



Gjennomgang av deltjenester Helse og omsorg

SOGNDAL KOMMUNE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Sogndal kommune
RAPPORT NR: 1021864
RAPPORTENS TITTEL: Gjennomgang av deltjenester Helse og omsorg
ANSVARLIG KONSULENT: Hege Askestad
KVALITETSSIKRET AV: Einar Stephan
FOTOGRAFI I RAPPORT: Shutterstock.com
DATO: 16.5.2022

Forord

Agenda Kaupang har bistått Sogndal kommune med en tjenesteanalyse som grunnlag for innsparing innen helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Gjennomgangen har vært rettet mot organisering, kvalitet, effektiviseringspotensial, dimensjonering og innretning av noen utvalgte tjenestetilbud.

Arbeidet har blitt utført i samarbeid med kommunen vinteren og våren 2022.

Vi takker for konstruktivt og godt samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til prosjektgruppa som har bistått aktivt i hele prosessen.

Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Hege Askestad og Einar Stephan, med førstnevnte som ansvarlig konsulent.

16. mai 2022, Skøyen

Agenda Kaupang AS

Innhold

1	Sammendrag	5
2	Bakgrunn, formål og metode	8
2.1	<i>Bakgrunn og formål</i>	8
2.2	<i>Metode og prosjektorganisering</i>	8
2.3	<i>Fase 1 – datainnsamlingsfasen</i>	9
2.4	<i>Fase 2 – ekstern analyse inkludert utarbeidelse av tiltak</i>	9
2.5	<i>Fase 3 – rapportering</i>	10
3	Sogndal kommune – behov for omstilling og harmonisering	12
4	Helse- og omsorgstjenester	13
4.1	<i>Dagens organisering og tjenester</i>	13
5	Utvalgte analyser	22
5.1	<i>Den økonomiske situasjonen i Sogndal kommune er relativt god, men høyt kostnadsnivå utfordrer det økonomiske handlingsrommet</i>	22
5.2	<i>Demografiske endringer øker behovet for omstilling</i>	24
5.3	<i>Veldig god folkehelse i Sogndal kommune</i>	28
5.4	<i>Til tross for høy ressursinnsats rangeres Sogndal kommunes pleie- og omsorgstjenester lavt i Kommunebarometeret</i>	31
5.5	<i>Analyse av tilbudet til tre brukergrupper innen pleie og omsorg</i>	35
5.6	<i>Oppsummering fra intervjuer med ansatte i Sogndal kommune</i>	42
6	Vurderinger, anbefalinger og tiltak	51
6.1	<i>Behov for en organisering som sikrer god ivaretagelse av kjerneprosesser</i>	52
6.2	<i>Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet må sikres</i>	58
6.3	<i>Heltidskultur og kompetanse er en viktig forutsetning for kvalitet</i>	63
6.4	<i>Pleie- og omsorgstjenester til eldre og somatisk syke</i>	67
6.5	<i>Behov for et godt utviklet boligtilbud</i>	72
6.6	<i>Kommunen må sikre kostnadseffektive og gode tilbud i institusjon for de som trenger dette</i>	76
6.7	<i>Pleie- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser</i>	83
6.8	<i>Forslag til tiltak</i>	92

1 Sammendrag

Kommunen har et omstillingsbehov og hadde behov for en analyse av deltjenester innenfor kommunens helse- og omsorgstjenester. Det var behov for gjennomgang av institusjonsdriften, hjemmetjenestene, bu- og miljøtjenesten, samt kommunens tildeling av tjenester. Formålet med arbeidet er å svare ut det politiske vedtaket og sikre et godt planverktøy for videre prioriteringer og strategier. Arbeidet inkluderer en vurdering av organiseringen av tjenestetilbudene, og tar hensyn til nasjonale føringer. Utredningen gir konkrete anbefalinger for økonomisk omstilling og synliggjøring av de økonomiske gevinstene og handlingsrom.

Kommunens økonomiske situasjon er bedret de siste årene, samtidig må kommunen ta grep nå for å sikre fortsatt økonomisk handlingsrom fremover. Kommunen har noe høyere inntekter enn en gjennomsnittlig kommune, finansene er relativt gode, men økt gjeld og økte investeringer samt høyt kostnadsnivå, særlig innenfor pleie- og omsorgstjenestene, medfører behov for omstilling for å sikre et fortsatt økonomisk handlingsrom og mer bærekraftig økonomi fremover. I denne konteksten er det viktig å sikre at utviklingen av tjenestene må stå i forhold til det økonomiske handlingsrommet og at ressursene anvendes slik at størst mulig kvalitet og velferd for innbyggerne oppnås innen disponibel ramme på kort og lang sikt.

De gjennomgåtte pleie- og omsorgstjenestene er en del av helse- og omsorgssektoren i Sogndal kommune. Kommunens netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester utgjorde i 2021 rundt 356 mill. kroner. Nettodriftsutgiftene til helse, pleie- og omsorgstjenesten utgjør ca. 40 % av totalutgiftene for kommunen. Analysene viser at Sogndal kommune bruker mer penger per innbygger på pleie- og omsorgstjenester enn snittet i tilhørende KOSTRA-gruppe. Kommunens utgifter har økt siden 2020.

I 2021 var 68 % av kommunens utgifter innenfor pleie og omsorgstjenesten knyttet til tjenester overfor «andre brukere, hovedsakelig eldre» og omhandler både utgifter til hjemmeboende, i omsorgsbolig med mulighet for heldøgntjenester og i sykehjem. Sogndal har høyere utgifter til alle disse tjenestene. Utgiftene til boliger med mulighet for heldøgntjenester og sykehjem er høye, og skyldes både høye enhetskostnader, men også antall plasser.

Sogndal kommunes utgifter innen pleie og omsorg til psykisk utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelser under 18 år er høyere enn gjennomsnittet for sammenlignbare kommuner. Kommunen har noen færre tjenestemottakere, men utgiftene er høye og er særlig knyttet til avlastning og barnebolig. Utgifter til voksne innenfor denne målgruppen er også høyere enn snittet (brutto og netto). Sogndal har flere tjenestemottakere enn sammenlikningskommunene og hovedvekten av utgifter er knyttet til høye enhetskostnader i bolig. Kommunens utgifter til tjenester organisert som BPA og ambuleringer er også høye. Sogndal kommune har vertskommunebrukere med tilskudd. Dette innebærer et enda større tjenesteomfang og vil ved frafall av disse brukerne stille større krav til omstilling når tilskuddet frafaller.

Saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er viktig både for den enkelte innbygger, men også for kommunen. For å få til ønsket endring er kommunen avhengig av å sikre god kvalitet på kommunes saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester og at dette støtter opp under strategiene og BEON-prinsippet. Gjennomgangen har vist at kommune ikke har klart å hente ut effekt etter opprettelsen av Vedtakskontoret. Kommunen hadde en antagelse om at de hadde lite ressurser knyttet til dette. Våre analyser har imidlertid vist at Sogndal ikke har lite kapasitet, men at det er behov for å utvikle og ta i bruk verktøy, samt sikre effektive arbeidsprosesser og nødvendig kompetanse som understøtter og sikrer at oppgaver og ansvar som er lagt til Vedtakskontoret blir ivaretatt. Avklaring av mandat, samt utvikling av gode samhandlingsarenaer på individ- og systemnivå mellom Vedtakskontoret og tjenestene inngår også i dette arbeidet.

Når det gjelder kvalitet innen pleie- og omsorgstjenesten framkommer det fra samtaler og intervjuer med ansatte at det ytes gode tjenester til kommunens innbyggere, og mange gir uttrykk for at de trives. Dette til tross for en relativt beskjeden plassering for Sogndal kommune med 293 plass i Kommunebarometeret for 2021. I samtalene kom det tydelig fram flere områder for forbedringer og utvikling både for å nå innsparingskravet, øke kvaliteten og styrke kommunen i møte med fremtiden. Særlig er de opptatt av hvordan de kan møte nye og endrede behov for kommunale tjenester med stadig flere eldre.

For å kunne nå målene om at flere skal bli boende hjemme og utvikle mer bærekraftige tjenester er anbefalingen at kommunen må satse på tidlig innsats og styrke innbyggere til å klare seg i egne boliger. Erfaringen er at dette ikke kan gjøres samtidig med en omfattende boliggygging gjennom bolig med mulighet for heldøgns tjenester og sykehjem. I dette ligger det å ikke opprettholde dagens dekningsgrad. Økt digitalisering/bruk av velferdsteknologi og tilstrekkelig kapasitet i tjenestene tidlig i omsorgstrappen er viktige forutsetninger for å få til dette. Sogndal har i liten grad tatt i bruk velferdsteknologi. Vurderingen er at det vil være helt avgjørende å ytterligere utforske og ta i bruk teknologi, for å kunne skape mer bærekraftige tjenester. Målet er å gi innbyggerne/brukerne økt selvstendighet, en tryggere hverdag og møte morgendagens utfordringer på en smartere måte. Ny teknologi gir nye muligheter til å samhandle og vil også påvirke fremtidig organisering og arbeidsformer.

For å sikre kostnadseffektive tjenester er byggenes utforming, bruk og organisering av tjenestene avgjørende. I dette ligger det å ta stilling til hvilke bygg kommunen skal ha utover i planperioden og hvordan dagens bygg skal brukes.

God organisering og god rekruttering er viktig for kvaliteten. Kommunen har per i dag utfordringer med å beholde og rekruttere ønsket kompetanse. Tjenesteanalysen viser at mange av tjenestene/avdelingene har utfordringer med lav andel ansatte med høyskole- og fagutdanning og lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse. I tillegg har flere avdelinger utfordringer knyttet til ubesatte stillinger, sykefravær og omfattende bruk av vikarer.

Andel eldre er forventet å øke drastisk fremover og vil kunne medføre at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke med over 80 % i 2040 sammenliknet med 2021. Endringer i demografien tilsier at det vil være helt avgjørende at kommunen klarer å iverksette tiltak som medfører å:

- ▶ Sikre at innbyggere gis mulighet til å være aktiv og deltakende i eget liv og fortsette å bo i eget hjem så lenge som mulig, til tross for funksjonsnedsettelse og hjelpebehov
- ▶ Styrke innbyggere i planlegging for egen alderdom gjennom god informasjon og forebyggende arbeid
- ▶ Styrke samarbeidet med pårørende og frivillige
- ▶ Utforske og ta i bruk teknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen i innbyggerens liv
- ▶ Utvikle tjenester og kapasitet i omsorgstrappen som medfører at behovet for institusjon og heldøgns tilbud reduseres
- ▶ Sikre driftsoptimale enheter og avdelinger som muliggjør god ivaretagelse av fag, personal og økonomi

«Å vokse smartere» vil kreve helhetlig tilnærming og et tett samarbeid mellom politikk, administrasjonen og kommunens innbyggere. Mange av tiltakene i denne gjennomgangen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren. For å lykkes i planleggingen for fremtiden kreves det at hele kommunen bidrar for å skape et mer aldersvennlig samfunn, i godt samarbeid med næringsliv, kulturliv, frivillige lag/organisasjoner og andre.

Gjennomgangen har vist at det enda gjenstår et arbeid med å sikre målsettingen om likeverdige tjenester og harmonisering i Sogndal kommune. Arbeidet er påstartet, men pandemi og daglig drift

har forsinket dette arbeidet vesentlig. Vurderingen er at det er behov for en mer helhetlig strategi, plan og prioriteringer. Dagens helse- og omsorgstjenester fremstår som noe fragmenterte. Flere avdelinger er preget av små enheter og uhensiktsmessige strukturer. Dette medfører lite mulighet for fleksibel bruk av ansatte, utnyttelse av fagkompetanse og etablering av sterke fagmiljøer. Dette er en viktig årsak til høye driftsutgifter, men har også betydning for kommunens mulighet til å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse og manglende mulighet til spesialisering og mulighet for å etablere gode fagmiljøer. Det er i liten grad blitt gjort endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene etter opprettelsen av Sogndal kommune. En del av løsningene fra de tidligere kommunene fremstår ikke lenger som hensiktsmessige i utviklingen av den nye kommunen.

I gjennomgang med kommunen er det vist til forskjeller i brukertilnærming i det vi omtaler som henholdsvis proaktive, normale og reaktive tjenesteforløp. Med dette mener vi en endring fra omfattende trinn i omsorgstrappen med stor grad av boligging til mer tidlig innsats og forebygging hvor innbyggerne med sine varierende utfordringer mestrer egne liv i egne egnede boliger. Det er vår oppfatning at utfordringen i Sogndal i noen grad skyldes ressursbruk på enkelttjenesten, men også i stor grad er knyttet til tjeneste- eller profilvalg. Dette innebærer at Helse og omsorg er avhengig av aktive bidrag fra alle kommunale tjenester for å få til nødvendig omstilling. I dette arbeidet er det sentralt å endre forventninger til tjenester, styrke evnen til å gjøre gode tjenestevalg og ikke minst ha tilstrekkelig kapasitet særlig i de førest tre trinnene i omsorgstrappen. Dette innebærer å ha aktive lokalsamfunn hvor innbyggere kan gjøre gode helse og boligvalg. I all enkelhet dreier dette seg om å gjøre tingene rett, men også gjøre de rette tingene, hvor fokus endres fra omsorg og kompensierende tiltak. Dette medfører å begrense ressursbruken høyt oppe i omsorgstrappen for dermed å ha handlingsrom til å kunne utvikle og sikre tjenester og tiltak på lavere nivå.

2 Bakgrunn, formål og metode

2.1 Bakgrunn og formål

Kommunen har et omstillingsbehov og er derfor i behov av en analyse av kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen har uttalt at det er behov for en analyse av institusjonsdriften, hjemmetjenestene, bu- og miljøtjenesten, samt kommunens tildeling av tjenester. Formålet med arbeidet er å svare ut det politiske vedtaket og gjennom dette sikre et godt planverktøy for videre prioriteringer og strategier. Arbeidet skal inkludere en vurdering av organiseringen av tjenestetilbudene, og ta hensyn til nasjonale føringer. Utredningen skal gi konkrete anbefalinger for økonomisk omstilling og synliggjøring av de økonomiske gevinstene.

Helse og omsorg hadde en budsjettforventning i 2020 og 2021 som de ikke klarte å innfri. Tjenestene har i denne perioden et merforbruk i forhold til vedtatt budsjett. I økonomiplan for 2022 er det lagt inn et ytterligere innsparingskrav for Helse og omsorg. I planverk og styringsdokumenter tydeliggjør kommunen behovet for økonomisk styring og for å skape et økonomisk handlingsrom. Kommunen har noe høyere inntekter enn en gjennomsnittlig kommune, finansene er gode, men økt gjeld og høyt kostnadsnivå på de kommunale tjenestene medfører behov for omstilling for å sikre et fortsatt økonomisk handlingsrom og mer bærekraftig økonomi fremover. I denne konteksten er det viktig å tenke at utviklingen og kvaliteten må stå i forhold til det økonomiske handlingsrommet. I praksis betyr dette at Sogndal kommune, i tillegg til å tenke fremover når det gjelder kvalitet, også må tenke kostnadseffektivitet.

2.2 Metode og prosjektorganisering

Agenda Kaupang har bistått kommunen med arbeidet. Arbeidet ble utført av Einar Stephan og Hege Askestad, med sistnevnte som ansvarlig konsulent. Arbeidet har vært organisert som et prosjekt med Kommunalsjef Marit Reppen som prosjekteier. Assisterende Kommunalsjef Anita F. Midttag har vært intern prosjektleder. Prosjektgruppen bestod av prosjekteier, prosjektledere samt tjenesteledere innen helse og omsorg, økonomirådgiver, kommunikasjonsrådgiver samt representanter for tillitsvalgte. Arbeidet ble inndelt i 3 faser:



Figur 2-1 Modell av faser i prosjektet

Prosjektet har omfattet kartlegging, analyser samt utvikling av tiltak.

2.3 Fase 1 – datainnsamlingsfasen

I denne fasen har vi dannet oss et bilde av status i driftssituasjonen innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Kartleggingen har inkludert besøk i driftsenheter og tjenestesteder som benyttes til formålet.

Det er gjennomført kartleggingsintervju med berørte ledere og ressurspersoner i tjenestene. Registerdata, regnskapstall og nøkkeldata innhentet gjennom intervjuer danner grunnlaget for våre vurderinger og anbefalinger i analyse- og tiltaksfasen.

Denne rapporten er basert på følgende datakilder:

- ▶ *KOSTRA, tilrettelagt i databasen til Agenda Kaupang:* Situasjonen i Sogndal er sammenlignet med andre kommuner og tilhørende KOSTRA-gruppe¹. Utvalget av kommuner er gjort i dialog med Sogndal.
- ▶ *Informasjon fra aktuelle tilgjengelige statistikker*
- ▶ *Agenda Kaupangs egen detaljanalyse for pleie- og omsorgstjenestene (database):* Utvalget av kommunene i denne analysedelen baserer seg på kommuner Agenda Kaupang har arbeidet med tidligere.
- ▶ *Skriftlig informasjon fra kommunen:* regnskap 2021, budsjett samt gjeldende økonomiplan og årsmelding. Helse- og omsorgsplan mv.
- ▶ *Muntlig informasjon fra ansatte kommunens helse- og omsorgstjenester:* Det er foretatt intervjuer med sentrale ledere i kommunen, i tillegg til intervju med et utvalg ansatte, tillitsvalgte mfl. fra kommunen.

2.4 Fase 2 – ekstern analyse inkludert utarbeidelse av tiltak

Denne delen av arbeidet er gjort som en ekstern ekspertvurdering. Agenda Kaupang har evaluert kommunens pleie- og omsorgstjenester med vekt på kostnadsnivå, organisering og tjenesteprofil.

- ▶ *Kostnadsnivå:* Det er viktig å ha en effektiv helse- og PLO-tjeneste, med nøktern tildeling av tjenester og lave enhetskostnader. Netto driftskostnader for helse og PLO er sammenlignet med andre kommuner. Vi har behovskorrigert regnskapene slik staten gjør det ved tildeling av rammetilskudd i statsbudsjettet. Vi har grovsjekket regnskapet før analyse (pensjonsføring, administrasjonsutgifter, tilskudd til ressurskrevende tjenester). Vi har forsøkt å forklare kostnadsforskjeller ved å sammenligne volum/dekningsgrad, enhetspris og egenbetaling. Vi har dessuten fordelt nettoutgiftene mellom de tre store brukergruppene, for å få et mer presist bilde enn det som framkommer når alle brukerne ses under ett. Tjenestene til eldre, mennesker med psykisk utviklingshemming og mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser er i stor grad uavhengige av hverandre og bør analyseres hver for seg. Vi har også sett på kvalitet i tjenesten, basert på 2021-data samlet inn i Kommunebarometeret fra Kommunal Rapport. Dette er den eneste samlede og årlige kvalitetsmåling av kommunale tjenester for tiden.
- ▶ *Organisering:* Organiseringen av helse- og omsorgstjenesten må legge til rette for effektivitet og nytenkning. Vi har gått gjennom kommunens styringsdokumenter og organisasjonskart. Vi har intervjuet ledere, utvalgte medarbeidere og hovedtillitsvalgte i sektoren om arbeidet med kvalitetsutvikling, økonomistyring, personalledelse og samarbeid.
- ▶ *Tjenesteprofil:* Kommunen bør ha en profil på tjenestene i tråd med BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå). Det vil si hjemmebasert og mestringsorientert tjenesteprofil. Vi har innhentet data om kommunens omsorgstrapp for hver brukergruppe. Vi har sammenlignet

¹ Tilhører KOSTRA-gruppe 8 som består av 23 mellomstore kommuner med 10 000 til 19 999 innbyggere og middels eller høye frie disponible inntekter per innbygger

dagens tilbud med de behov kommunen sannsynligvis står overfor i årene framover, spesielt veksten i antall eldre.

Basert på innhentede data og analyser er det utarbeidet forslag til tiltak for å nå målet om driftstilpasning og reduserte utgifter innen helse- og omsorgstjenesten på kortere og lengre sikt..

2.5 Fase 3 – rapportering

Arbeidet som er gjennomført i Sogndal kommune har resultert i denne rapporten utviklet i samarbeid med oppnevnt prosjektgruppe. Det er også utarbeidet analyser underveis som ligger ved som vedlegg til rapporten.

Begreper brukt i rapporten

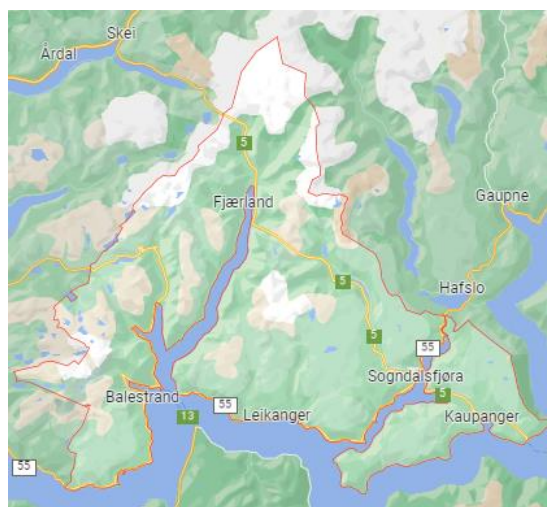
- *PLO*: Samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester fordelt på ulike hjemmebaserte tjenester (f.eks. helsehjelp i hjemmet, tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistent mv.), dag- og aktivitetssenter inkludert støttekontakt og institusjonstjenester
- *Heldøgns omsorg*: Statistikken utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med én beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Offisiell statistikk gir altså ikke utfyllende bilde.
- *Omsorgsboliger*: Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.
- Boliger med mulighet for heldøgnstjenester (HDO)
- *Vertskommunebrukere* med behov for helse- og omsorgstjenester er brukere kommunen fikk ansvar for i forbindelse med ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede på tidlig nittitallet. Kommunen mottar vertskommunetilskudd og formålet med tilskuddet er å skjerme vertskommuner mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet. Vertskommunetilskuddet er derfor å anse som en kompensasjonsordning. Kun et fåtall kommuner har Vertskommunebrukere.
- *BEON (Beste Effektive Omsorgs Nivå)*. BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Skal kommunen kunne tildele og yte tjenester etter dette prinsippet må helse- og omsorgstjenesten bestå av ulike nivå på tjenester og tiltak. Man vil da kunne tildele tjenestene/tiltakene ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. BEON forutsetter en godt dimensjonert innsatstrapp. Prinsippet kan fremstilles som vist i figur 6-2.
- *BPA*: Tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov.
- *Omsorgstrappen*: Dette er benevelser som viser til at det finnes mange typer omsorgstjenester, og at disse må sees i sammenheng. Omsorgstrappen forutsetter at man anser at mennesker som har behov for omsorgstjenester ikke er like. Den enkelte må vurderes individuelt og tjenestetilbudet må tilpasses den enkelte. Behovet for hjelp og bistand vil for noen være relativt enkelt og lite, mens det for andre er snakk om meget omfattende og sammensatte tjenestebehov. Tjenestetilbudet må reflektere den enkeltes behov, og omsorgstrappen viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.

- *KOSTRA* (Kommune-Stat-Rapportering): Et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. KOSTRA er et omfattende rapporteringssystem der kommuner og fylkeskommuner rapporterer til staten ved Statistisk sentralbyrå (SSB). Rapporteringen skjer elektronisk og omfatter alle kommunale og fylkeskommunale funksjoner og ansvarsområder. For kommuner dreier det seg om rapportering fra ca. 90 forskjellige funksjonsområder, f.eks. førskole, grunnskole, helse, pleie og omsorg, barnevern og sosialhjelp.
- KOSTRA-funksjoner innen pleie og omsorg som benyttes i denne rapporten omfatter: Funksjon **234** som omfatter dagsenter, støttekontakt, matombringing, trygghetsalarmer mv. Funksjon **253** omfatter bistand i sykehjem, barnebolig og avlastning i institusjon. Funksjon **254** omfatter ulike tjenester i hjemmet. Dette inkluderer også tjenester i f.eks. bemannede boliger og tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Funksjon **261** omfatter utgifter til institusjonslokalene og byggene som benyttes til institusjonsdrift. Funksjon 265 omhandler øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner (KAD). Mer utfyllende opplysninger om de ulike funksjonene finnes på:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bbb36cc4ebcc460b83aedfb68ca95c6d/hovedveileder-2017.pdf>

3 Sogndal kommune – behov for omstilling og harmonisering

Sogndal kommune er en relativ ny kommune, opprettet i 2020, og består nå av de tidligere kommunene Sogndal, Leikanger og Balestrand. I forbindelse med etableringen av en ny kommune ble det gjennomført et stykke arbeid for å få økt innsikt i dimensjonering og prioritering i de tre kommunene, og som et grunnlag for bygging av ny kommune. Arbeidet viste at de tre kommunene var svært ulike og at behovet for samordning, samt å sikre likeverdige tjenester, har vært og er en målsetting. Gjennomgangen i 2022 viser at dagens pleie- og omsorgstjenester fremstår som noe fragmenterte. Flere avdelinger er preget av små enheter og uhensiktsmessige strukturer. Dette medfører lite mulighet for fleksibel bruk av ansatte, utnyttelse av fagkompetanse og etablering av sterke fagmiljøer. Dette er en viktig årsak til høye driftsutgifter, men har også betydning for kommunens mulighet til å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse og manglende mulighet til spesialisering og mulighet for å etablere gode fagmiljøer. Det er i liten grad blitt gjort endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenestene etter opprettelsen av Sogndal kommune. En del av løsningene fra de tidligere kommunene fremstår ikke lenger som hensiktsmessige og oppleves i stor grad å være videreføring av etablerte tiltak i de gamle kommunene, og i liten grad systematisk og strategisk valgt for den nye kommunen

Sogndal kommune er i vekst samlet sett, og dette skyldes i hovedsak positiv befolkningsvekst i tettstedet Sogndal. Den eldre andelen av befolkningen øker, samtidig som det også er en økning i den yngre befolkningen. Den økonomiske situasjonen i kommunen beskrives å være utfordrende, og det må ifølge kommunedirektøren gjøres prioriteringer på viktige områder fremover. Bakgrunnen er at kommunens inntekter ikke er tilstrekkelige for å dekke økte investeringer, men også økte driftsutgifter. Kommunen har behov for omdisponering av kommunens inntekter. En større andel må gå til å betjene gjeld, samtidig som midler må omdisponeres mellom tjenestene som følge av endret behov (demografi).



4 Helse- og omsorgstjenester

Kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering på tvers av sektorer. De kommunale tjenestene må organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

Kommunale helse- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) med forskrifter. De mest sentrale forskrifter er Kvalitetsforskriften, Verdighetsgarantien og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

I tillegg er det en rekke sentrale styringsdokumenter som har stor betydning for kommunene. Reformen **Leve hele livet** (Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre) setter søkelys på kvalitative sider av tjenestene og hva som kan bidra til en trygg og verdig alderdom. Den skisserer 5 satsingsområder:

- ▶ Et aldersvennlig Norge
- ▶ Aktivitet og fellesskap
- ▶ Mat og måltider
- ▶ Helsehjelp
- ▶ Sammenheng i tjenestene

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har medført et utvidet ansvar for kommunene, og medfører at kommunene i større grad må sørge for en mer helhetlig tenkning der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk og behandling vektlegges.

Andre sentrale nasjonale styringsdokumenter er NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, Demensplan 2020, og Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 – Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.

Samfunnsdelen i Kommuneplanen er et verktøy for kommunens helhetlige planlegging. Samfunnsdelen skal brukes til å forme og gi retning for kommunene i årene fremover. Planen beskriver utfordringer og fastsetter langsiktige mål og strategier. Gjeldende budsjett og økonomiplan inngår også i de kommunale styringsdokumentene. Flere kommuner har i tillegg egne temaplaner som f.eks. Oppvekstplan, Helse- og omsorgsplan osv. Sogndal kommune har ikke dette.

4.1 Dagens organisering og tjenester

I det følgende gis det en kort beskrivelse av tjenestene som har vært gjennomgått i evalueringen.

Dagens organisering innebærer en hierarkisk struktur med en felles kommunalsjef for Helse og omsorg. Kommunalområdet består av 7 virksomheter jf. figuren på neste side. Virksomhetene ledes av tjenesteledere med overordnet ansvar for fag, personal og økonomi. Virksomhetene er igjen inndelt i underliggende avdelinger. Avdelingene ledes av avdelingsledere med delegert ansvar for fag, personal og økonomi.

Kommuneoverlege Leiv Erik Husabø
Vedtaks- og koordinering- Emil Ulvin Davidsen
Miljøretta helsevem Elin Asnes Øvretun
Rådgjevar –Lina Mari Torheim Hanitz (f.o.m 01.08.22)

Helse og omsorg
Kommunalsjef Marit Reppen



Ass. kommunalsjef Anita Foss Midlang (t.o.m. 30.06.22.)

Teneste	Teneste	Teneste	Teneste	Teneste	Teneste	Teneste
Balestrand helsetun + heimetenester Hanne Hoff	SHOS+ KAD Hanne Hoff	Heimetenester Sogndal Vibeke Sivertsen	Bu- og miljøteneste Dina Lunde	Legeteneste Jan Ove Tryti	Rus og psykisk helse May Tove Lyngseth	Ergo, fysio, Friskliv Jorunn Aa
Avdeling	Avdeling	Avdeling	Avdeling	Avdeling	Avdeling	
Balestrand helsetun + heimetenester Eli Sleire	Korttid/KAD Anja Leirdal	Sone 1 Fjærland og Stedje Solweig T. Volle	Sone Sogndal Marit Loven	Sone Sogndal Jan Ove Tryti	Rus og psykiatri Helen Kronstad	
Leikanger sjukeheim Solrun N. Amundsen	Langtidsopphald i institusjon Svanaug Dvergedal	Sone 2 Fjøra Eiliv Fagerdal Risvik	Sone Stedje Anne Grethe Ramstad	Sone Leikanger Jan Ove Tryti		
Heimetenester Leikanger Anne Brennset Gjerland	Prestehagen Tine T Seldal		Sone Leikanger Ingunn Løkø (konst.)	Sone Balestrand Jenny Menes		
Heimetenester Balestrand Marte Gåsland	Kjøkken Ann Elisabeth Skjerven		Sone Balestrand Ole Magnus Midtbø (konst.) Lise Lotte Jørgensen f.om 01.06.2022			

Figur 4-1 Organisasjonskart helse og omsorg

Helse- og omsorgstjenestene² i Sogndal er den største sektoren i Sogndal kommune. Kommunens netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester utgjorde i 2021 rundt 356 mill. kroner. Nettodriftsutgiftene til helse, pleie- og omsorgstjenesten utgjør ca. 40 % av totalutgiftene for kommunen³ og er dermed det «største» tjenesteområdet i kommunen. De ulike tjenestene innen pleie og omsorg yter tjenester til ca. 820 tjenestemottakere fordelt på ulike hjemmetjenester, institusjonstjenester og dag- og aktivitetstilbud, trygghetsalarm, matbringning mv.⁴ Størrelsen på de ulike enhetene varierer og avdelingene er lokalisert rundt om i de tre tettstedene i kommunen.

I neste delkapittel presenteres tjenestene som er berørt i gjennomgangen kort⁵.

Vedtakskontoret

Virksomheten ble etablert i 2018 og har totalt 8,9 årsverk. Vedtakskontoret har ansvar for saksbehandling og tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester inkludert tildeling av omsorgsboliger og parkeringskort. Vedtakskontoret har ansvar for kjøp av tjenester og budsjettansvaret ligger hovedsakelig til Vedtakskontoret.

Vedtakskontoret utfører i liten grad kartleggingsamtaler og vurderinger. Dette ivaretas av tjenestene. Hovedvekten av kartlegging og saksbehandling innenfor psykisk helse og rus ivaretas av Tjenesteområdet psykisk helse og rustjenesten.

Sykefraværet i 2021 var på 10,5 %. Virksomheten hadde et budsjett på 19,5 mill. kr i 2021. Resultatet viste et overforbruk på 2,4 mill. kr og er i hovedsak relatert til lønn.

² Pleie og omsorg som det er definert i KOSTRA

³ Kilde: SSB, KOSTRA 2021

⁴ Per 31.12.2021. En bruker kan motta én eller flere tjenester.

⁵ Kommunen har prioritert at tjenesteområdene Institusjon, hjemmetjenester, vedtakskontoret og Bu og miljø skal inngå i denne gjennomgangen.

Aktivitetstilbud for eldre

Sogndal kommune har tre ulike dagtilbud for eldre hjemmeboende lokalisert på de tre tettstedene Balestrand, Leikanger og Sogndal. Per 31.12.2021 har kommunen rapportert at de har rundt 60 innbyggere som deltar på ett av de tre dag- og aktivitetstilbudene for eldre i kommunen.

Tabell 4-1 Data om aktivitetstilbud for eldre

	Sogndal	Leikanger	Balestrand
Årsverk	2,5	1,5	1,6
Antall brukere per dag	9-13	5-6	8-9
Åpningstider - alle hverdager minus helligdager	8:00-15:30	9:00-15:00	10:30-15:00
Budsjett 2021	1,56	1 mill. kr	0,8 mill. kr
Regnskap 2021	1,7	1 mill. kr	1,5 mill. kr
Lokalets vurderte egnethet for formålet ⁶			

Hjemmetjenester

Sogndal kommune har valgt en organisering som medfører at ansvaret for hjemmetjenestene (HBT) er fordelt på flere tjenesteenheter, og hjemmetjenesten er lokalisert ved hvert av tettstedene i kommunen. I Balestrand og Leikanger ligger hjemmetjenesten som egen avdeling under felles leder med institusjon. I Sogndal er hjemmetjenesten organisert som eget tjenestested fordelt på avdelinger:

- ▶ Sogndal har en hjemmetjeneste inndelt i to geografiske soner (Stedje og Fjøra). Hver av sonene ledes av en avdelingsleder⁷. Hjemmetjenesten har ansvar for Plassen 8 (19 leiligheter) og aktivitetssenter for eldre.
- ▶ Hjemmetjenesten Leikanger og Balestrand er samorganisert med institusjonstjenesten under en felles tjenesteleder. Begge avdelingene har egen avdelingsleder, og hver av avdelingene har ansvar for hver av de to tettstedene. I Balestrand har hjemmetjenesten fått overført ansvar for 4 omsorgsboliger inne på sykehjemmet som tidligere ble ivaretatt av personalet på sykehjemmet. Hjemmetjenesten i Leikanger har ansvaret for 10 omsorgsboliger som ligger på Helsetunet.

Hjemmetjenesten yter tjenester til hjemmeboende som for eksempel hjemmesykepleie, hjemmehjelp (praktisk bistand), oppfølging av trygghetsalarm, matombringing osv. Tjenestene innvilges etter en individuell vurdering av Vedtakskontoret.

I 2021 har kommunen oppgitt å ha rundt 300 brukere med vedtak om helsehjelp utenfor institusjon. Omfang av tjenester varierer fra under 1 time per uke til over 60 timer per uke. Kommunen oppgir at det var 216 brukere med vedtak om praktisk bistand - hjemmehjelp. Mottakere av praktisk bistand får normalt ca. 1,5-2 timer renhold hver 3. uke. HBT har også ansvar for noen BPA-ordninger i kommunen.

Tabellen under viser data for hjemmetjenester for de fire avdelingene⁸.

	Sogndal sone Stedje	Sogndal sone Fjøra	Balestrand	Leikanger
Årsverk	25,1	19,17	12,58	17,26 ⁹
Årsverk ledelse inkl. fagledere mv.	1	2	1	1

⁶ Det er gjort en vurdering av lokalenes egnethet for formålet av avdelings-/tjenestelederne for de respektive tjenestene ved å klassifisere etter grønn (meget egnet), gul (mindre egnet) og rød (uegnet).

⁷ Fjøra har to avdelingsledere.

⁸ Basert på data fra februar 2022. Inkluderer årsverk til praktisk bistand og hjemmesykepleie.

⁹ Årsverk til BPA og omfattende tiltak annen brukergruppe er tatt ut.

Antall brukere	51	62 inkl. «Plassen»	44	79
Andel brukere med vedtak om tjenester - mindre enn 1 time bistand per uke	35 %	40 %	26 %	32 %
Andel brukere med vedtak om tjenester - 1-2,5 timer per uke	17 %	16 %	15 %	28 %
Andel brukere med vedtak om tjenester - 2,5-5 timer bistand per uke	19 %	28 %	15 %	16 %
Andel brukere med vedtak om tjenester - 5-10 timer bistand per uke	13 %	12 %	26 %	12 %
Andel brukere med vedtak om tjenester - 10-15 timer bistand per uke	11 %	3 %	5 %	10 %
Andel brukere med vedtak om tjenester - mer enn 15 timer per bistand per uke	5 %	1 %	13 %	2 %
Arbeidslister dag/kveld (hjemmesykepleie)	6-10 dagtid og 4 kveld ¹⁰	6-9 dagtid og 2 kveld ¹¹	2-3 dag, 1 kveld	4-7 dag, 2 kveld
Arbeidslister praktisk bistand- hjemmehjelp	1-5	4-6	1-2	1-3
Sykepleier på vakt hele uken dagtid	Ja	Ja	Ja	Ja
Sykepleier på vakt hele uken kveldstid	Ja	Nei	Nei	Ja
Nattevakt (årsverk)	1,8		1,8	1,8
Andel høyskole	38,6 %	46 %	37 %	34 %
Andel fagutdannede (videregående nivå)	34 %	27 %	22%	41,5 %
Andel ufaglærte	23 %	16 %	17,5 %	18 %
Andel vakante stillinger	6 %	5 %	18 %	0
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse	72 %	83 %	74 %	71,5 %
Sykefravær 2021	8,6 %	11,7 %	9,5 %	10,3 %
Budsjett 2021	37,7 mill.kr		8,7 mill. kr	15,4 mill. kr
Regnskap 2021	38 mill.kr		10,1 mill. kr	13,6 mill. kr

Boliger med mulighet for døgntjenester

Sogndal har i dag 2 botiltak med mulighet for døgnbemanning for eldre (Prestehagen), i tillegg har de et tilbud på Balestrand. Det er også et omsorgsboligtilbud på Leikanger, men dette er ikke døgnbemannet. Tilbudet bemannes av den ordinære hjemmetjenesten og er derfor ikke definert som omsorgsboliger med mulighet for heldøgntjenester i denne analysen. Det samme gjelder for Plassen 8, Fossetunet og Leighgota, lokalisert i tettstedet Sogndal.

Prestehagen ligger i tettstedet Sogndal og omfatter 32 plasser i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning fordelt på 2 etasjer. Tilbudet i første etasje er forbeholdt mennesker med demenssykdom (16 plasser). Tilbudet i andre etasje er forbeholdt eldre med behov for tilsyn og bistand hele døgnet. Data om avdelingen fremkommer i tabellen under:

Tabell 4-2 Prestehagen

	Prestehagen
Årsverk	32,54
Antall brukere	32
Bemanning dag	11-10
Bemanning kveld	9
Årsverk natt	3,6
Pleiefaktor	0,98
Høyskole på vakt hele uken dagtid	Ja
Høyskole på vakt hele uken kveldstid	Ja
Andel høyskole	24 %
Andel fagutdannede (videregående nivå)	51 %

¹⁰ Samdrift mellom Stedje og Fjora på kveld

¹¹ Samdrift mellom Stedje og Fjora på kveld

Andel ufaglærte	21 %
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse	57 %
Sykefravær 2021	14,1 %
Lokalets vurderede egnethet for formålet ¹²	

Kommunen har et bygg i tilknytning til Leikanger sykehjem. Per i dag benyttes deler av lokalet til dagaktivitetstilbud. Bygget er nytt og tiltenkt å romme et botilbud for mennesker med demenssykdom. Planen er at det skal være stedlig bemanning dag og kveld og at hjemmetjenesten skal ha ansvar for tilsyn og beredskap mv. på natt. Bygget rommer 8 rom med bad, en fellesstue og et felles kjøkken.

Institusjonstjenester (sykehjem)

Institusjonstjenesten i Sogndal kommune er organisert under en felles tjenesteleder. Kommunen har institusjonstjenester lokalisert tre plasser i kommunen, på Balestrand, Leikanger og i Sogndal:

- ▶ Balestrand: inntil 20 plasser fordelt på 7 ordinære langtidsplasser, 8 skjermet demens, 4 korttidsplasser inkl. avlastning. Det er også tilgang på ett rom som kan benyttes til lindrende behandling. Balestrand har flere pasientrom som ikke benyttes.
- ▶ Leikanger: 29 plasser fordelt på 17 langtidsplasser, 4 ordinære korttidsplasser, 1 forsterket langtidsplass, 7 skjermet demens. Det er også tilgang på ett rom som kan benyttes til lindrende behandling.
- ▶ Sogndal helse- og omsorgssenter (SHOS) 2. etg.: 19 plasser fordelt på 9 korttidsplasser, 8 rehabiliteringsplasser og 2 KAD-tilbud
- ▶ Sogndal helse- og omsorgssenter (SHOS) 3. etg: 25 langtidsplasser

Oppsummerende data om sykehjemsavdelingene¹³:

Tabell 4-3 Data om sykehjemsdrift

	SHOS 2 etg.	SHOS 3 etg.	Balestrand	Leikanger
Årsverk	26,57	31,9	25,85 ¹⁴	34,65
Årsverk ledelse og administrasjon	2,3	1,5	2	3,57 ¹⁵
Antall plasser	19	25	20	29
Bemanning dag	6	8-9	6-7	8-9
Bemanning kveld	5	7-8	6	7-8
Årsverk natt	3,6 ¹⁶	3,6	3,6 ¹⁷	3,6
Pleiefaktor ¹⁸	1,28	1,21	1,19	1,11
Høyskole hele uken (dag)	Ja	Ja	Ja	Ja

¹² Det er gjort en vurdering av lokalenes egnethet for formålet av avdelings-/tjenestelederne for de respektive tjenestene ved å klassifisere etter grønn (meget egnet), gul (mindre egnet) og rød (uegnet).

¹³ Basert på data fra februar 2022. Vakante stillinger er ikke med i beregningen av kompetanse. Årsverk til ledelse er heller ikke med.

¹⁴ Eks. kjøkken og vaskeri (4 ansatte ukedager og 1 på helg), og 4 årsverk som betjener omsorgsboligene (4). I 2022 er disse overført til hjemmetjenesten.

¹⁵ Inkludert 0,27 sykehjemslege

¹⁶ Bistår hjemmetjenesten på natt, variasjon fra 1-7 timer per vakt.

¹⁷ Sykepleier på natt har også et meransvar for legevaktspiloten.

¹⁸ Årsverk til leder, fagansvarlig og merkantil er tatt ut.

Høyskole hele uken (kveld)	Ja	Ja	Ja	Ja
Andel høyskole	45 %	30 %	26 %	38 %
Andel fagutdannede (videregående nivå)	35,5 %	53 %	24 %	46 %
Andel ufaglærte	10 %	17 %	27 %	8 %
Andel vakante stillinger	8 %	6 %	20 %	5 %
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse	54 %	46 %	68 %	62 %
Sykefravær 2021	7,5 %	10,2 %	9,5 %	7,9 %
Budsjett 2021	54,4 mill. kr		30,8 mill. kr	29,3 mill. kr
Regnskap 2021	51,8 mill. kr		29,7 mill. kr	29,3 mill. kr
Lokalets vurderte egnethet for formålet ¹⁹				

I budsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025 fremgår det at tjenestene skal reduseres med 6 mill. kr i 2022 og 2023, økende til 8 mill. kr i 2024 og 10 mill. kr i 2025.

Kjøkken og vaskeri

Sogndal kommune har kjøkken på hver av de tre tettstedene i kommunen. Hvert kjøkken ligger lokalisert på sykehjemmene. Tilbudet er åpent alle dager og det produseres mat inkludert varmmat for både de som bor eller oppholder seg på sykehjemmene, i omsorgsboligene og til hjemmeboende med vedtak om matlevering. Frem til nå har ansatte som ivaretar renholdsoppgaver på sykehjemmene mv. vært organisert ute i tjenestene. Sogndal kommune har iverksett et arbeid knyttet til å se på både dimensjoneringen av tjenestene og organiseringen. I kommunens budsjett for 2022 og gjeldende økonomiplan fremkommer det at Helse og omsorg skal redusere utgiftene til både renhold og kjøkken med 0,5 mill. kr i 2022, og 1 mill. kr i 2023. Beløpene er likt fordelt på de to tjenestene.

Tabell 4-4 Data om kommunens kjøkken og renholdstjenester (HSO)

	SHOS kjøkken og renhold	Leikanger kjøkken og renhold	Balestrand kjøkken og renhold
Årsverk kjøkken	6,68	2,8	2,8
Kjøkkendrift hele uken	Ja	Ja	Ja
Årsverk renhold	11,25	2	1,4
Renholds drift hele uken	Ja	Nei	nei
Vaskeritjeneste i egen regi	Delvis i egen regi i tillegg til Mona Vekst	Nei - Mona Vekst	Ja
Brutto kostnader kjøkken til institusjonsbeboere (estimert for Leikanger og Balestrand)	4,7 mill. kr	3,6 mill. kr	3,2 mill. kr
Dagspris per institusjonsbeboer mat ²⁰	215 kroner	335 kroner	365 kroner ²¹

¹⁹ Det er gjort en vurdering av lokalenes egnethet for formålet av avdelings-/tjenestelederne for de respektive tjenestene ved å klassifisere etter grønn (meget egnet), gul (mindre egnet) og rød (uegnet).

²⁰ Kostnaden inkluderer ikke kostnader knyttet til lokaler og avskrivning av utstyr

²¹ Inkl. omsorgsboliger Leikanger (4) tatt med i beregningen på lik linje med institusjonsbeboere

Brutto kostnader kjøkken til hjemmeboende (Estimert for Leikanger og Balestrand)	5,3 mill.	Ikke skilt ut	Ikke skilt ut
Kostnader renhold	7,8 mill.	1,4 mill.	1,7 mill.
Månedspris per beboer, renhold	7 154 kroner	3 201 kroner	5 971 kroner ²²
Kostnader medisinske forbruksvarer, kjemikalier og medisin	0,8 mill.	0,4 mill.	1,2 mill.
Månedspris per beboer, medisiner og medisinsk forbruksmateriell	1 542 kroner	1 417 kroner	3 489 kroner

Tjenester i bolig med stedlig bemanning inkl. avlastning

Kommunen tilrettelegger med stedlige helse- og omsorgstjenester i kommunale boliger/omsorgsboliger, men også i private boliger til voksne med funksjonsnedsettelse/utviklingsforstyrrelser. Kommunen har også en avlastningsbolig, og barneboliger. Tjenestene er organisert under Bu- og miljøtjenesten²³ i Sogndal kommune:


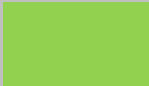
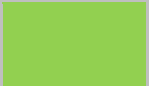



- ▶ Stedje: tjenester for voksne personer med ulike funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger i og utenfor bolig med stedlig bemanning lokalisert i tettstedet Sogndal
- ▶ Sone Sogndal: Avlastning, ambulerende tjenester og tjenester i bolig med stedlig bemanning
- ▶ Eplehagen: tjenester for voksne personer med ulike funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger i bolig med stedlig bemanning lokalisert i Balestrand
- ▶ Victoriahagen: tjenester for voksne og eldre personer med ulike funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger i bolig med stedlig bemanning lokalisert i Balestrand
- ▶ Fjærestad: tjenester for voksne personer med ulike funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger i bolig med stedlig bemanning lokalisert i Balestrand
- ▶ Leikanger: tjenester til personer med ulike funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger både i private boliger, og ved Stadheimsgården. Leikanger har i tillegg avlastning og drift av barnebolig.

Tabell 4-5 Data om boliger/avdelinger

	Stedje	Sogndal	Eplehagen	Victoriahagen	Fjærestad	Leikanger (samlet)
Årsverk	27,78	17,5	12,17	12,7	11,58	45,1
Årsverk leder, adm. stillinger mv.	1	1	1, 5 inkl. aktivitetssenteret			2
Antall brukere/plasser inkl. ambulante tjenestemottakere	7+3	15	7	4+1	8	7
Bemanning dag (snitt)	7	5-6	2-3	2-4	3	7-11
Brukere i bolig på dagtid	6-7	0-1	3-7	2-4	1-8	7
Bemanning kveld (snitt)	8	6	4,5	4,3	4	7

²² Inkl. vaskertjenester

²³ I tillegg yter en av hjemmetjenestene tjenester til målgruppen. Kommunen kjøper i tillegg tilbud til flere.

Høyskole hele uken (dag)	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja
Høyskole hele uken (kveld)	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja
Årsverk natt	3,6	1,4	1,8	1,8	1,8	14
Andel høyskole	42 %	47 %	30,5 %	16 %	18 %	46 %
Andel fagutdannede	16 %	7,3 %	30,5 %	78 %	31 %	35 %
Andel ufaglærte	34 %	43 %	19,5 %	5 %	43 %	18 %
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse	52 %	78 %	84,2 %	95 %	70 %	60,4 %
Vakante stillinger	7 %	10 %	30 %	0 %	7 %	11 %
Sykefravær 2021	11,7 %	18,3 %	6,7 %			9,6 %
Budsjett 2021	20 mill. kr	14 mill. kr	23,6 mill. kr			12,1 mill. kr
Regnskap 2021	16,2 mill. kr	14 mill. kr	24,5 mill. kr			10,8 mill. kr
Lokalets vurderte egnethet for formålet ²⁴						

I budsjett 2022 og økonomiplan 2022-2025 fremgår det at tjenestene i Stedjevegen skal reduseres med 2 mill. kr årlig fra 2023.

Arbeids- og aktivitetstilbud

Kommunen tilrettelegger med ulike arbeids- og aktivitetstilbud til personer som ikke kan nyttiggjøre seg ordinære arbeidstilbud, VTA-tilbud eller andre arbeidsmarkedstiltak. Tilbudene er hovedsakelig for mennesker med utviklingshemming/funksjonsnedsettelse, men per i dag er det også brukere innenfor psykisk helse som har tilbud her. Tjenestene innvilges etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunen. Per 31.12.2022 har kommunen registret at de yter arbeids- og aktivitetstilbud til totalt 33 tjenestemottakere.

Sogndal kommune har to lokasjoner hvor det tilrettelegges med ulike arbeids- og aktivitetstilbud for målgruppen:

- ▶ Aktivitetssenter: Aktivitetstilbud for voksne personer med ulike funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger lokalisert i Balestrand
- ▶ Ressurssenteret: Arbeids- og aktivitetstilbud for voksne personer med ulike funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger lokalisert på Kaupanger. Tilbudet benyttes også av andre brukergrupper.

²⁴ Det er gjort en vurdering av lokalenes egnethet for formålet av avdelings-/tjenestelederne for de respektive tjenestene ved å klassifisere etter grønn (meget egnet), gul (mindre egnet) og rød (uegnet).

Tabell 4-6 Data om kommunens aktivitetstilbud

	Ressurssenteret	Aktivitetssenteret
Årsverk	4	3,02 ²⁵
Antall brukere med tilbud	24	7
Brukere per dag	14-18	4-6
Ansatte per dag	4	3-4
Ansatte fra boligene (dagsverk per uke)	2-6	0
Bemanning dag (snitt)	4+4	2-3
Åpningstider	Ukedager, stengt tre uker sommeren og helligdager	Ukedager, stengt tre uker sommeren og helligdager
Andel høyskole	50 %	0 %
Andel fagutdannede (videregående nivå)	0 %	49 %
Andel ufaglærte	50 %	51 %
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse	100 %	52,8 %
Vakante stillinger	0 %	0
Sykefravær 2021	0,3 %	6,7 %
Budsjett 2021	2,83 mill. kr	1,54 mill. kr
Regnskap 2021	2,92 mill. kr	1,57 mill. kr
Lokalets vurderte egnethet for formålet ²⁶		

Kommunen kjøper i tillegg tilbud ved Sogneprodukter til 7 brukere.

²⁵ inkl. andel leder 0,38

²⁶ Det er gjort en vurdering av lokalenes egnethet for formålet av avdelings-/tjenestelederne for de respektive tjenestene ved å klassifisere etter grønn (meget egnet), gul (mindre egnet) og rød (uegnet).

5 Utvalgte analyser

Sogndal ønsket bistand til å identifisere tiltak for å utvikle kommunens pleie- og omsorgstjenester innenfor vedtatte økonomiske rammer. I mer dagligdags betydning innebærer dette å levere tjenester til en lavere kostnad.

I vår tilnærming har vi lagt vekt på å få innsikt i hvordan Sogndal har prioritert og dimensjonert tjenestene sine, men også innsikt i utgifter på nivå under det som er tilgjengelig i SSB og KOSTRA. KOSTRA gir ikke tilstrekkelig data for å kunne sammenlikne prioritering og dimensjonering på tjenestenivå. Agenda Kaupang har derfor utviklet modeller som gjør det mulig å få frem data knyttet til ulike brukergrupper på tjenestenivå innenfor pleie og omsorg.

Agenda Kaupang har gjennomført en sammenlikning av aktuelle tjenesteområder innenfor pleie og omsorg. Vi har sammenlignet Sogndal med andre relevante kommuner. Analysen bygger på data fra Agenda Kaupangs egenutviklede databaser. Data som presenteres er blant annet korrigert for forskjeller i behov i kommunene. Forskjellene er blant annet knyttet opp mot alderssammensetning, størrelse på kommune, beliggenhet, geografi osv. Behovskorrigerer er nødvendig for å kunne foreta en sammenlikning på tvers av kommuner.

Formålet med analysene er å få nødvendig innsikt i kostnadsnivå og dimensjoneringen av ulike pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Resultater fra analysen er dokumentert i et eget vedlegg med fakta-analyser (separat vedlegg). Hovedkonklusjoner fra analysen blir gjengitt i dette kapittelet.

5.1 Den økonomiske situasjonen i Sogndal kommune er relativt god, men høyt kostnadsnivå utfordrer det økonomiske handlingsrommet

Basert på analyser fra siste årene ser man at den overordnede økonomiske situasjonen for kommunen er relativt god. Kommunen har gode finanser. Driftsresultatet har bedret seg og lånegjelden er lavere enn snittet for tilhørende kommunegruppe. Kommunens driftsutgifter er noe høyere samlet sett sammenlignet med Kommunegruppe 8. Sogndal har noe lavere inntekter enn snittet for tilhørende kommunegruppe, men inntektsnivået er høyere enn landssnittet. Det betyr at Sogndal har noe mer å bruke enn landssnittet, men mindre ressurser enn tilhørende KOSTRA-gruppe. Dette betyr at kommunen har mindre til rådighet og må bruke mindre ressurser enn andre med høyere inntekter.

Netto driftsresultat i prosent av driftsinntektene var 3,9 % i 2021²⁷. Driftsresultatet er det som gjenstår når kommunens utgifter er betalt og som kan brukes til investeringer og oppbygging av fri egenkapital (disposisjonsfondet). Teknisk beregningsutvalg anbefaler at netto driftsresultat er minst 1,75 % av netto driftsutgifter, men kommunen må selv sette egne mål.

²⁷ Dette er blant annet påvirket av koronastøtte til næringslivet som er inntektsført i 2021 og vil komme som kostnad i 2022 (5 millioner kroner).

Sogndal har en del midler på disposisjonsfond og dermed evne på kort sikt til å møte uforutsette økonomiske problemer. Netto disposisjonsfond er den viktigste indikatoren for sunn kommuneøkonomi. Disposisjonsfondet i Sogndal har økt siste årene og utgjorde 11,6 % av kommunens bruttodriftsutgifter i 2021.

Til tross for positiv utvikling i kommuneøkonomien siste årene uttales det at det er behov for omstilling. Økt press på økonomiske rammer, økt lånegjeld og høye driftsutgifter gjør at kommunen må omstille. Den økonomiske situasjonen for kommunen samlet sett påvirker tjenestene og gjør sitt til at det er behov for å både tenke kostnads-effektivitet og kvalitet samtidig. Den fremtidige økonomiske situasjonen for kommunen beskrives å være utfordrende, og det må ifølge kommunedirektøren gjøres tøffe prioriteringer på viktige områder fremover. Bakgrunnen er fremtidig reduserte rammer og endringer i demografien med stadig større andel eldre.

Endringer i demografien medfører at det er forventet at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil få en vesentlig økning fremover. Våre analyser viser at dersom kommunen ivaretar innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester fremover på samme måte som i 2021, vil dette kunne gi en merkostnad for kommunen på rundt 26 millioner kroner allerede i 2025. I 2040 vil merkostnaden kunne øke ytterligere, til rundt 183 millioner kroner²⁸. En slik vekst innen PLO vil utfordre kommunen som helhet. Staten vil normalt finansiere kommuners behovsvekst. Det er allikevel en usikkerhet om denne veksten fullfinansieres i fremtiden. En ting er pengene, en helt annen ting er menneskene som skal utføre tjenestene. Når rundt 80 % av utgiftene innenfor disse tjenestene er knyttet til ansatte vil en framskrivning på rundt 200 millioner kroner utgjøre rundt 270 nye årsverk. Sogndal kommune sliter per i dag med rekrutteringen innenfor flere tjenesteområder og avdelinger. Fremtidig rekruttering, men færre yrkesaktive og flere eldre vil utfordre rekrutteringen for kommunen ytterligere. Dette betyr at kommunen er i behov av å utvikle både en fremtidsrettet tjeneste med et bærekraftig kostnadsnivå, men også sikre strukturer og organisering av tjenestene som medfører en best mulig utnyttelse av faget og årsverkene i tjenestene. For å løse samfunnsoppdraget er det behov for omstilling, ikke bare innenfor pleie og omsorg. Hele kommunen er avhengig av omstilling for å kunne løse samfunnsoppdraget og tjenesteleveranser på kortere og lengre sikt.

Omstillings- og endringsprosessene i samfunnet går både raskere og er mer omfattende enn tidligere. Det stilles høye krav til omstilling og endring og om å tenke nytt og arbeide godt med innovasjon. Samtidig peker Meld. St. 29 (2016–2017) Perspektivmeldingen 2017 på behov for mer effektivisering av offentlig sektor. Digitalisering står høyt på dagsorden og det økonomiske handlingsrommet i kommunen vil presse frem mer effektive løsninger.

En fremtidsrettet tjeneste må ha et bærekraftig kostnadsnivå. Det medfører at i videreutviklingen av pleie- og omsorgstjenester må Sogndal kommune både tenke kvalitet og økonomi. Analyser har



²⁸ Demografikostnadene er beregnet ved hjelp av de demografiske kriteriene som inngår i kostnadsnøkklene for kommunene. Befolkningen er delt inn i åtte aldersgrupper, og det er beregnet en netto sats per innbygger innenfor hver aldersgruppe og sektor. På bakgrunn av disse satsene kan man anslå hvor mye utgiftsbehovet vil øke i millioner kroner som følge av den forventede økningen i folketallet. Satsene er å anse som gjennomsnittssatser, da det tas utgangspunkt i kommunesektorens samlede utgifter og ikke kommunens egne utgifter. Dette er i tråd med TBUs beregningsopplegg. Beløpene er akkumulert med utgangspunkt i demografi-kostnadene for 2021.

vist at Sogndal har høyere utgifter enn snittet i tilhørende KOSTRA-gruppe. Kommunen har gjennomført ulike tiltak for å få ned utgiftene i tjenestene uten at man har lykket. Skal Sogndal klare å tilpasse seg nye økonomiske rammer er vurderingen at kommunen i enda større grad må satse på tjenester som gjør at flere kan klare seg selv og bli boende hjemme i eget hjem lenger. I tillegg er vurderingen at kommunen må gjøre strukturgrep i tjenestene. Dette innebærer å redusere antall driftsenheter med døgtjenester, redusere dekningsgrad i institusjon mv. Strukturendringer vil være vesentlig for å få til mer kostnadseffektive og bærekraftige tjenester, men også for å kunne frigjøre ressurser til viktige satsingsområder. Dersom kommunen viderefører dagens strukturer og dimensjonerings er vurderingen at utgiftene i sektoren vil øke utover økte demografikostnader.

I et mer langsiktig perspektiv er vurderingen vår at kommunen må se på samlet dekningsgrad (antall plasser med heldøgnsomsorg i bolig og institusjon) samt på antall lokasjoner hvor det skal ytes tjenester med heldøgnsomsorg. Dette vil også være viktige tiltak for å redusere enhetskostnadene i tjenestene. Analyser viser at dagens organisering og strukturer medfører utfordringer iht. både å sikre drift innenfor vedtatte økonomiske rammer, og høyere kostnadsnivå enn sammenlikningskommunene. Samtidig viser kartleggingen at kommunen har fått til noe samdrift og samarbeid mellom tjenestene, og at dette vil være viktig både med tanke på utgiftsnivået i kommunen, men ikke minst for å benytte kompetansen og ressursene samlet sett på en best mulig måte.

Den overordnede organiseringen i Sogndal med en felles kommunalsjef for helse og omsorg er en modell vi ser mange andre kommuner også velger. Vurderingen er at en slik organisering kan legge til rette for å se disse tjenestene i sammenheng og dermed et viktig virkemiddel for å ivareta behov for helhetlig og strategisk ledelse og prioriteringer. Samtidig er vår vurdering at dagens inndeling og organisering av enkelttjenester ikke nødvendigvis er optimal. Dagens modell innebærer både en organisering basert på geografi og samling av ulike tjenester i deler av kommunen, men også en organisering etter tjenester og brukergrupper. Gjennomgangen viser at lederspennet varierer, både på tjenesteleder- og avdelingsledernivå. Vurderingen vår er at det er behov for å både se på lederspennet, oppgavefordeling og organiseringen av tjenestene. Vi kommer nærmere inn på dette senere i dette kapittelet.

Gjennomgangen viser at det er behov for å utvikle en mer felles strategi og plan for helse- og omsorgstjenesten i Sogndal kommune. Kommunen har vedtatt at det ikke skal lages egne overordnede planer, men at Samfunnsdelen i kommuneplanen skal være førende for alle tjenesteområder. Samfunnsdelen i kommuneplanen er et viktig grunnlag og et godt fundament for videreutviklingen av Sogndal kommune. Vurderingen er at kommunen er i behov av en mer helhetlig strategisk tilnærming, hvor utvikling av en felles helse- og omsorgsplan kan være et viktig virkemiddel.

5.2 Demografiske endringer øker behovet for omstilling

Kommunen får inntekter fra staten gjennom inntektssystemet. De viktigste fordelingsnøkklene er basert på demografien i kommunen. Endringer i demografi gir endringer i de kommunale overføringene fra staten.

Sogndal har hatt en svakt positiv befolkningsvekst siste årene. Ved inngangen til 2022 er det i underkant av 12 100 innbyggere i Sogndal. Siste tilgjengelige data fra SSB viser at antall innbyggere er forventet å øke svakt fremover, med en sterk økning i andel eldre.

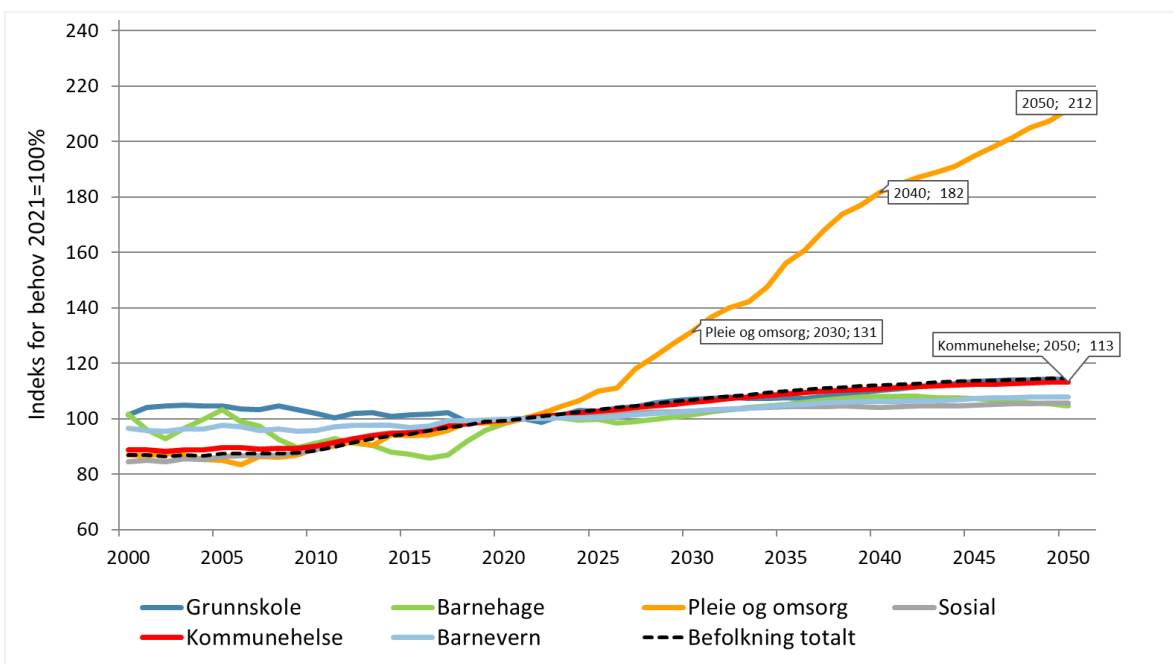
Andel innbyggere over 80 år er ikke vesentlig endret siden 2000, men fra 2026 vil økningen tilta. I 2020 var det ca. 530 innbyggere over 80 år i Sogndal kommune, og fra 2030 viser framskrivningen fra SSB at det vil være i overkant av 820 som er 80 år eller eldre i Sogndal.

Økningen i andel eldre er forventet å øke utover i perioden. Endringer i innbyggere over 80 år gir normalt kommunen mer inntekter ved overføringer fra staten. Samtidig har vi sett at dagenes samlede kostnader, i Sogndal kommune, ligger over andre kommuner. Dette betyr at overføringene ikke vil dekke dagens tjenesteproduksjon for nye brukere om denne videreføres. Flere innbyggere over 80 år gir økte inntekter til kommunen, men også økte behov for tjenester. Økningen i inntektene er ikke forventet å samsvare med behovsøkningen i kommunene. Dette medfører at kommunen må bruke tiden fremover til å både styrke den enkelte innbyggers mulighet til å ta ansvar for egen helse, men også videreutvikle bistanden, tjenester og organisasjonen slik at man klarer å klare å imøtekomme nye og økte behov innenfor vedtatte rammer på en bærekraftig måte.

Kommunens behov for pleie- og omsorgstjenester vil kunne øke med 100 % frem mot 2045

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

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi per i dag den mest vektete komponenten. For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg, og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2021 er satt til 100. Det betyr at figuren nedenfor gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2021.



Figur 5-2 Framskrivning av behov for tjenester. Nivå i 2021 er satt til 100. Kilde: SSB og Agenda Kaupangs egne beregninger basert på inntektssystemet fra KMD

Figuren viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt jevnt i perioden frem til 2021, og at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil fortsette å øke i tiden fremover. Økningen er stor. Hovedårsaken er økning i andel innbyggere over 80 år. Som følge av flere eldre vil også andel mennesker med demenssykdom øke. Økningen frem til 2040 er estimert til å utgjøre 87 %, fra 234 personer i 2021 til over 438 personer i 2040. Det teoretiske behovet for øvrige kommunale

tjenester forventes en svak økning. Årsaken er at i kommunen forventes en fortsatt befolkningsvekst.

Framskrivningen som er skissert i figur 5-2 baseres på historiske tall og forventet utvikling i alderssammensetning og befolkning i kommunen. Erfaringen er at behovet for skoler, barnehage og helsetjenester er noe mer komplisert å framskrive enn behovet for pleie og omsorg. Dette henger sammen med større usikkerhet knyttning til ut-/innflytting i yngre alder og familier med barn enn flyttemønsteret til den eldre befolkningen.

I Perspektivmeldingen fra 2017 reises det spørsmål om friskere aldring. Litteraturen gir ikke noe entydig svar på sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er i hovedsak tre hypoteser. Den *første hypotesen* om utvidet sykkelighet innebærer at økningen i forventet levealder faller sammen med en like stor, eller større, økning i antall år med sykkelighet. Den *andre hypotesen* om forkortet sykkelighet innebærer at antall år med god helse øker mer enn forventet levealder. Den *tredje hypotesen* ligger mellom disse ytterpunktene, og legger til grunn at en økning i levealder både vil bety flere «friske» år og flere «syke» år. Det er denne hypotesen som synes å ha stått sterkest i litteraturen de senere år, og er også mest brukt i framskrivinger av helseutgifter.

Legger man kommunens kostnadsnivå fra 2021 til grunn og fordeler merutgifter som følge av befolkningsendringer på ulike sektorer, vil utgiftene for kommunen kunne øke med 293 mill. kr frem mot 2050. Hovedvekten av utgiftsøkningen kommer innenfor pleie- og omsorgstjenesten:

Tjeneste	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Barnehage	-15	-10	-4	0	0	4	2	1	1	3	7	11	10	7
Barnevern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2
Grunnskole	4	-2	-1	0	0	-2	2	5	5	12	13	18	23	25
Helse	-1	-1	0	0	0	1	1	1	2	4	6	8	9	10
Pleie og omsorg	-11	-6	-5	-5	0	4	10	16	26	80	132	183	212	248
Sosial	-1	-1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2
Sum tjenester	-25	-19	-11	-5	0	6	15	24	35	101	163	223	258	293

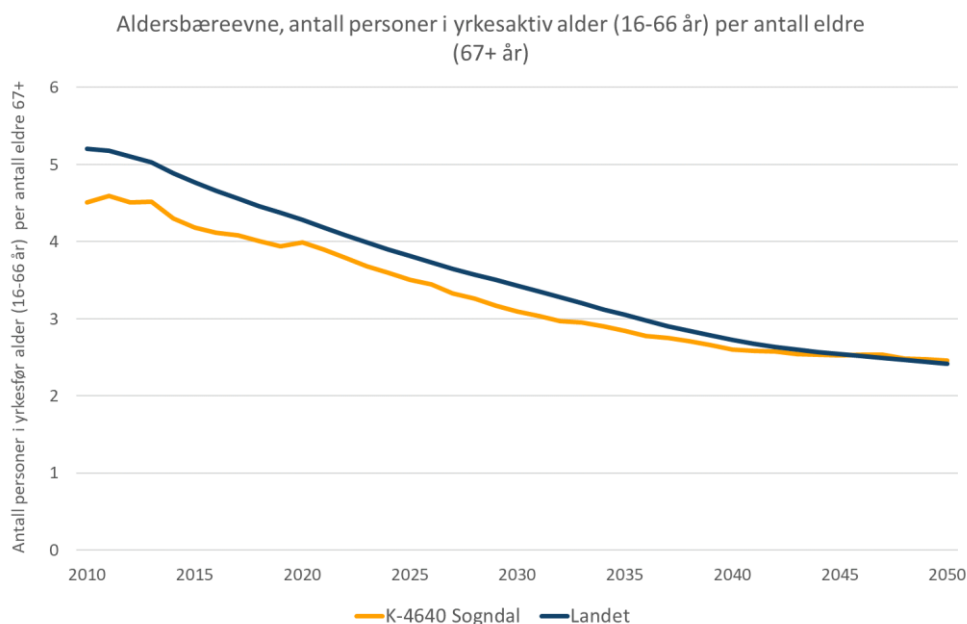
Figur 5-3 Merutgifter som følge av befolkningsendringer. Kilde: Agenda Kaupang og SSB

Framskrivningene viser at de øvrige tjenesteområdene er «avhengige» av at pleie og omsorg løser sine oppgaver på en kostnadseffektiv måte, ettersom behovet for disse tjenestene er forventet å øke med over 100 % sammenliknet med 2021-nivået. Den økonomiske analysen viser at kommunens samlede utgifter til pleie og omsorg ligger høyere enn tilhørende KOSTRA-gruppe. Når vi analyserer tjenestene på nivå under KOSTRA ser vi at kommunens utgifter er høye og at kommunen har et potensial innenfor alle tjenesteområdene sine. Skal kommunen klare å redusere utgiftene sine samtidig som de skal møte økte og endrede behov for helse- og omsorgstjenester, er vår vurdering at kommunen i større grad må sikre tjenester og tiltak som styrker den enkelte innbygger i å ta vare på egen helse, og som sikrer at flere kan bli boende i egen bolig. Det medfører endringer i måter å jobbe på for kommunen som helhet. Det betyr utvikling av nye tjenester og tiltak. Det betyr økt fokus på forebygging og tverrfaglighet på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå slik at flere kan ta et større ansvar for egen helse- og livssituasjon. Det betyr også at kommunen må bruke mindre ressurser til institusjon og døgnbemannede boliger slik at fremtidens sykehjem og boliger med mulighet for døgn tjenester skal forbeholdes de som ikke er i stand til å klare seg med andre tjenester. Eldre lever lenger og klarer seg lenger uten tjenester og flere ønsker å bo i egen bolig. Kommunene må i større grad utvikle tjenester som støtter opp under dette. En slik omlegging vurderes å være helt essensielt for å få en mer bærekraftig tjeneste i tråd med innbyggernes behov og nasjonale føringer.

Mange av tiltakene i denne gjennomgangen er særlig rettet mot pleie- og omsorgssektoren, men for å lykkes i planleggingen og i utviklingen av et mer aldersvennlig samfunn kreves det at hele kommunen bidrar – i godt samarbeid med næringsliv, kulturliv, frivillige lag/organisasjoner og andre.

Redusert tilgang på arbeidskraft

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen vil det bli en nedgang i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsytere. Økt vekst i antall eldre og økt antall yngre brukere av omsorgstjenesten, kombinert med nedgang i andelen personer i yrkesaktiv alder, skaper utfordringer både for pleie- og omsorgstjenestene og for familiene. Norge har en høy yrkesaktivitet, men studier viser at det er et potensial i å redusere andel ansatte i deltidstillinger. Dette ser vi også må være mulig for Sogndal kommune. I figuren under har vi foretatt en framskrivning av aldersbæreevne, det vil si forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen. En slik framskrivning er interessant både med tanke på framtidens økonomiske bæreevne, men også for utviklingen av velferdstilbud og helse- og omsorgstjenestene.



Figur 5-4 Aldersbæreevnen. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

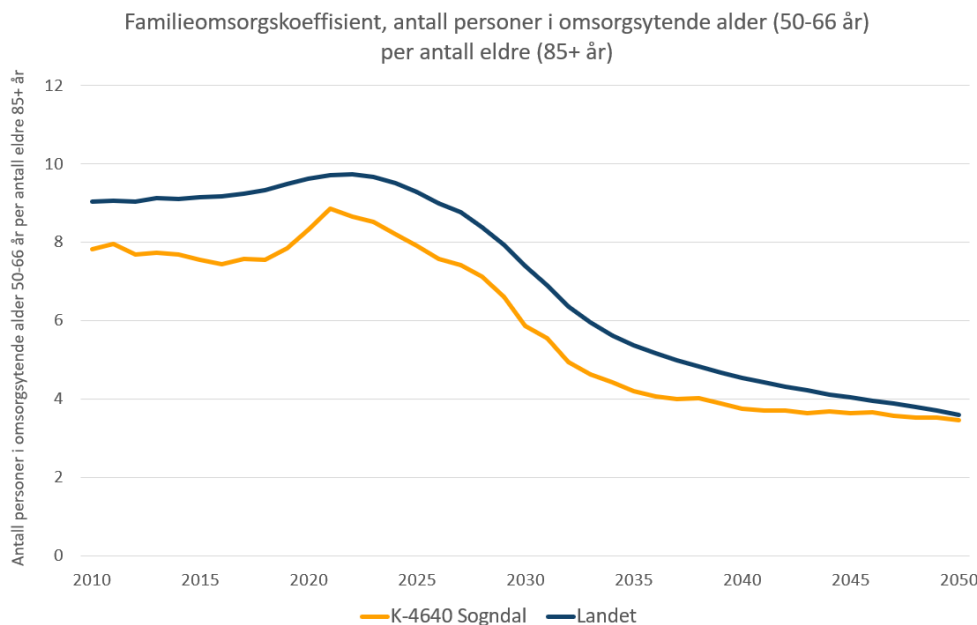
Figuren viser at Sogndal tidligere hadde færre yrkesaktive per eldre enn snittet for landet, og at dette vil vedvare utover i perioden. I 2020 hadde Sogndal i underkant av 4 personer i yrkesaktiv alder per eldre. I 2040 vil aldersbæreevnen reduseres til 2,6. Til sammenlikning var det på landsbasis i underkant av 4,3 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2020. Aldersbæreevnen på landsbasis forventes å ligge svakt høyere enn i Sogndal frem til 2043.

Det blir færre yrkesaktive per eldre. Dette har både betydning for verdiskapingen, for den framtidige finansieringen av pensjoner og velferdstilbud, og for dimensjonering og utforming av framtidens omsorgstjenester. Det er imidlertid forventet at innbyggerne mellom 67 og 80 år vil være mer ressurssterke, ha bedre økonomi, bedre boforhold, høyere utdanning og bedre helse enn tidligere generasjoner og ønsker å ta et større ansvar for egen helse (Ældre/Sagen 2001, Barstad 2006).

Færre omsorgsytere

Endringene i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsytere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre.

Familieomsorgskoeffisienten indikerer antall mulige omsorgsytere (innbyggere 50-66 år) per eldre (85+). Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien²⁹. I figuren under har vi sett på hvordan dette forholder seg i Sogndal og landet for øvrig, og sett på hvordan det vil kunne utvikle seg frem mot 2050.



Figur 5-5 Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) pr. antall eldre (85+ år)

I 2021 er det i underkant av 9 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over. Tallet forventes å reduseres fremover ettersom andel eldre øker. I 2040 vil det være 3,8 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over. På landsbasis er snittet noe høyere enn i Sogndal. Snittet for landet vil også gå ned, men antall personer i omsorgsyttende alder per eldre vil være høyere enn i Sogndal frem til 2050.

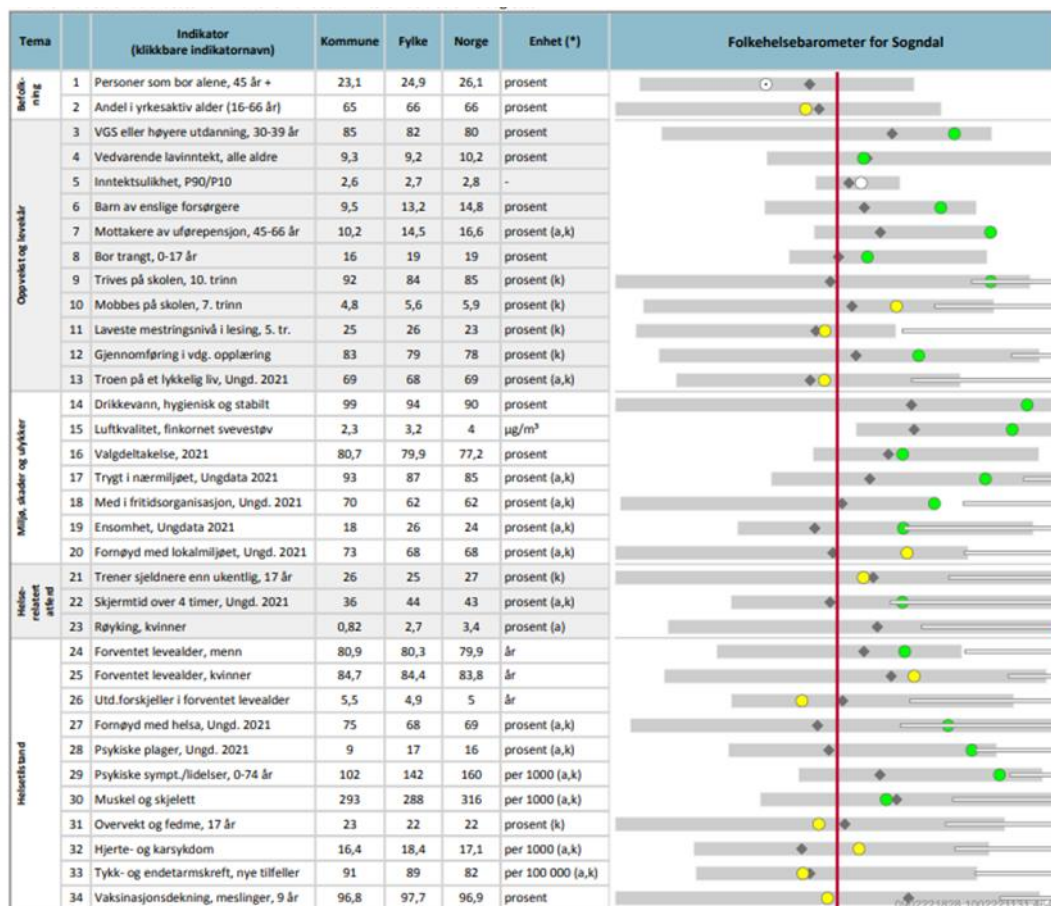
Familieomsorg har vært, er og vil være en viktig funksjon fremover. Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre. Pårørende er de viktigste «frivillige» for kommunen. Deres innsats er uunnværlig. Studier fra Sykehuset Innlandet viser at ressursinnsatsen som pårørende legger ned er uunnværlig for både bruker, men også kommunen. Ettersom antall potensielle omsorgsytere vil reduseres fremover som følge av demografiske endringer, vil dette både ha betydning for den enkelte omsorgstrengende, men også for offentlig sektor.

Skal kommunen klare å imøtekomme økte behov for pleie- og omsorgstjenester, er vurderingen at kommunen må gjøre grep som sikrer best mulig velferd for de som trenger det. Dette innbefatter økt samarbeid med frivillige lag og personer, men også tiltak og tjenester overfor pårørende.

5.3 Veldig god folkehelse i Sogndal kommune

Sogndal kommune sin folkehelseprofil er vist i figuren på neste side. Folkehelseprofilen til kommunen viser oppsummert at det er en god folkehelse jevnt over på alle indikatorer, og at innbyggernes folkehelse er vurdert å ligge i toppsjiktet innenfor flere parametere.

²⁹ NOU 2011: 17, Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Fra usynlig til verdsatt og inkludert



Figur 5-6 Folkehelsebarometeret fra Folkehelseinstituttet 2021 for Sogndal kommune med forklaringer

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landsnivået
- 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

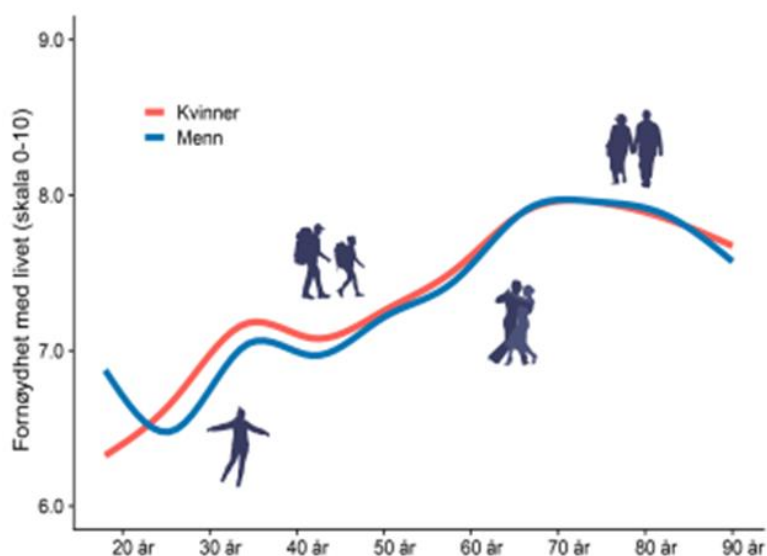
Folkehelseprofilen viser at Sogndal kommune har en befolkning med generelt god folkehelse. Innbyggerne har høyere utdanningsnivå, helsetilstanden er generelt sett signifikant bedre enn landsgjennomsnittet. Dette kan tyde på at Sogndal kommune er en kommune der gjennomsnittet er veldig bra, og det synes å være små forskjeller. Folkehelsearbeidet i kommunen er forankret i folkehelseloven. For å få til et godt, fungerende og bærekraftig folkehelsearbeid man sikre samarbeid på tvers av sektorer og fagområder.

Innbyggere i kommunene er ansvarlig for egen helse, men kommunen skal legge til rette for at det blir lettere å ta de gode valgene. God helse er med på å jevne ut forskjeller. For kommunene er det viktig at de har oversikt over både helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og at man følger med på utviklingen av disse elementene og iverksetter tiltak som fremmer god folkehelse i befolkningen. Til tross for god folkehelse har våre analyser vist at Sogndal kommune har en større andel innbyggere som mottar pleie- og omsorgstjenester, enn sammenlikningskommunene (se kap. 5.5). Gjennomgangen tyder på at dette både skyldes kommunens tildelingspraksis (flere får). Høye forventninger om hva kommunen skal stille opp med, både blant kommunens innbyggere, egne ansatte og øvrige samarbeidsparter har også en betydning.

5.3.1 God livskvalitet er et viktig mål for folkehelsearbeidet

Sogndal kommune har et uttalt mål knyttet til *Livskvalitet*. Livskvalitet omfatter både objektive faktorer som økonomi, boforhold og deltakelse i samfunnet, og subjektive faktorer som glede, mening, engasjement og tilfredshet³⁰. Opplevelse av trygghet, fellesskap, utvikling og påvirkningsmuligheter er viktig for livskvaliteten. Gode oppvekst- og levekårsforhold som trygg økonomi og gunstige boforhold legger grunnlaget for god livskvalitet³¹. Barnehager og skoler som gir barn og unge en trygg og inkluderende hverdag er viktig for deres livskvalitet, kan demme opp for vanskelige hjemmeforhold og utjevne sosiale forskjeller. Grunnlaget for gjennomføring av skolegang legges tidlig og har stor betydning for senere deltakelse i arbeidslivet³².

Ifølge Folkehelseinstituttet er arbeid en av de viktigste arenaene for kontakt, mening og mestringsopplevelser for voksne. Det å stå utenfor arbeidslivet gir betydelig risiko for dårlig livskvalitet, men arbeidslivet kan også påvirke livskvaliteten i negativ retning. Gode arbeidsvilkår, påvirkningsmuligheter og forutsigbarhet er viktig for ansattes livskvalitet. Det man gjør i hverdagen har stor betydning, og «hverdagsgledens fem», som inkluderer det å knytte bånd, være fysisk aktiv, fortsette å lære, være oppmerksomt til stede og å gi til andre, bidrar positivt til livskvaliteten. Foreliggende data f.eks. fra SSB³³ viser at opplevd livskvalitet varierer mellom mennesker og særlig mellom grupper. Alder, utdanningsnivå, inntekt og helse er alle forhold som har betydning. Ulike undersøkelser har vist at det gjennomgående er en høyere andel som oppgir å være fornøyd med livet enn andel som oppgir å ikke være det. I Rapporten om Livskvalitet i Norge fra 2020 og data fra Folkehelseinstituttet viser man til at opplevd fornøydhetsgrad med livet øker fra man er 45 år og er på sitt høyeste fra 67-79 år jf. figuren under.



Figur 5-7 Fornøydhetsgrad med livet på en skala fra 0 til 10 der 10 er «svært fornøyd». Kilde: Folkehelseinstituttets Folkehelseundersøkelser i fylkene, 2021

Kommunen kan gjennom planarbeidet, på tvers av tjenester og sektorer og med bred innbyggerinvolvering, legge til rette for god livskvalitet ved å fremme gode oppvekst- og levekår, samt tilgang

³⁰ Nes RB, Hansen T, Barstad A. *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. Helsedirektoratet; 2018. IS/2727.

³¹ Riches E, Pulford A, Whitehead R, Greci S, Ferguson K, Scott S. *Rapid evidence review of the socioeconomic determinants of mental wellbeing*. 2021.

³² Sylva K, Melhuish E, Sammons P, Siraj I, Taggart B. *Pre-school quality and educational outcomes at age 11: Low quality has little benefit*. *Journal of Early Childhood Research* 2011; 9:109-24.

³³ *Livskvalitet i Norge 2020, Rapporten 2020/35*

til meningsfulle aktiviteter og fellesskap for innbyggerne. Forskningen viser at mennesker som opplever «hverdagsgledens fem» regelmessig, har høyere livskvalitet. Kommunen har flere virkemidler for å legge til rette for god livskvalitet. Kommunen kan for eksempel skape og prioritere møteplasser, legge til rette for fysisk aktivitet, tilgjengeliggjøre natur og friluftsområder, legge opp til rimelige læringsaktiviteter og samarbeide med frivillig sektor. I utformingen av kommunens tilbud og tjenester kan et nyttig spørsmål være om alle kommunens innbyggere har mulighet til å oppleve «hverdagsgledens fem», jf. figuren under. Dette er aktiviteter som bidrar til god livskvalitet og psykisk helse. Spørsmålene kan brukes av enkeltmennesker for en bedre hverdag, men også som temaer for planarbeidet i kommunen.



Figur 5-8 Hverdagsgledens fem. Kilde: Folkehelseinstituttet

5.4 Til tross for høy ressursinnsats rangeres Sogndal kommunes pleie- og omsorgstjenester lavt i Kommunebarometeret

Kommunebarometeret er en sammenlikning av landets kommuner, basert på til sammen 141 nøkkeltall innen 12 ulike sektorer. Hensikten er å gi beslutningstakere, særlig lokalpolitikere, en lettfattelig og tilgjengelig oversikt over hvordan kommunen driver. Sammenligningen gjennomføres årlig. Kommunal Rapport gjør noen endringer i metoden hvert år. Nye og bedre nøkkeltall kommer til, mens andre fjernes. Dette påvirker kommunenes plassering i forhold til hverandre. En god plassering et enkelt år kan skyldes tilfeldigheter – på samme måte som en dårlig plassering. Kommuner som ligger langt nede på en tabell vil som regel kunne ha en del å lære av kommunene som er i toppen av den samme tabellen.

I rangeringen som ble publisert i juli 2021 blir Sogndal rangert som nr. 293 av 356 kommuner innenfor pleie og omsorg (jf. tabell 5-10 på neste side). Denne målingen er den beste og mest oppdaterte kvalitetsmålingen som foreligger. Tall for alle indikatorer innen pleie og omsorg framgår av tabellen under. Sogndal har en høyere ressursinnsats enn mange andre kommuner og kommer dårligere ut i denne målingen. Det er ikke nødvendigvis en direkte sammenheng mellom hvor mye ressurser som benyttes og den kvalitet som oppnås. Ofte er det viktigere hvordan ressursene benyttes og effekten enn hvor mye som benyttes. Ut fra denne målingen kan det synes som om Sogndal har et potensial til å få til mer med de samme eller færre ressurser enn i dag.

Tabell 5-1 Rangering av kommunens pleie- og omsorgstjeneste – 19 nøkkeltall (Rangering er hvilken plass en gitt kommune har i en liste sortert etter poengsum). Kilde: Kommunebarometeret 2021, Kommunal Rapport

	2016	2017	2018	2019	2020
PO01 Andelen av ansatte (brukerrettete årsverk) som har fagutdanning	326	309	311	282	328
PO02 Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov	325	216	300	318	297
PO03 Andel plasser i skjermet enhet, målt mot beboere på sykehjem over 80 år	309	310	312	310	307
PO04 Andel av opphold på sykehjem som er korttidsopphold	74	194	116	52	53
PO05 Tid med lege på sykehjem, minutter pr. uke	116	232	263	254	262
PO06 Tid med fysioterapeut på sykehjem, minutter pr. uke	211	211	59	175	217
PO07 Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc	294	1	2	1	1
PO08 Andel personer med demens som har tilbud om dagaktivitet	35	1	25	18	64
PO09 Rehabilitering plasser mot innbyggere 67 år og over	190	93	90	103	109
PO10 Hjemmesykepleie gjennomsnittlig antall timer i uka	108	123	75	38	26
PO11 Andel vedtak om hjemmetjenester som iverksettes innen 15 dager	150	1	152	1	298
PO12 Døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter pr. 10.000 innbyggere					
PO13 Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år	144	162	152	238	193
PO14 Årsverk av ergoterapeut per 1000 innbyggere over 80 år	129	136			159
PO15 Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1000 innbyggere over 80 år	178	191	159	149	166
PO16 Mottakere av matombringning, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon	100	127	82	61	102
PO17 Andel som fullt ut får dekket opplevd behov for bistand til å delta i arbeid og studier	223	209	249	272	237
PO18 Andel som fullt ut får dekket opplevd behov for bistand til å delta i fritidsaktiviteter	87	128	100	94	131
PO19 Mottakere av BPA, støttekontakt og omsorgslønn per 1.000 innbyggere	24	21	23	30	44

Rangeringen og sammenlikningen i kommunebarometeret viser at Sogndal både har områder hvor de skårer bedre enn snittet for landet, men også lavere enn snittet:

- ▶ Lavere andel ansatte med fagutdanning
- ▶ Lavere andel beboere i sykehjem med omfattende bistandsbehov
- ▶ Lavere andel plasser i skjermet enhet for mennesker med demenssykdom
- ▶ Høyere andel korttidsopphold og høyere andel plasser avsatt til rehabilitering i institusjon
- ▶ Høyere andel personer med demenssykdom med dagtilbud
- ▶ Høyere gjennomsnittlig tildelte timer i hjemmetjenesten, men færre andeler som effektueres innen 15 dager (effektivering av tjenester)
- ▶ Høyere andel mottakere av matombringning over 80 år, BPA, støttekontakt og omsorgsstønad

Indikatorarten og rangeringen er ikke nødvendigvis sammenfallende med i hvilken grad innbyggeren opplever å få kvalitativt gode tjenester i Sogndal. Det er imidlertid vår oppfatning at gode skåringer på enkeltindikatorer og samlet gir et bedre utgangspunkt for nettopp å kunne levere dette. Flere av tiltakene som presenteres i denne rapporten vil kunne være med på å bedre rangeringen, oppfatningen av kommunen og muligheten til å styrke innbyggernes muligheter til å leve gode liv.

Høye og økte utgifter innen pleie- og omsorgstjenestene

Sogndal har høyere utgifter innen pleie og omsorg enn snittet i tilhørende KOSTRA-gruppe. Pleie og omsorg omfatter i KOSTRA-sammenheng følgende fem tjenestefunksjoner:

- ▶ 234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelser mv.
- ▶ 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

- ▶ 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- ▶ 256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud
- ▶ 261 Institusjonslokaler

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

En analyse av behovet for pleie- og omsorgstjenester basert på demografikomponenten i inntekts-systemet viser at Sogndal har et beregnet utgiftsbehov pr. innbygger som er ca. 2,7 % høyere enn gjennomsnittet for landet, men noe lavere enn tilhørende KOSTRA-gruppe. Sammenlignet med landsgjennomsnittet har kommunen noen flere innbyggere under 22 år. Andel innbyggere i yrkesaktiv alder er lavere enn snittet (3,3 %). Kommunen har også et svakt lavere antall innbyggere i aldersgruppen 67-79 år, men er på nivå med snittet for antall eldre i aldersgruppen 80-89 år. Sogndal har flere innbyggere over 90 år enn snittet. Reiseavstander i kommunen øker det teoretiske utgiftsbehovet betraktelig. Sogndal sine utgifter til pleie og omsorg utgjør ca. 27 006 kr pr. innbygger korrigert for behov og for Vertskommunetilskuddet. Det utgjør i underkant av 3900 kr mer per. innbygger enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 8. Sogndal har samlet sett høyere nettdriftsutgifter til PLO, og utgiftene har økt fra 2020 til 2021.

Tall fra KOSTRA viser at dersom Sogndal hadde utført pleie- og omsorgstjenestene på samme måte som snittet for tilhørende KOSTRA-gruppe, så ville man kunne redusert utgiftene med i underkant av 50 mill. kr³⁴.

Ser vi nærmere på utgiftene til de ulike tjenestene viser analyser at utgiftene varierer mellom kommunene.³⁵ Agenda Kaupang benytter sjelden en enkelt kommune som sammenlikningsgrunnlag ettersom erfaringen er at det kan være forhold i en enkeltkommune som påvirker tallgrunnlaget i KOSTRA. Dette kan f.eks. være at en kommune har færre/flere brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming. Erfaringen er at dette har særlig betydning for utgiftsnivået da mange av disse brukerne mottar omfattende tjenester. Videre kan feilføring i kommunens regnskap også ha store utslag. Vår erfaring er at mange kommuner har utfordringer med å håndtere regnskapet iht. Kostraveilederen og at feilføringer mellom ulike KOSTRA-funksjoner dermed forekommer. Vår erfaring er at det derfor er mest hensiktsmessig å sammenlikne egen drift og prioritering med en større gruppe, som f.eks. tilhørende KOSTRA-gruppe. Dette betyr ikke at det ikke er nyttig å skjele til andre kommuner for å lære og for å hente inspirasjon.

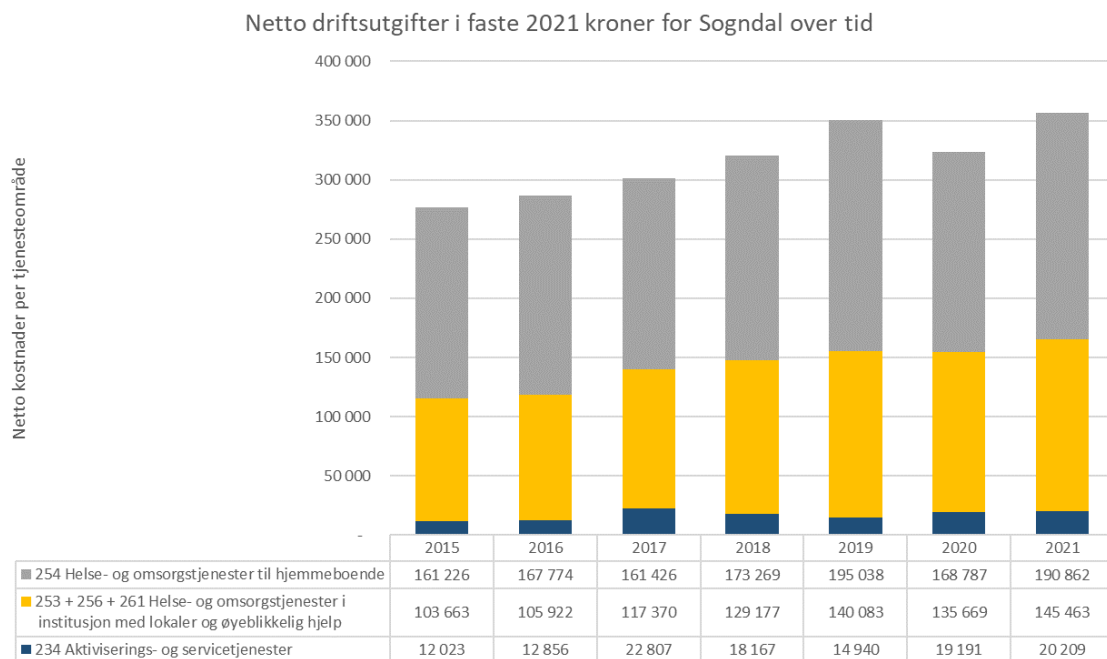
Tall fra KOSTRA og KS³⁶ viser at utgiftene til yngre brukere har økt, og de utgjør en stor andel av kommunens utgifter innen pleie og omsorg. Erfaringen vår er at i gjennomsnittskommunen gjelder under halvparten av utgiftene til hjemmebaserte tjenester gruppen eldre. Til tross for venstreforskyving, økt satsing på hverdagsrehabilitering, rehabilitering og et mål om at flere skal klare seg selv, går fortsatt en vesentlig andel av utgiftene innenfor pleie og omsorg til institusjonstjenester for eldre.

³⁴ Her er vertskommuneinntektene trukket ut av analysen. Det betyr at utgiftene til PLO er større enn det som fremkommer og dermed er det teoretiske potensialet også større. I 2021 fikk Sogndal rundt 21 mill. kr i inntekter over rammen. Uten å ta hensyn til dette vil utgiftene øke med ca. 2000 kr per innbygger, og øke potensialet til over 70 mill. kr.

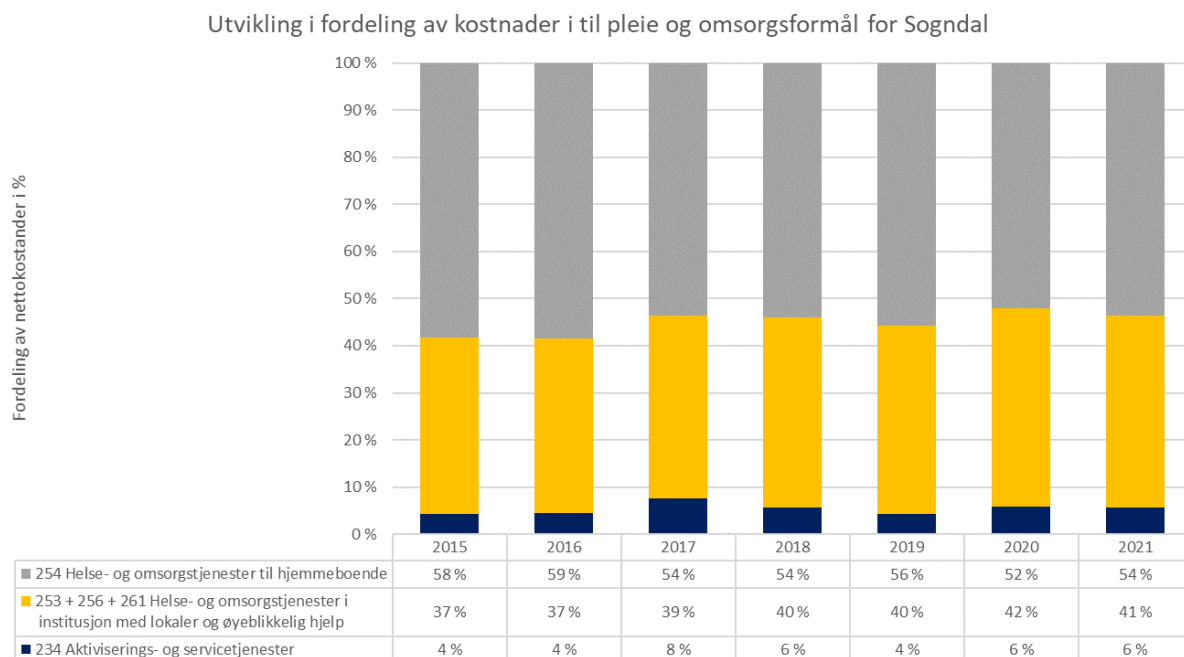
³⁵ Inneholder alle utgifter som er ført på tjenestene. Det innebærer både direkte lønnsutgifter i tjenesten, men også indirekte utgifter som er ført på tjenestene.

³⁶ Årsaker til kostnadsvekst i kommunale pleie- og omsorgstjenester, Nordlandsforskning og UIO 2021

Som en del av analysene har vi sett på utviklingen de siste syv årene for utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA. Utgiftene før 2020 fra de tre kommunene er samlet. Alle data er omgjort til 2021-tall. Analysen fremkommer i figuren under. Analysen viser at utgiftene har økt i perioden.



Figur 5-9 Nettoutgifter 2015 til 2021 i faste 2021-priser for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger



Figur 5-10 Prosentvis fordeling av bruttodriftsutgifter 2015-2021 for pleie og omsorg fordelt på hjemmeboende, aktivisering og institusjon. Kilde: KOSTRA og egne beregninger

Figur 5-9 viser utviklinger i kostnader. Ser man hele perioden under ett har utgiftene økt. I 2015 var kommunens nettodriftsutgifter ført under pleie- og omsorgstjenester rundt 276 mill. kr. I 2021 var utgiftene økt til 356 mill. kr, og økningen har skjedd innenfor alle tjenestene. Utgiftene til

institusjonstjenester har vokst i perioden, fra 103 mill. kr i 2015 til 145 mill. kroner i 2021. I 2015 var 37 % av utgiftene innen PLO knyttet til institusjonstjenester, og i 2021 har andelen økt til 41 % (jf. figur 5-10). I 2015 ble 58 % av utgiftene innen PLO benyttet til hjemmetjenester. I 2021 var andelen redusert til 54 %. Det viser at kommunen de senere årene ikke har klart å vri ressursinnsatsen, til mer hjemmebasert, men heller prioritert institusjonstjenester. Dette er ikke i tråd med det vi ser i øvrige norske kommuner, hvor tendensen er å vri til mer hjemmebasert. Vridning fra institusjon til hjemmebaserte tjenester er helt nødvendig for å sikre en videreutvikling og tilpasning av tjenestenivået i et mer bærekraftig perspektiv. Figuren viser samtidig at kommunens utgifter til dag- og aktivitetstilbud innen pleie og omsorg har økt noe i perioden (andel av total utgiften). Et godt utbygd dag- og aktivitetstilbud for ulike brukergrupper vurderes å være avgjørende for den enkelt innbygger/bruker, men også for at kommunen skal yte gode effektive PLO-tjenester i tråd med BEON-prinsippet.

I neste delkapittel vil vi se nærmere på hvordan Sogndal kommune har prioritert og dimensjonert sine tilbud innen PLO til ulike brukergrupper og hvordan kommunes praksis er, sammenliknet med andre.

5.5 Analyse av tilbudet til tre brukergrupper innen pleie og omsorg

Pleie og omsorg er den største sektoren i kommunen, med rundt 820 unike tjenestemottakere fordelt på ulike hjemmetjenester, institusjonstjenester og dag- og aktivitetstilbud, trygghetsalarm, matombringning mv.³⁷ Brukerne innen pleie og omsorg kan grovt sett deles inn i tre grupper:

- ▶ Mennesker med utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser mv.
- ▶ Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser
- ▶ Eldre og somatisk nedsatt funksjonsevne (MS, trafikkskadde m.m.)

Dataene i KOSTRA er ikke nok til å konkludere rundt Sogndals prioriteringer av tjenester innen pleie og omsorg. Agenda Kaupang utviklet en egen analysemodell som gjør det mulig å få frem data om tjenester for de tre brukergruppene nevnt over. Analysemodellen gjør det også mulig å sammenlikne Sogndal med andre kommuner.

Formålet med analysene er å få bedre innsikt i

- ▶ Prioritering innenfor pleie og omsorg
- ▶ Omsorgstrappen for tre brukergrupper
- ▶ Utgifter fordelt på ulike brukergrupper og tjenester

For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i Sogndal har vi foretatt en sammenlikning med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende data-innsamling og analyse. I denne analysen benyttes andre sammenlikningskommuner enn det kommunen vanligvis benytter. Årsaken er at det ikke finnes et nasjonalt register hvor disse dataene er tilgjengelige, og at vi da benytter kommuner vi kjenner og hvor vi har gjort tilsvarende arbeid. I sammenlikningen benytter vi både enkeltkommuner, men hovedsakelig sammenlikner vi Sogndal med snittet for 14 kommuner vi har gjort tilsvarende arbeid i³⁸. Formålet med sammenlikningen er å se på likheter og forskjeller i hvordan behovene for pleie og omsorg løses, og hvordan tjenestestruktur, tildeling av tjenester mv. påvirker utgiftsnivået. I analysen benyttes

³⁷ Pr. 31.12.2021. Kilde: Kommunens egen rapportering

³⁸ Består av store og mellomstore kommuner fra Agenda Kaupangs database innen PLO: Arendal, Bodø, Gjerstad, Gran, Grimstad, Nordre Follo, Froland, Risør, Lom, Lunner, Tvedestrand, Vegårshei, Ålesund og Åmli fra 2020

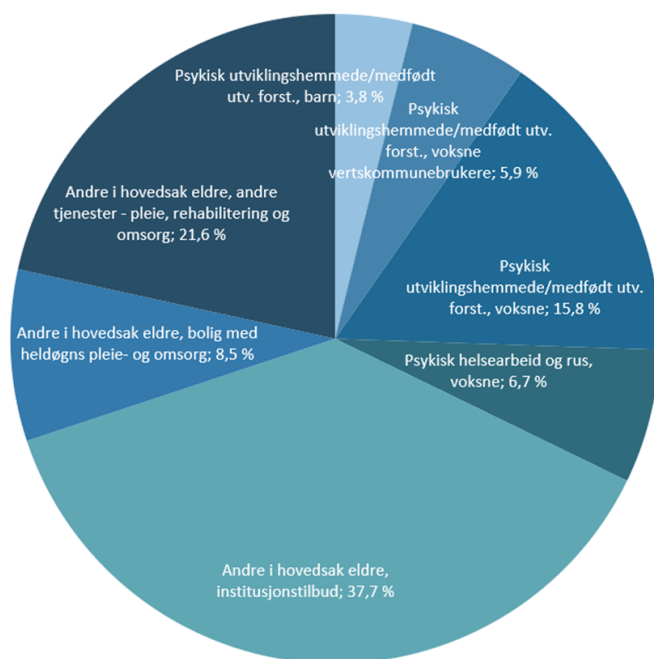
behovskorrigererte tall etter beregning foretatt av Kommunal- og distrikts departementet og en organisasjonsnøytral tilnærming for økt sammenlignbarhet.

De viktigste analysene oppsummeres i dette kapittelet. Analysen innen pleie og omsorg ligger vedlagt i sin helhet som vedlegg til denne rapporten.

Hovedvekten av utgiftene innen pleie og omsorg benyttes til brukergruppen «eldre»

I 2021 ble 68 % av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg brukt til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre*. Rundt 26 % av kommunens netto driftsutgifter innen pleie og omsorg ble brukt på brukergruppen *Utviklingshemmede*³⁹ og i underkant av 7 % ble benyttet overfor brukergruppen *Psykisk helse og rus*. Fordelingen fremkommer i figuren under:

Fordeling av pleie- og omsorgskostnader i Sogndal kommune



Figur 5-11 Netto driftsutgifter i 2021 (PLO) fordelt på ulike brukergrupper

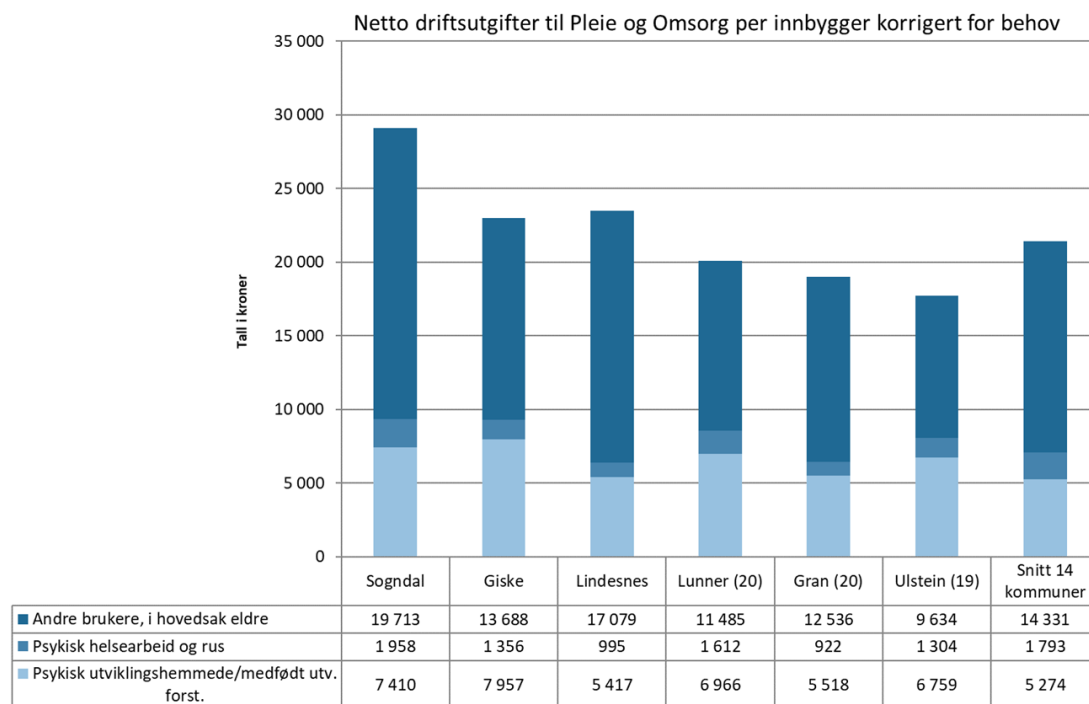
Av utgifter til brukergruppen omtalt som *eldre* ble i underkant av 38 % benyttet til tjenester i institusjon. 8,5 % av utgiftene var knyttet til tjenester i boliger med heldøgns tjenester, og ca. 22 % av utgiftene ble benyttet til andre helse- og omsorgstjenester for hjemmeboende.

Kommunen kan ha tiltak til personer under 18 år med behov for tjenester som er kostnadsført på f.eks. Helse og/eller barnevern i KOSTRA. Disse omfattes ikke av denne analysen.

³⁹ Som det fremgår at figuren har Sogndal utgifter til vertskommunebrukere. Dette er brukere som i forbindelse med HVPU-reformen ble boende igjen i kommunen og som Staten kompenserer via Vertskommunetilskudd. I våre beregninger er utgiftene estimert til å utgjøre 6 % av kostnadene brukt innen PLO-regnskapet.

Sogndal har tydelig høyere utgifter til pleie og omsorg enn sammenlikningskommunene

Analysene viser at Sogndal prioriterer PLO høyere enn snittet for 14 kommuner i vår sammenlikning, og utgiftene i Sogndal er ca. 36 % høyere per innbygger korrigert for behov jf. figuren under.⁴⁰



Figur 5-12 Netto driftsutgifter 2021 korrigert for behov fordelt på ulike brukergrupper

Flere innbyggere i Sogndal kommune som mottar pleie- og omsorgstjenester

Årsaken til at utgiftene varierer mellom kommunene må sees i sammenheng med volum (antall brukere) og enhetskostnader (brukernes behov, organiseringen av tjenestetilbudene mv). Denne analysen innebærer ikke en vurdering av brukernes behov. Det er viktig å presisere at tjenesteomfanget til den enkelte tjenestemottaker kan variere både i omfang av enkelttjenester, men også i sum av ulike tjenester. Det medfører at analysen kan fravike når man går inn og ser på brukere fordelt på ulike tjenester.

Analysene viser at Sogndal kommune er på nivå med snittet når man ser på unike innbyggere som har tjenester innenfor kategorien *Andre, i hovedsak eldre*, men vi ser at de som mottar tjenester ser ut til å få tildelt flere tjenester. Analysene på tjenestenivå, som ligger som vedlegg til denne rapporten, viser at Sogndal har flere mottakere som mottar trygghetsalarm, matombringing, støttekontakt, BPA, omsorgsstønad, sykehjem og ulike hjemmetjenester enn gjennomsnittet i referansegruppen. Kommunen har noen færre mottakere med digitaliserte tjenester som tilsyn, medisineringsstøtte og varslings- og lokaliseringsteknologi.

Sogndal har ikke oppgitt å ha barn og unge innenfor kategorien *psykisk helse/rus* som mottar ulike pleie- og omsorgstjenester. Dette ser vi også er tilfelle i flere av sammenlikningskommunene. Dette skyldes ikke at kommunene ikke har tilbud til denne brukergruppen, men at dette ofte dreier seg

⁴⁰ I kommunen har det ligget noen kostnader på fellesområder. Dette er fordelt ut etter profilen på direkteførte kostnader på lik linje med andre kommuner. Det medfører at når man skal tenke kostnadsreducerende tiltak må «fellesområdet» inkluderes. I analysen av KOSTRA fremkommer det at kommunens utgifter er 27 006 kr per korrigerte innbygger. Her er vertskommunetilskuddet trukket ut. I denne figuren er det ikke tatt hensyn til vertskommunetilskuddet.

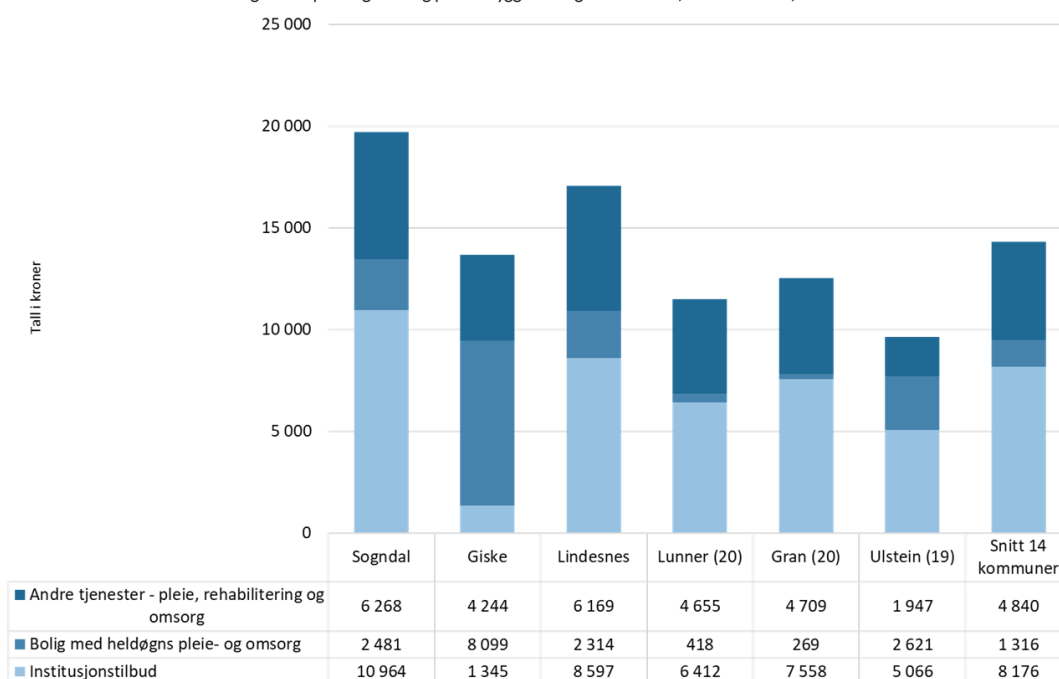
om tjenester som ikke ligger innenfor PLO slik det er definert i KOSTRA, og som dermed ikke er berørt i denne analysen. Når det gjelder tjenestemottakere over 18 år innenfor samme bruker-kategori ser vi at Sogndal ligger noe over snittet. Hovedvekten av tjenestene til denne bruker-gruppen omhandler forebyggende/psykososialt tilbud og tilbud i bolig med tjenester. Kommunen har få brukere som mottar kommunale aktivitetstilbud, ambulerende tjenester, men flere som får tilbud om bolig med stedlig bemanning (kjøpt tjeneste og i egenregi).

Sogndal har færre brukere innenfor brukerkategorien *utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelser* under 18 år, men andel tjenestemottakere med støttekontakt, tjenester organisert som BPA og tilbud i barnebolig er høy. Andel med avlastning er lav. Når det gjelder tjenestemottakere over 18 år har Sogndal kommune en stor andel innbyggere som mottar tjenester, men tildelingen synes ikke å være spesielt bred. Hovedvekten av tjenestemottakerne mottar tjenester i bolig. I dette tallet inngår også Vertskommunebrukerne. Tar vi hensyn til dette ser vi at andel tjenestemottakere reduseres og tilnærmer seg snittet i sammenlikningskommunene. Sogndal kommune ligger over snittet når vi ser på andel brukere med tjenester i bolig, BPA, arbeids- og aktivitetstilbud og ambulerende miljøarbeidertjeneste. Sogndal har færre mottakere med tjenester organisert som ulike avlastningstilbud og støttekontakt.

Utgifter til andre brukere, hovedsakelig eldre er høye

Vi har tidligere vist at utgiftene til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* er markant høyere enn i snittet for referansegruppen. Ser vi nærmere på hva som påvirker utgiftsnivået og hvordan utgiftene fordeler seg på tjenester til denne brukergruppen i 2021, ser vi at kommunens utgifter er høye innenfor alle deltjenestene. Tjenester til hjemmeboende ligger 30 % høyere enn snittet, bolig med mulighet for døgntjenester ca. 90 % høyere og institusjon ca. 35 % høyere enn snittet. Denne høynede ressursbruken skyldes både flere brukere (hjemmetjenester 19 % og institusjon 5 % mer enn snittet, mens bolig ligger 3 % lavere), men særlig høyere ressursinnsats per tjenestemottaker. Dette sees tydelig i dekningsgraden for institusjon og bolig som samlet ligger høyere enn snittet, men ikke minst enhetsprisene som også er tydelig høye. En høy ressursinnsats i hjemmebaserte tjenester kan være fornuftig, men det ser ikke ut til at dette har gitt tilsvarende reduksjon i bolig med mulighet for døgntjenester eller institusjon. Samlet ressursbruk må derfor sies å være svært høyt i Sogndal. Dataene fremkommer i figuren på neste side:

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



Figur 5-13 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr. 1000 innbygger korrigert for behov - Andre brukere, hovedsakelig eldre

Kommunen prioriterer årsverk i hjemmetjenesten høyere enn sammenlikningskommunene

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunens hjemmetjenester (helsetjenester og praktisk bistand utenfor institusjon) er en viktig forutsetning for å kunne ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og å unngå institusjonsopphold eller bolig med heldøgns tjenester. Analyser viser at Sogndal kommune har en høyere prioritering både når vi ser på årsverk per innbygger og per tjenestemottaker til helsehjelp utenfor institusjon, men også årsverk til praktisk bistand - hjemmehjelp sammenliknet med alle kommunene vi har med i våre analyser. Erfaringen er at det er ulik prioritering av årsverk i ulike kommuner. Vår erfaring er at kommuner bør ligge rundt 3,5 årsverk til helsehjelp utenfor institusjon per 1000 innbyggere for å kunne redusere presset på institusjonstjenester og boliger med mulighet for heldøgns tjenester. Sogndal kommune har en prioritering som innebærer at de er på 5 årsverk per 1000 innbygger korrigert for behov. Anbefalingen over er ikke et endelig tall og må sees i sammenheng med kompetanse, organisering, digitalisering, øvrige tjenestetilbud mv.

Våre analyser har vist at Sogndal har flere brukere med helsehjelp utenfor institusjon/hjemmesykepleie. Høyere prioritering av årsverk medfører at Sogndal kommune har flere årsverk per 100 brukere enn snittet for referansegruppen. Sogndal kommune vurderes å ha høy kapasitet både i hjemmesykepleietjenesten og for praktisk bistand. Selv om kommunen ser ut til å tildele tjenester til flere er vurderingen at høy kapasitet medfører at man både kan gi tjenester til mange og at de som trenger det mest bør kunne få dette.

Kommunens utgifter til institusjon er høye og må sees i sammenheng med både antall plasser og høye enhetskostnader

Utgifter pr. sykehjems plass varierer veldig mellom kommunene, og kan også variere mellom avdelinger og mellom sykehjem/institusjoner. En korttidsplass og rehabiliteringsplass koster normalt mer enn en ordinær langtidsplass. Det samme gjelder skjermede plasser for mennesker med demenssykdom.

Sogndal har en gjennomsnittlig enhetskostnad pr. sykehjemsplass på i underkant av 1,46 mill. kr⁴¹. Dette er over snittet for referansegruppen og sammenlikningskommunene. Differansen mellom Sogndal og snittet for referansegruppen utgjør ca. 320 000 kr pr. plass⁴².

Hovedvekten av utgiftene i sykehjem er lønn for ansatte i turnus. Utgifter til leder og administrasjon utgjør i denne sammenheng en relativt liten andel av de totale kostnadene, men inngår i enhetskostnaden. Pleiefaktoren eller bemanningsfaktor pr. plass er derfor vesentlig for å forklare nivået for utgiftene. Beregninger vi har gjort viser at pleiefaktoren samlet for kommunen ligger på 1,18. Pleiefaktoren for de enkelte avdelingene ligger i intervallet 1,11 til 1,28. Både samlet og innen de enkelte avdelingene vurderes pleiefaktoren å være noe høy. Dette er med på å forklare den høye enhetskostnaden i kommunen. Vår erfaring fra en rekke oppdrag viser at pleiefaktor for langtidsplasser ligger ned mot 0,7. For korttidsplasser og plasser for mennesker med demenssykdom er pleiefaktoren normalt høyere og ligger mellom 0,85 og 0,95, mens rehabiliteringsplasser ligger noe høyere enn dette igjen. Gjennomgangen viser at kommunen har 8 våkne nattevakter totalt for institusjonstjenesten. Dette utgjør i underkant av 14,4⁴³ årsverk og er også en viktig årsak til høye enhetskostnader.

Gjennomgang av type plasser viser at i 2021 var 54 % av plassene i Sogndal ordinære langtidsplasser, 15 % av plassene ble benyttet til langtidsplasser for mennesker med demenssykdom og 25 % av plassene var avsatt til korttids- og rehabiliteringsopphold. Her inngår også 2 plasser til kommunal øyeblikkelig hjelp (KAD).

Høye utgifter kan komme av høye enhetskostnader og/eller høyt volum. Analysene har vist at utgifter til institusjonstjenester for eldre er høyere enn snittet i referansegruppen. Enhetskostnad er vesentlig høyere, og kombinasjonen av noe høyere dekningsgrad medfører at utgiftene samlet sett blir høye. Kommuner som har færre sykehjemsplasser forventes å ha høyere enhetskostnader, dette som følge av at det da er de mest pleietrengende som får plass. Sogndal har høyere dekningsgrad enn snittet i referansegruppen, og ut fra dette resonnementet skulle man forventet en lavere enhetskostnad.

Sogndal bruker mye ressurser på bolig med mulighet for heldøgntjenester for eldre. Dette skyldes både andel plasser, men også høye enhetskostnader

Analysene viser at utgifter til bolig med heldøgnsomsorg er klart høyere i Sogndal enn snittet i referansegruppen. Dette skyldes både høye enhetskostnader og dekningsgrad (andel plasser per innbygger).

Flere kommuner har gjort grep for å vri ressursinnsatsen fra institusjonstjenester til tjenester i form av boliger med mulighet for heldøgns tjenester. Dette er noe alle kommuner i landet ønsker å få til, både for å kunne tilby tjenester på riktig nivå, men også for å redusere utgiftene og/eller redusere veksten i utgiftene. Skal man lykkes med en slik strategi er man helt avhengig av at tilbudene er kostnadseffektive. Sogndal kommune har vesentlig høyere enhetskostnader enn alle kommunene i sammenlikningen. Sammenliknet med snittet er en plass i bolig med mulighet for døgntjenester over 400 000 kr dyrere i Sogndal kommune. Hovedvekten av utgiftene er lønn for ansatte i turnus. Utgifter til leder og administrasjon utgjør i denne sammenheng en relativt liten andel av de totale kostnadene, men er med på å påvirke utgiftene. Pleiefaktoren eller bemanningsfaktor pr. plass er derfor vesentlig for å forklare nivået for utgiftene. Beregninger viser at pleiefaktoren samlet for boligene ligger på 0,98. Pleiefaktoren vurderes å være høy og er den viktigste forklaringen på høye enhetskostnader.

⁴¹ Kilde: Database Agenda Kaupang

⁴² Driftsutgifter pr. plass pr. år

⁴³ Inkluderer årsverk som også benyttes som beredskap inn i hjemmetjenesten.

En annen faktor som påvirker kommunens samlede utgifter, er dekningsgrad. Analysene viser at Sogndal er på nivå med snittet på plasser sammenliknet med snittet i referansegruppen, og mange av sammenlikningskommunene. Andre kommuner med samme dekningsgrad som Sogndal har gjennomgående lavere enhetskostnad. Lokasjoner, størrelse, organisering av tilbudet og differensiering av type plasser har betydning for utgiftsnivået.

Sogndal kommune har høyere nettodriftsutgifter til tjenester for barn og unge innenfor kategorien mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Analysene viser at Sogndal har høyere utgifter til pleie- og omsorgstjenester til denne målgruppen. Kommunen har ikke spesielt mange brukere. Det kan derfor tyde på at de som mottar tjenester får mer ressursintensive tjenester enn i sammenlikningskommunene. Sogndal har en høyere andel barn i barnebolig. Dette er ofte det mest ressurskrevende tiltaket overfor denne målgruppen, og er dermed en forklaring på utgiftsnivået til kommunen. Sogndal kommunes utgifter til avlastning i bolig og privat avlastning er på nivå med snittet. Kommunens utgifter til omsorgsstønning og støttekontakt er lavere enn snittet. Utgifter til tjenester organisert som BPA er høyere i Sogndal enn i snittet.

Sogndal kommune har høye nettodriftsutgifter til tjenester for voksne innenfor kategorien mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Utgiftene (brutto) til pleie- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen er høye og vesentlig høyere enn i snittet i referansegruppen som benyttes i vår sammenlikning. Sogndal har et høyt tilskudd fra staten i form av refusjon for ressurskrevende tjenester og dette medfører at kommunens utgifter reduseres, men kommunens nettodriftsutgifter forblir høyere enn snittet. Sogndal har vertskommunebrukere og andel brukere er relativt høy. Dette innebærer utgifter, men også inntekter som andre kommuner ikke nødvendigvis har. Per 2021 er det rundt 30 kommuner som har dette.

Hovedvekten av utgiftene i Sogndal, overfor denne brukergruppen, er knyttet til tjenester i bolig. Utgiftene er høye. En viktig forklaring på høye utgifter er at andel tjenestemottakere med tjenester i bolig er høyere i Sogndal kommune enn i snittet for referansekommunene. Høy andel tjenestemottakere må sees i sammenheng med vertskommunebrukere som alle mottar tjenester i bolig. Analysene viser videre at årsverk per plass er høyere i Sogndal kommune enn i snittet. Høye utgifter skyldes derfor både volum og høy årsverkinnsats per plass. Høy årsverkinnsats per plass medfører høye enhetskostnader. I tillegg til tjenester i egen regi kjøper også kommunen tjenester fra private leverandører. Utgifter til dette er også høye.

Sogndal kommunes utgifter til tjenester organisert som BPA og ambulerende tjenester er høye. Andel tjenestemottakere er noe høyere enn snittet, men kan ikke alene forklare de høye utgiftene. Høye utgifter skyldes også høy ressursinnsats per tjenestemottaker. Kommunens utgifter til avlastning, omsorgsstønning og støttekontakt overfor denne målgruppen er ikke spesielt høye.

Forskjeller i utgifter må både sees i sammenheng med brukernes behov for bistand og tjeneste, men også i utformingen av tjenestetilbudene. Erfaringen er at utforming av tjenester/boliger, organisering, kompetansesammensetning mv. både har betydning for kvalitet, men også for kostnadsnivået for tjenestene. Sogndal har flere avdelinger og tjenester hvor det tilrettelegges med ressursintensive tjenester. Gjennomgående er det mange som beskrives å ha behov for 1:1 eller 2:1 bemanning. Dette påvirker selvsagt utgiftsnivået. I tillegg er vår vurdering at organiseringen av tjenestene, herunder bruk av nattevaksressurser, medfører høyere driftsutgifter. Per februar 2022 brukte Sogndal kommune i underkant av 25 årsverk på natt til denne målgruppen.

Sogndal har høyere utgifter til psykisk helse og rus enn snittet

Denne gjennomgangen inkluderer ikke å se på tiltak innenfor psykisk helse og rus. Vi har likevel gjort en overordnet analyse av tjeneste- og kostnadsprofilen for denne brukergruppen. Analysen

viser at Sogndal har noe høyere utgifter innen pleie- og omsorgstjenester overfor denne målgruppen. Utgiftene er for tjenester for de over 18 år. Utgiftene omhandler særlig tjenester i bolig, enten i egen regi eller til kjøp. Kommunens utgifter til andre PLO-tjenester er ikke spesielt høye. Analysen viser at kommunen ikke har en spesielt utbygd omsorgstrapp til denne brukergruppen. Vurderingen er at en videreutvikling av omsorgstrappen vil være avgjørende både for å holde utgiftene nede, men også for bedre å i møtekomme nye og endrede behov for tjenester overfor denne brukergruppen.

Kommunen må ivareta rollen som bestiller ved kjøp av tjenester fra andre

Sogndal kommune kjøper tilbud til ulike brukergrupper. Mange av kjøpene omhandler omfattende helse- og omsorgstjenester som f.eks. tilbud om boliger med heldøgntjenester. Vår erfaring er at det er viktig at kommunen er en god *bestiller* når tjenester skal kjøpes. Dette for å sikre riktig kvalitet til riktig pris. Mange kommuner sliter med å være en god *bestiller* og resultatet blir ofte at utgiftene øker. Mange kommuner er heller ikke gode på å følge opp tiltakene som kjøpes. Uavhengig av hvem som leverer tjenesten er det kommunen som har det faglige ansvaret for at tjenestene leveres iht. lover og regler. Private tjenester kan være et viktig supplement til kommunale tjenester. I mange tilfeller må kommunen kjøpe tjenester da de selv ikke er i stand til å levere det. Dette kan skyldes både kompetanse, men også kapasitet.

5.6 Oppsummering fra intervjuer med ansatte i Sogndal kommune

I forbindelse med gjennomgangen av deltjenester innen helse og omsorg ble det gjennomført intervjuer med ansatte i tjenesten. I det følgende blir det gitt en oppsummering av intervjuene.

Gjennomføring

Det har blitt gjennomført individuelle samtaler i tillegg til gruppeintervjuer av totalt 31 informanter fra alle tjenesteområdene innen helse- og omsorgstjenesten i Sogndal kommune. I tillegg ble det også gjennomført en samtale med Kommunedirektøren.

Informantene fikk tilsendt et spørreskjema i forkant av intervjuene. Alle som deltok i intervjuene fikk tilsendt intervjuguide/spørsmål i forkant. I tillegg til åpne spørsmål inneholdt intervjuguiden 16 påstander som skulle skåres ut fra i hvor stor grad man var enig i eller uenig i påstanden. Svarene skulle gis på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 6 (helt enig). Det var også mulig å benytte svaralternativet «vet ikke». Denne intervjuguiden ble gjennomgått for alle informantene (31).

Intervjuene med Tjenestelederne innbefattet også innhenting av data om organisering, ledelse, tjenesteprofiler, økonomi, strategier mv.

I intervjuene har informanter gitt uttrykk for hvordan de opplever situasjonen for de aktuelle tjenestene i Sogndal kommune. Til en viss grad er det forskjeller mellom hva informantene opplever. Det er derfor ikke gitt at alle vil være enige i hele beskrivelsen av resultatene videre i kapitlet. Informasjonen fra informantene trenger heller ikke nødvendigvis å stemme med bildet som tegnes med utgangspunkt i statistikk. I materialet fremkommer det i skjevhet knyttet til utfordringer, versus styrker. Det at det fremkommer færre styrker må ikke leses som en vektet evaluering av dagens situasjon, men som uttrykk for at det er naturlig i slike prosesser å lete etter forbedringsområder.

Oppsummeringen baserer seg på intervjuer med et utvalg informanter. Vi tar forbehold om at ikke alle relevante stemmer er hørt i datainnsamlingen.

Oppsummering av intervjuene

I det følgende blir det gitt en oppsummering av funn knyttet til temaene:

- ▶ Organisering
- ▶ Ledelse, medarbeidere og kultur
- ▶ Økonomi
- ▶ Samarbeid og samhandling
- ▶ Kartlegging, saksbehandling og tildeling
- ▶ Lokalisering og strukturer
- ▶ Strategi og planverk
- ▶ Informasjon

Under hvert tema har vi oppsummert hva respondentene opplever at fungerer, hva som oppleves som utfordrende og hva informantene mener bør videreutvikles.

Organisering

I tabellen under har vi oppsummert funn fra våre samtaler knyttet til organisering i et vidt begrep. Noen av funnene kunne også vært presentert under ett eller flere av de øvrige temaene.

Tabell 5-2 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Samling av tjenester under et felles kommunalområde med egen kommunalsjef ▶ Mange dyktige og engasjerte medarbeidere, mange kjenner tjenestene godt og har mye erfaring og kjennskap til kommunen. ▶ Har etablert ulike arena for ledelse i HSO ▶ Flere tjenester har god bistand av merkantil støtte 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kommuneorganisasjonen er relativt ny. Nye avdelinger, nye ledergrupper, nye ledere, nye medarbeidere og nye arbeidsoppgaver. Det tar tid å etablere seg. Det gjør at mye av fokuset og tiden brukes til å få «orden i eget hus», i tillegg til å håndtere pandemien. ▶ Flere uttaler at man til tross for organiseringen har utfordringer med å tenke helhetlig. Det er i for stor grad fokus på den enkelte enhet. Begrep som «silo» brukes for å beskrive praksis. Det synes å være noe uavklarte grenseoppgang og oppgavefordeling mellom tjenester. ▶ Lite planmessighet – en del ad hoc løsninger som ikke er gode hverken for innbygger, ansatte eller kommunen ▶ Lite stabsfunksjoner i kommunalområdet ▶ Lite enhetlig praksis og kulturer som støtter opp under enhetlig praksis. Flere uttaler at man mangler systemer, rutiner mv. Reglement ikke oppdatert? ▶ Organiseringen av kartlegging og saksbehandling fungerer ikke etter formålet (se egen foil om Kartlegging, saksbehandling og tildeling) ▶ Flere store tjenesteområder/avdelinger, flere ledere med store kontrollspenn som medfører at det blir vanskelig å ivareta både behov for stedlig ledelse (avdeling), men også behov for langsiktig og strategisk tenkning. ▶ Flere driftsenheter som er små og lite driftsoptimale/robuste (økonomi, fagmiljø mv.) ▶ Behov for å harmonisere tjenester og måter man jobber på. Vanskelig å gi et likeverdig tilbud i de tre tettstedene. Ujevn tilgang på fagkompetanse mellom de tre tettstedene i kommunen ▶ Potensial for økt digitalisering av arbeidsprosesser f.eks. arbeidslister i HBT. Er i startfasen av bruk av LMP (ikke alle soner).
Utviklingsbehov	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sogndal er en ny kommune, en ny kommuneorganisasjon bestående av mange nye organisasjonsformer, nye medarbeidere og nye arbeidsformer mv. Erfaring tilsier at det tar tid for en organisasjon å finne og utvikle sin form. Arbeidet må settes på dagsorden og prioriteres. 	

- ▶ Avklaring av ansvar, tydeliggjør roller og oppgaver mellom tjenester og innad i tjenestene, f.eks. tjenesteleder/avdelingsleder
- ▶ Sikre en organisering og arbeidsdeling som støtter opp under vedtatt ansvars- og oppgavefordeling. Befeste valgt organisering og jobbe med utgangspunkt i denne for å sikre en felles praksis i tråd med kommunens mål og ambisjoner
- ▶ Ledelse som kontinuerlig kommuniserer mål og forventninger, holder tak i og sikrer prioritering og grensegangene mellom tjenestene
- ▶ Styrke kommunens rekruttering av nødvendig kompetanse, herunder sikre effektiv organisering.
- ▶ Digitalisering av arbeidsprosesser
- ▶ Dagens organisering innebærer at ansvar for institusjonstjenester er fordelt på flere tjenesteområder. Det samme gjelder hjemmetjenesten. Flere uttaler at det er behov for å ha en organisering som innebærer et mer helhetlig ansvar. Det uttales også at dagens organisering ikke fremmer likhet og utvikling av en enhetlig praksis for kommunen.

Ledelse, medarbeidere og kultur

Tabellen under oppsummerer funnene fra våre samtaler knyttet til ledelse, medarbeidere og kultur. Noen av funnene kunne vært presentert under ett eller flere av de øvrige temaene ettersom det kan være noe krevende å skille hva som er hva.

Tabell 5-3 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ledergruppen i HSO som samhandler på tvers av tjenesteområder ▶ Flere dyktige ledere på ulike nivå ▶ Mange dyktige og engasjerte medarbeidere ▶ Mange avdelinger uttaler at de har godt arbeidsmiljø og god tilgang på relevant kompetanse ▶ Flere opplever at de har fått økt bistand til økonomioppfølging (møter, rutiner mv.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lite fokus på ledelse (stedlig og strategisk), mesteparten av tiden går til drift (administrasjon) ▶ Lite planmessighet – en del ad hoc løsninger som ikke er gode hverken for innbygger, ansatte eller kommunen ▶ Lite kontinuitet i lederstillinger og mange uformelle ledere ▶ Uavklart ansvars- og oppgavefordeling mellom ledernivå (tjenesteledere/avdelingsledere) ▶ Lederstruktur – store lederspenn for noen avdelinger/tjenesteområder ▶ Ledere i HSO er i behov av mer HR støtte, og opplæring og tilgang på verktøy som sikrer at de kan ivareta oppgaver som ligger til stillingen ▶ Rekruttering av kvalifisert personale i flere avdelinger (ledelser, fagkompetanse mv.) og høyt gjennomtrekk av ansatte i enkelte avdelinger ▶ En del avdelinger med arbeidsmiljøutfordringer ▶ Høyt sykefravær i enkelte avdelinger ▶ Enkelte avdelinger med stort forbruk av vikarbyrå ▶ Flere negative omtaler i media ▶ Behov for økonomistyring, herunder opplæring, rutiner og rapportering ▶ Det blir innført nye systemer uten at man blir gitt opplæring
Utviklingsbehov	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ HSO har en relativt ny ledergruppe, på lik linje med øvrige tjenesteområder i kommunen. Det er helt sentralt at kommunens ledelse fremstår som samlet. Ledergruppen må prioritere arbeidet med å styrke egen samhandling og effektivitet for derigjennom å lede arbeidet med utvikling i tråd med vedtatte strategier og planverk. Endringsarbeid i store og veletablerte organisasjoner og enheter er krevende og forutsetter tålmodighet. Ledelsen må holde aktivt tak i prosessen. ▶ Tydeliggjøring av ansvar og oppgaver på ulike ledernivå, sikre håndterlig lederspenn 	

- ▶ Sikre at ledere har tilstrekkelig kompetanse, tilgang på verktøy samt reell støtte fra HR/personalavdelingen slik at oppgavene ivaretas på en bedre måte enn hva tilfelle synes å være i dag. Viktig å avklare hva ledere skal ha ansvar for og hvilke bistand man kan få fra fag- og støtteenhetene.
- ▶ Styrke avdelingslederne slik at de fortsatt klarer å ivareta rollen som avdelingsledere på en god måte (handler også om å ha enheter som har et godt utgangspunkt for å ledes).
- ▶ Styrke kommunens rekruttering av nødvendig kompetanse (lønn, turnus, fagmiljø mv.), bør også iverksette tiltak for å skolere egne medarbeidere.

Økonomi

I tabellen under har vi oppsummert funn fra våre samtaler knyttet til økonomi.

Tabell 5-4 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Delegert myndighet på tjenesteledernivå og avdelingsledernivå ▶ Kommunen har identifisert tiltak for å redusere utgiftene ▶ Flere opplever at de har fått økt bistand til økonomioppfølging (møter, rutiner mv.) ▶ Tett og god oppfølging av Controller i HSO 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Overforbruk på HSO samlet. Flere tjenesteområder har vesentlig større forbruk enn rammene tilsier ▶ Identifiserte vedtak/vedtatte tiltak for kostnadsreduksjon er ikke gjennomført ▶ Høyt forbruk av variabel lønn inkl. overtid ▶ Høyt forbruk av vikarbyrå i enkelte avdelinger ▶ Flere ledere uttaler at de er i behov av økt opplæring og verktøy, samt avklaringer for økonomistyring ▶ Kostnadskrevende strukturer i enkelte tjenester? Smådriftsulemper og driftsulemper i flere avdelinger gjør det krevende å sikre effektivitet ▶ Lite eller ingen bruk av styringsdata ▶ Historisk budsjetteringer som ikke oppleves som reelle – mangelfull budsjett disiplin ▶ Utgiftsvekst i tjenestene ▶ Manglende oppdaterte vedtak om tjenester, og avvik mellom vedtak og utført tjeneste medfører avkortninger i inntekter (dekning av reelle utgifter)?
Utviklingsbehov	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Budsjettarbeid og oppfølging av regnskap ▶ Verktøy og opplæring i økonomistyring ▶ Tydeliggjøring av ansvar og oppgaver på ulike ledernivå, sikre at behovet for ledelse blir ivaretatt ▶ Styrke avdelingslederne slik at de fortsatt klarer å ivareta rollen som avdelingsledere på en god måte (handler også om å ha enheter som har et godt utgangspunkt for å ledes) ▶ Håndterlig lederspenn og at oppgaver og ansvar blir ivaretatt. ▶ Sikre at ledere har tilstrekkelig kompetanse, tilgang på verktøy samt reell støtte fra HR/personalavdelingen slik at oppgavene ivaretas på en bedre måte enn hva tilfelle synes å være i dag. Viktig å avklare hva ledere skal ha ansvar for og hvilke bistand man kan få fra fag- og støtteenhetene ▶ Oppdaterte vedtak som sikrer riktig tjenestenivå og riktig inntektsnivå for kommunen 	

Samarbeid og samhandling

Tabellen under oppsummerer funnene fra våre samtaler knyttet til samarbeid og samhandling.

Dette er tema som også er presentert under andre tema.

Tabell 5-5 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uttalt vilje og fokus på samarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lite systematisk samarbeid og samarbeidet er i for stor grad personavhengig. Flere uttaler at man mangler formelle

- ▶ Det er etablert strukturer for å sikre dette både innad i ledergruppen i HSO og mellom tjenesteområder som f.eks. Vedtakskontoret og tjenestene.
- ▶ Flere uttaler at man har et godt samarbeid i enkeltsaker og viljen til å samarbeide er stort
- ▶ Teams er tatt i bruk og er et godt verktøy for effektiv dialog mellom tjenestene
- ▶ Tverrfaglig prosjekt om Gode pasientforløp

samarbeids- og samhandlingsrutiner og arenaer. Mye av samarbeidet og effekt av samarbeid beskrives å være personavhengig.

- ▶ Høy grad av silofisering mellom tjenestene gjør samarbeid og samhandling på tvers krevende. Dette gjelder særlig i saker som kan medføre stor ressursinnsats og hvor det kan være behov for ulike tjenester og kompetanse.

Satsingsbehov

- ▶ Tydeliggjør roller og oppgaver mellom tjenester slik at tverrfaglig samarbeid og samtidighet i tjenestetilbudet ivaretas
- ▶ Sikre nødvendig samhandling mellom tjenesteområder både for å sikre brukere som trenger det riktige tjeneste, men også for å sikre god ressursutnyttelse for kommunen samlet sett. Mange uttaler at man ikke er gode på å ivareta innbyggere som har behov for «samtidige» tjenester fra flere aktører.
- ▶ Formelle samhandlingsarena
- ▶ Tydelig mål for HSO for å sikre at man utvikler samarbeid og samhandling som støtter opp under dette (mer om dette på foil om planer/strategier)
- ▶ Identifisere og utarbeide systemer/retningslinjer som reduserer risikoen for «glipp» i grenseflatene mellom ulike tjenester
- ▶ Samhandling og samarbeid med øvrige kommunalområder som f.eks. Oppvekst

Kartlegging, saksbehandling og tildeling

I tabellen under har vi oppsummert funn fra våre samtaler knyttet til ivaretagelse av myndighetsoppgaver innenfor saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Tabell 5-6 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har etablert et vedtakskontor som skal ha ansvar for kommunens saksbehandling innen helse- og omsorgstjenester ▶ Etablert et fagmiljø for saksbehandling ▶ Stillinger på Vedtakskontoret er besatt ▶ Har etablert fast arena for å sikre samhandling mellom Vedtakskontor og tjenestene 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ikke avklart/kjent mandat for vedtakskontoret ▶ Store kapasitetsutfordringer medfører at oppgaver ikke ivaretas (eldre saker uten utredninger/vedtak, manglende oppdaterte vedtak og tjenester avsluttes ikke, mangelfull kartlegging mv.) ▶ Manglende vedtak gjør det vanskelig å styre og gir også kommunen mulig reduserte inntekter (ressurskrevende tjenester) ▶ Behov for veiledning og oppfølging av saksbehandlere, sikre likebehandling og faglig trygghet ▶ Vedtakskontoret gjennomfører i hovedsak ikke kartleggings- og vurderingssamtaler med søker/part i sak. Mye av kartleggingen ivaretas av tjenestene. ▶ Kan kartlegge behov og må tildele en annen tjeneste da man ikke har egnet tjeneste eller kapasitet i egen tjeneste. Kjøper også tjenester da man mangler tilbud. ▶ Mangler felles kartleggingsmetodikk og gode verktøy/rutiner for saksbehandling ▶ Flere ulike søknadsskjema. Dagens søknadsskjema medfører at man må saksbehandle tjenester som kanskje ikke er reelle. Flere uttaler at avkryssingen bidrar til å opprettholde høye forventninger om hva man skal få av tjenester. ▶ Behov for å tydeliggjøre formål med de ulike møtete (samarbeidsmøte, personalmøte mv.)
Utviklingsbehov	

- ▶ Avklare mandat for Vedtakskontoret
- ▶ Gjennomgang av oppgaver og ansvar, herunder bruk av verktøy og effektive arbeidsprosesser
- ▶ Behov for tettere dialog
- ▶ Saksbehandling og kartlegging av nye brukere, men også i revurderinger (avslutte/justere). Det er ønskelig med kartlegging som også involverer brukerne i større grad.
- ▶ Behov for å videreutvikle omsorgstrappen til brukergruppen slik at man har tjenester som dekker behov (unngå feil nivå, unngå dyre kjøp mv.)
- ▶ Behov for å sikre samhandlingen
- ▶ Behov for å utvikle et verktøy som sikrer oversikt over behov for ulike boliger og tjenester som grunnlag for videre satsing og prioriteringer.
- ▶ Koordinering av tjenester og samhandling mellom tjenesteområder for innbyggere med behov for samtidige tjenester. Kan medføre at behovene ivaretas bedre, på et lavere nivå?

Omsorgstrappen i Sogndal kommune

Tabellen under oppsummerer funnene fra våre samtaler knyttet til tjenesteprofilene i Sogndal kommune. Vi har valgt å bruke omsorgstrapp som en samleoverskrift. I tabellen under har vi oppsummert funn fra våre samtaler relatert til dette temaet.

Tabell 5-7 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Flere uttaler at det er god kvalitet på tjenestene som ytes av HSO ▶ Omsorgstrapp beskrives som et godt pedagogisk verktøy ▶ Kriteriesett under utarbeidelse ▶ Flere ansatte som har deltatt på Velferdsteknologiens ABC ▶ Nystartet prosjekt knyttet til velferdsteknologi ▶ Hverdagsrehabilitering 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Høye forventninger til hva kommunen skal ivareta ▶ Omsorgstrapp er ikke et begrep som er internalisert ▶ Kommunen mangler tiltak i omsorgstrappen ▶ Lite ressurser til forebygging, f.eks. en 20 % stilling som demenskoordinator ▶ Obstruerte korttids- og rehabiliteringsplasser ▶ Koordinering av tjenester er utfordrende, og det er behov for økt samhandling på tvers av tjenesteområder for innbyggerne som er i behov av samtidige tjenester ▶ Vedtakskontoret foretar i liten eller ingen grad kartleggings- og vurderingssamtaler ▶ Lite bruk av velferdsteknologi, variasjon innad i kommunen. ▶ Hverdagsrehabilitering synes i liten grad å være integrert i tjenestene
Utviklingsbehov	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Opplevs i stor grad å være videreføring av etablerte tiltak i de gamle kommunene, og i liten grad systematisk og strategisk valgt for den nye kommunen ▶ Skape innsikt og forståelse for omsorgstrappen og hva som ligger i <i>Leve hele livet</i> ▶ Utvikle tjenester og tiltak som støtter opp under Leve hele livet og BEON-prinsippet ▶ Økt tilgang til og bruk av velferdsteknologi ▶ Sikre effekter av hverdagsrehabilitering ▶ Boligrapp for eldre, inkl. økt samarbeid mellom kommuner og private aktører om utbygging ▶ Økt behov for rådgiving og veiledning av innbyggere ▶ Utvikle aldersvennlig samfunn 	

Lokalisering og strukturer

I tabellen på neste side har vi oppsummert funn fra våre samtaler knyttet til lokalisering og strukturer i Sogndal kommune.

Tabell 5-8 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har flere bygg og lokasjoner som vurderes som hensiktsmessig for formålet ▶ Flere avdelinger har samdrift mellom fag- og tjenesteområder 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ulike forventninger om stedbundne tjenester ▶ Kostnadskrevende strukturer? Ikke driftsoptimale driftsenheter. Tilbud spredd på flere geografiske områder og avdelinger. Krevende å sikre økonomien, men også fag. ▶ Flere bygg som ikke fungerer optimalt iht. formålet ▶ Lite bruk av velferdsteknologi (f.eks. digitale tilsyn) som kan redusere behov for personintensive tjenester. ▶ Ikke veiforbindelse til alle deler av kommunen (ferje) ▶ Prosjekter og planer om utbygging har blitt stoppet (Bu og miljø) ▶ Ulike eierforhold gjør at det er krevende å ha oversikt over hvem som gjør hva rundt boligspørsmål. Vedtakskontoret bruker derfor mye tid på å koordinere. ▶ Flere 1:1 tiltak hvor det er krevende å sikre fag, personal og økonomi ▶ Organisering og lokalisering som gir ulik tilgang på kompetanse innad i samme tjenesteområde. ▶ Vedlikeholdsetterslep på bygg ▶ Kontor og personalrom for ansatte i flere avdelinger
Utviklingsbehov	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Samle ulike tilbud, f.eks. korttidsopphold i institusjon ▶ Gjennomgang av driftsenheter med formål om å avvikle/endre drift som ikke er optimale (fag, brukere, personal og økonomi) ▶ Videreutvikle samdrift mellom tjenester/avdelinger for å sikre god ressursutnyttelse, f.eks. nattevakt 	

Strategi og planverk

I tabellen under har vi oppsummert funn fra våre samtaler knyttet til strategi, styring og utvikling. Vi har valgt å samle dette under tema: Strategi og planverk.

Tabell 5-9 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Samfunnsdelen i kommuneplan ▶ Det uttales at HSO skal jobbe i tråd med <i>Leve hele livet</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mangler operasjonalisering av hva <i>Leve hele livet</i> innebærer for Helse og omsorg generelt og hvordan de ulike tjenestene samlet og hver for seg skal sikre oppfølgingen ▶ Flere uttaler at man mangler en felles målsetting innad i HSO samt strategier som viser hva man må gjøre ▶ Lite bruk av styringsdata for å ha kontroll og styring ▶ Lite strategisk fokus og planer (mesteparten av fokuset er knyttet til daglig drift)
Utviklingsbehov	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utvikle og forankre felles mål og strategier som sikrer innbyggerne gode tjenester innenfor økonomiske rammer uavhengig av hvor man bor i kommunen ▶ Jobbe med å få på plass en felles forståelse på tvers av tjenestene for hva en legger i <i>Leve hele livet</i>, hvilke tjenester som skal inngå, og hvilke mål og tiltak en skal jobbe med, både i den enkelte tjeneste og på tvers. En felles handlingsplan kan være et hensiktsmessig verktøy for synliggjøring av dette. ▶ De enkelte tjenestene bør med utgangspunkt i definisjoner, føringer, tiltak og ansvar utarbeide virksomhetsplaner som ytterligere konkretiserer hva felles mål og tiltak betyr for arbeid, aktivitet og tjenesteutførelse i hver av tjenestene ▶ Ivareta behov for strategisk ledelse på alle nivå 	

- ▶ Utvikle og bruke data til styring, utvikling og prioritering av tjenester i tråd med vedtatte mål og planverk

Informasjon

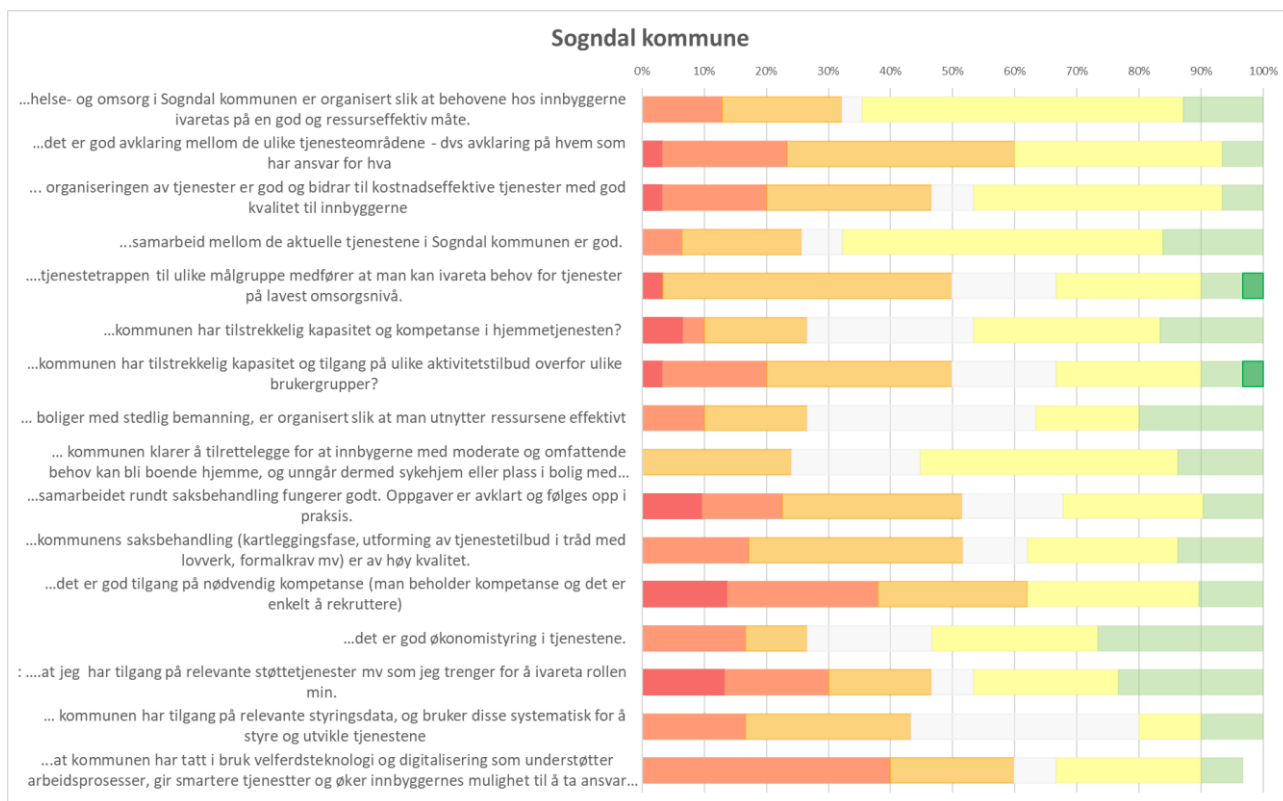
Oppsummeringen under omhandler både informasjonsflyt innad, men også for innbyggere og samarbeidsparter.

Tabell 5-10 Styrker/muligheter, utfordringer og utviklingsbehov

Styrker og muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Det er uttalt at Vedtakskontoret skal fungere som <i>En dør inn</i>. ▶ Kriteriesett for tjenestene er under utarbeidelse 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nettsidene beskrives som lite oversiktlige og oppdatert ▶ Lite oversikt internt i kommune om hva man har ▶ Hvordan sikre at de som trenger det får riktig informasjon? Dette gjelder særlig de som ikke er digitale.
Utviklingsbehov	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sikre intensjonen med <i>En dør inn</i> (og at dialogen etterpå ikke består av mange dører) ▶ Sikre oppdatert og lett tilgjengelig informasjon på kommunens nettside. Noen ønsker at kommunen kan ha informasjon fra de ulike tjenestestedene med bilder mv. av boliger og tjenester. ▶ Sikre at ulike behov for informasjon ivaretas. Ikke alle kan benytte nettsider for å få informasjon. 	

Oppsummering av spørreundersøkelsen

Gjennomsnittlig skår for de 16 oppsummerende påstandene i intervjuene er vist i tabellen på neste side. Oppsummeringen inneholder 16 påstander som er rangert ut fra en skala fra 1 - *i svært liten grad* (fremstilt med rødt i figuren under) til 6 - *helt enig* (fremstilt med grønt). Det var også mulig å benytte svaralternativet *Vet ikke* (lysegrått).



Figur 5-14 Oppsummering rangering intervjuer

Oppsummeringen i tabellen på forrige side viser at det er forholdsvis stor spredning på svarene og at det er lav andel som gir toppskår. Intervjuene avdekker et behov for å både å få tydeligere mål, planmessighet, avklarte ansvar og oppgaver, samhandling, strukturer og arbeidsprosesser som støtter opp under god tjenesteleveranse, i tillegg til utvikling av kommunens omsorgstrapp.

6 Vurderinger, anbefalinger og tiltak

Gjennom vårt arbeid med Sogndal med tjenesteanalyse samt i prosessen med å identifisere og utvikle tiltak har vi avdekket områder som kommunen bør videreføre, men også områder som bør forbedres/utvikles. Oppdraget omhandlet både å gi økt innsikt, men også å identifisere og utvikle tiltak for å få ned utgiftsnivået innenfor helse- og omsorgstjenesten samlet sett. Tiltakene som presenteres vil gi kommunen reduserte driftsutgifter iht. oppdragets mandat. Samtidig viser både tjenesteanalysen, men også den demografiske framskrivningen at kommunen bør iverksette ytterligere grep for å utvikle mer bærekraftige tjenester. Tiltakene i sin helhet ligger ved som vedlegg til rapporten. Psykisk helse inngikk ikke i dette arbeidet. Vurderingen vår er at mange av anbefalingene våre også er gyldige innenfor dette tjenesteområdet, men dette omtales ikke spesifikt i dette kapittelet.

Innledningsvis viste vi at 68 % av utgiftene innen pleie- og omsorgstjenesten er knyttet til brukergruppen *eldre og somatisk syke*. Det er også innenfor denne målgruppen man forventer den største økningen fremover. Andel eldre øker drastisk. Det gjør at det blir helt avgjørende hvordan kommunen rigger seg for å håndtere dette fremover. Løser man det på samme måte som i dag, vil det være behov for å doble ressursinnsatsen frem mot 2040. Dette vil utfordre bærekraften økonomisk. Den største utfordringen ved å videreføre dagens dekningsgrader og løsninger mener vi vil være å få dekket behovet for arbeidskraft.

Tjenesteanalysen har pekt på områder hvor Sogndal skiller seg ut sammenliknet med andre kommuner. Vurderingen er at det er et potensial for å få mer effektive tjenester både på kortere, mellomlang og lengre sikt. Samtidig er det viktig å understreke at mange av tiltakene kommunen er avhengig av å få gjennomført vil handle om å «vokse smartere». Sogndal kommuner står overfor en formidabel vekst som følge av demografiske endringer i befolkningen. Det medfører at «å vokse smartere» må innebære å utvikle mer kostnadseffektive tjenester og tjenester som medfører at flere kan klare seg selv lenger i eget hjem.

Omstillings- og endringsprosessene i samfunnet går både raskere og er mer omfattende enn tidligere. Det stilles høye krav til omstilling og endring og om å tenke nytt og arbeide godt med innovasjon. Samtidig peker Meld. St. 29 (2016–2017) Perspektivmeldingen 2017 på behov for mer effektivisering av offentlig sektor. Digitalisering står høyt på dagsorden og det økonomiske handlingsrommet i kommunen vil presse frem mer effektive løsninger. For å utvikle mer bærekraftige tjenester, redusere utgiftsnivået i tjenestene og for å «vokse smartere» er vurderingen at det vil være behov for en målrettet innsats fra mange tjenesteområder i kommunen.

Videre i dette kapittelet vil vi oppsummere og komme med anbefalinger på tiltak og grep vi vurderer som viktige for å sikre mer bærekraftige tjenester fremover i tråd med innbyggernes behov og nasjonale føringer. Før vi dukker ned i deltjenester innenfor pleie- og omsorgstjenesten og de ulike brukergruppene, vil vi først komme med noen generelle anbefalinger for kommunen:

Våre anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Sikre at innbyggere bor i universelt utformede boliger med livsløpsstandard. I dette legger vi boliger som er egnet for funksjonsfall og i nærområder hvor innbyggeren kan benytte seg av private og offentlige tjenestetilbud som hindrer funksjonsfall og styrker mestringsevnen.
- ▶ Sikre et mangfoldig kulturtilbud til alle ved blant annet etablering av sosiale møteplasser og inkludering av eldre i lokalsamfunnet og dets aktiviteter
- ▶ Sikre ressurser i tidlig innsats slik at innbyggere får dekket sitt behov på beste effektive omsorgsnivå

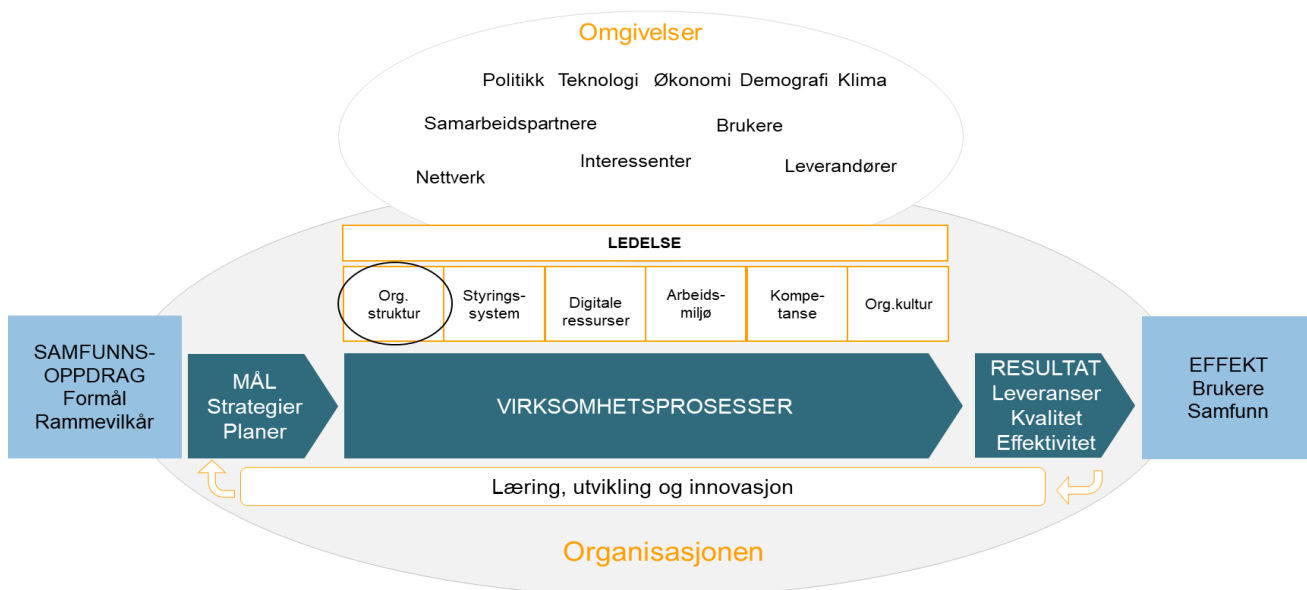
- ▶ Godt dimensjonert omsorgstrapp for ulike brukergrupper
- ▶ Godt samarbeid med frivillige lag, organisasjoner, stiftelser, næringsliv og kulturliv satt i system
- ▶ Styrke innbyggere i planlegging for egen alderdom gjennom god informasjon og forebyggende arbeid
- ▶ Sikre driftsoptimale enheter og avdelinger som muliggjør god ivaretagelse av fag, personal og økonomi
- ▶ Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor et endret fremtidsbilde. Nye arbeidsformer, behandlingsmåter og kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, demografisk utvikling med flere eldre, nye pasientgrupper og økende krav til kompetanse og digital innovasjon er noen av utfordringene sektoren står overfor. Dette innebærer nye måter å jobbe på, nye oppgaver og ansvar og berører alle deler av en organisasjon. Ledelse er avgjørende. God ledelse gir gode helse- og omsorgstjenester og er nødvendig for å skape pasientens helsetjeneste. Helse- og omsorgstjenestene skal levere tjenester av høy kvalitet som er helhetlige og koordinerte. Dette stiller krav til både styring og ledelse på alle nivå i kommuneorganisasjonen; fra topledelsen, via mellomledelsen og til førstelinjeledelsen og videre til medarbeiderne i organisasjonen. Kommunen bør videreføre stedlig ledelse i avdelingene, og sikre et lederspenn som muliggjør ivaretagelse av ansvar for fag, personal og økonomi.
- ▶ Kommunen må videreutvikle og bygge videre på gode erfaringer innenfor innføring og bruk av velferdsteknologi og digitalisering. Noen tjenester har tatt noe i bruk, andre ikke. Det er viktig at dette videreutvikles, og at «alle» tjenestene tar i bruk digitalisering og velferdsteknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen. Gjennomgangen viser at flere tjenester har gode erfaringer med å ta dette i bruk. Dette er erfaringer som øvrige tjenester må nyttiggjøre seg.

6.1 Behov for en organisering som sikrer god ivaretagelse av kjerneprosesser

Dette prosjektet omhandler også en vurdering av organiseringen av Helse- og omsorgstjenestene i Sogndal kommune. Organisasjonsstruktur er et sentralt premiss for hvordan organisasjoner fungerer og løser sine kjerneoppgaver. Organisasjonsstrukturen samvirker med en rekke andre faktorer og prosesser i en organisasjon, og kan påvirke og legge til rette for hvordan ulike prosesser kan gjennomføres i organisasjonen.

Vårt faglige rammeverk illustrerer hvordan en organisasjon, eller en del av en organisasjon som dagens helse og omsorg i Sogndal kommune, påvirkes av både interne og eksterne faktorer, og kan illustreres ved hjelp av modellen på neste side.

Figur 6-1 Modell av en organisasjon – eksterne og interne forhold. Kilde: Agenda Kaupang



Overordnet illustrerer modellen at virksomhetens resultater og effekter på samfunnet påvirkes av både eksterne og interne forhold. Viktige eksterne drivkrefter som påvirker virksomheten er utviklingen i politikk, teknologi, makroøkonomi, demografi og klima.

Samfunnsoppdrag og rammevilkår er politisk styrt, og således som regel med et mer eller mindre tydelig avgrenset mandat mot andre aktører og virksomheter. Den politiske styringen kommer blant annet til uttrykk gjennom budsjett og planer som vedtas i kommunestyret.

Virksomheter, også de offentlige, opererer samtidig i et komplekst samspill med andre aktører. Samspillet med slike eksterne aktører har utviklet seg over tid. Mens den enkelte virksomhet tidligere gjerne var en veldefinert «boks» med et klart skille mellom egen virksomhet og eksterne aktører, vil skillet mellom egen virksomhet, brukere, samarbeidspartnere og andre interessenter bli stadig mer flytende. Dette skyldes blant annet at digitalisering fremmer samskaping i et nettverk av aktører, og det er et økende behov for mer datautveksling på tvers av virksomheter og tjenester.

Basert på samfunnsoppdraget, resultater, effekter og egen læring og utvikling utarbeider mange offentlige virksomheter egne mål, strategier og planer for å konkretisere hva dette betyr for videreutvikling av virksomheten.

Virksomhetsprosesser dreier seg om kjerneprosessene knyttet til primærvirksomheten og støtteprosessene knyttet til interne støtte- og servicefunksjoner. Teknologiutviklingen er i dag den viktigste driveren for endring av virksomhetsprosessene. Mens digitaliseringens første fase i stor grad erstattet manuelle prosesser med automatiserte prosesser innenfor samme struktur og styringssystemer, utfordrer digitaliseringen nå både måten vi gjør ting på og eksisterende strukturer, styring/ledelse, kompetanse og samhandling på tvers av både interne og eksterne aktører.

Ledelse handler om å oppnå resultater gjennom påvirkning av andre og andres arbeid. Påvirkning skjer både nedover i organisasjonen og ut mot omgivelsene. Et viktig fokus for ledelse er knyttet til utvikling av virksomhetens prosesser. Blant de virkemidler som ledelse må påvirke for å optimalisere virksomhetsprosessene er:

- ▶ Organisasjonsstrukturen som er et bilde på ønsket atferd, gjennom en bestemt fordeling av oppgaver og myndighet i virksomheten

- ▶ Styringssystemer som omfatter systemer for oppfølging og rapportering av mål, økonomi og resultater (leveranser, kvalitet og effektivitet)
- ▶ Digitale ressurser som omfatter teknologisk utvikling og informasjon/(stor)data som virksomheten trenger
- ▶ De menneskelige ressursene som omfatter kompetanse, arbeidsmiljø og organisasjonskultur

Modellen i figur 6-1 skiller mellom resultater (leveranser, kvalitet og effektivitet) som virksomheten har kontroll over og effekter på samfunn og brukere som virksomheten ofte kun i begrenset grad har kontroll over. Forhold som virksomheten i begrenset grad kan påvirke er generelle utviklings-trekk i samfunnet og andre aktørers/organisasjoners handlemåter. Til slutt viser modellen virksomhetens lærings-, utviklings- og innovasjonssløyfe som påvirkes av både interne og eksterne resultater, effekter og utviklingstrekk.

Som nevnt tidligere er organisasjonsstrukturen et bilde på ønsket atferd, gjennom en bestemt fordeling av oppgaver og myndighet i virksomheten. Begrepet organisasjonsstruktur⁴⁴ viser til en vedtatt arbeidsdeling som har til hensikt å:

- ▶ Fremme spesialisering i organisasjonen
- ▶ Gruppere oppgaver
- ▶ Fremme koordinering av oppgaver
- ▶ Fordele autoritet som definerer hvem som skal ha myndighet til å bestemme hva som skal gjøres, og
- ▶ Etablere systemer for styring, koordinering og kontroll av arbeidet som utføres i organisasjonen.

Det er to hovedprinsipp for organisering:

Tabell 6-1 To hovedprinsipper for inndeling

1: Inndeling etter funksjon. Dette prinsippet kan gjennomføres på to ulike måter:	2: Inndeling etter brukere/målgruppe
<ul style="list-style-type: none"> ▶ At man deler oppgavene inn etter hvilken funksjon oppgavene har, eks. tjenester i institusjon, tjenester i hjemmet mfl. ▶ At man samler oppgaver som benytter samme type kunnskap eller teknologi i samme enhet. Dette kalles også faginndeling. Eks. kan det innebære å samle fagprofesjoner som sykepleiere, vernepleie, ergo og fysio mfl. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ At man samler alle oppgavene som henvender seg til samme brukergruppe eller målgruppe i en avdeling. Eks. eldre, funksjonshemmede, psykisk helse og rus mfl.

Andre inndelende prinsipper kan være:

- ▶ Geografi – at man deler tjenestene inn i geografiske områder, regionalisering av oppgaver. Dette prinsippet kan gjerne være kombinert med faginndeling eller brukerbasert inndeling.
- ▶ Sentralisering versus desentralisering – at man samler eller sprer samme type tjenester. En desentralisering innebærer ofte en geografisk inndeling.

⁴⁴ Jacobsen og Thorsvik 2018

I praksis vil organisasjonsstrukturen ofte gjenspeile en kombinasjon av flere organisasjonsprinsipper.

Når vi setter organisasjonsstruktur inn i en teoretisk kontekst er det viktig å understreke at forskning har i liten grad underbygget klare sammenhenger mellom organisasjonsstruktur og effektivitet/resultat.⁴⁵ Det finnes ikke «én god organisasjonsmodell», ulike organisasjonsmodeller kan fungere for en gitt virksomhet i en gitt situasjon. Likevel antar vi at visse egenskaper er mer ønskelige enn andre – fordi de legger bedre til rette for god rolle- og ansvarsfordeling, klare styringslinjer, koordinering og intern samhandling, ledelse tett på, effektiv ressursutnyttelse, kompetansebygging osv. Organisasjonens egne erfaringer, endrede rammebetingelser og eksterne forventninger utenfra kan gi retning til hvordan organisasjonen utformes.

I en organisasjonsevaluering og ved vurdering av nye organisasjonsmodeller, er det hensiktsmessig at det fastsettes ett sett med kriterier modellene kan vurderes opp mot. Kriteriene representerer de viktigste perspektivene eller faktorene en ønsker at organiseringen skal hensynta. Vurdering opp mot disse kriteriene vil gi et grunnlag for å sammenlikne modeller og fastsette hvilken modell som passer behovene organisasjonen har best. Vi benytter ofte evalueringskriteriene i tabellen under:

Tabell 6-2 Evalueringskriterier

Kriterier	Operasjonalisering
Formåleffektivitet	Er organisasjonen hensiktsmessig for å løse virksomhetens prioriterte oppgaver?
Hensiktsmessig lederspenn som grunnlag for styring og utvikling	Har modellen hensiktsmessig lederspenn (på strategisk og operativt nivå) som: <ul style="list-style-type: none"> • Legger til rette for å nå mål om robusthet, utvikling av gode tjenester og samtidig sikre nærledelse og god medarbeideroppfølging? • Legger til rette for god sammenheng mellom ledelse og overordnet styring, samordning og prioritering?
Brukerorientert samhandling på tvers	Legger modellen til rette for samhandling på tvers med utgangspunkt i brukernes og innbyggernes behov med tanke på å: <ul style="list-style-type: none"> • Lovere likeverdige tjenester av høy kvalitet? • Være tilgjengelig for innbyggerne? • Legge til rette for økt digitalisering? • Kunne gi et best mulig tilbud til de som har behov for sammensatte tjenester?
Fleksibilitet	Gir organisasjonsmodellen rom for å kunne ivareta nye behov og oppgaver? Ivaretar den behov for å være proaktiv? <p>Hvor godt legger modellen til rette for fleksibilitet og bruk av fagkompetanse på tvers i samsvar med endringer og nye/ andre brukerbehov på tvers av institusjonelle grenser?</p>
Rolleklarhet	Gir modellen klare og forutsigbare ansvarsforhold internt i virksomheten mellom enheter, funksjoner og nivåer?

Hva må en organisering ivareta?

Gjennom samtaler med ansatte, ledere og tillitsvalgte har vi fått innblikk i hvordan de opplever dagens organisering, herunder styrker og utfordringer. Det er viktig å ta med i betraktningen at nye Sogndal ikke har satt seg helt og i lang tid har vært preget av pandemihåndtering.

Oppsummeringen fra intervjuene er omtalt i kapittel 5.6 og viser at det er en del sammenfallende oppfatninger om både styrker og utfordringer, men også ulikheter i oppfatningen av dagens organisering. Særlig trekkes det fram behov for justeringer og endringer, tydeliggjøring av fullmaktsforhold, formalisering av ledernivåene, styrket nærledelse og at det må legges mer til rette for felles strategi og utviklingsarbeid.

Gjennomgangen har vist at det er en tydelig oppfatning av at innbyggerne får kvalitativt gode tjenester. Gjennomgående fremheves det at det er mange dyktige medarbeidere som er opptatt av

⁴⁵ Jacobsen og Thorsvik, *Hvordan organisasjoner fungerer* 2019

dette. Samtidig er flere opptatt av at kommunen mangler strukturer og kulturer som sikrer innbyggerne større grad av helhetlige tjenester. Flere uttaler at kommunen i for liten grad opptrer enhetlig og harmonisert organisatorisk og i tjenesteutførelsen. Variasjon i lederspenn og for liten rolle- og funksjonsforståelse fremheves og gjør at ledelsen oppfattes som fragmentert.

I tabellen under har vi oppsummert de viktigste funnene knyttet til hva som er viktig å sikre fremover. Innspillene handler i stor grad om å legge til rette for et styrket, koordinert og fremtidsrettet tjenestetilbud og å sikre tilstrekkelig kompetanse og å utnytte fagressursene på tvers.

Tabell 6-3 De viktigste funnene

De viktigste funnene knyttet til fremtidig organisering av helse- og omsorgstjenesten	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bedre utnyttelse av ressursene ▶ Harmonisere og gjøre tjenestene likere ▶ Sikre innbyggere som har behov for samtidige tjenester ▶ Styrke tiltak som sikrer <i>Leve hele livet</i> ▶ Sikre intensjonen med Vedtakskontoret ▶ Sikre tilstrekkelig kompetanse i hele kommunen. Forskjellene mellom de tre tettstedene har betydning og må vektlegges i det videre arbeidet. ▶ Fysisk lokalisering av funksjoner og tjenester fremstår som et område for å sikre kvalitet og driftseffektivitet ▶ Ivareta behov for ledelse på ulike nivå 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tilstrekkelig kompetanse til dagens og framtidige oppgaver ▶ Utnyttelse av personell på tvers. Kompetansen må brukes rett i forhold til mangel av denne kompetansen i dag – men også fremover. ▶ Mer samkjøring av tjenestetilbudet til brukerne og generelt mer dialog om felles fagutvikling ▶ Klar rolle- og oppgavefordeling ▶ Tydeliggjøre rolle, ansvar og oppgavefordeling mellom stab og linje ▶ Datasystemer som samarbeider på tvers ▶ Sikre utvikling og bruk av velferdsteknologi og økt digitalisering av arbeidsprosesser

Agenda Kaupangs vurderinger

Organiseringen innen helse- og omsorgstjenesten i Sogndal finner vi også i mange andre kommuner. En samling av flere sammenfallende tjenester under en felles kommunaldirektør vurderes som klokt for å kunne sikre helhetlige helse- og omsorgstjenester. Sogndal kommune er en relativt ny kommune og ledergruppen innenfor HSO er også relativt nye. Gjennomgangen tyder på at dagens overordnede organisering er hensiktsmessig, men at det er behov for å gjøre grep både for å sikre det strategiske arbeidet, samhandlingen på tvers, men også driften av tjenestene. Gjennomgangen tyder på at det er behov for å gjøre en tydeligere avklaring av oppgaver og ansvar mellom tjenesteleder- og avdelingsledernivået, dette for å unngå dublering og dermed muliggjøre mer effektiv ledelse. Dette kan frigjøre tid og ressurser hos lederne. Gjennomgangen har vist at lederne i HSO er i behov av bistand fra stab og støtte til både økonomi- og personalhåndtering. Det er viktig at man finner løsninger som ivaretar dette behovet.

Basert på informasjon fra intervju er det vårt inntrykk at dagens organisering av tjenestene bidrar til at en del avdelinger har små fagmiljø, og hvor dette igjen bidrar til vansker med tilgang på både generell og spesialisert kompetanse. Små enheter gjør det også krevende å utnytte tilgjengelig kompetanse på en god måte. Dersom kommunen opprettholder dagens organisering og tjenestepraksis er vår vurdering at kommunen vil ha behov for flere årsverk enn de hadde hatt ved en annen organisering, med færre og større driftsenheter. En konsekvens av dagens organisering er mindre og mer sårbare fagmiljø. Det igjen kan medføre mye ansvar og økt arbeidsbelastning på ansatte. En konsekvens ved små fagmiljø, som også Sogndal opplever, er at det er vanskelig å rekruttere og ikke minst beholde nødvendig kompetanse. I en rapport fra Helsedirektoratet uttales det at andelen turnover blant yngre sykepleiere og helsefagarbeidere er særlig høy innenfor både

hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester.⁴⁶ Dette i kombinasjon med at færre oppgir at de ønsker å jobbe i kommunene bør medføre at kommunene må se på hva som skal til for å både beholde ansatte, men også for å sikre nødvendig rekruttering. I 2017 gjorde NSF en avgangsundersøkelse hvor 1200 sykepleierstudenter deltok. Denne viste at i tillegg til arbeidsmiljø og lønn var fagmiljø en av de tre viktigste faktorer ved valg av arbeidsplass⁴⁷. I rapporten fra Helse- direktoratet vises det til en rekke tiltak som har hatt effekt på rekrutteringen. Tiltak som trekkes frem, i tillegg til ivaretagelse av den enkelte, er faglig trygghet gjennom faglig fellesskap, opplevd balanse mellom krav og kontroll, tilpasset turnus og stabil arbeidsgruppe som har en positiv innvirkning på arbeidsmiljøet og arbeidsbelastningen.

Dagens inndeling av tjenester innebærer en kombinasjon av fagorientering, men også geografisk inndeling. Dette gjelder f.eks. i hjemmetjenesten. Organisering basert på geografi kan være hensiktsmessig særlig med tanke på å sikre behov for å se tjenester på et geografisk område mer i sammenheng og utnyttelse av ressurser på tvers. Samtidig viser gjennomgangen at det kan være behov for å samle de tradisjonelle hjemmetjenestene i større grad for å sikre en mer lik tjenestep praksis uavhengig av hvor man bor i kommunen, men også for å utvikle faget og fagmiljøet, og å sikre mer likeverdige tjenester uavhengig av bosted i kommunen. En samorganisering må ikke innebære at samdriften mellom tjenestene opphører. Alle organisasjonsmodeller har sine styrker og utfordringer. I valget av en fremtidig modell er vurderingen at vurderingskriteriene nevnt over i dette kapitlet bør legges til grunn for utredning og beslutning om videre organisering.

Anbefalinger og sentrale grep

- ▶ Utvikling av felles mål bilde og strategier, utvikling av en helhetlig strategisk temaplan vurderes å være et viktig virkemiddel for å få dette til.
- ▶ Sikre tydeligere rolle- og ansvarsfordeling mellom ulike ledernivå, herunder sikre et mer hensiktsmessig lederspenn (særlig på avdelingsledernivå). Generelt er vår anbefaling at et lederspenn innenfor ambulante tjenester bør være i overkant av 20 årsverk. Lederspenn med stedlige tjenester bør være noe større, rundt 25 årsverk.
- ▶ Sikre nødvendig lederstøtte innenfor fag, personal og økonomi
- ▶ Omstilling skjer ikke av seg selv, men krever aktiv endringsledelse. Omstilling kan føre til endringer i ansvar og oppgavefordeling mellom enheter og personer, og kan oppleves som krevende for dem som blir berørt. Det er derfor viktig å ha en forståelse av hvilke utfordringer virksomheten vil stå overfor når endringer skal besluttes og gjennomføres. Endringsledelse handler om å forholde seg til endringer som en forutsigbar og håndterlig prosess som kan planlegges og styres.
- ▶ Sikre behov for koordinering og samhandling generelt, men særlig overfor tjenestemottakere som er i behov av samtidige tjenester fra flere tjenesteområder
- ▶ Videreføre samarbeid og samhandling mellom tjenesteområder. Gjennomgangen viser at det er etablert mye godt samarbeid mellom avdelinger og tjenesteområder. Dette er vesentlig for å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester. En videreføring og videreutvikling av et slikt samarbeid og samhandling vil kreve at man utvikler kulturer og strukturer som understøtter dette.
- ▶ Sikre driftsoptimale enheter og avdelinger som muliggjør god ivaretagelse av fag, personal og økonomi

⁴⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/mulighetsrommet/hvordan-sikre-nodvendig-kompetanse-i-tjenestene-og-begrense-turnover>

⁴⁷ https://www.nsf.no/Content/3763210/cache=20180603105249/NSF-%231017046-v1-Avgangsunders%C3%B8kelsen_2017.pdf

- ▶ Vurdere å samorganisere hjemmetjenesten til et felles tjenesteområde for å utvikle tjenesten og sikre mer likeverdige tjenester i hele kommunen. Samorganisering vil kunne bidra til større og mer robuste fagmiljø. Samdrift med øvrige tjenester må videreføres og utvikles.

6.2 Saksbehandling med god kvalitet og tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet må sikres

Skal kommunen sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON- prinsippet, er det avgjørende å sikre saksbehandling av høy kvalitet. Samtidig er den helt avhengig av å ha tilstrekkelig kapasitet på ulike tjenester og differensierte tjenester på ulike nivå i omsorgstrappen. I det følgende kapittelet vil vi gjennomgå momenter vi tenker er viktige for å få til dette og hva kommunen bør gjøre for å sikre en praksis for tildeling som er i tråd med dette.

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for den enkelte tjenestemottaker og pårørende. Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling er avgjørende for å kunne styre ressursbruken i kommunen. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

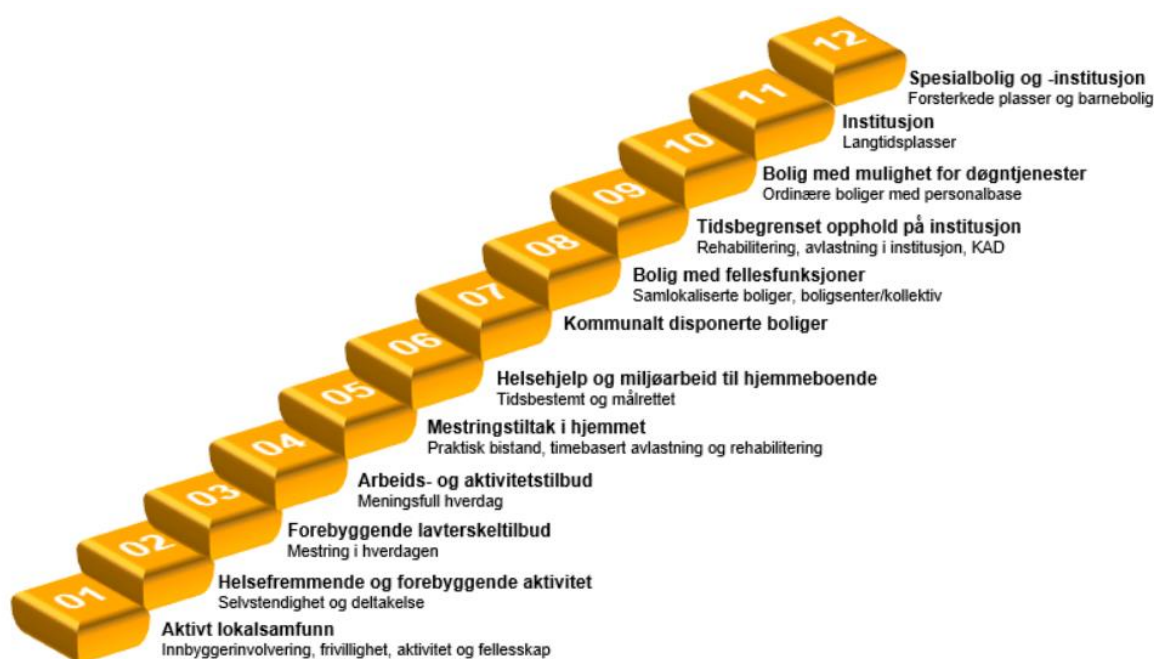
Profesjonalisering og tydeliggjøring av ansvar for saksbehandlingsoppgaver er avgjørende for kvaliteten på saksbehandlingen og styring av «knapphetsgoder». Skal kommunen klare å vri tjenestene og komme «tidlig inn» og bli mer proaktiv, har saksbehandlere en sentral og avgjørende rolle.

- ▶ Sogndal har mange brukere som mottar boliggitte tjenester høyt i innsatstrappen. Skal kommunen kunne ivareta behov i tråd med BEON-prinsippet, fordrer det at kommunen har disponible tjenester tidligere i trappen. Våre analyser har vist at kommunen har tjenester på de fleste trinnene i trappen, men at det kan være behov for å vri ressursinnsatsen ytterligere mot tidlige trinn for å gi innbyggerne større muligheter til å ta ansvar for egen helse- og livssituasjon lenger.
- ▶ Rehabilitering og bruk av velferdsteknologi bør alltid vurderes før mer tradisjonelle tjenester om f.eks. tilsyn av hjemmetjenesten settes inn. Sogndal har et potensial for å satse mer på rehabilitering, gruppetilbud og teknologi som langsiktig vil kunne redusere behovet for mer arbeidsintensive og «tradisjonelle» tjenester.
- ▶ Kommunen må benytte verktøy og kartleggingsmetoder for å få frem hva som er viktig for den enkelte bruker og styrke innbyggeren til å ta ansvar for egen helsetilstand. Mange kommuner erstatter søknadsskjema hvor man krysser av for hvilke tjenester det søkes om, med søknadsskjema som medfører at man skal beskrive utfordringer/problemer og ressurser. Sogndal benytter søknadsskjema som medfører avkryssing. Flere har i intervjuer uttalt at det er ønskelig at Sogndal endrer søknadsskjema. Dagens praksis kan medføre ekstra arbeid for saksbehandlere, og kan skape forventninger hos innbyggerne som ikke innfris.
- ▶ Brukermedvirkning reguleres i ulike lovverk og slår fast at pasient eller tjenestemottaker har rett til å medvirke og at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller tjenestemottaker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller tjenestemottaker mener (jf. helse- og omsorgstjenesteloven). Noen ganger kan pasienten/tjenestemottakers ønske komme i konflikt med helsefaglige vurderinger av hvilke tiltak og tjenester som har best nytte. Det kan også komme i konflikt med de økonomiske rammene for kommunen. Gode og

åpne beslutningsprosesser er særlig viktig for beslutningens legitimitet. Åpenhet bidrar til legitimitet og forståelse og er nødvendig for muligheten til å kunne etterprøve beslutninger og vedtak. Slik kunnskap kan videre øke forståelse og aksept for avgjørelser hos tjenestemottaker, pårørende og innbyggerne, og på den måten også være et verktøy i den viktige forventningsavklaringsfasen.

- ▶ Mye av kartleggingsarbeidet, herunder kartleggingsamtaler med søker/tjenestemottaker, ivaretas av tjenestene og ikke av ansatte ved Vedtakskontoret. Gjennomføring av en kartleggingsamtale er et viktig element i saksbehandlingsprosessen og må derfor sikres. Skal kommunen klarer å snu tildelingspraksisen sin vil de være helt avhengig av at Vedtakskontoret tar et større grep om denne delen av saksbehandlingen.
- ▶ Sogndal uttaler at kapasitetsutfordringer på Vedtakskontoret medfører at de ikke klarer å prioritere arbeidet med revurderinger av vedtak. Det er viktig for å fange opp bortfall av behov eller økning/endringer i behov på en bedre måte enn hva som er tilfelle i dag. Oppdaterte vedtak er også en viktig forutsetning for å sikre riktige refusjoner til Ressurskrevende tjenester.

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



Figur 6-2 Eksempel på en dimensjonert innsatstrapp/omsorgstrapp som muliggjør tildeling etter BEON-prinsippet

Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørger for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn. Innføring av hverdagsrehabilitering har i mange kommuner medført at behov for rehabilitering og styrket egenmestring blir vurdert i sterkere grad enn mer tradisjonelle tjenester. Flere kommuner opplyser at en slik *venstreforskyvning* har medført at flere kan klare seg med mindre tjenester og tjenester lavere i trappen og utsetter behovet for mer omfattende tjenester høyere opp i trappen. Dette oppleves som god kvalitet for brukerne.

Mye av mulighetsrommet som vi har avdekket gjennom dette analysen avhenger av en mer proaktiv tilnærming (venstreforskyvning) enn det dagens tjenestepraksis synes å være. Prosjektgruppen har jobbet med beskrivelser av ulike «tjenestereiser» for å synliggjøre potensielle effekter en slik dreining vil kunne ha for både den enkelte innbygger og for kommunens ressursinnsats (årsverk og økonomi). En mer proaktiv tilnærming forutsetter utvikling av diversifiserte tjenester (figur 6-2) med kapasitet og effekt slik at tjenestevalg etter BEON-prinsippet bli mulig.

Helse- og omsorgstjenestene består av mange ulike deltjenester til flere ulike brukergrupper. Når en skal drøfte styring av tiltakskjeden og prioritering av tjenester, bør en skille mellom det som kalles «bestilling i stort» og «bestilling i smått». Med «bestilling i smått» mener vi kommunenes ansvar for å tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter. Med «bestilling i stort» mener vi kommunens ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet, på et overordnet nivå. Denne delingen mellom systemnivå og individnivå kan fremstilles som figuren under:

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

Figur 6-3 Deling mellom system- og individnivå

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

Det er behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at avveininger mellom de tre størrelsene tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, vil det i tillegg til effektiviseringstiltak kunne være nødvendig å justere kriteriene for tildeling og standarden på tjenestene. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester, og/eller at bistanden som ytes til den enkelte må reduseres.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og tildeling av tjenester henger nøye sammen med type tjenester og kapasitet på tjenester i kommunens tiltakskjede. Som vi har vist i figur 6-2 vil kommunens dimensjonering og prioritering av ulike tjenester og omfang ha stor betydning for utgiftene innen helse og omsorg. I dette ligger det hvordan kommunen klarer å utvikle og styre tjenester som innebærer at man unngår og utsetter behov for mer omfattende tjenester og tiltak på et høyere omsorgsnivå.

Dypdykket innen pleie og omsorg viser at Sogndal ikke har klart å vri ressursinnsatsen slik de har uttalt at de skal. Kommunen har økt andel ressurser brukt på institusjonstjenester. Dette er en trend vi ikke ser i andre kommuner, eller landet ellers. Kommunen er fortsatt noe «topptung», med sterk prioritering av heldøgntjenester for alle de tre brukergruppene⁴⁸. Dette medfører at

⁴⁸ 3 brukergrupper: Andre brukere hovedsakelig eldre, mennesker med utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelse, og mennesker med psykisk helse/rus relaterte helseutfordringer.

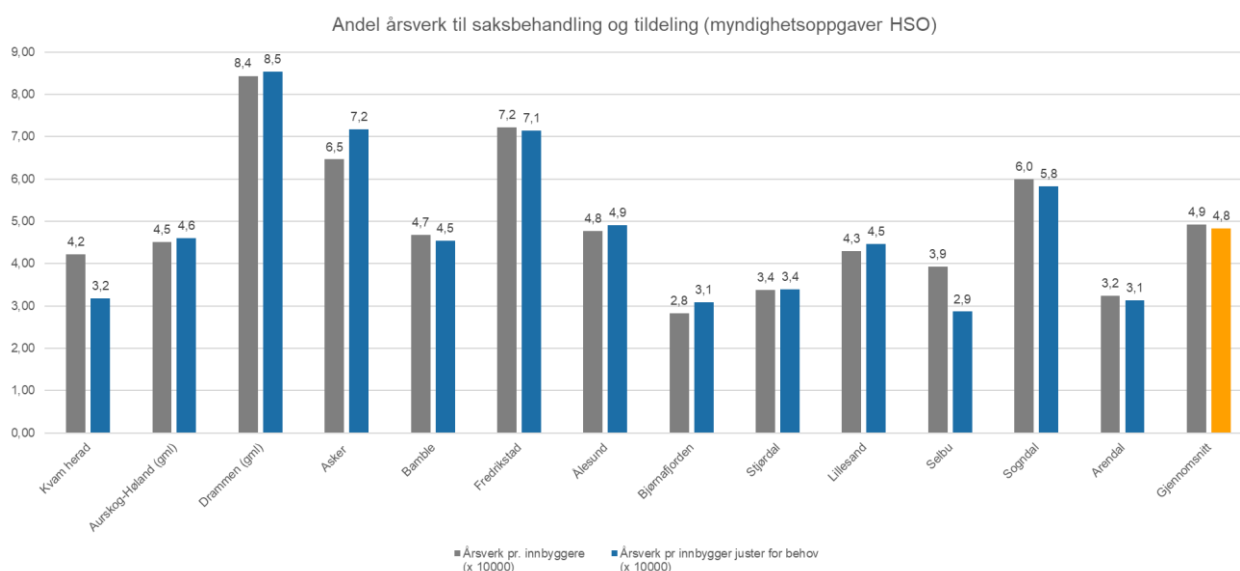
kommunen bruker en høy andel av de samlede ressursene på tjenester som «ligger høyt i omsorgstrappen». Dette indikerer at kommunen har et potensial i å vri enda mer av ressursinnsatsen og satse mer på tjenester som gjør det mulig å bli boende i eget hjem, uten personstøtte/tjenester, og som medfører at den enkelte kan ta ansvar for eget liv og helse lenger. Stadig flere kommuner jobber for å få dette til. Dette gjelder også for Sogndal kommune. Målet understøttes i våre samtaler med nøkkelpersoner, som uttaler at man må få til enda sterkere omprioritering med sterkere prioritering av tjenester som medfører at innbyggerne kan ta et aktivt ansvar for egen helsesituasjon og bli boende hjemme lenger.

Ressurser avsatt til saksbehandling

Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

Erfaring fra andre kommuner er at det stadig blir mer utfordrende og spesialiserte saksbehandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne tildelingsfunksjonen og oppretter egne tildelingskontor/-enheter slik det er gjort i Sogndal. Sogndal har opprettet en virksomhet med ansvar for saksbehandling og tildeling. Virksomhet psykisk helse har fortsatt ansvar for saksbehandling og tildeling av tjenester overfor innbyggere med behov relatert til psykisk helse og rus.

Agenda Kaupang har arbeidet med bestiller-/tildelingskontor i flere kommuner. I dette arbeidet har vi kartlagt ressurser avsatt til saksbehandling, samt årsverk knyttet til de ulike bestiller-/tildelingskontorene. Tallene vises i figur under.



Figur 6-4 Årsverk i ulike tildelings-/søknadskontorer. Kilde: Agenda Kaupang og data fra kommunene

Figuren viser hvordan årsverk varierer mellom kommuner. Snittet i sammenlikningen er på 4,8 årsverk pr. 10 000 innbygger korrigert for behov. Figuren viser at Sogndal kommune ligger høyere enn gjennomsnittet i sammenlikningen. I grunnlaget for Sogndal er det lagt inn 7,2 årsverk for Sogndal (totalt 8,9). Årsaken til at vi ikke har lagt inn alle årsverkene/stillingene har oppgaver som ikke hører inn under ordinær myndighetsutøvelse innen helse- og

omsorgstjenestene. Tilsvarende vurderinger er gjort i alle kommunene. Det kan likevel være at man ikke har klart å skille ut alle oppgaver likt. Videre er det viktig å presisere at oppgaver som er lagt til de ulike enhetene varierer. Noen har mer rendyrkede modeller, andre ikke. Noen har også lagt en del utføreroppgaver til disse enhetene. Dette påvirker selvsagt kapasiteten. I Sogndal ivaretas saksbehandling innen psykisk helse og rus ute i tjenestene. Årsverk til dette er ikke med i analysen og kommer derfor i tillegg. I tillegg ligger mye av kartleggingsarbeidet ute i tjenestene. Dette er heller ikke tatt med i analysen over.

Vår vurdering er at en tilstrekkelig ressursbruk i saksbehandling og tildelingen av tjenester er viktig for kommunen for å ikke «komme skjevt ut av hoppet» i tjenestetildeling. Det er vår erfaring at for lav ressursbruk kan føre til lite kapasitet og igjen føre til at tildelingsenheten blir hengende «bakpå» og tildeler tjenester av feil type og omfang. Lav kapasitet fører også ofte til at revurderinger av tjenester/vedtak ikke prioriteres. Oftest fører dette til en merkostnad for kommunen, og det kan også resultere i at brukerne ikke får de tjenestene de er i behov av. Samtidig er det viktig å understreke at kapasitet i seg selv ikke er tilstrekkelig. Kompetanse, arbeidsfordeling, arbeidsverktøy og samhandling internt og med tjenestene er forhold som også har stor betydning.

Agenda Kaupangs vurdering av kommunens ivaretagelse av myndighetsutøvelse (kartlegging, saksbehandling og tildeling)

Vurderingen er at det er klokt å samle og profesjonalisere saksbehandlingen for å sikre god kvalitet, men også likeverdighet for innbyggerne. Gjennomgangen tyder på at mange opplever at opprettelsen av et felles Vedtakskontor har vært smart, men at det er et potensial i å få ut gevinstene. Kapasiteten på Vedtakskontoret oppleves som utfordrende, og gjør at mange viktige oppgaver ikke ivaretas. Manglende kapasitet på Vedtakskontoret medfører også at mange oppgaver knyttet til myndighetsoppgaver fortsatt ivaretas av tjenestene. Det er etablert arenaer for samarbeid både på individ- og systemnivå, men samarbeidet og samhandlingen mellom Vedtakskontoret og tjenestene bærer preg av kapasitetsutfordringen i enheten. Gjennomgangen tyder på at mandatet til Vedtakskontoret er noe uklart, og at dette kan være en viktig årsak til at man har valgt å legge mange ulike arbeidsoppgaver til denne enheten.

Skal kommunen lykkes med en mer proaktiv tilnærming er vurderingen at kommunen må utvikle nye arbeidsformer og tiltak som medfører at flere kan ta ansvar for egen helse og livssituasjon. Kommunens tjenestetilbud oppleves i stor grad å være videreføring av etablerte tiltak i de gamle kommunene, og i liten grad systematisk og strategisk valgt for den nye kommunen. Aktuelle tiltak presenteres senere i rapporten. Vurderingen er at dersom Vedtakskontoret skal kunne tildele tjenester i tråd med BEON-prinsippet er de avhengig av å ha tiltak og tjenester å «velge mellom». Gjennomgangen har vist at dette ikke er tilfelle per i dag og at dette medfører at man tildeler andre tjenester og tjenester på et høyere omsorgsnivå enn hva behovet skulle tilsi. Vurderingen er at dette ikke er bra for den enkelte innbygger eller for kommunene som helhet.

Anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Ansvar for kartlegging av nye henvendelser, søknader og revurdering av tjenester legges til Vedtakskontoret. Det bør utarbeides rutiner og verktøy samt avklares rollene og medvirkning i dette arbeidet.
- ▶ Sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet innenfor alle brukergruppene. Herunder styrke dagens kartleggingsprosesser. Det anbefales utarbeidelse av felles opplæring, metode og verktøy for dette.
- ▶ Vi anbefaler at kommunen i enda større grad utarbeider og bruker felles verktøy og kartleggingsmetodikk for å sikre likebehandling og likere muligheter for å nå innbyggernes mål

og ta ansvar for egen helsetilstand. Vurderingen er at arbeidet også må innbefatte utarbeidelse av nytt søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester.

- ▶ Som en del av videreutviklingen av kommunens myndighetsutøvelse anbefaler vi at kommunen samler all saksbehandling. Det betyr at myndighetsutøvelse innen psykisk helse og rus overføres til Vedtakskontoret i tråd med kommunens planer. Sammenlikningen av årsverk indikerer at det bør være kapasitet til å kunne ivareta dette innenfor årsverksrammen som er tildelt. Sammenlikning av årsverk og kapasitet indikerer også at det bør være kapasitet til å håndtere noe av økningene i søknader og henvendelser som følge av demografiske endringer.
- ▶ Kommunen bør også vurdere om tildeling og forvaltning av Husbankens midler bør legges til Vedtakskontoret. Vår erfaring er at tildeling av boliger er en viktig oppgave med betydning for kommunens styring av helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet. Å se dette mer i sammenheng er derfor viktig.

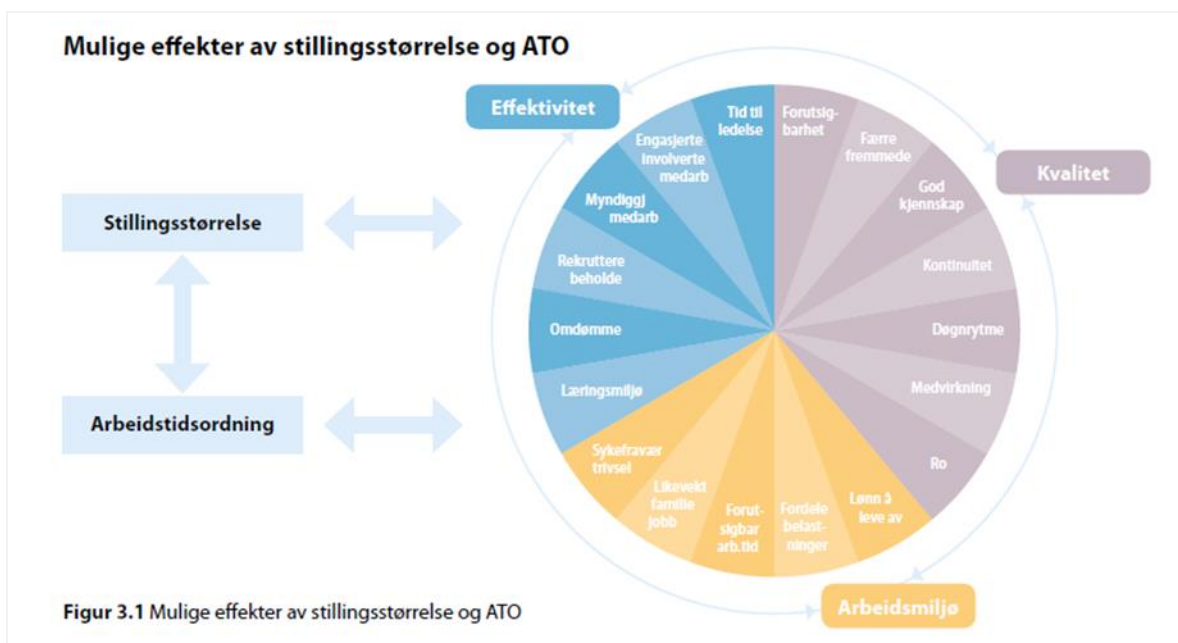
6.3 Heltidskultur og kompetanse er en viktig forutsetning for kvalitet

Gjennomgangen viser at flere av tjenesteområdene og avdelingene har tatt i bruk ulike arbeidstidsordninger og tiltak for å øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Flere benytter langvakter i turnus. Samtidig viser gjennomgangen at det er store variasjoner mellom avdelingene og tjenesteområdene, og flere avdelinger har store utfordringer med å rekruttere nødvendig og ønsket fagkompetanse.

Det er vanlig at etablering av nye arbeidstidsordninger i helsesektoren har som mål at det skal bli mindre ufrivillig deltid, større stillingsstørrelser og flere hele stillinger. Bakgrunnen er at sektoren er preget av mange små stillinger. Etablering av nye turnuser har imidlertid også hatt bredere målsettinger om bedre arbeidsmiljø, bedre tjenester og mindre vikarbruk og bedre ressursutnyttelse samlet sett.

Forskningen på feltet har dokumentert at et høyt omfang av små stillinger fører til svekket tjenestekvalitet og en ineffektiv tjeneste. Samtidig gir små stillinger utfordrende ansettelsesforhold for arbeidstakere som er avhengig av full lønn/pensjon og mer forutsigbarhet. Små stillinger kan gjøre det krevende å sikre helhetlige tjenester og virker negativt inn på tjenestekvaliteten. Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange brukere ha 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 bruk av arbeidskraften.

Mulige sammenhenger mellom stillingsstørrelse og arbeidstidsordninger på den ene siden, og kvalitet, arbeidsmiljø og effektivitetsvariabler på den andre siden er vist i figuren på neste side. Figuren er utarbeidet av FAFO.



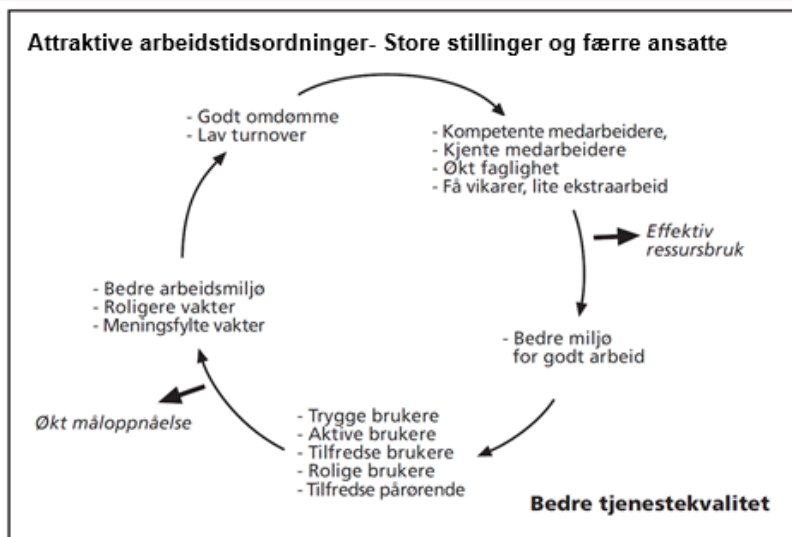
Figur 6-5 «Kvalitetshjulet» med mulige effekter av stillingsstørrelse og ATO (arbeidstidsordninger). Kilde: Leif Moland i FAFO

Gjennomgangen i Sogndal kommune har vist at det er mange ansatte i pleie- og omsorgstjenestene⁴⁹ og at mange ansatte jobber i reduserte stillinger. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse varierer fra 48 % til 95 % i tjenestene med turnus. Gjennomgangen viser at det er store variasjoner mellom tjenesteområder og avdelinger. Andel udekkede behov i turnusplan utover fast bemanning (vakante stillinger) varierer også og utgjør i enkelte avdelinger 20 % av andel årsverk. Vakante stillinger er særlig knyttet til deltidsstillinger på helg, men er også større heltidsstillinger i enkelte avdelinger.

Forskningen har dokumentert at et høyt omfang av små stillinger fører til svekket tjenestekvalitet og ineffektivitet. Samtidig gir små stillinger uverdige ansettelsesforhold for arbeidstakere som er avhengige av full lønn/pensjon og mer forutsigbarhet. Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste, og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort.

Mulige sammenhenger mellom stillingsstørrelse og arbeidstidsordninger på den ene siden og kvalitet, arbeidsmiljø og effektivitetsvariabler på den andre siden er vist i «kvalitetshjulet» utarbeidet av Leif Moland, jf. modellen i figuren på neste side.

⁴⁹ Eks. variable stillinger. Mange vakante stillinger er deltidsstillinger. Det innebærer at gjennomsnittlig stillingsstørrelse er lavere enn det som fremkommer i våre analyser.



Figur 6-6 Sammenhengen mellom heltidskultur, attraktive arbeidstidsordninger og bedre tjenestekvalitet.
Kilde: Leif Moland, FAFO

Ifølge KOSTRA har Sogndal en lavere andel ansatte i brukerrettede tjenester med fagutdanning enn snittet for landet, og andelen er redusert noe siste årene. Tjenesteanalysen viser at kompetansesammensetningen i virksomhetene og avdelingene varierer⁵⁰. Flere avdelinger opplever å ha tilgang på nødvendig kompetanse, men mange uttaler at det er krevende å beholde og rekruttere nødvendig og ønsket kompetanse. Innenfor de tradisjonelle hjemmetjenestene for eldre ser vi at det er noe forskjeller mellom avdelingene:

- ▶ I sone Stedje utgjør andel ansatte med høyskole 39 %. Andel ansatte med fagbakgrunn på videregående nivå utgjør 34 %, og ufaglærte utgjør 23 %.
- ▶ I sone Sogndal utgjør andel ansatte med høyskole 46 %, dette er høyest blant de fire «avdelingene». Andel ansatte med fagbakgrunn på videregående nivå utgjør 27 %, og ufaglærte utgjør 16 %.
- ▶ I Balestrand utgjør andel ansatte med høyskole 37 %. Andel ansatte med fagbakgrunn på videregående nivå utgjør 22 %, og ufaglærte utgjør 17,5 %.
- ▶ Leikanger har lavest andel ansatte med høyskole (34 %). Andel ansatte med fagbakgrunn på videregående nivå utgjør 41,5 % og andel uten fagbakgrunn utgjør 18 %.

Innenfor sykehjem/institusjon ser vi relativt store forskjeller mellom avdelingene:

- ▶ Avdeling SHOS 2. etasje er den avdelingen med høyest andel ansatte med høyskole (45 %), andel med fagbakgrunn på videregående nivå er 35,5 % og andel ufaglærte er 10%.
- ▶ Avdeling SHOS 3. etasje har 30 % ansatte med høyskole, 53 % med fagbakgrunn på videregående nivå og 17 % ufaglærte.
- ▶ Balestrand har 26 % ansatte med høyskole, 24 % med fagbakgrunn på videregående nivå og 27 % ufaglærte. Vakante stillinger er ikke med i denne beregningen.
- ▶ Leikanger har 38 % ansatte med høyskole, 46 % med fagbakgrunn på videregående nivå og 8 % ufaglærte.

⁵⁰ Vakante stillinger inngår ikke og medfører at det ikke blir 100 % når man summerer kompetansesammensetningen. I Sogndal kommune varierer denne fra 0 til 30 %.

Innenfor Bu og miljø varierer kompetansesammensetningen også. Hovedvekten av ansatte har en fagbakgrunn, og andel ansatte med høyskole varierer (16-47%). Flere av avdelingene uttaler at de har utfordringer med å rekruttere ansatte med høyskolekompetanse, og at dette har vært en utfordring over tid. Andel ufaglærte er noe høyt i enkelte avdelinger, og andelen varierer (5-43 %). Andel høyskole og fagutdanna varierer noe mellom avdelingene. Noen avdelinger har klart lavere andel høyskoleansatte enn hva vi ofte erfarer fra andre kommuner, samtidig er det flere avdelinger i Sogndal kommune som har en høyere andel ansatte med høyskole. Andel med fagutdanning varierer også, men er i snitt på nivå med det vi ofte ser i tilsvarende tjenester i andre kommuner.

- ▶ I Stedjevegen utgjør andel ansatte med høyskole 42 %. Andel ansatte med fagbakgrunn på videregående nivå er 16 % og andel ufaglærte er 34 %.
- ▶ Sogndal har 47 % ansatte med høyskole, 7 % ansatte med fagbakgrunn på videregående nivå og 43 % ufaglærte.
- ▶ I Eplehagen har 30 % ansatte høyskole. Andel ansatte med fagbakgrunn på videregående nivå er 30 % og 19 % er ufaglærte.
- ▶ I Victoriahagen har 16 % av ansatte en høyskolebakgrunn, 78 % har fagbakgrunn på videregående nivå og 5 % er ufaglærte.
- ▶ I Fjærestad har 18 % av ansatte en høyskolebakgrunn, 31 % har en fagbakgrunn på videregående nivå og 43 % er ufaglærte.
- ▶ I Leikanger har 46 % av ansatte høyskole, 35 % av ansatte har en fagbakgrunn på videregående nivå og 18 % av ansatte er ufaglærte

Sykefraværet er også en viktig faktor. Gjennomgang av data⁵¹ viser at fraværet varierer mellom virksomheter og mellom avdelinger, fra 6 % til 18 %. Hovedvekten av fraværet er langtidsfravær. Korttidsfraværet varierer noe, men er gjennomgående lavere enn langtidsfraværet. Det er viktig å huske på at 2021 var et år med pandemi og kan dermed ha medført et annet fraværsmonster enn det man vanligvis ser.

Vår erfaring er at sykefravær påvirker alle forholdene i en avdeling og kvaliteten på tjenestene. I små avdelinger kan alt fravær være krevende å håndtere. Dersom avdelinger i tillegg har ubesatte stillinger blir det vanskelig å sikre nødvendig drift innenfor vedtatte rammer, og nødvendig kvalitet. Gjennomgangen viser at flere avdelinger har ubesatte stillinger og at dette både omhandler større stillinger, men også særlig mindre deltidsstillinger på helg.

Oppfølging av sykemeldte, forebygging av sykefravær mv. er viktige lederoppgaver. Selv om det i dag foreligger et stort omfang av kunnskap og veiledningsmaterieell for sykefraværarbeid og nærværarbeid (for eksempel hos Idebanken for sykefravær, NAV, forskningsrapporter mv.) er det ingen «quick fix» i dette arbeidet. Hvert sykefravær-/nærværstilfelle er unikt og må håndteres deretter. Hvordan arbeidstaker og nærmeste leder, eventuelt med bistand fra biaktører internt og eksternt, håndterer situasjonen, er avgjørende for om man lykkes.

Agenda Kaupangs vurderinger om heltidskultur og kompetanse

Agenda Kaupang er tydelig på at satsing på kompetanse lønner seg. Vi har sett at kommuner som gjør dette har klart å holde lave kostnader og begrense kostnadsveksten. Tilgang på, bruk av og utvikling av kompetanse blir helt avgjørende fremover ettersom demografi- og tjenesteendringer og mulighet til rekruttering blir mer krevende i framtiden. Det gjør det enda viktigere å nyttiggjøre seg den kompetansen man har til rådighet i større grad enn hva tilfelle er i dag. Organisering av tjenester, samdrift mellom tjenester og avdelinger er viktig og vil bli enda viktigere. Økt bruk av digitale verktøy som understøtter arbeidsprosesser og bruk av velferdsteknologi som reduserer

⁵¹ Sogndal kommune, data for 2021, for avdelinger med turnus (dag, kveld og helg)

behovet for personbistand vil være viktige verktøy både for den enkelte innbygger, men også for kommunen.

Anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

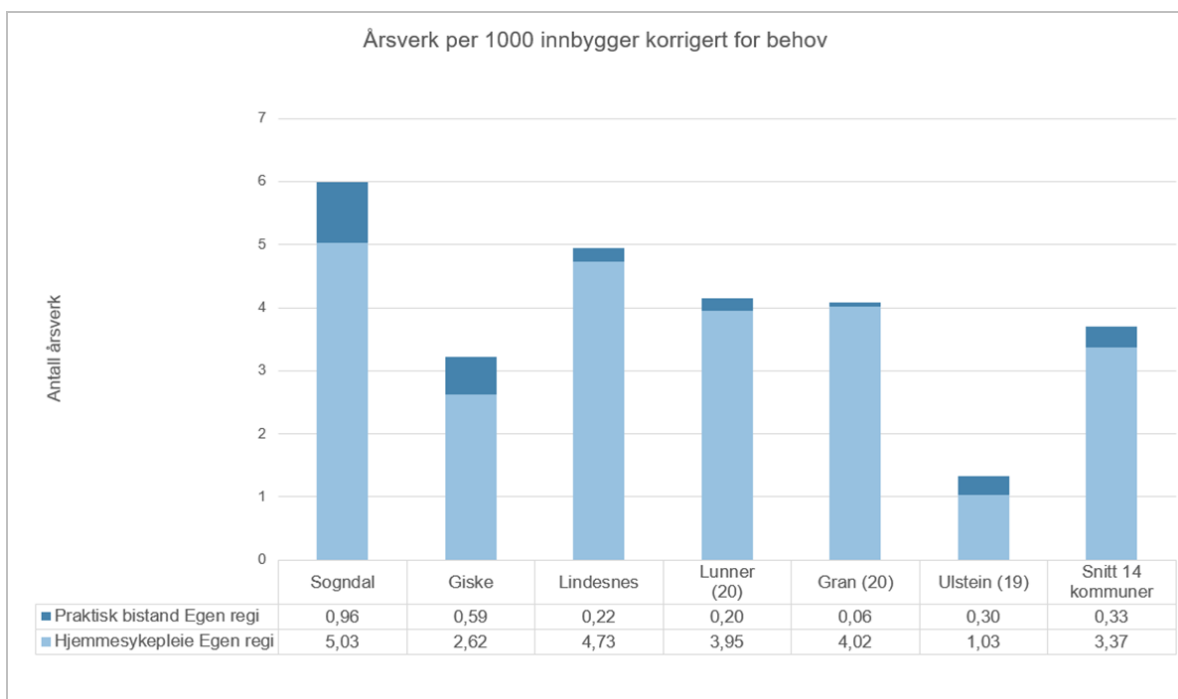
- ▶ Videreføre arbeidet med å ta i bruk ulike arbeidstidsordninger. Flere virksomheter og avdelinger i Sogndal har gode erfaringer med dette.
- ▶ Videreføre arbeidet for å beholde, utvikle og rekruttere nødvendige og myndiggjorte medarbeidere. Riktige lønnsbetingelser, gode arbeidsmiljø og spennende arbeidsoppgaver, rom for faglig utvikling i et faglig miljø er viktige forutsetninger for å få dette til.
- ▶ Ta en helhetlig gjennomgang av tjenester, lokalisering og organisering av tjenestene med formål om å sikre robuste og kompetente fagmiljøer.
- ▶ Sikre samdrift mellom tjenester for god ressursutnyttelse, utnyttelse av kompetanse som styrker muligheten til å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse.
- ▶ Digitalisere og ta i bruk velferdsteknologi som understøtter arbeidsprosesser slik at personalressurser frigjøres og rekrutteringsutfordringene reduseres.

6.4 Pleie- og omsorgstjenester til eldre og somatisk syke

Analysen har vist at hovedvekten av ressursene innen pleie og omsorg går til brukergruppen *Andre brukere, hovedsakelig eldre* (68 %). Det er innenfor denne målgruppen man forventer den største økningen fremover. Flere eldre, flere eldre som lever lenger med sine helseutfordringer og flere mennesker med demenssykdom. Samtidig som det blir flere eldre er det forventet at det vil være færre yngre bak disse med potensiell «familieomsorg». Det gjør at det blir helt avgjørende for kommunen å styrke satsingen på tiltak og tjenester som medfører at flere kan klare å ta vare på egen helse med mulighet for å bli boende i eget hjem. Samtidig vil det være viktig å sikre at de som er i behov av ulike tjenester får dette. Tilstrekkelig kapasitet og en godt utbygd «omsorgstrapp» vil være viktig. Videre vil det være helt avgjørende at man utvikler kostnadseffektive tjenester, og at tjenestene ytes på en kvalitativ god måte. Kompetanse, digitalisering og bruk av velferdsteknologi er viktige elementer for å få til dette. Organisering og lokalisering av ulike tjenester er også avgjørende.

Behov for en mer målrettet innsats som bygger opp under at flere kan ta ansvar for egen helse og livssituasjon

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i kommunens hjemmetjenester (helsetjenester og praktisk bistand utenfor institusjon) er en viktig forutsetning for å kunne ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet og å unngå institusjonsopphold eller bolig med heldøgns tjenester. Erfaringen er at dette prioriteres ulikt i de ulike kommunene. Dette fremkommer også i figuren på neste side. Sogndal har prioritert dette høyt og høyest blant sammenlikningskommunene (korrigert for behov).



Figur 6-7 Årsverk pr. 1000 innbygger korrigert for behov, ambulante hjemmetjenester

Analysene har vist at Sogndal har flere brukere med helsehjelp utenfor institusjon, men ettersom kommunen har flere årsverk enn sammenlikningskommunene medfører dette at kapasiteten per tjenestemottaker fortsatt er høy.

Når det gjelder praktisk bistand (hjemmehjelp) ser vi at Sogndal har flere årsverk pr. innbygger korrigert for behov enn snittet for referansegruppen. Mange kommuner velger å tilby hverdagsrehabilitering istedenfor å tilby ordinær praktisk bistand (hjemmehjelp). Analyser viser at Sogndal har flere brukere enn snittet. Lavere terskel for tildeling kan være en mulig forklaring for dette.

Vi har tidligere vist at Sogndal har høyere utgifter til tjenester for hjemmeboende enn snittet for referansegruppen. Som vi ser av figuren over må høye utgifter sees i sammenheng med en høyere prioritering i hjemmetjenesten. Men tildeling av øvrige tjenester som f.eks. BPA, omsorgstønad, dagtilbud mv. spiller også inn. Analysene har vist at kommunen har flere brukere innenfor mange tjenestekategorier. Det kan tyde på at kommunen har en noe lavere terskel for tildeling og/eller at kommunen i liten grad avslutter tjenester når de først er innvilget. Erfaringen er at flere kommuner i større grad strammer inn tildelingen for bedre å sikre at de som trenger det mest får dette. En strammere tildelingspraksis vil kunne frigjøre kapasitet i tjenesten, men også medføre reduserte utgifter for kommunen.

Kompetanse og organisering er viktig for å ivareta innbyggernes behov for tjenester i hjemmet

Alt tyder på at den kommunale hjemmetjenestens rolle og funksjon stadig blir viktigere. Dette henger blant annet sammen med føringene i samhandlingsreformen, samtidig som innbyggerne ønsker å kunne få bo hjemme så lenge som de kjenner seg trygge i eget hjem.

Det er viktig at kommunen sikrer tilstrekkelig kapasitet inkl. kompetanse uken gjennom. Mange kommuner ser at man i mindre grad enn tidligere kan ha lavere kapasitet på kveld og helg dersom man skal klare å ivareta flere brukere i eget hjem. Manglende kapasitet kan gjøre at brukere og pårørende opplever utrygghet. Mangel på trygghet er en av de viktigste årsakene til at mange

søker om tjenester på et høyere omsorgsnivå. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten uken gjennom er derfor et viktig tiltak for å unngå/utsette behov for heldøgnsomsorgstilbud i bolig eller institusjon.

Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, hvor hjemmetjenesten spiller en avgjørende rolle. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utviklingen stiller større krav til samarbeid og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Ofte kan ikke lenger én tjenesteyter alene levere de tjenestene brukerne trenger. Mange har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å ivareta behovene og for å skape helhet og kontinuitet. Et eksempel på dette er at brukere av hjemmetjenester i dag har mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for flere helsetjenester og flere avanserte helsetjenester enn før. Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for flere legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie. Dette utfordrer det etablerte skillet mellom helse- og omsorgstjenester i kommunene. Økt digitalisering vil også ha betydning for hvordan man jobber sammen og hvordan arbeidet struktureres. Dette medfører at man må jobbe annerledes, man må samarbeide bedre og det kan være behov for nye organisatoriske løsninger som bedre reflekterer dagens og fremtidens utfordringer og muligheter.

Nasjonalt er det en forventning om at innbyggerne i større grad skal ta ansvar for egen helse og at kommunene har en viktig funksjon i å sikre opplæring, forebygge og bistå slik at den enkelte kan opprettholde god helse og funksjonsnivå og bli boende i eget hjem lenge. Skal hjemmetjenesten fylle rollen sin og nå målene som de selv har satt, samt ivareta fremtidens behov for tjenester, er vurderingen at man må ha en hjemmetjeneste med tilstrekkelig kompetanse. Gjennomgangen viser at i underkant av 40% av årsverkene som benyttes i hjemmesykepleien har høyskoleutdanning, og hovedvekten av disse er sykepleiere. Vi ser at det er forskjell mellom avdelingene. Samlet sett ligger nivået i Sogndal under hva vi finner i mange andre kommuner. Erfaringen er at flere kommuner satser på og har en høyere høyskoleandel enn Sogndal. I tillegg ser mange kommuner behov for å satse på økt tverrfaglighet i hjemmetjenesten. Sogndal har noen vernepleiere i hjemmetjenesten i den ordinære hjemmetjenesten. Erfaringen er at mer tverrfaglighet er en viktig forutsetning for å kunne ivareta mer komplekse og sammensatte behov og å unngå økt press på omsorgsbolig, sykehjem og sykehus. Forskning viser at en slik satsing kan være fornuftig. Telemarksforskning (2011)⁵² fant at kompetanse målt ved hhv. andel årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester, andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet og andelen fysioterapeuter, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og sosionomer av alle årsverk, ser ut til å ha en positiv effekt på kostnader, produksjon og kvalitet.

Som vi har vist tidligere er Hjemmetjenesten i Sogndal kommune delt på to tjenesteområder. Flere kommuner ser behov for å ha en felles samlokalisert hjemmetjeneste, blant annet for å utnytte ressursene og kompetansen bedre. Med tanke på de demografiske utfordringene Sogndal med tiden vil stå overfor, vil god utnyttelse av ressurser i hjemmetjenesten, tilstrekkelig kompetanse og bruken av denne være avgjørende. Vurderingen vår er at det derfor kan være klokt å se på ny organisering av hjemmetjenesten til hjemmeboende. En ev. samlokalisering fordrer at man har gode lokaler som kan romme en så stor tjeneste, og en lederstruktur som gjør at behov for ledelse blir ivare tatt.

⁵² Telemarksforskning (2011): «Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren.» TF-rapport nr. 280

Behov for fortsatt styrking og utvikling av ulike aktivitetstilbud

Sogndal kommune har tre ulike dagtilbud for eldre hjemmeboende lokalisert på de tre tettstedene Balestrand, Leikanger og Sogndal. Per 31.12.2021 rapporterte kommunen at det var rundt 60 innbyggere som deltok på ett av de tre dag- og aktivitetstilbudene for eldre i kommunen. De overordnede analysene viser at andel tjenestemottakere er høyere enn snittet for referansegruppen. Ser vi på årsverk avsatt til de ulike tilbudene for denne målgruppen er ikke den spesielt høy.

Vurderingen er at dagtilbud er et viktig tilbud for at innbyggerne skal kunne bo i eget hjem, opprettholde livskvalitet og helse og for å unngå/utsette behov for mer omfattende tjenester. Dag- og aktivitetstilbud kan dermed benyttes aktivt som et ledd i å tildele tjenester etter BEON-prinsippet. I tillegg til å være et godt tilbud for den enkelte tjenestemottaker kan aktivitets- og dagtilbudene ofte fungere som avlastning for pårørende. Slike tilbud kan også avlaste den kommunale hjemmetjenesten ved at f.eks. behov for bistand til å sikre tilstrekkelig ernæring, sårstell mv. kan ivaretas når bruker er på dag- og aktivitetssenteret. Det å ha et godt dag- og aktivitetstilbud, med tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet, kan dermed utsette/erstatte behov for andre tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester.

På sikt vil det kunne bli behov for å øke kapasiteten på tilbudene i kommunen som følge av at andel innbyggere over 67 år vil øke fremover. Utvikling av nye tilbud og aktiviteter inngår også her. Som følge av sterk økning i andel eldre vil også andel innbyggere med demenssykdom øke kraftig. Dette, sammen med en større andel eldre, tilsier at kommunen vil få økt behov for dag- og aktivitetstilbud. I sin videreutvikling og som et ledd i å bli enda mer «hjemmeorientert» er vurderingen at kommunen både må se på utvikling av ulike tilbud, men også på organiseringen og lokaliseringen av disse.

Sogndal kommune har et dagtilbud lokalisert i lokalene som er tenkt benyttet som boliger med mulighet for heldøgnsbemanning i Leikanger. Vi anbefaler at kommunen ser på alternativt bruk av disse lokalene i tråd med intensjonen om en mer «hjemmeorientert» profil. Gjennomgangen har vist at kommunen er i behov av gode aktivitetstilbud for mennesker med demenssykdom, men også gode avlastningstiltak for pårørende. Vurderingen er at kommunen bør vurdere om lokalene på Leikanger f.eks. kan benyttes til dagopphold i institusjon. Bygget vurderes å være egnet for et slikt formål og tilbudet bør utvikles på en slik måte at det kan gjøre det mulig for flere å bli boende hjemme lengst mulig. Utvidede åpningstider i ukene, samt på helg kan være tiltak for å få dette til.

Agenda Kaupangs vurdering og forslag til tiltak for å sikre at flere eldre og somatisk syke kan ta ansvar for egen helse og bli boende i egnede boliger

Hovedinntrykket er at Sogndal kommune har mange dyktige medarbeidere som strekker seg langt og som er stolte over å jobbe i kommunen. Kommunen har mange tjenestemottakere. Dette til tross for god folkehelse og gode folkehelseindikatorer. Kommunens tildelingspraksis har stor betydning. Gjennomgangen kan tyde på at innbyggerne i Sogndal, men også kommunens ansatte, har høye forventninger om hva kommunen skal levere av tjenester.

Kommunen har tatt i bruk noe velferdsteknologi og har planer for videre «utrulling». Kommunen synes å ha et potensial for å videreutvikle arbeidet og intensjonen med hverdagsrehabilitering i større grad enn hva tilfelle er per nå.

Samarbeidet mellom enhetene beskrives å fungere og svært mange får bistand. Likevel er vurderingen at Sogndal bør gjøre grep som sikrer en nødvendig prioritering og arbeidsformer som medfører at de som vurderes å være i behov av tjenester i eget hjem får dette og på den måten sikre at flere kan bli boende hjemme, og unngå press på tiltak høyere opp i omsorgstrappen.

Pårørende er de viktigste «frivillige» for kommunen. Deres innsats er uunnværlig. Studier fra Sykehuset Innlandet viser at ressursinnsatsen som pårørende legger ned er uunnværlig for både bruker, men også kommunen. Dette viser betydningen av å tilby tjenester som gjør at «den private omsorgen» i hjemmet kan fortsette. I tillegg til å styrke pårørendesamarbeidet vil det også være helt avgjørende å få til et bedre og tettere samarbeid med frivillige lag og foreninger fremover.

For at innbyggere skal kunne klare å bo og leve lengst mulig i egen bolig er det helt avgjørende at de bor i egnede boliger som er universelt utformet og med en god livsløpsstandard. Agenda Kaupang ser helt tydelig at en god boligpolitikk i kommuner er avgjørende for tjenestenes mulighet til å levere gode og effektive tjenester. Dette betyr at en god boligutvikling er en svært viktig forutsetning for kommunens mulighet til å møte de demografiske utfordringene på en bærekraftig måte. Vi erfarer at god boligpolitikk er å sikre tilstrekkelig med egnede boliger som innbyggere velger å flytte til med et tilfredsstillende servicetilbud i umiddelbar nærhet (for innbyggere med rullator vurdert innenfor 300 meter). Eksempler på slike servicetilbud er matbutikker og nødvendige servicetjenester, aktivitetstilbud, offentlig kommunikasjon med mer.

Tilstrekkelig kapasitet, god organisering og kompetanse er avgjørende for å ivareta innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester på et lavest mulig omsorgsnivå og gjøre det mulig å bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Dette er viktig for den enkelte innbygger og ikke minst for kommunen med tanke på kostnadseffektivitet. Gjennomgangen viser at dagens organisering av hjemmetjenesten både har styrker, men også utfordringer. Vurderingen er at kommunen bør se på om dagens organisering er formålstjenlig.

Anbefalinger og sentrale grep for en mer «hjemmeorientert» og fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste

- ▶ Gjennomgang av vedtak og tildelingsrutiner og sikre en praksis som medfører en sterkere prioritering. Det er avgjørende at man sikrer at de som er i behov av tjenester får det og at tjenester avsluttes for de som ikke er i behov av det. Tilstrekkelig kapasitet og en differensiert omsorgstrapp er avgjørende for å sikre innbyggerne riktig bistand på rett nivå til rett tid.
- ▶ Riktig og rask tildeling av hjelpemidler er viktig for god rehabilitering og for å kunne bli boende hjemme lengst mulig.
- ▶ Sikre at innbyggere bor i universelt utformede boliger med livsløpsstandard (boliger som er egnet for funksjonsfall) og i nærområder hvor innbyggeren kan benytte seg av private og offentlige tjenestetilbud som styrker muligheten til å klare seg selv.
- ▶ Sikre en godt organisert, dimensjonert og kompetent hjemmetjeneste hele uken og døgnet. Behov for mer tverrfaglig kompetanse inngår i dette. I det videre arbeidet anbefales det å vurdere å se på hvor baser skal være lokalisert og organisert. Målet må være likeverdige tjenester i hele kommunen.
- ▶ Samarbeid med øvrige tjenester om beredskapsfunksjon på natt. I dette arbeidet inngår blant annet økt bruk av velferdsteknologi som digitale nattilsyn.
- ▶ Digitalisering av arbeidsprosesser (f.eks. støtteverktøy for optimalisering av hjemmetjenester og transport) og økt bruk av velferdsteknologi (f.eks. digitalt tilsyn).
- ▶ Økningen i behov som følge av demografien må hovedsakelig dekkes i den ambulante hjemmetjenesten – det vil være nødvendig å vri mer av ressursinnsatsen fra heldøgns tjenester til tjenester lavere i omsorgstrappen. Økt satsing på forebyggende og helsefremmende tjenester som f.eks. hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering er viktige tiltak for at flere skal bli boende hjemme.
- ▶ Sogndal bør ha mål om økt andel ansatte med høyskoleutdanning og sikre en mer tverrfaglig kompetansesammensetning i den ambulante hjemmetjenesten. Dette er avgjørende for at hjemmetjenesten blir et reelt alternativ til heldøgnsomsorg og utsetter eller unngår behov for

mer kostnadskrevenne tjenester. Samorganisering og mer tverrfaglig kompetanse kan være viktig både for å etablere større fagmiljø og for å sikre rekrutteringen.

- ▶ Utvikle kapasiteten på dagtilbudet i tråd med demografisk utvikling. I dette bør man også se på mulige gevinster ved å legge ansvar for dag- og aktivitetstilbudet til Hjemmetjenesten.
- ▶ Med dagens dekningsgrad vil det være behov for en styrking av den ambulante hjemmetjenesten med ca. 20 årsverk frem mot 2030, og ytterligere 25 årsverk frem mot 2040. Analysen har vist at kommunen per i dag ligger noe høyt og man bør derfor se for seg en noe lavere øking enn det som er presentert her. Videre prioritering må sees i sammenheng med utvikling av velferdsteknologi, effekter av hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering og dekningsgrader innen sykehjem og bolig med heldøgn.

6.5 Behov for et god utviklet boligtilbud

Bygging av boliger, herunder omsorgsboliger og institusjon, innebærer betydelige investeringer for en kommune. Byggingen er også av stor betydning for driftsutgiftene i årene som kommer. Det er viktig å se utbygging i kommunal og privat regi i sammenheng. I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. Mange ønsker seg lettstelte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt. Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen.

Bygging av gode seniorboliger i privat regi kan bidra til at flere eldre kan ta ansvar for egen egnet bolig. Ofte kan det være lurt å flytte inn i slik bolig før det er aktuelt og funksjonene faller som følge av økt alder. En del eldre ønsker å bli boende i opprinnelig hjem. Uavhengig av valg av bolig vil mange innbyggere være i behov av råd og veiledning for boligtilpasning.

Noen eldre har ikke nok egenkapital til å kjøpe en ny egnet bolig. Det bør derfor være mulig å leie boliger. Kommunen kan gi råd til eldre om hva som finnes av støtteordninger i kommunal og statlig regi, og kanskje også hjelpe til med å ta opp lån på det private markedet.

Byggingen av ulike boliger kan gjøres i dialog med private utbyggere. Som planmyndighet kan kommunen stille krav om for eksempel fellesarealer, slik at boligene er egnet for å utvikle gode fellesskapsløsninger for eldre. Det er også mulig å vurdere om kommunen skal etablere personalbaser i private bygg, slik enkelte kommuner har gjort. For personer med demens kan universell utforming og tilpasning av omgivelsene bidra til å eliminere eller redusere forhold som virker funksjonshemmende.

Behov for ulike omsorgsboliger

En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset bevegelseshemmede, og tilrettelagt slik at de som bor der skal kunne motta tjenester etter behov. Boligen er å regne som beboerens eget hjem. Kommunale omsorgsboliger er utleieboliger tilrettelagt fortrinnsvis for eldre personer med ulike typer funksjonssvikt som gjør det vanskelig å mestre hverdagen i egen bolig eller trygdebolig. Sogndal har mange ulike omsorgsboliger. Omsorgsboligene ligger spredd i «hele» kommunen. Beboeren betaler husleie og mottar ulike hjemmetjenester på samme vilkår som for andre hjemmeboende.

En kan rangere omsorgsboliger i fire nivåer som vist i tabellen på neste side:

Tabell 6-4 Fire nivåer for bistand i ulike typer boliger, modell Agenda Kaupang

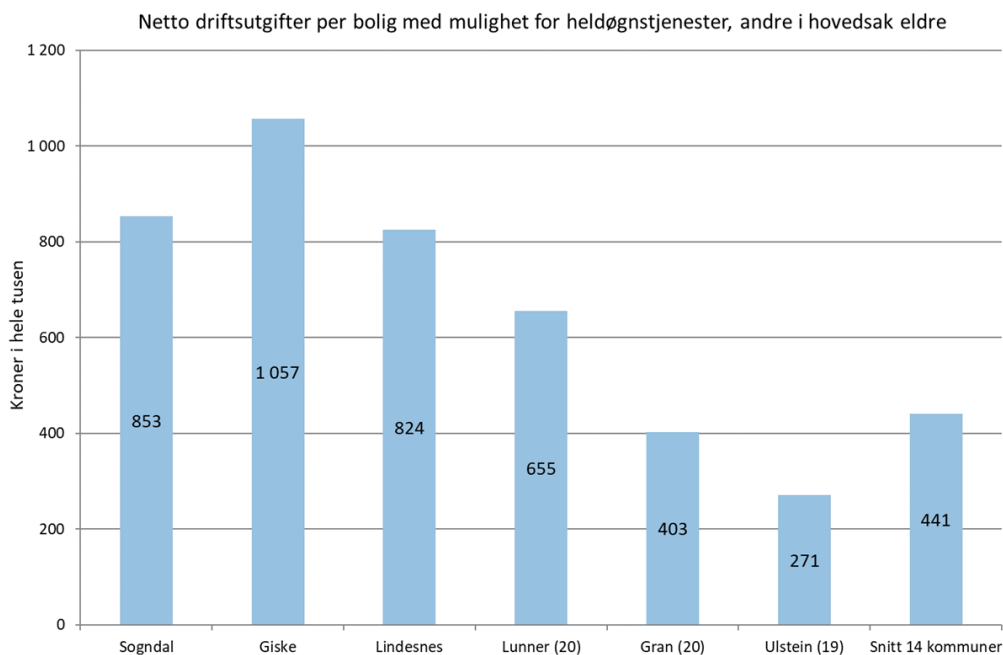
Nivå/behov for bistand	Type bolig	Tilbud av tjenester	Bemanningsløsning
Nivå 1: Lavt behov for bistand	Private hjem og «plussboliger»	Forebyggende tjenester, hjemmetjenester og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
Nivå 2: Noe behov for bistand	Private hjem, omsorgsboliger, «plussboliger»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

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

Sogndal er på nivå med snittet i andel omsorgsboliger for eldre hvor man tilrettelegger med heldøgnstjenester (ref. kap.5.5). Utgifter til dette er høye og må sees i sammenheng med høye enhetskostnader (850 000 kr per plass). Analyser viser at Sogndal særlig har satset på boliger i kategorien 4 (Prestehagen) som erstatning for sykehjem, og at de har flere boliger i kategorien 1 og 2 (f.eks. Leikanger og Balestrand), men mangler boliger som benevnes som «plussboliger» eller boliger med servicefunksjoner. Flere og flere kommuner ser behov for slike boliger som en del av «boligtrappen» for eldre.

Stor del av ressursene brukt i bemannede boliger for eldre

I 2021 brukte Sogndal ca. 8,5 % av ressursinnsatsen sin innen pleie og omsorg til omsorgsboliger med heldøgnstilbud for eldre. Analysene har vist at kommunens utgifter til dette er høyere enn kommunene vi benytter til sammenlikning og at enhetskostnadene er høyere enn snittet, jf. figuren på neste side. Det som påvirker utgiftsnivået er enhetskostnader, men volumet (antall plasser) har også betydning. Sogndal har tilbud om omsorgsboliger med heldøgnsbemanning for eldre og somatisk syke på Prestehagen og i Balestrand.



Figur 6-8 Utgifter til tjenester i bolig med heldøgnsomsorg for eldre

Utgifter per plass er vesentlig høyere enn i alle sammenlikningskommunene. Hovedvekten av utgiftene er relatert til årsverkene som benyttes for formålet. Tar vi utgangspunkt i bemanningsplanene for Prestehagen finner vi en bemanningsfaktor på 0,98. Dette er høyt og på nivå med det vi ofte ser på spesialtilbud i institusjon. Bemanningen i Prestehagen er vesentlig høyere enn det vi ser på tilsvarende tilbud i andre kommuner. Bemanningen på tilbudet i Balestrand er vesentlig lavere og ytes hovedsakelig av hjemmetjenesten.

I tabellen under har vi sammenfattet hva som skjer dersom Sogndal velger å videreføre dagens dekningsgrad for bolig med heldøgnsomsorg, men også hvordan dekningsgraden endres dersom man ikke endrer antall plasser.

Tabell 6-5 Framskrivning av behov for heldøgnsomsorgstilbud i bolig

	2021	2026	2030	2040
Dekningsgrad med dagens plasser, HDO samlet (36)	6,6 %	5,6 %	4,4 %	3,6 %
Behov plasser HDO med dekningsgrad 2021	36	45	57	75

Tabellen viser at økning i eldre over 80 år frem mot 2040 vil medføre at dagens dekningsgrad halveres frem mot 2030. Dersom Sogndal skal ha samme dekningsgrad i 2030 som i 2021, vil det samlet sett være behov for 57 plasser totalt, mot 36 i 2021. Dette er en økning på 58 %. Frem mot 2040 er økningen på over 100 %. En slik økning vil være økonomisk krevende å håndtere for kommunen, men den vil også være krevende rent personalmessig. Framskrivningen viser at uavhengig av hvilken dekningsgrad kommunen velger å legge seg på vil behovet for boliger med mulighet for heldøgnsbemanning øke dersom man viderefører dagens dekningsgrad. Gjennom samtaler med ansatte fremkommer det at man per i dag har påtrykk på slike tilbud, samtidig som man opplever at brukere takker nei til tilbud om boliger som er lokalisert i andre deler av kommunen enn man bor i. Flere uttaler at kommunen både er i behov av flere tilbud og ulike tilbud,

men at dette ikke må gå på bekostning av den ambulante hjemmetjenesten og behov for videreutvikling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet.

Behov for kompetansekultur

Når det gjelder ansattes kompetanse i omsorgsboligene med heldøgn ser vi at stadig flere kommuner ser behov for å øke andel ansatte med fag- og høyskoleutdanning. Gjennomgangen av Prestehagen viser at andel ansatte med bakgrunn innen helsefag/hjelpepleie utgjør 51 % av årsverkene. I underkant av 25 % er sykepleiere. Kommunen har ikke oppgitt å ha ansatte med annen høyskolebakgrunn. Andel ansatte uten formell fagkompetanse er 21 %. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 57 %. Avdelinger har hatt utfordringer med sykefravær og har et stort forbruk av variabel lønn. Tilbudet i Balestrand ivaretas av hjemmetjeneste og det er ikke gjort en egen analyse av kompetanse som benyttes der.

Dersom Sogndal viderefører dagens dekningsgrad og bemanningsfaktor vil det innen 2030 være behov for en styrking, sammenliknet med dagens nivå, på 30 årsverk. Dette er en økning på rundt 80 %. Behovet vil øke ytterligere i 2040 med 25 årsverk.

Agenda Kaupangs vurdering og forslag til tiltak – omsorgsboliger for eldre

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. I de fleste kommuner er det stor etterspørsel etter lettstelte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt og et utviklet servicetilbud. Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen og blir av mange kommuner sett på som et av hovedgrepene for å kunne møte fremtidig behov for tjenester på en bærekraftig måte.

Sogndal har ikke flere plasser i bolig med mulighet for heldøgnstilbud enn snittet i referansegruppen, men utgiftene er høye. Kommunens utgifter må sees i sammenheng med at beboerne har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Samtidig er vår erfaring at organiseringen av tilbudene også har stor betydning. Analysene våre har vist at bemanningsfaktoren i omsorgsboligene er høyere enn hva vi ser i mange andre kommuner.

Vurderingen er at kommunen må se dekningsgraden for omsorgsboliger med mulighet for heldøgnstjenester og sykehjem mer i sammenheng. Vår anbefaling er over tid å redusere andelen plasser i sykehjem til fordel for bolig med mulighet for døgnstjenester. Utviklingen bør omhandle ulike tilbud og en lavere bemanningsgrad enn hva tilfelle er per i dag. Vi kommer nærmere inn på dekningsgrad i kapittelet som omhandler sykehjem. Analysene har vist at Sogndal har noe høyere dekningsgrad samlet sett. Dette skyldes primært at kommunen har flere plasser i sykehjem. Ved å styrke det private boligmarkedet med egnede boliger med universell utforming og livsløpsstandard, og utvikling av kommunens omsorgstrapp iht. BEON-prinsippet er det naturlig å tenke seg en tydelig lavere dekningsgrad for bolig og institusjon med bemanning enn i dag.

Anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Utarbeide en helhetlig boligplan for kommunen.
- ▶ Sikre at innbyggere bor i universelt utformede boliger av livsløpsstandard. I dette legger vi boliger som er egnet for funksjonsfall og i nærområder hvor innbyggeren kan benytte seg av private og offentlige tjenestetilbud som hindrer funksjonsfall og styrker mestringsevnen.
- ▶ Gjøre et tydeligere skille mellom institusjon og bolig med mulighet for døgnstjenester, slik at tjenestene i omsorgstrappen bygger mer på hverandre mer enn å fremstå som parallelle løp. Vi anbefaler at kommunen bør vurdere bruken av Prestehagen, og om dette fremover bør være tilbud med lavere pleiebehov og bemanning. Ved en omfattende bruk av omsorgsboliger ser vi

videre for oss at det legges opp til å ha boliger med varierende grad av pleietyngde i grunnbemanningen.

- ▶ Sogndal har en lavere andel plasser i sykehjem avsatt til mennesker med demenssykdom. Kommunen bør ta en vurdering av hvordan man best kan ivareta denne målgruppens behov for heldøgntjenester fremover. Flere kommuner har en strategi for dette hvor institusjon prioriteres til demente med utagerende adferd eller utferdstrang, mens øvrige demente får dekket sine behov i tilrettelagte boliger og fellesskap. Det anbefales at Sogndal utarbeider en egen strategi for denne målgruppen.
- ▶ Ved reduksjon av dekningsgrad i sykehjem vil dette kunne fristille lokaler i sykehjem. I arbeidet med omlegging av tjenester og ivaretagelse av nye behov for boliger med mulighet for heldøgntjenester (demografivekst) bør kommunen vurdere om de fristilte lokalene på sykehjemmene kan benyttes til omsorgsboligformål. Det er viktig at kommunen ser tilbudene i sammenheng, slik at man kan sikre behov for god ressursutnyttelse og bruk av kompetansen på tvers av tjenester/avdelinger.

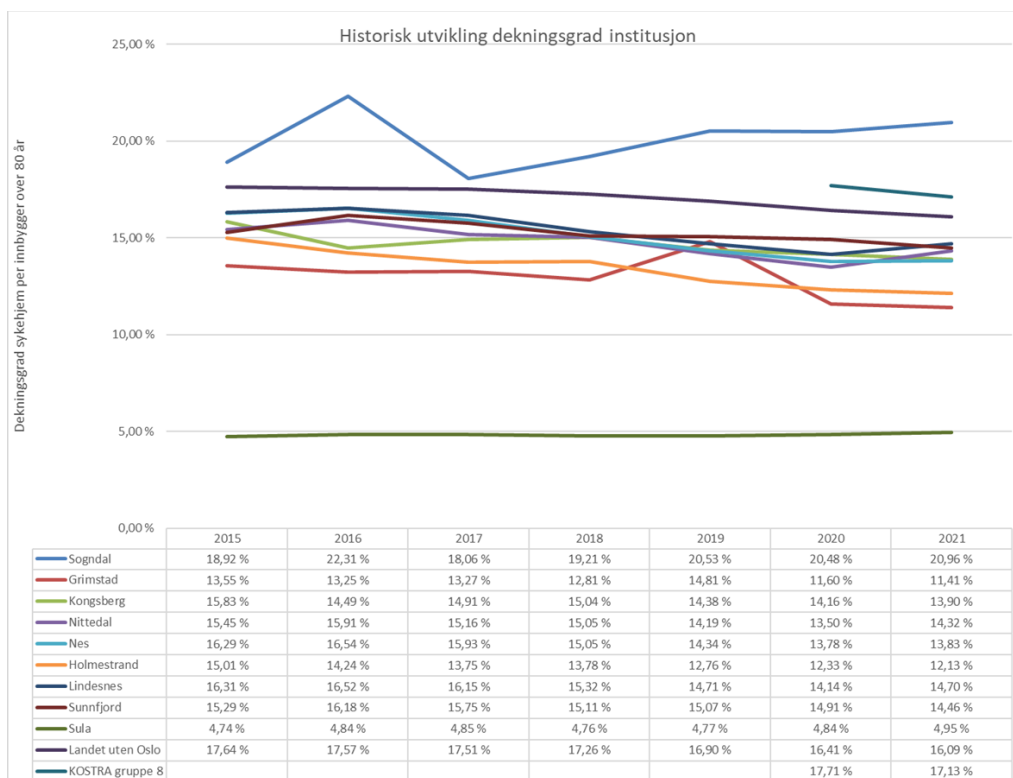
6.6 Kommunen må sikre kostnadseffektive og gode tilbud i institusjon for de som trenger dette

I underkant av 38 % av totalressursene til pleie- og omsorgsformål i 2021 ble benyttet til institusjonstjenester for eldre. Utgiftene i Sogndal utgjorde ca. 2 800 kroner mer per innbygger (korrigert for behov) enn snittet i referansegruppen (34 % høyere kostnader enn andre kommuner). Ser vi på utviklingen over år ser vi at andel ressurser benyttet på institusjonstjenester har økt. Dette er ikke en trend som følger landet ellers.

Tjenester i institusjon er knyttet til personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester som ikke kan ivaretas i hjemmet. Sykehjemstjenesten reguleres av ulike lover og forskrifter som stiller krav til faglig forsvarlighet, kvalitet og brukermedvirkning. De viktigste er:

- ▶ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ▶ Pasientrettighetsloven
- ▶ Helsepersonelloven
- ▶ Folkehelseloven

Ved utgangen av 2021 benyttet Sogndal 93 plasser i sykehjem. Kommunen har flere plasser enn det de benytter. Kommunen har sykehjemstilbud i Balestrand, Leikanger og i Sogndal. Overordnede analyser viser at dekningsgraden er høyere enn for referansegruppen og som vi ser av figuren på neste side at Sogndal ikke følger utviklingen i dekningsgrader med landet og utvalgte sammenlikningskommuner.



Figur 6-9 Utvikling av dekningsgrader i institusjon (antall plasser innbyggere over 80 år). Kilde: SSB/KOSTRA og Agenda Kaupang

Sogndal har en høyere andel plasser avsatt til korttidsopphold og rehabilitering enn snittet for sammenlikningskommunene. Kommunen oppgir at man har hatt stort påtrykk på plassene, og at flere av korttidsplassene blir benyttet til pasienter som venter på langtidsplasser. Sogndal har en lavere andel langtidsplasser avsatt til mennesker med demenssykdom.

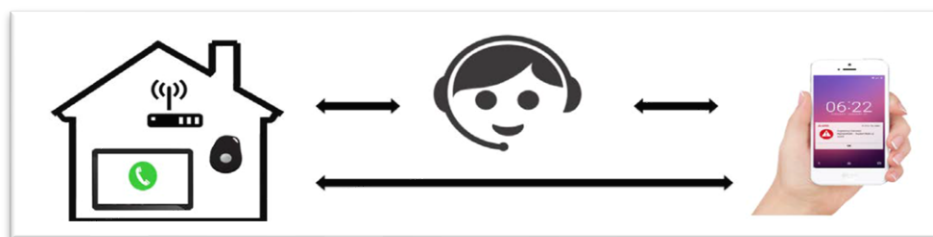
Behovet for korttidsplasser har økt som følge av samhandlingsreformen (IRIS 2014)⁵³. Andel korttidsplasser er derfor valgt som en nasjonal kvalitetsindikator for pleie- og omsorgstjenestene. Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Et slikt tilbud har mye å bety for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem. Det er derfor viktig at kommunen har tilstrekkelig antall plasser, og at plassene fungerer i tråd med formålet. Gjennom våre samtaler med ansatte fremkommer det at korttidsplassene i Sogndal hovedsakelig fungerer etter hensikten. Samtidig er det flere som er opptatt av at arbeidet kan bli mer systematisk med mål om at pasienten skal komme raskt hjem. Kommunen jobber nå med «helhetlige pasientforløp» og at dette vil være et viktig bidrag. Flere uttaler at mange opphold på korttid videreføres uten at man har tatt en grundig nok vurdering på hva som skal til for at vedkommende skal kunne ivaretas i eget hjem. Flere uttaler også at de i større grad må jobbe på en slik måte at flere kan få tjenester i eget hjem og ikke i institusjon etter utskrivning fra sykehuset. Flere tar også til ordet for at det er behov for å samle korttidstilbudene slik at man kan bygge erfaringer og kompetansemiljø som medfører at intensjonen med korttidsoppholdene sikres. Erfaringen er at målrettet innsats på korttidsoppholdene kan medføre økt kvalitet, samtidig som liggedøgn i institusjon reduseres og gjør sitt til

⁵³ IRIS (2014) «Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet». Rapport IRIS 2014/382.

at brukerne kommer raskere hjem og at flere kan få tilbud. Kompetanse, kapasitet og god organisering er viktige forutsetninger for å få dette til.

Alternativ bruk av korttidsplasser

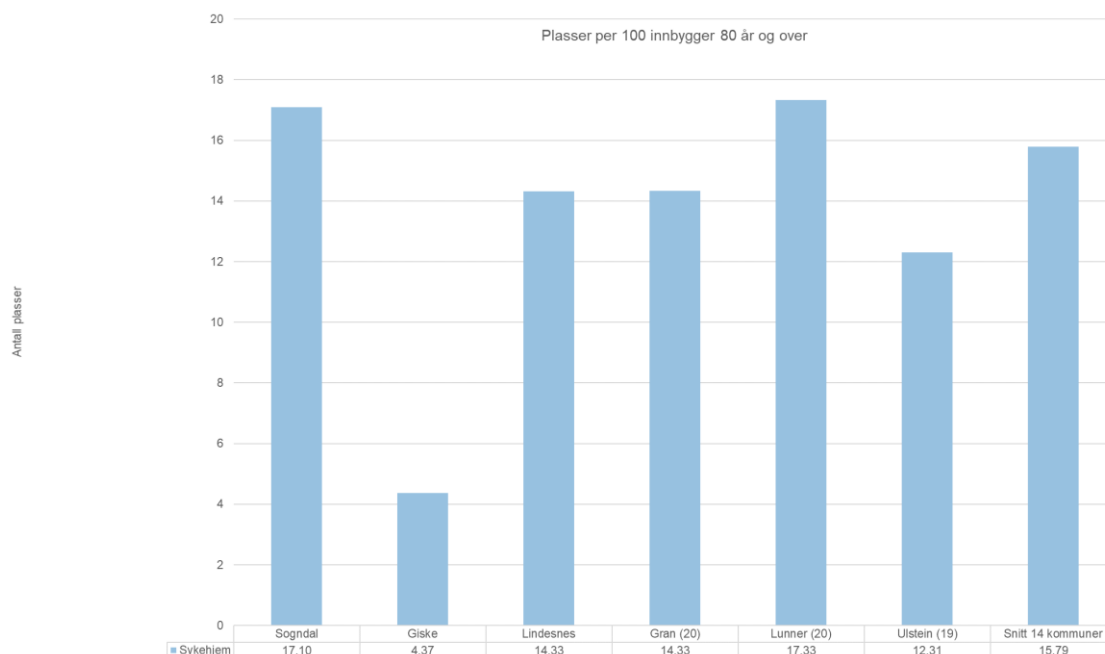
Et alternativ til korttidsplasser i institusjon er å etablere en virtuell avdeling. Formålet er å få pasientene raskt hjem fra sykehus. Pasienter som er ferdig behandlet ved sykehus skrives ut til eget hjem. Ved hjelp av teknologiske løsninger kan bruker og pårørende kommunisere med helsepersonell. På denne måten kan oppfølgingen og «rehabiliteringen» skje i eget hjem som en erstatning for ordinær korttidsopphold på sykehjem. Målsettingen er at dette skal oppleves tryggere for pasienten og pårørende enn slik det er i dag. Halden og Indre Østfold er kommuner som har etablert virtuell avdeling.



Figur 6-10 Eksempel på kommunikasjon mellom pasient/pårørende, responscenter og hjemmetjenesten i en «virtuell avdeling»

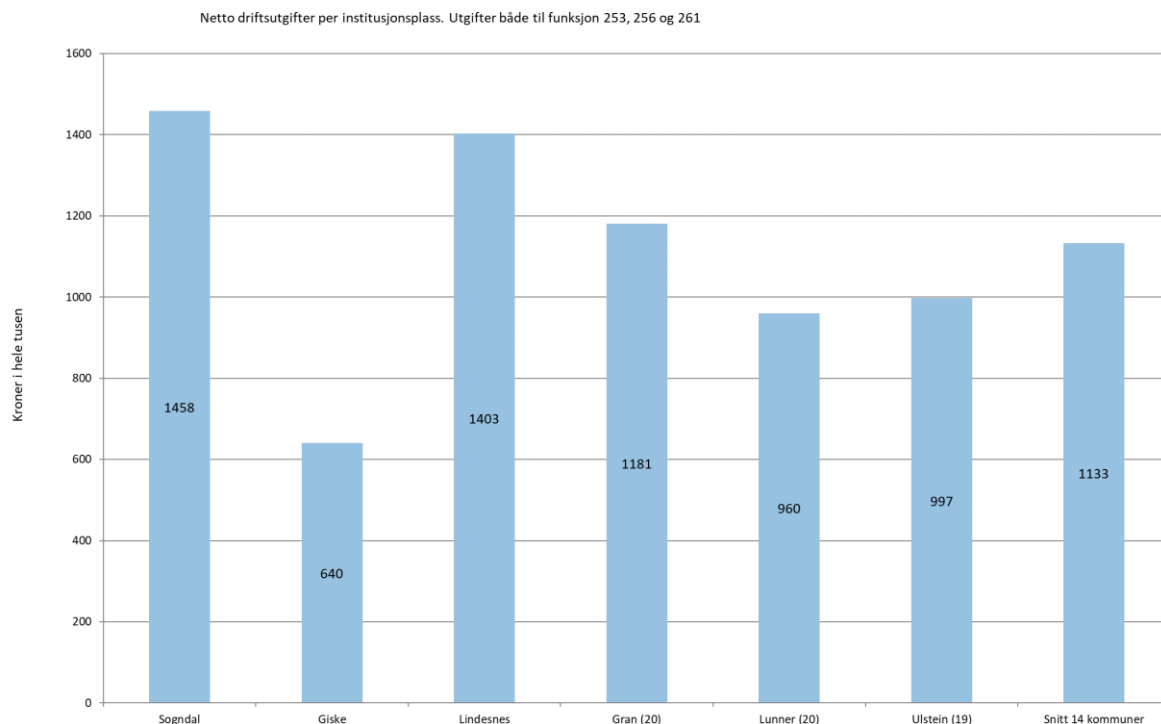
Høye utgifter må sees i sammenheng med antall plasser og pleiefaktor

Sogndal har noe høye utgifter til institusjon samlet sett. Årsakene må sees i sammenheng med noe høy dekningsgrad, jf. figuren under.



Figur 6-11 Dekningsgrad for sykehjem, antall plasser pr. 1000 innbygger over 80 år

Ser vi på kostnadssiden, viser analysene at utgiftene pr. plass (enhetskostnaden) også er høye i Sogndal, jf. figuren under.



Figur 6-12 Nettodriftsutgifter pr. sykehjemsplass. Utgifter dekker alle utgifter innen funksjon 253 og 261. Inntekter i form av vederlag mv. er trukket ut. Kilde: Sogndal kommune/Agenda Kaupang

Sogndal har en gjennomsnittlig enhetskostnad pr. sykehjemsplass på i underkant av 1,5 millioner kr pr. plass. Dette er over snittet for referansegruppen og høyest blant kommunene i sammenlikningen. Hovedvekten av utgiftene utgjør årsverk benyttet til formålet. Når vi legger bemanningsplanene for hver enkelt avdeling til grunn ser vi at pleiefaktoren varierer fra 1,11 til 1,28. I tillegg kommer utgifter til drift av bygg, avskrivninger mv. Analyser viser at Sogndal har høye utgifter og den viktigste årsaken er høye avskrivninger, men også høye utgifter til drift inkl. strøm, renhold (ført på 261) mv. Basert på antall disponible plasser rapportert i KOSTRA (117) er enhetskostnadene 231 000 kr per plass. Til sammenligning er kostnaden for alle norske kommuner utenom Oslo 159 800 kr per plass. Dette er altså med på å øke enhetskostnadene for sykehjemsplassene i Sogndal.

Gjennomgang av type plasser viser at i 2021 var hovedvekten av plassene ordinære langtids-plasser. Kommunen hadde få plasser avsatt til langtids-plasser for mennesker med demenssykdom (17 %). I underkant av 27 % av plassene var avsatt til korttids- og rehabiliteringsopphold (eks. KAD).

Størrelsen på avdelingene varierer. Flere er bygget opp rundt 8 senge-plasser. I Balestrand er det «avdelinger» på ned til 4 plasser (flere pasientrom som ikke er i bruk). Erfaringen er at avdelinger under 12 senge-plasser er kostbare og pleiefaktoren i disse avdelingene er høyere grunnet behovet for et minimum antall personer til stede på de ulike vaktene. På institusjon er det de totale ressursene knyttet til natt og tilgang til sykepleiekompetanse på kveld, natt og helg som fører til at mindre institusjoner og turnusgrupper/bemanningsgrupper er dyrere å drifte enn større. Samdrift mellom avdelingene f.eks. på natt kompenserer noe. Organiseringen av institusjonstjenesten og flere mindre avdelinger medfører slik vi ser det høyere pleiefaktor enn vi ser i andre kommuner. Gjennom arbeid med tiltaksutvikling er det identifisert et teoretisk potensial for å redusere ressurser

i turnus. Dette vil medføre lavere enhetskostnader. Når vi skriver teoretisk skyldes dette at dagens lokalisering og organisering av sykehjemstilbudene gjør at det kan være krevende å få tatt ut potensialet innenfor dagens organisering og bruk av plasser. Skal kommunen lykkes er vurderingen at kommunen må se på en annen organisering av ulike tilbud (mer spesialisering), lokalisering av ulike tilbud og sikre strukturer som medfører at det er mulig å sikre effektiv og faglig drift. Bruk av velferdsteknologi i sykehjemmene bør økes. Mange sykehjemsbygg er dessverre ikke optimale med tanke på å ta i bruk velferdsteknologi, men kommunen bør se på alternative løsninger for å nyttiggjøre seg dette i større grad enn hva tilfelle er per i dag. En viktig årsaksforklaring til høye kostnader er at det per mars 2021 ble benyttet i overkant av 14 årsverk på natt i sykehjemmene samlet sett. Digitale tilsyn og velferdsteknologi kan være viktige tiltak for å kunne redusere dette.

Ressurser i form av ergoterapi og fysioterapi kommer i tillegg til oppgitt pleiefaktor i tabellen over. Agenda Kaupangs sammenligningsgrunnlag fra andre kommuner gjennom flere år viser at pleiefaktor for langtid ofte ligger mellom 0,7-0,8. For korttidsplasser er pleiefaktoren normalt høyere og ligger mellom 0,85 og 0,95. Tilbud om rehabiliteringsplasser ligger erfaringsmessig høyere enn dette. Basert på dette kan det se ut som om sykehjemsplassene i Sogndal har en gjennomgående høyere bemanningsfaktor enn hva vi ser er tilfelle i andre kommuner.

Behov for økt kompetanse i de kommunale sykehjemmene

Tilstrekkelig kompetanse er en forutsetning for å ivareta brukere med omfattende behov i sykehjem og unngå uhensiktsmessige innleggelses i sykehus. God kompetanse kan medføre at man samlet sett reduserer behov for antall årsverk.

Når det gjelder andel ansatte med høyskoleutdanning i sykehjemmene, er vår erfaring at dette varierer mellom kommunene. I Sogndal ligger denne mellom 26 og 53 %, i snitt rundt 35 %. Dette er på nivå med det vi ser i andre kommuner. Alle avdelingene oppgir at de har tilgang på høyskolekompetanse uken gjennom på dag og kveld. I underkant av 40 % av ansatte på sykehjemmene har fagutdanning på videregående nivå (snitt). Andel ansatte uten formal fagutdanning er 15 %. Vi har tidligere i rapporten påpekt viktigheten av å ha en heltidskultur. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for sykehjemsavdelingene er i underkant av 58 %. Dette er lavt. Vi ser videre at en del avdelinger har utfordringer med sykefravær og vakante stillinger. Sykehjemmet i Balestrand har hatt store utfordringer med å dekke opp behovet for folk i turnus. De har derfor måttet bruke bemanningsbyrå for å dekke opp behov i bemanningsplanen.

Behovet for tjenester i sykehjem vil øke om man videreføre dagens dekningsgrad

Endringer i demografien og økte/endrede oppgaver i kommunen kan medføre at behovet for institusjonstjenester øker dersom kommunen løser fremtidige behov på samme måte som i 2021.

I tabellen på neste side har vi tatt utgangspunkt i institusjonstilbudet i Sogndal per 2021 og sett hvordan dekningsgraden utvikler seg når vi ser dette i sammenheng med utviklingen i eldre over 80 år. Vi har videre sett på hvor mange plasser kommunen må ha dersom man skal opprettholde dagens dekningsgrad på rundt 17,7 %. Agenda Kaupang har utviklet en metode som vi benytter for mer presis framskrivning av heldøgnsomsorg, hvor vi skiller ut plasser fordelt på alder og hvor vi kan foreta økonomiske beregninger knyttet til valg av ulike dekningsgrader. En slik framskrivning er ikke gjort i Sogndal. Framskrivningen vi har gjort i tabellen på neste side er ikke fordelt på alder og type plasser. Framskrivningen viser utvikling i dekningsgraden dersom man viderefører dagens plasser. Den viser også hvor mange plasser kommunen er i behov av dersom dagens dekningsgrad videreføres.

Tabell 6-6 Dekningsgrad institusjon

	2021	2026	2030	2040
Dekningsgrad med dagens plasser, institusjon (93)	17,7 %	14,4 %	11,3 %	9,2 %
Behov plasser institusjon med dekningsgrad 2021	93	115	147	193

Tabellen over viser at økningen i eldre over 80 år frem mot 2026 vil medføre at dekningsgraden reduseres dersom man opprettholder dagens plasser. Fra 2026 vil andel over 80 år øke ytterligere og gjøre sitt til at dekningsgraden reduseres utover i perioden. Dersom Sogndal viderefører antall plasser og ikke øker, vil dekningsgraden reduseres til 9,2 % i 2040. Dersom Sogndal skal ha samme dekningsgrad i 2040 som i 2021 vil det medføre et behov for 193 plasser. En slik økning vil være økonomisk og personalmessig krevende å håndtere for kommunen og lite bærekraftig. En videreføring av dagens dekningsgrad og pleiefaktor vil medføre behov for 20 nye årsverk i sykehjem innen 2026 og ytterligere 20 innen 2030. I 2040 vil behovet være i underkant av 225 årsverk. Altså en økning fra 2021 med over 115 %. En videreføring av dagens dekningsgrad vil medføre at kommunen allerede ved utgangen av 2026 vil være i behov av nye sykehjems plasser (har kapasitet på 117 plasser).

Framskrivningen viser at uavhengig av hvilken dekningsgrad kommunen velger å legge seg på må tilbudene som omhandler hjemmetjenester, boliger med mulighet for heldøgns tjenester og institusjon til denne brukergruppen sees i sammenheng. Dersom det er lav kapasitet på tradisjonelle helse- og omsorgstjenester i hjemmet vil dette kunne medføre økte behov for boliger med heldøgns omsorg og tjenester i institusjon. Gjennom samtaler med ansatte fremkommer det at man ikke ønsker å satse på omfattende utbygging av sykehjem og økning i plasser, samtidig er det flere som er opptatt av at kommunen trenger gode tilbud tilpasset brukerne, og behov for mer driftsoptimale enheter som gjør det mulig å sikre mer rasjonell drift. Agenda Kaupang er opptatt av at kommunen velger å legge tjenestetilbudet til lokasjoner som letter utfordringer med rekruttering og gir muligheter til utvikling av solide fagmiljøer.

Kjøkken

Vi har i denne gjennomgangen også gjort en overordnet analyse av drift og organisering av kjøkken. Kommunen har kjøkken tre plasser i kommunene, og disse produserer mat til pasienter på sykehjemmene og hjemmeboende. Per 31.12.2021 har kommunen registrert at det var rundt 140 mottakere av disse tjenestene. Det finnes lite nasjonale sammenlikningstall som kan benyttes i denne sammenheng. Vi har derfor foretatt en beregning av dagspriser på de ulike sykehjemmene og disse viser at det er store forskjeller i dagsprisene. Dagsprisen per beboer knyttet til mat er 215 kr i Sogndal, 335 kr i Leikanger og 365 kr i Balestrand. Hvis vi legger til grunn Forbruksforskningsinstituttets (SIFO) referansebudsjett knyttet til mat og drikke for personer eldre enn 74 år (98,30 kr per dag), innebærer dette at bearbeidingsstillegget (tilbereding av mat mv.) er hhv. 119 % for Sogndal, 241 % for Leikanger og 271 % for Balestrand.

Mat og ernæring er viktig for å opprettholde god helse og funksjonsnivå. Sogndal kommune har stort fokus på ernæring og viser til at dette er et viktig satsingsområde innenfor *Leve hele livet*. Erfaring fra andre kommuner tilsier at kommuner løser behovet for ernæring ulikt. Mange har kjøkkendrift fordelt ut på institusjonene, som Sogndal. Andre har valgt et sentralkjøkken som har ansvar for all matproduksjon for både sykehjemmene og hjemmeboende. Flere kommuner, deriblant Bærum kommune, har dette og brukerundersøkelser viser høyt tilfredshet med kvaliteten på maten som produseres. Mange kommuner ser behov for en sentralisering for både å kunne

ivareta behov for å produsere kostnadseffektive tjenester, men også for å kunne tilby ernæringsmessig lik mat til alle kommunens innbyggere. Flere opplever at i tillegg til å kunne tilby god og ernæringsrik mat, er det å skape gode settinger rundt måltider viktig. Dag- og aktivitetssentrene er viktige arenaer for dette, i tillegg har hjemmetjenesten et særlig ansvar for de brukerne som er i behov av bistand for oppfølging av ernæring.

Kommunen har vedtatt en kostnadsreduksjon på mattilberedning/kjøkken tilsvarende 0,25 mill. kr i 2022, økende til 0,5 mill. i 2023.

Renhold

Vi har også sett på kommunens utgifter til renhold i sykehjemmene. Dette er utgifter som føres på funksjon 261 i KOSTRA og vi har tidligere vist at de samlede utgiftene er høye. Kommunen har igangsatt et arbeid med å se på alternativ organisering av renhold og reduksjon av utgifter. Kommunen har vedtatt en kostnadsreduksjon tilsvarende 0,25 mill. kr i 2022 økende til 0,5 mill. kr i 2023. Våre analyser viser at årsverksinnsatsen til renhold per beboer varierer stort mellom institusjonene. I Sogndal brukes det 0,15 årsverk per plass (beregnet for bolig og institusjon), mens det i Leikanger er 0,07 og Balestrand 0,06. Dette viser at det bør være et potensial for kommunen i å både få en mer lik ressursinnsats, men også potensial for å redusere utgiftene.

Agenda Kaupangs vurderinger og forslag til tiltak innen institusjonstjenesten for eldre

Sogndal har høye utgifter og vi har vist at dette skyldes både høye enhetskostnader, men også antall plasser. Dekningsgraden i Sogndal har økt fra 2015 og følger ikke trenden vi ser i landet for øvrig. Samtidig som dekningsgraden har økt er også andelen av ressursinnsatsen innenfor PLO brukt på institusjonstjenester økt.

Kommunen bør tilnærme seg trenden for landet og redusere dekningsgraden i sykehjem. Lavere dekningsgrad fordrer at innbyggernes behov for omfattende helse- og omsorgstjenester ivaretas av andre tjenester, og at dette er tjenester som er like gode eller bedre, men til en lavere kostnad for kommunen. Det er viktig at korttidsplassene fungerer og dermed blir et ledd i omsorgstrappen for å sikre pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lenger i eget hjem.

Anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Iverksette tiltak for å få ned enhetskostnaden i sykehjemmene. Organiseringen av tilbudene med økt differensiering av plasser bør gjennomgås. Videre bør man se på hvilke lokasjoner som kan sikre gode tilbud og effektiv drift. Bruk av velferdsteknologi inngår i dette arbeidet.
- ▶ Redusere plasser i sykehjem for å både innfri krav om kostnadsreduksjon, men også for å fristille midler for å kunne investere i tjenester og tiltak som muliggjør at flere kan bo hjemme og ta ansvar for egen helse og livssituasjon.
- ▶ Enkelte avdelinger innenfor institusjonstjenesten har store utgifter på bruk av variabel lønn. En del skyldes fravær, men utgifter til ekstra innleie og overtid er noe høy i enkelte avdelinger. Noen avdelinger benytter også vikar/bemanningsbyråer. Arbeid med å få opp nærvær, redusere vakante stillinger og tilstrekkelig kompetanse vil være viktig for å snu denne trenden. Det finnes dessverre ingen raske løsninger for å få til dette. Gode strukturer og arbeid med de rådende kulturene er områder som vi vet er av betydning.
- ▶ Utrede muligheten for å opprette virtuelle korttidsplasser.
- ▶ Tiltak for å redusere utgifter til matproduksjon. Et mulig tiltak kan være samlokalisering til et felles sentralkjøkken. Det er viktig at tiltaket utredes og at det ikke medfører vesentlig

forringelse av kvaliteten. I dette momentet er det også viktig å sikre gode opplevelser rundt måltidene.

- ▶ Tiltak for å redusere utgifter til renhold i institusjon inkl. Prestehagen og fellesarealer på SHOS.

6.7 Pleie- og omsorgstjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

Sogndal kommune har ifølge SSB noen færre brukere med diagnosen psykisk utviklingshemming (6 % under landssnittet⁵⁴). Dataene baseres på kommunens egen registrering av brukere over 16 år som mottar tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og som har en fastsatt diagnose iht. gjeldende rundskriv. Registreringen omfatter brukere med svært ulikt behov, fra f.eks. 2 timer støttekontakt pr. uke til bolig med heldøgns omsorgstilbud.

Per 31.12.2021 var det 110 innbyggere i Sogndal innenfor kategorien psykisk utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser som mottok ulike helse- og omsorgstjenester i kommunen. I underkant av 40 oppgis å ha tilbud om bolig med bemanning.

Basert på data fra kommunen har vi sammenliknet «tjenesteprofilen» til denne brukergruppen med kommuner vi har gjort tilsvarende analyser i. Vi har valgt å dele målgruppen i 2:

- ▶ Barn og unge under 18 år
- ▶ Voksne over 18 år

Sogndal har høye nettodriftsutgifter til tjenester for barn og unge innenfor kategorien utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

I 2021 var det rundt 10 barn og unge⁵⁵ innenfor denne kategorien som mottok pleie- og omsorgstjenester. Hovedvekten av tjenestemottakerne finner vi innenfor støttekontakt og avlastning, men noen mottar også tyngre tjenester i form av barnebolig. Andel innbyggere som mottar tjenester er ikke spesielt høyt i Sogndal kommune.

Analysen av utgifter til barn og unge, basert på 2021-regnskapet, viser at kommunens driftsutgifter er høye. Dette til tross for høye statlige refusjoner. Høye utgifter må særlig sees i sammenheng med utgifter til barnebolig og avlastning.

Sogndal har høyere nettodriftsutgifter til tjenester for voksne innenfor kategorien utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser

I 2021 var det rundt 100 innbyggere innenfor denne kategorien som mottok ulike pleie- og omsorgstjenester i Sogndal kommune. Andel innbyggere er høyere i Sogndal enn i snittet for referansegruppen. En viktig årsak er, som tidligere beskrevet, at Sogndal har en del Vertskommunebrukere.

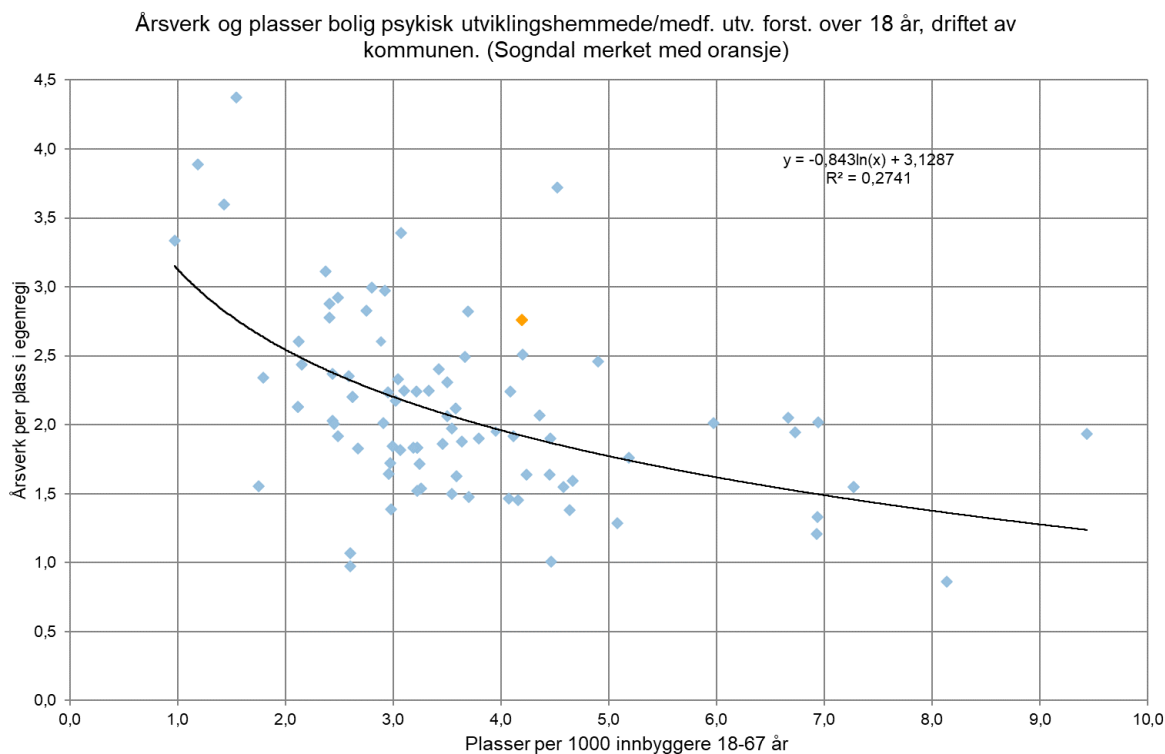
Utgiftene (brutto) til pleie- og omsorgstjenester er høyere enn snittet i referansegruppen som benyttes i vår sammenlikning. Sogndal mottar høyere tilskudd fra staten i form av refusjon for ressurskrevende tjenester, men til tross for høye refusjoner er kommunens nettoutgifter høyere enn snittet. Gjennomgangen viser at en viktig årsak til dette er at kommunen har flere tjenestemottakere som mottar stedlige tjenester i bolig.

Hovedvekten av utgiftene innenfor helse og omsorg er knyttet til lønnsutgifter for årsverk i tjenesten. Analysene har vist at hovedvekten av ressursinnsatsen og utgifter overfor denne målgruppen er knyttet til tjenester i bolig med stedlig bemanning. For å få mer innsikt i hvordan kommunen har dimensjonert opp tilbudene har vi sammenfattet data fra ulike kommuner for å se

⁵⁴ Tall for 2021

⁵⁵ Data fra kommunen, per 31.12.2021

om det er en sammenheng mellom andel plasser og andel årsverk per plass. Tallene fremkommer i figuren under.



Figur 6-13 Årsverk og plasser i bolig for utviklingshemmede, stjernen i plottet viser hvordan dette forholder seg i Sogndal. Kilde: Data fra kommuner hvor det er gjennomført en detaljgjennomgang innen pleie og omsorg, bearbejdet av Agenda Kaupang

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

Figuren viser at Sogndal kommune har mange plasser per innbygger, og andel årsverk per plass i egen regi er høy. Analysen som fremkommer i figuren over viser en variasjon, hvor noen kommuner har lavere andel årsverk pr. plass, og noen høyere. Dette henger selvsagt sammen med brukernes behov, men de bygningsmessige strukturene for boliger, organisering mv. spiller også inn her. Forskjeller i utgifter og årsverk må selvsagt også sees i sammenheng med brukernes behov for bistand og tjenester.

Ettersom kommunen har mange tjenestemottakere i bolig med stedlig bemanning kan man anta et redusert behov for ambulerende tjenester og tjenester organisert som BPA. Dette ser vi ikke i Sogndal kommune. Analysene viser at kommunen har flere tjenestemottakere og at utgiftene til både ambulante miljøarbeidertjenester og tjenester organisert som BPA er høye. Sogndal kommunes utgifter til avlastning, men også støttekontakt er imidlertid lavere enn snittet.

I kommunens samlede utgifter ligger også utgifter til dag- og aktivitetstilbud for denne målgruppen. Sogndal kommune har to tilbud til denne målgruppen i egen regi, i tillegg kjøper de tilbud fra

Sogneprodukter. Utgiftene til arbeid/aktivitetstilbud er på nivå med snittet, og Sogndal har noen færre tjenestemottakere enn snittet.

Forskjeller i utgifter må sees i sammenheng med brukernes behov for bistand og tjenester. Vår erfaring er at kommunens «omsorgstrapp» overfor denne brukergruppen har betydning både for den enkelte bruker/innbygger, men også for kommunen. Prioritering, dimensjonering og organiseringen av tjenestene har stor betydning for kostnadsnivået.

Driftsoptimale boliger og strukturer er en forutsetning for kostnadseffektive tjenester med nødvendig kvalitet

Kostnadsanalysen fra 2021 har vist at Sogndal har høyere utgifter til helse- og omsorgstjenester i bolig enn snittet. Vi har vist at dette må sees i sammenheng med antall brukere og ulike brukerbehov, men organiseringen og årsverk i tjenestene spiller også inn.

Årsaken til at utgifter til bolig og enhetskostnader i bolig varierer må sees i sammenheng med brukerne som bor der. Behovene for helse- og omsorgstjenester varierer, og gjør at utgiftene også varierer. En annen viktig faktor for kommunenes utgifter er forhold knyttet til utformingen og størrelsen på boligene (driftsenhetene) hvor det tilrettelegges med tjenester. Agenda Kaupang bistod gamle Sogndal kommune med en gjennomgang av Bu og miljø i 2015. Vurderingen den gangen var at kommunen var i behov av mer driftsoptimale bygg/lokasjoner for å kunne ivareta behov for stedlige tjenester i bolig på en mer kostnadseffektiv måte enn hva dagens lokasjoner tillot. Det handlet også om å ivareta ny tjenestemottakeres behov for tjenester. Planarbeidet har pågått en stund, men enda er det ikke tatt endelig beslutning om byggestart.

Agenda Kaupang har bistått en rekke kommuner med gjennomganger av boliger hvor det tilrettelegges med heldøgns helse- og omsorgstilbud. Erfaringen er at kommuner med mange små driftsenheter ofte har et høyere kostnadsnivå på sine tjenester enn kommuner som søker å etablere noe større driftsenheter. Årsaken til dette er særlig knyttet til muligheten for å utnytte kompetanse og ressurser på tvers og tilpasse driften mer ut fra aktivitet eksempelvis på natt. Størrelser på boliger mv. varierer mellom kommunene. Flere kommuner ser behov for å etablere noe større boliger og andre typer boliger enn det som var vanlig i etterkant av HVPU-reformen. Dette for å sikre mer driftsoptimale enheter samtidig som man sikrer brukerne gode tilbud.

Normalisering og integrering har siden 90-tallet vært overordnede begreper i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne her i landet. Ikke minst ble normalisering tatt i bruk som begrep i forbindelse med avvikling av institusjonsomsorgen for utviklingshemmede. Målet for institusjonsavviklingen var gode levekår og et mest mulig vanlig liv i fellesskap med andre. På boligområdet betydde det at en skulle bo i en vanlig bolig i et vanlig bomiljø. Trender innenfor bolig og utbygging etter HVPU-reformen har variert. Nasjonale føringer rundt boligutbygging og tilskudd har vært og er fortsatt særlig knyttet til størrelser og beliggenhet, i tillegg til selve utformingen av boligene.

Når det gjelder samlokaliserte boliger ligger det sentrale føringer for størrelse og antall boenheter som kan bygges. Føringerne bygger hovedsakelig på normaliseringstankegangen og avviklingen av institusjonsomsorgen på nittitallet. Husbanken anbefaler derfor små bogrupper fra 4 til maksimum 8 boliger sammen. I praksis ser man at Husbanken har gitt tilskudd til etablering av samlokaliserte boliger som er større enn deres anbefalte norm. Agenda Kaupang har gjennomført en rekke analyser av tjenester til utviklingshemmede, herunder boliger. Vår erfaring er at mange kommuner har utfordringer med institusjonalisering, kollektivistiske strukturer, innenfor både små og større boliger og at dette ikke alene kan knyttes opp mot størrelsen på boligen. Gjennomganger i en rekke ulike boliger har vist at boliger hvor det bor 1-2 beboere kan ha større preg av institusjonsomsorg enn boliger hvor det bor 8-12 beboere. Vår erfaring er at det har mest å gjøre med hvordan tilbudene er organisert, kompetansen til ansatte, arbeidsformer samt hvordan behov for ledelse blir ivaretatt.

Boligene som benyttes til denne brukergruppen i Sogndal kommune varierer i størrelse og utforming. Mange enheter består av leiligheter og er uten fellesareal. Andre har fellesareal. Areal avsatt til leder og personal varierer. Størrelsen/antallet på boenhetene hvor det tilrettelegges med stedlig bemanning varierer og det er 4 avdelinger som har ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til denne målgruppen.

En annen utfordring som ofte møter oss når vi gjør slike analyser er behovet for tilsyn og beredskap på natt. Tradisjonelt løses dette ofte ved å ha faste nattevakter i hver avdeling, og ofte er det behov for mer enn én våken nattevakt. Vi ser også at dette tjenesteområdet er den tjenesten som bruker mest ressurser på natt. Dette er også tilfelle i Sogndal. Samlet benytter Bu- og miljø-tjenesten i overkant av 26 årsverk⁵⁶. Flere kommuner, blant annet Bamble og Lindesnes, ser nå på alternative måter å ivareta behov for beredskap og tilsyn på natt. Samarbeid mellom tjenester og avdelinger, bruk av ambulante nattevakter og bruk av velferdsteknologi er tiltak som blir vurdert.

Analysene våre understøtter behov for både å se på hvordan kommunen kan ivareta behovene for tjenester i bolig på en mer kostnadseffektiv måte enn hva dagens praksis innebærer. I dette ligger det både å se på organiseringen av tilbudene og hvordan man kan sikre gode tjenester samtidig som man også ivaretar behovet for god ressursutnyttelse og kostnadseffektivitet. Vurderingen er at det bør være et handlingsrom innenfor dagens strukturer og organisering, samtidig vil vi understreke at mye av det som ble avdekket i vår gjennomgang i 2015 fortsatt synes å være gjeldende. Det betyr at kommunen også er i behov av å erstatte noen av byggene og lokasjonene som per i dag benyttes til boligformål for denne målgruppen.

Ved planlegging av nye tiltak må man også ta høyde for vertskommunebrukerne. Dette utgjør en relativt stor gruppe i Sogndal kommune og ved bortfall vil kommunens inntekter også falle fra. Samlet utgjør inntektene over 20 mill. kr og bortfall av disse inntektene vil gi kommunen et stort omstillingsbehov. Gjennomgangen har vist at dette er brukere i relativt høy alder og som har eller innen kort tid vil ha behov for mer somatiske helsetjenester som følge av aldersrelaterte sykdommer og behov. Kommunen har også andre eldre innenfor denne målgruppen med tilsvarende behov. Mange kommuner har få eller ingen planer for hvordan de skal sikre denne målgruppen når behovene for helse- og omsorgstjenester endres.

Ambulerende tjenester til brukergruppen er viktig for å kunne bo utenfor samlokaliserte boliger

Ambulerende miljøarbeidertjenester omhandler helse- og omsorgstjenester til de som er i behov av noe tilsyn, bistand og omsorg, men som ikke er i behov av stedlig bemanning/tjenester. Flere kommuner har dette og ser på tilbudet som et supplement til den ordinære hjemmetjenesten.

Sogndal har få tjenestemottakere, men utgiftene er høye. Gjennomgangen viser at Sogndal har flere tjenestemottakere som mottar relativt omfattende tjenester, samtidig som man har tjenestemottakere som har mindre behov. Det uttales at man opplever endringer i tjenestebehov, og hvor flere brukere etablerer seg i egne leiligheter og hvor kommunen må tilrettelegge med tjenester. Om dette er et resultat av at kommunen mangler egnede boliger vet vi ikke. Men dersom dette er et resultat av manglende egnede boliger bør kommunen intensivere arbeidet med å fremskaffe egnede samlokaliserte botilbud for denne målgruppen. Konsekvensene av å ikke ha det kan være at utgiftene øker. Gjennomgangen viser at det ikke bare er Bu- og miljøtjenesten som ivaretar brukere med relativt omfattende bistandsbehov og som bor utenfor samlokaliserte boliger. Hjemmetjenesten yter tjenester til flere og omfanget omhandler mange årsverk samlet sett.

Det er viktig at kommunen i sin videreutvikling av helse- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen sikrer at de som er i behov av ambulante miljøarbeidertjenester får dette. En sterk

⁵⁶ Inkluderer også 3,6 årsverk på tiltak som er under avvikling.

ambulerende miljøarbeidertjeneste kan medføre at flere kan bo i egen leilighet med noe tilsyn og bistand. Erfaringen er at en slik tjeneste kan dempe presset på etterspørsel etter bolig med stedlig bemanning og tjenester organisert som BPA/PA. Ambulerende miljøarbeidertjeneste er ofte en rimeligere tjeneste enn både stedlig bemanning og tjenester organisert som BPA/PA. I dette arbeidet inngår også å se på hvordan kommunen bør organisere tjenestene. Per i dag er det flere tjenesteområder som ivaretar dette i Sogndal kommune. Dette kan være hensiktsmessig, men gjennomgangen tyder på at det kan være behov for å se disse tjenestene mer i sammenheng med øvrige tjenester i Bu- og miljøtjenesten.

Vurderingen er at Sogndal kommune er i behov av en mer utbygd «omsorgstrapp» også for denne målgruppen. Ambulerende miljøarbeidertjeneste og bruk av velferdsteknologi vil være tiltak for at flere skal kunne eie/leie egen bolig samtidig som behovet for helse- og omsorgstjenester blir ivare tatt på et lavest mulig omsorgsnivå. Lykkes ikke kommunen med dette, vil behovet for boliger hvor det ytes helse- og omsorgstjenester, samt tjenester organisert som BPA/PA, kunne øke.

God ressursutnyttelse og kompetanse er en viktig forutsetning for kvalitet

I 2021 ble det rapportert inn at kommunen brukte rundt 88 årsverk til å utføre helse- og omsorgstjenester i bolig. I forbindelse med tjenesteanalysen har vi hentet inn bemanningsplaner og beboeroversikt for alle gruppene. Analysene viser at det er en del brukere som ikke deltar i organisert arbeids-/aktivitetstilbud utenfor boligen. Andel ansatte på vakt varierer noe. Andel ansatte på dagtid i ukedager er noe høyere enn på helg (bemanningsfaktor). Bemanning på kveld varierer også, men gjennomgående er det lavere bemanningsfaktor på helg enn i ukedager. Dette samsvarer med det vi ofte ser er tilfelle i andre tilsvarende tjenester.

Kompetanse i tjenesten henger nøye sammen med kvalitet. Kompetansesammensetningen til ansatte og hvordan denne kommer til anvendelse har mye å si for hvordan bruker opplever tilbudet, og påvirker også organisering av arbeidsoppgaver og arbeidsflyt i en avdeling. Feil eller lav kompetanse i en avdeling kan også påvirke ansattes arbeidstilfredshet, som igjen kan påvirke kvaliteten.

Tilstrekkelig og god kompetanse er avgjørende for å kunne sikre en optimal organisering og effektiv drift. Kompetansesammensetningen innen Bu og miljø varierer, ref. kap. 6.3. Vi ser at det er variasjon mellom de ulike avdelingene, men at man gjennomgående har en noe lavere andel ansatte med høyskoleutdanning enn mange kommuner vi kjenner til. Som det fremkom av kap. 6.3 ser vi også at gjennomsnittlig stillingsstørrelse varierer fra rundt 50 % til 95 %. Gjennomganger av tilsvarende boliger/tilbud i andre kommuner viser at gjennomsnittlig stillingsstørrelse varierer. Avdelinger med høyest heltidskultur er enheter som er av en viss størrelse (årsverk), og som benytter ulike arbeidstidsordninger som f.eks. medlevertturnus, langvakter på helg, langvakter hele uken samt samdrift mellom tjenester.

«Faktum er at den tradisjonelle turnusordningen (med arbeid hver tredje helg) som har blitt benyttet kombinert med små tjenesteområder har bidratt til høy bruk av deltidsarbeidskraft. I helgene har bemanningen til tider bestått av en høy andel ufaglært arbeidskraft i små stillinger. Dette var ikke noen heldig situasjon, hverken for beboere/brukere eller for de ansatte.» (Fafo-rapport 2015:25, Større stillinger og bedre bedrifter).

Sogndal har i tatt i bruk ulike arbeidstidsordninger som f.eks. langvakter uten at man har klart å løse utfordringen med mange småstillinger og lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Mye av utfordringen er knyttet til å dekke vaktene på helg. Mange kommuner har i tillegg utfordringer med å ha dagvakter i turnus da mange av brukerne er på jobb/aktivitetstilbud. Sogndal har løst noe av dette ved å ha en samdrift mellom personalet i boligene og dag-/aktivitetssenter for denne brukerguppen.

Analysene fremover tyder på at det kan bli krevende å sikre nyrekruttering. Demografisk utvikling tilsier at vi i fremtiden vil bli færre yrkesaktive. Det betyr at man må sikre strukturer som gjør at man kan benytte personale og kompetanse på en hensiktsmessig måte. Det å ha mange små boenheter, hvor man ikke klarer å samkjøre personalressursene, vurderes som lite hensiktsmessig. Det er viktig å ha en bolig- og tjenestestruktur som gjør at man ivaretar brukernes behov for privatliv, individuell tilrettelegging og bistand. Kompetent personale og god organisering er en viktig forutsetning for å få dette til.

Behov for kapasitet og kostnadseffektive arbeids- og aktivitetstilbud

De kommunale arbeids- og aktivitetstilbudene er viktige tjenester for mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. Data fra NAKU⁵⁷ viser at omtrent halvparten av alle psykisk utviklingshemmede i yrkesaktiv alder deltar i en eller annen form for kommunalt dag-/aktivitetstilbud. Sosial- og helsedepartementets opptrappingsplan fra 2005 viser til at «dagsentervirksomhet er viktig for å bringe mennesker ut av sosial isolasjon og bygge sosiale nettverk, og for at den enkelte skal kunne få en tilværelse preget av meningsfylt aktivitet»⁵⁸. Gjennomførte levekårsundersøkelser viser at de kommunale dagtilbudene er av spesielt stor betydning for utviklingshemmede (Söderström og Tøssebro, 2011⁵⁹).

Kommunens arbeids- og aktivitetstilbud er rettet mot personer med en utviklingsforstyrrelse som ikke kan nyttiggjøre seg annet dag-/arbeidstilbud. Hvordan kommuner tilrettelegger med dag- og aktivitetstilbud varierer. Hovedvekten av kommunene vi kjenner til velger å ha dette i egen regi.

Analysene og sammenlikning med andre viser at Sogndal har noen færre brukere som deltar i kommunale arbeids- og aktivitetstilbud enn snittet for referansegruppen. Utgiftene i Sogndal er svakt lavere enn snittet i referansegruppen. Tilstrekkelig kapasitet er viktig for den enkelte bruker, men også for kommunen. Kommuner som har lav kapasitet på dag-/aktivitetstilbudene har ofte høye utgifter til bolig. Dette skyldes at brukerne da må ivaretas i bolig, og at bistanden i bolig ofte overstiger det man tilrettelegger med på organiserte dag- og aktivitetstilbud.

Flere kommuner ser behov for å ha et aktivitetstilbud som er åpent noen ettermiddager og kvelder i uken. Mange begrunner dette med at aktivitetstilbud kan fungere som et godt avlastningstiltak for pårørende og dermed gjøre det mulig å fortsette omsorgen i hjemmet og utsette behovet for tjenester på et høyere omsorgsnivå. Mange ser også at kveldsåpne aktivitetstilbud kan være en viktig sosial arena for denne målgruppen.

Gjennomgangen i Sogndal viser at kommunen har flere barn og unge som vil være i behov av helse- og omsorgstjenester fremover, samtidig som flere voksne også kan ha behov for økt/endret tilbud. Det tilsier at kommunen på sikt kan få behov for å øke kapasiteten på arbeids- og aktivitetstilbudene, samtidig som kommunen må sikre kostnadseffektive tjenester. Erfaring med arbeids- og aktivitetssenter fra andre kommuner viser variasjoner i hvordan tjenestene er organisert. Det er også forskjeller i kapasitet og kostnader. Noen kommuner har valgt å ha mange ulike tilbud samorganisert, andre kommuner har valgt å ha ulike dag- og aktivitetstilbud uten samorganisering. Hvordan slike tilbud fungerer varierer også. Erfaringen er at kommuner på størrelse med Sogndal som har kostnadseffektive aktivitetstilbud har valgt å samlokalisere ulike tilbud i en driftsenhet, med stort fokus på ulike gruppetilbud. Dette har ikke Sogndal gjort. Flere og flere kommuner, herunder Sogndal, benytter ressurser i bolig inn i dag- og aktivitetstilbudene. Dette gjelder særlig for de som er i behov av tett oppfølging og bistand innenfor ADL-gjøremål. Vi har tidligere pekt på at samdrift mellom bolig og dag-/aktivitetstilbud kan være viktig for å få til mer kostnadseffektive tjenester. Samdrift vil også kunne gi flere dagvakter i turnus. Dette vil kunne

⁵⁷ <https://naku.no/kunnskapsbanken/dagsenter-forskning#main-content>

⁵⁸ St.prp. nr. 63 (1997-98), s.13.

⁵⁹ NTU Samfunnsforskning, *Innfridde mål eller brutte visjoner?*

være et viktig virkemiddel for å få økte stillingsstørrelser og nødvendig kompetanse. Det å se tjenestene mer i sammenheng kan være viktig for å klare å utnytte ressursene og kompetansen på en bedre måte samlet sett, og å øke kapasiteten på tjenestene når behovene endres uten at utgiftene øker tilsvarende. For å få dette til kan det være nødvendig å samle dag- og aktivitetstilbudet til denne brukergruppen, samt at kommunen ivaretar dette i egen regi.

Avlastning kan utsette behov for mer omfattende tjenester

Avlastningstiltak er et tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastning gis ut fra ulike behov og kan organiseres på ulike måter. Formålet ved avlastning er å:

- ▶ hindre overbelastning hos omsorgsyter
- ▶ gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie
- ▶ gi omsorgsyter mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter

Sogndal har avlastning i form av oppdragsavtaler med private i tillegg til avlastning i bolig primært for barn og unge.

Sogndal hadde ikke spesielt høye utgifter til avlastning i 2021. Dette gjelder både overfor barn og voksne, andel tjenestemottakere er heller ikke spesielt høyt. Gjennomgangen viser at det er mer vanlig å benytte private aktører til å utføre avlastning enn å ha avlastning i kommunale bolig/institusjon.

Avlastning er et viktig tiltak for pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid og kan bidra til at omsorgsyter kan opprettholde omsorgen. Sogndal opplyser å ha flere barn og unge som er i behov av omfattende tjenester. Vurderingen er at det derfor er helt avgjørende at kommunen i dialog med pårørende og lag/foreninger ser på ulike måter å ivareta pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid og tilby tilstrekkelig avlastning slik at omsorgen kan fortsette i foreldrehjemmet og dermed utsette behovet for mer omfattende helse- og omsorgstjenester.

Privat avlastning, avlastning i bolig, gode fritidstilbud og ambulante tjenester er tjenester som kan være viktige for både bruker og pårørende. En utsettelse av f.eks. bolig med stedlig bemanning vil utgjøre en relativt stor besparelse pr. år. Dette viser viktigheten av å prioritere tjenester som kan gjøre det mulig å opprettholde den «private omsorgen» fremover.

Etterspørsel etter tjenester organisert som BPA kan øke

Utgiftene til tjenester organisert som BPA overfor denne målgruppen er høyere i Sogndal enn i snittet i referansegruppen. Tjenester organisert som BPA/PA er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsatt funksjonsevne. BPA gir personer større mulighet til å styre tjenestene og hverdagen selv. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov. Det er likevel ikke satt noen nedre grense for bistandsbehovet. En viktig forutsetning er at behovet for bistand er så omfattende eller av en slik art at det mest hensiktsmessig kan ivaretas gjennom brukerstyrt personlig assistanse. Gjennomgangen i Sogndal har vist at de har en annen tildeling av BPA og tjenesteutøvelse enn det andre kommuner har.

Erfaringen er at utbredelsen av BPA varierer mellom kommunene, men at kommunene i hovedsak har holdt tilbake tjenester organisert som BPA overfor målgruppen. Lovendring fra 1. januar 2015 medfører at flere kan søke om å få tjenestene sine organisert som BPA/PA. Erfaringen vår er at lovendringen har medført noen flere søknader og vedtak om tjenester organisert som BPA/PA for denne brukergruppen, og da særlig for voksne over 18 år. Mange ordninger fungerer godt, men en del kommuner sliter med å få til gode og kostnadseffektive ordninger. utfordringer som mange støter på er blant annet høy turnover hos assistentene, høyt sykefravær og dermed lite kontinuitet i ordningene. Dette har også en økonomisk konsekvens i form av bruk av overtid, sykevikar mv. Det er ukjent om dette også er tilfelle i Sogndal. Kommunen kjøper denne tjenesten av andre (tjenestekonsesjon). Kommuner kan også utføre dette i egen regi. Erfaringen er at det er viktig at

kommunen har system og rutiner for å følge opp kvaliteten på tjenesten, samt pris. Erfaringen er at flere kommuner ikke prioriterer dette arbeidet, noe som kan medføre høyere kostnader eller annen kvalitet enn avtalt. Uavhengig av om kommunen yter tjenestene i egen regi eller kjøper tjenester fra andre, ligger ansvaret for at tjenestene ytes i henhold til lov og avtaleverk på kommunene.

Erfaring fra andre kommuner tilsier at mye av årsaken til at man etterspør tjenester organisert som BPA/PA overfor denne målgruppen er at man ikke har tillit til at kommunen har et tilbud når behovet oppstår eller at man er misfornøyd med tilbudet man får. Basert på disse erfaringene er det viktig at kommunen så tidlig som mulig er i dialog med brukerne/pårørende, samt lag og foreninger slik at man sammen kan sikre en nødvendig videreutvikling av helse- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen. God dialog og tilstrekkelig med ambulante miljøarbeider-tjenester, avlastningstilbud og gode boligtilbud med tjenester kan gjøre at behovet for og etterspørselen etter tjenester organisert som BPA/PA reduseres.

Potensial for økt digitalisering

Til tross for at Sogndal kommune har tatt i bruk noe digitalisering og velferdsteknologi har man i liten eller ingen grad tatt i bruk velferdsteknologi eller digitalisering overfor denne brukergruppen. Stadig flere kommuner tar i bruk og har gode erfaringer med å ta i bruk velferdsteknologi som digital dagsplan, kommunikasjonshjelpemidler, språktreningsapper, digital bildebank, sensorvarsling (minst mulig inngripende) og omgivelseskontroll. Målet med velferdsteknologi er å gi personer med helseutfordringer trygghet til å kunne bo i egen bolig lengst mulig, og muligheter til å mestre eget liv og helse.

Flere kommuner har gode erfaringer i å ta i bruk velferdsteknologi overfor denne brukergruppen. Bodø kommune har blant annet erfaring i å ta i bruk mobilt vaktrom, digitale tilsyn, voldsalarm, tilstedemarkering, adgangskontroll, mv. Dette er tiltak som har medført kortere responstid, bedre arbeidsfordeling, økt trygghet og forutsigbarhet for ansatte. For brukerne er erfaringen at dette har medført en mer komfortabel og funksjonell hverdag. Bruk av f.eks. omgivelseskontroll sies å ha gitt brukerne større selvstendighet, ved at man f.eks. slipper å få hjelp av andre samt å vente på ansatte⁶⁰.

Målgruppen har brukere i ulik alder, noen unge og noen eldre. I mange prosjekter ser vi at målgruppen først og fremst er «nye» brukere, og gjerne de yngste. Men dette må ikke utelukke at også de som allerede mottar helse- og omsorgstjenester får mulighet til å ta i bruk velferdsteknologi som fremmer egenmestring. Innføring av velferdsteknologi må skje med størst mulig grad av brukermedvirkning og gjennom behovsdrevne, planlagte og systematiske prosesser. Stadig flere psykisk utviklingshemmede blir introdusert for teknologi som smarttelefoner, nettbrett o.l. mens de bor hjemme hos foreldre. Dette er en brukerkompetanse som må nyttiggjøres for å nå målet om gode og effektive tjenester med utgangspunkt i den enkelte brukers utfordringer, behov og potensial.

Stadig flere arbeidsprosesser digitaliseres. Målet er ikke digitalisering i seg selv, men at man nyttiggjør seg digitalisering der hvor dette kan bidra til kvalitet, og til en like god eller bedre ressursutnyttelse. Informantene vi har snakket med uttaler at de i liten grad har tatt i bruk digitalisering og at det er ulike årsaker til dette. Erfaringen vår er at mange kommuner sliter med å ta i bruk digitalisering og velferdsteknologi overfor denne brukergruppen. Det er viktig at kommunen videre sikrer at arbeidsprosesser som kan og bør digitaliseres blir digitalisert. Tilstrekkelig opplæring, arbeidsverktøy og lederstøtte understøttet av nye måter å arbeide på er viktige suksessfaktorer for å få dette til.

⁶⁰ Kilde: Bodø kommune

Behov for stedlig ledelse av tjenestene

Sogndal har en lederstruktur som medfører at det er ledere i hver avdeling. En leder kan ha ansvar for flere driftsenheter. Erfaringen er at lederspennet innenfor helse- og omsorgstjenestene varierer, og at lederspennet her ofte overgår det man ser innenfor andre kommunale tjenesteområder. Gjennomgangen i Sogndal kommune viser at lederspennet til en avdelingsleder er fra 17,5 til 27,8 årsverk. I Balestrand har man valgt å ha to ledere tilsvarende 1,5 årsverk som til sammen har ansvar for ca. 35 årsverk. Per april 2021 er ikke alle stillingene som avdelingsledere besatt.

Hvordan ledelse er organisert varierer i kommunene. Flere kommuner sliter med å ivareta behov for stedlig bemanning i hver bolig/driftsenhet. Dette både fordi de har mange boliger/driftsenheter og fordi de har flere boliger/driftsenheter hvor andel årsverk er lav. Erfaringen er at stedlig ledelse med ansvar for fag, personal og ledelse er avgjørende for å kunne ivareta ansattes behov for personlig oppfølging, og viktig for å ivareta arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse.

Agenda Kaupangs vurderinger og forslag til tiltak – tjenester til utviklingshemmede

Vurderingen er at samling av tjenester i en felles enhet med ansvar for denne målgruppen vurderes å være en viktig forutsetning for å kunne sikre helhetlige tjenester for målgruppen. I kommunens videreutvikling av tjenester og tiltak innenfor vedtatte budsjettammer er vår vurdering at samdrift mellom boliger og avdelinger vil være viktige tiltak for å sikre god ressurs- og kompetanseutnyttelse.

Ifølge SSB har Sogndal færre brukere over 16 år med diagnosen psykisk utviklingshemming enn snittet for landet. Våre analyser viser at kommunen, til tross for dette, har flere tjenestemottakere sammenliknet med andre kommuner. Dette viser at kommunen er helt avhengig av å ha kostnads- effektive tjenester til denne brukergruppen. Videre er kommunen også her avhengig av å ha en god omsorgstrapp for denne målgruppen. Det betyr at kommunen må sikre nødvendig kapasitet og kvalitet på ambulante tjenester, avlastning og arbeids- og aktivitetstilbud for å kunne holde kostnadsnivået nede og for å unngå økt press og etterspørsel etter mer kostnadskrevende tiltak. Samdrift og god utnyttelse av ressursene vil være tiltak som på kortere og lengre sikt vil kunne holde kostnadsnivået nede uten at det går på bekostning av kvalitet, heller tvert om.

Anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Sikre tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet. Dette fordrer at kommunen videreutvikler tjenestene sine slik at de har reelle tjenester å tilby sine innbyggere. Eksempel på dette er gode fritidstilbud, avlastningstiltak og ambulante miljøarbeidertjenester.
- ▶ Opprettholde Bu og miljø som et eget tjenesteområde. Vurdere om tjenester som per i dag ivaretas av hjemmetjenesten kan ivaretas mer hensiktsmessig av Bu og miljø.
- ▶ Sikre behov for stedlig ledelse med ansvar for fag, personal og økonomi i avdelingene.
- ▶ Sikre et godt og effektivt avlastningstilbud til de som er i behov av det, uavhengig av alder, slik at man kan utsette behovet for bolig med bemanning.
- ▶ Kommunen må ta stilling til hvordan de skal ivareta brukere som får aldersrelaterte sykdommer og helseutfordringer. Kommunen har en del brukere som nærmer seg 67 år og som man opplever trenger annen kompetanse enn hva Bu- og miljøtjenesten har tilgang på. Et konkret tiltak kan være å etablere et tiltak på Helsesenteret i Balestrand. Tiltaket er beskrevet i kap. 6.6 og i kap.6.8
- ▶ Kommunen uttaler at de har flere yngre brukere på «vei inn» i tjenesten. Det medfører økte behov for boliger (private og kommunale) med og uten stedlige tjenester. Det medfører at kommunen både må sikre prosesser for de som ønsker å eie egne boliger, men også for de som trenger å leie av kommunen. Utforming og lokalisering av nye botilbud er viktig. Videre er det avgjørende at man utvikler driftsoptimale enheter og at man også jobber for å sikre samdrift

mellom avdelinger slik at man får utnyttet kompetansen og sikrer ressurseffektiv drift. Kommunen har hatt en plan om etablering av nye boliger som erstatning til Stedjevegen. Dette er ikke igangsatt. Anbefalingen våre er at man både ser på erstatning av Stedjevegen, og i tillegg bør kommunen se på om nye behov for boliger med stedlige tjenester bør inkluderes i dette prosjektet.

- ▶ En del av avdelingene innenfor Bu og miljø har store utgifter på bruk av variabel lønn. En del skyldes fravær, men utgifter til ekstra innleie og overtid er noe høy i enkelte avdelinger. Arbeid med å få opp nærvær, redusere vakante stillinger og tilstrekkelig kompetanse vil være viktig for å snu denne trenden. Det finnes dessverre ingen «quick fix» for å få til dette. Gode strukturer og arbeid med de rådende kulturene er områder som vi vet er av betydning.
- ▶ Ta i bruk velferdsteknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen.

6.8 Forslag til tiltak

Som en del av oppdraget skulle man identifisere tiltak i tjenestene for å redusere utgiftene på kortere og lengre sikt. Siste trinn i prosjektet omhandlet derfor utvikling av tiltak for kostnadsreduksjon, basert på funnene i kartleggingen og analysene. Det har vært viktig å identifisere tiltak som både kortsiktig og på mellomlang og lengre sikt vil sikre at kommunen skal oppnå en fremtidsrettet tjeneste som tar hensyn til demografien og nasjonale føringer.

I forbindelse med gjennomgangen oppfatter vi at ansatte ønsker å dreie ressursbruken i sterkere grad mot tidlig innsats og forebygging, eller det vi omtaler som proaktiv innsats. Dette vil selvfølgelig kunne gi utgifter (investeringer) inntil effektene av dette kommer. Tiltakene presentert i dette avsnittet er derfor nødvendige, ikke bare for å redusere den totale ressursbruken, men også for å frigjøre ressurser til å være mer proaktiv og for å langsiktig skape en mer bærekraftig og framtidsrettet tjeneste. Et viktig tiltak for å få til dette, mener vi, er utvikling av en helhetlig strategisk tilnærming, og utvikling av en felles helse- og omsorgsplan.

Flere av tiltakene som presenteres i denne rapporten har kommet opp i samtaler med ansatte. Tiltakene er videre drøftet i prosjektgruppen og ikke alle i prosjektgruppen stiller seg bak alle tiltakene som foreslås. I dette kapitlet presenteres kort tiltakene Agenda Kaupang mener vil kunne medføre at mandatet med dette oppdraget vil innfris og som vil være viktige for å utvikle mer bærekraftige tjenester fremover. Tiltakslisten med mulige konsekvenser samt forutsetninger ligger ved som eget vedlegg til dette rapporten. Alle tiltakene er omtalt tidligere i rapporten.

Tiltakene som presenteres er ikke ferdig utredet, men synliggjør et potensial. Det er viktig at kommunen i det videre arbeidet utreder dette nærmere og at man også i dette arbeidet sikrer involvering av berørte parter. Mange tiltak er estimert til å gi effekter i inneværende år, andre tiltak er forventet å gi effekt senere i perioden.

Tiltakene er systematisert i kategoriene under. Mange av tiltakene må sees i sammenheng, og manglende effektuering innenfor et område vil kunne få konsekvenser for andre tema/ tjenesteområder.

- ▶ Vedtakskontoret
- ▶ Hjemmetjeneste
- ▶ Boliger med mulighet for heldøgntjenester
- ▶ Sykehjem
- ▶ Kjøkken og renhold
- ▶ Bu og miljø
- ▶ Andre tiltak

Vedtakskontoret

Analysen viser at Sogndal kan redusere utgiftene knyttet til PLO-tjenester med 95,7 mill. kr (brutto) ved å levere tjenester på snittet av referansegruppen. Mye av utgiftene innenfor pleie og omsorg er relatert til vedtak og tildeling som besluttes av Vedtakskontoret.

I punktene under oppsummeres tiltakene. Mulige konsekvenser for innbyggerne, ansatte og kommunen fremkommer i vedlegget til denne rapporten. Forutsetninger for tiltakene er også beskrevet i vedlegget.

- ▶ Tiltak som er aktuelle for Vedtakskontoret handler hovedsakelig om ny kartleggings- og tildelingspraksis. Effekter av ny tildelingspraksis vil medføre færre tjenestemottaker og dermed også lavere behov for tjenester og ressursinnsats. Hovedvekten av gevinstene vil komme ute i tjenestene.
- ▶ Sikre revurdering og avvikling av tjenester hvor behov er endret/opphevet. Besparelsen er usikker, og kan komme på flere tjenester. Kommunen har per i dag flere vedtak om f.eks. omsorgsstønad som ikke er revurdert og det settes derfor opp en estimert sum for forventet effekt på 0,2 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Innføring av elektronisk postjournal. Dette er ifølge kommunens egne beregninger ventet å kunne gi en årlig innsparing på 0,38 mill. per år sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Vurdere behov for nye årsverk på Vedtakskontoret. Gevinsten ved å ikke ansette nye årsverk vil komme i unngåtte økte lønnsutgifter med en årseffekt på 0,7 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.

Hjemmebaserte tjenester

Analysen viser at Sogndal kan redusere utgiftene knyttet til tjenester til hjemmeboende (alle tjenester innen PLO overfor andre eldre, inkl. omsorgsstønad, BPA, hjemmetjenester, mat mv.) med 17,8 mill. kr ved å levere tjenester på snittet av referansegruppen. Hovedvekten av kommunens utgifter til hjemmeboende er knyttet til årsverk i den ambulante hjemmetjenesten. Mange av tiltakene som presenteres er gjennomført eller det er planer om å gjennomføre. Mange av tiltakene forutsetter at Vedtakskontoret sikrer behovet for ny kartleggings- og vedtakspraksis.

I punktene under oppsummeres tiltakene. Mulige konsekvenser for innbyggerne, ansatte og kommunen fremkommer i vedlegget til denne rapporten. Forutsetninger for tiltakene er også beskrevet i vedlegget.

- ▶ Innføring av Mobilpleie er, ifølge kommunens egne beregninger, forventet å kunne gi en årlig innsparing på 0,3 mill. kr per år sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Økt brukerrettet tid i hjemmetjenesten (ATA-tid). Kommunens egne beregninger viser at dette tiltaket kan gi en årlig innsparing på 0,75 mill. kr per år sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Ny turnus, bruk av langvakter på helg. Potensialet er ifølge kommunen noe usikkert, men det er uttalt et potensial om å kunne redusere behovet for bemanning tilsvarende 0,5 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Redusert sovende nattevakt i hjemmetjenesten er forventet å gi en årlig innsparing på 1 mill. kr per år sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Bruk av digitale verktøy (LMP) for hjemmehjelperen. Ifølge kommunens beregninger vil dette kunne gi en forventet innsparing på 0,3 mill. kr årlig i hjemmetjenesten sammenliknet med regnskap for 2021. Dette kommer i tillegg til effekter på Vedtakskontoret.
- ▶ Tiltakene over vil kunne redusere utgifter i Sogndal kommune. Dersom kommunen ikke reduserer utgifter i HDO og institusjon, eller må redusere utgifter ytterligere, må kommunen vurdere å ta ned kapasiteten i den ambulante hjemmetjenesten. Dersom Sogndal har samme dekningsgrad som snittet i referansegruppen vil det medføre en reduksjon med 0,63 årsverk

per 1000 innbyggere korrigert for behov til praktisk bistand og 1,66 årsverk til hjemme-sykepleie. En reduksjon som beskrevet over vil medføre reduksjon av årsverk til praktisk bistand med 4,0 mill. kr årlig og hjemmesykepleie 15,4 mill. kr årlig sammenliknet med regnskap for 2021.

Boliger med mulighet for døgntjenester

Analysen viser at Sogndal kan redusere utgiftene knyttet til boliger med mulighet for døgntjenester for eldre med 14,4 mill. kr ved å levere tjenester på snittet av referansegruppen.

Mange av tiltakene fordrer en mer systematisk styring av tilbudene som kommunen har, ny tjenestep praksis i tillegg til en ny kartleggings- og vedtaks praksis. Dette er det gjort rede for tidligere i rapporten.

I punktene under oppsummeres tiltakene. Mulige konsekvenser for innbyggerne, ansatte og kommunen fremkommer i vedlegget til denne rapporten. Forutsetninger for tiltakene er også beskrevet i vedlegget.

- ▶ Reduksjon av bemanning på helg (dagens drift) på Prestehagen vil, ifølge kommunens egne beregninger, kunne gi en forventet årlig innsparing på 0,3 mill. kr per år sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Redusere bemanningsfaktor fra 0,98 per beboer til 0,60 ved Prestehagen. Per nå har Prestehagen en bemanningsnorm som er over eller på nivå med spesialplasser i institusjon. Sogndal må vurdere behov for spesialplasser hvor det vil kunne være behov for høyere bemanning og kompetanse enn tilrådd bemanningsnorm over. Tiltaket krever en ytterligere utredning. Det er antatt å kunne gi en innsparing på rundt 10 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Styring av tidligere trinn i innsatstrappen for å kunne redusere dekningsgraden for bolig og institusjonstjenester
- ▶ Ikke ta i bruk areal (8 plasser) avsatt i Leikanger til boliger med mulighet for heldøgntjenester for mennesker med demenssykdom, men vurdere å benytte lokalene til dagopphold (dag/kveld inkl. helg) i institusjon for målgruppen. Gevinstene her er unngåtte utgifter. Ved å bruke lokalene til annet formål utvikler og utvider kommunen tjenestetilbudet til en målgruppe som per i dag beskrives å ha behov som ikke dekkes på en god måte. Tiltaket må utredes.

Sykehjem

Analysen viser at Sogndal kan redusere utgiftene knyttet til Institusjonstilbud for eldre med 34,8 mill. kr ved å levere tjenester på snittet av referansegruppen. Dette tilsvarer 28 årsverk eller 24 plasser med tilhørende årsverk og kostnader.

Mange av tiltakene fordrer en mer systematisk styring og organisering av tilbudene som kommunen har, men det fordrer også en ny kartleggings- og vedtaks praksis. Dette er det gjort rede for tidligere i rapporten.

I punktene under oppsummeres tiltakene. Mulige konsekvenser for innbyggerne, ansatte og kommunen fremkommer i vedlegget til denne rapporten. Forutsetninger for tiltakene er også beskrevet i vedlegget.

- ▶ Tilpasse bemanningsfaktor på ulike plasser på nivå med andre kommuner mer i tråd med pleiefaktor for tilsvarende institusjonstjenester i andre kommuner. Tiltaket må utredes, men kan teoretisk gi en innsparing på rundt 21 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.

- ▶ Redusere dekningsgrader i sykehjem. Dette kan f.eks. gjøres ved å avvikle plasser i Svingen (SHOS). Alternativt må man samlokalisere flere plasser i ledige areal på SHOS slik at man kan få til mer effektiv drift samlet sett. Tiltakene må ytterligere utredes, men bør være mulig å gjennomføre på relativt kort sikt. Reduksjon av 6 plasser på Svingen kan medføre en reduksjon på ca. 5 årsverk, tilsvarende 3,6 mill. kr per år sammenliknet med regnskap for 2021. Velger man å ta i bruk hele avdelingen, må tilsvarende plasser avvikles en annen plass i kommunen.
- ▶ Avvikle drift av 8 plasser i helsetunet Balestrand for å frigjøre plass til 8 brukere fra Bu og miljø (eldre, somatiske behov). Tiltaket må videre utredes, men nedtak på inntil 8 plasser vil kunne ha et økonomisk potensial på 12 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Ha en lavere dekningsgrad enn 2021, f.eks. på nivå med Sunnfjord (14,5%)⁶¹. Dette vil medføre en reduksjon på 14 plasser tilsvarende 20,4⁶² mill. kr per år sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Mer langsiktig kan kommunen vurdere å redusere dekningsgraden ytterligere ned mot 10 %. Dette vil medføre en reduksjon på 39 plasser tilsvarende 56,9⁶³ mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.

Renhold og kjøkken

Utgifter til dette er fordelt på ulike KOSTRA-funksjoner innenfor PLO. I punktene under gjengir vi kort hvilke tiltak vi mener kommunen bør utrede videre med tanke på å redusere utgiftene. Gjennomgangen tyder på at det i tillegg er behov for en tydeligere harmonisering innenfor kommunen.

I punktene under oppsummeres tiltakene. Mulige konsekvenser for innbyggerne, ansatte og kommunen fremkommer i vedlegget til denne rapporten. Forutsetninger for tiltakene er også beskrevet i vedlegget.

- ▶ Redusere årsverk til renhold. Kommunen har iverksatt et arbeid for å redusere utgiftene, men også ny organisering av tjenestene. Det er vedtatt en kostnadsreduksjon tilsvarende 0,25 mill. kr i 2022 økende til 0,5 mill. kr i 2023. Analyser viser at årsverksinnsatsen til renhold per beboer varierer stort mellom institusjonene. I Sogndal brukes det 0,15 årsverk per plass (beregnet for bolig og institusjon), mens det i Leikanger er 0,07 og Balestrand 0,06. Ved å redusere ressursinnsatsen i Sogndal til 0,07 per plass innebærer dette en reduksjon med 5,9 årsverk, tilsvarende 3,0 mill. kr årlig sammenliknet med regnskap for 2021.⁶⁴
- ▶ Effektivisering av kjøkken. Det er vedtatt en kostnadsreduksjon tilsvarende 0,25 mill. kr i 2022 økende til 0,5 mill. kr i 2023. I et mer langsiktig perspektiv bør kommunen vurdere tiltak for å få en likere enhetskostnad for måltider. En slik tilnærming vil kunne gi en effekt på inntil 2,4 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021. Tiltak må utredes.

Bu og miljø

Analysen viser at Sogndal kan redusere utgiftene knyttet til tjenester til utviklingshemmede og mennesker med utviklingsforstyrrelser med 24,4 mill. kr ved å levere tjenester på snittet av referansegruppen. Dette er bruttodriftsutgifter. I tiltakslisten under viser vi til tiltak med nettoeffekt. Kommunen har vertskommunebrukere, og dermed utgifter og inntekter som ikke andre kommuner har. Dette er en medvirkende årsak til forhøyede kostnader. Generelt må kommunen sikre nødvendig omstilling og nedtak av tjenester etter hvert som disse brukerne endrer behov/faller fra.

⁶¹ Kilde: KOSTRA 2021

⁶² I de økonomiske betraktningene er dagens kostnadsnivå på 1,5 mill. kr benyttet som kostnad. Dette inkluderer både direkte og indirekte kostnader.

⁶³ Se fotnote 54.

⁶⁴ Basert på en årsverkskostnad på kr 500 000.

I punktene under oppsummeres tiltakene. Mulige konsekvenser for innbyggerne, ansatte og kommunen fremkommer i vedlegget til denne rapporten. Forutsetninger for tiltakene er også beskrevet i vedlegget.

- ▶ Avvikle tiltak som følge av endringer i behov. Kommunens bruttodriftsutgifter per år er rundt 9 mill. kr. Årseffekt for 2022 er avhengig av når årsverk og ressurser kan overføres til andre tjenester. Årseffekt fra 2023 er ca. 3 mill. kr. (netto) sammenliknet med regnskap for 2021. Årsaken til lavere forventet gevinst er at kommunen mottar refusjon fra staten til dette tiltaket.
- ▶ Etabler alderstilbud for 8 beboere på Helsetunet i Balestrand som erstatning for andre tilbud. Tiltaket må utredes og sees i sammenheng med redusert dekningsgrad for sykehjem. I tillegg må man se på mulige synergier ved samdrift mellom de samlede tilbudene. Salg av eiendommen som nå benyttes til målgruppen som er tiltenkt nytt tilbud må inngå i dette utredningsarbeidet.
- ▶ Behov for driftsoptimale boliger både for å erstatte Stedjeveien, men arbeidet bør også omhandle andre tjenestemottakere samt ev. «nye» som er i behov av stedlige tjenester. I gjeldende økonomiplan er det lagt inn en forventning om at Stedjevegen skal redusere utgiftene sine med inntil 2 mill. kr. En viktig forutsetning for dette er enten store endringer i beboernes behov, og/eller at man får et bygg som muliggjør større samdrift av personalet. Kommunen bør også se på mulige synergier av å se hvordan man samlet sett kan ivareta tjenestemottakerne i tettstedet Sogndal mer i sammenheng.
- ▶ Gjennomgang av vedtak, organisering og drift av tjenester i Leikanger. Tiltaket må utredes. Analyser viser høy bemanningsfaktor og særlig høy ressursinnsats på natt.
- ▶ Gjennomføre nødvendige omstillinger ved endringer i Vertskommunebrukere. Ved frafall av behov vil kommunens inntekter til dette opphøre. Det gjør at kommunen må ta ned tjenestene tilsvarende frafall av inntekter. Hovedvekten av utgiftene til denne brukergruppen er i bolig med heldøgntjenester.

Tiltak på tvers av tjenesteområder

I punktene under skisserer vi tiltak som omhandler flere tjenesteområder. Mulige konsekvenser for innbyggerne, ansatte og kommunen fremkommer i vedlegget til denne rapporten. Forutsetninger for tiltakene er også beskrevet i vedlegget.

- ▶ Gjennomgang av behov og organisering av nattevakt (tettstedet Sogndal). Per i dag benyttes 12,6 årsverk (HBT, SHOS og Prestehagen), i tillegg til årsverk på Plassen, Stedjevegen mv. Tiltaket må utredes. Bruk av digitale tilsyn, brukersammensetning på Prestehagen, nedtak av plasser på Svingen og samdrift mellom tjenester kan redusere behov for årsverk på natt. Grovt anslag er at det bør være et potensial for å redusere med minimum én våken nattevakt (1,8 årsverk) tilsvarende 1,5 mill. kr sammenliknet med regnskap for 2021.
- ▶ Økte ressurser til demenskoordinator slik at kommunen får 1 årsverk (har per i dag en 0,20-stilling). Dette vil være en kostnad for kommunen med 0,5 mill. kr per år. Denne kan enten dekkes inn ved å benytte økte stillinger på Vedtakskontoret, eller ved nedtak av tjenester/gjennomføring av tiltak som er omtalt over.