

Ekstern gjennomgang av helse- og omsorgstjenestene Båtsfjord kommune

Rapport

RO – 22. juni 2017

«Gode tjenester og fornøyde brukere – felles ansvar»



Innholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag	6
Rapportens oppbygging	7
1. Innledning.....	8
1.1 Båtsfjord kommunes bestilling.....	8
1.2 Metodisk tilnærming	9
1.3 Bruk og tolkning av registerdata	9
2. Bakgrunn	10
3. Hva påvirker utforming av framtidige tjenester.....	11
3.1 Demografiske forhold.....	11
3.1.1 Helse hos eldre i Norge	11
3.2 Politiske forhold	15
3.2.1 Sentrale føringer som vil ha innvirkning:	15
3.2.2 Regionale føringer:	18
4. Status – dagens helse- og omsorgstjenester i Båtsfjord kommune	19
4.1 Tjenesteprofil	19
4.2 Bemanning og pleiefaktor	21
4.3 Kompetanse og rekruttering	23
4.4 Turnus og arbeidstid.....	25
4.5 Heltidskultur	25
4.6 Demografisk utvikling.....	27
4.6.1 Befolkningsframskriving	28
4.6.2 Aldersbæreevne	31
4.6.3 Familieomsorgskoeffisient	31
4.7 Fra intervjuene / møte med medarbeidere	32
4.8 KOSTRA.....	34
4.8.1 Pleie- og omsorgstjenesten samlet	36
4.8.2 Kommunehelsetjenesten	42
4.11 Folkehelse.....	47
4.10 Sykehjemsanalysen	49
4.11 IPLOS og bruksrater og brukersammensetning i tjenestene.....	51
4.11 Framskrivning av kostnader, behov for nødvendig omstilling	61

5. Tilrådning.....	63
5.1 Innledning.....	63
5.2 Fremtidens helse og velferdstjenester i Norge og Båtsfjord kommune	66
5.3 Tilrådning.....	68
Vedlegg:.....	70

Forord

Gjeldende sektorplan for Helse og omsorg ble utarbeidet i 2012. Følgende hovedmålet ble vedtatt: *«Sektorens hovedmål er å gi innbyggerne gode tjenester og legge til rette for at menneskers egne ressurser, behov og ønsker blir vektlagt, slik at den enkelte kan opprettholde et høyt trivsels- og funksjonsnivå gjennom tjenester av høy kvalitet og gjennom nødvendig samarbeid med kommuner og Helseforetak».*

Gjennomgangen skal forsøke å svare ut om dagens helse- og omsorgstjenester er kostnadseffektive. I dette ligger både organisasjonsmessige, økonomiske og faglige vurderinger. RO har gjennomgått KOSTRA¹-data for 2016 og vurdert dagens måte å organisere tjenestetilbudene på. I tillegg til ROs kunnskap om drift av tjenesteområdet.

Slik RO vurderer det, er det de interne prioriteringene som gjøres innen helse- og omsorgstjenestene som i stor grad avgjør om tjenestene framstår som ressurseffektive eller ikke. Dette beskrives ofte som *omsorgstrappa*, ut fra at tjenestemottakere (brukere og pasienter) helst skal få sitt tilbud på rett nivå i kommunens samlede tjenestetilbud. Jo *høyere i trappa* tilbudet er, jo mer ressurser (faglig og økonomisk) krever det. Det betyr at dersom mange tjenestemottakere får et tilbud som ligger over det reelle behovet, vil kommunen bruke sine samlede ressurser på en måte som gjør at noen får et tilbud som ikke er godt nok, fordi andre får "for mye". Eventuelt betyr det at kommunen samlet bruker mer ressurser enn nødvendig på helse- og omsorgstjenestene.

Behovet for sykehjemsplasser har i mange kommuner ofte dreid seg om kvantitative spørsmål. Hvor mange plasser? I dag erfarer RO at det oftere blir stilt spørsmål om kvalitet, hvilket innhold skal tilbudet ha? De kvalitetsmessige kravene har og vil øke, noe som forutsetter nok personell med riktig og tilgjengelig kompetanse for den som skal ha tjenestene. Blant annet er dette tydeliggjort i meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste ((Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015))).

En indikator som ofte er benyttet når behovet for dekningsgrad, sykehjem og omsorgsbolig med reell heldøgns tjenestetilbud skal utredes, er 25 % av antall innbyggere 80 år og over. Hvor en slik indikator kommer fra er usikkert. Det finnes ingen dokumentasjon gjennom forskning vi kan støtte oss på. Likeså er begrepet heldøgns helse- og omsorgstjenester uklart. Ofte snakkes det da om bygningsmasse / antall institusjonsplasser og i liten grad om innhold i og omfanget av selve tjenestetilbudet. I dag har Båtsfjord en dekningsgrad på sykehjem på 24,3 % og samla, når vi tar med omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, på 51 % ²? I dette tallet antar RO at plassene i Alderspensionatet er tatt med.

Etter ROs vurdering mangler kommunen i dag gode reelle alternative heldøgns botilbud som alternativ til langtids institusjonsplass for eldre.

Behovet for antall sykehjemsplasser kan ikke vurderes isolert, det må sees i sammenheng med kommunens øvrige tjenestetilbud og lokale forhold. For eksempel vil en godt utbygd hjemmetjeneste, bidra til å reduseres behovet, og vice versa. Andre faktorer kan være forholdet direkte/indirekte tid³, type omsorgsbolig, dag- og aktivitetstilbud, vedtakspraksis, grad av hjemme-rehabilitering (hverdagsmestring) og i hvilken grad teknologiske løsninger benyttes, samarbeid med pårørende, frivillige m.m. Skal Båtsfjord kommune også i fremtiden greie å yte gode nok helse- og omsorgstjenester, vil kommunen være avhengig av en tjeneste som sikrer helhetlige tjenesteløp gjennom at ulike faggrupper samhandler på tvers av organisatoriske innretninger. Og at

¹ KOSTRA – KOMmune STat Rapportering

² Kilde: KOSTRA 2016, foreløpige tall per 15.3 2016

³ Direkte/indirekte tid er forholdet mellom vedtakstimer og tilgjengelig personalressurs.

tjenesteinnretning og drift er bærekraftig. Dette fordrer en utviklingsorientert organisasjon, gjelder ledere og medarbeidere.

Begrepet omsorgsbolig synes i mange sammenhenger å være utydelig. En omsorgsbolig kan være alt fra en tilrettelagt bolig hvor hjemmetjenesten "stikker" innom, til boenhet med full døgnbemannning tilsvarende det vi har i sykehjemmet, ofte bygd som bofellesskap, men hvor tjenesten ytes i henhold til behov/vedtak. Målet er at de som bor i slike boliger, gjelder for øvrig all tjenesteyting, selv skal bidra med det de mestrer. RO gjør også oppmerksom på at begrepet omsorgsbolig med heldøgns omsorg er definert ulikt av SSB og Husbanken. Det samme gjelder kommuner i mellom.

Både i Båtsfjord og andre kommuner rapporteres det om tjenestemottakere som er sykere enn før, at det gis mer intensiv behandling og oppfølging. Det forventes at sykehjemmet skal beherske alt fra observasjon, palliativ⁴ behandling, intravenøs behandling, smertepumpe, ventilasjonsstøtte, aktiv rehabilitering m.m. Dette i motsetning til det tradisjonelle synet på sykehjemmet som bolig for de som ikke lenger kan bo i opprinnelig bolig, og som trenger langtids pleie, omsorg og trygghet. Det vil si en utvikling hvor sykehjemmets rolle endrer seg fra langtids opphold, til korttids opphold med behov for et aktivt tjenestetilbud. Ved sykehjemmet har kommunen 2 sykestueplasser/KAD-plasser⁵.

Erfaringer Båtsfjord kommune har, er at det ikke bare er tjenestemottakere i sykehjemmet som har behov for mer intensiv behandling, også hjemmetjenesten står overfor denne utfordringen. Derfor vil det ha stor betydning for framtidig bærekraft hvordan Båtsfjord innretter tjenestene; både faglig, strukturelt og økonomisk.

Spørsmålet som Båtsfjord kommune må ta stilling til blir; hvordan skal vi sikre dagens og morgendagens tjenestemottakere et helhetlig tjenesteløp hvor hovedfokus er kvalitet, ansvarliggjøring og effektiv ressursutnyttelse. Det vil si; hvordan vil vi i Båtsfjord kommune at den framtidige helse-omsorgstjenesten skal være?

Et kjennetegn ved stordelen av dagens tjenestemottakere er høy alder, men der stopper det. Alle har sitt levde liv, ulik grad av funksjonsnedsettelse, ressurser etc. er ulik, ingen er like. Det fordrer en tjeneste som leverer individuelle og tilpassa tjenester jfr. behov og den enkeltes ressurser. Det blir derfor av stor betydning at helse og omsorgstjenesten innrettes på en slik måte at tjenestemottakere gis mulighet til å delta aktivt så langt det er mulig og at de selv tar ansvar for eget liv og utvikling.

Egenmestring er viktig for kunne opprettholde livskvaliteten. Innbyggerne skal ha trygghet for bistand når de trenger det. Spesielt skal tjenestemottakere og pårørende være trygg på at de får de tjenestene de har behov for jfr. rett til nødvendig helsehjelp, når de ikke selv kan bidra. Dette fordrer en kontinuerlig utvikling av helse og omsorgstjenesten. I nær framtid vil mange av tjenestemottakerne innen omsorgstjenesten være å finne blant dagens 60 – 70 åringer. Samtidig erfarer mange kommuner en økning blant yngre. Blant annet som følge av rusproblem, psykiske utfordring og andre funksjonsnedsettelser. Disse har de samme rettighetene og pliktene som eldre.

⁴ Palliativ medisin er den medisinske fagbetegnelsen på den lindrende behandling som gis til pasienter der man ikke kan fjerne eller stoppe sykdommen.

⁵ Kommunal akutt døgnenhet

Sammendrag

Hovedinntrykket Båtsfjord kommune har en helse- og omsorgstjeneste med mange gode kvaliteter. Tjenesteområdet (sykehjemmet, hjemmetjenesten og PU-tjenesten) virker å være noe fragmentert, det vil si ikke helhetstenkende. Dette gjelder både ledelse og intern samhandling. Selv om samhandlingen innen tjenesteområdet ikke er slik den burde være, er den etter ROs vurderinger et godt utgangspunkt for framtidig utvikling og nødvendig endring. ROs vurderinger er strukturbasert og gitte tilbakemeldinger RO har fått gjennom samtaler og møte med medarbeiderne (7.3) og intervju (8. og 9.3). RO mener at tjenesten først og fremst må sørge for at ledere og medarbeidere tenker og handler helhetlig. Deretter må en sørge for høy grad av kompetansemobilisering⁶ for måloppnåelse og verdiskapning. Det vil også være behov for en tydeliggjøring av tjenesteområdets ideologi, hvordan denne ytes i praksis og hvilke konsekvenser dette har for tjenesteytere og mottakere. Kommunen har både Frisklivssentral og folkehelsekoordinator, men etter det RO kjenner til, har kommunen ikke utarbeidet og vedtatt en egen Folkehelseplan.

Det må være et overordna mål å sørge for et tettere samarbeid mellom institusjonstjenesten og hjemmebaserte tjenester, inklusive PU-tjenesten, slik at tjenestene oppleves helhetlig for de som mottar tjenestene, uavhengig av behov og sted. Sørge for at de privatpraktiserende fysioterapeutene inngår i en samla folkehelsestrategi. Dette bør sikres gjennom å beregne framtidig aktivitetskapasitetsbehov knyttet til utarbeidelse av ei omsorgstrapp⁷, vedtakspraksis, tjenesteutøvelse, kriterier/standards mv. Hensikten er å skape et felles bilde av tjenestetilbudene slik de framstår i dag, hva som er utfordringsbildet og hvilke "grep" som må og bør tas. Først forebygge så behandle. Dette fordrer et tett samarbeid med legetjenesten. Legetjenesten består av stabile leger med spesialistutdanning innen almen medisin og samfunnsmedisin og vil kunne bidra med høy kompetanse i utviklingsarbeidet.

RO har i punktene under listet opp de funn som er framkommet i samtaler og møter og som det bør arbeides videre med.

- Større fokus på folkehelse og forebygging. Dette **må** prioriteres
- Sørge for at ledere tenker, planlegger og handler på en helhetlig måte. Ledelse som eget fag/funksjon må tydeliggjøres. Det vil si fokus på endringsledelse.
- Sørge for en tjeneste som samhandler i praksis, jfr vedtak
- At kompetanse blir nyttet «rett». Flinkere til å dele kompetansen, kompetanseutvikling, opplegg for formell kompetansebygging hos ufaglærte. Utvid kompetansesammensetningen
- Etablere et utviklingsteam som legger føringer/har ansvar for faglig utvikling
- God tilgang til data (data som vi trenger for dokumentasjon og planlegging)
- At alle føler seg velkommen, også studenter, hospitering også innad hos oss
- Etablere tett samarbeid med frivillige
- Høyere stillingsandeler og romsligere grunnturnus, rekruttering, 100 % stillinger, framtidige turnusløsninger
- Langsiktige planer – «så, før man kan høste». Resultat av planer må etterspørres, dvs. det vi planlegger skal gjennomføres
- Dagsenter for demente
- Rehabilitering – tenke og handle annerledes – alle har ansvar for eget liv – hverdagsmestring som ideologi, forebygging
- En organisasjon som evner å tenke nytt innen gitte rammer – tydelige roller
- «Profesjonalisere» vedtakspraksisen hvor vår ideologi bygger på den enkeltes mestring

⁶ At ansatte får nytte den kompetansen de har tilegnet seg.

⁷ Et tjenestetilbud som reflekterer den enkeltes behov for tjenester og som viser hvordan økende behov kan møtes med økende tjenestetilbud og motsatt.

- Kvalitetssystem (Compilo) SKAL brukes. Vi skal dokumentere og bruk systemene som skal brukes
- Ta i bruk teknologisk løsninger som støtter opp under den enkeltes mulighet til å mestre. Og som kan virke effektiviserende.
- Utarbeide ei omsorgstrapp som bygger på en strategi om lengst mulig i egen bolig. Utbygging av hjemmetjenestene – omsorgsboliger
- Ha kunnskap om statlige føringer og være forberedt til å oppfyll nye krav, f.eks. oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen, mm.
- Endringsvillighet (faglig og ressurseffektivt)

Tre stikkord vil være sentrale framover: forebygging/folkehelse, lederskap og medarbeiderskap og endringsvillighet.

Rapportens oppbygging

Kapitel 1 side 8 tar for seg kommunens bestilling og hvordan rapporten er bygd opp.

Kapitel 2 side 10 viser bakgrunn for rapporten / oppdraget.

Kapitel 3 side 11 viser hva påvirker utforming av framtidige tjenester.

Kapitel 4 side 19 viser ROs vurdering av nåsituasjonen / status og vurdering av utfordringsbilde.

Kapitel 5 side 60 viser hva RO vil tilrå kommunene å ha fokus på for å sikre framtidige bærekraftige tjenester.

Vedlegg 1-3 side 67: her har RO tatt inn litt drøfting av teori som er viktig ved omstilling, mal for sykehjemsanalysen og Folkehelsebarometret for Båtsfjord kommune 2017.

1. Innledning



Om kommunen

2.229 innbyggere (31.12.2016).

- ⇒ 57,73 årsverk innen pleie og omsorg (2016)
- ⇒ 6,53 årsverk innen helse (2016 – konst. Kommuneoverlege er inkludert) + (2 turnusleger)
- ⇒ 4,60 årsverk administrasjon (ledelse og merkantil)

1.1 Båtsfjord kommunes bestilling

Båtsfjord kommune har i løpet av 2017 mål om å utarbeide en helse- og omsorgsplan (sektorplan) for 2018-2040. Før selve arbeidet med sektorplanen starter opp, ønsket kommunen en vurdering av dagens innretning, behovsdekning, og grad av kostnadseffektivitet. Videre å se/vurdere utfordringsbildet og hva er sektorens handlingsrom i dag og i framtid. I henvendelsen til RO er følgende anført (ikke uttømmende).

"Vurdere nåværende helse- og omsorgstjenester i forhold til kostnadseffektivitet/kostnadsriktig drift sammenstilt med behovsdekning nå og i et fremtidig tyve-års perspektiv. Resultatet fra vurderingene skal kunne brukes aktivt i selve driften, og skal kunne legges til grunn for en helse- og omsorgsplan (sektorplan) 2018-2040.

Herunder disse vurderinger (ikke uttømmende):

- behovskartlegging
- dagens behovsdekning i forhold til ressursbruk
- kostnadsvurderinger ift behovet nå og frem til 2040
- ressursbehov frem til 2040 ift behovet frem til 2040
- ev endringsbehov ift beste kostnadseffektive og kostnadsriktige nivå for å dekke behovene
- endringsbehov med nødvendige prosesser ift nåværende struktur for å oppnå best behovsdekning og kostnadsriktig drift"

Slik RO oppfatter "bestillingen" skal bistand fra et eksternt kompetansemiljø bidra til at Båtsfjord kommune; 1) får synliggjort kostnadsfaktorene, behov og ressursbruk, innen sektoren i dag og i framtid, 2) bistå kommunen i å synliggjøre endringsbehov og hvor det eventuelt er mulig med endringer, 3) klargjøre framtidig ressursbehov med utgangspunkt i en

bærekraftig tjeneste og 4) bidra til å skape forståelse for hvordan framtidige tjenestebehov kan møtes.

Tema som er gjenstand for vurderinger i denne analysen er:

- ⇒ Tjenesteprofil⁸
- ⇒ Gjennomgang av statistikk (KOSTRA) med hovedvekt på prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet
- ⇒ Beregne befolkningsframskriving, aldersbæreevne⁹ og familieomsorgskoeffisienten¹⁰
- ⇒ Se på befolkningsframskriving
- ⇒ Gjennomgå direkte/indirekte tid innen tjenesten og bemanningssituasjonen ved sykehjemmet
- ⇒ Ressursanalyse sykehjemmet
- ⇒ IPLOS-analyse
- ⇒ Gjennomføre intervju
- ⇒ Utarbeide rapport
- ⇒ Presentere funn og anbefalinger

1.2 Metodisk tilnærming

RO har i samråd med Båtsfjord kommune gjennomført:

- Åpent møte for medarbeidere hvor 28 møtte
- Intervju med ordfører, helse- og omsorgsstyret, rådmann, økonomisjef, personalsjef, helse- og omsorgssjef, ledergruppa innen omsorg og rådgiver for tjenesteområdet
- Intervju med hovedtillitsvalgte for Sykepleierforbundet, Fagforbundet og ett verneombud
- Intervju med representanter for elderråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Telefonmøte med kommuneoverlege og kommunefysioterapeut
- Gjennomgang av utvalgte KOSTRA-tall og kommunens IPLOS-data
- Gjennomgang av Folkehelsebarometeret 2017
- Gjennomgang av ressursbruken ved sykehjemmet
- Gjennomgang av medarbeiderressurs for alle 3 tjenestestedene innen omsorg, direkte og indirekte brukertid i hjemmetjenesten og tjenesten for funksjonshemmede og pleiefaktor ved sykehjemmet
- Vurdering av utfordringsbildet for helse- og omsorgstjenestene i Båtsfjord kommune

1.3 Bruk og tolkning av registerdata

Båtsfjord kommune har ansvar for å yte nødvendig helsehjelp / omsorgstjenester til de som bor og midlertidig oppholder seg i kommunen. Som mottaker av tjenester er en opptatt av kvalitet og rettferdig tjenestetildeling. Som tjenesteyter skal vi være opptatt av kvalitet og effektiv ressursbruk. Er det en sammenheng mellom kommunens prioriteringer og dens betydning for kvaliteten? Er det en sammenheng mellom kostnader og kvalitet? Målet må være at data som registres brukes aktivt til å forstå og til å planlegge.

⁸ Med tjenesteprofil mener RO hvordan en kommune har innrettet sin omsorgstjeneste sammenlignet med øvrige norske kommuner.

⁹ Aldersbæreevne. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år

¹⁰ Antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over

2. Bakgrunn

Slik RO forstår bestillingen vil hovedtyngden i arbeidet ligge i analyse som grunnlag for videre strategiutvikling. Dette vil innebære og legge grunnlag for arbeid med framtidig innretning, finne en god balanse mellom de ulike tjenestene for å sikre kvalitet, helhet og fleksibilitet i tjenesten.

Gjeldende sektorplan ble utarbeidet i 2011 og ble gjort gjeldende fra 2012. Hovedmålet var: *«Sektorens hovedmål er å gi innbyggerne gode tjenester og legge til rette for at menneskers egne ressurser, behov og ønsker blir vektlagt, slik at den enkelte kan opprettholde et høyt trivsels- og funksjonsnivå gjennom tjenester av høy kvalitet og gjennom nødvendig samarbeid med kommuner og helseforetak».*

RO stiller spørsmål om dette er de føringene som det faktisk er arbeidet etter?

Båtsfjord kommune har ikke utarbeidet ei skisse til omsorgstrapp/tjenestetrapp¹¹. Hensikten med ei slik trapp skal være å sikre balansen mellom forebygging, supplerende tilbud, ulike helsetjenester, hjemmetjenester, omsorgsboliger (med og uten heldøgns tjenestetilbud) og sykehjem. For å møte framtidens behov er det viktig å møte tjenestemottakernes reelle behov og ivareta kommunens behov for en bærekraftig¹² ressursinnsats. Ei omsorgstrapp skal danne grunnlaget for framtidig innretning og dimensjonering. Spørsmålet som anbefales å bli stilt er: er tiden inne for å klarstille hvilken praksis som må etableres med tanke på framtidige utfordringer? "Trappeløsningen" betyr at vi kan bevege oss både oppover og nedover. I arbeidet med ny sektorplan vil framtidig innretning, «trappeløsning» være et sentralt tema.

Med bakgrunn i nasjonale og lokale føringer gir analysen av nå-situasjonen et grunnlag for å konkretisere utfordringsbildet for tjenesteområdet framover. Utfordringene handler om innbyggernes tjenestebehov, innretning og grad av samhandling, demografiske forhold, og framtidige muligheter. På bakgrunn av dagens status, framtidige utfordringer og muligheter, må ulike strategiske valg vurderes og danne grunnlag for planlegging av framtidige tjenester og derved gjeldende praksis. I hele dette arbeidet vil vurderinger av hva som gir kostnadseffektive og kvalitativt gode tjenester være førende. Dette er noe Båtsfjord kommune ønsker innspill på.

Slik RO har forstått det, mangler Båtsfjord en oppdatert kommuneplan (samfunnsdelen). Gjeldende kommuneplan ble utarbeidet for tidsperioden 2004-2015.

¹¹ Et tjenestetilbud som reflekterer den enkeltes behov og viser hvordan økende behov møtes med økende tjenestetilbud og motsatt.

¹² Bærekraftig utvikling er en samfunnsutvikling som imøtekommer dagens konsumbehov uten å forringe mulighetene for kommende generasjoner til å få dekket sine

3. Hva påvirker utforming av framtidige tjenester

3.1 Demografiske forhold

RO vil her se på noen sentrale nøkkeltall for den demografiske utviklingen i Båtsfjord kommune. Disse nøkkeltallene kan gi et bilde av hvordan omsorgstjenesten bør innrette seg for å møte framtidens befolkningssammensetning. Nøkkeltallene handler om befolknings-framskriving, aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient (givere):

- ⇒ Befolkningsframskriving: Gjennom framskriving (prognose) av folketallet ser vi hvordan utviklingen i de ulike aldersgrupperingene kan utvikle seg.
- ⇒ 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 og omsorgstrengende eldre.

Ved å framskrive folketall, aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisienten kan kommunen danne seg et bilde av hvordan helse- og omsorgstjenesten bør innrette seg for å møte framtidens behov hos sine innbyggere (se kapittel 4).

3.1.1 Helse hos eldre i Norge

RO har her valgt å si noe om helse hos eldre. Årsaken til dette er at Båtsfjord kommune står overfor en kraftig vekst i antall innbyggere 80 år og eldre (se kapittel 4.6.1). En vekst som vil utfordre kommunen som myndighetsutøver. Samtidig viser rapporten om folkehelsen¹³ andre utfordringer som også krever handling.

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

Noen 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 demens ved at det blir 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

¹³ Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (2017-2020)

I henhold til Folkehelserapporten for 2016 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-åringene innen utgangen av dette århundret.
- ⇒ Antall 90-åringene 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. Kreftrisikoen 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.

Det finnes ingen nasjonale studier som kan brukes til å gi et presist estimat for forekomsten av demens i Norge. Ved å bruke data fra studier i andre europeiske land, har Alzheimer Europe kommet fram til at forekomsten av demens i Norge var 77 158 personer i 2012. Mange av studiene baserer seg på antall som har fått en demensdiagnose. Men i mange land, også i Norge, er en betydelig andel av personer med demenssykdom ikke diagnostisert. Dette gjør at estimatet trolig er for lavt. I Norge har vi gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. Om lag 84 % av de som bor i sykehjem har demenssykdom, og over 40 % av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester har demens. Hvis vi slår sammen disse tallene, er det i dag om lag 71 000 personer med demens blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsbeboere. Vi har dessverre ingen anslag for hvor mange som har demens i resten av befolkningen, men tallet på tjenestemottakere med demens indikerer at anslaget fra Alzheimer Europe heller er for lavt enn for høyt¹⁴.

Andelen med demens øker med økende alder. Ut fra statistiske tall har RO forsøkt å beregne (statistisk) antall personer i Båtsfjord med demenssykdom for perioden 2017 til 2040, se tabell 1.

¹⁴ Demensplan 2020; Et mer demensvennlig samfunn

Andel med demens i ulike aldersgrupper. Kilde: (Engedal, 2009; Helsedirektoratet, 2014)					
Aldersgruppe	Andel (prosent)	Antall 2017	Antall 2020	Antall 2030	Antall 2040
65-69 år	1	1 (147)	1 (150)	1 (141)	2(162)
70-74 år	2	2 (105)	2 (123)	3 (126)	3 (162)
75-79 år	6	4 (65)	4 (70)	7 (124)	7 (120)
80-84 år	18	8 (42)	8 (46)	16 (89)	17 (97)
85-89 år	32	7(22)	8 (26)	12 (38)	23 (71)
90 år og eldre	41	3 (8)	5 (12)	7 (16)	15 (36)
SUM		25	28	46	67

Tabell 1: Andel av demenssykdom i ulike aldersgrupper (grunnlag Statistisk sentralbyrå (SSB) som bygger på middels nasjonal vekst (MMMM alternativet). Alle tall er avrundet til hele tall. Tall i parentes er totalt antall innbyggere i de respektive aldersgruppene.

Sykdommen demens gir svekket hukommelse, særlig for det som har skjedd i nær fortid. I tillegg gir demens redusert evne til abstrakt tenkning og dårlig kontroll over følelsene. Sykdommen kan ikke kureres. De samme risikofaktorene som er knyttet til hjerte- og karsykdommer, slik som fysisk aktivitet og kosthold, er også knyttet til demens. Dette gir håp om forebygging. Likevel må vi regne med en kraftig økning i utbredelse som følge av økende levealder.

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 demens.

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 demens 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 demens.

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 demens 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 demens opplever stor belastning relatert til det å ivareta omsorgen for sitt familiemedlem. Sorgprosesser, søvnangel, økt isolasjon og depressive symptom er ikke uvanlige konsekvenser hos pårørende. Det vil være av avgjørende betydning at personer med demens 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 2002i 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 2020 er regjeringens 5-års plan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Planen beskriver seks hovedutfordringer:

- Det er lite oppmerksomhet på forebygging av risikofaktorer for å utvikle demens.
- Det mangler kunnskap og kompetanse om demens i samfunnet, i tjenestene og blant pårørende og personer som selv har demens.
- Mange får diagnose sent og det er lite oppfølging etter at diagnosen er satt.
- Det er manglende tilbud om aktivitet og for lite avlastning og støtte til pårørende.
- Tjenestetilbudet er for dårlig tilpasset personer med demens.
- Personer med demens og deres pårørende er for lite involvert i avgjørelser som angår dem



Et av tiltakene er å lovfeste plikten for kommunene å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, 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 et slikt tilbudet velkjent og på den måten trygt. Oppholdet vil kunne gi pårørende tid og mulighet til egenpleie.

3.2 Politiske forhold

3.2.1 Sentrale føringer som vil ha innvirkning:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (gjeldende fra 01.01.12) inneholder en rekke forskrifter som regulerer driften. Det samme gjelder Folkehelseloven og andre lover. Tjenestene er stadig gjenstand for ulike statlige tilsyn.

Gjennomføring av Samhandlingsreformen 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.

Samhandlingsreformen 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.

7. mai i 2015 la regjeringen fram ei ny stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26- 2014- 2015). Regjeringen har som mål å skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «*Ingen beslutninger om meg, tas uten meg*». For å oppnå dette kreves endringer. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Samhandlingsreformens utfordrings- og målbilde er bredt forankret i Stortinget. Med reformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Gjennom meldingen om fremtidens primærhelsetjeneste skal kommunen i større grad sikre aktiv medvirkning gjennom å innrette tjenestene i dialog med tjenestemottakerne.



Den 18. juni i 2015 ble utkast til *Demensplan 2020* sendt ut på høring. Planen ble lagt fram 2. 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 2016 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 kommunen.

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten¹⁵ ble 1.1.2017 erstattet av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. 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.

¹⁵ Forskrift nr. 1731 datert 20.12.2020

3.2.2 Regionale føringer:

Det er viktig at kommunene som myndighetsutøver/tjenesteyter ser som konsekvens av utviklingen av nye behandlingsmetoder, tjenester og løsninger, 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 Helseforetaket, men de kan ikke alene løse utfordringene Båtsfjord kommune står overfor. I tiden som kommer kan det bli aktuelt å måtte vurdere framtidige samarbeidsløsninger med andre kommuner.

4. Status – dagens helse- og omsorgstjenester i Båtsfjord kommune

4.1 Tjenesteprofil

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har RO gjennomført en studie av mønstre i innretningen av norske kommuners omsorgstjenester¹⁶. RO har benyttet metoden fra dette arbeidet til å sammenligne Båtsfjord kommune sin tjenesteprofil med andre kommuner.

Tjenesteprofilen for Båtsfjord beskrives ved at kommunen plasseres i en desil (ti-del) av norske kommuner som har samme verdi på faktorene som nevnt under. Dersom Båtsfjord befinner seg helt på topp mht. andel som mottar hjemmetjenester får de score 10 (den tidelen av norske kommuner som scorer høyest på denne faktoren). Befinner Båtsfjord seg i den tidel av norske kommuner som scorer nest lavest på institusjonsorientering vil de være plassert i andre desil.

Forholdene som beskriver tjenesteprofilen er:

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

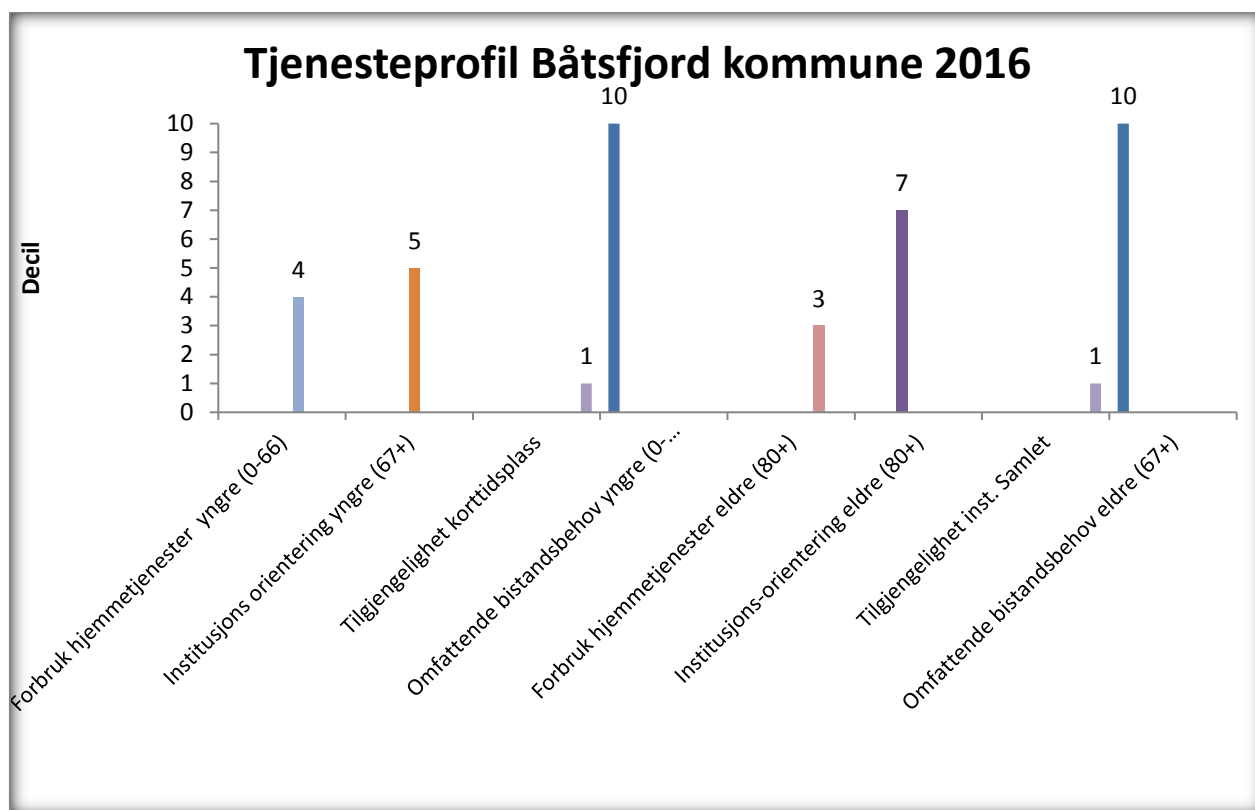
Med tjenesteprofil mener RO hvordan en kommune har innrettet sin omsorgstjeneste sammenlignet med øvrige norske kommuner. Figur 1 på neste side viser tjenesteprofilen for Båtsfjord kommune. Denne er en indikasjon på at kommunen har et lavt forbruk av hjemmetjenester til yngre (0-66 år). Båtsfjord er her blant den ti-delen av norske kommuner som har fjerde færrest mottakere i denne aldersgruppa hjemmetjenester (desil 4). Når det gjelder for hjemmetjenester til eldre (80 år og over) er det kun 20 % av norske kommuner som skårer lavere. Båtsfjord er plassert inn i 3. desil. Når det gjelder grad av institusjonsorientering (67 år og eldre) ligger kommunen midt på (5. desil) og i 7. desil når det gjelder institusjonsorientering eldre 80 år og over. Samtidig viser tjenesteprofilen at kommunen skårer lavest når det gjelder tilgjengelighet på korttids plasser (1. desil). Andel korttids plasser er her vurdert som antall utskrivninger og ikke den prosentvise andelen som innrapporteres til Statistisk Sentralbyrå (SSB). For å sikre at utskrivningsklare pasienter får et godt kvalitativt tilbud nær hjemmet, er kapasiteten på korttids plasser i kommunale sykehjem en kritisk faktor¹⁷.

Oppsummert: Jeg har lagt inn tallene, men sannsynligheten for at dette ikke stemmer er overveldende. Ingen kommuner i Norge er i nærheten av å ha så mange med omfattende bistandsbehov som her er

¹⁶ 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.

¹⁷ Rapport IRIS -2014/382 – Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

oppgitt. Kommunen oppgir at de er usikre, men at det kan se ut som tallene stemmer. RO anbefaler derfor at figuren leses uten grafen som viser omfattende bistandsbehov yngre (desil 10) og eldre (desil 10).



Figur 1. Tjenesteprofil Båtsfjord kommune

Nyere forskning innen pleie- og omsorgstjenestene¹⁸ 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 gruppen 80 år og over, på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. I Båtsfjord er andelen 15,7 %. Til sammenligning er kommunetallene for henholdsvis Vardø 15,8 %, Skjervøy 12,1 %, Frøya 18,6 %. Tilhørende kostragruppe og landet utenfor Oslo er henholdsvis 14,8 % og 13,0 %. Andre kommuner har få sykehjemsplasser for langtidsopphold, de sykehjemsplassene kommunen rår over brukes som korttids plasser for behandling og rehabilitering, og med en gjennomsnittlig botid på bare noen uker.

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 en kommune bruker på omsorgstjenester (Hjelmbrekke med flere 2011). Kommuner som

¹⁸ 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.

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) finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrække med flere (2011)¹⁹ finner at kommuner med ansatte hvor andelen med relevant høgskoleutdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrække finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler".

4.2 Bemanning og pleiefaktor

Pleiefaktor er et tall som angir forholdet mellom antallet registrerte årsverk i pleien og antall beboere eller pasienter. Dersom det er 20 årsverk i en institusjon som har 20 pasienter er pleiefaktoren 1,0. Dersom det er 18 årsverk i den samme institusjonen, er pleiefaktoren 0,9.

RO viser her til egen rapport når det gjelder bemanningssituasjonen innen hjemmebasert tjenester og sykehjemmet inklusive sykestua oversendt kommunen 2. mars 2017. RO har i etterkant av denne rapporten innhentet opplysninger om bemanningssituasjonen ved sykehjemmene i kommunene Vardø, Kautokeino, Karasjok, Gamvik, Lebesby, Tana, Berlevåg, og Nordkapp. Dette er alle kommuner som har sykestuefunksjoner. Tabell 2 og 3 viser type tjenester og bemanning.

¹⁹ Hjelmbrække, S., Løyland, K., Møller, G., og Vardheim, I. (2011): Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.

Kolonne- nummer (K)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KOMMU NE	Sum plass er	Skjerm et avd. ikke i K1	Sum årsv.	Årsv spl. i K2	Pleiefakt or = K3/K1	Forskj ell årsv	Korttid s-plass i K1	Sykestu e-plass i K1	Poliklinis k virksomh et	Legevak t-telf
Båtsfjord	11	ja	13,49	8,5 (63 %)	1,23		1	2 derav 0,27 KAD	Tilsv. 0,21 spl. stilling	ja
Vardø	27	ja	21,5	9 (42 %)	0,8	4,7	4	2 derav 0,3 KAD	nei	ja
Kautokei no	21	nei	21,93	10,2 (47 %)	1,04	2	4	3 derav 0,3 KAD	nei	Ja
Karasjok	22	nei	23,1	12 (52 %)	1,05	1,9	0	4 derav 1 KAD	nei	ja
Gamvik	15	nei	17 (?)	?	0,88	3,8	4	1	ja, varierer	nei
Lebesby	18	ja, delvis	21,5	7,1 (33 %)	1,19	0,4	1	1 derav 0,2 KAD	Tilsv. 0,56 spl. stilling	nei
Tana	21	ja	23,82	9,25 (39 %)	1,13	1	3	2 derav 0,4 KAD	nei	ja
Berlevåg	12	ja	16,12	8,15 (51 %)	1,34	-1,2	3	1	Tilsv. 0,53 spl. stilling	Ja
Nordkapp	32	ja	36,7	9,85 (27 %)	1,15	0,9	6	3 derav 0,44 KAD	ja, varierer	ja

Tabell 2. Sammenligning av sykehjem med sykestuefunksjoner

Kolonnenummer (K)	1	3	4	5	6
KOMMUNE	Sum plasser	Sum årsv	Årsv spl i K3	Pleiefaktor = K3/K1	Forskjell årsv
Båtsfjord kommune	9	9,29	0	1,03	
Vardø kommune	7	6	0	0,9	1,4
Tana kommune	7	7,89	0,21	1,13	-1
Berlevåg kommune	5	5,85	0,31	1,17	-1,3
Nordkapp kommune	9	9,8	2	1,09	-0,5

Tabell 3. Sammenligning av bemanningssituasjonene i kommuner med skjerma tilbud til personer med demenssykdom

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 (0,85-0,90). Forskning har heller ikke påvist direkte sammenheng mellom pleiefaktor og kvalitet.

RO har i samtaler og i møte med medarbeiderne fått uttalelser som støtter mulighetene til å utnytte ressursene bedre. Se kapittel 4.7 punkt 3.

4.3 Kompetanse og rekruttering

Båtsfjord kommune bør ha større fokus på å sikre nødvendig kompetanse og hvordan denne nyttes. Dette 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 og flere ansatte over på større stillingsandeler.

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 kunnskapen²⁰. 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 affektiv²¹ 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)²² 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.

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.

²⁰ Det vil si kunnskap det er vanskelig å sette ord på og reflektere direkte over. Dette gjelder også for de andre kompetansekompomentene som holdninger, evner og ferdigheter.

²¹ Det vil si mindre stolthet og glede over å jobbe i organisasjonen (Erdogan og Bauer 2009; Lai og Kapstad 2009; m.fl)

²² 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».

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 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.

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 medarbeiderne 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.

I diagrammet 1 under vises andel årsverk i brukerretta tjenester og nivå på fagutdanningen innen pleie- og omsorgstjenestene. Andelen årsverk i brukerretta tjenester med fagutdanning er litt høyere i Båtsfjord kommune enn i kommunene Vardø og Skjervøy, men lavere enn Frøya, tilhørende kostragruppe og landet uten Oslo. Ser vi på andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole er det kun snittet i landet uten Oslo som ligger lavere. Når det gjelder andel med fagutdanning fra høyskole/universitet er det kun snittet for landet uten Oslo som er høyere enn Båtsfjord.

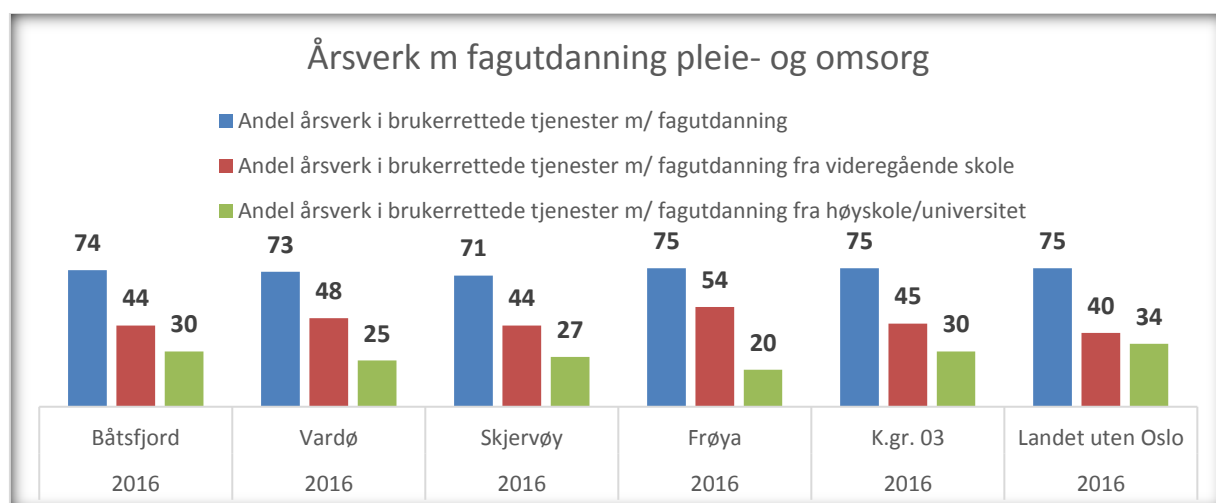


Diagram 1. Sammenligning årsverk med fagutdanning pleie- og omsorgstjenesten. Kilde: SSB 2016

Innen pleie- og omsorgstjenestene i Båtsfjord har en stor andel medarbeidere i brukerretta tjenester fagutdanning. Kommunen har ikke en overordna strategisk Kompetanse- og rekrutteringsplan. For å sikre nødvendig kompetanse i framtid bør en slik plan utarbeides. Det som da blir viktig, er at en slik plan er målretta. Med kompetanseplan mener RO plan for rekruttering, plan for kompetansetiltak, kompetanseutvikling og mobilisering samt læringsmiljø og kompetansedeling.

Det er avgjørende for en effektiv drift framover å arbeide med egen kompetanse og sørge for en stabil rekruttering der ny kompetanse må anskaffes og anvendes. 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. Dette fordrer en sunn fleksibilitet.

4.4 Turnus og arbeidstid

Det er etablert egne turnuser for sykehjemmet/sykestua, hjemmetjenesten inklusive Alderspensjonatet, Fjellheimen og tjenesten til personer med nedsatt funksjonsevne. Det er etter det RO forstår «tradisjonelle» turnuser med en del deltidsansatte og kortvakter. Bemanningen vurderes av RO til å være mere romslig innen hjemmebaserte tjenester sammenliknet med annen virksomhet RO har vært inne i. Det samme gjelder sykehjemmet.

Deltid og tradisjonell turnus gjør i seg selv driften sårbar med hensyn til kompetanse og kontinuitet overfor brukere, pasienter og ansatte.

Hvor godt en klarer å bemanne helg og hvor godt en klarer å bruke kompetansen riktig, henger blant annet sammen med hvilke arbeidstidsordninger som er valgt. En forutsigbar og robust arbeidstidsordning skal ivareta flere behov. **Den skal ivareta beboernes behov for kvalitet og kontinuitet, medarbeidernes behov jamfør lov og avtaleverk og den skal være ressurseffektiv og innenfor gjeldende økonomiske ramme.**

RO anbefaler at gjeldende arbeidstidsordning tas opp til vurdering og at det gjøres forsøk med alternative arbeidstidsordninger. RO har god kjennskap til de seinere års forsøk med bruk av lange vakter i pleie- og omsorgstjenestene og vil spesielt anbefale å vurdere en slik ordning. Med langturnus menes et bredt spekter av arbeidstidsordninger der arbeidstakerne jobber lange vakter flere dager i strekk, etterfulgt av friperioder. I arbeidstidslitteraturen brukes gjerne begrepet «komprimert arbeidstid» (Olberg 2010). Mange av langvakt-turnusene som er innført i pleie- og omsorgssektoren de siste årene er satt opp med to vaktskift i døgnet. De mest komprimerte langturnusvariantene, inklusive heldøgn-turnus har de mest tilfredse medarbeiderne og disse er nesten utelukkende heltidsansatte. Disse turnusene er også gode for brukerne. Langturnus som kun benyttes i helg har ikke like store effekter. En del av disse turnusene fraviker Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser og krever en mer omstendelig saksbehandling før de kan godkjennes.

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

4.5 Heltidskultur

Bemanningen i pleie- og omsorgstjenestene i Båtsfjord er som følger:

Tjenestested	Årsverk i direkte tjeneste ²³	Antall ansatte	Heltidsansatte
Sykehjemmet/sykestua	13,49	15	12 (80,0 %)
Hjemmetjenesten/Alderspensjonatet	13,33	14	9 (64,9 %)
Fjellheimen	9,29	11	2 (18,18 %)
Tjenestene til funksjonshemmede	21,62	26	5 (19,23 %)
Legetjenesten (leger) ²⁴	2,2+2 turnusleger	3+4 turnusleger	2+2 turnusleger
Legetjenesten (hjelpepersonell)	3,33	5	1
Kommunale fysioterapeuter	1	1	1 (100 %)
Private fysioterapeuter	1,50	2	0

Tabell 4. Bemanningsoversikt Båtsfjord kommune. Kilde: Båtsfjord kommune

²³ Omfatter budsjetterte årsverk og vakanser. Ledere kommer i tillegg

²⁴ 2 årsverk turnusleger = 4 personer turnusleger/år. Konstituert kommuneoverlege inngår i legetallet.

Som det går fram av tabell 4 er dette en tjeneste hvor det er stor forskjell på andel heltidsansatte. Ved sykehjemmet/sykestua har 12 av 15 medarbeidere 100 % stilling, dvs. 80 %. Hjemmetjenesten inklusive alderspensjonatet har også mange medarbeidere i 100 % stilling, mens Fjellheimen og tjenesten til funksjonshemmede har lav andel medarbeidere i 100 % stilling. Lederstillingene kommer i tillegg og utgjør 100 % på sykehjemmet/sykestua/Fjellheimen og åpen omsorg, mens tjenesten til funksjonshemmede har en 60% lederstilling.

I en rapport fra programmet "Saman om ein betre kommune"²⁵ tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet.

«Både partene i arbeidslivet og myndighetene er enige om å normalisere heltidsarbeid, og redusere omfanget av deltid. Dette fører til at arbeidstakerne ikke lenger er alene om å definere «uønsket deltid». Dette følger av at både arbeidsgiverinteresser og brukerinteresser kan oppfatte deltid som uønsket der ansatte har ment at det har vært ønsket. I et arbeidsgiversperspektiv gir deltidsstillinger muligheter for såkalt numerisk fleksibilitet. Det betyr at arbeidskraften tilpasser seg variasjoner i arbeidsbehovet og varierer arbeidstid og arbeidsmengde deretter. Ulempen er at små stillinger kan skape problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Arbeidsplasser som ikke kan tilby hele stillinger, svekker både bransjen og fagets omdømme blant fremtidige utdannings- og arbeidssøkere. De små stillingene stjeler også ressurser fra ledere og erfarne kollegaer som kunne ha vært brukt mer produktivt. For å unngå disse ulempene kan arbeidsgivere fremme den såkalte funksjonelle fleksibiliteten, eksempelvis ansatte som varierer arbeidsoppgaver og arbeidstid slik at jobbinnholdet varierer.»

Forholdet mellom arbeidstid og tjenestekvalitet har lenge stått i skyggen av spørsmål om arbeidstakerrettigheter og arbeidsgivers fastlønnsutgifter. I den senere tids debatt er også kvalitetsperspektivet i ferd med å stå fram som det kanskje viktigste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordninger i pleie- og omsorgssektoren. I Fafo-rapporten Heltid-deltid – en kunnskapsstatus (2013)²⁶, hevdes det at:

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

Rapporten viser til tiltak for å redusere omfanget av små stillinger og uønsket deltid. De fleste tiltak for å gi ansatte større stillinger i helse- og omsorgssektoren har skjedd uten organisatoriske grep. Det vil si uten å endre arbeidets organisering, fordeling av arbeidsoppgaver eller organisering av arbeidstiden. Uten å gjøre noe med disse rammebetingelsene for deltidsstrukturen har dette ikke ført til annet enn sporadiske resultater for enkelte ansatte. Tiltak uten organisatoriske

²⁵ KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

²⁶ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27. ²⁶ KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

²⁶ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

endringer har f.eks. vært å tilby økt formal- eller realkompetanse til ansatte for blant annet å kunne få nye arbeidsoppgaver eller gå inn i nye roller.

Jobbing på tvers av tjenestesteder er en annen måte å benytte de ansattes ressurser mer fleksibelt ved å øke den ansattes oppgavebredde. Svært mange kommuner oppgir å ha forsøkt kombistillinger som ledd i arbeidet med å redusere uønsket deltid. Men det har ikke gitt nevneverdige resultater. Mange ledere opplever at ansatte ikke vil ha større stilling (likevel) dersom det forutsetter ulike former for kombijobbing. Tilbud om opplæring og kompetanseutvikling og ledere med gode motivasjonsevner kan komme godt med. Kommunen har et arbeidskraftpotensial som ikke utnyttes eller som utnyttes på en kostnadsdrivende og lite forutsigbar måte. Mange deltidsstillinger har mange negative konsekvenser, både for brukerne, den ansatte selv, kolleger og for ledelsen.

RO kan ikke uttale seg om i hvor stor grad det er jobbet aktivt for å etablere en heltidskultur i tjenesten. I flere av intervjuene RO har gjennomført blir det imidlertid ytret klare ønsker om å arbeide mer målrettet med å få etablert en kultur med større stillinger, bort med korte vakter mm. Det vil si heltidskultur.

RO vil påpeke at det å etablere en heltidskultur er særdeles viktig for å kunne yte gode tjenester og for å sikre framtidig rekruttering til de mest sårbare tjenestene i kommunen. Dessuten gir det erfaringsmessig bedre kvalitet og større kostnadseffektivitet.

4.6 Demografisk utvikling

Når RO skal beregne befolkningsutviklingen i Båtsfjord kommune, vil den basere seg på prognoser utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB). Slike framskrivninger er forbundet med usikkerhet og må tolkes deretter.

Tabellen under viser befolkningssammensetningen i 2016.

	Båtsfjord	Vardø	Skjervøy	Frøya	Kostra- gruppe 03	Finnmark	Landet uten Oslo
Andel 0 åringer	1,1	0,6	1,4	1,2	1	1,1	1,1
Andel 1-5 år	5	4,2	5,2	6,3	5,2	5,2	5,8
Andel 6-15 år	10,5	8,1	10,7	10,3	11,7	11,7	12,3
Andel 16-18 år	3,4	3,1	4	3,7	3,9	4,1	3,9
Andel 19-24 år	7,9	7,5	9,3	7,6	7,5	8,6	7,8
Andel 25-66 år	58,2	57,1	50	56	52,7	54,6	54
Andel 67-79 år	10,8	13,7	14,6	9,8	12,5	10,9	10,8
Andel 80 år og over	3,1	5,7	4,8	5,2	5,5	3,9	4,4

Tabell 5: Prognose for befolkningsframskrivning for ulike aldersgrupper samt totalbefolkningen i Båtsfjord kommune de neste årene. Kilde: SSB 1.1.2017, hovedalternativ MMMM

Tabell 5 viser befolkningssammensetningen i prosent i 2016. Båtsfjord hadde størst andel i aldersgruppa 25-66 år og færrest i aldersgruppa 80 år og over.

4.6.1 Befolkningsframskriving

Tabell 6 viser antall innbyggere i ulike aldersgrupper samt den totale befolkningen i Båtsfjord kommune i tidsperioden 2017 til 2040. RO har i rapporten benyttet middels nasjonal vekst (MMMM alternativet). Tabell 12 (side 61) viser framtidige kostnader bygger på MMMM- alternativet forutsatt drift som i dag.

Aldersgrupper	2017	2020	2025	2030	2035	2040	Differanse 2017-2040
0-19 år	470	446	435	446	458	464	-6
20-66 år	1437	1451	1452	1436	1419	1397	-40
67-79 år	250	279	318	334	347	385	+135
80-89 år	64	72	84	127	161	168	+104
90 år eller eldre	8	12	14	16	20	36	+28
<i>Totalt antall innbyggere</i>	2229	2260	2303	2359	2405	2450	+221
<i>Sum innbyggere 80 år og eldre</i>	72	84	98	143	181	204	+132

Tabell 6: Prognose for befolkningsframskriving for ulike aldersgrupper samt totalbefolkningen i Båtsfjord kommune de neste årene. Kilde: SSB 1.1.2017, hovedalternativ MMMM

Dersom denne prognosen (tabell 3 alternativ MMMM) blir en realitet, øker folketallet litt i hele tidsperioden.

- Aldersgruppa 0-19 år har en liten nedgang fram mot 2025, deretter en liten økning. Samla for hele perioden en liten nedgang.
- Aldersgruppa 20-66 år har en liten økning fram mot 2025, deretter en litt større nedgang i resten av tidsperioden.
- Aldersgruppen 67-79 øker jevnt i hele tidsperioden.
- Aldersgruppen 80-89 øker jevnt i hele tidsperioden.
- Aldersgruppen 90 år og eldre øker jevnt i hele tidsperioden.

Tabell 3 viser at ifølge SSB sine prognoser vil antall innbyggere 80 år og eldre øke markant fram mot 2040. Fra 72 innbyggere i 2017 til 143 innbyggere i 2030. Deretter vil antallet stige til 204 fram mot 2040. Det vil si en økning med 132 innbyggere fra 2017 til 2040. I dag utgjør antall innbyggere 80 år og eldre 3,23 %. I 2030 har andelen steget til 6,06 % og i 2040 8,32 %.

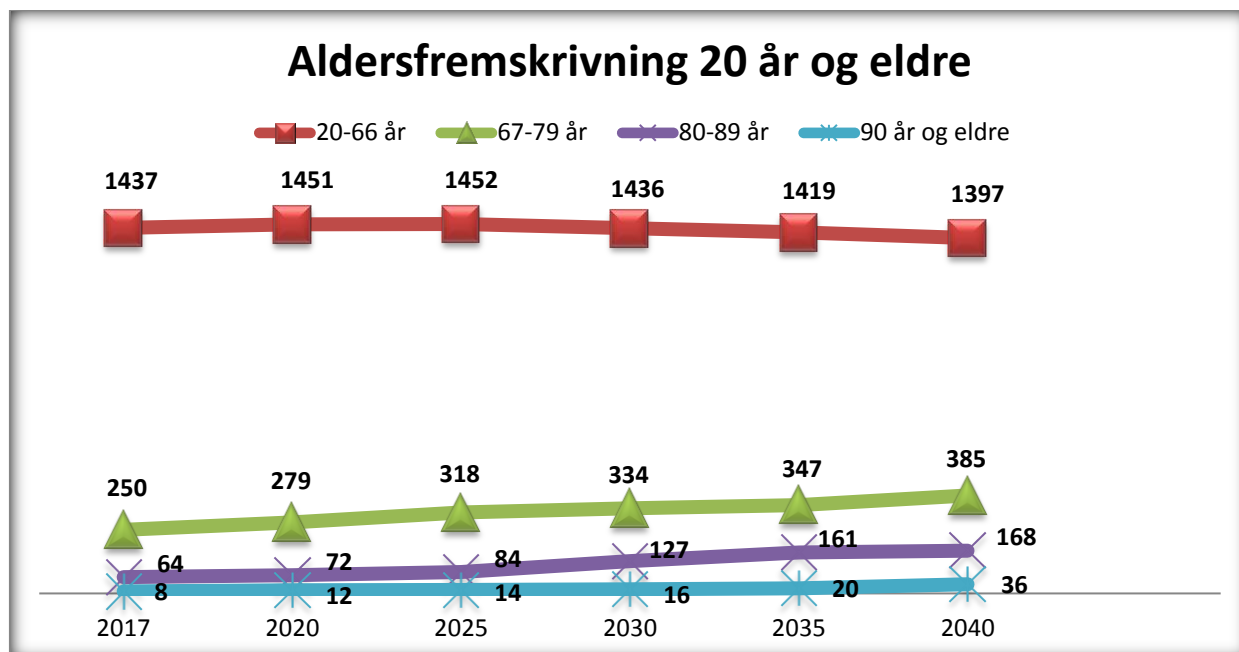
For perioden 2017 til 2030 vil antall i yrkesaktiv alder (20-66 år) være tilnærmet det samme. Videre fram mot 2040 får vi en reduksjon. For hele perioden viser prognosen en reduksjon med vel 40 personer. Den yrkesaktive andelen reduseres fra 64,46 % i 2017 til 61,55 % i 2030 og 57,02 % i 2040.

I 2016 var antall registrerte innbyggere som mottok sosialhjelp i aldersgruppa 20-66 år 5,9 %. Det vil si at av 1437 personer mottok 85 sosialhjelp.

Når det gjelder andel mottakere av uføretrygd (18-67 år) var andelen per 31.12.2016 i Båtsfjord 10,1 %. I Vardø 13,5 %, Skjervøy 14,3 %, Frøya 11,1 % og landet uten Oslo 9,5 %²⁷.

Figur 2 under viser aldersframskrivning for aldersgruppene 20 år og eldre basert på SSB sine prognoser.

²⁷ Kilde: NAV, Mottakere av uføretrygd og som andel av befolkningen. Kommune. Pr. 31.12.2014-2016



Figur 2: Befolkningsfremskriving for aldersgruppene 20-66 år, 67-79 år, 80-89 år og 90 år og eldre i Båtsfjord kommune de neste årene. Kilde: SSB-MMMM.

Hvilke konsekvenser vil dette få for Båtsfjord kommune på kort og litt lengre sikt? Forutsatt at befolkningsprognosen stemmer vil en økning i antall innbyggere 80 år og eldre riktignok føre til økte rammeoverføringer²⁸. I hvilken grad en økning i antall eldre vil føre til økt behov for tjenester er usikkert, men med en økning jamfør prognosen i antall innbyggere 80 år og eldre må vi anta et endra og økt behov for tjenester. Man kan anta at kommunen får flere med kroniske sykdommer, demenssykdom m.fl., da risikoen for slike sykdommer øker med alderen. Det kan bety flere med behov for ulik bistand. Dette forutsetter at det ikke iverksettes tiltak som har som mål å øke innbyggernes mulighet til å mestre egen situasjon, bo i egen bolig (opprinnelig bolig / omsorgsbolig-bofellesskap), satsing på hverdagsmestring, forebygging og en bevisstgjøring av eget ansvar til den enkelte. Slik RO vurderer situasjon er de kortsiktige utfordringene for Båtsfjord kommune;

1. dagens praksis / innretning, tett samarbeid med alle – dvs. helhetlig tenkning og utøvelse
2. evnen til å utnytte handlingsrommet de nærmeste årene for gode innovative løsninger i samhandling med medarbeidere og tjenestemottakerne
3. en enhetlig ledelse som bidrar til helhetlige og sammenhengende tjenester
4. medarbeidere som bidrar aktivt til innovasjon og kontinuerlig forbedring
5. reduksjon i langtidssykefraværet innen pleie og omsorg
6. innbyggernes egeninnsats for en sunnest mulig livsstil

Et forhold som kontinuerlig må vurderes er hvordan yngre, eldre og endret brukerbehov vil virke inn på behov for tilgjengelig kompetanse. Den teknologiske utviklingen og den private velferden vil også være viktige premisser for hvilke tjenester som vil bli etterspurt og være mulig å gi. RO tror økt privat velferd vil føre til økte krav om offentlig velferd.

Som følge av økt levealder og endra alderssammensetting i befolkningen, vil vi måtte påregne at antallet personer med demenssykdom vil øke framover (forutsatt at det ikke blir oppdaget behandlingsformer som kan helbrede, utsette eller redusere sykdommen). Det er viktig å diagnostisere demens og type demens. Dette for å skille dette fra kognitiv reduksjon og svikt som kan opptre ved

²⁸ Forutsatt at dagens finansiering av kommunal sektor / rammetilskuddsordning videreføres. Her er det signalisert en endring fra regjeringen.

normal aldring, somatisk og psykisk sykdom, dårlig ernæring mm. Det er av stor betydning at tjenesten på et tidligst mulig tidspunkt vurderer situasjonen og iverksetter tiltak. Dette vil bidra til god oppfølging av personer med demens og deres pårørende, slik at de kan innrette sine liv etter sykdomsforløpet og delta og medvirke i de avgjørelser som påvirker behandling og tilrettelegging av tjenester.

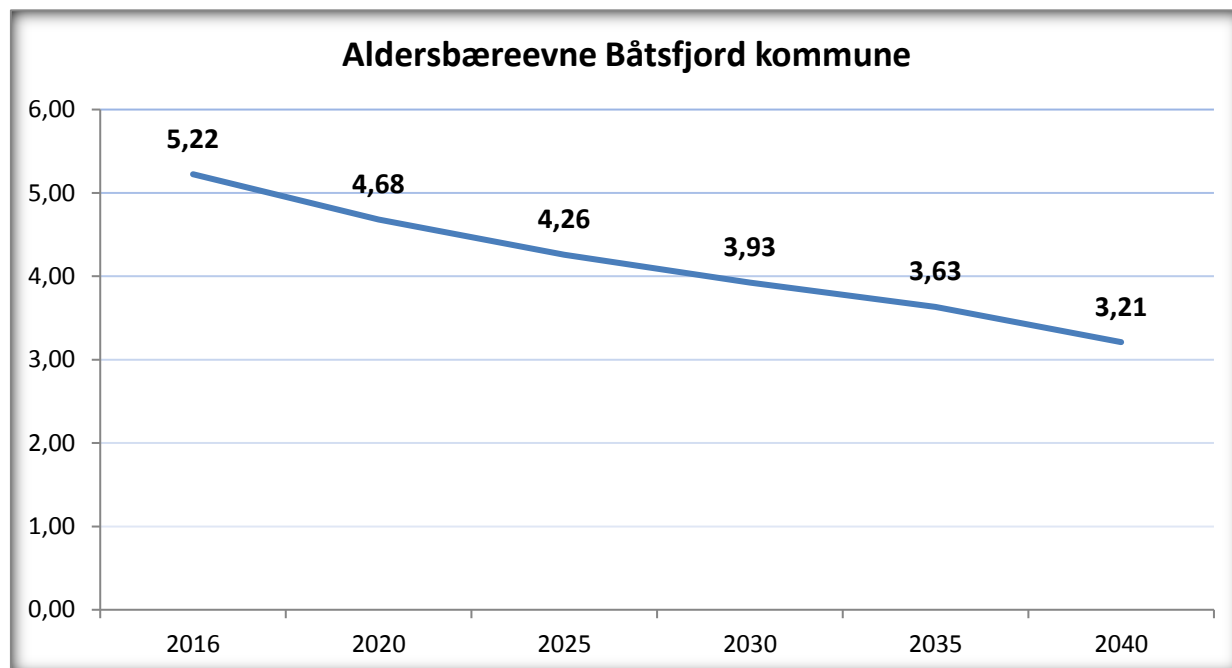
En annen viktig problemstilling er hvordan dette vil påvirke hele helse- og omsorgstjenesten i kommunen når antall eldre øker mer enn antall yrkesaktive personer i aldersgruppen 20-66 år som skal sørge for inntekter, bosettingsgrunnlag, helse- og omsorgstjenester og andre tjenestetilbud for kommunens innbyggere (se figur 3 og 4). RO gjør imidlertid oppmerksom på at slike prognoser er forbundet med stor usikkerhet.

Hvilke utfordringer står Båtsfjord kommune overfor når vi knytter dette opp mot flere eldre på litt lengre sikt og færre i yrkesaktiv alder, samtidig som kommunen skal sørge for bærekraftige tjenester? Vil det være mulig for Båtsfjord kommune å videreføre dagens løsninger? I dag er drift av sykehjem i utgangspunktet det mest omfattende og dyreste tilbudet kommunen gir. Og hvor det er driftsutgiftene som utgjør den største økonomiske utfordringen over tid, ikke anleggskostnadene.

Etter RO sine vurderinger er det derfor viktig at kommunen nå vurderer tiltak som kan fungere som "sykehjems-utsettende". I henhold til innrapporterte KOSTRA-tall 2016 koster en sykehjemsplass i Båtsfjord vel 1,47 millioner kroner (korrigerte brutto driftsutgifter). Og at 58,2 % av tilgjengelig økonomiske midler innen pleie og omsorg brukes her. Det vil si at kommunen har en klar institusjonsorientert tjenesteinnretning. Det er derfor viktig å komme fram til kostnadsoptimaliserende og kvalitative løsninger som fungerer på en slik måte at innbyggerne kan bli boende hjemme eller på et lavere omsorgsnivå lengre. Det vil si å utvikle tilbud som styrker egenomsorgen. Nye og nødvendige løsninger forutsetter tiltak som påvirker hele tiltakskjeden og må løses ved felles innsats.

Hva betyr dette for framtidig innretning av kommunens måte å løse helse- og omsorgsutfordringene på og for den enkelte innbygger? RO mener at Båtsfjord kommune må tydeliggjøre dette, f.eks. ved å utarbeide ei helse- og omsorgstrapp / tjenestetrapp.

4.6.2 Aldersbæreevne



Figur 3: Aldersbæreevne. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer i Båtsfjord kommune

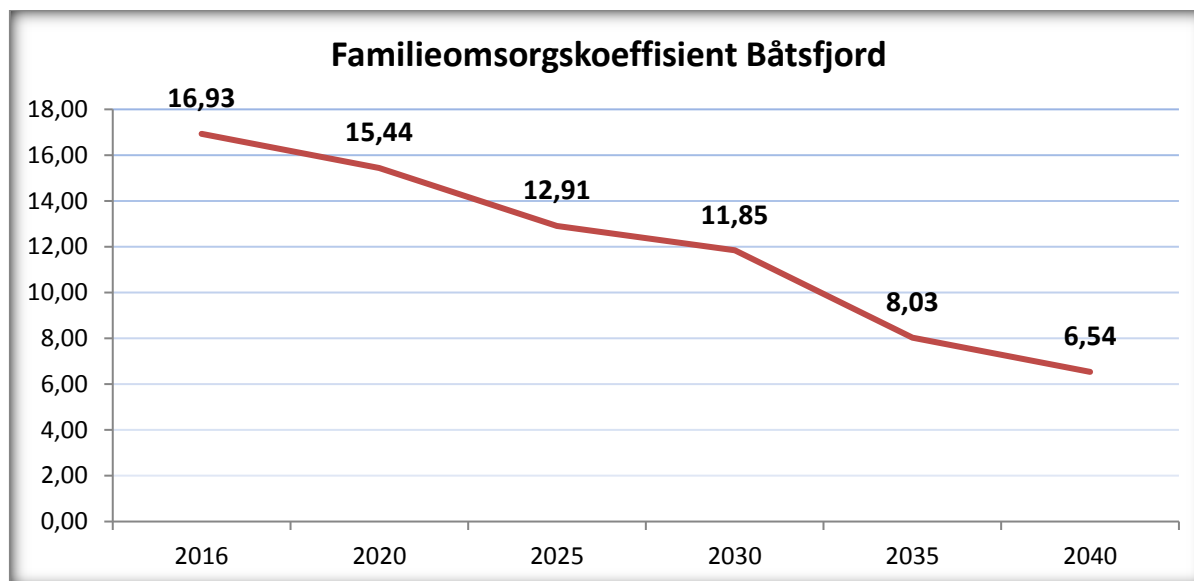
Figur 3 viser at det var 5,22 personer i yrkesaktiv alder per eldre ved årsskifte 2016, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres jevnt fram mot 2040 til 3,21. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000. Aldersbæreevnen på landsbasis reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050. Aldersbæreevnen kan være sterkt påvirkelig av netto tilflytting/raflytting og hvem som kommer/drar. I tillegg kommer de i yrkesaktiv alder som av ulike årsaker har redusert stillingsstørrelse eller ikke er i arbeid. I 2016 mottok 5,9 % i aldersgruppa 20-66 år sosialhjelp i en eller annen form. Aldersbæreevnen påvirkes også av andel innbyggere på uføretrygd og sykefravær.

For finansiering og drift av framtidige helse og omsorgstjenester er forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (20–66 år) og den eldre delen av befolkningen (80 år og eldre), også kalt "aldersbæreevne" viktig.

Et annet forhold er hvor mange private omsorgsytere har Båtsfjord kommunen å spille på lag med framover. Familieomsorgskoeffisienten, det vil si antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over sier oss noe om dette. Figur 4 viser en redusering fram mot år 2040.

4.6.3 Familieomsorgskoeffisient

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 familiemedlemmer.



Figur 4. Antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten) 2015 – 2040

I 2016 hadde Båtsfjord 16,93 personer i aldersgruppen 50-66 år per innbygger 85 år og over. Tallet forventes å synke i hele perioden. I henhold til denne prognosen er det i 2020 15,44 og i 2030 11,85 og i 2040 6,54 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Blir dette en realitet, kan en forvente at personer i høy alder og med omsorgsbehovet har færre «nærpersoner» som bistår dem i framtid.

Endringer i alderssammensetningen er avgjørende for hvor mange familieomsorgsgivere de over 85 år kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Dette er også viktig kunnskap for hvordan tjenestene bør innrettes fram i tid. Fra fokus på behandling til forebygging, egenmestring og egenansvar.

Tar vi utgangspunkt i antatt aldersbæreevne, viser denne at Båtsfjord kommune etter all sannsynlighet får en utfordring når det gjelder å opprettholde dagens tjenestenivå med tilgjengelige personalressurser. I årene som kommer vil dette utfordre kommunen i arbeidet med å ha tilstrekkelig arbeidskapasitet. Derfor blir det viktig å sikre gode relasjoner til pårørende, naboer og all frivillig innsats. Dette vil også utfordre dagens tjenestepraksis og innretning. Ledere og medarbeidere vil her spille en sentral rolle i hvor utviklingsorientert en vil være. RO vil understreke viktigheten av å satse på forebygging. Gjelder innbyggere i alle aldre og spesielt de som nærmer seg eller har avsluttet arbeidsforholdet på grunn av oppnådd alderspensjon.

4.7 Fra intervjuene / møte med medarbeidere

I forbindelse med samtalene /intervjuene den 7. 8. og 9. mars ble det gjennomført åpent møte for medarbeidere hvor 28 møtte. I tillegg ble det gjennomført samtaler med Eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, helse- og omsorgsutvalget, ordfører, rådmann, økonomisjef, personalkonsulent, rådgiver, ledergruppa innen omsorg, hovedtillitsvalgte og verneombud og helse- og omsorgssjef. Det ble i etterkant gjennomført telefonmøte med konstituert kommuneoverlege og kommunefysioterapeut.

RO har valgt å dele tilbakemeldingene i 3; **1) hva er bra, 2) hvilke utfordringer og 3) hvilke grep bør iverksettes.**

1) Mye er bra

God eldreomsorg
Skjermet avdeling for demente
Liten kommune med korte avstander, nærhet, lavterskeltilbud, kort ventetid for å få tjenester, gode måltider og trivsel. Brukere kjenner medarbeiderne – gir tillit
Samlet helsetjeneste med mange flinke medarbeidere
At vi har sykestua, akuttberedskapen, mulighet for telemedisin
Kvaliteten på tjenester oppleves som bra – profesjonelle medarbeidere

2) «Eldrebølgen»

Få omsorgsboliger
Heldøgns hjemmetjeneste
Sikre nødvendig kompetanse – rekruttering – beholde medarbeidere – stillingsstørrelse
Ha tilgang på hjelpemidler – bygge ut tjenesten slik at flere kan bo hjemme lengere
Venteliste til sykehjemsplass
Tilgang på medarbeidere med rett/nødvendig kompetanse, bemanning
Få bort de vanntette skottene mellom avdelingene – synliggjøring, ansvarliggjøring av medarbeidere, klare ansvarsområder
Høyt sykefravær – årsak?
Sørge for en organisasjon som tenker utvikling og handler deretter
Fra økonomisk merforbruk til balanse
Fra godt vant til behov for raske endringer
Omdømmebygging
Folkehelseutfordringer – psykisk helse
Sikre en stabil ledelse som leder an
Tenke helhetlig når det gjelder privat og kommunal fysioterapi
Ideologi - hverdagsmestring

3) At kompetanse blir nyttet «rett». Flinkere til å dele kompetansen, kompetanseutvikling, opplegg for formell kompetansebygging hos ufaglærte. Utvide kompetansesammensetningen

God tilgang til data
At alle føler seg velkommen, også studenter, hospitering også innad hos oss
Etablere tett samarbeid med frivillige
Økt lønn, høyere stillingsandeler og romsligere grunnturnus, rekruttering, 100 % stillinger, framtidige turnusløsninger
Langsiktige planer – «så, før man kan høste». Resultat av planer må etterspørres
Dagsenter for demente
Rehabilitering – tenke og handle annerledes – alle har ansvar for eget liv – hverdagsmestring som ideologi, forebygging
Tydeliggjøre det å være leder. En helhetlig tjeneste som tenker og handler deretter
En organisasjon som evner å tenke nytt innen gitte rammer – tydelige roller
«Profesjonalisere» vedtakspraksisen hvor vår ideologi bygger på den enkeltes mestring
Kvalitetssystem (Compilo) SKAL brukes. VI skal dokumentere, bruke systemene som skal brukes
Ta i bruk teknologisk løsninger som støtter opp under den enkeltes mulighet til å mestre. Og som kan virke effektiviserende
Utarbeide ei omsorgstrapp som bygger på en strategi om å bo lengst mulig i egen bolig.
Utbygging av hjemmetjenestene – omsorgsboliger

Være forberedt til å oppfylle nye krav, f.eks. oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen, mm.

4.8 KOSTRA

RO har i samråd med oppdragsgiver valgt å sammenlikne KOSTRA-data fra Båtsfjord kommune med data fra tilhørende KOSTRA-gruppe 03(K03)²⁹, og kommunene Vardø, Skjervøy og Frøya som alle tilhører samme kostragruppe som Båtsfjord, samt fylket og landet uten Oslo.

Metoden innebærer at vi ser på utvalgte nøkkeltall (kommunens prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet) innenfor tjenesteområdene. Hvis egen kommune har særlig avvikende kostnadsprofil på et område, kan dette være en indikasjon på at området bør undersøkes nærmere. En KOSTRA-analyse gir ikke svar på om tjenesten er «riktig dimensjonert» eller hvordan eventuelle justeringer kan foregå, ei heller om en omlegging av tjenestene er realistisk, men analysen gir gode holdepunkter for hvor en eventuell endring av tjenesten kan være hensiktsmessig. Alle KOSTRA-tall er foreløpige tall per 15.3.2017 og gjelder for driftsåret 2016. For Båtsfjord har RO lagt til en tidsserie for de 3 siste årene.

KOSTRA	Båtsfjord 2016	Vardø 2016	Skjervøy 2016	Frøya 2016	KOSTRA-gruppe 03 2016	Landet uten Oslo 2016
Frie inntekter i kroner per innbygger	65 878	69 060	65 658	61 583	60 468	52 158

Tabell 7: Tabellen viser de frie inntektene i kroner per innbygger. Kilde: KOSTRA (konsern).

Sammenligningen viser at kommunens frie inntekter ligger over tilhørende KOSTRA-gruppe og snittet for landet uten Oslo. Frie inntekter er den enkeltfaktoren som kan ha betydning for kommunale prioriteringer (se kommentar under punkt 4.1 tjenesteprofil). Frie disponible inntekter per innbygger, er et mål på hvor mye inntekter kommunene har til disposisjon etter at de bundne kostnadene er dekket, og gir en antydning av kommunenes økonomiske handlefrihet. For pleie- og omsorgstjenesten betyr det mulig tjenesteomfang.

Telemarksforskning skriver i rapporten «Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren» fra 2011: *Kommunens frie inntekter har en klar og sterk positiv effekt på tjenesteomfanget og synes å være den enkeltfaktoren som har størst betydning for forskjellene i dekningsgrad mellom kommuner*³⁰

Som tabell 5 viser var andelen innbyggere i aldersgruppene 25-66 år 58,2 % i Båtsfjord. Aldersgruppen representerer den yrkesaktive andelen i befolkningen. Båtsfjord er den kommunen i denne sammenligningen som hadde størst andel i 2016. Samtidig viser tabell at andelen innbyggere 80 år og eldre er lavest i Båtsfjord (3,1 %).

Båtsfjord kommune har flest innbyggere som bor i det som defineres som tettsted (2016-tall). Når det gjelder gjennomsnittlig reisetid til kommunesenteret i minutter er tiden oppgitt til 1,4 minutter. For Vardø er reisetiden 2,2 minutter, Skjervøy 9,3 minutter, Frøya 14,7 minutter. Tilhørende kostragruppe 9,3 minutter, fylket 8,7 minutter og landet uten Oslo 7,4 minutter.

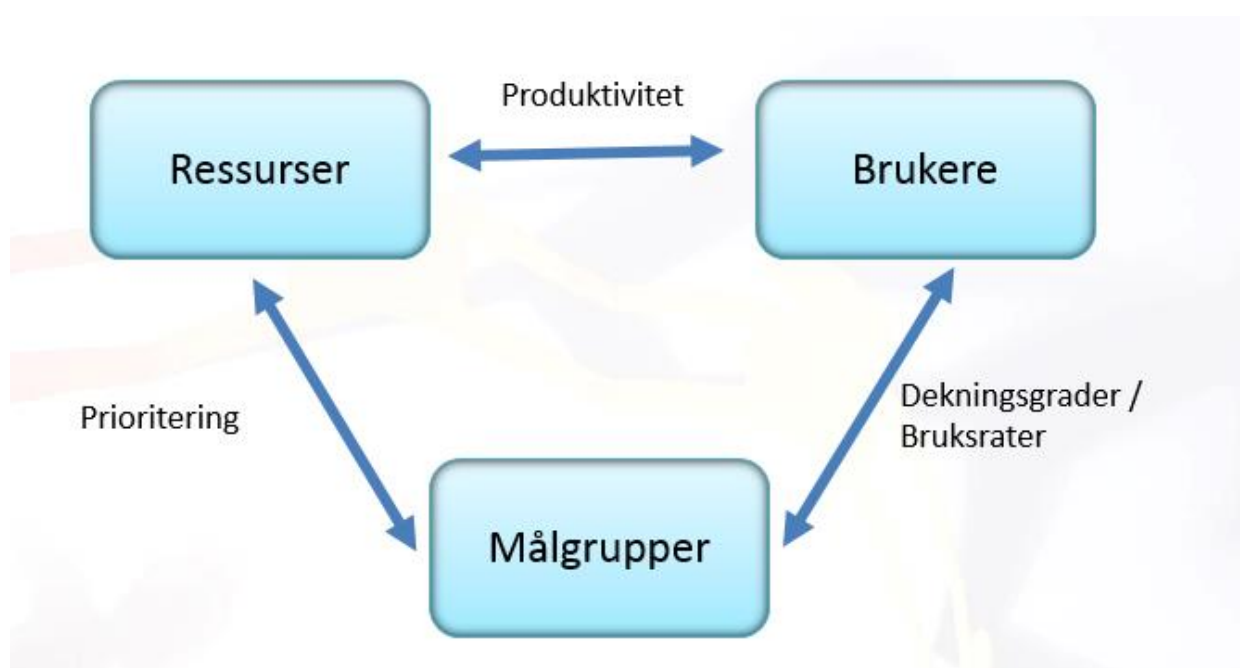
²⁹ Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter.

³⁰ Telemarksforskning TF-rapport 280/2011. «Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren», side 15.

RO har i diagrammene under sett på ressursbruken i Båtsfjord kommune og sammenlignet disse med tre andre kommuner³¹, kommunegruppa, fylkessnittet og landet uten Oslo. Tallene baserer seg på de endelige publiserte regnskaps- og produksjonstallene innrapportert fra kommunene per 15. juni 2017. RO har ikke kvalitetssikret tallene. Det betyr at hvis det er rapportert inn feil i KOSTRA, blir det også feil i ROs gjengivelse.

Valg av sammenlikningkommuner har skjedd i samråd med rådmannen. Her har vi valgt to kommuner hvor begge har sykestuefunksjoner i tilknytning til sykehjemmet, samt en annen kommune. Alle tilhører kommunegruppe 03 og er kystkommuner.

Kostrarapporterer på tre dimensjoner. Disse er ressurser, brukere og målgruppe, som igjen danner grunnlag for og presenteres som nøkkeltall for **prioriteringer, produktivitet og dekningsgrader**.



Figur 5: KOSTRAs tre dimensjoner.

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

I KOSTRA finnes en mengde informasjon, dette til tross, er det lite som kan fortelle oss hvilken kvalitet tjenesten har.

³¹ som alle tilhører samme kostragruppa

4.8.1 Pleie- og omsorgstjenesten samlet

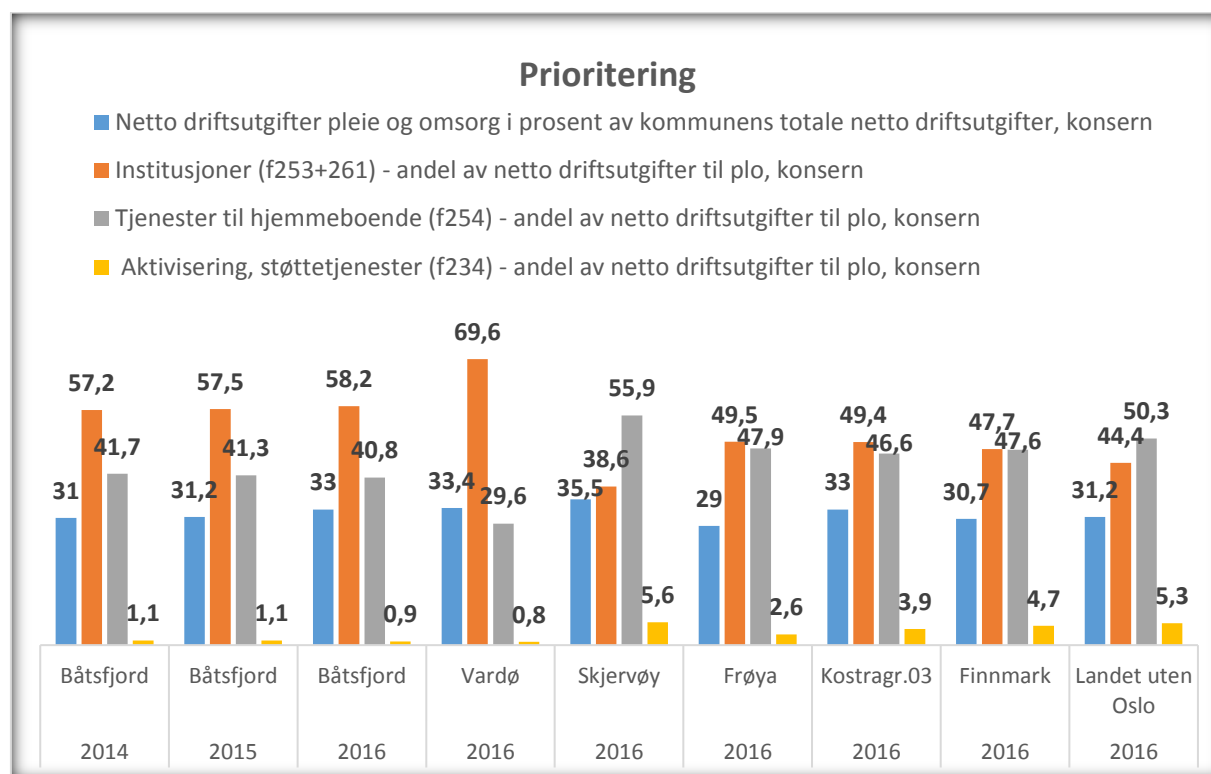


Diagram 2: Diagrammet viser andelen av kommunens samla netto driftsutgifter som disponeres av pleie og omsorg og fordelingen mellom institusjon, hjemmetjenesten og til aktivisering og støttetjenester. Kilde: SSB

Diagrammet viser hvor mye av kommunens samlede netto driftutgifter som medgår til pleie og omsorg, samt hvordan pleie og omsorg er innrettet, det vil si den interne fordelingen innen tjenesteområdet.

Båtsfjord kommune brukte 33 % av kommunens samlede netto driftutgifter innen pleie og omsorg. Mens Vardø brukte 33,4 %, Skjervøy 35,5 %, Frøya 29 %, tilhørende kostragruppe 33 %, fylkessnittet 31,7 % og snittet for landet uten Oslo 31,2 %. Ser vi på årene 2014-2016, viser denne at pleie og omsorg's andel har økt i Båtsfjord.

Den interne fordelingen innen tjenesteområdet viser at institusjonsdriften i Båtsfjord prioriteres høyest med 58,2 %. Sammenlignet med de andre kommunene er det kun Vardø som prioriterer institusjonsdriften høyere. I Båtsfjord har det vært en del snakk om at hjemmebaserte tjenester burde prioriteres, blant annet med heldøgns tjenester. Diagrammet viser at tjenester til hjemmeboende og aktivisering, støttetjenester ble prioritert lavere i 2016 enn i 2015. RO stiller spørsmål om dette lar seg gjøre med dagens ressursfordeling / prioritering?

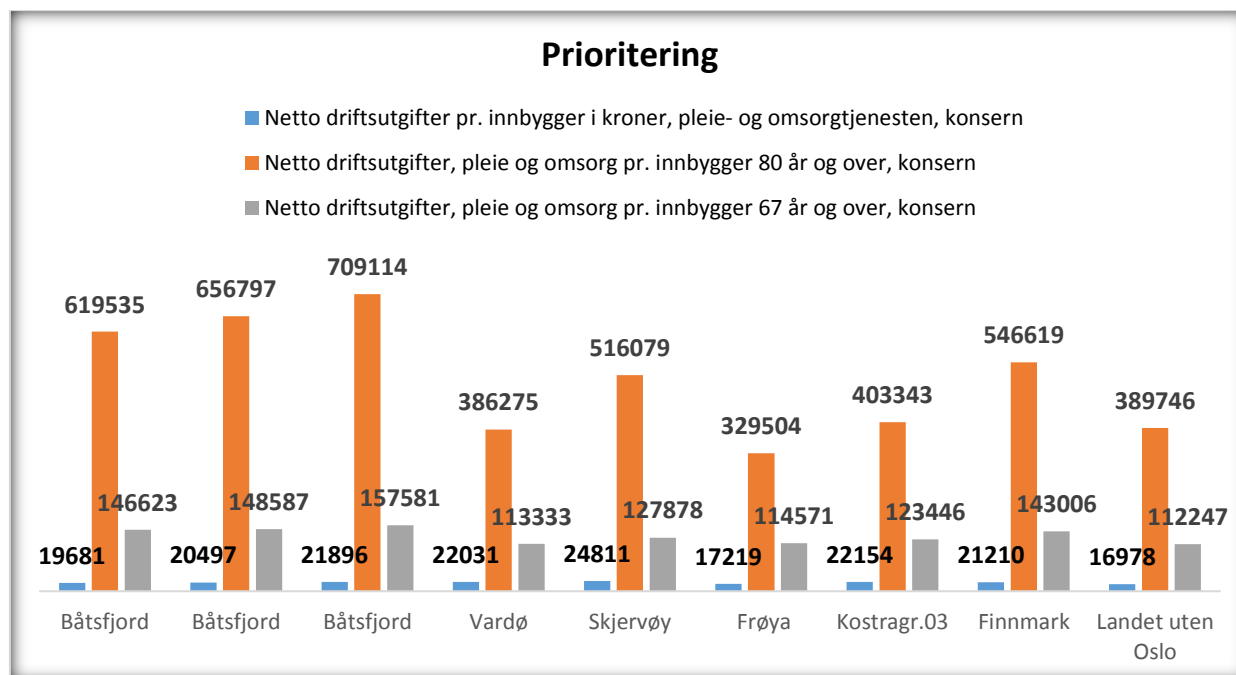


Diagram 3: Diagrammet viser netto driftsutgifter per innbygger, per innbygger 67 år og over og 80 år og over. Kilde: SSB.

Ser vi på netto driftsutgifter per innbygger 80 år og eldre viser diagrammet at Båtsfjord er den kommunen som hadde de høyeste utgiftene. Det samme gjelder per innbygger 67 år og eldre. Sammenligner vi netto driftsutgifter per innbygger ligger tilhørende kostragruppe, og kommunene Vardø og Skjervøy over, de andre har lavere netto driftsutgifter per innbygger.

Til sammenligning hadde Båtsfjord prosentvis færrest innbyggere 80 år og over. Andel enslige innbyggere 80 år og eldre viser at andelen i Båtsfjord er 71,4 %. Kun Vardø hadde en større andel med 78,3 %. Deretter følger snittet for fylket (69,4 %), tilhørende kostragruppe (65,7 %), snittet for landet uten Oslo (63,4 %), Frøya (63,2 %) og Skjervøy (61,4 %).

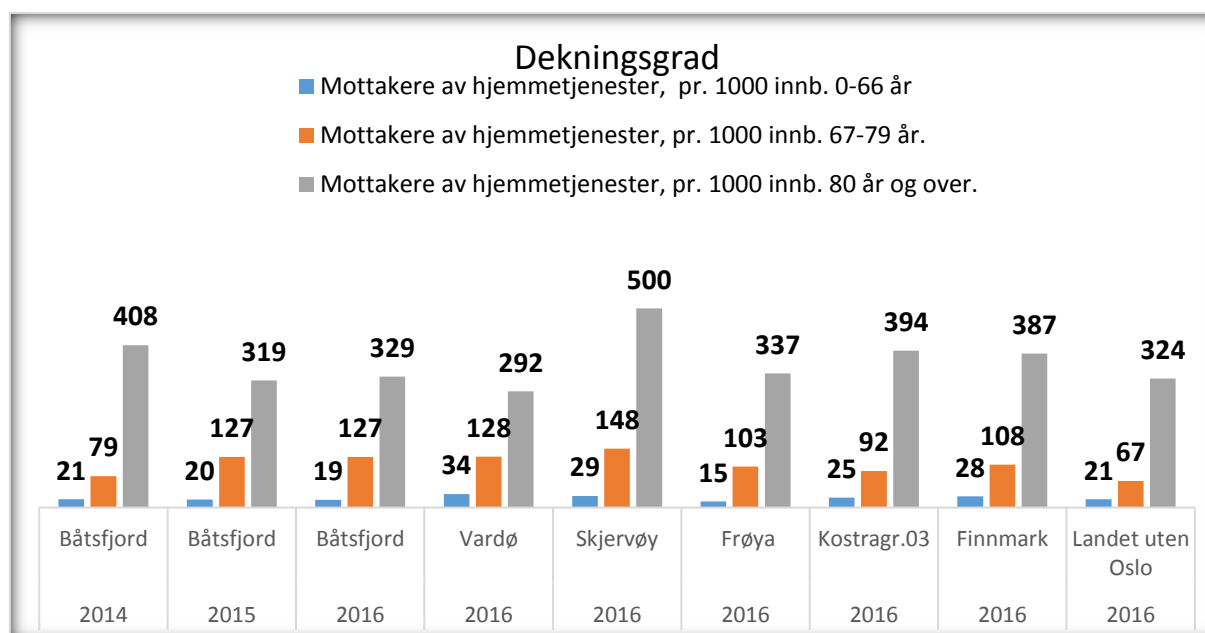


Diagram 4: Diagrammet viser andel mottakere i hjemmetjenesten fordelt på aldersgruppene 0-66 år, 67-79 år og 80 år og over. Kilde: SSB.

Diagrammet viser at Båtsfjord har færrest mottakere i aldersgruppa 0-66 år, med unntak av Frøya kommune. Når det gjelder aldersgruppa 67-79 år er det kun Vardø og Skjervøy kommune som har en høyere andel mottakere. For aldersgruppa 80 år og over er andelen større i Skjervøy, Frøya, tilhørende kostragruppe og snittet for fylket.

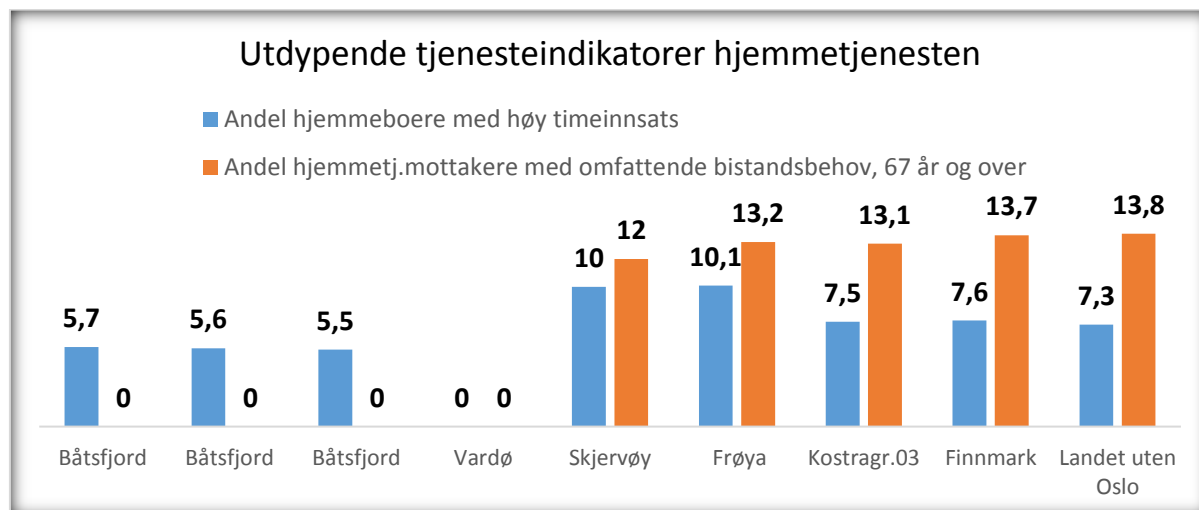


Diagram 5: Diagrammet viser andel hjemmeboere med høy timesats. Kilde: SSB.

Diagrammet viser andel av hjemmeboende med høy timesats³² var lavest i Båtsfjord. Andelen i 2016 var 5.5 %. Båtsfjord har ikke registret inn til SSB mottakere med omfattende bistandsbehov over 67 år.

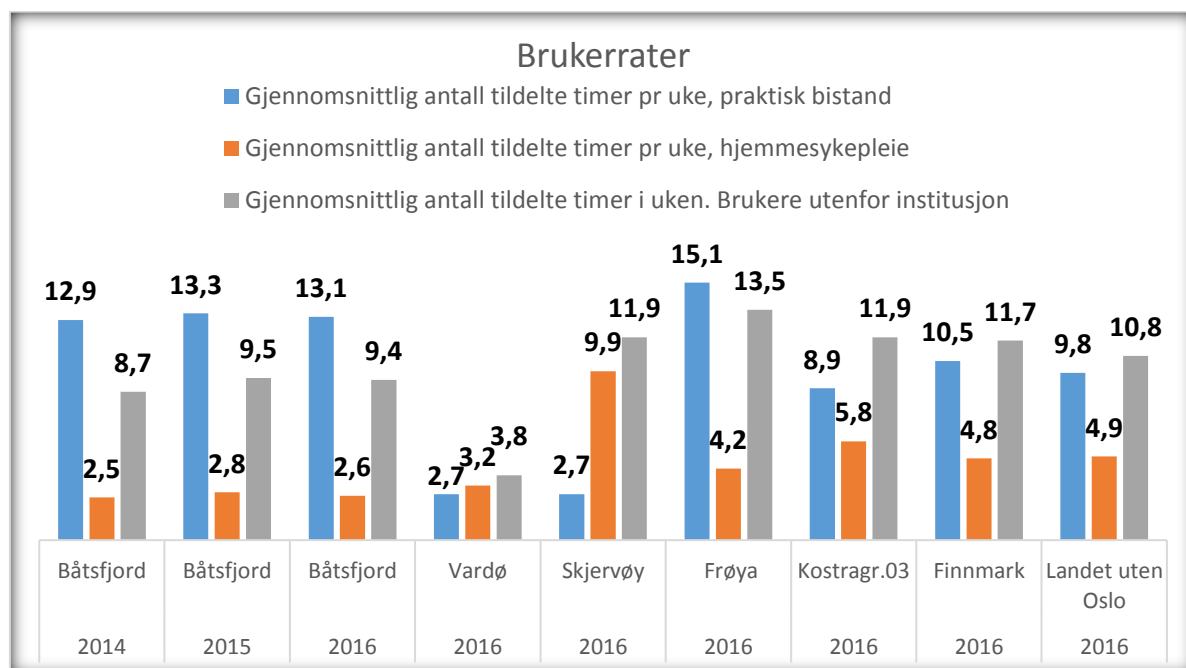


Diagram 6: Diagrammet viser gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke, praktisk bistand, hjemmesykepleie og samla Kilde: SSB.

³² Høy timesats: Fra 2006-årgangen, og gjelder summen av spesielt ressurskrevende hjemmetjenestemottakere (hjemmesykepleie + praktisk bistand) i kommunen, definert som mottakere som krever mer enn 35 timer/uke sett i forhold til hjemmetjenestemottakere totalt. F.o.m. 2007-årgangen hentes data fra IPLOS, og nevner utvides da fra hjemmesykepleie + praktisk bistand, til også å gjelde mottakere av avlastning utenfor institusjon, mottakere av omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse.

Diagrammet viser tildelte timer med praktisk bistand per uke. Ser vi bort fra Frøya kommune, var det Båtsfjord som tildelte flest timer med praktisk bistand i 2016. Samtidig var det Båtsfjord som tildelte færrest timer med hjemmesykepleie. RO synes det er verd å merke seg at hjemmetjenesten i Båtsfjord har hatt den samme innretningen de 3 siste årene. Hvorfor? Diagrammet viser også en reduksjon fra 2015 til 2016 både når det gjelder praktisk bistand og hjemmesykepleie.

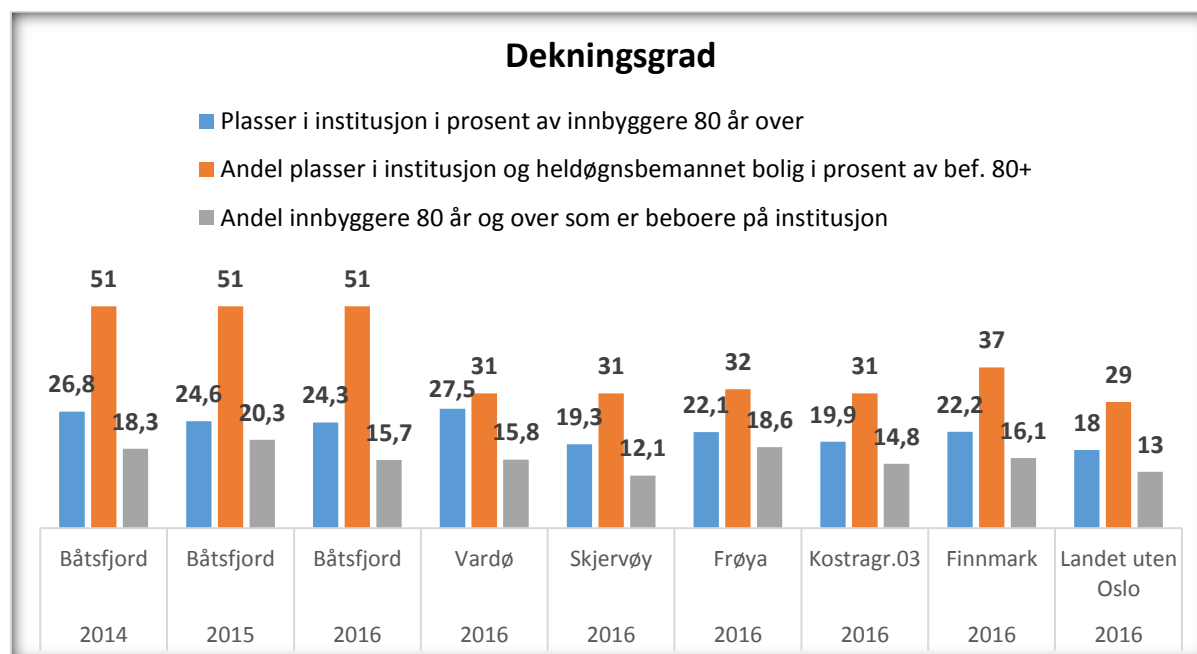


Diagram 7: Diagrammet viser plasser i institusjon i prosent for mottakere av pleie- og omsorgstjenester, i prosent av innbyggere 80 år og over og andel plasser institusjon og heldøgns-bemannet bolig i prosent av innbyggere 80 år og over. Kilde: SSB.

Diagrammet viser at Båtsfjord ligger nest høyest når det gjelder plasser i institusjon i prosent av antall innbyggere 80 år og over. Kun Vardø har en høyere dekningsgrad. Videre viser diagrammet at Båtsfjord har prosentvis flest institusjonsplasser og heldøgnsbemannet bolig³³ i prosent av innbyggere 80 år og eldre. I 2016 var andelen innbyggere 80 år og over som bodde på institusjon 15,7 %, som er en nedgang fra 2015.

³³ RO gjør oppmerksom på at begrepet "heldøgns omsorg" anvendes ulik, både av SSB, Husbanken og av kommunene.

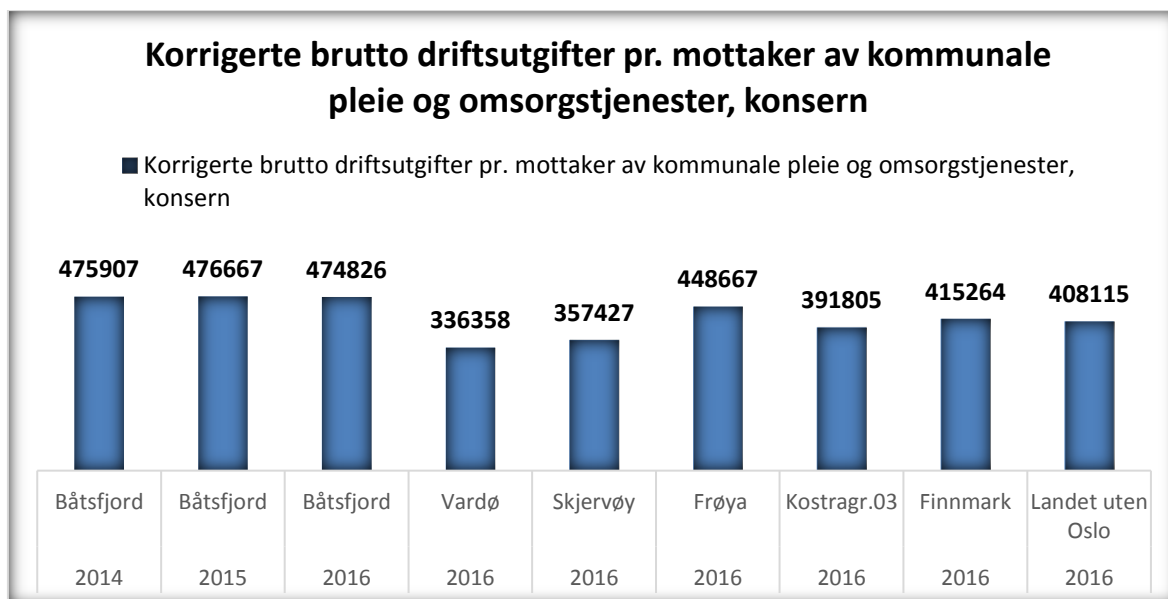


Diagram 8: Diagrammet viser korrigerte brutto driftsutgifter per mottakere av kommunale pleie og omsorgstjenester. Kilde: SSB.

Korrigerte brutto driftsutgifter er å betrakte som en produktivitetsindikator og omfatter driftsutgiftene ved kommunenes egen tjenesteproduksjon. Korrigeringen består av at driftsutgiftene, inkludert avskrivninger ved egen tjenesteproduksjon, er korrigert for dobbeltføringer som skyldes viderefordeling av utgifter/interknjøp mv. per bruker.

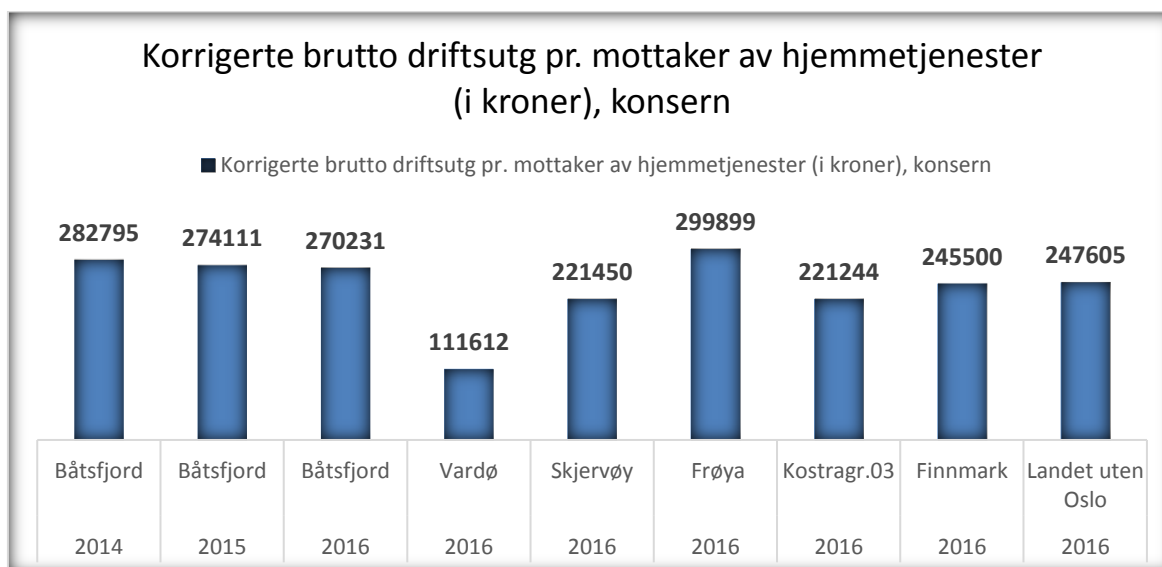


Diagram 9: Diagrammet viser korrigerte brutto driftsutgifter per mottakere av hjemmetjenester. Kilde: SSB.

Diagrammet viser at Båtsfjord brukte kr. 270 231,- per mottaker i 2016. Kun Frøya brukte mer. RO vil nevne at dette også inkluderer at mange kommuner har bygd opp et omfattende botilbud med heldøgns tjenester i form av omsorgsboliger/bokollektiv som utgiftsføres som hjemmetjenester. Sammenligner vi med diagram 4 ser vi omfanget av de over 80 år som mottar tjenester. I Båtsfjord var andelen 32,9 %, kun Vardø hadde en lavere andel med 29,2 %. Skjervøy kommune har en innretning med lavere institusjonsdekning (19,3 %), høy dekning av hjemmetjenester (50,0 %) og lavere korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester.

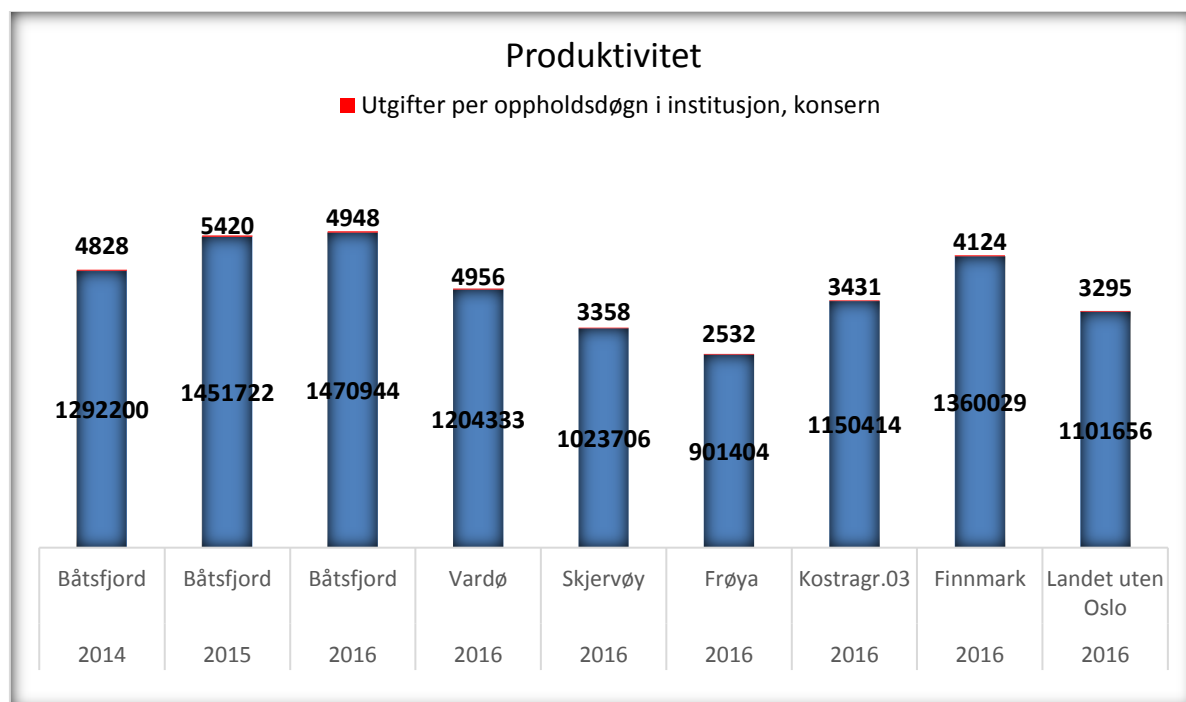


Diagram 10: Diagrammet viser utgifter per oppholdsdøgn i institusjon og korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, per plass. Kilde: SSB.

Diagrammet viser at Båtsfjord hadde den høyeste kostnaden per plass per år, og per oppholdsdøgn. I Båtsfjord kostet en institusjonsplass vel 1, 47 millioner kroner og et oppholdsdøgn 4 948,- kroner. RO gjør oppmerksom på at tallene sier ingenting om omfanget og kvaliteten på tjenestene. Likeså vil få plasser gi større kostnader fordi det blir færre å dele overheadkostnadene på og fordi det da ofte er de med det største omsorgsbehovet som får plass. Viser for øvrig til tabell 8 – sykehjemsanalysen side 49.

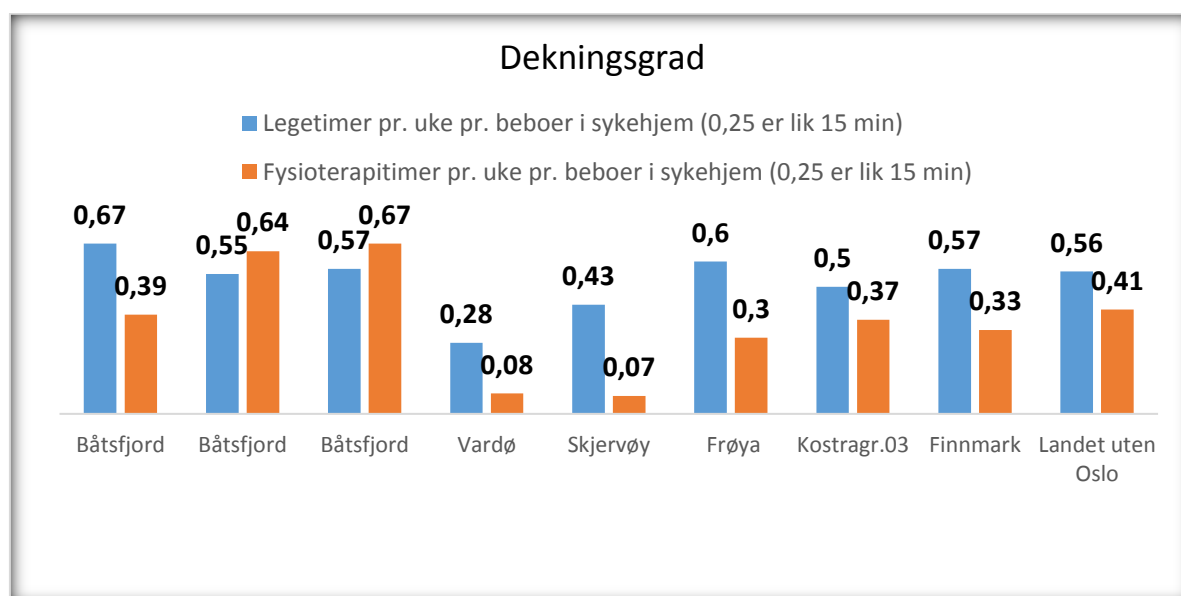


Diagram 11: Diagrammet viser legetimer og fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem. Kilde: SSB.

Diagrammet viser at Båtsfjord kommune lå nest høyest når det gjelder legetimer per uke per beboer. Kun Frøya lå høyere. Når det gjelder fysioterpitimer per beboer per uke lå Båtsfjord høyest. Disse indikatorene inngår som kvalitetsindikatorer i KOSTRA.

4.8.2 Kommunehelsetjenesten

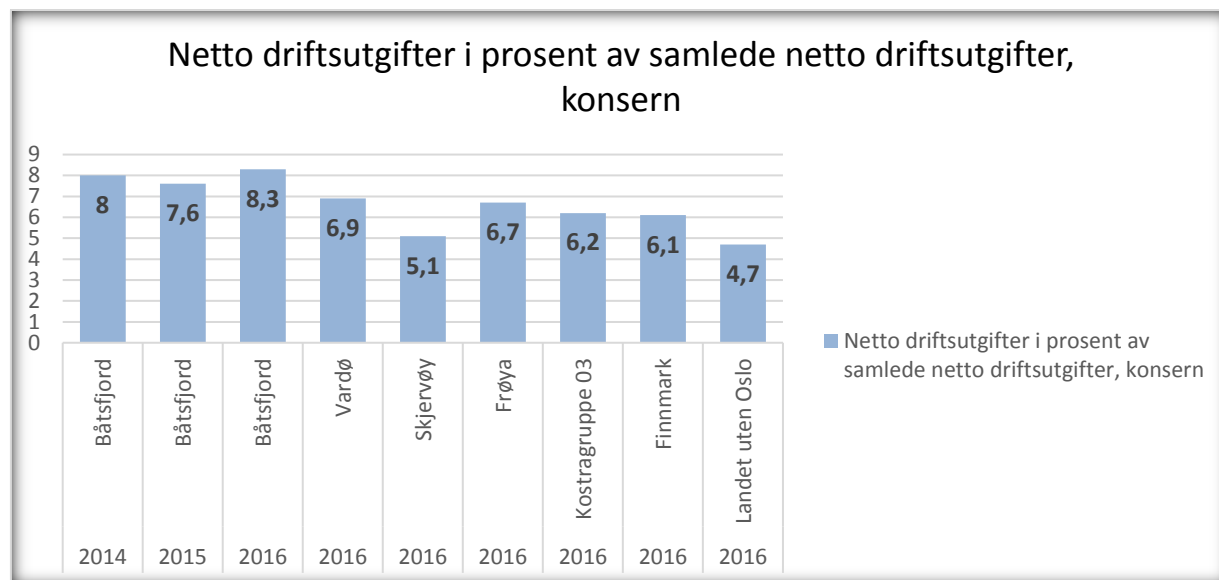


Diagram 12: Diagrammet viser driftsutgifter i prosent av samlede netto driftsutgifter (konsern) legetimer og fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem. Kilde: SSB.

I Båtsfjord medgår 8,3 % av kommunens samlede tjenesteyting til helse. I denne sammenligningen er det Båtsfjord kommune som prioriterer helse høyest.

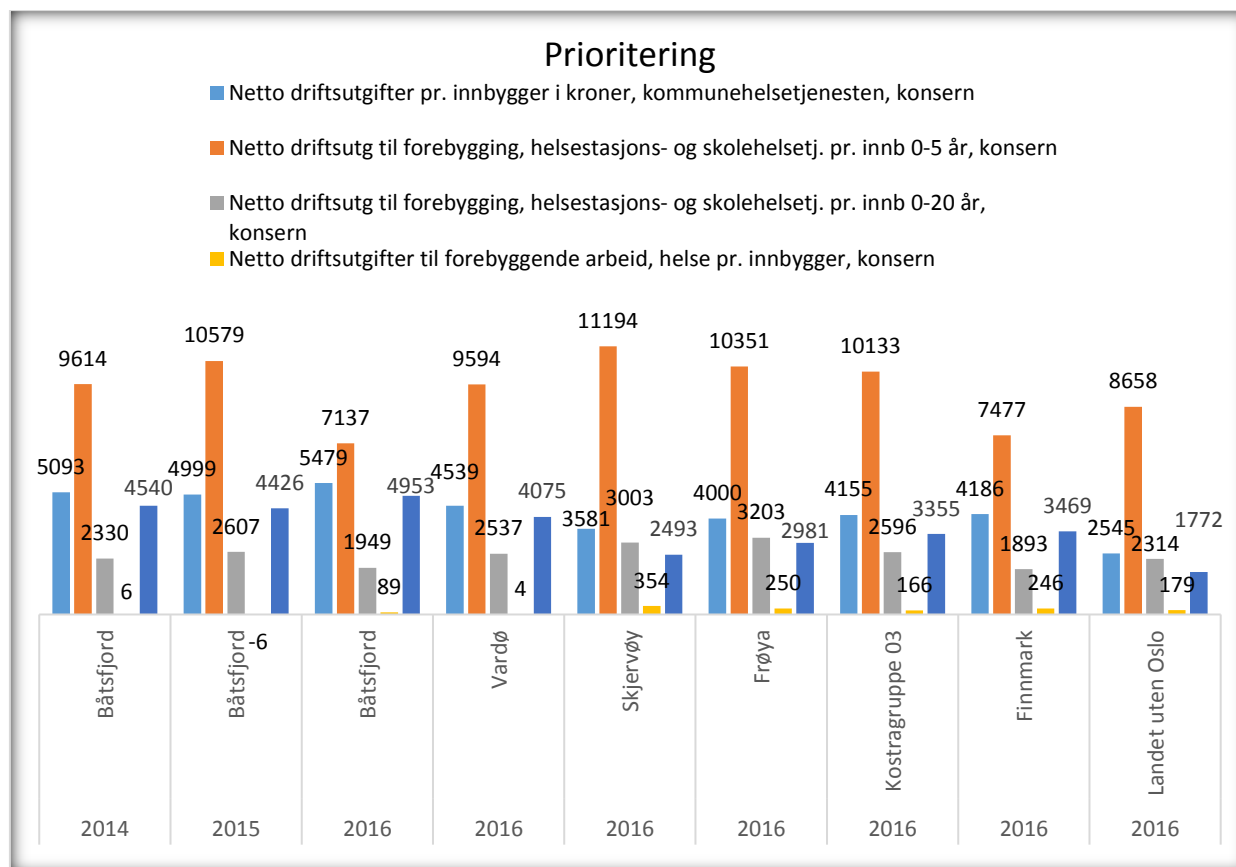


Diagram 13: Diagrammet viser netto driftsutgifter i kroner per innbygger, forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjeneste per innbygger 0-5 år og 0-20 år og forebygging per innbygger og driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering per innbygger. Kilde: SSB.

Diagrammet viser at netto driftsutgifter per innbygger i Båtsfjord var 5 479,- kroner i 2016. De andre i sammenligningen lå under. Vardø lå nærmest med 4 539,- kroner.

Ser vi på netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenester per innbygger 0-5 år var det Båtsfjord som brukte minst, med 7 137,- kroner. Nærmest lå fylkessnittet som var 7 477,-kroner.

Ser vi på netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenester per innbygger 0-20 år var det Båtsfjord som brukte nest minst med 1 949,- kroner. Kun fylkessnittet var lavere med 1 893,- kroner.

Ser vi på netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenester per innbygger 0-5 og 0-20 år i Båtsfjord, så er utgiften redusert de 3 siste årene. Hvorfor?

Diagrammet viser at Båtsfjord lå høgest når vi ser på netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering per innbygger. Her brukte Båtsfjord 4 953,- kroner. Nærmest i denne sammenligningen kommer Vardø kommune, de brukte 4 075,- kroner.

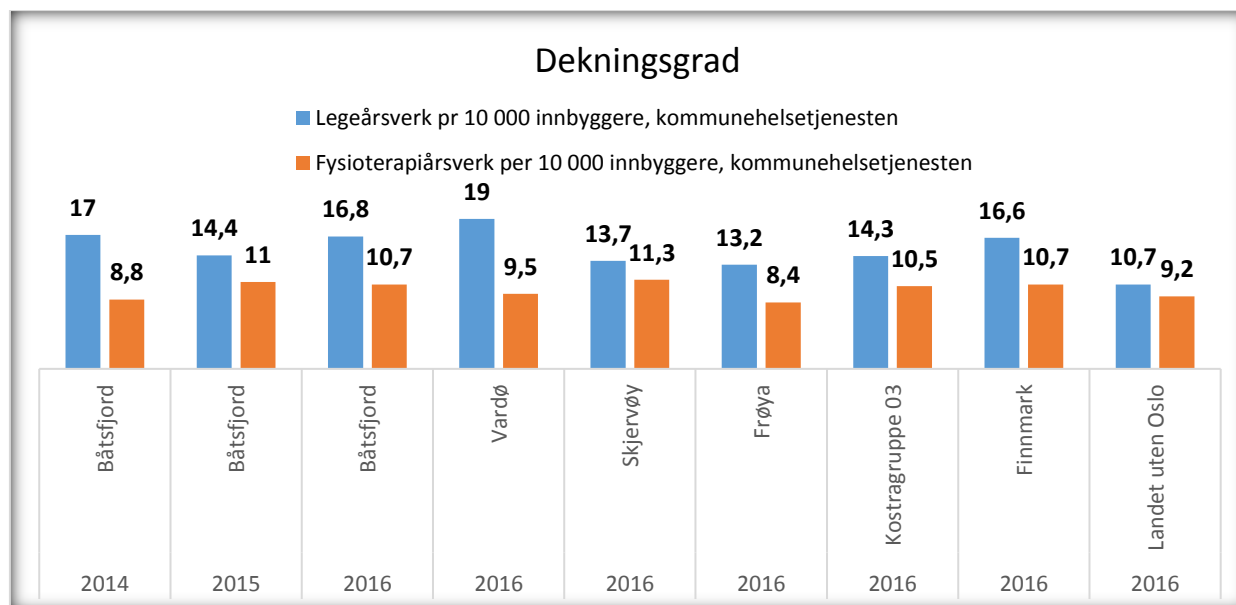


Diagram 14: Diagrammet viser lege- og fysioterapiårsverk per 10 00 innbyggere innen kommunehelsetjenesten. Kilde: SSB.

Vardø kommune har flere legeårsverk per 10 000 innbyggere enn Båtsfjord. De andre i sammenligningen har færre. Ser vi på fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere er det kun Skjervøy som har flere enn Båtsfjord. Båtsfjord ligger på snittet for fylket.

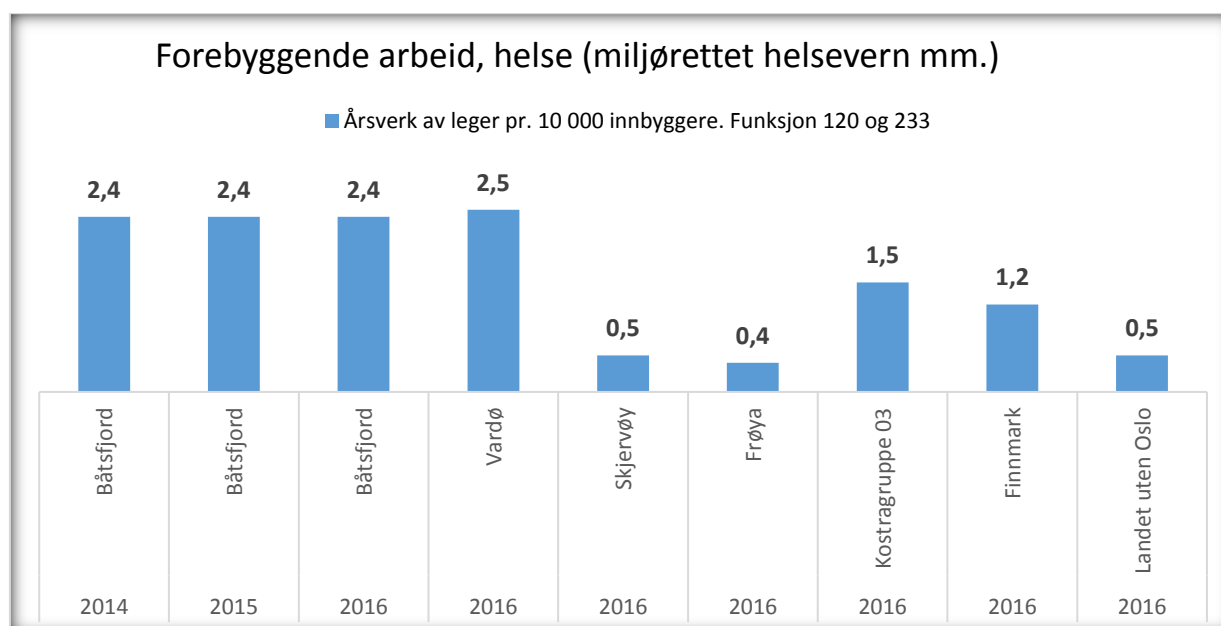


Diagram 15: Diagrammet viser årsverk leger per 10 000 innbygger. Kilde: SSB.

Funksjon 120 er administrasjon og funksjon 233 annet forbyggende arbeid enn helsestasjon- og skolehelsetjenester, f.eks miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste³⁴, frisklivsentral mm.

³⁴ Bedriftshelsetjeneste: Utgifter og inntekter for kommunalt organisert bedriftshelsetjeneste som gjelder andre arbeidstakere enn kommunens eget personale føres under funksjon 233. Bruk av bedriftshelsetjenesten til kommunens eget personale belastes funksjon 120. Dersom bedriftshelsetjenesten bare brukes til kommunale arbeidstakere, føres alle utgifter på funksjon 120

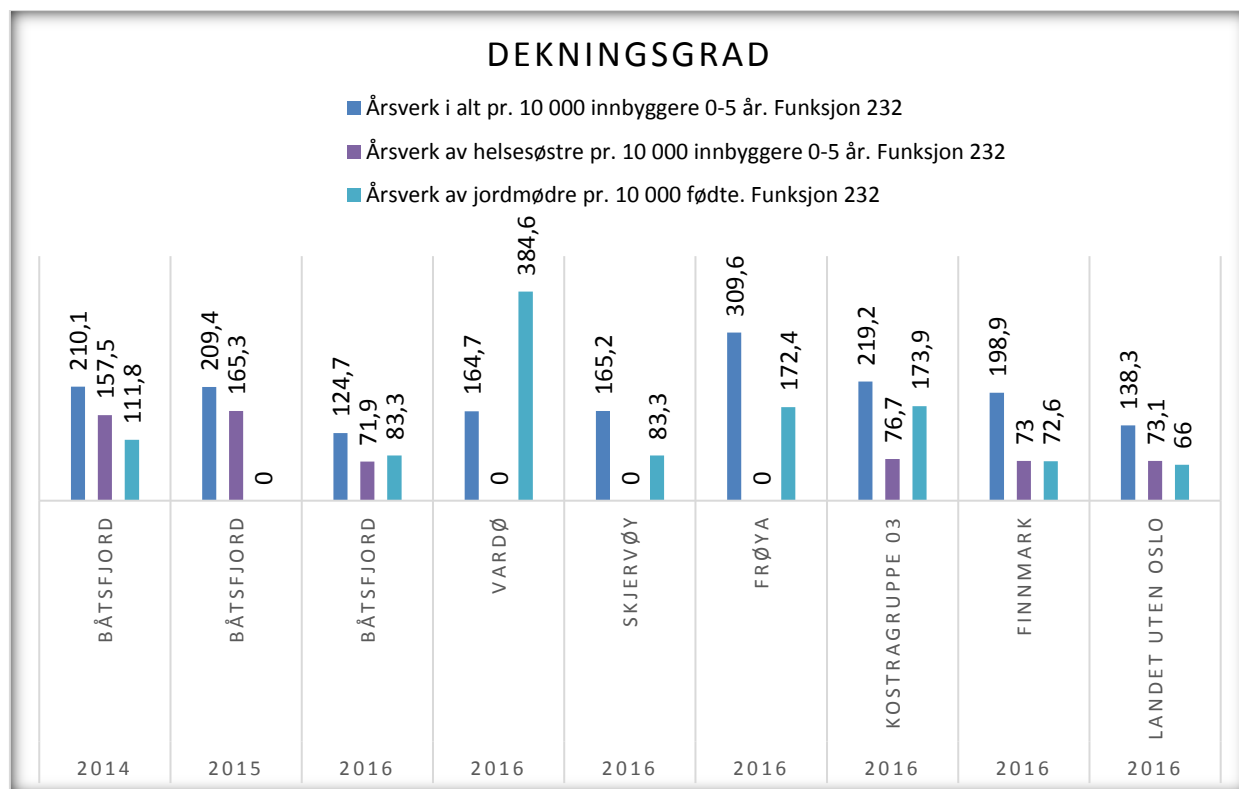


Diagram 16: Diagrammet viser ulike dekningsgrader per 10 000 innbygger. Kilde: SSB.

Diagrammet viser årsverk som medgår all helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for ungdom, og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Dette innbefatter foreldreveiledningsgrupper, annen grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll.

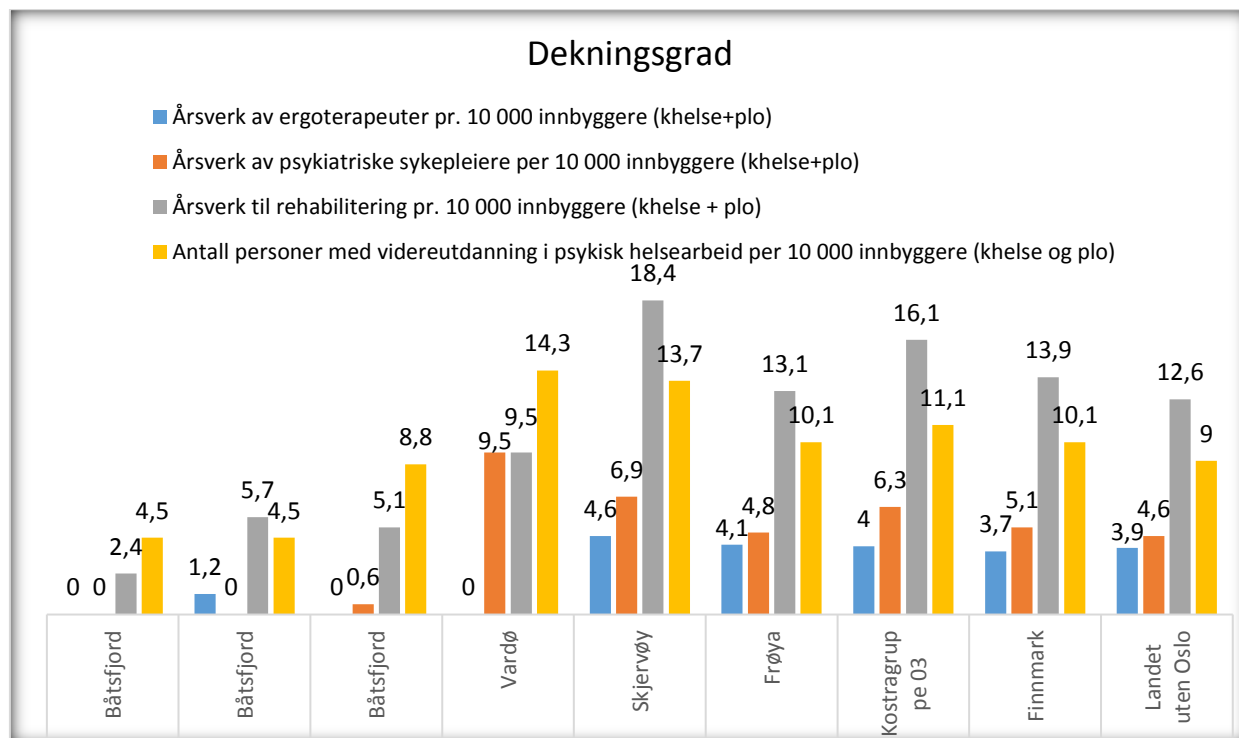


Diagram 17: Diagrammet viser dekningsgrader av ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere og til rehabilitering, samt personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid (khelse og plo) per 10 000 innbygger. Kilde: SSB.

Diagrammet viser dekningsgrad/årsverk av ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere, personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid og årsverk til rehabilitering. Oversikten viser at Båtsfjord har hatt og har, en meget lav dekning av ergoterapeuter, psykiatriske sykepleiere og årsverk til rehabilitering.

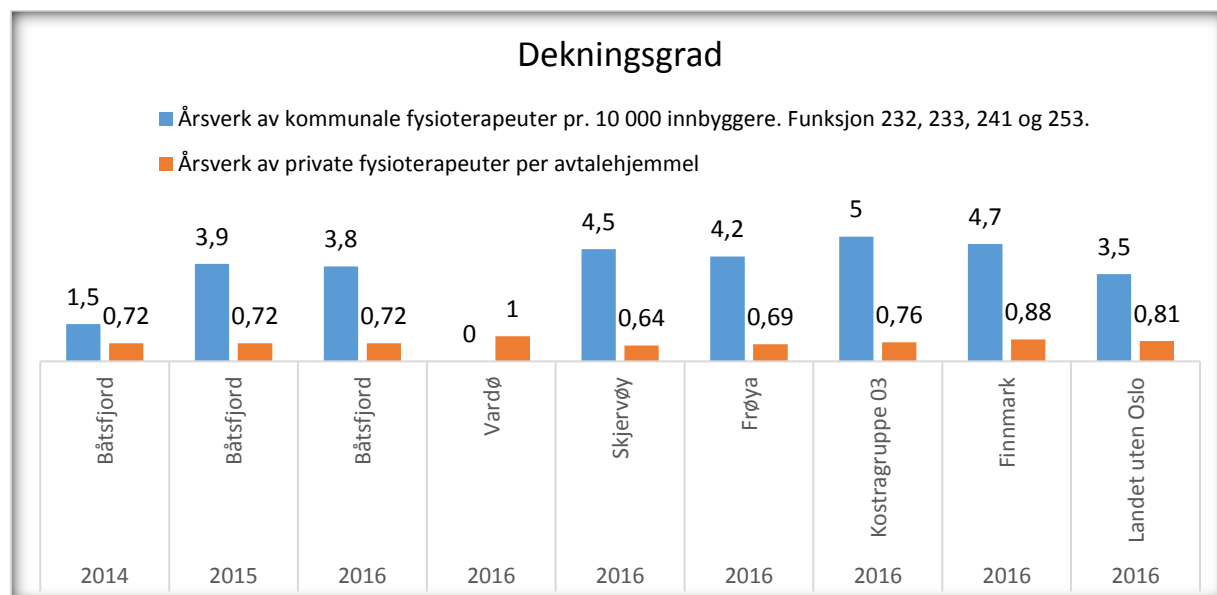


Diagram 18: Diagrammet viser årsverk kommunale fysioterapeuter per 10 000 innbyggere og private fysioterapeuter per avtalehjemmel. Kilde: SSB.

Diagrammet viser årsverk av private fysioterapeuter per avtalehjemmel. Med 0,72 ligger Båtsfjord over Skjervøy og Frøya, men under de øvrige i sammenligningen. Videre viser diagrammet årsverk kommunale fysioterapeuter per 10 000 innbyggere funksjon 232 forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste, 233 annet forebyggende helsearbeid, 241 diagnose, behandling re-/habilitering og 253 helse- og omsorgstjenester i institusjon.

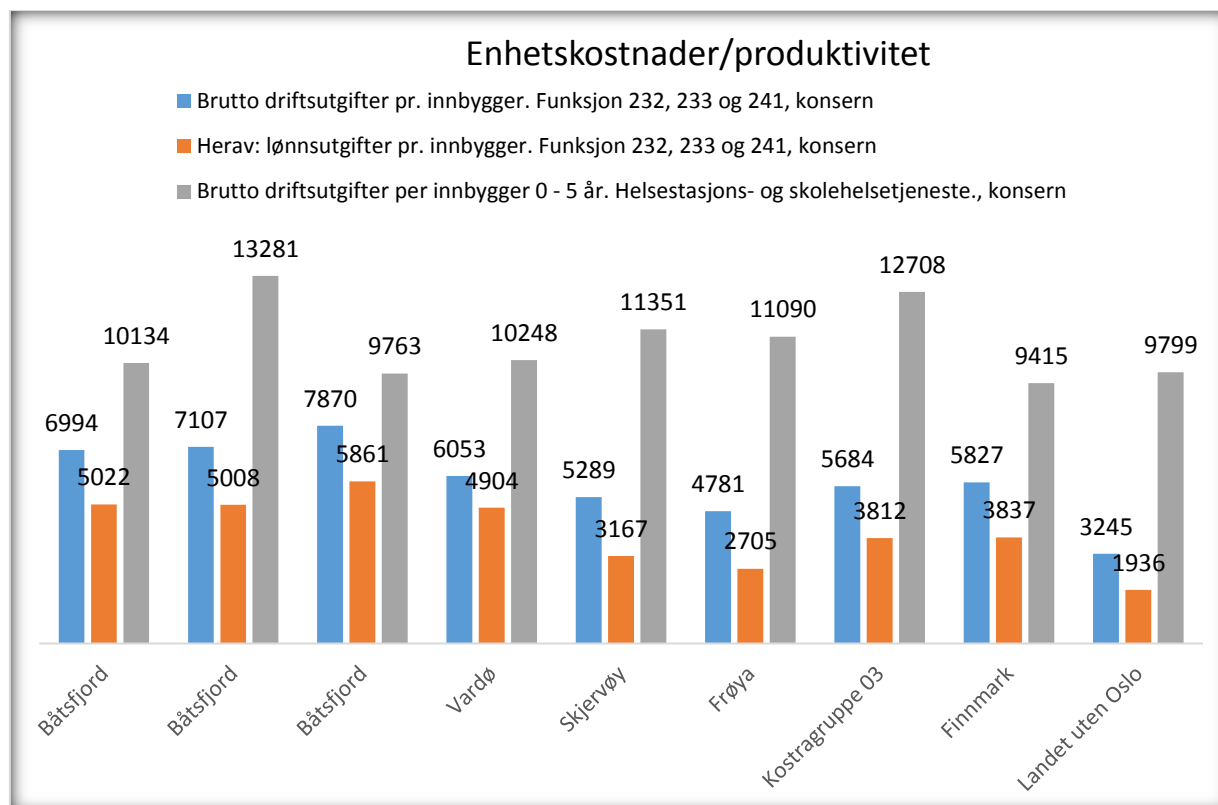


Diagram 19: Diagrammet viser brutto driftsutgifter per innbygger og lønnsutgifter per innbygger for khelse. Kilde: SSB.

Diagrammet viser brutto driftsutgifter per innbygger og lønnsutgifter per innbygger for kostrafunksjonene 232 forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenester, 233 annet forebyggende arbeid og 241 diagnose, behandling, re-/habilitering. Brutto driftsutgifter per innbygger var i Båtsfjord 7 870,- kroner i 2016, herav utgjorde lønnsutgiftene per innbygger 5 861,- kroner. De øvrige i denne sammenligningen lå under.

Ser vi på brutto driftsutgifter per innbygger 0-5 år for helsestasjon og skolehelsetjeneste viser denne at Båtsfjord med en utgift på 9 763,- kroner lå over fylkessnittet, men under de øvrige i denne sammenligningen.

4.11 Folkehelse

Helsetilstanden til kommunens innbyggere er på kort og lengre sikt en av kommunens viktigste ressurser. Folkehelseloven har som hovedmål å styrke/systematisere folkehelsearbeidet. Det vil si at Båtsfjord kommune må utarbeide en strategi som bygger på kommunens helseutfordringer, hvor vi planlegger og gjennomfører tiltak fra “vogge til grav”, tiltak som involverer og ansvarliggjør hele kommunen.»

Lov om folkehelsearbeid har følgende formål:

- formålet med lov om folkehelsearbeid er å fremme folkehelse, utjevne sosiale helseforskjeller og sikre at folkehelse prioriteres,
- ansvaret legges til kommunen ved å sørge for “helse i alt vi gjør”,

- kommunene skal sørge for en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer, og
- at innbyggernes helsetilstand, utfordringer, påvirkningsfaktorer og en vurdering av årsaksforhold og konsekvenser skal inngå som et grunnlag for **all** kommunal planlegging.

Man antar at mellom 30 og 50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet³⁵. 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 livet³⁶. 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.

Når det gjelder oversikt over helsetilstanden i Båtsfjord kommune henviser RO til Ruspolitisk handlingsplan (2016-2019) og rapporten «Folkehelse i Båtsfjord» som gir en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (2017-2020).

³⁵ Kilde: folkehelseinstituttet

³⁶ Kilde: folkehelseinstituttet

4.10 Sykehjemsanalysen

Sykeheim	Båtsfjord Fjellheimen Sykestua	M1	U1	X1	W1	P2	Gjennom-snitt
År talla er henta fra	2016	2013	2015	2015	2015	2014	
Antall plasser	20	28	27	24	24	24	
Samla sykefravær (i %)	11,5	9,9	4,7	8,5	6,4	7,0	8,0
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerretta	832 350	652 323	544 373	674 000	574 992	655 486	655 587
Kostnader mat pr. plass pr. år	85 900	106 461	83 741	53 333	87 042	84 042	83 420
Vask av tøy pr. plass pr. år	16 100	16 099	27 952	17 500	21 938	10 702	18 382
Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år	46 800	9 697	11 222	19 583	25 179	22 370	22 475
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	123 500	26 454	40 848	14 458	23 054	14 394	40 451
Direkte brukerretta innsats i % av totalen	75,35	80,43	76,87	86,54	78,53	83,29	80,2
Overtid pr. plass pr. år	55 900	15 193	16 449	2 167	9 946	12 998	18 775
Variabel lønn i % av totalen	13,35	15,52	15,15	15,83	23,26	34,05	19,5
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	0,5	1,0	2,2	1,0	1,0	1,0	1,1

Tabell 8: Tabellen viser ulike kostnadsfaktorer ved Båtsfjord sykehjem sammenlignet med andre sykehjem. Alle tall er prisjustert til dagens kostnader. Kilde: uttrekk fra kommunenes regnskap. Alle tall som er hentet fra tidligere år enn 2016, er konsumprisindeksjustert til 2016-nivå.

Kommentar: Sykehjemsanalysen er beregnet ut fra regnskapstall 2016. RO har her gjennomført analysen ut fra antall plasser ved sykehjemmet inklusive sykestua og Fjellheimen, total 20 plasser (heretter benevnt som sykehjemmet).

Sykefravær

Gjennomsnittlig sykefravær var i 2016 11,5 %. Gjennomsnittet for alle sykehjemmene i denne sammenligningen var 8 %.

Ser vi på sykefraværet i Båtsfjord fordelte dette seg veldig ulikt når det gjelder langtidsfraværet. Ved sykehjemmet/sykestua utgjorde fraværet 17,01 %, mens det ved Fjellheimen var 1,08 %. Ser vi på korttidsfraværet så var dette tilnærma likt. Sykehjemmet inklusive sykestua 2,79 % og Fjellheimen 2,08 %.

Brutto lønnsutgifter per plass per år brukerrettet

Det er en variasjon mellom sykehjemmene i sammenligningen når det gjelder brutto lønnsutgifter per institusjonsplass. Brutto lønnsutgifter per plass per år var i Båtsfjord kr. 832 350,-. Ingen av sykehjemmene hadde høyere utgifter per plass. Gjennomsnittet for alle sykehjemmene var kr. 655 587,-.

Kostnader mat per plass per år

Kostnader til mat regnet per plass varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Kostnaden ved Båtsfjord sykehjem var kr. 85 900,-. Det vil si at sykehjemmet i Båtsfjord lå ca. på gjennomsnittet for sammenlignings-sykehjemmene. Gjennomsnittet for alle sykehjemmene, som var på kr. 83 419,-. Sykehjem M1 og W1 hadde høyere kostnader enn sykehjemmet i Båtsfjord.

Vask av tøy per plass per år

Båtsfjord sykehjem hadde en kostnad på vask av tøy på kr. 16 100. Gjennomsnittet er kr. 18 381,-.

Medisinsk forbruksmateriell og andre driftsutgifter

Det er variasjon i kostnader til medisinsk forbruksmateriell mellom de sykehjemmene vi har sammenlignet Båtsfjord sykehjem med. Gjennomsnittet for alle sykehjemmene var kr. 22 475,-. Båtsfjord sykehjem hadde en kostnad på kr. 46 800,-. Ingen av sykehjemmene det her er sammenlignet med lå over Båtsfjord sykehjem.

Andre driftsutgifter³⁷ per plass per år

Det er noe variasjon i kostnadene til andre driftsutgifter mellom sykehjemmene i utvalget. Båtsfjord sykehjem brukte kr. 123 500,- per plass, mens snittet for alle i sammenligningen var på kr. 40 451,-.

Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen

Brugerrettet innsats kan sies å være virksomhetens primære funksjon, mens øvrige funksjoner (tøy, forbruksmateriell osv.) kan anses mer som sekundære funksjoner. Ut fra denne synsvinkelen anses det som et mål at størst mulig andel av samlede driftsutgifter er innenfor brukerrettet innsats. Ut fra dette sammenligningsgrunnlaget befinner Båtsfjord sykehjem seg i nedre sjikt. Gjennomsnittet for alle sykehjemmene ligger på 880,2 %. Og i Båtsfjord 75,35 %.

Overtid i kroner per plass per år

Ut fra sammenligningsgrunnlaget kan det se ut som at Båtsfjord sykehjem har et klart høyere forbruk av overtid per plass per år. Det er ingen av sykehjemmene i denne sammenligningen som ligger over. Gjennomsnittet for alle sykehjemmene er kr. 18 775,-. Og i Båtsfjord kr. 55 900,-.

³⁷ Det som inngår i "andre driftsutgifter" er bl.a. IT og telefoni, møbler, tekniske hjelpemidler/senger, laboratorieutgifter/farmasøytisk tilsyn, porto og kontorrekvisita, løsøre, til leders disposisjon, skyssutgifter, lønnsutgifter til husøkonom, lønnsutgifter til merkantilt personell (sekretær, resepsjonsmedarbeider o.l.) og kommunale utgifter.

Variabel lønn i prosent av totalen.

Båtsfjord sykehjem har en variabel lønnskostnad i prosent av totalen som ligger under gjennomsnittet i sammenligningen som er 19,5 og i Båtsfjord 13,35.

Antall administrative årsverk ledelse

Databasen gir også tall for lederressurs ved sykehjemmene. I tabellen framkommer dette som absolutte tall og må derfor sees i sammenheng med størrelse på sykehjemmet for å kunne gi noen mening. Størrelsen på sykehjemmene i denne tabellen framgår av antallet pasienter eller plasser. Ut fra dette kan en mulig sammenligning bli antall plasser per leder. Lavest «ledertetthet» ut fra en slik sammenstilling har Båtsfjord.

4.11 IPLOS og bruksrater og brukersammensetning i tjenestene

Hva er IPLOS? RO har valgt å ta inn noe fra innledningen i IPLOS-veilederen (IS-1112) "*Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS-forskriften) ble vedtatt 17. februar 2006 og trådte i kraft 1. mars samme år. Bruk av IPLOS er obligatorisk i alle kommuner fra denne dato. Veilederen er et resultat av et samarbeid i en gruppe bestående av brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, fylkesmenn, kommuner og fagmiljø, samt en større ekstern høringsprosess. Dersom IPLOS-registeret skal gi kommunen viktig og relevant kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestene, må de som registrerer ha en entydig forståelse av hva som ligger i den enkelte opplysning. IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester*".

Formålet er blant annet å gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen. For å tilfredsstille Datatilsynets krav om behandling av personopplysninger har RO og Båtsfjord kommune inngått en databehandleravtale. Denne gir RO som databehandler tilgang på krypterte data³⁸, slik at RO kan behandle personopplysninger på vegne av kommunen. IPLOS dataene fokuserer på sammenhengen mellom funksjonsnivå og timer tjenester. Ved å benytte IPLOS-data som styringsverktøy, vil Båtsfjord kommune få en bedre mulighet til å se sammenhengen mellom vurdert funksjonsnivå og behovet for timer ytt. Dette er viktig for å kunne se effektiviteten og produktiviteten. Ei eventuell omsorgstrapp bør fungere på en slik måte at den tjener innbyggernes behov for helse og omsorgstjenester. Og at den tilfredsstiller krav til bruk av riktig ressursmengde for å produsere vedtatte tjenester til tjenestemottakerne.

En viktig faktor for å sikre god effektivitet og produktivitet er å sørge for et tett og godt samspill mellom tjenesteutøverne innad i kommunen og om nødvendig med spesialisthelsetjenesten.

Gjennomgangen av ansattressursen ved Båtsfjord sykehjem inklusive sykestua viser en totalbemanning per mars 2017 på 13,49 årsverk på 11 plasser hvorav 2 er sykestueplasser (lederressurs og merkantil ressurs er holdt utenfor). Kommunen har også et skjerma tilbud for personer med demenssykdom, Fjellheimen. Antall årsverk her var 9,29 og antall plasser 9.

³⁸ Personavidentifisert

En forklaring som ofte benyttes når ansatte og ledere skal forklare årsakene til tidspress er lav bemanning og dårligere pasienter. Ser vi på forholdet antall årsverk og vedtatte plasser kan vi beregne pleiefaktoren³⁹. Pleiefaktoren ved Båtsfjord sykehjem er per 1. april 1,23.

Båtsfjord sykehjem er i norsk målestokk et relativt lite sykehjem. Bemanningssituasjon står sterkt når en skal vurdere ønsket standard på sykehjemmet og innen tjenestområdet samla.

Gjennomgangen av ansattressursen i hjemmetjenestene viser at kommunen har 13,33 årsverk til rådighet for tjenesteyting, noe som utgjør 473,20 time per uke. Av dette utgjør hjemmehjelp/praktisk bistand 52,50 timer per uke og hjemmesykepleie 382,50 timer per uke. Det er gjort vedtak om 225 timer hjemmetjenester per uke. Dette er fordelt på 50 timer praktisk bistand/hjemmehjelp og 175 timer hjemmesykepleie. Antall mottakere / aktive vedtak er henholdsvis 42 (praktisk bistand) og 67 (hjemmesykepleie)⁴⁰. RO har her ikke tatt med medarbeiderressurs til dagsenter (15 t), hjelpemidler (7,5t) og lager (7,5t).

Følgende aktiviteter inngår:

	Hjemmesykepleie	Praktisk bistand
Aktivitet:	Tid hos tjenestemottaker	Tid hos tjenestemottaker
Aktivitet:	Transport	Transport
Aktivitet:	Administrative gjøremål utenfor hjemmet ⁴¹	Administrative gjøremål utenfor hjemmet
Aktivitet:	Utrykninger (f.eks. ved trygghetsalarm)	

Tabell 9: Tabellen viser antatte aktiviteter for henholdsvis hjemmesykepleie og praktisk bistand

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.

Det er mange faktorer som påvirker graden av effektivitet i hjemmetjenesten. Dette er faktorer som blant annet handler om verdisyn/ideologi (f.eks. hverdags-rehabilitering/mestring), organisering av daglig drift, utnyttelsesgraden av ny effektiv teknologi, logistikk og hva som forventes ytt fra innbyggere/tjenestemottakere. 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 (ansikt til ansikt tid) og indirekte tid (kjøring, rapportering, medisinhåndtering, møter utenfor hjemmet, utrykning trygghetsalarm mm).

Er det mulig å effektivisere hjemmebaserte tjenester i Båtsfjord? For hver vedtatt time tjeneste har hjemmetjenesten i gjennomsnitt ca. 1,93 time ansattressurs til rådighet. Splitter vi hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, blir fordelingen henholdsvis 1,05 og 1,70.

Hva er rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Det fins ingen vedtatt norm eller nasjonal standard på dette forholdet. Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet kan gi en pekepinn om erfaringstall. Vi kan anslå at et grovt

³⁹ Pleiefaktor er en måleenhet for forholdet mellom registrerte årsverk til pleie og beboerne på institusjon.

⁴⁰ Kommunens egne tall januar 2016

⁴¹ Apotek, journalføring, rapport, medisinhåndtering, kontakt med annet helsepersonell, pårørende etc., møter, pauser, bilpleie og annet

gjennomsnitt kan være ca. 1,4 – 1,5 arbeidstime per vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,25 - 1,30 arbeidstime på praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring). Det må imidlertid presiseres at dette ikke kan anses som en landsdekkende norm. Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig direkte brukertid hjemmesykepleie være ca. 60 prosent og 75 prosent for praktisk bistand. Sagt på en annen måte innebærer dette at for hver time til disposisjon kan en forvente at henholdsvis 60 prosent og 75 prosent av tiden benyttes i direkte tid til bruker i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

Kommunen har etter det RO får opplyst ikke aktiv natt-tjeneste organisert inn under hjemmetjenesten, men har en form for bakvaktsystem og om nødvendig et samarbeid med sykehjemmet når det gjelder alderspensjonatet.

Tar vi utgangspunkt i vedtak om 50 timer praktisk bistand og et forholdstall på 75/25 får vi en anvendt tidsressurs på 62,5 timer. Tidsressurs i minus blir 10 timer per uke. Innen hjemmesykepleien er det vedtak om 175 timer per uke. Medarbeiderressursen utgjør 382,50⁴² timer. Tar vi utgangspunkt i et forholdstall på 60/40, kommer vi fram til en anvendt tidsressurs på 245 timer per uke. Tidsressurs til gode blir da 137,5 timer per uke. Regner vi ut fra 50/50 som forholdstall, kommer vi fram til en anvendt tidsressurs 350 timer per uke. Tidsressurs til gode blir da 32,5 timer per uke.

En effektivisering av den indirekte brukertiden vil statistisk medføre behov for færre medarbeidertimer. Alternativ at «ledig» tid kan nyttes til å yte flere timer når tjenestemottakere får et økt behov, med mål om at en tjenestemottaker kan bli boende i egen bolig lengre. Alternativ at «ledig» tid disponeres på Fjellheimen eller sykehjemmet. RO vil imidlertid i denne fasen tilrå Båtsfjord at denne tematikken blir en del av gjennomgangen som nå starter opp. Målet vil være å klarstille behovet innen HO fram mot 2040. Nasjonale mål som mange kommuner arbeider for å oppnå er helhetlig og sammenhengende tjenester. Plassering av de ulike tjenestestedene i Båtsfjord tilsier at her burde det være mulig med en enda tettere samhandling enn det som er realiteten i dag.

RO har tatt utgangspunkt i tilsendt fil (mars 2017) som inneholdt en oversikt over brukere og hvor de hørte til. RO går ikke inn på hvordan IPLOS er bygd opp, men vil her anføre at registrering skjer med skår på en skala fra 1-5. Skår mellom 2 og 3 forutsetter behov for personbistand. Det går et skille mellom 2 og 3, mens skår mellom 1 og 2 kan indikere behov for ingen eller lite bistand. Etter de opplysningene RO har, har Båtsfjord ikke vedtatt kvalitetsstandarder for helse- og omsorgstjenestene.

Formålet med å inndele i ei omsorgstrapp med mest mulig entydige trinn er å underbygge forståelsen av at det enkelte trinn gir ulikt tilbud til ulik kostnad. Det er viktig for å kunne se på effektivitet og produktivitet. Kriteriene bør derfor innrettes på en slik måte at de synliggjøres for tjenestetildeling i de ulike trinnene.

Når vi her måler grad av funksjonstap eller bistanndsbehov, nytter vi det samlede målet for bistanndsbehov som er etablert ved IPLOS-registreringene. Bistanndsbehovene registreres i IPLOS gjennom et sett variabler, som så grupperes gjennom 15 variabler etter en skala fra 1–5 (der 1 betyr ingen hjelpebehov og 5 betyr at en må ha bistand fra hjelpepersonell til alle oppgaver knyttet til aktuell funksjon). Når data skal analyseres, deles de 15 enkeltvariablene inn i fem grupper (sosial fungering, ivaretagelse av egen helse, husholdsfunksjoner, egenomsorg og kognitiv svikt).

⁴² Foruten dagsenter (15 t), hjelpemidler (7,5t) og lager (7,5t)

På basis av disse fem gruppene har Helsedirektoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå avklart prosedyre for hvordan en kan fastsette samlemål for bistandsbehov i tre kategorier. Kategoriene benevnes: a) noe eller avgrenset bistandsbehov, b) middels til stort bistandsbehov og c) omfattende bistandsbehov. Det understrekes at selv om tjenestemottakere er plassert i den «letteste» kategorien for bistand, kan noen av disse ha store behov tilknyttet enkeltområder (variabler). Det er grunnen til at benevnelsen «avgrenset bistandsbehov» inngår i kategorinavnet. Det behøver derfor ikke være unormalt eller feil at brukere som er registrert med «noe/avgrenset bistandsbehov» for eksempel mottar omfattende bistand i de hjemmebaserte tjenestene målt i timer per uke eller har opphold i institusjon (SSB 2010:13).

Under følger tabeller og figurer som viser:

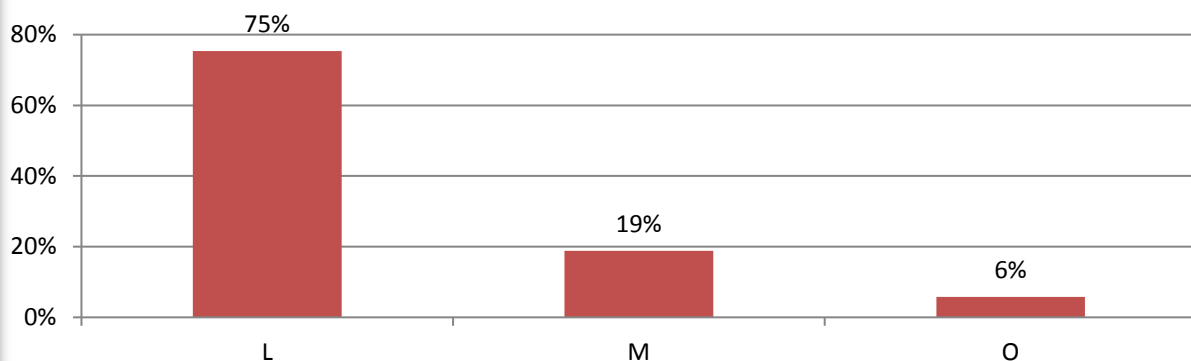
Hjemmetjenesten⁴³ – Fordelt på 16 funksjonsnivågrupper. 69 brukere (76 brukere registrert under Åpen omsorg, men bare 69 med timer pr. 1.4.2017)			
Funksjonsnivå	Antall brukere	Sum timer pr. uke	Snitt timer per uke
1	28	27,75	0,99
2	8	17,27	2,16
3	10	25,75	2,58
4	4	10,33	2,58
5	6	12,75	2,13
6	7	22,25	3,18
7	2	3,75	1,88
8 og 9			
10	2	3,67	1,84
11	1	2,00	2,00
12	1	14,50	14,50
13, 14,15 og 16			
Total	69	140,02	2,03

Tabell 10: Tabellen viser en oversikt over dagens brukere fordelt på funksjonsgrupper. PU ikke medregnet. Kilde: kommunens egne IPLOS-data.

Kommentar: Tabell 10 viser at mange av tjenestemottakerne i hjemmetjenesten har små eller avgrenset behov, og kan defineres som "lette" tjenestemottakere. Det vil si at en stor del av tjenestens samla medarbeiderressurs medgår her. Sammenholder vi dette også med forholdet direkte/indirekte tid, er det indikasjoner på at en del av medarbeiderressursen medgår til andre gjøremål enn direkte tjenesteyting.

⁴³ PU ikke medregnet

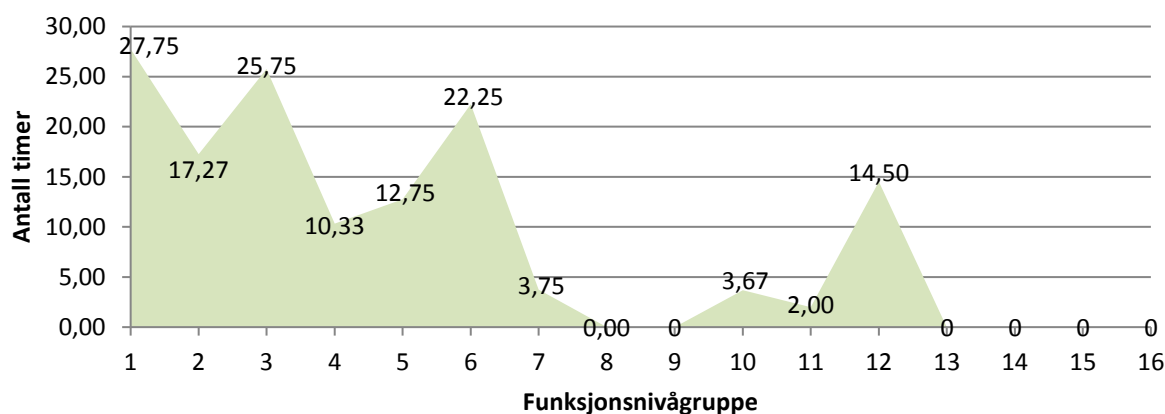
Andel brukere med lite, middels og omfattende bistandsbehov Hjemmetjenesten



Figur 5: Figuren viser en oversikt over dagens brukere fordelt etter andel lette, middels og tunge brukere. Kilde: kommunens egne IPLOS-data.

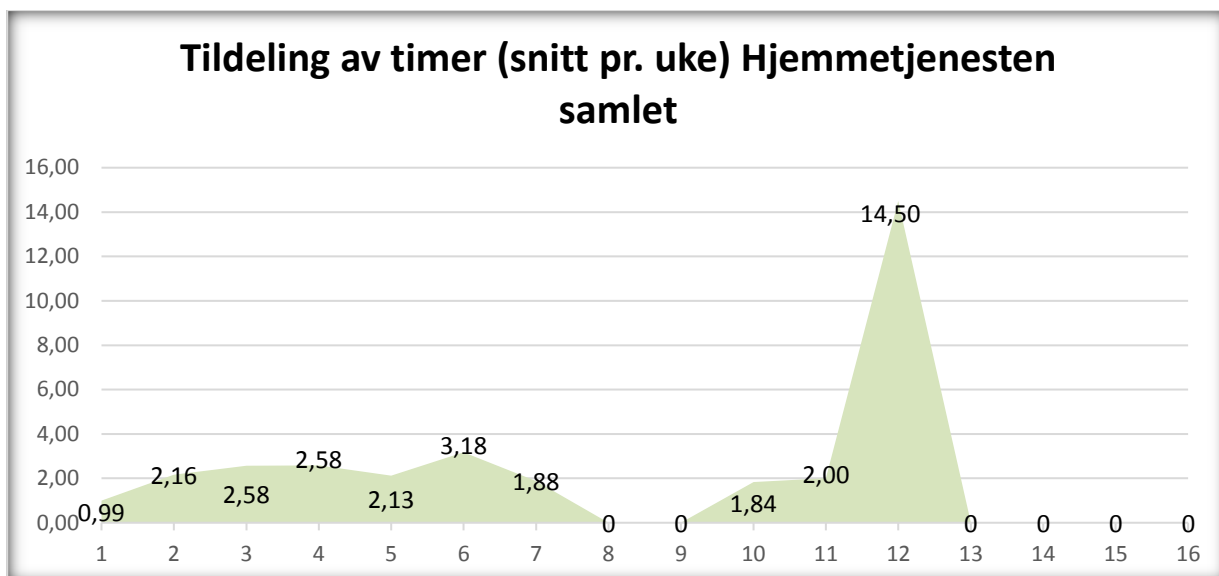
Kommentar: Figuren viser den prosentvise fordelingen av tjenestemottakerne. Her ser vi at det er få tjenestemottakere med middels og tunge behov. Størsteparten av tjenestemottakerne kommer inn under kategorien lett eller avgrenset behov.

Tildeling av timer (sum pr. uke) Hjemmetjenesten samlet



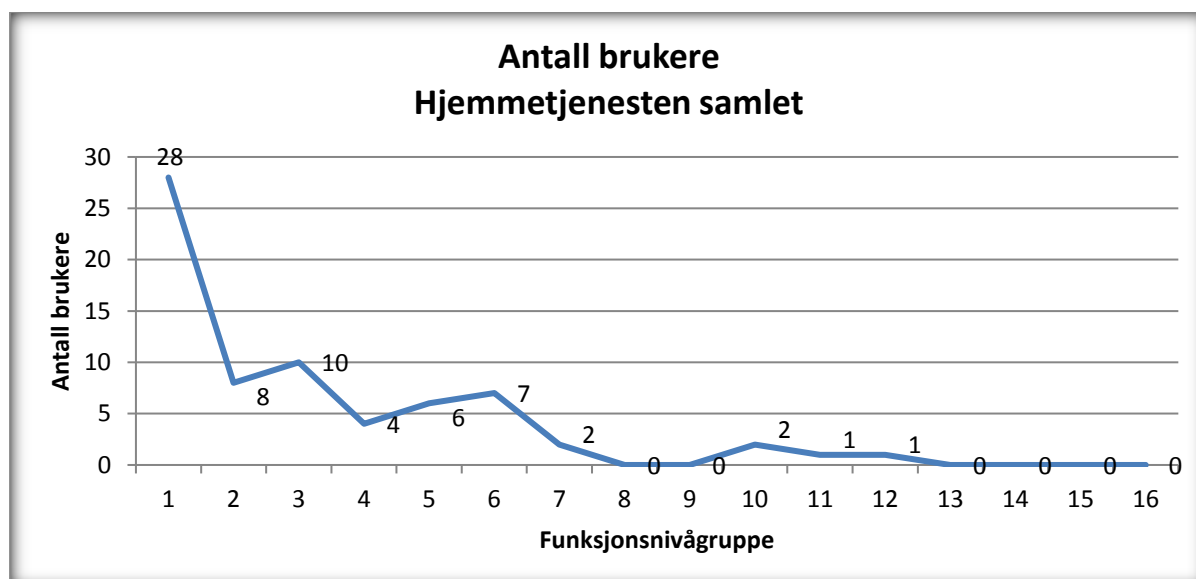
Figur 6: Figuren viser en oversikt over tildeling av timer, sum per uke, samlet for hjemmetjenesten. Kilde: kommunens egne IPLOS-data.

Kommentar: Figuren viser at en stor andel timer i hjemmetjenesten ytes til tjenestemottakere med små eller avgrensede behov.



Figur 7: Figuren viser en oversikt tildeling av timer / snitt per uke i hjemmetjenesten samlet. Kilde: kommunens egne IPLOS-data

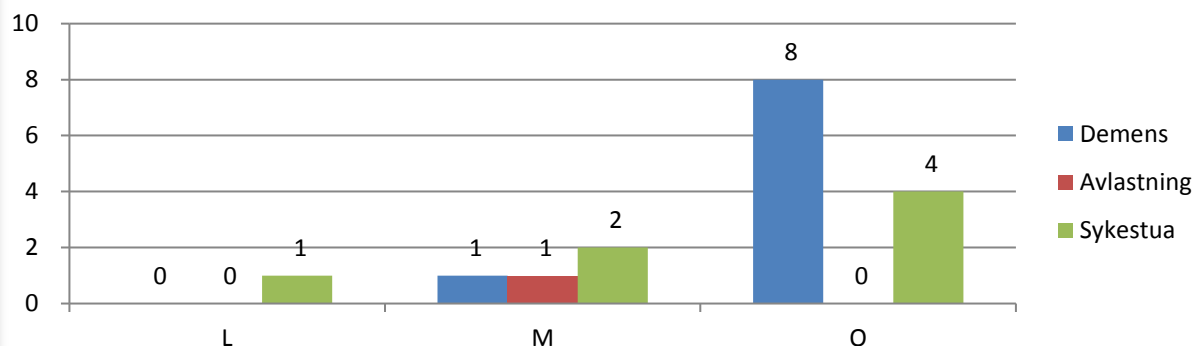
Kommentar: Figuren viser tildeling av timer i snitt per uke for hjemmetjenesten samlet.



Figur 8: Figuren viser en oversikt over antall brukere samlet fordelt etter funksjonsnivå. Kilde: kommunens egne IPLOS-data.

Kommentar: Figuren viser antall brukere fordelt på funksjonsnivågruppe. Figuren indikerer at de fleste som mottar hjemmetjenester tilhører funksjonsnivågruppe lette eller med små behov.

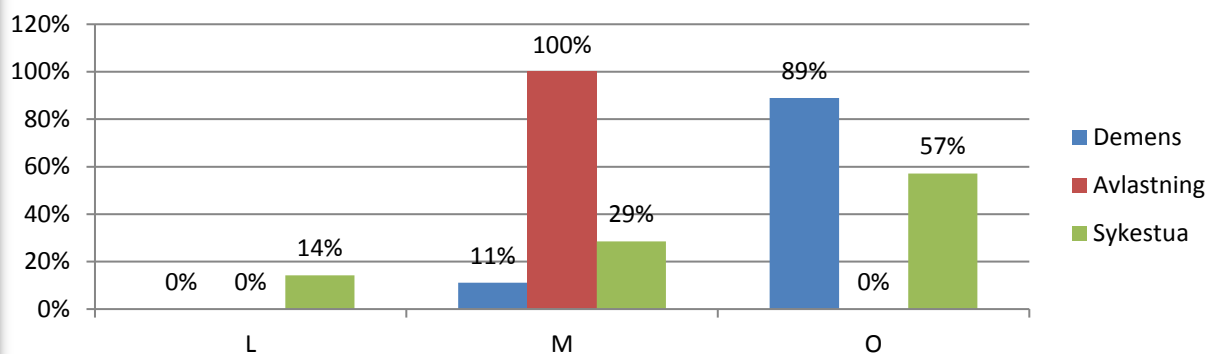
Antall brukere med lite, middels og omfattende bistsandsbehov Sykehjemmet



Figur 9: Figuren viser en oversikt over dagens brukere fordelt etter lett, middels og tung i prosent. Kilde: kommunens egne IPLOS-data.

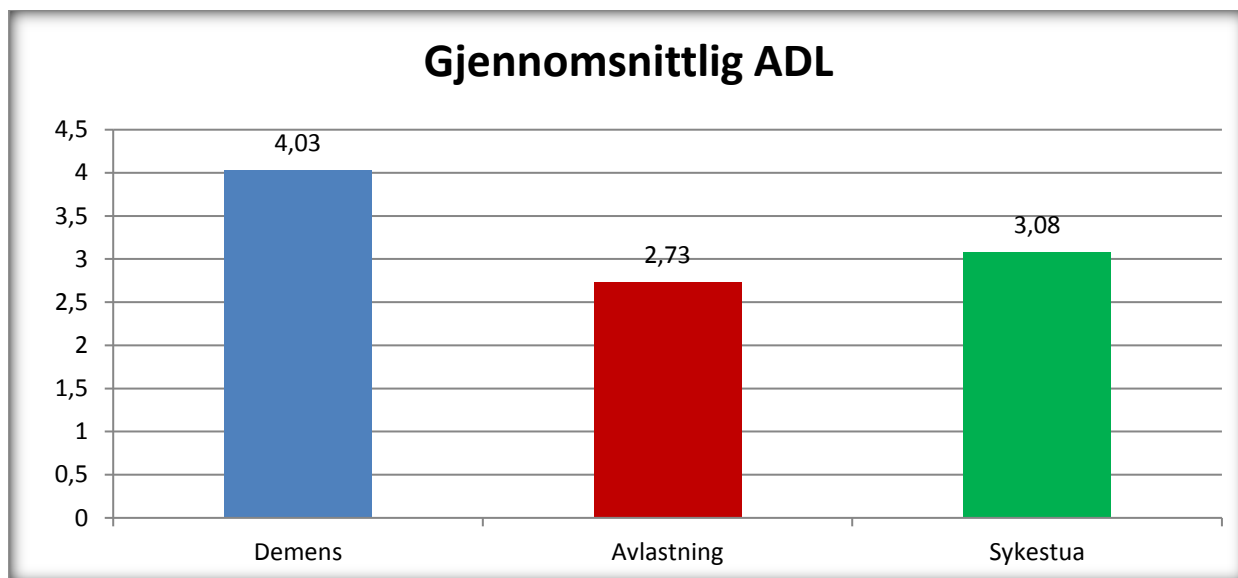
Kommentar: Figuren viser antall brukere fordelt etter lite/små, middels og omfattende bistsandsbehov.

Andel brukere med lite, middels og omfattende bistsandsbehov Sykehjemmet



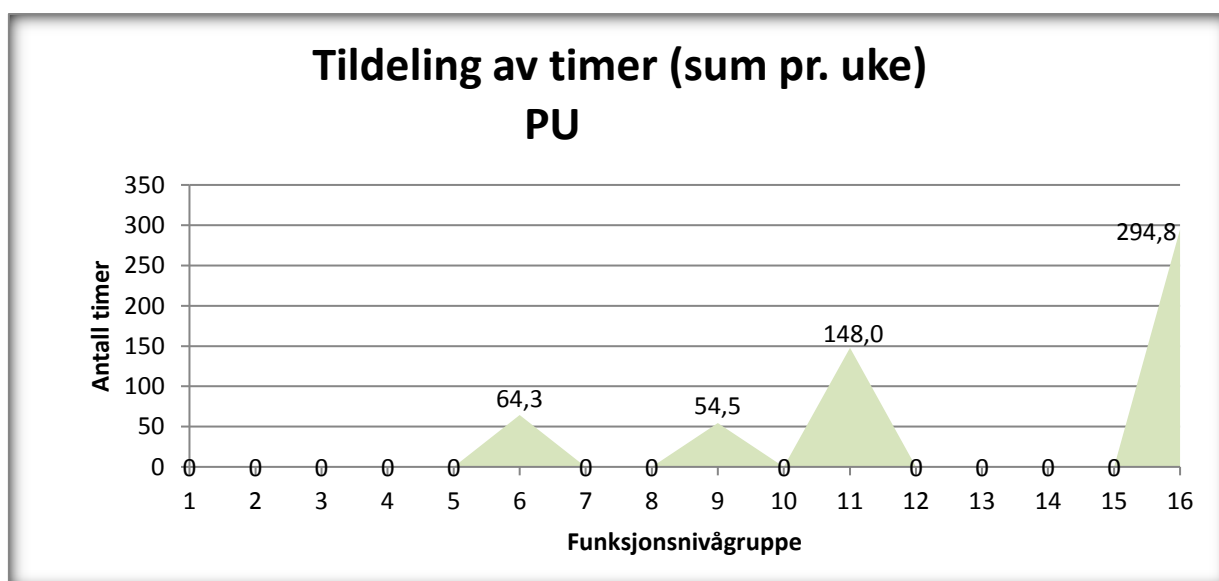
Figur 10: Figuren viser en oversikt over antall brukere samlet fordelt etter funksjonsnivå. Kilde: kommunens egne IPLOS-data

Kommentar: Figuren viser andel brukere fordelt etter lette/små, middels og omfattende behov.



Figur 11: Figuren viser en oversikt over gjennomsnittlig ADL-skår. Kilde: kommunens egne IPLOS-data

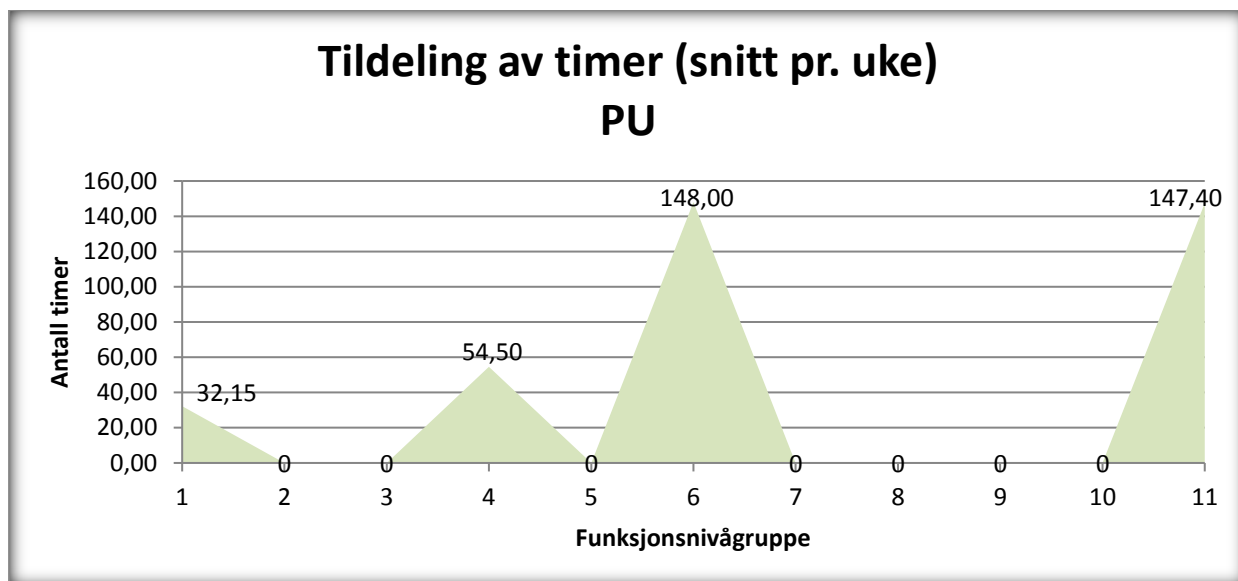
Kommentar: ADL-skår⁴⁴ som er en indikasjon på funksjonsnivå hos tjenestemottakerne. Det vil si at de som er på Fjellheimen er de brukerne som har størst behov. Viser forøvrigt til figur 10.



Figur 12: Figuren viser en oversikt over sum tildelte timer per uke fordelt etter funksjonsnivå. Kilde: kommunens egne IPLOS-data

Kommentar: Figuren viser at tildelte timer medgår til tjenestemottakere med middels og omfattende tjenestebehov.

⁴⁴ Aktiviteter i dagliglivet, ADL, meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre.



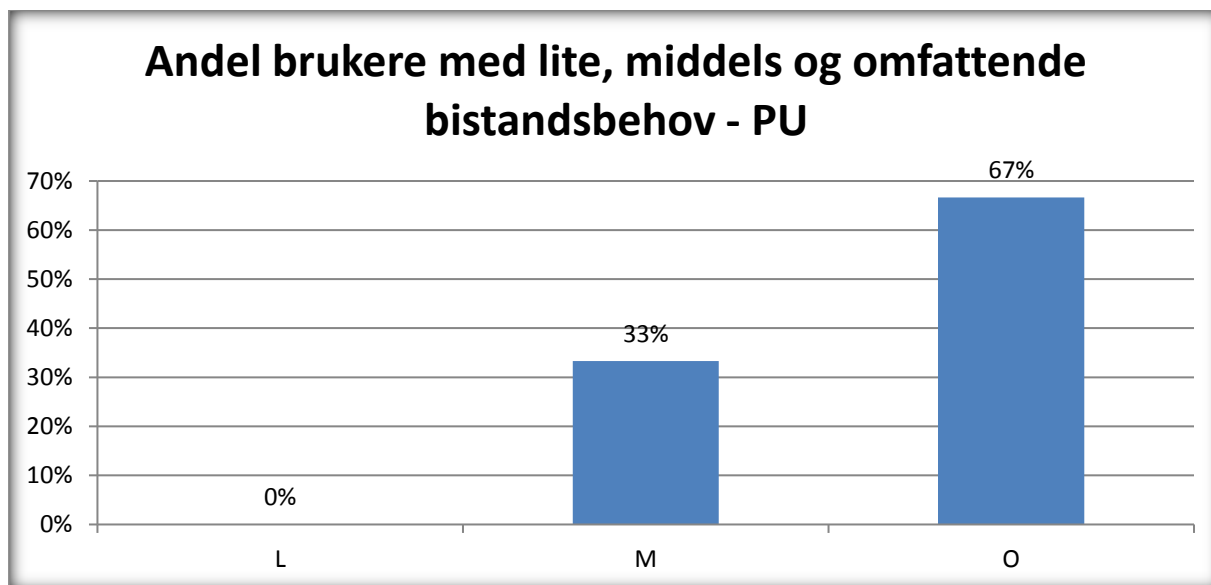
Figur 13: Figuren viser en oversikt over tildelte timer i snitt per uke fordelt etter funksjonsnivå. Kilde: kommunens egne IPLOS-data

Kommentar: Figuren viser tildeling av timer i snitt per uke.

FN-gruppe	Antall brukere	Sum timer	Snitt timer pr. uke
1, 2,3,4 og 5			
6	2	64,3	32,15
7 og 8			
9	1	54,5	54,50
10			
11	1	148,0	148,00
12,13,14 og 15			
16	2	294,8	147,40
Samlet	6	561,6	93,60

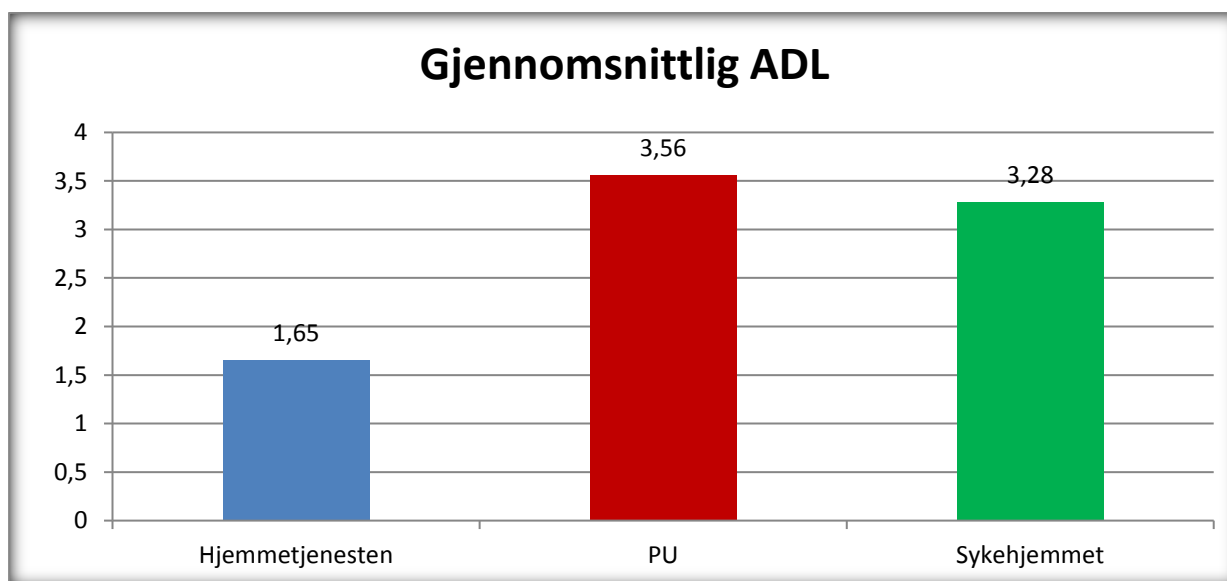
Tabell 11: Tabellen viser en oversikt over antall brukere, sum timer og snitt timer per uke. Kilde: kommunens egne IPLOS-data

Kommentar: Tabellen viser at tjenesten yter bistand til brukere med omfattende behov.



Figur 14: Figuren viser en oversikt over andelen brukere fordelt etter funksjonsnivå. Kilde: kommunens egne IPLOS-data

Kommentar: Figuren viser at de fleste som mottar tjenester har omfattende bistandsbehov.



Figur 15: Figuren viser en oversikt over gjennomsnittlig ADL-skår innen tjenesteområdet. Kilde: kommunens egne IPLOS-data.

Kommentar: Figuren viser samla ADL-skår fordelt på de ulike tjenesteområdene. Jo høyere skår på et område, jo mer sannsynlig er det at brukeren kan være i behov av hjelp på det området. Det går et skille på under 2 og mellom 2 og 3. Over 3 regnes som fra middels til store behov. Under 2 regnes behovet for ikke å være tilstede. Her gjør RO oppmerksom på at inndelingene i funksjonsgrupper gjør at enkelte som blir vurdert til ADL-skår under 2, kan ha middels eller stort behov for bistand.

4.11 Framskrivning av kostnader, behov for nødvendig omstilling

I dette kapittelet drøftes de faktorer som legges til grunn for forventede muligheter for omstilling i en framtidig helse- og omsorgstjeneste i Båtsfjord kommune.

Bruk av helse- og omsorgstjenester synes å øke kraftig med alder, og det framtidige antall eldre i befolkningen betraktes derfor som en av de viktigste drivkrefter bak økt behov for tjenester og dermed økte utgifter. Erfaring viser at mange kommuner har en økning i antall yngre innbyggere, under 67 år, som mottar tjenester fra helse- og omsorg. I henhold til innrapporterte tall til SSB var det en reduksjon i Båtsfjord fra 2014 til 2016; fra 2,1 % i 2014 til 1,9 % i 2016. Andelen yngre er lavere i Båtsfjord enn i de kommunene vi har sammenlignet med, med unntak av Frøya. Gjennomsnittet i 2016 for kostragruppe 03 var 2,5 %, Vardø 3,4 % og Skjervøy 2,9 %. Landsnittet uten Oslo var 2,1 % og fylkessnittet 2,8 %. Ett felles trekk ved yngre er at de ofte mottar flere timer per uke enn eldre.

Dersom vi forutsetter samme bruksrater etter alder og kjønn som i dag (2016), får vi et forenklet bilde av hvordan aldringen av befolkningen innvirker på framtidige utgifter. Legger vi f.eks. dagens dekningsgrad for sykehjemsplasser til grunn (i 2016 var dekningsgraden 24,3 % ⁴⁵) og sammenholder dette med prognose for andel innbyggere 80 år og eldre, viser framskrivningen at behovet for sykehjemsplasser vil fordobles fram mot 2030. Forutsatt at tjenestetilbudet innrettes og ytes som i dag.

I tabell 12 har RO forsøkt å illustrere en tenkt kostnadsøkningen framover mot år 2040 hvis dagens dekningsgrad og kostnader opprettholdes og at befolkningsprognosen (MMMM) slår til. Tallene er oppgitte tall for 2016, som kommunen har rapportert inn til SSB (KOSTRA).

Framtidig behov Økte / reduserte kostnader forutsetter at vi fortsetter som nå	2017	2020	2030	2040
Antall innbyggere	2229	2260	2359	2450
Antall innbyggere 80 år og eldre	72	84	143	204
Antall innbyggere 67 og eldre	322	363	477	589
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over med <u>dagens dekningsgrad 24,3 %</u>	17	20	35	49
Plasser i institusjon og heldøgns-bemannet bolig i % av innb. 80 år og over med dagens dekningsgrad 51 %	37	43	73	104
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass var kroner 1 470 944,-	25 006 048	29 418 880	51 483 040	72 076 256
Netto driftsutgifter pleie og omsorg per innbygger 80 år og over. Kroner 709 114,-	51 056 208	59 565 576	101 403 302	144 659 256
Netto driftsutgifter pleie og omsorg per innbygger 67 år og over. Kroner 157 581,-	50 741 082	57 201 903	75 166 137	92 815 209
Netto driftsutgifter pleie og omsorg per innbygger. Kroner 21 896,-	48 806 184	49 484 960	51 652 664	53 645 200

Tabell 12 Framskrivning av tenkt kostnadsøkning. Kilde framskrivning er basert på KOSTRA 2015/2016 og befolkningsframskrivning (SSB) etter MMMM-alternativet.

⁴⁵ KOSTRA 2016 – viser andel plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over

Framskrivningen viser at dersom dagens dekningsgrad og kostnader opprettholdes og gitt at befolkningsprognosen slår til, vil kommunen fram mot 2020 ha en liten økning i utgiftene til driften av pleie og omsorgstjenestene per innbygger. Ser vi på utgifter per innbygger 67 år og eldre og 80 år og eldre vil Båtsfjord få en sterk økning. Spesielt gjelder dette for aldersgruppa 80 år og eldre. Grunnen er en vekst i antall innbyggere mellom 67 år og 79 år og 80 år og eldre. Dette vil etter RO sine vurderinger bli utfordrende å løse innenfor en framtidig bærekraftig ressursramme. Alternativt må andelen av kommunens totale økonomiske ramme endres ved at pleie og omsorg får økt sin relative andel, eller så må driften effektiviseres. Tabell 12 illustrerer et beregnet behov for tjenester og dermed økte kostnader forutsatt at dagens tjenesteinnretning og praksis opprettholdes. Etter RO sine vurderinger må tjenesten innrettes og driftes på en annen måte framover. Forebygging, hverdagsmestring, anvendelse av teknologi og ikke minst en tjeneste som kontinuerlig er på «jakt» etter faglig gode måter å løse innbyggernes behov på. Grunnlaget for dette må legges politisk, deretter er det ledelsen i samhandling med tillitsvalgte og medarbeidere som skal sørge for at dette skjer i praksis. Et annet forhold som er av betydning, er samhandlingen med tjenestemottakerne, pårørende og innbyggerne.

5. Tilråding

5.1 Innledning

Hovedinntrykket er at Båtsfjord kommune har en helse- og omsorgstjeneste med mange kvaliteter og som det er viktig å bygge videre på. Under møte med medarbeidere den 7. mars og intervjuene 8. og 9. mars kom det til uttrykk at det var behov for å møte dagens og ikke minst morgendagens utfordringer på en annerledes måte. RO oppsummerer dette som et paradigmeskift med hovedvekt på et helhetlig og koordinert tjenestetilbud med basis i en forbyggende og hverdagsrehabiliterende tilnærming i all tjenesteyting. Andre forhold som ble fremhevet var:

- ⇒ Gode tjenester, men hektiske dager, flere ga uttrykk for lav bemanning, lite tid til rapport og dokumentasjon
- ⇒ Mye rutinepreg på det vi gjør. Tregt datasystem
- ⇒ Press på sykehjemmet
- ⇒ Positivt at tjenestene er samla, men for mye skott innen tjenesteområdet- for lite helhetstenkende
- ⇒ Viktig med fokus på omstilling / innovasjon / videreutvikle en arbeidsform hvor ressurser (inkluderer teknologi) utnyttes effektivt. Sykdomsbildet er under endring
- ⇒ Endra behov for ressurser må dokumenteres. Tiltak iverksettes før krav om økte ressurser
- ⇒ Vedtakspraksis – bruk av IPLOS som et aktivt hjelpeverktøy. Avklare innslagspunktet for plass i sykehjemmet og tjenester i hjemmet
- ⇒ Sykehjemmets funksjon i omsorgstrappa må tydeliggjøres
- ⇒ Vurdere spesielt tilbudet til personer med demenssykdom og deres pårørende
- ⇒ Hjemmetjenesten bør ha som mål å kunne tilby tjenester hele døgnet (24/7)
- ⇒ Ansvarliggjøre tjenestemottakerne, ta utgangspunkt i spørsmålet "hva er viktigst for meg"
- ⇒ Hverdagsmestring som arbeidsform, gjelder både i hjemmetjenesten og sykehjem
- ⇒ Tydeliggjøre forutsetningene for helhetlig lederskap – endringsledelse – strategisk handling
- ⇒ Klarstille hel-deltidsutfordringene
- ⇒ Økt medarbeiderskap gjennom motivasjon, kunnskap og ansvarliggjøring
- ⇒ Tettere samarbeid mellom ledelse og tillitsvalgte og verneombud for klargjøring og oppfølging av tiltak jfr. sektorplanen
- ⇒ Nødvendig å se på hvordan medarbeidernes kompetanse nyttes. Strategi for rekruttering
- ⇒ Samarbeid med frivillige og pårørende
- ⇒ Ta i bruk og utnytte tilgjengelig teknologi
- ⇒ Avklare behovet for godt tilrettelagt dagtilbud, gjelder alle "brukergrupper"
- ⇒ Forventningsavklaring
- ⇒ Viktig med tiltak som virker forebyggende, f.eks. gjennom informasjon
- ⇒ Viktig at utarbeidelsen av sektorplanen for helse- og omsorg blir en strategisk plan som tydeliggjør kortsiktige og langsiktige tiltak

Som utgangspunkt for beregning av fremtidig aktivitets- og kapasitetsbehov i Båtsfjord kommune, anbefales det å sørge for en fordeling av aktivitet og framskriving knyttet til omsorgstrappa (tjenestetrapp). Da med utgangspunkt i en gjennomdrøftet og vedtatt helse og omsorgsstrategi hvor grunnmuren bygger på forebygging, nødvendig helsehjelp og hjelp til selvhjelp. Helse- og omsorgstjenestene anbefales å ta

utgangspunkt i BEON-prinsippet⁴⁶. Dette innebærer at en tjenestemottaker skal motta tjenester tilpasset de konkrete behovene, men ikke mer enn det som ivaretar tjenestemottakeren på en forsvarlig måte. Det bør være et omforent mål at flest mulig skal greie seg selv lengst mulig. Fordelingen av ressurser mellom de ulike nivåene i omsorgstrappa er avgjørende for effektiv utnyttelse av BEON-prinsippet. En framtidig helse- og omsorgstjeneste vil måtte dekke kommunens behov for forebygging og nødvendig helsehjelp i og utenfor sykehjemmet. Det vil være behov for aktiv innsats innenfor forebyggende arbeid, rehabilitering hjemme og om nødvendig i sykehjem, en faglig godt utbygd hjemmetjeneste, høy grad av kompteansemobilisering, flest mulig over på større stillingsandeler, tilgjengelig kapasitet på omsorgsbolig med reell mulighet for heldøgns tjenester og et samla sykehjemstilbud hvor en stor del av kapasiteten benyttes til ulike kortidsformål i tillegg til sykestueplasser.

Verdigrunnlag

Båtsfjord kommune bør drøfte og vedta hvilke kvalitetsstandarder tjenesteutøvelsene skal bygge på. For eksempel:

- Sikre tverrfaglig og individuell vurdering av alle typer pleie-, rehabilitering- og omsorgstjenester.
- Tildele rett hjelp til rett tid på rett sted, i rett mengde. Dette for at den enkelte skal kunne nytte egne ressurser og mestringsevne til å møte dagliglivet sine utfordringer, både i og utenfor hjemmet
- Tjenestemottakere skal kunne bo i egen bolig lengst mulig.
- Utføre tjenester av god kvalitet.
- Utnytte de faglige og økonomiske ressursene på en god og effektiv måte.
- Tildele tjenester i tråd med BEON-prinsippet; beste effektive omsorgsnivå.

Ei omsorgstrapp kan klarstille hvilke tjenester som kan tilbys før tilbud om langtidsplass ved sykehjemmet. Det vil si hvilke andre tiltak kan være prøvd ut. RO stiller spørsmål om det er slik det fungerer i dag? I forbindelse med St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen – rett behandling -på rett sted- til rett tid, ble dette endra til BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå). Prinsippet skal ivareta både faglig og økonomisk effektivitet.

I forbindelse med Samhandlingsreformen ble det lagt et grunnlag for at kommunene fikk ansvar for flere tjenester. Det vil si at flere oppgaver skulle løses av og i kommunene. Konsekvensen av dette er at kommunene i større grad skal sørge for helhetlige tjenesteløp, mer forebygging, tidlig intervensjon og diagnostikk, behandling og oppfølging. Der det er mulig skal Båtsfjord kommune yte tjenester som gir tjenestemottaker like god, eller bedre, kvalitet enn det de ville fått i spesialisthelsetjenesten. En slik endring vil måtte få følger for strategi og sikre et mulighetsrom for å styre tjenesteinnretningen/tiltakskjeden, for at innbyggerne skal få nødvendig bistand på rett nivå til rett tid.

Som hovedregel har den enkelte innbygger selv ansvar for å mestre eget liv (uansett alder), ved hjelp av egne ressurser, familie, nettverk etc. Når behov for tjenester oppstår vil dette for noen dreie seg om korte perioder, mens andre vil ha et behov over en lengre periode. Uansett; målet bør være at en tjenestemottaker skal kunne mestre hverdagen selv – helt eller delvis, det vil gis mulighet til å opprettholde sin integritet.

Mange opplever å ha god helse tross funksjonsnedsettelse grunnet sykdom, skade etc. Derfor er det av stor betydning at tjenestene innrettes på en slik måte at innbyggere med ulike funksjonsnedsettelser

⁴⁶ Beste Effektiv Omsorgsnivå

opplever mestring i hverdagen. Målet bør være at flest mulig, lengst mulig gis mulighet til å bo hjemme i opprinnelig bolig eller i en omsorgsbolig med reell mulighet for heldøgns tjenester ved behov.

Et sykehjemstilbud er kostnadmessig det dyreste tilbudet kommunen har, og bør derfor i utgangspunktet være forbeholdt de med alvorlig sykdom, ulike korttidsopphold grunnet behov for medisinsk behandling, rehabilitering, avlastning og utredning etc.

Vi kan anta at behovet for helse og omsorgstjenester fortsatt vil øke med alderen. Samtidig opplever mange kommuner en stor økning av tjenester blant yngre. Er dette tilfelle også i Båtsfjord, vil det måtte få konsekvenser for hvordan kommunen innretter framtidige tjenester for å sikre en bærekraftig utvikling. Her vil RO peke på åtte viktige forhold:

- ⇒ Tydeliggjøre at ledelse er ledelse
- ⇒ Sterk satsning på forebygging og hverdags-rehabilitering/mestring i hjemmet⁴⁷
- ⇒ Avklare betydningen av målsetning av å vedta kvalitetsstandarder
- ⇒ Mulighet for heldøgns tjenester enten i opprinnelig bolig eller omsorgsbolig med reell mulighet for heldøgns tjenester etter behov
- ⇒ En tydeliggjøring av sykehjemmets rolle/funksjon med utgangspunkt i omsorgstrappa
- ⇒ Vurdere et framtidig demenstilbud ved å bygge opp kompetanse- og aktivitetstilbudet
- ⇒ Sikre en helse og omsorgstjeneste som tenker og handler helhetlig. Start med å sikre en helhetlig helse- og omsorgstjeneste
- ⇒ "Løse" hel-deltidsproblematikken⁴⁸

Felles / enhetlig tjenestetildeling.

Båtsfjord kommune skal sørge for at alle som mottar tjenester har et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. En felles/enhetlig tjenestetildeling vil sikre innbyggerne rettferdige og likeverdige tjenester. Å sørge for helhetlige og koordinerte tjenester, intern og ekstern samhandling og brukermedvirkning er av stor betydning for en framtidig bærekraftig tjeneste. Det bør derfor legges til rette for gode samhandlingsarenaer mellom de som fatter vedtak (forvaltningen), de som er tjenesteutøvere og tjenestemottakere (og pårørende der dette er ønskelig). Med tjenesteutøvere menes alle som må bidra for at tjenestemottakere skal få det tjenestetilbudet/behandling som er nødvendig. En felles og enhetlig tjenestetildeling vil også bidra til å sikre koordinerte tjenesteløp der dette er nødvendig.

Mestring, vi er selv ansvarlig for egen helse og bolig, ønske om å være selvhjulpen lengst mulig, folkehelse- forebyggingsperspektivet.

Alle har vi ansvar for den livsstilen vi fører og dermed egen helse og bosituasjonen. Det er ulikt hvilke økonomiske og sosiale forutsetninger vi har. Dermed ulike forutsetninger for egne valg, men det må være et mål at den enkelte kan og skal kunne medvirke ut fra de forutsetninger den har. Båtsfjord kommune skal bidra med utgangspunkt i den enkeltes levekår og sette tjenestemottakeren i stand til å klare mest mulig selv. Kommunen bør fokusere på forebygging framfor hjelp som er "passiviserende" og behandling. Dette for blant annet å redusere konsekvensene av sykdom og sosiale forhold. Hverdags-rehabilitering/mestring som ideologi og behandlingsform bør "gjennomsyre" måten alle arbeider etter, noe som vil utfordre våre

⁴⁷ Anders Grimsø (norskhelsenett/NTNU); Fra følgeforskning til veien videre.

<http://ks.event123.no/Nasjonalhelsekonferanse2015/pop.cfm?FuseAction=View&pDocumentId=60869>

⁴⁸ RO gjør oppmerksom om at KS, Fagforbundet, Delta og Norsk Sykepleierforbund har intensivert arbeidet for å oppnå en heltidskultur i kommunesektoren. Se Handlingsplan heltidskultur 2015-2017, KS.

holdninger og tenkemåte. Aktiv innsats tidlig, vil bidra til å redusere eller utsette behovet for behandling og omsorg.

5.2 Fremtidens helse og velferdstjenester i Norge og Båtsfjord kommune

I befolkningsframskrivingenes mellomalternativ (MMMM)⁴⁹ vil folketallet i Norge fortsette å vokse relativt raskt, men ikke like raskt som de siste årene. Veksten vil særlig være høy i og rundt de store byene.

En må anta at de kommende demografiske endringene i Båtsfjord kommune vil øke behovet for helse- og velferdstjenester. Det forventes en økning i aldersrelaterte sykdommer og ulykker. Andelen eldre i befolkningen øker på sikt, dette kan skape behov for større kapasitet i tjenestene og økt kompetanse om aldring, spesielt om demenssykdommer og sammensatte lidelser⁵⁰.

Forskning viser at behov og forbruk av helsetjenester inklusive omsorgstjenester er avhengig av alder⁵¹, dvs. jo eldre man blir, jo større er sannsynligheten for at man har behov for tjenester. Forskningsfunnene som konkluderer med at forbruket av helse- og omsorgstjenester øker med alder, baseres på historiske data og er et resultat av historisk trend. På den andre siden er det stor usikkerhet knyttet til hvordan sykdomsbildet vil utvikle seg; morgendagens eldre kan også få bedre helse og holde seg friske lenger, eller leve lenger med sykdom. De vil ha bedre økonomi og utdanning enn tidligere generasjoner⁵². Noen studier viser at generell helsesvikt og dødsfall forekommer hyppigere jo lavere en er plassert i utdanningshierarkiet⁵³. Forbruket av helse- og omsorgstjenester varierer også dels etter inntekt og sosioøkonomisk status⁵⁴. Derfor er det grunn til å anta at framtidens eldre og andre yngre vil ha behov for både spesialhelsetjenester og omsorgstjenester på en annen måte enn dagens innbyggere. Framtidens innbyggere kan stille høyere krav til standarden på tjenestetilbudet. Standardheving kan medføre økt behov for flere årsverk, høyere og anvendt kompetanse, effektivisering og innovasjon⁵⁵ i tjenestene som inkluderer velferdsteknologi. Dette medfører rolleendring (paradigmeskift) og nye krav til kommunene, inklusive Båtsfjord, i framtiden.

Båtsfjord kommune må tilstrebe at tjenesteområdet tenker og handler på en helhetlig måte. Dette betyr en organisasjon som samhandler på kryss og tvers, ved å utnytte de faglige og økonomiske ressursene til beste for tjenestemottakerne, det vil si helhetlig og koordinert tjenesteløp. Dette er et felles ansvar, men først og fremst et LEDER-ansvar.

Målet med Samhandlingsreformen var bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategien var 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

⁴⁹ Statistisk Sentralbyrå

⁵⁰ Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Kapittel 5.5.

⁵¹ NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

⁵² Meld. St. 29. (2012-2013) Morgendagens omsorg, Kapittel 4.1.3., 4.2.1.

⁵³ Elstad JI. Utdanning og helseulikheter problemstillinger og forskningsfunn, NOVA 2008

⁵⁴ Jensen A. Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt, 2009

⁵⁵ Fornylse, nyskaping, forandring og tjenesteutvikling til det bedre, sørge for endringer i hvordan økonomiske goder eller andre verdier blir produsert på. Innovasjon er menneskeskapt og vil alltid kreve handlinger

- ⇒ 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 lidelser⁵⁶.

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. Dette basert på erfaringer fra andre kommuner⁵⁷ og forskningsresultater i Norge^{58,59}, samt behovet for å innføre endringer i samsvar med Samhandlingsreformen⁶⁰.

Internasjonalt er det en utvikling mot mer hjemmebasert behandling, noe som også inkluderer spesialisthelsetjenestene. Dette er oppsummert på følgende måte:⁶¹

- ⇒ 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

En annen undersøkelse i Trondheim kommune viste at 800 av 1100 tjenestemottakere mottok mindre enn fem timer hjemmebasert omsorg per uke på det tidspunktet de ble innlagt i sykehjem⁶². I sykehjemmet var ressursbruk per bruker 30 timer eller seks ganger så høy. Derfor er det grunn til å tro at styrking og utvikling av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester er et av de viktigste tiltakene for å møte framtidens behov og utfordringer. Hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester har en avgjørende rolle i forhold til muligheter for å bo hjemme lengst mulig og hvordan sykehjemmet innrettes. Behovet for sykehjemsplasser, det vil si antallet, avhenger av en tjeneste som tenker og handler helhetlig. Og at kommunen har alternative reelle heldøgns botilbud.

⁵⁶ Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted-til rett tid, Kapittel 6

⁵⁷ <http://www.fosen.net/>

⁵⁸ 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

⁵⁹ 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

⁶⁰ <http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

⁶¹ Professor i samfunnsmedisin Anders Grimsø

⁶² Døhl, Øystein (2011): Data fra undersøkelse i Trondheim kommune gjengitt i artikkelen: Den moderne velferdsstaten. Flere sykehjemsplasser løser ikke eldrekrisen. Mandag Morgen nr. 14, 11. april 2011 s. 6–9. Oslo: Mandag Morgen

Båtsfjord kommune anbefales å vurdere behovet for gode alternativ til langtidsplass i sykehjem dvs. tilbud i omsorgsbolig⁶³ med reell heldøgns tjeneste. Ved å ha alternative bo-arenaer å tilby heldøgns-tjenester i, vil kommunen sørge for en riktig utviklingsretning fordi andelen eldre øker i Båtsfjord og at folk sannsynligvis kommer til å leve lengre med sykdommer: altså utvidet sykkelighet og da ofte med flere sykdommer samtidig (multisyke)⁶⁴. Men forekomst og antall nye tilfeller av ulike sykdommer sier i seg selv ikke så mye om behov for omsorgstjenester fra det offentlige. En kan ha en alvorlig sykdom og likevel klare seg godt i dagliglivet⁶⁵. Enkelte studier viser også en positiv sammenheng mellom forventet levealder og forventet antall friske leveår. De landene som har høy forventet levealder, blant annet Norge, har et høyt forventet antall friske leveår. Videre ser man at forekomsten av varige sykdommer øker, men hjelpebehov oppstår senere i livet og varer noe kortere enn før⁶⁶. I følge St. Meld. 29 (2012-13) Morgendagens omsorg, vil framtidens eldre ha høyere forventninger og krav til offentlige tjenester, samtidig som de vil ha større evne og vilje til selv å ta ansvar og være selvstendige og selvhjulpne. Vi må anta at framtidens eldre vil utgjøre en mer differensiert gruppe med ulike muligheter, behov og dermed ulike løsninger. Mange vil ha god helse, god personlig økonomi og høyt utdanningsnivå, i tillegg til gode kunnskaper om digitale produkter og tjenester. Dette kan bidra til at vi kan forvente flere leveår med god helse (Healthy Life Years: HLY), som er indikator for befolkningens helse. HLY angir hvor mange av de forventede leveårene vi kan regne med å tilbringe i god helse og uten nedsatt funksjonsevne. Denne tendensen og forskningsfunnene kan imidlertid indikere at eldre i framtiden vil klare å bo hjemme eller i omsorgsbolig med heldøgns tjenestetilbud lengre enn i dag, og vil ha behov for sykehjemstilbud i faser og eller siste fasen av sitt liv.

Båtsfjord kommune anbefales å vurdere og å styrke det forebyggende arbeidet, etablere en arbeidsform som bygger på hverdagsrehabilitering som verdigrunnlag og ta i bruk teknologi der dette er ønskelig og nødvendig ut fra en faglig vurdering. Det vil si å planlegge og handle innovativt.

RO vil anbefale Båtsfjord kommune å vurdere etablering av brukerstyrte plasser for personer med kroniske psykiske lidelser. Antall plasser er avhengig av antall personer med kroniske psykiske lidelser nå og i de nærmeste årene, samt deres behov, sykdomsforløp og forbruket av tjenester i psykisk helsevern. RO har ikke tilgang til denne type data fra Båtsfjord kommune, derfor er det ikke mulig å si noe om antall plasser for denne brukergruppen.

5.3 Tilråkning

Båtsfjord kommune står, som andre kommuner i Norge overfor utfordringer når det gjelder prioritering og ressursallokering⁶⁷ innenfor helse- og velferdstjenestene i fremtiden. Når tjenestebehovet er relativt usikkert er det viktig å legge planer som er fleksible og der det er mulighet for å gjøre endringer når behov oppstår.

God drift og kvalitetsmessig godt nivå på tjenestene er viktige kriterier for å prioritere driftsøkonomi og fleksibilitet i bemanning. Fysisk samlokalisering gjør det enklere å bruke bemanning på tvers av funksjoner. På denne måten kan tjenestene utnytte personaressurser mer effektivt. Behovet for økt personellkapasitet vil blant annet øke mellom årene 2020 – 2040, som begrunnes med økningen i antall personer i

⁶³ Omsorgsbolig bygd som bofellesskap med samme døgntryggheten som vi i dag har ved sykehjemmet

⁶⁴ Kilde: US Department of Health and Human Services/ professor i samfunnsmedisin Anders Grimsmo

⁶⁵ Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. The Gerontologist, 47(2), 150-158.

⁶⁶ Robine, J., Saito, Y., & Jagger, C. (2009). The relationship between longevity and healthy life expectancy. Quality in Ageing 10(2).

⁶⁷ Fordeling av samfunnets knappe ressurser som gir den høyeste avkastningen sett fra samfunnets side

aldersgruppen 80 år og eldre, med sannsynlighet for at flere får sykdom med påfølgende bistandsbehov. Derfor er det nå nødvendig å legge til rette for bedre utnyttelse av medarbeidere og deres kompetanse. Dette er et arbeid som må påbegynnes nå, slik at tjenestene er godt forberedt og har skaffet seg erfaringer som kan bidra til videre tilpasning/utvikling.

Båtsfjord kommune må i forbindelse med framtidig innretning organisere seg slik at kommunen sikrer et helhetlig tjenesteforløp. Forutsetning for dette ligger i effektiv og god informasjonsflyt mellom ulike organisatoriske nivåer og mellom fagpersoner, men ikke minst spiller tydeliggjøring av ansvaret for et helhetlig tjenesteløp hvor alle snakker om våre tjenester og ikke mine. Det valget som Båtsfjord kommune foretar nå, skal bidra til å dekke dagens og morgendagens behov. Dette for å sikre bærekraftige tjenester, både faglig og økonomisk.

RO anbefaler Båtsfjord kommune at i arbeidet med sektorplanen først og fremst å:

- ⇒ klarstille behovet for å styrke folkehelsearbeidet / forebygging, og handle deretter
- ⇒ sørge for at ledere tenker, planlegger og handler på en helhetlig måte. Ledelse som eget fag/funksjon må tydeliggjøres. Det vil si fokus på endringsledelse.
- ⇒ sørge for en tjeneste som samhandler helhetlig og i tråd med gjeldende vedtak / føringer
- ⇒ etablere et utviklingsteam som legger føringer for en helhetlig tjeneste og fokus på endringsledelse
- ⇒ satse på hverdagsrehabilitering som ideologi, både i hjemmet og ved sykehjemmet
- ⇒ gjennomgå tildelingspraksisen og sørge for at vedtaksmyndigheten har klare føringer for vurdering og å vurdere om dagens praksis er bærekraftig i årene som kommer
- ⇒ klarstille forholdet direkte og indirekte tid innen hjemmetjenesten
- ⇒ sørge for at tilgjengelig kompetanse blir nyttet på en faglig god måte, sett ut fra tjenestemottakernes behov, bruk av spisskompetanse, eks. sykepleier
- ⇒ ta i bruk teknologiske løsninger der dette er ønskelig og nødvendig
- ⇒ vurdere å bygge ut heldøgns botilbudet for eldre med reell heldøgns-tjeneste. I den forbindelse å vurdere sykehjemmets funksjon og behovet for et framtidig antall sykehjemsplasser
- ⇒ iverksette tiltak med mål om bedre ressursutnyttelse
- ⇒ klarstille hel-deltidsutfordringene
- ⇒ utarbeide en strategi for bruk av kompetanse og rekruttering
- ⇒ dokumentere påstander, før krav om mere ressurser må andre tiltak være utprøvd

Det er mye som tyder på at Båtsfjord kommune i framtid vil få utfordringer med rekruttering av medarbeidere. Det er derfor viktig at kommunen greier å videreutvikle og etablere gode relasjoner opp mot frivillige.

For og lykkes er det viktig å sørge for gode kommunikasjonsstrategier. Dette gjelder innad i organisasjonen og ut til innbyggerne. Det vil si at all kommunikasjon må være mottaksorientert. Og til slutt; dette fordrer gode prosesser.

Vedlegg:

Vedlegg 1:

RO har tillatt seg i vedlegg 1 og drøfte relevant teori som er viktig når tjenesteområdet 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 langtidsplasser⁶⁸, 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.

Bruk av velferdsteknologi.

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 servicetyelser. 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

⁶⁸ Otterstad, Hans Knut og Harald Tønseth (2007). Hvordan unngå sykehjemskø?

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 legevaktt 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 selvfølelsen⁶⁹. Derfor er det viktig at behovet i form av kapasiteter møter framtidens behov i Båtsfjord kommune på en slik måte at mottakere av helse- og velferdstjenester 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 tjenester og dens arbeidsform spiller en avgjørende rolle dersom en skal redusere etterspørselen etter plasser i sykehjemmet⁷⁰.

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

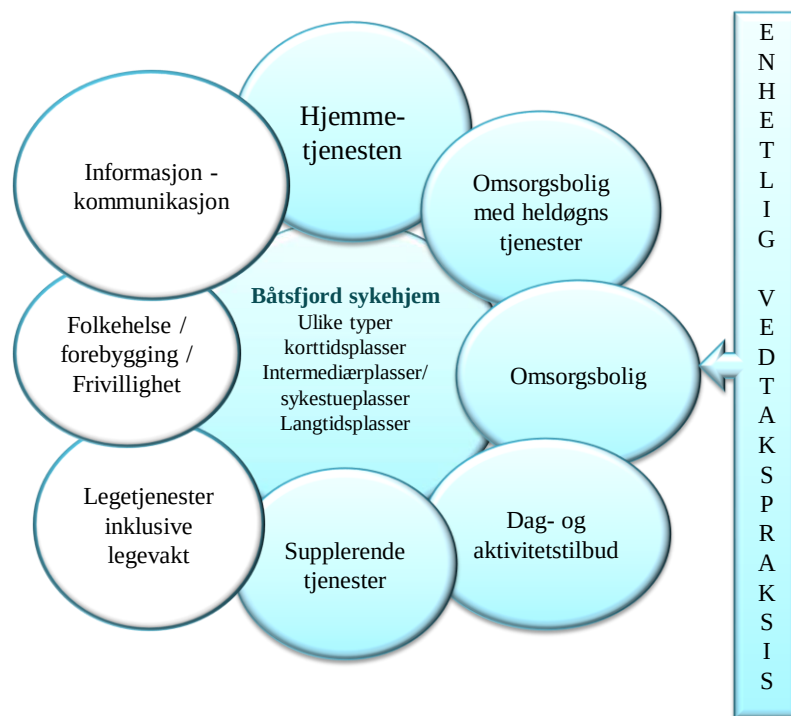
En forutsetning for å lykkes med å sikre en bærekraftig tjeneste er å etablere en arbeidsmåte som gir en helhetlig tjeneste. Det innebærer at det ikke er skott mellom de ulike tjenestekområdene. Dette gjelder på tvers av ALL kommunal tjenesteyting / forvaltningsnivå. Da vil ledelse, samhandling, gjensidig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

⁶⁹ Tønnessen S., Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning nr. 3, 2012; 7: 280-285

⁷⁰ Otterstad HK, Skulstad Austrått B. Forholdet mellom behov og forbruk av pleie- og omsorgstjenester. Sykepleien 2002 90 (2):50-52

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

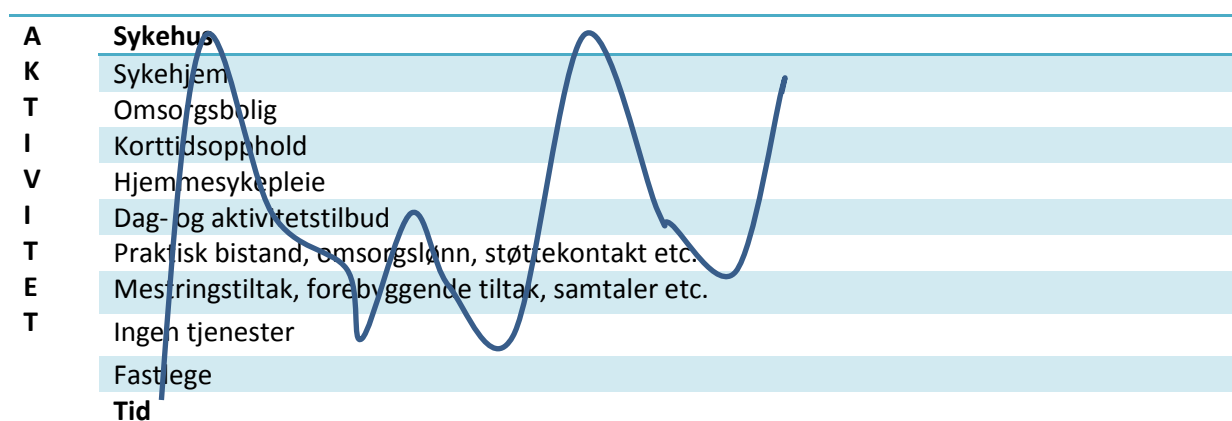
For å møte dagens og framtidens behov vil mye stå og falle på i hvilken grad de ulike enhetene/tjenestene samhandler. For å lykkes i framtidig drift må kommunens helse- og velferdstjenester sørge for reell samhandling. Dette er også en forutsetning for at tjenestemottakerne skal oppleve en helhet i tildelte tjenester. Behov for tjenester vil variere fra tid til annen, noe som fordrer utnyttelse av tiltak innen omsorgstrappa. RO har illustrert dette i, figur 10 og 11.



Figur 10 illustrerer et helhetlig og sammenhengende tjenesteløp

Eksempler fra praksis og forskning viser at en tjenestemottaker kan befinne seg på ulike nivå gjennom sitt sykdomsforløp⁷¹. Dette betyr at en tjenestemottaker kan være på korttidsopphold ved sykehjem etter utskriving fra sykehus og deretter bo hjemme med tjenester fra ulike tjenesteområder. Figur 11 illustrerer et trinnvis tjenesteforløp.

⁷¹ Aksøy H. Opp omsorgstrappen og inn i sykehjem. Trinn for trinn eller i store sprang? Nære pårørendes fortelling om en nær slektningss vei til fast plass i sykehjem NOVA, Presentasjon fra V. norske kongress i aldersforskning, 2011



Figur 11: Langvarig trinnvis tjenesteforløp

Figur 11 viser et trinnvis forløp⁷² som kan strekke seg over tid. Eksemplet viser at det ikke er en jevn og lineær utvikling av tildelte tjenester og at tjenestebehovet er drevet av sykdomsforløp, funksjonsnivå og ressurser hos tjenestemottaker. RO har her tatt utgangspunkt i en tenkt omsorgstrapp og fordeling av aktivitet med antall tjenester knyttet til det. Antall tjenester forstås som antall gitte tjenester innenfor et tjenesteforløp til en som mottar tjenester i kommunen. En tjenestemottaker kan ha flere tjenester som for eksempel hjemmehjelp, hjemmesykepleie, avlastning, rehabilitering, samtaler, dag- og aktivitetstilbud og støttekontakt etc. Alt etter tjenestemottakerens behov og ressurser. Antall tjenester skal betraktes som en helhetlig og sammenhengende aktivitet.

⁷² Kilde: Daatland SO, Veenstra M. Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkning. NOVA, 2012, side 150

Kjennetegn på tjenester som lykkes

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

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

Vedlegg 2: Mal sykehjemsanalyse.

Båtsfjord: Sammenlignende analyse av driftssituasjonen ved sykehjemmene

Veileder for kommunen ved utarbeidelse av tallgrunnlaget for en sammenlignende driftsanalyse.

Tallene nedenfor referer seg til skjemaet som ligger ved til slutt.

Sammenlignende analyse av driftssituasjonen ved sykehjem

Veileder for kommunen ved utarbeidelse av tallgrunnlaget for en sammenlignende driftsanalyse.

Tallene nedenfor referer seg til skjemaet som ligger ved til slutt.

1. Antall plasser

En døgnplass er en døgnplass uavhengig av om den brukes til korttids- eller langtidsopphold.

Hvis det har vært ledige plasser eller plasser ikke har vært brukt en tid, må en skjønnsmessig redusere antall plasser, slik at RO i rapporten til oppdragskommunen beskriver hvordan en kommer fram til antall plasser. Tilsvarende hvis det har vært overbelegg. Dag- og nattplasser vektet som ½ døgnplass.

2. Lønnsutgifter i følge regnskap

For å få et grunnlag som direkte kan sammenlignes, er det avgjørende at lønnen behandles på den måten som er angitt nedenfor.

Begrepet **lønnsutgifter – direkte brukerrettet innsats** er et sentralt begrep (2.1 og 2.2). Dette er lønn til personell som står i direkte arbeid overfor brukerne.

Fastlønn – direkte brukerrettet innsats (2.1)

I direkte brukerrettet innsats skal være inkludert lønn for lege, sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeut, sosionom, aktivitør, assistenter, ufaglærte i pleien, stilling for undervisnings- eller fagutvikling, styrer, avdelingsleder, uniformsgodtgjørelse, arbeidsgiveravgift, forsikringer. En trenger ikke å spesifisere lønnsutgifter for de ulike stillingskategoriene.

Lege, fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt sosionom kan være regnskapsført på andre enheter. Legg i så fall disse utgiftene til fast lønn.

Arbeidsgiveravgift, forsikringer. Hvis arbeidsgiveravgift og/eller forsikringer for personell i direkte brukerrettet innsats regnskapsføres utenfor virksomheten må disse utgiftene legges til fast lønn.

Frisør og fotterapeut. Lønn til denne typen stillinger skal ikke tas med. Hvis lønn til disse er med, må disse trekkes i fra.

Lærlinger, NAV-finansierte. Lønn til lærlinger holdes utenfor. En enhet kan ha en arbeidstaker som helt eller delvis er lønnet av NAV (arbeidstrening for eksempel). Disse holdes utenfor. Det må altså sjekkes at eventuelle refusjoner samt enhetens egne lønnsutgifter til lærlinger og NAV-finansierte er holdt utenfor.

Matproduksjon, vask av tøy. Lønnsutgifter til denne typen arbeidsoppgaver holdes utenfor fast lønn. Hvordan dette skal håndteres, se punktene 3 og 4 nedenfor.

Renholdere. Lønnsutgifter til renholdere holdes utenfor (med den begrunnelse at flertallet av kommuner budsjetterer renholdsutgifter på budsjettposter utenfor enkeltenheter).

Variabel lønn – direkte brukerrettet innsats (2.2)

Noen poster som inngår i variabel lønn – direkte brukerrettet innsats skal alltid vises eksplisitt. Dette gjelder overtid (2.2.1), ekstrahjelp (2.2.2) og vikarer (2.2.3).

Overtid (2.2.1). Bare fast ansatte i direkte brukerrettet innsats.

Ekstrahjelp (2.2.2). Personell i direkte brukerrettet innsats som leies inn i tillegg til eller ut over bemanningsplanen.

Vikarer (2.2.3). Alle typer vikarer i direkte brukerrettet innsats tas med her (ferievikarer, vikarer i forbindelse med sykefravær eller andre vikarer).

Annen variabel lønn (2.2.4). Annen variabel lønn kan være innleie av vikarbyrå, kurs og konferanser, søn- og helligdagstillegg o.a.

Variabel lønn samlet (2.2). Summen av punkt 2.2.1 til punkt 2.2.4 skal bli variabel lønn samlet.

Brutto lønnsutgifter samlet – direkte brukerrettet innsats (2.3)

De samlede brutto lønnsutgifter består av brutto lønnsutgifter til faste stillinger (2.1) pluss variabel lønn (2.2).

Refusjoner fra NAV (for fravær ved sykdom og svangerskapspermisjon) (2.4) Forskjellen mellom brutto og netto lønnsutgifter er refusjonene fra NAV i forbindelse med sykefravær og svangerskap. Fordi eventuelle øvrige refusjoner (inntekter) skal være holdt utenfor (eksempelvis lærlinger eller NAV-finansierte), skal forskjellen mellom brutto og netto tilsvare NAV-refusjonene for fravær ved sykdom og svangerskap.

I utgangspunktet er det personell som står i direkte brukerrettet arbeid som skal inkluderes i NAV-refusjonene. Det kan imidlertid være vanskelig å skille ut refusjoner for andre arbeidstakere. *Legg eventuelt ved en skriftlig kommentar.*

Netto lønnsutgifter samlet – direkte brukerrettet innsats (2.5)

Netto lønnsutgifter framkommer ved å trekke NAV-refusjonene fra brutto lønnsutgifter samlet (2.3 minus 2.4). (Fordi det kan være vanskelig å skille NAV-refusjoner for stillinger i direkte brukerrettet innsats og andre stillinger, vil det kunne forekomme at tallene tatt ut fra regnskap ikke nøyaktig stemmer med regnestykket 2.3 minus 2.4.)

Brukerbetaling (etter vederlagsforskriften)

Brukernes egenbetaling må holdes utenfor tallgrunnlaget.

I noen få kommuner kommer brukerbetalinga som inntekt på virksomhetens budsjett og regnskap. Brukerbetalinga må ikke komme som inntekt slik at utgiftsnivået tilsynelatende blir redusert. Brukerbetalinga må med andre ord holdes utenfor regnskap.

3. Utgifter – matproduksjon

Utgifter i forbindelse med mat kan bestå av en kombinasjon av lønns- og driftsutgifter eller bare av driftsutgifter. Hvis virksomheten kjøper all mat fra ekstern leverandør, skal alle utgiftene føres som driftsutgifter. Hvis virksomheten har eget produksjonskjøkken, vil en både ha lønnsutgifter (ansatte på kjøkkenet) og driftsutgifter (eksempelvis utgifter til råvarer).

Et produksjonskjøkken trekker mye energi. Energiutgifter skal holdes utenfor utgiftene i dette tallgrunnlaget. Kommuner som ikke skiller ut energiutgiftene til produksjonskjøkken fra energiutgiftene til andre formål, trenger ikke gjøre noe spesielt. Kommuner som fører separat oversikt over energiutgiftene for produksjonskjøkkenet, holder energiutgiftene utenfor kjøkkenets driftsutgifter.

Lønnsutgifter til kjøkkensjef skal tas med.

Med lønnsutgifter forstås *brutto* lønnsutgifter.

Produksjonskjøkken kan produsere til andre internt i kommunen (eksempelvis møte-mat eller kantine) eller til eksterne (eksempelvis mat til hjemmeboende brukere). Både inntekter og utgifter til slike formål holdes utenfor. Dersom dette gjøres skjønnsmessig skal dette kommenteres.

4. Utgifter – vask av tøy

Utgifter til vask av tøy kan bestå av en kombinasjon av lønns- og driftsutgifter eller bare av driftsutgifter. Hvis en kjøper vask av tøy fra eksternt vaskeri blir alle utgiftene driftsutgifter.

Lønnsutgiftene som oppgis skal være *brutto* lønnsutgifter.

I utgiftene skal inngå vask både av brukernes private tøy og virksomhetens helse-tøy.

I de fleste kommuner er det pleiepersonalet som vasker brukernes private tøy, slik at lønnsutgiftene til de som vasker det private tøyet ikke kan skilles ut fra lønnsutgiftene for personell i direkte brukerrettet innsats.

5. Utgifter – medisinsk forbruksmateriell

Medisinsk forbruksmateriell vil i all hovedsak være utgifter til medisiner og hjelpemidler i forbindelse med inkontinens.

6. Andre driftsutgifter

For å være sikker på at det i stor grad er tall som er direkte sammenlignbare er det mange typer utgifter som skal holdes utenfor. Følgende utgifter skal ikke tas med og skal eventuelt trekkes fra de tallene som oppgis:

- energiutgifter
- renhold
- vaktmester
- alle typer arbeider utenomhus, snøbrøyting
- vedlikehold av bygninger
- kapitalutgifter
- forsikring av bygninger

Det som da gjenstår er "andre driftsutgifter". Det som inngår i "andre driftsutgifter" er bl.a.:

- it og telefoni
- møbler
- tekniske hjelpemidler/senger
- laboratorieutgifter/farmasøytisk tilsyn
- porto og kontorrekvisita
- løsøre, til leders disposisjon
- skyssutgifter
- lønnsutgifter til husøkonom
- lønnsutgifter til merkantilt personell (sekretær, resepsjonsmedarbeider og lignende)
- kommunale avgifter

7. Administrative årsverk

Administrative og/eller merkantile lønnsutgifter er behandlet ulikt. Lønnsutgifter til administrative fagstillinger som styrer og avdelingsledere, skal tas med i lønnsutgifter for personell i direkte brukerrettet innsats (2.1). Lønnsutgifter for merkantilt personell (sekretær og/eller resepsjonist) skal tas inn i "Andre driftsutgifter" (6).

Både administrative fagstillinger og merkantilt personell kan ha arbeidsoppgaver bare for den aktuelle virksomheten eller de kan ha oppgaver både overfor aktuell virksomhet og i tillegg annen virksomhet. Et eksempel på slikt delt stillingsansvar kan være en avdelingsleder som har ansvar for egen avdeling i tillegg til natt-tjenesten i tilgrensende omsorgsboliger, eller det kan være en sekretærstilling som i tillegg til sekretærfunksjonen for aktuell virksomhet har merkantile oppgaver for hele kommunen, for eksempel å saksbehandle vederlagsforskriften for hele kommunen.

For å kunne ivareta grunnlaget for å kunne sammenligne ulike virksomheter, skal det oppgis hvor mange administrative fagårsverk som er lagt inn i "Fastlønn direkte brukerrettet innsats" (2.1) og tilsvarende antall årsverk som er lagt inn i "Andre driftsutgifter" (6). I de tilfeller et årsverk har arbeidsoppgaver både i aktuell virksomhet og for andre enheter, skal en skjønnsmessig fordele årsverket (årsverkene) på aktuell virksomhet og andre oppgaver utenfor virksomheten.

Andre arbeidsoppgaver utenfor aktuell virksomhet kan være:

- At vedkommende har ansvar for annen virksomhet i tillegg til hovedvirksomheten (eksempelvis at vedkommende også har administrativt ansvar for hjemmetjenester i omsorgsboliger som ligger i nærheten).
- At vedkommende utfører oppgaver for andre enn virksomheten (hvis vedkommende er saksbehandler av vederlagsforskriften for hele kommunen, er dette å anse som arbeidsoppgave utført for andre).

Sammenlignende analyse av driftssituasjonen ved sykehjem – tallgrunnlag

Kommune	Båtsfjord kommune
Virksomhetens navn	Sykehjemstjenestene består av to seksjoner: • Sykestua (11 plasser inkl 2 sykestueplasser inkl 0,27 KAD-plass) • Fjellheimen (demensseksj med 9 plasser)
Hvilket driftsår er regnskap hentet fra?	2016

1. Antall plasser	Antall
Døgnplasser	20
Dag-/nattplasser (1 dag-/nattplass vektet som ½ døgnplass, ant. plasser oppgis i døgnpl.)	0
Antall plasser totalt	20
Antall beboere ved driftsårets begynnelse	21
Antall utskrivninger totalt i løpet av driftsåret	
Gjennomsnittlig IPLOS-skåre (gjennomsnittlig ADL-skåre)	

2. Lønnsutgifter	Regnskap
2.1 Fastlønn – direkte brukerrettet innsats (brutto)	14 091` (ekskl KLP)
2.2 Variabel lønn – direkte brukerrettet innsats (brutto)	2 556` (ekskl KLP)
(2.2.1 + 2.2.2 + 2.2.3 + 2.2.4)	

2.2.1 Overtid (brutto)	1 118`
2.2.2 Ekstrahjelp (brutto)	343`
2.2.3 Vikarer (brutto)	498`
2.2.4 Annen var. lønn (brutto)	597`

2.3 Brutto lønnsutg. samlet – dir. brukerrettet inns. (2.1 + 2.2)

16 647`

(ekskl KLP
2 744`)

2.4 Refusjon fra NAV (for fravær ved sykdom og svangerskapspermisjon)

1 332`

2.5 Netto lønnsutg. samlet – dir. brukerrettet inns. (2.3 ÷ 2.4)

15 315`
(ekskl KLP)

3. Utgifter – matproduksjon (matprod deles likt på 253 og 254)

Regnskap

Lønnsutgifter (brutto)

Funksjon 253:
1 217` (ekskl
KLP 193`)

Driftsutgifter

Funksjon 253:
501`

Samlede utgifter – mat

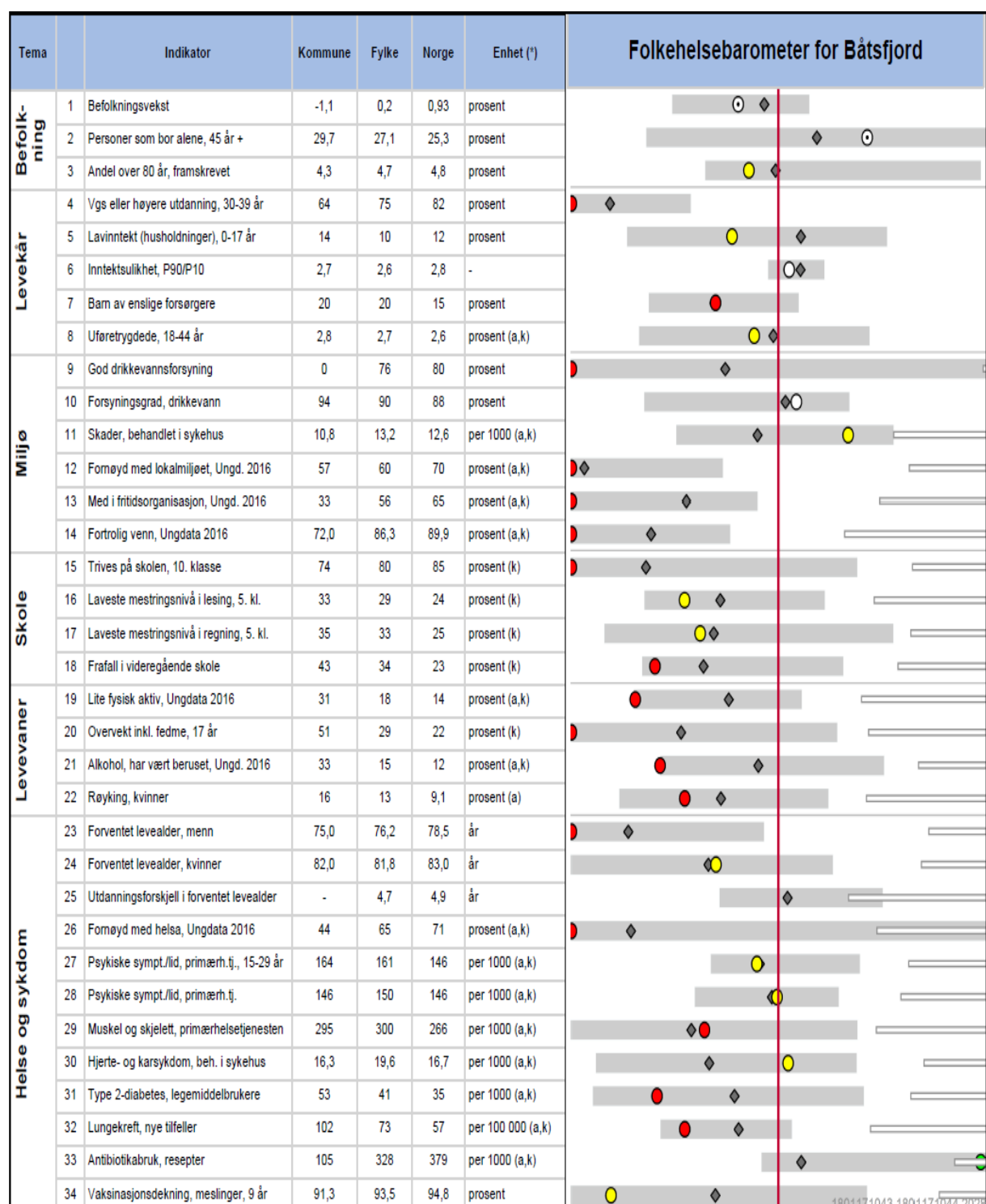
Funksjon
253: 1 718`
(ekskl KLP)

4. Utgifter – vask av tøy	Regnskap
Lønnsutgifter (brutto)	Man kjøper vaskeritj, beboertøy vaskes i avd
Driftsutgifter	322`
Samlede utgifter – vask av tøy	322`
5. Utgifter – medisinsk forbruksmateriell (medisiner og medisinsk forbruksmateriell)	936`
6. Andre driftsutgifter (er inkl utgiftene i pkt 5 over)	2 470`
7. Administrative årsverk	Antall årsverk
Antall fagadministrative årsverk tatt inn under pkt. 2.1 (styrer, avdelingsleder)	0,5
Antall merkantile årsverk tatt inn under pkt. 6 (sekretær, husøkonom, resepsjonist)	0
<i>Antall årsverk oppgis med 1 desimal.</i>	
Hvis ansvar utenom aktuell virksomhet, skjønnsmessig antall årsverk brukt utenom egen virksomhet:	Antall årsverk
Antall fagadministrative årsverk tatt inn under pkt. 2.1 (styrer, avdelingsleder)	Inne i pkt 2.1
Antall merkantile årsverk tatt inn under pkt. 6 (sekretær, husøkonom, resepsjonist)	0
<i>Antall årsverk oppgis med 1 desimal.</i>	

8. Sykefravær (eksklusive timeengasjerte)

	Prosent
Korttidsfravær i prosent (korttid defineres som arbeidsgivers ansvarsperiode)	Sykestua 2,79
	Fjellheimen 2,08
Langtidsfravær i prosent (utover arbeidsgivers ansvarsperiode)	Sykestua 17,01
	Fjellheimen 1,08
Sykefravær totalt i prosent (av antall planlagte arbeidsdager)	Sykestua 19,80
	Fjellheimen 3,16

Vedlegg 3: Folkehelsebarometer for Båtsfjord kommune 2017.



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



Trafikklyskoder

Ved hjelp av «trafikklyskoder» gir rapporten en forenklet oversikt over de samlede utfordringer som hver enkelt kommune har i forhold til de utvalgte indikatorene under hvert analyseområde.