



Hemnes kommune

Skaperglede mellom smul sjø og evig snø

Evaluering av omsorgstjenesten

Hemnes kommune

Rapport fra RO – 20. august 2018

RO

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no



Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning	7
1.1. Hemnes kommunes bestilling.....	7
1.2 Metodisk tilnærming	9
1.3 Kvantitativ datainnsamling	9
1.4 Kvalitativ informasjonsinnhenting.....	9
2. Befolkningsutvikling - demografi	10
2.1. Omsorgstjenesten.....	12
3. KOSTRA-analyse	14
4. Tjenesteinnretning.....	21
5. Direkte/indirekte brukertid hjemmetjenester.....	23
5.1. Direkte og indirekte brukertid innen hjemmetjenesten	23
5.2. Bemanning ved sykehjemmene.....	24
6. Sykefravær, heltid/deltid og kompetanse	27
6.1 Sykefravær	27
6.2 Heltid/deltid.....	28
6.3 Kompetanse og rekruttering.....	31
6.4 Ledelse av omsorgstjeneste	32
7. Demens	35
8. Framtidig behov for heldøgns omsorg	37
9. Beskrivelse av dagens situasjon -.....	39
9.1 Oppsummering fra intervjuene	39
9.2 Oppsummering møte i arbeidsgruppa	40
10. ROs vurdering på bakgrunn av analysene	42
11. Viktige forhold som bør tas med i forbindelse med å sørge for bærekraftige tjenester i framtid. 42	
Vedlegg:.....	44

Sammendrag

RO har i denne rapporten foretatt en analyse og evaluering av pleie- og omsorgstjenesten (heretter benevnt som omsorgstjenestene/enheten) i Hemnes kommune. Målet med evalueringen har vært å klarstille dagens utfordringsbilde med tanke på fortsatt framtidig bærekraftige tjenester.

Å arbeide i en bestemt retning, med tydelige prioriteringer og oppfølging av disse, er viktig framover. Det uttrykkes klare ønsker om å utvikle helhetlige og tverrfaglige tjenester. Dette forutsetter godt lederskap, aktivt medarbeiderskap, gode involverende prosesser, en felles vilje til prioritering og å arbeide smartere.

Gjennomgangen viser at omsorgstjenesten i Hemnes er svakt hjemmetjenesteorientert. Innen enheten var fordelingen av netto driftsutgifter i 2017 slik; 48 prosent til hjemmeboende, 47 prosent til institusjon og 4 prosent til aktivisering og støttetjenester.

Hemnes har to sykehjem, Hemnesberget og Korgen. Per i dag 50 sykehjemsplasser. Begge sykehjemmene har produksjonskjøkken. Ved spørsmål om behov for to produksjonskjøkken anbefaler RO Meld.St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet* kapittel 6.5 side 116¹.

På bakgrunn av befolkningsframskrivninger viser kapittel 2 framtidig utvikling av aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient (se kapittel 2.1 for forklaring).

Videre bør omsorgstjenesten i enda større grad enn i dag finne ut hvordan de konkret skal jobbe helhetlig og tverrfaglig. Godt og tydelig lederskap, gode prosesser med involvering og klare mål er en forutsetning for å lykkes. Dette gjelder i dag og fram mot 2028.

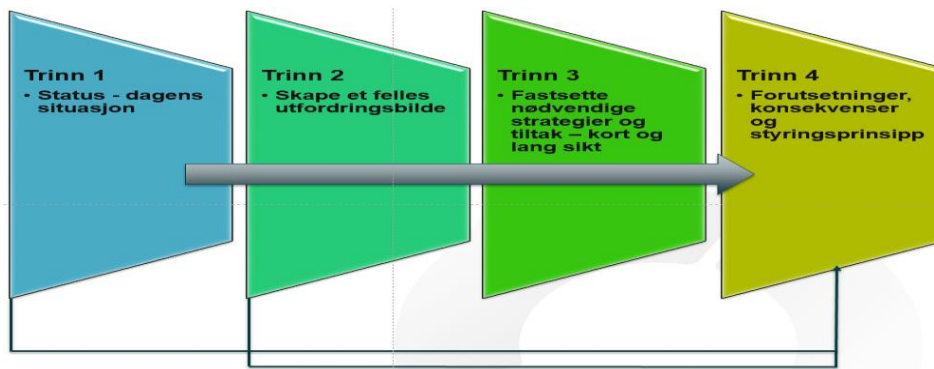
Forhold som RO mener det er spesielt viktig å prioritere i det framtidige arbeidet:

- Sørge for å tydeliggjøre hva som skal til for å sikre bærekraftige omsorgstjenester i dag og framtiden både faglig og økonomisk– det vil si utarbeide en kommunedelplan for omsorgstjenestene som også viser en omsorgstrapp (innretning) som forplikter alle. Planen evalueres årlig.
- Videreføre Hemnes-avtalen for å øke nærværet.
- Omsorgstjenestene har i dag en bemanning som gjennomsnittlig ligger i det øverste sjiktet sammenlignet med andre kommuner. Dette bør kunne utnyttes positivt.
- Klarstille behovet for lege- og fysioterapitjenester ved sykehjemmene og at denne tjenesten innrettes på en driftsmessig og faglig god måte
- Sørge for god dimensjonering og drift (innhold) av sykehjemmene, hjemmetjenestene og bofellesskapene
- Sørge for å utnytte ressursene slik at framtidig behov, faglig og økonomisk, kan møtes på en bærekraftig måte gjennom å etablere et felles utfordringsbilde
- Fortsette samarbeidet mellom ledelsen og hovedtillitsvalgte, sørg for at det forplikter i praksis
- Opprettholde dagens ledertetthet, men tydeliggjøre hva ledelse er i praksis
- Sørge for at ledere og medarbeidere er utviklingsorienterte og arbeider etter prinsippet om kontinuerlig forbedring

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

- Fortsatt arbeide for gode relasjoner til frivillighet og nettverk
- Utarbeide en strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan og å arbeide videre med å øke heltidsandelen
- Alle aktiviteter, iverksatte tiltak **skal** evalueres, gjelder også prosjekt
- Bruk av dokumentasjonsverktøy og IPLOS² er OBLIGATORISK
- Ta i bruk teknologi der dette fremmer innbyggerens selvstendighet og trygghet, bedrer dokumentasjonen og reduserer tidstyver

For at Hemnes kommune også i framtid skal kunne sørge for bærekraftige tjenester, faglige og økonomiske, bør det arbeides videre med tiltak som ivaretar helheten. Dette innebærer at kommunen først må bli enige om; 1) status/dagens situasjon, 2) skape et felles utfordringsbilde, 3) fastsette nødvendige strategier og tiltak med utgangspunkt i utfordringsbilde, 4) avklare hva dette krever av organisatoriske, politiske og administrative, endringer og hvilke forutsetninger som må være tilstede for å lykkes, blant annet hva betyr det å arbeide med kontinuerlig forbedring.



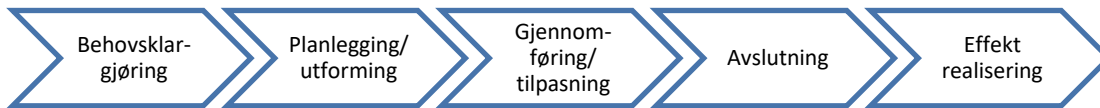
Dagens tjenesteinnretning, nivå og omfang bør vurderes opp mot framtidens utfordringer og ønskede prioriteringer.

Utarbeidelse en plan for dimensjonering av hvert enkelt trinn i en “tjenestetrapp/omsorgstrapp” vil kunne bidra til en bevisst, planlagt og en mer effektiv drift av omsorgstjenestene.

Hemnes kommune har de siste par årene igangsatt mange utviklingsprosjekt. Disse prosjektene er enkeltvis viktige og nødvendige grep. Utfordringen er og har vært at det gjennomføres mange prosjekt samtidig. Prosjekt benyttes ofte når virksomhetens eksisterende organisasjonsstruktur ikke er i stand til å løse oppgaven. Årsak til dette kan være at oppgaven krever innovasjon, tverrfaglig arbeid, særlig oppmerksomhet etc. RO er i tillegg usikker på om begrepet prosjekt er tydeliggjort. Prosjekt er en midlertidig organisasjon som innenfor begrensede tids- og ressursrammer skal gjennomføre en engangsuppgave som har som formål å skape merverdi for oppdragsgiver. Underveis eller når prosjektet er avsluttet overleveres konklusjonene til oppdragsgiver som skal sørge for at det som skal tas i bruk, faktisk blir tatt i bruk. Deretter må resultat evalueres.

² Individbasert helse- og omsorgsstatistikk
Evalueringsplan for omsorgstjenesten i Hemnes kommune

Figur 1. Intern prosjektorganisering



Oversikt over prosjekt avsluttet i 2017 – 2018:

1. Implementering av hverdagsrehabilitering
2. Etablering av fagteam innenfor palliasjon, demens og rehabilitering.
3. Leder- og stabsprosjekt

Selv om det er kort tid siden prosjektene som prosjekt er avsluttet, kan RO ikke se i hvilken grad disse er evaluert og om nødvendig korrigert.

Oversikt over pågående prosjekt 2017 – 2018:

1. Prosess der hjemmehjelp samordnes med renholdsavdelingen i enhet for tekniske tjenester.
2. Velferdsteknologi og digitalisering
3. Det store heltidsvalget
4. BitStream II
5. Sjødermann AS – Municum

For nærmere forklaringer se vedlegg 1 og 2.

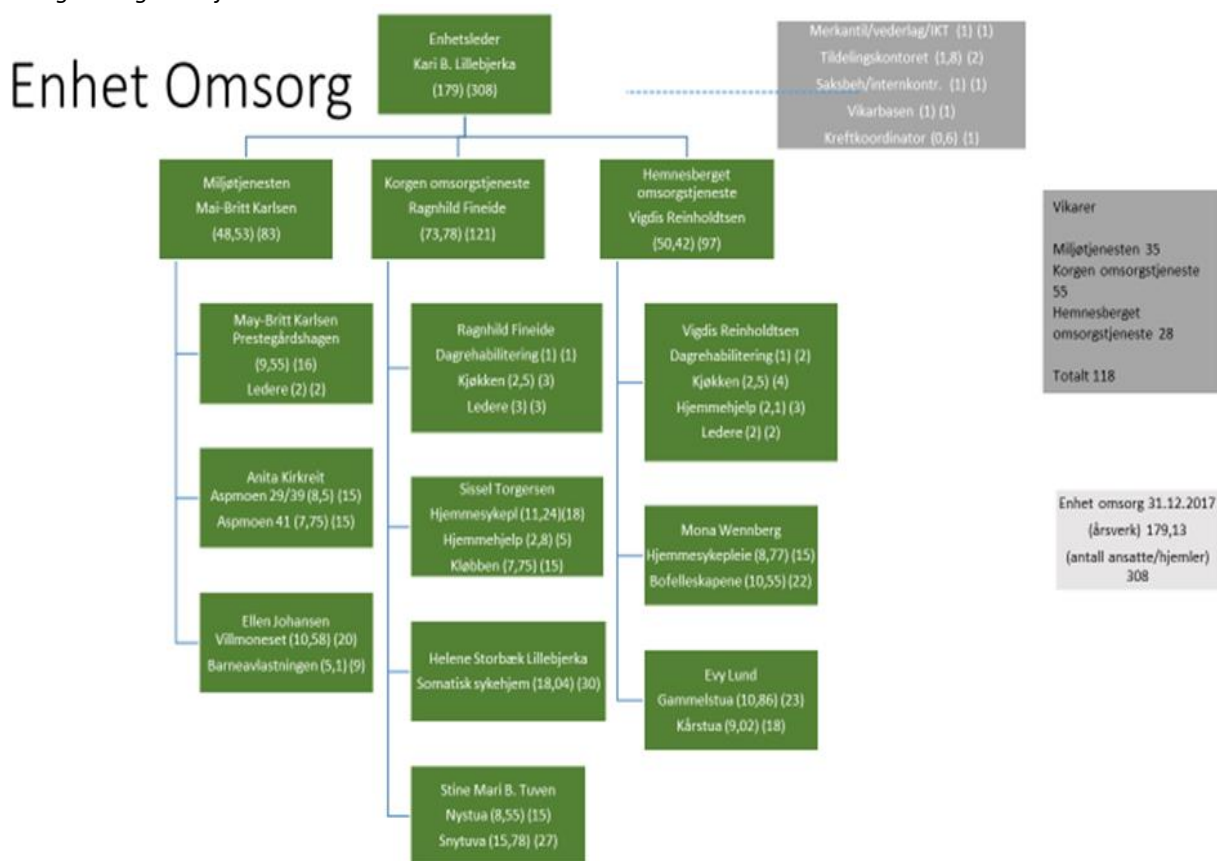
Omsorgstjenesten har i dag et lederskap hvor både enhetsleder, sektorledere og avdelingsledere har 100 % stilling. At ledere er gitt anledning til å konsentrere seg om utøvelse av ledelse, er en viktig forutsetning når daglig og framtidig drift skal utvikles. Dette i tillegg til at administrative og faglige støttefunksjoner er samlet. Leders ansvar er tydeliggjort i forskrift om *ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*³.

Hemnes kommune vil, i likhet med mange kommuner, i framtiden måtte løse sine oppgaver med større krav til kompetanse og færre yrkesaktive per omsorgsmottaker (se figur 2). Det innebærer felles benyttelse av den kompetansen som finnes. Det kan for eksempel gjøres gjennom en felles turnusplan. For å løse dette i en bærekraftig tjeneste, må man se på den totale kompetansen og bemanning kommunen har innen enheten. Skal enheten lykkes med dette, er det viktig å fortsette med involverende prosesser hvor bruker- og medarbeiderperspektivet står i sentrum. Et annet viktig forhold er å holde strukturkostnadene så lave som mulig.

Bilde 1 under viser dagens organisasjonskart. Ut fra organisasjonskartet kan vi se hvor mange årsverk og medarbeidere den enkelte enheten / leder har.

³ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Bilde 1. Dagens organisasjonskart.



1. Innledning

1.1. Hemnes kommunes bestilling

Rådmannen er bedt av politisk ledelse om å se på de framtidige omsorgstjenestene i kommunen, hvilke utfordringer bl.a. demografi og framskriving av tall gir, hvilke dekningsgrader de har i dag etc. For å svare ut bestillingen har rådmannen engasjert Ressurssenter for omstilling i kommunen (RO).

RO valgt å sammenligne Hemnes kommune med nabokommunene Vefsn og Hattfjelldal, tilhørende KOSTRA gruppe og snittet for landet uten Oslo. Dette er kommuner som Hemnes ofte sammenligner seg med. Fokus har først og fremst dreid seg om produktivitet, dekningsgrader og prioritering. Videre har RO vurdert medarbeiderressursen innen enheten. Her er både ansikt til ansiktstid (ATA-tid) i hjemmetjenesten og antall medarbeidere per sykehjemsbeboer vurdert. RO har også vurdert lederspennet, det vil si antall medarbeidere per leder. Videre har RO sett på de prosjektene som enheten har og er deltaker i.

RO oppfatter oppdraget som bistand i forbindelse med framtidige utfordringsbilde og hvilke muligheter enheten har til fortsatt å sørge for bærekraftige tjenester eller nødvendig effektivisering. Dette handler i stor grad om å tilby gode tjenester, mere effektivt eller rimeligere, om nødvendig flere tjenester innen uendra rammer eller med lavere ressursinnsats og uten at dette går på bekostning av tjenestekvaliteten og arbeidsmiljøet, at det for eksempel ikke betyr å "springe" raskere.

Mange setter likhetspunkt mellom ressursinnsats, og for eksempel antall medarbeidere, kvalitet. Hva betyr kvalitet og effektivitet og for hvem? Omsorgstjenesten i Hemnes må som all annen virksomhet nytte tilgjengelige ressurser på en mest mulig effektiv (faglig og økonomisk) måte. Det vil si; greier vi å utnytte de ressursene vi rår over, og som inngår i produksjon av tjenestene våre på en bærekraftig / effektiv måte? Vi skiller ofte mellom kostnads- og resultateffektivitet. Kostnadseffektivitet er når vi produserer en tjeneste til laveste mulige kostnad. Resultateffektivitet er å sørge for en tjenesteutøvelse som gir best mulig resultat for tjenestemottakeren.

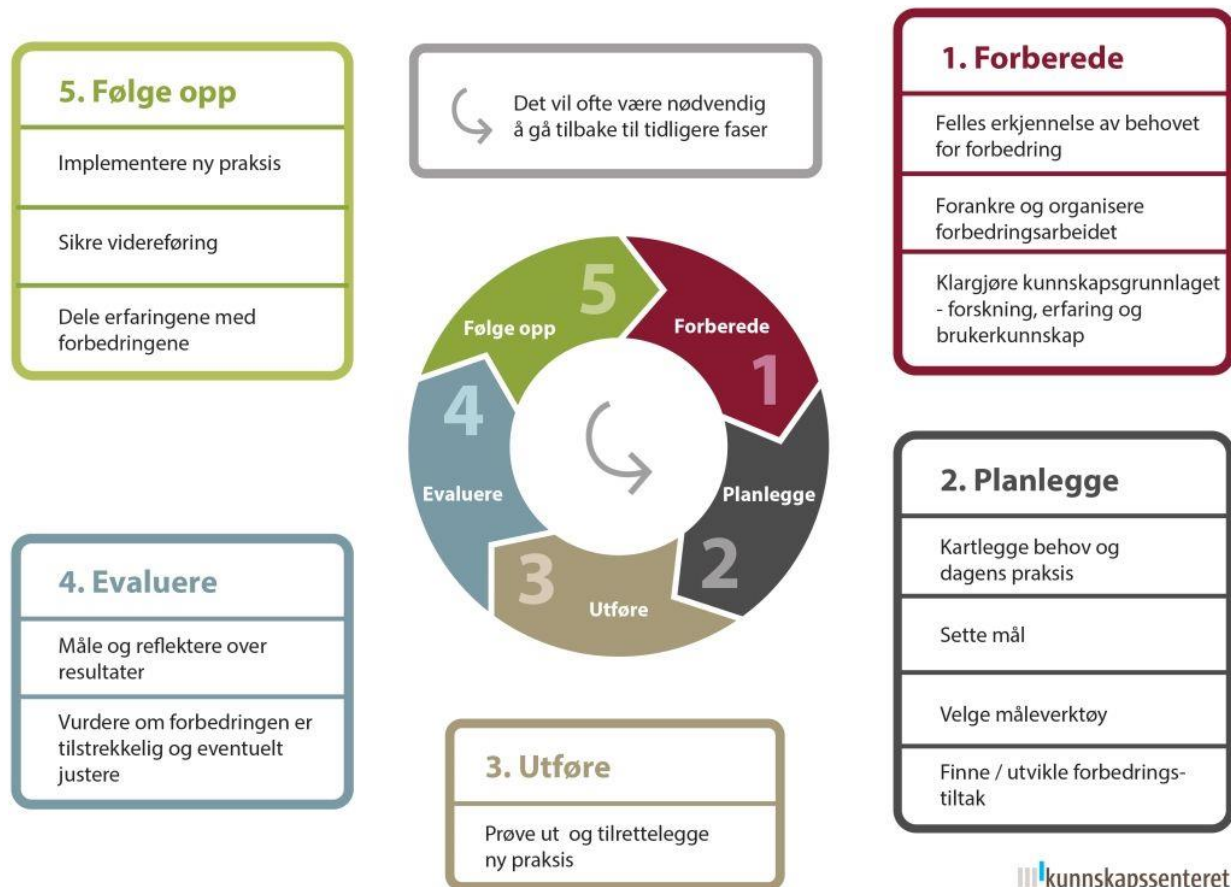
For å lykkes med effektivisering, arbeide smartere, kreves at Hemnes kommune har god oversikt, klare prioriteringer, åpenhet og systematisk oppfølging. Dette forutsetter;

- tydelig ideologisk grunnlag for all tjenesteyting
- lederskap som kommuniserer tydelig hvilke prioriteringer som gjelder. At disse er forstått og akseptert
- lederskap som er åpen og framstår som kultur-bygger for utvikling, prøving og feiling
- god og nødvendig oversikt over ressursbruk og hvordan tjenestene ytes
- utstrakt grad av myndiggjøring av medarbeidere
- leder- og medarbeiderskap som innenfor tilgjengelige ressurser fokuserer på kvalitet og kontinuerlig forbedring i all direkte og indirekte tjenesteutøvelse
- systematisk rapportering og oppfølging av mål og resultat, som betyr å **Planlegge, Gjennomføre/dokumentere, Evaluere, Korrigere og kontinuerlig forbedre**

Kvalitetsforbedring i omsorgstjenesten er bygd opp med forbedringssirkelen som metodisk basis, og Pasientsikkerhetsprogrammet er et eksempel på hvordan forbedringssirkelen blir et viktig verktøy i daglig kvalitetsarbeid, sammen med bruk av tavler i kontinuerlig forbedringsarbeid og målinger. Se figuren under.

RO er kjent med at omsorgstjenestene i Hemnes er med i et ledernetverk sammen med tre andre kommuner. Nettverket har blant annet fokus på lederes ansvar som er tydeliggjort i forskrift om ledelse

og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ⁴, herunder blant annet pasientsikkerhetsprogrammet. Nå supplert med læringsnettverk for medarbeidere i regi av USHT Nordland ⁵.



Figur 2: Modell for forbedring. www.helsebiblioteket.no

Arbeidsgruppa har bestått av følgende:

Fra arbeidsgiver:

Kari Brendås Lillebjerka

Karin Flostrand

Ragnhild Fineide

Stine-Mari Bjørkås

Helene Storbæk Lillebjerka

Sissel Torgersen

Vigdis Wollan Reinholdtsen

Evy Lund

Mona Wennberg

Mai-Britt Karlsen

Anita Kirkreit (ikke tilstede)

Ellen Johansen

⁴ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

⁵ <http://www.utviklingssenter.no/nordland.176116.no.html>

Fra arbeidstakerorganisasjonene og vernetjenesten.:

Tove Buskli, Fagforbundet

Marlen Wie Eriksen, NSF

Hilde Forsmo, Delta og Hovedverneombud

Elisabeth Linvik, FO (ikke tilstede)

Styringsmål for omsorgstjenestene i Hemnes er:

- *"Hemnes kommune skal organisere omsorgstjenesten slik at kommunen kan møte den demografiske utviklingen på en forsvarlig måte, både faglig og økonomisk.*
- *Kommunen skal prioritere tiltak som er fleksible og gir muligheten for å bo så lenge som mulig i eget hjem.*
- *Kommunen skal satse på moderne teknologi i omsorgstjenesten.*
- *Kommunen har ledere og medarbeidere som er utviklingsorienterte".*

Hva betyr styringsmålene i praksis? Gjelder innbyggere, tjenestemottakere, medarbeidere/ledere og politikere.

1.2 Metodisk tilnærming

RO har i samråd med oppdragsgiver valgt å benytte både kvantitative og kvalitative metoder i forbindelse med gjennomgangen.

1.3 Kvantitativ datainnsamling

RO har innhentet kvantitative data om Hemnes kommunes praksis på følgende områder:

- Gjennomgang av KOSTRA-tall⁶, med hovedfokus på produktivitet, dekningsgrad og prioritering.
- Brukertid i hjemmetjenesten – for beregning av direkte og indirekte tid (ATA-tid).
- Befolkningsframskriving, aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient.

Den kvantitative informasjonsinnhenting gir grunnlaget for å forstå ressursbruk, kompetanse, dimensjonering og tjenesteeffektivitet på alle tjenesteområdene innen Hemnes kommunes omsorgstjenester sammenholdt med kommunene Vefsn (KG12)⁷ og Hattfjelldal (KG06)⁸, tilhørende KOSTRA gruppe (KG03)⁹ og landet uten Oslo.

1.4 Kvalitativ informasjonsinnhenting

Den 6. juni ble det gjennomført intervju av ledere, hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og rådmann. Etter planen skulle også kommuneoverlegen intervjues, men møtte ikke. Samme dag ble Formannskapet orientert om arbeidet. Den 7. juni ble det gjennomført et arbeidsgruppemøte. Her deltok enhetsleder, sektorledere, avdelingsledere, hovedtillitsvalgte og hovedverneombudet. Tilbakemelding fra intervjuene og møte med arbeidsgruppa er gjengitt under kapittel 9.1 og 9.2.

⁶ Statistisk sentralbyrå (SSB) 2017

⁷ Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

⁸ Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

⁹ Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

2. Befolkningsutvikling - demografi

I dette kapittelet vil vi gjennomgå dagens status for tjenestene innen omsorgstjenestene med basis i KOSTRA-tall¹⁰. Vi tar innledningsvis utgangspunkt i demografiske nøkkeltall¹¹. En framskriving av disse kan gi et bilde av hvordan omsorgstjenestene bør innrette seg for å møte forventet befolknings-sammensetning. Deretter går vi igjennom utvalgte nøkkeltall fra KOSTRA for alle tjenestene. Avslutningsvis oppsummeres de hovedfunnene som vi kan lese ut av datagrunnlaget.

Demografisk utvikling:

Tabell 1. Befolkningsframskriving i Hemnes kommune 2017 - 2040

År/ Aldersgrupper	2017	2020	2025	2030	2035	2040	Differanse 2017- 2030
0-19 år	1018	969	937	908	919	915	-110
20-66 år	2515	2472	2422	2378	2296	2249	-137
67-79 år	638	664	655	626	653	673	-13
80-89 år	226	232	274	342	346	333	+116
90 år og eldre	60	59	62	66	84	111	+6
Totalt antall innbyggere	4457	4396	4350	4320	4298	4281	-137
Sum innbyggere 80 år og eldre	286	291	336	408	430	444	+122

Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2017 alternativ MMMM)

Tabellen viser at aldersgruppene 0-19 år reduseres fram mot 2030. Deretter en liten økning fram mot 2040. I aldersgruppa 20-66 år ser vi en liten, men jevn reduksjon i hele perioden.

Aldersgruppa 67-79 år antas å holde seg på dagens nivå helt fram mot 2035. Mens i aldersgruppa 80-89 år ser vi en jevn økning. Det samme gjelder for aldersgruppa 90 år og eldre. Prognosen, som må tolkes med varsomhet, viser at det totale antall innbyggere reduseres med 137 innbyggere fram mot 2030. Samtidig som den viser en økning i aldersgruppa 80 år og eldre med 122 innbyggere.

Tar vi for oss de endringene som antas å komme i perioden fram mot 2030, forventes en prosentvis reduksjon i aldersgruppa 0-19 år på 12,11 %, aldersgruppa 20-66 år på 5,76 %, aldersgruppa 67-79 år 1,91 %. Mens i aldersgruppa 80-89 år antydes en vekst på 51,32 % og i aldersgruppa 90 år og eldre 10 %. Ser vi på aldersgruppa 80 år og eldre får vi en samla vekst på 42,65 %. Andelen 80-89 åringer og spesielt andelen 90 og over er den gruppen som tradisjonelt har behov for flest omsorgstjenester. Økningen i denne gruppen gir et tydelig signal på at kommunen må sette inn målrettede tiltak for å møte denne utfordringen. Forebygging, folkehelse, boligbygging, utnyttelse av teknologi, hverdagsrehabilitering, flere på heltid, kompetanse og høy grad av frivillighet er områder som det spesielt må fokuseres på, for å møte de demografiske utfordringene.

En annen måte å illustrere det demografisk utfordringsbilde på, er å se på aldersbæreevnen¹² og familieomsorgskoeffisienten¹³. Se punkt 2.1 under

¹⁰ RO har benyttet endelige tall per 15.6.2018.

¹¹ SSB, MMMM befolkningsstatistikk

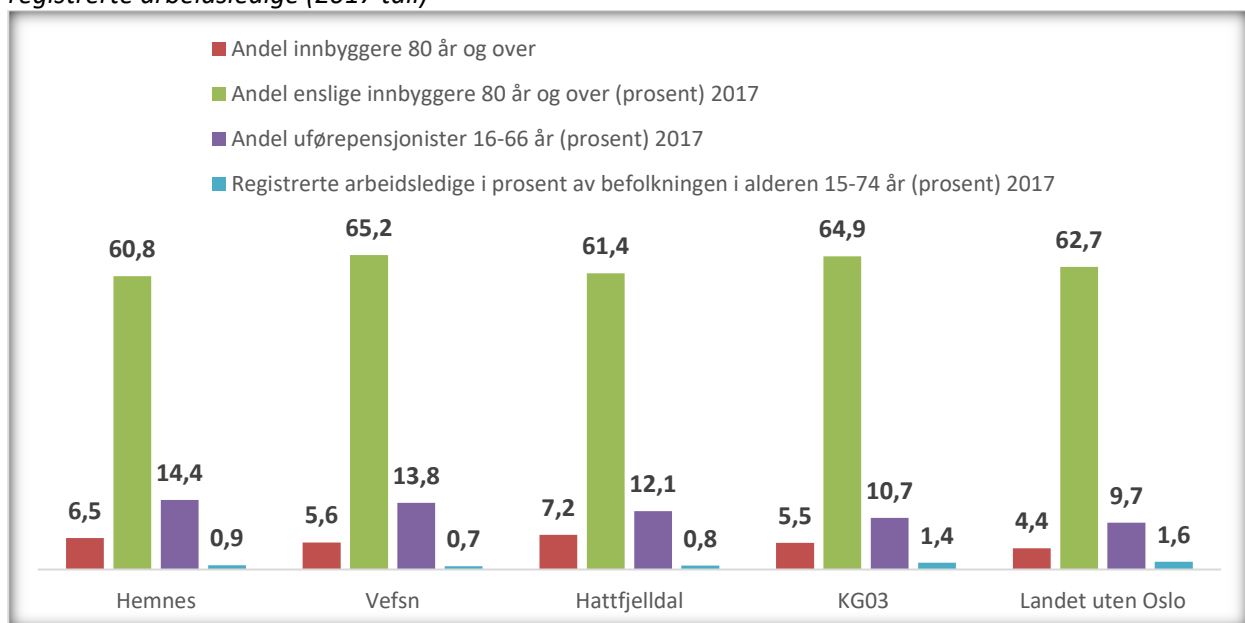
¹² Framskrivning av antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

¹³ Framskrivning av antall omsorgsytere (50-66 år) per antall eldre (85+ år)

Aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient kan gi en pekepinn på utfordringsbilde Hemnes kommune står overfor på kort og litt lengre sikt. For fortsatt å ha et bærekraftig samfunn også i framtiden, må kommunen sette inn tiltak slik at «gapet» mellom antall yrkesaktive og andelen som vi antar vil ha behov for bistand, kan dekkes med de personalressursene som til enhver tid er tilgjengelige. Det å sikre fødselsoverskudd, tilflytning og opprettholdelse av den yrkesaktive andelen, flere som arbeider heltid er like viktig for å sikre kompetanse både til næringslivet og alle kommunale tjenestene som skal ytes.

I rapporten om "Fremtidens eldre i by og bygd"¹⁴ uttales følgende (s20); "De siste ti årene har vi sett en økende flyttestrøm mot byene, særlig blant unge voksne. Det betyr at Statistisk sentralbyrå framskriver en sentralisering av befolkningen og relativt lavere aldring i sentrale strøk. For utkantstrøkene blir dette motsatt: Der forutsettes det en svakere befolkningsvekst eller -nedgang og sterk aldring. Dette er fordi eldre er relativt bofaste og sjeldent flytter på seg. Aldringen er generelt sterkest i nord og i innlandet".

Figur 2. Andel innbyggere 80 år og over og enslige innbyggere 80 år og over. Andel uførepensjonister og registrerte arbeidsledige (2017 tall)



Kilde: SSB 2017

Figuren viser at Hemnes har en større andel innbyggere 80 år og over enn de det her er sammenlignet med, da unntatt Hattfjelldal som ligger 0,7 prosent over. Ser vi på andelen enslige innbyggere 80 år og over er det Hemnes som har den laveste andelen med 60,8 prosent.

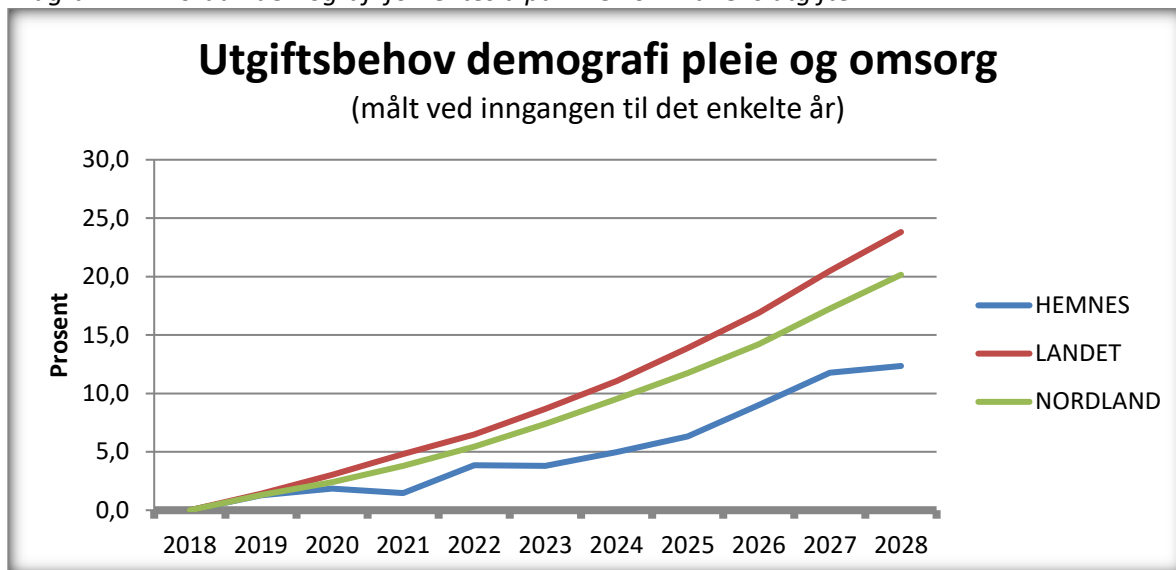
I figur 2 og 3 tar vi for oss kommunens aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient. Graden av andel uføretrygdene vil kunne påvirke aldersbæreevnen i positiv eller negativ retning. RO har også tatt med registrerte arbeidsledige i prosent av befolkningen 17-74 år. Hemnes ligger over nabokommunene, men under tilhørende KOSTRA gruppe og landet uten Oslo.

Diagrammet under viser prosentvis forventet endring i utgiftsbehov til pleie og omsorgstjenester i kommunen, sammenlignet med landet og fylket. Endring i utgiftsbehov er et resultat av befolkningsendringen per 1.1., dvs. demografi for 2019 er basert på anslag for befolkningsendring 1.1.2018 til 1.1.2019, 2020 er basert på anslag for befolkningsendring 1.1.2019 til 1.1.2020 osv. Diagrammet viser hvordan den demografiske utviklingen kan påvirke kommunens utgifter forutsatt uendrede gjennomsnittskostnader som uendret standard, produktivitet i tjenesteproduksjonen og

¹⁴ SSB - Rapport 2017/32- befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse, A F Rogne og Astrid Syse
Evaluering av omsorgstjenesten i Hemnes kommune

konstant dekningsgrad for tjenestene. Det tas ikke hensyn til politiske målsetninger om videre utbygging av tilbudet. Beregningene som ligger til grunn bygger på analyser av hvordan de faktiske utgiftene påvirkes blant annet av den demografiske utviklingen. Beregningene må betraktes som **grove anslag** ¹⁵.

Diagram 1. Hvordan demografi forventes å påvirke kommunens utgifter



Kilde: Demografianslag for den enkelte kommune, KS

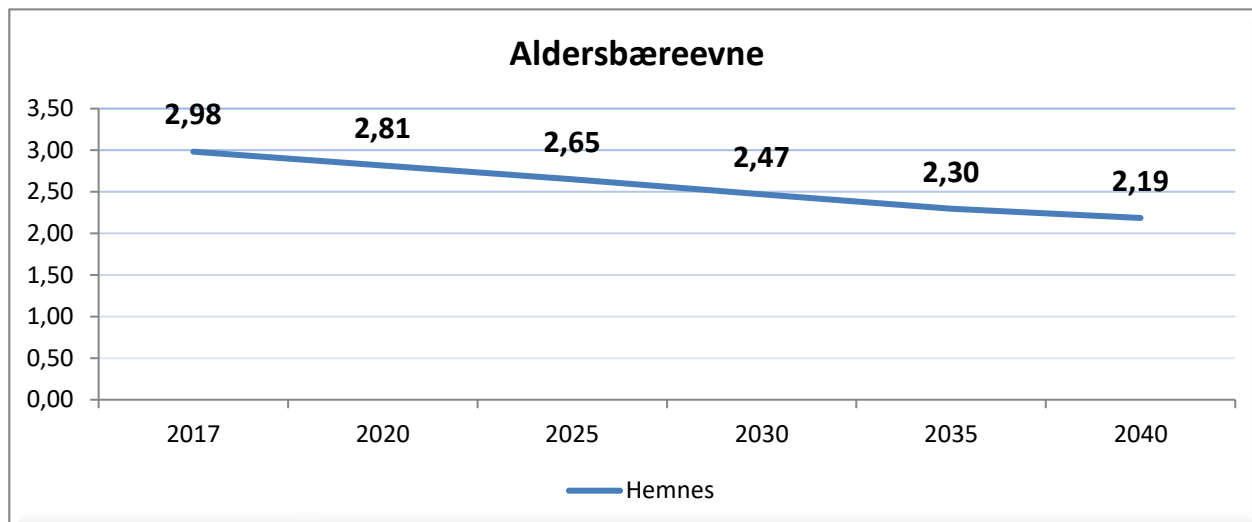
2.1. Omsorgstjenesten

Befolkningsframskrivingen i tabell 1 kan brukes til å beregne framtidig aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient.

- Aldersbæreevne er forholdet mellom de yrkesaktive (16-66 år) og innbyggere 67 år og eldre og er av interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og helse- og omsorgstjenester.
- Familieomsorgskoeffisienten er forholdet mellom antall personer i alderen 50-66 år og personer over 85 år. Den er et uttrykk for antall potensielle familieomsorgsgivere (pårørende) og omsorgstrengende eldre.

¹⁵ https://www.regjeringen.no/contentassets/e405d234b7894fbfa6b1e93f18a66401/tbu_demografinotat.pdf

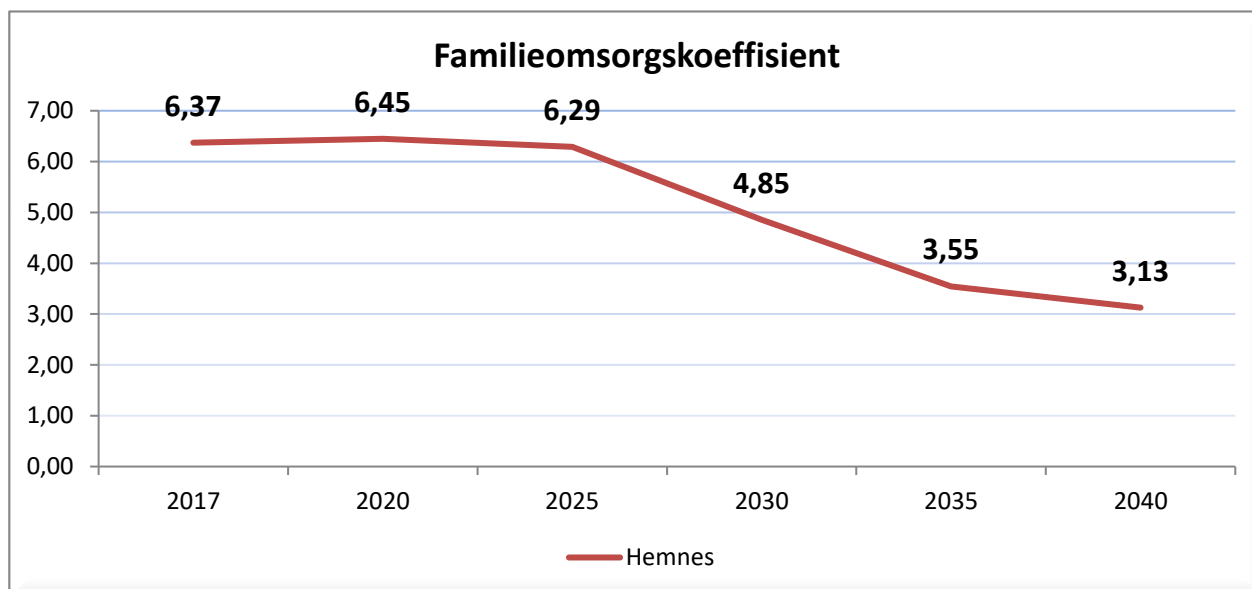
Figur 3. Aldersbæreevnen. Antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)



Figuren viser at det var 2,98 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2017, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 2,65 i 2025, 2,47 i 2030 og 2,19 i 2040. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,58 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2017. Aldersbæreevnen på landsbasis reduseres til 3,64 i 2030 og 3,9 i 2050¹⁶.

Familieomsorgskoeffisienten uttrykker antall potensielle familieomsorgsgivere i aldersgruppen 50-66 og omsorgstrengende eldre over 85 år. Grunnen til at disse to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien (pårørende og andre). I tillegg erfarer flere at barnebarn inngår som omsorgsytere.

Figur 4. Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) per antall eldre (85+ år)



I 2017 har Hemnes 6,37 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Antallet forventes å være stabilt fram til 2025 for deretter å synke kraftig. I 2040 er det 3,13 personer i

¹⁶ Meld. St. 29 (2012-2013) s. 41 - Morgendagens Omsorg
Evaluering av omsorgstjenesten i Hemnes kommune

aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. På landsbasis var familieomsorgs-koeffisienten i 2017 på 9,22 og vil ut fra SSB sin befolkningsframskriving falle til 5,69 i 2030 og til 4,96 i 2040.

Endringer i alderssammensetningen er avgjørende for hvor mange familieomsorgsgivere de over 85 år kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Det er også viktig kunnskap for hvordan tjenestene bør innrettes fram i tid. Tiltak som fokuserer på folkehelse og forebygging, aktivitet/mobilisering, anskaffelse og bruk av teknologi¹⁷ og tilrettelegging for frivillig innsats og samarbeid med pårørende vil være viktig for framtidens tjenester.

3. KOSTRA-analyse

I denne analysen vil vi systematisk gå gjennom de tjenesteområdene som inngår i omsorgstjenesten i Hemnes kommune. Hovedvekt i KOSTRA-analyse vil være på prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet. RO tar utgangspunkt i KOSTRA-tall for 2017¹⁸. For Hemnes kommune er det utarbeidet tidsserier som viser utviklingen over de tre siste årene.

Prioritering forteller oss hvor mye penger kommunen bruker på en målgruppe og uttrykkes ofte som netto driftsutgifter per innbygger i målgruppa. *Dekningsgrad* forteller oss hvor mange av kommunens innbyggere i en målgruppe som mottar tjenester. *Produktivitet* forteller oss noe om hvor mye kommunen bruker per mottaker / plass. Uttrykkes ofte som korrigerte brutto driftsutgifter per bruker eller plass.

En KOSTRA-analyse gir ikke svar på om tjenestene er "riktig dimensjonert", men sammen med data for befolkningssammensetning og framskriving, kan analysen gi gode holdepunkter for vurdering av hva som kan være optimal organisering med hensyn til framtidig utvikling av tjenestene totalt i kommunen. Det vil si grad av bærekraft. Hvis egen kommune har særlig avvikende kostnadsprofil på et område, er dette en indikasjon på at området bør undersøkes nærmere. Analysen kan gi gode holdepunkter for hvor en eventuell endring av tjenesten kan være hensiktsmessig.

I det følgende presenteres tabeller som beskriver sentrale faktorer i omsorgstjenesten i Hemnes kommune sammenliknet med KG03¹⁹, kommunene Vefsn og Hattfjelldal, samt landet uten Oslo.

Nøkkeltall for omsorgstjenesten

Vi viser her utviklingen fra 2015 –2017. Det må understrekes at registerdata bygger på de data kommunene selv har innrapportert.

RO er kjent med at Hemnes har barneavlastning for funksjonshemmede barn som utgiftsføres på KOSTRA funksjon 253. Det er også slik at 40-45% av hjemmetjenesten (KOSTRA funksjon 254) er tjenesten til utviklingshemmede.

¹⁷ Både hylleware= som alle får kjøpt og mer avansert teknologi som formidles vi kommunen/NAV

¹⁸ Statistisk Sentralbyrå (SSB) 15. juni 2018.

¹⁹ Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

Tabell 2. Prioritering av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til andre tjenesteområder

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i % av totale netto driftsutgifter	36,0	37,2	38,2	32,8	33,5	38,1	30,8

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 2 viser at andelen av kommunens netto driftsutgifter som brukes til pleie- og omsorgstjenester har økt fra 36,0 prosent i 2015 til 38,2 prosent i 2017. Andelen i Hemnes er høyest i dette sammenligningsgrunnlaget.

Tabell 3. Driftsutgifter pleie- og omsorgstjenester per innbygger

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2016
Netto driftsutgifter per innbygger i kroner	25 857	28 943	30 511	23 377	20 271	32 561	17 673
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg per innbygger 67 år og over	126 080	139 744	146 003	126 949	108 046	136 329	114 270

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 3 viser at netto driftsutgifter per innbygger har økt fra 2015 til 2017. Kun Hattfjelldal har høyere netto driftsutgifter per innbygger. Ser vi på netto driftsutgifter per innbygger 67 år og over er det ingen i sammenligningsgrunnlaget som har høyere netto driftsutgifter enn Hemnes.

Tabell 4. Tjenesteprofil - prioritering i pleie- og omsorgstjenesten

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2016	Vefsn 2016	Hattfjell dal 2016	Landet u Oslo 2016
Institusjoner ²⁰ (f253+261) - andel	46,0	47,0	47,0	48,0	51,0	51,0	44,0
Tjenester til hjemmeboende ²¹ (f254) – andel	51,0	50,0	48,0	48,0	45,0	43,0	51,0
Aktivering, støttetjenester ²² (f234) – andel	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	6,0	5,0

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 4 viser at Hemnes prioriterer institusjonsdrift lavere enn kommunene Vefsn og Hattfjelldal, men likt med KG03 og lavere enn snittet for landet uten Oslo. Andelen til tjenester til hjemmeboende er redusert i perioden. Kun Vefsn og Hattfjelldal ligger under.

²⁰ f253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon. f261 Institusjonslokaler

²¹ f254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

²²f234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede

Tabell 5. Ressursinnsats pleie- og omsorg

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale tjenester	475 789	514 441	517 361	409 999	391 183	465 132	416 822
Lønnsutgifter per kommunalt årsverk ekskl. fravær	576 305	666 212	699 983	725 588	663 755	654 403	737 966
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester per mottaker	0,71	0,67	0,64	0,49	0,50	0,62	0,50

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 5 viser at korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av pleie og omsorgstjenester har økt i perioden 2015-2017 og at Hemnes har en høyere ressursinnsats enn de det her er sammenlignet med. Lønnsutgifter per årsverk ligger lavere enn gjennomsnitt i KG03 og snittet for landet uten Oslo, men over sammenlikningskommunene. Årsverk per mottaker er redusert i perioden, men er høyere enn de andre i denne sammenlikningen.

Tabell 6. Fagutdanning og fravær i pleie- og omsorgstjenesten (kompetanse/kvalitet)

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	73,0	74,0	77,0	75,0	77,0	70,0	75,0
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker	0,71	0,67	0,64	0,49	0,50	0,62	0,50
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	46,0	48,0	51,0	45,0	43,0	43,0	40,0
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	27,0	26,0	27,0	31,0	34,0	27,0	35,0
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjenester	6,1	5,9	8,7	9,5	7,7	10,0	9,5

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 6 viser at andel årsverk med fagutdanning (fagarbeidere og høgskoleutdannende) varierer noe fra år til år. Hemnes har en andel som ligger over gjennomsnittet i KG03. Kun Vefsn kommune har like høy andel som Hemnes. Andelen er økt i perioden, fra 73 i 2015 til 77 i 2017. Det samme gjelder andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole.

Årsverk ekskl. fravær i brukerretta tjenester per mottaker viser at Hemnes ligger over de andre i denne sammenligningen.

Andel legemeldt fravær har i perioden har økt, men er lavere i Hemnes enn de andre med unntak av Vefsn kommune. Samtidig blir det opplyst om at sykefraværet innen enkelte tjenestested ligger over snittet i omsorgstjenesten (se tabell 15).

Tabell 7. Mottakere av hjemmetjenester- prosent

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hatt- fjelldal 2017	Landet u Oslo 2017
Mottakere av hjemmetjenester 0- 66 år	1,7	1,8	2,4	2,6	3,3	2,2	2,2
Mottakere av hjemmetjenester 67- 79 år	8,2	8,7	7,9	9,2	5,5	10,6	6,8
Mottakere av hjemmetjenester 80 år og over	39,9	39,0	36,9	38,0	31,8	35,6	32,1

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 7 viser at andelen mottakere av hjemmetjenester har svingt de siste 3 åra. Det har vært en endring i fordelingen aldersmessig. Tabellen viser at Hemnes har en økning i aldersgruppa 0-66 år. Mens det har vært en reduksjon i aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre. Tilhørende KOSTRA gruppe har en større andel mottakere i alle aldersgruppene, mens andelen for landet uten Oslo er lavere. Vefsn kommune ha en større andel i den yngste aldersgruppa og færre i de to eldste aldersgruppene. Andelen i Hattfjelldal er større for aldersgruppa 67-79 år og lavere for de to andre aldersgruppene.

Tabell 8. Dekningsgrad - Volum - Hjemmetjeneste

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Andel mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 0-66 år	1,7	1,8	2,4	2,6	3,3	2,2	2,2
Andel mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 67-79 år	8,2	8,7	7,9	9,2	5,5	10,6	6,8
Andel mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 80 år og over	39,9	39,0	36,9	38,0	31,8	35,6	32,1
Andel hjemmetjeneste-mottakere med omfattende bistandsbehov, 0-66 år	33,9	30,2	24,1	18,9	11,5	37,5	19,6
Andel hjemmetjeneste-mottakere med omfattende bistandsbehov, 67-79 år	19,2	21,4	21,6	13,5	16,3	24,0	14,6
Andel hjemmetjeneste-mottakere med omfattende bistandsbehov, 80 år og over	23,0	23,5	22,2	12,7	12,1	30,6	13,8

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 8 viser at andelen mottakere av hjemmetjenester har økt i aldersgruppa 0-66 år og redusert i aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre fra 2015-2016. Kun Vefsn kommune har en høyere andel i aldersgruppa 0-66 år. I aldersgruppa 67-79 år er det snittet i KG03 og Hattfjelldal som ligger over. Ser vi på aldersgruppa 80 år og over er det kun snittet i KG03 som er høyere.

Fra 2015 til 2017 er andelen med omfattende bistandsbehov i aldersgruppene 0-66 år og 80 år og over redusert. Mens den har så vidt økt for aldersgruppa 67-79 år. For alle aldersgruppene gjelder at andelen er høyere i Hemnes med unntak av Hattfjelldal.

Tabell 9. Ressursinnsats i hjemmetjenesten

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand (andel)	5,8	5,0	5,0	8,9	8,0	7,0	10,1
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, helsetjenester i hjemmet (andel)	4,5	6,0	5,7	4,8	4,9	8,6	4,9
Andel hjemme-boere med høy timeinnsats	4,5	4,3	3,3	6,8	6,8	10,6	7,3
Korrigerte brutto driftsutg. per mottaker av hjemmetjenester (i kroner)	275 661	298 248	295 207	235 683	219 902	239 576	255 404

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 9 viser at gjennomsnittlig antall tildelte uketimer med praktisk bistand er lavere i Hemnes enn de det her er sammenlignet med. Mens det motsatte gjelder for tildelte uketimer helsetjenester (hjemmesykepleie), da med unntak av Hattfjelldal som har en høyere andel.

Andelen hjemmeboere med høy timesats²³ er redusert de siste tre åra. Andelen i Hemnes er lavere enn de det her er sammenlignet med.

Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker er redusert noe fra 2016-2017. Hemnes hadde i 2017 de høyeste korrigerte brutto driftsutgiftene per mottaker av hjemmetjenester i denne sammenligningen.

Tabell 10. Prioritering av institusjons-tjenesten

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	12,0	12,9	12,6	14,4	13,6	9,9	12,6
Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i prosent av befolkning 80+	39,0	37,0	36,0	32,0	31,0	23,0	29,0
Andel plasser i institusjon i prosent av befolkning 80+	17,7	16,9	17,1	19,9	19,5	16,8	17,9

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 10 viser at andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon har gått litt ned de to siste årene. Kun andelen i Hattfjelldal er lavere. Når plasser i institusjon og heldøgns bemannet boliger slås sammen ligger Hemnes over de andre det er sammenlignet med. Ser vi på andel institusjonsplasser i prosent av befolkningen 80 år og over, har den økt fra 2016-2017. Kun Hattfjelldal har en lavere andel.

²³ Summen av spesielt ressurskrevende hjemmetjenestemottakere (hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse) i kommunen, definert som mottakere som krever mer enn 35,5 timer/uke sett i forhold til hjemmetjenestemottakere totalt.

Tabell 11. Ressursinnsats i institusjonstjenesten

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, per kommunal plass per år ((kroner)	1176714	1321804	1359714	1189026	1083303	1324571	1140445
Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kroner)	3627	3964	4261	3665	3249	5833	3439

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 11 viser at korrigerte brutto driftsutgifter per kommunal plass har økt de siste tre åra. Hemnes ligger over de andre i sammenlikningsgrunnlaget. Korrigerte brutto driftsutgifter er ca. 170 688 høyere enn gjennomsnittet i KG03. Sammenligner vi utgiftene per oppholdsdøgn er det kun Hattfjelldal som har en høyere utgift per døgn.

Tabell 12. Kvalitet institusjonstjenesten (kvalitet)

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/wc	94,0	94,0	94,0	86,7	78,0	94,4	86,3
Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering	8,0	8,0	8,0	9,1	2,0	11,1	7,7
Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens	48,0	48,0	48,0	29,0	46,7	50,0	26,5

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 12 viser at andel plasser i brukertilpassa enerom m eget bad/wc har vært stabilt de siste tre åra. Hemnes har likevel den høyeste andelen sammen med Hattfjelldal kommune.

Andelen plasser avsatt til rehabilitering/habilitering har også vært stabil de tre siste årene. Kun tilhørende KOSTRA-gruppe og Hattfjelldal kommune har en høyere andel.

Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens har vært stabil i perioden 2015 til 2017. Andelen er lavere enn i Hattfjelldal kommune, men høyere enn de andre i denne sammenligningen.

Tabell 13. Lege- og fysioterapitimer i sykehjem i prosent(kvalitet)

	Hemnes 2015	Hemnes 2016	Hemnes 2017	KG03 2017	Vefsn 2017	Hattfjell dal 2017	Landet u Oslo 2017
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	0,00	0,22	0,22	0,47	0,54	0,54	0,55
Andel langtidsbeboere per 31.12 vurdert av lege siste år	0,27	..	..	0,48	..	..	0,50
Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem	0,36	0,21	0,21	0,40	0,25	0,26	0,40

Kilde: KOSTRA, 15.06.2018

Tabell 13 viser at legetimer per uke per beboer i sykehjem ligger svært lavt og har ikke økt de siste 2 årene. Dette tross tilbakemeldinger om at pasientene har blitt dårligere. Hemnes ligger langt under de andre i denne sammenligningen. Landssnittet uten Oslo var i 2017 0,55. Når det gjelder legetimer per uke per beboer i sykehjem opplyser kommunen at timetallet ble fordoblet fra 1. juli 2017, men at dette ikke har kommet med i innrapporteringen.

RO gjør oppmerksom på at for 2016 og 2017 er det prikket for andel langtidsbeboere som er vurdert av lege siste år, det vil si at antall som er vurdert kan være under 5.

Fysioterapitimer har i samme periode blitt redusert. Fysioterapitimer er lavere enn gjennomsnittet i KG03 og de andre i sammenligningen. Landssnittet uten Oslo for fysioterapitimer var i 2017 0,40. Kommunen opplyser at tilbudet har vært uendret over flere år.

4. Tjenesteinnretning

Forskning innen pleie- og omsorgstjenestene²⁴ viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 % av innbyggere over 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. I Hemnes er andelen 12,62 %. Til sammenligning er kommunetallene for henholdsvis Vefsn 13,6 %, Hattfjelldal 9,9 %. Tilhørende KOSTRA gruppe og landet utenfor Oslo er henholdsvis 14,4 % og 12,6 %.

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

«Kommuner med få innbyggere bruker jamt over relativt sett mye penger på omsorgstjenester. Ikke overraskende har alderssammensetningen betydning. Kommuner med høy andel eldre i befolkningen bruker relativt sett mer penger enn kommuner med lav prosentandel eldre. Kommuner med høye frie inntekter bruker mer penger enn kommuner med lave inntekter. Trolig er kommunens frie inntekter den enkeltfaktoren som i størst grad kan predikere hvor mye penger

²⁴ Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.

en kommune bruker på omsorgstjenester (Hjelmbrekke med flere 2011). Kommuner som i stor grad er institusjonsorientert bruker mer penger enn andre kommuner. Og fordi det ofte er kommuner med få innbyggere som også har store inntekter, er det særlig denne typen kommuner som relativt sett bruker mest ressurser på omsorgstjenestene.» (Brevik og Nygård, NIBR Notat 2013:104 s. 10)

Hvordan kommunenes fri inntekter påvirker ressursbruken innen tjenesteområdet er også belyst i en rapport fra SINTEF Helsetjenesteforskning i 2009 (Huseby og Paulsen Rapport 2009: A11522)

"Kommuner med høye frie disponible inntekter bruker mer ressurser på eldreomsorg enn kommuner uten slike økonomiske muligheter".

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

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

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

Også Sørheim og Paulsen (2012)²⁵ finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrekke med flere (2011)²⁶ finner at kommuner med ansatte hvor andelen med relevant høgskoleutdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrekke finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreduserende potensial gjennom stordriftsfordeler".

Hemnes kommune har i dag to sykehjem og to produksjonskjøkken. RO er kjent med at det kan stilles spørsmål om det er nødvendig med to av hvert. Sannsynligheten for at dette kan føre til høyere kostnader, enn om kommunen hadde et sykehjem og et produksjonskjøkken er nok til stede. RO har ikke vurdert de faglige og økonomiske fordelene og ulempene ved en eventuell strukturendring. Dette må i så fall skje ved en grundig utredning. Når det gjelder tema om produksjonskjøkken/struktur anbefaler RO Meld.St.15 (2017-2018) *Leve hele livet* kapittel 6.5 side 116. Så lenge kommunen har to sykehjem er dagens kjøkkenstruktur i tråd med anbefalingene i stortingsmeldingen.

²⁵ Sørheim, K.A. og Paulsen, B. (2012): Strukturell variasjon i pleie- og omsorgstjenesten. Typologisering av kommuner. Sintef, Teknologi og samfunn. Helse.

²⁶ Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G., og Vardheim, I. (2011): Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.

5. Direkte/indirekte brukertid hjemmetjenester

5.1. Direkte og indirekte brukertid innen hjemmetjenesten

Når bemanningsbehov for hjemmebaserte tjenester skal beregnes må en først definere hva som er å betrakte som hjemmetjenester. Hjemmetjenester er i prinsippet alle omsorgstjenester som ikke gis i institusjon, herunder de tjenester som gis til de som har behov for heldøgns omsorg.

Når bemanningsbehovet vurderes bør dette knyttes opp mot de vedtakene som fattes og hvor mange timer som trengs for å utføre de oppgavene vedtaket omfatter. Bemanningsbehovet bør beregnes ut fra omsorgsbehov og det må tas hensyn til direkte tid (ATA-tid) og indirekte tid (kjøring, rapportering, medisinhåndtering, møter utenfor hjemmet, utrykning trygghetsalarm mm).

Hva er rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Det finnes ingen vedtatt norm eller nasjonal standard på dette forholdet. Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet, kan gi en pekepinn om erfaringstall. Vi kan anslå at et grovt gjennomsnitt kan være ca. 1,4 arbeidstime per vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,25 arbeidstime på praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring). Det må imidlertid presiseres at dette ikke kan anses som en gjeldende norm.

Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig ATA-tid i hjemmesykepleie være 60 prosent og 75 prosent for praktisk bistand. Sagt på en annen måte innebærer dette at for hver medarbeidertime til disposisjon kan en forvente at henholdsvis 60 prosent og 75 prosent av tiden benyttes i direkte tid til bruker/pasient i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

Tabell 14. Direkte brukertid i prosent

Hjemmetjenesten (ekskl. Miljøtjenesten)	Årsverk	Vedtakstimer hjemmesykepleie /helsehjelp	Vedtakstimer praktisk bistand	Vedtaks- timer totalt	ATA-tid i prosent
Korgen (KOM)					
Hjemmesykepleien	11,24	Hjemmeboende	114,66	3,67	123,86
		Boliger	5,53	0	
Hjemmehjelp	2,2*	0	45,77	45,77	55,48
Boligbemanning	7,75**	127,26	86,4	213,66	77,66
Hemnesberget (HOM)					
Hjemmesykepleien	8,77	Hjemmeboende	84,38	7,08	99,27
		Boliger	7,83		
Hjemmehjelp	2,1	0	38,98	38,98	49,50
Boligbemanning	8,13***	106,53	90,76	197,29	68,36

Kilde: Hemnes kommune

Merknader:

*redusert med 0,6 årsverk fra 01.01.18

**avd. har ikke egen nattvakt, det håndteres av hjemmesykepleien

***avd. har egen nattvakt. Avd. har redusert bemanningen med 0,6 årsverk fra 01.01, og ytterligere 2,42 årsverk. fra ca. 01.06.18

Hjemmetjenesten har totalt 40,19 årsverk eksklusive brukerstyrt personlig assistent (BPA) og Miljøtjenesten. Administrasjon består av 2 årsverk sektorledere som også har ansvar for institusjonstjenestene og fellestjenestene og 8 avdelingsledere. I hjemmetjenesten er det til sammen 2 avdelingsledere. Hjemmesykepleien i Korgen har en sykepleier i 100% stilling som er teamleder for Hukommelsesteamet. Ca. 10 % stilling benyttes til denne oppgaven. Dette inngår i avdelingens ressurser.

RO har fått oppgitt dagens vedtakstimer for hjemmesykepleie til 223,13 timer og hjemmehjelp/praktisk bistand 84,75 timer. Timer ansattressurs i hjemmesykepleien utgjør 710,35 timer ansattressurs til rådighet per uke og hjemmehjelp/praktisk bistand 161,25 timer. Totalt utgjør dette 871,6 timer per uke²⁷.

For å levere 223,13 timer med hjemmesykepleie har hjemmesykepleien 710,35 timer ansattressurs til rådighet. Det betyr at for hver vedtakstime har hjemmesykepleien 3,18 timer ansattressurs til rådighet. Tilsvarende for hjemmehjelp/praktisk bistand hvor forholdet er 1,90 timer ansattressurs per vedtakstime. Totalt er det vedtak om 307,88²⁸ timer per uke og 871,6 timer ansattressurs. Det vil si 2,54 timer ansattressurs i snitt per vedtakstime.

Ser vi på forholdet mellom vedtakstimer og tilgjengelig personalressurser i bolig med bemanning viser den at tjenesten har 1,37 timer ansattressurs i snitt til rådighet per vedtakstime.

RO gjør oppmerksom på at selv om det er fast bemanning ved bofellesskapene, får de bistand av hjemmesykepleien ved behov. I tillegg er det ved Kløbben fast styrket bemanning 2 dager i uken med hjemmesykepleien (dagvakt). Disse 2 vaktene er i hjemmesykepleiens bemanningsplan og turnus. Hjemmesykepleien har det sykepleierfaglige ansvaret for bofellesskapene. Dette gjør at tallene over ikke må leses som absolutte tall.

RO vil uansett tro at en effektivisering av indirekte brukertid kan eventuelt bidra til å møte et økt behov for hjemmetjenester, forebyggende arbeid eller til kompetanseutvikling og annet utviklingsarbeid mv.

5.2. Bemanning ved sykehjemmene

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

I Norge varierer pleiefaktoren på sykehjem mellom **0,65-1,20**. Pleiefaktor er et tall som angir forholdet mellom antallet registrerte årsverk i pleien og antall beboere eller pasienter på sykehjemmet. Dersom det er 20 årsverk i en institusjon som har 20 pasienter er pleiefaktoren 1,0. Dersom det er 18 årsverk i den samme institusjonen, er pleiefaktoren 0,9.

Sykehjemmene i Hemnes har samlet: 62,51 årsverk og 50 sykehjemsplasser. Og en samla pleiefaktor på **1,25**. Tabell 15 viser hvordan dette fordeler seg.

²⁷ Administrasjon, studenter/lærlinger og andre støttefunksjoner er ikke medregnet og er trukket ut

²⁸ Gjelder hjemmesykepleie og praktisk bistand samlet

Tabell 15. Bemanning ved sykehjemmene

Sted	Plasser	Bemanning	Pleiefaktor
Hemnesberget sykehjem	18²⁹	20,14	1,12
Gammelstua	10	11,12 ³⁰	1,11
Kårstua	8	9,02	1,13
Korgen sykehjem	32	42,37	1,32
Kangsen ³¹ /Okstind	8+8	18,04	1,13
Snytuva	8	14,38 ³²	1,80
Nystua	8	8,55	1,07
Sum	50	62,51	1,25

Kilde: Hemnes kommune

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

Medarbeiderne ved sykehjemmene i Hemnes har i tillegg til direkte pasientretta arbeid ansvar for oppgaver som kjøkkentjenester som matservering, koppvask, tilbereding/oppvarming av alle måltider unntatt middagen på hverdager som leveres varm fra hovedkjøkkenet, vask av pasientenes privattøy, støvtørring pasientrom, renhold i medisinerom o.a. RO gjør oppmerksom på at dette er oppgaver som medarbeidere ved mange norske sykehjem utfører i tillegg til direkte pasientretta oppgaver.

I tillegg har hver avdeling en sykepleier 1 som har noe fagansvar. Denne oppgaven utføres innen rammen av stillingen og inngår i ordinær turnus. Det vil si at de ikke har fått frikjøpt til å utføre oppgaven.

I en rapport³³ etter en forvaltningsrevisjon definerer kommunerevisjonen i Oslo begrepet slik:

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

Fagorganiserte har jobbet for at det skal fastsettes en statlig norm for pleiefaktor i sykehjem uten å nå igjennom. RO registrerer at det er stor forskjell mellom sykehjem i Norge når det gjelder dette og har

²⁹ Opplysninger fra kommunen i e-post 20. juni 2018. På Hemnesberget (HOM) har vi nå stengt av en av tre avdelinger med 8 boliger, der er altså bare 16 pasienter. I den forbindelse er det laget nye turnuser der bemanningen er redusert med 2 vakter pr. dag. Reduksjon fra 11,15 årsverk til 8,13 årsverk

³⁰ Grunnet ressurskrevende er bemanningen økt med ca. 0,75 + 0,26 årsverk (utløser tilskudd ressurskrevende bruker).

³¹ Ved Kangsten er det 4 korttidsplasser

³² Opprinnelig bemanning er 15,78. Ca. 1,4 årsverk er pt ikke i bruk

³³ Kvalitet i sykehjem. Langerud sykehjem. Oslo kommune, kommunerevisjonen. Rapport 8/2005. Lokalisert på: <http://www.kommunerevisjonen.oslo.kommune.no/getfile.php/kommunerevisjonen/Internett/Dokumenter/dokument/forvxrevxrapp/Rapport%20nr%208.pdf>

skrevet om det i mange rapporter. I en rapport til Grimstad³⁴ har RO for eksempel sagt dette om pleiefaktor i sykehjem:

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

På den ene siden finnes det altså ikke noen "norm" for pleiefaktor, på den annen side finnes det registrerte tall for pleiefaktor slik at det er mulig å si noe om et "gjennomsnitt". For å gi et bilde av hvordan det er ellers i landet, har RO her altså gjengitt tall for pleiefaktor fra forskjellige kilder. Her tas også med tall fra en forskningsrapport³⁵ RO og Sintef Helsetjenesteforskning utarbeidet på bestilling fra Norsk Sykepleieforbund, Fagforbundet og Den norske Lægeforening i 2004. Om pleiebemanning konkluderer forskerne bak rapporten slik:

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

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

I sitatet ovenfor fra revisjonsrapporten fra Oslo kommune (henvisning: fotnote nr.25) sies det at pleiefaktor er en "parameter som kan indikere en sammenheng mellom pasienttall og kvalitet". At det faktisk kan påvises en slik sammenheng, var også grunnlaget for den tidligere siterte rapporten fra Sintef Helsetjenesteforskning (henvisning: fotnote nr.27).

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

"For ukedagene ellers, og for kveld/natt, er det ingen sammenhenger mellom faktisk bemanning og de ansattes vurderinger av bemanningssituasjonen. Det er en klar bivariat³⁶ sammenheng mellom den subjektive vurderingen av bemanningssituasjonen og samtlige kvalitetsmål: ved avdelinger der de ansatte generelt opplever at bemanningen er tilstrekkelig skåres tilbudet til beboerne høyt på alle kvalitetsmål. Vi fant ingen tilsvarende bivariate sammenhenger mellom faktisk pleiebemanning og mål på kvalitet".

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

Dette betyr at med henvisning til det vi har sagt over, vil pleiefaktoren ved sykehjemmene i Hemnes ligge over gjennomsnittet ved norske sykehjem.

³⁴ Utredning av fremtidens pleie- og omsorgstjenester i Grimstad med forslag til tiltak. Rapport fra RO (2009). Lokalisert på: <http://www.grimstad.kommune.no/PageFiles/8305/Utredning%20av%20framtidens%20pleie-%20og%20omsorgstjenester%20i%20Grimstad.pdf>

³⁵ Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T og Nygård L: Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Rapport Sintef, Helsetjenesteforskning, Trondheim september 2004.

³⁶ Bivariat analyse betyr ganske enkelt analyse av to variabler.

6. Sykefravær, heltid/deltid og kompetanse

Det er ulike faktorer som påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Sykefravær og grad av heltid/deltid påvirker dette i stor grad. RO har ikke valgt å analysere disse forholdene nærmere for Hemnes sin del, men ser at sykefraværet varierer til dels mye mellom de ulike tjenestestedene. Tallene samlet for 2018 gjelder månedene januar til og med mai (se tabell 16). Samla sykefravær var i 2017 8,9 prosent og for årets 5 første måneder 9,6 prosent. Hemnes kommune har satt som mål at sykefraværet ikke skal være over 7,0 prosent³⁷. Det betyr at det ved flere av enhetene innen omsorgstjenesten er et arbeid å gjøre for å få opp nærværet.

Tabell 16. Sykefravær

Avdeling	jan	feb	mars	april	mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	2017
Administrasjon	0	3,6	0	0	0	0,6	0	0,5	1,4	0	0	0,6	0,4
HOM fellestjenester	2,2	0,3	0	0,4	3	0,8	0	3,7	4,1	8,3	8,3	7,8	3,3
HOM bofellesskapene / hj.tjenesten	11,1	8,9	7,2	8,8	12,4	15,8	11,8	6,9	8	9,4	12,9	16,4	14
HOM institusjon	7,3	10,8	10,5	8,7	13,1	6,9	4,4	2,7	6,9	7,7	6,5	6,2	8,6
KOM fellestjenester	22,3	21	12,2	1,1	1,6	11,1	19	9,3	20,1	16,2	31,3	39,2	15,4
KOM kløbben / hj.tjenesten	6,1	3,3	3,6	5,2	5,3	6,9	6,2	4,7	3,1	10,4	6	7,3	5,7
KOM institusjon som.	6,4	6,3	7,6	3,2	6,6	5	6,5	11,1	13,3	15,1	14,5	11,8	8,9
KOM institusjon dem.	8,1	6,9	6,7	7,6	6,8	6,6	2,2	1,8	5,4	7,2	8	7	6,2
MIL fellestjenester	0	0	0	1,3	4,9	5,2	0	0,7	0	0	0	0	1,5
MIL barneavlastningen	22,8	16,2	17,1	8,6	21,3	23	25	29,1	26,9	35,7	5,2	4,3	16,8
MIL Villmoneset	8,2	12,7	7	4,3	3,8	6,2	14,4	11,5	11,3	27,6	13	22,5	11,1
MIL Aspmoen bofellesskap	7,7	12,3	8,6	13,6	12,9	6,9	7,8	15,7	17,1	20,1	17,5	14	14
MIL Prestegårdshagen	22,9	10,6	2	7,6	9,3	8,9	9,2	10,6	8,4	35,7	3,8	4,2	8,9
Enhet omsorg	8,8	7,8	7,5	6,6	8,9	8,2	7,8	7,6	9,2	11,7	11,1	11	8,9

Kilde: Hemnes kommune

6.1 Sykefravær

Den største og viktigste ressursinnsatsen innenfor omsorgstjenesten er bemanningen. Erfaringsmessig er det store ulikheter i ressursbruk både mellom kommuner, og mellom sammenliknbare enheter internt i kommunene. Fraværets omfang og på hvilken måte det arbeides med å øke nærværet, er avgjørende for hvor mye og hvor gode tjenester som ressursinnsatsen skal kunne ut i.

Forskning på sykefravær/nærvær viser at man vet mye om risikofaktorer, altså hvilke faktorer som kan bidra til å skape sykefravær, og noe om hva som bidrar til å skape helsefremmende arbeidsplasser. Det man vet minst om, er hvilke effekter ulike tiltak har på sykefravær/nærvær. Det er imidlertid liten tvil om at høyt fravær/lavt nærvær bidrar til at ressursene ikke utnyttes optimalt og at tjenestekvaliteten blir påvirket.

Fraværs- og nærværarbeid er en kontinuerlig prosess som man aldri kan slippe taket i, og må være godt forankret på alle nivåer i organisasjonen. Det utføres mye og godt arbeid for å redusere sykefravær i norske kommuner, men Odeen m.fl. (2013)³⁸ hevder at man kanskje heller burde fokusere på langsiktige

³⁷ Årsmeldingen for 2017 side 7, Nærværprosjektet / Hemnesavtalen

³⁸ Odeen, M., Magnussen, L.H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H.R. og Tveito, T.H. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. Occupational Medicine 2013; 63:7-16. Advance Access publication 5 December 2012 doi: 10.1093/occmed/kqs 198

tiltak som bidrar til helse og jobbtilfredshet (nærvær), fremfor å teste ut ulike redskaper for å oppnå en rask reduksjon i sykefraværet.

Sykefravær er et komplekst felt hvor løsninger må finnes på ulike nivåer og arenaer, men samtidig tydeliggjør forskning at mange av risikofaktorene er knyttet til trekk ved arbeidet og forhold på den enkelte arbeidsplass.

Enkelte studier anslår at så mye som 40-50 % av langtidsfraværet er arbeidsrelatert (Osborg Ose m.fl. 2006)³⁹. I tillegg viser forskningen at arbeidsmiljøfaktorer generelt forklarer mer enn individuelle livsstilsfaktorer, og at arbeidsmiljøfaktorer betyr mindre for sykmeldtes tilbakekomst til arbeid jo lengre en person er fraværende fra jobb. Mange av disse faktorene ser også ut til å bidra til dårlig psykisk helse. (Major m.fl. 2011:1)⁴⁰

Det er få studier som undersøker ledelsens direkte effekt på medarbeidernes helse, men mange undersøkelser viser til ledelsens indirekte effekt på medarbeidernes helse (Lise Lien Fafo-notat 2013:02)⁴¹.

Som tabell 16 viser er det store variasjoner i sykefravær i de ulike enhetene innen omsorgstjenestene i kommunen. Innen enkelte tjenesteområder har fraværet vært gjennomgående høyt. RO er ikke kjent med hvordan nærværarbeidet forgår i Hemnes, men det refereres til Hemnesavtalen som en god strategi for å øke nærværet. Det er imidlertid helt klart at fraværet er en betydelig utfordring innen enkelte av enhetene og det er mye å tjene på å lykkes med et høyere nærvær.

6.2 Heltid/deltid

I en rapport fra programmet «Sammen om en bedre kommune»⁴² tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet:

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

I den senere tids debatt er også kvalitetsperspektivet i ferd med å stå fram som det kanskje viktigste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordninger i omsorgssektoren. I Fafo-rapporten *Heltid-deltid – en kunnskapsstatus* (2013)⁴³, hevdes det at:

³⁹ ³⁹ S. Osborg Ose, H. Jensberg, R. Eidsmo Reinertsen, M. Sandsund og J.M. Dyrstad (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SINTEF Helse Gruppe for arbeid og helse

⁴⁰ Major, E.F., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.

⁴¹ Lise Lien "Saman om" sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013:02.

⁴² KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

⁴³ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

«Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Mange av brukerne har behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer, og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.»

RO presenterer under en tabell som viser noen fakta om heltidskulturen i omsorgstjenesten.

Tabell 17. Heltid/deltid

	Årsverk	Totalt antall ansatte	Antall som er ansatt på heltid	Prosentandel som er ansatt på heltid
Korgen omsorgstjeneste	65,66	104	11	10,6
Hjemmesykepleien	11,24	17	2	11,8
Praktisk bistand	2,2	3	0	0
Korgen sykehjem	40,97	66	4	6,1
Omsorgsbolig m/ heldøgns pleie	7,75	14	2	13,3
Kjøkken / dagrehabilitering	3,5	4	3	75,0
Hemnesberget omsorgstjeneste	42,64	78	17	21,8
Hjemmesykepleien	8,77	14	4	28,6
Praktisk bistand	2,1	2	2	100
Hemnesberget sykehjem	20,14	38	7	18,4
Omsorgsbolig m/ heldøgns pleie	8,13	16	2	12,5
Kjøkken / dagrehabilitering	3,5	5	2	40
Miljøtjenesten	37,55	67	8	11,9
Prestegårdshagen	9,93	16	3	18,75
Asmoen 29/39 og 41	13,63	23	2	8,7
Villmoneset	10,39	18	3	16,7
Barneavlastningen	5,6	10	0	0
Totalt	145,85	249⁴⁴	36	14,46

Kilde: Hemnes kommune

I tabellen over er det satt opp en oversikt over årsverk, totalt antall ansatte, antall ansatte på heltid og heltidsansatte i prosent av antall ansatte. Det er opplyst at ledere og medarbeidere i stab ikke er regnet med. Med unntak av en, arbeider alle heltid. Tabellen viser at det ligger en stor potensiell arbeidskraftreserve som både kan styrke kvaliteten i tjenestene, bidra til en bedre ressursutnyttelse og gjøre kommunen mer robust med tanke på framtidige demografiutfordringer.

RO har i tillegg fått opplyst at tjenesten har 2,5 årsverk faste vikarer ansatt. 2 helsefagarbeidere i 100% stilling, og 1 sykepleier som har 50 % i turnus i en avdeling, og 50 % i turnus som fast vikar. Dette er utenom den faste bemanningen, og det er et forsøk som har pågått i vel 2 år. Ordningen reduserer blant

⁴⁴ Når det her telles antall ansatte/hoder, er det med mange vakante små-stillinger. Noen av disse er såkalte rekrutteringsstillinger som sykepleierstudenter og fagarbeiderelever går i under studiene. Andre er vakante små-stillinger som ikke har vært lyst ut siste året, fordi tjenesten jobber med andre turnusløsninger med mål om å redusere disse stillingene

Evalueringsrapport av omsorgstjenesten i Hemnes kommune

annet behovet for overtid, sørger for stabile og kompetente vikarer, noe som bidrar til at helheten i tjenesteutøvelsen ivaretas på en god måte.

Grad av heltid og forholdet mellom kort og lang deltid varierer sterkt mellom yrkene. Nasjonalt er heltidskulturen sterkest i de gruppene som har lengst utdanning og lavest i de gruppene som har kortere utdanning. Hyppighet av kort deltid er størst i pleieassistent og fagarbeidergruppene.

En mulig definisjon av begrepet heltidskultur blant de som arbeider turnus er andel ansatte som arbeider i turnus og har 100 prosent stilling. Det fins ingen norm for hva som er en sterk eller svak heltidskultur. I rapporten "*Samen om en bedre kommune: En oppsummering*"⁴⁵ finner vi hva ulike informanter vurderer som heltidskultur. Her ser vi at et flertall mener at heltid betyr 100 %, mens en del mener 80 % og et mindretall 50 %. RO gjør oppmerksom på at andelen som har svart er lav. Andelen som arbeider heltid innen tjenesteområdet i Hemnes er 14,46 %. Det betyr at det i Hemnes er en meget svak heltidskultur. Det opplyses om at Hemnes er en av 7 kommuner i Nord-Norge som deltar i et læringsnettverk der det jobbes med deltidsproblematikken. Bakgrunnen for at kommunen ønsket å være med på dette, var den lave andelen heltid i omsorgstjenesten. Deltakelsen i læringsnettverket avsluttes våren 2019.

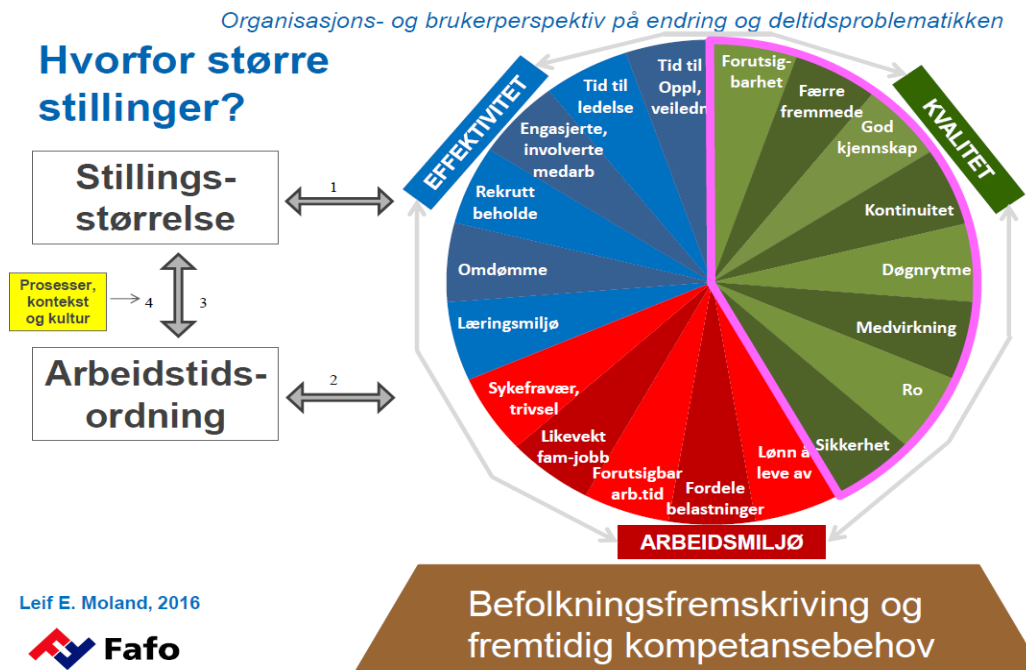
Det opplyses om at omsorgstjenesten i Hemnes allerede nå ser de første resultatene. Det er iverksatt ulike tiltak. Blant annet skal alle avdelinger utarbeide nye bemanningsplaner basert på brukernes behov. Alle avdelinger skal se på andre turnus/arbeidstidsløsninger, de fleste velger overgang til langvakter på helg. Omsorgstjenesten hadde erfaring med langvakter i 3 avdelinger fra før. En annen viktig erfaring har vært at prosessen i læringsnettverket har ført til at partene har nærmet seg i forståelsen av hva som skal til for å få gjort noe med disse utfordringene, og det har også vakt politisk interesse.

Å bygge heltidskultur handler om holdninger, forankring, organisering og endringskompetanse og det forutsetter politisk vilje, tydelig ledelse, engasjerte tillitsvalgte og medarbeidere som jobber i samme retning.

Avslutningsvis vil RO vise en figur som ofte benyttes for å beskrive hvilke effekter som kan oppnås ved heltidskultur innen turnusarbeid (så vel som annet arbeid). Modellen er utviklet av FAFO, ved forsker Leif Moland.

⁴⁵ Fafo er en frittstående samfunnsvitenskapelig forskningsstiftelse som utvikler kunnskap om vilkårene for deltakelse i arbeidsliv, organisasjonsliv, samfunn og politikk, om sammenhengene mellom politikk og levekår, og om demokrati, utvikling og verdiskaping. Vi ser det som særlig viktig å løfte fram perspektivene til arbeidstakere og de som står ufrivillig utenfor arbeidslivet.

Figur 5. Effekter av større stillinger mht. effektivitet, kvalitet og arbeidsmiljø.



6.3 Kompetanse og rekruttering

Kompetanse og rekruttering påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Kravet til kommunenes kompetanse øker i takt med utvikling i demografi og økte forventninger til de kommunale tjenestene fra innbyggere og statlige myndigheter. Hilsen og Tønder (2013)⁴⁶ forstår både rekruttering av nyansatte og læring og mobilisering på arbeidsplassen som tiltak som, hvis gjennomført på den rette måten, faller inn under kategorien kompetanseutviklende tiltak. Med mobilisering menes tiltak for å realisere organisasjonens ressurser på best mulig måte.

Kompetanse forstås som helheten av kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål. Denne forståelse gjelder både formell kompetanse/utdanning og annen kompetanse som gjør medarbeideren i stand til å mestre arbeidet og sikre god kvalitet på tjenestene som utføres.

Hilsen og Tønder (2013) peker på at det vil være et stort behov for faglærte og for personer med høyere utdanning i kommunesektoren i årene framover. Samtidig betyr de demografiske endringene i befolkningen at tilgangen på nyutdannet arbeidskraft ikke vil være stor nok til å erstatte de som går over i pensjon. Kompetanseutvikling for de arbeidstakerne man allerede har, blir derfor stadig viktigere. De hevder videre at kompetanseutvikling og rekruttering må ses i sammenheng og at muligheter for etter- og videreutdanning og for læring i det daglige arbeidet, vil være viktige rekrutteringstiltak.

Hilsen og Tønder (2013) påpeker også på at samarbeid med skoler og utdanningsinstitusjoner kan være en viktig måte å komme i kontakt med og rekruttere nye medarbeidere. I fagopplæringen har også lærlingordningen et utviklingspotensial som rekrutteringsordning.

⁴⁶ FAFO v/Anna Inga Hilsen og Anne Hagen Tønder, februar 2013, "Saman om" kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. Notat for programmet «Saman om ein betre kommune».

Kompetanseutvikling handler altså om å dekke kompetansebehov ved bevisst rekruttering av nyansatte, men det handler i enda større grad om å utvikle og beholde de arbeidstakerne man allerede har. Dermed blir det sentralt at alle medarbeidere involveres i løpende læringsaktiviteter og at dette planlegges og følges opp i kommunens arbeidsutforming og årsplaner.

Hemnes kommune har de samme kompetanseutfordringene som nabokommunene, og som andre kommuner i samme størrelse og med tilsvarende beliggenhet. RO forstår det slik at det ikke foreligger en strategisk kompetanseplan i kommunen. Slik vi oppfatter situasjonen arbeides det ikke strategisk nok med å mobilisere og utnytte den kompetansen som allerede er i organisasjonen. Utvikling av medarbeiderskapet kan ikke undervurderes. Ved å skape en attraktiv arbeidsplass, som legger vekt på utvikling, nytenking, læring på arbeidsplassen og høy grad av kompetansemobilisering⁴⁷, kan det i seg selv skape et godt grunnlag for å sikre god kompetanse i framtiden. Med grunnlag i den tidligere viste befolkningsframskrivingen er dette helt nødvendig. Tilbakemeldingen fra møtet med medarbeiderne viser det samme.

Mange organisasjoner investerer store ressurser i kompetanse, men for at disse investeringene skal bidra til verdiskapning, må kompetansen bli brukt og komme til nytte. Medarbeidere som i høy grad opplever å få brukt kompetansen sin, er mer indre motiverte, mer lojale til organisasjonen og i mindre grad har planer om å slutte. Mulighetene for å bruke kompetanse er enda viktigere for indre motivasjon enn de tre hovedfaktorene i moderne motivasjonsteori; tro på egen kompetanse, autonomi og opplevd tilhørighet. Effekten av disse variablene avhenger helt eller delvis av opplevd kompetansemobilisering. Funn tyder derfor på at ledere av kunnskapsarbeidere møter spesielle utfordringer i form av en balansegang mellom tillit og støtte.⁴⁸

RO har fått opplyst at i løpet av en 5 års periode vil 28 medarbeidere, 18 i Korgen og 10 i Hemnesberget, kunne ta ut pensjon hvis vi regner med at de gjør dette ved fylte 62 og 65 år. For 10 årsperioden kan vi plusse på ytterligere 19 medarbeidere. RO har ikke sett på hvor mange årsverk dette utgjør eller hvilke kompetansegrupper dette gjelder for. Ser vi dette i sammenheng med lav utnyttelsesgrad av medarbeidere, det vil si mange på deltid, og relativt høyt sykefravær, vil dette etter RO sine vurderinger måtte få stor oppmerksomhet framover. I tillegg kommer demografiutfordringene⁴⁹, som kan indikere et stort behov for nyrekruttering.

6.4 Ledelse av omsorgstjeneste

Økt fokus på ressursbruk har ofte ført til mer kritisk søkelys på bruk av ressurser til lederstillinger og administrative funksjoner. Det verserer ulike påstander når det gjelder bruken av ressurser til ledelse og administrative funksjoner.

Når det gjelder omsorgstjenestene er det ikke uvanlig at vi hører motstridende påstander som kommer fram i diskusjonene:

- Omsorgstjenestene har for mange ressurser knyttet til lederstillinger og lederfunksjoner, det vil si at de bør greie seg med færre
- Omsorgstjenesten er "underledet" sammenlignet med andre sektorer.

Samtidig er omsorgstjenesten oftest:

⁴⁷ Kompetansemobilisering er et begrep som brukes for i hvilken grad medarbeidere føler de får adekvate muligheter til å utnytte sin kompetanse i jobben

⁴⁸ Kilde: Kompetansemobilisering for prestasjonsutvikling - Magma

⁴⁹ Se diagram 1 tidligere i rapporten

- Den mest arbeidskraftintensive enheten i kommunen og ressursmessig dominerende i kommunenes budsjetter
- Enheten må forholde seg til innbyggernes lovhjemlede rett til tjenester.
- Både innhold og krav til kvalitet på tjenestene blir i stor grad regulert gjennom lover og forskrifter
- Flest medarbeidere i deltidstillinger
- Tjenester 24 timer i døgnet 350 dager i året (24/7)

Med ledertetthet mener RO: "Antall medarbeidere eller antall årsverk per definert lederstilling og hvor leder har personal- og økonomiansvar".

Det betyr at det er lederen som er den daglige koordinatoren, tilretteleggeren og mest direkte og nærmeste veilederen for medarbeidere på utførende nivå. Det vil si at leder har daglig driftsansvar og daglig personaloppfølging og koordinering.

Omsorgstjenestene skal være i operativ drift hele døgnet – alle dager i året, både i helgene, i høytidene, i feriene – alle kvelder og alle netter. Omsorgstjenestene har døgnskuttet ansvar for hjelpetrengende året rundt. Døgnskuttet tjenester må sikre sammenheng mellom dag, kveld og natt. Dette er en utfordring som for eksempel dagtjenester ikke står overfor.

I mange kommuner har omsorgstjenestene egne medarbeidere som i hovedsak arbeider på natt. Det er en særlig utfordring å integrere nattevakter i det øvrige "arbeidslaget". Når nattskiftet er fri, er dagskiftet på arbeid – og omvendt. Hvis nattskiftet skal delta på møter, skjer dette som regel på dagtid - i nattskiftets fritid. Det er en særlig utfordring for overordnet leder å nå nattskiftet, fordi overordnet leder i hovedsak arbeider på dag. Når medarbeidere arbeider både på kveld og i helger, betinger dette at det store flertallet av de som går på dagskift, også arbeider i turnus (dag, ettermiddag, kveld og helg). Turnusarbeid innebærer at ut fra turnusoppsett, blir arbeidslaget (medarbeidere knyttet til en enhet) oppsplittet i den forstand at det kan gå lang tid før en medarbeider møter samme kollega igjen. Hvis kollegaen arbeider helg, har vedkommende rett på fridager. Tilbake på arbeid, kan kollegaen arbeide dag, mens andre arbeider på kveld. Beskjeder og informasjon må i stor grad skje ved hjelp av skriftlige rutiner ført i det elektroniske fagsystemet. Ledere med det daglige koordinerings- og oppfølgingsansvaret står overfor særlige utfordringer fordi en i så stor grad er avhengig av skriftlig informasjonsutveksling.

RO opplever ofte at faste medarbeidere ønsker i liten grad å arbeide i helgene.⁵⁰ En ønsker å verne om sin fritid. Færrest mulige helgevakter blir ansett som et "privat" gode, fordi færre helgevakter betyr fritid i helgene. Men jo sjeldnere fast medarbeidere arbeider i helgene, desto mer er enheten avhengig av vikarer og/eller medarbeidere i små stillingsandeler. Medarbeidere i små stillingsandeler som ofte bare arbeider i helgene representerer som regel et "svakt" ledd, både fordi de kan ha svakt engasjement i arbeidet, de er "fremmed" for det store arbeidskollektivet ("de andre" som arbeider i dagskiftet), de er der i små tidsbolker og de har ofte ingen relevant utdanning. Ledelsen har store utfordringer for å nå "helgevikarene". Resultatet kan bli at "helgevikarene" i stor grad er uten reell ledelse. Lederen blir den faste medarbeideren som arbeider helgevakt sammen med vikarene.

Når ledere i omsorgssektoren beskriver noen av sine utfordringer som ledere, sies det at det er å nå alle medarbeidere en er leder for – å nå dem med informasjon, å skape mulighet for etisk, faglig og praktisk refleksjon sammen med leder og kollegaer for å utvikle og forankre felles forståelse av mål og rutiner, og å "se" den enkelte medarbeider gjennom nærværende og verdsettende ledelse.

⁵⁰ Det RO her sier om helg, er i noen grad også gyldig for kveld. RO finner det ikke formålstjenlig å detaljere diskusjonen spesifikt for helgene og spesifikt for kveldene.

Fordi døgnskjenestene nettopp er døgnskjenestelig og "spredt" over hele døgnet alle ukedagene hele året, er det en særlig utfordring å skape kontinuitet og sammenheng.

I omsorgstjenestene skjer en kontinuerlig endring av hvilke enkeltindivider som tildeles tjenester: brukere av omsorgstjenester slutter å bruke tjenestene fordi de blir friske eller selvhjulpne, brukere dør, brukerne får forverret helsesituasjon og dermed økte hjelpebehov. Deler av omsorgstjenestene har som eksplisitt mål at brukerne skal ha hjelp kun over korte tidsbolker, med det resultat at enkeltbrukerne blir skiftet ut med nye gjennom året. Det faktum at omsorgstjenestenes enkeltindivider i så stor grad kontinuerlig endres, medfører at omsorgstjenestene har en særlig utfordring ved å påse at individuelle opplysninger, tilpasning av tjenester osv. til enhver tid er oppdatert blant medarbeiderne. Det vil si at innen omsorgstjenestene er hovedbildet at behovene endrer seg – en og samme bruker kan i løpet av en (kort) tidsenhet bli friskere, sykere og endre diagnoser. Omsorgstjenestenes brukere er særlig karakterisert ved at de har hjelpebehov som kontinuerlig er i endring. Slike kontinuerlige endringer stiller store krav til et system som kan sikre at medarbeidere til enhver tid handler ut fra opplysninger som kontinuerlig er oppdatert og "riktig" forstått. Innen omsorgstjenestene finnes det i prinsippet få avgrensninger – her er variasjoner og kompleksitet i brukers livssituasjon like variabel og kompleks som hverdagen generelt kan by på.

En vesentlig del av omsorgstjenestene er å sørge for *kvaliteten*. Det fordrer at omsorgstjenesten samarbeider med pårørende og en lang rekke interne og eller eksterne instanser. Internt består omsorgstjenestene av mange profesjoner eller yrkesgrupper – sykepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere, ufaglærte, fysioterapeuter, leger, ergoterapeuter, matprodusenter med flere.

Omsorgstjenestene har i liten grad vært styrt av lover og forskrifter så langt gjelder system og organisasjon. For å sikre visse kvalitetsinnhold, settes det hjemlede krav om at bestemte tjenester skal være tilgjengelige (for eksempel fra lege, at tjenester skal ytes døgnskjenestelig), men der den enkelte kommune selv har bestemt hvordan tjenestene skal organiseres.

En døgntjeneste gjør at det er en utfordring for ledelsen å nå alle medarbeidere fordi døgntjenesten "sprer" medarbeiderne i ulike turnuser. Medarbeiderne blir spredt i tid: dag, ettermiddag, natt, helger osv., og medarbeiderne blir spredt i rom: feriene tas ut til forskjellige tider, når en arbeider helg, har en fri på virkedager osv. For å få turnuser til å "gå opp" og for å kunne avvikle ferier, er døgnskjenestelige tjenester avhengige av vikarer som må læres opp. Omsorgstjenestene er preget av en brukergruppe med sammensatte og komplekse behov, der behovene i større grad endres og er forskjellige innenfor en kort tidsenhet, og der omsorgstjenestene må samarbeide med langt flere (eksterne) samarbeidspartnere.

I omsorgstjenesten i Hemnes har så nært som alle ledere 100 prosent tidsressurs knyttet til ledelsesutøvelsen. Det som er av betydning for å nå mål, sørge for daglig drift, arbeidsmiljø, effektivitet osv. er hvordan ledelse utøves. Slik RO har definert ledelse, er det avgjørende at den enkelte leder er nærværende, "ser" og gir tilbakemeldinger til den enkelte medarbeider, at vedtak blir fulgt, at avvik- og dokumentasjonssystemet benyttes og at kommunen har en tjeneste som er faglig oppdatert. I denne betydningen er det en øvre grense for hvor mange medarbeidere en leder makter å forholde seg til.

RO skal ikke påstå at det er urealistisk eller fysisk umulig å kunne være en nærværende og "synlig" leder for et stort antall medarbeidere. Imidlertid kan det hevdes at det er en stor og krevende utfordring å kunne makte å være leder i det daglige for mange medarbeidere. Når en skal være daglig leder for et stort antall medarbeidere, kan det lett skje at medarbeidere på utøvende nivå opplever å være uten daglig leder.⁵¹ Utfordringene for de fleste ledere er når antall medarbeidere de skal lede passerer 30 tallet.

⁵¹ Eller rettere: en har en leder som kun makter å ivareta byråkratisk-administrative aspekter knyttet til ledelse.

Ut fra den oversikten RO har fått strekker ledertettheten i omsorgstjenesten i Hemnes seg mellom 30 og 42 medarbeidere. Mens den innen miljøtjenesten ligger mellom 16 og 30 medarbeidere. Omsorgstjenesten har i dag totalt 11 ledere inkludert enhetsleder som har 100 % tidsressurs til å lede. Den som har ansvar for BPA ordningen har ca. 20 % lederressurs, resterende går med til saksbehandling (ca. 80%).

Regjeringen har gjennom plan for omsorgsfeltet 2015-2020 uttalt følgende⁵²: *"Helse- og omsorgstjenester er viktige velferdsordninger for befolkningen. De som er ledere i disse tjenestene har fått et samfunnsoppdrag med å forvalte og lede tjenestene slik at samfunnets mål med tjenestene i størst mulig grad nås. Å være leder i helse- og omsorgssektoren er både spennende og utfordrende. Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner som driver døgntkontinuerlig virksomhet hele uka hele året gjennom. Dette stiller høye krav til lederskap, fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og samspill med andre aktører. De ulike tjenesteområdene for-ventes å samhandle helhetlig og koordinert, og ledelsen skal legge til rette for brukermedvirkning i ulike prosesser. Sett i forhold til størrelse og kompleksitet, er det få ledere i denne sektoren.*

God ledelse på alle nivå er avgjørende for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Lederansvar forutsetter formelle muligheter og virkemidler til å utøve ledelse, og at ledelsen har kunnskap om disse. Tilsynserfaringer tyder på at styring og ledelse ikke alltid ivaretas på en god nok måte. Mange kommuner kan dokumentere at de arbeider med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god ledelse og styring. Skal tjenestene ivareta økte forventninger og nye oppgaver må det satses offensivt for å styrke lederskapet, øke ledertettheten og utvikle lederrollene i tjenestene. For å styrke ledelseskompetansen i tjenestene er det som del av Kompetanseløftet 2015 etablert en lederutdanning for helse- og omsorgssektoren. Det vises til omtale og forslag i Meld St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet".

7. Demens

Et forhold som bør vies oppmerksomhet ved utforming av framtidige omsorgstjenester er utviklingen innen demensomsorgen. Det kvantitative og kvalitative materialet som er framskaffet gir ikke mye informasjon om dagens demensomsorg i kommunen. Men vi kan se litt på mulige framtidsscenarioer.

Å framskrive omfanget av demens er svært usikkert. Tabell 18 viser et mulig fremtidsbilde.

Tabell 18. Framskriving av demens⁵³

Alder	Forekomst (%)	Tall tilfelle 2018	Tall tilfelle 2020	Tall tilfelle 2025	Tall tilfelle 2030	Tall tilfelle 2040
65-69 år	1	(279) 3	(269) 3	(258) 3	(274)3	(252) 3
70-74 år	2	(280) 5	(291) 6	(251) 5	(244)5	(268) 5
75-79 år	6	(202) 12	(215) 13	(261) 16	(227) 14	(239) 14
80-84 år	18	(136) 24	(137) 24	(180) 32	(217) 39	(191) 34
85-89 år	32	(87) 28	(95) 30	(94) 30	(125) 40	(142) 45
90 år eller eldre	41	(64) 26	(59) 24	(62) 25	(66) 27	(111) 45
Sum antall med demens		98	110	111	128	146

Kilde: Engedal 2009, Helsedirektoratet 2014 (grunnlag SSB, alternativ MMMM)

⁵² https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf

⁵³ Kilde: Engedal 2009, Helsedirektoratet 2014.

En slik framskrivning har i seg stor usikkerhet og er kun en indikasjon på antall personer med demenssykdom. Ut fra befolkningsframskrivingen har RO gjort et estimat av tallet på personer som statistisk kan få diagnosen demens i perioden 2018 – 2040. Dersom forekomst av demens forblir på samme nivå som i dag, vil utfordringene innen demensomsorgen i Hemnes kommune øke fra 2018 og fram mot 2040. Det må bemerkes at dette er svært usikre tall og tallene i seg selv sier lite om hvilke tjenester som vil være de beste i framtiden. RO har ikke tall for personer under 65 år med demenssykdom. Imidlertid er dette personer som mange kommuner har et dårlig tilbud til.

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

- Forventet økning i levealder
- Forventet bedring i helsetilstand
- Boligbygging og bedring i boligstandard (universell utforming)
- Kapasitet i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste
- Teknologisk utvikling
- Medisinsk- og omsorgsfaglig utvikling
- Nasjonale føringer og standarder
- Tilgang på ressurser (økonomi og kompetanse)
- Bosettingsstruktur

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

Når en skal forutsi framtidig tjenestebehov er det altså ikke tilstrekkelig kun å legge befolkningsframskrivninger til grunn. En kan heller ikke ensidig ta utgangspunkt i dagens innretning eller dimensjonering, da dette er ulikt fra kommune til kommune. Det er heller ingen lovmessighet om hva som er effektive omsorgstjenester av god kvalitet. Framskrivningene som her er nevnt kan likevel være med som et grunnlag for de ulike scenariene en kan se for seg i framtiden.

Helsedirektoratet har nylig offentliggjorde årsrapporten 2017 for Omsorg 2020⁵⁴. Her skriver de blant annet at; *"forskning som rapporten bygger på, viser at befolkningsutviklingen vil være svært ulik i kommunene fram mot år 2040. Små kommuner i innlandet og Nord-Norge vil møte betydelig større utfordringer enn de større tilflyttingskommunene. Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stor i disse kommunene"*.

⁵⁴ 21.juni 2018 <https://helsedirektoratet.no/nyheter/flere-eldre-pa-sma-steder-kan-fa-darligere-omsorg-enn-i-byene>

8. Framtidig behov for heldøgns omsorg

Det er neppe noen tvil om at det i framtiden vil være behov for et visst antall institusjonsplasser/ heldøgns omsorgsplasser. Dette til tross for at de fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig og at det i større og større grad er mulig å gi omfattende tjenester i egen bolig. Sammen med generell velferdsøkning, høyere utdanning, utvikling av teknologi, universell utforming, satsing på forebygging og generell bedring av eldre sin helse, antas det at det i framtiden ikke vil være behov for flere institusjonsplasser og heldøgns omsorgsplasser.

Det er gjort flere forsøk på å beregne en norm for framtidig behov for institusjonsplasser og andre heldøgns omsorgsplasser, men dette har vist seg å være vanskelig. Dekning av heldøgns omsorgsplasser varierer i stor grad i kommunene og det viser seg at det i all hovedsak er de små kommunene som har mange heldøgns omsorgsplasser.

I en FOU rapport fra VID og Agenda Kaupang⁵⁵ på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25% av antall eldre over 80 år.

Denne forventningen har kanskje sin opprinnelse fra «Handlingsplanen for eldreomsorgen», St.meld.nr. 50 (1996-97), altså 20 år tilbake i tid. Siden den tid har kommunene utviklet et tjenestetilbud som består av institusjonsplasser, boliger spesielt tilpasset for heldøgns omsorg, ordinære «omsorgsboliger» og heldøgns tjenester for hjemmeboende (opprinnelig bolig).

Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det blir vist til at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 %. Det blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 % også savner et faglig vitenskapelig belegg.

Ovennevnte FOU-rapport hevder at ulik forståelse av «heldøgns omsorg» gjør planlegging av framtidige institusjoner og boliger vanskelig. Husbanken og SSB anvender begrepet heldøgns omsorg forskjellig. Særlig har kravene til personalbase betydning for hvor mye som skal regnes som heldøgns tilbud. SSB og Husbanken stiller ulike krav her. Ledere på strategisk og operativt nivå i kommunene har heller ingen felles forståelse av begrepet.

Felles for hva som regnes som heldøgns tilbud må være at helsepersonell må kunne nå brukerne på kort varsel. Tilbud kan imidlertid gis både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger. Responstiden varierer fra kommune til kommune og varierer fra 5 minutt og opp mot 15 minutt.

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester⁵⁶. I ovennevnte FOU rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Mange forskere i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år

⁵⁵ Heldøgns omsorg – kommunens dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8 april 2016 (FOU oppdrag KS)

⁵⁶ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig og anskaffelse av enkel teknologi (hylleware⁵⁷). Samt mer avansert teknologi som anskaffes via NAV.

SSB la våren 2016 fram en rapport om behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i omsorgssektoren mot 2060.⁵⁸ Rapporten framskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger ut fra ulike scenarier med bakgrunn i demografi, eldre sin helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder. Ulike forutsetninger slår ut i svært ulike behov både for arbeidskraft og for omsorgsboliger. Rapporten underbygger altså usikkerheten mht. framskriving av behov for heldøgns omsorgstjenester.

Behovet for heldøgns omsorgsplasser vil i stor grad påvirkes av i hvor stor grad kommunen sørger for helhetlige omsorgstjenester etter LEON prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå). Prinsippet bygger på at kommunen tilbyr en trinnvis opptrapping av pleie- og omsorg for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig.

Dagens dekningsgrad i Hemnes for institusjon og/eller heldøgns bemanna bolig (KOSTRA 2017) var 39 prosent av kommunens befolkning på 80 år og eldre. Dette er over landsgjennomsnitt utenom Oslo som var 29 prosent. Mens dekningsgrad for institusjonsplasser (sykehjem) var 17,1 prosent noe som er likt med landssnittet utenom Oslo som lå på 17,9 prosent.

I løpet av en drøy 10 års periode vil andelen innbyggere 80 år og eldre øke med ca. 30 %, fra 286 til 408. I dag har kommunen 50 sykehjemsplasser. Med samme dekningsgrad som i dag vil kommunen ha behov for 70 plasser forutsatt at tjenesten er innrettet som i dag i 2030. I tillegg vil det være behov for økning av hjemmebaserte tjenester innen samme aldersgruppe. I 2017 mottok 36,9 % av de over 80 år hjemmetjenester, noe som tilsvarer ca. 105 personer. Med samme dekningsgrad vil ca. 150 personer i denne aldersgruppa ha behov for hjemmetjenester. Igjen forutsatt at tjenesten driftes som i dag og at forventningene blant innbyggene er som i dag. I tillegg kommer alle under 80 år som har behov for tjenester

⁵⁷ Teknologi du kan anskaffe/kjøre deg selv

⁵⁸ Rapport 2016/20 Erling Holmøy, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes, Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie og omsorgssektoren mot 2016, Statistisk sentralbyrå, 9 juni 2016.

9. Beskrivelse av dagens situasjon -

For at RO skulle kunne danne seg et overblikk over tjenestene slik de fremstår i dag, har vi gjennomgått kommunale dokument, foretatt intervju og hatt et dagsmøte med ei oppnevnt arbeidsgruppe. I tillegg er endelig KOSTRA tall for 2017 benyttet.

9.1 Oppsummering fra intervjuene

Tilbakemeldingene følger under.

Hvilke utfordringer står vi overfor i dag?

- Rekruttering
- Små stillinger, for mange deltidsstillinger
- Få gjennomslag for nye turnusordninger
- Sykefravær/nærvær
- Holdninger – gå på jobb om du kan
- Revurdere / evaluere tiltak / snillisme (at det ytes tjenester som ikke er avtalt)
- Bruk av dokumentasjonssystem, IPLOS
- Mangel på kompetanse eller hvordan kompetanse nyttes
- Bruk av teknologi – trygghetsskapende teknologi inklusive hyllevareteknologi
- Strukturkostnader – at vi har to av det meste

Hvordan sørge for at vi også har gode tjenester i framtid, hva skal til – nødvendige grep/tiltak?

- Kulturendring ift. innbyggerne mot egenmestring, ansvar – forebygging
- Forstå behovet/nødvendigheten for kontinuerlig endring, gjelder oss alle
- Kommunikasjon, vilje til endring i det daglige arbeidet –ALLE
- Trenger mer og ny kompetanse til å møte framtiden, gjelder alle målgrupper
- Kommunikasjon mellom de som fatter vedtak og de som utfører - dokumentasjon
- Ta i bruk digitale hjelpemidler – og at disse er operative hele døgnet
- Få folk til å forstå at de må ta ansvar for egen helse og bolig
- Gi god og riktig informasjon til tjenestemottakere, pårørende og innbyggere
- Holdningsendring hos oss alle
- Jobbe smart –god planlegging – kontinuerlig forbedring
- Flere på fulltid
- Tilrettelegging for videre- og etterutdanning – ordninger som muliggjør dette. Dette for å øke kompetanse og beholde arbeidstakere som vi allerede har
- TA i bruk velferdsteknologi, gjelder også hyllevareteknologi
- At ledere utøver ledelse, at medarbeidere blir hørt og gis mulighet til å arbeide med endring
- Utvikle kommunikasjon mellom ledelse og medarbeidere. Bygge på samarbeidet som i dag er etablert mellom ledere og tillitsvalgte
- Redusere antall deltidsstillinger, kontinuitet i arbeidsgruppa
- Klarere retningslinjer hva tjenesten skal yte av tjenester
- Individuelt tilpassa tjenester til hver bruker

- Framsnakke omsorgsycket
- Være villig til forandring
- Alle arbeider for et godt og trygt arbeidsmiljø
- Sikre god integrering av nye medarbeidere (onboarding-prosessen)

Gjennomgangen av tilbakemeldingene viser et stort handlingsrom i dag og i framtid. Det viser at mye er bra. Noe går igjen når det gjelder dagens situasjon og hvordan møte framtidens utfordringer.

RO har valgt å gjengi noen tilbakemeldinger som dekker begge forholdene:

- Forebygging, ansvar for eget liv- aldersuavhengig (etter myndighetsalder)
- Tydeliggjøring av hva som kan forventes er kommunes ansvar
- Være innovativ og ta i bruk velferdsteknologi⁵⁹. Gjelder også smartteknologi for ledere og medarbeidere og at innbyggere tar i bruk hyllevareteknologi
- Arbeide med økt nærvær (reduser sykefravær) der dette er nødvendig
- Fortsatt arbeide for flest mulig over på større stillinger – viktig for rekruttering og nødvendig kompetanse
- Reell samhandling mellom enhetene med utgangspunkt i brukernes behov- helhetlige tjenesteløp
- Individuelle tjenesteløp også i institusjon og dokumentasjon
- Arbeide smartere / kontinuerlig forbedring
- Det er **VI** som kan legge grunnlaget for framtida, ikke de som kommer etter oss

9.2 Oppsummering møte i arbeidsgruppa

RO har under oppsummert fra møte i arbeidsgruppa.

Hvilke utfordringer står vi overfor i dag?

- Lagbygging – hvem arbeider jeg med – holdninger
- Flerkulturell arbeidsstokk – språk / holdninger
- Følelse av omkamper når en ikke er enig
- Janteloven lever
- Følelse av at det er viktig å ta noen i å gjøre feil
- Mange prosjekter – sikre nødvendig tid til gjennomføringer
- Tydeliggjøre hva som er prosjekt og hva som er ordinært utviklingsarbeid
- Plassering mellom sykehus – rekruttering
- Infrastruktur

Hva ser vi som vår viktigste ressurser?

- Nye bygg
- Ressurser, økonomi og medarbeidere

⁵⁹ I [Helsedirektoratets](#) definisjon heter det: «Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet

Evaluerer av omsorgstjenesten i Hemnes kommune

- Dyktige medarbeidere (fag og erfaring)
- Interne ressurspersoner / støttefunksjoner
- Stabil og sterk ledergruppe – At ledere har mulighet til å være ledere
- Samarbeidet mellom ledere og hovedtillitsvalgte ("ryddekomite") – sentralt og lokalt
- At begge sykehjemmene har eget produksjonskjøkken
- Bor på en fin plass

Hva må vi arbeide videre med?

- Tydeliggjøre lederrollen enda mer – hva betyr det å være leder i praksis, lede an – forutsetninger
- Tydeliggjøre medarbeiderrollen – forutsetninger
- Klargjøre og tydeliggjøre hvilke strategier vi arbeider etter og som vi skal rapportere / måles på
- Dokumentasjon - bruk av digitale verktøy og IPLOS
- Sikre at vi som tjeneste arbeider med kontinuerlig forbedring gjennom leder- og medarbeiderskap

Gjennomgangen av tilbakemeldingene viser et stort handlingsrom i dag og i framtid. RO har valgt å gjengi noen tilbakemeldinger som dekker begge forholdene:

- Klarstille konsekvensen av ønsket ideologi og synliggjøre denne gjennom å utarbeide en omsorgstrapp
- Fremstå som EN kommune
- Ta vare på et flerkulturelt medarbeiderskap
- Omkamp er ute, utvikling er inn
- Være innovativ og ta i bruk/utnytt velferdsteknologi⁶⁰. Gjelder også smartteknologi for ledere og medarbeidere og hyllevareteknologi
- Arbeide med økt nærvær (reduser sykefravær) der dette er nødvendig
- Fortsatt å arbeide for flest mulig over på større stillinger – viktig for rekruttering og nødvendig kompetanse
- Reell samhandling mellom enhetene med utgangspunkt i brukernes behov- helhetlige tjenesteløp
- Individuelle tjenesteløp også ved sykehjemmene
- Arbeide smartere / kontinuerlig forbedring
- Vurdere ATA-tiden i hjemmesykepleien
- Det er **VI** som kan legge grunnlaget for framtida, ikke de som kommer etter oss
- Klarstille framtidig innretning og utvikling gjennom gode planverktøy

⁶⁰ I [Helsedirektoratets](#) definisjon heter det: «Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet

10. ROs vurdering på bakgrunn av analysene

Overfor RO fremstår tjenesten på mange måter som veldrevet. På den andre siden er det en del å hente ved å tydeliggjøre hvor enheten har forbedringsområder: Dette gjelder innen innretning (prioritering) og daglig drift (produktivitet). Det at tjenesten har sentralisert ulike støttefunksjoner, vurderer RO som ressurseffektivt.

Antatt endring i befolkningssammensetning fører til store utfordringer for det framtidige tjenestetilbudet. Dersom tjenestetilbudet skal fortsette akkurat som i dag vil det medføre behov for en vesentlig omprioritering i kommuneøkonomien og betydelige utfordringer med hensyn til prioriteringer og rekruttering og tilgang på nødvendig kompetanse.

For å møte framtidige utfordringer vil samarbeid med frivillige, folkehelsearbeid, forebygging og hverdagsmestring-rehabilitering, at vi "leverer" kun de tjenestene som vi skal i henhold til vedtak samt bruk av teknologi, framstå som noen de viktigste satsningsområdene. Dette krever politisk prioritering, tydelig lederskap av interne prosesser i tjenesten og et aktivt medarbeiderskap hvor alltid er regelen. Betydningen av klare strategier, ledere som leder an, som kjenner retningen og involvering medarbeiderne i endringsarbeidet må illegges stor betydning. Forutsetter tydelighet og tillit.

Både i dag og i framtid vil det være av stor betydningen at kommunen fortsatt har en profesjonell og kompetent tildelingspraksis. Rettsikkerhet og likebehandling er et krav i tjenestetildelingen.

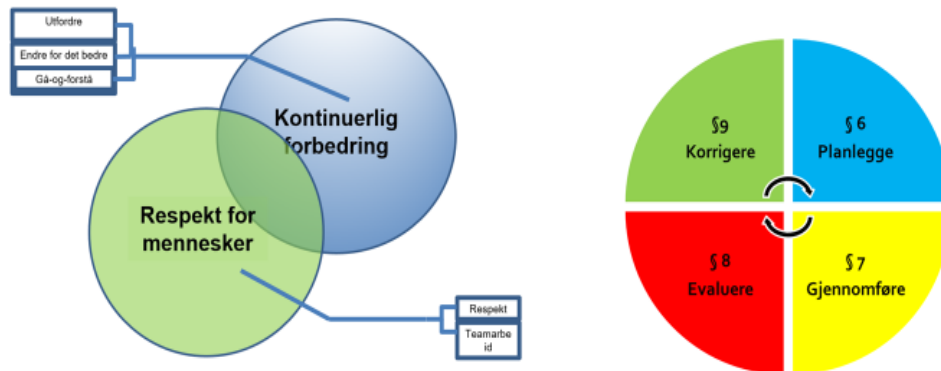
Videre bør tjenesten ikke iverksettes flere tiltak/prosjekt enn at enheten greier å implementere de, slik at de gir ønsket resultat. Hovedvekten av utvikling bør skje ved kontinuerlig forbedring av daglig drift.

11. Viktige forhold som bør tas med i forbindelse med å sørge for bærekraftige tjenester i framtid

RO oppsummerer her de funnene og tilrådingene som vi mener det er fornuftig å arbeide videre med:

- Gjennomgå gjeldende kommunedelplan og sørge for at denne blir oppdatert slik at den blir et reelt styringsredskap for enhetene og politisk.
- Avklare forutsetningene for nødvendige endringer, forventningsavklaringer, lederskap og medarbeiderskap
- Sikre fokus på innretninga på tjenestetilbudet innen enhetene – er dagens innretning bærekraftig – faglig og økonomisk?
- Sikre forebygging, folkehelse, mestring, rehabilitering og habilitering som «arbeidsideologi»
- Sørge for at vi som organisasjon klargjør og systematiserer arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi, smart-teknologi som arbeidsredskap – kompetanseheving, fra ord til handling
- Å sørge for at vi nytter data for dokumentasjon
- Fortsatt ha gode relasjoner til frivillighet og nettverk
- Heltid/deltid og arbeidstidsordninger
- Tilstedeværelse - nærværarbeid
- Sikre gode endringsprosesser med vekt på medarbeiderskap, involvering, samhandling, tverrfaglighet. Dette for å oppnå ønskede effektene av de endringene vi ser blir nødvendige. Det vil si kontinuerlig forbedring ved å arbeide smartere

- Kompetanseutvikling og mobilisering – læringsmiljø - kompetanseplan i henhold til framtidig behov. Det betyr å utarbeid en strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan som et styrende verktøy? Med en strategisk kompetanseplan mener RO plan for rekruttering, plan for kompetansetiltak, kompetanseutvikling og mobilisering samt læringsmiljø, refleksjon og kompetansedeling.
- Klarstille mål som skal nås ved å benytte ulike indikatorer som tjenesten skal rapportere på
- Og alle tiltak som planlegges og iverksettes skal skje etter følgende:



Vedlegg:

Vedlegg 1: Oversikt over pågående prosjekt 2017 – 2018 (oversikten gitt av kommunen):

Prosess der hjemmehjelp samordnes med renholdsavdelingen i enhet for tekniske tjenester.

Startet i 2018, forventet gjennomført i august 2018. Forventes en mer effektiv og fleksibel tjeneste, med bedre kvalitet og kontinuitet for bruker, og sterkere fagmiljø for den ansatte.

Bakgrunnen er at hjemmehjelpsavdelingen er blitt mindre og mindre, redusert med flere årsverk gjennom flere år. Brukerne får færre timer og det utføres færre oppdrag. Avdelingen ble sårbar, vanskelig å rekruttere og beholde og «ymse» kvalitet. Renholderne i kommunen har vist gode resultater, stabil arbeidsstokk, lite fravær og kreative tiltak. Begge parter synes dette er spennende og er villige til å gi dette en sjanse. Dette er et ledd i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Velferdsteknologi og digitalisering

Kommunestyret har vedtatt at omsorgstjenesten (for så vidt hele kommuneorganisasjonen) skal jobbe frem digitale løsninger, bruke mer teknologi og velferdsteknologi, både for å effektivisere tjenesten og for å tilpasse tilbudet til dagens brukere. Dette er også i tråd med sentrale føringer. Dette er en årelang prosess, men allikevel organisert som et prosjekt nå. Da mener jeg dette med velferdsteknologi. I samarbeid med 3 andre kommuner (Grane, Vefsn, Hattfjelldal) er det tilsatt en prosjektleder som skal bistå alle fire kommunene (tilskuddsfinansiert). I tillegg har Hemnes en egen tverrfaglig arbeidsgruppe som jobber konkret med dette internt i kommunen.

Herunder en del gjennomførte digitaliseringstiltak, noe for hele kommunen, noe bare for omsorg. Cosdoc er fagprogrammet for omsorgstjenesten:

- Digitale timelister (Visma ressursstyring, gjennomført, 2012)
- Digital vaktbok (Visma ressursstyring, 2017)
- Ressursstyring web (turnusprogram, innleie vikarer)
- Nettbrett i hjemmesykepleien (Cosdoc, 2017)
- Arbeidsplan (Cosdoc, 2015-17)
- Veilederen.no (2018)
- Compilo (internkontroll, 2017)
- Ajour innkjøp (2017)

Det store heltidsvalget

Hemnes er en av 7 kommuner i Nord-Norge som deltar i et læringsnettverk der det jobbes med deltidsproblematikk som mange kommuner sliter med. Bakgrunnen for at kommunen ønsket å være med på dette, er at kommunen har veldig lavt gjennomsnitts stillingsstørrelse i omsorgstjenesten. Dette tross mange forsøk på å lykkes. Når vi da kjenner den demografiske utviklingen, og behovet for fagpersonell den vi medføre, syntes vi dette var verd et forsøk. Dette er et langvarig og omfattende arbeid som ikke vil gå over, og sånn sett ikke kan defineres som et prosjekt. Deltakelsen i læringsnettverket avsluttes våren 2019.

Vi ser allerede nå de første resultatene. Alle avdelinger skal utarbeide nye bemanningsplaner basert på brukernes behov. Alle avdelinger skal se på andre turnus/arbeidstidsløsninger, de fleste velger overgang til langvakter på helg. Dette har vi i 3 avd. fra før. Den første nye ble iverksatt forrige uke, og medførte 8 færre personer.

Ikke minst har prosessen ført til at partene har nærmet seg i forståelsen av hva som skal til for å få gjort noe med disse utfordringene, og det har også vakt en politisk interesse.

BitStream II

Dette er et 3-årig interregprosjekt, i regi av Umeå universitet og Nord universitet. Forenklet sagt, handler dette om effektivisering og digitalisering av offentlig sektor. Finansierte av statlige- og fylkesmidler i all hovedsak. Rådmannen ønsket alle enhetene representert, men noen har falt av etter hvert. Totalt 10 personer med fra Hemnes nå, også rådmannen. Omsorg har med 4 personer.

I første bolk (2016-17) deltok 3 fra omsorg, som skolerte seg i virksomhetsmodellering.

I 2017 tok vi dette et steg videre med praktisering av modelleringen, etter LEAN-metodikk. Her jobbet vi med modellering av hjemmesykepleietjenesten i første rekke. Det er laget en plan for arbeidet, gjort en del kartlegginger som det nå jobbes med å sette i system osv. Målet er å kategorisere i direkte og indirekte brukertimer mm., for å kunne forenkle programmet/arbeidsdagen og jobbe mer effektivt. Dette er ikke et prosjekt som involverer bredt til nå, men vil involvere etter hvert som endringer skal gjøres. Avsluttes ca. årsskiftet 2018/19.

Ser ikke på den interne aktiviteten som et prosjekt, men som en viktig del av et kontinuerlig forbedringsarbeid.

Sødermann AS – Muncum

Hemnes kommune er referansekommune i forbindelse med et forskningsprosjekt finansiert av Innovasjon Norge. Her er med folk fra flere enheter. Målet er å opprette et nettsted for kommunene som deltar på dette (eller kjøper tjenester fra Sødermann AS), der det utveksles erfaringer og deles kompetanse. Sødermann utvikler system som kommunene kan bruke. Til eksempel når det gjelder tilskudd til ressurskrevende brukere. Dette har gitt oss god uttelling på tilskudd. Dette er en deltakelse som ikke rammer vidt i organisasjonen, bare noen utvalgte nøkkelpersoner. Avsluttes sommeren 2019.

Vedlegg 2:

Oversikt over prosjekt avsluttet i 2017 – 2018:

Implementering av hverdagsrehabilitering

2-årig tilskuddsfinansiert prosjekt. Implementert i tjenesten innenfor egne rammer og avsluttes juni 2018. Jobbes med sluttrapporten.

Hverdagsrehabilitering er etablert som en tjeneste som tildeles ved enkeltvedtak. Flere brukere har oppnådd gode resultater med høyere mestringsevne og færre vedtakstimer. Ansatte i hjemmesykepleien har fått et bevisst forhold til og kompetanse i å jobbe med hverdagsrehabilitering. Tildelingskontoret samarbeider tett med fysio- og ergoterapeut før vedtak fattes til disse pasientene. Fysio/ergo er tettere på hjemmetjenesten og korttidspasientene for å bistå med vurderinger og veiledning.

Etablering av fagteam innenfor palliasjon, demens og rehabilitering. Delvis tilskuddsfinansiert.

Implementert innen egne rammer, prosjektene avsluttet i 2016 og 2017.

Hemnes har god erfaring med å organisere fagkompetanse i team. Kommunen er for liten til at vi kan ha egne spesialavdelinger. Alle team-medlemmene er i ordinære jobber og går i turnus. Alle medlemmene i hukommelsesteamet (tidligere demensteamet) har videreutdanning innenfor demens. De jobber tett på legene med utredninger/kartlegginger, arrangerer pårørendeskole og har pårørendesamtaler, kurs for kollegaer mv..

Teamet for lindrende behandling og palliasjon ledes av kreftkoordinatoren. Disse jobber på samme måte som hukommelsesteamet innenfor sitt fagområde.

Rehabiliteringsteamet organiseres på tvers av omsorgsenheten og Helse- og velferd. Dette er ganske nytt, iverksatt 2017. Bakgrunnen var at vi ikke klarte å samordne og koordinere rehabiliteringstilbudet til brukerne, dette er nå bedre. Helse- og velferd vurderer å organisere rehabiliteringstjenestene på en annen måte, og da vil det være naturlig å vurdere behovet for dette teamet.

Leder- og stabsprosjekt

Prosjekt gjennom knapt 1 år, der målet var å rydde tid til ledelse, ved å samle administrative oppgaver i stab. Ressurser til dette årsverket ble hentet internt i egen enhet. Lederressursene ble redusert noe. Dette med å fjerne administrative oppgaver fra lederne har pågått over flere år (etablere tildelingskontor, vikarbase), og nå med denne prosessen. Her fikk lederne si noe om hva de bruker tiden til, hvor mye tid på de forskjellige oppgavene, mm. Slik fikk vi ryddet tid til ledelse. Nå gjenstår det å jobbe med lederutøvelsen. Kommunen har fått OU-midler til lederutvikling. I tillegg skal vi ha fokus på dette i større grad i omsorgstjenesten.

Vedlegg 3:

RO har tillatt seg i vedlegg 3 og gjennomgå relevant teori og føringer som er viktig når omsorgstjenestene skal ta grep, med mål om en fortsatt bærekraftig tjeneste på kort og lengre sikt.

Tjenestetildeling på rett nivå.

RO erfarer at god sykehjemskapasitet fører til tidligere innleggelse, enn i kommuner med lav sykehjemskapasitet, men hvor sykehjemmene har en annen funksjon. Det har vist seg at ulike korttidsopphold er et svært viktig ledd i den totale behandlingsskjeden for at innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester skal kunne bo hjemme lengst mulig. Bruken av korttidsplasser har en direkte innvirkning på behovet for langtidsplasser⁶¹, og inngår som en viktig del av omsorgstrappa.

Hovedmålet med tildeling av tjenester er blant annet å sikre tjenestemottakeren nødvendig helsehjelp. Det skal være samsvar mellom behov og tildeling. Tjenestemottakere skal gis mulighet til aktiv medvirkning. Tjenestebehovet vil ofte variere og dermed danne grunnlag for justeringer. I hvilken grad tjenestemottakernes tilfredshet med en tjeneste er, antas å svare til hvordan kommunen greier å oppnå brukertilpasset tjenestekvalitet. Det betyr at kommunen bør styre tjenestene ved å legge tjenestevirksomheten til rette, basert på klare retningslinjer/føringer. Ved å ha tydelige vedtak (styring) vil det bidra i større grad til tjenesteyternes vilje og evne til å tilpasse utførte tjenester til relevante brukerbehov. Relasjonen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker vil, sammen med tjenesteresultatet, danne grunnlag for tjenestemottakerens vurdering av tjenesten. Tjenestekvaliteten fastlegges i vedtaks- og evalueringsfasen og i møte mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. ALLE som er mottakere av tjenester skal i prinsippet ha vedtak.

Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven er å tilrettelegge for mestring, kvalitet og likeverd, sikre samhandling, integritet og verdighet. Kommunen skal også sikre forsvarlige tjenester gjennom helhetlige og koordinerte tilbud, verdighet og nødvendig fagkompetanse.

⁶¹ Otterstad, Hans Knut og Harald Tønseth (2007). Hvordan unngå sykehjemskø?
Evaluerer av omsorgstjenesten i Hemnes kommune

Bruk av velferds teknologi.

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. Et godt eksempel er å ta i bruk elektroniske medisindosetter. Disse fungerer slik at de gir beskjed når medisin skal tas. Tas ikke medisinen til avtalt tidspunkt får hjemmetjenesten beskjed (SMS) etter 30 minutter, og kan da ringe vedkommende.

Trygghetsalarmen er i dag det velferdsteknologiske hjelpemidlet som er mest utbredt i den kommunale omsorgstjenesten og 55 % av kommunene i Norge tilbyr dette som en av sine serviceytelser. Ved utgangen av 2013 var det registrert i overkant av 73.000 trygghetsalarmer i Norge som en del av kommunenes omsorgstjenestetilbud (Fagrapporten). I internasjonal sammenheng defineres trygghetsalarmer i tre ulike generasjoner ut i fra funksjonalitet (EU 2010); 1) Første generasjon omfatter enkel trygghetsalarm med varslingsfunksjon og to-veis talefunksjon, 2) Andre generasjon omfatter i tillegg utstyr for varsling via sensorer, som komfyrvakt, røykvarsler, oversvømmelsessensor mv, 3) Tredje generasjon omfatter mer avanserte sensorer for varsling når noen går ut, ved fall, GPS mv.

Ut over trygghetsalarmen, som har stor utbredelse, finnes svært lite velferdsteknologi som er implementert som en del av helse- og omsorgstjenesten. Mange norske kommuner gjennomfører piloter for utprøving av teknologi for økt trygghet og sikkerhet, som GPS, medisindispensere, røyk- og vannsensorer.

Et suksesskriterium vil være at kommunen klarer å etablere gode systemer som kan bidra til en kvalitetsmessig, effektiv og sikker informasjonsflyt. I hvilken grad kommunen greier å utnytte velferdsteknologi kan være avgjørende for å implementere en felles faglig plattform for kommunikasjon mellom de ulike aktører som tjenestemottaker, hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, fastlege og legevakt mv.

Velferdsteknologi blir ofte nevnt som et virkemiddel for å imøtekomme fremtidens utfordringer knyttet til stadig flere eldre og mangel på ansatte/hender for å opprettholde tjenestenivået som i dag. Selv om det jobbes mye med disse løsningene for eldre, kan teknologien ha enda flere brukergrupper. Yngre brukergrupper med funksjonsnedsettelse er en slik gruppe. Andre brukergrupper med noe form for midlertidig eller varig lidelse kan også ha nytte av velferdsteknologi.

Forskningsprosjekter tyder på at det å bo hjemme medfører at brukere kan bevare sine interesser, ivareta sosiale roller og opprettholde sitt sosiale nettverk i kjente omgivelser. Å flytte på institusjon medfører tap, og økt opplevelse av å være avhengig og sårbar. Hjemmetjenester fra helse og omsorg gir tjenestemottakere større selvstendighet, og dermed ivaretas selvfølelsen⁶². Derfor er det viktig at behovet i form av kapasiteter møter framtidens behov i Hemnes kommune på en slik måte at mottakere av helse- og omsorgstjenester har mulighet til å bo i opprinnelig bolig eller omsorgsbolig, hvor det finnes muligheter for å opprettholde sin selvstendighet og sosiale roller. Utbyggingen av hjemmebaserte

⁶² Tønnessen S., Nortvedt P. Hva er faglig ansvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning nr. 3, 2012; 7: 280-285
Evaluerer av omsorgstjenesten i Hemnes kommune

tjenester og dens arbeidsform spiller en avgjørende rolle dersom en skal redusere etterspørselen etter plasser i sykehjemmet⁶³.

EN sammenhengende tjeneste for å sikre et helhetlig og koordinerte tjenesteforløp.

Målet med Samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategien er blant annet å:

- ⇒ forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling
- ⇒ gi rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker
- ⇒ sørge for tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering
- ⇒ sikre god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og innad i kommunen. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det
- ⇒ forebygge, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud for psykisk helsevern
- ⇒ forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser⁶⁴

Samhandlingstiltak viser at ulike former for organisering av helse og omsorgstjenester i kommuner bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Det kan derfor bygges opp kommunale tilbud før, i stedet for, og etter sykehusopphold. Basert på erfaringer fra andre kommuner⁶⁵ og forskningsresultater i Norge^{66, 67}, samt behovet for å innføre endringer i samsvar med Samhandlingsreformen⁶⁸.

Internasjonalt er det en utvikling mot mer hjemmebasert behandling, noe som også inkluderer spesialisthelsetjenestene. Dette er oppsummert på følgende måte:⁶⁹

- ⇒ Med unntak av noen bestemte pasientgrupper oppnås de samme resultatene av medisinsk behandling hjemme som i institusjon
- ⇒ De beste rehabiliteringsresultatene oppnås hjemme
- ⇒ Hjemmebehandling gir størst pasienttilfredshet
- ⇒ Hjemmetjenesten er fleksibel og har i praksis en vesentlig bufferkapasitet
- ⇒ Evalueringer: høyere kvalitet, lavere kostnad og positive pasienterfaringer

⁶³ Otterstad HK, Skulstad Austråt B. Forholdet mellom behov og forbruk av pleie- og omsorgstjenester. Sykepleien 2002 90 (2):50-52

⁶⁴ Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingreformen. Rett behandling - på rett sted-til rett tid, Kapittel 6

⁶⁵ <http://www.fosen.net/>

⁶⁶ Garåsen H et al. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial; Scand J Public Health 2008 Mar;36(2):197-204

⁶⁷ KS FoU-prosjekt nr. 134018: Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen, 2013

⁶⁸ <http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

⁶⁹ Professor i samfunnsmedisin Anders Grimsmo

En forutsetning for å lykkes med å sikre en bærekraftig tjeneste er å etablere en arbeidsmåte som gir en helhetlig tjeneste. Det innebærer at det ikke er skott mellom de ulike tjenesteområdene. Dette gjelder på tvers av ALL kommunal tjenesteyting / forvaltningsnivå. Da vil ledelse, samhandling, gjensidig tillit, kompteansemobilisering og å ta i bruk nye arbeidsmetoder være av stor betydning. Lykkes Hemnes kommune i å etablere en sammenhengende tjeneste, vil dette også kunne påvirke omdømme positivt. Et helhetlig tjenesteløp forutsetter at tjenestene tenker og handler helhetlig. Dette gjøres mulig gjennom målretta og helhetlige tjenester hvor kompetanse nyttes med utgangspunkt i tjenestemottakernes behov. Et helhetlig tjenesteløp sikres ved at ALLE tjenesteytere (medarbeidere) arbeider mot det samme målet og i tett samarbeid med tjenestemottakere og om nødvendig deres pårørende.

En omsorgstrapp viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud og motsatt.

Helse hos eldre i Norge.

Hvordan er eldres helse i Norge? Hvilke sykdommer og helseplager har vi i eldre år og hva dør vi av? Og hvilke faktorer er det som kan fremme helse i eldre år?

Hovedpunkter:

- ⇒ Det er forventet en betydelig økning i antall og andelen eldre framover
- ⇒ Levealderen øker
- ⇒ Økningen i levealder kan samtidig være en utfordring for det norske samfunnet
- ⇒ Flere vil leve med kroniske sykdommer
- ⇒ Flere vil leve med kreft, og færre vil dø av hjertesykdom
- ⇒ Flere vil få en demenssykdom grunnet flere eldre
- ⇒ Forekomsten av benbrudd er spesielt høy i Norge
- ⇒ Utdanning og økonomi er også viktig for eldres helse
- ⇒ Både arv og miljø er viktig for å kunne være frisk og aktiv i eldre år

I henhold til Folkehelserapporten for 2018 har levealderen økt med ca. 2-3 måneder per år de siste tiårene. Prognoser tyder på at levealderen fortsetter å øke i de kommende tiårene både blant kvinner og menn (Brunborg, 2012). En fortsatt økning i forventet levealder i Norge skjer først og fremst ved at de eldste aldersgruppene lever lenger. Dødeligheten i yngre aldersgrupper er såpass lav at en bedring i disse aldersgruppene i mindre grad vil påvirke den forventede levealderen for den norske befolkningen sett under ett. Beregninger viser for eksempel at hvis ingen døde før 50 års alder, ville befolkningens forventede levealder bare øke med 1 – 2 år i gjennomsnitt (Brunborg, 2012). Fire nøkkelfaktorer er løftet fram som spesielt viktig med tanke på god aldring; høy fysisk aktivitet, høy kognitiv aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold. De samme faktorene kan virke beskyttende mot noen former for utvikling av demenssykdom. Også utdanning, mestring og kontroll har vist seg å være viktige beskyttende faktorer (Stordal, 2012).

Les mer på Folkehelseinstituttets hjemmeside: [Lite kunnskap om eldre i Norge](#)

Antall eldre i befolkningen øker betydelig fra 2025. Kombinasjonen av at vi lever lengre og store fødselskull, spesielt etter andre verdenskrig, medfører at vi vil få en større andel eldre de kommende årene. Før år 2100 vil vi sannsynligvis se følgende utvikling i antall eldre over 70, 80 og 90 år, ifølge prognoser for medium vekst i levealder (Brunborg, 2012):

- ⇒ Antall over 80 år vil øke med 6-7 prosent årlig i perioden 2025-29, og vi vil få en firedobling av antall 80-89-åringer innen utgangen av dette århundret.
- ⇒ Antall 90-åringer vil vokse spesielt raskt, med en faktor på 10 før år 2100.
- ⇒ Antall personer som er 100 år og eldre var 736 ved starten av 2012 og vil vokse til 12 500 i år 2100.

Sykdommer som tidligere innebar tidlig død, for eksempel type 2-diabetes, hjertesykdommer og kreft hører nå til kategorien kroniske sykdommer. En aldrende befolkning vil derfor medføre flere kronisk syke. Eldre har også ofte flere sykdommer samtidig, som sammen påvirker funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse. Kreft risikoen øker med alderen, og med en aldrende befolkning vil det bli flere eldre med en kreftdiagnose. Når man justerer for antall eldre, viser statistikk fra Kreftregisteret at antall nye krefttilfeller har vært stabil for de eldste aldersgruppene de siste tiårene, med unntak av brystkreft og prostatakreft som har økt (blant annet som følge av screening) (Syse, 2012).

De siste tiårene har dødeligheten av hjerte- og karsykdommer hos eldre gått ned i Norge (Mørk, 2011). Det er derfor forventet at flere vil leve med hjerte- og karsykdommer på grunn av bedre overlevelse.

I en svensk studie ble det beregnet at antall nye hjerneslagpasienter årlig vil øke med 59 prosent mot år 2050, hvis antall nye tilfeller av hjerneslag i de ulike aldersgruppene er konstant (Hallstrom, 2008). Årsaken til dette er at det blir flere eldre. Til og med en nedgang i nye tilfeller på 2 prosent innen hver aldersgruppe hvert femte år, ville fortsatt gi en økning på 33 prosent i antall nye hjerneslagpasienter årlig frem mot år 2050 (Hallstrom, 2008). Mange hjerneslagpasienter får nedsatt funksjonsevne og trenger hjelp i hverdagen (Engstad, 2012).

I 2012 døde 479 personer som følge av fall med påfølgende brudd, 70 prosent var over 80 år (SSB, 2014). Hvert år faller om lag en tredjedel av de som er over 65 år, og halvparten av de over 80 år.

Årsakene til fall er sammensatte, men det er noen etablerte risikofaktorer (Bergland, 2012):

- ⇒ Tidligere fall
- ⇒ Høy alder
- ⇒ Dårlig balanse og mobilitet
- ⇒ Dårlig syn
- ⇒ Kognitiv svekkelse (demens og forstadier)
- ⇒ Sykdommer som hjerneslag og Parkinsons sykdom
- ⇒ Bruk av flere legemidler samtidig

Forekomsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden, og årsakene til dette er stort sett ukjente. Klimatiske forhold kan bare forklare deler av den høye forekomsten (Solbakken, 2014). Hoftebrudd er mest alvorlig, og de fleste skjer etter fall innendørs i hjemmet. Om lag 70 prosent av alle hoftebrudd skjer blant kvinner. I 2008 var det 4403 kvinner i aldersgruppen 75 år og eldre som fikk sitt første hoftebrudd, og av disse var 26 prosent døde innen ett år etter bruddet. Mange brudd skyldes redusert benmasse (osteoporose) kombinert med et fall. Tap av benmasse skjer langsomt og gir ingen symptomer før det oppstår et brudd. Mange vil derfor ha osteoporose uten å vite det.

Parkinsons sykdom rammer om lag én prosent av befolkningen i aldersgruppen 50-70 år, økende til litt over tre prosent i alderen over 85 år. Sykdommen er uhelbredelig og gir skader i hjernen som forverres over tid. Symptomer er rykninger og redusert motorisk kontroll, etter hvert også svekkede kognitive funksjoner. Over halvparten av tilfellene fører etter noen år til demenssykdom.

Kartlegginger av eksisterende tilbud viser at behovet for tilrettelagte dagtilbud for personer med demens er stort. (Eek og Kirkevold 2011) Dagtilbud for eldre har tradisjonelt vært lokalisert ved institusjoner. Undersøkelser viser at mange hjemmeboende personer med demenssykdom har vansker for å identifisere seg med denne type tilbud, noe som bl.a. virker inn på trivsel. (Bjørge, 2004 i Strandli 2007). Denne kunnskapen fordrer nytenkning omkring tilbud til personer med demenssykdom.

Det er pr i dag lite forskning som kan si noe om effekten av dagtilbud. Målsetting med dagtilbud er å bidra til en meningsfull hverdag. Sosialt samvær, trygghet, samt opplevelse av mestring er verdier som blir vektlagt. Man antar at aktiviteter som innebærer denne typen stimulering kan bidra til å vedlikeholde følelsesmessig, kognitiv og atferdsmessig funksjon og vil kunne forlenge personen med demenssykdom sin daglige fungering i hverdagen (Helsedirektoratet, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2012). Det er derfor ikke uvesentlig hvordan dagtilbudene drives.

Mange pårørende til personer med demenssykdom opplever stor belastning relatert til det å ivareta omsorgen for sitt familiemedlem. Sorgprosesser, søvnmangel, økt isolasjon og depressive symptom er ikke uvanlige konsekvenser hos pårørende. Det vil være av avgjørende betydning at personer med demenssykdom og deres familier har et hjelpeapparat rundt seg som bistår dem. (Strandli 2007) Tilpasset avlastningstilbud blir fremhevet som et viktig tilbud for å redusere pårørendes opplevelse av belastning (Ulstein 2002 i Strandli 2007), En litteraturstudie viser at dagsenter som tilbyr tjenester av høy kvalitet, fleksibilitet, samt støtte og informasjon til pårørende kan gi pårørende en følelse av trygghet, lindring, samt opplevelse av redusert omsorgsbyrde (Tretteig m fl 2014).

Demensplanen 2015 løfter frem dagaktivitetstilbud som et av tre hovedsatsningsområder. Dette ut ifra en holdning om at gode dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester kan utsette flytting til institusjon. Det er vedtatt i Stortinget at kommunene får plikt til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demenssykdom, gjeldende fra 1. januar 2020. En satsning på denne typen tilbud vil være i tråd med nasjonale føringer.

Avlastning organisert på en god måte, vil kunne være lettere å akseptere for personer med demenssykdom, da det er av et kortere intervall, innholdet er velkjent og konkret, samt at tidsperspektivet er overskuelig. Det er lett å anta at også pårørende vil oppleve tilbudet velkjent og på den måten trygt. Oppholdet vil kunne gi pårørende tid og mulighet til egenpleie.

Man antar at mellom 30 og 50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet⁷⁰. God psykisk helse kjennetegnes av trivsel og mening med tilværelsen. I tillegg vektlegges individets evne til å mestre hverdagens utfordringer og bidra til samfunnet rundt seg. Psykiske plager omfatter symptomer som i betydelig grad går utover trivsel, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at kriteriene for en diagnose er tilfredsstilt. Psykiske lidelser forstås som symptombelastninger som er så omfattende at det kvalifiserer til en diagnose. Man antar også at bruk av rusmidler er vanligere blant personer med psykiske lidelser enn ellers i befolkningen.

Når det gjelder rusproblemer antar man at mellom 10 og 20 prosent av befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet⁷¹. Ruslidelser er en betydelig helseutfordring og medfører omfattende kostnader for enkeltindivider og samfunnet for øvrig. Det er også kjent at skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er den hyppigst forekommende ruslidelsen i Norge.

⁷⁰ Kilde: folkehelseinstituttet

⁷¹ Kilde: folkehelseinstituttet

Sentrale føringer som vil ha innvirkning

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (sist endret 22.06.18) inneholder en rekke forskrifter som regulerer driften. Det samme gjelder Folkehelseloven og andre lover. Tjenestene er stadig gjenstand for ulike statlige tilsyn.

Regjeringen la fram Meld. St. 15 (2017-2018) "**Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre**" 4. mai i år. Målet er å gi eldre en trygg og aktiv alderdom. Regjeringens eldrereform "Leve hele livet" løfter frem 25 løsninger og flere hundre eksempler fra kommunene som skal gi eldre en trygg og aktiv alderdom. Kommuner som tar de gode løsningene i bruk vil bli belønnet i statlige støtteordninger. Det skal legges opp en prosess hvor kommunestyrene skal vedta løsningene som passer i deres kommune. Når kommunene har beskrevet hvordan de vil utforme sine løsninger, starter arbeidet med å gjennomføre reformen. Reformperioden vil starte i 1. januar 2019 og vare frem til 2023 med ulike faser for planlegging, gjennomføring og evaluering.



Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ble vedtatt 28. oktober 2016. Forskriften gjelder fra 1. januar 2017. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Det er utarbeidet en veileder til forskriften. Denne ble sist endret 13. juni 2018.

Målet er tjenester av god kvalitet som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Videre går det tydelig frem at tjenestene skal ha fokus på kvalitetsforbedring og at dette er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere de tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring kan handle om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.



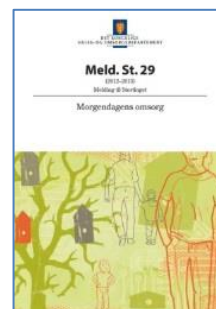
Administrasjonssjefen/rådmannen har et overordna ansvar for at kommunen styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Mens alle som er ansatt i virksomheten regnes som medarbeidere. Medarbeidere på alle nivåer har et selvstendig ansvar for å levere tjenester av god kvalitet. Videre har alle medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten lojalitetsplikt overfor sin arbeidsgiver. Det innebærer at man må utføre de oppgavene man bli tildelt for å yte forsvarlige tjenester.

Gjennomføring av Samhandlingreformen har i stor grad påvirket utviklingen av tjenestene. Reformen pekte blant på følgende hovedutfordringer:

- ✓ Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- ✓ Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- ✓ Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne.
- ✓ Økende behov for arbeidskraft og kompetanse.

Våren 2013 la Regjeringen fram Stortingsmelding 29 (2012-2013), "Morgendagens omsorg" – Omsorgsplan 2020. Her beskrives hva som skal vektlegges for å sikre utvikling og innarbeidelse av nye løsninger. Omsorgsplan 2020 er en plan for å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer. Samtidig som Omsorgsplan 2015 gjennomføres, starter arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidsrettede løsninger. Gradvis avløses Omsorgsplan 2015 av de nye tiltakene som bidrar til å gi Omsorgsplan 2020 en mer innovativ innretning. Satsingsområdene i den nye planen er:

- ✓ Morgendagens omsorg - et innovasjonsprogram fram mot år 2020.
- ✓ Morgendagens omsorgstjenestebrukere - med et ressursorientert perspektiv.
- ✓ Morgendagens omsorgsfellesskap - med et pårørendeprogram, en nasjonal frivillighetsstrategi og politikk for ideelle, samvirkebaserte og private tjenesteleverandører.
- ✓ Morgendagens omsorgstjeneste - med faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid.
- ✓ Morgendagens omsorgsomgivelser - med et program for utvikling og innføring av velferdsteknologi og tiltak for fornyelse, bygging og utvikling av framtidens sykehjem og omsorgsboliger.



Samhandlingreformen var og er en retningsreform. I Omsorgsplan 2015 ble det synliggjort noen viktige prioriteringer. Omsorgsplanen skal dekke hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av helse og omsorgstjenester, uansett alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Planen vektlegger omstillingsdyktige tjenester, samhandling og helhetlig økonomi- og kommuneplanlegging.

Helsedirektoratets rundskriv «IS- 1/2014: "Nasjonale mål og prioriteringer på helse og omsorgsområdet i 2014" vektla helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, økt brukerinnflytelse, gode behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dokumentet ga føringer for prioriteringer på en rekke områder i kommunene.

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



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

Den største ressursen ligger ofte hos tjenestemottakeren selv

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

En sterkere satsing på hjemmebasert omsorg og hverdagsrehabilitering, betinger endring i tankesett og arbeidsmåter som bygger opp om tjenstemottakeren sine verdier og livskvalitet. Arbeidsmåter som tjenstedesign og bruk av velferdsteknologi vil påvirke innholdet i tjenestene. I tillegg til spesifikk fagkompetanse vil tjenesteyterne trenge fagovergripende kompetanser, som kommunikativ kompetanse og evne til samhandling. Med arbeidsplassen som læringsarena, kan ledere og medarbeidere involveres i den daglige utviklinga av en ressurseffektiv omsorgstjeneste.

Hverdagsmestring
Et forebyggende og rehabiliterende tankesett

Demensplan 2020 ble vedtatt desember 2015.

Målet med Demensplan 2020 er å:

"skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Dette krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet generelt og i helse- og omsorgstjenestene spesielt.

En av de største utfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30-40 årene. De fleste av dem vil ha behov for ulike tjenester i eget hjem eller sykehjem i løpet av sykdomsperioden. Deres nærmeste vil ha behov for avlastning og støtte. Dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste er imidlertid ikke i tilstrekkelig grad bygd og tilrettelagt for personer med demens og deres pårørende. Det er nødvendig med endringer både når det gjelder tjenestenes kompetanse, organisering og fysiske utforming. Hovedinnsatsen av tiltakene i Demensplan 2020 er derfor rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene".



Med bakgrunn i brukeres og pårørendes behov, uløste utfordringer fra dagens plan og ny kunnskap har Demensplan 2020 seks strategiske grep:

Regjeringen har i demensplan 2020 satt opp følgende strategiske grep og tiltak:

- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- Forebygging
- Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
- Aktivitet, mestring og avlastning
- Pasientforløp med systematisk oppfølging
- Forskning, kunnskap og kompetanse

Regjeringen sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 – strategien ((Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015-2018))). **Regjeringen sine tiltak er:**

- ⇒ Mer brukermedvirkning
- ⇒ Utvikling av de menneskelige ressursene
- ⇒ Strategisk og kunnskapsbasert styring

- ⇒ Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering
- ⇒ Møte med de globale helseutfordringene
- ⇒ Helsedata som nasjonalt fortrinn
- ⇒ Bedre klinisk behandling
- ⇒ Kunnskapsløft for kommunene
- ⇒ Effektive og lærende tjenester
- ⇒ Helse og omsorg som næringspolitisk satsningsområde



Helse – og omsorgsdepartementet la 15. april i 2016r fram en tilråkning, Proposisjon 99L som omhandler endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Tilråkningen ble godkjent i statsråd samme dag. Det forutsettes at kommunene skal utarbeide og vedta en forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig i kommunen. Dette i påvente av at nasjonale kriterier blir utarbeidet. Kommunen skal blant annet etter forslaget føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsplass i kommune. Hvilke tidsfrister som vil gjelde er ennå ikke klart.

Regionale føringer.

Det er viktig at kommunene som tjenesteyter ser, som konsekvens av utviklingen av nye behandlingsmetoder, tjenester og løsninger, demografisk endringer mv. at et tettere samarbeid mellom kommuner kan bli nødvendig og ikke bare innad i kommunen. Kostnadene ved enkelte av framtidens velferdsordninger vil sannsynligvis bli så høye, at de fremtvinger regionale og/eller interkommunale løsninger. Det samme gjelder behovet for arbeidskraft med nødvendig kompetanse.

Tjenesteavtaler som er inngått mellom Helseforetaket og kommunen regulerer deler av samhandlingen med Helseforetakene, men de kan ikke alene løse utfordringene Hemnes kommune står overfor. I tiden som kommer kan det bli aktuelt å måtte vurdere framtidige samarbeidsløsninger med andre kommuner.

Kompetanse og rekruttering.

Hemnes kommune bør ha større fokus på å sikre nødvendig kompetanse og hvordan denne nyttes. Gjelder også ledelse som fag og funksjon. Strategisk kompetanseplanlegging og styring handler om å sikre organisasjonen nødvendig kompetanse for å mestre dagens og framtidige oppgaver. Det er viktig at kommunen greier å anskaffe, utvikle, mobilisere og hvis nødvendig, avvikle kompetanse. Strategisk kompetansebruk og utvikling vil bidra til at kommunen står bedre rustet til å møte dagens og morgendagens behov på en bærekraftig måte. SSB har ut fra sine beregninger anslått et underskudd på 57 000 helsefagarbeidere og 28 000 sykepleiere i 2035. En måte å kompensere et slikt gap på er å sørge for høy grad av kompetansemobilisering, flere medarbeidere over på større stillingsandeler, etablere en driftsideologi som bygger på hverdagsmestring og tydeliggjøre hva innbyggerne kan forvente av tjenester og hva som forventes av dem.

RO vil understreke at kompetanse ikke bare dreier seg om hva de ansatte kan dokumentere gjennom vitnemål etc. (formell kompetanse). Likeså viktig er holdninger, evner, ferdigheter og den tause

kunnskapen⁷². Alle disse elementene inngår i kompetansebegrepet. Et annet forhold som må vektlegges er hvordan kompetansen forvaltes, graden av kompetansemobilisering. Kompetanse bidrar først til måloppnåelse og verdiskapning når den blir anvendt på en relevant måte. Ny forskning (blant annet Lai og Kapstad 2009; Lai 2011a, 2011b; Lai og Skiba 2013) tyder på at mange av de faktorene som er mest avgjørende, finner vi utenfor ansattes direkte kontroll. Den avhenger derimot av nærmeste leder, arbeidsmiljø og måten organisasjonen er strukturert på. Det vil si at ansvaret for kompetansemobilisering primært er et lederansvar. Studier i Norge viser at en stor andel av de ansatte ikke får brukt sin jobbrelevante kompetanse på en hensiktsmessig måte. Det vil si at her ligger et uutnyttet kompetansepotensial. Lav kompetansemobilisering kan føre til redusert indre motivasjon, høyere turnover og lavere affektiv⁷³ organisasjonstilknytning m.m.

Kompetanse og rekruttering påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Kravet til kommunenes kompetanse øker i takt med utvikling i demografi og økte forventninger til de kommunale tjenestene fra innbyggere og statlige myndigheter. Hilsen og Tønder (2013)⁷⁴ forstår både rekruttering av nyansatte og læring og mobilisering på arbeidsplassen som tiltak som, hvis gjennomført på den rette måten, faller inn under kategorien kompetanseutviklende tiltak. Med mobilisering menes tiltak for å realisere organisasjonens ressurser på best mulig måte.

Kompetanse forstås som helheten av kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål. Denne forståelse gjelder både formell kompetanse/utdanning og annen kompetanse som gjør arbeidstakeren i stand til å mestre arbeidet og sikre god kvalitet på tjenestene som utføres.

Med flere innbyggere i høy alder vil en også måtte påregne at behovet for rekruttering ut over de som slutter grunnet pensjonering vil øke (se tabell 3).

Kompetanseutvikling handler altså om å dekke kompetansebehov ved bevisst rekruttering av nyansatte, men det handler i enda større grad om å utvikle og beholde de arbeidstakerne man allerede har. Dermed blir det sentralt at alle medarbeidere involveres i løpende lærings-aktiviteter og at dette planlegges og følges opp i kommunens arbeidsutforming og årsplaner.

Det er avgjørende for en effektiv drift framover å arbeide med egen kompetanse og sørge for en stabil rekruttering der ny kompetanse må anskaffes. Arbeidet med utvikling av egen kompetanse og rekruttering i framtiden henger nøye sammen med styrking av heltidskultur og gode arbeidstidsordninger/turnuser som sørger for rett kompetanse på rett sted til rett tid.

⁷² Det vil si kunnskap det er vanskelig å sette ord på og reflektere direkte over. Dette gjelder også for de andre kompetansekomponeentene som holdninger, evner og ferdigheter.

⁷³ Det vil si mindre stolthet og glede over å jobbe i organisasjonen (Erdogan og Bauer 2009; Lai og Kapstad 2009; mfl.)

⁷⁴ FAFO v/Anna Inga Hilsen og Anne Hagen Tønder, februar 2013, "Saman om" kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. Notat for programmet «Saman om ein betre kommune».

Noen tegn på god og dårlig sykehjemsdrift (ROs erfaringer).

☺God drift	☹Dårlig drift
Brukernes behov står i fokus.	Personalets behov er styrende.
Alle jobber mot velkjente mål. Personalet har tid og mulighet til regelmessige diskusjoner om hvordan arbeidet skal legges opp.	Det finnes ikke felles mål. De ansatte har ikke tid og mulighet til felles diskusjon om arbeidsmetoder, etikk og kvalitet.
Rutiner og prosedyrer er på plass og følges av alle. Hverdagen er preget av forutsigbarhet.	Den enkelte følger sine egne rutiner. Hverdagen er lite forutsigbar. Det man er blitt enige om, gjøres ikke.
Hver bruker har sin kontaktperson.	Kontaktperson er ikke innført eller er bare innført på papiret
Den ansatte kjenner brukernes livshistorie og bestreber seg på at brukeren fortsatt kan leve sitt liv i samsvar med sin historie.	Den ansatte skimter bare svakt brukeren som enkeltindivid. Systemets behov kommer før brukerens.
De ansatte har fokus på brukernes ressurser og muligheter.	De ansatte ser bare brukernes funksjonstap og problemer.
De ansatte spiser sammen med brukerne.	De ansatte serverer brukerne mat og spiser for seg selv.
Lederen er motoren for utvikling på sykehjemmet. Hun/han er nærværende, støttende, tydelig, tilgjengelig og pålitelig.	Lederen drukner i papirarbeid og møter. Hun/han har ikke tid eller prioriterer ikke ledelse og utvikling.
Lederen makter å møte forventningene og blir i jobben.	Lederen slutter etter kort tid. Uformelle ledere med private mål vokser fram. En negativ kultur utvikles.
Lederen og de ansatte er nysgjerrige på nye arbeidsmetoder.	De ansatte er lite mottakelige for nye ideer. "Dette går ikke, det har vi prøvd før" Eller "dette går ikke, slik har vi ikke gjort det før"
De ansatte trives. Lavt sykefravær og stor kontinuitet.	Få engasjerte ansatte. Høyt sykefravær og stor gjennomtrekk.
De ansatte har den kompetansen som trengs. Nye medarbeidere får veiledning.	Flere ansatte mangler kompetanse, de som ikke klarer arbeidet får ingen hjelp.
De ansatte tar i et tak og hjelper hverandre. Konflikter løses raskt.	De ansatte stiller ikke opp for hverandre og har uløste spenninger.
Den enkelte medarbeider føler seg verdsatt og viktig og fremfører sine synspunkter.	Medarbeiderne er tause på møtene, men sier meningene sine på skyllerommet.
De ansatte har en konkret og felles forståelse av hva som gjøres godt nok og hva som kan gjøres bedre.	De ansatte mener alt kan bli bedre og skylder på lave bevilgninger og kommunen.
De ansatte får regelmessig tilbud om faglig utvikling og oppmuntres til å utvikle det de kan.	De ansatte får liten oppmuntring til å utvikle seg.
Leder og de ansatte ønsker innsyn og pårørende er alltid velkomne.	Leder og de ansatte er skeptiske til innsyn og pårørende oppfattes som et forstyrrende element.
Fokus på brukerens ressurser, hjelp til selvhjelp, mestringsfokus	Hjelp til hjelpeløshet
Sykehjemmets rolle og funksjon er tydeliggjort i en tjeneste som arbeider helhetlig	Sykehjemmets rolle og funksjon er uklar i en helhetlig tjeneste