

Lierne kommune

Ferdig situasjonsrapport helse- og omsorgstjenesten

RO-rapport 24. Februar 2018

RO
Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no



Forord

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) har bistått Lierne kommune med en gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. Hovedfokuset i gjennomgangen har først og fremst dreid seg om økonomiske effektiviseringsmuligheter. Tjenesteområdet er pålagt å redusere kostnadene med 1,3 millioner kroner inneværende år og 3,0 millioner kroner i 2019.

Arbeidet har blitt utført i nær dialog med kommunen ved etatsleder.

RO takker for et konstruktivt samarbeid og til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og annen informasjon.

Stjørdal 24. februar 2018

Innholdsfortegnelse

1. Sammenheng	4
2. Oppdraget	7
2.1 Generell innledning	7
2.2 Gjennomføring og metode	8
3. Brukerperspektivet i framtidig tjenesteyting	9
3.1 Generelt om innretning av helse- og omsorgstjenesten i en kommune	11
3.2 Hva påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet	12
3.3 Innretning og profil	12
3.4 Kjennetegn på tjenester som lykkes	13
4 Helse- og omsorg i Lierne kommune i 2018	15
4.1 Lierne kommune sin strategi for helse- og omsorgsetaten	15
4.2 Omsorgs- tjenestetrappa i Lierne kommune	15
5. Kvantitativ analyse	16
5.1 Befolkningsframskriving	16
5.2 KOSTRA-statistikk for helse- og omsorgstjenesten	19
5.3 Tjenesteprofil	27
5.4 Ressurs- og driftsanalyse sykehjem	28
5.5 Heltid / deltid	30
6. Kvalitativ analyse	33
6.1 Intervjuer	33
7. Vurdering, konklusjoner og forslag til tiltak	35
7.1 Hovedutfordringene	35
7.2 Forslag til tiltak	38
Vedlegg	40

1. Sammendrag

Lierne kommune ved utvalg for Folk og Livskvalitet vedtok den 5. desember 2017 sak 47/17 å oppnevne et utvalg som skal arbeide med innsparingsprosess Helse og omsorgsetaten 2018 og 2019. Vedtaket tok utgangspunkt i formannskapetets forslag til budsjett og økonomiplan hvor det ble foreslått å gjennomføre en innsparingsprosess innen etaten. Det er forventet en foreløpig innsparing på kr 1.3 millioner for året 2018 med virkning fra 1.september 2018 og kr 3.0 millioner for 2019.

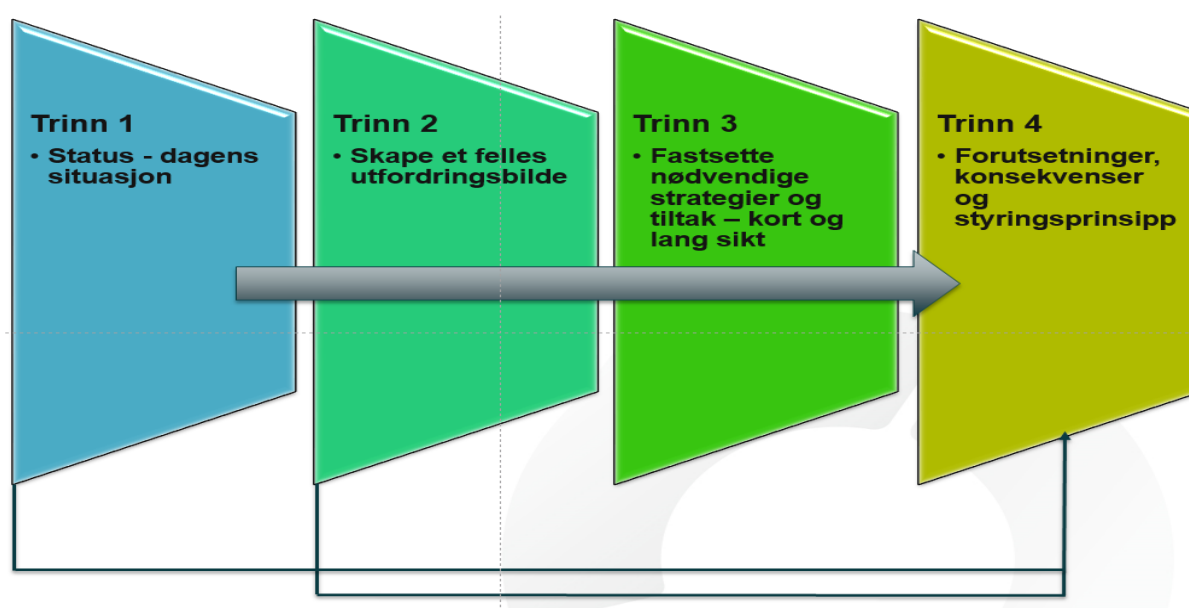


Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) har bistått kommunen med en ekstern vurdering av dagens organisering og tilbud. Videre har RO vurdert dagens ressursutnyttelse i forhold til tjenester som etaten har i dag. RO's bidrag vil inngå som en del av det totale arbeidet for å komme frem til utvalgets innsparingstiltak.

Fokusområder:

1. Tiltak for å imøtekomme sparekravet
2. Bærekraftige helse- og omsorgstjenester i framtiden.
3. Riktig dimensjonering innen sykehjem og hjemmetjenester.
4. Bruk av ressurser som kan møte framtidig behov, faglig og økonomisk.
5. Hensiktsmessig organisering av tjenestene – organisering av ledelsen.
6. Bruk av ressurser på tvers.

For at Lierne kommune skal kunne tilpasse seg de økonomiske rammene som er gitt i 2018, 2019 og framover, må det iverksettes tiltak som ivaretar helheten. Dette innebærer at kommunen først må bli enige om; 1) status/dagens situasjon, 2) skape et felles utfordringsbilde, 3) fastsette nødvendige strategier og tiltak med utgangspunkt i utfordringsbilde, 4) krever dette organisatoriske endringer og hvilke forutsetninger må være tilstede.



Dagens tjenesteprofil, nivå og omfang bør vurderes opp mot framtidens utfordringer og ønskede prioriteringer.

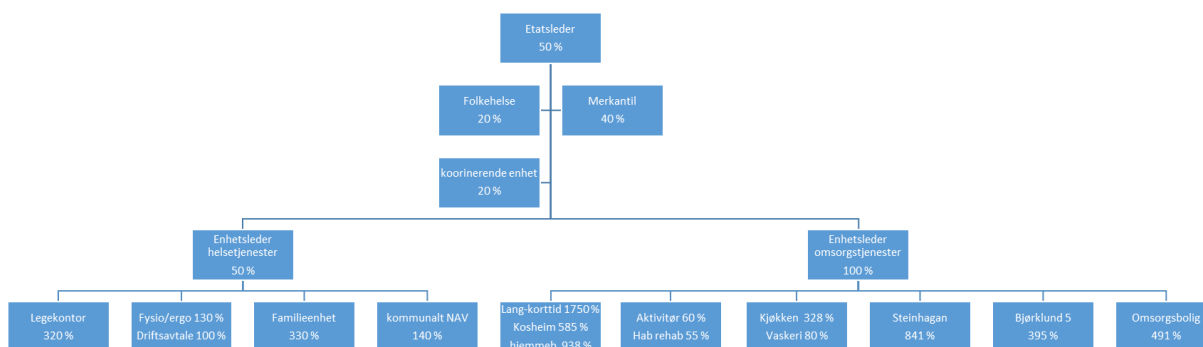
Utarbeidelse en plan for dimensjonering av hvert enkelt trinn i en “tjenestetrapp/omsorgstrapp” vil kunne bidra til en bevisst, planlagt og en mer effektiv drift av helse- og omsorgstjenestene. Lierne kommune har igangsatt et arbeid med hverdagsmestring, dette MÅ implementers, både innen tjenestene og overfor innbyggerne

Etter RO sine vurderinger har helse- og omsorgstjenesten et fragmentert lederskap. Få ledere er leder i 100 %. Etter RO sine vurderinger må dagens lederkabal tydeliggjøres. Dette for å sikre større grad av helhetlig tjenesteløp og ressurseffektive tjenester. Ledere må bruke mer tid på å lede og utvikle tjenesten de er ansvarlig for, og i samarbeid med hverandre.

Skal Lierne kommune lykkes med å innfri sparekravet og å utvikle framtidige bærekraftige tjenester, må samarbeidet innen etaten styrkes. Brukerperspektivet må være ledende for hvordan tjenesten innrettes.

Lierne kommune vil, i likhet med mange mindre kommuner, i framtiden måtte løse sin oppgaver med større krav til kompetanse og færre yrkesaktive pr omsorgsmottaker. Det innebærer en felles benyttelse av den kompetansen som finnes. Det kan for eksempel gjøres gjennom en felles turnusplan. For å løse dette i en bærekraftig tjeneste, må man se på den totale kompetanse og bemanning kommunen har innen etaten. Skal man lykkes med dette er det viktig med en involverende prosess hvor brukerperspektivet står i sentrum.

Bilde 1. Dagens organisasjonskart.



Hvilke mulige konkrete effektiviseringstiltak , av større og mindre skala finnes:

Mulige tiltak	Mulig økonomisk innsparingspotensial	Mulig kvalitativ effektivitet
Reduksjon i antall sykehjemsplasser til 22 % av antall innbyggere 80 år og eldre . Redusere bemanningen men oppretthold dagens pleiefaktor på 0,86	Ca. 4,35 årsverk	
Reduksjon i antall sykehjemsplasser til 22 % av antall innbyggere 80 år og eldre . Redusere bemanningen og dagens pleiefaktor til 0,80	Ca. 5,75 årsverk	
Effektivisere hjemmetjenestene –reduere indirekte tid		Økt mulighet til å yte flere tjenester inkl. bistå på sykehjemmet
Vurdere inntektsøkning	Utrede	
Redusere antall dager i vaskeriet, fra 4 til 3	Utrede	
Avslutte alle seniortiltak. Gjelder hele kommune	Utrede	
Avslutte opplegg med fri i fbm trening	Utrede	
Tydeliggjør hva som forventes av ledere og klarstille forutsetningene.Ledere skal lede, og delegere operative oppgaver til andre. Myndiggjorte medarbeidere	Vil øke lederes mulighet til å følge opp, være tett på etc. Lar medarbeidere selv ta aktiv del i utvilingsarbeidet	
Endre tildelingspraksis og oppfølging	Dagens praksis må gjennomgås.	
Hverdagsmestring som ideologi, tydeliggjøre ei tjenestetrapp	Gir en kvalitativ og faglig forbedring	
Vurdere hvor det er hensiktsmessig å ta i bruk velferdsteknologi og Smart-teknologi	Gir en kvalitativ og faglig forbedring	
Tydeliggjøre vedtakspraksis, bruk av IPLOS	Nødvendig for dokumentasjon	
Tilbud om veiledning for innbyggere over 70 år	Forebygging, og synliggjør at alle har ansvar for eget liv	
Mål for nærvær minimum 94 %	Større stabilitet	
Se på turnus, vaktlengder, innleie, hel-deltid mm	Flere over på større stillinger, omdømme, gir en kvalitativ og faglig forbedring	
Alle medarbeidere over på kommunal E-post	Som kommunikasjonskanal sammen med andre kanaler	
Compilo som kvalitetssystem SKAL nyttes av alle	SKAL på plass	
Få på plass rutiner for dokumentasjon som SKAL benyttes	SKAL på plass	
Planlegge og bygge flere omsorgsboliger som bofellesskap med mulighet for heldøgns tjenester sentrumsnært	Vil kunne bidra til å redusere behov for nye sykehjemsplasser i framtid	
Vurdere å bygge 2 leiligheter i gamle Kosheim for ressurskrevende tjenestemottakere	Sikre heldøgntjenester der dette er nødvendig uten å legges inn på sykehjemmet	
Vurdere alternative turnusløsninger, praksis ved innleie mv	Øke ansattressursen, som rekrutteringsmiddel. Redusere kostnader	
Større fleksibilitet i bruk av kompetanse	Sikre høy grad av kompetansemobilisering. Midre sårbar når medarbeidere med bestemt kompetanse kan nytte denne på tvers	
Se på muligheten for å arbeide smartere	Gir en kvalitativ og faglig forbedring	

2. Oppdraget

RO har skissert en løsning der man i prosjektet også vektlegger å se på innretning / organisering med bruk av ressurser som kan møte dagens og framtidig behov, på en økonomisk og faglig bærekraftig måte.

Bakgrunnen for henvendelsen er ønske om å få en ekstern gjennomgang av dagens organisering, og hvordan ressursutnyttelsen innen tjenesteområdet er. Kommunestyret har vedtatt et innsparingskrav på kroner 1,3 i 2018 og 3,0 million i 2019. Det er nedsatt et utvalg som skal arbeide frem forslag til tiltak for å møte innsparingskravet. Utvalget har frist til 13. april 2018 med å levere en rapport med forslag til innsparingstiltak til rådmannen.

Gjennomgangen gjelder i utgangspunktet alle tjenesteområdene innen helse- og omsorgstjenesten.

Hovedmålet for en gjennomgang er:

- ⇒ Klargjøre dagens tjenesteinnretning
 - Ideologi
 - Ressursbruk
- ⇒ Framtidig tjenesteproduksjon
 - Ideologi og konsekvenser
 - Behov for samhandling / teamarbeid
 - Medarbeiderskap
 - Omstillingskompetanse
- ⇒ Sikre bærekraft
 - Forslag til innsparingstiltak
 - Nødvendig kompetanse og utnyttelsesgrad

RO har forstått at hovedmålet med gjennomgangen er å arbeide frem forslag til innsparingskrav. Samtidig å gi tjenesten et grunnlag å bygge videre på, hvor målet er å kunne møte framtida på en bærekraftig måte. Dette gjelder både økonomisk og faglig. Likeså forsøke å klarstille hvilke driftsmessige følger dette kan få for tjenesteytere og de som i dag og i framtid vil ha behov for å motta tjenester.

Å etablere en slik oversikt, innebærer å:

- **Analysere dagens ressursbruk og drift** – hvordan leder, drifter og yter kommunen helse- og omsorgstjenestene i dag og å framskrive dagens praksis?
- **Utforske tjenestemål og planer** – hvordan matcher disse planene med de føringene, behovene og utfordringene kommunen ser i fremtiden?
- **Klarstille driftsmessige konsekvenser** - for tjenesteytere og tjenestemottakere?

2.1 Generell innledning

RO oppfatter oppdraget som bistand i forbindelse med budsjetttilpassing og effektivisering. Mens effektivisering i stor grad handler om å tilby bedre, rimeligere eller flere tjenester innen uendra rammer eller med lavere ressursinnsats, handler budsjetttilpasning om reelle kutt og reduksjon i tjenesteutøvelsene opp mot ressursinnsatsen.

Mange setter likhetspunkt mellom ressursinnsats (og for eksempel antall medarbeidere) kvalitet. Hva betyr kvalitet og effektivitet? Helse- og omsorgstjenesten i Lierne må som all annen virksomhet

nytte tilgjengelige ressurser på en mest mulig effektiv måte. Det vil si; greier vi å utnytte de ressursene vi rår over, og som inngår i produksjon av tjenestene våre på en effektiv måte? Vi skiller ofte mellom kostnads- og resultateffektivitet. Kostnadseffektivitet er når vi produserer en tjeneste til laveste mulige kostnad. Resultateffektivitet er å sørge for en tjenesteutøvelse som gir best mulig resultat for tjenestemottakeren.

RO har i punkt 3.4 gjengitt noen kjennetegn på tjenester som lykkes.

For å lykkes med effektivisering kreves at Lierne kommune har god oversikt, klare prioriteringer, åpenhet og systematisk oppfølging. Dette forutsetter;

- tydelig ideologisk grunnlag for all tjenesteyting
- lederskap som kommuniserer tydelig hvilke prioriteringer som gjelder. At disse er forstått og akseptert
- lederskap som er åpen og framstår som kulturbygger for utvikling, prøving og feiling
- god og nødvendig oversikt over ressursbruk og hvordan tjenestene ytes
- utstrakt grad av mydigging av medarbeidere
- leder- og medarbeiderskap som innenfor tilgjengelige ressurser fokuserer på kvalitet i tjenesteutøvelsen yter tjenester
- systematisk rapportering og oppfølging av mål og resultat

2.2 Gjennomføring og metode

Rapporten bygger på følgende grunnlagsdata:

- Lierne kommunes planverk og styringsdokumenter.
- Diverse registerdata.
- Individuelle samtaler og gruppeintervju med til sammen 17 informanter.
 - Intervju med ledere inklusive rådmannen, tillitsvalgte, verneombud og kommunefysioterapeut.
- Oppfølgingssamtaler med Helse- og omsorgssjef etter behov.

Arbeidet ble gjennomført i perioden 11. januar til 23. februar 2018.

Rapporten presenteres for oppnevnt utvalg fredag 23.februar 2018.

Tjenestene som ytes av Lierne kommune skal være i henhold til de myndighetskrav som til enhver tid er gitt i form av lover, forskrifter og retningslinjer. For å oppnå dette er kommunen avhengig av at tjenester er effektive, både faglig og driftsmessig. Gjennom arbeidet har RO søkt å belyse om kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenestene tildeles og utføres på beste effektive omsorgsnivå (BEON), slik at økonomisk styring sikres innenfor gjeldende lovverk.

For å skape en prosess som er gjennomarbeidet nok til å sikre implementering av nødvendig effektiviserings- og forbedringstiltak, er det av stor betydning at kommunen bruker tid på å skape involvering, eierskap og forankring. Dette for å skape forståelse for dagens og morgendagens utfordringsbilde.

RO har benyttet en kvantitativ og kvalitativ tilnærming til utredningsarbeidet. I den kvantitative analysen har RO foretatt benchmarking-analyser basert på tilgjengelige registerdata. Relevante

datakilder har vært opplysninger fra kommunen, KOSTRA, SSBs befolkningsprognoser og Grønt hefte¹.

Analysene er gjennomført med utgangspunkt i KOSTRA-tall for år 2014-2016. Vi har sammenliknet kommunenes prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet innenfor de ulike tjenesteområdene.

Det er foretatt en kvalitativ gjennomgang av tjenestene som er sammenholdt med funn fra den kvantitative analysen. For å få svar på spørsmål bl.a. knyttet til situasjonen i dag og mulige innsparingstiltak har dette skjedd gjennom intervjuprogrammet i kommunen.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har RO gjennomført en studie av mønstre i innretningen av norske kommuners omsorgstjenester². RO benytter metoden fra dette arbeidet til å sammenligne Lierne kommune sin tjenesteprofil med andre kommuner. Ved å gjennomføre ROs tjenesteprofilanalyse vil Lierne kommune bli rangert fra 1-10 sammenlignet med landets øvrige kommuner. Profilen beskriver grad av:

- Institusjonsorientering – hjemmetjenesteorientering.
- Eldreomsorg – omsorg for yngre aldersgrupper.
- Dekningsgrad – tjenesteintensitet/maksimumskapasitet.
- Tilgjengelighet til langtidsplass – korttidsplass.

Oppdraget omfatter også en ressurs- og driftsanalyse av sykehjemmet. Ut fra lang erfaring med lignende oppdrag i andre kommuner, vet RO at det er store forskjeller når det gjelder drift av sykehjem og at dette kan ha viktige konsekvenser for effektiv ressursutnyttelse også i tjenestene som helhet.

Resultatene fra den kvantitative statusgjennomgangen og den kvalitative informasjonsinnhenting sammenstilles og munnar ut i konkrete forslag til tiltak i denne sluttrapporten.

3. Brukerperspektivet i framtidig tjenesteyting

Helse- og omsorgstjenestene skal gjøre det mulig for brukerne å klare seg selv i hverdagen. Omsorg 2020³ understreker «mestringsperspektivet» i tjenesteutforming og tjenesteyting i helse og omsorg. Dette innebærer at det er brukeren sine egne ressurser som skal mobiliseres for å endre, bedre eller takle egen livssituasjon. Dette innebærer at de som yter tjenestene, skal møte brukerne / pasientene ut fra et ressursperspektiv.

Tjenesteyting i kommunal sektor har tradisjonelt tatt utgangspunkt i at medarbeidere har innehatt en ekspertrolle og at tjenestemottakerne er passive mottakere av en tjeneste. Gjennom den siste revideringen av pasient- og brukerrettighetsloven er brukeren / pasienten tilkjent mer «makt». Dette innebærer en endring som kan beskrives slik:

- *Fra tjenestemottakere til likeverdige parter som er i stand til, og ønsker å ta ansvar for eget liv.*
- *Fra aktive deltakere til likeverdige parter i alle saker som omhandler deres liv.*

¹ Beregningsteknisk dokumentasjon (Grønt hefte) viser fordelingen av rammetilskuddet for den enkelte kommune og fylkeskommune og legges frem som vedlegg til statsbudsjettet (Prop. 1 S).

² Nygård, L & Breivik, I.(2013) «Mønstre og mangel på mønster i innretning av de kommunale omsorgstjenestene»

³ Regjeringa sin plan for omsorgsfeltet 2015-2020

- *Fra en medarbeiderrolle som «ekspert», til at rollen i mye større grad enn tidligere blir å dele kunnskap med tjenestemottakeren.*

Det er lett å glemme mennesket bak sykdommen, diagnosen (somatisk, psykisk og rus) eller funksjonstapet. Vår helse- og omsorgslovgiving bygger på en faglig forståelse av at aktiv medvirkning i tjenesteutforming og tjenesteyting både er en rett og skal synes i praksis. Om vi trenger assistanse eller behandling, er vi mennesker med de samme grunnleggende følelser og behov for å høre til, og et ønske om å delta i fellesskapet.

Utviklinga i helse- og omsorgstjenesten skal ha en innovativ retning⁴:

- Morgendagens tjenestemottakere skal møtes med et ressursorientert perspektiv.
- Morgendagens omsorgsfellesskap skal gi rom for pårørende, frivillige, ideelle og private tjenesteleverandører.
- Morgendagens helse- og omsorgstjeneste spiller sammen med brukeren, familie og nettverk med god kompetanse både faglig og sosialt.
- Morgendagens omsorgsarena er eget hjem med tekniske løsninger og assistanse som gir mestring i hverdagen og i fellesskapet, i et mangfold av løsninger.
- Morgendagens helse- og omsorgstjenester skal ytes på en helhetlig og samhandlende måte.

Gjennom Meld. St. 26 (2014-2015), *Framtidas primærhelsetjeneste*, ser regjeringen behov for en langsiktig omstillingsprosess for å sikre nyskaping og utvikling av nye og bedre løsninger i omsorgssektoren. Omsorg 2020 gir sentrale føringer og retning for omsorgsfeltet 2015-2020, med viktige tiltak for å styrke kvalitet og kompetanse i omsorgstjenesten.



Framfor å heve terskelen for å få hjelp, må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Her vil medarbeidernes forståelse og evne til oppfølging være av stor betydning. For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommuneorganisasjonen, må det ses med nye øyne på **hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med på å skape den**. Dette betyr blant annet:

Den største ressursen
ligger ofte hos
tjenestemottakeren selv

- Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens den det gjelder, bor hjemme. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: *Hva er viktige aktiviteter for deg nå?*
- Hverdagsrehabilitering er en arbeidsmåte, og arbeidsinnsatsen er tverrfaglig.
- Mestring er sentralt i hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering i Norge omtaler hverdagsmestring som et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Hverdagsmestring er både et rehabiliterende og et helsefremmende tankesett.

En sterkere satsing på hjemmebasert omsorg og hverdagsrehabilitering, betinger endring i tankesett og arbeidsmåter som bygger opp om tjenestemottakeren sine verdier og livskvalitet. Arbeidsmåter som tjenestedesign og bruk av velferdsteknologi vil påvirke innholdet i tjenestene. I tillegg til spesifikk fagkompetanse vil tjenesteyterne trenge fagovergripende kompetanser, som kommunikativ

Hverdagsmestring
Et forebyggende og
rehabiliterende tankesett

⁴ Morgendagens omsorg Meld. St. 29 (2012-2013)

kompetanse og evne til samhandling. Med arbeidsplassen som læringsarena, kan ledere og medarbeidere involveres i den daglige utviklinga av ei ressurseffektiv helse- og omsorgstjeneste.

3.1 Generelt om innretning av helse- og omsorgstjenesten i en kommune

I Omsorg 2020 blir hjemmebaserte tjenester omtalt som «Den nye hjemmetjenesten» og «Brukeren sin hjemmetjeneste». Da må brukernes egendefinerte behov stå i fokus ved tildeling av bistand og i gjennomføring og utvikling av tjenestene. Dette utfordrer evnen til kommunikasjon, dialog og innsikt i det reelle behovet for bistand, og målretta utmåling av tjenesten.



Generelt om hjemmebaserte tjenester er fundamentet i pleie- og omsorgstjenesten

Når det gjelder innretning av helse- og omsorgstjenesten, er det hjemmebasert tjeneste som er fundamentet. En bærekraftig hjemmetjeneste påvirkes av faktorer som terskel for tildeling av bistand i starten, og terskel for flytting til høyere omsorgsnivå. Dersom terskel for å få hjemmetjenester er for lav, kan dette like gjerne bli tilvenning til mer hjelp, som det blir målretta forebygging eller stimulans til å vedlikeholde funksjoner og aktivitet.

Generelt om sykehjemmets rolle og funksjon i en kommune

Sykehjemmets rolle og funksjon i den totale tjenestekjeden er avgjørende for å unngå at det oppstår flaskehalser i vekslingsfeltet mellom ulike tjenester eller tjenestenivå. Tilgjengelighet til korttidsopphold, sikrer smidighet og fleksibilitet i tiltakskjeden. En velfungerende hjemmetjeneste er også avhengig av tilbud om ambulerende nattjeneste og dagtilbud.

Sykehjemmets rolle og funksjon er behandling, utredning og rehabilitering, enten brukeren bor hjemme, i omsorgsbolig eller bofellesskap med heldøgns tjenester. På denne måten blir hovedfunksjonen for sykehjemmet eller institusjonen en arena for korttidsopphold og spesialisert behandling. Dette innebærer en tydelig målsetting for korttidsoppholdet og målrettet arbeid for behandling, rehabilitering og utredning. Korttidsplassene kan også være nyttige når det gjelder overgangen mellom sykehuset og eget hjem.

Korttidsopphold er en tjeneste som er uavhengig av hvilke tjenester personen har fra før. Korttidsopphold innebærer behandling, rehabilitering eller utredning for å takle egen livssituasjon, eller for videre behandling på et annet nivå. Målet er å yte tjenester som gir personen støtte til å mestre hverdagen, både for de med størst behov for lindring og pleie, og de som trenger assistanse gjennom hele livet.

Grad av tilgjengelighet til korttidsplass sier noe om samarbeidet mellom institusjonen og hjemmebasert omsorg. Når behov for korttidsplass oppstår, er hovedspørsmålet om det er ledig plass. Mer viktig enn tallet på plasser, er spørsmålet om hvordan plassene blir brukt og hvilke funksjoner sykehjemmet fyller i den samlede omsorgstjenesten i kommunen.

Langtidsplass i framtiden vil for mange kunne gis som heldøgns tjenester i omsorgsbolig / bofellesskap. Retten til egen heim uavhengig av behov for bistand, er nedfelt i lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenestene. De siste tiårenes reformer innen omsorgstjenestene har hatt stort fokus på boliggyggingen av omsorgstjenestene, dette gjelder også eldreomsorgen.

Generelt om omsorgsbolig / bofellesskap med heldøgns tjeneste

En omsorgsbolig med heldøgns tjenester er en bolig der beboeren får den assistansen som han / hun til enhver tid har behov for og som beskrives i enkeltvedtaket. Videre kan beboeren bo der livet ut, når vedkommende ønsker det, og det er faglig forsvarlig. Omsorgsboligen reguleres av husleieloven, noe som sikrer beboeren mot uønsket flytting.

Når det gjelder avlastning for pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid, kan disse tjenestene ytes i en omsorgsbolig. Slik kan tjenestemottaker fortsatt få tjenester fra hjemmetjenesten, på samme måte som hjemme, men med tillegg av de tjenestene som pårørende yter ellers i året.

3.2 Hva påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet

I dette kapitlet vil vi beskrive noen viktige faktorer som påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Vi vil ta for oss temaene innretning og profil. Disse faktorene danner også et faglig grunnlag for analyse og forslag til mulige organisatoriske endringer i Lierne kommune.

Strategien for å nå god ressursutnyttelse og god tjenestekvalitet, forutsetter et godt tverrfaglig samarbeid (samhandling) innen de ulike tjenesteområdene og med brukere / pårørende og frivillig sektor gjennom å:

- gi riktige tjenester på riktig nivå til riktig tid.
- tilrettelegge for et godt tverrfaglig samarbeid
- prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid med fokus på mestring og ansvarliggjøring av egen helse.
- legge til rette for god livskvalitet, felles sosiale møteplasser, velferdsteknologi, kultur og idrett.
- arbeide kunnskapsbasert, utvikle tverrfaglig kompetanse om helsetilstand, virkemidler og tiltak som har effekt.

3.3 Innretning og profil

Nyere forskning innen pleie- og omsorgstjenestene Brevik og Nygård (2013)⁵ viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 prosent av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. Andre kommuner har ingen sykehjemsplass for langtidsopphold, de sykehjemsplassene kommunen rår over brukes som korttidsplasser for behandling og rehabilitering og med en gjennomsnittlig botid på bare noen uker. I 2016 var det 25,8 prosent av innbyggere over 80 år som var beboere på sykehjemmet. En økning fra 2014 og 2015.

Brevik og Nygård hevder at noen kommuner har det vi kan kalle en forebyggende tjenesteprofil ved å gi litt hjemmetjenester til mange personer. Andre kommuner har det vi kan kalle en pleieprofil på hjemmetjenestene ved å gi mye hjelp til få personer. De hevder videre at vi i noen grad kjenner en del mønstre i variasjonen.

⁵ Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene, Ivar Brevik og Lars Nygård, NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning, NOTAT 2013:104.

I noen grad kjenner vi også kostnadsdriverne innen omsorgssektoren. Hagen med flere (2011)⁶ finner i tillegg til kommunale inntekter og alderssammensetning at følgende faktorer bidrar til å forklare variasjoner i ressursbruk: standardiserte dødelighetsrater, andel enslige, andel med lav utdanning, andel sosialhjelpsmottakere, antall psykisk utviklingshemmede, folketall, befolkningstetthet og reisetid internt i kommunen.

Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg slår fast følgende:

«Hjemmetjenesteorientering framstår derfor som mer effektivt i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, og uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.» (Borge og Haraldsvik 2005)

Også Sørheim og Paulsen (2012)⁷ finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrekke med flere (2011)⁸ finner at kommuner med ansatte hvor andelen med relevant høgskole-utdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrekke finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler.

Professor Anders Grimsmo har med utgangspunkt i «*Pasientens helsetjeneste*» uttalt at internasjonalt er det en utvikling mot mer hjemmebasert behandling, dette inkluderer også spesialisthelsetjenesten. Han sier:

- Skifte fra å være problemorientert til å bli målorientert
- Med unntak av noen bestemte pasientgrupper oppnås de samme resultatene av medisinsk behandling hjemme som i institusjon
- De beste rehabiliteringsresultatene oppnås hjemme eller boende hjemme
- Hjemmebehandling gir størst pasienttilfredshet
- Hjemmetjenesten er fleksibel og har i praksis en vesentlig bufferkapasitet
- Evalueringer: høyere kvalitet, lavere kostnad og positive pasienterfaringer



3.4 Kjennetegn på tjenester som lykkes

RO har sammenfattet viktige kjennetegn ved kommuner som har lykkes med å få til tjenester av høy kvalitet. Dette definert med fornøyde brukere og ansatte, få avvik fra tilsyn og god økonomisk drift.

⁶ Utviklingen i kommunenes omsorgstjenester, Hagen m.flere

⁷ Sørheim, K.A. og Paulsen, B. (2012): Strukturell variasjon i pleie- og omsorgstjenesten. Typologisering av kommuner. Sintef, Teknologi og samfunn. Helse.

⁸ Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G., og Vardheim, I. (2011): Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.

- **En tjeneste som er gjennomsyret av fokus på forebygging, tilrettelegging og mestring.** Behovsvurdering, enkeltvedtak og oppfølging av vedtakene i den daglige tjenesteytingen retter oppmerksomheten på mulighetene og motivasjonen for mestring hos den enkelte tjenestemottaker. I tillegg har kommunen økt satsing på fysisk tilrettelegging, sosial trening, nettverksbygging og varierte meningsfylte aktivitetstilbud.
- **God omsorg definert som målrettet og systematisk forskjellsbehandling.** Alle tilbys tjenester ut i fra en grundig og individuell vurdering av den enkeltes særskilte behov og ressurser.
- **Ansatte med god evne til kommunikasjon.** Dette betyr ansatte som er gode på å møte behovene hos den enkelte, utøve sitt faglige skjønn i det daglige møtet, motivere og skape positiv stemning, samt begrunne på en trygg måte både et ja og et nei. Dette forutsetter trygge kompetente fagpersoner som har et avklart verdigrunnlag som styring for sin daglige atferd.
- **Nærværende og tydelig lederskap.** Tydelige ledere med handlingsrom. Ledere som ser medarbeideren, som er nær og har klare forventninger til tjenesteatferd. Som berømmer forslag til nye arbeidsformer og viser stolthet over det en lykkes med. Feil læres av og veiledning er systematisert.
- **En visjonær organisasjon med tydelige mål.** Her finner vi ledere med visjoner om framtid og medarbeidere som våger å tenke nye tanker. En organisasjon som jobber målretta for å nærme seg visjonene.
- **Tydelig forventningsavklaring mot befolkningen.** Tjenestene er beskrevet på en slik måte at innbyggerne skjønner hva som kan forventes av hjelp og støtte og hva som skal kjennetegne måten tjenesten skal ytes på.
- **Sykepleierne er lett tilgjengelig for hele tjenesten, men er gitt spesielt ansvar for sykehjemsfunksjonen.** Sykepleiefaglig kompetanse er medisinsk spisskompetanse utviklet for å mestre en oppgradert helsetjeneste.
- **Sykehjemmets korttidsfunksjon er prioritert framfor sykehjemmet som boform.** Disse kommunene klarer "brasene" med stadig raskere utskrivningstakt fra sykehus. I tillegg unngås "unødvendige" sykehusinnleggelser, særlig av eldre som ellers får hjemmebaserte tjenester.
- **Omsorgsboligene er i hovedsak bygd som bofellesskap.** I disse kommunene utgjør bofellesskap arenaen for tjenestemottakerne med de største behov for tjenester gjennom hele døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærmet lik som ved nybygde sykehjem. Bofellesskap nyttes også som arena for tilrettelagt tilbud for innbyggere med demens.
- **Arbeidsformene fra sykehjem er ikke overført inn i bofellesskapene.** Daglige rutiner, arbeidsmåter, arbeidsplaner, grad av samhandling med pårørende etc. er forskjellig fra sykehjem. Vedtakene er individualisert og tjenestebeskrivende.
- **Har kvalifiserte bestillere med budsjettansvar.** Kommunene har samlet forvaltningsoppgavene på få hender, oppkvalifisert disse slik at faglig skjønn utøves på et tryggere grunnlag, rettsikkerheten for tjenestemottakeren søkes bedre ivaretatt, etc. Bestillerne samhandler godt med de som utfører tjenestene, uten at tjenesteyterne mister fleksibiliteten.
- **God samhandling med den kommunale legetjenesten.** Kommunene har avtaler med fastlegene i forhold til beboerne i bofellesskapene, både som tilbud til beboerne og i forhold til veiledning av ansatte. Legesamarbeidet er en kritisk suksessfaktor i forhold til korttidsfunksjonen som dekkes av sykehjemmet.
- **Åpner for nye kompetansegrupper inn i tjenesten.** Tilsetter kulturarbeidere, miljøterapeuter, sosialarbeidere, pedagoger, etc. Øker mangfoldet av kompetanse for å gi bredde i tilbudet og for å møte andre typer behov sammenlignet med tidligere.
- **Kontinuerlig internopplæring med utgangspunkt i beste praksis.** Bevissthet på å spre de gode erfaringene, lære av egen og andres suksess. Det å fokusere på ønsket praksis fører til mer av det samme.

4 Helse- og omsorg i Lierne kommune i 2018

Beskrivelse av de ulike tjenesteområdene innen helse- og omsorgstjenestene finnes på kommunens hjemmeside. Se; <https://www.lierne.kommune.no/helse-og-omsorg/>

4.1 Lierne kommune sin strategi for helse- og omsorgsetaten

Kommuneplanens samfunnsdel⁹ beskriver noen kort- og langsiktige tiltak. Retningen helse- og omsorgstjenesten i Lierne skal innrette sitt arbeid etter. Kommunen står overfor store utfordringer både med hensyn til faglig drift og økonomisk forsvarlig drift. En av de største utfordringen vil etter all sansynlighet bli å rekruttere fagpersonell. Og som forbereder kommunen på de forventede faglige utfordringene som kommer som følge av demografiske endringer, og mulig oppgaveoverføringer fra stat til kommune.

Lierne kommune må og skal være aktiv og pågående for å møte morgendagens utfordringer for kommunal tilrettelegging og tjenesteyting. En sentral utfordring som trekkes fram i samtalene er å etablere et godt fungerende samarbeid mellom de ulike tjenesteområdene. Endre måten tjenesteytinga skjer på og ikke minst konsekvensen av alle har vi et eget ansvar for livet vårt. Tjenestens ideologi hvor hovedfokus er å gi tjeneste i eget hjem, og å kunne bo hjemme lengst mulig, enten i opprinnelig hjem eller omsorgsbolig / bofellesskap om nødvendig med heldøgns tjeneste.

Noen sentrale virkemidlene og prinsipper som er lagt til grunn i st.melding. 29¹⁰:

- bygger på et helhetlig menneskesyn
- er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet
- er tilpasset brukernes individuelle behov
- viser respekt og omsorg for pårørende
- består av kompetente ledere og ansatte
- vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggede tiltak
- er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester
- er lærende, innovativ og nyskapende

4.2 Omsorgs- tjenestetrappa i Lierne kommune

I dag mangler Lierne en omsorgstrapp (tjenestetrapp) som benyttes aktivt i formidling av kommunens strategi og innretting innen helse- og omsorgsfeltet. Imidlertid er det lagt noen klare føringer i handlingsplan for folkehelse 2017¹¹.

- Videreføring av hverdagsrehabilitering
- Forebyggende hjemmebesøk til innbyggere over 79 år



⁹ 2014-2025

¹⁰ (St. Meld. nr.29 2012-2013)

¹¹ Vedtatt i Utvalg for Folk og Livskvalitet 15.mars 2016

- Lierne helsetun resertifiseres som Livsgledesykehjem
- Opprettholde Koordinerende enhet, med behandling av innkomne søknader - ukentlig
- Opprettholde dialog med pårørende foreningen ved Lierne helsetun
- Opprettholde samarbeidet med frivillige aktører ved Lierne helsetun
- Innføre ny veileder for helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Investering i omsorgsboliger i Sandvika
- Folkehelsekoordinator skal samarbeide med lag og foreninger for å se på muligheter for gjennomføring av felles aktiviteter og andre tilbud
- Tilby lave priser på treningsstudio og tilby reduserte priser for kommunalt ansatte
- Etablere kommunalt akutt døgntilbud, rus og psykiatri

5. Kvantitativ analyse

5.1 Befolkningsframskriving

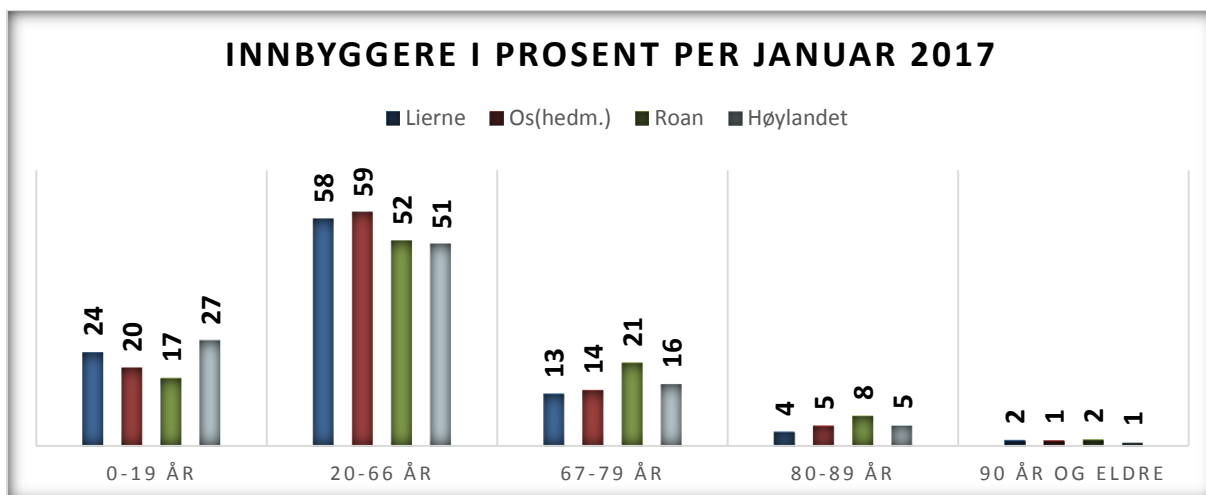
For å kunne få et bilde av kommende utfordringer og føringer for kommunen, har RO hentet ut prognose for befolkningsutviklingen fra SSB i 5-årsintervaller mellom 2018 og 2040 (også kalt befolkningsframskrivingen).

Tabell 4.1 viser antall innbyggere i ulike aldersgrupper samt den totale befolkningen for Lierne kommune i tidsperioden 2018 til 2040 under forutsetning om middels nasjonal vekst.

Befolkningsframskriving Lierne kommune 2017 - 2040						
	2017	2020	2025	2030	2035	2040
0-19 år	305	286	253	252	258	255
20-66 år	739	725	705	678	660	633
67-79 år	221	228	244	225	205	214
80-89 år	80	77	87	116	135	125
90+ år	18	18	26	21	23	37
Totalt antall innbyggere	1363	1334	1315	1292	1281	1264
Sum innbyggere 80 år og over	98	95	113	137	158	162
Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2017 alternativ MMMM)						

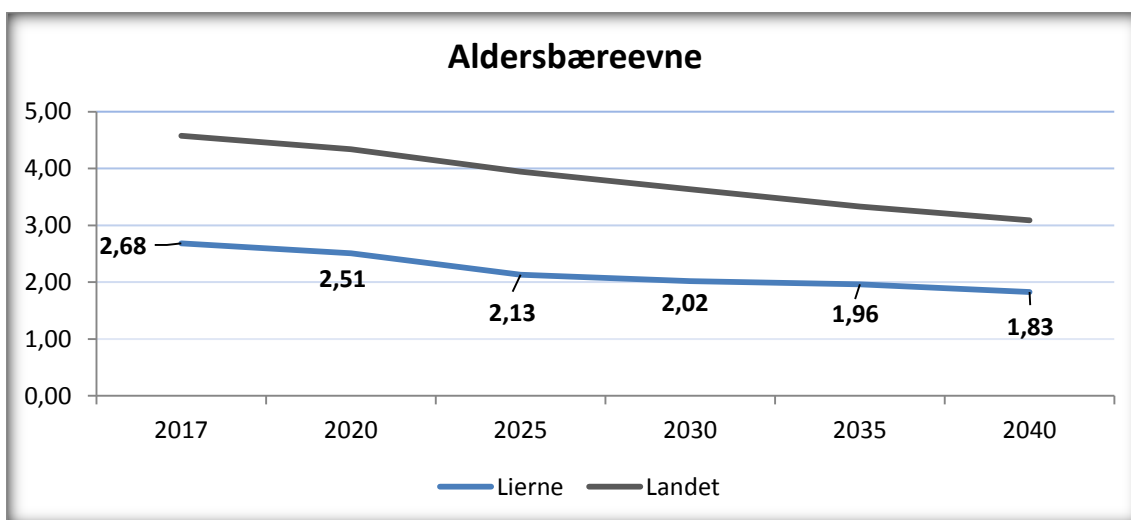
Tabell 1. Befolkningsframskriving i Lierne kommune 2017– 2040.

Antall innbyggere forventes og resuseres med 48 perioder fram mot 2025 og med 99 fram mot år 2040. Samtidig har SSB beregnet at i aldersgruppene 67 år og eldre vil det motsatte skje. Fram mot 2025 vil aldersgruppa 67-79 år øke med 23 personer. I aldersgruppa 80-89 år 7 personer og 90 år og eldre 8 personer. I perioden 2018 og fram mot 2040 vil antall innbyggere i aldersgruppa 67-79 år reduseres med 7 personer, mens for aldersgruppa 80-89 år vil vi få en økning med 45 personer og 90 år og eldre 19 personer.



Figur1x. Andel innbyggere i de ulike aldersgruppene. Kilde: SSB

Figuren over viser alderssammensetning i de respektive kommunene. Lierne hadde ved årsskifte 2017 færres innbyggere i prosent i aldersgruppa 67-79 år og 80-89 år. I aldersgruppe 90 år og eldre ligger Lierne og Roan likt. Ser vi på aldersgruppa 20-66 år er det kun Os som har en større andel. Mens i aldersgruppa 0-19 år er det Høylandet som har flest og med Lierne litt under.

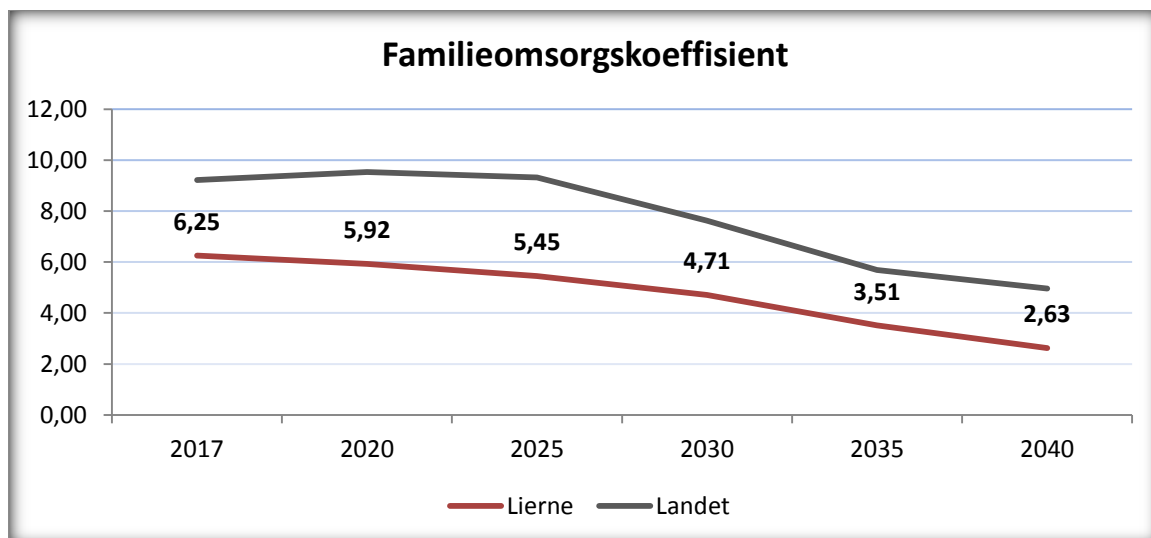


Figur 2 Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer.

Aldersbæreevne som fremstilt i figur 2 viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (16-66 år) og innbyggere 67 år og eldre. Den er interessant i forhold til finansiering av pensjoner, reduserte skatteinntekter, velferdstilbud og helse- og sosialtjenester.

Figuren viser at det var 2,68 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2017, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 2,13 i 2025 og 1,83 i 2040. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,6 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2017. Aldersbæreevnen reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2040.

Kommentar: Den sentrale problemstillingen her er hvilke følger det får for helse- og omsorgstjenestene i kommunen, når det blir langt færre igjen i aldersgruppen 20-66 år som skal sørge for inntekter og bosetningsgrunnlag og å "ta seg av" sine eldre i familien.



Figur 3. Antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten). 2017 – 2040.

FNs familieomsorgskoeffisient eller forholdet mellom antall personer over 85 år og antall personer i alderen 50–66 år, er et demografisk uttrykk for potensiell omsorgsevne.

I 2017 hadde Lierne 6,25 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år. Det ligger under landsgjennomsnittet som i 2017 lå på 9,22. Dette tallet forventes å synke i hele perioden fram mot 2040.

Kommentar: Endringer i befolkningens alderssammensetning kan ha betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på, og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Likeså framtidig bosettingsmønster.

Hva sier så disse framskrivningene? Framskrivningen er i utgangspunktet bare en prognose på potensielle omsorgstrengende. Hvor mange som faktisk blir omsorgstrengende, hvilket omfang og hvilke behov som skal dekkes sier prognosene lite om. Her er det en rekke faktorer som spiller inn. Det kan blant annet være:

- Forventet økning i levealder og utdanning
- Forventet bedring i helsetilstand
- Forventning om hva det offentlige og kommunen skal yte av tjenester
- Boligbygging og bedring i boligstandard (universell utforming)
- Kapasitet i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene
- Teknologis utvikling
- Medisinsk- og omsorgsfaglig utvikling
- Nasjonale føringer og standarder
- Tilgang på ressurser (økonomi og kompetanse)
- Bosettingsstruktur

Disse faktorene vil i stor grad påvirke behovet for framtidig tjenester og kan beskrive flere mulige scenarier for framtidige behov. Det er ingen fasit og det må erkjennes at det er vanskelig å planlegge på lang sikt. RO erfarer at innretning og dimensjonering av tjenester er forskjellig i norske kommuner og at det gjerne er politiske, faglige og ideologiske prioriteringer som bestemmer omfang og hvilke tjenester som skal ytes.

Når en skal forutsi framtidig helse- og omsorgsbehov er det altså ikke tilstrekkelig kun å legge befolkningsframskrivninger til grunn. En kan heller ikke ensidig ta utgangspunkt i dagens innretning eller dimensjonering da dette er ulikt fra kommune til kommune.

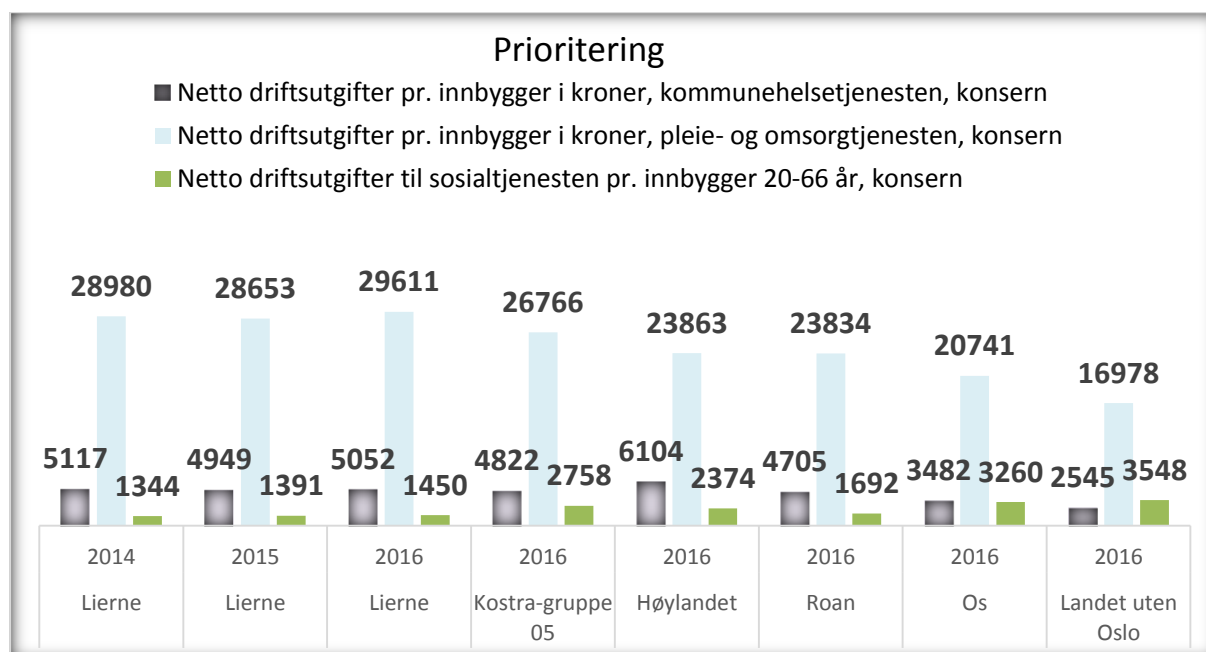
5.2 KOSTRA-statistikk for helse- og omsorgstjenesten

RO har i denne rapporten valgt å sammenlikne KOSTRA-data fra Lierne kommune, med data fra KOSTRA-gruppe 05 (K05)¹² og kommunene Høylandet, Roan og Os (Hedmark), samt snittet for landet uten Oslo. RO erfarer at Høylandet er en kommune Lierne ofte sammenligner seg med. Alle kommunene tilhører K05.

Under har vi valgt ut noen tabeller og figurer som beskriver sentrale faktorer i helse- og omsorgstjenestene i Lierne, sammenliknet med ovennevnte kommuner og KOSTRA-gruppa. Disse kommenteres hver for seg.

Tall fra sentrale registerdatabaser gir sammenstilling av innmeldte data fra kommunene. Rapportene som tas ut forutsetter at tallgrunnlaget er riktig. Vi vet av erfaring at det kan meldes inn forskjellige data fra kommunene og er ikke alltid sammenlignbare. Men statistikken gir et bilde på hvilket nivå man driver tjenesten i dag og om det er bærekraftig i framtiden.

Brukt på den riktige måten er KOSTRA en nyttig kilde til å forstå hvordan prioriteringen, produktiviteten og dekningsgradene i den enkelte kommune er. KOSTRA gir den enkelte kommune muligheten til å vurdere egen tjenesteproduksjon og hvordan man løser sine oppgaver, i sammenligning med andre kommuner.



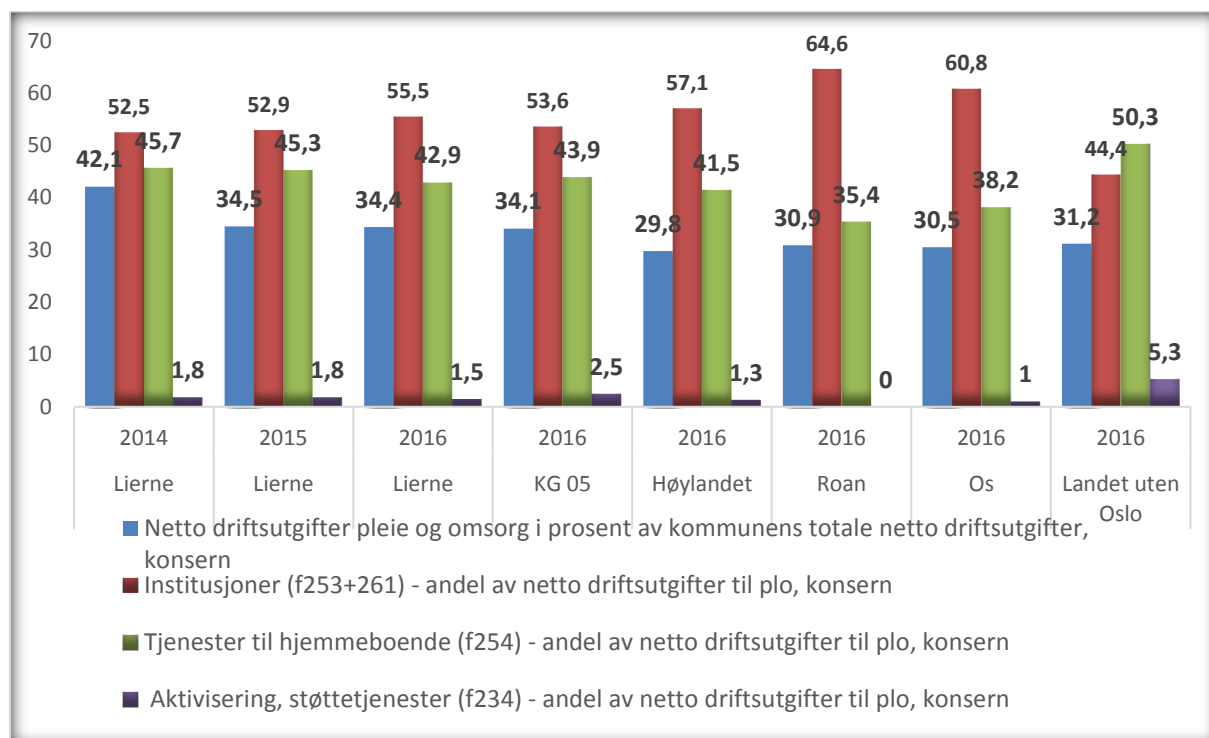
Figur 4. Netto driftsutgifter av kommunens totale netto driftsutgifter.

Kommentar: Lierne er den kommunen i denne sammenligningen som prioriterer pleie- og omsorgstjenestene høyest. Det samme gjelder for kommunehelsetjenestene, med ett unntak som er

¹² 05 Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter

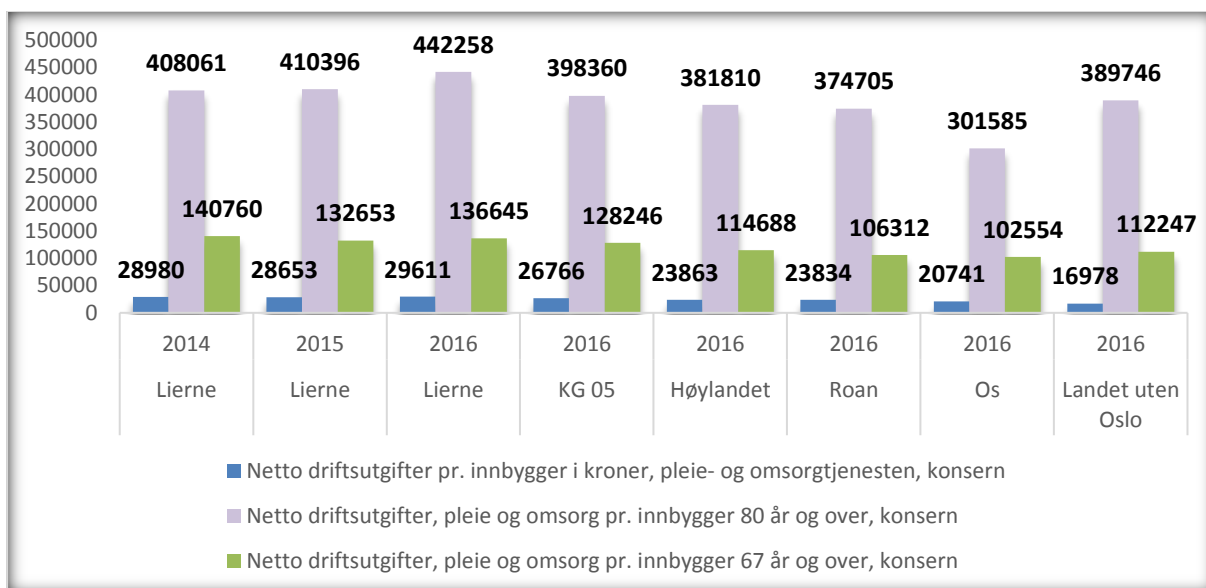
Høylandet. Når det gjelder netto driftsutgifter til sosialtjenesten prioriteres denne lavest av samtlige. Dette må sees i sammenheng med kommunens behov.

Andel til pleie og omsorg av totale driftsutgifter



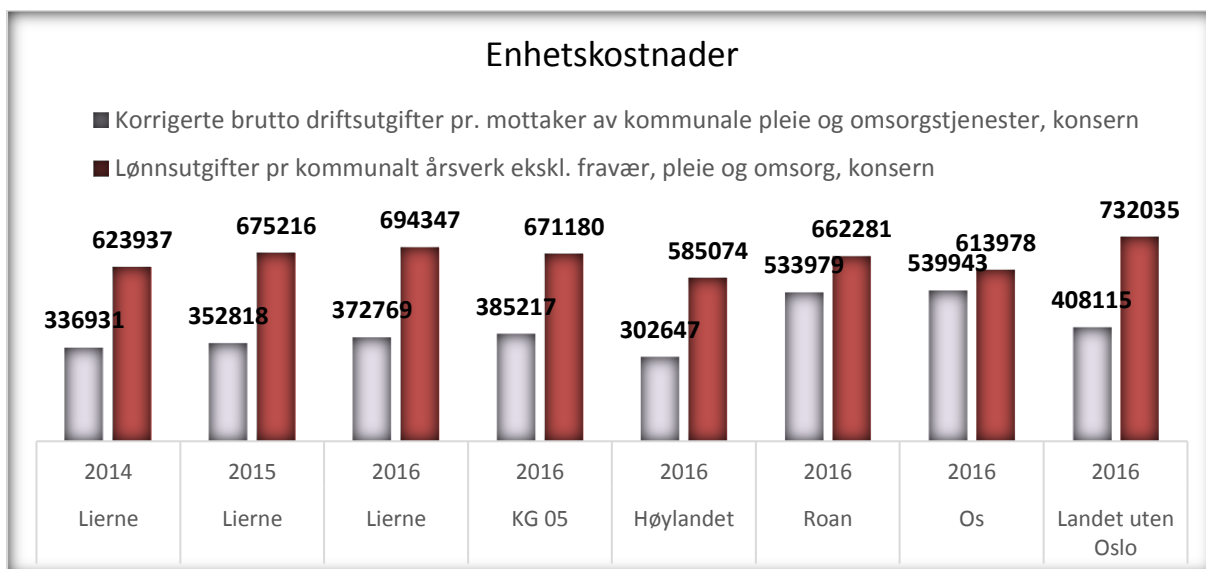
Figur 5. Netto driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter.

Kommentar: Figur 5. viser at Lierne kommunes netto driftsutgifter til pleie og omsorg i 2016 utgjør 34,4 % av kommunen totale netto driftsutgifter. Lierne kommune er den kommunen i denne sammenligningen som har den høyeste andel av kommunens netto driftsutgifter. Nærmest kommer tilhørende kostragruppe. For Lierne er det små variasjoner mellom årene 2015 og 2016, men en klar nedgang fra 2014. Andelen av pleie- og omsorgstjenestens samla netto driftsutgifter som går med til institusjonsdrift var i 2016 55,5 prosent. Dette er en økning fra 2014 og 2015.



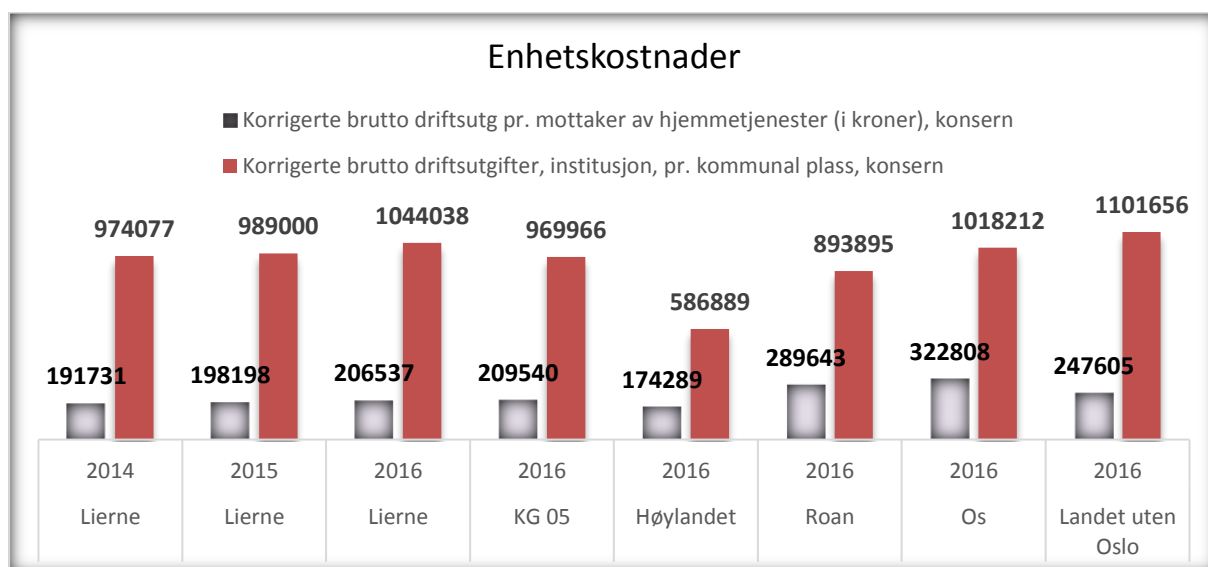
Figur 6 Prioritering i pleie- og omsorgstjenesten

Kommentar: Figuren viser at Lierne er den kommunen i denne sammenligningen som har de høyeste netto driftsutgiftene per innbygger samla, per innbygger 67 år og over og 80 år og over innen pleie- og omsorgstjenestene.



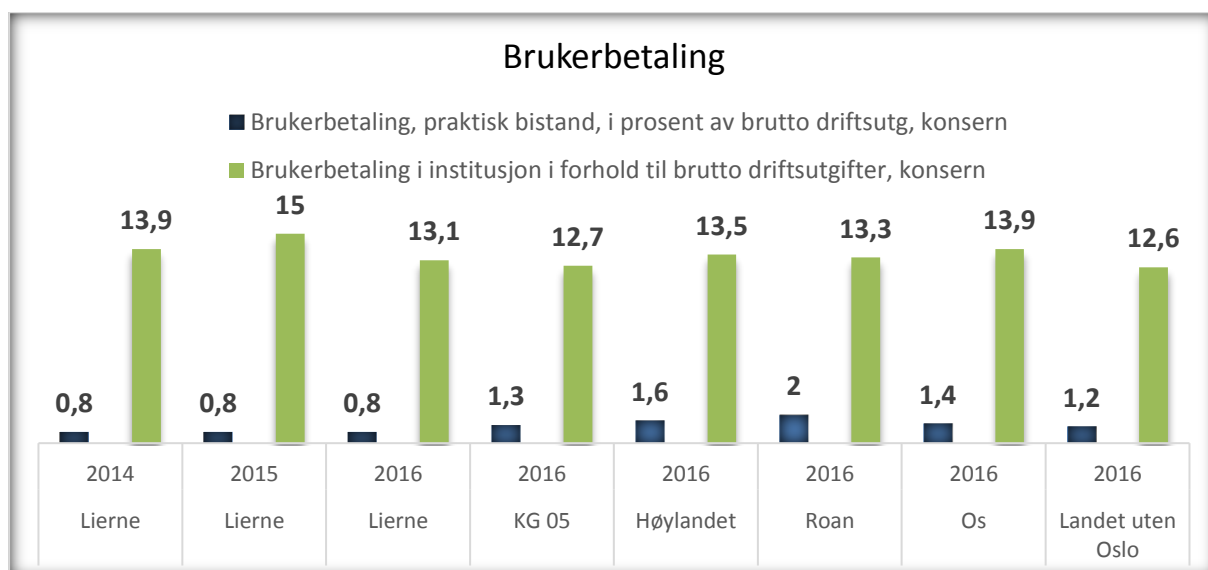
Figur 7 Enhetskostnader per mottaker og lønnsutgifter per kommunalt årsverk ekskl. fravær

Kommentar: Figuren viser at Lierne er den kommunen i denne sammenligningen som har de nest høyeste korrigererte brutto driftsutgiftene per mottaker av kommunale pleie og omsorgstjenestene. Kun snittet for landet uten Oslo er høyere.



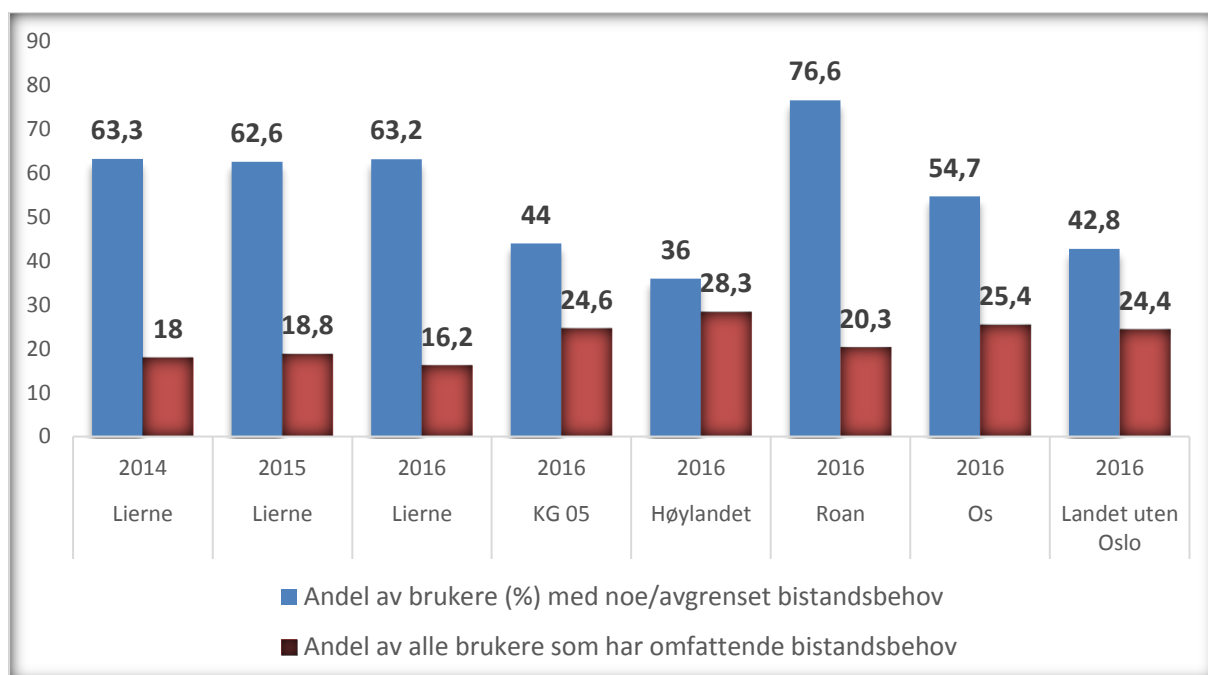
Figur 8. Enhetskostnader hjemmetjenester og institusjonstjenester

Kommentar: Figuren viser at Lierne er den kommunen i denne sammenligningen som har de nest høyeste korrigerte brutto driftsutgiftene per kommunal plass. Kun snittet for landet uten Oslo ligger over. Ser vi på korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester er det kun Høylandet kommune som ligger under.



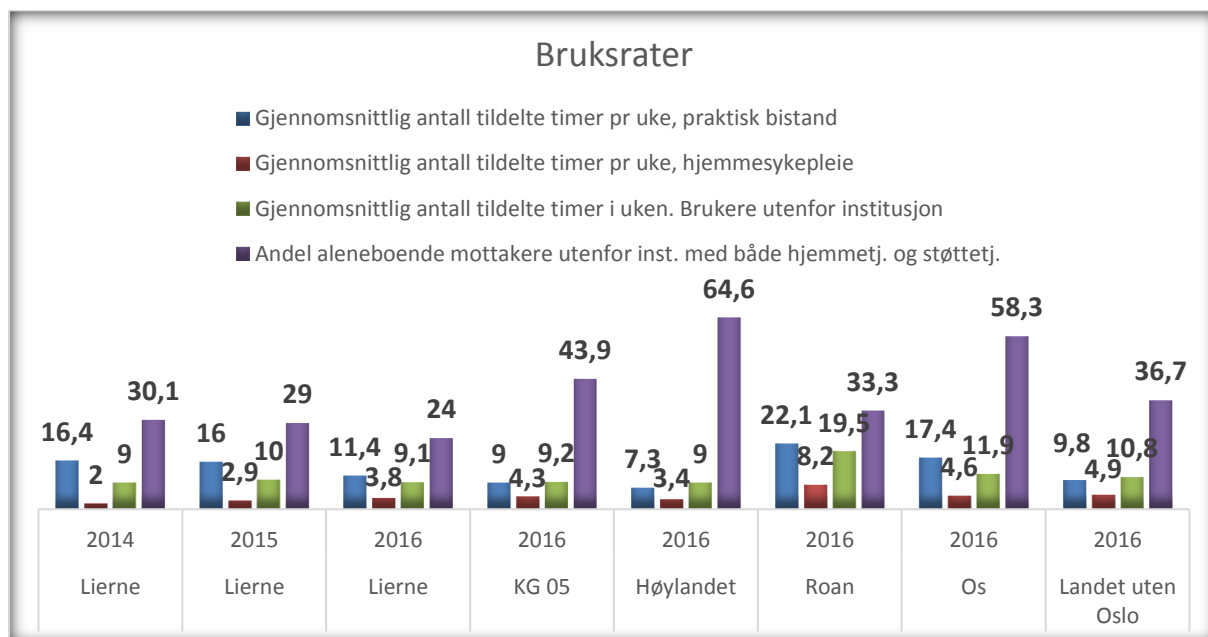
Figur 9. Brukerbetaling

Kommentar: Figuren viser at Lierne har den laveste brukerbetalings i institusjon i forhold til brutto driftsutgifter. Når det gjelder brukerbetalings praktisk bistand er det kun snittet for tilhørende kostragruppe og landet uten Oslo som ligger under.



Figur 10. Brukerbehov

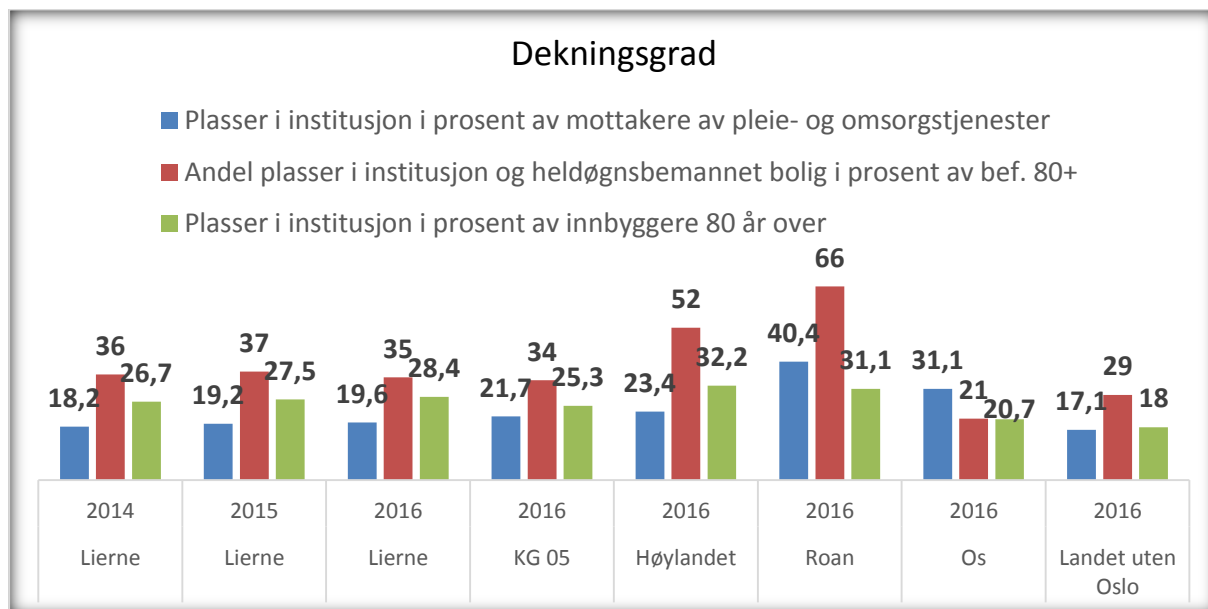
Kommentar: Figuren viser brukersammensetningen. En stor andel av de som mottar tjenester har noe eller avgrensede behov. Kun Roan kommune har en større andel. Ser vi på andelen med omfattende behov så har Lierne færrest



Figur 11. Bruksrater

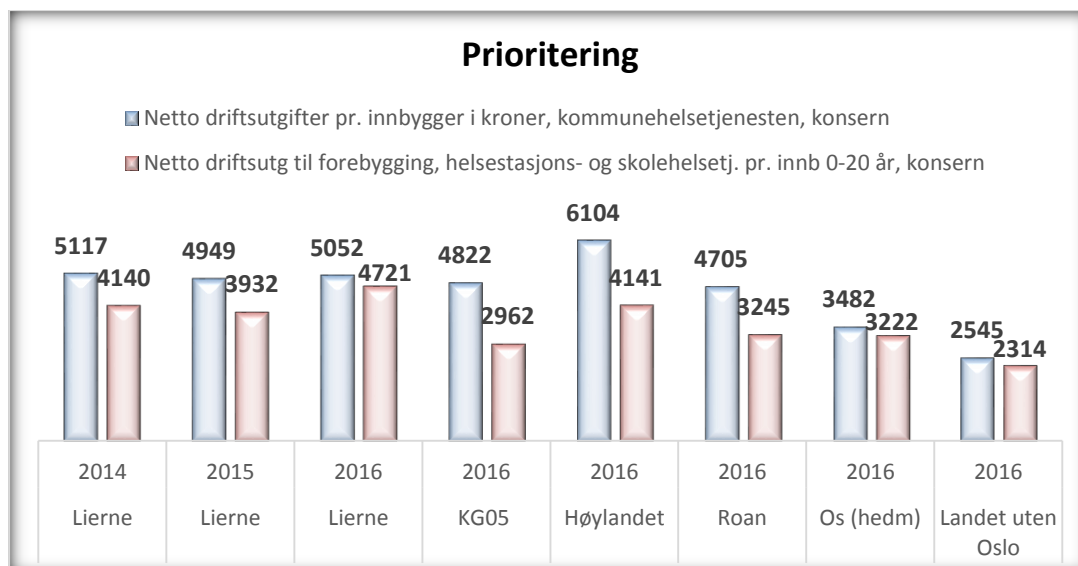
Kommentar: Figuren viser gjennomsnitt antall timer innen hjemmetjenestene og andel aleneboende mottakere. Ser vi på antall timer hjemmesykepleie er det kun Høylandet som yter mindre. Mens når

det gjelder praktisk bistand er det kun Roan og Os som yter mer. Lierne er den kommune som har færrest aleneboende mottakere av hjemmetjenester og støttetjenester.



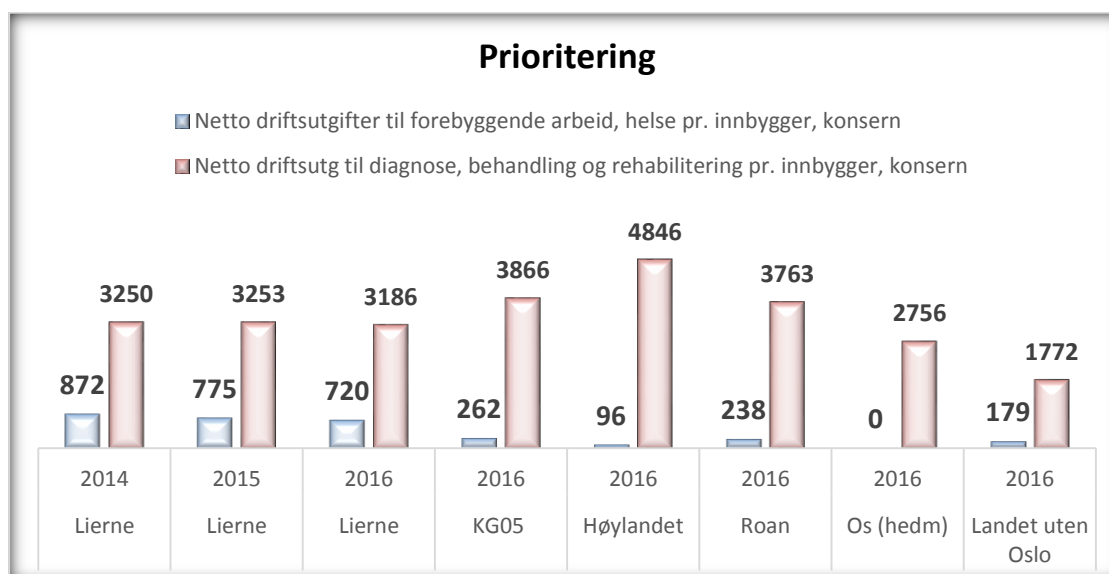
Figur 12. Dekningsgrader

Kommentar: Figuren viser dekningsgrader. Høylandet og Roan har en høyere dekningsgrad i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over. De andre har en lavere dekningsgrad enn Lierne. Det samme gjelder dekningsgrad for institusjon og heldøgnsbemannet bolig. Ser vi på plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester er det kun snittet for landet uten Oslo som ligger under Lierne.



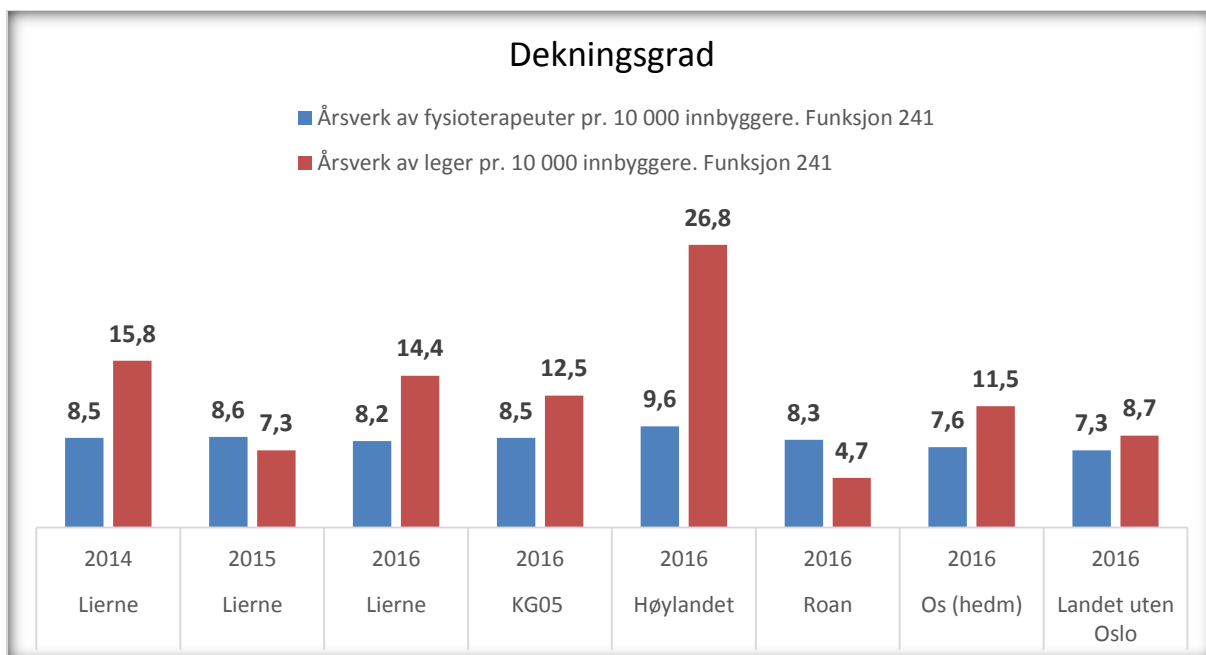
Figur 13. Prioritering

Kommentar: Figuren viser at Lierne prioriterer kommunehelsetjenesten nest høyest. Kun Høylandet ligger over. Når det gjelder driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenester er det Lierne som prioriterer dette høyest i denne sammenligningen.



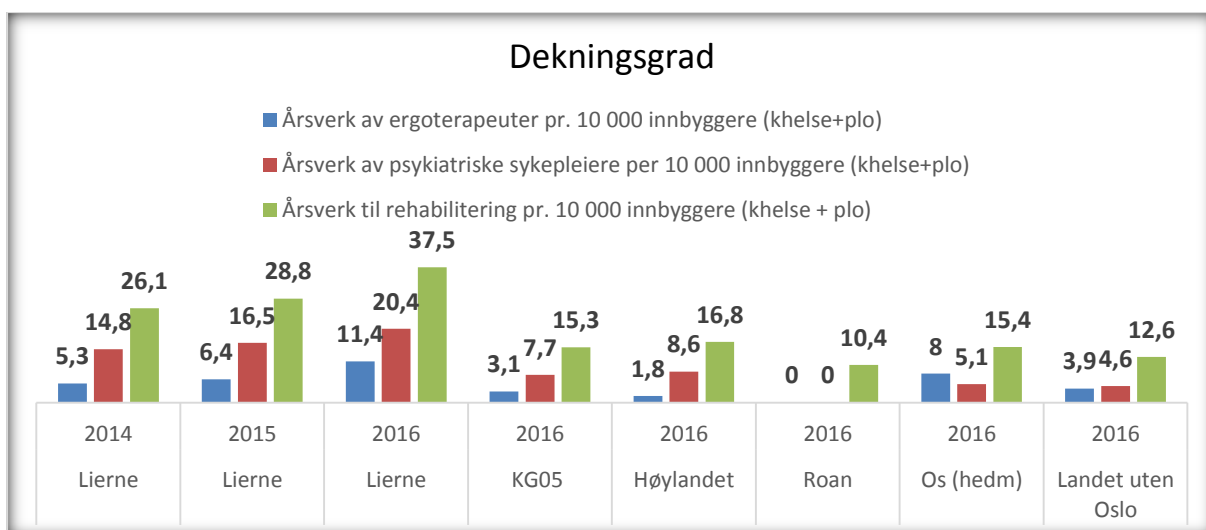
Figur 14. Prioritering

Kommentar: Figuren viser at Lierne prioriterer forebyggende arbeide, helse per innbygger høyest. Ser vi på netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering per innbygger ligger Lierne under kommunene Høylandet og Roan, samt tilhørende kostragruppe, men over de andre.



Figur 15. Dekningsgrader

Kommentar: Figuren viser at Lierne nest høyest dekningsgrad av legeårsverk per 10 000 innbyggere. Ser vi på årsverk fysioterapeuter per 10 000 innbygger er det kun OS og snittet for landet uten Oslo som ligger under.



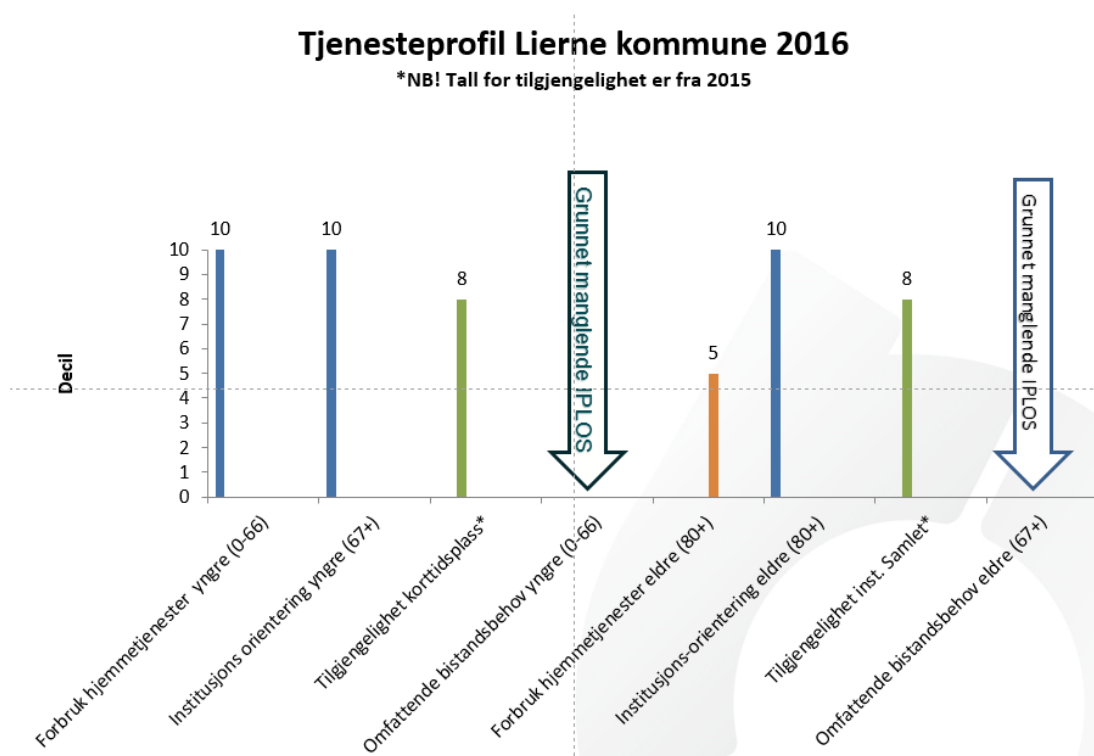
Figur 16. grader

Kommentar: Figuren viser at Lierne har den høyeste dekningsgraden for årsverk ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere og til rehabilitering per 10 000 innbyggere.

5.3 Tjenesteprofil

Tjenesteprofilen kjennetegner kommunens profil av tjenesten og forholdene som beskriver tjenesteprofilen er:

1. **Forbruk hjemmetjenester** yngre. Dvs. andel av kommunens befolkning som mottar hjemmetjenester i gruppen yngre (0-66).
2. **Forbruk hjemmetjenester** eldre. Dvs. andel av kommunens befolkning som mottar hjemmetjenester i gruppen eldre (80+).
3. **Institusjonsorientering** yngre. Dvs. andel av kommunens befolkning som bor på institusjon i gruppen yngre (67+).
4. **Institusjonsorientering** eldre. Dvs. andel av kommunens befolkning som bor på institusjon i gruppen eldre (80+).
5. **Tilgjengelighet** korttidsplass. Dvs. antall utskrivninger per år per korttids plass per innbyggere over 80 år.
6. **Tilgjengelighet** institusjon samlet. Dvs. antall utskrivninger per år per sykehjemsplass samlet per innbyggere over 80 år.
7. **Omfattende bistandsbehov** (intensitet) yngre. Dvs. andel av hjemmetjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov i gruppen yngre (0-66).
8. **Omfattende bistandsbehov** (intensitet) eldre. Dvs. andel av hjemmetjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov i gruppen eldre (67+).



Figur 17 Tjenesteprofil Lierne kommune

Kommentar: Lierne kommune gir hjemmetjenester til mange mottakere, men ikke så mye til hver. Den konklusjonen kan vi trekke ut fra at Lierne kommune ligger i det øvre sjikt blant landets

kommuner når det kommer til å yte hjemmetjenester (10 decil). Det er likt for alle aldergrupper. Tallet sier ingenting om innholdet i tjenesten, kun andel av befolkningen som mottar tjenester.

Et annet funn er at Lierne kommune ligger høgt når det gjelder tilgjengelighet på korttids plass og generelt på tilgjengelighet på institusjons plass (decil 8). Tilgjengelighet måles her i antall utskrivninger pr år pr plass pr innbygger over 80 år. Ofte bruker man dette tallet til å beskrive hvor lenge en bruker bor på institusjon, med andre ord et mål på hvor ofte en institusjons plass blir ledig. Det gjøres oppmerksom på at dette er tall fra 2015 og at det kan være et litt annet bilde i 2017.

Institusjonsorientering er antall 80 år og over som bor på institusjon i prosent av antall innbyggere 80 år og over. Lierne kommune er over gjennomsnittet institusjonsorientert (10 decil). Når det gjelder hvor mange med omfattende bistandsbehov mangler vi IPLOS-data.

5.4 Ressurs- og driftsanalyse sykehjem

Sammenliknende analyse Lierne Helsetun/sykehjem

RO har i 20 år gjort sammenliknende analyser av organisering, tjenesteutøvelse og ressursbruk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Gjennom mange slike oppdrag har RO erfart at det er vanskelig å finne tall for ressursbruk som er direkte sammenlignbare. Etter hvert har KOSTRA-tallene blitt kvalitetssikret slik at de i større grad kan brukes til sammenlikning, men fremdeles er det slik at kommuner rapporterer forskjellig når det gjelder å plassere utgifter. KOSTRA-tallene er også aggregerte tall på kommunenivå og man må gå inn på avdelingsnivå for å kunne sammenligne sykehjem med hverandre.

På grunn av denne erfaringen har RO utarbeidet et rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenliknende driftsanalyser av sykehjem. I tillegg til Lierne Helsetun har RO så langt tall fra ca 50 andre sykehjem som kan brukes i denne sammenhengen. Lierne har svart på det samme skjemaet som de andre sykehjemmene slik at RO har samme grunnlag for alle sykehjemmene som sammenlignes.

Sammenlikningene gjøres i hovedsak gjennom kroner per døgnplass. I noen tilfeller gjennom prosentandeler.

Som grunnlag for en sammenliknende kartlegging og økonomianalyse av ressursbruk i sykehjem, anvender RO altså innsamlede data fra kommunen. Det er benyttet standardisert rapporteringsskjema og Lierne helsetun sammenliknes med andre sykehjem fra forskjellige kommuner. Utvalget av sammenlikningssykehjem er gjort i forhold til sykehjem som har lignende dimensjon på tjenesten med henblikk på antall plasser. Alle tall er hentet fra regnskapstallene for 2016. Tall for sammenlignbare kommuner er indexregulert til 2016-tall.

Ressurs og driftsanalyse av pleie- og omsorg i sykehjem, en sammenlikning av Lierne helsetun og utvalgte sykehjem fra fem kommuner (2016-tall).

Kommune	Lierne	M1	U1	H1	Y7	X1	Snitt
Sykehjem	Lierne Omsorgssenter						
		M1	U1	H1	Y7	X1	
År tallene er hentet fra	2016	2013	2015	2012	2015	2015	
Antall plasser	27	28	27	26	26	24	
Samlet sykefravær (i %)	5,3	9,85	4,7	14,02	9,30	8,5	8,6
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet	794 233	661 788	563 970	697 922	741 098	698 264	692 879
Kostnader mat pr. plass pr. år	93 896	108 006	86 755	93 710	27 556	55 253	77 529
Vask av tøy pr. plass pr. år	19 705	16 332	28 958	32 435	10 577	18 130	21 023
Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år	22 396	9 838	11 626	25 871	23 193	20 288	18 869
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	23 350	26 838	42 319	24 644	50 437	14 979	30 428
Direkte brukerrettet innsats i % av totalen	83,29	80,43	76,87	79,80	86,90	86,54	82,3
Overtid pr. plass pr. år	5 969	15 414	17 041	39 639	15 489	2 245	15 966
Variabel lønn i % av totalen	26,19	15,52	15,15	38,37	30,06	15,83	23,5
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	0,5	1,0	2,2	1,7	-	1,0	1,3

Tabell 2 Drifts- og ressursanalyse Lierne Helsetun/sykehjem

Kommentar:

Av tabellen fremgår det at sykehjemmet i Lierne kommune har et noe avvikende resultat fra sykehjemmene i sammenligningen, spesielt på matkostnader og variabel lønn.

Kostnader til mat regnet per plass varierer mye fra sykehjem til sykehjem og Lierne ligger i øvre sjikt. Det betyr at kostnaden på **kr 93 896** pr plass pr år er innberettet som direkte kostnad for sykehjemmets beboere.

Brukerrettet innsats kan sies å være virksomhetens primære funksjon, mens øvrige funksjoner (tøy, forbruksmateriell osv.) kan anses mer som sekundære funksjoner. Ut fra denne synsvinkelen anses det som et mål at størst mulig andel av samlede driftsutgifter er innenfor brukerrettet innsats. Sykehjemmet i Lierne har en brukerrettet innsats i prosent av samlede driftsutgifter på 83,29 %, som ligger likt med snittet i denne sammenligningen.

En planlagt virksomhet skal i svært sjeldne tilfeller måtte leie inn vikarer som krever overtid. Overtid skal normalt kun være nødvendig i ekstraordinære situasjoner der det viser seg at inngåtte avtaler må gjøres om i siste liten. I sykehjemsanalysen måles overtid som overtid i kroner per døgnplass. Sammenlignet med sykehjemmene fra sammenligningskommunene har Lierne vesentlig lavere kostnad forbundet med overtid. Kun sykehjem X1 har en lavere kostnad til overtid.

Variabel lønn i prosent av brutto lønnsutgifter innenfor brukerrettet innsats er vikarer og ekstra innleie. For Lierne kommune utgjør denne 26,19 % av totale lønnskostnader. Sammenlignet med de andre sykehjemmene har Lierne en høyere andel variabel lønnsutgifter enn snittet.

Vi ser at tjenestene hadde lavt samla sykefravær, lav overtid og likevel et relativt høyt forbruk av variabel lønn. Ofte har dette sammenheng med innleiepraksis på den ene siden og hvordan arbeidstiden er organisert på den andre siden.

Ser vi på utgifter til medisinsk forbruksmateriell per plass per år, er det kun sykehjem H1 og Y7 som har en høyere kostnad. Når det gjelder vask av tøy ligger utgiftene ved Lierne sykehjem under snittet i denne sammenligningen, men over sykehjem M1, Y7 og X1.

Årsverk til administrasjon viser at Lierne sykehjem ligger under de andre.

5.5 Heltid / deltid

Helse- og omsorgstjenestene i Lierne er en arbeidsplass med mange på deltidsstillinger.

Sted	Antall medarbeidere	I 100 % stilling	Andel på deltid i prosent
Hjemmetjenesten	18	3	16,6
Lierne helsetun	38	3	7,9
Kosheim	14	0	0
Steinhagan	15	1	6,6
Omsorgsbolig	9	0	0
Bjørklund	6	0	0
Samla	100	7	7

Tabell 3. Andel medarbeider som arbeider hel- eller deltid

I en rapport fra programmet "Saman om ein betre kommune"¹³ tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet.

«Både partene i arbeidslivet og myndighetene er enige om å normalisere heltidsarbeid, og redusere omfanget av deltid. Dette fører til at arbeidstakerne ikke lenger er alene om å definere «uønsket deltid». Dette følger av at både arbeidsgiverinteresser og brukerinteresser kan oppfatte deltid som uønsket der ansatte har ment at det har vært ønsket.

I et arbeidsgiverperspektiv gir deltidsstillinger muligheter for såkalt numerisk fleksibilitet. Det betyr at arbeidskraften tilpasser seg variasjoner i arbeidsbehovet og varierer arbeidstid og arbeidsmengde deretter. Ulempen er at små stillinger kan skape problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Arbeidsplasser som ikke kan tilby hele stillinger, svekker både bransjen og fagets omdømme blant fremtidige utdannings- og arbeidssøkere. De små stillingene stjeler også ressurser fra ledere og erfarne kollegaer som kunne ha vært brukt mer produktivt. For å unngå disse ulempene kan arbeidsgivere fremme den såkalte funksjonelle fleksibiliteten, eksempelvis ansatte som varierer arbeidsoppgaver og arbeidstid slik at jobbinnholdet varierer.»

Forholdet mellom arbeidstid og tjenestekvalitet har lenge stått i skyggen av spørsmål om arbeidstakerrettigheter og arbeidsgivers fastlønnsutgifter. I den senere tids debatt er også kvalitetsperspektivet i ferd med å stå fram som det kanskje viktigste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordninger i pleie- og omsorgssektoren. I Fafo-rapporten Heltid-deltid – en kunnskapsstatus (2013)¹⁴, hevdes det at:

«Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Mange av brukerne har 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.»

¹³ KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

¹⁴ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

De fleste alternative arbeidstidsordninger kan være gode virkemidler for å redusere omfanget av uønsket deltid blant ansatte med fag- og høyskoleutdanning. Det er imidlertid store forskjeller mellom de ulike arbeidstidsordningenes potensial for heltidsstillinger og for å redusere det som måtte være av uønsket deltid sett fra et tjeneste- og brukerperspektiv.

Jobbing på tvers av tjenestesteder er en annen måte å benytte de ansattes ressurser mer fleksibelt, ved å øke den ansattes oppgavebredde. Svært mange kommuner oppgir å ha forsøkt kombistillinger som ledd i arbeidet med å redusere uønsket deltid. Tilbud om opplæring og kompetanseutvikling og ledere med gode motivasjonsevner kan komme godt med.

5.6 Pleiefaktor i sykehjem

Pleiefaktor beregnes ut fra årsverk i brukerrettet tjeneste per plass på sykehjemmet.

I Norge varierer pleiefaktoren på sykehjem mellom **0,65-1,20**

Lierne helsetun/sykehjem inklusive Kosheim har: $23,35 \text{ årsverk}^* : 27 \text{ plasser} = \underline{\underline{0,86}}$

** Ifølge oversendte opplysninger*

Pleiefaktor er et upresist begrep, eller det kan være vanskelig å sammenlikne pleiefaktor fordi det erfaringsmessig er forskjellige grunnlagstall som legges til grunn for beregningen i forskjellige institusjoner.

I en rapport¹⁵ etter en forvaltningsrevisjon definerer kommunerevisjonen i Oslo begrepet slik:

*“Pleiefaktor er en måleenhet for forholdet mellom registrerte årsverk til pleie og beboerne på institusjon. Det finnes ikke **standard** for pleiefaktor i sykehjem, verken i lov eller forskrift. I følge en rapport fra Helsetilsynet i 2000, refereres det til en allment brukt norm på ca. 0,70. Pleiefaktor er imidlertid bare en parameter som kan indikere en sammenheng mellom pasientantall og kvalitet, og må brukes som sådan.”*

Pleiefaktor er altså et tall som angir forholdet mellom antallet registrerte årsverk i pleien og antall beboere eller pasienter. Dersom det er 20 årsverk i en institusjon som har 20 pasienter er pleiefaktoren 1,0. Dersom det er 18 årsverk i den samme institusjonen, er pleiefaktoren 0,9. Fagorganiserte har jobbet for at det skal fastsettes en statlig norm for pleiefaktor i sykehjem uten å nå igjennom. RO registrerer at det er stor forskjell mellom sykehjem i Norge når det gjelder dette og har skrevet om det i mange rapporter. I en rapport til Grimstad¹⁶ har RO for eksempel sagt dette om pleiefaktor i sykehjem:

“Institusjonstjenestene er som RO har påpekt i KOSTRA-gjennomgangen og som støttes av Agenda, dyre i drift i Grimstad. Etter hva RO kan se har tjenestene en pleiefaktor på ca. 0,8 – 0,9 noe som er omtrent på linje med registrerte gjennomsnittstall for sykehjem i Norge.”

¹⁵ Kvalitet i sykehjem. Langerud sykehjem. Oslo kommune, kommunerevisjonen. Rapport 8/2005. Lokalisert på: <http://www.kommunerevisjonen.oslo.kommune.no/getfile.php/kommunerevisjonen/Internett/Dokumenter/dokument/forvrevxrapp/Rapport%20nr%208.pdf>

¹⁶ Utredning av fremtidens pleie- og omsorgstjenester i Grimstad med forslag til tiltak. Rapport fra RO (2009). Lokalisert på: <http://www.grimstad.kommune.no/PageFiles/8305/Utredning%20av%20framtidens%20pleie-%20og%20omsorgstjenester%20i%20Grimstad.pdf>

På den ene siden finnes det altså ikke noen “norm” for pleiefaktor, på den annen side finnes det registrerte tall for pleiefaktor slik at det er mulig å si noe om et “gjennomsnitt”. For å gi et bilde av hvordan det er ellers i landet, har RO her altså gjengitt tall for pleiefaktor fra forskjellige kilder. Her tas også med tall fra en forskningsrapport¹⁷ RO og Sintef Helsetjenesteforskning utarbeidet på bestilling fra Norsk Sykepleieforbund, Fagforbundet og Den norske Lægeforening i 2004. Om pleiebemanningskonklusjonen konkluderer forskerne bak rapporten slik:

Det er stor spredning i antall pleieårsverk per døgnplass i avdelingene. Laveste antall årsverk per døgnplass er 0,62 mens høyeste er 0,90. Gjennomsnittet er 0,79 pleieårsverk per døgnplass.

RO erfarer at det ikke nødvendigvis er slik at lav eller høy pleiefaktor sier noe om kvaliteten på de tjenestene som ytes på institusjonen, så lenge denne faktoren er noenlunde rundt gjennomsnittet.

I sitatet ovenfor fra revisjonsrapporten fra Oslo kommune (henvisning: fotnote nr.16) sies det at pleiefaktor er en “parameter som kan indikere en sammenheng mellom pasienttall og kvalitet”. At det faktisk kan påvises en slik sammenheng, var også grunnlaget for den tidligere siterte rapporten fra Sintef Helsetjenesteforskning (henvisning: fotnote nr.7).

Oppdragsgiverne antok i utgangspunktet at det ville være mulig å dokumentere en sammenheng mellom kvalitet og bemanning i sykehjem. Forskerne valgte å måle kvalitet i denne sammenhengen som den kvaliteten som rapporteres av de ansatte på et sett med kvalitetsindikatorer. Konklusjonen om dette gir imidlertid grunn til forundring, i det ingen slik sammenheng kunne påvises. Rapporten konkluderer slik om dette:

For ukedagene ellers, og for kveld/natt, er det ingen sammenhenger mellom faktisk bemanning og de ansattes vurderinger av bemanningssituasjonen. Det er en klar bivariat sammenheng mellom den subjektive vurderingen av bemanningssituasjonen og samtlige kvalitetsmål: ved avdelinger der de ansatte generelt opplever at bemanningen er tilstrekkelig skåres tilbudet til beboerne høyt på alle kvalitetsmål. Vi fant ingen tilsvarende bivariate sammenhenger mellom faktisk pleiebemanningsmål og mål på kvalitet.

Dette stemmer godt overens med det RO har erfart gjennom mange år. Gitt at pleiefaktoren ligger rundt gjennomsnittstallet (ca. 0,8), viser ikke målinger av pasienttilfredshet at det er noen entydig sammenheng mellom opplevd kvalitet og pleiefaktor. Konkret betyr dette at sykehjem i Norge driftes med like god kvalitet uavhengig av om pleiefaktoren er 0,7 eller 1,2.

5.7 Direkte / indirekte brukertid i hjemmetjenesten

Lierne	Timer til disp. pr uke	Vedtakter pr uke	Timer til disp. pr vedtakstime
Hjemmesykepleie		134,5	
Praktisk bistand		45,5	
Totalt	314,3	180,0	1,74,6

Tabell 4. Brukertid hjemmetjenestene. Regnet ut etter 35t arbeidstid per uke. Dette er aktive brukere pr nå. Det er korrigert for brukere som ligger i systemet, men som har personlig assistanse eller har kommet inn på Lierne Helsetun på midlertidig opphold.

¹⁷ Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T og Nygård L: Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Rapport Sintef, Helsetjenesteforskning, Trondheim september 2004.

RO ville se på sammenhengen mellom antallet årsverk som beskriver den tilgjengelige personalressursen, og antall vedtakstimer pr. tjenestemottaker. Dette kan gi et bilde på sammenhengen mellom tilgjengelig personalressurs og vedtakstimer. En slik analyse kan gi oss et grunnlag for å avdekke hvor mange direkte brukertimer kommunen kan «frigjøre» ved å redusere den indirekte brukertiden.

Hva er rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Det fins ingen vedtatt norm, eller nasjonal standard på dette forholdet.

Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet kan gi en pekepinn om erfaringstall. *Vi kan anslå at et grovt gjennomsnitt kan være ca. 1,4 arbeidstime per vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,25 arbeidstime på praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring).*

Ut fra denne logikken kan gjennomsnittlig direkte brukertid hjemmesykepleie være 60 prosent og 75 prosent for praktisk bistand.

Ut fra oppgitte tall har hjemmetjenesten 9,38 årsverk inklusive 0,40 lederårsverk. Tjenesten har ikke skilt på årsverk hjemmesykepleie og årsverk praktisk bistand. Trekker vi fra lederårsverket og regner med 35 timer per uke, har tjenesten 314,5 timer personalressurs til rådighet per uke. Sammenholder vi dette med antall vedtakstimer (180), ser vi at for hver time vedtak medgår 1,75 time ansattressurs. Det vil si at ca 25 prosent av hver time ansattressurs er direkte tid (ansikt til ansikts tid).

Som et utgangspunkt skal ingen brukere motta tjenester som ikke er hjemlet i vedtak. Endres behovet skal også vedtaket endres. En bruker kan som utgangspunkt kun klage på innholdet i et skriftlig vedtak. Manglende skriftlige vedtak reduserer dermed rettsikkerheten for brukeren.

Manglende tydeliggjøring over hvilke tjenester brukeren er innvilget kan også føre til at den enkelte tjenesteyter selv definerer dette. Enten på et selvstendig faglig grunnlag eller i dialog med brukeren, uten at dette er begrunnet i de vurderinger som lå til grunn når vedtaket ble fattet. Da oppstår det som kan beskrives som «privat praksis eller skjulte tjenester». Det betyr at tjenesteytere selv begynner å disponere tiden de har til rådighet og ikke følger det planlagte dagsopplegget. Det samme gjelder om en leder ikke arbeider for å sikre en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Men kun er opptatt av sitt eget arbeidsområde. Hvilke konsekvenser kan privat praksis eller skulte tjenester føre til?

6. Kvalitativ analyse

6.1 Intervjuer

RO gjennomførte intervju av ledere, tillitsvalgte, verneombud. Intervjuene ble gjennomført 12.januar 2018. RO har i punktene under listet opp utsagn som kom fram under intervjuene.

- Lite tid til ledelse – dialog mellom ledere ikke god nok – mer synlig lederskap – litt kaotisk
- Tydeliggjøre retning og at ledere følger opp dette
- Sliter med overgang mellom hverdagsmestring og ordinære hjemmetjenester, hva er hensikten?
- En del «skjulte» tjenester i hjemmetjenesten (får mer enn det som er avtalt)

- Må tydeliggjøre vår ideologi og konsekvensene av denne
- Tidsbruk i hjemmetjenesten, bruk av bil – ikke koordinert godt nok, avstander, transport av mat
- Stort fokus på ernæring/kosthold på helsetunet
- Positivt med livsgledepsykehjem
- Høye forventninger til hva vi som kommune skal gjøre, ha ansvar for
- Fragmentert lederskap; stort lederspenn, mange med kombinasjon fagutøvelse og lederskap, bruker mye tid på innleie, mer synlig og tydeligere lederskap, merkantile oppgaver
- Bedre kommunikasjonen mellom ledelse, hovedtillitsvalgte (htv) og verneombud
- Tiltak som iverksettes må evalueres og om nødvendig justeres
- Mange opplever, mener, at det er mye møtevirksomhet
- Alt på ett plan på helsetunet, sliter med samhandling mellom avdelingene, «min avdeling»
- Mulig med større grad av myndiggjøring av medarbeidere
- Medarbeidere som ikke følger opp- «har ikke hørt»
- Et tydeligere delegasjonsreglement
- Mye sterkere hvis vi begynner å jobbe i lag
- Tendens til å fokusere på det negative
- Lange avstander i hjemmetjenesten
- Mange dyktige og kompetente medarbeidere
- Se på saksbehandlingsrutinene og inntaksteamets sammensetning
- Vurdere primærkontakter
- Fatter tidsbegrensa vedtak, ofte mer timer, sjelden mindre
- Bruker ikke IPLOS¹⁸ aktivt
- Samlokaliserte botilbud innen tjenesteområdet funksjonshemmede, må vurderes grunnet framtidig utfordringer med å skaffe til veie kompetent personell
- Se på ressursbruken når det gjelder, forskjøvet arbeidstid, overtid, innleie grunnet fravær
- Oversikt og struktur innen BPA-ordningene
- Positivt med oppføring av 4 nye omsorgsboliger med mulighet for heldøgns tjenester
- Mange fosterhjem
- Bruk av pasientjournalssystemet Profil ikke helt på plass
- Ikke alle har tilgang til Compilo kvalitetssystem
- Fra «brannslukking» til forebygging
- Planer blir ikke fulgt opp slik de burde
- Ikke tid til faglige diskusjoner
- Samarbeidet kjøkken og avdelingene under middag
- Tidligere prosesser ikke evaluert, sparegevinst!
- Internkommunikasjon, eks mangler kommunale e-postadresser til medarbeideren
- Arbeid med turnuser ikke god nok slik det er i dag, grunnturnus, langvakter etc.
- Brukten er et godt og populært tilbud
- Mye bra frivillig arbeid

¹⁸ IPLOS-registeret inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Formålet er å gi grunnlag for kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten og forskning. IPLOS er obligatorisk.

- Ansvarsavklaringer mot innbyggerne
- Avklare samarbeidet mot Frisklivsentralen
- Tilbud om oppsøkende veiledning eks eldre over 70 år
- Vurdere tjenestetrappa/omsorgstrapp
- Positiv integrering
- Lite økonomisk sosialhjelp
- Planlegge personalbehov med tanke på framtid – turnover
- Har vi gode boalternativ hvor det også er mulighet for heldøgns tjenester?
- Helhetlig tilnærming – familieperspektivet – men det blir mye brannslukking og mindre forebygging
- Mer tilstedeværelse for helsesøster i skolene
- At vedtatt planer faktisk blir fulgt opp, eks. forebygging barn og unge

7. Vurdering, konklusjoner og forslag til tiltak

Utfordringsbildet

Hvorfor er det behov for omstilling i årene som kommer?

- Bærekraftige tjenester
- Befolkningsutvikling
- Økonomi
- Kompetansekrav
- Krav fra brukere og pårørende
- Nasjonale og lokale føringer for tjenestetilbudet
- Kvalitetskrav

7.1 Hovedutfordringene

På bakgrunn av innhentet informasjon gjennom intervjuprogrammet i forbindelse med oppdraget og gjennomgang av kvantitative data, vil RO beskrive utfordringsbildet innen helse- og omsorg i Lierne kommune som følger:

1) Samarbeidet mellom tjenestene

RO opplever at samhandlingen mellom tjenestene og at samarbeidet på ledernivå ikke er godt nok utviklet. Dette er kanskje en av de viktigste faktorene for å skape en smidig og velfungerende organisasjon.

Det tilrådes at en slik bevisstgjøring og omstillingen tydeliggjøres gjennom planmessig karlegging, ressursplanlegging og evaluering.

RO mener at *organiseringen* er viktig for å lykkes med nærhet til medarbeidere og brukere, samt for å klare sunne omstillingsprosesser som skal inkludere alle involverte.

2) Lederkompetanse

På bakgrunn av intervju og den oversikten RO har av organisasjonen, er det utfordringer å kunne utøve et aktivt lederskap. RO har ikke innsikt i den enkeltes lederkompetanse. Det er behov for tydeliggjøring av hvilke krav og forventninger man har til å være leder i Lierne kommune, hvilke kriterier kommunen har for hva som er god ledelse – godt lederskap og forutsetningene for å muliggjøre dette. RO registrer at lederoppgaver må nedprioriteres framfor operative arbeidsoppgaver. Vi tolker dette som manglende tydelighet i hva lederrollen går ut på og lite myndiggjøring av medarbeidere.

Det kan synes som tjenesten lider under mulighetene for å utøve aktivt lederskap, noe som kan føre til at beslutninger kan svikte i enkelte sammenhenger. Det skaper en mindre framtidsrettet organisasjon. Man må ha en helhetlig ledelse for å sikre helhetlig pasientforløp.

Her viser vi til gjeldende Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring¹⁹ som ble innført 1.1.2017. I veilederen til forskriften er leder- og medarbeideransvaret tydelig beskrevet²⁰. Formålet med forskriften (§1) er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Hovedansvaret er tillagt den som har det overordna ansvaret. Dette er beskrevet i §3 hvor det står «Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette».

Under veiledningen til forskriften (§1) er begrepet kvalitet beskrevet på følgende måte: *«Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt».*

Det betyr at ledelsen, øverste leder sammen med øvrige ledere, her har et overordna ansvar for å sørge for en helhetstenkende organisasjon. Likeså at vedtak om hvilke tjenester som skal ytes den enkelte bruker er tydeliggjort, både for bruker, eventuelt pårørende og tjenesteyter. Dette forutsetter at det er etablert gode saksbehandlingsrutiner som sikrer dette. Rutiner som ikke avsluttes når vedtaket er fattet, men som bygger på kvalitetsforskriften, hvor lederansvaret blant annet består i å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Dette kvalitetskravet gjelder for all tjenesteyting.

De som innehar lederansvar innen helse og omsorgstjenesten i Lierne skal sørge for at tjenestene er samordna og rettferdig fordelt. Det betyr blant annet at de økonomiske og personellmessige ressursene nyttes på en helhetlig og effektiv måte. Dette forutsetter at ledere samhandler tett og er lojale overfor hverandre. Behovet for større fokus på helhetlige

¹⁹ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

²⁰ <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring.pdf>

og samordna tjenester er også beskrevet i Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste – *nærhet og helhet*.

3) Systematikk

Tjenesten har noe å gå på med hensyn til systematikk, dokumentasjon, struktur, informasjon og planmessighet. Det framkommer også at gjennomføringsevne av beslutninger som er tatt har et forbedringspotensial.

4) Manglende tilbud om heldøgns omsorgsbolig.

Lierne kommune bør tydeliggjøre innholdet i tjenesten. Dette kan for eksempel illustreres ved hjelp av ei omsorgstrapp/tjenestetrapp og hvilke tjenester man har innplassert for hvert trinn. Tjenesteutvikling – samfunnsutvikling, statlige føringer og reformer krever endringer i struktur og innhold av tjenesteproduksjonen, basert på BEON-prinsippet, Beste Effektive Omsorgs Nivå²¹.

Lierne kommune har i dag en høy dekningsgrad med sykehjemsplasser sammenlignet med mange andre kommuner. Og mangler etter RO sine vurderinger et godt nok tilbud om heldøgns omsorgsbolig, dette planlegges. ROs vurdering er at det gjennom tildelingspraksis, tildeles plass på sykehjemmet i fravær av heldøgns bemannet omsorgsplasser. Dette skaper press på institusjonsplassene. Vi forstår det dit hen at det i perioder stemmer. Dette tross høy institusjonsdekning.

5) Kompetansestrategi og kompetansemobilisering.

Lierne kommune har lavere dekning av medarbeidere med fagutdanning fra høyskole eller universitetsnivå sammenlignet med de kommunene RO har benyttet i denne rapporten. Imidlertid har kommunen flere med fagutdanning fra videregående skole. Unntaket når vi sammenligner kommunene er Os kommune som har flest fagutdanna med høyskole og fra videregående skole. Dette er noe som bør vies oppmerksomhet framover. Det må utarbeides en plan og strategi for arbeidet med å kartlegge hva man har i dag, hva man tror mangler i framtiden, og hvordan man skal nå målene.

RO vil også påpeke viktigheten av å mobilisere og motivere alle, både fagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere mv til å ta etterutdanning for å imøtekomme framtidige krav.

6) Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring innebærer et grunnprinsipp om at man «*jobber med hendene på ryggen*» i den forstand at brukerens egne ressurser og muligheter vektlegges, framfor sykdom og begrensninger.

RO vil anbefale Lierne kommune tydelig å sette hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering i en planmessig struktur. Og ikke som i dag hvor det gjennomføres litt halvhjerta. Dette bør i langt større grad kobles sammen med innføring av velferdsteknologi og bruk av Smart-teknologi. Dette viktige arbeidet bør organiseres på en slik måte at det blir kontinuitet og utvikling i arbeidet.

²¹ Stortingsmelding 47 (2008 – 2009) – Samhandlingsreformen

Januar 2017 publiserte Helsedirektoratet en gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram²². På bakgrunn av nye erfaringer anbefaler Helsedirektoratet nå følgende teknologiområder integrert i kommunens ordinære helse- og omsorgstjenester:

- Varslings- og lokaliseringsteknologi (også benevnt som GPS-teknologi)
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Elektroniske dørlåser
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem (passiv varsling fra beboerrom)
- Logistikk-løsninger for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester (integrert med kommunal pasientjournal er under utvikling)

7) Frivillighetsarbeid

Frivillige enkeltpersoner og lag / foreninger er et viktig og positivt bidrag til helse- og omsorgstjenestene. RO ser ikke at dette er planmessig i Lierne kommune. RO opplever at det er en bra frivillighetskultur i Lierne kommune, men at man kan utnytte det potensial som ligger her enda bedre.

7.2 Forslag til tiltak

Hvordan kan de økonomiske og faglige utfordringene imøtekommes - Kortsiktig økonomisk

- Reduksjon i antall sykehjemsplasser til 22 % av antall innbyggere 80 år og eldre . Redusere bemanningen men oppretthold dagens pleiefaktor på 0,86. Effekt ca. 4,35 årsverk.
- Reduksjon i antall sykehjemsplasser til 22 % av antall innbyggere 80 år og eldre . Redusere bemanningen og dagens pleiefaktor til 0,80. Effekt ca. 5,75 årsverk.
- Effektivisere hjemmetjenestene –reducere indirekte tid. Økt mulighet til å yte flere tjenester inkl. bistå på sykehjemmet.
- Vurdere å redusere antall dager i vaskeriet, fra 4 til 3. Effekt må utredes.
- Vurdere å avslutte alle seniortiltak. Gjelder hele kommune. Effekt må utredes.
- Vurdere å avslutte opplegg med fri i fbm trening. Effekt må utredes.

Hvordan kan de økonomiske og faglige utfordringene imøtekommes - Langsiktig faglig og økonomisk

- Tydeliggjør hva som forventes av ledere og klarstille forutsetningene. Ledere skal lede, og delegere operative oppgaver til andre. Myndiggjorte medarbeidere Vil øke lederes mulighet til å følge opp, være tett på etc. Lar medarbeidere selv ta aktiv del i utviklingsarbeidet.
- Endre tildelingspraksis og oppfølging.
- Hverdagsmestring som ideologi, tydeliggjøre ei tjenestetrapp. Gir en kvalitativ og faglig forbedring.

²² Helsedirektoratet «Andre gevinstrealiseringsprogram med anbefalinger» (2017)

- Hverdagsmestring som ideologi, tydeliggjøre ei tjenestetrapp. Gir en kvalitativ og faglig forbedring.
- Vurdere hvor det er hensiktsmessig å ta i bruk velferdsteknologi og Smart-teknologi. Gir en kvalitativ og faglig forbedring.
- Tydeliggjøre vedtakspraksis, bruk av IPLOS. Nødvendig for dokumentasjon.
- Tilbud om veiledning for innbyggere over 70 år. Forebygging, og synliggjør at alle har ansvar for eget liv.
- Mål for nærvær minimum 94 %. Større stabilitet.
- Se på turnus, vaktlengder, innleie, hel-deltid mm. Flere over på større stillinger, omdømme, gir en kvalitativ og faglig forbedring.
- Alle medarbeidere over på kommunal E-post. Som kommunikasjonskanal sammen med andre kanaler.
- Compilo som kvalitetssystem SKAL nyttes av alle. Må på plass for å kvalitetssikre tjenestene.
- Få på plass rutiner for dokumentasjon som SKAL benyttes. Må på plass for å kvalitetssikre tjenestene.
- Planlegge og bygge flere omsorgsboliger som bofellesskap med mulighet for heldøgns tjenester sentrumsnært. Vil kunne bidra til å redusere behov for nye sykehjemsplasser i framtid.
- Vurdere å bygge 2 leiligheter i gamle Kosheim for ressurskrevende tjenestemottakere.
- Sikre heldøgns-tjenester der dette er nødvendig uten å legges inn på sykehjemmet.
- Vurdere alternative turnusløsninger, praksis ved innleie mv. Øke ansattressursen, som rekrutteringsmiddel. Redusere kostnader. Større fleksibilitet i bruk av kompetanse. Sikre høy grad av kompetansemobilisering. Mindre sårbar når medarbeidere med bestemt kompetanse kan nytte denne på tvers.
- Se på muligheten for å arbeide smartere. Gir en kvalitativ og faglig forbedring.
- Samarbeid mellom sykehjem og hjemmetjenesten styrkes ved felles møtearena der medarbeidere og ledelse møtes for å finne felles løsninger
- Kommunikasjon må styrkes og informasjonsflyt bedres. Tverrfaglige møter må gjennomføres som planlagt. Aktiv kommunikasjons ut mot innbyggerne.
- Skolering, kursing, opplæring, gjerne internt ved bruk av eksisterende kompetanse.

Vedlegg

Vedlegg 1

Framtidig behov Økte / reduserte kostnader forutsetter at vi fortsetter som nå	2017	2020	2030	2040
Antall innbyggere	1363	1334	1292	1264
Antall innbyggere 80 år og eldre	98	95	137	162
Antall innbyggere 67 og eldre	319	323	362	376
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over med <u>dagens dekningsgrad 28,4 % (2016 tall).</u>	27	27	39	46
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass var kroner 1 044 038 <u>(2016 tall).</u>	28 189 026	28 189 026	40 717 482	48 025 748
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over med <u>dekningsgrad 22 % (2016 tall).</u>	22	22	30	36
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass var kroner 1 044 038 <u>(2016 tall).</u>	22 968 836	22 968 836	31 321 140	37 585 368
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over med <u>dekningsgrad 24 % (2016 tall).</u>	24	24	33	39
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass var kroner 1 044 038 <u>(2016 tall).</u>	25 056 912	25 056 912	34 453 254	40 717 482

Vedlegg 2

Lierne kommune – Helse- og omsorgstjenesten

Virkksomhet	Antall stillingshjemler	Antall medarbeidere totalt	Antall i 100 % stilling	Antall Sykepleierårsværk Vernepleierårsværk	Antall lederårsværk
Hjemmetjenesten – hjemmesykepleie	938 %	18	3	283,9	0,40
Hjemmetjenesten – praktisk bistand					
Lierne helsetun	1750 % L/K 585 % Kosheim	38 14	L/K: 3 Kosheim: 0	L/K: 531,7 Kosheim: 170,65	0,60
Bofellesskap	Steinhagan: 841 %	15	1 0	188,03 0	Gruppelederti llegg

	Omsorgsbolig: 491 % Bjørklund: 395 %	9 6	0	0	Fordeling ansvar gr leder/enh omsorg Fordeling ansvar gr leder/enh omsorg
Lierne helsetun (sykehjemmet)	Antall plasser	Korttidsplass	Rehabilitering	Langtidsplass	Plasser for personer med demenssykdom
	26 + 1 kad plass	5/10	(4 + 1 avlastning)	10/15	6
Antall omsorgsboliger med heldøgns tjenester	6				
Antall omsorgsboliger / trygdeboliger	23				
Vedtakstimer hjemmetjenesten	Antall timer vedtak per uke				
Hjemmesykepleiere	134,5				
Praktisk bistand/hjemme hjelp	45,5				

Har du mulighet til å finne ut hvor mange som kan ta ut pensjon i løpet av 5 og 10 års periode, hvis vi regner med at alle tar ut pensjon ved fylte 62 år og 65 år.

Antall ansatte 57 år i 2018 om 5 år 62 år: 2

Antall ansatte 53 år – 56 år i 2018, 62 år om 6-9 år: 18

Antall ansatte 52 år i 2018 om 10 år 62 år: 1

Antall ansatte 58 år i 2018:	3
Antall ansatte 59 år i 2018:	4
Antall ansatte 60 år i 2018:	4
Antall ansatte 61 år i 2018:	4
Antall ansatte 62 år i 2018:	5
Antall ansatte 63 år i 2018:	4
Antall ansatte 64 år i 2018:	2
Antall ansatte 65 år i 2018:	1
Antall ansatte 67 år i 2018:	2
Antall ansatte 69 år i 2018:	1
Sum	30