



- *tid til å leve*

Rindal kommune

Behovsanalyse og prosessledelse for Rindal kommunes framtidige helse- og omsorgstjenester

Rapport fra RO – Ressurssenter for omstilling i kommunene



RO

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no

Innhold

1 Mandat og metode	4
Mandat4	
Metode	5
2 Kommunens behov for Helse- og omsorgstjenester	6
Befolkningsframskriving	6
Framskriving av behov for tjenester, demografimodell	10
Demens og behov for tjenester	11
Behov for tjenester - oppsummert.....	14
3 Ressursbruk og prioritering i forhold til andre kommuner	14
Effektivitet	22
Ressursanalyse sykehjem	22
Heltidskultur og ressursbehov.....	24
Kvalitet på tjenestetilbudet	25
Status dagens bygningsmasse	28
Boligpolitisk plan	28
Ressursbruk og prioritering – kort oppsummert.....	29
4 Data innhentet gjennom intervjuer og møter	29
Om bygninger	30
Om å få tjenester hjemme.....	30
Om organisasjonskultur.....	30
Om rekruttering.....	31
Om dokumentasjon	31
Om organisering og kompetanse	31
5 Framtidas helse- og omsorgstjenester i Rindal – muligheter og begrensninger	32
Tjenestene må henge sammen – toppen av omsorgstrappen.....	32
Korttidsplasser.....	33
Antall plasser med heldøgns omsorg	34
Helsetun/Helsehus	37
Mat og ernæring.....	37
Rekruttering og kompetanse	38
Investeringskostnader	38
Hvordan skal kommunen dimensjonere?	39
Anbefalinger	40
Vedlegg.....	41

Ressurssenter for omstilling i kommunene, heretter forkortet til RO, har utført oppdrag for Rindal kommune i henhold til tilbud av 9.3.2018. Oppdraget har vært å lede en prosess som skulle komme fram til en analyse av kommunens behov for framtidige helse- og omsorgstjenester.

Sammendrag

Denne RO-rapporten beskriver Rindal kommunes situasjon for dagens Helse- og omsorgstjenester og tegner et bilde av fremtidsutfordringene kommunen vil stå overfor frem mot 2030. Fokuset i gjennomgangen har vært framtidige behov for helsetjenester og kommunens bæreevne, forholdet mellom institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester og vurdering bygningsmessig standard for Rindal helsetun og egnethet for fremtidens tjenester.

KOSTRA-gjennomgangen viser at Rindal prioriterer pleie- og omsorgstjenestene høyt sammenlignet med andre kommuner. 38,5 % av kommunens budsjett går til pleie og omsorg. Utgiftsbehov til denne sektoren vil i de nærmeste årene være sterkt økende. Dersom kommunen skal være i stand til å gi innbyggerne det tilbudet innenfor pleie- og omsorg som er lovpålagt og forventet, må tjenesten innrettes mot å dreie fra tungt kostnadsdrivende institusjonsplasser til folkehelse, forebygging og mestring i eget hjem.

Ressursmessig ser tjenestene ut til å være veldrevet. Til tross for høyt sykefravær og nokså høy pleiefaktor (særlig på demensavdelingen), klarer enheten seg med relativt lite overtid og lite variabel lønn. Hjemmetjenestene har 71% effektiv brukertid, som er meget bra. Sykehjemmet bruker lite lederressurser, men virker å være veldrevet og med god kostnadskontroll. Ressurskontrollen i sektoren er god, for å møte fremtidens utfordringer er det andre ting som skal til. RO mener det dreier seg om to ting: å ta i bruk omsorgstrappa og tilrettelegge med boligstruktur som muliggjør at flest mulig skal klare seg lengst mulig i eget hjem.

Gjennom samtaler med ansatte, ledere og pårørende kan det virke som det behov for å ha et felles fokus på faglighet, kvalitet og endringer som dreier tjenestene mot å prioritere hjemmebasert omsorg. Ledernes oppmerksomhet må rettes mot dette. Det er ingen motsetningsforhold mellom å legge større vekt på hjemmebasert omsorg og det å ha institusjonsplasser, det er behov for begge deler. Spørsmålet blir hvilke behov en institusjonsplass skal fylle. Det blir et spørsmål om prioritering av ressurser fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. BEON-prinsippet – "Beste effektive omsorgsnivå", er et godt verktøy. BEON-prinsippet operasjonaliseres ofte gjennom en omsorgstrapp.

Omsorgstrappa er et godt visuelt bilde på graden av kommunal innsats, type tjenester på de ulike trinnene og hvor de gis. RO anbefaler at kommunen lager en beskrivelse av sin omsorgstrapp og hvilke tiltak som skal til for å oppfylle behov på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Prinsippet i en omsorgstrapp er en trinnvis opptrapping av innsats og kommunale tjenester basert på behov, generelt kan man si at den mest kostnadseffektive bruken av kommunens midler skjer på de nederste trinnene i omsorgstrappen.

En slik dreining i retning mer hjemmebasert omsorg kan ikke alene gjøres av lederne og de ansatte i sektoren, det krever en helhetlig tanke, sammenheng i tjenester, politisk vilje og påvirkning av holdningen til innbyggerne, brukerne og deres pårørende. Det krever at Rindølen tar ansvar for eget liv, hele livet. Å ta vare på egen helse ved fysisk og sosial aktivitet, å tilrettelegge bolig for et liv med en mindre smidig kropp før behovet er der. Å ta i bruk "hylleware" av velferdsteknologi som kan gjøre hverdagen lettere. Å be om og å få hjelp fra kommunen eller pårørende når de første behovene for

hjelp i hverdagen melder seg. Dette står utførlig beskrevet i Kvalitetsreformen for eldre "Leve hele livet"¹.

En helhetlig tanke om de tjenester kommunen skal levere handler også om bygninger og tilgang på egnet boligtilbud for eldre. Utkastet til kommunens bolig-politiske plan fremhever det som en kritisk suksessfaktor at kommunen tilrettelegger for sentrumsnære leiligheter for aldersgruppene 60+. Det vil øke tilgjengelighet til kommunale tjenester og tilbud, og ta presset av eksisterende omsorgsboliger, som igjen vil ta presset av institusjonsplassene. Kommunens korttids plasser i institusjon belegges i dag i stor grad av langtidspasienter. En viktig suksessfaktor ved å ta i bruk omsorgstrappen er at korttids plassene er reelle og tilgjengelige.

Fleksibilitet er viktig med tanke på hvordan tjenestene i toppen av omsorgstrappa innrettes, mengde og typer av tjenester må kunne varieres. Deler av dagens helsetun foreslås revet, da det ikke kan bygges om til formålstjenlige helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Når det skal bygges nytt må følgende bestemmes;

- hvor mange plasser som trengs til kortere trygghetsopphold, utredning/behandling, avlastning, rehabilitering (ikke til permanent opphold)
- hvor mange plasser som bør være i institusjon med særlig fokus på skjerming og palliasjon
- hvor mange plasser som beregnes til heldøgns omsorg i egen bolig.

Også her er fasiten fleksibilitet. Bygget må utformes slik at arealene kan fungere både som omsorgsboliger og institusjon etter behov. Det betyr at tallene for de ulike plassene ikke er statiske, men varierer innenfor et minimalt og maksimalt antall. Til sammen skal de dekke kommunens behov for pleie- og omsorgstjenester i toppen av omsorgstrappa.

Det må være et overordnet mål at kommunens innbyggere er trygge på at de får hjelp når de trenger det, ved at alternativene mellom nederste og øverste trinn i omsorgstrappa tas i bruk ut fra den enkeltes behov.

1 Mandat og metode

Mandat

I vårt tilbud beskrev RO en forståelse av dette oppdraget som en grundig gjennomgang av dagens helse- og omsorgstjenester gjennom en situasjonsbeskrivelse basert på faktiske tall og framskrivninger som viser utfordringer fram mot 2030.

I konkurransegrunnlaget beskriver Rindal kommune (oppdragsgiver) en situasjon i helse- og omsorgstjenestene hvor bygninger (helsetunet) er lite funksjonelle etter dagens krav til tjenestene. I forbindelse med at det er behov for en grundig vurdering av framtidens behov knyttet til det bygningsmessige, følger det et behov for en tjeneste- eller driftsgjennomgang som er grunnlaget for bygningsmessige vurderinger. Ekstern rådgiver skal lede prosessen med å få fram kapasitets- og behovsanalyse hvor gjennomgang av status i dag sees opp mot forventet behov for tjenester og organisering fram mot 2030.

Denne gjennomgangen vil danne grunnlag for en grov vurdering av bygningsmassen slik den er i dag. Vurderingen vil ta utgangspunkt i om lokalene på en ressurseffektiv måte kan brukes, evt. bygges om, slik at de kan huse framtidens tjenester.

¹ Meld.St. 15 2017-2018

Rindal kommune har gjennom kommunestyrevedtak 7.3.2018 vedtatt et planprogram for ny Helse- og omsorgsplan 2030. Dette planprogrammet bygger på tidligere vedtak fra 2014 hvor det ble nedsatt ei plangruppe som har lagt fram en rapport kalt "Ny helse- og omsorgsmodell for Rindal kommune. Perioden 2016 – 2019". RO har gjennom dokumentanalyse gått igjennom dette arbeidet og bygger på de vurderingene som framkommer av disse som vedtatte forutsetninger. Forutsetningene kan oppsummeres slik:

- Helse- og omsorgstjenestene organiseres som én enhet
- Tjenestene endres gradvis fra institusjonstjenester til mer hjemmebaserte tjenester
- Det må komme bygningsmessige oppgraderinger, ombygginger og nybygging for å dekke framtidige behov

RO forstår oppdraget slik at plan for innretning av tjenestene i framtiden bygger på uttalt strategi i kommuneplanen og viten om framtidige utfordringer knyttet til ressurser og økonomi. Kommunestyret i Rindal kommune har vedtatt et økonomi- og handlingsprogram for perioden 2018-2021 med mål om ombygging/nybygg av Rindal helsetun.

Dette er ROs rapport fra oppdraget og den oppsummerer vårt arbeid. RO har samarbeidet med "ON arkitekter og ingeniører AS" om analysene knyttet til overordnet gjennomgang av bygninger. ON arkitekter og ingeniører AS har laget en egen delrapport bygd på sine befaringer i kommunen. Befaringene til arkitektfirmaet ble foretatt sammen med rådgiver fra RO og kommunen har tidligere fått delrapporten oversendt. Delrapporten ligger som vedlegg til denne RO-rapporten.

Videre har kommunen etter ønske fra administrasjonen fått oversendt et foreløpig notat fra RO etter ROs befaringer og intervjuprogram.

Metode

RO har innhentet kvantitative data om Rindal kommunes praksis på følgende områder:

- Gjennomgang av gjeldende planverk, regnskap, årsrapporter og annen dokumentasjon fra kommunen
- Gjennomgang av KOSTRA-tall for de aktuelle tjenestene, med hovedfokus på produktivitet, dekningsgrad og prioritering
- Befolkningsframskriving (SSB) som er brukt til å vise aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient
- Kommunens IPLOS-data/SUM-rapport.
- Utkast til boligpolitisk plan

De kvantitative dataene gir grunnlag for en ressurs- og driftsanalyse av sykehjemmet der kostnadsbildet ved Rindal kommunes sykehjem blir sammenliknet med sykehjem i andre kommuner. Den kvantitative informasjonen gir grunnlag for brukertid - en beregning av direkte og indirekte tid i hjemmetjenesten. Datainnsamlingen gir også grunnlaget for en tjenesteprofil – som brukes til å sammenlikne Rindal kommunes prioriteringer, samt graden av tilgjengelighet til sykehjems plasser, med landets øvrige kommuner.

Den kvantitative informasjonsinnhenting gir grunnlaget for evaluering av ressursbruk, kompetanse, dimensjonering og tjenesteeffektivitet på alle tjenesteområdet innen Rindal kommunes omsorgstjenester.

Det er gjennomført intervjuer med representanter for alle tjenestene innen pleie og omsorg. Utvalget har bestått av representanter fra administrativ og politisk ledelse, bruker, brukerutvalg, tillitsvalgte og verneombud og ledere og medarbeidere fra de respektive deltjenestene.

Intervjuene har hatt fokus på oppfatninger om organisering, samhandling, kvalitet og dimensjonering, kompetanse- og brukerbehov, helhetlig tjenesteløp og tjenesteeffektivitet.

ROs anbefalinger og forslag til framtidige fokus- og arbeidsområder for kommunen, baseres både på kvantitative og kvalitative funn, samt føringer fra lokale og sentrale myndigheter knyttet til organisering, ledelse og drift av den kommunale omsorgstjenesten.

2 Kommunens behov for Helse- og omsorgstjenester

Å beskrive framtidige behov for tjenester har vært en sentral forventning hos oppdragsgiver i dette prosjektet. Å beregne behov 10 – 15 år fram i tid vil uansett metode, være avhengig av hva slags antagelser eller forutsetninger som legges inn i beregningsmodellen. Statistisk Sentralbyrå har modeller for framskriving av befolkningsdata som også baserer seg på valg av forutsetninger. Tilflytting/fracflytting internt i landet, og fylkene, fødselsrater, gjennomsnittlig forventet levealder og grad av innvandring til riket, er eksempel på størrelser som er vanskelig å forutsi langt fram i tid.

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

Dette kan for eksempel knyttes til innbyggernes forventinger til hva som ligger i kommunens "sørge for ansvar". Endringer i sykehusenes praksis med hensyn til utskrivningspraksis, endringer i samarbeid om KAD-senger vil påvirke hva som oppleves som behov. Hvordan befolkningen tenker rundt egen alderdom, boform og ansvar for egen og familiemedlemmers omsorgsbehov, vil i stor grad påvirke kommunens registrering av "behov".

Dette er generelle faktorer som er med på å beskrive behov for tjenester i alle kommuner. Uansett vil behovet for tjenester likevel i stor grad avgjøres av utviklingen i demografien, særlig av antallet som til enhver tid er i de eldste aldersgruppene. Forskerne (se for eksempel Meld. St. 15, Leve hele livet som kom nå i 2018) har påvist hvordan kommunale omsorgstjenester i mye større grad enn tidligere gis til yngre brukere. Denne vridningen har også skjedd i Rindal. På tross av dette vil det likevel være slik at behovet for omsorgstjenester i framtida vil være knyttet til den eldste delen av befolkningen. Mens yngre grupper av tjenestemottakere har en ordning med statlig medfinansiering av ressurskrevende brukere, gjelder denne ordningen ikke for tjenestemottakere som har passert 67 år.

Befolkningsframskriving

Når plangruppa i kommunen skulle beregne sannsynlig tjenestebehov brukte de framskrivingstabeller fra SSB. Tabellen som er brukt i den analysen er fra 2014 (Analyse av styringsdata for Rindal kommune som følge av samhandlingsreformen). Når RO nå henter ut framskrivingstallene fra SSB, viser det seg at forventningene er endret. Tabellen ser nå slik ut:

Tabell 1: Befolkningsframskriving for Rindal. Tall fra 2014 i parentes.

	2020	2025	2027	2030	2035	2040
sum 0-5 år	126 (162)	121 (177)	122 (182)	126 (180)	128 (176)	132 (181)
Sum 6-19 år	334 (410)	321 (423)	324 (441)	330 (472)	324 (502)	329 (511)
Sum 20-66 år	1112 (1217)	1153 (1289)	1151 (1300)	1172 (1333)	1168 (1357)	1181 (1387)
Sum 67-79 år	309 (293)	301 (296)	294 (293)	276 (286)	300 (317)	338 (364)
Sum 80-89 år	121 (121)	126 (118)	138 (134)	159 (143)	181 (170)	156 (154)
Sum 90 år +	27 (32)	35 (34)	35 (34)	36 (35)	36 (31)	55 (47)
SUM	2029 (2235)	2057 (2337)	2064 (2384)	2099 (2449)	2137 (2553)	2191 (2644)
Sum 80 +	148 (153)	161 (152)	173 (168)	195 (178)	217 (201)	211 (201)

Kilde SSB, MMMM-alternativet pr juni 2018

Her er plangruppas tall fra 2014-rapporten satt i parentes for hvert år og aldersgruppe slik at forskjellene blir tydelig. Dette viser også hvor vanskelig det er å forestille seg utviklingen noen år fram i tid.

Tabellen viser oppsummert at forventning om totalt antall innbyggere er mindre optimistisk, fra rundt 200 mindre enn forventet for 2020 og helt til 450 færre forventede innbyggere i 2040.

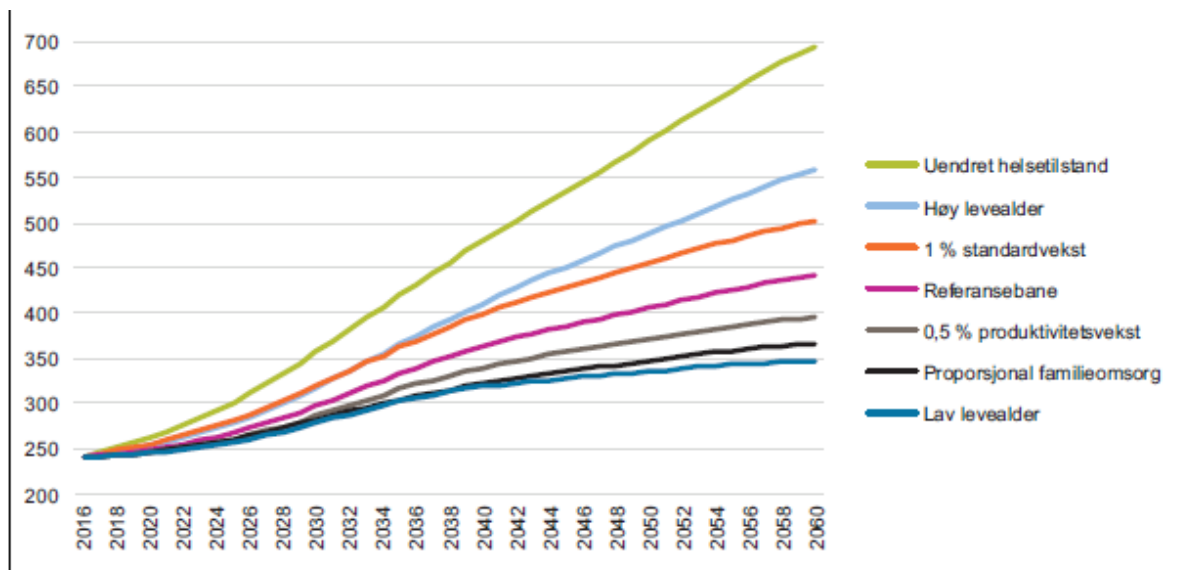
Avviket i framskrivingen er størst for de yngste aldersgruppene, forventningene til antall innbyggere mellom 0 og 19 år var langt større i 2014 enn det ser ut til å bli, nå 4 år etterpå. Det samme gjelder for antall innbyggere i yrkesaktiv alder (20-66 år).

For aldersgruppen 67-79 år viser framskrivinga nå at den aldersgruppen er større enn det man forventet i 2014 frem til 2025, deretter blir det færre enn hva man trodde for 4 år siden. Framskrivningen for innbyggere over 80 år ser derimot ut til å ha mindre forskjeller fra 2014 og 2018. Antallet eldre øker likevel i forhold til hva man trodde – særlig mot slutten av framskrivingsperioden.

Antallet over 80 år antas å bli 217 i 2035 mot anslag om 201 i fra framskrivinga i 2014. Dette viser i hovedsak to ting, at aldersbæreevnen - forholdet mellom yrkesaktive (16-66 år) og innbyggere over 67 år blir endret. Og at familieomsorgskoeffisienten (antall potensielle familieomsorgsgivere i alderen 50-66 år opp mot antall personer over 85 år) også blir et anet. Rindalsamfunnets bærekraft for å ta seg av den eldre befolkningen svekkes i forhold til prognosene når planprogrammet ble vedtatt i 2014.

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

Figur 1: Framskrivning av mottakere av omsorgstjenester frem til 2060. Per 1000 personer



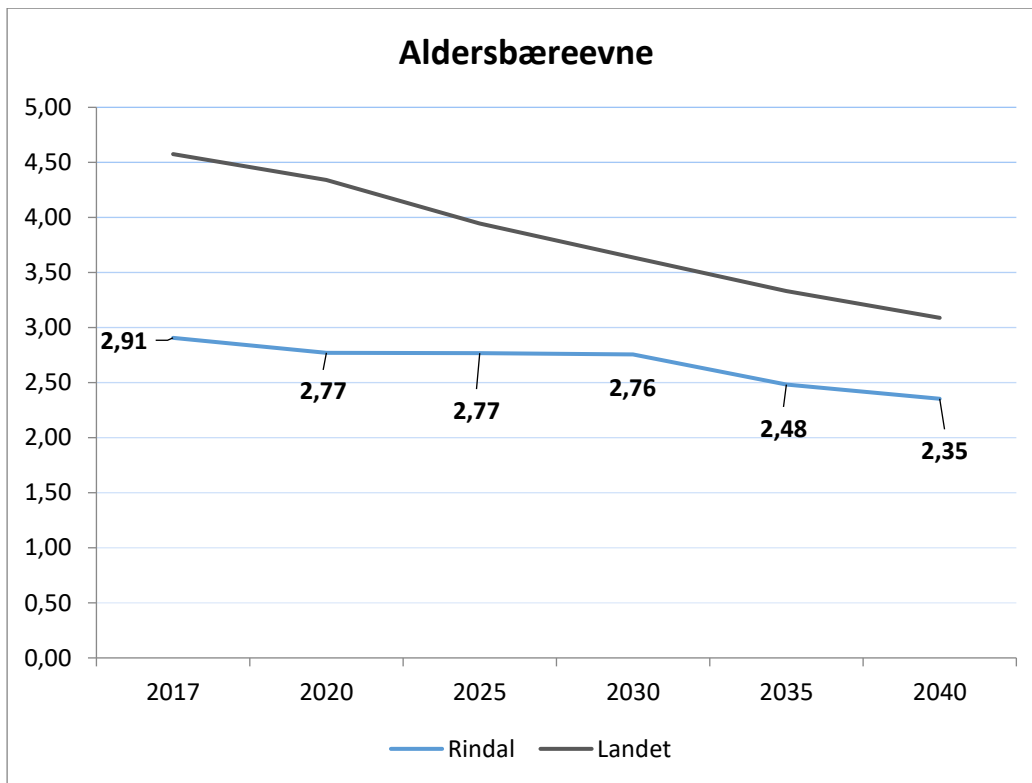
Figur 2.12 Framskrivning av mottakere av omsorgstjenester fram til 2060. Per 1000 personer.

Kilde: Statistisk sentralbyrå (61)

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

Særlig vil RO trekke fram hvordan det som omtales som aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient vil være avgjørende når kommunen skal beregne sannsynlig tjenestebehov fram i tid.

Figur 2: Prognose for aldersbæreevne frem mot 2040

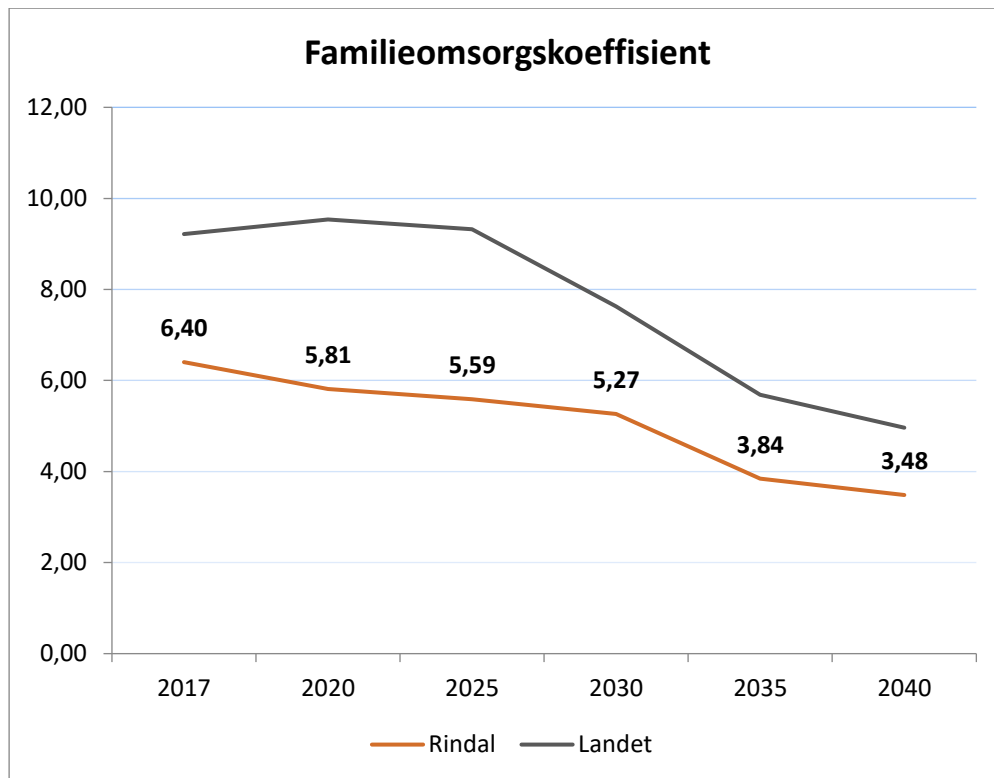


Aldersbæreevnen. Framskriving av antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

Figuren viser altså forholdet mellom de aldersgruppene som erfaringsmessig trenger bistand og de aldersgruppene som skal yte denne bistanden. I Rindal, som i de fleste kommuner ellers, minsker andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder samtidig som andelen i pensjonistalderen øker. Kurven for landet som helhet ser verre ut enn for Rindal, men også i Rindal vil denne bæreevnen svekkes med 20% fram mot 2040. Svekkelsen er sterkest etter 2030.

En av faktorene som gir størst utslag når den endres er forholdet mellom de eldste eldre og potensielle omsorgsytere i familien. Ut fra registrering antas at familieomsorgen (som i Norge har vært, og fremdeles er, like stor som den offentlige, betalte omsorgen) først og fremst ytes av personer mellom 55 – 66 år. Familieomsorgskoeffisienten er derfor en sentral størrelse som viser potensialet i familieomsorgen. Stortingsmeldingen viser hvordan potensialet i familieomsorgen endres radikalt til det verre for landet som helhet. Framskrivingen for Rindal viser også dramatiske tall hvor reduksjonen er på nesten 50% fram mot 2040.

Figur 3: Prognose for familieomsorgskoeffisient frem mot 2040



Familieomsorgskoeffesienten. Framskrivning av antall omsorgsytere (50-66 år) per antall eldre (85+ år).

Dette er statistiske beregninger, politikere i Rindal må selv vurdere sannsynligheten for at man kan, ikke bare holde familieomsorgen på dagens nivå, men helst øke den slik at færre familiehjelpere kommer til å gjøre en forholdsvis større innsats enn i dag.

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

Framskrivning av behov for tjenester, demografimodell

Teknisk beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU) beregner hvordan kommunesektorens utgifter påvirkes av den demografiske utviklingen. Befolkningsendringer påvirker kommunenes samlede utgiftsbehov til velferdstjenester som grunnskole, barnehage og pleie og omsorg. TBUs beregninger tar utgangspunkt i SSBs middelalternativ for fruktbarhet, levealder og netto innvandring (i tillegg vises alternative beregninger for henholdsvis lav og høy innvandring).

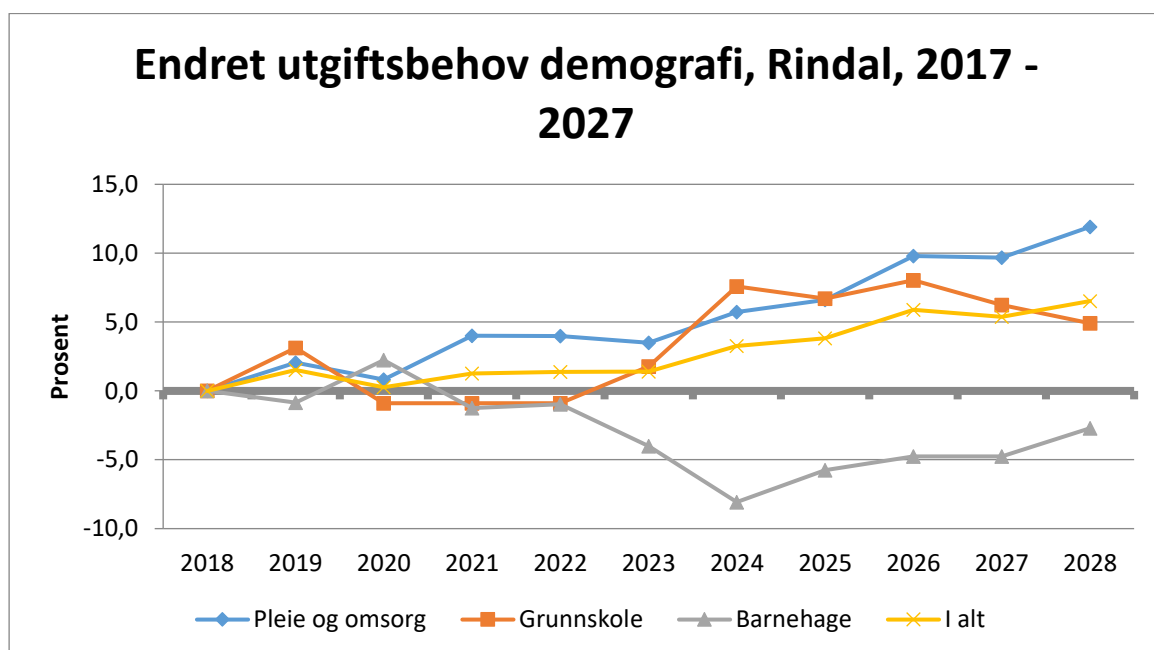
TBUs beregninger tar utgangspunkt i analyser av hvordan kommunesektorens utgifter faktisk fordeler seg på individrettede velferdstjenester til de ulike aldersgruppene. De bygger altså ikke på noen sentralt fastsatt norm for tjenestetilbudet. I beregningene legges det videre til grunn konstante gjennomsnittskostnader, uendret standard, uendret produktivitet og uendret dekningsgrad. Høyere

dekningsgrad eller høyere standard vil isolert sett trekke i retning av økte utgifter, mens økt produktivitet vil trekke i retning av reduserte utgifter.

KS har utarbeidet en regnearkmodell, basert på TBUs metodikk og forutsetninger, der landsanslaget er dekomponert ned på den enkelte kommune. Kommunen får dermed et beregnet anslag for hva befolkningsframskrivninger vil kunne komme til å bety for kommunens **brutto** utgiftsbehov til sentrale velferdstjenester som grunnskole, barnehage og pleie og omsorgstjenester.

Regnearkmodellen viser hvordan kommunens brutto utgiftsbehov innenfor sentrale velferdstjenester påvirkes av befolkningsendringer, gitt landsgjennomsnittets utgifter per innbygger. Endringer i **brutto** utgiftsbehov som fremkommer i modellen vil dermed måtte finansieres av både frie inntekter, øremerkede tilskudd og brukerbetalingar etc.

Figur 4: Utgiftsbehov i forhold til demografisk utvikling fram mot 2027



Kilde: KS. Demografimodell pr juli 2018

Figuren viser hvordan Rindal kommune i de nærmeste årene vil stå overfor sterkt økende behov innenfor pleie- og omsorgssektoren og hvordan denne sektoren vil ha et behov som fra 2025 øker mye mer enn barnehage og grunnskole. Når vi vet at Rindal allerede i dag prioriterer pleie og omsorg høyere enn de fleste andre kommuner, gir dette grunn til tvil om det vil være mulig å opprettholde dagens tjenestenivå inn i planperioden for ny helse- og omsorgsplan.

Demens og behov for tjenester

Generelt vil utviklingen når det gjelder personer med demens være en svært viktig faktor når man skal beregne framtidig tjenestebehov. Rent statistisk beregner RO at antallet personer med demens i Rindal vil øke fra dagens nivå på ca 48 til ca 68 i 2035. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst og tjenestebehov. På den annen side vil redusert dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft øke forekomsten av demens (fordi forekomsten øker med stigende alder).

I en rapport fra 2016² har forskere i Helseøkonomisk analyse AS beregnet gjennomsnittlig kostnad: "Resultatene fra vår enkle modell tyder på at en kommunes utgifter til pleie og omsorg (pr. år) vil øke med 1 215 000 kroner dersom det kommer ett nytt sykdomstilfelle"

I en rapport fra 2015³ beregnes et gjennomsnittlig sykdomsforløp til vel 8 år. Forløpet deles inn i faser, hvor første fase er "Symptomdebut til diagnose. 3 år", andre fase er "Fra diagnose til institusjon. 3 år" og siste fase er "På institusjon 2,1 år" I de to første fasene mottar pasientene i studiet hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Halvparten av pasientene får hjemmesykepleie og siste måned før innleggelse har pasientene gjennomsnittlig 4 t hjemmesykepleie i uken.

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

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

I Norge har vi gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. Om lag 84 % av de som bor i sykehjem har demenssykdom, og over 40 % av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester har demens. Hvis vi slår sammen disse tallene, er det i dag om lag 71 000 personer med demens blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsbeboere. Vi har dessverre ingen anslag for hvor mange som har demens i resten av befolkningen. Men tallet på tjenestemottakere med demens indikerer at anslaget fra Alzheimer Europe heller er for lavt enn for høyt⁴.

Andelen med demens øker med økende alder. Ut fra statistiske data har RO forsøkt å beregne antall personer i Rindal med demenssykdom for perioden 2018 til 2040.

² Rapport nr 1 – 2016. "Demens i norske kommuner 2015 – 20140. Prognoser basert på internasjonale studier." Helseøkonomisk analyse AS. Lokalisert på: http://healtheconomics.no/rapport2016_1.pdf

³Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset innlandet (2015): "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)"

⁴ Demensplan 2020; Et mer demensvennlig samfunn

Tabell 2: Andel av demens i ulike aldersgruppe (grunnlag SSB)

Andel med demens i ulike aldersgrupper. Kilde: (Engedal, 2009; Helsedirektoratet, 2014)					
Aldersgruppe	Andel (prosent)	Antall 2018	Antall 2030	Antall 2035	Antall 2040
65-69 år	1	1 (146)	1 (126)	2 (150)	1 (143)
70-74 år	2	2 (116)	2 (98)	2 (121)	3 (144)
75-79 år	6	5 (86)	7 (115)	5 (90)	7 (116)
80-84 år	18	14 (76)	19 (105)	18 (101)	15 (81)
85-89 år	32	15 (46)	17 (54)	26 (80)	24 (75)
90 år og eldre	41	11 (27)	15 (36)	15 (36)	23 (55)
SUM		48	61	68	73

Andel av demens i ulike aldersgrupper (grunnlag Statistisk sentralbyrå (SSB) som bygger på middels nasjonal vekst (MMMM alternativet). Alle tall er avrundet til hele tall. Tall i parentes er totalt antall innbyggere i de respektive aldersgruppene.

Demens gir svekket hukommelse, særlig for det som har skjedd i nær fortid. I tillegg gir demenssykdom redusert evne til abstrakt tenkning og dårlig kontroll over følelsene. Sykdommen kan ikke kureres. De samme risikofaktorene som er knyttet til hjerte- og karsykdommer, slik som fysisk aktivitet og kosthold, er også knyttet til demenssykdom. Dette gir håp om forebygging. Likevel må vi regne med en kraftig økning i utbredelse som følge av økende levealder.

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

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (jfr. § 3.2) omfatter ikke eksplisitt aktivitets- eller dagsentertilbud.

Kommunens plikt til å vurdere pårørendes behov er likevel blitt forsterket gjennom lov.

"1. oktober 2017 trådte en ny pliktbestemmelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Bestemmelsen innebærer at kommunen skal tilby nødvendig pårørende-støtte " (Meld.St. 15, s.152). Der beskrives blant annet opplæring, veiledning, omsorgsstønning og avlastningstiltak for personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver som eksempler på pårørende-støtte.

Dette lovkravet kan blant annet følges opp med å opprette kommunale dagsentertilbud. Eksempler brukt i Stortingsmeldingen viser at kommuner oppretter dagsentertilbud for demente. Der vektlegges behovsbaserte og målrettede tilbud og aktiviteter for å øke mestring, skape trygghet, forebygge ensomhet osv. men også som et tiltak for å avlaste pårørende. Dagsentrene kan ha åpent både dag og kveld og organiseres noen steder også som et interkommunalt tilbud.⁵

For å stimulere til dette, er det fra 2018 vedtatt et nytt regelverk for tilskudd til etablering og drift av dagsentertilbud til hjemmeboende personer med demens. Det kan søkes om tilskudd til både etablering av nye plasser og videreføring av eksisterende plasser som er opprettet fra 2012.

I målsetningen for tilskuddsordningen skrives det at: "Dagaktivitetstilbud vil kunne stimulere til og bygge opp under egenmestring tilpasset den enkeltes funksjonsevne. Et dagtilbud til hjemmeboende

⁵ Meld St. 15 2017-2018 "Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre"

personer med demens kan også bidra til at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig, og gi nødvendig avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon." ⁶

Behov for tjenester - oppsummert

Oppsummert blir behovet for Helse- og omsorgstjenester større i Rindal. Antall innbyggere reduseres. Aldersbæreevnen og familieomsorgskoeffisienten blir mindre. Sett i forhold til tallene i planprogram Helse- og Omsorgsplan skrevet i 2014 er det en forverring. Utgiftsbehovet til helse og omsorgstjenester vil øke for alle aldersgrupper, men særlig for eldre. Antallet demente vil også øke i det tidsperspektivet vi ser på frem mot 2040.

3 Ressursbruk og prioritering i forhold til andre kommuner

Forskning innen pleie- og omsorgstjenestene ⁷ viser at det er store variasjoner i innretning og profil på kommunale pleie- og omsorgstjenester. Som eksempel på mangfoldet nevner Brevik og Nygård at i noen kommuner bor mer enn 25 % av gruppen 80 år og over på sykehjem med en gjennomsnittlig botid (liggetid) på sykehjemmet på over 3 år.

Brevik og Nygård hevder at noen kommuner har det vi kan kalle en forebyggende tjenesteprofil, ved å gi litt hjemmetjenester til mange personer. Andre kommuner har det vi kan kalle en pleieprofil på hjemmetjenestene, ved å gi mye hjelp til få personer. De hevder videre at vi i noen grad kjenner en del mønstre i variasjonen.

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

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

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

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

⁶ <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens#mål-for-ordningen->

⁷ Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønster i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.

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

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

Også Sørheim og Paulsen (2012)⁸ finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrække med flere (2011)⁹ finner at kommuner med ansatte hvor andelen med relevant høgskole-utdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Videre finner de også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og utnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler".

Dette er generelle trekk som sier noe om prioritering av ressursene til helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner. Prioritering og sammensetning av tjenestene i Rindal ble grundig beskrevet og underbygget i rapporten som tidligere er vist til fra plangruppa for ny helse- og omsorgsplan fra 2014. Her oppsummeres dette slik (s. 30 i rapporten): *"Rindal ligger ganske nær landsgjennomsnittet mht. driftsutgifter til pleie- og omsorg 67 år+ og 80 år+. Driftsutgiftene har steget de siste årene pga. økte behov til yngre brukere med store bistandsbehov. Driftsutgiftene til institusjon pr. plass ligger noe under landsgjennomsnittet. Hvis vil splitter over og under 67 år, ser vi at utgiftene til hjemmeboende eldre er lav, mens utgiftene til yngre ligger over landsgjennomsnittet på linje med Surnadal og Orkdal. Utgiftene til kommunehelsetjeneste for øvrig er på landsgjennomsnittet. Legedekninga ligger noe under, mens innsatsen med helsestasjon og skolehelsetjeneste er lav og redusert de siste årene. "RO har prøvd å finne ut om det bildet som ble tegnet i 2014 er vesentlig endret til nå i 2018.*

I ROs foreløpige notat til Rindal oppsummerte vi våre funn knyttet til kommunens prioriteringer og satte disse prioriteringene i sammenheng.

At den nye Helse- og omsorgsplanen ikke skal være, som tidligere, en plan for pleie og omsorg, men en plan for hele helse- og omsorgsområdet, viser i seg selv noe av den utviklinga denne planen går inn i.

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

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

⁸ Sørheim, K.A. og Paulsen, B. (2012): Strukturell variasjon i pleie- og omsorgstjenesten. Typologisering av kommuner. Sintef, Teknologi og samfunn. Helse.

⁹ Hjelmbrække, S., Løyland, K., Møller, G., og Vardheim, I. (2011): Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.

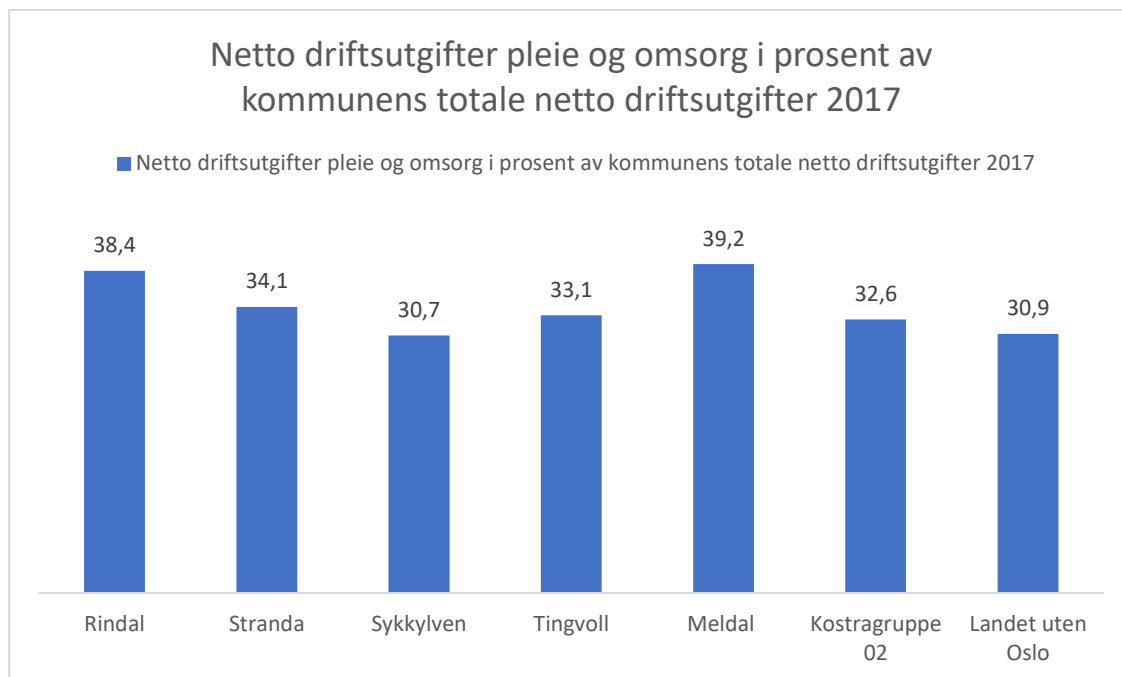
Det er i dag stor forskjell på hvor langt kommunene er kommet i denne omstillingen og selv om Rindal har redusert sykehjemsomsorgen, er kommunen likevel i dag en av de mest institusjonsorienterte kommunene i landet (tilhører de ti prosentene som har høyest sykehjemsdekning).

I KOSTRA deles kommunene i Norge inn i kommunegrupper slik at alle kommuner kan sammenliknes ut fra aggregerte data med kommuner med samme størrelse og inntektsforhold. Når RO i det følgende skriver "kommunegruppe" er det denne gruppa, KOSTRA-gruppe 2, det vises til.

Kort oppsummert viser KOSTRA-gjennomgangen at Rindal prioriterer pleie- og omsorgstjenestene høyere enn kommunegruppa ellers og også høyere enn de fleste vi har sammenliknet med. Alle tall er fra 2017.

Rindal bruker 38,5 % av det totale driftsbudsjettet på pleie og omsorg, mens gjennomsnittet i kommunegruppa er 32,6 %.

Figur 5: Sammenligning av netto driftsutgifter pleie og omsorg

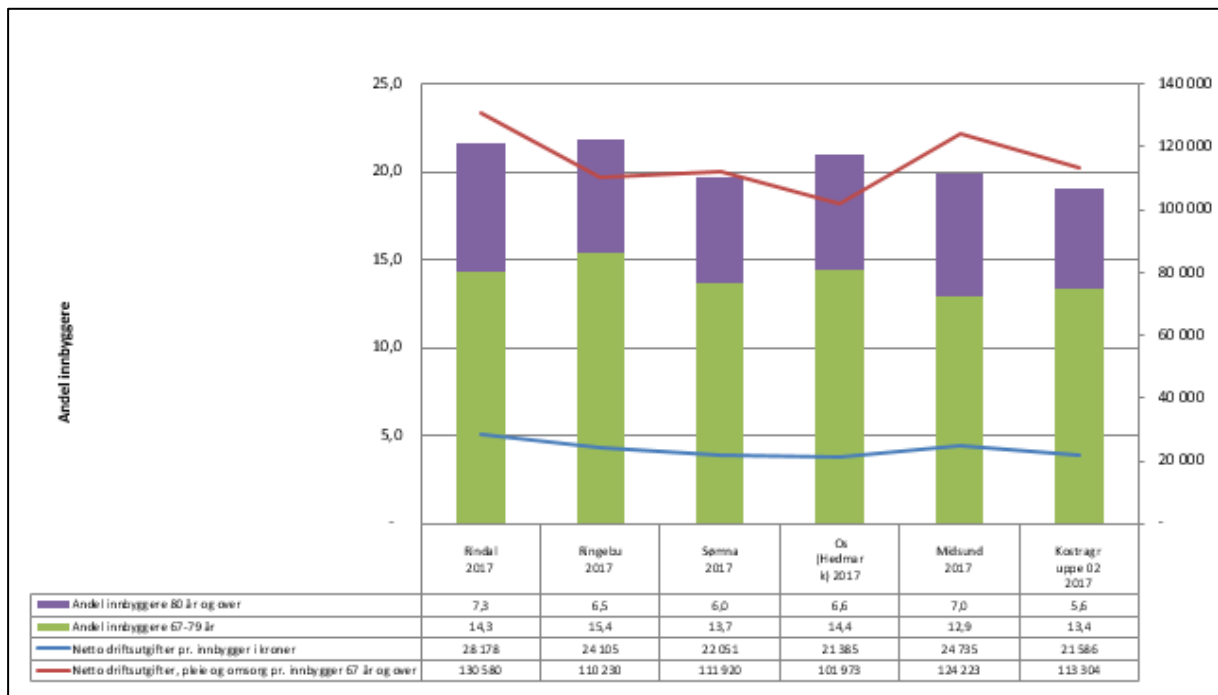


Kilde: KOSTRA

I sammenlikningsrekka her er det tatt med noen andre kommuner som tilhører samme kommunegruppe som Rindal. For å illustrere betydningen av grad av prioritering til pleie- og omsorg, vil en endring på 1% utgjøre ca. 1,5 mill. kr. (Netto driftsutgifter for Rindal kommune i 2017 var ifølge SSB 149,7 mill. kr.)

Diagrammet under viser videre at kommunen også i faktiske tall bruker mer ressurser til pleie- og omsorgstjenester enn sammenliknbare kommuner. Utgifter pr. innbygger ligger i Rindal på 28 000 kr, mens kommunegruppa ligger på 22 000 kr. Også man bryter tallene ned til utgifter pr. innbygger over 67 år (da antar man at dette også sier noe om relativt behov for tjenester) ligger Rindal høyt, henholdsvis på 130 000 og 113 000 kr.

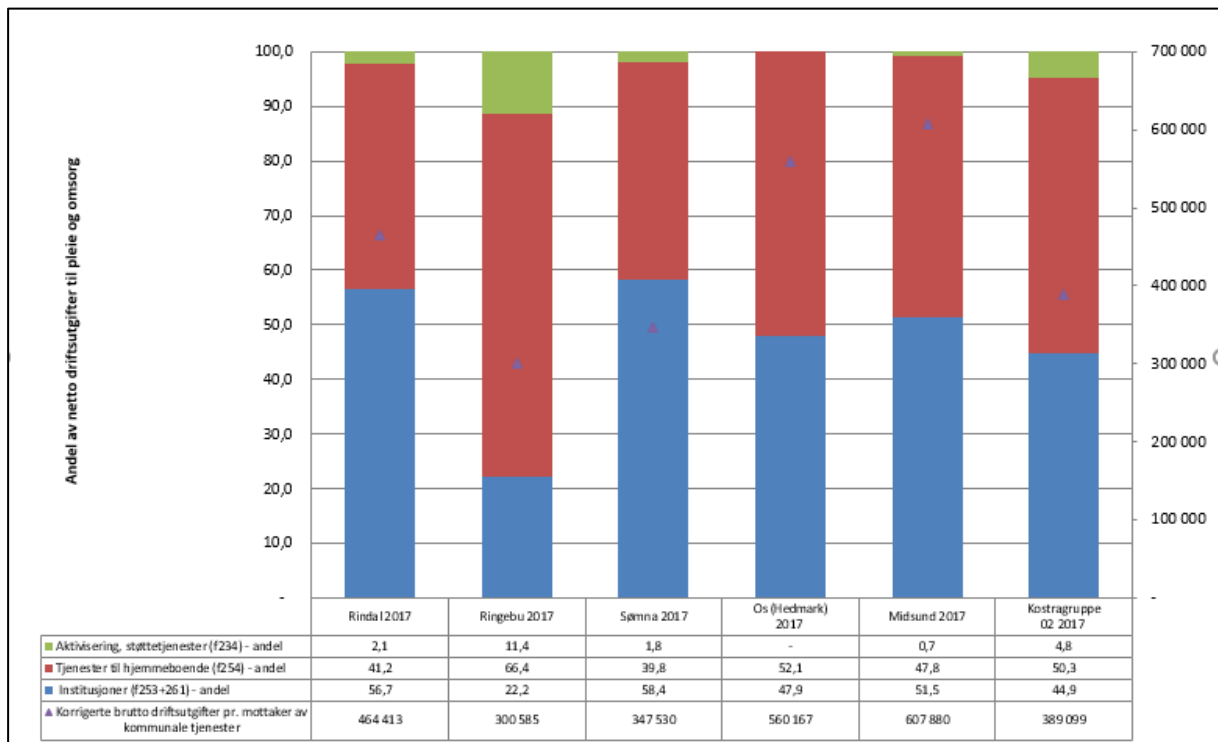
Figur 6: Sammenligning prioritering av ressurser til pleie og omsorg



Kilde: KOSTRA

Neste figur viser et bilde på tjenesteprofilen i noen kommuner. Ringebu er her valgt som sammenlikningskommune fordi denne kommunen i løpet av noen år totalt har endret sin tjenesteinnretning. Rindal har en innbyrdes vekting mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester på ca. 58% mot 41%. Tilsvarende for kommunegruppa er 50% mot 45% (resten opp til 100 % er aktivitetstjenester). De samme tallene for Ringebu er 22% mot 66% (innbyggertallet i Ringebu er ca. 4000).

Figur 7: Sammenligning av tjenesteprofil pleie og omsorg

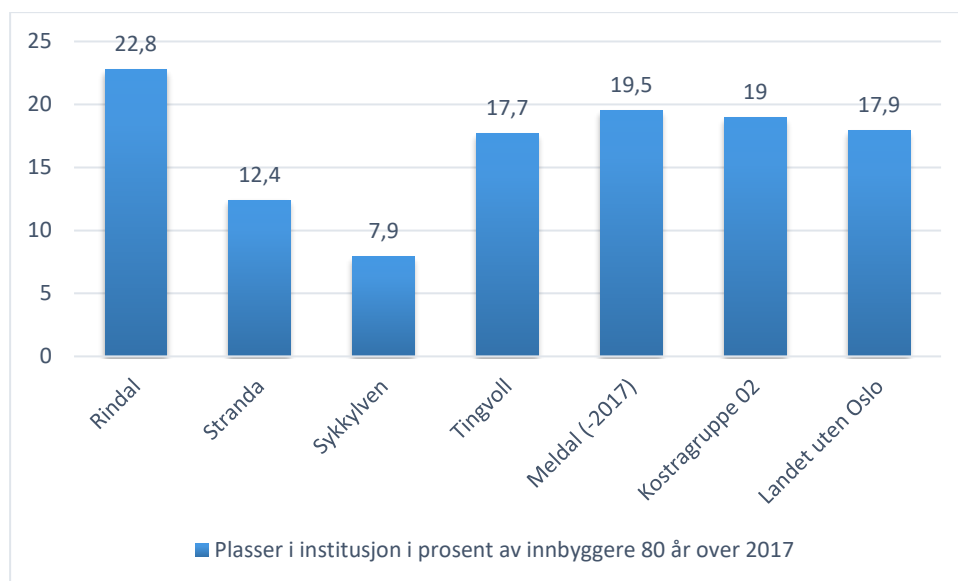


Kilde: KOSTRA

Med disse utvalgte figurene og KOSTRA-tallene ønsker RO å synliggjøre at det er av vesentlig betydning for framtidens tjenester og ressursbruk hvordan man ønsker å prioritere mellom ressurser til institusjonstjenestene og hjemmetjenestene. Som RO har vist til tidligere i dette kapitlet synes det å være en sammenheng mellom at kommunen prioriterer institusjonsomsorg høyt og at man bruker mye ressurser på pleie- og omsorgstjenestene samlet sett.

Indikatoren KOSTRA har brukt i alle år for å synliggjøre forskjellene i kommunenes prioritering av institusjonstjenestene er forholdet mellom antallet innbyggere i kommunen opp mot antall sykehjemsplasser kommunen har til disposisjon. Denne indikatoren har blitt kalt "grad av sykehjemsdekning". I figuren under har vi sammenliknet sykehjemsdekningen i Rindal med dekningsgraden i noen andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe. Vi har tidligere i rapporten vist til en generell utvikling i kommunene henimot en redusert prioritering av sykehjem, i denne utviklinga kan det se ut som om Rindal henger igjen i en tradisjonell tenkning hvor antallet tilgjengelige sykehjemsplasser ble sett på som den faktoren som skulle vise at man satset på "god eldreomsorg".

Figur 8: Sammenligning av sykehjemsdekning

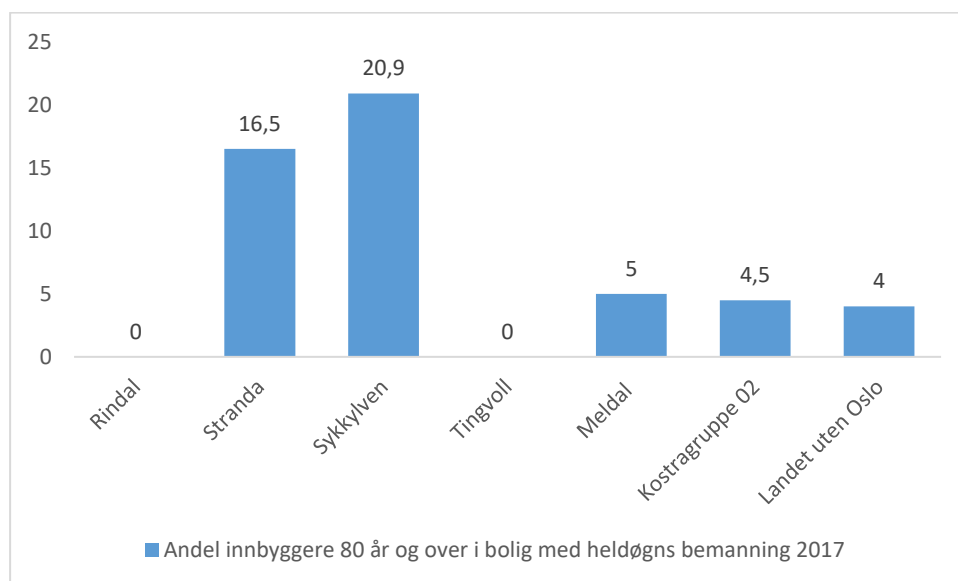


Kilde: KOSTRA

Forklaringen på at noen kommuner kan klare seg med veldig få sykehjemsplasser og likevel tilfredsstillende kvalitetskravene i tjenestene, er at man gir tjenester til brukere med behov på høyeste omsorgsnivå i bemannet omsorgsbolig. Når man da kan få en annen og mer presis kontroll med ressursbruk, handler det om at brukere i omsorgsbolig betaler husleie og får tjenester etter individuelle vedtak. Dermed kan man i større grad tilpasse bemanning etter hvilke behov de som bor i boligene til enhver tid har.

Neste figur er med på å skape et helhetlig bilde av helse- og omsorgstjenestenes mulighet til å gi avansert tjenester i toppen av omsorgstrappa. Her vises tallene for dekningsgrad når det gjelder antall omsorgsboliger med kapasitet til å gi heldøgns omsorgstjenester i de samme kommunene.

Figur 9: Sammenligning av dekningsgrad for omsorgsboliger med heldøgn omsorg

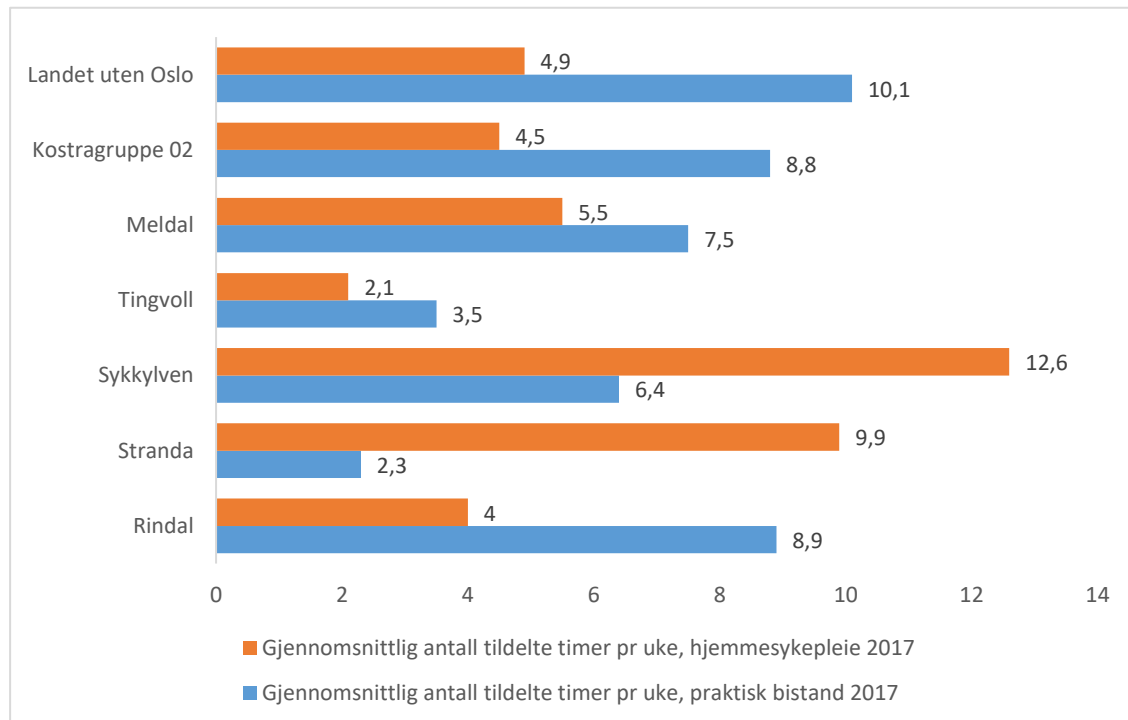


Kilde: KOSTRA

Rindal står helt uten tilbud om slike boliger, dette gir en høy institusjonsdekning, men et lavt samlet tilbud i forhold til å yte omsorgstjenester til de som har behov for heldøgns omsorgstjenester.

I neste figur sammenlikner vi tildelingspraksis i kommunene når det gjelder hjemmetjenester. Her bekreftes også bildet av Rindal som en kommune som først og fremst gir tjenestene til dem som trenger mest avanserte omsorgstjenester som institusjonstjenester. Kommunene som har satset på omsorgsboliger med tilbud om heldøgns omsorgstjenester har en tydelig profil hvor det gis mye hjemmesykepleie.

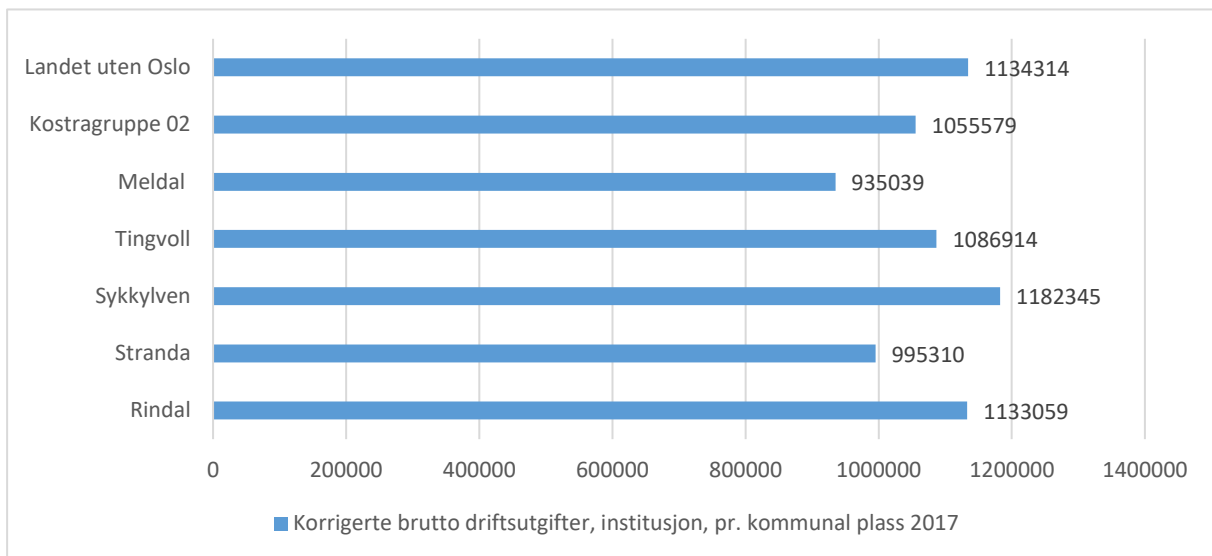
Figur 10: Sammenligning av tildelingspraksis for hjemmetjenester



Kilde: KOSTRA

I KOSTRA kan man også sammenlikne utgifter pr. bruker i institusjon og i hjemmetjenestene. Figuren under viser at Rindal ligger omtrent helt likt med det som er landsgjennomsnitt når alle kommuner utenom Oslo tas med. Kommunegruppa ligger gjennomsnittlig på et nivå vesentlig under Rindal. Erfaringsmessig er det slik at de kommunene som har svært få sykehjemsplasser også har de dyreste noe som selvfølgelig er forklarlig med at det i disse kommunene bare (eller nesten bare) ytes svært spesialiserte (og dermed dyre) pleietjenester på institusjon. Her er Sykkylven et slikt eksempel.

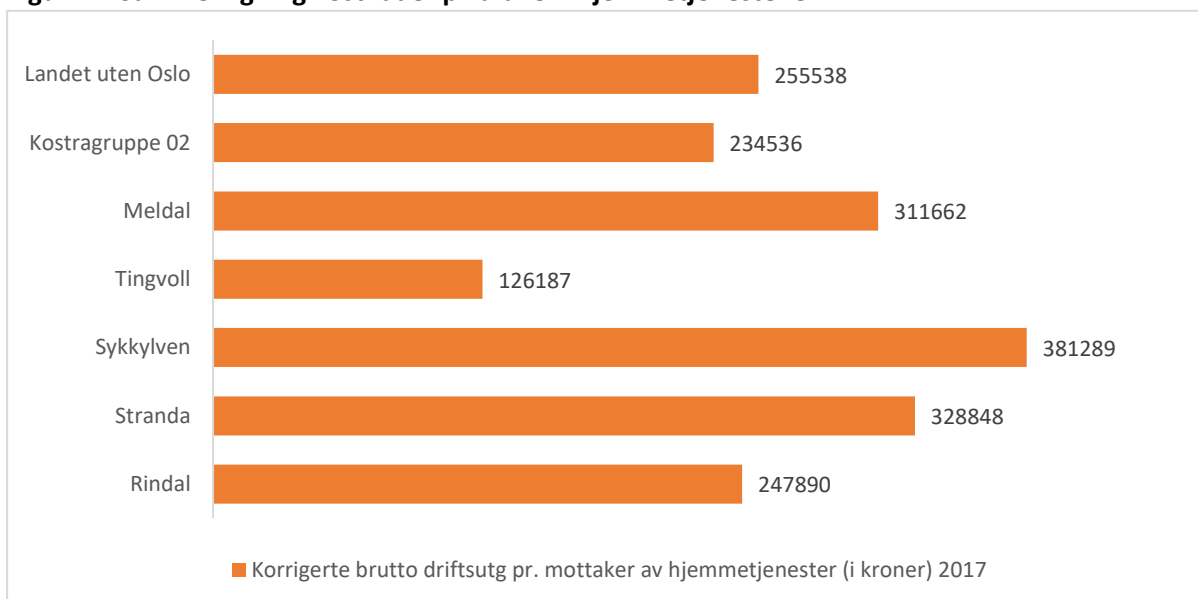
Figur 11: Sammenligning av utgifter pr bruker i institusjon



Kilde: KOSTRA

Når det gjelder kostnader pr. bruker i hjemmetjenestene viser figuren under at Rindal ligger omtrent på lands- og kommunegruppe-gjennomsnittet.

Figur 12: Sammenligning kostnader pr bruker i hjemmetjenestene



Kilde: KOSTRA

Tidligere i dette kapitlet siterte vi den interne rapporten fra 2014 som konkluderte med at utgiftene til helse- og omsorgsformål lå omtrent på landsgjennomsnittet. Det kan nå se ut til at bildet er noe endret slik at kommunen nå ligger på et nivå noe over kommunegruppa.

Effektivitet

RO har også analysert hvor effektiv hjemmetjenesten i Rindal er med hensyn til hvor mye av den totale tiden ansatte er på jobb som kommer ut i form av brukertid, også kalt "ansikt til ansikt – tid".

Tall oppgitt som totalt antall vedtakstimer kan også formuleres som antall timer planlagt utførte tjenester. Vi har innhentet disse tallene og sett de i sammenheng med antall oppgitte ansatte-timer (årsverk), og ser at hjemmetjenestene i Rindal kommune kommer veldig godt ut i forhold til lignende tall vi har fra andre kommuner.

Det finns ikke noen autoritative statistikker for dette, men gjennom at RO har registrert effektiv brukertid i hjemmetjenesten over flere år, har vi registrert egne erfaringstall. Når det gjelder hjemmesykepleie er det sjelden at effektiv brukertid overgår 60% av totalt antall ansatte-timer. Det er ikke uvanlig at effektiv brukertid er 50%. Den tida som da ikke er effektiv brukertid er tid som går med til å kjøre mellom brukere, planleggingsmøter, medisinhandling, rapportering osv. I Rindal har vi registrert 71% effektiv brukertid, det er svært bra og sjeldent effektivt.

For hjemmehjelp eller praktisk bistand bruker tallene for effektiv brukertid å ligge noe høyere og RO regner 75% som bra. I Rindal ligger effektiv brukertid i denne tjenesten på 74%. Også det altså et godt resultat.

Ressursanalyse sykehjem

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

RO har utarbeidet et standardisert rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem¹⁰. Skjemaet omhandler regnskapstall, bemanning, ledelse, matkostnader, sykefravær mm. Sammenligningene gjøres i hovedsak gjennom kroner pr døgnplass. I noen tilfeller gjennom prosentandeler. RO har tilsvarende tall fra over 50 andre sykehjem som kan brukes i denne sammenhengen.

¹⁰ RO har i 20 år gjort sammenlignende analyser av organisering, tjenesteutøvelse og ressursbruk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Gjennom mange slike oppdrag har RO erfart at det er vanskelig å finne tall for ressursbruk som er direkte sammenlignbare. Etter hvert har KOSTRA-tallene blitt kvalitetssikret slik at de i større grad kan brukes til sammenligning. Men fremdeles er det slik at kommuner rapporterer forskjellig når det gjelder å plassere utgifter. KOSTRA-tallene er også aggregerte tall på kommunenivå og man må gå inn på avdelingsnivå for å kunne sammenligne sykehjem med hverandre. På grunn av denne erfaringen har RO utarbeidet et rapporteringsskjema som danner grunnlag for sammenlignende driftsanalyser av sykehjem.

Tabell 3: Ressurs- og driftsanalyse av pleie og omsorg i sykehjem. En sammenligning av samlet sykehjemsdrift i Rindal og utvalgte sykehjem fra fem kommuner (Indexregulert til 2017-tall)

Kommune	Rindal	Rennebu	Stranda	Larvik	Gulen
Sykehjem	Rindal helsetun	Rennebu sykehjem	Stranda sjukeheim	Yttersølia	Gulen sjukeheim
År tallene er hentet fra	2017	2017	2017	2015	2015
Antall plasser	35	37	37	36	32
Samlet sykefravær (i %)	11,1	13,5	7,8	2,70	11,74
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet	823 497	782 432	714 136	560 883	604 014
Kostnader mat pr. plass pr. år	67 904	74 243	42 832	28 060,89	73 175
Vask av tøy pr. plass pr. år	19 742	15 945	12 490	10 770	24 806
Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år	6 954	26 486	8 737	16 223	28 227
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	20 337,00	54 324,00	35 197,41	20 133,44	25 818,4
Direkte brukerrettet innsats i % av totalen	87,75	82,06	87,80	88,18	79,89
Overtid pr. plass pr. år	12 234	22 702	16 704	2 200	17 848
Variabel lønn i % av totalen	15,05	22,7	27,72	21,41	25,03
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	1,6	3,0	1,7		2,2

Tabellen over oppsummerer viktige kjennetegn ved sykehjemsdriften i Rindal sammenlignet med fire andre. I den grad tall stammer fra tidligere regnskap enn 2017, er tallene justert etter SSBs konsumprisindeks. Sykehjemmene i denne sammenligningen er sykehjem som RO har god kjennskap til og som har sammenliknbar drift med sykehjems plassene i Rindal.

Av tabellen over framgår det at det er store variasjoner i kostnader. RO har materiale som viser at det ofte også er variasjoner i kostnader mellom sykehjem internt i kommunene. Variasjoner i kostnader internt i kommunene er noen ganger tilsiktet og faglig eller organisatorisk begrunnet, mens det i andre tilfeller har en mer tilfeldig eller historisk bakgrunn.

I det videre trekkes hovedfunn fra analysen/tabellen fram:

Rindal har et av de høyeste sykefraværene i denne sammenlikningen. I nasjonal sammenheng er likevel sykefraværet gjennomsnittlig. I 2017 var sykefraværet på landsbasis for ansatte i pleie og omsorg, tjenester for brukere på institusjon¹¹ på 11,5 prosent. Laveste fravær blant ansatte på sykehjem i en kommune var på 2,1 prosent, mens høyeste fravær var på hele 27,2 prosent. Det er altså betydelige variasjoner på sykefraværet i norske sykehjem. Sykefravær innvirker både på den brukeropplevde kvaliteten og på ressursbruken. Det er viktig når framtidens ressursbehov skal beregnes, å vektlegge at det kan være mye ressurser å spare, eller å utnytte mer effektivt, ved å ha et lavere sykefravær. At mange sykehjem klarer å ha et sykefravær på nivå med det som ellers er "normalt" i offentlig sektor, viser at det er fullt mulig.

¹¹ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykefravaer_PLO

Rindal har høyere brutto lønnskostnader i sykehjemmet enn de vi sammenlikner med. RO har gått inn her og sett på om bemanning eller pleiefaktor er høyere enn det som ellers er vanlig.

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

I en rapport fra en egen arbeidsgruppe i Sandnes kommune¹² fra 2016 har man sammenliknet pleiefaktor i egen kommune med pleiefaktor i noen andre store kommuner. Her har man oppgitt at gjennomsnittlig pleiefaktor for sykehjemmene i Sandnes skal være: Somatisk avdeling 0,73; Demensavdeling 0,76; Skjermet avdeling 0,89. Dette oppgis å være omtrent på nivå med det de har funnet i de andre kommunene de har sammenliknet med.

I Rindal er pleiefaktoren både på langtidsavdelingen og på korttidsavdelingen ca. 1,0, mens den på skjermet avdeling er nesten 2,0. RO erfarer at pleiefaktoren på langtidsavdeling og korttidsavdeling er noe høyere enn vanlig (gjennomsnittlige funn i ROs oppdrag er ca. 0,8). Pleiefaktoren på demensavdelingen er langt over det vi ser i andre kommuner og som vist fra arbeidsgruppen i Sandnes, langt over det denne gruppen ønsker seg som norm.

Ellers viser sykehjemsanalysen ingen dramatiske avvik i forhold til det som er vanlig. Og selv med et høyt sykefravær klarer man seg med relativt lite overtid og lav variabel lønn. Sykehjemmet bruker lite lederressurser, men virker å være veldrevet med god kostnadskontroll.

Heltidskultur og ressursbehov

I en rapport fra programmet «Sammen om en bedre kommune»¹³ tas det opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet:

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

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

¹² "Rapport fra arbeidsgruppe "pleiefaktor sykehjem", lokalisert på <https://www.sandnes.kommune.no/contentassets/bcc4ee24e49741aaa36a69da951f54cc/innstilling-arbeidsgruppe-pleiefaktor-mai-2016.pdf>

¹³ KR D Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

Tabell 4: Bruk av personalressurser

Tjenestested	Personer	Årsverk	Benyttet (%) kompetanse	Antall hele stillinger	Småstillinger
Langtidsavdeling sykehjem	27	16,5	61%	3	4 helgestillinger
Skjermet avdeling for aldersdemente	23	19,5	85%	2	5 helgestillinger
Korttidsavdeling sykehjem	12	7,1	59%	2	4 helgestillinger
Hjemmesykepleien	20	13,6	70%	5	1 helgestilling
Hjemmehjelp	9	3,5	29%	0	

I tabellen over er det satt opp en oversikt over totalt antall ansatte, årsverk, benyttet kompetanse (personer/årsverk), antall ansatte på heltid (medregnet stillinger over 90 prosent) og antall «småstillinger» dvs. 20 prosent eller mindre.

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

Tabellen viser at det ligger en potensiell arbeidskraftreserve som både kan styrke kvaliteten i tjenestene og bidra til en bedre ressursutnyttelse.

Kvalitet på tjenestetilbudet

Som tidligere vist bruker Rindal en større andel av kommunens totale ressurser på helse og omsorgstjenester enn det som ellers er vanlig. For å vurdere om denne prioriteringen også viser seg i kvalitet på tjenestene, bruker vi kommunebarometeret.

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

I endelig versjon av Kommunebarometeret 2018, publisert 4. juli og basert på kvalitetsdata og KOSTRA-tall for 2017, er Rindal totalt sett rangert som nr. 114. Men om man vurderer pleie og omsorg sett for seg, er kommunen på en 64. plass og har steget jevnt og trutt på barometeret de siste fire årene, fra plass nr. 321 i 2015 til altså 64. plass i 2018.

Under her vises tabellen fra kommunebarometeret for pleie og omsorg Rindal 2018.

20 % vekt i barometeret	Kommunens nøkkeltall			Plass	64 .plass		Andel nøkkeltall som har blitt bedre		
	KB 2018				Snitt	Topp	Kommunens karakter		
	KB 2016	KB 2017	KB 2018				KB 2016	KB 2017	KB 2018
BEMANNING: Andel ansatte med fagutdanning (10 %)	79	78	75	212	74	84	5,0	4,5	3,8
SYKEHJEM: Andel av beboere i institusjon totalt med omfattende bistandsbehov (10 %)	85	83	97	23	80	98	4,7	4,3	5,9
DEMENTE: Andel plasser til demente, mot antall over 80 år på sykehjem (10 %)	32	31	41	206	37	86	3,0	2,9	3,4
KORTTIDSPLASSE: Andel korttidsplasser av alle totalt antall plasser med heldøgns omsorg (5 %)	16	18	21	162	19	58	2,8	3,1	2,8
BEMANNING: Tid med lege på sykehjem (5 %)	13	13	13	394	1	59	1,1	1,0	1,1
BEMANNING: Tid med fysioterapeut på sykehjem (5 %)	17	17	17	253	0	58	2,3	2,2	2,2
ENEROM: Andel brukertilpasset enerom på sykehjem med bad/wc (5 %)	56	61	68	377	87	100	2,2	2,5	3,1
DAGTILBUD: Antall vedtak om dagaktivitet, målt mot andel over 80 år som ikke bor på institusjon (5 %)	27	27	18	55	10	28	6,0	6,0	4,2
REHABILITERING: Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1.000 innbyggere over 67 år (5 %)	12	12	12	34	4	13	5,3	5,4	5,4
PROFIL: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie (5 %)	2,0	3,5	4,0	219	4,8	10,5	1,0	1,9	2,2
HJEMMETJENESTE: Andel vedtak om hjemmetjenester som iversettes innen 15 dager (5 %)	100	100	100	1	95	100	6,0	6,0	6,0
SAMHANDLING: Antall døgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)	0	0	20	158	105	0	6,0	6,0	5,7
TRYGGHET: Antall trygghetsalarmer, målt som andel av hjemmeboende eldre over 80 år (2,5 %)	40	45	42	271	40	71	3,0	3,7	3,4
BEMANNING: Årsverk av ergoterapeut per 1.000 innb. over 80 år (2,5 %)	11,0	11,9	6,8	87	5,3	13,3	5,3	5,6	3,4
BEMANNING: Årsverk av geriatrisk sykepleier per 1.000 innb over 80 år (2,5 %)	6,5	7,0	6,8	236	8,9	24,2	2,3	2,4	2,4
HJEMMETJENESTE: Mottakere av matombringning, gruppa over 80 år som ikke bor på institusjon (2,5 %)	54	62	57	20	12	57	5,6	6,0	6,0
FUNKSJONSHEMMETE: Andel med funksjonshemminger som får bistand til å delta i arbeid og studier (5 %)	92	100	100	1	77	96	5,2	6,0	6,0

Rindal skårer spesielt høyt på følgende faktorer:

Alle brukere som bor på institusjon har stort bistandsbehov. Dette er en indikator som forutsetter at trinnene i omsorgstrappa for brukere med lavere behov er godt utbygd. Rindal mangler boliger med tilbud om heldøgns tjenester og derfor er det mulig at kommunen her får ufortjent høyt skår. (Om man går ut fra at god kvalitet også handler om å gi rett tjeneste til rett person til rett tid)

- Rindal har et godt utbygd tilbud om dagaktivitet for dem som ikke bor på institusjon.
- Rindal har avsatt mange plasser til rehabilitering
- Rindal tildeler jamt over et stort timetall til dem som trenger hjemmesykepleie

- Det er mange hjemmeboende i Rindal som mottar matombringning
- Funksjonshemmede i Rindal følges opp med aktivitetstilbud

Det som drar ned på denne lista er først og fremst at Rindal har et lavt tilbud om legetimer på sykehjem i forhold til kommunene ellers i landet.

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

For tjenesteområdet Helse er Rindal vesentlig dårligere plassert i Kommunebarometeret enn i tjenesteområdet Pleie og omsorg. Rindal er på en 300-plass i Helse. Indikatorene hvor kommunen skiller seg positivt ut er på antallet innleggelser på sykehus og på at kommunen ikke mangler leger i fastlegelistene. Samtidig er det negativt at det er få ledige plasser på fastlegelistene og at det er en mindre andel legeårsverk pr. innbygger enn det som er gjennomsnittet for kommunene. RO merker seg også at kommunen bruker mindre på forebyggende helsearbeid enn kommuner flest, på denne indikatoren ligger Rindal på 214.plass.

Helse	300 .plass						Andel nøkkeltall som har blitt bedre			38
	Kommunens nøkkeltall			Plass	Snitt	Topp	Kommunens karakter			
	KB 2016	KB 2017	KB 2018	KB 2018	KB 2018	KB 2018	KB 2016	KB 2017	KB 2018	
7,5 % vekt i barometeret										
LEGEDEKNING: Andel legeårsverk per 10.000 innbyggere (10 %)	9,8	9,9	11,3	264	11,0	23,2	1,7	1,6	2,0	
FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som har ledige plasser (5 %)	50	50	0	390	36	100	3,5	3,5	1,0	
FASTLEGE: Andel av fastlegelistene som mangler leger (5 %)	0	0	0	1	1	0	6,0	6,0	6,0	
FASTLEGE: Andel ledige listeplasser (5 %)	2	1	-27	415	4	36	1,3	1,2	1,0	
HELSESTØSTER: Antall årsverk per 10.000 innbyggere under 5 år (10 %)						78	180			
PSYKISK HELSEARBEID: Antall med videreutdanning innen psykisk helsearbeid, per 10.000 innbyggere (5 %)	13,8	9,9	10,6	173	8,6	20,4	4,2	3,2	3,5	
JORDMOR: Antall årsverk per 10.000 fødte (5 %)						72	671			
INNLEGGELSER: Antall innleggelser på sykehus per 1.000 innbyggere (5 %)	182	175	122	8	151	128	6,0	6,0	6,0	
SKOLEHELSE: Andel barn m fullført undersøkelse innen utgangen av 1. trinn (10 %)	84	100	86	293	87	100	3,9	6,0	4,6	
HJEMMEBESØK: Andel hjemmebesøk, nyfødte innen to uker etter hjemkomst (10 %)	94	100	91	254	89	100	5,4	6,0	5,1	
VAKSINE: Andel 2-åringer som er med i vaksinasjonsprogrammet (10 %)						95	98			
VAKSINE: Andel 9-åringer som er vaksinert mot meslinger (10 %)						95	98			
MEDISINBRUK: Total medisinbruk, per 10.000 innbyggere (5 %)	654	666	663	182	671	586	3,0	2,6	2,8	
FOREBYGGING: Netto driftsutgifter forebygging, kr per innb - snitt fire år (5 %)	245	193	159	214	195	599	3,2	2,7	2,3	

Status dagens bygningsmasse

Rindal Helsetun ligger sentrumsnær sentralt og er omgitt av flere omsorgsboliger. Som en del av statusgjennomgang for helse- og omsorgstjenestene i Rindal kommune, er det gjort en overordnet teknisk gjennomgang av bygningsmassen med vurdering av egnethet for fremtidig bruk til helse- og omsorgsformål. ON-arkitekter og Ingeniører AS gjennomførte en befaring 23. mai 2018 og det vises til vedlagte tilstandsrapport fra 28. mai for detaljer.

Helsetunet er påbygd i flere trinn. Den eldste delen av bygget er fra 1974 og huser i dag sykehjemmets langtidsavdeling. I sokkelen er kommunens legekantor og helsetjenester samlokalisert. I påbygget fra 1984 ligger korttidsavdeling og demensavdeling, samt møtesal. Hele bygningsmassen henger sammen med tilbygg og mellombbygg, det siste fra 2001. Tomten er ikke egnet for ytterligere tilbygg uten å rive deler av eksisterende bygningsmasse.

Bygget fra 1974 er av utforming langt og smalt, rommene og særlig badene er dårlig egnet for sykehjemsdrift etter dagens krav og standarder. I følge avdelingsledere preger dette også måten det jobbes på, det vanskeliggjør stell/hygiene, kommunikasjon og logistikk. Tekniske utfordringer med å ta i bruk trådløs teknologi setter blant annet begrensninger på muligheter for bruk av velferdsteknologi.

ON arkitekter skriver i sin rapport at bygget har betong i fundamenter, gulv og drage/søylesystem. Sistnevnte er bærer for etasjene over. Korridoraksene har bærende søylemoduler med betongdragere over. En del skillevegger fra korridorvegg og ut til yttervegg er også bærende konstruksjoner. Dette gjør bygget betraktes som lite fleksibelt for den ombygging/oppgradering som er nødvendig dersom bygningen skal brukes til samme formål som i dag.

Det anbefales at bygningen fra 1974 med tilhørende tilbygg fra 1994 og 2001 rives. Og kjøkken og hovedinngang anbefales revet for å frigjøre arealer som kan gi ny og funksjonell bygning til fremtidens drift av Rindal Helsetun. Funksjonene i sokkelen til det eldste bygget, blant annet legekantor, fysioterapi, psykisk helseteam og helsestasjon har fordeler av å ligge samlet og nært sykehjemmet. Ved befaring og intervjuer kommer det fram at lokalene er lite egnet for dagens drift. For eksempel har Helsestasjonen en uhensiktsmessig utforming der utredning og kontroller kun kan skje individuelt og på helsesøsters kontor. Det er ikke lagt til rette for opphold i felles arealer for observasjon, måling og av-og påkledning. Fysioterapeuttjenesten har gymsal/treningsrom i kjelleren og preges av plassmangel.

Byggene fra 1984 og 2001 beskrives som godt fungerende i forhold til dagens formål og funksjon i rapporten fra ON, men vil kreve oppgradering ved en ombygging eller rehabilitering. Det må imidlertid påpekes at bygningsmassen som brukes til mennesker med demens, er langt fra optimal. Husbanken¹⁴ beskriver hvordan bygningsmessige arealer til demente bør utformes i tun med 5-9 personer med godt egnede felles- og utearealer, romstørrelser på ca 30kvm med kjøkken. Det anbefales åpne arealer som det er lett å orientere seg i, og som har vandrерuter (sløyfer) som ikke ender opp ved utgangsdør. Dagens bygningsmasse mangler mange av disse kvalitetene.

Boligpolitisk plan

Blant dokumentasjonen vi har fått fra kommunen, er utkastet til en boligpolitisk plan med 3 strategiske innsatsområder. Planen ser bolig og tjenesteyting i sammenheng, både for yngre og eldre innbyggere. I planen fremheves behovet for leiligheter i sentrum. Noen av målene innenfor bosetting og tjenesteyting er disse:

¹⁴ http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3199/nye_eks_omsorg_syk.pdf

- Nye boliger i sentrum skal utvikles med hensyn til at innbyggere i alderen 55+ skal kunne bosette seg sentralt
- Boligene som bygges bør utformes slik at mennesker kan bo hjemme hele livet
- Tjenester fra kommunen skal kunne ytes i hjemmet, og det skal derfor legges til rette for bygging av leiligheter i sentrum

En slik helhetlig strategisk boligplan er en viktig brikke i vurdering av behov opp mot tilgjengelighet. Tilgjengelige boliger med livsløpsstandard og smarthusteknologi sentralt til tjenester og aktivitetstilbud, vil kunne bidra til at flere kan bo hjemme lenger.

Ressursbruk og prioritering – kort oppsummert

En oppsummering av ressursbruk og prioritering viser at Rindal kommune bruker nesten 40% av kommunens budsjett på pleie og omsorg. Det er nokså usannsynlig at kommunen kan bruke en større andel av budsjettet til denne sektoren i fremtiden. Kommunen har en relativt høy dekningsgrad (22%) av institusjonsplasser, men ingen omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Hjemmetjenestene har høy skår på effektiv brukertid og sykehjemsanalysen viser ingen dramatiske avvik i forhold til det som er vanlig. Sykehjemmet virker å være veldrevet med god kostnadskontroll. Rindal Helsetun kan ikke drifte institusjonsplasser i fremtiden med dagens lokaliteter, bygningen fra 1974 har en slik bygningsmessig karakter at den anbefales revet.

4 Data innhentet gjennom intervjuer og møter

RO har gjennomført et befarings- og intervjuprogram i Rindal som et tillegg til rent kvantitativ datainnsamling. Befaring ble foretatt sammen med ON arkitekter og ingeniører AS, og de har skrevet en egen rapport som er omtalt tidligere. ROs rådgiver noterte opplysninger og meninger som kom fram under befaringen. Ellers har RO gjennomført et eget intervju- og møteprogram. Her har vi møtt politikere, administrasjon, tillitsvalgte, brukerrepresentanter og andre ansatte. Vi har også deltatt på et folkemøte hvor innbyggerne ble invitert til å komme med innspill de har til planarbeidet knyttet til framtidens helse- og omsorgstjenester.

I intervjuene og møtene med folk har RO hatt fokus på framtidens tjenester, hva tenker informantene våre om helse og omsorg i årene som kommer. Hva vil de beholde, hva bør endres og hva ser de for seg at det vil være behov for av helt nye eller andre typer tjenester.

Før intervjuene ble det sendt ut en kort orientering til alle som skulle møte RO hvor vi hadde en liste med tema til det vi beskrev som "uformelle samtaler":

- Hva er ditt inntrykk av tjenestene, gjerne med eksempler som har skapt dette inntrykket.
- Hva mener du at tjenestene er mest opptatt av (hva er viktige verdier)?
- Hvordan oppfatter du at organisasjonen fungerer, (systemer, ledelse og kultur)?
- Hva er ditt inntrykk av samarbeidet innad i avdelinger, avdelinger imellom og tjenesteområder imellom (dersom du kjenner til dette)?
- Hvordan vil du beskrive ditt inntrykk av arbeidsmiljøet?
- Hvordan er, etter din vurdering, kvaliteten på tjenestene som ytes?
- Dersom du skulle prioritere, hva er viktigst å satse på framover og hvor kan man tenke seg å redusere ressursbruken?

Her har vi gjengitt våre inntrykk av disse samtalene, noe er det samstemte meninger om, andre ting er det helt åpenbart uenighet om. Vi legger vekt på at det meste av det vi har registrert skal komme fram her. Vi har innledningsvis lovet alle våre informanter om at vi ikke skal gjengi hva den enkelte har sagt, eller at det ikke skal være mulig i ettertid å si "hvem som sa hva". For oss har det vært viktig

å samle inntrykk og vi vil i avslutningskapitlet drøfte hvordan vi mener at det som framkommer i intervjuene kan komme til å spille inn på hvordan den nye planen skal utformes.

Om bygninger

Det er mange som er opptatt av bygninger i intervjuene. Flere sier at det er en veldig stor fordel at tjenestene er så samlokaliserte som de er på helsetunet. Samtidig påpekes det at det er tungvint drift i det eldste bygget. Det er tungt å gå på betonggulv og bygningen er i seg selv et hinder for god elektronisk kommunikasjon. Flere tar for gitt at det må komme en ny bygning, men understreker at det er viktig å beholde tjenestene samlet også i framtida.

Om å få tjenester hjemme

Mange, både brukere og ansatte er opptatt av at folk vil bo hjemme så lenge som mulig, Det er nok litt utydelig hva dette skal bety i praksis, noen sier at tjenestene må bli mindre knyttet til sykehjemmet, mens noen også er tydelig på at det er viktig å beholde et visst antall sykehjems plasser.

Politisk virker det også å være utydelige signaler på om man skal ta skrittet fullt ut og omprioritere ressursene fra institusjon til hjemmebasert. Noen mener det, noen sier det omtrent slik: *Bo hjemme lenge kontra å bo i institusjon er en utfordring å tenke på for folk. De er opptatt av tryggheten og samtidig det sosiale i å treffe folk på samme alder. Det er viktig å ha noen å kontakte om det skulle skje noe. Behovet for trygghet må dekkes og settes i sammenheng med tilgang til tjenester. "Ingen vil på sykehjem før de må". Sykehjem er det siste før døden. Sykehjems plasser må de ha, det er en ønsket utvikling fra politikerne.*

Fra faglig hold virker det å være mer entydig ønske om å prioritere hjemmebasert omsorg. Dette utsagnet kan være en illustrasjon: *Hjemmetjenestene er i fremtiden avhengig av at folk tar ansvar for egen alderdom, det er behov for mer fokus på hverdagsmestring og mer behov for å ta i bruk velferdsteknologi (de har nylig tatt i bruk multidose) Det er viktig å jobbe forebyggende, de hadde et innsatsteam eller helsestasjon for eldre, men det ble nedlagt. Ergoterapeut jobber nært sammen med hjemmetjenestene og det er bra og viktig. De har samarbeidsmøter sammen med fysio. Ønskelig med ytterligere forbedring og få til et team som jobber sammen ut mot pasientene.*

Flere sier at man i større grad må over på team-organisering med egne team som er spesialiserte på oppgaver, for eksempel demensteam.

Om organisasjonskultur

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

En av informantene formulerer det slik: "Her snakker vil bare om det som er bra, vil ikke snakke om det som ikke fungerer så bra". RO oppfatter at dette er et utsagn som illustrerer hvordan de fleste snakker om tjenestene. I utgangspunktet sier de fleste at Rindal har gode tjenester, at folk er fornøyde, at ansatte står på "til de går på en smell" og at ingen klager og at det råder fred og fordragelighet.

Men det er også tydelige stemmer som motsier dette, som sier at det er vanskelig for nye medarbeidere med egne meninger å bli inkludert, noen sier at det er en sytekultur, at det er "kos med misnøye" og at det er en kultur som preges av at "slik har vi alltid gjort det".

Flere beskriver at ansatte er i sine "siloeer", forstått som at det er vanskelig å få til samarbeid mellom avdelinger, vanskelig å få folk til "å gå på tvers" og at det er tendenser til at den som går på vakt i en avdeling som ikke er "sin", får det vanskelig om man ikke forholder seg til uskrevne regler.

Mange sier at det ikke er noen brukerklager og at alle er fornøyde med tjenestene sine og tjenestene som familiemedlemmer får. Samtidig er det noen, både ansatte og brukerrepresentanter som mener noe annet. Flere sier at det råder en institusjonskultur på sykehjemmet og at brukere som kommer dit opplever et raskt fall i egenmestring og blir institusjonalisert. Noen sier at pasientene blir liggende utover dagen uten at dette skulle være nødvendig ut fra pasientens tilstand.

Flere er opptatt av at sykefraværet er svært høyt noen steder, noen sier at det er oppe i 12%. Noen beskriver en kultur hvor det er vanlig å stå på for fullt, 110%, for så å måtte "ta en sykemelding". Slike sykemeldinger kan da bli på flere uker. Dette virker det å være aksept for.

Om rekruttering

Mange er opptatt av hvordan man skal rekruttere kompetanse og hvordan man skal beholde den kompetansen man har. Det påpekes at rekruttering er viktig og at man ønsker at de ansatte skal bli. Det er ønskelig å rekruttere riktig kompetanse, men at det er vanskelig å få tak i sykepleiere. De er opptatt av hvordan sykepleierressursen økes, de ønsker også minst mulig ufaglærte. Det er gjort om noen helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger. Da må kommunen være attraktiv, vi må ha kvalitet og stabilitet, sies det. *Vi må tenke utradisjonelt og nytt. Vi må tilby godt fagnettverk, stor deltakelse og konkurransedyktig lønn. Minimumsnivå er ikke nok til å være attraktiv. Tradisjonell sykehjemstenkning er heller ikke godt nok.*

Det vises til at det er gjort flere forsøk på tilbud om kompetanseheving lokalt, men at det har vært vanskelig å få folk til å bli med på dette.

Om dokumentasjon

Alle tjenester gitt med hjemmel i helse- og omsorgslovgivningen skal dokumenteres, helsetjenester skal journalføres. I følge mange av våre informanter skjer dette ikke så systematisk som det er krav om. Det begrunnes med at systemet for dokumentasjon er ustabil, at man "blir kastet ut", at man venter lang tid på påloggingsprosessen. Noen sier også at det er personale som aldri dokumenterer slik de skal. Det skrives "gule lapper" som ligger ved PCen med en forventning om at noen andre skal føre opplysninger inn i systemet. Det sies også at man forsøkte med håndholdte nettbrett i hjemmetjenesten, men at man måtte slutte fordi man ikke fikk det til å virke.

Om organisering og kompetanse

Flere nevner at hjemmetjenesten og korttidsavdeling er slått sammen. De mener at det fungerer bra, at det er godt samarbeid. Fordel å kjenne både pasientens behov og hjemmesituasjon. Både aktivitør, ergoterapeut, dagtilbud og folkehelsekoordinator er underlagt samme avdeling (25 ansatte). Samarbeid mellom hjemmetjenesten/korttid og langtid kunne derimot vært bedre. Noen mener at ledere bruker mye tid på administrative oppgaver slik at det blir for lite tid til ledelse. Flere av informantene er inne på at man kunne brukt spesialkompetansen til fysioterapeut og ergoterapeut annerledes – at de kunne vært mer veiledere for pleiepersonalet ellers og at man på den måten kunne ytt slike tjenester til flere. Tjenestene og oppfølgingen både fra helsestasjonen og jordmor (en dag pr uke) oppleves som bra. Helsesøster har fått økte ressurser og ønsker å jobbe mer forebyggende. Problemstillinger rundt unge og psykisk helse er særlig økende, dette samt tilflyttede utenlandske familier utfordrer både kapasitet og kompetanse.

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

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

Tjenestene må henge sammen – toppen av omsorgstrappen

Ved analyser av pleie- og omsorgstjenester har det tradisjonelt vært et skille mellom kommuner etter hvorvidt de satser på bruk av institusjoner eller satser på hjemmebaserte tjenester. Dette er en strukturell og kanskje litt forenklet måte å se på innretningen av tjenestene på, den sier lite om hvordan tjenestene operasjonaliseres – hvilke tjenester som gis og hvordan disse står i forhold til den enkelte brukers behov og ønsker. Kvaliteten i tjenestene kan heller ikke defineres av om de gis hjemme eller på institusjon.¹⁵

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

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

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

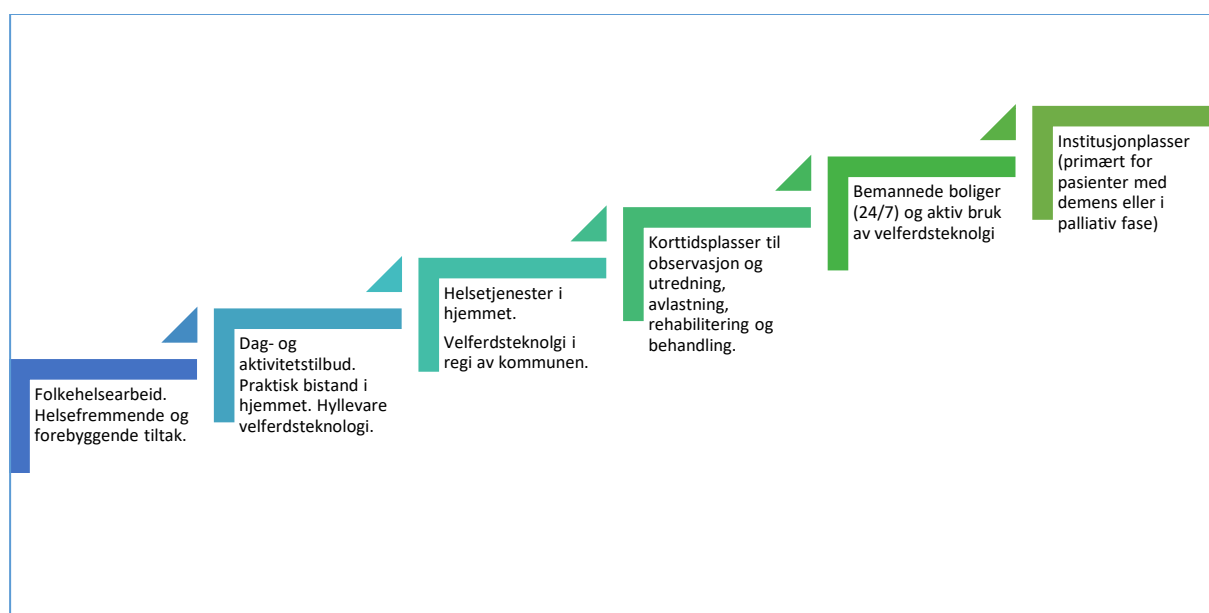
Forebygging og rehabilitering vektlegges foran tradisjonelle sykehjemsplasser. På sykehjemmet kan brukerne i noen grad kan bli passive og institusjonaliserte, det vil si at innretningen på institusjonen ofte styrer tilbud og innhold i tjenestene i større grad en brukerens behov. Det betyr at å ta i bruk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

¹⁵ *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene*, I. Brevik m.fl, Fafo-rapport 2016:06

Jo bedre utbygd trappa er og jo mer den brukes fleksibelt, jo bedre "treffer" man med å gi riktige tjenester til rett tid med rett kompetanse. Dette stiller krav til kunnskap, tverrfaglighet, ledelse, holdninger og samarbeid. Det viktigste er likevel det ideologiske valget av hvordan trappa skal brukes. En grundig diskusjon om dette i kommunen bør foregå som en del av arbeidet med å lage en plan eller strategi for helse- og omsorgstjenestene som inkluderer brukerne, pårørende og interesseorganisasjoner innen helse- og omsorg.

Her vises et eksempel på en omsorgstrapp som illustrasjon på nivåinndeling av tjenestetilbudet.

Figur 13: Eksempel på omsorgstrapp



Ut fra møtet med ansatte og ledere mener RO å registrere at det er et tydelig ønske i tjenestene om å kunne tilby tjenester på nivået under institusjonstjenester. Rindal kommune bør inkludere tjenester i hele omsorgstrappa i sin nye kommunedelplan for helse og omsorg. Dette har lenge vært et mål for mange i tjenesten og omtales også i planprogrammet.

Kommunen vil også måtte ha tilbud om sykehjems plasser i framtida. **Dersom man skal satse mer på hjemmetjenester i toppen av omsorgstrappa, må det bety at antallet institusjonsplasser må reduseres minst med det antallet som tilbys som heldøgns plasser i bemannede boliger.** RO legger her til grunn at Rindal kommune allerede prioriterer ressursene til helse og omsorg høyere enn de fleste andre og at det ikke vil være realistisk at ressursene vil øke på bekostning av andre tjenesteområder. Dette betyr at å prioritere hjemmetjenester vil måtte bety å redusere ressursene til institusjonstjenester minst tilsvarende. Når ny plan skal utformes bør kommunen ta en grundig gjennomgang av hvordan tilbudet i toppen av omsorgstrappa skal være.

Hvordan vektingen mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsomsorg i toppen av trappa er utformet vil påvirkes av det neste trinnet i omsorgstrappa, nemlig korttidsplassene.

Korttidsplasser

Korttidsplasser er tidsavgrensede/ikke varige opphold i sykehjem. Plassene kan for eksempel brukes til pasienter som har behov for opptrening eller forsterket bistand etter en sykehusinnleggelse, opphold i påvente av opptrening/rehabilitering, kartlegging, utredning og observasjoner. Det som

kjennetegner korttidsplassene er nettopp at oppholdene er midlertidige og det er en høy grad av sirkulasjon i bruk av plassene.

I Rindal kommune er det 7 korttidsplasser. I samtaler med ansatte og ledere, kommer det frem at 3-4 av disse plassene belegges av pasienter med langvarige behov. Det vil si at bare 2-3 av plassene er i bruk som korttidsplasser, hvilket øker presset på og behovet for både institusjonsplasser og hjemmetjenester.

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

Å ha tilgjengelige og velfungerende korttidsplasser vil også være en stor trygghetsfaktor. Det å vite at du får hjelp når du trenger det, fremkommer som svært viktig for innbyggerne i Rindal. Utfordringen manglende reelle kortplasser gir i Rindal, forsterkes av at det ikke er tilbud om omsorgsboliger med heldøgns omsorg i kommunen. En velutbygd og godt fungerende omsorgstrapp krever en kombinasjon av gode hjemmetjenester, tilstrekkelig antall korttidsplasser som til enhver tid har tilgjengelig kapasitet, omsorgsboliger med og uten heldøgns omsorg og et antall langtidsplasser.

Riktig bruk av korttidsplasser i praksis krever flere typer innsatsfaktorer. Den første og viktigste er å kunne ta i bruk hele systemet av graderte tilbud i omsorgstrappen, ikke i minst omsorgsboliger med heldøgns omsorg og KAD-plasser tilgjengelig i SiO-samarbeidet. Dernest vil det kreve god kompetanse og bevissthet i styring av ressurser, tildeling av tjenester etter behov og hyppig revurdering av behov. Det krever også at holdningen de ansatte har til bruken av korttidsplasser må være lik. Dessuten bør det legges vekt på kommunikasjon og informasjon om hva korttidsplasser er og hvordan de skal brukes, både til politikere, pasienter og pårørende. Det gir trygghet og forutsigbarhet for at kommunen gir et godt tilbud når behovet er til stede. Kunnskap og holdninger må strategisk målrettet bygges opp over tid i kommunen. En fremtidig helse- og omsorgsplan kan danne grunnlaget for det.

Det er svært viktig når kommunen skal beregne framtidig ressursbehov og behov for bygninger at man ser de tre øverste trinnene i omsorgstrappa i sammenheng. I Rindal kommune, hvor en vesentlig større andel enn vanlig av innbygger over 80 år bor på institusjon over lang tid, kan en stor del av de som i dag får tjenestene på institusjon like vel kunne fått dem i bemannet omsorgsbolig. Erfaringsmessig er det ikke de fysiske betingelsene som angir behovet for institusjon, men heller utrygghet og angst for å være i eget hjem dersom dette ligger langt unna mulig hjelp. Dette er brukere som kunne fått tjenester på et annet omsorgstrinn dersom man hadde kapasitet på trinnet under institusjon. En satsning på å bygge ut nest høyeste trinn i omsorgstrappa vil sikre at innbyggere i Rindal i framtida kan få tjenester tilpasset behovet som til enhver tid finnes.

[Antall plasser med heldøgns omsorg](#)

Som beskrevet tidligere i denne rapporten er det stor enighet om at man i Rindal skal prioritere tjenester i hjemmet mer enn tjenester på institusjon i framtida. ROs intervjuer med pårørende og det som ble sagt på det åpne folkemøtet tyder også på at innbyggerne generelt tenker at det er viktig at mennesker så lenge som mulig skal kunne bo i eget hjem. Så er det også understreket for RO at dette forutsetter at kommunen har et tilbud den dagen det ikke lenger er mulig å bo i eget hjem med hjemmetjenester og pårørendeomsorg. Dette kan være alt fra at det finnes boliger å leie sentralt for

å ivareta tryggheten som nærhet til tjenester gir, til tildeling av bolig med fast personale hvor en i prinsippet kan få de tjenestene man i dag får på langtids plass i sykehjemmet.

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

Heldøgns omsorg er blitt et samlebegrep for svært ulike tilbud til ulike brukergrupper. Det eksisterer ingen felles forståelse eller definisjon av begrepet, noe som oppleves som et problem når det benyttes i statistikk, brukes som betegnelse på botilbud eller brukes til økonomiske formål¹⁶.

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

"Hvis boligen ikke er en institusjon, vil den være en form for omsorgsbolig. Det finnes ingen lovdefinisjon av begrepet omsorgsbolig. Begrepet brukes om alle typer boliger utenfor institusjon. I St. meld. Nr. 35 (1994-95) omtales omsorgsbolig som: "En mellomløsning mellom brukernes opprinnelige bolig og en institusjonsplass. Disse boligene skal brukes av eldre og andre med pleie og omsorgsbehov". Slike boliger kan ha mange ulike betegnelser, som for eksempel velferdsbolig, trygdebolig, eldreleilighet, aldersbolig, trygdepensjonat, bo- og servicesenter, pleie og omsorgshjem, bo- og aktivitetssenter og bokollektiv.¹⁷"

Rindal kommune har allerede omsorgsboliger på helsetunet, for at dette være et reelt alternativ til institusjon, må boligene ha fast personale knyttet til seg. Gjerne personale som også yter tjenester i institusjon. Dette betyr at omsorgsboligene må være utformet slik at det er mulig å yte heldøgns omsorg.

Det er gjort flere forsøk på å beregne en norm for framtidig behov for institusjonsplasser og andre heldøgns omsorgs plasser, men dette har vist seg å være vanskelig. Dekning av heldøgns omsorgsplasser varierer i stor grad i kommunene og det viser seg at det i all hovedsak er de små kommunene som har mange heldøgns omsorgsplasser. I en FOU rapport fra VID og Agenda Kaupang¹⁸ på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25% av antall eldre over 80 år.

Denne forventningen har kanskje sin opprinnelse fra «Handlingsplanen for eldreomsorgen», St.meld.nr. 50 (1996-97), altså 20 år tilbake i tid. Siden den tid har kommunene utviklet et tjenestetilbud som består av institusjonsplasser, boliger spesielt tilpasset for heldøgns omsorg og ordinære «omsorgsboliger».

Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det hevdes at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 %. Det blir vist til

¹⁶ Omsorg 2020 "Heldøgns"

¹⁷ Edvardsen og Helleland: "Betaling for beboere i institusjon"

¹⁸ Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8 april 2016 (FOU oppdrag KS)

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

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

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

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a, skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester¹⁹. I ovennevnte FOU rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 % (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Dersom vi eksempelvis bruker disse dekningsgradene i Rindal vil det gi følgende tabell:

Tabell 4: Institusjonsplasser og plasser med heldøgns omsorg i Rindal kommune 2018 – 2040

	2018	2020	2030	2040
Dekningsgrad 22% (2018)	34	33	43	46
Dekningsgrad 25%	37	37	49	53
Dekningsgrad 20%	30	30	39	42
Dekningsgrad 16%	24	22	31	34

Kilde: SSB

Tabellen viser at ulike dekningsgrader gir ulike anslag for framtiden.

Flere forskere²⁰ i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

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

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

¹⁹ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

²⁰ Omsorg 2020: Rom for omsorg, VID/Agenda Kaupang: Heldøgnsomsorg- Kommunens dekningsgrad.

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

Helsetun/Helsehus

Rindal har over tid satset på samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i eller rundt, et helsetun. Nå ser man at dette har vært svært framtidsrettet og mange kommuner i Norge er nå i ferd med å gjøre det samme. Det er en trend i helse- og omsorgstjenestene rundt omkring å samlokalisere tjenester i helsehus. I Rindal ligger det svært godt til rette for å tenke likedan. I intervjuene er både brukere, ansatte og mange politikere opptatt av å beholde denne samlokaliseringen også inn i den nye planperioden.

Samtidig får kommunen gjennom rapporten til *ON arkitekter og ingeniører AS* et entydig råd om å rive deler av omsorgstunet for å bygge nytt. RO har tidligere også vært tydelig på at det er viktig for det videre arbeidet med ny plan at spørsmålet om rivning av den eldste bygningsmassen avklares så snart som mulig. Det vil ikke være mulig å bygge om lokalene som nå inneholder langtidsavdelinga til å komme på en standard som tilfredsstillende kravene til hverken institusjonsrom eller leiligheter hvor brukere får avanserte omsorgstjenester som hjemmetjeneste.

Når det oppføres nytt bygg som skal inneholde tjenester på toppen av omsorgstrappa, er det viktig at det bygges med øye for fleksibilitet. Nye sykehjem og nye omsorgsboliger med heldøgns omsorg som bygges i Norge i dag, har ikke store forskjeller på utforming. Kravene Husbanken stiller til nye omsorgsleiligheter/ omsorgsboliger er slik at de like gjerne kan driftes som institusjon. Når Rindal skal bygge nytt, har man en unik mulighet til å bygge slik at det ikke er avgjørende å bestemme hvor mange plasser som skal være institusjon. Dette gjør at nybygde leiligheter kan fungere både som institusjon og som omsorgsleiligheter på øverste nivå.

RO har i denne rapporten beskrevet hvordan det er vanskelig å fastsette framtidig behov for tjenester i toppen av omsorgstrappa. Med et nybygg som inneholder rom/leiligheter som kan fungere som både institusjon og som hjemmebasert omsorg, vil kommunen ha mulighet til å endre innretning ettersom brukerbehov og/eller myndighetsføringer endres.

Det som må bestemmes er først og fremst hvor mange plasser som trengs til korttidsplasser. Dette vil da være plasser til kortere trygghetsopphold, observasjon, utredning, behandling, rehabilitering, og avlastning. Resten av nybygget utformes slik at det kan fungere både som omsorgsboliger og som institusjon. Hitra kommune er for eksempel i ferd med å realisere et nytt helsehus hvor denne fleksibiliteten er en sentral premiss.

Mat og ernæring

Mat og ernæring er et tema som får, og stadig vil få, større oppmerksomhet i helse- og omsorgstjenestene. Dette kommer til syne på flere måter. I Stortingsmeldingen "Leve hele livet" vektlegges mat og måltider sterkt. God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet. Mange eldre er feil- eller underernært og får ikke ivaretatt sine grunnleggende behov for riktig ernæring. Gjennom nasjonalt pasientsikkerhetsprogram er det egne tiltakspakker for forebygging og behandling av underernæring både for sykehjem og hjemmetjenesten. Trygghetsstandard i sykehjem²¹ er et rammeverktøy som nå piloteres i 4 kommuner i Norge. Formålet er å redusere uønsket variasjon i opplevd kvalitet til pasienter og pårørende. Ett av områdene som omfattes av trygghetsstandard er ernæring, mat og måltider i sykehjem.

²¹ <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem#pasientperspektivet>

Evalueringen av piloten gjøres gjennom følgeforskning. Målet med piloteringen av verktøyene er at de skal kunne tas i bruk i sykehjem over hele landet.

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

Med tanke på risikoen og kostandene ved dårlig og feil ernæring (fall, gjentatte sykehusinnleggelse, infeksjoner og forvirring som eksempler), er investeringer i god ernæring antagelig kostnadseffektivt for kommunene, det er forebyggende og ikke minst helsebringende for pasientene og beboerne som har kommunale tjenester. I "Leve hele livet" beskrives det at alle kommuner bør ha kjøkken og matfaglig kompetanse lokalt. En ordning for tilskudd (fra 2020) til renovering, etablering eller gjenetablering av lokalkjøkken på sykehjem utredes nå.

Rekruttering og kompetanse

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

Helsedirektoratets behovsanalyse for kompetanse i helsetjenestene frem mot 2030²² peker på at det er viktig at klinisk kompetanse kombineres med annen kompetanse som skal få til samhandling og gode pasientforløp, som forbedringskunnskap, koordinerings- og samhandlingskompetanse, systemforståelse og ledelse. Rapporten peker på at spesialisthelsetjenesten blir ytterligere spesialisert og at primærhelsetjenesten i større grad må håndtere flere oppgaver rundt store grupper pasienter med vanlig og kroniske sykdommer, eksempelvis lungesykdommer, allergier, angst og depresjoner.

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

Investeringskostnader

For tiden får kommuner dekt store deler av investeringskostnadene både til nybygg og til renovering av bygninger beregnet på heldøgns bemannede boliger eller institusjoner. Det signaliseres også at det vil komme en ordning hvor man får investeringsstøtte til bygging og renovering av institusjonskjøkken. Ekspertene RO har brukt i dette oppdraget er tydelig på at renovering av det gamle bygget til dagens standard for plasser til heldøgns omsorg ikke vil være teknisk mulig på grunn

²² Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten – en status -, trend – og behovsanalyse frem mot 2030, Rapport IS-1966, 2012

av lav takhøyde, bærevegger i betong og smal korridor. I tillegg vurderer RO det slik at en ombygging ville gjøre at man uansett satt med bygg som ville være tungvint å drive, vanskelig å utnytte fleksibelt og hvor samarbeid på tvers av avdelinger ville være praktisk vanskelig eller umulig.

Når det gjelder investeringskostnader opererer RO med generelle tall som baserer seg på nasjonale erfaringsdata. Det blir selvfølgelig ikke nøyaktig, men likevel presist nok til at man har et beslutningsgrunnlag.

Kostnadene RO opererer med inkluderer MVA, men det er ikke innregnet kostnader til tomt, finansieringskostnader, møbler, inventar og utstyr og heller ikke utenomhusarbeider, plen, parkeringsplasser osv. Vårt regnestykke (gitt av arkitekt) ser da slik ut:

- a) Nybygg sykehjem 660 kvm bruksareal (vi regner ut fra 24 kvm boareal pr bruker, 9 kvm fellesareal pr bruker og ca 20 brukere)
 - For slike bygg ligger kostnadene erfaringsmessig på hhv kr 30.196 pr m² BTA²³ for normal standard og kr 36.398,- for høy standard. For bygg-kombinasjonen Sykehjem / omsorg ligger tilsvarende m²-priser 1.000,- - 1.500,- kr /m² over.
 - anbefaler bruk av kr 34.500,- pr m² BTA / kr 38.300 pr m² BRA
- b) Nybygg kontorbygg i kommunal institusjon (her tenker vi på kontorene og hovedinngang/resepsjon som foreslås revet på Rindal)
 - For denne type bygg er kostnaden erfaringsvis en m²-pris BTA med *normal standard* kr 29.080,- og *høy standard* kr 35.273,-. Dette er kostnader når byggene er inntil 3 etasjer høye – som vel må gjelde i dette tilfellet. Blir bygget høyere, f.eks inntil 7 etasjer høyt, kan kostnadene gå noe ned.
 - anbefaler bruk av kr 31.000,- pr m² BTA / kr 34.400,- pr m² BRA
- c) Nybygg institusjonskjøkken (dimensjonert for produksjon av ca 60 porsjoner middag daglig)
 - For institusjonskjøkken finner man ikke kostnader pr m² direkte. Disse er ofte en del av et større bygg og storkjøkkenutstyret er faste installasjoner. Her må det regnes litt annerledes.
 - anbefaler bruk av kr 39.000,- pr m² BTA / kr 43.300,- pr m² BRA

Hvordan skal kommunen dimensjonere?

På bakgrunn av analyser og funn som denne rapporten beskriver vil vi gi noen anslag om hvordan kommunen bør vurdere dimensjonering.

Det er viktig å understreke at endringer i drift fra i hovedsak langtid i institusjon til korttidsplasser og heldøgns omsorg, tar tid. Både av hensyn til brukerne og innretting og planlegging av drift må dette sees på som en prosess. Det viktige er å ha et klart målbilde av hvordan man ønsker at prosessen skal ende ut.

Til grunn ligger en oversikt over hvilken funksjon korttidsplasser kan fylle:

- **Kortvarig innleggelse til observasjon/utredning/behandling.** Dette kan være pasienter som kommer fra hjemmet med forverret situasjon eller pasienter som utskrives fra sykehus og har behov for et "step down" før hjemreise. Kartlegging av funksjonsnivå for

²³ BTA forkortelse for bruttoareal, det vil si det totale arealet som måles på utsiden av ytterveggene ab bygningen. BRA forkortelse for bruksareal, en betegnelse på bygningens totale innvendige areal.

hjemmetjenester, observasjon i forbindelse med medisinerer, etterbehandling eller opptrening etter sykehusopphold er eksempler på type formål med oppholdet

- **Avlastning.** Personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver (pårønderressurs) skal få mulighet til å ivareta seg selv og egne behov i perioder.
- **Rehabilitering.** Heldøgns rehabilitering med sikte på å komme hjem til egen bolig. Formålet er å bevare eller utvikle funksjonsevnen
- **Palliativ omsorg.** Kortere opphold for pleie og omsorg ved livets slutt.

RO anbefaler at kommunen planlegger for å ha 12 korttidsplasser på Helsetunet.

Som tidligere beskrevet vil det ved nybygg være mulig å ha så fleksible løsninger at arealene både kan brukes som institusjonsplass og omsorgsbolig med heldøgns omsorg.

RO anbefaler at kommunen bør ha et antall på 20 – 25 plasser som kan disponeres til institusjonsplass og omsorgsbolig med heldøgns omsorg fleksibelt og etter behov.

Kommunen har i dag omsorgsboliger uten heldøgns omsorg tett inntil Helsetunet. Med mindre endringer kan disse også disponeres som omsorgsboliger med heldøgns omsorg, dette kan påvirke behovet for antall rom i nybygget.

Dette betyr at antall plasser til korttid og institusjon/omsorgsboliger med heldøgns omsorg overstige uansett ikke er mer enn 37. Dette forutsetter at det iverksetter flere tiltak, vi oppsummerer disse i det følgende avsnittet om anbefalinger.

Anbefalinger

- **Kommunen må se helhetlig på sine tjenester innen helse og omsorg.**
 - En god planprosess og en konkret plan bør beskrive kommunens omsorgstrapp og ønsket tjenesteprofil, langsiktige og kortsiktige mål og hvilke tiltak for endring av drift som er nødvendig. En forutsetning for planarbeidet er en beslutning om den gamle bygningsmassen skal rives.
 - Kommunen må beholde den gode løsningen med å samle helse og pleie/omsorg i umiddelbar fysisk nærhet av hverandre.
 - Etablere omsorgsboliger med heldøgns omsorg.
 - Ha korttidsplasser som reelle – til midlertidige opphold.
 - Forebygging og folkehelse vektlegges. Dagaktivitetscenter bør opprettes og folkehelse, frivillighet, ergo- og fysioterapi samlokaliseres sammen med dette under taket til det nye Helsetunet.
- **Være en attraktiv arbeidsgiver for framtidig rekruttering og utnytte arbeidskraftreserven**
 - Satse på å bygge god lederkompetanse og gode lederteam.
 - Ha kontinuerlig fokus på trivsel og arbeidsmiljø.
 - Jobbe i team på tvers av fagområder.
 - Ha fokus på kvalitet og diskusjoner om faglige standarder. Måltider og ernæring, fysisk og sosial aktivitet bør ha spesiell oppmerksomhet i tråd med politiske signaler i St.meld 15 – leve hele livet.
 - Dokumentasjon og bruk av avvikssystemet er forutsetninger for å jobbe med forbedring. Måten dette brukes på i enheten er et viktig lederfokus.
 - Både medarbeidertilfredshet og brukertilfredshet bør måles jevnlig.

Vedlegg

Tilstandsrapport fra *ON arkitekter og ingeniører AS*, vedlagt oversendelse av rapport som egen PDF-fil