▶ Kommunen yter flere timer til helsehjelp enn det som er vedtatt. En reduksjon i gapet mellom vedtatte og faktisk leverte timer vil utgjøre i sum 8,4 millioner kroner

Anbefalinger- kostnader og tjenesteprofil – *Andre i hovedsak eldre forts.*

4.6

Oppsummerende
vurderinger og anbefalinger

- ▶ Tiltak for å redusere kostnader og få bedre kontroll over driften av sykehjemmene korttidstilbud på færre lokasjoner enn i dag. Dette kan gi stordriftsfordeler og redusere behovet for variabel lønn og høy årsverkinnsats. Kommunen skal ta i bruk nytt helsehus i 2025 og planlegger en ytterligere økning i plasser fra 2027. I denne sammenhengen bør det vurderes å redusere antall institusjonsplasser etter utvidelsen og omgjøre noen til heldøgnsbemannede boliger, slik at tilbudet bedre tilpasses fremtidige behov.
- ▶ Harstad har høy ressursbruk til tilsyn og beredskap på natt (for hele pleie- og omsorg). Vi anbefaler at kommunen ser på andre alternative løsninger for å sikre både bistand, tilsyn og beredskap på denne tiden av døgnet. Økt bruk av velferdsteknologi og samarbeid på tvers av tjenester og virksomheter bør inngå i dette arbeidet.

Oppsummerende vurderinger kostnader og tjenesteprofil - *Mennesker med utviklingshemming*

4.7 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Agenda Kaupangs vurderinger

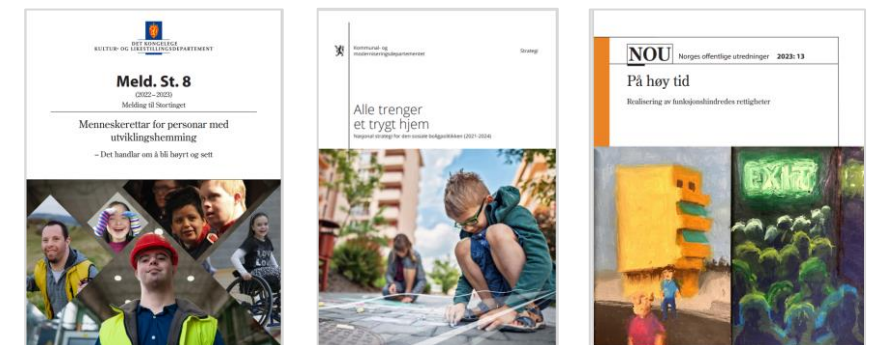
- ▶ Personer med utviklingshemming utgjør en stor, men svært uensartet gruppe med store individuelle forskjeller. Hjelpebehovet varierer avhengig av grad av utviklingshemming og tilleggsvansker. Noen klarer seg selv i dagliglivets aktiviteter, mens andre trenger omfattende hjelp og støtte hele døgnet, og vil være avhengige av offentlige tjenester for å ha god helse og utvikling.
- ▶ Data fra SSB viser at Harstad har en lavere andel innbyggere registrert med helse- og omsorgstjenester diagnostisert med ICD-10 over 16 år (psykisk utviklingshemming), og dette kan være en forklaring på hvorfor kommunen har en lavere andel innbyggere med tjenester innenfor denne målgruppen enn snittet.
- ▶ Vurderingen er at kommunen har et potensiale i sikre innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester overfor denne målgruppen på en mer bærekraftig og kostnadseffektiv måte. Mange av tjenestene til denne målgruppen er «livslange» og medfører både en vesentlig inngripen i den enkeltes liv, og omfattende ressursinnsats. Analysene viser at kommunen har lave utgifter til barn og unge. Utgiftene til voksne er høyere. Samlet ligger utgiftene til denne målgruppen lavere enn snittet for sammenlikningskommunene.
- ▶ Gjennomgangen har vist at Harstad har høyere utgifter til helse- og omsorgstjenester i bolig, men også ambulante tjenester enn snittet i referansegruppen. Vi har vist at dette må sees i sammenheng med antall tjenestemottaker og ulike brukerbehov, men erfaringsmessig spiller også organisering av tilbudene inn.
- ▶ Demografisk utvikling tilsier at det i fremtiden vil bli større utfordringer med å rekruttere og beholde ansatte. Det betyr at man må sikre strukturer som gjør at man kan benytte personale og kompetanse på en hensiktsmessig måte. Det å ha mange små boenheter, hvor man ikke klarer å samkjøre personalressursene, vurderes som lite hensiktsmessig. Det er viktig å ha en bolig- og tjenestestruktur som gjør at man ivaretar tjenestemottakernes behov for privatliv, individuell tilrettelegging og bistand samtidig som man sikrer kostnadseffektivitet. Egnede lokaler, kompetent personale og god organisering er en viktig forutsetning for å få dette til.
- ▶ Harstad har flere tjenester per tjenestemottaker enn andre kommuner, noe som kan henge sammen med tildelingspraksisen. Selv om dette gir enkelte brukere et bredere tjenestetilbud, er det ikke nødvendigvis en effektiv ressursbruk. At færre mottar flere tjenester kan indikere en praksis som ikke er bærekraftig med tanke på kommunens behov for å redusere kostnader. Det bør vurderes om en mer målrettet tildeling kan bidra til å spre ressursene bedre og redusere utgiftene.
- ▶ Kommunale arbeids- og aktivitetstilbud er viktige for mennesker med utviklingshemming. Ifølge NAKU deltar omtrent halvparten av alle psykisk utviklingshemmede i yrkesaktiv alder i slike tilbud. Opptrappingsplanen fra 2005 fremhever at dagsentervirksomhet bidrar til å motvirke sosial isolasjon, styrke nettverk og gi meningsfulle aktiviteter. Levekårsundersøkelser viser at disse tilbudene har særlig stor betydning for utviklingshemmede (Söderström og Tøssebro, 2011). I tillegg til kommunale aktivitets- og arbeidstilbud er vurderingen at det viktig å tilrettelegge for at de som kan, får ordinært VTA-tilbud, arbeidspraksis eller jobb. Dette krever innsats fra både tjenestemottakere, kommunen og næringslivet. Flere kommuner har også gode erfaringer med organisasjoner som stiftelsen Helt Med, som fremmer arbeidsinkludering for personer med utviklingshemming i ordinære arbeidsplasser.

Oppsummerende vurderinger kostnader og tjenesteprofil - *Mennesker med utviklingshemming* forts.

4.7 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Agenda Kaupangs vurderinger

- ▶ I kommunens videreutvikling av tjenester og tiltak er vår vurdering at det både er behov for kostnadseffektive strukturer og økt samhandling mellom tjenester/avdelinger. I tillegg må kommunen videreutvikle tjenester som i større grad reduserer behovet for boliger med stedlige tjenester. Mye av ressursene er bundet opp i tjenester til enkeltbrukere. Dette gjør at nye og endrede behov kan bli vanskelig å ivareta innenfor rammen av fag, folk og penger.
- ▶ Vurderingen er at det er et stort potensial i å ta i bruk velferdsteknologi for denne målgruppen. Målet med velferdsteknologi er å gi trygghet til å bo hjemme lengst mulig og mestre eget liv (NOU 2011:11). Digital transformasjon og teknologi kan fremme egenmestring og endre tjenestebehovet. Meld. St. 8 (2022-2023) understreker også potensialet for økt bruk av velferdsteknologi i tjenestene; «*Forskningsrapportar frå Nasjonalt senter for e-helseforskning viser eit stort uutnytta rom for funksjonshemja barn knytt til bruken av teknologi. Erfaringa frå utprøvningsfasen viser at velferdsteknologi til funksjonshemja barn og unge gjev stor nytteverdi for brukaren sjølv, for pårørande og for tenesta når det blir brukt rett, og set barnet i sentrum. Deltakande barn og familiar rapporterer om auka meistring, sjølvstende og deltaking for barna i tillegg til ein avlastande effekt for foreldra*».
- ▶ Vurderingen er at Harstad er i behov av en mer utbygd innsatstrapp også for denne målgruppen. Ambulerende miljøarbeidertjeneste og bruk av velferdsteknologi vil være tiltak for at flere skal kunne eie/leie egen bolig samtidig som behovet for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt på et lavest mulig omsorgsnivå. Dette medfører også et marked hvor det er mulig å kjøpe, ev. leie egen bolig. Lykkes ikke kommunen med dette, er vurderingen at behovet for boliger hvor det ytes helse- og omsorgstjenester, samt tjenester organisert som BPA/PA, kan øke.



Eksempel på utredninger, veiledere og styringsdokumenter som utgjør et rammeverk som kommunene må forholde seg til.

Oppsummerende vurderinger kostnader og tjenesteprofil - *Mennesker med utviklingshemming*

4.8

Oppsummerende
vurderinger og anbefalinger

Anbefalinger og sentrale grep

I forbindelse med oppdraget i Harstad har vi ikke innhentet data om tjenestene ut over den overordnede analysen. Anbefalingene må leses i lys av dette og baserer seg på erfaringer fra andre kommuner og funnene fra de overordnede analysene:

- ▶ Forebygging og tidlig inn – i tidlig alder og tidlig inn i utfordringer og behov. Bistand til både foresatte og innbyggere som er i behov av oppfølging og opplæring med mål om mest mulig selvstendighet og mestring. Koordinering og samhandling av tjenester på tvers av fagområder og samtidighet i tjenestene er nødvendig. Harstad har få tjenestemottaker og lave utgifter til denne målgruppen. Det er viktig at kommunens innretning av tjenester (barnehage, skole, fritidstilbud, pleie- og omsorg) muliggjør mest mulig habilitering og på den måten øker den enkeltes mulighet for økt selvstendighet. Pårørende med særlig omfattende bistandsarbeid må sikres gode avlastningstilbud.
- ▶ Videreutvikler tjenestene til målgruppen slik at en har reelle tjenester å tilby sine innbyggere i tråd med BEON-prinsippet. Eksempel på dette er fritidstilbud, avlastningstiltak og ambulante miljøarbeidertjenester. Herunder sikre tiltak som medfører oppfølging og opplæring med mål om mest mulig selvstendighet og mestring.
- ▶ Ta i bruk velferdsteknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen. Kommuner som Bodø, Farsund, Porsgrunn mv. er kommuner som har flere erfaringer med bruk av velferdsteknologi for denne brukergruppen (www.Fontene.no). Vi anbefaler at tjenestene i enda større grad nyttiggjør seg bruk av teknologi, digitale løsninger og muligheter til digital transformasjon som en integrert del av tjenesteutøvelsen.
- ▶ Utvikle kapasitet og differensierte arbeidstilbud for å ivareta ulike behov. I dette inngår det å bruk mulighetene som ligger i ordninger som f.eks. egen kommuneorganisasjon, samt samarbeid med NAV, næringslivet og f.eks. stiftelsen Helt med.
- ▶ For å redusere enhetskostnadene bør kommunen iverksette tiltak for bedre organisering og samdrift mellom tjenester. Våre beregninger anslår et teoretisk innsparingspotensial på rundt 9,6 millioner kroner (se kapittel 5). Hvor mye av dette som kan realiseres, avhenger imidlertid av individuelle behov i målgruppen og eventuell refusjon fra staten. Den demografiske utviklingen vil føre til færre yrkesaktive i fremtiden, noe som forsterker behovet for en effektiv ressursbruk. En helhetlig bolig- og tjenestestruktur må sikre både kostnadseffektivitet og brukernes behov for privatliv, individuell tilrettelegging og bistand. Egnede lokaler, kompetent personale og god organisering er avgjørende for å lykkes.
- ▶ Kommunen har lavere refusjoner for ressurskrevende tjenester fra staten sammenlignet med snittet. Vi anbefaler en gjennomgang av tilskuddsordningen for å sikre at tilskuddene er beregnet korrekt. Samtidig bør det vurderes hvordan mer kostnadseffektive løsninger kan implementeres, slik at tjenestene kan tilpasses brukernes behov uten unødvendig høye kostnader.
- ▶ Kommunen bør i sin videreutvikling, sikre differensierte tilbud til de som er i behov av bistand og tjenester i boliger (boligtrapp). Boligene må være tilpasset brukerne i utforming, og lokalisering er også viktig. Videre må dette arbeidet også inkludere tiltak som sikre at de som ønsker å eie egen bolig gis anledning til dette.
- ▶ Flere avdelinger har høye utgifter til variabel lønn, særlig knyttet til fravær, ekstra innleie og overtid. For å redusere disse kostnadene må kommunen øke nærværet, redusere vakante stillinger og sikre tilstrekkelig kompetanse. Dette krever langsiktig arbeid, det finnes ingen «quick fix». Gode strukturer og en bevisst satsing på kulturutvikling er avgjørende for varige forbedringer..

Oppsummerende vurderinger kostnader og tjenesteprofil - *Psykisk helse og rus*

4.9 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Agenda Kaupangs vurderinger

- ▶ Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov varierer fra person til person. Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats, eller med støtte fra familie og nettverk eller selvhjelpstilbud. Noen får nødvendig støtte og bistand fra frivillige organisasjoner, mens andre har behov for tjenester fra det kommunale og/eller det statlige tjenesteapparatet i en kortere eller lengre periode.
- ▶ Kommunen har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering, behandling og bistand. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal veileder for dette arbeidet, «Sammen om mestring». Der legges det særlig vekt på at psykisk helse og rus må sees i sammenheng og at brukeren er den viktigste aktøren.
- ▶ Vurderingen er at Harstad har en tjenesteprofil, med fokus på tidlig innsats. Dette kan være en medvirkende årsak til at kommunen har noe lavere bruttodriftsutgifter til pleie, omsorg og behandling enn sammenlikningskommunene. Det kan også være en mulig forklaring på hvorfor kommunen har en lavere andel tjenestemottakere enn folkehelseprofilen skulle tilsi.
- ▶ De samlede bruttoutgiftene innen dette området er noe lavere enn snittet. Den statlige refusjonen er lav (ressurskrevende tjenester) og utgifter til barn og unge er lave (på undersøkelsestidspunktet), men nettdriftsutgifter til voksne er noe høyere enn snittet. Harstad har også ført en del utgifter på funksjon 241 (Helse) for tiltak som andre kommuner velger å kostnadsføre på funksjon 254 (denne analysen). Dette er også primært tiltak for voksne ser vi de samlede utgiftene til voksne i sammenheng, er vurderingen at nettoutgiftene til denne målgruppen er noe høye.
- ▶ Årsaken til noe høye kostnader (voksne) må, slik vi vurderer det, sees i sammenheng med at kommunen har høye enhetskostnader i bolig med bemanning. Enhetskostnader til det vi i dette arbeidet har samlet under begrepet *Ambulerende miljøarbeidertjeneste* er også høye. Her ser vi også at kommunen har meldt inn å ha vesentlig flere årsverk til dette enn snittet. Høye utgifter til tjenester for voksne må også sees i sammenheng med høye enhetskostnader til arbeid- og aktivitetstilbud, men også til omsorgsstønad



Eksempel på veiledere og styringsdokumenter som utgjør et rammeverk som kommunene må forholde seg til.

Oppsummerende vurderinger kostnader og tjenesteprofil - *Psykisk helse og rus*

4.10 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Anbefalinger og sentrale grep

I forbindelse med oppdraget i Harstad har vi ikke innhentet data om tjenestene ut over den overordnede analysen. Anbefalingene må leses i lys av dette og baserer seg på erfaringer fra andre kommuner og funnene fra de overordnede analysene:

- ▶ Utfordringen innen psykisk helse er, slik vi erfarer det, at kommunen i langt større grad har fått og vil få ansvar for å ivareta behov for bistand, behandling og oppfølging uten at kommunen i tilstrekkelig grad har klart å tilpasse seg dette.
- ▶ En fremtidsrettet organisering og innretning av ulike tjenester er nødvendig for å få til tjenester med høy kvalitet på et kostnadseffektivt nivå. Vår vurdering er at den viktigste faktoren for å få til dette er arbeid i tråd med BEON-prinsippet. Det betyr fortsatt fokus og målrettet innsats for forebygging og tidlig innsats (alder og utfordring). Denne målgruppen trenger ofte samtidige tjenester fra flere sektorer og forvaltningsnivå. Vår vurdering er at dette øker behovet for nødvendig samhandling både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Avklaring av ansvar og roller inngår i dette. Mange innbyggere med rusrelaterte og psykiske helseutfordringer trenger samtidige og langvarige tjenester fra flere tjenesteområder og forvaltningsområder. Det er derfor nødvendig med god dialog, samhandling og avklaringer for å sikre at behovene blir ivaretatt på en god måte.
- ▶ Et annet forhold, som vi ser mange kommuner har utfordringer med, er at når andel eldre øker så kan også andel eldre med psykiske og rusrelaterte utfordringer øke. Dette vil kunne medfører andre strategier og tiltak enn det kommunen per nå har utviklet/tatt i bruk. Erfaringen er at mye av fokuset og ressursene ofte settes på unge og voksne, og i noen kommuner på bekostning av andre brukergrupper.
- ▶ Kommunen bør iverksette tiltak for å redusere enhetskostnader for ulike tilbud. Beregninger viser et teoretisk innsparingspotensial på cirka 22 millioner kroner sammenlignet med snittet (se kapittel 5 for detaljer). Tiltak som bedre organisering, samdrift mellom lokasjoner/tjenester og redusert bemanning (årsverk) kan bidra til lavere kostnader. Samtidig må individuelle behov i målgruppen tas hensyn til, da dette kan påvirke hvor mye av potensialet som kan realiseres. Eventuell refusjon fra staten kan også påvirke netto innsparing. Den demografiske utviklingen, med færre yrkesaktive, forsterker behovet for strukturer som utnytter ressurser, personale og kompetanse på en effektiv måte. En godt tilpasset bolig- og tjenestestruktur som ivaretar brukernes behov for privatliv og individuell tilrettelegging, samtidig som den sikrer kostnadseffektivitet, er avgjørende. Egnede lokaler, kompetent personale og god organisering er viktige forutsetninger for å oppnå dette.
- ▶ Kommunen har lavere refusjoner for ressurskrevende tjenester fra staten sammenlignet med snittet. Vi anbefaler en gjennomgang av tilskuddsordningen for å sikre at tilskuddene er beregnet korrekt. Samtidig bør det vurderes hvordan mer kostnadseffektive løsninger kan implementeres, slik at tjenestene kan tilpasses brukernes behov uten unødvendig høye kostnader.

Oppsummerende vurderinger av dimensjonering av behandling inkl. rehabilitering og habilitering

4.11 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Agenda Kaupangs vurderinger

- ▶ Våre analyser viser at Harstad har vesentlig høyere utgifter til fastlegetjenesten enn sammenliknbare kommuner. Vår vurdering er at dette i stor grad er en kombinasjon av flere kostnadsdrivende faktorer, som en høy andel fastlønnede leger, lavere gjennomsnittlig listelengde, høye driftsutgifter som følge av flere kommunalt drevne legesentre, store utgifter til vikarer og merkostnader utover den ordinære fastlegeordningen.
- ▶ Kommunen har vesentlig høyere utgifter for legetjenesten enn det kommunen får i statlige overføringer. Dette medfører at kommunen enten må omdisponere ressurser mellom ulike sektorer eller prioritere ned ressurser til øvrige helse- og omsorgstjenester. Vi vurderer at Harstad må diskutere om ressursbruken samsvarer med mål for kommunen, og om den er bærekraftig. Det er fortsatt mangel på leger i kommunene, og kommunene konkurrerer om å tilby fastlegene vilkår som koster langt mer enn det staten bevilger. For landet som helhet er det en vekst i utgifter til legetjenester. KS uttaler et behov for å se på organisering og oppgavefordeling.
- ▶ Legetjenesten handler i stor grad om å få dekket innbyggernes behov og hvordan legetjenesten kan bidra til å forebygge mer omfattende helse- og omsorgstjenester, spesielt for den eldre generasjonen. Nasjonale tall viser at det er den eldre befolkningen som bruker fastlegetjenestene mest. Fastlegene er viktig for at Harstads befolkning skal opprettholde helse og funksjoner som gjør at de kan klare seg på egen hånd. Et fortsatt fokus på samhandling mellom fastleger og kommunale virksomheter som helsestasjon, barnevern, NAV, omsorgssektoren og rus/psykiatri innen forebygging, behandling og rehabilitering kan gi helsegevinster for befolkningen. Demografiendringer med sterk økning av behov for pleie- og omsorgstjenestene gjør kommunen avhengig av å ha en velfungerende og samarbeidende fastlegeordning som jobber mot felles mål om best mulig helse i eget liv og eget hjem for innbyggeren.
- ▶ Til tross for at Harstad har en vesentlig høyere andel legeårsverk per innbygger, er det fortsatt kapasitetsutfordringer i fastlegetjenesten. Manglende listekapasitet og innbyggere uten fastlege er sentrale problemstillinger. Etter vår vurdering skyldes dette i stor grad lavere listelengde. Per 2024 følger ikke Harstad sin egen vedtatte norm for listelengde, noe som bidrar til økte kostnader i fastlegetjenesten. Kommunens norm for listelengde er satt til 900 pasienter per lege med spesialitet i allmennmedisin, med tilpasninger basert på stillingsstørrelse, oppgaver og andre forhold. Likevel ligger gjennomsnittlig listelengde i Harstad på 620, langt under normen og betydelig lavere enn landsgjennomsnittet på rundt 1 000.
- ▶ Harstad har 6 legesentre i kommunen, hvorav kun ett er privat drevet. Organiseringen med mange kommunalt driftede legesenter, er, slik vi vurderer det, en vesentlig årsak til at kommunen har høye driftsutgifter (lokaler, personal, adm. ressurser, utstyr mv.) til driften av legesentrene.

Oppsummerende vurderinger av dimensjonering av behandling inkl. rehabilitering og habilitering forts.

4.11 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Agenda Kaupangs vurderinger forts.

- ▶ Kommunen har vedtatt å ansette ytterligere to fastlønnede leger for å redusere utgiftene til vikarbyrå. Vurderingen er at ansettelse av to fastlønnede leger for å dekke vikarbehov kan redusere utgifter til vikarbyrå og sikre kontinuitet i tjenesten, men det innebærer risiko for ubenyttede ressurser ved varierende behov. Kommunen bør se dette tiltaket i sammenheng med å øke listelengdene per lege og samlokalisere legesentrene, da dette kan redusere både vikarbehovet og de totale kostnadene.
- ▶ Harstad har et interkommunalt samarbeid om felles legevakt. Vurderingen er at slik interkommunale løsninger ofte er avgjørende for å kunne ivareta innbyggernes behov for kommunale akutt medisinske tjenester. Analysen viser at kommunens utgifter til legevakt er lavere enn det vi ser for snittet av sammenlikningskommuner. Harstad ligger på forventningsnivået i forhold til antall innbyggere for utgifter til legevakt. Vi har ikke hentet inn øvrige data om legevakten i dette arbeidet.
- ▶ Kommunen har høye utgifter til fysio- og ergoterapitjenester, både til årsverk i egen regi og driftsavtaler, sammenlignet med snittet. Private avtaler supplerer kommunens tilbud, men en større andel i egen regi kan forenkle ressursstyring, samordning og målrettede tiltak for innbyggere med ulike behov. Vurderingen er at høy ressursbruk er ikke nødvendigvis negativt, men utfordrende dersom den ikke gir kostnadsreduksjoner eller gevinster i tilgrensende tjenester.

- ▶ Rehabilitering og habilitering er avgjørende for å styrke tidlig innsats og forebygging, blant annet gjennom hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering. En effektiv utnyttelse av korttids- og rehabiliteringsplasser forutsetter en målrettet innsats og tett samarbeid. Fysio- og ergoterapeuters kompetanse spiller en nøkkelrolle i å tilrettelegge hjelpemidler som gjør at flere kan komme raskere hjem fra sykehus og korttidsopphold, samt bo hjemme lenger. Dette bidrar både til økt livskvalitet for brukerne og avlastning for øvrige helsetjenester. Vurderingen er at det er betydelig potensial for lavere kostnader, bedre samordning og samarbeid, noe som vil være avgjørende for å oppnå de ønskede effektene og nå kommunens mål.



Eksempel på nasjonale dokumentet som utgjør et rammeverk som kommunene må forholde seg til.

Anbefalinger- kostnader og tjenesteprofil behandling inkl. rehabilitering og habilitering

Anbefalinger og sentrale grep

I forbindelse med oppdraget i Harstad har vi ikke innhentet data om tjenestene ut over den overordnede analysen. Vurderingene og anbefalingene må leses i lys av dette og baserer seg på erfaringer fra andre kommuner og funnene fra de overordnede analysene:

- ▶ Listekapasiteten hos legen bør økes. Den kommunale normen bør i større grad være førende for praksis. Dersom gjennomsnittlig listelengda øker til f.eks. samme nivå som i Narvik, vil kommunen både kunne få noe ledig listekapasitet og sikre innbyggerne sine fastlege i egen kommune.
- ▶ For å redusere utgiftene kan kommunen også vurdere å redusere antall fastlønnede leger. Det finnes flere ulike driftsmodeller som kan vurderes: 1) Privatpraktiserende leger, men kommunen eier senter og utstyr. 2) Kommunen dekker utgifter til kontor, utstyr og hjelpepersonell, men legene driver privat. 3) Fullt ut privat drevet legesenter. Dette tiltaket vil kunne være veldig krevende å gjennomføre da tiltaket med å ha flere fastlønnede leger har vært et viktig tiltak for å sikre rekruttering og stabilitet i legetjenesten.
- ▶ Kommunene bør vurdere å samlokalisere flere av de kommunal driftede legesentrene. Dette vil kunne medfører lavere utgifter til husleie, helsepersonell, medisiner og utstyr mv. Større legesenter kan også medfører at flere leger, men også øvrig helsepersonell, i større grad kan dekke fravær. På denne måten kan også samlokalisering kunne redusere behov for bruk av vikarbyrå.
- ▶ Kommunen har reduserte inntekter da fastleger beholder 20 % av inntektene fra Helfo (takster). I tillegg dekker ikke næringsdrivende leger ved kommunalt driftede legesentre utgifter til husleie, medisinsk utstyr, forbruksmateriell eller støttepersonell fullt ut. Når kommunen må redusere utgiftene betydelig innen legetjenesten, kan det være hensiktsmessig å vurdere denne praksisen.
- ▶ Kommunen bør vurdere å justere betalingspraksis i tråd med det pasienttilpassede basistilskuddet som ble innført 1. mai 2023. Dette tilskuddet tar hensyn til pasientenes individuelle behov og kan ha innvirkning på de individuelle avtalene mellom kommunen og fastlegene.
- ▶ Kommunen bør prioritere tiltak som gir størst langsiktig kostnadseffektivitet og bedre ressursutnyttelse. Å øke listelengdene per lege og vurdere samlokalisering av legesentrene, framstår som de mest bærekraftige løsningene. Dette kan redusere behovet for vikarer, senke kostnader og styrke effektiviteten i tjenestene. Dersom det fortsatt er behov for vikardekning, kan ansettelse av to fastlønnede leger vurderes, men dette bør kun gjøres dersom det er tydelig at ressursene vil bli fullt utnyttet. En helhetlig gjennomgang av legestrukturen bør inkluderes i vurderingen for å sikre at alle tiltak er tilpasset kommunens behov og økonomiske situasjon.
- ▶ Kommunen har tidligere benyttet 1 årsverk til administrasjon av legetjenesten. Dette må nå økes til 2 grunnet flere kommunale driftede legesenter og fastlønnede leger. Dersom kommunen, for å redusere utgiftene, gjør endringer i driftsmodellen, ev. samlokaliserer flere legesentret bør kommunen også vurdere om man samtidig kan klare seg med 1 årsverk til administrasjon.
- ▶ Harstad benytter betydelig flere årsverk til fysio- og ergoterapi enn sammenligningskommunene, samt driftsavtaler med private fysioterapeuter, uten at dette ser ut til å redusere behovet for andre helse- og omsorgstjenester. For å redusere utgiftene kan kommunen vurdere å redusere driftsavtaler med private fysioterapeuter og/eller antall kommunale fysio- og ergoterapeuter. Dersom kommunen justerer kostnadsnivået til Rana, er potensialet for innsparinger ca. 9 millioner kroner (se kap. 5 for beregninger). Harstad skiller seg spesielt ut innen fysioterapitjenesten. Sammenlignet med Rana har kommunen om lag åtte flere fysioterapiårsverk, både fastlønnede og med driftstilskudd. Det er viktig at en reduksjon ikke forringer tilbudet vesentlig. Uansett hva kommunen velger, er det avgjørende at innsatsen gir mer verdi.

Oppsummerende vurderinger – digitalisering og velferdsteknologi

4.13 Oppsummerende vurderinger og anbefalinger

Agenda Kaupangs vurderinger

- ▶ Vår overordnede vurdering er at Harstad har kommet godt i gang med å ta i bruk ulike typer velferdsteknologi, men at kommunen har noe å gå på med tanke på målet om teknologi som en integrert del av tjenestene og det å få skalert opp bruken.
- ▶ Kommunen har relevant og god fagkompetanse på området, blant annet i kommunens digitaliseringsteam og hos IKT-drift. Kommunen har tatt i bruk og vært med på å utvikle relevante rammeverk og metodikk for bruk av teknologi i tjenestene og vurdering av gevinster.
- ▶ Arbeidet med innføring og bruk av teknologi avhenger av et samarbeid mellom sektoren, digitaliseringsteamet, IKT-drift og i noen tilfeller også bygg og eiendom, der de ulike aktørene har egne ansvarsområder. Inndelingen kan være positivt for spesialisering og bruk av kompetanse, men mange aktører krever også god koordinering, tydelige ansvar og en klar felles retning for arbeidet. Gjennom samtalene og innsiktsarbeidet har det kommet frem at det er behov for tydeliggjøring av roller og ansvar og felles koordinering.

Dette gjelder også for de ansatte som skal ta kontakt med riktig aktør ved feil eller utfordringer med bruk av teknologien. Når det ikke er «én vei inn» blir det viktig å informere godt om hvem som skal kontaktes når.

For digitalt tilsyn avviker også ansvarsfordelingen fra måten det er satt opp for de andre teknologiene. Her har IKT-drift ansvar for både det tjenestenære og den underliggende infrastrukturen.

- ▶ Kommunens vaktordning på IKT-drift der vakten ikke følger opp velferdsteknologi, gjør at det ikke er tilgjengelig brukerstøtte eller support på kveld, natt og helg. Det gjør at man i større grad må ta høyde for at det kan ta tid å få teknologien til å fungere igjen ved feil, og kan bidra til å begrense mulighetene til å hente ut gevinster ved digitaliseringen. For eksempel ved at det blir for stor risiko å ta ned antall nattstillinger ved bruk av digitalt tilsyn.
- ▶ Kommunen har overordnede planer og strategier for bruk av teknologi, blant annet strategi for e-helse og velferdsteknologi for 2023-2027 som identifiserer en rekke ulike prosjekter og tiltak i årene fremover. I tillegg jobber man med enkeltprosjekter. Gjennom samtalene etterlyses det planer og koordinering på nivået mellom de overordnede strategiene og enkeltprosjektene slik at man sammen kan planlegge når de ulike prosjektene skal gjennomføres, prioritere og sette av tid fremover.
- ▶ Den økonomiske situasjonen kommunen står i gjør det ekstra viktig med en tydelig felles retning og klare føringer på hva som skal tas i bruk og prioriteres fremover. Omstilling som krever bruk av ressurser kan fort nedprioriteres i en hverdag med store sparebehov.
- ▶ Selv om kommunen har begrensede midler til å kjøpe inn ny teknologi, er vurderingen, at det er potensiale for å bruke teknologien som allerede er på plass på en bedre og mer integrert måte.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Innfør digitalt førstevalg for å redusere inngripen i innbyggernes liv og bedre bruk av personalressurser. Det er av stor betydning å sikre bruk av digitale verktøy og teknologi som bidrar til økt selvstendighet, reduserer inngripen i innbyggernes liv og redusere behovet for personalressurser i helse- og omsorgssektoren. Digitalisering og teknologisk innovasjon kan bidra til å øke innbyggernes selvstendighet og kontroll over egen hverdag og livssituasjon. Ved å utnytte digitale verktøy og teknologi kan kommunen frigjøre ressurser som kan brukes mer målrettet og effektivt. Dette igjen kan være virkemidler som bidrar til å skape mer bærekraftig tjenester, bedre kvalitet for bruker og mer effektiv utnyttelse av personalressurser.
- ▶ Lederinvolvering og eierskap til teknologien i sektor blir viktig for at teknologien skal bli en integrert del av tjenestene fremover.
- ▶ Vi anbefaler en felles gjennomgang med de ulike aktørene som er involvert i arbeidet med digitalisering og velferdsteknologi der man sammen definerer roller og ansvarsområder, og diskuterer hvordan man kan samarbeide på en god måte fremover. Fortsette arbeidet med tjenestekartene for de ulike teknologiene og få satt ansvarlige der det mangler.
- ▶ De ansatte etterlyser bedre koordinering av digitaliseringsprosjekter og innføring av ny teknologi. Det er flere aktører som må involveres og det er viktig med en felles oversikt og prioritering for å sikre at alle setter av tilstrekkelig tid. En felles oversikt kan også bidra til behovet for prioritering og en tydelig retning for hva som skal arbeides med fremover. Dette kan for eksempel gjøres gjennom arbeid med et felles veikart som eies og oppdateres av sektor, digitaliseringsteamet og IKT-drift. Her vil det være viktig at veikartet forankres hos og eies av kommunalsjef for helse, velferd og omsorg eller helse- og velferdssjef.

Det er viktig at dette ikke blir en engangsjobb, men at man sammen møtes, prioriterer og oppdaterer planene jevnlig. Tettere dialog vil også forenkle koordineringsarbeidet.

- ▶ Når det grunnleggende med ansvar, prioritering og tydelig eierskap er på plass, bør man vurdere hvor det er mulig å hente ut gevinster ved å øke teknologibruken. Teknologi vil være et sentralt omstillingsgrep for å håndtere en økt mengde tjenestemottakere uten å øke antall ansatte i samme grad. Det er tidligere identifisert potensiale blant annet for å øke bruken av elektronisk medisineringsstøtte. Ved rapportering i høst hadde Harstad også flere enheter for digitalt tilsyn liggende på lager.
- ▶ Det er viktig at kommunen fortsetter å holde seg oppdatert på teknologiutvikling og henter erfaringer fra andre kommuner. Det er blant annet kommuner nå som tester ut digital hjemmesykepleie som har potensiale for å frigjøre tid hos ansatte i tjenestene. Digitaliseringsteamet deltar i nasjonale nettverk som vil være en god arena for denne læringen. Vi har i dette arbeidet også estimert mulige gevinster ved å ta i bruk dette i hjemmetjenesten (se kap. 5).



Nasjonal digitaliseringsstrategi for 2024-2030
https://www.regjeringen.no/contentassets/c499c3b6c93740bd989c43d886f65924/no/pdfs/nasjonal-digitaliseringsstrategi_ny.pdf



5. Mulige tiltak og alternative beregninger

Oppsummering

Innledning til mulig tiltaksoversikt

5.1 Tiltaksoversikt

Bærekraftige helse-, velferds- og omsorgstjenester

Vi vil i dette kapitlet skjematisk gi en oversikt over mulige tiltak og gevinst ved disse, men vi ønsker å rette en tydelig advarsel i forhold til hvordan lese denne oppsummeringen. Mange av tiltakene kan ikke sees på isolert og det er helt tydelig avhengigheter mellom flere av disse. Det er derfor viktig å forstå disse avhengighetene og hvordan tjenestekjeden henger sammen og påvirkes av hverandre. De må også utredes videre og risiko vurderes før eventuelt gjennomføring.

Vi har tidligere i rapporten på side 22 pekt på blant annet hvordan privat boligutvikling og en helhetlig plan for boligplanlegging kan påvirke tjenestekjeden. I forhold til boligprofilanalysen som vi har presentert i utvalgsmøtet den 12. desember og som er referert til på side 23 i rapporten, kommer det frem at en strategisk utvikling av egnede leiligheter kan redusere behovet for omsorgstjenester med 74 millioner kroner. Dette er en kalkulert beregning som har forutsetninger knyttet til seg som påvirker flere av tjenestene, og blant annet en økning i behovet for hjemmebaserte tjenester og et redusert behov for sykehjemsplasser. Dersom en da i et tiltak beskrevet separat knyttet til sykehjemsplassene, også beregner reduserte kostnader knyttet til plasser, så er det viktig at ikke samme effekten reduseres to ganger.

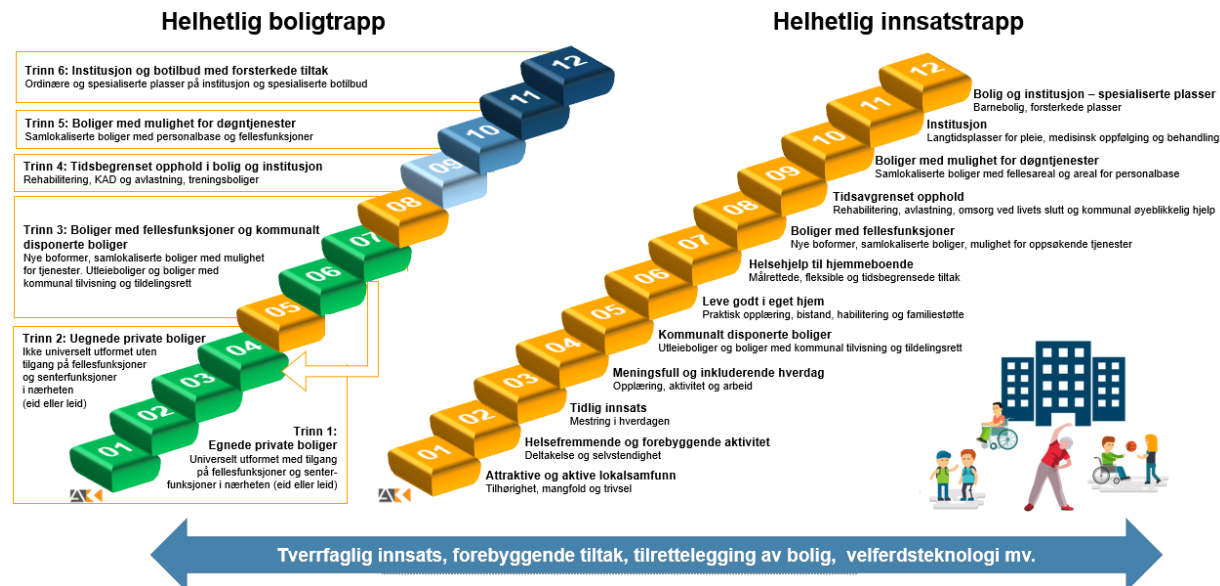
Tiltakslistene gitt i dette kapitlet må derfor i hovedsak ikke beregnes separat, men sees på som en del av en tjenestekjede som påvirkes av hverandre.

Vi har i regneeksemplene knyttet til redusert dekningsgrad ved sykehjemsplasser, gjort beregninger for dette separat. Det handler blant annet om reduksjon av plasser og kostnader til disse, men også reduksjon i enhetsprisene til sammenligningsnivå. Samtidig vil dere se at det gir et økt behov for andre tjenester, som punkttjenester i boliger, korttidsplasser og andre deler av tjenestekjeden. Så i regnealternativ 1 vil det være teoretisk innsparing på 39,1 millioner i sykehjemsdriften.

Samtidig vil det være en økning på 8 millioner i andre tjenester blant annet i hjemmesykepleien og behov for boliger med heldøgns omsorg. Eksemplet viser at det som tas ut som effekt et sted fort kan medføre kostnader i en annen tjeneste.

Agenda Kaupang har derfor i en lang rekke kommuner jobbet med en helhetlig innsatstrapp som viser hvordan alle tjenestene i en kommune påvirker hverandre og hvordan endringer et sted i innsatstrappen kan både gi økte behov andre steder. Videre kan innsatstrappen brukes som et strategisk verktøy for hele tjenesteproduksjonen i kommunen og hvordan også oppveksttjenestene og frivilligheten vil være med på å prege helheten i kommunen.

Finansiering og dimensjonering på kort og lang sikt: Hvordan skal forebyggende tiltak på de laveste trinnene prioriteres for å redusere behovet for døgntjenester? Hva skal prioriteres når?



5.2 Alternative beregninger for tiltak

Teoretiske beregninger

Oppsummering beregnede alternative tiltak

5.2 Alternative beregninger

Andre i hovedsak eldre	Lav effekt		Middels effekt		Høy effekt		Tiltak	Risikokategori
Dreining fra institusjonstjenester	kr	31 000 000	kr	47 000 000	kr	54 000 000	T1	Middels
Reduksjon av årsverk i hjemmetjenesten	kr	2 300 000	kr	5 000 000	kr	6 700 000	T2	Høy
Reduksjon hjemmetjenester (0-1 t per uke)	kr	1 000 000	kr	1 745 000	kr	2 368 000	T3	Høy
Reduksjon hjemmetjenester (1-2,5 t per uke)	kr	3 500 000	kr	4 487 000	kr	5 982 000	T4	Lav
Støttekontakt dreining mot gruppetilbud	kr	729 000	kr	2 000 000	kr	2 300 000	T5	Lav
Mennesker med psykisk utviklingshemming								
Arbeid og aktivitetstilbud	kr	1 000 000	kr	1 500 000	kr	1 900 000	T6	Lav
Ambulerende miljøarbeidertjeneste	kr	5 000 000	kr	6 000 000	kr	6 986 000	T7	Høy
Individuell privat avlastning	kr	350 000	kr	600 000	kr	660 000	T8	Lav
Psykisk helse og rus 18-67 år								
Bolig med mulighet for døgntjenester	kr	8 500 000	kr	10 000 000	kr	11 660 000	T9	Høy
Ambulerende miljøarbeidertjeneste	kr	6 500 000	kr	8 500 000	kr	9 520 000	T10	Høy
Arbeid og aktivitetstilbud	kr	850 000	kr	1 000 000	kr	1 190 000	T11	Høy
Helse (funksjon 241)								
Reduksjon i fysio- og ergoterapi årsverk	kr	6 000 000	kr	6 500 000	kr	9 300 000	T13	Høy
Utskrivningsklare pasienter	kr	3 063 000	kr	5 601 572	kr	6 447 662	T14	Middels
Unngåtte kostnader fremtidige tjenester	kr	3 000 000	kr	5 000 000	kr	8 000 000	T15	Høy

For å vurdere potensialet for kostnadsreduksjoner har vi brukt Agenda Kaupangs ressurskalkulator – et verktøy som hjelper kommuner med å evaluere ressursbruk og vurdere ulike scenarioer for å tilpasse tjenestenivå.

Ressurskalkulator hjelper oss å få frem det teoretisk handlingsrom for kostnadsreduksjoner. Formålet er å gi kommunen et nyttig grunnlag for å planlegge og prioritere effektiviseringstiltak.

Beregningene baseres på nasjonale forutsetninger og gir et spekter fra små til betydelige endringer. Samtidig må lokale forhold som demografi, arbeidsmarked og politiske prioriteringer vurderes, da disse påvirker hvor realistiske besparelsene er.

Ressurskalkulatoren tar heller ikke alltid hensyn til praktiske utfordringer eller uforutsette kostnader ved omstilling, og tiltak på ett område kan påvirke andre negativt. Til tross for usikkerheter gir kalkulatoren et godt utgangspunkt for å identifisere tiltak som balanserer tjenestekvalitet, kostnadseffektivitet og lokale behov.

De opplistede tiltakene er ikke utredet for konsekvenser og risikovurdert av kommunen, de ansatte og organisasjonen. Vi har en enkel mal som er lagt til som vedlegg til denne rapporten. Denne kan være et eksempel på hvordan kommunen kan jobbe videre med dette.

Viktige enkle forutsetninger som bør vurderes av kommunen, dersom en vil se videre på noen av tiltakene, er en konsekvensvurdering. Vi opererer da med fire kvalitative dimensjoner som vi mener er viktig å vurdere. Det er fag, folk, penger og samfunnseffekter. Vi anbefaler enkle analyseredskaper hvor det vurderes i en skala fra 1-4 hvilke effekter tiltaket har i de ulike kategoriene. Våre erfaringer med denne type arbeid er at fag og folk går litt i hverandre, men vi mener likevel at begge dimensjonene bør være med.

Kvalitative dimensjoner som er vurdert ved tiltaket

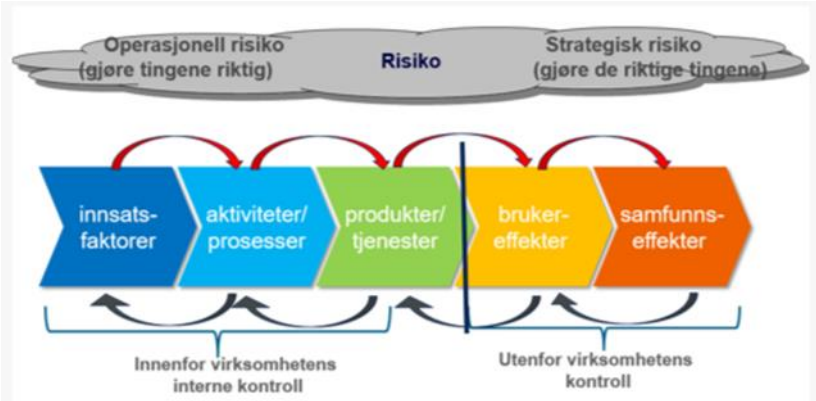


Forslag til kvalitative dimensjoner som bør vurderes i enkel utredning av tiltakene. Kilde: Agenda Kaupang

Risiko er forhold eller hendelser som kan inntreffe og påvirker måloppnåelsen. Konsekvensene kan være negative, positive eller begge deler (Kilde: Direktorat for forvaltning og økonomistyring - DFØ). DFØ kaller forhold eller hendelser som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen negativt, for risiko. Hendelser med positive konsekvenser representerer muligheter. Begge deler er like viktig å fokusere på for ledelsen. Risiko blir også kalt mulige avvik fra ønskede resultater eller ønskede tilstander. Med dette som utgangspunkt beskrives risiko ofte som en kombinasjon av mulige konsekvenser (utfall eller resultat) og tilhørende usikkerhet. Usikkerhet angis ved hjelp av sannsynligheter. Vi sier derfor ofte at risiko er kombinasjonen av (mulige) konsekvenser og (tilhørende) sannsynligheter:

		Sannsynlighet		
		Sjelden	Kan skje	Svært vanlig
Konsekvens	Liten	Lav	Lav	Moderat
	Middels	Lav	Moderat	Stor
	Stor	Moderat	Stor	Stor

Risikovurderinger tar ofte utgangspunkt i mål. Mål eksisterer på ulike nivåer. Risiko kan påvirke mål langs hele resultatkjeden, se figuren under:



DFØ: Betydningen av operasjonell og strategisk risiko for resultatkjeden

Beregninger av endringer i dekningsgrad for sykehjem

5.2 Alternative beregninger

Tabellen nedenfor viser hvordan endringer i dekningsgraden og antall institusjonsplasser kan påvirke kommunens kostnader i ulike scenarier. I dagens situasjon er dekningsgraden på 17,5 % med totalt 228 plasser. De tre alternativene innebærer en gradvis reduksjon i plasser, fra 209 i alternativ 1 til 170 i alternativ 3, dette gjenspeiles direkte i en lavere dekningsgrad på henholdsvis 16 %, 14 % og 13 %.

De økonomiske konsekvensene er tydelige når man ser på besparelsene i institusjonsdriften. I alternativ 3, med den største reduksjonen i plasser, kan det oppnås en besparelse på ca. 66 millioner kroner på selve institusjonsdriften, mens besparelsen i alternativ 1 er på 18 millioner kroner.

Tabellen viser også effekten av å få til en reduksjon i enhetsprisen per plass til nivå med gjennomsnittet av kommunene fra analysen. Dette gir en ytterligere innsparingsmulighet. Besparelsen varierer fra 20,9 millioner kroner i alternativ 1 til 17 millioner kroner i alternativ 3.

En reduksjon i dekningsgraden vil samtidig føre til økte tjenester i hjemmet, omsorgsboliger eller andre tilbud utenfor institusjon. I alternativ 3 er kostnadene til slike tjenester beregnet til 29 millioner kroner, mot 8 millioner kroner i alternativ 1.

Nettoeffekten i tabellen tar høyde for både besparelsene og de økte kostnadene til andre tjenester. I alternativ 1 kan den samlede gevinsten bli på i overkant av 31 millioner kroner, mens alternativ 3 kan gi en besparelse på nærmere 54 millioner kroner.

Tabellen viser dermed effekten av de ulike alternativene og illustrerer hvordan kommunen kan vurdere prioriteringer og eventuelt dreie omsorgstilbudet mot mer hjemmebaserte løsninger eller alternative botilbud. Høy institusjonsdekning gir en kostnadskrevende modell, mens en gradvis reduksjon i antall plasser kan frigjøre betydelige midler fra institusjonsdriften.

Tabellen viser ikke en fremskrevet dekningsgrad og behov kun en beregning av dagens dekningsgrad med ulike justerte alternativ.

Dreining fra institusjonstjenester	Dagens dekningsgrad	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Dekningsgrad	17,5 %	16 %	14 %	13 %
Antall plasser (korttid og langtid)	228	209	183	170
Reduksjon i plasser	0	16	45	58
Reduksjon i kostnader	0	kr 18 196 800	kr 51 178 500	kr 65 963 400
Reduksjon i enhetspris til nivå med snittet	0	kr 20 900 000	kr 18 300 000	kr 17 000 000
Økt behov hjemmetjenester/bolig/andre tjenester	0	kr -8 000 000	-kr 22 500 000	kr -29 000 000
Netto effekt (besparelse) ved reduksjon i plasser og enhetskostnad per plass	0	kr 31 096 800	kr 46 978 500	kr 53 963 400

Beregninger av endring i hjemmetjenesten

5.3 Alternative beregninger

Harstad har i dag 3,79 årsverk per 1000 innbyggere innen hjemmesykepleie, mens gjennomsnittet i pleie- og omsorgsanalysen ligger på 3,31. Differansen på 0,48 årsverk per 1000 innbyggere, ganget opp med 24 903 innbyggere, gir rundt 12 årsverk mer enn snittet. Ved å redusere bemanningen tilsvarende og gå ned på nivået til gjennomsnittet, kan kommunen oppnå en årlig besparelse på anslagsvis 10,2 millioner kroner.

For praktisk bistand ligger Harstad på 0,14 årsverk per 1000 innbyggere, mens snittet ligger på 0,34. Her er differansen på 0,20 færre årsverk per 1000 innbyggere. Når det ganges opp med 24 903 innbyggere, tilsvarer det rundt 5 årsverk færre enn snittet. Å øke bemanningen for praktisk bistand opp til snittnivået vil derfor koste Harstad ca. 3,5 millioner kroner.

Tabellen nedenfor viser nettoeffekten av disse tiltakene. Harstad kan få til en besparelse på 6,7 millioner kroner totalt gitt at gjennomsnittet er vurdert til rett normering.

I flere av våre anbefalinger vil hjemmetjenesten måtte øke og ikke reduseres så beregningene er gjort uten hensyn til dette og med utgangspunkt i et teoretisk potensial i hjemmetjenesten.

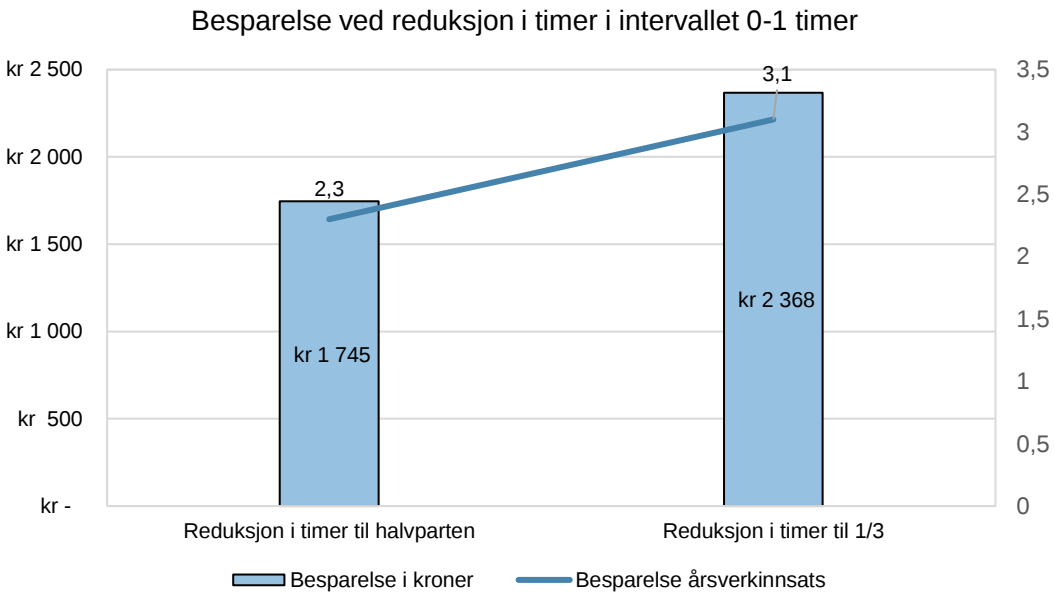
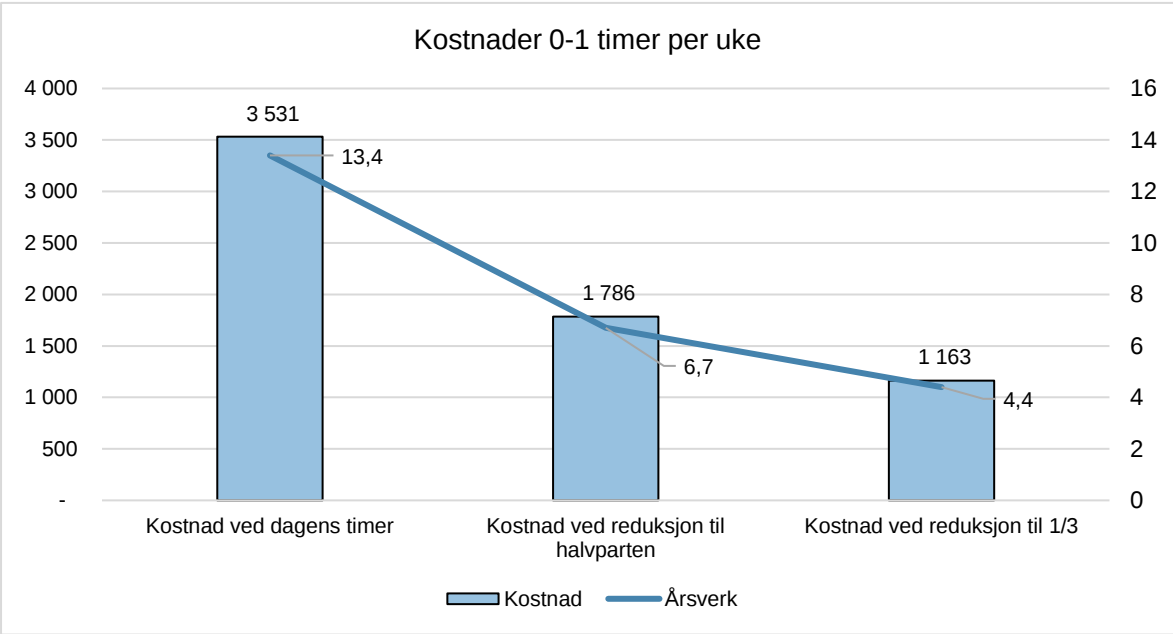
Område	Harstad (årsverk/1000 innb.)	Snitt (årsverk/1000 innb.)	Differanse	Endring i årsverk	Gjennomsnittlig kostnad pr. årsverk		Besparelse	
Hjemmesykepleie	3,79	3,31	0,48	Ca. 12 årsverk	kr	850 000	kr	10 200 000
Praktisk bistand	0,14	0,34	-0,2	Ca. 5 årsverk	kr	700 000	-kr	3 500 000
Netto effekt							kr	6 700 000

Beregninger av reduksjon i oppdrag (hjemmesykepleie)

Reduksjon i oppdrag med få tildelte timer (tidsintervallet 0-1 timer per uke)

Dersom praksis i tildeling av tjenester endres i hjemmesykepleie for tjenestemottakere med små vedtak mot dagens nivå, vil det kunne frigjøres tid og ressurser.

Figurene nedenfor illustrerer at en halvering av antall timer i tidsintervallet 0–1 time per uke, vil gi i en besparelse på 1,7 millioner kroner og 2,3 årsverk. Hvis antall timer reduseres til en tredjedel, øker besparelsen til 2,3 millioner kroner og 3,1 årsverk.

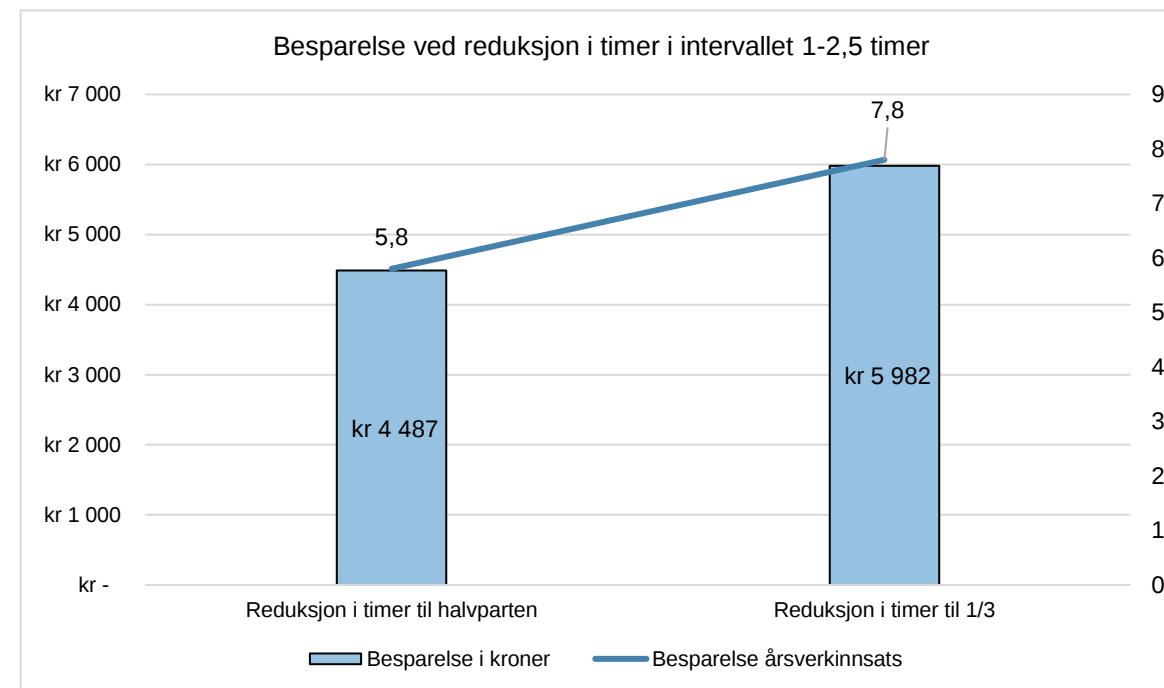
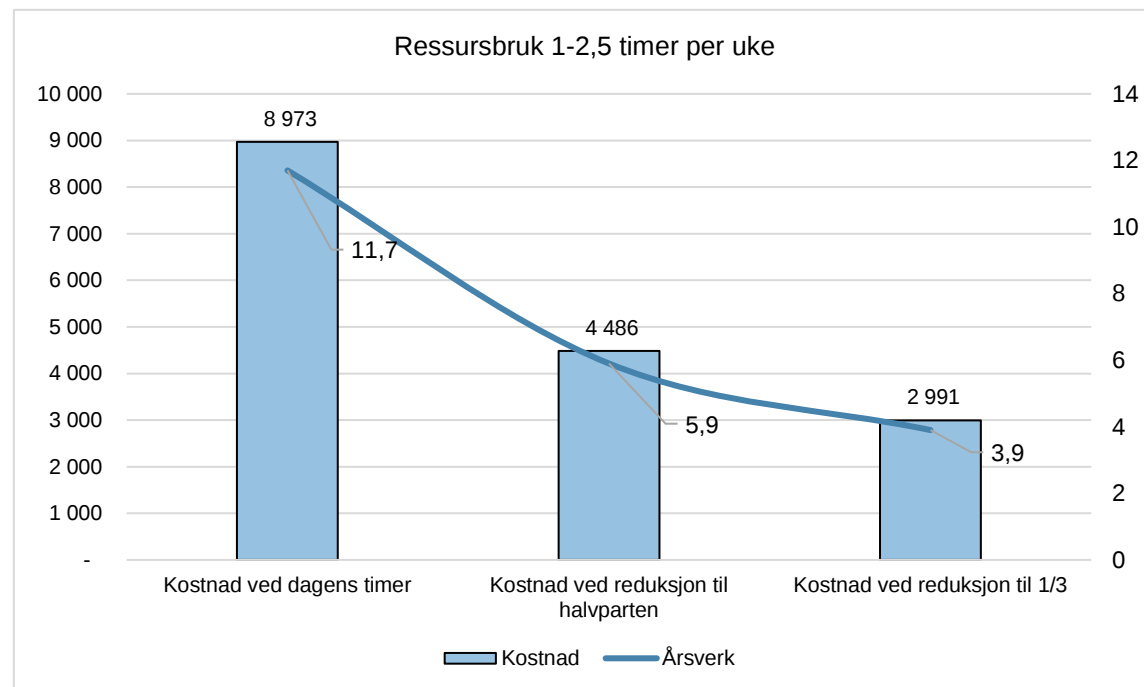


Beregninger av reduksjon i oppdrag (hjemmesykepleie)

5.2 Alternative beregninger

Reduksjon i oppdrag med få tildelte timer (tidsintervallet 1-2,5 timer per uke)

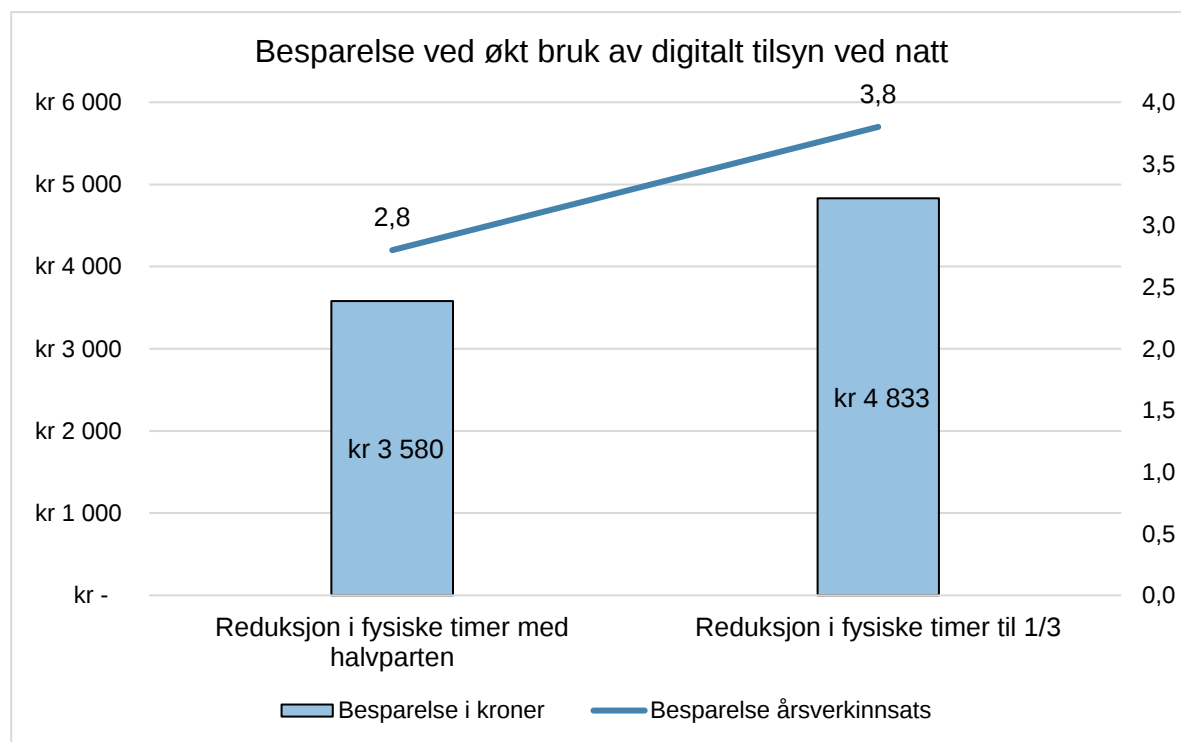
Figurene nedenfor illustrerer at en halvering av antall timer i tidsintervallet 1-2,5 timer per uke, vil gi i en besparelse på 4,4 millioner kroner og 5,8 årsverk. Hvis antall timer reduseres til en tredjedel, øker besparelsen til 5,9 millioner kroner og 7,8 årsverk.



Beregninger av reduksjon i antall fysiske timer ved økt bruk av digitalt tilsyn (hjemmesykepleie)

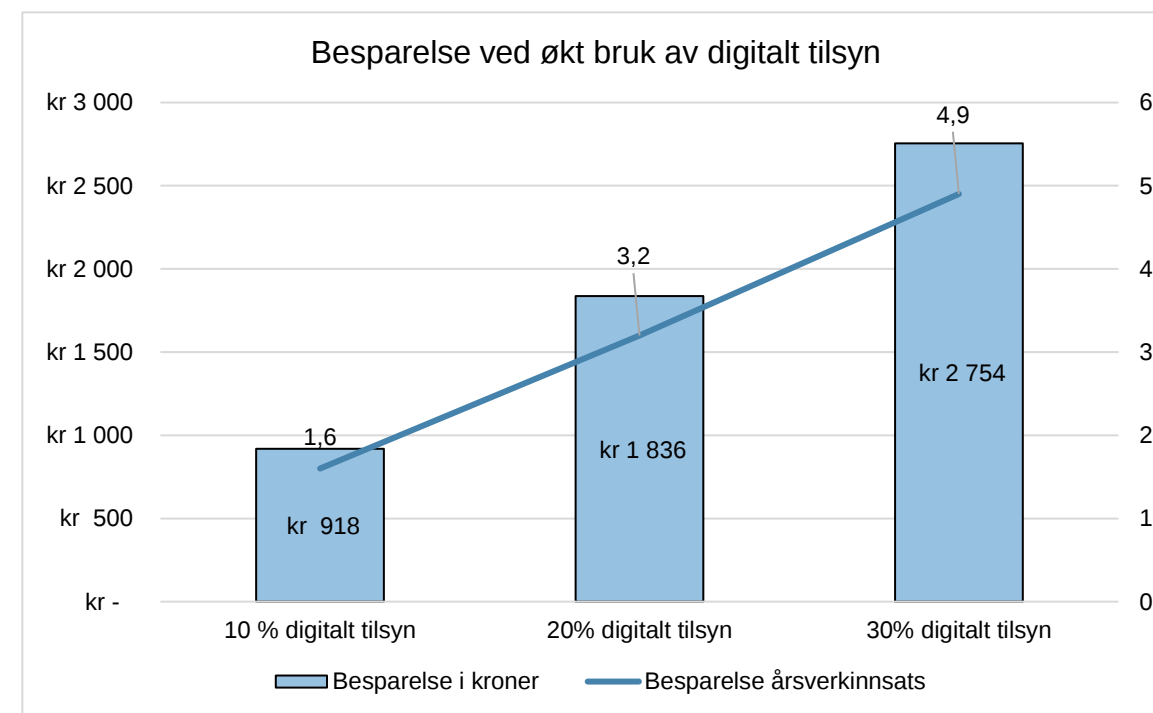
Reduksjon i antall timer på natt ved økt bruk av digitalt tilsyn

Figuren nedenfor illustrerer at antall fysiske timer kan reduseres og i lavere kostander og besparelse i årsverk. Ved å øke antallet digitale tilsyn kan antall fysiske timer reduseres til halvparten og gi en besparelse p ca. 3,6 millioner kroner. Dersom antall fysiske timer på natt kan reduseres til 1/3, kan dette gi en besparelse på 4,8 millioner kroner og 3,8 årsverk.



Reduksjon i antall timer tidsintervallet 0-2,5 ved økt bruk av digitalt tilsyn:

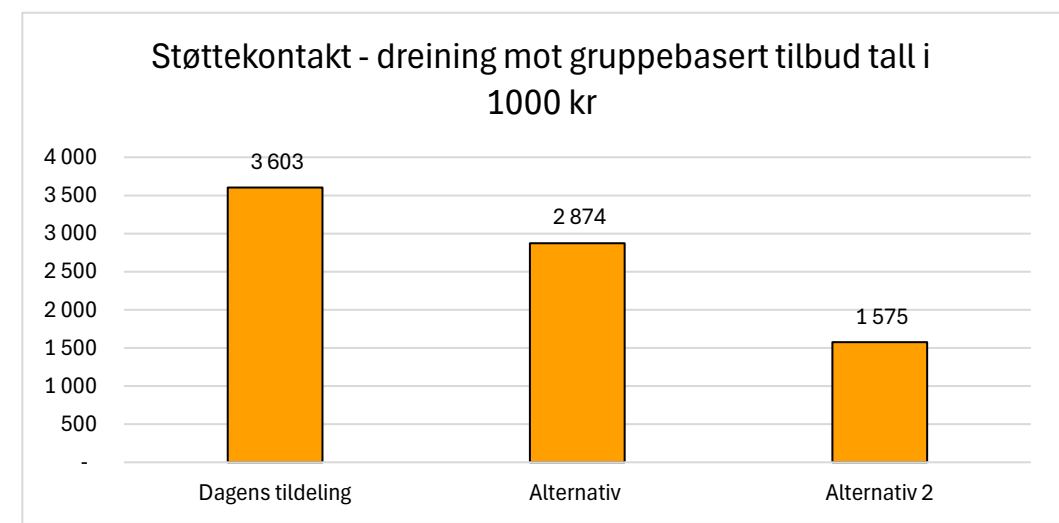
Figuren viser at økt bruk av digitalt tilsyn kan redusere behovet for fysiske tilsynstimer, noe som gir kostnadsbesparelser og lavere ressursbruk. Beregningene er gjort ved bruk av ressurskalkulatoren og er basert på simuleringer. Dersom andelen digitalt tilsyn økes til 10 %, vil dette gi en besparelse på 918 tusen kroner og en reduksjon på 1,6 årsverk. Ved en økning til 20 % blir besparelsen 1,8 millioner kroner, samtidig som behovet for årsverk reduseres med 3,2. Dersom andelen digitalt tilsyn økes til 30 %, vil dette gi en besparelse på 2,7 millioner kroner og en reduksjon på 4,9 årsverk



Beregninger av økt bruk av gruppetilbud, som erstatning av individuelle tilbud

Støttekontakt – dreining mot gruppetilbud

Støttekontakt er en tjeneste som har som mål å gi sosial støtte og aktivisering til brukere. Vurderingen er at det er et potensial for å effektivisere tjenesten ved å tilby mer gruppebaserte tilbud, som erstatning for ordinær individuell støttekontakt. Dette kan både gi en sosial gevinst for brukerne som kan nyttiggjøre seg et slik tilbud, og samtidig redusere ressursbruken. Figuren under illustrerer hvordan kostnadene for støttekontakttjenesten kan reduseres betydelig ved å endre tilbudet fra individuelle til gruppebaserte løsninger. I alternativ 1, som i stor grad er individbasert, er den totale kostnaden 3,6 millioner kroner. Når tilbudet i større grad organiseres som gruppebaserte aktiviteter, som i alternativ 2, reduseres kostnadene til 1,57 millioner kroner. Dette utgjør en betydelig besparelse på over 2 millioner kroner.



Tabellen under viser hvordan bemanningsfaktoren endres mellom de to alternativene. I alternativ 1 krever tjenesten et høyt nivå av 1-1 bemanning, med totalt 264 timer dedikert til individuell oppfølging. I alternativ 2 reduseres behovet for individuell bemanning til kun 100 timer, ettersom flere brukere kan følges opp samtidig gjennom gruppebaserte aktiviteter. Dette reduserer ikke bare kostnadene, men kan også frigjøre ressurser til andre prioriterte områder.

Ved å dreie støttekontakttjenesten fra individuelle til gruppebaserte løsninger, kan kommunen oppnå en kostnadsbesparelse på 2 millioner kroner samtidig som tjenesten fortsatt kan tilpasses brukernes behov. Dette viser potensialet for en mer kostnadseffektiv organisering av tjenesten, samtidig som man opprettholder kvalitet og tilgjengelighet for brukerne.

Bemanningsfaktor	Dagens tildeling	Alternativ 1	Alternativ 2
Bemanningsfaktor 1,0 - per time	264	100	50
Bemanningsfaktor 0,8 - per time		80	100
Bemanningsfaktor 0,5 - per time		60	80
Bemanningsfaktor 0,3 - per time		24	20
Bemanningsfaktor 0,1 - per time			14
Sum	264	264	264



Beregninger innsparingspotensial for ulike tjenester - *Mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser*

5.2 Alternative beregninger

Arbeids- og aktivitetstilbud

Tabellen nedenfor viser at Harstad har færre brukere av arbeids- og aktivitetstilbud per 1000 innbyggere (18-67 år) enn snittet, men samtidig en høyere enhetskostnad per bruker. Med utgangspunkt i disse tallene har vi beregnet et innsparingspotensial.

Arbeids- og aktivitetstilbud	Harstad		Snitt		Differanse	
Brukere per 1000 innbyggere (18-67 år)	2,55		3,18		-0,63	
Bruttoutgifter per innbygger (18-67 år)	kr	931	kr	901	kr	30
Enhetskostnad	kr	365 000	kr	316 000	kr	49 000
Innsparingspotensial					kr	1 910 000

Fra tabellen kan vi se at kommunen har et innsparingspotensial på ca. 1,9 millioner kroner dersom enhetskostnaden reduseres til snittnivået.

Ambulerende miljøarbeidertjeneste

Tabellen viser at Harstad har færre brukere av ambulerende miljøarbeider tjeneste per 1000 innbyggere (18-67 år) enn snittet, men samtidig betydelig høyere enhetskostnad per bruker.

Ambulerende miljøarbeidertjeneste	Harstad		Snitt		Differanse	
Brukere per 1000 innbyggere (18-67 år)	0,91		1,13		-0,22	
Bruttoutgifter per innbygger (18-67 år)	kr	963	kr	625	kr	338
Enhetskostnad	kr	1 053 000	kr	554 000	kr	499 000
Innsparingspotensial					kr	6 986 000

Fra tabellen kan vi se at det teoretiske innsparingspotensialet er på 6,9 millioner kroner, dersom enhetskostnaden reduseres til snittnivået.

Individuell privat avlastning

Tabellen viser at Harstad har noe flere brukere, og samtidig en høyere enhetskostnad per bruker.

Individuell privat avlastning	Harstad		Snitt		Differanse	
Brukere per 1000 innbyggere (18-67 år)	0,72		0,58		0,14	
Bruttoutgifter per innbygger (18-67 år)	kr	81	kr	30	kr	338
Enhetskostnad	kr	112 000	kr	52 000	kr	60 000
Innsparingspotensial					kr	660 000

Fra tabellen kan vi se at det teoretiske innsparingspotensialet er på 660 tusen kroner, dersom enhetskostnaden reduseres til snittnivået

Oppsummert

Oppsummert	Innsparingspotensial	
Arbeids- og aktivitetstilbud	kr	1 910 000
Ambulerende miljøarbeidertjeneste	kr	6 986 000
Individuell privat avlastning	kr	660 000
Sum	kr	9 556 000

Det teoretiske innsparingspotensialet er beregnet til omtrent 9,6 millioner kroner. Det er viktig understreke at dette tallet er basert på teoretiske vurderinger. Det må tas høyde for at effektene kan variere betydelig for denne målgruppen. Individuelle behov og situasjoner kan ha stor innvirkning på kostnadene. Eventuell refusjon fra staten for ressurskrevende brukere kan også ha betydning for netto innsparing.

Beregninger innsparingspotensial for ulike tjenester - psykisk helse og rus 18-67 år

5.2 Alternative beregninger

Bolig med mulighet for døgtjenester

Tabellen under viser at Harstad har færre brukere i bolig med bemanning per 1000 innbyggere, og en tydelig høyere enhetskostnad per bolig.

Bolig med mulighet for døgtjenester	Harstad	Snitt	Differanse
Brukere per 1000 innbyggere (18-67 år)	0,4	1,7	-0,13
Bruttoutgifter per innbygger (18-67 år)	kr 1 520	kr 1 876	kr 356
Enhetskostnad	kr 3 279	kr 1 335	kr 1 944
Innsparingspotensial			kr 11 660 000

Fra tabellen kan vi se at kommunen har et innsparingspotensial på ca. 11,6 millioner kroner dersom enhetskostnadene per bolig kan reduseres til snittnivået.

Ambulerende miljøarbeidertjeneste /helsehjelp i hjemmet og psykososialt forebyggende arbeid

Tabellen viser at Harstad har færre brukere av ambulerende miljøarbeider tjeneste per 1000 innbyggere (18-67 år) enn snittet, men samtidig betydelig høyere enhetskostnad per bruker.

Ambulerende tjenester	Harstad	Snitt	Differanse
Brukere per 1000 innbyggere (18-67 år)	8,9	22,2	-13,3
Bruttoutgifter per innbygger (18-67 år)	kr 1 507	kr 1 144	-kr 363
Enhetskostnad	kr 170	kr 52	kr 118
Innsparingspotensial			kr 9 520 000

Fra tabellen kan vi se at det teoretiske innsparingspotensialet er på 9,5 millioner kroner, dersom enhetskostnaden reduseres til snittnivået.

Arbeids- og aktivitetstilbud

Tabellen viser at Harstad har noe flere brukere, og samtidig en høyere enhetskostnad per bruker.

Arbeids- og aktivitetstilbud	Harstad	Snitt	Differanse
Brukere per 1000 innbyggere (18-67 år)	5,5	5	5
Bruttoutgifter per innbygger (18-67 år)	kr 220	kr 129	kr 91
Enhetskostnad	kr 40	kr 26	kr 14
Innsparingspotensial			kr 1 190 000

Fra tabellen kan vi se at det teoretiske innsparingspotensialet er på 1,19 millioner kroner, dersom enhetskostnaden reduseres til snittnivået.

Oppsummert

Oppsummert	Innsparingspotensial
Bolig med mulighet for døgtjenester	kr 11 660 000
Ambulerende miljøarbeidertjeneste	kr 9 520 000
Arbeids- og aktivitetstilbud	kr 1 190 000
Sum	kr 22 370 000

Det teoretiske innsparingspotensialet er beregnet til omtrent 22,3 millioner kroner. Det er viktig understreke at dette tallet er basert på teoretiske vurderinger. Det må tas høyde for at effektene kan variere betydelig for denne målgruppen. Individuelle behov og situasjoner kan ha stor innvirkning på kostnadene. Eventuell refusjon fra staten for ressurskrevende brukere kan også ha betydning for netto innsparing.

Beregninger lege-, fysio- og ergoterapitjenesten

Fysio- og ergoterapitjenester

Tabellen nedenfor viser kostnad per innbygger for fysio- og ergoterapi. Harstad har høyere utgifter per innbygger enn Rana, snittet av 13 kommuner og snittet av 47 kommuner

Fysio og ergoterapi kostnad per innbygger	Rana	Snitt 13 kommuner 20' til 29' innbyggere	Snitt 47 kommuner	Harstad
Fysioterapi driftsavtaler	333	238	245	412
Fysio- og ergoterapi kommunal regi	347	576	548	644

Teoretisk innsparingspotensial for fysio- og ergoterapitjenesten

Det teoretiske innsparingspotensialet, sammenlignet med Rana, snittet av 13 kommuner og snittet av 47 kommuner varierer fra ca. 6 millioner kroner til 9,3 millioner kroner.

Tabellen nedenfor viser hvor mye lavere kostnadene hadde vært i Harstad, dersom fysio- og terapitjenesten var drevet som i Rana eller som gjennomsnittet av kommunene i analysen.

Innsparingspotensial mot:	Rana	Snitt 13 kommuner 20' til 29' innbyggere	Snitt 47 kommuner
Fysioterapi driftsavtaler	1 974 131	4 348 086	4 173 163
Fysio- og ergoterapi kommunal regi	7 421 733	1 699 252	2 398 944
Sum	9 395 864	6 047 338	6 572 107

Beregninger utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter

Kommunen har over flere år hatt betydelige utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter, noe som har resultert i høye kostnader. I 2023 beløp disse kostnadene seg til 15,9 millioner kroner.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i kostnadene for overliggerdøgn. For 2024 og 2025 er det beregnet et gjennomsnitt basert på tidligere år for å identifisere et mulig innsparingspotensial. Ved å omprioritere ressurser innen fysio- og ergoterapitjenestene mot målrettet kartlegging og oppfølging av denne pasientgruppen og øvrige tiltak for å få pasientene raskere hjem, kan kommunen potensielt redusere utgiftene knyttet til utskrivningsklare pasienter

År	Antall overliggerdøgn	Kilde	Døgnpris	Kostnad
2018	385	Data fra Helsedirektoratet	4747 kr	1 827 595
2019	593	Data fra Helsedirektoratet	4885 kr	2 896 805
2020	641	Data fra Helsedirektoratet	5036 kr	3 228 076
2021	2116	Data fra Helsedirektoratet	5167 kr	10 933 372
2022	1864	Data fra Helsedirektoratet	5306 kr	9 890 384
2023	2902	Basert på kommunens regnskap	5508 kr	15 985 000
2024	1417	Gjennomsnitt av foregående år	5745 kr	8 139 844
2025	1417	Gjennomsnitt av foregående år	5971 kr	8 460 907

Tabellen til høyre viser kostnader og innsparing ved ulike reduksjoner i antall utskrivningsklare pasienter. Dagens gjennomsnitt er 1 417 pasienter med en kostnad på 8,1 millioner kr. Ved en reduksjon på 40 % kan kommunen spare over 3,0 millioner kroner, mens 70 og 80 % reduksjon kan gi innsparinger på henholdsvis 5,6 og 6,4 millioner kroner. Dette viser potensialet for betydelige kostnadsreduksjoner gjennom målrettede tiltak.

Utskrivningsklare pasienter	Antall	Kostnad	Innsparingspotensial
Dagens (gjennomsnitt)	1417	kr 8 139 844	kr -
Reduksjon med 40 %	850	kr 5 076 544	kr 3 063 300
Reduksjon med 70 %	425	kr 2 538 272	kr 5 601 572
Reduksjon med 80 %	283	kr 1 692 181	kr 6 447 662

For å redusere antall utskrivningsklare pasienter må kommunen sikre en tverrfaglig og målrettet innsats mot denne pasientgruppen. Mange av disse pasientene skal hjem med ulike tjenester. Mange er i behov av hjelpemidler, opptrening, behandling og tradisjonelle helsetjenester. Noen vil også ha behov for korttidsopphold i institusjon. Det er viktig at det lages en tydelig plan for disse oppholdene, slik at oppholdet blir målrettet og at oppholdene ikke blir lengre enn nødvendig.

Tidlig kartlegging ved innleggelse, der pasientens funksjonsnivå, mobilitet og behov for hjelpemidler vurderes gjennom samtaler med pasienten og pårørende kan være et viktig tiltak. Videre kan kartleggingsbesøk gjennomføres før utskrivelse for å tilrettelegge boligen.

En tydelig plan bør utarbeides i samarbeid med pasienten og involverte fagpersoner, slik at opptrening og behandling kan starte umiddelbart etter utskrivelse. Dette kan inkludere for eksempel fysioterapi og hjemmeøvelser.

I tillegg er det behov for gode rutiner som sikrer nødvendig koordinering mellom aktuelle tjenester for å sikre en helhetlig og sømløs overgang til hjemmet. Gjennom slike tiltak kan kommunen ikke bare redusere antallet utskrivningsklare pasienter, men også sikre bedre pasientforløp og lavere kostnader.

Noen utskrivningsklare pasienter vil ha behov mer langvarige tilbud i institusjon eller bolig med mulighet for heldøgns tjenester.

Beregninger økt samhandling (kartlegging/evaluering)

5.2 Alternative beregninger

Tettere samhandling og større tverrfaglighet før beslutninger om vedtak fattes

Økt samarbeid mellom hjemmetjenesten og fysio-/ergoterapitjenesten og Tildelingsenheten kan gi betydelige fordeler når nye brukere søker om tjenester. En mer tverrfaglig kartlegging av brukers ressurser, funksjonsnivå og behov, er avgjørende for både å kunne finne riktige hjelpemidler og tilrettelegging av bolig, men også for å kunne tilpasse tjenester iht. behovet. Tettere samhandling i kartleggingsfasen kan bidra til at hjemmetjenesten ikke bruker ressurser unødvendig, samtidig som brukerne mottar mer målrettet oppfølging som kan forebygge ytterligere hjelpebehov.

En slik kartlegging bør for eksempel gjennomføres i løpet av en til to uker. I denne perioden kan fysioterapeut og ergoterapeut følge opp brukeren. Kartlegging og dokumentasjon bør inngå som en del av beslutningsgrunnlaget for Tildelingsenheten. Dersom det viser seg at brukeren raskt kan stabiliseres gjennom veiledning, trening og tilrettelegging, kan vedkommende ha mindre eller ingen behov for hjemmetjenester.

Det er krevende å beregne de nøyaktige økonomiske gevinstene av et slikt tiltak, det krever en grundig kartlegging i tjenesten. Vi har gjort noen forenklede beregninger som viser unngåtte kostnader for tjenestemottakere med ulikt antall timer per uke.

Unngåtte kostnader	1 t per uke	2 t per uke	3 t per uke	4 t per uke	5 t per uke
10 tjenestemottakere	kr 415 430	kr 830 860	kr 1 246 300	kr 1 661 730	kr 2 077 140
20 tjenestemottakere	kr 830 860	kr 1 661 720	kr 2 492 600	kr 3 323 460	kr 4 154 280
30 tjenestemottakere	kr 1 246 290	kr 2 492 580	kr 3 738 900	kr 4 985 190	kr 6 231 420
40 tjenestemottakere	kr 1 661 720	kr 3 323 440	kr 4 985 200	kr 6 646 920	kr 8 308 560
50 tjenestemottakere	kr 2 077 150	kr 4 154 300	kr 6 231 500	kr 8 308 650	kr 10 385 700

Tabellen til venstre viser årlige besparelser ved å redusere antall timer med hjemmetjeneste per uke for et gitt antall tjenestemottakere. Eksempelvis utgjør en time mindre per uke for 10 tjenestemottakere rundt 415 000 kroner i årlig innsparing. Tabellen viser at selv små kutt i timebruk kan gi betydelige effekter. Tabellen illustrerer med andre ord hvor store summer som kan frigjøres dersom brukerne blir mer selvhjulpne gjennom tiltak som rehabilitering, opptrening og tilrettelegging, slik at de trenger færre timer med helsetjenester i hjemmet totalt.

De unngåtte kostnader varierer fra 415 000 kroner til 10,3 millioner kroner. Dette avhenger av hvor mange timer og hvor tjenester som kan unngås ved bruk av tidlig innsats og målrettet arbeid.

6. Avsluttende betraktninger



Behov for å sikre mer bærekraftige tjenester

6.1 Avsluttende betraktninger

Vurderingen er at flere av anbefalingene og forslagene som vi har presentert i kapittel 4 vil være viktige for at Harstad kommune skal kunne løse samfunnsoppdraget sitt fremover og få en bærekraftig og fremtidsrettet sektor.

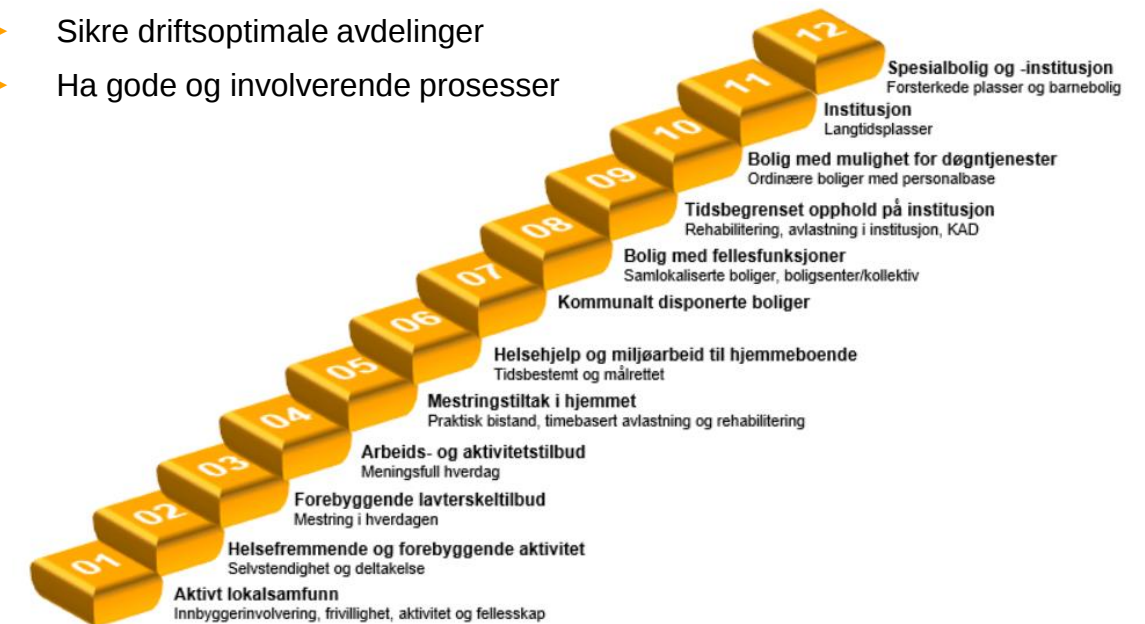
De generelle anbefalingene og de forslagene til tiltak, mener vi vil være viktige for at kommunen også i fremtiden skal kunne levere gode tjenester innenfor rammen av fag, personal og økonomi. Harstad har høye utgifter til pleie- og omsorgstjenester, samt primærhelsetjenesten, sammenliknet med andre kommuner. Kommunens økonomiske situasjon utfordrer kommunen som helhet, og medfører at driftsutgiftene både må vesentlig ned inneværende år, og behov for utvikling av mer bærekraftige tjenester for fremtiden.

Kommunens overordnede mål for helse-, velferd og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne lever meningsfylte liv med god helse og mestring. Fokus på forebyggende helsetjenester trekkes frem som et viktig bidrag for å få dette til. I videreutvikling av tjenestene tenker vi at det er viktig at dette operasjonaliseres i større grad enn det som synes å være tilfelle per i dag. Dette må handle om å se på hva dette betyr for innbyggere, tjenestene og for kommunen som helhet, og at arbeidet og innsatsen innrettes iht. dette. Dreining innebærer en verdimessig dreining for innbyggerne, og for politikere og ansatte.

For å få til nødvendig omstilling må det spilles på lag, og kommunen må utvikle tiltak og tjenester som i enda større grad støtter opp under og som muliggjør målene. Harstad har overordnede føringer og planer, samt gode intensjoner, men har ikke, slik vi vurderer det, i tilstrekkelig grad fått til en praksis som understøtter dette. Vi vurderer der slik at det kan være mulig manglende lederforankring, mangel på oppfølging eller tydelig prosjektledelse som kan være noen årsaker til at planen ikke alltid følges opp og settes ut i livet.

Det viktigste viktige, slik vi nå ser det, er å prioritere:

- ▶ Vri ressursinnsatsen fra de øverste trinnene i innsatstrappen til tjenester på lavere nivå som muliggjør kommunens visjoner og målsettinger (tydelige prioriteringer)
- ▶ Sikre kommunalt eierskap for å få til nødvendig omstilling (ikke et arbeid helse, velferd og omsorg kan håndtere på egenhånd)
- ▶ Sikre forankring av mål og strategisk dreining
- ▶ Ivareta behov for ledelse (strategisk, nærledelse mv.)
- ▶ Sikre samhandling og koordinering
- ▶ Sikre tildeling og utførelse av tjenester iht. ønsket dreining
- ▶ Sikre driftsoptimale avdelinger
- ▶ Ha gode og involverende prosesser



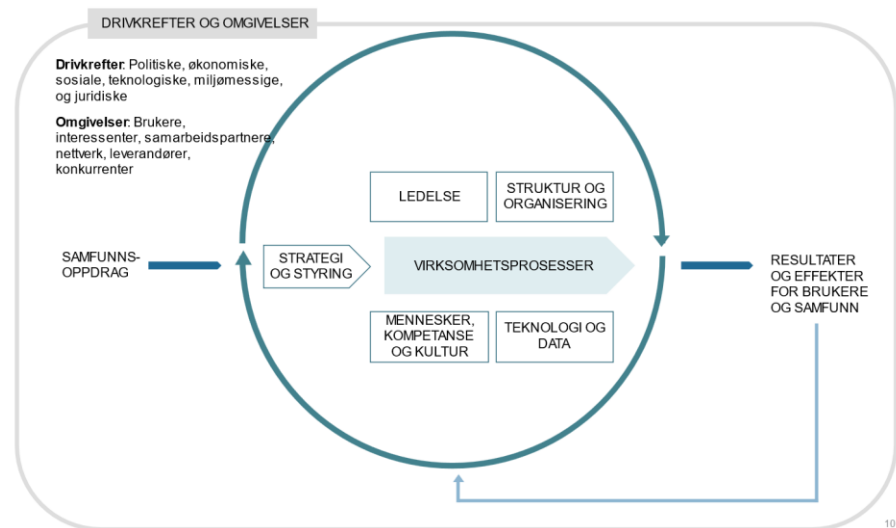
Eksempel på en dimensjonert innsatstrapp/omsorgstrapp som muliggjør tildeling etter BEON-prinsippet

Anbefalte grep for å sikre god gjennomføringskraft – forankring og involvering

6.1 Avsluttende betraktninger

Omstilling skjer ikke av seg selv, men krever aktiv endringsledelse. Omstilling kan føre til endringer i ansvars- og oppgavefordeling mellom enheter og personer, og kan oppleves som krevende for dem som blir berørt. Det er derfor avgjørende å ha en felles og omforent forståelse for utfordringer virksomheten vil stå overfor når endringer skal besluttes og gjennomføres. Endringsledelse handler om å etablere og kommunisere et tydelig målbilde og å sørge for at endring og utvikling gjennomføres som forutsigbare og håndterlige prosesser som kan planlegges og styres og som er en naturlig del av hverdagen.

Vårt faglige rammeverk illustrerer hvordan en organisasjon, eller en del av en organisasjon som f.eks. Helse og mestring i Harstad kommune, leveranser og oppnådde resultater og effekter påvirkes av både indre og ytre faktorer. Prinsippene kan illustreres ved hjelp av modellen under:



Figur: Modell av en organisasjon – eksterne og interne forhold. Kilde: Agenda Kaupang

Overordnet illustrerer modellen at Helse-, Velferd- og Mestring sine resultater og effekter på brukere og samfunnet påvirkes av både eksterne og interne forhold.

Viktige eksterne drivkrefter i omgivelsene som påvirker tjenestene er utviklingen i politikk og rammevilkår, sosioøkonomiske forhold og samfunnsutviklingen for øvrig. Modellen leses fra venstre «hvorfor er vi til» gjennom «visjon, mål og tjenester», virksomhetsprosesser, «resultat» og ender opp i «effekt for brukere og samfunn».

Tidligere så mange på endring som isolerte hendelser med perioder imellom, men i dag er det sjelden tid til at endringer får «sette» seg. De aller fleste organisasjoner må håndtere mange samtidige endringsprosesser som en del av det daglige virket. Som en følge av dette har begrepet endringskapasitet fått fottfeste (Meyer 2011) de senere år. Begrepet beskriver hva som kjennetegner organisasjoner som lykkes med hyppige og parallelle endringer uten at den daglige driften blir skadelidende.

Endringskapasitet viser til tre sentrale kjennetegn ved organisasjoner som lykkes med å håndtere flere samtidige endringsprosesser:

- ▶ Hvordan ledelsen mobiliserer og gjennomfører endring
- ▶ Etablerte strukturer og rutiner for endring
- ▶ Hvordan ansatte reagerer på endring

Anbefalte grep for å sikre god gjennomføringskraft – forankring og involvering

6.1 Avsluttende betraktninger

Lederes ansvar for aktiv implementering av endring

Ledelse handler om å oppnå resultater gjennom påvirkning av andre og andres arbeid. Det er lederens oppgave å få sine medarbeidere til å ville være med på utvikling og endringsarbeid og å oversette endringsbehov slik at medarbeidere forstår hvorfor det er nødvendig og hva de må gjøre i det daglige for å kunne bidra til å realisere målene. Påvirkning skjer både nedover i organisasjonen og ut mot omgivelsene.

En annen viktig lederoppgave er utvikling av virksomhetens prosesser. Blant de virkemidler som ledere har til rådighet for å utvikle nåværende prosesser er:

- ▶ De menneskelige ressursene som omfatter medarbeidernes kompetanse, et godt arbeidsmiljø og en hensiktsmessig organisasjonskultur. Å endre prosessene uten å samtidig utvikle kulturen vil sjelden lykkes.
- ▶ Organisasjonsstrukturen som er et bilde på ønsket atferd, gjennom en bestemt fordeling av oppgaver og myndighet i virksomheten
- ▶ Styringssystemer som omfatter systemer for oppfølging og rapportering av mål, økonomi og resultater (leveranser, kvalitet og effektivitet)
- ▶ Digitale ressurser som omfatter teknologisk utvikling og informasjon/(stor)data som virksomheten trenger

Ledere som lykkes med endringsprosesser må tydeliggjøre et rasjonale for samt en visjon for endringer som skal gjennomføres (Kotter, 2018).

Videre må ledernes arbeid ivareta både den strukturelle siden av endringer samt den relasjonelle biten i det de inspirerer, håndterer mulig motstand på en god måte og involverer og støtter medarbeidere i endringsarbeidet. God endringsledelse innebærer videre å utvikle stamina i gjennomføringen, i det kortsiktige gevinster planlegges og feires og ledernes involvering opprettholdes helt frem til planlagte gevinster er realisert.

Det er avgjørende at lederne skaffer seg handlingsrom og støtte for å i enda større grad kunne samkjøre seg og aktivt styre og lede endringene mot definerte, målbare resultater. De første spørsmålene det kan være nyttig å finne tydelige og samkjørte svar på er:

- ▶ Hva er det spissede målet med prosessen – hva er det positive fremtidsbildet og hva er annerledes når en er kommet dit?
- ▶ Hva er rasjonale for endringen (hva er den «brennende plattformen» vi må bort fra eller mulighetene som vi ikke kan unngå å gripe)?

Det vil i alle endringsprosesser oppstå former for uro, engstelse og motstand. Motstand betyr også energi, men har potensial til å hindre ethvert endringsforsøk dersom den ikke håndteres på en god måte samtidig som trykk og energi i gjennomføringen opprettholdes.

Det er grundig forskningsmessig belegg for å kunne hevde at leder og hennes/hans lederteam spiller en avgjørende rolle for at organisasjoner skal lykkes med endrings- og utviklingsprosjekter.

Anbefalte grep for å sikre god gjennomføringskraft – forankring og involvering

Organisasjoner som lykkes tar den strukturelle siden av endring på alvor

Etablerte strukturer og rutiner for endring er en sentral komponent for å lykkes med endring. Organisasjoner som lykkes vektlegger gode prosjektstrukturer, rammeverk for prosjekter og prosesser, gode prosedyrer og prosedyrerettferdighet. De samspiller godt med verneombud og tillitsvalgte og legger opp til prosesser som er forutsigbare, trygge og gjennomsiktede. De vektlegger videre god informasjon, kommunikasjon og involvering. Samtidig jobber de med gode planer for gevinstrealisering og risikostyring. Sist, men ikke minst evner disse organisasjonene å prioritere mellom sine endringsinitiativ slik at de kontinuerlig balanserer antall initiativ opp mot hva driften kan tåle.

Medarbeidere som opplever seg ivaretatt og rettferdig behandlet er en suksessfaktor

Hvordan ansatte reagerer på endring er et produkt av endringsprosessen forberedelse og gjennomføring. Organisasjoner med høy endringskapasitet har medarbeidere som opplever seg ivaretatt og rettferdig behandlet. De opplever at det blir lagt til rette for kompetanseutvikling og ledere og ansatte har samstemte perspektiver og forventninger til endring.

Vedlegg

Noen begreper brukt i rapporten

Vedlegg 1

PLO: Samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester fordelt på ulike hjemmebaserte tjenester (f.eks. helsehjelp i hjemmet, tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistent mv.), dag- og aktivitetssenter inkludert støttekontakt og institusjonstjenester.

KOSTRA (KOMMune-STat-RAPporterings): Et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. KOSTRA er et omfattende rapporteringssystem der kommuner og fylkeskommuner rapporterer til staten ved Statistisk sentralbyrå (SSB). Rapporteringen skjer elektronisk og omfatter alle kommunale og fylkes-kommunale funksjoner og ansvarsområder. For kommuner dreier det seg om rapportering fra ca. 90 forskjellige funksjonsområder, f.eks. førskole, grunnskole, helse, pleie og omsorg, barnevern og sosialhjelp.

KOSTRA-funksjoner innen pleie og omsorg som benyttes i denne rapporten omfatter: Funksjon 234 som omfatter dagsenter, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarmer mv. Funksjon 253 omfatter bistand i sykehjem, barnebolig og avlastning i institusjon. Funksjon 254 omfatter ulike tjenester i hjemmet. Dette inkluderer også tjenester i f.eks. bemannede boliger og tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Funksjon 261 omfatter utgifter til institusjonslokalene og byggene som benyttes til institusjonsdrift. Mer utfyllende opplysninger om de ulike funksjonene finnes på:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder-2017.pdf>

Heldøgns omsorg: Statistikken utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med én beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Offisiell statistikk gir altså ikke utfyllende bilde.

Omsorgsboliger: Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.

Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON): BEON-prinsippet er i praksis det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Skal kommunen kunne tildele og yte tjenester etter dette prinsippet må helse- og omsorgstjenesten bestå av ulike nivå på tjenester og tiltak. Man vil da kunne tildele tjenestene/tiltakene ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp.

BPA: Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov.

Tjenestetrappen/innsatstrapp: Dette er benevnelse som viser til at det finnes mange typer omsorgstjenester, og at disse må sees i sammenheng. Omsorgstrappen forutsetter at man anser at mennesker som har behov for omsorgstjenester ikke er like. Den enkelte må vurderes individuelt og tjenestetilbudet må tilpasses den enkelte. Behovet for hjelp og bistand vil for noen være relativt enkelt og lite, mens det for andre er snakk om meget omfattende og sammensatte tjenestebehov. Tjenestetilbudet må reflektere den enkeltes behov, og omsorgstrappen viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud

Hva legger vi i begrepet bolig med mulighet for heldøgnsstilbud?

Vedlegg 2

Helse- og omsorgsdepartementet og KS har sammen laget et notat som drøfter hva et døgntilbud omfatter. Konklusjonene i notatet er vist i boksen under. Sentralt i notatet er at et døgntilbud kan bli gitt i eget hjem, omsorgsbolig eller institusjon, og at nødvendig hjelp skal kunne bli gitt på kort varsel. Bruk av teknologi gjør det lettere å følge opp brukere på lengre avstand enn før.

Begrepet er så vidt definert at det omfatter store forskjeller i nivået for omsorg som brukere mottar. En slik vid definisjon gjør at begrepet ikke er så egnet for analytiske formål. Etter det vi har skjønnet blir ikke begrepet brukt i Sverige eller Danmark.

I vår analyse for Harstad kommune har vi valgt en smalere definisjon. Vi definerer boliger med døgntjenester til å være et botilbud med egen personalbase. Mange av beboerne vil ha så omfattende behov for bistand at langtidsopphold på sykehjem er et alternativ. Et viktig formål med vår analyse er å avklare det samlede behovet for et døgntilbud til denne gruppen. Da er en slik smalere definisjon mer egnet. Vi understreker at vår definisjon er valgt som grunnlag for å analysere fremtidig behov for kommunale bygg, og at den ikke er avstemt mot begrepene som ligger til grunn for saksbehandlingen til kommunen.

Kostnaden per sykehjemsplass varierer og må sees i sammenheng med dekningsgrad og type plasser. Organiseringen av tilbudene spiller også inn.

Definisjoner døgntjenester

Heldøgns tjeneste: En person som får et heldøgns tjenestetilbud mottar helse- og omsorgstjenester på kveld og natt gjennom hele uka i tillegg til helse- og omsorgstjenester og/eller arbeids-, utdannings- eller aktivitetstilbud på dagtid.

Heldøgns helse- og omsorgstjenester omfatter også aktivt tilsyn ved bruk av kommunikasjonsteknologi eller besøk fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre de har gjort avtale med, der det er mulig å sette inn nødvendige hjelpetiltak på kort varsel.

Bolig for beboere med heldøgns tjenestetilbud: En person som får heldøgns tjenestetilbud kan motta dette både i eget hjem, omsorgsbolig eller institusjon.

Om behov for helhetlig boligplan og boligutvikling

Vedlegg 3

Hva må Harstad vite om kommunes boligbehov framover?

God boligplanlegging er avgjørende for å sikre en helhetlig boligpolitikk som både legger til rette for befolkningsvekst og støtter en bærekraftig utvikling av kommunale tjenester. For å kunne planlegge strategisk er det viktig å ha en god oversikt over:

- ▶ Eldres bosituasjon og behov: Hvor bor de eldre og andre innbyggere som mottar tjenester i dag? Hvordan vil behovene deres utvikle seg framover?
- ▶ Utbyggingsbehov i boligtrappen: Hvor stort er behovet for boliger til ulike livsfaser, og når må nye boliger bygges for å møte etterspørselen?
- ▶ Innbyggernes boligpreferanser: Hva skal til for at innbyggere flytter i tide til mer egnede boliger, og hvor bør slike boliger etableres?
- ▶ Boligmarkedets funksjonalitet: Har Harstad et velfungerende boligmarked? Er det aktører som er villige til å bygge de boligene kommunen trenger?

Regjeringens eldrereform understreker betydningen av at eldre skal kunne bo trygt hjemme så lenge som mulig. Dette krever bedre planlegging, økt forebygging og mer målrettede tjenester. En sentral utviklingstrend er økt satsing på boliggygging – at boligtilpasninger og nye boformer i større grad erstatter institusjonsbaserte løsninger i eldreomsorgen.

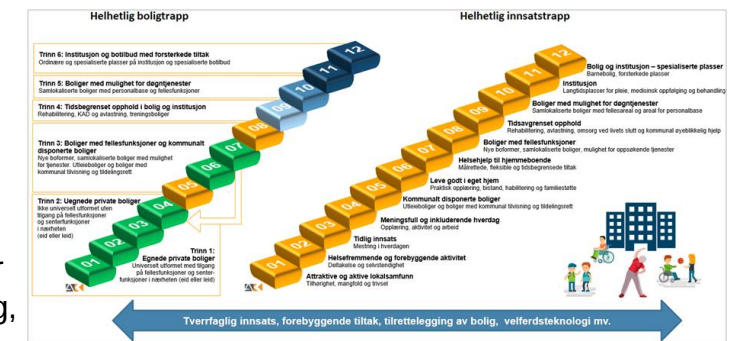
Våre analyser viser en klar sammenheng mellom boligvalg og bruk av helse- og omsorgstjenester. Eldre som bor i en egnet bolig med god beliggenhet, har større mulighet til å leve selvstendig, være aktive og opprettholde selvbestemmelse lenger. Derfor bør Harstad planlegge for flere egnede private boliger i lokalsentre og utvikle nye boligkonsepter og boformer som støtter målet om at flere kan bo trygt hjemme over tid.

Anbefalinger for å sikre utvikling av fremtidsrettede og bærekraftige helse- og omsorgstjenester, og hvordan disse er koblet til utvikling av en helhetlig boligpolitikk

1. Bedre kunnskapsgrunnlag om kommunens boligbehov framover
2. Når sykehjem ikke er løsningen på statens eldrepolitikk, blir boligutvikling for eldre svaret
3. Kommunene må på banen - vi trenger en helhetlig boligpolitikk i norske kommuner
4. Flere eldre må i større grad bo i kommunens lokalsenter i egnede private boliger - kommunene må ta lokaliseringsdebatten
5. Konsepter som virker direkte i markedet og hjelper folk inn i løsningene kommunene ønsker mer av
6. Felles rammeverk og verktøy for planlegging og utvikling

Nyttige rammeverk og verktøy for planlegging og utvikling

- ▶ Kartlegging og analyser av dagens situasjon og framtidige behov
- ▶ Helhetlig innsatstrapp og helhetlig boligtrapp
- ▶ Tydelig kommunikasjon og forventningsavklaring med innbyggerne som bygger opp under påstanden «Finn deg en egnet bolig, før andre må finne den for deg»



Figur: Sammenhengen mellom den helhetlige boligtrappen og innsatstrappen utviklet av Agenda Kaupang. Innsatstrappen er henvist til som et egnet planleggingsverktøy i NOU 2023: 4 (2023). Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, Helsedepartementet.

I tabellen nedenfor oppsummeres tall over teknologi i bruk hentet fra digitaliseringsteamet og IKT-drift i september 2024 med unntak av tallet på trygghetsalarmer.

Teknologi	Antall i drift	Kommentarer fra kommunen
GPS	49	Hjemmeboende: 33 stk - håndteres av pårørende Institusjon: 16 stk.
Medisineringstøtte	49	3 varianter: Evondos: 24 stk, Dignio Pilly: 11 stk. og Dignio Medido: 14 stk. Kommentar: Gammel avtale. Ny avtale er forhandlet fram, men ikke gjort avrop pga. manglende økonomi. Tidligere hadde de også teknologien på institusjon, men nå er de kun hos hjemmeboende. Estimert potensielt volum: 320 medisindispensere.
Nattugla – digitalt tilsyn	42	Fordeling: 7 hos hjemmeboende, 35 på institusjon og 10 på lager Med kameraene som er i drift ble det 23.9.24. utført 86 tilsyn.
Sensorikk knyttet til trygghetsalarmer		Har få sensorer i avtalene: • Doro mBox (sengekontroll-enhet, radiosender, signalforsterker og døralarm) • Bevegelsessensor • Gulvalarm • Stolalarm Det finnes en rekke andre sensorer, men teknologiene har frem til nå ikke vært prioritert eller testet ut.
Trygghetsalarmer	521	Informasjon hentet fra rapporteringen til brukergruppeanalysen

Kommunen har også tatt i bruk elektroniske nøkler

Tiltaksutvikling og vurdering – forslag til mal og arbeidsmetode

Vedlegg 5

- ▶ Når dere arbeider med tiltakene oppfordrer vi til å vurdere tiltakene og effekten av tiltakene i forhold til de fire dimensjonene som er beskrevet nedfor i figuren.

Kvalitative dimensjoner som er vurdert ved tiltaket



Skåringsalternativene	Beskrivelse	Kommentarfeltet
1	Verdi «1» og/eller rødt gis når alternativet vurderes svært lite godt innenfor delkriteriet	Bruk gjerne kommentarfeltet for å beskrive forskjellene på skåringen i de ulike alternativene
2	Verdi «2» og/eller oransje gis når alternativet vurderes lite godt innenfor delkriteriet	
3	Verdi «3» og/eller gult gis når alternativet vurderes godt innenfor delkriteriet	
4	Verdi «4» og/eller grønt gis når alternativet vurderes svært godt innenfor delkriteriet	

- ▶ Hver av dimensjonene skåres og sees på i forhold til kortsiktige og langsiktige effekter. Når det kommer til penger så brukes de ulike beregningene til vurdering av økonomisk effekt.

- ▶ En vider mal kan se slik ut:

Tiltak 1 - Beregninger av endringer i dekningsgrad for sykehjem

A: Beskrivelse av tiltaket så konkret som mulig

...

B: Hvilke kortsiktige og langsiktige effekter mener dere tiltaket kan ha?

- ▶ Fag
- ▶ Folk
- ▶ Penger
- ▶ Samfunnseffekter

C: Hvilke positive og negative konsekvenser vil tiltaket kunne føre til for tjenestemottakere, innbyggere, ansatte og kommunen?

Positive konsekvenser

...

Negative konsekvenser

...

Tiltaksutvikling og vurdering – forslag til mal og arbeidsmetode

Vedlegg 5

D: Risikovurdering

		Sannsynlighet		
		Sjelden	Kan skje	Svært vanlig
Konsekvens	Liten	Lav	Lav	Moderat
	Middels	Lav	Moderat	Stor
	Stor	Moderat	Stor	Stor

Vurdering av risiko ved gjennomføring av tiltaket.

E: Gjennomføring

- ▶ Hvordan sikre at tiltaket blir gjennomført?
- ▶ Hvordan sikre og følge med på at målsetningen ved tiltaket nås og det gir ønsket effekt? (Styringsdata?)
- ▶ Hvem er ansvarlig og hvordan rapporteres det ved gjennomføring?



Rapport

AGENDA KAUPANG

Agenda Kaupang bidrar til omstilling og utvikling av offentlig sektor. Vi bistår ledere og medarbeidere med faktabaserte beslutningsgrunnlag og effektivisering av prosesser. Agenda Kaupang gjennomfører analyser og rådgiving innen ledelsesutvikling, styring, økonomi, organisasjonsutvikling og digitalisering.