



Drifts- og ressursanalyse innen pleie og omsorg

TIME KOMMUNE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAKSGIVER: Time kommune

RAPPORT NR: 1020593

RAPPORTENS TITTEL: Drifts- og ressursanalyse innen pleie og omsorg

ANSVARLIG KONSULENT: Hege Askestad

KVALITETSSIKRET AV: Rune Holbæk

FOTOGRAFI I RAPPORT: Shutterstock

DATO: 22.01.2019

Forord

Agenda Kaupang har bistått Time kommune med en gjennomgang av nåsituasjonen innenfor pleie- og omsorgstjenestene (PLO) med forslag til hvordan kommunen best kan rigge seg for å møte fremtidens utfordringer. I dette lå det også et ønske om å yte best mulig tjenester til kommunens innbyggere innenfor gitte rammer. Det var videre et behov for en gjennomgang og vurdering av organiseringen, de ulike strukturene, bemanningsmessige forhold, arbeidsrutiner, dimensjonering, økonomi og av tjenester innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

I tillegg en gjennomgang som innebar å gå mer i dybden på områder hvor det viser seg å være et forbedrings- og/eller effektiviseringspotensial. Arbeidet har blitt utført i samarbeid med kommunen vinteren 2018/19. Vi takker for konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til Britt Ellinor Scott som har vært kontaktperson og som har bidratt med koordinering av arbeidet. Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Hege Askestad, Inger Hegna og Einar Stephan, med førstnevnte som ansvarlig konsulent.

Stabekk, 22. januar 2019

Agenda Kaupang AS

Innhold

1	Sammendrag.....	4
2	Innledning	7
2.1	<i>Bakgrunn</i>	7
2.2	<i>Mål med oppdraget.....</i>	7
3	Metode og prosjektorganisering	8
3.1	<i>Metoder</i>	8
3.2	<i>Fase 1 – kartleggingsfasen.....</i>	10
3.3	<i>Fase 2 – ekstern analyse.....</i>	10
3.4	<i>Fase 3 – utarbeidelse av tiltak og videre strategier.....</i>	11
3.5	<i>Begreper som er benyttet</i>	11
4	Pleie og omsorg.....	13
4.1	<i>Dagens organisering og dimensjonering</i>	13
4.2	<i>Dagens organisering.....</i>	13
4.2.1	<i>Enheter i gjennomgangen</i>	14
5	Utvalgte analyser	16
5.1	<i>Innledning</i>	16
5.2	<i>Det økonomiske utgangspunktet for kommunen har vært og er relativt godt.....</i>	16
5.3	<i>Andel eldre har økt og vil fortsette å øke</i>	17
5.3.1	<i>Behov for utvikling av bærekraftige tjenester</i>	22
5.4	<i>Brutto driftsutgifter innen PLO har økt og viser en dreining mot mer hjemmebaserte tjenester</i>	24
5.5	<i>Time har høyere utgifter til PLO enn tilhørende KOSTRA-gruppe</i>	26
5.6	<i>Analyse av tilbudet til tre brukergrupper</i>	28
5.7	<i>Kommunebarometeret og folkehelseprofil</i>	38
5.8	<i>Hovedfunn fra spørreundersøkelsen og intervjuene</i>	42
6	Vår vurdering av utfordringsbildet.....	47
6.1	<i>Leveres tjenester i henhold til gjeldende lover og regler?.....</i>	47
6.2	<i>Leveres rette tjenester med god kvalitet i forhold til omsorgstrappen?</i>	48
6.3	<i>Er pleie- og omsorgssektoren organisert på en hensiktsmessig måte?.....</i>	50
6.4	<i>Er leder- og administrasjonsressursene tilstrekkelig?.....</i>	52
6.5	<i>Er det rett kompetanse og benyttes denne på best mulig måte?</i>	54
7	Vår anbefaling.....	59
7.1	<i>Vurderinger og forslag til tiltak for de tre brukergruppene innen PLO</i>	59
8	Veien videre	67
	<i>Nødvendigheten av formelle prosesser</i>	67

1 Sammendrag

I tilbudsforespørselen fra Time kommune het det at kommunen ønsket en gjennomgang av nåsituasjonen innenfor pleie- og omsorgstjenestene med forslag til hvordan kommunen best kan rigge seg for å møte fremtidens utfordringer og å fortsette å levere gode tjenester innenfor pleie og omsorg innenfor gitte rammer.

Kommunens økonomiske utgangspunkt er relativt godt. Kommunen har noe høyere inntekter enn en gjennomsnittlig kommune. Gjeldsgraden er lav, men økende. Times utgifter til pleie og omsorg utgjorde i 2017 kr 18 638 pr. innbygger korrigert for behov. Det utgjør 2 967 kr mer pr. innbygger enn gjennomsnittet i tilhørende KOSTRA gruppe. Analysene viser at 65% av utgiftene innen pleie og omsorg er knyttet til brukergruppen *Eldre*. Hovedvekten av utgiftene overfor denne brukergruppen er knyttet til institusjonstjenester. Times utgifter til dette er høye i sammenlikningen og må sees i sammenheng med både høye enhetskostnader og høy dekningsgrad. Times utgifter til tjenester innen psykisk helse og rus er også høye. Høye utgifter mener vi må sees i sammenheng med kjøp av tjenester og kommunens dimensjonering av omsorgstrappen for denne brukergruppen. Utgifter til tjenester overfor mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser ligger lavere enn snittet for sammenlikningskommunen pr. innbygger korrigert for behov. Hovedvekten av utgiftene er knytte til tjenester i bolig, og Time har lavere utgifter til tjenester i bolig og avlastning i bolig enn snittet for sammenlikningskommunene.

Hovedutfordringen til Time, som i mange andre kommuner, er den formidable veksten i andel eldre. Det gjør at man i større grad må sikre at den enkelte settes i stand å ta ansvar for egen helse og livssituasjon. Samtidig som kommunen fortsatt skal sikre at de som har behov får tilstrekkelig helse- og omsorgstjenester, med riktig kvalitet.

En fremtidsrettet tjeneste må ha et bærekraftig kostnadsnivå. Det medfører at i videreutviklingen av pleie- og omsorgstjenester må Time kommune både tenke kvalitet og økonomi. En av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). På bakgrunn av dette anbefaler vi at Time:

- ▶ Etablerer et felles saksbehandling- og tildelingskontor
- ▶ Har et helhetlig og brukerorientert fokus på tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet og nasjonale føringer
- ▶ Reduserer dekningsgraden for sykehjem og flytter ressurser til tjenester på lavere omsorgsnivå slik at man kan nå flere og gjøre det mulig å bli boende i eget hjem lenger
- ▶ Etablerer flere omsorgsboliger, der noen av boligene er med døgnbemanning. Dette vil være et viktig tiltak, i tillegg til ambulante hjemmetjenester, for å kunne ha færre sykehjemsplasser
- ▶ Sørger for et robust og kvalitativt godt dag- og aktivitet-/arbeidstilbud for alle brukergrupper
- ▶ Utreder om sambruk av ressursene i Miljøtjenesten innenfor bolig og dagsenter/aktivitetstilbud kan gi gevinster i form av økt heltid, bedre ressursutnyttelse og lavere kostnad
- ▶ Vurderer om det er hensiktsmessig at helse- og rehabiliteringsressursene flyttes fra Samfunn til Omsorg
- ▶ Legger til rette for og sikrer god lederopplæring og -oppfølging
- ▶ Iverksetter tiltak for å få til en heltidskultur der kommunen faktisk oppnår større stillingsbrøker og flere heltidsstillinger
- ▶ Arbeide videre med økt digitalisering av arbeidsprosesser (f.eks. elektronisk ruteplanlegger) og økt bruk av velferdsteknologi (f.eks. Room Mate, digitale natt-tilsyn).

Digitalisering bør kunne frigjøre noe kapasitet i tjenestene. Velferdsteknologi kan være viktige tiltak for økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen.

I tillegg til en generell tjenesteanalyse innen pleie og omsorg hadde kommunen noen problemstillinger de ønsket belyst:

1. Leveres tjenester i henhold til gjeldende lover og regler?
2. Leveres rette tjenester med god kvalitet i forhold til omsorgstrappen?
3. Leveres for mye eller for lite tjenester i forhold til lovverket?
4. Er kommunen organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til levering av helse- og omsorgstjenester?
5. Er leder- og administrasjonsressurser tilstrekkelige?
6. Har kommunen rett kompetanse, og benyttes denne på best mulig måte?
7. Kjøp av eksterne tjenester versus interne leveranser

Rapporten oppsummerer våre vurderinger knyttet til disse problemstillingene, men vi vil her gjengi disse kort.

1. Det er ikke kommet frem noe som tilsier at kommunen ikke leverer tjenester iht. lover og regler. Det er få tilsyn og kontroller i kommunen og de som historisk har vært gjennomført er fulgt godt opp og løst av administrasjonen. Det har imidlertid vært utrykt en bekymring for at det er vanskelig å få tak i støttekontakter og avlastere, og at dette bidrar til svak kapasitet og manglende leveranser på området.
2. Ved gjennomgang av tjenstedimensjoneringen i kommunen er det kommet frem at kommunen er noe tung på de høyeste trinnene i tjenestetrappen. En tjenstedreining med mer ressurser til lavere trinn i trappen anbefales. I realiteten innebærer dette mindre ressursbruk på institusjon og mer til ulike tjenester til hjemmeboende. Kommunen har det siste tiåret hatt en tydelig dreining i denne retning – en dreining som det etter Agenda Kaupangs vurdering er grunnlag for å fortsette.
3. Det har ikke fremkommet signaler, klager eller på annen måte omtale om at kommunen ikke leverer nødvendige tjenester i forhold til lovverket. Det er således ikke forventet at kommunen leverer for lite tjenester. På spørsmålet om kommunen leverer for mye i forhold til lovverket, må dette leses som om kommunen leverer tjenester utover lovens minimumsnivå. Det er klart at Time kommune leverer, på lik linje med de fleste andre norske kommuner, tjenester over dette minimumsnivået. Time kommune har hatt en god evne historisk til å levere omfattende tjenester. Denne evnen forventes i fremtiden til å bli lavere etter hvert som demografiske endringer gir et økt behov for tjenester i kommunen. Våre analyser viser at Time har noen flere brukere innenfor flere av brukergruppene/tjenestene enn kommuner vi har sammenlikner med. Dette kan være en indikasjon på at Time har en lavere terskel for å tildele tjenester. Fra intervjuene har det også fremkommet indikasjoner på at det er lett å få tjenester i kommunen.
4. Kommunenes organisering vurderes hovedsakelig å være hensiktsmessig. Samtidig mener vi at det er grep kommunen bør gjøre for å sikre en bedre ressursutnyttelse og levering av helse- og omsorgstjenester. Fysio-/ergoterapitjenesten er organisatorisk tilhørende tjenesteområdet Samfunn, ikke Omsorg, og blir av tjenestene tidvis beskrevet som mindre tilgjengelig. En endring av denne organiseringen, med overføring av ansvar til helse og omsorg kan derfor være smart. Det har fremkommet kommentarer om at en tredeling av hjemmetjenesten gjør det noe vanskeligere å oppnå en optimal ressursutnyttelse. En annen organisering eller andre tiltak for å benytte ressursene på tvers kan med fordel vurderes. Organisering av saksbehandler og tildelingsfunksjonen i kommunen var desentral og ble ikke vurdert å være god ved oppstart av dette analysearbeidet. Kommunen har etter dette gjennomført en endring, med samling av ressursene. Dette tenker vi er nødvendig og smart.

Funn fra spørreundersøkelsen kan tyde på at Psykisk helse/rus mener de får god støtte av hjemmetjenesten ved behov til sine brukere. Hjemmetjenesten selv mener det er litt mer utfordrende å få samme støtten av psykisk helse og rus. Det vurderes ikke nødvendigvis nødvendig med tiltak for å endre organiseringen, men heller tiltak som kan styrke den sømløse overgangen og samspillet.

5. Lederressursene i tjenestene vurderes ikke å være omfattende, men på et tilfredsstillende nivå. Enkelte av avdelingene har imidlertid i overkant stort kontrollspenn. Nivået på støtteressursene er ikke omfattende.
6. Det har ikke fremkommet utfordringer i kommunenes kompetansenivå eller anvendelsen av denne. Det bør allikevel vurderes om fagdekningen i tjenestene bør styrkes noe. Dette gjelder særlig helgene. Videre bør man gjøre grep for å øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse i tjenestene. Erfaringen er at økt heltid er en viktig forutsetning for å bygge gode og nødvendige kompetansekulturer.
7. Kommunen kjøper noen tjenester til erstatning for egenproduksjon av tjenester. Dette gjelder i hovedsak tjenester til brukere som er i behov av ressurskrevende tjenester. Våre analyser viser at kostnadene til dette er relativt høye og mange av tiltakene har også høye enhetskostnader. Det bør derfor vurderes om kommunen kan ivareta dette i egen regi til like god eller bedre kvalitet og til en lavere kostnad.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Time kommune har i en årrekke hatt en ekspansiv vekst særlig av yngre innbyggere. Kommuneøkonomien har vært relativt god de siste årene med lav gjeldsgrad, selv om den er økende. Kommunens disposisjonsfond er relativt lite og det er derfor viktig å være tidlig ute og forberedt på økte behov innenfor pleie- og omsorgsområdet. Kommunen opplever en sterk økning i gruppen av yngre brukere og et press på tjenester for demente. Alle eksisterende og fremtidige innbyggere med demens er ikke nødvendigvis tjenestemottakere, men dette vil uansett kunne utfordre det kommunale tjenesteapparatet.

Med dette som utgangspunkt ønsket kommunen en gjennomgang innenfor pleie- og omsorgstjenestene (PLO) med forslag til hvordan kommunen best kan rigge seg for å møte fremtidens utfordringer. I det ligger også et ønske om å yte best mulig tjenester til kommunens innbyggere innenfor gitte rammer. Det var videre et behov for en gjennomgang og vurdering av organiseringen, de ulike strukturene, bemanningsmessige forhold, arbeidsrutiner, dimensjonering, økonomi og av tjenester innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

2.2 Mål med oppdraget

Målet med kartleggingen var å fremskaffe et bilde av drifts- og ressurs situasjonen i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Arbeidet skulle resultere i en rapport..

Som en del av oppdraget skulle dagens situasjon innen PLO kartlegges. Utfordringsbildet skulle tydeliggjøres og på bakgrunn av dette skulle gjennomgangen peke på forslag til endringer og tiltak.

I dette oppdraget har det særlig vært ønskelig å belyse følgende områder:

- ▶ Leveres tjenester i henhold til gjeldende lover og regler?
- ▶ Leveres rette tjenester med god kvalitet i forhold til omsorgstrappen?
- ▶ Leveres for mye eller for lite tjenester i forhold til lovverket?
- ▶ Er kommunen organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til levering av helse- og omsorgstjenester?
- ▶ Er leder- og administrasjonsressurser tilstrekkelige?
- ▶ Har kommunen rett kompetanse, og benyttes denne på best mulig måte?
- ▶ Kjøp av eksterne tjenester versus interne leveranser

Rapporten vil danne grunnlag for å kunne iverksette nødvendige endringer, peke på områder hvor det er mulig å bedre organiseringen og å jobbe mer ressurseffektiv for å møte fremtidens behov. Videre vil rapporten inneholde konsulentens anbefaling og forslag til videre utvikling og tiltak.

Oppdraget var begrenset til tjenester som leveres i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven.

3 Metode og prosjektorganisering

3.1 Metoder

I det følgende beskrives metodene som er benyttet i dette oppdraget. Arbeidet har vært organisert som et prosjekt, med tre hovedaktiviteter:



Figur 3-1: Modell av faser i prosjektet

Dette prosjektet har omfattet kartlegging, analyser og vurderinger, og en strategi- og tiltaksfase.

Rapportens innhold er kvalitetssikret og utviklet i samarbeid med en egen prosjektgruppe som har hatt to møter i løpet av høsten 2018 og vinteren 2019.

Prosjektgruppen har bestått av

- ▶ Britt Ellinor Scott (kommunalsjef)
- ▶ Rita Ueland (rådgiver omsorg)
- ▶ Toril Stengårdsbakken (virksomhetsleder)
- ▶ Bjarte Sælevik (virksomhetsleder)
- ▶ Kristine Ims Larsen (virksomhetsleder)
- ▶ Bylgja Hrønn Ingvarðottir (virksomhetsleder)
- ▶ Aud Steinsland (økonomisjef)
- ▶ Solveig Hognestad (rådgiver organisasjon)
- ▶ Elisabet Bjørheim Salte (Delta)
- ▶ Sigrunn Prestegård (Fagforbundet)
- ▶ Martina Gertrud A. Graf-Rohr (Hovudverneombod)
- ▶ Sissel Løchen (senior og brukarrådet)
- ▶ Eva Tone Fosse (rådgiver)
- ▶ Jorunn Djønne Salte (rådgiver)
- ▶ Agenda Kaupang; Inger Hegna, Einar Stephan og Hege Askestad

Materialet som ble etterspurt fra kommunen i kartleggingsfasen kom i form av dokumenter, rapporter og statistikk-/tallmateriale. I tillegg er det gjennomført en rekke kvalitative intervju, både individuelle og i grupper.

Dette er noe av det vi mottok av dokumenter:

- ▶ Organisasjonsplaner

- ▶ Arbeidsprosesskartlegginger
- ▶ Medarbeider- og innbyggerundersøkelser
- ▶ Kvalitetssystem og målinger
- ▶ Delegasjonsreglement/fullmaktsmatrise
- ▶ Saksbehandling og tildeling av tjenester
- ▶ Heltidsstrategi
- ▶ Strategiplan Omsorg
- ▶ Retningslinjer og rutiner
- ▶ Rapporter fra tilsyn og kontroller

Videre fikk vi oversendt på bestilling følgende tall- og faktagrunnlag:

- ▶ Budsjett 2018/19
- ▶ Regnskap per 2017
- ▶ Bemanningsplaner/turnus
- ▶ Antallet ansatte med fagkompetanse
- ▶ Sykefraværstatistikk og innleie av vikarer
- ▶ Fordeling av utgifter mellom institusjonsomsorg og hjemmetjeneste
- ▶ Pasient- og brukerstrømmer
- ▶ Bruk av korttidsplasser



Vi har i tillegg sammenliknet kommunen med andre kommuner og utvalgte KOSTRA-grupper på følgende områder:

- ▶ Ressursbruk og kvalitet på tjenestene
- ▶ Organisering av tjenesten

Vi har gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse, som ble besvart av til sammen ca. 30 ansatte i kommunen:

- ▶ Utsendt undersøkelse per e-post til et utvalg av ledere, tillitsvalgte og ansatte i kommunen
- ▶ Analyse og vurderinger av svarene
- ▶ Oppsummert i en grafisk fremstilling i kapittel 5.8

Det ble videre gjennomført oppfølgende intervjuer, både individuelle og gruppeintervju, med et utvalg av ledere, tillitsvalgte og ansatte på til sammen ca. 20 personer:

- ▶ Leder av tjenesteområdet omsorg
- ▶ Ledere av pleie- og omsorgsenhetene
- ▶ Ledere i hjemmebaserte tjenester
- ▶ Ledere for sykehjem og for bo- og behandlingssentre
- ▶ Ledere i boliger/tjenester til mennesker med nedsatt psykisk og fysisk funksjonsevne
- ▶ Ledere for rusomsorg, psykisk helse og sosiale tjenester
- ▶ Ledere for helsetjenesten
- ▶ Økonomikonsulent/rådgiver for helse- og omsorgstjenestene
- ▶ Intervju med et utvalg av tillitsvalgte/verneombud

Resultatene av spørreundersøkelsen og intervjuene er presentert i tabell 5-5 og 5-6.

3.2 Fase 1 – kartleggingsfasen

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

Det er videre gjennomført kartleggingsintervju med berørte ledere, ressurspersoner og tillitsvalgte i tjenestene. Registerdata, regnskapstall og nøkkeldata er innhentet gjennom møter med økonomiavdelingen og leder for sektoren og danner grunnlaget for våre vurderinger og anbefalinger i analyse- og tiltaksfasen.

Denne rapporten er basert på følgende datakilder:

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

3.3 Fase 2 – ekstern analyse

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

- ▶ *Kostnadsnivå:* Time er en kommune med noe høyere frie disponible inntekter enn gjennomsnittet for kommunene i KOSTRA-gruppe 8¹. Det er viktig å ha en effektiv PLO-tjeneste, med nøktern tildeling av tjenester og lave enhetskostnader. Netto driftskostnader for PLO i 2017 er sammenliknet med andre kommuner. Vi har behovskorrigert regnskapene slik staten gjør det ved tildeling av rammetilskudd i statsbudsjettet. Vi har grovsjekket regnskapet før analyse (pensjonsføring, administrasjonsutgifter, tilskudd til ressurskrevende tjenester). Vi har forsøkt å forklare kostnadsforskjeller ved å sammenlikne volum/dekningsgrad, og enhetspriser mv. Vi har dessuten fordelt nettoutgiftene mellom de tre store brukergruppene, for å få et mer presist bilde enn det som framkommer når alle brukerne ses under ett. Tjenestene til eldre, mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser og mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser er i stor grad uavhengig av hverandre og bør analyseres hver for seg. Vi har også sett på kvalitet i tjenesten, basert på 2017-data samlet inn i Kommunebarometeret fra Kommunal Rapport. Dette er den eneste samlede og årlige kvalitetsmålingen av kommunale tjenester for tiden.
- ▶ *Organisering:* organiseringen av PLO-tjenesten må ivareta og fremme behov for effektivitet og nytenkning. Vi har gått gjennom kommunens styringsdokumenter og organisasjonskart. Vi har

¹ KOSTRA-gruppe 8 består av 49 mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, og middels frie disponible inntekter.

intervjuet ledere, utvalgte medarbeidere og hovedtillitsvalgte i tjenesteområdet om arbeidet med kvalitetsutvikling, økonomistyring, personalledelse og samarbeid.

- *Tjenesteprofil:* Kommunen bør ha en profil på tjenestene i tråd med BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå). Det vil si hjemmebasert og mestringsorientert tjenesteprofil. Vi har innhentet data om kommunens omsorgstrapp for hver brukergruppe. Vi har sammenliknet dagens tilbud med de behov kommunen sannsynligvis står overfor i årene framover, spesielt knyttet til veksten i antall eldre.

3.4 Fase 3 – utarbeidelse av tiltak og videre strategier

Basert på innhentede data og analyser har Agenda Kaupang utarbeidet forslag til tiltak for å sikre en bærekraftig pleie- og omsorgstjeneste i Time kommune, samt å svare ut problemstillingene i oppdraget som nevnt i kapittel 2.2.

Analysens resultater er dokumentert i denne rapporten og utviklet i samarbeid med oppnevnt prosjektgruppe.

3.5 Begreper som er benyttet

En oversikt over de ulike begrepene som er benyttet i denne rapporten

- *PLO:* Samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester fordelt på ulike hjemmebaserte tjenester (f.eks. helsehjelp i hjemmet, tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistent mv.), dag- og aktivitetssenter inkludert støttekontakt og institusjonstjenester
- *Heldøgns omsorg:* Statistikken utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med én beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Offisiell statistikk gir altså ikke utfyllende bilde.
- *Omsorgsboliger:* Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.
- *Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON).* BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Skal kommunen kunne tildele og yte tjenester etter dette prinsippet må helse- og omsorgstjenesten bestå av ulike nivå på tjenester og tiltak. Man vil da kunne tildele tjenestene/tiltakene ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. Prinsippet kan fremstilles som vist i figur 6-1.
- *BPA:* Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov.
- *Omsorgstrappen:* Dette er 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. Tjeneste-

tilbudet må reflektere den enkeltes behov, og omsorgstrappen viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.

- **KOSTRA** (Kommune-STat-Rapportering): Et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. KOSTRA er et omfattende rapporteringssystem der kommuner og fylkeskommuner rapporterer til staten ved Statistisk sentralbyrå (SSB). Rapporteringen skjer elektronisk og omfatter alle kommunale og fylkeskommunale funksjoner og ansvarsområder. For kommuner dreier det seg om rapportering fra ca. 90 forskjellige funksjonsområder, f.eks. førskole, grunnskole, helse, pleie og omsorg, barnevern og sosialhjelp.
- KOSTRA-funksjoner innen pleie og omsorg som benyttes i denne rapporten omfatter: Funksjon **234** som omfatter dagsenter, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarmer mv. Funksjon **253** omfatter bistand i sykehjem, barnebolig og avlastning i institusjon. Funksjon **254** omfatter ulike tjenester i hjemmet. Dette inkluderer også tjenester i f.eks. bemannede boliger og tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Funksjon **261** omfatter utgifter til institusjonslokalene og byggene som benyttes til institusjonsdrift. Mer utfyllende opplysninger om de ulike funksjonene finnes på:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder-2017.pdf>

4 Pleie og omsorg

4.1 Dagens organisering og dimensjonering

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

Ifølge strategiplanen for omsorg har kommunen vært i vekst den senere tiden, og i planen uttales det at:

Time kommune sin Strategiplan Omsorg frå 2013-2025 har visjonen «Til stades i eige liv». Innan omsorgstjenestene er sentrale målsettingar rett hjelp til rett tid og ansvar for eige liv så lenge som råd. Tenestene skal utviklast med god kvalitet heimla i gjeldande lovverk og fordelast innanfor dei økonomiske rammene som til ei kvar tid gjeld.

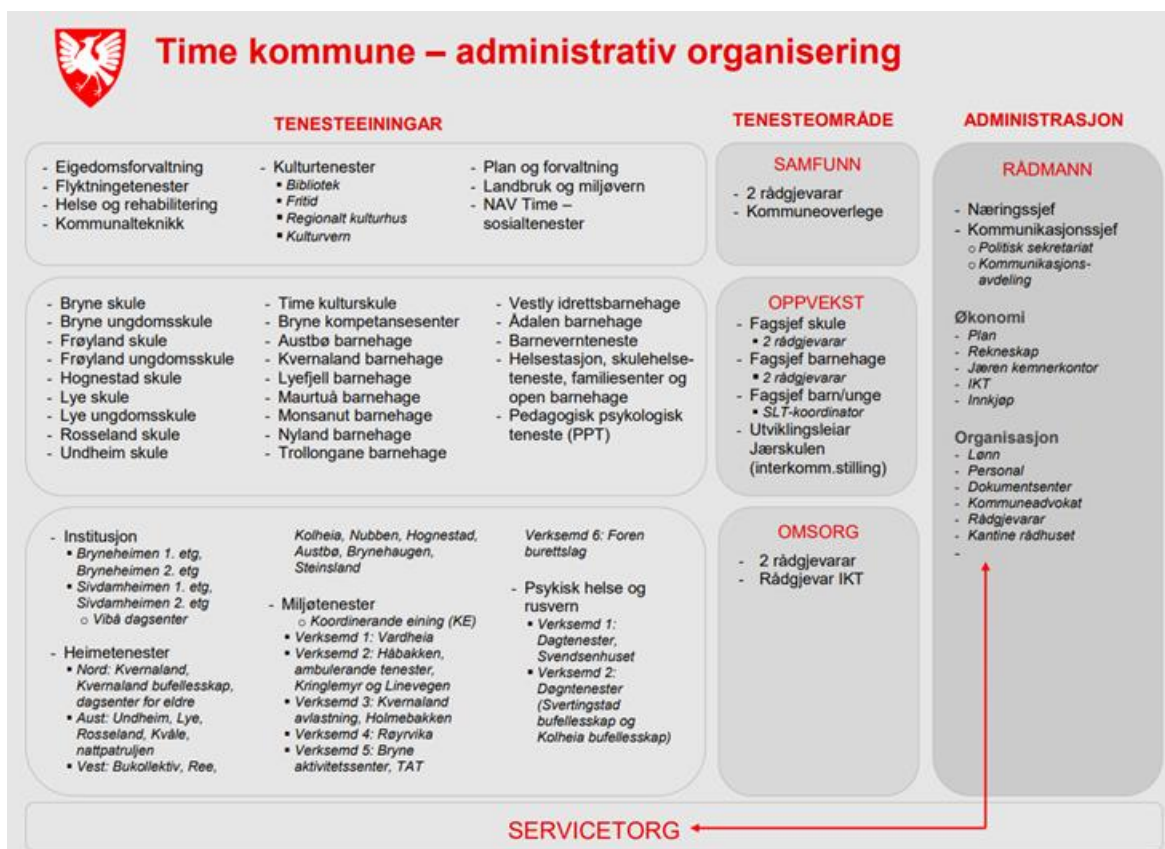
4.2 Dagens organisering

Kommunene står relativt fritt til å velge hvordan de vil organisere sine tjenester og dimensjoneringen av dem. Tanken er at kommunene kjenner behovene og at man ut fra dette må organisere og dimensjonere sine tjenester for å ivareta innbyggernes ressurser og behov. I det følgende gis det en kort beskrivelse av hvordan Time har organisert tjenestene som har vært gjennomgått i evalueringen.

Time kommune har en hierarkisk struktur med en kommunalsjef for Omsorg hvor tjenesteområdet er inndelt i 4 virksomheter:

- ▶ Institusjon
- ▶ Hjemmetjenester
- ▶ Miljøtjenester
- ▶ Psykisk helse og rusvern.

Enheten NAV og sosialtjenester, barnevern, helse- og skolehelsetjenester ligger plassert i tjenesteområdet Samfunn og Oppvekst. Enhetene ledes av virksomhetsleder med overordnet ansvar for fag, personal og økonomi. Den administrative organiseringen i Time kommune fremkommer i figuren på neste side.



Figur 4-1 Organisasjonsmodell i Time kommune, per høsten 2018

4.2.1 Enheter i gjennomgangen

Analysen er begrenset til tjenester organisert under tjenesteområdet Omsorg.

Institusjon og hjemmetjenester utgjør den største enheten innenfor virksomhetsområdet Omsorg og har en økonomisk ramme på 261,2 mill. kr i 2018. De samlede tjenestene innen pleie og omsorg yter tjenester til rundt 1500 tjenestemottakere fordelt på ulike hjemmetjenester, institusjonstjenester og dag- og aktivitetstilbud, trygghetsalarm, matombringning mv.²

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

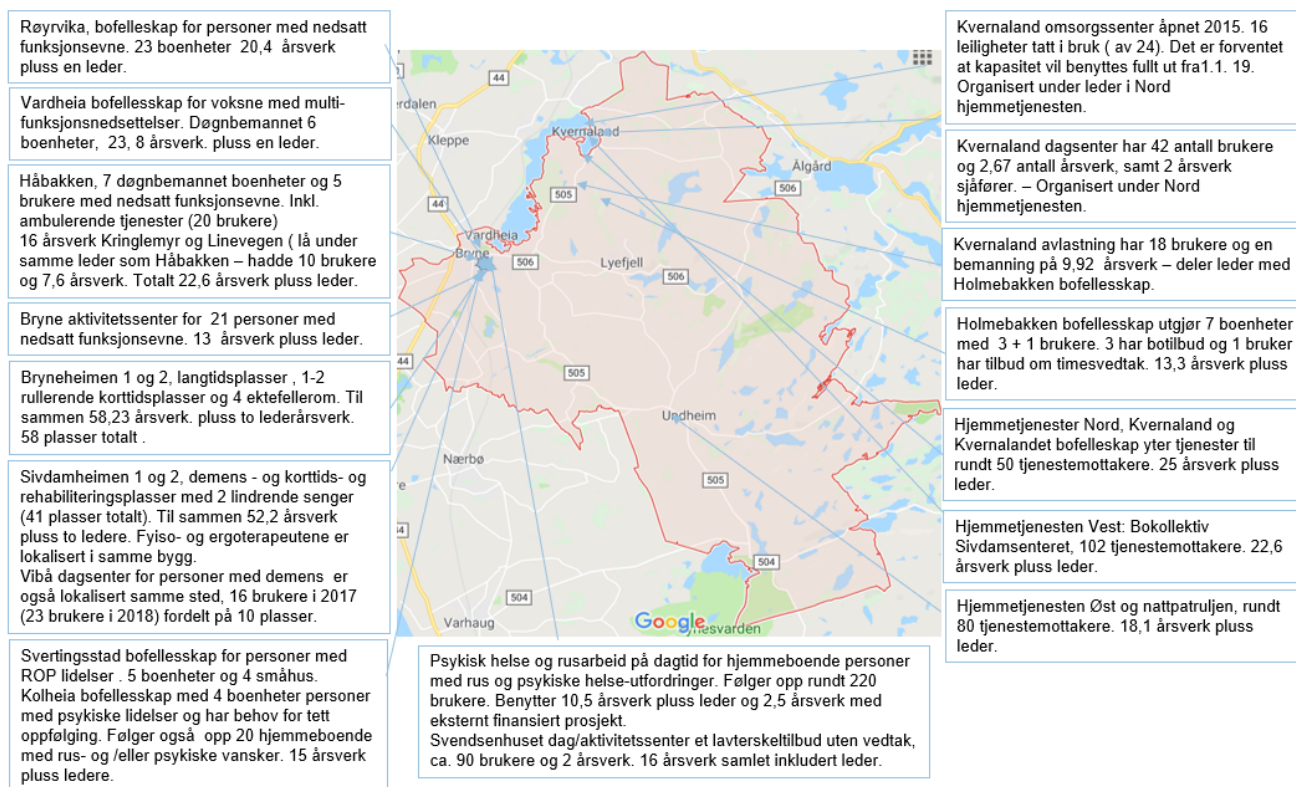
- ▶ Mennesker med utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser mv.
- ▶ Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser
- ▶ Eldre og personer med somatisk og fysisk nedsatt funksjonsevne (MS, trafikkskadde m.m.)

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

I kartet på neste side har vi kort gjort rede for utvalgte nøkkeldata³ knyttet til de ulike enhetene som yter helse- og omsorgstjenester i Time, samt hvor i kommunen de er lokalisert.

² Per 31.12.2017

³ Per 21/12 2017



Figur 4-2: Utvalgte nøkkeltall og geografisk lokalisering av gruppene som er berørt i gjennomgangen. Per 31/12-2017

Illustrasjonen over viser at hovedvekten av tjenesteenhetene er lokalisert i Bryne og på Kvernaland. Det tar 10 minutter å kjøre fra Bryne til Kvernaland.

5 Utvalgte analyser

Agenda Kaupang har gjennomført en sammenlikning av aktuelle tjenesteområder innenfor pleie og omsorg slik det er definert i KOSTRA. Vi har sammenliknet Time med andre relevante kommuner. Analysen bygger på data fra KOSTRA og data fra Agenda Kaupangs egenutviklede kartleggings- og analyseverktøy. Data som presenteres er blant annet korrigert for forskjeller i behov i kommunene⁴. Forskjellene er blant annet knyttet opp mot alderssammensetning, størrelse på kommune, beliggenhet osv. Behovskorrigerings er nødvendig for å kunne foreta en sammenlikning på tvers av kommuner.

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

Formålet med analysene er å få nødvendig innsikt i kostnadsnivå og dimensjoneringen av ulike pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Konklusjoner fra analysen blir gjengitt i dette kapittelet.

5.1 Innledning

Time står overfor en økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester fra ca. 2020⁵. Dette som følge av økning i andel eldre. Time har en relativt ung befolkning i dag. Antall innbyggere over 67 år vil bli merkbart større fra 2020 mens andelen over 80 og 90 først vil øke kraftig når man nærmer seg 2030. Skal kommunen klare å imøtekomme og ivareta innbyggernes behov fra 2020 og frem mot 2040, er kommunen helt avhengig av å planlegge og dimensjonere sine helse-, pleie- og omsorgstjenester på en slik måte at innbyggerne gis mulighet til å ta et aktivt ansvar for egen helse, og at man får mulighet til å være aktiv og bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Mange vil som følge av store og sammensatte behov trenge tjenester som medfører heldøgns omsorg eller tjenester i institusjon. Dette må også kommunen planlegge for videre.

Det er foretatt en analyse knyttet til hvordan kommunen ivaretar dette i dag, og hvilke grep man bør gjøre for å yte kostnadseffektive tjenester i tråd med innbyggernes behov, BEON-prinsippet og nasjonale føringer.

5.2 Det økonomiske utgangspunktet for kommunen har vært og er relativt godt

Kommunens økonomiske utgangspunkt er relativt godt. Kommunen har noe høyere inntekter enn en gjennomsnittlig kommune. Gjeldsgraden er lav, men økende. Times største utfordring ligger i å dimensjonere tjenester og levere dem kostnadseffektivt i dag slik at kommunen er best mulig rustet for å håndtere demografiske endringer. Omstillinger av tjenester vil alltid være krevende. En utsettelse av omstilling i dag, fordi Time har råd til det nå, vil kunne gjøre en fremtidig omstilling enda mer krevende.

Skatteinngangen i kommunen har historisk ligget over landssnittet, men har de siste årene vist en klar negativ trend jf. tabellen på neste side:

⁴ Følger behovsvurderinger i inntektssystemet. Behovsindeksen forteller noe om hvor dyr en kommune er å drive i forhold til landsgjennomsnittet. Den samlede behovsindeksen er beregnet ved hjelp av et sett kriterier og vektorer som sier noe om hvorfor kommunenes utgifter varierer.

⁵ Beregninger basert på SSB framskrivning av demografi per juni 2018 og Agenda Kaupang sine egne analyser

	2013	2014	2015	2016	2017
Skatteinntang i % av landsgjennomsnittet	106,7 %	105,8 %	101,9 %	100,1 %	95,3 %

Tabell 5-1: Skatteinntang i % av landsgjennomsnittet i Time kommune

Driftsresultatet i 2017 var på pluss 2,9 %. Driftsresultatet er det som gjenstår når kommunens utgifter er betalt og som kan brukes til investeringer og oppbygging av fri egenkapital (disposisjonsfondet). Teknisk beregningsutvalg⁶ anbefaler at netto driftsresultat er minst 1,75 % av netto driftsutgifter, men kommunen må selv sette egne mål.

Disposisjonsfondet, det vil si penger på bok, har økt klart de siste årene, og lå i 2017 på 4,5 %. Netto disposisjonsfond er den viktigste indikatoren for sunn kommuneøkonomi. Vår erfaring er at kommuner med høy lånegjeld bør ligge rundt 10 %, mens kommuner med lavere lånegjeld kan tillate seg å ligge noe lavere. Time har moderat lånegjeld, men lånegjelden har økt i perioden 2013-2017. Time har klart lavere disposisjonsfond enn sammenligningskommunene (6-15 %) og KOSTRA-gruppe 8⁷ (9,2%).

5.3 Andel eldre har økt og vil fortsette å øke

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

	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2034
0-15 år	26 %	25 %	24 %	23 %	22 %	21 %	21 %	19 %
16-18 år	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %
19-34 år	23 %	23 %	23 %	23 %	22 %	22 %	23 %	23 %
35-66 år	37 %	38 %	39 %	39 %	40 %	39 %	37 %	37 %
67-74 år	4 %	5 %	5 %	6 %	6 %	6 %	7 %	7 %
75 år og over	5 %	5 %	5 %	5 %	6 %	6 %	8 %	9 %
Innbyggere	13.317	14.461	16.077	18.306	18.876	19.843	20.911	21.897

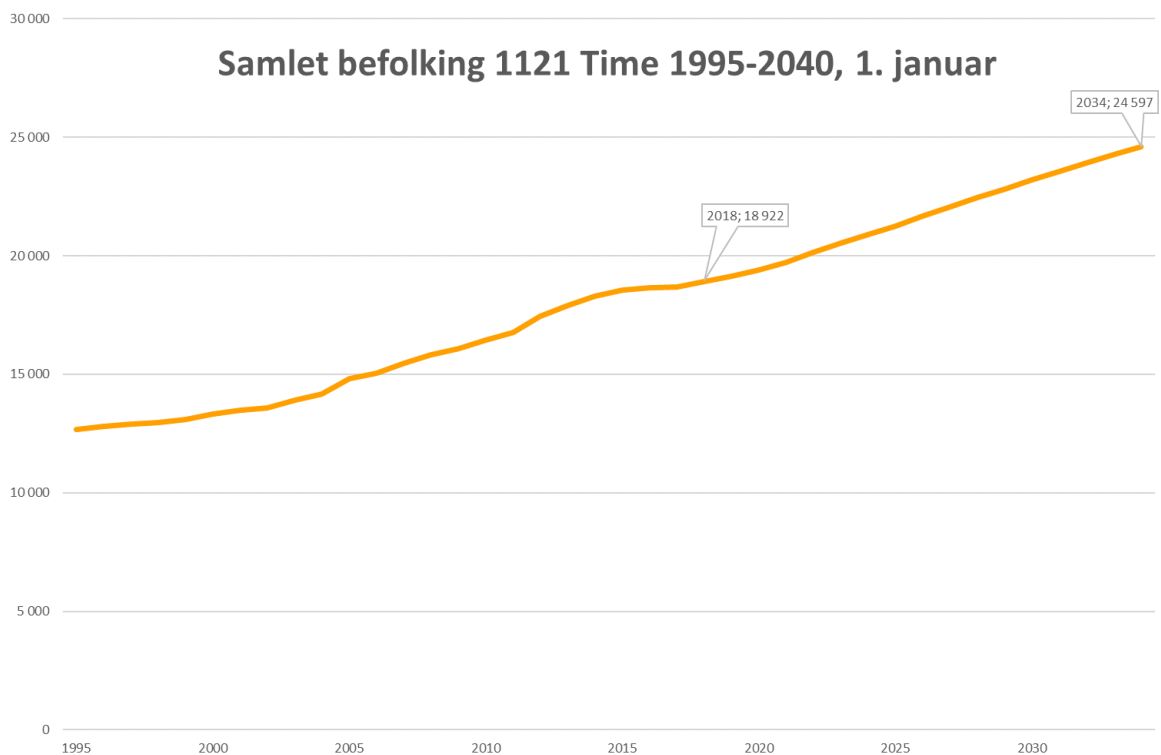
Tabell 5-2: Relativ fordeling av innbyggere og totalt antall innbyggere historisk og etter SSB framskrivning per juni 2018 og korrigert for kommunens boligbyggeprogram (middelverdier)

Time har historisk hatt en stor økning i innbyggertallet. Av tabellen over ser vi at denne utviklingen har avtatt og vil avta fremover. Bekymringen er sterkere over aldersfordelingen. Vi ser en klar nedgang i andelen barn og unge mens det er en tydelig økning i eldre.

I figuren på neste side fremkommer den samlede befolkningsutviklingen for Time. Vi har også tatt med data som viser historisk befolkningsutvikling.

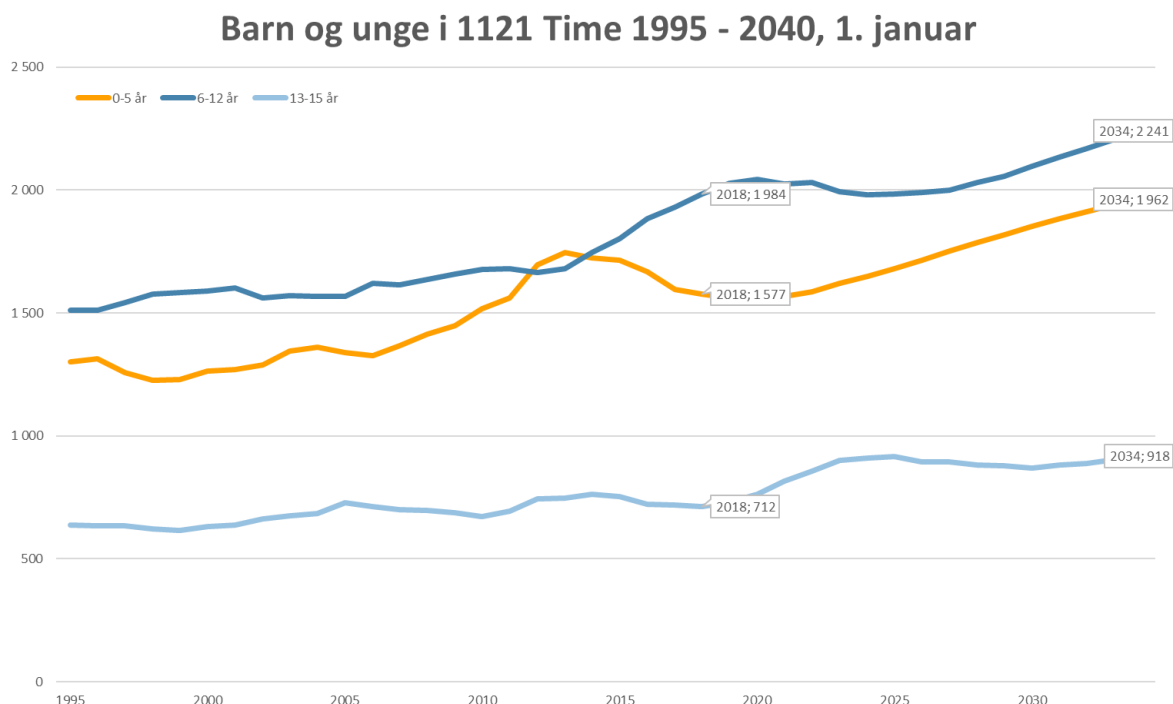
⁶ Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi er et partssammensatt utvalg for rapportering, statistisk bearbeidelse og faglig vurdering av data som gjelder økonomien i kommunene og fylkeskommunene.

⁷ Time blir i KOSTRA sammenliknet med 29 andre kommuner som har det felles å være mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter. Denne gruppen omtales som KOSTRA-gruppe 8.



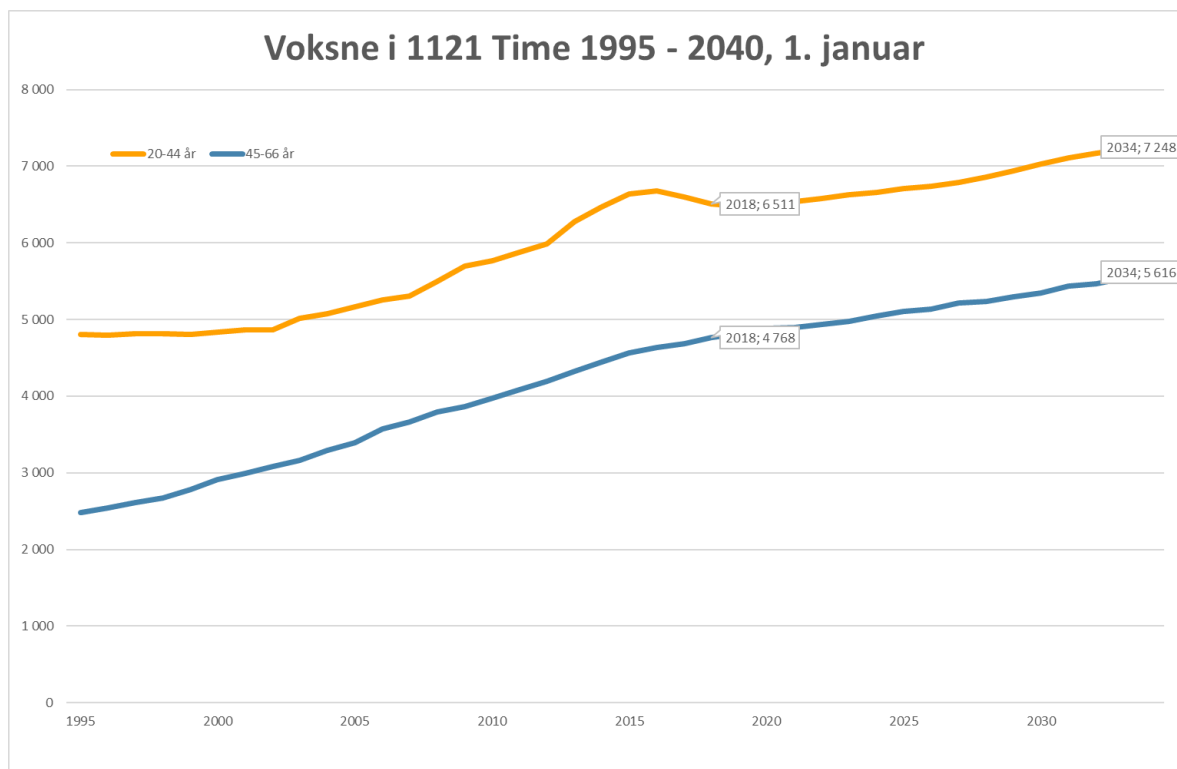
Figur 5-1: Historisk utvikling i innbyggere og framskrivning frem til 2034 basert på kommunens egne framskrivninger og SSB middelerverdier per juni 2018, alle innbyggere

Hvis vi ser på antall barn og unge i faktiske tall og ikke bare som andeler presentert i tidligere tabell, ser vi ikke bare en forventning om relativ, men også absolutt nedgang i antall jf. figuren på neste side:



Figur 5-2: Historisk utvikling i innbyggere og framskrivning frem til 2040 basert på kommunens egne framskrivninger og SSB middelverdier per juni 2018, barn og unge

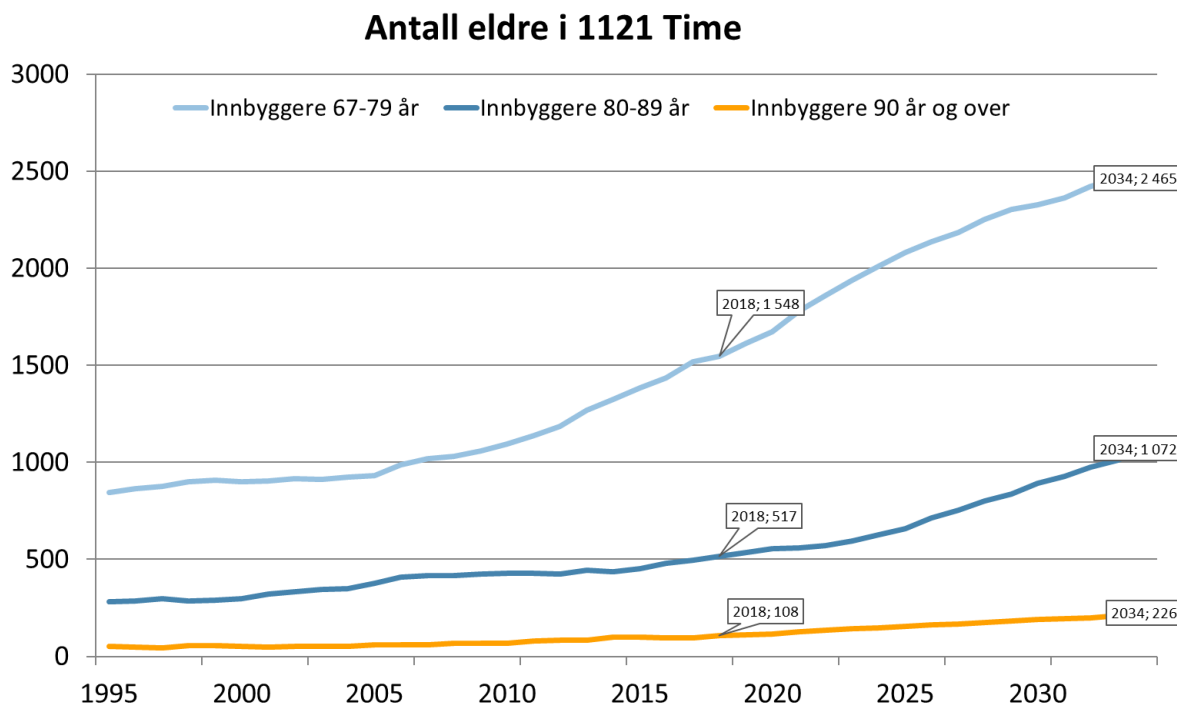
Den samme absolutte nedgangen finner vi også i yngre voksne (20-44 år). Eldre voksne (45-66 år) vil fortsatt stige i absolutte tall men veksten vil etter SSB sine beregninger avta.



Figur 5-3: Historisk utvikling i innbyggere og framskrivning frem til 2040 basert på kommunens egne framskrivninger og SSB middelverdier per juni 2018, voksne

Når det gjelder framskrivning av barn og yngre voksne er dette de aldersgruppene det er størst usikkerhet i framskrivningene. Årsaken er at dette er befolkningsgrupper som flytter mest, og at det derfor kan komme større endringer i disse tallene. Når det gjelder den eldre befolkningsgruppen, det vil si de over 67 år, er dette en aldersgruppe som historisk sett har flyttet mindre. Samtidig er vår erfaring at flere og flere eldre flytter på seg, men da gjerne innenfor samme kommune. Dette gjør at data knyttet til den eldre delen av befolkningen er mer valide.

Som vi har vist tidligere og som det fremkommer i figuren under er det forventet en kraftig økning i antall eldre i Time de kommende årene. Dette forventes i stor grad å påvirke behovet for pleie- og omsorgstjenester.

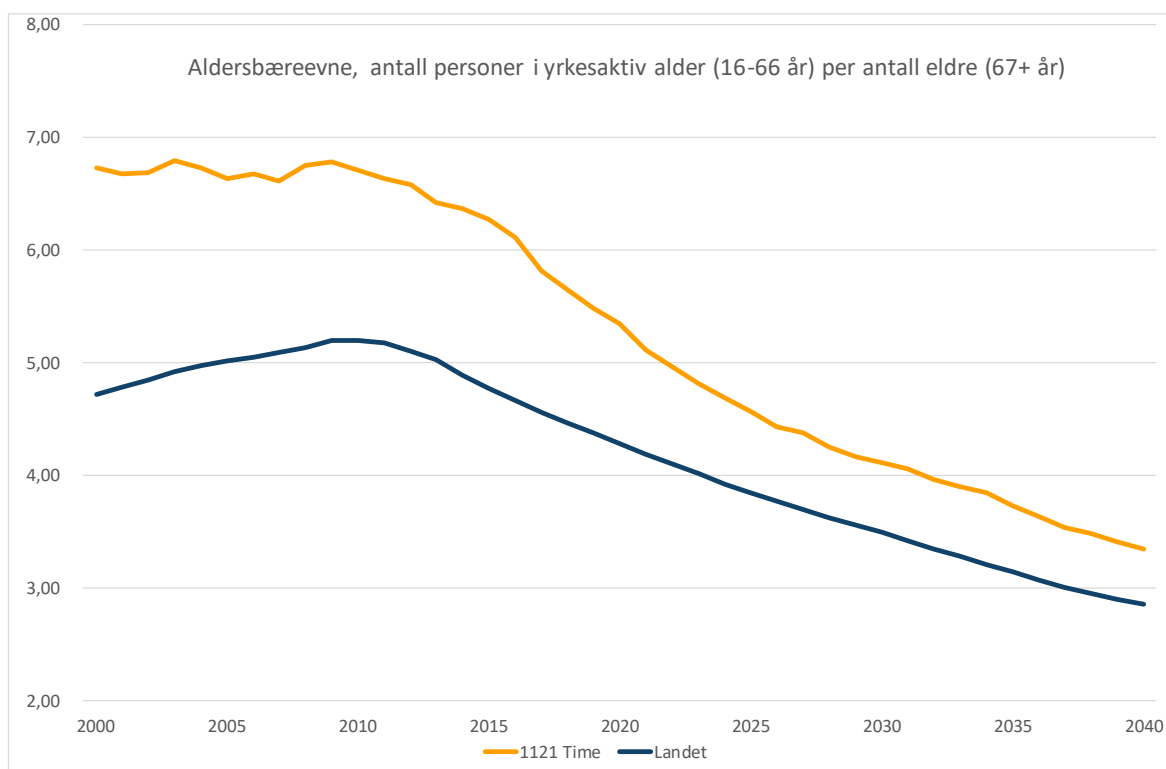


Figur 5-4: Historisk utvikling i innbyggere og framskrivning frem til 2040 basert på kommunens egne framskrivninger og SSB middelverdier per juni 2018, voksne

Redusert tilgang på arbeidskraft og frivillige omsorgsytere

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

Figuren viser at aldersbæreevne i Time er høyere enn landsgjennomsnittet. Dette betyr at det er flere personer i yrkesaktiv alder per person over 67 år enn landet for øvrig. Den gode aldersbæreevne forventes imidlertid å reduseres de kommende årene.



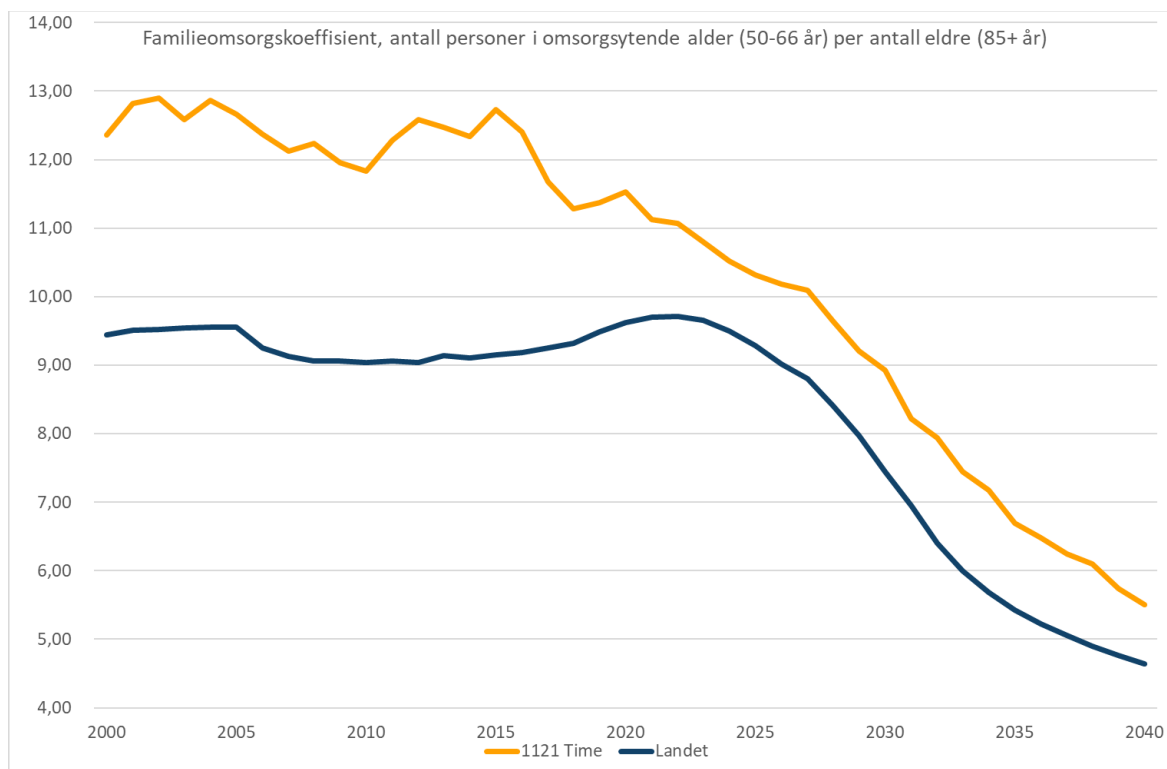
Figur 5-5: Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, og er av vesentlig interesse for framtidens økonomiske bæreevne og for velferdstilbud og helse- og omsorgstjenestene. I denne beregningen er yrkesaktiv alder definert som alderen 16-66 år og eldre er 67 år og oppover. Kilde: SSB demografi data per juni 2018 og egne betraktninger.

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

Færre omsorgsytere

Endringene i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsytere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Familieomsorgskoeffisienten indikerer antall potensielle omsorgsytere (innbyggere 50-66 år) per eldre (85+). Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien⁸. I figuren under har vi sett på hvordan dette forholder seg i Time og landet for øvrig, og sett på hvordan det vil kunne utvikle seg frem mot 2040.

⁸ NOU 2011: 17, Når sant skal sies om pårørendeomsorg— Fra usynlig til verdsatt og inkludert



Figur 5-6: Familieomsorgskoeffisienten er et uttrykk for antall personer (over 85 år) per personer i alderen 50-66 år (nærmeste pårørende). Synkende familiekoefisient innebærer at det offentlige må ta en større del av pleie- og omsorgsarbeidet for eldre. Kilde: SSB demografi data per juni 2018 og egne betraktninger.

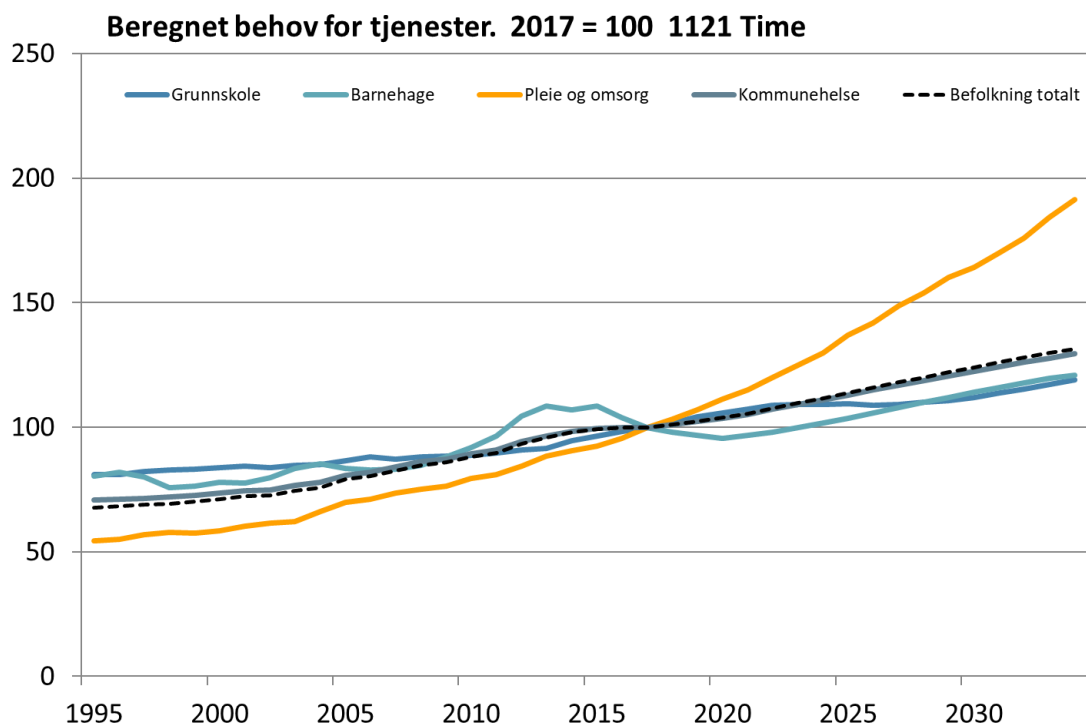
I 2017 var det over 11 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over. Tallet forventes å være stabilt frem mot 2020 for deretter å synke. Framskrivningen viser at det i 2040 vil være 5,5 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over. Det vil si en halvering sammenliknet med 2017.

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

5.3.1 Behov for utvikling av bærekraftige tjenester

Det er foretatt en grov beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Time 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 standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi per i dag den mest vektete komponenten. For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2017 er satt til 100. Det betyr at figuren nedenfor gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2017.



Figur 5-7: Framskrivning av behov for tjenester. Nivå i 2017 er satt til 100. Kilde: Kommunenes egne framskrivninger og Agenda Kaupangs egne beregninger basert på inntektssystemet fra KMD

Figuren viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt med ca. 25 % fra 2000 og frem til 2017. Framskrivning viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester⁹ vil fortsette å øke kraftig i årene fremover (til 139 % mot dagens nivå i 2027 og 226 % i 2040). Økningen er størst etter 2025. Hovedårsaken er økning i innbyggere over 80 år. Andel mennesker med demenssykdom er forventet å øke i samme periode fra 216 i 2017 til 497 i 2040¹⁰ – en økning på 130 %.

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

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

Figuren over viser at de øvrige tjenesteområdene er «avhengige» av at pleie og omsorg løser sine oppgaver på en kostnadseffektiv måte, ettersom behovet for disse tjenestene er forventet å øke med over 80 % sammenliknet med 2017-nivået. Den økonomiske analysen viser at kommunens samlede utgifter til pleie og omsorg ligger på et moderat nivå, men at kommunen har et potensial for å redusere utgiftene sine ved en ytterligere satsing på hjemmebaserte tjenester og mindre

⁹ Følger behovsvurderinger i inntektssystemet

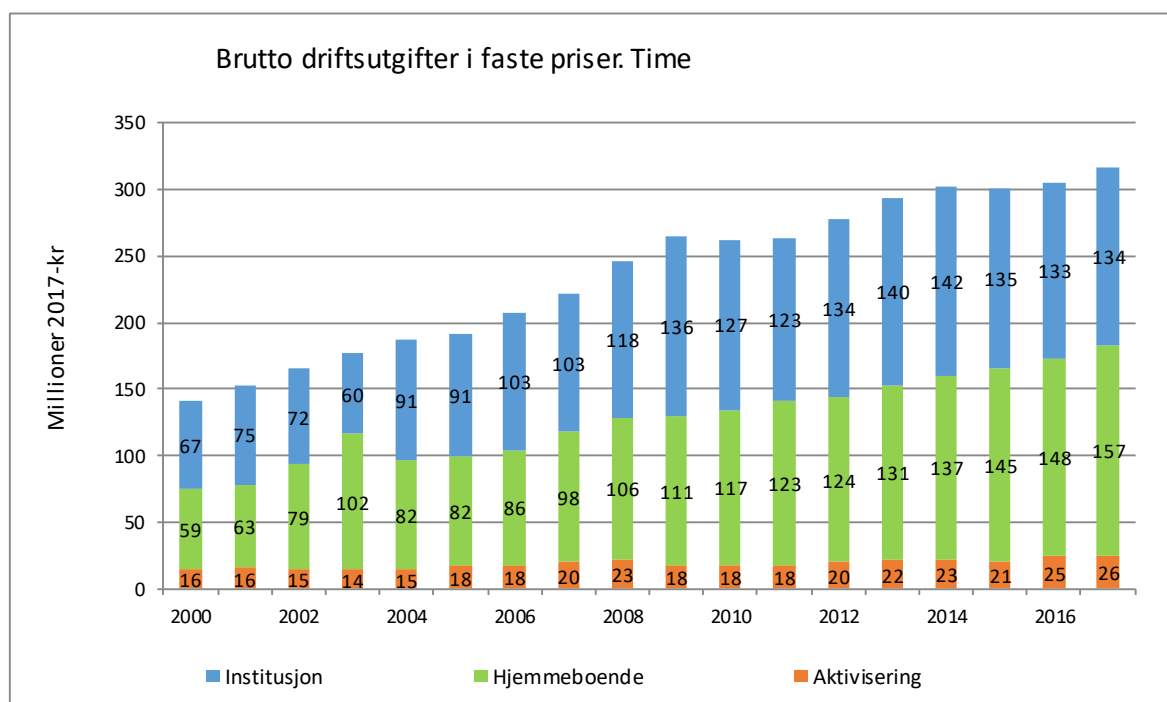
¹⁰ Vurderinger foretatt av Agenda Kaupang basert på Martin Pincus studie «The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis» (2013)

ressurser til institusjon. Dette vurderes å være helt essensielt for å få en mer bærekraftig tjeneste i tråd med innbyggernes behov og nasjonale føringer.

Dagens nivå på leveranser av pleie- og omsorgstjenester blir vurdert å ikke være fremtidig bærekraftig ved endret demografi. Stadig flere oppgaver og ansvar legges til kommunene. Oppgavene må løses av kommunen selv om de økonomiske overføringene fra staten står ikke nødvendigvis i forhold til oppgaveforskyvningen. Dette stiller store krav til kommunene og til de ansatte. Innenfor helse og omsorg har det skjedd store endringer siste årene. Dette både som følge av samhandlingsreformen og påfølgende oppgavereform og primærhelsemeldingen. Endringene må også sees i lys av at innbyggernes forventninger endres. Pleie- og omsorgssektoren er stor og kostnadskreven. Eventuelle nedtrekk i andre tjenester og fremtidige kommunale demografikompensasjoner er det derfor usikkert om vil kunne dekke opp det økte behovet. Det som kanskje like gjerne kan leses ut fra graf 5-7 er at eventuelle unødvendige dyre eller omfattende tjenester i dag og historisk kan ha latt seg finansiere, men vil sterkt rokke ved fremtidig bærekraft for sektoren. En fremtidsrettet tjeneste må ha et bærekraftig kostnadsnivå. Det medfører at i videreutviklingen av pleie- og omsorgstjenester må Time kommune både tenke kvalitet og økonomi.

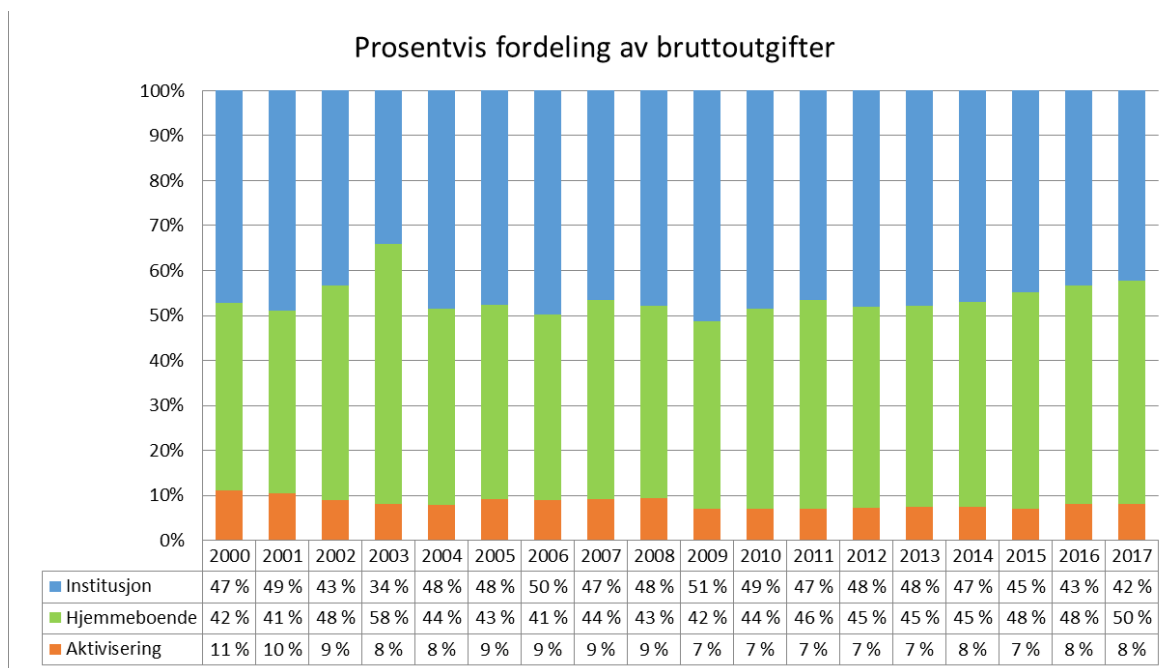
5.4 Brutto driftsutgifter innen PLO har økt og viser en dreining mot mer hjemmebaserte tjenester

I analysen har vi også sett på utviklingen av kostnadene på 2000-tallet for utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Utgiftene er omgjort til 2017-tall.



Figur 5-8: Bruttoutgifter 2000 til 2017 i faste 2017-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Figuren viser at utgiftene har hatt en svak jevn vekst gjennom hele perioden. Utgiftene har økt fra 141 mill. kr i 2000 (i 2017-kroner) til 317 mill. kr i 2017. Økningen har vært høyest innen hjemmebaserte tjenester fra 59 mill. kr i 2000 til 157 mill. kr i 2017. Aktivisering har ikke hatt samme veksten som de øvrige. Denne sektorielle endringen kommer tydeligere frem om vi utelukkende ser på fordelingen av kostnadene:



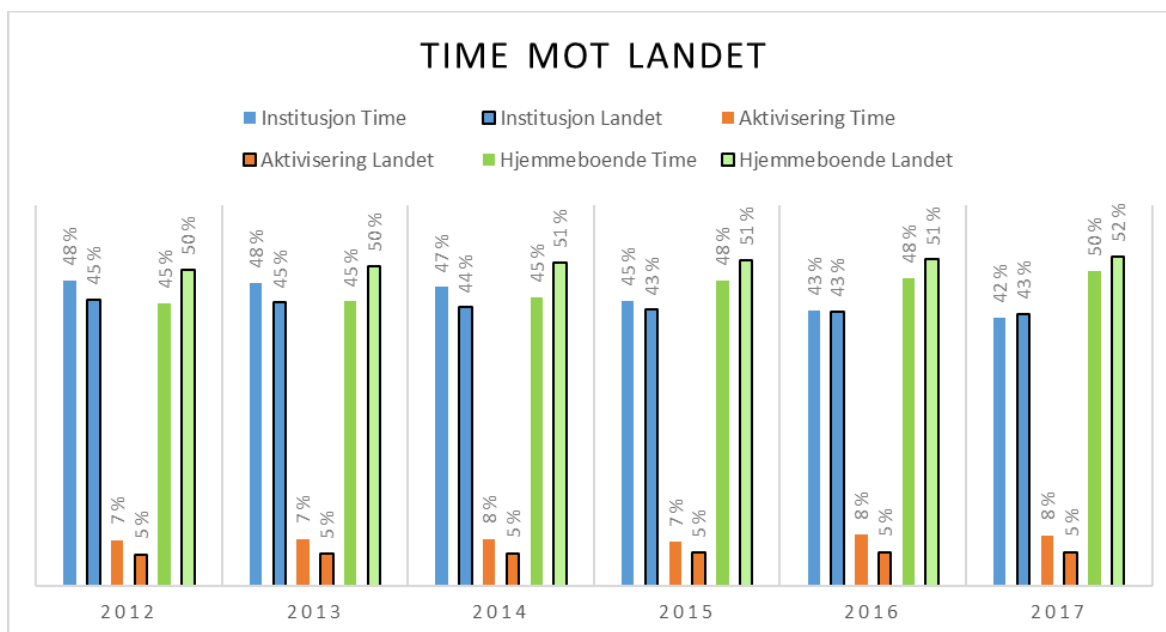
Figur 5-9: Bruttoutgifter 2000 til 2017 som andel for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Her ser vi at den relative andelen benyttet til institusjon har gått ned fra 47 % i 2000 til 42 % i 2017. På samme måte har andelen benyttet på aktivisering gått ned fra 11 % til 8 %. Dreiningen fra institusjon til hjemmebaserte tjenester vurderes å være i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og BEON-prinsippet. Vridning er helt nødvendig for å sikre en videreutvikling og tilpasning av tjenestenivået i et mer bærekraftig perspektiv.

Figuren viser samtidig at kommunens utgifter til dag- og aktivitetstilbud innen pleie og omsorg har variert i perioden. Et godt utbygd dag- og aktivitetstilbud for ulike brukergrupper vurderes å være avgjørende for den enkelte bruker, men også for at kommunen skal yte gode effektive PLO-tjenester i tråd med BEON-prinsippet.

Kommunene Os og Fjell er kommuner som ofte dras frem som kommuner som satser på hjemmebasert omsorg og som har lave utgifter til PLO. I disse kommunene er rundt 20 % av kommunens bruttodriftsutgifter knyttet til institusjonstjenester. Time ligger på det dobbelte av dette.

Dreiningen med en mindre andel benyttet på institusjon finner vi også på nasjonalt nivå jf. figuren på neste side:



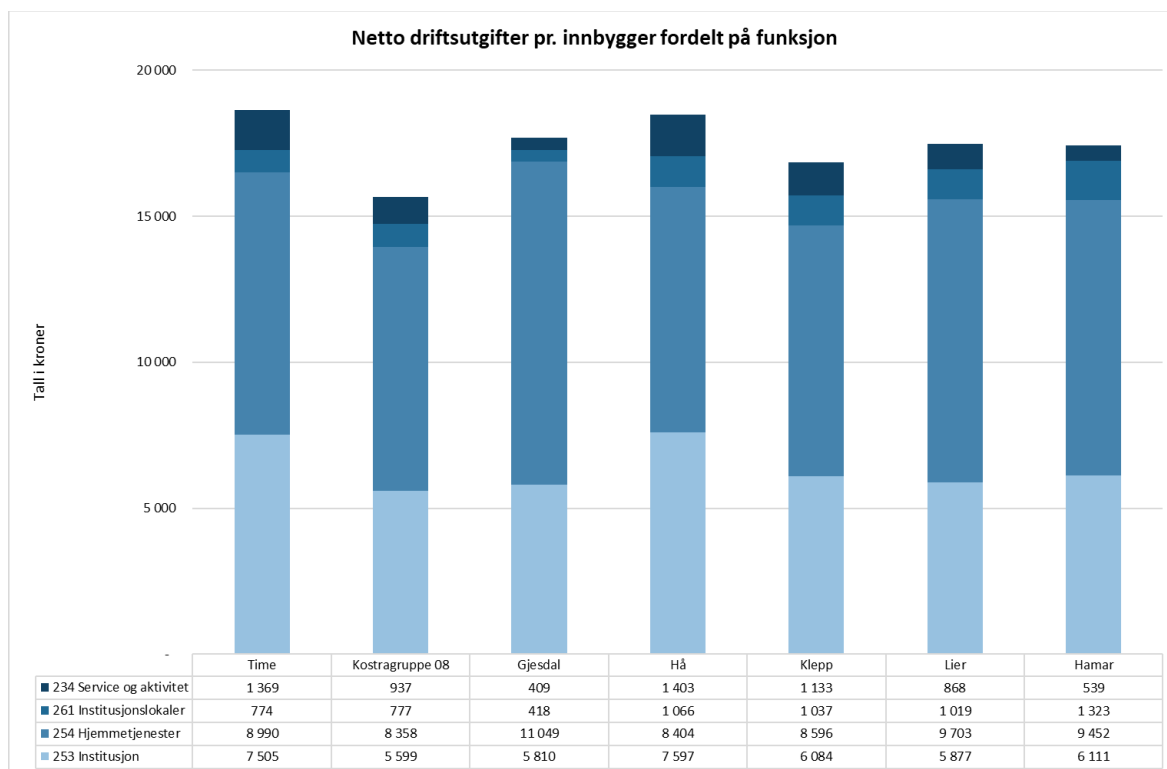
Figur 5-10: Fordelingen av bruttoutgifter 2000 til 2017 som andel for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Historisk har Time benyttet en større andel av budsjettet på institusjonelle tjenester enn landet for øvrig. Den relative nedtrappingen gjør at Time i 2017 fremstår som likere landet for øvrig enn det kommunen har vært tidligere.

5.5 Time har høyere utgifter til PLO enn tilhørende KOSTRA-gruppe

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

En analyse av behovet for pleie- og omsorgstjenester basert på demografikomponenten i inntekts-systemet viser at Time har et beregnet utgiftsbehov pr. innbygger som er ca. 20 prosentpoeng lavere enn gjennomsnittet for landet og 15 prosentpoeng lavere enn KOSTRA-gruppe 8. Dette skyldes i hovedsak at kommunen har en relativt ung befolkning, lav andel tjenestemottakere med diagnosen psykisk utviklingshemmet og at kommunen vurderes som relativt kompakt. Times utgifter til pleie og omsorg utgjør kr 18 638 pr. innbygger korrigert for behov. Det utgjør 2 967 kr mer pr. innbygger enn gjennomsnittet i kommunegruppe 8. Tallene fremkommer i figuren på neste side.



Figur 5-11: Netto korrigerte driftsutgifter pr. innbygger fordelt på funksjon. Kilde: KOSTRA 2017

Figuren viser hvordan utgiftene innen pleie og omsorg fordeler seg på KOSTRA-funksjoner innenfor aktivitet/service, hjemmetjenester og institusjon. Agenda Kaupang benytter sjelden en enkelt kommune som sammenlikningsgrunnlag ettersom erfaringen er at det kan være forhold i en enkeltkommune som påvirker tallgrunnlaget i KOSTRA. Dette kan f.eks. være at en kommune har færre/flere brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming. Erfaringen er at dette har særlig betydning for utgiftsnivået da mange av disse brukerne mottar omfattende tjenester. Videre kan feilføring i kommunens regnskap også ha store utslag. Vår erfaring er at mange kommuner har utfordringer med å håndtere regnskapet i henhold til Kostraveilederen¹¹ og at feilføringer mellom ulike KOSTRA-funksjoner dermed forekommer. Vår erfaring er at det derfor er mest hensiktsmessig å sammenlikne egen drift og prioritering med en større gruppe, som f.eks. tilhørende KOSTRA-gruppe. Dette betyr ikke at det ikke er nyttig å skjele til andre kommuner for å lære og for å hente inspirasjon.

Av figuren over fremkommer det at Time har høyere utgifter til aktivisering og servicefunksjoner enn snittet for KOSTRA-gruppe 8. Utgiftene til institusjonslokaler er moderat og institusjonsdrift er høyere i Time. Kommunen har noe høyere utgifter til hjemmetjenester enn KOSTRA-gruppen, men på nivå med sammenlikningskommunene. Hjemmetjenester i KOSTRA omhandler ulike tilbud til ulike brukergrupper. Vi vil senere gjøre nærmere rede for hva de ulike tilbudene omhandler og se hvordan Time sine tilbud til ulike brukergrupper er dimensjonert og prioritert sammenliknet med andre.

Dersom Time hadde kopiert utgiftsnivået til gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 8 ville utgiftene kunne reduseres med 44,2 mill. kr pr. år.

¹¹ Utgis årlig av Kommunal- og moderniseringsdepartementet

5.6 Analyse av tilbudet til tre brukergrupper

Innledning

Pleie og omsorg er den største sektoren i kommunen, med rundt 1 500 tjenestemottakere fordelt på ulike hjemmetjenester, institusjonstjenester og dag- og aktivitetstilbud, trygghetsalarm, mat-ombringning mv.¹² Brukerne innen pleie og omsorg kan grovt sett deles inn i tre grupper:

- ▶ Mennesker med utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser mv.
- ▶ Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser
- ▶ Eldre og somatisk nedsatt funksjonsevne (MS, trafikkskadde m.m.)

Dataene i KOSTRA er ikke nok til å konkludere rundt Times prioriteringer av tjenester innen pleie og omsorg. Agenda Kaupang utviklet en egen analysemodell som gjør det mulig å få frem data om tjenester for de tre brukergruppene nevnt over. Analysemodellen gjør det også mulig å sammenlikne Time med andre kommuner.

Formålet med analysene er å få bedre innsikt i

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

For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i Time har vi foretatt en enkel sammenlikning med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført en tilsvarende data-innsamling og analyse. Vi har tatt utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter. I denne analysen endres sammenlikningskommunene. Årsaken er at det ikke finnes et nasjonalt register hvor disse dataene er tilgjengelige. Dette gjør at vi må sammenlikne Time med kommuner man vanligvis ikke blir sammenliknet med. I sammenlikningen benytter vi både enkeltkommuner, men hovedsakelig sammenlikner vi Time med snittet for 12 kommuner vi har gjort tilsvarende arbeid i¹³. Formålet med sammenlikningen er å se på likheter og forskjeller i hvordan behovene for pleie og omsorg løses, og hvordan tjenestestruktur, tildeling av tjenester mv. påvirker utgiftsnivået. Formålet er å få økt innsikt i egen tjenesteproduksjon og å hente inspirasjon og lære av andre kommuner.

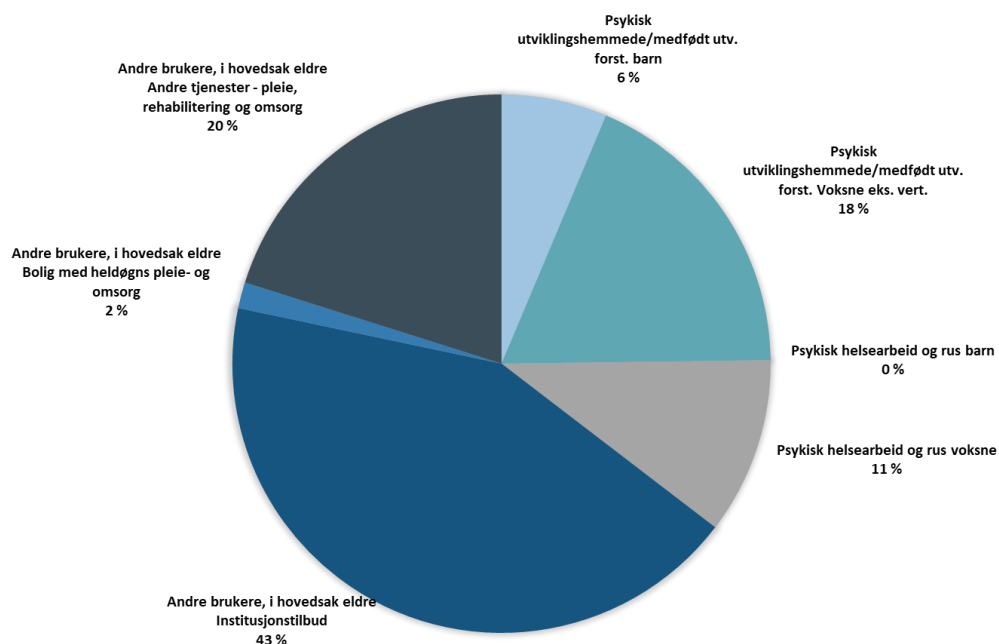
De viktigste analysene oppsummeres i dette kapittelet. Analysen innen pleie og omsorg ligger vedlagt i sin helhet som vedlegg til denne rapporten.

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

I 2017 ble rundt 65 % av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg brukt til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* (jf. figuren under). 24 % av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg ble brukt på brukergruppen *Utviklingshemmede* og rundt 11 % ble benyttet overfor brukergruppen *Psykisk helse og rus*. Fordelingen fremkommer i figuren på neste side.

¹² Pr. 31.12.2017. Kilde: Kommunens egen rapportering

¹³ Består av store og mellomstore kommuner fra Agenda Kaupangs database innen PLO: Askim, Halden, Tinn, Mandal, Østre Toten, Nittedal mv.



Figur 5-12: Netto driftsutgifter i 2017 (PLO) fordelt på ulike brukergrupper

Av utgifter til brukergruppen omtalt som *eldre* ble hele 43 % i 2017 benyttet til tjenester i institusjon, kun 2 % av utgiftene var knyttet til tjenester i boliger med heldøgns tjenester, og 20 % av utgiftene ble benyttet til andre helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

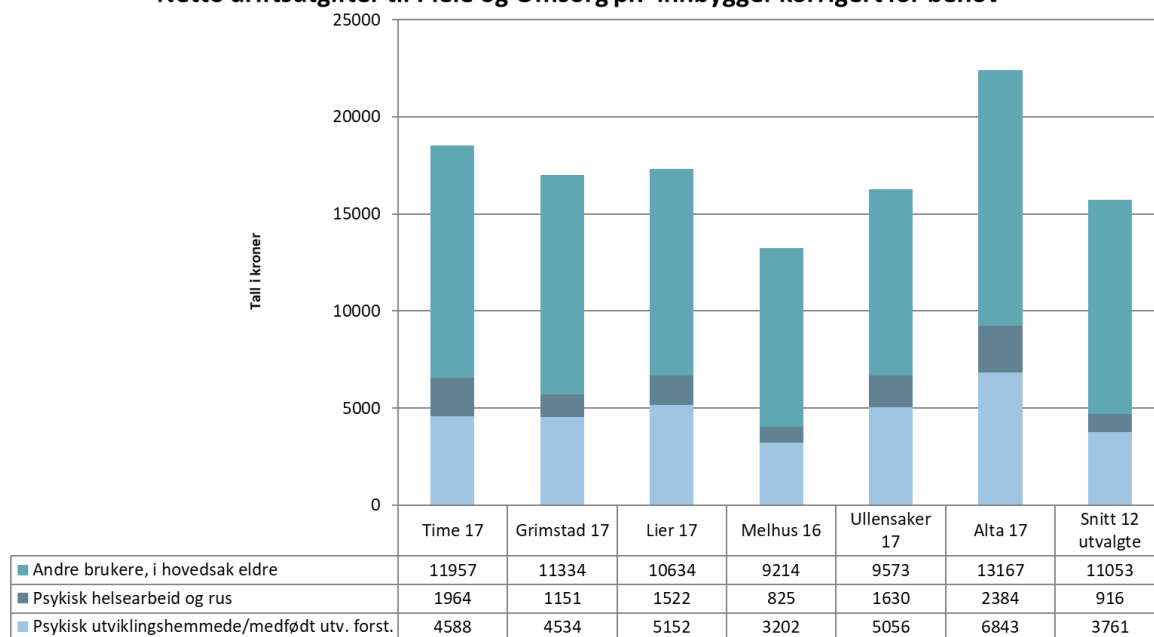
Tiltak til personer under 18 år med behov for tjenester fra psykisk helse og rus er kostnadsført under Helse i KOSTRA (helsestasjon og skolehelsetjeneste) og er derfor ikke med i denne analysen.

Time har høyere utgifter samlet sett

Analysene viser at Time prioriterer *Andre brukere, hovedsakelig eldre* noe høyere enn snittet for referansegruppen. Utgiftene knyttet til *Psykisk helse og rus* ligger klart over nivået for referansegruppen. Utgifter ført under PLO i KOSTRA overfor brukere i kategorien *Mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse* er også over snittet for referansegruppen, jf. figuren neste side, men utgiftene ligger på nivå med de øvrige kommunene¹⁴.

¹⁴ De bør nevnes at Alta kommune etter råd fra Agenda Kaupang er inne i en periode med omfattende økonomiske tiltak. Kostnadene til Alta forventes derfor å reduseres betraktelig de kommende årene.

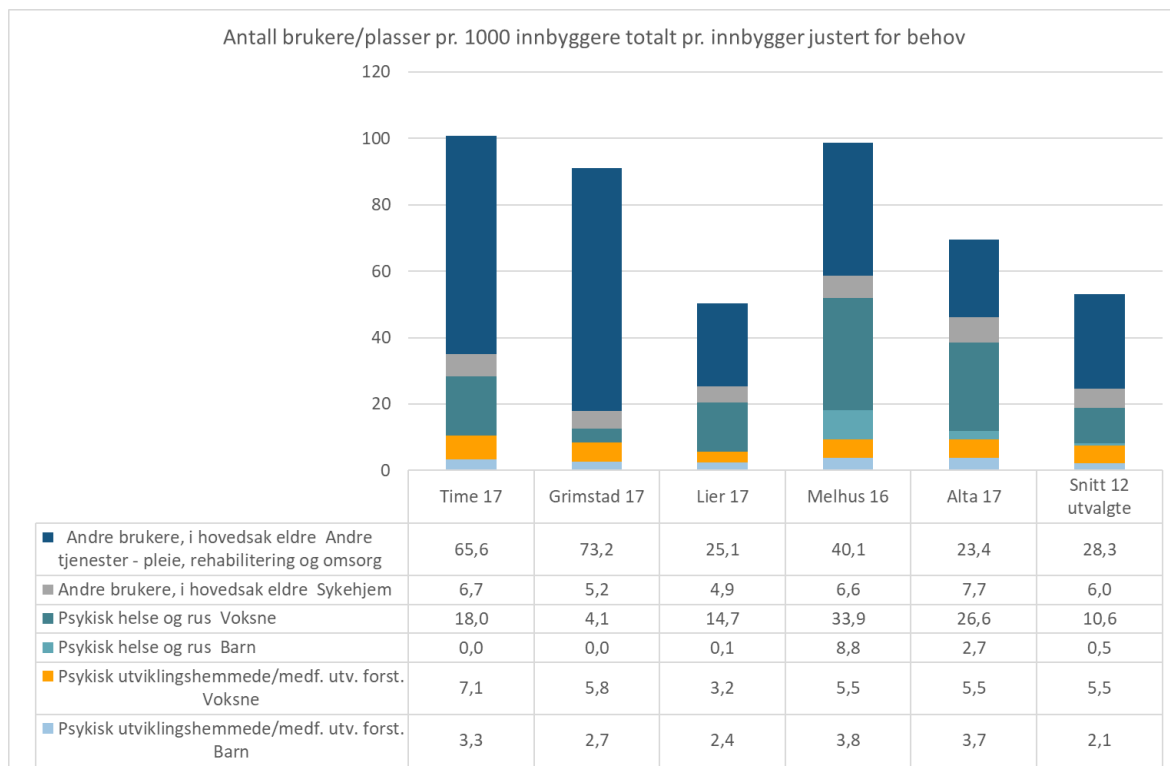
Netto driftsutgifter til Pleie og Omsorg pr. innbygger korrigert for behov



Figur 5-13: Netto driftsutgifter 2017 korrigert for behov fordelt på ulike brukergrupper

Time har flere tjenestemottakere

Årsaken til at utgiftene varierer mellom kommunene må sees i sammenheng med antall brukere, brukernes behov og organiseringen av tjenestetilbudene. Denne analysen innebærer ikke en vurdering av brukernes behov, men foretar en sammenlikning av antall brukere fordelt på ulike brukergrupper jf. figuren under.



Figur 5-14: Antall brukere/plasser pr. 1 000 innbyggere korrigert for behov, fordelt på brukergrupper (i Time kommune er det valgt å holde tiltak til barn med psykisk helse og rusutfordringer utenfor)

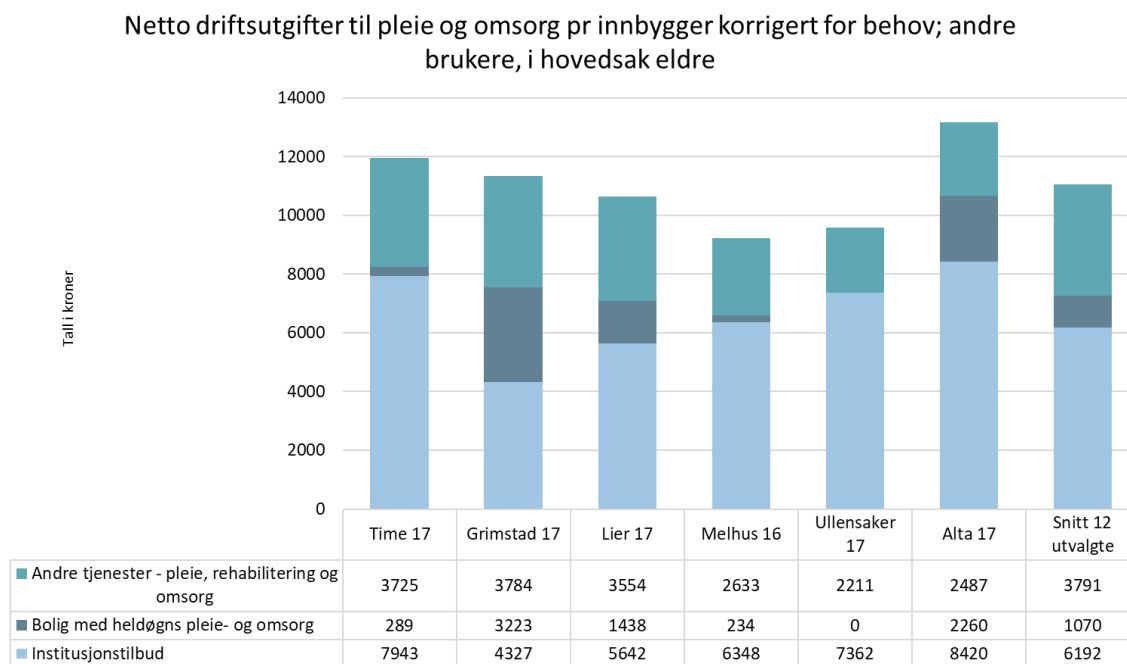
Figuren viser at Time har flere brukere innenfor brukerkategorien *andre brukere, hovedsakelig eldre* enn snittet for referansegruppen. Analysene på tjenestenivå som ligger som vedlegg til denne rapporten viser at Time blant annet har flere mottakere som mottar ulike hjemmetjenester, matombringning, omsorgsstønning og tjenester i institusjon enn gjennomsnittet i referansegruppen.

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

Time ligger over snittet, mot sammenlikningsgrunnlaget, når det gjelder brukerkategorien *utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelser* både over og under 18 år. Hovedvekten av brukerne innenfor denne kategorien mottar tjenester i form av avlastning, omsorgsstønning og støttekontakt.

Time prioriterer institusjonstjeneste for eldre høyt

Vi har tidligere vist at utgiftene til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* er noe høyere enn i snittet for referansegruppen. Ser vi nærmere på hva som påvirker utgiftsnivået og hvordan utgiftene fordeler seg på tjenester til denne brukergruppen i 2017, ser vi at årsaken til noe høyere utgiftsnivå må sees i sammenheng med utgiftene til institusjonstjenester. I 2017 brukte Time rundt 1 750 kr mer pr. korrigerte innbygger til institusjon enn det snittet i referansegruppen vår gjorde. Ser vi på kostnadene på omsorgsbolig med heldøgns omsorg er den minimal i Time. Vår erfaring er at det kan være nyttig å se institusjon og bolig med heldøgns tjenester i sammenheng. Gjør vi dette ser vi at Times utgifter til dette samlet sett ligger over referansegruppen jf. figuren under. En kan stille seg spørsmål om en annen fordeling mellom institusjon og heldøgns omsorg ville gitt en totalt sett lavere kostnad for kommunen.

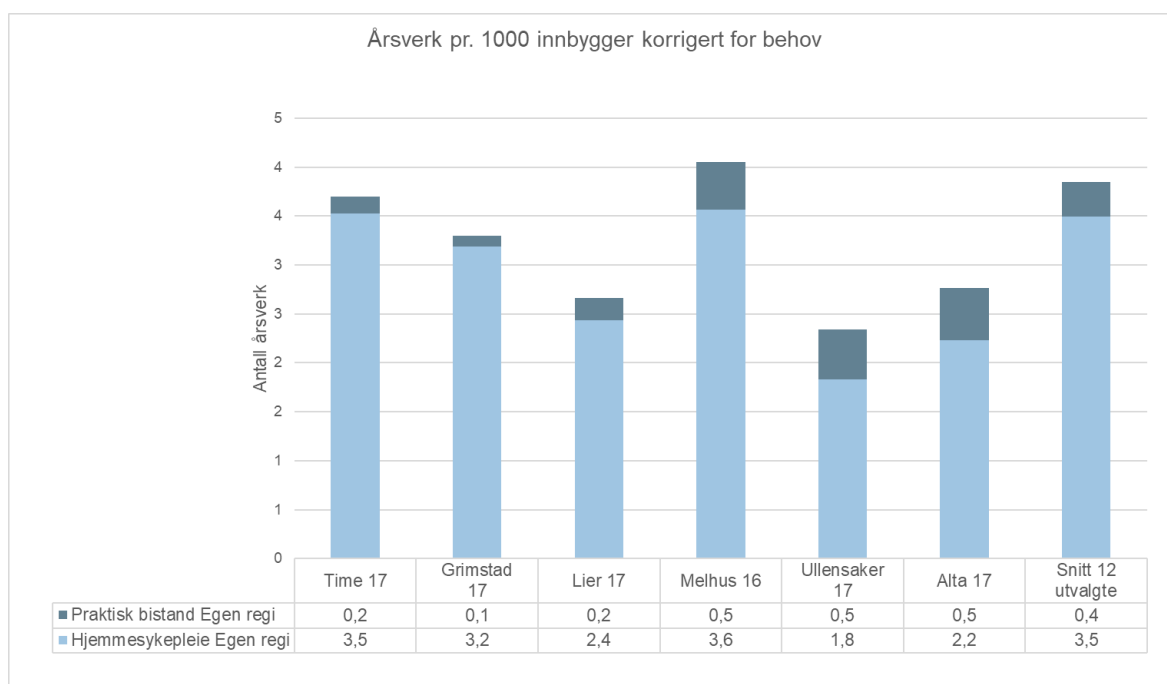


Figur 5-15 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr. 1000 innbygger korrigert for behov - Andre brukere hovedsakelig eldre. Ullensaker har ikke HDO-plasser (anbefales ikke) men allikevel lavere institusjonskostnader enn Time.

Analysene viser at Times utgifter til tjenester for hjemmeboende er på nivå med snittet i referansegruppen.

Time prioriterer den ambulante hjemmesykepleien på nivå med referansegruppen

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunens hjemmetjenester (helsetjenester og praktisk bistand utenfor institusjon) er en viktig forutsetning for å kunne ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og å unngå institusjonsopphold eller bolig med heldøgns tjenester. Erfaringen er at dette prioriteres ulikt i de ulike kommunene. Dette fremkommer også i figuren under. Time ligger rett under nivået i referansegruppen når det gjelder årsverk pr. 1000 innbyggere samlet sett. Hovedårsaken til dette er at Time har en noe svakere prioritering av årsverk til praktisk bistand/hjemmehjelp enn snittet. På årsverk til helsehjelp utenfor institusjon/hjemmesykepleie ligger Time på nivå med snittet i referansegruppen.



Figur 5-16: Årsverk pr. 1000 innbygger korrigert for behov, ambulante hjemmetjenester

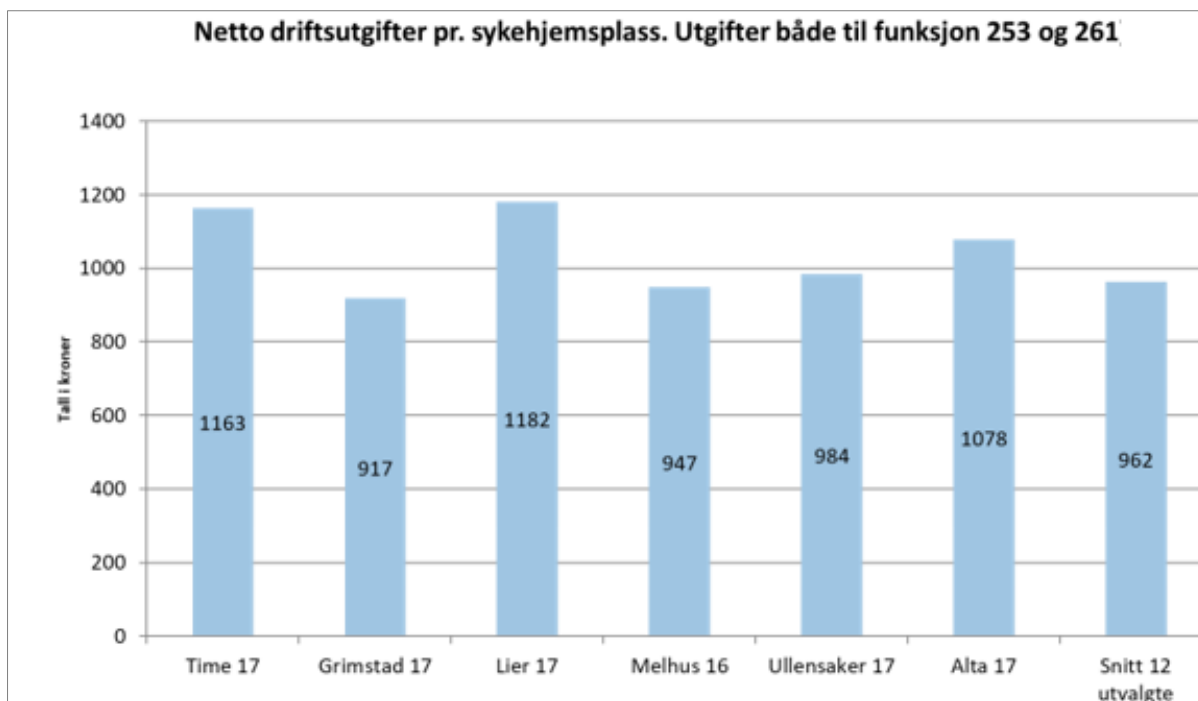
Våre analyser har vist at Time har flere brukere med helsehjelp utenfor institusjon/hjemmesykepleie. Det medfører at Time har færre årsverk per 100 bruker enn snittet for referansegruppen. I praksis betyr det at i Time må færre årsverk betjene flere brukere. Dette har en direkte sammenheng med at Time har en profil hvor flere tjenestemottakere får lite tjenester. En strengere vedtakspraksis vil medføre at brukere per årsverk vil gå ned. Det samme ser vi gjelder praktisk bistand¹⁵.

Høye utgifter til institusjon må sees i sammenheng med høye enhetskostnader pr. sykehjemsplass og høyere dekningsgrad

Utgifter pr. sykehjemsplass varierer veldig mellom kommunene, og kan også variere mellom avdelinger og mellom sykehjem/institusjoner. En korttidsplass og rehabiliteringsplass koster normalt mer enn en ordinær langtidsplass. Det samme gjelder skjermede plasser for mennesker med demenssykdom.

¹⁵ Time har vedtatt fritt brukervalg. I praksis er det svært få som velger private aktører til å utføre tjenestene. Årsverk i privat regi er ikke med her.

Time har en gjennomsnittlig enhetskostnad pr. sykehjemsplass på 1,1 mill. kr pr. plass¹⁶. Dette er over snittet for referansegruppen, og flere av sammenligningskommunene jf. figuren under. Differansen mellom Time og snittet for referansegruppen utgjør ca. 200 000 kr pr. plass¹⁷.



Figur 5-17: Netto driftsutgifter pr. sykehjemsplass

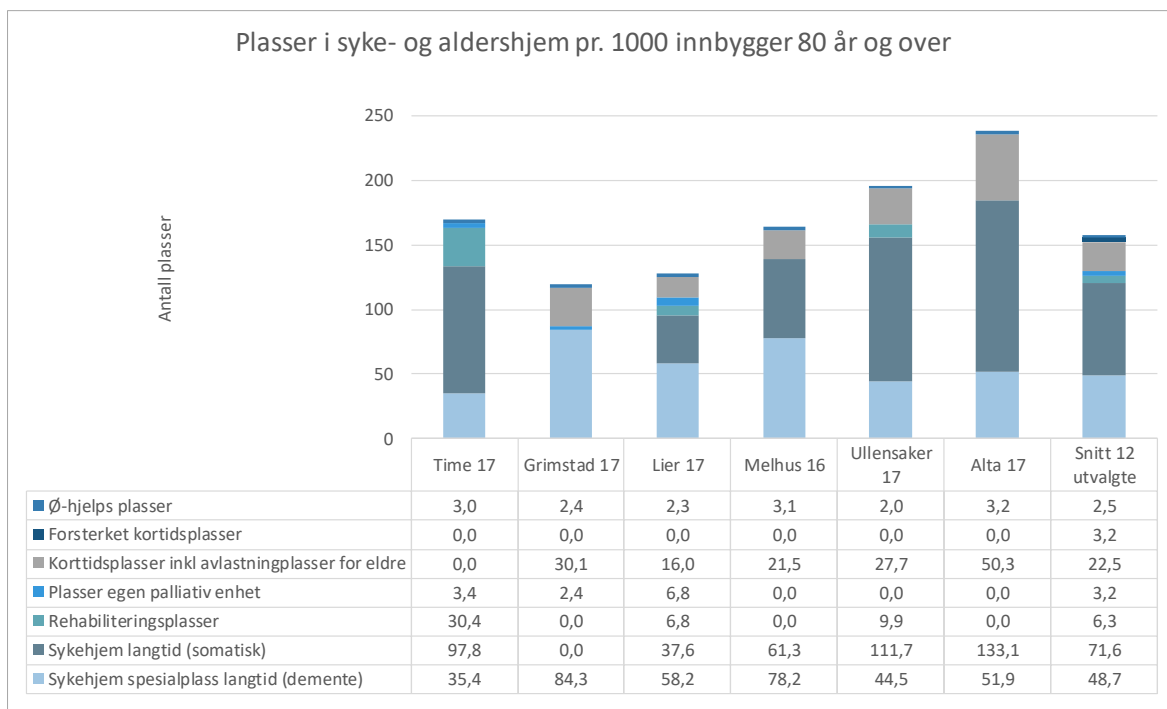
Hovedvekten av utgiftene i sykehjem er lønn for ansatte i turnus. Utgifter til leder og administrasjon utgjør i denne sammenheng en relativt liten andel av de totale kostnadene. Pleiefaktoren eller bemanningsfaktor pr. plass er derfor vesentlig for å forklare nivået for utgiftene. Beregninger vi har gjort viser at pleiefaktoren samlet for kommunen ligger på 1,13. Pleiefaktoren for de enkelte avdelingene ligger i intervallet 0,92 til 1,47. Både samlet og innen de enkelte avdelingene vurderes pleiefaktoren å være noe høy. Dette er med på å forklare hvorfor kostnaden er såpass høy i kommunene. Vår erfaring fra en rekke oppdrag viser at pleiefaktor for langtidsplasser ligger ned mot 0,7. For korttidsplasser og plasser for mennesker med demenssykdom er pleiefaktoren normalt høyere og ligger mellom 0,85 og 0,95, mens rehabiliteringsplasser ligger noe høyere enn dette. Gjennomgangen viser at kommunen har 9 våkne nattevakter totalt for sykehjemmene. Dette utgjør i underkant av 17 årsverk og er også en viktig årsak til høye enhetskostnader.

Gjennomgang av type plasser viser at i 2017 var 58 % av plassene i Time ordinære langtidsplasser, 21 % av plassene ble benyttet til langtidsplasser for mennesker med demenssykdom og 21 % av plassene var avsatt til korttids- og rehabiliteringsopphold (inkl. KØH).

Høye utgifter kan komme av høye enhetskostnader og/eller høyt volum. Analysene våre har vist at Time har en høyere enhetskostnad og dekningsgrad av plasser enn KOSTRA-gruppe 8. Begge disse bidrar til en høyere total kostnad. Analysene våre viser at Time også ligger høyere enn snittet av 12 utvalgte kommuner når det gjelder dekningsgrad (volum) jf. figuren på neste side.

¹⁶ Kilde: Database Agenda Kaupang

¹⁷ Driftsutgifter pr. plass pr. år



Figur 5-18: Plasser i sykehjem pr. 1000 innbygger over 80 år

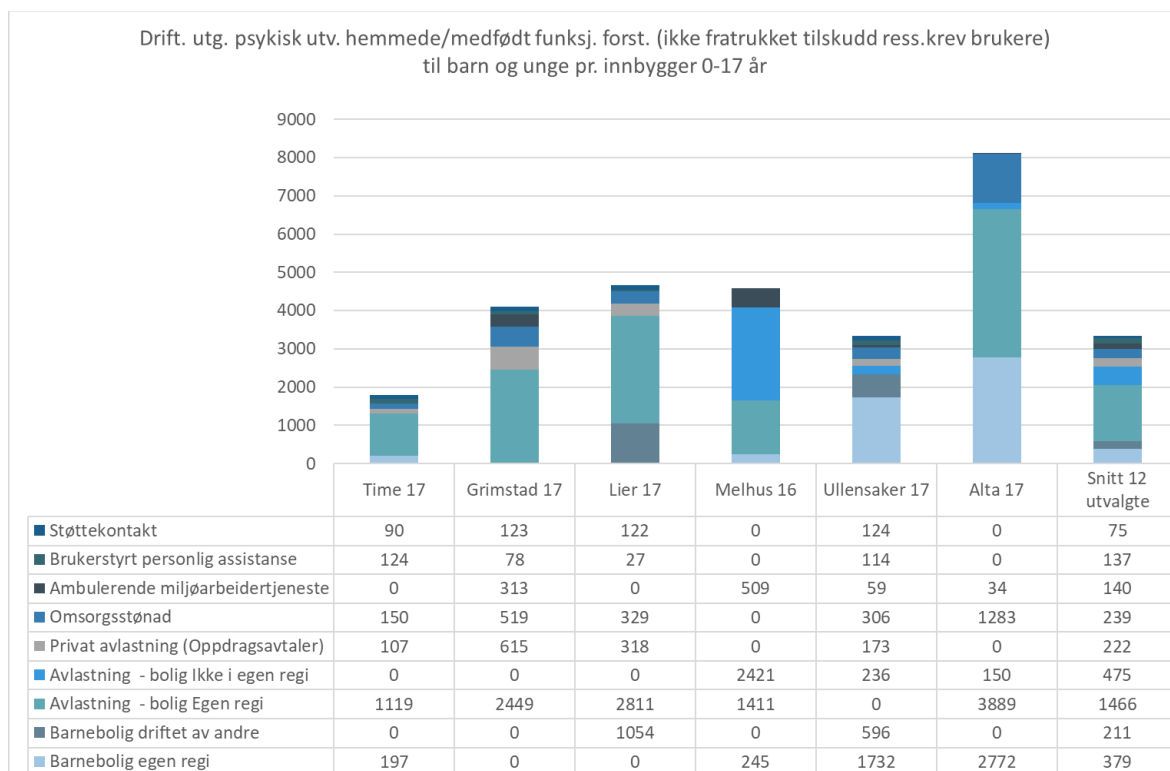
Figuren viser at det er stor forskjell i dekningsgrader i de ulike kommunene. Grimstad har lavest andel plasser pr. 1000 innbygger over 80 år, men har tilsvarende høyere dekningsgrad innen bolig med døgnomsorg. Ullensaker og Alta har høyest dekningsgrad. I Alta er det vedtatt å redusere dekningsgraden vesentlig ved å satse mer på hjemmebaserte tjenester og tjenester i bolig med mulighet for heldøgnsbemanning.

Time bruker lite ressurser på bolig med heldøgnsstilbud for eldre

Analysene viser at utgifter til bolig med heldøgnsomsorg er klart lavere i Time enn snittet i referansegruppen. Dette skyldes både lave enhetskostnader og lav dekningsgrad. Dette resulterer i at trinnet i omsorgstrappen må sees på som relativt lite benyttet. Dette kan igjen føre til en høyere bruk av både ambulante tjenester og institusjonsbaserte tjenester. Om dette skulle være grunnlaget for høy bruk av institusjonsplasser, bør det vurderes om en utvidelse av heldøgns omsorg kan gi en nedtrapping av institusjonsbruken. Erfaringsmessig ligger enhetskostnaden i bolig med heldøgnsomsorg vesentlig lavere enn i institusjon. Våre analyser viser at en plass i snitt kan ligge under 0,5 mill. kr. Dersom Time erstatter en del av institusjonstilbudet (enhetskostnad over 1,1 mill. kr), vil dette i så fall gi en bedre ressursutnyttelse enn dagens praksis.

Time har lave nettodriftsutgifter til tjenester for barn og unge innenfor kategorien mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Analysene viser at Time ikke mottok tilskudd fra Staten i form av refusjon for barn og unge med ressurskrevende tjenester. For kommunene i referansegruppen utgjorde dette i snitt i underkant av kr 1 100 pr. innbygger og gjør at nettodriftsutgiftene i disse kommunen reduseres. Selv om Time ikke mottar refusjon viser våre analyser at Time har lavere nettodriftsutgifter enn snittet i referansegruppen. I neste figur har vi sett på hvordan bruttodriftsutgifter fordeler seg på ulike tjenester til denne brukergruppen jf. figuren under.

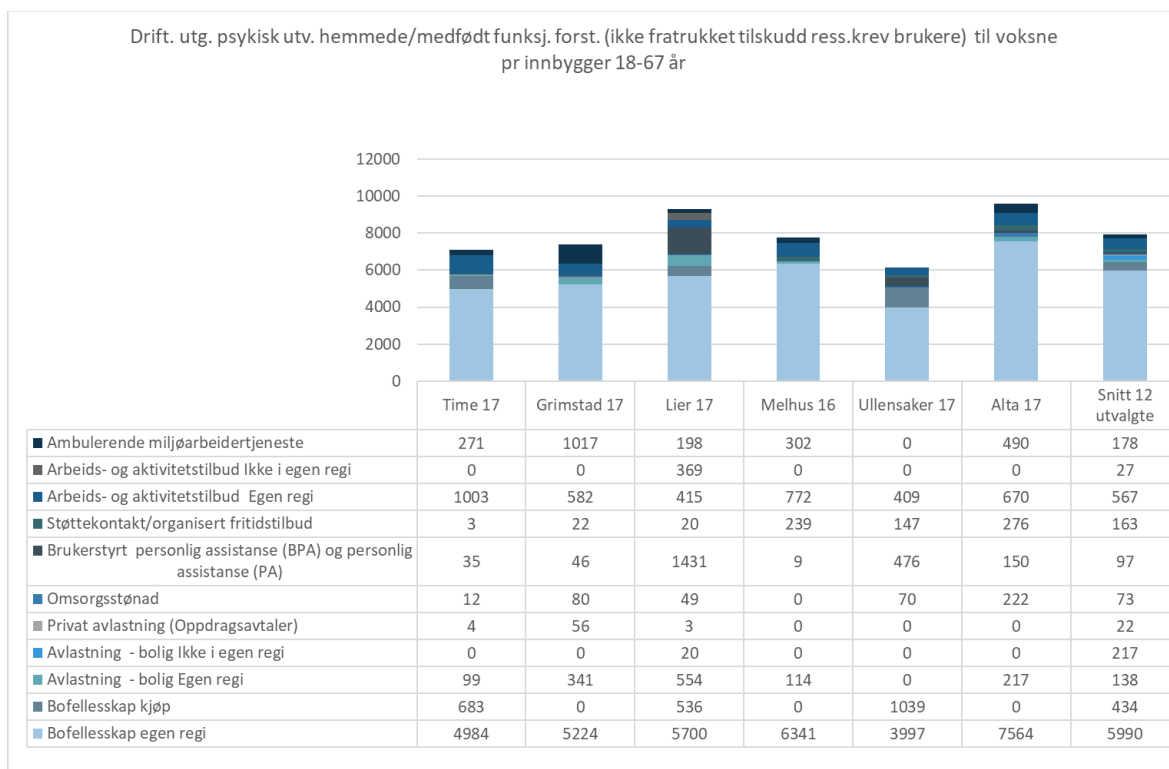


Figur 5-19: Brutto driftsutgifter fordelt på tjenester til barn og unge korrigert pr. innbygger 0–17 år

Figuren over viser at utgiftene i kommunen er knyttet til BPA, omsorgsstønad, avlastning og barnebolig. Utgiftene mellom kommunene varierer. Utgiftsnivået i Time er under snittet for referansegruppen, innenfor alle tjenestene, minus støttekontakt. Analysene vår har vist at Time har flere brukere enn snittet for referansegruppen. Likevel er utgiftene til denne brukergruppen lavere.

Time har noe lavere nettodriftsutgifter til tjenester for voksne innenfor kategorien mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Når det gjelder denne brukergruppen ser vi at Time mottar høyere tilskudd fra staten i form av refusjon for ressurskrevende brukere enn snittet for referansegruppen. Dette medfører at kommunen samlet sett får en lavere nettokostnad enn snittet for referansegruppen. Analyser av kommunens bruttodriftsutgifter viser at kommunen også her har et lavere utgiftsnivå enn snittet for referansegruppen. Tallene fremkommer i figuren under.

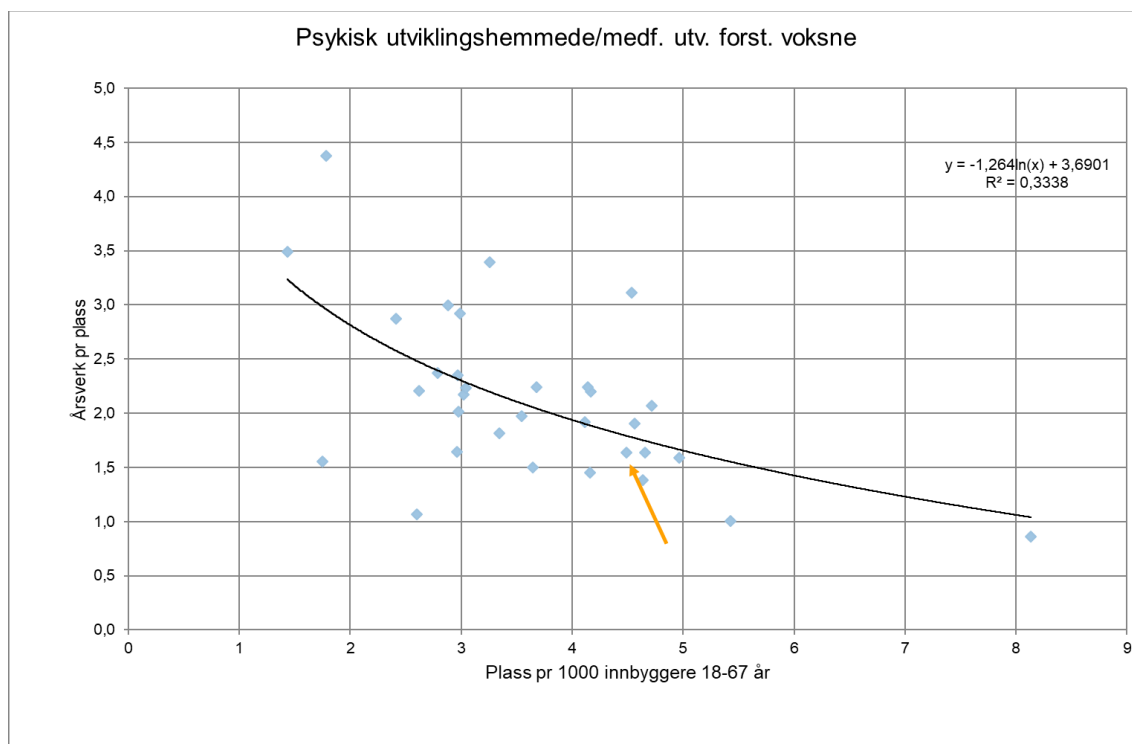


Figur 5-20: Brutto driftsutgifter fordelt på tjenester til voksne korrigert pr. innbygger 18–67 år

Figuren over viser at Time har lavere utgifter til tjenester i bolig med stedlig bemanning enn snittet for referansegruppen samlet sett. Kommunens utgifter til kjøp av slike tjenester er noe høyere enn snittet. Tabellen over viser at Time har vesentlig høyere utgifter til arbeid og aktivitetstilbud enn snittet og sammenlikningskommunene. Utgifter til ambulante tjenester er også noe høyere i Time.

Analysene viser at Time har noen flere brukere i bolig med tjenester og noe færre brukere med ambulante tjenester, tjenester organisert som BPA, dag- og aktivitetstilbud enn snittet for referansegruppen. Det viser at kommunens utgiftsnivå må sees i sammenheng med organisering og dimensjonering, men også at de har flere brukere enn snittet i referansegruppen.

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



Figur 5-21: Årsverk og plasser i bolig for utviklingshemmede

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

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

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

Time har høyere utgifter til psykisk helse og rus enn snittet

Time sine nettodriftsutgifter til psykisk helse og rus ligger klart over snittet i referansegruppen og de fleste sammenligningskommunene. Time har flere tjenestemottakere som mottar forebyggende og/eller psykososial oppfølging og aktivitetstilbud. Tjenester i bolig og kjøp av tjenester er ofte relativt kostnadskrevende tiltak og er ofte den viktigste forklaringen til kommunens kostnadsnivå. Time kommuner kjøper tilbud til brukere med rus og/eller psykiske helseutfordringer. Vår analyse av årsverk i tjenesten (egen regi) viser at kommunen ikke skiller seg vesentlig ut på dette. Det tilsier at en viktig årsaksforklaring på kommunens høye utgiftsnivå må sees i sammenheng med høye kostnader til kjøp av tjenester. Vår erfaring er at det er viktig at kommunen er en god *bestiller* når tjenester skal kjøpes. Dette for å sikre riktig kvalitet til riktig pris. Mange kommuner sliter med dette og resultatet blir ofte at utgiftene øker. Mange kommuner er heller ikke gode på å følge opp tiltakene som kjøpes. Uavhengig av hvem som leverer tjenesten er det kommunen som har det

faglige ansvaret for at tjenestene leveres iht. lover og regler. Private tjenester kan være et viktig supplement til kommunale tjenester. I mange tilfeller må kommunen kjøpe tjenester da de selv ikke er i stand til å levere det. Dette kan skyldes både kompetanse men også kapasitet. Vår vurdering er at kommunen bør vurdere om noen av kjøpene de har kan ivaretas i egen regi til like god eller bedre kvalitet, og til en rimeligere kostnad. Behovet for tjenester knyttet til psykisk helse og rus er økende og kommunene har fått og vil få et større ansvar for å ivareta dette. Det betyr at kommunene vil trenge økt og ny kompetanse, og økt etterspørsel etter tjenester som tidligere ble gitt i spesialisthelsetjenesten eller ivaretatt av private gjør at kommunene i langt større grad må se på kost-/nytteeffekt ved å ha flere tjenester i egen regi for blant annet å bygge kompetanse og et bredere spekter av tjenester enn det man har pr. i dag.

5.7 Kommunebarometeret og folkehelseprofil

Kommunebarometeret er en sammenlikning av landets kommuner, basert på til sammen 141 nøkkeltall innen 12 ulike sektorer. Hensikten er å gi beslutningstakere, særlig lokalpolitikere, en lettfattelig og tilgjengelig oversikt over hvordan kommunen driver. Sammenligningen gjennomføres årlig. Time blir rangert som nr. 126 av 425 kommuner innenfor pleie og omsorg i Kommunebarometeret til Kommunal Rapport. Rangeringen er gjort i 2018, men baseres på nøkkeltall fra 2017. Kommunebarometerets måling er den beste og mest oppdaterte kvalitets-målingen som foreligger. Tall for alle indikatorer innen pleie og omsorg framgår av tabellen på neste side.

Pleie og omsorg				126 .plass		Andel nøkkeltall som har blitt bedre 73			
20 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall			Plass	Snitt	Topp	Kommunens karakter		
	KB 2016	KB 2017	KB 2018	KB 2018	KB 2018	KB 2018	KB 2016	KB 2017	KB 2018
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 %)	76	74	77	148	74	84	4,4	3,6	4,3
SYKEHJEM: Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov (10 %)	76	71	81	213	80	98	3,6	3,0	4,0
DEMENTE: Andel plasser til demente, mot antall over 80 år på sykehjem (10 %)	33	30	33	282	37	86	3,1	2,8	2,9
KORTTIDSPLASSE: Andel korttids plasser av alle totalt antall plasser med heldøgns omsorg (5 %)	19	19	19	193	19	58	3,1	3,2	2,7
BEMANNING: Tid med lege på sykehjem (5 %)	39	37	39	89	1	59	4,0	3,4	3,9
BEMANNING: Tid med fysioterapeut på sykehjem (5 %)	20	23	24	176	0	58	2,5	2,7	2,8
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	96	96	96	259	87	100	5,6	5,6	5,6
DAGTILBUD: Antall vedtak om dagaktivitet, målt mot andel over 80 år som ikke bor på institusjon (5 %)	14	17	17	58	10	28	4,0	4,2	4,1
REHABILITERING: Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år (5 %)	10	9	9	88	4	13	4,7	4,3	4,2
PROFIL: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie (5 %)	6,1	8,6	9,9	28	4,8	10,5	3,5	5,1	5,6
HJEMMETJENESTE: Andel vedtak om hjemmetjenester som iverettes innen 15 dager (5 %)	93	92	91	383	95	100	2,4	2,5	2,4
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	31	43	9	98	105	0	5,5	5,4	5,9
TRYGGHET: Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år (2,5 %)	53	50	49	194	40	71	4,3	4,2	4,0
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	4,7	6,0	9,6	38	5,3	13,3	2,6	3,2	4,5
BEMANNING: Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb over 80 år (2,5 %)	3,6	5,2	5,1	279	8,9	24,2	1,7	2,1	2,0
HJEMMETJENESTE: Mottakere av matombringning, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon (2,5 %)	17	15	14	313	12	57	2,5	2,3	2,2
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemminger som får bistand til å delta i arbeid og studier (5 %)	68	72	73	301	77	96	1,9	2,5	2,7
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemminger som får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter (5 %)	69	70	69	124	60	85	4,4	4,6	4,6
FUNKSJONSHEMMETE: Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere (5 %)	6	6	7	151	9	21	1,3	1,3	1,7

Tabell 5-3: Indikatorene og verdier for eldreomsorg. Kilde: Kommunebarometeret 2018, Kommunal Rapport

Kommunal Rapport gjør noen endringer i metoden hvert år. Nye og bedre nøkkeltall kommer til, mens andre fjernes. Dette påvirker kommunenes plassering i forhold til hverandre. En god plassering et enkelt år kan skyldes tilfeldigheter – på samme måte som en dårlig plassering. Kommuner som ligger langt nede på en tabell vil som regel kunne ha en del å lære av kommunene som er i toppen av den samme tabellen.

Tabellen viser utvikling i Time de siste tre årene. Time har ifølge Kommunebarometeret hatt en sterk økning i gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmetjeneste i ukentlig. Det samme gjelder antall ergoterapeuter og geriatriske sykepleiere som andel av personer over 80 år. Times høyeste plassering i rangeringen ligger på tildeling av timer i hjemmesykepleie (28. plass). Verdien av dette

trekkes kraftig ned ved at kun 91 % av vedtakene iverksettes innen 15 dager (383. plass). Indikatorene for Time har stort sett vært jevne de siste årene. Den eneste med stor endring er andelen med omfattende bistandsbehov som har økt fra 71 til 81 % fra 2017 til 2018-målingen (nasjonalt 80 %). Andelen øker klart over tid. Det indikerer at innsatsen dreies over mot hjemmebasert omsorg, og at man må være mer pleietrengende enn før for å få sykehjemsplass. Den kan også skyldes forhold knyttet til selve innrapporteringen. Forutsatt at kommunen har gode tilbud på lavere trinn i omsorgstrappa, bør de fleste som bor på sykehjem ha omfattende bistandsbehov. En annen indikator som spesielt bør nevnes er andelen korttidsplasser som de siste tre årene har ligget på 19 %. Vi ser av målingen at karakteren i undersøkelsen har falt fra 3,2 i 2017 til 2,7 i 2018. Ved dette kan vi se at Time ikke i samme grad som resten av landets kommuner har foretatt en omlegging fra langtids- til korttidsplasser. Time ligger allikevel på det nasjonale snittet, men har tidligere ligget høyere. De beste kommunene ligger på 58 %.

Andelen funksjonshemmede som helt har fått innfridd behovet om bistand til å delta i jobb eller studier er nasjonalt på 76 %. Ifølge tall fra Helsedirektoratet er det 73 % av de med funksjonshemninger som har fått innfridd behovet for bistand til å delta i arbeid og studier. De beste ligger på 96 %. Kommunene skal gi et tilbud til funksjonshemmede også utenom arbeid og studier. I Time er det 69 % som helt har fått oppfylt sitt behov. De beste ligger på 85 %.

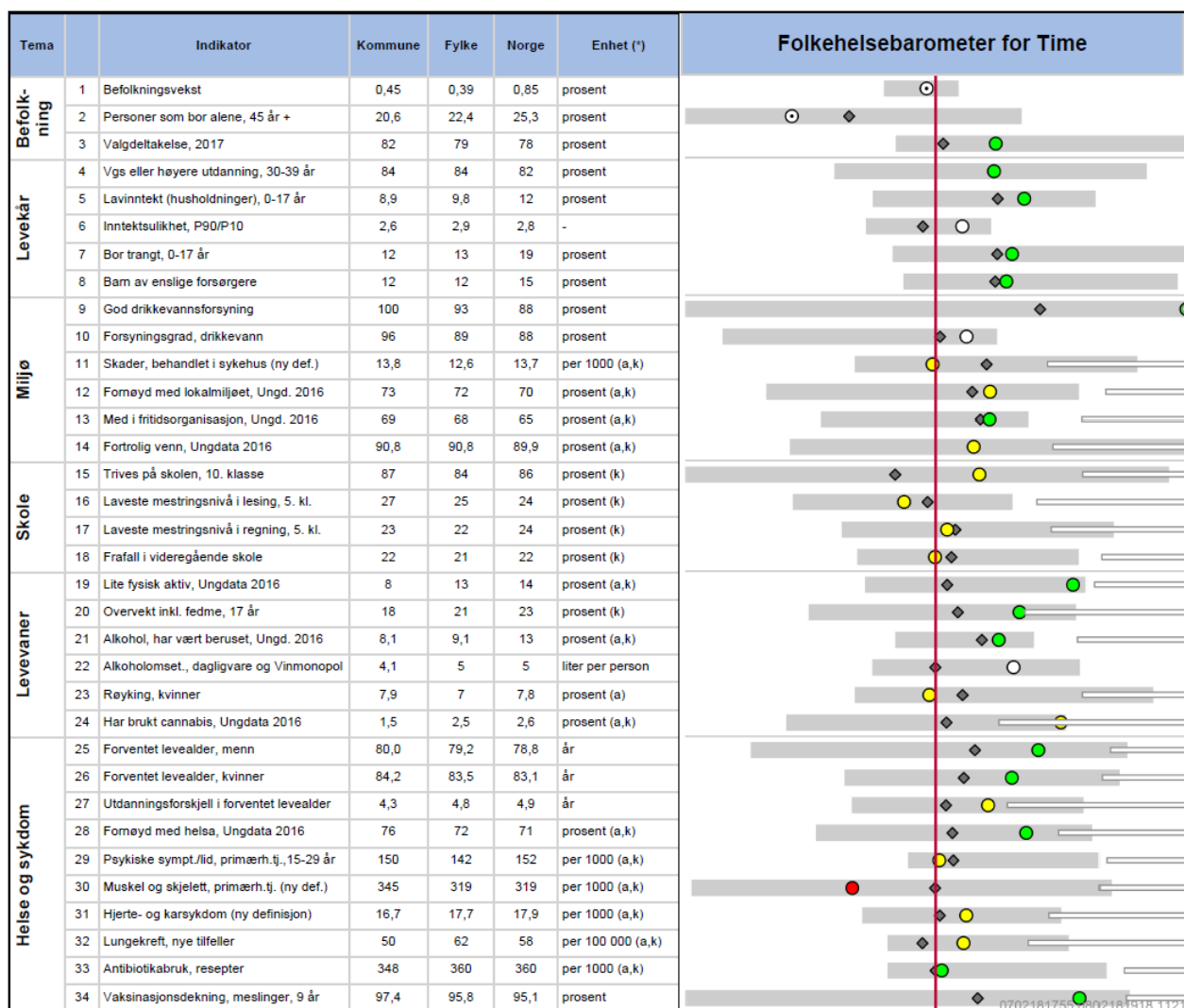
Tilstrekkelig kompetanse og utnyttelsen av den er helt avgjørende både for den opplevde kvaliteten og ressursbruken – og den kan også påvirke kostnadene. Erfaringen er at dersom man har ansatte med feil eller manglende kompetanse, kan dette medføre behov for flere årsverk. På samme måte kan riktig kompetanse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

Andelen ansatte med fagutdanning har blitt klart styrket siste året. Time lå i 2017 på nasjonalt snitt med 74 % og økte denne til 77 % i 2018. Det er anslått nasjonalt at fire av fem eldre på sykehjem har en grad av demens. Antallet plasser for demente på sykehjem nasjonalt ligger på omtrent 40 %, mens det i Time er 33 %. Denne dekningsgraden er omtrent som for ett år siden. Legedekningen på sykehjem nasjonalt i fjor var 33 minutter med lege per beboer per uke. I Time 39 minutter. Tilsvarende tall for fysioterapi er 25 mot 24 minutter.

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

Folkehelseprofilen for Time viser at få bor alene, har lavinntekt, bor trangt eller har rusutfordringer blant ungdomsskoleelever

Folkehelseprofilen utgis årlig av Folkehelseinstituttet og er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. Statistikken er hentet fra KommuneHelsa statistikkbank per februar 2018.



Tabell 5-4 Folkehelseprofil for Time 2018. Kilde: Folkehelseinstituttet

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landnivået
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- ▬ De ti beste kommunene i landet

Temaområdene i folkehelseprofilen er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke data som er tilgjengelige på kommunenivå. Indikatorene tar høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold. I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene lavere enn i landet som helhet. Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt. Det samme gjelder andelen barn (0-17 år) som bor trangt. Trangboddhet defineres her ut ifra boligens areal og antall rom. Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de minst én gang siste 12 måneder har drukket så mye at de har følt seg tydelig beruset, er lavere enn i landet som helhet. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.

5.8 Hovedfunn fra spørreundersøkelsen og intervjuene

I forbindelse med gjennomgangen ble det gjennomført både intervjuer men også en elektronisk spørreundersøkelse.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved utsendelse av en e-post til aktuelle deltakere med en link til et digitalt spørreskjema. Det var til sammen ca. 50 spørsmål som ble stilt og besvart i undersøkelsen, og noen av spørsmålene var eksplisitt for de som var ledere. Skåren det blir vist til er gjennomsnittet for svarene fra informantene.

Vi gjennomførte deretter intervjuer med et utvalg av ansatte i form av individuelle intervju eller gruppeintervju fysisk og i kommunens lokaler. Informantene skulle på forhånd ha svart på undersøkelsen. I selve intervjuene ble det gitt anledning til å gi en nærmere begrunnelse for svarene man hadde gitt, og intervjuene konsentrerte seg om forhold der informantene hadde skåret lavest (1) og høyest (6).

Oppsummering av funn

Her gir vi en samlet oppsummering av både intervjuene og resultatene fra spørreundersøkelsen. Skåren det er vist til er gjennomsnittet for svarene fra informantene.

Tjenester av god kvalitet

Informantene opplever at hverdagsmestring ligger til grunn for all tjenesteyting (skår 4,46) og at kommunen har et godt utbygd lavterskeltilbud for eldre (skår 4,27). Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt kommunen har et godt utbygd lavterskeltilbud for utviklingshemmede, så skåres dette svakere (skår 3,90). Det samme ser vi gjelder lavterskeltilbudet innenfor psykisk helse og rus (skår 3,5). Når det gjelder om kommunen har «én dør inn» for innbyggerne som har behov for helse- og omsorgstjenester skåres dette gjennomsnittlig (skår 3,43) av informantene. På spørsmålet om kommunen har en heltidskultur kommer det frem at dette er et av de områdene informantene er minst fornøyd med (skår 3,33). Ved utdyping av dette spørsmålet har mange av informantene tatt til orde for at innføring av heltidskultur fungerer dårlig når det samtidig gis beskjed fra rådmannen om at det skal kuttes i stillinger. Oppfatningen er at innføring av flere heltidsstillinger vil kreve økte økonomiske rammer og utholdenhet hos lederne.

Alt i alt mener informantene at innbyggerne i dag får tilbud om og leveranser av riktig kvantitet og kvalitet (skår 4,83). Eksempelvis fremkommer det at kommunen har god kapasitet på langtidsplasser, og at det ikke er noen eldre eller syke som skulle hatt tilbud om langtidsplass som ikke har fått dette. Imidlertid er mange opptatt av at kommunen er i en tidlig fase med å forstå omfanget av de ønskede tiltakene i reformen «Leve hele livet», og hvilke konsekvenser det har for utøvelsen av eldreomsorgen i kommunen.

Evnen til et godt samarbeid på tvers av de ulike tjenestene områdene for å sikre et helhetlig brukerperspektiv skåres ganske lavt (skår 3,48).

Tidlig innsats og selvhjelpenhet

Informantene har skåret hensiktsmessigheten av dagens organisering av hjemmetjenestene høyt (skår 4,43), og svarer videre at kapasiteten i tjenesten er tilstrekkelig for å ivareta innbyggernes behov for tjenester i hjemmet (skår 4,23). Kompetansen til de ansatte i hjemmetjenesten (skår 4,50) og robustheten i leveransene for å kunne bli boende hjemme lenger er også høy (skår 4,86). Det uttales imidlertid i intervjuene at inndeling i tre soner utfordrer organiseringen og koordineringen av hjemmehjelpstjenestene, eksempelvis bruk av ledig personalkapasitet på tvers av sonene. I undersøkelsen skåres informantene at boligene med stedlig bemanning er organisert slik at man utnytter ressursene effektivt for eldre og utviklingshemmende ganske lavt (skår 3,83/3,50). Når det gjelder samme spørsmål for boliger for personer med rus- og psykiske lidelser

er skåren betraktelig høyere (skår 4,67). Flere uttaler at det er behov for flere bofellesskap for brukere innen psykisk helse og rus. De mener også at hjemmebaserte tjenester bør ses i tett sammenheng med bofellesskapene, og hvordan disse organiseres og brukes. I dag er for mange brukere uten omfattende behov som bor i bofellesskapene hevder flere. Flere uttaler også at kommunen har ledig kapasitet ved at leilighetene i Kvernaland står tomme. Leilighetene på Kvernaland beskrives å mangle komfyr og matlagningsmuligheter. Dette gjør at brukerne som bor her ikke kan ivareta dette selv, og gjør at man fort kan yte «hotellservice» til disse beboerne.

Informantene etterlyser ledelse av dagsenteret for eldre, og det er behov for utvidede åpningstider og en annen løsning for transport av brukerne (fagarbeidere benyttes i dag som sjåfører).

Videre uttrykkes det bekymring for at det er så vanskelig å få tak i støttekontakter og avlastere, og at dette vil bidra til svak kapasitet og manglende leveranser på området.

Det adresseres også et problem rundt det at hjemmebaserte tjenester leverer enklere tjenester til brukerne innenfor psykisk helse og rus, noe som flere mener enhet for psykisk helse og rus selv burde kunne levere. Videre at det også er utfordrende når hjemmeboende brukere med rus-/psykiske lidelser skal ha medisiner på kveldstid og i helg. Informantene nevner også at hjemmetjenestene bidrar godt støtte i tjenesteleveransen for psykisk helse og rus, men at det kan være noe mer krevende den andre veien. Det kommet frem at flere av tjenestemottakerne mottar tjenester fra flere virksomhetsområder. En samling av tjenestene vil trolig kunne gi en større opplevd kvalitet for tjenestemottaker. Det har kommet frem at BPA-tjenestemottakere i noen grad mottar tjenester fra andre tjenesteområder parallelt.

Informantene opplever også at det er for lite aktivitetstilbud på kveld og i helger for alle gruppene i kommunen. Flere mener kommunen har et for begrenset dagtilbud for personer med ruslidelser.

Sykehjems- og korttidstilbudene beskrives som gode og effektive

Time har sykehjemsdrift på et tettsted i kommunen på to fysiske lokasjoner. Informantene støtter opp under utsagnet om at kommunens sykehjemstruktur bidrar til kostnadseffektive tjenester (skår 3,92), og at tjenestene er av god kvalitet (skår 4,27). Når det gjelder standard og utforming iht. brukerens behov og ressurser skåres dette betraktelig lavere (skår 3,67). På spørsmålet om bemanningen på sykehjemmene er tilstrekkelig gir informantene en gjennomsnittlig skår (skår 3,86). Når det gjelder tilstrekkelig antall ansatte og nødvendig kompetanse skåres dette noe høyere (skår 3,93). Det uttrykkes bekymring til at det er vanskelig å få inn rett kompetanse på sykehjemmene, og å holde et forsvarlig og godt ferdighets- og kompetansenivå innenfor geriatri og demens. Videre at det er vanskelig å få ansatte på sykehjemmene til å ta etter- og videreutdanning, og det er en utfordring for kommunen at de har så lav sykepleierdekning (både i sykehjemmene og hjemmebaserte tjenester).

Det er imidlertid en stor grad av enighet om at kommunen ikke skal øke antallet sykehjems plasser (skår 2,72). Noen av informantene er også bekymret for de ekstra høye kostnadene ved drift av sykehjemmene i kommunen, og for svak kunnskap om hvorfor.

Det synes å være en overkapasitet på korttidsplassene høsten 2018, noe som forklares av informantene med for lav etterspørsel og behov. På spørsmål om kommunens korttidsplasser fungerer hensiktsmessig skåres dette høyt (skår 4,93).

Det er fremkommet en bekymring fra informantene om at kommunen har en økende grad av eldre innenfor brukergruppen psykisk utviklingshemmede eller personer med utviklingshemming hvor de mangler erfaring og kunnskap om hvordan disse best skal ivaretas. Videre at kommunen i dag har for lite egnede lokaliteter for de som av ulike årsaker trenger skjerming, og for eldre med psykiske utfordringer. Kommunen har behov for en strategi for hvordan denne brukergruppen skal håndteres fremover.

Fragmentert ansvar for tildeling har gått på bekostning av helhetlig saksbehandling og relevant og riktig tildeling av tjenester

Time har ikke et felles saksbehandling- og tildelingskontor, men har isteden organisert tildelingen av helse- og omsorgstjenester ute i fagteam i tjenesteområdene. Det betyr at selve saksbehandlingen foregår ute på tjenesteområdene. Det er en usikkerhet blant informantene om kommunen leverer de rette tjenestene til brukerne siden man ikke har et felles tildelingskontor og dermed kan lide under for svak helhetlig saksbehandling. Det pekes videre på at det er varierende søknadsbehandling i kommunen, og at det forekommer ulik tildeling av tjenester. Når det gjelder hvorvidt kommunen har en hensiktsmessig saksbehandling av søknadene og om disse er basert på behov skårer respondentene dette gjennomsnittlig (skår 3,88). Når det gjelder tildeling av tjenestene som gir rette effekter og resultater skåres dette relativt høyt (skår 4,17). Avslutning og opphør av tjenester eller endring underveis oppleves av informantene å fungere godt (skår 4,36). Det er imidlertid påpekt fra intervjuene at standarden og hyppigheten for praktisk bistand nylig er redusert, og at dette har ført til klager, og at det er et behov for opprydding i eksisterende vedtak. Når det gjelder spørsmålet om tjenestene støtter opp under brukerens ønsker og egne mål for å kunne ivareta egenomsorg og egen helse svarer informantene at dette er tilfelle i relativt høy grad (skår 4,50). Det er imidlertid en erkjennelse blant informantene om at det er et økt behov for profesjonalisering og kvalitet på kommunens saksbehandling og tildeling. Bakgrunnen for mange kommuners valg ved å samle saksbehandlingen og etablering av en felles tildelingsenhet er å sikre mer profesjonell saksbehandling, mer rettferdig tildeling og større grad av lik praksis, større rettssikkerhet ved at formelle rutiner er ivaretatt og en mindre grad av sammenblanding av ulike roller.

Tilfredsstillende rehabiliteringstilbud og hjelpemiddelhåndtering

Time kommune har fokus på hverdagsrehabilitering hvor siktemålet er at flere kan bo lengst mulig hjemme og bli selvhjulpne. Kommunen har tre personer ansatt som kun jobber med hverdagsmestring. Dette arbeidet får gode tilbakemeldinger, men dette går i «bølger» og de som jobber med dette har ingen andre arbeidsoppgaver når det i perioder er mindre å gjøre. Informantene skårer kommunens rehabiliteringstilbud som tilfredsstillende (skår 4,29) og det samme gjelder for hjelpemiddelhåndteringen (skår 4,5). Informantene opplever imidlertid at kommunens tilgang på ergo- og fysioterapiressurser er for dårlig (skår 3,67). Ergo- og fysioterapitjenesten er organisert i en annen sektor, noe som ifølge informantene gir mer begrenset tilgang og styring av disse ressursene.

Behov for bedre styring og fokus på kvalitet

I spørsmålet om arbeidet med økonomistyringen er lagt opp på en hensiktsmessig måte svarer respondentene at det er det i relativt lav grad (skår 3,71), mens styringen og måloppnåelsen av tjenestene skårer enda lavere (skår 3,52). Ifølge informantene synes det å være vanskelig å få en totaloversikt over økonomien i de ulike enhetene. Manglende økonomiforståelse blant enkelte avdelingsledere, og mangelfull systematisk opplæring er noe av årsakene til dette. Den opplevde støtte i arbeidet kan med fordel styrkes. Et annet eksempel er sykefraværsoppfølging som er tidkrevende, og som ofte blir nedprioritert i en hektisk hverdag.

Videre blir informantene spurt om hensiktsmessigheten av dagens ledelse (lederspenn, kvalifiserte ledere, mv.) og svarer at dette oppleves i liten grad (skår 3,62). Flere av informantene opplever at det er ulikt lederspenn mellom linjelederne, og at det ikke finnes noen standarder for dette. Videre at det er varierende samarbeid og klima med de tillitsvalgte.

Når det gjelder organiseringen og hvorvidt denne er hensiktsmessig og fungerer i praksis er den noe høyere (skår 3,85), men fortsatt på et relativt lavt nivå. Hvorvidt informantene opplever at kommunen har tilgang på relevante styringsdata og om disse brukes systematisk for å styre,

videreutvikle og fornye tjenestene oppleves dette noe bedre, men er ikke på et høyt nivå (skår 3,95).

Når det gjelder kompetanse og ansattes roller er det ytre ønske fra informantene om å ta i bruk andre bakgrunn og utdannelse i sektoren, eks. innenfor folkehelse, hjemmebaserte tjenester, psykisk helse, mv. Generelt uttales det fra informantene at det er uklare roller og ansvarsområder innenfor hele sektoren, noe som bidrar til uklarhet og tidvis frustrasjon.

Hvorvidt kommunens kvalitetssystem sikrer god kvalitet i tjenesteleveransen er respondentene delt i, og dette gjør at svarene lander på en gjennomsnittsskår (skår 3,48). Det er imidlertid enighet om at kommunen leverer sine tjenester iht. lover og regler (skår 4,63). Når det gjelder spørsmålet om hensiktsmessig sammensetning og dimensjonering av omsorgstrappen er svaret ganske høyt (skår 4,05).

Når det gjelder kjøp av tjenester eksternt gjøres dette i liten grad i kommunen, og skåren på dette spørsmålet er ganske lavt (skår 3,95). Kommunen har noen kjøp knyttet til brukere innenfor rus/psykiatri og for mennesker med nedsatt psykisk og fysisk funksjonsevne som er i behov av ressurskrevende tjenester. Ut over dette benytter kommunen seg ikke av eksternt tjenestekjøp. Kommunen har fritt brukervalg på praktisk bistand, men erfaringen er at det er få som velger en privat aktør til å utføre tjenestene.

Samarbeid med frivillige og pårørende kan bli bedre

Informantene opplever at det systematiske samarbeidet med de frivillige og pårørende kan bedres (skår 3,8). Mange av informantene viser til at frivillige gjør en viktig innsats i lokalsamfunnet og kan i større grad i dag involveres og bidra innenfor både eldreomsorgen og i forhold til personer med psykiske lidelser. Kommunens evne til å gi relevant og god informasjon i ulike kanaler til pårørende og brukerne holdes frem som bra med en relativt høy skår (skår 4,1).

Kommunen digitaliserer og har tatt i bruk velferdsteknologi, men det er behov for ytterligere satsing

Kommunen har jobbet noe med innføring av velferdsteknologi, og bruker elektronisk EPJ og elektroniske arbeidslister. Kommunen har søkt og fått midler fra Fylkesmannen og har flere pågående prosjekter innen velferdsteknologi. Imidlertid har kommunen ikke tatt i bruk alle de andre mulighetene som finnes, og noe av dette skyldes at man har ventet med innkjøp av nytt utstyr og implementering/drift av dette. Noen av informantene peker også på kommunens utfordringer knyttet til internett-dekning og dårlige signaler, og at dette får konsekvenser for å ta i bruk digitale hjelpemidler. Imidlertid er informantenes oppfatning at kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi og digitalisert en rekke arbeidsprosesser (skår 4). I intervjuene fremkommer det bekymring for at det er få ressurser og for svak kompetanse på digital satsing i kommunen, og at det særlig er ansatte på sykehjemmene som er usikre på bruk av tekniske og digitale løsninger.

Resultatene fra spørreundersøkelsen

I tabellen under vises antallet respondenter (svar), gjennomsnittlig skår (snitt) og fordeling av svaralternativene for de 50 spørsmålene i spørreundersøkelsen.

Agenda Kaupang har gjennomført tilsvarende intervjuer og spørreundersøkelse i mange kommuner. Sammenliknet med mange av disse ser vi at informantene i Time gjennomgående skårer relativt høyt, mange er godt fornøyde og gir uttrykk for at mye fungerer bra i Time. Samtidig

har informantene pekt på områder hvor de mener det er behov for justeringer og forbedringer. Skårene for de ulike temaene i undersøkelsen fremkommer i tabellene under:

I hvilken grad opplever du at ...

	Svar	Snitt	Fordeling 1-6
... hverdagsmestring ligger til grunn for all tjenesteyting	26	4,46	— ■ ■ ■ —
... kommunen har et godt utbygd lavterskeltilbud for eldre	22	4,27	— — ■ ■ ■
... kommunen har et godt utbygd lavterskeltilbud for utviklingshemmede	20	3,90	— — — ■ ■
... kommunen har et godt utbygd lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus	16	3,50	— ■ ■ ■ —
... kommunen har «en dør» inn for innbyggere som har behov for helse- og omsorgstjenester	28	3,43	■ — — — ■
... det er en hensiktsmessig saksbehandling av søknadene for tjenester som er basert på behov	24	3,88	— ■ ■ ■ —
... det er en hensiktsmessig sammensetning og dimensjonering av de ulike trinnene i omsorgstrappa	22	4,05	— — ■ ■ ■
... det er en hensiktsmessig tildeling av tjenestene som gir de rette effektene og resultatene	24	4,17	— ■ ■ ■ —
... kommunen har et godt system og praksis som medfører at tjenester avsluttes, eller endres når behov for tjenester opphører	25	4,36	— ■ ■ ■ —
... kommunen tildeler tjenester som støtter brukers ønsker, mål og gjør den enkelte i stand til egenomsorg/ivareta egen helse	26	4,50	— — — ■ ■
... kommunen har tilstrekkelig kapasitet og tilgang på ulike tjenester som er tilpasset innbyggernes behov	25	3,72	— ■ ■ ■ —
... det er et godt samarbeid mellom de ulike tjenestene slik at brukere av flere tjenester får et samlet helhetlig tilbud	27	3,48	■ ■ ■ ■ —
... kommunens korttidsplasser fungerer hensiktsmessig	15	4,93	— — ■ — ■
... antall korttidsplasser dekker dagens behov	11	5,45	— — — ■ ■
... kommunens sykehjemstruktur bidrar til kostnadseffektive sykehjemstjenester	13	3,92	■ — ■ ■ ■
... kommunens sykehjemstruktur bidrar til sykehjemstjenester av god kvalitet	15	4,27	— — ■ ■ ■
... kommunens sykehjem har en utforming og standard som er tilpasset brukernes behov og ressurser	15	3,67	■ — — ■ ■
... bemanningen på sykehjemmet er tilstrekkelig	14	3,86	— ■ ■ ■ —
... ansatte på sykehjemmene har nødvendig kompetanse	15	3,93	— — ■ ■ ■
... kommunen har tilstrekkelig tilgang på fysio- og ergoterapitjenester	18	3,67	— ■ ■ ■ —
... kommunens arbeid med hjelpemiddelhåndtering fungerer tilfredsstillende	20	4,50	— — ■ ■ —
... kommunen har et variert rehabiliteringstilbud som fungerer tilfredsstillende	14	4,29	— ■ ■ ■ —
... boliger med stedlig bemanning (eldre), er organisert slik at man utnytter ressursene effektivt	12	3,83	— ■ ■ ■ —
... boliger med stedlig bemanning (utviklingshemmede), er organisert slik at man utnytter ressursene effektivt	12	3,50	— ■ ■ ■ —
... boliger med stedlig bemanning (psykisk helse/rus), er organisert slik at man utnytter ressursene effektivt	9	4,67	— ■ ■ ■ —

Tabell 5-5: Spørsmål og svar (1-25) fra undersøkelsen

I hvilken grad opplever du at ...

	Svar	Snitt	Fordeling 1-6
... kommunens organisering av hjemmetjenesten er hensiktsmessig	14	4,43	— — ■ ■ ■
... hjemmetjenesten har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta innbyggernes behov for tjenester i hjemmet	13	4,23	— ■ ■ ■ —
... ansatte i hjemmetjenesten har nødvendig kompetanse	14	4,50	— — ■ ■ ■
... kommunen satser på tjenester som er robuste og som gjør at det mulig å bli boende hjemme lengre	21	4,86	— — ■ ■ ■
... kommunen bør øke antall sykehjemsplasser slik at flere eldre kan bo på sykehjem	18	2,72	— ■ ■ ■ —
... det er nok boliger med bemanning til å dekke dagens behov	19	3,74	— ■ ■ ■ ■
... arbeidet med økonomistyringen er lagt opp på en hensiktsmessig måte	21	3,71	— — ■ ■ ■
... styringen og måloppnåelsen av tjenestene oppleves som hensiktsmessig	23	3,52	— — ■ ■ ■
... ledelsen av tjenestene oppleves som hensiktsmessig	26	3,62	— — ■ ■ ■
... organiseringen av tjenestene oppleves som hensiktsmessig og fungerer i praksis	26	3,85	— — ■ ■ ■
... kommunen har tilgang på relevante styringsdata, og bruker disse systematisk for å styre, videreutvikle og fornye tjenestene	22	3,95	— — ■ ■ ■
... kommunen har en heltidskultur, og kun et minimum av deltidsstillinger	27	3,33	— ■ ■ ■ —
... kommunen er gode på å ivareta brukermedvirkning i utforming og utøvelse av tjenestene	26	4,04	— — ■ ■ ■
... kommunen ivaretar brukermedvirkningen på et systemnivå	27	4,52	— — ■ ■ ■
... det er systematisert og tilrettelagt for et godt samarbeid med frivilligheten og de pårørende/foresatte	23	3,83	— — ■ ■ ■
... folkehelsearbeidet er tilrettelagt på god måte overfor innbyggerne, og bærer preg av tverrsektorielt samarbeid	22	4,23	— ■ ■ ■ —
... kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi og digitalisert en rekke av arbeidsprosessene	26	4,08	— — ■ ■ ■
... kommunen evner å gi relevant og god informasjon om tilbudet i ulike informasjonskanaler og i andre sammenhenger	25	4,12	— — ■ ■ ■
... kommunens kvalitetssystem sikrer god kvalitet i tjenesteleveransen	25	3,48	— ■ ■ ■ —
... kjøper kommunen eksterne tjenester versus å levere tjenestene internt	20	3,95	— ■ ■ ■ —
... leverer kommunen tjenester i henhold til gjeldende lover og regler	27	4,63	— — ■ ■ ■
... brukerne alt i alt får et tilbud om og leveranser av tilfredsstillende kvantitet og kvalitet	23	4,83	— — ■ ■ ■

Tabell 5-6: Spørsmål og svar (26-47) fra undersøkelsen

6 Vår vurdering av utfordringsbildet

I dette kapittelet skal vi forsøke å svare ut problemstillingene som oppdragsgiver har problematisert i sin forespørsel av august 2018.

6.1 Leveres tjenester i henhold til gjeldende lover og regler?

Hvorvidt kommunen leverer tjenester i tråd med gjeldende lover og forskrifter var tema i våre intervjuer og i spørreundersøkelsen. Resultatene fra dette viser at ansatte i hovedsak opplever at kommunen gjør dette. Flere er imidlertid usikre på om kommunens saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er god nok. Dette skyldes særlig at oppgavene ivaretas av mange og at man erfarer at det er ulik kompetanse og praksis hos de som utfører dette. Kommunen har imidlertid vedtatt at all saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester skal samles og samorganiseres. Dette vurderes som et viktig tiltak for å sikre saksbehandling og tildeling av tjenester i tråd med gjeldende lover og regler.

Brukerundersøkelser innen hjemmetjenesten og psykisk helse/rus i 2017 viser at brukerne gjennomgående er mer tilfreds med tjenestene i Time enn snittet for landet. Dette sier mest om at den enkelte bruker opplever at tjenestene i Time er gode og at de leveres på en god måte, og at brukermedvirkning er ivaretatt. Dette tenker vi er en viktig indikasjon om at tjenestene som er berørt av brukerundersøkelsen yter gode tjenester i tråd med gjeldende lover og regler.

I tillegg til ansattes og brukernes opplevelser kan eksterne tilsyn eller tilsyn utført i kommunal regi gi en pekepinn på om hvorvidt tjenesten leveres iht. gjeldende regler og lovverk. Ikke alle tjenestene har vært utsatt for tilsyn, og det gjennomføres heller ikke årlig tilsyn av alle kommunene. Det gjør at vi må forholde oss til de rapporter som foreligger.

Time kommune har hatt tilsyn av Fylkesmannen i Rogaland på helse- og omsorgstjenester levert til mennesker med nedsatt psykisk og fysisk funksjonsevne. Tilsynet avdekket i sin rapport av 27. november i 2017 avvik iht. gjeldende regler og forskrifter. Avviket gikk på at kommunen blant annet hadde mangelfull ledelse, manglende kompetanse og opplæring, og at dette blant annet medførte at kommunen ikke sikret helse- og omsorgstjenestene til personer over 18 år med nedsatt psykisk og fysisk funksjonsevne på en forsvarlig og god måte. Kommunen hadde i forkant av dette tilsynet (2016) avdekket en rekke forhold knyttet til manglende vedtak, tiltaksplaner og opplæring mv. Planer og dokumenter fra kommunen viser at Time har tatt tak i dette samt innholdet i rapporten og gjennomført en rekke tiltak for å bedre kvaliteten. Fylkesmannen lukket tilsynet etter møte med kommunen i januar 2018. Det betyr at han vurderer kommunens tiltak som tilstrekkelig for å lukke avvikene som er avdekket.

Det finnes ingen saker i kontrollkomiteen som omhandler enkeltindivider, men det har vært to større revisjonsrapporter på hhv. samhandlingsreformen og beredskap i tjeneste-/ virksomhetsområdene som berører virksomhetsområdet Omsorg. I revisjonsrapporten for samhandlingsreformen fremkommer det følgende tilrådning: styrke sykepleierkompetansen i hjemmetjenesten, planlegge mer langsiktige behandlingsforløp for utsatte pasienter i samarbeid med SUS, vurdere å sette i verk lokale tiltak for å hindre unødvendige reinnleggelser og forsøke å stimulere til at flere sykepleiere ved sjukehuset hospiterer i kommunen. For revisjonsrapporten om beredskap var hovedkonklusjonene at det er positivt at de aller fleste virksomhetene hadde en egen ROS-analyse og beredskapsplan, men det er grunn til uro når så få hadde øvd på den. I tillegg var det relativt mange som ikke hadde egne varslingsrutiner.

Våren 2018 ble det gjennomført et tilsyn fra arbeidstilsynet på Bryneheimen. Formålet var å se om virksomhetene følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade,

samt forebygging av vold og trusler i helse- og sosialsektoren. I etterkant av dette tilsynet fikk kommunen pålegg om å forbedre virksomhetens kartlegging og risikovurdering ved arbeids-situasjoner som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trussel om vold. Det inkluderte også å utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere denne risikoen. Kommunen har etterkommet pålegget og har fått tilbakemelding fra tilsynet i november 2018 om at pålegget er lukket siden virksomheten har arbeidet grundig og systematisk med pålegget. Det samme tilsynet ble gjennomført i Holmebakken bofellesskap (sak av november 2017), og også dette tilsynet er lukket i mars 2018 grunnet relevante og gode tiltak i virksomheten.

Kringlemyr og Linevegen bofellesskap i miljøtjenesten har hatt tilsyn av arbeidstilsynet i oktober 2018. I varselet var det informert om fokus på § 12 om internkontroll, og det ble gjort en rekke funn innenfor mangel på IKT-planer, handlingsplaner, ansvarsbeskrivelser, mv. Denne kontrollen har skjedd nylig og vi er ikke kjent med om kommunen har satt i gang tiltak.

Totalt sett har ikke virksomhetsområde Omsorg mange tilsyn og kontroller til å være en stor virksomhet med et bredt spekter av tjenester og brukere. Imidlertid har noen av tilsynene vært urovekkende og påpekt områder som både bør og skal forbedres. Det ser ut som virksomhets-området evner å respondere raskt og godt på merknadene og påleggene fra både Fylkesmannen, Arbeidstilsynet og kontrollkomiteen.

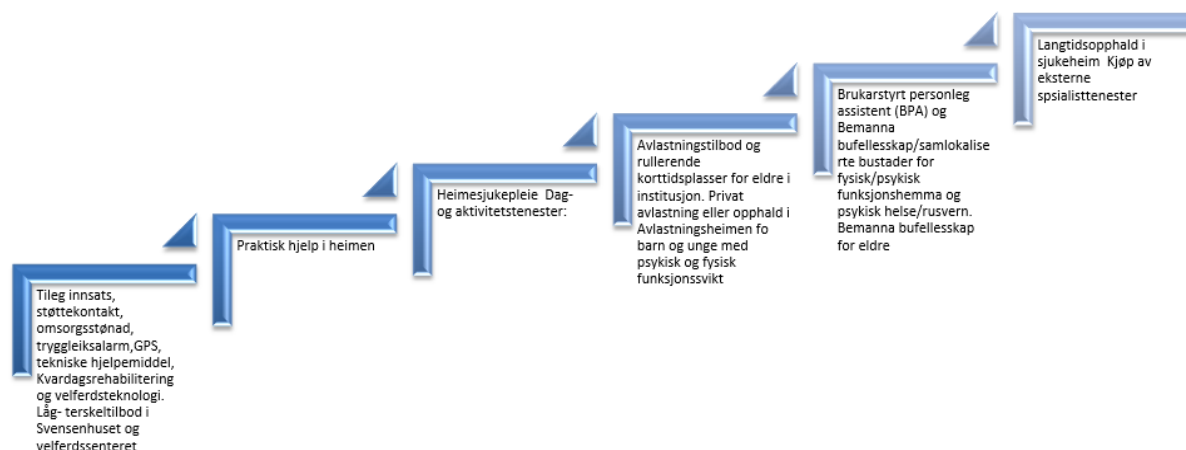
Samlet har det ikke kommet frem noe som tilsier at kommunen ikke leverer tjenester iht. lover og regler. Ansatte gir inntrykk for at tjenestene leveres i tråd med gjeldende lover og regler, og brukerundersøkelser tilsier at brukerne er svært fornøyde. Det er få tilsyn og kontroller i kommunen, og de som historisk har vært gjennomført er fulgt godt opp og løst av administrasjonen. Det har imidlertid vært utrykt en bekymring for at det er veldig vanskelig å få tak i støttekontakter og avlastere, og at dette bidrar til svak kapasitet og manglende leveranser på området.

6.2 Leveres rette tjenester med god kvalitet i forhold til omsorgstrappen?

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

Funn fra spørreundersøkelser og intervjuer tilsier at kommunen yter rett tjenester med god kvalitet. Ansatte er av den oppfatning at hverdagsmestring ligger til grunn for all tjenesteytingen. Lavterskel-tilbud til eldre beskrives som godt, men innenfor tjenester til utviklingshemmede og psykisk helse/rus er det flere som uttaler at dette ikke i stor nok grad blir ivaretatt.

Time kommune har utviklet en egen omsorgstrapp hvor de ulike tjenestene er fordelt i omsorgstrappen ut fra BEON-prinsippet, jf. figuren under:



Figur 6-1: Omsorgstrappen slik den er visuelt fremstilt for Time kommune

Flere og flere kommuner gjør som Time og definerer tjenestene sine i omsorgstrappen. Vår erfaring er at dette er et viktig grep for å øke bevisstheten rundt nivået tjenesten leveres på samt å få økt innsikt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Kjennskap og innsikt gjør at man i større grad kan ta beslutninger i tråd med BEON-prinsippet og sikre at brukerne får rett tjeneste på rett nivå. Når det gjelder rett tid handler dette om flere forhold. Kommunens saksbehandling er et viktig aspekt her. Spørreundersøkelsen og intervjuene avdekket at man alt i alt opplever at kommunens saksbehandling er rask, og at man klarer å fange opp endringer mv. Samtidig er flere opptatt av at dagens praksis er for ulik, og at dette ikke er bra for hverken brukerne, pårørende eller kommunen samlet sett.

Den brukeropplevde kvaliteten i førstegangsmøte med kommunen vurderes å være litt utfordrende med mangel av «én dør inn» til tjenesten. Det blir imidlertid fremhevet at servicetorget gjør en god jobb med å hjelpe innbyggerne frem til «rett dør». Kommunen er i ferd med å etablere et felles tildelingskontor som trolig vil styrke denne kvaliteten.

For det store flertall av tjenestemottakerne i pleie og omsorg er tjenestene knyttet til helsehjelp i hjemmet og praktisk bistand levert av hjemmetjenesten. I gjennomgangen kommer det frem at kapasiteten i dette tjenestenivået er god og kompetansen blant de ansatte høy. Dette indikerer god kvalitet og tilstrekkelig kapasitet i omsorgstrappen. Brukerundersøkelser fra 2017 viser at brukerne av tjenestene er svært godt fornøyde.

I intervjuer og spørreundersøkelser kommer det frem at kommunen ivaretar brukervedvirkning bra på systemnivå. Resultat fra brukerundersøkelser i 2017 viste også at brukerne i høy grad opplevde at brukervedvirkning ble ivaretatt. Det kan dermed se ut som om kommunen ivaretar brukervedvirkning på både system- og individnivå. Brukervedvirkning er med på sikre at de riktige tjenestene, opplevd av tjenestemottaker, blir levert. I undersøkelsen er det et eget spørsmål om kommunens kvalitetssystem sikrer god kvalitet i tjenesteleveransen. Her skåres det lavt. Verdien her er blant de 10 % laveste verdiene i undersøkelsen og tydeliggjør et forbedringspotensial.

Tjenesteanalysen har vist at Time har en høy prioritering av institusjonstjenester for eldre. Gjennom intervjuer og spørreundersøkelse kommer det frem at flere av pasientene som har sykehjemsopphold kunne klart seg med annet tilbud, f.eks. bolig med heldøgntjenester. Vår vurdering er at en kommune må tilstrebe å ha tilstrekkelig kapasitet på ulike tjenester slik at man unngår at man kommer for tidlig på sykehjem. En tjenestedreining til lavere trinn i trappen anbefales. I realiteten innebærer dette å redusere ressursbruken til institusjon, og øke ressurser til tjenester som gjør det mulig å bli boende hjemme og ta ansvar for eget liv og helse. Kommunen

har det siste tiåret hatt en tydelig dreining i denne retning. En dreining som det etter Agenda Kaupangs vurdering er grunnlag for å fortsette.

6.3 Er pleie- og omsorgssektoren organisert på en hensiktsmessig måte?

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

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

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

Den overordnede organiseringen i Time med en felles kommunalsjef for helse og omsorg er en modell vi ser i mange andre kommuner. Vurderingen er at en slik organisering ivaretar behov for å se disse tjenestene i sammenheng og er dermed et viktig virkemiddel for å ivareta behov for helhetlig og strategisk ledelse. Som tidligere nevnt i kapittel 4.2 er ikke alle tradisjonelle helse- og omsorgstjenester organisert under virksomhetsområdet Omsorg, eksempelvis er barneverntjenesten og helse- og skolehelsetjenesten organisert under virksomhetsområdet Oppvekst og helse og rehabilitering, NAV, sosial- og flyktningetjenesten i Samfunn.

Når det gjelder spesifikt pleie- og omsorgstjenestene, som dette oppdraget omhandler, er det særlig helse- og rehabiliteringstjenestene som kan være utfordrende at er organisert under en annen sektor. Fysio- og ergoterapeutene er viktige ressurser i arbeidet med å dreie PLO-tjenestene mot mer bistand i brukernes eget hjem og sørge for at flere kan klare seg hjemme.

Omsorg har ikke et felles saksbehandling- og tildelingskontor, men har isteden organisert tildelingen av helse- og omsorgstjenester ute i fagteam i tjenesteområdene. Selve saksbehandlingen foregår ute på tjenesteområdene og delvis isolert fra hverandre, med unntak av hjemmebaserte tjenester og institusjon. Det er derfor usikkerhet om kommunen leverer de rette tjenestene til brukerne og at det blir for svak helhetlig saksbehandling. Det er også funn som tilsier at en slik organisering medfører ulik søknadsbehandling og tildeling av tjenester.

I undersøkelsen er det spørsmål om «I hvilken grad opplever du at organiseringen av tjenesten oppleves som hensiktsmessig og fungerer i praksis?». Det er 26 informanter som har svart på dette spørsmålet og snittet er på 3,85 der de fleste har svart på «midten», dvs. 3 eller 4. Etter vår oppfatning er dette et gjennomsnittresultat som indikerer at organiseringen er tilfredsstillende. Det

er etter Agenda Kaupangs vurdering ingen åpenbare feil eller mangler i organiseringen. Det er imidlertid fremkommet et behov for en styrket samhandling på tvers av de organisatoriske enhetene. Det vises her spesielt til tidligere omtale av hjemmetjenesten og psykisk helse/rus, men også mer generelt. Lederspennet omtalt i kapittel 6.4 viser at spesielt Vardheia har et stort lederspenn. Det kan derfor stilles spørsmål om de enkelte avdelingene innenfor Miljøtjenestene er godt organisert.

Sammenlikner vi organiseringen av Time kommune opp mot andre kommuner skiller de seg ikke vesentlig ut, med unntak av at ressurser til fysio- og ergoterapeutene ikke er underlagt virksomhetsområdet og at man ikke har samorganisert et felles tildelingskontor.

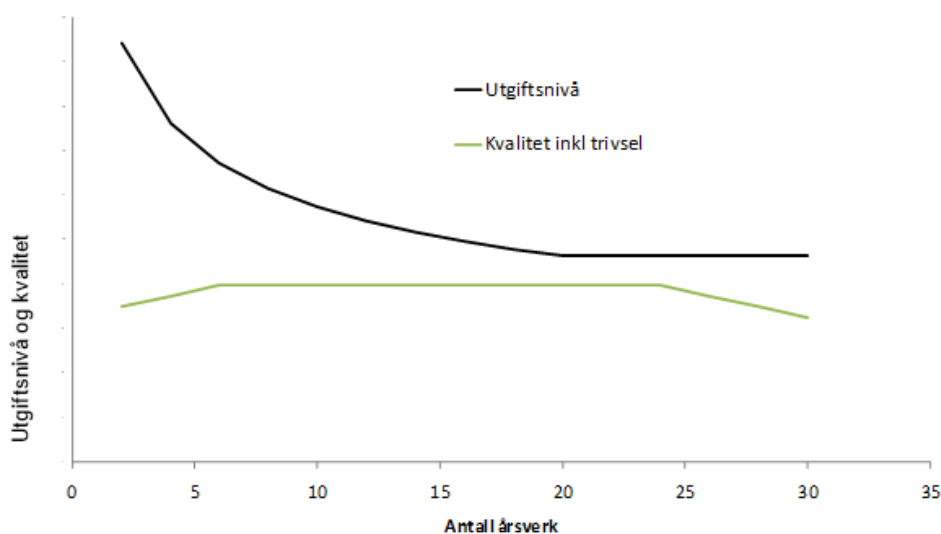
Time har flere avdelinger som vurderes som så små at faren for smådriftsulemper er stor

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

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

Agenda Kaupang har undersøkt utgifter knyttet til turnus og kompetanse på kveld, natt og helg. Våre funn er at mindre grunnenheter/bemanningsgrupper er dyrere å drifte enn større. Dette gjelder for alle tjenester med døgnbasert drift; jf. figur 6-2 på neste side.

Hvordan påvirkes kvalitet og utgiftene av størrelsen på grunnenheten?



Figur 6-2: Agenda Kaupang prosjekt for Stavanger og Sandnes – kartlegging av boliger og sykehjem pr. turnusgruppe. Sammenheng mellom størrelser på turnusgrupper og utgiftsnivå og opplevd kvalitet

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

Størrelsen på driftsenhetene i Time kommune varierer. Flere enheter vurderes å være av en slik størrelse at det bør være mulig å sikre stordriftsfordeler. Samtidig ser man at det er avdelinger f.eks. innen Miljøtjenesten som er relativt små. Gjennomgangen vår viser at dette medfører noen utfordringer i det daglige, særlig knyttet til det å ha nødvendig kompetanse på alle vakter døgnet gjennom. I tillegg har flere avdelinger utfordringer med å håndtere fravær og vakante stillinger.

Samlet vurderes kommunenes organisering hovedsakelig å være hensiktsmessig. Samtidig mener vi at det er grep kommunen bør gjøre for å sikre en bedre ressursutnyttelse og levering av helse- og omsorgstjenester, spesielt på følgende områder:

- ▶ Organisatorisk tilknytning av fysio-/ergoterapitjenesten
- ▶ Ressursutnyttelse på tvers i hjemmetjenesten
- ▶ Sentral organisering av saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen
- ▶ Styrket samspill mellom tjenester som har brukere som trenger tjenester fra flere aktører
- ▶ Iverksette tiltak for å redusere smådriftsulempen i tjenestene. Dette kan f.eks. være å se på økt samdrift mellom boliger/avdelinger (få større turnusgrupper), samdrift mellom boliger og dag- og aktivitetstilbud mv.

6.4 Er leder- og administrasjonsressursene tilstrekkelig?

Innen pleie- og omsorgstjenestene i Norge er det stor variasjon i størrelsen på resultatenehetene. Resultatenhetens størrelse har konsekvenser for ledelsens mulighet til å drive tett økonomi-oppfølging, fagoppfølging, personaloppfølging og organisering av enhetene.

Vår erfaring er at stedlig ledelse er av avgjørende betydning for å kunne ivareta ansvaret som ligger til stillingen. Stedlig ledelse er viktig for å kunne ivareta personalet og for å kunne jobbe aktivt med den rådende kulturen. Gjennom samtaler og i spørreundersøkelsen fremkommer det at flere etterlyser en tydeligere rolle og oppgavebeskrivelse for lederne. Manglende forståelse eller avklaring på egen rolle og ansvarsområder gjør det krevende å ivareta oppgaver og rolle som ligger til stillingen. Dette er derfor helt avgjørende at kommer på plass.

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

mellomledelsen og til førstelinjeledelsen og videre til medarbeiderne i organisasjonen. Samspillet mellom ledernivåene blir vesentlig for å skape forankring og erkjennelse av behovet for nødvendig endring og omstilling.

Lederspenn eller det antallet ansatte en leder kan forvente å måtte følge opp måles gjerne i årsverk og antall personer. Lederspennet i pleie og omsorg i Time kommune følger av tabellen under. Verdiene her avviker fra tabellen om stillingsstørrelser da vakante stillinger også er tatt med.

Tabell 6-1: Lederspenn med oversikt årsverk og ansatte med vakante stillinger 2017. Kilde: Kommunens egen rapportering

Område	Årsverk	Ansatte	Leder- årsverk	Årsverk per lederårsverk	Ansatte per lederårsverk
Bryneheimen 1	29,9	51	1,0	29,9	51,0
Bryneheimen 2	30,3	60	1,0	30,3	60,0
Sivdamheimen 1 et.	30,9	53	1,0	30,9	53,0
Sivdamheimen 2 et.	23,3	51	1,0	23,3	51,0
Dagsenter psykisk og fysisk funksjonssvikt	15,6	20	0,0	*	*
Dagsenter for eldre Kvernaland omsorgssenter	4,7	6	0,3	15,7	20,0
Dagavdeling og Svendsenhuset	11,2	16	1,0	11,2	16,0
Hjemmetjenesten Aust + hjemmehjelp	20,2	32	1,0	20,2	32,0
Hjemmetjenesten Nord + bofellesskap	17,4	24	0,7	24,9	34,3
Hjemmetjenesten Vest + bofellesskap	22,6	46	1,0	22,6	46,0
Holmebakken	14,3	22	0,5	28,6	43,0
Håbakken og ambulerende	16,0	30	0,6	26,7	50,0
Kringlemyr	10,3	18	0,4	25,8	45,0
Kolheia	4,2	6	0,0	**	**
Kvernaland avlastning	9,7	24	0,5	19,4	48,0
Røyrvika	20,2	28	1,0	20,2	28,0
Svertingstad	12,3	15	1,0	12,3	15,0
TAT - SFO avlastning	2,5	8	0,0		
Vardheia	26,8	29	1,0	26,8	29,0

* Hadde ikke avdelingsleder, lå direkte under virksomhetsleder

** Organisert under Svertingstad. Lederspennet her er derfor tilsvarende høyere.

Lederspennet er ofte større i pleie- og omsorgssektoren enn i kommunens øvrige tjenester. Kommuner med begrensede ressurser holder gjerne lederspennet stort for å kunne sikre «nok hender» i tjenestene. Vår erfaring er at et for stort lederspenn kan være med på å redusere effekten av disse hendene ved at leder blir for perifer og tjenestene for lite koordinerte. Det finnes lite forskning eller konkrete anbefalinger på hvor stort et slikt lederspenn i pleie og omsorg bør være. Vår erfaring er at godt drevne kommuner ofte har et lederspenn på 20 årsverk for ambulerende turnusarbeider og rundt 25 årsverk for arbeid utført på fast arbeidsted. Syke- hjemmene i kommunen har et stort lederspenn. Oslo kommune praktiserer en assisterende avdelingsleder på sine sykehjem når antall årsverk passerer 33. Time kommunes avdelinger er i dag såpass store at en reduksjon av avdelingsstørrelsen eller øking av ledertettheten kan vurderes.

De administrative støttefunksjonene til virksomhetene er gjerne definert som fagutviklere, merkantile, samhandler eller saksbehandlere. På virksomhetsnivå er de administrative ressursene som følger:

Tabell 6-2: Årsverk pleierettet personell per årsverk administrative ressurser. Kilde: Egenrapportering fra kommunen, samt organisasjonskart

Virksomhet	Årsverk pleierettet	Administrative ressurser i ÅV	ÅV pleierettet per administrativt ÅV
310 Institusjon	114,4	3	38,1
320 Hjemmetjenester	60,2	2,7	22,3
340 Miljøtjenesten	115,0	3	38,3
360 Psykisk helse og rus	39,0	1	39,0

Heller ikke på administrative støttefunksjoner finnes det noen forskning eller anbefalinger på hvor store ressurser det bør benyttes. Denne støtten må sees i en direkte sammenheng med avdelingenes lederspenn. Jo bedre støtte lederen får til støttende aktiviteter, desto større mulighet er det til å bruke tid på selve ledergjerningen. Jo mindre tid bundet opp i administrativ ledelse, desto større er muligheten til å bruke tid på strategisk ledelse. Fra andre veldrevne kommuner erfarer vi at den administrative støtten ligger på 1 årsverk per 20 årsverk pleierettet personell for alle tjenester foruten miljøtjenesten hvor støtten ofte ligger på det halve. Fra tabellen over ser vi at støtten til institusjonene er lav, et område som også tidligere er omtalt å ha et stort lederspenn.

Samlet vurderes lederressursene i tjenestene ikke å være omfattende men på et tilfredsstillende nivå. Nivået på støtteressursene er ikke omfattende.

6.5 Er det rett kompetanse og benyttes denne på best mulig måte?

Tilstrekkelig kompetanse og organiseringen av denne er en viktig faktor for å sikre effektive tjenester med god kvalitet. Gjennom intervjuer og spørreundersøkelsen fremkommer det at man hovedsakelig opplever å ha tilgang på nødvendig kompetanse, men at noen opplever at det kan være vanskelig å sikre tilstrekkelig kompetanse i alle tjenestene. Mange uttaler også at det er behov for å få inn mer tverrfaglig kompetanse i tjenestene. Videre fremkommer det at det er vanskelig å få ansatte på sykehjemmene til å ta etter- og videreutdanning. Flere uttaler også at kommunen med fordel kunne hatt noe høyere sykepleiedekning både i sykehjemmene og i hjemmebaserte tjenester. Analysene våre viser at sykepleiedekningen ikke er vesentlig lav, men at man forventer et sterkere behov for fagkompetanse i fremtiden. Vi tenker her spesielt på oppgavefordelingen mellom primær- og sekundærhelsetjenesten som de senere år har gitt kommunen større faglige utfordringer. Denne utviklingen kan forventes å fortsette ytterligere fremover.

Time har samlet sett en noe høyere andel ansatte med fagutdanning enn landsnittet. Ifølge Kommunebarometeret utgjør denne andelen 78 %. Dette er 4 prosentpoeng høyere enn forutgående år. I de beste kommunene er andelen noe høyere enn det vi ser i Time (84 %). Det viser at det er rom for å øke andel ansatte med fagutdanning i tjenestene. Vi ser også at det er variasjon i fagdekningen mellom enhetene. Hjemmetjenesten har gjennomgående høyere fagdekning enn sykehjemmene. Vi ser at det er lite tverrfaglighet (høyskole) både i sykehjem og i hjemmetjenesten. Erfaringen er at endringer i brukernes behov og økt kompleksitet medfører behov for mer tverrfaglighet i tjenesten.

Tilstrekkelig kompetanse og utnyttelsen av den er helt avgjørende både for den opplevde kvaliteten og ressursbruken – og den kan også påvirke kostnadene. Erfaringen er at dersom man har ansatte

med feil eller manglende kompetanse, kan dette medføre behov for flere årsverk. På samme måte kan riktig kompetanse og god organisering medføre behov for færre årsverk/ansatte.

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

Vi har gjennomført en analyse over når ansatte med høyskoleutdanning benyttes i løpet av tid på døgnet og ukedager. Samlet høyskoleressursbruk fordeler seg som følger:

Tabell 6-3: Høyskoleutdannedes fordeling av arbeidstid pleie og omsorg, totalt

Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Dag	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %	5 %	5 %
Kveld	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %	3 %	4 %
Natt	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %

Samlet sett er det høyest høyskolekompetanse på dagtid i ukedager. Dette samsvarer godt med det vi ser i andre kommuner. Dekningen på dagtid helg er noe høyere enn på kveld i ukedager. Den laveste dekingen finner man på kveld i helgene. Det er betimelig å stille spørsmålet om dekingen i helg er lagt lavere av bekvemmelighetshensyn for ansatte og er med på å redusere den faglige kvaliteten i helgene. Om fagligheten i helgene er vurdert på å være på et tilfredsstillende nivå, kan det også stilles spørsmål om den er for høy i uken.

Tabellen over og under viser den planlagte bemanningen. Fravær i tjenestene kan medføre at dekingen er lavere og annerledes enn det som fremkommer i tabellene. Gjennomgangen viser at sykefraværet i ligger noe høyt i noen av tjenestene. Spesielt institusjonstjenesten og psykisk helse og rus trekker opp. Igjennom intervjuene har det fremkommet et ønske om at lederne i sterkere grad følger opp fraværet med mål om økt nærvær.

Tabell 6-4: Høyskoleutdannedes fordeling av arbeidstid pleie og omsorg, miljøtjenesten

Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Dag	8 %	8 %	8 %	8 %	9 %	7 %	6 %
Kveld	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	3 %	4 %
Natt	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %

For miljøtjenesten (tabellen over) viser tabellen at det er en ganske jevn deking av ansatte med høyskolekompetanse, men med en sterkere prioritering på dagtid, og lavest på kveld og da særlig på helg. Når man vet at det er mange deltidsansatte i små stillinger som jobber helg stiller vi spørsmål om kommunen har for lav andel høyskoleutdannede på vakt når hovedvekten av brukerne er tilstede i boligene. Mange av de som bor i boliger er ikke til stede på dagtid i ukedager da de er på skole eller i dag-/arbeidstilbud. Hva som er årsaken til at det er høyest kompetanse på ukedager da hovedvekten av brukerne er borte er uklart for oss.

Tabell 6-5: Høyskoleutdannedes fordeling av arbeidstid pleie og omsorg, sykehjem

Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Dag	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %	4 %	4 %
Kveld	5 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %
Natt	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %	3 %

For sykehjemmene er det også en lavere høyskoledekning i helgene på dag og kveld. Dette kan delvis forklares med mulighet for å flytte noen av arbeidsoppgaver til dagtid hverdag. Det samme argumentet kan også benyttes med hverdager dag og kveld. Også her ser vi at flere kommuner tilstreber å ha en likere og økt fagdekning uken gjennom.

Tabell 6-6: Høyskoleutdannedes fordeling av arbeidstid pleie og omsorg, hjemmetjenesten

Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Dag	8 %	9 %	11 %	8 %	8 %	4 %	4 %
Kveld	3 %	4 %	4 %	4 %	4 %	3 %	3 %
Natt	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %

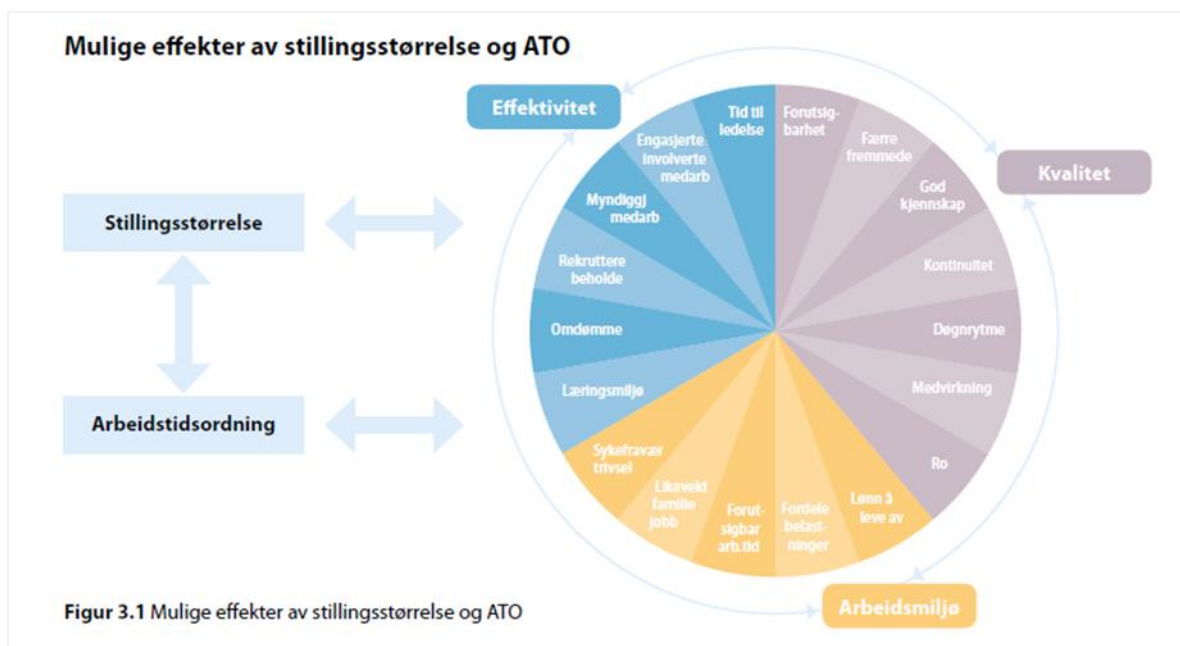
Tabellen over viser at hovedvekten av ansatte med høyskole jobber på dagtid i ukedager, og vesentlig færre på kveld og helg. Det ser vi også er tilfelle i mange av kommunene vi jobber med. Disse tjenestene er kjennetegnet ved at mye av vedtakene kan planlegges når det skal gjøres. Samtidig er det flere og flere kommuner som ser behov for å endre dette for å klare å imøtekomme nye og endrede behov for helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende. Endret utskrivningspraksis fra sykehusene gjør at dårligere pasienter utskrives fra sykehusene. Dette skjer både i helg og på kveld. Det gjør at kommunen må sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse uken gjennom.

Potensial for å øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse og flere heltidsansatte

En viktig faktor for kompetanse og kvalitet er gjennomsnittlig stillingsstørrelse og andel ansatte i heltidsstillinger. Forskningen på feltet har dokumentert at et høyt omfang av små stillinger fører til svekket tjenestekvalitet og en ineffektiv tjeneste. Samtidig gir små stillinger uverdige ansettelsesforhold for arbeidstakere som er avhengig av full lønn/pensjon og mer forutsigbarhet.

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

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



Figur 6-3: «Kvalitetshjulet» med mulige effekter av stillingsstørrelse og arbeidstidsordninger. Kilde: Leif Moland/FAFO

I tabellen under har vi sett på hvordan dette forholder seg innenfor omsorgstjenestene i Time.

Tabell 6-7: Oversikt årsverk og ansatte uten vakante stillinger 2017 Kilde: Kommunens egen rapportering

Område	Årsverk	Antall	Snitt stillingsstørrelse
Bukollektiv i Hjemmetjenesten Vest	10,2	18	56,4 %
Bryneheimen 1	29,4	48	61,3 %
Bryneheimen 2	29,1	58	50,3 %
Sivdamheimen 1 et.	31,6	51	61,9 %
Sivdamheimen 2 et.	20,9	46	45,3 %
Dagsenter psykisk og fysisk funksjonssvikt	13,1	19	68,9 %
Dagsenter for eldre Kvernaland omsorgssenter	4,7	6	77,8 %
Dagavdeling og Svendsenhuset	11,2	16	69,7 %
Hjemmetjenesten Aust + hjemmehjelp	20,1	31	64,7 %
Hjemmetjenesten Nord + bofellesskap	18,4	25	73,8 %
Hjemmetjenesten Vest + bofellesskap	23,6	47	50,1 %
Holmebakken	13,9	21	67,6 %
Håbakken og ambulerende	16,0	30	53,4 %
Kolheia	4,2	6	70,0 %
Kringlemyr	7,8	15	52,1 %
Kvernaland avlastning	10,2	25	40,7 %
Røyrvika	21,2	29	73,2 %
Svertingstad	9,9	15	66,0 %
TAT - SFO avlastning	1,9	7	27,3 %
Vardheia	21,3	30	70,9 %
Sum	318,5	542,5	58,7 %

Tabellen over viser at det er mange ansatte i kommunen som jobber i reduserte stilling. Den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen blir vurdert å være noe lav. Det er ikke foretatt en detaljert gjennomgang på ansattnivå i denne omgang. I snittbetraktningen gir derfor en 20 % stilling og en 80 % sammen gjennomsnittet som to 40 % stillinger. Vår erfaring er at det ikke nødvendigvis er en utfordring med levert kvalitet og kontinuitet i tjenesten i det første tilfellet om den lille stillingen jobber sammen med andre i større stillinger. Større utfordringer oppleves ofte i det neste eksemplet. Agenda Kaupangs anbefaling er derfor ikke å bare jobbe ensidig med høyning av gjennomsnittlig stillingsstørrelse, men å fokusere spesielt på å begrense «store små stillinger» / stillinger i intervallet 20-59 %. I videreutviklingen av helse- og omsorgstjenesten i Time er anbefalingen at kommunen jobber for å få til en heltidskultur. Demografi og utvikling innen helse- og omsorgstjenesten tilsier at rekruttering blir mer krevende i framtiden. Det gjør det enda viktigere å nyttiggjøre seg den kompetansen man har til rådighet i større grad enn hva tilfelle er i dag.

Samlet har det ikke fremkommet særlig utfordringer i kommunenes kompetansenivå eller anvendelsen av denne. Det bør allikevel vurderes om fagdekningen i tjenestene bør styrkes noe, eller om det kan gjøres endringer slik at fagkompetansen styrkes på kveld og på helg. Det bør også vurderes tiltak for å få til økt tverrfaglighet i tjenestene. Samtidig vil det være behov for å øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse i tjenestene.

7 Vår anbefaling

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

7.1 Vurderinger og forslag til tiltak for de tre brukergruppene innen PLO

Vi har gjennom denne rapporten pekt på mulige tiltak og strategier kommunen bør vurdere i sin videreutvikling av helse- og omsorgstjenester. Hovedutfordringen til Time, som i mange andre kommuner, er den formidable veksten i andel eldre. Det gjør at man i større grad må sikre at den enkelte settes i stand å ta ansvar for egen helse og livssituasjon. Samtidig som kommunen fortsatt skal sikre at de som er i behov av det får tilstrekkelig helse- og omsorgstjenester, men av riktig kvalitet. En fremtidsrettet tjeneste må ha et bærekraftig kostnadsnivå. Det medfører at i videreutviklingen av pleie- og omsorgstjenester må Time kommune både tenke kvalitet og økonomi. En av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON).

I dette kapittelet peker vi på aktuelle tiltak og strategier vi mener er viktig for å få dette til.

Agenda Kaupangs vurdering og forslag til tiltak – Øke kvaliteten på kommunens saksbehandling og tildeling, og sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet og nasjonale føringer

Kommunen har planer om å samle ressursene til saksbehandling og om å opprette et felles tildelingskontor. Dette mener vi er et viktig tiltak. Analysene viser at Time gjennomgående har flere brukere enn sammenlikningskommunene. Dette kan tyde på en noe «raus» tildelingspraksis hvor mange tjenestemottakere får få tjenester. Samtidig fremkommer det opplysninger som sier at kommunen ikke i stor nok grad klarer å sikre likebehandling, blant annet som følge av ulik praksis på de som ivaretar dette pr. i dag. Vurderingen er at dersom kommunen skal sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet er det avgjørende å sikre profesjonell saksbehandling av høy kvalitet. Samtidig er man helt avhengig av å ha tilstrekkelig kapasitet på ulike tjenester og differensierte tjenester på ulike nivå i omsorgstrappen. Det vil si å ha ulike tiltak og tjenester som gjør at man kan tilby tjenester ut fra det behovet som er definert. Flere av informantene i gjennomgangen uttalte at man f.eks. har for mange pasienter på sykehjem fordi man mangler øvrige tiltak, andre er opptatt av at man ikke har avklart hvordan man skal ivareta den økende gruppen eldre utviklingshemmede når behovene deres ikke lenger er målrettet miljøarbeidertjenester.

Gjennomgangen viser at Time prioriterer institusjonstjenesten høyt og at det derfor bør være et mål om å snu ressursinnsatsen for å øke kapasitet på ulike tjenester og differensierte tjenester på de lavere trinnene i omsorgstrappen. Det er avgjørende at kommunen har tilstrekkelig kapasitet og differensierte tjenester.

Hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi bør alltid vurderes før mer permanent bistand settes inn. Time har gode erfaringer med bruk av hverdagsrehabilitering. Flere kommuner legger nå opp til at «alle» nye brukere vurderes med tanke på hverdagsrehabilitering før mer tradisjonelle tjenester tilbys. Kommunen bør absolutt vurdere hvorvidt ressurser til ergo- og fysioterapitjenesten bør samorganiseres med Omsorg, slik at helhet med hverdagsrehabilitering i sterkere grad oppnås.

Som en del av saksbehandlingen må kommunen benytte verktøy og kartleggingsmetoder for å få frem hva som er viktig for den enkelte bruker, hvor hovedmålet er å bidra til at den enkelte kan ta ansvar for egen helsetilstand. Vurderingen er at kommunens søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester må tilpasses dette.

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

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

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

Pårørende er de viktigste «frivillige» for kommunen. Deres innsats er uunnværlig. Studier fra Sykehuset Innlandet viser at ressursinnsatsen som pårørende legger ned er uunnværlig for både bruker, men også kommunen. Dette viser betydningen av å tilby tjenester som gjør at «den private omsorgen» i hjemmet kan fortsette. Mange kommuner er gode på dette, samtidig er ofte opplevelsen til ansatte og frivillige at det er rom for å få til enda bedre, mer systematisk samarbeid knyttet til flere områder.

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

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

- ▶ Gjennomgang av vedtak og tildelingsrutiner som sikrer at de som er i behov av tjenester får dette og at tjenester for de som ikke er i behov av det avsluttes/ikke tildeles.
- ▶ Digitalisering av arbeidsprosesser (f.eks. elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten) og økt bruk av velferdsteknologi (fra de helt enkle til mer kompliserte hjelpemidler som GPS, e-lås, sensorteknologi mv.).
- ▶ Økningen i behov som følge av demografien må hovedsakelig dekkes i den ambulante hjemmetjenesten – det vil være nødvendig å vri mer av ressursinnsatsen fra heldøgns tjenester til tjenester lavere i omsorgstrappen. God kartlegging av ressurser og hjelpebehov er viktig. Økt satsing på hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering er også viktige tiltak for at flere skal bli boende hjemme. Med dagens dekningsgrad vil det være behov for en styrking av den ambulante hjemmetjenesten med ca. 10 årsverk frem mot 2023, og ytterligere 25 årsverk frem mot 2033. Prognosen er høyst usikker og må sees i sammenheng med utvikling av velferdsteknologi, effekter av hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering og dekningsgrader innen sykehjem og bolig med heldøgn.
- ▶ Time bør øke andel ansatte med høyskoleutdanning og sikre en mer tverrfaglig kompetansesammensetning i den ambulante hjemmetjenesten slik at hjemmetjenesten blir et reelt alternativ til heldøgnsomsorg og at man dermed kan unngå/utsette behov for mer kostnadskrevende tjenester.

- ▶ Utvikle kapasiteten på dag- og aktivitetssentrene.
- ▶ Sikre tilstrekkelig avlastningstilbud for pårørende, særlig med tanke på sterk økning i andel mennesker med demenssykdom.
- ▶ Bygge demensvennlige boliger som en del av en helhetlig boligpolitikk for eldre.

Økt digitalisering og bruk av velferdsteknologi er nødvendig

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

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

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

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

Agenda Kaupangs vurdering og forslag til tiltak – omsorgsboliger for eldre med mulighet for heldøgntjenester

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

Time har en lavere prioritering av heldøgntilbud i bolig for eldre enn mange av sammenlikningskommunene. Kommunens utgifter til dette er lave. Analysene viser at enhetskostnadene er vesentlig lavere enn snittet. Kommunens enhetskostnader for omsorgsbolig med heldøgnsomsorg må selvsagt sees i sammenheng med at kommunen har flere sykehjemsplasser og at det medfører at de med mest omfattende behov ivaretas der. Samtidig fremkommer det i våre intervjuer at noen av beboerne på sykehjem kunne klart seg på annet omsorgsnivå, f.eks. bolig med stedlige tjenester og døgnbemanning. Dette er også et bilde Agenda Kaupang opplever i flere andre kommuner.

Time har færre boliger avsatt til dette formålet enn sammenlikningskommunene. Vurderingen videre bør derfor være om andelen her skal økes, både som følge av eventuelle nedtak av plasser i institusjon, men også for å ivareta nye og endrede behov som følge av at andel eldre øker. Videre vil organiseringen av disse tilbudene være viktig. Flere kommuner velger å organisere dette som en del av hjemmetjenesten for i større grad kunne utnytte ressurser og kompetanse. Andre kommuner velger å ha dette som egne tjenesteenheter. Det vesentlige er at man klarer å få enheter som er av en slik størrelse at man kan få til effektiv drift, med nødvendig kompetanse og kvalitet.

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

- ▶ Øke dekningsgraden for boliger med mulighet for heldøgnsomsorgstjenester, og tilrettelegge slik at dette blir reelle alternativ til sykehjem
- ▶ Erfaringsmessig bør kommunen unngå å ha for mange lokasjoner hvor det tilrettelegges med døgn tjenester og stedlig bemanning spredd på ulike plasser i kommunen. Det innebærer at ev. nye etableringer bør sees i sammenheng med allerede etablerte tiltak.
- ▶ Kommunen bør utvikle en helhetlig boligpolitikk for eldre, og de bør lage konkrete mål for dekningsgrader på heldøgns omsorgsplasser og sentrumsnære «plussbolig-konsepter» i samarbeid med private aktører.

Agenda Kaupangs vurderinger og forslag til tiltak innen institusjonstjenesten for eldre

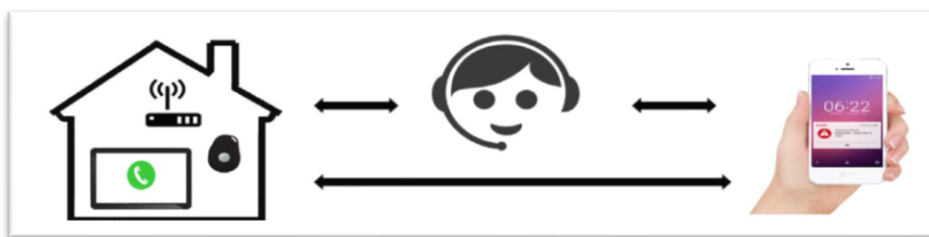
Analysene har vist at Time har en høy dekningsgrad innen sykehjem. En videreføring av dagens dekningsgrad vurderes som lite forenlig med å sikre bærekraftige tjenester fremover. Vår anbefaling er at kommunen ser på tiltak for å redusere dekningsgraden. Dette samsvarer også med det som fremkommer i intervjuer og i spørreundersøkelsen. En lavere dekningsgrad fordrer at innbyggernes behov for omfattende helse- og omsorgstjenester ivaretas av andre tjenester, og at dette er tjenester som er like gode eller bedre, men til en lavere kostnad for kommunen. Det er viktig at korttidsplassene fungerer og dermed blir et ledd i omsorgstrappen for å sikre pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Effektive omsorgsboliger med heldøgns tjenester vil også være viktige tiltak for å lykkes med en lavere dekningsgrad.

I 2017 ble 43 % av ressursene innen PLO benyttet til institusjonstjenester for eldre. Analysene har vist at kommunens utgifter til dette er høye og at dette både skyldes høy dekningsgrad og høye enhetskostnader.

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

- ▶ Iverksette tiltak for å få ned enhetskostnaden i sykehjemmene. På kort sikt omhandler dette å iverksette tiltak for å få ned pleiefaktoren i sykehjemmene, mer på nivå med det man finner i andre kommuner. Dette inkluderer å se avdelingene mer i sammenheng.
- ▶ Redusere dekningsgraden i sykehjem. Dersom kommunen opprettholder dagens dekningsgrad vil det være behov for ca. 30 flere sykehjemsplasser i 2025 og ytterligere 130 flere sykehjemsplasser frem mot 2040. Vurderingen er at dette ikke er bærekraftig eller i tråd med nasjonale føringer.
- ▶ Øke kapasiteten i hjemmetjenesten for å kunne redusere dekningsgrad i sykehjem. Vurdere om mennesker med demenssykdom og med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester i større grad kan ivaretas i bolig med heldøgn.

- ▶ Flere kommuner organiserer korttidsplassene som en del av hjemmetjenesten, f.eks. Risør. Time kan også vurdere dette. Mulige gevinster:
 - Større mulighet for fleksibel bruk av bemanningen, i tråd med variasjoner i behovet for bemanning «inne» og «ute». Ved «lediggang» kan ressursene benyttes ute i hjemmetjenesten. Det er imidlertid avgjørende at en slik organisering ikke innebærer at kapasiteten i hjemmetjenesten reduseres ved stort arbeidspress på korttidsavdelingen. Gjennomgangen viser at det har vært ledig kapasitet på korttidsplassene over en lengre periode.
 - Det er hjemmeboende som er brukere av korttidsavdelingen. Ved å bruke den samme bemanningen i hjemmetjenesten og på korttidsavdelingen blir det lettere å lage et tilbud tilpasset brukernes behov når de kommer hjem.
 - Det vil bli lettere for hjemmetjenesten å dra nytte av kompetansen om rehabilitering som er knyttet til korttidsplassene.
- ▶ Utrede muligheten for å opprette virtuelle korttidsplasser som et alternativ til korttidsplasser i institusjon. Virtuell avdeling (VA) er en måte å organisere arbeidet på som er inspirert fra England og deres metode «Virtual Ward». VA finnes i Eidsberg, Askim og Halden kommune og er ingen fysisk avdeling med inneliggende pasienter, men en virtuell måte å organisere ressursene på for at pasienten skal oppleve trygghet i eget hjem. Formålet er å få pasientene raskt hjem fra sykehus. Pasienter som er ferdig behandlet ved sykehus skrives ut til eget hjem. Ved hjelp av teknologiske løsninger kan bruker og pårørende kommunisere med helsepersonell. På denne måten kan oppfølgingen og «rehabiliteringen» skje i eget hjem som en erstatning for ordinære korttidsopphold på sykehjem.



Figur 7-1: Eksempel på kommunikasjon mellom pasient/pårørende, responscenter og hjemmetjenesten i en «virtuell avdeling»

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

Utfordringen innen psykisk helse er at kommunen i langt større grad har fått og vil få ansvar for å ivareta behov for bistand, behandling og oppfølging. Gjennomgangen viser at Time allerede opplever dette. Kommunens egne framskrivninger viser at behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke både innenfor psykisk helse og rustjenesten¹⁸.

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

Times utgifter til denne brukergruppen er høye sammenliknet med andre kommuner. Gjennomgangen viser at kommunens utgifter både er knyttet til tjenester i egen regi og til kjøp av tjenester.

¹⁸ Strategiplan Omsorg

Vurderingen er at det særlig er kjøp av tjenester som er en viktig forklaring på kommunens høye utgiftsnivå.

Gjennom intervjuer og spørreundersøkelsen fremkommer det at mange opplever dagens organisering hvor hjemmetjenesten bistår inn i psykisk helse som god. Noen uttaler at de opplever at det er noe vanskeligere å få hjelp av psykisk helse. Hvordan kommuner løser oppgavene varierer. Flere og flere kommuner ser behov for å samle tjenester til en brukergruppe i en felles enhet. Det betyr ikke at behovet for tjenester fra andre enheter opphører. All organisering og inndeling fordrer godt samarbeid og samhandling.

Flere uttrykker at det er behov for å øke aktivitetstilbudene på kveld og i helger. Kapasiteten på lavterskel tilbud for personer med ruslidelser kunne med fordel vært større.

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

- ▶ Se på tildelingspraksis. Folkehelseprofilen tilsier at kommunen ikke har høyere forekomst av psykisk helse- og rusrelaterte lidelser, samtidig viser analysene at kommunen har flere som mottar tjenester.
- ▶ Vurdere å avvikle kjøp med formål om å ha dette i egen regi dersom kommunen kan løse dette til en rimeligere kostnad og til samme kvalitet. En viktig forutsetning for å få til dette er å se dette tilbudet i sammenheng med kommunens øvrige behov for bolig med heldøgntjenester for målgruppen.
- ▶ Ha tilbud om ambulante tjenester til brukere som bor utenfor bolig med stedlig bemanning, slik at de som kan bo utenfor bolig med stedlig bemanning sikres tilstrekkelig bistand og oppfølging. Behov for helsehjelp bør også ivaretas av de som har kompetanse på brukergruppen. Dette bør sees i sammenheng med andre personalgrupper som f.eks. boliger med tjenester for denne målgruppen. Det betyr ikke at brukere innenfor denne bruker-kategorien ikke skal motta tjenester fra den ordinære hjemmetjenesten dersom vurderingen er at de er riktig instans for å ivareta behovene.
- ▶ Kommunen må jobbe målrettet for å få til gode aktivitetstilbud og jobbtillbud i samarbeid med NAV, samt å sikre tilstrekkelig kapasitet på kommunens dag-/aktivitetstilbud uken gjennom. Analysen viser at Time har mange brukere som mottar disse tjenestene. Kunne noen hatt tilbud i regi av NAV?
- ▶ Som følge av demografi vil særlig behov knyttet til psykisk helse og rus øke i den eldre delen av befolkningen. Det er viktig å styrke kompetansen på området og samarbeidet på tvers for de ulike delene av tjenesten. Kompetansen innen alderspsykiatri må styrkes.
- ▶ Øke satsingen på gruppetilbud, videreutvikle lavterskeltilbud og f.eks. starte med internett-baserte selvhjelpsgrupper. Dette kan være tiltak som kan medfører mindre press på individuell oppfølging.
- ▶ Flere kommuner opplever økt etterspørsel etter avlastningstiltak. Kommunen må ha en plan for hvordan man skal ivareta dette.
- ▶ Sikre nødvendig samhandling med spesialisthelsetjenesten, herunder å «avklare» roller og ansvar. Det er viktig med god dialog og en rollefordeling som sikrer at det er kommunen i samråd med bruker som definerer behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester. Mange brukere med rus- og psykiske helseutfordringer trenger tjenester fra både spesialist-helsetjeneste og kommune hele livet for å fungere. Det er derfor nødvendig med god dialog og samhandling for å sikre disse innbyggerne samtidige tjenester fra begge nivåer.

Agenda Kaupangs vurderinger og forslag til tiltak – tjenester til utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelser

Analysene har vist at Time har flere brukere under 18 år innenfor mange tjenester innen pleie og omsorg. Samtidig viser analysene at utgiftene samlet sett og innenfor de ulike tjenestene er lave når vi sammenlikner med andre kommuner. Kommunens egne framskrivninger viser at man forventer en økning i behov for barnebolig. Erfaringen er at slike tilbud ofte kan være svært kostnadskrevende. Kommunens dokumenter viser videre at man forventer en økning i behov for individuell plan for denne brukergruppen. Dette kan være en viktig indikasjon på at behovet for øvrige tjenester også vil øke overfor denne målgruppen.

Når det gjelder voksne brukere innenfor denne brukergruppen er vurderingen at kommunen har gjort grep for å holde kostnadsnivå overfor denne brukergruppen nede. Samdrift mellom boliger og ambulante tjenester er et av tiltakene vi tenker er fornuftige.

Analysene viser at kommunen har flere brukere når vi sammenlikner med snittet i referansegruppen. Ifølge SSB har Time færre brukere over 16 år med diagnosen psykisk utviklingshemming enn snittet for landet. Hva som gjør at kommunen likevel har flere brukere i bolig er usikkert, men kan skyldes: lavere terskel for å innvilge slike tjenester, eller flere med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester uten at de er diagnostisert som utviklingshemmede. Flere tjenestemottakere i bolig viser at kommunen er helt avhengig av å ha kostnadseffektive tjenester til denne brukergruppen. Erfaringen er at mange kommuner i lys av dette gjennomfører et arbeid knyttet til å samlokalisere og avvikle boliger og driftsenheter som ikke vurderes som egnede for denne type drift. Samdrift mellom tjenester som f.eks. bolig og dag-/aktivitetssenter for denne målgruppen er også tiltak flere og flere kommuner iverksetter.

Også her er kommunen avhengig av å ha en god omsorgstrapp. Det betyr at kommunen må sikre nødvendig kapasitet og kvalitet på ambulante tjenester, avlastning og dag- og aktivitetstilbud, for å kunne holde kostnadsnivået nede og for å unngå økt press og etterspørsel etter mer kostnadskrevende tiltak. Samdrift og god utnyttelse av ressursene vil være tiltak som på kortere og lengre sikt vil kunne holde kostnadsnivået nede uten at det går på bekostning av kvalitet, heller tvert om.

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

- ▶ Time har samlet tjenester til målgruppen i en felles enhet. Dette tenker vi er nødvendig og smart. Enhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenester for denne målgruppen er en viktig forutsetning for å yte gode helhetlige tjenester, sikre samdrift mellom tjenester og nødvendig strategisk planlegging.
- ▶ Utrede mulighet for samorganisering av dag- og aktivitetstilbudet for målgruppen. I dette ligger det å se på muligheten av økt samdrift mellom bolig og aktivitetssenteret. Dette kan være viktige tiltak for bedre ressursutnyttelse, bruk av kompetanse og for å få ned utgiftene. Økt samdrift kan også være viktige tiltak for å få til økt heltidskultur i tjenesten samlet sett.
- ▶ Sikre et godt og effektivt avlastningstilbud til de som er i behov av det slik at behovet for tjenester på et høyere omsorgsnivå utsettes. Dette gjelder alle aldersgrupper og brukergrupper. Flere uttaler at Time har utfordringer med å rekruttere avlastere. Kommunen er pålagt å ivareta behov for avlastning, det gjør at man må ha ulike tilbud. For gruppen barn kan man f.eks. ha egne avlastningsgrupper i avlastningsboligen. Gode fritidstilbud, dag- og aktivitetstilbud samt andre kommunale tjenester er også viktige tjenester som kan fungere som avlastning for pårørende.

- ▶ Kommunen må tilstrebe å ha tilstrekkelig kapasitet på dag- og aktivitetstilbud, samtidig som man sikrer kostnadseffektive tiltak. Analysen viser at kommunens utgifter til dette er høyere enn snittet i referansegruppen. Ettersom kommunen har færre tjenestemottakere indikerer dette høye enhetskostnader. Hva som er årsaken til dette er usikkert, men kommunen bør foreta en vurdering knyttet til om flere kan få dette og om man kan få et mer kostnadseffektivt tiltak.
- ▶ Ta i bruk velferdsteknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen.

8 Veien videre

Det er oppdragsgiver selv som må ta stilling til hvordan innholdet i denne rapporten skal brukes, men vi er kjent med at rapporten skal danne grunnlag for å kunne iverksette nødvendige endringer, som eksempelvis å justere organisasjonen, levere mer ressurseffektive tjenester og sørge for å bli i stand til å møte fremtidens behov innenfor eldreomsorgen, for personer med nedsatte funksjonsevner og for de som i perioder eller over tid sliter med helse og rus i Time kommune.

Vi vil imidlertid forslå følgende framgangsmåte for det videre arbeidet:

1. Vurdere en ny organisasjonsmodell for virksomhetsområdet med fokus på en dreining av ressursene (folk og penger) fra institusjonsplasser til omsorgsboliger, og med økt innsats i hjemmet (rehabilitering og hjemmebaserte tjenester)
2. Etablere et felles tildelingskontor med et tydelig mandat og fullmakter, samt revidere dagens tildelinger særlig innenfor praktisk bistand
3. Etablere relevante og formelle fora/møteplasser for at samarbeidet og samspillet mellom tildelingskontoret og tjenesteområdene ivaretas
4. Gjennomgå og kvalitetssikre prosessene og arbeidsoppgavene i en eventuell ny organisasjonsmodell
5. Utforme rolle- og stillingsbeskrivelser til alle funksjonene i modellen, og etablere lederavtaler
6. Tydeliggjøre og operasjonalisere delegasjons- og fullmaktsmatrisen i hele virksomhetsområdet
7. Igangsette en bred og god lederopplæring
8. Sikre tilstrekkelig ressurser internt og/eller eksternt til å implementere ovennevnte punkter
9. Oppfølging av og agering på avvik i implementeringsprosessen fra virksomhetsleder og nedover i organisasjonen
10. Utarbeide en informasjons- og kommunikasjonsplan for 'dreiningsprosjektet' i virksomhetsområdet

Nødvendigheten av formelle prosesser

De tillitsvalgte i virksomhetsområdet har vært informert både før og underveis i oppdraget, og deltatt i spørreundersøkelsen og intervjuene. Oppdragsgiver bør i den videre prosessen involvere de tillitsvalgte, i tillegg til å sørge for å få nødvendig bistand fra personal-/organisasjonssektoren i kommunen. Dette for å ivareta de ansattes hensyn og rettigheter på en riktig og god måte, både før beslutningen tas og når framdriftsplan og implementering av en ny og/eller revidert organisasjonsmodell er besluttet.