



Evaluering av helse- sosial og omsorgstjenesten

Radøy kommune

Rapport fra RO – 14. mars 2018



Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning	4
1.1. Radøy kommunes bestilling.....	4
1.1. Metodisk tilnærming	5
1.2. Kvantitativ datainnsamling.....	5
1.3. Kvalitativ informasjonsinnhenting.....	5
2. Befolkningsutvikling - demografi	6
2.1. Pleie og omsorg	7
3. KOSTRA-analyse	8
3.1. Kommunehelsetjenester	15
3.2. Sosialtjenesten.....	17
3.3. Psykiatri/rus	19
4. Tjenesteprofil – Pleie og omsorg	20
5. Direkte/indirekte brukertid hjemmetjenester.....	23
5.1. Direkte og indirekte brukertid innen hjemmetjenesten	23
6. Sykefravær, heltid/deltid og kompetanse	23
7.1 Sykefravær	24
7.2 Heltid/deltid.....	25
7.3 Kompetanse og rekruttering.....	27
7. Demens	28
8. Framtidig behov for heldøgns omsorg	29
9. Beskrivelse av dagens situasjon -	31
8.1 Felles SWOT	31
8.2 Enhets-vis SWOT-analyse	32
8.3 Oppsummering fra åpent møte for medarbeidere	37
8.4 Oppsummering fra møte med brukerrådene	42
10. ROs vurdering på bakgrunn av analysene	43
11. Viktige forhold som bør tas med i forbindelse med utarbeidelsen av kommunedelplanen	44

Sammendrag

RO har i denne rapporten foretatt en analyse og evaluering av helse- og omsorgstjenesten i Radøy kommune. Dette skal danne grunnlaget for utarbeiding av kommunedelplan for helse- og omsorg 2018-2028. Rapporten inngår som grunnlag sammen med vedtatt planprogram i forbindelse med utarbeidelse av kommunedelplanen.

Å arbeide i en bestemt retning, med tydelige prioriteringer og oppfølging av disse er viktig framover. Radøy kommune har vedtatt å slå seg sammen med kommunene Lindås og Meland fra 1. januar 2020. Hvilke konsekvenser dette får for kommunedelplanen skal arbeidsgruppa ikke ta hensyn til.

Det uttrykkes klare ønsker om å utvikle helhetlige og tverrfaglige tjenester. Dette forutsetter godt lederskap, gode involverende prosesser, en felles vilje til prioritering og å arbeide smartere.

Gjennomgangen viser at pleie- og omsorgstjenesten i Radøy er hjemmetjenesteorientert. Innen pleie og omsorg fordeles var fordelingen av netto driftsutgifter i 2016 slik; 54,9 % til hjemmeboende, 43,6 % til institusjon og 1,5 % til aktivisering og støttetjenester.

Radøy velferdssenter er kommunens sykehjem. Sykehjemmet har 42 plasser. Radøy Matsørvis som er kommunens hovedkjøkken er lokalisert på velferdssenteret.

Radøy kommune har en enhet (OMSUT) som skal yte tjenester til barn og voksne med ulike hjelpebehov og som ikke kommer inn under den tradisjonelle hjemmetjenesten. OMSUT har tilbud om avlastningsbolig og arbeidssenter.

Kommunen har et interkommunalt ansvar for pasienter som har vært innlagt i psykiatriske institusjoner over lang tid. Radøy interkommunale busenter (RIB) ivaretar tilbudet til målgruppen for de kommunene som inngår i samarbeidet.

NAV – kommunal del har i dag også ansvar for flykninger.

Psykisk helse og rustjenesten har også ansvar for kommunepsykolog for barn og unge. I tillegg lederfunksjonen for koordinerende enhet (KE) og psykososialt kriseteam.

Helsehuset har ansvar for legetjenestene, fysioterapitjenestene, helsestasjon og jordmor.

For nærmere beskrivelser av enhetene se kapitel 8 SWOT-analyse.

På bakgrunn av befolkningsframskrivninger viser kapitel 2 framtidig utvikling av aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient.

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

Områder som RO mener det er spesielt viktig å prioritere i utarbeidelsen av kommunedelplanen står i rapportens siste kapittel.

1. Innledning

1.1. Radøy kommunes bestilling

Radøy kommune har vedtatt (K-sak 029/2017) å utarbeide en kommunedelplan for helse, sosial og omsorg 2018-2028. Kommunestyret vedtok i sak 029/2017 å legge planprogrammet for kommuneplan helse, sosial og omsorg ut på høring. Høringsfristen var satt til 17. august 2017.

I forbindelse med ferdigstillelse av planutkastet har Radøy kommune hatt prosessbistand fra Ressursenter for omstilling i kommunene (RO).

Prosjektgruppa består av følgende:

- Kommunalsjef Mette Fauskanger
- Hovedtillitsvalgt fagforbundet Rosalind Innebø
- Tenesteleiar Velferdssenteret – Anne Brattetaule
- Konstituert tenesteleiar Heimetenesta – Hege G. Aagaard- Nilsen
- Tenesteleiar eining for omsorg og utvikling (OMSUT) – Jørgen Bleikli
- Representant fra psykisk helse-, rus og NAV – Elin Skråmestø Hinriksson
- Tenesteleiar Radøy interkommunale busenter (RIB) – Vibeke Erstad
- Tenesteleiar Helsehuset – Bente B Taule

Planprogrammet skisserer følgende mandat for arbeidet:

1. Lage en oversikt over de utfordringene Radøy kommune står overfor med bakgrunn i tilgjengelig statistikk og kartlegginger i tjenestene.
2. Gjøre en analyse av framtidig behov for tenester opp mot demografisk utvikling på kort og lang sikt.
3. Lage ein oversikt over eksisterende tjenester og beskrive status i disse.
4. Utarbeide omsorgstrapp etter LEON-prinsippet (Laveste effektive omsorgsnivå).

Overordna målsettinger for helse- sosial og omsorg i Radøy er:

- Radøy kommune skal stimulere og legge til rette for at innbyggerne tar ansvar for egen helse, tar sunne valg og mestrer egne liv.
- Radøy kommune skal tilby innbyggere som har behov for hjelp og bistand, individuelt tilpassa og koordinerte tjenester med høy kvalitet og brukervedvirkning.

Med utgangspunkt i overordna mål og verdier skal planarbeidet berøre følgende problemstillinger:

- Hva er framtidige behov og utfordringer i helse- sosial og omsorgstjenestene, sett opp mot den demografiske utviklingen i Radøy kommune?
- Hvordan kan vi sikre god kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og fokus på egenmestring framover i helse- og omsorgstjenestene i Radøy?
- Hvordan kan vi sikre reell brukervedvirkning både på system- og individnivå?
- Hvordan kan vi som organisasjon lykkes med nytenkning og innovasjon?
- Hvordan kan vi få best mulig tjenester ut av ressursene?
- Hvordan kan vi sikre og rekruttere og tilsette med rett kompetanse?
- Hvilken rolle ønsker vi at frivillige organisasjoner, pårørende og private aktører skal ha i framtidens helse- sosial og omsorgstjenester?
- Hvordan kan vi utvikle gode rammer og forutsetninger for frivillig innsats?
- Hvordan kan vi sikre mer og bedre samhandling internt og eksternt?
- Fastlegge mål og prioriteringer for utvikling av tjenester i Radøy
- Utarbeide omsorgstrapp for omsorgstjenestene i Radøy kommune etter LEON-prinsippet.

Fagområder som vil bli berørt av planen er:

- Omsorg, med hjemmetjenester, tjenester til personer med særskilte behov, sykehjem
- Psykisk helse og rusomsorg
- Rehabilitering
- Sosiale tjenester
- Legetjenester
- Helsestasjon med skolehelsetjeneste
- Koordinerende enhet

1.1. Metodisk tilnærming

RO har i samråd med oppdragsgiver valgt å benytte både kvantitativ og kvalitativ metoder i forbindelse med analysene.

1.2. Kvantitativ datainnsamling

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

- Gjennomgang av KOSTRA-tall, med hovedfokus på produktivitet, dekningsgrad og prioritering.
- Tjenesteprofil – som skal brukes til å sammenlikne Radøy kommunes prioriteringer innen pleie og omsorg, samt graden av tilgjengelighet til sykehjemsplasser, med landets øvrige kommuner.
- Brukertid i hjemmetjenesten – for beregning av direkte og indirekte tid.
- Befolkningsframskriving, aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient.

Den kvantitative informasjonsinnhenting gir grunnlaget for å forstå ressursbruk, kompetanse, dimensjonering og tjenesteeffektivitet på alle tjenesteområdene innen Radøy kommunes helse- sosial og omsorgstjenester sammenholdt med andre kommuner. Etter som Radøy fra 2020 inngår i ny- kommunen Alver sammen med kommunene Meland og Lindås, inngår disse i sammenligningene. I tillegg vil Osterøy kommune¹ og tilhørende kostragruppe (10)² inngå.

1.3. Kvalitativ informasjonsinnhenting

De 2 første dagen av planarbeidet ble viet til å beskrive status og utfordringsbildene slik prosjektgruppas medlemmer ser det. Det ble gjennomført et åpent møte for medarbeidere i forbindelse med samlingen 6. og 7. februar.

RO har i denne statusrapporten og i samråd med oppdragsgivers bestilling kommet med anbefalinger og forslag til framtidige fokus- og arbeidsområder for kommunen. Dette baseres både på de kvantitative og kvalitative funn, samt føringer fra lokale og sentrale myndigheter knyttet til organisering, ledelse og drift av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I forbindelse med prosjektgruppas samling i uke 7 (15.2) ble det arrangert møte med brukerrådene. RO har i kapittel 8.4 oppsummert innspillene fra møte.

¹ Tilhører samme kostragruppe som Radøy (gr. 10)

² Mellomstor kommune med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter

2. Befolkningsutvikling - demografi

I dette kapittelet vil vi gjennomgå dagens status for tjenestene innen helse- sosial og omsorg med basis i KOSTRA-tall³. Vi tar innledningsvis utgangspunkt i demografiske nøkkeltall⁴. En framskriving av disse kan gi et bilde av hvordan helse- sosial og omsorgstjenestene bør innrette seg for å møte forventet befolknings-sammensetning. Deretter går vi igjennom utvalgte nøkkeltall fra KOSTRA for alle tjenestene. Avslutningsvis oppsummeres de hovedfunnene som vi kan lese ut av datagrunnlaget.

Demografisk utvikling:

År/ Aldersgrupper	2018	2020	2025	2030	2035	2040	Differanse 2018- 2030
0-19 år	1288	1334	1315	1292	1281	1209	-79
20-66 år	3086	3134	3211	3281	3314	3320	+234
67-79 år	578	628	714	742	786	825	+247
80-89 år	198	192	239	318	374	417	+219
90 år og eldre	53	50	58	60	87	114	+61
Totalt antall innbyggere	5203	5338	5537	5693	5842	5885	+682
Sum innbyggere 80 år og eldre	251	242	297	378	461	531	+280

Tabell 1. Befolkningsframskriving i Radøy kommune 2018 - 2040

Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2017 alternativ MMMM)

Tabellen viser at aldersgruppene 0-19 år øker fram mot 2020. Deretter reduseres antallet helt fram mot 2040. I aldersgruppa 20-66 år ser vi en liten men jevn økning i hele perioden.

I de aldersgruppa 67-79 år ser vi en jevn økning. Mens i aldersgruppa 80-89 år og 90 år og eldre ser vi en liten reduksjon fram mot 2020. Deretter en stor økning. Tar vi for de endringene som antas å komme i perioden fram mot 2030, forventes en prosentvis økning i aldersgruppa 20-66 år på 4,05 %, aldersgruppa 66-79 år 23,14 %, aldersgruppa 80-89 år 20,71 % og aldersgruppa 90 år og eldre 9,43 %. Ser vi på aldersgruppa 80 år og eldre får vi en samla vekst på 18,32 %. Andelen 80-89 åringer og spesielt andelen 90 og over er den gruppen som tradisjonelt har behov for flest helse- og omsorgstjenester. Økningen i denne gruppen gir et tydelig signal på at kommunen må sette inn målrettede tiltak for å møte denne utfordringen. Forebygging, folkehelse, boligbygging, utnyttelse av teknologi, hverdagsrehabilitering, frivillighet og kompetanse er områder som det spesielt må fokuseres på for å møte de demografiske utfordringene.

En annen måte å illustrere dette forholdet på er å se på aldersbæreevnen⁵ og familieomsorgskoeffisienten⁶. Se punkt 2.1 under

Aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient gir en pekepinn på utfordringsbilde Radøy kommune står overfor på kort og litt lengere sikt. For å ha et bærekraftig samfunn i framtiden, må kommunen sette inn tiltak slik at «gapet» mellom antall yrkesaktive og andelen som vi antar vil ha behov for bistand kan dekkes med de personalressursene som er tilgjengelige. Det å sikre fødselsoverskudd, tilflytning og

³ RO har benyttet endelige tall per 15.6.2017.

⁴ SSB, MMMM befolkningsstatistikk

⁵ Framskrivning av antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

⁶ Framskrivning av antall omsorgsytere (50-66 år) per antall eldre (85+ år)

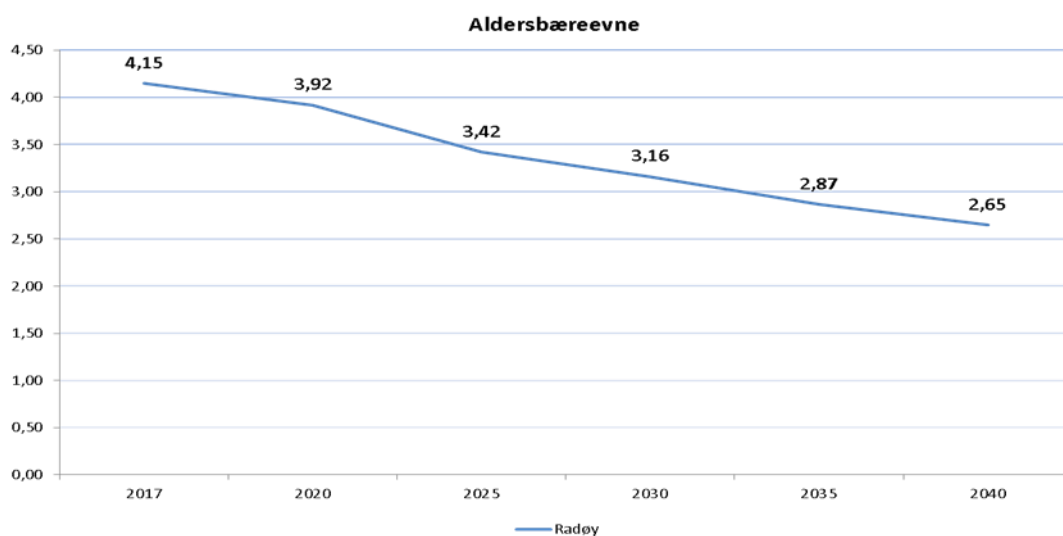
opprettholdelse av den yrkesaktive andelen er like viktig for å sikre kompetanse både til næringslivet og alle kommunale tjenestene som skal ytes.

2.1. Pleie og omsorg

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

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

Figur 1. Aldersbæreevnen. Antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

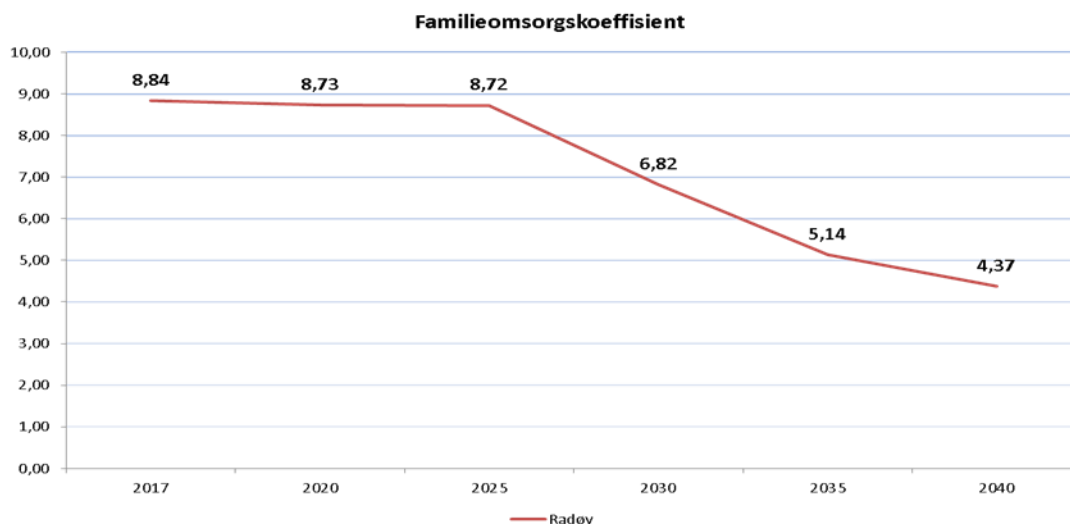


Figuren viser at det var 4,15 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2017, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,42 i 2025, 3,16 i 2030 og 2,65 i 2040. Til sammenlikning var det på landsbasis 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2000. Aldersbæreevnen på landsbasis reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050⁷.

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

⁷ Meld. St. 29 (2012-2013) s. 41 - Morgendagens Omsorg

Figur 2. Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) per antall eldre (85+ år)



I 2017 har Radøy 8,84 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Antallet forventes å være stabilt fram til 2025 for deretter å synke kraftig. I 2040 er det 4,37 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. På landsbasis er familieomsorgs-koeffisienten nå på 9,22 og vil ut fra SSB's befolkningsframskriving falle til 4,96 i 2040.

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

3. KOSTRA-analyse

I denne analysen vil vi systematisk gå gjennom de tjenesteområdene som inngår i helse- sosial og omsorg i Radøy kommune. Hovedvekt i KOSTRA-analyse vil være på prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet. RO tar utgangspunkt i KOSTRA-tall for 2016⁸. Det er utarbeidet tidsserier som viser utviklingen over de tre siste årene.

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

I det følgende presenteres tabeller og figurer som beskriver sentrale faktorer i helse- sosial og omsorgstjenesten i Radøy kommune sammenliknet med K10⁹, Meland, Lindås og Osterøy. For Radøy er tidsserien 2014-2016 lagt inn.

⁸ Statistisk Sentralbyrå (SSB) 15. juni 2017.

⁹ Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter
Evaluering av helse- sosial og omsorgstjenesten i Radøy kommune

Nøkkeltall for pleie og omsorg

Vi viser her utviklingen fra 2014 – 2016 for Radøy sammenliknet med K10, Meland, Lindås og Osterøy. Det må understrekes at data bygger på de data kommunene selv har rapportert inn til SSB.

Tabell 2. Mottakere av hjemmetjenester- prosent

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Mottakere av hjemmetjenester 0-66 år	1,7	1,8	1,7	3,5	2,2	1,6	2,2
Mottakere av hjemmetjenester 67-79 år	7,8	6,6	6,3	9,9	8,7	5,6	5,1
Mottakere av hjemmetjenester 80 år og over	38,2	33,7	35,7	47,3	37,4	34,6	29,0

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 2 viser at antallet mottakere av hjemmetjenester har vært relativt stabil de siste 3 åra. Det er også liten endring i fordelingen aldersmessig. Tabellen viser at Radøy har nest færrest mottakere av hjemmetjenester i 2016 i aldersgruppa 0-66 år. I aldersgruppa 67-79 år har det vært en reduksjon de siste 3 årene. Tilhørende kostragruppe og Meland kommune ha en større andel, mens Lindås og Osterøy ligger under. I den eldste aldersgruppa ser vi det samme som i aldersgruppa 67-79 år.

Tabell 3. Prioritering av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til andre tjenesteområder

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i % av totale netto driftsutgifter	32	31,3	30,6	33,8	25,6	32	35,1

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 3 viser at andelen av kommunens netto driftsutgifter som brukes til pleie- og omsorgstjenester er redusert fra 32 prosent i 2014 til 30,6 prosent i 2016. Kun andelen i Meland kommune er lavere.

Tabell 4. Driftsutgifter pleie- og omsorgstjenester per innbygger

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Netto driftsutgifter per innbygger i kroner	18 244	16 941	17 377	18 479	14 036	18 645	19 196
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg per innbygger 67 år og over	120 839	109 568	112 230	112 203	122 506	128 074	123 621

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 4 viser at netto driftsutgifter per innbygger ble redusert fra 2014 til 2015, deretter en liten økning til 2016. Kun Meland har lavere utgifter enn Radøy i 2016.

Netto driftsutgifter per innbygger 67 år og over har svingt i perioden 2014 til 2016. Utgiftene er lavere enn de andre kommunene med unntak av K10 som ligger så vidt under.

Tabell 5. Tjenesteprofil - prioritering i pleie- og omsorgstjenesten

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Institusjoner ¹⁰ (f253+261) - andel	46	46,2	43,6	41,1	39,2	36,9	43,5
Tjenester til hjemmeboende ¹¹ (f254) – andel	52	52,1	54,9	54,4	55,3	56,5	53,1
Aktivisering, støttetjenester ¹² (f234) – andel	1,9	1,7	1,5	4,5	5,6	6,6	3,5

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 5 viser at Radøy prioriterer institusjonsdrift i større grad enn de andre vi har sammenlignet med. Samtidig viser oversikten en reduksjon fra 2014 til 2016. Tjenester til hjemmeboende er økt i hele perioden. Kun Meland og Lindås ligger over. Det området som Radøy skiller seg vesentlig ut er andel til aktivisering og støttetjenester. Denne er redusert i perioden og prioriteres mye lavere enn de andre kommunene og tilhørende kostragruppe.

Tabell 6. Ressursinnsats pleie- og omsorg

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av kommunale tjenester	440 291	443 246	471 109	301 670	348 997	553 084	493 112
Lønnsutgifter per kommunalt årsverk ekskl. fravær	864 999	608 275	637 858	769 797	763 624	761 175	773 956
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester per mottaker	0,42	0,64	0,65	0,38	0,42	0,63	0,55

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 6 viser at korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av pleie og omsorgstjenester har økt i perioden 2014-2016 og at Radøy har en høyere ressursinnsats enn gjennomsnittet i K10, men lavere enn sammenlikningskommunene med unntak av Meland. Lønnsutgifter per årsverk ligger lavere enn gjennomsnitt et i K10 og sammenlikningskommunene. Årsverk per mottaker har vært stabilt de to siste årene i perioden 2014-2016 og er høyere enn de andre kommunene i denne sammenlikningen.

¹⁰ f253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon. f261 Institusjonslokaler

¹¹ f254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

¹²f234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede

Tabell 7. Fagutdanning og fravær i pleie- og omsorgstjenesten (kompetanse/kvalitet)

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	86	71	68	73	75	81	67
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	67	79	74	2421	70	186	82
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	45	51	49	1900	59	174	77
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjenester	12,9	9,3	10,7	9,7	10,5	9,2	11,4

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017¹³

Tabell 7 viser at andel årsverk med fagutdanning (fagarbeidere og høgskoleutdannende) varierer noe fra år til år. Radøy har en andel som ligger under gjennomsnittet i K10. Kun Osterøy har en lavere andel enn Radøy. Andelen er redusert vært år i perioden, fra 86 i 2014 til 68 i 2016.

Andel legemeldt fravær har i perioden vært høgt. I 2016 er det kun Osterøy som har registrert et høyere fravær. Samtidig blir det opplyst om at sykefraværet innen enkelte tjenestested ligger vesentlig over kommunesnittet.

Ser vi på sykefraværet i Norge og samlet for pleie og omsorgstjenesten i 2016, var gjennomsnittsandelen 11,6 prosent. Dette fordelte seg på legemeldte sykefravær 10,2 prosent og egenmeldt sykefravær 1,4 prosent. Iveland kommune hadde i denne perioden det laveste sykefraværet. Samlet 2,7 prosent, legemeldt 1,7 prosent og egenmeldt 1,0 prosent¹⁴.

¹³ Informasjon om utdanninger hentes fra Helsedirektoratets helsepersonellregister og SSB utdanningsdatabase.

¹⁴ Kilde: Helsenorge.no. Dataene gjelder for 2.-4. kvartal 2016 og 1. kvartal 2017.

Tabell 8. Dekningsgrad - Volum - Hjemmetjeneste

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 0-66 år	1,7	1,8	1,7	3,5	2,2	1,6	2,2
Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 67-79 år	7,8	6,6	6,3	9,9	8,7	5,6	5,1
Mottakere av hjemmetjenester, per 1000 innb. 80 år og over	38,2	33,7	35,7	47,3	37,4	34,6	29,0
Andel hjemmetjeneste-mottakere med omfattende bistandsbehov, 67-79 år	..	..	..	17,3	11,0	17,1	9,9
Andel hjemmetjeneste-mottakere med omfattende bistandsbehov, 80 år og over	7,8	8,5	8,5	8,9	13,3	12,5	9,2

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 8 viser at andelen mottakere av hjemmetjenester er lavere i 2016 enn i 2014 for alle aldersgrupper, unntatt aldersgruppa 0-66 år som ligger på samme nivå. Fra 2014 til 2016 er andelen med omfattende bistandsbehov i aldersgruppa 67-79 år prikket. Dette betyr at det har vært 5 eller færre mottakere. Alternativt at det ikke er registret inn i IPLOS¹⁵. Andel med omfattende bistandsbehov i aldersgruppen 80 år og over er lavere enn K10 og de andre kommunene i denne sammenligningen.

Tabell 9. Ressursinnsats i hjemmetjenesten

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning	7,1	7,0	6,7	5,5	0	5,6	3,9
Andel hjemmeboere med høy timeinnsats	9,4	9,3	9,3	7,9	5,8	10,8	7,6
Korrigerte brutto driftsutg. per mottaker av hjemmetjenester (i kroner)	278 951	300 314	322 528	188 801	217 149	370 890	250 847

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

¹⁵ IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte skal beskrive bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. IPLOS er en individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Registeret er hjemlet i egen forskrift under helseregisterloven og skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. IPLOS eies av Helsedirektoratet.

Tabell 9 viser at i Radøy er andelen innbyggere over 80 år og som bor i bolig med heldøgns bemanning høyere enn de andre det her er sammenlignet med. Andelen hjemmeboere med høy timesats¹⁶ er uendret de siste tre åra. Andelen i Radøy er høyere enn K10 og de andre kommunene med unntak av Lindås. Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker har økt de siste tre åra. Kun Lindås kommune ligger over i sammenlikningen.

Tabell 10. Prioritering av institusjons-tjenesten

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	13,3	11,5	8,4	16,1	12,8	12,3	13,8
Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i prosent av befolkning 80+	36	35	33	30	20	32	26

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 10 viser at andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon har gått ned. Andelen i Radøy lavere enn i de andre kommunene og tilhørende kostragruppe. Når plasser i institusjon og heldøgns bemannet boliger slås sammen ligger Radøy over de andre det er sammenlignet med.

Tabell 11. Ressursinnsats i institusjonstjenesten

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016	Meland 2016
Andel brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov: Langtidsopphold	..	92,3	97,1	82,5	..	89,5	74,5	
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, per kommunal plass per år	944 655	875 086	954 833	1 073 766	1 028 000	1 272 350	1 025 880	

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 11 viser at andelen brukere i institusjon som har omfattende bistandsbehov har økt i perioden 2015-2016. Andelen er høyere enn gjennomsnittet i K10 og de andre kommunene i sammenlikningen. Brutto driftsutgifter per kommunal plass har økt de siste to åra, men er lavest i sammenlikningsgrunnlaget. Brutto driftsutgifter er ca. 119 000 mindre enn gjennomsnittet i K10.

¹⁶ Summen av spesielt ressurskrevende hjemmetjenestemottakere (hjemmesykepleie, praktisk bistand, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse) i kommunen, definert som mottakere som krever mer enn 35,5 timer/uke sett i forhold til hjemmetjenestemottakere totalt.

Tabell 12. Kvalitet institusjonstjenesten (kvalitet)

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/wc	89,1	89,1	92,2	78,9	100	93,9	97
Andel plasser avsatt til rehabilitering/ Habilitering	..	0	0	7,7	16,3	5,1	15,2
Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens	25,5	25,5	27,5	24,7	27,9	17,3	40,9

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 12 viser at andel plasser i enerom er økt de siste tre åra. Radøy har likevel den laveste andelen med unntak av tilhørende kostragruppe. Meland kommune rapporterer de har en 100 prosent dekning. Radøy har ikke registrert plasser avsatt til rehabilitering/habilitering.

Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens har økt noe fra 2015 til 2016. Dette er en høyere andel enn gjennomsnittet i K10, men lavere enn i Osterøy, likt med Meland og høyere enn i Lindås.

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

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	0,78	0,89	1,4 ¹⁷	0,34	0,32	0,41	0,5
Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem	0,36	0,42	0,5	0,18	0,6	0,08	0,04

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 13 viser at legetimer per uke per beboer i sykehjem er økt de siste 3 årene. Radøy ligger langt over de andre i denne sammenligningen. Landssnittet var i 2016 0,56. Fysioterapitimer har i samme periode også økt. Lege- og fysioterapitimer er høyere enn gjennomsnittet i K10 og de andre i sammenligningen. Landssnittet for fysioterapitimer var i 2016 0,41.

¹⁷ Innbefatter også 10 % legetjenester ved RIB og turnuskandidat fra legetjenesten i en viss utstrekning
 Evaluering av helse- sosial og omsorgstjenesten i Radøy kommune

3.1. Kommunehelsetjenester

Tabell 14. Prioritering, kroner per innbygger

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Netto driftsutgifter i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (konsern)	4,8	4,8	4,6	4,5	5,1	4,5	4,8
Netto driftsutgifter, per innbygger (f232,233,241) ¹⁸	2 752	2 603	2 586	2 442	2 803	2 653	2 636
Netto driftsutg. til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj (f241) per innb 0-20 år	2 069	1 587	1 812	2 332	1 344	2 294	1 937

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 14 viser at netto driftsutgifter i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter er redusert fra 2015-2016. Radøy ligger over kostragruppa og Lindås, men under de to andre kommunene.

Radøy har redusert sine netto driftsutgifter innen forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, diagnose, behandling, re-/habilitering og annet forebyggende helsearbeid de siste tre åra- Kommunen har høyere netto driftsutgifter enn gjennomsnittet i K10 og lavere enn andre kommunene.

Driftsutgiftene til forebygging, helsestasjons og skolehelsetjeneste per innbygger 0-20 år har økt de siste to år, men er lavere i 2016 enn i 2014. Kun Meland bruker mindre.

Tabell 15. Prioritering, kroner per innbygger

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse	1	2	-94	209	23	140	240
Netto driftsutg. til diagnose, behandling og rehabilitering	2 190	2 173	2 199	1 642	2 364	1 856	1 857

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 15 viser at Radøy har en negative driftsutgifter til forebyggende arbeid i 2016. Driftsutgiftene er lavere enn gjennomsnittet i K10 og de fleste andre kommunene. Driftsutgifter til diagnose, behandling og

¹⁸ f232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, f233 Annet forebyggende helsearbeid, f241 Diagnose, behandling, re-/habilitering

rehabilitering er derimot økt og ligger over K10 og de andre kommunene med unntak av Meland som ligger over. Her bør også kommunen stille seg et spørsmål hva dette er uttrykk for.

Tabell 16. Dekningsgrad, kommunehelsetjenesten per 10.000 innbyggere

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Legeårsverk	11,8	11,4	13,5 ¹⁹	10,5	10,4	8,8	12,0
Fysioterapiårsverk	9,8	9,6	9,6	9,2	7,2	9,6	8,1

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 16 viser at Radøy har flere legeårsverk per innbygger i 2016 enn i 2014, og flere legeårsverk enn gjennomsnittet i K10 og de andre kommunene. Fysioterapiårsverk er stabilt og på samme nivå som Lindås, men høyere enn de fleste andre kommunene.

Tabell 17. Enhetskostnad, kroner per innbygger

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Brutto driftsutgifter. f232,233,241	3 742	3 706	3 683	3 034	3 777	3 364	3 088
Herav: lønnsutgifter. f232,233,241	2 311	2 133	2 248	1 721	2 498	1 874	1 608

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 17 viser at brutto driftsutgifter per innbygger i Radøy har vært stabil i perioden. Brutto driftsutgifter er høyere enn gjennomsnittet i K10 og de andre kommunene, med unntak av Meland. Lønnsutgiftene pr innbygger har økt fra 2014-2016 og ligger noe høyere enn gjennomsnitt i K10 og de andre i sammenligningen med unntak av Meland kommune.

Tabell 18. Rehabilitering, årsverk per 10.000 innbyggere

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Årsverk til rehabilitering (khelse + plo)	13,4	15,2	17,0	12,0	11,4	12,8	14,8
Årsverk av psykiatriske sykepleiere (khelse+plo)	6	7,9	9,8	5,2	5,8	4,8	8,1
Årsverk av kommunale fysioterapeuter. f232,233,241,253 ²⁰	6,3	6,2	6,2	3,1	2,7	3,5	2,9

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

¹⁹ Dette er inklusive 2 turnuskandidater

²⁰ 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

Tabell 18 viser at årsverk per innbygger til rehabilitering (kommunehelse, pleie og omsorg samlet) har økt fra 2014 til 2016. Årsverk per innbygger er høyere enn K10 og de andre kommunene. Antallet årsverk per innbygger av psykiatriske sykepleiere har økt i perioden og ligger over de andre i sammenligningen. Kommunale fysioterapeuter har vært stabilt i perioden og ligger godt over de andre.

Tabell 19. Forebygging helsestasjons- og skolehelsetjeneste, f232

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Årsverk i alt per 10 000 innbyggere 0-5 år	85,1	77,6	93,6	153,2	100,5	47,4	45,3
Årsverk av helsesøstre per 10 000 innbyggere 0-5 år	64,2	54,2	54,1	82,1	71,3	8,3	0
Årsverk jordmødre per 10 000 fødte	45,5	48,4	57,7	76,8	0	100	0

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 19 viser at årsverk i alt har økt fra 2015-2016 i Radøy. Snittet i kostragruppa og i Meland er under, men over de to andre kommunene. Årsverk helsesøstre i dette oppsettet viser at Radøy ligger over Lindås og Osterøy, men under Meland og tilhørende kostragruppe. Når det gjelder årsverk jordmor i Meland og Osterøy er det stor sannsynlig at de blir servet fra en annen kommune, derfor står det 0.

3.2. Sosialtjenesten

Tabell 20. Prioritering

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Netto driftsutg. til sosialtjenesten i prosent av samlede driftsutg.	2,7	2,5	3,3	3,1	2,7	2,8	2,4
Netto driftsutg. til sosialtjenesten per innbygger	1 562	1 327	1 875	1 721	1 487	1 640	1 330
Netto driftsutg. til sosialtjenesten per innbygger 20-66 år	925	562	1 158	1 246	1 499	1 375	1 241

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 20 viser at netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger har gått opp i perioden 2015 til 2016. Den er høyere enn de andre i denne sammenligningen. Det samme gjelder for netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger 20-66 år.

Utgifter til sosialtjenesten i prosent av samlede driftsutgifter i kommunen har økt fra 2,5 prosent i 2015 til 3,3 prosent i 2016. Dette er en høyere andel enn de andre i denne sammenligningen.

Tabell 21. Prioritering sett i forhold til enhetskostnad(produktivitet)

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Korrigerte driftsutg. til sosialtjenesten per mottaker	16 255	11 761	13 265	:	32 375	25 357	31 507

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 21 viser at utgiftene per mottaker har økt fra 2015 til 2016, men ligger godt under de andre kommunene.

Tabell 22. Dekningsgrader

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Andelen sosialhj. mottakere i forhold til innbyggere i alderen 20-66 år	5,1	5,5	5,9	:	3,9	3,9	2,8
Andel mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde	50,9	48,3	54,5	:	43,8	53,6	48,6

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 22 viser at andelen mottakere i forhold til innbyggere i alderen 20-66 år har vært stabil de siste tre årene. Andelen er høyere enn de andre kommunene i sammenlikningsgrunnlaget. Andelen mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde har derimot økt noe. Og er høyere enn i de andre kommunene.

Tabell 23. Profil stønader

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Gjennomsnittlig utbetaling per stønadsmåned	7 690	7 084	7 860	:	6 963	8 808	8 787
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 18-24 år	3,9	3,8	4,3	:	3,9	3,6	4,6
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 25-66 år	4,4	4,2	4,7	:	3,8	4,5	4,0

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 23 viser at gjennomsnittlig utbetaling per stønadsmåned har økt de siste to åra. Utbetalingen per måned er høyere i Radøy enn i Meland, men lavere enn de to andre kommunene. Den gjennomsnittlige stønadslengden har gått noe opp. Gjelder for begge aldersgruppene. Spesielt for mottakere 18-24 år. Den gjennomsnittlige stønadslengden er høyere i Radøy enn i de andre kommunene, med unntak Osterøy for aldersgruppa 18-24 år.

3.3. Psykiatri/rus

Tabell 24. Prioritering

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Netto driftsutgifter tilbud pers med rusproblem per innbygger 20-66	0	2	-1	219	3	24	22
Andel netto driftsutg tilbud til pers med rusproblemer ²¹	0	0,1	0	7,6	0,1	0,9	1

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 24 viser at netto driftsutgifter, personer med rusproblemer er stabilt lavt i perioden 2014 og 2015. Radøy ligger under de andre i sammenligningen.

Tabell 25. Dekningsgrad

	Radøy 2014	Radøy 2015	Radøy 2016	K10 2016	Meland 2016	Lindås 2016	Osterøy 2016
Årsv. av psyk sykepl per 10 000 innb ²²	6	7,9	9,8	5,8	4,8	8,1	5,2
Årsv. av pers med videreutd. i psyk helsearb. per 10 000 innb	10	11,8	11,7	12,5	8,3	18,7	9,3

Kilde: KOSTRA, 15.06.2017

Tabell 25 viser at Radøy har flest psykiatriske sykepleiere per innbygger enn K10 og de andre kommunene. Radøy har også mange medarbeidere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kun kommunegruppa og Lindås har flere.

²¹ Netto driftsutgifter til personer med rusproblemer i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter for sosialtjenesten, konsern

²² Kommunehelsetjeneste og pleie og omsorg slått sammen

4. Tjenesteprofil – Pleie og omsorg

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har RO gjennomført en studie av mønstre i innretningen av norske kommuners omsorgstjenester²³. RO vil benytte metoden fra dette arbeidet til å sammenligne Radøy kommune sin tjenesteprofil med andre kommuner.

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

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

Forholdene som beskriver tjenesteprofilen er:

1. **Forbruk hjemmetjenester**²⁴ 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+).

Nyere forskning innen pleie- og omsorgstjenestene²⁵ viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 prosent av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år. Andre kommuner har ingen sykehjemsplass for langtidsopphold, de sykehjemsplassene kommunen rår over brukes som korttids plasser for behandling og rehabilitering og med en gjennomsnittlig botid på bare noen uker.

²³ 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.

²⁴ Hjemmetjeneste er i Tjenesteprofil og KOSTRA-analyser definert på en annen måte enn i IPLOS-analysen. I IPLOS er alle brukere som ikke har hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand tatt ut, mens i Tjenesteprofil og KOSTRA er flere tjenester inkludert. I ROs IPLOS-analyse skiller vi i tillegg ut de som mottar hjemmetjenester i boliger med heldøgns tjenester, herunder for eksempel funksjonshemmede og utviklingshemmede, i egne analyse-enheter. I KOSTRA inngår disse brukerne i hjemmetjenesten.

²⁵ 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.

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 Notat 2013:104 s. 10)

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:

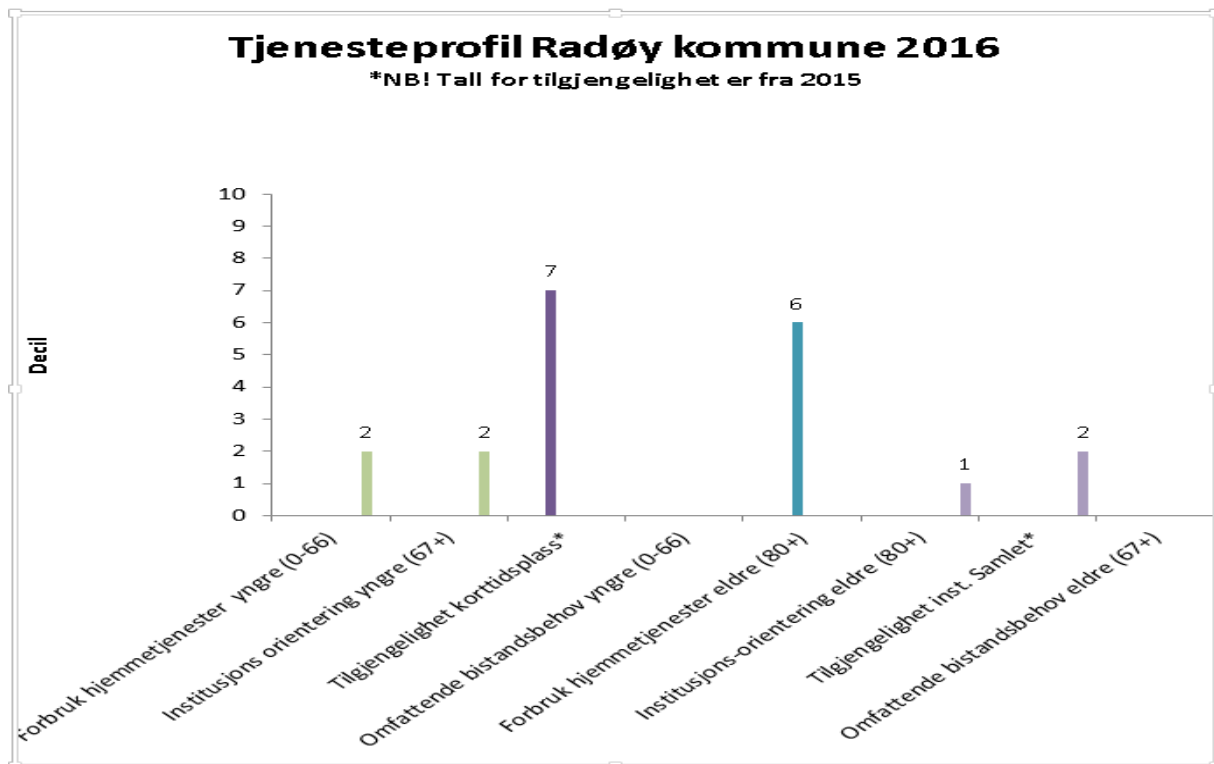
«Hjemmetjenesteorientering framstår derfor som mer effektivt i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, og uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.» (Borge og Haraldsvik 2005)

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

Figuren under viser tjenesteprofilen til Radøy fra 2016. Tjenesteprofil for 2017 foreligger ikke før høsten 2018. Det er likevel lite trolig at det er store avvik i tjenesteprofil 2016 og 2017.

Tjenesteprofilen kan gi grunnlag for refleksjon over hvilket område som bør prioriteres i en framtidsrettet omsorgstrapp, og over hvilke funksjoner sykehjemmet skal ivareta. Tjenesteprofilen kan brukes til refleksjon og drøfting.

Figur 3. Tjenesteprofil i Radøy kommune



Sammenliknet med øvrige norske kommuner skiller Radøy seg fra gjennomsnittet på følgende forhold:

- Tjenesteprofilen viser at pleie- og omsorgstjenestene i Radøy er mindre institusjonsorientert enn hjemmetjenesteorientert.
- Tilgjengeligheten til korttids plass er høy mens den er lav samlet sett²⁶
- Med hensyn til forbruk hjemmetjenester yngre (decil 2) ligger Radøy under gjennomsnittet sammenliknet med øvrige kommuner i Norge. Forbruk hjemmetjenester til eldre ligger litt over gjennomsnitt med andre kommuner i Norge. I 2016 lå Radøy i decil seks.
- Andel mottakere av hjemmetjenester som har omfattende bistandsbehov er ikke registret for aldersgruppa 0-66 år og 67 år og eldre.

Dekningsgrad er et begrep som ofte benyttes (blant annet i KOSTRA) og er antall institusjonsplasser i prosent av innbyggere 80+. Denne sier imidlertid ikke noe om hvor ofte det blir ledig plass. I Radøy var andelen innbyggere 80 år og eldre 4,6 prosent i 2016. Dekningsgraden²⁷ var 19,3 prosent. Landsgjennomsnittet var 18.

Radøy synes å ha en god institusjonsdekning og god tilgjengelighet. Sett i lys av dette og at forbruket av hjemmetjenester er relativt høgt når det gjelder praktisk bistand og lavt når det gjelder hjemmesykepleie. Og at det ikke er registret funksjonsnivå, er det grunn til å vurdere framtidig innretning og dens praksis. Og om den nåværende innretningen bygger opp prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON) som kommunen ønsker å følge.

²⁶ Tilgjengelighetstallene foreligger ikke enda for 2017 og er her oppgitt for 2015. Derfor forbehold om noe endring for 2016.

²⁷ Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over.

5. Direkte/indirekte brukertid hjemmetjenester

5.1. Direkte og indirekte brukertid innen hjemmetjenesten

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

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

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

Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig direkte brukertid hjemmesykepleie være 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/pasient i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

Hjemmetjenesten har total 39,18 årsverk²⁸. Administrasjon utgjør 3 årsverk (100 % leder og 100 assisterende leder og 100 % merkantilt). Hjemmesykepleien utgjør 36,70 årsverk og praktisk bistand 2,60 årsverk. Vi regner at et årsverk er 35 t til disposisjon per uke i hjemmetjenesten og 35 t for praktisk bistand.

Det opplyses om at nattpatruljen består av 1,88 årsverk, dagsenteret 1,8 årsverk.

RO har fått oppgitt dagens vedtakstimer for hjemmesykepleie er 677 timer og hjemmehjelp/praktisk bistand 69 timer. Stemmer dette så har hjemmesykepleien 1186,1 timer ansattressurs til rådighet per uke og hjemmehjelp/praktisk bistand 91 timer. Totalt utgjør dette 1277,1 timer per uke²⁹.

For å levere 677 timer med hjemmesykepleie har hjemmetjenesten 1186,1 timer ansattressurs til rådighet. Det betyr at for hver vedtakstime har hjemmetjenesten 1,75 timer ansattressurs til rådighet. Tilsvarende for hjemmehjelp/praktisk bistand er forholdet 1,32 timer ansattressurs per vedtakstime. Totalt er det vedtak om 746 timer per uke og 1277,1 timer ansattressurs. Det vil si 1,71 timer ansattressurs per vedtakstime.

En effektivisering av indirekte brukertid kan eventuelt bidra til å møte et økt behov for hjemmetjenester, forebyggende arbeid eller til kompetanseutvikling og annet utviklingsarbeid.

6. Sykefravær, heltid/deltid og kompetanse

Det er ulike faktorer som påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Sykefravær og grad av heltid/deltid påvirker dette i stor grad. RO har ikke valgt å analysere disse forholdene nærmere for Radøy

²⁸ Inklusive nattpatruljen 1,88 årsv. Minus dagsenteret 1,8 årsv.

²⁹ Administrasjon 3 årsverk er ikke medregnet og er trukket ut fra ansattressurs hjemmesykepleien

sin del. Uttalelser i prosjektgruppa antyder at sykefraværet til tider er høgt og at det er ulikt fordelt mellom virksomhetene. Stemmer dette, er det noe som bør vies spesiell oppmerksomhet.

7.1 Sykefravær

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

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

Fraværs- og nærværarbeid er en kontinuerlig prosess som man aldri kan slippe taket i, og må være godt forankret på alle nivåer i organisasjonen. Det utføres mye og godt sykefraværs-arbeid i norske kommuner, men Odeen m.fl. (2013)³⁰ hevder at man kanskje heller burde fokusere på langsiktige tiltak som bidrar til helse og jobbtillfredshet (nærvær), fremfor å teste ut ulike redskaper for å oppnå en rask reduksjon i sykefraværet.

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

Enkelte studier anslår at så mye som 40-50 % av langtidsfraværet er arbeidsrelatert (Osborg Ose m.fl. 2006)³¹. 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)³²

Det er få studier som undersøker ledelsens direkte effekt på medarbeidernes helse, men mange undersøkelser viser til ledelsens indirekte effekt på medarbeidernes helse (Lise Lien Fafo-notat 2013:02³³).

Det er store variasjoner i sykefravær i de ulike virksomhetene innen helse og omsorg i kommunen. Innen enkelte tjenesteområder har fraværet vært gjennomgående høyt. RO er ikke kjent med hvordan nærværarbeidet forgår i Radøy. Det er imidlertid helt klart at fraværet er en betydelig utfordring og det er mye å tjene på å lykkes med et større nærvær.

³⁰ 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

³¹ ³¹ 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

³² 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.

³³ Lise Lien "Saman om" sykefravær – en kunnskapsstatus. Fafo-notat 2013:02.

7.2 Heltid/deltid

I en rapport fra programmet «Sammen om en bedre kommune»³⁴ tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet:

«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.»

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)³⁵, 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.»

Vi presenterer under en tabell som viser noen fakta om heltidskulturen i helse- sosial og omsorg. Tabellen omfatter de tjenestene som har den svakeste heltidskulturen.

Tabell 26. Heltid/deltid

	Årsverk	Totalt antall ansatte	Antall som er ansatt på heltid	Prosentandel som er ansatt på heltid
Helsehuset*	11,1	12	5	41,6
Hjemmetjenesten	36,7	51	20	39,2
Velferdssenteret	43,44	57	19	33,3
OMSUT	55,93	94	31	32,9
NAV kommunal del	5	5	5	100
Radøy interkommunale busenter (RIB)	11,4	12	10	83,3
Psykisk helse og rustjenesten	8	7	6	85,7
Matsørvis	4,38	6	1	16,6
Totalt	175,95	244	97	39,75

* I tillegg kommer fastlegene, turnuskandidatene og de privatpraktiserende fysioterapeutene. Kommunale oppgaver for fastlege er ikke medtatt.

I tabellen over er det satt opp en oversikt over årsverk, totalt antall ansatte, antall ansatte på heltid og heltidsansatte i prosent av antall ansatte. Tabellen viser at det ligger en potensiell arbeidskraftreserve som både kan styrke kvaliteten i tjenestene og bidra til en bedre ressursutnyttelse.

³⁴ KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

³⁵ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

Grad av heltid og forholdet mellom kort og lang deltid varierer sterkt mellom yrkene. Nasjonalt er heltidskulturen sterkest i de gruppene som har lengst utdanning og lavest i de gruppene som har kortere utdanning. Hyppighet av kort deltid er størst i pleieassistent og fagarbeidergruppene. Nasjonal fordeling går fram av tabell 39 og det er liten grunn til å tro at det er vesentlig annerledes i Radøy.

Tabell 27. Avtalt arbeidstid i hovedarbeidsforholdet etter yrke. Gjennomsnitt AKU 2009-2015

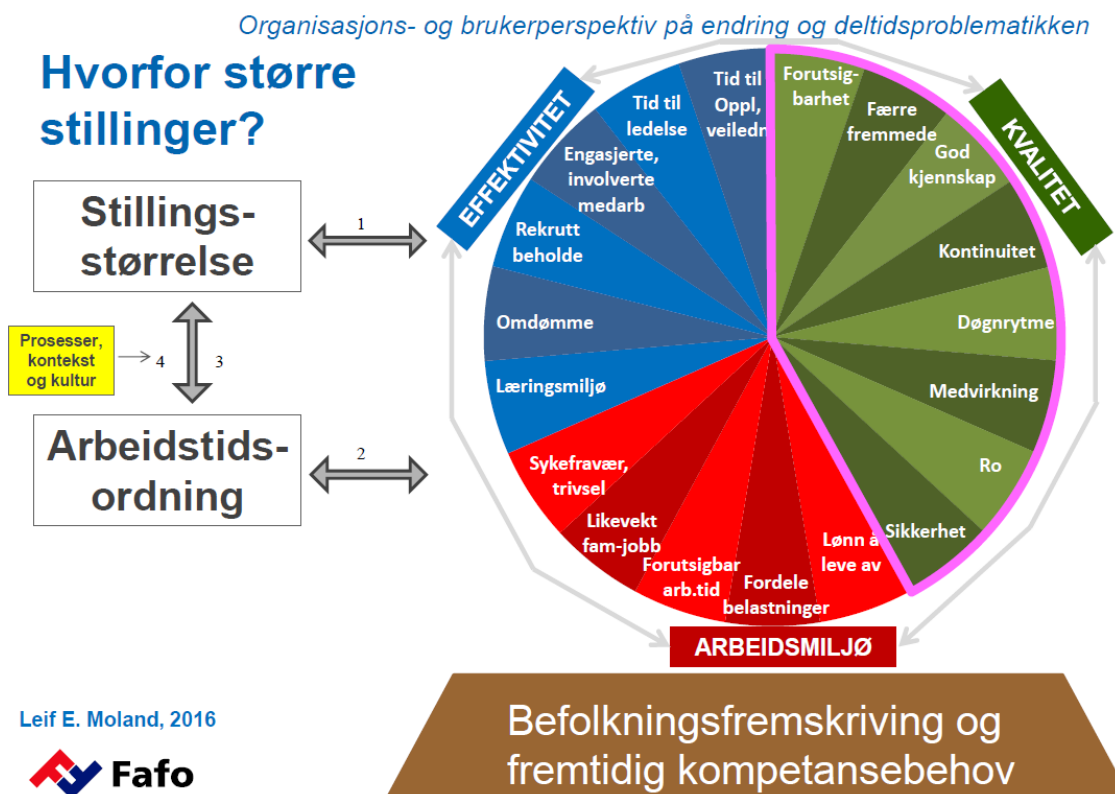
	Heltid	Lang deltid 20 t og mer	Kort deltid Under 20 t
Lege	90	6	4
Sykepleier	53	35	12
Vernepleier	66	23	11
Omsorgsarbeider	34	41	25
Pleieassistent etc	23	30	47

En mulig definisjon av begrepet heltidskultur blant turnusarbeidere er «andel ansatte som arbeider i turnus og har 100 prosent stilling. Det fins ingen norm for hva som er sterk eller svak heltidskultur men noen forskere har antydnet eller foreslått at sterk heltidskultur er når over 80 prosent av de ansatte jobber heltid. Hvis vi skulle legge denne normen til grunn for situasjonen i Radøy er det en meget svak heltidskultur når vi ser bort fra RIB, NAV og innen psykisk helse- og rustjenesten.

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

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

Figur 4. Effekter av større stillinger mht. effektivitet, kvalitet og arbeidsmiljø.



7.3 Kompetanse og rekruttering

Kompetanse og rekruttering påvirker ressursutnyttelse og tjenestekvalitet. Kravet til kommunenes kompetanse øker i takt med utvikling i demografi og økte forventninger til de kommunale tjenestene fra innbyggere og statlige myndigheter. Hilsen og Tønder (2013)³⁶ 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 lærings-aktiviteter og at dette planlegges og følges opp i kommunens arbeidsutforming og årsplaner.

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

Mange organisasjoner investerer store ressurser i kompetanse, men for at disse investeringene skal bidra til verdiskapning, må kompetansen bli brukt og komme til nytte. Medarbeidere som i høy grad opplever å få brukt kompetansen sin, er mer indre motiverte, mer lojale til organisasjonen og i mindre grad har planer om å slutte. Mulighetene for å bruke kompetanse er enda viktigere for indre motivasjon enn de tre hovedfaktorene i moderne motivasjonsteori; tro på egen kompetanse, autonomi og opplevd tilhørighet. Effekten av disse variablene avhenger helt eller delvis av opplevd kompetansemobilisering. Funnene tyder derfor på at ledere av kunnskapsarbeidere møter spesielle utfordringer i form av en balansegang mellom tillit og støtte.³⁷

³⁶ 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».

³⁷ Kilde: Kompetansemobilisering for prestasjonsutvikling - Magma

7. Demens

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

Å framskrive omfanget av demens er svært usikkert. Tabell 41 viser et mulig fremtidsbilde.

Tabell 27. Framskrivning av demens³⁸

Alder	Forekomst (%)	Tall tilfelle 2018	Tall tilfelle 2020	Tall tilfelle 2028	Tall tilfelle 2040
65-69 år	1	(289) 3	(302) 3	(305) 3	(345) 3
70-74 år	2	(242) 5	(262) 5	(305) 6	(349) 7
75-79 år	6	(160) 10	(196) 12	(247) 15	(269) 16
80-84 år	18	(117) 21	(111) 20	(181) 33	(250) 45
85-89 år	32	(81) 26	(81) 26	(97) 31	(167) 53
90 år eller eldre	41	(53) 22	(50) 21	(63) 26	(114) 47
Sum andel med demens		87	87	114	171

Demens i ulike aldersgrupper (grunnlag SSB, alternativ MMMM)

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

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

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

Disse faktorene kan i stor grad påvirke behovet for framtidig omsorg, og det kan tegnes flere scenarier for framtidige tjenestebehov. Det finnes ingen fasit for fremtidens tjenestebehov og det må erkjennes at det er vanskelig å planlegge på lang sikt. RO erfarer at innretning og dimensjonering av tjenester er

³⁸ Kilde: Engedal 2009, Helsedirektoratet 2014.

forskjellig i norske kommuner og det at det gjerne er politiske, faglige og «ideologiske» prioriteringer som bestemmer omfang og hvilke tjenester som skal ytes.

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

8. Framtidig behov for heldøgns omsorg

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

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

I en FOU rapport fra VID og Agenda Kaupang³⁹ på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25% av antall eldre over 80 år.

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

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

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

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

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for

³⁹ Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8 april 2016 (FOU oppdrag KS)

heldøgns tjenester⁴⁰. I ovennevnte FOU rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

De fleste forskere i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

SSB la våren 2016 fram en rapport om behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060.⁴¹ Rapporten framskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger ut fra ulike scenarier med bakgrunn i demografi, eldre sin helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder. Ulike forutsetninger slår ut i svært ulike behov både for arbeidskraft og for omsorgsboliger. Rapporten underbygger altså usikkerheten mht. framskriving av behov for heldøgns omsorgstjenester.

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

Dagens dekningsgrad på institusjon og/eller heldøgns bemanna bolig (KOSTRA) er på 33 prosent av kommunens befolkning på 80 år og eldre. Dette er over landsgjennomsnitt på 29 prosent. Dagens dekningsgrad på institusjonsplasser (sykehjemmet) er på 19,3 prosent noe som er over landssnittet utenom Oslo på 18,0 prosent.

⁴⁰ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

⁴¹ Rapport 2016/20 Erling Holmøy, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes, Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie og omsorgssektoren mot 2016, Statistisk sentralbyrå, 9 juni 2016.

9. Beskrivelse av dagens situasjon -

For å beskrive status for de respektive tjenestestedene har prosjektgruppa foretatt en felles SWOT-analyse (8.1). I tillegg er det gjennomført en tilsvarende analyse gjennomført innen de respektive tjenesteområdene (8.2). Disse er gjengitt slik de er skrevet.

Den 6. februar ble det arrangert et åpent møte i kommunestyresalen for alle medarbeidere (8.3). Totalt møtte 53 medarbeidere i tillegg til prosjektgruppa. Så og si alle enhetene var representert. Den 15. februar ble det gjennomført et møte med brukerrådene.

8.1 Felles SWOT

Radøy kommune (januar 2018)

Felles:

<u>Sterke sider i dag:</u> • Kort vei til tjenestene • Rask iverksetting av tjenester/tiltak • God oversikt • Høyt og variert kompetansenivå • Løsningsorientert og fleksibel • Små forhold • Lærlingebedrift • Godt utbygd hjemmetjeneste • Samordning/ interkommunale løsninger innen f.eks. legetjenester • Ikke tette skotten innen helse og omsorg • God legedekning på sykehjemmet	<u>Muligheter i framtid:</u> • Rom for bedre folkehelse • Se det positive i Ungdata-undersøkelsen • Alver kommune - ny kommune fra 2020 • Teknologi • Frivillig sektor • Nye landsmenn og- kvinner • «Selvberging» – vant til å greie seg med de resursene vi får tildelt • Tilbudet ved RIB
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> • Sårbar / personavhengig • Har ikke kompetanse på alt (eks. logoped) • Høgt sykefravær (enkelte tjenesteområder) • Integrering • Ustabil overordna ledelse (over tid) • Overgang fra 2 til 3 nivå (organisasjon) • Helhetlig lederskap • Rekruttering • Samarbeid frivillig sektor (oppleves litt ulikt) • Ikke tydeliggjort innhold i tjenestene / ulik mellom tjenesteområdene • Tidlig innsats / egenmestring • Høy utbetaling av økonomisk sosialhjelp – for lite tid til annen oppfølging	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Rekruttering • Bygging av helsehus / Knarvik- tap av kompetente medarbeidere • Sentralisering – framtidig organisering / struktur • Bestillerkompetanse (fatte vedtak) • Økning i antall med psykiske- og rusproblem • «Nye sykdommer»

8.2 Enhets-vis SWOT-analyse

Omsut:

<u>Sterke sider i dag:</u> • Struktur og organisering • Mange gode løsninger som gir gode tjenester • God fagkompetanse, mykje røynsle	<u>Muligheter i framtid:</u> • Har, og tilegnar seg kunnskap om korleis framtidenes tenester skal utformast og utførast • Gi brukarar som av ulike grunnar har hamna utafor tenestetilboda nye muligheter til å få eit godt tilbod • Tilby komande brukarar eit godt tilbod, bustad, dagaktivitet mm • Betre tilpassa avlastning, ut frå interesse og behov ved ny kommune
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> • Saksbehandling • Ikkje like god faglig kompetanse alle deler av tenesta • Sjukefråvær (PRB) • Auka kapasiteten ved avlastningstilbodet • Tilpassa tenester ut frå ein aldrande målgruppe	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Meir endringsvillig organisasjon • Korleis ta det beste vidare inn i ny kommune • Rekruttering • Tilpassa tenester ut frå ein aldrande målgruppe

Radøy interkommunale Busenter (RIB)

<u>Sterke sider i dag:</u> • Særs stabilt personale • Lite fråvær • Høgt kompetansenivå hos personalet • Sentral beliggenhet for brukarane • Stabile brukere – liten grad av innleggelse – forutsigbarhet • God oversikt • Fleksibilitet (personalet + brukara) – trygghet • Høg grad av samarbeid mellom personalet – stå på vilje • Openheit • Helhetlig teneste – bruker i fokus • God legedekning • Tett dialog m/ spesialister • Veiledning av spesialister	<u>Muligheter i framtid:</u> • Større fagmiljø • Større enhet • Mulighet for å auke tjenestene ift pasientgruppa • ØHD- senger innen psykiatrien
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> • Usikkerhet i fht. Interkommunalt samarbeid • Liten grad av undervisning/ kurs	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Interkommunalt samarbeid ift Alver kommune (i dag er ikkje Lindås og Meland m/ i samarbeidet) • (Kan bli RUS + PYKIATRI?)

• Manglande trenings-aktivitetsrom for brukarane • Behov for oppussing (gamalt bygg – dårlig vedlikehald)	
--	--

Psykisk helse og rustenesta / NAV

<u>Sterke sider i dag:</u> NAV: • Faglig , gode holdninger, variert profesjon • Samhandler godt med stat ift oppgaver i enkeltsaker • Bistår hverandre godt • Løsningsorienterte • Lågt sjukefråvær Psykatri/Rus: • God kompetanse – variert – profesjon • Fleksible – ser løsninger – mobile – går inn i dei fleste saker raskt • Bistår kvarandre • Lågt sjukefråvær	<u>Muligheter i framtid:</u> • God kompetanse å bygge vider på – saman med andre • Meir samhandling med andre tenester? • Treng vi eit bo-oppfølgingsteam? • Fact-team – ref. fleire med rus/psyk
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> NAV: • For lite tid igjen til anna oppfølging – økonomi kjem først • Relativt «nye» ansatte akkurat nå (pga. permisjon og pensjon) Psykatri/Rus: • Å utnytte rapporteringsverktøy / journalsystem på ein bedre måte. • Eks tidsbruk • Sårbar i høve til utfordrande brukarar – utagering – mykje rus • Sårbar ift individuell kjennskap ift enkelte brukarar	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Flere med psyk / rus • NAV – beliggenhet (Knarvik)? – kjennskap / fleks • Psyk/rus: beliggenhet – organisering – ambulant team? Us – « å vera der brukaren er» • Sosial: Organisatoriske utfordringar • Ulike kulturar i NAV (Radøy, Lindås og Meland)

Heimetenesta:

<u>Sterke sider i dag:</u> • Fleksibilitet, løsningsorientert, Møter bruker ut frå dens ståsted og prøver tilpasse tenester individuelt • Tydeleg struktur, forutsigbart for tilsette og tenestemottakere • Gode tenester, godet utbygd tenestetilbod/hjemmesykepleie • Høy kompetanse hos alle medarbeidere • Godt samarbeid med sjukeheimen og leger – sikkerheit for brukarane – kort veg • Nærhet til brukarane – frå tildeling til den som utfører tenestene er det kort veg • Rask endring dersom brukarane endrer seg- ikkje lang behandlingstid • God sykepleierdekning heile døgret – lite bakvakt	<u>Muligheter i framtid:</u> • Nytte/ta i bruk velferdsteknologi • Nytte kompetanse betre på rett plass • Ta eige initiativ til fagleg påfyll – eks internundervisning frå tilsette som har kompetanse • Bli betre på sonetilhørighet/ primærområde for kontinuitet i fht brukarane • Nyttiggjøre seg kunnskap frå andre felt i fht storkommunen (kompetanse)
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> • Utnyttelse /bruk av kompetanse i meir spissa tilrettelegging • Praktisk bistand- «liten pakkelsøning» ikkje så fleksible der som i hjemmesykepleien • Fagleg påfyll/oppdatering (setje av tid eller ta initiativ selv) • Kan bli betre på palliasjon (rutiner) • Høgt sjukefråvær – lever fra «hånd til munn» og det er lite rom fro anna • Oppfølging/kartlegge hjelpemiddelbehov – følge dette opp • Vedlikehold/eigarskap i fht bilparken	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Rekruttering • Mogleg lenger veg frå tildela til utførar av teneste • Lenger ventetid? • Utfordring i fht sentralisering av tenestetilbod? • Nærleik/ eiga følelse for eigen arbeidsplass når ein vert større – lenger opp til leinga • (vil teknologi og «eigebehandling» skape behov for meir tenesteoppfølging?) • Møte «einsemd» hjå brukarar

Velferdssenteret (pasienten i fokus):

<u>Sterke sider i dag:</u> • God legedekning, god kompetanse • Personalet er ikkje stasjonære, jobbe på alle avdelinger • Leiar har god oversikt, er nær personalet, set tydeleg retning for arbeidet • Stabilitet i personalgruppa, lite gjennomtrekk • Bygget kompetanse over tid innen palliasjon og demens • Rett kompetanse i alle stillingene med krav om kompetanse • Tilsette gir god veiledning til elever/læringer	<u>Muligheter i framtid:</u> • Utveksle kompetanse ved behov. Større fagmiljø. Vi kan sammenligne oss med de andre sykehjemmene og dermed lettere finne områder for forbedring • Ta i bruk velferdsteknologi • Nytte CosDok bedre enn i dag. I større grad prioritere dokumentasjon • Bygge opp alderspsykiatrisk spesialavdeling • Hospitere / andre institusjoner. Hente erfaringer • Sjukeheimslegevakt
---	--

• Sykehjemslege og høyskoleutdanna personell med i ledergruppa på sjukeheimen. Får mulighet til å være med å påvirke / utvikle tenestene. Ansvarliggjør de ansatte. Endring kan skje raskt v/behov	
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> • Måten VF drives på krever fleksibilitet i personalgruppa. Ikke alle tilsette er like fleksible. • Jamt høgt sjukefråvær • Velferdssentret åpner kl. 07.00 SFO åpner kl. 07.30 – krever tilrettelegging av arbeidstid • Samhandlingsreformen krever utvikling både innen faget og evne til å organisere og tilpasse tjenesten til den enkelte. • Krever tydelige sykepleiere • Mangler liten skjermet avdeling for pasienter med strek utagering, og som ikke fungerer sammen med andre pasienter • Bygningsmessige utfordringer	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Rekruttering • Hva skjer når forvaltninger styres av Alver? Får vi like muligheter til å forbedre oss til nye utfordringer? I dag får vi rask oversikt gjennom samhandlingen med sjukehusene. Hva skjer når dette styres sentralt? • Pandemi og resistente bakterier krever nye tiltak • Miste god fagkompetanse grunnet attraktive arbeidsplasser sentralt • Endring i pasientgruppa mer rus/psykiatri/ nye landsmenn

Helsehuset: Helsestasjon/jordmor

<u>Sterke sider i dag:</u> • Tett samarbeid med legesenter, helsestasjonslege, fysio og skule • Godt arbeidsmiljø • Oppfølging av gravide 2 dg veke • Tverrfagleg samarbeid • God skulehelseteneste på alle skuler i kommunen, har gjort grep ift betre samarbeid (rutiner for samarbeid under arbeid) • Kort veg og godt samarbeid legesenter PPT / Barnevern / psykolog • Samarbeid interkommunalt – fagdagar Helsestasjon: • Kort veg til samarbeidspartnarar • Godt tverrfagleg samarbeid innad helsestasjonen (jordmor og lege) • Stabilt personale og lågt sjukefråvær (vanlegvis) • Godt arbeidsmiljø - Jordmor: • Tett og god kontakt med gravde, og samarbeid med fastlegen • Gode rutiner for svangerskapsomsorg	<u>Muligheter i framtid:</u> • Større fagmiljø i Alver kommune – gir muligheter for meir spissa kompetanse innad i helsesøstergruppa • «Jordmor heime?» • Tettare oppfølging av born med spes. behov, spissa kompetanse • Veiledningsprogram • Førebyggingsprogram
---	--

<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> Helsestasjon: • Dårlege lokaler for helsesøster på skule • Helsesøster brukar mykje tid på merkantilt arbeid, pga. ikkje har sekretær, dårlig utnytting av ressursar • Har ikkje ftilbod om foreldreveiledningsprogram på hst – kva skal ein satse på i Alver kommune? • Lite fagmiljø – stort ansvar på den enkelte for å halde seg oppdatert • Rekrutteringsvanskar (gjeld ikkje berre Radøy) • Jordmor: • Oppfyller ikkje fult ut tenesteavtale 8 om heimebesøk innen 2 dagar etter fødsel	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Personell • Sentralisering? • Større avstand til tverrfaglig samarbeidspartnarar • Organisering av tenestene i ny kommune - i storkommunen? Jordmor: • Barseltid og hjelp i første tid etter fødsel
--	---

Helsehuset: Fysioterapi

<u>Sterke sider i dag:</u> • God dekning • Tilbod til born, heimebuande, spes. behov • Har 2 private institutt • Ein leiar for heile helsehuset er positivt • Gode lokaliteter på Helsehuset både med tanke på tilgjengelegheit og trening individuelt og i grupper • Erfarne, fagleg oppdaterte fysioterapeutar med godt kjennskap til Radøy kommune og innbyggjarar • Turnuskandidat (frisk pust og nye innspel) • Godt miljø, god trivnad på arbeidsplassen	<u>Muligheter i framtid:</u> • Større fagmiljø • Betre rehab / hab tilbod • Halde fram med å utvikle dei gode tenestene vi har •
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> • Manglar ergoterapikompetanse • Personavhengig 1 med ansvar for born • Journalsystem ikkje fult tilrettelagt for blind fysioterapeut • Samarbeid med dei private kan vera betre • Fysiokontor på Velferdssenteret bør ha vindauger for å få dagslys • På Helsehuset er nokre kontor dårleg lydisolerte	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Kommunesamanslåing (sjå referat frå sist fagmøte) • Sentralisering • Organisering

Andre stikkord: Balanse/bevegelsesgrupper, Lungegrupper, babygrupper, gruppe på Velferdssenteret, grupper i basseng, mm. heimebehandling når det er trong for det. Tilrettelegging i heimen for dei som treng det. Søknad om hjelpemiddel, og oppfølging av dette. Administrering av kommunalt hjelpemiddellager.

Fysioterapeutar samarbeider med helsestasjon, legekontor, heimetenesta, personell på Velferdssenteret, skule / barnehage. Samarbeidsmøter mellom fastlønte og fysio med tilskot.

Samarbeide gjennom fagråd for fysioterapeuter i Nordhordland. Fagleg samarbeid med fysio-/ergoterapeuter ved Haukeland og Haraldsplass sjukehus. Avdelingsmøter kva måned, der leiar for Helsehuset også tek del.

Helsehuset: legeteneste

<u>Sterke sider i dag:</u> • 3 av 4 fastleger er spesialister i allmennmedisin, den 4. er under spesialisering • UL- kyndig lege • Bra utstyr på kontoret • Stabile fastleger + 2 turnuskandidatar • Legevaktavtale • Lavt sjukefråvær • Høg kompetanse • Akuttbedredskap • Daglegevakt • Sykepl. Med spesialkompetanse (eks sår og diabetes) • Ledige fastlegelister • Samarbeid NHLV • Digital dialog • E-konsultasjon • Tilgjengeleg	<u>Muligheter i framtid:</u> • E-konsultasjon • Digital dialog m/ fastlegen • Gode tilbod der folk bur • Fortsatt god praksis, bli enda betre • Fastlønn?
<u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> • Samarbeid kommune / leger (har faste møter pr år) • Kommuneoverlege i 20 % • «Hybrid modell» • Samarbeid med kommunen er ikke optimalt • Legene har ulik praksis, men klar forbedring det siste året • Bedre lokaler, eks avlukke foran ekspedisjonen	<u>Utfordringer i framtid:</u> • Behalde / stabil legedekning • Høgt kompetent hjelpepersonell • Gode legetenester nær folket • Akuttberedskap på dagtid lokalt • Helseradio • Kunne fortsette med det gode samarbeidet med f.eks. hj.spl mv dersom det blir felles enhet for Alver kommune, ikke bli for mye byråkrati

8.3 Oppsummering fra åpent møte for medarbeidere

Som nevnt innledningsvis møtte 53 medarbeidere i tillegg til 5 fra prosjektgruppa.

Etter en kort innledning ble alle delt inn i grupper hvor de skulle diskutere og svare på to spørsmål. 1) Hvilke utfordringer står vi overfor i dag? 2) Hvordan sørge for at vi også har gode tjenester i framtid, hva skal til – nødvendige grep/tiltak? Tilbakemeldingene følger under.

Hvilke utfordringer står vi overfor i dag?

- Flere med kognitiv svikt – stimulering
- Små stillingsprosenter – turnus
- Viljen til omstilling – gjelder også lederskapet
- Rigid system – vanskelig å samarbeide – lite plass til forandring
- Mer ensomhet med nye teknologi
- Kravmentalitet
- Mer samhandling uten mer byråkrati
- Økonomi – hvordan sikre forutsigbare inntekter
- Pensjonsordninger
- Pårørende sine forventninger til tilbud og tjenester
- Ressurser (mindre i framtiden) hender og økonomi
- Dårlig rekruttering
- Små stillinger
- Turnusordninger
- For mange deltidsstillinger, større krav fra pårørende, stoler ofte ikke på de vurderingene som blir gjort
- Framtiden brukere krever mer enn dagens
- Bruke for mye tid med medisinopplegging
- Hjemmesykepleien henger etter i fht syke pasienter som ønsker å være hjemme
- Bruk ressurser på tvers av enhetene
- Rekruttering,
- Sykefravær
- Flyktninge-helse, oppfølging
- Forventninger til offentlige tjenester
- Ulike brukergrupper, unge demente, rus, psykiatri, nye landmenn-språk
- Tidsklemma
- Hyttekommune – folk har rett på hjelp på hytta si
- Livsstilssykdommer
- Tidlig utskrivning fra sykehus
- Utagerende demente – rus / psykiatri
- Brukere vil være oppe lengere om kvelden
- Krevende brukere og pårørende (ved avslag- truer med avisa)
- Sikkerhet til personalet v/ voldelige og truende pasienter/brukere
- Yngre brukere vil bestemme over livet sitt i større grad enn eldre
- # metoo
- Brukere vil legge seg sent (ordne turnus)
- Middag når de ønsker å spise middag
- De som ønsker å dø hjemme MÅ få lov til det, tilrettelegge for det, samhandlingsreformen!!

- Yngre brukere, aktivitet
- Få arbeidskraft, fulle stillinger
- Kravene fra pårørende er stort
- Tilpassa arbeid
- Holdninger – gå på jobb om du kan
- Revurdere / evaluere tiltak
- Økning av psykisk syke og demente
- Rett hjelp og kompetanse
- Samhandling mellom enhetene
- Større krav fra brukere og pårørende
- Mangel på kompetanse
- Tilbud til de eldre i OMSUT
- Avlastningstilbudet
- Bolig til yngre
- For dårlig lønn
- Liten forskjell på assistent/helsefagarbeider/vernepleier/sykepleier
- Rekruttering av fagpersoner
- Flere og «dårligere» brukere samt mer sammensatte problemstillinger
- Kompetanse (stor prosentandel ufaglærte i små stillinger)
- Deltidsstillinger (vanskelig rekrutteringer)
- Forebygging
- Tverrfaglig tilnærming
- Gruppetilnærming
- Kompetansebygging
- Velferdsteknologi – trygghetsskapende teknologi
- Demens, kognitiv svikt
- Omstillingsvilje – også administrasjonen
- Små stillinger

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

- Kulturendring ift innbyggerne mot egenmestring, ansvar – forebygging
- Kulturendring gjelder også administrasjonen
- Kommunikasjon, vilje til endring i det daglige arbeidet –ALLE
- Trenger mer kompetanse til å møte framtiden, gjelder alle målgrupper – velferdsteknologi
- Fullverdig botilbud, gjelder også eldre med funksjonshemming
- Kommunikasjon mellom de som fatter vedtak og de som utfører
- Enklere å skrive rapporter, bruk mindre tid på dette
- Få folk til å forstå at de må ta ansvar for egen helse og bolig
- Gode avlastningstilbud til familier som treng det ut fra omsorg for barn med funksjonssvikt
- Må ha nok personalressurser
- Kompetansebygging
- Gi god og riktig informasjon til pårørende
- Holdningsendring
- Jobbe smart –god planlegging
- Gjøre arbeidet attraktivt
- God lønn
- Ønsketurnus
- Fulltid
- Flere menn i yrket – må bli attraktivt å jobbe, gode arbeidsplasser
- Tilrettelegging for videre- og etterutdanning – ordninger som muliggjør dette. Dette for å øke kompetanse og beholde arbeidstakere som vi allerede har
- TA i bruk velferdsteknologi
- God ledelse, at arbeidstakere blir hørt
- Riktig ressursbruk & bedre ressursbruk – eks. hjelpepleiere kan overta en del oppgaver sykepleiere blir satt til
- Samarbeide bedre
- Multidose fra apotek framfor tid på medisinerommet – bruk mer tid på pasientene og kunne ha dårligere pasienter hjemme
- Bedre tilpasset turnus
- Forebyggende arbeid, psykisk helse, alderdom
- Samhandling på tvers
- 100 % stillinger
- Mulighet til videreutdanning, spesialisere seg
- Primær sykepleiere / kontakt
- Rekruttere & beholde må en ha 100 % stillinger
- Barnehageplass – boliger – må få byggetillatelse
- Primærtjeneste (i stor kommunen)
- Arbeide kunnskapsbasert, praksis
- Gode tydelig ledelse

- Hvem tar imot pasientene fra spesialtjenestene når de blir utskrevet tidligere, uavhengig av fagfelt
- Spesialkompetanse – videreutdanning
- Ta vare på kompetanse, kan den brukes til noe annet?
- Kan en stå lengere i jobb i en annen stilling
- Gode lønnsvilkår
- Vekk med deltidsstillinger, kontinuitet i arbeidsgruppa
- Bedre samarbeide
- Klarere retningslinjer hva tjenesten skal yte
- Individuelt tilpassa hver bruker
- Bedre kommunikasjon mellom ledelse og ansatte = gode tjenester
- Omsorgsbolig – hva er framtiden her? – per i dag er det sykehjem, må tilrettelegges visst det er sykehjemmet
- Dagavdeling for yngre med kognitiv svikt
- Flere kurs på ulike nivå
- Fram-snakke omsorgsyirket
- Fulle stillinger
- Være villig til forandring
- Et godt og trygt arbeidsmiljø
- Kompetanseøkning
- Rydde etter seg i biler & kontor osv.
- Rekruttering, kompetanse
- Stabilitet, kontinuitet
- Store stillinger teknologi
- Gjøre yrket mer attraktivt med bedre lønn, større stillinger, bedre ordninger
- Rekruttering
- Kommunen må være rustet til å ta imot brukere vi vet for lite om
- Kartlegging – innhente dokumentasjon
- Faglig påfyll videreutdanning

Gjennomgangen av tilbakemeldingene viser et stort handlingsrom i dag og i framtid. På spørsmål om det var mulig å arbeide smarte var svaret JA. På spørsmål om morgendagens utfordringer kunne løses med dages virkemidler var svaret NEI. På spørsmål om når skulle arbeide starte, var svaret NÅ. Noe går igjen når det gjelder dagens situasjon og hvordan møte framtidens utfordringer.

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

- Forebygging, ansvar for eget liv- aldersuavhengig (etter myndighetsalder)
- Tydeliggjøring av hva som kan forventes er kommunes ansvar

- Være innovativ og ta i bruk velferdsteknologi⁴². Gjelder også smartteknologi for ledere og medarbeidere
- Arbeide med økt nærvær (reduser sykefravær) i enkelte enheter, holdninger
- Flest mulig over på større stillinger – viktig for rekruttering og nødvendig kompetanse
- Reell samhandling mellom enhetene med utgangspunkt i brukernes behov- helhetlige tjenesteløp
- Individuelle tjenesteløp også i institusjon
- Tilbud til alle «brukergrupper»
- Arbeide smartere for å «løse» tidsklemma
- Vilje til å endre når det er nødvendig/ kontinuerlig. Gjelder også ledere
- Omdømmebygging /framsnaking, vi må gjøre jobben attraktiv
- Det er VI som kan legge grunnlaget for framtida, og ikke de som kommer etter oss

8.4 Oppsummering fra møte med brukerrådene

Den 15. februar møtte RO representanter fra brukerrådene. Under oppsummerer RO tilbakemeldingene om hva rådene mente var viktig framover:

- Sikre gode og tilrettelagte tilbud til personer med demenssykdom. Også de yngre
- Rett bruk og god informasjon om velferdsteknologi
- Forventer «profesjonell» saksbehandlerkompetanse
- Sørge for helhetlige og koordinerte tjenesteløp
- Sørge for flere med utdanning
- Snakke positivt om oss selv – omdømme
- Sørge for økt frivillig innsats – dugnadsarbeid – likemannsarbeid
- Forebygging i alle aldersgrupper

⁴² | [Helsedirektoratets](#) definisjon heter det: «Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet

10. ROs vurdering på bakgrunn av analysene

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

For å belyse denne utfordringen har vi laget en tabell som kan indikere et ressursbehov dersom Radøy velger akkurat samme profil som i dag mht. institusjonsdrift og hjemmetjenester. Tabellen er en ren framskriving i henhold til forventet økning i den eldre del av befolkningen og uendra korrigerte brutto driftsutgifter.

Tabell 28. Tentativ framskriving av dagens tjenester innen institusjon og hjemmebaserte tjenester dersom disse ikke endres, men er helt lik som i dag (KOSTRA 2016).

	2018	2020	2025	2030
Innbyggere 80 år og over	251 personer	242 personer	297 personer	378 personer
Med dagens (2016) institusjonsdekning på 19,3 prosent	48 plasser	47 plasser <u>-1</u>	57 plasser <u>+9</u>	73 plasser <u>+25</u>
Med samme korrigerte brutto driftsutgifter per plass (kr. 954 833,- 2016)	45,8 mill. kr	44,9 mill. kr	54,4 mill. kr	69,7 mill. kr
Samme andel mottakere av hjemmetjenester 80 år og over (35,7 % i 2016)	89 personer	86 personer <u>-1</u> person	106 personer <u>+ 17</u> personer	135 personer <u>+ 46</u> personer
Med samme korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester (kr. 322 528,- 2016)	28,7 mill.kr	27,7 mill. kr	34,2 mill. kr	43,5 mill.kr

Tabellen tar her utgangspunkt i SSB's befolkningsframskriving for gruppen 80 år og over. Forutsatt at institusjonsdekning, kostnader per plass, samme andel mottaker av hjemmetjenester og kostnader per mottaker, vil Radøy i 2030 ha behov for 25 nye institusjonsplasser. Innen hjemmebaserte tjenester vil det bli 46 flere mottakere. En slik økning i institusjonsplasser og nye mottakere av hjemmetjenester vil føre til økt ressursbehov tilsvarende 23,9 mill. kr innen institusjonsomsorgen og 14,8 mill. kr innen hjemmebaserte tjenester. Dette sammen med behov for rekruttering av nye medarbeidere.

For å møte framtidige utfordringer vil samarbeid med frivillige, folkehelsearbeid, forebygging og hverdagsmestring-rehabilitering, samt bruk av teknologi, framstå som de viktigste satsningsområdene. Dette krever politisk prioritering og godt lederskap av interne prosesser i tjenesten. Betydningen av klare strategier, ledere som leder an, som kjenner retningen og involvering medarbeiderne i endringsarbeidet må illegges stor betydning. Forutsetter tydelighet og tillit.

Både i dag og i framtid vil det være av stor betydningen at kommunen har en profesjonell og kompetent tildelingspraksis. Rettsikkerhet og likebehandling er et krav i tjenestetilbudet og vi anbefaler at det gjøres en grundig vurdering av kommunens praksis for å sikre dette. I dag framstår tjenestene som fragmenterte / ikke helhetlige.

11. Viktige forhold som bør tas med i forbindelse med utarbeidelsen av kommunedelplanen

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

- Etter at kommunedelplanen har vært ute til høring og det er fattet politiske vedtak, MÅ planen kobles sammen med kommuneplanen samfunnsdel og økonomiplan. Kommunedelplanen skal bli brukt som et styrende dokument, administrativt og politisk.
- Forslag til kommunedelplan bør klargjøre valg av strategier for framtidens helse-, sosial og omsorgstjenester. Enes om ideologi, retning, konsekvenser og prioriteringer – for eksempel konsekvens av helhetlige tjenesteløp, forebygging, ansvar for eget liv mv.
- Avklare forutsetningene for nødvendige endringer, forventningsavklaringer, lederskap og medarbeiderskap
- Sikre fokus på innretninga på tjenestetilbudet innen tjenesteområdene – er dagens innretning bærekraftig – faglig og økonomisk?
- Sikre forebygging, folkehelse, mestring, rehabilitering – i alle tjenester – «arbeidsideologi».
- Sørge for at vi som organisasjon klargjør og systematiserer arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi og smart-teknologi som arbeidsredskap – kompetanseheving, fra ord til handling
- Sørge for helhetlig, koordinerte tjenester for å sikre rettssikkerhet, kvalitet i saksbehandling, likebehandling – herunder tildelingspraksis. Benytt data for dokumentasjon
- Frivillighet og nettverk
- Heltid/deltid og arbeidstidsordninger
- Tilstedeværelse - nærværarbeid
- Hvordan sikre gode endringsprosesser med vekt på medarbeiderskap, involvering, samhandling, tverrfaglighet. Dette for å oppnå ønskede effektene av de endringene vi ser blir nødvendige. Det vil si kontinuerlig forbedring ved å arbeide smartere
- Kompetanseutvikling og mobilisering – læringsmiljø - kompetanseplan i henhold til framtidig behov. Utarbeid en strategisk kompetanseplan som en styrende plan?
- Klarstille mål som skal nås ved å benytte ulike indikatorer som tjenesten skal rapportere på