



OVERHALLA KOMMUNE

DRIFTS OG RESSURSANALYSE FOR PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN

STYRINGSDATA FOR OMSORG

RUNE DEVOLD AS

2008-07-01

1. Innledning og konklusjon	4
1.1 Formål.....	4
1.1.1 Noen begrep som benyttes i analysen.....	5
1.2 Metode og datagrunnlag.....	6
1.2.1 Forståelse og tolkning av økonomiske beregninger	6
1.3 Konklusjoner.....	7
1.3.1 Hovedkonklusjon	7
1.3.1.1 Boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitikkk.....	7
1.3.2 Underliggende konklusjoner.....	8
1.3.2.1 Mulighetsrommet for omstilling	9
1.4 Framskrivning av kostnader	10
2. utfordringer generelt.....	11
2.1 Behovsprøvd velferdsproduksjon – behov for ny selvforståelse	11
2.2 Omsorgstrappa – en generell tilnærming	14
2.2.1 HDO-utfordringer i Overhalla	16
3. Overhalla i prosjekt for KS.....	17
3.1 Lønnskostnader pr tjenestemottaker	17
3.2 Hvor godt differensieres det mellom brukere ?	18
3.2.1 Ressursbruk – brukergrupper og ulike boligarenaer	19
3.3 Aldersgrupper og ressursbruk.....	20
Praksis for tildeling av praktisk bistand og hjemmesykepleie	22
4. Brukeroversikter	24
5. Omsorgstrappa – trinn for trinn	26
5.1 Brukere med de minste behovene – hvilke tjenester får de?.....	26
5.1.1 Brukere med substitusjonstjenester i hjemmetjenesten	26
5.2 Brukere med ordinære hjemmetjenester.....	27
5.2.1 Brukerne etter boligarena.....	28
5.2.2 Praksis for tildeling av tjenester etter distrikt og funksjonsnivå.....	28
5.2.3 Fordelingspolitikk i hjemmetjenesten	29
5.2.3.1 Økonomisk effekt av dagens praksis	30
5.2.4 Produktivitet i ordinær hjemmetjeneste	30
5.2.4.1 Nærmere om psykiatri	31
5.2.5 Oppsummering og muligheter framover	32
5.3 Utviklingshemmede - HDU.....	32
5.4 Brukere med HDO-tilbud	35
5.4.1 Oppsummering og muligheter for HDO.....	36
5.5 Brukere med andre tjenester.....	37
5.5.1 Brukere med støttekontakt	37
5.5.2 Brukere med omsorgslønn.....	37
5.5.3 Brukere med brukerstyrt personlig assistent (BPA)	38
5.5.4 Dagsenter	38
5.6 Brukere i sykehjem	38
5.6.1 Ressursbruk i sykehjem	39
6. Økonomi og organisasjon	40

6.1 Framskrivning av økonomiske rammer	40
6.1.1 Hjemmetjenester - framskrivning	41
6.1.2 HDO – framskrivning	42
6.1.3 Tjenester til funksjonshemmede (HDU)	43
6.1.4 Sykehjem	43
6.2 Styringsdata	43
6.3 Saksbehandling, vedtak ved tildeling av tjenester	43

1. INNLEDNING OG KONKLUSJON

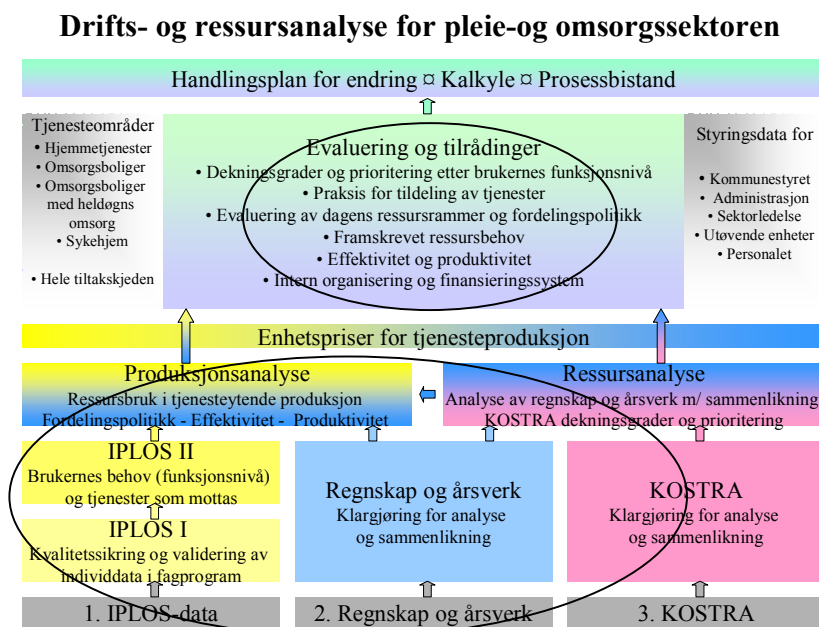
1.1 Formål

Drifts- og ressursanalysen inngår i kommunens evaluering av pleie- og omsorgstjenestene, og skal støtte kommunens langtidsplanlegging.

Fokusområder: Nivå på tjenestene og kjennetegn ved brukerne i ulike deler av omsorgstrappa, kriterier for tjenestetildeling, fordelingspolitikk, effektivitet, produktivitet og sammenlikning med andre kommuner. En del emneområder er analysert på relativt grovt nivå slik at kommunen selv kan prioritere det videre arbeidet.

I forhold til de enkelte tjenesteområder dekkes hjemmetjenestene fullt ut, med unntak av boligtiltak for utviklingshemmede som avgrenses til å se på brukernes funksjonsnivå og gjennomsnittskostnader pr bruker. For sykehjem avgrenses til å se på brukernes funksjonstap og vurdering av brukernes behovskjennetegn, samt en summarisk sammenlikning av kostnader i forhold til andre kommuner. Nærmere analyse av driftsøkonomi i sykehjem kan gjøres dersom kommunen ønsker det.

Rapporten gir styringsdata gjennom såkalt Drifts- og ressursanalyse, slik figuren viser.



I prinsippskissen er fokusområdet innringet. KOSTRA omtales i avsnitt som sammenlikner Overhalla med resultater fra vår rapport til KS, ”Kostnadsbilder i pleie- og omsorg”.

1.1.1 Noen begrep som benyttes i analysen

Funksjonsnivå (FN): FN beskriver brukernes mestringsevne i forhold til aktiviteter i daglig liv (**ADL**). Når funksjonssvikt inntreffer, f.eks. i forhold til å utføre alminnelig husarbeid, benytter tjenesteapparatet IPLOS-kriterier for å journalføre dette, som evt. grunnlag for å fatte vedtak om å yte tjenester til husarbeid (praktisk bistand). Vi benytter skalaen 1-5, der 1 er god mestring (ikke behov for hjelp) og 5 er svært hjelpetrengende. I alt 17 variable benyttes:

Fungere sosialt
Innkjøp
Daglige beslutninger
Ivareta egen helse
Mobilitet innendørs
Husarbeid

Vaske seg
Av/påkledning
Matlaging
Spise
Toalett
Mobilitet utendørs

Syn
Hørsel
Huske
Kommunisere
Styre egen adferd

Når alle ADL-variable er skåret, beregnes et samlet veiet gjennomsnitt av skårede verdier på alle ADL til sammen (ekskl. syn/hørsel). Dette gjøres ved hjelp av vektorer som SSB har utarbeidet. Beregnet veiet gjennomsnitt vil da ligge på skalaen 1 til 5. Skalaen deles så inn i 16 intervaller, slik at brukeren til slutt får tilhørighet i en av 16 funksjonsnivågrupper (FN-grupper), der gruppe 1 har lette funksjonstap, gruppe 16 har svært store funksjonstap og hjelpebehov. Flere tabeller og grafer i analysen benytter denne inndelingen. Ved behov for grovere inndeling benyttes en inndeling av brukerne i 3 grupper: lette, middels og tunge funksjonstap.

I visse sammenhenger ser vi nærmere på mønsteret for funksjonstapet, og benytter gjerne en tredeling av ADL-variablene i såkalte snitt. I denne analysen benyttes følgende snitt:

Personlig ADL: personlige gjøremål, ofte flere ganger daglig omfatter *vaske seg, av/påkledning, spise og toalett*, med andre ord livets basale funksjoner.

Instrumentell ADL: gjøremål der en blir funksjonshemmet i forhold til ytre omgivelser, omfatter *innkjøp, mobilitet innendørs og utendørs, husarbeid, matlaging*. De fleste som utvikler hjelpebehov starter med en eller annen form for svikt i instrumentell ADL, gjerne husarbeid.

Kognitiv ADL: beskriver evne til intellektuell og/eller emosjonell mestring, omfatter *sosial fungering, ta daglige beslutninger, ivareta egen helse, huske, kommunisere, styre egen adferd*. Mennesker med demens vil f.eks. gjerne skåre høyere enn verdi 3 på huske, kommunisere mv.

Referansekommuner - andre kommuner for sammenlikning: Analysen benytter en database med sammenliknbare tall fra andre kommuner. En av disse, Trondheim kommune, benyttes av flere grunner som såkalt referansekommune. De har god datakvalitet, har kommet langt i å utvikle en felles strategisk praksis for tildeling av tjenester på ulike trinn i omsorgstrappen og de drifter tjenestene innenfor en moderat ressursramme totalt sett. Det sammenliknes også med andre kommuner. Kommuner velges ut for sammenlikning på grunnlag av krav til ferske tall, datakvalitet og relevans.

Brukeroversikter: Analysen presenterer antall brukere i mange sammenhenger, med fordeling på resultatenheter, avdelinger, typer brukere osv. I visse tilfeller vil antall brukere variere noe fra tabell til tabell. Dette skyldes at vi benytter ulike filtre for kontroll (validering) av data, avhengig av tematisk fokus. Forskjellene påvirker ikke konklusjonene som trekkes.

HDO: boliger med heldøgns tilbud til eldre. Kriteriet for heldøgns er nattevakt/alarm og hjelp på natt tilgjengelig innen 5-10 minutter.

HDU: boliger med heldøgns tilbud til utviklingshemmede.

PB: forkortelse for praktisk bistand

Effektivitet: måler grad av hensiktsmessighet i forhold til krav om at omsorgstrappa skal være utbygd og brukt på en slik måte at det best mulig tjener befolkningens behov for omsorgstjenester. Begrepet benyttes i drøfting av omsorgstrappa samlet og de enkelte trinn.

Produktivitet: Måler i hvilken grad tjenesteproduksjonen, ansikt til ansikt med brukeren, tilfredsstiller krav til bruk av riktig ressursmengde for å produsere vedtatte tjenester til brukerne. Begrepet benyttes i drøfting av omsorgstrappa samlet og de enkelte trinn.

1.2 Metode og datagrunnlag

Analysene benytter IPLOS-individdata fra kommunens egne journaler, herunder opplysninger om brukernes funksjonsnivå, tjenester som brukerne mottar mv. Disse data er hentet fra kommunens fagprogram i slutten av desember 2007. IPLOS-opplysningene er tverrsnittsdata som har gjennomgått validering og oppretting av data flere omganger. For å konvertere disse opplysningene til styringsdata benyttes statistiske metoder som er utviklet sammen med SSB, Sintef m.fl. Datagrunnlaget er for øvrig av samme type som kommunene er pålagt å innrapportere til sentrale myndigheter (IPLOS – Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk – Sosial- og helsedirektoratet/SSB). I tillegg til ordinære individdata er det innhentet opplysninger om nattevakter, HMS-tid, reisetid, og økonomiske rammer (regnskapsresultat 2007 og budsjett 2008).

Data som er eksportert fra fagprogrammet er avidentifisert, og behandles som del av kommunens interne saksbehandling. Det er inngått databehandleravtale i samsvar med krav og godkjenning av Datatilsynet, jfr Personopplysningsloven, Helseregisterloven og IPLOS-forskriften.

Kommunen har etter hvert fått god datakvalitet, med unntak av psykiaritjenestene. Psykiatrien er av denne grunn ikke vurdert for eksempel i forbindelse med produktivitet. Bruk av IPLOS er pålagt alle kommuner og alle tjenestegrener. IPLOS - systemet fungerer godt også for psykiatri når en tar høyde for de spesielle forhold som blant gjelder tolkning av funksjonsnivå der kognitiv svikt i kombinasjon med god fysisk funksjonsevne underrapporterer hjelpebehov sammenliknet med andre brukergrupper. Dette fenomenet gjelder flere brukergrupper enn psykiatri, og en tar høyde for dette gjennom spesialanalyse og regler for tolkning. Kommunen tilrås derfor å arbeide for å fullføre IPLOS-basert dokumentasjon av brukere og tjenester som ytes. Dette har også betydning for innrapportering til sentrale myndigheter.

Når det gjelder regnskapstall og budsjetter for distriktene har vi fått oppgitt totalrammer for driften av åpen omsorg og bofellesskapene. For å komme fram til rammen for hver enkelt del av driften har vi gjort estimater på grunnlag av registrert produksjon av direkte brukertid med mer. Dette kan ha visse feilmarginer, uten at det svekker grunnlaget for hovedkonklusjonene.

1.2.1 Forståelse og tolkning av økonomiske beregninger

Analysen har fokus på lønn som produksjonskostnad, og holder i all hovedsak inntekter utenfor da de varierer med andre forhold enn brukernes pleietyngde og behov. For eksempel vil egenandeler være avhengig av kommunens betalingsregulativ og brukernes betalingsevne. Hvis kommunen anbefales å vurdere økning eller reduksjon i produksjon av direkte brukerrettede tjenester vil det som regel også få en viss effekt på inntektssiden som altså ikke framgår, men som kommunen selv har opplysninger til å bearbeide videre, for eksempel med utgangspunkt lokalt betalingsregulativ for egenandeler.

Når produksjonskostnader beregnes er det lønnskostnader knyttet til personell i direkte brukerrettet

virksomhet som står i fokus. Lønnskostnadene til disse omfatter alle kostnader, inklusive variabel lønn, vikarer, sosiale utgifter med videre. Fra brutto lønn fratrekkes refundert sykelønn. Administrative og merkantile stillinger holdes utenfor.

Konklusjoner som trekkes i forhold til nåværende og framtidige økonomiske rammer, produktivitet med videre har altså kun relevans for lønnskostnader i direkte brukerrettet produksjon. Begrepet økonomiske rammer må i denne sammenheng ikke forstås som budsjettammer i vanlig forstand.

1.3 Konklusjoner

1.3.1 Hovedkonklusjon

Overhalla kommune har en god omsorgstjeneste, med god kapasitet i omsorgstrappa samlet sett, og skal innen dagens ressursrammer være i stand til å betjene befolkningens behov for tjenester både nå og i framtida. Samlet sett er prislappen i største laget fordi en god del av tjenestene gis på for høyt trinn i omsorgstrappa. LEON-prinsippet -laveste effektive omsorgsnivå – følges ikke. Dette betraktes som ineffektivt (se definisjon i avsnitt foran).

Enhetskostnader og produktivitet er tilfredsstillende. Enhetskostnaden er til dels svært lave. Psykiatrien er ikke vurdert. De lave enhetskostnadene skyldes at brukerne på ulike trinn i omsorgstrappa har lettere funksjonstap enn tilsvarende i andre kommuner som Overhalla sammenliknes med, samt at ressursbruken er nøktern.



1.3.1.1 Boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik

Det konstateres svak differensiering mellom boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik.

Botilbudene har i ganske stor grad blitt benyttet som et sted å flytte til, selv om behovet for tjenester har vært begrenset. Noen brukere har heldøgns omsorg (HDO) uten at dette behovet er dokumentert.

Når boligene er opptatt oppstår det behov for tilbud på høyere trinn i trappa for brukere som utvikler middels og store behov. Det mangler skarpe kriterier for tildeling av bolig.

Samspillseffektene mellom hjemme-

tjenesten og heldøgnsstilbudene uteblir i stor

grad fordi en ikke har klare nok kriterier for tildeling av bolig som et pleie- og omsorgspolitisk virkemiddel, i kombinasjon med at hjemmetjenestene har hatt svak evne når det gjelder å gi forsterkede tilbud i brukerens eget hjem. Ressursene blir brukt opp på brukere med lette og middels store behov.

1.3.2 Underliggende konklusjoner

1. Hjemmetjenesten praktisk bistand og sykepleie samlet: Nivået på tjenestene ligger noe under middels høyt. Ytterligere effektivisering av praksis har et potensiale på 1,96 mill kr i omstilling, dersom en legger til grunn at nåløyet for å få tjenester justeres (trangere) i forhold til brukere med de minste behovene. Omstillingspotensialet bør tas ut i form av flere forsterkede tilbud til hjemmeboende som tidligere er blitt tilbudt plass i HDO eller sykehjem. Praksis kan bli noe bedre med hensyn til krav til likhet og begrunnet forskjellsbehandling. Se kap 5.
2. Bruken av Trygde- og omsorgsboligene er ineffektiv, brukerne burde hatt forsterkede tilbud i eget hjem. Den økonomiske effekten av dette er beregnet til 2,5 mill kr pr år (merkostnader ved at andre brukere med større behov må få tilbud høyere opp i trappa som følge av boligene er opptatt).
3. Produktivitet i hjemmetjenestene: Produktivitet i produksjon av kjernetjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie (unntatt psykiatrien) er rimelig tilfredsstillende når vi tar hensyn til variasjoner i reisetid, HMS-tid og andre krav til like produksjonsforutsetninger i sammenlikning med andre kommuner og faktiske produksjonskostnader. Men det kan være en viss mulighet for at dagens ramme er noe knapp.
4. Produktivitet i psykiatrien, se pkt 1.2 om metode og datagrunnlag.
5. Heldøgns omsorgsboliger (HDO): Det vises til hovedkonklusjonen. Kapasiteten samlet sett er tilstrekkelig, men Laksvold er ineffektivt utnyttet, SBA er effektivt utnyttet. Samlet merkostnad pr i dag som følge av ineffektiv tildeling av HDO er beregnet til 1,79 – 3,55 mill kr.
6. Heldøgns omsorg for utviklingshemmede (HDU): Sammenliknet med 12 andre kommuner er ressursmengden til dette formålet godt under snittet for andre kommuner, målt som gjennomsnittlig lønnskostnad pr bruker. Alt i alt tilfredsstillende drift.
7. Sykehjem: brukerne har bare til dels adekvate kjennetegn til å være i øverste trinn i trappa. Ressursmessig ligger sykehjemsdriften tilfredsstillende an, jfr siste tilgjengelige KOSTRA-tall som viser lavere gjennomsnittskostnader enn de fleste andre kommuner.
8. Brukere med substitusjonstjenester (trygghetsalarm og/eller matombringing): Tilbudene ser ut til å fungere tilfredsstillende, men antallet i denne gruppen er lavt sammenliknet med andre kommuner. Dette tolkes som en bekreftelse på at det er åpent nåløye for å tjenester i form av hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie.
9. Korttidsopphold: Kommunen har et godt tilbud i sykehjemmet. Datamaterialet gjør det vanskelig å vurdere brukernes funksjonsnivå og driften av disse tilbudene for øvrig.
10. Omsorgslønn: Antallet brukere som har tilbudet er noe høyt sammenliknet med andre kommuner. Snitt timer/uke er omtrent halvparten av snittet i andre kommuner.
11. Støttekontakter: Antallet som har tjenesten ligger omtrent som for sammenliknbare kommuner, snitt timer/uke er likt snittet i andre kommuner.
12. Brukerstyrt personlig assistent: Se omtale i kap 5.

13. Forvaltningsansvaret for vurdering av brukernes behov og tildeling av tjenester er sentralisert, og dette er tilfredsstillende.

1.3.2.1 Mulighetsrommet for omstilling

Mulighetsrommet for omstilling beregnes i moderat og høyt alternativ basert på dagens ressursrammer samlet sett i hele omsorgstjenesten, ekskl sykehjem. Prinsippet i dette er at høyt alternativ er en ytterpunktsberegning som er realiserbar, men som er vanskeligere å oppnå og drifte enn moderat alternativ.

	Tiltak	Effekt i mill 2008-kr for pkt 1-4		Merknad
		Moderat alternativ	Høyt alternativ	
Nr	Totalt for pkt 1-4	-7,24	-10,04	
1	Effektivisering i hjemmetjenesten - justert nåløyve for å få tjenester Se kap 5.2	-1,5	-1,96	Effekten kan påregnes å tas ut innen 1-3 år. Effektiviseringspotensialet anbefales beholdt i hjemmetjenesten, forutsatt at ressurser overføres til brukere med middels og tunge behov.
2	Antall HDO-brukere med adekvat behov for HDO, effekten av å gi tilbudet til brukere som ikke har behovet. Se kap 5.4	-1,79	-3,55	Knytter seg til at om lag 10 brukere som har HDO i dag burde hatt forsterket tilbud i eget hjem. Beregnet med HDO-gjennomsnittspris for Overhalla (kr 179.000) og landsgjennomsnitt (kr 355.000). Effekten av omstilling skjer gradvis etter hvert som ny tildelingspraksis får virke.
3	Antall med sykehjemsplass som kunne hatt nytte av HDO-tilbud, beregnet til 5-7 brukere. Se kap 5.6	-1,45	-2,03	Differansen mellom pris for sykehjemsplass (kr 469.000) og HDO i Overhalla (kr 179.000).
4	Effekten av at de 14 Trygde og omsorgsboligene er tildelt brukere som burde hatt tilbud i eget hjem. Se kap 5.2	-2,5	-2,5	Beregningen forutsetter at disse botilbudene kunne vært tildelt brukere med tyngre behov, og estimere økonomisk effekt av ineffektiv tildeling av bolig (boligen er opptatt). Prisforutsetning: Differansen mellom pris for sykehjemsplass (kr 469.000) og HDO i Overhalla (kr 179.000). Merkostnadene vil gradvis reduseres i takt med innføring av riktig tildeling av boligtilbud.
	Framtidige tiltak			
5	Langsiktig effekt av manglende hjemmebasert tilbud til gruppen under 67 år som aldres med psykiske lidelser (8-10 brukere) Se kap 5 generelt	-2,32	- 2,90	Differansen mellom pris for sykehjemsplass (kr 469.000) og HDO i Overhalla (kr 179.000). Effekten kommer fram mot 2020 dersom en ikke lykkes med tiltak på mellomlang sikt.

6	Beboere ved Skage bo & aktivitetssenter tilbys sykehjemsplass, plasser som i dag benyttes til korttidsopphold og rehab Se kap 5.4	-1,5	-2	Nettoberegning av effekt. Det forutsettes innsparing av 1 nattevaksordning, samt ressurser tilsvarende dagens tjenesteproduksjon på dag/kveld ved SBA, samt at om lag 1 mill kr overføres til hjemmetjenesten. Rehabtjenesten ved sykehjemmet integreres i hjemmetjenesten. Effekt kan påregnes innen 1 år.
---	--	------	----	---

Tabellen for pkt 1-4 oppsummerer effekten av praksis fram til nå, sammenliknet med foretrukket praksis, og beregner den økonomiske virkningen på driften pr 2008. Tallene viser altså den økonomiske verdien (merkostnader) på disposisjoner som allerede er gjort. De beregnede effektene indikerer også noe om omstillingsmuligheter, og den økonomiske verdien på tiltak en blir enig om å sette inn.

Eksempel: Effekten av at 14 omsorgsboliger er tildelt brukere som kunne hatt tilbud i eget hjem utgjør pr i dag 2,5 mill kr/år. Effekten er beregnet ut i fra at boligene er opptatt og forutsetning om at de brukerne som utvikler middels og store behov (og dermed er egnet for boligene) i stedet meldes på for sykehjemsplass. Dersom en gradvis greier å snu denne praksisen vil det i så fall utløse en økonomisk verdi tilsvarende 2,5 mill kr/år når tiltaket er fullført. Dette er ressurser som allerede er i systemet, og effekten av ny praksis skal tolkes i forhold til kostnader kommunen eventuelt må ta i tillegg dersom praksis ikke endres. HDO-kostnadene er lave i Overhalla pr i dag, og ny tildelingspraksis kan forventes å medføre en viss økning i disse kostnadene. Hvor stor økningen vil bli er vanskelig å estimere, og det vises derfor til tabell 1 i kapittel 3 der HDO-kostnader for andre kommuner framgår. Økte gjennomsnittskostnader for HDO reduserer den økonomiske effekten av tiltaket tilsvarende, men er likevel et riktig tiltak for omsorgstrappa i sin helhet (LEON-prinsippet).

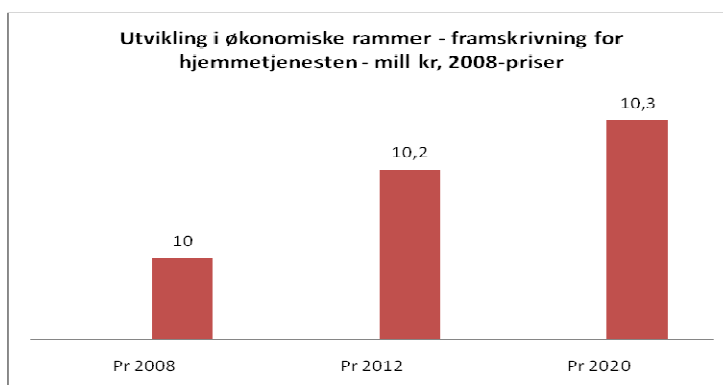
Det ene gjelder et scenario der en forutsetter at nye brukergrupper i eldreomsorgen forventes å komme som følge av tiltakende forekomst av psykiske lidelser. Disse forventes å skulle tilbys HDO. Dersom en ikke lykkes med det vil sykehjem alene være alternativet til ordinær hjemmetjenesten. Beregningen er gjort for å understreke viktigheten av å forberede seg på en annen virkelighet enn den vi ser i dag.

Den andre gjelder et aktuelt tiltak som tjenesten har trukket fram. Skage bo & aktivitetssenter kan ikke avvikes uten at en ser det i sammenheng med andre deler av tjenesteapparatet, og beregningen tar derfor høyde for at hjemmetjenesten i så fall må styrkes, slik at den framstår mer kraftfull i forhold til brukere med middels og tunge behov enn tilfellet er i dag. Avvikling vil også ha andre konsekvenser som må utredes. Hvordan en skal ta ut potensialet må utredes ved å se på de praktiske forhold, politisk/faglig ønsket profil på tjenestene med videre. Dette underlegges detaljplanlegging. I tabellens nedre del er det gjort en beregning av økonomisk effekt for to forhold.

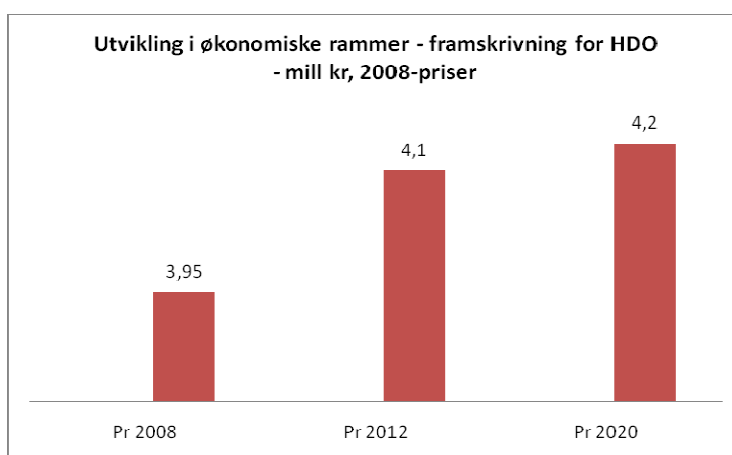
1.4 Framskrivning av kostnader

Framskrivning av befolkningen er gjort fram til 2012 og 2020 på bakgrunn av SSB's modell MMMM. Ressursbehovet er framskrevet under forutsetninger om at dagens praksis for tildeling av tjenester opprettholdes i forhold til brukernes alder og funksjonstap, og at befolkningen har samme behovsmønster som i dag. På denne måte setter vi framtidens befolkningen inn i dagens tilbud og driftsmønster.

Figuren viser framskrevet behov for ressurser i hjemmetjenesten (hjemmehjelp, hjemmesykepleie).



Dersom dagens praksis videreføres fram til 2020 vil kostnadene fram til 2012 øke marginalt med 0,2 mill kr. Fram til 2020 øker kostnadene også marginalt med 0,3 mill kr.



I likhet med hjemmetjenestene øker kostnadene marginalt fram til 2020, økningen er på 0,3 mill kr.

Alt i alt viser framskrivningen at Overhalla ikke får store merutgifter som følge av endringer i befolkningen.

2. UTFORDRINGER GENERELT

2.1 Behovsprøvd velferdsproduksjon – behov for ny selvforståelse

Pleie- og omsorgstjenestens lovbestemmelser fastslår borgernes rett til å få tjenester, Kvalitetsforskriften og andre myndighetskrav setter ytterligere rammer. Men det er helt og holdent kommunene som bestemmer hvordan omsorgstrappa skal se ut, hvordan den skal benyttes, hvor mye

ressurser som skal stilles til rådighet og til syvende og sist; hvordan den enkelte bruker skal få sydd sammen sitt tilbud.

Det legges press på kommunens saksbehandlere i møtet med brukerne – hva kan vi forvente, hva er riktig type tjeneste, riktig mengde, til riktig tid osv. Det benyttes kommunalt fastlagte standarder, faglig, etisk og humant skjønn, ofte også påvirket av kulturelle forhold. Evnen til differensiering slik Kvalitetsforskriften krever blir utfordret, like tjenester til like behov, begrunnet forskjellsbehandling mv.

Over tid påvirkes behovet for tjenester på ulike trinn i trappa slik at det kreves annen dimensjonering og ny fordelingspolitisk profil. Det er krevende å disponere ressursene på en slik måte at trappa alt i alt fungerer effektivt slik at den dekker innbyggernes behov for tjenester i tråd med individuelle brukerbehov.

Omsorgstjenestene er den mest krevende av alle sektorer å styre, uansett hva vi sammenlikner med. Hvert minutt, 24 timer i døgnet, 365 dager i året, hverdager, helg og høytider skal mennesker hjelpes. Skiftende behov og uforutsigbarhet er det vanlige. Det kreves kvalitet i bistand og pleie, saksbehandling, informasjon og forvaltning, IT-løsninger skal driftes og utvikles. 100 000 medarbeidere skal ha god kompetanse og arbeidsvilkår. Møtet mellom bruker og bistandsyter skal skje med respekt og verdighet. Tjenestene skal tilpasses en bærekraftig stats- og kommuneøkonomi. Som produsent av 100 % behovsprøvd velferdsgoder med en prislapp på over 50 milliarder kroner pr år må omsorgstjenesten ses på med nye øyne etter en periode på 30 år med oppbygging av tilbudet.

Til dette kreves en ny selvforståelse i rollen som behovsprøvd velferdsprodusent. I mange kommuner ser vi at denne rollen ikke blir ivaretatt på en god måte. Forståelsen bygger for mye på rettighetsaspektet og debatten om hva som er lovpålagt, uten at en egentlig kommer i mål med å definere hva som er lovpålagt. Vi kan påvise utallige fortolkninger av dette og sprikende praksis, fra det svært rause til det svært nøkterne. En bør i stedet ha en debatt som fokuserer på det vanskelige skjæringspunktet mellom brukernes ønsker og forventninger til nivå og innhold på tjenestene på den ene siden, og et rimelig krav til egenomsorg og avgrensning til servicebegrepet på den andre siden. Dette er også et verdivalg som er vanskelig å drøfte når debattens utgangspunkt også er det faktum at vi lever i et av verdens rikeste land.

Dernest er det helt avgjørende at kommunene tør å drøfte krav til effektivitet og produktivitet. I dette bildet kan det mange steder være nødvendig å ta et oppgjør med det politisk korrekte, ambisiøse krav fra faglig hold, forventninger fra befolkningen, mediefokus på enkeltskjebner og uheldige episoder, feil og mangler. Ansatte i tjenesten fortjener oppmerksomhet når de rapporterer travelhet og høyt tempo. Enkelte steder ser vi at svak overvåkning av effektivitet og produktivitet medfører driftsrammer som er urealistisk små. Det kan resultere i økt sykefravær. Andre steder ser vi utslag i form av svært gode ressursrammer uten at det produseres mer velferd av den grunn.

Med rapporteringsmulighetene i IPLOS er det faktisk mulig for alle aktørene å komme under overflaten og se praksis med nye øyne, slik vi gjør i denne rapporten. De mulighetene må utnyttes for alt det er verdt. Det øker styringsmulighetene, men det kreves utvikling av styringskompetanse og forståelse for styringsbehovet i alle ledd, fra kommunestyret til fotfolket. Dette krever prosesser som det dessverre er sjelden å se blir tatt på alvor. Dokumentasjon er nå tilgjengelig, tjenestene åpnes opp og blir gjennomskiktig uten å komme i konflikt med taushetsplikt og personvern.

Kompetanseutvikling hos ansatte i tjenesten i tiden framover er sannsynligvis et viktigere virkemiddel for positiv utvikling enn tilførsel av mer ressurser. Dette vil med stor sannsynlighet føre til bedre kvalitet på tjenesten og økt trivsel. Det kommer også brukerne til gode. Arbeidsgiver oppnår å bli mer attraktiv, og bedrer sitt omdømme i konkurransen om arbeidskraft.

Den gode omsorgstjenesten drøftes ofte med utgangspunkt i et krav om flere sykehjemsplasser. Økt

kapasitet i sykehjem og annen heldøgnsomsorg er ikke til hinder for å få til en god omsorgstjeneste men er heller ingen garanti. Slaget står først og fremst om å finne riktig nåløy for å få tjenester, skape likhet og begrunnet forskjellsbehandling, god styringsevne i alle ledd og god kommunikasjon med kommunens innbyggere. Våre erfaringer viser at det er nederst i omsorgstrappa de viktigste beslutningene angående nåløyet blir tatt. Der formes aktørenes holdninger og praksis på en slik måte at det blir med i alle ledd senere etter hvert som brukernes behov øker.

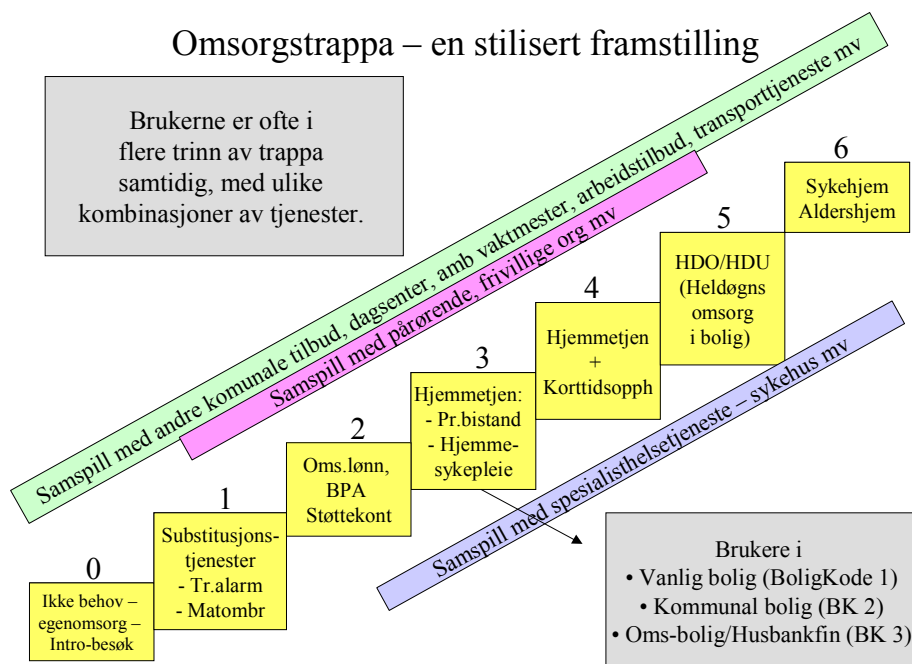
Det er den enkelte hjemmehjelper, omsorgsarbeider, hjelpepleier og sykepleier som møter brukeren i sannhetens øyeblikk – når tjenesten faktisk skal produseres. Brukeren, pårørende og de som yter den behovsprøvde hjelpen fortjener et støtteapparat som tar høyde for god styring, åpenhet og bevisst politikk slik at alle aktører vet hva de har å forholde seg til.

Overhalla kommune har en godt utbygd tjeneste. Den er resultat av mange års innsats, vilje til å bevilge penger og faglig dyktighet. Denne rapporten avdekker at det er nødvendig med et nytt grep – ny forståelse av kommunens oppgaver i grensesnittet til brukerne og befolkningen. Det kreves et skarpt skille mellom pleie- og omsorgsbegrepet, krav til egenomsorg og servicebegrepet, det kreves et skarpt skille mellom boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik og ikke minst: klare budskap til befolkningen om hva slags forventninger en skal ha. Praksis i kommunen over lang tid har skapt forventninger som ikke lar seg realisere på lang sikt innen rammen av en bærekraftig kommuneøkonomi.

2.2 Omsorgstrappa – en generell tilnærming

Alle trinn i trappa skal forvaltes og benyttes etter LEON-prinsippet – ”Laveste Effektive Omsorgs Nivå”:

Fig 1: Omsorgstrappa en stilisert framstilling



Figuren er ikke allmenn og dekker ikke alle mulige forhold. Den er snarere ment som en oversikt til hjelp når praksis skal evalueres. Vi søker etter en inndeling av brukerne i homogene grupper, slik at vi kan gjøre sammenlikninger med tilfredsstillende treffsikkerhet.

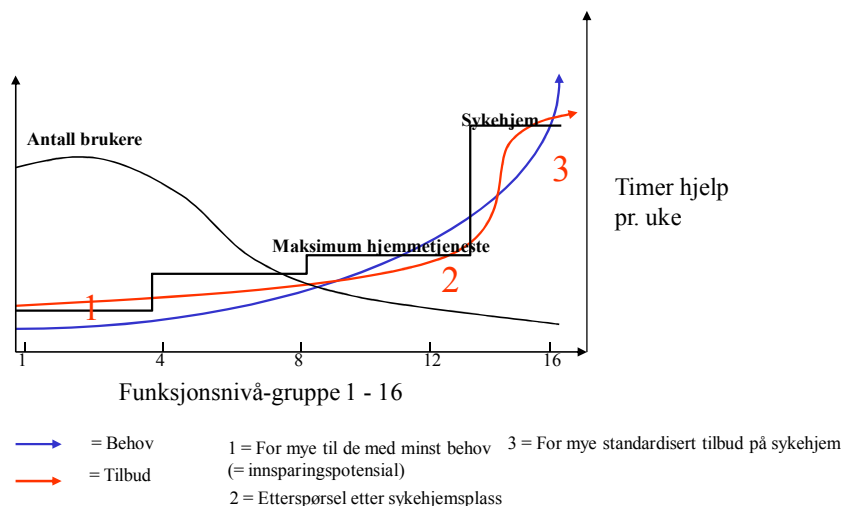
For brukerne er hele trappen en tiltakskjede som de forventer stiller opp med tjenester som ”matcher” deres behov. Det er i møtet med disse forventningene kommunens praksis skal evalueres. Det er mange elementer som skal falle på plass, blant annet tjenestenes tilgjengelighet i betydningen utbyggingsgrad for ulike deler av trappa, kommunens evne til å avdekke de reelle behov hos brukerne mv. Dette er tema for evalueringen.

HDO-drift med ekstra forsterket tilbud er såpass omfattende at mange vil si at tilbudet ligger på samme nivå som sykehjem, jfr figuren. I så fall gis det mulighet til individuell differensiering, noe som kan passe for en gruppe brukere, og som vil oppleve HDO som et godt alternativ til sykehjem Andre vil ønske seg til sykehjem, alt etter individuelle behov.

Fig 2: Omsorgstrappa uten HDO

Omsorgstrappa uten HDO

3 vanlige utfordringer



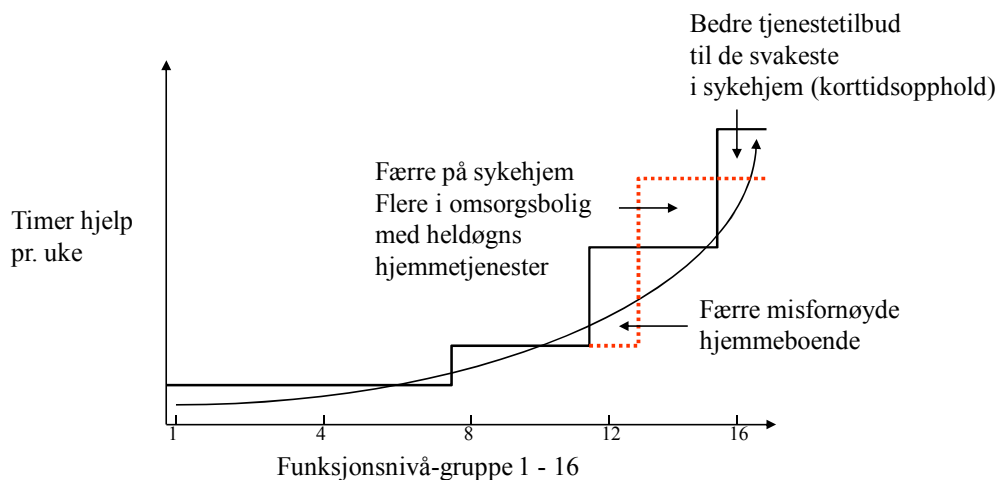
Når kommunen mangler HDO vil brukerkarrieren ofte føre til for tidlig søkning til høyeste trinn, sykehjem. Figuren ovenfor viser tydelig at maksimum ordinær hjemmetjeneste avløses direkte av sykehjem (fra 2 til 3). Dette reflekterer ikke det mangfold av bruker"karrierer" og tilstander som krever mer fleksible løsninger enn sykehjem, både med tanke på innhold i tilbudet og økonomi for brukeren og kommunen.

Dersom en derimot har HDO som et trinn i trappa kan en over tid forvente mer fleksibelt og brukertilpasset tilbud både i HDO og i sykehjem slik figuren på neste side viser (fig 3).

Fig 3: Omsorgstrappa med HDO

Det er ikke uvanlig å se at boliger som er bygget

Omsorgstrappa med HDO (Omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjenester)



Det er ikke uvanlig å se at boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål og boliger som er bygget med Husbanktilskudd gjennom Opptappingsplan for psykiatri og Handlingsplanen for eldreomsorg tildeles brukere med lette funksjonstap. Dette er ofte begrunnet med at boligene er bygget og en må få inn husleie. Dette er ineffektivt, og kommunen "straffes" ved at brukere som melder seg senere med middels store behov presser på for å flytte direkte fra egen ordinær bolig til sykehjem.

For å oppnå tilsiktet virkning er det altså viktig at en ikke bare sørger for å bygge infrastrukturen, men at en også fastlegger bevisst policy for utnyttelsen slik at en sikrer effektiv bruk. I mange tilfeller ser vi at vinninga går opp i spinninga fordi den siste forutsetningen ikke er oppfylt.

2.2.1 HDO-utfordringer i Overhalla

Kommunen har HDO-tilbud som dels er effektivt, dels ineffektivt brukt. Utfordringen videre blir å dimensjonere dette tilbudet riktig, og ikke minst øke samspillseffektene med hjemmetjenesten. I sum betyr dette å skille skarpere mellom boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitik ved tildeling av bolig og tjenester.

3. OVERHALLA I PROSJEKT FOR KS

I dette kapitlet ser vi på Overhalla sammenliknet med en del kommuner som var med i prosjektet ”Kostnadsbilder i pleie og omsorg”, en rapport fra Ressursenter for omsorgstjenestene og Rune Devold AS, offentliggjort i mai 2007. Prosjektet tok for seg overordnede strukturer i hjemmetjenesten, evaluering av KOSTRA-nøkkeltall, nivå på tjenesteyting, fordeling av kostnader på aldersgrupper og ulike grader av funksjonstap hos tjenestemottakerne.

3.1 Lønnskostnader pr tjenestemottaker

Tabell 1. Lønnsutgift pr år pr tjenestemottaker etter kommune, boligarena og tjenestetype

Kommune	KOSTRA Kroner lønnsutgift pr hjemmetjeneste- mottaker pr år (2005 og 2006)	Gjennomsnittlig lønnsutgift for tjenesteytende personell pr hjemmetjenestemottaker pr. år (2005)			
		Totalt (Ord.+HDU+HDO)	Ordinære hjemmetjenester	Heldøgns omsorgstjeneste for utviklingshemmede (HDU)	Heldøgns omsorgstjeneste for eldre/andre (HDO)
Landet 2006	123 831	117 901	68 085	823 572	355 924
Bergen	110 587	107 802	63 902	775 428	352 222
Bodø	121 192	108 313	67 552	861 375	-
Drammen	114 453	100 471	59 392	1 173 580	384 615
Harstad	136 269	130 205	76 750	633 064	632 818
Kvinesdal	122 381	200 678	100 000	720 833	384 615
Lier	135 216	147 332	57 798	739 404	383 766
Nesseby	72 333	51 950	51 950	-	-
Stord	167 083	124 483	81 087	540 548	264 700
Tromsø	169 386	154 992	106 819	1 016 614	235 727
Trondheim	130 155	135 863	63 723	983 417	441 765
Kommuner og tall utenfor KS-analysen					
Ørland (2006/07)	95 180	85 569	62 129	447 417	55 818
Time (2006/07)		127 971	83 807	743 385	355 000
Ringerike (2006/07)	141 418	141 120	69 694	1 009 403	277 771
Kvinnherad (2006/07)	157 049	164 931	72 938	662 750	374 000
Kongsvinger (2007)	107 071	117 281	88169	928 920	-
Grue (2007)	166 504	249 623	117 399	1 016 211	475 499
Lillehammer (2007)	151 260	153 747	93 360 (se merknad)	717 361	-
Sør-Odal (2007)	118 099	108 711	77 857	670 944	-
Narvik (2007)	177 026	180 752	84 113	991 704	730 103
Steinkjer (2007)	164 178	152 790	60 239	754 000	227 273
Overhalla *	86 716	86 646	49 052	455 417	179 409
N-Trøndelag 2007	154 511				
Landet 2007	160 555				

* KOSTRA F 254 Hjemmetjenester har et nøkkeltall som måler ressursinnsats i kroner pr bruker i hjemmetjenesten. Gjennomsnittlig hadde alle kommunene i 2005 en snittkostnad på kr 123.831,- pr år.

Prosjektet foretok en oppsplitting for se bak gjennomsnittstallet, og så på ordinære hjemmetjenester, HDU og HDO.

Fra og med Overhalla er KOSTRA-tallet ” Kroner lønnsutgift pr hjemmetjeneste-mottaker pr år” byttet ut med ”Korrigerte brutto driftsutgifter pr mottaker av kjernetjenester til hjemmeboende”, da SSB ikke lenger publiserer det første etter overgang ti bruk av IPLOS-tall som grunnlag for statistikken. Det førstnevnte publiseres ikke lenger. Forskjellen på disse tallene er at en tidligere kun summerte lønnsutgifter, mens en nå summerer korrigerte brutto driftsutgifter i kontoklasse 1, artene(010-290)+art429+art590-art690- art710-art729-art790. Grunnlaget for det nye tallet er altså noe utvidet i forhold til det gamle.

Gjennomsnittskostnadene for kommuner i KS-analysen er ikke lønns- og prisjustert fra 2005. Lønnsveksten de siste 2 år i kommunal omsorgssektor ligger på omlag 11 % og tolkning må ta høyde for dette. Overhallas KOSTRA-tall for snitt for ordinære hjemmetjenester i 2006 er kr 86.716,-, hvilket er betydelig lavere enn landsgjennomsnittet og alle andre kommuner enkeltvis. Det er bare Ørland som kommer i nærheten av Overhalla. .

Gjennomsnittskostnadene for ordinære hjemmetjenester ligger svært lavt, kr 86.646,-, hvilket er under alle andre kommuner enkeltvis.

Gjennomsnittskostnadene for HDU er på kr 455.417,-. Også dette er lavere enn alle andre kommuner, bortsett fra Ørland.

Gjennomsnittskostnadene for HDO på kr 179.409,- ligger betydelig lavere enn snittet, og lavere enn alle andre kommuner enkeltvis.

Alt i alt forteller tabellen at også Overhalla får unøyaktige styringssignaler ved å se på KOSTRA som forteller at kommunen ligger godt an med hensyn til enhetskostnader. Dette kan tolkes som god produktivitet, men skyldes i realiteten at omsorgstrappa samlet sett er topptung med hensyn til kapasitet, og at mange brukere med beskjedne behov har tilbud lenger opp i trappa enn de strengt tatt behøver. Kommunen møter altså brukerne med dyrere tjenestetyper enn nødvendig i en viss utstrekning.

3.2 Hvor godt differensieres det mellom brukere ?

Fornuftig bruk av omsorgstrappa forutsetter god differensiering mellom brukerne, alt etter grad av funksjonstap. Vi ser først på hvordan brukerne fordeler seg på henholdsvis de med lette, middels eller tunge funksjonstap.

Tabell 2. Andel brukere med Lette, Middels og Tunge funksjonstap i hjemmetjenesten

Kommune	Antall brukere med timetjenester	Lette	Middels	Tunge
Alle i KS-analysen	19 681	73 %	20 %	7 %
Bergen	7 819	79 %	16 %	5 %
Bodø	1 306	75 %	20 %	6 %
Drammen	1 562	67 %	23 %	10 %
Harstad	718	53 %	35 %	12 %
Kvinesdal	295	62 %	23 %	15 %
Lier	639	62 %	26 %	12 %
Nesseby	60	78 %	18 %	3 %
Bydel i Oslo	1 371	77 %	16 %	7 %
Bydel i Oslo	528	75 %	20 %	5 %
Stord	487	57 %	29 %	14 %
Tingvoll	88	64 %	22 %	15 %
Tromsø	1 312	62 %	26 %	12 %
Trondheim	3 496	72 %	22 %	6 %
Kommuner utenfor KS-analysen				
Ringerike	1003	63 %	26 %	11 %
Ørland	171	89 %	10 %	1 %
Time	388	75 %	19 %	6 %
Kvinnherad	371	76 %	20 %	4 %
Kongsvinger	697	80 %	16 %	4 %
Grue	228	63 %	31 %	6 %
Lillehammer	672	67%	26%	7%
Sør-Odal	346	83%	13%	4%
Narvik	618	79 %	18 %	3 %
Steinkjer	576	80%	16%	4%
Overhalla	172	85%	13%	2%

Tallene gjelder altså de ordinære hjemmetjenester. Tabellen er viktig for å forstå praksis i kommunene, både når det gjelder hvor lett eller vanskelig det er å få tjenester, og ikke minst å få oversikt i et fordelingsperspektiv. Summen av dette gir også gode signaler til vurdering av hjemmetjenestens plass i omsorgstrappa. Kommunen trenger signaler som sier noe om kapasiteten utnyttes på en effektiv måte. Dersom en har uforholdsmessig mye ressurser knyttet opp til brukere med lette funksjonstap vil det kreves økte ressurser for å hindre at brukere med middels eller store behov blir skadelidende og unødvendig ”skyves” oppover i trappa.

For Overhallas del forteller tabellen at kommunen har en svært høy andel (85%) brukere med lette funksjonstap i hjemmetjenesten. Andelen med middels og tunge funksjonstap er tilsvarende liten. Dette er kritisk. Det er faktisk nesten ikke brukere med middels eller tunge funksjonstap i hjemmetjenesten. Disse brukerne er overtatt av HDO-tilbud eller sykehjem. Konsekvensene av dette er svært store.

3.2.1 Ressursbruk – brukergrupper og ulike boligarenaer

Tabellen nedenfor belyser hvor store forskjeller det er i ressursbruk mellom lette, middels og tunge brukere i HDO, HDU og ordinære hjemmetjenester. Dette er altså en presisering av den første tabellen i dette kapitlet, slik at gjennomsnittstallet brytes opp i snitt for brukere med lette, middels og tunge

funksjonstap.

Tabell 3. Ressursbruk (lønnsutgift pr år) fordelt på tjenestetypene (Ordinære/HDU/HDO) og ressursbehov (Lette/Middels/Tunge) – alle kommuner og Overhalla

Lønnsutgifter pr år	Kroner pr bruker pr år Andre kommuner er prisjustert fra 2005 til 2007.			
	Alle	Lette	Middels	Tunge
Seleksjon kommuner og brukergupper				
Alle brukere andre kommuner (2005/7)	131 224	52 880	226 093	657 927
Alle brukere Overhalla (2008)	86 646	40 811	156 637	417 397
Differanse (Overhalla minus andre)	-44 578	-12 069	-69 456	-240 530
HDO andre kommuner (2005/7)	396 143	283 405	329 570	553 660
HDO Overhalla (2008)	179 409	67 718	148 335	315 097
Differanse Overhalla minus andre)	-216 734	-215 687	-181 235	-238 563
HDU andre kommuner (2005/7)	916 636	290 504	784 086	1 350 208
HDU Overhalla (2008)	455 417	35 719	392 908	1 000 131
Differanse (Overhalla minus andre)	-461 219	-254 785	-391 178	-350 077
Ord brukere andre kommuner ((2005/7)	75 779	46 149	146 112	306 899
Ord brukere Overhalla (2008)	49 052	38 821	96 977	173 440
Differanse (Overhalla minus andre)	-26 727	-7 328	-49 135	-133 459

Totalsnittet og alle underliggende snitt for Overhalla ligger lavere enn snittet for andre kommuner. Alt i alt tolkes dette som nøktern ressursbruk i alle ledd.

3.3 Aldersgrupper og ressursbruk

I mange sammenhenger oppfattes omsorgstjenesten som eldreomsorg, men over tid er det kommet til mange brukere i yngre grupper. Med sikte på blant annet å vurdere inntektssystemet har vi sett nærmere på dette, da kommunens inntekter er knyttet til antallet i eldre grupper.

Tabellen nedenfor forteller at yngre grupper (under 67 år) utgjør om lag 1/3 av antallet totalt, men de tilføres 2/3 av ressursene. Omsorgstjenesten er altså ikke bare eldreomsorg – og inntektssystemet tar ikke hensyn til store utgifter til yngre grupper, med unntak av refusjonsordningen for ressurskrevende brukere.

Tabell 4. Aldersgrupper (som i KOSTRA) og andel av ressursbruk

Kommune	Antall brukere (med timer)	Andel brukere og ressursbruk pr aldersgruppe							
		0-66 år		67-79 år		80-89 år		90+ år	
		Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser
Alle (KS<)	19681	31 %	62 %	20 %	12 %	39 %	19 %	10 %	7 %
Bergen	7819	33 %	64 %	20 %	12 %	37 %	18 %	10 %	6 %
Bodo	1306	48 %	74 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	5 %
Drammen	1562	48 %	73 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	9 %
Harstad	718	29 %	63 %	22 %	14 %	40 %	18 %	8 %	5 %
Kvinesdal	295	30 %	34 %	23 %	14 %	35 %	31 %	13 %	21 %
Lier	639	32 %	48 %	17 %	12 %	41 %	32 %	10 %	7 %
Nesseby	60	16 %	37 %	18 %	31 %	23 %	31 %	3 %	1 %
K 1 (bydel i Oslo)	1371	18 %	52 %	19 %	12 %	50 %	29 %	12 %	8 %
K 2 (bydel i Oslo)	528	29 %	39 %	18 %	16 %	38 %	33 %	15 %	13 %
Stord	487	47 %	69 %	17 %	12 %	29 %	13 %	6 %	5 %
Tingvoll	88	23 %	66 %	28 %	9 %	38 %	15 %	11 %	9 %
Tromsø	1312	28 %	59 %	24 %	13 %	39 %	20 %	9 %	8 %
Trondheim	3496	26 %	58 %	22 %	11 %	41 %	22 %	11 %	8 %
Kommuner utenfor KS-utvalget									
Ringerike	1115	28 %	55 %	21 %	15 %	42 %	23 %	7 %	7 %
Ørland	216	46 %	75 %	20 %	9 %	29 %	13 %	4 %	3 %
Time	419	44 %	66 %	18 %	10 %	30 %	18 %	8 %	5 %
Kvinnherad	479	27 %	62 %	20 %	10 %	43 %	19 %	11 %	9 %
Kongsvinger	697	43 %	69 %	24 %	17 %	29 %	12 %	5 %	2 %
Grue	316	30 %	58%	16%	12%	40%	20%	14%	10%
Lillehammer	744	31 %	74 %	18 %	7 %	38 %	7 %	14 %	6 %
Sør-Odal	346	34%	45%	24%	26%	36%	23%	5%	5%
Narvik		35%	71%	22%	14%	37%	13%	7%	2%
Steinkjer	867	24 %	42 %	21 %	14 %	44 %	29 %	11 %	15 %
Overhalla	206	46%	44%	17%	12%	29%	31%	7%	13%

Overhallas profil i dette er at kommunen har en svært stor andel av brukerne under 67 år (46%), betydelig over gjennomsnittet i andre kommuner, men andelen av ressursene til disse er lavere enn forventet, 44% mot snitt for andre på 62%. Noe av dette kan skyldes underrapportering av tjenester fra psykiatrien. Aldersgruppene over 67 år utgjør samlet 44% av brukerne og de mottar 56% av ressursene. Alt i alt har Overhalla en svakere eldreomsorgsprofil enn gjennomsnittet.

De funn tabellen beskriver var ny kunnskap for alle da KS-rapporten ble presentert. Mange har antatt at det nettopp var slik, men det var første gang det kom tall på bordet. Omsorgstjenesten er altså ikke bare eldreomsorg, snarere tvert i mot når det gjelder ressursbruk. **For Overhallas del er bildet altså mindre tydelig i forhold til hovedkonklusjonen i KS-rapporten.**

Prosjektet for KS undersøkte i hvilken grad de store utgiftene under 67 år hadde sammenheng med forekomsten av kognitiv svikt (for eksempel psykiske lidelser), og fant at det har en klar sammenheng i alle aldersgrupper under 67 år. Det vises til merknad angående underrapportering av tjenester fra psykiatrien.

Sluttmerknad angående KS-analysen

Tallene gjelder for alle hjemmetjenester. Det vises til kommentar til tabell 1. Alt i alt ser vi en nøktern ressursbruk i alle ledd. Men det bakenforliggende forhold er at omsorgstrappa er topptung i kapasitet og at LEON-prinsippet ikke følges. Hjemmetjenesten mangler brukere med tunge og middels funksjonstap i stor grad, HDO er tildelt en god andel brukere som burde hatt forsterket tilbud hjemme. I sum får kommunen skjeve signaler fra KOSTRA, det ser ut til at man driver billig i alle ledd, god produktivitet. Dette er isolert sett riktig, men det er ineffektivt fordi det i stor grad gis feil tilbud til for høy pris til brukere i forhold til funksjonstapet.

Kommunen har altså en omsorgstrapp som ikke er dimensjonert riktig i forhold til befolkningens behov når en legger LEON-prinsippet til grunn. Alt i alt bruker kommunen mer ressurser enn nødvendig innen omsorgen.

Praksis for tildeling av praktisk bistand og hjemmesykepleie

For å belyse praksis for tildeling av tjenester ytterligere splittes brukerne i ordinære hjemmetjenester i 16 FN-grupper slik at vi kan se på antall timer praktisk bistand og hjemmesykepleie disse mottar. Tallene for alle kommunene i KS-prosjektet går fram av tabellen.

Tabell 5. Gjennomsnittlig timer/uke, praktisk bistand og sykepleie, kommunevis (boligkode 1-3, ekskl HDO og HDU)

Kommuner	Gjennom-Snitt	Funksjonsnivågrupper															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Snitt alle	3,1	1,1	1,7	2,3	3,0	4,0	5,0	6,3	7,6	7,8	10,2	10,2	11,0	15,0	18,5	22,9	20,6
Bydel	2,2	1,1	1,4	1,8	2,2	2,6	3,7	5,4	4,5	7,0	8,8	5,5	8,8	5,3	6,8	4,2	1,0
Bydel	3,1	1,4	1,4	2,4	2,6	4,4	4,4	4,6	7,2	7,1	9,0	5,3	14,7	2,4	-	-	-
Drammen	2,3	0,9	1,1	1,1	1,3	2,1	2,3	4,7	4,1	4,5	5,5	4,3	6,9	5,7	7,0	12,4	12,1
Bergen	3,2	1,1	1,8	2,6	3,6	4,5	5,3	7,4	9,2	8,4	13,3	14,5	14,0	20,6	23,1	26,8	20,8
Trondheim	3,4	1,2	1,4	2,2	3,3	4,2	6,2	6,2	8,0	8,6	8,7	6,4	12,7	15,0	8,0	0,5	-
Tromsø	5,8	1,3	2,1	2,8	3,3	5,3	7,0	7,5	8,3	13,5	13,0	13,1	11,8	22,9	22,1	28,6	42,9
Lier	3,8	1,2	5,1	2,0	3,3	3,4	3,5	5,4	4,3	5,7	12,0	1,6	15,2	8,2	3,7	-	1,0
Kvinesdal	2,9	1,3	2,1	2,3	2,4	6,0	3,7	4,5	3,2	12,3	6,0	11,1	4,0	5,4	-	-	-
Stord	4,8	0,8	1,2	1,4	2,3	2,7	3,3	4,9	8,5	3,6	6,9	17,8	9,9	16,5	28,6	30,0	1,4
Tingvoll	2,1	1,4	0,8	3,0	1,7	4,4	4,3	1,3	3,5	2,5	-	0,8	3,0	4,0	3,5	-	-
Bodø	3,0	1,1	1,2	1,9	2,0	3,3	4,4	6,6	9,2	7,4	8,1	15,7	10,2	12,1	18,1	20,0	-
Harstad	4,8	1,1	1,1	1,8	2,1	3,5	4,4	4,8	6,4	8,7	8,5	10,8	12,1	13,6	29,4	29,2	20,5
Nesseby	11,1	2,5	3,0	12,3	17,2	3,0	31,8	34,5	20,4	7,5	-	-	-	-	-	30,0	30,0
Kommuner utenfor KS-utvalget																	
Ringerike	4,8	1,2	1,4	1,9	2,7	4,1	5,3	6,7	7,3	6,1	8,4	11,2	16,1	22,7	22,4	17,6	33,9
Ørland	2,2	1	1,8	1,8	2,9	2,3	6	13	12,2	7	6,3		12				
Kvinnherad	4,3	1,2	3	2,8	4,5	3,7	4,3	6	7,4	12,4	11,9	13,4	6,7	15,9	60,7	16,8	-
Kongsvinger	2,5	1	1,5	2	2,6	3,8	5,2	4,1	6,2	5,9	9,6	4,4	5,7	8	8,4	12,8	7
Høylandet	2,2	1,6	1,9	2,2	2,3	4,7	0,3		4,9	3,8							
Grue	4,2	1,7	1,1	2,2	3,3	2,5	4,9	8,4	4,2	7,5	8,2	8,9	9,0	14,8	8,4		91,5
Lillehammer	3,8	1,1	1,1	1,5	1,9	2,7	4,4	4,2	12,2	8,5	5,1	5,3	9	12,4	23,6	12	14,2
Sør-Odal	4,1	2,9	2,9	2,9	3,4	4,5	6,8	7,2	6,3	10,5	11,0	8,4		19,0	7,3	22,2	36,2
Narvik	5,1	2,3	3,6	4,1	4,8	5,7	6,1	8,4	8,4	10,8	9	15,8	19,3	24,7	29	17,4	30
Steinkjer	3,4	1,6	1,9	1,8	2,8	3,7	4,0	5,0	11,1	8,1	10,5	12,6	11,4	7,1	17,9	13,5	
Overhalla	2,2	1,2	1,4	1,6	1,7	4,9	2,3	5,8	4,8	7,9				11,5	8,5		5,4

Tallene illustrerer at Overhallas brukere i gjennomsnitt mottar 2,2 timer praktisk bistand og sykepleie pr uke, hvilket er lavere enn snittet for KS-utvalget og de fleste kommuner vi sammenlikner med enkeltvis. De med minst funksjonstap mottar 1,2 time/uke, hvilket er tett på snittet for tilsvarende brukere i KS-utvalget. Tallene for Overhalla viser en noe svak sammenheng

mellom brukernes behov og de tjenester som ytes. Dette går igjen i mange av de andre kommunene også.

Overhalla mangler brukere i 5 av de tyngste gruppene. Situasjonen i Overhalla har mange likhetstrekk med Ørland og Høylandet, noe som går igjen i mange andre deler av omsorgstrappa også.

En grafisk sammenlikning med kommunene i KS-prosjektet er kommentert i neste kapitel.

4. BRUKEROVERSIKTER

I dette avsnittet ser vi på alle tjenestebukere og tjenestoområder for å få et samlet bilde. Data pr 05.05. 2008.

Tabell 6: Brukerne etter tilhørighet, F-nivå og sum produksjon

Kode	Enhet	Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt pleietyngde brukere med timer	Sum timeverk direkte produksjon	Snitt t/u brukere med timer
	Overhalla	258	16	242	2,11	956,8	4,0
	Hjemmetjenester	226	16	210	1,86	883,8	4,2
1	Distrikt 1 Øvre	154	10	144	1,78	608,8	4,2
11	Ranem ekskl L-vold	93	5	88	1,69	279,9	3,2
12	Psykatri D1	36	4	32	1,41	49,0	1,5
13	Ranemstunet - HDU	13	1	12	2,91	218,1	18,2
14	Laksvold HDO	12		12	2,28	61,8	5,2
2	Distrikt 2 Nedre	72	6	66	2,03	274,9	4,2
21	Skage B&A HDO	10		10	3,73	140,1	14,0
22	Skage hjemmetj	33	1	32	1,87	83,3	2,6
24	Trygde- og omsbol	17	3	14	1,73	46,4	3,3
25	Psykatri D2	12	2	10	1,22	5,2	0,5
	Institusjon	32		32	3,78	73,0	2,3
1	Overhalla skj	32		32	3,78	73,0	2,3

Tabell 6 gir oversikt med fordeling av brukere med funksjonsnivå og tjenester som ytes i form av timer/uke. Timer/uke er sum alle tjenester, inkl PB, sykepleie, BPA, omsorgslønn, støttekontakt og timer på dagsenter. Antall brukere kan avvike noe fra kommunens kapasitetsoversikter, da vi her teller opp antall brukere slik de er registrert i journalsystemet og ikke antall plasser. Antallet kan også avvike fra andre oversikter i rapporten på grunn av utvalgs- og seleksjonsmetoder varierer etter hvilket formål oversiktene har. I noen tilfeller er begge ektefeller registrert som brukere i omsorgsboliger. I visse tilfeller vil brukere kunne ha tjenester midlertidig andre steder enn der de er grunnregistrert, for eksempel under korttidsopphold. Det kommer an på hvordan kommunen praktiserer omkoding og andre rutiner under midlertidige opphold. .

Tabell 7: Brukerne etter tilhørighet og fordeling etter F-gruppe

Tjen. omr	Sone	Enhet	Enhetsnavn / Pleietyngdegrupper >>	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Enhet				Ant	Antall brukere med lette funksjonstap					Antall brukere med middels funksjonstap					Antall brukere med tunge funksjonstap					
			Overhalla	258	78	37	21	19	20	17	10	6	4	5	15	3	1	1	7	14
1			Hjemmetjenester	226	78	37	21	19	19	15	9	6	4	2	6	1	1	1	3	4
1			Distrikt 1 Øvre	154	53	25	16	13	13	12	6	6	3	1	1	1	1	1	1	1
		11	Ranem ekskl L-vold	93	37	12	11	6	9	8	2	3	2		1		1	1		
		12	Psykatri D1	36	16	12	3	3	1		1									
		13	Ranemstunet - HDU	13		1	1	2		2	1	1	1	1		1			1	1
		14	Laksvold HDO	12			1	2	3	2	2	2								
2			Distrikt 2 Nedre	72	25	12	5	6	6	3	3		1	1	5				2	3
		21	Skage B&A HDO	10						1	1			1	4				2	1
		22	Skage hjemmetj	33	11	7	1	4	4	1	1		1		1					2
		24	Trygde- og omsbol	17	5	4	2	2	2	1	1									
		25	Psykatri D2	12	9	1	2													
2			Overhalla shj	32					1	2	1			3	9	2			4	10

Tabellen forteller mye om hvilke brukergrupper en har prioritert med hensyn til pleietyngde. Også her kan antallet brukere avvike fra kapasitetsoversikter kommunen selv opererer med av samme grunn som nevnt i forrige tabell.

5. OMSORGSTRAPPA – TRINN FOR TRINN

I dette avsnittet ser vi på omsorgstrappa, trinn for trinn. Dette legger grunnlag for drøfting av kjedens **effektivitet**, her definert som i hvilken grad kjedens kapasitet og utnyttelse er hensiktsmessig i forhold til å tilfredsstille befolkningens behov for omsorgstjenester i hht til lov, forskrift og kommunale føringer. Materialet gir også grunnlag for å vurdere den lokale fordelingspolitikken innen pleie og omsorg, herunder hvordan kommunen fordeler ressursbruk i samsvar med brukernes faktiske behov.

5.1 Brukere med de minste behovene – hvilke tjenester får de?

5.1.1 Brukere med substitusjonstjenester i hjemmetjenesten

Brukere uten timetjenester er brukere som f eks bare har trygghetsalarm, matombringing eller boligtilbud (en eller flere). I alt utgjør de 19 brukere, tilsvarende 10 % av alle i hjemmetjenesten.

Tab 8: Brukere med substitusjonstjenester i hjemmetjenesten, (uten timetjenester)

Overhalla		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Brukere med substitusjonstjenester		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Total	1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
		1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Antall brukere	19	16	1									2					
Funksjonsnivå	1,34																

Vi kaller disse tjenestene substitusjonstjenester, fordi de dekker et behov som ellers bare kunne dekkes med timetjenester. Brukerne får kun timetjenester når alarm utløses. De har samlet veiet funksjonsnivå på 1,34 hvilket er lavt i forhold til nesten alle kommuner vi sammenlikner med. Eksempler: Steinkjer 1,38, Lillehammer og Kongsvinger 1,75, Ringerike 1,44, Kvinnherad 1,57, Ørland 1,34, Kvinesdal 1,58, Time 1,98.

Andelen brukere uten timetjenester i % av alle med hjemmetjenester utgjør 10%. Tilsvarende i Steinkjer var 18,3% Lillehammer var 21,6%. Kongsvinger 15,5% Ringerike 37,9 %, Kvinesdal var 9,7% Sarpsborg 8,1%, Tromsø 18%, Stord 22%.

Andelen uten timer påvirkes av tilbudenes tilgjengelighet og kommunens praksis. For eksempel at det noen steder ikke er begrensninger for å få trygghetsalarm, alle som ønsker det får tjenesten. Dette kan være en god praksis dersom en har en god rutine på oppfølging av utløste alarmer.

De fleste av brukerne uten timetjenester har lette funksjonstap, men det er innslag også av tunge funksjonstap, noe som gjerne knyttes til brukere i flerpersonshushold med privat omsorg. I alt 5 av brukerne tilhører psykiatrien.

Oppsummering:

Alt i alt tilfredsstillende praksis, men det lave funksjonsnivå (brukerne er svært godtfungerende) må ses i sammenheng med andre nøkkeltall for prioritering i hjemmetjenesten, jfr også kap 2.

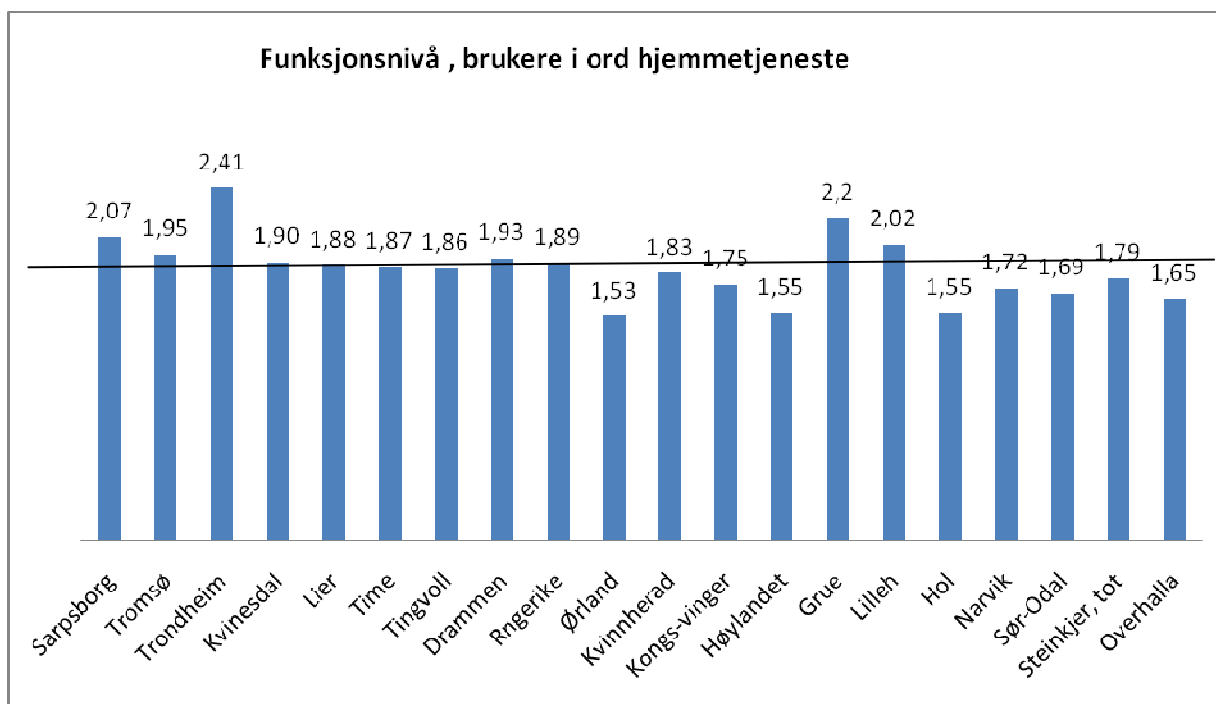
Spørsmål til drøfting: kan det lave funksjonsnivået for brukere med bare substitusjonstjenester

være et bilde av at det ganske åpent nåløye for å få for eksempel timetjenester i form av hjemmehjelp ? Er man raskt ute med å innvilge det slik at de faller ut av tabellen ovenfor som altså bare omfatter de som ikke har timetjenester ?

5.2 Brukere med ordinære hjemmetjenester

Oversiktene nedenfor omfatter de som har ordinære hjemmetjenester, uavhengig av hva slags bolig de bor i, og som har tjenester i form av timer (Omfatter altså brukere i vanlig bolig , samt de som har fått kommunal bolig eller bolig finansiert med tilskudd fra Husbanken).

Fig.4: Funksjonsnivå for brukere i ordinære hjemmetjeneste- kommunevis



Brukerne i Overhalla ligger litt under snittet for alle de øvrige, snittet for Overhalla er 1,65. Det innebærer at mange brukere får timetjenester i Overhalla som i en del andre kommuner enten ville fått substitusjonstjenester (trygghetsalarm, matombringing, evt dagsenter) i stedet for hjemmetjeneste, eller de ville ikke fått tjenester i det hele tatt.

Streken markerer et naturlig nivå når tjenestene tildeles med et bedre tilpasset nåløye. Vi ser mange kommuner ligger under dette snittet. I noen tilfeller kan unormal alderssammensetning forklare avstanden til "normalstreken", som likevel antyder hvor lista bør ligge. I Lillehammer er nivået på 2,02 og det reflekterer en solid stram praksis gjennom hele hjemmetjenesten. I den kommunen finner vi den best tilpassede og best brukte omsorgstrappa sammenliknet med alle andre som er undersøkt. Erfaringene viser at slaget om den gode omsorgstrappa står om en godtfungerende hjemmetjeneste som evner å prioritere mellom små, middels og store behov når tjenester tildeles.

5.2.1 Brukerne etter boligarena

Tab 9: Fordeling av brukere etter distrikt og funksjonsnivå

Overhalla	Antallet brukere etter funksjonsnivå – 16 grupper															
Hjemmetjenestene	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere	1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Totalt, antall	172	62	35	19	15	16	10	5	3	3				1	1	2
Distrikt 1 Øvre	117	43	23	14	9	10	8	3	3	2				1	1	
Ranem ekskl L-vold	85	30	12	11	6	9	8	2	3	2				1	1	
Psykiatri D1	32	13	11	3	3	1		1								
Distrikt 2 Nedre	55	19	12	5	6	6	2	2		1						2
Skage hjemmtjen	31	10	7	1	4	4	1	1		1						2
Trygde- og oms.bol	14	2	4	2	2	2	1	1								
Psykiatri D2	10	7	1	2												

Tunge brukere (gruppe 11-16) er uthevet med farge og utgjør i alt 4 brukere = 2,3 %. Dette er en svært lav andel sammenliknet med andre kommuner. Forklaringen ligger i at brukerne "forlater" åpen omsorg til fordel for HDO på et tidligere tidspunkt enn ønskelig. Med samme praksis som for eksempel Lillehammer skulle antallet brukere med tunge funksjonstap i Overhalla ligget på om lag det 4-5 dobbelte. Selv Lillehammer anser at deres tall ligger uønsket lavt, strategien deres er å øke. Brukerne i Overhallas hjemmetjeneste har ikke reell valgfrihet med hensyn til å bo hjemme lengst mulig kontra å få tjenester høyere opp i omsorgstrappa. Dette forklares igjen med god kapasitet lenger opp i trappa.

5.2.2 Praksis for tildeling av tjenester etter distrikt og funksjonsnivå

Her ser vi på hvor mye tjenester brukerne mottar i de ulike funksjonsnivågruppene, summen av praktisk bistand og sykepleie.

Tab 10: Praksis for tildeling av tjenester – timer/uke pr bruker - F-nivågrupper

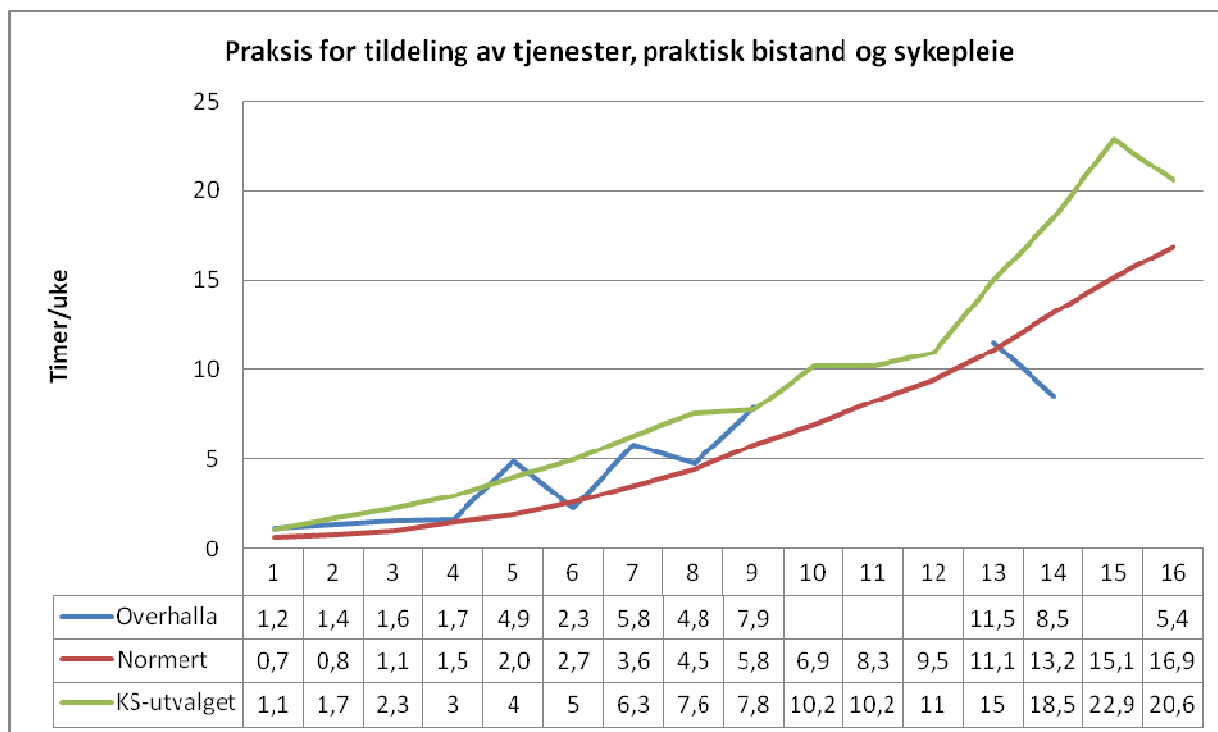
Overhalla	Funksjonsnivå – 16 grupper															
Hjemmetjenestene	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Timer/uke PB+SPL	1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Totalt	2,2	1,2	1,4	1,6	1,7	4,9	2,3	5,8	4,8	7,9				11,5	8,5	5,4
Distrikt 1 Øvre	2,2	1,3	1,2	1,7	1,6	5,5	1,9	5,3	4,8	5,8				11,5	8,5	
Ranem ekskl L-vold	2,5	1,1	1,6	2,0	2,0	6,0	1,9	6,1	4,8	5,8				11,5	8,5	
Psykiatri D1	1,3	1,9	0,8	0,4	0,8	1,5		3,5								
Distrikt 2 Nedre	2,2	0,9	1,7	1,2	1,8	3,9	3,7	6,6		12,2						5,4
Skage hjemmtjen	2,2	1,0	1,6	1,7	1,6	3,9	0,5	0,8		12,2						5,4
Trygde- og oms.bol	3,3	1,2	2,1	2,0	2,2	4,0	6,9	12,4								
Psykiatri D2	0,5	0,6	0,5	0,3												

Tabellen viser at nivået på tjenestene er ganske jevnt mellom distriktene. Med unntak av psykiatrien er det noenlunde god variasjon i nivået på tjenestene etter hvert som funksjonsevnen avtar. Når vi ser dette i de 5 mest sammenliknbare gruppene (rødmerket) ser vi at variasjonen er ganske lik distriktene i mellom.

Trygde- og omsorgsboligene mottar med tjenester enn brukerne i tilsvarende grupper med små behov.

Dette kan ikke forklares med pleietyngden, og det kan derfor se ut til at i tillegg til å få bolig som et velferdsgode også får mer tjenester enn andre sammenliknbare brukere.

Fig 5: Praksis for tildeling av tjenester sammenliknet med andre



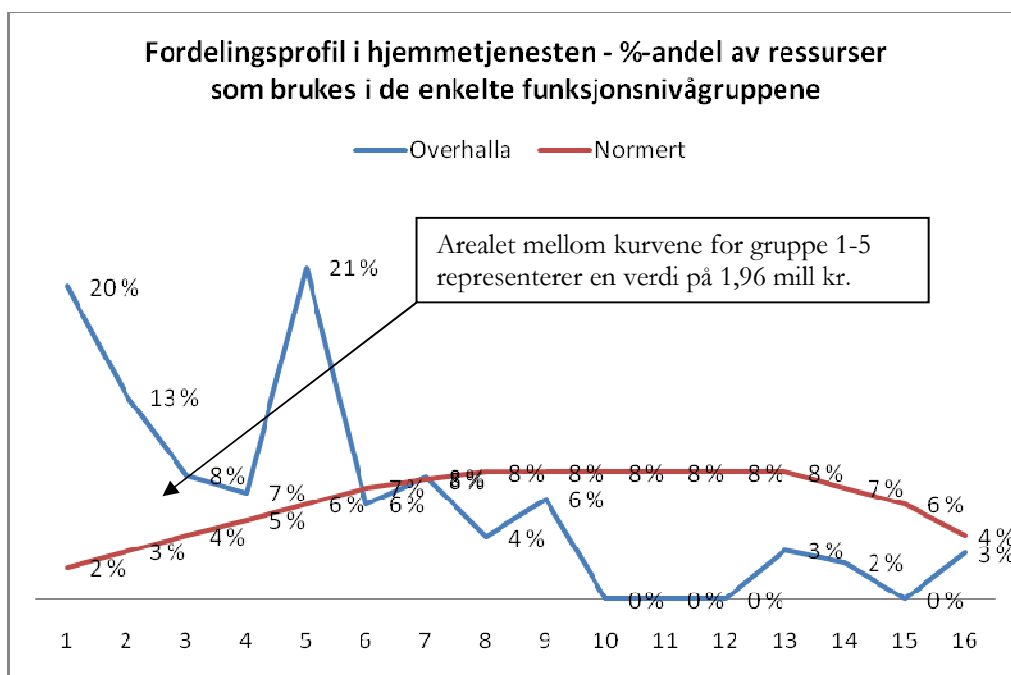
Overhallas praksis er her sammenliknet med gjennomsnittet for KS-utvalgets kommuner og et ytterpunkt som er hentet fra praksis i en kommune utenfor KS-utvalget. Denne siste er kalt normert ytterpunkt, fordi den representerer en svært nøktern fordelingsprofil, med trangt nåløye for brukere med lette behov, men praksisen er mer raus overfor de med store behov.

Overhalla praksis ligger betydelig høyere enn normert i alle grupper helt opp til gruppe 5. I forhold til KS-utvalget er bildet mer variert. I de tyngre gruppene ligger Overhalla høyere i noen grupper og lavere i andre grupper. Forskjellen markert i de tyngste gruppene der Overhalla ligger svært lavt.

Det differensieres ujevnt mellom små, middels og store behov. Kurven er svært ujevn fra og med gruppe 8, men tolkning skal ta høyde for at antallet brukere avtar, og tilfeldige variasjoner slår sterkt ut.

5.2.3 Fordelingspolitikk i hjemmetjenesten

Konsekvensene av praksis for tildeling av tjenester avleses også som fordelingspolitikk. I hvilken grad evner kommunen å styre ressursene til de som trenger det mest i hjemmetjenesten? Spørsmålet er viktig for å belyse kommunens oppfatning av egen kapasitet i hjemmetjenestene, HDO og sykehjem.

Fig 6: Fordelingsprofil for ressursbruk i hjemmetjenesten – nå og framtidig

Figuren beskriver effekten av dagens praksis i Overhalla og effekten av å styre i retning av den praksis som er beskrevet i figuren ovenfor som heter ”Normert ytterpunkt”. Ved å stramme inn nåløyet når behovene er små, har en mer å rutte med til de tunge brukerne.

5.2.3.1 Økonomisk effekt av dagens praksis

Overhalla bruker pr i dag i mer enn 2/3 av ressursene på gruppene 1-5. Normert ytterpunkt bruker 20% av ressursene på disse. Differansen utgjør en økonomisk verdi på 1,96 mill kr pr år. Dette tallet representerer en omfordelingsmulighet som består i å ha et så mye trangere nåløye for de med lettest funksjonstap at Overhalla vil nærme seg et samlet veiet funksjonsnivå på 1,9 i stedet for 1,65 slik det er pr dato. Dersom kommunen har behov for å spare penger kan dette være en mulighet, som imidlertid ikke anbefales, se avsnitt om konklusjoner og muligheter framover nedenfor.

Ved å nærme seg normert ytterpunkt øker Overhallas mulighet til å gi sine hjemmeboende brukere en reell valgfrihet mellom hjemmetjenester og HDO/institusjon.

Dette er imidlertid ikke gjort i en håndvending. Dreining krever faglig og politisk oppslutning, tydelig kommunikasjon med brukerne og befolkningen, enkeltvedtak skal revideres, ny utforming av tjenestene skal begrunnes saklig og individuelt. Ny praksis utfordrer også samarbeid på tvers av fag, forholdet til 2.linjetjenesten (sykehus) og generelt på evne til å samhandle med brukerens behov i fokus.

5.2.4 Produktivitet i ordinær hjemmetjeneste

Vi ser her på produksjonen av dirkete tid overfor brukerne og om ressursrammen er avpasset til oppgavene som skal utføres. Administrasjon og merkantilt arbeid er holdt utenfor.

I alt 172 brukere har timetjenester. Sum produksjon (vedtakstid) direkte brukerrettet utgjør 376 timer/uke (=10,6 årsverk). I tillegg er det tatt hensyn til følgende tillegg for å oppnå like produksjonsforutsetninger i

forhold til sammenlikning med andre kommuner og faktiske produksjonskostnader.

Tab 11: Tillegg i produksjon, timer/uke

Kostnadselement	Timer/uke eller kr	Omregnet til årsverk
Sum	-	3,5
HMS-tid	8 t/u	0,2
Reisetid	52,6 t/u	1,5
Nattevakt	Kr 912.000	1,8

Forklaring til tabellen, metode for og resultat av produktivitetsvurdering:

HMS-tid gjelder ekstra bemanning når flere enn én må utføre tjenesten som følge av tunge løft, sikkerhet for personalet og liknende, utgjør i alt 8 timer/uke (0,2 årsverk). Dette er et såkalt tverrsnittstall, som beskriver situasjonen på det tidspunkt analysen ble gjort. En må påregne visse variasjoner i dette over tid.

Reisetid er beregnet ut i fra oppgaver over kjørte kilometere i 2007, omregnet ved å forutsette gjennomsnittlig 30 km/timer kjørehastighet, alt iberegnet fra en forlater basen til en banker på brukerens dør.) Dette utgjør til sammen 521,6 timer/uke, tilsvarende 1,5 årsverk.

Nattevakt er beregnet med standardsats for slike ordninger med hjelpepleier, tilsvarende årskostnad på kr 912.000,- pr år.

I tillegg er det tatt hensyn til krav til kontorbasert indirekte tid til dokumentasjon, møter osv. Som ramme for dette er satt 20%, det vil si at personalet har 20% ytterligere tid til nevnte oppgaver ut over direkte brukerrettet innsats, reisetid osv. Som ressursramme er benyttet ramme for lønnsutgifter til personale i direkte brukerrettet produksjon, tilsvarende 10,0 mill kr. Hjemmetjenesten er også analysert eksklusiv psykiatri, med ramme på 7,1 mill kr.

Beregningene tar som utgangspunkt at dagens drift er basert på oppdelte turnuser i henhold til distriktsinndelingen.

Når alt dette er hensyntatt, viser beregningene at den ressursmengde som ligger bak hver brukertime samsvarer rimelig godt med faktiske produksjonskostnader, men det er en viss mulighet for at rammen er i trangeste laget. Dette betyr at samlet ressursramme ligger tett opp mot det som kreves for å konstatere god produktivitet. Det må tas hensyn til en feilmargen på om lag 5 % knyttet til estimatene for tillegg og fradrag i produksjon samt estimatet på 20% kontorbasert indirekte tid.

I all hovedsak er altså ressursrammen rimelig godt avstemt i forhold til dagens oppgaver, og produktiviteten er god slik tjenesten er organisert i dag og med de oppgaver som framgår av summen av enkeltvedta om tildeling av tjenester.

5.2.4.1 Nærmere om psykiatri

Samlet statstilskudd i 2008 er på 2,3 mill kr, av dette er 1,86 mill kr knyttet til lønnsutgifter. Det er registrert produksjon på i alt 47,2 timer pr uke direkte brukertid, hvilket antas å være en underrapportering av produksjon. Det opplyses at tjenesteproduksjon er dokumentert på annet format enn IPLOS. Se kap 1.2 Metode og datagrunnlag.

5.2.5 Oppsummering og muligheter framover

Vår tilråding tar utgangspunkt i en samlet vurdering av omsorgstjenesten, hele omsorgstrappa og krav om tilpasning til en bærekraftig kommuneøkonomi. En kraftfull hjemmetjeneste er en forutsetning for at hele trappa skal fungere godt. Status pr i dag er at omsorgstrappa alt i alt er dimensjonert og brukt på en måte som ligger et godt stykke unna "best practice". Sammenliknet med andre kommuner vi har undersøkt med samme metode må hjemmetjenesten vurderes som svakt utbygd som del av helheten. Dette kan innebære fare for at hjemmetjenesten "forhandler" brukerne inn på høyere trinn i omsorgstrappa når ressursene ikke lenger strekker til.

På den annen side har hjemmetjenesten samtidig et potensial for omfordeling av ressurser i størrelsesorden maks 1,96 mill kr, et moderat alternativ ligger på om lag 1,5 mill kr. Dette gjelder muligheter som knytter seg til å stramme inn nåløyet for å få tjenester når brukernes behov er svært begrenset, og muligens kan dekkes ved egenomsorg eller substitusjonstjenester. Det er en svært liten gruppe som bare har substitusjonstjenester, noe som tolkes som bekreftelse på at det er lett å få hjemmetjenester (i form av hjemmehjelp eller sykepleie) selv når behovet er begrenset.

Vi anbefaler imidlertid ikke å trekke inn 1,96 mill kr. Begrunnelsen for dette er at hjemmetjenesten må være kraftfull for å dekke behovene etter hvert som brukerne krever forsterkede tilbud i eget hjem. Av denne grunn anbefales at ressursene beholdes under forutsetning av at praksis dreies i retning av trangere nåløye når behovene er små, slik at en har mer å rutte med til å dekke større behov, og dermed oppnå bedre samspillseffekter med de øvrige deler av omsorgstrappa.

Produktiviteten i hjemmetjenesten er tilfredsstillende, muligens for god når vi legger til grunn en rimelig statistisk feilmargin. Det vil si at ressursmengden er avpasset til dagens aktivitetsnivå, men det kan være grunn til å vurdere en viss styrking. I dette bør det gjøres vurderingene arbeidsmiljø, situasjonen med vanskeligere rekruttering av kompetent personell mv.

Psykiatrien er ikke vurdert med hensyn til produktivitet.

Trygde- og omsorgsboligene er kommunale boliger. De er tildelt personer med svært begrensede behov. Som pleie- og omsorgspolitisk virkemiddel er disse boligene svært ineffektivt brukt. Som boligpolitisk virkemiddel kan praksis forsvares, men det forutsetter at kommunen har andre boliger å tilby når det er pleie- og omsorgspolitisk ønsket. I dette tilfelle ser vi at boligpolitikk og pleie- og omsorgspolitikk er blandet sammen på en slik måte at det ikke er ledige boliger når større behov melder seg, og brukere skyves oppover i trappa. Alt i alt er dette ineffektivt.

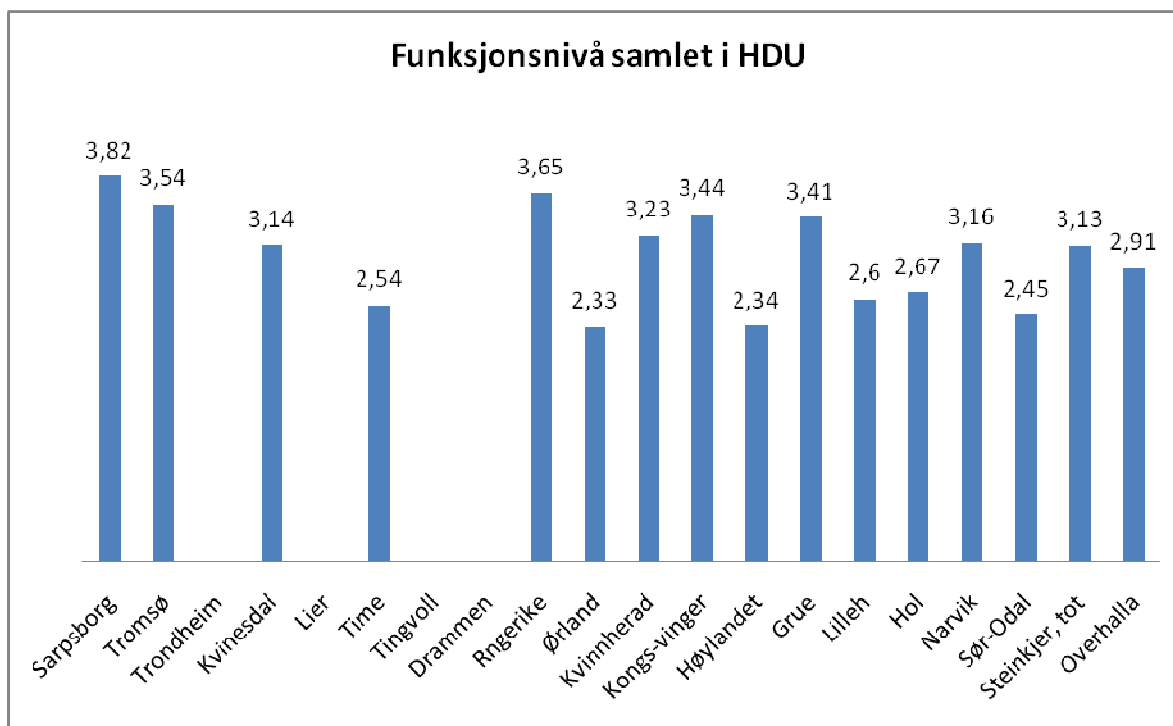
5.3 Utviklingshemmede - HDU

Brukerne har heldøgns tjenester i boliger for utviklingshemmede (HDU). Tilbudet er gitt til i alt 12 brukere i bofellesskapet Ranemstunet. Driften der har også ansvar for en bruker som bor i eget hjem. Brukerne kan også være i gruppen sterkt fysisk funksjonshemmede, uten diagnosen utviklingshemmede. Disse gruppene kan behandles under ett i ressursmessig sammenheng. Se brukeroversiktene i kap 4

Snitt timer/uke er lavt til moderat, (17 timer), og ligger i nedre sjikt sammenliknet med andre kommuners HDU-tilbud.

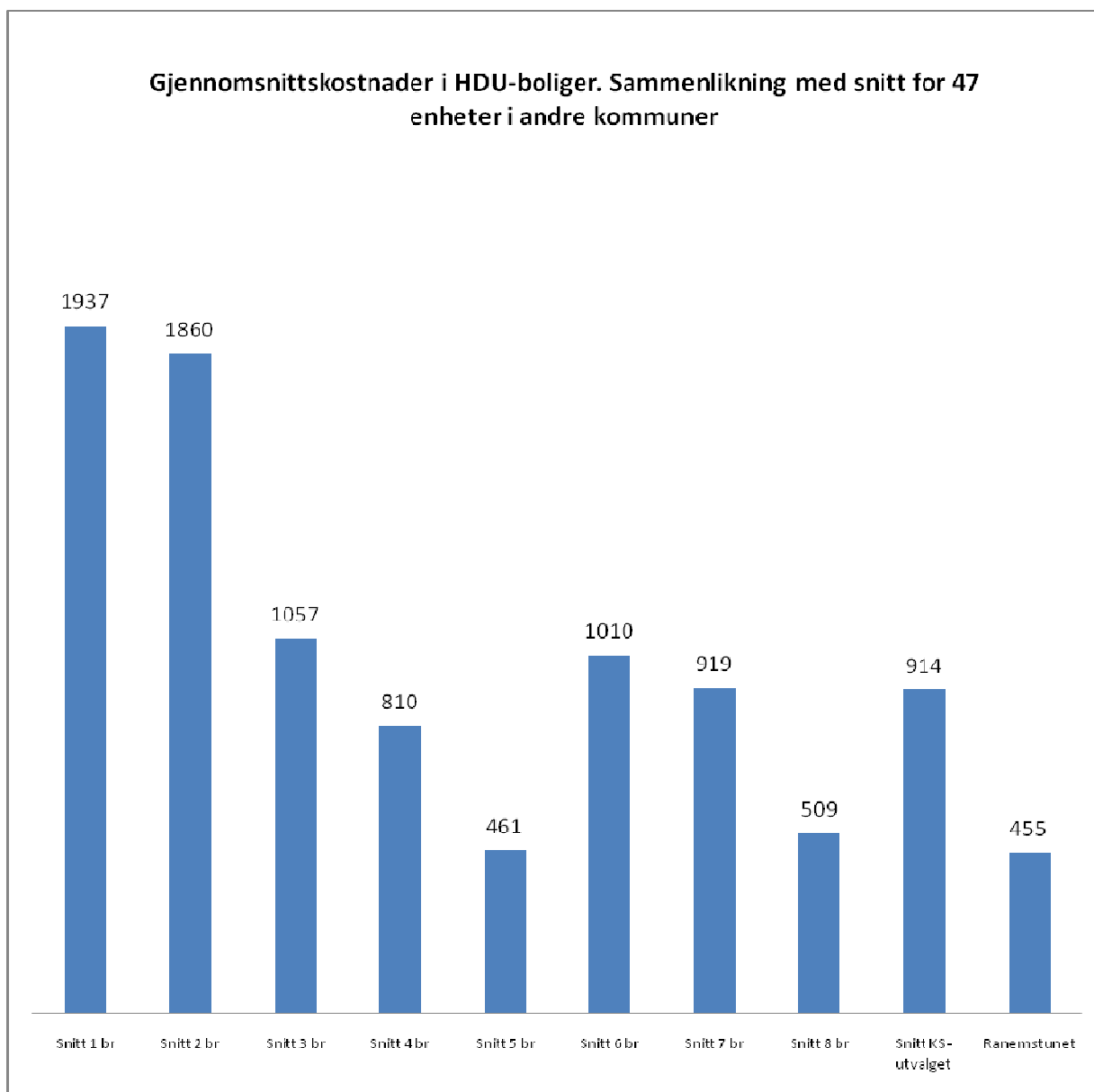
Mennesker med utviklingshemming har grunnleggende kognitiv svikt som gjør at skala 1-5 for funksjonsnivå ikke må tolkes sammenliknbart med andre brukere. En HDU-bruker i gruppe 4 kan ha det mangedobbelte hjelpebehov i forhold til en tilsvarende i ordinære brukergrupper. Det gjør seg også gjeldende svært store individuelle forskjeller mellom brukerne, alt etter grad og type utviklingshemming, somatiske lidelser som ofte forekommer i tillegg (for eksempel epilepsi), forekomst av adferdsavvik og derav følgende tilsynsbehov ut over det som trengs av praktisk bistand og sykepleietjenester.

Fig 7: Funksjonsnivå i HDU



Overhallas brukere ligger i det lavere sjiktet med hensyn til funksjonsnivå sammenliknet med andre kommuner.

Foreløpig er driften i HDU ikke undersøkt fullt ut. Som utgangspunkt for videre undersøkelser er det imidlertid undersøkt hvordan Overhallas tilbud ligger an med hensyn til gjennomsnittskostnader pr bruker i bofellesskap. Erfaringer viser at bofellesskapets størrelse teller inn.

Fig. 8: Gjennomsnittskostnader i HDU

Grafen viser gjennomsnittskostnadene i 47 undersøkte bofellesskap i andre kommuner, gruppert etter antall brukere i hvert bofellesskap, sammenliknet med Ranemstunet. Som ressursmål er benyttet lønnskostnader for personale i brukerrettet arbeid, fratrasket sykelønnsrefusjon.

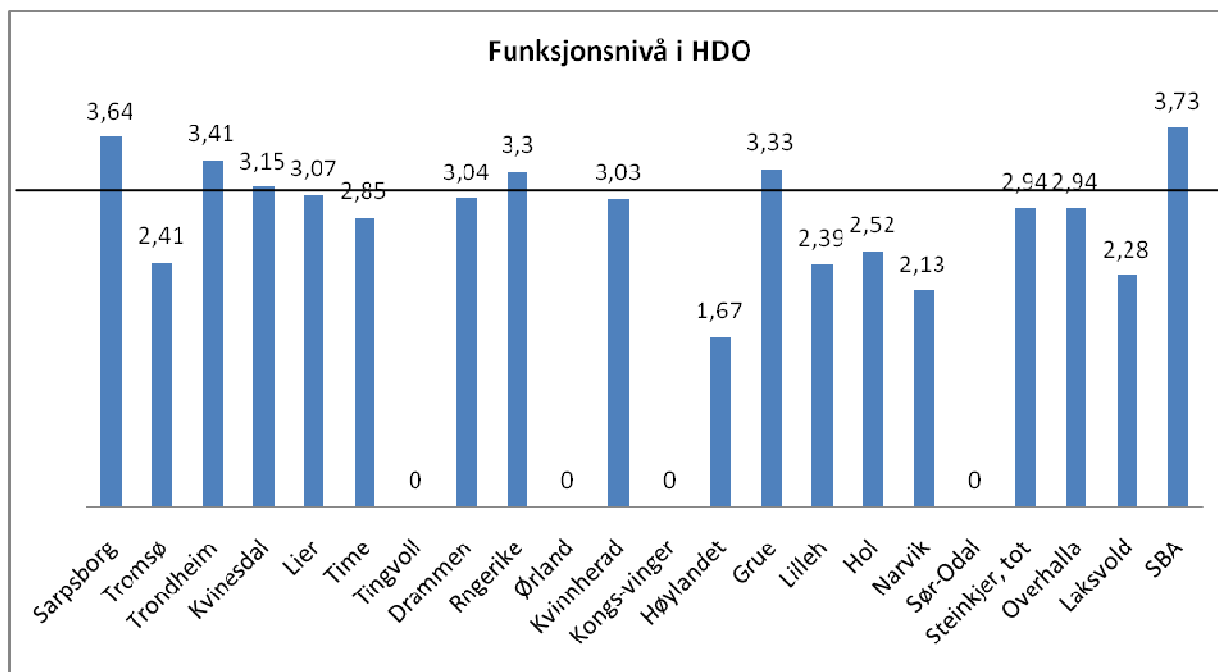
Figuren illustrerer godt at kostnadene varierer systematisk med antall brukere og at de utvikler seg terskelvis. Tolkning av gjennomsnittstall som dette må ta høyde for at brukergrunnlaget kan skjule store individuelle forskjeller.

Ranemstunet har strukturelle fordeler av stor størrelse, enheten har 12 brukere med et funksjonsnivå som ligger i nedre sjiktet sammenliknet med andre. Slike bofellesskap kommer overlegent godt ut i gjennomsnittskostnader sammenliknet med de 47 HDU'ene i andre kommuner. De har gode forutsetninger for samordnet ressursbruk i store turnuser, hvilket vises med gjennomsnittskostnader på kr 455.000,- pr år pr bruker.

5.4 Brukere med HDO-tilbud

Det vises til brukeroversikt i kap 4.

Fig 9: Funksjonsnivå i HDO



Typiske HDO-tilbud som har de "riktige brukerne" har brukere med funksjonsnivå i overkant av 3 (se horisontal strek) og 15-20 timer/uke i direkte brukertid. Funksjonsnivået i enheter forbeholdt demente skal tolkes ut i fra at kognitiv svikt underrapporteres i noen grad. Slike enheter skal altså komme ut med lavere tall enn andre.

Tabellen nedenfor utdyper brukeroversikten i kap 4 og sammenstiller timer pr uke.

Tab 12: HDO, timer/uke PB og SPL, etter funksjonsnivågrupper

Overhalla		Funksjonsnivå – 16 grupper															
HDO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Timer/uke PB+SPL		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Antall brukere	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Overhalla tot	22			1	2	3	3	3	2		1	4				2	1
Laksvold HDO	12			1	2	3	2	2	2								
SBA HDO	10						1	1			1	4				2	1
Timer/uke																	
Overhalla tot	9,2			3,0	3,2	3,6	9,2	6,1	7,8		7,4	10,1				25,2	21,9
Laksvold HDO	5,2			3,0	3,2	3,6	8,6	4,4	7,8								
SBA HDO	14,0						10,3	9,5			7,4	10,1				25,2	21,9
Funksjonsnivå																	
Overhalla tot	2,94																
Laksvold HDO	2,28																
SBA HDO	3,73																

Fargemarkeringen viser gruppene med de letteste funksjonstapene og de tjenester de mottar.

I Overhalla er HDO-bildet todelt. Samlet sett er funksjonsnivået i nærheten av å være tilfredsstillende, men det utgjør snittet samlet for Laksvold og SBA (2,94). Hver for seg vurderes Laksvold (2,28) å ikke ha de riktige brukerne (ineffektiv bruk av ressurser), mens SBA ligger langt over snittet (3,73) for andre kommuner (svært effektiv ressursbruk). Dette reflekteres også i timer/uke der Laksvold ligger lavt, mens SBA ligger om lag på snittet for HDO i andre kommuner.

Gjennomsnittskostnadene for HDO-drift ligger langt under snittet for andre kommuner, se kap 3. Dette baserer seg på estimer, da tallgrunnlaget som er oppgitt fra kommunen gir ikke mulighet til å splitte driften av HDO fra hjemmetjenester totalt. Det er estimert at HDO-driften har en samlet ramme på om lag 3,9 mill kr. Ut i fra gjengs regnemåte og de foreliggende data om tjenester som ytes antas at driften av SBA utgjør om lag $\frac{3}{4}$ av dette, tilsvarende om lag 3 mill kr, inklusive nattevakt.

5.4.1 Oppsummering og muligheter for HDO

Alt i alt er bruken av HDO lite effektiv, men det er altså stor forskjell på de to enhetene. Laksvold er ineffektivt brukt, SBA er svært effektivt brukt.

Kapasiteten i HDO-delen av omsorgstrappa er om lag passe slik det er i dag, men det bør tas høyde for endringer. På lang er det kritisk viktig å kunne fange opp brukere som utvikler middels og store behov innenfor HDO-systemet. I så henseende er trygde- og omsorgsboligene et mulig valg for gradvis å tilby heldøgns tjenester, både fordi beliggenheten er hensiktsmessig, men også fordi en kan prioritere de "riktige" brukerne etter hvert som boenheter blir ledige. På den måten kan kostnadene trappes gradvis opp, uten terskelvise sprang.

Økonomiske styringsdata er svake fordi HDO og hjemmetjenester driftes samlet, hvilket kan gi god produktivitet, men det er vanskelig å se driftsenhetene isolert rent økonomisk.

Kommunen rapporterer at det bygningsmessige ved SBA er lite egnet etter tidens krav, og at det må gjøres noe for å bedre dette. Hvis dette skal skje som rehabilitering av gammelt bygg antas investeringskostnadene å bli diskusjonstema, samtidig som en vil få behov for midlertidig tilbud til beboerne mens arbeidet pågår. Et interessant scenario er da å se løsningen i sammenheng med sykehjemmet og kapasitetsutnyttelsen der. Pr i dag er 7-8 plasser brukt til korttidsopphold

og rehabilitering, noe som isolert sett er effektivt. Men i en trengt økonomisk situasjon tilrås kommunen å vurdere å flytte beboerne ved SBA til disse plassene i sykehjemmet og legge ned SBA, eventuelt sette i gang ombygging av arealet der til boliger, men uten tjenester. Korttidstilbudet ved sykehjemmet kan erstattes, dels ved at rehabiliteringstjenesten går inn i hjemmetjenestens drift, dels ved at frigjorte ressurser fra SBA til en viss grad overføres hjemmetjenesten som på denne måten får bedre kapasitet til å forsterke tilbudet til hjemmeboende. Over tid vil utnyttelsen av trygde- og omsorgsboligene være en kostnadseffektiv mulighet til å øke kapasiteten, både som HDO-tilbud, men også i forhold til korttidsopphold med forsterket tilbud.

Alt i alt vil kommunen kunne frigjøre ressurser ved en slik omlegging tilsvarende 1,5 – 2 mill kr (inklusive nattevakt), forutsatt at deler av dagens kostnader ved SBA overføres hjemmetjenesten.

5.5 Brukere med andre tjenester

Her gis oversikt over antall brukere, med fordeling på boligtype og utviklingshemming/ikke utviklingshemming slik de er registrert i journalene. De som ikke har utviklingshemming benevnes "andre" i tabellene. Antall utviklingshemmede antas noe underrapportert fordi mange av disse ikke har fått stilt diagnose, slik at "andre" kan inneholde også noen utviklingshemmede uten at vet hvem og antallet.

5.5.1 Brukere med støttekontakt

Tab 13: Brukere med støttekontakt

Støttekontakt	Antall	Timer	Snitt timer/uke
Totalt	17	52,5	3,1
1 - Ordinær bolig andre	10	38,5	3,9
2 - Kommunal bolig andre	1	2	2,0
3 - Omsorgsbolig andre	6	12	2,0

I alt 17 har tjenesten, antallet er om lag som snittet for andre kommuner på samme størrelse. Antall timer pr uke pr bruker ligger om lag på snittet for andre kommuner.

5.5.2 Brukere med omsorgslønn

Tab 14: Brukere med omsorgslønn

Omsorgslønn	Antall	Timer	Snitt timer/uke
Totalt	10	73	7,3
1 - Ordinær bolig, andre	10	73	7,3

I alt 10 brukere har tjenesten, antallet ligger noe høyt sammenliknet med andre kommuner av samme

størrelse. Snitt timer/uke ligger noe under halvparten av snittet for andre kommuner.

5.5.3 Brukere med brukerstyrt personlig assistent (BPA)

Tilbudet er gitt en bruker. Av hensyn til personvernet omtales ikke dette videre, bortsett fra antall timer pr uke ligger på halvparten av snittet for andre kommuner.

5.5.4 Dagsenter

Tab 15: Brukere med dagsentertilbud

Dagsenter	Antall	Timer	Snitt timer/uke
Totalt	11	39	3,5
2 - Kommunal bolig, andre	1	1	1
3 – Sykehjem, andre	10	38	3,8

I alt 11 brukere har tjenesten. Det er om lag på gjennomsnittet for andre kommuner på samme størrelse.

5.6 Brukere i sykehjem

Analysen omfatter vurdering av brukernes funksjonsnivå for å belyse hvordan sykehjem anvendes som del av omsorgstrappa.

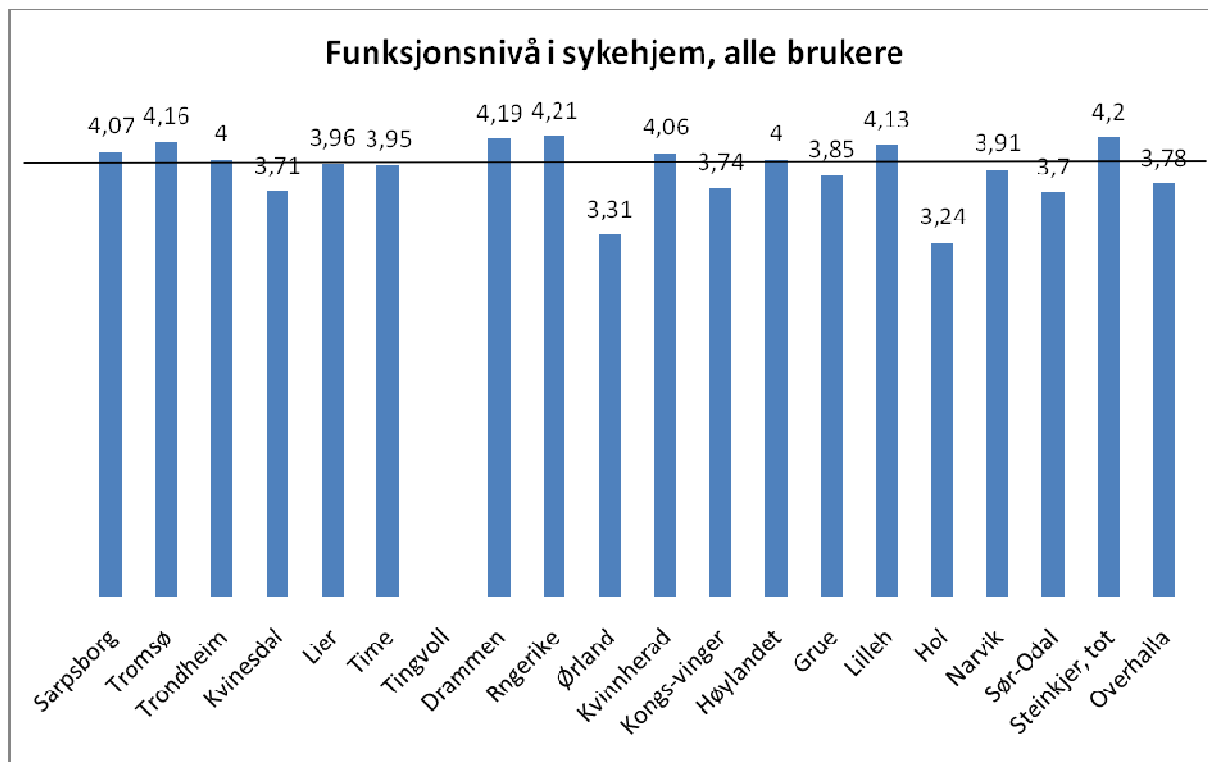
Tab 16: Brukere i sykehjem –funksjonsnivå og fordeling på grupper

Navn/funksjongr >>>	Antall	Funksjons- nivå Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Overhalla sykehjem	32	3,78					1	2	1			3	9	2			4	10
Skage bo&akt.senter	10	3,73						1	1			1	4				2	1

Figuren viser funksjonsnivå og fordeling av i alt 32 brukere på f-nivågrupper. Antallet er lavere enn kapasiteten. Dette skyldes blant annet at korttidsbrukere ikke er kodet slik at de blir registrert som sykehjemsbrukere under oppholdet. Funksjonsnivået er på 3,78 samlet for alle brukerne.

Kommunen vurderer framtida også for Skage bo & aktivitetssenter (SBA), blant annet i forhold til brukernes behov og muligheter for alternativt tilbud til disse. De 10 brukerne ved SBA har liknende kjennetegn som i sykehjemmet, snitt funksjonsnivå er på 3,73, noen av brukerne er opplagt så funksjonssvekket at sykehjem er aktuelt, men ikke alle.

Fig 10: Funksjonsnivå i sykehjem



Figuren viser funksjonsnivået i Overhalla sammenliknet med andre kommuner. Alt i alt er funksjonsnivået i Overhalla på 3,78, noe under snittet for alle. En generell regel er at totalen ikke bør ligge under 4 for å kunne fastslå at sykehjem er forbeholdt de tyngste brukerne. **Tolkningen av dette for Overhalla tilsier at det er noe åpent nåløye for å få sykehjemsplass. Noe av dette vil vanligvis kunne tilskrives tidligere tildelingspraksis, brukere kan ha fått plass tidlig i aldringsforløpet på '90-tallet og lever fortsatt.**

Tilbudet i sykehjem og kapasiteten må ses i sammenheng med HDO og tilbudet i hjemmetjenestene. Et typisk mønster i andre kommuner med liknende praksis i hjemmetjenestene som Overhalla er at brukerne får plass i sykehjem mye tidligere enn ønskelig. Dette mønsteret gjelder altså også i Overhalla. Når det gjelder SBA viser brukeroversikten at noen der har mer behov for sykehjem enn deler av belegget i sykehjem.

5.6.1 Ressursbruk i sykehjem

Gjennomgang av ressursbruk i sykehjem er ikke foretatt. Dette kan i så fall gjøres ved å benytte en metode som bygger på resultater fra forskningsprosjektet "Ressurser følger bruker i sykehjem", rapport desember 2006 til Sosial- og helsedirektoratet fra Trondheim kommune og Rune Devold AS. Siste tilgjengelige KOSTRA-tall viser at driften har netto driftsutgifter pr plass på kr 469.231. Det er 78 % av landsgjennomsnittet og for øvrig godt under fylkesgjennomsnittet og snittet for kommunegruppe 2 (andre små kommuner med middels store bundne kostnader og middels store frie inntekter). Alt i alt er dette gode tall for Overhalla, og de lave kostnadene står godt i forhold til at pleietyngden ligger godt under andre kommuner.

Hvis en derimot ser på hvor store sykehjemskostnader Overhalla skulle hatt dersom kommunen prioriterte likedan med hensyn til inntakskriterier estimeres at sykehjemmet kunne hatt 5-7 plasser færre enn dagens kapasitet. Kostnadmessig utgjør dette en potensiell innsparing på 2,3 – 3,2 mill kr. Sett i

sammenheng med SBA kunne dette illustreres i et annet perspektiv: Dersom nåløyet hadde vært noe trangere for å få plass i sykehjem ville det vært kapasitet der til å gi plass til de tyngste brukerne ved SBA. Se nærmere om SBA under avsnitt om HDO.

Behov for sykehjemsplasser framover mot 2020 er vanskelig å vurdere isolert fra omsorgstrappa for øvrig. Kommunen vil få en betydelig økning i aldersgruppen 67-79 år (økning på 43,9%). Det er viktig at kommunen er oppmerksom på å utvikle et godt hjemmebasert tilbud til denne gruppen for å unngå unødige press mot sykehjem. Dersom en ikke lykkes med det og ellers legger til grunn at dagens praksis videreføres vil behovet for sykehjemsplasser øke med 10 fram til 2020, vesentlig på grunn av aldersgruppen 67-79 år. I så fall øker kostnadene med 5-6 mill kr.

6. ØKONOMI OG ORGANISASJON

6.1 Framskrivning av økonomiske rammer

Framskrivning bygger på framskrivning av folkemengden fram til 2012 og 2020. Vi har lagt til grunn en inndeling av befolkningen i 3 grupper: 0-66 år, 67-79 år, 80år +.

Framskrivningen skal gi svar på hva kostnadene blir dersom det ikke gjøres endringer i dagens situasjon, og gjør følgende forutsetninger

- Aldersstandardisering i forhold til behov i ulike aldersgrupper – dette betyr at den framtidige befolkningen utvikler samme behov for omsorgstjenester i de ulike aldersgruppene. For eksempel at andelen av 80-89-åringene som blir omsorgstrengende i 2020 utgjør en like stor andel av befolkningen i 2020 som i 2008.
- Behovsstandardisering – vi forutsetter at de en lik andel av befolkningen får omsorgsbehov 2020 som i 2008 og at mønsteret med hensyn til grad av funksjonstap er likt.
- Praksisstandardisering – vi forutsetter at kommunen innretter sin praksis for tildeling av tjenester, boliger mv i 2020 som i 2008.
- Produktivitetsstandardisering – vi forutsetter at kommunen driver tjenestene med samme produktivitet i 2020 som i 2008.
- Alle tall er i 2008-priser.
- Som framskrivningsmodell er brukt SSB's Middels nasjonal vekst (alternativ MMMM) Befolkningsutviklingen er beregnet slik:

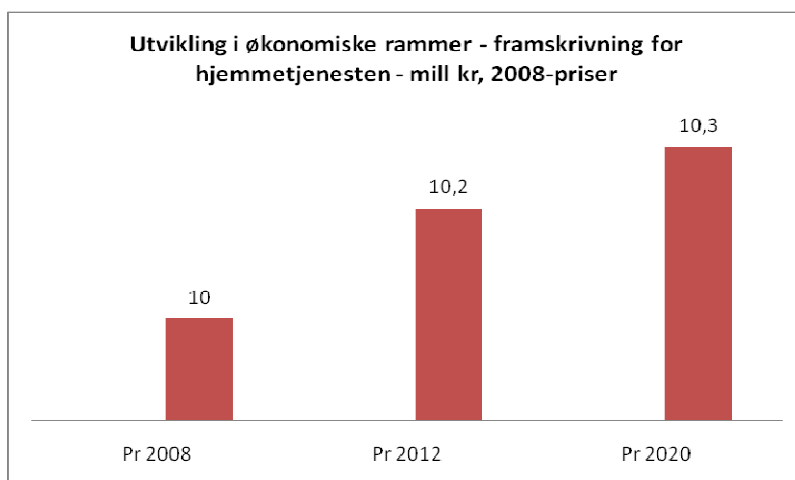
Tab 17 : Befolkningsframskrivning

Alt 1.	Antall i 2008	Antall i 2012	Antall i 2020	Endring 2008-2020
Totalt	3507	3512	3498	99,7 %

<67	3005	2981	2862	95,2 %
67-79	319	342	459	143,9 %
80+	183	189	177	96,7 %

6.1.1 Hjemmetjenester - framskrivning

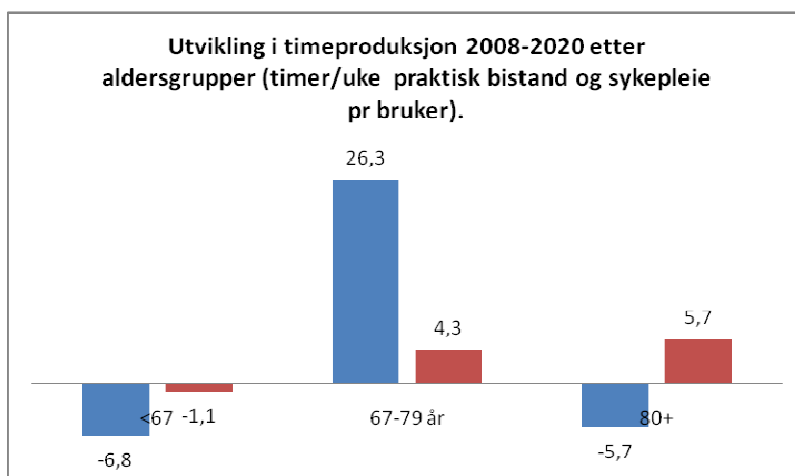
Fig 11: Framskrevet behov for ressurser i hjemmetjenesten



Vi ser på produksjon av hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Dersom dagens praksis videreføres fram til 2020 vil kostnadene fram til 2012 øke marginalt med 0,2 mill kr. Fram til 2020 øker kostnadene også marginalt med 0,3 mill kr.

For strategiske formål er det nyttig å se på aldersgruppene under totalen.

Fig 12: Kostnadsvekst (timeproduksjon) fordelt på aldersgrupper

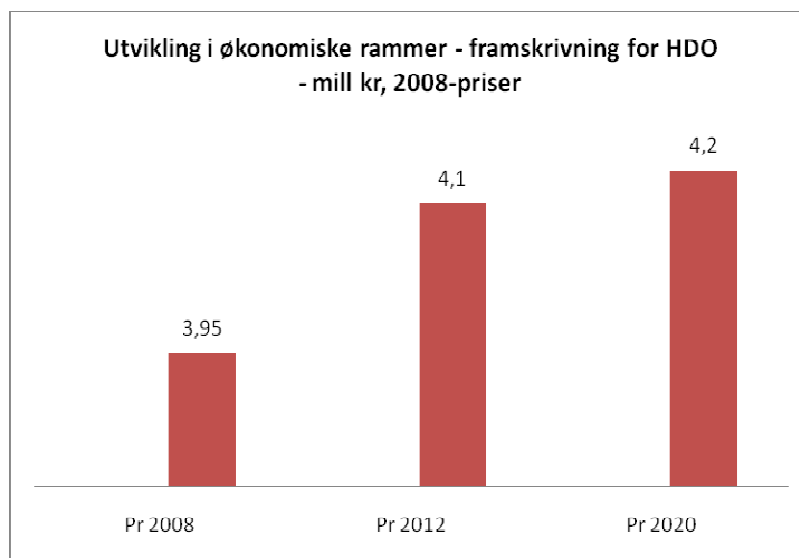


Fram til 2020 domineres utviklingen i ressursbehov av gruppen 67-79 år. Denne gruppen er i dag under 67 år, og representerer noe større usikkerhet med hensyn til å estimere framtidig ressursbehov enn typiske

eldregrupper, fordi bakgrunnen for behovene deres pr i dag ofte er psykiske lidelser mv. Disse er mindre sikre å beregne utviklingen for enn grupper som får behov som følge av ordinær aldring alene. De møter altså alderdommen med psykiske lidelser i tillegg til effekten av aldring. Ressursmessig sett må en i så fall ta høyde for bedret kompetanse til å håndtere de aktuelle problemstillingene.

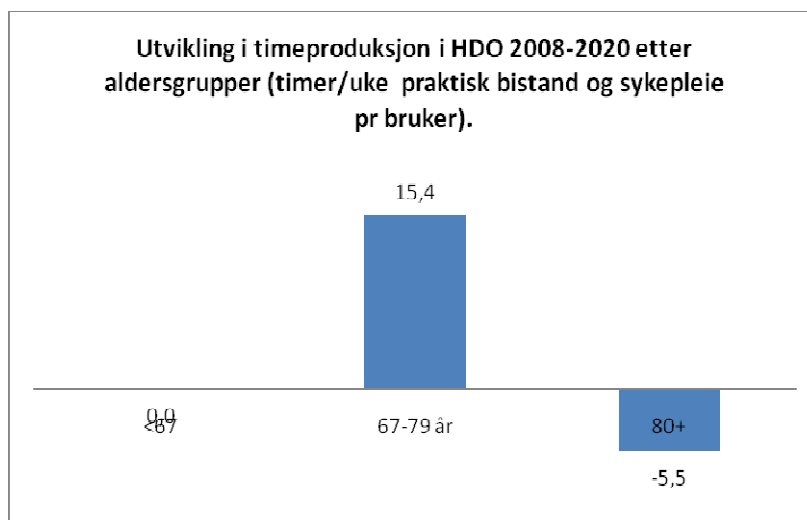
6.1.2 HDO – framskrivning

Fig13: Framskrivning av økonomiske rammer for HDO



I likhet med hjemmetjenestene øker kostnadene marginalt fram til 2020.

Fig 14: Framskrivning av timeproduksjon i HDO - aldersgrupper



HDO følger samme mønster som hjemmetjenesten, det er marginale økninger i ressursbehov fram til 2020. Men også her legger en merke til at gruppen 67-79 år representerer en utfordring.

Oppsummering

Overhalla vil få marginale økninger i kostnader fram til 2020, men det skjer på tross av av en viss

nedgang i antall innbyggere over 80 år. Det skyldes i all hovedsak at antallet i gruppen 67-79 vil øke kraftig (+43,9%). Dagens praksis overfor denne gruppen er altså utslagsgivende, og mer enn oppveier effekten av at antallet under 67 år og 80 år+ reduseres med 5-6%. Alt i alt kan kommunen forvente en samlet kostnadsvekt på om lag 5% fram til 2020.

6.1.3 Tjenester til funksjonshemmede (HDU)

Enhetens brukergrunnlag må gjennomgås særskilt for å kunne gjøre sikre framskrivninger. Erfaringsmessig er brukernes situasjon relativt stabil når de først er kommet til voksen alder. De beste prognosene kan derfor like gjerne gjøres ved å se på det konkrete brukergrunnlaget. Utvikling i antall som fødes med eller erverver alvorlig funksjonshemming og/eller utviklingshemming er svært vanskelig å estimere. Framskrivning vil alt i alt gi et usikkert resultat og er altså ikke foretatt.

6.1.4 Sykehjem

Framskrivning er ikke foretatt. Men det vises til avsnittet om sykehjem som viser et scenario kan være at behovet for sykehjemsplasser kan reduseres noe, men det motsatte kan også skje ved at en eventuelt ikke lykkes med å skape hjemmebaserte tilbud til brukergrupper som møter alderdommen med en kombinasjon av aldring og psykiske plager som er ervervet tidlig i livet. .

6.2 Styringsdata

Overhalla har svak tilgang til styringsdata, generelt. Men situasjonen kan forbedres. Hovedproblemet er at budsjett-regnskap føres på en slik måte at en del underliggende enheter ikke vises i totaltallene.

Innføring av ressursstyringssystem tilsvarende den metode som er brukt i denne analysen kan gi ønsket virkning, og ikke minst mulighet til å følge utviklingen gjennom det utviklingsarbeidet som forestår.

Oppsummering

Mangel på styringsdata har tilslørende effekt og fratar politisk, administrativ og faglig ledelse nødvendig beslutningsstøtte. Det må tas grep for å sikre mulighet til å se driften enhetsvis på alle tjenesteområder, og inndelingen må være samsvarende med inndeling av brukerdata i fagprogrammet PROFIL for å sikre mulighet til å koble økonomiske og fysiske data.

6.3 Saksbehandling, vedtak ved tildeling av tjenester

Kommunen har ikke etablert bestiller-utfører modell i slik form at budsjettansvar er tillagt bestillerfunksjonen. Budsjetter og ressursfordeling benytter ikke kriteriefordeling og kostnadsnøkler. Ansvar for saksbehandling og tildeling av tjenester er lagt til en sentral funksjon, dette er gunstig for det videre arbeidet.

Oppsummering

Slik denne rapporten tydelig viser er det kritisk at en ikke har klare kriterier for tildeling av ressurser i omsorgstrappas mange trinn. Praksis avdekkes ikke på en god måte, og det tilrås å ta i bruk kriteriefordeling, enten ved bruk av egne data eller ved samarbeid med leverandør.