



Gjennomgang av helse- og omsorgstjenesten og bistand til rullering av helse- og omsorgsplan

*Rapport fra RO – Ressurssenter for omstilling i kommunene
25. Juni 2020*



RO

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no

Innhold

1 Innledning	7
1.1 Oppdragsgiver sine behov	7
1.2 Mandat	7
1.3 Metode	7
2 Kommunens behov for Helse- og omsorgstjenester	8
2.1 Befolkningsframskriving	10
2.2 Framtidig behov for heldøgns omsorg	14
2.3 Demens og behov for tjenester	16
2.4 Behov for tjenester - oppsummert	19
3 Ressursbruk og prioritering	19
3.1 Direkte og indirekte brukertid i hjemmetjenesten	20
3.2 Bemanning ved Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter	22
3.3 Bemanning i helsetjenesten	24
3.4 Ressurs- og driftsanalyse sykehjem	24
3.5 Nærværsfaktorer	27
3.6 KOSTRA	28
3.7 Heltidskultur og ressursbehov	40
3.8 Kvalitet på tjenestetilbudet	42
3.9 Ungdataundersøkelsen	44
3.10 Folkehelseprofil 2020	45
4 Data innhentet gjennom intervjuer	47
4.1 Oppsummering fra intervjuene – kort oppsummert	47
5 Framtidas helse- og omsorgstjenester i Sørfold – muligheter og begrensninger	50
5.1 Tjenestene må henge sammen – toppen av omsorgstrappen	50
5.2 Mat, ernæring og måltider	54
5.3 Aktivitet og fellesskap	55
5.4 Helsehjelp	55
5.5 Sammenheng i tjenestene	55
5.6 Kompetanse og rekruttering	55
5.7 Om å få tjenester hjemme	57
5.8 Sykehjemmenes rolle og funksjon	57
5.9 Ledelse	58
5.10 Om organisasjonskultur	62
5.11 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester	63
5.12 Nasjonale føringer	64
6 Anbefalinger	64

Ressurssenter for omstilling i kommunene, heretter forkortet til RO, har utført oppdrag for Sørfold kommune (oppdragsgiver) i henhold til tilbud av 15.1.2020.

Sammendrag

Denne RO-rapporten beskriver Sørfold kommunes situasjon for dagens helse og omsorgstjenester og tegner et bilde av framtidsutfordringene kommunen vil stå overfor fram mot 2030-2040. Fokus i gjennomgangen har vært fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester og kommunens mulighet til fortsatt å yte gode tjenester.

Rapporten bygger på informasjon innhentet via intervju på telefon og Teams, søk på kommunens hjemmeside, oversendt data fra kommunen som RO har etterspurt og ulike registerdata. Det var planlagt 3 folkemøter og befarings ved kommunens 2 institusjoner. På grunn av COVID-19 pandemien ble disse avlyst. Det vil imidlertid være mulig å avvikle folkemøtene på et senere tidspunkt om dette skulle være ønskelig.

RO har gjennom oppdraget fått et godt bilde av hvordan tjeneste framstår i dag. Mye er bra, men med tanke på de utfordringene Sørfold kommune vil stå overfor, mener RO at gjennomgangen viser at flere forhold bør forbedres og nye virkemidler bør vurderes tatt i bruk.

Den største utfordringen har bakgrunn i de endringen i framtidig alderssammensetning. Spesielt i aldergruppa 80 år og eldre. Økningen skjer fra i dag og helt fram mot 2035. Samtidig viser prognosene at andelen i de yngste aldersgruppene og da spesielt i den yrkesaktive gruppen, 20-66 år vil reduseres. Det vil si at andelen eldre vil øke og andel i yrkesaktiv alder vil ligge på dagens nivå. Med dette som bakteppe vil det bli ei utfordring å rekruttere nye medarbeidere og å opprettholde dagens innretning. I tillegg vil noen medarbeidere slutte grunnet oppnådd aldersgrense for pensjon. En annen stor utfordring er dagens innretning innen helse- og omsorgstjenesten med 2 sykehjem og lite utbygd hjemmetjenester.

Med flere innbyggere i høy alder vil det bli flere som får en demenssykdom, kreft og multi syke¹, mv. Ikke bare påvirker det de som rammes av sykdommer, men også deres pårørende. Dette fordrer en helse- og omsorgstjeneste som arbeider sammen, hvor fagressurser nyttes på tvers av enheter og avdelinger. I dag synes samhandling mellom de ulike enhetene /avdelingene ikke å fungere slik de burde. Dette reduserer mulighetene til koordinerte og helhetlige tjenester og er lite effektivt. Både faglig og økonomisk.

RO kan ikke se at det i praksis eksisterer en ensartet ideologi om hvordan helse- og omsorgstjenestene skal utøves på, og konsekvensen av dette. Her anbefaler RO at dette tydeliggjøres i forbindelse med planarbeidet, samt tydeliggjøring av en helse- og omsorgstrapp. Dette gjelder forebygging, søkelys på mestring, ansvarliggjøring, bruk av teknologi, helhetlige tjenesteløp mv. Likeså hvilke forventninger kommunen har til sine innbyggere. Dette gjelder både unge og eldre. Arbeid med å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger må settes mer på dagsorden, slik at det blir handling. Her er det viktig at også innbyggerne får kunnskap om hvorfor dette er nødvendig. Økt bruk av teknologi fordrer også nødvendig IT-støtte.

Sykehjemmets framtidige rolle og funksjon i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste bør tydeliggjøres. Likeså konsekvensen av dette. Gjennomgangen viser til dels stor forskjell i pleiefaktor, dvs. antall

¹ Personer med flere sykdommer

ansatte per pasient, mellom Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter. For begge institusjonene er antall medarbeidere per pasient høyere enn det vi finner ved mange andre sykehjem. Samtidig ser vi at Sørfold sykehjem i henhold til turnus opererer med mange vakanser.

Helse- og omsorg bør sørge for enda bedre samhandling og koordinering ved blant annet å tydeliggjøre forvaltningspraksisen enda mer enn i dag. Dette gjelder for alle som mottar helse- og omsorgstjenester. Det bør utarbeides klare prosedyrer for all saksbehandling av søknad om tjenester og interne rutiner for kommunikasjon mellom de som saksbehandler/forvalter og de som utøver tjenesten. Prosedyrer og rutiner som alle medarbeidere kjenner. Sentralt i framtidig tjenesteutmåling er å ha en tydelig vedtakspraksis. Det samme gjelder hvordan ansattes kompetanse skal nyttes for å sørge for helhetlige tjenester. En greier da å bygge opp bredere fagteam. Sørge for høy grad av kompetansemobilisering ved at alle medarbeidere får nyttet sin kompetanse fullt ut. Dette uavhengig av hvor brukeren er. Dette bedrer også kommunens omdømme og kan ha positiv effekt på rekruttering.

RO har fått en oversikt over antall på hel- og deltid inne omsorgstjenestene. Ut fra den opplysningen vi har fått og turnus for sykehjemmene, er det nesten kjemisk fritt for heltidsstillinger. Tjenesten bør tydeliggjøre målet om å få flere medarbeidere over i større stillingsandeler, gjelder alle yrkesgrupper og ikke bare sykepleiere. Dette vil bidra til høyere nærvær. Krever godt samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte. Dette må skje innenfor gjeldene regelverk og kommunenes økonomiske rammer.

Etter RO sine vurderinger har Sørfold ikke kommet aktivt i gang med å ta i bruk velferdsteknologiske hjelpemidler. Her mangler det en klar strategi. Først strategi, deretter kunnskap, så implementering og evaluering. Her er det også viktig å ha kunnskap om tekniske hjelpemidler (hylleware) som innbyggere selv kan skaffe seg. For eksempel robotstøvsuger, lyspærer som reagerer på bevegelse, varmevifte mv.

Mange kommuner arbeider i dag aktivt med hverdagsmestring som ideologi. Hverdagsmestring beskrives som et tankesett for faggruppene i ulike tjenester - innsatsteam, hjelpemiddelformidling, forbyggende hjemmebesøk, fallforebygging, hjemmetjenester etc. Hverdagsmestring gjelder også når innbyggere har opphold på sykehjemmet. Da er det viktig at Sørfold kommune har medarbeidere med ulik fagbakgrunn, for eksempel fysioterapeut og ergoterapeut og at disse er aktive medspillere.

Kommunen har til de siste årene hatt sammen antall årsverk av psykiatrisk sykepleiere (tabell 18). Som kjent ble pakkeforløp for psykisk helse og rus innført fra årsskifte 2019. Slike pakkeforløp skal gi brukere og pårørende et behandlingsløp som er helhetlig og forutsigbart, uten nødvendig ventetid. Et sentralt grep for å sikre god oppfølging og unngå unødige avbrudd, er bruk av forløpskoordinator både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Forløpskoordinatoren skal være med og sikre at utredning, behandling og oppfølging er individuelt tilpasset og skjer uten nødvendig ventetid. Målet er at den som har ansvaret for koordineringen vil være en viktig kontaktperson for bruker og eventuelt pårørende, og skal kunne svare på spørsmål og gi informasjon om hva som skal skje underveis i et forløp.

Videre viser tabell 18 at kommunen har en god legedekning sammenlignet med andre kommuner. Etter RO sine vurderinger bør dette nyttes aktivt i utviklingen av en samla helse- og omsorgstjeneste.

Også avtalte årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten viser at Sørfold kommune kommer bedre ut enn de RO har sammenlignet kommunen med (tabell 18). Tallene fra ungdomsundersøkelsen (2019) viser at det er av stor betydning at Sørfold kommune har en sterk beredskap gjennom god og tilgjengelig helsetjeneste i skolen og utenom skoletid.

Som vist i kapitel 3.1 har RO med bakgrunn i det tallmateriale som kommunen har oversendt beregnet direkte og indirekte brukertid i hjemmetjenestene. Tallene viser lav andel direkte brukertid av hver medarbeidertime. Her har kommunen et forbedringspotensial. RO mener at enhetsleder og avdelingsleder sammen med medarbeidere må gjennomgå hvordan de planlegger og utfører daglige gjøremål. Det burde være mulig å forbedre driften slik at langt flere timer nyttes i direkte tjenesteyting. Et mål som burde være overkommelig er 50/50 (60/40) direkte/indirekte brukertid. Hjemmetjenesten bør også vurdere å tydeliggjøre forholdet mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand. RO gjør imidlertid oppmerksom på om oppgitt tall stemmer.

Under intervjuene kom det også fram RO uttalelser om at samhandling mellom de ulike tjenestene innen helse- og omsorg ikke er som den burde være. Andre mente at de samarbeidet godt. Uansett bør en sikre en helhetlig tjeneste. Det holder ikke bare å snakke om det. God samhandling av helse- og omsorgstjenester vil gagne de som har behov tjenester, ved at tjenestene i langt større grad enn i dag blir koordinerte. Medarbeidere vil også få nyttet kompetansen sin, den indre motivasjon bedres, noe som også er viktig for økt nærvær. Tydeliggjør hva aktivt medarbeiderskap, myndiggjorte medarbeidere betyr i praksis.

RO mener at det er viktig å ha en strategi for hvordan få egne ungdommer til å velge utdanning innen helse- og omsorg. Framsnakk yrket og vær aktive overfor ungdommen, for eksempel ved å tilby de sommerjobb etc., men de må få en jobb/stillingsandel som gjør det mulig å «leve» på sin faste stilling uten å måtte stå til disposisjon for ekstravakter hele tiden.

RO mener det vil være helt nødvendig og av stor betydning å tydeliggjøre hva det betyr å være leder og avstem dette med behov for merkantil støtte. Dette er i tråd med statlige føringer, jamfør forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Tydeliggjør bruk av kompetanse i en helhetlig tjeneste. RO mener det vil være av stor betydning at det utarbeides en strategisk kompetanseplan og gjennom denne sikre høy grad av kompetansemobilisering².

Etter de opplysningene RO har blitt kjent med, må arbeidet med å ta i bruk kvalitetssystem / fagsystem gjennomgås. Slike system skal nyttes for dokumentasjon og kontinuerlig forbedring. RO er kjent med at kommunen har tilsatt en kvalitetsutviklingssykepleier i 50 prosent stilling og at det er satt søkelys på kvalitet – dette er en bra begynnelse.

Alle, både ledere og medarbeidere må ha søkelys på gjeldende rutiner etc. med mål om god kvalitet, effektivitet og minst mulig tidstyver. Her er det mye å hente i pasiensikkerhetsprogrammet i Trygge hender 24/7.

RO vil anbefale at det arbeides videre med å etableres ulike fagteam, for eksempel demensteam, forebyggende- og oppsøkende team, ernæringssteam mv. Dette vil bidra til økt kompetanse og gjennom dette bedre det faglige innholdet i tjenestene. For å "dempe" framtidig behov er det viktig nå å ha større søkelys på forebygging og hvem har ansvar for hva? Gjelder alle aldersgrupper. Dette må også gjenspeiles i forbindelse med ressursfordelingen. Andre stikkord her er samordning og systematisk kvalitetsarbeid i praksis. At kommunen nå har en fagansvarlig sykepleier er positivt.

Sett i lys av de tilgjengelige data og etter intervjuene er det etter RO sine vurderinger fullt mulig og utvikle en samla helse- og omsorgstjeneste slik at den også er faglig og økonomisk bærekraftig i framtid. Dette er først og fremst et lederansvar, men også et medarbeideransvar etter at politikerne

² At ansatte kompetanse blir nyttet

har vedtatt framtidig innretning. Da er det også viktig at det er etablert gode rutiner for to- og trepartssamarbeid.

1 Innledning

Sørfold kommune vil få utfordringer knyttet til utvikling i antall eldre i forhold til antall i yrkesaktiv alder. Situasjonen i dag er at tjenesten allerede har utfordringer med å rekruttere til ledige stillinger. De siste årene har tjenesten greid å holde seg innenfor vedtatt budsjettet.

Gjeldende Pleie- og omsorgsplan, 2011-2015, for Sørfold kommune er nå på overtid. Planen ble vedtatt i 2011 og hadde blant annet søkelys på rehabilitering, psykisk helsearbeid og samhandling. Planen la vekt på at tjenestetilbudet skulle være faglig forsvarlig, innfri nasjonale normer og være likeverdig uavhengig av bosted, alder, diagnose og tjenestebehov. Et overordnet prinsipp var å tilrettelegge tilbudene slik at innbyggerne skulle være mest mulig selvhjulpne og gis mulighet til å kunne bo i egen bolig så lenge som mulig. Derfor var søkelys på forebygging viktig og at brukerne skulle tas med på råd i tjenesteutformingen viktig. Dette for å sikre deltakelse og medbestemmelse rundt egen hverdag.

Følgende overordna mål ble vedtatt:

- *Med høy og brei faglig kompetanse, kombinert med menneskelighet, gir omsorgstjenestene i Sørfold et optimalt tilbud til sine brukere og pårørende.*
- *Omsorgstjenestene er en inspirerende, utviklende og god arbeidsplass for alle ansatte på alle plan i organisasjonen.*
- *Verdigrunnlaget innenfor omsorgstjenestene sikrer at alle brukere og pårørende ivaretas i forhold til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige utfordringer og behov.*
- *Omsorgstjenestene satser aktivt på fag- og kompetanseutvikling samt undervisning, og er en pådriver for å høyne kvalitet, status og forståelse for eldreomsorg og medisinsk oppfølging og behandling både i hjemmet og i institusjon.*

I forbindelse med utarbeidelse av sektorplan/kommunedelplan for helse- og omsorg er det ønskelig at denne tar inn i seg målene med kvalitetsreformen "Leve hele livet".



1.1 Oppdragsgiver sine behov

Slik RO har forstått det har Sørfold kommune behov for en helhetlig og koordinert plan for tjenestene. Samtidig er det nødvendig å sette søkelys på helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette for å dempe eller utsette behovet for helse- og omsorgstjenester.

1.2 Mandat

Før selve arbeidet med planforslaget påbegynnes skal det utarbeides en rapport som viser hvordan dagens tjenester framstår. Deretter utarbeide forslag til Helse- og omsorgsplan. RO har i tillegg valgt å utdype enkelte områder som en bør ha søkelys på (se kapittel 5).

1.3 Metode

RO har forsøkt å innhente kvantitative data om Sørfold kommunes praksis på følgende områder:

- Gjennomgang av gjeldende planverk, regnskap, årsrapporter og annen dokumentasjon oversendt fra kommunen
- Gjennomgang av KOSTRA-tall for de aktuelle tjenestene, med hovedfokus på produktivitet, dekningsgrad og prioritering (foreløpige tall per 15. mars 2020)
- Hel- og deltid (har fått oversikt for omsorgstjenestene)

- Mulig turnover (ikke fått tilbake skjema)
- Oversikt over supplerende tjenester fra 2018 og til nå (ikke fått tilbake skjema)
- Sykefravær 2019
- Ansikt til ansiktstid (ATA-tid) i hjemmetjenesten og bemanningen ved sykehjemmene
- Gjennomgang av kostnadsbilde ved sykehjemmene (sykehjemsanalyse)
- Befolkningsframskriving (SSB) som er brukt til å vise aldersbæreevne og familieomsorgs-koeffisient
- Ungdataundersøkelsen 2019
- Folkehelseprofil 2020
- Kvalitet basert på nøkkeltall hentet fra Kommunebarometeret 2019

RO har foretatt en beregning av direkte og indirekte tid i hjemmetjenesten (ansikt til ansikt - ATA-tid). Dette er informasjon som kan gi grunnlag for å belyse hvor mye direkte og indirekte brukertid som ytes.

Den kvantitative informasjonsinnhenting gir grunnlaget for evaluering av ressursbruk, kompetanse, dimensjonering og tjenesteeffektivitet.

Det er gjennomført intervjuer med representanter for alle tjenestene innen helse- og omsorg. Utvalget har bestått av representanter fra administrativ og politisk ledelse/ordførere, personal, tillitsvalgte, og ledere fra de respektive enhetene. Det lyktes ikke å få til møte med brukerutvalget, men ledere av utvalgene er intervjuet. Alle intervju er gjennomført via telefon. Unntaket er Ungdomsrådet hvor intervjuet ble gjennomført via teams. Se vedlegg 1. Åpent møte for ansatte og folkemøter ble planlagt, men grunnet Covid-19 ikke gjennomført.

Intervjuene har blant annet hatt søkelys på oppfatninger om dagens tjenester og utfordringsbilde, organisering, samhandling, kvalitet og dimensjonering, kompetanse- og brukerbehov, helhetlig tjenesteløp, tjenesteeffektivitet og mulige tidstyver.

ROs anbefalinger og forslag til framtidige fokus- og arbeidsområder i forbindelse med utarbeidelse av Helse- og omsorgsplanen for Sørfold kommune, baseres både på kvantitative og kvalitative funn, samt føringer fra lokale og sentrale myndigheter knyttet til organisering, ledelse og drift av helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

2 Kommunens behov for Helse- og omsorgstjenester

Å beskrive framtidige behov for tjenester innen rammen av bærekraftig tjenester har vært en sentral forventning hos oppdragsgiver. Å beregne behov 10-20 år fram i tid vil uansett metode, være avhengig av hva slags antagelser eller forutsetninger som legges inn i beregningsmodellen. Statistisk Sentralbyrå har modeller for framskriving av befolkningsdata som også baserer seg på valg av forutsetninger. Tilflytting/raflytting internt i landet, fødselsrater, gjennomsnittlig forventet levealder og grad av innvandring til riket, er eksempel på størrelser som er vanskelig å forutsi langt fram i tid.

Når RO skal beregne sannsynlig behov, blir det et grovt overslag og dette overslaget vil i stor grad basere seg på utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper. Størsteparten av kommunens inntekter er også knyttet til befolkningsdata, slik at både forventede behov for tjenester og kommunens inntekter vil henge sammen med befolkningsutviklingen. Innledningsvis må det sies at det ikke nødvendigvis er slik at endringen i demografien og dermed i inntektene gjenspeiler det opplevde behovet for, og etterspørselen etter tjenester.

Dette kan for eksempel knyttes til innbyggernes forventninger til hva som ligger i Sørfold kommunes "sørge for ansvar". Endringer i sykehusenes praksis med hensyn til utskrivningspraksis, endringer i samarbeid ulike samarbeidsrelasjoner kan påvirke hva som oppleves som behov. Hvordan befolkningen tenker rundt egen situasjon, alderdom, boform og ansvar for egen og familiemedlemmers omsorgsbehov, vil også i stor grad påvirke kommunens registrering av "behov". Dette er generelle faktorer som er med på å beskrive behov for tjenester i alle kommuner. Uansett vil behovet for tjenester likevel i stor grad avgjøres av utviklingen i demografien, særlig av antallet som til enhver tid er i de eldste aldersgruppene. Forskerne (se for eksempel Meld. St. 15, *Leve hele livet* som kom i 2018) har påvist hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester i mye større grad enn tidligere gis til yngre brukere. Mens yngre tjenestemottakere har en ordning med statlig medfinansiering av ressurskrevende brukere/tjenester, gjelder denne ordningen ikke for tjenestemottakere som har passert 67 år.

De demografiske endringer i Sørfold, som i resten av landet og Europa, med økt andel eldre og redusert eller lav vekst i andel i yrkesaktiv alder. Noe som tilsier at det vil bli økt behov for arbeidskraft innen helse- og omsorgstjenestene, samtidig som tilgangen synker. Det forventes at flere personer i yngre aldersgrupper får hjelpebehov. Samtidig vil flere eldre ha bedre helse og færre leveår med sykdom, slik at behovet for helse- og omsorgstjenester antas ikke å øke tilsvarende levealderen. I Sørfold vil den store økningen av innbyggere 80 år og eldre komme fra 2025 og fram mot 2035 (se tabell 1 under).

En annen faktor som vil være bestemmende for kompetansebehovet er framtidig kommunestruktur. Sørfold kommune vil fortsatt stå som egen kommune. Dette har konsekvenser for kompetansebehovet, med økt behov for generalistkompetanse og spesialisert kompetanse. Ungdataundersøkelsen i 2019 viser at 42 prosent sier at de vil ta høyere utdanning.

Samtidig med endret alderssammensetning og teknologiutvikling som påvirker tilgang på og behov for personell og kompetanse, vil nasjonale og globale samfunnsendringer virke inn på rekruttering til helse- og omsorgstjenestene framover. Det synes å skje en økende grad av urbanisering, som medfører at ungdom reiser ut for å ta utdanning, og i mange tilfeller velger ikke å flytte tilbake til hjemkommunen. Samtidig kan det bidra til økt globalisering ved at Sørfold kan få økt innflytting og arbeidskraft fra land i og utenfor Europa, noe som har konsekvenser for tilrettelegging for kompetanseheving internt.

2.1 Befolkningsframskriving

For å kunne beregne sannsynlig tjenestebehov for Sørfold kommune har RO benyttet framskrivningstabeller fra Statistisk Sentralbyrå (SSB).

Tabell 1: Befolkningsframskriving for Sørfold kommune.

Befolkningsframskriving Sørfold kommune 2020 - 2040.							
	2020	2025	2030	2035	2040	Differanse 2020-2030	Differanse 2020-2040
0-19 år	431	407	408	415	424	-23	-7
20-66 år	1080	1068	1033	1010	963	-47	-117
67-79 år	244	222	203	209	234	-41	-10
80-89 år	93	121	172	191	176	79	83
90+ år	26	18	24	36	53	-2	27
Totalt antall innbyggere	1874	1836	1840	1861	1850	-34	-24
Sum innbyggere 80 år og eldre	119	139	196	227	229	77	110
Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2020 alternativ MMMM): fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring							

Kilde: SSB, MMMM-alternativet

Tabellen viser at antall innbyggere forventes å være relativt stabilt i hele perioden. Selv om befolkningsframskrivingen baserer seg på usikre tall, er det viktig at kommunen tar utgangspunkt i prognosen. Dette viser også hvor vanskelig det er å forestille seg utviklingen noen år fram i tid.

Oppsummert viser tabellen en forventning om at totalt antall innbyggere reduseres fram mot 2040 med 24 innbyggere. Framskrivningen viser at den største reduksjonen forventes for aldersgruppene 20-66 år (117 innbyggere). Aldersgruppa 0- 19 år (7 innbyggere). Mens i aldersgruppa 67-79 år forventes en liten reduksjon (10 innbyggere). Den største økningen kommer i aldersgruppa 80 år og eldre (110 innbyggere).

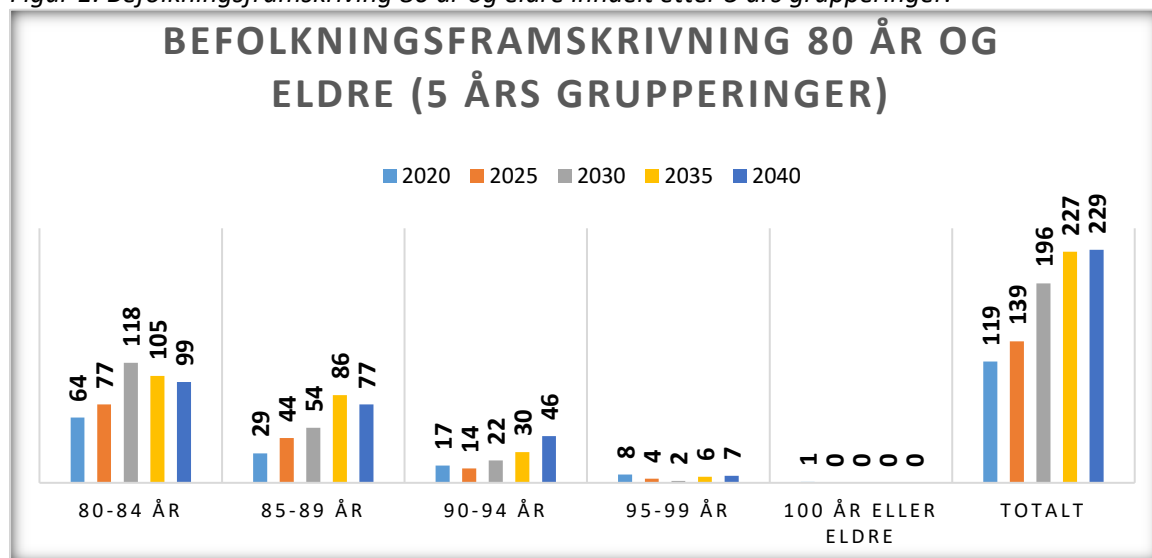
Dersom denne prognosen blir en realitet, reduseres folketallet for de under 80 år, mens de over 80 år øker fram mot 2030 og videre mot 2040.

- Aldersgruppa 0-19 år reduseres fram mot 2030 med 23 personer eller underkant av 6 %. For hele perioden 1,7 %.
- Aldersgruppa 20-66 år reduseres fram mot 2030 med 47 personer eller vel 4,6 %. For hele perioden vel 12,2 %.
- Aldersgruppen 67-79 år reduseres fram mot 2030 med 41 personer eller 20,2 %. For hele perioden vel 4,1 %.
- Aldersgruppen 80-89 år øker fram mot 2030 med 79 personer eller vel 84,9 %. For hele perioden vel 89,2 %.
- Aldersgruppen 90 år og eldre reduseres litt fram mot 2030 med 2 personer eller vel 8,3 %. For hele perioden skjer det en økning med 27 personer eller 103,8 %.

En viktig problemstilling er hvordan dette vil påvirke helse og omsorgstjenestene i Sørfold kommune, når antall eldre øker mer (se tabell 1) enn antall yrkesaktive personer i aldersgruppen 20-66 år. Det er innbyggere i denne aldersgruppen som skal sørge for inntekter, bosettingsgrunnlag og helse- og omsorgstjenester mv.

I figur 1 under har vi delt inn de i aldersgruppa 80 år og eldre i 5 års intervall. Vi har gjort dette fordi en grov inndeling, 80-89 år, fort kan være misvisende. Vi må anta at en som har fylt 80 år har mindre behov for kommunale tjenester enn en som er 86 år osv. Vi må også anta at de som er 80 år i 2030 eller i 2040 har andre behov og kanskje forventninger enn de som i dag er 80 år og eldre. Mange vil ha annen utdanning, bedre tilrettelagte boliger, bedre helse, ser på bruk av teknologiske løsninger på en annen måte osv.

Figur 1: Befolkningsframskriving 80 år og eldre inndelt etter 5 års grupperinger.



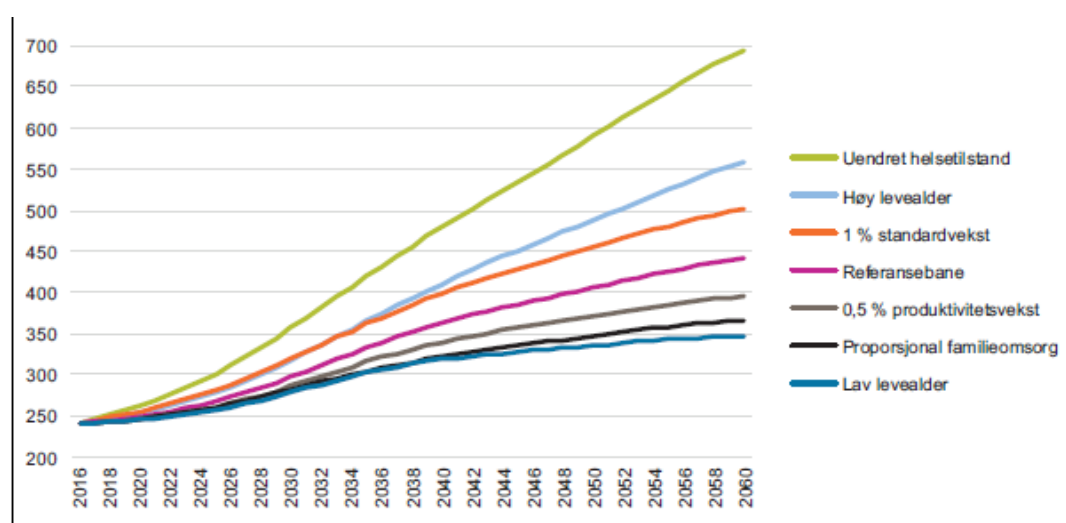
Kilde: SSB, MMMM-alternativet

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

Som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, flere eldre, i befolkningen, vil vi måtte regne med at antallet personer med demenssykdom øker. Forutsatt at det ikke blir oppdaget behandlingsformer som kan helbrede, utsette eller redusere sykdommene. Det er viktig å diagnostisere demens. Dette for å skille dette fra kognitiv reduksjon og svikt som kan opptre ved normal aldring, somatisk og psykiatrisk sykdom. Og for tidlig kunne vurdere tiltak slik at riktige hjelpetiltak kan settes inn. Dette vil bidra til god oppfølging av personer med demens og deres pårørende, slik at de kan innrette sine liv etter sykdomsforløpet og delta og medvirke i de avgjørelser som påvirker behandling og tilrettelegging av tjenester. Videre kan vi forvente en økning i tilfeller med kreft og hjerte / kar sykdommer.

I stortingsmeldingen nr. 15 (2017-2018) "Leve hele livet" illustreres gjennom flere tabeller hvordan bildet av behovet for tjenester i framtida vil endre seg med endrede forutsetninger. Tabellene det vises til er for hele landet, men viser selvfølgelig også hvordan forutsetningene er med på å bestemme antagelsene om behov også i enkeltkommuner. Slik framstilles dette i stortingsmeldingen s 44:

Figur 2: Framskriving av mottakere av omsorgstjenester frem til 2060. Per 1000 personer



Figur 2.12 Framskriving av mottakere av omsorgstjenester fram til 2060. Per 1000 personer.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (61)

Departementet har her beregnet en egen "referansebane" (rød strek) hvor man har forutsatt at tjenestestandarden, produktivitet, og levealder er på dagens nivå, mens helsetilstanden bedres. Linjene i figuren viser hvordan prognosene endres drastisk ved endrede forutsetninger. I meldingen kommenteres dette slik: *"Denne veksten kan bli vesentlig høyere dersom en eller flere av følgende utviklingstrekk slår til i stedet for forutsetningene i referansebanen: -levealderen øker mer enn i referansebanen, -tjenestestandarden heves fra dagens nivå, -uendret helsetilstand for gitt alder og kjønn, - redusert pårørendeomsorg. På den annen side kan man heller ikke utelukke at antall brukere vil endres lite fra dagens nivå. Det kan skje gjennom en kombinasjon av vekst i produktiviteten og familieomsorgen, samtidig som helsetilstanden bedres og levealderen øker mindre enn referansebanen."*

Helsedirektoratet offentliggjorde årsrapporten 2017 for Omsorg 2020³ i juni 2018. Her skriver de blant annet at; *"forskning som rapporten bygger på, viser at befolkningsutviklingen vil være svært ulik i kommunene fram mot år 2040. Små kommuner i innlandet og Nord-Norge vil møte betydelig større utfordringer enn de større tilflyttingskommunene. Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stor i disse kommunene"*.

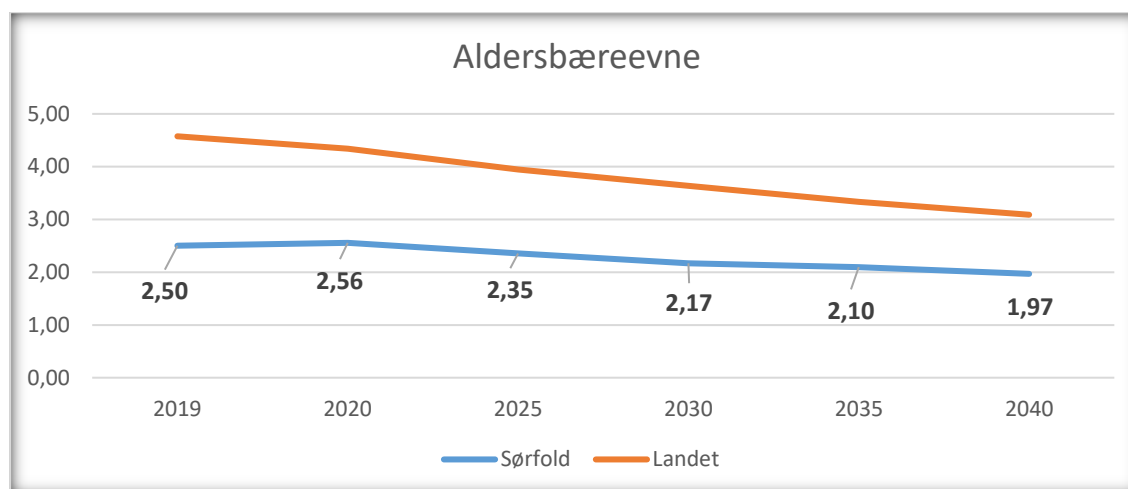
Særlig vil RO trekke fram hvordan det som omtales som aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient vil være avgjørende når kommunen skal beregne sannsynlig tjenestebehov fram i tid. RO vil i figurene under vise aldersbæreevnen og familieomsorgskoeffisient for Sørfold kommune sammenlignet med landet.

Tabell 1 gir en indikasjon om at Sørfold kommune vil stå overfor til dels store utfordringer når det gjelder å kunne opprettholde dagens tjenestenivå på grunn av endringer i befolkningssammensetningen. Figur 3 viser forholdet mellom de aldersgruppene som erfaringsmessig trenger bistand og de aldersgruppene som skal yte denne bistanden. I Sørfold, som i de fleste kommuner ellers, minsker andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder samtidig som andelen i

³ 21.juni 2018 <https://helsedirektoratet.no/nyheter/flere-eldre-pa-sma-steder-kan-fa-darligere-omsorg-enn-i-byene>

pensjonistalderen øker. Med flere i høy alder må en regne med at det blir flere innbyggere som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester.

Figur 3: Prognose for aldersbæreevne frem mot 2040



Aldersbæreevnen. Framskriving av antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

I figuren over har RO beregnet at aldersbæreevnen for Sørfold kommune reduseres for hvert 5. år fra framover. Blir dette en virkelighet har kommunen nå få år på seg til å foreta de endringer som blir nødvendig for å dekke opp ubalansen som kan oppstå for å opprettholde dagens tjenestenivå.

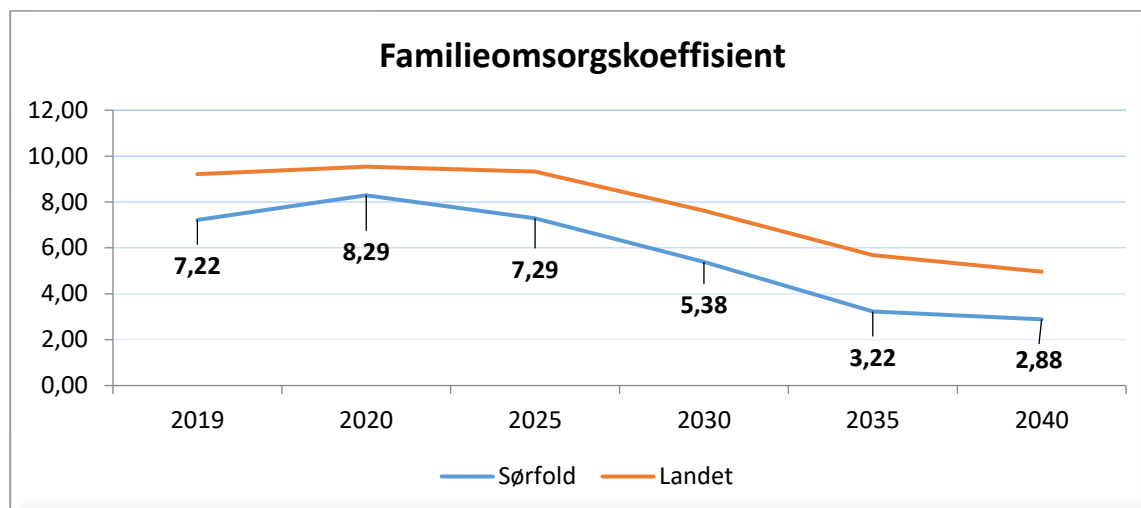
En av faktorene som kan gi stort utslag når den endres, er forholdet mellom de eldste eldre og mulige omsorgsyterere i familien eller i nærmiljøet. Ut fra registrering antas at familieomsorgen (som i Norge har vært, og fremdeles er, like stor som den offentlige, betalte omsorgen) først og fremst ytes av personer mellom 55 – 66 år. Familieomsorgskoeffisienten er derfor en sentral størrelse som viser potensialet i familieomsorgen. Stortingsmeldingen viser hvordan potensialet i familieomsorgen endres radikalt til det verre for landet som helhet. Framskrivingen for Sørfold viser en bedring fram til i år. Deretter antas antall mulige omsorgsyterere å bli redusert.

Dette er statistiske beregninger. Politikere i Sørfold må selv vurdere sannsynligheten for om man kan, ikke bare holde familieomsorgen på dagens nivå, men arbeide aktivt for at den opprettholdes eller helst øke den slik at flere familiehjelpere kommer til å gjøre en forholdsvis større innsats enn i dag. Dette forutsetter god dialog i hele tjenesteløpet. Her kommer også betydningen av alle frivillige innsatser inn.

Når behov for framtidige tjenester skal beregnes, er det etter ROs erfaring viktig å arbeide langsiktig med forventninger hos befolkningen generelt. Hva er kommunens ansvar, hva forventes det at kommunen skal stille opp med av helse- og omsorgstjenester? Har hver enkelt familie og hver enkelt person et ansvar for å legge til rette for egen og familiemedlemmers alderdom? Eller kan man forvente at de eldre skal bo hjemme (i egen bolig) så lenge det går og at når det ikke går, skal kommunen ta over? Generelt dokumenteres det at familieomsorgen og innsatsen er stor så lenge det eldre familiemedlemmet bor hjemme, for å bli nesten helt borte når vedkommende flytter til en omsorgsbolig eller inn på sykehjemmet. For kommuner flest vil det være avgjørende for å holde tjenestebehovet på et bærekraftig nivå, at det etableres en generell oppfatning av "ansvar for eget liv – hele livet".

I figur 4 under vises prognosen Sørfold kommune.

Figur 4: Prognose for familieomsorgskoeffisient frem mot 2040



Familieomsorgskoeffisienten. Framskriving av antall omsorgsyterer (50-66 år) per antall eldre (85+ år).

Samfunnets helse- og omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Pårørende er en uvurderlig ressurs, både for sine nærmeste og som samarbeidspartner til helse- og omsorgstjenesten. Den er også en fornybar ressurs om den blir tatt vare på, men det er ingen selvfølge at dette vil vare i tiårene som kommer⁴.

2.2 Framtidig behov for heldøgns omsorg

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

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

I en FOU-rapport fra VID og Agenda Kaupang⁵ på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25 prosent av antall eldre over 80 år.

Denne forventningen har kanskje sin opprinnelse fra «Handlingsplanen for eldreomsorgen», St.meld.nr. 50 (1996-97), altså 20 år tilbake i tid. Siden den tid har kommunene utviklet et tjenestetilbud som består av institusjonsplasser, boliger spesielt tilpasset for heldøgns omsorg, ordinære «omsorgsboliger» og heldøgns tjenester for hjemmeboende (opprinnelig bolig). Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det blir vist til at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 prosent. Det

⁴ Kilde: Meld. St. nr. 15 "leve hele livet"

⁵ Heldøgns omsorg – kommunens dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8. april 2016 (FOU oppdrag KS)

blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 prosent også savner et faglig vitenskapelig belegg.

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

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

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester⁶. I ovennevnte FOU-rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 prosent (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Mange forskere i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig og anskaffelse av enkel teknologi (hyllevare⁷). Samt mer avansert teknologi som anskaffes via NAV.

SSB la våren 2016 fram en rapport om behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i omsorgssektoren mot 2060.⁸ Rapporten framskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger ut fra ulike scenarier med bakgrunn i demografi, eldre sin helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder. Ulike forutsetninger slår ut i svært ulike behov både for arbeidskraft og for omsorgsboliger. Rapporten underbygger altså usikkerheten mht. framskriving av behov for heldøgns omsorgstjenester.

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

I løpet av en drøy 10 års periode vil andelen innbyggere 80 år og eldre i Sørfold kommune øke med ca. 85 prosent, fra 119 til 196. Med samme dekningsgrad⁹ som i dag (29,3 %) vil kommunen ha behov for 57 plasser mot i dag 33 plasser, forutsatt at tjenesten er innrettet som i dag i 2030. Og i 2040 67 plasser.

⁶ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

⁷ Teknologi du kan anskaffe/kjøre deg selv

⁸ Rapport 2016/20 Erling Holmøy, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes, Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie og omsorgssektoren mot 2016, Statistisk sentralbyrå, 9 juni 2016.

⁹ Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og eldre

Foreløpige tall per 15.3 viser at korrigerte brutto driftsutgifter per institusjonsplass i 2019 var kroner 1 425 250,-. Tar vi utgangspunkt i 33 plasser, vil det totalt utgjøre ca. 47 millioner kroner. En økning fra dagens 33 plasser til 57 plasser i 2030 vil utgjøre en økt kostnad på vel 34 millioner kroner med dagens kostnadsbilde.

Pleiefaktoren¹⁰ er for Sørfold sykehjem (18 plasser) i dag ca. 1,42 og for Sørfold eldresenter (15 plasser) ca. 1,18. Samla pleiefaktor er ca. 1,31. En økning fra dagens 33 plasser til 57 plasser i 2030 vil også føre til økt behov for bemanning om driften videreføres som i dag. RO har ikke beregnet de avdelingsvise pleiefaktorene.

I tillegg vil det være behov for økning av hjemmebaserte tjenester innen samme aldersgruppe. I 2019 var andelen som hjemmetjenester 24,4 prosent av de over 80 år. Med samme dekningsgrad som i 2019 vil Sørfold kommune i 2030 måtte yte hjemmetjenester til langt flere i denne aldersgruppa. Igjen forutsatt at tjenesten driftes som i dag og at forventningene blant innbyggerne er som i dag. I tillegg kommer alle under 80 år som har behov for hjemmetjenester.

2.3 Demens og behov for tjenester

Generelt vil utviklingen når det gjelder personer med demens være en svært viktig faktor når man skal beregne framtidig tjenestebehov. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst og tjenestebehov. På den annen side vil redusert dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft øke forekomsten av demens (fordi forekomsten øker med stigende alder).

I en rapport fra 2016¹¹ har forskere i Helseøkonomisk analyse AS beregnet gjennomsnittlig kostnad: *"Resultatene fra vår enkle modell tyder på at en kommunes utgifter til pleie og omsorg (pr. år) vil øke med 1 215 000 kroner dersom det kommer ett nytt sykdomstilfelle"*

I en rapport fra 2015¹² beregnes et gjennomsnittlig sykdomsforløp til vel 8 år. Forløpet deles inn i faser, hvor første fase er "Symptomdebut til diagnose. 3 år", andre fase er "Fra diagnose til institusjon. 3 år" og siste fase er "På institusjon 2,1 år" I de to første fasene mottar pasientene i studiet hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Halvparten av pasientene får hjemmesykepleie og siste måned før innleggelse har pasientene gjennomsnittlig 4 t hjemmesykepleie i uken.

Utgiftene knyttet til pleie- og omsorg øker drastisk i fase 3. I tillegg sier rapporten at pårørende gjør en betydelig innsats. Forskerne har kartlagt at 90 % av personer med demens mottar hjelp fra pårørende. Når demensdiagnosen blir stilt, ytes det i den andre fasen i gjennomsnitt mellom 60 til 85 timer hjelp i måneden fra pårørende. I den tredje fasen på institusjon faller bistanden fra pårørende til 7 timer i måneden.

Det finnes ingen nasjonale studier som kan brukes for å gi et presist estimat av forekomsten av demens i Norge. Ved å bruke data fra studier i andre europeiske land, har Alzheimer Europe kommet fram til at forekomsten av demens i Norge var 77 158 personer i 2012. Mange av studiene baserer seg på antall som har fått en demensdiagnose. Men i mange land, også i Norge, er en betydelig andel av personer med demenssykdom ikke diagnostisert. Dette gjør at estimatet trolig er for lavt.

I Norge har vi gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. Om lag 84 % av de som bor i sykehjem har demenssykdom, og over 40 % av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester har demens. Hvis vi slår sammen disse tallene, er det i dag

¹⁰ Antall ansatte per pasient i pleien minus avdelingsleder

¹¹ Rapport nr 1 – 2016. "Demens i norske kommuner 2015 – 20140. Prognoser basert på internasjonale studier." Helseøkonomisk analyse AS. Lokalisert på: http://healtheconomics.no/rapport2016_1.pdf

¹² Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset innlandet (2015): "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)"

om lag 71 000 personer med demens blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsbeboere. Vi har dessverre ingen anslag for hvor mange som har demens i resten av befolkningen. Men tallet på tjenestemottakere med demens indikerer at anslaget fra Alzheimer Europe heller er for lavt enn for høyt¹³.

Et forhold som bør vies oppmerksomhet ved utforming av framtidige omsorgstjenester er utviklingen innen demensomsorgen. Andelen med demens øker med økende alder. Ut fra statistiske data har RO forsøkt å beregne hvor mange personer i Sørfold kommune som statistisk sett får demenssykdom for perioden 2020 til 2040.

Tabell 2: Andel av demens i ulike aldersgruppe

Aldersgruppe	Andel (prosent)	Antall 2020	Antall 2030	Antall 2040
65-69 år	1	1(145)	1 (119)	1 (128)
70-74 år	2	3 (157)	2 (122)	2 (124)
75-79 år	6	5 (93)	7 (123)	6 (106)
80-84 år	18	11 (64)	21 (118)	18 (99)
85-89 år	32	9 (29)	17 (54)	25 (77)
90 år og eldre	41	11(26)	10(24)	22(53)
SUM		40	58	74

Kilde: SSB som bygger på middels nasjonal vekst (MMMM alternativet). Alle tall er avrundet til hele tall. Tall i parentes er totalt antall innbyggere i de respektive aldersgruppene.

En slik framskrivning er kun en indikasjon på antall personer med demenssykdom. Ut fra befolkningsframskrivingen har RO gjort et estimat av tallet på personer som statistisk kan få diagnosen demens i perioden 2020 – 2040. Dersom forekomst av demens forblir på samme nivå som i dag, vil utfordringene innen demensomsorgen i kommunen øke fra 2020 og fram mot 2030 og 2040. Det må bemerkes at dette er svært usikre tall og tallene i seg selv sier lite om hvilke tjenester som vil være de beste i framtiden. RO har ikke tall for personer under 65 år med demenssykdom. Imidlertid er dette personer som mange kommuner har et svært dårlig tilbud til.

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

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

¹³ Demensplan 2020; Et mer demensvennlig samfunn

Disse faktorene kan i stor grad påvirke behovet for framtidig helse- og omsorg, og det kan tegnes flere scenarier for framtidige tjenestebehov. Det finnes ingen fasit for fremtidens tjenestebehov og det må erkjennes at det er vanskelig å planlegge på lang sikt. RO erfarer at innretning og dimensjonering av tjenester er forskjellig i norske kommuner og at det gjerne er politiske, faglige og "ideologiske" prioriteringer som bestemmer omfang og hvilke tjenester som skal ytes og hvor de skal ytes.

Når en skal forutsi framtidig tjenestebehov er det altså ikke tilstrekkelig kun å legge befolkningsframskrivninger til grunn. En kan heller ikke ensidig ta utgangspunkt i dagens innretning eller dimensjonering, da dette er ulikt fra kommune til kommune. Det er heller ingen lovmessighet om hva som er effektive helse – og omsorgstjenester av god kvalitet. Framskrivningene som her er nevnt kan likevel være med som et grunnlag for de ulike scenariene en kan se for seg i framtiden. Demens gir svekket hukommelse, særlig for det som har skjedd i nær fortid. I tillegg gir demenssykdom redusert evne til abstrakt tenkning og dårlig kontroll over følelsene. Sykdommen kan ikke kureres. De samme risikofaktorene som er knyttet til hjerte- og karsykdommer, slik som fysisk aktivitet og kosthold, er også knyttet til demenssykdom. Dette gir håp om forebygging. Likevel må vi regne med en stor økning i utbredelse som følge av økende levealder.

I det siste har det vært mye fokus i forskning, meldinger og myndighetsføringer knyttet til framtidig demensomsorg. RO antar at dette vil komme til å følges opp av lovverk og av at befolkningen vil stille større krav til kommunale tjenester til denne gruppen.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er som tidligere nevnt regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (jfr. § 3.2) og omfatter ikke eksplisitt aktivitets- eller dagsentertilbud. Kommunens plikt til å vurdere pårørendes behov er likevel blitt forsterket gjennom lov. "1. oktober 2017 trådte en ny pliktbestemmelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Bestemmelsen innebærer at kommunen skal tilby nødvendig pårørende-støtte" ((Meld. St. 15- (2017-2018)), s.152). Der beskrives blant annet opplæring, veiledning, omsorgsstønad og avlastningstiltak for personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver som eksempler på pårørende-støtte.

Dette lovkravet følges opp med å opprette kommunale dagtilbud fra 2020. Eksempler brukt i Stortingsmeldingen viser at kommuner oppretter dagsentertilbud for demente. Der vektlegges behovsbaserte og målrettede tilbud og aktiviteter for å øke mestring, skape trygghet, forebygge ensomhet osv., men også som et tiltak for å avlaste pårørende. Dagsentrene kan ha åpent både dag og kveld og organiseres noen steder også som et interkommunalt tilbud.¹⁴

For å stimulere til dette, ble det fra 2018 vedtatt et nytt regelverk for tilskudd til etablering og drift av dagsentertilbud til hjemmeboende personer med demens. Det kan søkes om tilskudd til både etablering av nye plasser og videreføring av eksisterende plasser som er opprettet fra 2012. I målsetningen for tilskuddsordningen skrives det at: "*Dagaktivitetstilbud vil kunne stimulere til og bygge opp under egenmestring tilpasset den enkeltes funksjonsevne. Et dagtilbud til hjemmeboende personer med demens kan også bidra til at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig, og gi nødvendig avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon.*"¹⁵

¹⁴ Meld St. 15 2017-2018 "Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre"

¹⁵ <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens#mål-for-ordningen->

2.4 Behov for tjenester - oppsummert

Oppsummert må en regne med at behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke de nærmeste årene i Sørfold kommune. Statistisk forventes antall innbyggere totalt og reduseres, men antall over 80 år øker.

I løpet av en drøy 10 års periode vil andelen innbyggere 80 år og eldre øke med 77 personer, fra 119 til 196 i 2030. Ikke bare vil en slik økning utfordre omsorgstjenestene, men vil like mye utfordre øvrige helsetjenester som lege- og fysioterapi og annen type kompetanse som psykolog og ergoterapeut m.fl. Med flere eldre må en anta at flere vil få kreft, og hjerte karlidelser i tillegg til demenssykdom. Hvordan kommunen greier å legge til rette for frivillig arbeid, aktivitetstilbud mv. blir viktig. Et annet forhold er hvordan kommunen greier å legge til rette for sentrumsnære boliger for eldre (og yngre) som vil ha behov for en annen bolig enn den de i dag har grunnet ensomhet, utrygghet og redusert bevegelsesevne.

«Hjemme best», også kalt «boliggjøring av eldreomsorgen» (Daatland, 2014), har i flere tiår vært offentlig politikk i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Dette innebærer at pleie- og omsorgsressursene, når behovene måtte melde seg, i størst mulig grad brukes på hjemmebaserte tjenester heller enn institusjonsbasert omsorg. For politikere og myndigheter er dette også attraktivt av økonomiske årsaker, da det er langt rimeligere å tilby en person hjemmetjenester sammenlignet med en sykehjemsplass (Daatland, 2014; Kjellvik & Mundal, 2013; Szebehely, 2005; Ward et al., 2008).

En snever forståelse av idealet «hjemme best» koblet sammen med en rekke andre politiske og markedsrelaterte faktorer har ført til en situasjon hvor man i dag ser en todelt trend: I de større byene satses det på utbygging av tilpassede seniorboliger i regi av private aktører, mens det i distriktene finnes få boligalternativer tilpasset alderdommen (Sørvoll et al., 2016). I distriktskommuner er det derfor, ifølge Sørvoll og kolleger (2016, s. 11), nødvendig med en aktiv offentlig boligpolitikk for å sikre nødvendig tilpasning i boligmassen. En boform som på den annen side har dukket opp over hele landet i løpet av de siste årene, er omsorgsboliger (Daatland, 2014; Husbanken, 2010). Denne utviklingen har skjedd parallelt med en nedbygging av sykehjemsplasser. I praksis er omsorgsboliger et vidt begrep og kan inkludere alt fra tilrettelagt seniorleilighet i et bofellesskap uten fast bemanning, til et heldøgnsbemannet institusjonslignende botilbud (Daatland, 2014, s. 126). Enkelte omsorgsboliger er dermed "sykehjemsaktige", mens andre omsorgsboliger fremstår som relativt selvstendige rekkehusleiligheter med egen postkasse, inngangsdør og veranda (Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2017). Omsorgsboligkonseptet er videre såpass nytt at det ikke nødvendigvis er et kjent begrep blant alle eldre. I enkelte kommuner har man dessuten vedtatt strenge inntakskriterier, slik at det å flytte til en omsorgsbolig heller ikke er en reell mulighet med mindre man har svært omfattende omsorgsbehov.

3 Ressursbruk og prioritering

Forskning innen pleie- og omsorgstjenestene¹⁶ viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 % av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år.

Brevik og Nygård hevder at noen kommuner har det vi kan kalle en forebyggende tjenesteprofil, ved å gi litt hjemmetjenester til mange personer. Andre kommuner har det vi kan kalle en pleieprofil på

¹⁶ Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.

hjemmetjenestene, ved å gi mye hjelp til få personer. De hevder videre at vi i noen grad kjenner en del mønstre i variasjonen.

«Kommuner med få innbyggere bruker jamt over relativt sett mye penger på omsorgstjenester. Ikke overraskende har alderssammensetningen betydning. Kommuner med høy andel eldre i befolkningen bruker relativt sett mer penger enn kommuner med lav prosentandel eldre. Kommuner med høye frie inntekter bruker mer penger enn kommuner med lave inntekter. Trolig er kommunens frie inntekter den enkeltfaktoren som i størst grad kan predikere hvor mye penger en kommune bruker på omsorgstjenester (Hjelmbrekke med flere 2011). Kommuner som i stor grad er institusjonsorientert bruker mer penger enn andre kommuner. Og fordi det ofte er kommuner med få innbyggere som også har store inntekter, er det særlig denne typen kommuner som relativt sett bruker mest ressurser på omsorgstjenestene.» (Brevik og Nygård, NIBR Notat 2013:104 s. 10)

Hvordan kommunenes frie inntekter påvirker ressursbruken innen tjenesteområdet er også belyst i en rapport fra SINTEF Helsetjenesteforskning i 2009 (Huseby og Paulsen Rapport 2009: A11522)

"Kommuner med høye frie disponible inntekter bruker mer ressurser på eldreomsorg enn kommuner uten slike økonomiske muligheter".

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

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

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

Samhandlingreformen, som egentlig er et sammenhengende reformarbeid for kommunene fra 2012 og fram til i dag, stiller nye og mer spesialiserte krav til kommunens tjenester innenfor området helse og omsorg. Kommunene har fått nye oppgaver innenfor behandling, rehabilitering, habilitering, rusomsorg, psykisk helse med mer.

Reformen har også medført at tjenesteprofilen til de fleste av landets kommuner er endret vesentlig i de siste årene med mer vekt på at eldre med hjelpebehov skal få tjenestene sine i eget hjem; opprinnelig hjem, eller i leid leilighet med tilbud om heldøgns tjenester. Som tidligere vist til i dette kapitlet, er det godt dokumentert at dette har vært nødvendig for å bygge en tjeneste som er bærekraftig og brukerorientert. Det er kostbart for kommunene å ha mange tjenestemottakere i institusjon og det er godt dokumentert at det er fullt mulig å gi mange brukere som etter "tradisjonell tenkning" ville fått sine tjenester på sykehjem, kan motta kvalitativt forsvarlige tjenester på "høyeste omsorgsnivå" i eget hjem.

3.1 Direkte og indirekte brukertid i hjemmetjenesten

RO har hatt et ønske om å analysere hvor effektiv hjemmetjenesten i Sørfold er med hensyn til hvor mye av den totale tiden medarbeidere er på jobb som kommer ut i form av brukertid, også kalt "ansikt til ansikt – tid"(ATA-tid).

Her ønsker vi tall oppgitt som totalt antall vedtakstimer, kan også formuleres som antall timer planlagt utførte tjenester. RO har fått opplyst at totalt, hjemmesykepleie og praktisk bistand, er det gjort vedtak om 89,70 timer hjemmesykepleie/helsetjenester i hjemme og 16,64 timer praktisk bistand per uke. For å dekke opp vedtakstimerne per uke, har enheten en samla personalressurs som tilsvarer 492,74 timer medarbeiderressurs innen hjemmesykepleien og 39,37 timer praktisk bistand. I tillegg til 1 årsverk avdelingsleder. Målet med en slik analyse er å se hvor mye direkte og indirekte brukertid som nyttes. RO gjør oppmerksom på at det ikke finnes noen autoritative statistikker for dette, men gjennom at RO har registrert effektiv brukertid i hjemmetjenesten over flere år, har vi registrert egne erfaringstall. Når det gjelder hjemmesykepleie er det sjelden at effektiv brukertid overgår 60 prosent av totalt antall medarbeider-timer. Det er ikke uvanlig at effektiv brukertid er 50 prosent. Den tida som da ikke er effektiv brukertid er tid som går med til å kjøre mellom brukere, planleggingsmøter, medisinhandling rapportering osv.

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

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

Hva er rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Som nevnt ovenfor finnes det ingen vedtatt norm eller nasjonal standard på dette forholdet. Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet, kan gi en pekepinn om erfaringstall. Vi kan anslå at et grovt gjennomsnitt kan være ca. 1,4-1,5 arbeidstime per vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,25 arbeidstime for praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring). Det må igjen presiseres at dette ikke kan anses som en gjeldende norm.

Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig ATA-tid i hjemmesykepleie være 50-60 prosent og 75 prosent for praktisk bistand. Sagt på en annen måte innebærer dette at for hver medarbeidertime til disposisjon kan en forvente at henholdsvis 50-60 prosent og 75 prosent av tiden benyttes i direkte tid til bruker/pasient i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

Tabell 3. Direkte brukertid i prosent Sørfold

Sørfold	Hjemmesykepleie / helsetjenester i hjemmet	Praktisk bistand	Prosjektstilling
Årsverk	13,88 ¹⁷	1,05	Dette er et prosjekt (37,5 t/uke) i miljøtjenesten.
Timer personalressurs per uke	492,74	39,37	
Vedtakstimer	89,70	16,64	
Differanse	403,04	22,73	
ATA-tid	81,80/18,20	57,74/42,26	

Kilde; hjemmetjenesten i Sørfold

NB: RO tar forbehold om de oppgitte tallene for vedtakstimer stemmer. Totalt har hjemmetjenesten en personellressurs som tilsvarer 492,74 timer per uke hjemmesykepleie og 39,37 timer per uke

¹⁷ 35,5 timers arbeidsuke. Lederressurs er ikke medregnet.

praktisk bistand. Med utgangspunkt i disse timene skal det ytes 89,70 timer med hjemmesykepleie/helsetjenester i hjemmet og 16,64 timer praktisk bistand. Det vil si at for hver vedtakstime har hjemmesykepleien 5,49 timer med personalressurs til rådighet. Det betyr at 18,20 prosent direkte brukertid. Resterende 81,80 prosent er indirekte brukertid. For praktisk bistand er forholdet 2,36 timer til rådighet. Dette gir en direkte brukertid på 42,26 timer og indirekte brukertid på 57,74 timer per uke. RO stiller spørsmål om oppgitte tall for vedtakstimer er rett, eller om det ytes tjenester uten vedtak?

3.2 Bemanning ved Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter

Pleiefaktor er et forholdstall mellom årsverk i pleien og antall pasienter. Dersom det er 20 sykehjems plasser og 19 årsverk i pleien på et sykehjem, blir pleiefaktoren 0,95. Det finns ingen standard pleiefaktor gitt av myndigheter i Norge, det finns heller ingen autoritativ måte å beregne pleiefaktoren på. Sykehjem er organisert veldig forskjellig, for eksempel har pleiere oppgaver knyttet til matservering noen steder, mens det er eget personale andre steder. Derfor skal man ikke se for nøye på desimalene, men om pleiefaktoren et sted er 0,8 og et annet sted er 1.0, er det helt klart en forskjell som gjenspeiler forskjell i bemanning til å gjøre hovedsakelig de samme arbeidsoppgaver.

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

Fagorganiserte har jobbet for at det skal fastsettes en statlig norm for pleiefaktor i sykehjem uten å nå igjennom. RO registrerer at det er stor forskjell mellom sykehjem i Norge når det gjelder dette og har skrevet om det i mange rapporter.

På den ene siden finnes det altså ikke noen "norm" for pleiefaktor, på den annen side finnes det registrerte tall for pleiefaktor slik at det er mulig å si noe om et "gjennomsnitt". For å gi et bilde av hvordan det er ellers i landet, har RO her altså gjengitt tall for pleiefaktor fra forskjellige kilder. Her tas også med tall fra en forskningsrapport¹⁸ RO og Sintef Helsetjenesteforskning utarbeidet på bestilling fra Norsk Sykepleieforbund, Fagforbundet og Den norske Lægeforening i 2004. Om pleiebemanning konkluderer forskerne bak rapporten slik:

RO erfarer at det ikke nødvendigvis er slik at lav eller høy pleiefaktor sier noe om kvaliteten på de tjenestene som ytes på institusjonen, så lenge denne faktoren er noenlunde rundt gjennomsnittet.

Sørheim og Paulsen (2012)¹⁹ finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrække med flere (2011)²⁰ finner at kommuner med medarbeidere hvor andelen med relevant høgskoleutdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrække finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler. Oppdragsgiverne antok i utgangspunktet at det ville være mulig å dokumentere en sammenheng mellom kvalitet og bemanning i sykehjem. Forskerne valgte å måle kvalitet i denne sammenhengen som den kvaliteten som rapporteres av medarbeidere på et sett

¹⁸ Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T og Nygård L: Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Rapport Sintef, Helsetjenesteforskning, Trondheim september 2004.

¹⁹ Sørheim, K.A. og Paulsen, B. (2012): Strukturell variasjon i pleie- og omsorgstjenesten. Typologisering av kommuner. Sintef, Teknologi og samfunn. Helse.

²⁰ Hjelmbrække, S., Løyland, K., Møller, G., og Vardheim, I. (2011): Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.

med kvalitetsindikatorer. Konklusjonen om dette gir imidlertid grunn til forundring, i det ingen slik sammenheng kunne påvises. Rapporten konkluderer slik om dette:

"For ukedagene ellers, og for kveld/natt, er det ingen sammenhenger mellom faktisk bemanning og medarbeideres vurderinger av bemanningssituasjonen. Det er en klar bivariat²¹ sammenheng mellom den subjektive vurderingen av bemanningssituasjonen og samtlige kvalitetsmål: ved avdelinger der medarbeidere generelt opplever at bemanningen er tilstrekkelig skåres tilbudet til beboerne høyt på alle kvalitetsmål. Vi fant ingen tilsvarende bivariate sammenhenger mellom faktisk pleiebemanning og mål på kvalitet".

I en rapport fra en egen arbeidsgruppe i Sandnes kommune²² fra 2016 har man sammenliknet pleiefaktor i egen kommune med pleiefaktor i noen andre store kommuner. Her har man oppgitt at gjennomsnittlig pleiefaktor for sykehjemmene i Sandnes skal være: Somatisk avdeling 0,73; Demensavdeling 0,76; Skjermet avdeling 0,89. Dette oppgis å være omtrent på nivå med det de har funnet i de andre kommunene de har sammenliknet med. Dette stemmer godt overens med det RO har erfart gjennom mange år. Gitt at pleiefaktoren ligger rundt gjennomsnittstallet (ca. 0,8), viser ikke målinger av pasienttilfredshet at det er noen entydig sammenheng mellom opplevd kvalitet og pleiefaktor. En antatt konklusjon kan da være at sykehjem i Norge driftes med like god kvalitet uavhengig av om pleiefaktoren er 0,8 eller 1,2.

RO har fått opplyst at det ved Sørfold sykehjem er 18 plasser²³ totalt og 25,6 årsverk²⁴ i pleien. Det vil si at sykehjemmet har en pleiefaktor på 1,42. Tilsvarende tall for Sørfold eldresenter er 15 plasser som gir en pleiefaktor på 1,18. Leder- og merkantil ressurs er ikke medregnet.

I henhold til turnus har Sørfold sykehjem flere vakante stillinger enn Sørfold eldresenter. Samtidig ser vi av turnus at degge sykehjemmene har en veldig stor andel ansatte som arbeider deltid.

Total lederressurs ved sykehjemmene er oppgitt til 2,0 årsverk. Ingen av sykehjemmene har merkantile stillinger. Kommunen har en sykepleier i 50 % stilling som er tilsatt som fagutvikler. Stillingen er plasser ved Sørfold sykehjem.

Etter som turnus ikke opplyser om type stilling, har vi ikke greid å beregne dekningsgrad med sykepleiere.

Beleggsprosenten i 2019 var ved Sørfold sykehjem avdeling 1 92,77 prosent og avdeling 2 102,23 prosent. For Sørfold eldresenter inklusive øyeblikkelig hjelpsplasser/sykestue 79,13 plasser.

²¹ Bivariat analyse betyr ganske enkelt analyse av to variabler.

²² "Rapport fra arbeidsgruppe "pleiefaktor sykehjem", lokalisert på <https://www.sandnes.kommune.no/contentassets/bcc4ee24e49741aaa36a69da951f54cc/innstilling-arbeidsgruppe-pleiefaktor-mai-2016.pdf>

²³ Vedtatt ned med 3 plasser 2020. Tilgjengelige fysiske rom er 15+8. Noen av plassene benyttes også til korttids dersom det er behov for det og ledige plasser.

²⁴ 23,10 årsverk hvor det er fast personelt

3.3 Bemanning i helsetjenesten

Tabell 4. Bemanning innen helsetjenesten

Tjenestested	Antall årsverk totalt	Merknad
Legetjenesten	3	
Kommuneoverlege	0,40 (inngår i de 3 over)	
Hjelpepersonell legekantor	2,8	
Helsestasjon	2,5	
Kommunepsykolog	0,6	Interkommunalt samarbeid Fauske kommune, 40 % Beiarn kommune
Jordmor		
Fysioterapi (privat m avtale)	3	3 fulle driftstilskudd
Psykisk helse	1,0	

Kilde: Sørfold kommune

I 2017 ble Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten²⁵ lansert for første gang. Den erstatter veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450²⁶. Retningslinjene er utarbeidet for å tydeliggjøre de faglige kravene til hvordan tjenesten for barn og unge 0–20 år skal eller må være. Den består også av anbefalinger om hvordan innholdet i tjenesten bør være for å oppnå god praksis og dermed også faglig forsvarlighet i hele landet. Retningslinjene består av fire deler: Fellesdel, helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. RO har ikke kartlagt i hvilken grad kommunen følger de nye retningslinjene.

3.4 Ressurs- og driftsanalyse sykehjem

Sammenliknende analyse Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter

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

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

RO har utarbeidet et standardisert rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem²⁷. Skjemaet omhandler regnskapstall, bemanning, ledertetthet, matkostnader, sykefravær mm. Sammenligningene gjøres i hovedsak gjennom kroner per døgnplass. I noen tilfeller gjennom prosentandeler. I dag har RO tilsvarende tall fra 67 andre sykehjem.

²⁵ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

²⁶ Sosial- og helsedirektoratet. Helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. IS- 1154.

²⁷ På grunn av denne erfaringen har RO utarbeidet et rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem. Gjennomsnittet gjelder alle sykehjem/kommuner RO har i sin base. Tallene er indeksregulert til 2020 nivå.

Som grunnlag for en sammenlignende kartlegging og økonomianalyse av ressursbruk i sykehjem, anvender RO innsamlede data fra kommunen. Det er benyttet standardisert rapporteringsskjema og Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter sammenlignes med hverandre, og med andre sykehjem fra forskjellige kommuner. Utvalget av sammenligningssykehjem er gjort i forhold til sykehjem som har lignende dimensjon på tjenesten med henblikk på antall plasser.

Tabell 5. Drifts- og ressursanalyse Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter

Kommune	Sørfold	Sørfold	A	B	C	D	E	F	Snitt
Sykehjem	Sørfold sykehjem	Sørfold eldresenter	Sykeheim	Sykehjem	Sykestue	Bo- og behandlingssenter	Sykehjem	Sykehjem	
År tallene er hentet fra	2019	2019	2018	2018	2018	2019	2017	2017	
Antall plasser	18	15	25	17	26	27	37	27	26,80
Samlet sykefravær (i %)	9,67	12,03	16		13,10	11,80	7,80	5,25	9,94
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet	1 016 517	911 056	818 819	878 221	745 918	852 770	791 262	880 010	861821
Kostnader mat pr. plass pr. år	150 224	106 087	153 687	161 406	68 691	119 037	47 458	104 037	113828
Vask av tøy pr. plass pr. år			7 811	27 650	12 684	27 282	13 839	21 833	
Medisinsk forbruksmaterieil pr. plass pr. år	23 558	21 100	25 941	28 079	21 136	20 330	9 681	24 815	21830
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	50 128	45 282	80 866	47 709	194 374	99 130	38 999	25 872	72795
Direkte brukerrettet innsats i % av totalen	81,95	84,08	75,32	75,33	71,53	76,24	87,80	83,29	78,84
Overtid pr. plass pr. år	24 038	17 297	18 216	39 174	18 366	23 780	18 508	6 614	20749
Variabel lønn i % av totalen	57,11	17,66	25,12	38,38	11,89	21,12	27,72	26,19	25,06
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)			0,7	0,60	2,00	2,00	1,70		

Kilde: Sørfold kommune

Gjennomsnittstallene gjelder for de 8 sykehjemmene som RO her har sammenlignet institusjonene i Sørfold med. Brutto lønnsutgifter er ikke direkte sammenliknbare da arbeidsgiveravgiften er soneinndelt i Norge og kommunene/sykehjemmene tilhører ulike soner.

Variasjoner i kostnader internt i kommunene er noen ganger tilsiktet og faglig eller organisatorisk begrunnet, mens det i andre tilfeller har en mer tilfeldig eller historisk bakgrunn. I det videre trekkes hovedfunn fra analysen/tabellen fram:

Sykefravær

Rapportert sykefravær blant ansatte på sykehjemmene i Sørfold er likt med de andre sykehjemmene med unntak av Sørfold eldresenter som ligger over. I 2018 var sykefraværet på landsbasis for ansatte i pleie og omsorg, tjenester for brukere på institusjon²⁸ på 11,37 prosent. Laveste fravær blant ansatte på sykehjem i en kommune var på 2,1 prosent, mens høyeste fravær var på hele 27,2 prosent. Det er altså betydelige variasjoner på sykefraværet i norske sykehjem.

Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet

Brutto lønnsutgifter pr. institusjonsplass ved sykehjemmene i Sørfold er høyere i forhold til flere av sammenlikningskommunene. Dette gjelder først og fremst ved Sørfold sykehjem hvor brutto lønnsutgifter var kr. 1 016 517,-. Og Sørfold eldresenter kr. 911 056,-. Samla brutto lønnsutgift var kr. 963 786,-. Lønnsutgiftene pr. plass er vel 751 tusen kroner. Gjennomsnitt for alle sykehjemmene i denne sammenligningen er vel kr. 861 821,-.

²⁸ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykefravaer_PLO. Oppdatert 20.06.2019

Sørfold kommune har rapportert inn²⁹ at kostnaden per oppholdsdøgn for 2019 var kr. 4 624. Til sammenligning var kostnaden i Gildeskål kommune kr. 4 661,-, mens snittet for KOSTRA gruppe 06 var kr. 4 143,- og landet utenom Oslo kr. 3 842,-. Korrigerte brutto driftsutgifter per kommunal plass³⁰ viser at plassen i Sørfold kostet kr. 1 425 250,-. I Gildeskål kommune kr. 1 301 212,-, tilhørende KOSTRA gruppe kr. 1 267 364,- og landet utenom Oslo kr. 1 274 516,-.

Kostnader mat pr. plass pr. år

Kostnadene til mat pr. plass viser stor forskjell mellom Sørfold sykehjem (kr. 150 224,-) og Sørfold eldresenter (kr. 106 087,-). Dette er en kostnad som varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Gjennomsnittlige matkostnader pr. plass i denne sammenlegningen er kr. 113 828,-. Gjennomsnittet for sykehjemmene i Sørfold var kr. 128 155,-.

Vask av tøy pr. plass pr. år

Dette er også en kostnad som er ganske forskjellig fra sykehjem til sykehjem. RO har ikke fått opplyst kostnaden for Sørfold

Medisinsk forbruksmateriell

Det er betydelig forskjell på disse kostnadene mellom sykehjemmene. Gjennomsnittlig sum i denne sammenligningen var kr. 21 830,-. Ved Sørfold sykehjem kr. 23 558,- og Sørfold eldresenter kr. 21 100,-.

Andre driftsutgifter pr. plass pr. år

I forhold til de sykehjemmene vi sammenlikner med her var gjennomsnittskostnaden kr. 72 795,-. Sørfold sykehjem kr. 50 128,- og Sørfold eldresenter kr. 45 282,-.

Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen

Brugerrettet innsats kan sies å være virksomhetens primære funksjon, mens øvrige funksjoner (tøy, forbruksmateriell osv.) kan anses mer som sekundære funksjoner. Ut fra denne synsvinkelen anses det som et mål at størst mulig andel av samlede driftsutgifter er innenfor brukerrettet innsats. Både Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter hadde en brukerrettet innsats i prosent av samlede driftsutgifter som ligger over gjennomsnittet i denne sammenligningen (78,84 prosent), med henholdsvis 81,95 prosent og 84,08 prosent.

Overtid i kroner pr. plass pr. år

En planlagt virksomhet skal i svært sjeldne tilfeller måtte leie inn vikarer som krever overtid. Overtid skal normalt kun være nødvendig i ekstraordinære situasjoner der det viser seg at inngåtte avtaler må gjøres om i siste liten. Samlet sett er det et høyere forbruk av overtid ved Sørfold sykehjem hvor kostnaden per plass var kr. 24 038,-. Mens Sørfold eldresenter hadde en kostnad på kr. 17 297,-. Snittet i denne sammenligning var kr. 20 749,-.

Variabel lønn i % av totalen

Sørfold sykehjem hadde en variabel lønnskostnad i prosent av totalen som var vesentlig høyere enn både Sørfold eldresenter og de sykehjemmene vi her har sammenlignet med. Sørfold sykehjem hadde en variabel lønnskostnad på 57,11 prosent, Sørfold eldresenter 17,66 prosent og gjennomsnittet i denne sammenligningen 25,06 prosent.

Antall administrative årsverk ledelse

Databasen gir også tall for lederressurs ved sykehjemmene. I tabellen framkommer dette som absolutte tall og må derfor sees i sammenheng med størrelse på sykehjemmet for å kunne gi noen

²⁹ SSB tabell 12209

³⁰ SSB tabell 12293

mening. Størrelsen på sykehjemmene i denne tabellen framgår av antallet pasienter eller plasser. Ut fra dette kan en mulig sammenlikning bli antall plasser pr. leder. Lavest «ledertetthet» er ut fra en slik sammenstilling har sykehjem A 25 plasser og 0,70 lederressurs. For sykehjemmene i Sørfold har vi ikke fått oppgitt lederressursen. Et annet viktig forhold når vi vurderer lederressursen er hvilken støtte ledere har til å utføre merkanthale oppgaver. RO sin erfaring er at ved mange sykehjem har ikke ledere denne støtten. Dette fører ofte til at ledere i stor grad utfører merkanthale oppgaver og i mindre grad lederoppgaver. RO har fått opplyst at dette er tilfelle ved sykehjemmene i Sørfold.

Oppsummert

Av tabellen fremgår det at sykehjemmene i Sørfold kommune har et noe avvikende resultat fra sykehjemmene i sammenligningen. Det som RO her vil bemerke er forskjellen mellom Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter. Dette gjelder spesielt brutto lønnskostnad per plass, kostnad til mat overtid per plass og variabel lønn i prosent av totalen.

Variabel lønn i prosent av brutto lønnsutgifter innenfor brukerrettet innsats er vikarer og ekstra innleie. For Sørfold sykehjem er denne beregnet til 57,11 prosent av totale lønnskostnader. Ofte har dette sammenheng med innleiepraksis på den ene siden og hvordan arbeidstiden er organisert på den andre siden. Vi må i vurderingen av variabel lønnskostnad ta med at Sørfold sykehjem har en gjennomsnittlig høyere bemanningsfaktor. Ut fra de opplysningene vi har, er den i dag på 1,42 årsverk per plass som er høyere enn Sørfold eldresenter, 1,18 og de fleste sykehjemmene RO har kjennskap til. Se kapittel 3.2.

3.5 Nærværsfaktorer

Innen helse- og omsorg meldes det om høyt sykefravær ved enkelte enheter. Dette har vart over tid. Det opplyses at det arbeides med å få redusert sykefraværet / øke nærværet uten at disse enhetene har lyktes i dette. Rådmannen opplyser imidlertid at sykefraværet er redusert den siste tiden. Sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsmiljø er en kompleks relasjon. Det er gjort mye forskning både nasjonalt og internasjonalt som gir noen indikasjoner på hva som påvirker sykefraværet, og det er liten tvil om at ledelse er svært viktig faktor. En Fafo-rapport³¹ viser blant annet dette. **Søkelys på ledelse er derfor en sentral faktor når en skal lykkes med å øke nærværet.** Det er også vist at fysisk eksponering, lav kontroll og mobbing/trakassering øker risikoen for sykefravær. Kontroll over arbeidstid og positivt sosialt klima, reduserer risikoen for sykefravær.³² Knardal m.fl. beskriver i sin forskningsoppsummering blant annet at *"En klar overvekt av studiene (42 av 66 studier) fant at høy grad av kontroll reduserer risikoen for sykefravær."* Og at *"En overvekt av studiene (9 av 17 studier) påviste statistisk signifikant sammenheng mellom rollekonflikter (definert som konflikter mellom mål, oppgaver, informasjon, eller verdier) og sykefravær"*. Begge disse faktorene henger nært sammen med ledelse; lederkompetanse, utøvelse av ledelse og systemer for mål, kvalitet og informasjon. Dersom det stilles høye kvantitative krav i tillegg, øker også dette risikoen for sykefravær.

Det er god helse å ha en jobb å gå til, men arbeidsplassen kan også gi helseutfordringer. Fysiske belastninger som tunge løft, stående arbeid og støy kan gi helseplager. Det er derfor viktig å se på faktorer ved arbeidsplassene som skaper "uhelse" og får kontroll over disse. Dette må ledere og medarbeidere gjøre sammen og et vedvarende søkelys på forebyggende HMS-arbeid er viktig. Hva

³¹ "Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter". Lien, Lise og Bogen Hanne, Fafo-rapport 20:2018.

³² "Arbeidsplassen og sykefravær – arbeidsforhold av betydning for sykefravær". Knardal, Stein, Sterud, Tom, Birkeland Nilsen, Morten og Nordby, Karl-Christian. Tidsskrift for Velferdsforskning 02/2016 (Vol 19)

som er helsefremmende vil variere mellom ulike arbeidsplasser og variere individuelt. Leder og medarbeider må sammen se på risikofaktorene og "friskfaktorene" både på virksomhetsnivå og individuelt nivå.

Opplevelsen av stressende hverdager og mange krav kan påvirke trivsel og helse. Som årsak til sykefravær er det en av mange samtidige forklaringsfaktorer. Hva kan arbeidsgiver gjøre for å bedre situasjonen? Svært mange ganger vil mer penger, flere medarbeidere eller ny organisering ikke løse problemet. Derimot er gode systemer for kvalitet, opplæring og forbedring av arbeidsprosesser tiltak som kan øke forutsigbarhet, minske opplevelse av stress og gi mer motivasjon. Denne type tiltak har også som regel som hovedformål å gi kvalitativt bedre tjenester, men metodikken har også en gevinst for trivsel og reduksjon av stress på arbeidsplassen. Det er derfor av stor betydning at ledere forstår og lære tankemåte og verktøy for å jobbe med kvalitetsforbedringer på egen arbeidsplass. Dette er kompetanse som over tid også kan gi varig forbedret organisasjonskultur og bedre tjenester til kommunens brukere. Denne type kunnskap opparbeides over tid, gjennom trening og refleksjon og påfyll av ytterligere kunnskap.

Det finnes også støtte i litteraturen for at sosiale normer lokalt på arbeidssstedet påvirker sykefraværet.³³ Individet tilpasser seg gradvis atferden til gruppen. Forskningen viser at når andre forklaringsfaktorer er eliminert er kulturen på arbeidsplassene en forklaringsfaktor: *"normer og holdninger til sykefravær har endret seg og gitt opphav til såkalte sykefraværskulturer. Disse kulturene vil utmerke seg med et høyere fravær på visse arbeidsplasser, geografiske områder, yrker osv."* (Harung, 2010). Å vektlegge medarbeiderskap er derfor viktig gjennom kunnskap og involvering. Medarbeiderskap handler om hvordan vi forholder oss til arbeidsoppgavene, til arbeidskollegaene og til arbeidsgiveren.³⁴ Stikkordet i medarbeiderskap er ansvar, at medarbeiderne tar og får ansvar. Men medarbeiderskap kan også utøves gjennom handlinger. Derfor er kunnskap om forbedringsarbeid viktig, fordi metodikken i selv seg innebærer utøvelse av medarbeiderskap.

Sørfold kommune har opplyst at gjennomsnittlig sykefravær innen helsetjenestene i 2019 var 6 prosent. 1. kvartal 2020 8,81 prosent og 2. kvartal 2020 13,22 prosent. For Sørfold sykehjem har vi fått opplyst at avdeling 1 og 2 hadde et gjennomsnittlig sykefravær i 2019 på 9,67 prosent og i perioden januar og februar i år på 11,71 prosent. Sørfold eldresenter hadde i 2019 et gjennomsnittlig sykefravær på 12,03 prosent og i perioden januar og februar i år 15,11 prosent. Hjemmetjenesten Nord hadde et gjennomsnittlig sykefravær i 2019 på 17,31 prosent og Sør 10,81 prosent. I perioden januar og februar var et samla sykefravær i hjemmetjenesten 14,47 prosent.

3.6 KOSTRA³⁵

I KOSTRA deles kommunene i Norge inn i kommunegrupper slik at alle kommuner kan sammenliknes ut fra aggregerte data med kommuner med samme størrelse og inntektsforhold mv. Sørfold tilhører KOSTRA-gruppe 06³⁶. **Tabeller og figurer under viser foreløpige tall fra SSB per 15. mars 2020.**

Inntekt og utgiftsutjevning

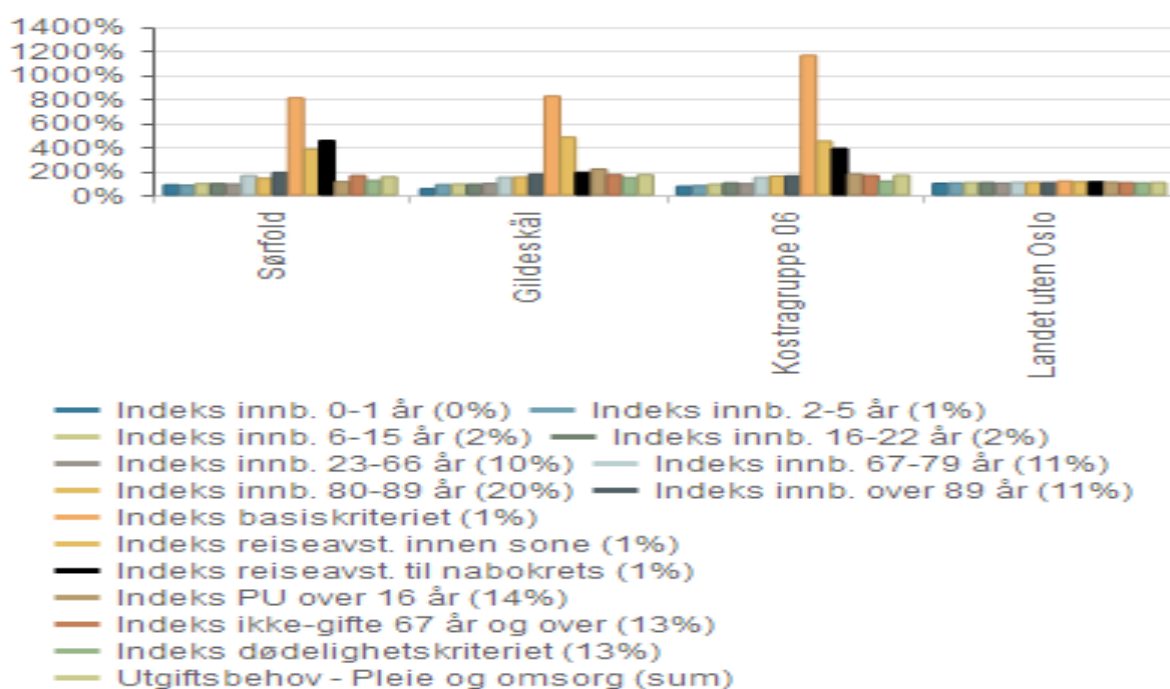
³³ "Årsaker til sykefravær. Masteroppgave i Samfunnsøkonomi". Harung, Silvia T. UiB, 2010

³⁴ www.idebanken.org/innsikt/artikler/medarbeiderskap

³⁵ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner.

³⁶ KOSTRA-gruppe 06, er små kommuner med høye bundne kostnader og høye frie inntekter. Små kommuner er kommuner med inntil 4 999 innbyggere.

Innbyggersammensetningen i kommunene er ulike, og det vil derfor være ulike behov i befolkningen.



Eksempelvis vil kommuner med en overvekt av barn/ unge ha større behov for barnehager og skoler enn en kommune med overvekt av eldre innbyggere. For å legge til rette for at kommunene skal kunne yte likeverdige tjenester til innbyggerne uavhengig av hvilken kommune de bor i, kompenseres kommunene for ulikheter i innbyggernes tjenestebehov. Denne utgiftsutjevning beregnes med utgangspunkt i hva en gjennomsnittsinntilbygger i hver kommune har behov for. En gjennomsnittsinntilbygger har et utgiftsbehov på 1,0. Er denne faktoren 1,3 betyr det at kommunen har et behov som er 30 prosent høyere enn gjennomsnittsinntilbyggeren. Er faktoren 0,95 er behovet 95 prosent av gjennomsnittsbehovet. Faktoren beregnes og angis for hver kommune, og brukes til å jevne ut forskjellene mellom kommunene slik at kommer med lavere faktor enn 1,0 avgir ressurser til kommuner med faktor høyere enn 1,0 – såkalt utgiftsutjevning.

Figur 5: Justert utgiftsbehov.

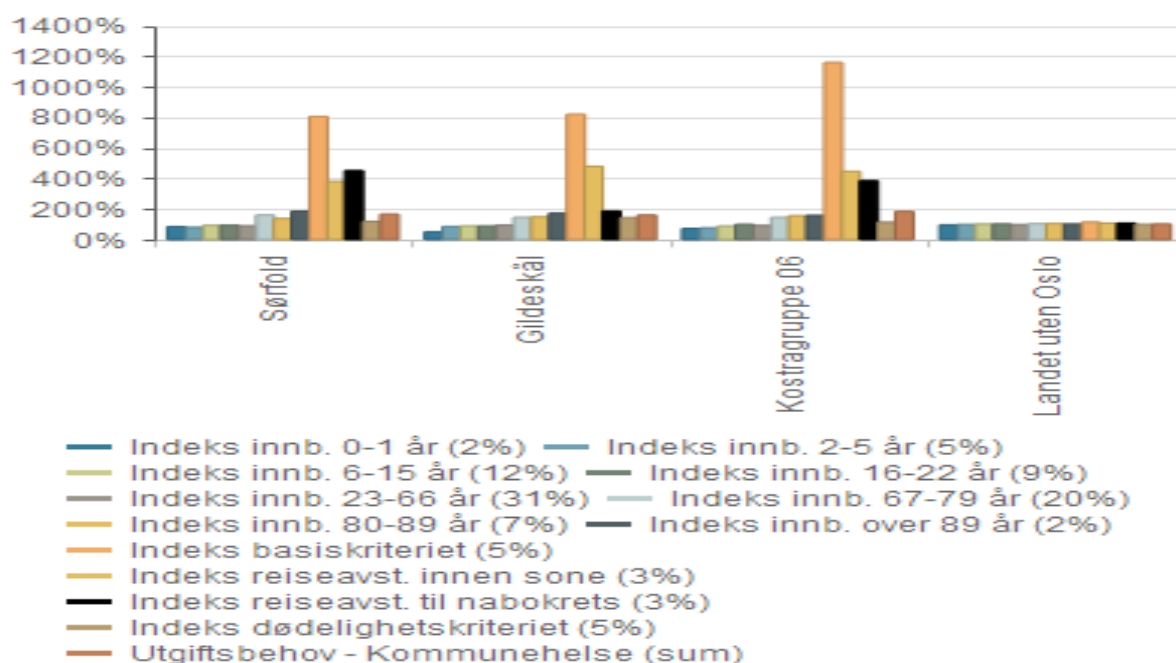
	Sørfold	Gildeskål	Kostragruppe 06	Landet uten Oslo
Indeks innb. 0-1 år (0%)	84,7 %	51,2 %	72,2 %	96,5 %
Indeks innb. 2-5 år (1%)	80,1 %	85,9 %	76,9 %	99,3 %
Indeks innb. 6-15 år (2%)	93,0 %	89,6 %	89,0 %	102,1 %
Indeks innb. 16-22 år (2%)	93,3 %	89,0 %	100,2 %	102,5 %
Indeks innb. 23-66 år (10%)	89,8 %	94,2 %	92,4 %	98,3 %
Indeks innb. 67-79 år (11%)	160,7 %	146,1 %	145,8 %	104,0 %
Indeks innb. 80-89 år (20%)	137,8 %	148,4 %	156,4 %	104,3 %
Indeks innb. over 89 år (11%)	186,2 %	172,5 %	158,3 %	102,2 %
Indeks basiskriteriet (1%)	805,2 %	820,3 %	1 158,4 %	114,4 %
Indeks reiseavstand. innen sone (1%)	381,1 %	479,1 %	446,2 %	107,8 %
Indeks reiseavstand. til nabokrets (1%)	451,2 %	187,2 %	385,0 %	108,3 %
Indeks PU over 16 år (14%)	108,4 %	214,8 %	173,9 %	104,9 %
Indeks ikke-gifte 67 år og over (13%)	160,5 %	166,6 %	162,5 %	102,0 %
Indeks dødelighetskriteriet (13%)	118,8 %	143,9 %	113,7 %	100,0 %
Utgiftsbehov - Pleie og omsorg (sum)	150,6 %	167,3 %	163,7 %	102,8 %

Tabell 6: Justert utgiftsbehov. Kilde: Framsikt 2019

Figuren/tabellen over viser hvilke utgiftsbehov Sørfold har basert på gjeldende kriteriedata. Selv om utgiftsbehovet kompenseres gjennom rammetilskuddet, viser kriteriedataene at kommunen har et utgiftsbehov som ligger vel 50 % over snittet for landet utenom Oslo, men vel 13 % under tilhørende KOSTRA-gruppe. Sammenligner vi med Gildeskål kommune ser vi de har et utgiftsbehov som ligger ca. 17 % over Sørfold kommune.

Ved årsskifte 2019/2020 var innbyggertallet i Sørfold 1 926 og Gildeskål 1 950. Andelen innbyggere over 80 år var 5,3 % i Sørfold og Gildeskål 7,0 %.

Figur 6. Justert utgiftsbehov.



	Sørfold	Gildeskål	Kostragruppe 06	Landet uten Oslo
Indeks innb. 0-1 år (2%)	84,7 %	51,2 %	72,2 %	96,5 %
Indeks innb. 2-5 år (5%)	80,1 %	85,9 %	76,9 %	99,3 %
Indeks innb. 6-15 år (12%)	93,0 %	89,6 %	89,0 %	102,1 %
Indeks innb. 16-22 år (9%)	93,3 %	89,0 %	100,2 %	102,5 %
Indeks innb. 23-66 år (31%)	89,8 %	94,2 %	92,4 %	98,3 %
Indeks innb. 67-79 år (20%)	160,7 %	146,1 %	145,8 %	104,0 %
Indeks innb. 80-89 år (7%)	137,8 %	148,4 %	156,4 %	104,3 %
Indeks innb. over 89 år (2%)	186,2 %	172,5 %	158,3 %	102,2 %
Indeks basiskriteriet (5%)	805,2 %	820,3 %	1 158,4 %	114,4 %
Indeks reiseavstand. innen sone (3%)	381,1 %	479,1 %	446,2 %	107,8 %
Indeks reiseavstand. til nabokrets (3%)	451,2 %	187,2 %	385,0 %	108,3 %
Indeks dødelighetskriteriet (5%)	118,8 %	143,9 %	113,7 %	100,0 %
Utgiftsbehov - Kommunehelse (sum)	166,9 %	160,5 %	184,1 %	102,3 %

Tabell 7. Justert utgiftsbehov. Kilde: Framsikt 2019

Figur 6 og tabell 7 over viser hvilke utgiftsbehov Sørfold har basert på gjeldende kriteriedata for kommunehelsetjenestene. Også her kompenseres utgiftsbehovet gjennom rammetilskuddet. Kriteriedataene viser at kommunen har et utgiftsbehov som ligger vel 65 % over snittet for landet utenom Oslo og vel 17 % under tilhørende KOSTRA-gruppe. Sammenligner vi Gildeskål kommune ser vi at de har et beregna utgiftsbehov som ligger ca. 6 % over.

I tabell 8 under viser vi netto driftsutgifter per innbygger uten justering av utgiftsbehov og med justering for utgiftsbehov

Pleie og omsorg	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Netto driftsutgifter per innbygger i kroner	34 964	38 386	34 863	19 928
Netto driftsutgifter per innbygger justert for utgiftsbehov i kroner	23 209	22 945	21 291	19 389
Helse	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Netto driftsutgifter per innbygger i kroner	5 147	4 640	6 448	3 066
Netto driftsutgifter per innbygger justert for utgiftsbehov i kroner	3 084	2 891	3 502	2 998

Kjelde: Framsikt 2019

Sammenligningen i tabell 8 viser at når vi hensyntar utgiftsbehovet så er det relativt små forskjeller mellom Sørfold og Gildeskål. Mens en sammenligning med KOSTRA gruppa viser at Sørfold har en netto driftsutgift i kroner som ligger 1 918 kroner høyere per innbygger. Og sammenlignet med landet utenom Oslo 3 820 kroner høyere. For helse er det 193 kroner forskjell mellom Sørfold og Gildeskål. Sammenligner vi med KOSTRA gruppa er gjennomsnittet 418 kroner høyere per innbygger. Sammenlignet med landet utenom Oslo bruker Sørfold 86 kroner mer per innbygger.

RO viser i tabellen under utviklingen fra 2017– 2019 for Sørfold kommune sammenliknet med Gildeskål kommune, K06 og landet utenom Oslo. Det må understrekes at data bygger på de data kommunene selv har rapportert inn til SSB³⁷.

Tabell 9. Prioritering av helse- og omsorgstjenestene i forhold til andre tjenesteområder

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Andel av netto driftsutgifter til PLO i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter	35,0	35,3	38,2	36,9	36,8	32,4
Andel av netto driftsutgifter til helse-tjenestene i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter	5,8	6,0	5,6	4,5	6,3	4,9
Andel av netto driftsutgifter til	66,9 %	66,7 %	67,8 %	49,5 %	55,0 %	42,8 %

³⁷ Statistisk Sentralbyrå

Institusjoner (f253+261) av PLO						
Netto driftsutgifter (kroner) per innbygger (f254) helse- og omsorgstj. hjemmeboende	7 134	7267	6 980	11 457	8 878	9 938
Netto driftsutgifter per innbygger (f234) aktivitet og servicetj. (kroner)	547	498	485	127	548	995
Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kroner)	4 489	4 279	4 624	4 661	4 139	3 839
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over	26,7	29,3	29,3	24,1	24,2	17,8
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)	19,0	17,9	17,1	12,4	15,6	11,3
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	29,3	28,5	24,4	40,1	34,7	30,3
Andel innbyggere 0-66 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	26,8	20,6	28,1	43,7	35,2	47,6

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabellen over viser andelen av Sørfold kommunes netto driftsutgifter som brukes til pleie- og omsorgstjenester har økt fra 2017 til 2019. Andelen i 2019 var 38,2 prosent. Andelen i 2019 var høyere enn Gildeskål kommune (36,9 %), K06 (36,8 %) og landet utenom Oslo (32,4 %).

Ser vi på netto driftsutgifter som brukes til kommunehelsetjenester er andelen redusert de 3 siste årene. Fra 5,8 prosent i 2017 til 5,6 prosent i 2019. Andelen er høyere enn Gildeskål (4,5 %) og snittet for landet utenom Oslo (4,9 %), men lavere enn snittet i K06 (6,3 %).

Dagens innretning av pleie- og omsorgstjenestene viser at 67,8 prosent av andel netto driftsutgifter i 2019 gikk med til å drifte institusjonene i kommunen. Mens i Gildeskål utgjorde andel netto driftsutgifter 49,5 prosent, K06 55,0 prosent og snittet for landet utenom Oslo 42,8 prosent. Netto driftsutgifter viser hva kommunen prioriter å bruke til tjenesteområdet fra sine frie inntekter.

Tabell 10. Produktivitet innen helse- og omsorgstjenestene

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorg (kroner)	37 708	40 283	43 621	45 817	46 478	25 497
Korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger til institusjonstjenester f 253 (kroner)	21 997	23 253	24 253	17 650	18 741	8 557
Korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger til hjemmeboende f 254 (kroner)	10 014	10 281	10 142	18 214	18 052	11 672
Korrigerte brutto driftsutgifter per plass til institusjonstjenester (kroner)		1 413 028	1 425 250	1 301 212	1 265 738	1 275 646
Korrigerte brutto driftsutgifter aktivisering og servicetjenester eldre og personer med funksjonsnedsettelser f234 (kroner)	739	712	717	213	856	1 169
Korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger forebygging, helsestasjon og skolehelsetjenester f232 (kroner)	681	537	874	593	836	837
Korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger til annet forebyggende arbeid f 233 (kroner)	91	138	232	322	283	295

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 10 viser korrigerte brutto driftsutgifter på tjenesteområdet og kan benyttes til å beskrive kommunes produktivitet. Ser vi på korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger viser den at helse- og omsorgstjenesten i Sørfold har hatt en jevn økning de 3 siste årene. I 2019 var den 43 621 kroner, Gildeskål kommune 45 817 kroner. Mens den i K06 46 478 kroner og i landet utenom Oslo 25 497 kroner.

Ser vi på korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger til institusjonstjenester var utgiftene høyest i Sørfold med 24 253 kroner i 2019. mens Gildeskål brukte 17 650 kroner, snittet for K06 18 741 kroner og landet utenom Oslo 8 557 kroner. Når det gjelder driftsutgifter per innbygger til hjemmeboende var utgiftene lavest i Sørfold med 10 142 kroner. Gildeskål kommune brukte 18 214 kroner, snittet i

K06 18 052 kroner og landet utenom Oslo 11 672 kroner. Driftsutgiftene per innbygger har nesten ikke økt siden 2017.

Ser vi på brutto driftsutgifter per plass til institusjonstjenester viser den for 2019 at Sørfold brukte 1 425 250 kroner, Gildeskål kommune 1 301 212 kroner, snittet i K06 1 265 738 og landet utenom Oslo 1 275 646 kroner.

Når det gjelder korrigerte brutto driftsutgifter per innbygger til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjenester er den økt i Sørfold de 3 siste årene. Fra 681 kroner i 2017 til 874 kroner i 2019. Sørfold ligger l over de andre de vi her har sammenlignet med. Korrigerte brutto driftsutgifter til annet forebyggende arbeid er også økt de 3 siste årene. Her ligger Sørfold under Gildeskål kommune, K06 og snittet for landet utenom Oslo.

Tabell 11. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester – antall og prosent

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Mottakere av hjemmetjenester i alt (antall)	71	68	64	167	-	-
Mottakere av hjemmetjenester 0-66 år (antall)	19	14	18	73	-	-
Mottakere av hjemmetjenester 80 år og eldre (antall)	34	35	30	55	-	-
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)	26,8	20,6	28,1	43,7	35,2	47,6
Andel innbyggere 80 år og eldre som bruker hjemmetjenester (prosent)	29,3	28,5	24,4	40,1	34,7	30,3
Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere på sykehjem (prosent)	19,0	17,9	17,1	12,4	15,6	11,3

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 11 viser antall mottakere av hjemmetjenester totalt. Sørfold har hatt en reduksjon fra 2017 til 2019. Som oversikten viser hadde Sørfold langt færre mottakere enn Gildeskål kommune. Når det gjelder K06 og landet utenom Oslo er disse merket med -. Grunnen er at tall her ikke gir noen mening. Gjelder også i andre tabeller.

Ser vi på mottakere i aldersgruppen 0-66 år har den vært stabil de 3 siste årene. Antall mottakere ligger også her under Gildeskål kommune

Når det gjelder mottaker i aldersgruppa 80 år og eldre er den redusert fra 2017 til 2019. Gildeskål hadde flere.

Ser vi på andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år er den økt fra 2017 til 2019 i Sørfold. Andelen er imidlertid lavere enn i Gildeskål, K06, og landet utenom Oslo.

Når det gjelder andelen innbyggere over 80 år er den redusert fra 2017 til 2019. Andelen i 2019 er høyere enn de andre i denne sammenligningen.

Andel innbyggere 80 år og eldre som er beboere på sykehjem redusert i Sørfold fra 2017 til 2019. I denne sammenligningen er andelen høyest i Sørfold kommune.

Tabell 12. Timer i hjemmetjenesten

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Andel hjemmetjenestebrukere med høy timeinnsats ³⁸ (prosent)	..	..	..	4,8	6,6	7,4
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, totalt (antall)	8,80	6,10	8,00	7,40	10,30	10,80
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand (antall)	9,10	4,80	11,60	4,80	9,10	10,80
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, helsetjenester i hjemmet (antall)	2,90	2,40	2,10	5,20	5,30	5,00
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetjenestebrukere 0-66 år (antall)	24,30	16,80	22,70	8,20	18,10	13,80
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetjenestebrukere 67 år og over (antall)	3,10	2,40	1,90	5,80	4,50	5,50

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabellen over viser andel hjemmeboende som mottar hjemmetjenester over 35 timer per uke (høy timeinnsats) er merket med .. noe som betyr at antall har vært under 5. de siste årene. Andelen i Gildeskål var i 2019 4,8 prosent, K06 6,6 prosent og snittet for landet utenom Oslo 7,4 prosent.

Når det gjelder gjennomsnittlig tildelte timer totalt per uke er det en liten økning fra 2018 til 2019. Sammenligner vi med de andre ytes det færre timer i Sørfold enn K06 og snittet i landet utenom Oslo. Mens snittet ligger litt over Gildeskål kommune.

Ser vi på tildelte timer med praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet, ligger Sørfold over de vi har sammenlignet kommunen med når det gjelder praktisk bistand og under når det gjelder helsetjenester i hjemmet. Helsetjenester i hjemmet har vært stabilt lavt de siste 3 årene, mens praktisk bistand har økt.

Når det gjelder tildelte timer til brukere i aldersgruppa 0-66 år er det en økning fra 2018 til 2019. Her ser vi at timetallet i Sørfold er høyere enn i Gildeskål kommune og K06 og snittet for landet utenom Oslo. Mens for de over 67 år har tildelte timer fra 2017 til 2019 blitt redusert. De andre i denne sammenligningen ligger godt over når vi ser på timetallet for 2019.

³⁸ Gjelder hjemmeboende som mottar hjelp mer enn 35 timer pr uke.

Tabell 13. Bistandsbehov i hjemmetjenesten

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Hjemmetjeneste-brukere, omfattende bistandsbehov, i alt (antall)	7	6	7	21		
Hjemmetjeneste-brukere, omfattende bistandsbehov, 0-66- 67-79 og 80 år og over (antall)	..	..	..	8-5-8		
Hjemmetjeneste-brukere, middels bistandsbehov, 0-66 år (antall)	5	..	8	19		
Hjemmetjeneste-brukere, middels bistandsbehov, 67 år og eldre (antall)	35	..	24	30		
Hjemmetjeneste-brukere, noe/avgrenset bistandsbehov, 0-66 år og eldre (antall)	9	..	6	39		
Hjemmetjeneste-brukere, noe/avgrenset bistandsbehov, 67 år og eldre (antall)	13	..	17	49		
Brukere med individuell plan (antall)	6	7	6	11		
Andel enslige innbyggere 80 år og over (prosent)	72,4	67,5	60,2	66,4	86,6	61,5
Andel uførepensjonister 16-66 år (prosent)	11,8	12,0	..	..	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt
Aleneboende brukere utenfor institusjon (antall)	46	46	46	85		
Aleneboende brukere med både hjemmetjenester og aktiviserings-/servicetjenester (antall)	11	15	16	19		

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 13 viser at antall hjemmetjenestebrukere med omfattende bistandsbehov har vært stabilt de 3 siste årene. Antallet i 2019 er vesentlig lavere enn i Gildeskål kommune.

For hjemmetjenestebrukere med middels bistandsbehov ser vi en liten økning fra 2017 til 2019. Også her hadde Gildeskål kommune langt flere brukere i 2019.

For hjemmetjenestebrukere 0-66 år med noe/avgrenset bistandsbehov ser vi en liten økning fra 2018 til 2019. Også her hadde Gildeskål kommune langt flere brukere i 2019. Det samme gjelder de over 67 år.

Brukere med individuell plan ligger på samme nivå i perioden 2017-2019. Gildeskål hadde i 2019 flere brukere med individuell plan.

Andelen enslige innbyggere 80 år og eldre har gått ned de siste 3 årene. Andelen er lavere i Sørfold enn de vi her har sammenlignet med.

Antall aleneboende brukere utenfor institusjon har vært stabilt de 3 siste årene i Sørfold. I Gildeskål var antallet nesten dobbelt så høyt sammenlignet med Sørfold i 2019.

Når det gjelder aleneboende brukere som både har hjemmetjenester og aktiviserings- og servicetjenester har antallet vært stabilt de 2 siste årene.

Tabell 14. Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten (kompetanse/kvalitet)

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger	497,1	523,1	488,9	544,8	562,5	313,6
Årsverk per bruker av omsorgstjenester	0,87	0,92	0,85	0,50	0,67	0,58
Årsverk i brukerretta tjenester (PLO) som ikke har helseutdanning (antall)	18,7	20,9	14,9	19,0		
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	78,4	76,9	81,3	79,2	73,3	77,7
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ helseutdanning fra videregående skole	37,0	39,0	35,6	42,8		
Antall årsverk i brukerrettede tjenester m/ helseutdanning fra høyskole/universitet (prosent)	30,6	30,7	28,9	29,7		

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 14 viser at antall årsverk per 10 000 innbygger samla for helse og omsorg er lavere i Sørfold sammenlignet med Gildeskål og K06, men høyere enn snittet for landet utenom Oslo.

Ser vi på årsverk per bruker av omsorgstjenester er den høyere i Sørfold enn de vi har sammenlignet kommunen med. Sammenlignet med Godeskål kommune har Sørfold færre årsverk i brukerretta tjenester som ikke har helseutdanning. Som igjen viser at Sørfold har prosentvis flere med en helseutdanning. Andelen er også høyere enn snittet i K06 og landet utenom Oslo.

Når det gjelder andel årsverk i brukerretta tjenester med helseutdanning fra videregående skole så er den redusert i Sørfold de siste 3 årene. I 2019 var andelen lavere enn i Gildeskål kommune.

Ser vi på andel årsverk i brukerretta tjenester med helseutdanning fra høyskole og universitet har andelen vært ca. den samme de 3 siste årene. Andelen i 2019 var litt lavere enn i 2018.

Tabell 15. Andel innbygger i bolig med fast bemanning og antall beboere

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Andel innbyggere i bolig m/ fast tilknyttet bemanning hele døgnet 80 år og over (prosent)	0,0	0,0	0,0	15,3	4,2	3,8
Andel beboere 80 år og over i bolig m/ fast tilknyttet bemanning hele døgnet (prosent)	0,0	..	..	70,0	43,6	35,1

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 15 viser at andel innbyggere over 80 år i bolig med fast tilknyttet bemanning hele døgnet er registrert som null. Gildeskål kommune hadde i 2019 15,3 prosent, snittet i K06 var 4,2 prosent og for landet utenom Oslo 3,8 prosent.

Når det gjelder beboere over 80 år i bolig med fast bemanning er den prikket for 2018 og 2019. Her ser vi også at de vi har sammenlignet Sørfold med har en vesentlig større andel.

Tabell 16. Lege- og fysioterapitimer i sykehjem (kvalitet)

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	0,35	0,39	0,39	0,49	0,44	0,56
Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem	0,00	0,25	0,25	0,47	0,31	0,42
Institusjon - langtidsbeboere 31.12 vurdert av lege siste år (antall)	..	17	8	15		
Andel langtidsbeboere 31.12 vurdert av lege siste år (prosent)	..	65,4	30,8	68,2	49,0	63,7
Institusjon - langtidsbeboere 31.12 vurdert av tannhelsepersonell siste år (antall)	..	19	..	8		

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell16 viser at legetimer per uke per beboer ved sykehjemmene i Sørfold har ligget på same nivå de siste 3 årene. Sammenlignet med de andre er antall timer lavere enn de vi har sammenlignet kommunen med. Det samme gjelder fysioterapitimer.

Andel langtidsbeboere per 31.12 som er vurdert av lege siste år var 30,8 prosent. Mens andelen som var blitt vurdert av tannhelsepersonell var prikket.

Tabell 17. Dekningsgrad årsverk, kommunehelsetjenesten per 10.000 innbyggere

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Legeårsverk	19,7	15,2	20,8	20,5	19,1	11,4
Fysioterapiårsverk	16,7	15,7	16,1	8,2	12,9	9,7
Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år	54,9	52,5	62,8	28,6	48,0	44,1

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 17 viser avtalte årsverk per 10 000 innbyggere. Sørfold har den høyeste dekningsgrad i denne sammenligningen i 2019. Gjelder både legeårsverk, fysioterapiårsverk og avtalte årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Tabell 18. Psykisk helsearbeid og rusarbeid, årsverk per 10.000 innbyggere

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
Årsverk av psykiatriske sykepleiere per 10 000 innbyggere (helse- og omsorg) (antall)	5,1	5,1	5,2	10,3	7,1	4,9
Årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere (helse og sosial) (antall)	15,2	15,2	10,4	15,4	12,0	9,0
Årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid per 10 000 innbyggere (helse og sosial) (antall)	5,1	5,1	0,0	0,0	5,0	3,2

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 18 viser årsverk av psykiatriske sykepleiere per 10 000 innbyggere. Her ser i at Sørfold har hatt det samme antall årsverk de 3 siste årene. Sammenlignet med de andre er det færre årsverk i Sørfold enn Gildeskål kommune og K06, men flere enn for landssnittet utenom Oslo. Det samme gjelder årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Når det gjelder årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid, har verken Sørfold eller Gildeskål oppgitt at de hadde dette i 2019.

Tabell 19. Brukerundersøkelser

	Sørfold 2017	Sørfold 2018	Sørfold 2019	Gildeskål 2019	K06 2019	Landet u Oslo 2019
System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten (antall)	1	0	0	1	10	231
System for brukerundersøkelser i institusjon (antall)	1	0	0	1	12	135

Kilde: KOSTRA, 2019

Tabell 19 viser at Sørfold ikke har gjennomført noen brukerundersøkelser de siste 2 årene innen hjemmetjenesten og institusjon. Mens Gildeskål kommune har gjennomført dette i 2019. I tilhørende K06 er det gjennomført henholdsvis 10 og 12 brukerundersøkelser i 2019.

3.7 Heltidskultur og ressursbehov

Grad av heltid og forholdet mellom kort og lang deltid varierer sterkt mellom yrkene. Nasjonalt er heltidskulturen sterkest i de gruppene som har lengst utdanning og lavest i de gruppene som har kortere utdanning. Hyppighet av kort deltid er størst i pleieassistent og fagarbeidergruppene.

En mulig definisjon av begrepet heltidskultur blant de som arbeider turnus er andel medarbeidere som arbeider i turnus og har 100 prosent stilling. Det fins ingen norm for hva som er en sterk eller svak heltidskultur. I rapporten "Saman om en bedre kommune: En oppsummering"³⁹ finner vi hva ulike informanter vurderer som heltidskultur. Her ser vi at et flertall mener at heltid betyr 100 %, mens en del mener 80 % og et mindretall 50 %.

I en rapport fra programmet «Sammen om en bedre kommune»⁴⁰ tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet:

«I et arbeidsgiverperspektiv gir deltidsstillinger muligheter for såkalt numerisk fleksibilitet. Det betyr at arbeidskraften tilpasser seg variasjoner i arbeidsbehovet og varierer arbeidstid og arbeidsmengde deretter. Ulempen er at små stillinger kan skape problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Arbeidsplasser som ikke kan tilby hele stillinger, svekker både bransjen og fagets omdømme blant fremtidige utdannings- og arbeidssøkere. De små stillingene "stjeler" også ressurser fra ledere og erfarne kollegaer som kunne ha vært brukt mer produktivt. For å unngå disse ulempene kan arbeidsgivere fremme den såkalte funksjonelle fleksibiliteten, eksempelvis medarbeidere som varierer arbeidsoppgaver og arbeidstid slik at jobbinholdet varierer.»

Når kommunen skal vurdere framtidig ressursbehov er det vesentlig også å vurdere hvordan man utnytter de personalressursene som man faktisk har til enhver tid. Som sitatet over viser, handler det både om at det er ressurskrevende i seg selv med små stillinger, men også om at det er ressurskrevende fordi det blir et større behov for rekruttering – og også vanskeligere å rekruttere fordi man i liten grad kan tilby hele stillinger.

³⁹ Fafo er en frittstående samfunnsvitenskapelig forskningsstiftelse som utvikler kunnskap om vilkårene for deltakelse i arbeidsliv, organisasjonsliv, samfunn og politikk, om sammenhengene mellom politikk og levekår, og om demokrati, utvikling og verdiskaping. Vi ser det som særlig viktig å løfte fram perspektivene til arbeidstakere og de som står ufrivillig utenfor arbeidslivet.

⁴⁰ KR D Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

I den senere tids debatt er også kvalitetsperspektivet i ferd med å stå fram som det kanskje viktigste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordninger i omsorgssektoren. I Fafo-rapporten *Heltid-deltid – en kunnskapsstatus* (2013)⁴¹, hevdes det at:

«Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Mange av brukerne har behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger, har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer, og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.»

«Småstillinger» skyldes i hovedsak manglende dekning på helg i døgnskuttetjeneste. Alternative arbeidstidsordninger løser gjerne denne utfordringen og mange kommuner arbeider med å etablere ordninger som fjerner vakante stillinger fra helgene.

Ut fra de opplysningene RO har fått tilsendt har omsorgstjenestene i Sørfold en utstrakt deltidskultur.

Tabell 20. Antall medarbeidere som har 100 prosent stilling

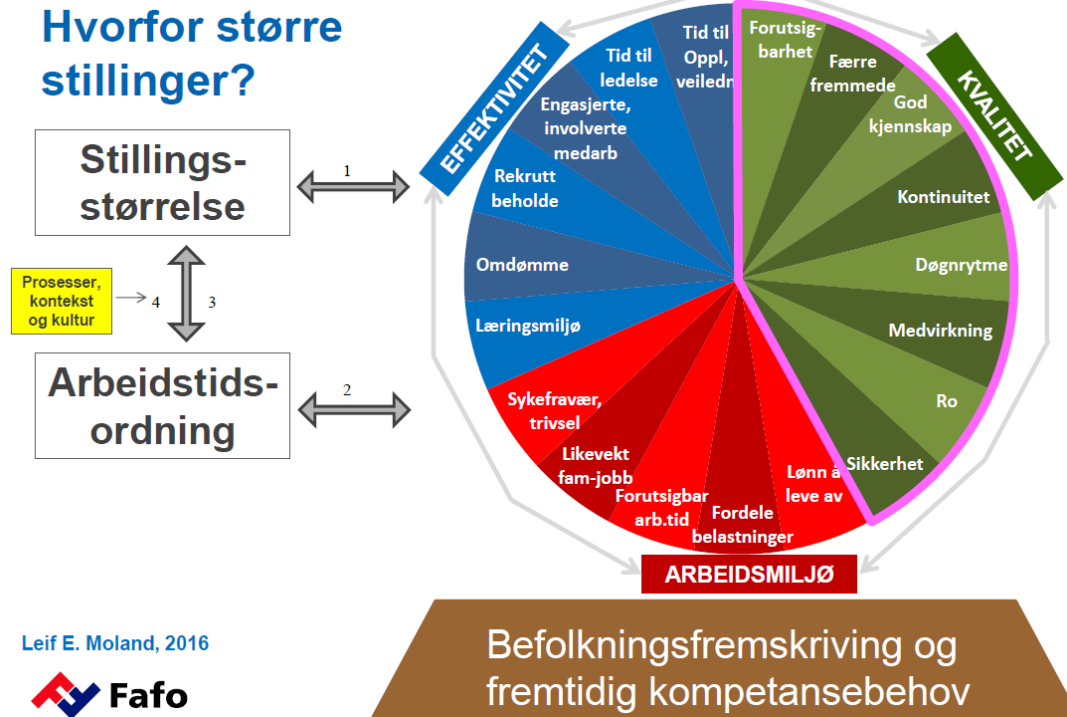
Tjenestested	Medarbeidere per 31.12.2019	Årsverk per 31.12.2019	Antall helse stillinger
Sørfold sykehjem Røsvik	30	28,66	12
Sørfold Eldresenter	36	26,17	12
Hjemmetjenestene	30	22,81	11

Kilde: Sørfold kommune

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

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

⁴¹ Leif E. Moland, *Heltid-deltid – en kunnskapsstatus*, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.



Figur 7. Effekter av større stillinger mht. effektivitet, kvalitet og arbeidsmiljø.

3.8 Kvalitet på tjenestetilbudet

Som tidligere vist brukte Sørfold kommune henholdsvis 38,2 og 5,6 prosent av kommunens totale ressurser på pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester. Andelen for pleie og omsorg var høyere enn Gildeskål kommune, gjennomsnittet for K06 og landet utenom Oslo. Mens for helse var kun gjennomsnittet i K06 høyere. For å vurdere om denne prioriteringen også viser seg i kvalitet på tjenestene, har vi brukt vi Kommunebarometeret.

Kommunebarometeret er en rangering av norske kommuner etter en vurdering av kvalitet og kostnadsnivå i det samlede tjenestespekteret basert på offentlig tilgjengelige data. Kommunene rangeres på grunnlag av 200 indikatorer utvalgt av Kommunal Rapport.

I Kommunebarometeret skiller man ut Pleie- og omsorg og Helse som egne tjenesteområder. (Fra 2018 ble tjenesteområdene sammenslått i KOSTRA og de vil også være sammenslått i et nytt kvalitetsregister fra Helsedirektoratet).

I endelig versjon av Kommunebarometeret 2019, publisert juli og basert på kvalitetsdata og KOSTRA-tall for 2018, er Sørfold totalt sett rangert på 357 plass for Pleie- og omsorg og 408 plass for Helse. Bilde 1 viser kommunebarometeret for Pleie- og omsorg og bilde 2 Helse.

Bilde 1: Sørfold kommune – Kommunebarometeret Pleie- og omsorg.

Pleie og omsorg

20 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall			Plass	Snitt	Topp	Kommunens karakter		
	KB 2017	KB 2018	KB 2019	KB 2019	KB 2019	KB 2019	KB 2017	KB 2018	KB 2019
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning	80	80	76	173	75	84	4,9	4,9	4
SYKEHJEM: Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov	55	59	76	283	82	97	1,1	1,4	2,9
DEMENS: Andel plasser i skjermet enhet, målt mot beboere på sykehjem over 80 år	27	27	36	267	40	91	2,8	2,8	3,3
KORTTIDSPASSER: Andel av opphold på sykehjem som er korttidsopphold	21	19,5	18	167	17	39	4	3,8	3,6
BEMANNING: Tid med lege på sykehjem	31	21	23	299	34	63	3,3	2,1	2,3
BEMANNING: Tid med fysioterapeut på sykehjem	15	0	15	304	25	61	2,2	1	2,1
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc	70	87	67	379	88	100	2,6	3,6	2,2
DAGTILBUD: Antall vedtak om dagaktivitet til hjemmeboende med demens, målt mot antall hjemmeboende med demens	0	0	0	227	28	61			1
REHABILITERING: Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år	0	2,3	4,5	207	5,4	13,5	1	2,1	3,1
PROFIL: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie	2,6	2,9	2,4	365	4,8	10,7	1,5	1,8	1,4
HJEMMETJENESTE: Andel vedtak om hjemmetjenester som iverksettes innen 15 dager	100	100	96	272	95	100	6	6	4,1
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb.	76	148	38	148	128	0	4,4	3,2	5,3
TRYGGHET: Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år	15,8	26	21	382	46	72	2	2,6	1,7
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år	8,5	8,9	9,3	49	5,8	14,5	4,5	4,6	4,5
BEMANNING: Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb. over 80 år	8,5	8,9	8,6	201	11,8	28	2,7	2,8	2,6
HJEMMETJENESTE: Mottakere av matombringning, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon	38	41	25	230	28	57	4,6	4,8	3,2
BISTAND: Andel som fullt ut får dekket opplevd behov for bistand til å delta i arbeid og studier	60	64	67	350	77	98	1,1	1,6	1,8
BISTAND: Andel som fullt ut får dekket opplevd behov for bistand til å delta i fritidsaktiviteter	56	65	71	115	60	86	3,3	4,1	4,5
BISTAND: Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere	27	25	23	24	11,4	23	6	6	5,9

Kilde: Kommunebarometeret endelig versjon pr juli 2019

Kommunebarometeret har rangert pleie- og omsorgstjenestene i Sørfold på 357 plass, som er en tilbakegang med 11 plasser siden forrige gang. Til sammenligning er Gildeskål plassert på 57 plass. I kommunegruppa er det kun 10 kommuner som er plassert bak Sørfold kommune.

Bilde 2: Sørfold - Kommunebarometeret Helse.

Helse

7,5 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall			Plass	Snitt	Topp	Kommunens karakter		
	KB 2017	KB 2018	KB 2019	KB 2019	KB 2019	KB 2019	KB 2017	KB 2018	KB 2019
LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere	15,3	19,7	15,2	130	11,2	24	4,5	5,3	4,3
FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som er åpne	100	100	50	163	32	100	6	6	4,2
FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som mangler lege	100	100	50	390	2,1	0	1	1	1
FASTLEGE: Andel ledige listeplasser	5,8	4,1	39	17	3,8	38	3,6	3,4	6
HELSEØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år	111	103	99	172	106	196	4	3,6	3,2
PSYKISK HELSEARBEID: Årsverk av psykiatriske sykepleiere, per 10.000 innbyggere	0	0	0		5,1	13,2			
JORDMOR: Antall årsverk per 10.000 fødte	0	0	0		84	584			
SYKEHUS: Antall opphold på sykehus per 1.000 innbyggere	178	191	121	305	112	84	3,3	2,5	2,9
SKOLEHELSE: Andel barn m fullført undersøkelse innen utgangen av 1. trinn	51	97	70	320	85	100	1	5,4	2,7
HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk, nyfødte innen to uker etter hjemkomst	77	92	55	371	88	100	2,4	4,3	1
VAKSINE: Andel 2-åringer som er med i vaksinasjonsprogrammet	73	60	63	369	95	98	1	1	1
VAKSINE: Andel 9-åringer som er vaksinert mot meslinger	85	90	92	300	95	98	1	2,1	2,4
MEDISINBRUK: Total medisinbruk, per 10.000 innbyggere	6722	6684	6735	222	6778	5898	3,5	3,7	3,6
FOREBYGGING: Netto driftsutgifter forebygging, kr per innb - snitt fire år	295	200	180	190	223	620	4,2	3,3	3

Kilde: Kommunebarometeret endelig versjon pr juli 2019

Kommunebarometeret har rangert helsetjenestene i Sørfold på 408 plass, som er en tilbakegang med 110 plasser siden forrige gang. Til sammenligning er Gildeskål plassert på 301 plass. I kommunegruppa var det ingen kommuner som var plassert bak Sørfold kommune.

RO har innledningsvis uttalt at mye tyder på at Sørfold kommune har tjenester av god kvalitet, men det betyr ikke at det ikke finnes områder hvor tjenestene kan forbedres. Å drive med kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess. Den beste måten å avdekke områder som bør vurderes med mål om kvalitetsforbedring, er å ha søkelys på dette i daglig drift.

3.9 Ungdataundersøkelsen

Tabellen under viser ungdataundersøkelsen som ble gjennomført i 2019. Totalt deltok 71 personer. RO har her hentet ut data som omhandler andelen som vurderer å ta høyere utdanning, ser for seg å få et lykkelig liv, helsevurderinger og rusmidler, trening og organisert fritid, mobbing, ensomhet og venner, lokalmiljøet, kulturtilbud, treffsted for unge, trygghet i nærmiljøet og trivsel på skolen.

Tabell 21: Funn i forbindelse med UNGDATA undersøkelsen for ungdomstrinnet i Sørfold i 2019

	Sørfold	Fylket	Landet
Høyere utdanning	42 %	54 %	61 %
Et lykkelig liv	59 %	67 %	71 %
Fornøyd med helsa	58 %	66 %	70 %
Fysiske helseplager	17 %	17 %	15 %
Psykiske helseplager	23 %	16 %	15 %
Trening	74 %	81 %	83 %
Blir mobbet	11 %	10 %	8 %
Mobber andre	1 %	3 %	3 %
Skader på grunn av vold	4 %	10 %	9 %
Utsatt for trussel om vold	13 %	13 %	12 %
Ensomhet	33 %	25 %	22 %
Fortrolig venn	93 %	88 %	90 %
Fornøyd med lokalmiljøet	51 %	62 %	68 %
Skoletrivsel	39 %	55 %	62 %
Kulturtilbudet	24 %	55 %	57 %
Treffsted for unge	25 %	47 %	50 %
Trygghet i nærmiljøet	91 %	88 %	85 %
Organisert fritid	59 %	60 %	65 %
Røyking	6 %	3 %	2 %
Snusing	7 %	5 %	4 %
Alkoholberuset	17 %	17 %	13 %
Cannabis	4 %	4 %	4 %

Kilde: Ungdata.no

Undersøkelsen viser at i Sørfold var det i 2019 42 prosent som mente at de kom til å ta høyere utdanning.

Henholdsvis 58 prosent og 59 prosent av de unge er fornøyd med helsa si og mener at de vil få et lykkelig liv. Andelen som oppfatter å ha fysiske helseplager er 17 prosent og 23 prosent uttalte at de har psykiske helseplager.

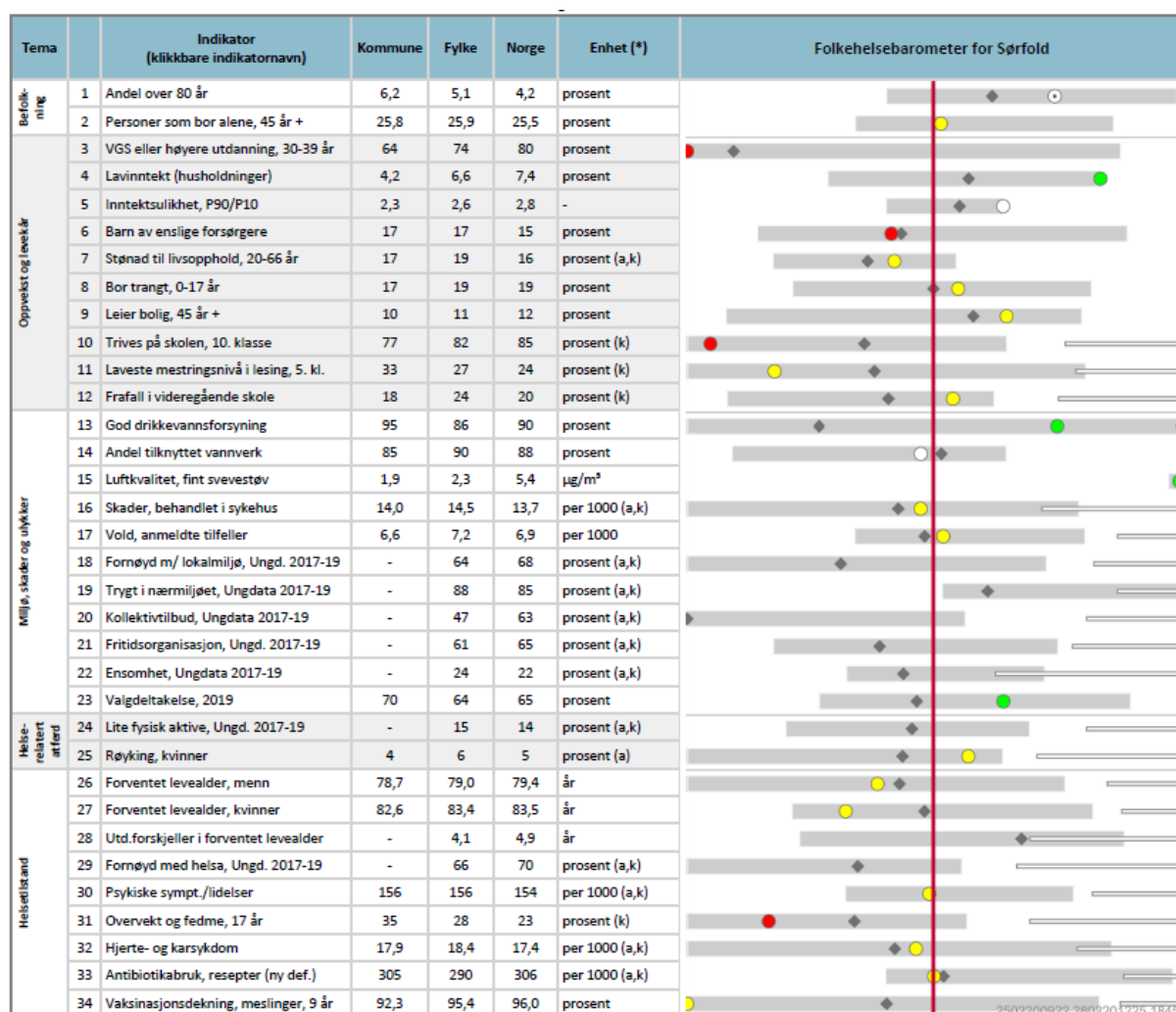
I Sørfold har 17 prosent sagt at de har vært alkoholberuset og 4 prosent hadde prøvd cannabis. 6 prosent hadde røykt og 7 prosent snust.

Andelen som sa at de blir mobbet var 11 prosent og 1 prosent som sa de mobber andre. Samtidig oppgir 91 prosent at de har trygghet i nærmiljøet. En stor andel har også en fortrolig venn, 93 prosent. Samtidig er det 33 prosent som sier at de er ensomme.

3.10 Folkehelseprofil 2020

En gjennomgang av folkehelseprofilen viser at det er manglede eller utilstrekkelig med tallgrunnlag Folkehelseinstituttet skriver: " Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på sosiale helseforskjeller i kommunen, målt som forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper».

Figur 8. Folkehelseprofil



Kilde: Folkehelseinstituttet

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom kommunene i fylket
- ▬ De ti beste kommunene i landet

Forklaring: Ser vi bilde overfor, viser det at når det gjelder andel husholdninger med lav inntekt, god drikkevannsforsyning, luftkvalitet og valgdeltakelse, ligger kommunen signifikant bedre an enn landet som helhet. Mens når det gjelder høyere utdanning eller VGS, barn av enslige foreldre, trivsel på skolen-10. klasse, overvekt og fedme- 17 år ligger kommunen signifikant dårligere an enn landet som helhet. Det blir opplyst om at vi bør være oppmerksomme på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer

et ønsket nivå. Og at verdiorrådet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

4 Data innhentet gjennom intervjuer

RO har gjennomført et intervjuprogram via telefon og teams som et tillegg til en ren kvantitativ datainnsamling. Vedlegg 1 viser en oversikt over hvem som var invitert til samtaler med ROs rådgiver. Intervjuene ble gjennomført 1. 2. 3. og 16 april. Total ble det gjennomført 22 telefonintervju. I tillegg ble Ungdomsrådet intervjuet via teams. Det var planlagt for 3 folkemøter og 1 åpent møte for ansatte. Disse møter ble avlyst grunnet Covid-19 pandemien.

I intervjuene har RO hatt søkelys på dagens og framtidens tjenester, hva tenker informantene om helse- og omsorg i årene som kommer? Hva vil de beholde, hva bør endres og hva ser de for seg at det vil være behov for av helt nye eller andre typer tjenester?

I tabellen under har vi gjengitt våre inntrykk av disse samtalene, noe er det samstemte meninger om, andre ting er det ulik oppfatning om. RO legger vekt på at det meste av det vi har registrert skal komme fram her. Vi har innledningsvis lovet alle våre informanter om at vi ikke skal gjengi hva den enkelte har sagt, eller at det ikke skal være mulig i ettertid å si "hvem som sa hva". For oss har det vært viktig å samle inntrykk og vi vil i avslutningskapitlet drøfte hvordan vi mener at det som framkommer i intervjuene kan komme til å spille inn på hva som er viktig å arbeide med i forbindelse med utarbeidelsen av helse- og omsorgsplanen.

4.1 Oppsummering fra intervjuene – kort oppsummert

Hva er styrken innen helse- og omsorgstjenesten i dag?

- Dyktige fagfolk
- Nærhet til hverandre og god oversikt
- God samhandling mellom tjenestene
- Lav terskel for å ta kontakt – små forhold – få personer som kjenner hverandre – samles fort for raske beslutninger – tjenester uavhengig hvor en bor
- Samvittighetsfulle ansatte som tar mye ansvar
- Godt arbeidsmiljø
- Spisskompetanse på flere områder
- Generelt gode tjenester
- Kompetansetiltak
- Begynt med fagutvikling

Hvilke utfordringer står vi overfor i dag?

- Etablere så langt som mulig en felles oppfatning om status og utfordringsbilde – hva må bli annerledes?
- Samarbeid/samhandling må bli bedre
- 2 sykehjem
- Deltid innen pleie og omsorg
- Politisk "vilje" til å ta grep
- Endringsvilje

- Turnover i lederstillingene
- Tydeligere vedtak
- Generelt store forventninger om hva kommunen(e) skal yte
- Ikke tydeliggjort i praksis hvilke ideologier som skal gjelde for all tjenesteyting, eksempel hverdagsmestring og hva dette betyr i praksis
- Utnytter ikke teknologisk løsning godt nok, men er i gang
- Tydeliggjøre hva brukermedvirkning betyr i praksis – både for tjenesteyter og mottaker
- Individuelt tilpassede tjenester til hver bruker, gjelder all tjenesteyting
- Ha gode og robuste tjenester også i framtida. Drift og fag
- Rekrutteringsutfordringer om vi fortsatt skal være organisert som i dag med 2 institusjoner
- Mangel på kompetanse eller hvordan kompetanse nyttes. Profesjonsforståelse og behov for strategiske kompetanseplaner
- En organisasjon som tenker og handler helhetlig, dette for å redusere sårbarhet i forbindelse med f.eks. innleie, at det ikke ytes skjulte tjenester etc.
- Ledere som **leder** og ikke bruke tid til administrering. Mye "brannslukking". Lederrollen MÅ tydeliggjøres og en tydeliggjøring av støtte fra staben
- At medarbeidere blir "sett", myndiggjort og hva det betyr i praksis, at medarbeidersamtaler blir gjennomført og å tydeliggjøre hva målet med slike samtaler er
- Være innovativ – kontinuerlig forbedring som mantra. Gjelder både drift og fag. Fra søkelys på begrensning til hva er mulig. Bruk av teknologi og at det vi bestemmer oss for blir iverksatt
- Å ta i bruk teknologi – trygghetsskapende teknologi inklusive hyllewareteknologi – ikke bare snakke om det – savner klare forpliktende strategier som SKAL følges
- Endringskompetanse. Ting skjer ikke nødvendigvis fordi det er vedtatt - Endringsvilje
- Mer helhetstenkende – fra mitt og ditt til vårt – "silotenkning" – oppfattes noe ulikt
- Ikke god nok oversikt, at alle tar ansvar, mangler på prosedyrer som følges, tid til kvalitetsarbeid
- Revurdere / evaluere tiltak / forståelse for oppfølging av avviksmeldinger og tilsyn
- Bruk av dokumentasjonssystem innad og mellom enheter
- Tydeliggjør sykehjemmets rolle og funksjon i en helhetstenkende organisasjon
- Hektiske dager både i hjemmetjenesten og på sykehjemmene – for lav bemanning
- For få alternative boliger, omsorgsbolig og annen type sentrumsnære boliger
- Sørge for at alle medarbeidere har de tilgangene som er nødvendig. F.eks. å lese e-meldinger
- Lange avstander, geografisk
- Manglende personale, stort bruk av vikarer. Personalpolitikk, Rekruttere og beholde. Lite kontinuitet i personalgruppa – bruker tid på rekruttering framfor utvikling. Opplæring av nytilsatte
- Å møte krav med tilgjengelige ressurser
- Skille mellom kommunens og privat ansvar – avklare forventninger i forhold til reelt tilbud
- Fokus på forebygging og egenomsorg – hverdagsmestring
- At alle jobber i samme retning, fokus på kvalitetsarbeid

- Kommunikasjon mellom tjenestene – bedre samarbeid og kjennskap til andres rutiner – informasjon ved endring
- For få fritidstilbud til ungdom
- «Snillisme» – lett å få tjenester

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

- MÅ greie å dreie til mer mot hjemmebaserte tjenester
- Satse mer innen psykisk helse og rusarbeid
- Rekruttering av fast personell
- Kultur for å jobbe effektivt / få bort tidstyver
- Avklare kva er kommunens ansvar
- Aktivitetstilbud
- Større fokus på folkehelse og forebyggende arbeid
- Få på plass en frisklivsentral
- Få involvert fysioterapeutene mer enn i dag
- Bra sted å vokse opp som ungdom
- Greie å etablere større fagmiljø, sørge for å etablere en VI-kultur i praksis – gjelder mellom ALLE enhetene – SAMARBEID
- Sette veiledning i system
- Bygge kompetanse og benytte denne på tvers – "brukerstyrt"
- Bruk av teknologi – tydelig digitaliseringsstrategi – anskaffe og nyttiggjøre
- Tydelig på hva er viktig å bygge videre på og hva må vi gjøre annerledes - prioritering
- Kulturendring ift. innbyggerne mot egenmestring, ansvar – forebygging
- Forstå behovet/nødvendigheten for kontinuerlig endring, gjelder oss alle
- Kommunikasjon, vilje til endring i det daglige arbeidet –ALLE
- Trenger mer og relevant kompetanse til å møte framtiden, gjelder alle målgrupper
- Kommunikasjon mellom de som fatter vedtak og de som utfører – dokumentasjon
- At digitale hjelpemidler nyttes – og at disse er operative hele døgnet. God IT støtte/support nødvendig 24/7
- Få folk til å forstå at de må ta ansvar for egen helse og bolig
- Klarere retningslinjer hva tjenesten skal yte av tjenester - kvalitetsnorm
- Gi god og riktig informasjon til tjenestemottakere, pårørende og innbyggere
- Holdningsendring hos oss alle. Det er VI som skal legge grunnlaget for framtidige helse- og omsorgstjenester og ikke de som kommer etter oss
- Være villig til forandring. Fokus på å arbeide smart –god planlegging
- Fortsatt tilrettelegge for videre- og etterutdanning – ordninger som muliggjør dette. Dette for å øke kompetanse og beholde arbeidstakere som vi allerede har
- TA i bruk velferdsteknologi, gjelder også hyllevareteknologi
- At ledere utøver ledelse

- At alle medarbeidere arbeider aktivt med forbedring når det er bestemt eller nødvendig - myndiggjort medarbeidere
- Utvikle kommunikasjon mellom ledelse og medarbeidere. Sørge for et gjensidig samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte. Etablere et konstruktivt 2 og 3 partssamarbeid
- Flere på fulltid, redusere antall deltidsstillinger, sikre kontinuitet – må gjelde alle faggruppene
- Oversikt over kompetansebehovet og ta vare på den kompetanse vi har
- Sikre god integrering av nye medarbeidere (onboarding-prosessen)
- Fokus på styring av de områdene som forenkler – hverdagsmestring og velferdsteknologi
- At ny plan er brukervennlig, forenkling og konkretisering med fokus på utvalgte satsningsområder (statlige)
- Så å si 100 prosent enighet om at kommunen i framtid kun bør ha ett sykehjem og at framtidige utfordringer ikke løses med dagens virkemidler
- Dagens organisering MÅ gjennomgå og tilpasses for å sikre fortsatt kvalitative og robuste tjenesteløp

5 Framtidas helse- og omsorgstjenester i Sørfold – muligheter og begrensninger

I dette kapitlet drøfter RO hvilke forutsetninger, hvilke valgmuligheter og hvilke begrensninger Sørfold har når framtidens Helse- og omsorgstjenester skal planlegges. Denne drøftingen tar utgangspunkt i de funn som er beskrevet tidligere i rapporten både på kvantitative og kvalitative data. I forhold til noen av temaene som drøftes vil RO komme med anbefalinger, andre temaer belyses og det vil være opp til kommunen å foreta prioriteringer og beskrive standarder eller nivå på framtidens tjenester.

Et aldersvennlig samfunn er et felles ansvar. Det innebærer partnerskap og samarbeid mellom organisasjoner, institusjoner og næringsliv. Det innebærer å involvere de eldre i planlegging av utforming av nærmiljø og lokalsamfunn. Det handler om å se, legge til rette for og bruke seniorressursen. Formelt og uformelt frivillig arbeid er et stort bidrag til samfunnet. Eldre skal også planlegge egen alderdom i forhold til egnet bolig, sosialt nettverk og å opprettholde et best mulig funksjonsnivå. Dette kan utfordre dagens holdninger og forventninger i befolkningen og skaper ambivalens. Vi vil leve lenge, men ikke bli gamle. For at flest mulig skal ha et aktivt forhold til hvordan alderdommen skal møtes, krever det informasjon og påvirkning over tid. Kommunene bør ha en bevissthet og strategi for dette⁴².



5.1 Tjenestene må henge sammen – toppen av omsorgstrappen

Ved analyser av helse- og omsorgstjenester har det tradisjonelt vært et skille mellom kommuner etter hvorvidt de satser på bruk av institusjoner eller satser på hjemmebaserte tjenester. Dette er en strukturell og kanskje litt forenklet måte å se på innretningen av tjenestene på, den sier lite om hvordan tjenestene operasjonaliseres – hvilke tjenester som gis og hvordan disse står i forhold til den

⁴² Stortingsmelding nr. 15 "Leve hele livet". Kilde: regjeringen.no

enkelte brukers behov og ønsker. Kvaliteten i tjenestene kan heller ikke defineres av om de gis hjemme eller på institusjon.⁴³

BEON-prinsippet – "Beste Effektive Omsorgsnivå" og *omsorgstrappa* er gode verktøy for å beskrive både prioritering av ressurser og innhold i tjenester. Begrepet ble introdusert i forarbeidene til Samhandlingreformen og erstatter det tidligere anvendte begrepet LEON (Laveste Effektive Omsorgsnivå). I St. meld nr. 47 2008-2009 beskrives det som hovedprinsipp at kommunene skal sørge for en helhetlig tenking, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Formålet er at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor det beste effektive omsorgsnivået.

BEON-prinsippet beskrives ofte gjennom en "omsorgstrapp". Antall trinn og beskrivelsen av innholdet i trappene varierer, mange kommuner lager en egen omsorgstrapp basert på lokale forhold og organisering av tjenestene. Prinsippet er likevel likt; en trinnvis opptrapping av kommunal innsats og tjenester basert på behov, fra folkehelsearbeid og forebygging til kommunens innbyggere på nederste trinn, til skjermede demensplasser eller palliative plasser på institusjon på øverste trinn. Det er også vanlig å tenke at den mest kostnadseffektive bruken av kommunens midler skjer på de nederste trinnene i omsorgstrappen. Tanken bak omsorgstrappa er også å gi tilstrekkelige tjenester, ikke for mye og ikke for lite. Særlig i sykehjem er det ofte slik at det gis tjenester ut over behovet, blant annet fordi de er tilgjengelige, men i motsatt ende gis det kanskje ikke tilstrekkelige tjenester tidlig nok i hjemmet for at brukerne skal klare seg best mulig selv.

I praksis betyr omsorgstrappa at tjenester skal tildeles brukerne etter en individuell vurdering, og tilbudet må være så fleksibelt at det kan tilpasses brukernes behov. Tjenestene skal fokusere på det friske og det som brukeren mestrer. Det innebærer gjerne en økt satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak, tidlig kartlegging og tilrettelegging i eget hjem, å ta i bruk teknologiske muligheter for egenmestring og tilrettelegge for et aktivt fysisk og sosialt liv. Spørsmålet blir: hva er viktig for meg?

Forebygging og rehabilitering vektlegges foran tradisjonelle sykehjemsplasser. På sykehjemmet kan brukerne i noen grad bli passive og institusjonaliserte, det vil si at innretningen ofte styrer tilbud og innhold i tjenestene i større grad enn brukerens behov. Det betyr at å ta i bruk omsorgstrappa også stiller krav til endring av arbeidsmåte og holdninger for de medarbeidere som jobber på sykehjemmet.

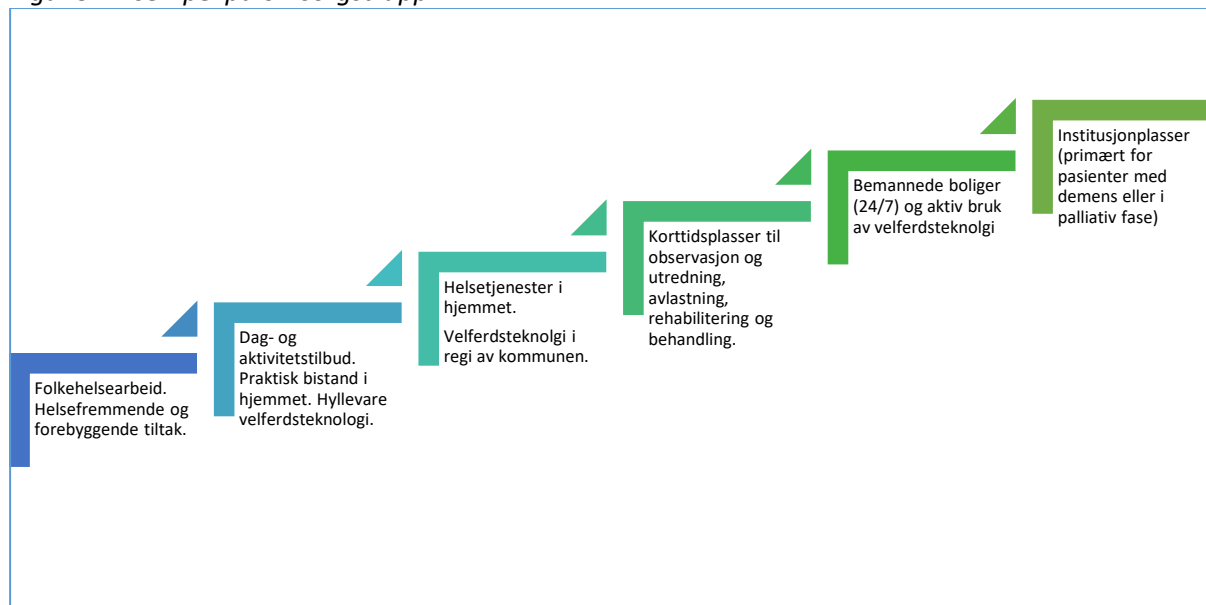
Jo bedre utbygd trappa er og jo mer den brukes fleksibelt, jo bedre "treffer" man med å gi riktige tjenester til rett tid med rett kompetanse. Dette stiller krav til kunnskap, tverrfaglighet, holdninger, samarbeid og ikke minst ledelse eller lederskap i praksis. Det viktigste er likevel det ideologiske valget av hvordan trappa skal brukes. En grundig diskusjon om dette i Sørfold kommune bør foregå som en del av arbeidet med å det påfølgende planarbeidet. Et slik arbeid bør inkludere brukerne/brukerutvalget⁴⁴ og pårørende innen helse- og omsorg.

I figur 9 under vises et eksempel på en omsorgstrapp som illustrasjon på nivåinndeling av tjenestetilbudet.

⁴³ *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene*, I. Brevik m.fl, Fafo-rapport 2016:06

⁴⁴ Rådet for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne

Figur 9: Eksempel på omsorgstrapp



Ofte stilles det spørsmål om behov for sykehjemsplasser. For å klarstille dette er det viktig å kunne tilby tjenester på nivået under institusjonstjenester. Dette betyr at å prioritere tjenester under institusjonstjenester vil måtte bety å redusere ressursene til institusjonstjenester og øke ressursene innen hjemmetjenesten og til forebygging. Hvordan vektingen mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsomsorg i toppen av trappa er utformet vil påvirkes av det neste trinnet i omsorgstrappa. Her er det også viktig å vurdere behovet for en "boligtrapp".

Korttidsplasser er tidsavgrensede/ikke varige opphold i sykehjem. Plassene kan for eksempel brukes til pasienter som har behov for opptrening eller forsterket bistand etter en sykehusinnleggelse, opphold i påvente av opptrening/rehabilitering, kartlegging, utredning og observasjoner. Det som kjennetegner korttidsplassene, er nettopp at oppholdene er midlertidige og det er en høy grad av sirkulasjon i bruk av plassene.

Korttidsplasser på sykehjem er ofte en nøkkelfaktor for å få omsorgstrappen til å fungere. Reelle og tilgjengelige korttidsplasser med kort gjennomløpstid vil innebære at de som trenger hjelp, får det og til rett tid. Det gir en fleksibilitet og dynamikk og gjør at man innretter tjenestene på rett nivå til rett tid basert på pasientenes behov og vil også bidra til at presset på hjemmetjenester og langtidsplasser på institusjon går ned. Dersom korttidsplasser også brukes til avlastning, vil dette kunne medføre at pårørende som ressurs kan fungere bedre og lengre, og at pasienten kan klare å bo lengre i eget hjem fordi de har pårørende med overskudd til å hjelpe.

Å ha tilgjengelige og velfungerende korttidsplasser vil også være en stor trygghetsfaktor, er svært viktig for innbyggerne og pårørende. Ikke minst vil det øke tryggheten om bistand når en trenger det. En velutbygd og godt fungerende omsorgstrapp krever en kombinasjon av gode helsetjenester, forebygging, hjemmetjenester, tilstrekkelig antall korttidsplasser av ulikt innhold som til enhver tid har tilgjengelig kapasitet, omsorgsboliger med og uten heldøgns omsorg, alternativ bolig bygd av andre og noen langtidsplasser mv.

Riktig bruk av korttidsplasser i praksis krever flere typer innsatsfaktorer. Den første og viktigste er å kunne ta i bruk hele systemet av graderte tilbud i omsorgstrappen, ikke i minst omsorgsboliger med heldøgns omsorg og type akuttplaner som KAD-plasser⁴⁵. Derne vil det kreve god kompetanse og

⁴⁵ Kommunale akuttplaner døgnplass

bevissthet i styring av ressurser, tildeling av tjenester etter behov og hyppig revurdering av behov. Det krever også at holdningen de medarbeidere har til bruken av korttidsplasser må være forankret i samme ideologi. Gjelder alle som arbeider innen helse- og omsorgstjenesten i Sørfold. Dessuten bør det legges vekt på kommunikasjon og informasjon om hva korttidsplasser er og hvordan de skal brukes, både til politikere, pasienter og pårørende. Det gir trygghet og forutsigbarhet for at kommunen gir et godt tilbud når behovet er til stede.

Tar vi som utgangspunkt at alle ønsker å bo i egen bolig lengst mulig, forutsetter det at kommunen har et tilbud den dagen det ikke lenger er mulig å bo i opprinnelig bolig med hjemmetjenester og pårørendeomsorg. Dette kan være alt fra at det finnes boliger å leie sentralt for å ivareta tryggheten som nærhet til tjenester gir, til tildeling av bolig med fast personale hvor en i prinsippet kan få de tjenestene man i dag får på langtids plass i sykehjemmene. RO vil understreke at uansett hvilken bolig en har, er pårørendeomsorgen viktig.

Generell velferdsøkning, utvikling av teknologi, universell utforming, satsing på forebygging og generell bedring av de eldre sin helse, vil sannsynligvis gjøre at det vil bli behov for færre plasser tilrettelagt for heldøgns omsorg.

Heldøgns omsorg er blitt et samlebegrep for svært ulike tilbud til ulike brukergrupper. Det eksisterer ingen felles forståelse eller definisjon av begrepet, noe som oppleves som et problem når det benyttes i statistikk, brukes som betegnelse på botilbud eller brukes til økonomiske formål⁴⁶.

For kommunen er det hensiktsmessig med boliger med mulighet for fleksibel bruk og bemanning over tid, tilpasset behovet til brukerne som til enhver tid bor i boligene. Mange omsorgsboliger er bygget som såkalte selvstendige omsorgsboliger. Som oftest blir slike boliger et supplement snarere enn et alternativt til sykehjem. Forfatterne Edvardsen og Helleland benytter begrepet omsorgsbolig på alt som ikke er institusjon.

"Hvis boligen ikke er en institusjon, vil den være en form for omsorgsbolig. Det finnes ingen lov- definisjon av begrepet omsorgsbolig. Begrepet brukes om alle typer boliger utenfor institusjon. I St. meld. Nr. 35 (1994-95) omtales omsorgsbolig som: "En mellomløsning mellom brukernes opprinnelige bolig og en institusjonsplass. Disse boligene skal brukes av eldre og andre med pleie og omsorgsbehov". Slike boliger kan ha mange ulike betegnelser, som for eksempel velferdsbolig, trygdebolig, eldreleilighet, aldersbolig, trygdepensjonat, bo- og servicesenter, pleie og omsorgshjem, bo- og aktivitetssenter og bokollektiv.⁴⁷"

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

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a, skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester⁴⁸. I ovennevnte FOU rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

⁴⁶ Omsorg 2020 "Heldøgns"

⁴⁷ Edvardsen og Helleland: "Betaling for beboere i institusjon"

⁴⁸ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

Flere forskere⁴⁹ i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

I rapporten "Rom for omsorg" (Omsorg 2020) kommenteres følgende:

"Ettersom 80 prosent av dagen sykehjemspasienter har en demenslidelse, er det derfor satt som krav i Husbankens tilskuddsordning at alle sykehjem og omsorgsboliger skal bygges som små tilrettelagte enheter, enten de organiseres i små avdelinger eller bofellesskap med få beboere. Dette er også i tråd med mange andre brukergruppes behov, jf. Reformen for mennesker med utviklingshemming og Nevroplan 2015."

Videre i samme rapport, beskrives at mye tyder på at de mer tradisjonelle institusjonene er på vei ut og at framtida vil skape nye løsninger som tar med seg det beste fra både institusjons- og hjemmetjenestetradisjonen.

Kunnskap og holdninger må strategisk og målrettet bygges opp over tid i kommunen. En fremtidig helse- og omsorgsstrategi-plan kan danne grunnlaget for det.

5.2 Mat, ernæring og måltider

Mat og ernæring er et tema som får, og stadig vil få, større oppmerksomhet i helse- og omsorgstjenestene. Dette kommer til syne på flere måter. I Stortingsmeldingen "Leve hele livet" vektlegges mat og måltider sterkt. God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet. Mange eldre er feil- eller underernært og får ikke ivaretatt sine grunnleggende behov for riktig ernæring. Gjennom nasjonalt pasientsikkerhetsprogram er det egne tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring både for sykehjem og hjemmetjenesten.

Trygghetsstandard i sykehjem⁵⁰ er et rammeverktøy som piloteres i 4 kommuner i Norge. Formålet er å redusere uønsket variasjon i opplevd kvalitet til pasienter og pårørende. Ett av områdene som omfattes av trygghetsstandarden er ernæring, mat og måltider i sykehjem. Evalueringen av piloten gjøres gjennom følgeforskning. Målet med piloteringen av verktøyene er at de skal kunne tas i bruk i sykehjem over hele landet.

Dette gir grunn til å anta at kommunene fortsatt må rette større oppmerksomhet og innsats mot mat, måltider og det ernæringsfaglige området i fremtiden. Dette gjelder både forhold rundt produksjon av mat, faglighet og kompetanse blant medarbeidere i kommunene og tilrettelegging for gode rammer rundt måltidene. Spesielt løftes behovet for systematisk kartlegging av ernæringsstatus frem, en vurdering av ernæringsmessig risiko og planlegging av tiltak mot underernæring. Det er viktig å poengtere at ernæringstiltakene bør ha en tverrfaglig tilnærming der kokker, helsefagarbeidere og sykepleiere samarbeider om individuelt tilpassede måltider for pasientene. Forhold som kartlegging av risiko, ernæringssammensetning og pasientens preferanser må tas hensyn til.

Med tanke på risikoen og kostnadene ved dårlig og feil ernæring (fall, gjentatte sykehusinnleggelse, infeksjoner og forvirring som eksempler), er investeringer i god ernæring antagelig kostnadseffektivt for kommunene, det er forebyggende og ikke minst helsebringende for pasientene og beboerne som har kommunale tjenester. I "Leve hele livet" beskrives det at alle kommuner bør ha kjøkken og

⁴⁹ Omsorg 2020: Rom for omsorg, VID/Agenda Kaupang: Heldøgnsomsorg- Kommunens dekningsgrad.

⁵⁰ <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem#pasientperspektivet>

matfaglig kompetanse lokalt. En ordning for tilskudd (fra 2020) til renovering, etablering eller gjenetablering av lokalkjøkken på sykehjem utredes nå. Sørfold kommune har eget produksjonskjøkken ved institusjonene.

Oppsummert: Mat, ernæring og måltider er en del av vårt dagligliv, vår kultur og vårt sosiale liv. Å sette søkelyset på gode måltidsopplevelser er viktig. Både hva som serveres og rammene det serveres i, bidrar til gode opplevelser. Det er også et uttalt mål å redusere underernæring. God ernæring er et godt pasientsikkerhetstiltak. For kommunene må kjøkkenet og den matfaglige kompetansen blir en større del av helse- og omsorgstjenesten. De ansatte i helse- og omsorgstjenesten må se på mat og måltider som en viktig del av behandling og pleie. Sørfold kommune bør jobbe systematisk med ernæringsarbeid.

5.3 Aktivitet og fellesskap

Aktivitet og fellesskap innebærer gode opplevelser sammen med venner og familie og å være en del av et sosialt nettverk. Tilbud om aktiviteter – fysiske og sosiale, i regi av frivillige eller kommunen er viktige tiltak. Aktiviteter som legger opp til både religionsutøvelse, møte mellom generasjoner, som kan skape interesse og for gode øyeblikk. Kommunene kan for eksempel opprette en funksjon som samfunnskontakt som kan være et bindeledd og koordinator mot ulike aktører og aktiviteter i samfunnet. En slik funksjon kan styrke samarbeid på tvers av offentlige og private organisasjoner, frivillige og lokalsamfunnet.

5.4 Helsehjelp

Eldre skal føle seg verdsatt, respektert og involvert. Gode helse- og omsorgstjenester ivaretar den enkeltes behov og spørsmålet "hva er viktig for deg", skaper et utgangspunkt for å la eldre være sjef i eget liv. Hverdagsmestring innebærer å legge til rette for å kunne klare seg selv i størst mulig grad. Helse- og omsorgstjenestene tilrettelegger gjennom å tilby hjelpemidler, opptrening og løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet og selvstendighet. Helsepersonellet må heller tenke "hva kan jeg gjøre sammen med deg" enn "hva kan jeg gjøre for deg". Det innebærer at kommunen har proaktive tjenester, driver aktivt med forebyggende arbeid og kartlegging. Tilbud om fysisk trening og miljøtiltak kan bidra til økt mestring og velvære.

5.5 Sammenheng i tjenestene

Gode og sammenhengende tjenester gir trygghet og forutsigbarhet. Overgangene mellom hjem, sykehus og sykehjem krever både god planlegging og god kommunikasjon. En personsentrert tilnærming innebærer at det er den enkeltes behov som danner utgangspunktet for planene som legges sammen med brukeren og pårørende. Pårørende trenger god støtte og avlastning, både avlastningstilbud, dialog og pårørendeskoler kan bidra. Kommunene bør organisere tjenestene slik at både beboere i sykehjem og brukere i hjemmetjenesten får faste primærkontakter, det gir økt trygghet og avklarte ansvarsforhold. Både organiseringen og samarbeidet mellom sykehjem og hjemmetjenester og alternativ turnusordning med bruk av langvakter, kan bidra til økt kontinuitet.

Oppsummert er *Leve hele livet* en kvalitetsreform som skal gi de eldre mulighet til å velge, den setter brukernes behov i sentrum. Kommunene skal bli bedre på å koordinere og tilrettelegge. Reformen stiller ikke bare forventninger til helse- og omsorgstjenesten, men til hele samfunnet og de eldre selv.

5.6 Kompetanse og rekruttering

"Innbyggerne i kommunene skal kunne møte en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste med kompetent og nok helse- og sosialfaglig personell som kan håndtere sammensatte behov hos brukerne. Fagpersoner må derfor kunne levere kunnskapsbaserte tjenester i samarbeid med brukere og pårørende, og kompetente ledere må ha innovasjon, fag- og tjenesteutvikling integrert i sitt

daglige arbeid."⁵¹ (s 5) Dette skrives i Kompetanseløftet 2020 – oppgaver og budsjett for 2017. Årsrapporten 2016 for Kompetanseløftet 2020⁵² viser at det skjer et løft i kompetansehevingen i kommunale helse- og omsorgstjenester innenfor mange fagområder, også ledelse. Kompetansenivået er stigende og nye utdanninger og opplæringsprogrammer tas i bruk. Men fortsatt er det en lang vei å gå. En fjerdedel av de ansatte i brukerrettede omsorgstjenester er fortsatt ufaglærte. Den første delrapporten i følgeevalueringen⁵³ av regjeringens satsing Kompetanseløft 2020 er gjennomført av de tre forskningsinstituttene Sintef as, NIBR og NIFU. Evalueringen viser at etter- og videreutdanning, kurs og deltagelse i læringsnettverk brukes som et virkemiddel for å beholde personell. Etter- og videreutdanning ser også ut til å være det aller viktigste trekkplasteret for å rekruttere personell, foran lønn.

Det er kjent at arbeidskraft og kompetanse til helse- og omsorg er en knapp ressurs. Likeså er det konkurranse om denne. Behovet kompetansen øker, samtidig som en rekke kommuner har en negativ befolkningsutvikling. Tilbudet om utdanning som kan kombineres med jobb og familieliv er derfor viktig for å rekruttere og beholde kompetanse i kommunene. Med økt spesialisering og økt kompleksitet står kommunene overfor store utfordringer i årene som kommer for å opprettholde et tilbud som både er tilstrekkelig i omfang og kvalitet og som oppfyller alle lovmessige krav.

Mange er opptatt av hvordan man skal rekruttere medarbeidere med nødvendig kompetanse og hvordan man skal beholde den kompetansen man har. Det påpekes at rekruttering er viktig og at man ønsker at medarbeidere skal bli. Det er ønskelig å rekruttere riktig kompetanse, men at det er vanskelig å få tak i for eksempel sykepleiere. Å rekruttere medarbeidere med "spesiell" kompetanse må bety at de etter tilsetting får benytte denne kompetansen, det vil si høy grad av kompetansemobilisering.

Riktig kompetanse på rett sted er avgjørende for at brukerne skal få gode tjenester. Med den demografiske utviklingen som bakteppe, der vi vet at det blir flere eldre som lever lengre med sine diagnoser og færre omsorgspersoner til å ta seg av dem, forsterkes utfordringene ytterligere av at god helsefaglig kompetanse blir mangelvare i fremtiden. Å rekruttere og beholde kompetansen blir derfor av stor betydning, særlig for sårbare små distriktskommuner.

Helsedirektoratets behovsanalyse for kompetanse i helsetjenestene frem mot 2030⁵⁴ peker på at det er viktig at klinisk kompetanse kombineres med annen kompetanse som skal få til samhandling og gode pasientforløp, som forbedringskunnskap, koordinerings- og samhandlingskompetanse, systemforståelse og ledelse. Rapporten peker på at spesialisthelsetjenesten blir ytterligere spesialisert og at primærhelsetjenesten i større grad må håndtere flere oppgaver rundt store grupper pasienter med vanlige og kroniske sykdommer, eksempelvis lungesykdommer, allergier, angst og depresjoner mv.

I et arbeidsmarked med konkurranse om kompetansen, må Sørfold kommunen være en attraktiv arbeidsgiver. Det innebærer både å skape trivsel og godt arbeidsmiljø og lavt sykefravær, å satse på å bygge kompetanse over tid og ikke minst bruke den rett. Det er viktig at rekruttering for fremtidige utfordringer sikter seg inn mot å få "riktig" kompetanse. På hvilken måte kommunen kan ivareta en del av behovene i samarbeid med andre kommuner i regionen bør også sees på i valg av strategi for fremtiden. Lovmessige krav om tilgang på kompetanse er allerede kjent for kommunen og fra 2020 omfatter dette også psykolog- og ergoterapeutkompetanse.

⁵¹ Kompetanseløftet 2020, Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017. Rapport H-Dir, IS-2560

⁵² Kompetanse og personell i Helse- og omsorgstjenesten, Status 2015 for Kompetanseløftet 2020. Rapport H-dir IS-2684

⁵³ Evaluering av kompetanseløft 2020. Første delrapport 2018. Sintef, NIBR, NIFU. Rapport nr 2018:00595

⁵⁴ Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten – en status -, trend – og behovsanalyse frem mot 2030, Rapport IS-1966, 2012

5.7 Om å få tjenester hjemme

Ifølge SSB vil framtidens eldre trolig være annerledes sammensatt enn dagens eldre når det gjelder viktige kjennetegn med betydning for ressursituasjonen, helse og funksjonsevne. De har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, bedre boforhold og færre vil bo alene. Forskning og statistikk på Eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er i bedre stand til å håndtere utfordringer i hverdagen⁵⁵.

Mange, både representanter fra brukerrådene og medarbeidere er opptatt av at innbyggere må gis mulighet til å bo hjemme- /- i egen bolig så lenge som mulig, Det er nok litt utydelig hva dette skal bety i praksis. Noen sier at tjenestene må bli mindre knyttet til sykehjemmene, mens andre er tydelig på at det er viktig med flere sykehjemsplasser.

Det virker som kommunene i dag ikke har en tydelig ideolog som er formidlet ut til innbyggerne og som følges opp av ledere og medarbeidere om hvilken innretning en skal ha på framtidige tjenester. Skal det satses på hjemmetjenester bør konsekvensene av dette tydeliggjøres.

5.8 Sykehjemmenes rolle og funksjon

Etter RO sine vurderinger er det noe uklart hva sykehjemmenes framtidige rolle og funksjon bør være, som tiltak innenfor et helhetlig helse- og omsorgstilbud i Sørfold kommune. Hvilken rolle og funksjon et sykehjem skal ha, avhenger av hvordan de øvrige tjenestene innrettes. Dette gjelder en samla helse- og omsorgstjeneste, tilgang på omsorgsbolig og alternativ bolig for de som ønsker å flytte fra opprinnelig bolig, men som ikke trenger en omsorgsbolig. I hvilken grad tjenesten og innbyggerne tar i bruk tekniske hjelpemidler, tilbud om forebyggende hjemmebesøk, faglige ressursteam som for eksempel demensteam, hverdagsmestringsteam, ernæringsteam mv.

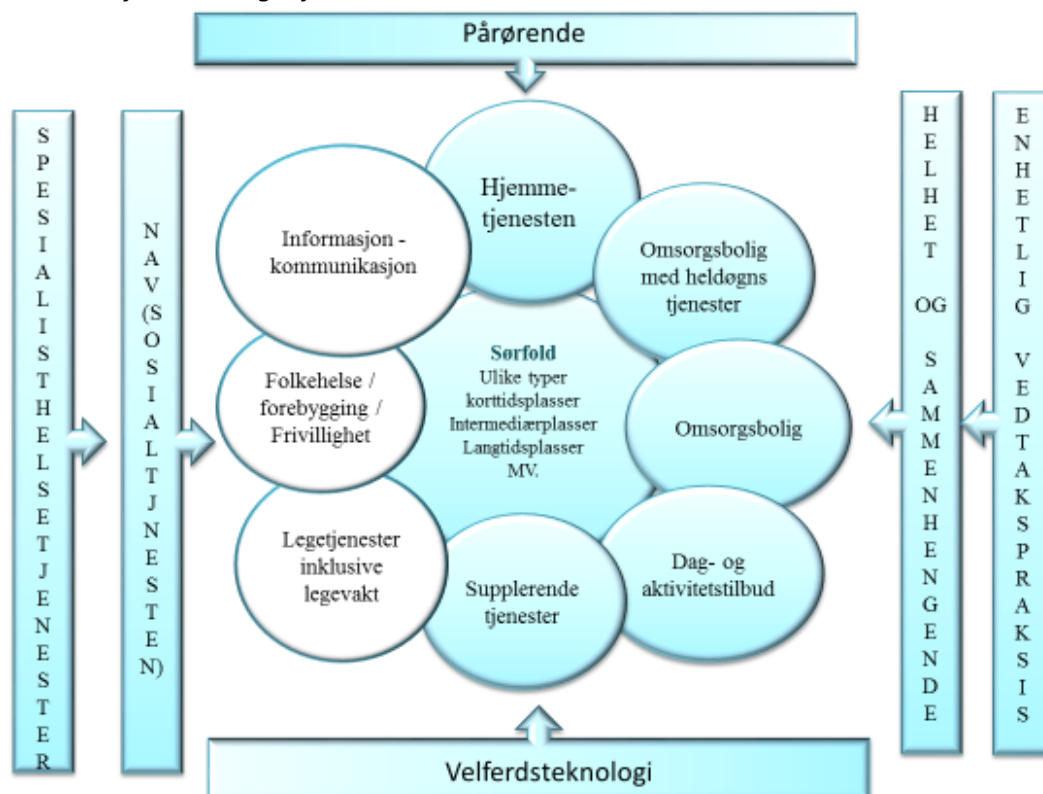
Hvis målet er at flest mulig skal kunne bo i egen, ikke nødvendigvis opprinnelig bolig, lengst mulig, bør et sykehjem i større grad innrettes for medisinsk utredning og behandling som ikke krever sykehusinnleggelse, opptrening og avlastning mv. Dette krever igjen at et sykehjem bemannes med medarbeidere med nødvendig kompetanse. En kompetanse som også kan nyttes for de som bor hjemme. Enten i behandlingen, til veiledning av hjemmetjenesten, bruker og pårørende. En slik innretning vil etter RO sine vurderinger kreve at et sykehjem i større grad innrettes etter hvilken funksjon som skal ivaretas. Det vil si at sykehjemmet "spesialiserer" seg.

I dag uttaler mange at samhandlingen mellom enhetene ikke er god nok, eller kan forbedres. Selv om det er noe ulike oppfatninger om dette, er det et krav om at helse- og omsorgstjenesten skal være helhetlige og koordinerte. Det betinger reell samhandling og at kompetanse kan nyttes fleksibelt mellom enhetene. En slik fleksibilitet vil øke muligheten for at flere medarbeidere kan få økte stillingsandeler, som igjen vil bidra til å bedre rekrutteringen og omdømme. Samtidig som at medarbeider i større grad får nyttiggjort kompetansen sin. Som tidligere nevnt øker da indre motivasjon, tilhørighet og reduserer turnover.

RO har i bilde under illustrert hvordan et helhetlig/koordinert og sammenhengende tjenesteløp bør innrettes.

⁵⁵ Rogne, A. F. og Syse, A. Fremtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønster og helse. Oslo: SSB, 2017. SSB-rapport 2017/32

Bilde 3: Illustrasjon helhetlige tjenester



Kilde: RO

5.9 Ledelse

Økt søkelys på utvikling og effektiv ressursbruk har ofte ført til mer kritisk søkelys på bruk av ressurser til lederstillinger og administrative funksjoner. Det verserer ulike påstander når det gjelder bruken av ressurser til ledelse og administrative funksjoner.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenestene er det ikke uvanlig at vi hører motstridende påstander som kommer fram i diskusjonene:

- Omsorgstjenestene har for mange ressurser knyttet til lederstillinger og lederfunksjoner, det vil si at de bør greie seg med færre
- Omsorgstjenesten er "underledet" sammenlignet med andre sektorer.

Samtidig er omsorgstjenesten oftest:

- Den mest arbeidskraftintensive enheten i kommunen og ressursmessig dominerende i kommunenes budsjetter
- Enheten må forholde seg til innbyggernes lovhjemlede rett til tjenester.
- Både innhold og krav til kvalitet på tjenestene blir i stor grad regulert gjennom lover og forskrifter
- Flest medarbeidere i deltidsstillinger
- Tjenester 24 timer i døgnet 350 dager i året (24/7)

Med ledertetthet mener RO: "Antall medarbeidere eller antall årsverk per definert lederstilling og hvor leder har personal- og økonomiansvar", det vil si daglig drift.

Det betyr at det er lederen som er den daglige koordinatoren, tilretteleggeren og mest direkte og nærmeste veilederen for medarbeidere på utøvende nivå. Det vil si at leder har daglig driftsansvar og daglig personaloppfølging og koordinering. Spesielt gjelder dette omsorgstjenestene som skal være i operativ drift hele døgnet – alle dager i året, både i helgene, i høytidene, i feriene – alle kvelder og alle netter. Omsorgstjenestene har døgnskcontinuerlig ansvar for hjelpetrengende året rundt. Døgnskcontinuerlige tjenester må sikre sammenheng mellom dag, kveld og natt. Dette er en utfordring som for eksempel dagtjenester ikke står overfor.

I mange kommuner har omsorgstjenestene egne medarbeidere som i hovedsak arbeider på natt. Det er en særlig utfordring å innlemme nattevakter i det øvrige "arbeidslaget". Når nattskiftet er fri, er dagskiftet på arbeid – og omvendt. Hvis nattskiftet skal delta på møter, skjer dette som regel på dagtid - i nattskiftets fritid. Det er en særlig utfordring for overordnet leder å nå nattskiftet, fordi overordnet leder i hovedsak arbeider på dag. Når medarbeidere arbeider både på kveld og i helger, betinger dette at det store flertallet av de som går på dagskift, også arbeider i turnus (dag, ettermiddag, kveld og helg). Turnusarbeid innebærer at ut fra turnusoppsett, blir arbeidslaget (medarbeidere knyttet til en enhet) oppsplittet i den forstand at det kan gå lang tid før en medarbeider møter samme kollega igjen. Hvis kollegaen arbeider helg, har vedkommende rett på fridager. Tilbake på arbeid, kan kollegaen arbeide dag, mens andre arbeider på kveld. Beskjeder og informasjon må i stor grad skje ved hjelp av skriftlige rutiner ført i det elektroniske fagsystemet. Ledere med det daglige koordinerings- og oppfølgingsansvaret står overfor særlige utfordringer fordi en i så stor grad er avhengig av skriftlig informasjonsutveksling.

RO opplever ofte at faste medarbeidere ønsker i liten grad å arbeide i helgene.⁵⁶ En ønsker å verne om sin fritid. Færrest mulige helgevakter blir ansett som et "privat" gode, fordi færre helgevakter betyr fritid i helgene. Men jo sjeldnere faste medarbeidere arbeider i helgene, desto mer er enheten avhengig av vikarer og/eller medarbeidere i små stillingsandeler. Medarbeidere i små stillingsandeler som ofte bare arbeider i helgene representerer som regel et "svakt" ledd, både fordi de kan ha svakt engasjement i arbeidet, de er "fremmed" for det store arbeidskollektivet ("de andre" som arbeider i dagskiftet), de er der i små tidsbolker og de har ofte ingen relevant utdanning. Ledelsen har store utfordringer for å nå "helgevikarene". Resultatet kan bli at "helgevikarene" i stor grad er uten reell ledelse." Lederen" blir den faste medarbeideren som arbeider helgevakt sammen med vikarene.

Når ledere i omsorgssektoren beskriver noen av sine utfordringer som ledere, sies det at det er å nå alle medarbeidere en er leder for - å nå dem med informasjon, å skape mulighet for etisk, faglig og praktisk refleksjon sammen med leder og kollegaer for å utvikle og forankre felles forståelse av mål og rutiner. Og å "se" den enkelte medarbeider gjennom nærværende og verdsettende ledelse.

En døgntjeneste gjør at det er en utfordring for ledelsen å nå alle medarbeidere fordi døgntjenesten "sprrer" medarbeiderne i ulike turnuser. Medarbeiderne blir spredd i tid: dag, ettermiddag, natt, helger osv., og medarbeiderne blir spredd i rom: feriene tas ut til forskjellige tider, når en arbeider helg, har en fri på virkedager osv. For å få turnuser til å "gå opp" og for å kunne avvike ferier, er døgnskcontinuerlige tjenester avhengige av vikarer som må læres opp. Omsorgstjenestene er preget av en brukergruppe med sammensatte og komplekse behov, der behovene i større grad endres og er forskjellige innenfor en kort tidsenhet, og der omsorgstjenestene må samarbeide med langt flere (eksterne) samarbeidspartnere.

I helse- og omsorgstjenestene skjer en kontinuierlig endring av hvilke enkeltindivider som tildeles tjenester: brukere av helse- og omsorgstjenester slutter å bruke tjenestene fordi de blir friske eller selvhjulpne, brukere dør, brukerne får forverret helsesituasjon og dermed økte hjelpebehov. Deler av

⁵⁶ Det RO her sier om helg, er i noen grad også gyldig for kveld. RO finner det ikke formålstjenlig å detaljere diskusjonen spesifikt for helgene og spesifikt for kveldene.

helse- og omsorgstjenestene har som eksplisitt mål at brukerne skal ha hjelp kun over korte tidsbolker, med det resultat at enkeltbrukerne blir skiftet ut med nye gjennom året. Det faktum at helse- og omsorgstjenestenes enkeltindivider i så stor grad kontinuerlig endres, medfører at helse- og omsorgstjenestene har en særlig utfordring ved å påse at individuelle opplysninger, tilpasning av tjenester osv. til enhver tid er oppdatert blant medarbeiderne. Det vil si at innen helse- og omsorgstjenestene er hovedbildet at behovene endrer seg – en og samme bruker kan i løpet av en (kort) tidsenhet bli friskere, sykere og endre diagnoser. Helse- og omsorgstjenestenes brukere er særlig karakterisert ved at de har hjelpebehov som kontinuerlig er i endring. Slike kontinuerlige endringer stiller store krav til et system som kan sikre at medarbeidere til enhver tid handler ut fra opplysninger som kontinuerlig er oppdatert og "riktig" forstått. Innen helse- og omsorgstjenestene finnes det i prinsippet få avgrensninger – her er variasjoner og kompleksitet i brukers livssituasjon like variabel og kompleks som hverdagen generelt kan by på.

En vesentlig del av omsorgstjenestene er å sørge for *kvaliteten*⁵⁷. Det fordrer at helse- og omsorgstjenesten samarbeider med pårørende og en lang rekke interne og eller eksterne instanser. Internt består helse- og omsorgstjenestene av mange profesjoner eller yrkesgrupper – sykepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere, ufaglærte, fysioterapeuter, leger, ergoterapeuter, matprodusenter med flere.

Helse- og omsorgstjenestene er styrt av lover og forskrifter så langt gjelder system og organisasjon. For å sikre visse kvalitetsinnhold, settes det hjemlede krav om at bestemte tjenester skal være tilgjengelige (for eksempel fra lege, at tjenester skal ytes døgnkontinuerlig), men der den enkelte kommune selv har bestemt hvordan tjenestene skal organiseres.

Helse- og omsorgstjenesten i Sørfold ledes i dag av en kommunalsjef⁵⁸, tre enhetsledere i 100 prosent stilling⁵⁹ (institusjoner⁶⁰, hjemmetjenester og helsetjenester). Kommuneoverlegen har ca. 40 prosent stilling for å ivareta oppgaver i forbindelse med smittevern, miljøretta helsevern, beredskap, planarbeid, medisinsk faglig rådgivning mv. Flere av de som er intervjuet uttaler at ledelse må ha mulighet til nærledelse og at samhandlingen mellom tjenestestedene må bli bedre. Etter den informasjonen RO har fått, stiller vi spørsmål om det er tydeliggjort hva ledelse er og forutsetningen for å utøve lederskap.

Både Sørfold sykehjem og Sørfold eldresenter har hver sin avdelingsleder i 100 prosent stilling. Hjemmetjenesten har 1 avdelingsleder i 100 prosent stilling. Det som er av betydning for å nå mål, sørge for daglig drift, arbeidsmiljø, effektivitet osv. er hvordan ledelse utøves. Slik RO har definert ledelse, er det avgjørende at den enkelte leder er nærværende, "ser" og gir tilbakemeldinger til den enkelte medarbeider, at vedtak blir fulgt, at avvik- og dokumentasjonssystemet benyttes og at kommunen har en tjeneste som er faglig oppdatert. I denne betydningen er det en øvre grense for hvor mange medarbeidere en leder makter å forholde seg til. Likeså hvilke oppgaver stabstøttepersonell bør bidra med. Mye tyder på at en stor del av ledernes daglige drift er å betrakte som «merkantile oppgaver».

⁵⁷ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

⁵⁸ Kommunalsjefstillingen dekker også skoler og barnehager

⁵⁹ Enhetsleder institusjon har overordnet ansvar for to institusjoner, og personalansvar for avdelingsledere og alle ansatte i avlastningsbolig. Mens enhetsleder hjemmetjenesten har overordnet ansvar for hjemmetjenesten, og personalansvar for BPA. Enhetsleder helse og velferd har overordnet og direkte personalansvar for ansatte innenfor legekontor, helsestasjon, flyktningetjenesten, NAV, barnevern, psykiatrisk sykepleier. Sosiale tjenester i NAV er vedtatt som vertskommuneløsning i Samarbeid med Fauske kommune i 2020. Arbeides med iverksetting nå. Avdelingsleder Eldresenter har ansvar for ØHD-plass.

⁶⁰ Dekkes i dag opp av en avdelingsleder

RO har fått opplyst at det er ønskelig å se om ikke helse- og omsorgstjenestene bør innrettes annerledes. RO støtter dette.

For å kunne forstå lederrollen i en flatere organisasjon, er det på sin plass å si noe om lederrollen generelt og hvilke formelle oppgaver ledere har. Strand (2007) framhever at en måte å beskrive ledelse i organisasjoner, er ved å se på ledelse ut ifra ulike roller. Et nyttig rammeverk for å redegjøre for lederrollen i organisasjoner er å anvende Mintzberg (1980) sin beskrivelse av lederrollen. Han knytter lederrollen til de formelle oppgavene lederne har i organisasjoner. Lederrollen kan ifølge Mintzberg (1980) deles inn i tre hovedkategorier: 1. Mellommenneskelige roller, 2. Informasjonsroller og 3. Beslutningsroller.

I flate organisasjoner vil lederrollen endre seg betydelig i forhold til den mer tradisjonelle hierarkiske lederrollen. Lederoppgavene vil primært være de samme (Jf. Mintzberg 1980), men måten man utfører disse oppgavene på vil være annerledes med en flat struktur. Man beveger seg fra transaksjonsorientert ledelse (kontroll) til transformasjonsorientert ledelse (felles visjon) (Bass 1990). Med transformasjonsledelse menes at ledere i større grad benytter seg av en idealisert innflytelse, inspirerende motivasjon, intellektuell stimulering og individualisert oppmerksomhet (Bass 1985).

Transformasjonsorienterte ledere blir oppfattet som inspirerende for ansatte ved at de har evnen til å imøtekomme ansattes emosjonelle behov og stimulere ansatte til å arbeide (Bass 1990, 21). Lederrollen i slike organisasjoner vil dermed ha en mer tilretteleggende, koordinerende og igangsettende funksjon, og i mindre grad kontroll- og rapporteringsfunksjoner (Hillestad 2008a, 182).

I flate organisasjoner kan det oppstå flere utfordringer ifølge akademikere som Hillestad (2002, 2003, 2008a), Colbjørnsen (2002, 2003), Sørhaug (2004) og flere. Hillestad (2008a) påpeker at det i flate organisasjoner er mer behov for ledelse, både når det gjelder administrativ og relasjonsbasert ledelse. Det innebærer på den ene siden koordinering av arbeidsprosesser, kontroll av arbeidsprosesser, rutiner og oppgaver. På den andre siden innebærer det mer mellommenneskelige egenskaper som oppfølging, coaching og en tilstedeværende leder som er tydelig og klar (Hillestad 2008a). Bakgrunnen for behovet for mer ledelse skyldes primært mangel på strukturer og faste rammer som hierarkier og rutiner. Dette kan medføre mangel på oversikt i en flat organisasjon (Colbjørnsen 2003).

Ut i fra akademiske tekster av Hillestad (2002, 2003, 2008a) og Colbjørnsen (2002, 2003) er det hensiktsmessig å foreta en egen inndeling av lederutfordringer i tre dimensjoner: 1. Arbeidstakernes kompetanse, 2. Administrativ koordinering og 3. Personalloppfølging av medarbeidere. Disse tre dimensjonene er typiske utfordringer i flate og fleksible organisasjoner, som er mest relevante for å forstå lederutfordringene som kan oppstå i Sørfold kommune.

I flate organisasjoner kan det også oppstå et større kontrollspenn for ledere enn i hierarkiske organisasjoner. Med kontrollspenn menes det i denne sammenheng hvor mange ansatte ledere har ansvar for, og i hvilken grad de har kapasitet til å lede disse. Stort kontrollspenn innebærer at ledere i slike organisasjoner ofte har ansvar for mange ansatte, i motsetning til ledere i hierarkiske organisasjoner. Her er det viktig å se på driftsform, 24/7/365, hele- eller delte stillinger eller kun dagdrift. Likeså er det viktig å se på hva som er delegert og videredelegert av myndighet til for eksempel avdelingsledere og fagledere. Et stort kontrollspenn kan være utfordrende for ledere å håndtere, og gjør lederrollen vanskeligere. Dette vil kunne ha en innvirkning på lederens mulighet og evne til å følge opp ansatte tilstrekkelig nok. Ledere i flate organisasjoner vil ofte ikke kunne gi alle ansatte like god oppfølging (Ghiselli og Siegel 1972).

Regjeringen har gjennom plan for omsorgsfeltet 2015-2020 uttalt følgende⁶¹: "Helse- og omsorgstjenester er viktige velferdsordninger for befolkningen. De som er ledere i disse tjenestene, har fått et samfunnsoppdrag med å forvalte og lede tjenestene slik at samfunnets mål med tjenestene i størst mulig grad nås. Å være leder i helse- og omsorgssektoren er både spennende og utfordrende. Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner som driver døgntilgjengelig virksomhet hele uka hele året gjennom. Dette stiller høye krav til lederskap, fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og samspill med andre aktører. De ulike tjenesteområdene for-ventes å samhandle helhetlig og koordinert, og ledelsen skal legge til rette for brukermedvirkning i ulike prosesser. Sett i forhold til størrelse og kompleksitet, er det få ledere i denne sektoren.

God ledelse på alle nivå er avgjørende for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Lederansvar forutsetter formelle muligheter og virkemidler til å utøve ledelse, og at ledelsen har kunnskap om disse. Tilsynserfaringer tyder på at styring og ledelse ikke alltid ivaretas på en god nok måte. Mange kommuner kan dokumentere at de arbeider med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god ledelse og styring. Skal tjenestene ivareta økte forventninger og nye oppgaver må det satses offensivt for å styrke lederskapet, øke ledertettheten og utvikle lederrollene i tjenestene. For å styrke ledelseskompentansen i tjenestene er det som del av Kompetanseløftet 2015 etablert en lederutdanning for helse- og omsorgssektoren. Det vises til omtale og forslag i Meld St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet".

Videre viser RO til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten⁶² hvor formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften tydeliggjør ledere og ansattes ansvar. Likeså at tjenesten skal arbeide kontinuerlig med forbedring.

5.10 Om organisasjonskultur

Organisasjonskultur handler om hvordan medarbeidere tenker om jobben de gjør, samspillet mellom medarbeidere og mellom medarbeidere og brukere, og i det hele tatt om hva som er greit og ikke greit i en organisasjon.

Noen av de som er intervjuet beskriver at medarbeidere er i sine "siloe", forstått som at det er vanskelig å få til samarbeid mellom enhetene / avdelingene, vanskelig å få folk til "å gå på tvers". Andre beskriver det motsatte. RO kan ikke påstå at det er slik, bare at det her er ulik oppfatning. En slik tenkning begrenser medarbeideres mulighet til å utnytte egen kompetanse. Noe som er viktig for tilhørighet og trivsel. Evnen til å jobbe på tvers og kommunisere mellom enhetene er svært viktig for å skape sammenhengende tjenester med god kvalitet.

Mange opplever at det ikke er en klar ideologisk retning det arbeides etter. Og som er kjent både for politikere, ledere, medarbeidere og innbyggere. Slik RO oppfatter det hadde Sørfold satt seg som mål å dreie tjenestene mer mot hjemmebaserte tjenester. Spørsmålet RO stiller er om konsekvensen av et slikt vedtak er fulgt opp i praksis?

Mange organisasjoner investerer store ressurser i rekruttering og kompetansehevinge tiltak, men for at disse investeringene skal bidra til verdiskaping, må kompetansen bli brukt og komme til nytte. Ny forskning fra Norge viser også at medarbeidernes oppfatning av mulighetene til å bruke egen kompetanse har stor betydning. Funn fra seks store utvalg med 4 451 respondenter, viser at medarbeidere som i høy grad opplever å få brukt kompetansen sin, er mer indre motiverte, mer

⁶¹ https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf

⁶² <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

lojale til organisasjonen og i mindre grad har planer om å slutte. Mulighetene for å bruke kompetanse er enda viktigere for indre motivasjon enn de tre hovedfaktorene i moderne motivasjonsteori; tro på egen kompetanse, autonomi og opplevd tilhørighet. Effekten av disse variablene avhenger helt eller delvis av opplevd kompetansemobilisering. Funnene tyder derfor på at ledere av kunnskapsarbeidere møter spesielle utfordringer i form av en balansegang mellom tillit og støtte. For å prestere er det derfor ikke nok med motivasjon og tro på egen kompetanse. For å kunne utnytte motivasjonen og skape verdier må medarbeideren få muligheter til å bruke kompetansen sin. Kompetanse utgjør et potensial for å handle og prestere og nå mål. Dette potensialet må mobiliseres gjennom relevante muligheter, oppgaver og utfordringer for å bidra til ytelse og verdiskapning. God utnyttelse av kompetanse har åpenbare økonomiske implikasjoner, både for enkeltmedarbeidere og for organisasjoner og på samfunnsnivå. Det er imidlertid ikke bare den faktiske og objektive bruken av kompetanse som har verdi⁶³.

Ifølge såkalt egenmotivasjonsteori (self-determination theory) må medarbeidere tro på egen kompetanse for å være indre motivert for en oppgave (Gagne og Deci 2005). Indre motivasjon reflekterer en genuin glede av og interesse for oppgaven. Ytre motivasjon, derimot, innebærer at det er ytre belønninger og incentiver som for eksempel lønn, bonus og status som motiverer mest for å gjøre en innsats. Mange studier viser at indre motivasjon er den formen for motivasjon som gir flest positive effekter for både medarbeideren selv og for organisasjonen (se for eksempel Kuvaas 2009). Derfor er denne formen for motivasjon spesielt viktig å sette søkelys på.

Opplevd kompetansemobilisering reflekterer i hvilken grad en medarbeider opplever å få adekvate muligheter til å trekke på sin egen kompetanse i sin nåværende jobb. En medarbeiders opplevelse av å få brukt kompetansen sin gjenspeiler ikke nødvendigvis den faktiske utnyttelsen av kompetanse. Flere faktorer kan spille inn, for eksempel troen på egen kompetanse. Noen medarbeidere vil kanskje undervurdere seg selv og mene at de i stor grad får brukt kompetansen sin, selv om de egentlig har et mye større potensial. Andre medarbeidere kan være tilbøyelige til å overvurdere seg selv og undervurdere i hvilken grad de får utnyttet kompetansen sin. En annen faktor er at en persons kompetanse, bestående av kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger, er en omfattende, kompleks og dynamisk ressurs som det er svært vanskelig å danne seg et fullstendig bilde av. Det er dessuten ikke graden av samsvar mellom en medarbeiders egen vurdering og et eller annet objektivt mål som nødvendigvis har størst interesse eller betydning⁶⁴.

Forskning tyder på at en medarbeiders opplevelse av å få brukt kompetansen sin utgjør en selvstendig og viktig motivasjonsfaktor, uavhengig av i hvilken grad oppfatningen objektivt sett er korrekt. For eksempel tyder tidligere studier på at høy opplevd kompetansemobilisering er knyttet til større trivsel på jobb, høyere mestringstro og en sterkere følelse av å ha verdi på jobb (Parker 2003, Morrison, Cordery, Girardi og Payne 2005). Lav kompetansemobilisering, derimot, ser ut til å ha en sammenheng med dårligere psykisk velbefinnende på jobb, dårligere trivsel, lavere lojalitet til bedriften og sterkere planer om å slutte for å finne jobb et annet sted⁶⁵.

5.11 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Det er totalt 20 utviklingssentre i Norge. I Nordland er senteret lagt til Vestvågøy kommune⁶⁶. De har et viktig oppdrag i å spre kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgsektoren i sitt fylke. Det

⁶³ Kilde: Linda Lai ph.d.-/ dr.oecon., er professor i organisasjonspsykologi ved Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI

⁶⁴ Linda Lai ph.d. / dr.oecon., er professor i organisasjonspsykologi ved Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI

⁶⁵ (Feldman 1996, Bolino og Feldman 2000, Feldman, Leana og Bolino 2002, Maynard, Joseph og Maynard 2006, Erdogan og Bauer 2009).

⁶⁶ <https://www.utviklingssenter.no/utviklingssentre/nordland/aktiviteter>

overordnede formålet er å styrke kvaliteten på tjenestene. Målgruppene er først og fremst sykehjem og hjemmebaserte tjenester i kommunene. Det er definert nasjonale satsningsområder for utviklingssentrene og hvert av sentrene bidrar til dette med utgangspunkt i lokale behov.

5.12 Nasjonale føringer

Nasjonale meldinger, utredninger, strategier, reformer, lover og evalueringer ligger til grunn for kommunenes prioriteringer, satsinger og valg av retning i helse- og omsorgssektoren.

Foruten "Leve hele livet" er de viktigste dokumentene vi har lagt til grunn i denne rapporten Omsorg 2020, som er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Demens 2020 skal også bidra til å målrette de generelle virkemidlene i Omsorg 2020. Tiltakene i denne kan sees i sammenheng med Kompetanseløft 2020 som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

6 Anbefalinger

Gjennomgangen viser etter RO sine vurderinger at helse- og omsorgstjenesten i Sørfold har mange kvaliteter. Samtidig viser den at det er mye som kan forbedres gjennom blant annet å tydeliggjøre hvilke mål kommunen og tjenesten skal arbeide etter. Og hva dette betyr i praksis. Både for politikken, ledere, ansatte, innbyggere, brukere og pårørende.

I forbindelse med planprosessen anbefaler RO at Sørfold kommune klargjør:

- Status og utfordringsbilde på kort og lengre sikt både faglig og økonomisk.
- Hvilken ideologi som skal gjelde for en samla helse- og omsorgstjeneste og klargjør konsekvensene av denne.
- Hva kan videreføres på kort og lang sikt for å sørge for bærekraftige tjenester?
- Hvor må vi tenke annerledes – ny praksis for å sørge for faglige og økonomiske bærekraftige tjenester? Må se på innretning / organisering
- Hva betyr det å inneha en lederfunksjon og hva betyr det å være medarbeider?
- Sørge for god merkantil støtte for ledere
- Hvordan sikre økonomisk bærekraft og framtidig rekruttering? Sørfold kommunen må ta stilling til om det er bærekraftig fortsatt å ha 2 sykehjem.
- Vurdere bemanningsbehovet ved sykehjemmene/avdelingene og differensier dette ut fra funksjon
- Hvordan sikre at det er sammenheng mellom vedtakstimer og praksis i hjemmetjenesten?
- At tjenestene har større søkelys på kvalitet og kvalitetsforbedring
- At tjenesten sørger for å få flere ansatte på heltid
- Fortsatt arbeide for å øke nærværet / redusere sykefraværet der det er høyt
- At tjenesten gjennomgår å tydeliggjøre bruken av kompetanse
- At det etableres en praksis som sikrer koordinerte tjenester
- Hvordan sikre at vi kommer fra mål til handling?

Vedlegg 1: Intervjuplan

Sørfold kommune

Intervjuplan 1. 2. og 3. april 2020

Fra RO, Ingvar Rolstad (IRO)

For å gjennomføre intervjuene/samtalene på en effektiv måte bør intervjuene skje via telefon

Dag 1.4.2020					
Dato	Tidspunkt	Intervju/samtale med	Fra RO	Telefonnummer	Navn/deltakere
1/4	08.00-08.45	Kommunedirektør	IRO	92461616	Stig Arne <u>Holtedah</u>
1/4	08.45-09.30	Kommunalsjef	IRO	46824305	Lisbeth Bernhardsen
1/4	09.30-10.15	Leder eldreråd	IRO	91539968	Tor Ankjell
1/4	10.15-11.00	Økonomisjef	IRO	48266977	Kjellaug Bendiksen
1/4	11.00-11.45	Personalsjef	IRO	95925622	Gunn Ellingsen
1/4	11.45-12.30	Pause Ungdomsrådet via teams			
1/4	12.30-13.15	Leder helse- og velferd	IRO	95747125	Gunnbjørg Olufsen
1/4	13.15-14.00	Hovedverneombud /verneombud	IRO	48114527	Stig Elvebakk
1/4	14.00-14.45	Helsesykepleier	IRO	90935325	Trude <u>Zahlsen</u>
1/4	14.45-15.30	Helsesykepleier	IRO	90857423	<u>Berill Dåbakk</u>
Slutt					

Dag 2.04.2020					
2/4	08.00-08.45	Kommuneoverlege	IRO	99468556	Ingar Strand
2/4	08.45-09.30	Avdelingsleder fysioterapitjenesten	IRO	95732644	Rakel Pettersen
2/4	09.30-10.15	Enhetsleder	IRO	92865382	Margunn Elise Skjevik
2/4	10.15-11.00	Avdelingsleder	IRO	90778468	Wanja Olsen
2/4	11.00-11.45	Avdelingsleder	IRO	91186624	Dianne <u>Ramirez</u>
Pause					
2/4	12.30-13.15	Avdelingsleder	IRO	94149348	Randi Louise Langø
2/4	13.15-14.00	Tildelingskontor	IRO	91620930	Helene <u>Hernholm Berge</u>
2/4	14.00-14.45	Hovedtillitsvalgt	IRO	95107171	Fagforbundet. Katrin Elvebakk
2/4	14.45-15.30	Hovedtillitsvalgt	IRO	47393234	Sykepleierforbundet, Sissel Annie Karlsen
2/4	15.30-16.00	Hovedtillitsvalgt	IRO	99698899	Sykepleierforbundet, Margrethe Stensland
Slutt					
3/4	0900-0930	Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne	IRO	95126593	Leder Thorstein Inderberg
3/4	0830-0915	Ergoterapeut	IRO	91140065	Johanne Steinmo-Solvang
3/4	0915-1000	Fagutviklingssykepleier	IRO	91176828	Ailin Furnes, jobber 50% fagutvikling og 50% i turnus ved Sørfold sykehjem

Vedlegg 2: Oppsummering Meld. St. nr. 15 *Leve hele livet*



Meld. St. 15 – LEVE HELE LIVET

Kjernetema: Muligheten til å velge. Matglede for de eldre. De eldres helse- og omsorgstjeneste. Pårørendeomsorg. Alternative arbeidsordninger.

INNSATSOMRÅDE	NASJ. PROG. FOR ET ALDERSVENNLIG NORGE	AKTIVITET OG FELLESKAP	MAT OG MÅLTIDER	HELSEHJELP	SAMMENHENG
	Mål: Møte utfordringene med økende antall eldre. Middel: Egeninnsats og partnerskap mellom offentlige myndigheter, arbeids- og næringsliv, private aktører, sivilsamfunn og forskning og utdanning.	Mål: Å ta vare på eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjonene. Middel: Skape økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap	Mål: Skape gode måltider og redusere underernæring Middel: Riktig mat til rett tid basert på behov, valgfrihet og systematisk ernæringsarbeid	Mål: Helse- og omsorgstjenestene skal i større grad ta utgangspunkt i de eldres behov og la eldre få være sjef i eget liv lengst mulig. Middel: Forebygging, kartlegging, mestring og miljø	Mål: Gi eldre økt trygghet for forutsigbarhet gjennom pasientforløp og overganger mellom eget hjem, sykehus og sykehjem med færre ansatte å forholde seg til, samt å se og ivareta pårørende Middel: Personsentrert tilnærming, fokus på overganger og primærkontakt (m,m)
LØSNINGER	PLANLEGG EGEN ALDERDOM Utfordre befolkningen til selv i større grad å ta ansvar for å planlegge for egen alderdom. Tilrettelagt, sosialt og aktivt	GODE ØYEBLIKK Eldre bør få tilbud om minst én time aktivitet daglig med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov	DET GODE MÅLTIDET Et godt måltid skal bestå av næringsrik mat som ser god ut, lukter godt og smaker godt. Maten og måltidet må tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov og serveres i en hyggelig ramme	HVERDAGSMESTRING Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selv-hjelpne og klare seg selv i størst mulig grad. Hverdagsmestring er et virkemiddel for økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedret funksjonsevne og utsettelse av funksjonsfall. Velferdsteknologi er viktig på løsnings-siden	DEN ENKELTES BEHOV En personsentrert tilnærming innebærer å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Individuell plan må utformes og jevnliges samtaler med bruker og pårørende er viktig. Spør: "Hva er viktig for deg?"
	ELDBRETTET PLANLEGGING Kommunene bør involvere eldre i arbeidet med å planlegge og utforme nærmiljø og lokalsamfunn	TRO OG LIV Helse- og omsorgstjenestene må sørge for at den enkeltes tro- og livssynsutøvelse og behov for samtaler om eksistensielle spørsmål blir ivarettatt	MÅLTIDSTIDER Måltidene bør fordeles jevnt ut over dagen og kvelden og det bør ikke gå mer enn 11 timer mellom kvelds- og frokostmåltidet	PROAKTIVE TJENESTER Tjenester som settes inn på et tidlig tidspunkt, før alvorlig sykdom har utviklet seg. Inneholder å oppsøke innbyggere som ikke oppsøker helsetjenestene selv og tilby tettere oppfølging. Kartlegging ved hjemmebesøk	AVLASTNING OG STØTTE TIL PÅRØRENDE Pårørende må få støtte, avlastning og anerkjennelse gjennom fleksible kommunale avlastningstilbud, informasjon og dialog (bruke digitale verktøy) og pårørendeskoler og samtalegrupper som medvirker til mestring og læring
	NASJONALT NETTVERK Knytte seg til globale nettverk for aldersvennlige byer og kommuner	GENERASJONSMØTER Å etablere møteplasser mellom unge og eldre i dagliglivet og om å organisere aktivitet og virksomhet på tvers av generasjonene	VALGFRIHET OG VARIASJON Den enkelte må i størst mulig grad få mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner når det gjelder meny, tidspunkt for måltidene og hvem de vil spise sammen med	MÅLRETTEDE BRUK AV FYSISK TRENING Eldre bør få tilbud om fysisk trening og aktivitet som forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak. Gjøre organisert og i grupper	FÆRRE Å FORHOLDE SEG TIL, ØKT KONTINUITET Organisering slik at beboere i sykehjem og eldre brukere i hjemmetjenesten får primærkontakt. Gir tydelighet i rolle og ansvar. Alle brukere i hjemmetjenesten bør være sikret at hjelpen kommer til avtalt tid. Kommuner oppfordres til å organiseres i funksjonsinndelte arbeidslag og å prøve ut alternative turnusordninger, som langturnus.
	PARTNERSKAP PÅ TVERS AV SEKTORER Partnerskapsordning for institusjoner, organisasjonsliv, utdanning, forskning og næringsliv med sikte på å skape med aldersvennlige institusjoner og bedrifter	SAMFUNNSKONTAKT Helse- og omsorgstjenesten bør vurdere å opprette en funksjon som samfunnskontakt, som kan være bindeledd og koordinator mellom nærmiljø, familie og pårørende, frivillige og andre i lokalsamfunnet	SYSTEMATISK ERNÆRINGSARBEID Eldre som mottar helse- og omsorgstjenester i sykehus, sykehjem og av hjemmesykepleie må kartlegges for ernæringsstatus. Det må vurderes risiko for feil- og underernæring og det skal utarbeides individuell ernæringsplan	MILJØBEHANDLING Målet er å øke mestring og velvære, skape nye muligheter for kommunikasjon, dempe angst og uro og redusere unødige legemiddelbruk. Eksempelvis enkelttiltak eller miljøterapeutiske metoder, samt gode fysiske og psykososiale rammebetingelser	MYKERE OVERGANG MELLOM EGET HJEM OG SYKEHJEM. Gradvis overgang med mer avlastning, lengre vekslingsfelt og bedre overlapp ved flytting. Samordning av ressurser på tvers av hjemmetjeneste og sykehjem. Eventuelt statlig regelverk som er til hinder, skal gjennomgås.
	SENIORRESSURSEN Rekruttering og tilrettelegging til frivillig arbeid, formelt og uformelt, privat og offentlig.	SAMBRUK OG LOKALISERING Sykehjem og omsorgsboliger bør bygges slik at de blir en integrert del av lokalmiljøet, gjerne med felles møteplasser og naboskap på tvers av generasjoner og funksjoner	KJØKKEN OG KOMPETANSE LOKALT Alle kommuner bør ha kjøkken og matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor maten produseres. Tilskudd til renovering, etablering eller gjenetablering av lokal kjøkken på sykehjem fra 2020 utredes	SYSTEMATISK KARTLEGGING OG OPPFØLGING Med formål om tidlig intervensjon bør helse- og omsorgstjenesten utvikle og bruke ansattes kompetanse i systematisk kartlegging, observasjon og oppfølging. Omfatter fysisk helse og funksjon, ernæringsstatus, munn- og tannhelse, sanseapparat, psykisk helse og sosiale forhold	PLANLAGTE OVERGANGER MELLOM KOMMUNER OG SYKEHJUS Det bør legges til rette for tidlig planlegging og saksbehandling for utskrivning i samråd med pasient og pårørende, og for gjensidig kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Læringsnettverk for gode pasientforløp forlenges til 2022.

www.ro.no

E-post: ro@ro.no

Telefon: 74 83 97 99