

A close-up photograph of a person's hand holding a red pen, pointing at a bar chart on a document. The chart has several green bars of varying heights. The background is blurred, showing other documents and a desk. A white triangular overlay is in the bottom left corner.

Vedleggsdelen til rapporten fra Agenda Kaupang

- Detaljgjennomgang pleie og omsorg sammenliknet med andre kommuner
- Videreutvikling av hjemmetjeneste i Lier
- Organisering av saksbehandling og tildeling



Vedlegg: Detaljgjennomgang Pleie og omsorg

Analyse på brukergruppenivå utviklet av
Agenda Kaupang

Hva omhandler denne analysen?

- I Agenda Kaupangs egenutviklede database foreligger det detaljerte oversikter over ulike kommuners prioritering av pleie- og omsorgstjenester. Dette er tall som ikke finnes i KOSTRA.
- For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i Lier har vi foretatt en enkel sammenligning med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling.
- Sammenligningene omhandler antall brukere og utgifter per bruker for likartet tjeneste. Vi har tatt utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter for kommunene i sammenligningene.
- Analysen benytter 3 brukerkategorier:
 - Andre brukere, hovedsakelig eldre
 - Mennesker med psykisk utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser
 - Mennesker med psykiske helse/rusrelaterte sykdommer

Hvilke funksjoner er med i analysen

- Pleie og omsorg- KOSTRA

- ▶ Analysen tar utgangspunkt i veileder for KOSTRA – innen pleie og omsorg
- ▶ Pleie og omsorg omfatter følgende deltjenester/KOSTRA-funksjoner:
 - Funksjon 254 pleie i hjemmet:
 - ✓ hjemmesykepleie, hjemmehjelp, BPA, miljøarbeidertjeneste, omsorgslønn, privat avlastning. Tilbud gitt i bemannede omsorgsboliger er hjemmebaserte tjenester
 - Funksjon 253 Pleie i institusjon:
 - ✓ sykehjem (langtids plass og ulike typer korttids plass), barnebolig og avlastningsboliger for barn og unge
 - Funksjon 234 Aktivisering:
 - ✓ støttekontakt, dagsenter, matombringing og trygghetsalarm
 - Funksjon 261 Drift av institusjonslokaler:
 - ✓ renhold, vaktmester, energi og vedlikehold (FDV-kostnader)

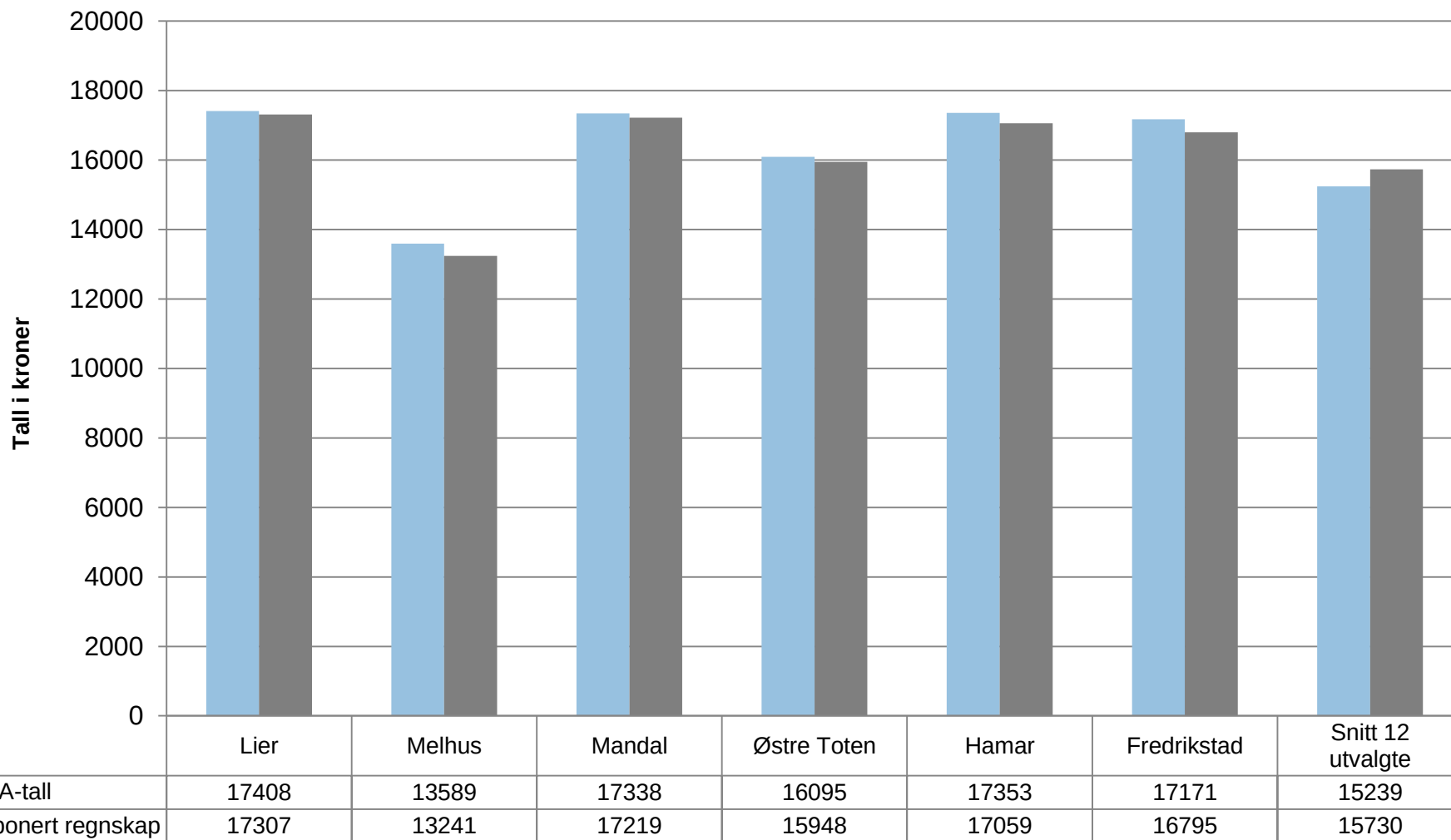
Formålet med detaljgjennomgangen innen pleie og omsorg

- ▶ Få bedre innsikt i tjenestene
- ✓ Prioritering innenfor pleie og omsorg
- ✓ Omsorgstrappen for tre brukergrupper
- ✓ Utgifter fordelt på ulike brukergrupper og tjenester
- ▶ Sammenlikning med andre med for å lære –sammenlikning med 4 andre kommuner og snittet av 12 kommuner (Hamar, Lindesnes, Sør Odal, Østre Toten, Tinn, Mandal, Karmøy, Askøy, Halden, Askim, Nittedal, Tønsberg)
- ✓ Noen av sammenlikningskommunen har data som ikke er fra 2017. I disse kommunen har vi deflatorjustert utgiftene for det eneklte år slik at det skal være sammenlikningsbart med 2017
- ▶ Regnskapsanalyse- sjekke kommunens regnskapsføring mot KOSTRA veileder

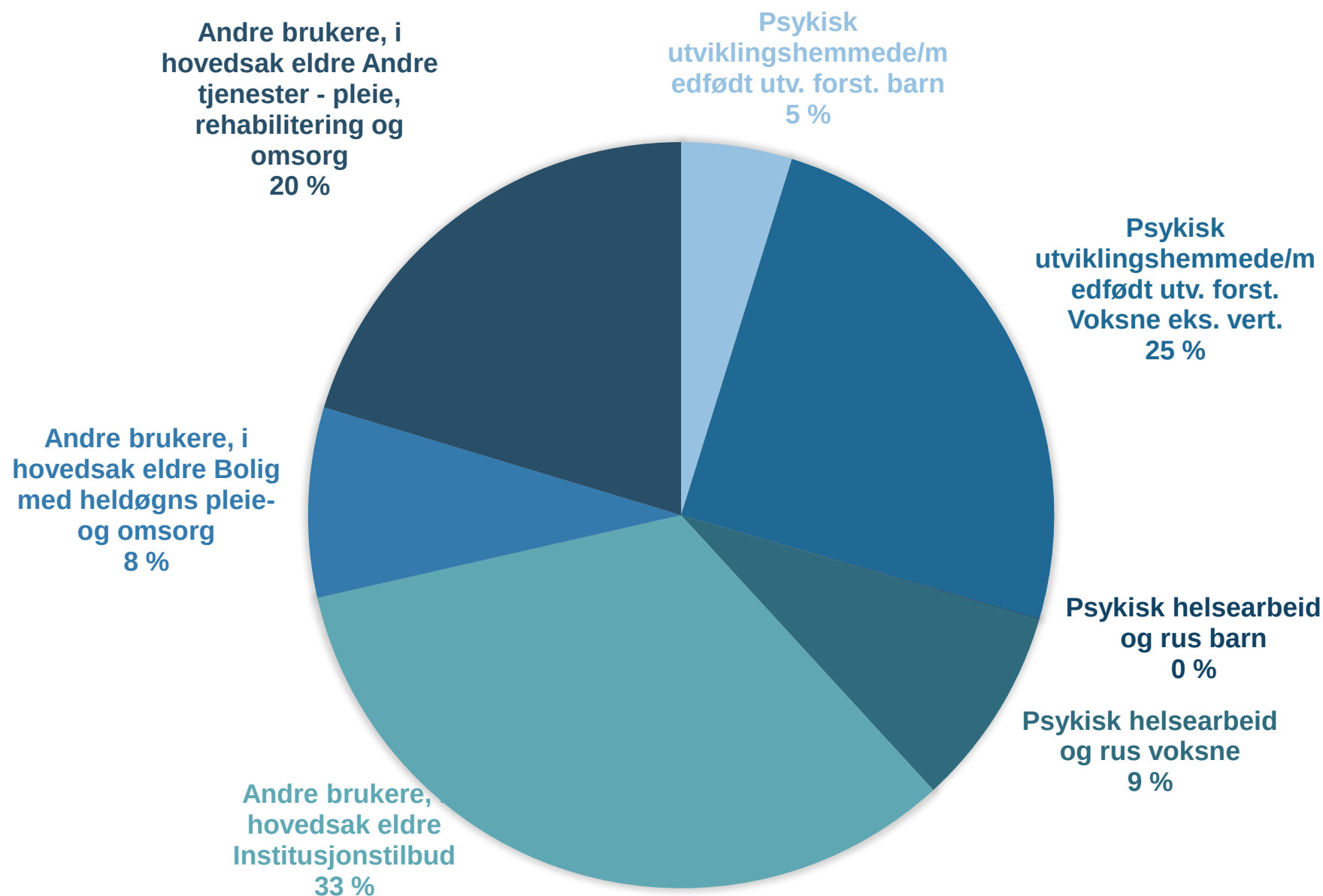


Regnskapsanalysen i kommunene medfører noen justeringer (KOSTRA-veileder)

Netto driftsutgifter til Pleie og Omsorg pr. innbygger korrigert for behov

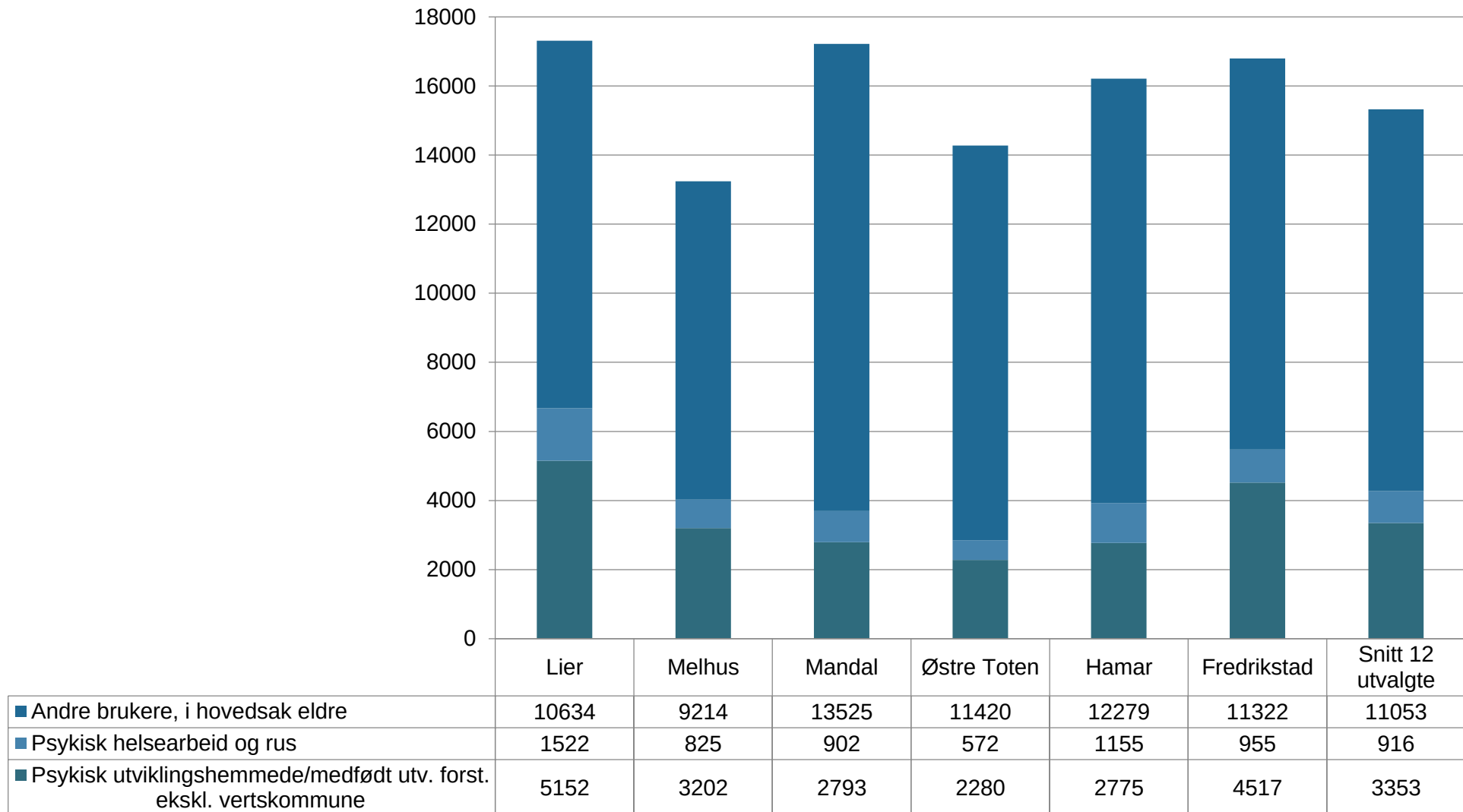


61 % av Liers utgifter innen pleie og omsorg (KOSTRA) brukes på brukergruppen andre brukere- eldre. 30 % går til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser og 9 % går til psykisk helse/rus



Lier har høyere utgifter til PLO enn gj.snittet i referansegruppen og sammenlikningskommunene. Årsaken er høyere utgifter innen psykisk helse/rus og tjenester til utviklingshemmede

Netto driftsutgifter til Pleie og Omsorg pr. innbygger korrigert for behov



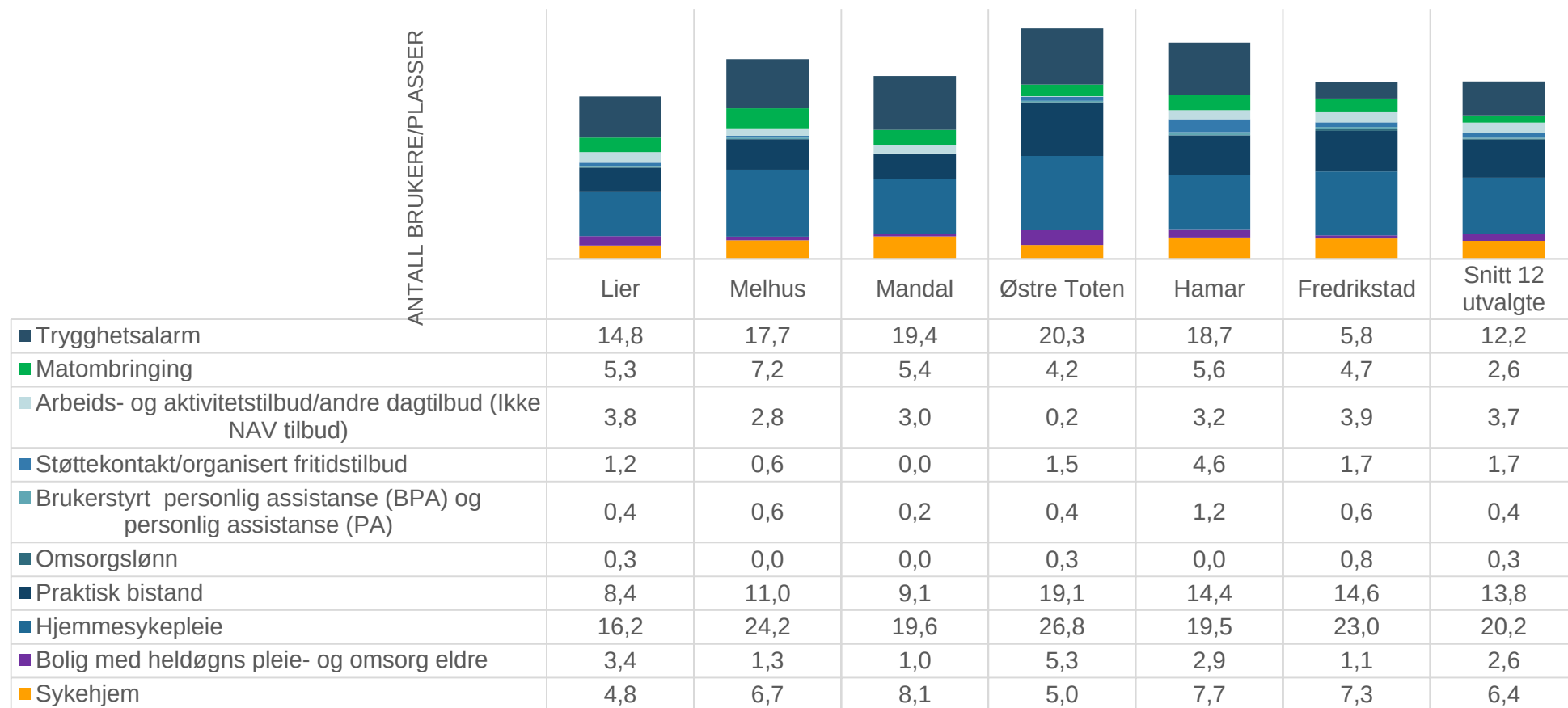


Andre brukere - hovedsakelig eldre

Pleie og omsorg i KOSTRA

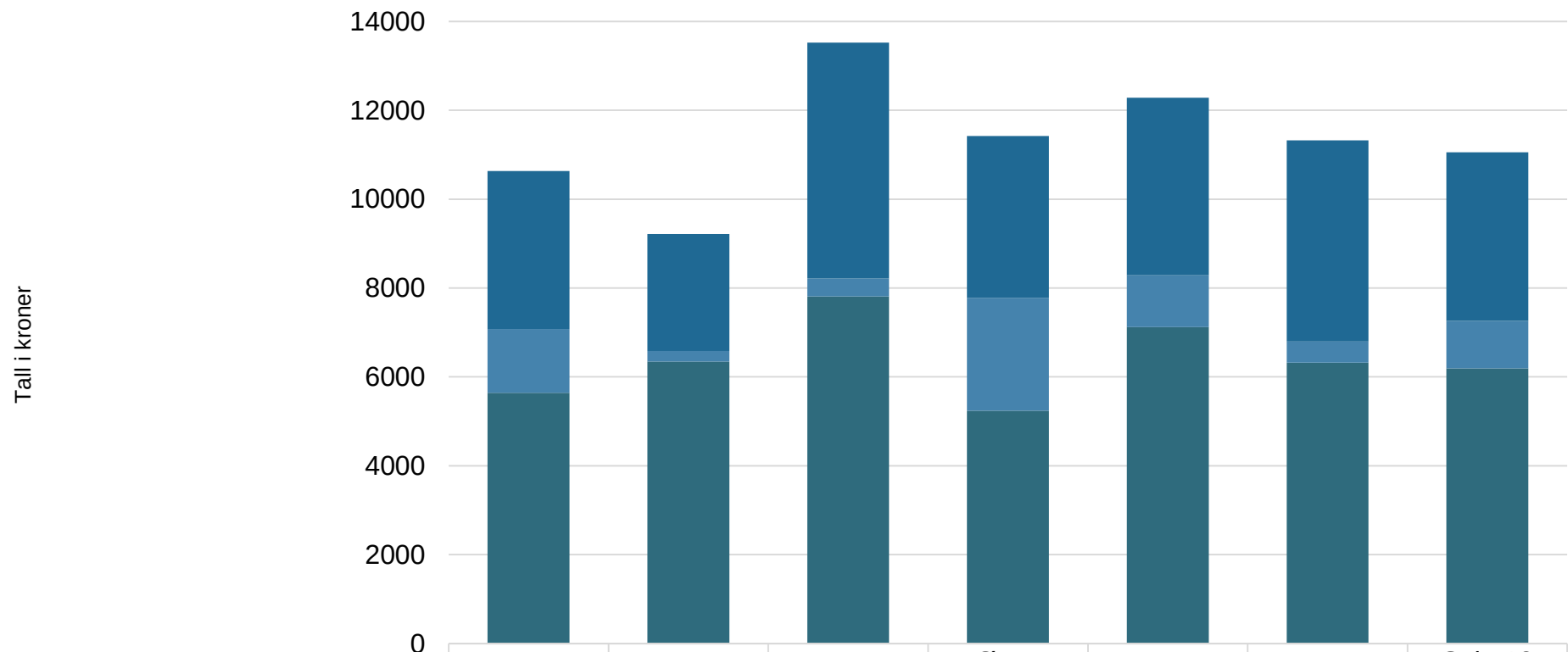
Lier har flere brukere med omsorgsbolig, matombringning og trygghetsalarm. Færre brukere med tjenester med hjemmesykepleie, praktisk bistand, støttekontakt og institusjonstilbud (enn snittet i referansegruppen)

BRUKERE/PLASSER PR. 1000 INNBYGGERE JUSTERT FOR BEHOV.
ANDRE BRUKERE HOVEDSAKELIG ELDRE



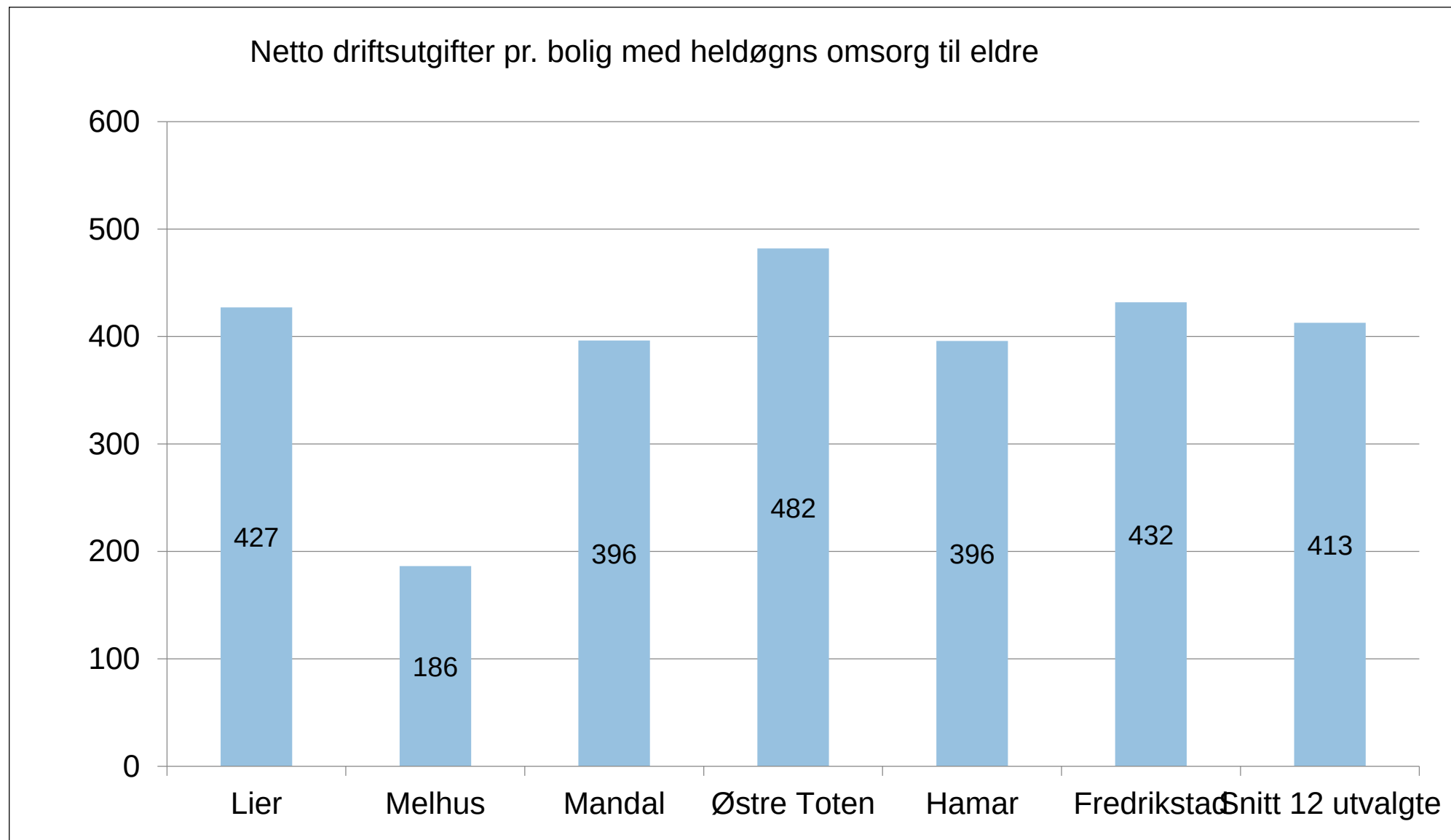
Lier har høye utgifter til omsorgsboliger, og lavere utgifter til hjemmetjenester og institusjon enn snittet i referansegruppen

Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr innbygger korrigert for behov; andre brukere, i hovedsak eldre

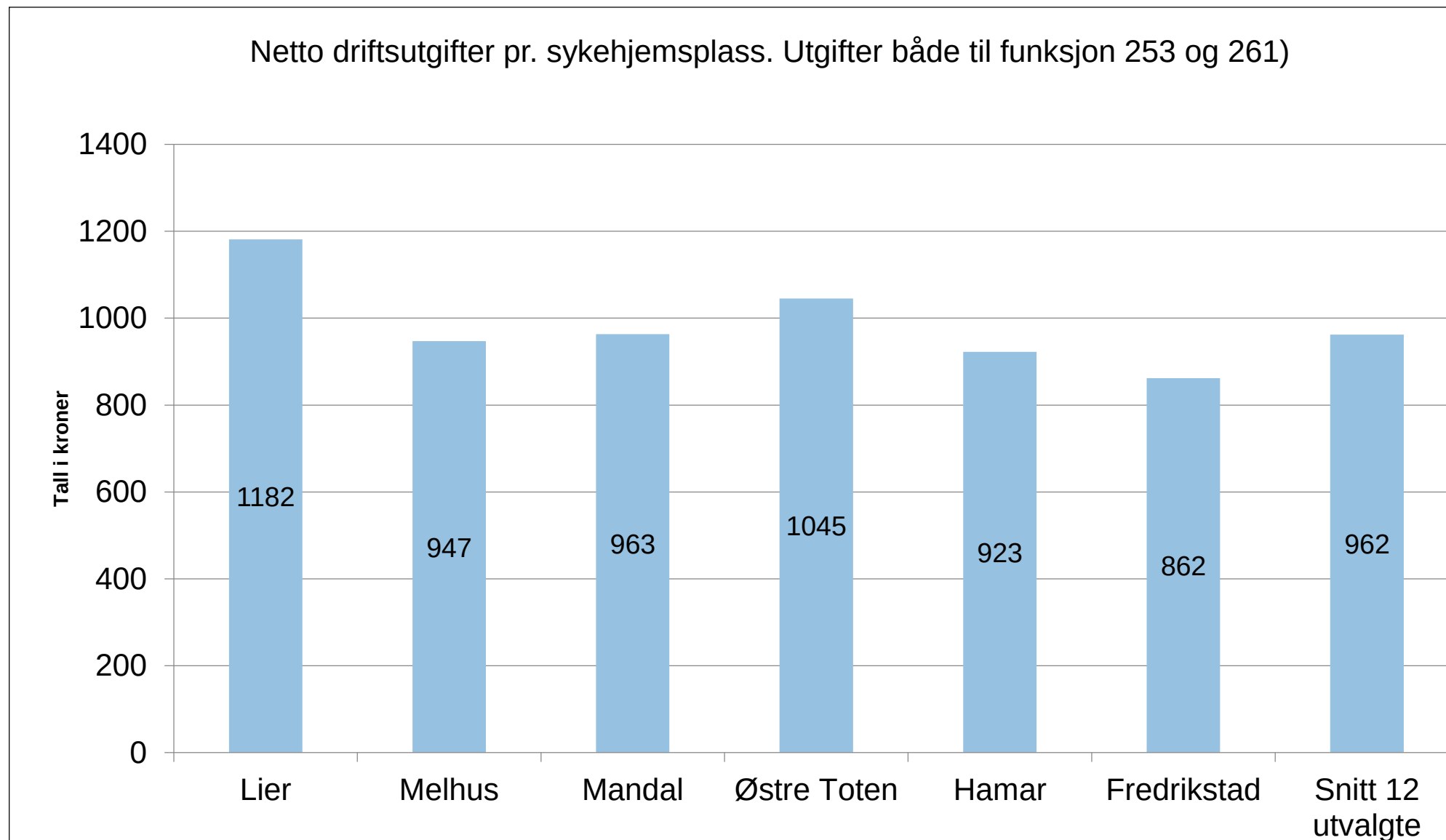


■ Andre tjenester - pleie, rehabilitering og omsorg	3554	2633	5310	3637	3994	4528	3791
■ Bolig med heldøgns pleie- og omsorg	1438	234	402	2544	1162	475	1070
■ Institusjonstilbud	5642	6348	7814	5239	7124	6320	6192

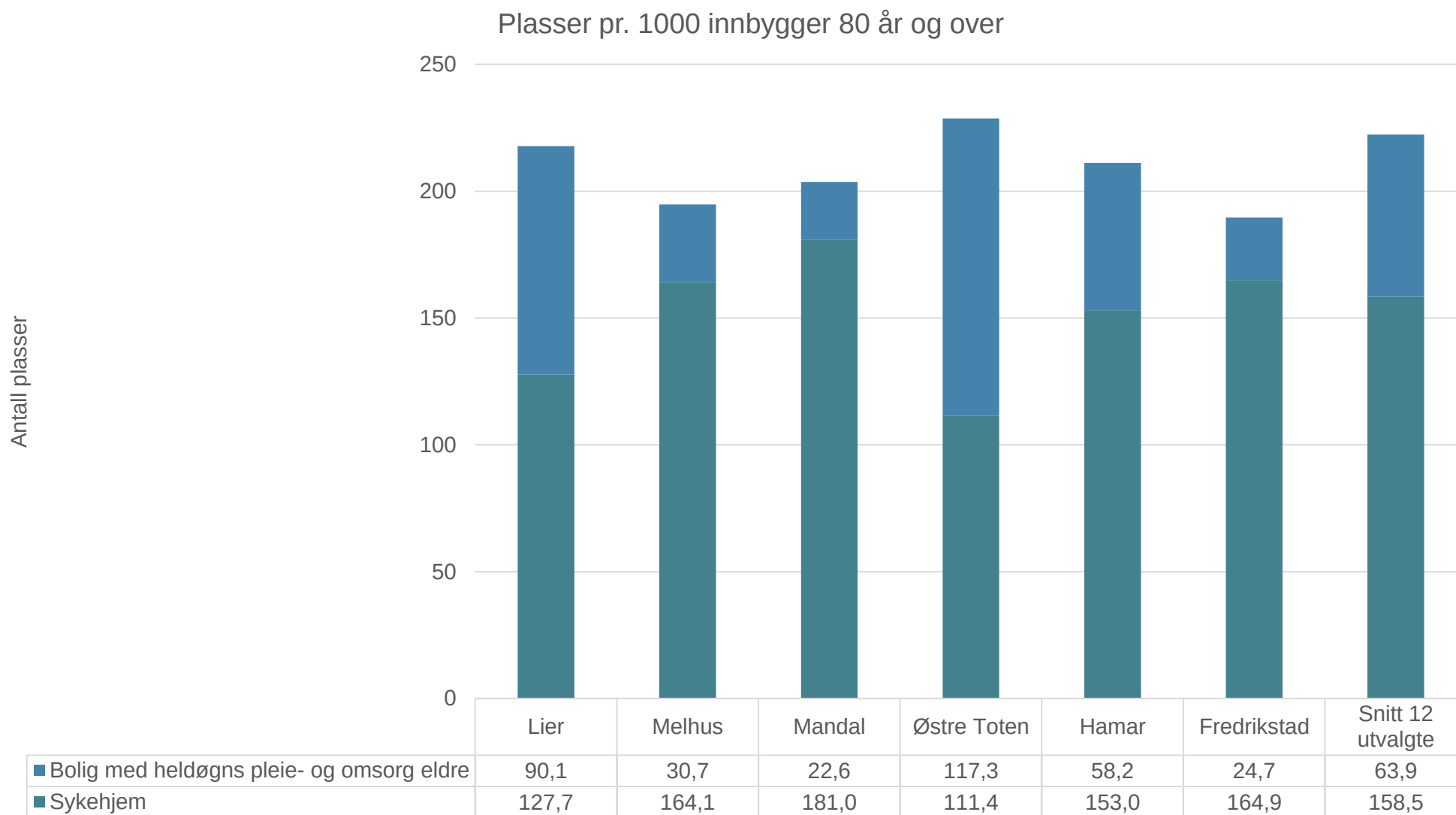
Lier har noe høyere enhetskostnader på omsorgsboliger med heldøgns bemanning enn referansegruppen



Lier har høye enhetskostnader per plass i institusjon

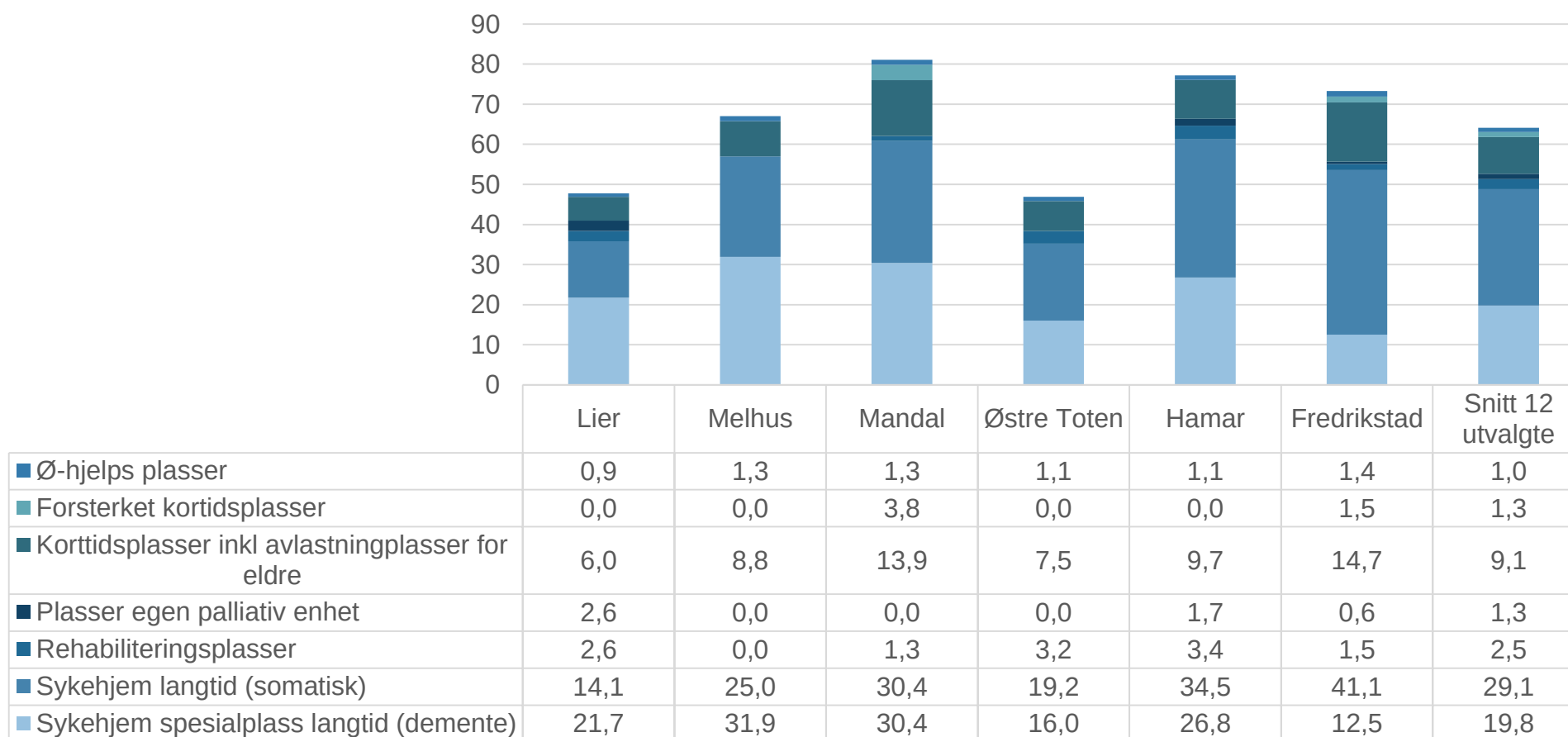


Dekningsgrad i Lier er på nivå med snittet for referansegruppen, men Lier har lavere dekningsgrad for institusjon



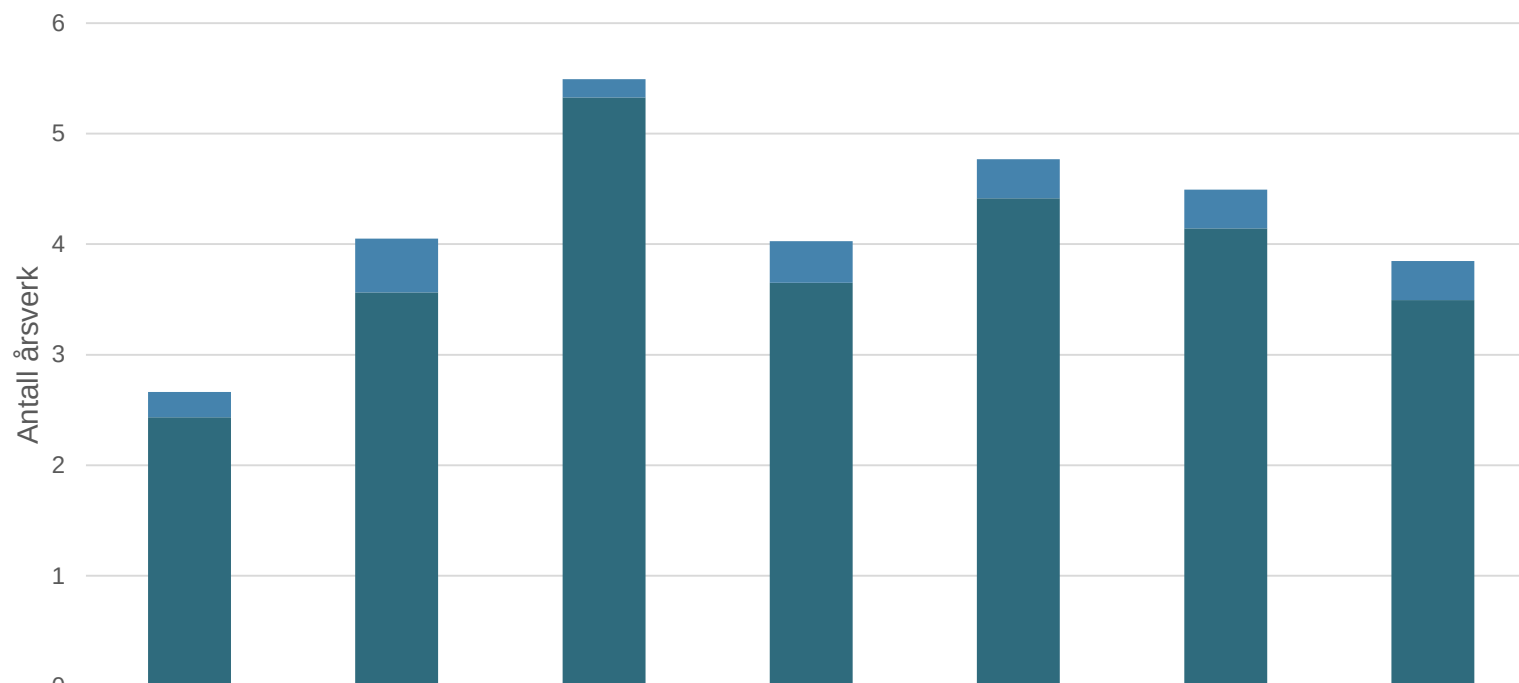
Hovedvekten av institusjonsplassene i Lier er langtidsplasser

Plasser i syke- og aldershjem pr. 10000 innbygger korrigert for behov



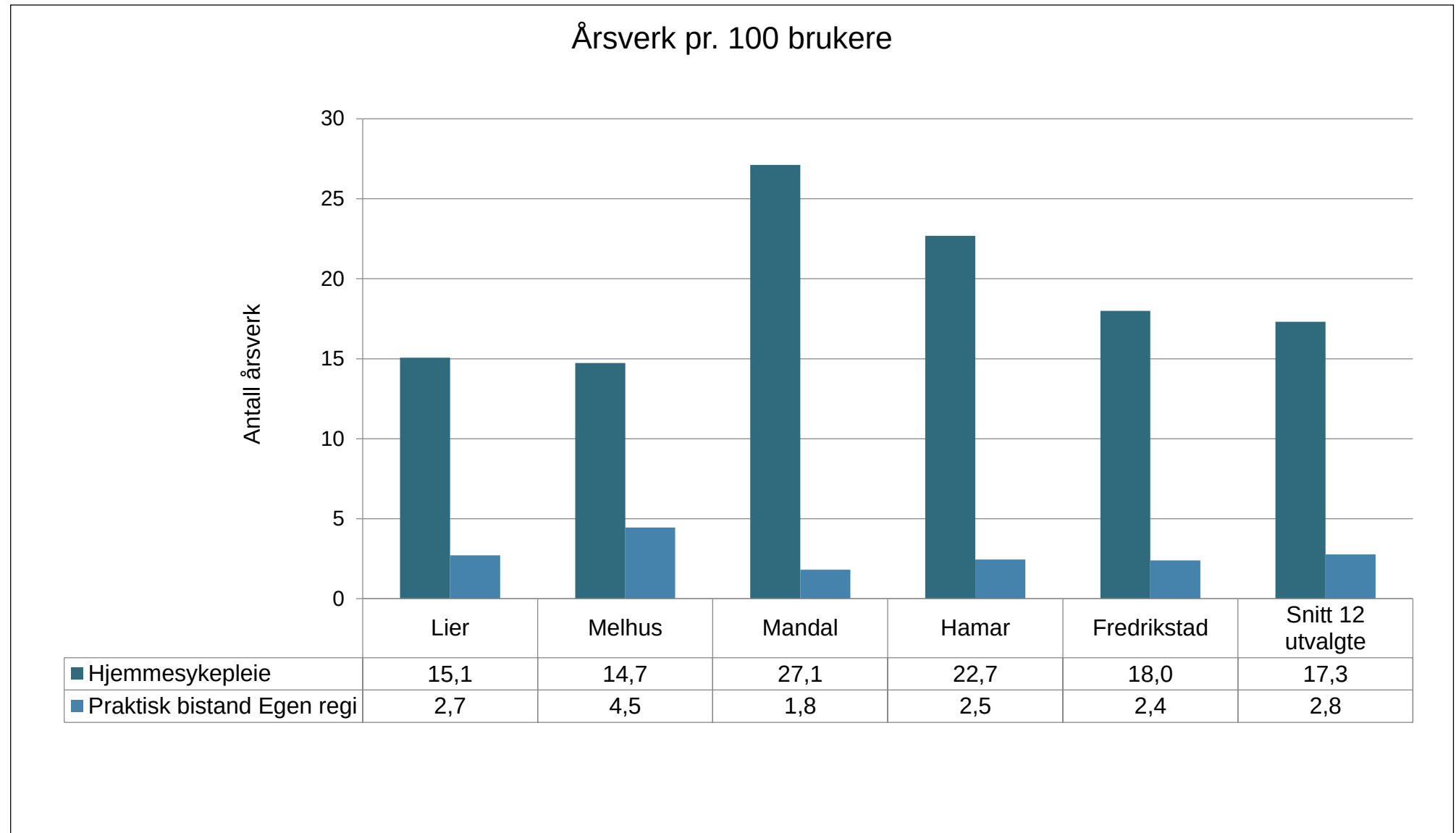
Lier har færre årsverk i den ambulante hjemmetjenesten per innbygger (behovskorrigert) enn referansegruppen og kommunene i sammenlikningen

Årsverk pr. 1000 innbygger korrigert for behov



■ Praktisk bistand Egen regi	0,2	0,5	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4
■ Hjemmesykepleie Egen regi	2,4	3,6	5,3	3,6	4,4	4,1	3,5

Lier har en lavest prioritering av årsverk til ambulant hjemmesykepleie/helsehjelp. Praktisk bistand ligger rett under snittet i referansegruppen.



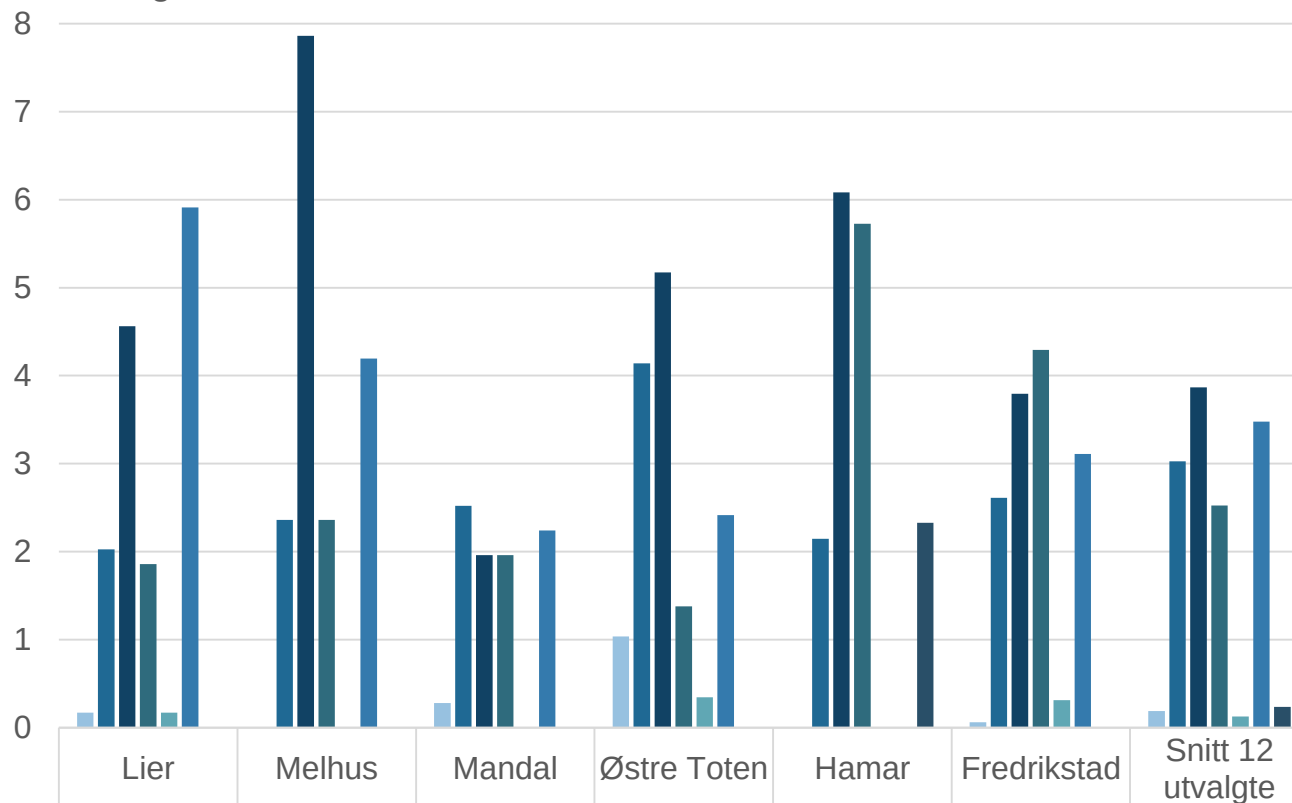
A photograph of a person sitting in a grassy field, playing an acoustic guitar. The person is wearing a floral-patterned shirt. The guitar is a light-colored acoustic model. The background is a blurred natural setting. A semi-transparent grey triangle is overlaid on the bottom left of the image, containing text.

Mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser

Pleie og omsorgstjenester i KOSTRA

Lier har noe færre brukere med avlastning i bolig og omsorgslønn, men flere med tjenester organisert som BPA/PA, privat avlastning og støttekontakt.

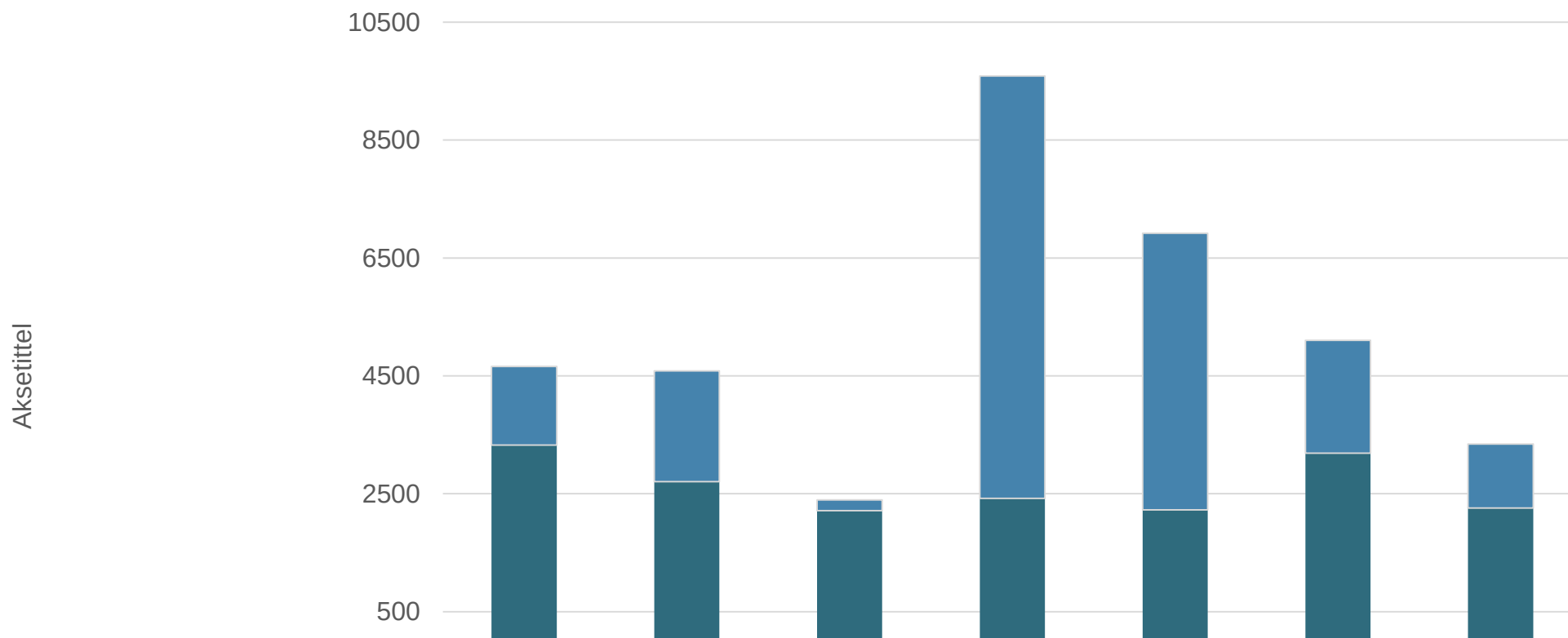
Brukere/plasser pr. 1000 innbyggere 0-18 år fordelt pr. type tjeneste. Psykisk utviklingshemmede/medf. utv. forst. barn



■ Barnebolig	0,2	0,0	0,3	1,0	0,0	0,1	0,2
■ Avlastning - bolig (Antall aktive vedtak)	2,0	2,4	2,5	4,1	2,1	2,6	3,0
■ Privat avlastning (Oppdragsavtaler)	4,6	7,9	2,0	5,2	6,1	3,8	3,9
■ Omsorgslønn	1,9	2,4	2,0	1,4	5,7	4,3	2,5
■ Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistanse (PA)	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,1
■ Støttekontakt/organisert fritidstilbud	5,9	4,2	2,2	2,4	0,0	3,1	3,5
■ Ambulerende miljøarbeidertjeneste	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,2

Lier har høyest nettodriftsutgifter for brukergruppen barn og unge

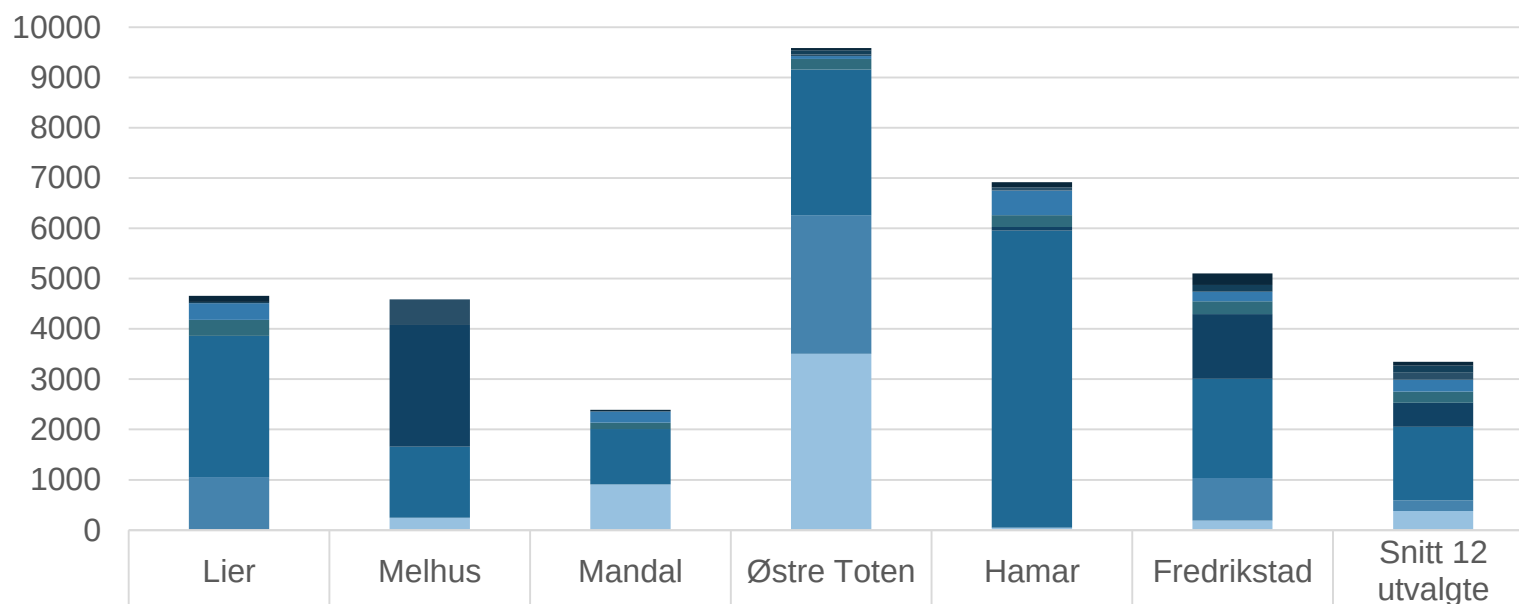
Drift. utg. psykisk utv. hemmede/medfødt funksj. forst. til barn og unge pr. innbygger 0-17 år



	Lier	Melhus	Mandal	Østre Toten	Hamar	Fredrikstad	Snitt 12 utvalgte
Tilskudd ressurskrevende brukere	1334	1883	179	7163	4689	1914	1084
Netto driftsutgifter	3326	2704	2214	2424	2229	3189	2259

Hovedvekten av utgiftene til barn og unge i Lier er knyttet opp mot avlastning og barnebolig og enhetskostnadene her er høye (få brukere)

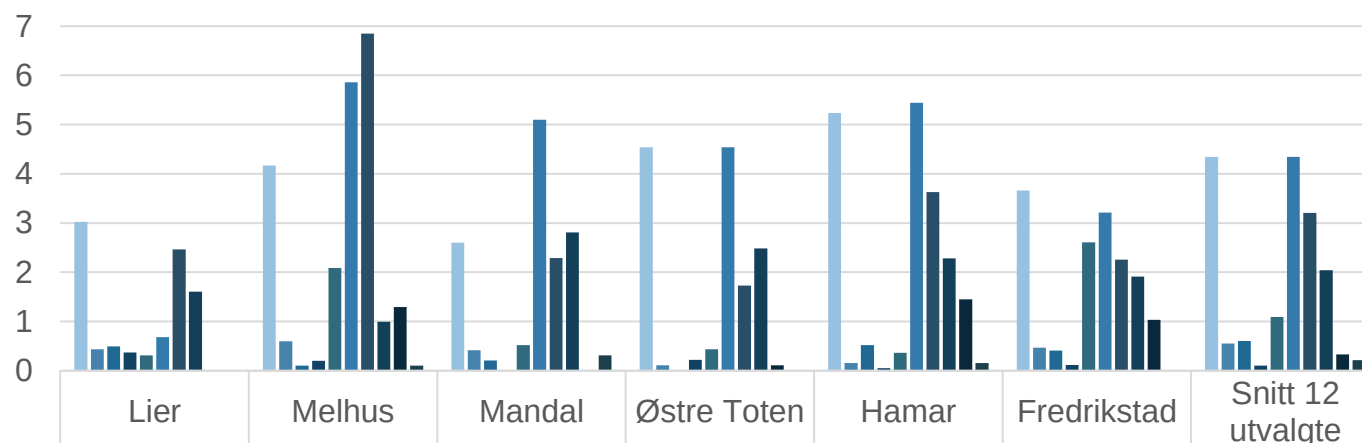
Drift. utg. psykisk utv. hemmede/medfødt funksj. forst. (ikke fratrullet tilskudd ress.krev brukere) til barn og unge pr. innbygger 0-17 år



	Lier	Melhus	Mandal	Østre Toten	Hamar	Fredrikstad	Snitt 12 utvalgte
■ Støttekontakt	122	0	34	49	101	228	75
■ Brukerstyrt personlig assistanse	27	0	0	77	0	136	137
■ Ambulerende miljøarbeidertjeneste	0	509	0	34	63	0	140
■ Omsorgslønn	329	0	223	56	493	190	239
■ Privat avlastning (Oppdragsavtaler)	318	0	126	213	232	253	222
■ Avlastning - bolig Ikke i egen regi	0	2421	0	0	70	1286	475
■ Avlastning - bolig Egen regi	2811	1411	1106	2892	5912	1976	1466
■ Barnebolig driftet av andre	1054	0	0	2762	0	845	211
■ Barnebolig egen regi	0	245	905	3502	48	191	379

Lier har flere voksne tjenestemottakere med tjenester organisert som BPA/PA, men færre tjenestemottaker innenfor bolig, aktivitet, støttekontakt og omsorgslønn

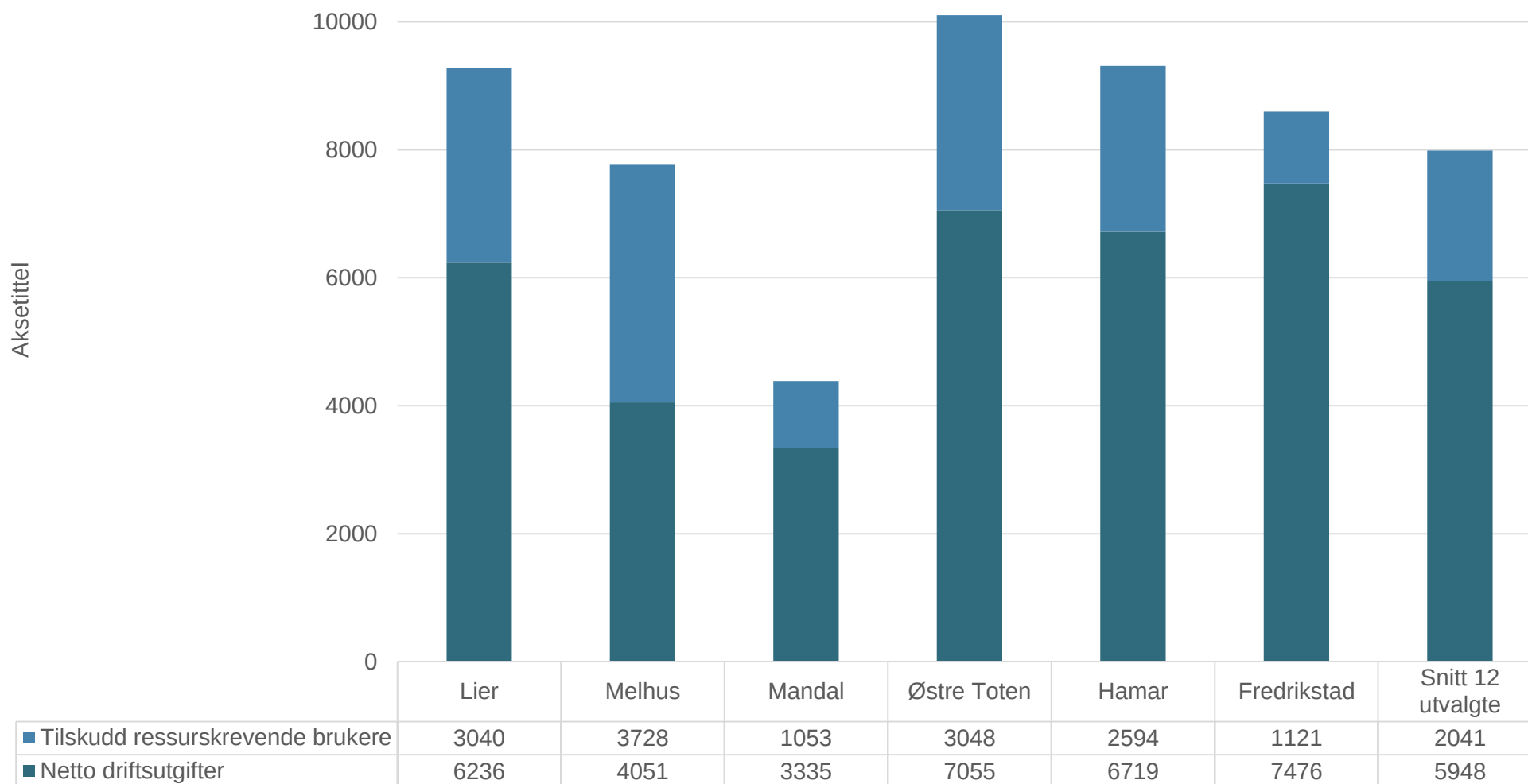
Brukere/plasser pr. 1000 innbyggere 18-67 år fordelt pr. type tjeneste. Psykisk utviklingshemmede/medf. utv. forst. 18-67 år



	Lier	Melhus	Mandal	Østre Toten	Hamar	Fredrikstad	Snitt 12 utvalgte
■ Boliger med bemanning - Psykisk utviklingshemmede/medf. utv. forst.	3,0	4,2	2,6	4,5	5,2	3,7	4,3
■ Avlastning - bolig	0,4	0,6	0,4	0,1	0,2	0,5	0,6
■ Privat avlastning (Oppdragsavtaler)	0,5	0,1	0,2	0,0	0,5	0,4	0,6
■ Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistanse (PA)	0,4	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
■ Omsorgslønn	0,3	2,1	0,5	0,4	0,4	2,6	1,1
■ Støttekontakt/organisert fritidstilbud	0,7	5,9	5,1	4,5	5,4	3,2	4,3
■ Arbeids- og aktivitetstilbud	2,5	6,8	2,3	1,7	3,6	2,3	3,2
■ Ambulerende miljøarbeidertjeneste	1,6	1,0	2,8	2,5	2,3	1,9	2,0
■ Matombringning	0,0	1,3	0,0	0,1	1,5	1,0	0,3
■ Trygghetsalarm	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2

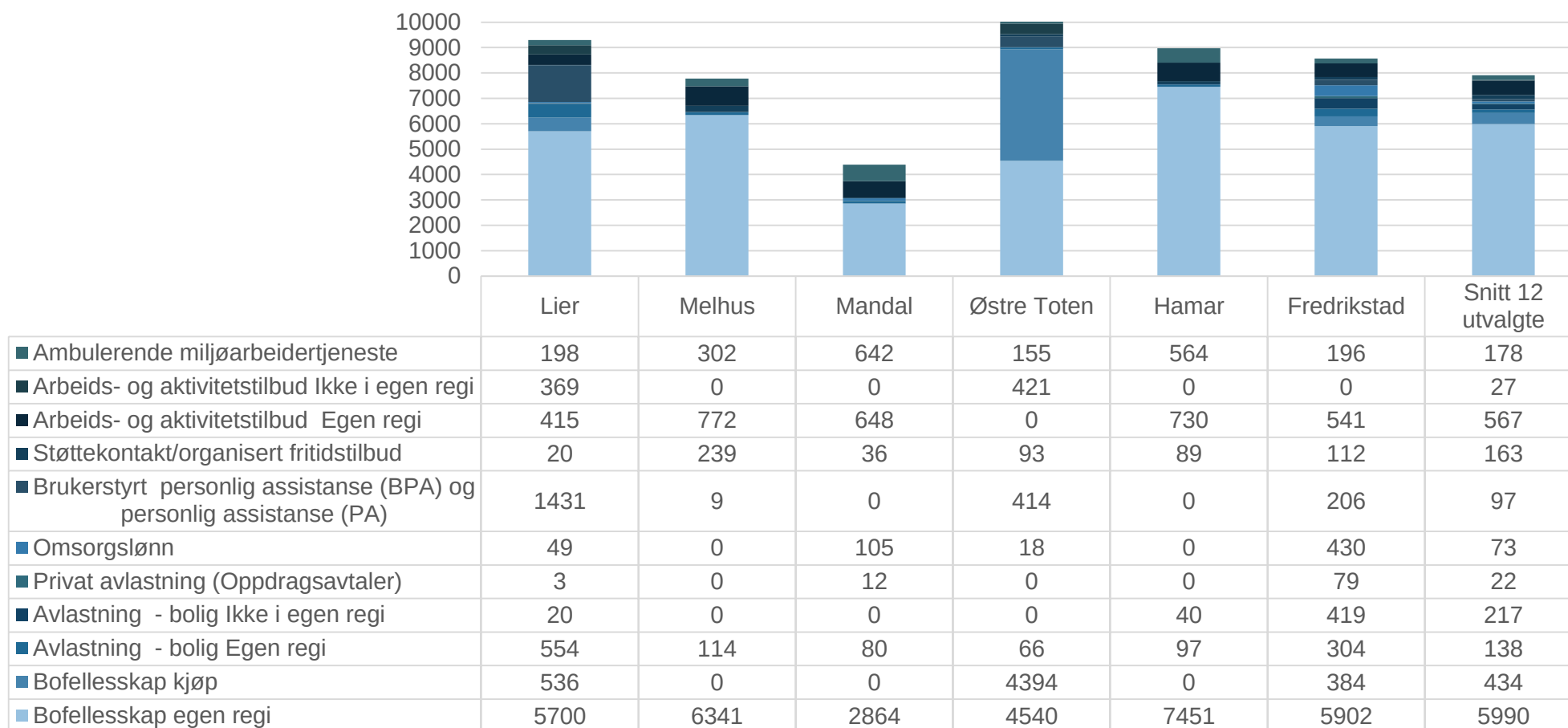
Lier har nest høyest bruttodriftsutgift. Refusjonen fra staten gjør at bildet endres noe. Lier har lavere nettodriftsutgifter enn Hamar og Fredrikstad, men høyere enn snittet for referansegruppen

Drift. utg. psykisk utv. hemmede/medfødt funksj. forst. til voksne pr innbygger 18-67 år

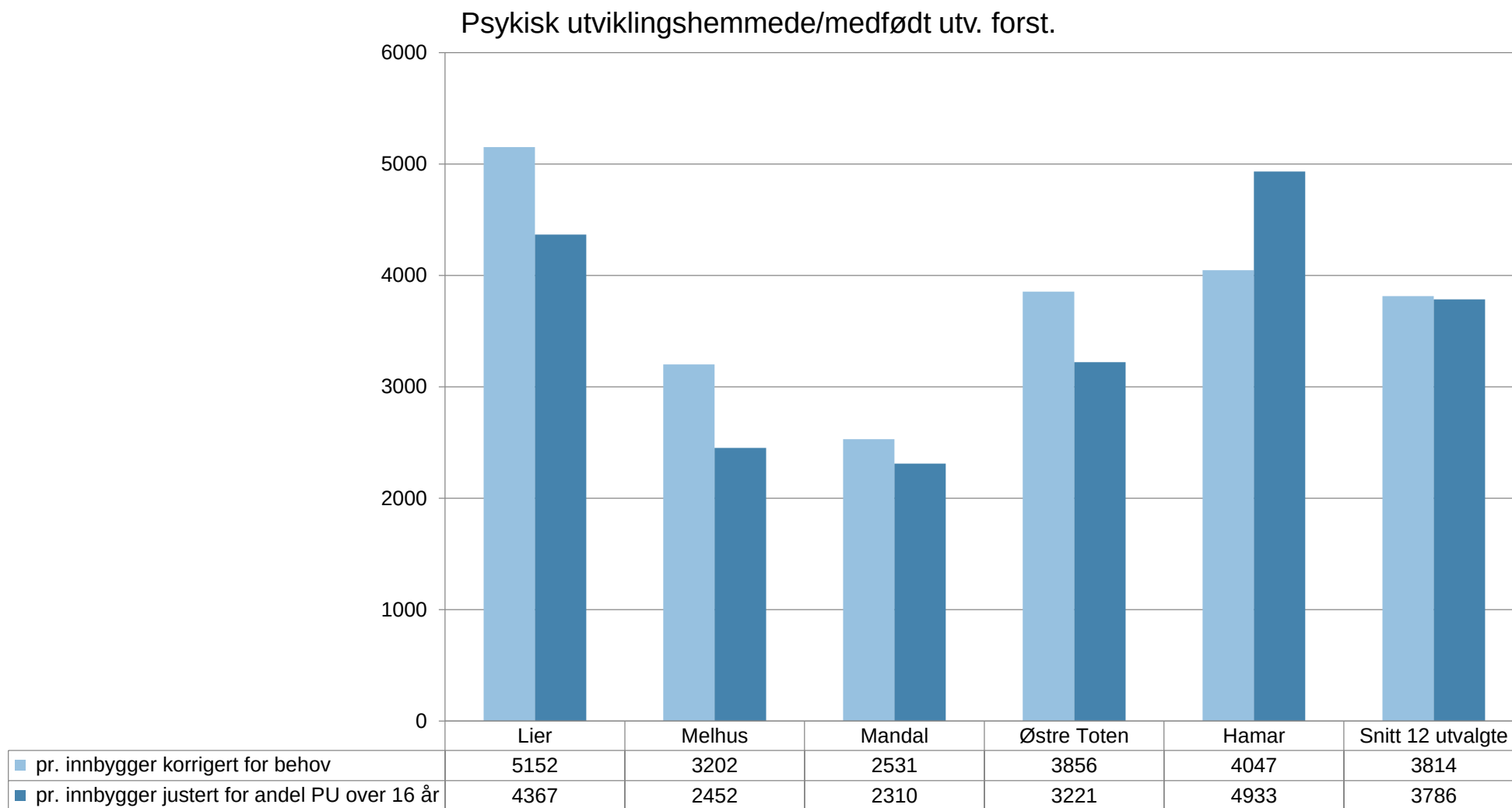


Hovedvekten av utgiftene er knyttet til tjenester i bolig. Utgiftene i Lier ligger på nivå med snittet for referansegruppen (samlet). Lier har høye utgifter til BPA/PA og dag og aktivitet (samlet). Lier har høyere enhetskostnader innen bolig, BPA og aktivitetstilbud dette skyldes en lavere andel brukere.

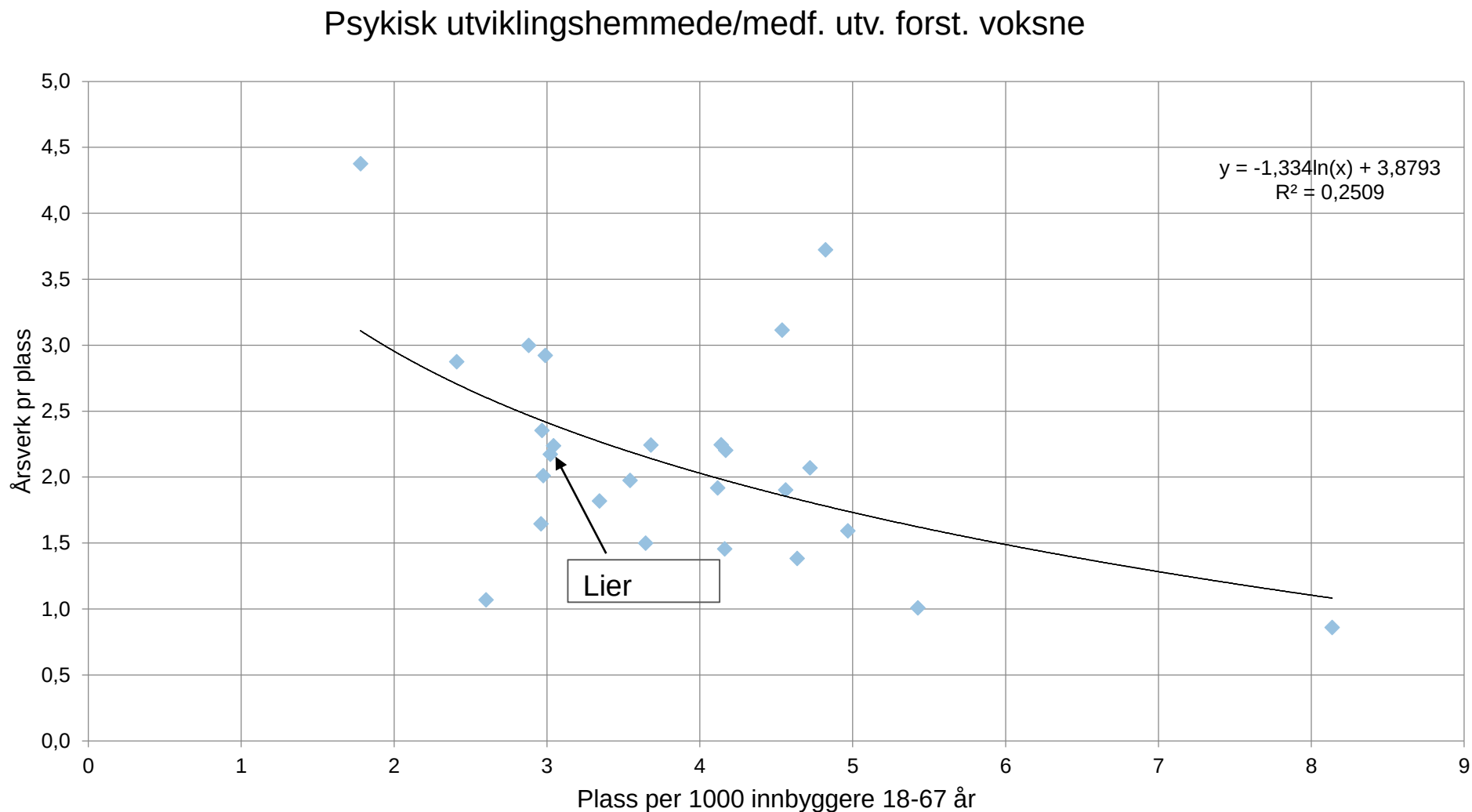
Drift. utg. psykisk utv. hemmede/medfødt funksj. forst. (ikke fratrasket tilskudd ress.krev brukere) til voksne pr innbygger 18-67 år



Lier har høyere utgifter enn snittet i referansegruppen selv etter at vi har korrigert for at Lier har en høyere andel innbyggere med diagnosen psykisk utviklingshemmet



Årsverk per plass i bolig varierer. Lier har noe lavere årsverk per plass enn snittet. dette må sees i sammenheng med at kommunen kjøper en del tjenester, som andre kommuner f.eks. Mandal har i egen regi.



Noen kommuner f.eks. Lier kjøper tilbud. Kommuner kjøper ofte tjenester for brukere som det er krevende å ivareta i egen regi. Årsverk og plasser til dette kommer ikke frem i figuren over. Det gjør at kommuner som ivareta dette vil kunne ha flere årsverk per plass, enn kommuner som kjøper slike tilbud. Årsverk per plass varierer også ut fra brukernes behov. Vår erfaring er at boligstruktur og organiseringen av tjenestene også har stor innvirkning.

A photograph of a person kayaking on a calm lake. The person is seen from behind, wearing a blue jacket and holding a blue paddle high above their head. The lake is surrounded by mountains with patches of snow. The sky is filled with large, white clouds. A semi-transparent white triangle is overlaid on the bottom left of the image, containing the text.

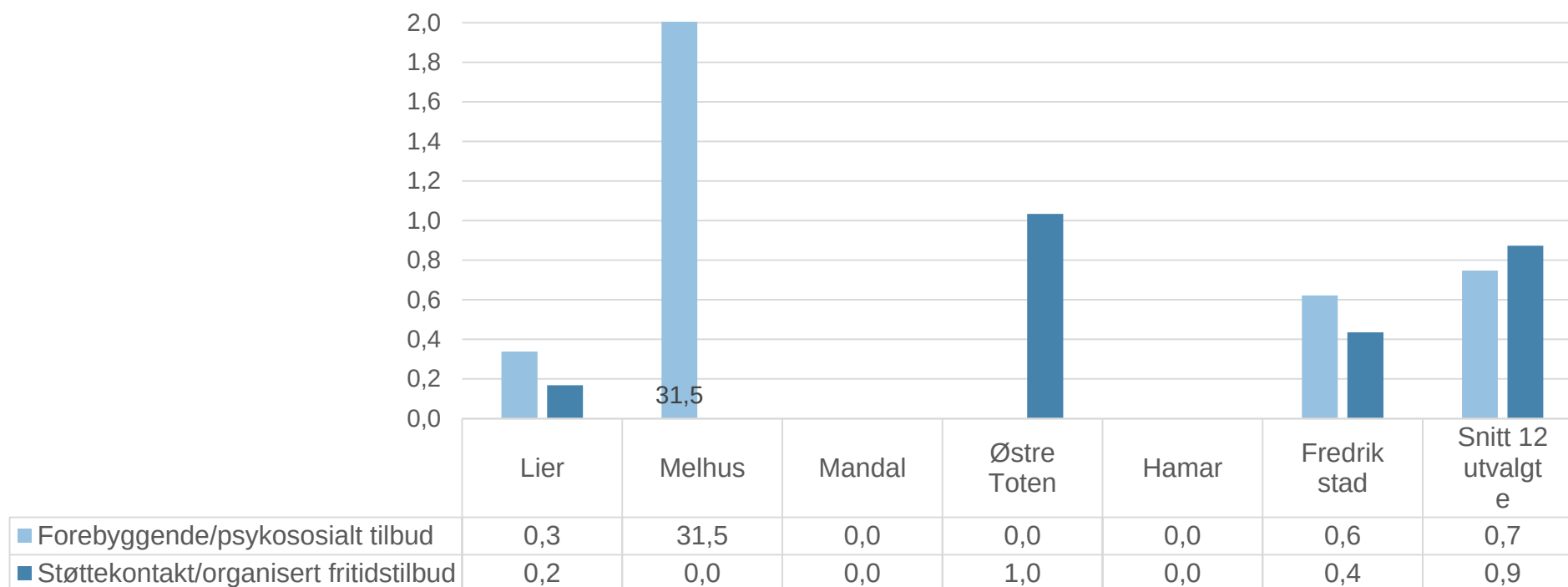
Brukere - psykisk helse og rus

Pleie og omsorg i KOSTRA

Lier har få barn og unge som mottar bistand innenfor kategorien psykisk helse og rus innen pleie og omsorg.

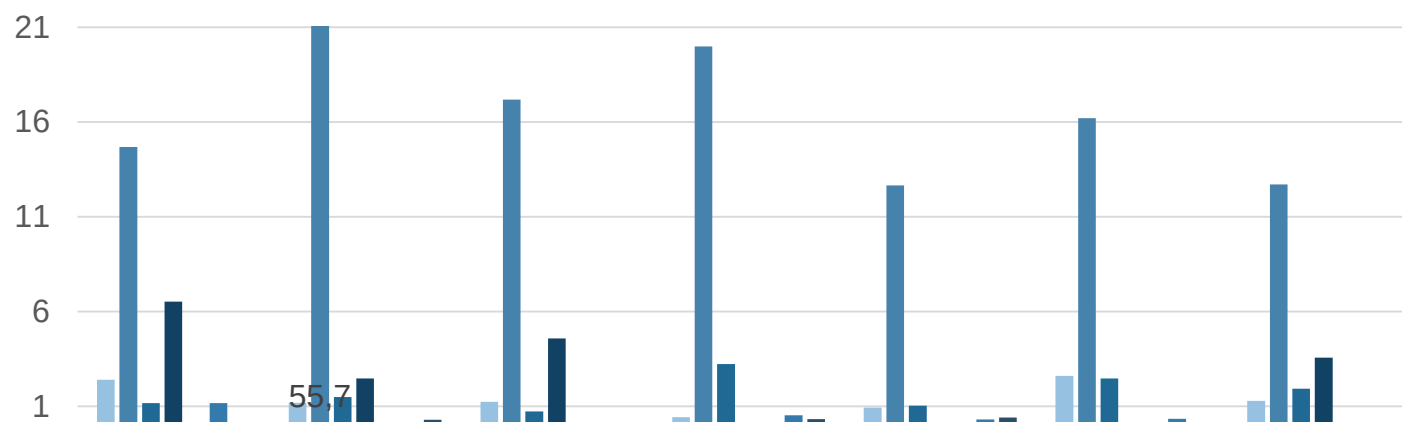
- Barn og unge mottar ofte tjenester fra andre innstaser som f.eks. helsestasjon

Brukere pr. 1000 innbyggere 0-18 år fordelt pr. type tjeneste. Psykisk helsearbeid og rus under 18 år



Lier har flere brukere i bolig med personalbase, dag/aktivitet, støttekontakt og forebyggende/psykososiale tjenester enn snittet i referansegruppen.

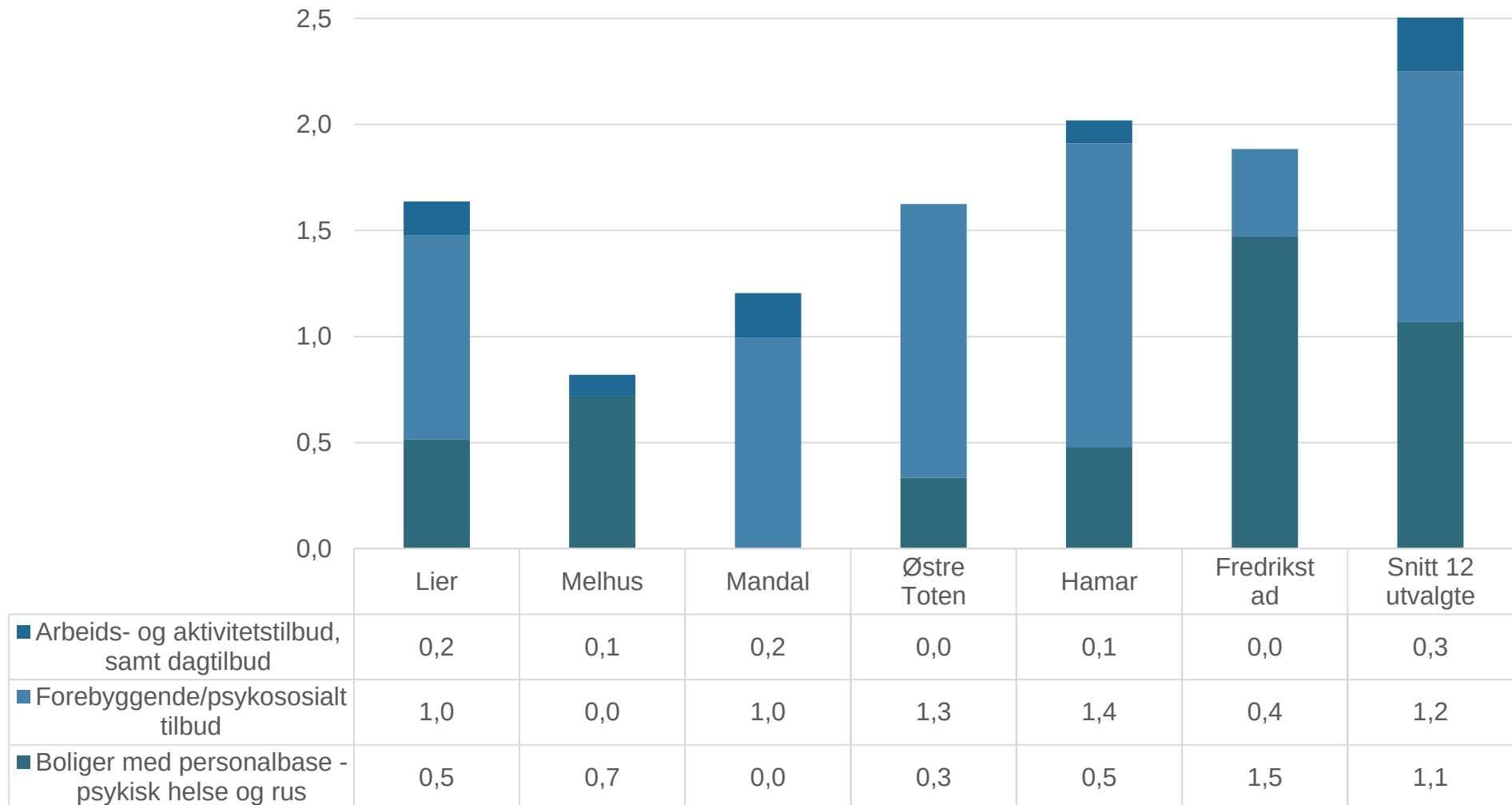
Brukere/plasser pr. 1000 innbyggere 18-67 år fordelt pr. type tjeneste. Psykisk helsearbeid og rus 18-67 år



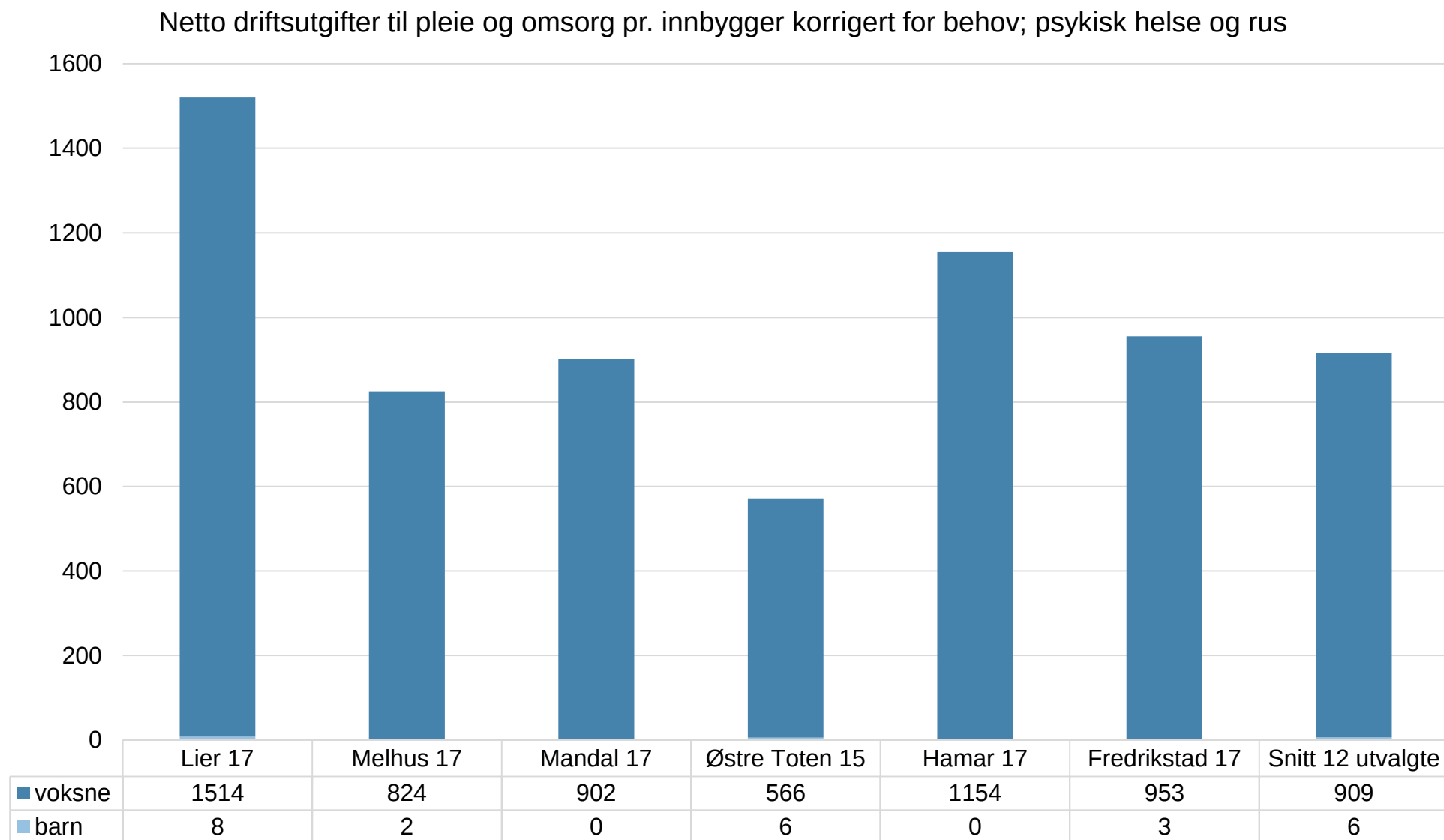
	Lier	Melhus	Mandal	Østre Toten	Hamar	Fredrikstad	Snitt 12 utvalgte
Boliger med personalbase - psykisk helse og rus	2,4	1,2	1,2	0,4	0,9	2,6	1,3
Forebyggende/psykososialt tilbud	14,7	55,7	17,2	20,0	12,6	16,2	12,7
Støttekontakt/organisert fritidstilbud	1,2	1,5	0,7	3,2	1,0	2,5	1,9
Arbeids- og aktivitetstilbud	6,5	2,5	4,6	0,1	0,0	0,0	3,6
Privat avlastning (Oppdragsavtaler)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Matombringing	1,2	0,0	0,0	0,5	0,3	0,4	0,1
Trygghetsalarm	0,0	0,3	0,1	0,3	0,4	0,0	0,2

Lier har noe lavere andel årsverk innen psykisk helse og rus (PLO) enn snittet for referansegruppen. Det tyder på at kommunens kostnadsnivået ikke skyldes tjenester i egen regi, men kjøp av tjenester.

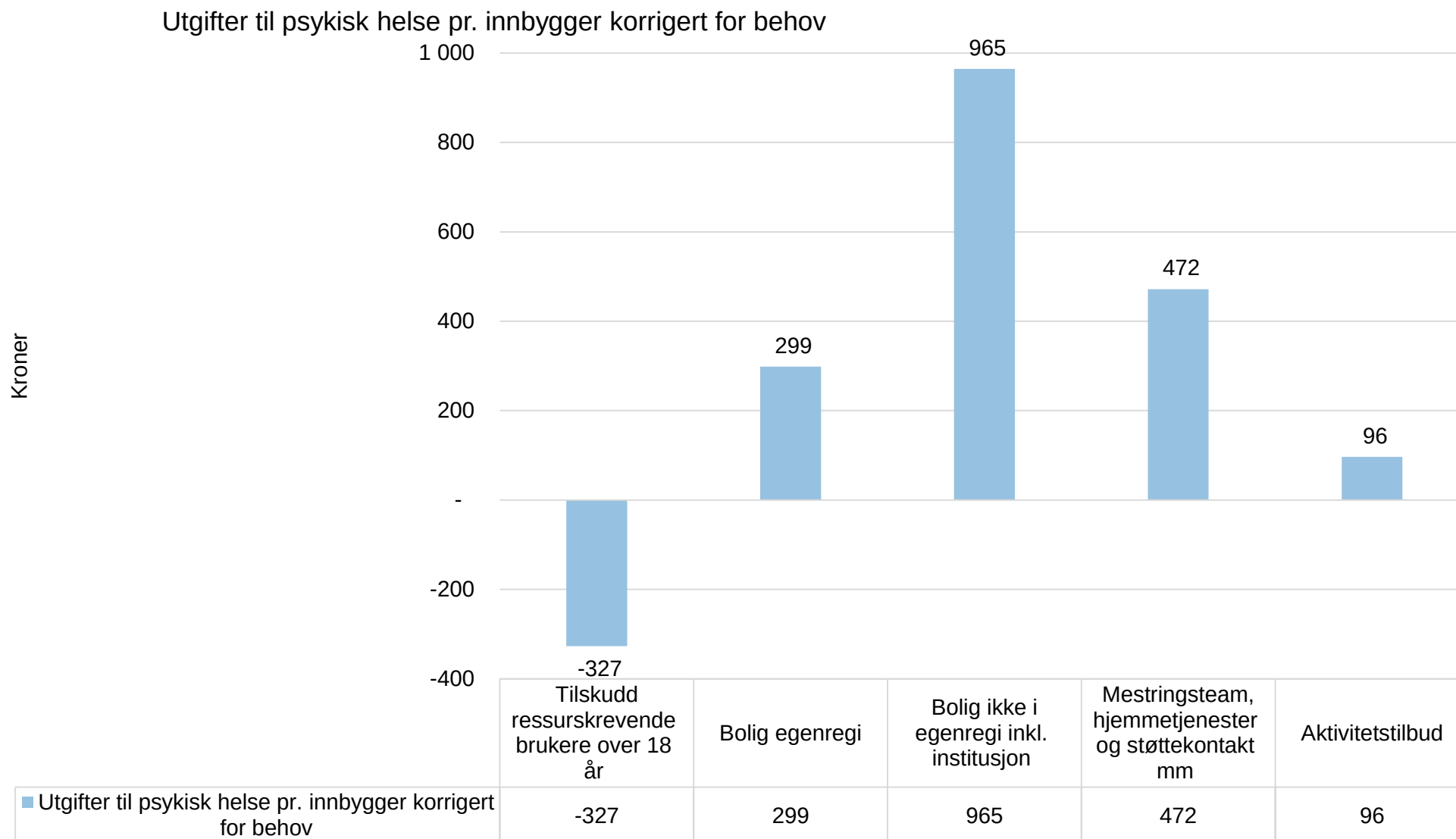
Årsverk .Psykisk helsearbeid og rus 18-67 år per innbygger 18-67 år



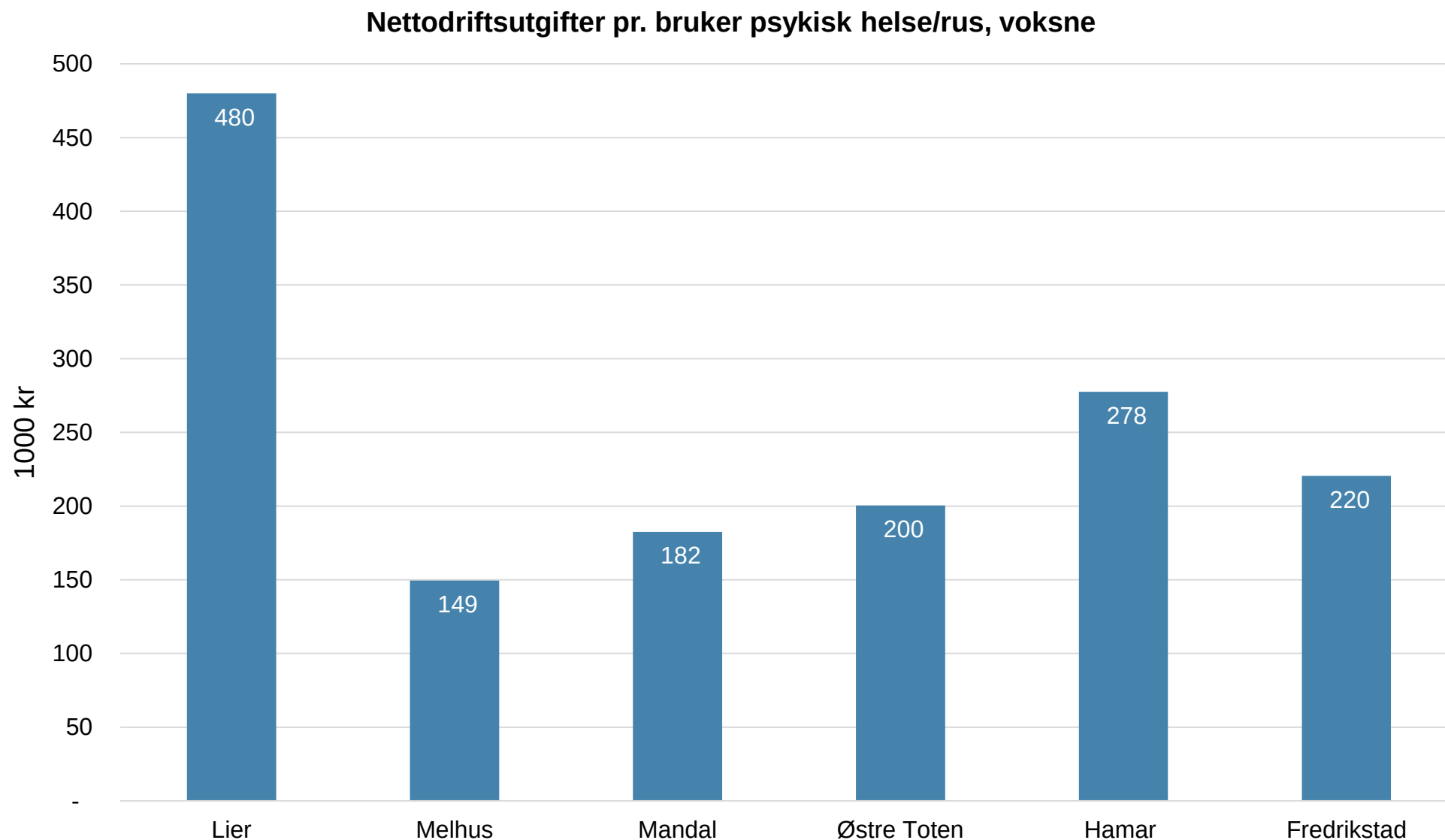
Lier har høye nettodriftsutgifter til psykiske helse og rus. Utgiftene er knyttet til både tjenester i egen regi samt til tjenester som kommunen kjøper.



Hovedvekten av utgiftene i Lier er knyttet til kjøp av tjenester i bolig og utgjør 965 kr per innbygger



Lier har høye enhetskostnader per bruker, og skyldes i hovedsak høye utgifter til kjøp av tjenester



Oppsummering detaljgjennomgang PLO 2017

- ▶ 61 % av kommunens utgifter innen PLO ble brukt på brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre*, 9 % ble i 2017 benyttet på brukergruppen psykisk helse/rus. 30 % ble brukt på brukergruppen mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser.
- ▶ Lier har høyere utgifter til PLO enn snittet i referansegruppen og sammenlikningskommunene
 - ▶ Årsaken er kommunens utgiftsnivå på tjenester til utviklingshemmede og innen psykisk helse og rus
 - ▶ Lavere utgifter til tjenester overfor brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre*. Utgifter til hjemmeboende og for institusjonstjenesten er lavere enn snittet, men Lier har høyere utgifter til bolig med heldøgn per innbygger.
 - ▶ Høyere utgifter til brukergruppen *Mennesker med utviklingshemning*, og skyldes høyere utgifter til både barn/unge og voksne. Utgiftene er i hovedsak knyttet til tjenester i bolig, tjenester organisert som BPA/PA og aktivitetstilbud. Lier har høyere enhetskostnader til disse formålene enn snittet i referansegruppen – utgiftene har økt siden 2013.
 - ▶ Høyere utgifter til brukergruppen *Psykisk helse og rus* og skyldes og må sees i sammenheng med kjøp av tjenester. Lier har høyere enhetskostnader innen psykisk helse/rus (samlet) enn snittet i referansegruppen - utgiftene har økt siden 2013.

Lier kommune har en relativ lav prioritering av brukergruppen *Andre brukere hovedsakelig eldre*

- ▶ Lier bruker en lavere andel av ressursene på brukergruppen enn det vi ofte ser i andre kommuner
 - ▶ 20 % av ressursene inne PLO er benyttet til tjenester for hjemmeboende
 - ▶ 8 % av ressursene inne PLO er benyttet til tjenester i bolig med heldøgnsomsorg
 - ▶ 30 % av ressursene benyttes innen institusjonstjenesten
- ▶ Utgiftene til brukergruppen er lavere enn snittet (per innbygger korrigert for behov) samlet sett
 - ▶ Lavere utgifter til hjemmeboende og for institusjon
 - ▶ Høyere utgifter til boliger med heldøgnsomsorg
- ▶ Lier har en noe annen tjenesteprofil enn referansegruppen
 - ▶ Færre brukere med tjenester i form av hjemmesykepleie, praktisk bistand enn snittet i referansegruppen
 - ▶ Flere brukere med omsorgsbolig, matombringning, trygghetsalarm.
 - ▶ Færre på institusjon –dette tenker vi er smart, men fordrer tilstrekkelig kapasitet på øvrige PLO tjenester

Lier kommune har en relativ lav prioritering av brukergruppen *Andre brukere hovedsakelig eldre forts.*

- ▶ Lav prioritering av årsverk til hjemmesykepleie/helsehjelp i hjemmet (ambulant)
 - ▶ Sammensetningen av tjenestetrappen kan medføre at behov for mer omfattende tjenester gjør seg gjeldene før. Dette er ikke bra for hverken bruker eller kommunen
- ▶ Lier har noe høyere enhetskostnader på omsorgsboliger med heldøgns bemanning enn referansegruppen
 - ▶ Dette må sees i sammenheng med høyt volum (dekningsgrad) og relativt høye enhetskostnader
- ▶ Lier har noe lavere dekningsgrad innen institusjon
 - ▶ Hovedvekten av institusjonsplassene i Lier er langtidsplasser. Enhetskostnadene er høye, og utgiftene har økt fra 665 000 per plass til 1 182 000 per plass. Noe av årsaken til dette er økte utgifter ved nytt sykehjem, men hovedvekten er knyttet til pleiekostnader. Hva skyldes dette? Kjøp av plasser påvirker utgiftene, det gjør også dyre spesialplasser i egen regi. F.eks. lindrende plasser, rehabiliteringsplasser mv.

Lier kommune har relativt høye utgifter til pleie og omsorgstjenester for mennesker med psykisk utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser

- ▶ Lier har høyere nettodriftsutgifter enn snittet i referansegruppen til barn og unge med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser
 - ▶ Hovedvekten av utgiftene er knyttet opp mot barnebolig og avlastning. Utgiftene til avlastning og barnebolig er høye i sammenlikningen, men Lier har færre tjenestemottakere (høyere enhetskostnader).
 - ▶ Lier har høyere utgifter til privat avlastning, omsorgslønn og støttekontakt. Dette må sees i sammenheng med at de også har flere tjenestemottakere (ikke innen omsorgslønn)
 - ▶ Lier har noe flere brukere med tjenester organisert som BPA/PA, men utgiftene til dette er lave
 - ▶ Lier har høyere nettodriftsutgifter for brukergruppen barn og unge enn sammenlikningskommunene.
- ▶ Lier har høyere nettodriftsutgifter enn snittet i referansegruppen til voksne med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser
 - ▶ Hovedvekten av utgiftene er knyttet til tjenester i bolig. Utgiftene i Lier ligger på nivå med snittet for referansegruppen, men Lier har færre tjenestemottakere (høyere enhetskostnad)
 - ▶ Lier har høyere utgifter til BPA/PA og flere brukere
 - ▶ Lier har høyere utgifter til dag/aktivitetstilbud, men færre brukere
 - ▶ Lier har høye utgifter til BPA/PA og dag og aktivitet (samlet).
 - ▶ Utgifter til bolig er på nivå med snittet i referansegruppen (samlet), men høyere enn f.eks. Mandal
 - ▶ Lier ligger rett under snittet på årsverk per plass, men ca. 1.årsverk mer per plass enn f.eks. Mandal

Lier har høye utgifter til psykisk helse/rus innen pleie og omsorg. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til kjøp av tjenester

- ▶ Lier kommunes utgifter innen psykisk helse og rus (PLO) er hovedsakelig knyttet til voksne. Utgiftsnivået er høyt sammenlignet med andre
 - ▶ Lier har få barn og unge som mottar bistand og tjenester. Denne brukergruppen mottar ofte bistand fra andre instanser, utenfor PLO
 - ▶ Lier har flere brukere (voksne) i bolig med personalbase, dag/aktivitet, støttekontakt og forebyggende/psykososiale tjenester enn snittet i referansegruppen
 - ▶ Lier har høye utgifter til psykiske helse og rus. En stor andel av utgiftene er knyttet opp mot kjøp av tjenester
 - ▶ Lier har høye enhetskostnad per bruker
 - ▶ Lier har noe lavere andel årsverk innen psykisk helse og rus (PLO) enn snittet for referansegruppen. Dette må sees i sammenheng med at Lier kjøper en del tjenester.

A hand is shown placing a wooden block with a silhouette of a person on top of a pyramid of similar blocks. The blocks are arranged in a pyramid shape, with the top block being the only one in the top row, two blocks in the second row, three blocks in the third row, and four blocks in the bottom row. The blocks are light-colored wood with a dark silhouette of a person standing on them. The background is a light, neutral color.

Vedlegg - Videreutvikling av hjemmetjeneste i Lier

Hjemmebaserte tjenester, alle hjemmetjenester 0-100 år (dagens tjeneste)

Nøkkeltall:

- ▶ Organisert under Helse og omsorg
- ▶ Hjemmetjenesten i Lier er samlokalisert (var tidligere to enheter, basert på geografi)
 - ▶ En enhetsleder
 - ▶ En adm. Leder
 - ▶ 4 fagkoordinatorer (en stilling ledig)
 - ▶ Har fire team inndelt etter geografi- samarbeid om SPL på kveld, og på natt (2)
 - ▶ 20 ansatte per dag i bemanningsplan, men må bruke 24 (dag ukedager). Kveld :13 ansatte, men bruker 15-16
- ▶ Ca. 71 årsverk
 - ▶ 5,7 årsverk hjemmehjelp
- ▶ Budsjett 2017; 59 mill. kr
 - ▶ Forbruk ca. 62 mill. kr i 2017
 - ▶ I 2017 ble det brukt 6-7 mill. kr ekstra i innleie grunnet økte behov i hjemmetjenesten
 - ▶ Data fra fagsystemet viser høy ATA tid (70%)
 - ▶ Sykefravær på 12 % i 2017
- ▶ Budsjett 2018 - tilført 6 mill. kr, totalt 65 mill. kr

Oppgaver:

- ▶ Hjemmesykepleie 0-100
- ▶ Praktisk bistand –hjemmehjelp 0-100
- ▶ Vakttelefon

Sentralbord mandag- fredag. Etter kl. 16 og i helger går telefonen over til vakttelefon. SPL med vakttelefon har ikke faste oppdrag. Ansvar for å besvare legevakt, sykehus, PLO meldinger mv.

- ▶ Arbeidssenter (PUH. 1 bruker)
- ▶ Støttekontakt (hjemmeboende alle brukergrupper)
- ▶ Avlastning (privat avlastning- hjemmeboende alle brukergrupper)
- ▶ Omsorgslønn
- ▶ BPA: ansvar for 2 BPA-ordninger som har valgt kommunen som arbeidsgiver
- ▶ Trygghetsalarmer

Alarmen går til firma. De intervjuer, og tar kontakt med enten NOKAS (akutte) eller HBT (pleie). Uttrykning av NOKAS (betaler per utrykning). Dersom man må være to deltar en fra brannvakten.

Dagens hjemmetjeneste - hva fungerer bra?

- innspill fra arbeidsgruppen

- ▶ Gode på å ta imot nye - lærlinger mv.
- ▶ Inndelt i 5 team- samarbeide på tvers. Mindre ansattgrupper å forholde seg til som fagkoordinator.
- ▶ Fagkoordinatorerne sitter sammen, støtte hverandre
- ▶ Kompetanse på mange områder – sår, ernæring, demens
- ▶ God kommunikasjon og samarbeid – i teamet
- ▶ Vikarene jobber på tvers
- ▶ Åpen dialog med ledelsen
- ▶ Godt samarbeid med ledelsen, LMU
- ▶ Samarbeid på natt, en nattjeneste
- ▶ Kollegialt
- ▶ Fleksible ansatte
- ▶ Fagdekning på ukedager og kveld
- ▶ Tilrettelegging av sykemeldte
- ▶ Rekruttering – beholder elever som har vært i praksis. Lærlinger mv.
- ▶ Tilbyr rask hjelp etter utskrivning
- ▶ Har kort responstid, daglig oppdatering og tilpassing av bistand
- ▶ God oversikt og kan bruke hjemmehjelperne på tvers

- ▶ Fordeling av arbeidsoppgaver på merkantile
- ▶ Gode på tjenester til alvorlig syke og døende
- ▶ Felles utstyrlager
- ▶ Demenskoordinator – arrangert flere ABC demens (lokalisert på Fosshagen)
- ▶ Har et godt samarbeid med psykisk helse og habilitering
- ▶ Godt samarbeid med vedtakskontoret – god dialog
- ▶ Stolthet over å være ansatt i Lier kommune
- ▶ Multidose: gode rutiner, fanger opp behov for endringer, nye brukere kommer raskt i gang
- ▶ Profil- Ordinasjonskort mv.
- ▶ GAT- tatt flere funksjoner i bra
- ▶ Mobil omsorg
- ▶ Elektroniske meldinger fungerer bra
- ▶ Pasientnett- gj. Apotek 1
- ▶ Garasje plass for bilene

Dagens hjemmetjeneste - hva er utfordrende?

- innspill fra arbeidsgruppen (1)

- ▶ Mange brukere- ansvarsvakt (kjenner bare ¼ av brukerne- vanskelig å vurdere, tar tid å dra ut på oppdragene)
- ▶ Er gruppevis og delt- *vet ikke hva som skjer på rød . Samarbeider ikke på tvers- slik som planlagt*
- ▶ Er mange, vanskelig å ha oversikt
- ▶ Utfordrende med stillerapport. Lite oversikt over gruppas brukere, ikke generell info
- ▶ Bruker vi kompetansen vi har fått gjennom ABC. Bruker vi kompetansen målstyrt?
- ▶ Sykefraværet – tar energi, kabalen må legges på nytt mv
- ▶ Få ressurser til å håndtere fagkoordinatorarbeidet (mangler en)
- ▶ Dårlig kartlegging av pasienter som skrives ut. Høye forventninger om hva hjemmetjenesten skal yte.
- ▶ Å få gode effektive arbeidslister er arbeidskrevende
- ▶ *«alle gjør mye av det samme»: alle lager arbeidslister inndelt i 5 team- F.eks. Spider*
- ▶ Vanskelig å få evaluert vedtakene: hva er nødvendig helsehjelp? Diskusjon med vedtakskontoret i etterkant av at vedtak fattes
- ▶ Ser behov for å sitte tettere på vedtakskontoret : finne de gode løsningene sammen
- ▶ Vanskelig å ha en primærgruppe rundt brukerne og sikre arbeidet . Kan ha en plan, men sykefravær mv. påvirker
- ▶ Samarbeid med enheter (velferd)
- ▶ Kreftkoordinator underlagt institusjon

- ▶ «kan bli fanget en hel dag»
- ▶ Arbeidspress: Kl. 8-9 og 21-22
- ▶ Trenger noen friarenaer – lunsj uten brukerfokus
- ▶ UK-pasienter meldes sent fredag
- ▶ Brukere med primærutfordringer knyttet til psykisk helse- kjenner ikke brukerne, ansatte har ikke tilgang på opplysninger fra psykisk helse/rus.
- ▶ Trenger en annen kompetanse for å ivareta utviklingshemmede
- ▶ Må si opp turnus for å tilpasse behov
- ▶ Sykepleier og fagdekning på helg
- ▶ Høyt sykefravær og tilrettelegging for sykemeldte
- ▶ Etterslep på medarbeidersamtaler
- ▶ Rekrutterer unge som er i behov opplæring mv. er laget en opplæringsgruppe men ser at det er vanskelig å ha opplæringsansvarlige på vakt.
- ▶ Vanskelig å nå alle ansatte
- ▶ Slurv ute hos brukere
- ▶ Ansvar for å finne støttekontakter
- ▶ Omsorgslønn: vanskelig å ha navn på listen, men ikke kjennskap til brukerne
- ▶ Holdninger hos enkeltansatte : kommer slentrende 5 min etter at arbeidsdagen har startet
- ▶ Er i behov av mer spesialisert kompetanse (men har flere med videreutdanning)

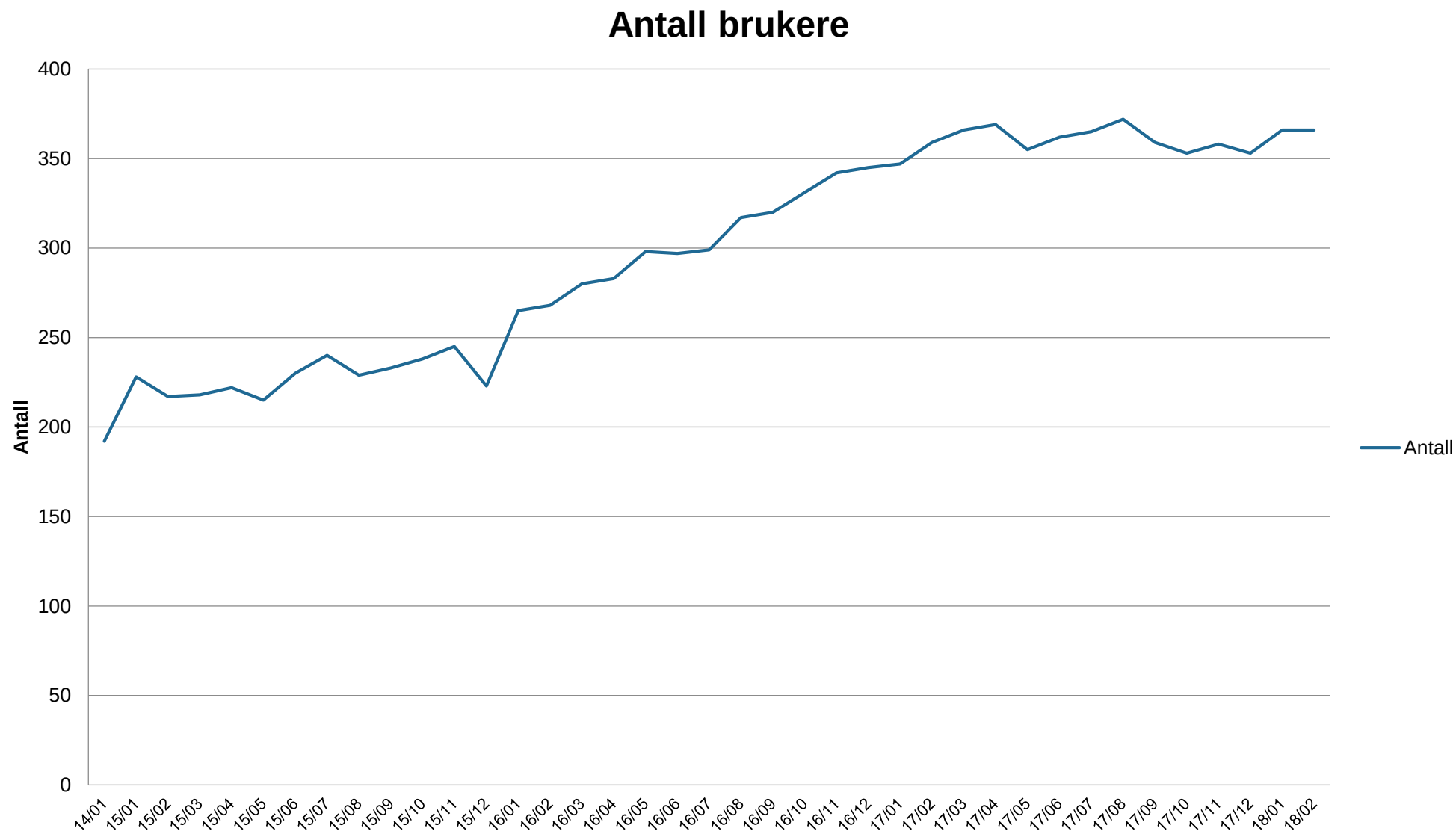
Dagens hjemmetjeneste - hva er utfordrende?

- innspill fra arbeidsgruppen (2)

- ▶ Skifte passord på åpen hver 6 uke.
- ▶ Profil – gammeldags, lite brukervennlighet, «kapasitet på server»
- ▶ Litt trangt medisinrom - trangt, dårlig luft
- ▶ Multidose - merarbeid å levere ut
- ▶ Er mange, vanskelig å ha oversikt
- ▶ For små lokaler, dårlig luft, støy mv.
- ▶ Vanskelig å få store hjelpemidler (behovene endrer seg raskt)
- ▶ Litt trangt medisinrom - trangt, dårlig luft



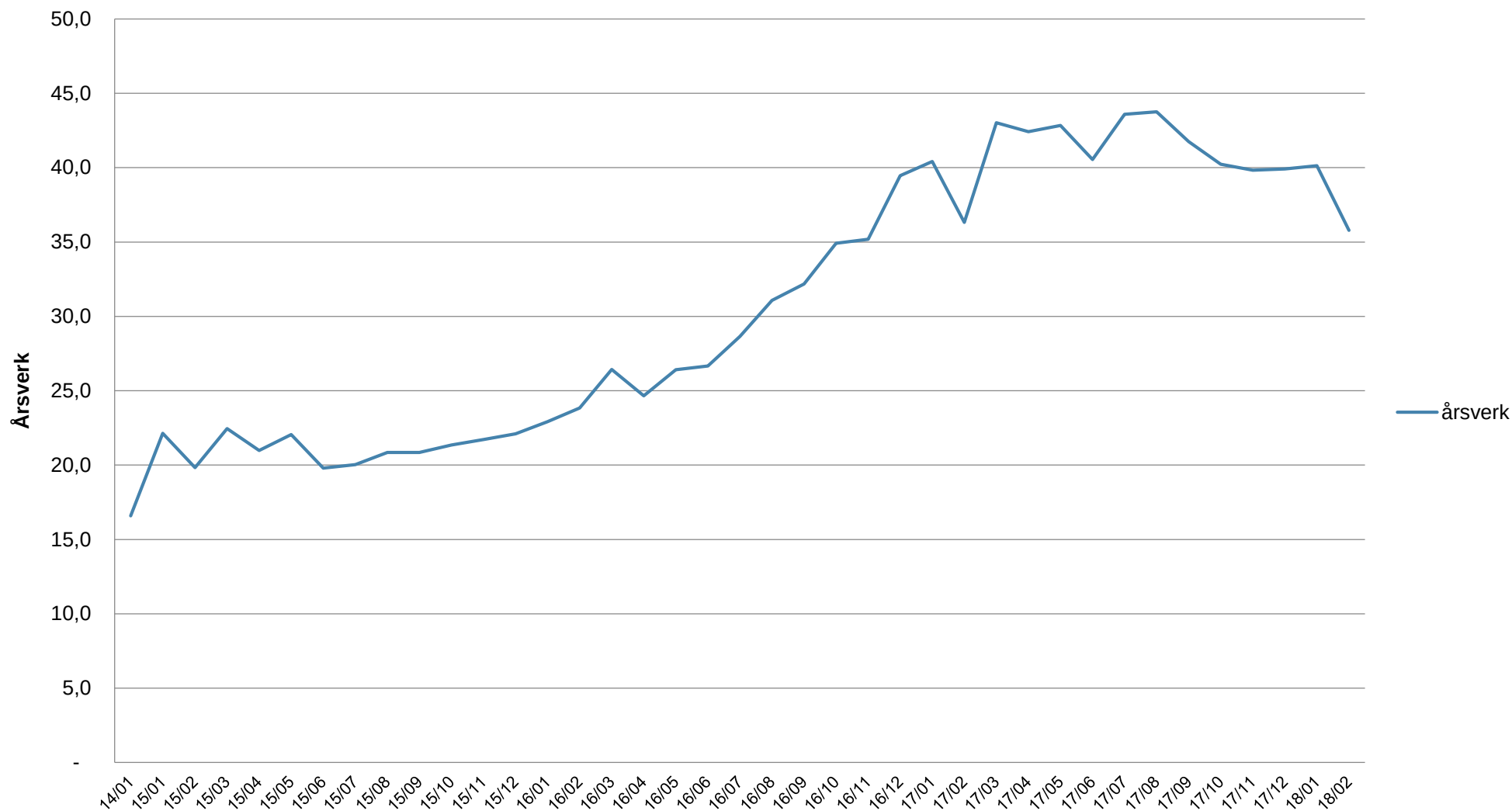
Antall brukere har økt i perioden



Det er en økning i alle aldersgrupper over 50 år. Veksten er størst i gruppen 50-66 år, men i volum størst fra 67-89 år (ca. 45 %) KILDE: Lier kommune

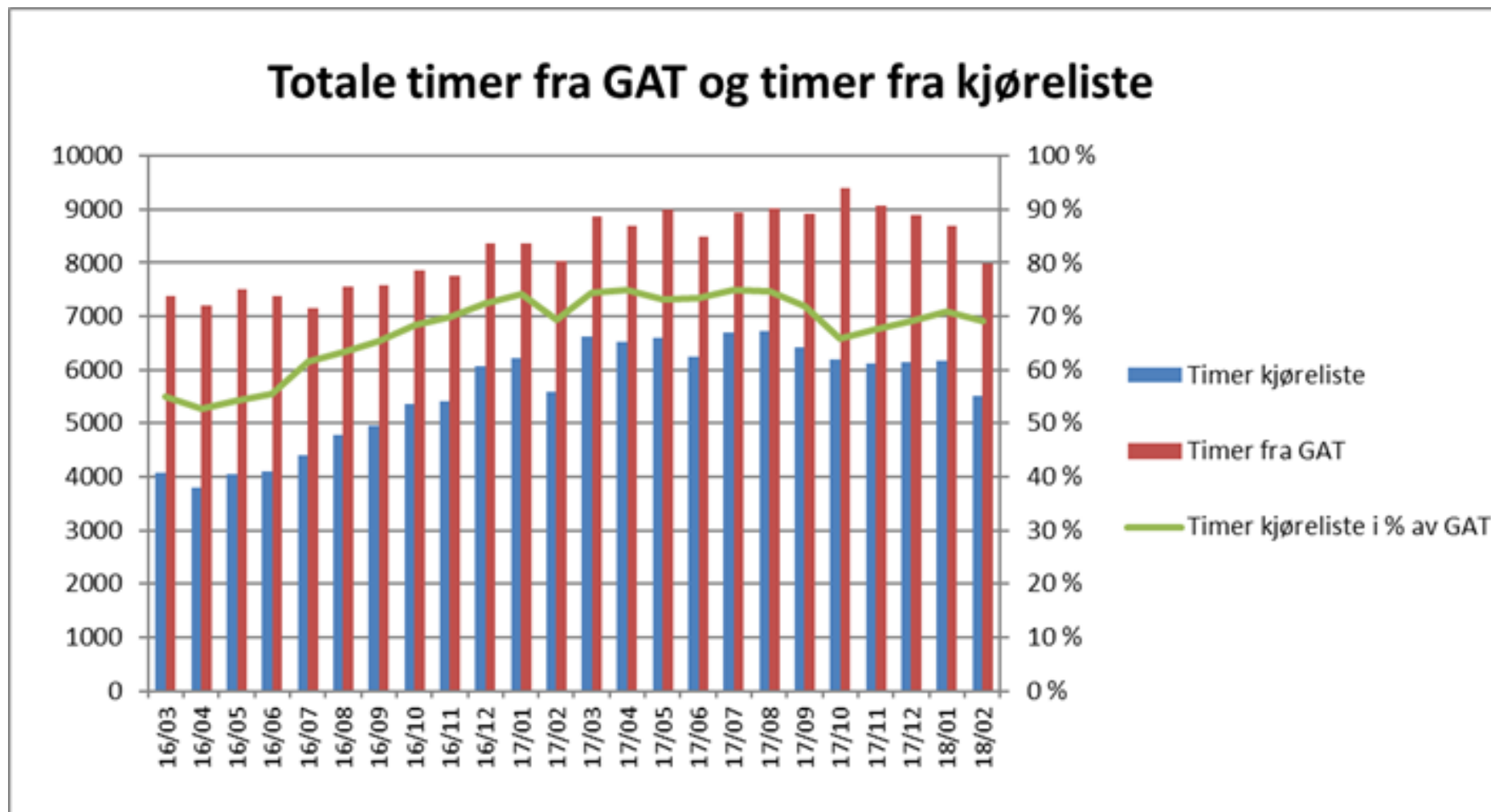
Timer levert i august 2017= 44 årsverk. Timer levert i februar 2018= 36 årsverk

Timer levert tilsvarende årsverk



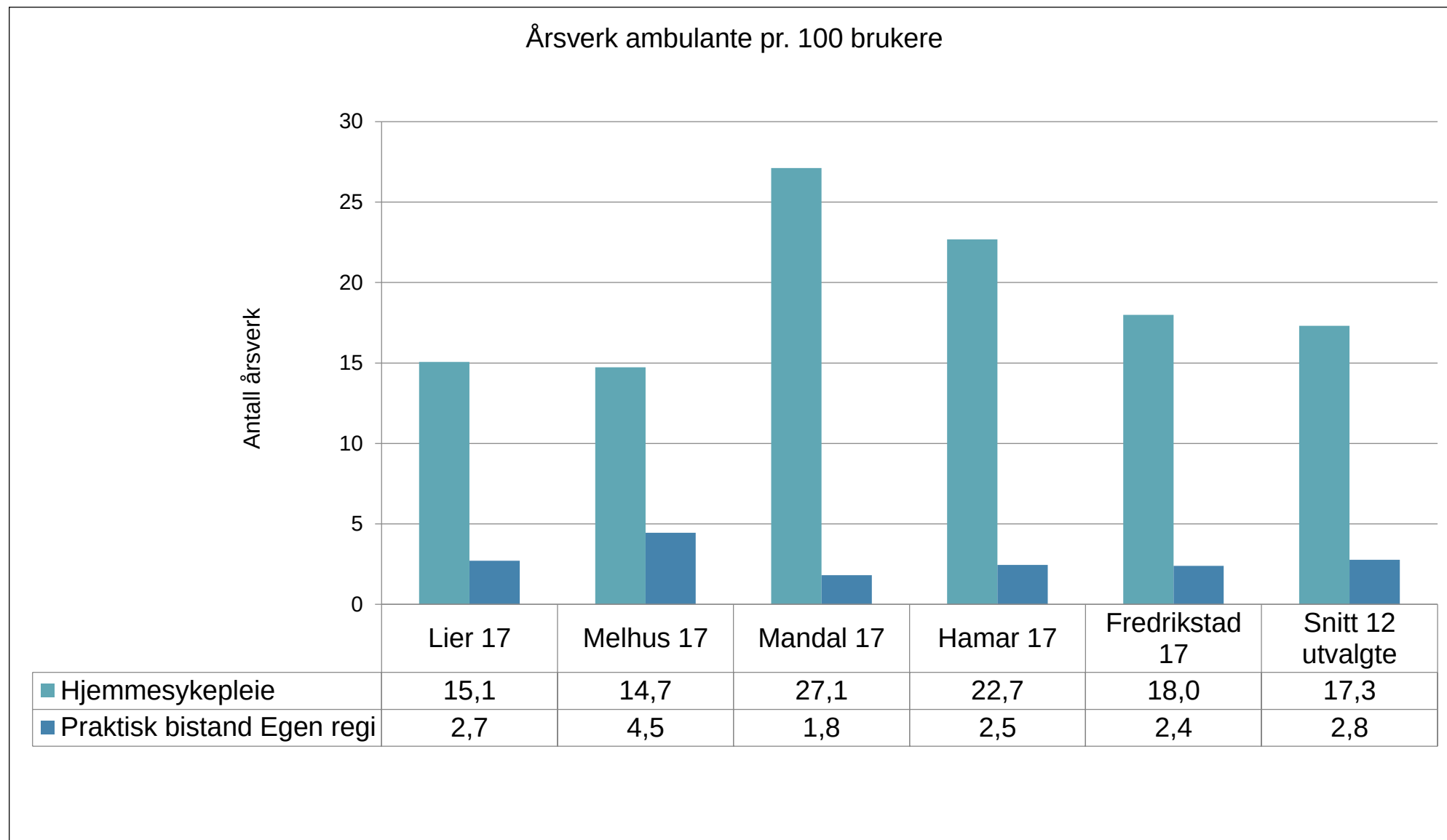
Kilde: Lier kommune

Fra mars 2016 utgjorde utførte timer 55 % av totaltimene, i august 2017 utgjorde utførte timer 75 % av totaltimene. I 2018 har dette ligget mellom 65-72 %



Kilde: Lier kommune

Våre analyser viser ikke ATA-tiden, men viser at Lier har færre årsverk per 100 bruker innenfor hjemmesykepleien/helsehjelp i hjemmet enn snittet



Vurderinger og anbefalinger

Anbefalinger for videreutvikling av
hjemmetjenesten – prinsipper og vurdering av
ulike alternative organisasjonsmodeller



Mulige kvalitetsmål for hjemmetjenesten- grunnlag for våre oppsummeringer og anbefalinger

- ▶ Brukerne skal få tjenester som virker
- ▶ Brukerne skal involveres og ha innflytelse: *hva er viktig for deg- skal legges til grunn for all tjenesteyting*
- ▶ Brukernes ressurser skal nyttes
- ▶ Brukerne skal møte trygge og sikre tjenester
- ▶ Brukerne skal møte tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet
- ▶ Kommunen skal sørge for likeverdige tjenester
- ▶ Kommunen skal utnytte ressursene på en god måte

Basert på Stortingsmelding nr. 10- dimensjoner for kvalitet.



Utfordringer –hjemmetjenesten

▶ Mye administrasjon og lite stedlig ledelse

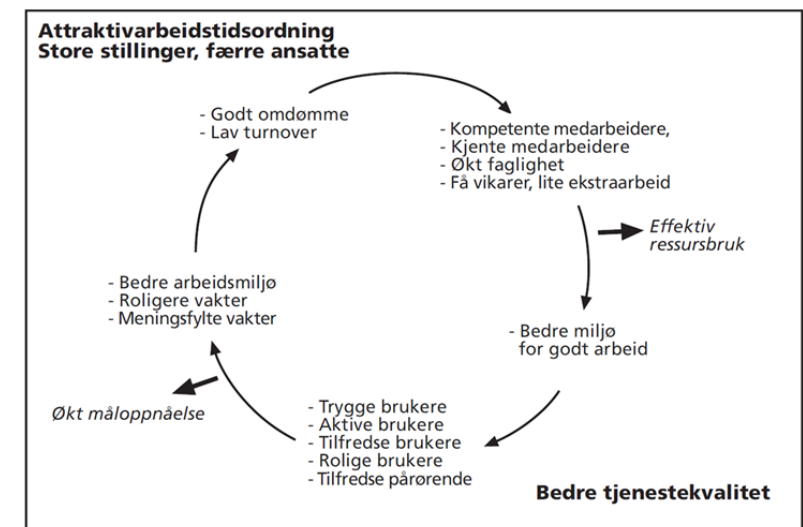
- ▶ Overadministrert og «underledet»
- ▶ For stort kontrollspenn for enhetsleder
- ▶ Ikke stedlig ledelse av arbeidslagene/teamene
- ▶ Driftsorientert fokus – for lite utviklingsorientert?
 - ▶ Arbeidslistene beslaglegger mye av fagkoordinatorenes tid
- ▶ Gruppevis og delt – manglende helhetstenkning, men likevel operativt samarbeid

▶ Struktur

- ▶ Samlokalisert, men fortsatt gruppevis og delt, manglende helhetstenkning, men likevel operativt samarbeid
- ▶ 4 geografiske team hvor alle ansatte blir generalister, har ikke egne kompetanseteam
- ▶ Omsorgsboligene ligger ikke organisert som en del av ordinær hjemmetjeneste, men under institusjon – er dette hensiktsmessig?
- ▶ Kreftkoordinator underlagt institusjon, mens demenskoordinator, forebyggende sykepleiekonsulent ligger i hjemmetjenesten – er dette hensiktsmessig?
- ▶ Fysio-, ergoterapi og hverdagsrehabilitering ligger under institusjon – er dette hensiktsmessig for en framtidsrettet hjemmetjeneste?
 - ▶ Prosjekt hverdagsrehabilitering settes i gang for tredje gang – hva skal til for å lykkes?
- ▶ Dag- og aktivitetstilbudet ligger under institusjonstjenesten – er dette hensiktsmessig?
- ▶ Hjelpemiddelhåndteringen beskrives som lite funksjonell. Hva skal til for å endre dette?

Utfordringer – hjemmetjenesten forts.

- ▶ Lavere andel årsverk til hjemmesykepleie- sammenliknet med andre kommuner
- ▶ Lavere andel bruker som mottar tjenester i hjemmet (andre brukere, hovedsakelig eldre)
- ▶ Sykefravær over snittet innen PLO (9,5% på landsbasis) 12,4 % totalt i 2017
 - ▶ Fører til manglende kontinuitet i tjenestene
- ▶ Manglende heltidskultur – lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse
 - ▶ Større stillinger og redusert turnover er viktige forutsetninger for å kunne bidra til styrking av kompetansen og bedre tjenestekvaliteten
 - ▶ 51,4% gjennomsnittlig stillingsstørrelse på de som jobber turnus (55 % inkl. ledere og dagarbeidere)
 - ▶ Sykepleiere ca. 86 % gjennomsnittlig stillingsstørrelse
 - ▶ Helsefagarbeider ca. 52 % gjennomsnittlig stillingsstørrelse
 - ▶ Assistenter/ufaglærte ca. 19 % gjennomsnittlig stillingsstørrelse
 - ▶ Vernepleier ca. 80 % gjennomsnittlig stillingsstørrelse



Utfordringer – hjemmetjenesten forts.

- ▶ Lav sykepleiedekning – ca. 38% andel av alle ansatte
 - ▶ 7 av 25 ansatte på dagtid i ukedagene er sykepleiere
 - ▶ 3 av 19 ansatte på dagtid i helgene er sykepleiere
 - ▶ 5 av 15 på kveld i ukedagene er sykepleiere (varierer fra 3 til 8)
 - ▶ 3,5 av 15 på kveld i helg er sykepleiere
 - ▶ 2 sykepleiere på natt

- ▶ Tverrfaglig samarbeid kan være krevende
 - ▶ Kun 1 vernepleier 0,8 årsverk i egen enhet
 - ▶ Samarbeid med enheter innenfor Velferd om hvem som skal yte tjenester
 - ▶ Noe krevende samarbeid mellom hjemmetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten
 - ▶ Hjemmetjenesten har ikke deltatt i utviklingen av kommunens «fysioplan»

Utfordringer – hjemmetjenesten forts.

- ▶ Stort potensial for å ta i bruk velferdsteknologi og digitalisering
 - ▶ Dårlig kapasitet på kommunens serverkapasitet
 - ▶ Profil beskrives som lite brukervennlig
 - ▶ Mye å hente på digitalisering og innføring av velferdsteknologiske løsninger
 - ▶ Hjelpemiddelhåndteringen beskrives som noe krevende og kan medføre at brukere ikke får rett hjelp på rett nivå

- ▶ Profesjonalisert saksbehandling og tildeling, men har vansker med å iverksette tjenester
 - ▶ Profesjonalisert sak- og tildelingsfunksjonen i en felles virksomhet
 - ▶ Tildelingskontoret opplyser at de kartlegger og avdekker behov som kommunen har vansker med å iverksette
 - ▶ Ambulante miljøarbeidertjenester til brukere som ikke bor i bofellesskap (voksne utviklingshemmede) og følge til arbeid/aktivitet
 - ▶ Behov for ambulante helse og omsorgstjenester innen psykisk helse og rus (ikke tjenester knyttet til medisinhåndtering eller støttesamtaler eller dag/aktivitet). Er også i behov av 24/7 tjenester
 - ▶ Det opplyses om at kompliserte saker drøftes i forkant av vedtak, men til tross for dette kan det se ut som om kommunen sliter med å iverksette tjenester til brukergrupper med omfattende og sammensatte behov. Dette utfordrer samarbeidet mellom enhetene.
 - ▶ Det er viktig at kommunen i samråd med bruker, nettverk og frivillige finner gode løsninger som dekker behovene som avdekkes. Alt er ikke og kan ikke være kommunens ansvar, men kommunen har et ansvar for å sikre at de som er i behov av helse og omsorgstjenester får dette.

Hovedutfordringer – oppsummering

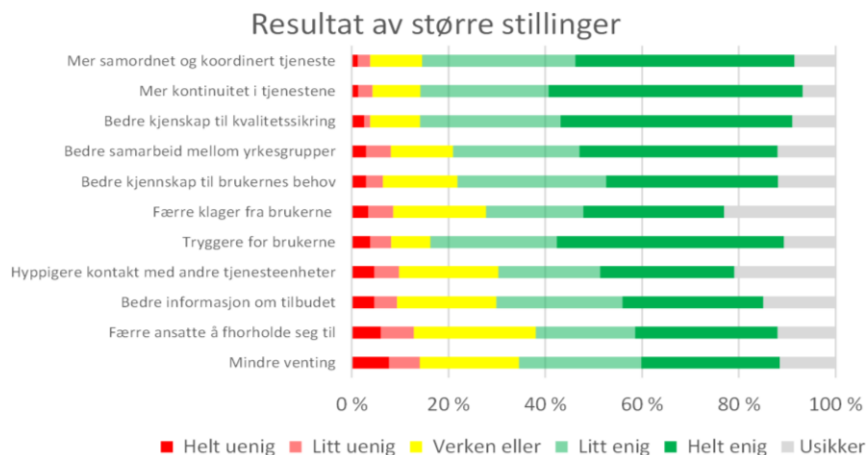
- ▶ Uklar oppgavefordeling mellom helse, omsorg og velferd
- ▶ Utfordrende økonomisk situasjon
- ▶ Mye administrasjon og lite stedlig ledelse i hjemmetjenesten
- ▶ Lavere andel årsverk til hjemmesykepleie- sammenliknet med andre kommuner
- ▶ Lavere andel bruker som mottar tjenester i hjemmet (andre brukere, hovedsakelig eldre)
- ▶ Høyt sykefravær – 12,4 % totalt i 2017
- ▶ Manglende heltidskultur/kompetansekultur – lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse (51,4 %)
- ▶ Lav sykepleiedekning – ca. 38% andel av alle ansatte
- ▶ Tverrfaglig samarbeid kan være krevende å få til
- ▶ Stort potensial for å ta i bruk velferdsteknologi og digitalisering
- ▶ Profesjonalisert saksbehandling og tildeling, men har vansker med å iverksette tjenester grunnet manglende kapasitet i tjenestene
- ▶ Økt behov for helhetlige pasientforløp og helhetlige tjenester framover
- ▶ Sterkt vekst i behov for helse og omsorgstjenester (vekst i antall brukere og oppgaver)

Anbefalinger for videreutvikling

- ▶ Videreutvikle virksomhet hjemmetjenesten: En hjemmetjeneste for alle, men ikke for alt!
 - ▶ Skille ut ansvar for ambulante tjenester, BPA/PA, avlastning mv for brukere som kommer inn under kategorien utviklingshemmede/psykisk helse/rus
- ▶ Behov for overordnet og stedlig ledelse må ivaretas uavhengig av organisasjonsmodell
 - ▶ F.eks. ved å ha en lederstruktur med enhetsleder og avdelingsledere
 - ▶ Ledere med ansvar for fag, personal og økonomi – med tilstrekkelig kontrollspenn (rundt 20 årsverk- i ambulante hjemmetjenester)
- ▶ Uavhengig av modell bør Lier kommune øke ressursinnsatsen i hjemmetjenesten slik at innbyggernes behov for helse og omsorgstjenester kan ivaretas i hjemmet og dermed unngå/redusere press på HDO (boliger og institusjon)
 - ▶ Andel årsverk har ligget lavt siden 2013
 - ▶ Utgifter til institusjon og omsorgsboliger har økt
 - ▶ Lier har en lavere andel plasser i institusjon avsatt til korttid. Korttid i institusjon og rehabilitering er viktige tjenester for hjemmeboende. Lav kapasitet på disse tjenestene kan medfører at behovet for HDO øker.
- ▶ Samle flere tjenester og funksjoner for hjemmeboende i en felles virksomhet f.eks. (samdrift, ressursinnsats, kompetansebygging inkl heltidskultur)
 - ▶ Kreftkoordinator
 - ▶ Aktivitetstilbud
 - ▶ Omsorgsboliger
 - ▶ Velferd og hjelpemiddelhåndtering

Anbefalinger forts

- ▶ Hjemmetjenesten (og Lier kommune) har en lav heltidskultur.
 - ▶ Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i hjemmetjenesten er 51 % for de som jobber i turnus
 - ▶ Større stillinger og redusert turnover er viktige forutsetninger for å kunne bidra til styrking av kompetansen og bedre tjenestekvaliteten jf. tabellen under



Kilde: Agenda Kaupangs kartlegging av effekter av heltidskultur i Helseetaten 2016 i samarbeid med Leif Moland i Fafo, n= ca. 300 respondenter

- ▶ Kommunen må i større grad ta i bruk digitalisering for både å støtte opp under og erstatte oppgaver/prosesser som per i dag ivaretas manuelt. Dette vil kunne fristille tid og ressurser, men vil igjen kreve ny kompetanse, nye måter å jobbe på, ny organisering mv.
 - ▶ Digitalisering av kjørelister/arbeidsoppgaver
 - ▶ Digitalisere kontakt og dokumentasjon mv. med pårørende (<https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/kommunale-hjemmetjenester-pa-nett>)
 - ▶ Digitale tilsyn mv.

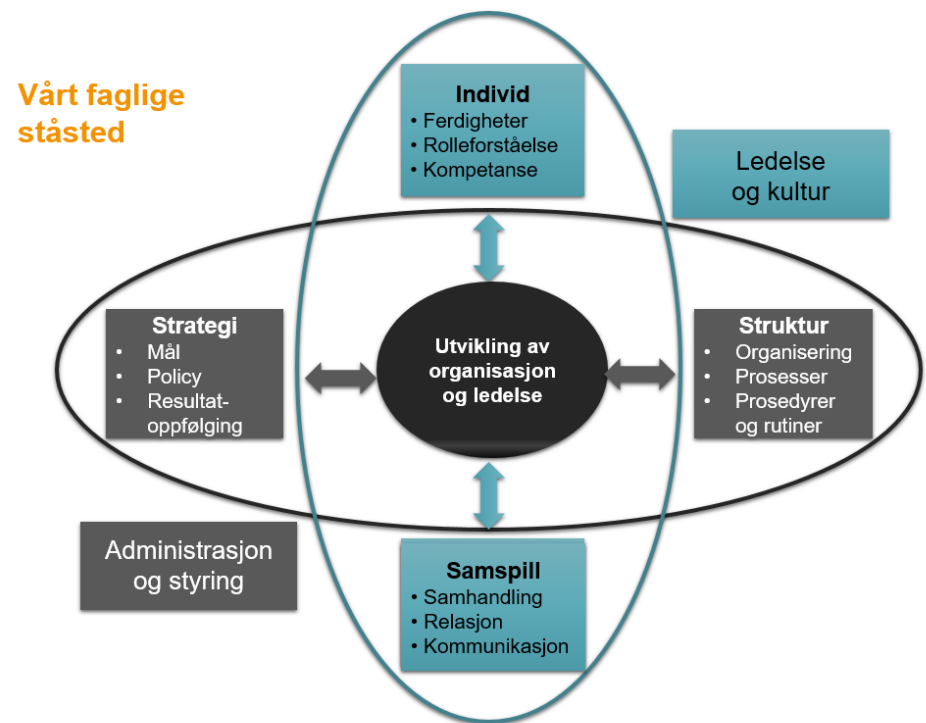


Organisering

Anbefalinger for videreutvikling av
hjemmetjenesten – prinsipper og vurdering

Hva legger vi i begrepet organisering?

- ▶ Organisasjoner er «redskaper for å realisere mål».
- ▶ Organisering av en tjeneste vil i praksis innebære en formalisering mht ledelse og fordeling av arbeidet (rollefordeling/oppgavespesialisering) for at arbeidsinnsatsen skal gi best mulig effekt.
- ▶ Organisering av arbeidet inngår i leders styringsrett, men skal drøftes med ansatte (Hovedavtalens del B).



En organisering i hjemmetjenesten som bygger på:

- ▶ Budsjettstyring (rammestyring, ikke på årsverk)
- ▶ Regelmessig oppfølging av sentrale styringsindikatorer som f.eks. ansikt til ansiktstid og enhetskostnader
- ▶ Stedlig ledelse med ansvar for penger, fag og folk
 - ▶ Opprette avdelingsledernivå i hjemmetjenesten
 - ▶ Ikke for stort kontrollspenn – en leder for opptil 20 årsverk
- ▶ Brukerfokus med færrest mulig ansatte å forholde seg til
- ▶ Effektiv logistikk og ressursutnyttelse
 - ▶ F.eks. digitaliserte arbeidslister
- ▶ Digitalisere alle mulig analoge prosesser og ta i bruk hensiktsmessig velferdsteknologi
- ▶ Heltidskultur med høy andel store stillinger og høy gjennomsnittlig stillingsstørrelse
- ▶ Sykepleieandel på over 50%
- ▶ Tverrfaglig kartlegging av alle nye brukere
- ▶ Økt behov for spesialisering, flerfaglighet og teamarbeid
- ▶ Tydelig ansvar og oppgavefordeling som sikrer helhetlige brukerforløp (A-Å-tjenester)
 - ▶ Tverrfaglig samarbeid med andre enheter og vedtakskontoret

Fire ulike modeller til drøfting

- ▶ Alternativ 0 – «Fortsette som før», men med et eget team for ambulante miljøarbeidertjenester - konsekvens «lite endring»
- ▶ Alternativ 1 – Rendyrke brukergruppene ved å overføre oppgaver til Velferd - konsekvens «moderate endringer»
- ▶ Alternativ 2 – Flere tjenester samorganisert for hjemmeboende - konsekvens «store endringer»
- ▶ Alternativ 3 – Samorganisering av tjenester for hjemmeboende i en ny enhet - konsekvens «betydelige endringer»

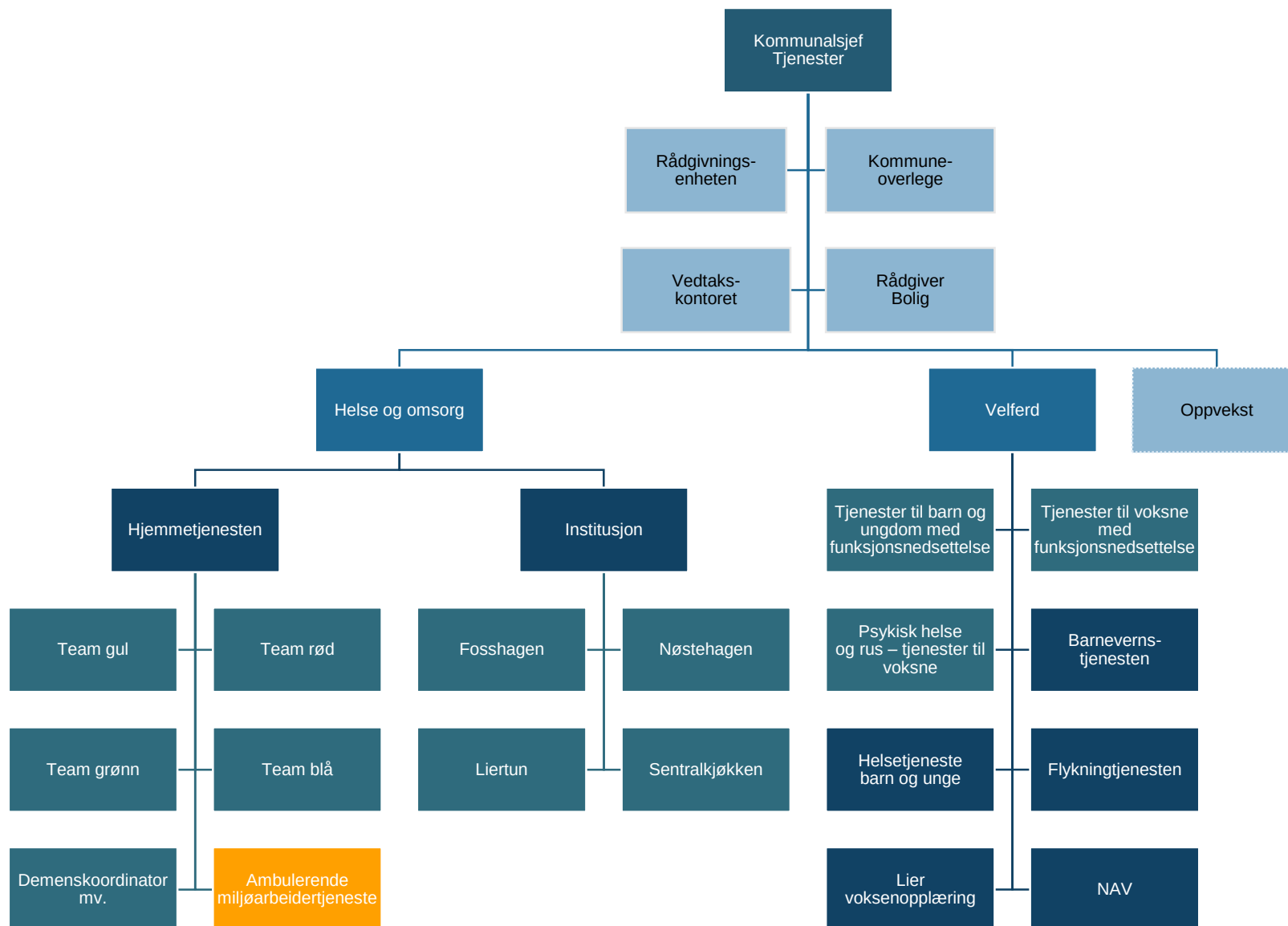
Fire ulike modeller til drøfting – beskrivelse

- ▶ Alternativ 0 – «Fortsette som før», men med et eget team for ambulante miljøarbeidertjenester
 - ▶ 5 team - «lite endring»
- ▶ Alternativ 1 – «Moderate endringer»
 - ▶ **Flytter ut ansvaret for psykisk helse og rus, samt tjenester til psykisk utviklingshemmede til Velferd**
 - ▶ **Kreftkoordinator legges inn under hjemmetjenesten eller under vedtakskontoret**
- ▶ Alternativ 2 – «Store endringer»
 - ▶ Flytter ut ansvaret for psykisk helse og rus, samt tjenester til psykisk utviklingshemmede til Velferd
 - ▶ Kreftkoordinator legges inn under hjemmetjenesten eller under vedtakskontoret
 - ▶ **Hverdagsrehabilitering avsluttes som prosjekt og legges som eget fagteam i hjemmetjenesten**
 - ▶ **Organisere omsorgsboligene med personell for eldre inn under hjemmetjenesten**
 - ▶ **Organisere aktivitetstilbudet inn under hjemmetjenesten**
- ▶ Alternativ 3 – «Betydelige endringer»
 - ▶ Flytter ut ansvaret for psykisk helse og rus, samt tjenester til psykisk utviklingshemmede til Velferd
 - ▶ Kreftkoordinator legges inn under hjemmetjenesten eller under vedtakskontoret
 - ▶ Hverdagsrehabilitering avsluttes som prosjekt og legges som eget fagteam i hjemmetjenesten
 - ▶ Organisere omsorgsboligene med personell for eldre inn under hjemmetjenesten
 - ▶ Organisere aktivitetstilbudet inn under hjemmetjenesten
 - ▶ **Hjelpemiddelhåndteringen organiseres under hjemmetjenesten**
 - ▶ **Korttidsplassene organiseres under hjemmetjenesten**

Mål for ny organisering

- ▶ Sikre nødvendig **styring**, både i forhold til måloppnåelse, men også i forhold til overholdelse av lover, forskrifter og overordnede vedtak.
- ▶ Sikre nødvendig **samordning** og koordinering mellom ulike oppgaver som bør samordnes av hensyn til overordnede mål
- ▶ Sikre nødvendig **utvikling** av organisasjonen slik at den innehar omstillingsevne, evne til innovasjon og læring
- ▶ Ivareta hensyn til **effektiv drift**

Alternativ 0 – «Fortsette som før», men med et eget team for ambulante miljøarbeidertjenester 5 team



Alternativ 0 – fordeler og ulemper

Fordeler

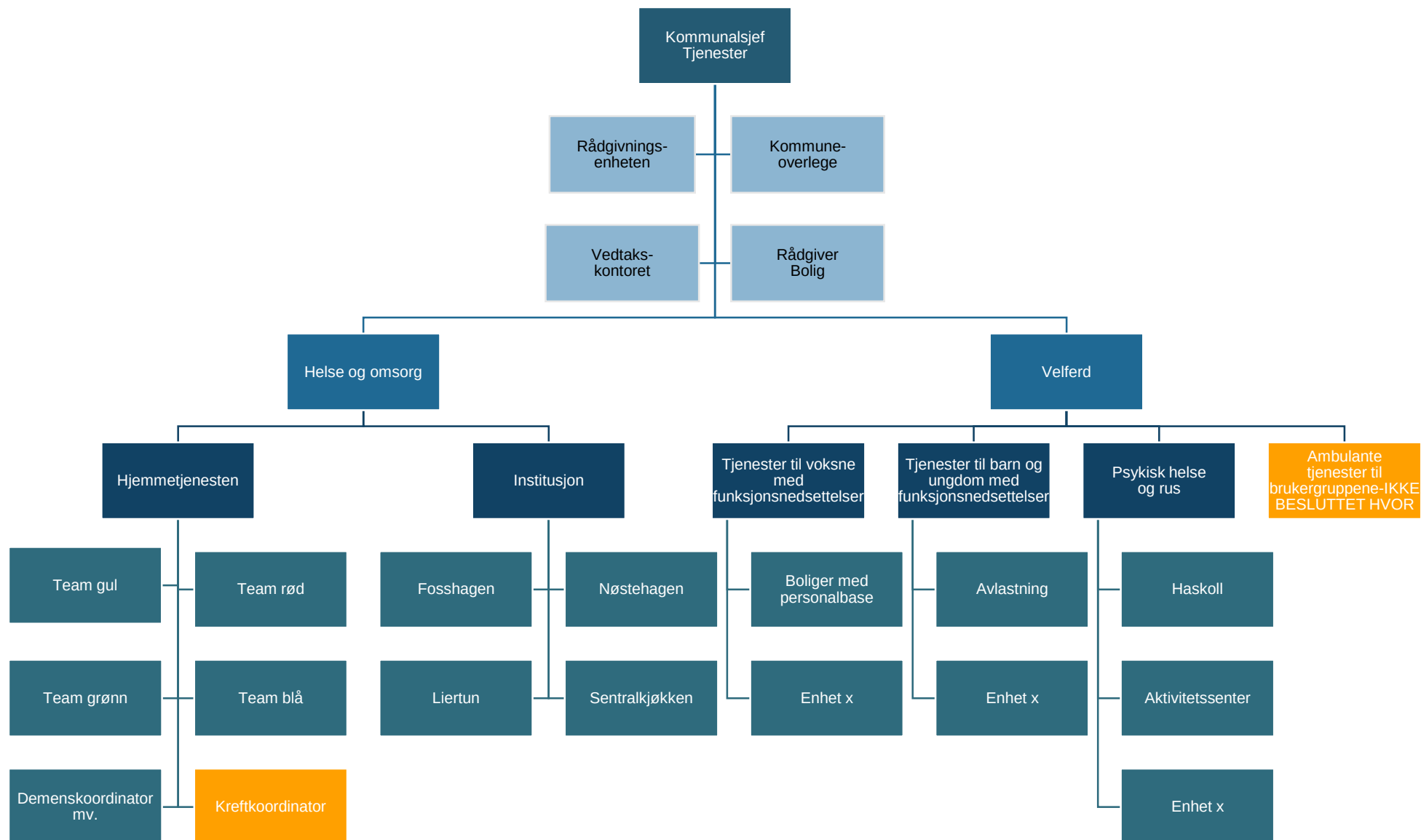
- ▶ Bedre tjenester for brukergruppen som er i behov av tjenester
- ▶ Kompetanse på brukergruppen
- ▶ Færre ansatte- større kontinuitet for brukerne
- ▶ Kan trygge ansatte
- ▶ Kan holde ned tjenestenivået
- ▶ Integrering

Ulemper

- ▶ Sårbart
- ▶ Dobbeltarbeid
- ▶ Ineffektivt
- ▶ Lite helhetlige tjenester
- ▶ Flere tjenesteutøvere
- ▶ Lite endringer
- ▶ Ikke kreftkoordinator

Alternativ 1 – «Moderate endringer»

Flytter ut ansvaret for psykisk helse og rus samt tjenester til psykisk utviklingshemmede til Velferd
Kreftkoordinator legges inn under hjemmetjenesten eller under vedtakskontoret



Alternativ 1 «Moderate endringer» – fordeler og ulemper

Fordeler

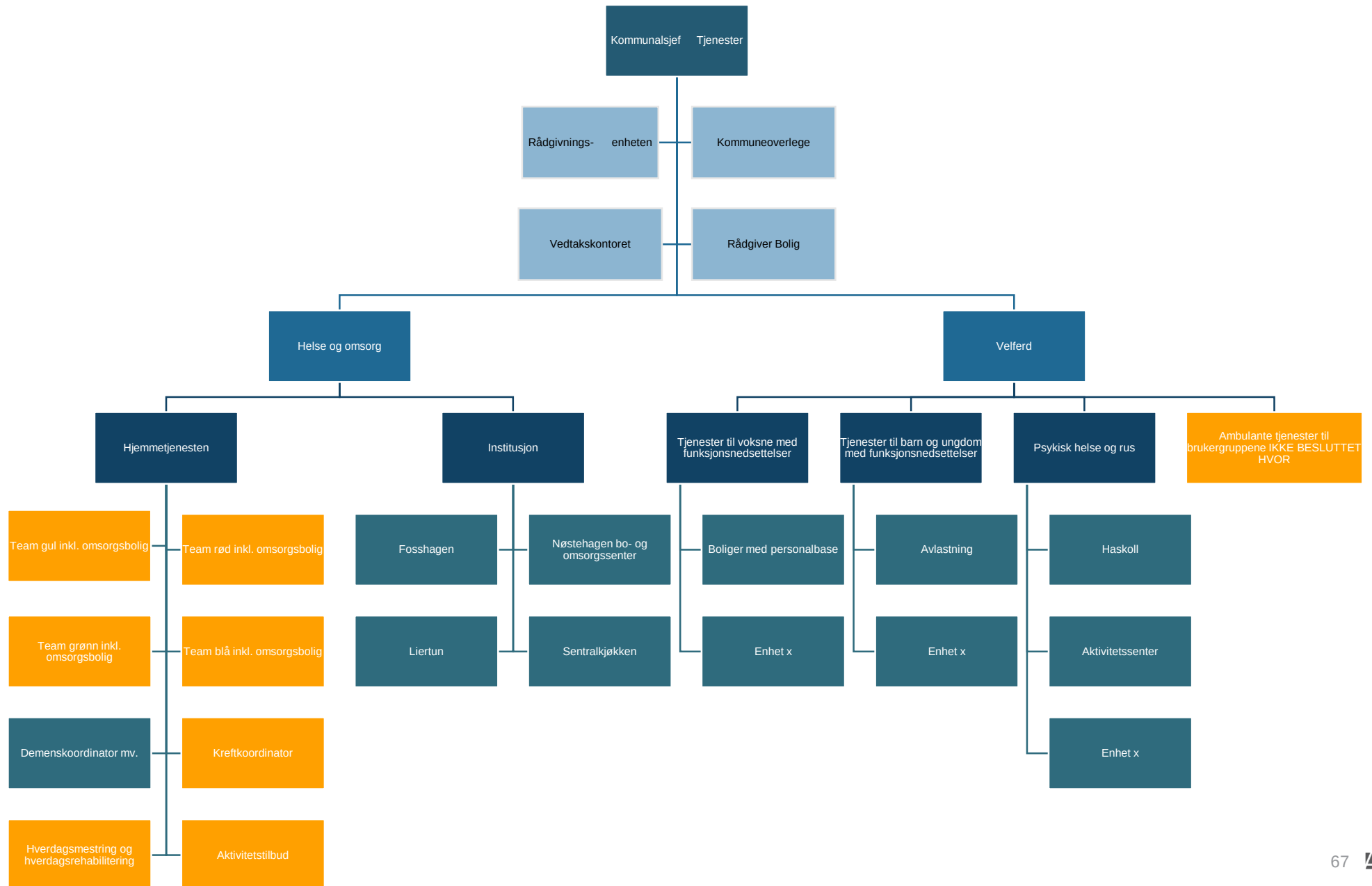
- ▶ Bedre ressursutnyttelse for kommunen
- ▶ Mer helhetlige tjenester til brukerne
- ▶ Bedre synergier
- ▶ Bedre kompetanseutnyttelse
- ▶ Kreftkoordinator er en viktig ressurs for hjemmetjenesten og må ligge i hjemmetjenesten
- ▶ Helhetlige hjemmebaserte forløp
- ▶ Få til mer reell omsorgstrapp innenfor psykisk helse/rus og puh. Mulighet for økt samdrift og å «bygge» kompetansemiljøer

Ulemper

- ▶ Turnusutfordring for tjenester som hovedsakelig er i ukedager- dagtid
- ▶ Behov for endringer i Velferd?
 - ▶ Bør kommunen vurdere å ha en annen sammensetning av tjenestene innen helse og omsorg?
- ▶ Kreftkoordinator flyttes ut av eget familjeløp

Alternativ 2 – «Store endringer»

I tillegg til forslagene i alternativ 1 overføres hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering og legges som eget fagteam i hjemmetjenesten, omsorgsboligene med personell for eldre og aktivitetstilbudet organiseres inn under hjemmetjenesten



Alternativ 2 «Store endringer» – fordeler og ulemper

Fordeler

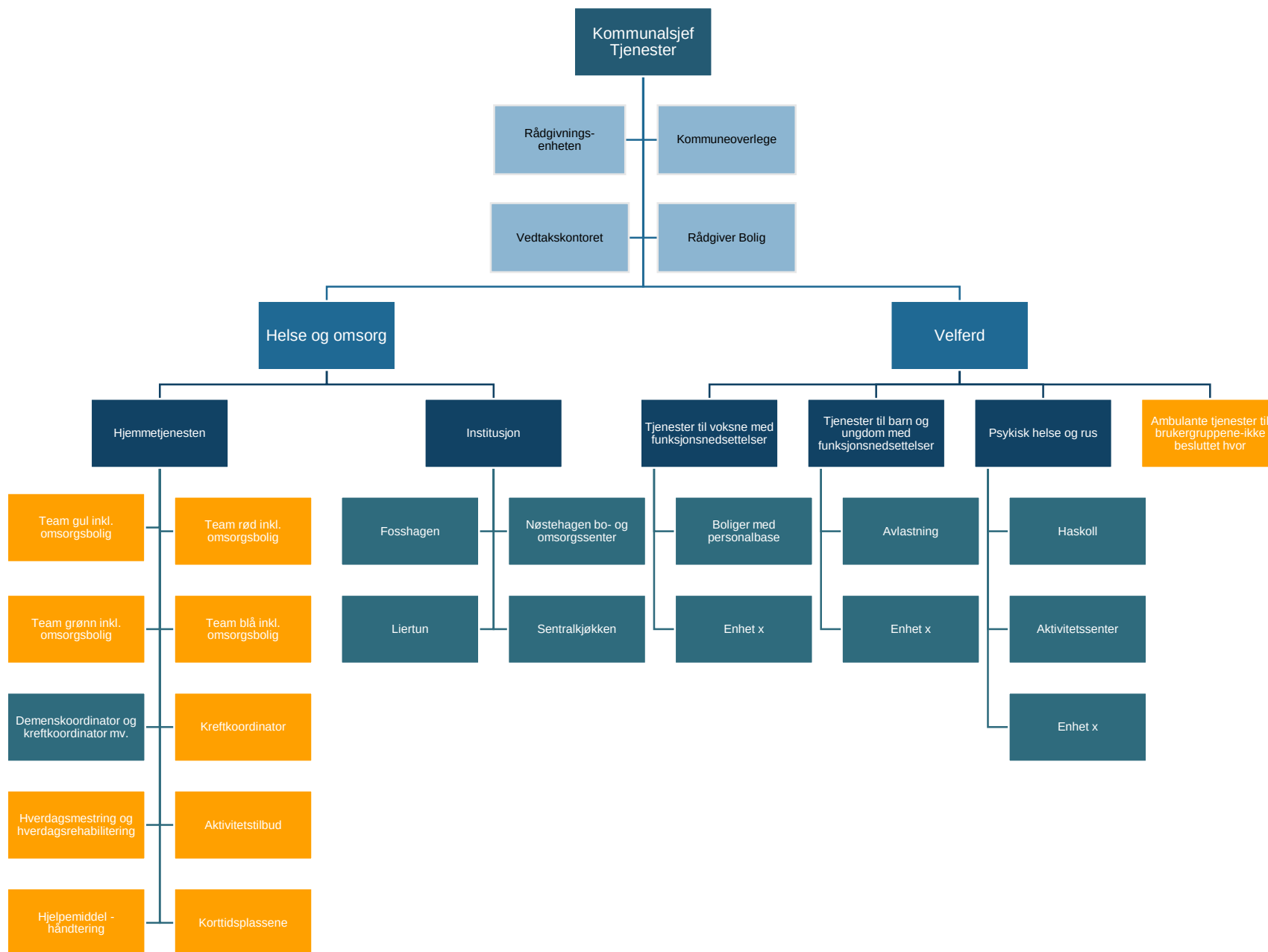
- ▶ Større helhetlig ansvar for brukerne
- ▶ Flere verktøy i verktøykassa for hjemmetjenesten
- ▶ Bruke ressursene på tvers og til å tilpasse bemanningen ut fra behov
- ▶ Sikre hjemmetjenestemetodikk i omsorgsboliger
- ▶ Økt bruk av hverdagsmestring som grunnlag for all jobbing, økt kompetansedeling
- ▶ Flere brukere med hverdagsrehabilitering
- ▶ Bedre ressursutnyttelse av ressurser
- ▶ Økt heltidskultur
- ▶ Større mulighet til å tilrettelegge for ansatte med behov for tilrettelegging f.eks. følge til transport, aktivitetstilbud

Ulemper

- ▶ Lite fagmiljø for fysio- og ergoterapeuter i hjemmetjenesten
 - ▶ Kan «spises» opp av ordinære oppgaver i hjemmetjenesten
- ▶ Endringer for mange ansatte
- ▶ Enheten får et relativt stort ansvarsområde
- ▶ Usikker på om det er noe å hente på effektivitet i fht nåværende boliger (som ligger på sykehjemmene)
 - ▶ Kan være at man kan tenke at man skal ha ansvar for boliger som ikke ligger fysisk plassert på sykehjemmet

Alternativ 3 – ««Betydelige endringer»»

I tillegg til forslagene i alternativ 2 flytte ansvaret for korttidsplassene og hjelpemiddelhåndteringen til hjemmetjenesten



Alternativ 3 «Betydelige endringer» – eksempler på mulige fordeler og ulemper (fra workshopen med arbeidsgruppen)

Fordeler

- ▶ Større helhetlig ansvar for brukerne (korttidsplasser er hjemmeboende)
- ▶ Flere verktøy i verktøykassa for hjemmetjenesten
- ▶ Større fleksibilitet i tjenestene, mulighet for hjemmetjenesten til å tilpasse ut fra behov
- ▶ Bruke ressursene på tvers og til å tilpasse bemanningen ut fra behov
- ▶ Sikre hjemmetjenestemetodikk i alle «ledd» for alle «hjemmetjeneste brukerne»
- ▶ Bedre flyt i hjelpemiddellogistikken som igjen kan gi brukerne raskere hjelp på rett nivå

Ulemper

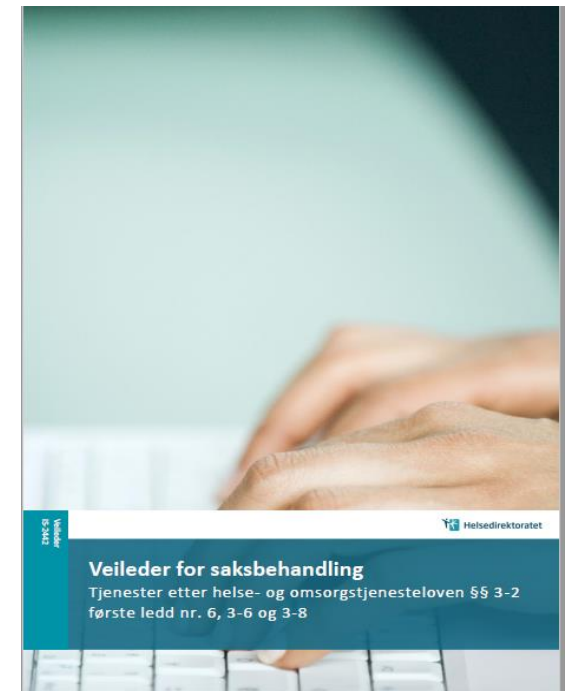
- ▶ Endringer for mange ansatte
- ▶ Enheten får et stort ansvarsområde
- ▶ Tar tid å gjennomføre- driftsbygg, kultur mv.



Vedlegg - Organisering av saksbehandling og tildeling

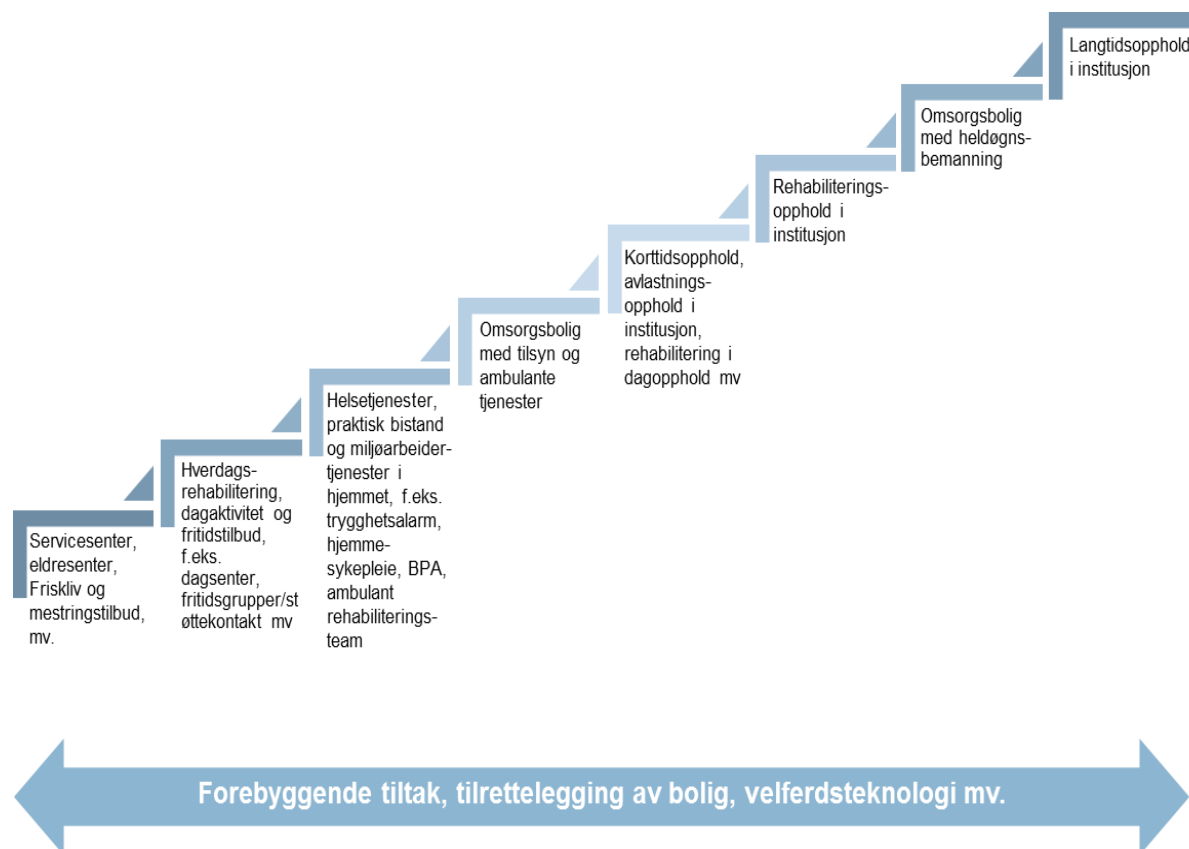
Profesjonell saksbehandling er avgjørende for kvalitet og styring

- ▶ Det er ulikt hvordan kommunene ivaretar oppgaver knyttet til saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester.
 - ▶ Uansett valg av modell er vurderingen at saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er et område som må profesjonaliseres på lik linje med mange andre områder innen pleie og omsorg.
- ▶ Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.
 - ▶ Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester, forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenestene.
- ▶ 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 som 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.



Saksbehandling og tildeling av tjenester må skje i tråd med BEON-prinsippet

- 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). BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Prinsippet kan fremstilles som vist i figuren under.

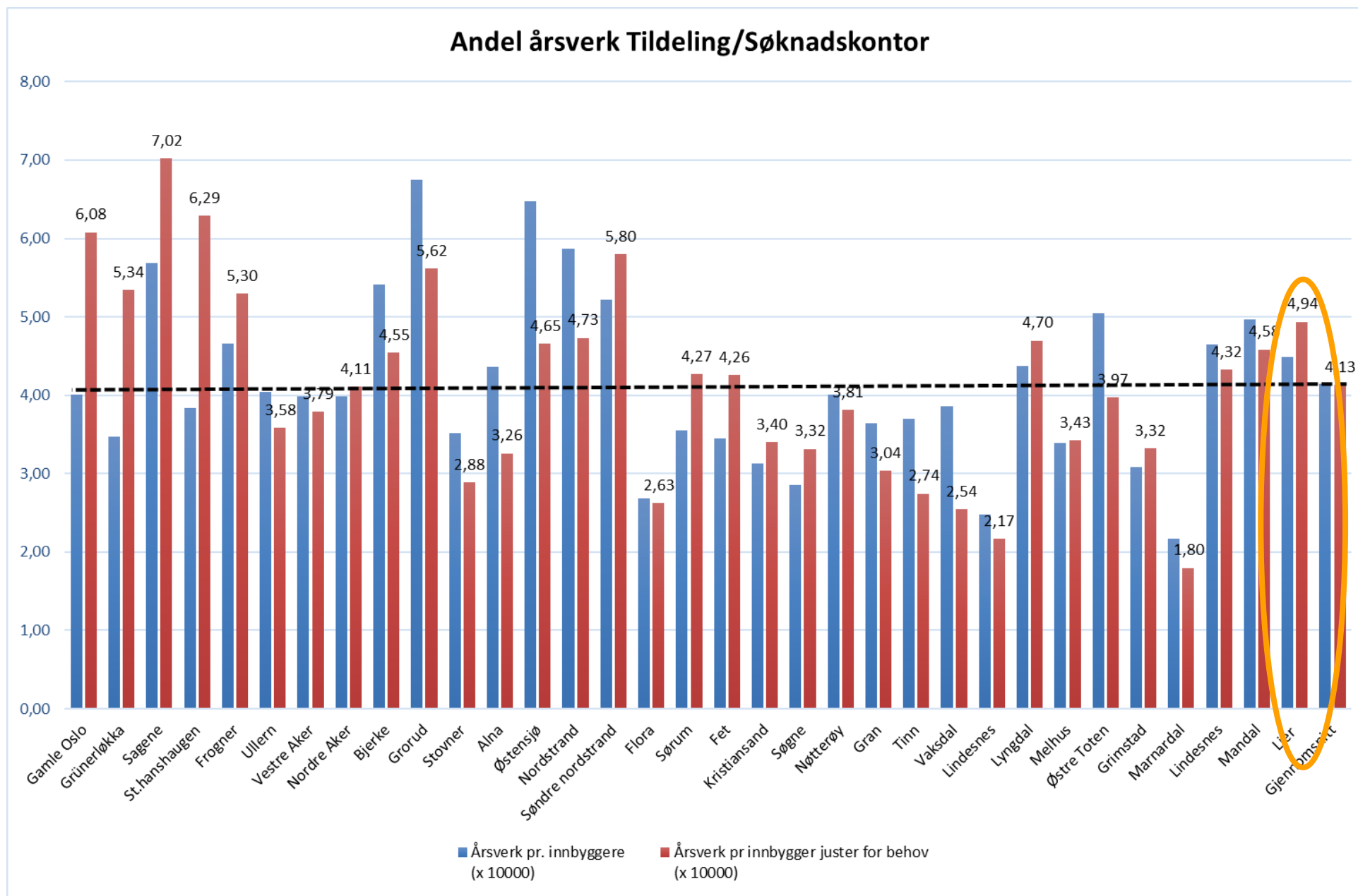


Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørge for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn. Innføring av hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi har i mange kommuner medført at behov for egenmestring og rehabilitering blir vurdert først. Flere kommuner opplyser at en slik venstreforskyvning har medført at flere brukere kan klare seg med et minimum av tjenester over lengre tid, og at man unngår/utsetter behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå uten at dette oppleves som dårligere kvalitet for brukerne, heller tvert imot.

Erfaring viser at det stadig blir mer utfordrende og spesialiserte saksbehandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne tildelingsfunksjonen, men organiseringen av dette arbeidet kan være ulike:

- ▶ Noen kommuner har en organisering og ansvarsdeling som medfører at saksbehandlingsoppgavene er fordelt på ulike funksjoner/roller og ansvarsområder. Flere kommuner har valgt å opprette egne saksbehandler-/tildelingskontor, noen har valgt en organisering som medfører et skille mellom tildeling og utførelse (bestiller utfører modell). Noen få har innført innsatsstyrt finansiering, hvor det følger penger med vedtakene som fattes. Organiseringen er ulik, og erfaringene er også ulike.
- ▶ Kommuner som har valgt å ha egne saksbehandlere, men ikke et eget saksbehandlerkontor, trekker frem nærhet til tjenestene og felles ledelse som en viktig forutsetning for å ivareta saksbehandling, tildeling og god utnyttelse av kommunens ressurser.
- ▶ Noen kommuner, som f.eks. Oslo, har gått vekk fra felles saksbehandling/tildelingskontor for kommunen. De har opprettet saksbehandlerkontor med egne ledere og saksbehandlere underlagt avdelingsdirektørene innenfor deltjenester i helse og omsorg. Bakgrunnen er blant annet å sikre nærhet til tjenestene og felles ledelse, samtidig som man ivaretar behov for dedikerte medarbeidere med ansvar for saksbehandling og tildeling. Fordelene med en slik organisering er knyttet til felles ledelse og profesjonalisering av saksbehandling, samtidig som man har en nærhet og mulighet for dialog med tjenestene. Noe av utfordringene har vært at noen av «avdelingene» har blitt små, og dermed sårbare ved fravær. Videre at mindre avdelinger også gjør det sårbart i forhold til å ha tilstrekkelig kompetanse til å ivareta alle oppgavene som ligger til avdelingen. Dette kan f.eks. omhandle inngåelse og kjøp av eksterne tilbud, juridisk kompetanse mv.
- ▶ Andre kommuner har valgt å opprette egne saksbehandling-/tildelingsenheter med ansvar for all saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Formålet har vært å skille ansvar for tildeling og utførelse av tjenestene, samt å øke profesjonaliseringen. Kommuner som har denne organiseringen opplever at man øker profesjonaliseringen, samt sikrer innbyggerne likere behandling og økt kvalitet på saksbehandlingen. En viktig forutsetning for å få til dette er jevnt dialog med tjenestene og et avklart felles ansvar for å utnytte kommunens ressurser på en best mulig måte. Flere kommuner har utfordringer med at skille mellom «bestiller» og «utfører» oppgavene. I tillegg er det flere kommuner som opplever at dette skille har medført et økt volum på tjenestene, uten at ressursene er økt tilsvarende. Dialog mellom tjenestene og «utførerne», og et felles ansvar for de økonomiske ressursene er viktige forutsetninger for å forhindre dette.

Lier kommune har en noe høyere prioritering av årsverk til saksbehandling og tildeling enn snittet



Lier kommune har en noe høyere prioritering av årsverk til saksbehandling og tildeling enn snittet - forts

- ▶ Agenda Kaupang har arbeidet med flere kommuner med tildelings-/søknadskontor i perioden 2014–2018
- ▶ I dette arbeidet har vi kartlagt ressurser avsatt til saksbehandling, samt årsverk knyttet til de ulike tildelings-/ søknadskontorer
- ▶ Lier har totalt 13,67 årsverk. AK har trukket ut 2 årsverk da disse ivaretar oppgaver som andre søknadskontor ikke ivaretar (alkoholhåndtering/serverings-bevilgninger)
- ▶ Analysen viser hvordan årsverk varierer mellom kommunene/bydelene
 - ▶ Snittet i sammenligningen er på ca. 4,13 årsverk per 10 000 innbyggere når vi ser dette i forhold til årsverk justert for behov. Lier har **4,93** årsverk.
- ▶ Det er viktig å presisere at oppgaver som er lagt til de ulike kontorene, varierer
 - ▶ Noen har mer rendyrkede modeller, andre har innført innsatsstyrt finansiering hvor «bestiller» ivaretar hovedvekten av oppgavene knyttet til dette.
 - ▶ Noen kontorer ivaretar også «utføreroppgaver».
 - ▶ Oppgaveporteføljen varierer, og det gjør at sammenligningen blir noe krevende. Sammenligningen kan allikevel si noe om hvordan ressurser til dette arbeidet prioriteres i de ulike kommunene/bydelene.

Behov for ulik kompetanse for å ivareta saksbehandling og tildeling

- ▶ Våre gjennomganger av en rekke kommuner og bydeler viser at kompetansesammensetningen varierer.
- ▶ Hovedvekten av de som jobber med saksbehandling og tildeling innen helse og omsorgstjenester har en bakgrunn innen helse, hovedsakelig knyttet til sykepleie.
- ▶ I figuren til høyre har AK sammenfattet kompetansesammensetningen i søknadskontorene i alle bydelene i Oslo kommune (2014).

