


Rune Devold AS
Fødselsregister
1975/03/19



LEBESBY KOMMUNE

 Lebesby kommune Postmottak	
Artsaker nr. 09/865-3	Dok. nr. 5077/09
07 SEPT 2009	
Ark.kode P F23	Ark.kode S
Avdeling: Helse	Saksbeh.: CP
Kopi til:	
Kassas årssår:	Gradering:

DRIFTS- OG RESSURSANALYSE FOR PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN

STYRINGSDATA FOR OMSORG

RUNE DEVOLD AS

19.03.2009

1. Innledning, sammendrag, konklusjon og tilrådinger	4
1.1 Formål	4
1.1.1 Noen begrep som benyttes i analysen	5
1.2 Metode og datagrunnlag	6
1.2.1 Forståelse og tolkning av økonomiske beregninger.....	6
1.3 Hovedkonklusjoner	7
1.3.1 Overordnet perspektiv	7
1.3.2 Boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitikkk.....	8
1.3.3 Driftsmønster og organisasjon	9
1.4 Underliggende konklusjoner.....	9
1.5 Økonomiske konsekvenser av valg som er gjort	12
1.6 Framskrivning av kostnader	13
1.7 Plattform for politiske vedtak	14
1.7.1 Noen utfordringer framover.....	14
1.7.2 Politiske føringer for omstillingsprogram.....	14
2. Generelle utfordringer, politisk og faglig.....	17
2.1 Behovsprøvd velferdsproduksjon – behov for ny selvforståelse	17
2.2 Omsorgstrappa – en generell tilnærming.....	19
2.2.1 HDO-utfordringer i Lebesby.....	21
2.3 Samspillseffekter i omsorgstrappa	22
3. Lebesby og kommuner i prosjekt for KS.....	22
3.1 Lønnskostnader pr tjenestemottaker.....	22
3.2 Hvor godt differensieres det mellom brukere?.....	24
3.3 Aldersgrupper og ressursbruk	25
3.4 Praksis for tildeling av praktisk bistand og hjemmesykepleie	26
4. Brukeroversikter	28
5. Omsorgstrappa – trinn for trinn.....	29
5.1 Brukere med ordinære hjemmetjenester	29
5.1.1 Praksis for tildeling av tjenester – F-nivågrupper	30
5.1.2 Distrikter og deltjenester - praksisforskjeller	31
5.1.3 Årskostnader i hjemmetjenesten	32
5.1.4 Skjev ressursfordeling mellom distriktene.....	34
5.1.5 Produktivitet i hjemmetjenestene.....	34
5.1.6 Oppsummering	35
5.1.7 Psykiatrien	36
5.2 Heldøgns omsorg for utviklingshemmede (HDU)	36
5.3 Brukere med HDO-tilbud.....	36
5.4 Brukere i sykehjem.....	39
5.4.1 Ressursbruk i sykehjem.....	40
5.4.2 Økonomiske konsekvenser av dagens bruk av sykehjemmet	42
6. Økonomi og organisasjon.....	44
6.1 Framskrivning av økonomiske rammer	44
6.1.1 Hjemmetjenester og HDO	45

6.1.2	Tjenester til funksjonshemmede (HIDU).....	45
6.1.3	Sykehjem.....	45
6.1.4	Oppsummering framskrivning.....	45
6.2	Styringsdata.....	46
6.2.1	Oppsummering og tilråding.....	46
6.3	Saksbehandling, vedtak ved tildeling av tjenester.....	46
6.4	Ressursfordeling.....	47

1. INNLEDNING, SAMMENDRAG, KONKLUSJON OG TILRÅDINGER

Rapporten er skrevet med sikte på at leseren skal kunne benytte kapitel 1 som hovedrapport. De påfølgende kapitler utdyper grunnlaget for konklusjoner og tilrådinger, og kan benyttes for å komme dypere ned i emneområdene.

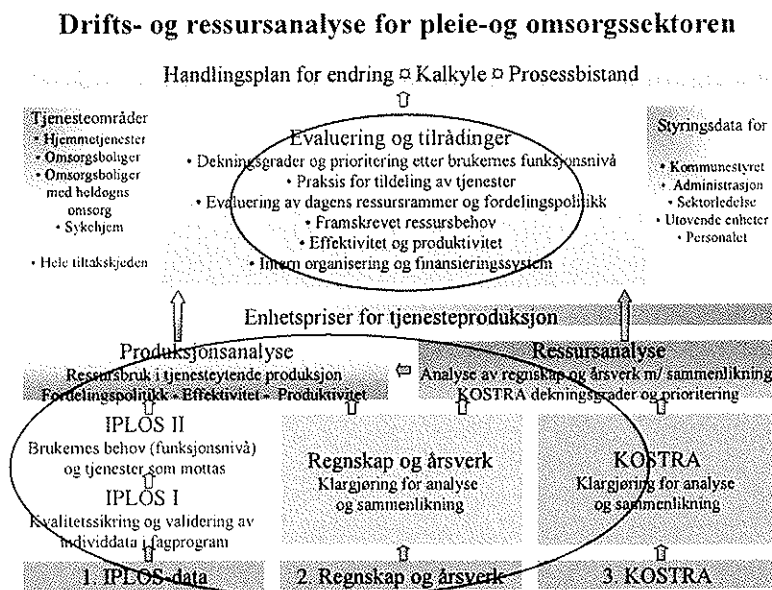
1.1 Formål

Drifts- og ressursanalysen inngår i kommunens evaluering av pleie- og omsorgstjenestene, og skal støtte kommunens langtidsplanlegging.

Fokusområder: er nivå på tjenestene og kjennetegn ved brukerne i ulike deler av omsorgstrappa, kriterier for tjenestetildeling, fordelingspolitikk, effektivitet, produktivitet og sammenlikning med andre kommuner. En del emneområder er analysert på relativt grovt nivå slik at kommunen selv kan prioritere det videre arbeidet.

I forhold til de enkelte tjenesteområder dekkes hjemmetjenestene, heldøgns omsorgsboliger for eldre og sykehjem fullt ut. Boligtiltak for utviklingshemmede er ikke analysert i forhold til brukerbehov, men er vurdert kostnadsmessig.

Rapporten gir styringsdata gjennom såkalt Drifts- og ressursanalyse, slik figuren viser.



I prinsippskissen er fokusområdet innringet. KOSTRA omtales i avsnitt som sammenlikner Lebesby med resultater fra vår rapport til KS, "Kostnadsbilder i pleie- og omsorg".

Pleie- og omsorgssektoren er sammensatt og til dels vanskelig å få oversikt over. Mange deltjenester har sine særtrekk i drift og ressursgrunnlag. Analysemetodene er tilpasset for dette, og rapporten presenterer et stort antall nøkkeltall og resultater som til sammen danner grunnlag for endelige konklusjoner og tilrådinger.

1.1.1 Noen begrep som benyttes i analysen

Funksjonsnivå (FN): FN beskriver brukernes mestringssevne i forhold til aktiviteter i daglig liv (ADL). Når funksjonssvikt inntreffer, f.eks. i forhold til å utføre alminnelig husarbeid, benytter tjenesteapparatet IPLOS-kriterier for å journalføre dette, som evt. grunnlag for å fatte vedtak om å yte tjenester til husarbeid (praktisk bistand). Vi benytter skalaen 1-5, der 1 er god mestring (ikke behov for hjelp) og 5 er svært hjelpetrengende. I alt 17 variable benyttes:

Fungere sosialt	Vaske seg	Syn
Innkjøp	Av/påkledning	Hørsel
Daglige beslutninger	Matlaging	Huske
Ivareta egen helse	Spise	Kommunisere
Mobilitet innendørs	Toalett	Styre egen adferd
Husarbeid	Mobilitet utendørs	

Når alle ADL-variable er skåret, beregnes et samlet veiet gjennomsnitt av skårede verdier på alle ADL til sammen (ekskl. syn/hørsel). Dette gjøres ved hjelp av vektorer som SSB har utarbeidet. Beregnet veiet gjennomsnitt vil da ligge på skalaen 1 til 5. Skalaen deles så inn i 16 intervaller, slik at brukeren til slutt får tilhørighet i en av 16 funksjonsnivågrupper (FN-grupper), der gruppe 1 har lette funksjonstap, gruppe 16 har svært store funksjonstap og hjelpebehov. Flere tabeller og grafer i analysen benytter denne inndelingen. Ved behov for grovere inndeling benyttes en inndeling av brukerne i 3 grupper: lette, middels og tunge funksjonstap.

I visse sammenhenger ser vi nærmere på mønsteret for funksjonstapet, og benytter gjerne en tredeling av ADL-variablene i såkalte snitt. I denne analysen benyttes følgende snitt:

Personlig ADL: personlige gjøremål, ofte flere ganger daglig omfatter *vaske seg, av/påkledning, spise og toalett*, med andre ord livets basale funksjoner.

Instrumentell ADL: gjøremål der en blir funksjonshemmet i forhold til ytre omgivelser, omfatter *innkjøp, mobilitet innendørs og utendørs, husarbeid, matlaging*. De fleste som utvikler hjelpebehov starter med en eller annen form for svikt i instrumentell ADL, gjerne husarbeid.

Kognitiv ADL: beskriver evne til intellektuell og/eller emosjonell mestring, omfatter *sosial fungering, ta daglige beslutninger, ivareta egen helse, huske, kommunisere, styre egen adferd*. Mennesker med demens vil f.eks. gjerne skåre høyere enn verdi 3 på huske, kommunisere mv.

Referansekommuner - andre kommuner for sammenlikning: Analysen benytter en database med sammenliknbare tall fra andre kommuner. Kommuner velges blant de som er analysert med samme metode, og tilfredsstillende krav til ferske tall, datakvalitet og relevans.

Brukeroversikter: Analysen presenterer antall brukere i mange sammenhenger, med fordeling på resultatenheter, avdelinger, typer brukere osv. I visse tilfeller vil antall brukere variere noe fra tabell til tabell. Dette skyldes at vi benytter ulike filtre for kontroll (validering) av data, avhengig av tematisk fokus. Forskjellene påvirker ikke konklusjonene som trekkes.

HDO: boliger med heldøgns tilbud til eldre, mennesker med psykiske plager mv. Kriteriet for heldøgns er nattevakt/alarm og hjelp på natt tilgjengelig innen 5-10 minutter.

HDU: boliger med heldøgns tilbud til utviklingshemmede og sterkt fysisk funksjonshemmede.

PB: forkortelse for praktisk bistand

Effektivitet: måler grad av hensiktsmessighet i forhold til krav om at omsorgstrappa skal være utbygd og brukt på en slik måte at det best mulig tjener befolkningens behov for omsorgstjenester. Begrepet benyttes i drøfting av omsorgstrappa samlet og de enkelte trinn.

Produktivitet: Måler i hvilken grad tjenesteproduksjonen, ansikt til ansikt med brukeren, tilfredsstiller krav til bruk av riktig ressursmengde for å produsere vedtatte tjenester til brukerne. Begrepet benyttes i drøfting av omsorgstrappa samlet og de enkelte trinn.

1.2 Metode og datagrunnlag

Analysene benytter IPILOS-individdata fra kommunens egne journaler, herunder opplysninger om brukernes funksjonsnivå, tjenester som brukerne mottar mv. Disse data er hentet fra kommunens fagprogram 1.mars 2009. IPILOS-opplysningene er tverrsnittsdata som har gjennomgått validering og oppretting av data flere omganger. For å konvertere disse opplysningene til styringsdata benyttes statistiske metoder som er utviklet sammen med SSB, Sintef m.fl. Datagrunnlaget er for øvrig av samme type som kommunene er pålagt å innrapportere til sentrale myndigheter (IPILOS – Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk – Sosial- og helsedirektoratet/SSB). I tillegg til ordinære individdata er det innhentet opplysninger om nattevakter, HMS-tid, reisetid, og økonomiske rammer (estimert regnskapsresultat 2008).

Data som er eksportert fra fagprogrammet er aidentifisert, og behandles som del av kommunens interne saksbehandling. Det er inngått databehandleravtale i samsvar med krav og godkjenning av Datatilsynet, jfr Personopplysningsloven, Helseregisterloven og IPILOS-forskriften.

Kommunen har generelt oppnådd god datakvalitet gjennom forberedelsene til denne analysen og har for øvrig gjort en grundig jobb med kvalitetssikring av data og framskaffelse av andre nødvendige opplysninger. Det er likevel slik at kvalitetssikring av tallet på antall brukere viser at noen brukere mangler. Noe av dette skyldes at brukere med aktive tjenester har vedtak som i datasystemet er utgått på dato. Andre årsaker er at den elektroniske saksbehandlingen for brukere som ikke lenger har tjenester er avsluttet ufullstendig slik at dataene ikke fanges opp i det registeret som avgir data til IPILOS-eksport av data til SSB. Noe skyldes også at brukere er kommet til etter at data ble eksportert. I ressursberegningen er det tatt høyde for brukere som mangler, mens brukeroversiktene inneholder det antall som telles opp på vanlig måte, med merknader om det som mangler.

Når det gjelder regnskapstall har vi fått oppgitt rammer for driften knyttet til driftsenheter. For hjemmetjenesten var det ønskelig å kunne se på driften av boliger med heldøgns tjenester for seg, innenfor hjemmetjenestens drift. For å skille ut kostnader knyttet til driften av boligene er hjemmetjenestens økonomiske ramme fordelt forholdsmessig på ordinære hjemmetjenester og boliger etter andel av timeproduksjonen. Dette kan ha visse feilmarginer, uten at det svekker grunnlaget for hovedkonklusjonene.

1.2.1 Forståelse og tolkning av økonomiske beregninger

Analysen har fokus på lønn som produksjonskostnad, og holder inntekter utenfor da de varierer med andre forhold enn brukernes pleietyngde og behov. For eksempel vil egenandeler være avhengig av kommunens betalingsregulativ og brukernes betalingsevne. Hvis kommunen anbefales å vurdere økning

eller reduksjon i produksjon av direkte brukerrettede tjenester vil det som regel også få en viss effekt på inntektsiden som altså ikke framgår, men som kommunen selv har opplysninger til å bearbeide videre, for eksempel med utgangspunkt lokalt betalingsregulativ for egenandeler.

Når produksjonskostnader beregnes er det lønnskostnader knyttet til personell i direkte brukerrettet virksomhet som står i fokus. Lønnskostnadene til disse omfatter alle kostnader, inklusive variabel lønn, vikarer, sosiale utgifter med videre. Fra brutto lønn fratrekkes refundert sykelønn. Administrative og merkantile stillinger holdes utenfor.

Konklusjoner som trekkes i forhold til nåværende og framtidige økonomiske rammer, produktivitet med videre har altså kun relevans for lønnskostnader i direkte brukerrettet produksjon. Begrepet økonomiske rammer må i denne sammenheng ikke forstås som budsjettammer i vanlig forstand som også rommer andre driftsutgifter, overføringer, kapitalutgifter, inntekter mv.

1.3 Hovedkonklusjoner

1.3.1 Overordnet perspektiv

Lebesby kommune har en god omsorgstjeneste. Kapasiteten i alle ledd er tilstrekkelig til å dekke befolkningens behov pr i dag.

Geografien krever sitt i form av et desentralisert tilbud, som likevel framstår med kjernetjenestene konsentrert rundt to sentra som danner utgangspunkt for distriktsinndeling av hjemmetjenester. Begge distrikter har både ordinære hjemmetjenester og heldøgns omsorg i boliger (HDO). Sykehjemmet er lokalisert til Kjøllefjord og har god kapasitet. Tjenester til funksjonshemmede og mennesker med utviklingshemming, samt psykisk helsearbeid supplerer kjernetjenestene i stor grad der brukerne har lokal tilhørighet. Det er altså god kapasitet i omsorgstrappa samlet sett.

Dagens **ressursrammer er tilstrekkelig til å finansiere dagens produksjon**, men kan reduseres eller omstilles. Den generelle kostnadsutvikling i kommunesektoren de senere årene bidrar til å forsterke omstillingsbehovet som Lebesby kommune opplever i dag. Rapporten påviser muligheter til å få til dette.

Produksjonskostnadene i hjemmetjenestene er tilfredsstillende lave, men det påvises muligheter til å omfordele ressursinnsatsen i retning av mer til brukere med store behov.

Produksjonskostnadene i HDO er lave. HDO framstår som svært kostnadseffektiv. Vi ser her bort fra to enkelttiltak (egentlig HDU-tiltak) som av flere grunner er holdt utenfor det ordinære datamaterialet som er behandlet i analysen.

Omsorgstrappa, trinn for trinn og samlet er dimensjonert rimelig effektivt, men bruken er bare delvis effektiv når en tar hensyn til LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå. Kommunen oppnår ikke å betjene brukerne på de lavest mulige trinn i omsorgstrappa i stor nok grad. Med dette menes at kommunen har et noe åpent nåloye for å gi tjenester til brukere med avgrensede behov på lavere trinn i trappa (hjemmetjenesten/åpen omsorg). Dette skaper press mot høyere trinn i trappa. Deler av fagmiljøet rapporterer behov for flere sykehjemsplasser. Rapporten påviser at sykehjemmet kan og bør brukes annerledes, samtidig som en har store muligheter til å ta ut samspillseffekter mellom hjemmetjenester og boliger på den ene siden og sykehjem på den andre siden. Det som oppleves som press mot sykehjem kan skyldes at hjemmetjenesten prioriterer slik at brukere med store behov ikke kan få forsterket tilbud i eget hjem eller i HDO, og derfor søkes inn på sykehjem.

Det gode tjenestetilbudet til brukere med avgrensede behov kan skyldes et ønske om forebygging utvikling av større behov hos brukerne. I så fall skulle en se resultatet av det på høyere trinn i omsorgstrappa, ved at tilbudet der var forbeholdt de som faktisk har middels eller store behov. Analysen viser at dette ikke er tilfelle i særlig grad. Hjemmetjenestene har svært få brukere i de tyngre gruppene, brukerne tilbys tjenester lenger opp i trappa ganske raskt når behovet øker. Dette medfører et visst innslag av brukere med lette behov i HDO, og en ganske lav pleietyngde i sykehjemmet. Alternativet til å få tilbud lenger opp i trappa burde være forsterkede tilbud i brukernes eget hjem.

I sum viser tallene at kommunen må igjennom en revurdering av grensen mellom krav til egenomsorg og offentlig omsorg. Fram til nå viser analysen at kommunen har vært noe raus med å tilby mer tjenester når brukerne har ønsket det.

1.3.2 Boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik

Det er sterke samspillseffekter mellom hjemmetjenesten og botilbudene i både Kjøllefjord og Lebesby. I analysen har vi lagt til grunn at Strandveien 201 og boligene ved omsorgssenteret i Lebesby kan regnes som HDO. Dette er svært positivt og medvirker til å lette presset mot sykehjem. For planleggingen framover er dette positive elementet viktig å forsterke.

Botilbudene har, riktignok i en viss grad blitt benyttet som et sted å flytte til, selv om behovet for tjenester har vært begrenset. I slike tilfeller tilbys altså heldøgns omsorg (HDO) eller kommunalt eid/disponert bolig til personer som ikke har dette behovet fullt ut. I vurderingen må det tas hensyn til at mange gamle og enslige kan ha et berettiget ønske om å flytte fra opprinnelig bopel som kan ligge avsides og så videre. Kommunen har altså en rimelig god differensiering mellom boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik. I tillegg har botilbudene svært god økonomisk effektivitet fordi de betjenes av hjemmetjenestens turnus. Dette må fortsett unngå følgende situasjon som vi finner i mange kommuner:



I tillegg har botilbudene svært god økonomisk effektivitet fordi de betjenes av hjemmetjenestens turnus. Dette må fortsett unngå følgende situasjon som vi finner i mange kommuner:

Når boligene er opptatt oppstår en uønsket situasjon når brukere som faktisk har behov for HDO ikke får dette tilbudet. Løsningen for disse blir ofte sykehjemsplass. Det kreves klare kriterier for tildeling av boliger for å unngå dette.

Samspillseffektene mellom hjemmetjenesten og heldøgnsstilbudene uteblir i stor grad fordi en ikke har klare nok kriterier for tildeling av bolig som et pleie- og omsorgspolitisk virkemiddel, i kombinasjon med at hjemmetjenestene har hatt svak evne når det gjelder å gi forsterkede tilbud i brukernes eget hjem. Ressursene blir brukt opp på brukere

med lette og middels store behov.

Utviklingen i Lebesby er ikke slik pr i dag når vi er litt velvillig i tolkningen av dagens praksis for tildeling av boliger, men det er viktig å være oppmerksom på farene som ligger i dette.

1.3.3 Driftsmønster og organisasjon

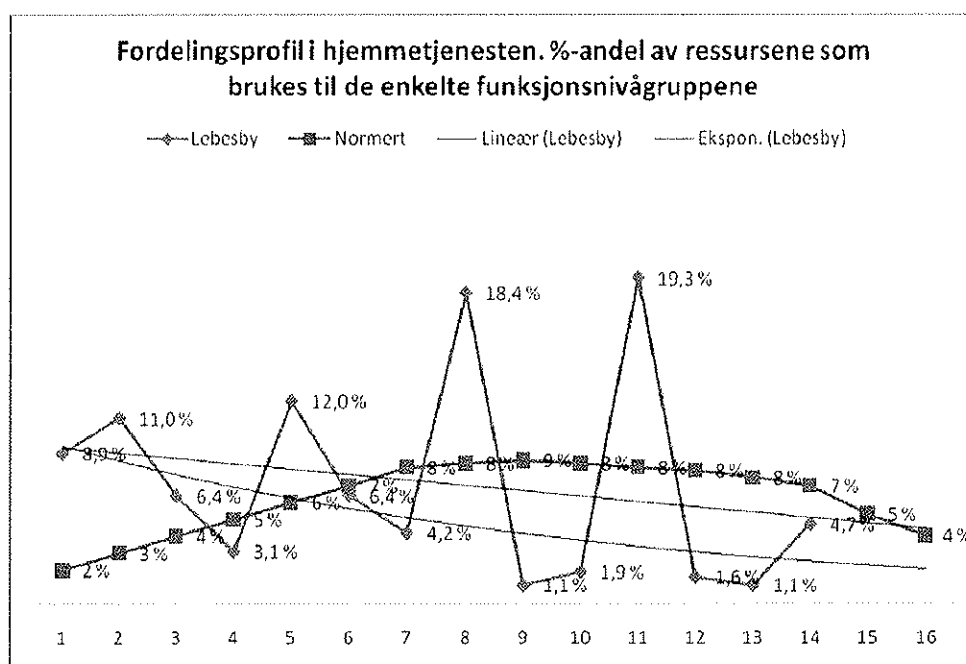
Omsorgstrappa har altså samlet sett god kapasitet. Når en ser samlet på kjernetjenestene hjemmehjelp og hjemmesykepleie, psykiatri, heldøgns omsorg i boliger samt kapasiteten knyttet til omsorgslønn, BPA og støttekontakter framstår det en helhet som vitner om politisk vilje til å satse på omsorgstjenesten. HDU-tilbudet er også godt, men svært kostnadskrevenende.

Organisasjonen er lagt opp med en inndeling både i funksjon og geografi. Dette medfører at både kjernetjenestene hjemmehjelp og hjemmesykepleie og HDO har sin driftsorganisasjon med funksjonsspesifikke oppgaver og geografisk inndeling.

Forvaltning - tildeling av tjenester er spredt på mange enkeltaktører. Distriktsledere fatter vedtak om hjemmetjenester. Dette kan være effektivt, men erfaring viser at det kan medføre forskjellsbehandling. Det er de samme aktørene som har forvaltningsansvaret som også har ansvaret for å yte tjenestene. Denne rolleblanding kan gi tett kontakt mellom brukere og tjenestene, noe brukerne ofte opplever som positivt (lokalkunnskap). Men for kravet til uavhengig forvaltning er dette ikke fullt så gunstig. Det kan også være vanskelig å forvaltningsoppgavene i de øvrige (og viktigste) gjøremål knyttet til administrativ og faglig ledelse, personaladministrasjon osv.

1.4 Underliggende konklusjoner

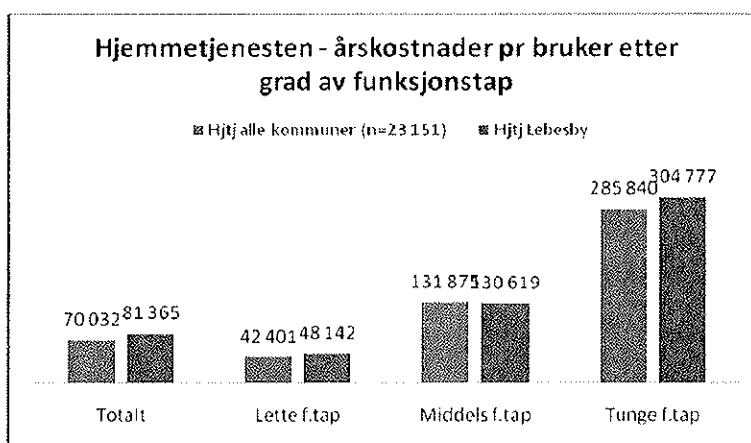
Hjemmetjenesten praktisk bistand og sykepleie samlet. Nivået på tjenestene ligger middels høyt, totalt. Det er forskjeller mellom Kjøllefjord og Laksefjord i mengde tilbud til like brukergrupper (noe svak standardisering).



Figuren illustrerer tydelig at Lebesbys praksis innebærer høy andel av ressursene brukes på brukere med lettere funksjonstap, mens andelen til brukere med middels og tunge funksjonstap ligger under normert praksis. Lebesbys kurve er ujevn. Det skyldes at det er ganske få observasjoner bak hvert tall, tilfeldige svingninger på grunn av enkeltbrukere slår ut ganske sterkt. Disse svingningene må ikke overtolkes. Det vesentlige er trenden som vises ved to ulike trendlinjer. Den øverste er en lineær trendberegning, den nederste er beregnet eksponentielt. Begge viser avtakende andel av ressursene til brukerne etter hvert som behovet øker.

Arealet mellom kurvene for Lebesby og normert regnet fra gruppe 1 til 6 har en verdi på 1,03 mill kr pr år og representerer potensialet for omstilling. Tjenester tilsvarende denne prisen kan altså forskyves til grupper med større behov, uten at tjenestene til de med små behov blir kritisk dårlig. Et moderat alternativ estimeres til halvparten, ½ mill kr. Foretrukket praksis avsetter mer ressurser til brukere med større behov. Det gir en mer kraftfull hjemmetjeneste som kan samspille med andre deler av omsorgstrappa, for eksempel hjemmetjenester + korttidsopphold for avlastning eller rehabilitering.

Årskostnader i hjemmetjenesten



Figuren illustrerer at Lebesby ligger noe over i gjennomsnittskostnader pr bruker totalt sett. Dette skyldes at kostnadene knyttet til brukere med lette og tunge funksjonstap ligger høyere enn snittet for de andre kommunene, mens snittet for de to andre gruppene er ganske likt. Det er positivt at kommunen evner å styrke tilbudet til de som har store behov i hjemmetjenesten. Framtidig kreves mer av nettopp det. En viss innstramming av nåløyet til de med begrenset behov kan frigjøre kapasitet som kan settes inn til flere brukere med store behov.

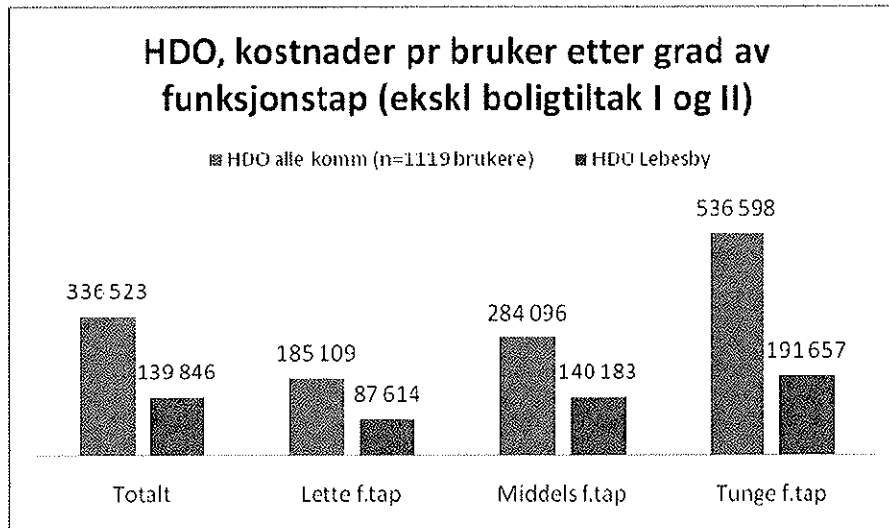
Produktivitet i hjemmetjenestene inklusive HDO: Produktivitet i produksjon av kjernetjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie er tilfredsstillende. Laksefjord har noe bedre produktivitet enn Kjøllefjord og psykiatrien.

Ressursfordeling i hjemmetjenesten, distriktene i mellom: I forhold til dagens praksis og produksjon og krav til like produksjonsforutsetninger bør dagens ramme omfordeles slik at psykiatriens ramme reduseres, mens Laksefjord økes med 0,67 mill kr. Dersom en ønsker å stramme til nåløyet for å få tjenester skal Kjøllefjords ramme økes med 0,8 mill kr i forhold til de øvrige som må reduseres tilsvarende. Det bakenforliggende årsaksforhold er at nivået på tjenestene er noe høyere pr i dag i Laksefjord enn i Kjøllefjord, samt at psykiatrien har svak produktivitet. Det tas forbehold om at psykiatrien har en del udokumentert tjenesteyting.

Heldøgns omsorgsboliger (HDO):

I analysen har vi definert Strandveien 201 og boligene i omsorgssenteret i Lebesby som heldøgns boliger.

Kriteriet for dette er at nattevakt er tilgjengelig innen 10 minutter. Dette kriteriet er nok ikke alltid oppfylt, men vi velger likevel å behandle disse boligene som HDO, under en viss tvil.



Lebesby har lavere kostnader i alle grupper enn de vi sammenlikner med. Det er altså en svært kostnadseffektiv tjeneste i Lebesby.

Vurdering

Alt i alt er inntrykket av HDO'ene i Lebesby svært positivt. Tilbudet kunne muligens vært forbeholdt brukere med noe større funksjonstap (behov), men vi velger å tolke forsiktig og kommer til at praksis er forenlig med krav til effektivitet så langt. Det er beregnet en økonomisk konsekvens av mulig feilplassering av 3-5 brukere i HDO, effekt kr 0,1 – 0,2 mill kr pr år. Veien videre bør ta høyde for en viss skjerping av kriteriene for tildeling av bolig.

Det vil være svært effektivt om kommunen fører denne delen av politikken videre, ved å legge til rette for bygging av flere boliger som kan driftes som HDO'er. Dette må kombineres med fortsatt samdrift av HDO og hjemmetjenester på dag, kveld og natt. På denne måten vil en kunne bygge opp ressurser gradvis og unngår sprangvise kostnadsøkninger ved etablering av egne turnuser. I vårt materiale har vi eksempler på kommuner som nettopp har gått i denne fella, og som sliter med å rette det opp.

Heldøgns omsorg for utviklingshemmede (HDU):

Lebesby har to enkelttiltak. Det vises til eget avsnitt i kapittel 5 om dette.

Sykehjem – brukerne har bare delvis adekvate kjennetegn til å være overste trinn i trappen. Kapasiteten utnyttes altså ikke effektivt nok. Den økonomiske konsekvensen av de valg som er gjort er beregnet til å være mellom 0,84 og 1,4 mill kr.

Korttidsopphold, dagtilbud og rehabilitering: Kommunen har et svært avgrenset tilbud. Her er det store forbedringsmuligheter.

Omsorgslønn, støttekontakter, brukerstyrt personlig assistent: Antallet brukere som har støttekontakt er unormalt høyt etter kommunestørrelsen. I alt er det registrert 35 brukere med denne tjenesten. I gjennomsnitt har de støttekontakt 3,6 timer/uke hvilket er omtrent som snittet for andre kommuner.

Antallet med omsorgslønn er en del lavere enn det kunne forventes sammenliknet med andre kommuner.

Gjennomsnittlig antall timer er 5,3 pr uke, hvilket er noe under snittet for andre kommuner.

Antallet som har BPA er om lag som forventet. Snitt timer/uke for støttekontakter er 22,7 timer/uke, det er om lag 30% under snittet for andre kommuner,

Styringsdata er svakt tilgjengelig. Se kap 6.

1.5 Økonomiske konsekvenser av valg som er gjort

Nedenfor gis en oversikt over konsekvensene av de valg som er gjort over tid. Tallmaterialet framkommer ved å sammenlikne Lebesbys praksis med andre kommuner og normerte ytterpunkter. Resultatet kan tolkes som et mulighetsrom for omstilling beregnet i moderat og høyt alternativ. Prinsippet i dette er at høyt alternativ er en ytterpunktsberegning som er realiserbar, men som er vanskeligere å oppnå og drifte enn moderat alternativ.

Tiltak	Effekt i mill 2008-kr		Merknad
	Moderat alt.	Høyt alt.	
Totalt	3,2	4,5	
Effektivisering i hjemmetjenesten - justert nåloye for å få tjenester	0,5	1	Justert praksis for brukere med lette behov (PT-gruppe 1-5) til hhvs snittet for andre undersøkte kommuner (moderat) eller normert (høyt). Se kap 5 om hjemmetj.
Praksis for tildeling av HDO	0,1	0,2	Et antall brukere er tildelt HDO som egentlig burde hatt forsterket tilbud i eget hjem. Se kap 5 om HDO
Høye kostnader i HDU			Se kap 5 ang HDU.
Praksis for tildeling av sykehjemsplasser	0,8	1,4	Et antall på 3-5 brukere er tildelt sykehjemsplasser som burde hatt tilbud i HDO eller forsterket tilbud i eget hjem. Se kap 5 om HDO
Fravær av systematiske og målrettede korttidstilbud i institusjon	0,8	0,5	Erfarings tall tilsier at Lebesby kunne oppnådd å utsette behov for langtids plass i sykehjem i et antall på om lag 3-5 plasser. Estimaten for kostnader er beregnet som differansen mellom turnuskostnader pr plass i sykehjem (0,47 mill kr) og kostnader for de tyngste brukene i hjemmetjenesten (0,3 mill kr).
Høyt nivå for tildeling av tjenester i sykehjem	1	1,4	Se kap 5 om sykehjem. Tjenestenivået er høyt, og kan modereres.

Tabellen viser at summen av valg som er gjort gir merkostnader i størrelsesorden 3,2 – 4,5 mill kr slik tjenestene drives i dag, med eksisterende kostnadsnivå, effektivitet og produktivitet. Effekten av de to siste tiltakene i tabellen er da ikke medregnet. Dette representerer også rammen for å estimere mulighetsrommet for omstilling.

Tallene må ikke tolkes slik at bevilgningene umiddelbart kan reduseres tilsvarende – det kreves operativ omstilling for å realisere mulighetene.

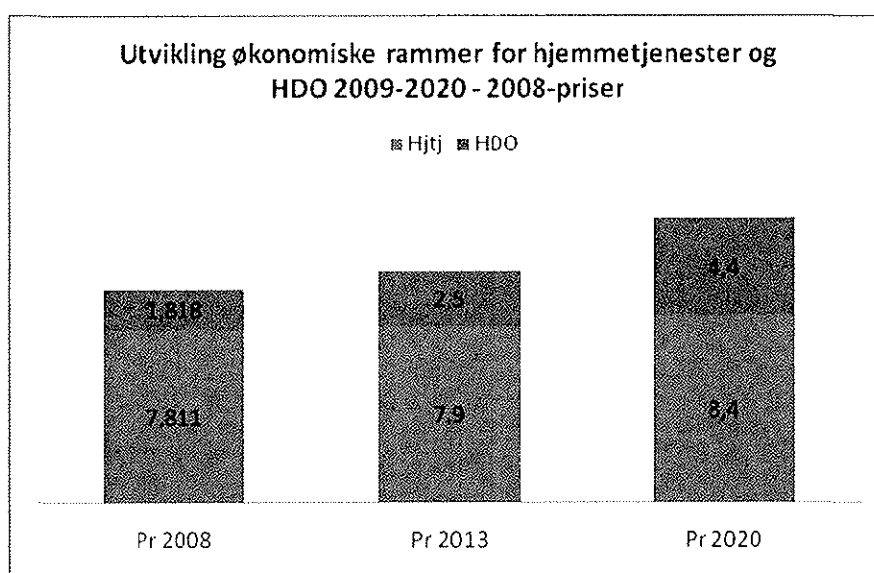
1.6 Framskrivning av kostnader

Det vises til kapitel 6. Framskrivning av befolkningen er gjort fram til 2013 og 2020 på bakgrunn av SSB's modell MMMM¹.

Ressursbehovet er framskrevet under forutsetning av at dagens praksis for tildeling av tjenester opprettholdes i forhold til brukernes alder og funksjonstap, og at befolkningen har samme behovsmønster som i dag. På denne måte setter vi framtidens befolkningen inn i dagens tilbud og driftsmønster.

Figuren viser framskrevet behov for ressurser i hjemmetjenesten (hjemmehjelp, hjemmesykepleie). Folketallet vil synke fra 1304 ved inngangen til 2009 til 1186 i 2013 og videre til 1064 i 2020. Den sterkeste nedgangen kommer i gruppen under 67 år, som reduseres med mer enn ¼. Alle aldergrupper over 67 år vil øke, sterkest økning kommer i gruppe 80+ som øker med 35%.

Framskrevet behov for ressurser i hjemmetjenesten og HDO



Vi ser på produksjon av hjemmehjelp og hjemmesykepleie, inklusive psykiatri og HDO. Dersom dagens praksis videreføres fram til 2013 vil kostnadene øke fra 9,6 mill kr i 2009 til 10,4 mill kr i 2013 og videre til 12,8 mill kr i 2020.

HDO er ikke framskrevet. Se begrunnelse i kap 6.

Framskrevet behov for sykehjem

Pr i dag har kommunen 18-20 plasser (varierende utnyttelsegrad, overbelegg med videre). Om lag 35 % av befolkningen over 80 år har plass. Dersom en framskriver denne situasjonen vil det være behov for ytterligere 8 plasser til en estimert kostnad på om lag 5-5,5 mill kr.

Oppsummering framskrivning

¹ MMMM betyr middels høy på faktorene fruktbarhet, levealder, innenlandsk mobilitet og netto innvandring

Framskrivningen viser at hjemmetjenestene får behov for mer ressurser, anslagsvis 3,2 mill kr fram til 2020. Grepene må være å justere praksis for tildeling av tjenester i hjemmetjenesten og sykehjem i skjerpene retning, samt foreta utbygging av HDO-tilbudet. Dersom dette ikke skjer vil behovet for sykehjemsplasser øke med 8 plasser til en estimert kostnad på 5 – 5,5 mill kr.

Til sammen vil kostnadene øke med mellom 8 og 9 mill kr hvis kursen ikke justeres. Kommunen kan ikke forvente å unngå hele denne kostnadsveksten, økningen i antall eldre vil uansett kreve sitt. Men økningen kan dempes kraftig med de tiltak som foreslås.

Framskrivningen viser utvikling av aldersgrupper som er dramatisk i forhold til skjevfordeling av forholdet mellom folk i yrkesaktiv alder og eldre/omsorgstrengende. Dette stiller ekstreme krav til kommuneøkonomien når det gjelder å ha nok hender til å drive lokalsamfunnet og holde økonomisk aktivitet oppe, sørge for skatteinntekter og sist men ikke minst: å skaffe nok hender til på drive omsorgsarbeidet.

1.7 Plattform for politiske vedtak

1.7.1 Noen utfordringer framover

Kommuner som sliter med å få omsorgstrappa til å fungere kjennetegnes blant annet med svakt samspill mellom ulike deler av omsorgstrappa, mangelfulle lavterskeltilbud, opphopning av tilbud på toppen av trappa (HDO og sykehjem), unødig åpent nåløye for få tjenester på lavere trinn i trappa og svak styringskompetanse. Altas mønster har mange av disse trekkene.

Det forventes økning i forekomst av demens, også i yngre aldersgrupper. Kommunene utfordres ved at store grupper utvikler psykiske lidelser i yngre alder. Disse lidelsene vil opptre i kombinasjon med effekten av aldring og fysisk skjøpeligheit slik vi er vant til og avkrever kommunene nye løsninger, og ikke minst bedre kompetanse for å kunne håndtere mer komplekse brukertilfeller i stadig større antall.

Utviklingen i sykehussektoren i grensesnittet til kommunenes pleie- og omsorgssektor viser økende tendens til at kommunene må forvente å ta imot stadig flere pasienter som kunne hatt nytte av forlenget sykehusopphold, men som skrives ut for å betjenes lokalt, i egne hjem eller med korttids- eller langtidsopphold i sykehjem. Dette er ikke bare et spørsmål om kapasitet, men også kompetanse faglig sett og kompetanse som aktør i samspill mellom sykehus, pårørende og bruker. Samhandlingsreformen som forventes om kort tid vil gi kommunen noen muligheter som kan være gunstig.

Driftsorganisasjonen i Lebesby har hatt rimelig gode rammer for driften over mange år. Dette har naturlig nok formet en kultur som det er politisk viktig å gi nye signaler. Det er ikke gitt at organisasjonen kan omstilles ut i fra den form og kultur den har i dag. Det er avgjørende viktig at det politiske ankerfeste for endringene blir robust, det trengs 100% ryggdekning for administrasjon og fag for å snu den store skuta som pleie- og omsorgstjenesten er.

Kommunens profil i forhold til befolkningens forventninger er formet over lang tid. Det er en politisk hovedoppgave å blankpusse budskapet om en mer nøktern omsorgstjeneste i framtida vis a vis befolkningen.

1.7.2 Politiske føringer for omstillingsprogram

Det forutsettes med prioritet nummer én at visjoner og godt politisk håndverk avklarer det lokale selvstyrets forståelse av nåsituasjonen og mulighetsrommet framover. I et konstruktivt samspill

med administrasjonen, fagfolkene, personalet og befolkningen kan en skape en ny virkelighet som gir brukere med middels og store behov for tjenester en fortsatt god tjeneste. For å få dette til kreves mye, både av den politiske ombudsrollen og styringsrollen.

Dersom kommuneøkonomien tillater det, anbefales å beholde ressursrammen tilnærmet uendret på dagens nivå de nærmeste årene med sikte på å få endringsprosessene i gang. På 4 års sikt er det mulig å ta ut betydelige deler av de påviste omstillingsmulighetene.

Administrasjonen gis i oppdrag å utarbeide et omstillingsprogram for de kommende 4 år basert på de forutsetninger som er beskrevet med følgende politiske føringer:

1. Gjøre endringer som mest mulig skjermer brukerne. Store deler av påviste muligheter kan gjennomføres med begrensede konsekvenser for brukerne. I dette bildet hører det hjemme å bearbeide oppfatningene av forholdet mellom egenomsorg og offentlig ansvar.
2. Praksisjustering i hjemmetjenestene i retning av moderat alternativ til normert ytterpunkt.
 - a. Fortsatt krav til god produktivitet så langt det er forsvarlig rent arbeidsmiljømessig.
 - b. Målsette krav til frigjøring av ressurser gjennom effektivitetsforbedring ved at brukere med middels og store behov får forsterket tilbud i eget hjem i større grad enn i dag. Dette forutsetter ny forståelse (helst konsensus) rundt grenser og gråsoner knyttet til egenomsorg og offentlig ansvar.
 - c. Ytterligere frigjøring av ressurser settes inn i:
 - i. Kompetanseheving, rekrutteringstiltak og forsterket innsats for å beholde arbeidstakere, herunder god seniorpolitikk.
 - ii. Tiltak for reduksjon av sykefravær og uønskede småstillinger.
 - iii. Utvikling av samhandlingsmønstre mellom sykehjem, hjemmetjeneste og 2. linjetjenesten. Samhandlingsreformen presenteres om kort tid – nye muligheter !
3. Lavterskeltilbud med høy kompetanse etableres, med fokus blant annet på brukere med behov for å bremse utvikling av demens og deres pårørende, samt brukere med psykiske lidelser.
4. Forsterket samarbeid med alle instanser, herunder også private, som kan bidra til gode boligpolitiske løsninger, herunder også arbeid med forbedring og sikring av boliger, blant annet i forhold funksjonalitet, brannfare mv.
5. Det etableres et tydelig skille mellom boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik med sikte på at botilbudene i det alt vesentlige skal bidra til å nå pleie- og omsorgspolitiske mål. Dette krever også en grenseoppgang mellom private og offentlige oppgaver i boligpolitikken.
6. Kommunen etablerer en kompetanseplan for utvikling av
 - a. faglig kompetanse på felt som ligger i grensesnittet til 2.linjetjenesten. Sykehjemmet og HDO'ene kan spille en avgjørende rolle i dette.
 - b. ledelse, styring og operativt arbeid i samspill med personalet, brukere, andre aktører i egne rekker, pårørende og 2.linjetjenesten/sykehus.

- c. forbedret styringsevne rent administrativt, med vekt på ressursstyring og overvåkning av standard på tjenestene og produksjon.
7. Videreutvikle sykehjemmet innen dagens kapasitet og bygge ut HDO, begge med spesialiserte tilbud. Som del av dette bør en vurdere funksjonsdeling innen sykehjemmet med skjermet enhet. HDO-tilbudet i Laksefjord kan i framtida ta i mot brukere med moderat demens, forutsatt at distriktet har kompetanse. Tilbudet må kunne driftes som del av felles turnus i hjemmetjenesten/HDO.
- 1½-linjetjeneste må konsentreres om sykehjemmet i Kjøllefjord i samspill med hjemmetjenesten som på sin side øker kapasiteten knyttet til brukere med middels og svært store behov. Den videre planlegging bør derfor ta høyde for å endre driftsformen med sikte på å
- Rendyrke ytterligere i forhold til særlige tilbud innen demensomsorgen, herunder delta i lavterskeltilbud.
 - Opprette betydelig kapasitet til korttidsopphold og dagtilbud i samspill med hjemmetjenester. Driften må være målrettet og ha et klart og godt definert faglig innhold som gir ønskede effekter for brukere og pårørende. Se nærmere om dette i kap 2 om samspillseffekter i omsorgstrappa, der det omtales et eksempel på drift av korttidsavdeling for demente med svært stor effekt. .
8. HDU gjennomgås med sikte på å klargjøre mulige effekter av strukturelle tiltak, (større driftsenheter, færre turnuser og nattevakter). Dette gjøres som del av planleggingen for tilbud til den yngre gruppen som nå har tilbud i foreldrehjemmet i kombinasjon med avlastning, omsorgslønn, støttekontakt og BPA.
9. Snarest mulig iverksetting av samordnet forvaltning knyttet til enkeltsaker, vurdering av brukerbehov, vedtak om tildeling av tjenester og styring av tilbudet etter LEON-prinsippet. Kravene til god forvaltning er betydelig skjerpet de senere årene.
10. Det må etableres et tett samarbeid med tilsynsmyndighetene for å fornye det kulturelle og faglige grunnlaget for saksbehandling og forvaltning, samt utarbeide bedre kriterier for tildeling av tjenester enn de som gjelder i dag. Fylkesmannen har en viktig (dobbel)rolle, knyttet til overvåkning av kommuneøkonomien og forvaltning av brukerrettigheter. Opplegg for dialog og samarbeid om dette må avklares og følges i et tett samarbeid.

Avslutning

I det jeg takker for den tillit kommunen har vist ved å tildele meg oppdraget med denne analysen, vil jeg rette en takk til aktørene i kommunen for godt samarbeid og velvillig assistanse når det var påkrevd. Lebesby kommune ønskes lykke til i det videre arbeid.

Trondheim, den 19.mars 2009
Rune Devold
(sign)

2. GENERELLE UTFORDRINGER, POLITISK OG FAGLIG

2.1 Behovsprøvd velferdsproduksjon – behov for ny selvforståelse

Pleie- og omsorgstjenestens lovbestemmelser fastslår borgernes rett til å få tjenester, Kvalitetsforskriften og andre myndighetskrav setter ytterligere rammer. Men det er helt og holdent kommunene som bestemmer hvordan omsorgstrappa skal se ut, hvordan den skal benyttes, hvor mye ressurser som skal stilles til rådighet og til syvende og sist; hvordan den enkelte bruker skal få sydd sammen sitt tilbud.

Det legges press på kommunens saksbehandlere i møtet med brukerne – hva kan vi forvente, hva er riktig type tjeneste, riktig mengde, til riktig tid osv. Det benyttes kommunalt fastlagte standarder, faglig, etisk og humant skjønn, ofte også påvirket av kulturelle forhold. Evnen til differensiering slik Kvalitetsforskriften krever blir utfordret, like tjenester til like behov, begrunnet forskjellsbehandling mv.

Over tid påvirkes behovet for tjenester på ulike trinn i trappa slik at det kreves annen dimensjonering og ny fordelingspolitisk profil. Det er krevende å disponere ressursene på en slik måte at trappa alt i alt fungerer effektivt slik at den dekker innbyggernes behov for tjenester i tråd med individuelle brukerbehov.

Omsorgstjenestene er den mest krevende av alle sektorer å styre, uansett hva vi sammenlikner med. Hvert minutt, 24 timer i døgnet, 365 dager i året, hverdager, helg og høytider skal mennesker hjelpes. Skiftende behov og uforutsigbarhet er det vanlige. Det kreves kvalitet i bistand og pleie, saksbehandling, informasjon og forvaltning, IT-løsninger skal driftes og utvikles. 100 000 medarbeidere skal ha god kompetanse og arbeidsvilkår. Møtet mellom bruker og bistandsyter skal skje med respekt og verdighet. Tjenestene skal tilpasses en bærekraftig stats- og kommuneøkonomi. Som produsent av 100 % behovsprøvede velferdsgoder med en prislapp på over 50 milliarder kroner pr år må omsorgstjenesten ses på med nye øyne etter en periode på 30 år med oppbygging av tilbudet.

Til dette kreves en ny selvforståelse i rollen som behovsprøvende velferdsprodusent. I mange kommuner ser vi at denne rollen ikke i blir ivaretatt på en god måte. Forståelsen bygger for mye på rettighetsaspektet og debatten om hva som er lovpålagt, uten at en egentlig kommer i mål med å definere hva som er lovpålagt. Vi kan påvise utallige fortolkninger av dette og sprikende praksis, fra det svært rause til det svært nøkterne. En bør i stedet ha en debatt som fokuserer på det vanskelige skjæringspunktet mellom brukernes ønsker og forventninger til nivå og innhold på tjenestene på den ene siden, og et rimelig krav til egenomsorg og avgrensning til servicebegrepet på den andre siden. Dette er også et verdivalg som er vanskelig å drøfte når debattens utgangspunkt også er det faktum at vi lever i et av verdens rikeste land.

Dernest er det helt avgjørende at kommunene tør å drøfte krav til effektivitet og produktivitet. I dette bildet kan det mange steder være nødvendig å ta et oppgjør med det politisk korrekte, ambisiøse krav fra faglig hold, forventninger fra befolkningen, mediefokus på enkeltskjebner og uheldige episoder, feil og mangler. Ansatte i tjenesten fortjener oppmerksomhet når de rapporterer travelhet og høyt tempo. Enkelte steder ser vi at svak overvåking av effektivitet og produktivitet medfører driftsrammer som er urealistisk små. Det kan resultere i økt sykefravær. Andre steder ser vi utslag i form av svært gode

ressursrammer uten at det produseres mer velferd av den grunn.

Med rapporteringsmulighetene i IPLOS er det faktisk mulig for alle aktørene å komme under overflaten og se praksis med nye øyne, slik vi gjør i denne rapporten. De mulighetene må utnyttes for alt det er verdt. Det øker styringsmulighetene, men det kreves utvikling av styringskompetanse og forståelse for styringsbehovet i alle ledd, fra kommunestyret til fotfolket. Dette krever prosesser som det dessverre er sjelden å se blir tatt på alvor. Dokumentasjon er nå tilgjengelig, tjenestene åpnes opp og blir gjennomslukt uten å komme i konflikt med taushetsplikt og personvern.

Kompetanseutvikling hos ansatte i tjenesten i tiden framover er sannsynligvis et viktigere virkemiddel for positiv utvikling enn tilførsel av mer ressurser. Dette vil med stor sannsynlighet føre til bedre kvalitet på tjenesten og økt trivsel. Det kommer også brukerne til gode. Arbeidsgiver oppnår å bli mer attraktiv, og bedrer sitt omdømme i konkurransen om arbeidskraft.

Den gode omsorgstjenesten drøftes ofte med utgangspunkt i et krav om flere sykehjemsplasser. Økt kapasitet i sykehjem og annen heldøgnsomsorg er ikke til hinder for å få til en god omsorgstjeneste men er heller ingen garanti. Slaget står først og fremst om å finne riktig nåløye for å få tjenester, skape likhet og begrunnet forskjellsbehandling, god styringsevne i alle ledd og god kommunikasjon med kommunens innbyggere. Våre erfaringer viser at det er nederst i omsorgstrappa de viktigste beslutningene angående nåløyet blir tatt. Der formes aktørenes holdninger og praksis på en slik måte at det blir med i alle ledd senere etter hvert som brukernes behov øker.

Det er den enkelte hjemmehjelper, omsorgsarbeider, hjelpepleier og sykepleier som møter brukeren i sannhetens øyeblikk – når tjenesten faktisk skal produseres. Brukeren, pårørende og de som yter den behovsprøvde hjelpen fortjener et støtteapparat som tar høyde for god styring, åpenhet og bevisst politikk slik at alle aktører vet hva de har å forholde seg til.

Lebesby kommune har en godt utbygd tjeneste slik denne rapporten viser. Sammenliknet med en del andre små kommuner vi har undersøkt er det mange positive trekk i Lebesby. Framskrivning av brukerbehov fram til 2020 viser imidlertid at utfordringene står i kø dersom en skal skape en omsorgstrapp for framtida som en faktisk har råd til å drive.

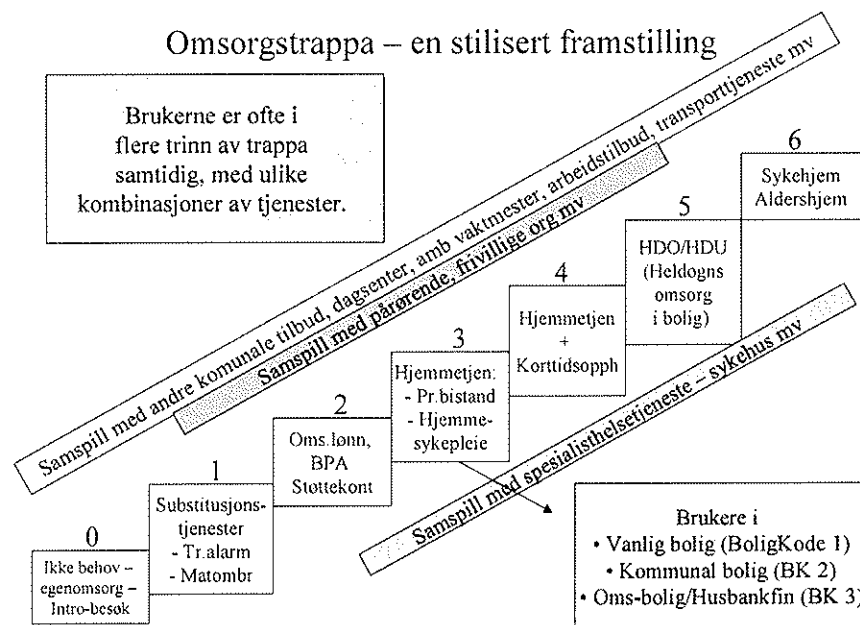
De utfordringer som er belyst i kapittel 1 lar seg ikke løse uten at det politiske nivå gir ryggdekning for endringer som skal skje. I likhet med andre kommuner har politikken på dette området lagt stor vekt på ombudsrollen fram til nå, det har vært stor grad av tverrpolitisk enighet om at dette området skal en satse på, fagfolkene har rapportert om økende behov og politikerne har vært lydhør. Resultatet er at tjenestene har grodd fram gradvis, helheten (hele omsorgstrappa) har fått mindre oppmerksomhet. De styringsdata som brukes i denne rapporten gjør sektoren mer gjennomslukt.

I tida framover vil lokalpolitikken i større grad måtte ta styringsrollen i bruk for å omstille tjenestene slik at de blir gode innenfor en bærekraftig kommuneøkonomi.

2.2 Omsorgstrappa – en generell tilnærming

Alle trinn i trappa skal forvaltes og benyttes etter LEON-prinsippet – ”Laveste Effektive Omsorgs Nivå”:

Fig 1: Omsorgstrappa en stilisert framstilling



Figuren er ikke allmenn og dekker ikke alle mulige forhold. Den er snarere ment som en oversikt til hjelp når praksis skal evalueres. Vi søker etter en inndeling av brukerne i homogene grupper, slik at vi kan gjøre sammenlikninger med tilfredsstillende treffsikkerhet.

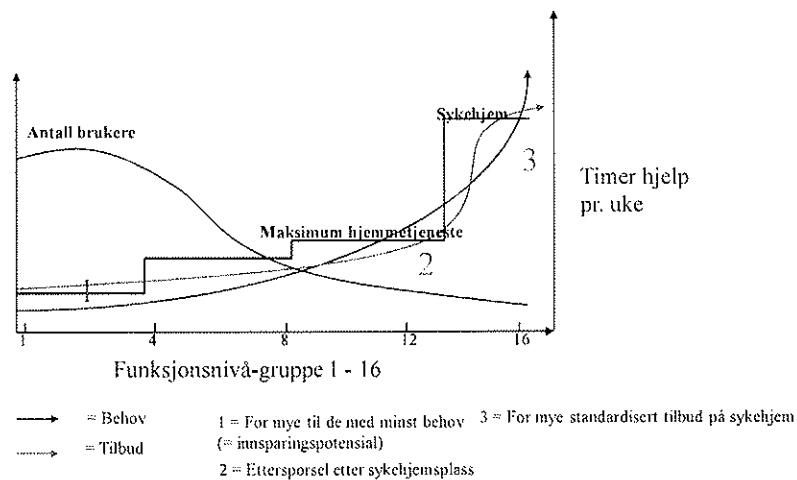
For brukerne er hele trappen en tiltakskjede som de forventer stiller opp med tjenester som ”matcher” deres behov. Det er i møtet med disse forventningene kommunens praksis skal evalueres. Det er mange elementer som skal falle på plass, blant annet tjenestenes tilgjengelighet i betydningen utbyggingsgrad for ulike deler av trappa, kommunens evne til å avdekke de reelle behov hos brukerne mv. Dette er tema for evalueringen.

HDO-drift med ekstra forsterket tilbud er såpass omfattende at mange vil si at tilbudet ligger på samme nivå som sykehjem, jfr figuren. I så fall gis det mulighet til individuell differensiering, noe som kan passe for en gruppe brukere, og som vil oppleve HDO som et godt alternativ til sykehjem. Andre vil ønske seg til sykehjem, alt etter individuelle behov.

Fig 2: Omsorgstrappa uten HDO

Omsorgstrappa uten HDO

3 vanlige utfordringer



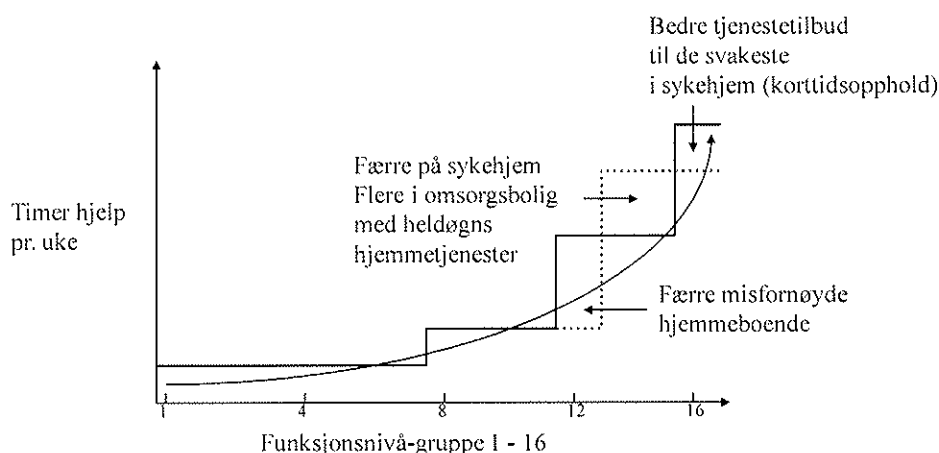
Når kommunen mangler HDO vil brukerkarrieren ofte føre til for tidlig søkning til høyeste trinn, sykehjem. Figuren ovenfor viser tydelig at maksimum ordinær hjemmetjeneste avløses direkte av sykehjem (fra 2 til 3). Dette reflekterer ikke det mangfold av brukerkarrierer og tilstander som krever mer fleksible løsninger enn sykehjem, både med tanke på innhold i tilbudet og økonomi for brukeren og kommunen.

Dersom en derimot har HDO som et trinn i trappa kan en over tid forvente mer fleksibelt og brukertilpasset tilbud både i HDO og i sykehjem slik figuren på neste side viser (fig 3).

Fig 3: Omsorgstrappa med HDO

Det er ikke uvanlig å se at boliger som er bygget

Omsorgstrappa med HDO (Omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjenester)



Det er ikke uvanlig å se at boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål og boliger som er bygget med Husbanktilskudd gjennom Opptrappingsplan for psykiatri og Handlingsplanen for eldreomsorg tildeles brukere med lette funksjonstap. Dette er ofte begrunnet med at boligene er bygget og en må få inn husleie. Dette er ineffektivt, og kommunen "straffes" ved at brukere som melder seg senere med middels store behov presser på for å flytte direkte fra egen ordinær bolig til sykehjem.

For å oppnå tilsiktet virkning er det er altså viktig at en ikke bare sørger for å bygge infrastrukturen, men at en også fastlegger bevisst policy for utnyttelsen slik at en sikrer effektiv bruk. I mange tilfeller ser vi at vinninga går opp i spinninga fordi den siste forutsetningen ikke er oppfylt.

2.2.1 HDO-utfordringer i Lebesby

Lebesby har HDO-tilbud når en legger til grunn at nattevakt er tilgjengelig innen 10 minutter varsling. Tilbudene er økonomisk svært effektive fordi de betjenes av hjemmetjenesten både dag, kveld og natt. I tillegg kommer at deler av boligmassen er finansiert privat. Utfordringen videre blir å legge til rette for flere botilbud av samme type og fortsette driften med samme mønster som nå. Selv om enkelte brukere i botilbudene skulle utvikle svært store behov for tjenester er det bedre å trappe opp tjenestene til disse slik at de kan fortsette å bo i heldøgns tilbud, framfor å flytte til sykehjem, forutsatt at de selv ønsker det. Erfaringsvis velger de aller fleste å få tjenestene der de bor framfor å flytte på sykehjem forutsatt at de føler seg trygge på tjenester er tilgjengelig i nødvendig omfang. Lebesby har allerede vist at de kan få til dette.

2.3 Samspillseffekter i omsorgstrappa

Et eksempel til etterfølgelse:

Sykehjem: Skyrud kompetansesenter for demens i Kongsvinger kan sannsynliggjøre at de forebygger behov for et betydelig antall langtidsplasser i sykehjem med det tilbudet de gir. Foruten to skjermede avdelinger tilbys dagsenter og korttidsopphold for avlastning og rehabilitering/opptrening i stor skala, i samspill med hjemmetjenestene. Analyse viser at tilbudene gis til brukere som har mellomstore behov, og som for dagsenterbrukernes del gjelder brukere som mottar gjennomsnittlig 6-8 timer hjelp hjemme. Korttidsoppholdene gis til brukere som mottar fra 4-6 timer hjelp fra hjemmetjenestene når brukerne er hjemme. Opplegget har også et bredt grensesnitt til pårørende og lokalsamfunnet for øvrig. Innholdet i tilbudet holder høyt faglig nivå, med store krav til systematikk og ressurseffektivitet. Dagtilbudene ble beregnet å være det mest produktive, korttidsoppholdene hadde en prislapp som gjennomsnittlig for sykehjem.

Eksempelet Skyrud er interessant for Lebesby som utgangspunkt for effektdrøfting av korttidsopphold, dagsenter og lavterskeltilbud på den ene side og dimensjonering av sykehjemskapasitet, HDO og hjemmetjenester på den annen side. En slik drøfting kan gjerne ta utgangspunkt i hvordan en kan oppnå maksimale samspillseffekter, og forutsetter at styring av brukerne til de riktige tilbudene til enhver tid foretas samordnet i ett forvaltningskontor. Dagens organisering legger til rette for gode samspillseffekter på distriktsnivå (Kjøllefjord og Laksefjord). Denne fordelene må trekkes opp på et høyere nivå for å øke effektene.

3. LEBESBY OG KOMMUNER I PROSJEKT FOR KS

I dette kapitlet ser vi på Alta sammenliknet med en del kommuner som var med i prosjektet "Kostnadsbilder i pleie og omsorg", en rapport fra Ressurscenter for omstilling (RO) og Rune Devold AS, offentliggjort i mai 2007. Prosjektet tok for seg overordnede strukturer i hjemmetjenesten, evaluering av KOSTRA-nøkkeltall, nivå på tjenesteyting, fordeling av kostnader på aldersgrupper og ulike grader av funksjonstap hos tjenestemottakerne.

3.1 Lønnskostnader pr tjenestemottaker

KOSTRA F 254 Hjemmetjenester har et nøkkeltall som måler ressursinnsats i kroner pr bruker i hjemmetjenesten. Gjennomsnittlig hadde alle kommunene i 2005 en snittkostnad på kr 123.831,- pr år. Prosjektet foretok en oppsplitting for se bak gjennomsnittstallet, og så på ordinære hjemmetjenester, HDU og HDO.

Tabell 1. Lønnsutgift pr år pr tjenestemottaker etter kommune, boligarena og tjenestetype

Kommune	KOSTRA Kroner lønnsutgift pr hjemmetjeneste- mottaker pr år (2005 og 2006)	Gjennomsnittlig lønnsutgift for tjenesteytende personell pr hjemmetjenestemottaker pr. år (2005)			
		Totalt (Ord.+H DU+HDO)	Ordinære hjemmetjenester	I heldøgn omsorgstjeneste for utviklingshemmede (H DU)	I heldøgn omsorgstjeneste for eldre/andre (HDO)
Landet 2006	123 831	117 901	68 085	823 572	355 924
Bergen	110 587	107 802	63 902	775 428	352 222
Bodø	121 192	108 313	67 552	861 375	-
Drammen	114 453	100 471	59 392	1 173 580	384 615
Harstad	136 269	130 205	76 750	633 064	632 818
Kvinesdal	122 381	200 678	100 000	720 833	384 615
Lier	135 216	147 332	57 798	739 404	383 766
Nesseby	72 333	51 950	51 950	-	-
Stord	167 083	124 483	81 087	540 548	264 700
Tromsø	169 386	154 992	106 819	1 016 614	235 727
Trondheim	130 155	135 863	63 723	983 417	441 765
Kommuner og tall utenfor KS-analysen					
Ørland (2006/07)	95 180	85 569	62 129	447 417	55 818
Time (2006/07)		127 971	83 807	743 385	355 000
Ringerike (2006/07)	141 418	141 120	69 694	1 009 403	277 771
Kvinnherad (2006/07)	157 049	164 931	72 938	662 750	374 000
Kongsvinger (2007)	107 071	117 281	88169	928 920	-
Grue (2007)	166 504	249 623	117 399	1 016 211	475 499
Lillehammer (2007)	151 260	153 747	93 360 (se merknad)	717 361	-
Sør-Odal (2007)	118 099	108 711	77 857	670 944	-
Narvik (2007)	177 026	180 752	84 113	991 704	730 103
Steinkjer (2007)	164 178	152 790	60 239	754 000	227 273
Overhalla * (2008)	86 716	86 646	49 052	455 417	179 409
Bremanger (2008)	Ikke publisert *	195 395	68 490	1 279 222	390 170
Alta inkl prosj	Ikke publisert *	235 651	91 741	1 144 054	623 067
Lebesby	Ikke publisert *	88 339	81 365	-	139 846
Alle kommuner 2006-2008		126 023	69 668	824 022	336 523
Landet 2007	160 555				

Lebesby har heldøgnstjenester for utviklingshemmede, fordelt på to tiltak til enkeltpersoner. Av hensyn til personvernet og andre grunner framstilles ikke tall for disse tiltakene. **Dersom de innregnes stiger gjennomsnittskostnadene "Totalt (ord+H DU+HDO)" fra kr 88.339,- til kr 129.807,-.** De to tiltakene er ressurskrevende, og kommunen mottar refusjon fra staten for om lag 60% av kostnadene i det ene tiltaket og 100% i det andre. Det vises til kapittel om H DU bak i rapporten.

Gjennomsnittskostnadene for kommuner i KS-analysen er lønns- og prisjustert fra 2005. Lønnsveksten de siste 2 år i kommunal omsorgssektor ligger på omlag 11 %, i tillegg kommer helårseffekten av oppgjøret i 2008.

Lebesby: Gjennomsnittskostnadene pr bruker i ordinære hjemmetjenester, kr 69.668,-, ligger i det nedre sjikt når en sammenlikner med andre kommuner. HDO-kostnadene ligger betydelig lavere enn snittet

En mulig feilkilde i Lebesbys tall for HDO ligger i at noe av grunnlaget for totalkostnader er estimerte tall

for kostnader der HDO-delen av driften ikke er skilt ut regnskapsmessig fra hjemmetjenesten.

Alt i alt forteller tabellen at Lebesby ligger svært gunstig an med hensyn til gjennomsnittskostnader i både hjemmetjenestene og HDO.

3.2 Hvor godt differensieres det mellom brukere?

Fornuftig bruk av omsorgstrappa forutsetter god differensiering mellom brukerne, alt etter grad av funksjonstap. Vi ser først på hvordan brukerne fordeler seg på henholdsvis de med lette, middels eller tunge funksjonstap.

Tabell 2. Andel brukere med Lette, Middels og Tunge funksjonstap i hjemmetjenesten

Kommune	Antall brukere med timetjenester	Lette	Middels	Tunge
Alle i KS-analysen	19 681	73 %	20 %	7 %
Bergen	7 819	79 %	16 %	5 %
Bodø	1 306	75 %	20 %	6 %
Drammen	1 562	67 %	23 %	10 %
Harstad	718	53 %	35 %	12 %
Kvinesdal	295	62 %	23 %	15 %
Lier	639	62 %	26 %	12 %
Nesseby	60	78 %	18 %	3 %
Bydel i Oslo	1 371	77 %	16 %	7 %
Bydel i Oslo	528	75 %	20 %	5 %
Stord	487	57 %	29 %	14 %
Tingvoll	88	64 %	22 %	15 %
Tromsø	1 312	62 %	26 %	12 %
Trondheim	3 496	72 %	22 %	6 %
Kommuner utenfor KS-analysen				
Ringerike	1003	63 %	26 %	11 %
Ørland	171	89 %	10 %	1 %
Time	388	75 %	19 %	6 %
Kvinnherad	371	76 %	20 %	4 %
Kongsvinger	697	80 %	16 %	4 %
Gruc	228	63 %	31 %	6 %
Lillehammer	672	67%	26%	7%
Sor-Odal	346	83%	13%	4%
Narvik	618	79 %	18 %	3 %
Steinkjer	576	80%	16%	4%
Overhalla	172	85%	13%	2%
Bremanger	148	81%	16%	3%
Alta ekskl prosj	413	79%	16%	5%
Lebesby	96	73%	21%	6%
Alle kommuner	22 802	77%	18%	5%

Tallene gjelder altså de hjemmetjenester. Tabellen er viktig for å forstå praksis i kommunene, både når det gjelder hvor lett eller vanskelig det er å få tjenester, og ikke minst å få oversikt i et fordelingsperspektiv. Summen av dette gir også gode signaler til vurdering av hjemmetjenestens plass i omsorgstrappa.

Kommunen trenger signaler som sier noe om kapasiteten utnyttes på en effektiv måte. Dersom en har uforholdsmessig mye ressurser knyttet opp til brukere med lette funksjonstap vil det kreves økte ressurser for å hindre at brukere med middels eller store behov blir skadelidende og unødvendig ”skyves” oppover i trappa.

For Lebesbys del forteller tabellen at kommunen har en høy andel brukere i den lette gruppen, i likhet med mange andre av de vi sammenlikner med. I senere kapitler vurderes dette i forhold til blant annet krav til effektivitet.

3.3 Aldersgrupper og ressursbruk

I mange sammenhenger oppfattes omsorgstjenesten som eldreomsorg, men over tid er det kommet til mange brukere i yngre grupper. Med sikte på blant annet å vurdere inntektssystemet har vi sett nærmere på dette, da kommunens inntekter er knyttet til antallet i eldre grupper.

Tabellen nedenfor forteller at yngre grupper (under 67 år) utgjør om lag 1/3 av antallet totalt, men de tilføres 2/3 av ressursene. Omsorgstjenesten er altså ikke bare eldreomsorg – og inntektssystemet tar ikke hensyn til store utgifter til yngre grupper, med unntak av refusjonsordningen for ressurskrevende brukere.

Tabell 3. Aldersgrupper (som i KOSTRA) og andel av ressursbruk (hjemmetjenester, HDO og HDU)

Kommune	Antall brukere (med timer)	Andel brukere og ressursbruk pr aldersgruppe							
		0-66 år		67-79 år		80-89 år		90+ år	
		Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser
Alle (KS<)	19681	31 %	62 %	20 %	12 %	39 %	19 %	10 %	7 %
Bergen	7819	33 %	64 %	20 %	12 %	37 %	18 %	10 %	6 %
Bodø	1306	48 %	74 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	5 %
Drammen	1562	48 %	73 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	9 %
Harstad	718	29 %	63 %	22 %	14 %	40 %	18 %	8 %	5 %
Kvinesdal	295	30 %	34 %	23 %	14 %	35 %	31 %	13 %	21 %
Lier	639	32 %	48 %	17 %	12 %	41 %	32 %	10 %	7 %
Nesseby	60	16 %	37 %	18 %	31 %	23 %	31 %	3 %	1 %
K1 (Oslo)	1371	18 %	52 %	19 %	12 %	50 %	29 %	12 %	8 %
K Oslo	528	29 %	39 %	18 %	16 %	38 %	33 %	15 %	13 %
Stord	487	47 %	69 %	17 %	12 %	29 %	13 %	6 %	5 %
Tingvoll	88	23 %	66 %	28 %	9 %	38 %	15 %	11 %	9 %
Tromsø	1312	28 %	59 %	24 %	13 %	39 %	20 %	9 %	8 %
Trondheim	3496	26 %	58 %	22 %	11 %	41 %	22 %	11 %	8 %
Kommuner utenfor KS-utvalget									
Ringerike	1115	28 %	55 %	21 %	15 %	42 %	23 %	7 %	7 %
Ørland	216	46 %	75 %	20 %	9 %	29 %	13 %	4 %	3 %
Time	419	44 %	66 %	18 %	10 %	30 %	18 %	8 %	5 %
Kvinnherad	479	27 %	62 %	20 %	10 %	43 %	19 %	11 %	9 %
Kongsvinger	697	43 %	69 %	24 %	17 %	29 %	12 %	5 %	2 %
Gruc	316	30 %	58 %	16 %	12 %	40 %	20 %	14 %	10 %
Lillehammer	744	31 %	74 %	18 %	7 %	38 %	7 %	14 %	6 %
Sør-Odal	346	34 %	45 %	24 %	26 %	36 %	23 %	5 %	5 %

Narvik	694	35 %	71 %	22 %	14 %	37 %	13 %	7 %	2 %
Steinkjer	867	24 %	42 %	21 %	14 %	44 %	29 %	11 %	15 %
Overhalla	206	46 %	44 %	17 %	12 %	29 %	31 %	7 %	13 %
Bremanger	205	27 %	58 %	29 %	18 %	36 %	19 %	8 %	5 %
Alta inkl prosj	416	41 %	76 %	29 %	9 %	27 %	13 %	3 %	2 %
Lebesby	96	23%	16%	40%	37%	29%	31%	7%	17%
Alle komm	22 802	32 %	62 %	20 %	12 %	38 %	19 %	10 %	7 %

Lebesbys profil i dette er på mange måter atypisk i forhold til andre kommuner. Tolkning må ta høyde for de to enkeltpersontiltakene som er holdt utenfor materialet. Kommunen har lavere andel av brukerne i gruppen under 67 år enn nesten alle andre, og svært liten andel av ressursene til denne gruppen. Gruppen 67-79 år er derimot større, det samme gjelder andel av ressursene.

De funn tabellen beskriver var ny kunnskap for alle da KS-rapporten ble presentert. Mange har antatt at det nettopp var slik at de yngre aldersgruppene er ressurskrevende, men det var første gang det kom tall på bordet. Omsorgstjenesten er altså ikke bare eldreomsorg, snarere tvert i mot når det gjelder ressursbruk. Lebesbys profil er noe avvikende i forhold til denne konklusjonen når en ser bort fra de to enkeltiltakene.

Prosjektet for KS undersøkte i hvilken grad de store utgiftene under 67 år hadde sammenheng med forekomsten av kognitiv svikt (for eksempel psykiske lidelser), og fant at det har en klar sammenheng i alle aldersgrupper under 67 år.

3.4 Praksis for tildeling av praktisk bistand og hjemmesykepleie

For å belyse praksis for tildeling av tjenester ytterligere splittes brukerne i ordinære hjemmetjenester i 16 FN-grupper slik at vi kan se på antall timer praktisk bistand og hjemmesykepleie disse mottar. Tallene for alle kommunene i KS-prosjektet går fram av tabellen.

Tabell 4. Gjennomsnittlig timer/uke, praktisk bistand og sykepleie, (boligkode 1-3, ekskl HD0 og HDU)

Kommuner	Gj.sn	Funksjonsnivågrupper															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Snitt alle i KS-utv.	3,1	1,1	1,7	2,3	3,0	4,0	5,0	6,3	7,6	7,8	10,2	10,2	11,0	15,0	18,5	22,9	20,6
Bydel	2,2	1,1	1,4	1,8	2,2	2,6	3,7	5,4	4,5	7,0	8,8	5,5	8,8	5,3	6,8	4,2	1,0
Bydel	3,1	1,4	1,4	2,4	2,6	4,4	4,4	4,6	7,2	7,1	9,0	5,3	14,7	2,4	-	-	-
Drammen	2,3	0,9	1,1	1,1	1,3	2,1	2,3	4,7	4,1	4,5	5,5	4,3	6,9	5,7	7,0	12,4	12,1
Bergen	3,2	1,1	1,8	2,6	3,6	4,5	5,3	7,4	9,2	8,4	13,3	14,5	14,0	20,6	23,1	26,8	20,8
Trondheim	3,4	1,2	1,4	2,2	3,3	4,2	6,2	6,2	8,0	8,6	8,7	6,4	12,7	15,0	8,0	0,5	-
Tromsø	5,8	1,3	2,1	2,8	3,3	5,3	7,0	7,5	8,3	13,5	13,0	13,1	11,8	22,9	22,1	28,6	42,9
Lier	3,8	1,2	5,1	2,0	3,3	3,4	3,5	5,4	4,3	5,7	12,0	1,6	15,2	8,2	3,7	-	1,0
Kvinesdal	2,9	1,3	2,1	2,3	2,4	6,0	3,7	4,5	3,2	12,3	6,0	11,1	4,0	5,4	-	-	-
Stord	4,8	0,8	1,2	1,4	2,3	2,7	3,3	4,9	8,5	3,6	6,9	17,8	9,9	16,5	28,6	30,0	1,4
Tingvoll	2,1	1,4	0,8	3,0	1,7	4,4	4,3	1,3	3,5	2,5	-	0,8	3,0	4,0	3,5	-	-
Bodø	3,0	1,1	1,2	1,9	2,0	3,3	4,4	6,6	9,2	7,4	8,1	15,7	10,2	12,1	18,1	20,0	-
Harstad	4,8	1,1	1,1	1,8	2,1	3,5	4,4	4,8	6,4	8,7	8,5	10,8	12,1	13,6	29,4	29,2	20,5
Nesseby	11,1	2,5	3,0	12,3	17,2	3,0	31,8	34,5	20,4	7,5	-	-	-	-	-	30,0	30,0
Kommuner utenfor KS-utvalget																	
Ringerike	4,8	1,2	1,4	1,9	2,7	4,1	5,3	6,7	7,3	6,1	8,4	11,2	16,1	22,7	22,4	17,6	33,9
Ørland	2,2	1	1,8	1,8	2,9	2,3	6	13	12,2	7	6,3	-	12	-	-	-	-
Kvinnherad	4,3	1,2	3	2,8	4,5	3,7	4,3	6	7,4	12,4	11,9	13,4	6,7	15,9	60,7	16,8	-

Kongsvinger	2,5	1	1,5	2	2,6	3,8	5,2	4,1	6,2	5,9	9,6	4,4	5,7	8	8,4	12,8	7
Grue	4,2	1,7	1,1	2,2	3,3	2,5	4,9	8,4	4,2	7,5	8,2	8,9	9,0	14,8	8,4	-	91,5
Lillehammer	3,8	1,1	1,1	1,5	1,9	2,7	4,4	4,2	12,2	8,5	5,1	5,3	9	12,4	23,6	12	14,2
Sør-Odal	4,1	2,9	2,9	2,9	3,4	4,5	6,8	7,2	6,3	10,5	11,0	8,4	-	19,0	7,3	22,2	36,2
Narvik	5,1	2,3	3,6	4,1	4,8	5,7	6,1	8,4	8,4	10,8	9	15,8	19,3	24,7	29	17,4	30
Steinkjer	3,4	1,6	1,9	1,8	2,8	3,7	4,0	5,0	11,1	8,1	10,5	12,6	11,4	7,1	17,9	13,5	-
Overhalla	2,2	1,2	1,4	1,6	1,7	4,9	2,3	5,8	4,8	7,9	-	-	-	11,5	8,5	-	5,4
Bremanger	2,2	0,9	1,1	3,3	2,3	2,7	1,3	1,8	0,5	2,0	12,3	0,5	7,0	3,5	-	-	2,7
Alta, ekskl prosj.	3,4	1,2	1,8	2,4	2,6	4,2	5,5	5,6	7,2	4,1	8,8	10,9	16,6	4,5	-	71,0	-
Lebesby	3,2	1,0	2,4	1,5	1,6	3,7	3,9	3,3	6,3	3,5	5,9	19,9	4,8	3,5	14,5	-	-
Snitt alle i KS-utv.	3,1	1,1	1,7	2,3	3,0	4,0	5,0	6,3	7,6	7,8	10,2	10,2	11,0	15,0	18,5	22,9	20,6

Tallene illustrerer at Lebesbys brukere i gjennomsnitt mottar 3,2 timer praktisk bistand og sykepleie pr uke, hvilket er som snittet for KS-utvalget (3,2). De med minst funksjonstap mottar 1,1 timer/uke, også det tilsvarende brukere i KS-utvalget (1,1). Brukere i flere av gruppene av lette brukere mottar gjennomsnittlig noe mer tjenester enn snittet for KS-utvalget. Lebesby har ikke brukere i verken gruppe 15 eller 16.

Tallene viser en noe ujevn sammenheng mellom brukernes behov og de tjenester som ytes – ikke ulikt mange av de andre kommunene. En skulle forvente at stigende funksjonstap ble møtt med økende mengde tjenester enn det vi ser i Lebesby. **Når funksjonstapet øker, stiger mengden tjenester marginalt og noe tilfeldig, de fleste som utvikler store behov tas ut av hjemmetjenesten og får tilbud lenger opp i omsorgstrappa. Selv om det ytes relativt beskjedent med tjenester til de letteste gruppene, veier disse tungt når en ser på samlet ressursbruk, fordi antallet brukere i disse gruppene er stort.**

4. BRUKEROVERSIKTER

I dette avsnittet ser vi på alle tjenestebrukere og tjenesteområder for å få et samlet bilde. Data pr 20.10. 2008, korrigert i henhold til opplysninger fra enhetene.

Tabell 5: Brukerne etter tilhørighet, F-nivå og sum produksjon

		Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt pleietyngde med timer	Sum timeverk	Snitt t/u brukere med timer
	Lebesby	183	36	147	2,13	977,4	6,6
1	Kjøllefjord sone	94	22	72	2,09	358,7	5,0
	3 Galgeneset	1	1				
	6 Strandvn 201 HDO (8)	7		7	2,98	55,5	7,9
	7 LHL Strandvn 176	5		5	1,84	19,7	3,9
	8 Hjemmetjen annet	2		2	3,19	13,5	6,8
	99 Kjøllefjord	79	21	58	1,96	270,0	4,7
2	Laksefjord sone	42	3	39	1,75	255,2	6,5
	1 Lebesby	10		10	1,62	103,9	10,4
	2 Kunes	6		6	1,53	23,1	3,8
	3 Veidnes	6	1	5	1,42	6,5	1,3
	4 Ifjord	3	1	2	2,91	49,0	24,5
	5 Bekkarfjord	1	1				
	6 Omsorgssenter, bol HDO (7)	6		6	2,55	49,5	8,3
	7 Friarfjord	8		8	1,31	14,3	1,8
	8 Skogvik	2		2	2,08	9,0	4,5
3	Kj.fjord sykest	26		26	2,98	326,8	12,6
	1 Kj sykest avd	19		19	3,52	313,0	16,5
	3 Kj sykestue akutt	7		7	1,52	13,8	2,0
1	1 Psyk sykepleie	20	10	10	1,66	36,7	3,7
	1 Psyk samarbeidspr	2		2	1,00	2,0	1,0
	99 Psyk sykepl	18	10	8	1,82	34,7	4,3
9	9 Annet	1	1				
	1 Snømåking	1	1				

Tabellen gir oversikt med fordeling av brukere med funksjonsnivå og tjenester som ytes i form av timer/uke. Timer/uke er sum alle tjenester, inkl PB, sykepleie, BPA, omsorgslønn, støttekontakt og timer på dagsenter. Antall brukere kan avvike noe fra kommunens kapasitetsoversikter, da vi her teller opp antall brukere slik de er registrert i journalsystemet og ikke antall plasser. Antallet kan også avvike fra andre oversikter i rapporten på grunn av utvalgs- og seleksjonsmetoder varierer etter hvilket formål oversiktene har. I visse tilfeller vil brukere kunne ha tjenester midlertidig andre steder enn der de er

grunnregistrert, for eksempel korttidsopphold i institusjon. I Lebesbys tilfelle er antallet i sykehjem høyere enn antall plasser. Det skyldes at brukere som har vært på sykestua tidligere fortsatt står registrert der. De er altså ikke avsluttet der og skal egentlig registreres i hjemmetjenestene når de har tjenester derfra. Denne gruppen har ganske omfattende tjenester (snitt 13,8 timer/uke).

5. OMSORGSTRAPPA – TRINN FOR TRINN

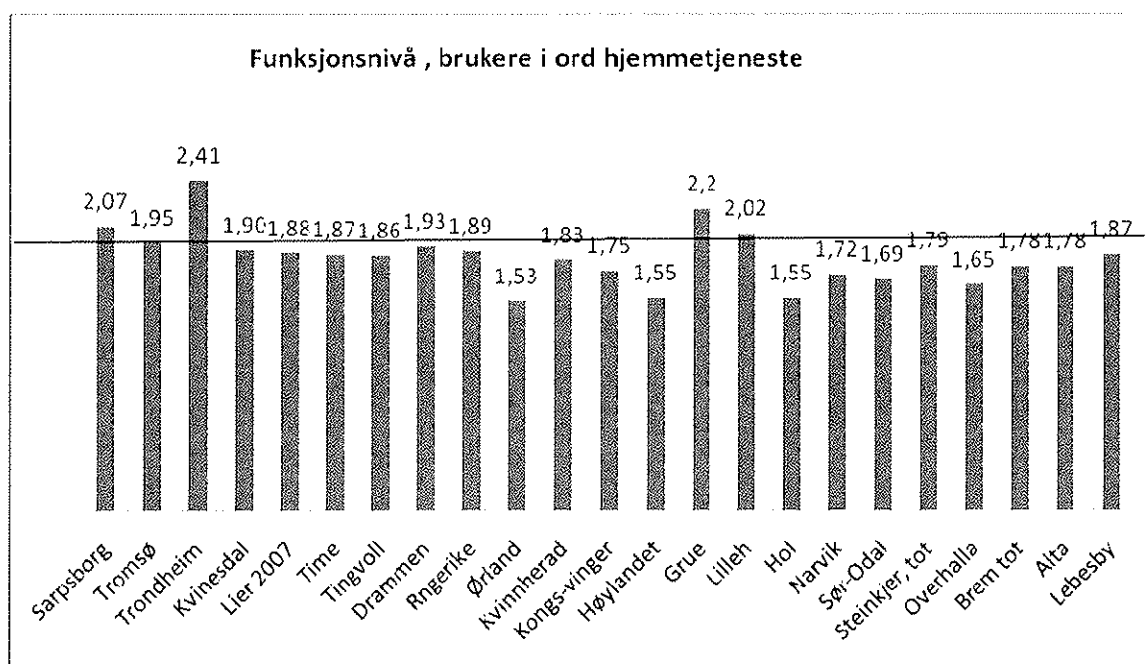
I dette avsnittet ser vi på omsorgstrappa, trinn for trinn. Dette legger grunnlag for drøfting av kjedens **effektivitet**, her definert som i hvilken grad kjedens kapasitet og utnyttelse er hensiktsmessig i forhold til å tilfredsstille befolkningens behov for omsorgstjenester i hht til lov, forskrift og kommunale føringer. Materialet gir også grunnlag for å vurdere den lokale fordelingspolitikken innen pleie og omsorg, herunder hvordan kommunen fordeler ressursbruk i samsvar med brukernes faktiske behov.

5.1 Brukere med ordinære hjemmetjenester

Oversiktene nedenfor omfatter de som har ordinære hjemmetjenester, uavhengig av hva slags bolig de bor i, og som har tjenester i form av timer (omfatter altså brukere i vanlig bolig, samt de som har fått kommunal bolig eller bolig finansiert med tilskudd fra Husbanken).

Alt i alt er funksjonsnivået for de som mottar praktisk bistand og/eller sykepleie på 1,87 og er noe lavere enn de fleste kommuner vi sammenlikner med, se figuren nedenfor. Snitt timer pr uke er også noe høyere.

Fig 4: Funksjonsnivå for brukere i ordinære hjemmetjeneste- kommunevis



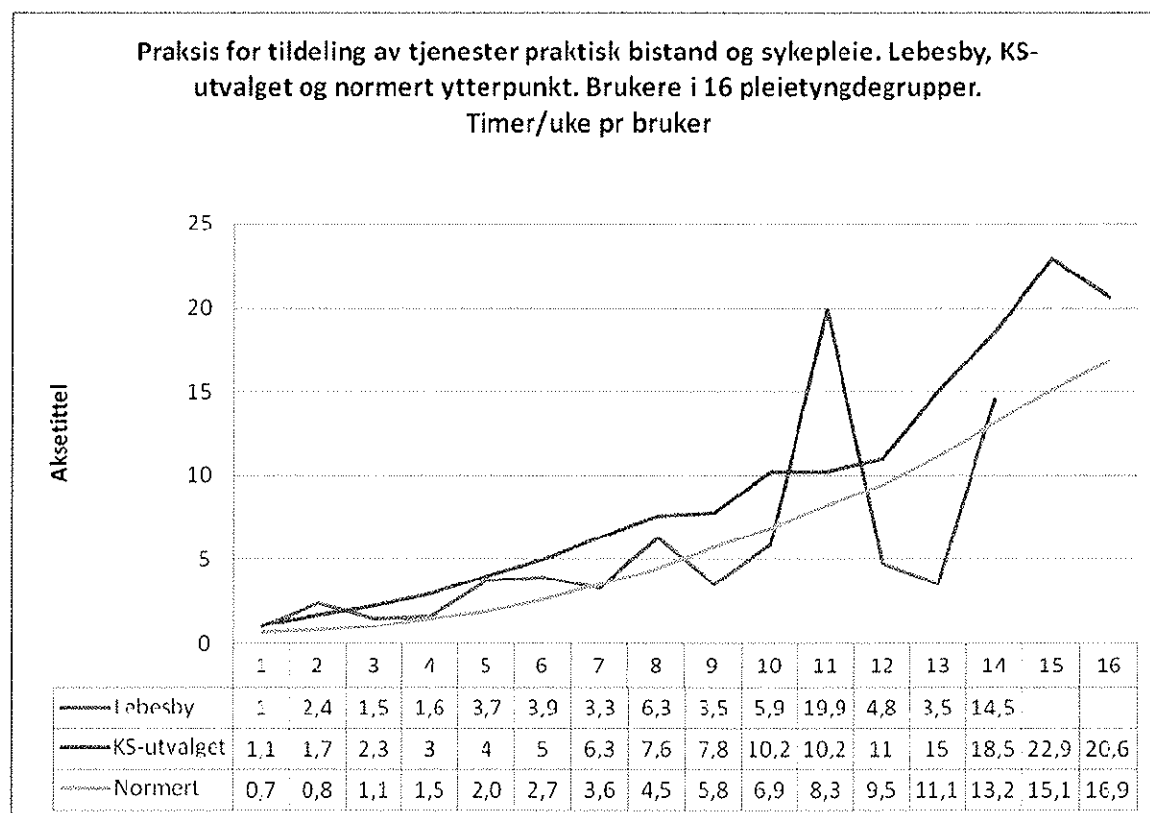
Brukerne i Lebesby ligger litt under snittet for alle de øvrige, snittet for Lebesby er 1,87. Det innebærer at mange brukere får timetjenester i Lebesby som i en del andre kommuner enten ville fått substitusjonstjenester (trygghetsalarm, matombringing, evt dagsenter) i stedet for hjemmetjeneste, eller de

ville ikke fått tjenester i det hele tatt.

Horisontal linje markerer mål på mellomlang sikt, funksjonsnivå lik/over 2,0. Dette målet forutsetter at nåløyet for å få tjenester gjøres noe trangere for brukere med lette funksjonstap i forhold til dagens praksis.

5.1.1 Praksis for tildeling av tjenester – F-nivågrupper

Fig 5: Praksis for tildeling av tjenester



Figuren beskriver dagens praksis i Lebesby og forskjellene til andre kommuner og et normert ytterpunkt. Den viser altså mer spesifikt på pleietyngdegrupper det som neste figur summerer opp for gruppene lette, middels og tunge brukere.

Tilbudet er godt i lette brukergrupper, men avtar etter hvert som brukerbehovene stiger, med noen unntak. Det er altså svak samvariasjon mellom behov og tilbud.

Ved å nærme seg normert ytterpunkt øker Lebesby mulighet til å gi sine hjemmeboende brukere en reell valgfrihet mellom hjemmetjenester og HDO/institusjon.

Dette er imidlertid ikke gjort i en håndvending. Dreining krever faglig og politisk oppslutning, tydelig kommunikasjon med brukerne og befolkningen, enkeltvedtak skal revideres, ny utforming av tjenestene skal begrunnes saklig og individuelt. Ny praksis utfordrer også samarbeid på tvers av fag, forholdet til 2.linjetjenesten (sykehus) og generelt på evne til å samhandle med brukerens behov i fokus.

5.1.2 Distrikter og deltjenester - praksisforskjeller

Tab 6: Hjemmetjenestene - praksisforskjeller

Lebesby		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Hjemmetjeneseter		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere m/timer, pleietyngde og timer/uke		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Antall brukere	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Lebesby tot, ekskl HDO		96	27	14	13	6	10	5	4	9	1	1	3	1	1	1	
Kjøllefjord		59	11	7	8	5	8	4	1	8	1	1	2	1	1	1	
Laksefjord		32	14	7	4	1	2		2	1		1					
Psykiatrien																	
Antall brukere		20	13	1	2		2	1	1								
Antall uten timer		15	11	1	1		2										
Antall med timer		5	2		1			1	1								
HDO																	
Strandveien 201		7				2		1	1		1	1		1			
Omsorgssenter L		6	1	1			1		1			1		1			
Pleietyngde																	
Hjemmetj. Tot		1,87	1,07	1,36	1,64	1,88	2,10	2,38	2,62	2,87	3,15	3,40	3,62	3,96	4,02	4,48	
Kjøllefjord		2,08	1,07	1,37	1,64	1,91	2,11	2,37	2,73	2,88	3,15	3,40	3,63	3,96	4,02	4,48	
Laksefjord		1,52	1,08	1,34	1,66	1,75	2,06		2,53	2,83			3,61				
Psykiatrien alle brukere		1,36	1,02	1,48	1,59		2,12	2,40	2,71								
Psykiatrien, brukere med timer		1,73	1,00		1,53			2,40	2,71								
HDO totalt		2,78	1,13	1,30			2,07	2,47	2,66	2,91		3,47	3,52		4,08		
Strandveien 201		2,98					2,07		2,66	2,95		3,47	3,52		4,12		
Omsorgssenter L		2,55	1,13	1,30				2,47		2,88			3,52		4,04		
Timer/uke																	
Hjemmetj. Tot		3,2	1,0	2,4	1,5	1,6	3,7	3,9	3,3	6,3	3,5	5,9	19,9	4,8	3,5	14,5	
Kjøllefjord		3,1	1,1	1,5	1,1	1,3	3,8	3,7	6,6	4,4	3,5	5,9	12,0	4,8	3,5	14,5	
Laksefjord		3,8	1,0	3,3	2,6	3,0	3,5		2,9	22,0			35,8				
Psykiatrien, brukere med timer		1,5	0,8		0,7			4,8	0,7								
HDO tot		6,3	4,0	7,8			1,5	1,0	5,6	9,3		6,6	5,4		12,0		
Strandveien 201		5,4					1,5		5,6	4,0		6,6	9,3		9,3		
Omsorgssenter L		7,3	4,0	7,8				1,0		14,5			1,5		14,8		

Tabellen viser timer/uke pr bruker i de ulike distrikter og deltjenester. HDO-tiltakene er tatt med for sammenlikningens skyld, se eget avsnitt. Psykiatrien er spesifisert for å anskueliggjøre at tjenesten har en stor andel brukere som sannsynligvis har udokumenterte tjenester.

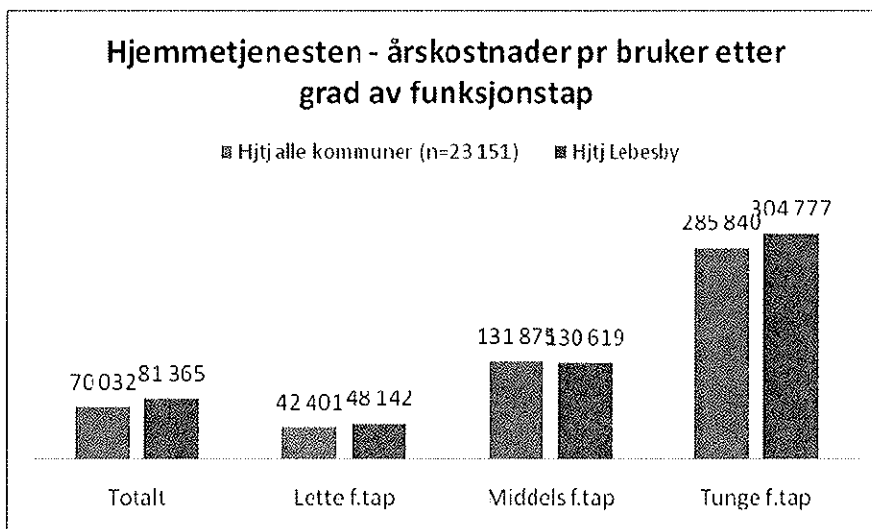
Det er en viss praksisforskjell mellom Kjøllefjord og Laksefjord. Antall brukere i tyngre brukergrupper og pleietyngden er høyere i Kjøllefjord. Det kan tolkes slik at Kjøllefjord beholder brukerne lenger for eksempel før innleggelse i sykehjem enn Laksefjord. Praksis for tildeling av tjenester er også forskjellig, Kjøllefjord har en bedre sammenheng mellom pleietyngde og mengde tjenester enn Laksefjord der

tilbudet også ligger noe over standarden i Kjøllefjord.

Sammenlikning av hjemmetjenestene og HDO ser gunstig ut: det er klar forskjell i pleietyngde og mengde tjenester. De som har tilbud i HDO har klart større behov enn de som har hjemmetjenester.

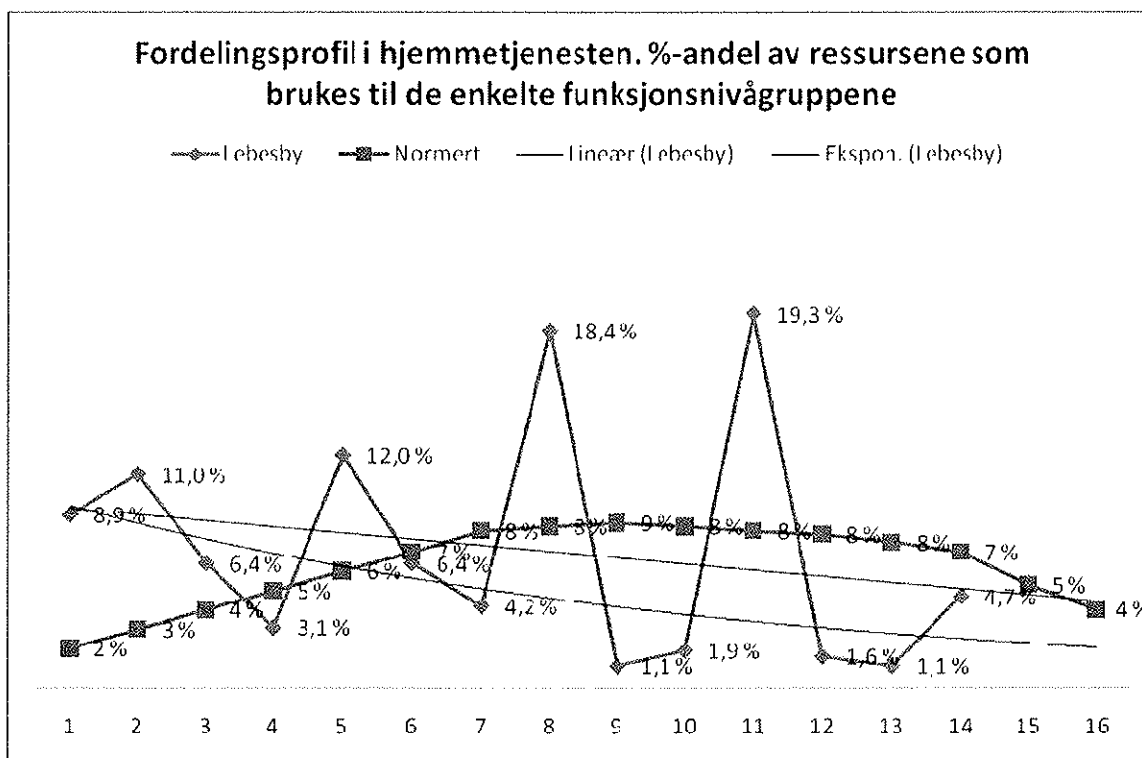
5.1.3 Årskostnader i hjemmetjenesten

Fig 6: Årskostnader i hjemmetjenesten



Figuren illustrerer at Lebesby ligger noe over i gjennomsnittskostnader pr bruker totalt sett. Dette skyldes at kostnadene knyttet til brukere med tunge funksjonstap ligger høyere enn snittet for de andre kommunene, mens snittet for de to andre gruppene er ganske likt. Det er positivt at kommunen evner å styrke tilbudet til de som har store behov i hjemmetjenesten. Framtidig kreves mer av nettopp det. En viss innstramning av nåloyet til de med begrenset behov kan frigjøre kapasitet som kan settes inn til flere brukere med store behov.

Fig 7: Fordelingsprofil i hjemmetjenestene

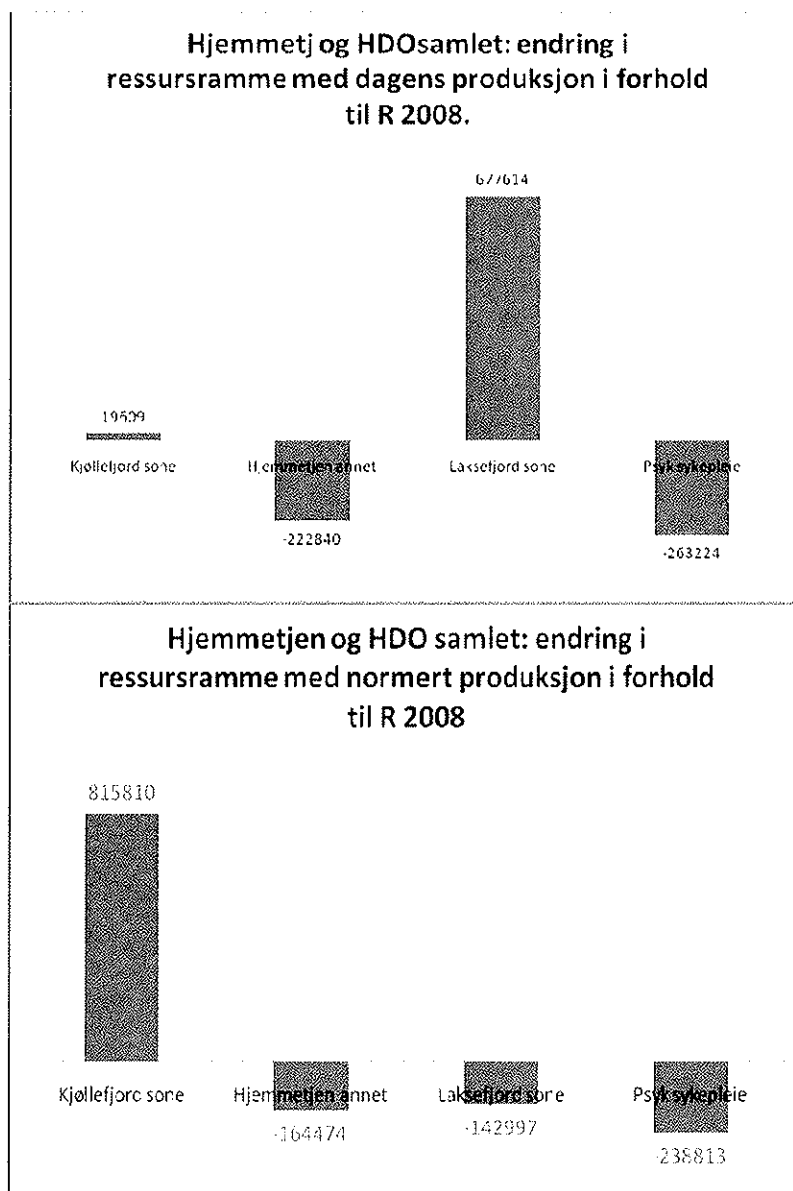


Figuren illustrerer tydelig at Lebesbys praksis innebærer høy andel av ressursene til brukere med lettere funksjonstap, mens andelen til brukere med middels og tunge funksjonstap ligger under normert praksis. En legger merke til at Lebesbys kurve er ujevn. Det skyldes at det er ganske få observasjoner bak hvert tall, tilfeldige svingninger på grunn av enkeltbrukere slår ut ganske sterkt. Disse svingningene må ikke overtolkes. Det vesentlige er trenden som vises ved to ulike trendlinjer. Den øverste er en lineær trendberegning, den nederste er beregnet eksponensielt. Begge viser avtakende andel av ressursene til brukerne etter hvert som behovet øker.

Arealet mellom kurvene for Lebesby og normert regnet fra gruppe 1 til 6 har en verdi på 1,03 mill kr pr år og representerer potensialet for omstilling. Tjenester tilsvarende denne prisen kan altså forskyves til grupper med større behov, uten at tjenestene til de med små behov blir kritisk dårlig. Et moderat alternativ estimeres til halvparten, ½ mill kr.

5.1.4 Skjev ressursfordeling mellom distriktene

Fig 7 og 8: Estimerte omfordelingseffekter



Vi ser her på ressursfordelingen mellom Kjøllefjord og Laksefjord, samlet for hjemmetjenester og HDO (Strandveien 201 og Lebesby omsorgssenter). I den første grafen beregnes ønsket endring i ressursfordeling forutsatt at dagens produksjonsmønster opprettholdes. Dette betyr at dagens praksisforskjeller videreføres. Grafen viser at psykiatrisk sykepleie skal redusere sin ramme, hjemmetjenester annet likeledes. Det er Laksefjord som skal øke ressursrammen med 0,67 mill. kr. Dette korresponderer med tabeller ovenfor som viser at Laksefjord har en noe rausere praksis enn Kjøllefjord.

I neste graf vises virkningen for ressursfordelingen dersom en forutsetter at praksisforskjeller utjevnes, det vil si at brukerne i Kjøllefjord og Laksefjord får nøyaktig lik mengde tjeneste i forhold til brukernes behov (pleietyngde).

Virkningen er at Kjøllefjord skal øke sin ramme med 0,8 mill. kr, de øvrige skal redusere sin ramme.

Grafene er framstilt for å tydeliggjøre konsekvensene av ulike praksis. I begge grafene vises at psykiatrien skal redusere sin

ramme. Som nevnt i andre avsnitt må en anta at psykiatriens brukerdata i Gericas underrapporterer tjenester som ytes. I hvilken grad det gjør seg gjeldende er umulig å estimere. Dersom antakelsen er riktig vil omfordelingseffektene bli mindre enn det grafene viser, fordi psykiatrien da beholder en større andel av ressursene.

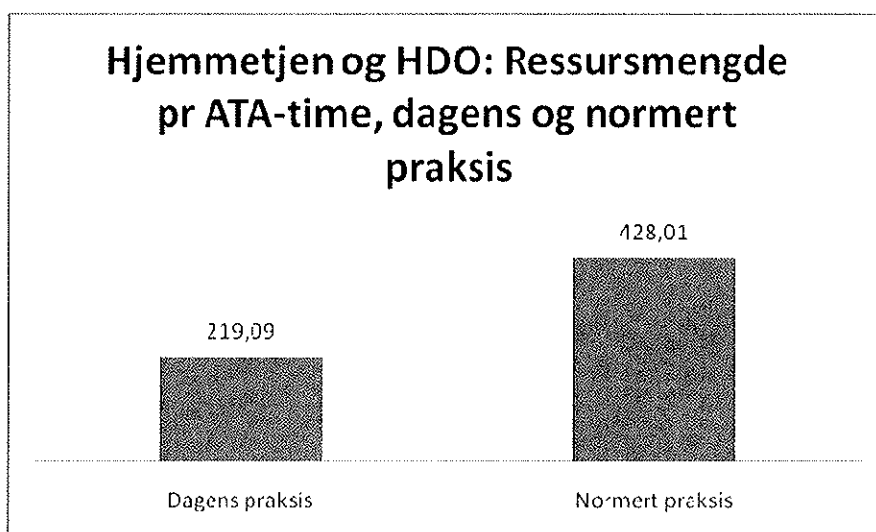
5.1.5 Produktivitet i hjemmetjenestene

Vi ser her på totalen for alle hjemmetjenester, inklusive HDO, fordi tjenestene driftes med en samlet

turnus, henholdsvis i Kjøllefjord og Laksefjord.

Produktiviteten måles ved å se på den ressursmengde som ligger bak hver brukertime som ytes ansikt til ansikt (ATA). Det er korrigert for reisetid og andre momenter som påvirker ressursbehovet. Nattevakter er beregnet for seg, så tallene illustrerer tjenester som ytes på dag/kveld.

Fig.9: Ressursbruk i hjemmetjeneste og HDO



Grafen viser at det er estimert en ressurs bak hver ATA-brukertime på om lag kr 220,-. Dette må betraktes som god produktivitet.

Dersom en forutsetter at ressursrammen holdes uendret, men at praksis endres til å være den normerte vil det innebære en sterk svekkelse av produktiviteten, ressursmengden bak hver brukertime ATA vil da øke til om lag kr 428,-. Dette er en annen måte å framstille det som er omtalt foran angående omstillingspotensialet. Det er rom for forskyvning av kapasitet, eller reduksjon i ressursrammer.

5.1.6 Oppsummering

Kommunen har et relativt åpent nåløyne for å få tjenester når brukernes behov er små, (det smøres tynt på). Dette medfører at en stor andel av ressursene brukes på disse brukerne, og hjemmetjenesten har lite ressurser igjen til å forsterke tilbudet i brukernes eget hjem når behovene øker.

Potensialet for omstilling av ressursbruk fra prioritert på lette brukere til tyngre brukere er estimert til minimum 1 mill kr. Dette er ressurser som burde vært satt inn for brukere som trenger forsterket tilbud i eget hjem for å gi dem reell valgfrihet i forhold til sykehjemstilbud eller heldøgntilbud i egen bolig. Moderat alternativ for omstilling er ½ mill kr.

Produktiviteten anses tilfredsstillende.

Ressursfordelingen mellom distriktene er skjev både i forhold til dagens praksis og produksjon og dersom en forutsetter at praksisforskjeller skal utjevnes.

5.1.7 Psykiatrien

Brukeroversiktene foran viser at psykiatrien trolig har en udokumentert produksjon. Det vil si at de vedtak de har om tildeling av tjenester ikke har tidsestimater i det hele tatt, eller at estimatene ikke tar høyde for alt som ytes av tjenester direkte brukerrettet. Hvor stort problem dette utgjør er umulig å estimere.

5.2 Heldøgns omsorg for utviklingshemmede (HDU)

Lebesby kommune har to separate tiltak, begge for enkeltpersoner. Ressursammen er samlet på om lag 4,5 mill kr. Videre omtale av disse tiltak i rapporten er ikke forenlig med hensynet til personvernet hva angår brukerbehov. Ett av tiltakene er fullfinansiert av andre, det andre kommer inn under den statlige refusjonsordningen for ressurskrevende brukere. Kommunens egenandel er i underkant av 1 mill kr.

Med forbehold om at kjennetegn ved brukerne står i veien for andre løsninger vil det i et ressursmessig perspektiv være ønskelig å se på muligheten til samordning av tiltakene eller legge etablere dem i en base der flere kan ha nytte av ressursene. Boligteknisk kan dette tilrettelegges ut ifra brukernes ønsker i forhold til grad av samkvem med andre. Felles utnyttelse av nattevaksressurser vil være en viktig effektivisering ved en slik løsning.

Pr i dag har Lebesby få brukere med utviklingshemming, hva framtida bringer er ikke mulig å forutsi med tanke på antall som kommunen har ansvar for. Dersom kommunen pr i dag har yngre brukere som bor i foreldrehjemmet vil det på sikt være nødvendig å etablere boligtiltak for disse.

5.3 Brukere med HDO-tilbud

Lebesby har et begrenset tilbud. Definisjonen av hva som heldøgns omsorg varierer. Vanligvis legger vi til grunn at nattevakt er tilgjengelig innen 10 minutter. De to tilbudene i Lebesby innrapporteres i KOSTRA som hjemmetjenester. I analysen har vi valgt å behandle dem som HDO, selv om kriteriet for tilgjengelig nattevakt kan være tilfredsstillt i varierende grad, dersom hjemmetjenestens nattevakter er opptatt i andre oppdrag når alarmen går. Vi har da også tatt hensyn til at brukerne som har disse tilbudene har kjennetegn som passer for HDO.

Tab 7: Brukeroversikt HDO

Enhet	Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt pleietyn gde med timer	Sum timeverk	Snitt t/u brukere med timer	Normerte timer
Lebesby	13		13	2,78	81,4	6,3	66,4
Kjøllefjord sone	7		7	2,98	37,9	5,4	38,3
6 Strandvn 201 HDO (8)	7		7	2,98	37,9	5,4	38,3
Laksefjord sone	6		6	2,55	43,5	7,3	28,1
6 Omsorgssenter, bol HDO (7)	6		6	2,55	43,5	7,3	28,1

Figuren nedenfor splitter tallene for å få bedre oversikt.

Tab 8: brukeroversikt etter pleietyngde, antall, pleietyngde og timer/uke tjenester

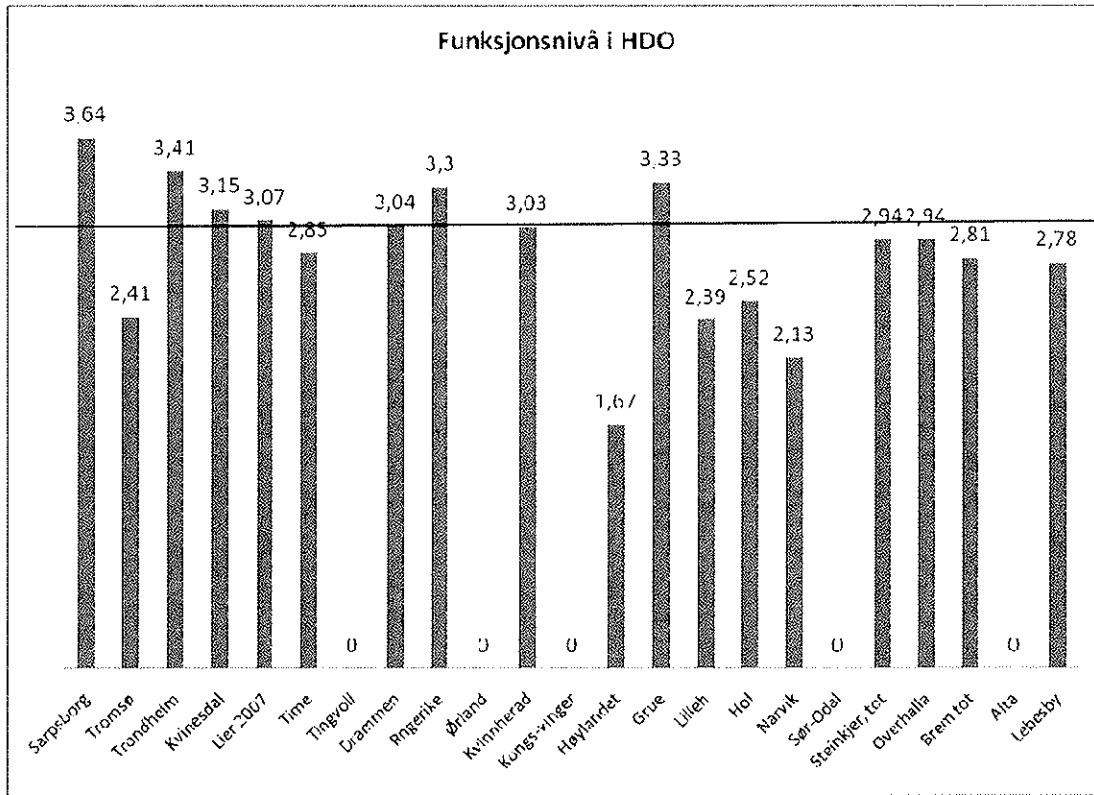
Lebesby		Funksjonsnivå – 16 grupper															
HDO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total		1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Lebesby tot, antall	13	1	1			2	1	1	2		1	2		2			
Strandveien 201	7					2		1	1		1	1		1			
Omsorgssenter L	6	1	1				1		1			1		1			
Pleietyngde, tot	2,78	1,13	1,30			2,07	2,47	2,66	2,91		3,47	3,52		4,08			
Strandveien 201	2,98					2,07		2,66	2,95		3,47	3,52		4,12			
Omsorgssenter L	2,55	1,13	1,30				2,47		2,88			3,52		4,04			
Timer/uke, tot	6,3	4,0	7,8			1,5	1,0	5,6	9,3		6,6	5,4		12,0			
Strandveien 201	5,4					1,5		5,6	4,0		6,6	9,3		9,3			
Omsorgssenter L	7,3	4,0	7,8				1,0		14,5			1,5		14,8			

Rodskravert område (gruppe 1-5) markerer en generell observasjon: HDO-tilbudet bør i det alt vesentlige forbeholdes brukere som har behov ut over gruppe 5. Det vil si at Lebesby har et visst (mindre) innslag av brukere med mindre behov. I de tre tyngste gruppene er det ikke brukere. Dette tolkes ikke som feildisponering av ressurser direkte, men er snarere ment å indikere en retning for veien videre. Vi tar høyde for at brukere som for eksempel blir alene i avsidesliggende områder vil dra store fordeler av dette tilbudet.

Timetildelingen til brukere med små funksjonstap er noe høy, men er mer moderat for brukere med middels store behov. Dette mønsteret kan ha sin gode begrunnelse, men kommunen anbefales å se nærmere på tildelingspraksis, og sjekke at det ikke foretas en annen type vurdering av disse brukerne enn brukere med liknende kjennetegn og som bor i vanlig bolig.

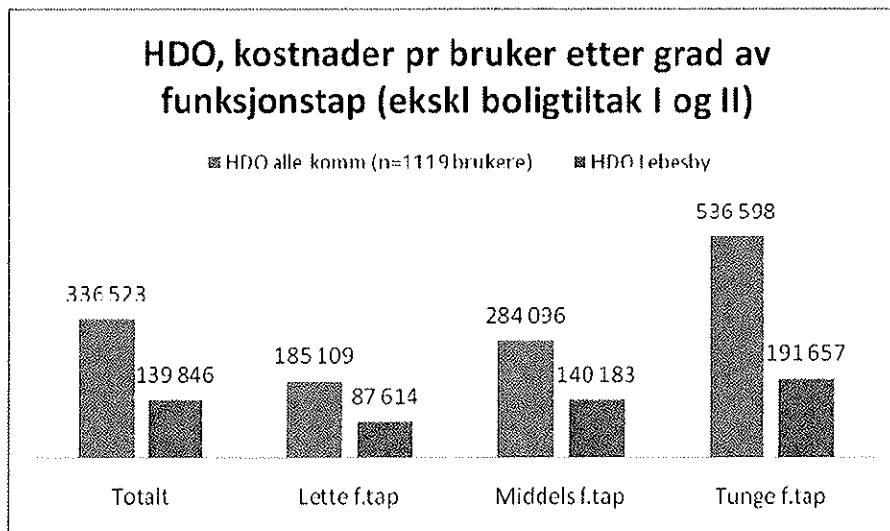
Som velferdsgode har HDO store kvaliteter som kan være med på å minske presset mot sykehjem. Situasjonen i Lebesby er godt lagt til rette for en utvikling der hjemmetjenestene fortsetter å ta ut samspillseffekter ved samdrift av hjemmetjenester og HDO, dag, kveld og natt.

Fig. 10: Funksjonsnivå i HDO



Figuren sier på en annen måte det som kommentert ovenfor. Funksjonsnivået ligger lavere enn ønskelig.

Fig 11: HDO-årskostnader



Lebesby har lavere kostnader i alle grupper enn de vi sammenlikner med. Det er altså en svært kostnadseffektiv tjeneste i Lebesby.

Vurdering

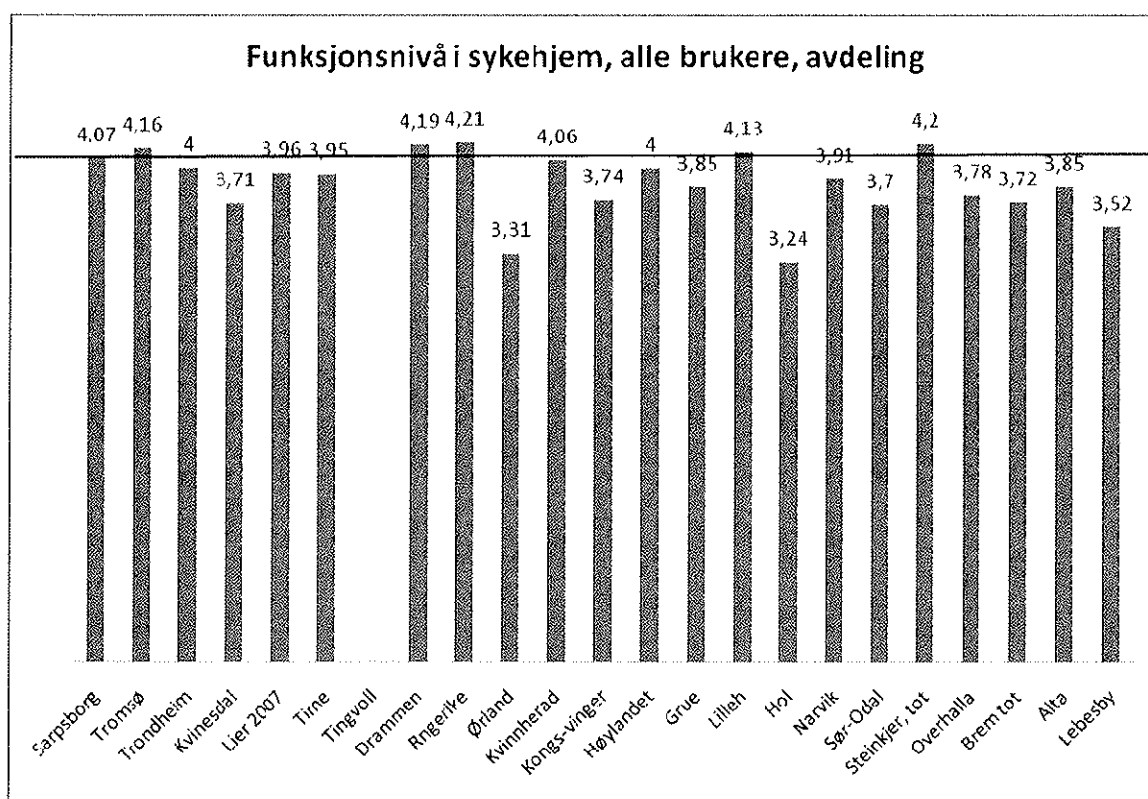
Alt i alt er inntrykket av HDO'ene i Lebesby svært positiv. Tilbudet kunne muligens vært forbeholdt brukere med noe større funksjonstap (behov), men vi velger å tolke forsiktig og kommer til at praksis er forenlig med krav til effektivitet så langt. Veien videre bør ta høyde for en viss skjerping.

Det vil være svært effektivt om kommunen fører denne delen av politikken videre, ved å legge til rette for bygging av flere boliger som kan driftes som HDO'er. Dette må kombineres med fortsatt samdrift av HDO og hjemmetjenester på dag, kveld og natt. På denne måten vil en kunne bygge opp ressurser gradvis og unngå sprangvise kostnadsøkninger ved etablering av egne turnuser. I vårt materiale har vi eksempler på kommuner som nettopp har gått i denne fella, og som sliter med å rette det opp.

5.4 Brukere i sykehjem

Analysen omfatter vurdering av brukernes funksjonsnivå for å belyse hvordan sykehjem anvendes som del av omsorgstrappa.

Fig 12: Funksjonsnivå i sykehjem



Figuren viser funksjonsnivået i Lebesby sammenliknet med andre kommuner.

Figuren forteller at tilbudet i sykehjem bare delvis er forbeholdt de som har de største behovene. Den horisontale streken markerer veiet gjennomsnittlig funksjonsnivå på 4, Lebesbys sykehjem ligger samlet sett på 3,52, som er en del lavere enn ønskelig.

Tilbudet i sykehjem og kapasiteten må ses i sammenheng med HDO og tilbudet i hjemmetjenestene. Et

typisk mønster i andre kommuner med liknende praksis i hjemmetjenestene som Lebesby er at brukerne får plass i sykehjem tidligere enn ønskelig. Konsekvensene av dette er svært store, også for Lebesby.

Tab 9: brukere i sykehjem etter funksjonsnivågruppe

Lebesby		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Sykehjem		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Lebesby tot	26	8	1	2					1	1	1	1	1			2	8
Avdeling	19	2	1	2					1		1	1	1			2	8
Sykestue, akkum.	7	6								1							
Pleietyngde	3,52																
Timer/uke, avd																	
Lebesby, pr bruker	16,5	3,2	8,2	9,9					26,7		7,8	13,8	26,8			4,8	24,2
Normert pr bruker			1,6	3,2	4,6	4,2	4,2	6,0	6,9	8,6	8,8	9,0	9,4	12,0	13,0	14,0	14,2
Diff Leb.-normert			6,6	6,7					19,8		-1	4,8	17,4			-9,2	10
Timer tot pr uke																	
Lebesby	313,0	6,4	8,2	19,8					26,7		7,8	13,8	26,8			9,6	193,9
Normert	183,7		1,6	6,4					6,9		8,8	9,0	9,4			28,0	113,6

Rodskravert område i tabellen viser et kritisk antall brukere i lavere funksjonsnivågrupper som har sykehjemsplass. I avdeling, gruppe 1-5, er det totalt 5 brukere. Sykestua ser vi bort fra i dette, fordi brukerne normalt ikke funksjonsvurderes der.

En skal her ta høyde for å tolke tallene med forsiktighet, fordi sykehjemmet har en opphopning av brukere med demens i ulik grad. Disse brukerne har altså kognitiv svikt. For de med moderat kognitiv svikt i kombinasjon med begrenset fysisk svikt vil funksjonsmålingen til en viss grad underrapportere hjelpebehov. Når kognitiv svikt øker mot langt framskredet demens vil det normalt også inntre betydelig fysisk svikt, slik at funksjonsmålingen gir et mer reelt bilde. Det kan altså være gode grunner for at sykehjemmet har et innslag av brukere med små og middels behov.

Mønsteret for bruk av sykehjemsplasser er at svært få har korttidsplass uten at det skjer som en forpost til til langtids plass. Sykehjemmet driver ikke systematisk og målrettet med korttidsopphold.

5.4.1 Ressursbruk i sykehjem

Lebesby har ønsket en vurdering av ressursbruk i sykehjem. Dette er utført med en metode som bygger på resultater fra forskningsprosjektet "Ressurser følger bruker i sykehjem", rapport desember 2006 til Sosial- og helsedirektoratet fra Trondheim kommune/Rune Devold AS i samarbeid med Sintef Helse.

Siste tilgjengelige KOSTRA-tall for Lebesby viser at driften er noe dyrere enn snittet for andre kommunen, men tallene der er ikke korrigert for driften av sykestue, akuttinntak og andre oppgaver knyttet til for eksempel apotekfunksjoner som også utføres fra sykehjemmet. For å vurdere ressursmengden har vi derfor korrigert for disse forholdene. I alt er det innregnet at disse funksjonene legger beslag på 70 timer tjeneste pr uke (om lag 2 årsverk) som tillegg til direkte pasientrette arbeid i

avdeling.

Sykehjemmet har foretatt en vurdering av ATA-tjenesten til hver bruker i sykehjemmet (hvor mye tid brukerne får direkte hjelp pr uke). I tabellen nedenfor er det brukt en spesiell vektning for å beregne brukernes samlede pleietyngde, tilsvarende den som ble brukt i FoU-prosjektet. På denne måten oppnås absolutt sammenliknbarhet.

Resultatet framgår i linjen "Lebesby, pr bruker". I snitt mottar brukerne 16,5 timer tjeneste pr uke. Tilbudet varierer en del etter pleietyngden, minst til de med små behov, økende etter hvert som pleietyngden øker. De som mottar mest tjenester har bistand opp mot 27 timer/uke.

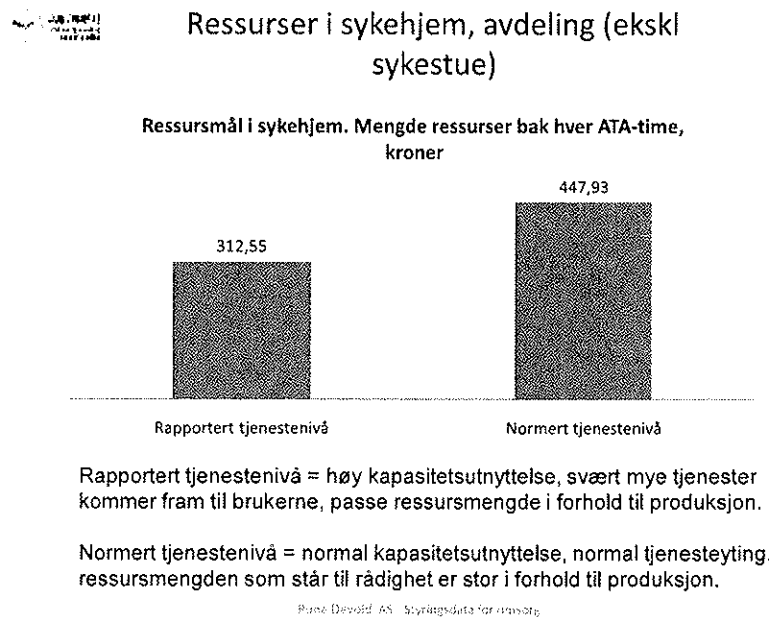
Tab 10: brukere i sykehjem etter funksjonsnivågruppe

Lebesby		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Sykehjem		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Timer direkte hjelp		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Timer/uke, avd																	
Lebesby, pr bruker	16,5	3,2	8,2	9,9					26,7		7,8	13,8	26,8			4,8	24,2
Normert pr bruker		-	1,6	3,2	4,6	4,2	4,2	6,0	6,9	8,6	8,8	9,0	9,4	12,0	13,0	14,0	14,2
Diff Leb.-normert			6,6	6,7	-	-	-	-	19,8	-	-1	4,8	17,4	-	-	-9,2	10
Timer tot pr uke																	
Lebesby	313,0	6,4	8,2	19,8					26,7		7,8	13,8	26,8			9,6	193,9
Normert	183,7		1,6	6,4					6,9		8,8	9,0	9,4			28,0	113,6
Diff Leb.-normert	129,3	6,4	6,6	13,4					19,8		-1	4,8	17,4			-18,4	80,3

I linjen nedenfor framgår den normerte tjenesteyting som er hentet fra nevnte FoU-prosjekt. I gruppe 1 fant FoU-prosjektet brukere som greide seg uten direkte hjelp, det var tilstrekkelig å være i fellesskapet. I Lebesby mottar brukere med liknende kjennetegn 6,4 timer/uke direkte hjelp. Med unntak av brukere i gruppe 10 og 15 ligger Lebesby på et høyere nivå enn normert.

I linjene nedenfor er tjenestene summert. Til sammen ytes 313 timer/uke direkte hjelp til brukerne i Lebesby, mens det normert er beregnet behov for 183,7 timer. Differansen er 129,3 timer. Differansen utgjør 3,6 årsverk. Når vi sammenholder resultatet av tjenesteregistrering med de økonomiske rammene for turnusen kommer vi fram til hvor mye ressurser som ligger bak hver brukertime direkte hjelp. Figuren nedenfor oppsummerer dette.

Fig 13: Ressurser i sykehjem



Det rapporterte tjenestenivået tilsvarer den tidsregistrering sykehjemmet har gjort. Når det legges til grunn viser grafen at det ligger om lag kr 312,- bak hver time direkte bistand. Summa summarum betyr det at ressursrammen er passende, og at de evner å gi mye tjenester til brukerne innenfor den rammen. Dette kan tolkes som høyt tjenestenivå sammenliknet med det normerte nivået.

Det normerte nivået er altså lavere. Dersom en forutsetter at sykehjemmet legger seg på det nivået, og samtidig opprettholder ressursrammen vil det ligge kr 447,- bak hver direkte brukertime. Det innebærer at det er betydelig overkapasitet i turnusen i forhold til tjenestenivået. Regnet i kroner er differansen mellom normert nivå på tjenestene og det faktisk rapporterte på 1,4-1,5 mill kr.

Sykehjemmet rapporterer om travelhet i arbeidsdagen. De beregninger som er gjort peker mot at en bør sette inn tiltak for å se på om det er måten tjenesten er organisert på som er årsaken til dette. Så langt vi har kunnet undersøke er det ikke holdepunkter for at travelheten skal skyldes for liten ressursamme. Sykehjemmet har ikke skjermet avdeling for demente. En bør undersøke om oppretting av slik avdeling kan føre til bedre organisering, og eventuelt bedre kvalitet for brukerne. Det er muntlig redegjort for at det blant annet brukes mye tid på å skjerme brukergrupper over for hverandre.

5.4.2 Økonomiske konsekvenser av dagens bruk av sykehjemmet

Det legges til grunn at et antall på 3-5 brukere i sykehjem som har fått langtidsplass i realiteten kunne fått tilbud i HDO. Videre legges til grunn at kostnadene knyttet til disse kunne vært på nivå med HDO-kostnadene for brukere med tunge behov, om lag kr 190.000,- pr bruker. Sykehjemsplassene kostnadsberegnes med kr 470.000,- knyttet til direkte turnuskostnader. Differansen utgjør kr 280.000,-. For i alt 3-5 brukere utgjør dette 0,84 - 1,4 mill kr, som altså er kalkulert som økonomisk konsekvens av de valg og prioriteringer som er gjort pr i dag.

Oppsummering av dagens situasjon:

Sykehjemmet er ikke utnyttet effektivt fullt ut. Det er et visst innslag av brukere som kunne hatt forsterket

tilbud i eget hjem eller i HDO. Det tas forbehold om brukere med lav til middels kognitiv svikt og god fysisk funksjonsevne. Den økonomiske konsekvensen av dagens prioriteringer er beregnet til 0,84 – 1,4 mill kr pr år.

Sykehjemmet har ikke demensavdeling (skjermet). Dette kan være et tiltak å iverksette som kan gjøre arbeidsprosessene mer effektive, og lette trykket i en travel arbeidsdag slik sykehjemmet rapporterer.

Ressurssituasjonen er tilfredsstillende sett i lys av den produksjon sykehjemmet rapporterer i form av direkte bistand til brukerne. Det er svært positivt at tjenestenivået ligger høyt i forhold til de vi sammenlikner med. Samtidig er det grunn til å ta et ordskifte om tjenestenivået faktisk skal ligge så høyt, særlig når en sammenlikner med brukere i hjemmetjenesten og HDO med liknende behovskjennetegn. Dersom kommunen ønsker å legge tjenestenivået på et mer moderat nivå er det beregnet at det kan utløse en mulighet for innsparing på 1,4 – 1,5 mill kr.

Veien videre for sykehjemmet

En del av vurderingene videre må knyttes til det generelt økende krav til høy fagkompetanse og spesialisering av sykehjem, samt et økende behov for at sykehjemmenes kompetanse knyttes til lavterskeltilbud utenfor sykehjemmene. Den videre planlegging bør derfor ta høyde for å endre driftsformen med sikte på å

- Beholde dagens ressurramme og kapasitet
- Skjerpe inntakskriteriene.
- Tilpasse driften i forhold til mål, strategier og virkemidler i den kommende Samhandlingsreformen som i stor grad forventes å gi kommunene incentiver til å kunne håndtere brukere i fellessonen mellom sykehus og kommunen på en bedre måte.
- Opprette betydelig kapasitet til korttidsopphold og dagtilbud i samspill med hjemmetjenester, med særlig vekt på demensomsorgen og muligheter til å komme tidlig inn i forebygging av forverrede demenstilstander. Driften må være målrettet og ha et klart og godt definert faglig innhold som gir ønskede effekter for brukere og pårørende. Se nærmere om dette i kap 2.3 om samspillseffekter i omsorgstrappa, der det omtales et eksempel på drift av korttidsavdeling for demente med svært stor effekt.
- Benytte kapasiteten enda mer systematisk med sikte på å utnytte rehabiliteringstilbudet i maksimalt samspill med hjemmetjenestene.
- Etablere lavterskeltilbud utenfor sykehjemmet med fokus på demente hjemmeboende som kan ha nytte av forebyggende tiltak, samarbeid med pårørende og frivillige.
- Vurdere oppretting av skjermet avdeling.
- Gjennomgå organiseringen med sikte på å dempe presset (travelhet).

6. ØKONOMI OG ORGANISASJON

6.1 Framskrivning av økonomiske rammer

Framskrivning bygger på framskrivning av folkemengden fram til 2013 og 2020. Vi har lagt til grunn en inndeling av befolkningen i 3 grupper: 0-66 år, 67-79 år, 80 år +.

Framskrivningen skal gi svar på hva kostnadene blir dersom det ikke gjøres endringer i dagens situasjon, og gjør følgende forutsetninger

- Aldersstandardisering i forhold til behov i ulike aldersgrupper – dette betyr at den framtidige befolkningen utvikler samme behov for omsorgstjenester i de ulike aldersgruppene. For eksempel at andelen av 80-89-åringene som blir omsorgstrengende i 2020 utgjør en like stor andel av befolkningen i 2020 som i 2009.
- Behovsstandardisering – vi forutsetter at de en lik andel av befolkningen får omsorgsbehov i 2020 som i 2009 og at mønsteret med hensyn til grad av funksjonstap er likt.
- Praksisstandardisering – vi forutsetter at kommunen innretter sin praksis for tildeling av tjenester, boliger mv i 2020 som i 2009.
- Produktivitetsstandardisering – vi forutsetter at kommunen driver tjenestene med samme produktivitet i 2020 som i 2009.
- Alle tall er i 2008-priser (jfr regnskap 2008).
- Som framskrivningsmodell er brukt SSB's Middels nasjonal vekst (alternativ MMMM). Den innebærer middels utvikling på alle de 4 faktorene fruktbarhet, levealder, innenlandsk mobilitet og netto innvandring. Befolkningsutviklingen er beregnet slik:

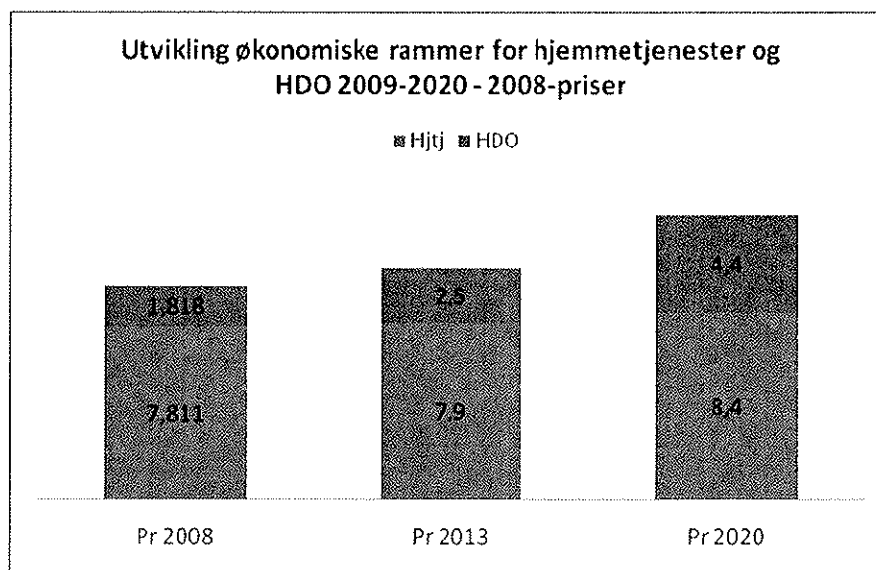
Tab 11 : Befolkningsframskrivning MMMM

Alternativ MMMM	Antall i 2009	Antall i 2013	Antall i 2020	Endring 2009-2020
Totalt	1304	1186	1064	91,0 %
<67	1089	959	802	73,6 %
67-79	161	167	189	117,4 %
80+	54	60	73	135,2 %

Folketallet vil synke fra 1304 ved inngangen til 2009 til 1186 i 2013 og videre til 1064 i 2020. Den sterkeste nedgangen kommer i gruppen under 67 år, som reduseres med mer enn ¼. Alle aldersgrupper over 67 år vil øke, sterkeste økning kommer i gruppe 80+ som øker med 35%.

6.1.1 Hjemmetjenester og HDO

Fig 14: Framskrevet behov for ressurser i hjemmetjenesten



Vi ser på produksjon av hjemmehjelp og hjemmesykepleie, inklusive psykiatri og HDO. Dersom dagens praksis videreføres fram til 2013 vil kostnadene øke fra 9,6 mill kr i 2009 til 10,4 mill kr i 2013 og videre til 12,8 mill kr i 2020.

6.1.2 Tjenester til funksjonshemmede (HDU)

Brukergrunnlaget må gjennomgås særskilt for å kunne gjøre sikre framskrivninger. Erfaringsmessig er brukernes situasjon relativt stabil når de først er kommet til voksen alder. De beste prognosene kan derfor gjøres ved å se på det konkrete brukergrunnlaget. Utvikling i antall som fødes med eller erverver alvorlig funksjonshemming og/eller utviklingshemming er svært vanskelig å estimere. Framskrivning vil alt i alt gi et usikkert resultat og er ikke foretatt. Det vises til eget avsnitt om HDU. De største omstillingseffektene vil kunne oppnås gjennom strukturelle endringer.

6.1.3 Sykehjem

Pr i dag har kommunen 18-20 plasser (varierende utnyttelsegrad, overbelegg med videre). Om lag 35 % av befolkningen over 80 år har plass. Dersom en framskriver denne situasjonen vil det være behov for ytterligere 8 plasser til en estimert årlig kostnad på om lag 5-5,5 mill kr.

6.1.4 Oppsummering framskrivning

Framskrivningen viser at hjemmetjenestene får behov for mer ressurser, anslagsvis 3,2 mill kr fram til 2020. Grepene må være å justere praksis for tildeling av tjenester i hjemmetjenesten og sykehjem i skjerpene retning, samt foreta utbygging av HDO-tilbudet. Dersom dette ikke skjer vil behovet for sykehjems plasser øke med 8 plasser til en estimert kostnad på 5 – 5,5 mill kr.

Til sammen vil kostnadene øke med mellom 8 og 9 mill kr hvis kursen ikke justeres. Kommunen kan ikke forvente å unngå hele denne kostnadsveksten, økningen i antall eldre vil uansett kreve sitt. Men økningen

kan dempes kraftig med de tiltak som foreslås.

Framskrivningen viser utvikling av aldersgrupper som er dramatisk i forhold til skjevfordelt forhold mellom folk i yrkesaktiv alder og eldre/omsorgstrengende. Dette stiller ekstreme krav til kommuneøkonomien når det gjelder å ha nok hender til å drive lokalsamfunnet og holde økonomisk aktivitet oppe, sørge for skatteinntekter og sist men ikke minst: å skaffe nok hender til å drive omsorgsarbeidet.

6.2 Styringsdata

Lebesby har svak tilgang til styringsdata, generelt. Men situasjonen kan forbedres. Pr i dag er sektoren ikke gjennomsliktig. I denne rapporten har vi vist effekten av å åpne organisasjonen for innsyn ved at IPLOS-data er brukt for å belyse brukerbehov og tjenester som ytes. Kommunen tilrås å gå videre med denne type styringsdata, ikke minst for å styre de omstillingsprosesser som forestår.

6.2.1 Oppsummering og tilråding

Mangel på styringsdata har tilslørende effekt og fratår politisk, administrativ og faglig ledelse nødvendig beslutningsstøtte.

Tilråding: ta i bruk Gerica for alt det er verdt. Det finnes standardrapporter som er definert av Helsedirektoratet og en rapportgenerator som kan benyttes til å dokumentere status og underbygge beslutninger.

6.3 Saksbehandling, vedtak ved tildeling av tjenester

Kommunen har spredt ansvar for saksbehandling av søknader om bistand (forvaltning) i forhold til hjemmetjenestene. Vedtak om tildeling av tjenester fattes vanligvis av distriktsleder. I kap 5 har vi påvist forskjellsbehandling av brukere, og dette er uheldig. Kommunen har ikke utarbeidet overordnede kriterier for tildeling av tjenester.

Saker som gjelder behov for bruk av sykehjemsressurser og heldogns omsorg i boliger behandles i inntaksteam, der blant annet enhetsledere i omsorgstjenesten og legetjenesten er representert. Dette rapporteres å fungere bra.

Når en ser på resultatene av forvaltningsarbeidet samlet sett for hjemmetjenester, HDO og sykehjem bør en vurdere en bedre samordning. Alt i alt er ansvaret for spredt til at en kan forvente en helhetlig og god forvaltning som også er gjennomsliktig og som har ønsket kompetanse til å møte stadig sterkere myndighetssatte formalkrav. En omlegging bør gjennomføres med sikte på å samle ansvaret for brukervurdering og tildeling av tjenester på færre hender.

De muligheter som foreligger er disse, i rekkefølge etter hvor stramt styringssystem en ønsker:

1. Etablere ett forvaltningskontor med ansvar for saksbehandlingen i hele pleie- og omsorg.
2. Som nummer 1, supplert med etablering av en lederfunksjon for det operative i pleie- og omsorg totalt, som også har faglig administrativt ansvar for forvaltningskontoret.

3. Etablere bestiller-utfører modell **UTEN** ressuroverføring, der forvaltningskontoret saksbehandler enkeltsaker, og bestiller tjenester hos utførende enheter som yter tjenestene innenfor sitt budsjettområde. Beregning av utførende enheters ressursbehov gjøres på grunnlag av den sum oppgaver de til enhver tid har.
4. Etablere bestiller-utførermodell **MED** ressuroverføring, slik at forvaltningskontoret i tillegg "betaler" for tjenestene de bestiller. Denne løsningen kan fungere i to varianter, henholdsvis slik at betalingen skjer ved at det fortløpende gjøres beregninger av kostnader ved bestilte tjenester, men uten at ressursene avregnes regnskapsmessig. En annen variant er at det faktisk følger ressurser med hvert vedtak, og utførende enheter får avregnet dette regnskapsmessig månedlig eller kvartalsvis.

6.4 Ressursfordeling

Budsjetter og ressursfordeling benytter ikke kriterifordeling og kostnadsnøkler pr i dag. Denne rapporten viser noen tilfeller av at ressurser tildeles skjevt i forholdt til oppgavene, og at for eksempel sykehjemsøkonomien er svakt dokumentert i forhold til ressursbehov. Kriteriefordelte budsjetter og ressursberegning er avgjørende for å komme i gang med endring og omstilling.

Dette påvirker også mulighetene for tilfredsstillende internkontroll.

Budsjetter og ressursfordeling må ta i bruk kriteriebaserte systemer som også åpner tjenestene for styring og som tilfredsstiller krav til gjennomsiktighet innen de grenser personvernet setter.