



**Kartlegging av dagens status innenfor pleie- og omsorgstjenesten
i Agdenes kommune med mål om en framtidig bærekraftig
omsorgstjeneste**

"Vi skal bli best på pleie- og omsorgstjenester"

Arbeidsdokument fra RO – desember 2014

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	3
1.1	Sammendrag	3
1.2	Agdenes kommunes bestilling	3
1.3	Overordna oppgaveforståelse.....	4
1.4	Organisering av pleie og omsorgstjenesten.....	5
1.5	Utfordringsbildet i Agdenes	6
2	PROBLEMSTILLING	7
3	METODE – KVANTITATIVE ANALYSER.....	7
3.1	IPLOS.....	7
3.2	KOSTRA	8
3.3	TJENESTEPROFIL	8
3.4	RESSURS- OG DRIFTSANALYSE.....	8
3.5	Intervju.....	9
3.6	Åpent møte med ansatte	9
3.7	Bygg og omgivelser	11
4	HVA PÅVIRKER RESSURSUTNYTTELSE (OG TJENESTEKVALITET)	11
4.1	Demografisk utvikling.....	11
5	FUNN.....	21
5.1	KOSTRA	21
5.2	Ressurs- og driftsanalyse	26
5.3	Tjenesteprofil.....	30
5.4	IPLOS – Funksjonsnivå og timer tjenesteyting.....	31
6	FORHOLD RO MENER MÅ AVKLARES I DET VIDERE ARBEIDET	35

Forord

Notatet er resultat av oppdrag gitt av Agdenes kommune til Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO). Og er en foreløpig oppsummering av status. Notatet skal benyttes videre som grunnlag for prosjektgruppas videre arbeid i utviklingen av et framtidig bærekraftig tjenestetilbud. Prosjektgruppa skal levere sin innstilling til oppdragsgiver innen 1. mars 2015. Notatet gir et bilde av status innen pleie- og omsorgstjenestene, med mulige forslag/tema for å sikre et framtidig bærekraftig tjenestetilbud jfr. kommunens bestilling.

Grunnlaget for notatet er basert på kommunal dokument, KOSTRA-tall, datagjennomgang av individuell pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), egen gjennomgang av kostnadsforholdene ved sykehjemmet, arbeidsmøter med prosjektgruppa (PG), intervju og åpnet møte med ansatte.

1 Innledning

1.1 Sammendrag

Agdenes kommune hadde per 31.12.2013 1744 innbyggere og defineres i mange sammenhenger som en liten kommune. Med utgangspunkt i at kommunen er liten, er det få innbyggere som skal "betale" for de tjenester som tilbys. Dette innebærer at det i mange sammenhenger vil være relativt sett dyrere kostnader per innbygger enn det som er typisk i større kommuner. Dette er en naturlig del av den kommunestrukturen som finnes i Norge i dag. RO har i samråd med kommunen ikke tatt stilling til en eventuell effekt av kommunesammenslåing med omliggende kommuner. Pleie- og omsorgstjenestene er organisert i tre tjenesteområder. Enhet for hjemmebaserte tjenester, tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne og institusjon (sykehjem). Alle enhetene ledes av en avdelingsleder. I tillegg kommer kommuneleder for helse- og omsorgsområdet som er organisert i stab hos rådmannen.

1.2 Agdenes kommunes bestilling

Agdenes kommune ønsker å kartlegge dagens status innenfor pleie- og omsorgstjenesten ved å foreta en detaljert ressurs- og driftsanalyse. Målet er å få en oversikt over tjeneste slik de framstår i dag og om dette er i samsvar med hvordan de ulike tjenestene innen pleie og omsorg utnyttes i forhold til tjenestemottakernes behov for kommunale tjenester.

Formannskapet i Agdenes kommune har vedtatt følgende mandat for utredningen:

- 1) *Statusgjennomgang og vurdering/analyse av dagens omsorgstjenester. (Innhold, dimensjonering (inkl. forholdet mellom hjemme- og institusjonsbaserte tjenester), organisering, kompetanse og sammenligning med andre.*
- 2) *Gi anbefalinger om hvordan etablere et bærekraftig omsorgstilbud (hvordan planlegge, prioritere, handle) for å forbedre dagens tjenester og for å møte morgendagens/framtidas utfordringer.*

- 3) *Gi anbefalinger om nødvendig fornyelse og ombygging, slik at bygnings-/boligmassen og omgivelser er godt tilrettelagt og er funksjons- og aldersvennlige.*

Etter et oppstartsmøte ble det enighet om at RO i første omgang skulle ha fokus på følgende områder innen pleie- og omsorgstjenesten som skulle belyses gjennom ressurs- og driftsanalyse av sykehjemmet og gjennomgang av IPLOS-data for hjemmetjenesten.

1.3 Overordna oppgaveforståelse

Agdenes kommune har gitt RO ansvaret for å lede prosessen hvor en i første omgang skal foreta en utredning om hvordan ressursene utnyttes innen tjenesteområdet, pleie og omsorg. Det skal foretas en gjennomgang av kvantitativ og kvalitativ data. Analysen skulle kunne gi noen svar på om tjenesten er hensiktsmessig utformet/dimensjoner. Herunder ligger også at analysen skal gi et grunnlag for å si noe om kommunen er på rett kurs med tjenesteutøvelsen, det vil si om den er bærekraftig med tanke på framtidsutfordringene. Og hvilke endringer tjenesteområde må foreta seg.

Det ligger også til grunn at gjennomgangen skal forsøke å klarstille om det er nødvendig med fornyelse og ombygging av bygnings-/boligmassen og om omgivelsene er godt tilrettelagt og er funksjons- og aldersvennlige.

Som nevnt over ble det i første omgang gjennomført en analyse av ressursinnsatsen i sykehjemmet, dagens tjenesteprofil, KOSTRA og IPLOS¹-data for hjemmetjenesten.

Utredningen har ikke som mål å komme fram til budsjettreduserende tiltak, men RO har hatt dette i mente etter som målet er at framtidige tjenester skal være bærekraftige. Da blir det å levere etter vedtatt budsjett av stor betydning. Framtidige tiltak må også være budsjettmessig bærekraftig.

I tillegg har RO fått bestilling om det lot seg gjøre å vurdere behovet for psykiatrisk sykepleier i forbindelse med arbeidet. RO har sagt seg villig til dette.

En bærekraftig omsorgstjeneste omfatter også tjenester til personer med psykiske og eller rusproblem. Derfor vil mål og strategier i Agdenes kommune også ta dette med som utgangspunktet for videre planlegging, også i forhold til kompetanse. Før en går til anskaffelse av slik kompetanse bør det gjennomføres en evaluering av allerede eksisterende tilbud. Dette danner grunnlaget for framtidig innretning og hva som må inn av ny kompetanse.

I en pressemelding 14.05.14 uttalte helse- og omsorgsminister Bernt Høie at medfinansiering jfr. modellen i Samhandlingreformen skal opphøre i 2015. Det med intensjon om at midlene i stedet skal brukes til å styrke kommunenes kompetanse og kvalitet. Økt mulighet for

¹ IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. IPLOS-registeret er etablert som et individbasert pseudonymt register med basis i egen forskrift: "Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk".

diagnostisering og behandling er også områder han nevner. Spesielt peker han på utbygging av tjenester inne psykisk helse og rus.

Videre sier Helse- og omsorgsloven § 3-5 tredje ledd følgende:

”Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.”

I de nasjonal faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser beskrives det kommunale ansvaret og at det er en svært viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging. Videre står det at denne gruppen har samme rett til vurdering av nødvendig helse- og omsorgstjenester i kommunen. Retningslinjen skal bidra til ansvarliggjøring av kommune og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011).

Veilederen Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene er mer detaljert i forhold til hva som må tas hensyn til i forhold til organisering av tjenestene, hvor det presiseres at brukerne skal ha et tilfredsstillende tilbud både for de som har akutte behov, og de med mer langvarige (Helsedirektoratet, 2005). Dette medfører at det er nødvendig med en gjennomgang av hvilke kompetanse man har, samt hva man trenger før rekruttering etc.

1.4 Organisering av pleie og omsorgstjenesten

Pleie- og omsorgstjenesten er organisert som en egen enhet som ledes av en kommuneleder direkte underlagt rådmannen. Pleie- og omsorgstjenesten er inndelt i 3 hovedsvarsområder, "tjenester for funksjonshemmede", "hjemmetjenester" og "sykehjemmet". Disse ledes av hver sin avdelingsleder. Avdelingsledere og kommuneleder utgjør ledergruppen. Ledergruppen møtes jevnlig, først og fremst når tjenesteretta tilbud skal avklares. Men også når andre forhold skal drøftes/avklares.

Beskriv:

Tjenestene til mennesker med nedsatt funksjonsevne:

Avdelingen utgjør en stor andel av pleie og omsorgstjenesten. Totalt sysselsetter tjenesteområdet 26,54 årsverk noe som utgjør 942,20 timer per uke. I hvilken grad dette samsvarer med antall vedtakstimer er ikke klarlagt.

Hjemmetjenesten:

Avdelingen utgjør en liten del av pleie og omsorgstjenesten med totalt 9,99 årsverk. Det vil si at tjenesten vil være i stand til å yte 283,6 timer hjemmetjenester per uke. Totalt er det registrert 115 personer over 80 år som mottar hjemmetjenester og 13 under 67 år. I henhold til IPLOS-gjennomgangen er antall vedtakstimer 246,8 timer per uke. Det vil si at 87 prosent av personalressursen er direkte brukertid.

Sykehjemmet:

Sykehjemmet hadde 26 (25?) plasser i drift ved årets begynnelse. Sykehjemmet har en egen avdeling for personer med demenssykdom (7 plasser), i tillegg til dagopphold for

hjemmeboende. Totalt 24,89 årsverk som fordelte seg på: sykepleiere 7,68, hjelpepleiere 11,96, kjøkken 3,75, merkantilt 0,5 og 1 årsverk som lærling (fra årsmeldingen 2013).

1.5 Utfordringsbildet i Agdenes

I handlingsprogrammet (økonomiplan 2014-2017 og budsjett 2014) står følgende:

Status for sykehjemmet:

- ⇒ Sykehjemmet gir tilbud til de som har et pleie-/oppholdsbehov (etter inntaksteamets vurdering.) Vi har ingen ventelister, og har derfor slitt med overbelegg store deler av året. Tidligere utskrivning fra sykehus er også en del av overbeleggs-problematikken.
- ⇒ Sykehjemmet har etter hvert bygd opp en stab med god, tverrfaglig kompetanse (fysioterapi, psykiatri, og vernepleie) og er nå i gang med videreutdanning av en sykepleier innen kreftomsorg. Det vi nå mangler er personer med formell kompetanse på demens og diabetes.
- ⇒ Sykehjemmet har et godt samarbeid både med de andre enhetene innen PLO og med hard sektor (teknisk).
- ⇒ Inneklima er en utfordring p.g.a. beboere som røyker, og mangelen på egnet rom/stue til dem. Vi har også slitt litt med solskjerming på stua i nyfløya.

Status hjemmesykepleie / hjemmehjelp:

- ⇒ 88 brukere mottar bistand fra hjemmesykepleien, 55 brukere har hjemmehjelp og 26 har trygghetsalarm.
- ⇒ Vi har fokus på omdømmebygging.
- ⇒ Venteliste for å få hjemmehjelp og trygghetsalarm.
- ⇒ Det er behov for kreftsykepleier og geriatrisk sykepleier.
- ⇒ Gjøre om hjelpepleier/omsorgsarbeiderstillinger til sykepleierstillinger ved ledighet.
- ⇒ Alle brukere har tiltaksplan (i Geric).
(i Geric)
- ⇒ Jobber med kvalitetssikringssystem, viktig å få satt det i system.

Tjenesten for funksjonshemmede:

- ⇒ Tjenesten for funksjonshemmede disponerer 16 leiligheter hvorav 3 står ledig pr 1/10-13. I tillegg har vi 1 avlastningsleilighet. Tjenesten gir dagtilbud ved Lensvik dagsenter til 12 brukere, i tillegg har vi støttekontakt og avlastningstiltak

Agdenes kommune har en pleie- og omsorgsplan som ble vedtatt 20.5.2009. Planen gjelder for perioden 2009-2015. Plandokumentet gir noen signaler om hvordan tjenestene skal innrettes. RO har valgt å liste opp noen forhold:

- ⇒ Våre innbyggere ønsker hjelp når behovet melder seg
- ⇒ For kommunen er det viktig å kunne tilby nødvendig tjeneste, samtidig som tjenesten tilbys på laveste effektive omsorgsnivå (faglig kalt LEONprinsippet)

⇒ *I dag får eldre innbyggere omsorgstilbud fra hjemmehjelp og hjemmesykepleie i hjemmet og senere ved plass på sykehjemmet. Vi opplever derfor et manglende tilbud mellom pleie og omsorg i hjemmet (lavt nivå) og sykehjemmet (høyt nivå). For bedre ressursutnyttelse må kommunen ha en tjenestestruktur som gir hjelp på lavest effektive omsorgsnivå. Det må derfor organiseres flere nivå mellom dagens hjemmetjeneste og institusjon*

2 Problemstilling

I dette oppdraget er problemstillingen følgende:

Hvordan sikre en framtidig bærekraftig omsorgstjeneste. Det vil si å klarstille hvordan utnyttes ressursene og de ulike tjenestene innen pleie og omsorg i forhold til tjenestemottakernes behov for kommunale tjenester i dag og er en slik innretning bærekraftig med tanke på framtida?

Agdenes kommune har bedt om at hovedvekten av analysen skal være på IPLOS-data (hjemmetjenesten). I tillegg er det foretatt en analyse kommunens data fra KOSTRA². Videre er tjenesteprofilen for pleie- og omsorgssektoren blitt analysert. Samt en analyse av ressurs- og driftssituasjonen for sykehjemmet.

3 Metode – kvantitative analyser

Analysene er gjort på grunnlag av gjennomgang av IPLOS-data i hjemmetjenesten den 3. 11. 2014, KOSTRA-tall for 2013, kommunens tjenesteprofil og kommunens ressurs- og driftstall for sykehjem. I det følgende vil det bli gjort rede for hvordan analysene er utført.

3.1 IPLOS

En ressurs- og driftsanalyse basert på IPLOS- data fra en kommune vil gi kunnskap om *tjenesteproduksjonen* og et bilde av hvordan kommunen bruker omsorgstrappa³.

Metoden bygger på en sammenstilling av funksjonsnivå og registrert tid til tjenesteyting per uke i hjemmetjenesten. Funksjonsnivået blir i analysen brukt som et matematisk uttrykk for behov for bistand, og det kan da beregnes gjennomsnittsverdier for ulike målgrupper.

² KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsats, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Det finnes tall om bl.a. pleie- og omsorgstjenester. Med materiale fra KOSTRA kan man sammenligne kommuner med hverandre, med regionale inndelinger og med landsgjennomsnittet.

³ Med omsorgstrappa menes de ulike deltjenestene innenfor omsorgstjenesten sett i sammenheng og i forhold til tjenestemottakernes behov for omsorgstjenester.

Ved å definere tjenestemottakerne i målgrupper på bakgrunn av deres funksjonsnivå og boligarena (egen bolig og omsorgsbolig med heldøgns tjenester), vil RO kunne analysere kommunens *tildelingspraksis* i omsorgstjenesten. Her vil det komme fram hvorvidt det er en god sammenheng mellom grad av funksjonstap og tildelte/utførte tjenester. RO har gjennom oppdrag i andre kommuner dokumentert hvordan kommuner gir "mye" tjenester eller "lite" tjenester vurdert ut fra at tjenestemottakerne er gruppert etter funksjonsnivå. Det vil også bli synlig hvordan *ressursbruken* fordeler seg.

Ved å se på om det er samsvar mellom målt funksjonstap og tildelte timer på den ene siden, og kommunens tjenesteprofil/innretning på omsorgstrappen på den andre, og om det eventuelt er ulik tildelingspraksis i hjemmetjenesten, vil det gi et grunnlag for å drøfte om det kan ligge eventuelle effektiviseringsmuligheter i endring av tjenesteprofil og tildelingspraksis.

3.2 KOSTRA

Med utgangspunkt i KOSTRA-tall for 2013 har RO sett på utgiftene til pleie- og omsorgsformål i kommunen, rammebetingelser og strukturen i tjenestetilbudet på overordnet nivå.

Metoden innebærer at vi ser på utvalgte nøkkeltall som også kan knyttes til IPLOS-data (kommunens prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet) innenfor de ulike tjenesteområdene. Hvis egen kommune har særlig avvikende kostnad eller tjenesteprofil på et område, er dette en indikasjon på at området bør undersøkes nærmere. En KOSTRA-analyse gir ikke svar på om tjenesten er "riktig dimensjonert" eller hvordan en innsparing kan foregå, ei heller om en omlegging av tjenesten er realistisk. Men analysen gir gode holdepunkter for hvor en evt. endring av tjenesten kan være hensiktsmessig.

3.3 TJENESTEPROFIL

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har RO gjennomført en studie av mønstre i innretningen av norske kommuners omsorgstjenester⁴. RO har benyttet metoden fra dette arbeidet til å sammenligne Agdenes kommune sin tjenesteprofil med andre kommuner. Sammenligningen skjer etter dimensjonene institusjon – hjemmetjeneste, stor – lav dekningsgrad for yngre og eldre, og høyt – lavt nivå på tjenestene.

3.4 RESSURS- OG DRIFTSANALYSE

3.4.1 Sykehjemsanalyse

RO vet av erfaring fra tilsvarende oppdrag at det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder drift av sykehjem. Dette kan ha viktige konsekvenser for effektiv ressursutnyttelse også i tjenestene som helhet. Analysen av sykehjemmet vil være et godt bidrag til å identifisere mulige tilpasnings- eller endringstiltak.

⁴ 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.

RO har gjennomført analysen på bakgrunn av en rapporteringsmal som tjenesteområdet har fylt ut (gjelder regnskapstall, bemanning, ledelse, matkostnader, sykefravær mm.). Vi har sammenliknet driftssituasjonen ved sykehjemmet med andre sykehjem vi har sammenliknbare tall fra.

3.5 Intervju

- a. Gode tjenester
- b. Press på sykehjemmet, avklar sykehjemmets framtidig rolle
- c. Lite tid til ledelse
- d. Mange ansatte som mener mye og mangt
- e. Må sikre at det som blir besluttet følges opp. Fra ord til handling/evaluering
- f. Jobbe med holdninger
- g. Jobbe på tvers
- h. Ha oversikt over framtidige brukere der dette er mulig
- i. Brukertilpassa tjenester
- j. Øke den frivillige innsatsen gjennom etablering av Frivilligsentral
- k. Ha et tilbud om fysisk aktivitet /fokus på folkehelse
- l. Sentrumsnære botilbud
- m. Sikre medarbeiderskap
- n. Tilløp til resignasjon, vi gjør som vi alltid har gjort
- o. Strategi for rekruttering, bruk av eksisterende kompetanse
- p. Må sørge for at alle blir informert, gjennomfør obligatoriske opplegg
- q. Sikre at de med størst behov for tjenester blir prioritert, se på tildelingspraksis
- r. Bli utviklingsorientert, kontinuerlig utvikling/forbedring
- s. EN tjeneste
- t. Politisk "ryggdekning"
- u. Bli flinkere på å dokumentere, avvikshåndtering
- v. Ta i bruk teknologi (gjelder teknologi som arbeidsredskap og brukerretta teknologi)
- w. Sørge for god dialog
- x. Jobbe tett med tillitsvalgte og verneombud

3.6 Åpent møte med ansatte

1. Hva ser vi på som det viktigste i utviklingsbildet?

- a. Bli hørt, tatt med på råd
- b. Handling foran ord
- c. Kompetanseutvikling
- d. Utnyttelse av kompetanse
- e. Ressursbruk – må se på hvor pengene brukes. Hvordan kan dette utnyttes bedre
- f. Logistikk
- g. Bemanning, stillingsstørrelser
- h. Riktig kompetanse på rett sted til rett tid
- i. Respekt/forståelse av/for hverandres avdelinger
- j. Tverrfaglig samarbeid
- k. Rekruttering til yrkene/faget

- l. Få aksept for nye løsninger
- m. Skape trygghet blant ansatte til samhandling
- n. Bygningsmasse
- o. Mer kvalitet i tjenesten (tid til pasienten)
- p. Fornøyde og trygge pasienter/brukere
- q. Mer hjelp i hjemmet

2. Hva er det med dagens drift vi vil videreføre?

- a. Kompetanseheving
- b. Nærhet. Bør faktisk økes, samlokalisasjon
- c. Tverrfaglig samarbeid
- d. Videreføre prinsipp om "helsetrapp", men i en strammere utgave
- e. Omsorgsnivåer
- f. Samholdet blant ansatte
- g. Fleksibilitet blant ansatte og ledelse

3. Hva må vi gjøre annerledes?

- a. Ledelsen må være mer lydhør overfor ansatte
- b. Ansatte må være mer åpen for forandring
- c. Ledelsen må ta mer ansvar
- d. Vi må jobbe mot et felles mål
- e. Rekruttere yngre personer (lærlinger?)
- f. Gi ansatte bredere kunnskap og kompetanse slik at de har kunnskap om mulige arbeidsoppgaver
- g. Bedre kommunikasjon mellom ulike faggrupper
- h. Strukturert kompetanseutvikling tvers over fagfelt
- i. Viktig med kontinuitet for noen brukere/pasientgrupper, men viktig også å bruke den fagkompetansen man har
- j. Psykiatritjenesten opp å gå
- k. Bedre kommunikasjon mellom avdelingene og legekontor
- l. Felles samlingsplass (dagsenter) for eldre for å unngå ensomhet og depresjon
- m. Vaktmestertjeneste
- n. Tilrettelegge bygningsmasse etter pasienten/brukerbehov
- o. legedekning
- p. Forebygging
- q. God kommunikasjon mellom ulike faggrupper
- r. Helhetlig omsorg
- s. Større stillinger
- t. Villige til å flytte avdelinger/rullere
- u. Samarbeid på tvers av avdelingen kan bli bedre
- v. Kartlegge kompetanse og ressurser
- w. Ta med pårørende i prosessen
- x. Lag/organisasjoner

3.7 Bygg og omgivelser

Kommer senere. Avventer informasjon fra teknisk sjef.

4 Hva påvirker ressursutnyttelse (og tjenestekvalitet)

I dette kapitlet vil vi beskrive noen viktige faktorer som påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Vi vil kort ta for oss temaene innretning og profil, kompetanse og rekruttering, heltid/deltid, sykefravær og ledelse i pleie- og omsorgstjenesten. Disse faktorene danner også et faglig grunnlag for analyse og mulige forslag til tilpasninger for å sikre et framtidig bærekraftig tjenestetilbud i Agdenes kommune. Innledningsvis vil vi kommentere noen grunnleggende faktorer i den demografiske utviklingen som vil påvirke ressursutnyttelsen framover.

4.1 Demografisk utvikling

RO har sett på noen sentrale nøkkeltall for den demografiske utviklingen i Agdenes kommune og presenterer under tabeller som viser framskriving av folketallet, aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisienten. Disse nøkkeltallene kan gi et bilde av hvordan pleie- og omsorgsenheten bør innrette seg for å møte framtidens befolkningssammensetning.

Befolkningsframskriving

Gjennom framskriving av folketallet ser man hvordan utviklingen i de ulike aldersgrupperingene kan utvikle seg. Framskrivningen er en prognose fra Statistisk sentralbyrå som bygger på middels nasjonal vekst.

Tabell 4.1.1 viser antall innbyggere i ulike aldersgrupper samt den totale befolkningen i Agdenes kommune i tidsperioden 2014 til 2040 under forutsetning om middels nasjonal vekst.

Tabell 4.1.1 Befolkningsframskriving for ulike aldersgrupper samt totalbefolkningen i Agdenes kommune (tall vist for 5-års perioder over intervallet 2014-2040).

	2014	2020	2025	2030	2035	2040
0-19 år	395	378	402	416	425	426
20-66 år	974	1022	1022	1008	1005	1009
67-79 år	231	238	267	289	310	321
80-89 år	111	100	97	124	131	145
90 år eller eldre	33	28	26	27	25	36
Totalt antall innbyggere	1744	1766	1814	1864	1896	1937

Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2014 alternativ MMMM)

Dersom denne prognosen (Tabell 4.1.1) blir en realitet, stiger folketallet jevnt fram mot 2040. I aldersgruppen 0-66 år er det noen svingninger, men denne gruppen øker ikke like mye som gruppene 67 år og eldre.

- Aldersgruppen 67-79 stiger jevnt 2014 og 2025.
- Aldersgruppen 80-89 reduseres fram mot 2025 deretter øker den til 2040
- Aldersgruppen 90+ reduseres fram mot 2035, deretter øker den til 2040.

En viktig problemstilling er hvordan dette vil påvirke pleie- og omsorgstjenesten i kommunen når antall eldre (67+) øker mer enn antall yrkesaktive personer i aldersgruppen 20-66 år som skal sørge for inntekter, bosettingsgrunnlag og omsorg for sine eldre i familien.

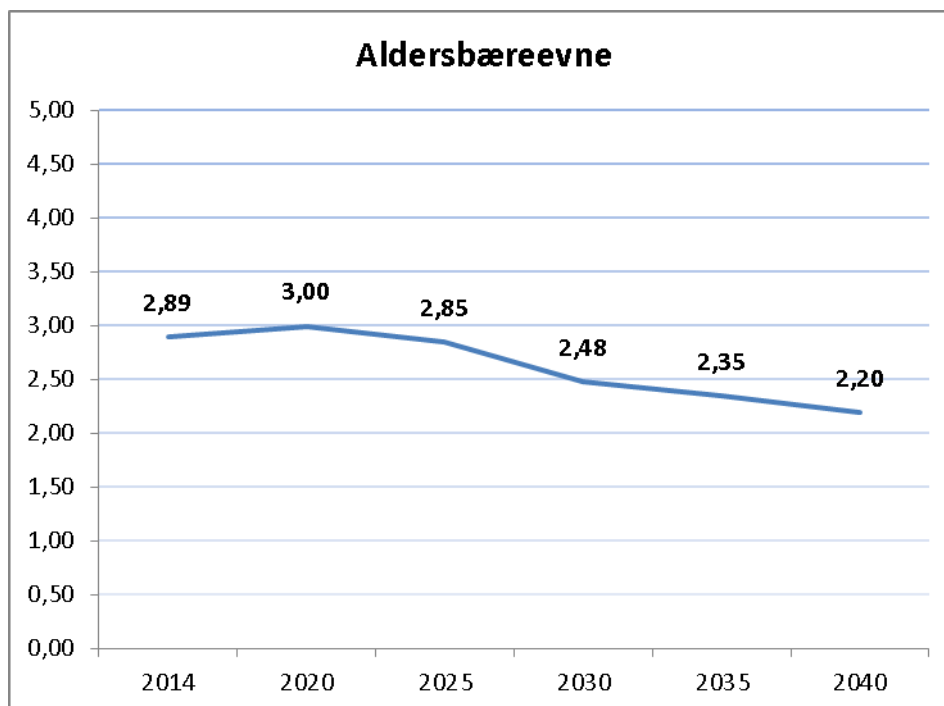
Et annet forhold som kontinuerlig må vurderes er hvordan flere eldre, økt levealder og endret kompetanse hos de eldre vil virke inn på behov og ønske om bistand. Den teknologiske utviklingen og den private velferden vil også være viktige premisser for hvilke tjenester som vil bli etterspurt og være mulig å gi.

Forekomsten av demens er stigende. Demensplan 2015 "Den gode dagen" sier (s 12) at forekomsten av demens i aldersgruppen 65-69 år er 0,9 %, stigende til 17,6 % i aldersgruppen 80-84 år, og fra 90 år og oppover har 40,7 % utviklet en demenssykdom. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens antas å øke fram mot 2040.

Aldersbæreevne

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.

Tabell 4.1.2 Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre i gruppen 67 år og mer i Agdenes kommune

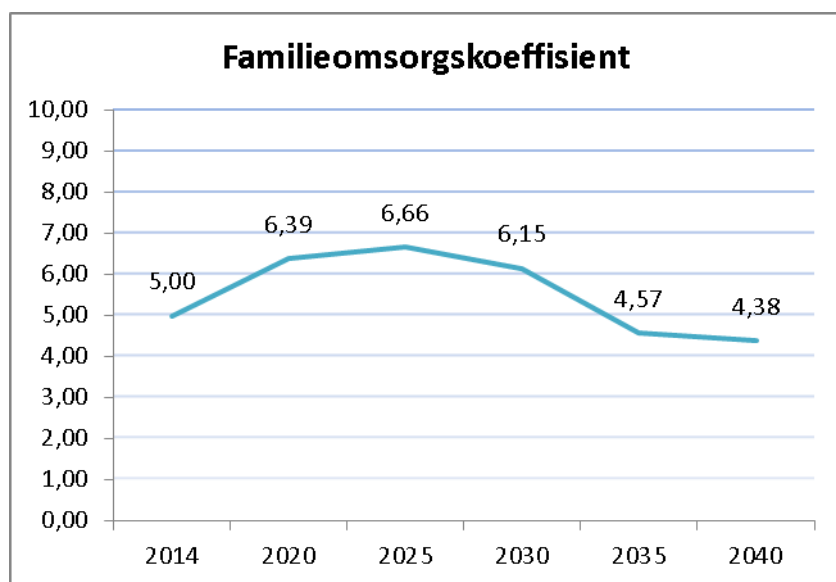


Tabellen viser at det var 2,89 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2014, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 2,85 i 2025 og 2,20 i 2040. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000. Aldersbæreevnen på landsbasis reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050.

Familieomsorgskoeffisient

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. Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien.

Tabell 4.1.3 Antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten) 2014 – 2040.



I 2014 har Agdenes 5,00 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Tallet forventes å øke fram mot 2025 for deretter å reduseres til 4,38 i 2040.

Endringer i alderssammensetningen er avgjørende for hvor mange familieomsorgsgivere de over 85 år kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Det er også viktig kunnskap for hvordan tjenestene bør innrettes fram i tid.

Under vil vi kort ta for oss temaene innretning og profil, kompetanse og rekruttering, heltid/deltid, sykefravær og ledelse i pleie- og omsorgstjenesten:

Innretning og profil

Nyere forskning innen pleie- og omsorgstjenestene Brevik og Nygård (2013)⁵ viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som

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

eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 prosent av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. Andre kommuner har ingen sykehjemsplass for langtidsopphold, de sykehjemsplassene kommunen rår over brukes som korttidsplasser for behandling og rehabilitering og med en gjennomsnittlig botid på bare noen uker.

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 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 RAPPORT 2013:104 s. 10)

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

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

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

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

Kompetanse og rekruttering

⁶ Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010, Terje P. Hagen, Kebebew Negera Amayu, Geir Godager, Tor Iversen, Henning Øien, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo HERO 2011.

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

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

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)⁹ 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. 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 arbeidstakerne man allerede har. Dermed blir det sentralt at alle medarbeidere involveres i løpende læringsaktiviteter og at dette planlegges og følges opp i kommunens arbeidsutforming og årsplaner.

Heltid - deltid

I en rapport fra programmet "Saman om ein betre kommune"¹⁰ 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

⁹ 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».

¹⁰ KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

fleksibiliteten, eksempelvis ansatte som varierer arbeidsoppgaver og arbeidstid slik at jobbinholdet 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)¹¹, 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 deltidstrukturen har dette ikke ført til annet enn sporadiske resultater for enkelte ansatte. Tiltak uten organisatoriske 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.

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

Organisatoriske tiltak for å redusere deltid kan eksempelvis være fleksible arbeidstidsordninger (ønsketurnus, forhandlingsturnus, pusleturnus, drømmeturnus, årsturnus). Hovedideen for disse ordningene består i å kombinere de ansattes behov for forutsigbar arbeidstid og fritid med brukernes behov for kvalitativt gode tjenester hverdag som helg. Disse ordningene har i seg selv ingen effekt på stillingsstørrelse men de kan være et godt utgangspunkt for større stillinger dersom dette formuleres som en målsetning. Andre organisatoriske tiltak kan være timebank, varianter av 3 + 3-turnusen, langturnuser og vikarpoolordninger.

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.

¹¹ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

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). Langvakter. Mange av langvaktturnusene som er innført i pleie- og omsorgssektoren de siste årene er satt opp med to vaktskift i døgnet. De mest komprimerte langturnusvariantene, inklusive heldøgnturnus 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 (derav begrepene langvakter med dispensasjon og uten dispensasjon).

I den originale 3 + 3-turnusen er det ikke forskjell i bemanningen mellom ukedager og helg. Turnusen innebærer at de ansatte arbeider tre dager, har tre dager fri, arbeider tre dager, har tre dager fri og så videre hele året igjennom. Ca. 10 % av norske kommuner har prøvd ut ordningen. En del kommuner har oppnådd gode resultater i form av større stillinger, redusert sykefravær og bedre tjenestekvalitet.

Sykefravær

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

Fraværs- og nærværsarbeid er en kontinuerlig prosess som man aldri kan slippe taket i, og må være godt forankret på alle nivåer i organisasjonen. Det utføres mye og godt sykefraværsarbeid i norske kommuner, men Odeen m.fl. (2013)¹² hevder at man kanskje heller burde fokusere på langsiktige tiltak som bidrar til helse og jobbtilfredshet, fremfor å teste ut ulike redskaper for å oppnå en rask reduksjon i sykefraværet.

Forskningslitteratur viser at følgende faktorer er viktige å tenke på når man skal jobbe med sykefraværs- og nærværsarbeid Lise Lien (Fafonotat 2013:02)¹³:

Fraværs- og nærværsarbeid er en kontinuerlig prosess som krever konstant fokus og forankring på alle nivåer i organisasjonen - både i den politiske ledelsen, den administrative ledelsen og virksomhetsledelsen.

Sykefraværs- og nærværsarbeid må være en del av virksomhetens overordnede strategier, målbeskrivelser og struktur.

Medvirkning og involvering av ansatte og tillitsvalgte/verneombud er viktig for å lykkes. Sykefraværs- og nærværsarbeidet må baseres på grundig kartlegging og analyse av problemene i virksomheten før man setter i gang tiltak.

Man bør evaluere effekten av de tiltakene man prøver ut.

Man kan få inspirasjon av andre virksomheters arbeid, men man kan ikke direkte kopiere dette arbeidet. Arbeidet må ta utgangspunkt i egen virksomhets utfordringer og skreddersys

¹² Odeen, M., Magnussen, L.H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H.R. og Tveito, T.H. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine* 2013; 63:7-16. Advance Access publication 5 December 2012 doi: 10.1093/occmed/kqs 198.

¹³ Lise Lien "Saman om" sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafonotat 2013:02.

lokalt. Lokale problemer krever lokale løsninger og det finnes ingen beste praksis for hvordan redusere fraværet eller øke nærværet.

Tallene for sykenærvær bør tas med når virksomheter skal sette i gang tiltak for å bedre de ansattes helse. Man bør ha fokus på balansert nærvær som kombinerer lavt sykenærvær med lavt sykefravær.

Gode oppfølgingsrutiner er viktig.

Tilrettelegging og fleksibilitet er viktig.

Sykefraværsarbeidet må komme til uttrykk gjennom tiltak som dialog mellom arbeidsgiver og syke og friske arbeidstakere.

Samarbeidet med andre aktører er viktig for å bidra til å skape gode rutiner for både forebygging og oppfølging av sykefravær. Særlig samarbeid med bedriftshelsetjenesten ser ut til å ha positiv effekt.

Begrepet langtidsfrisk ble for første gang introdusert av den svenske bedriftslegen Johnny Johnsson på Stora Enso Fors. Langtidsfrisk skal forstås som:

«(...) å måle summen av bedriftskulturen, ledelsen, lederskapet og det nettverket og de aktivitetene som finnes på og utenfor jobben. Andelen langtidsfriske er et statistisk mål på gruppenivå som måler helheten.» (Johnsson m.fl. 2006)¹⁴

En ansatt som er langtidsfrisk, blir definert som en medarbeider som har vært ansatt i minst tre år og som ikke har hatt sykefravær de siste to årene. Langtidsfrisk handler om å vende fokuset vekk fra sykdom og over til hva som bidrar til at ansatte og virksomhet holder seg friske.

Langtidsfriske organisasjoner er preget av følgende (Lise Lien, 2013):

En gjennomtenkt lederskapsfilosofi som tas i betraktning også ved rekruttering av ledere.

Intern rekruttering av ledere og i tillegg til å være oppfattet av formell kompetanse er man også opptatt av andre typer kompetanse slik som sosial kompetanse.

Ledere med god kunnskap om virksomheten og virksomhetens regelverk.

Systematiske program for å støtte og utvikle sine ledere.

Lederne har god organisatorisk støtte og nok ressurser til å håndtere arbeidsoppgavene på en god måte.

Utvikling av medarbeiderne og belønning for god innsats.

Det settes av tid til kompetanseutvikling for medarbeiderne.

Ansattes medvirkning og god dialog mellom medarbeidere og ledelsen.

Lederne er lydhøre overfor de ansattes synspunkter og deres arbeidssituasjon.

Lederne ser de ansatte som en ressurs.

De ansatte ser seg selv som en del av en helhet og dette bidrar til opplevelsen av meningsfullhet.

Ledelsen erkjenner at organisatoriske faktorer kan bidra til dårlig helse hos medarbeiderne.

Innført forebyggende aktiviteter på en strategisk og systematisk måte - gjerne i samarbeid med bedriftshelsetjenesten.

Kartlegginger i virksomheten etterfølges av tiltak.

Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis tidspresset i arbeidet ikke er for høyt og det gjelder spesielt for kvinner.

¹⁴ Johnsson, J., Lugn A. og Rexed, B. (2006): Langtidsfrisk. Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet.

Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis man jobber normalt og det gjelder spesielt for kvinner.

Tydelige mål i arbeidet har en større friskhetseffekt for kvinner enn for menn.

Å ha nok ressurser i arbeidet og opplevelsen av å være fornøyd med kvaliteten på det arbeidet man utfører betyr mer for langtidsfriskhet for kvinner enn for menn.

Opplevelsen av å ha støtte fra leder betyr mer for langtidsfriskhet for kvinner enn for menn.

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

Enkelte studier anslår at så mye som 40-50 % av langtidsfraværet er arbeidsrelatert (Osborg Ose m.fl. 2006)¹⁵. I tillegg viser forskningen at arbeidsmiljøfaktorer generelt forklarer mer enn individuelle livsstilsfaktorer, og at arbeidsmiljøfaktorer betyr mindre for sykmeldtes tilbakekomst til arbeid dess lengre en person er fraværende fra jobb. Mange av disse faktorene ser også ut til å bidra til dårlig psykisk helse. (Major m.fl. 2011:1)¹⁶

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

Studiene viser at en god leder:

Ser og lytter til sine medarbeidere

Opptretr rettferdig overfor medarbeiderne

Viser omsorg/omtanke for sine medarbeidere

Er en som strukturerer arbeidet for medarbeiderne gjennom veiledning

Denne veiledningen kan komme til uttrykk ved å foreslå løsninger på medarbeidernes arbeidsrelaterte problemer og å legge til rette for arbeidet – særlig i stressende situasjoner

Lar medarbeiderne kontrollere eget arbeidsmiljø

Skaper strukturer som bidrar til «empowerment»/myndiggjøring og muligheter for deltakelse, autonomi og kontroll for medarbeiderne

Inspirerer de ansatte til å se meningen i arbeidet

Gir de ansatte mulighet for intellektuell stimulering og kompetanseutvikling

Er nærværende, støttende og anerkjennende

Ledelseskvalitet er viktig:

Nærmeste leders tilrettelegging for utvikling av den enkelte medarbeider

Lederens prioritering av medarbeidernes tilfredshet

Leders planleggingsevne

Leders evne til å løse konflikter

Medarbeiderens opplevelse av ledelseskvalitet henger sammen med faktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet og til de organisatoriske rammene på arbeidsplassen.

Rammebetingelser betyr noe for forutsetningene for å bedrive godt lederskap. Jo flere ansatte man har ansvaret for, jo mer utfordrende er det å bedrive godt lederskap.

Hvis leder har lav grad av administrativ støtte i kombinasjon med ansvar for mange ansatte påvirkes lederskapet i negativ retning.

¹⁵ S. Osborg Ose, H. Jensberg, R. Eidsmo Reinertsen, M. Sandsund og J.M. Dyrstad (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SINTEF Helse Gruppe for arbeid og helse

¹⁶ Major, E.F., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.

God kommunikasjon med politikere og ledere på høyere nivå er viktig for å informere om virksomhetens måloppnåelse og budsjett - utfordringer i virksomheten må ses i sammenheng med mer strategiske spørsmål.

Man må våge å ta opp problemer med ledere på høyere nivå
Informasjon knyttet til arbeidsmiljømessige forhold må ikke sensureres før det når kommunens administrative og politiske nivå. Manglende informasjon om de faktiske forhold kan bidra til utprøving av tiltak som ikke møter utfordringene i virksomheten

Lise Lien (2013) oppsummerer hva som fremmer helse hos medarbeiderne slik:

Aktivt og systematisk arbeidsmiljøarbeid i virksomheten

Passe arbeidsbelastning

Innflytelse og delaktighet

Positivt arbeidsklima

Muligheter for kompetanseutvikling

Helsefremmende aktiviteter

Godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten og andre eksterne aktører

Med hensyn til sykefraværstiltaks effekter sier ovennevnte Fafø-rapporten følgende:

Tiltak som er rettet mot alle arbeidstakerne i en organisasjon vil i liten grad lykkes hvis det viser seg at det er en liten prosent av de ansatte som står for fraværet. Man bør i større grad vurdere hvem som faktisk trenger oppfølging og ta i betraktning de sykemeldtes sosio-økonomiske bakgrunn når man planlegger tiltak.

Grundig kartlegging av arbeidsmiljøet og kartlegging av helseplager blant de ansatte er viktig for å lykkes.

Tiltak knyttet til fysisk aktivitet, livsstilsendring og ergonomisk tilrettelegging fungerer bedre enn opplysningstiltak og psykologiske intervensjoner.

Tiltak for stressreduksjon: individrettede tiltak, tiltak som både er rettet mot medarbeideren og arbeidsforholdene og organisatoriske intervensjoner gir små, men positive effekter på utbrenthet, helseplager og angst.

Ergonomiske tiltak, fysioterapi og bruk av hjelpemidler ser ut til å ha effekt.

De fleste individrettede trivselstiltak har ingen påviselig effekt på sykefravær og nærvær, men kan ha en effekt på generell trivsel.

Valg av turnusordninger kan ha en effekt.

Fysiske tiltak på arbeidsplassen slik som håndvask i sprit og tilgang til utstyr har en effekt.

Oppfølging av arbeidsulykker med forebyggende tiltak/aktiviteter.

Ledelse i helse- og omsorgstjenesten

Uten god ledelse og dyktige ledere er det liten hjelp i å organisere tjenestene på den antatt beste måten. En rekke rapporter har vist at ledere er viktigere enn modellvalg. Dette går fram av flere studier av utviklings- og omstillingsarbeid. Gode ledere er som magneter på den kompetente arbeidskraften. Betydningen av god ledelse er også godt kjent for Helse- og omsorgsdepartementet som i forbindelse med kompetanseløftet 2015 ga støtte til en desentralisert lederutdanning for ledere i helse- og omsorgstjenestene. Ordningen vil mest sannsynlig videreføres til 2020.

5 Funn

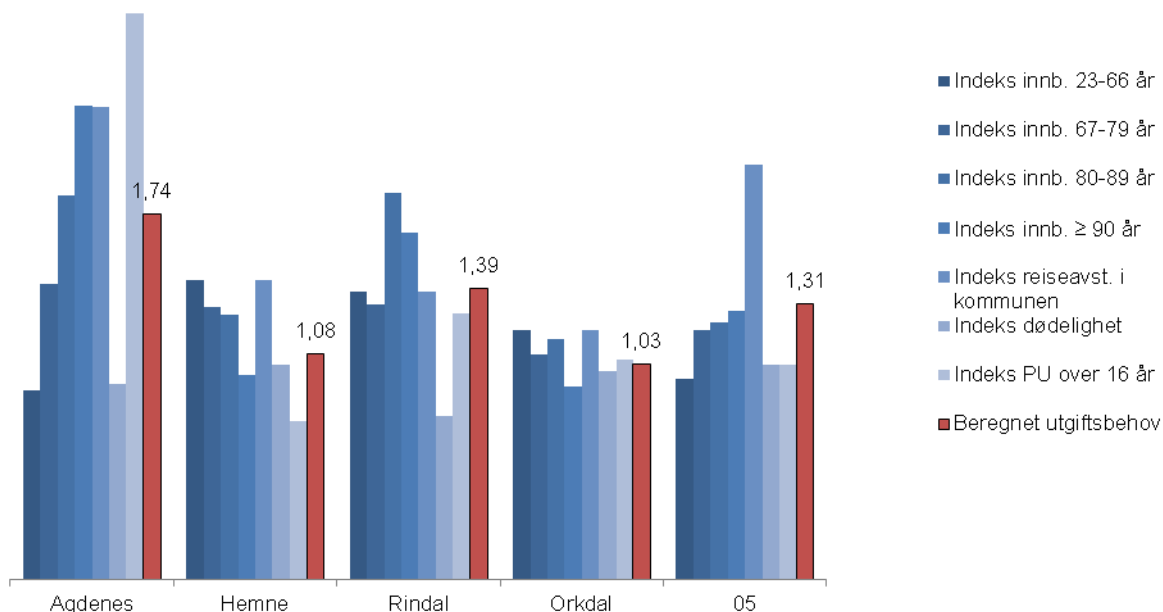
I det følgende vil det bli gjort rede for funn fra de ulike analysene som er gjennomført.

5.1 KOSTRA

RO har i samråd med oppdragsgiver valgt å sammenlikne KOSTRA-data fra Agdenes kommune med data fra KOSTRA-gruppe 05 (K05), og kommunene Hemne, Rindal og Orkdal.

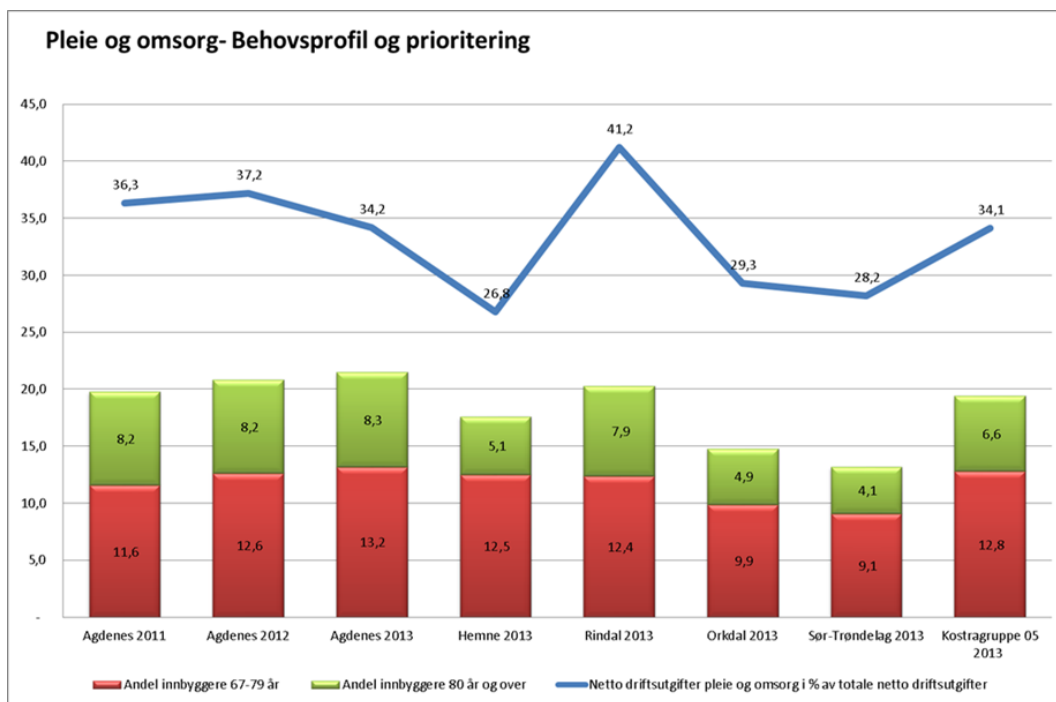
Analysen gir ikke svar på om tjenesten er riktig dimensjonert eller hvordan eventuelle endringer kan foregå heller ikke om en omlegging av tjenesten er realistisk. Men analysen gir gode holdepunkter for hvor en eventuell endring av tjenesten kan være hensiktsmessig.

I det følgende presenteres noen tabeller og figurer som beskriver sentrale faktorer i pleie og omsorgstjenesten i Agdenes kommune og hvor Agdenes sammenliknes med ovennevnte kommuner og K05. RO viser for øvrig til egne presentasjoner som tidligere er gjort tilgjengelig for PG.



Figur 5.1.1 viser antatt utgiftsbehov basert på TBU (teknisk beregningsutvalg/ Grønn hefte)

Kommentar: Figuren viser at Agdenes er den kommunen i sammenligningen som har størst utgiftsbehov. Spesielt gjelder dette indeksen for eldre 80-89 år, 90 år og eldre, personer med psykisk utviklingshemming over 16 år og reiseavstand i kommunen.



Figur 5.1.2 andel innbyggere 67-79 år og 80 år og over. Andel netto driftsutgifter i pleie og omsorg i prosent av totale netto driftsutgifter.

Kommentar: Agdenes er den kommunen i sammenligningen som har flest andel innbyggere i de to aldersgruppene. Netto driftsutgifter viser prioriteringsforholdet. Her er det kun Rindal som prioriterer pleie og omsorg høyere¹⁷.

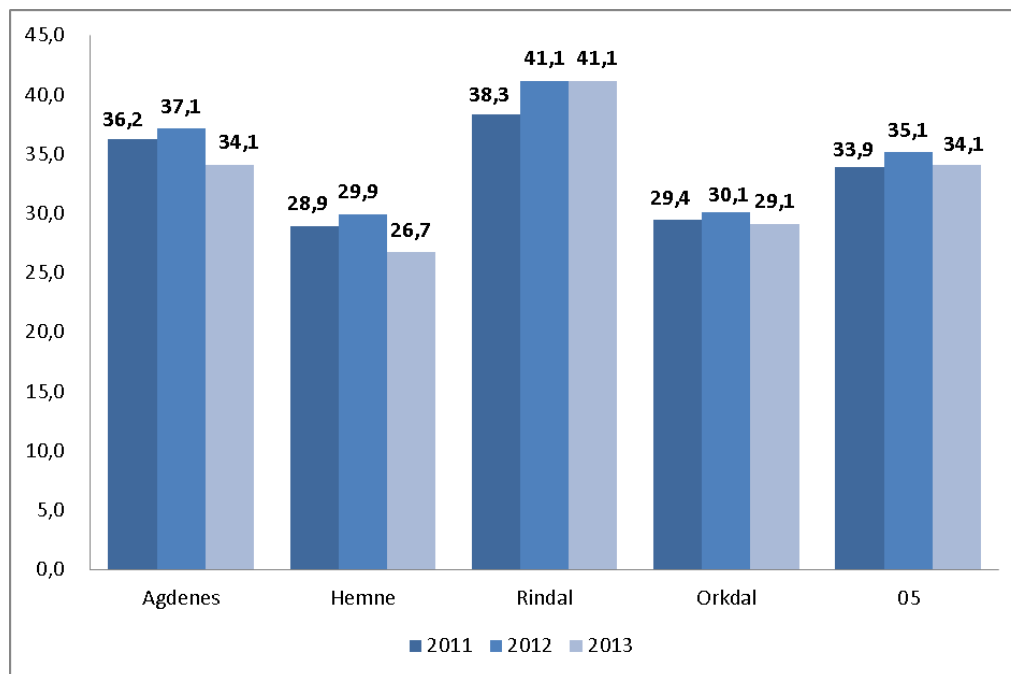
Tabell 5.1.1 Prioritering av pleie- og omsorgstjenesten. <i>Sammenligning av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester per innbygger og per justert innbygger</i>						
	Netto driftsutgifter pr. innbygger (i kr)			Endring fra 2011 til 2013		Netto driftsutgifter pr. justert innbygger (2013)
	2011	2012	2013	Kr	Prosent	
Agdenes	21 283	23 329	21 688	405	1,90	12 438
Hemne	14 284	16 114	15 635	1351	9,46	14 534
Rindal	21 436	24 840	25 580	4144	19,33	18 460
Orkdal	12 851	13 658	13 989	1138	8,86	13 643
05	20 849	22 953	23 225	2376	11,40	15 587

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 2 (SSB, 2011-2013)

¹⁷ RO gjør oppmerksom på at dette er regnskapstall og ikke budsjett-tall.

Kommentar: Netto driftsutgifter per justert innbygger¹⁸ er lavere i Agdenes enn nabokommunene og K05.

Figur 5.1.3: Andel av totale nettodriftsutgifter som går til pleie og omsorg



Kommentar: I denne sammenligningen er det kun Rindal kommune som brukte mere enn Agdenes. Andelen i Agdenes er lik andelen i K05 (2013) av totale netto driftsutgifter til pleie og omsorg.

Tabell 5.1.2 Prioritering mellom pleie- og omsorgstjenester. *Netto driftsutgifter pr. innbygger* til pleie og omsorg fordelt på tre omsorgsområder: aktivitetstilbud, hjemmetjenester og institusjon*

	Hjemmetjenester				Institusjonsdrift	
	Aktivitetstilbud					
	Kr	Prosent	Kr	Prosent	Kr	Prosent
Agdenes	651	3,00	9 543	44,0	11 278	52,0
Hemne	313	2,00	7 661	49,0	7 505	48,0
Rindal	512	2,00	9 465	37,0	15 604	61,0
Orkdal	699	5,00	6 715	48,0	6 575	47,0
05	813	3,50	9 336	40,2	13 076	56,3

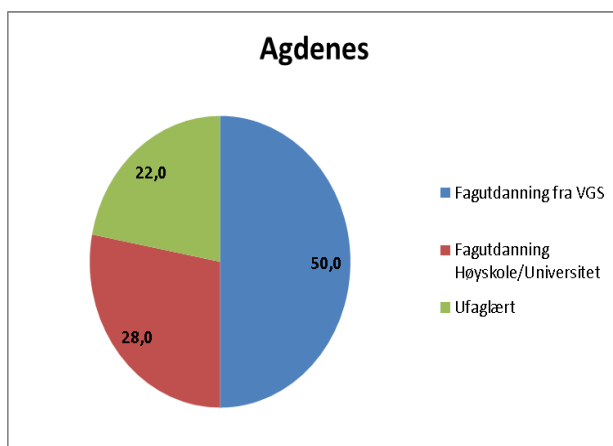
Kilde: KOSTRA konserntall for pleie- og omsorg på nivå 3 (SSB, 2013).

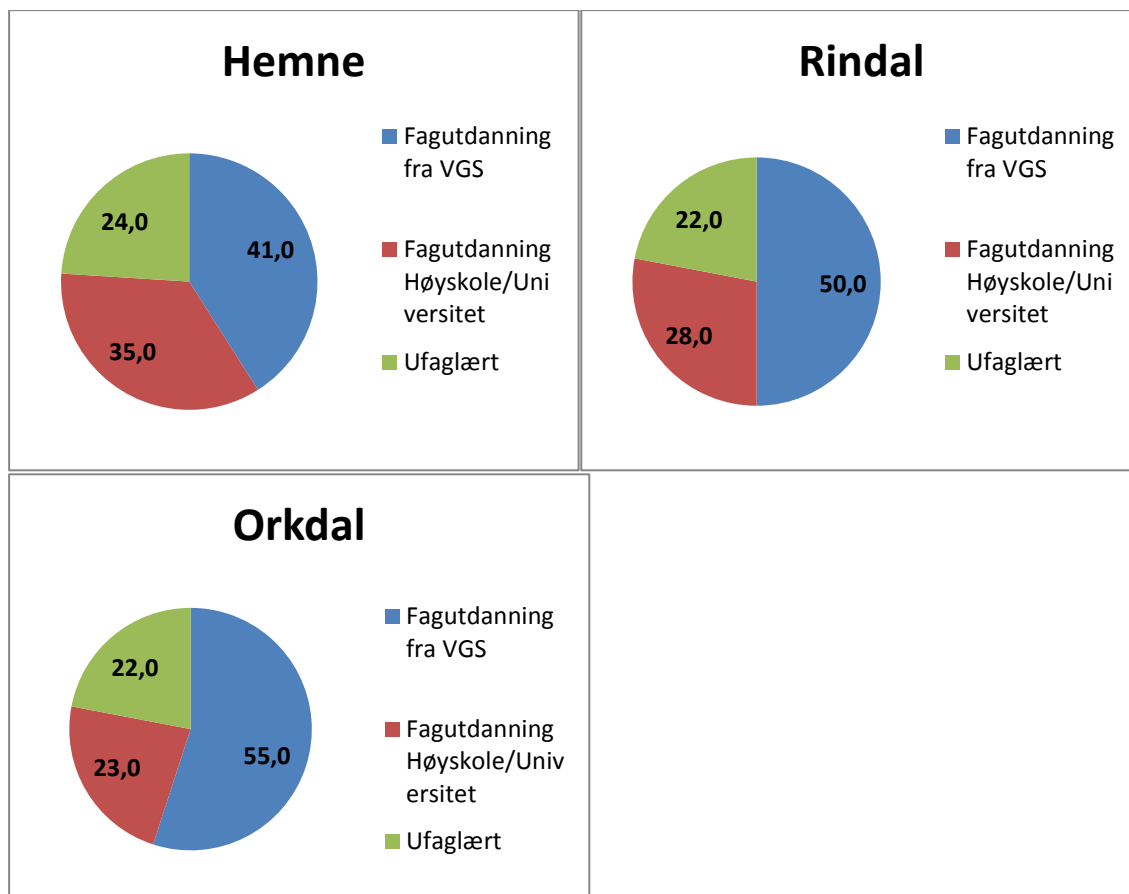
¹⁸ Justert innbygger

Netto driftsutgifter til hjemmetjenester er lavere enn Hemne og Orkdal og høyere enn Rindal og K05. Når det gjelder institusjonsdriften så ligger Hemne og Orkdal under når det gjelder netto driftsutgifter. Agdenes har 3. høyest netto driftsutgifter på aktivitetstilbud. Kun K05 og Orkdal ligger høyere. Agdenes bruker prosentvis en større andel av sine netto driftsutgifter på institusjonsdrift enn på hjemmetjenester Dette viser at kommunene til en viss grad prioriterer ulikt mht de ulike tjenestene.

Kommentar: Agdenes har samme andel årsverk med fagutdanning i brukerrettet tjeneste som Rindal, men lavere enn Orkdal og høyere enn Hemne (har ikke tall for K05). Når det gjelder ansatte med fagutdanning fra høyskole/universitet er det kun Hemne som ligger høyere.

Figur 5.1 4 Fordeling av årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra videregående skole, fagutdanning fra høyskole eller universitet og ufaglærte.





Kommentar: Orkdal skiller seg ut fra de andre med en høyere andel årsverk med høyskole og universitet. Mens Orkdal har høyeste andel med fagutdanning fra videregående skole. Andelen ufaglærte i de fire kommunene er ganske lik.

Tabell 5.1.3 Produktivitet i institusjonsdrift. <i>Korrigerede brutto driftsutgifter per kommunale plass i institusjon</i>			
	2011	2012	2013
Agdenes	978 840	958 120	946 920
Hemne	946 920	961 629	1 041 600
Rindal	791 628	903 186	908 744
Orkdal	717 314	734 500	720 853
K05	Mangler	Mangler	Mangler

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 2 (SSB, 2011-2013).

Kommentar: Korrigerede brutto driftsutgifter per kommunal plass i institusjon er nest høyest i Agdenes. RO gjør oppmerksom på at kostnaden per plass kan påvirkes av antall plasser.

Tabell 5.1.4 Mottakere av hjemmetjenester. *Mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 0-66 år /67-79 år/80 år og eldre per 1000 innbygger*

	2011	2012	2013
Agdenes	3,1/10,1/43,6	3,1/8,4/45,7	3,2/8,2/48,6
Hemne	2,7/12,4/48,8	3,8/13,0/50,9	3,8/14,4/52,5
Rindal	1,4/10,8/41,6	1,7/9,6/40,5	1,9/7,1/39,8
Orkdal	1,4/6,5/28,8	1,4/5,5/28,9	1,3/4,8/28,0
K05	2,3/9,7/38,6	2,2/9,4/37,7	2,4/9,0/37,3

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg (SSB, 2011-2013).

Tabellen viser andelen av befolkningen i aldersgruppene 0-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre som mottok hjemmetjenester i årene 2011-2013.

Kommentar: RO har her valgt å kommentere 2013. Her finner vi at det var kun Hemne som hadde en større andel mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppa 0-66 år enn i Agdenes. I aldersgruppa 67-79 år var andelen også større i Hemne og i K05. Mens i aldersgruppa 80 år og eldre var det kun Hemne som hadde en større andel.

5.2 Ressurs- og driftsanalyse

Hvordan sykehjem driftes kan ha konsekvenser for effektiv ressursutnyttelse – også i tjenestene som helhet. RO vet av erfaring fra tilsvarende oppdrag at det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder drift av sykehjem. En detaljert ressurs- og driftsanalyse for sykehjemmet i kommunen kan være et godt bidrag til å identifisere mulige tilpasningstiltak eller endringstiltak.

RO har utarbeidet et standardisert rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem¹⁹. Skjemaet omhandler regnskapstall, bemanning, ledelse, matkostnader, sykefravær mm. Sammenligningene gjøres i hovedsak gjennom kroner per døgnplass. I noen tilfeller gjennom prosentandeler. RO har tilsvarende tall fra 24 andre sykehjem som kan brukes i denne sammenhengen.

¹⁹ RO har i 20 år gjort sammenlignende analyser av organisering, tjenesteutøvelse og ressursbruk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Gjennom mange slike oppdrag har RO erfart at det er vanskelig å finne tall for ressursbruk som er direkte sammenlignbare. Etter hvert har KOSTRA-tallene blitt kvalitetssikret slik at de i større grad kan brukes til sammenligning. Men fremdeles er det slik at kommuner rapporterer forskjellig når det gjelder å plassere utgifter. KOSTRA-tallene er også aggregerte tall på kommunenivå og man må gå inn på avdelingsnivå for å kunne sammenligne sykehjem med hverandre. På grunn av denne erfaringen har RO utarbeidet et rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem.

5.2.1 Sykehjemsanalyse

Agdenes sykehjem sammenliknes her med andre sykehjem fra seks kommuner. Utvalget er sykehjem som har samme tjenestetilbud som Agdenes sykehjem

Kriteriet for utvalget av sammenligningssykehjem er dimensjon på tjenesten med vekt på antall institusjonsplasser.

Tabellen under oppsummerer viktige kjennetegn ved sykehjemsdriften i Agdenes og sykehjemmene Agdenes blir sammenlignet med. B, C, D og E henviser til ett sykehjem i hver av kommunene B, C, D og E. A1, A2 og A3 er tre sykehjem i A kommune og F1 og F2 er to sykehjem i F kommune. I den grad tall stammer fra tidligere regnskap enn 2013, er tallene justert etter SSBs konsumprisindeks.

Av tabellen over framgår det at det er store variasjoner i kostnader, både mellom sykehjem i ulike kommuner og sykehjem internt i kommunen. I det videre trekkes hovedfunn fra analysen/tabellen fram:

Tabell 5.2.4 Ressurs og driftsanalyse av pleie- og omsorg i sykehjem, en sammenligning av Agdenes helsesenter og utvalgte sykehjem fra syv kommuner (2013-tall)

	Agdenes	A1	A2	A3	B	C	D	E	F1	F2
Antall plasser	28	52	24	21	20	26	15	39	34	40
Samlet sykefravær	9,85	6,8	12,4 %	12,1 %	16,5	14,0	12,5	8,4	10,6	16,4
Brutto lønnsutgifter per plass / år brukerrettet	638 792	695 178	791 011	525 025	672 399	673 669	884 671	538 082	550 482	642 079
Kostnader mat per plass per år	104 253	27 991	29 445	8 109	45 959	90 453	60 221	36 943	37 144	42 912
Vask av tøy per plass per år	15 765	3 969	3 180	6 837	22 407	31 308	10 666	10 819	20 723	14 258
Medisinsk forbruksmateriell per plass per år	9 496	16 126	18 094	8 794	10 217	24 971	23 085	19 289	30 350	32 520
Andre driftsutgifter per plass per år	25 905	18 861	9 649	21 136	26 510	23 788	42 303	19 448	74 873	65 447
Direkte brukerrettet innsats i % av totalen	80,4%	91,2 %	92,9 %	92,1 %	86,5%	79,8 %	81,8%	86,2 %	77,1 %	80,5 %
Overtid per plass/ år	14 878	11 283	24 911	8 289	20 963	38 261	0	10 476	9336	13 135
Variabel lønn i % av totalen	15,5%	13,7 %	13,2 %	12,8%	31,2 %	38,4 %	26,4 %	27,0 %	33,8 %	46,6 %
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	1,0 (28)	3,5 (14,9)	1,5 (16)	1,00 (21)	0,75 (26,7)	1,70 (15,3)	0,7 (21,4)	1,80 (21,7)	2,00 (17)	2,00 (20)

Sykefravær

Sykefraværet blant ansatte på Agdenes sykehjem skiller seg positivt fra de andre institusjonene i sammenligningen ved et lavere sykefravær. I sammenlikningsgrunnlaget er det kun et sykehjem (E) som har et mindre sykefravær enn Agdenes.

Brutto lønnsutgifter per plass per år brukerrettet

Det er en klar variasjon mellom sykehjemmene i sammenligningen når det gjelder brutto lønnsutgifter per institusjonsplass. Agdenes ligger likevel noe lavere enn seks av de ni institusjonene sykehjemmet sammenlignes med.

Kostnader mat per plass per år

Kostnader til mat regnet per plass varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Agdenes skiller seg likevel fra samtlige sykehjem i sammenlikningsgrunnlaget ved at sykehjemmet i Agdenes har vesentlig høyere kostnader knyttet til mat regnet per plass per år.

Vask av tøy per plass per år

Agdenes sykehjem skiller seg ikke vesentlig fra sammenlikningsinstitusjonene på kostnader knyttet til vask av tøy per plass per år. Utgiftene ved sykehjemmet til vask av tøy ligger likevel litt over gjennomsnittet i vår database.

Medisinsk forbruksmateriell per plass per år

Det er variasjon i kostnader til medisinsk forbruksmateriell mellom de sykehjem vi har sammenliknet Agdenes sykehjem med og Agdenes sykehjem ligger klart i nedre sjikt.

Andre driftsutgifter²⁰ per plass per år

Det er stor variasjon i kostnadene til andre driftsutgifter mellom sykehjemmene i utvalget. Agdenes skiller seg ikke vesentlig fra gjennomsnittet i utvalget.

Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen

Brukerrettet innsats kan sies å være virksomhetens primære funksjon, mens øvrige funksjoner (tøy, forbruksmateriell osv.) kan anses mer som sekundære funksjoner. Ut fra denne synsvinkelen anses det som et mål at størst mulig andel av samlede driftsutgifter er innenfor brukerrettet innsats. Agdenes kommune har en brukerrettet innsats i prosent av samlede driftsutgifter som ligger i det nedre sjiktet.

Overtid i kroner per plass per år

Det er relativt lavt forbruk av overtid ved Agdenes sykehjem. Stemmer dette?

Variabel lønn i prosent av totalen.

Variabel lønn i prosent av totalen ligger i det nedre sjiktet. Sykehjem i kommune A ligger under Agdenes, de øvrige sykehjem godt over Agdenes sykehjem.

²⁰ 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.

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 sammenlikning bli antall plasser per leder. Lavest «ledertetthet» er ut fra en slik sammenstilling Agdenes sykehjem A med 28 plasser per leder. Høyest ledertetthet har sykehjem A1 med 14,9 plasser per leder. I denne sammenlikningslogikken har sykehjem A1 en stor lederressurs. Samtidig har RO fått opplyst at både avdelingsleder i hjemmetjenesten og ved sykehjemmet bruker det meste av stillingen sin som utøvede sykepleiere.

Pleiefaktor

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

I en rapport²¹ etter en forvaltningsrevisjon definerer kommunerevisjonen i Oslo begrepet slik:

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

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

På den ene siden finnes det altså ikke noen “norm” for pleiefaktor, på den annen side finnes det registrerte tall for pleiefaktor slik at det er mulig å si noe om et “gjennomsnitt”. For å gi et bilde av hvordan det er ellers i landet, har RO her altså gjengitt tall for pleiefaktor fra forskjellige kilder. Her tas også med tall fra en forskningsrapport²² RO og Sintef Helsetjenesteforskning utarbeidet på bestilling fra Norsk Sykepleieforbund, Fagforbundet og Den norske Lægeforening i 2004. Om pleiebemanning konkluderer forskerne bak rapporten slik:

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

²¹ Kvalitet i sykehjem. Langerud sykehjem. Oslo kommune, kommunerevisjonen. Rapport 8/2005. Lokalisert på: <http://www.kommunerevisjonen.oslo.kommune.no/getfile.php/kommunerevisjonen/Internett/Dokumenter/dokument/forvxrevxrapp/Rapport%20nr%208.pdf>

²² Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T og Nygård L: Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Rapport Sintef, Helsetjenesteforskning, Trondheim september 2004.

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. Dette er i samsvar med det Oslo kommunerevisjon sier om pleiefaktor i tidligere nevnte revisjonsrapport: "en parameter som kan indikere en sammenheng mellom pasienttall og kvalitet."

Sykehjemmet i Agdenes har en pleiefaktor eller bemanningsfaktor slik:

- Pleiefaktor sykehjemmet: $19,64 \text{ årsverk} / 25 \text{ plasser} = 0,78^{23}$

Dette betyr (med henvisning til det som er sagt tidligere i dette avsnittet) at sykehjemmet har en pleiefaktor som ligger likt med landsgjennomsnittet og litt over det som refereres som Helsetilsynets «norm» på «ca. 0,7».

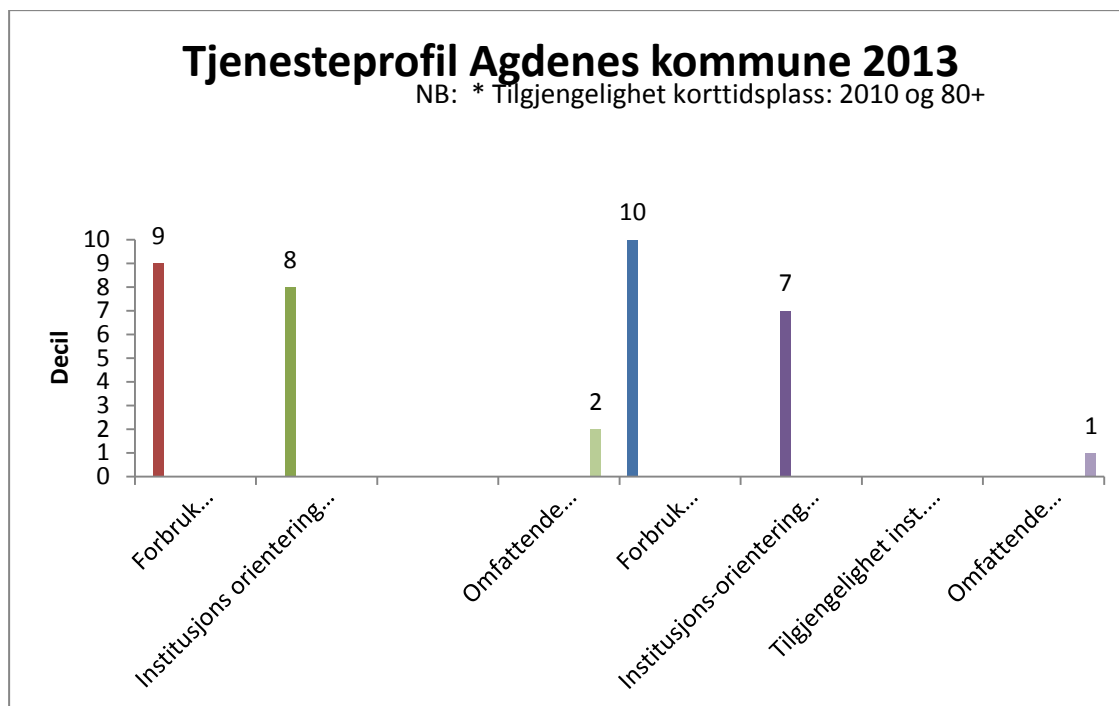
5.3 Tjenesteprofil

Med tjenesteprofil mener RO hvordan en kommune har innrettet sin omsorgstjeneste sammenlignet med øvrige norske kommuner. Innretningen bygger på sju ulike forhold²⁴:

1. Andel av kommunens befolkning over 80 år som mottar hjemmetjenester (Forbruk hjemmetjenester eldre).
2. Andel av kommunens befolkning mellom 0 og 67 år som mottar hjemmetjenester (Forbruk hjemmetjenester yngre).
3. Andel av kommunens befolkning over 80 år som bor på institusjon (Institusjonsorientering).
4. Antall utskrivninger per år per korttidsplass per innbyggere over 80 år (Tilgjengelighet korttidsplass).
5. Antall utskrivninger per år per sykehjemsplass per innbyggere over 80 år (Tilgjengelighet samlet).
6. Andel av hjemmetjenestemottakere over 67 år som har omfattende bistandsbehov (Omfattende bistandsbehov eldre).
7. Andel av hjemmetjenestemottakere 0 - 66 år som har omfattende bistandsbehov (Omfattende bistandsbehov yngre)

²³ Kilde: Årsmelding 2013. Lærling er ikke medtatt. Regner vi med at avdelingsleder bruker opp mot 75 % av stillingen sin som utøvende sykepleier blir pleiefaktoren 0,81.

²⁴Fafo/RO på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. Ikke publisert.



Figur 5.3.1

Sammenlignet med øvrige norske kommuner skiller Agdenes seg fra gjennomsnittet på følgende forhold:

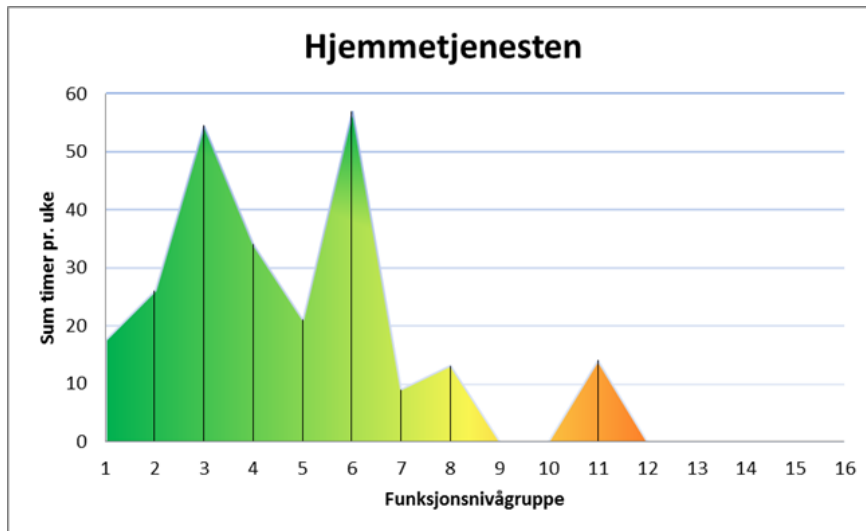
- Tjenesteprofilen for Agdenes kommune viser at pleie- og omsorgssektoren både er institusjonsorientert og hjemmetjenesteorientert.
- Tjenesteprofilen viser også at Agdenes har en høy institusjonsorientering overfor yngre brukere (67+).
- Tilgjengelighet korttidsplasser er ikke oppgitt, noe som kan tyde på at tilbud om korttidsplasser er lavt. Samtidig ligger Agdenes i det øvre sjiktet på institusjonsorientering (eldre 80+).
- I forbruk av hjemmetjenester ligger Agdenes på topp sammenlignet med øvrige kommuner i Norge. Gjelder både aldersgruppa 0-66 år og eldre 80 år og over.
- Andel hjemmetjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov er imidlertid meget lavt i aldersgruppa aldersgruppene 0-66 år og 67 år og eldre.

5.4 IPLOS – Funksjonsnivå og timer tjenesteyting

RO har som utgangspunkt at funksjonsnivået er et godt statistisk uttrykk for brukernes samlede behov for tjenester, men at det på individnivå og små grupper/soner må utvises stor forsiktighet.

Det eksisterer ingen nasjonale normer for hvor mye tjenester et bestemt funksjonsnivå bør utløse fra kommunens side. Analysen er derfor rettet mot "tendenser" og "avvikende fakta" og vil ikke gi noen fasitsvar. Derimot vil den gi et grunnlag til å se om det er en god sammenheng mellom grad av funksjonstap og tildelte timer tjenesteyting.

Figur 5.4.1 inder viser Sum timer per uke som brukes i de ulike funksjonsnivågruppene innen hjemmetjenesten

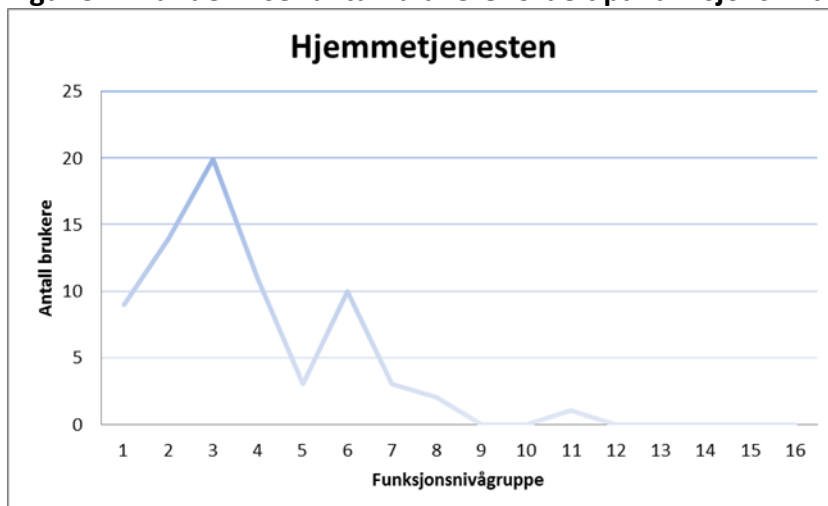


Figur 5.4.1

Denne figuren illustrerer hvordan ressursene fordeles i forhold til funksjonstap. Figuren viser indirekte om ressursene brukes på lette eller tunge brukere og kan si noe om praksis i fordelingspolitikk.

Figuren viser at ressursene brukes ganske jevnt for hjemmetjenesten totalt i Agdenes. Figuren viser at hjemmetjenesten samlet bruker relativt mye ressurser også på mennesker med små funksjonstap, mens hjemmetjenesten bruker relativt lite ressurser på mennesker med store funksjonstap.

Figur 5.4.2 under viser antall brukere fordelt på funksjonsnivå i Hjemmetjenesten

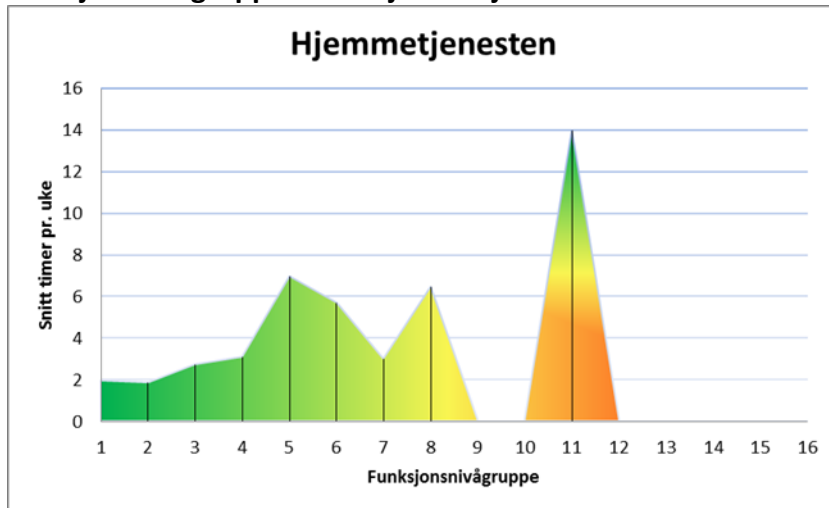


Figur 5.4.2

Denne figuren illustrerer antall brukere hjemmetjenesten i Agdenes har og hvilken funksjonsnivågruppe de tilhører. Figuren viser at det er et høyt antall brukere i

funksjonsnivågruppe 1, 2 og 3, mens antallet brukere synker jo høyere funksjonsnivågruppe de tilhører.

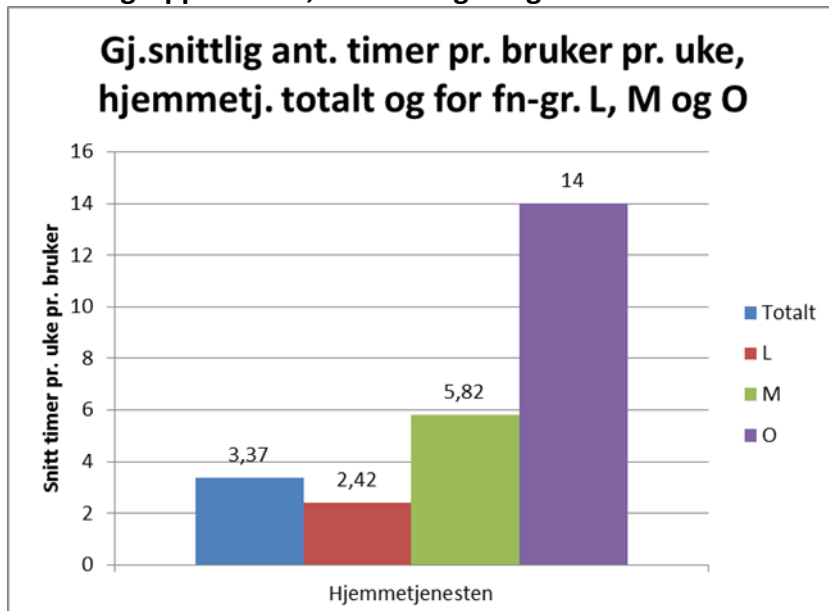
Figur 5.4.3 under viser gjennomsnittlig antall timer per uke fordelt på de ulike funksjonsnivågruppene for hjemmetjenesten



Figur 5.4.3

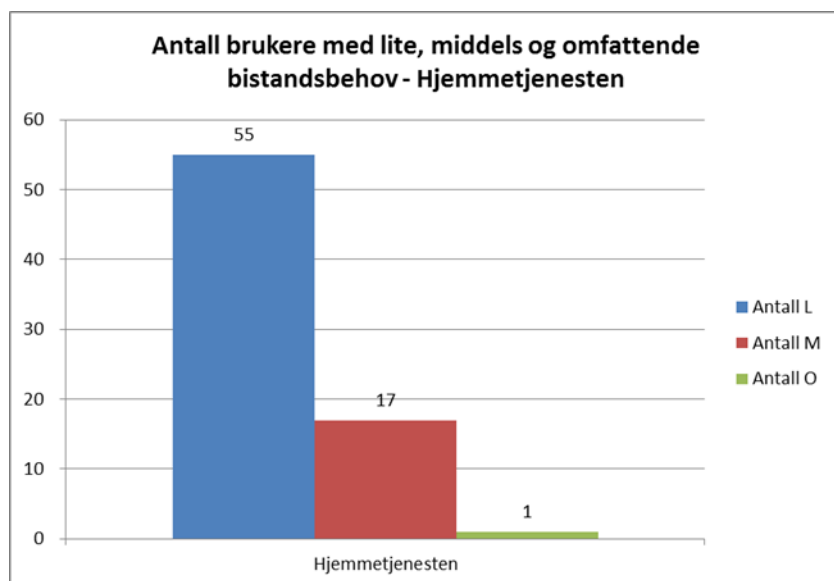
Figuren illustrerer hvor mange timer hver bruker får i snitt per uke i hver funksjonsnivågruppe. Figuren viser at tildeling av timer i snitt per uke øker jo høyere funksjonsnivågruppe brukeren er plassert i.

Figur 5.4.4 under viser gjennomsnittlig antall timer per uke per bruker hjemmetjenesten fordelt i gruppene Lett, Middels og Tung



Figur 5.4.4

Figur 5.4.5 under viser antall brukere med lite, middels og omfattende bistandsbehov i hjemmetjenesten



Figur 5.4.5

Tabellen 5.4.1 under viser de ulike funksjonsgruppene, antall brukere, sum timer per uke og snitt timer per uke. Videre viser oversikten snitt for ADL²⁵.

FN-gruppe	Antall brukere	Sum timer pr. uke	Snitt timer pr. uke	Snitt ADL
1	9	17,58	1,95	1,10
2	14	26	1,86	1,33
3	20	54,5	2,73	1,61
4	11	34	3,09	1,85
5	3	21	7	2,07
6	10	57	5,7	2,37
7	3	9	3	2,64
8	2	13	6,5	2,80
9				
10				
11	1	14	14	3,60
12				
13				
14				
15				
16				
Totalt	73	246,08	3,37	1,76

Tabell 5.4.1

²⁵ **Dagliglivets aktiviteter** (også betegnet **ADL** etter engelsk *activities of daily living*) er et begrep som brukes innen helsevesenet. Dagliglivets aktiviteter kan defineres som gjøremål vi til daglig utfører, som for eksempel av- og påkledning, matlaging, spising, holde orden på personlige eiendeler og personlig hygiene. Graden av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter brukes av helsepersonell til å måle funksjonsgraden til en person. Denne målingen er nyttig når man skal vurdere hvilke pleietjenester personen eventuelt trenger.

6 Forhold RO mener må avklares i det videre arbeidet

- Avklare krav og forutsetning for ledelse
- Klargjør tjenestetrappa og omsorgsideologien
- Klargjør bruken av sykehjemmet
- Strategisk kompetanseplan
- Myndiggjøring av ansatte
- Heltid/deltid
- Fokus på kontinuerlig forbedring
- Folkehelse/forebygging
- Avklare behov for psykiatrisk sykepleier og annen spisskompetanse
- Forventningsavklaring
- Sørge for at alle ansatte bidrar
- Helhetlig pasientløp
- Ta i bruk teknologi der dette er faglig og ressursmessig effektivt
- Samarbeid med pårørende og frivillige