



RO ressurscenter for omstilling i kommunene
med utvikling av omsorgstjenesten som spesialområde

*Utredning av fremtidens pleie- og
omsorgstjenestene i Grimstad med
forslag til tiltak*

Rapport fra RO

September 2009

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 OPPDRAGET	4
1.1 Rammen rundt tilbudet.....	4
1.2 ROs løsning	4
1.3 Metode for datainnsamling og analyse.....	6
2 ANSATTEKONFERANSER OG ARBEIDSMILJØUNDERSØKELSE.....	7
2.1 SWOT-analyse av gruppebesvarelser	7
TRUSLER – STYRKER/MULIGHETER.....	12
SVAKHETER/MULIGHETER - STYRKER	13
TRUSLER - SVAKHETER	14
2.2 Analyse/kommentar til individuell besvarelse	14
Kompetanse og opplæring.....	15
2.3 Arbeidsmiljøundersøkelsene	18
Feviktun.....	18
Frivolltun	18
Boveiledertjenesten	18
Bestillerkontoret	19
Landvik aldershjem	19
Hjemmetjenesten	19
Kjøkkentjenesten	19
3 GJENNOMGANG AV STATISTIKK	20
3.1 Grimstad og Stjørdal i KOSTRA	20
3.2 Eldreomsorgen	24
4 IPLOSANALYSE	25
4.1 IPLOS-gjennomgang sykehjem	26
4.2 IPLOS-gjennomgang boliger til utviklingshemmede med mer	27
4.3 IPLOS-gjennomgang ordinære hjemmetjenester (ORD) og hjemmetjenester i bolig med tilbud om heldøgns tjenester (HDO)	28
5 SAMHANDLINGSREFORMEN	36
5.1 Pasientforløp.....	36
5.2 Samhandling mellom kommuner, sykehjem, rus og psykiatri	37
6 VURDERING	39
6.1 Ressurssituasjonen	39
6.2 Strategier for innsparing i driftsressursene.....	41
Er det mulig å gjøre store innparinger ved å ta inn mer i betaling fra brukerne eller ved å innhente mer særtilskudd fra staten?.....	41
Er det mulig å gjøre store innparinger gjennom å skjære ned på driftskostnader og forbruksmateriell?	42
Er det mulig å gjøre store innsparinger gjennom at færre ansatte gjør den samme jobben som tidligere med lavere pleiefaktor (bemanning per bruker)?	43
Er det mulig å gjøre store innsparinger gjennom å sørge for at det ikke kommer nye oppgaver til (nye brukere) når oppgaver forsvinner og dermed redusere bemanning eller ta bort tjenester?	45

Er det mulig å gjøre store innsparinger ved å redusere kravene til tjenestene på en slik måte at det kreves mindre innsats for å oppnå definert kvalitet, beskrive en ny standard?	46
Er det mulig å gjøre store innsparinger ved å ta bort oppgaver (det vil si reduserer på antallet tjenestemottakere) enten over hele linja eller ved å fjerne deler av tjenestetilbudet	48
Er det mulig å gjøre store innsparinger ved å gjøre noe med organisasjonsmessige forhold (struktur) og slik opprettholde en god nok kvalitet, men spare ved å endre driftsforutsetningene (tjenestearena omdefineres), det vil si prioriterer annerledes?	48
6.3 Samhandlingsreform og framtidig strategi.....	52
7 KONKLUSJONER OG TILRÅDINGER.....	55

1 OPPDRAGET

Grimstad kommune (oppdragsgiver) inviterte 02.03.09 gjennom brev med anbudsdokumenter fire rådgivningsmiljøer til konkurranse angående rådgiverbistand til ekstern, helhetlig utredning av framtidens pleie- og omsorgstjenester.

RO ble tildelt dette oppdraget i brev fra Grimstad datert 03.04.09.

I tilbudet beskrev RO (oppdragstaker) egen virksomhet og begrunnet hvorfor firmaet har ønsket å levere tilbud til Grimstad: RO har lang erfaring som rådgiver innenfor organisasjons- og tjenesteutvikling i norske kommuner og har helse-, pleie- og omsorgstjenestene som sitt spesialområde.

RO er en stiftelse opprettet i 1989 av daværende Sosialdepartementet og Kommunenes Sentralforbund (KS). RO er forpliktet på stiftelsens formål som blant annet er å bistå kommunene i organisasjons- og tjenesteutvikling. I løpet av årene har RO hatt oppdrag i de aller fleste av landets kommuner, også i de største bykommunene. I dag består senteret av 11 medarbeidere, hvorav flere har vært ansatt siden 90-tallet.

1.1 Rammen rundt tilbudet

Rammen rundt tilbudet ble av RO oppsummert slik i tilbudet: ”Grimstad har benyttet ekstern rådgiver til gjennomgang og analyse av registerdata hvor kommunen er sammenliknet med flere andre kommuner med liknende utfordringer. Denne analysen ligger til grunn for dette tilbudet fra RO. Det er i utgangspunktet ikke grunn til å anta at tallene som kommer nå i vår (2008-tall) vil endre vesentlig på konklusjonene som er trukket på bakgrunn av denne KOSTRA-analysen. RO vil foreta en enkel sjekk av de nye tallene for å se om det er vesentlige endringer, men vil ellers legge Agendas analyse til grunn.”

Det er videre gjort en grundig analyse av organisasjonsmodellen, denne vil selvsagt også være en del av grunnlaget for analysen dersom RO får oppdraget med å gjennomgå pleie- og omsorgstjenestene.

Etter mange års erfaring, særlig med kommunenes helse- og omsorgstjenester, vil ROs generelle kunnskap om disse tjenestene være en viktig del av bakgrunns materialet for en utredning. RO har nær kontakt med myndighetene ved Helse- og omsorgsdepartementet og har som målsetting å være oppdatert på de siste myndighetsføringene innenfor disse tjenestene. Når RO utreder tjenestene i Grimstad, vil også dette være en grunnleggende premiss.

1.2 ROs løsning

RO valgte å skissere et forslag til løsning gjennom beskrivelse av fem forskjellige perspektiver oppdraget måtte løses innenfor (det følgende er sitert fra ROs tilbud):

Økonomiperspektivet.

- KOSTRA-analysen peker på at Grimstad på den ene siden har en ressursbruk i tjenestene som ikke er større enn gjennomsnittet. De fleste kommuner opplever at det har vært en stor økning i ressursbruken fra 2006 til 2007, slik det også har vært det i Grimstad. Sett i forhold til de kommunene som produserer tjenestene med lavest

ressursbruk, kan det se ut som om man i Grimstad burde kunne spare de beløpene som det er krav om. Sannsynligvis vil det være slik at slike innsparinger ikke vil være mulig på annet vis enn at man må klare seg med færre årsverk. Erfaringsmessig vil en slik reduksjon i årsverk kreve at man har en prosess med stor grad av involvering fra ansatte og deres tillitsvalgte og det vil kreve en ressursanalyse på et mer detaljert nivå enn det som kommer fram bare ved å analysere KOSTRA-data. RO mener at det vil være nødvendig med en ressurs- og driftsanalyse basert på detaljerte IPLOS- og regnskapsdata. Senere er denne metoden beskrevet i detalj. Det vil også være nødvendig å sammenholde funn fra denne analysen med data fra en kvalitativ gjennomgang av tjenestene. Denne metoden er også beskrevet nærmere senere i tilbudet. Disse analysene vil kunne danne grunnlag for en prosess med ansatte i etterkant hvor man kan se muligheter for både kortsiktige og mer langsiktige innparinger.

Brukerperspektivet.

- Brukere som fyller vilkårene for tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven vil ha et rettskrav på tjenester. Dette ligger fast og gjelder uavhengig av alle andre faktorer. RO erfarer at saksbehandlere viser stor grad av forskjellighet når det gjelder skjønnsutøvelsen. Videre erfarer RO at kommunene velger vidt forskjellige løsninger på hvordan tjenestene organiseres slik at de best mulig kan imøtekomme brukernes rettskrav. Brukere har krav på tjenester, men det er ikke knyttet rettskrav til tjenesteformen. Det er for eksempel ikke krav om spesielle omsorgsarenaer og det har store konsekvenser for kvalitet og økonomi hvilke omsorgsarenaer kommunene har bygd opp og hvordan disse arenaene samhandler og hvordan de inngår i en tjenestetrapp. Ressurs- og driftsanalysen vil sammen med en kvalitativ gjennomgang avdekke hvordan kommunen kan imøtekomme brukernes rettskrav og allikevel spare ressurser.

Samhandlingsperspektivet.

- I løpet av denne våren vil det fra statlige myndigheter komme en samhandlingsreform som både vil gi kommunene nye oppgaver og som vil gi insentiver til samhandling mellom kommuner og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sannsynligvis vil denne reformen endre rammene til primærhelsetjenestene ganske dramatisk. En utredning denne våren vil måtte følge denne prosessen nøye og beskrive hvordan Grimstad kan møte de nye utfordringene. RO ser det som nødvendig også å ha intervju med politisk nivå for å få innblikk i hvilke muligheter som kan åpne seg for samhandling med andre kommuner. En kan anta at slikt samarbeid vil vise seg mer påtrengende for de mindre kommunene og her er det viktig å utrede hvordan nabokommunene kan tenkes å bidra til felles løsninger med Grimstad som vertskommune. I den kvalitative gjennomgangen vil spørsmål knyttet til intern samhandling være en viktig del av ROs utredning.

Helhetsperspektivet.

- En ressurs- og driftsanalyse basert på IPLOS-registreringen vil gi et godt bilde av det som i anbudsdocumentet er benevnt som "omsorgstrappa". Her vil det komme fram hvorvidt det er en god sammenheng mellom grad av funksjonstap og tildelte/utførte tjenester. RO har gjennom tidligere gjennomganger i andre kommuner dokumentert hvordan noen kommuner gir "for mye" tjenester eller "for lite" tjenester vurdert ut fra at tjenestemottakere er gruppert etter funksjonsnivå. Selve oppbyggingen av organisasjonen, for eksempel hvordan hjemmetjenestene er delt opp i virksomheter vil

bli vurdert på bakgrunn av det som kommer fram av den kvalitative gjennomgangen. Helsedirektoratet har i det siste hatt sterkt fokus på ledelse innenfor pleie- og omsorgstjenestene og flere rapporter kan tyde på at tjenestene generelt er ”underledet”. RO har inngående erfaring i å vurdere dette. Organisasjonen må være bygd slik at det er et høvelig lederspenn. Den enkelte ansatte må ha frihet nok til å ”lede seg selv” innenfor kjente og aksepterte rammer, og i tillegg ha så stramme tøyler at avvik kan registreres og lukkes fortløpende.

Tidsperspektivet.

- Slik utfordringene er beskrevet i anbudsdokumentene, vil organisasjonen ha en formidabel oppgave i forhold til å levere raske resultater. Å spare 7 mill. kr i 2010 vil si at kommunen må klare seg med 15 færre årsverk i løpet av et års tid. Dette betyr raske omstillinger og et personale som er samarbeidsvillig. Utredningen vil muligens kunne avdekke noen tiltak som umiddelbart gir innsparinger, for eksempel å legge om turnus og stramme inn på slakke i hjemmetjenestene (for eksempel, gi tjenester ut over vedtak). De største innsparingene vil imidlertid kreve omlegginger som må ha et lengre tidsperspektiv, for eksempel å gjøre tjenestene mindre institusjonsbasert og mer hjemmetjenestebasert. Analysene vil kunne peke ut hvor slike omlegginger både på kort og lang sikt kan gjennomføres uten å forringe kvaliteten og uten å komme i konflikt med brukernes rettskrav.

Denne rapporten oppsummerer ROs gjennomgang av, og analyse av, pleie- og omsorgstjenestene i Grimstad.

1.3 Metode for datainnsamling og analyse

Analysen er gjort på grunnlag av gjennomgang av registerdata i form av KOSTRA- og IPLOS-statistikker på aggregert nivå, rapportert på hjemmesidene til SSB, www.ssb.no. RO har i tillegg innhentet lokale IPLOS-data med standard filuttrekk fra kommunens fagprogram (XML-fil). Videre har RO brukt tilgjengelige statistikker fra forskning og utredning gjort av Agenda og Sintef Helse (se referanser inne i rapporten). Slike ”harde” data er satt sammen og sett i sammenheng med innhentede regnskapstall.

Rapporten bygger på en detaljert dokumentanalyse gjort på grunnlag av dokumentasjon gjort tilgjengelig for RO av administrasjonen. Dette er årsregnskaper, regnskapsrapporter, kommuneplan og delplaner, virksomhetsrapporter, budsjettanalyser, referater fra politiske saker, tjenestebeskrivelser og tjenesterapporter, søknader om prosjektdeltakelse, notater til kommunestyret osv. Materialet er mottatt som vedlegg til e-poster av 17.04, 20.04, 24.04, 05.05, 07.05, 27.05 og 12.06, til sammen 40 vedlegg.

RO har i tillegg til registerdata og dokumentasjon samlet inn kvalitative data i form av enkeltintervjuer, ansattekonferanser og virksomhetsbesøk. RO har møtt 20 personer til intervju, de fleste i enkeltintervju, noen i grupper på to - fire. Intervjuene har vært med alle enhetsledere, noen tillitsvalgte og noen politikere, de siste i grupper. RO har møtt ansatte gjennom to ansattekonferanser hvor hver enhet har fått oppfordringen om å stille med et antall ansatte. Til sammen møtte 82 ansatte i to konferanser. Her besvarte alle et individuelt spørreskjema samt diskuterte problemstillinger i grupper på 7 – 8. Konferansene varte i to timer.

2 ANSATTEKONFERANSER OG ARBEIDSMILJØUNDERSØKELSE

2.1 SWOT-analyse av gruppebesvarelser

RO har som beskrevet innledningsvis, avholdt 2 ansattekonferanser med et samlet oppmøte på 82 personer. RO har ikke hatt kontroll med hvem som møtte opp og kan ikke si hvorvidt de oppmøtte er representative for alle ansatte. Administrasjonen sørget for at alle tjenesteenheter ble invitert og dermed kan en anta at alle enhetene har vært representert. Det har i denne sammenhengen ikke vært nødvendig med en kontrollert utvelgelse da formålet har vært å registrere innspill fra de ansatte, få deres vurderinger og forslag. Dersom det er andre synspunkter vil ansatte ha anledning til å fremme disse senere i prosessen.

På ansattekonferansen diskuterte deltakerne fire spørsmål som er formulert på grunnlag av at de skal inn i en SWOT-analyse. En SWOT-analyse stiller opp styrker og svakheter ved tjenestene slik de oppleves i seg selv, altså slik det vurderes ut fra interne forhold. Videre stilles det opp muligheter og trusler/hindringer tjenestene står overfor i forhold til å møte eksterne krav og ønsker, herunder også når de er knyttet til systemnivå (strategisk, administrativt eller politisk). Muligheter og hindringer vil også kunne knyttes til generelle samfunnstrekk eller "folkemening", for eksempel befolkningsutvikling eller en folkelig oppfatning om at "det er på sykehjem de gamle får den beste omsorgen".

Selve analysen går ut på å identifisere de sterke sidene som kan være til nytte for å møte eksterne hindringer eller trusler og også å avdekke sterke sider som kan bidra til å forsterke muligheter. På den annen side vil det handle om å se organisasjonens svakheter opp mot muligheter og å forhindre at svakheter forsterkes gjennom organisasjonens trusler og hindringer.

Gruppespørsmålene på ansattekonferansene var formulert slik:

1. Hva vil dere spesielt trekke fram som styrken til helse- og omsorgstjenestene i Grimstad?
2.og hva vil dere si først og fremst er svakheten ved tjenestene i dag?
3. Mulighetene for tjenestene til å utvikles og forbedres bestemmes også av de betingelsene som gis fra lokale og sentrale myndigheter. Hvilke muligheter ser dere for de nærmeste årene?
4.og hva er det som kan være til hinder for utvikling, forbedring og ressurs sparing?

Dette er altså de ansattes vurderinger, RO gjengir dem slik gruppene har formulert seg. Noen punkter går igjen med forskjellig formulering, RO har da valgt å bruke en formulering og har ikke gjort noen registrering av at punkter eventuelt er gjentatt av flere grupper. RO har foretatt en gruppering av punktene for hvert spørsmål for å prøve å skape en oversikt. Det bemerkes også at det noen grupper ser på som styrke, kan andre se som svakhet. Det kan også være utydelig noen ganger om et svar egentlig hører hjemme under "svakheter" eller under "hindringer".

RO mener at svarene gir mye informasjon som det vil være nyttig for organisasjonen å bruke i prosessene framover, det vil være mulig å koble svakheter, trusler, muligheter og styrker på mange forskjellige måter og slik få et bilde av hvor organisasjonen står sterkt og hvor den har svakheter.

Det er bemerkelsesverdig at når ansatte fritt vurderer, blir lista med svakheter langt større enn lista med styrker, og at lista med trusler blir større enn lista med muligheter. RO gjengir her hele materialet fra gruppediskusjonene på ansattekonferansene slik at det kan brukes mer inngående av organisasjonen senere. RO trekker fram noen elementer i en enkel SWOT-analyse men det er viktig å understreke at det er de ansatte som har gjort vurderingene, RO tar her utgangspunkt i disse uten å vurdere om de stemmer eller ikke.

STYRKER

Knyttet til personalet

- Stabilt personale, lav turnover, lang erfaring, lojale (tar ekstravakter)
 - Personalet er tilgjengelig, engasjerte og fleksible overfor brukerne
 - Omstillingsdyktig personale
 - God fagdekning, solid fagkompetanse, gode faglige utviklingsmuligheter
 - Godt arbeidsmiljø
 - Mange ildsjeler
 - Teamjobbing gir effektivitet i merkantile funksjoner i hjemmetjenesten
 - Kreativitet, får mye ut av lite
 - Bra fagforening
-

Knyttet til system

- Bestillerkontor som sørger for at det er likhet for alle, rettferdig fordeling, fordeler utfordringer mellom enhetene
 - Rehabiliteringsavdeling
 - Palliativ omsorg
 - Hukommelsesteam (demensteam)
 - Brukermedvirkning
 - Mangfold i tilbud
 - Undervisningssykehjem
 - Fagutviklere palliativ og demens
 - Studenter og lærlinger
 - Individuelt tilpassede tjenester
 - Nok ressurser til gitte oppgaver (psykisk helse)
 - Det er tilgjengelige korttidsplasser
 - Dagsentertilbud gjør at flere kan klare seg hjemme, 4 dagsentra (3 for eldre, 1 for psykiatri)
 - Godt samarbeid med sykehuset
 - Høy kvalitet på institusjonstjenester
 - Individuelle planer
 - Godt omdømme
 - Mange vellykkede prosjekter, vilje til nytenkning
-

Knyttet til ledelse eller fysisk miljø

- Engasjert og dyktig kommunalsjef, bra med en felles leder
- Ansatte trekkes med i denne prosessen
- Gode lokaler, fine omgivelser
- Passe stor kommune, oversiktlig
- Institusjonsbygningene er nye
- Liten ledergruppe gjør samarbeid oversiktlig

Knyttet til personale og forhold på avdelingsnivå

SVAKHETER

- Svært mange ansatte i små stillingsbrøker
 - Lite fokus på kompetanseutvikling
 - Få pleiere i avdeling i institusjon
 - Lite kvalitetskontroll av tjenestene
 - Miljøarbeidere organiseres under sosialtjenesten
 - Flere og flere arbeidsoppgaver blir lagt til pleierne, hjelpemidler, fysioterapi, rehabilitering, diagnostisering, rydding av forbruksvarer (fra paller), personaltøy, pasienttøy (vask/stryking), støvtørking. Praktiske oppgaver som tar fokus fra beboerne.
 - Dårlig samhandling mellom hjemmetjenester og institusjon
 - Høyt sykefravær
 - Liten tid til dokumentasjon
 - Feil bruk av kvalifisert personale, hjelpepleiere vasker hus
 - Lite kjennskap/kunnskap om andre enheter
 - Pasienter kommer inn før vedtak foreligger
 - Lite lokaler, trenger; eget rom for ledere; pårørende/brukerrom; "arbeidsrom" for ansatte
 - Dårlig bemanning på natt i hjemmetjenesten
 - For mange oppgaver for teamsykepleierne – må være i pleien, for mye personalansvar
 - Mangler buss/transport på institusjon
 - Ansatte har en tendens til bare å se sin egen arbeidsplass, sin egen virkelighet
 - Uformelle ledere oppstår ut fra faglig kompetanse
 - Mange ukvalifiserte medarbeidere
 - Mange eldre arbeidstakere som vegrer seg for data
 - Lite åpningstid på dagsenter (bør være 7 dager i uka)
 - Dårlig samarbeid mellom dagsentra
-

Knyttet til systemnivå

- Reduserer kvaliteten på tjenestene
- Mangler et trinn i omsorgstrappa, omsorgsboliger med bemanning for heldøgns omsorg
- IKT-systemer innføres uten tilstrekkelig opplæring og implementeringsressurser
- Enhetene pålegges arbeidsoppgaver uten opplæring, eks. Agresso
- Knappe ressurser i forhold til lovpålagte tjenester
- Lite midler til administrasjon og ledelse
- Vanskelig å få tak i kvalifisert personell, faglig og personlig
- Psykisk helse er ikke under pleie og omsorg
- Seksjon psykisk helse har ikke egen leder
- Bestillerenheten gjør vedtak om tjenester i psykisk helse
- Dårlig tilbud i psykiatri og rus
- Vedtaksprosessene er tungvinte, bestillerenhet gir unødvendig byråkrati
- Dårlig samarbeid mellom boveiledertjeneste og hjemmetjeneste
- Stadig omorganiseringer, stadig negative følelser fordi prosessene er for dårlig

- Yngre personer med demens, MS, kreft etc. blir ”kasteballer” i systemet eller feilplassert
- Ressurser må følge ressurskrevende brukere, for eksempel ved behov for en-til-en bemanning
- Lite fokus på mestring/forebygging
- For store grupper i hjemmesykepleien, hjemmetjenesten er for stor enhet
- For få mellomledere
- For få langtidsinstitusjonsplasser
- For få ressurser til fysio- og ergoterapi
- Lite samarbeid, se ting i helhet
- Mange pålegg om oppgaver ”på toppen”, vanskelig å prioritere
- For lite merkantilt personale, støttefunksjoner tatt bort
- Mangel på riktig kompetanse i ledelsen
- Det er for enkelt å bli tildelt tjenester
- For mange leger å forholde seg til på sykehjem
- Mangler korttids-, utrednings- og avlastningsplasser
- Mangler trygghetsplasser
- Lite plasser for personer med demens og for lite differensiering mellom lette/tunge
- Svakheter ved kriteriene; eks. dusj hver 14. dag, hjemmehjelp hver 4.uke
- Mangler langsiktige planer i forhold til yngre- og eldrebølge
- For tette skott mellom enhetene

MULIGHETER

Knyttet til eksterne vilkår, lokalt

- NAV-prosjektet, samarbeid om arbeid med bistand, jobbsentralen
- Samarbeid med frivillige organisasjoner (kurs er allerede holdt)
- Med universitetet følger god tilgang på unge arbeidstakere
- Muligheter for kommunesammenslåing (Grimstad/Arendal)
- Prosjektmidler
- Undervisningssykehjem
- Politiske prosessen vi er inne i gir muligheter til opprydding i systemene, for eksempel å redusere antallet rehabiliteringsplasser til fordel for kortidsplasser/avlastning
- Fagutvikler
- Mer engasjerte pårørende
- Økt deltakelse fra pårørende
- Fagprogrammer på data

Knyttet til eksterne vilkår, sentralt, eller generelle samf.forhold

- Fokus fra myndigheter på palliativ omsorg og demens-team
- Bjarne Håkon Hansen: Økonomien skal følge pasienten
- Muligheter for kompetanseheving gjennom ekstern tilføring av midler
- Ansvarliggjøring i forhold til egen helse, folkehelsefokus og forebygging
- Mer statlige ressurser til helse og omsorg
- Nasjonale føringer som også tilfører midler (eks opptrappingsplanen)
- Mange tilbud på kurs og etterutdanning
- Tilgang på hjelpemidler øker, bedre hjelpemidler gjør at folk klarer seg hjemme

- Staten tilbyr undervisningspakker, for eksempel demens
- Mediefokus på tjenestene setter søkelys på viktige tema
- Lovverk krever individuelt tilpassede tjenester
- Tilskuddsordning for ressurskrevende brukere
- Dårlige økonomiske tider i det private kan føre til bedre tider i det offentlige

TRUSLER

Knyttet til eksterne vilkår, lokalt

- Politikere som ikke kjenner helse/sosial, lovverk, demenssatsning, samhandlingsreform
- Uinteresserte politikere
- Generelle nedskjæringer i kommunebudsjett
- Budsjetter uten vikarressurser
- Misfornøyde brukere/pårørende
- Prioriteringer (bibliotek)
- Brukere med stadig mer utfordrende lidelser, utskrivningspraksis fra sykehus
- Krav om omorganiseringer fra politikere/administrasjon
- Nedlegging av tjenester
- Dårlig dialog administrasjon/politikere
- Lite aktivitetstilbud for friske eldre
- Lite planlegging for eldrebølgen
- Vanskelig å få institusjonsplass
- Små stillingsbrøker
- Organisasjonsmodellen gjør at alle har fokus på egen enhet
- Enhetsledere med mange store arbeidsoppgaver
- Negativitet blant medarbeiderne smitter på brukere
- Vi er dårlige ambassadører, anbefaler ikke yrket vårt
- Krav fra myndigheter om dokumentasjon tar fokus vekk fra pleieoppgaver
- Urealistiske krav om effektivisering
- Pålegg om databruk gir usikkerhet
- Grimstad Høyre
- Mangler planer for pandemier
- Vanskelig å rekruttere sykepleiere

Knyttet til eksterne vilkår, sentralt, eller generelle samf.forhold

- Ressursene står ikke i forhold til endringene i brukergruppene
- Vekstkommuneproblematikk
- Det innvilges tjenester til tross for at problematikk ikke kan defineres som sykdom
- Sykeliggjøring av alminnelige forbigående påkjenninger
- Lavere terskel for å henvise/søke om tjenester
- Behov øker i takt med tilgjengelige tilbud
- Privatisering
- Nye generasjoner med sterkere krav
- Flukt fra pleie og omsorg på grunn av tøffere press
- Økende antall eldre
- Følger ikke med midler til dyre pasienter
- ISF

- Nedskjæringer i sykehusene gir kommunene nye oppgaver, rus, psykiatri
- Nye oppgaver til kommunene som ikke er finansiert
- IPLOS-registrering lager feil bilde, mangler variabler på bl.a. angst/utrygghet

TRUSLER – STYRKER/MULIGHETER

Selve analysen består i å kombinere utsagnene i de forskjellige spørsmålene slik at man kan oppdage eller avsløre hvordan organisasjonen selv har ressurser til å møte de truslene som finnes. Ved å kombinere truslene ansatte mener organisasjonen står overfor med styrkene de mener er der, evt. forsterket av mulighetene, er det mulig å se løsninger.

Det er mange grupper som registrerer det som en trussel mot tjenestene at politikerne oppfattes som uinteresserte og som å mangle kunnskap om lovverk og andre myndighetsføringer som demenssatsningen.¹ Andre beskriver denne trusselen som ”dårlig dialog administrasjon/politikere.

Det er en styrke ved tjenestene at de har stabilt personale med god fagkompetanse og mye kreativitet. Det er også en styrke at man gjennom undervisningssykehjemmet følger nasjonale føringer og deltar i nasjonale prosjekter. Tjenestene er med dette godt rustet til å kunne gi lokale politikere grunnlagsdata, på den annen side må lokale politikere se styrkene tjenestene her representerer og søke den fagkunnskapen som finnes lokalt.

Ansatte framfører som en trussel at brukere med stadig mer utfordrende lidelser defineres som ”utskrivningsklare” fra sykehus.

Det anføres som en styrke at det er godt samarbeid med sykehus og at Grimstad med kompetansen som er knyttet til undervisningssykehjemmet er godt rustet til å møte faglige utfordringer. Dette bør borge for at Grimstad er en kommune som er i stand til å takle det som her kan oppleves som en trussel. Ansatte anfører også at kommunen kan vise til mange vellykkede prosjekter slik at kompetansen på å håndtere nye krav skulle være til stede.

Det sies at det er en trussel at ansatte er dårlige ambassadører for tjenestene og ikke anbefaler omsorgstjenesten som yrke. Videre sies det at det er en trussel at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere.

Samtidig sier ansatte at tjenestene har godt omdømme, at man er flink til å ta imot studenter og at man har utviklet gode tjenester med tiltak som palliativ omsorg, demensteam og rehabiliteringsavdeling. Grimstad bør stå godt rustet til å kunne tilby spennende stillinger for nyutdannede sykepleiere og andre studenter med annen aktuell høyskoleutdanning. Det anføres også som en mulighet at universitet i Grimstad kan gi god tilgang på nyutdannede.

Ansatte mener at det kan være en trussel at det innvilges tjenester til det som ikke kan sies å være sykdom, at alminnelige, forbigående påkjenninger defineres som sykdom (og utløser tjenester). Terskelen for å søke om tjenester eller å få henvist tjenester er blitt for lav.

¹ Som følge av St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) ”Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer” har departementet lagt fram en delplan, Demensplan 2015, ”Den gode dagen”.

På den annen side, anføres det som en styrke at man har et bestillerkontor som sørger for rettferdig fordeling og likhet i utmåling. Det er flere grupper som nevner bestillerenheten som en styrke. Det bør ligge til rette for at forvaltningspraksis kan endres, dersom det stemmer at det er for lett å få tjenester.

Det er en trussel at ressursene ikke står i forhold til endringene i brukergruppene, og at tjenestene stilles overfor stadige innsparingskrav og omorganiseringer.

En av de tingene som anføres som styrke er at personalet er omstillingsdyktig, som mulighet vises til at Bjarne Håkon Hansen sier at økonomien skal følge brukeren². Det anføres videre at man forventer mer statlige ressurser til helse og omsorg i kommunene. Det vises også til den statlige tilskuddsordningen for ressurskrevende brukere. Man kan altså si at det både finnes styrker i organisasjonen og muligheter gitt av myndigheter til å takle denne trusselen.

SVAKHETER/MULIGHETER - STYRKER

Analysen handler også om å kunne se hvor det som oppfattes som svakheter eventuelt kan veies opp av eller minskes av de muligheter som finnes, gjerne underbygget av organisasjonens sterke sider.

Det er mange grupper som på forskjellig vis peker på at det er en svakhet ved organisasjonen at kompetanse ikke brukes rett, spesielt at praktiske oppgaver blir lagt til pleiepersonalet. Det sies også at det kommer mange oppgaver på "toppen" som gjør det vanskelig å prioritere.

Det vurderes som en mulighet at den politiske prosessen man er inne i (forstått som den prosessen som oppdraget til RO er en del av) gir muligheter til opprydding i systemene, for eksempel å redusere antallet rehabiliteringsplasser til fordel for korttidsplasser/avlastning. Dette sammenholdt med at personalet er omstillingsdyktig skulle gi muligheter på tross av det som anføres som svakheter.

Flere grupper anfører manglende eller dårlig samhandling mellom deler av organisasjonen som en svakhet. Noen sier det er dårlig samhandling mellom hjemmetjenester og institusjon, andre at det er dårlig samarbeid mellom boveiledertjenesten og hjemmetjenesten. Det blir også påpekt som en svakhet at psykisk helse ikke er organisert under pleie og omsorg og at miljøarbeidere organiseres under sosialtjenesten. Det er noe av samme svakhet som påpekes når en gruppe sier: "Ansatte har en tendens til bare å se sin egen arbeidsplass, sin egen virkelighet", og: "For tette skott mellom enhetene".

Også når det gjelder disse svakhetene gjelder at denne prosessen vil bidra til debatt om modeller og gir muligheter for omfordeling eller "opprydding i systemene". Det er tidligere antatt at en gruppe viser til samhandlingsreformen og det er åpenbart at denne vil spore til mer samhandling også innad i kommunene.

Det sies at det er en svakhet at det ikke følger tilstrekkelig opplæring med når nye systemer skal innføres og nye arbeidsoppgaver tildeles. En gruppe sier det slik: "IKT-systemer innføres uten tilstrekkelig opplæring og uten implementeringsressurser.

Samtidig sees det på som en mulighet at det tilbys kurs og etterutdanning og at staten kommer med undervisningspakker. Ressursene som følger med

² Her tenkes formodentlig på det som var sagt på forhånd om samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) om samhandlingsreformen var på det tidspunkt ennå ikke lagt fram. Meldingen er behandlet for seg i et annet kapittel i denne rapporten.

undervisningssykehjemmet gir også muligheter som kan være med på å demme opp for denne svakheten.

TRUSLER - SVAKHETER

I de tilfeller hvor de truslene som sees for organisasjonen møter svakhetene, er det viktig å være spesielt oppmerksom. Det vil være en god strategi dersom det er mulig å sette endringstiltak inn i første omgang der man ser at det finnes styrker som gjør at jobben blir lettere. Og så utsette tiltak hvor det er slik at truslene forsterkes av svakhetene. Kanskje kan endringene som gjøres ut fra styrke, gjøre at også andre trusler blir mindre påtrengende.

Trusselen mange er opptatt av når det gjelder manglende samarbeid mellom politikk og administrasjon og politikere som i liten grad oppfattes å være opptatt av helse og omsorg blir enda mer alvorlig i møtet med tjenester som ikke samhandler. Her gjelder det å bygge på styrkene slik som beskrevet over og kanskje konsentrere seg om en ting av gangen.

Det er også grunn til bekymring over at ansatte vurderer selve organiseringen som en trussel hvor det oppleves å være "skott" mellom enhetene og ansatte "blir seg selv nok". Problemene med at organisasjonsmodellen tydeligvis har liten legitimitet forsterkes av at noen enheter er så store at det blir for lite og utydelig ledelse og det oppstår uformelle ledere som blir ledere i kraft av sitt fag.

2.2 Analyse/kommentar til individuell besvarelse

I tillegg til gruppebesvarelsene som er gjengitt og analysert over, besvarte hver deltaker på ansattekonferansene et individuelt vurderingsskjema. Det var til sammen 82 deltakere på de to konferansene, hver enhet ble oppfordret til å stille med deltakere.

Konferansene er som tidligere anført, ikke innkalt på en slik måte at deltakerne kan sies å representere et tilfeldig gjennomsnitt, det kan for eksempel tenkes at de som har møtt opp er spesielt kritiske eller at de er spesielt engasjerte og slik sett ikke er representative. Det er likevel tilstrekkelig mange som har møtt opp slik at besvarelsene er med på å gi et bilde av hvordan ansatte vurderer tjenestene og organisasjonen.

Skjemaet er inndelt slik at deltakerne blir bedt om å vurdere på en skala fra 1 – 6 hvor enige de er i en formulering. Det er også mulig å krysse "vet ikke". Når RO har behandlet svarene, er de delt inn i tre grupper slik at de som har svart 1 eller 2 er i gruppen "liten grad", mens de som har svart med 5 eller 6, er i gruppen "stor grad". Resten er i en mellomgruppe og har svart med 3 eller 4. Tallene refererer til prosentvis andel besvarelser i hver svargruppe.

Først hadde skjemaet tre ja/nei spørsmål:

		JA	NEI
1	Har du i løpet av de siste to måneder fått personlig tilbakemelding på jobben du gjør fra din leder?	73	27
2	Bør Grimstad prioritere hjemmetjenestene sterkere på bekostning av institusjonstjenestene?	26	67
3	Er det etter ditt syn mulig for Grimstad å ikke ha tilbud om langtidsplass på institusjon, bare leilighet i bemannet bofellesskap?	1	96

RO har hatt tilgang til resultatet fra arbeidsmiljøundersøkelsen som er gjennomført i 2009 og hvor det er stor deltakelse. Den bekrefter det som viser seg i spørsmål 1, ansatte melder at de får tilbakemelding og at de har hatt medarbeidersamtaler som også blir fulgt opp.

Det er en åpenbar utfordring at personalet er så institusjonsorientert som det framgår av spørsmål 2 og 3. De lederne RO har snakket med er langt mer innstilt på at kommunen i framtida må satse mer på hjemmetjenester i bofellesskap i stedet for institusjonstjenester. Det er tilsynelatende en overveldende del av de ansatte som ikke er enig i en slik omprioritering. RO viser til behandling av prioriteringer i andre deler av rapporten.

Kompetanse og opplæring

Spørsmålene her dreier seg om hvordan tjenestene ivaretar opplæring og kompetanseutvikling

I hvilken grad opplever du at...		Liten grad		Stor grad	Vet ikke
4	- du får arbeidsoppgaver som gjenspeiler den fagkompetansen du har?	10	67	22	1
5	- din nærmeste leder oppfordrer deg til å ta utdanning eller kurs som kan øke din kompetanse?	20	46	34	
6	- ansatte innenfor helse og omsorg generelt blir oppfordret til å øke sin formelle kompetanse (utdanning)?	17	56	21	6
7	- du som ansatt blir pålagt å delta på interne kurs for å øke avdelingens fagkompetanse?	21	56	22	1
8	- kompetanse blir verdsatt, for eksempel i form av lønn eller andre goder, der du jobber?	26	55	15	4
9	- du har god nok kompetanse i forhold til de arbeidsoppgavene du blir satt til?		24	75	1

Både arbeidsmiljøundersøkelsen og denne besvarelsen viser at pleie- og omsorgstjenesten vurderes å legge vekt på kompetanse og å oppfordre ansatte til å utvide sin kompetanse. Det er få som opplever at deres kompetanse i det hele tatt ikke blir tatt hensyn til. Mest tydelig er at ansatte i stor grad vurderer at de har tilstrekkelig kompetanse i forhold til sine arbeidsoppgaver. Dette underbygges også av KOSTRA-gjennomgangen (både Agenda-rapporten og ROs sammenlikning med Stjørdal) hvor det viser seg at Grimstad ligger høyt på de indikatorene som omhandler kompetanse. Det er imidlertid en stor del av de ansatte som mener at kompetanse ikke verdsettes i lønn eller andre former for goder.

I hvilken grad opplever du at ...		Liten grad		Stor grad	Vet ikke
10	- det er nok ledelse på din arbeidsplass?	10	33	56	1
11	- det er klart avklart og godt kjent hvem som har ansvar for å ta avgjørelser som vedkommer tjenesten?	2	31	66	1
12	- det finnes "uformelle ledere" i organisasjonen?	26	48	16	10
13	- din nærmeste leder er "rett mann/kvinne på rett plass"?	5	38	56	1
14	- rådmann og kommunalsjef har tillit til ansattes vurderinger og tar hensyn til ansattes vurderinger?	11	44	26	16

Svarene tyder på at ledelsen har stor grad av legitimitet, spesielt nærmeste leder. Arbeidsmiljøundersøkelsen viser det samme. Spesielt legger RO merke til at det synes å være god forståelse for ansvarsfordelingen i organisasjonen. I forhold til besvarelser RO har registrert i andre kommuner, er dette svært tydelig. Det må ellers bemerkes at mange hadde ekstra kommentarer til spørsmål 14 og mange hadde understreket at deres svar var i forhold til kommunalsjef. Også på ansattekonferansene var det flere som påpekte at dette spørsmålet burde vært delt i to. Det er mulig at det er det samme som gjenspeiler seg i at så vidt mange velger å svare ”vet ikke”.

Det er i andre sammenhenger påpekt at hjemmetjenesten er en for stor enhet. Agenda har i tillegg til kostnadsgjennomgangen også hatt en evaluering av organisasjonen³ hvor det er en av konklusjonene at hjemmetjenesten bør deles opp i flere enheter. På bakgrunn av dette skulle man kunne forvente at på spørsmål 12 om uformelle ledere ville hjemmetjenesten skille seg ut fordi det i store enheter med liten ledertetthet vil ha en tendens til å oppstå ”uformelle ledere”. Imidlertid finnes ikke denne sammenhengen da det er forholdsvis like mange av ansatte på institusjon som mener at det finnes uformelle ledere. På gruppebesvarelsene var det en gruppe som mente at det var en tendens til at de med formalkompetanse oppfatter seg selv som ledere.

I hvilken grad opplever du at ...		Liten grad		Stor grad	Vet ikke
15	- du får nok informasjon knyttet til din arbeidssituasjon?	4	51	43	
16	- du får nok informasjon knyttet til kommunens generelle utfordringer?	16	67	17	
17	- kommunen har tatt i bruk elektroniske systemer for å lette informasjonshåndteringen i helse- og omsorgstjenestene?	3	47	37	12

Besvarelsene her tyder på at ansatte er fornøyd med informasjonen de får i forhold til jobbutførelsen, i litt mindre grad med informasjonen om kommunens generelle forhold. Her må det bemerkes at svarene RO har registrert fra andre kommuner på spørsmål 16 indikerer at Grimstad i større grad enn det som er vanlig klarer å holde ansatte informert om andre forhold enn de tjenesterelaterte. Svarene på spørsmål 17 kan tyde på at kommunen har lyktes med å ta i bruk elektroniske systemer til informasjonshåndteringen og at ansatte faktisk bruker disse.

I hvilken grad opplever du at ...		Liten grad		Stor grad	Vet ikke
18	- politikerne bryr seg om det dere gjør og er opptatt av kvaliteten på tjenestene?	47	38	2	
19	- politikerne stiller realistiske krav til administrasjon og ansatte i forhold til tilgjengelige ressurser?	43	42	2	11

Gruppebesvarelsene som er analysert over her og informantene i de individuelle intervjuene og gruppeintervjuene er svært tydelige og understreker det som går fram av svarene på 18 og 19. Svarene tyder på at forholdet mellom politikere og ansatte er preget av mangel på tillit. RO møtte flere politikere i gruppemøter og disse bekrefter i stor grad at det forholder seg slik. Flere politikere omtaler ansatte i ordelag som klart tilkjennegir mangel på tillit og også

³ Agenda: Evaluering av organisasjonen. Rapport. 11.1.2009.

mangel på respekt. Dette har også ansatte oppfattet. I Agendas evaluering av organisasjonen beskrives forholdet mellom politikere og administrasjon som ”ganske bra” (s. 45). RO antar at dette er en beskrivelse av forholdet mellom administrasjonen ved rådmann og politikere ved ordfører. Forholdet mellom ansatte ellers og spesielt noen politikere, opplever RO som kritisk dårlig, noe svarene på 18 og 19 er en illustrasjon på.

<i>I hvilken grad opplever du at...</i>		Liten grad		Stor grad	Vet ikke
20	- tjenestene i kommunen samarbeider med frivillige, og aktivt legger til rette for frivillig innsats?	10	67	11	10
21	- tjenestene i kommunen samarbeider med familie/pårørende?	4	68	24	4
22	- det er enkeltvedtak som bestemmer hva slags tjeneste brukerne får?	4	40	42	12
23	- det er brukernes ønsker og behov som til enhver tid bestemmer hva slags tjeneste de får?	16	64	13	6
24	- du er kjent med kommunens overordnede mål for tjenesten?	2	42	53	2
25	- du kjenner de individuelle målene for de brukerne du arbeider med/hos?	1	24	68	7
26	- tilbudet brukerne får er i samsvar med klart beskrevne individuelle mål?	4	54	28	14
27	- tilbudet brukerne får holder en standard som er innenfor faglige minstemål?	1	56	38	5
28	- det finnes ”noe å gå på” i forhold til å klare seg med mindre ressurser i tjenestene innenfor helse og omsorg?	67	25	2	6
29	- det er for lett for noen å få tildelt kommunale tjenester?	29	45	7	18
30	- ressursene er fordelt riktig slik at brukerne tilbys tjenester på det omsorgsnivå som er rett for dem?	12	61	12	15

RO har inntrykk av at det er ryddige forhold når det gjelder det forvaltningsmessige. Bestillerkontoret virker å ha god legitimitet og ansatte er tydeligvis fornøyd med måten det fungerer på. RO viser til at bestillerkontoret ble vurdert som en av styrkene til pleie- og omsorgstjenestene i følge gruppebesvarelsene. Ansatte mener også at tjenestene samarbeider godt med pårørende, mens det kan se ut som om de mener at det er noe å gå på i forhold til å få til samarbeid med frivillige ellers. Dette bekreftes også av gruppebesvarelsene og av informantene i intervjuprogrammet.

Ansatte er ellers tydelig på at det er lite ”å gå på” i forhold til at tjenestene kan klare seg med mindre ressurser. Dette sett i sammenheng med at det i denne prosessen skal skjæres ned med i størrelsesorden 20 mill⁴. gir noen ekstra utfordringer. Svarene på 29 kan likevel tyde på at mange ansatte faktisk mener at det kan være for lett å få tjenester. I så fall kan kommunen på lengre sikt ha et innsparingspotensiale her.

⁴ RO viser til gjennomgang senere i rapporten, tallet framkommer som et resultat av halvårsrapportering på økonomi hvor sektoren ligger an til et større overforbruk enn tidligere antatt.

2.3 Arbeidsmiljøundersøkelsene

RO har gått igjennom besvarelsene som ble gitt på arbeidsmiljøundersøkelsene i 2009, slik de er oppsummert av organisasjonsenheten. RO forutsetter at hele oppsummeringen er kjent eller at leseren kan finne fram til denne på kommunens intranett. Generelt sett viser undersøkelsene at ansatte er godt fornøyd med arbeidsmiljøet og det aller meste er innenfor det som registreres som gjennomsnitt.

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført i februar-09 og omfattet alle fast ansatte og vikarer i Grimstad kommune. Spørreskjemaet ble sendt ut til 1494 medarbeidere. Det er registrert 1119 besvarelser som gir en svarprosent på 74. Tilsvarende undersøkelse i 2005 ga en svarprosent på 65, og i 2007 62%. Svarprosenten for helse og sosial var 65.

Undersøkelsen er bygd opp tilsvarende slik ROs skjema på individuelle besvarelser i ansattekonferansene var bygd opp, altså med påstander hvor man skulle angi i hvor stor grad man var enig på en skala fra 0-6. Disse arbeidsmiljøundersøkelsene er en del av KS' "Bedre kommune" og brukes av en stor del av landets kommuner. RO har tatt med svarene fra hver enhet og sett på hvor svarene avviker positivt eller negativt i forhold til gjennomsnittstallene for alle kommuner. Avvik i den ene eller andre retning vil si at gjennomsnittsskåre er 0,5 mer eller mindre enn gjennomsnittet.

Feviktun

Her gir besvarelsene positivt avvik på fysiske arbeidsforhold, på graden av tilbakemeldinger fra nærmeste leder og på mulighetene for kompetanseheving. Respondentene mener at arbeidsplassen deres i stor grad har et positivt omdømme og det er også positivt avvik på i hvilken grad de mener at de kommer til å jobbe i kommunen om 3 år.

Det er negativt avvik på arbeidstidsordningen og på muligheten for å få en stillingsstørrelse som er tilpasset den enkeltes behov.

Ellers er alle svarene innenfor gjennomsnittintervallene.

Frivolltun

Også her er det positivt avvik på arbeidslokalene.

Negativt avvik i forhold til å være med på å utvikle målene for egen arbeidsplass.

Ellers er alle svarene innenfor gjennomsnittintervallene.

Boveiledertjenesten

Positivt avvik i forhold til om arbeidsplassen er integrerende, at leder følger opp det som kommer fram i medarbeidersamtalen og i forhold til hvordan individuell lønn blir fastsatt.

Her er det negativt avvik i forhold til overordnet ledelse som tydelig med hensyn til kommunens retning og mål.

Ellers ingen avvik i forhold til gjennomsnittet.

Bestillerkontoret

Her er det positivt avvik på hvorvidt ansatte er med på å fastsette mål for arbeidsplassen, at man har tilstrekkelig med utstyr, at man får god tilbakemelding og på at nærmeste leder har innsikt i den jobben hver enkelt gjør.

Tjenesten har negativt avvik i forhold til å ha tid nok til å gjøre jobben, varsling om kritikkverdige forhold og på om overordnet ledelse er tydelig på kommunens retning om mål. Det er videre negativt avvik på om overordnet ledelse bidrar til å skape positivt bilde av tjenestene blant innbyggerne og på spørsmål om overordnet ledelse tar etikk i kommuneorganisasjonen på alvor. Videre er det negativt avvik på lønn i forhold til egen jobb og på måten individuell lønn fastsettes.

Ingen andre avvik i forhold til gjennomsnitt.

Landvik aldershjem

Her er det positivt avvik på stolthet over egen arbeidsplass og negativt avvik i forhold til fysiske arbeidsforhold, overordnet ledelse og i forhold til mobbing, diskriminering og varsling. Ellers ingen avvik i forhold til gjennomsnittet.

Hjemmetjenesten

Her er det ingen avvik i forhold til det som er registrert som gjennomsnitt. Men det bemerkes at ansatte som har besvart undersøkelsen har gitt mange kommentarer. Spesielt er det mange kommentarer på at fagpersonale er misfornøyd med at de må utføre tjenester knyttet til praktisk bistand. (Dette var det også mange som kommenterte i gruppebesvarelsene på ansattekonferansene).

Kjøkkentjenesten

Her er det spesielt mange positive avvik. Dette gjelder i forhold til fysisk arbeidsmiljø, integrering, nærmeste leder, muligheter for kompetanseheving, lønn og arbeidstidsordning. Her mener de også at ledere bidrar til godt omdømme og at kommunalsjefen viser respekt og er tydelig.

Det er ingen negative avvik eller andre avvik i forhold til gjennomsnitt.

3 GJENNOMGANG AV STATISTIKK

I 2008 var Agenda hyret av Grimstad til å gjennomgå alle tjenesteområder med henblikk på kostnadssammenlikning.⁵ Agendarapporten vil være et viktig grunnlagsdokument i det videre arbeidet med omstilling i Grimstad kommune og danner også et utgangspunkt for RO i arbeidet med denne rapporten. Grimstad kommune har ellers selv jevnlig foretatt sammenstillinger for å sammenlikne bl.a. ressursbruken i egne tjenester med ressursbruken i andre kommuner (se for eksempel de siste årenes handlingsprogrammer). I denne rapporten vil RO oppsummere noen av de funn som tidligere er påpekt og i tillegg se på tallene for innrapporteringen for 2008. RO viser til omtalt materiale og forutsetter at dette er kjent, eller at leseren eventuelt gjør seg kjent med det for mer detaljert informasjon.

Etter hva RO kan se, er det ikke grunn til å gjøre en helt ny KOSTRA-gjennomgang med 2008-tallene som grunnlag. Det ser ikke ut til å være store endringer i forhold til de sammenlikninger som er gjort i Agendas rapport. Med dette som bakgrunn vil RO her trekke fram noen av Agendas konklusjoner (som også i stor grad er i overensstemmelse med det kommunens egne gjennomganger tidligere har vist).

Agenda sier, etter å ha sett på hvordan nettoutgiftene er fordelt på tjenester (s. 103): Grimstad kommune kan sies å prioritere institusjonstjenester høyt. Dette er ikke i tråd med forestillingene om en mest mulig effektiv tjeneste. Den er heller ikke helt tilpasset de støtte- og rammebetingelser som er utviklet for tjenestene.”

Som en oppsummering av gjennomgangen av kostnadsnivå sier Agenda (s. 105) at det er umulig for en vekstkommune å ha et kostnadsnivå på linje med mange små distriktskommuner.

3.1 Grimstad og Stjørdal i KOSTRA

Dersom man bruker kommunene Agenda gjennomgående har sammenliknet med (andre vekstkommuner), er det ingen av dem som i 2007 bruker mindre ressurser på pleie- og omsorgstjenestene samlet enn det Grimstad gjør. En av kommunene det sammenliknes med er Stjørdal kommune i Nord-Trøndelag. Dersom Grimstad skulle kopiere Stjørdal, ville det bety at pleie og omsorg i Grimstad skulle hatt 18,7 mill. kr mer å rutte med enn det tjenestene brukte i 2008.

Stjørdal er hjemkommunen til RO og siden RO derfor kjenner kommunen godt, vil RO bruke Stjørdal som sammenlikningsgrunnlag og se på hvordan de to kommunene har valgt forskjellige løsninger og hvordan dette gir seg utslag i forskjellig kostnadsbilde. I Agendas begrunnelse for å bruke Stjørdal som sammenlikningskommune heter det (s. 23): ”Stjørdal er mye brukt som referansekommune etter som denne kommunen driver med begrensede ressurser selv om oljeindustrien har lokalisert arbeidsplasser i kommunen”.

Først en vurdering av hvor sammenliknbare de to kommunene er. Tallene er hentet fra KOSTRA eller fra Kommunal- og regionaldepartementets ”Kriterietall til inntektssystemet for kommuner 2009”.

⁵ Agenda Utredning & Utvikling AS: Kostnadsgjennomgang. Statusrapport for bruk av ressursene sammenliknet med andre kommuner.

Forhold som sammenliknes	Beskrivelse (enhet)	Grimstad	Stjørdal
Innbyggertall	Antall totalt pr 1.1.08	19809	20616
Innbyggertall	Andel over 80 år, %	3,8	4,1
Innbyggertall	Andel 6-15 år, %	14,7	14,8
Døde pr. 1000 innbyggere	Antall	7,5	7,5
Innbyggertall i tettsteder	Andel %	81,5	66,9
Reisetid til kommunesenter	Gjennomsnitt i minutter	5,3	6,3
Innbyggertall, ikke gifte	Antall over 67 år	1031	1121
Innbyggertall, PU	Antall under 16 år	19	30
Innbyggertall, PU	Antall 16 år og over	55	96
Innbyggertall innvandrere	Andel %	7,4	3,7
Vekst innbyggere	% økning 1997-2007	14,9	14,4

Tabellen viser to kommuner som er svært like med hensyn til de utfordringene de kan forventes å ha i forhold til pleie- og omsorgstjenester. Denne likheten gjør at det gir mening å sammenlikne kommunene direkte når det gjelder hvordan de har valgt å prioritere og å organisere sine tjenester. Kommunene er ulike i forhold til antallet mennesker med utviklingshemning og i forhold til antallet innvandrere, dette må man ha in mente i den videre sammenlikningen.

Under følger en sammenlikning av de to kommunene på sentrale størrelser som definerer pleie- og omsorgstjenestene med ROs kommentarer. Alle tall er hentet fra KOSTRA-rapporteringen for 2009, opprettede tall per 29.06.2009, det vil si tjenesterapporteringen for 2008.

Når KOSTRA sammenligner kommuner, plasseres de i grupper ut fra størrelse og bundne kostnader/frie disponible inntekter. Grimstad er plassert i KOSTRA-gruppe 8: "Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger middels frie, disponible inntekter." Stjørdal plasseres i KOSTRA-gruppe 7: "Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter." I rapporten til Grimstad argumenterer Agenda for at gjennomsnittstall for gruppe 8 ikke egner seg for sammenlikninger når utfordringen er innsparinger. Dette fordi kommunene i denne gruppen er store kommuner utenom de største byene som har en langt rommeligere økonomi enn de typiske vekstkommunene som både Grimstad og Stjørdal er.

Hovedkonklusjonen til Agenda er altså at Grimstad bruker mye ressurser på institusjonstjenester. I KOSTRA framstilles prioritering som hvor stor andel av netto driftsutgifter som brukes på henholdsvis institusjoner, hjemmeboende og aktivisering. Tallene er oppgitt i % og er for henholdsvis Grimstad og Stjørdal: 48/48 og 4 for Grimstad og 32/62 og 5 for Stjørdal. Kommunene bruker altså omtrent like mye av totalbudsjettene sine på aktivisering, men er veldig forskjellig i sin prioritering mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester.

Noen andre størrelser underbygger eller illustrer denne forskjellen:

Forhold som sammenliknes	Beskrivelse (enhet)	Grimstad	Stjørdal
Personell med fagutdanning	Andel i brukerrettede tjenester	86	79
Hjemmeboende med omf. behov	Andel over 67 år med tjenester	11	23
Institusjonsplasser	I forhold til ant. tj.mott. i %	16	11
Institusjonsplasser	I forhold til eldre over 80 år, %	17	9
Institusjon og pl. til held. oms.	I forhold til eldre over 80 år, %	22	32
Netto utgifter til institusjon	Per innbygger over 80 år, kr	125 103	68 166
Netto utgifter til institusjon ⁶	Per institusjonsplass, kr	730 762	644 209
Netto utgifter til hj.tjenester	Per innbygger, kr	4 605	5 414

Agenda skriver i sin rapport (s. 115) at med en relativt høy dekningsgrad av institusjonsplasser i forhold til antallet eldre over 80 år, burde man forvente at plassene var rimeligere enn for kommuner med lavere dekning. Dette er også ROs erfaring og forklares ved at med lavere dekning vil plassene erfaringsmessig belegges med skrøpeligere brukere og dessuten vil de gjerne ha behov for mer spesialiserte tjenester og slik kreve bedre bemanning.

Her ser man at plassene i Grimstad er vesentlig dyrere i drift enn plassene i Stjørdal. Når Grimstad har en høyere dekning av pleiere med fagutdanning, kan dette også ha sammenheng med at tettheten av fagpersonale må være større når en relativt større andel av tjenestene gis i institusjon.

For å få et tydeligere bilde av hva som skiller tjenestene i de to kommunene hentes rapporter fra KOSTRA-nivå 3. Her er alle tall faktisk antall brukere, alle tall gjelder 2008 og er altså det kommunen selv har rapportert til SSB.

Hva tallene viser	Grimstad	Stjørdal
Mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester	792	848
Alle tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov	173	315
Mottakere av inst.tjenester og hjemmetjenester 0 – 66 år	341	301
Sykehjemspasienter	114	71
Beboere i institusjon 18 – 66 år	10	9
Plasser i skjermet enhet for aldersdemente	52	4
Psykiatrisk sykepleier, årsverk i pleie og omsorg	4,4	3,4
Geriatrisk sykepleier	7,3	2,6
Sykepleiere med annen spesialutdanning	11,5	5,4
Andre sykepleiere i pleie og omsorg	77,8	88,3
Administrativt personell (øk./adm.) i pleie og omsorg	7,9	8,0
Leger årsverk i institusjon	1,75	1,19
Fysioterapeuter årsverk i institusjon	0,17	0,61

Denne KOSTRA-gjennomgangen viser at det totalt er færre som mottar tjenester i Grimstad enn i Stjørdal, men at Grimstad gir tjenester til flere som er under 66 år. Samtidig har vesentlig flere av tjenestemottakerne i Stjørdal et omfattende tjenestebehov.

Det er som tidligere vist, langt flere sykehjemspasienter i Grimstad enn i Stjørdal. Her må også påpekes at 10 av pasientene i Stjørdal er i et distriktsmedisinsk senter som kun har behandlende funksjon og hvor ingen har opphold i lang tid. Det er også bemerkelsesverdig

⁶ Etter at administrasjonen har sett nærmere på innrapporteringen til SSB fra Grimstad, kan det se ut som at det er kostnader rapportert på institusjon, som egentlig skulle vært rapportert på andre tjenesteområder.

forskjell i hvordan demensomsorgen i de to kommunene er organisert. I Stjørdal er demensomsorgen enten knyttet til ordinære sykehjemsplasser eller til omsorgssenter mens Grimstad har valgt en løsning med skjermede sykehjemsplasser. Personalet i Grimstad karakteriseres av langt bedre spesialisering enn i Stjørdal, legedekningen på sykehjem er noe bedre i Grimstad, mens Stjørdal har langt bedre dekning av fysioterapeuter. Kommunene bruker like mye personale til administrasjon innenfor tjenestområdet.

Gjennomsnittstallene i KOSTRA viser at kommunene i Norge har opplevd en sterk vekst i ressursbruken i pleie og omsorg mellom 2006 og 2008. Her er det også store forskjeller mellom kommunene. Målt ut fra tallene for nettoutgifter til pleie og omsorg per innbygger over 67 år har økningen i gjennomsnittskommunen vært på 17 % over disse årene (nominelle tall hvor det ikke er korrigert for generell kostnadsutvikling). Grimstad har i samme periode hatt en utgiftsvekst på 24 % (fra 68 168 kr til 84 375 kr), mens tilsvarende i Stjørdal er minimale 3.5 % (fra 68 493 kr til 70 890 kr). RO har ikke detaljkunnskap som kan forklare hvorfor Stjørdal har hatt så liten utgiftsvekst sammenliknet med andre. Agenda peker også på at veksten mellom 2005 og 2007 er større i Grimstad enn hva gjennomsnittsveksten skulle tilsi.

Gjennomgang av kostnadsveksten slik den er rapportert i KOSTRA viser at det er innenfor hjemmetjenestene veksten har vært størst, og igjen; større for Grimstad enn for gjennomsnittskommunen. KOSTRA hadde ikke med antallet brukere av hjemmetjenester i 2006. Fra 2007 til 2008 hadde kommunene i kommunegruppa til Grimstad en økning i antallet på 5,4%, Grimstad hadde en økning på 6,45%. (Her må det igjen bemerkes at Grimstad har færre mottakere enn gjennomsnittet begge årene).

Økning netto driftsutgifter for Grimstad sammenliknet med kommunegruppa 2006 – 2008:

	Grimstad	Kommunegruppa
Hjemmetjenester per innbygger	37 %	19 %
Lønn per hjemmetjenestemottaker	30,8 %	20,4 %
Institusjonstjenester per innbygger	4,4 %	2,5 %

Grimstad har altså hatt en vesentlig høyere økning i ressursbruken for hjemmetjenestene enn det som er gjennomsnittet for kommunegruppa og dette ser ut til å være knyttet til økning i lønnsutgifter i perioden. RO har ikke data som kan forklare hvorfor lønnsutgiftene i Grimstad ser ut til å ha økt mye mer enn i gjennomsnittskommunen i løpet av 2006 – 2008. Det kan komme som resultat av at den samlede kompetansen er økt.

For den delen av tjenestene som er med i ISF, foreligger tall for volumøkning fra januar 2007 til mars 2009. For hjemmetjenesten gruppe 1, 3 og 4 har det i denne perioden ikke vært en stor økning i antallet bestilte, eller tildelte, timer. Forskjellene er naturlige variasjoner fra måned til måned. For Berge gård har det heller ikke vært en stor økning, men likevel en markant økning ut over månedlige forskjeller. Psykiatritjenesten har økt vesentlig i volum, men utgjør en så liten del av tjenestene samlet, at en økning her ikke kan forklare den store kostnadsøkningen for tjenestene samlet.

3.2 Eldreomsorgen

I en helt fersk rapport fra SINTEF Helsetjenesteforskning gjennomgås eldreomsorgen i Norske kommuner.⁷ Her har SINTEF beregnet hvor mye av ressursene i pleie og omsorg som går til eldreomsorgen. Dette er beregnet for hver kommune ut fra å koble KOSTRA-data på ressursbruk med IPLOS-data på behov. Gjennom IPLOS registreres mottakerne på alder og det gir mulighet til å trekke ut tall for eldreomsorgen. Det vises til rapporten for dokumentasjon og beskrivelse av hvordan tallene framkommer (s. 146 og videre).

SINTEF viser at på nasjonalt nivå går 62,9 % av ressursene til eldreomsorg og sier om forskjellene mellom kommunene (s. 147): ”Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom kommunene når det gjelder hvor stor andel av de totale ressursene i pleie og omsorg som går til eldreomsorg. I 50 kommuner går mindre enn 50 prosent av ressursene til eldreomsorg, mens for 22 kommuner går mer enn 90 prosent av de totale utgiftene til pleie og omsorg til eldre. Hvor stor andel av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester som går til yngre brukere, henger i noen grad sammen med kommunestørrelse. Små kommuner bruker ofte en større del av utgiftene på eldre innbyggere.”

I SINTEFs rapport er det ikke gjengitt data på kommunenivå. RO har sett på grunnlagsdata for denne rapporten og trekker her fram noen av funnene som danner bakgrunn for SINTEFs analyser.

Beskrivelse av enkeltindikatorer	Grimstad	Stjørdal
Prosent mottakere av hjemmetjenester 67 år +	14,5	18,7
Prosent mottakere av hjemmetjenester 80 år +	33,9	40,8
Prosent av tjenestemottakere 67 år + som har institusjonsplass	52,4	27,6
Prosent dekningsgrad (hj.tj + institusj.tj) totalt 67 år +	19,8	21,5
Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år +	70872	59100
Brutto driftsutgifter til hjemmetjenester per 1000 innbygger 67 år +	29088	32609
Brutto driftsutgifter til institusjonsplasser per 1000 innb. 67 år +	41784	26491
Årsverk brukerrettet tj. til eldreomsorg totalt per 1000 innb. 67 år +	139	117
Gj.snittlig ant. timer med hjemmetj. per uke per eldre mottaker	4,0	7,3
Andel av brutto driftsutgifter i pleie og omsorg som går til 67 år +	75,7	63,5

I SINTEFs rapport grupperes alle landets kommuner i forhold til hvor mye ressurser kommunen bruker på omsorgstjenester til eldre og i forhold til hvordan ressursene er fordelt på hjemmetjenester og institusjonstjenester. Grimstad er plassert i gruppe 1 som kjennetegnes av å ha lav dekning av både institusjonstjenester og hjemmetjenester. Indikatorene som er gjengitt i tabellen over viser altså at Grimstad bruker atskillig mer på tjenestene til eldre tjenestemottakere enn det Stjørdal gjør, regnet per innbygger over 67 år, men at Stjørdal bruker mer av ressursene på hjemmetjenester. Grimstad bruker også flere årsverk på tjenestene til de eldre enn det Stjørdal gjør.

Sammenliknet med Stjørdal er det altså i forhold til prioriteringen mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester at Grimstad har et potensial for endring og for eventuell ressursparing. Det er imidlertid viktig å se dette i sammenheng med at tjenestene totalt sett bruker mer ressurser per innbygger enn det Stjørdal og andre sammenliknbare kommuner gjør. KOSTRA-gjennomgangen til RO understøtter det KOSTRA-gjennomgangen til Agenda

⁷ Beate M. Huseby og Bård Paulsen: Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig – eller best i verden. SINTEF A11522 Rapport Mai 2009. Oppdragsgiver er KS.

allerede har påvist; nemlig at dersom Grimstad skal spare ressurser på sine pleie- og omsorgstjenester, må det skje innenfor eldreomsorgen og da som en strategisk endring av innretningen på tjenestene.

4 IPLOSANALYSE

RO har gjennomgått fagsystemets registrering av brukere slik det framkommer i kommunens oversendelse til SSB.⁸ RO har mottatt samme datafil som oversendes SSB og har registrert brukerne på mottaksenhet slik kommunen har ønsket. Materialet RO da har tilgang til er anonymisert, hver bruker har et nr. og RO kjenner ikke til, enkeltbrukeres identitet.

I IPLOS registreres brukernes funksjonsnivå gruppert på 17 funksjonsvariabler; fungere sosialt, innkjøp, daglige beslutninger, ivareta egen helse, mobilitet innendørs, husarbeid, vaske seg, av/påkledning, matlaging, spise, toalett, mobilitet utendørs, syn, hørsel, huske, kommunisere og styre egen adferd.

Brukere gis en skår på fra 1 til 5 på hver av variablene for å angi i hvor stor grad de har problemer med å dra omsorg for seg selv innenfor de enkelte variablene. Skåren for hver av variablene behandles så etter retningslinjer gitt av helsedirektoratet⁹ slik at brukeren får en skår som angir vedkommendes funksjonsnivå, FN. FN beskriver altså brukernes mestringsevne i forhold til aktiviteter i daglig liv, også kaldt ADL. I denne rapporten benyttes FN eller ADL om hverandre og betyr det samme. Kommunene mottar rapport fra SSB med oversikt over FN for sine brukere for eksempel i forhold til aldersgrupper, men kan her ikke se gjennomsnittlig FN for brukerne på enhetsnivå. Gjennom å gi brukerne nivåkode etter hvor de mottar tjenester, er det mulig å få gruppert brukerne på forskjellige enheter og å gi gjennomsnittlig FN for hver enhet. Ellers inngår IPLOS nå som en del av KOSTRA, men her er det kun aggregerte data på kommunenivå.

RO har registrert gjennom noen oppdrag at det er svært store forskjeller mellom kommunene på kvaliteten av dataene, på tross av at de er godkjent av SSB. Det kan være brukere som er registrert med ugyldige vedtak, brukere uten FN, brukere med vedtak som ikke lenger er aktive eller brukere som ikke er registrert i det hele tatt. RO har sammen med personale i Grimstad gått igjennom alle brukerne for å ha et grunnlag som i så stor grad som mulig gjenspeiler faktiske forhold. Det ble gjort en del oppdateringer av funksjonsnivå og av vedtak. Det er ellers vanskelig å sammenlikne på FN-nivå mellom forskjellige undersøkelser fordi det finnes flere måter å regne ut gjennomsnittlig FN på.

RO har registrert brukerne på tjenesteenhet og har sammenstilt dataene for registrert behov slik de framkommer som FN og regnskapsdata for de samme enhetene. Regnskap er her netto lønn per enhet inklusive sykepengerefusjon og eksklusive administrative stillinger og merkantile stillinger. Dette gir mulighet for å gi et bilde av ressursbruken i tjenestene sett i sammenheng med brukernes behov. RO understreker at dette ikke er for å komme med bastante konklusjoner, men mer for å ha grunnlag for å stille spørsmål og for å kunne ha en formening om hvor det kan være mulig å spare ressurser.

⁸ For nærmere beskrivelse av krav til innsending og oversikt over rapporter, se www.ssb.no

⁹ For informasjon om hvordan beregningene av snittskår skjer, se www.helsedirektoratet.no

Det er viktig å merke seg at ”timer” i analysen er det antall timer som går fram av vedtak, altså planlagt tid. Mens kostnader er regnskapstall og altså faktisk registrert ressursbruk. Dersom tjenesteyterne registrerte faktisk medgått tid i hvert besøk, for eksempel på en håndholdt datamaskin, ville man få et bilde av hvorvidt brukeren faktisk får de timene de er tildelt eller om de får mer, eventuelt mindre. Timekostnader i denne gjennomgangen viser altså hvor mye ressurser som går med til å produsere en vedtakstime. RO har erfaring for at dette kan variere svært mye kommunene imellom.

I denne rapporten grupperes brukerne i tre grupper, i henhold til Notater 2008/42 fra SSB så bruker RO følgende inndeling av ADL:

	ADL
L-Lite bistandsbehov	1.00-2.00
M-Middels til stort bistandsbehov	2.01-3.00
T-Omfattende bistandsbehov	3.01-5.00

Denne måten å dele opp på skiller seg fra en rent matematisk inndeling som brukes i mange andre undersøkelser hvor gruppene er tilordnet nøyaktig like store intervaller. SSB-inndelingen som er brukt her medfører at flere brukere blir plassert i gruppen med omfattende bistandsbehov enn om man skulle utgå fra en matematisk fordeling. Dette gjør det også vanskelig å sammenlikne over tid fordi denne måten å dele inn på er benyttet på data først fra 2008.

4.1 IPLOS-gjennomgang sykehjem

	Antall plasser	Snitt ADL	Andel		Andel		Andel		Totale lønnskostnader	Lønnskostnader per bruker
			L	L	M	M	T	T		
Feviktun	56	3,51	4	7 %	14	25 %	38	68 %	29 835 263	532 773
Landvik aldershjem	13	2,71	1	8 %	9	69 %	3	23 %	4 894 216	376 478
Frivolltun (1 mangler ADL)	55	3,33	5	9 %	16	29 %	34	62 %	30 164 320	538 649
Sykehjem samlet	124	3,35	10	8 %	39	31 %	75	60 %	64 893 799	523 337

I denne sammenhengen regnes institusjoner under ett og Landvik aldershjem regnes også som institusjon, det vil si at brukere ikke har vedtak på timer, men vedtak på plass og at de betaler vederlag. Dette til forskjell fra omsorgssenter hvor brukere betaler husleie, har vedtak på timer hjelp og betaler husleie og hvor husleieloven regulerer rettighetene. Ikke uventet har brukerne på Landvik vesentlig lettere funksjonstap enn på sykehjemmene og sannsynligvis ville de kunne hatt tjenester på et bosenter med tilbud om heldøgns pleie og omsorg i stedet.

Når det gjelder de to sykehjemmene, har Fevikun brukere med noe større funksjonstap enn Frivolltun, men Frivolltun har en høyere lønnskostnad per bruker. RO har ikke detaljert kunnskap om brukere og om fysiske forhold som evt. kan forklare denne forskjellen, men det kan være grunn til å se nærmere på hvordan ressursene fordeles mellom sykehjemmene. RO har ikke gjort liknende analyse i Stjørdal, men har tilgang på en analyse kommunen har fått fra Rune Devold AS. I følge denne gjennomgangen har brukere på Halsen sykehjem et gjennomsnittlig funksjonstap på 4,57. Dersom samme inndeling mellom gruppene brukes, har Halsen sykehjem ingen brukere i den lette gruppen, 2 i den mellomste og 48 i gruppen med omfattende funksjonstap. Selv om det kan være en noe annen beregningsmåte på

brukernivå, kan den i seg selv ikke forklare så store forskjeller. Alt tyder på at sykehjemmene i Grimstad har brukere med et vesentlig høyere funksjonsnivå enn i Stjørdal. Dette er ventet når man tar hensyn til at Grimstad har vesentlig flere sykehjems plasser enn Stjørdal. I sykehjem registreres ikke timer i vedtak og ingen får tjenester tildelt etter vurdert behov. I sykehjem får brukerne en ”pakke” uavhengig av registrert funksjonstap. Dermed er det ikke mulig å vurdere effektivitet målt som timekostnad på samme måte som for hjemmetjenester. RO viser til KOSTRA-gjennomgangen som viser at Grimstad har mange sykehjems plasser og at de er dyre i drift.

4.2 IPLOS-gjennomgang boliger til utviklingshemmede med mer

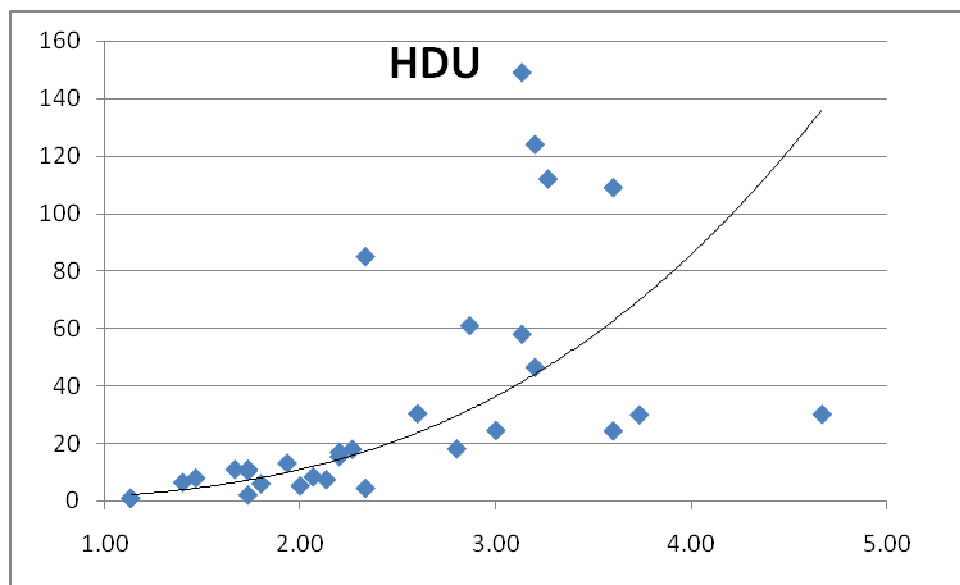
	Antall plasser	Snitt ADL	Timer per bruker per uke	Totale lønnskostnader	Lønnskostnader per bruker	Lønnskostnader per time
Holteveien	6	3,07	106,7	9 920 442	1 653 407	298,0
Markveien	20	2,10	14,76	9 794 627	489 731	638,1
Skoleveien	5	3,13	22,66	3 598 389	719 678	610,8
HDU samlet	31	2,45	33,82	23 313 458	752 047	427,6

Mange informanter, både i intervjuer og på ansattekonferansene, har påpekt at det er vanskelig å få ”rett” IPLOS-skår for tjenestemottakere med kognitiv funksjonsnedsettelse. RO er delvis enig i dette, men mener at FN likevel er med på å vise behov og at eventuelle svakheter ved IPLOS-vurderingene for disse brukerne er de samme for alle kommuner. Dermed vil man kunne få sammenlignbare tall, gitt at man kjenner mulige forskjeller i registreringspraksis, når man hele tiden ser på de samme brukergruppene.

Når det gjelder ADL-skår, har RO tall fra Trondheim og Sarpsborg og gjennom rapporten til Rune Devold AS, også fra Stjørdal. Som det går fram av tabellen over, har HDU samlet en gjennomsnittlig ADL-skår på 2,45. Trondheim har 3,15, Sarpsborg 2,97 og Stjørdal 3,3. Dette tyder på at de som får tjenester i disse boligene i Grimstad gjennomsnittlig har et mindre funksjonstap enn det som er tilfellet for de andre kommunene. Gjennomsnittsverdiene for ADL kan indikere at kommunene har forskjellige måter å vurdere ADL på for brukere med kognitive funksjonstap, eller det kan være et tegn på at det er en praksis ved tildeling av bolig til denne gruppen som kan strammes inn. Alternativet til å få tjeneste i bemannet bolig, vil være ambulerende hjemmetjenester. Det vil være vanskelig å si noe om hvorvidt dette ville være en rimeligere løsning.

Når det gjelder lønnskostnad per bruker, ligger dette i Grimstad gjennomsnittlig på 752 tusen kr. Tilsvarende for Trondheim er 920 tusen kr, for Sarpsborg 936 tusen kr og for Stjørdal 556 tusen. RO understreker at det kan være betydelige usikkerhetsmomenter i denne sammenlikningen, men tallene indikerer i alle fall at tjenestene i Grimstad ikke ligger høyere når det gjelder timekostnad enn vanlig. I følge en rapport fra 2007 er gjennomsnittet i 2006 824 tusen kr.¹⁰

¹⁰ KS FoU-rapport ved RO og Rune Devold AS: Kostnadsbilder i pleie og omsorg. (Her er brukt et representativt utvalg av kommuner).



Denne figuren viser sammenhengen mellom ADL-skår og tildelte timer per uke. Linjen er en trendlinje som viser gjennomsnittlig sammenheng, regresjonslinjen. Regresjonslinjen viser at det er en sammenheng på 0.65 som er veldig høyt statistisk og som viser svært god sammenheng mellom IPLOS-vurdering og timetildeling. Dette indikerer at Grimstad har lyktes med å få til en tildelingspraksis som gjenspeiler faktiske brukerbehov når det gjelder tjenester til utviklingshemmede. Figuren gir også grunnlag for å spørre om det kan være ”for lett” å få tildelt bolig, det er mange brukere med mindre funksjonstap.

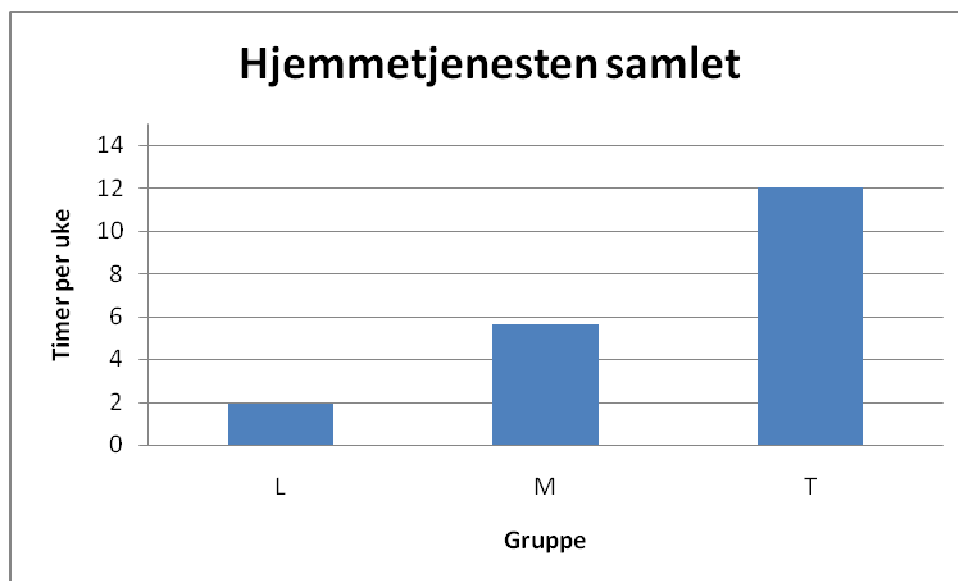
4.3 IPLOS-gjennomgang ordinære hjemmetjenester (ORD) og hjemmetjenester i bolig med tilbud om heldøgns tjenester (HDO)

HDO er omsorgsbolig hvor det er fast personale, eller hvor personalet fra for eksempel sykehjem, yter hjelp med kort responstid, også om natta. I mange kommuner med lav dekning av sykehjemsplasser er HDO alternativet for brukere med omfattende tjenestebehov og som tradisjonelt ville få langtidsopphold på sykehjem. ORD er ambulerende hjemmetjenester til brukere som bor i egen eid eller leid bolig, eller i kommunal bolig hvor det ikke er tilgang på fast personale. Begge tjenesteformene regnes som hjemmetjenester og brukerne tildeles tjenester etter behovsvurdering. Alle mottakerne er registrert i IPLOS og har fått fastsatt FN.

	antall brukere	snitt adl	andel L		andel M		andel T		Totale lønnskostnader	Lønnskostnader per bruker	Timer per bruker per uke	Lønns-kostnader per time
Fevik	112	1.80	80	71 %	29	26 %	3	3 %	9 460 455	84 468	2.34	694.2
Frivoll 3	114	1.89	78	68 %	29	25 %	7	6 %	11 944 051	104 772	3.59	561.2
Frivoll 4	138	1.91	88	64 %	44	32 %	6	4 %	10 984 004	79 594	3.30	463.8
Frivoll HBT	8	2.59	2	25 %	4	50 %	2	25 %	2 913 389	364 174	5.52	1 268.7
Hj. Tj. BG og BT	63	2.28	27	43 %	27	43 %	9	14 %	9 985 101	158 494	6.90	441.7
ORD og HDO samlet	435	1.94	275	63 %	133	31 %	27	6 %	45 287 000	104 108	3.69	542.6

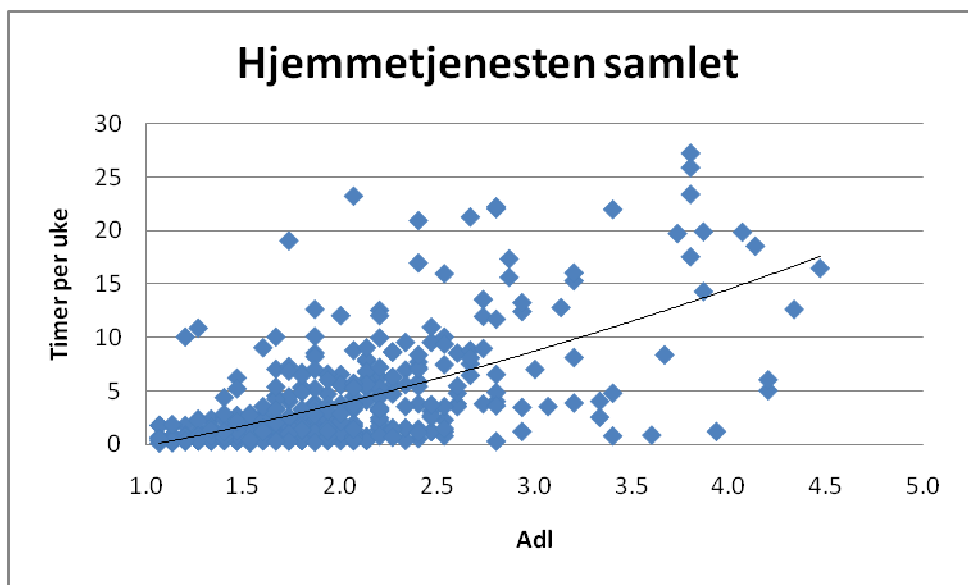
”Snitt ADL” viser at det er en tydelig sammenheng mellom type tjeneste og brukerbehov registrert som ADL. Brukere som får sine tjenester i bolig med tilbud om heldøgns tjenester (HDO) har høyere skår, altså større funksjonstap, enn brukere i ordinær hjemmetjeneste. Allikevel må det bemerkes at det er en høy andel brukere med lette funksjonstap hos HDO på Berge gård.

Det er bemerkelsesverdige forskjeller mellom Grimstad og Stjørdal når det gjelder hjemmetjenesten. Mens ordinær hjemmetjeneste i Grimstad varierer mellom 1,8 og 1,9 i gjennomsnittlig ADL-skår, varierer tallene mellom 1,84 og 2,24 for avdelingene som yter ordinære hjemmetjenester i Stjørdal. For HDO er gjennomsnittlig ADL-skår i Grimstad 2,59 og 2,28, i Stjørdal varierer gjennomsnittlig skår mellom 2,7 og 4,5 hvor bosenter for demente naturligvis er avdelingen med høyest skår (størst funksjonstap). Det er helt tydelig at mange som mottar tjenester som HDO i Grimstad har lettere funksjonstap enn tilsvarende i Stjørdal. Dette er som forventet i og med at Grimstad har valgt å plassere tjenestemottakere i sykehjem i stedet for å gi dem tjenester i egen bolig.

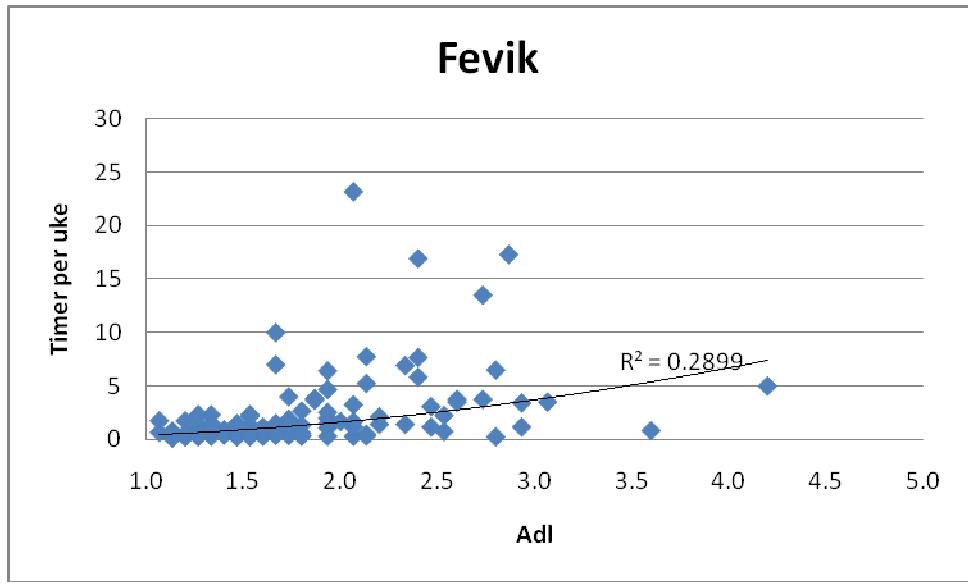


Denne figuren viser gjennomsnittlig antall timer/uke i de tre gruppene for de fem hjemmetjeneste-enhetene. Det framgår at det er en tydelig sammenheng i tjenestetildelingen hvor brukere med lette funksjonstap tildeles gjennomsnittlig tredjedelen av det som tildeles brukere med middels funksjonstap. Brukerne med omfattende funksjonstap får igjen det dobbelte av det middel-gruppen får.

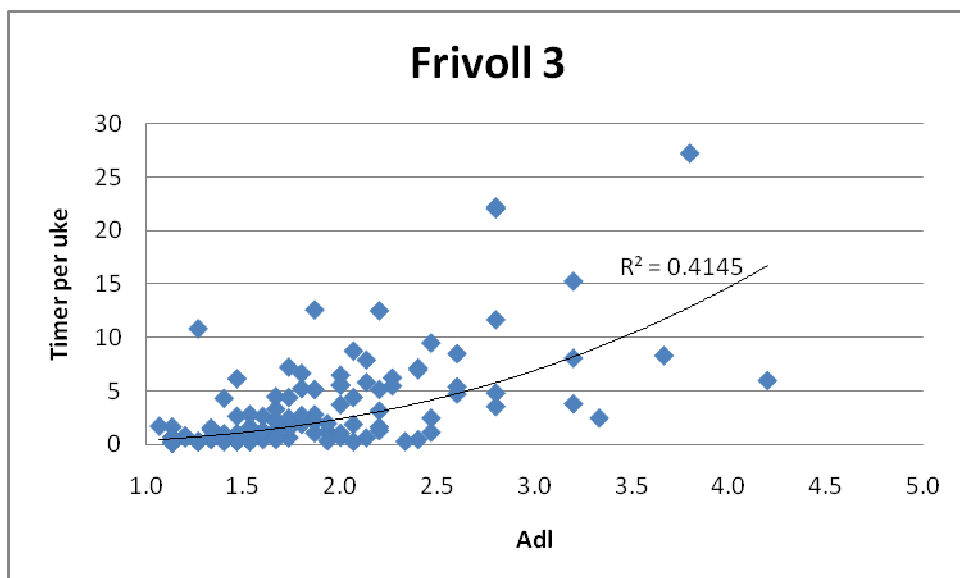
Utgangspunktet for å ville innføre registerdata som sier noe om behov, var at man ville ha statistikk som kunne vise sammenhenger mellom bruk av ressurser og registrerte brukerbehov. Før IPLOS har det ikke vært mulig å vite sikkert hvordan dette henger sammen – eller om det henger sammen i det hele tatt. Det er stor variasjon mellom kommunene i hvor stor grad de faktisk klarer å tildele tjenester som samsvarer med vurderingen av brukernes behov. Under vises figurlig hvordan denne sammenhengen er i Grimstad.



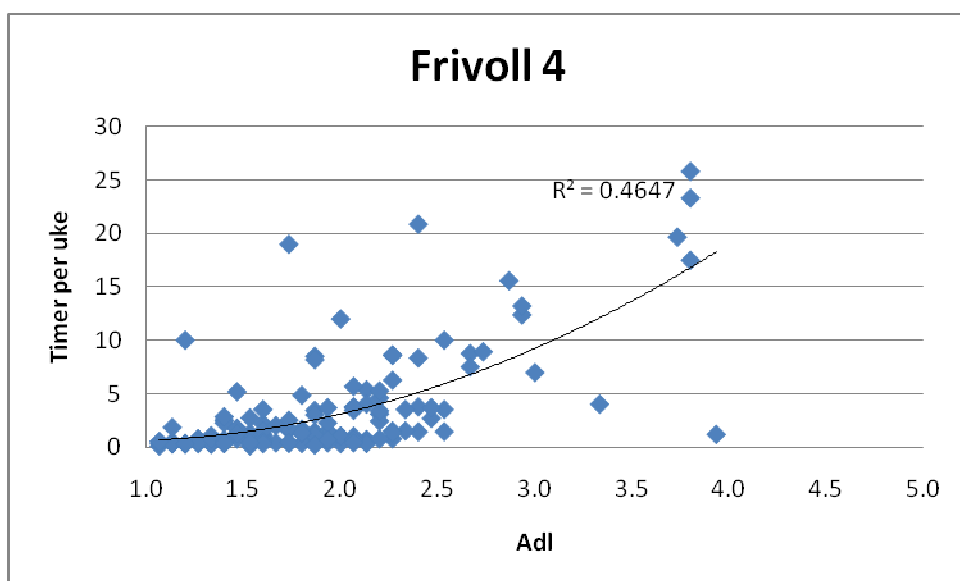
Denne figuren viser hvordan brukerne fordeler seg i forhold til ADL-skår og tildelte timer. Hver prikk representerer en bruker. Trendlinjen forklarer her 40% av variasjonene i dataene, dette er statistisk et godt samsvar og altså bekreftes figuren som viste hvordan brukerne fordelte seg i gruppene lette, middels og tunge.



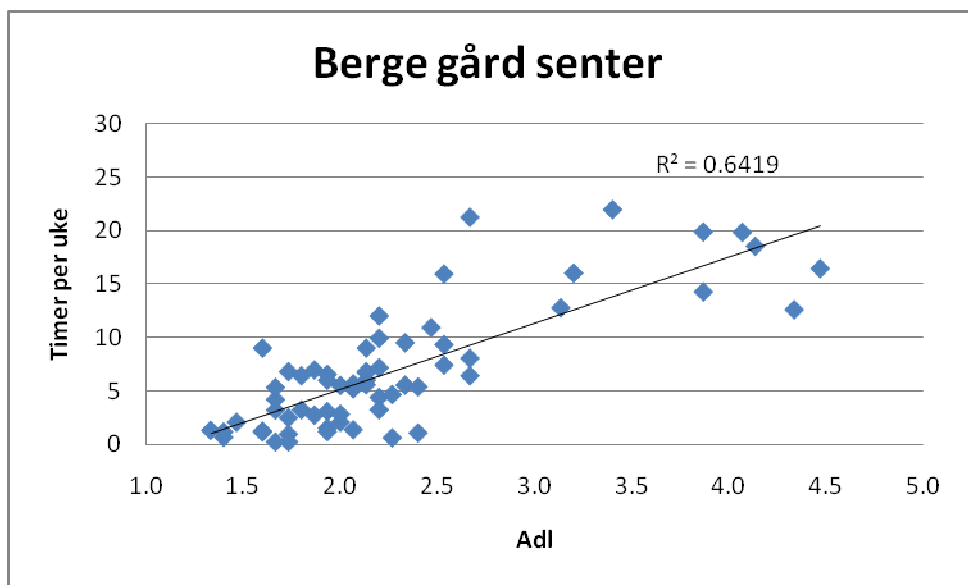
I denne figuren er hjemmetjenestene i Fevik tatt ut og figuren viser altså i hvilken grad det er sammenheng mellom brukernes ADL og timetildelingen. Her viser trendlinjen en sammenheng på 29%. Det vil si at her er sammenhengen mer utydelig. Det virker som det her i stor grad er andre forhold enn brukernes ADL som bestemmer hvor mye tjenester de får. Dette bør undersøkes nærmere og som figuren viser er det mange brukere med et funksjonstap rundt 2 som får mye tjenester, mens det er brukere med langt større funksjonstap som får svært lite.



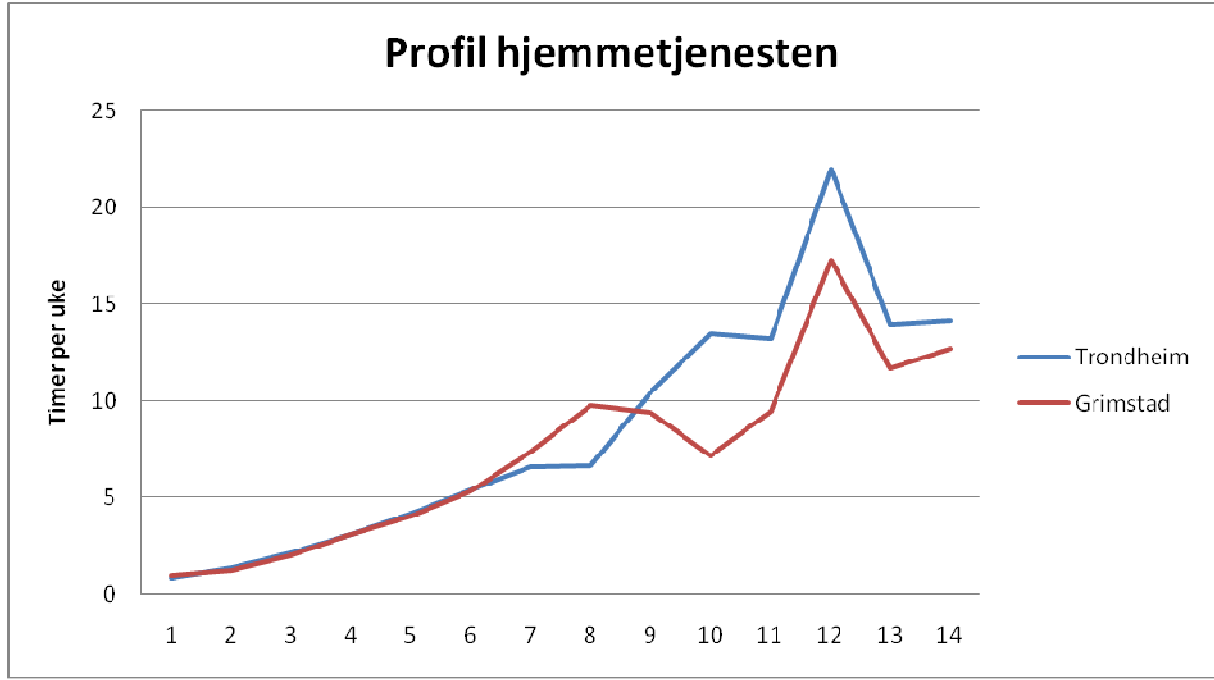
Figuren viser sammenhengen mellom tjenestetildeling og ADL-skår i sone Frivoll 3. Her er sammenhengen god og det virker som om IPLOS-registreringen direkte influerer på tjenestetildelingen.



Samme type figur viser sone Frivoll 4. Her er sammenhengen enda bedre, faktisk sjelden god. Det kan være grunn til å forsøke å identifisere hva det er som gjør at det er såpass stor forskjell mellom sonene på hvorvidt IPLOS-registreringen er med på å bestemme tjenestetildeling. Siden det nå er felles tildeling virker det usannsynlig at tildelingskontoret gjør systematisk forskjell på sonene. Kanskje gjenspeiler forskjellene mellom sonene praksis i tildelingen før tjenestekontorets tid?



Hjemmetjenestesejonen her har en sammenheng mellom ADL og tjenestetildeling som statistisk er sjelden god. Her kan det se ut som om timer tildeles matematisk i forhold til IPLOS-registreringen.



For å tegne en profil av tjenestetildelingen er det formålstjenlig å dele brukerne inn i 16 grupper, det vil si at i stedet for den vanlige inndelingen i lette, middels og tunge, får vi en mer finmasket inndeling. Denne inndelingen er matematisk slik at hvert trinn tilordnes like stor desimal av verdiene for funksjonstap. I figuren mangler gruppe 15 og 16 fordi det ikke er registrert brukere i hjemmetjenesten verken i Trondheim eller i Grimstad i disse gruppene. Trondheim kommune har hatt en bevisst politikk på å få en sammenheng mellom brukernes funksjonstap og de tildelte tjenestene. Samtidig er Trondhjem kjent for å ha en tjenestetildeling som er restriktiv. Av denne figuren kan man se at Grimstad nærmest identisk følger Trondheim når det gjelder tildelte tjenestetimer og ADL. Grimstad ligger noe under i tildeling for gruppene med størst funksjonstap. Dette er et bilde på at Grimstad har god

kontroll på tjenestetildelingen og at brukerne får tilstrekkelig med tjenestetildeling, men ikke noe særlig ”ekstra”. Dette stemmer godt overens med det som formidles til RO i intervjuprogrammet og i ansattekonferansene.

	antall brukere	snitt adl	andel		andel		andel		Totale lønnskostnader	Lønnskostnader per bruker	Timer per bruker per uke	Lønnskostnader per time
			L	L	M	M	T	T				
Fevik	112	1.80	80	71 %	29	26 %	3	3 %	9 460 455	84 468	2.34	694.2
Frivoll 3	114	1.89	78	68 %	29	25 %	7	6 %	11 944 051	104 772	3.59	561.2
Frivoll 4	138	1.91	88	64 %	44	32 %	6	4 %	10 984 004	79 594	3.30	463.8
Frivoll HBT	8	2.59	2	25 %	4	50 %	2	25 %	2 913 389	364 174	5.52	1 268.7
Hj. Tj. BG og BT	63	2.28	27	43 %	27	43 %	9	14 %	9 985 101	158 494	6.90	441.7
ORD og HDO samlet	435	1.94	275	63 %	133	31 %	27	6 %	45 287 000	104 108	3.69	542.6

Dette er samme figur som avsnittet om hjemmetjenesten ble innledet med, den gjentas her slik at leseren lett ser sammenhengen når RO nå vil se på ressursbruken i hjemmetjenesten.

Som tidligere sagt, er ”timer” tildelte timer slik de framkommer i vedtak, mens lønnskostnader er faktiske brukte ressurser slik de framkommer av regnskap. Variasjonene i lønnskostnader per bruker eller per time vil dermed kunne være et mål på effektiviteten. Dersom kostnadene for noen enheter er spesielt store, er det grunn til å se på om dette gjenspeiler at personalressurser går til annet enn brukertid og et normalt påslag i forhold til rapportering, dokumentasjon, personalmøter, kjøretid mellom brukere med mer. I denne analysen framstår tjenestene for brukerne i Frivoll HBT som noe for seg selv. Kostnadene per bruker og lønnskostnader per time skiller seg klart ut uten at det kan forklares gjennom store funksjonstap hos brukerne. I følge rapport fra Rune Devold AS til Stjørdal er gjennomsnittlig lønnskostnader til HDO i Norge 346 000 og for Stjørdal 440 000. Da må man ta i betraktning at Stjørdal har få sykehjems plasser og i hovedsak drifter sin demensomsorg som tjeneste i bolig. Dersom man ser Frivoll HBT som et alternativ og at brukerne ellers ville vært på sykehjem, er lønnskostnader per bruker ikke spesielt høyt, men i så fall skulle man forvente at tjenesten hadde langt flere brukere med store funksjonstap.

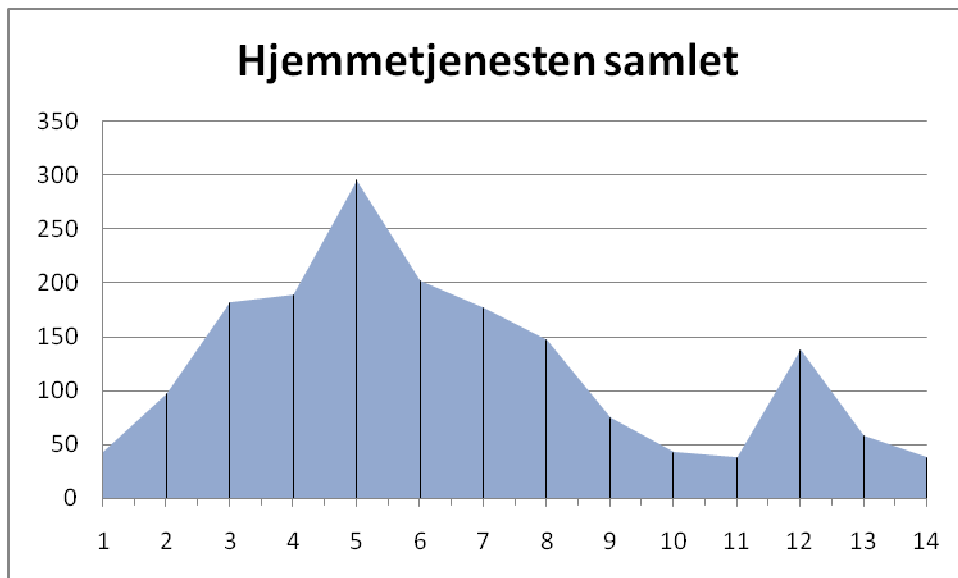
Frivoll 4 har lønnskostnader per bruker på 79 594 kr og en fordeling av brukere hvor lette utgjør 64%, middels utgjør 32% og brukere med omfattende funksjonstap utgjør 4% av totalen. Frivoll 3 har en lønnskostnad per bruker på 104 772 kr og en tilsvarende fordeling av brukerne (68% - 25% - 6%). Det er altså ikke noe ved brukernes ADL-skår som forklarer forskjellen i lønnskostnad. Forskjellen i kostnad per bruker er 25 178 kr, det vil si at om Frivoll 3 kunne drifte med samme lønnskostnad som Frivoll 4, ville man spare 2,8 mill. kr.

Lønnskostnad per time blir slik som forklart tidligere et mål på effektivitet, hva koster det å produsere en vedtakstime (her forutsettes at brukerne faktisk får akkurat det timetallet som ligger i vedtakene). I Grimstad koster hver vedtakstime 543 kr. Agenda har gjort en tilsvarende beregning i Bergen i 2009 og kommet til at en time der koster 548 kr¹¹. RO har ikke tilgang til beregning av tilsvarende timekostnad i Stjørdal. I Trondheim er beregnet timekostnad 404 kr, men er her beregnet ut fra faktisk gjennomførte timer tillagt fast påslag for tid som ikke er direkte brukerrettet, altså ikke vedtakstimer eller planlagte timer. I Trondheim inngår ikke HDO i denne timeprisen.

Det er i denne sammenhengen interessant å sammenlikne beregnede kostnader per time hjemmetjeneste med timekostnadene privat servicebedrifter opererer med. På hjemmesiden til NHO Service finnes et hefte som viser hva servicebedriftene beregner at kostnadene vil være

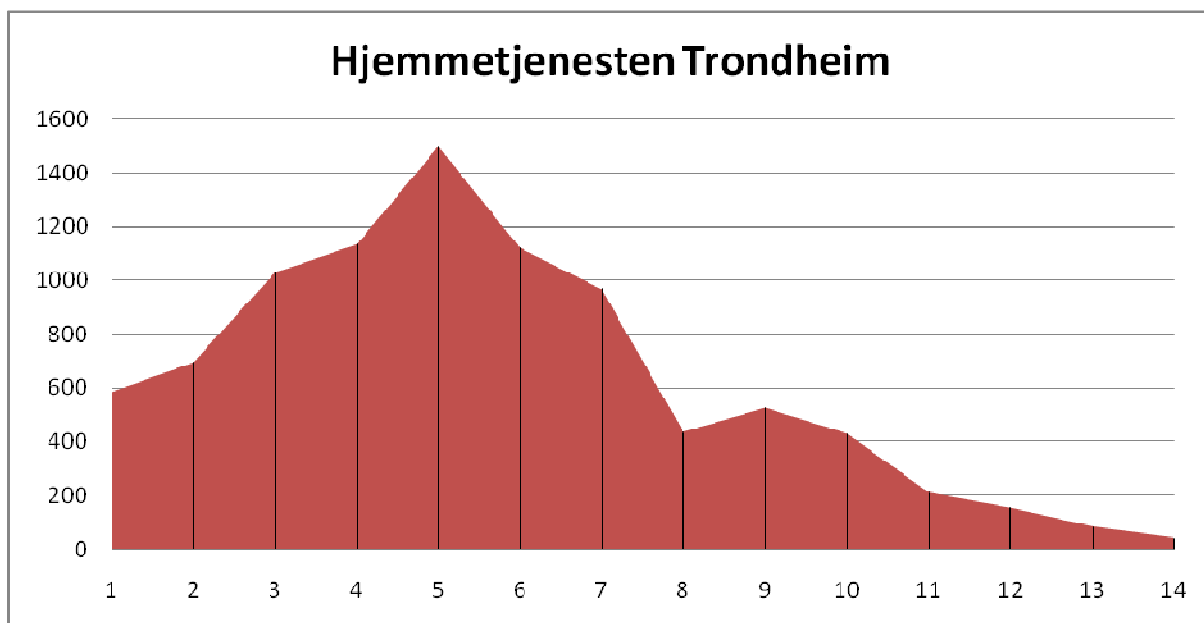
¹¹ Agenda: Ekstern gjennomgang av tjenesteområde 3. Rapport 2009. (Tilgjengelig på internett).

ved privat drift av hjemmetjenester. Her skilles mellom timepriser for hjemmesykepleie og timepriser for hjemmehjelpstjenester (praktisk bistand) og timeprisene er inkludert administrativ tid, men eksklusive driftskostnader. I følge heftet vil en privat servicetime i hjemmesykepleien koste 589 kr, mens en time hjemmehjelp vil koste 387 kr. Kostnader til administrasjon beregner NHO til å være ca. 10%, det er altså inkludert i tallene. Siden brukere i Grimstad får svært lite praktisk bistand, gjenspeiler den beregnede timeprisen så å si bare hjemmesykepleie. Altså ligger Grimstad på en timepris på omtrent det samme som det NHO beregner at private leverandører vil kreve i timepris dersom tjenesteutøvelsen ble privatisert.

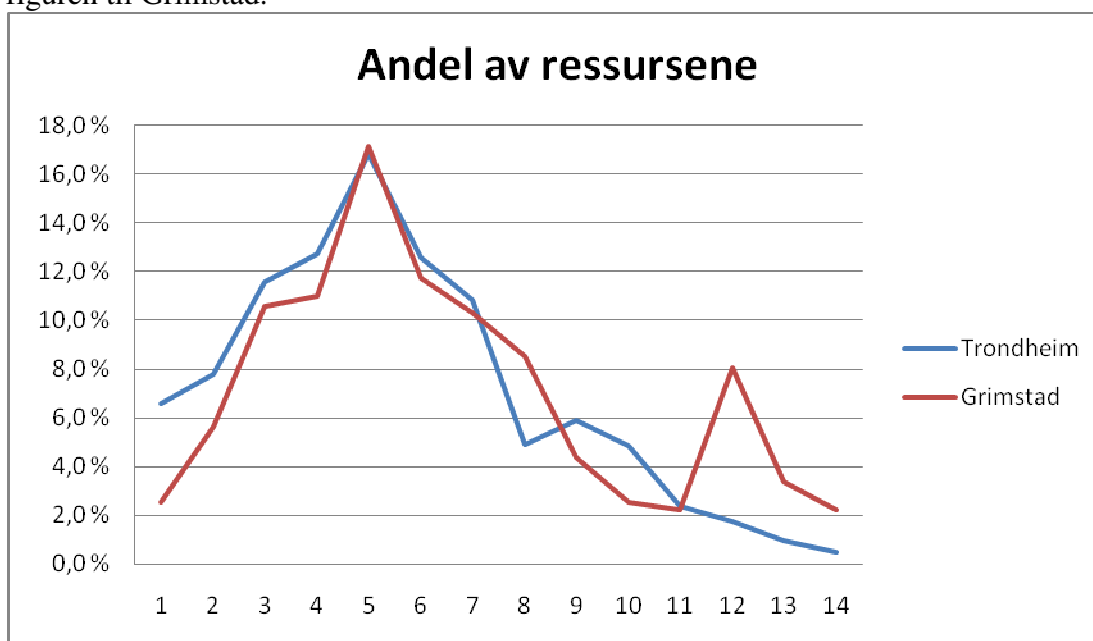


Denne figuren er inndelt i 16 grupper etter funksjonsnivå (ingen i gruppe 15 og 16) og viser hvor ressursene brukes i forhold til hvilket funksjonstap brukerne har. Vertikal skala viser samlet timeforbruk per uke. Samlet timetildeling er 1722 t/uke hvorav gruppe 5 mottar 298 t/uke, eller 17%.

RO har tidligere vist til at Trondheim kommune lenge har hatt en bevisst satsning på å få en tydelig sammenheng mellom IPLOS-skår og ressursbruk eller tjenestetildeling. Det er derfor interessant å sammenlikne med tilsvarende modell for Trondheim.



Figurene er svært like og forutsatt at Trondheim har lyktes med sin praksis i forhold til å få til en faglig fundert sammenheng mellom IPLOS-registrering og ressursbruk i forhold til funksjonstap, har Grimstad en like god slik sammenheng. I figuren for Trondheim er HDO ikke tatt med, noe som forklarer avviket i forhold til gruppe 11-12-13, siden HDO er med i figuren til Grimstad.



Denne figuren viser det samme som de to andre, men her er ressursene framstilt som %vis fordeling og figuren til Grimstad og Trondheim lagt over hverandre. Igjen er likheten slående og igjen forklares Grimstads avvik for de tyngste brukerne med at HDO er med for Grimstads del.

5 SAMHANDLINGSREFORMEN

I slutten av juni la regjeringen fram stortingsmeldingen om samhandlingsreformen¹². Dette dokumentet kommer, sammen med St.meld.nr. 25 (2005 – 2006), til å være et av de mest sentrale styringsdokumentene for primærhelsetjenestene (inkludert omsorgstjenestene) i de neste årene. RO ser det som viktig at politikere og ansatte er kjent med denne meldingen slik at føringene som gis kan være med på å påvirke planene kommunene nå lager. Grimstad har allerede vist til samhandlingsreformen i noen av sine politiske dokumenter. Meldingen bekrefter i stor grad det som stod om reformen i orientering fra kommunalsjefen til kommunestyret i juni. Det blir viktig framover at de strategiske valgene som gjøres politisk og administrativt er fundert på de føringer myndigheten har lagt i denne stortingsmeldingen.

5.1 Pasientforløp

Det grunnleggende i stortingsmeldingen er begrepet pasientforløp (s 47).

”En sentral del i arbeidet med reformen har derfor vært å finne fram til systemtiltak som har forankring i, og er rettet inn mot helheten i pasientens behov, også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser.”

Reformen kommer altså like mye som et resultat av manglende samhandling mellom tjenesteområder innad i kommunene som mellom nivåene. Det er det helhetlige pasientforløpet som skal ivaretas og meldingen vurderer at noe av det som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten i disse forløpene, blir bedre for pasientene om primærhelsetjenesten overtar ansvaret.

I arbeidet med samhandlingsreformen har arbeidsgrupper jobbet med å identifisere årsakene til at pasientforløpene ikke framstår som helhetlig og sømløs. Dette er noen av punktene det pekes på (s. 50):

- Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunene er like utfordrende som internt i foretakene.
- Viktigheten av at fastlegene samhandler både innad mot kommunen og mot helseforetak.
- Samhandlingsutfordringene mellom kommuner og foretak har sammenheng med ulike målsettinger. Kommunene relaterer sine mål til funksjonsnivå, mens foretakene relaterer sine mål til lindring og reduksjon av sykdomsprosessen.
- Mange av pasientene legges inn på feil premisser i sykehus – ofte som øyeblikkelig hjelp. De fleste av disse pasientene ville profitert på et behandlingsopplegg der hastegraden som kritisk faktor ble nedtonet til fordel for bedre tilpasning til kronisk sykdom, og/eller behandlingsopplegg for den eldre pasienten med sammensatte lidelser.
- Samhandlingsutfordringene mellom kommune og foretak skyldes delvis at disse organisasjonene er underlagt ulikt lovverk. Kommunene forholder seg til kommunehelsetjenesteloven og foretakene til helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven.

¹² Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld. nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009.

– Det er ulike betalingsordninger for foretak og kommuner med ulike insentiver. Det medfører at det kan lønne seg for en tjenesteyter å skyve kostnadene for en pasient over til en annen tjenesteyter med mulighet for samfunnsøkonomisk tap, og i verste fall en forverring av pasientens situasjon.

– Der er manglende insentiver i begge betalingsordninger for å stimulere forebygging og tidlig intervensjon, altså en «venstreforskyvning» på tidsaksen.

Departementet konkluderer med at det må være mer enn regler som skal til for at samhandlingen skal fungere (s. 52):

”Erfaringer med de reglene som pålegger samhandling viser at lovpålegg i seg selv ikke har vært et tilstrekkelig tiltak for å få til bedre samhandling innenfor helse- og omsorgsområdet. Dette tilsier at normative virkemidler mest sannsynlig må suppleres med andre systemtiltak, som organisering av effektive samhandlingsarenaer og finansieringstiltak, som gjør samhandling til økonomisk rasjonell adferd”.

På side 55 gjentar departementet den økonomiske lovnaden:

”Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette”.

Meldingen sier at dette skal løses ved at det etableres et system hvor kommunene medfinansierer spesialisthelsetjenesten (s.102):

”For alle andre grupper enn somatiske pasienter vil liggedøgn/polikliniske takster i første omgang være grunnlaget for medfinansiering, mens DRG er grunnlaget for somatiske pasienter. I utgangspunktet vurderes en medfinansieringsandel på 20 prosent ved alle innretningene. En lavere kommunal medfinansieringsandel vil redusere den betalingsmessige risikoen for små kommuner, men vil også redusere insentivene i ordningen. En så stor systemomlegging som innføring av kommunal medfinansiering må ha et omfang som sannsynliggjør at de tilsiktede insitentseffekter virker over tid.”

På s. 58 listes de oppgaver som tenkes utført av kommunene i framtida:

- tilbud før/etter eller i stedet for sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering
- tverrfaglige team, herunder ambulante team
- lærings- og mestringstilbud og egenbehandling

Og i forhold til psykisk helsevern og rus:

- forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser
- ambulante team
- lavterskel helsetilbud til rusavhengige

Og som eksempel på administrasjons- og systemarbeid:

- helseovervåking
- folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver
- arbeid med avtaler

5.2 Samhandling mellom kommuner, sykehjem, rus og psykiatri

Meldingen er tydelig på at alle disse oppgavene vil være umulig å løse i små landkommuner. Det er også tydelig at departementet mener at kommunene i større grad må være forberedt på å sentralisere sine tilbud og at sykehjemsfunksjonene må spesialiseres. S. 64 oppsummerer kapitlet om nye kommunale oppgaver slik:

Suksesskriterier for å bygge opp døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling og rehabilitering og habilitering i kommunal sektor, synes å være samlokalisering av tjenestene. Det er derfor sentralt at kommunene vurderer om de framtidige tjenestetilbudene bør samles i et lokalmedisinsk senter.

Erfaringer fra ulike samhandlingstiltak viser, at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse på kanskje helt opp til om lag 20 000–30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling. Organiseringen av enheten og inntakskriteriene vil kunne være avgjørende for hvor mange senger som etableres, og for hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig. Ved etablering av ulike aktiviteter i lokalmedisinske sentra, er regjeringen opptatt av at det må sikres gode avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Avtalene må synliggjøre partenes gjensidige ansvar for kompetanseoverføring og veiledning. Det konkrete tjenesteinnholdet i lokalmedisinske sentra, må blant annet vurderes i lys av avstanden til nærmeste sykehus. Regjeringen viser også til at grenseflater mot kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenester, kan være en utfordring ved etablering av lokalmedisinske sentra, særlig der sentrene etableres som et kommunesamarbeid. Det bør derfor etableres tydelige og forpliktende avtaler mellom de samhandelnde kommunene og mellom kommunegruppen og spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglige ambulante team og lærings- og mestringstilbud kan legges til lokalmedisinske sentra for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud og god ressursutnyttelse.

Mange kommuner vil oppleve at eksisterende planer må revideres for at planene skal møte de nye myndighetsføringene. Kommuner på størrelse med Grimstad vil kunne drifte de fleste av de nye tjenestene selv, men må regne med å måtte samarbeide om for eksempel tjenester til de vanskeligste tilfellene av rus og psykiatri. Disse utfordringene beskriver meldingen i et eget avsnitt som heter "Forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen (rehabilitering) ved psykiske lidelser"(s. 69).

Avsnittet innledes slik:

"Målgruppe for forsterkede bo- og tjenestetilbud er mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet, som ikke oppnår egen bolig, og som har behov for døgnbaserte tjenester, enten som alternativ til, eller i påvente av spesialisert behandling. Botilbud vil på den ene siden grense mot kommunale boliger, herunder omsorgsboliger, og på den andre side grense mot døgnplasser i psykisk helsevern.

Forsterkede boliger for brukere med store bistandsbehov og alvorlige lidelser vil kreve et større befolkningsgrunnlag.

Det må sikres at arbeids- og velferdsforvaltningen, barnevernstjenester, fastleger, andre helsetiltak og sosiale tjenester er lett tilgjengelige."

Utfordringene knyttet til denne delen av omsorgstjenestene beskrives også i en helt fersk rapport fra Forskningsrådet; "Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) – Sluttrapport" Forskningsrådet. Her sier man følgende (s. 70):

"Det er særlig grunn til bekymring over lite tilfredsstillende behandlingsresultat for yngre mannlige pasienter med tyngre psykiske problemer, ikke minst de som samtidig har alvorlig rusmiddelmisbruk. Det er imidlertid grunn til å understreke at denne gruppen pasienter er særdeles vanskelig å behandle, og at en vellykket behandling krever en samhandling med andre instanser utenfor selve behandlingsapparatet."

6 VURDERING

Utgangspunktet for ROs oppdrag i Grimstad har vært å foreta et helhetlig utredningsarbeid som skal være et grunnlagsdokument i arbeidet med å planlegge hvordan tjenestene skal være i framtida. Dette oppfatter RO er hovedsaken. I tillegg handler det om å se muligheter for å spare ressurser brukt på tjenestene i et kortsiktig og et langsiktig perspektiv. I anbudsdocumentet som var grunnlaget for oppdraget, formuleres det at tjenestene har et innsparingskrav på 7 mill. kr i 2010 økende til 12 mill. kr fra 2011. Senere har det kommet til nye forutsetninger som gjør at kravet til ressursparing er ytterligere skjerpet.

6.1 Ressurssituasjonen

Slik RO forstår situasjonen ble budsjettet for 2009 lagt med utgangspunkt i aktivitetsnivået i sektoren høsten 2008. Dette budsjettet ble saldert med en effekt på 7,1 mill. kr for helse og omsorg totalt. Så ble rammen ytterligere redusert med 1,3 mill. kr, samt at alle sektorene ble pålagt innsparing i form av redusert sykefravær. Helse og sosial ble pålagt en innsparing på 3,1 mill. for å dekke inn underskudd fra 2008. I tillegg har pleie og omsorg hatt en volumøkning i form av tjenestevedtak siden årsskiftet som utgjør en merkostnad i forhold til budsjett på 2,5 mill. kr. Så langt ligger pleie og omsorg an til å slutte inneværende år med et merforbruk på 8 mill. kr. Agenda konkluderer i sin kostnadsgjennomgang med at kommunen bør ta sikte på å forbedre driften med 45 mill. kroner. Vi kan slå fast at det er store økonomiske utfordringer. På grunn av disposisjonene i forbindelse med fjorårets underskudd, hvor det er bestemt at det skal dekkes inn over 4 år, har Grimstad havnet på Robek-lista,¹³ noe som medfører at kommunen ikke vil kunne ta opp lån til finansiering av for eksempel byggeprosjekt uten å søke departementets (ved fylkesmannen) godkjenning.

Når kommunen skal spare ressurser i pleie- og omsorgstjenestene kan man i utgangspunktet tenke seg at det kan skje ved:

- at tjenestemottakerne må betale mer av tjenestene selv, eller at kommunen klarer å få økte bevilgninger til tjenestene ut over normale rammeoverføringer
- at man reduserer driftsutgifter som kjøring, husleie, forbruksmateriell, medisiner, vasking, matkostnader osv.
- at man reduserer lønnskostnader slik at færre ansatte gjør den samme jobben som tidligere med lavere pleiefaktor (bemanning per bruker)
- at man sørger for at det ikke kommer nye oppgaver til (nye brukere) når oppgaver forsvinner og dermed kan redusere bemanning eller ta bort tjenester
- at man reduserer kravene til tjenestene på en slik måte at det kreves mindre innsats for å oppnå definert kvalitet, beskriver en ny standard
- at man tar bort oppgaver (det vil si reduserer på antallet tjenestemottakere) enten over hele linja eller ved å fjerne deler av tjenestetilbudet
- at man gjør noe med organisasjonsmessige forhold (struktur) og slik opprettholder en god nok kvalitet, men sparer ved å endre driftsforutsetningene (tjenestearena omdefineres), det vil si prioriterer annerledes

¹³ **ROBEK** - Register om betinga godkjenning og kontroll - er et register over kommuner og fylkeskommuner som må ha godkjenning fra Kommunal- og regionaldepartementet for å kunne ta opp lån eller inngå langsiktige leieavtaler. Registeret omfatter kommuner og fylkeskommuner med økonomisk ubalanse.

Pleie- og omsorgstjenester er ekstremt personalintensive tjenester, det vil si at utgiftene er bundet opp i lønnskostnader. Eksempelvis viser KOSTRA-tall for 2008 at brutto driftsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester i Grimstad var 170 988 kroner. Lønnsutgifter pr. mottaker av hjemmetjenester var 160 839 kroner. Det vil altså si at for hjemmetjenestene sto lønnskostnadene for 94% av utgiftene. Skal man spare millionbeløp slår det lite å redusere på bleiebruk eller kostpenger, man må redusere lønnskostnadene, klare seg med mindre folk. Det må også tas med i betraktningen at pleie og omsorg har hatt innsparingskrav på seg i flere år og dermed allerede har brukt ostehøvelen på driftskostnadene gjennom flere omganger.

En gjennomgang av tidligere årsrapporter fra rådmannen viser at spesielt pleie- og omsorgstjenestene og boveiledertjenestene har vært en gjenganger i forhold til overforbruk.

Fra årsrapporten 2006:

Regnskapet viser at sektoren har et overforbruk på nær 4 mill. kr. Imidlertid skyldes en vesentlig del av dette en markant økning i antall mottakere av hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie), samt en økende pleietyngde. Som en del av dette bildet har vi hatt en markant økning i antall mottakere innenfor psykiatrien. Delvis skyldes dette at spesialisthelsetjenesten i økende grad skriver ut alvorlig syke pasienter til kommunene, delvis at en står overfor flere tilfeller med sammensatte og komplekse lidelser.

Omleggingen av Flora fra "institusjon" til rene omsorgsboliger har gitt store utfordringer. Kommunen mangler nå et trinn i omsorgstrappa, og dette har en uheldig effekt på kvaliteten i pleie og omsorg. Presset på bo- og omsorgssentrene og hjemmetjenesten har økt som en konsekvens av dette. Det er samtidig gledelig at vi har klart å videreutvikle kvaliteten på den palliative omsorgen (omsorgen ved livets slutt). I tillegg har vi gjennomført av en rekke kulturelle og sosiale aktiviteter.

Fra årsrapporten 2007:

Spesielt bekymringsfullt er budsjettoverskridelsene i pleie/omsorg og boveiledertjenesten. Aktivitetsnivået er her for høyt og enhetene har ikke klart å tilpasse virksomheten til budsjetttrammene. Samtidig kan det stilles spørsmål ved om lønns- og priskompensasjonen har vært tilstrekkelig og om deler av virksomheten har hatt en akkumulert underbudsjettering. Videre har helse/sosial store utfordringer med å styre økonomien i forhold til ressurskrevende brukere, demente og mennesker med sammensatte problemer innen rus og psykiatri. Likevel er ikke økonomistyringen tilfredsstillende samlet sett, og rådmannen vil følge dette nøye opp gjennom 2008.

Fra årsrapporten 2008:

Det samlede merforbruket er større enn varslet i tertialrapportene til kommunestyret, og det er store variasjoner mellom enhetene. Spesielt bekymringsfullt er budsjettavvikene i barnehage, pleie/omsorg (hjemmetjenesten) og boveiledertjenesten. Aktivitetsnivået er for høyt og enhetene har ikke klart å tilpasse virksomheten til budsjetttrammene. Samtidig kan det stilles spørsmål ved om lønns- og priskompensasjonen har vært tilstrekkelig og om deler av virksomheten har hatt en akkumulert underbudsjettering. Videre har helse/sosial store utfordringer med å styre økonomien i forhold til ressurskrevende brukere, demente og mennesker med sammensatte problemer innen rus og psykiatri. Likevel er økonomistyringen samlet sett svært utilfredsstillende.

Flere av ROs informanter mener at sektoren har vært konsekvent underbudsjettet, slik det også antydes i flere årsrapporter. Slik RO forstår dette, menes det at budsjettene ikke er i overensstemmelse med den aktivitet som forutsettes utført om man summerer de tjenestevedtakene som skal gjennomføres. RO vil bemerke at det er svært uheldig at en oppfatning om underbudsjettering får lov til å leve i organisasjonen gjennom flere år uten at man klarer å få avklart hva som faktisk er tilfellet. Dersom det er legalt i organisasjonen å mene seg underbudsjettet, vil dette kunne påvirke ansatte og ledes lojalitet til budsjettene. RO vil i denne sammenhengen vurdere at spørsmålet om "underbudsjettering" må sees i sammenheng med kravene som stilles til tjenestenivå eller tjenesteomfang.

RO registrerer at det mangler en helhetlig strategisk plan for tjenestene som viser prioritering og som angir tjenestenes innretning og målsettinger. Da er det egentlig umulig å budsjettere og å vite om budsjettene er "rett". Når det ikke finnes en politisk vedtatt beskrivelse av tjenestenivå og tjenesteprioritering og det ikke er beskrevet en sammenheng mellom politisk vedtatte budsjetter og politisk vedtatte tjenestebeskrivelser, er det egentlig umulig å vurdere om årsrapportenes antagelser om "manglende økonomistyring" er en korrekt beskrivelse eller ikke. RO har i denne rapporten vist at tjenestevedtakene i Grimstad er svært nøkterne og at tjenestene i forhold til vedtakene ikke har en ressursbruk større enn vanlig ellers i kommunene, heller ikke sammenlignet med privat tjenesteyting. Dette tyder på at tjenestene har vært tildelt budsjetter som det har vært umulig å holde gitt de forutsetningene tjenestene ellers er gitt (for eksempel tjenestestrukturen, spesielt antallet institusjonsplasser).

Alle kommuner har opplevd at pleie- og omsorgstjenestene er dramatisk endret de senere årene med et stort innslag av yngre tjenestemottakere med svært store tjenestebehov. I en rapport fra RO fra 2007 ble denne utviklingen første gang dokumentert i et oppdrag til KS FoU.¹⁴ I følge denne rapporten utgjør nå brukere under 67 år 1/3 av antallet som mottar hjemmetjenester mens de mottar tjenester som forbruker 2/3 av de samlede ressursene. Her er det særlig kostnadskrevene tjenestemottakere innenfor rus/psykiatri som har medført større ressursbruk.

6.2 Strategier for innsparing i driftsressursene

Ut fra erfaring fra oppdrag i andre kommuner i det siste, registrerer RO at det er noen strategier som kan tenkes i forhold til å gjøre store innsparinger i driftsressursene til pleie- og omsorgstjenestene. Forutsetningen er naturligvis at tjenestene skal være underlagt et forvaltningsregime i tråd med lovverk, myndighetsføringer og god forvaltningsskikk. Disse strategiene ble beskrevet kort i sju kulepunkter i forrige avsnittet. Her gjennomgår RO punktene hver for seg for å gi en vurdering av hvilke muligheter for innsparinger det ligger i hver av strategiene.

Er det mulig å gjøre store innparinger ved å ta inn mer i betaling fra brukerne eller ved å innhente mer særtilskudd fra staten?

I følge Agendas rapport til Grimstad som er vist til tidligere i denne rapporten, mottar kommunen lite fra staten knyttet til ordningen med statlig medfinansiering av særlig ressurskrevene brukere. Grunnlaget til Agenda er en sammenlikning med andre vekstkommuner, hvor noen faktisk mottar mindre enn Grimstad og noen mer. RO har gjennomgått dette med flere informanter og har ingen grunn til å anta at Grimstad har "mistet" tilskudd knyttet til denne ordningen. KOSTRA-gjennomgangen med en sammenlikning med

¹⁴ RO: Kostnadsbilder i pleie og omsorg. Rapport 2007 til KS.

Stjørdal viser at Grimstad har vesentlig færre brukere med utviklingshemning og færre brukere med omfattende vedtak. Dette forklarer at kommunen ikke mottar mer tilskudd. Slik ordningen er i dag, har kommunene liten mulighet til å trikse til seg tilskudd gjennom kreativ bokføring. Grimstad har nøyaktig oversikt over sine brukere og brukernes vedtak og det ville være svært bemerkelsesverdig om noen brukere med tjenester i størrelsesorden over 800 000 kr (innslagspunktet hvor statlig medfinansiering inntreffer) ikke var innlemmet i denne ordningen. Det er jo heller ingen som ønsker seg flere slike brukere, tjenestene vil uansett kreve store ressurser fra kommunen i det den selv må dekke utgiftene opp til innslagspunktet og så bare får dekket 80% av utgiftene ut over dette beløpet.

Dersom flere brukere får sine tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA), vil kommunen kunne motta et særtilskudd for disse (stimuleringsstilskudd). Tilskuddet er lite i forhold til at ordningen er ment for brukere med omfattende tjenestebehov (for 2009 er tilskuddet 100 000 kr første år og så 50 000 kr for de tre påfølgende år) og er dessuten ment å dekke ekstra oppstartsutgifter for en slik ordning. Grimstad har vesentlig flere brukere med BPA enn Stjørdal, 18 mot 8 i 2008, i følge KOSTRA .

Kommunen har anledning til å kreve en egenandel av brukere som får praktisk bistand (husvask, innkjøp med mer). KOSTRA viser at Grimstad i 2008 fikk mer i brukerbetaling enn det som er vanlig (gjennomsnittstall) og vesentlig mer enn Stjørdal. Praktisk bistand utgjør dessuten en liten del av tjenestene slik at egenandelene uansett ikke utgjør store beløp. RO antar at Grimstad tar inn så mye i egenandel for praktisk bistand som det er mulig å gjøre. Andre hjemmetjenester eller boveiledertjenester er det ikke anledning å ta egenandel for.

KOSTRA registrerer også hvor stor andel av kostnadene i institusjon som dekkes av brukerbetaling. Dette er strengt regulert av egen forskrift og kommunen har ikke anledning til å påvirke hvor stor denne andelen blir, den er avhengig av økonomien til beboerne til enhver tid. Andelen brukerbetaling i Grimstad er omtrent som gjennomsnittet og mye større enn i Stjørdal.

Grimstad har veldig mange kommunale boliger. RO har ikke sett spesielt på hvordan forholdet mellom brukernes husleie og faktiske kostnader i disse boligene er. Beboere i tildelte boliger som betaler husleie har samme rett til å få støtte fra husbanken (bostøtte) som det alle andre innbyggere har. Det er sannsynlig at Grimstad bruker unødige ressurser på å eie mange leiligheter, men det krever en egen gjennomgang å fastslå innsparingsmuligheter eksakt. RO viser ellers til mer grunnleggende kommentarer om dette senere i dette kapitlet.

Er det mulig å gjøre store innparinger gjennom å skjære ned på driftskostnader og forbruksmateriell?

RO har drøftet med informantene hvordan tidligere innparinger har skjedd og fått bekreftet at man over flere år har måttet kutte i driftskostnader. Informantene avviser at det skulle finnes muligheter for store besparelser på kostnader knyttet til andre ting enn personell. Det er ikke noe i regnskapstallene for de siste par årene som indikerer at tjenestene bruker mer enn nødvendig til slike rene driftskostnader gitt at strukturen skal være som i dag.

Grimstad har valgt å la institusjonene være arena for mottak av omsorgstjenester. Dette er som tidligere sagt, en kostbar driftsform, noe som også er påpekt av administrasjonen gjennom flere dokumenter. Når tjenestemottakere er på institusjon i stedet for i egen leid bolig, er kommunen ansvarlig for utgifter som ellers dekkes over trygdebudsjettet for alle

andre. Dette gjelder medisiner, medisinsk forbruksmateriell, legetilsyn og hjelpemidler inklusive senger. For en gjennomgang av dette, se for eksempel "Rapport fra styringsgruppen vedrørende fremtidig bruk av institusjonene, boliger med tilsyn, og tildeling av hjemmebaserte tjenester innen pleie og omsorg i Grimstad kommune" fra 2004. RO kommer tilbake til dette senere i dette kapitlet.

RO mener som sagt flere ganger i denne rapporten at Grimstad bør ha en helhetlig strategi i forhold til hvordan pleie- og omsorgstjenestene skal utvikles framover. Beregninger RO har gjort i andre sammenhenger tyder på at kommuner som yter tjenester i omsorgsboliger i stedet for i institusjoner sparer opp til 50 000 kr i året på at beboere i egen bolig får utgifter til hjelpemidler med mer dekket over trygdebudsjettet. Dette er en svakhet i systemet og bør i seg selv ikke være en grunn til å endre omsorgsarena, (fordi det handler om mer enn økonomi), men når en kommune først bestemmer seg for å satse på hjemmetjenester, er dette en faktor å regne med.

Er det mulig å gjøre store innsparinger gjennom at færre ansatte gjør den samme jobben som tidligere med lavere pleiefaktor (bemanning per bruker)?

RO viser først til at rådmannen allerede har pålagt innsparinger for enhetene som vil måtte komme som redusert bemanning. Denne reduksjonen skal etter det RO forstår ha en årsvirkning fra 2010 på 1,75 mill. kr for boveiledertjenesten, 1,2 mill. kr for Frivolltun, 1,2 mill. kr for Feviktun og 2,7 mill. kr for hjemmetjenesten. Noe av dette vil komme ved at brukere får et annet tilbud, men det meste må tas gjennom kutt i årsverk.

Når det gjelder hjemmetjenesten antyder IPLOS-gjennomgangen at Frivoll 3 har en høyere kostnad per bruker enn de andre sonene uten at det ser ut som det forklares i brukerbehov. Det kan likevel være at enkeltbrukere har et så stort tjenestetilbud at det gir seg slike utslag. For tjenesten som helhet gjelder at kostnadene per time ikke gir en indikasjon på at det er mulig å redusere bemanningen dersom antallet vedtakstimer samlet er rett.

For boveiledertjenesten gjelder det samme. Gjennomgangen har vist at denne tjenesten i Grimstad er svært effektiv og at den sammenliknet med andre kommuner har et nivå som virker nøkternt. Det er mulig kommunen tildeler bolig til brukere med høyere funksjonsnivå enn i andre kommuner, men det er usikkert om kommunen vil spare ressurser på å gi de samme tjenestene i for eksempel foreldrehjemmet dersom tjenestemottakerne blir boende der.

Institusjonstjenestene er som RO har påpekt i KOSTRA-gjennomgangen og som støttes av Agenda, dyre i drift i Grimstad. Etter hva RO kan se har tjenestene en pleiefaktor¹⁵ på ca. 0,8 – 0,9 noe som er omtrent på linje med registrerte gjennomsnittstall for sykehjem i Norge. En annen måte å si det på er at mens gjennomsnittlige lønnskostnader per plass i institusjon på landsbasis er 662 tusen kroner, i Aust-Agder er 627 tusen kroner, er de samme kostnader i Grimstad 697 tusen kroner (tallene gjelder alle institusjonsplasser). Det er i følge IPLOS-gjennomgangen slik at Frivolltun ser ut til å ha litt lettere brukere enn Feviktun, men har høyere kostnader per bruker. Den reduksjonen de to sykehjemmene er pålagt vil redusere bemanningsfaktoren slik at Frivolltun da vil ha en pleiefaktor på 0,76 og Feviktun vil ha en pleiefaktor på 0,82. Det er her nødvendig å si at det er meningsløst å diskutere pleiefaktor på

¹⁵ Pleiefaktor er et forholdstall mellom antall pasienter og antall pleiere, altså et måltall for personalressurser til direkte brukerkontakt. Ressurser til administrasjon og merkantile funksjoner er ikke inkludert.

sykehjem uten at sykehjemmet har en tydelig ”bestilling” i form av en beskrivelse av hvilke oppgaver det skal løse. jmf. gjennomgangen av ”samhandlingsreformen” i eget kapittel.

Sykefravær, vikarinnleie og arbeidstidsordning er erfaringsmessig faktorer som forklarer forskjeller i kostnader. Grimstad sliter med mye sykefravær og mange små stillinger. Det er betydelige utfordringer knyttet til at man ikke klarer å tilby stillingsstørrelser på et nivå mange av personalet ønsker seg. Erfaringsmessig henger disse faktorene sammen, personer med små stillinger har lettere for å ”sykemelde seg” enn personer med en fastere tilknytning til organisasjonen med større stillinger. I følge KOSTRA har Grimstad et legemeldt sykefravær omtrent på nivå med gjennomsnittet og mindre enn Stjørdal, 8,3 % mot 9,1 %. Det samlede sykefraværet i Grimstad er imidlertid høyere enn gjennomsnittet og også høyere enn Stjørdals. Kostnadene for kommunen er først og fremst knyttet til det egenmeldte korttidsfraværet hvor refusjonsordningen ikke slår inn. Det ser altså ut til at Grimstad har et sykefravær som i større grad er knyttet til arbeidsgiverperioden og det kan være noe å spare på å få ned dette egenmeldte fraværet. Som sagt har RO erfaring med at dette fraværet henger sammen med hvordan en har lyktes med å skape en arbeidstidsordning hvor de ansatte har en stillingsstørrelse de ønsker. Kommunestyret har pålagt enhetene å spare gjennom å redusere sykefraværet.

I følge en gjennomgang av turnusene i Grimstad har de fleste ansatte en turnus med arbeid hver tredje helg. Med en slik forutsetning lagt inn, vil løsningen måtte være å ha mange små stillinger, gjerne så små som 20% eller mindre, for å få dekket alle helgene. Mange kommuner har i det siste gjort erfaringer med alternative turnusordninger som 3 + 3 eller forhandlingsturnus, evt. turnuser med mer helgevakter. Erfaringene er stort sett positive både med hensyn til å få ned antallet små stillinger og med hensyn til nedgang i sykefraværet (eller økning av nærværet). RO har ikke her muligheten til å gå i dybden på dette, men gjengir erfaringer fra en kommune som over tid gjorde noen erfaringer med forskjellige turnuser, erfaringene oppsummeres slik:

Utgangspunktet er en 6-ukers turnus med arbeid hver tredje helg og 23 ansatte. Med denne turnusen hadde man en hel stilling, 9 stillinger under 40% og 2 helgestillinger med arbeid hver 2. helg.

Med 8-ukers turnus og hinkehelg klarte man seg med 22 ansatte hvorav en hel stilling, 9 stillinger under 40% og ingen helgestillinger.

Med arbeid hver 2. helg hadde avdelingen 16 ansatte, en hel stilling og bare 2 stillinger under 60%.

Med en justert 3 – 3 turnus fikk man også 16 ansatte, men fire hele stillinger, fire 75% stillinger og fire stillinger på 66%. Ingen stillinger under 66%. Med en slik turnus må ansatte jobbe gjennomsnittlig hver andre helg, dette kunne kompenseres med en ekstra ferieuke for alle. Eksperimentet var svært vellykket og denne turnusen er tatt i bruk av flere andre avdelinger. Ansatte opplever en større trygghet fordi det blir stor stabilitet i arbeidsgruppene, man vet hvem man skal være på jobb sammen med, man får faste lenge friperioder og ikke minst, større stillinger. Dette har så langt ført til veldig lavt sykefravær og stor reduksjon av overtidsbruk.

Andre kommuner har gjort tilsvarende erfaringer med såkalt fleksibel turnus eller forhandlingsturnus hvor det viser seg at ansatte føler en langt sterkere forpliktelse eller

lojalitet overfor turnusen fordi de har vært med å framforhandle sin egen vaktordning. Se for eksempel www.hurum.kommune.no fil: ”heltid – deltid – frihet til å velge”.

For å illustrere hvordan turnusordningene slår ut i Grimstad kan nevnes at de to avdelingene på Frivolltun har 24,3 årsverk fordelt på 43 og 47 personer. Holteveien har to turnuser med henholdsvis 16.7 og 13.1 årsverk, tilsvarende antall personer i turnusene er 28 og 23. For boveiledertjenesten er gjennomsnittlig stillingsstørrelse i turnus 53%, halvparten av de ansatte har under halv stilling og kun 13% av de ansatte har full stilling. I dag brukere ledere (!) i følge informanter gjerne opp til et dagsverk i uka med å ringe etter vikarer, dette er forverret i og med at vikarbanken ble nedlagt som følge av politisk vedtak.

Konklusjonen er at det sannsynligvis er mulig å redusere kostnadene til og med uten å redusere pleiefaktoren gjennom å ta i bruk andre turnusvarianter. Kostnadsreduksjonen knyttes først og fremst til at ansatte får større stillinger, som igjen fører til et bedre arbeidsmiljø, mindre overtidbruk og redusert sykefravær.

Agenda har i sin rapport anbefalt å dele opp hjemmetjenesten i mindre enheter. Begrunnelsen at dette gir et lederspenn som det er mulig å forholde seg til, er naturligvis ubestridt. Men det er viktig å ikke dele opp tjenesten for mye slik at det blir mange små turnuser da all erfaring RO har tilsier at små turnuser er kostnadsdrivende fordi det utløser større behov for små helgestillinger for å få turnusen til ”å gå opp”. Steinkjer kommune, som er omtrent like stor som Grimstad, har nettopp planlagt et endringsprosjekt som skal føre til større enheter og større turnuser med flere ansatte. Her kommer hjemmetjenesten til å være oppdelt i to soner.

Er det mulig å gjøre store innsparinger gjennom å sørge for at det ikke kommer nye oppgaver til (nye brukere) når oppgaver forsvinner og dermed redusere bemanning eller ta bort tjenester?

Kommunen er forpliktet som forvaltningsmyndighet til å forholde seg lojalt til lovverket, så vel det generelle, slik som kommuneloven, forvaltningsloven og offentlighetsloven, så vel som det særegne, som kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Av dette lovverket følger forskrifter, for eksempel forskrift om kvalitet og forskrift om internkontroll, rundskriv, veiledere og meldinger som gir myndighetsføringer. Det sentrale er at de som fast eller midlertidig (for eksempel hyttefolk) oppholder seg i kommunen har rettskrav på tjenester dersom de oppfyller vilkårene i loven.

Dette betyr at kommunen bare i begrenset omfang kan styre hvor mange som til enhver tid skal ha tjenester. Kommunen kan selv definere tjenester ut over lovens krav, men kan ikke bestemme å ikke ha tjenester som er pålagt i lov. Grimstad yter i dag, etter det RO kan se, ikke tjenester som det ikke er lovkrav på, samtidig kan det hende at enkeltbrukere har vedtak ut over ”lovens minimum” og at tjenester kan organiseres annerledes og fremdeles tilfredsstillende lovkravene.

Kommunen har heller ikke anledning til på eget initiativ å endre løpende vedtak om tildeling av tjenester så lenge brukernes behov ikke endrer seg. Dette følger som en konsekvens av at tjenestemottakeren i henhold til bestemmelsene både i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og forvaltningsloven er tildelt en rettighet gjennom et eller flere enkeltvedtak. Vedtak følger av at søkeren fyller vilkårene i loven etter saksbehandlers individuelle vurdering. Det er bare endringer i brukerens behov som kan legitimere endringer i vedtaket. Kommunen vil altså ikke kunne vedta et generelt kutt, for eksempel i ordningen

med omsorgslønn, begrunnet i kommunens dårlige økonomi. Det er kun brukernes endrede behov som kan legitimere reduserte tjenester.

Kommunen er altså forpliktet til å sørge for at de som har krav på tjenester får disse tjenestene. RO erfarer at det er vanlig i mange kommuner at tjenestene er "slepphente" med å slippe brukere inn på laveste nivå, at det er lett å få den første timen. Har man først blitt tjenestemottaker viser det seg at man ofte har startet en "mottakerkarriere" man ikke kommer ut av. ROs informanter bekrefter i stor grad inntrykket av at det er en restriktiv tildelingspraksis i Grimstad kommune. I gruppearbeidene i ansattekonferansene er det noen som har ment at det er eksempler på brukere som får helsetjenester uten at de er "virkelig syke". RO har ikke hatt mulighet til å sjekke hva som ligger i disse uttalelsene og det kan være grunn til å se på om det er noe med tjenestene det ikke er krav om enkeltvedtak, legetjenester eller fysioterapitjenester.

Noe av grunnen til at IPLOS er innført er nettopp å se hvordan praksis er i kommunene i forhold til tildeling på dette laveste nivået i omsorgstrappa. IPLOS-analysen viser at Grimstad ikke har en slik "slepphente" praksis. RO viser til "Kriterier og standard på tjenester innen hjemmetjenesten i Grimstad kommune" vedtatt i helse- og sosialutvalget den 11.10.05. Kommunen er på nivå med kommuner som er kjent for å ha en restriktiv praksis i forhold til å gi timetjenester på laveste nivå, så som Trondheim. Grimstad har få brukere med vedtak om timer i forhold til folketallet og langt færre enn Stjørdal.

Det er ikke sannsynlig at det er mulig for Grimstad å spare ressurser gjennom å bli mer restriktiv i sin tildelingspraksis, men det er svært viktig at denne praksisen opprettholdes og at man til enhver tid har oversikt over hvor mange timer som er "bestilt" i hver tjenesteenhet.

Er det mulig å gjøre store innsparinger ved å redusere kravene til tjenestene på en slik måte at det kreves mindre innsats for å oppnå definert kvalitet, beskrive en ny standard?

Som i forrige spørsmål er det her et spørsmål om den kommunale friheten til selv å bestemme hvordan kravet i lovgivningen om tjenestetildeling til de som fyller vilkåret skal skje. Og kommunen har stor frihet til å definere hvor og hvordan tjenestene skal leveres. Det er for eksempel ikke noen som i utgangspunktet har rett til å få tjenestene i et sykehjem. Dersom man har behov for omfattende tjenester har man krav på å få slike, men man har ikke krav på en institusjonsplass. Kommunen kan bestemme at tjenestene skal gis i brukerens hjem, eller kommunen kan tildele brukeren en omsorgsleilighet hvor det er tilgjengelig personale 24 timer i døgnet.

Kommunen kan bestemme at tilbudet til rusmisbrukere må gis i tilrettelagt bolig samlokalisert med andre boliger for å oppnå en stordriftsfordel, for å utnytte personalet så godt som mulig. Kommunen kan bestemme at tilbud gis i samarbeid med andre kommuner, for eksempel kan helsetjenester gis i det som kalles distriktsmedisinske sentra som gjerne er et samarbeid mellom flere kommuner og helseforetak. Kommunen vil kunne organisere tjenestene slik at de gis sentralisert for at det skal gå minst mulig ressurser til logistikk. Når Stjørdal har 70 sykehjemsplasser og Grimstad har 112 er det et eksempel på at kommuner har frihet til selv å definere hvor og hvordan lovpålagte tjenester skal gis.

Dette har stor betydning i forhold til ressursbruk. Kommuner som i stor grad har lagt opp tjenestene til personer med utviklingshemning rundt enkeltboliger rundt omkring i

boligområder har gjerne dyrere tjenester enn kommuner som har bygd samlokaliserte boliger hvor 8 - 10 tjenestemottakere bor, gjerne med fellesareal og personalbase. Trondheim har for eksempel mange som er tildelt kommunale leiligheter og bor spredt mens Grimstad har satset på samlokalisering. Dermed bruker Trondheim langt mer per bruker enn Grimstad selv om brukerne kan sammenliknes ut fra IPLOS-skår.

Kommuner har altså ikke mulighet til selv å definere kvalitet eller nivå på tjenester som kommer i konflikt med det som framgår av lovverk. Så lenge lovens minimum er oppfylt, har kommunen frihet til å legge opp tjenestene slik at man får ”mest mulig tjeneste ut av hver krone”.

Grimstad har innført et system med innsatsstyrt finansiering (ISF) av deler av tjenestene. Grunnen til å ta i bruk et slikt system er først og fremst at det tydeliggjør sammenhengen mellom tjenestnivå, tildeling av timer til brukere og avdelingenes tildeling av ressurser i form av budsjetter.

Systemet fungerer godt i forhold til ambulerende hjemmetjenester som gis i brukernes boliger. Her har Grimstad en tydelig beskrivelse av hva slags tjenester som gis og tidsbruk på hver av enkelttjenestene. Det er da mulig å tildele budsjetter etter hvor mange timer som er tildelt innenfor hvert tjenesteområde. Dersom det er beregnet riktig forhold mellom direkte brukertid og administrasjonstid, vil kommunen ha et system som viser hvor eventuelle budsjettoverskridelser kan forklares. Enten må timetildelingen være feil gjennom at brukerne tildeles et timetall som det viser seg umulig for tjenesteytere å holde seg innenfor og samtidig yte tjenester som er faglig forsvarlig. Eller så må det være lagt inn for lite tid til administrative oppgaver, kjøring til og fra, planleggingsmøter, rapporteringstid osv. Siste mulighet er at tjenesteyterne bruker mer tid enn det som er planlagt fordi de er ineffektive. IPLOS-gjennomgangen viser altså at det i Grimstad er godt samsvar mellom planlagt og utført tid i de ambulerende hjemmetjenestene.

Systemet fungerer ikke godt i forhold til hjemmetjenester gitt i samlokaliserte boliger med bemanning. Her er man i tillegg til de faktorer som er beskrevet for ambulerende tjenester, også avhengig av at systemet umiddelbart kan regulere bemanning når det samlede behovet endrer seg. Man kan tenke seg at boligene i et gitt tidsrom har brukere med store tjenestebehov og at boligene derfor må bemannes med høy pleiefaktor (mange pleiere per beboer). I neste periode har to brukere med veldig stort behov blitt erstattet med to brukere med mindre behov. Dersom boligene da beholder tidligere bemanning, vil det vise seg som overforbruk; det er for høy pleiefaktor i forhold de beboere som nå er inne. Det må altså ligge inne i systemet at boligene kan endre bemanning raskt i henhold til de vedtakene som til enhver tid er gjeldende. Erfaringsmessig er det vanskelig å skjære ned på bemanningen på denne måten fordi ansatte vil motsette seg å bli flyttet til andre deler av tjenesten. RO kjenner til forskjellige måter å løse dette på, men felles for alle er at boligene må ha en liten grunnbemanning og at behov for bemanning som oppstår når det er store vedtak, løses gjennom å midlertidig ta inn bemanning fra enten en vikarpool eller gjennom å ta inn bemanning fra andre deler av hjemmetjenestene.

ISF vil ikke være formålstjenlig på sykehjem fordi brukerne her ikke har individuelle vedtak på tjenester, en sykehjemsplass er en sykehjemsplass og brukerne får erfaringsmessig tjenestene som gis i sykehjem ganske så uavhengig av individuelle tjenestebehov. Det er ikke noe i veien for å innføre et system hvor også beboere på sykehjem får individuelle vedtak om

tjenester. I så fall vil det gjelde det samme som for boliger med bemanning, sykehjemmet må kunne regulere bemanningen i henhold til de til enhver tid gjeldene enkeltvedtak.

ISF er altså ikke et system som i seg selv kan brukes for å spare ressurser, systemet hjelper til å ha administrativ kontroll på budsjetter. Systemet er avhengig av at det ligger inne avtaler om fleksibel personalbruk dersom det brukes i boliger med bemanning og det er i tillegg avhengig av at det gjøres individuelle tjenestebeskrivende vedtak dersom det skal brukes i sykehjem og andre institusjoner. RO kjenner ikke til erfaringer som tilsier at kommuner sparer ressurser på å ha innført ISF.

Er det mulig å gjøre store innsparinger ved å ta bort oppgaver (det vil si reduserer på antallet tjenestemottakere) enten over hele linja eller ved å fjerne deler av tjenestetilbudet

Som tidligere nevnt, har kommunene i de senere år stadig blitt påført nye oppgaver. Dette har skjedd gjennom store nasjonale reformer innen helsetjenester, psykiatri, rusomsorg og tjenester til utviklingshemmede. Kommuner kan ikke selv definere bort tjenester som er lagt til kommunene gjennom nasjonale føringer. Det er vanlig å skille mellom det som oppfattes å være lovpålagte oppgaver og det som ikke er det. Her er grensene utydelige. RO har tidligere for eksempel opplevd at man i en kommune har ment at palliativ omsorg eller smertelindring ikke er en kommunal lovpålagt oppgave, men en oppgave pålagt helseforetakene. Andre kommuner har oppfattet at aktivitetstjenester til eldre ikke er lovpålagt slik at aktivitetssentra er nedlagt i innsparingsøyemed.

St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) og den nylig framlagte St.meld. nr 47 (2009 – 2010) har avklart mye av dette og nye forskrifter og rundskriv har kommet nettopp for å klargjøre hva som er, og kommer til å bli, kommunale oppgaver. RO har tidligere i rapporten vist hvordan det er umulig for en kommune å kvitte seg med tjenestemottakere gjennom et generelt vedtak. Nye myndighetsføringer har i det siste gjort det klart at kommunene snarere enn å kunne ta bort tjenester, må legge til tjenester. RO er ikke kjent med at Grimstad har tjenester innefor pleie og omsorg som det er mulig for kommunen å ta bort. Når det gjelder eksemplene med aktivitetstjenester og palliative tjenester, er det ikke tvil om at disse tjenestene er et kommunalt ansvar etter foreliggende myndighetsføringer.

Er det mulig å gjøre store innsparinger ved å gjøre noe med organisasjonsmessige forhold (struktur) og slik opprettholde en god nok kvalitet, men spare ved å endre driftsforutsetningene (tjenestearena omdefineres), det vil si prioriterer annerledes?

I en intern rapport fra 2004 som tidligere er omtalt, har en styringsgruppe vedrørende framtidig bruk av institusjonene med mer, kommet til at mange av pasientene som er innlagt på institusjon (sykehjem) kunne fått sitt tilbud på et annet nivå. RO har flere ganger tidligere i denne rapporten vist til Agenda og til KOSTRA-gjennomgangen som viser at Grimstad har mange institusjonsplasser og at de er dyre. Rapport fra Sintef viser at tjenestene til eldre er vesentlig dyrere i Grimstad enn i Stjørdal. Grimstad bruker altså totalt sett mindre ressurser på pleie- og omsorgstjenestene enn Stjørdal, men relativt mer på eldreomsorgen.

Kommunestyret har vedtatt å legge ned institusjonsplassene på Landviktun og dette bidrar til at kommunen får færre institusjonsplasser. Men plassene på Landviktun ble driftet som aldershjem og kostet vesentlig mindre enn plassene på de to sykehjemmene. RO mener det var riktig å legge ned Landviktun og at dette bør være første steget i en endringsprosess som må føre til at tjenestene i Grimstad flytter ressurser fra institusjonstjenester til hjemmetjenester.

Mange informanter både i intervju og spesielt i ansattekonferansene har vært opptatt av at Grimstad må ha flere institusjonsplasser i framtida for å møte en kraftig økning i antallet eldre fra rundt 2020, dette er vist gjennom framskriving av befolkningsutvikling og er gjengitt i flere interne dokumenter, for eksempel kommunalsjefens notat om demensomsorgen. RO mener at man ikke kan diskutere framtidig behov for institusjonsplasser i eldreomsorgen uten å først bestemme hva som skal være sykehjemets funksjon i framtida. Det vises til kapitlet om samhandlingsreformen for å få et innblikk i hva som vil komme av krav til kommunehelsetjenesten i framtida.

I dag har Grimstad to sykehjem som i stor grad blir behandlet som likeverdige med hensyn til funksjon og ressursbruk. Mange informanter påpeker at man ikke har lagt planer for hvordan de to skal dele på oppgaver. I dag oppfattes de som ganske like, bortsett fra at Fevikun er blitt permanent undervisningssykehjem for Aust-Agder. Det er i dag et press på sykehjemmene og det er til dels overbelegg fordi det i følge manges vurdering er for få plasser. Det er et tilbakevendende paradoks for RO at kommuner med stor institusjonsdekning har press på plassene og overbelegg, mens kommuner med under 10% dekning av 80+ ikke har mangel på plasser. Hva er forklaringen?

I en artikkel i tidsskriftet Sykepleien nr. 18, 2003, beskrives erfaringene fra Asker kommune som rundt årtusenskiftet hadde lange køer av brukere som ventet på langtidsplass på sykehjem. Konklusjonen på artikkelen er slik: "Denne artikkelen er skrevet for å vise at det er mulig å bli kvitt en kø til sykehjem i løpet av 12 måneder. Dette krever flere administrative og driftsmessige grep, og det må holdes et kontinuerlig fokus på å endre pasientstrømmene, først og fremst utstrømmene fra korttidsplasser. Det er viktig å presisere at køen til sykehjem ble eliminert uten tilførsel av nye sykehjems plasser. Pleie- og omsorgskjeden ble heller ikke tilført noen flere ressurser i de hjemmebaserte tjenestene, men det skjedde en omdisponering av midler fra de friskeste brukerne til brukere i "mellomgruppen" med større behov. Det ble åpnet 52 nye omsorgsboliger, dvs. en økt kapasitet på boligsiden."

Det er altså mulig. En artikkel i bladet til forskningsinstitusjonen NOVA, Aldring og livsløp, nr. 3/2005, konkluderer slik etter et forskningsprosjekt på nettopp sykehjemskøer: "Realiteten er at sykehjemspasientene er en heterogen gruppe og at "resirkuleringen" i korttidsplassene bidrar til å redusere presset på langtidsplassene ved at den permanente innleggelsen blir utsatt. Det er nettopp dette som trengs i kommuner som har køer til sine sykehjem."

I en artikkel i Sykepleien nr. 09/08 beskrives en fersk undersøkelse fra Vestfold fylke om sykehjemsfunksjoner og sykehjemsdekning. Vestfold er et fylke hvor den gjennomsnittlige sykehjemsdekningen i forhold til 80+ er lav og det har skjedd en markant endring i innrettingen på sykehjems plassene i de senere årene. Artikkelen konkluderer slik: "Det viktigste tiltak som har blitt gjennomført i Vestfold har vært å øke andelen av korttidssenger i sykehjem fra 12,3 til 18,6 prosent. Flere langtidssenger bidrar i meget liten grad til å øke tilgjengeligheten siden gjennomsnittlig liggetid er rundt to år for disse sengene i de fleste

sykehjem. Dette betyr at virkningen av en økt dekning av langtidssenger blir merkbar kun på det tidspunkt når nye senger taes i bruk.”

Hva er det de kommunene har gjort som har klart å kvitte seg med sine lange sykehjemskøer? Hovedsaklig to tiltak:

1. Sørge for at det er et tilstrekkelig antall omsorgsboliger tilgjengelige slik at de som har behov for tilsyn og pleie hele døgnet kan være trygge på at de får det. Det betyr at kommunen må ha et antall omsorgsleiligheter hvor det er fast bemanning.
2. Sørge for at det finnes et tilstrekkelig antall korttidsplasser og ikke minst, sørge for at disse plassene virkelig fungerer som korttidsplasser.

I intervjuene med RO er det flere informanter som peker på at man i Grimstad mangler korttidsplasser som fungerer som korttidsplasser. Dette er også påpekt og drøftet i kommunens Handlingsprogram 2008 - 2011. Her beskrives dette slik (s. 14):

”Vi har hatt en utvikling i Grimstad hvor de øremerkede plassene til kort tids opphold i praksis ikke eksisterer lengre. På grunn av de ressursmessige utfordringer vi har hatt de senere årene, er disse plassene tatt til brukere som har fått innvilget fast plass på sykehjemmet. Dette er en meget uheldig situasjon. Det blir nå viktig at kommunen kommer i en situasjon hvor plassene til korttids opphold reetableres. Disse plassene må benyttes til aktiv behandling og rehabilitering. Dette innebærer at korttidsplassene skal fungere som støtte for den øvrige omsorgstjenesten i kommunen, til avlastning, observasjon, utredning, rehabilitering etc. På den måten vil kommunen også unngå en rekke sykehusinnleggelse nettopp fordi kapasitet og kompetanse er tilgjengelig. Samtidig må vi bygge opp medisinskfaglig spisskompetanse hos sykepleiere – i samarbeid med sykehuset – slik at disse plassene kan benyttes med god faglighet. Den kommunale helsetjenesten og fastlegene må i sterkere grad koples inn som behandlere innenfor denne tjenesten. Langtids bofunksjon for innbyggere med et omfattende og langvarig tjenestebehov må finne sine løsninger i omsorgsboliger når ikke sykehjemsplasser er tilgjengelige.”

Dette viser at Grimstad har vært forut for samhandlingsreformen siden mange av tankene er som tatt rett ut av stortingsmelding nr. 47. Men dersom kommunen skal lykkes i dette og virkelig klare å spisse sykehjemstjenestene slik som beskrevet i handlingsplanen, er det en forutsetning at det finnes tilbud om boliger hvor det kan tilbys trygghet og tjenester hele døgnet.

I den interne rapporten fra styringsgruppa vedrørende framtidig bruk av institusjonene med mer fra 2004 er det en opplisting av boliger omsorgstjenestene disponerer (s. 6 – 7). Etter dette er 16 plasser på Flora omgjort til omsorgsboliger. Det betyr at kommunen i dag har 189 omsorgsboliger. Hvor mange av disse kan brukes som ”boliger med heldøgns tjenester med fellesareal og personalbase”? I følge ROs informanter er det 17 leiligheter på Flora, 25 leiligheter på Frivolltun 1. og 3. etg. - til sammen 42 leiligheter. Alle leilighetene ligger i samme bygg med tilknytning til bo- og omsorgssenter. Berge gård senter har 46 leiligheter som kan fylle funksjonen, Bergetun har 30 og i Storgt. 51 er det 19 leiligheter. Dette betyr at kommunen har 137 leiligheter som kan tilfredsstillende behovet for leiligheter med heldøgns omsorg. I tillegg er det altså i dag 126 institusjonsplasser (Landviktun er da inkludert). Det finns altså også et stort antall leiligheter som kan tildeles som omsorgsleiligheter og betjenes av den ambulante hjemmetjenesten.

I følge befolkningsdata gjengitt i kommunalsjefens notat om demensomsorgen er det i dag 712 innbyggere over 80 år i Grimstad. Det betyr at institusjonsdekningen i forhold til 80+ er ca. 18% slik det også framgår av KOSTRA. Uten å bygge nytt har kommunen i tillegg leiligheter til å gi en dekning av heldøgns omsorg på 19% per 80+. Dette gir en samlet mulig dekning på plasser til heldøgns omsorg på 37%. Når Landvik aldershjem med sine 14 plasser er lagt ned, vil kommunen framdeles ha en mulig dekning på 35% per 80+. Dekningsgraden i Stjørdal er i følge KOSTRA-tall for 2008, 32%, mens landsgjennomsnittet er 28%. De leilighetene som kommunen i dag eier, som er beregnet på å tildeles eldre som en del av eldreomsorgen, men om ikke kan inngå i omsorgstrappa som omsorgsbolig, kan kommunen vurdere å selge.

I følge veileder fra Husbanken om statlig investeringstilskudd til bygging av plasser til heldøgns pleie og omsorg¹⁶ skal dette tilskuddet ha en fordelingsvirkning, det vil si at de kommunene som har lav dekning skal prioriteres. Lav dekning må her forstås som å ha en samlet dekning av tilbud om plasser til heldøgns pleie og omsorg i institusjon eller bolig under landsgjennomsnittet. Dette er formulert slik i veilederen: ” skal kommuner med størst behov prioriteres, og fordelingen av tilskudd skal ha en utjevne effekt på kommunale variasjoner. Kommuner som har en høy samlet heldøgns dekning av sykehjem og omsorgsboliger, bør i hovedsak bare få tilskudd til helt nødvendig standardheving.”

RO legger til grunn at Grimstad i dag har nok boliger/institusjonsplasser til å dekke behovet for heldøgns omsorg for eldre fram til antallet eldste eldre øker sterkt rundt 2020. Videre legger RO til grunn at kommunen mangler en helhetlig strategi som angir prioriteringer innenfor omsorgstjenestene generelt og for eldre spesielt. Kommunen har valgt å drifte mange institusjonsplasser og dette har gitt svært dyre omsorgstjenester til eldre. Stjørdal og andre kommuner (for eksempel Hurum) viser at det er fullt mulig å drifte slike tjenester med under 10% institusjonsdekning per 80+. Det er dokumentert gjennom flere lokale undersøkelser i flere kommuner at det er stor forskjell resurssmessig å drifte sykehjem og omsorgsboliger med tilbud om heldøgns tjenester. Dette er også omtalt i St. meld. nr. 25 (2005 – 2006) og meldingen viser til utredning om dette. Grimstad kommune har selv gjennom interne dokumenter vist at mange av dem som i dag får sine tjenester som langtidsopphold på sykehjem kunne fått tjenestene i omsorgsbolig. IPLOS-gjennomgangen støtter dette, noe også mange av informantene til RO gjør.

Dersom Grimstad skulle ha en pleie- og omsorgstjeneste etter en modell av Stjørdal og andre hjemmetjenesteorienterte kommuner, ville kommunen ha bare et sykehjem. Gjennom samhandlingsreformen blir kravene til sykehjem betydelig skjerpet i retning av det som beskrives i Grimstad kommunes handlingsplan 2008 – 2011. Sykehjemmet må ha betydelig tilgang på fagpersonale og det vil være av stor betydning at disse personalressursene er lokalisert til et miljø og ikke spredt på flere sentra. Dersom man legger til grunn at mange av brukerne som i dag har langtidsopphold vil kunne motta tjenestene i omsorgsbolig og at noen av brukerne med mest omfattende tjenestebehov må ha langtidsopphold på sykehjem også i framtida, kan man tenke seg at bare Fevikun skal være institusjon. Frivolltun vil da kunne være et bosenter med spesiell vekt på å gi tilbud til eldre med demenssykdom. Videre bygger

¹⁶ Veileder til retningslinjer for investeringstilskudd fra Den Norske Stats Husbank til sykehjemsplasser og omsorgsboliger. (Retningslinjer vedtatt på hovedstyremøtet 11.12.07. Trer i kraft samtidig med forskriften, 25.02.08).

Grimstad opp en "omsorgstrapp" hvor alle boliger som ligger til rette for det defineres som omsorgssentra med fast grunnbemanning og ellers et system hvor ambulerende personale kan "ta toppene". Både Landviktun og Frivoll HBT opererer i dag med en lønnskostnad per bruker på rundt 370 000 kr, mens sykehjemmene har en lønnskostnad på rundt 535 000 kr per bruker. Forskjellen i lønnskostnader er 165 000 kr per bruker per år.

Dersom man legger til grunn at de aller fleste av dem som skal motta tjenester i bemannet omsorgsbolig vil ha et gjennomsnittlig omsorgsbehov omtrent på nivå med det som i dag er tilfelle på Landvik og Frivoll HBT, kan man få et bilde av hva tjenestene vil spare av ressurser på en omlegging. RO kjenner til at flere kommuner har dokumentert en forskjell på å gi tjenestene på institusjon og i bemannet omsorgsbolig for ellers like brukere på mellom 70 – 80 000 kr og 200 000 kr. I Asker kommune sin eldreplan 2004 – 2014 beregnes en plass i omsorgsbolig å koste 374 000 kr (2004-tall). Dersom man skal "ta ut" forskjellene i lønnskostnader er det en forutsetning at man har bygd opp et system rundt tildeling av tjenester hvor det er individuelle IPLOS-vurderinger som ligger til grunn for tildeling, at alle med vedtak får det de er tildelt og ikke mer, og at bemanningen hele tiden kan justeres i forhold til samlede vedtak. I tillegg kommer mulig besparelse gjennom at beboere i omsorgsbolig beholder sine rettigheter til dekning av omkostninger ved behov av hjelpemidler og helsehjelp.

Dersom 56 brukere som i dag har sykehjemsplass kunne fått sine behov like godt dekket i bemannet omsorgsbolig, ville kommunen kunne yte tjenestene for anslagsvis 10 mill. kr mindre enn i dag. RO understreker at dette er en langsiktig strategi. De brukerne som i dag er tildelt langtidsplass på sykehjem har et rettskrav på slik plass. Dersom kommunen kortsiktig skulle endre eksisterende institusjons status, måtte det skje i samråd med brukerne og deres pårørende.

6.3 Samhandlingsreform og framtidig strategi

Grimstad kommune trenger en helhetlig strategi for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene med fokus på innhold. Det er innholdet som i sin tid må bestemmes hva slags arenaer eller type boliger man trenger. Det vil være svært stor mulighet for å trække feil dersom man nå vedtar å bygge nye plasser uten at man har beskrevet hvor i en sammenhengende kjede av helse- og omsorgstjenester disse plassene skal passe inn. En av hovedbegrunnelsene for at det er nødvendig med en samhandlingsreform, er å få gode og sammenhengende pasientforløp, spesielt for de eldste pasientene med mange sykdommer.

Grimstad må ta et strategisk valg i forhold til innrettingen på framtidens kommunale tjenester innenfor helse og omsorg. Skal kommunen satse på institusjonsomsorg i stort omfang, eller skal kommunen satse på at omsorgen i størst mulig grad skal gis i brukernes eget hjem, hvor "eget hjem" forstås som opprinnelig hjem, kjøpt leilighet i sentrum med livsløpsstandard eller tildelt omsorgsbolig. Kommunen må uansett regne med at det fra 2012 vil kreves at man kan tilby tjenester innenfor behandling, rehabilitering og intermediært mellom sykehus og kommune på et langt mer avansert nivå enn i dag. Det vil etter ROs vurdering være helt utenkelig at kommunen kan tilby disse spesialiserte tjenestene på mer enn ett sykehjem. Dette både ut fra at det vil kreve et stort fagmiljø og fordi det vil stilles krav til et slikt "forsterket" sykehjem som vil binde store ressurser.

Etter ROs vurdering har Grimstad nok boliger til å tilfredsstille framtidige behov, i alle fall fram til rundt 2020. Hovedutfordringen er å innrette bruken av boligmassen slik at alle viktige

trinn i omsorgskjeden dekkes. Kommunen har flere institusjonsplasser enn mange sammenliknbare kommuner, og har godt med boliger som med enkle grep kan tilby heldøgns tjenester med fast personale (fast personalbase). Med den situasjonen kommunen er i ressursmessig, må den ta hensyn til at det er dokumentert at det er sterkt kostnadsdrivende å satse på institusjonstjenester framfor omsorgstjenester i samlokaliserte boliger, jfr. for eksempel St.meld. nr. 25 (2005 – 2006). Det er ikke ofte man kan slå fast at tiltak for å redusere kostnader også fører til bedre kvalitet slik man kan her. RO kjenner flere undersøkelser som dokumenterer hvor framtidens eldre ser for seg at de helst vil motta omsorgstjenester når det blir nødvendig. I forbindelse med at Asker kommune jobbet med sin nye eldreplan, samarbeidet kommunen med NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) om å dokumentere framtidige Eldres ønsker. Et overveldende flertall ønsker å bo i egen eid eller leid leilighet framfor på institusjon. Det er i tråd med oppfatningen om kvalitet i omsorgstjenestene at mennesker skal kunne bo i egen bolig så lenge det overhodet er mulig.

Grimstad har bygget opp et sterkt fagmiljø innenfor helse- og omsorgstjenestene, først og fremst knyttet til undervisningssykehjemmet på Fevikun. Dette vil være svært viktig strategisk i forhold til samarbeid med andre kommuner om framtidens kommunehelsetjenester. Her vises til Grimstad kommunes søknad om å bli undervisningshjemmetjeneste¹⁷ hvor kommunen kan oppvise en lang liste med utviklingsprosjekter og kompetansetiltak knyttet til undervisningssykehjemmet. Spesielt vises til to prosjekter som vil bli viktig for å være i tråd med signalene i samhandlingsreformen (beskrivelsene er hentet fra undervisningssykehjemmets hjemmeside):

1. Intravenøs behandling i sykehjem

Et samarbeids- og samhandlingsprosjekt mellom undervisningssykehjemmene i regionen og sykehuset i Telemark. Tildelt midler fra Helsedialog oktober 2008. Bakgrunnen er at sykehjemspasienter skal få behandling på lavest mulig behandlingsnivå, så langt det er mulig. Pasientene får da være i kjente omgivelser samtidig som de får optimal behandling så tidlig som mulig. Målet er å unngå sykehusinnleggelse fra sykehjem der innleggesårsak er pneumoni, dehydrering og urinveisinfeksjon eller innleggesårsaker som fører til at dette blir påvist.

2. Lindrende Omsorg

Prosjekt ”palliativ omsorg” ble tildelt kr 200000 fra Helsedirektoratet i juni 2008 (H-dir.). Som tidligere ble det også i 2008 lagt vekt på utvikling av kvalitet gjennom fagutvikling og kompetanseheving, og det var ønskelig at prosjektene skal ha nasjonal overføringsverdi. I kunngjøringen ble det pekt på strukturert samarbeid med undervisningssykehjemmet og det regionale kompetansesenteret for lindrende behandling. Søknaden skulle sees i sammenheng med basistilskuddet til USH. Koordinator for interkommunalt fagnettverk er i tillegg ansatt i 50 % stilling i Grimstad kommune som koordinator innen palliativ omsorg.

Gjennomgangen av tjenestene og herunder dimensjoneringen av de forskjellige trinnene i ”omsorgstrappa”, vil komme til å vise at i den grad Grimstad skal investere innenfor tjenestene, bør dette være for å gjøre eksisterende boliger egnet for å kunne gi tilbud om heldøgns tjenester med fast personale.

¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet har nå tildelt Grimstad oppgaven med å være undervisningshjemmetjeneste i sitt fylke, pressemelding fra departementet 11.08.09, nr. 45/09.

Sammen med nabokommuner vil Grimstad trenge å utvikle tilbud innenfor rehabilitering, rusomsorg og psykiatri. Grimstad har allerede et godt fagmiljø innenfor rehabilitering på Berge gård, dette bør være interessant for nabokommuner å være med på å bygge videre på i henhold til den kommende reformen. I nærhet til Berge gård er det også mange omsorgsleiligheter som bør kunne nyttiggjøre seg denne kompetansen. Noen leiligheter benyttes allerede av psykiatri-/rusomsorg og dette bør kunne videreutvikles. Det kan være en spennende mulighet å tenke Berge gård som et senter som i samarbeid med nabokommuner og andre linjetjenesten skal ha et helhetlig tilbud som inneholder så vel lærings- og mestringssenter som rehabilitering. Det ligger muligheter for dette innenfor rammene av den bygningsmassen som er der i dag. I tillegg har området et potensial for videre utbygging. Berge gård har allerede bygget opp en fagkompetanse som vil være et viktig element i dialog med nabokommuner.

RO mener det finnes potensial for å spare ressurser innenfor eldreomsorgen og det uten å forringe kvaliteten på tjenestene. Dette fordrer en langsiktig strategi for å endre hovedinnrettingen på tjenestene slik at kommunen minst halverer antallet institusjonsplasser og tilsvarende bygger opp tjenester gitt i bemannet omsorgsbolig. RO har i dette avsnittet vist at slik omlegging kan innebære en innsparing på 10 mill. kr per år. I tillegg kommer innsparinger som følge av at staten bærer utgifter gjennom trygdebudsjettet til innbyggere som får bo i egen leilighet, mens kommunene har hele ansvaret når innbyggerne må få tjenestene i institusjon.

7 KONKLUSJONER OG TILRÅDINGER

RO har som en del av vurderingskapitlet beskrevet mulige utviklingsmål og mulige tiltak. I dette avslutningskapitlet listes opp det som RO vurderer er det viktigste kommunen bør ta tak i når tjenestene skal utvikles til å møte framtidens utfordringer.

- RO ser det som svært viktig at Grimstad kommune griper fatt i det som av ansatte oppleves som mangel på tillit og delvis, respekt, fra politikere. RO stiller spørsmål ved hvordan politikere i Grimstad ser sin rolle som arbeidsgiver. Det er sjeldent dårlige tilbakemeldinger fra ansatte når de vurderer forholdet til politikere. ROs informanter, både politikere og ansatte, er med på å gi et bilde av en tillitskrise mellom politikere og ansatte som kommunen vanskelig kan leve med. Pleie og omsorg har i de senere årene måttet ta store innsparingskrav og må fortsette med det i årene som kommer. ROs erfaring med liknende prosesser i andre kommuner er at det er helt nødvendig at ansatte erfarer at de har politisk støtte for vanskelige innskrenkninger og endring av tjenestebeskrivelser som av innbyggere kan oppleves som ”dårligere tjenester”.
- Grimstad kommune mangler en helhetlig strategi for utvikling og drift av helse- og omsorgstjenestene i årene framover. Med St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) som stiller tydelige krav til at kommunestyrene må beskrive lokale standarder og foreta prioriteringer, er kravet om strategiske politiske valg ufravikelig. Årets stortingsmelding om samhandling og nye krav til kommunehelsetjenesten, stiller kommunene overfor nye, store utfordringer det ikke er mulig å gå inn i uten at det er beskrevet tydelige strategiske retningslinjer. Det er vanskelig for RO å se at tjenestene kan foreta store innsparinger uten at det er bestemt hva som skal prioriteres og satses på. Rapporten dokumenterer at videre innsparinger må knyttes til strukturendringer. Slike strukturendringer er det et politisk ansvar å beskrive på strategisk nivå.
- Ambulerende hjemmetjenester og boveiledertjenester i Grimstad tildeles etter hva RO kan se etter nøkterne standarder og vurderinger. Regnskapstallene fra siste år tyder ikke på at tjenesteutøverne gir tjenester det ikke er grunnlag for i vedtak (det er overensstemmelse mellom de ressursene som ble brukt gjennomsnittlig per time og de tjenestene som faktisk var planlagt ut fra samlede vedtak). Ut fra dette er det ikke grunnlag for å spare ressurser i noe størrelsesorden i denne delen av tjenestene og etter hva RO kan se, er det ikke grunnlag for å innføre strengere standarder uten å bryte med lover og myndighetsføringer. Etter at tiden med opptrappingsplan for psykisk helse er avsluttet, må denne delen av tjenestene ”gå seg til” som normal drift. Kommunene har fått oppgaver som gjør at det må påregnes å bruke mer driftsressurser på disse tjenestene framover, mye av det som har vært prosjektfinansiert vil nå måtte finansieres over driftsbudsjettene.
- Det er i Grimstad som i de fleste andre norske kommuner mange som jobber deltid og mye av denne deltidsjobbingen er ufrivillig. Kommunen bør sette i gang et arbeidstidsprosjekt med målsetting først og fremst knyttet til å få ned den omfattende bruken av deltidsstillinger. Eksperimenter i flere kommuner de siste par årene viser at det er mulig å redusere antallet små stillinger gjennom alternative måter å organisere arbeidstida (turnus) på. Mange små stillinger, helt ned i under 20%, skaper et dårlig arbeidsmiljø, gir brukerne mange å forholde seg til, skaper gjerne illojalitet og et A og B lag av arbeidstakere hvor B laget har en perifer tilknytning. Erfaring fra svenske og

norske kommuner som har klart å innføre at alle skal ha minst halv stilling, viser at slike tiltak fører med seg positive sideeffekter som mindre fravær, mindre tid brukt på vikarorganisering, mindre ekstra vikarbruk i høytider og ferier. Dette fører på sikt til mer effektiv ressursbruk. Dette er vanskelig å sette mål på og kommuner som har prøvd ut slike alternativer, har måttet bruke ekstra ressurser i en implementeringsfase. Kommunestyret har tidligere pålagt tjenestene å spare ressurser gjennom å redusere sykefraværet. RO mener at det å sette slike krav i seg selv gir liten mening, statlige myndigheter har lenge hatt en målsetting om dette uten å lykkes i særlig grad. Som en følge av refusjonsordningen for langtidsfravær, er det reduksjon i korttidsfraværet kommunene selv kan spare ressurser på. I helse og omsorg generelt er det først og fremst langtidsfraværet som er stort, men i Grimstad er korttidsfraværet litt høyere enn for kommunene RO har sammenliknet med i denne rapporten, det er ROs erfaring at når kommuner klarer å gjøre noe med deltidsproblemet, følger redusert sykefravær med som en bieffekt.

- I forhold til sammenlignbare kommuner og i forhold til gjennomsnittstall, bruker Grimstad lite ressurser på pleie- og omsorgstjenester. Samtidig brukes relativt mye av ressursene til institusjonstjenester. RO har i denne rapporten vist at potensialet for å spare ressurser ligger i å bruke mindre penger på dyre institusjonstjenester og mer på rimeligere hjemmetjenester. Man må likevel ikke se bort fra at Grimstad på tjenestene til eldre er plassert blant de kommunene i landet som bruker minst ressurser på eldreomsorg. Grimstad bør endre innretningene på eldreomsorgen til mer hjemmeorienterte tjenester. Det er mye dokumentasjon på at kommuner som har gjort dette, drifter tjenesten billigere. Dette betyr at Grimstad i framtida ikke bør ha mer enn et sykehjem, og det er Fevikun som peker seg ut som det framtidige sykehjemmet. Frivolltun bør da driftes som omsorgsboliger hvor beboerne får tjenester etter sine individuelle behov. IPLOS-gjennomgangen og erfaringer fra andre kommuner tyder på at kommunen på sikt kan spare rundt 10 millioner på slik driftsomlegging, men det forutsetter at man klarer å skape et system hvor personalressursene følger vedtakene.
- I tråd med tilrådingene over, bør Grimstad gjennomgå sitt boligbehov. Utgangspunktet må være at kommunen bare skal eie boliger nok til å tildele brukere som har behov for omfattende tjenester. Kommunen eier i dag sannsynligvis mange boliger det i et slikt perspektiv ikke er behov for. I dag mangler kommunen en policy for omsorgstjenester i bolig med bemanning som kan erstatte behovet for sykehjemsplasser. Det samlede antallet av sykehjemsplasser og bolig med heldøgns tjenester bør ligge på ca. 28% av antallet eldre over 80 år. I rapporten framgår det at kommunen allerede har tilstrekkelig antall boliger som kan tilfredsstille kravene til å driftes som bolig med tilbud om heldøgns omsorg. Det betyr at kommunen ikke bør bygge boliger til erstatning for Landvikun aldershjem, men se nedleggingen av disse plassene som en del av en langsiktig strategi for å endre innretningen på eldreomsorgen til hjemmebasert i stedet for institusjonsbaserte. Det betyr også at kommunen bør selge alle leiligheter den eier ut over de som bidrar til tilstrekkelig dekning for heldøgns omsorg.
- I tråd med myndighetsføringer gitt i St.meld. nr. 47 (2008 – 2009) bør Grimstad, slik som tidligere sagt i dette kapitlet med tilrådingene, ha en strategi for framtidige primærhelsetjenester. Dette inkluderer å vurdere sykehjemsfunksjonene og bestemme hvor mange sykehjemsplasser kommunen trenger i framtida og hva slags tjenester

disse skal tilby. Nabokommunene vil være avhengig av å samarbeide med Grimstad om noen av de tjenestene som i framtida vil ligge til kommunehelsetjenestene. Her er det viktig at Grimstad er tidlig ute med å tilby gjennomtenkte løsninger. Ikke minst vil kommunene stilles overfor krav om å tilby tjenester og bolig til mennesker med liten boevne som rusmiddelbrukere og brukere med kombinerte diagnoser innenfor rus og psykiatri.

- Tjenestene innenfor helse og omsorg er pålagt innsparingskrav dette året som har ført til tiltak som gjør at enkeltbrukere får redusert sitt tjenestetilbud. I tillegg har en personalreduksjon på institusjonene gjort at disse må endre turnuser og rutiner for måltider og leggetider. RO mener at det ikke er mulig å redusere mer på bemanning uten at det kommer som følge av strukturendringer eller omfattende arbeidstidsendringer eller turnusendringer. Uten nedbemanning vil det ikke være mulig å spare ressurser innefor disse tjenestene siden de er svært personalintensive og siden kommunen i flere år allerede har brukt ostehøvelprinsippet på tjenesteområdet. Skal det være mulig å spare mer personalressurser på kort sikt, må kommunen differensiere i forhold til de to sykehjemmene. Det betyr at noen sykehjemstjenester skjermes for innsparinger. Det vil medføre at beboere flyttes mellom de to sykehjemmene slik at de som krever mest pleie samles på et av dem. Det vil gjøre at det andre sykehjemmet kan driftes med mindre pleiefaktor. Dette er imidlertid en ad hoc løsning som sannsynligvis skaper uro og protester blant familie og pårørende. Det er etter ROs vurdering ikke forsvarlig å skjære ytterligere ned på bemanningen på sykehjemmene som et generelt tiltak.