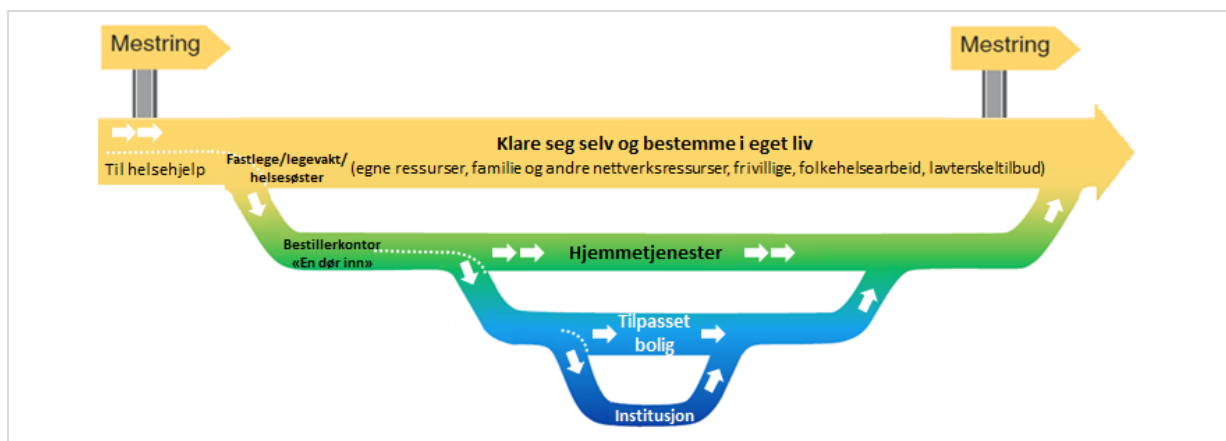


Melhus kommune

Gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og i Bo og avlastning

Rapport

21. oktober 2015



Oppdragsgiver: Melhus kommune

Rapportnr.: R9002

Rapportens tittel: Gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i helse- og omsorgsvirksomhetene og Bo og avlastning

Ansvarlig konsulent: Rune Holbæk

Kvalitetssikret av: Svein Lyngroth

Dato: 21. oktober 2015

Innhold

1	SAMMENDRAG	7
2	METODE OG PROSESS	9
2.1	METODE	9
2.2	DATAGRUNNLAG	9
2.3	PROSJEKTORGANISERING	9
2.4	OPPBYGNING AV RAPPORTEN	10
3	ANALYSE	11
3.1	SAMMENLIGNING MED ANDRE KOMMUNER I KOSTRA	11
3.2	ANALYSE AV UTGIFTENE PÅ KOMMUNENIVÅ	12
3.3	PLEIE OG OMSORG	13
3.3.1	Tjenestene som inngår i analysen	13
3.3.2	Kostnadsanalyse av pleie- og omsorgstjenestene samlet sett	14
3.3.3	Behov for pleie- og omsorgstjenester	15
3.3.4	Prioritering av pleie- og omsorgstilbudet	15
3.3.5	Strukturen i tilbudet – styrkeforholdet mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg	16
3.3.6	Ressurskrevende tjenester	17
3.3.7	Produktivitet – tjenesten samlet sett	18
3.3.8	Institusjonstjenesten	19
3.3.9	Dekningsgrad	20
3.3.10	Andel utgiftsdekning	22
3.3.11	Oppsummering KOSTRA 2014	23
3.4	MELHUS SIN PRIORITERING AV TJENESTER INNEN PLEIE OG OMSORG	24
3.4.1	Sammenligningsgrunnlaget	25
3.4.2	Andelsmessig fordeling av netto driftsutgifter innen kommunens pleie- og omsorgstjenester	25
3.4.3	Brukere og plasser	26
3.4.4	Netto driftsutgifter pleie og omsorg	27
3.4.5	Hjemmetjenester, i hovedsak til eldre	28
3.4.6	Andre brukere i hovedsak eldre	29
3.4.7	Dekningsgrad heldøgns omsorg for eldre	30
3.4.8	Kostnader pr. sykehjemsplass	32
3.5	UTGIFTER TIL FUNKSJONSHEMMEDE	33
3.6	TJENESTER TIL FUNKSJONSHEMMEDE UNDER 18 ÅR	34
3.6.1	Netto driftsutgifter pr. innbygger	34
3.6.2	Antall brukere under 18 år	35
3.7	TJENESTER TIL FUNKSJONSHEMMEDE OVER 18 ÅR	36
3.7.1	Netto driftsutgifter pr. innbygger	36
3.7.2	Antall brukere over 18 år	37
3.7.3	Årsverk og andel plasser	38
3.7.4	Psykisk helse og rus	39
3.7.5	Årsverk psykisk helse og rus	40
3.7.6	Antall brukere over 18 år	41
3.8	OPPSUMMERING AV KOSTNADSSAMMENLIGNINGEN	41
4	OVERORDNET ORGANISERING OG UTFORDRINGER	43
4.1	OVERORDNET ORGANISERING	43

4.2	RAMMEOMRÅDE 3 – REGNSKAP OG BUDSJETT	44
4.3	HOVEDUTFORDRINGER FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE	46
4.4	UTVIKLING I DEMOGRAFI OG BEHOV INNEN PLEIE OG OMSORG	48
4.4.1	Eldre i Melhus 1988–2040	48
4.4.2	Beregnet behov for pleie og omsorgstjenester	48
4.5	ØKT BEHOV FOR HELHETLIG STRATEGISK LEDELSE OG TVERRFAGLIG SAMARBEID	50
5	DRØFTING OG VURDERING	51
5.1	HVOR ER STORDRIFTSFORDELENE INNEN HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE?	51
5.1.1	Resultatenheter i pleie og omsorg	51
5.1.2	Grunnenheter i pleie- og omsorgstjenestene	52
5.2	SAKSBEHANDLING OG TILDELING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	54
5.2.1	Økonomisk styring og tildeling av tjenester	54
5.2.2	Spesialisering eller generalisering av saksbehandlingen	56
5.2.3	Styring av de krevende sakene i Melhus kommune	58
5.3	TILDELING AV TJENESTER TIL BRUKERE I BOFELLESSKAP / SAMLOKALISERTE BOLIGER	59
5.4	HJEMMETJENESTER	60
5.4.1	Brukerne og bemanning hjemmesykepleie og hjemmehjelp	60
5.4.2	Hverdags rehabilitering	66
5.4.3	Psykisk helsearbeid og rus	67
5.4.4	Kompetanse i hjemmebaserte tjenester	70
5.4.5	Dag- og aktivitetstilbud	71
5.5	VURDERING AV KOMMUNENS SYKEHJEM	72
5.5.1	Bemanning og pleiefaktor	75
5.5.2	Enhetskostnader i sykehjem	76
5.6	OMSORGSBOLIGER	78
5.7	ALTERNATIVER FOR UTVIKLING AV HELDØGNSTILBUDET OG ANDRE BOFORMER	81
5.7.1	Økt satsing på hjemmebasert omsorg kan bidra til å redusere behovet for sykehjem	81
5.7.2	Fremtidig utvikling av institusjoner og andre boformer for eldre	82
5.7.3	Boligtilbud for eldre i de nordiske landene	84
5.7.4	Beregninger av fremtidig behov for heldøgntilbud og andre boformer for eldre	85
5.8	PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE	90
5.8.1	Boliger	90
5.8.2	Avlastning	97
5.8.3	Dag- og arbeidstilbud funksjonshemmede	98
5.8.4	Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	99
5.9	KJØKKEN	100
5.10	ØKONOMISTYRING	101
5.11	IKT/VELFERDSTEKNOLOGI	104
5.12	SYKEFRAVÆR	104
5.13	LOVPÅLAGTE TJENESTER	106
6	OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	107
6.1	SAKSBEHANDLING OG TILDELING AV TJENESTER	107
6.2	HJEMMEBASERT OMSORG	108
6.3	SYKEHJEM	109
6.4	OMSORGSBOLIGER	110
6.5	DAGSENTER/DAGTILBUD FOR ELDRE	111
6.6	FUNKSJONSHEMMEDE	112
6.7	PSYKISK HELSEARBEID OG RUS	114

6.8	KJØKKEN	114
6.9	FRMILLIGHET	115
6.10	SYKEFRAVÆR	115
6.11	LEDELSE, ØKONOMI, FAG OG PERSONALE	115
6.12	GENERELLE SUKSESSKRITERIER FOR GODE FRAMTIDIGE TJENESTER TIL ELDRE	116

Forord

I denne rapporten blir det lagt frem en gjennomgang av de tre helse- og omsorgsdistriktene, i tillegg til bo- og avlastningstjenesten med fokus på organisering og økonomiske forhold.

Arbeidet har blitt utført i nær dialog med kommunen. Prosjektet har vært ledet av en styringsgruppe med deltakelse fra ledere og tillitsvalgte. Det har vært arrangert en dialogkonferanse med rundt 50 personer. På konferansen deltok ledere, tillitsvalgte, politikere og representanter for brukerne.

Vi takker for konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og ved tilrettelegging av statistisk informasjon. En særlig takk til Roger Santokhie som har vært kontaktperson, og som på en særdeles god måte har bidratt til koordinering av arbeidet.

Det er utarbeidet et eget vedlegg til rapporten med fakta og en mer detaljert beskrivelse av nåsituasjonen i den enkelte enhet som er vurdert. Denne er unntatt offentlighet grunnet brukersensitiv informasjon.

I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Rune Holbæk og Hege Askestad, med førstnevnte som ansvarlig konsulent. Svein Lyngroth har vært kvalitetssikrer av arbeidet.

Stabekk, 21. oktober 2015

1 Sammendrag

Målet med vår gjennomgang har vært å se på økonomiske prioriteringer og organisering av helse- og omsorgstjenestene i kommunen innenfor rammeområde 3, primært de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og bo- og avlastningstjenestene.

De fleste ønsker å kunne bo i sitt eget hjem, og å være herre i eget hus hele livet. Det er et uttalt delmål i kommuneplanens samfunnsdel Melhus 2025 at kommunen skal legge til rette for at så mange som mulig skal kunne bo i sin opprinnelige bolig, eller en tilpasset bolig, så lenge som mulig. En sentral strategi for og lykkes er at eldre skal mestre eget liv og få hjelp når de trenger det uavhengig av hvor de bor. Dette er illustrert med modellen på forsiden av rapporten.

Prognosene for Melhus kommune viser at behov for pleie og omsorg vil vokse med ca. 90 % i perioden fram til 2040, mens behov innen barnehage og skole tilsvarende vil vokse med ca. 30 %.

Antall eldre over 80 år blir doblet fra rundt 658 i 2015 til rundt 1 330 i 2040. En videreføring av dagens praksis innebærer et behov for bygging av rundt 340 boliger og institusjonsplasser i perioden frem til 2040. En vellykket satsing på hjemmebasert omsorg vil kunne gi en vesentlig reduksjon av behovet, kanskje ned mot 155 nye boliger og institusjonsplasser. Bygging av egnede boliger på det private markedet, vil bidra til å redusere behovet for utbygging i kommunal regi.

I Melhus blir rundt 83 % av heldøgnsstilbudet til eldre gitt på institusjon (sykehjem) og kun 17 % av tilbudet i omsorgsboliger. Utbyggingen bør i hovedsak skje ved bygging av omsorgsboliger. Kommunen bør i tillegg samarbeide med private aktører om bygging av «plussboliger»¹. Et sentralt suksesskriterie framover er at det bygges «bemanningsvennlige» boliger som grunnlag for rasjonell kommunal drift.

Kommunens ressursbruk på pleie- og omsorgstjenester i KOSTRA korrigert for ulike behov, ligger på nivå med gjennomsnittet for kommuner i Sør-Trøndelag og for sammenlignbare kommuner (kommunegruppe 7). Melhus ligger derimot i det øvre sjiktet blant sammenligningskommunene i vårt analyseutvalg. Dersom kommunen hadde kopiert utgiftsnivået til Stjørdal kommune som driver «billigst» i vår sammenlikning, ville Melhus ha redusert sine kostnader med ca. 50 mill. kr pr. år.

Kartleggingen vår har vist feilrapportering i kommunens KOSTRA rapportering. Dette medfører manglende grunnlag for bruk av styringsdata. Dette må på plass for å kunne ta riktige strategiske avgjørelser for framtidig tjenesteutvikling.

Vår gjennomgang viser at kommunen prioriterer økonomiske ressurser til institusjonstjenesten høyere enn til hjemmebaserte tjenester til eldre innbyggere. Dette er ikke i tråd med hovedprinsippene i Samhandlingsreformen (BEON-prinsippet²). Vår anbefaling er at kommunen må vri ressursene fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg med fokus på å hjelpe innbyggerne til å klare seg selv i opprinnelig bolig lengst mulig. I praksis kan det bety at kommunen bør omgjøre flere institusjonsplasser til omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning og øke antall årsverk i hjemmesykepleien.

For at kommunen skal mestre dette, må en ha enhetlig strategisk ledelse og organisering som sikrer mer likeverdige tjenester, effektiv ressursutnyttelse og nødvendig styring og utvikling av tjenestene.

¹ «Plussboliger» for eldre: Betegnelsen er inspirert av Omsorg+ og plussboligene til Selvaag. Dette er private seniorvennlige leiligheter med livsløpsstandard som omfatter et serviceområde med bemannet resepsjon, lobby, gjesterom, treningsrom, møterom, selskapsrom og kjøkken. En vertinne eller vert er daglig tilstede i resepsjonen, og holder orden på serviceområdet, organiserer tilbud og bistår med praktisk hjelp.

² Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Prinsippet kan fremstilles som vist i figur 5-1.

For å sikre dette bør kommunen ha en felles kommunalsjef for alle helse- og omsorgstjenestene i Melhus og avikle organiseringen i to ulike rammeområder (Område 3 og 4).

Dagens organisering med tre ulike helse- og omsorgsdistrikt som alle har ansvaret for de samme tjenestene i sine geografiske områder gjør det krevende å oppnå dette. I tillegg viser kartleggingen vår behov for mer samkjøring og spesialisering på flere områder på tvers av distriktene.

Vår anbefaling er derfor at kommunen avikler distriktsmodellen og oppretter en overordnet organisering for sykehjemmene og en for hjemmebaserte tjenester i hovedsak for eldre.

For å sikre målsetningen om at flere eldre skal klare seg selv i opprinnelig bolig lengre enn i dag, må hjemmebasert omsorg ha tilstrekkelig med ressurser, riktig kompetanse og flere virkemidler/tiltak. Dette kan dreie seg om forsvarlig bemanning hele døgnet, fagteam på ulike områder, utstrakt bruk av hverdagsrehabilitering og dag- og aktivitetstilbud, økt satsing på velferdsteknologi og strategisk bruk av korttids- og avlastningsopphold. Det vil også være viktig med forebyggende innsats rettet mot eldre, og at eldre har gode muligheter for å delta i sosiale nettverk. Vårt inntrykk er at Melhus allerede i dag gjør en god innsats på mange av disse områdene. Utfordringen vil være å fortsette et systematisk arbeid på disse områdene. En viktig forutsetning for og lykkes kan være å organisere disse tjenestene sammen under en felles virksomhetsleder.

Virksomhet Bo og avlastning yter ulike tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne i hele kommunen og er ikke organisert etter distriktsmodellen. Vår vurdering er at dette er en hensiktsmessig organisering, men at virksomheten som de øvrige har utfordringer i forbindelse med saksbehandling, prioritering og styring av tjenestene. I tillegg har tjenesten utfordringer knyttet til boligstruktur og tjenestestruktur. Dette har særlig sammenheng med mange små boliger/driftsenheter som innebærer høy grad av smådriftsulempere og høyere kostnader enn sammenligningskommunene. Gjennomgangen vår viser at virksomhet Bo og avlastning benytter ca. 18 årsverk på natt. Vurderingen er at dette ikke alene kan knyttes til brukernes behov, men også må sees i sammenheng med kommunens boligstruktur.

2 Metode og prosess

Agenda Kaupang har bistått Melhus kommune med en gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i de tre virksomhetene innen helse og omsorg, i tillegg til Bo og avlastningstjenesten.

2.1 Metode

Agenda Kaupang har gjennomført evalueringen i to faser: en kartleggingsfase og en analysefase. I kartleggingsfasen har vi dannet oss et bilde av status i driftssituasjonen ved helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Kartleggingen har inkludert besøk på sykehjemmene, i boligene og lokaler som benyttes til formål innenfor helse og omsorg i Melhus kommune.

Det er gjennomført kartleggingsintervju med berørte ledere, hovedtillitsvalgte og øvrige ressurspersoner i tjenestene. Sammen med registerdata og regnskapstall utgjør dette grunnlaget for våre vurderinger. Analysen har resultert i en rapport som er utviklet i samarbeid med styringsgruppen.

2.2 Datagrunnlag

Denne rapporten er basert på følgende datakilder:

- *KOSTRA, tilrettelagt i databasen til Agenda Kaupang.* Situasjonen i Melhus er sammenlignet med andre kommuner. Utvalget av kommuner er ellers gjort i dialog med Melhus kommune.
- *Informasjon fra aktuelle tilgjengelige statistikker*
- *Agenda Kaupangs egen detaljanalyse for pleie- og omsorgstjenestene (database).* Utvalget av kommunene i denne analysedelen baserer seg på kommuner Agenda Kaupang har arbeidet med tidligere
- *Skriftlig informasjon fra kommunen:* Regnskap 2014, budsjett 2015 og gjeldende økonomiplan og årsmelding
- *Muntlig informasjon fra ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester og deltakerne i ressursgruppa:* Det er foretatt intervjuer med sentrale ledere og tillitsvalgte i kommunen, i all hovedsak i rammeområde 3, men virksomhetslederne for rammeområde 4 er også inkludert. Deltakerne i styringsgruppa har også gitt nyttig, muntlig informasjon underveis på møtene som er avholdt.

2.3 Prosjektorganisering

Styringsgruppe

Prosjektet har vært ledet av en styringsgruppe med deltakelse fra ledere og tillitsvalgte. Formålet har dels vært å sikre fremdrift og et resultat i tråd med mandatet for arbeidet og dels å kvalitetssikre informasjonen som har blitt lagt frem. Dessuten har ønsket vært at deltakelsen skal bidra til eierskap til innholdet i rapporten, som et viktig grunnlag for gjennomføring av anbefalingene som fremkommer.

Deltakere i styringsgruppen som har hatt tre møter har vært:

- Katrine Lereggen, rådmann
- Morten Bostad, assisterende rådmann
- Lars Mo, økonomisjef
- Lene Stene Salberg, kommuneoverlege
- Egil Johannes Hauge, utviklingsjef
- Solfrid Løvseth, Fagforbundet

- Sonja Engan, NSF
- Arne Løvset, virksomhetsleder, Nedre Melhus helse og omsorg
- Jon Tore Dokken, personalsjef
- Roger Santokhie, prosjektleder (referent)
- Rune Holbæk, Agenda Kaupang

Dialogkonferanse

Det ble arrangert en dialogkonferanse 4. september med rundt 50 deltakere fra berørte aktører. På konferansen deltok ledere, tillitsvalgte, politikere og representanter for brukerne. Formålet med konferansen var dels å drøfte beskrivelsen og analysen av dagens situasjon og dels og drøfte utfordringene og mulighetene for framtidens helse- og omsorgstjeneste i Melhus. I forkant av konferansen fikk deltakerne et foreløpig notat med analyser og beskrivelser som var gjort så langt. I et eget vedlegg til denne rapporten, blir det gitt en oppsummering av innspillene som kom fram på konferansen.

2.4 Oppbygning av rapporten

I rapporten er det i kapittel 3 først en analysedel med gjennomgang av KOSTRA-statistikk for de aktuelle tjenesteområdene pr. 01.01.15. Her blir Melhus sammenlignet med andre relevante kommuner. Videre foretar vi en gjennomgang av data fra Agenda Kaupangs detaljerte kartlegging innenfor pleie og omsorg, hvor vi sammenlikner Melhus med et utvalg andre kommuner.

I kapittel 4 gir vi en kort oppsummering av overordnet organisering av rammeområde 3 som er helse og omsorg og utfordringsbildet i sektoren. Det er i tillegg gjennomført en detaljert nåsituasjonsbeskrivelse av den enkelte virksomhet som er utarbeidet som interne arbeidsnotater for lederne i helse og velferd. Denne er ikke en del av rapporten grunnet brukersensitive opplysninger.

I kapittel 5 gjennomgår vi drøftinger og vurderinger basert på detaljgjennomgangen hvor vi har sammenfatter data fra beskrivelsene, regnskapet og dimensjoneringen av den enkelte tjeneste.

Oppsummering og våre anbefalinger basert på hele gjennomgangen av de aktuelle tjenesteområdene finner man i kapittel 6.

3 Analyse

3.1 Sammenligning med andre kommuner i KOSTRA³

Kommuner som inngår i analysen

Dette kapitlet analyserer ressursbruken for pleie og omsorg i Melhus kommune. En sentral kilde er informasjon om økonomi og tjenester som kommunen selv har rapportert inn til KOSTRA for 2014. Følgende kommuner er valgt ut som sammenligningskommuner:

- Stjørdal
- Malvik
- Skaun
- Orkdal
- Vestby
- Gjennomsnittet for Sør-Trøndelag
- Gjennomsnittet for kommunegruppe 7 som Melhus tilhører

Det er lagt vekt på å velge kommuner som enten oppdragsgiver eller konsulent fra før har kjennskap til. Skaun, Malvik og Orkdal er valgt ut fordi de er nabokommuner til Melhus. Gjennomsnittet for fylket og kommunegruppen pleier å inngå i sammenligningsutvalget i kommunens styringsdokumenter. Stjørdal er inkludert i utvalget for å hente inspirasjon og fordi kommunen driver rimelig innenfor helse- og omsorg. Vestby er inkludert fordi det er en av Norges rimeligst drevne kommuner og er i samme kommunegruppe som Melhus.

Tabellen nedenfor viser ytterligere karakteristika ved sammenligningskommunene.

Tabell 3-1 Objektive data knyttet til utvalgskommunene

Utvalgskommuner	Befolkning 1.1		Vekst 2005 - 2015	Innbygger pr. km ² areal	K gruppe	Areal	Frie inntekter og eiendomsskatt pr. innbygger justert for behov. Nivå i forhold til landsgjennomsnittet
	2005	2015					
Melhus14	13977	15916	13,9 %	24,1	7	660	94,0 %
Stjørdal14	19562	22957	17,4 %	25,0	13	920	89,6 %
Malvik14	12095	13498	11,6 %	83,2	8	162	91,9 %
Skaun14	6063	7668	26,5 %	36,0	7	213	89,7 %
Orkdal14	10512	11722	11,5 %	20,7	7	567	90,4 %
Vestby14	12990	16310	25,6 %	122,0	7	134	92,3 %
Gj.snitt Sør-Trøndelag14	272567	310047	13,8 %	17,3	0	17909	97,6 %
Gruppe 0714	334050	386842	15,8 %	50,2	7	7703	91,9 %

Tabellen viser at størrelsene på kommunen varierer fra ca. 7 668 innbyggere til i underkant av 23 000. I Melhus var det pr. 31.12.14 registrert ca. 15 916 innbyggere. Tabellen viser at alle kommunene har hatt en vekst i innbyggertallet fra 2005 til 2015. Veksten har variert fra 11,6 % i Malvik til 26,5 % i Skaun. Kommunene i vår sammenlikning er i kommunegruppe 7,8 eller 13. Tabellen viser at kommunene er noe ulike både når det gjelder innbyggere, vekst, areal, frie inntekter mv.

Kommunegruppe 7 består av 31 kommuner (2014) og er «kommuner med lave bundne kostnader pr. innbygger, lave frie disponible inntekter».

Data som benyttes i analysen er data fra KOSTRA fra 2014 på Konsernnivå. Rapporteringen i KOSTRA gir nyttig, men ikke så utfyllende informasjon som man kunne ønske. Det er derfor samlet inn ytterligere informasjon fra Melhus som er brukt til å supplere resultatene fra KOSTRA. Gjennom arbeidet med å fremskaffe detaljerte økonomiopplysninger innen pleie og omsorg er det oppdaget feilføringer i kommunen som gir utslag for KOSTRA 2014. Dette omhandler tilskuddet som kommunen

³ KOSTRA = KOMmune – STAT – RAPPORTERING

får for ressurskrevende brukere ført på KOSTRA funksjon 840. Refusjonen utgjør ca. 38 mill. kr. I tillegg er det foretatt andre justeringer som følge av feilføringer i regnskapet 2014.

Melhus kommune har ikke ført tilskudd til svært ressurskrevende tjenester iht. veileder for KOSTRA 2014. Tjenestespesifikke tilskudd som tilskudd til ressurskrevende tjenester er ikke ført på de tjenestene der utgiftene oppstår. Tilskuddet er ført på sentral funksjon. Dette gjør at utgiftsnivået i Melhus sammenliknet med andre kommuner innenfor pleie og omsorg framstår for høyt. Agenda Kaupang foretok derfor en manuell justering. Dette medførte at kommunens netto utgifter til ulike funksjoner innenfor pleie og omsorg ble redusert med 38,07 mill. kr. Tabellen under viser hvilke feilføringer som er korrigeret:

Tabell 3-2 Korrigeringer i kommunens regnskap 2014

	Netto driftsutgifter før og etter korreksjon for feil regnskapsføring						
	Før korreksjon		Korreksjon			Etter korreksjon	
	Tusen kroner	Per innbygger	Tusen kroner	Per innbygger	Prosent	Tusen kroner	Per innbygger
234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og	9245	581	4866	306	52,6 %	14111	887
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	110127	6919	-16345	-1027	-14,8 %	93782	5892
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	121731	7648	-20425	-1283	-16,8 %	101306	6365
261 Institusjonslokaler	21835	1372	-2617	-164	-12,0 %	19218	1207
265 Kommunalt disponerte boliger	-2370	-149	2617	164	-110,4 %	247	16
273 Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi	7450	468	-6165	-387	-82,8 %	1285	81
Totalt			-38069	-2392			
	Utslag på delformål						
Pleie og omsorg	262938	16520	-34521	-2169	-13,1 %	228417	14351
Sosial	28185	1771	-6165	-387	-21,9 %	22020	1384
Tekniske formål Bolig	-2696	-169	2617	164	-97,1 %	-79	-5

Tabellen viser kostnader før og etter korrigeringsene. Korrigeringsene medførte endringer både innenfor pleie og omsorg, sosial og bolig. Korrigeringsene medførte at kostnadene pr. innbygger innenfor pleie og omsorg ble redusert fra kr 16 520 til kr 14 351. Innenfor sosial medførte korrigeringen at utgiftene pr. innbygger falt fra kr 1 771 til kr 1 384. Tabellen viser viktighetene av at kostnadene regnskapsføres i tråd med KOSTRA veilederen.

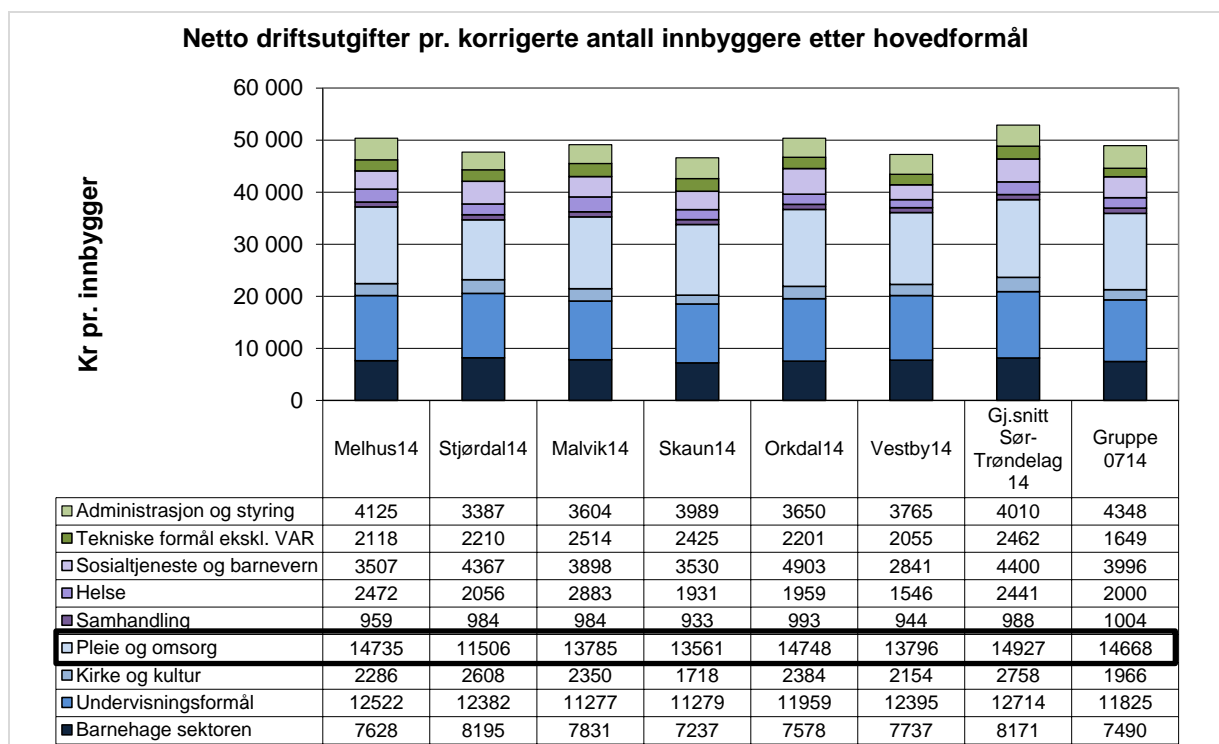
3.2 Analyse av utgiftene på kommunenivå

I analysen av KOSTRA-tallene vil vi først vise hvor store andeler av kommunens netto driftsutgifter som går til de ulike hovedtjenestene. Dette fremgår av figur 3.1 nedenfor. Tallene er korrigeret for befolkningens sammensetning og behov innenfor hvert av de aktuelle områdene.

Med "korrigeret innbygger" menes her at det er foretatt korrigeringer for ulikheter i befolkningens sammensetning. I oversikten vil antallet "relevante innbyggere" variere ut fra hvem som utgjør målgruppen for tjenesten. Innenfor barnehage og undervisning er det f.eks. korrigeret for antall barn i alderen 0–5 år og antall barn/unge i alderen 6–15 år.

For administrasjon, sosial, helse, pleie og omsorg er det foretatt korrigeringer ut fra det delkriteriesystemet som lå til grunn for kommunenes inntektssystem i 2013. For pleie og omsorg tas det bl.a. hensyn til antallet eldre over 67 år, antallet eldre over 80 år og antallet psykisk utviklingshemmede.

Figuren under gir et godt bilde av hvordan kommunene prioriterer de ulike tjenestene i forhold til hverandre.



Figur 3.1 Netto driftsutgifter pr. korrigerede innbygger etter hovedformål

Sammenligningen viser at driftsutgifter innenfor de ulike formålene varierer mellom kommunene. Av figuren fremgår det at Melhus sine kostnader til pleie og omsorg (uthevet boks) ligger i det øvre sjiktet. Kostnadsnivået i Melhus ligger over kommunegruppe 7, men på nivå med gjennomsnittet for Sør-Trøndelag. I figuren over har vi korrigert for feilføring som er redegjort for innledningsvis i rapporten.

3.3 Pleie og omsorg

3.3.1 Tjenestene som inngår i analysen

Aktivering og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse (234)

Tjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, utviklingshemming mv., eldresentre og dagsenter for hjemmeboende, aktivitetssentre for personer med utviklingshemming mv., aktivisering av barn med funksjonsnedsettelse utover aktivisering i forbindelse med grunn-skoleundervisning, andre dagaktivitetstilbud, transporttjenester, støttekontakt, matbringning, velferdsteknologiske innretninger som trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av teknologien, men ikke utgifter som er knyttet til utrykninger, som føres på funksjon 254), vaktmester, vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak, ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, frivillighetssentraler, frisør og fotpleie til eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Helse- og omsorgstjenester i institusjon (253)

Helse- og omsorgstjenester i institusjon er direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse helse- og omsorgstjenester i institusjon, aldershjem og sykehjem, inneholder i tillegg også tilbud i «i institusjon» med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsbolig.

Det er justert for inntekter fra egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester.

I tillegg til døgnopphold inkluderer dette også dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, f.eks. re-/habilitering og avlastning. Omfatter også servicefunksjoner som husøkonom, kjøkken, kantine/kiosk, vaskeri, aktivtør, medisinske forbruksvarer, tekniske hjelpemidler, inventar og utstyr, administrasjon/ledelse av institusjonen (forutsetningen er at eventuelle ledere ved avdelinger/poster ikke har fullstendig lederansvar), inntekter av oppholdsbetaling, utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger, betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter.

Institusjonslokaler (261)

Institusjonslokaler er forvaltning, leie, drift og vedlikehold av institusjoner og boformer med heldøgns pleie og omsorg (f.eks. vaktmester, energi, vedlikehold, kapitalkostnader).

Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (254)

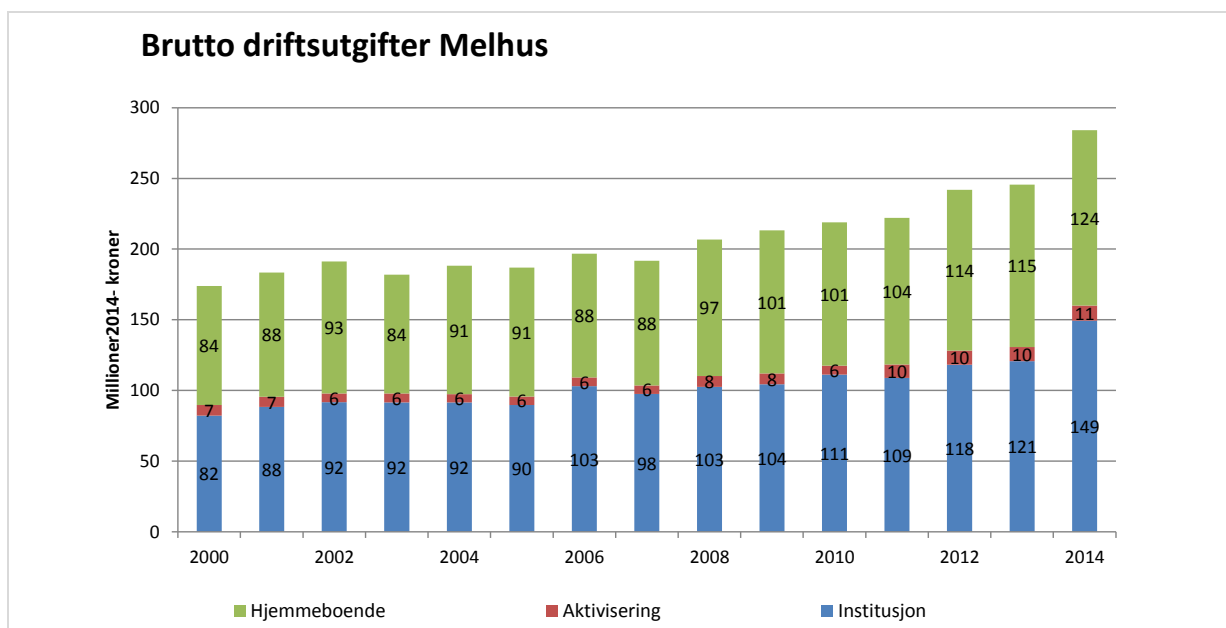
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende er praktisk bistand, daglige gjøremål og opplæring i daglige gjøremål, brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn, helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste utenfor institusjon (hjemmesykepleie og vedtak/beslutning om bistand som ledd i kommunens psykiske helsearbeid).

Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2.

3.3.2 Kostnadsanalyse av pleie- og omsorgstjenestene samlet sett

Tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren gis i hovedsak til personer over 67 år og til personer med funksjonsnedsettelse. Våre drøftinger er knyttet til hva nøkkeltallene betyr for Melhus, herunder om forskjellene kan indikere at kommunen har noe å hente på å forbedre, endre og effektivisere sin ressursbruk. Vi gjør oppmerksom på at alle tall i denne delen av analysen inkluderer personer med funksjonsnedsettelse og psykiske helse og rus. Dette har sin årsak i at KOSTRA ikke skiller mellom ulike typer brukere av tjenestene.

Vi har brukt data fra KOSTRA til å beskrive utviklingen de siste tolv årene for utgifter til pleie og omsorg.

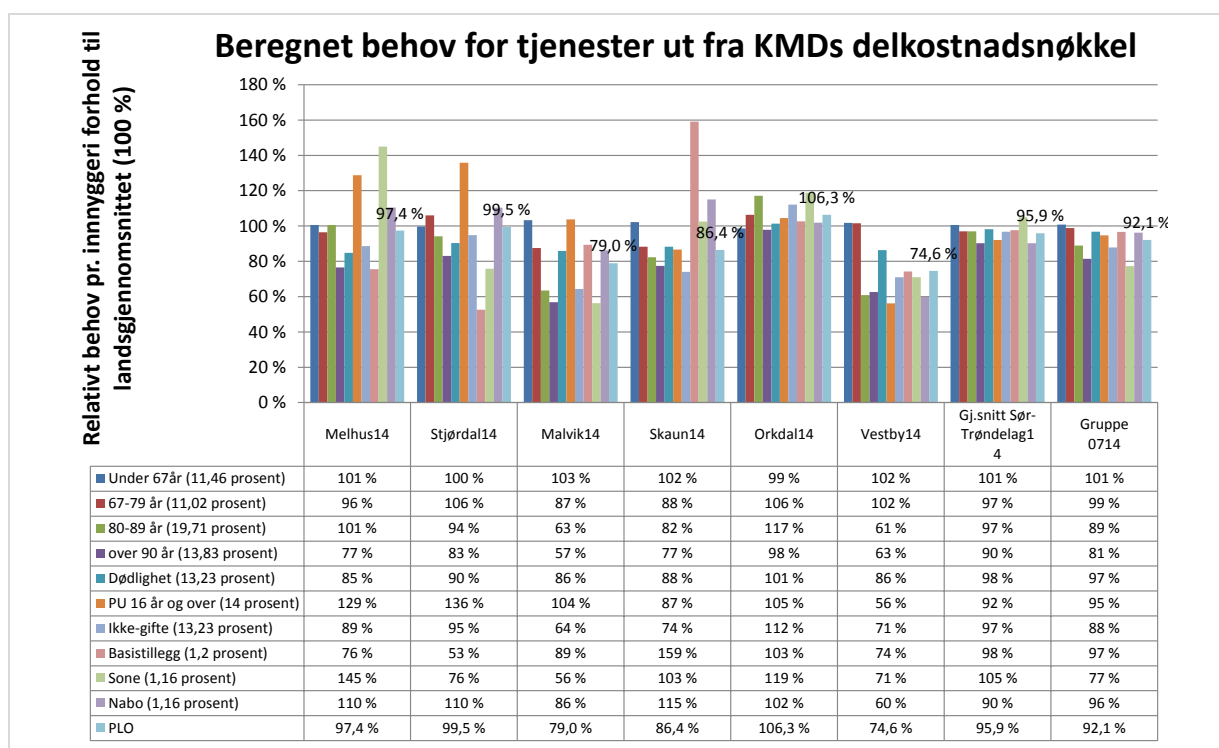


Figur 3.2 Bruttoutgifter 2000 til 2014 i faste 2014-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon

Figuren viser at utgiftene har variert gjennom perioden. Fra 2008 har utgiftene økt fra 97 mill. kr til 124 mill. kr. Nesten 45 % av økningen har vært for institusjonene, 27 % for hjemmebaserte tjenester både til eldre, mennesker med nedsatt funksjonsevne og til mennesker med psykisk helse- og rusproblemer. I løpet av disse årene har kommunen altså vidd tjenestene til mer institusjonsbasert omsorg enn hjemmebasert omsorg. Dette er en vridning som ikke vurderes å være i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).

3.3.3 Behov for pleie- og omsorgstjenester

I figur 3.3 viser vi det beregnede behovet for pleie- og omsorgstjenester i Melhus og sammenligningskommunene, basert på Kommunal- og moderniseringsdepartementets (KMD) kriteriesett for rammetildeling til kommunene. Her inngår i alt åtte ulike kriterier, hvorav antall eldre (tre grupper, henholdsvis 67–79 år, 80–89 år og 90 år og over) og antall psykisk utviklingshemmede over 16 år er de fire kriteriene som er tillagt størst vekt. Disse fire kriteriene samt et vektet kriteriesett for pleie og omsorg totalt, vises derfor i figuren.



Figur 3.3 Kommunenes behov for pleie- og omsorgstjenester

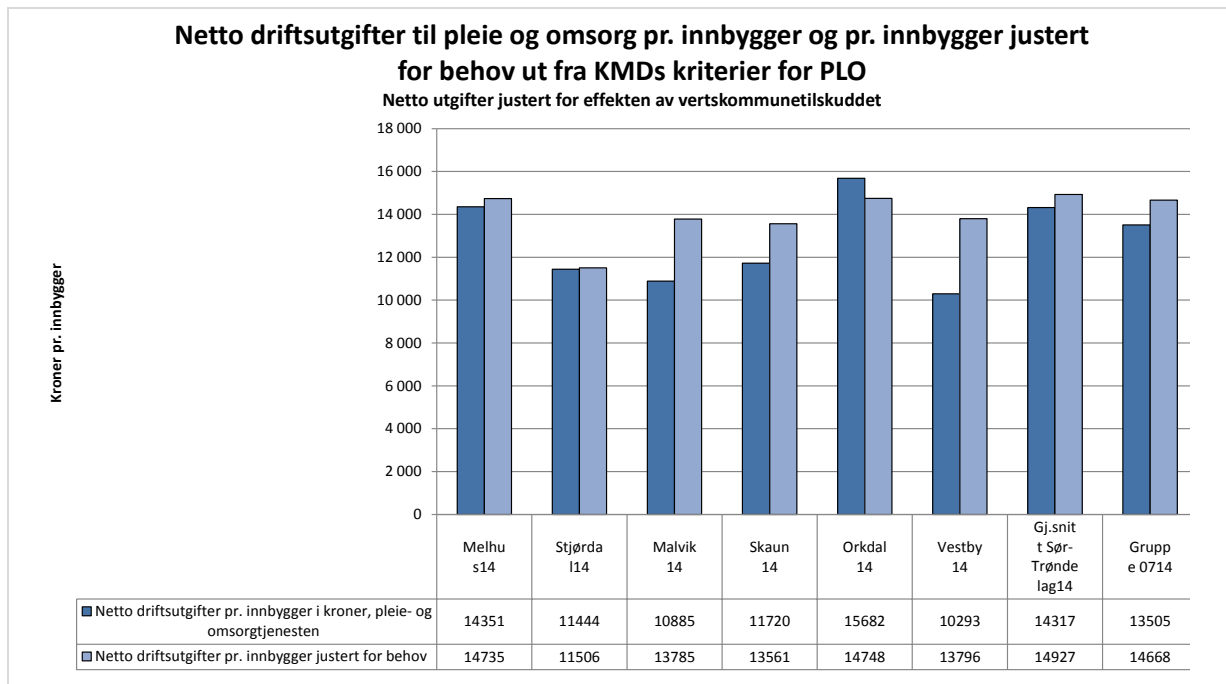
Vi ser at sammenligningskommunene har en befolkningssammensetning som medfører ulikheter i behov. Behovet for pleie- og omsorgstjenester i Melhus er 97 % av gjennomsnittet for landet. Behovet i de andre kommunene varierer fra 86,4 % til 106,3 %. Kriteriesettet er et verktøy for KMDs rammetildeling av frie midler til kommunene, men er ikke nødvendigvis førende for hvordan kommunene prioriterer sine egne budsjetter.

3.3.4 Prioritering av pleie- og omsorgstilbudet

Med grunnlag i det som ovenfor er beregnet å være befolkningens behov, kan vi forvente at Melhus har høyere utgifter pr. innbygger til pleie- og omsorgstjenester enn landet og hovedvekten av sammenligningskommunene. Vi skal gå nærmere inn på detaljene nedenfor.

Figuren nedenfor viser både netto driftsutgifter pr. innbygger (mørk blå søyle) og netto driftsutgifter pr. innbygger korrigert for behov (lys blå søyle). Utgifter pr. justert innbygger (lys blå søyle) gir det beste

utgangspunktet for sammenligning av driftsutgiftene, fordi hver innbygger som telles i denne beregningen, antas å ha det samme omsorgsbehovet.



Figur 3.4 Netto driftsutgifter pr. innbygger og pr. justert innbygger til pleie- og omsorgstjenester

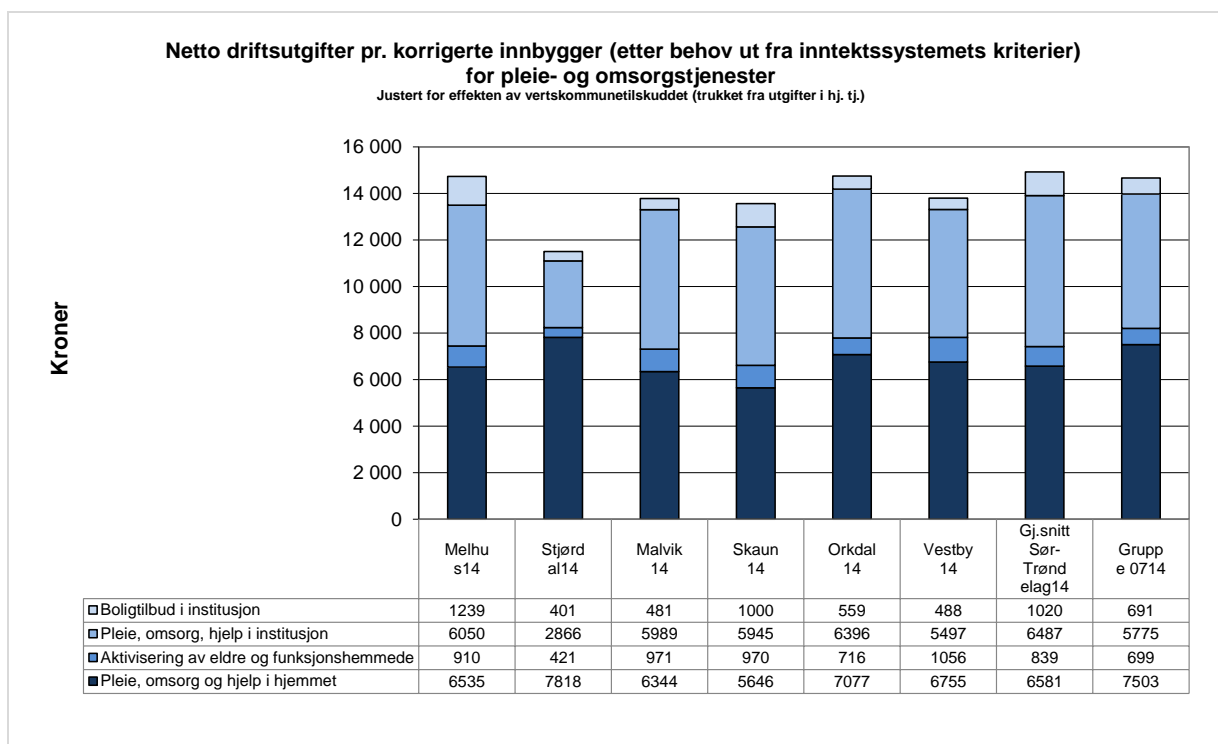
Figuren viser at det i Melhus ikke er stor differanse før og etter vår korrigerende for behov. I noen av de øvrige kommunene ser vi et større avvik. I Vestby ser vi at når vi kun vurderer kostnadsnivået ut fra netto driftsutgifter pr. innbygger kan det se ut som de har et veldig lavt kostnadsnivå innen pleie og omsorg. Når vi justerer for innbyggergrunnlaget ser vi at bildet endrer seg og at kostnadene stiger betydelig.

Etter korrigeringen blir kostnadsnivået i Melhus fortsatt liggende i det øvre sjiktet, sammen med Orkdal. Kostnadene i Melhus ligger på nivå med gjennomsnittet for Sør-Trøndelag og gruppe 7.

3.3.5 Strukturen i tilbudet – styrkeforholdet mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg

Et av de spørsmålene som er mest diskutert innenfor pleie- og omsorgssektoren, er fordelingen av ressursene mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester. Dels er det spørsmål om hva som er den rimeligste løsningen for kommunen, men det er i like stor grad et spørsmål om hva som er best for brukerne. På dette området arbeider de fleste kommuner ut fra et prinsipp om at tjenesten bør gis på laveste effektive omsorgsnivå og at brukeren bør bo i eget hjem så lenge som mulig.

Vi skal i denne rapporten se om det er forskjeller i kostnader knyttet til vektleggingen kommunene har gjort av hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg samt tilbud til aktivisering av eldre og funksjonshemmede.



Figur 3.5 Netto driftsutgifter pr. justert innbygger – pleie- og omsorgstjenestene

Vi ser av figuren at sammenligningskommunene prioriterer institusjonsomsorg, aktivisering og hjemmebaserte tjenester ulikt.

Melhus har samlet sett utgifter til pleie omsorg på kr 14 735 pr. korrigerede innbygger. Dette ligger i det øvre sjiktet i vår sammenlikning.

Når det gjelder boligtilbud i institusjon omhandler dette i hovedsak kostnader til drift av bygg. Her er kostnadsnivået i Melhus høyest i vår sammenlikning. Når det gjelder pleie, omsorg, hjelp og botilbud i institusjon, viser tabellen at Melhus sine kostnader ligger på et høyt nivå, men under Orkdal og gjennomsnittet for Sør-Trøndelag. Vi gjør oppmerksom på at denne KOSTRA funksjonen også inneholder kostnader til barnebolig og avlastning for barn.

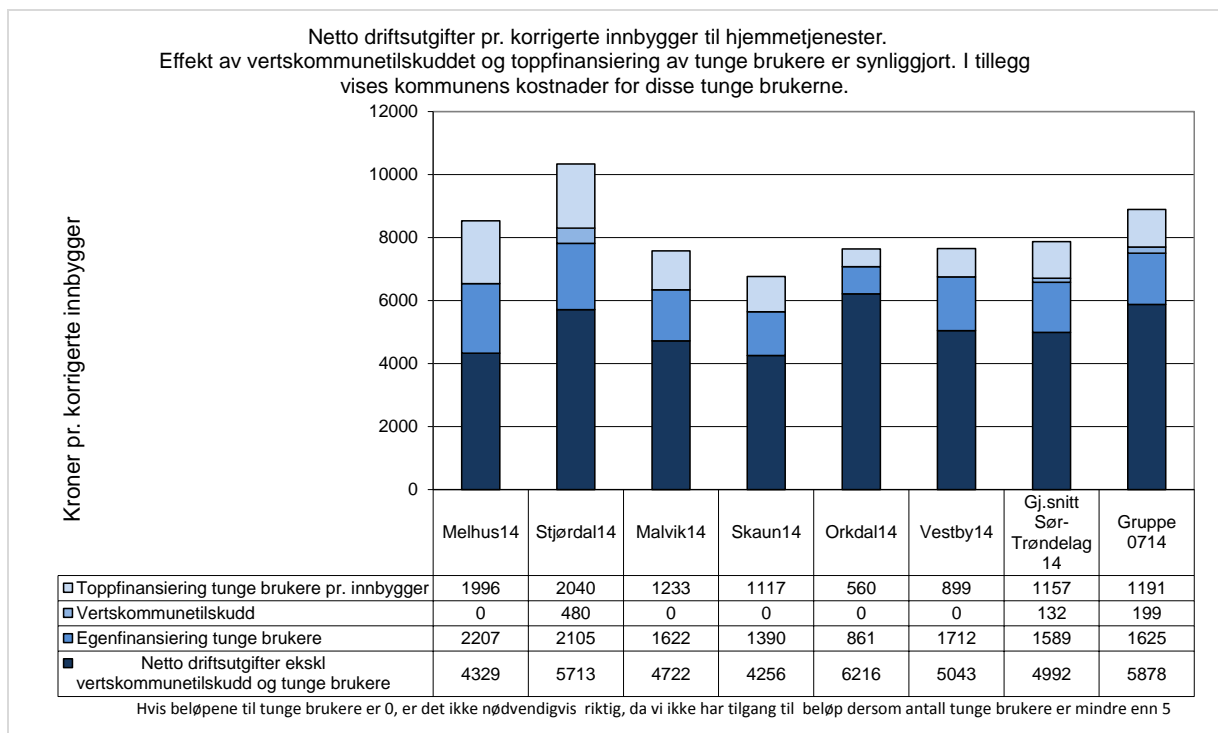
Når det gjelder aktivisering av eldre og personer med funksjonsnedsettelse, ser vi at Melhus sine kostnader ligger på et mellomnivå. Vestby er den kommunen i vår sammenlikning med høyest kostnader til dette formålet.

Innenfor pleie, omsorg og hjelp i hjemmet ligger Melhus kommunes nettodriftsutgifter i det nedre sjiktet. Skaun og Malvik har lavere kostnader enn Melhus. Kostnadsnivået i Melhus ligger på nivå med gjennomsnittet for Sør-Trøndelag, men under kostnadene i gruppe 7. Vi gjør oppmerksom på at tjenester til utviklingshemmede og psykisk helsearbeid er hjemlet under hjemmebaserte tjenester i KOSTRA. Dette kan f.eks. omhandle tjenester i heldøgnsbemannede boliger. Vi kommer nærmere inn på dette senere i rapporten.

3.3.6 Ressurskrevende tjenester

Kommunene får tilskudd til dekning av ekstra kostnader knyttet til tjenester som betegnes som "særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester" (tidligere omtalt som "tilskudd til ressurskrevende

brukere"). Kommuner må betale en del av disse kostnadene selv⁴, og vi har beregnet hvordan disse utgiftene påvirker ressursbruken til hjemmetjenester i kommunene.



Figur 3.6 Netto driftsutgifter etter korrigerende av forskjeller i behov til hjemmetjeneste

Melhus fikk i 2014 et statlig tilskudd til særlig ressurskrevende tjenester på kr 1 996 pr. korrigerende innbygger, noe om er nest høyest i vår sammenlikning. Kommunens egenfinansiering utgjorde kr 2 207 – og høyest i vår sammenlikning. Egenfinansiering av utgifter til særlig ressurskrevende tjenester kan i flere kommuner bidra til å redusere innsatsen til øvrige brukere. Dette ser ut til å være tilfelle i Melhus. Kommunens netto driftsutgifter til hjemmetjenester pr. innbygger korrigeret for de tunge brukerne ligger lavere enn kommunene, gjennomsnittet for Sør-Trøndelag og gruppe 7.

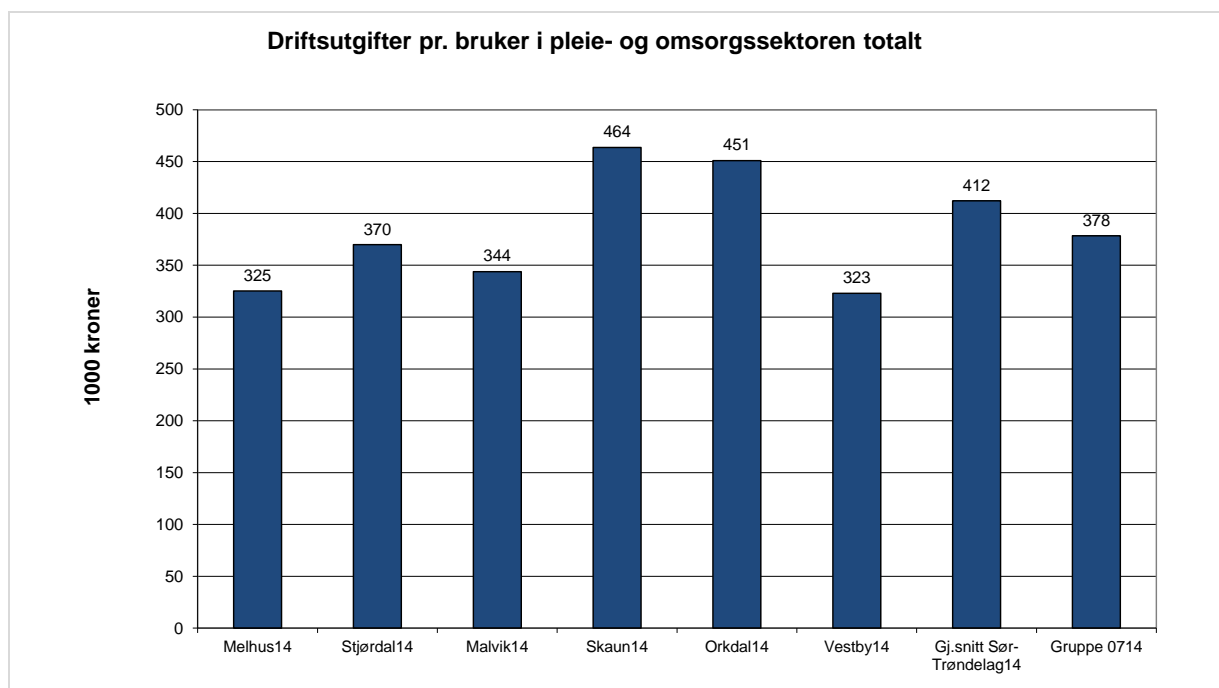
Det er kun Stjørdal som har registrert vertskommunebrukere av kommunene i dette utvalget.

3.3.7 Produktivitet – tjenesten samlet sett

Strukturen i tjenestetilbudet forteller oss hvordan tjenestene er prioritert i forhold til hverandre. I dette avsnittet vil vi se nærmere på tilgjengelige data vedrørende ressursutnyttelsen innenfor hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg samlet.

⁴ Gjeldende kriterier pr. 2014:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Særlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester/Tilskuddsordning%20for%20særlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20i%20kommunene%20-%20rundskriv%20IS-4-2014.pdf>



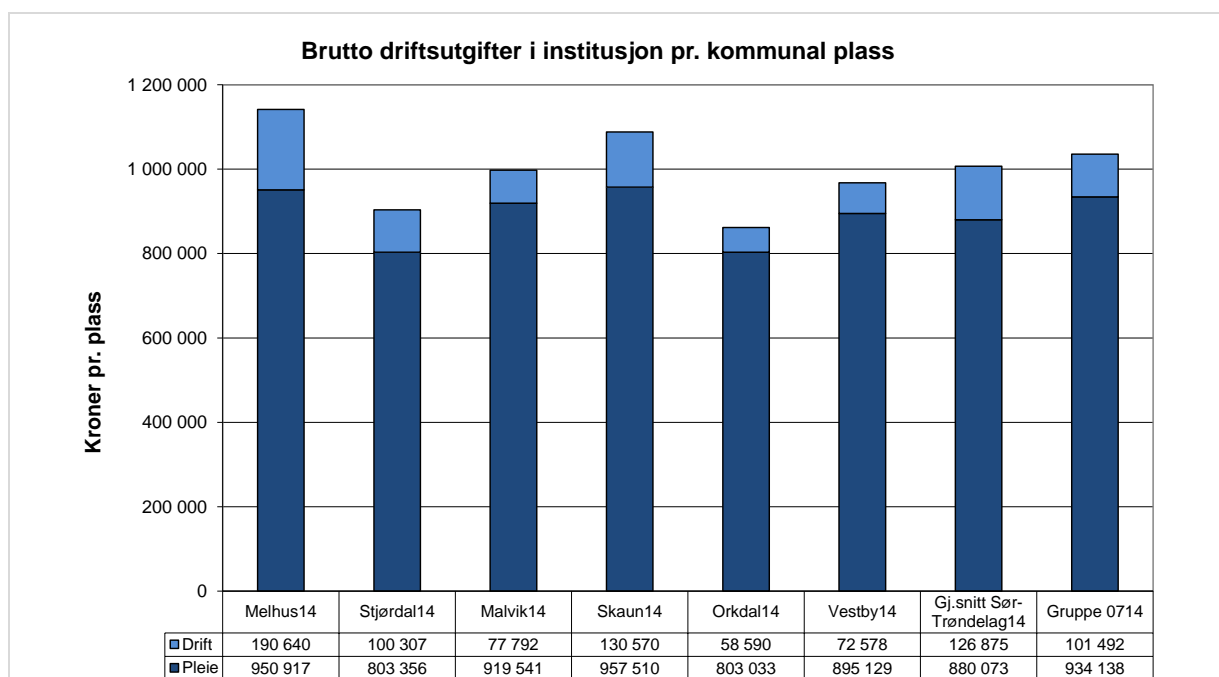
Figur 3.7 Kommunale driftsutgifter pr. bruker for hele pleie- og omsorgstjenesten

Sammenligningen viser at driftsutgifter pr. bruker av pleie- og omsorgstjenestene, i Melhus, ligger lavt i vår sammenlikning.

3.3.8 Institusjonstjenesten

Brutto driftsutgifter pr. kommunal plass

Institusjonstjenesten omfatter utgifter til pleie og omsorg i institusjoner, inklusive korttidsopphold. Sammenligningen inkluderer alle utgifter knyttet til drift av institusjonen, det vil si ressursinnsats til pleie og omsorg, renhold, kjøkken, vaktmestertjenester, drift av bygninger m.m.



Figur 3.8 Brutto driftsutgifter i institusjon pr. kommunal plass

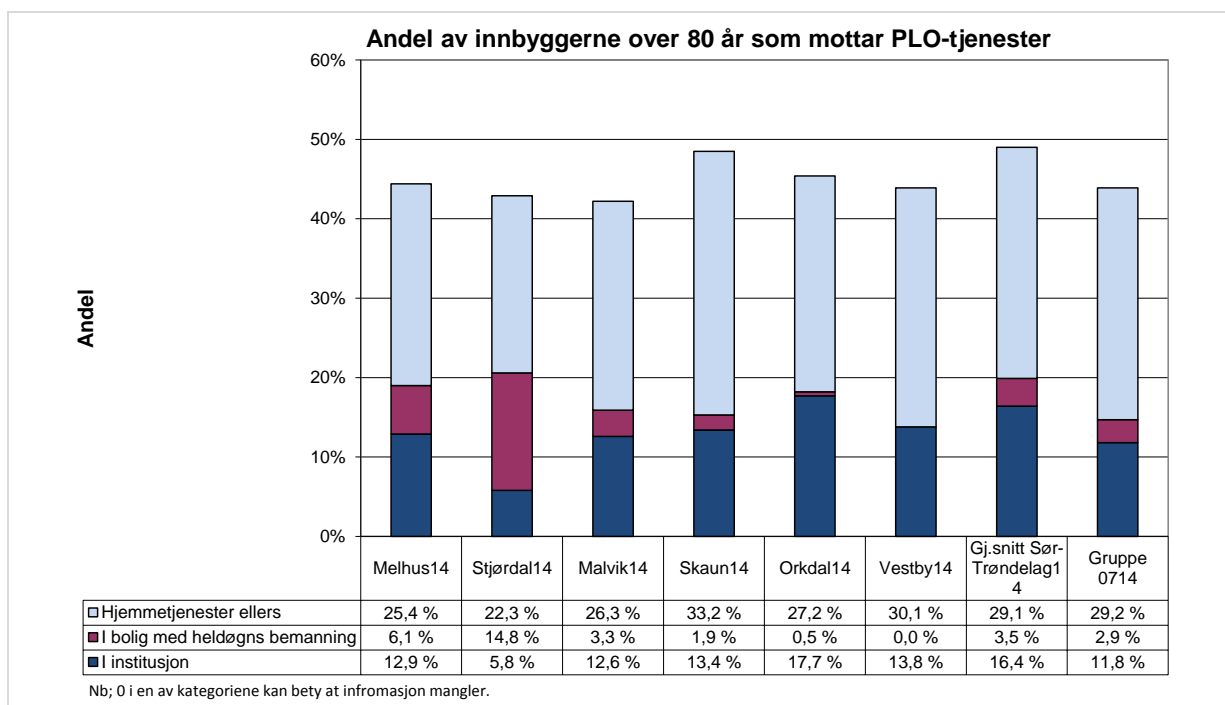
Figuren viser at det er forskjell mellom kommunene når det gjelder kostnadene til drift av plassene. De forskjellene som har størst betydning, er i hovedsak knyttet til pleiekostnader og ikke til bygningsdrift. Vi ser likevel at utgifter til drift varierer mellom kommunene og at Melhus ligger høyest av sammenligningsutvalget.

Melhus ligger også høyest når det gjelder kostnader til pleie, det vil si kostnader knyttet til personal. Samlet sett ligger kostnader til institusjon vesentlig høyere i Melhus enn i de øvrige kommunene i vår sammenlikning.

Figuren over skiller ikke ut plasser i institusjon som benyttes for barn. Det vil si tjenester i form av barnebolig og/eller avlastning i bolig. Senere i rapporten vil vi vise kostnader på sykehjemsplass.

3.3.9 Dekningsgrad

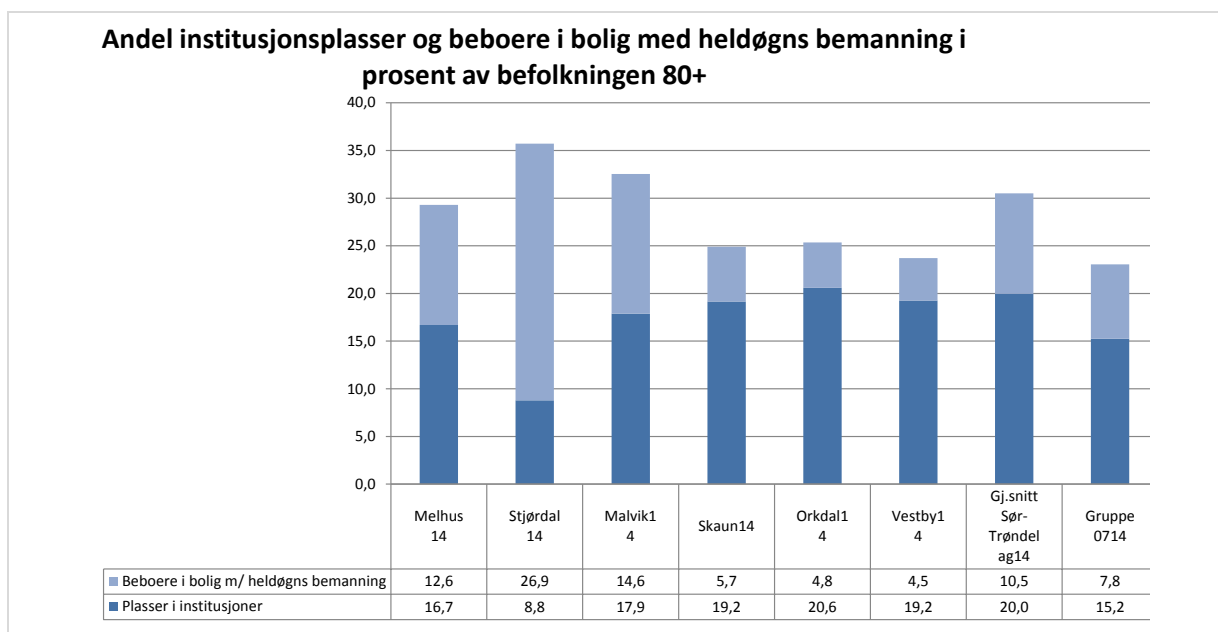
Erfaring viser at eldre på 80 år og over mottar en stor del av ressursene innen omsorgstjenestene. I figur 3.9 viser vi hvordan dekningsgraden for innbyggere 80 år og over fordeler seg.



Figur 3.9 Dekningsgrad for tjenestene samlet sett – aldersgruppen 80 år og over

Melhus ligger på et mellomnivå når det gjelder andelen av innbyggere over 80 år som mottar pleie- og omsorgstjenester i denne sammenlikningen. Andelen brukere innenfor de ulike tjenestene varierer. Hovedvekten av eldre mottar hjemmetjenester. Her ligger andelen mellom 22,3 % og opp i 30,1 % i Vestby. Andelen som mottar tjenester i bolig med heldøgns tjenester varierer fra 0 til 14,8 %. Melhus ligger på et mellomnivå her, med 6,1 %. Andel eldre over 80 år på institusjon varierer mellom 5,8 % til 17,7 %. Melhus ligger på et mellomnivå på 12,9 %.

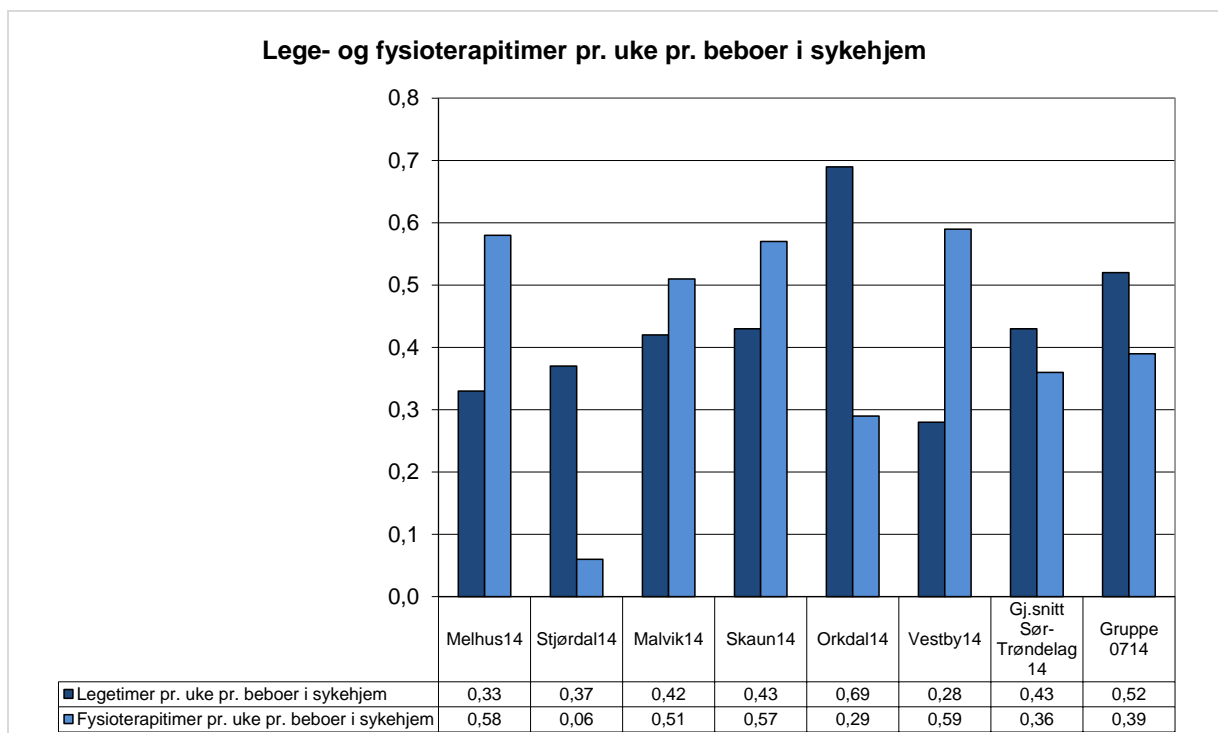
I neste figur går vi nærmere inn og ser på hvor mange plasser de enkelte kommunene har innenfor institusjon og i boliger med heldøgns omsorg sett i forhold til innbyggere over 80 år.



Figur 3.10 Andel plasser i heldøgns bemannet omsorg

Figuren over viser at andel innbyggere over 80 år som bor i bolig med heldøgnsbemanning eller i institusjon varierer mellom kommunene. Samlet sett har Melhus et nivå som utgjør 29,3 %, hvor hovedvekten utgjør institusjon. Stjørdal er den kommunen som i vår sammenlikning har høyest samlet dekningsgrad, men lavest dekning når det gjelder institusjon.

I figuren under ser vi nærmere på kvalitetsindikatorerne som omhandler legetjenester og fysioterapitjenester i institusjon.



Figur 3.11 Lege og fysioterapitimer i institusjon. Kilde KOSTRA 2014

Figuren viser at andel timer til fysioterapi og lege pr. beboer i institusjon varierer mellom kommunene. Når det gjelder legetimer pr. beboer varierer dette fra 0,28 timer pr. beboer i Vestby til 0,69 i Orkdal. Melhus ligger her på et mellomnivå med 0,33 time. Andel timer til fysioterapi pr. beboer varierer mellom 0,06 i Stjørdal til 0,59 i Vestby. Melhus sitt nivå utgjør 0,58 og er dermed i det øvre sjiktet.

Disse tallene baserer seg på kommunens innrapportering i KOSTRA. Tilbakemeldinger fra tjenestene, viser at tallgrunlaget for fysioterapitjenesten gir et feilaktig bilde av den reelle situasjonen for institusjonstjenesten og er for høyt i forhold til virkeligheten. I dette tallgrunlaget er sannsynligvis også fysioterapeuter som driver privat virksomhet i kommunen inkludert. De kommunale fysioterapeutene (i Aktivitet og bevegelse) prioriterer barn og unge, og det opplyses av institusjonstjenesten at det kun er etter enkeltavtaler man får fysioterapeuten inn til brukere i sykehjemmet. Tidsbruk på 0,20 – 0.25 time pr beboer er nærmere sannheten i følge leder for fysioterapitjenesten, når man inkluderer satsingen i forbindelse med etableringen av Avklaringsenheten og korttidsoppholdene på Buen.

Virksomheten Aktivitet og bevegelse har 2,8 stillinger for ergoterapeut og 5,25 stillinger for kommunale fysioterapeuter. I tillegg er det 5,55 avtalehjemler for privatpraktiserende fysioterapeuter i Melhus. Av de sistnevnte er 50 % avtalehjemmel plassert på Lundamo legesenter og 50 % plassert på Buen helse og omsorgssenter. Tabellen nedenfor viser utviklingen i dekningsgraden for fysioterapistillinger pr 10 000 innbyggere.

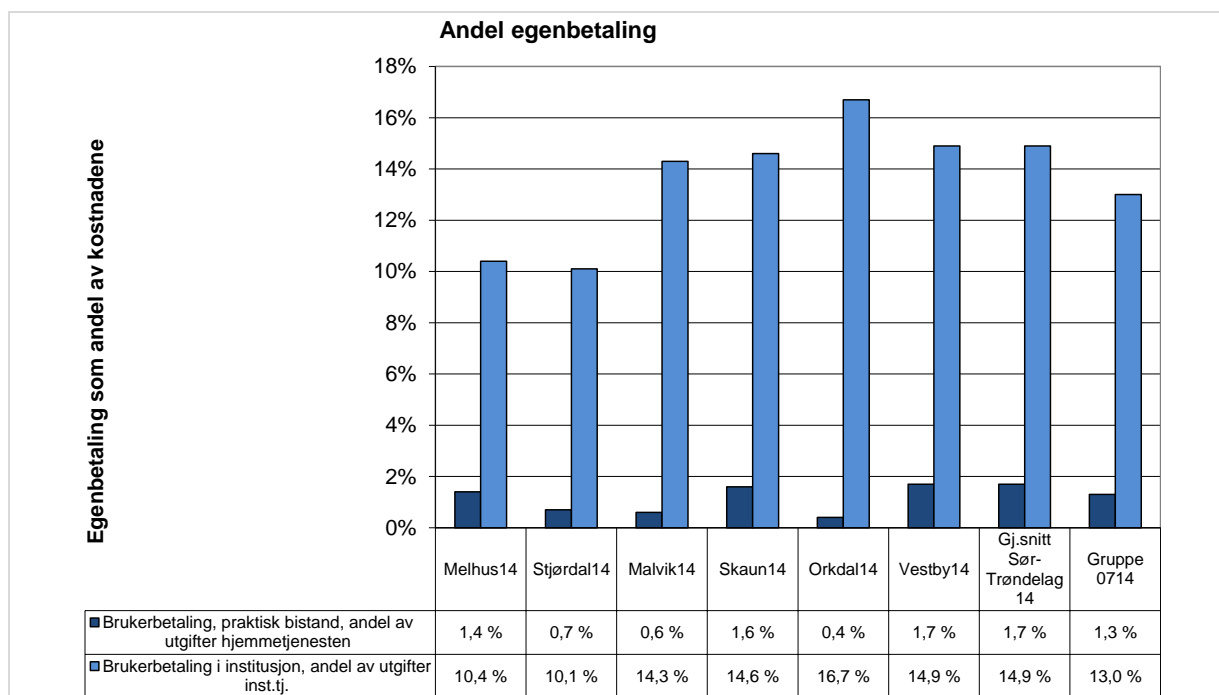
Tabell 3-3 Dekningsgrad for fysioterapistillinger pr 10 000 innbyggere Kilde: Statistikk til årsmelding 2014 for Aktivitet og bevegelse

Område	2009	2010	2011	2012	2013
Melhus	4,3	4,2	6	5,6	5,5
Fylket	6,6	6,6	6,4	6,4	6,8
Kommunegruppe 7	6,6	6,6	6,4	6,4	6,5
Landet	7,2	7	7,1	7,2	7,3

Tabellen over viser at kommunen har en lavere dekningsgrad av fysioterapeuter enn gjennomsnittet både for fylket, tilsvarende kommuner i samme kommunegruppe og i landet som i forhold til innbyggertall.

3.3.10 Andel utgiftsdekning

Hittil har vi sett på de kommunale kostnadene. I neste figur viser vi hvor stor andel av kommunens kostnader som dekkes av brukerbetaling.

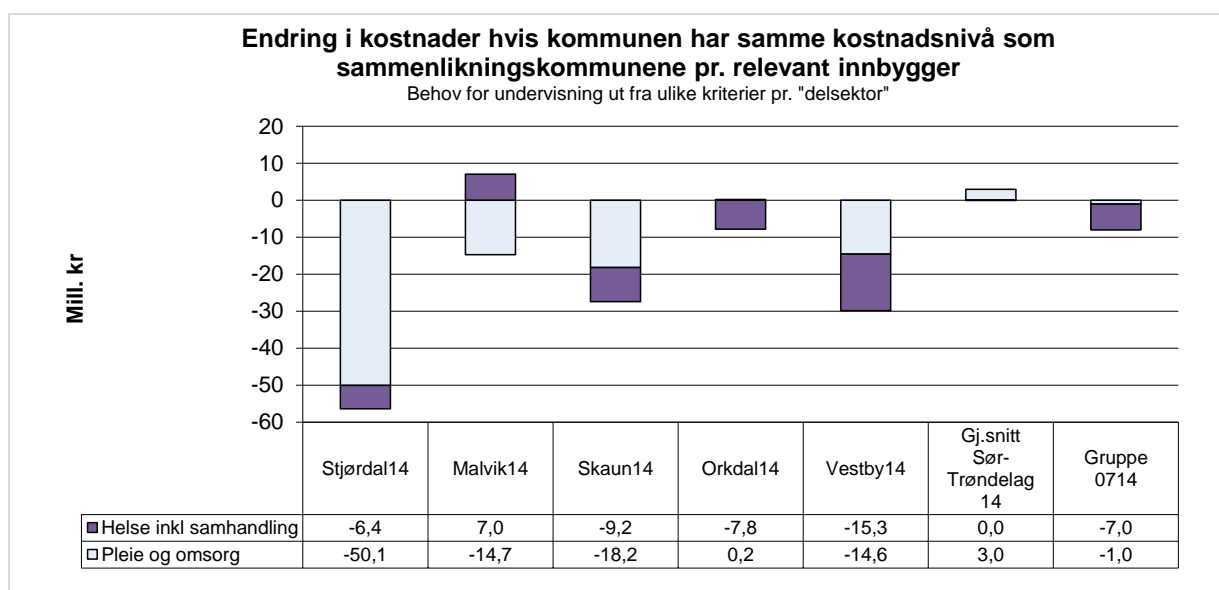


Figur 3.12 Andel egenbetaling

Melhus ligger i det nedre sjiktet når det gjelder brukerbetaling i institusjon. Når det gjelder brukerbetaling til praktisk bistand ligger kommunen på et mellomnivå.

3.3.11 Oppsummering KOSTRA2014

Sammenlikning av KOSTRA 2014 har vist at kommunen har ulike prioriteringer innenfor pleie og omsorg. Melhus har prioritert pleie og omsorg høyere enn kommunene i vår sammenlikning. Kommunens kostnader til dette formålet ligger i det øvre sjiktet av sammenligningskommunene. I neste figur vises det hvor mye en tilpassing til sammenligningskommunene sitt utgiftsbehov hadde betydd for netto kostnadene til pleie og omsorgstjenestene, og helsetjenesten i Melhus. Forutsetningen for denne beregningen er at alle kommuner har samme kostnadsnivå pr. relevante innbygger. Det teoretiske innsparingspotensialet synliggjøres der søylene ligger under 0.



Figur 3.13 Teoretisk innsparingspotensial

Beregningen viser at det er teoretisk mulig for Melhus å redusere kostnadene med inntil 50 mill. kr (netto) innenfor pleie og omsorg, dersom kommunen legger seg på samme kostnadsnivå som Stjørdal som driver «billigst» i vår sammenlikning. Om Melhus legger seg på samme kostnadsnivå som gjennomsnittet for gruppe 7 ville dette gitt en besparelse på 1 mill. kr. Orkdal er den eneste kommunen i vår sammenlikning som har et høyere utgiftsnivå pr. innbygger enn Melhus.

Når det gjelder helse ser vi at Melhus sine utgifter ligger på nivå med gjennomsnittet i Sør-Trøndelag. Malvik har høyere kostnader til dette formålet enn Melhus. Beregningen viser at det er teoretisk mulig for Melhus å redusere kostnadene med inntil 15,3 mill. kr (netto) innenfor helse inkludert samhandling, dersom kommunen legger seg på samme kostnadsnivå som Vestby. Om Melhus legger seg på samme kostnadsnivå som gjennomsnittet for kommunegruppen ville dette gitt en besparelse på 7 mill. kr.

3.4 Melhus sin prioritering av tjenester innen pleie og omsorg

Dataene i KOSTRA er ikke alene nok til å konkludere rundt Melhus sine prioriteringer av tjenester innen pleie og omsorg. For å gjøre et ytterligere dypdykk har Agenda Kaupang utviklet en database hvor vi manuelt innhenter informasjon for kommunene vi har oppdrag i. Dette er data som ikke er tilgjengelig i KOSTRA og som medfører at vi nå må velge andre sammenlikningskommuner i den videre dyptgående analysen innenfor pleie og omsorg. Dette er kommuner Agenda Kaupang har jobbet med innenfor pleie og omsorg, og kommuner vi derfor har god kjennskap til. Dette medfører at vi i tillegg til å sammenlikne også kan si noe om årsakssammenhenger, omsorgsprofiler etc. Hensikten med sammenlikningen er å sammenlikne prioriteringer og kostnadsnivå mellom ulike kommuner, med formål om å kunne lære av andre (beste praksis).

Kommunene som er valgt ut fra databasen er:

- Melhus
- Nittedal
- Flora
- Sogndal
- Orkdal
- Lier

I tabellen under viser vi objektive data knyttet til kommunene vi benytter som sammenlikningskommuner i detaljgjennomgangen innenfor pleie og omsorg.

Tabell 3-4 Objektive data knyttet til utvalgskommunene

Utvalgskommuner	Befolkning 1.1		Vekst 2005 - 2015	Innbygger pr. km ² areal	K gruppe	Areal	Frie inntekter og eiendomsskatt pr. innbygger justert for behov. Nivå i forhold til landseisnittet
	2005	2015					
Melhus 14	13977	15916	13,9 %	24,1	7	660	94,0 %
Sørum 14	12925	17089	32,2 %	83,4	7	205	93,8 %
Flora 14	11364	11862	4,4 %	18,3	11	647	101,7 %
Sogndal 14	6794	7677	13,0 %	10,4	8	737	97,5 %
Orkdal 14	10512	11722	11,5 %	20,7	7	567	90,4 %
Lier 14	21725	25378	16,8 %	89,8	13	283	93,5 %
Gj.snitt Sør-Trøndelag 14	272567	310047	13,8 %	17,3	0	17909	97,6 %
Gruppe 07 14	334050	386842	15,8 %	50,2	7	7703	91,9 %

Tabellen viser at kommunene er noe ulike både når det gjelder innbyggere, vekst, areal, frie inntekter mv.

I den videre analysen har vi tatt hensyn til at ulike kommuner har ulike behov jf. figur 3.3 omtalt tidligere i rapporten. Analysen tar utgangspunkt i KOSTRA-funksjonene 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 254 Helse- og

omsorgstjenester til hjemmeboende, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon og 261 Institusjonslokaler. Tjenester og budsjett knyttet til andre funksjoner er ikke tatt med i denne analysen. For eksempel gjelder dette tjenester til brukere under kategorien psykisk helse under 18 år. Disse kan eksempelvis være ført på helsestasjonene og har KOSTRA-funksjon 232 og/eller 233.

Sammenligningene omhandler antall brukere og kostnader pr. bruker for likartet tjeneste. Vi har tatt utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter for kommunene i sammenligningene.

3.4.1 Sammenligningsgrunnlaget

I sammenligningen har vi gjennomført sammenstilling av tre brukergrupper; personer med funksjonsnedsettelse⁵, psykisk helse- og tjenestene til eldre.

Når det gjelder antall brukere pr. innbygger totalt i kommunene, kan forskjellene som avdekkes skyldes flere forhold:

- Forskjell i antall innbyggere med eksempelvis funksjonshemming pr. innbygger og forskjell i behov for bistand
- Forskjell i tjenestetilbud til brukere med likartet behov

Vi har i dette prosjektet ikke hatt mulighet til å vurdere betydningen av forskjellen i andel brukere og deres behov. Det betyr at forskjellen i antall brukere pr. innbygger kan skyldes begge forhold.

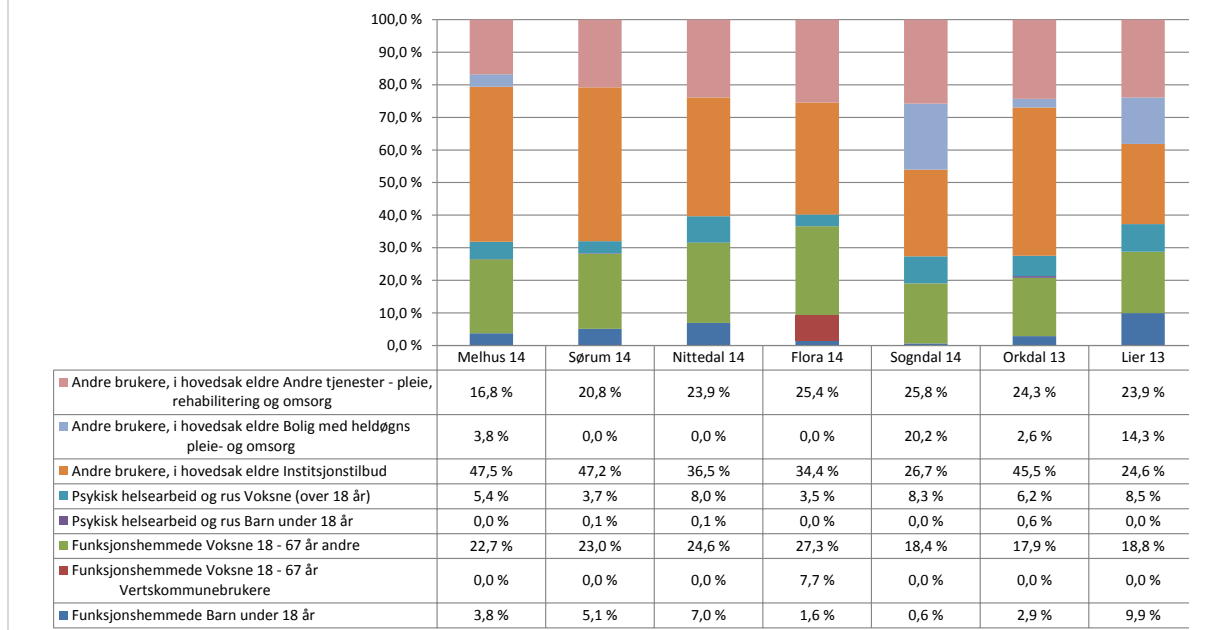
For å få mest mulig ut av tallmaterialet har vi valgt å dele brukerne i to grupper, over og under 18 år, innenfor tjenester til personer med funksjonsnedsettelse og psykisk helse. Ressursene er koblet til de to gruppene. Ikke alle kommunene som har vært med i sammenligningen har hatt dette skillet, men vi har beregnet kostnadene på de to aldersgruppene.

3.4.2 Andelsmessig fordeling av netto driftsutgifter innen kommunens pleie- og omsorgstjenester

Den andelsmessige fordelingen av kommunens netto utgifter til pleie og omsorg er basert på data innhentet direkte fra kommunen. I neste figur ser vi hvordan ressursbruken innenfor kommunens pleie og omsorg fordeler seg på ulike grupper.

⁵ I denne kartleggingen er det hovedsakelig brukergruppen utviklingshemmede, eller brukere som har en medfødt/ervertet kognitiv svikt og som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Brukere med sykdommer/diagnoser som ALS, MS, ME osv. er ikke med her, men innbefattes i brukergruppen *andre brukere i hovedsak eldre*.

Hvor stor andel av netto driftsutgifter til Pleie og omsorg går til ulike brukere ?



Figur 3.14 Andelsmessig fordeling av netto driftsutgifter innen pleie og omsorg

Figuren viser variasjon mellom kommunene, men at tjenester i institusjon for andre brukere, i hovedsakelig eldre utgjør hovedvekten av kostnadene innen pleie og omsorg i alle kommunene.

Melhus er den kommunen i vår utvalg med lavest andel som benyttes til pleie, rehabilitering og andre tjenester til hjemmeboende brukere, i hovedsak eldre⁶. Andelen som benyttes til institusjon for eldre er gjennomgående høy i alle kommunene i utvalget. Figuren viser at Melhus har den høyeste andelen til dette formålet i vår sammenlikning.

Andel av netto driftsutgifter innen pleie og omsorg som brukes til formål innen psykisk helse og rus er lav i alle kommunene. Utgiftene er hovedsakelig knyttet til voksne.

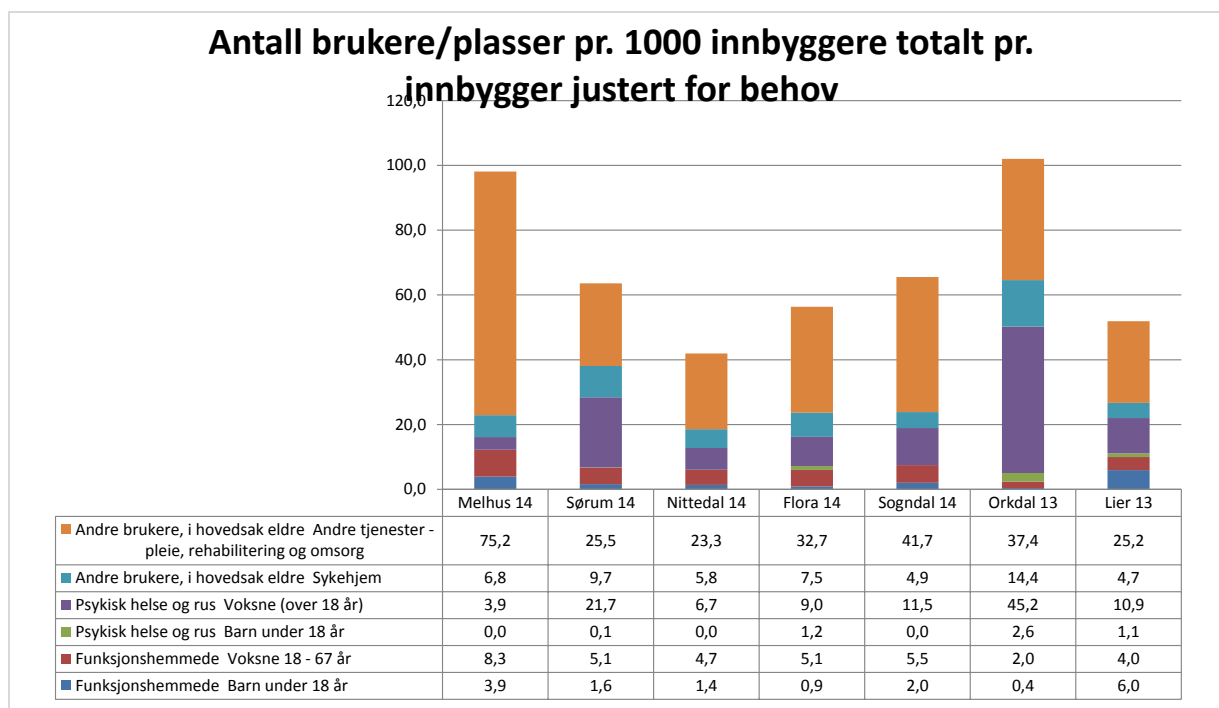
Vi ser at det er en variasjon når det gjelder hvor stor andel som benyttes til tjenester til funksjonshemmede over 18 år. Melhus benytter ca. 23 % til dette, på et mellomnivå i vår sammenlikning. Andelen som benyttes til funksjonshemmede barn og unge varierer også mellom kommunen og i Melhus utgjør dette 3,8 %.

I neste kapittel ser vi nærmere på brukere og plasser innenfor pleie og omsorgstjenesten.

3.4.3 Brukere og plasser

I neste figur viser vi hvor mange brukere/plasser kommunen har innenfor de ulike tjenestene. Antall brukere/plasser er korrigert for behov.

⁶ I analysen benyttes kategorien andre brukere, hovedsakelig eldre. Denne kategorien favner ulike brukere, men er primært brukere med aldersrelaterte sykdommer og funksjonsnedsettelse. I tillegg favner brukergruppen brukere som har behov relatert til ME, MS, ALS og tilsvarende.



Figur 3.15 Antall brukere/plasser pr. innbygger justert for behov.

Figuren viser at andre brukere varierer mellom kommunen. Melhus og Orkdal skiller seg ut når det gjelder antall brukere/plasser justert for behov.

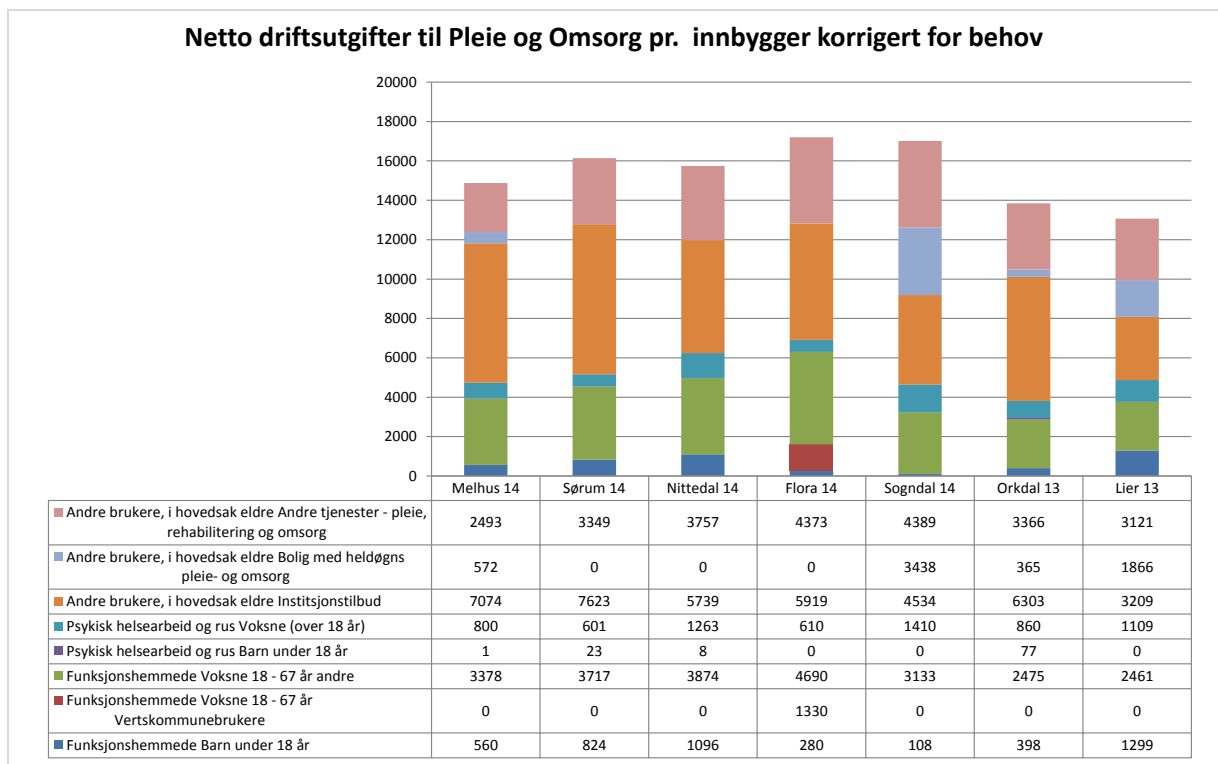
Andre brukere, i hovedsak eldre, ligger høyt i Melhus, og vesentlig høyere enn de øvrige kommunene i vår sammenlikning. Når det gjelder eldre i sykehjem ligger Melhus på et mellomstøkt. Orkdal skiller seg vesentlig ut, med en mye høyere andel brukere her enn de øvrige kommunene i vår sammenlikning.

Melhus kommune har et brukernivå innen psykisk helse- og rusarbeid (voksne) som ligger på et lavt nivå. Andel registrerte brukere under 18 år innen psykisk helsearbeid varierer mellom kommunene, og flere har oppgitt at man ikke har brukere innenfor denne kategorien. Melhus har ikke oppgitt å ha brukere innenfor dette.

Når det gjelder antall brukere med en funksjonsnedsettelse, har Melhus kommune det høyeste nivået på brukere over 18 år. Når det gjelder funksjonshemmede under 18 år ligger brukernivået på et mellomnivå, nest høyest i vår sammenlikning.

3.4.4 Netto driftsutgifter pleie og omsorg

I neste figur viser vi netto driftsutgifter til pleie og omsorg, og hvordan disse fordeler seg mellom ulike brukergrupper.



Figur 3.16 Netto driftsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger, korrigert for behov.

Tabellen viser at Melhus sine kostnader til pleie og omsorg ligger på et mellomnivå i vår sammenlikning. To av kommunene i vår sammenlikning har lavere kostnader enn Melhus, og fire kommuner har høyere kostnader.

Melhus sine samlede kostnader til andre brukere i hovedsak eldre ligger i det øvre sjiktet. Kommunens kostnader til ulike pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende ligger på et lavt nivå, og lavest i vår sammenlikning. Når det gjelder kostnader til institusjon ser vi det motsatte. Her ligger kommunes kostnader til dette høyt og nest høyest av kommunene i vår sammenlikning. Melhus sine kostnader til bolig med heldøgnsbemanning ligger i det nedre sjiktet, sammenliknet med kommuner som har oppgitt å ha et slikt tilbud.

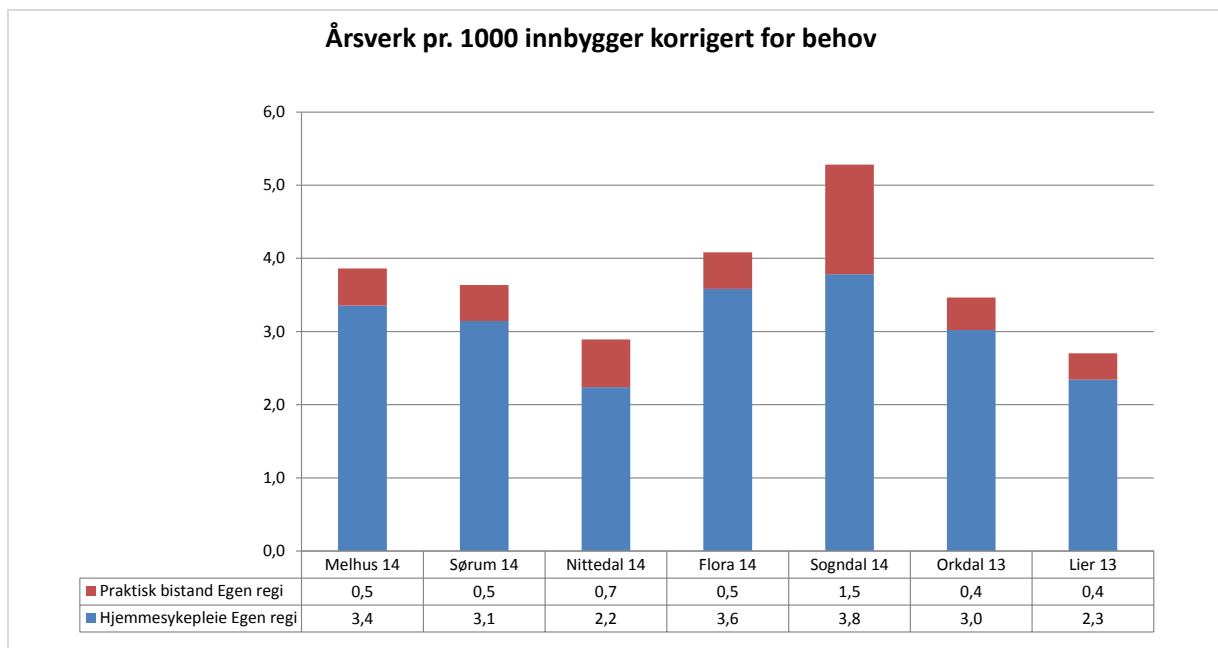
Kommunens kostnader innen psykisk helse og rus ligger i nedre mellomsjikt. Kostnader til barn innen samme fagområde er lav og dette ser vi innenfor alle kommunene.

Når det gjelder kostnader til funksjonshemmede over 18 år ligger kommunes kostnader på et mellomnivå i vår sammenlikning, med kr 3 378 pr. innbygger korrigert for behov.

Når det gjelder funksjonshemmede under 18 år ser vi at kommunenes kostnader til dette varierer fra kr 1 299 pr. innbygger til kr 280. Melhus sine kostnader til dette ligger på et mellomnivå, med kr 560 pr. innbygger.

3.4.5 Hjemmetjenester, i hovedsak til eldre

I neste figur viser vi årsverk pr. 1 000 innbyggere korrigert for behov knyttet til praktisk bistand og hjemmesykepleie.



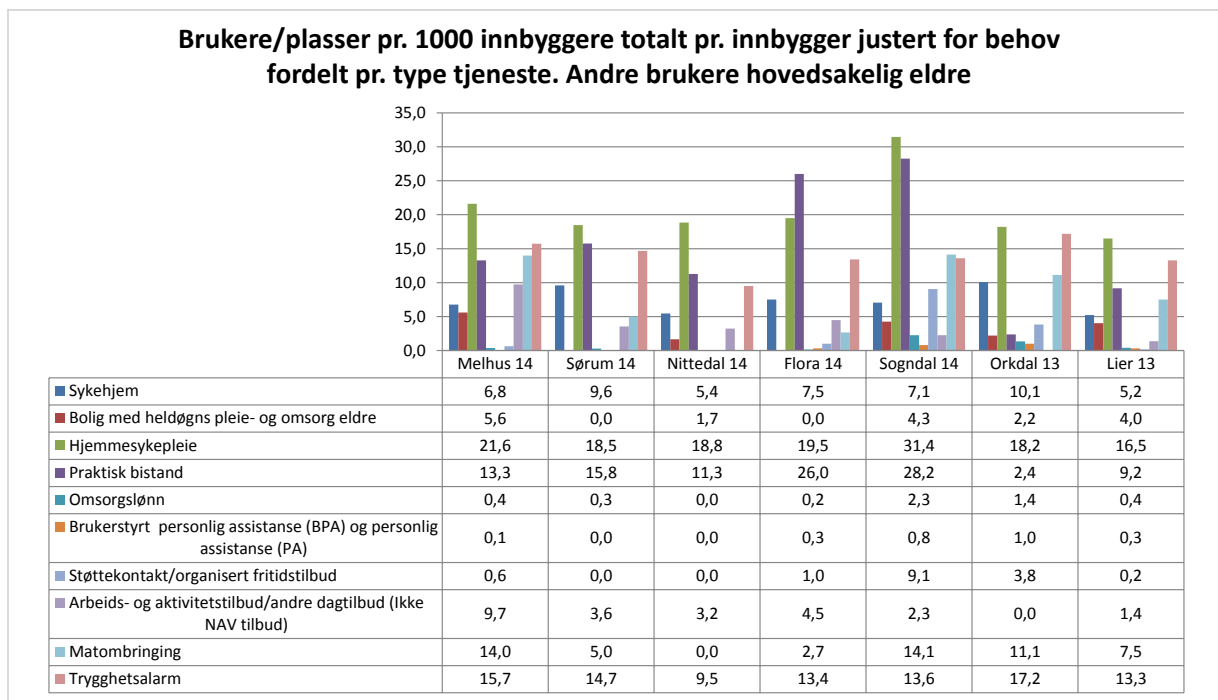
Figur 3.17 Oversikt over årsverk i hjemmebasert omsorg, justert for behov

Tabellen viser variasjoner i hvordan kommunen prioriterer praktisk bistand og hjemmesykepleie. Samlet sett ligger årsverk til hjemmetjenester i det øvre sjiktet. Innen praktisk bistand ligger Melhus i det nedre sjiktet med 0,5 årsverk pr. innbygger justert for behov. De øvrige kommunene har mellom 0,4 til 1,5 årsverk til dette formålet. Andel årsverk til hjemmesykepleie ligger i det øvre sjiktet, med 3,4 årsverk pr. 1 000 innbygger. Andel årsverk i de øvrige kommunene varierer fra 2,2 til 3,8.

Årsverk til ambulerende tjenester innen psykisk helse og for funksjonshemmede er ikke med i denne oversikten. Kommunen har i tillegg trukket ut de årsverkene i hjemmetjenesten som de vurderer benyttet i bolig med heldøgns bemanning (Flå eldresenter og Krengnesbu).

3.4.6 Andre brukere i hovedsak eldre

Vi har tidligere vist at Melhus ligger over de øvrige kommunene i vår sammenlikning når det gjelder antall brukere innenfor kategorien andre brukere, i hovedsak eldre. I figuren under ser vi hvordan dette fordeler seg på ulike tjenester til målgruppen.



Figur 3.18 Brukere/plasser fordelt på tjenester- andre brukere i hovedsak eldre

Figuren viser at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder andel brukere fordelt på ulike tjenester. Hovedvekten av brukerne finner man innenfor hjemmesykepleien, men her varierer det mellom kommunene. Melhus har 21,6 brukere pr. 1 000 innbygger korrigert for behov innenfor denne tjenesten. De øvrige kommunene ligger fra 16,5 til 31,4 brukere.

Når det gjelder institusjon varierer dette fra 5,2 til 10,1. Melhus har 6,8 plasser pr. 1 000 innbygger til dette formålet.

Figuren viser at Melhus har flest plasser i bolig med heldøgnsbemanning av kommunen i vår sammenlikning, med 5,6 plasser pr. 1 000 innbygger.

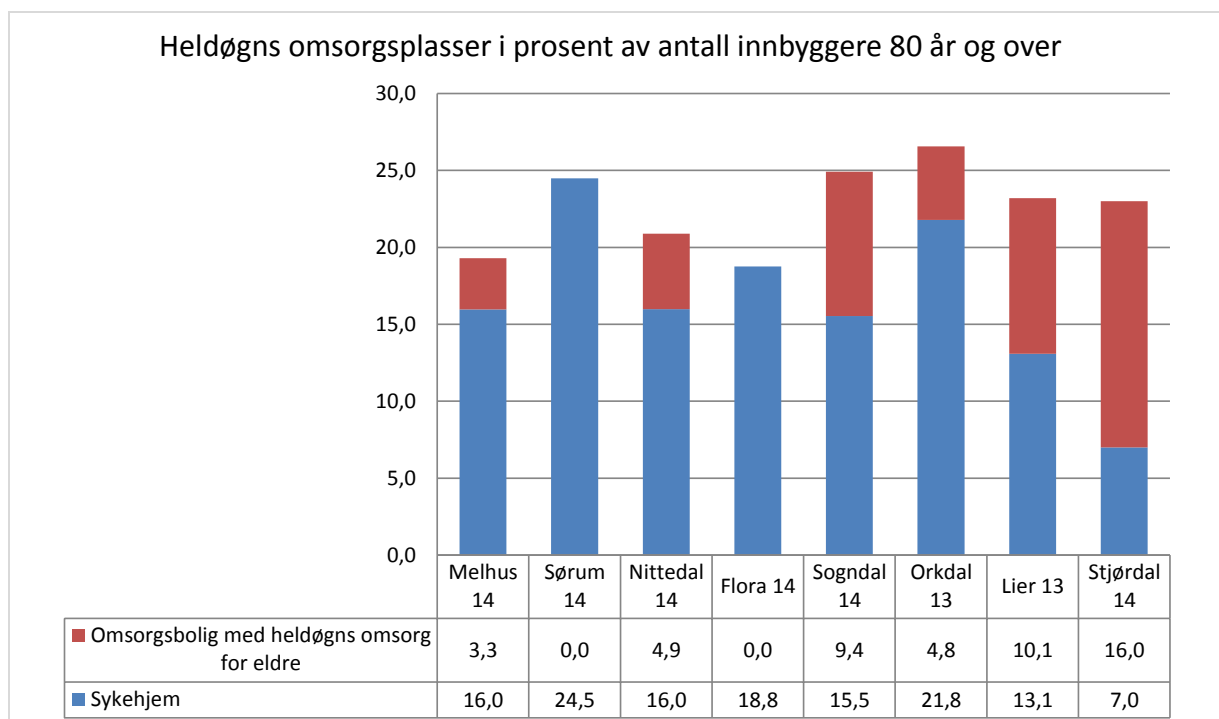
Figuren viser videre

- Andel brukere med praktisk bistand varierer fra 2,4 til 26. Melhus har 13,3 brukere av denne tjenesten pr. 1 000 innbygger.
- Andel brukere med omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse og støttekontakt er lav i Melhus- samt i flere av kommunene i sammenlikningen. Sogndal skiller seg ut, med relativt flere brukere med slike tjenester.
- Melhus har flere brukere med et dag- og aktivitetstilbud enn de øvrige kommunene.
- Andel brukere som mottar matombringning varierer mellom kommunene. Melhus og Sogndal har flest brukere som mottar slike tjenester.
- Andel brukere med trygghetsalarm er relativ lik. Nittedal ligger noe under de øvrige kommunene. Melhus har nest flest brukere innenfor denne tjenesten.

3.4.7 Dekningsgrad heldøgns omsorg for eldre

Dekningsgrad innenfor heldøgns pleie og omsorg omfatter tilbud i sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns bemanning. Dette er hovedsakelig tilbud til de eldre innbyggerne i kommunen.

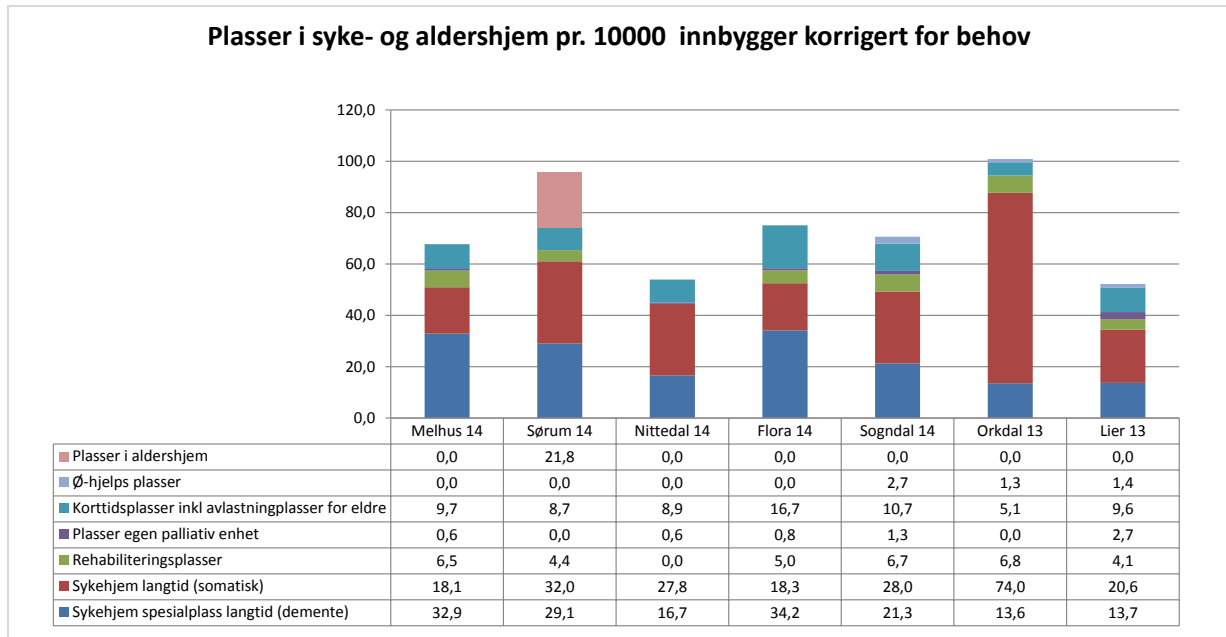
Kommunens dekningsgrad, samt bruk av korttidsplasser har betydning for både prioritering og dimensjonering av øvrige tjenester til denne målgruppen. Dette gjelder spesielt hjemmebaserte tjenester. Neste figur viser hvordan denne andelen fordeler seg mellom kommunene i utvalget.



Figur 3.19 Dekningsgrad heldøgns omsorg

Figuren viser at dekningsgraden i kommunen varierer, og at dette både skyldes variasjon i andel omsorgsboliger og sykehjem. Melhus ligger forholdsvis lavt i vår sammenlikning samlet sett med 19,3 %. Figuren viser at hovedårsaken til dette ligger i andel omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Kommunens andel utgjør 3,3 % av antall innbyggere over 80 år, mens gjennomsnittet i utvalget ligger på 6,1 %. Når det gjelder dekning på sykehjemsplasser utgjør dette 16 % av antall innbyggere over 80 år, og ligger på et gjennomsnittsnivå i vår sammenlikning.

Vi har tidligere vist dekningsgraden innenfor sykehjem i Melhus kommune. I neste figur viser vi hvilke type sykehjemsplasser kommunen har.



Figur 3.20 Type plasser i sykehjem

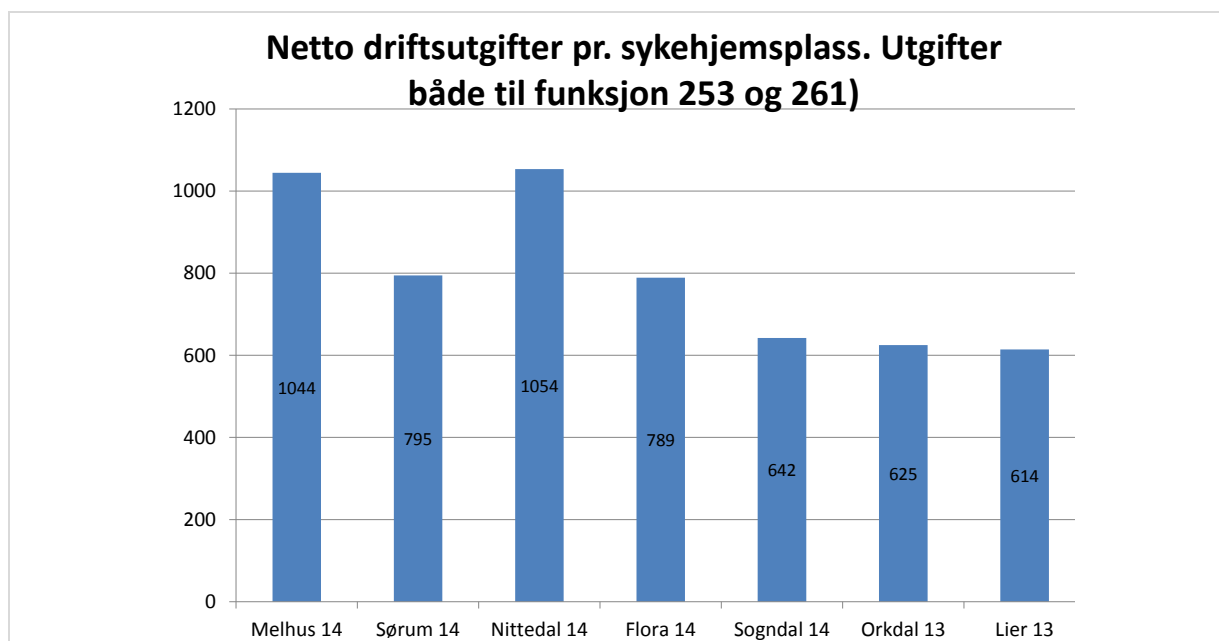
Figuren viser at det er stor variasjon i hvordan kommunene bruker sine sykehjemsplasser. Melhus har oppgitt at sykehjemsplassene i hovedsak utgjør langtidsplasser. Andel langtidsplasser i Melhus utgjør totalt 51, og er fordelt på 32,9 spesialplasser for mennesker med demenssykdom i tillegg til 18,1 ordinære langtidsplasser. I KOSTRA har ikke kommunen skilt ut plasser benyttet til korttidsplasser. I figuren over ser vi at kommunen har klart å skille ut dette, og at andel plasser benyttet til korttidsformål utgjør 9,7 plasser pr. 1 000 innbygger korrigeret for behov. Dette ligger på snittet av kommunene i vår sammenlikning. Andel plasser avsatt til rehabilitering må også sees i sammenheng med plasser avsatt til korttidsformål. Her varierer andel plasser fra 0 til 6,8. Melhus har avsatt 6,5 plasser pr. 1 000 innbygger til dette formålet og ligger med dette i det øvre sjiktet.

Andel plasser til palliativ omsorg i institusjon varierer også mellom kommunene, fra 0 til 2,7 plasser. Melhus har oppgitt å ha 0,6 plasser pr. 1 000 innbygger korrigeret for behov til dette formålet.

Melhus har ikke oppgitt å ha øyeblikkelig hjelps plasser eller plasser i aldershjem.

3.4.8 Kostnader pr. sykehjemsplass

Kostnader til sykehjem varierer mellom kommunene. Når det gjelder kostnad pr. plass er det i hovedsak pleiekostnader og ikke kostnader til bygningsdrift som har den største betydningen. I figuren under ser vi på kommunenes kostnader pr. sykehjemsplass.

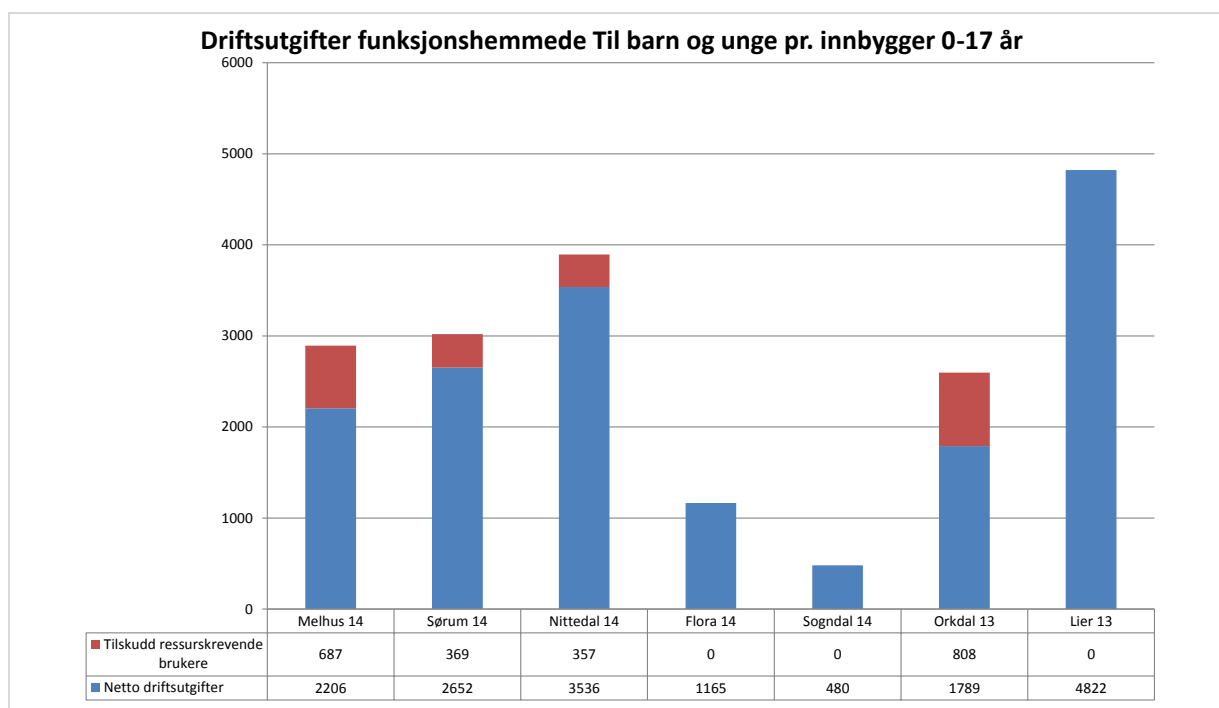


Figur 3.21 Netto driftsutgifter pr. sykehjemsplass

Figuren viser at netto kostnader pr. sykehjemsplass varierer mellom kommunene i vår sammenlikning. Melhus sine kostnader er nest høyest, med kr 1 044 000 pr. plass. De øvrige kommunenes utgifter pr. sykehjemsplass ligger mellom kr 614 000 til kr 1 054 000.

3.5 Utgifter til funksjonshemmede

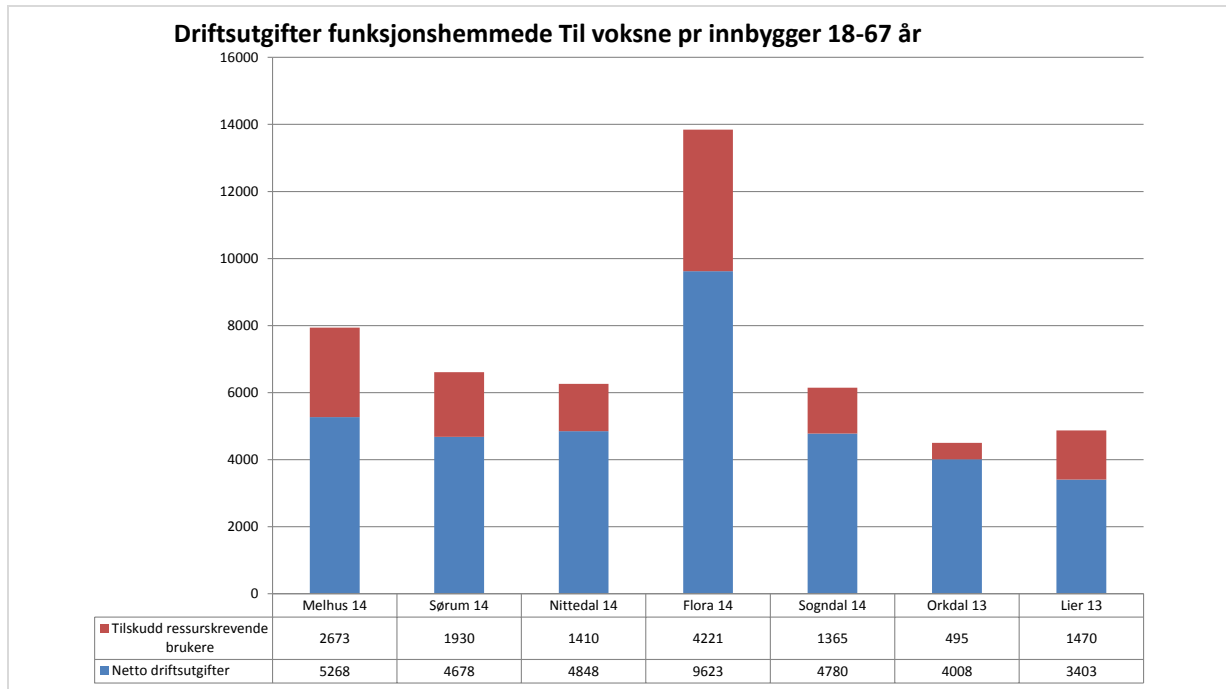
Tidligere i analysen har vi korrigert for kommunes samlede behov. I neste figur viser vi hvordan netto driftsutgifter til funksjonshemmede fordeler seg på gruppen innbyggere 0–17 år og 18–67 år.



Figur 3.22 Netto driftsutgifter til funksjonshemmede barn og unge pr. innbygger 0-17 år

Tabellen viser at driftsutgifter pr. innbygger i aldersgruppen 0–17 år er på et mellom nivå med kr 2 893. Tre kommuner har lavere utgifter til dette, og tre kommuner har høyere utgifter enn Melhus. For å forklare hvordan tjenestene er prioritert i Melhus kommune har vi også sammenstilt driftsutgiftene til brukergruppen og hvordan tilskuddet til ressurskrevende tjenester fordeler seg mellom kommunene. Figuren over viser at andel tilskudd varierer mellom kommunene og at Melhus er den kommunen i vår sammenlikning som har nest høyest refusjon pr. innbygger.

I neste figur ser vi hvordan dette forholder seg når vi ser på brukergruppen over 18 år.



Figur 3.23 Netto driftsutgifter til funksjonshemmede inkl. tilskudd, pr. voksne innbygger 18–67 år

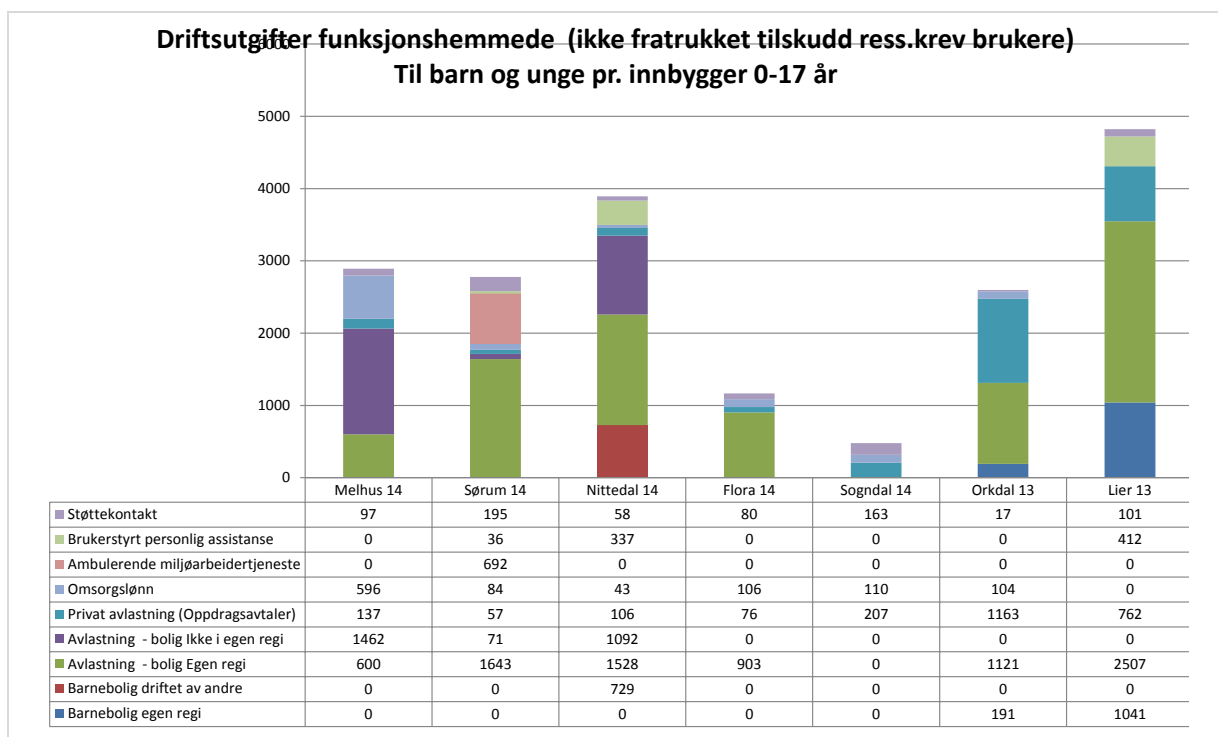
Figuren viser at Melhus kommunes driftsutgifter til denne brukergruppen ligger i det øvre sjiktet. Bare en kommune har høyere kostnader til dette formålet. Flora sine kostnader til dette formålet skiller seg vesentlig fra de øvrige kommunene i vår sammenlikning. Noe av forklaringen er at dette er en vertskommune, og at de dermed har brukere og kostnader som øvrige kommuner ikke har. Ser man bort fra disse kommunene, ser man at kostnadsnivået i de øvrige kommunene er mer like og at Melhus sine kostnader ligger høyere enn de øvrige kommunene.

Andel refusjon som Melhus mottar i form av ressurskrevende tjenester ligger i det øvre sjiktet i vår sammenlikning.

3.6 Tjenester til funksjonshemmede under 18 år

3.6.1 Netto driftsutgifter pr. innbygger

Hvilke tjenester som ytes til denne målgruppen, varierer kommunene i mellom. I neste figur viser vi hvordan netto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger under 18 år, er fordelt på ulike typer tjenester.



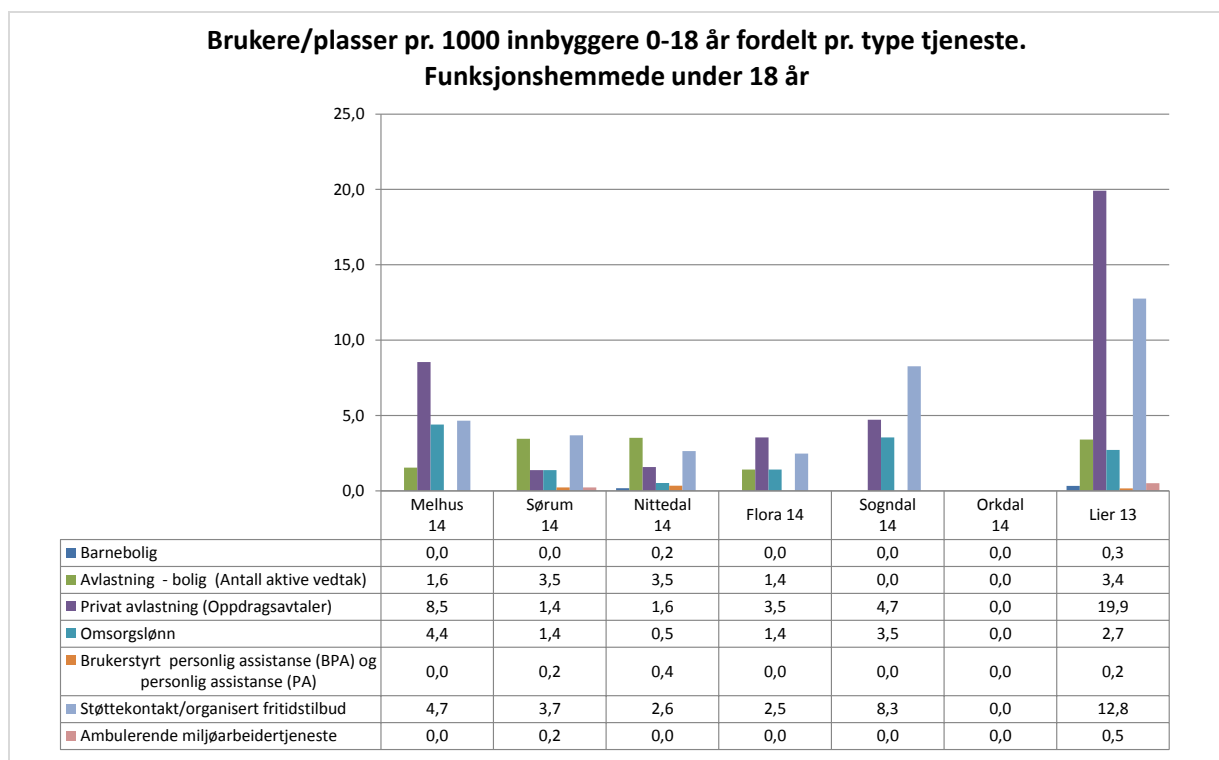
Figur 3.24 Driftsutgifter funksjonshemmede 0–17 år

Figuren viser følgende:

- Melhus kommune har et kostnadsnivå som ligger på et mellomnivå i sammenlikningen.
- Melhus kommune ligger på et mellomnivå for ressurser som benyttes til støttekontakt.
- Noen av kommunene i vår sammenlikning har BPA-ordning for barn og unge. Kostnader til dette varierer. Melhus har ikke dette.
- Noen av kommunene i vår sammenlikning har ambulante tjenester for barn og unge. Kostnader til dette varierer. Melhus har ikke dette.
- Figuren viser at alle kommunene har utgifter til omsorgslønn, men at utgiftene varierer. Melhus ligger i høyest i vår sammenlikning.
- Når det gjelder avlastning benytter Melhus avlastning i familier på et forholdsvis lavt nivå.
- Avlastning i bolig ivaretas både i egenregi og ved kjøp. Samlet sett ligger kommunens kostnader til dette på et mellomnivå. Kommunens kostnader til avlastning i egen regi ligger lavt, men kommunes utgifter til kjøp av avlastning ligger høyt, og høyest i vår sammenlikning.
- Melhus har ikke tjenester eller utgifter til barnebolig.

3.6.2 Antall brukere under 18 år

I figur 3.26 viser vi hvordan antall brukere fordeler seg pr. tjeneste for aldersgruppen under 18 år. Vi presiserer at én bruker kan ha flere tilbud, for eksempel både avlastning og støttekontakt.



Figur 3.25 Antall brukere/plasser pr. 1 000 innbygger

Figuren viser at andel brukere innenfor ulike tjenester varierer mellom kommunene. Melhus har ikke brukere i barnebolig, eller som mottar ambulante miljøarbeidertjenester. Vi ser at dette også ligger på lavt nivå i de øvrige kommunene.

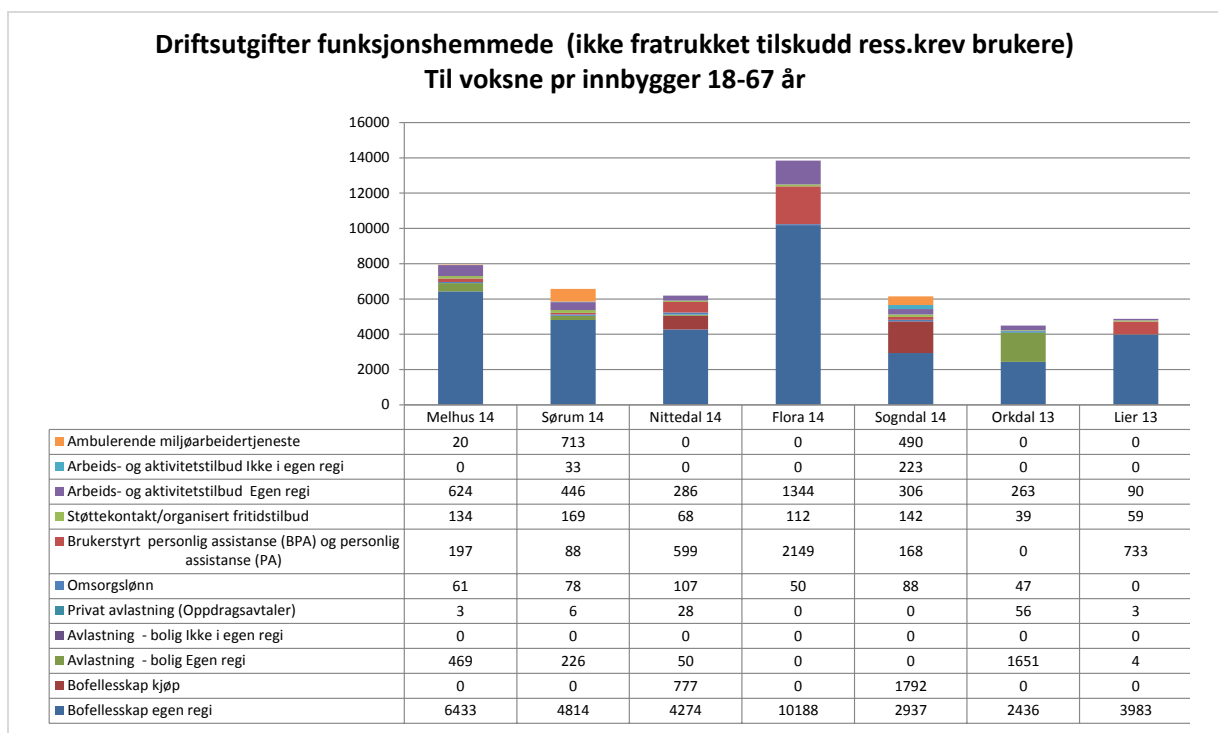
Figuren viser videre:

- Andel brukere med avlastning i Melhus ligger samlet sett i det øvre sjiktet, andel brukere med privat avlastning ligger nest høyest i vår sammenlikning. Andel brukere i avlastningsbolig ligger på et relativt lavt nivå.
- Andel brukere med omsorgslønn varierer mellom kommunen. Melhus har høyest andel brukere innenfor denne tjenesten.
- Andel brukere med støttekontakt varierer mellom kommunen. Sogndal og Lier har flere brukere som mottar disse tjenestene enn Melhus.
- Melhus yter ikke tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse til denne målgruppen. Figuren viser at Sørum, Lier og Nittedal har dette.

3.7 Tjenester til funksjonshemmede over 18 år

3.7.1 Netto driftsutgifter pr. innbygger

I neste figur viser vi netto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger i alderen 18–67 år. Vi presiserer at én bruker kan ha flere tilbud, for eksempel både avlastning og støttekontakt.



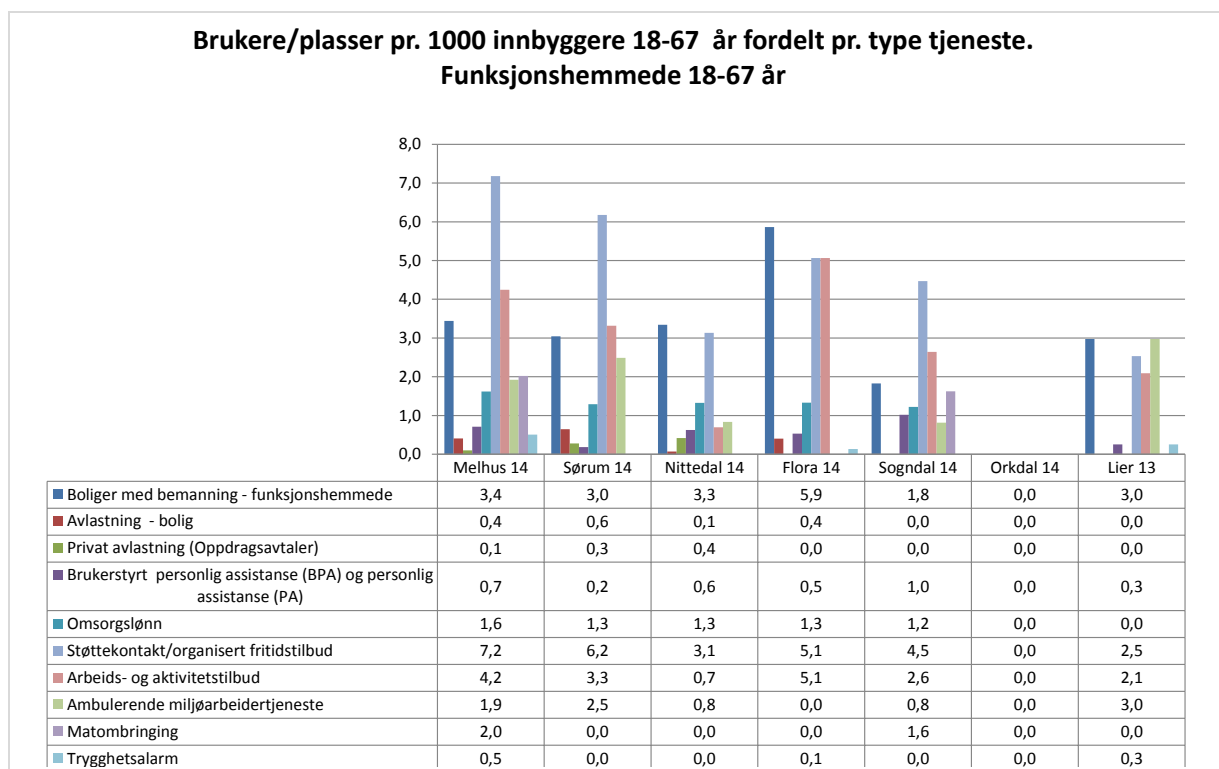
Figur 3.26 Driftsutgifter funksjonshemmede, pr. voksne innbygger 18-67 år

Figuren viser følgende:

- Melhus kommune har et kostnadsnivå som ligger nest høyest i sammenlikningen.
- Kostnader til arbeid og aktivitetstilbud i Melhus ligger nest høyest i vår sammenlikning.
- Melhus kommune ligger på et mellomnivå på ressurser som benyttes til støttekontakt.
- Hovedvekten av kommunene har BPA-ordning for denne målgruppen. Kostnader til dette varierer. Flora sine kostnader til dette er høyest og Melhus har kostnader som ligger på et mellomnivå, av de kommunene som har en slik ordning.
- Melhus kommune sine kostnader til ambulante tjenester for denne brukergruppen ligger i det nedre sjiktet for kommuner som har skilt ut dette.
- Figuren viser at alle kommunene har utgifter til omsorgslønn, men at utgiftene varierer. Melhus ligger på et mellomnivå når det gjelder utgifter til dette formålet.
- Når det gjelder avlastning har Melhus et forholdsvis lavt kostnadsnivå når det gjelder avlastning i familier. Avlastning i bolig ligger i Melhus nest høyest i vår sammenlikning.
- Melhus sine kostnader til tjenester i bolig ligger i øvre sjiktet. Det er bare Flora som har høyere kostnader til dette av kommunen i vår sammenlikning.

3.7.2 Antall brukere over 18 år

I neste figur viser vi antall brukere av ulike tiltak i alderen 18-67 år.



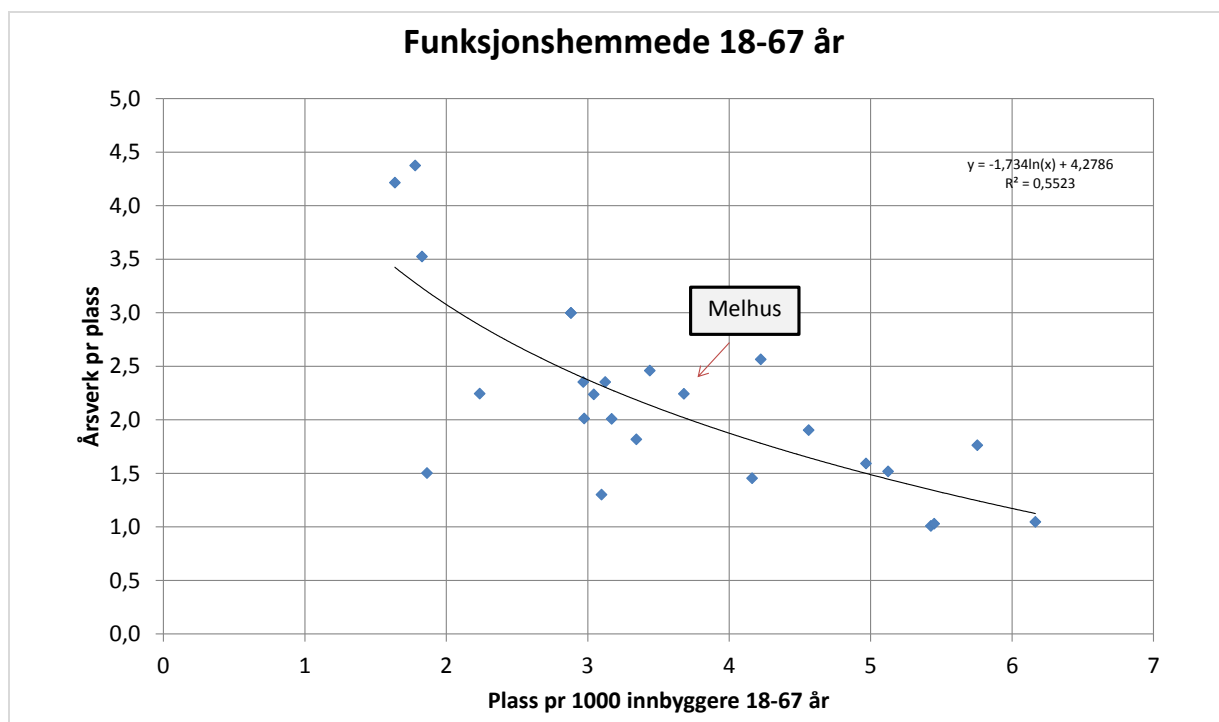
Figur 3.27 Brukere/plasser pr. 1 000 innbygger

Figuren viser at:

- Melhus ligger på et mellomnivå når det gjelder andel brukere i bolig med bemanning
- Flere av kommunene har ikke avlastning i bolig for denne målgruppen. Sørum har høyest andel. Melhus og Flora har nest høyest andel brukere som mottar avlastning i bolig for denne målgruppen
- Melhus har tjenester organisert som BPA til brukere i aldersgruppen og andelen ligger i det øvre sjiktet sammenliknet med de kommunene som har dette.
- Melhus kommune har flere brukere som mottar omsorgslønn innenfor denne målgruppen
- Andel brukere med støttekontakt i Melhus ligger i høyt, og høyest i vår sammenlikning
- Når det gjelder brukere med dagtilbud/arbeids og aktivitetstilbud ligger Melhus på et mellomnivå
- Andel brukere som mottar trygghetsalarm, og/eller matombringing varierer mellom kommunen. Melhus har høyest andel som mottar matombringing og trygghetsalarm i vår sammenlikning.

3.7.3 Årsverk og andel plasser

I figuren under har vi sett på årsverk og andel plasser i bolig med personalbase.



Figur 3.28 Årsverk og andel plasser funksjonshemmede

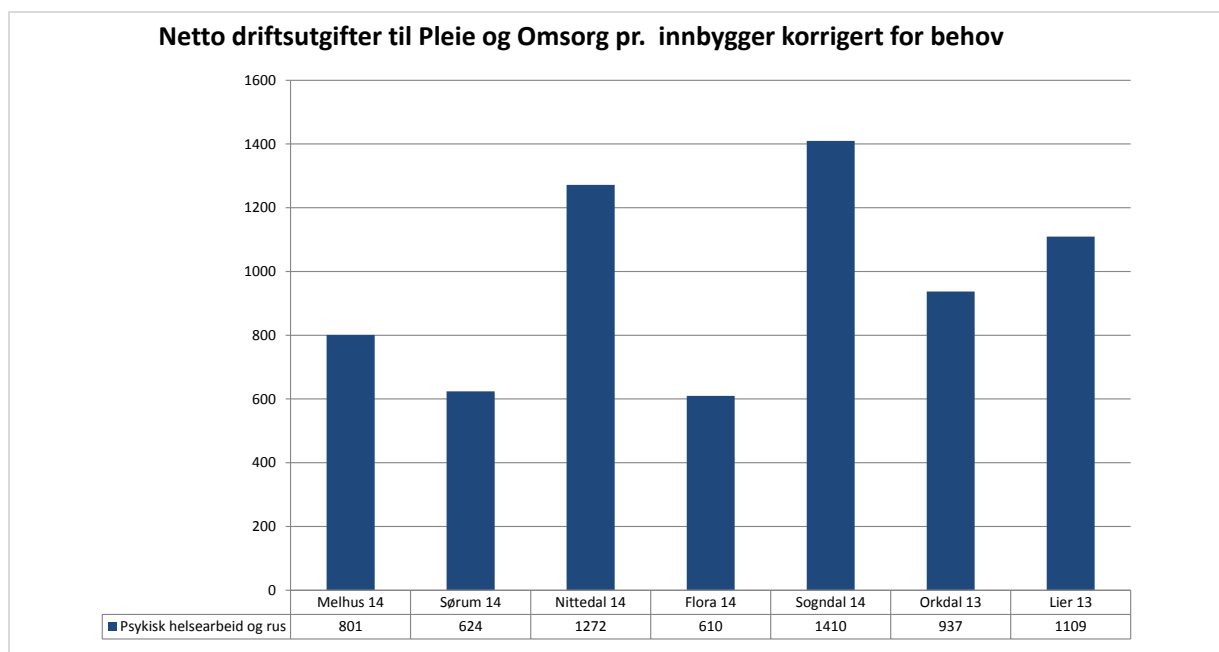
Figuren over viser sammenheng mellom andel plasser og andel årsverk. Kommuner med lav andel boliger for formålet har gjennomgående høyere bemanning pr. bruker, enn det vi ser i kommuner med høy andel plasser. Dette kan henge sammen med at de brukerne som får et slikt tilbud er de som har høyest omsorgsnivå og omfattende behov for tjenester. For de kommunene som har høyt volum, det vil si mange plasser avsatt til dette formålet, vil det oftest være en økt forekomst av variasjon i brukergruppen og behov for tjenester vil variere, fra lette behov til svært omfattende behov.

Figuren viser at antall årsverk ligger over snittet når vi ser det i forhold til andel plasser til formålet i Melhus kommune. Figuren viser en variasjon, hvor noen kommuner har lavere andel årsverk pr. plass og noen høyere. Dette henger selvsagt sammen med brukernes behov, men de bygningsmessige strukturene for boliger, dagtilbud etc. spiller også inn her. Vi skal komme nærmere inn på dette senere.

Figuren viser at Melhus har høyere andel årsverk pr. plass enn det som er gjennomsnittet (trendlinje) når man korrigerer årsverk og andel plasser pr. 1 000 pr. relevant innbygger.

3.7.4 Psykisk helse og rus

Kostnader til psykisk helse og rus innenfor pleie og omsorg fremkommer i figuren under.

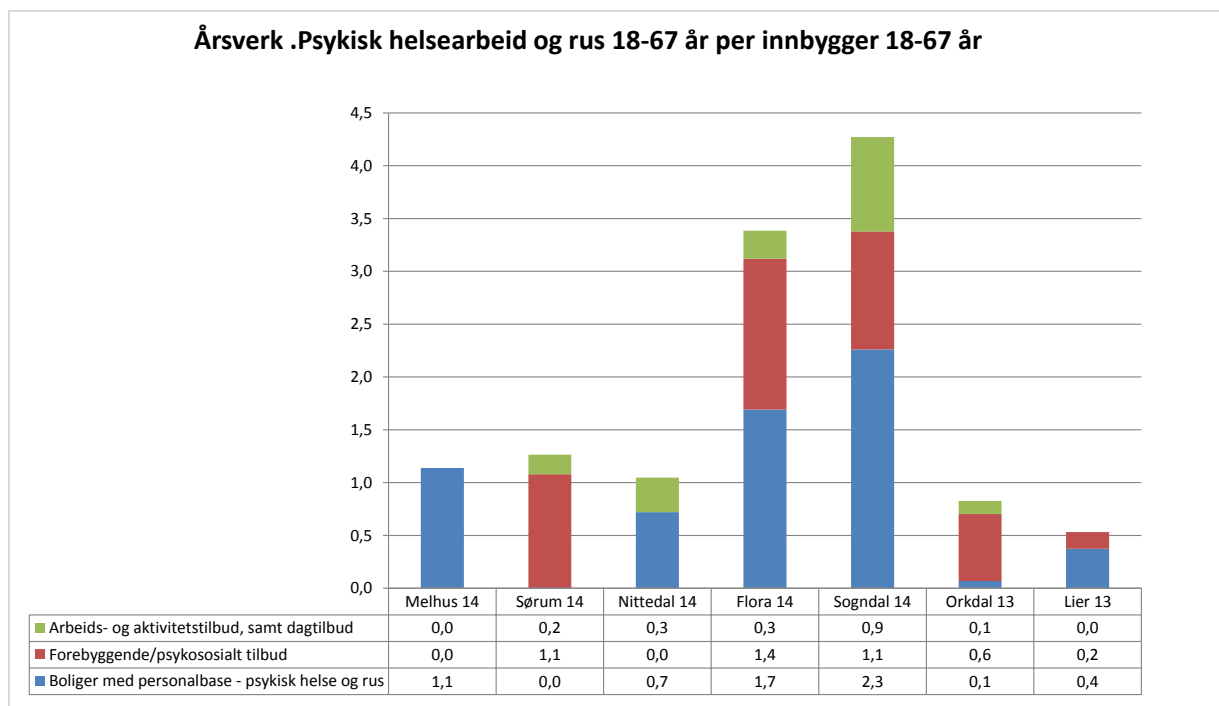


Figur 3.29 Nettodriftsutgifter, psykisk helse og rus

Figuren over viser at kostnader til formål innen psykisk helse og rus varierer mellom kommunene. Melhus sine kostnader til dette formålet ligger på et mellomnivå med kr 801 pr. innbygger korrigert for behov. To kommuner har lavere utgifter til dette formålet enn Melhus. Fire kommuner har utgifter som ligger over kostnadene i Melhus. Orkdal har høyest kostnader til dette, med kr 1 410 pr. korrigerede innbygger.

3.7.5 Årsverk psykisk helse og rus

Antall årsverk fordelt på ulike tjenestetyper innen psykisk helse og rus fremkommer i neste figur.

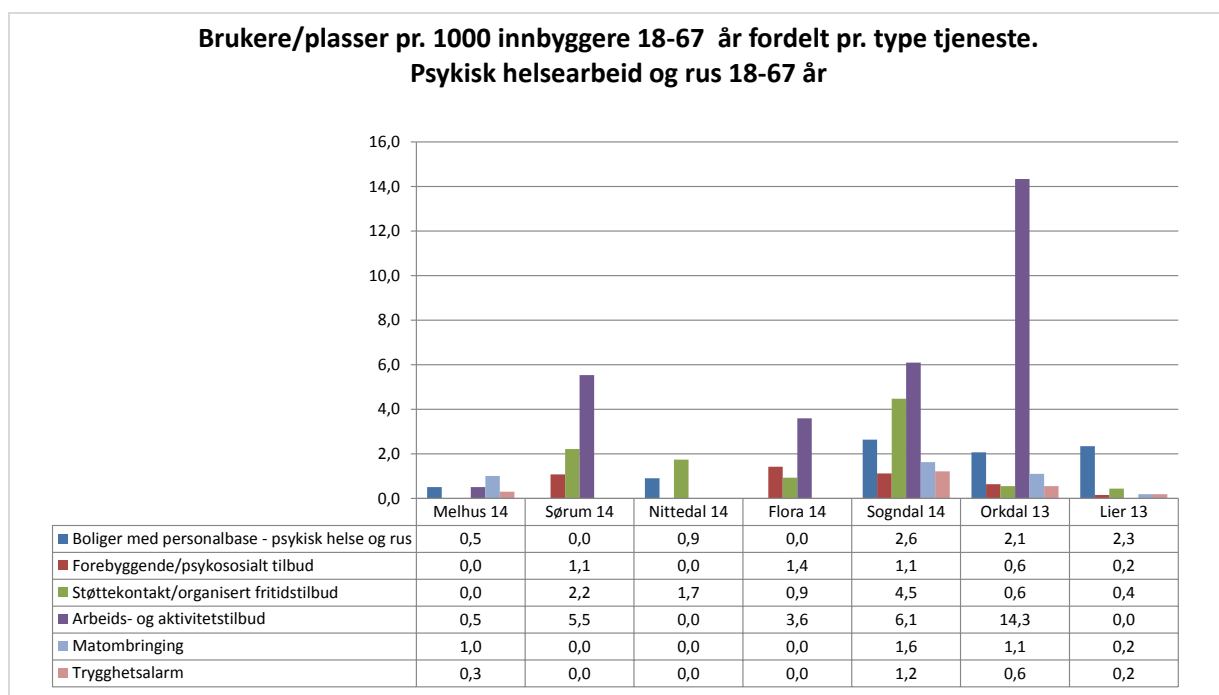


Figur 3.30 Årsverk Psykisk helsearbeid og rus 18–67 år

Andel årsverk til ulike tjenester innen psykisk helse og rus varierer mellom kommunene. Figuren viser at Melhus ikke har oppgitt å ha årsverk tilknyttet arbeid/aktivitet eller til forebyggende/psykososialt tilbud. Dette er sannsynligvis en misforståelse i forhold til hvordan årsverkene skal fordeles og fordi årsverk knyttet til formålet også ligger under helseområdet i KOSTRA. Årsverkene som benyttes innen pleie og omsorg i KOSTRA til psykisk helse og rus er knyttet til boligtilbudet i Idrettsveien med totalt 11,26 årsverk pr. 31.12.2014. Disse årsverkene benyttes også til å betjene flere brukere med ambulante tjenester, Idrettsveien har pr. 1. juni 2015 28 brukere hvorav kun 5 har et boligtilbud.

3.7.6 Antall brukere over 18 år

I neste figur viser vi antall brukere av ulike tiltak i alderen 18-67 år. Vi presiserer at en bruker kan ha flere tilbud.



Figur 3.31 Antall brukere psykisk helsearbeid og rus fordelt på tjenester

Figuren viser at antall brukere varierer mellom kommunen. Andel brukere i Melhus er relativt lav.

- Andel brukere i bolig ligger på 0,5, og er dermed i det lavere sjiktet
- Kommunen har ikke oppgitt å ha brukere med forebyggende/psykososialt tilbud eller støttekontakt
- Andel brukere med et arbeid eller aktivitetstilbud er lav
- Kommunen har brukere med matombringing og/eller trygghetsalarm

Dette analyseresultatet viser også at kommunens rapportering i forhold til antall brukere kan være noe mangelfull og at man derfor ikke kan benytte denne analysen til å trekke konklusjoner om fordeling av tjenester og totalt antall brukere. Idrettsveien har pr. 1. juni 2015 opplyst å ha 28 brukere hvorav kun 5 har et boligtilbud. I tillegg opplyses det at 36 brukere sannsynligvis har et forebyggende/psykososialt tilbud under rammeområde 4.

3.8 Oppsummering av kostnadssammenligningen

Melhus har et beregnet utgiftsbehov pr. innbygger som utgjør 97 % av gjennomsnittet for landet. Dette skyldes at kommunen har en relativt ung befolkning.

Vi har i våre analyser vist hvordan kommunens samlede korrigerede utgifter innen pleie og omsorg i Melhus ligger sammenliknet med andre kommuner. Beregningene viser at det er teoretisk mulig for Melhus å redusere kostnadene med inntil 50 mill. kr (netto) innenfor pleie og omsorg, dersom kommunen legger seg på samme kostnadsnivå som Stjørdal som driver «billigst» i vår sammenlikning. Om Melhus legger seg på samme kostnadsnivå som gjennomsnittet for gruppe 7 ville dette gitt en besparelse på 1 mill. kr.

Når det gjelder helseområdet ser vi at Melhus sine utgifter ligger på nivå med gjennomsnittet i Sør-Trøndelag. Beregningene viser at det er teoretisk mulig for Melhus å redusere kostnadene med inntil 7 mill. kr (netto) innenfor helse inkludert samhandling, dersom kommunen legger seg på samme kostnadsnivå som gjennomsnittet for kommunegruppen 7.

Vår gjennomgang har vist at kommunen har ført noen sentrale utgifter og tilskudd i regnskapet for 2014 som ikke er i tråd med KOSTRA-veilederen og kommunene vi sammenlikner Melhus med. For å kunne gjøre en sammenlikning med andre kommuner og ta strategisk riktige avgjørelser på bakgrunn av KOSTRA-data, er det viktig at regnskapet er ført på samme måte. På bakgrunn av dette er det foretatt en manuell korrigerende i tråd med KOSTRA-veilederen.

Etter korrigeringen blir kostnadsnivået i Melhus fortsatt liggende i det øvre sjiktet, sammen med Orkdal. Kostnadene i Melhus ligger på nivå med gjennomsnittet for Sør-Trøndelag og gruppe 7.

Kommunens bruttokostnader til pleie og omsorg har økt i perioden 2008 til 2014. Økningen har vært størst innenfor institusjonstjenesten med ca. 47 %. Kostnadene innenfor hjemmetjenesten har i samme periode økt med 22 %. Vurderingen er at kommunen ikke har klart å vri sine pleie- og omsorgstjenester i tråd med BEON prinsippet og iht. kommunens målsetting om at innbyggerne i kommunen skal kunne bo lengst mulig i eget hjem.

Når det gjelder kostnader innenfor hjemmetjenesten for andre brukere, i hovedsak eldre ligger kommunens kostnadsnivå til dette lavt, og lavest i vår sammenlikning. Andel årsverk innenfor hjemmetjenesten og særlig innenfor hjemmesykepleie ligger lavt i vår sammenlikning. Når vi ser på antall brukere som mottar disse tjenestene ligger dette på et mellomnivå.

Kostnader til sykehjem ligger nest høyest i vår sammenlikning, og kostnad pr. plass er høy. Hovedvekten av plassene i sykehjem benyttes til langtidsplasser. I KOSTRA har ikke kommunen skilt på type plasser. Vår gjennomgang viser at kommunen har plasser avsatt til korttidsplasser og at denne andelen varierer mellom kommunene. Melhus ligger på et mellomnivå i vår sammenlikning.

Melhus har en samlet dekningsgrad innenfor institusjon og bolig med heldøgn som ligger forholdsvis lavt i vår sammenlikning samlet sett med 19,3 %. Det er særlig andel plasser i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning som trekker ned kommunens samlede dekningsgrad for innbyggere over 80 år.

Kommunens kostnader til funksjonshemmede barn og unge, korrigeret for innbyggere innenfor samme aldersgruppe ligger på et mellomnivå. Kostnader til funksjonshemmede over 18 år korrigeret for innbyggere i alderen 18-67 år ligger nest høyest i vår sammenlikning. Kommunens kostnader er i hovedsak knyttet til tjenester i bolig, og kostnadsnivået er relativt høyt.

Når det gjelder utgifter til psykisk helsearbeid og rus ligger Melhus på et mellomnivå på kostnader regnskapsført under pleie og omsorg i KOSTRA. Analyseresultatet viser også at kommunens rapportering i forhold til antall brukere spesielt i forhold til forebyggende/psykososialt tilbud kan være noe mangelfullt totalt for rammeområde 3 og 4 og at man derfor ikke kan benytte denne analysen til å trekke konklusjoner om fordeling av tjenester og totalt antall brukere.

4 Overordnet organisering og utfordringer

4.1 Overordnet organisering

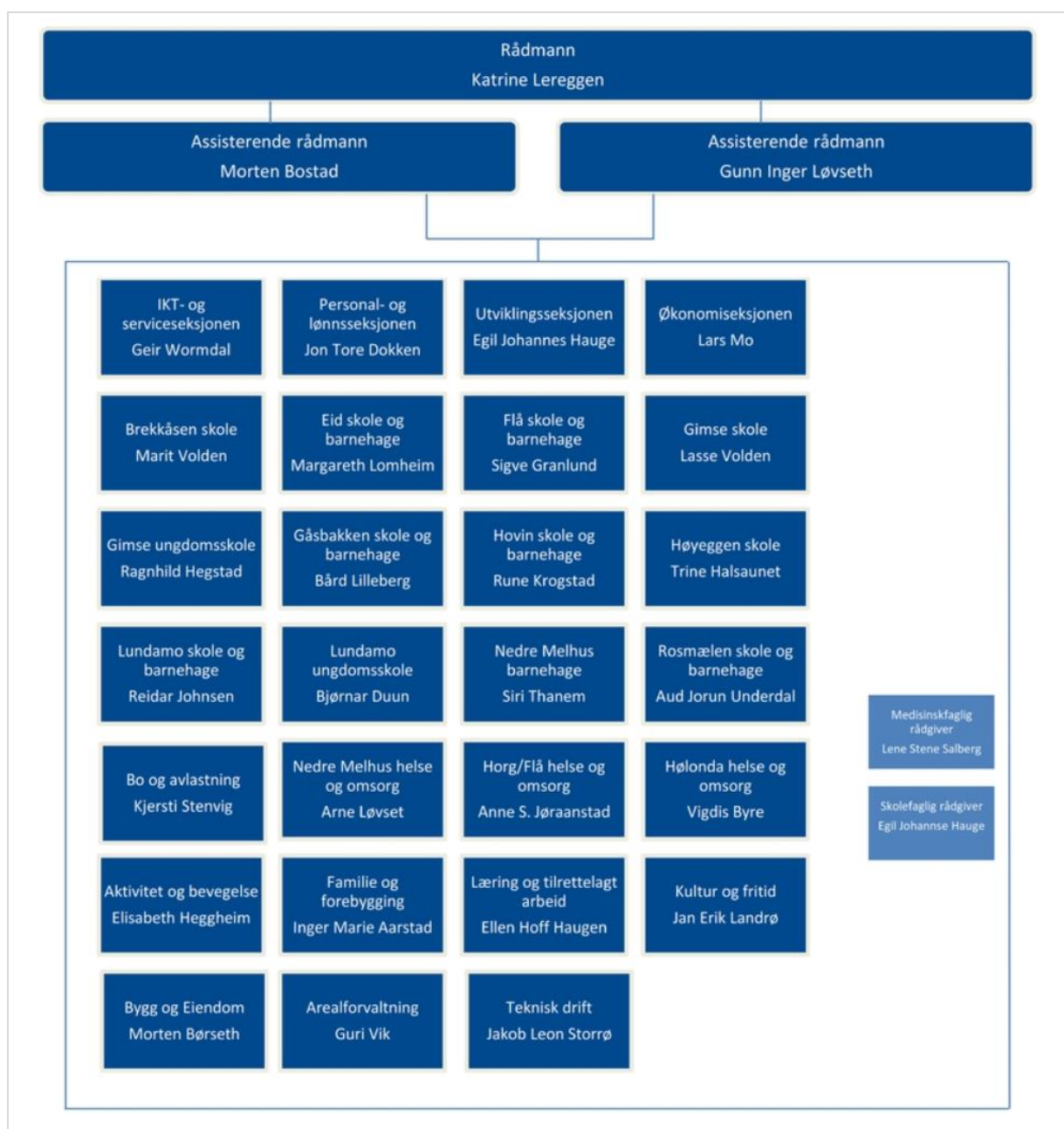
Melhus kommune består av i alt 23 virksomheter og 4 stabsseksjoner.

Hver virksomhet og seksjon har en virksomhetsleder/seksjonsleder som deltar i rådmannens ledergruppe.

Rådmannen og to assisterende rådmenn utgjør rådmannsteamet. En av disse stillingene er for tiden ubesatt og kommunen vurderer hvilke funksjoner som skal legges til denne stillingen.

Seksjonslederne, lederne for lønn og personal, økonomi, IKT og service og utvikling utgjør sammen med rådmannsteamet lederstaben.

Organiseringen av Melhus kommune kan skisseres som vist i neste figur:



Figur 4.1 Organisasjonskart Melhus kommune. Kilde: Melhus kommunes hjemmeside

Kommunen har organisert de ulike selvstendige virksomhetene i 5 ulike rammeområder som utgjør egne rammenettverk. De ulike rammeområdene er:

- Rammeområde 1 – administrasjon, støtte og utvikling
- Rammeområde 2 – grunnskole og barnehage
- Rammeområde 3 – helse og omsorg
- Rammeområde 4 – forebygging, aktivitet og læring
- Rammeområde 5 – landbruk, miljø og tekniske tjenester

I denne gjennomgangen er hovedfokuset rammeområde 3, men framtidens utfordringer og løsninger berører i høyeste grad også rammeområde 4. Derfor har vi med en overordnet oversikt over dette rammeområdet i dette kapitlet.

4.2 Rammeområde 3 – regnskap og budsjett

Rammeområde 3 består følgende områder:

- Nedre Melhus helse og omsorg
- Horg/Flå helse og omsorg
- Hølonda helse og omsorg
- Bo og avlastning
- Folkehelse

Rammenettverket består av de 4 virksomhetslederne og møtes en gang pr. måned sammen med rådmannsteamet.

I årsrapporten oppsummeres den økonomiske situasjonen pr. rammeområde. Oversikten under viser avvikene mellom regnskap og budsjett 2014 for de virksomheter som inngår i rammeområde 3:

Tabell 4-1 Avvik mellom regnskap og budsjett 2014 for virksomheter i rammeområde 3 (Tall vist som hele tusen)

Budsjettsansvar	Regnskap	Budsjett	Avvik	Avsatt til	Bruk av
				dispfond	dispfond
Nedre Melhus helse og omsorg	76 690	73 223	-3 467		
Horg/Flå helse og omsorg	48 091	47 521	-570		
Hølonda helse og omsorg	20 687	20 596	-91		484
Bo og avlastning	66 379	64 138	-2 241		
Folkehelse	13 867	13 853	-14		
Rådmannens ramme 3	17 655	17 584	-71		
Sum	243 369	236 914	-6 455		484

Rammeområde 3 har et netto merforbruk i 2014 på kr 6 455 000 etter at det er brukt kr 484 000 av tidligere avsatte fondsmidler til Hølonda helse og omsorg. Fondsmidlene ble brukt til utviklingsarbeid i enhetene, primært til lønn for å kunne samle ansatte til heldagsarbeid.

Regnskapsresultatet er betydelig forverret sammenliknet med tidligere år og det vil bli foreslått å iverksette tiltak for å oppnå balanse i driften.

Kommentarer til merforbruket i 2014

Bo og avlastnings andel av merforbruket er på 2,241 mill. kr. På den annen side ble inntektene knyttet til ressurskrevende brukere over 3 mill. kr høyere enn budsjettet. Dette er forhold som må ses i sammenheng. Virksomheten får normalt flere ressurskrevende brukere i løpet av året uten at budsjettrammen blir styrket fullt ut. Både merutgiftene til Bo og avlastning og overføringene fra staten blir kompensert i ettetid. Vi vil i framtiden anbefale at inntektene til ressurskrevende brukere føres ut på enhetene som har ansvaret for tilbudet til disse brukerne.

Under Rådmannens ramme 3 ble det i 2014 avsatt 2,5 mill. kr knyttet til utskrivningsklare pasienter. I et normalår vil en stor andel av midlene stå ubrukt ved slutten av året og fordelt til de respektive virksomhetene i rammenettverket. Regnskapsåret 2014 ble utypisk i og med at de avsatte midlene ble forbrukt i sin helhet. Dette har bl.a. å gjøre med at Kroa-kvartalet ble rehabilitert og at kapasiteten til å ta imot utskrivningsklare pasienter ble negativt påvirket av dette forholdet.

Regnskapsprognose for 2015 for rammeområde 3

Justert budsjett for rammeområde 3 er i følge tilsendt regnskap pr. 30.09.2015 ca. 216 mill. kr. Prognosen, basert på 12 måneders drift på tilsvarende nivå som de første 9 månedene, viser et negativt avvik i forhold til budsjett på ca. kr 710 000. Dette er kun 0,33 % avvik fra justert budsjett.

Tabell 4-2 Budsjett for 2015 for rammeområde 3, inkludert regnskap pr. 30.09.2015, *prognosen er basert på 12 måneders drift på tilsvarende nivå som de første 9 månedene

Tjenesteområder i regnskapet	Regnskap pr.			Avvik budsjett vs prognose*
	30.09.2015	Justert Budsjett	Årsprognose	
Administrasjon pleie- og omsorg	13 813 666	14 660 658	18 418 222	-3 757 564
Avlastningstilbud funksj.hemm.	9 255 185	12 343 569	12 340 246	3 323
Dagsenter/aktivitetstilbud eldre og funksjh.	3 120 675	4 211 530	4 160 901	50 629
Hjemmehjelp	5 379 905	7 763 420	7 173 206	590 214
Hjemmesykepleie	27 136 452	37 364 731	36 181 936	1 182 795
Hjemmetjeneste i boliger m/heldøgns tilbud	47 805 793	66 111 733	63 741 058	2 370 675
Kjøkkendrift	3 189 275	5 427 762	4 252 367	1 175 395
Opphold i institusjon	50 879 095	65 293 620	67 838 793	-2 545 173
Trygghetsalarmer	261 848	500 000	349 131	150 869
Vaskeridrift	1 667 694	2 292 791	2 223 592	69 199
Totalsum	162 509 589	215 969 814	216 679 451	-709 637

Regnskapsprognosen viser at tjenesteområde *Administrasjon pleie- og omsorg* ligger an til et merforbruk på rundt kr. 3,7 mill. Dette merforbruket er i sin helhet knyttet til virksomheten Bo og avlastning og skyldes kjøp av tjenester fra private (Art 13700 og 17706). Virksomheten kjøper tjenester fra institusjonen Villa Vika som blir ført på denne tjenesten og dreier seg ikke om administrasjon. Når regnskapsprognosen korrigeres for nevnte forhold ligger det an til at tjenesten går ut i balanse i 2015.

Regnskapsprognosen viser ellers et merforbruk innen institusjonstjenesten med et totalt avvik på nærmere 4 % i forhold til budsjett. Hovedutfordringene ligger på enhetene Horg sykehjem og Avklarings- og somatisk enhet på Buen med ca. 4,7 % avvik fra budsjett og skyldes i all hovedsak økte lønnskostnader.

Rammeområde 4

Oversikten under viser avvikene mellom regnskap og budsjett 2014 for de virksomheter som inngår i rammeområde 4:

Tabell 4-3 Avvik mellom regnskap og budsjett 2014 for virksomheter i rammeområde 4 (Tall i hele tusen)

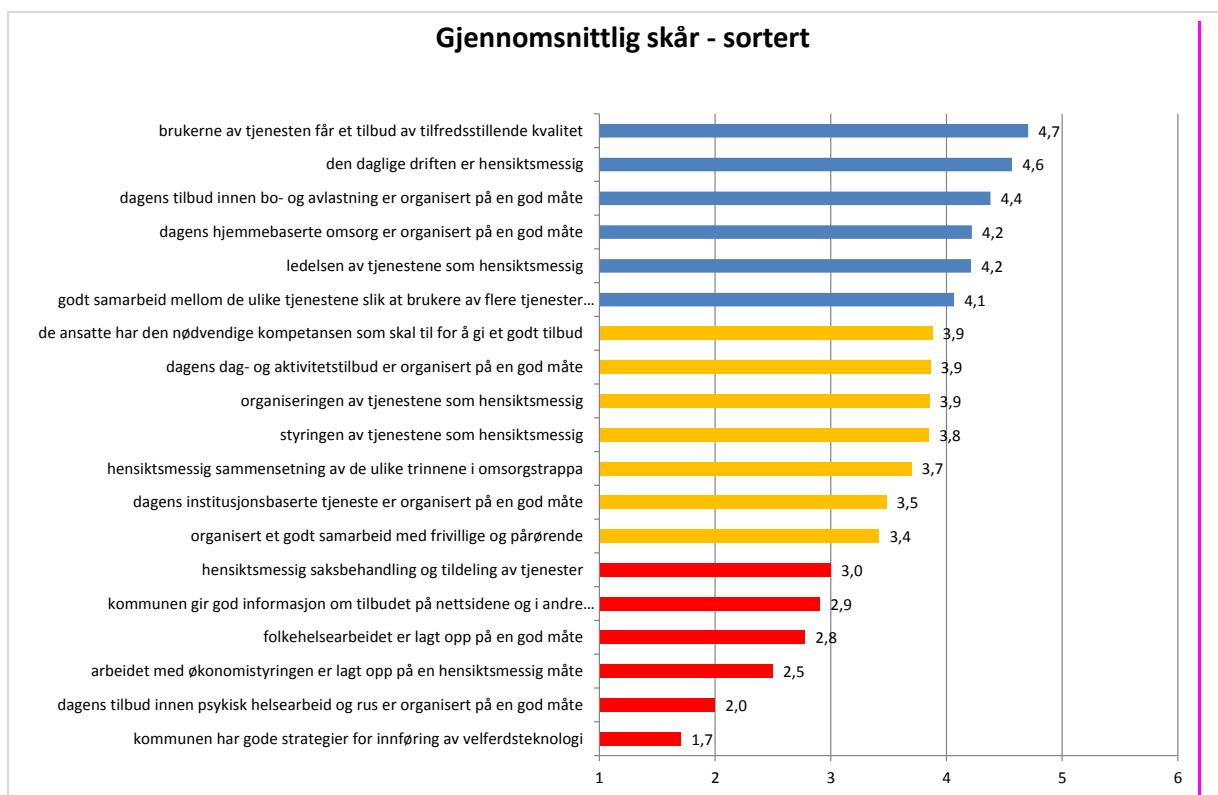
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Avsatt til dispfond	Bruk av dispfond
Familie- og forebygging	64 352	64 352	0		1239
Aktivitet og bevegelse	7 360	7 360	0	2	
Læring- og tilrettelagt arbeid	11 721	11 721	0	1 033	
Sum	83 434	83 434	0	1 035	1 239

Etter avsetning/bruk av disposisjonsfond gikk alle tre virksomheter på rammeområde 4 ut i balanse i driftsregnskapet for 2014.

4.3 Hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenestene

Kartleggingsintervjuene som ble foretatt i august 2015 i forbindelse med denne gjennomgangen viser med tydelighet hvor noen av hovedutfordringene for helse- og omsorgstjenestene ligger.

Oppsummeringen av svarene fra 34 ledere, tillitsvalgte og sentrale fagpersoner i kommunen på flere ulike påstander om tjenestene vises i figuren nedenfor.



Figur 4.2 Oppsummering av kartleggingsintervjuer av ledere, tillitsvalgte og sentrale fagpersoner, n = 34, Skala fra 1 – 6 hvor 1 er i svært liten grad og 6 er i svært stor grad, påstandene er sortert etter skår

Påstandene i figuren ut i fra dagens situasjon er sortert etter skår. Rød markering viser de områdene hvor informantene i liten grad mener at kommunen oppfyller innholdet i påstandene, mens oransje markering viser tilsvarende områder med betydelig potensial, mens blå markering viser de områdene

hvor informantene i stor grad mener at kommunen driver bra. Det kan være mange feilkilder knyttet til denne kartleggingen. Vi viser derfor svarene kun som en indikasjon på hvilke områder som kommunen spesielt bør fokusere på framover, men det er et interessant funn at så mange sentrale ledere og fagpersoner i tjenestene mener at det er behov for store forbedringer både i forhold til organisering, saksbehandling og økonomistyring.

På bakgrunn av denne kartleggingen ble det arrangert en dialogkonferanse 4. september 2015 med rundt 50 deltakere fra berørte aktører. På konferansen deltok ledere, tillitsvalgte, politikere og representanter for brukerne. Formålet med konferansen var dels å drøfte beskrivelsen og analysen av dagens situasjon og dels å drøfte utfordringene og mulighetene for framtidens helse- og omsorgstjeneste i Melhus.

Se oppsummeringen og forslag til tiltak gjort av kommunens ansatte i eget vedlegg til denne rapporten. Mange av tiltakene underbygger Agenda Kaupangs anbefalinger.

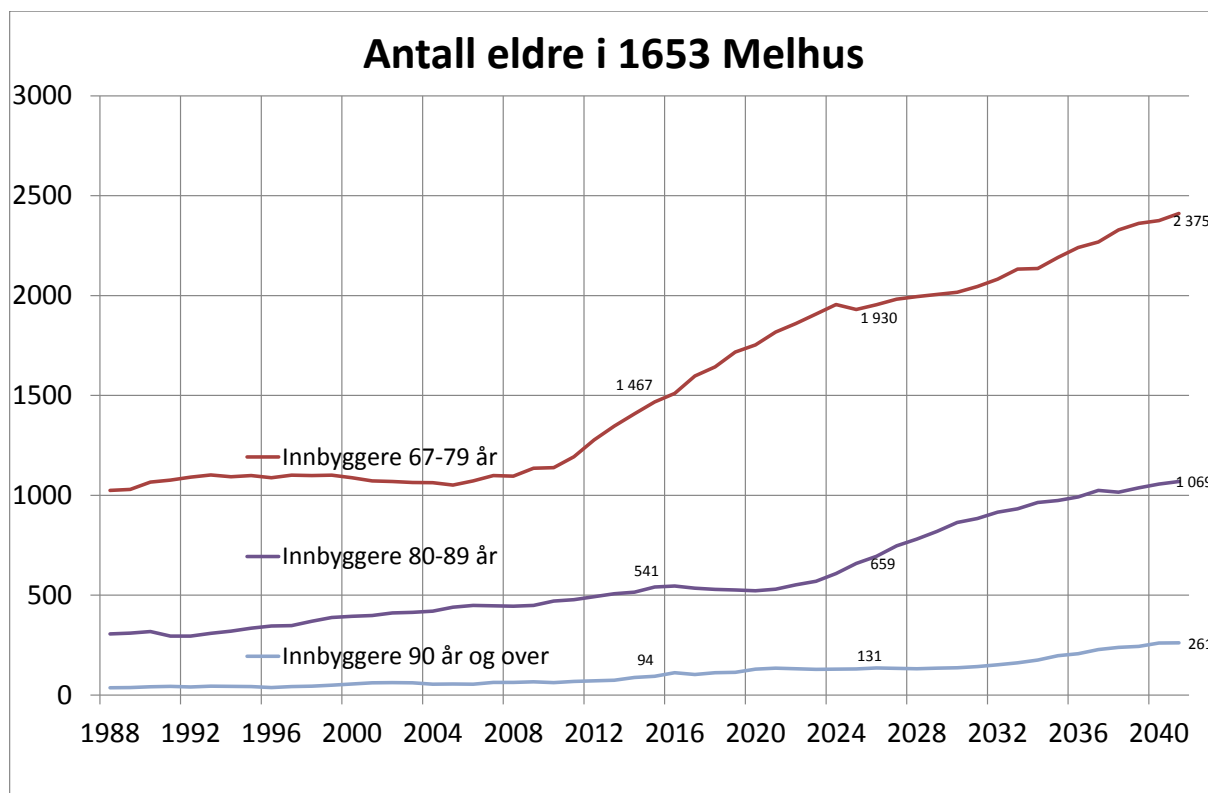
Tabell 4-4 Oversikt over fokusområdene på dialogkonferansen

Nr	Fokusområder
1	Omsorgstrappen <ul style="list-style-type: none"> Hvilke tjenester skal kommunen prioritere og hvilke tjenester må man da prioritere lavere? Prioritering av hjemmetjenester vs. institusjon
2	Organisering <ul style="list-style-type: none"> Hvordan bør kommunen organisere helse- og omsorgstjenestene for å møte framtidens utfordringer? Er dagens distriktsmodell hensiktsmessig? Organisering av psykisk helse og rus Organisering av dag- og aktivitet, støttekontakt, boligtildeling mv Bli behovet for strategisk og stedlig ledelse ivaretatt godt nok i dag?
3	Hvordan kan flere eldre bo hjemme i opprinnelig bolig lengre? <ul style="list-style-type: none"> Velferdsteknologi Dag- og aktivitets tilbud Hverdagsrehabilitering
4	Samarbeid med frivillige og pårørende <ul style="list-style-type: none"> Hvilke områder egner seg for samarbeid og hvordan lykkes? Hvordan skape mer aktiv brukermedvirkning?
5	Tildeling av helse- og omsorgstjenester <ul style="list-style-type: none"> Hvordan sikre brukerne like tjenester og saksbehandling av høy kvalitet?
6	Behov for økt samarbeid og samordning på tvers av enheter <ul style="list-style-type: none"> Hvordan sikre at behovet for samarbeid og samordning ivaretas? På hvilke områder er det behov for økt samarbeid? Hva er gevinstene?
7	Kompetanse <ul style="list-style-type: none"> Hvordan rekruttere, beholde og utnytte kompetansen på tvers i hele kommunen? Hvilken kompetanse trenger kommunen mer av i framtiden?

4.4 Utvikling i demografi og behov innen pleie og omsorg

4.4.1 Eldre i Melhus 1988–2040

Antall eldre over 80 år blir doblet fra rundt 635 i 2014 til rundt 1 330 i 2040.



Figur 4.3 Antall eldre over 67 år i Melhus 1988–2040. Registrert utvikling 1988–2014 og fremskrevet utvikling 2014–2040. Kilde: Alternativ MMMM til Statistisk sentralbyrå

Melhus kommune vil få en sterk vekst for alle de eldste aldersgruppene i perioden til 2040, jf. figuren over. For tiden er det gruppen mellom 67–79 som vokser sterkest, mens det fram til 2020 ikke er noe særlig vekst i aldersgruppen over 80 år. Antall eldre over 90 år blir nærmere tredoblet i perioden fra rundt 94 i 2014 til rundt 261 i 2040.

Det er Melhus sentrum som har hatt den største veksten de siste ti årene. Dette gjelder også for de eldre aldersgruppene som flytter inn til sentrum av kommunen. Det er imidlertid vekst i alle bygdene, men med svakest vekst på Gåsbakken og Eid.

4.4.2 Beregnet behov for pleie og omsorgstjenester

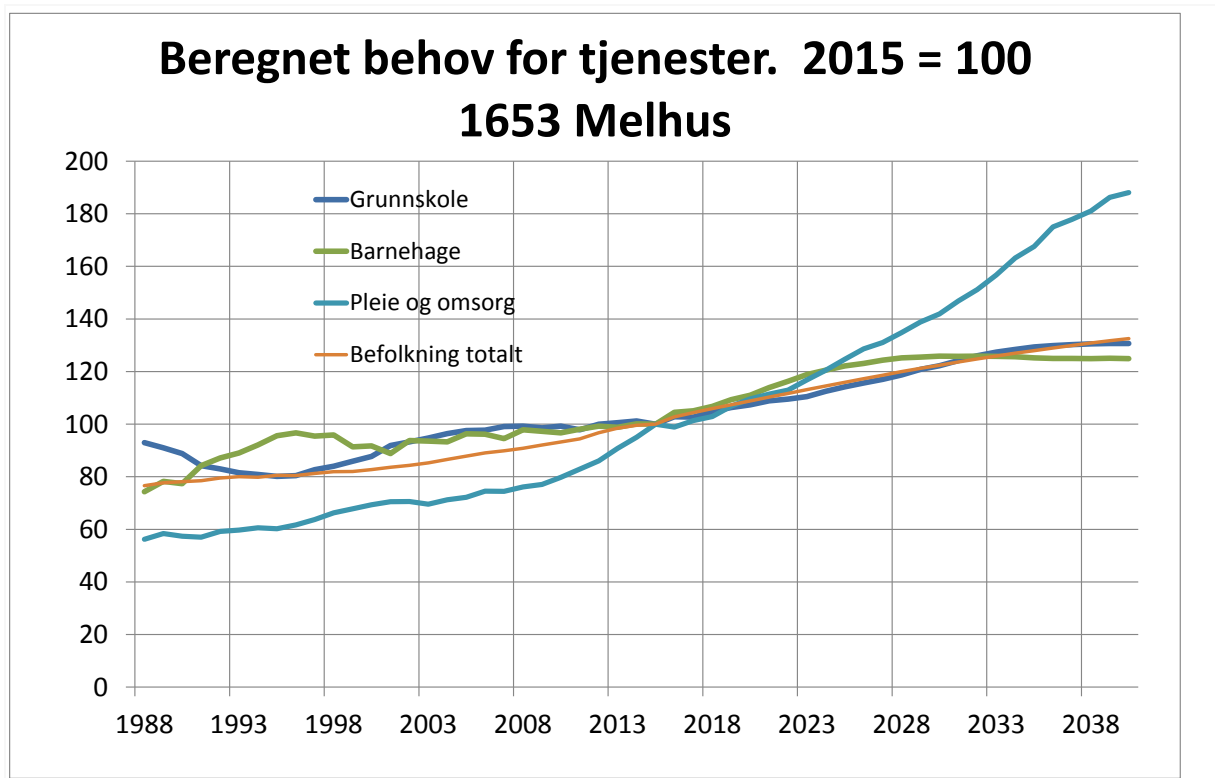
I dette kapitlet blir økonomiske effekter for kommunen nærmere beskrevet. Beskrivelsen tar utgangspunkt i utviklingen i antall eldre i kommunen som er av sentral betydning for behovet for tjenester (figur 4.3).

Det er foretatt en grov beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Melhus kommune. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper og sammenhengen mellom demografi og behov slik det er beskrevet av de demografiske kriteriene i det statlige inntekts-systemet.

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. I praksis vil utviklingen av de

økonomiske rammene også bli gjort på grunnlag av andre forhold enn demografi. Samtidig er demografi en sentral komponent og det kan være nyttig med en oversikt over hvor mye denne komponenten alene betyr.

For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg og befolkningen samlet er det laget en indeks hvor nivået i 2015 er satt til 100. Det betyr at figuren nedenfor gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2015.



Figur 4.4 Beregnet behov for tjenester i Melhus 1988–2040 for kommunen samlet og tre sektorer. Kilde: Statistisk sentralbyrå og egne beregninger

Melhus kommune er i en situasjon hvor en har hatt en jevn vekst innen pleie- og omsorgstjenestene helt siden 1988. De siste femten årene har det beregnede behovet for pleie og omsorg økt med rundt 40 %. Behovene for grunnskole og barnehage har økt noe mindre i denne perioden. Som vekstkommune vil Melhus kommune også få de største utfordringer innenfor pleie- og omsorg i årene som kommer.

Det beregnede behovet for pleie og omsorg i Melhus vil øke med ca. 10 % fram til 2020 og ca. 20 % fram til 2024, gitt dagens nivå når det gjelder sykkelighet i befolkningen og nivå/metode for pleie/omsorg fra kommunen. Frem til 2040 blir det beregnede behovet nesten doblet, 88 % vekst (=188). Økningen har sammenheng med at det blir flere eldre i kommunen, jf. figur 4.3. De beregnede behov innen barnehage og skole vil fram til 20140 tilsvarende vokse med ca. 30 % fra dagens nivå.

Dersom pleie- og omsorgstjenestene blir tilbudt som i dag, vil utgiftene til disse tjenestene øke i takt med det beregnede behovet. I så fall vil dagens utgifter øke fra rundt 216 mill. kr i 2015 til rundt 406 mill. kr i 2040. Det vil være en tilsvarende økning i behovet for heldøgnsstilbud og andre boformer for eldre innbyggere. Alternative framskrivninger av dette tilbudet blir lagt frem i kapittel 5.7.4.

Med en videreføring av dagens praksis basert på samme bemanning pr. innbygger og pr. plass som i dag vil behovet for antall årsverk i institusjonstjenesten og hjemmetjenesten også øke tilsvarende.

4.5 Økt behov for helhetlig strategisk ledelse og tverrfaglig samarbeid

Vår gjennomgang viser at kommunen prioriterer økonomiske ressurser til institusjonstjenesten høyere enn til hjemmebaserte tjenester til eldre innbyggere. Dette er ikke i tråd med hovedprinsippene i Samhandlingsreformen (BEON-prinsippet). Vår anbefaling er kommunen må vri ressursene fra institusjonsbasert omsorg til mer hjemmebasert omsorg med fokus på å hjelpe innbyggerne til å klare seg selv i opprinnelig bolig lengst mulig. I praksis kan det bety at kommunen bør omgjøre flere institusjonsplasser til omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning og øke antall årsverk i hjemmesykepleien.

Vår gjennomgang viser at kommunen for å klare dette, må ha en enhetlig strategisk ledelse og organisering som sikrer mer likeverdige tjenester, effektiv ressursutnyttelse og nødvendig styring og utvikling av tjenestene. For å sikre dette bør kommunen ha en felles kommunalsjef for alle helse- og omsorgstjenestene i Melhus og avvikle organiseringen i to ulike rammeområder (Område 3 og 4). Dersom man velger en slik organisering bør kommunen også vurdere behovet for om rådgiverstillingene innen dette fagfeltet, som i dag ligger i utviklingsseksjonen, bør være direkte organisert under en felles kommunalsjef som disponerer rådgiverressursen.

Dagens organisering med tre ulike helse- og omsorgsdistrikt som alle har ansvaret for de samme tjenestene i sine geografiske områder vil sannsynligvis gjøre det mer krevende å oppnå den nødvendige dreiningen til økt satsing på hjemmebaserte tjenester. I tillegg viser kartleggingen vår behov for mer samkjøring og spesialisering på flere områder på tvers av distriktene.

Vår anbefaling er derfor at kommunen avvikler distriktsmodellen og oppretter en overordnet organisering for sykehjemmene og en for hjemmebaserte tjenester i hovedsak for eldre.

Kartleggingen vår har vist feilrapportering i kommunens KOSTRA rapportering og store utfordringer med å ha en helhetlig oversikt over tjenester og ressursbruk. Dette medfører manglende grunnlag for bruk av styringsdata og må på plass for å kunne ta riktige strategiske avgjørelser for framtidig tjenesteutvikling.

5 Drøfting og vurdering

5.1 Hvor er stordriftsfordelene innen helse- og omsorgstjenestene?

I dette kapitlet foretar vi en sammenfatning av aktuell litteratur, forskning og økonomiske beregninger knyttet til organisering og kvalitet. Det finnes lite forskning på dette feltet. Vi har derfor tillatt oss å supplere og vise til våre erfaringer. Senere i rapporten kommer vi tilbake til hvordan disse forholdene er i Melhus kommune.

Når det gjelder begrepet kvalitet forholder vi oss til ulike variabler på systemnivå og da særlig knyttet opp til hvordan kommunen har dimensjonert sine tjenester innenfor helse- og omsorgstjenesten (BEON), og hvordan de klarer å utnytte kapasiteten på en kostnadseffektiv måte.

Optimal organisering av tjenestene innen helse og omsorg er nært knyttet til sammenhengen mellom utviklingen i kostnader og produksjon. Oversatt til den kommunale hverdagen, betyr det at en oppnår en stordriftsfordel dersom en kan øke antall elever i skolen, antall beboere på avdelingene ved sykehjem eller antall barn i barnehagen uten tilsvarende vekst i bemanningen.

Med kostnadseffektiv struktur som mål, vil hensikten være å finne frem til hvilke ressurser som kan utnyttes bedre med en annen struktur. Mer konkret betyr dette hvilke ressurser som kan utnyttes bedre med en annen størrelse på grunnenheten.

Innen pleie- og omsorgstjenestene bidrar turnusordninger til at det skal mange ansatte til for å kunne dekke helgene og at samarbeid mellom arbeidslag innenfor en turnus kan føre til mindre behov for ansatte til stede, spesielt på natt, men også andre tider av døgnet med mindre aktivitet. Dette gjør at det er nattevakt – og i noen grad andre vakter utover normal arbeidstid - som i hovedsak kan utnyttes bedre med en struktur med større enheter.

Turnus

Innen enheter med døgkontinuerlig bemanning varierer arbeidsoppgavene og arbeidsbelastningen gjennom døgnet og dermed varierer også behovet for personer på jobb. Vanligvis er det flest personer på dagvaktene og færrest på nattevaktene i hjemmetjenesten og på sykehjem. I boliger til personer med funksjonsnedsettelse og innen psykisk helsearbeid kan dette bildet være annerledes, da brukerne vanligvis er på dagtilbud og ikke til stede i boligen.

Organisering av turnusarbeid omfatter en høy andel deltidsstillinger og øker antallet ansatte som må til for at bemanningsplanen skal dekkes opp og som igjen gir utfordringer for kontinuiteten i arbeidet. Turnusarbeid har roterende bemanning, som er et motsatt prinsipp til faste lag, som er dominerende i skiftarbeid. Det kan være et hinder for å etablere teamfølelse og godt samarbeid og medfører ofte økt oppsplitting og fragmentering, ettersom vaktene bemannes med deltidsansatte som sjelden er på jobb. Samtidig gir større grunnenheter det mulig å sikre flere ansatte større stillinger i en turnusgruppe. Konsekvensen av at tjenester er organisert med turnusarbeid, setter begrensninger på størrelsen av grunnenhetene, sett i et drifts- og bemanningsperspektiv.

Fra en rekke oppdrag i ulike kommuner har vi erfart at enkelte kommuner har funnet alternative måter å organisere turnuser og dermed unngå utfordringene vi har pekt på over. Dette dreier seg først og fremst om å ta i bruk alternative turnusordninger som f.eks. bruk av langvakter og alternativ helgeturnus for å redusere behov for deltidsstillinger.

5.1.1 Resultatenheter i pleie og omsorg

En resultatenhet innenfor helse- og omsorgstjenestene, der leder har økonomi-, fag- og personalansvar, utgjør ofte et tjenesteområde, eller består av delsektorer som hjemmetjeneste, sykehjem, personer med funksjonsnedsettelse og psykisk helse. I større kommuner kan tjenestene derimot

være organisert ut fra geografiske soner, med samling av alle deltjenester og/eller ut fra tjenesteområde.

Størrelse på resultatenehetene

Innen pleie- og omsorgstjenestene i Norge er det stor variasjon i størrelsen på resultatenehetene. Resultatenehetens størrelse har konsekvenser for ledelsens mulighet til å drive tett økonomioppfølging, fagoppfølging og organisering av enhetene. Dette er igjen av betydning for hva en definerer som grunnenhet.

Flere og flere kommuner bygger opp sin administrasjon med resultatenheter som tjenesteproduserende enheter, uavhengig av om de har en etatsmodell eller en såkalt "tonivåmodell". Formålet er å ha organisatoriske enheter med klart definert ansvar og myndighet, stimulere ledere og medarbeidere til målrettet arbeid og at beslutninger fattes på rett nivå.

RO-senteret gjennomførte i 2004 en sammenligning av ledertettheten i pleie- og omsorgstjenestene og skolesektoren⁷. Undersøkelsen viste at innen pleie og omsorg har en leder i gjennomsnitt ansvar for 36,3 personer, som utfører 22 årsverk⁸. Til sammenligning viser tallene innen skolesektoren en størrelse på 17,3 personer, som utfører 13,5 årsverk.

En viktig faktor er leders kontrollspenn. Dersom en leder har ansvar for et for høyt antall ansatte, kan de ansatte på utøvende nivå oppleve å være uten daglig leder og det vil nesten alltid etablere seg subkulturer med uformelle ledere⁹. Det betyr at et stort lederspenn kan tvinge frem et underliggende ledernivå som har ansvar for den daglige oppfølgingen av ansatte. Dette forsterkes dersom leder ikke er til stede i egen avdeling. Dersom leder ikke mestrer lederspennet, er det fare for at faglige og økonomiske avgjørelser tas av andre personer enn dem som har det formelle ansvaret. Vår erfaring er at stedlig ledelse er av avgjørende betydning for å kunne ivareta ansvaret som ligger til stillingen, samt ivareta personalet og for å kunne jobbe aktivt med den rådende kulturen.

5.1.2 Grunnenheter i pleie- og omsorgstjenestene

Uavhengig av organisasjonsalternativene er det allmenn enighet om at den enkelte institusjon/enhet i hjemmetjenesten/omsorgsbolig har en definert totalressurs og en klart definert oppgave. Spørsmålet er om det er formålstjenlig å definere grunnenheten som en mindre enhet enn disse. Her er det en ulikhet hva gjelder omsorgsboliger, hjemmetjeneste og sykehjem. Det skyldes at et sykehjem ofte består av flere avdelinger med egne turnusgrupper, hjemmetjenesteområdet består av flere soner/-avdelinger, mens en omsorgsbolig oftest består av en turnusgruppe for hver grunnenhet.

En resultatenehet kan bestå av mange ulike enheter på et lavere nivå enn resultatenehetsnivå. Dette gjelder eksempelvis avdelinger på sykehjem, boenheter innen tjenester til personer med funksjonsnedsettelse, soner innen hjemmebasert omsorg mv. Ut fra forholdene knyttet til drifts- og bemanningsperspektiv, er det hensiktsmessig å definere grunnenheter innen pleie og omsorg som avdelinger hvor det er egne turnusgrupper. En resultatenehet vil dermed bestå av flere grunnenheter. En grunnenhet, slik vi beskriver det her, vil igjen kunne bestå av flere arbeidslag som f.eks. boliger, avdelinger mm.

Optimal størrelse på grunnenhetene

Det har skjedd en utvikling i bygningsmessige forhold innen pleie- og omsorgstjenestene de senere årene. Tidligere var det i sykehjem vanlig å ha et langt større institusjonspreg. Det samme var tilfellet innenfor omsorgen til personer med funksjonsnedsettelse, før HVPU-reformen. I dag er flere og flere

7 Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren

8 Leder i denne sammenheng har ansvar for økonomi, fag og personale

9 Grønhaug, Kjell, Odd H. Hellesøy og Geir Kaufmann (2001). Ledelse i teori og praksis. Oslo: Fagbokforlaget

sykehjem og omsorgsboliger organisert med mindre bogrupper, som gir mer nærhet mellom beboere og pleiere. Men det fører også til en ny utfordring hva gjelder å se ulike bogrupper i sammenheng. Dersom små bogrupper isoleres og ikke har et organisatorisk og personalmessig samarbeid, skaper det utfordringer både for brukere og ansatte.

Normalisering og integrering har siden 80-tallet vært overordnede begreper i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne her i landet. Ikke minst ble normalisering tatt i bruk som begrep i forbindelse med avvikling av institusjonsomsorgen for utviklingshemmede. Målet for institusjons-avviklingen var gode levekår og et mest mulig vanlig liv i fellesskap med andre. På boligområdet betydde det at en skulle bo i en vanlig bolig i et vanlig bomiljø¹⁰. Trender innenfor bolig og utbygging etter HVPU-reformen har variert. Nasjonale føringer rundt boligutbygging og tilskudd har særlig vært knyttet til størrelser og beliggenhet, i tillegg til utforming av boligene¹¹.

I forhold til funksjonshemmede brukere har Husbanken i enkelte tilfeller konkretisert antallet brukere som anbefales i samlokaliserte boliger. Eksempel på dette er Husbankens rundskriv HB-1212 (1990). Her vises det til at antallet bør ligge omkring 4–5 beboere sammen. Husbanken har senere endret dette til 4–8. Utgangspunktet for denne vurderingen er antakelsen om gruppedynamikk og begrensningene i relasjonene til hver enkelt bruker.

Tilgjengelig forskning på området er begrenset og det finnes relativt lite forskning knyttet til selve skjæringspunktet mellom stordriftsfordeler og dimensjonering av grunnenheter i kommunale tjenester innen pleie- og omsorgstjenestene. Mange ulike forhold spiller inn og danner rammebetingelsene for ivaretagelse av bistanden. Forskningsfunn har vist at grunnenheter der ansatte opplever bemanningen som dårlig, skåret lavt på kvalitet. Betingelsene for god kvalitet ser ut til å henge sammen med tilgjengelig kompetanse, arbeidsmiljømessige forhold, vektlegging av en kompetanseutviklende kultur, bygningens alder og samarbeid med aktuelle faggrupper.

Mye av forutsetningen for at en skal få til en god arbeidssituasjon og god kvalitet, ligger trolig i kombinasjonen av gruppeinndeling og organisasjonsmodell. I en organisasjonsmodell ligger det en annen måte å arbeide på og en situasjon med oppgaveforskyvning. Den kostnadmessige rammen er knyttet til en god utnyttelse av personalet og en turnusløsning som er tilpasset behovene i de fysiske rammene, brukerne og bemanningen.

I mindre bofellesskap har en utfordringer knyttet til smådriftsulempen i forhold til små stillinger og ofte lav formell kompetanse hos ansatte. Tilsvarende ser man der hvor boligene eller årsverkene i en tursnusgruppe blir for store. Noe av kritikken når det gjelder kommunenes tilrettelegging av tjenester i bolig til denne brukergruppen har som nevnt vært knyttet til størrelse på bolig og økt fare for institusjonalisering. Agenda Kaupang har gjennomført en rekke analyser av tjenester til funksjonshemmede, herunder boliger. Vår erfaring er at mange kommuner har utfordringer med institusjonalisering, kollektivistiske strukturer, innenfor både små og større boliger og at dette ikke alene kan knyttes opp mot størrelsen på boligen. Gjennomgang i en rekke ulike boliger har vist at boliger hvor det bor 1–2 beboere kan ha større preg av institusjonsomsorg enn boliger hvor det bor 8–12 beboere. Hvordan man tilrettelegger med tjenester er avhengig av både de fysiske rammebetingelsene, men faktorer som ledelse, organisering, kompetanse og arbeidsformer, er faktorer som etter vår erfaring, er av størst betydning.

Vårt arbeid med turnusgrupper og størrelser på enheter omsorgsboliger og hjemmebasert omsorg, viser at antall ansatte pr. bruker faller når størrelsen på grunnenhetene øker. Årsaken til dette er stordriftsfordeler og fordeling av ugunstig arbeidstid (helg og natt) på flere ansatte. Dersom en skal ta

10 Rundskriv HB1212 1990

11 Kittelsaa og Tøssebro 2011

på alvor føringene om mindre bogrupper, er det viktig at det blir etablert et utvidet samarbeid mellom personalgrupper på tvers av mindre grunnenheter.

Det er også variasjon når det gjelder ledelsesmessige utfordringer og styring av eksempelvis hjemmebasert omsorg og en bemanningsløsning knyttet til et bofellesskap eller en avdeling på et sykehjem. Årsaken til dette er at ansatte i hjemmetjenesten arbeider i brukernes hjem og ikke innenfor avdelingens vegger. Resultatet er mer logistikk og behov for oppfølging av ansatte på en annen måte. Kritisk størrelse for en leder å lede en avdeling i hjemmetjenesten er dermed lavere antall årsverk enn i sykehjem og bofellesskap. I praksis er det krevende å lede en avdeling/ grunnenhet i hjemmetjenesten som er betydelig større enn 20 årsverk.

Agenda Kaupang har undersøkt kostnader knyttet til turnus og kompetanse på kveld, natt og helg. Våre funn er at mindre grunnenheter/bemanningsgrupper er dyrere å drifte enn større. Dette gjelder for alle tjenester med døgnbasert drift. Basert på det samme grunnlaget har vi gjennom ulike studier funnet at en grunnenhet oppnår stordriftsfordeler når den er over en størrelse på 13–14 årsverk. Enheter og grupper på størrelser under 8–10 årsverk har ofte smådriftsulempere knyttet til turnusgruppene. Dette gjelder med hensyn til ansatte pr. årsverk og antall ansatte pr. bruker og med hensyn til bemanningen på natt og tilgangen på høgskolekompetanse på kveld, helg og natt. Det er knyttet flere valgmuligheter til større grupper.

Når gruppen blir større enn dette, vil stordriftsfordelene forsterkes parallelt med økning i størrelsen. Denne effekten er lavere enn det den er under grensen på 13–14 årsverk. Derimot er det i langt større grad driftsnøytralt når en gruppe kommer opp i et nivå på ca. 20 årsverk.

5.2 Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester

Tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester bygger hovedsakelig på et enkeltvedtak hvor behovet for tjenester er vurdert og saksbehandlet i samsvar med lov om behandling i forvaltningssaker og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunens saksbehandling er avgjørende for den enkelte, men også når det gjelder kommunen sin mulighet til styring og utvikling innen helse- og omsorgstjenesten. Vi vil derfor i neste kapittel foreta en vurdering knyttet til hvordan kommunen organiserer og tar hånd om arbeid knyttet til dette ansvarsområdet.

Ansvar for saksbehandling og vedtak innen helse- og omsorgstjenester i Melhus kommune er delt på ulike enheter og rammeområder. Det er opprettet en kommunal samarbeidsgruppe hvor søknader og vurderinger kan legges frem for drøfting. Vedtaksmyndigheten ligger til virksomhetene. Gjennom intervjuer og dialogkonferanse har kommunens saksbehandling kommet frem som ett viktig tema, på tvers av fagområdene. Hovedvekten av informantene ser behov for å øke kvaliteten og profesjonaliteten på kommunes saksbehandling. Mange hevder at dagens organisering av saksbehandling, samt organisering i distriktsmodell gjør at kommunen har ulike standard og vilkår for tildeling. Flere etterlyser «en dør inn» og mer lik tildelingspraksis i kommunen.

Tjenestene som ytes til denne brukergruppen er i hovedsak helse- og omsorgstjenester og tjenester som brukerne i hovedsak vil være i behov av hele livet. Prioriteringer innenfor et felt vil kunne få økonomiske konsekvenser for andre deltjenester. Dette får konsekvenser både for det vi omtaler som bestilling i stort, men også for det som omhandler bestilling i smått. Dette bør etter vår vurdering sees mer i sammenheng, for å kunne sikre tjenester iht. BEON prinsippet og gode effektive kommunale helse- og omsorgstjenester. Mer om dette i neste kapittel.

5.2.1 Økonomisk styring og tildeling av tjenester

En av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester, er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på **Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON)**.



Figur 5.1 BEON-prinsippet

Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden og alltid sørger for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn.

Tjenestene består av mange ulike deltjenester til flere svært ulike brukergrupper. Når en skal drøfte styring av tiltakskjeden og prioritering av tjenester, bør en skille mellom det som kalles "bestilling i stort" og "bestilling i smått". Med "bestilling i smått" mener vi kommunenes ansvar for å tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter.

Med "bestilling i stort" mener vi kommunens ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet, på et overordnet nivå. Denne delingen mellom systemnivå og individnivå kan vises i neste tabell:

Tabell 5-1 Deling mellom system- og individnivå

	Forvaltning	Tjenesteproduksjon
Bestilling i stort (systemnivå)	Overordnet planlegging og vurdering av kommunens samlede behov i forhold til ressurstilgang. Fastsettelse av kvalitetsstandarder, tildelingskriterier og budsjett.	Utforme tjenesten slik at den imøtekommer de krav som er satt. Etablere nye tilbud, dersom det er etterspørsel/behov for det.
Bestilling i smått (individnivå)	Behandling av søknader. Faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få. Tildeling av tjenester gjennom enkeltvedtak.	Yte tjenesten til den enkelte bruker ut fra det vedtak som er fattet hos bestillerenheten.

Når det gjelder den overordnede planleggingen og vurdering av kommunens samlede behov, gjelder dette antallet sykehjemsplasser, omsorgsboliger med og uten bemanning mv. I dette ligger en målstyrt politikk, som bør være tett knyttet opp mot BEON-prinsippet. Når det gjelder behandling av søknader, faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få, er det viktig at dette er knyttet til den overordnede strukturen.

Videre er det behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at aweininger mellom disse tre størrelsene

tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, må kriteriene for tildeling og standarden på tjenesten justeres deretter. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester og/eller at bistanden som ytes til den enkelte, må reduseres.

KOSTRA-analysen viser at Melhus prioriterer institusjonsomsorgen høyt og hjemmetjenesten er prioritert lavere. Kommunen har et mål om at brukerne skal kunne bo hjemme lengst mulig. Ettersom Melhus kommune prioriterer institusjonstjenesten høyt kan det medføre at det blir vanskelig å bygge ut og prioritere opp hjemmetjenesten på en slik måte at kommunes mål på dette området kan nås.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og tildeling av tjenester henger nøye sammen med type tjenester og kapasitet på tjenester i kommunens tiltakstrapp. Som vi har vist i figur 5.1 vil kommunens dimensjonering og prioritering av ulike tjenester og omfang ha stor betydning for kostnadene innen helse og omsorg. I dette ligger det hvordan kommunen klarer å utvikle og styre tjenester som innebærer at man unngår og utsetter behov for mer omfattende tjenester og tiltak, på et høyere omsorgsnivå.

5.2.2 Spesialisering eller generalisering av saksbehandlingen

Det er variabelt hvordan kommunene løser saksbehandlingen innenfor helse og omsorg. Melhus kommune har en atypisk organisering av tildelingen knyttet til pleie- og omsorgstjenester. Saksbehandling er fordelt på flere enheter og rammeområder. Dette er relativt uvanlig for en kommune på Melhus sin størrelse.

Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode og skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen. Mål om økt kvalitet på kommunens saksbehandling og opprettelse av et felles bestiller-/tildelingskontor, kan være hensiktsmessig og nødvendig for å sikre BEON og saksbehandling av høy kvalitet.

Vår erfaring fra andre kommuner er at det blir stadig mer utfordrende og spesialiserte saksbehandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne funksjonen og oppretter egne bestiller-/tildelingskontor for helse- og omsorgstjenester for å unngå at det er ulike vedtaksfullmakter på sammenfallende tjenester. Vår erfaring er at større kommuner nesten utelukkende etablerer en form for bestiller-/tildelingskontor¹². Det gjøres i stor grad for:

- å bidra til en profesjonalisering av sakshandlingen
- å sikre likhet i utmålingen av tjenester
- å bidra til helhetlig oversikt over tjenestetilbudet
- å bidra til at brukerens rettssikkerhet styrkes
- å redusere behovet for at ledere må bruke en del av sin arbeidstid til vedtaksrelatert arbeid, fremfor å utøve ledelse overfor sitt personale

At kommunene etablerer bestiller-/tildelingskontor, henger også sammen med at de formelle kravene til saksbehandling og begrunnelse av enkeltvedtak innenfor helse- og omsorgstjenestene er betydelig innskjerpet de siste 10 årene. Melhus har gjennomført flere av tiltakene nevnt over, men bør som nevnt prioritere å tydeliggjøre rollen som bestiller, samt samle saksbehandlingen og vedtakene om tjenester på ett sted. Gjennom intervjuer er det kommet frem at etablering av et felles tildelingskontor, med riktig kompetanse og som samarbeider med utførerne vil kunne være et viktig steg i riktig retning for fremtiden. Flere ser behov for at kommunen tilstreber en økt profesjonalisering og likebehandling.

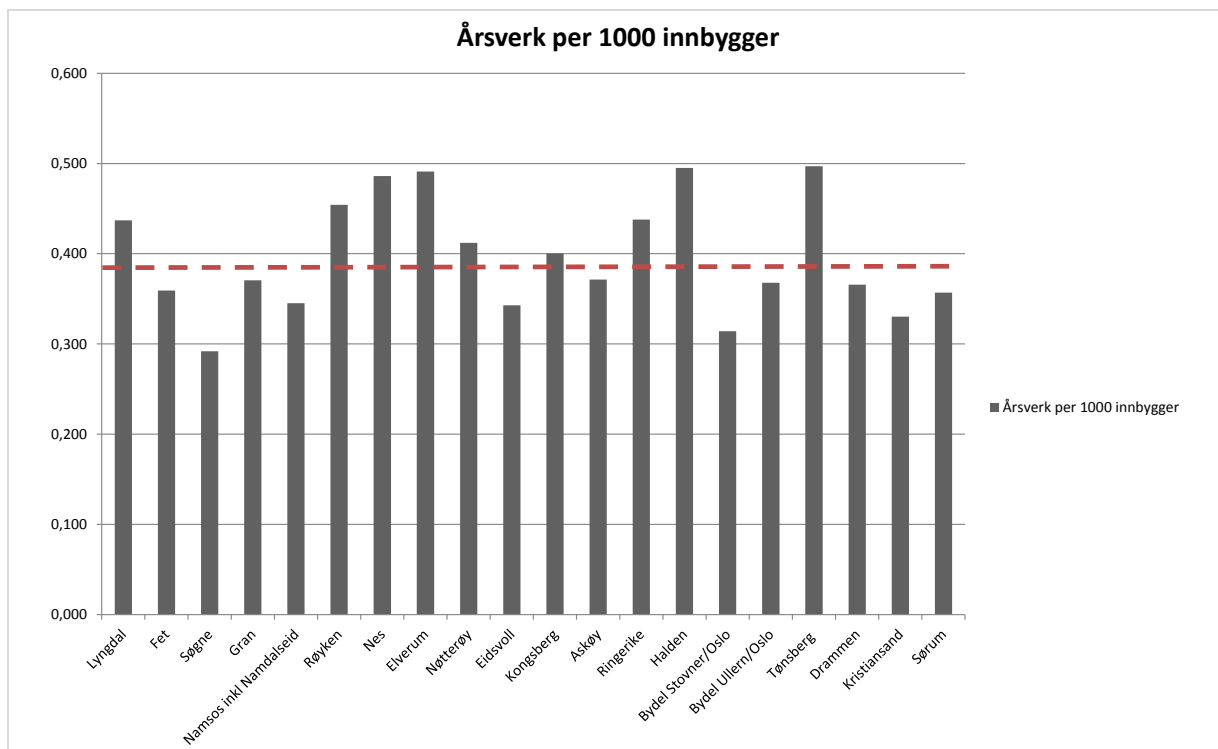
¹² Erfaringen er at kommuner velger ulik benevnelse for slike enheter. I denne rapporten har vi valgt å benytte benevnelsen bestiller-/tildelingskontor uten at dette bør være førende for kommunens valg av navn.

Serviceerklæringer mv. er tiltak som også nevnes av flere.

Noen kommuner har valgt å legge Koordinerende enhet til et tildelingskontor. Det er ulike erfaringer med dette. Flere av informantene har gitt uttrykk for at dette kan være aktuelt i Melhus.

Antall saksbehandlere avsatt til formålet

Agenda Kaupang har den senere tiden arbeidet med flere kommuner med bestiller-/tildelingskontor. I dette arbeidet har vi kartlagt ressurser avsatt til saksbehandling og vedtak samt årsverk knyttet til de ulike bestiller-/tildelingskontorene. Oppgavene i de ulike kontorene varierer fra kommune til kommune. Tallene vises i neste figur.



Figur 5.2 Årsverk i ulike bestiller-/tildelingskontor

Figuren viser hvordan bemanningen pr. 1 000 innbyggere varierer mellom kommunene. Snittet i sammenlikningen er på ca. 0,38. Vi har ikke kartlagt hvor mye ressurser som benyttes til dette formålet i Melhus kommune. Vår gjennomgang viser at det er en rekke roller/personer som ivaretar dette arbeidet, men at omfanget av arbeid knyttet til dette varierer mellom virksomhetene/enhetene. Arbeid med saksbehandling ivaretas i tillegg til en rekke andre oppgaver slik at det kan være vanskelig å skille ut eksakt hvor mye ressurser kommunen benytter til dette formålet.

Hvilke oppgaver som legges til kommunale bestiller-/tildelingskontor for helse og omsorg varierer. Dette gjelder også for kommunene i vår figur over. Oppgaver som klart ikke hører inn under forvaltning og saksbehandling av helse- og omsorgstjenester er forsøkt trukket ut i sammenlikningen, men fortsatt vil det forekomme variasjoner i oppgavene for kommunene i vår sammenlikning.

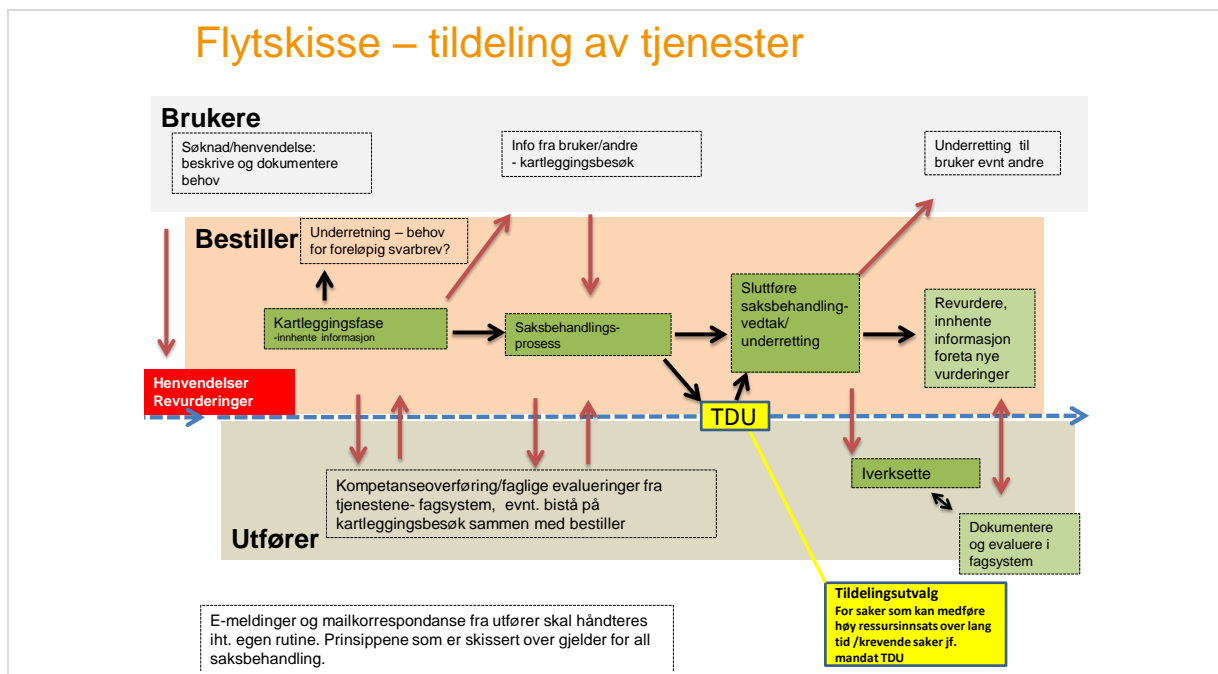
Dersom Melhus velger å opprette et felles bestiller-/tildelingskontor for helse- og omsorgstjenester, er vurderingen at de bør avsette ca. 6 årsverk til saksbehandling for å komme på snittet av kommunen i vår sammenlikning. Antall årsverk vil selvsagt avhenge av hvilke oppgaver og ansvar som legges til en slik enhet. Skal en tildelingsenhet kunne fungere etter formålet er kompetansesammensetning og organisering av arbeidet helt avgjørende. I tillegg til samhandling og fortløpende dialog med utfører.

5.2.3 Styring av de krevende sakene i Melhus kommune

Agenda Kaupang har god erfaring med å etablere tildelingsutvalg for tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner som har store økonomiske utfordringer. I Melhus kan det f.eks. opprettes to tildelingsutvalg (TDU), i regi av bestiller-/tildelingskontor et:

- Tildelingsutvalg for saker som omfatter institusjon, hjemmesykepleie og boform med heldøgn bemanning, og øvrige tjenester til i hovedsak eldre.
- Tildelingsutvalg for saker som omfatter institusjon, hjemmesykepleie og boform med heldøgn bemanning, avlastning og BPA for brukere innenfor psykisk helse, rus og funksjonshemmede.

Mål med tildelingsutvalget er å samordne og sikre tildeling av tjenester i henhold til BEON-prinsippet og sikre effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser. Et tildelingsutvalg skal kun behandle saker som vurderes som kostnadskrevende og komplekse. Dette kan f.eks. være saker hvor man er usikker på hvilket nivå man bør legge seg på. F.eks. avklaring om pasienten bør ha tilbud i institusjon korttid/langtid, eventuelt om pasienten kan ivretas i hjemmet med hjemmetjenester mv. Saker som omhandler langtidsplass i institusjon, BPA, omsorgslønn, avlastning og boform med heldøgns bemanning, er saker som ofte vil være aktuelle for vurdering i TDU.



Figur 5.3 Forslag til flytskisse for saksbehandling og tildeling av tjenester inkludert tildelingsutvalg

Et tildelingsutvalg kan bestå av:

- leder for bestiller-/tildelingskontor et
- leder for hjemmetjeneste/sykehjem/funksjonshemmede mv. etter behov/saker
- aktuell saksbehandler bestiller-/tildelingskontor
- person med juridisk kompetanse innen helse- og omsorgstjenester

Leder av bestiller/tildelingskontor bør ha delegert vedtaksmyndighet fra rådmannen og være ansvarlig for at søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i tråd med BEON-prinsippet, samt en effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser innenfor helse og omsorg.

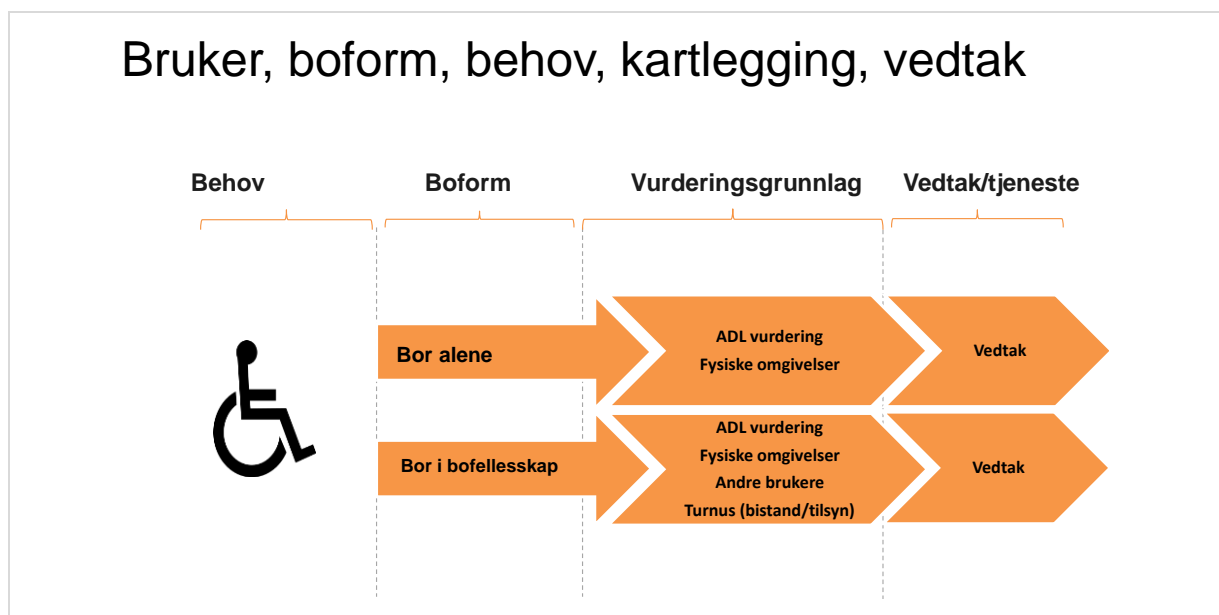
Ledere fra utføreenhetene bør ha en rådgivende funksjon i TDU, og er medansvarlige for at søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i tråd med BEON-prinsippet, samt å sikre en effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser innenfor helse og omsorg.

Saksbehandler har ansvar for å vurdere behov for behandling i TDU. Vedkommende har ansvar for å melde inn og forberede saken, samt legge frem saken for TDU. Saksbehandler har ansvar for fullført saksbehandling og følger opp saken etter vurdering i TDU.

5.3 Tildeling av tjenester til brukere i bofellesskap / samlokaliserte boliger

For brukere i bofellesskap/samlokaliserte boliger er det vår erfaring at det bør skilles klart mellom tilsyn og direkte bistand. Den helhetlige situasjonen i boligen bør tas i betraktning når vedtakene utmåles. Det betyr at når en vedtar tjenester til personer med funksjonsnedsettelse eller andre brukere i omsorgsboliger, må en legge til grunn et helhetsperspektiv.

I neste figur illustreres forskjellen i behovsvurdering og tildeling av tjenester for brukere som bor alene og brukere som bor i bofellesskap/samlokaliserte boliger.



Figur 5.4 Forskjellen i behovsvurdering og tildeling av tjenester. Illustrasjon

Vi fremhever nødvendigheten av at forhold med de andre brukerne i boligen og turnus tas i betraktning ved utmåling av vedtak. Dette innebærer *ikke* en nedgradering av individuelle behov og etablering av kollektivistiske strukturer som omtalt tidligere. Snarere er det en tydeliggjøring av bistanden den enkelte bruker har behov for og kan forventes å få, gitt den samlede situasjonen i boligen. En slik tilnærming sikrer bedre samsvar mellom vedtak og ytt bistand overfor den enkelte bruker.

Analysen vår kan tyde på at turnuser i hovedsak utarbeides i tråd med ovenstående, men at strukturen i boligene skaper utfordringer for denne måten å arbeide på. Vi har bistått flere kommuner i utarbeidelse av rutiner for evaluering av tjenester i samlokaliserte boliger. Flere kommuner har innført rutine som innebærer felles evalueringer av alle vedtak innenfor en enhet/bolig, nettopp for bedre å sikre ressursutnyttelse og mulighet til å se brukeren og ressurser i en større sammenheng og for å sikre at nye og endrede behov ivaretas samtidig som man sikrer bedre utnyttelse av de samlede ressursene. I flere kommuner vi har jobbet med ser man at kommuner ikke klarer å prioritere dette godt nok. Gode rutiner for evalueringer er viktige tiltak for å sikre at man klarer å fange opp endringer hos den enkelte bruker og å revurdere/justere tjenestene som følge av dette.

5.4 Hjemmetjenester

Mye tyder på at den kommunale hjemmetjenestens rolle og funksjon blir stadig viktigere. Dette henger blant annet sammen med føringene som er fremmet i samhandlingsreformen. I dette ligger det en antakelse om at BEON-prinsippet er det førende prinsippet og løsningen på fremtidens utfordringer i eldretjenesten. For å ha en god hjemmebasert omsorg må kommunene ha tjenester med tilstrekkelig bemanning og kompetanse til døgnets ulike tider.

Hjemmetjenesten i Melhus kommune yter bistand overfor brukere som har behov for hjemmesykepleie, hjemmehjelp, oppfølging av trygghetsalarm eller annen bistand i kortere eller lengre perioder. Hjemmetjenesten er døgnbemannet med fagpersonell 24 timer i døgnet.

Hjemmetjenesten har ansvaret for følgende deltjenester:

- Hjemmesykepleie - serviceerklæring
- Praktisk bistand (hjemmehjelp) – serviceerklæring
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Trygghetsalarm – serviceerklæring
- Omsorgslønn - serviceerklæring
- Kommunal bolig/omsorgsbolig – serviceerklæring
- Trygghetsplasser – serviceerklæring
- Matombringning – har kjøkken ansvaret for sammen med hjemmesykepleien
- Tekniske hjelpemidler har ergoterapeut ansvaret for sammen med hjemmesykepleien
- Hjemmehjelpsvaktmester

Enhetslederne for hjemmetjenestene har ansvar for å utføre alle vurderingsbesøk og skriver vedtak på alle disse tjenestene. Lederne for hjemmetjenestene deltar på felles inntaksteam for pleie og omsorg i kommunen. Felles inntaksteam møtes ukentlig og tar opp alle avlastningsvedtak, søknader om trygghetsplass, korttidsplass og langtidsplass og koordinerer utskrivningsklare pasienter. I tillegg har de ansvaret for å tildele plasser for alle omsorgsboligene som ligger i tett tilknytning til helse- og omsorgssentrene. I tillegg deltar de på felles inntaksteam for kommunale boliger i Melhus kommune som tildeler alle kommunale boliger, møter ca. hver 3 uke sammen med NAV, flyktninger, Bo og avlastning, Bygg og eiendom, representanter fra alle tre omsorgsdistriktene og rus og psykiatritjenesten. Pr. i dag med tre ulike helse- og omsorgsdistrikt og delegert vedtaksmyndighet, virker dette som en praktisk organisering og sikrer en viss helhetlig samordning og fleksibel bruk av ressurser, men dette er ikke en hensiktsmessig og bærekraftig organisering på sikt. Dersom kommunen derimot velger å innføre et eget bestillerkontor med ansvar for boligtildeling og en felles hjemmetjeneste for hele kommunen, vil dette frigjøre mye tid for dagens ledere til å fokusere på å utvikle dagens hjemmebaserte tjenester.

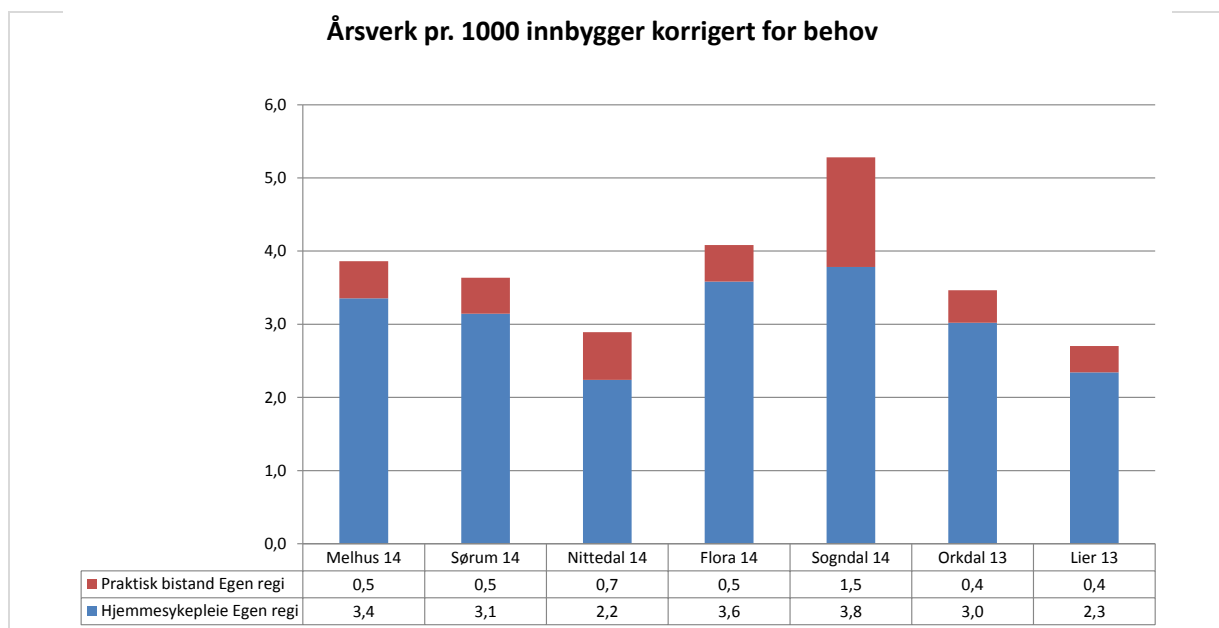
5.4.1 Brukerne og bemanning hjemmesykepleie og hjemmehjelp

Det avgjørende spørsmålet i hjemmebasert omsorg, ut over rutiner og arbeidsmåte, er hvilke ressurser som er avsatt til hjemmebasert omsorg. Å beregne en korrekt andel ressurser til dette formålet er krevende, da arbeidsmåte, brukere og behov kan variere fra kommune til kommune. I de innledende kapitlene har vi vist at Melhus er den kommunen i vårt utvalg med lavest andel økonomiske ressurser som benyttes til pleie, rehabilitering og andre tjenester til hjemmeboende

brukere, i hovedsak eldre¹³. Dette innebærer ambulante tjenester til eldre i form av hjemmesykepleie og praktisk bistand, men også BPA-tjenester.

Agenda Kaupang har bistått flere kommuner med dimensjonering av helse- og omsorgstjenestene. I den anledning har vi samlet inn data fra kommunene for å kunne sammenligne dimensjonering og prioritering.

Vi har i sammenligningen med andre kommuner vist at Melhus kommune har en lav andel ressurser til hjemmesykepleie og ligger på et gjennomsnittsnivå i utvalget i forhold til årsverksinnsats til praktisk bistand. Vi viser nedenfor på nytt figuren som er presentert tidligere i rapporten over årsverk pr. 1 000 innbyggere korrigert for behov knyttet til praktisk bistand og hjemmesykepleie.



Figur 5.5 Oversikt over årsverk i hjemmebasert omsorg, justert for behov

Tabellen viser variasjoner i hvordan kommunen prioriterer praktisk bistand og hjemmesykepleie. Analysen viser at Melhus med 3,4 årsverk ligger i det øvre sjiktet når det gjelder årsverk avsatt til ambulerende hjemmesykepleie i hovedsak til eldre, når vi har justert pr. relevant innbygger. I denne beregningen har kommunen trukket ut årsverkene i hjemmetjenesten som de vurderer benyttet i omsorgsbolig med heldøgns bemanning (Flå eldresenter og Krengnesbu).

Når det gjelder praktisk bistand, er andelen her på gjennomsnittet blant sammenligningskommunene.

Ansatte i tjenesten opplever at det stadig kommer flere brukere raskere ut fra sykehus samt at brukerne har varierte bistandsbehov. Mange av dem som mottar hjemmetjenester, kan ha store forventninger til hvilken bistand som vil bli gitt av kommunen. Økte og endrede behov medfører krav til kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten.

Enhetene opplever å ha et høyt arbeidspress etter samhandlingsreformen, stor forandring de siste to årene. Pasienten utskrives fra sykehuset tidligere og de har større behov for sykepleiefaglig kompetanse ved utskrivelse. Kommunen har ikke Multidose og doserer fortsatt medisiner selv.

¹³ I analysen benyttes kategorien andre brukere, hovedsakelig eldre. Denne kategorien favner ulike brukere, men er primært brukere med aldersrelaterte sykdommer og funksjonsnedsettelse. I tillegg favner brukerguppen brukere som har behov relatert til ME, MS, ALS og tilsvarende.

Sykepleier doserer og kontrollerer medisiner ofte daglig etter lunsj. Enhetene får levert medisiner en gang pr. uke fra apoteket. Virksomheten ønsker seg Multidose.

Melhus kommune strekker seg over et stort geografisk område. Det er viktig at man finner hensiktsmessige, praktiske løsninger i det daglige som kan redusere behovet for antall besøk og kjøretid. Avdelingene samarbeider ikke på tvers når det gjelder bemanning mv.

Et mål i handlingsplanen i rammeområde 3 er å utrede etablering av en felles nattpatrulje for hjemmetjenesten i hele kommunen. Vår kartlegging viser at situasjonen på natt er spesielt sårbar for Hølonda og at det vil være store synergier med en samorganisering av ressursene på tvers av de tre hjemmesykepleieenhetene.

Hjemmehjelp og hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie og hjemmehjelp er delt i ulike grupper. Uavhengig av organisering er det avgjørende at det er etablert et godt samarbeid mellom tjenestene. Dette for både å sikre informasjon om brukerne og effektiv ressursutnyttelse. Vår gjennomgang viser at det er forbedringspunkter knyttet til ressursutnyttelsen mellom hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien. Kommunen har startet dette arbeidet ved at hjemmehjelperne bistår i morgenstellet av brukerne. Dette arbeidet bør videreføres.

Flere kommuner velger å organisere hjemmesykepleie og hjemmehjelp sammen. Slik kan ressursene utnyttes bedre. Det er for eksempel flere kommuner som også benytter hjemmehjelperne til å ivareta enkle oppgaver innen stell og pleie, som ikke medfører krav om hjelpepleie eller sykepleiekompetanse. Dette kan være pleieoppdrag som dusj, medisinutlevering, personlig hygiene og påkledning. I Nedre Melhus jobber 3 av 5 ansatte på denne måten og da jobber de alltid hel dag med hjemmesykepleien og hel dag med praktisk bistand. På Hølonda arbeider alle hjemmehjelperne på denne måten.

Kommunen må i det videre arbeidet med tilpasning og videreutvikling av tjenester, vurdere hvorvidt man ved hjelp av for eksempel kompetansetiltak kan øke muligheten for en mer fleksibel bruk av medarbeiderne i hjemmehjelpstjenesten og dermed sikre en mer robust kommunal hjemmetjeneste.

Enhetsledere praktiserer en høy terskel for å innvilge hjemmehjelpstjenester, stiller en del krav for å kunne tilby hjemmehjelp, forutsetning er at brukerne ikke klarer oppgavene selv. Standard vedtak er ofte 1 ½ time til generelt renhold hver 14. dag. Små trygdeboliger har ofte 1 time hver 14. dag. Noen få brukere har hjemmehjelp hver uke og får hjelp til vasking av klær.

Antall brukere og årsverk

Agenda Kaupang har fått tilgang til statistikk fra Melhus kommune som er bearbeidet. Statistikken er sammenstilt i neste figur:

Tabell 5-2 Årsverk og brukere i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie	Antall brukere 31.05..2015	Antall årsverk	Bemannings- faktor	Sykepleie/ vernepleie- andel	Totalt sykefravær pr 1.07.2015	Leder- tetthet
Nedre Melhus	160	26,00	0,16	0,40	8,0 %	2,94 %
Trygghetsavdelingen	8					
Horg-Flå	107	16,05	0,15	0,68	3,2 %	4,08 %
Hølonda	36	9,96	0,28	0,53	10,8 %	9,96 %
Totalt hjemmesykepleie	311	52	0,17	0,51		
Flå Eldresenter	20	6,20	0,31	0,00	7,8 %	4,08 %
Krengnesbu	2	5,00	2,50	0,85	11,0 %	2,94 %
Totalt inkl. omsorgsboliger med heldøgns bemanning	333	63,21	0,19			

Hølonda har 2-3 plasser som brukes til trygghetsplasser eller korttidsplasser. Disse brukerne kommer i tillegg til registrerte brukere i tabellen ovenfor.

Tabellen viser at det er store forskjeller på de tre helse- og omsorgsdistriktene både i forhold til antall brukere, årsverk bemanningsfaktoren og sykepleieandelen. Nedre Melhus er det klart største distriktet og har det mest differensierte tjenestetilbudet med en egen trygghetsavdeling og en omsorgsbolig for 2–3 yngre fysisk funksjonshemmede brukere.

Bemanningen til Flå Eldresenter er en del av totalbemanningen i Horg/Flå, mens Krengnesbu hører inn under hjemmetjenesten i Nedre Melhus.

Trygghetsplassene er 8 leiligheter som brukerne leier i en avdeling på Buen. Dette er et stoppested før de skal hjem fra sykehusopphold, har hatt et korttidsoffhold på sykehjem, brukere som trenger oppfølging. Trygghetsplassene er en mellomting mellom hjemmesykepleie og sykehjem. Oppholdene varierer fra noen døgn til uker og måneder. Tilbudet gis noen ganger til brukere som ikke kan fungere i egen leilighet, men klarer seg selv i et fellesskap.

Utskrivningsklare pasienter tas ofte direkte inn til avklaringsenheten på Buen eller inn på trygghetsavdelingen, i tillegg til at mange kommer rett hjem.

Ansatte jobber todelt turnus med arbeid hver tredje helg. Hjemmesykepleien har faste nattevakter. Hølonda har et begrenset nattevaktstilbud. Nattevakten, som er felles med sykehjemmet, utfører tjenester i henhold til vedtak til beboere i private boenheter inne på helsehuset i tillegg til å betjene trygghetsalårner ute på bygda.

Vi har foretatt tilsvarende gjennomgang for hjemmehjelpstjenesten. Tallene viser da som følger:

Tabell 5-3 Årsverk og antall brukere hjemmehjelp

Hjemmehjelp	Antall brukere 31.05..2015	Antall årsverk	Bemannings- faktor	Hjemmevakt- mester
Nedre Melhus	70	4,00	0,06	1,00
Horg-Flå	99	3,24	0,03	0,40
Hølonda	18	1,08	0,06	0,50
Totalt hjemmehjelp	187	8,32	0,04	1,90

Tabellen viser at det er det totalt antall årsverk i hjemmehjelpstjenesten er 8,32. Dette er på et gjennomsnittsnivå i vårt sammenligningsutvalg. Hjemmehjelperne utfører renhold for hjemmeboende og brukes i tillegg noe i enkle pleieoppgaver som enkel dusj og enkle morgenstell. Flere av

hjemmehjelperne har medisinkurs og kan gi medisiner fra dosett Horg/Flå betjener betydelig flere brukere pr. årsverk.

Organiseringen av hjemmevaktmestertjenesten er noe ulikt organisert i de tre distriktene. I Hølonda disponerer man 0,5 årsverk, men budsjett og personalansvar ligger sammen med resten av kommunens vaktmestertjeneste, mens i de to andre enhetene ligger denne ressursen direkte under enhetsleder for hjemmetjenesten.

Arbeidslister

Vår gjennomgang viser at hjemmetjenesten bruker mye tid på å utarbeide arbeidslister. Flytting og planlegging av oppdrag gjøres manuelt ute i avdelingene og en benytter ikke fagsystemene fullt ut i dette arbeidet. Arbeidslistene er manuelle og ligger derfor ikke elektronisk i PROFIL. Kommunen har ikke tatt i bruk denne modulen i PROFIL foreløpig. Enhetsleder har ansvaret for å lage arbeidslistene. For å forenkle dette arbeidet mest mulig er det viktig at datasystemene er tilrettelagt og tilpasset arbeidsoppgavene. Informasjonen må være oppdatert og tilgjengelig. Videre er det viktig å standardisere dette arbeidet. Ansatte som skal utføre oppgavene, bør ha forståelse for helhetlig prioritering og logistikk.

For å sikre mer effektiv rapportering og logistikk bør hjemmesykepleien innføre nettbrett som de kan ta med seg ut til brukerne. Dette vil kunne gi mer tid ute hos brukerne og bør derfor være et sentralt tiltak i velferdsteknologiprojektet til kommunen.

Hjemmesykepleien har ikke rene sykepleier- og hjelpepleielister, men sykepleieoppgaver blir alltid utført av sykepleier; smertepumpe, spesielle sårstell, dosering av medisiner, administrering av teknisk utstyr, smertepumper, ernæringspumper, sentralt venekateter o.l. Alle hjelpepleierne har medisinkompetanse.

Rapportering

Det er følgende overlapp innen hjemmesykepleien i Melhus kommune, eksempel fra Nedre Melhus:

- Kl. 0730–07.45. Nattrapport, alle møtes på felles vaktrom, fortsetter med beskjeder som gjelder dagen, ute fra kl. 0800, første besøk ca. kl. 0805-0810
- Kl. 1230–1300. Fordelingsmøte, hver dag i uken på dagtid, faglige diskusjoner om brukerne, fordeling av resten av dagen
- Kl. 1500–1530 fra dag til kveld, kun to dagvakter som går fram til kl. 1530, en tar alarmer og en gir rapport
- Kl. 2145–2200 fra kveld til natt

Flere kommuner vi har jobbet med den senere tiden har kuttet ut rapporteringen i lunsjtiden. Årsaken til dette er behov for å redusere tidsbruk som ikke er knyttet til direkte oppmøte hos brukere. Ved en forbedret rapportering bør det være fullt mulig å redusere denne rapporteringen.

I tjenestene er det arbeidslister fordelt på ansatte frem til lunsj, men etter lunsj er det felles lister. Lunsj-rapport brukes til å utveksle informasjon om brukere. Ved mindre enheter/distrikter vil det være mulig å redusere midtrapport.

Bemanning, lokalisering og fullmakter

Dagens bemanning i hjemmesykepleie, hjemmehjelp, praktisk bistand og BPA utgjør totalt 71,53 årsverk. Ansatte i hjemmetjenestene jobber turnus og antall ansatte medregnet små stillinger utgjør over 100.

Av erfaring vet vi at ledelse i hjemmetjenester er annerledes enn ledelse i sykehjem. Årsaken til dette er at ansatte er ute store deler av dagen. På et sykehjem er ansatte til stede i samme rom. Det går en

grense på antall ansatte en leder kan ha oversikt over. Vår vurdering er at antallet årsverk er høyere pr. leder i hjemmetjenesten enn det vi vanligvis finner i andre kommuners organisering av hjemmetjenester. Av erfaring er det krevende å lede mer enn ca. 20 årsverk i hjemmetjenestene. Det betyr at Nedre Melhus er en stor og krevende enhet å lede. Samtidig vet vi at fullmakter knyttet til oppfølging av fag og personell er lagt til enhetsleder, men ikke økonomi.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Kommunens ansvar for BPA er desentralisert og ligger ute hos hjemmebaserte tjenestene i de tre helse- og omsorgsdistriktene. Dette bør etter vår mening samlokaliseres.

Søknader om BPA drøftes i felles inntaksteam i pleie og omsorg som er en tverrfaglig sammensatt gruppe. Man bruker lowerket aktivt i vedtaksprosessen, men har ikke klare definerte tildelingsvedtak, skjønnsmessig vurdering ift. lowerk.

Kommunen har totalt åtte brukere som har BPA pr. 31.12.2014, hvorav syv personer er mennesker med en nedsatt funksjonsevne. Kartleggingen vår viser at det er krevende å finne egnede arbeidsledere.

Det er store forskjeller mellom distriktene som ikke er så lett å forklare. Horg/Flå helse- og omsorgsdistrikt har for tiden ingen brukere med BPA pr. 01.06.15, mens Nedre Melhus helse- og omsorgsdistrikt har fem brukere med BPA og Hølonda har 3 brukere med vedtak på til sammen 84 timer pr. uke pr. 01.06.15. Omfanget av tilbudet i Nedre Melhus utgjør 168,5 timer pr. uke og er fem ganske store ordninger med totalt ti ansatte. Assistentene som bistår disse 8 brukerne er tilsatt i Melhus kommune som har personalansvaret. Enhetslederne i det distriktet som assistenten er ansatt, har det nærmeste personalansvaret.

De kommunale ordningene med personlig assistent, herunder BPA, bør organiseres inn under de tjenestene som i dag ivaretar disse brukergruppene. Vår erfaring er at flere kommuner ser på muligheten for i langt større grad samorganisere og administrere arbeidet knyttet til disse ordningene. Dette omhandler økonomiske sider ved ordningen, men også mulighet til å ha nødvendig innsikt i og kontroll med disse tjenestene.

Vårt arbeid med en rekke kommuner viser at brukere som har tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse varierer veldig mellom kommunene. Mange kommuner har *holdt tilbake* ordninger organisert som BPA overfor brukere som ikke kan være arbeidsledere selv som følge av en utviklingsforstyrrelse eller kognitiv svikt. Den nye rettighetsfestingen av BPA fra 01.01.15, medfører at kommunen må utarbeide en strategi for hvordan man skal håndtere endringene i lowerket. Dialog og saksbehandling vil være helt avgjørende for hvordan dette vil slå ut for kommunene fremover.

Når det gjelder selve organiseringene av arbeidet og ansvaret for BPA er vår erfaring at de kommunale ordningene med personlig assistent, herunder BPA, bør organiseres inn under de tjenestene som i dag ivaretar disse brukergruppene, med andre ord Bo og avlastning i Melhus.

Omsorgslønn

Kommunen har totalt 39 brukere som har omsorgslønn pr. 31.12.2014. Søknader om omsorgslønn drøftes i felles inntaksteam i pleie og omsorg som er en tverrfaglig sammensatt gruppe.

Omsorgslønn er organisert i Melhus kommune med tre nivåer: 10, 20 og 30 timer pr. uke, satsene er bestemt av kommunestyret. Egen serviceerklæring, påskjønnelse for det omsorgsarbeidet som utføres. Hjelpetønad saksbehandles av NAV.

Budsjettet for omsorgslønn er justert ut fra faktiske vedtak, reguleres årlig ift. tariffoppgjør for grunnlønn for assistent. Det er de som fyller kriteriene som styrer tildelingen og ikke økonomisk ramme. Enkelte år bruker enhetene mer enn det som er budsjettet.

Dersom noen søker om omsorgslønn er det enhetsleder for hjemmetjenesten som kartlegger og fatter vedtak. Vi anbefaler å legge ansvaret for tildeling av omsorgslønn inn i en felles bestillerenhet dersom denne blir etablert i Melhus.

Trygghetsalarmer

Det er et lavterskeltilbud å få trygghetsalarm og mange brukere har dette tjenestetilbudet i Melhus. Pr. 31.12.2014 har kommunen 252 alarmer. Sammenligningen med andre kommuner i analysedelen viser at dette er en høy andel.

Brukere må søke om trygghetsalarm som tildeles etter vurderingsbesøk av enhetsleder eller sykepleiere i hjemmesykepleien. Enhetslederne skriver vedtak på trygghetsalarm. Serviceerklæringen gir informasjon om at kommunen har rett til å revurdere vedtaket ved misbruk.

Kommunen har to ulike ordninger som sorterer på viktighet. En ordning er knyttet til SOS International (tidl. Hjelp 24) og tildeles brukere som vil trenge akutt hjelp, ved fall eller forverring sykdom og er felles for hele kommunen. SOS International siler henvendelser og gir beskjed videre til hjemmetjenesten ved behov. SOS International fører egen bruksstatistikk.

For den andre ordningen går alarmer direkte til en vakttelefon hos hjemmesykepleien som er bemannet til enhver tid. Fire telefoner i hjemmesykepleien har mottak av alarmer, geografisk inndelt, back-up system hvor siste sjanse er inngående telefon på sykehjemmet som alltid er betjent. Disse trygghetsalarmene er hyppig brukt på huset/omsorgsboligene og gjelder brukere som bruker alarm til toalettbesøk, hyppig behov for hjelp, mm. Disse har større hjelpebehov og ringer ofte.

Trygghetsalarmene er analoge og er avhengig av ordinære telefonlinjer. Kommunen har en mix av trygghetsalarmer, flere og flere brukere har trygghetsalarmer med eget SIM-kort, fordi de ikke har egen fasttelefon.

Trygghetsalarmene gir mulighet for toveis kommunikasjon. Hjemmesykepleien har utrykninger på hver vakt.

Trygghetsalarmene monteres av hjemmevaktmester som har ansvaret for tekniske hjelpemidler og trygghetsalarmer. Ordningen fungerer bra, men bør samorganiseres for å sikre mer helhetlig tilbud for hele kommunen.

Dagens trygghetsalarmer har sine begrensinger og utfordringer. Flere aktører og kommuner jobber med å videreutvikle dette til å omhandle flere funksjoner med større rekkevidde. Alarmene skal på sikt også over på digitale linjer.

5.4.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved at det er en innsats som ytes i innbyggerens eget hjem eller nærmiljø. Hensikten er at innbyggeren skal utvikle, gjenvinne, beholde eller forebygge reduksjon i sitt funksjonsnivå. Hverdagsrehabilitering er tidsavgrenset, målrettet og systematisk lagt opp med trening til mestring av hverdagsaktiviteter i egne omgivelser.

I fremtidens kommuner vil det bli en utvikling med flere eldre og relativt færre med helsefaglig utdanning. Samhandlingsreformen og økt fokus på arbeid i tråd med BEON-prinsippet, medfører endrede krav til kommunene. Parallelt med dette er konsekvensene av samhandlingsreformen i kommunene et større press på hjemmebasert omsorg. En satsing på hverdagsrehabilitering er ett av tiltakene kommunen bør vurdere å iverksette for å være bedre rustet til å håndtere endringene i fremtiden. Gjennomgangen i Melhus viser at flere ledere og ansatte ønsker å jobbe på denne måten, men at det foreløpig ikke er avsatt ressurser og igangsatt opplæring for å kunne iverksette en slik strategi.

Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukerne har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensial¹⁴.

Dette innebærer et fokusskifte

- fra sen innsats til tidlig intervensjon
- fra reaktiv behandling til proaktiv oppsporing
- fra pleie til forebygging
- fra informasjon til motivasjon og brukerstyring
- fra passivisering til aktivisering
- fra hjemmehjelp til hjemmetrening

Arbeid med og organisering av hverdagsrehabilitering i norske kommuner varierer fra kommune til kommune. I noen kommuner velger man å skille dette arbeidet fra de øvrige hjemmetjenestene. Vår erfaring er at dette kan være et klokt grep når en starter opp med denne måten å jobbe på, men at en må tilsikre at det er et tett samarbeid mellom dette arbeidet og de øvrige hjemmetjenestene, for å sikre felles arbeidsmetodikk og effekt.

Utfordringen med pasientstrømmen for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset er at kommunen velger å ta for mange pasienter via et korttidsopphold før de kommer hjem. Vår erfaring er at en god praksis er å legge opp til en rutine hvor pasientene i utgangspunktet bør rett hjem til hjemmebasert omsorg og mer unntaksvis trenger opphold på korttidsavdeling. Dette forutsetter betydelig kapasitet og kompetanse i hjemmesykepleien og et innsatsteam/hverdagsrehabiliteringsteam kan være en god løsning for oftere å klare å ta i mot pasienten rett hjem. Med en slik tilnærming bør dette teamet være organisert i hjemmetjenesten eller som førstelinjetjenesten i et bestillerkontor. Se for øvrig ytterligere innspill under beskrivelsen av Avklaringsenheten i kapittel 5.5 og i kapittel

5.4.3 Psykisk helsearbeid og rus

Psykisk helsetjeneste i Melhus kommune har åpningstid fra kl. 0800–1600 og er organisert under et annet rammeområde (rammeområde 4) med fokus hovedsakelig på arbeid med barn, unge og familier. Rustjenesten og psykisk helsetjeneste i rammeområde 4 sitter igjen på to forskjellige steder, psykisk helse på rådhuset og rustjenesten i Pottenveien. Godt samarbeid mellom enhetene gir mulighet for å rykke ut to i hjemmetjenesten på dagtid når det er behov for det. I dette prosjektet har disse enhetene ikke vært i fokus og er ikke analysert av oss utover et kartleggingsintervju med virksomhetslederen.

Psykiatribolig med ambulerende tjenester

Tjenester innen rus og psykiatri på kvelder og i helger gis i dag av hjemmesykepleien i Nedre Melhus og er organisert ut i fra Idrettsveien Bofellesskap og personalet som jobber i turnus der. Idrettsveien er eneste botilbud og 24/7-tilbudet til målgruppen som har psykisk helse- og rusproblemer.

Behovet for å gi spesialiserte tjenester innen rus og psykiatri også utenom kontortid er økende. En planlagt økning i Idrettsveiens kapasitet vil forhåpentligvis dekke noe av dette. Tilbudet i Idrettsveien gjelder for hele kommunen, men har den begrensningen pr. i dag at ansatte ikke kan kjøre lengre enn 15 min. fra boligen for å gi bistand til hjemmeboende brukere pga. ressurskrevende brukere i bofellesskapet i Idrettsveien.

Tilbudet i Idrettsveien startet opp i 2008 og gjør at kommunen har redusert behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten innen psykiatri og rus. Spesielt gjelder dette akuttavdelinger, Østmarka akuttpoliklinikk, St. Olavs Hospital.

¹⁴ Ness NE, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaaag L, Butli H. Prosjektgruppen Hverdagsrehabilitering i Norge (2012): *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport til HOD

Idrettsveien bofellesskap består av fem leiligheter, en kriseseng, samt personalbase/fellesareal. Dette er brukerne med de største behovene for trygge rammer 24/7. Enheten flyttet inn i nyombygd omsorgsbolig 13.07.15, men beholder navnet «Idrettsveien». Den nye boligen ligger rett bak Buen i Lenalia og er en blokk som består av 12 leiligheter, i tillegg en kriseleilighet og en felles personalbase. Brukergruppen er mennesker med rus og psykiske lidelser, ev. ROP- pasienter¹⁵, som har behov for et døgnbasert tilbud.

Personellet yter i tillegg tjenester overfor hjemmeboende personer med psykiske lidelser. Dette skjer i samarbeid med hjemmesykepleien og psykisk helsetjeneste. Totalt har Idrettsveien pr. 1. juni i år 28 brukere.

Idrettsveien har varierende antall ambulante oppdrag pr. dagvakt. I gjennomsnitt er det fire oppdrag pr. dag og seks oppdrag på kveld og null oppdrag på natt. Det er i tillegg en del telefoner på disse brukerne og da kanskje spesielt på natt. Tabellen under viser planlagte oppdrag fordelt på ulike tider av døgnet/uken, samt planlagt bemanning.

Tabell 5-4 Ukesvisning av planlagte oppdrag og bemanning

	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Brukere i bolig	5	5	5	5	5	5	5
Ambulante oppdrag dag	4	4	4	4	4	4	4
Dag ansatte totalt	3	3	3	3	3	3	3
Ambulante oppdrag kveld	6	6	6	6	6	6	6
Kveld ansatte totalt	3	3	3	3	3	3	3
Sykepleier kveld	1	1	1	1	1	1	1
Ambulante oppdrag natt	0	0	0	0	0	0	0
Natt ansatte aktiv	1	1	1	1	1	1	1
Natt hvilende	1	1	1	1	1	1	1

Tabellen representerer et gjennomsnitt/planlagte ambulante oppdrag. I tillegg kommer endringer som følge av endrede behov for tjenester.

Hjemmesykepleien i Nedre Melhus har et godt samarbeid med tjenesten i «Idrettsveien» og bistår med de tynge brukerne på kveld og natt. Hjemmesykepleien skriver hjemmesykepleievedtak på utlevering av medisiner og urinprøver til brukere med psykisk helse- og rusplager.

Enheten skriver ikke vedtak på bruk av kriseseng som kan benyttes opptil tre døgn. Dette er i praksis en brukerstyrt seng. Ved akutte kriser kommer brukerne inn til basen og krisesengen. Brukere benytter seg av tilbudet og kompetansen i Idrettsveien i ulikt omfang.

Brukerne er ofte tunge psykosepasienter som er emosjonelt ustabile. Den mest krevende gruppen, er de med rus og psykiske helseproblemer (ROP-kategorien). Denne gruppen vokser, sannsynligvis fordi de ansatte er blitt bedre på å se dem/oppdage dem. Enheten følger opp en LAR pasient sammen med hjemmetjenesten og har oppfølging av medikamenter til fire tunge brukere med ruslidelser.

Brukergruppen vokser, og omsorgsboligene i Lenalia 1 og 2 kan fremover prioriteres til denne brukergruppen. Dette vil kunne avhjelpe hjemmetjenesten med krevende brukere i disse leilighetene.

Tjenester som hjemmebasert omsorg i rammeområde 3 tilbyr:

- Hjemmesykepleie

¹⁵ ROP = rus og psykisk helse

- Praktisk bistand
- Støttesamtaler – primærkontaktsamtaler, har både primær- og sekundærkontakt på alle brukerne, driver ikke med behandling her
- Boveiledning (Psykisk helse har også boveiledning, egen boveileder bygg og eiendom (prosjektstilling)
- Dagtilbud (vekst Melhus, Pottenveien (under Familie og forebygging))
- LAR – inn sammen med hjemmetjenesten når det er greit å være to («rusbule»)
- Ulike aktivitetstilbud i regi av Idrettsveien (mye forebyggende helse i dette); Birken, turer, eget fotball-lag som deltok i NM i gatefotball
- Medikamentoppfølging – vedtak om å følge med på sinntilstanden
- En del behov for fysioterapitjenester

Idrettsveien driver ikke med arbeidstrening for brukerne.

Idrettsveiens viktigste samarbeidspartnere er:

- Jobber tett med hjemmetjenesten i Nedre Melhus.
- Psykisk helsetjeneste i Melhus kommune har åpningstid fra kl. 0800–1600. Rus- og psykisk helsetjeneste sitter på to forskjellige steder, psykisk helse på rådhuset og rus i Pottenveien. Godt samarbeid gir mulighet for å rykke ut to på dagtid når det er behov for det.
- Benytter det distriktspsykiatriske tilbudet (DPS) som ligger på Tiller lite. Bruker poliklinikken, bruker ACT (kommunen har betalt en stilling inn i ACT teamet, brukerne deltar på aktivitetstilbudet), har mestringsplan sammen med DPS til noen av brukerne, men brukerne foretrekker tilbudet i Idrettsveien framfor på DPS, burde derfor spleise om tilbudet i Idrettsveien med DPS. Enkelt å få dialog med DPS. Idrettsveien er invitert til Østmarka for å snakke om tilbudet.
- Idrettsveien jobber tett med legevakt, AMK og politiet. I tillegg har enheten egne avtaler med somatikken/spesialisthelsetjenesten om enkeltpersoner, fordi brukere skal ha fastvakt for trygghet for seg selv og de ansatte og for å unngå utagering.

Vedtak og tildeling av tjenester

Vedtak skrives av enhetsleder for hjemmebaserte tjenester i Nedre Melhus på hjemmesykepleie, praktisk bistand og vedtak på heldøgns omsorg.

Enhetsleder i Idrettsveien deltar ikke i inntaksteamet, men ønsker egentlig en rolle ved tildeling av tjenester i Idrettsveien.

Tverrfaglig team møtes annenhver uke i ca. 1 time. Dette teamet består av leder for hjemmetjenesten, leder for ergo/fysio, leder psykiatritjenesten og leder for sykehjemsavdelingene og leder for Idrettsveien. Rustjenesten deltar ikke på dette møtet, men burde absolutt deltatt. Leder for hjemmetjenesten leder møtene hvor man drøfter enkeltbrukere. Møtet oppleves som nyttig og gir nye perspektiver.

Hjemmetjenesten får søknad fra fastlege om oppfølging av psykisk helsetjeneste.

Føringer i statsbudsjettet for psykisk helsearbeid og rusarbeid

Samhandlingsreformen har til nå hatt få konkrete føringer for psykisk helsearbeid. I årets forslag til statsbudsjett ligger det følgende føringer:

1) Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnpålagt psykisk helse og rus

- Innføres trolig for disse fagområdene fra 2017. For den store andelen med psykisk helse- og rusplager som bor og mottar pleie og omsorgstjenester i kommunene vil det beste

virkemiddelet være å styrke kommunens rammer. Det er behov for økt tilgang på brukerstyrte plasser i kommunene.

2) Betalingsplikt for utskrivningsklare

- Regjeringen tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helse og rus tidligst fra 2017. En betalingsordning for utskrivningsklare pasienter innenfor rus og psykisk helse er vanskelig å gjennomføre, på grunn av kompleksiteten i å definere kriterier for utskrivning. En vanskelig håndterbar ordning kan dermed øke risikoen for svikt for denne sårbare gruppen. Kommunesektoren må med i arbeidet for hvordan dette skal innrettes. Subsidiært ber KS om at ordningen tilpasses brukernes behov for samtidige tjenester både i spesialisthelsetjenesten og kommunene, og ved at spesialist gis økte incentiver til ambulant virksomhet.

3) Opptappingsplan på rus

- Regjeringen vil ha en ny og forsterket innsats for mennesker med rus- og eller psykiske problemer, og vil derfor legge fram en ny opptappingsplan for rusfeltet, som en egen proposisjon høsten 2015. Opptappingsplanen vil ha en ramme på 2,4 mrd. kr i perioden 2016–2020. Her må kommunesektoren tettere på i oppfølgingen av opptappingsplanen.

Det er imidlertid uvisst når dette vil tre i kraft og hvordan dette vil organiseres. Uansett hvordan utviklingen blir, er det viktig at psykisk helse og rus samordnes slik at en klarer å utnytte ressursene på tvers. Videre er det viktig at kommunen får til et internt samarbeid mellom hjemmebasert omsorg til eldre og psykisk helsearbeid og rus.

Bemanning og organisering

Tallene tyder på at Melhus kommune prioriterer arbeidet til psykisk helse og rus på et moderat nivå i forhold til hva vi finner i andre kommuner, men analyseresultatet viser også at kommunens rapportering i forhold til antall årsverk og brukere spesielt i forhold til forebyggende/psykososialt tilbud kan være noe mangelfullt totalt for rammeområde 3 og 4 og at man derfor ikke kan benytte denne analysen til å trekke konklusjoner om fordeling av tjenester og totalt antall brukere. Erfaringer fra andre kommuner tilsier at det er et økende behov for psykisk helsetjeneste i kommunene. Det tilsvarende gjelder innenfor rus. Flere kommuner opplever at utskrivningspraksis fra 2. linjetjenesten har tilpasset seg samhandlingsreformen, uten at utskrivningspraksisen er iverksatt, eller at det kommunale tjenesteapparatet er i stand til å ivareta endringene som slik utskrivningspraksis medfører.

Uansett hvordan utviklingen blir, er det viktig at psykisk helse og rus samordnes slik at en klarer å utnytte ressursene på tvers og sikrer kompetansedeling. Videre er det viktig at kommunen får til et internt samarbeid mellom hjemmebasert omsorg til eldre og psykisk helsearbeid og rus.

Melhus kommune har valgt en organisering som skiller psykisk helse og rus i to grupper i rammeområde 4, mens døgntilbudet til begge disse gruppene ligger i hjemmebasert omsorg i rammeområde 3, primært i Idrettsveien. Det er også ulike enheter som har ansvaret for dagtilbudet og døgntilbudet. En slik deling er unaturlig for voksne med både psykisk helse- og rusutfordringer og er ikke en organisering som vil møte utfordringene i Samhandlingsreformen innen dette feltet, da dette er tjenester som henger tett sammen. Dette er en type tjeneste som bør ses i sammenheng med oppfølging av brukerne i eget hjem. Et tett samarbeid og samorganisering av disse tre dimensjonene innen psykisk helse og rus vil trolig bedre det helhetlige arbeidet og brukernes opplevelse av mestring i hverdagen.

5.4.4 Kompetanse i hjemmebaserte tjenester

Gjennomgående er det i hjemmesykepleie, hjemmehjelp og de øvrige tjenestene organisert under hjemmetjenester en god kompetansesammensetting. Det er i hjemmesykepleien et tilstrekkelig antall

årsverk sykepleiere sett i forhold til det vi finner i andre kommuner. På samme måte har kommunen satset på kompetente ansatte i de øvrige tjenestene. På Hølonda er det enkelte vakter hvor det ikke er sykepleier på jobb siden sykepleierne på sykehjemmet og hjemmesykepleien (på Hølonda) har felles turnus, og at det på enkelte vakter kun er en sykepleier som skal betjene begge de to enhetene. Dette bør endres og en bør tilstrebe at det alltid er sykepleier på vakt i hjemmetjenesten.

Hjemmesykepleien i Nedre Melhus har to fagmedansvarlige sykepleiere som går i turnus som bidrar med fagutvikling i enheten. De er med på noen vurderinger av nye brukere/nye behov og samarbeider om vedtakene.

Hjemmesykepleien tar på seg de fleste oppgaver så lenge de ansatte opplever at de får god opplæring ift. brukernes spesielle behov/spesielle prosedyrer. Ved brukere som går til dialyse, har de ansatte fått opplæring fra sykehus i tillegg til opplæring i hjemmet til bruker.

Hjemmetjenesten har ansatte med videreutdanninger innen psykiatri, kreftomsorg, lindrende behandling, rehabilitering og veiledning. Videreutdanning i form av Demensomsorgens ABC, startet opp i oktober 2014. Det er totalt 70 som deltar fra kommunen som deltar i regi av aldring og helse.

5.4.5 Dag- og aktivitetstilbud

Vår gjennomgang viser at det er viktig at Melhus kommune har en strategisk tilnærming til bruken av de ulike tiltakene/tjenestene for å kunne ivareta prinsippene i BEON. Dagsenter er et av flere tiltak kommunen må ha et bevisst forhold til og med også sees i sammenheng med støttekontaktordninger/organisert fritidstilbud for eldre. Flere kommuner har valgt å organisere dagtilbudene sammen med hjemmebasert omsorg. I Melhus kommune er dagtilbudene til eldre organisert sammen med institusjonstilbudene.

Melhus benytter som analysen viser forholdsvis mye ressurser til dette formålet totalt sett som kommune og har mange brukere i forhold til sammenligningskommunene. Allikevel er det et stort utviklingspotensial innenfor dette området hvor blant annet innbyggerne i Hølonda helse- og omsorgsdistrikt ikke har noe eget organisert dagtilbud. Anbefalingen vår er å videreutvikle kommunens dagsentertilbud i tett samarbeid med hjemmebaserte tjenester under en felles strategisk ledelse. Differensiering og tilgjengelighet er viktige suksessfaktorer. Eksempler på dette er ettermiddagstilbud, dagsenter i hjemmet for utvalgte brukere og ulike dagsentertilbud for demente og tettere samarbeid med frivillige og pårørende.

Dagtilbud skal gi brukerne mulighet for varierte og tilpassede aktiviteter med formål om å opprettholde/bedre funksjonsnivå. Dette innebærer bl.a. sosial stimulering for hjemmeboende som av ulike årsaker ikke har mulighet til å få sitt sosiale behov dekket i andre sammenhenger. Videre er det viktig at dagtilbud bidrar til avlastning for pårørende – hvor bruker er avhengig av kontinuerlig tilsyn fra ektefelle eller annen omsorgsperson. Ansatte ved dagtilbudet spiller ellers en viktig rolle i vurdering av tilstand og funksjonsnivå fysisk og mentalt med tanke på å kartlegge framtidige omsorgsbehov hos brukerne.

Det er viktig med en god dialog mellom ansatte i hjemmetjenesten og ansatte ved dagtilbudene. Dette gjelder både for transport, bistand til å komme seg på dagtilbud, observasjon av pasientene, medisiner og annen nødvendig bistand. Pga. slike forhold er det flere kommuner som velger å organisere dagtilbudene sammen med hjemmebasert omsorg til eldre.

Dagaktivitetstilbud til personer med demens

Personer med demens er en av de største brukergruppene i omsorgstjenesten, og en antar at antallet vil bli fordoblet fram til 2040. Undersøkelser viser at kun 9,3 % av hjemmeboende med demens har et dagtilbud. Meningsfull aktivitet kan bidra til gode dager for den som har demens, og være en viktig avlastning for pårørende. Sammen med styrket kompetanse, etablering av pårørendeskoler og

bygging av tilpassede boliger skal dagtilbud gi et løft for demensomsorgen. Regjeringen vil lovfeste kommunenes plikt til å tilby dagaktivitetstilbud, når tilbudet er bygget videre ut. Demensplan 2020 legges frem som et særtrykk i løpet av høsten 2015¹⁶. Det foreslås å legge til rette for 1 200 plasser i 2016 med en bevilgning på 71,3. mill. kr. Tilskuddet utgjør om lag 30 % av kostnadene for drift og etablering av en dagaktivitetsplass. Det er anslått et behov for 9 200, fra 2012 til 2014 er det etablert til sammen om lag 2 100 plasser. En plass tilsvarer fem timer/fem dager pr. uke. Noen kommuner ønsker å etablere sentre, andre vil gi tilbud i eget hjem. Det viktigste for å kunne dekke behovene til brukerne i fremtiden vil være fleksible tilbud, mer bruk av samarbeid med frivillige, og en understøtting av grønn omsorg der hvor det er naturlig. Det er usikkert om kommunene vil nå målene i form av antall plasser som regjeringen legger opp til. Tilskuddsordningen for å etablere og drifte dagtilbud til eldre/demente administreres av Helsedirektoratet, og søknadene behandles fortløpende.

Oppsummering dag- og aktivitetstilbud

Dagtilbud er viktig for mange brukergrupper blant eldre innbyggere i kommunen. Det å ha et godt dagtilbud, med tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet, er tiltak som avlaster og utsetter behov for andre, tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester.

Melhus kommune bør øke antallet plasser i dagtilbud betydelig for på denne måten å sikre tilgang på gode sosiale nettverk for eldre innbyggere som bor alene hjemme. Dagsentrene må oppleves som et *godt sted å være*. Dette er et rimelig tiltak og må ses sammen med den helhetlige endringen vi foreslår for kommunen i denne utredningen. Melhus kommune bør vurdere å organisere dagtilbudene sammen med hjemmebasert omsorg for å sikre de viktige synergiene.

5.5 Vurdering av kommunens sykehjem

Andelen økonomiske ressurser som benyttes til institusjon for eldre er gjennomgående høy i alle kommunene i utvalget. I de innledende kapitlene har vi vist at Melhus har den høyeste andelen til dette formålet i vår sammenlikning.

Agenda Kaupangs hovedinntrykk når det gjelder spørsmålet om drift av sykehjem, er at kommunen har god kvalitet og profesjonalitet i sykehjemmene. De bygningsmessige forhold innenfor institusjonstjenesten er i stor grad funksjonelle når det gjelder plassering av pasientrom, arbeidsrom og fellesrom. Byggenes utforming gir mulighet for stordriftsfordeler. Unntaket fra dette er Hølonda sykehjem, som har en noe ineffektiv bygningsmasse med få plasser totalt. Ombyggingen som er ferdig i løpet av våren 2016, gir et mye mer funksjonelt sykehjem på Hølonda.

Langtidsplassene i sykehjem er preget av en enveisstrøm som ender med døden, og disse pasientene har i gjennomsnitt, på nasjonalt nivå, ca. to års oppholdstid, men mange har opphold som strekker seg ut over dette. Vår kartlegging viser at det er mange pasienter i Melhus som har lengre oppholdstid enn to år og at det er noen av beboerne på de tre somatiske enhetene som kunne klart seg med tilbud på et lavere nivå, i et bofelleskap med tett oppfølging. Som et eksempel oppgir enhetsleder for Avklarings- og somatisk enhet på Buen at 4 av 10 langtidsplasser kunne vært i et slikt bofelleskap, hvis de hadde hatt et heldøgnsbemannet omsorgsboligtilbud.

For korttidssengene har pasientstrømmen en helt annen dynamikk. Korttidssengene kan sammenlignes med et veikryss, hvor pasientstrømmene går i ulike retninger, men hovedstrømmen ut fra korttidsplassene går til vanlige boliger med hjemmebaserte tjenester. Mange kommuner sliter med å ha reelle korttidsplasser, da plassene fylles opp av pasienter som er i påvente av en langtidsplass.

Data fra KOSTRA viser at det er en relativt god gjennomstrømming av korttidspasientene i Melhus kommune pr. 31.12.2014, men tallene kan være svært upresise da kommunen ikke opererer med

¹⁶ KS, Notat om Statsbudsjetten 2016, oktober 2015

dedikerte korttidsplasser. Dataene viser at gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn pr. tidsbegrensede opphold var 16,8 og hver plass ble i gjennomsnitt benyttet av 8,2 personer.

Varigheten av et korttidsopphold varierer, men en norm på 14 dager for planlagte korttidsopphold, er vanlig. Dette er noe av årsaken til at det ikke er ventetid for sykehjemsinnleggelse i mange norske kommuner. Dersom Melhus kommune reduserer den gjennomsnittlige liggetiden i korttid noe, vil det gi effekter i form av høyere gjennomstrømming for pasientene.

Dersom sykehjemmene i Norge kun hadde hatt langtidsplasser, ville så godt som alle sykehjem i Norge hatt lange køer. Utfordringen for sykehjemsdriften blir dermed å la den fungere som et veikryss, og ikke som en enveiskjørt endestasjon. Vår vurdering er at Melhus har store utfordringer med å få denne flyten til å fungere og er nødt til å jobbe enda mer i overgangen fra sykehjem til hjemmetjeneste. I denne sammenhengen er det trolig også et aspekt av forventninger hos kommunens innbyggere. Samtidig er det behov for å være bevisst hva som er kommunens oppgaver kontra sykehusets oppgaver. Dette gjelder bl.a. hvilke pasienter som får tilbud hvor.

God og tilstrekkelig kapasitet på korttid er avgjørende for nødvendig sirkulasjon og sikre tjenester på lavest mulig omsorgsnivå. Kommunens kartlegging viser at Melhus har en andel på 25 % korttidsplasser av de totalt 105 institusjonsplassene. Dette tilsvarer pr. 31.12.2014 totalt 26 plasser av de totalt 105 institusjonsplassene og utgjør en andel på 4 % av totalt antall innbyggere over 80 år. Kommunen oppgir at antallet korttidsplasser varierer og at ingen plasser er forhåndsdefinert til korttid utenom avklaringsenheten på Buen (Jarlsbu) som er en korttidsavdeling med 11 plasser fordelt på 8 rom (3 dobbeltrom). I kartleggingen oppgis det at kommunen totalt har 15 ordinære plasser til korttid, rehabilitering og avlastning og 10 mer rendyrkede rehabiliteringsplasser og en plass til palliativ omsorg (behandling av døende pasienter). Vår erfaring er at denne andelen bør være på minimum 15–20 % og at andel korttidsplasser framover bør være minimum 3 % av antall innbyggere over 80 år. Det å ha mange plasser avsatt til korttid bidrar til å bedre flyten i tjenestetrappen og sikrer at flest mulig innbyggere kan bo hjemme i opprinnelig bolig. På Hølanda benytter de for eksempel to hybler på Helsehuset, men utenfor sykehjemmet til korttidsopphold. I tillegg brukes ledige hybelleiligheter/leiligheter fleksibelt etter behov. Det vil si at i stedet for at leilighetene i perioder ikke leies ut, brukes de til korttidsopphold, trygghetsopphold, rehabilitering mv.

Avklaringsenheten og korttidsavdelingen på Buen åpnet for litt over ett år siden og flyttet inn i nyrenoverte lokaler i Buen mars 2014. Enheten er opprettet ut i fra intensjonen fra Samhandlingsreformen. Pasientene er ofte ikke ferdigbehandlet fra sykehuset, men definert som utskrivningsklare. Enheten opplever stor pågang på korttidsplassene. De fleste av pasientene kommer direkte fra sykehuset som utskrivningsklare pasienter (USK) eller er brukere/beboere som får akutte tilstander og trenger en avklaringsplass. Enheten mestrer det meste av kliniske utfordringer og har høy sykepleiefaglig kompetanse (60 % sykepleieandel) og tett oppfølging av tilsynslege. I 2014 betalte Melhus sykehuset for mange overliggerdøgn på sykehus, mens etter innføring av avklaringsenheten, er dette fra januar 2015 redusert betydelig og nå nærmere 0.

På avklaringsenheten er det avsatt 6 timer fysioterapi og 4 timer ergoterapi ukentlig fra virksomheten «Aktivitet og bevegelse» under rammeområde 4. Fysioterapeut/ergoterapeut er på avdelingen daglig fra kl. 10.30 – 11.30 etter en egen bemanningsliste. Høsten 2014 ble det opprettet ukentlige samarbeidsmøter med leder for avklaringsenheten, sykehjemslege, sykepleier fra avdelingen, ergoterapeut og fysioterapeut. Fra mai 2015 ble hjemmetjenesten representert i møtet for å legge til rette for et best mulig helhetlig pasientforløp. Avklaringsenheten har som mål å kartlegge brukere og avklare videre behov for oppfølging. Kartleggingen viser at mange av brukere som er på avklaringsenheten har behov for vurdering av fysio- og ergoterapi. Brukerne som krever tverrfaglig kartlegging og avklaring, krever ofte også målrettet oppfølging og rehabilitering i egen bolig etter oppholdet. Dette støttes også i Stortingsmelding 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste. Behovet for tett oppfølging og rehabilitering har ført til periodevis kapasitetsproblemer hos fysio- og

ergoterapitjenesten da tidsbruken som er avsatt hovedsakelig er ment å dekke kartlegging av brukere som er innlagt og veiledning til personalet. Mange av brukerne på avklaringsenheten trenger individuell oppfølging av fysio- og ergoterapeut etter oppholdet og statistikk fra det siste året viser at gjennomsnittlig følges brukerne opp over en periode på 4 uker. Fysio- og ergoterapitjenesten melder selv at kvaliteten på rehabilitering har vært nedsatt grunnet kapasitet og for lite avsatt tidsbruk på avdelingen. Erfaring viser at i perioder har virksomheten brukt mye lengre tid på brukeroppfølging enn det som var avsatt i utgangspunktet. Vår vurdering er derfor at kommunen bør ha en mer tydelig satsing ressursmessig på hverdagsrehabilitering og tidlig innsats i brukernes eget hjem. For å oppnå best resultater benytter mange kommuner et dedikert og robust tverrfaglig hverdagsrehabiliterings-team/innsatsteam som sikrer kompetanseoverføring til alle ansatte i hjemmebasert omsorg. Et slikt team består som regel av ansatte fra hjemmetjenesten i tillegg til fysioterapi og ergoterapiressurser og en hjemnevaktmesterfunksjon/omsorgstekniker. Kommunen bør vurdere hvordan disse ressursene skal organiseres hensiktsmessig for å sikre nødvendig tilgjengelighet og kontinuitet.

Vår kartlegging viser at det for tiden er en propp i systemet på avklaringsenheten hvor mange av pasientene på korttid venter på langtidsplass. Status i juni 2015 var at 6 av 11 plasser venter på langtidsplass. Pasientene har vedtak på korttidsopphold, men har behov for langtidsplass. Denne praksisen kan ødelegge hele pasientstrømmen for hjemmeværende pasienter som har behov for et korttidsopphold for å klare seg selv lengre hjemme i opprinnelig bolig. En slik praksis kan medføre at man kommer inn i en dårlig sirkel og at utfordringen vil være å våge å rendyrke noen plasser til korttidsopphold og sikre at man til enhver tid har god gjennomstrømming på disse plassene slik at man har kapasitet til å ta i mot nye brukere fra hjemmetjenesten på kort varsel. Kommunen bør etter vår mening vurdere å ta flere pasienter fra sykehus rett hjem i hjemmesykepleien ved hjelp av ett innsatsteam i hjemmetjenesten når brukeren har behov for tjenester. Avklaringsenheten bør i større grad kun være en back-up dersom dette ikke går. På denne måten vil kapasiteten på korttid for ordinære hjemmeværende brukere øke. For å kunne gjennomføre en slik strategi bør kommunen vurdere en felles ledelse og tettere samdrift mellom avklaringsenheten/korttidsplassene og hjemmetjenesten.

Kartleggingen viser at det er et økende behov for ulike typer avlastningsopphold og at det er ønskelig og utvide tilbudet om avlastningsopphold på sikt. Avklaringsenheten har for tiden kun en bruker som kommer til rullerende avlastningsopphold. God tilgang på ulike typer avlastningsopphold er en viktig del av en strategi for å bidra til at flere pårørende ønsker og klarer å ta vare på sine nærmeste i egen opprinnelig bolig lengre og utsette et mulig framtidig behov for langtidsplass.

Avklarings- og somatisk enhet på Buen består av er en kombinert avdeling med en langtids somatisk avdeling med 10 plasser og avklaringsenheten/korttidsavdelingen med 11 plasser. Enheten har felles ledelse og turnus hvor de ansatte veksler mellom å gå mellom korttid og langtidsavdelingen, i utgangspunktet ca. 1 uke på hvert sted. Vår erfaring er at mange kommuner ønsker å rendyrke egne korttidsavdelinger med egne dedikerte ledere og ansatte som kun har fokus på rehabilitering og samle alle korttidsplassene ett felles sted i kommunen. I kartleggingen kom det fram at flere av lederne i de tre omsorgsdistriktene ønsket seg en slik organisering og at de fleste mente at en felles korttidsavdeling bør ligge på Buen. Dersom man omgjør dagens Avklarings- og somatisk enhet, vil det være 18 rom og 21 plasser tilgjengelig til korttidsopphold med bruk av dagens 3 dobbeltrom. Melhus har egen sykehjemslege i 100 % stilling som dekker hele kommunen med base på Avklaringsenheten. God legedekning er et viktig suksesskriterie for trygg og god medisinsk behandling og kartleggingen viser at ordningen fungerer bra og at legedekningen er forholdsvis god. Dersom kommunen øker antallet korttidsplasser ytterligere, så må man også ta hensyn til behovet for økt legetilsyn på disse plassene.

Enhetsleder for avklarings- og somatisk enhet har i tillegg ansvaret for natt-tjenesten som dekker hele sykehjemmet, både demens og somatikk og korttid, totalt 48 rom og 52 pasienter. Dette kan være en god og fleksibel strategi som ivaretar en fleksibel ressursutnyttelse og tilstrekkelig

sykepleierkompetanse på korttidsavdelingen som har det største behovet for slik kompetanse 24 timer i døgnet.

Kommunene vil fra 01.01.16 få en plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med somatiske sykdommer. Som følge av dette foreslås det at til sammen 1 206,6 mill. kr overføres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til rammetilskuddet til kommunene. Midlene skal fordeles etter pleie- og omsorgsnøkkelen til KMD¹⁷.

På samme måten som Melhus har tre av fire kommuner valgt å etablere tilbudet som et interkommunalt samarbeid. Tilbudet er etablert for pasienter som skal ha en avklart diagnose og som fastlegene kan legge inn på en slik plass for å hindre «uhensiktsmessige innleggelser».

Utfordringen med dagens ordning er å sikre effektiv utnyttelse av disse plassene med en høyere beleggsprosent for alle deltakerkommunene enn i dagens situasjon. Kommunen bør etter vår mening vurdere hvilke økonomiske konsekvenser det får for kommunen når disse øremerkede midlene, skal overføres til rammetilskuddet til kommunen.

5.5.1 Bemanning og pleiefaktor

Agenda Kaupang har foretatt beregninger av pleiefaktor ved de tre sykehjemmene i Melhus kommune. I neste tabell viser vi pleiefaktoren ved sykehjemmet, fordelt på de ulike avdelingene.

Tabell 5-5 Pleiefaktor institusjonsplasser Melhus

Sykehjem	Avdeling	Rom	Plasser - vedtatt politisk	Leder	Sum årsverk turnus - fordelt natt	Natt fordelt	Andel sykepleiere/ vernepleiere	Pleiefaktor pr. bruker/ plass	Pleiefaktor pr. rom	Leder-tetthet
Buen helse- og omsorgssenter	Avklaringsenhet - korttid	8	11							
	Somatisk enhet - langtid	10	10							
	Avklarings- og somatisk enhet	18	21	1	19,56	3,95	0,60	0,93	1,09	4,26 %
	Demensavdeling - langtid	16	19							
	Skjermet demensavdeling - langtid	14	14							
	Demensenheten	30	33	1	30,45	3,95	0,44	0,92	1,01	3,77 %
Buen helse- og omsorgssenter totalt		48	54	2	50,0		0,50	0,93	1,04	4,00 %
Horg sykehjem	Somatisk avdeling - langtid/korttid	27	30	1	26,27	3,90	0,39	0,88	0,97	
	Demensavdeling - langtid	14	14	0,9	13,17	1,97	0,27	0,94	0,94	
	Horg sykehjem totalt	41	44	1,9	39,4		0,38	0,90	0,96	4,82 %
Høllonda sykehjem	Somatisk avdeling - langtid	9	10	1						
	Demensavdeling - langtid	7	7							
	Høllonda sykehjem totalt	16	17	1	14,30		0,47	0,84	0,89	6,99 %
Sum totalt		105	115	4,9	103,74		0,44	0,90	0,99	4,72 %

Når vi beregner pleiefaktor, tar vi utgangspunkt i den planlagte bemanningen og antall plasser avsatt til formålet. Samtidig legger vi inn antall årsverk totalt pr. avdeling, inkludert natt, men eksklusiv leder. I flere av sykehjemmene er årsverkene på natt knyttet til enkelte av avdelingene. Vi har i samarbeid med ledelsen i kommunens sykehjem satt opp tabellen over, som viser hvordan årsverk og kompetanse varierer mellom de ulike avdelingene. Vi har også summert årsverk og bemanning for hvert sykehjem.

Av tabellen fremgår det at pleiefaktoren samlet for alle sykehjemmene er 0,90 dersom man tar hensyn til den reelle kapasiteten på 115 plasser og 0,99 dersom man tar utgangspunkt i planlagt antall plasser på 105. Pleiefaktoren varierer mellom de ulike sykehjemmene og mellom avdelingene på sykehjemmene. Agenda Kaupangs sammenligningsgrunnlag fra andre kommuner viser at pleiefaktor ved somatiske langtidsplasser normalt ligger mellom 0,78 og 0,85, og at pleiefaktor for demensplasser

¹⁷ Prop. 1 S (2015–2016) for KMD og Helse- og omsorgsdepartementet

og korttidsplasser normalt ligger mellom 0,85 og 0,95¹⁸. Vi vil imidlertid presisere at pleiefaktoren varierer etter type spesialenheter som er i sykehjemmene.

Det kan stilles spørsmål ved en sammenligning av pleiefaktor når en bygger på rapport fra 2004. Det har skjedd en utvikling på området etter dette. Det gjelder imidlertid først og fremst innen spesialfunksjoner i sykehjem, som enkelte kommuner har. Kommunen opplever selv at en har marginal bemanning og en har gjennomført flere analyser og endret rutiner og samhandling.

Det som har mye å si for pleiefaktoren, er størrelsen på avdelingene og antall årsverk i turnusen. Avdelinger under 12 sengeplasser er små og kostbare, og pleiefaktoren i disse avdelingene er høyere grunnet behovet for et minimum antall personer til stede på de ulike vaktene. Dette har vi omtalt i tidligere kapitler, og gjelder kun avdelingene på Hølonda sykehjem. I og med at avdelingene er driftet med en felles turnus, er dette ikke en så aktuell problemstilling. Når det gjelder driftsoptimalitet, er det kun avdelingene ved Hølonda sykehjem som pr. i dag er relativt tungdrevet (en avdeling skal snart flyttes inn i en nybygd og effektiv avdeling i samme etasje som eksisterende avdeling). De andre er mer eller mindre i en utforming som gir en viss grad til stor grad av stordriftsfordeler.

Kompetanse i sykehjemmene

Når det gjelder andel sykepleiere og vernepleiere, er vår erfaring at en andel på 20-25 % er vanlig. Melhus kommune har gjennomgående en langt høyere bemanning av sykepleiere/vernepleiere enn dette. Snittet på andel sykepleiere i Melhus er på 43 %. Det å ha tilstrekkelig antall sykepleiere er viktig, og god kompetanse kan medføre at det samlet er et redusert behov for antall årsverk. Oversikten i forrige tabell viser at andel sykepleiere i turnus sett under ett varierer mellom avdelingene og sykehjemmene, men samlet sett er andelen høy. Tilstrekkelig kompetanse og organiseringen av denne, er en viktig faktor for å sikre effektive tjenester av høy kvalitet. Ved Hølonda er det en felles turnus for sykepleiere mellom hjemmesykepleien og sykehjemmet for å oppnå at det er minst en sykepleier på virksomheten på alle vakter.

Det er i møte med den enkelte pasient at opplevelser rundt kvalitet oppstår. Hvordan man møter pasienten, hvordan man ivaretar ressursene og bistår pasienten er helt avgjørende for hvordan møtet og kvaliteten oppleves. Pasienter ved sykehjemmet er forskjellige. De har forskjellige behov, men behovet for å bli sett og møtt som et helt menneske er felles.

Vår gjennomgang tyder på at sykehjemmene i Melhus har god kvalitet og høy profesjonalitet ut i fra de rammene det enkelte helse- og omsorgsdistrikt har. Vår anbefaling er allikevel å samle alt institusjonstilbudet i en felles enhet slik at man kan optimalisere driften og organiseringen av plassene ut i fra kommunens helhetlige perspektiv, samtidig som man kan utvikle tjenesten til å møte framtidige behov. Skal man lykkes i forhold til å vri fra institusjonsplasser til en større andel heldøgns bemannede boliger, tror vi dette er et sentralt suksesskriterie. Med dagens økonomiske situasjon og prognosen om et negativt budsjettår spesielt i forhold til variable lønnskostnader, er det også grunnlag for å stille seg spørsmål om avdelingslederne har tilstrekkelig ansvar for budsjett og regnskap.

5.5.2 Enhetskostnader i sykehjem

Melhus kommune har samlet sett relativt høye kostnader til sykehjemsdrift og kostnadene til institusjon har økt mye de siste årene. Dette er nok i større grad knyttet til antall sykehjemsplasser enn til kostnad pr. plass, selv om utbyggingen av Buen helse- og omsorgssenter har vært forholdsvis kostbar. Kostnad pr. plass er knyttet til antallet spesialenheter som avklaringsenheten og skjermet demens enhet, men også bemanningen på den enkelte avdeling. Vi har konkret erfaring fra flere kommuner som har lavere bemanning pr. sykehjemsplass enn Melhus.

¹⁸ Sintef 2004. *Kvalitet og bemanning i sykehjem*

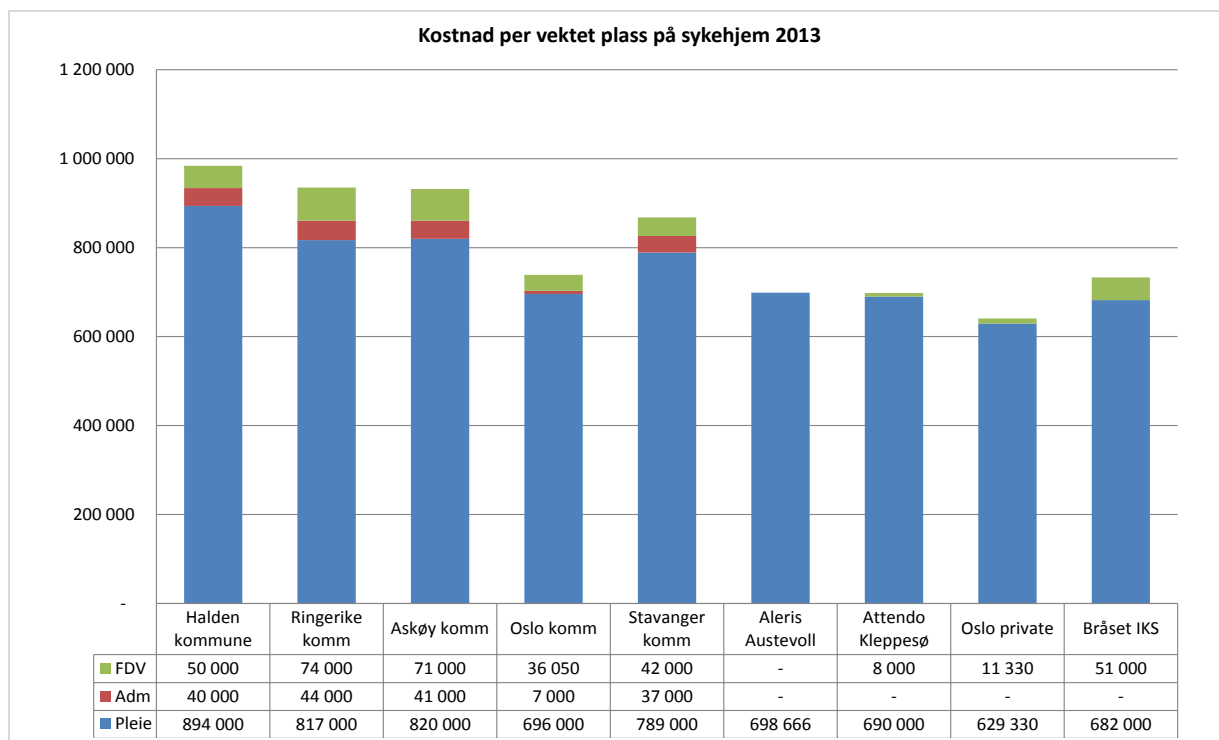
Regnskap pr. 30.09.15 og årsprognose basert på tilsvarende aktivitet som de første 9 månedene, viser at det er institusjonsopphold som er det tjenesteområdet som ser ut til å ha det største merforbruket i forhold til budsjett. Regnskapsprognosen viser at institusjonstjenesten ligger an til et merforbruk på ca 2,5 mill. kroner, hovedsakelig på lønnskostnader.

Dersom Melhus legger seg på et gjennomsnittlig nivå på bemanning i sykehjem, vil en kunne argumentere for lavere kostnader. Dersom Melhus kommune legger seg på en gjennomsnittlig pleiefaktor på 0,84, vil en kunne redusere bemanningen med ca. 7 årsverk i forhold til dagens 115 plasser og ca. 15,5 årsverk dersom man reduserer til 105 plasser. Dette betinger imidlertid at en vurderer mengde og type spesialiserte enheter i sykehjem. Samtidig betinger det at en prioriterer drift i de mest driftsøkonomiske enhetene og samkjører type plasser mer enn hva som er tilfellet i dagens situasjon.

Agenda Kaupang har gjennomført oppdrag for Ringerike kommune vedrørende enhetskostnader bl.a. i sykehjem. Da har vi sammenlignet enhetskostnader med andre kommuner og med det private markedet basert på regnskap 2013. Vi har i analysene gjort en forenklet selvkostberegning på kommunenivå (ikke pr. sykehjem). Tilsvarende detaljerte kartlegging er ikke gjennomført for Melhus i dette prosjektet, men tas med her for å synliggjøre muligheter for å kunne redusere enhetskostnadene på sykehjemmene i kommunen.

Konkurransetsetting av eksisterende kommunale sykehjem kan være et tiltak for å redusere utgiftene. For å sammenligne egne kostnader med private tilbud må vi ta med både pleiekostnaden, bygningsdriften og andel av administrative kostnader. Vi forutsetter at private låner kommunens sykehjem. De betaler ikke kapitalhusleie (renter og avskrivninger), men dekker FDV-utgifter i henhold til vanlig praksis i leiemarkedet (renhold, strøm, vaktmester, indre vedlikehold). Kommunen dekker kapitalkostnader og ytre vedlikehold.

Figuren under viser kostnader pr. vektet plass for et utvalg kommuner vi har undersøkt.



Figur 5.6 Kostnader pr. vektet plass i sykehjem i 2013

Enhetskostnadene i Melhus er betydelig høyere enn i kommunale sykehjem i Ringerike, Askøy og Stavanger. Sykehjem i Oslo kommune drives over kr 200 000 billigere pr. plass. Vår undersøkelse viste videre at plasser i sykehjem drevet av ideelle organisasjoner koster omtrent det samme som kommunale plasser.

Bråset sykehjem IKS har lave kostnader til å være et offentlig sykehjem (med offentlig tariffavtale). Bråset er et stort sykehjem, med 200 plasser. Store og rasjonelt bygde sykehjem kan drives mer effektivt enn små. Det viser tallene for Bråset og Oslo kommune, som også har store sykehjem. Ringerike har små og tungdrevne sykehjem. Gjennomsnittsstørrelsen er 29 plasser. Austevoll (46 plasser) er mer relevant å sammenligne med enn Oslo. Pleiekostnadene ved Austevoll sykehjem (Aleris) er kr 100 000 lavere pr. plass enn i Ringerike.

Vårt kjennskap til de aktuelle sykehjemmene med de laveste pleiefaktorene er at de har en faktor som ligger rundt 0,8. Det er da ikke sykehjem med spesialplasser. Kommunene som har valgt å konkurranseutsette sykehjemmene til private aktører, sparer kostnader. Dette henger bl.a. sammen med reduserte kostnader til pensjon i de private sykehjemmene.

Private sykehjems plasser er stort sett billigere enn kommunale eller ideelle plasser. Melhus kommune har trolig et sparepotensial opp mot 5–10 % ved å privatisere et eller flere av sykehjemmene sine. Innkjøp av tjenester fra private firma krever imidlertid høy bestillerkompetanse. Kommunen må gjøre juridisk bindende, langsiktige avtaler med private firma.

Anbud i sykehjem varer vanligvis i 4–6 år. Dette er aktuelt for sykehjemsdriften og eiendomstjenester. På den andre siden kan en konkurranseutsetting gå raskt.

I Austevoll tok det omtrent ett år fra arbeidet med anbudspapirer kom i gang og til det private firmaet Aleris tok over driften. Det politiske vedtaket om å starte opp konkurranseutsetting ble fattet i kommunestyret i desember 2011 ved behandlingen av kommunebudsjettet for 2012. Aleris startet opp 3.6.2013.

Det er viktig å ha tilstrekkelig bemanning og kompetanse i en felles bestillerenheten ved konkurranseutsetting av sykehjem. Enheten må kunne ta ansvaret for vedtakene, uten å måtte støtte seg for mye på utførers vurderinger. Dette krever erfarne saksbehandlere med tid til å besøke brukerne. Bemanningen i dagens vedtaks kontor må gjennomgås. Kommunen trenger også god kompetanse innen økonomi og jus.

Konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester er et strategisk spørsmål. Kommunen bør ta stilling til om tjenester primært skal produseres i egen regi eller kjøpes inn fra private/andre. Dette har lite å gjøre med kommunestørrelse, men mye med politikk. Samtidig er det trolig mulig å redusere kostnader ved drift av sykehjem dersom kommunen gjennomfører dette.

5.6 Omsorgsboliger

Helse- og omsorgstjenesten benytter omsorgsboliger som et tiltak for å forebygge funksjonssvikt og behov for sykehjems plasser. I de fleste tilfeller vil tildeling av en omsorgsbolig/tilrettelagt bolig resultere i en forbedring av funksjonsnivå og utsette/forebygge videre funksjonssvikt. Dette gjelder innbyggere med psykisk, fysisk og aldersrelatert funksjonssvikt.

Etter utbyggingen av Buen har nå alle de tre helse- og omsorgssentrene omsorgsboliger samlokalisert med sykehjemmet. Dette øker muligheten for å kunne fortsette å bo i leiligheten selv om man opplever betydelig fysisk funksjonssvikt. Disse omsorgsboligene har ikke egen basebemanning, men nærheten til sykehjem og hjemmesykepleiens kontorer oppveier i stor grad dette.

Etter stengingen av Kroa, ble personellressursen på Kroa flyttet til hjemmesykepleien i Nedre Melhus. Denne ressursen benyttes overfor de nye leilighetene på Buen. Det foreligger ikke planer om å reetablere basebemanning på Kroa.

Flå eldresenter har fortsatt basebemanning. I september 2014 ble Krengnesbu etablert, et botilbud for yngre fysisk funksjonshemmede på Buen, som har basebemanning hele døgnet.

I alle andre omsorgsboliger, vist i tabellen nedenfor, ytes omsorgstjenester av hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Tabell 5-6 Oversikt over kommunens omsorgsboliger innen rammeområde 3

PLANLAGT brukergroupe						
	Annet	Hovedsakelig eldre	IKKE I BRUK	Psykiatri	Psykisk utviklingshemming	Totalsum
0-18 år					1	1
19-67 år		25		12	38	75
67 eller mer		173			3	176
IKKE I BRUK			8			8
Variierende	8					8
Totalsum	8	198	8	12	42	268
FAKTISK brukergroupe						
	Annet	Hovedsakelig eldre	IKKE I BRUK	Psykiatri	Psykisk utviklingshemming	Totalsum
0-18 år					1	1
19-67 år	3	8		23	41	75
67 eller mer		166		5	5	176
IKKE I BRUK			8			8
Variierende	8					8
Totalsum	11	174	8	28	47	268
PLANLAGT brukergroupe						
	Annet	Hovedsakelig eldre	IKKE I BRUK	Psykiatri	Psykisk utviklingshemming	Totalsum
Ambulant bemanning fra sentral base		119				119
Base i samme bygg med bemanning hele eller deler av døgnet	8	59	8			75
Døgnbemanning		20		12	42	74
Totalsum	8	198	8	12	42	268
FAKTISK brukergroupe						
	Annet	Hovedsakelig eldre	IKKE I BRUK	Psykiatri	Psykisk utviklingshemming	Totalsum
Ambulant bemanning fra sentral base	3	99		14	3	119
Base i samme bygg med bemanning hele eller deler av døgnet	8	55	8	2	2	75
Døgnbemanning		20		12	42	74
Totalsum	11	174	8	28	47	268

Omsorgsbolig med heldøgns bemanning

Melhus kommune har lav dekningsgrad når det gjelder omsorgsboliger med bemanning hele døgnet. Vår analyse har vist at Melhus har en dekningsgrad på 3,3 % når det gjelder omsorgsboliger til eldre innbyggere over 80 år, mens gjennomsnittet i utvalget ligger på 6,1 %. Størdal har en dekningsgrad på 16 % av slike boliger, 175 plasser i bosenter fordelt på fem steder.

Flå eldresenter er pr. i dag kommunens eneste omsorgsboliger med heldøgns bemanning, med unntak av Krengnesbu med to plasser for yngre fysisk funksjonshemmede. Flå eldresenter består av 20 omsorgsboliger med personalbase som er organisert under hjemmetjenesten i Horg/Flå med eget

ansvarsnummer i budsjettet. Omsorgsboligen ligger lokalisert på Flå og har en fast bemanning og egen turnus for de 20 brukerne/leilighetene.

Flere av brukerne har pr. i dag pleiebehov tilsvarende sykehjemspasienter.

Tabell 5-7 Fordeling av antall ansatte dag/kveld/natt på antall brukere

	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Brukere	20	20	20	20	20	20	20
Dag ansatte totalt	2	2	2	2	2	2	2
Kveld ansatte totalt	2	2	2	2	2	2	2
Natt (hvilende)	1	1	1	1	1	1	1

Årsverk og kompetanse

Flå eldresenter har 6,2 årsverk, fordelt på 11 personer. De ansatte har bakgrunn som helsefagarbeider og hjelpepleiere, en assistent på hvilende nattvakt.

Tabell 5-8 Årsverk og kompetanse

Omsorgsboliger med heldøgns bemanning	Antall brukere 31.05..2015	Antall årsverk	Bemanningsfaktor	Sykepleie/vernepleieandel	Totalt sykefravær pr 1.07.2015	Leder-tetthet
Flå Eldresenter	20	6,20	0,31	0,00	7,8 %	4,08 %
Krengnesbu	2	5,00	2,50	0,85	11,0 %	2,94 %
Totalt	22	11				

Bemanningsfaktoren eller pleiefaktoren i forhold til stedlig bemanning på Flå eldresenter er hensiktsmessig og lav på 0,31. Hjemmesykepleien har i tillegg oppdrag ved sentret som krever sykepleiefaglig kompetanse.

En kan rangere omsorgsboliger i fire nivåer. Det høyeste nivået (nivå 4) er å bemanne omsorgsboliger med tilsvarende eller høyere bemanning enn i sykehjem. Nivå 3 er å ha fleksibel bemanning etter behov, og nivå 2 er kun å ha fast tilsyn og lav bemanning. Det laveste nivået av omsorgsboliger (nivå 1) er kun å ha boligene, uten fast bemanningsbase. Vår vurdering er at kommunens omsorgsboliger i dag er på nivå 1 og 2.

Endringsprosessen som vi foreslår, må foregå over flere år og innebærer som nevnt at en kombinerer ulike tiltak. Samtidig forutsetter det en klar styring av og mål for hvilke nivå for bistand ulike brukere skal ha i de ulike boligene.

- Nivå 1: Uten tjenester, kun enkel praktisk bistand
- Nivå 2: Ambulant hjemmesykepleie og praktisk bistand
- Nivå 3: Fast bemanning, nivå under sykehjem
- Nivå 4: Bemanning tilsvarende sykehjem eller høyere

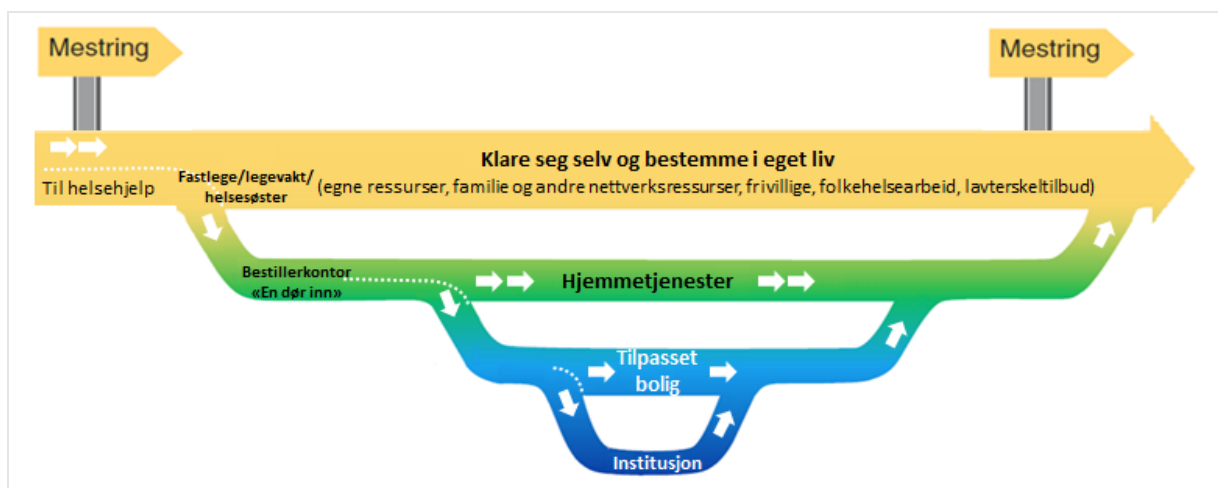
5.7 Alternativer for utvikling av heldøgntilbudet og andre boformer

De fleste ønsker å kunne bo i sitt eget hjem, og å være herre i eget hus, så lenge som mulig. Kommunens viktigste rolle er derfor å legge til rette for at så mange som mulig skal kunne bo i sitt eget hjem, eller en tilpasset bolig, så lenge som mulig. Strategier for å lykkes er at eldre skal mestre eget liv, og få hjelp når de trenger det hele livet. Sykehjemsplass bør være en del av det kommunale omsorgstilbudet, for dem som trenger det. Å være beboer på et sykehjem innebærer en sterk inngripen i den enkeltes privatliv. Det er ikke slik at alle ønsker seg en sykehjemsplass, når helsen begynner å svikte.

I dette kapitlet ser vi først på hvordan økt satsing på hjemmebasert omsorg kan bidra til å redusere sykehjem. Deretter blir det drøftet hvordan kommunen kan utvikle et variert boligtilbud for eldre, samtidig som man sikrer rasjonell kommunal drift. Til slutt blir det lagt frem beregninger av ulike alternativer for fremtidig utbygging av tilbudet, som illustrerer at det er mulig med en endring av dagens praksis.

5.7.1 Økt satsing på hjemmebasert omsorg kan bidra til å redusere behovet for sykehjem

Modellen nedenfor er valgt for å synliggjøre visjonen «Sammen for mestring» og hvordan Melhus ønsker å tilby innbyggerne sine rett behandling, på rett sted og til rett tid uavhengig av alder og hjelpebehov.



Figur 5.7 Modell for økt fokus på mestring i Melhus kommune for alle brukergupper. Kilde: Agenda Kaupang inspirert av DPS veilederen 2006

Modellen illustrerer at den enkelte innbygger selv har hovedansvaret for å mestre eget liv, ved hjelp av egne ressurser, familie og nettverk. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for at dette kan skje, og fastlegen, legevakten og helsesøstertjenesten er sentrale aktører i kommunen som vil være tilgjengelige for å bidra. Modellen illustrerer også prinsippet om at tjenestene skal tildeles og utøves på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON- prinsippet); selv om man har behov for mer helsetjenester i perioder er det alltid et mål å klare seg selv, helt eller delvis.

Folkehelseloven fremholder at kommunen har et ansvar for å ta i bruk hele sitt tjenestespekter og alle sine sektorer i det forebyggende arbeidet, for å fremme egenmestring på kort og lang sikt.

God helse er en individuell opplevelse, og mange vil oppleve god helse selv med store hjelpebehov. Vi ønsker å innrette tjenesten slik at dette skjer.

Selvhjelp står for det gode hverdagslivet der innbyggeren klarer seg selv med egne ressurser, familie og nettverk. Kommunens bidrag vil blant annet være tilrettelegging av bomiljø i nye områder,

servicetilbud, kollektivtilbud, helsefremmende tiltak og folkehelsearbeid, lavterskeltilbud og forebyggende tjenester, avlastning, opplæring, veiledning og støtte m.m. Kommunen ønsker å ha en god dialog med innbyggerne i ulike livsfaser og i roller som brukere, pårørende og frivillige.

Ved behov for helsehjelp ønsker kommunen i all hovedsak å legge til rette for å kunne gi tjenester hjemme hos innbyggerne. Unntaksvis kan det være nødvendig med tidsbegrenset opphold på korttidsplass eller avlastningsplass på institusjon. Dersom dette heller ikke er tilstrekkelig, kan det være aktuelt med en tilpasset bolig/omsorgsbolig med tilsyn eller heldøgns bemanning. Det korteste forløpet skal som hovedregel være et sykehusopphold eller et institusjonsopphold i kommunen, dette løpet er kun forbeholdt de alvorligst syke eller barn som opplever omsorgssvikt og er det dyreste tilbudet man tilbyr.

Bestillerkontoret har en sentral plass på veien inn til og ut av det kommunale hjelpeapparatet og representerer "en dør inn" til helse- og omsorgstjenesten. Kontoret vil ha en sentral rolle i å styre ressursbruken i kommunen til riktig omsorgsnivå.

Hjemmetjenester er en samlebetegnelse for alle tjenester som ytes i brukerens eget hjem. Punktinnsats ("hjelp av og til") fra hjemmetjenesten kan være et viktig bidrag til at den enkelte klarer å bo lengre i eget hjem og opprettholder sitt funksjonsnivå.

Tilpasset bolig/omsorgsbolig er her benyttet som samlebetegnelse for alle kommunale tilpassede boliger/omsorgsboliger til eldre, mennesker med nedsatt funksjonsevne og mennesker med psykiske lidelser. En slik bolig vil kunne bidra til trygghet og fremme opplevelsen av mestring. Utgangspunktet vil alltid være at det er den enkeltes eget ansvar å ordne med egen bolig.

Institusjon er her benyttet som det øverste omsorgsnivået i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være sykehusopphold, sykehjemsopphold eller opphold i en barnebolig. Det er et mål at det skal være minst mulig behov for slike plasser.

Pilene i modellen viser at innbyggerne ikke nødvendigvis forblir på et fast nivå i tjenestekjeden, selv om man tildeles tjenester der. Eksempelvis kan en bruker med tjenester i hjemmet av og til ha behov for et korttidsopphold på institusjon/sykehjem for så å reise hjem og klare seg videre med eller uten hjemmetjenester.

5.7.2 Fremtidig utvikling av institusjoner og andre boformer for eldre

Det overordnede spørsmålet her er hvordan Melhus skal utvikle heldøgnsstilbud og andre boformer for eldre innbyggere mot 2040. Videre i dette avsnittet blir det beskrevet noen føringer som det anbefales at legges til grunn for utviklingen av tilbudet. For øvrig vises det til en egen boks som beskriver tilbud gitt av andre kommuner.

En større del av heldøgnsstilbudet i omsorgsboliger

I Melhus blir rundt 83 % av heldøgnsstilbudet gitt på institusjon (sykehjem) og rundt 17 % av tilbudet i omsorgsboliger (Flå Eldresenter + Krengnesbu). Andre kommuner har valgt en langt sterkere satsing på omsorgsboliger. I Stjørdal blir for eksempel på 75 % av heldøgnsstilbudet gitt i omsorgsboliger.

Også for Melhus kan det være fornuftig å gi en større del av heldøgnsstilbudet i omsorgsboliger. En slik vridning vil innebære at en større del av befolkningen får et tilbud som ligger mellom sykehjem og vanlig bolig. Resultatet vil være at flere får et tilbud med mindre karakter av institusjon. Videre vil tilbudet i omsorgsboliger kreve noe mindre bemanning enn på sykehjem. Vridningen vil derfor føre til en viss demping i den kraftige veksten i utgiftene til pleie og omsorg som følge av at det blir flere eldre i kommunen.

Et variert privat og offentlig boligtilbud for eldre

Formålet med kapittelet som tidligere nevnt er å gi et grunnlag for å drøfte og utforme en *boligpolitikk for eldre*. En slik satsing vil være i samsvar med anbefalingen i Nova (2014)¹⁹ har utført på oppdrag fra Husbanken. En hovedanbefaling fra forskerne er at kommunene bør satse på å utvikle en boligpolitikk for eldre. Dette området har til nå i liten grad vært prioritert. Anbefalingen er basert på en gjennomgang av plandokumenter i 30 kommuner.

Et nærliggende mål for en slik politikk er å kunne tilby eldre i Melhus et variert privat og offentlig boligtilbud. I det følgende skisseres noen elementer som en slik politikk kan omfatte.

- *Inspirasjon fra andre kommuner*. Oslo og Bergen gir et tilbud om Omsorg+, og Bærum et tilsvarende tilbud som blir kalt «boliger med service» (se egen boks). Tilbudet i disse og andre kommuner kan være til inspirasjon når Melhus skal bygge neste generasjon med omsorgsboliger.
- «*Demensvennlige boliger*». Demensvennlig utforming av fysiske omgivelser kan bidra til en enklere og tryggere hverdag for eldre personer med kognitiv svikt eller demens som bor i eget hjem eller institusjon. Melhus kan hente inspirasjon fra forskning og praksis og hva som skal til for etablere slike boliger. For eksempel gjennomføres det for tiden et prosjekt i Oslo med sikte på å etablere en «Oslomodell» for en alders- og demensvennlig bydel.
- «*Sentrumsnære boliger*». Utviklingen av Melhus sentrum innebærer både bygging av omsorgsboliger hvor kommunen har hånd om finansieringen og tildelingen og bygging av boliger som selges på det private markedet. Mange kommuner opplever at enkelte allerede fra 50-årsalderen ønsker å flytte fra eneboliger til sentrumsnære leiligheter. Slike flyttinger kan både være begrunnet med ønske om en mer lettstelt bolig og med mulighetene en slik bolig gir for å delta i ulike aktiviteter som finner sted i sentrum.
- *Samarbeid med private aktører*. Det kan være fornuftig at kommunen samarbeider med private aktører om utbygging av plussleiligheter i privat regi, jf. omtalen av dette samarbeidet i Bærum kommune omtalt i boksen.

«Bemanningsvennlige» boliger som grunnlag for rasjonell kommunal drift

Så langt har tilbudet vært omtalt ut fra behovet til den eldre delen av befolkningen. Boligene kan imidlertid også vurderes ut fra hvor egnet de er for å kunne tilby beboerne pleie- og omsorgstjenester. I tabellen under er den kommunale bistanden fordelt på fire nivåer.

Tabell 5-9 Fire nivåer for bistand i ulike type boliger

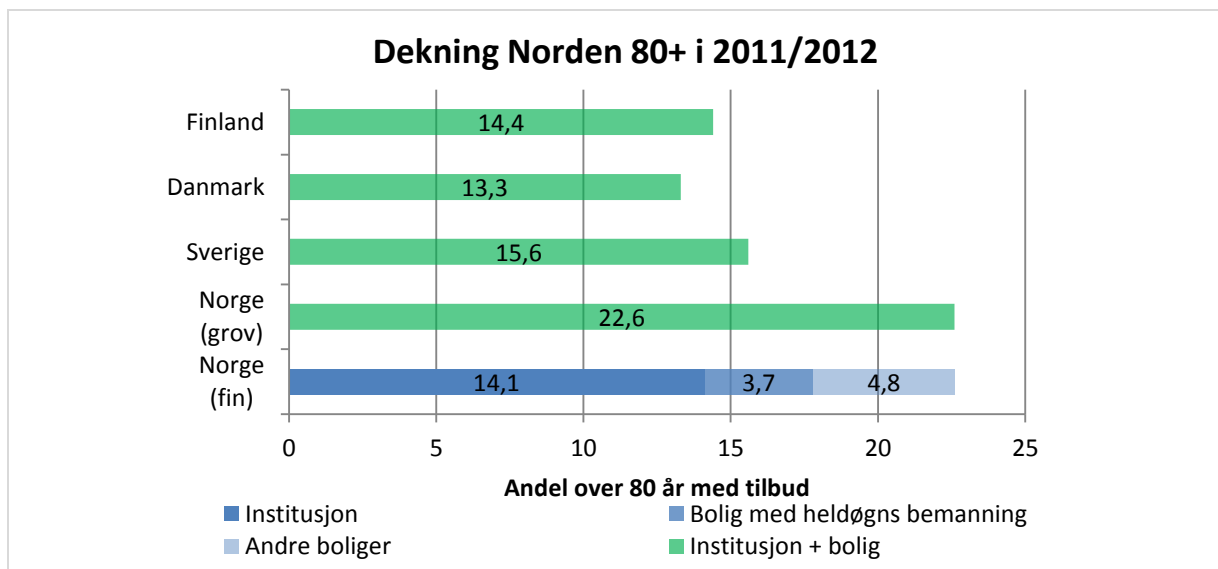
Nivå/behov for bistand	Type bolig	Tilbud av tjenester	Bemanningsløsning
Nivå 1: Lavt behov for bistand	Private hjem og «plussboliger»	Forebyggende tjenester, hjemmetjenester og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
Nivå 2: Noe behov for bistand	Private hjem, omsorgsboliger, «plussboliger»	Hjemmetjenester, korttidsopphold og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
Nivå 3: Middels behov for bistand	Tilrettelagte omsorgsboliger og private hjem «plussboliger»	Hjemmetjenester, korttidsopphold og medisinsk oppfølging	Base i samme bygg med bemanning hele eller deler av døgnet
Nivå 4: Omfattende behov for bistand	Omsorgsboliger med heldøgns omsorg og sykehjem	Intensiv pleie og omsorg	Døgnbemanning

¹⁹ Nova (2014): «Planer for et aldrende samfunn? Bolig og tjenester for eldre i kommunene». NOVA-rapport 17/2014

For kommunen er det viktig at det bygges det som kan kalles «bemanningsvennlige boliger». Det bør være mulig å etablere baser i boliger hvor det er mange eldre med middels behov for bistand (nivå 2 og nivå 3). Bemanningen av boligene bør tilpasses utviklingen av behovet for tjenester for beboerne i boligene. Behovet avgjør blant annet om det trengs bemanning hele eller deler av døgnet.

5.7.3 Boligtilbud for eldre i de nordiske landene

Det er foretatt en sammenlikning av botilbudet til eldre i de nordiske landene i figuren under.



Figur 5.8 Andel over 80 år med tilbud om institusjon og boliger med bemanning hele eller deler av døgnet

I Norge blir det også tilbudt omsorgsboliger uten heldøgnsbemanning. I 2011 var det 4,8 % av eldre over 80 år med et slikt tilbud (jf. figuren over). Dette året var det 14,1 % med tilbud på sykehjem og 3,7 % for omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Den samlede dekingen var altså på 22,6 %.

I de andre nordiske blir det ikke utarbeidet statistikk som gir mulighet til å skille ut heldøgnsstilbudet. Derfor er det bare foretatt en sammenlikning av den samlede dekningsgraden for ulike botilbud. I de tre andre landene varierer denne dekingen mellom 13,3 % i Danmark og 15,6 % i Sverige. Tilbudet i Norge er med andre ord langt mer omfattende enn det som er vanlig i de andre nordiske landene.

Det er store variasjoner i omfanget av tilbudet i de nordiske landene. Tilbudet er mest omfattende i Norge og minst omfattende i Sverige. I alle de fire landene går utviklingen i retning av at det er en lavere andel av befolkningen som får et tilbud. Utviklingen gjelder både institusjon og ulike hjemmetjenester.

Fremtidig utvikling av dekingen i Melhus

Den langsiktige utviklingen i de nordiske landene og den store spredningen i dekingen i Norge gir en tydelig indikasjon på at det kan være mulig med en reduksjon av dekingen for heldøgnsstilbudet også i Melhus.

Levealderen i Melhus øker. Det er mulig at en person på 80 år i årene som kommer vil ha bedre helse og ha behov for mindre bistand enn før. SSB har foretatt beregninger som viser at utgiftene til pleie og omsorg vil bli vesentlig redusert om man legger til grunn at de eldre får en bedre helse. Økningen i levealder er av generell karakter og er faktisk en mulig forklaring til den langsiktige utviklingen med reduserte dekningsgrader i de nordiske landene.

Nøkkelen til en redusert dekningsgrad vil være at kommunen støtter innbyggernes ansvar for egen helse, og at tjenestene i hjemmet gis slik at eldre kan klare å bo lengst mulig i egne hjem. Det vil også være mulig å gi en større del av heldøgnsstilbudet i omsorgsboliger.

Det er foretatt beregninger av fremtidig behov for heldøgnsstilbudet og andre boformer basert på ulike forutsetninger om dekningsgrader. Forutsetningene er nærmere beskrevet i neste avsnitt.

5.7.4 Beregninger av fremtidig behov for heldøgnsstilbud og andre boformer for eldre

Det blir her lagt frem beregninger for behovet for heldøgnsstilbud og andre boformer for eldre i årene frem til 2040. Det er behov for en betydelig utbygging som følge av den kraftige økningen i antall eldre i årene fremover. Beregningene omfatter utbygging både i privat og kommunal regi.

Tabell 5-10 Beregninger av fremtidig behov for heldøgnsstilbud og andre boformer for eldre

Type tilbud	2014	2015	2016	2018	2022	2024	2026	2030	2034	2040
Innbyggere 80+	635	658	638	640	699	790	881	1026	1171	1330
Innbyggere 85+	316	331	328	329	332	338	372	474	586	692
Innbyggere 90+	94	112	103	114	129	131	134	142	197	261
Sykehjem langtid (somatisk)	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Sykehjem spesialplass langtid (demente)	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Korttid-/rehabplasser/avlastning	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Rehabiliteringsplasser	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Plasser egen palliativ enhet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Institusjonsplasser	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105
Dekningsgrad institusjonsplasser 80+	17 %	16 %	16 %	16 %	15 %	13 %	12 %	10 %	9 %	8 %
Omsorgsboliger for eldre med heldøgns bemanning	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Omsorgsboliger for yngre fysisk funksjonshemmede, heldøgns bemanning	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Bofelleskap for demente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt antall plasser med heldøgns bemanning	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
Dekningsgrad heldøgns-bemannede botilbud 80+	20 %	19 %	20 %	20 %	18 %	16 %	14 %	12 %	11 %	9 %
Omsorgsboliger for eldre med mulighet for heldøgns bemanning	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
Totalt antall plasser med mulighet for heldøgns bemanning	190	190	190	190	190	190	190	190	190	190
Dekningsgrad for boliger med mulighet for heldøgnsbemanning 80+	30 %	29 %	30 %	30 %	27 %	24 %	22 %	19 %	16 %	14 %
Omsorgsboliger	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119
Plussboliger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Private plussboligkonsept i samarbeid med kommunen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt antall institusjonsplasser og seniorvennlige "plussboliger"	309	309	309	309	309	309	309	309	309	309
Dekningsgrad botilbud 80 + totalt	49 %	47 %	48 %	48 %	44 %	39 %	35 %	30 %	26 %	23 %

Melhus har en dekning for heldøgnsstilbudet noe høyere enn landsgjennomsnittet. Erfaringen fra andre kommuner i Norge og ikke minst de andre nordiske landene, viser at det er mulig å gi en større del av tilbudet i brukernes egne hjem. Det er nedenfor skissert et alternativ for en tilvarende endring av tilbudet i Melhus. I dette alternativet er det lagt opp til en gradvis styrking av kapasiteten for hjemmetjenestene.

Vi har foretatt en fremskrivning av behovet for institusjon og andre boformer for eldre. Framskrivningen er gjort i følgende to alternativer:

- *Alternativ 0:* Videreføring av dagens praksis. Alternativet illustrerer hva som skjer ved en videreføring av dekningsgraden for de ulike deler av tilbudet.
- *Alternativ 1:* Betydelig økt hjemmebasert omsorg og satsing på at mer av heldøgnsstilbudet blir gitt i omsorgsboliger. Økt satsing på hjemmebasert omsorg for å styrke innbyggernes mulighet for å klare seg selv i eget liv slik at det oppleves trygt å bo hjemme. Omfattende reduksjon i dekningsgraden av ordinære omsorgsboliger eid av kommunen.

I praksis anbefales det ikke å gjennomføre alternativet med en videreføring av dagens praksis. Formålet med alternativet er å vise hvor store endringer alternativ 1 innebærer.

Videre har vi tatt utgangspunkt i følgende tredeling av tilbudet:

- Plussboliger (nivå 2 og nivå 3)
- Omsorgsboliger med heldøgns bemanning (nivå 3)
- Institusjonsplasser (nivå 4)

Vi har valgt betegnelsen «Plussboliger» etter inspirasjon fra Omsorg+ i Oslo og Bergen og plussboligene til Selvaag. Dette er seniorvennlige leiligheter med livsløpsstandard som kan bygges både av kommunen og private aktører.

Det er også foretatt en beregning av konsekvensene av å videreføre dagens praksis (alternativ 0). Dette alternativet er tatt med for å illustrere hvor store endringer det andre alternativet innebærer. Noen av forskjellene mellom alternativene er illustrert i tabellen under.

Tabell 5-11 Forutsetninger for to hovedalternativer for fremtidig utvikling av boligtilbud til eldre i kommunal og privat regi.

Kjennetegn	Alternativ 0: Videreføring av dagens praksis	Alternativ 1: Økt hjemmebasert omsorg
Heldøgnsstilbudet: Fordeling institusjon og omsorgsboliger	Dagens sammensetning videreføres	Nybygging i hovedsak som omsorgsboliger
Kommunale og private «plussboliger» (omsorgsboliger)	Videreføring av dagens dekningsgrad ift kommunens 184 omsorgsboliger til eldre (119+65)	Reduksjon av dekningsgraden av plussboliger til 15 %

I det følgende blir forutsetningene i alternativene nærmere beskrevet (jf. tabellen over):

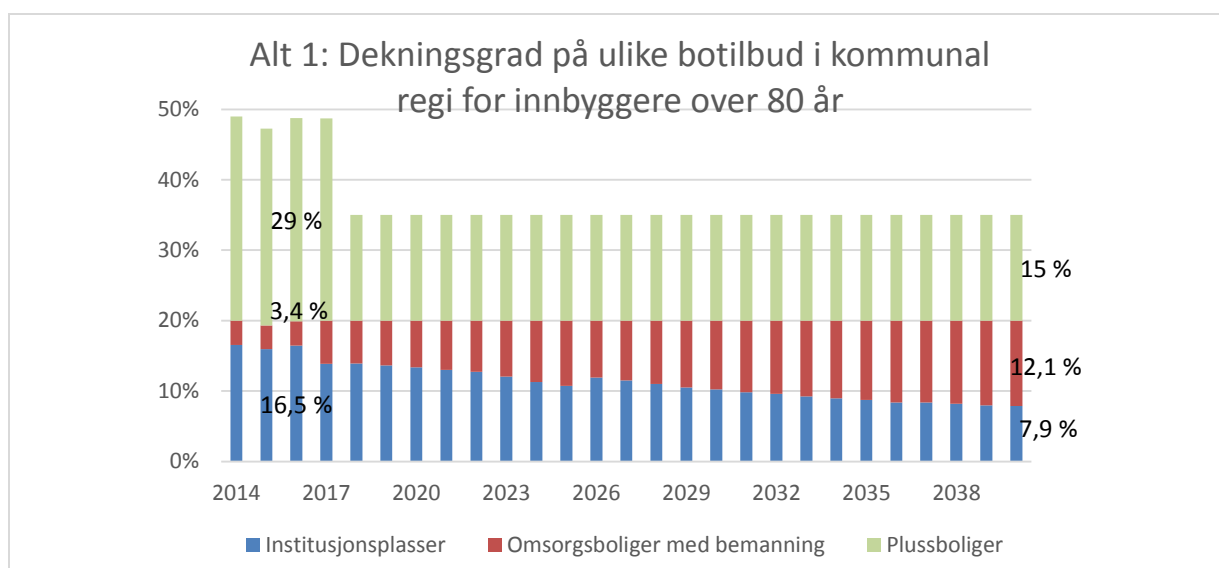
- *Fordelingen av heldøgnsstilbudet:* Andre kommuner har valgt å gi en langt større del av heldøgnsstilbudet i omsorgsboliger. I disse boligene får brukerne et tilbud i egne hjem i omgivelser som i mindre grad er preget av institusjon. Et eksempel er Stjørdal 3 av 4 heldøgns plasser gis i omsorgsboliger. I alternativ 1 er det lagt opp til at nybygging i hovedsak skjer i omsorgsboliger.
- *Private «plussboliger»:* Det bør også legges til rette for at eldre kjøper egnede boliger på det private markedet. I Bærum kommune blir det bygget leiligheter for eldre som tilbys på det ordinære markedet, hvor det samtidig er lagt til rette for et kommunalt heldøgnsstilbud. Denne modellen er godt egnet for utvikling av tilbudet også i Melhus sentrum.

Resultater

Det er foretatt beregninger av utviklingen i botilbudet for de to ulike alternativene. Beregningene bygger på forutsetningene beskrevet over og forventet utvikling av antall eldre i kommunen. Resultatet av beregningene og en oversikt over dekningsgraden er vist i figurene under.

Dekningsgrader

I alternativ 0 er det lagt til grunn en videreføring av dagens dekningsgrad med 16,5 % dekning på institusjon og 3,4 % i heldøgnsbemannede omsorgsboliger (Nivå 2–3 i omsorgsboligene), jf. figuren nedenfor. Videre er det i alternativ 0 lagt til grunn et tilbud av plussboliger som tilsvarer 29 % av antall personer over 80 år. Plussboligene er her definert med utgangspunkt i kommunens 184 omsorgsboliger til eldre (119+65), men kan i framtiden kan plussboligene bygges både i kommunal og privat regi.



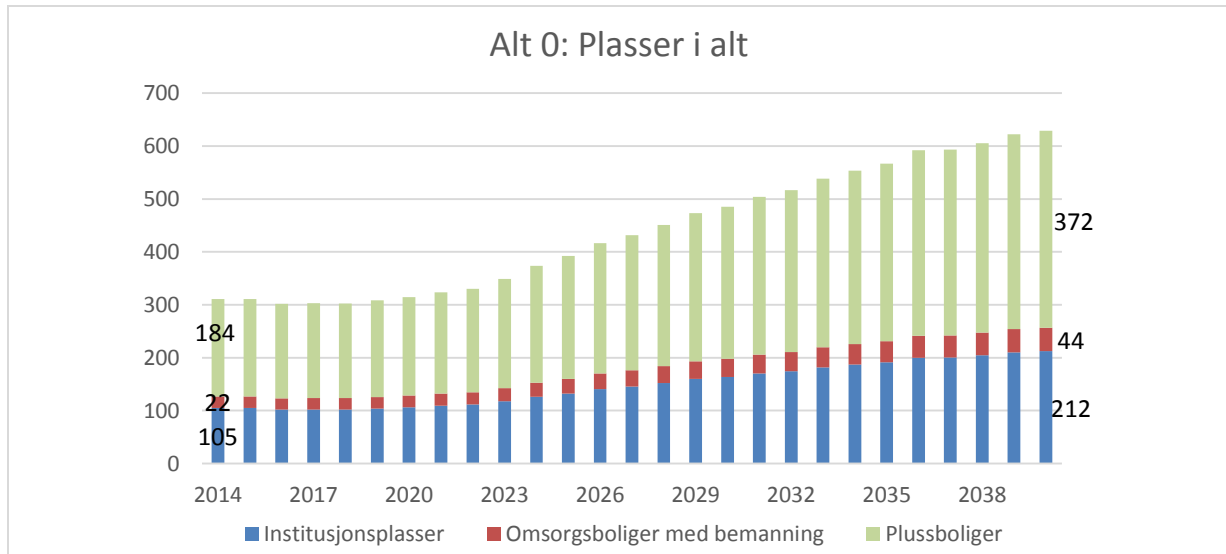
Figur 5.9 Antall plasser som andel av befolkningen over 80 år²⁰ i alternativet med ny praksis (alternativ 1)

I alternativ 1 er det lagt til grunn at heldøgnsstilbudet skal tilsvare 20 % av antall personer over 80 år i hele perioden, jf. figuren over. Videre er det her lagt til grunn et tilbud av plussboliger som tilsvarer 15 % av antall personer over 80 år. Plussboligene kan i framtiden bygges både i kommunal og privat regi.

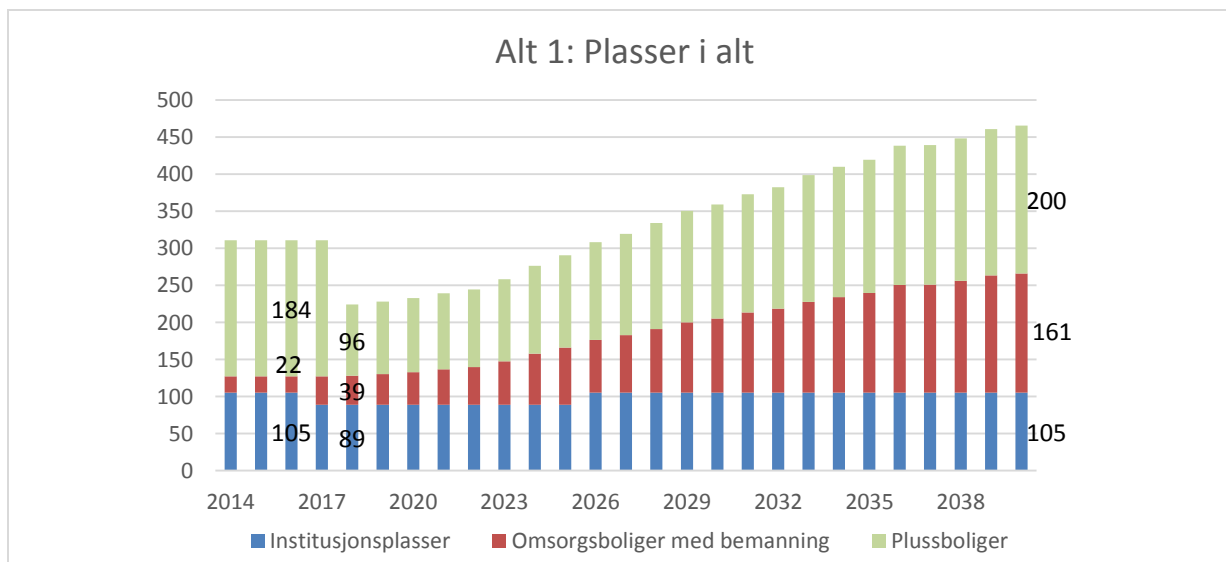
Behov for nye plasser

Figurene under viser beregnet behov for plasser totalt i 2040 i de to alternativene.

²⁰ Figuren omfatter også plasser som blir gitt til personer under 80 år. Andelene i figuren blir derfor høyere enn dekningsgraden for personer over 80 år drøftet i avsnitt 6.3.



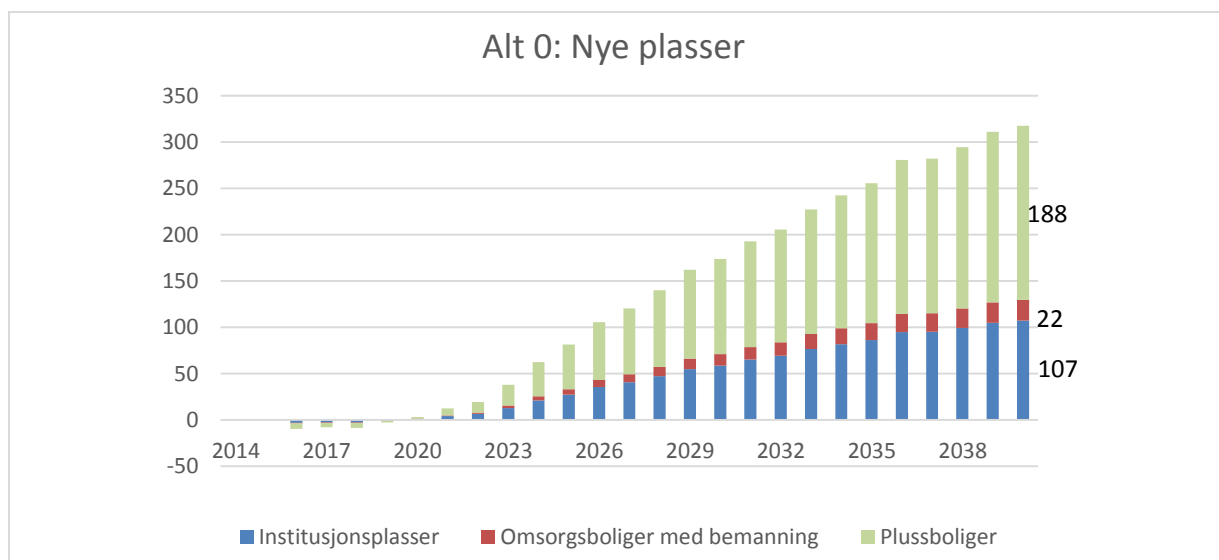
Figur 5.10 Samlet antall i ulike botilbud i alternativ 0



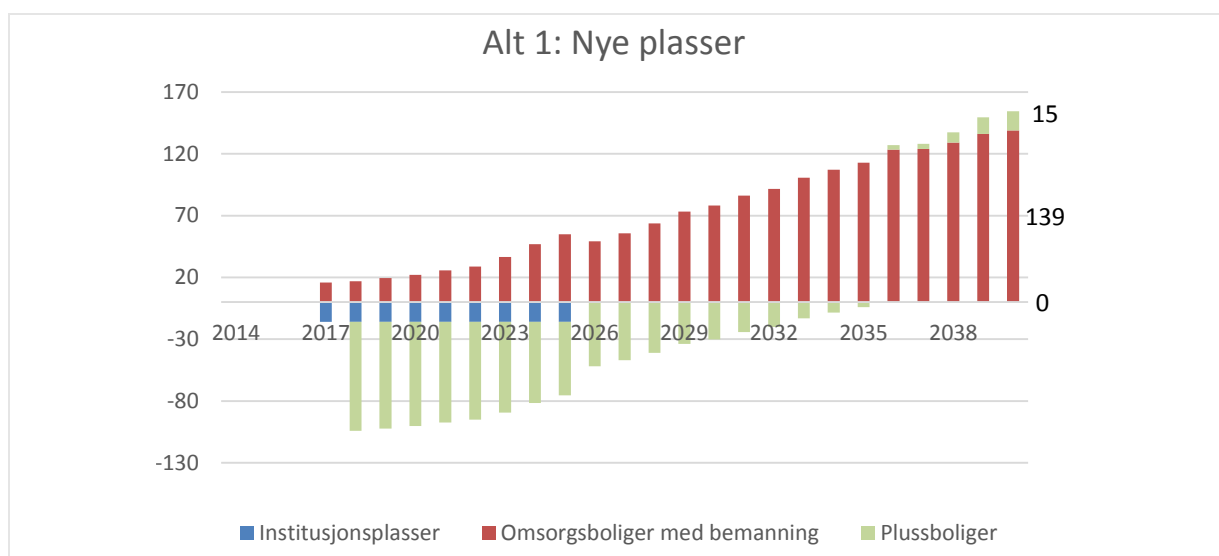
Figur 5.11 Samlet antall i ulike botilbud i alternativ 1

I alternativ 1 vist i figur 5.12 ligger det to sentrale forutsetninger for beregningene. Dette alternativet innebærer en reduksjon av kommunalt eide omsorgsboliger fra 184 til 96 i fra 2018 og det innebærer en omgjøring av 16 institusjonsplasser til heldøgns omsorgsboliger.

Figurene under viser beregnet behov for nye plasser i de to alternativene. En videreføring av dagens dekning innebærer behov for rundt 340 nye plasser i 2040. Tilsvarende er det beregnet et behov for nye 155 plasser i alternativ 1.



Figur 5.12 Samlet antall behov for nye plasser i ulike botilbud i alternativ 0



Figur 5.13 Samlet antall behov for nye plasser i ulike botilbud i alternativ 1

Melhus tilbyr i 2015 rundt 105 plasser i institusjoner og ulike botilbud til eldre (jf. figuren over). En videreføring av dagens dekningsgrader (alternativ 0) innebærer at behovet øker til 212 plasser i 2040 forutsatt mediansalternativet til statistisk sentralbyrå. Det vil da i 2040 altså være behov for mer enn dobbelt så mange plasser som i dag, noe som henger sammen med en tilsvarende vekst i antall eldre. Behovene i årene fremover er altså avhengig av i hvilken grad kommunen lykkes med å gi et godt tilbud i brukernes opprinnelig hjem i tråd med BEON-prinsippet.

I begge alternativene vil dagens nivå på antall heldøgns omsorgsplasser kunne gi et tilstrekkelig tilbud i noen år fremover, fram til nærmere 2019.

Alternativ 1 innebærer at behovet for nye plasser blir betydelig redusert. Grunnen til dette er en økt satsing på private seniorleiligheter og at det blir tilrettelagt slik at eldre i noe større grad kan klare seg i egne hjem, men også dette alternativet innebærer en kraftig utbygging av tilbudet.

Den store forskjellen mellom 0-alternativet og alternativ 1, er om det skal satses på institusjonsplasser eller omsorgsboliger. I alternativ 1 blir satsingen konsentrert om å bygge omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning.

5.8 Personer med funksjonsnedsettelse

Det er også innenfor dette området problematisk å sammenligne tall med andre kommuner, da brukernes behov for bistand og tilsyn varierer stort. Samtidig har vi erfaring for at kommunene prioriterer tjenester til brukergruppen på ulike måter. Her kan nevnes tilbud om dag-/ aktiviserings-tilbud, støtte på boliger, satellittbrukere mv.

Vår innledende sammenligning har vist at kommunen har relativt moderate kostnader til brukere under 18 år og kostnader i øvre sjiktet når for brukergruppen over 18 år, når vi ser kostnadene i forhold til relevante innbyggere. Det kan tyde på at utfordringsbildet i Melhus er knyttet til kostnader pr. tjeneste, med et relativt høyt volum på tjenester på et høyt omsorgsnivå (BEON-tiltakstrapp). Vi skal komme nærmere inn på dette i de neste kapitlene.

5.8.1 Boliger

Gjennomgangen vår viser at kommunen har utgifter til bemanning i bolig som ligger høyt sammenliknet med kommunene i vårt utvalg, når vi korrigerer for antall innbyggere i alderen 18–67 år. Andel plasser i bolig ligger på et mellomnivå.

De bygningsmessige strukturene i en bolig danner rammer for driften, pr. dag har kommunen 8²¹ boliger hvor det tilrettelegges med heldøgn omsorg og personalbaser. Antall brukere pr. enhet varierer og behovene til de ulike brukerne beskrives også å variere.

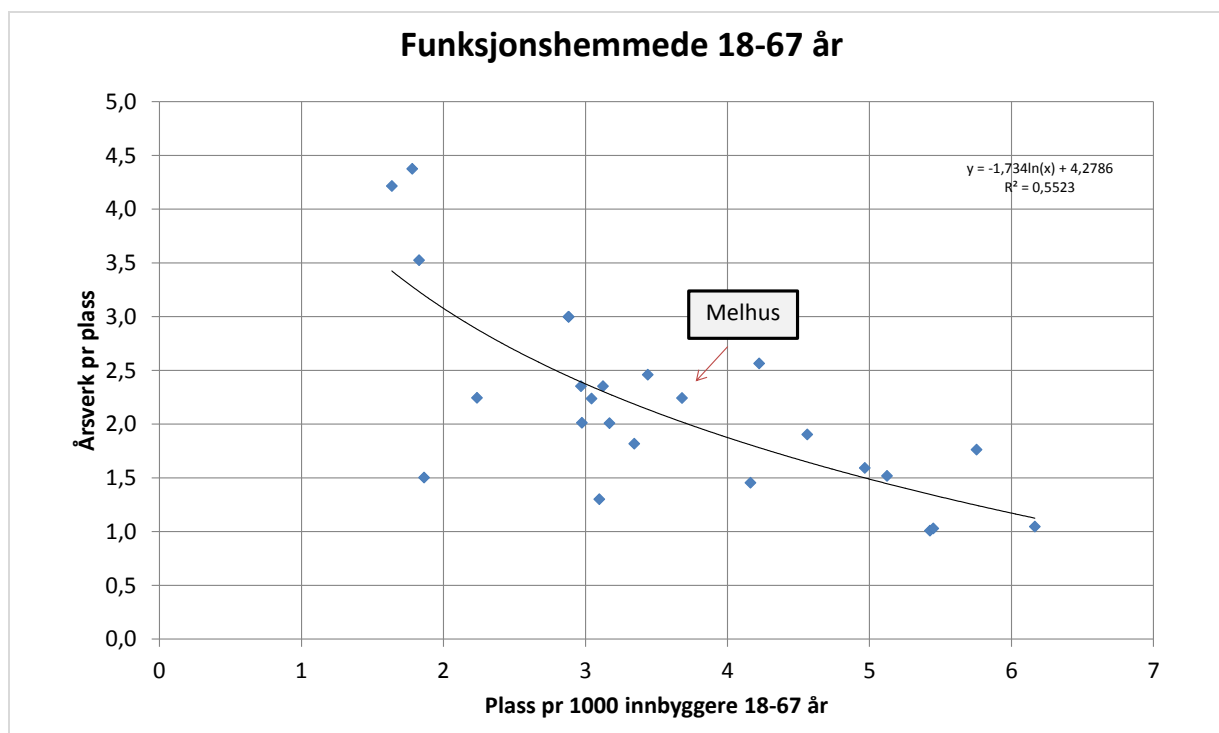
Boligene innen virksomhet Bo og avlastning hvor det er tilrettelagt med personalbase eies av kommunen og brukerne inngår leieavtale med kommunen.

Andel plasser og årsverk

Andel årsverk pr. bruker varierer og skyldes flere forhold. En årsak er knyttet til ulike brukere med ulike behov, med også knyttet til ulike vurderinger og utmåling av tjenester. Et annet forhold er strukturen på boligene hvor man tilrettelegger med bistand. Etersom kommunen har flere relativt små boenheter kan dette gjøre det krevende å sikre god utnyttelse av personalressursene og dermed gjøre det vanskelig å få til en kostnadseffektiv drift.

Vi har utarbeidet et plott-kart som viser årsverk pr. plass og antall plasser/brukere i omsorgsbolig pr. relevante innbygger. Tallene fremkommer i neste figur.

²¹ 8 boliger fordelt på 7 enheter.



Figur 5.14 Årsverk og andel plasser funksjonshemmede

Figuren er omtalt tidligere og viser at antall årsverk ligger på et relativt høyt nivå i forhold til antall plasser til formålet. Samtidig er det viktig å presisere at når en bosetter mange brukere i boligene, vil naturlig andelen med behov for lav bemanning være høyere. Dette trekker ned bemanningsbehovet. Bemanning i boliger til funksjonshemmede handler både om fysisk utforming av boligene, sammensetting av brukerne i boligene og tilgang på dagtilbud for brukergruppen.

I virksomhet Bo og avlastning ser vi at andel årsverk pr. bruker i de ulike boligene varierer fra 0,9 til 8,56. Dette kan skyldes flere og ulike forhold. En årsak ligger i den enkelte brukers bistandsbehov og lowerket som regulerer tjenestene. Et annet forhold som spiller inn, er størrelse og antall driftsenheter (jf. grunnenheter og optimale driftsstørrelser).

Boligen hvor man har en bemanningsnorm som innebærer 8,56 årsverk pr. bruker skal avvikles og integreres i en større driftsenhet når ny bolig står klar. Alternativ turnusordning avvikles samtidig med aviklingen av boligen.

Vi har tidligere vist at Melhus har en boligstruktur for denne brukergruppen som består av mange små driftsenheter. I tabellen under viser vi størrelser på boligene, relatert til antall brukere.

Tabell 5-12 Oversikt boliger

Boligstruktur	Antall boliger bo og avlastning
1-2 brukere	1
3 brukere	1
4 brukere	2
5 brukere	1
8 brukere	2
9 eller flere brukere ²²	1
Sum boliger	8

Tabellen over viser at hovedvekten av boligene hvor det ytes tjenester i form av stasjonær bemanning for mennesker med funksjonsnedsettelse i Melhus, er tilrettelagt for færre enn 8 brukere. Melhus har to boliger hvor det er tilrettelagt for 8 brukere.

En annen faktor som spiller inn er antall årsverk og størrelsen knyttet til turnusgrupper. Matrisen under viser at flere av boligene i Melhus har turnusgrupper rundt 6–10 årsverk. Den største turnusgruppen er i underkant av 18 årsverk. Matrisen viser at størrelsen på turnusgruppene varierer:

Tabell 5-13 Årsverk i boliger

Boligstruktur	Antall boliger bo og avlastning
inntil 5 årsverk	0
6-10 årsverk	4
11-15årsverk	3
16-20 årsverk ²³	1
over 20 årsverk	0
Sum	8

Melhus kommune har mange boliger hvor det bor mennesker med variert bistandsbehov og i ulik alder. I enkelte boliger trekkes ulikhetene i brukergruppen frem som utfordrende både i forhold til å sikre optimal organisering, men også for å ivareta de ulike brukerne. Samlokalisering av ulike brukere i samlokaliserte boliger er tema som er berørt i prosjektet *Samlokaliserte kommunale boliger og store bofellesskap* (FAFO 2012). Her drøftes ulike erfaringer knyttet til ulike typer boliger og størrelser på boliger for denne målgruppen. En av de tingene som trekkes frem er utfordringer relatert til brukersammensetninger.

Flere kommuner opplever å ha for lav kapasitet på boliger til denne målgruppen. Dette medfører at brukere som ikke *passer inn* i bofellesskapene eller komplekser med samlokaliserte boliger, likevel tilbys plass i slike boliger ved ledighet. Dette beskrives av casekommunene i studiet å være til hinder for å få gode bomiljøer og en god boligsituasjon. Dette er også utfordringer vi ofte støter på i våre gjennomganger. Noen kommuner har etablert en rutine/arbeid for å unngå uhensiktsmessige plasseringer og uønskede brukersammensetninger. Dette er et viktig arbeid for å *sikre riktig bruker i rett tilbud*. Vi ser at dette arbeidet også er utfordrende og da særlig relatert til manglende kapasitet. Uansett er det avgjørende at kommunene har et system og rutine som medfører at man har fokus på dette. Vurderingen er at kommunene som har en strategi på dette, større grad klarer å unngå uheldige og uhensiktsmessige *brukerplasseringer*.

²² Avlastningsbolig

²³ Består av en bolig med to turnussgrupper. Samhandler noe og er i felles bygg. Skal avvikles.

Andelen plasser i bolig ligger på et mellomnivå i Melhus, men kostnadene ligger i det øvre sjiktet.

Kostnader i bolig er i hovedsak knyttet til personalkostnader.

Dette kan selvsagt forklares med bakgrunn i brukernes behov, men må også sees i sammenheng med kommunens boligstruktur, samt øvrige tjenestetilbud for denne brukergruppen. Melhus kommune har relativt høy andel av boliger som er forholdsvis små og hovedvekten av boligene vurderes å være lite kostnadseffektive. Dette skyldes i hovedsak at turnusgruppene er små og at man i svært begrenset omfang klarer å sikre samdrift mellom tjenestene og driftsoptimale enheter.

I tabellen under har vi foretatt en vurdering knyttet til smådriftsulempen og driftssituasjonen i boliger innen virksomhet Bo og avlastning:

Tabell 5-14 Oversikt boliger og brukere Bo og avlastning

Bolig	Antall brukere	Antall årsverk	Bemanningsfaktor	Kompetanseprofil	Sykefravær	Vurderinger
Bolig 1	4	13,48	3,37	Høy andel fagkompetanse- ca. 32 % høyskole og 52 % av ansatte med helsefag.	5,50 %	Relativ liten bolig.- få brukere og høy bemanning. Boligen er særlig tilrettelagt for døv/blinde.
Bolig 2	9+2	10	0,90	53 % av ansatte med helsefag. 9 % høyskole.	8,50 %	Avlastningsbolig som i benyttes både til avlastning og noe dagtilbud. Vurderes som noe liten, men organiseringen og dagens drift vurderes som effektiv. Boligen beskrives å være funksjonell og godt tilpasset formålet.
Bolig 3 og 4	5+3	12,74+8,5	2,6	Ca. 62 % av ansatte med helsefag. Underkant av 20 % med høyskole.	10,2+4 %	To boliger som ligger i geografisk nærhet til hverandre (side om side). Enheten driftes i hovedsak som to enheter, men med noe samdrift. Kommunen har vurdert mulighet for samlokalisering ved bygningstilpassning. Boligene fremstår pr. i dag som lite robuste. Bolig fordelt på to bygg. Gjør det krevende å utnytte ressurser på tvers - særlig på natt.
Bolig 5	8	10	1,25	30 % andel som ufaglærte, 20 % av ansatte med helsefag. 28 % høyskole.	5,40 %	Bygget beskrives å være funksjonelt for brukergruppen. Antall boenheter gjør at det er mulig å sikre rasjonell drift.
Bolig 6	8	14,19	1,77	54 % av ansatte med helsefag. 18 % har høyskole, og 21 % er ufaglært.	8,00 %	Enheten er fordelt på to bygg, hvorav personalbasen ligger i tilknytning til hovedhuset. Byggets beliggenhet trekkes frem som positivt (Buen omsorgssenter). Kan være noe krevende å sikre effektiv drift dersom det oppstår behov for mer tilsyn i særlig på natt for de boligene som ligger utenfor personalbasen.
Bolig 7 ²⁴	4	7,3	1,83	50 % av ansatte med helsefag. 18 % er ufaglært og 14 % har høyskole.		Antall beboerenheter er av en slik størrelse at det kan være vanskelig å sikre driftsoptimaliserings-utnyttelse av ressurser.
Bolig 8	1+1	17,11	8,56	41 % av ansatte med høyskole, og 40 % har helsefag.	15,6 % (22,8+8,5)	Enheten skal avvikles. Vurderingen er at dette er et fornuftig grep for å sikre bedre ressursutnyttelse og sikre en mer robust og driftsoptimal enhet.

²⁴ Har ikke fått oppgitt sykefraværet.

Tabellen viser at hovedvekten av boligene vurderes å være relativt små, og at det ut fra en totalvurdering kan se ut som om det kan være vanskelig å sikre en kostnadseffektiv drift. Dette går blant annet på antall brukere i en enhet, behov for bistand på ulike tider av døgnet, kompetanse-sammensetningen m.m. Antall årsverk varierer mellom boligene og kan ikke, alene begrunnes i brukernes behov. Boligstrukturen og tjenestetilbudet forøvrig er også av betydning, herunder bruk av dagtilbud.

Melhus jobber med å etablere en ny bolig hvor blant annet brukere med omfattende behov for tilsyn, veiledning og skjerming skal få tilbud. Å samle denne brukergruppen, samtidig som man sikrer gode bostrukturer og tilrettelagte *inne* og *utemiljø* vil være avgjørende for å kunne tilrettelegge for kvalitet, men også for kostnadseffektive tjenester.

Bemanning på ulike tider av døgnet

Arbeidet med tjenestene i Melhus kommune har bestått i fysisk kartlegging og befaring ved alle boenhetene i kommunen. Vi har også hatt befaring ved dagtilbud og andre steder der kommunen yter tjenester.

Første figuren²⁵ viser oversikt over boligene i virksomhet Bo og avlastning. Matrisen viser når bruker/personalet er til stede ulike tider av døgnet, uken gjennom.

Tabell 5-15 Oversikt over brukere og bemanning

	Ma.	Ti	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Dag beboere i bolig	17,5	19	19	21,5	15	37,5	37,5
Antall beboere med hjemmedag	4,5	7	5	4	5		
Satellitter - dag	0	0	0	0	0	0	0
Dag ansatte	24	24	24,5	24,5	24	24,3	23,3
Dag ansatte igjen i bolig	12	12	9,5	10,5	12	24,3	23,3
Dag ansatt, utenfor boligen	12	13	16	15	12	0	0
Kveld beboere i bolig	38	38	38	37,5	37,5	37,5	37,5
Kveld satellitt	1	1	2	1	1	1	1
Kveld ansatte	26	26	25,5	27	23,8	22,8	23,8
Natt beboere	40,5	41	41	40,5	40,5	40,5	40,5
Natt ansatte våken	6	6	6	6	6	6	6
Natt ansatte hvilende	3	3	3	3	3	3	3

Tabellen viser:

- Det er en differanse mellom årsverk oppgitt av kommunen (95) og planlagt bemanning. Planlagt bemanning i boligene utgjør 84,5 årsverk, i tillegg til ledere (administrativ del ca. 4,5 årsverk). Årsverk oversikten fra enhetslederne utgjør ca. 95 årsverk. Noe av differansen skyldes

²⁵ I oversikten ligger ikke avlastningsboligen inne. Denne presenteres i egen matrise senere.

ulikheter i vaktlengder. Ettersom det er mange turnuser og ulike vaktlengder kan dette forklare noe av avikket. Som vi vil vise senere viser oversikt over kompetanse og årsverk fra kommunen at de har ca. 92 årsverk.

- Andel ansatte pr. bruker varierer
 - Virksomhetene har mange ansatte på dagtid i ukedager. Halvparten av ansatte er igjen i bolig på dagtid, resterende ansatte er med på brukers dag- og aktivitetstilbud. Ansatte som er igjen i bolig ivaretar behov for dagaktivitetstilbud for beboere som ikke har dette utenfor boligene.
 - Gjennomsnittlig andel pr. bruker på dag i ukedag utgjør 0,61. Andel bemanning pr. bruker i helg utgjør 0,63 (differansen utgjør ca. 1 årsverk)
 - Gjennomsnittlig andel pr. bruker på kveld i ukedag utgjør 0,67. Andel bemanning pr. bruker i helg utgjør 0,61 (differansen utgjør 2 årsverk)
- Bemanning på natt utgjør i underkant av 16 årsverk
- Rundt 51 % av brukerne i bolig har ikke annet *organisert* tilbud utenfor boligen på dagtid.
 - Mange av beboerne i bolig på dagtid deltar i organiserte dag- og aktivitetstilbud i regi av personalet. Det utarbeides egne ukeplaner for disse beboerne for å ivareta behov for dag og aktivitetstilbud.
 - Andel brukere med hjemmedag varierer uken gjennom
- Andel satellitter er lav. Det vil si brukere som ikke bor i en samlokalisert bolig, men som mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen i form av ambulante tjenester

Dagens boligstruktur samt hvordan kommunen har organisert tjenestene sine setter rammer for driften. I et lengre tidsperspektiv bør kommunen se på muligheten av å tilpasse boligstrukturen på en slik måte at det blir mulig å tilrettelegge med gode helse- og omsorgstjenester kostnadseffektivt. I et kortere tidsperspektiv er kommunen avhengig av å få til et langt større samarbeid mellom dagtilbud og boligene, dersom en skal få til mere kostnadseffektive tjenester.

Vi ser at en stor andel brukere i bolig på dagtid, samtidig har gjennomgangen vår vist at andel brukere innenfor Bo og avlastning som har et dag- og aktivitetstilbud ved kommunens senter er relativt lav. I hovedsak omhandler dette brukere som beskrives å ha relativt omfattende behov for bistand. Det blir opplyst at dette var et bevisst valg fra Melhus kommune når nåværende arbeidssenter ble planlagt. Brukere som ikke kunne nyttiggjøre seg arbeidssenteret skulle gis dagtilbud tilrettelagt for deres behov organisert og gjennomført av bofelleskapet de bor i.

På bakgrunn av dette har Bo og avlastning etablert egne dag- og aktivitetstilbud for enkeltbrukere. Brukere som er i behov av tettere oppfølging enn det som er tilrettelagt for på Aktivitetssenteret har med seg personale fra boligen. Samdrift mellom bolig og dag- og aktivitetssenteret vurderes som smarte grep for å sikre god utnyttelse av kompetanse og ressurser på tvers. Vurderingen er at kommunen bør se på muligheten av at flere brukere får et dagtilbud utenfor boligen, samtidig som man søker å iverksette tiltak for å utnytte personalet og ressursene samlet sett på en effektiv måte.

Vi har tidligere vist til at lederspennet innenfor helse- og omsorgstjenestene varierer. Innenfor virksomhet Bo og avlastning har kommunen tilrettelagt med en stedlig leder i hver bolig. Kontrollspennet til leder varierer, fra ca. 7 årsverk til ca. 20. Hvordan dette er organisert varierer i kommunene. Flere kommuner sliter med å ivareta behov for stedlig bemanning i hver bolig. Dette både fordi de har mange boliger og fordi de har flere boliger hvor andel årsverk er lav. Melhus har valgt å ha en stedlig leder i hver enhet. Arbeidstiden til leder er fordelt på administrativ tid og tid i turnus. Fordelingen mellom administrativ tid og tid i turnus varierer noe, men ligger i hovedsak rundt en fordeling på 50/50.

Ledelse i boligene er avgjørende for å kunne ivareta ansattes behov for personlig oppfølging, og viktig for å ivareta arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse. Informasjon fra intervjuene tilsier at de fleste er fornøyd med at det er stedlig leder i hver bolig, og at fordelingen mellom administrativ tid og tid i turnus fungerer.

Løsningen for en bedre ressursutnyttelse vil ikke kun innebære å redusere bemanningen i hver enkelt bolig. Skal man lykkes må arbeidet innbefatte at man i større grad klarer å organisere boligene og bemanningen i boligene sammen, samt å se på muligheten av økt samdrift mellom personalet i bolig og organisering av dagtilbudene. Det innebærer at personalet fra boligene i større grad enn nå følger over på dagtilbudet samt at flere får et tilbud utenfor boligen. Alternativt må man vurdere muligheten av å gjøre endringer i turnus som reduserer antall personer på dagtid. Dette kan for eksempel bety at nattevaktene jobber lengre vakter og bistår i morgenstellet.

På lengre sikt vil det være klokt av kommunen å se på boligstrukturen, herunder antall boliger og størrelsen på boligene.

Kompetanse i boliger

En annen ting som henger nøye sammen med kvalitet og grunnstørrelser er kompetanse. Kompetansesammensetningen til ansatte og hvordan denne kommer til anvendelse har mye å si både i forhold til hvordan bruker opplever tilbudet, men påvirker også organisering av arbeidsoppgaver og arbeidsflyt i en avdeling. Feil eller lav kompetanse i en avdeling kan også påvirke ansattes arbeidstilfredshet, som igjen kan påvirke kvaliteten.

Tilstrekkelig og god kompetanse er avgjørende i forhold til å kunne sikre en optimal organisering og effektiv drift. Kompetansesammensetningen innen ulike grunneheter i Melhus varierer.

Vi har sammenfattet kompetansesammensetningen innenfor boligene i virksomhet Bo og avlastning. Tabellen under viser at andelen av ufaglærte i boliger for funksjonshemmede ligger relativt lavt med 18 %. Andel høyskoleutdannede, eksklusiv ledere utgjør i underkant av 15 %. Andel ansatte med hjelpe-/helsefagutdanning utgjorde ca. 50 %.

Tabell 5-16 Kompetansesammensetning

	Årsverk
Leder	5,04
Vernepleiere	13,7
Annen 3 årig høyskole	8,73
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere	45,81
Ufaglærte	16,17
Andre	0,85
Sum årsverk	90,3

Av erfaring fra tilsvarende gjennomganger ser man ofte at flere kommuner sliter med rekruttering av kompetanse innenfor slike tjenester. I Melhus blir det uttalt at det er god pågang av kvalifiserte søkere til utlyste stillinger og at det er en relativ lav turnover. Demografisk utvikling tilsier at vi i fremtiden vil bli færre yrkesaktive. Det kan innebære at rekruttering i fremtiden kan bli mer krevende. Det innebærer at man må sikre strukturer som gjør at man kan benytte personale og kompetanse på en hensiktsmessig måte. Det å ha mange små boenheter, hvor man ikke klarer å samkjøre personalressursene vurderes som lite hensiktsmessig. Det er viktig å ha en bolig- og tjenestestruktur som gjør at man ivaretar brukernes behov for privatliv, individuell tilrettelegging og bistand. Tilstrekkelig kompetent personale er en viktig betingelse for å få til dette.

Brukere i høy alder, med endrede behov

Et annet viktig forhold, som også kommunen må ha en strategi på er hvordan man skal ivareta denne brukergruppen når behov for tjenester endres som følge av høy alder. Hvor behovene ikke lengre primært er knyttet til miljøterapeutiske tiltak, men i økt omfang knyttes til ulike somatiske og pleiemessige behov. En av tankene bak HVPU-reformen var normalisering. I dette ligger det også at kommunen må ha en strategi på hvordan denne brukergruppen skal ivaretas. Pr. i dag har kommunen noen brukere som beskrives å ha utviklet aldersrelaterte sykdommer, men som bor i ulike boliger i Melhus.

5.8.2 Avlastning

Kommunen er pålagt å ivareta behov for avlastning. Tjenesten er ikke relatert til alder og er et tiltak som er rettet mot den/de med særlig tyngende omsorgsoppgaver.

Gjennomgangen vår kan tyde på at kommunen har et godt avlastningstilbud innenfor målgruppen Den kommunale avlastningen er samlet i en egen bolig og ivaretar avlastning for 9 brukere i ulik alder. Vår gjennomgang viser at kommunen har relativt høye utgifter til avlastning for barn og unge, men moderate utgifter til dette formålet for de over 18 år.

Figuren under viser oversikt over avlastningsboligen i virksomheten. Matrisen viser et gjennomsnitt for når bruker/personalet er til stede ulike tider av døgnet uken gjennom. Antall brukere på avlastning varierer. Noen har avlastning hver fjerde uke, noen har avlastning hver uke. Antall brukere til stede varierer fra uke til uke, og dag til dag. Avlastning tilrettelegges fra to ettermiddager pr. måned til 18 døgn pr. mnd. Det er totalt 6 rom på avlastningen. Ett av rommene er avsatt til akutte/ikke planlagte behov. Rommet benyttes nå for en bruker som skal inn i ny bolig (oktober). Fire av brukerne skal over i ny bolig fra høsten 2015. Avlastningen vil etter dette tilby flere barn avlastning i bolig. Dette er barn som pr. i dag ivaretas av privat avlastning i regi av helsestasjonen.

Tabell 5-17 Oversikt over brukere og bemanning

	Ma.	Ti	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Dag bruker i bolig	2,50	2,00	2,50	5,50	2,00	3,50	3,50
Dag ansatte	2,00	2,00	2,00	2,50	2,00	2,80	2,80
Dag ansatte i bolig	2,00	2,00	2,00	2,50	2,00	2,80	2,80
Kveld brukere	4,00	4,00	4,00	3,50	3,50	3,50	3,50
Kveldbrukere- satelitt	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kveld ansatte	3,00	2,50	3,00	2,50	2,80	2,80	2,80
Natt beboere	3,50	4,00	4,00	3,50	3,50	3,50	3,50
Natt ansatte våken	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Tabellen viser:

- Avlastningen har noe ledig kapasitet både på helg og i ukedager
 - Avlastningen tilrettelegger med dag/skoletilbud for 2 brukere
- Andel personal pr. bruker på avlastning er relativt høy (bemanningsfaktor)
- Andel ressurser på natt er relativt høy (pr. bruker)
 - Andel ressurser på natt utgjør 1,9 årsverk

Det tilrettelegges i tillegg med ekstra avlastning i forbindelse med jul-, vinter- og sommerferie. At kommunen har etablert et felles avlastningstilbud vurderes å være et klokt grep for å sikre effektiv tjenester og kvalitativt gode tjenester. De bygningsmessige forholdene beskrives som gode og utemiljøet er tilrettelagt for målgruppen.

Kommunens kostnader ligger i det øvre sjiktet og er i hovedsak knyttet til personalkostnader. Bemanningen ved avlastningen varierer og må sees i sammenheng med brukerne som er tilstede. Men variasjon i brukerbehov kan ikke alene forklare kostnadsnivået. Som vi har vist tidligere må dette også sees i sammenheng med de bygningsmessige strukturene og størrelsen på grunnenheten (antall brukere tilstede). Bemanningen ved avlastningen er gjennomgående høy og andel på natt er høy.

Pr. i dag beskrives det å være ledig kapasitet på avlastningen, både i forbindelse med helg, men hovedsakelig knyttet til kveld/natt i ukedager. Tabellen over viser at antall brukere ikke overstiger fire og at antall brukere i gjennomsnitt er noe lavere enn dette. Endringer i brukergruppen fra høsten medfører at boligen vil tilrettelegge for flere barn som pr. i dag har avlastning hos private. Privat avlastning er et viktig supplement til de kommunale avlastningstilbudene, og er som regel rimeligere enn de kommunale. Andel bruker med privat avlastning i Melhus ligger lavt. Det er viktig at kommunen har en bevist strategi om hvordan ulike avlastningsformål kan benyttes overfor ulike brukergrupper.

Den kommunale avlastningsboligen er relativ liten. Andel rom som er avsatt til avlastningsformål kan, etter vår vurdering, være begrensende for å sikre mer effektiv utnyttelse av ressursene. Dette gjør at kommunen får forholdsvis høye enhetskostnader.

Skal kommunen sikre effektive helse- og omsorgstjenester er avlastning et viktig tiltak. Vurderingen er at kommunens kostnader til dette ligger i det øvre sjiktet og kan ikke alene knyttes mot brukernes behov, men kan også skyldes relativ lav bruk av private avlastere og bygningsmessige strukturer.

Kommunen kjøper i tillegg avlastning for brukere som de ikke kan ivareta i egenregi. Gjennomgangen vår har ikke inkludert en vurdering knyttet til dette. Vurderingen er at kjøp av slike tjenester medfører et oppfølgingsansvar for kommunen. Kommunen har det faglige ansvaret for tjenestene uavhengig av hvem som utfører disse. Når kommunen kjøper tjenester, er det helt avgjørende at den følger opp rollen som bestiller (dvs. følger opp pris og kvalitet). Vår erfaring er at flere kommuner har, etter en reforhandling og gjennomgang av tilbudet som kjøpes, klart å redusere kostnadene. Vår vurdering er at kjøp av tjenester også må gjennomgås med tanke på å redusere kommunens samlede kostnader innenfor denne tjenesten.

5.8.3 Dag- og arbeidstilbud funksjonshemmede

Agenda Kaupang har ikke foretatt en egen analyse knyttet til kommunens dag- og aktivitetstilbud til denne brukergruppen. Dette er et tiltak organisert inn under ett annet rammeområde (rammeområde 4 - Læring og mestring). Det er gjennomført en kort befaring av arbeidssenteret i tillegg til intervju med enhetsleder for arbeidssenteret og virksomhetsleder.

Selv om arbeidet ikke har inkludert et «dypdykk» innenfor denne tjenesten ser vi allikevel behov for å komme med noen generelle vurderinger knyttet til dimensjonering og organiseringen av slike tiltak. Da dette av erfaring har betydning for hvorvidt kommunen samlet sett klarer å tilrettelegge med kostnads-effektive tjenester til denne målgruppen.

Den kvantitative analysen av pleie og omsorg i Melhus har innbefattet dag- og aktivitetstilbud til denne brukergruppen (arbeidssenteret). I den forbindelse er det hentet inn data knyttet til brukere, årsverk og kostnader. Analysen har vist at Melhus kommune ligger på et mellomnivå når vi ser på andel brukere som deltar i et slikt tilbud. Vi ser at kostnadene som er skilt ut er høye.

Innenfor virksomhet Bo og avlastning er det ca. 11 årsverk som benyttes til ulike dag- og aktivitetstilbud. Dette er årsverk som både benyttes ved arbeidssenteret samt til andre tilbud i regi av virksomhet Bo og avlastning.

Vi har fått beskrevet at tilbudet som pr. i dag ivaretas ved arbeidssenteret i hovedsak tilrettelegges som gruppetilbud for brukere med en utviklingshemning. Arbeidssenteret uttaler selv at de ikke har venteliste og at de som er innenfor målgruppen i hovedsak får et tilbud dersom vurderingen tilsier at

de skal ha det. Vurdering av behov for tjenester ved arbeidssenteret gjøres individuelt i de enkelte tilfeller og i samråd med øvrige interne og eksterne tjenestetilbydere. Eksempler på dette kan være NAV, Bo og Avlastning, og andre tjenesteområder i Melhus kommune. Endelig beslutning om omfang og innhold i tjenestene fattes av enhetsleder i samråd med virksomhetsleder samt øvrige tjenesteområder. Målgruppen er personer med en utviklingshemning og som ikke kan nyttiggjøre seg tilbud i regi av NAV. Arbeidssenteret tilbyr også tilbud for brukere som kunne hatt et tilbud i regi av NAV, men hvor NAV ikke har de økonomiske rammene til å tilby et slikt tilbud.

Pr. i dag er det 41–42 brukere som deltar ved arbeidssenteret. Hovedvekten av brukerne har også et bo eller avlastningstilbud i regi av virksomhet Bo og avlastning. Tilbudet varierer fra fem dager pr. uke, til to og tre dager pr. uke. Gjennomgangen i virksomhet Bo og avlastning viser at en høy andel brukere i bolig ikke deltar i organisert dag- og aktivitetstilbud utenfor boligen, men hvor boligene ivaretar dette. Det er ulike årsaker og forklaringer på dette. For det første handler det om bevisste valg. Hvor brukere med omfattende behov har fått sitt behov for dag- og aktivitetstilbud ivaretatt i regi av Bo og avlastning. I tillegg har vi fått opplysninger om at kapasiteten ved kommunens dag- og aktivitetssenter er liten (ikke årsverk til å ivareta flere), samtidig som Arbeidssenteret opplyser at de ikke har venteliste. Videre er det uttalt at noen ikke ønsker seg dit, eller kan nyttiggjøre seg tilbudene/aktivitetene som det pr. i dag tilrettelegges for. I tillegg er det uttalt at noen av brukerne muligens skulle hatt et tilbud i regi av NAV.

Selv om tilbudene er organisert i to virksomheter fordelt på to rammeområder viser vår gjennomgang at det er lagt til rette for en samdrift mellom virksomhet Bo og avlastning og dag- og aktivitetssenteret. Dette gjelder særlig for de brukerne som er i behov av omfattende bistand på arbeidssenteret. Vår erfaring er at dette er smart både når det gjelder å utnytte ressursene best mulig, samtidig som man opprettholder kontinuitet rundt brukere som er i behov av praktisk bistand og tett oppfølging.

Kommunen har valgt å legge ansvaret for det kommunale dag- og aktivitetssenteret til et rammeområde utenfor helse og sosial. Noen kommuner velger å skille ut dag- og aktivitetstilbud og begrunner dette i ønske om å reindyrke dette som et aktivitet eller arbeidstilbud. Andre kommuner velger å organisere dag- og aktivitetstilbud som en del av kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester. Vår vurdering er at et dag- og aktivitetstilbud er et viktig trinn i kommunens helse- og omsorgskjede og på bakgrunn av dette bør sees mer i sammenheng med de øvrige tjenestene til denne målgruppen.

Vår erfaring fra andre kommuner viser at det kan være en kvalitets- og effektiviseringseffekt ved å se tjenestene mellom dagtilbud og boliger for enkelte brukergupper mer i sammenheng.

5.8.4 Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Kommunen har relativt lave utgifter til tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse for målgruppen omtalt som funksjonshemmede i vår database. Vår erfaring er at dette varierer mellom kommunene, men at man i hovedsak har holdt tilbake slike tiltak overfor denne brukerguppen. Lovendringer fra januar 2015 innebærer at flere kan søke om å få helse- og omsorgstjenestene organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Dette innebærer viktigheten av at kommunen utarbeider en strategi for hvordan man vil ivareta dette fremover. Dialog og saksbehandling vil være helt avgjørende for hvordan dette vil slå ut for kommunene fremover. Tiltaket må også sees i sammenheng med kommunes boligstrategi for denne brukerguppen.

De kommunale ordningene med personlig assistent, herunder BPA, bør organiseres inn under de tjenestene som i dag ivaretar disse brukergruppene. Pr. i dag ligger ansvaret for BPA i hjemmebasert omsorg selv om det i hovedsak er mennesker med nedsatt funksjonsevne som benytter ordningen. Vår erfaring er at flere kommuner ser på muligheten for i langt større grad samorganisere og administrere arbeidet knyttet til disse ordningene. Dette omhandler økonomiske sider ved ordningen, men også mulighet til å ha nødvendig innsikt i og kontroll med disse tjenestene.

5.9 Kjøkken

De tre helse- og omsorgsdistriktene har tre egne selvdrevne kjøkken som ligger organisert rett under virksomhetslederne. Totalt utgjør kjøkkendriften 12,56 årsverk fordelt på kokker og assistenter ved de tre lokasjonene. Tabellen nedenfor viser at det er 247 personer som får et tilbud om matombringning. Dette er en veldig høy andel sammenlignet med de andre kommunene i analysene våre.

Tabell 5-18 Fordeling av antall brukere pr. 31.12.2014

Tjeneste	NMHO	HFHO	HHO	B&A	R3
Matombringning	122	89	23	13	247

Tallene ovenfor inkluderer middagssalg i kaféene og antall personer som har fullkost i kommunen.

I kartleggingen blant lederne gir flere av lederne uttrykk for at hjemmelaget varmmat er en viktig kvalitetsfaktor ved dagens drift og tjenestetilbud. I tillegg kommer det fram at kafedriften ved Buen helse- og omsorgssenter er viktig for bygdefolket og at dette er godt folkehelsearbeid ift ensomhet og integrering av sykehjemmet i lokalsamfunnet.

Vår kartlegging viser at lederne av kjøkkentjenesten med dagens bemanning og organisering har for lite kapasitet og kompetanse til å følge opp lovpålagte krav, de administrative rutinene og strategisk riktig bruk av logistikk og dokumentasjonssystemet AIVO, dataprogrammet som kjøkkenenhetene skal benytte. Sentrale rutiner og dokumentasjonsbehov hvor det pr. i dag er svikt og mangler er i forhold til allergenmerking av maten, HACCP, utvidet forurensning, forurensning, næringsberegning av mat (referanseportasjon), gjennomføring av ROS-analyser for hva som kan skje ved matforgiftning mv.

Hovedårsaken til dette er at alle de tre lederne er mye ute i produksjonen og ikke har mulighet til å prioritere og følge opp de administrative rutinene slik kjøkkentjenesten er organisert i dag med dagens bemanning. De ansatte er lite vant til å bruke datamaskin og har behov for opplæring for å komme i gang med bruk av elektronisk dokumentasjon i AIVO. I Nedre Melhus er kjøkkensjef 100 % ute i produksjonen, mens det både på Hølonda og i Horg/Flå kun er avsatt noen få timer pr. uke til administrativt arbeid med hovedfokus på bestilling av varer.

Vår vurdering er at kjøkkentjenesten bør samorganiseres i en felles enhet med felles ledelse for alle tre kjøkkenene med ansvar for å følge opp de lovpålagte kravene, de administrative rutinene og sikre samme rutiner og prosedyrer ved de tre helse- og omsorgssentrene.

Kartleggingen vår har vist at andre sentrale problemstillinger for kjøkkentjenesten er:

- Hva vil kommunen med kjøkkentjenesten – skal man satse ett eller tre steder eller skal man sette bort kjøkkendriften til en stor ekstern aktør, f.eks. i Trondheim?
- Velger kommunen å fortsette med «bygdakaféen» og dagens driftsform på Buen?
- Hvordan skal det drives og til hvilken pris – hva må til for å opprettholde kvaliteten?
- Prissetting – hvor subsidiert skal tilbudet være? I dag får ikke kjøkkenet ta prisene de ønsker for å kunne dekke sine kostnader. Kjøkkenet har pr. i dag ikke regnet inn husleien i prisene i «bygdakaféen».
- Skal en kommunal institusjon drive en kafé på bekostning av private aktører, Næringslivsforeningen hevder dette?

De tre mest aktuelle framtidige alternativene for utvikling av kjøkkentjenesten i Melhus som har kommet fram gjennom vår kartlegging er:

- **Alternativ 1, 0-alternativet – fortsette som før, men med felles administrativ ledelse**

- En felles kjøkkensjef som kan sitte i en administrativ stilling som kan følge opp lovpålagte krav og sikre samme rutiner og prosedyrer på de tre plassene, med to lokale avdelingsledere på Hølonda og Horg/Flå.
 - Lederne hevder at dersom man spør brukerne av kjøkkentjenestene, vil de fortsatt ønske seg en porsjon varm mat. Mange av dem er ikke i stand til å klare å varme opp maten selv («kok-kjøøl» prinsippet) og spiser den umiddelbart ved levering. Dette er et argument for å kjøre tilbudet slik som i dag. En slik ordning gir stor fleksibilitet for hjemmeboende i dagens situasjon og er et argument for å fortsette med tilnærmet dagens drift på tre steder.
- **Alternativ 2 – sammenslåing av dagens tre kjøkken til ett felles kjøkken**
 - En felles kjøkkensjef som kan sitte i en administrativ stilling som kan følge opp lovpålagte krav og sikre samme rutiner og prosedyrer på de tre plassene.
 - Ett hovedkjøkken på Buen med to lokale postkjøkken på Hølonda og Horg/Flå, bemannet til mottak og distribusjon.
 - Produksjon av varmmat har kjøkkenet på Nedre Melhus kapasitet til å betjene. Det vil kun være behov for å bygge ut noe kjølelager
 - Innføre felles lokaliteter for distribusjon av annen kald mat
 - Behov for å investere i egen bil som kan transportere varmmat forsvarlig
 - Det er regnet ganske nøye på dette ift økt behov for transport og postkjøkken som bemannes av fagfolk eller pleiebetjening ifb. matservering. Alternativet gir sannsynligvis lite effekt ift redusert bemanning, men kjøkkensjefene mener det kan være noen gevinster å hente ut ift mindre behov for lokaler, felles administrativ støtte og ledelse, mindre behov for produksjonsutstyr
 - **Alternativ 3 – sette bort hele kjøkkendrift til en ekstern aktør**
 - Trondheim har et storkjøkken som leverer kald mat («kok-kjøøl») til ulike aktører, kun 15 min. reiseavstand. Pga. behovet for mottak, oppvarming og hjelp med servering er det sannsynligvis lite å hente på redusert bemanningsbehov, men denne ordningen blir sannsynligvis den mest kostnadseffektive løsningen for kommunen totalt sett.

Kommunens ledelse har foreløpig gitt uttrykk for at alternativ 2 og 3 ikke er ønskelig, da det er så usikkert hvorvidt man kan oppnå økonomisk effekt av en slik praksis og fordi virksomheten er så fornøyd med dagens tilbud til brukerne og kvalitetene det gir å produsere sin egen varmmat lokalt. Vår anbefaling er at kommunen snarest mulig må få på plass lovpålagte oppgaver og må vurdere organiseringen av kjøkkentjenesten på nytt ved en omorganisering av dagens distriktmodell til en mer spesialisert sykehjemsenhet felles for hele kommunen.

5.10 Økonomistyring

Et generelt trekk for hele pleie- og omsorgstjenesten er at budsjetteringen foregår sentralt. Vår erfaring er at dersom kommunen skal lykkes med å ha kontroll over økonomien innen pleie- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som medfører økonomiske forhold. Det betyr at dersom kommunen skal oppnå god økonomisk styring med pleie- og omsorgstjenestene, bør budsjetteringen foregå med stor grad av involvering fra lederne.

Vår vurdering er at ledere må ha mulighet for å følge opp økonomi, fag og personale. De lederne som fatter avgjørelser som får økonomiske konsekvenser, bør også ha ansvar for de økonomiske konsekvensene. Eksempel på dette er de som leier inn vikarer og som tar avgjørelser av dette slaget. De bør ha ansvar for bruken av ressurser som er knyttet til dette. Dette praktiseres noe ulikt i de tjenestene vi har gjennomgått. Her må kommunen etter vår vurdering samkjøre praksis. Kommunen

må sikre et enhetlig delegasjonsreglement, samtidig som de gir de ansvarlige lederne gode verktøy og opplæring for å kunne håndtere dette ansvaret. Etter vår vurdering er periodisering av budsjett et viktig tiltak for å kunne sikre oversikt og styring.

Regnskapsprognose for 2015 for rammeområde 3

Justert budsjett for rammeområde 3 er i følge tilsendt regnskap pr. 30.09.2015 ca. 216 mill. kr. Prognosen, basert på 12 måneders drift på tilsvarende nivå som de første 9 månedene, viser et merforbruk i forhold til budsjett på ca. kr 710 000. Dette er kun 0,33 % avik fra justert budsjett.

Tabell 5-19 Budsjett for 2015 for rammeområde 3, inkludert regnskap pr. 30.09.2015, *prognosen er basert på 12 måneders drift på tilsvarende nivå som de første 9 månedene

Tjenesteområder i regnskapet	Regnskap pr.			Avvik budsjett vs prognose*
	30.09.2015	Justert Budsjett	Årsprognose	
Administrasjon pleie- og omsorg	13 813 666	14 660 658	18 418 222	-3 757 564
Avlastningstilbud funksj.hemm.	9 255 185	12 343 569	12 340 246	3 323
Dagsenter/aktivitetstilbud eldre og funksjh.	3 120 675	4 211 530	4 160 901	50 629
Hjemmehjelp	5 379 905	7 763 420	7 173 206	590 214
Hjemmesykepleie	27 136 452	37 364 731	36 181 936	1 182 795
Hjemmetjeneste i boliger m/heldøgns tilbud	47 805 793	66 111 733	63 741 058	2 370 675
Kjøkkendrift	3 189 275	5 427 762	4 252 367	1 175 395
Opphold i institusjon	50 879 095	65 293 620	67 838 793	-2 545 173
Trygghetsalarmer	261 848	500 000	349 131	150 869
Vaskeridrift	1 667 694	2 292 791	2 223 592	69 199
Totalsum	162 509 589	215 969 814	216 679 451	-709 637

Regnskapsprognosen viser et merforbruk i institusjonstjenesten med et avik på nærmere 4 % i forhold til justert budsjett. Hovedutfordringene ligger på enhetene Horg sykehjem og Avklarings- og somatisk enhet på Buen med et merforbruk på ca. 4,7 % i forhold til budsjett og skyldes i all hovedsak økte lønnskostnader.

Tabell 5-20 Budsjett for 2015 for institusjonstjenesten, inkludert regnskap pr. 30.09.2015 pr. enhet, *prognosen er basert på 12 måneders drift på tilsvarende nivå som de første 9 månedene

Tjenesteområder i regnskapet	Regnskap pr.			Avvik budsjett vs prognose*
	30.09.2015	Justert Budsjett	Årsprognose	
Opphold i institusjon				
HFHO Horg sykehjem	12 942 441	14 910 219	17 256 588	-2 346 369
HFHO Klokkargården	6 233 914	8 589 924	8 311 886	278 038
HHO Høllonda helsehus	6 640 725	8 562 384	8 854 300	-291 916
NMHO Demensenheten	14 202 126	18 964 834	18 936 168	28 666
NMHO Gimsebu/Jarlsbu	10 611 088	11 920 259	14 148 117	-2 227 858
NMHO Håggåttun/Øyåstun	137 985	0	183 980	-183 980
Utskrivningsklare pasienter samhandlingsreformen	131 082	2 346 000	174 776	2 171 224
Øyeblikkelig hjelp	0	0	0	0
Totalsum	50 879 095	65 293 620	67 838 793	-2 545 173

Tjenesteområder i regnskapet	Regnskap pr.			Avvik budsjett vs prognose*
	30.09.2015	Justert Budsjett	Årsprognose	
Opphold i institusjon				
Netto Lønnsutgifter 010-099 + 710	58 042 653	75 702 061	77 390 204	-1 688 143
Kjøp av varer og tj. i prod. 100-289	3 188 670	2 750 559	4 251 560	-1 501 001
Andra overføringer 830-859/880-899	-139 534	0	-186 045	186 045
Andre salgs og leieinntekter 620-679	-15 000	0	-20 000	20 000
Andre statlige tilskudd 810-819	-1 690 411	0	-2 253 881	2 253 881
Brukerbetaling 600-619	-10 974 460	-16 790 000	-14 632 613	-2 157 387
Fordelte utgifter 690-699 + (29x-79x)	627 643	1 150 000	836 857	313 143
Kjøp av varer og tj. som erstatte. prod. 300-399	135 779	2 346 000	181 038	2 164 962
Overføringer 400-490	1 799 063	135 000	2 398 751	-2 263 751
Refusjoner 700-779 -710	-95 307	0	-127 076	127 076
Totalsum	50 879 095	65 293 620	67 838 793	-2 545 173

Tabell 5-21 Budsjet for 2015 for lønnspostene for hele institusjonstjenesten, inkludert regnskap pr. 30.09.2015, *prognosen er basert på 12 måneders drift på tilsvarende nivå som de første 9 månedene

Lønnsposter institusjon	Regnskap pr.			Avvik budsjett vs prognose*
	30.09.2015	Justert Budsjett	Årsprognose	
Andre avtafestede tillegg	311 601	476 485	415 468	61 017
Andre vikarer	397 762	119 734	530 349	-410 615
Arbeidsgiveravgift	7 246 984	9 044 656	9 662 646	-617 990
Ekstrahjelp	1 025 866	0	1 367 821	-1 367 821
Engasjementer	11 524	0	15 365	-15 365
Ferievikarer	2 820 172	3 825 000	3 760 230	64 770
Gruppeliv/ulykkesforsikring	94 686	194 000	126 248	67 752
Høytidstillegg	2 321 047	2 500 000	3 094 729	-594 729
Ledige st.hjemler/ulønn.perm.	1 473 837	0	1 965 116	-1 965 116
Lønn i faste stillinger	30 131 419	44 827 385	40 175 226	4 652 159
Lønn lærlinger inkl.turnustillegg	283 129	143 204	377 506	-234 302
Lønn vikarer kurs, m.v.	298 880	0	398 506	-398 506
Lønn vikarer v/fødselsperm.	1 197 439	0	1 596 585	-1 596 585
Overtid	769 818	140 000	1 026 424	-886 424
Premie KLP	4 952 097	6 401 419	6 602 795	-201 376
Refusjon fødselspenger	-928 091	0	-1 237 455	1 237 455
Refusjon sykepenger	-3 234 876	0	-4 313 168	4 313 168
Seniortillegg	79 991	261 758	106 655	155 103
Sykevikarer	3 344 765	0	4 459 687	-4 459 687
T-trinn	5 444 603	7 768 420	7 259 471	508 949
Totalsum	58 042 653	75 702 061	77 390 204	-1 688 143

Hovedårsaken til avviket i forhold til lønnsbudsjettet for institusjonstjenesten er merforbruk på ekstrahjelp og andre vikarer og ledige stillingshjemler/ulønnet permisjon som ikke har avsatt budsjettmidler.

I Melhus kommune er det ikke avsatt dedikerte økonomiressurser i kommunens administrasjon til økonomibistand innen pleie- og omsorgstjenestene. I situasjonen Melhus kommune er i, vil det trolig være nyttig å ha denne type ressurser avsatt til å bistå virksomhetslederne i nødvendig oppfølging av økonomi og styringsdata.

5.11 IKT/velferdsteknologi

Innføring av velferdsteknologi innebærer som navnet sier etablering av nye teknologiske løsninger. Det er behov for å etablere løsninger som ikke har for høye kostnader og som kan integreres med løsninger som kommunen allerede har etablert.

Rammeområde 3 har et eget handlingstiltak som går på å utrede og ta i bruk velferdsteknologi innen pleie- og omsorgsområdet. Melhus kommune har laget en felles strategi for innføring av velferdsteknologi i samarbeid med Klæbu kommune, Malvik kommune, Midtre Gauldal kommune og Trondheim kommune. Dette er et interkommunalt prosjekt finansiert av tilskudd fra Helsedirektoratet. Fellesstrategien skal innarbeides i kommunens overordnede IKT-strategi og det er utarbeidet et tiltaksplan for Melhus kommune basert på denne fellesstrategien. Det er foreløpig tatt i bruk springsteknologi (GPS) for personer med demens på to sykehjem og det er tatt i bruk elektroniske meldinger i helse- og omsorgsvirksomhetene, Helsesøstertjenesten, Aktivitet og bevegelse, Bo og avlastning, Rustjenesten og Psykiatritjenesten. Det vil si at pasient/helseopplysninger sendes direkte fra pasientjournal til pasientjournal mellom kommunale helsetjenester, legesentrene og sykehusene. Målet er å oppnå raskere og mer sikker overføring av pasient/helseopplysninger mellom samarbeidspartnere og effekten er at det brukes mindre tid på innhenting og dokumentering av pasientopplysninger.

Kommunen har hatt noen utfordringer når det gjelder å sikre nødvendig planlegging, og innføring av velferdsteknologi. Lederne skårer dette dårlig i vår kartlegging og mener det er et område med et stort forbedringspotensial. Prosjektgruppen som har fått i oppgave å jobbe med innføring av velferdsteknologi, har ikke hatt møter på lenge og prosjektet mangler framdrift, god forankring og en egen prosjektleder.

Dette er noe vi erfarer at mange kommuner opplever. Utviklingen av velferdsteknologi må settes inn i en ramme og må ha som mål å svare på brukernes behov. Innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene bør derfor skje parallelt med endringer i organisering og innretning av tjenestene.

Med velferdsteknologi menes teknologiske hjelpemidler som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet hos den enkelte bruker. Videre er det et mål at riktig bruk av velferdsteknologi styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. I denne sammenhengen kan velferdsteknologi også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, brukernes egen og tjenestenes samlede ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.

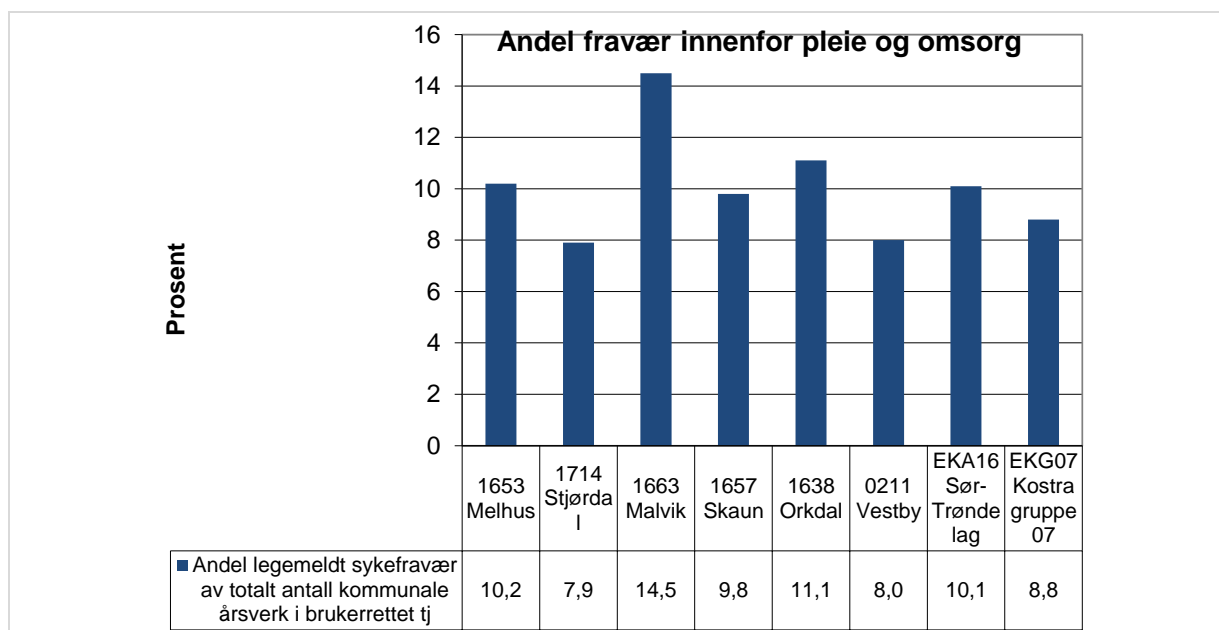
Helsedirektoratet arbeider med å utarbeide nasjonale standarder for velferdsteknologi. Dette gjøres gjennom å bruke rammeverket til Continua Health Alliance, som er en non-profit organisasjon som gir anbefalinger basert på internasjonale standarder. Helsedirektoratet har varslet at standardene vil bli etablert fra 2017. For Melhus kommune er det viktig å følge det arbeidet som skjer med de nasjonale standarder, slik at kommunen er rustet til å ta i bruk standardene når disse er etablert. Etablering av nye løsninger før standarden er etablert, innebærer en viss risiko for at løsningen ikke er tilpasset den nasjonale standarden når den kommer.

Innføringen av ny teknologi kan ikke ses isolert fra annen kommunal bistand. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid.

5.12 Sykefravær

Det legemeldte sykefraværet innen sektoren er tilgjengelig i KOSTRA. Figuren viser at det legemeldte fraværet i Melhus innen pleie og omsorg ligger høyt, betydelig høyere enn gjennomsnittsnivået i

kommunegruppe 7 og landsgjennomsnittet som ligger på 8,9 %, men kun 0,1 prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet for Sør-Trøndelag.



Figur 5.15 Oversikt over legemeldt sykefravær, KOSTRA 2014

Sykefraværet innen virksomhetene i kommunen varierer. Tabellen nedenfor viser utviklingen sykefraværet i Melhus har hatt de siste årene fra 2010 til og med sykefraværet for første tertial 2015.

Tabell 5-22 Utviklingen av sykefraværet i Melhus. Kilde: 1. tertialrapport 2015

Samlet sykefravær	2010	2011	2012	2013	2014	2015			2015
						0-16 dager	17-55 dager	> 56 dager	
Rammeområde 3:									
Nedre Melhus helse og omsorg	8,9	7,5	8,2	9	9,6	2,3	1,6	6,8	10,7
Horg/Flå helse og omsorg	7,3	7,6	8,8	7,1	7,8	2,2	1,7	4,5	8,4
Hølonda helse og omsorg	10,7	9,5	9,5	10,3	10,6	2,1	3,1	6,5	11,7
Bo og avlastning	10,7	7,7	8,8	8,4	8,8	2	1,2	4,1	7,3
Sum rammeområde 3				8,5	9				9,2
Rammeområde 4:									
Familie og forebygging	8,7	9,8	12,7	7,1	8	3,3	1,4	0,8	5,6
Læring og tilrettelagt arbeid	9,3	6,6	13	8,5	9,3	3,5	1,2	3	7,6
Aktivitet og bevegelse	6,6	2,6	5,8	3,9	4,4	4,6	4,5	0	9,1
Sum rammeområde 4				6,4	7,9				6,5

Tabellen viser at det totalt for virksomhetene i rammeområde 3 har vært en vekst i sykefraværet fra 2013 til 2015 fra 8,5 % til 9,2 %. Dette er fravær både knyttet til langtid og korttid. Alle virksomhetene har hatt en vekst siden 2013 bortsett fra Bo og avlastning som har en markant nedgang fra 8,8 % til 7,3 %. 1. tertial 2015 er det en variasjon fra 7,3 % i Bo og avlastning til 11,7 % i Hølonda.

Gjennomsnittlig fravær i hjemmebaserte tjenester varierer mye mellom de tre enhetene, fra 3,2 % i Horg/Flå til 10,8 % i Hølonda.

Målet i kommunen er et sykefravær på 7 % uavhengig av virksomhet. Dette er et mål nesten alle de døgnbaserte enhetene i pleie og omsorg sliter med å oppnå. Personalavdelingen har et stort fokus på virksomhetens oppfølging av sykefraværet. Sykefraværsoppfølging er enhetsledernes ansvar og er et fast tema på ledermøtene og samarbeidsmøtene som vi har med tillitsvalgte og verneombud, ift hva

som er gjort og hva som er ikke gjort/forsøkt. Virksomheten benytter månedlige rapporter med fraværstatistikk på navn, bruker bedriftshelsetjenesten og personalavdelingen ved aktuelle oppfølgingsbehov. Enhetslederne følger opp de sykemeldte månedlig, deltar på nødvendige dialogmøter.

Det er satt inn tiltak gjennom tettere oppfølging og bistand til enheter med det høyeste sykefraværet, i barnehager og helsesektoren. I aktivitetsplanen for IA 2015-18 er det nedfelt tiltak med tettere oppfølging og bistand til alle enheter som har over 9 % sykefravær. Dette følges opp månedlig.

I samarbeid med NAV gjennomføres det månedlige ledermøter for enhetsledere i helse og omsorg som et av flere tiltak på forebygging og oppfølging av sykefravær. Det er utarbeidet nærværplaner ved alle virksomheter. Virksomhetene rapporterer sykefravær pr. tertial i BMS. I rapporteringen inngår vurderinger av årsaker, og tiltak for forebygging og reduksjon av sykefraværet. Det er ingen indikasjoner i rapporteringen som tilsier at fravær er arbeidsplass- eller arbeidsmiljørelatert.

Vår gjennomgang viser at flere av enhetsledere sliter med å ha oversikt over eksakt fravær, fordelt på korttid og langtid for sin enhet. Vår erfaring er at oversikt over dette er avgjørende styringsinformasjon. Kommunen bør søke å finne gode løsninger for å få denne oversikten. Oppfølging av sykefravær er en viktig del av leders ansvarsområder. Tilgang på gode styringsdata er en forutsetning for at leder skal kunne ha nødvendig oversikt. Kartleggingen vår viser at virksomhetslederne synes det er tilstrekkelig rapportering i nåværende situasjon, men utfordringen ser mer ut til å være å ha tid til å følge opp sykefraværsoppfølgings-tiltakene i praksis.

5.13 Lovpålagte tjenester

Innen pleie- og omsorg, funksjonshemmede, psykisk helse og rus er det en pågående debatt knyttet til lovpålagte og ikke lovpålagte tjenester. Samtidig er det en prosess mellom kommuner og sykehus når det gjelder oppgavefordelingen, spesielt innen psykisk helsearbeid og rus.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. lister i begrenset grad opp konkrete oppgaver som skal være tilstede i kommunene. Det vektlegges i loven at kommunene har ansvar for å:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
- bidra til at ressursene utnyttes best mulig

I tillegg reguleres mange av tjenesten som ytes innenfor Bo og avlastning av kapittel 9 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette omhandler rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Dette stiller høye krav til det kommunale tjenestetilbudet, blant annet krav om kompetanse samt til hvordan tjenestene utføres.

Loven har et fokus for å «sørge for ansvaret» til kommunene og hva som er lovpålagt eller ikke må ses i sammenheng med behovet hos brukerne. En viktig forutsetning for å kunne sikre effektive tjenester med god kvalitet er at kommunen arbeider i tråd med BEON- prinsippet, og på den måten reduserer behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester og øke egenmestringen til brukerne i størst mulig grad.

6 Oppsummering og anbefalinger

I evalueringen av Melhus kommunes helse- og omsorgstjeneste har vi pekt på ulike aspekter som er viktige for å optimalisere driften innen sektoren, og som bør tas hensyn til i videreutvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Antall eldre over 80 år blir doblet fra rundt 658 i 2015 til rundt 1 330 i 2040. En videreføring av dagens praksis innebærer et behov for bygging av rundt 340 boliger og institusjonsplasser i perioden frem til 2040. En vellykket satsing på hjemmebasert omsorg vil kunne gi en vesentlig reduksjon av behovet, kanskje ned mot 155 nye boliger og institusjonsplasser. Bygging av egnede boliger på det private markedet, vil bidra til å redusere behovet for utbygging i kommunal regi.

I Melhus blir rundt 83 % av heldøgnsstilbudet til eldre gitt på institusjon (sykehjem) og kun 17 % av tilbudet i omsorgsboliger. Framtidig utbygging bør i hovedsak skje ved bygging av omsorgsboliger. Kommunen bør i tillegg samarbeide med private aktører om bygging av «plussboliger». Et sentralt suksesskriterie framover er at det bygges «bemanningsvennlige» boliger som grunnlag for rasjonell kommunal drift.

Vi har i våre analyser vist hvordan kommunens samlede korrigerte utgifter innen pleie og omsorg i Melhus ligger sammenlignet med andre kommuner. Beregningene viser at det er teoretisk mulig for Melhus å redusere kostnadene med inntil 50 mill. kr (netto) innenfor pleie og omsorg, dersom kommunen legger seg på samme kostnadsnivå som Stjørdal som driver «billigst» i vår sammenlikning. Om Melhus legger seg på samme kostnadsnivå som gjennomsnittet for gruppe 7 ville dette gitt en besparelse på 1 mill. kr.

Når det gjelder helseområdet ser vi at Melhus sine utgifter ligger på nivå med gjennomsnittet i Sør-Trøndelag. Beregningen viser at det er teoretisk mulig for Melhus å redusere kostnadene med inntil 7 mill. kr (netto) innenfor helse inkludert samhandling, dersom kommunen legger seg på samme kostnadsnivå som gjennomsnittet for kommunegruppen 7.

I gjennomgangen har vi vist at Melhus kommune, selv etter våre korrigeringer²⁶, har høye kostnader til pleie og omsorg i institusjon og at kostnad pr. plass er høy. Kostnadene har økt siden 2008 og økningen har vært størst innenfor institusjonstjenesten.

Når det gjelder kostnader innenfor hjemmetjenesten for andre brukere, i hovedsak eldre ligger kommunens kostnadsnivå til dette lavt, og lavest i vår sammenlikning.

Kommunens kostnader til funksjonshemmede barn og unge ligger på et mellomnivå. Kostnader til funksjonshemmede over 18 år korrigert for innbyggere i alderen 18–67 år ligger nest høyest i vår sammenlikning. Kommunens kostnader er i hovedsak knyttet til tjenester i bolig, og kostnadsnivået er relativt høyt.

Når det gjelder utgifter til psykisk helsearbeid og rus ligger Melhus på et mellomnivå på kostnader regnskapsført under pleie og omsorg i KOSTRA.

I det følgende gjengir vi en kortfattet oppsummering av de viktigste forholdene.

6.1 Saksbehandling og tildeling av tjenester

- Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden. Melhus kommune har spredt dette ansvaret på ulike tjenesteområder.

²⁶ Korrigeringer for feilføringer i kommunens regnskap 2014. Korrigeringsene har medført at regnskapet nå er mer i samsvar med veileder for KOSTRA fra 2014.

- Vår kartlegging viser at dagens organisering av saksbehandling, samt organisering i distriktsmodell gjør at kommunen har ulike standard og vilkår for tildeling. Flere etterlyser «en dør inn» og mer lik tildelingspraksis i kommunen.
- Saksbehandling av helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt. Profesjonalisering og tydeliggjøring av ansvar for saksbehandlingsoppgaver er avgjørende for kvaliteten på saksbehandlingen og styring av «knappe goder».
- De fleste kommuner på Melhus sin størrelse har valgt å la ansvaret for saksbehandling og tildeling av tjenester ligge til et felles bestiller-/tildelingskontor. Vår vurdering er at kommunen bør samle ressursene som pr. i dag nyttes til saksbehandling innenfor vedtaksberettigete pleie- og omsorgstjenester til en felles enhet. For at kommunen skal bemanne et bestiller-/tildelingskontor på et gjennomsnittlig nivå, vist i vår gjennomgang, må Melhus avsette ca. 6 årsverk til saksbehandling. Vår vurdering er at det også kan være hensiktsmessig å samle andre funksjoner til et slikt kontor. Dette kan for eksempel være fagansvar for fagsystemene, vederlagsberegning, koordinerende enhet, innsatsteam, sykehuskoordinator, felles boligkontor mv. Det må i tillegg avsette tilstrekkelig ressurser til ledelse.
- Som et supplement til etablering av et ansvarlig bestiller-/tildelingskontor bør kommunen etablere et tildelingsutvalg for de kompliserte sakene, som krever større økonomiske ressurser. Det bør være et team for eldre knyttet til sykehjem, omsorgsboliger mv. og et team for funksjonshemmede og psykisk helsearbeid.
- Kommunen bør innføre styringsparametere som tjenestene må følge fortløpende. Eksempel på dette er bruk av korttidsplassene, boliger til funksjonshemmede, vedtakstimer i hjemmetjenesten, antall BPA-ordninger, avlastningsopphold, brukere med dagtilbud, klagesaker mv.
- Melhus kommune har mange brukere som mottar tjenester på et høyt nivå i omsorgstrappen. Kommunen må styre bistanden til enkeltbrukerne på en stram måte og tildele tjenester i samsvar med BEON-prinsippet. Samtidig må kommunen vurdere ulike tjenestetyper opp mot hverandre. Dette gjelder eksempelvis omfang og bruk av avlastning, omsorgslønn, personlig assistent, hvor også det økonomiske perspektivet legges til grunn for vurdering.
 - Kommunen bør utarbeide tjenestebeskrivelser for de ulike tjenestene.
- Et bestiller-/tildelingskontor kan organisatorisk være en virksomhet i linjeorganisasjonen innenfor rammeområde 3 eller ligge som en overordnet stabsfunksjon til en felles kommunalsjef for helse- og omsorgstjenestene.

6.2 Hjemmebasert omsorg

- Kommunen bør samle dagens tre enheter i hjemmetjenesten og etablere en ny felles hjemmetjeneste for hele kommunen med en felles turnus og en felles strategisk ledelse med nødvendig antall fagledere eller soneledere. Ledertettheten bør ikke overstige 20 årsverk pr. leder med ansvar for «penger, fag og folk».
- Omorganisere hjemmebasert tjeneste slik at sonene blir mer jevnt fordelt i forhold til antall brukere, årsverk og ledertetthet, samtidig som man sikrer så god nærhet til brukerne som mulig.
- I tillegg bør kommunen etablere egne kommuneovergripende fagteam innen aktuelle fagområder som hverdagsrehabilitering, demensutredning og kreftomsorg. Dette kan være en viktig strategi for å rekruttere og beholde gode fagfolk.
- Kommunen bør ha mer fokus på hverdagsrehabilitering og tidlig innsats som felles arbeidsmetodikk og benytte et dedikert og robust tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam/ innsatsteam til kompetanseoverføring til alle ansatte i hjemmebasert omsorg. Teamet bør bestå av ansatte fra hjemmetjenesten i tillegg til fysioterapi og ergoterapiressurser (2-4 årsverk) og en hjemmevaktmesterfunksjon/omsorgstekniker. Kommunen bør vurdere hvordan disse ressursene skal organiseres hensiktsmessig for å sikre nødvendig tilgjengelighet og kontinuitet.

- Kommunen bør vurdere å ta flere pasienter fra sykehus rett hjem i hjemmesykepleien ved hjelp av ett innsatsteam i hjemmetjenesten når brukeren har behov for tjenester. Avklaringsenheten bør i større grad kun være en back-up dersom dette ikke går. På denne måten vil kapasiteten på korttid for ordinære hjemmeværende brukere øke.
- Kommunen bør sikre samdrift og effektiv ressursutnyttelse mellom ambulante hjemmetjenester og behovet for noe stedlig bemanning i omsorgsboligene. Antall årsverk i hjemmetjenesten må tilpasse antall årsverk etter behov for å kunne bemanne flere av omsorgsboligene på de tre helse- og omsorgssentrene opp til boliger med heldøgns omsorg når det er behov for det. Dette må sees i sammenheng med en tilsvarende mindre vekst i institusjonstilbudet.
- Ansvar for kommunens dag- og aktivitetstilbud bør legges under hjemmetjenesten for å sikre rett tilbud til rett bruker til rett tid.
- Kommunen bør vurdere en felles ledelse og tettere samdrift mellom avklaringsenheten/korttidsplassene og hjemmetjenesten.
- Etablere en felles nattpatrolje for hele hjemmebasert omsorg som sikrer trygg og forsvarlig bemanning både for brukerne og de ansatte. I tillegg bør kommunen vurdere organiseringen av en slik nattpatrolje i sammenheng med de samlede tilgjengelige nattressursene i hele kommunen.
- Hjemmesykepleien opplever et jevnt økende behov, spesielt i forhold til medisinoppfølging og bør derfor innføre Multidose for å effektivisere tidsbruken i forhold til medisinoppfølgingen.
- Hjemmesykepleien benytter fremdeles mye manuelle lister og arbeidsmetoder i forhold til rapportering. Disse rutine og arbeidslistene bør i størst mulig grad overføres til det elektroniske journalsystemet (Profil). Dette inkluderer innføring av nettbrett som hjemmesykepleien tar med seg ut til brukerne for å sikre mer effektiv rapportering.
- Tettere oppfølging og samarbeid med fastlegene rundt konkrete pasienter med skriftlige rutiner for faste felles samarbeidsmøter
- Kommunen bør vurdere muligheten for å tilpasse turnus og arbeidsmåter slik at oppdrag og ressurstilgang er mer i overensstemmelse.
 - Dette gjelder spesielt organisering av arbeid med arbeidslistene, samt hvordan tilpasse bemanning og arbeidsmetoder
 - Raskere logistikk og arbeidsflyt på morgenen - håndtering av stort behov for tjenester på morgen og formiddag
 - Tilpasse bemanning på deler av dagen når behovet gjennomgående er lavere. Herunder bruk av kortvakter og mellomvakter i turnus, ev. å benytte bemanningen mer på tvers av dagsenter for å ivareta oppgaver som her ellers skulle vært håndtert på andre tider av dagen.
- For organisering av BPA, kan kommunen velge å organisere dette etter tjenestetype eller brukergruppe. I dag er det valgt en desentralisert modell etter tjenestetype. Kommunen bør vurdere å organisere tjenesten sammen med tilsvarende brukergruppe for å kunne sikre helheten rundt brukerne.
- Vår kartlegging viser at lederne bruker mye tid på å få tak i egnede arbeidsledere til BPA-ordningene og kommunen bør derfor vurdere om dette arbeidet bør koordineres av en egen inntakskordinator som kan være tett knyttet opp til bestillerkontoret som bør foreta all saksbehandlingen.
- Kommunen bør vurdere å innføre nytt nøkkelsystem i hjemmetjenesten dersom dette kan være tidsbesparende og friggi ressurser til mer brukerrettet tid. Erfaringstall tilsier at 6–11 % av arbeidstiden går med til å administrere nøkler i tjenesten. Dette er tid som burde vært benyttet ute i tjenestene.

6.3 Sykehjem

- Melhus kommune har registrert relativt høye kostnader til sykehjemstjenester. Dette skyldes høye enhetskostnader og noe høyere dekningsgrad enn landsgjennomsnittet. Det betyr at Melhus

kommune har en noe høyere andel sykehjemsplasser i forhold til flere sammenlignbare kommuner. Dette må imidlertid ses i sammenheng med andelen plasser med heldøgns bemanning, som er forholdsvis lav.

- Melhus tilbyr i 2015 rundt 105 plasser i institusjoner og ulike botilbud til eldre. Dette er en dekningsgrad på 16,5 %.
- En videreføring av dagens dekningsgrader (alternativ 0) innebærer at behovet øker til 212 plasser i 2040 forutsatt mediumsalternativet til statistisk sentralbyrå. Det vil da i 2040 altså være behov for mer enn dobbelt så mange plasser som i dag, noe som henger sammen med en tilsvarende vekst i antall eldre. Dette tror vi ikke er en bærekraftig strategi og ambisjonen må være å tilby mer av heldøgnsstilbudet i omsorgsboliger og i brukernes opprinnelig hjem i tråd med BEON-prinsippet (se beregninger i alternativ 1).
- Kommunen bør samle dagens tre sykehjem i en ny felles institusjonstjeneste for hele kommunen med en felles strategisk ledelse for å kunne møte framtidens behov.
- Kommunen bør vurdere om sammensetningen av plassene er hensiktsmessig totalt sett og rendyrke de ulike sykehjemmene noe mer enn i dag.
- Kommunen bør vurdere en omgjøring av 16 institusjonsplasser til heldøgns omsorgsboliger fra 2018.
- Kommunen bør etablere en felles dedikert korttidsavdeling for hele kommunen på Buen og vurdere å legge den strategisk inn under virksomhetsleder for hjemmebasert omsorg
- Andelen korttidsplasser av totalt antall plasser bør være ca. 25 % og normen for planlagte korttidsopphold bør være på 14 dager.
- Kommunen sliter med å ha reelle korttidsplasser, da plassene fylles opp av pasienter som benytter plassene i påvente av å få en langtidsplass.
- Ledertettheten bør ikke overstige 25 årsverk pr. leder med ansvar for «penger, fag og folk».
- Vår kartlegging viser at det er mange pasienter i Melhus som har lengre oppholdstid enn 2 år og at det er noen av beboerne på de tre somatiske enhetene som kunne klart seg med tilbud på et lavere nivå, i et bofelleskap med tett oppfølging. Som et eksempel oppgir enhetsleder for Avklarings- og somatisk enhet på Buen at 4 av 10 langtidsplasser pr. september kunne vært i et slikt bofelleskap, hvis de hadde hatt et heldøgnsbemannet omsorgsboligtilbud.
- Melhus kommune har mulighet for å effektivisere driften i sykehjemmene noe mer enn det som er lagt inn i budsjett for 2015. Dette henger imidlertid sammen med graden av spesialisering på de ulike avdelingene.
- Ved å konkurransenutsette ett eller flere av sykehjemmene ville kommunen kunne redusere kostnader med ca. kr 250 000 pr. plass. Det er mest hensiktsmessig å konkurransenutsette langtidsplasser i sykehjem.

6.4 Omsorgsboliger

- Gjennomgangen viser at Melhus har et høyt volum på omsorgsboliger (184) uten bemanning til eldre. Kommunen bør vurdere å redusere dette antallet betydelig og
- Kommunen bør jobbe aktivt for å styre innbyggernes forventninger mot at de selv har ansvaret for å skaffe sin egen tilpassede bolig
- Kommunen bør lage en felles boligstrategi hvor man bygger opp egnede bosenter med omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning når behovet vokser fra 2020.
- For å få best mulig kvalitet til lavest mulig kostnad bør kommunen differensiere omsorgsboligene i tre kategorier:
 - Nivå 1: Uten tjenester, kun enkel praktisk bistand
 - Nivå 2: Ambulant hjemmesykepleie og praktisk bistand
 - Nivå 3: Fast bemanning, nivå under sykehjem

- Kommunen må avgrense hvilken type bemanning en prioriterer å gi hvor. Det vil i praksis si at brukerne med de største behovene enten må bo i omsorgsbolig med nivå 3 eller på sykehjem. Kommunen må målstyre hvor en har fast bemanning, og hvor bemanningen er ambulans.
- Den største andelen omsorgsboliger bør som i dag være på nivå 1 og 2, hvor det gis ambulans bistand. I enkelte tilfeller bør en tilpasse bemanningen dersom behovene til bruker tilsier dette.
- Kommunen bør framover fra 2020 satse på å øke antall omsorgsboliger hvor det er heldøgns bemanning med en total dekningsgrad på 20 % av totalt antall innbyggere over 80 år. Samtidig må kommunen styre bruken av omsorgsboligene i tråd med BEON-prinsippet.
- Kommunen må tilstrebe seg en omsorgsboligprofil som innebærer en differensiering av tilbudet
- Boliger hvor det er tilrettelagt med fellesfunksjoner, bør tilrettelegges med heldøgns bemanning, herunder fast bemanning. Dette er mulig å tilrettelegge for ved alle de tre helse- og omsorgssentrene
- Kommunen bør vurdere å omgjøre 16 institusjonsplasser til omsorgsboliger med heldøgns bemanning fra 2017
- Foreslåtte tiltak innbefatter en betydelig reduksjon som tar tid, og vil være krevende. Dette lar seg kun gjennomføre dersom en samtidig øker ressursene til
 - den ambulante hjemmetjenesten
 - dagsenter, antall plasser og differensiert dagtilbud

6.5 Dagsenter/dagtilbud for eldre

- Melhus kommune bør øke antallet plasser i dagtilbud betydelig for på denne måten å sikre tilgang på gode sosiale nettverk for eldre innbyggere som bor alene hjemme. Dagsentrene må oppleves som et godt sted å være. Dette er et rimelig tiltak og må ses sammen med den helhetlige endringen vi foreslår for kommunen i denne utredningen.
- Melhus kommune bør vurdere å organisere dagtilbudene sammen med hjemmebasert omsorg for å sikre de viktige synergiene.
- Dagtilbud er et viktig tilbud for at brukere skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig.
- Dagtilbud bør benyttes aktivt som et ledd i å tildele tjenester på beste effektive omsorgsnivå, og gjøre det mulig å bo lengst mulig i eget hjem.
- Tilbudet bør bidra til å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne.
- Dagtilbud tildeles for en tidsbegrenset periode og kan ha ulike målsettinger.
- Melhus kommune har pr. i dag ikke et organisert dagsentertilbud i Hølonde helse- og omsorgsdistrikt, og dermed mer begrenset tilgjengelighet for de eldre brukerne i denne delen av kommunen.
- Dagtilbudene bør ha tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter, med formål om å opprettholde/bedre funksjonsnivå.
- Tilbudene bør videre dekke sosial stimulering for hjemmeboende som av ulike årsaker ikke har mulighet til å få sitt sosiale behov dekket i andre sammenhenger.
- Dagtilbudene kan ofte fungere som avlastning for pårørende, hvor bruker er avhengig av kontinuerlig tilsyn fra ektefelle eller annen omsorgsperson.
- I dagtilbudene er det naturlig med et samarbeid med hjemmebasert omsorg om bl.a. vurdering av tilstand og funksjonsnivå fysisk og mentalt med tanke på å kartlegge framtidige omsorgsbehov.
- Det er naturlig å differensiere mellom dagtilbud til eldre med somatiske/-begynnende demens og til demente som er hjemmeboende.
- Kommunen bør utvide tilgjengeligheten på antall plasser, utvide type tilbud med andre tilbud som for eksempel «Inn på tunet» og tilpasse bemanningen deretter.
- I forbindelse med eksisterende og etablering av nye dagtilbud bør kommunen satse ytterligere på samarbeid med frivillige.

6.6 Funksjonshemmede²⁷

- Vår gjennomgang har vist at Melhus kommune har et kostnadsnivå som ligger på et mellomnivå til brukere under 18 år og relativt høye kostnader til brukere over 18 år, når vi justerer for antall innbyggere i relevant aldersgruppe.
- Kostnadene til brukere under 18 år er i hovedsak knyttet til avlastning i bolig. Kommunen kjøper i dag en del avlastning for brukere i denne målgruppen. Kostnadene til dette er høye.
- Kostnader til brukere over 18 år er i hovedsak knyttet til tjenester i bolig. Kostnadene til dette er høye og enhetskostnadene ligger høyt.
- Vår gjennomgang har vist at bemanningen i boligene ligger høyere enn snittet når man ser på årsverk pr. plass. Brukers behov, sammensetning av brukere i bolig, boligstruktur og bruk av dagsenter er faktorer som påvirker bemanningsbehovet.
 - Andel ansatte på kveld i ukedager er noe høyere enn det man ser på kveld i helg.
 - Andel ressurser som benyttes til dag og aktivitetstilbud i regi av virksomhet Bo og avlastning er høy
 - Bo og avlastning benytter ca. 18 årsverk på natt
- Melhus kommune har en boligstruktur hvor det var vanskelig å utnytte kapasitet og ressurser, en struktur som derfor vurderes å være lite driftsoptimal. Melhus kommune ligger i øvre sjiktet når det gjelder andel brukere som mottar slike tjenester Dette medfører høye kostnader for kommunen.
 - Boligstrukturen medfører at hovedvekten av boligene har smådriftsulemper
 - Andel satellitter- det vil si brukere som ikke bor i tilknytning til boliger med stasjonær bemanning, men som mottar ambulante tjenester, er lav.
 - Årsverk pr. plass/bruker er høyere enn det vi ser er gjennomsnitt pr. plass/bruker i vår sammenlikning
 - Kommunen har en høy andel brukere uten dagtilbud utenfor boligen, noe som medfører en høy andel personal i bolig på dagtid.
 - Vurderingen må være om kommunen kan øke andel brukere med dagtilbud utenfor bolig, samtidig som man benytter personalet inn i dagtilbudet, eventuelt tilpasser turnus for å redusere andel ansatte på dagtid
- Avlastning er et viktig tiltak for pårørende. Avlastning må tilrettelegges på en slik måte at man sikrer gode effektive og differensiert tjenester.
 - Melhus kommune ivaretar behov for avlastning med privat avlastning og avlastning i bolig (kjøp og egenregi). Andel brukere er forholdsvis lave, men kommunens kostnader til avlastning i egenregi ligger på et relativt høyt nivå. Dette tilsier at kommunen bør gjøre justeringer for både å sikre at de som er i behov av slike tjenester får det, samtidig som man sikrer mer kostnadseffektive tjenester.
 - Private avlastning er et viktig supplement for å klare å ivareta behov for avlastning for ulike brukergrupper. Andel brukere i Melhus er høyt for de under 18 år, og lavt for de over 18 år. Kommunen vil få endringer i brukersammensetningen ved kommunens avlastningsbolig. Det er sagt at kommunen da vil avvikle noen private oppdragsavtaler og håndtere dette i egenregi. Det er viktig at ledig kapasitet benyttes for de som ikke kan nyttiggjøre seg annet avlastningstilbud, og at tilbudet tilrettelegges på en kostnadseffektiv måte.
- Dagtilbud er et viktig trinn i kommunen tiltakstrapp og er viktig for opplevelsen av en meningsfylt hverdag, i fellesskap med andre. Et velfungerende dag- og aktivitetstilbud kan også fungere som et avlastningstiltak for de med særlig omfattende omsorgsoppgaver. I Melhus ligger ansvar for

²⁷ I denne rapporten omhandler denne brukergruppen mennesker med en funksjonsnedsettelse, herunder utviklingsforstyrrelser. Personer med ALS, MS mv. omhandles ikke av denne gruppen.

vedtak og organiseringen av kommunens dag- og aktivitetstilbud rammeområde (R4, Læring og tilrettelagt arbeid).

- Kommunes kostnader til dag- og aktivitetstilbud ligger høyt, andel brukere ligger på et mellomnivå.
- Andel brukere i bolig, uten organisert dag- og aktivitetstilbud, er høy. Kommunen kompenserer dette ved å ivareta behov for dag og aktivitetstilbud i regi av boligene.
- Kommunen bør øke andel brukere som får et organisert tilrettelagt dag- og aktivitetstilbud utenfor boligen. Tilbudene bør i størst mulig grad tilrettelegges som gruppetilbud for de brukerne som kan nyttiggjøre seg dette.
- Kommunen bør legge ansvar for saksbehandling til en felles tildelingsenhet innenfor rammeområde 3, sammen med de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Dette for å se kommunale helse- og omsorgstjenester mer i sammenheng.
- Kommunens kostnader til tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse for denne brukergruppen ligger på et lavt nivå. Ansvar for saksbehandling ligger til hjemmetjenesten. Det er viktig at kommunen utarbeider en strategi for hvordan man skal ivareta den nye rettighetsfestingen av ordningen, herunder sikrer nødvendig dialog og saksbehandling av høy kvalitet, i tillegg til at ansvar for saksbehandling legges til en felles enhet.
 - Kommunen bør videreutvikle sine ambulante tjenester for denne målgruppa å unngå at kommunen innvilger tjenester som brukerstyrt personlig assistanse for de som ikke er i behov av denne tjenesten (omfang).
- Melhus kommune må foreta en vurdering knyttet til hvordan de skal ivareta brukere som utvikler alderstegn, demenssykdom og funksjonsnedsettelse som følge av høy alder. Det er avgjørende at kommunens øvrige tjenester til eldre sees i sammenheng med dette.
 - Dette innbefatter både behov for bolig og bistand, men også dag- og aktivitetstilbud.
 - Eksempel på dette kan være at man etablerer en avdeling i sykehjem, eller i omsorgsbolig f.eks. for demente. Videre kan det handle om å etablere dagtilbud, f.eks. i et egnet lokale hvor brukere får anledning til å treffe andre og ha aktiviteter tilrettelagt ut fra sitt helse- og funksjonsnivå. Dette er det flere kommuner som har gjort. Tønsberg kommune bl.a. har etablert et slikt seniortilbud. Dette fordrer at man har tilstrekkelig kompetanse og at tilbudene vurderes å kunne ivareta brukernes behov.
- Tjenester til målgruppen er fordelt på flere virksomheter og rammeområder. Vår erfaring er at det kan være hensiktsmessig å organisere disse tjenestene mer i sammenheng. Dette for å kunne utnytte ressurser og kompetanse på tvers, men også for å kunne ha en enhetlig oversikt og styring over tjenester som ytes til målgruppen.
 - Dette innbefatter å samle tjenester som omhandler bolig, dag- og aktivitetssenter, støttekontakt, avlastning, brukerstyrt personlig assistanse og tjenester som hører inn under helse- og omsorgstjenesteloven.
- I et mer langsiktig perspektiv bør kommunen gjennom dialog med brukere, foresatte, lag og organisasjoner, utarbeide en strategi for hvordan tjenestestrukturen, herunder boligstruktur, til denne målgruppen bør se ut i fremtiden.
 - Demografisk utvikling tilsier at rekruttering av kompetent personale vil bli mer krevende i fremtiden
 - Dagens boligstruktur innebærer at kommunen har utfordringer knyttet til at boligene har høy grad av smådriftsulempere. Små turnusgrupper gjør det krevende å opprettholde kontinuitet, fleksibilitet og stabilitet for brukerne
 - Kommunen eier boligene som benyttes til formålet (stedlig bemanning). I en videreutvikling/nyetablering er det viktig at boligene tilrettelegges på en slik måte at de ivaretar Husbankens formkrav og statlige føringer, samtidig som de sikrer at en har driftsoptimale grunneheter.

- Det er helt avgjørende at arbeid med boligstrukturen sees i sammenheng med kommunes øvrige strategier innen helse- og omsorgstjenesten, og at arbeidet med dette håndteres som en oppgave under «bestilling i stort».

6.7 Psykisk helsearbeid og rus

- Kommunen opplever en sterk vekst i behovene på dette området. Noe av veksten kan skyldes et økt tjenestetilbud og heldøgnsbasert tilbud i kommunen. Kommunen trenger derfor en ny helhetlig gjennomgang av tjenester innen rus og psykiatri med tanke på behov for nye organisering, effektiv drift og kompetansedeling
- Melhus kommune har valgt en organisering som skiller psykisk helse og rus i to grupper under rammeområde 4, mens døgntilbudet til begge disse gruppene ligger i hjemmebasert omsorg i rammeområde 3, primært i Idrettsveien. Det er også ulike enheter som har ansvaret for dagtilbudet og døgntilbudet. En slik deling er unaturlig for voksne med både psykisk helse- og rusutfordringer og er ikke en organisering som vil møte utfordringene i Samhandlingsreformen innen dette feltet, da dette er tjenester som henger tett sammen. Dette er en type tjeneste som bør ses i sammenheng med oppfølging av brukerne i eget hjem. Et tett samarbeid og samorganisering av disse tre dimensjonene innen psykisk helse og rus i Melhus vil trolig bedre det helhetlige arbeidet og brukernes opplevelse av mestring i hverdagen.
- Melhus kommune har kostnader til psykisk helse og rus innenfor pleie- og omsorgsområdene i KOSTRA som ligger på et mellomnivå blant sammenligningskommunene. Analyseresultatet viser også at kommunens rapportering i forhold til antall brukere spesielt i forhold til forebyggende/psykososialt tilbud kan være noe mangelfullt totalt for rammeområde 3 og 4 og at man derfor ikke kan benytte analysene til å trekke konklusjoner om fordeling av tjenester og totalt antall brukere.
- Kommunen bør sikre en bedre kompetansedeling og bruk av ressursene mer effektivt på tvers mellom barn og unge og familier (Rammeområde 4) og andre voksne brukere i hjemmebasert omsorg (Rammeområde 3).
- Uavhengig av framtidig organisering, må kommunen sikre at nødvendig informasjon om brukerne er tilgjengelig for alle ansatte som har behov for dette i sitt møte med brukeren.
- Dersom kommunen organiserer tjenestene mellom Idrettsveien og psykisk helse mer i sammenheng, vil en sannsynligvis oppnå en større og faglig mer robust enhet.
- Alle som jobber med voksne med psykisk helse og rusplager bør jobbe turnus, fordi det er et økende behov for døgnbaserte tjenester og et utvidet tilbud i «Idrettsveien».
- Psykisk helse og rus bør samorganiseres slik at en klarer å utnytte ressursene på tvers og sikre kompetansedeling. Tverrfaglig team møtes annenhver uke i ca. 1 time for å drøfte enkeltbrukere. Dette teamet består av leder for hjemmetjenesten, leder for ergo-/fysioterapi, leder psykiatri-tjenesten og leder for sykehjemsavdelingene og leder for Idrettsveien. Rustjenesten deltar ikke på dette møtet, men bør absolutt delta.

6.8 Kjøkken

- Vår vurdering er at kjøkkentjenesten bør samorganiseres i en felles enhet med felles ledelse for alle 3 kjøkkenene med ansvar for å følge opp de lovpålagte kravene, de administrative rutine og sikre samme rutiner og prosedyrer ved de tre helse- og omsorgssentrene.
- Kommunen bør videre vurdere konsekvensene av en sammenslåing av dagens tre kjøkken til ett felles hovedkjøkken på Buen med to lokale postkjøkken på Hølonda og Horg/Flå, bemannet til mottak og distribusjon.

6.9 Frivillighet

- Frivillig arbeid er et viktig tiltak for å engasjere lokalbefolkningen og en viktig ressurs for kommunene.
- Melhus har en egen frivillighetssentral. I forbindelse med eksisterende og etablering av nye dagtilbud bør kommunen satse ytterligere på samarbeid med frivillige.
- Det frivillige arbeidet bør omhandle personer som har effekt av å delta i meningsfylt arbeid og som bistår andre mennesker med sitt nærvær og kompetanse.
- Kommunens bør vurdere å ansette en egen frivillighetskoordinator som vil ha som hovedoppgave å kople behov og ressurser og ta vare på og utvikle engasjementet hos de frivillige og rekruttere flere til flere type oppgaver.

6.10 Sykefravær

- Vår erfaring er at sykefraværet innenfor tjenester hvor det er turnus, varierer fra kommune til kommune.
- Sykefraværet i Melhus er variabelt mellom ulike tjenester. Flere enheter/avdelinger har utfordringer knyttet til høyt sykefravær og det har de siste årene totalt sett vært en vekst i totalt sykefravær for alle de tre helse- og omsorgsdistriktene.
- Melhus kommune bør forenkle måten en tar ut rapporter om sykefraværet på, slik at alle enhetslederne til enhver tid har en god oversikt.
- Kommunen bør samordne HMS-arbeidet og etablere flere felles prosedyrer på personaloppfølging.
- En enhet i hjemmebasert omsorg har hatt lavt sykefravær over flere år og etablert en god praksis for sykefraværsoppfølging. Kommunen bør sikre at slike gode erfaringer systematiseres, deles med de andre turnusenhetene og settes pris på.
- Kommunen mangler rutiner som medfører at ansatte som ikke kan komme tilbake i opprinnelig arbeid, kan tilbys annet arbeid i kommunen. Dette er et krevende oppfølgingsarbeid. Virksomhetene i pleie og omsorg har spilt inn dette som et behov til personalavdelingen.

6.11 Ledelse, økonomi, fag og personale

- Lederne i førstelinjen bør ha ansvar for økonomi, fag og personale.
- Vår erfaring er at dersom kommunen skal lykkes med å ha kontroll over økonomien innen pleie- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som medfører økonomiske forhold.
- Økonomistyring og budsjettering må foregå med involvering fra ledere som har et budsjettmessig oppfølgingsansvar. Vår kartlegging viser at organiseringen av økonomistyringen ikke er tilfredsstillende.
- Med kommunens største budsjettpost framover, er vår klare anbefaling at helse- og omsorgstjenestene sikres en egen dedikert økonomirådgiver som kan jobbe tett opp mot ledernivået og et framtidig bestillerkontor.
- Budsjettposter må ta hensyn til utviklingen innenfor hver deltjeneste, og justeres i forhold til faktisk forbruk året før. Samtidig må budsjettet periodiseres på avdelingsnivå, og settes opp på en måte som gjør det enkelt for avdelingsledere å ta ut rapporter og følge med på eget forbruk fortløpende.

- Vår vurdering er at lederne som har ansvar for styring og bruk av ressurser i det daglige, må ha ansvar og oversikt over sentrale budsjettposter. Det betyr at de som har ansvar for å leie inn vakter, også har ansvaret for kostnaden knyttet til dette.
- Virksomhetsleder for Bo og avlastning har ansvar for refusjoner når det gjelder ressurskrevende tjenester og registrering av mennesker med diagnosen psykisk utviklingshemning.
 - Virksomheten har utarbeidet et system for å rapportere og dokumentere kostnader. Gjennomgangen viser at kommunen ligger på et mellomnivå når det gjelder andel refusjon.
 - Virksomhetsleder beskriver arbeidet med innregistrering av mennesker med psykisk utviklingshemning som har helse- og omsorgstjenester, som sårbart. Vurderingen er at dette er et arbeid bør legges til et bestiller-/tildelingskontor (har oversikt) og utføres i samråd med utførerne.

6.12 Generelle suksesskriterier for gode framtidige tjenester til eldre

- **Strategisk kurs og plan for tjenestene som er stabil over tid**
 - Tydeliggjøre hvilket fokus kommunen har på sykehjem, omsorgsboliger, hjemmetjeneste mv.
 - Målstyrt planlegging som forankres politisk
 - Skille mellom bestiller og utfører, men sikre en klar felles strategi for tjenestetildeling
 - Jobbe ut i fra mottoet: «Sengen er der pasienten er!»
- **Høy og målstyrt satsing på hjemmetjenester med god kvalitet**
 - Tilrettelagte bosenter som har tett samarbeid med hjemmebasert omsorg, f.eks. å omgjøre flere institusjonsplasser til omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning
 - Hjemmetjeneste og bosenter prioriteres fremfor institusjon
 - Institusjonsopphold kun til demente og svært pleietrengende pasienter, i tillegg til økt satsing på korttidsplasser i nært samarbeid med hjemmetjenesten
 - Etablere og omgjøre omsorgsboliger i hovedsak til nivå 3 i vår omsorgsboligtrapp
 - Sikre store bosenter med effektive areal-løsninger som er bemanningsvennlige
 - Brukerne må oppleve trygghet i hjemmet
 - Dyktige medarbeidere som kan håndtere alle oppgaver i brukernes hjem, og som kan trygge brukere og pårørende om at de får den hjelpen de trenger
 - Tilstrekkelige og riktige vedtak i hjemmebasert omsorg
 - Rundhåndet tildeling av trygghetsalarmer.
 - Ansatte i hjemmetjenesten må følge opp og være presise
- **Målstyrt arbeid med hjemmerehabilitering**
 - Ingen brukere får tjenester på permanent basis før de er utredet av et eget innsatsteam/hverdagsrehabiliteringsteam
 - Forventningsavklaring i samarbeid med brukere og pårørende på tjenester mv.
 - Tydelighet i forhold til pårørende og brukere om hva de kan forvente og hva som forventes av dem
 - Tydelig bevissthet hos ansatte og ledere knyttet til de økonomiske rammene
 - Leder med turnusansvar har ansvar for både «penger, fag og folk»
- **Eget tverrfaglig fagteam for eldreomsorg som forankrer strategier og gir input til et felles bestillerkontor-/tildelingskontor**
 - Her er det ikke saksbehandling på enkeltpersoner, men prinsipper og strategier.
 - Aktuelle ledere er enhetsleder for hjemmebaserte tjenester, sykehjem, bosenter og leder av bestillerenheten
 - Tilsvarende fagteam etableres for barn og unge, rus og psykiatri mv.