



Gjennomgang av deltjenestene innen helse-
og omsorgstjenesten
Øyer kommune
7. april 2021

Ambia AS

Ambia AS,
Forretningsadresse:
Kjøpmannsgata 12, 7503 Stjørdal
post@ambia.no
www.ambia.no 
Org. nr. 825 288 422

Kontaktperson for oppdrag:
Ingvar Rolstad
Mobil: 952 65 513

epost: ingvar.rolstad@ambia.no
Kontorsted: Stjørdal

Innhold

1 Innledning	7
1.1 Oppdragsgiver sine behov	7
1.2 Mandat	7
1.3 Metode	8
2 Kommunens behov for Helse- og omsorgstjenester	8
2.1 Befolkningsframskriving	9
2.3 Demens og behov for tjenester	16
2.4 Behov for tjenester - oppsummert.....	19
3 Ressursbruk og prioritering	20
3.1 Direkte og indirekte brukertid i hjemmetjenesten.....	21
3.2 Bemanning ved Øyer Helsehus	22
3.3 Nærværsfaktorer	24
3.4 KOSTRA	26
3.5 Funksjonsvurdering / IPLOS	46
3.6 Tildeling av tjenester	47
3.7 Heltidskultur og ressursbehov	49
4 Data innhentet gjennom intervjuer	51
4.1 Oppsummering fra intervjuene – kort oppsummert.....	51
5 Framtidas helse- og omsorgstjenester i Øyer – muligheter og begrensninger	52
5.1 Tjenestene må henge sammen – toppen av omsorgstrappen	52
5.2 Mat, ernæring og måltider	56
5.3 Aktivitet og fellesskap	57
5.4 Helsehjelp	57
5.5 Sammenheng i tjenestene	57
5.6 Kompetanse og rekruttering.....	57
5.7 Om å få tjenester hjemme.....	59
5.8 Sykehjemmets rolle og funksjon.....	59
5.9 Ledelse	60
5.10 Myndighetskrav	63
5.11 Om organisasjonskultur	64
5.12 Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester	65
5.13 Nasjonale føringer	65
6 Anbefalinger	66

Ambia har utført oppdrag for Øyer kommune (oppdragsgiver) i henhold til tilbud av 21.1.2021.

«Den kloke er langsam i sin tale og hurtig i sin handling» Kung-Fu-Tse

Sammendrag

«Den som vil vokse og utvikle seg, må møte motstand» Åsa Rytter Evensen.

Ambia har i rapporten beskrevet Øyer kommunes situasjon for dagens institusjons- og hjemmetjenester, og tegner et bilde av framtid utfordringene kommunen vil stå overfor fram mot 2030-2040. Fokus i gjennomgangen har vært fremtidige behov for disse deltjenestene og kommunens mulighet til fortsatt å yte gode tjenester.

Rapporten bygger på informasjon innhentet via e-post, telefonsamtaler og intervju via teams, presentasjon for Tjenesteutvalget via teams, søk på kommunens hjemmeside, oversendt data fra kommunen som Ambia har etterspurt og ulike registerdata fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). På grunn av COVID-19 pandemien er det ikke gjennomført kommunebesøk.

Ambia har gjennom oppdraget fått et godt bilde av hvordan tjenestene framstår i dag. Mye er bra. Men med tanke på de utfordringene Øyer kommune vil stå overfor, mener Ambia at gjennomgangen viser at flere forhold bør diskuteres med mål om forbedringer.

Øyer Helsehus (heretter Helsehuset) og hjemmebaserte tjenester står overfor mange utfordringer de nærmeste 10 årene. Utfordringer de ikke greier å «løse» alene. Ambia mener at samhandlingen med øvrige tjenester innen tjenesteområdene er av stor betydning. Dette inkluderer også kommuneoverlegen som medisinsk faglig rådgiver og fastlegene. Oppsummert: Få alle på lag i arbeidet med å utvikle og innrette tjenestene med mål om fortsatt faglig og økonomisk bærekraft.

Enhetlig utfordringsbilde dimensjonering og innretning

Ved årsskifte 2020/2021 hadde kommunen 51 sykehjemsplasser i bruk. Dersom kommunen sikter seg inn på å ha samme dekningsgrad¹ som i dag (21,3 %), vil kommunen ha behov for over 90 plasser i 2030 og 126 plasser i 2040, mot 51 plasser i dag, forutsatt at tjenesten er innrettet på samme måte i 2030 og at behovet er det samme. Basert på kostnadsnivået i 2019 og bemanningsfaktor per plass, må kommunen regne inn en økt kostnad på vel 41 millioner og 26 nye årsverk allerede i 2030. Ambia stiller seg tvilende til om dette vil være bærekraftig for en kommune med litt over 5000 innbyggere sett i lys av den demografiske utviklingen; aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient.

Det er kostbart for kommunene å ha mange tjenestemottakere i institusjon og det er godt dokumentert at det er fullt mulig å gi mange brukere som etter "tradisjonell tenkning" ville fått sine tjenester på sykehjem, kan motta kvalitativt forsvarlige tjenester på "høyeste omsorgsnivå" i eget hjem².

Forutsatt at tjenesten driftes som i dag og at forventningene blant innbyggerne er som i dag, vil det i tillegg være behov for økning av hjemmebaserte tjenester for de eldste innbyggerne, altså de over 80 år. Dessuten må man også måtte regne med at tjenester til hjemmeboende under 80 år vil måtte øke.

Dette finner vi i tallene:

¹ Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og eldre

² Opprinnelig bolig eller alternativ bolig

- Liten økning av netto driftsutgifter av kommunens samla netto driftsutgifter fra 2017-2019. Men under de Ambia har sammenlignet med. Kun snittet for landet uten Oslo er lavere.
- Økte netto driftsutgifter til institusjonstjenester, til tross for vedtak om drening fra institusjons- til hjemmebaserte tjenester.
- Høye driftsutgifter til institusjonslokaler.
- Størst dekningsgrad for plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og eldre.
- Laveste korrigerede brutto driftsutgiftene per plass i institusjon.
- Høyeste utgifter per oppholdsdøgn i institusjon.
- Lave korrigerede brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester.
- Lavt antall tildelte timer til helsetjenester i hjemmet kontra et relativt høyt antall tildelte timer til praktisk bistand i hjemmet.
- Reduksjon i gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke i hjemmetjenesten.
- Relativt stabil dekningsgrad siste tre år og noe økning i antall boliger til omsorgsformål.
- Andel brukere 80 år og over av hjemmetjenester er redusert med 6,5 % de to siste årene.
- IPLOS viser en økning i antall brukere med langtidsopphold på sykehjem og en reduksjon i antall brukere som får rehabiliteringsopphold.
- Relativt stabilt antall brukere som får praktisk bistand. Men de vurderes med stadig økende bistandsbehov.
- Markant nedgang i antall brukere som får helsetjenester i hjemmet fra 2018-2019. Andelen av disse som har lavt bistandsnivå har økt.
- Synkende andel årsverk med helsefaglig utdanning.
- Størst dekningsgrad andel innbyggere 67-79 år med dagaktivitetstilbud.

Tildelingskriterier er på plass og politisk vedtatt. Rutiner for saksbehandling er også etablert. Det kan likevel se ut som om praksis ikke følger ord og intensjoner. Men at det derimot ser ut til å gå i en annen retning enn den som er ønsket og beskrevet i dokumentene.

Enhetlig utfordringsbilde på innbyggers rolle

Kommunen må vurdere strukturelle grep, og drive aktiv påvirkning av innbyggeres forventninger om ansvar for egen alderdom. Hva er kommunens ansvar og hva forventes det at kommunen skal stille opp med av helse- og omsorgstjenester? Har hver enkelt familie og hver enkelt person et ansvar for å legge til rette for egen og familiemedlemmers alderdom? Eller kan man forvente at de eldre skal bo hjemme (i egen bolig) så lenge det går, og at når det ikke går, skal kommunen ta over? For kommunen 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".

Ambia er kjent med at det er utarbeidet en omsorgstrapp og at det er utarbeidet og vedtatt tjenestebeskrivelser og tildelingskriterier. Vi mener allikevel at det er behov for å tydeliggjøre hvilken ideologi som skal være drivende og at dette gjenskapes i praksis. Her anbefaler vi at dette tydeliggjøres i forbindelse med det videre arbeidet. Konsekvensen av å satse på forebygging, hverdagsmestring, ansvarliggjøring, bruk av teknologi, helhetlige tjenesteløp mv. Likeså hvilke forventninger kommunen har til sine innbyggere. Dette gjelder både unge og eldre. Arbeid med å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger må videreføres og forsterkes. Her er det viktig at også innbyggerne får kunnskap om hvorfor dette er nødvendig. Øyer har ansatt en ressursperson som bistår tjenestene med dette, meget bra.

Helsehusets framtidige rolle og funksjon i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste bør tydeliggjøres. Likeså konsekvensen av dette.

Enhetlig utfordringsbilde på kompetanse

Den største utfordringen har bakgrunn i mulige endringer i framtidig alderssammensetning. Spesielt i aldersgruppa 80 år og eldre. Økningen skjer fra i dag og helt fram mot 2040. Samtidig viser prognosene at andelen i de yngste aldersgruppene og da spesielt i den yrkesaktive gruppen, 20-66 år antas å bli redusert. Med dette som bakteppe kan det bli ei utfordring å rekruttere nye medarbeidere og dermed opprettholde dagens innretning og tjenesteomfang. Ambia har ikke fått full oversikt over mulig turnover på grunn av mulighet til pensjonering de nærmeste 5-10 årene. Her er det viktig at Øyer utarbeider en slik oversikt: Antall, fagbakgrunn og stillingsstørrelse. I et arbeidsmarked med konkurranse om kompetansen, må Øyer jobbe for å framstå som en attraktiv arbeidsgiver. Det innebærer både å skape trivsel og godt arbeidsmiljø og høyt nærvær. Videre satse på å bygge kompetanse over tid og ikke minst bruke den rett. Det er viktig at rekruttering for fremtidige utfordringer sikrer 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.

Det samme gjelder hvordan medarbeideres kompetanse kan nyttiggjøres som ledd i å oppnå helhetlige tjenester. En greier da å bygge opp bredere fagteam. Sørge for høy grad av kompetansemobilisering ved at alle medarbeidere får nyttet sin kompetanse fullt ut. Dette uavhengig av hvor brukeren er. Dette bedrer også kommunens omdømme og kan ha positiv effekt på rekruttering.

En oversikt over antall på hel- og deltid viser at det innen tjenestene er en utstrakt bruk av deltidsstillinger. Ut fra den oversikten Ambia har fått oversendt for helsehuset og hjemmetjenesten er det fortsatt mange som arbeider i deltidsstillinger, når vi ser bort fra ledere. Tjenesten bør tydeliggjøre målet om å få flere medarbeidere over i større stillingsandeler, gjelder alle faggrupper. Det krever godt samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte. Dette må skje innenfor gjeldene regelverk og kommunenes økonomiske rammer.

Med flere innbyggere i høy alder vil det bli flere som får en demenssykdom, kreftsykdom og flere multi-syke³, mv. Noe som påvirker de som rammes av sykdommer, og deres pårørende. Dette fordrer en helse- og omsorgstjeneste som i praksis arbeider sammen/helhetlig, hver dag, og hvor fagressurser nyttes på tvers av enheter og avdelinger. Tildelingskriterier er på plass og politisk vedtatt. Rutiner for saksbehandling er også etablert. Det kan likevel se ut som om praksis ikke følger ord og intensjoner. Men at det derimot ser ut til å gå i en annen retning enn den som er ønsket og beskrevet i dokumentene. Forutsetter tydelige politisk prioritering som følges opp over tid.

Strukturelle grep

Tildeling av tjenester (nøkkelfaktor for innretning og ressursbruk). Må være profesjonelt, med god kompetanse og tverrfaglig behovskartlegging. God dialog om behov, kapasitet og kompetanse med ledere av tjenestene er en forutsetning for god fungering. Alle vedtak må være godt begrunnet, tidsavgrenset om dette er mulig og evalueres med tilstrekkelig hyppighet. Bruk individuell plan der brukerne har store og sammensatte behov. Et felles organ/kontor for vurdering av søknader og tildeling gir «en dør inn». Det er også ryddig for pårørende og brukere å forholde seg til et sted/kontor. Dette kan skape en større opplevelse av trygghet og forutsigbarhet i forvaltningen av brukernes rettigheter. Noe som også bedrer mulighetene til koordinerte og helhetlige og mer effektive tjenester. Både faglig og økonomisk. Andre grep som anbefales er:

- Kompetanseoppbygging og rekruttering. Økt bruk av heltid og alternative arbeidstidsordninger.
- Ledelse, lederkompetanse og lederroller.
- Samhandling og felles ansvar for helhetlige tjenester. Stor grad av tverrfaglighet og kommunikasjon mellom alle aktører som tar utgangspunkt i å jobbe mot et felles mål. Det er viktig å avklare roller og ansvar for å få til tverrfaglighet i praksis.

³ Personer med flere sykdommer

- Videreutvikle fokus på tjenesteinnovasjon og bruken av teknologi. Dette henger nøye sammen.

Innretning på tjenestene

Forsterke fokus på forebygging, tidlig intervensjon med henblikk på mestring og rehabilitering både i hjemmet og på institusjon. Ordene i planer og tildelingskriterier som operasjonaliseres gjennom handling. Det har stor betydning hvilket mål som vektlegges ved tiltak som kommer i vedtaksform. Disse må primært bidra til mestring og bedre helse. Det må gjennomgående tenkes på forbyggende løsninger, teknologi og hjelpemidler i alle møter med brukere og pårørende. Det må stilles krav til hva brukerne selv kan ta ansvar for. Typiske eksempler er brukerens vilje til selv å anskaffe seg «hyllevareteknologi» for bedre å klare hverdagen i eget hjem. Hva er brukerens mål?

Som vist i kapittel 3.1 har Ambia med bakgrunn i det tallmateriale som kommunen har oversendt beregnet direkte og indirekte brukertid i hjemmetjenestene. Tallene viser høy andel direkte brukertid av hver medarbeidertime. Spesielt gjelder dette for hjemmesykepleien. Ser vi på bemanningsressursen ved Helsehuset ligger den statistisk i nedre del av det vi ser ved norske sykehjem. Samtidig er det viktig å ha i mente at det er mange forhold som kan være avgjørende når vi vurderer om bemanningsforholdet er bra eller ikke.

Det er viktig at medarbeidere får nyttet kompetansen sin på en bedre måte, den indre motivasjon bedres, noe som også er viktig for nærværet. Tydeliggjør hva aktivt medarbeiderskap, myndiggjorte medarbeidere betyr i praksis.

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

Ambia mener det vil være helt nødvendig og av stor betydning å tydeliggjøre hva det betyr å være leder og avstem dette med behov for merkantil støtte. Innad i tjenesten og opp mot økonomi og personal (HR). Dette er i tråd med statlige føringer, jamfør forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring⁴. Her er det viktig å klargjøre hva som er akseptabelt lederspenn. Det vi si hvor mange medarbeidere, ikke årsverk, skal en leder ha ansvar for. Gjelder først og fremst ved Helsehuset.

Tydeliggjør bruk av kompetanse i en helhetlig tjeneste. Ambia mener det vil være av stor betydning at det utarbeides en strategisk kompetanseplan og gjennom denne sikre høy grad av kompetansemobilisering⁵. En slik diskusjon må ledere og tillitsvalgte være villig å ta. Mange kommuner har over tid satset på kompetansehevende tiltak for sine medarbeidere. Da må det gjenskapes i praksis etter at kompetansehevende tiltak er gjennomført.

Etter å ha gjennomgått regnskapstall for 2018 og 2019 og de opplysningene Ambia har innhentet, er det mye som tyder på at vedtatt aktivitet og økonomiske rammer ikke samsvarer. Inntrykket vi har er at dette er noe som har vedvart. Stemmer dette, bør det snarest ryddes opp. Og i etterkant utarbeide realistisk budsjett og gode periodiseringsnøkler som tjenesteområdene kan styre etter. Her må økonomi og personal bidra aktivt.

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

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

⁵ At ansatte kompetanse blir nyttet

1 Innledning

Øyer kommune har startet opp et arbeid med å klargjøre kommunens framtidig helse- og omsorgspolitik.

I kommuneplanens samfunnsdel (2014-2025) vedtok kommunestyret at Øyer skal ha en framtidretta helse- og omsorgstjeneste. Likeså vedtok Kommunestyret 15.12.2016 **Tjenestebeskrivelser og tildelingskriterier** jfr. helse- og omsorgstjenesteloven. Under kapitel 3.0 står følgende: «*Det er et overordnet mål at flere skal bo lengre hjemme. Et sterkere fokus på mestring er ledende for tjenesteutviklingen. Sentralt er pasienter og brukerne sine behov, hverdagsmestring og økt livskvalitet. Med mestringsbegrepet som strategisk hovedfokus vil det settes i gang en endring fra institusjonsfokus til hjemmetjenestefokus*».

Hva betyr dette i praksis og for hvem? Det blir avgjørende når kommunen skal avklare hva som må til for å fortsatt ha bærekraftige tjenester de nærmeste årene? To sentrale forhold blir viktig å avklare: Konsekvensen av en mulig endret befolknings sammensetning. Flere innbyggere i høy alder og færre i yrkesaktiv alder.

I forbindelse med videreutvikling av tjenestene er det viktig å ta inn i seg målene med kvalitetsreformen "Leve hele livet".



1.1 Oppdragsgiver sine behov

Kommunestyret har vedtatt at det skal gjennomføres en utredning med mål å utvikle framtidretta tjenester. Tjenester som er i tråd med nasjonale og lokale føringer. Og den økonomiske situasjonen innen sektoren.

Utredningen skal inneholde alternative løsninger for struktur, tjenesteinnhold og innovative og nye arbeidsformer innad i helse- og omsorgstjenestene, og strategier/tiltak som styrker kommunens samlede søkelys på tidlig innsats, forebyggende arbeid og mestring. Eventuelle forslag til nye strukturer og tjenester må bidra til å understøtte en mer optimal bruk av kommunens samlede helse-omsorgstjenester. Utredningen skal også klargjøre en eventuell etablering av tildelingskontor.

1.2 Mandat

Kommunestyret i Øyer vedtok i sak 82/20 at det skulle gjennomføres en strukturell utredning med følgende mandat: «*Utrede framtidens helse- og omsorgstjenester i Øyer kommune, gjennom alternativ organisering og strukturell oppbygging, og mulig ressursbesparelse. Prosjektet skal vurdere framtidig kapasitet i tjenestetilbudet (jfr. omsorgstrappa)*».

Ambia er bedt om å bidra med grunnlagsmateriale (KOSTRA/Iplos), samt sammenligninger og samordninger for å kunne legge grunnlag for utredningens måloppnåelse.

Utredningsarbeidet skal føre til en strategi for å iverksette endringer og utvikling i organisasjonen og av tjenestene.

Utredningen skal legge grunnlaget for framtidig drift og organisering av helse- og omsorgstjenestene i Øyer kommune innenfor økonomiske og personellmessige ressurser, med hovedfokus på institusjons- og hjemmetjenesten.

- Skape et enhetlig bilde av utfordringene.
- Skape forståelse for de viktigste samarbeidslinjene.
- Sette innbyggere/pasients behov i sentrum.

- Utarbeide forslag til forbedring av helse- og omsorgstjenestene i Øyer kommune.

Ambia har i tillegg valgt å utdype enkelte områder som en bør ha fokus på (se kapittel 5).

1.3 Metode

Ambia har innhentet kvantitative data om Øyer kommunes praksis på følgende områder:

- Gjennomgang av gjeldende planverk, regnskap, årsrapporter og annen dokumentasjon oversendt fra kommunen.
- Gjennomgang av KOSTRA-tall for de aktuelle tjenestene, med hovedfokus på produktivitet, dekningsgrad og prioritering (endelige tall for 2019 per juni 2020).
- IPLOS⁶.
- Befolkningsframskriving (SSB) som er brukt til å vise aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient.
- Hel- og deltid.
- Mulig turnover grunnet oppnådd aldersgrense.
- Sykefravær 2020.
- Ansikt-til-ansiktstid (ATA-tid) i hjemmetjenesten og bemanningen ved Helsehuset.

Videre er det gjennomført et intervjuprogram, samt innhentet supplerende opplysninger underveis.

Ambia har som nevnt over foretatt en beregning av direkte og indirekte tid i hjemmetjenesten (ansikt til ansikt - ATA-tid). Dette er informasjon som kan gi grunnlag for å belyse hvor mye direkte og indirekte brukertid som ytes. Videre har vi sett på medarbeiderressursene i pleien ved Helsehuset. Og lederspennet innen Helsehuset og hjemmetjenesten.

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

I samråd med kommunalsjef er det gjennomført intervjuer med representanter for tjenesteområdene. Utvalget har bestått av representanter fra ledelsen, tillitsvalgte, sykehjemslege, økonomi og velferdsteknologi. Alle intervju er gjennomført via teams og telefon. Se vedlegg 1.

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

Ambias anbefalinger og forslag til framtidige fokus- og arbeidsområder i forbindelse med videreutvikling av tjenestene, baseres både på kvantitative og kvalitative funn, samt føringer fra lokale og sentrale myndigheter knyttet til organisering, ledelse og drift av helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

2 Kommunens behov for Helse- og omsorgstjenester

Å beskrive framtidige behov for tjenester innen rammen av bærekraftig tjenester har vært en sentral forventning hos oppdragsgiver. Å beregne behov 10-20 år fram i tid vil uansett metode, være avhengig av hva slags antagelser eller forutsetninger som legges inn i beregningsmodellen. Statistisk Sentralbyrå har modeller for framskriving av befolkningsdata som også baserer seg på valg av forutsetninger.

⁶ **Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)** er et norsk offentlig register som drives av [Helsedirektoratet](#). Registeret inneholder informasjon om alle som har søkt eller mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester og skal være et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk mellom kommunene og statlige myndigheter. IPLOS ble obligatorisk i kommunene fra 1. mars 2006. Se forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6

Tilflytting/fracflytting internt i landet, fødselsrater, gjennomsnittlig forventet levealder og grad av innvandring til riket, er eksempel på størrelser som er vanskelig å forutsi langt fram i tid.

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

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

Den demografiske endringen som Øyer vil oppleve, er velkjent for svært mange kommuner i Norge og gjelder ellers innen Norden og Europa. Trenden er økt andel eldre og redusert eller lav vekst i andel i yrkesaktiv alder. Dette tilsier at det vil bli økt behov for arbeidskraft blant annet innen helse- og omsorgstjenestene, samtidig som tilgangen på arbeidskraft reduseres. Det forventes at flere personer i yngre aldersgrupper får hjelpebehov. Samtidig vil flere eldre ha bedre helse og mulig færre leveår med sykdom, slik at behovet for helse- og omsorgstjenester antas ikke å øke tilsvarende levealderen. I Øyer vil den store økningen av innbyggere 80 år og eldre komme fra i dag og fram mot 2040 (se tabell 1 under).

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

2.1 Befolkningsframskriving

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

Tabell 1: Befolkningsframskriving for Øyer kommune.

Befolkningsframskriving Øyer kommune 2021 - 2040.							
	2021	2025	2030	2035	2040	Differanse 2021-2030	Differanse 2021-2040
0-19 år	1061	1049	1034	1044	1031	-27	-30
20-66 år	3041	3000	2988	2913	2871	-53	-170
67-79 år	703	755	780	862	904	+77	+201
80-89 år	228	274	361	415	443	+133	+215
90+ år	58	57	76	96	140	+18	+82
Totalt antall innbyggere	5084	5135	5249	5330	5400	+165	+316
Sum innbyggere 80 år og eldre	279	331	437	511	594	+158	+315

Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2020 alternativ MMMM): fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring

Tabellen over viser at antall innbyggere forventes å øke noe fram mot 2040. Selv om befolkningsframskrivingen baserer seg på usikre tall, er det viktig for kommunen å ta utgangspunkt i prognosen. Ambia gjengir tall per 4. kvartal 2020 som viser at kommunen hadde 5 093 innbyggere. Noe som gir en vekst i befolkningen fra 3. kvartal med 13 personer⁷. Ambia er kjent med at kommunen har tro på at planlagt boligområdet Trodal vil føre til en sterkere befolkningsvekst. Og kanskje føre til vekst i de yngre befolkningsgruppene. Dette viser også hvor vanskelig det er å anta en befolkningsutvikling noen år fram i tid. Det som er mere sikkert er at kommunen får en vekst i de eldste aldersgruppene.

Framskrivningen viser en reduksjonen for aldersgruppene 20-66 år (53 innbyggere). Og i aldersgruppa 0- 19 år (27 innbyggere), mens i aldersgruppa 67-79 år forventes en økning (77 innbyggere). Den største økningen kommer i aldersgruppa 80 år og eldre (158 innbyggere). Oppsummert viser tabellen en forventning om at totalt antall innbyggere øker fram mot **2030** med 165 innbyggere.

Folkehelseinstitutt har i sin årsrapport for 2018 skrevet at forventet levealder i 2017 var 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn. De to viktigste dødsårsakene er fortsatt hjerte- og karsykdommer og kreft, selv om vi har hatt en kraftig reduksjon de siste 50 årene. I yngre aldersgruppe er antall dødsfall lavt.

Ser vi så langt fram som **2040** forventes en økning i innbyggertallet med 316 innbyggere. I perioden mellom 2030 og 2040 får vi en ytterligere reduksjon i aldersgruppe 20-66 år (117 innbyggere), og i aldersgruppa 0- 19 år (3 innbyggere). I aldersgruppa 67-79 år forventes økningen å fortsette (124 innbyggere). Det samme gjelder i aldersgruppa 80 år og eldre (157 innbyggere). Her er det viktig å merke seg at prognosen viser en meget stor økning i aldersgruppa 90 år og eldre (64 innbyggere).

Dersom denne prognosen blir en realitet, reduseres antall innbyggere under 67 år, mens de over øker fram mot 2030 og videre mot 2040.

- Aldersgruppa 0-19 år reduseres fram mot 2030 med 27 personer eller underkant av 2,6 %. For hele perioden vel 2,8 % eller 30 personer.
- Aldersgruppa 20-66 år reduseres fram mot 2030 med 53 personer eller vel 1,7 %. For hele perioden vel 5,6 % eller 170 personer.
- Aldersgruppen 67-79 år øker fram mot 2030 med 77 personer eller vel 10,9 %. For hele perioden vel 28,6 % eller 201 personer.

⁷ <https://www.ssb.no/kommunefakta/oyer>

- Aldersgruppen 80-89 år øker fram mot 2030 med 133 personer eller vel 58,3 %. For hele perioden vel 94,7 % eller 215 personer.
- Aldersgruppen 90 år og eldre antas også å øke fram mot 2030 med 18 personer eller vel 31 %. For hele perioden skjer det på 141,4 % eller 82 personer.

Et viktig tema er hvordan dette vil påvirke Øyer kommune og spesielt helse og omsorgstjenestene, når antall eldre øker mer (se tabell 1) enn antall yrkesaktive personer i yrkesaktiv alder. Det er innbyggere i denne aldersgruppen som skal sørge for inntekter, bosettingsgrunnlag, helse- og omsorgstjenester og all annen behov for sysselsetting i offentlig og privat sektor.

I tabell 2 under har vi delt inn de i aldersgruppa 80 år og eldre i 5 års intervall. Vi har gjort dette fordi en grov inndeling, 80-89 år, fort kan være misvisende. Vi må anta at en som har fylt 80 år har mindre behov for kommunale tjenester enn en som er 86 år osv. Vi må også anta at de som er 80 år i 2030 eller i 2040 har andre behov og kanskje forventninger enn de som i dag er 80 år og eldre. Mange vil ha annen utdanning, bedre tilrettelagte boliger, bedre helse, ser på bruk av teknologiske løsninger på en annen måte osv.

Tabell 2: Befolkningsframskriving 80 år og eldre inndelt etter 5 års grupperinger.

Befolkningsframskriving 80 år og eldre Øyer kommune 2021 - 2040.							
	2021	2025	2030	2035	2040	Differanse 2021-2030	Differanse 2021-2040
80-84 år	150	166	236	235	261	+86	+111
85-89 år	78	108	125	180	183	+47	+105
90-94 år	49	42	63	75	110	+14	+61
95-99 år	9	15	12	21	27	+3	+18
100+ år	0	0	1	0	2	+1	+2
Sum innbyggere 80 år og eldre	279	331	437	511	594	+158	+315
<i>Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2020 alternativ MMMM): fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring</i>							

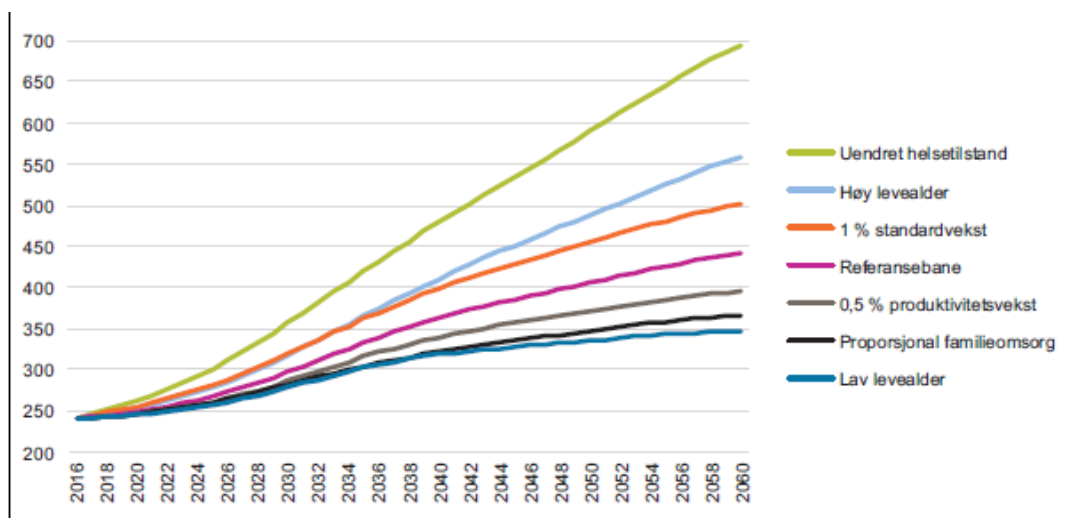
Kilde: SSB, MMMM-alternativet

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

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

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

Figur 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, -reduert pårørendeomsorg. På den annen side kan man heller ikke utelukke at antall brukere vil endres lite fra dagens nivå. Det kan skje gjennom en kombinasjon av vekst i produktiviteten og familieomsorgen, samtidig som helsetilstanden bedres og levealderen øker mindre enn referansebanen."

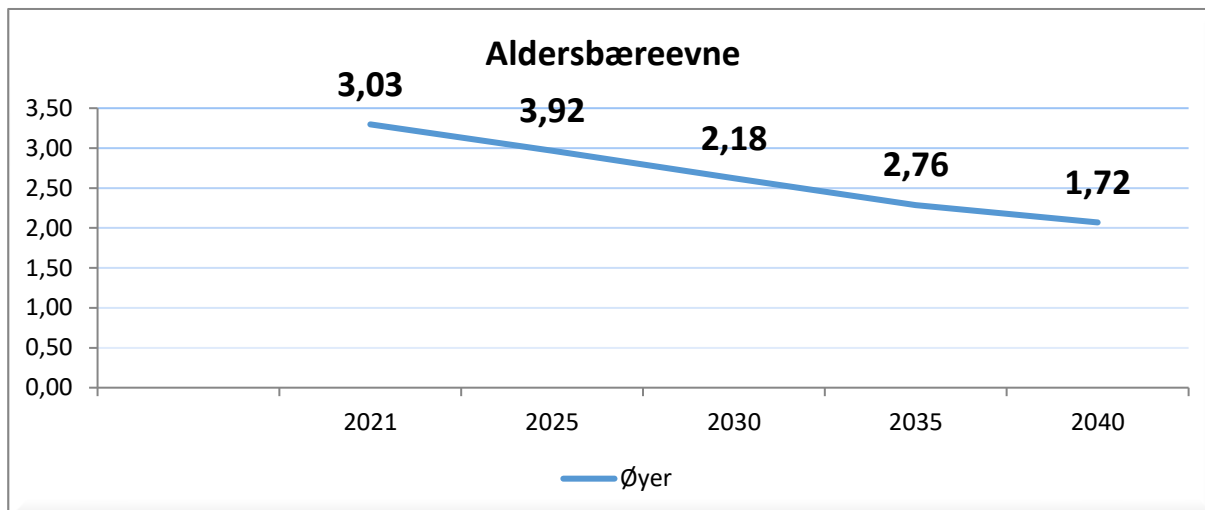
Helsedirektoratet offentliggjorde årsrapporten 2017 for Omsorg 2020⁸ i juni 2018. Her skriver de blant annet at; "forskning som rapporten bygger på, viser at befolkningsutviklingen vil være svært ulik i kommunene fram mot år 2040. Små kommuner i Innlandet og Nord-Norge vil møte betydelig større utfordringer enn de større tilflyttingskommunene. Behovet for planlegging, fornyelse og innovasjon vil derfor være ekstra stor i disse kommunene".

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

Tabell 1 og 2 gir en indikasjon om at Øyer kommune vil stå overfor til dels store utfordringer når det gjelder å kunne opprettholde dagens tjenestenivå på grunn av endringer i befolknings sammensetningen. Figur 1 viser forholdet mellom de aldersgruppene som erfaringsmessig trenger bistand og de aldersgruppene som skal yte denne bistanden. Som nevnt tidligere vil Øyer, som i de fleste kommuner ellers, få en reduksjon i andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder, samtidig som andelen i pensjonistalderen øker. Med flere i høy alder må en regne med at det blir flere innbyggere som vil ha behov for hjemmebaserte tjenester, institusjonstjenester, alternative boformer og andre helsetjenester.

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

Figur 2: Aldersbæreevne.

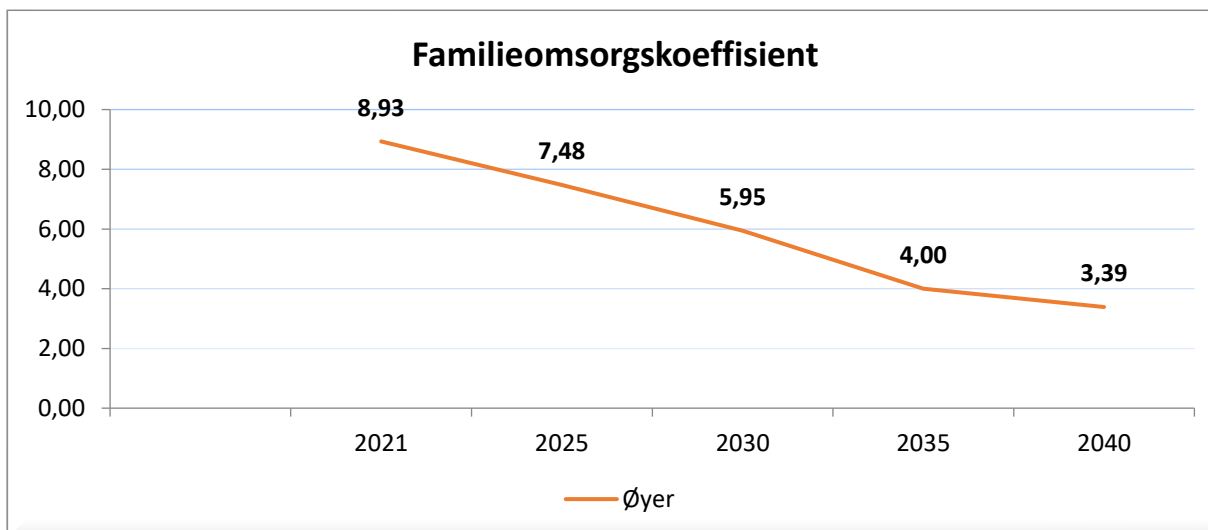


Kilde: SSB (MMMM) Aldersbæreevnen. Framskrivning av antall yrkesaktive (16-66 år) per antallet eldre (67+ år)

I figuren over har Ambia beregnet at aldersbæreevnen for Øyer kommune reduseres for hvert 5. år framover. Blir dette en virkelighet, har kommunen nå få år på seg til å foreta nødvendige grep, for å kunne dekke opp ubalansen som kan oppstå.

Ambia har fått opplyst at innen tjenesten arbeider i dag totalt 30 medarbeidere som er født før 1965. Ambia har ikke eksakte årstall og stillingsstørrelser. Tjenestene kan ut fra dette regne med at noen medarbeidere vil slutt grunnet oppnådd aldersgrense i det 10 året vi nå er inne i. Samtidig som det med stor sannsynlighet vil være behov for ytterligere rekruttering.

Figur 3: Prognose for familieomsorgskoeffisient frem mot 2040.



Kilde: Familieomsorgskoeffisienten. Framskrivning av antall omsorgsyterer (50-66 år) per antall eldre (85+ år).

En av faktorene som kan gi stort utslag når befolkningssammensetningen endres, er forholdet mellom de eldste eldre og mulige omsorgsyterer i familien eller i nærmiljøet. Ut fra erfaringer 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. Stortingsmelding nr. 15 (2017-2018) viser hvordan potensialet i familieomsorgen endres radikalt til det verre for landet som helhet. Framskrivningen for Øyer viser en antatt reduksjon i årene fram mot 2040.

Samfunnets helse- og omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Pårørende er en uvurderlig ressurs, både for sine nærmeste og som samarbeidspartner til helse- og omsorgstjenesten. Den er også en fornybar ressurs om den blir tatt vare på. Men det er ingen selvfølge at dette vil vare i tiårene som kommer⁹. Dette er statistiske beregninger. Politikere i Øyer må selv vurdere sannsynligheten for om man kan, ikke bare holde familieomsorgen på dagens nivå. Men arbeide aktivt for at den opprettholdes eller helst øke den slik at flere familiehjelpere kommer til, og å gjøre en forholdsvis større innsats enn i dag. Dette forutsetter god dialog i hele tjenesteløpet. Her kommer også betydningen av alle frivillige innsatser inn.

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

2.2 Framtidig behov for heldøgns omsorg

Det er neppe noen tvil om at det i framtiden vil være behov for et visst antall institusjonsplasser/ heldøgns omsorgsplasser i Øyer. Dette til tross for at de aller fleste har et inderlig ønske om å bo hjemme eller alternativ bolig lengst mulig. Dette sammen med generell velferdsøkning, høyere utdanning, utvikling av teknologi sammen med tjenesteinnovasjon, universell utforming, satsing på forebygging og generell bedring av eldre, gjelder alle, sin helse. Forutsetningen er da at dette må prioriteres. Dette fordrer at nødvendige helsetjenester i større grad enn i dag kan gis der du bor.

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

I en FOU-rapport fra VID og Agenda Kaupang¹⁰ på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25 prosent av antall eldre over 80 år.

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

Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det blir vist

⁹ Kilde: Meld. St. nr. 15 "leve hele livet"

¹⁰ Heldøgns omsorg – kommunens dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8. april 2016 (FOU oppdrag KS)

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

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

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

Etter Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 a skal alle kommunene ha en lokal forskrift som beskriver kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester¹¹. I ovennevnte FOU-rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av heldøgns omsorg på mellom 16 og 20 prosent (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Mange forskere i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningen av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig og anskaffelse av enkel teknologi (hyllevare¹²). Samt mer avansert teknologi som anskaffes via NAV.

SSB la våren 2016 fram en rapport om behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i omsorgssektoren mot 2060¹³. Rapporten framskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger ut fra ulike scenarier med bakgrunn i demografi, eldre sin helsetilstand, familieomsorg, produktivitet og tjenestestandarder. Ulike forutsetninger slår ut i svært ulike behov både for arbeidskraft og for omsorgsboliger. Rapporten underbygger altså usikkerheten mht. framskriving av behov for heldøgns omsorgstjenester.

Behovet for heldøgns omsorgsplasser vil i stor grad påvirkes av i hvor stor grad kommunen sørger for helhetlige helse- og omsorgstjenester etter LEON prinsippet /BEON prinsippet¹⁴. Prinsippet bygger på at kommunen tilbyr en trinnvis opptrapping av helse- og omsorgstjenester for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester effektivt som mulig på rett trinn i omsorgstrappa.

I løpet av en 10 års periode vil andelen innbyggere 80 år og eldre i Øyer kommune øke med ca. 56 prosent, fra 279 til 437. Ved årsskifte 2020/2021 hadde kommunen 51 sykehjemsplasser i bruk. Med samme dekningsgrad¹⁵ som i dag (21,3 %) vil kommunen ha behov for over 90 plasser mot i dag 51 plasser, forutsatt at tjenesten er innrettet på samme måte i 2030. Og i 2040 126 plasser.

¹¹ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

¹² Teknologi du kan anskaffe/kjøpe deg selv

¹³ Rapport 2016/20 Erling Holmøy, Fatima Valdes Haugstveit, og Berit Otnes, Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie og omsorgssektoren mot 2016, Statistisk sentralbyrå, 9 juni 2016.

¹⁴ LEON= Lavest Effektive OmsorgsNivå, BEON= Beste Effektive OmsorgsNivå

¹⁵ Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og eldre

Endelige KOSTRA-tall for 2019 viser at korrigerede brutto driftsutgifter per institusjonsplass i 2019 var kroner 1 057 576,-. Tar vi utgangspunkt i 51 plasser, vil det totalt utgjøre ca. 54 millioner kroner. En økning fra dagens 51 plasser til 90 plasser i 2030 vil utgjøre en økt kostnad på vel 41 millioner kroner med dagens kostnads- og driftsbilde.

Pleiefaktoren¹⁶ for helsehuset med 50-53 plasser og 38,43 årsverk, er i dag ca. 0,72-0,76 minus natt. En økning til vel 90 plasser i 2030 vil også føre til økt behov for bemanning om driften videreføres som i dag. Fra i dag vel 38 årsverk til vel 64 årsverk.

I tillegg vil det være behov for økning av hjemmebaserte tjenester innen samme aldersgruppe. I 2019 var andelen som hjemmetjenester 42,6 prosent av de over 80 år. Med samme dekningsgrad som i 2019 vil Øyer kommune i 2030 måtte yte hjemmetjenester til langt flere i denne aldersgruppa. Igjen forutsatt at tjenesten driftes som i dag og at forventningene blant innbyggerne er som i dag. I tillegg kommer alle under 80 år som har behov for hjemmetjenester.

2.3 Demens og behov for tjenester

Generelt vil utviklingen når det gjelder personer med demens være en svært viktig faktor når man skal beregne framtidig tjenestebehov. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst og tjenestebehov. Aldring og helse¹⁷ har nylig lagt ut en artikkel hvor de beskriver om nye interessante funn i utviklingen av legemiddelet *Donanemed* som kan redusere kognitiv tilbakegang og funksjonsnedsettelse hos pasienter i en tidlig fase med Alzheimers sykdom. De skriver videre at om resultatene viser seg å stemme, kan dette få stor betydning både for de som rammes av sykdommen og deres pårørende. På den annen side antas at vi vil få en reduksjon i dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft, men økt forekomst av demenssykdom, fordi forekomsten øker med stigende alder.

I en rapport fra 2016¹⁸ 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 2015¹⁹ 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 timer hjemmesykepleie i uken.

Utgiftene knyttet til pleie- og omsorg øker drastisk i tredje fase. 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.

For å gi et mer presist estimat av forekomsten av demens i Norge har vi blant annet benyttet data fra studier i andre europeiske land. Alzheimer Europe har 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

¹⁶ Antall ansatte per pasient i pleien minus avdelingsleder

¹⁷ Nasjonal kompetansetjeneste

¹⁸ Rapport nr 1 – 2016. "Demens i norske kommuner 2015 – 2014. Prognoser basert på internasjonale studier." Helseøkonomisk analyse AS. Lokalisert på: http://healtheconomics.no/rapport2016_1.pdf

¹⁹ Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset innlandet (2015): "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)"

gjør at estimatet trolig er for lavt. Aldring og helse - Nasjonal kompetansetjeneste har nylig utviklet en kommunal oversikt ²⁰.

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 over 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 høyt²¹. Ved å benytte demenskartet blir anslaget litt høyere.

Et forhold som bør vies oppmerksomhet ved utforming av framtidige helse- og omsorgstjenester er utviklingen innen demensomsorgen. Andelen med demenssykdom øker med økende alder. Ut fra statistiske data har Ambia forsøkt å beregne hvor mange personer i Øyer kommune som statistisk sett får demenssykdom for perioden 2021 til 2040.

Tabell 3: Andel av demens i ulike aldersgruppe

Aldersgruppe	Andel (prosent)	Antall 2021	Antall 2030	Antall 2035	Antall 2040
60-64 år	1,6	3(188)	6(390)	6(359)	5(304)
65-69 år	2,6	8(307)	9 (349)	10 (383)	9 (356)
70-74 år	4,3	13 (306)	13 (313)	14(335)	16 (372)
75-79 år	7,4	16 (213)	20 (267)	22(291)	24 (319)
80-84 år	12,9	19 (150)	30 (236)	30(235)	34 (261)
85-89 år	21,7	17 (78)	27 (125)	39(180)	40 (183)
90 år og eldre	43,1	25 (57)	33(76)	41(96)	60(139)
SUM		101	138	162	188

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

Ambia har i tabellen under tatt utgangspunkt i Demenskartet som Aldring og helse/Nasjonale kompetansetjeneste nylig har utviklet.

Tabell 4: Andel av demens i ulike aldersgruppe

Øyer kommune	2020	2025	2030	2040	2050
30-64 år	2	2	2	2	2
65-69 år	2	2	3	3	2
70-74 år	16	16	17	21	17
75-79 år	18	26	26	30	31
80-84 år	27	30	43	47	58
85-89 år	26	36	41	60	76
90 år og eldre	29	27	35	66	82
Totalt	120	139	167	229	268
Av befolkningen	2,35 %	2,71 %	3,19 %	4,25 %	4,93 %

Kilde: Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste

²⁰ <https://demenskartet.no/#3440>

²¹ Demensplan 2020; Et mer demensvennlig samfunn

Ambia gjør oppmerksom på at slik framskrivning kun er en indikasjon på framtidig antall personer med demenssykdom. Ut fra befolkningsframskrivningen har Ambia gjort et estimat av antall personer som statistisk kan få diagnosen demens i perioden 2021 – 2040 i Øyer kommune. Dersom forekomst av demens forblir på samme nivå som i dag, vil utfordringene innen demensomsorgen i kommunen øke fra 2021 og fram mot 2030 og ytterligere mot 2040/2050. Som nevnt er dette svært usikre tall, og tallene i seg selv sier lite om hvilke tjenester som vil være de beste i framtiden. Ambia har ikke tall for personer under 60 år med demenssykdom i Øyer. Imidlertid er dette personer som mange kommuner har et svært dårlig tilbud til.

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

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

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

Når en skal forutsi framtidig tjenestebehov er det altså ikke tilstrekkelig kun å legge befolkningsframskrivninger til grunn. En kan heller ikke ensidig ta utgangspunkt i dagens innretning eller dimensjonering, da dette er ulikt fra kommune til kommune. Det er heller ingen lovmessighet om hva som er effektive helse – og omsorgstjenester av god kvalitet. Framskrivningene som her er nevnt kan likevel være med som et grunnlag for de ulike scenariene en kan se for seg i framtiden.

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

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

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

Der beskrives blant annet opplæring, veiledning, omsorgsstønning og avlastningstiltak for personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver som eksempler på pårørende-støtte.

Dette lovkravet følges opp med å opprette kommunale dagtilbud fra 2020. Eksempler brukt i Stortingsmeldingen viser at kommuner oppretter dagsentertilbud for demente. Der vektlegges behovsbaserte og målrettede tilbud og aktiviteter for å øke mestring, skape trygghet, forebygge ensomhet osv., men også som et tiltak for å avlaste pårørende. Dagsentrene kan ha åpent både dag og kveld og organiseres noen steder også som et interkommunalt tilbud ²².

For å stimulere til dette, ble det i 2018 vedtatt et nytt regelverk for tilskudd til etablering og drift av dagsentertilbud til hjemmeboende personer med demens. Det kan søkes om tilskudd til både etablering av nye plasser og videreføring av eksisterende plasser som er opprettet fra 2012. I målsetningen for tilskuddsordningen skrives det at: "*Dagaktivitetstilbud vil kunne stimulere til og bygge opp under egenmestring tilpasset den enkeltes funksjonsevne. Et dagtilbud til hjemmeboende personer med demens kan også bidra til at de som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig, og gi nødvendig avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon.*" ²³

2.4 Behov for tjenester - oppsummert

Oppsummert må en regne med at behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke de nærmeste årene i Øyer kommune. Som nevnt tidligere forventes antall innbyggere i aldersgruppa 0-66 år å reduseres. Mens antall over 80 år øker.

I løpet av en drøy 10 års periode vil antall innbyggere 80 år og eldre øke med 158 personer, fra 279 til 437 i 2030. Ikke bare vil en slik økning utfordre omsorgstjenestene. Den vil like mye utfordre øvrige helsetjenester som lege- og fysioterapi og annen type kompetanse som psykolog og ergoterapeut m.fl. Med flere eldre må en anta at flere vil få kreft, og hjerte karlidelser i tillegg til demenssykdom. Hvordan kommunen greier å legge til rette for frivillig arbeid, aktivitetstilbud mv. blir viktig. Et annet forhold er hvordan kommunen greier å legge til rette for sentrumsnære boliger for eldre (og yngre) som vil ha behov for en annen bolig enn den de i dag har grunnet ensomhet, utrygghet og redusert bevegelsesevne.

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

En snever forståelse av idealet «hjemme best» koblet sammen med en rekke andre politiske og markedsrelaterte faktorer har ført til en situasjon hvor man i dag ser en todelt trend: I de større byene satses det på utbygging av tilpassede seniorboliger i regi av private aktører, mens det i distriktene finnes få boligalternativer tilpasset alderdommen (Sørvoll et al., 2016). I distriktkommuner er det derfor, ifølge Sørvoll og kolleger (2016, s. 11), nødvendig med en aktiv offentlig boligpolitikk for å sikre nødvendig tilpasning i boligmassen. En boform som på den annen side har dukket opp over hele landet i løpet av de siste årene, er omsorgsboliger (Daatland, 2014; Husbanken, 2010). Denne utviklingen har skjedd parallelt med en nedbygging av sykehjemsplasser. I praksis er omsorgsboliger et vidt begrep og kan inkludere alt fra tilrettelagt seniorleilighet i et bofelleskap uten fast bemanning, til et heldøgnsbemannet institusjonslignende botilbud (Daatland, 2014, s. 126). Enkelte omsorgsboliger er dermed

²² Meld St. 15 2017-2018 "Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre"

²³ [https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens#mal-for-ordningen-](https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens#mal-for-ordningen)

"sykehjemsaktige", mens andre omsorgsboliger fremstår som relativt selvstendige rekkehusleiligheter med egen postkasse, inngangsdør og veranda (Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2017). Omsorgsboligkonseptet er videre såpass nytt at det ikke nødvendigvis er et kjent begrep blant alle eldre. I enkelte kommuner har man dessuten vedtatt strenge inntakskriterier, slik at det å flytte til en omsorgsbolig heller ikke er en reell mulighet med mindre man har svært omfattende omsorgsbehov.

3 Ressursbruk og prioritering

Forskning innen pleie- og omsorgstjenestene²⁴ 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 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.

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)

Samhandlingreformen²⁵, 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

²⁴ Nygård, L. & Brevik, I. (2013). «Mønstre og mangel på mønstre i innretningen av de kommunale omsorgstjenestene». NIBR-notat 2013:104. Norsk institutt for by- og regionforskning.

²⁵ St.meld.nr.47 (2008-2009). Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

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 om nødvendig. Som tidligere vist til i dette kapitlet, er det godt dokumentert at dette har vært nødvendig for å bygge en tjeneste som er bærekraftig og brukerorientert. Det er kostbart for kommunene å ha mange tjenestemottakere i institusjon og det er godt dokumentert at det er fullt mulig å gi mange brukere som etter "tradisjonell tenkning" ville fått sine tjenester på sykehjem, kan motta kvalitativt forsvarlige tjenester på "høyeste omsorgsnivå" i eget hjem/leilighet.

3.1 Direkte og indirekte brukertid i hjemmetjenesten

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

Her ser vi på at tall oppgitt som totalt antall vedtakstimer, kan formuleres som antall timer planlagt utførte tjenester. Ambia har fått opplyst at tjenesten har vedtak om å levere 519,58 timer hjemmesykepleie /helsetjenester i hjemmet og 20,21 timer praktisk bistand per uke. For å dekke opp vedtakstimerne per uke, har enheten 20,90 årsverk som tilsvarer 741,95 timer medarbeiderressurs innen hjemmesykepleien og 60,00 timer praktisk bistand. Av de 60 tilgjengelige timene med praktisk bistand nyttes 18 timer til hverdagsmestring. I tillegg til 1 årsverk avdelingsleder.

Målet med gjennomgangen er å se hvor mye direkte og indirekte brukertid som nyttes. Ambia gjør oppmerksom på at det ikke finnes noen autoritative statistikker for dette. Ambia har tilgang til erfaringstall fra Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) som hadde registrert effektiv brukertid i hjemmetjenesten over flere år. RO sine erfaringer viste at når det gjaldt hjemmesykepleie var det sjelden at effektiv brukertid overgikk 60 prosent av totalt antall medarbeider-timer. Det var ikke uvanlig at effektiv brukertid var ned mot 50 prosent. Den tida som da ikke er effektiv brukertid, det vil si indirekte brukertid, er tid som går med til å kjøre mellom brukere, planleggingsmøter, medisin håndtering, rapportering osv. For praktisk bistand var forholdet mellom 70 og 80 prosent direkte brukertid. Noe som henger sammen med at behovet for planleggingsmøter, medisin håndtering, rapportering mv ikke var til stede eller i like stor grad.

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

Når bemanningsbehovet vurderes bør dette knyttes opp mot de vedtakene som fattes og hvor mange timer som trengs for å utføre de oppgavene vedtaket omfatter. Bemanningsbehovet bør beregnes ut fra tjenestebehov og det må tas hensyn til direkte og indirekte tid.

Hva er rett tidsbruk når vi vurderer forholdet direkte/indirekte tid i hjemmetjenesten? Som nevnt ovenfor finnes det ingen vedtatt norm eller nasjonal standard på dette forholdet. Målinger som er gjennomført i enkelte kommuner og rapporter som beskriver forholdet, kan gi en pekepinn om erfaringstall. Som nevnt ovenfor kan vi anslå at et grovt gjennomsnitt er ca. 1,5-1,6 arbeidstime per vedtakstime hjemmesykepleie og ca. 1,20-1,30 arbeidstime for praktisk bistand (hjemmehjelp/opplæring). Det må igjen presiseres at dette ikke kan anses som en gjeldende norm.

Ut fra denne logikken kan et estimat på gjennomsnittlig ATA-tid med hjemmesykepleie være 50-60 prosent og 70-80 prosent for praktisk bistand. Sagt på en annen måte innebærer dette at for hver medarbeidertime

til disposisjon kan en forvente at henholdsvis 50-60 prosent og 70-80 prosent av tiden benyttes i direkte tid til bruker i henhold til vedtak. Resterende arbeidstid er i denne sammenheng indirekte brukertid.

Tabell 5. Direkte brukertid i prosent Øyer

Øyer	Hjemmesykepleie / helsetjenester i hjemmet	Praktisk bistand
Årsverk i direkte tjenesteyting	20,90 ²⁶	1,60 totalt
Timer personalressurs per uke	741,95	60,00 – 18,00*
Vedtaktimer	519,58	20,21
Differanse	222,37	18,21
ATA-tid	70,03/29,97	48,11/51,89

Kilde; Øyer kommune

Ambia tar forbehold om de oppgitte tallene for vedtaktimer stemmer. Som nevnt over har hjemmetjenesten en personellressurs som tilsvarer 741,95 timer per uke hjemmesykepleie og 60,00 timer per uke praktisk bistand. * Av de 60 timene benyttes 18 uketimer til hverdagsrehabilitering, slik at det totalt benyttes 42 uketimer med praktisk bistand.

Med utgangspunkt i disse timene skal det ytes 519,58 timer med hjemmesykepleie/helsetjenester i hjemmet og 20,21 timer praktisk bistand. For hjemmesykepleien betyr det at 70,03 prosent er direkte brukertid. Resterende 29,97 prosent er indirekte brukertid. Og for praktisk bistand 48,11 prosent direkte brukertid og 51,89 prosent indirekte brukertid. Ut fra oppgitt tall utnytter hjemmesykepleien personalressursene på en meget effektiv måte. Mens praktisk bistand bør ha et lite forbedringspotensial. Ambia gjør oppmerksom på at vedtaktimer natt er inkludert i oppgitte timetall. Behov for timer på natt betjenes av natt-teamet²⁷ fra Øyer Helsehus.

Ut fra de tallene hjemmetjenesten har oppgitt, har vi som nevnt over beskrevet en hjemmetjeneste som utnytter tilgjengelige arbeidstimer på en effektiv måte. Uten at Ambia kan dokumentere dette, mener vi det kan ha sammenheng med at tjenesten har tatt i bruk velferdsteknologiske løsninger. Løsninger som blant gjør det mulig for medarbeidere å ha med seg oppdatert informasjon om brukere og at de kan dokumentere direkte under besøket.

Ambia har etterspurt vedtaktimer ytt til turister/brukere som har hytter i kommunen. Tall for 2017 til 2019 har vært vanskelig å trekke ut. Ut fra de opplysningen som er gitt ytes det i perioder helsetjenester til turister. Ambia anbefaler at slik statistikk utarbeides.

Totalt arbeider 47 personer i hjemmetjenestene. Av disse er det kun 4 som arbeider heltid (100 %). Det vil si vel 8,5 %. Ledere og merkantilt personell er ikke medregnet.

3.2 Bemanning ved Øyer Helsehus

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 medarbeidere oppgaver knyttet til matserving

²⁶ 35,5 timers arbeidsuke. Lederressurs er ikke medregnet.

²⁷ Natt-team – som server Øyer helsehus (50-53 plasser) + Bakketun omsorgsleiligheter (32 stk. hjemmeboende) + alle hjemmeboende hjemmetjenestemottakere i Øyer kommune (hovedsakelig trygghetsalarmer og noen faste oppdag på natt, hvor det er lagt opp til at oppdragene skal kunne gjennomføres av 1 nattevakt (det skal ikke være behov for å reise 2 for å løse faste oppdrag på natt hos hjemmeboende).

noen steder, mens det er egne medarbeidere andre steder. Derfor skal man ikke se for nøye på desimalene, men om pleiefaktoren et sted er 0,7 og et annet sted er 1.0, er det helt klart en forskjell som gjenspeiler forskjell i bemanning til å gjøre hovedsakelig de samme arbeidsoppgaver.

Pleiefaktor er et upresist begrep, eller det kan være vanskelig å sammenlikne pleiefaktor fordi det erfaringsmessig er forskjellige grunnlagstall og funksjoner som legges til grunn for beregningen i forskjellige institusjoner. Fagorganiserte har jobbet for at det skal fastsettes en statlig norm for pleiefaktor i sykehjem uten å nå igjennom. Ambia registrerer at det er stor forskjell mellom sykehjem i Norge når det gjelder dette.

På den ene siden finnes det altså ikke noen "norm" for pleiefaktor, på en annen side finnes det registrerte tall for pleiefaktor, slik sett er det mulig å si noe om et "gjennomsnitt". For å gi et bilde av hvordan det er ellers i landet, har Ambia her gjengitt tall for pleiefaktor fra forskjellige kilder.

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

Sørheim og Paulsen (2012)²⁸ finner at kommuner som i størst grad har omsorgstjenestenes brukere på institusjon, bruker mest ressurser per innbygger. Hjelmbrække med flere (2011)²⁹ finner at kommuner med medarbeidere hvor andelen med relevant høgskoleutdanning er stor, driver mer kostnadseffektivt enn kommuner hvor andelen med relevant utdanning er mindre. Hjelmbrække finner også at ved å spesialisere heldøgns omsorg enten i institusjon eller i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, har norske kommuner et estimert og uutnyttet kostnadsreducerende potensial gjennom stordriftsfordeler. Oppdragsgiverne antok i utgangspunktet at det ville være mulig å dokumentere en sammenheng mellom kvalitet og bemanning i sykehjem. Forskerne valgte å måle kvalitet i denne sammenheng som den kvaliteten som rapporteres av medarbeidere på et sett med kvalitetsindikatorer. Konklusjonen om dette gir imidlertid grunn til forundring, i det ingen slik sammenheng kunne påvises. Rapporten konkluderer slik om dette:

"For ukedagene ellers, og for kveld/natt, er det ingen sammenhenger mellom faktisk bemanning og medarbeideres vurderinger av bemanningssituasjonen. Det er en klar bivariat³⁰ sammenheng mellom den subjektive vurderingen av bemanningssituasjonen og samtlige kvalitetsmål: ved avdelinger der medarbeidere generelt opplever at bemanningen er tilstrekkelig skåres tilbudet til beboerne høyt på alle kvalitetsmål. Vi fant ingen tilsvarende bivariate sammenhenger mellom faktisk pleiebemanning og mål på kvalitet".

I en rapport fra en egen arbeidsgruppe i Sandnes kommune³¹ fra 2016 hadde de sammenliknet pleiefaktor i egen kommune med pleiefaktor i noen andre store kommuner. Her har man oppgitt at gjennomsnittlig pleiefaktor for sykehjemmene i Sandnes skal være: Somatisk avdeling 0,73; Demensavdeling 0,76; Skjermet avdeling 0,89. Dette oppgis å være omtrent på nivå med det de har funnet i de andre kommunene de har sammenliknet med. Dette stemmer godt overens med det Ambias erfaringer. Gitt at pleiefaktoren ligger rundt gjennomsnittstallet (ca. 0,8), viser ikke målinger av pasienttilfredshet at det er noen entydig sammenheng mellom opplevd kvalitet og pleiefaktor. En antatt konklusjon kan da være at sykehjem i Norge driftes med like god kvalitet uavhengig av om pleiefaktoren er 0,8 eller 1,2. Når det er nevnt, bør antall i pleien ha en klar betydning for tjenestekvaliteten. Dess flere medarbeidere dess høyere kvalitet. Samtidig

²⁸ Sørheim, K.A. og Paulsen, B. (2012): Strukturell variasjon i pleie- og omsorgstjenesten. Typologisering av kommuner. Sintef, Teknologi og samfunn. Helse.

²⁹ Hjelmbrække, S., Løyland, K., Møller, G., og Vardheim, I. (2011): Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren. Telemarksforskning. Rapport nr. 280.

³⁰ Bivariat analyse betyr ganske enkelt analyse av to variabler.

³¹ "Rapport fra arbeidsgruppe "pleiefaktor sykehjem", lokalisert på <https://www.sandnes.kommune.no/contentassets/bcc4ee24e49741aaa36a69da951f54cc/innstilling-arbeidsgruppe-pleiefaktor-mai-2016.pdf>

må en vite hvilke arbeidsoppgaver som er tillagt medarbeiderne. Noen institusjoner har egne serviceverter/matverter som bistår under måltider andre har det ikke. Ved Helsehuset er det medarbeidere ved avdelingene som har ansvar for måltidsservering, både oppdekking før og oppvasken i etterkant. Ved avdelingene er det egne anretningskjøkken. Maten lages på storkjøkkenet og transporteres opp til de ulike avdelingene i varmetraller. Noen institusjoner har eget vaskeri med egne medarbeidere, andre har det ikke osv. Helsehuset har eget vaskeri. Dette er forhold som må tas i betraktning når vi sammenligner bemanningen ved norske sykehjem.

Ambia har fått opplyst at det ved Øyer helsehus er 50-53 plasser³² totalt og 38,43 årsverk³³ i pleien på dag og kveldstid. Det vil si at helsehuset har en samla pleiefaktor på 0,72-0,76. Regner vi med natt-teamet har Helsehuset 49,99 årsverk. Det gir en pleiefaktor mellom 0,94-1,00. Øyer har ikke egen natt-tjeneste i hjemmetjenesten, denne dekkes opp fra Helsehuset. Leder- og merkantil ressurs, er ikke medregnet.

Tabell 6. Bemanning Øyer Helsehus

Tjenestested	Plasser	Årsverk	Pleiefaktor
Korttidsavdeling	10-13	8,07	0,80-0,62
Langtidsavdeling 1	8	5,97	0,74
Langtidsavdeling 2	8	5,89	0,73
Langtidsavdeling 3	8	6,01	0,75
Skjermet avdeling	8	6,25	0,78
Bokollektiv	8	6,24	0,78
Totalt dag/kveld	50-53	38,43	0,76-0,72
Natt-team	Dekker ØH og hjemmeboende	11,56	
Totalt		49,99	1,00-0,94

Kilde: Øyer kommune

I henhold til turnus har helsehuset få vakante stillinger. Samtidig får vi opplyst at Helsehuset har en stor andel medarbeidere som arbeider deltid. I pleien arbeider totalt 90 personer. Av disse er det kun 28 som arbeider heltid (100 %). Det vil si vel 31,1 %. Ledere, merkantilt, kjøkken og personell ved vaskeriet er ikke medregnet.

Sykepleierårsverk utgjør 11.53. Av disse er det 2,90 årsverk som inngår i natt-teamet.

Total lederressurs ved helsehuset er oppgitt til 3 årsverk³⁴. Helsehuset har 0,5 årsverk i merkantil ressurs. Merkantil ressurs deles mellom Helsehuset, Hjemmetjenesten, Miljøtjenesten- og bofelleskap og Helse- og familietjenesten og utgjør til sammen 2 årsverk i 100 prosent stillinger.

Kjøkkenet ved Helsehus har 4,73 årsverk hvorav 0,4 årsverk er vakant og benyttes etter behov. Kjøkkenet har 7 faste medarbeidere. Kjøkkensjef i 100 prosent stilling kommer i tillegg. Kjøkkensjefen har i tillegg ansvar for vaskeriet. Stillingsandelen utgjør 20 prosent. Ved vaskeriet er det 2 medarbeidere i til sammen 1,13 årsverk. Stillingene er på henholdsvis 0,64 og 0,49 prosent.

3.3 Nærværsfaktorer

Mange kommuner melder at innen helse- og omsorg, og da spesielt omsorg, at sykefraværet ofte er høyt/for lavt nærvær. Øyer kommune har mål om å øke nærværet. En synliggjøring av dette finner vi i

³² Oppgitte tall per 22.3.21.

³³ Oppgitte tall per 22.3.21

³⁴ 1 tjenesteleder og 2 avdelingsledere

økonomiplanene fra 2018 til og med 2020. Her kommer det klart til uttrykk at dette er et prioritert tiltak det skal arbeides med.

Ambia har ikke nærværstall for de ulike avdelingene, men for Helsehuset og hjemmetjenestene samlet. Ambia har i tabellen under satt inn måltall og resultat for årene 2018-2020.

Tabell 7. Nærvær

	Mål	Resultat	Mål	Resultat	Mål	Resultat
Tjenestested	2018	2018	2019	2019	2020	2020
Øyer helsehus	> 95 %	91,20 %	>91 %	92,05 %	>92 %	90,43 %
Hjemmesykepleien	> 95 %	91,35 %	>91 %	93,14 %	>92 %	93,17 %

Kilde: Øyer kommune (ikke oppgitt tatt (NA) for praktisk bistand og brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

I henhold til KS³⁵ PAI-register var gjennomsnittlig nærværspersent innen helse- og omsorg 88,7 prosent for KOSTRA-gruppe 11 i perioden 4. kvartal 2018 til 3. kvartal 2019 (se vedlegg 3). Ambia har ikke tall som kun gjelder for institusjon og hjemmetjenester.

Sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsmiljø er en kompleks relasjon. Det er gjort mye forskning både nasjonalt og internasjonalt som gir noen indikasjoner på hva som påvirker nærværet, og det er liten tvil om at ledelse er en svært viktig faktor. En Fafo-rapport³⁶ viser blant annet dette. **Fokus på ledelse er derfor en sentral faktor når en skal lykkes med å øke nærværet.** Det er også vist at fysisk eksponering, lav kontroll og mobbing/trakassering kan redusere nærværet. Kontroll over arbeidstid og positivt sosialt klima, øker nærværet³⁷. Knardal m.fl. beskriver i sin forskningsoppsummering blant annet at "En klar overvekt av studiene (42 av 66 studier) fant at høy grad av kontroll reduserer risikoen for sykefravær." Og at "En overvekt av studiene (9 av 17 studier) påviste statistisk signifikant sammenheng mellom rollekonflikter (definert som konflikter mellom mål, oppgaver, informasjon, eller verdier) og sykefravær". Begge disse faktorene henger nært sammen med ledelse; lederkompetanse, utøvelse av ledelse og systemer for mål, kvalitet og informasjon. Dersom det stilles høye kvantitative krav i tillegg, øker også dette risikoen for sykefravær.

Det er god helse å ha en jobb å gå til, men arbeidsplassen kan også gi helseutfordringer. Fysiske belastninger som tunge løft, stående arbeid og støy kan gi helseplager. Det er derfor viktig å se på faktorer ved arbeidsplassene som skaper "uhelse" og får kontroll over disse. Dette må ledere og medarbeidere gjøre sammen og et vedvarende søkelys på forebyggende HMS-arbeid er viktig. Hva som er helsefremmende vil variere mellom ulike arbeidsplasser og variere individuelt. Leder og medarbeider må sammen se på risikofaktorene og "friskfaktorene" både på avdelingsnivå og individuelt nivå.

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

³⁵ Kommunenes Sentralforbund

³⁶ "Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter". Lien, Lise og Bogen Hanne, Fafo-rapport 20:2018.

³⁷ "Arbeidsplassen og sykefravær – arbeidsforhold av betydning for sykefravær". Knardal, Stein, Sterud, Tom, Birkeland Nilsen, Morten og Nordby, Karl-Christian. Tidsskrift for Velferdsforskning 02/2016 (Vol 19)

forbedret organisasjonskultur og bedre tjenester til kommunens brukere. Denne type kunnskap opparbeides over tid, gjennom trening og refleksjon og påfyll av ytterligere kunnskap. Ambia får opplyst at tjenestestedene arbeider aktivt med å øke nærværet.

Det finnes også støtte i litteraturen for at sosiale normer lokalt på arbeidssstedet påvirker sykefraværet³⁸. Individet tilpasser seg gradvis atferden til gruppen. Forskningen viser at når andre forklaringsfaktorer er eliminert, er kulturen på arbeidsplassene er forklaringsfaktor: *"normer og holdninger til sykefravær har endret seg og gitt opphav til såkalte sykefraværskulturer. Disse kulturene vil utmerke seg med et høyere fravær på visse arbeidsplasser, geografiske områder, yrker osv."* (Harung, 2010). Å vektlegge medarbeiderskap er derfor viktig gjennom kunnskap og involvering. Medarbeiderskap handler om hvordan vi forholder oss til arbeidsoppgavene, til arbeidskollegaene og til arbeidsgiveren³⁹. Stikkordet i medarbeiderskap er ansvar, at medarbeiderne tar og får ansvar. Men medarbeiderskap kan også utøves gjennom handlinger. Derfor er kunnskap om forbedringsarbeid viktig, fordi metodikken i selv seg innebærer utøvelse av medarbeiderskap.

3.4 KOSTRA⁴⁰

I KOSTRA deles kommunene i Norge inn i kommunegrupper slik at alle kommuner kan sammenliknes ut fra aggregerte data med kommuner med samme størrelse og inntektsforhold mv. Øyer kommune tilhører KOSTRA-gruppe 11⁴¹. **Tabeller og diagrammer under viser endelige tall fra SSB per 23. juni 2020.**

Inntekt og utgiftsutjevning

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

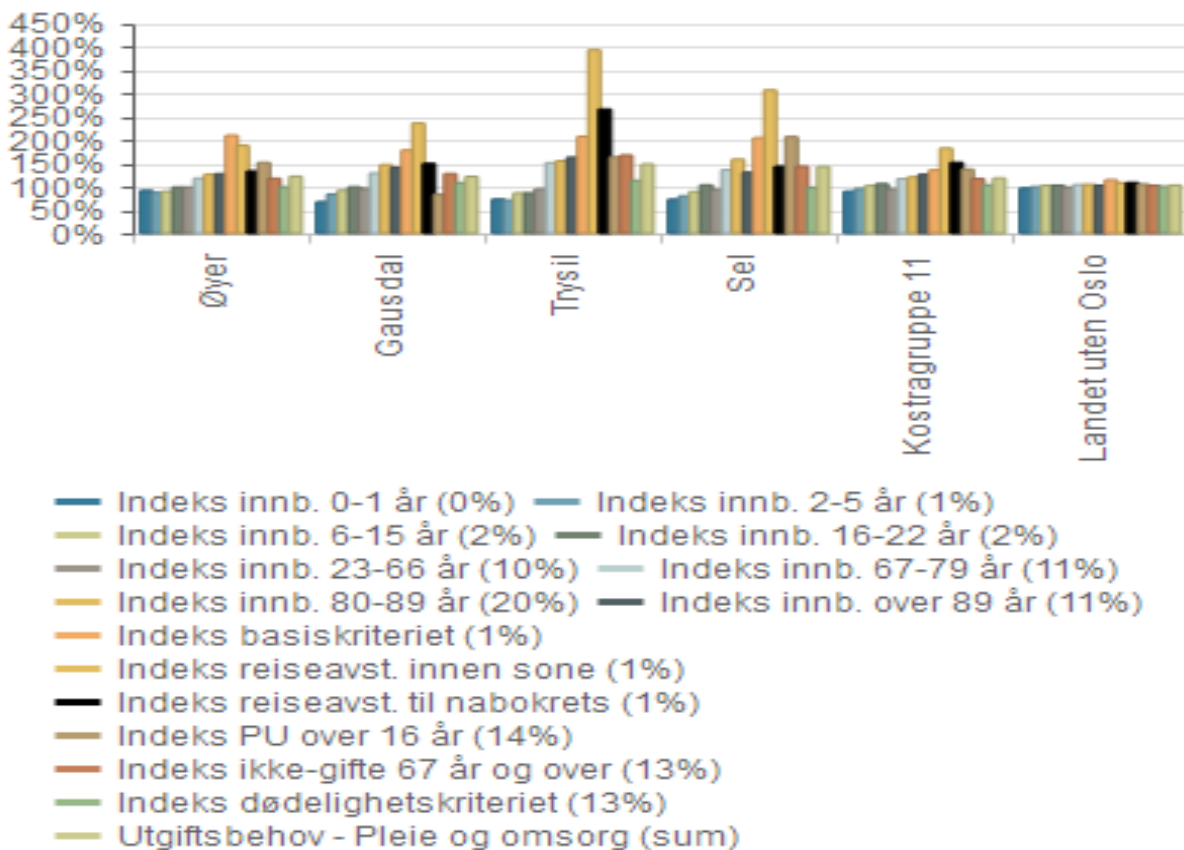
³⁸ "Årsaker til sykefravær. Masteroppgave i Samfunnsøkonomi". Harung, Silvia T. UiB, 2010

³⁹ www.idebanken.org/innsikt/artikler/medarbeiderskap

⁴⁰ KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner.

⁴¹ KOSTRA-gruppe 11, er mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter.

Figur 4: Utgiftsbehov og kriteriedata.



Kilde: Framsikt 2019

Tabell 8: Justert utgiftsbehov.

Indeks	Øyer	Gausdal	Trysil	Sel	KOSTRA-gruppe 11	Landet uten Oslo
Indeks innb. 0-1 år (0%)	91,4 %	67,2 %	72,7 %	72,4 %	89,6 %	96,5 %
Indeks innb. 2-5 år (1%)	87,0 %	83,5 %	70,8 %	79,8 %	95,4 %	99,3 %
Indeks innb. 6-15 år (2%)	89,8 %	91,8 %	86,1 %	89,0 %	101,8 %	102,1 %
Indeks innb. 16-22 år (2%)	98,6 %	99,2 %	86,0 %	103,2 %	105,7 %	102,5 %
Indeks innb. 23-66 år (10%)	98,5 %	95,7 %	94,8 %	93,9 %	94,8 %	98,3 %
Indeks innb. 67-79 år (11%)	117,7 %	128,6 %	150,6 %	135,5 %	116,7 %	104,0 %
Indeks innb. 80-89 år (20%)	125,7 %	146,6 %	154,7 %	158,1 %	120,2 %	104,3 %
Indeks innb. over 89 år (11%)	127,2 %	140,7 %	162,3 %	130,0 %	125,6 %	102,2 %
Indeks basiskriteriet (1%)	209,5 %	177,7 %	206,9 %	204,3 %	135,2 %	114,4 %
Indeks reiseavst. innen sone (1%)	187,7 %	235,3 %	392,0 %	306,1 %	181,8 %	107,8 %
Indeks reiseavst. til nabokrets (1%)	133,0 %	148,9 %	265,4 %	142,9 %	151,3 %	108,3 %
Indeks PU over 16 år (14%)	151,3 %	82,6 %	162,7 %	206,2 %	136,8 %	104,9 %
Indeks ikke-gifte 67 år og over (13%)	117,4 %	127,4 %	166,9 %	142,9 %	116,9 %	102,0 %
Indeks dødelighetskriteriet (13%)	99,1 %	108,0 %	112,9 %	98,2 %	103,4 %	100,0 %
Utgiftsbehov - Pleie og omsorg (sum)	121,8 %	121,4 %	147,8 %	142,4 %	118,0 %	102,8 %

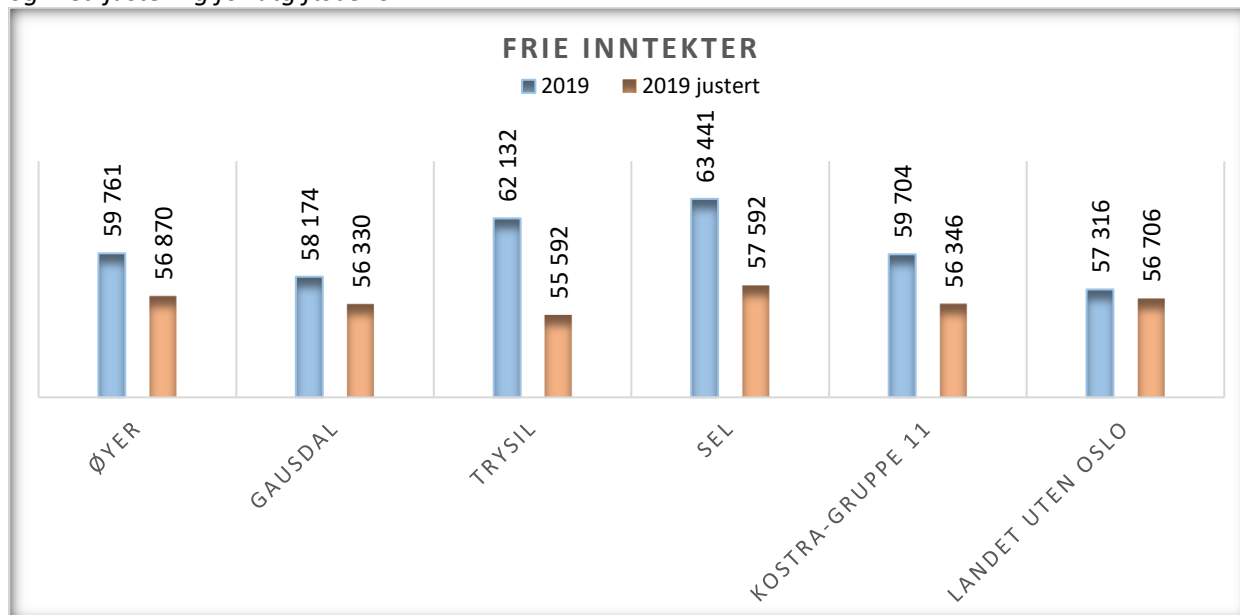
Kilde: Framsikt 2019

Figur/tabellen over viser hvilke utgiftsbehov Øyer hadde basert på gjeldende kriteriedata. Selv om utgiftsbehovet kompenseres gjennom rammetilskuddet, viser kriteriedataene at kommunen har et utgiftsbehov som ligger vel 20 % over snittet for landet utenom Oslo, men vel 4 % over tilhørende KOSTRA-gruppe. Sammenligner vi med Gausdal kommune ser vi de har et utgiftsbehov som ligger ca. likt med Øyer kommune. Mens kommunene Trysil (25,6 % høyere) og Sel (20,6 % høyere) hadde et høyere beregna utgiftsbehov enn Øyer. Det er viktig å korrigere for ulikheter i utgiftsbehov før en sammenligner seg med andre kommuner. Sammenligningskommunene benevnes heretter med kommunenavn. Ambia minner om at dette er avlagte regnskapstall. I årsberetningen for 2019 ser vi at Øyer Helsehus hadde et merforbruk etter justert budsjett på 2,7 millioner kroner og hjemmebaserte tjenester 0,8 millioner kroner.

Ved 3. kvartal 2020 var innbyggertallet i Øyer 5 080, Gausdal 6 038, Trysil 6 582 og Sel 5 608. Andelen innbyggere over 80 år var 5,7 % i Øyer, 6,2 % i Gausdal, 6,6 % i Trysil og 6,7 % i Sel.

Ambia viser i diagrammene under, utviklingen fra 2017– 2019 for Øyer kommune sammenliknet med kommunene Gausdal, Sel og Trysil, snittet i KOSTRA-gruppa og landet utenom Oslo. Her benyttet vi kun tall fra 2019. Det må understrekes at disse dataene bygger på de kommunene selv har rapportert inn til SSB⁴².

Diagram 1 under viser frie inntekter (skatt og rammetilskudd) per innbygger uten justering av utgiftsbehov og med justering for utgiftsbehov.

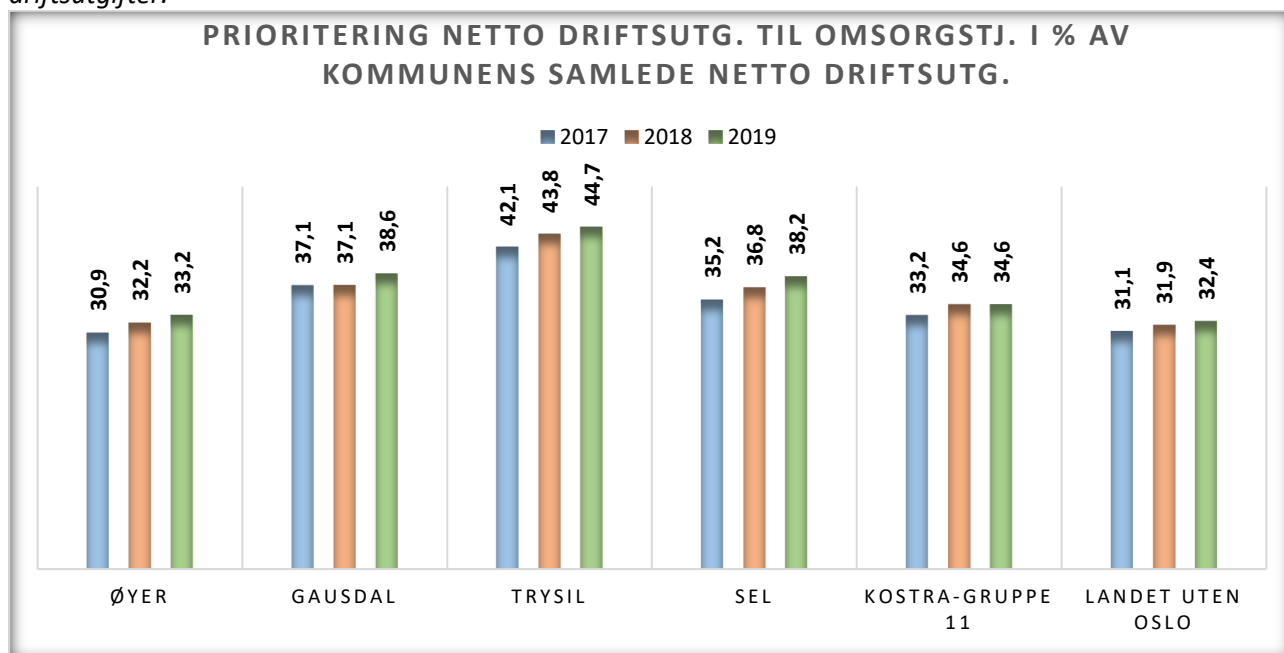


Kilde: Framsikt 2019

Øyer mottok kroner 56 870,- per innbygger i frie inntekter i 2019, etter korreksjon for behov. Det betyr at Øyer mottok 540,- kroner mer enn Gausdal, 978,- kroner mer enn Trysil, 524,- kroner mer enn snittet i KOSTRA-gruppe 11, og 164,- kroner mer enn snittet for landet uten Oslo. Men sammenlignet med Sel mottok Øyer 722,- kroner mindre per innbygger.

⁴² Statistisk Sentralbyrå

Diagram 2 under viser vi netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter.

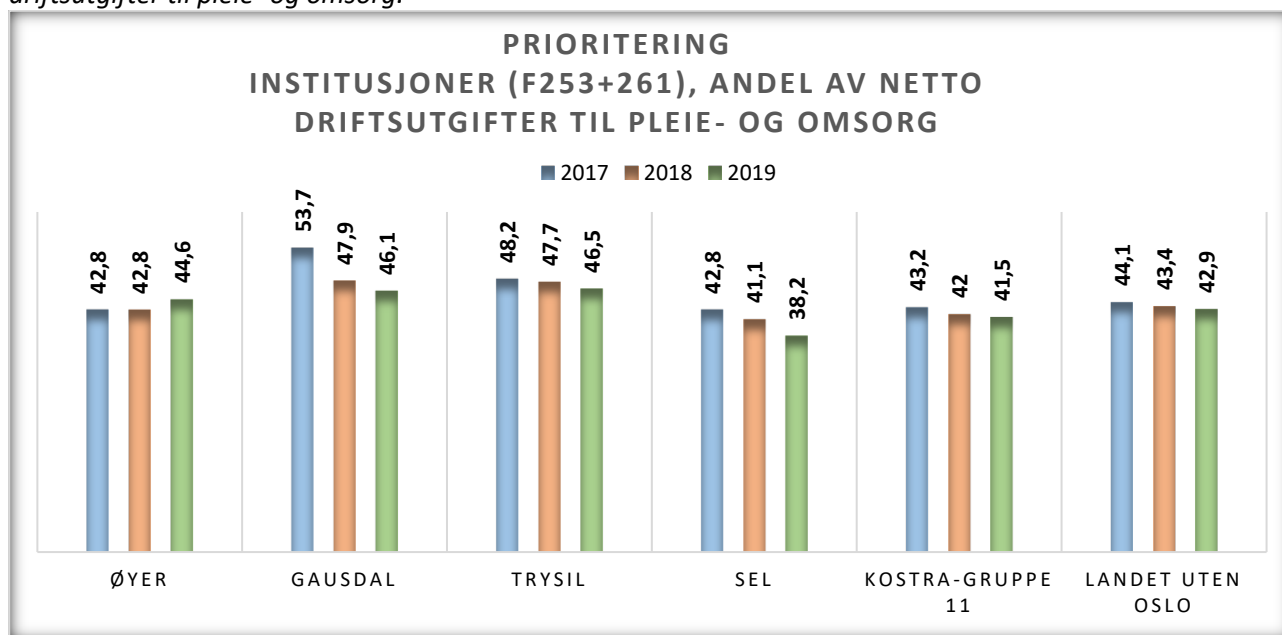


Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at omsorgstjenestene i Øyer har fått økt sin andel av kommunens samlede netto driftsutgifter de tre siste årene. Sammenligner vi Gausdal, Trysil, Sel og snittet i KOSTRA-gruppa ser vi at disse har en høyere andel av totalen. Mens snitt for Landet uten Oslo ligger 0,8 prosent lavere. Diagrammet viser at forskjellen har vært slik de tre siste årene.

Når det gjelder justert utgiftsbehov som vist i tabell 8 over, ser vi som nevnt at Øyer i 2019 hadde et høyere utgiftsbehov enn Gausdal, snittet for KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo. For nesten alle i denne sammenligningen ser vi en økning i netto driftsutgifter av kommunenes samlede netto driftsutgifter de tre siste årene. Unntaket er KOSTRA-gruppe 11 som ikke har hatt økning fra 2018 til 2019.

Diagram 3 under viser vi andel av netto driftsutgifter til institusjonstjenester (f 253+261⁴³) av andel netto driftsutgifter til pleie- og omsorg.



Kilde: SSB 2019

I sammenligningen over er det kun Øyer som har økt andel netto driftsutgifter til institusjonstjenester med 1,8 poeng. I 2019 hadde både Gausdal og Trysil en større andel enn Øyer, men her ser vi at de har hatt en årlig reduksjon de tre siste årene. Sel, KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo hadde en lavere andel i 2019 enn Øyer.

I kommuneplanenes samfunnsdel (2014-2025) vedtok kommunestyret at Øyer skal ha en framtidretta helse- og omsorgstjeneste. Likeså vedtok kommunestyret 15.12.2016 **Tjenestebeskrivelser og tildelingskriterier** jfr. helse- og omsorgstjenesteloven. Under kapitel 3.0 står følgende: «Det er et overordnet mål at flere skal bo lengre hjemme. Et sterkere fokus på mestring er ledende for tjenesteutviklingen. Sentralt er pasienter og brukerne sine behov, hverdagsmestring og økt livskvalitet. Med mestringsbegrepet som strategisk hovedfokus vil det settes i gang en endring fra institusjonsfokus til hjemmetjenestefokus».

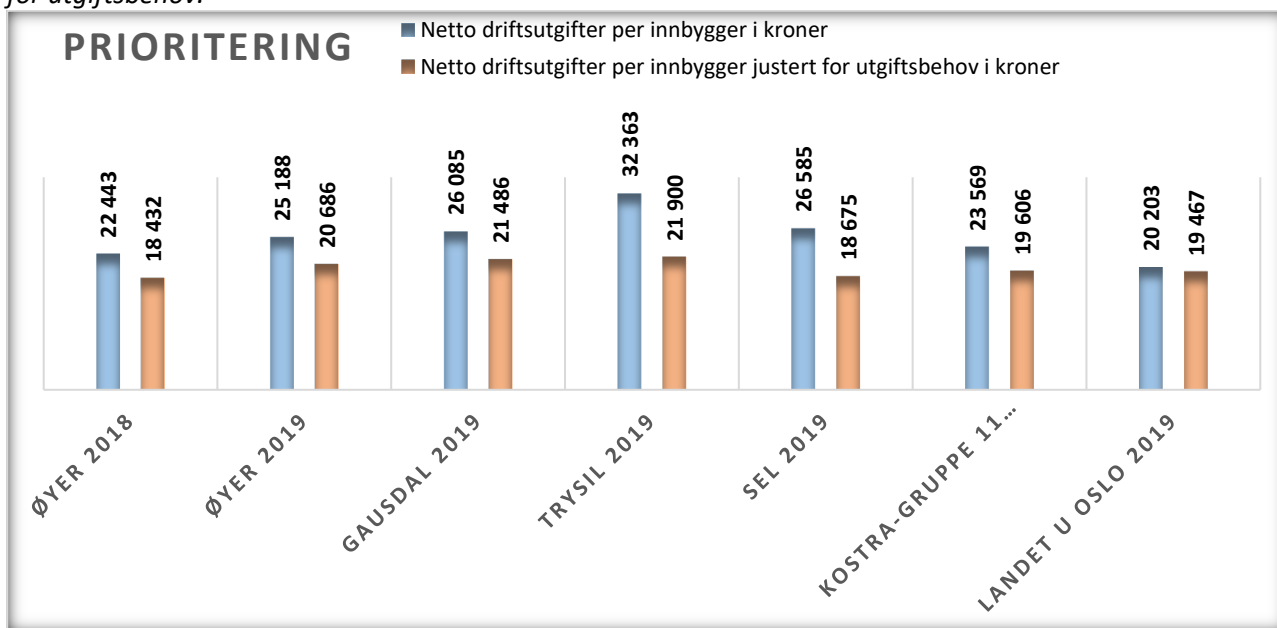
Ambia tolker dette dit hen at det er klare politiske føringer om at kommunen har som mål å arbeide etter BEON-prinsippet⁴⁴ eller LEON-prinsippet⁴⁵. Dette prinsipp som er alminnelig anerkjent som mål for norske kommuner. Det vil i praksis blant annet bety en prioritering av hjemmebaserte tjenester og mulighet for egenmestring. Ut fra diagrammet over kan Ambia ikke se at de politiske vedtakene er fulgt opp. Hvorfor?

⁴³ Pleie og drift av lokaler

⁴⁴ Beste Effektive Omsorgs-Nivå

⁴⁵ Laveste Effektive Omsorgs-Nivå

Diagram 4 under viser vi netto driftsutgifter per innbygger uten justering av utgiftsbehov og med justering for utgiftsbehov.

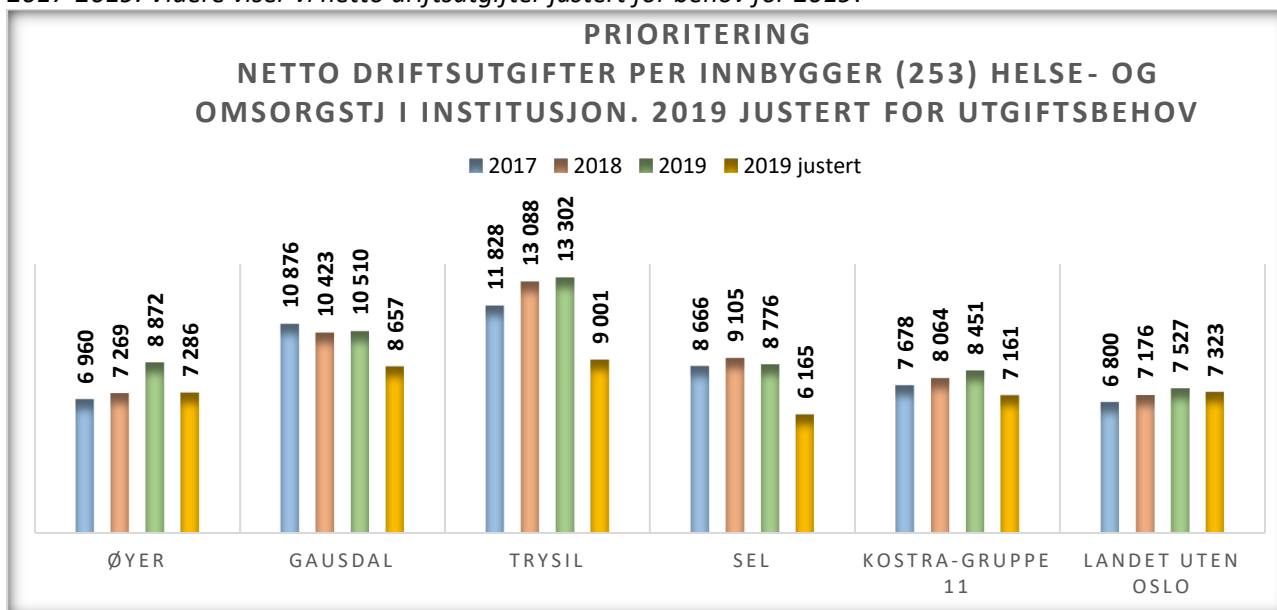


Kilde: Framsikt 2020

Sammenligningen i tabell 8 viser at når vi hensyntar utgiftsbehovet per innbygger, brukte Øyer i 2019 20 686,- kroner. Mens netto driftsutgifter justert for utgiftsbehov i 2018 var 18 432,- kroner per innbygger. I 2019 brukte Sel 18 675,- kroner justert for utgiftsbehov, Trysil 21 900,- kroner, snittet for KOSTRA-gruppa 19 606,- kroner og for landet utenom Oslo, 19 467,- kroner.

Sammenligningen etter behovskorreksjon viser at Øyer i 2019 brukte 800,- kroner mindre per innbygger sammenlignet med Gausdal og 1 214,- kroner mindre enn Trysil. Mens kommunen brukte 2 011,- kroner mer enn Sel, 1 080,- kroner mer enn KOSTRA-gruppa og 1 219,- kroner mer enn landet uten Oslo.

Diagram 5 under viser vi netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester i institusjon (253) for 2017-2019. Videre viser vi netto driftsutgifter justert for behov for 2019.



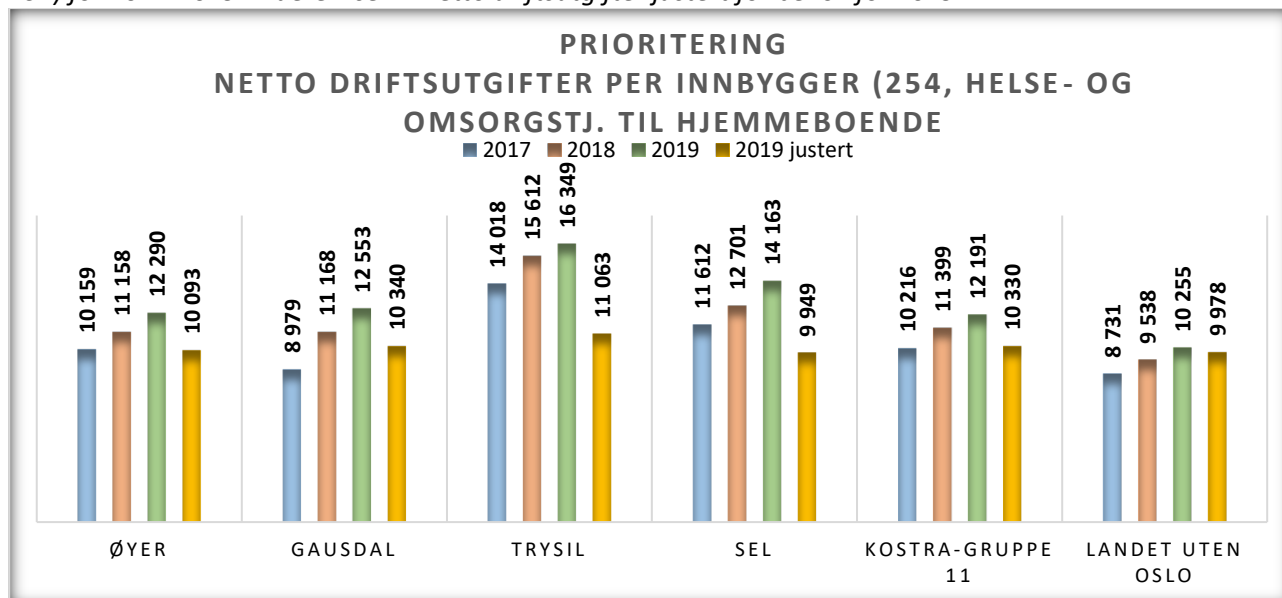
Kilde: SSB 2019 / Framsikt 2019

Diagrammet over viser Øyer i 2017 og 2018 hadde netto driftsutgifter per innbygger (F 253) som lå så vidt over snittet for landet uten Oslo. De andre i sammenligningen lå over. For driftsåret 2019 ser vi at netto driftsutgifter i Øyer har økt med 1 603,- kroner per innbygger fra 2018-2019. Sel som ligger under med 96,- kroner per innbygger, snittet for KOSTRA-gruppa med 421,- kroner og landet uten Oslo med 1 345,- kroner. Mens Gausdal brukte 1 638,- kroner mer og Trysil 4 430,- kroner mer.

I diagrammet har vi også tatt med 2019 tall justert for utgiftsbehov. Dette viser netto driftsutgifter inkludert avskrivninger etter at driftsinntekter som bl.a. øremerkede tilskudd og brukerbetaling er fratrukket. Øyer bruke etter justering for utgiftsbehov 7 286,- kroner per innbygger, Gausdal 8 657,- kroner, Trysil 9001,- kroner, Sel 6 156,- kroner, KOSTRA-gruppa 7 161,- kroner og landet uten Oslo 7 323,- kroner.

Det betyr at Øyer brukte 1 130,- kroner mer per innbygger enn Sel kommune og 125,- kroner mer enn KOSTRA-gruppa. Sammenlignet med snittet for landet uten Oslo brukte Øyer 63,- kroner mindre, Gausdal 1 371,- kroner mindre og Trysil 1 715,- kroner mindre.

Diagram 6 under viser vi netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (F 254) for 2017-2019. Videre viser vi netto driftsutgifter justert for behov for 2019.

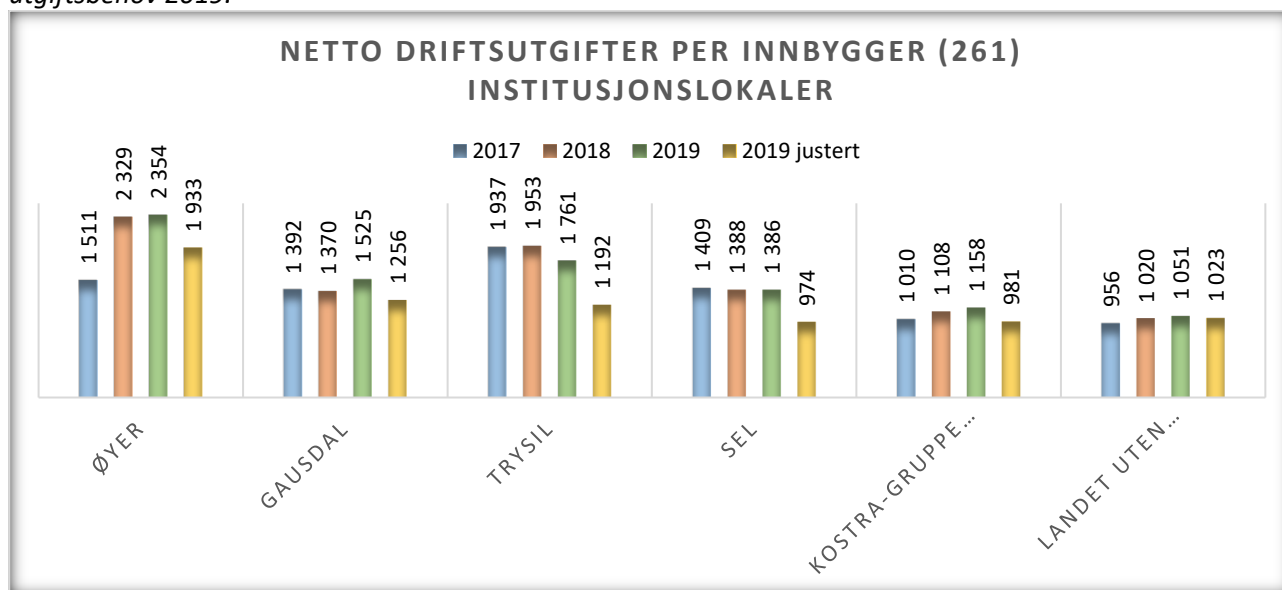


Kilde: SSB 2019 / Framsikt 2019

Diagrammet over viser Øyer hadde netto driftsutgifter per innbygger (F 254) som økte fra 2017 til 2019 med 2 131,- kroner per innbygger. Sammenligner vi Øyer med de andre i denne sammenligningen for driftsåret 2019, viser tallene at snittet for KOSTRA-gruppa var 99,- kroner lavere og landet uten Oslo 2 035,- kroner lavere. Mens Gausdal brukte 263,- kroner mer, Trysil 4 059,- kroner mer, Sel 1 873,- kroner mer.

I diagrammet har vi også tatt med 2019 tall justert for utgiftsbehov. Netto driftsutgifter er her korrigeret for utbetalt statstilskudd til vertskommuner for tidligere PU-institusjoner. Statstilskuddet er trukket fra netto utgift på funksjon 254. Øyer bruke etter justert for utgiftsbehov 10 093,- kroner per innbygger, Gausdal 10 340,- kroner, Trysil 11 063,- kroner, Sel 9 949,- kroner, KOSTRA-gruppa 10 330,- kroner og landet uten Oslo 9 978,- kroner. Det betyr at Øyer brukte 144,- kroner mer per innbygger enn Sel. I forhold til Gausdal brukte Øyer 247,- kroner mindre, Trysil 970,- kroner mindre, tilhørende KOSTRA-gruppe 237,- kroner mindre og snittet for landet uten Oslo 115,- kroner mindre.

Diagram 7 under viser vi netto driftsutgifter per innbygger til institusjonslokaler (F 261) og justert for utgiftsbehov 2019.

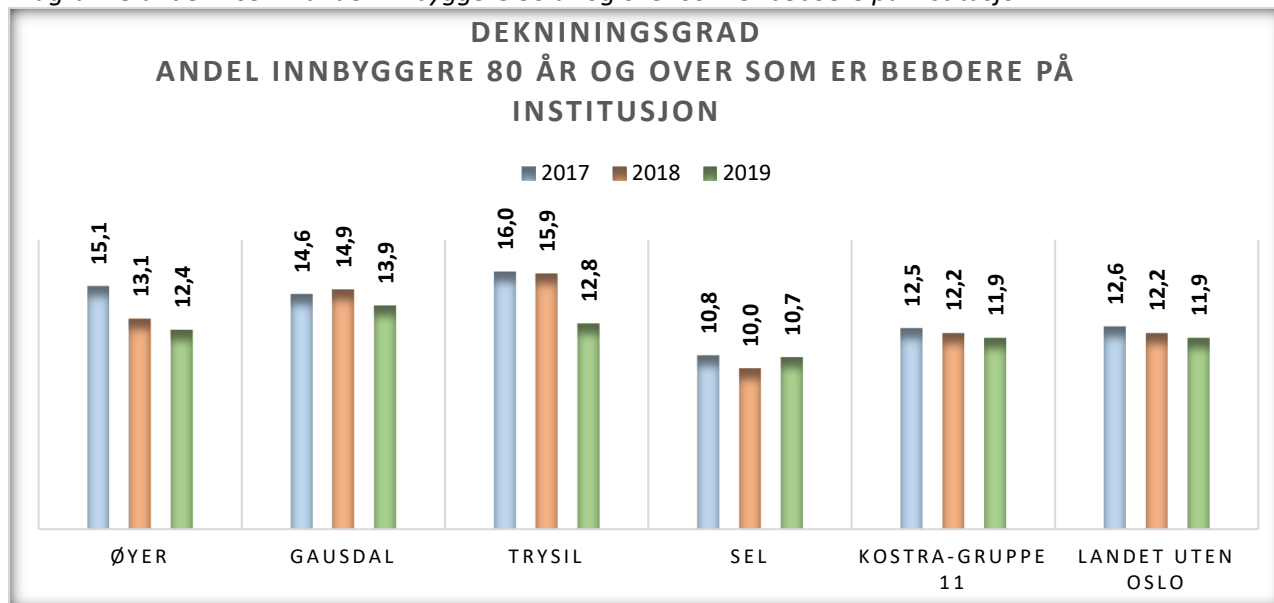


Kilde: SSB 2019 / Framsikt 2019

Sammenligning viser at Øyer hadde de høyeste netto driftsutgiftene per innbygger både i 2017, 2018 og 2019. For driftsåret 2019 brukte Øyer 829,- kroner mer enn Gausdal, 593,- kroner mer enn Trysil, 968,- kroner mer enn Sel, 1 196,- kroner mer enn snittet i KOSTRA-gruppa og 1 303,- kroner mer enn snittet for landet uten Oslo. Som diagrammet viser, har Øyer høyere netto utgifter til institusjonslokaler når vi sammenligner med de andre. Ser vi på behovskorrigert utgiftene for driftsåret 2019 brukte Øyer 1 933,- kroner. Nærmest kommer Gausdal med 1 256,- kroner, Trysil 1 192,- kroner, landet uten Oslo 1 023,- kroner, KOSTRA-gruppa 981,- kroner og Sel med 974,- kroner. I 2019 hadde Øyer 5119 innbyggere⁴⁶. Forskjellen mellom Øyer og Gausdal som er den kommunen som hadde de neste høyeste utgiftene i denne sammenligningen, utgjorde i underkant av 3,8 millioner.

⁴⁶ Tall fra SSB

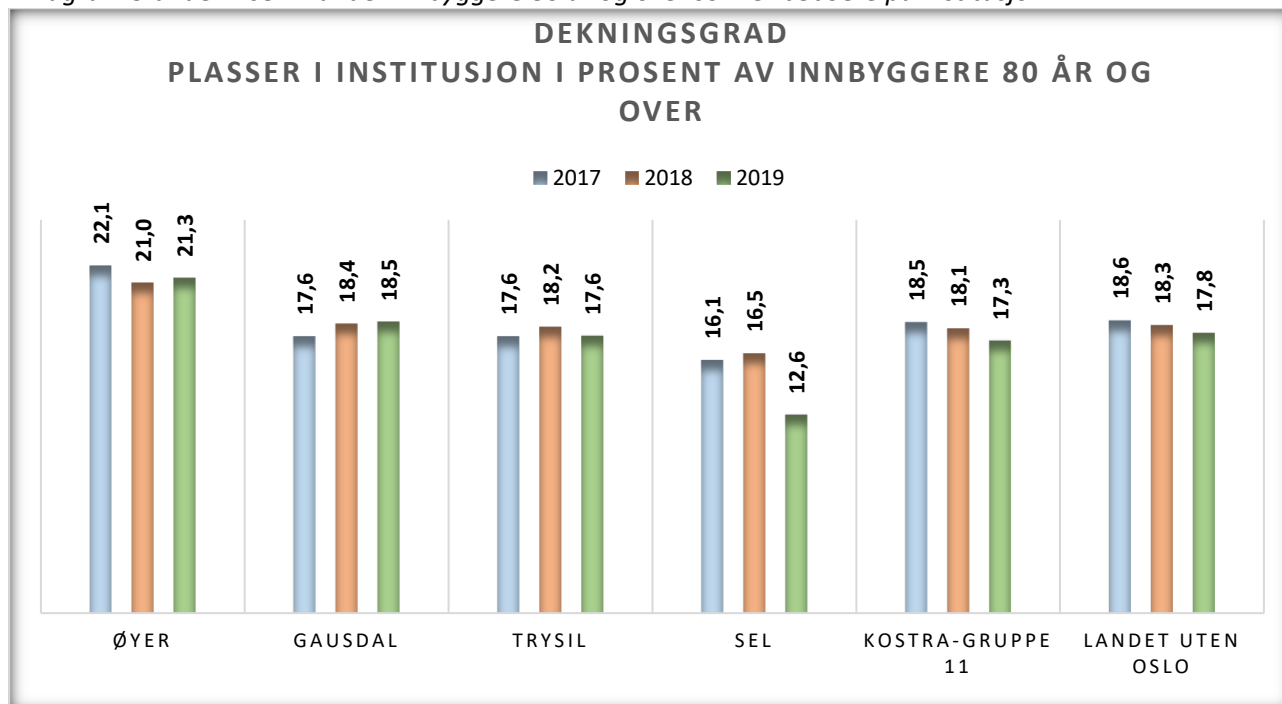
Diagram 8 under viser vi andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon.



Kilde: SSB 2019

For alle i denne sammenligningen har dekningsgraden blitt noe redusert i perioden fra 2017 til 2019. For Øyer sin del er den blitt redusert fra 15,1 % til 12,4 %. Gausdal fra 14,6 % til 13,9 %, Trysil 10,8 % til 10,7 %, tilhørende KOSTRA-gruppe fra 12,5 % til 11,9 % og for landet uten Oslo fra 12,6 % til 11,9 %. Diagrammet viser at i 2019 var 12,4 % av innbyggerne over 80 år i Øyer på institusjon. Kun Gausdal og Trysil hadde en dekningsgrad som var høyere enn Øyer.

Diagram 9 under viser vi andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon.

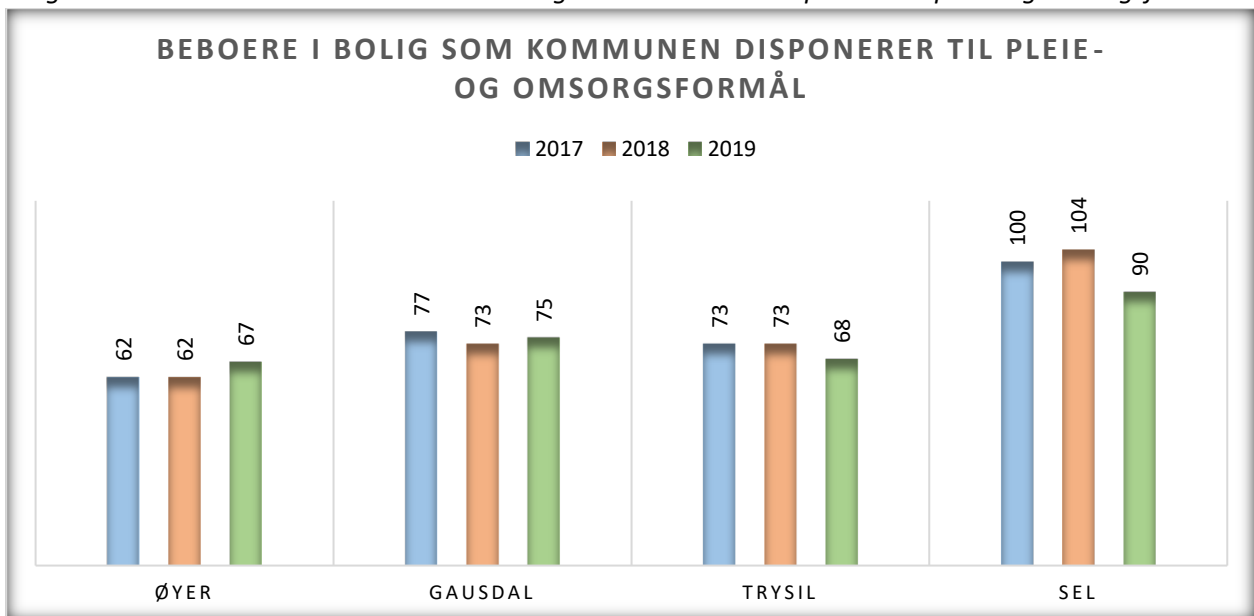


Kilde: SSB 2019

Diagrammet over viser plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over. Øyer har hatt en nedgang fra 2017 til 2018, men en liten økning fra 2018 til 2019 på 0,3 %. Totalt for perioden en liten nedgang med

0,8 %. Sammenligner vi Øyer med de øvrige kommunene, KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo, ser vi at Øyer har hatt den høyeste dekningsgraden alle tre årene.

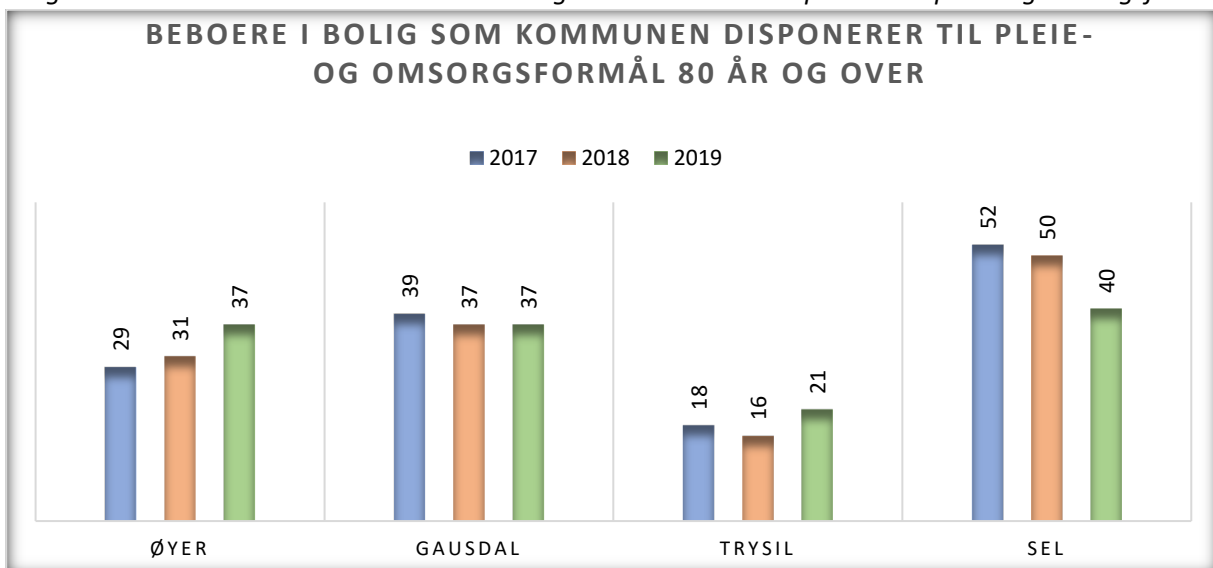
Diagram 10 under viser vi antall beboere i bolig som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer har hatt en liten økning i antall beboere i bolig som benyttes til omsorgsformål de tre siste årene. De andre kommunene i denne sammenligningen har noen flere, men oversikten viser at det har vært stabilt. Boliger til omsorgsformål er ikke bare til den eldste delen av befolkningen.

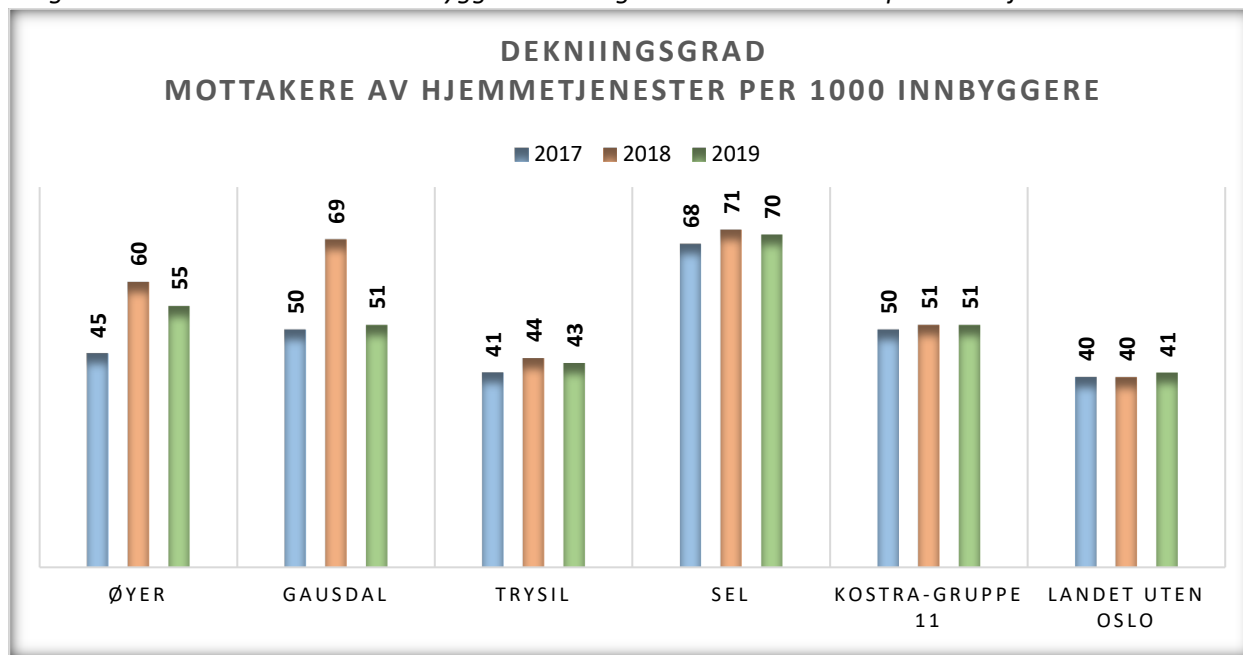
Diagram 11 under viser vi antall beboere i bolig som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer har hatt en økning i antall beboere i bolig til innbyggere over 80 år de tre siste årene. Ambia gjør oppmerksom på at Trysil i 2017 og 2018 ikke har registrerte tall for aldersgruppa 80-84 år. Årsak er at alle tall under 5 merkes med: « Dette grunnet krav om anonymisering ». Som beskrevet tidligere var andelen innbyggere over 80 år var 5,7 % i Øyer, 6,2 % i Gausdal, 6,6 % i Trysil og 6,7 % i Sel.

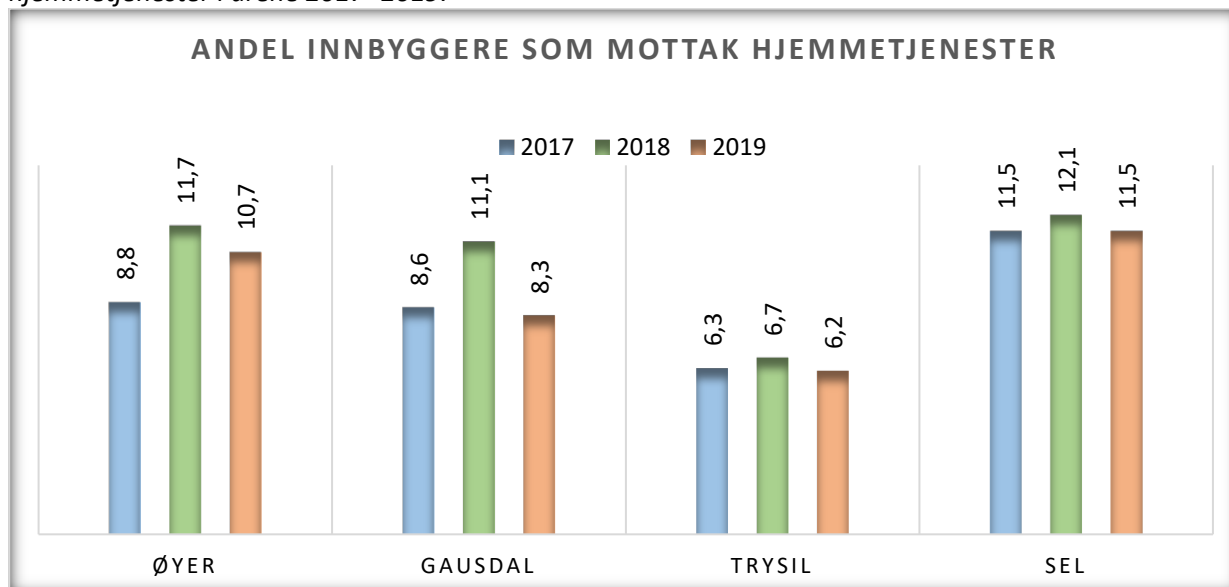
Diagram 12 under viser vi andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser antall mottakere av hjemmetjenester per 1000 innbyggere. Øyer hadde en økning fra 2017 til 2018, deretter en reduksjon i antall mottakere. Det samme gjelder for Gausdal. De andre i denne sammenligningen har i perioden den samme dekningsgraden.

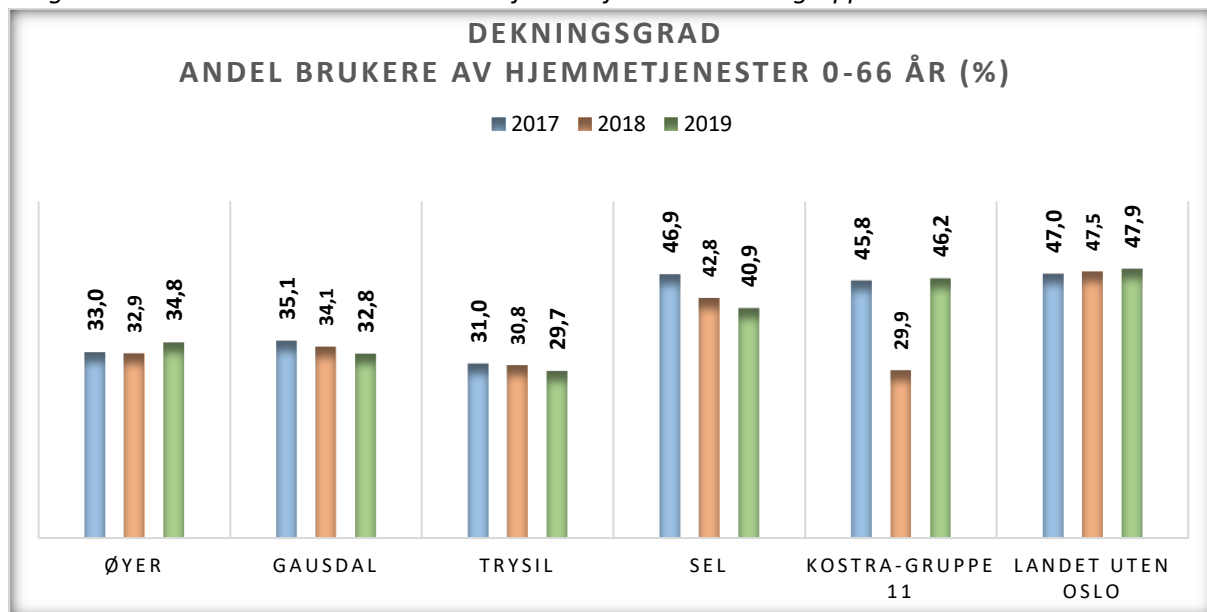
Ambia har i diagram 13 under beregnet hvor stor andel av kommunens innbyggere som mottok hjemmetjenester i årene 2017- 2019.



Kilde: SSB 2019/Ambia

Diagrammet viser at Øyer hadde en økning fra 2017 til 2018 på 2,9 %. Fra 2018 til 2019 en reduksjon med 1,0 %. Gausdal hadde en økning fra 2017 til 2018 på 2,5 %, og fra 2018 til 2019 en reduksjon på 2,8 %. Trysil hadde en liten økning fra 2017 til 2018 på 0,4 %, og fra 2018 til 2019 en reduksjon på 0,5 %. Sel hadde en økning fra 2017 til 2018 på 0,6 % og en tilsvarende reduksjon fra 2018 til 2019, 0,6 %.

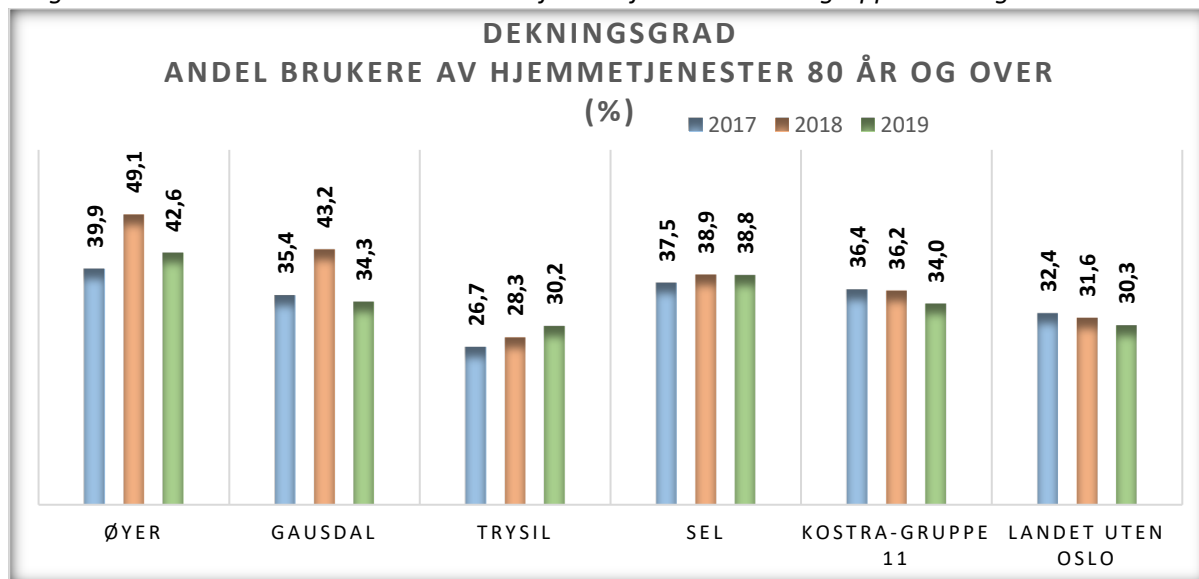
Diagram 14 under viser andel brukere av hjemmetjenester i aldersgruppa 0-66 år.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer har en økning i andel innbyggere 0-66 år fra 2018 til 2019 med 1,9 %. De andre i sammenligning har enten hatt en reduksjon eller på samme nivå. Unntaket er snittet i KOSTRA-gruppa som har hatt en økning på hele 16,3 % fra 2018—2019, men kun en økning med 0,4 % fra året 2017-2019.

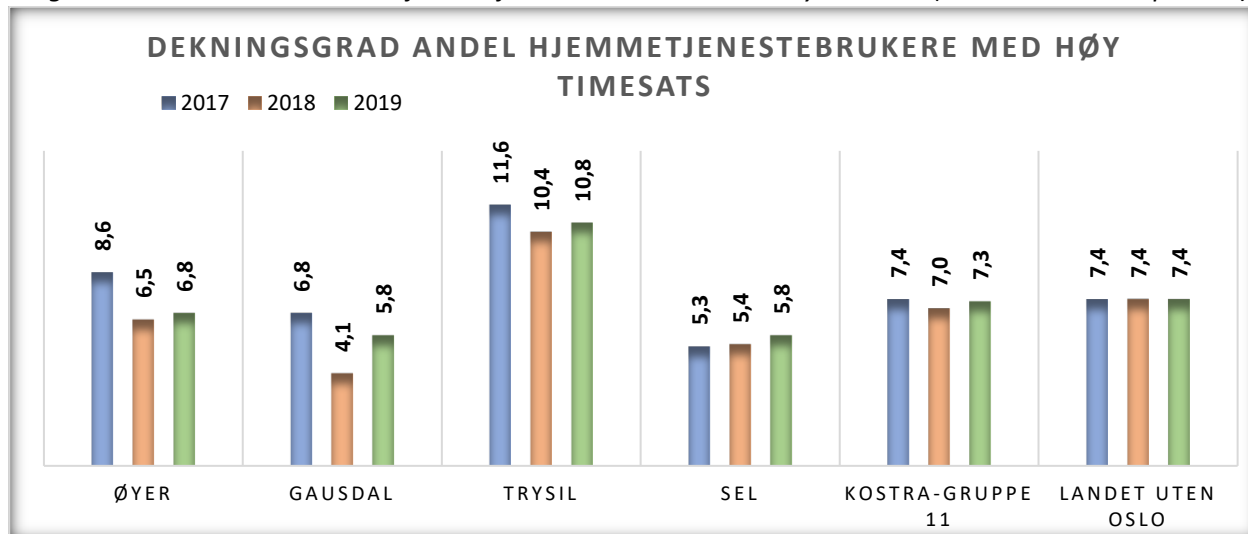
Diagram 15 under viser vi andel brukere av hjemmetjenester i aldersgruppa 80 år og over.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at andel brukere 80 år og over av hjemmetjenester er redusert med 6,5 % de to siste årene i Øyer. Det samme gjelder for Gausdal og snittet for KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo. Mens Trysil hadde en økning på 2 %. Sel hadde nærmest lik dekningsgrad i 2018 og 2019.

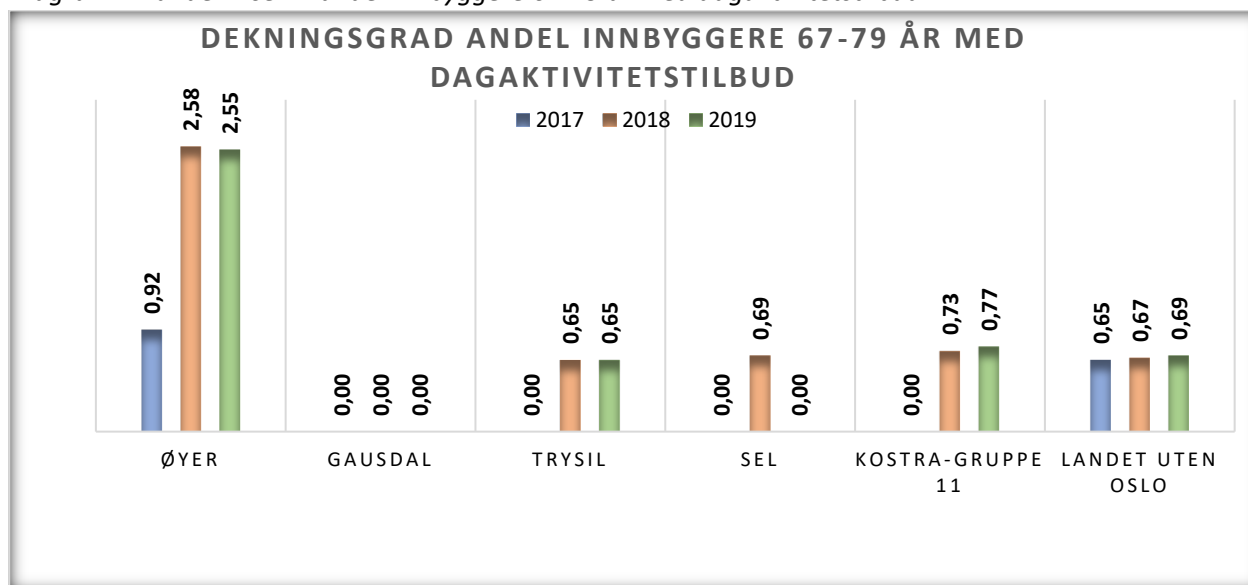
Diagram 16 under viser vi andel hjemmetjenestemottakere med høy timesats (mer enn 35 timer per uke).



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at andel brukere i Øyer som mottok mer enn 35 timer hjemmetjenester per uke er redusert fra 2017 til 2019, men en økning på 0,3 % fra 2018 til 2019. I 2019 var andelen større i Øyer sammenlignet med Gausdal og Sel, men lavere enn Trysil, KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo.

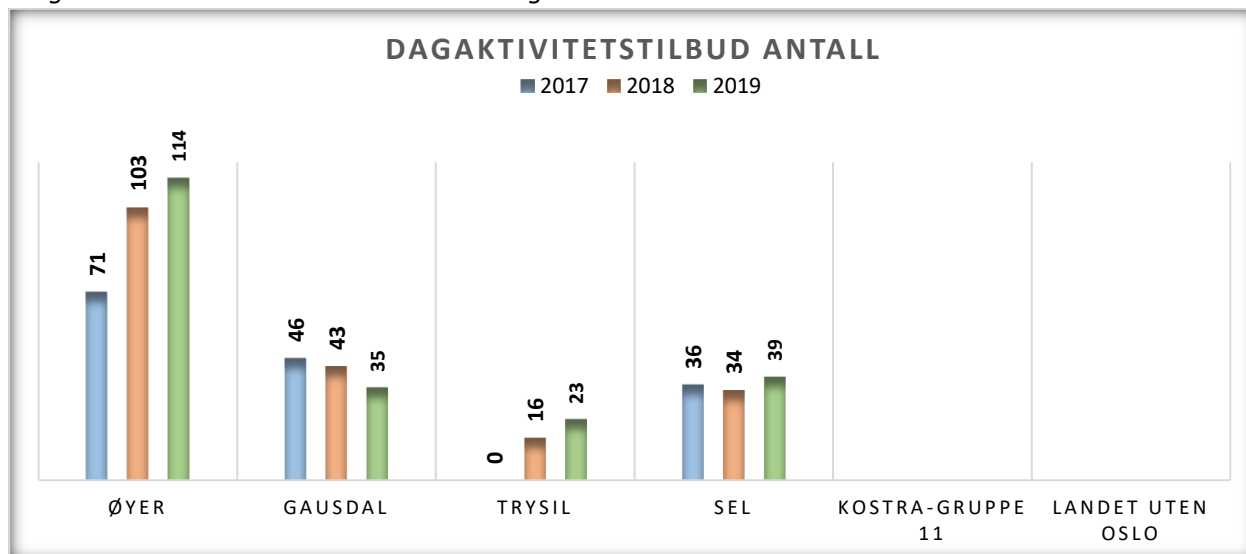
Diagram 17 under viser vi andel innbyggere 67-79 år med dagaktivitetstilbud.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer har et dagaktivitetstilbud til innbyggere i aldersgruppa 67-79 år som ligger vesentlig høyere enn de andre i denne sammenligningen.

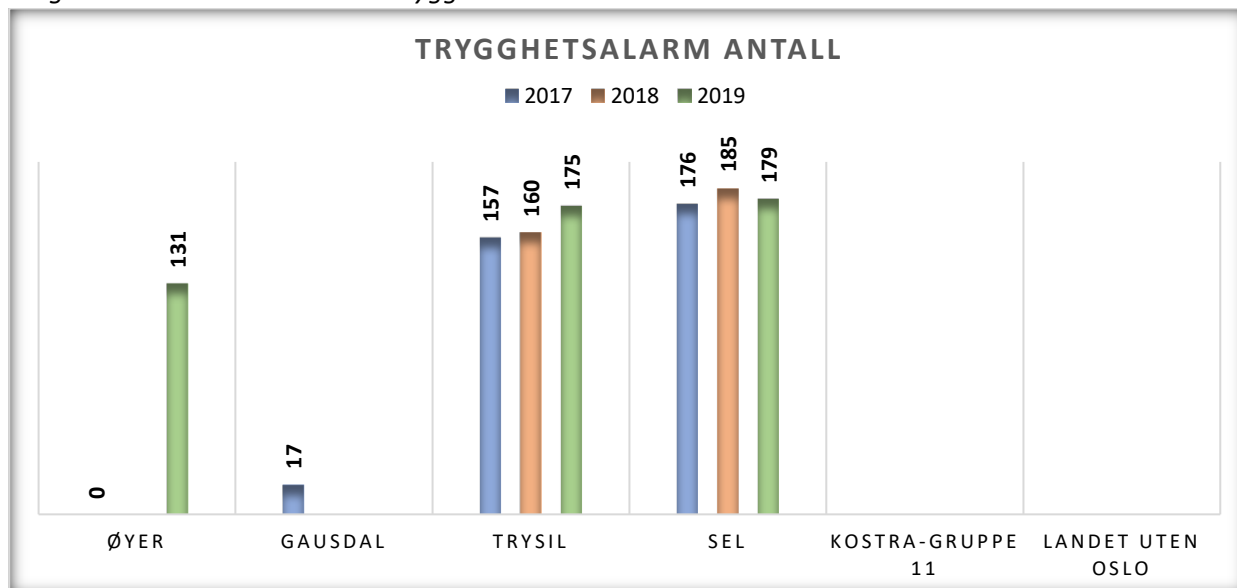
Diagram 18 under viser vi antall som har dagaktivitetstilbud.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser antallet som har dagaktivitetstilbud og er en forklaring på den forskjellen som vist i diagram 17 over. Tall for KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo er ikke tatt inn da det ikke gir noen mening. Diagram 17 og 18 viser at Øyer har satset på dagaktivitetstilbud.

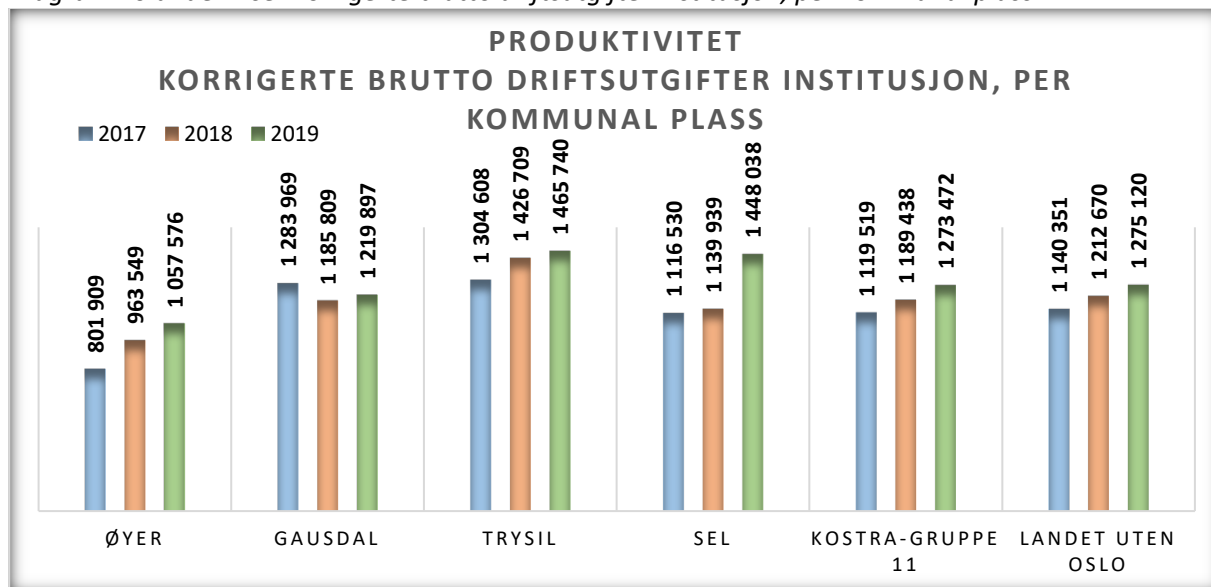
Diagram 19 under viser vi antall trygghetsalarmer.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer ikke har innrapportert hvor mange som hadde trygghetsalarm i 2017 og 2018. I 2019 var antallet 131. Gausdal har ikke registret noen for 2018 og 2019. Mens Trysil og Sel hadde registrert flere enn Øyer i 2019.

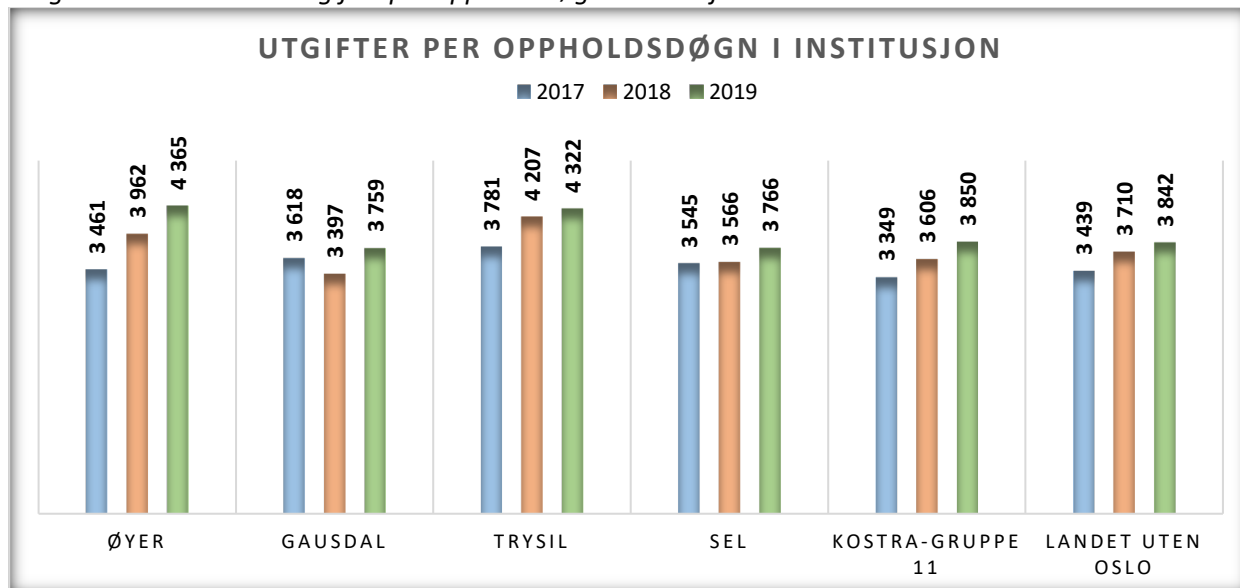
Diagram 20 under viser korrigerede brutto driftsutgifter institusjon, per kommunal plass.



Kilde: SSB 2019

Korrigerede brutto driftsutgifter på tjenesteområdet kan benyttes til å beskrive grad av produktivitet. Diagrammet viser at Øyer i denne sammenligningen hadde de laveste korrigerede brutto driftsutgiftene per plass i institusjon. Øyer hadde lavere korrigerede brutto driftsutgifter sammenlignet med de andre i årene 2017-2019. For driftsåret 2019 var differansen per plass sammenlignet med Gausdal 162 321,- kroner, Trysil 408 164,- kroner, Sel 390 507,- kroner, snittet for KOSTRA-gruppa 215 896,- kroner og landet uten Oslo 217 544,- kroner.

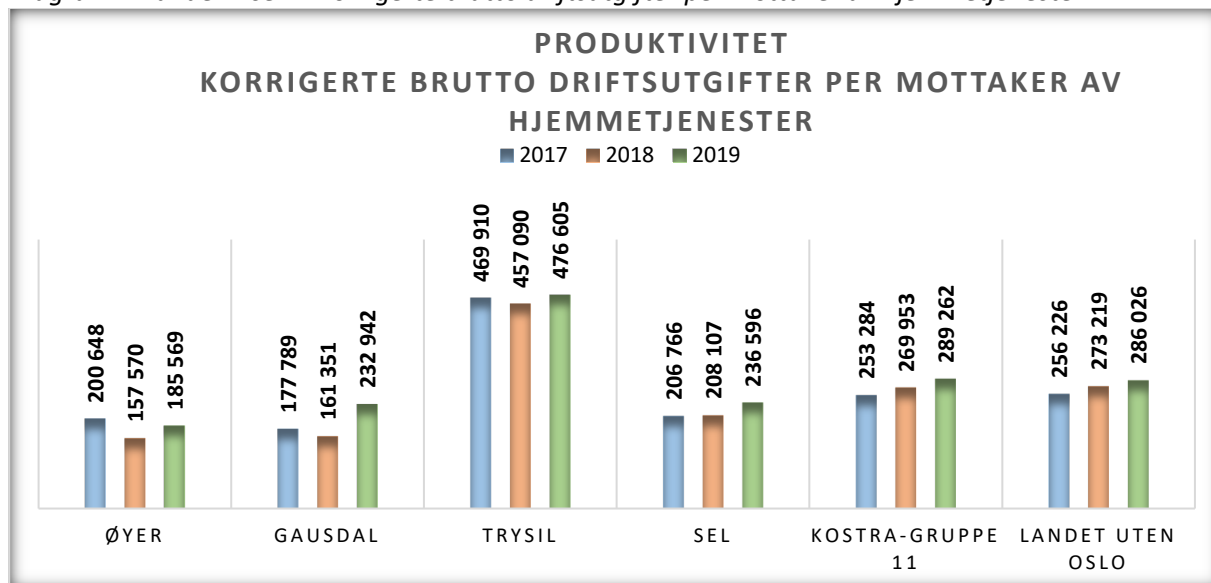
Diagram 21 under viser utgifter per oppholdsdøgn i institusjon.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser utgifter per oppholdsdøgn i institusjon. Øyer er den som hadde de høyeste utgiftene per oppholdsdøgn i 2019 med 4 365,- kroner. Nærmest kommer Trysil med 4 322,- kroner, landet uten Oslo med 3 842,- kroner, snittet i KOSTRA-gruppa med 3 850,- kroner og Gausdal med 3 759,- kroner. Økningen i Øyer fra 2017 til 2018 var vel 14 % og fra 2018 til 2019 vel 10 %. For perioden 2017 til 2018 vel 26 %.

Diagram 22 under viser vi korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester.

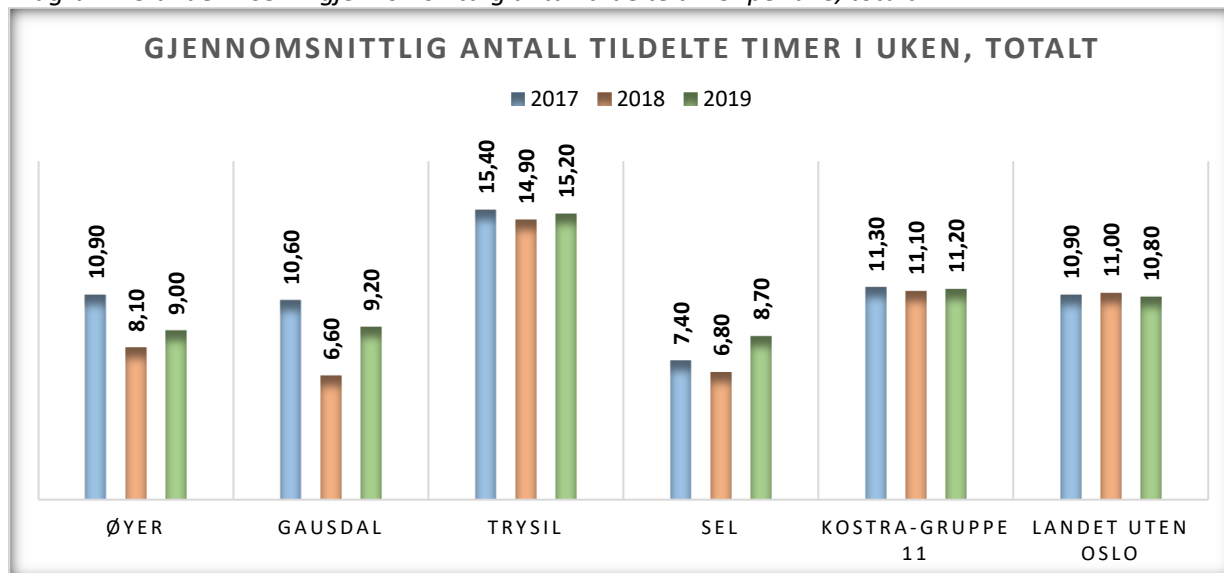


Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer med unntak av 2017 hadde de laveste korrigerte brutto driftsutgiftene per mottaker av hjemmetjenester. For driftsåret 2019 var differansen sammenlignet med Gausdal 47 373,- kroner, Sel 51 027,- kroner, snittet for landet uten Oslo 100 457,- kroner, snittet for KOSTRA-gruppa 103 693,- kroner og Trysil 291 036,- kroner.

Både Øyer, Gausdal og Trysil er kjent som hyttekommuner. Ambia er kjent med at hjemmetjenestene i mange kommuner rettmessig må bistå brukere med tjenester mens de er på hytta. Øyer har ikke greid å fremskaffe hvor mange timer dette har utgjort i perioden 2017-2019.

Diagram 23 under viser vi gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke, totalt.

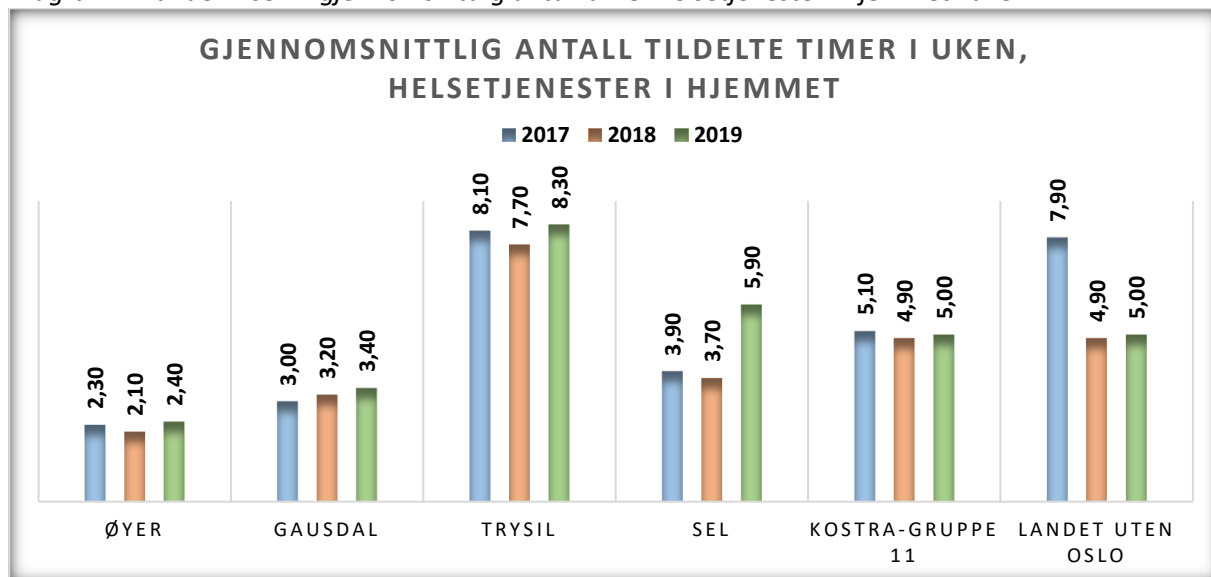


Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke i hjemmetjenesten. Øyer har hatt en reduksjon fra 2017 til 2019. Det samme gjelder for de andre i sammenligningen. Som diagrammet viser er det spesielt Trysil som utpeker seg med mange timer per uke. Sammenlignet med Øyer tildeler de i

gjennomsnitt 6,2 timer mer per uke. Som diagram 24 under viser er det spesielt helsetjenester i hjemmet hvor Trysil tildeler flere timer enn Øyer. For praktisk bistand se diagram 25.

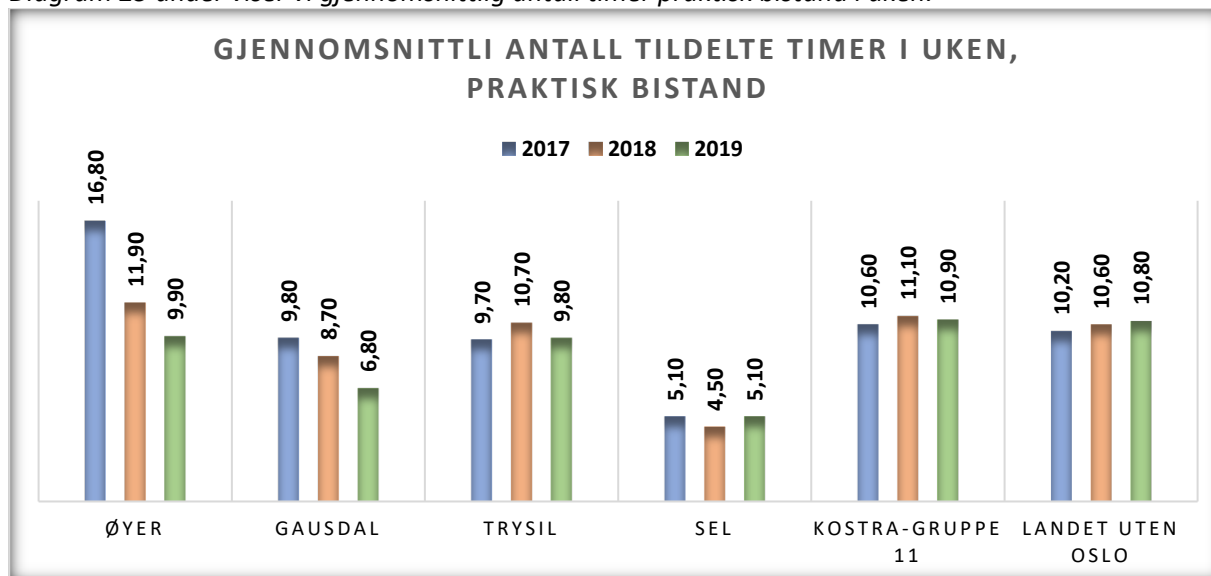
Diagram 24 under viser vi gjennomsnittlig antall timer helsetjenester i hjemmet i uken.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer i perioden 2017 til 2019 tildelte færrest timer per uke med helsetjenester i hjemmet. Som vi ser av diagrammet tildelte Øyer 1 time mindre per uke enn Gausdal, 2,6 timer mindre per uke enn snittet i KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo, 3,5 timer mindre enn Sel og 5,9 timer mindre enn Trysil.

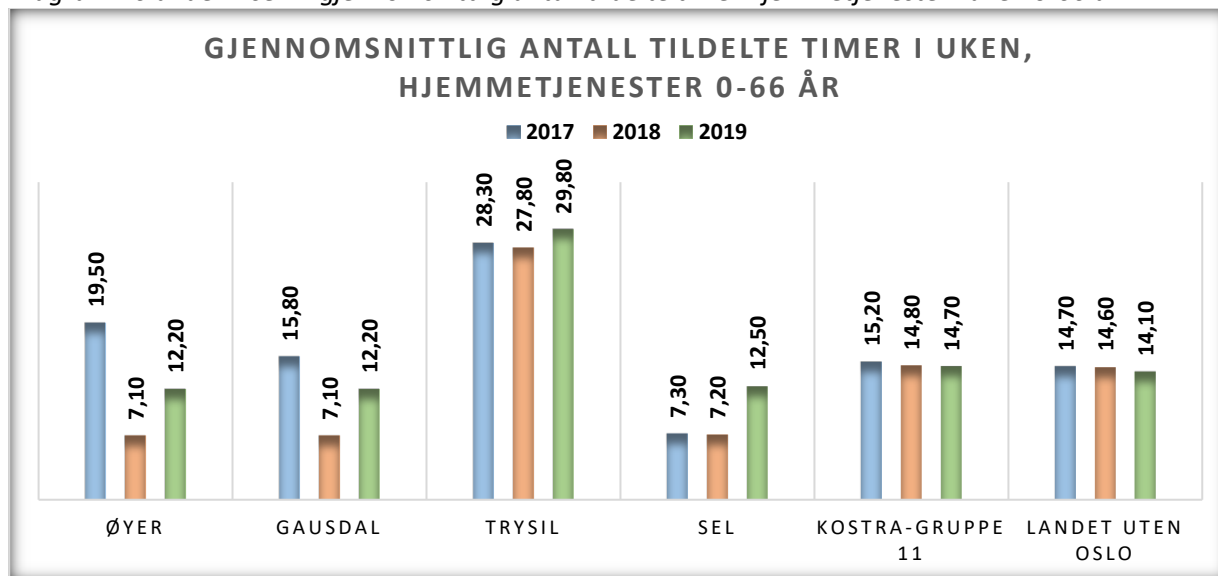
Diagram 25 under viser vi gjennomsnittlig antall timer praktisk bistand i uken.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer i perioden 2017 til 2019 har redusert gjennomsnittlig uketimetall for praktisk bistand i hjemmet. Fra 16,80 timer i 2017 til 9,90 timer i 2019. I denne sammenligninger det kun Gausdal og Sel som tildelte færrest timer per uke med praktisk bistand i hjemmet i 2019.

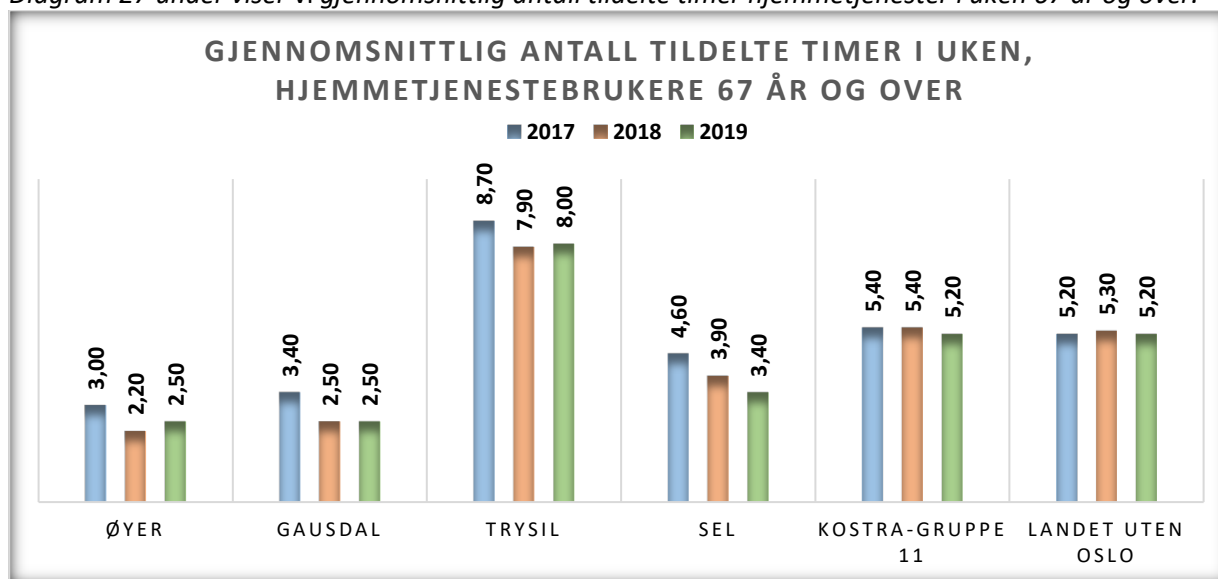
Diagram 26 under viser vi gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmetjenester i uken 0-66 år.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer hadde en reduksjon i gjennomsnittlig uketimer hjemmetjenester i aldersgruppa 0-66 år fra 2017 til 2018. Fra 2018 til 2019 ble antall timer økt med 5,1 time. Diagrammet viser uketimetallet i 2019 var nærmest lik sammenlignet med Gausdal og Sel. Og litt under snittet i KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo. Mens det lå vesentlig under Trysil. Differansen mellom Øyer og Trysil var hele 17,6 uketimer.

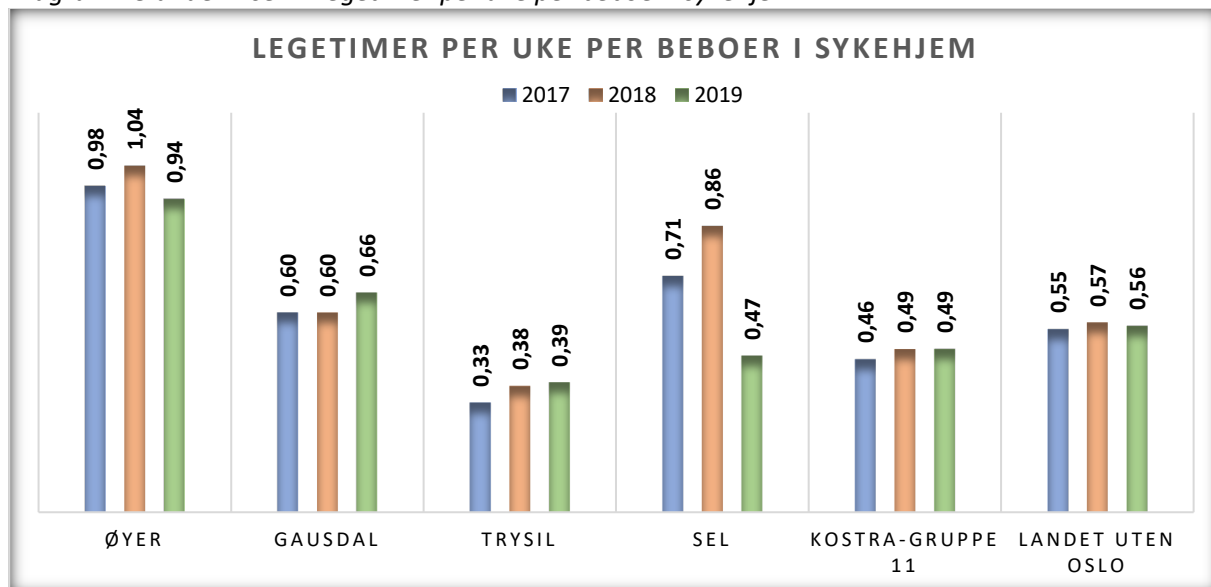
Diagram 27 under viser vi gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmetjenester i uken 67 år og over.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser gjennomsnittlig tildelte uketimer hjemmetjenester for de over 67 år. Trenden er den samme som vi har kommentert under diagram 26.

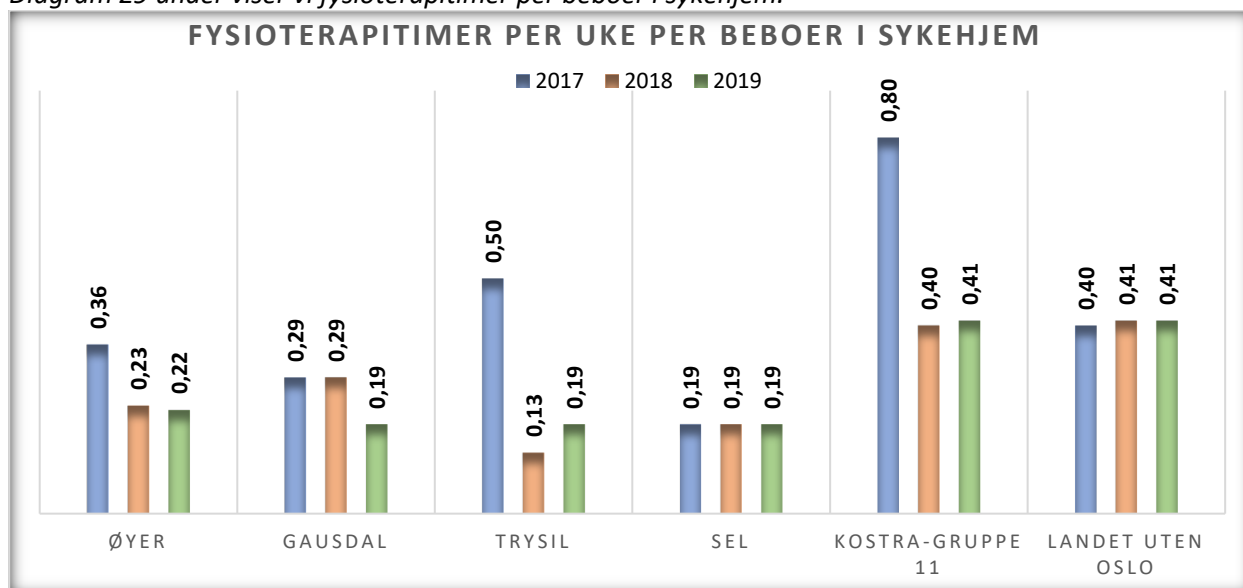
Diagram 28 under viser vi legetimer per uke per beboer i sykehjem.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer har flest legetimer per uke per beboer i sykehjem fra 2017 og til og med 2019. Fra sentrale myndigheter er det anbefalt at kommuner sørger for en god og stabil legedekning. Dette henger sammen med at beboere ved norske sykehjem trenger mer medisinsk bistand. Ambia er kjent med Øyer har en god legedekning gjennom fast ansatt sykehjemslege.

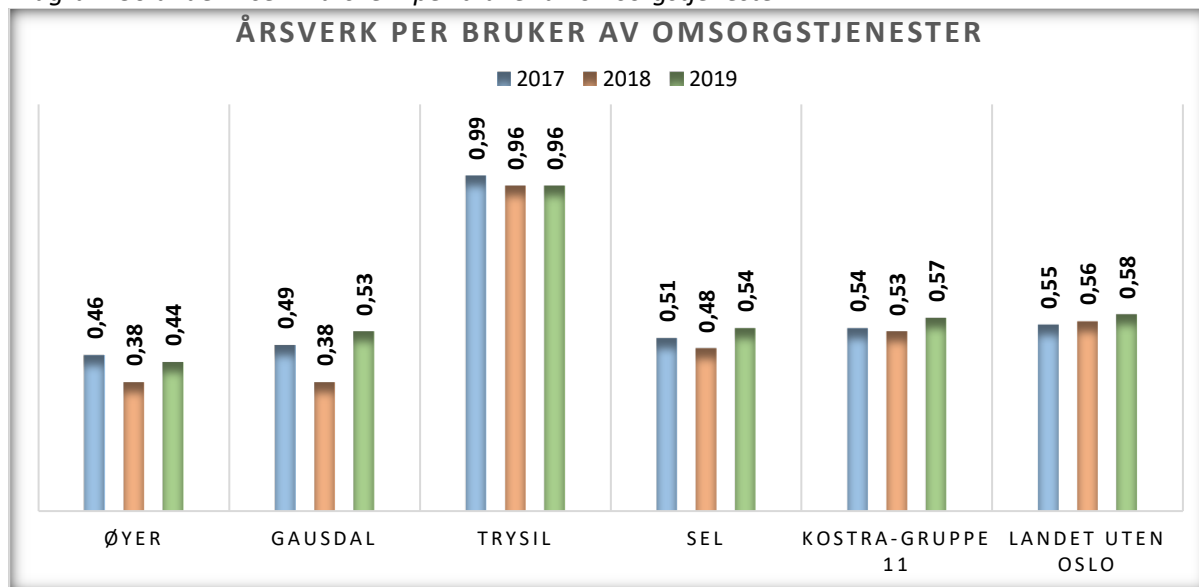
Diagram 29 under viser vi fysioterapitimer per beboer i sykehjem.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer har redusert noe på fysioterapitimer per beboer per uke fra 2017-2019. I 2019 er det kun snittet for KOSTRA-gruppa og landet uten Oslo som er høyere. Tilgang til fysioterapeut vurderes av sentrale myndigheter som en viktig funksjon i sykehjemmene. Spesielt gjelder dette brukere som er inne på ulike typer korttidsopphold, men også andre brukere vil i perioder ha behov for denne kompetanse. Det samme gjelder veiledning av personalet.

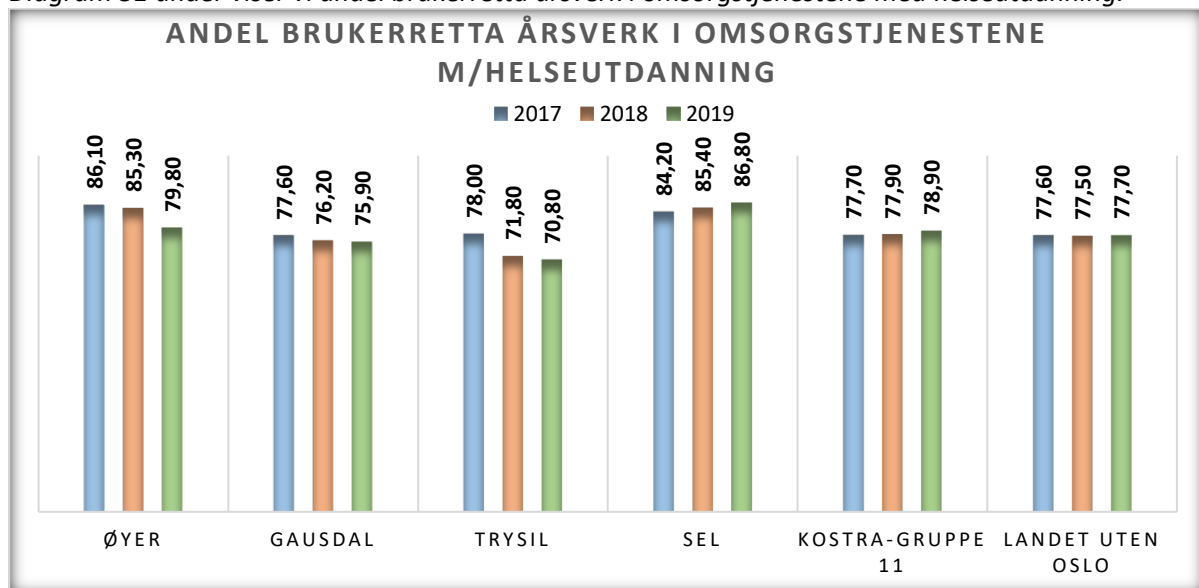
Diagram 30 under viser vi årsverk per bruker av omsorgstjenester.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser Øyer har det færre årsverk per bruker av omsorgstjenester sammenlignet med Gausdal, Trysil, Sel, tilhørende KOSTRA-gruppe og snittet for landet uten Oslo. Gjelder både 2017, 2018 og 2019. Med unntak av 2018 hvor Øyer og Gausdal hadde like mange årsverk.

Diagram 31 under viser vi andel brukerretta årsverk i omsorgstjenestene med helseutdanning.



Kilde: SSB 2019

Diagrammet viser at Øyer har hatt en reduksjon fra 2018 til 2019 når det gjelder andel brukerretta årsverk med helseutdanning. For driftsåret 2019 var det kun Sel som hadde en høyere andel. Å ha en helseutdanning blir vurdert som et kvalitetskjennetegn.

3.5 Funksjonsvurdering / IPLOS

Ambia har hentet ut statistikk fra kommunalt pasient og brukerregister (KPR)⁴⁷ for årene 2017-2019. Se også vedlegg 2. Tabellen under er innrapportert av Øyer kommune og hentet ut fra fagsystemet GERICA.

Tabell 9 under viser vi status for brukere av langtidsopphold sykehjem.

Langtidsopphold på sykehjem	2017	2018	2019
Antall brukere	53	54	59
Antall brukere med omfattende bistandsbehov	100 %	100 %	100 %
Menn / kvinner i prosent	26 / 74	31 / 69	41 / 59

Kilde: Helsedirektoratet / KPR 2017 - 2019

Tabellen viser en årlig økning i antall brukere med vedtak om langtidsopphold. Alle brukere er med utgangspunkt i funksjonsvurderinger og skår vurdert til å ha omfattende bistandsbehov. Prosentvis er det i perioden flest kvinner som har vedtak om langtidsopphold. Oversikten viser at det i perioden har vært en økning i andel menn.

Tabell 10 under viser vi status for brukere med tidsbegrensa opphold habilitering / rehabilitering.

Tidsbegrensa opphold habilitering / rehabilitering	2017	2018	2019
Antall brukere	76	60	62
Antall brukere med omfattende bistandsbehov	39 %	47 %	64 %
Antall brukere med middels til stort omsorgsbehov	45 %	35 %	36 %
Antall brukere med lite / avgrenset omsorgsbehov	16 %	18 %	
Menn / kvinner i prosent	41 / 59	42 / 58	52 / 48

Kilde: Helsedirektoratet / KPR 2017 - 2019

Tabellen viser en reduksjon fra 2017-2019 for brukere med opphold for habilitering / rehabilitering. Vi ser også her at andelen med omfattende bistandsbehov har vært økende fra 2017 -2019. Oversikten viser at det i perioden har vært en økning i andel menn.

Tabell 11 under viser vi status for hjemmetjenestebbrukere praktisk bistand.

Hjemmetjenester praktisk bistand	2017	2018	2019
Antall brukere	74	69	70
Antall brukere med omfattende bistandsbehov	23 %	22 %	31 %
Antall brukere med middels til stort omsorgsbehov	53 %	54 %	41 %
Antall brukere med lite / avgrenset omsorgsbehov	24 %	24 %	28 %
Menn / kvinner i prosent	26 / 74	26 / 74	24 / 76

Kilde: Helsedirektoratet / KPR 2017 - 2019

Tabellen viser at antall brukere med vedtak om praktisk bistand i hjemmet har holdt seg på omtrent samme nivå fra 2017-2019. Vi ser også her at andelen med omfattende bistandsbehov har vært økende fra 2017 - 2019. Det samme gjelder andel med lite / avgrensede bistandsbehov. Oversikten viser at det i perioden har vært en liten økning i andel kvinner.

⁴⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr>

Tabell 12 under viser vi status for brukere med helsetjenester i hjemmet.

Helsetjenester i hjemmet	2017	2018	2019
Antall brukere	278	491	353
Antall brukere med omfattende bistandsbehov	18 %	19 %	19 %
Antall brukere med middels til stort omsorgsbehov	37 %	24 %	27 %
Antall brukere med lite / avgrenset omsorgsbehov	33 %	31 %	37 %
Ikke grunnlag for å beregne samlemål	12 %	26 %	18 %
Menn / kvinner i prosent	38 / 62	40 / 60	40 / 60

Kilde: Helsedirektoratet / KPR 2017 - 2019

Tabellen viser at antall brukere med vedtak om helsetjenester i hjemmet økte fra 2017 til 2018. Deretter en reduksjon i 2019. Vi ser også her at andelen med omfattende bistandsbehov har vært stabil 2017 -2019. Mens andelen brukere med lite / avgrenset behov har økt. Oversikten viser en lik andel menn og kvinner som mottok tjenester i 2018 og 2019.

3.6 Tildeling av tjenester

Ambia har fått opplyst at fra 01.01.2021 benyttes det 50 prosent sykepleier fra hjemmetjenesten, 30 prosent ergoterapeut fra felles fagtjeneste og 10 - 15 prosent avdelingsleder Øyer Helsehus i forbindelse med tildeling av tjenester / vedtaksbehandling. Møtehyppighet er fordelt med 2 personer tirsdag og torsdag i lik uke og 1 person mandag + 2 personer tirsdag og torsdag i ulik uke. Ut over dette dekkes saksbehandling med eLink. Telefonen/beskjed betjenes av merkantil ved helsehuset. Flere av de som har ansvar for saksbehandling har kompetanse i helserett.

Retten til kommunale helsetjenester er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven⁴⁸. Videre er kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven⁴⁹. Lovgivningen er absolutt, men kommunen står relativt fritt til å organisere og innrette tjenestene. Slik at kommunen oppnår ønska retning basert på kommunale føringer gitt av kommunestyret. En viktig nøkkelfaktor her er hvordan kommunen tildeler tjenester, slik at de oppfyller lov- og forsvarlighetskrav.

Som tidligere nevnt vedtok kommunestyret i Øyer 15.12.2016 egne tjenestebeskrivelser og tildelingskriterier. «Under kapitel 3.0 er det uttalt at det er et overordna mål om at flere skal kunne bo hjemme lengere og at fokuset på mestring skal være ledende. Som igjen forutsetter endring fra institusjonsfokus til hjemmetjenestefokus. Dette forutsetter blant annet:

- Brukere vil oppleve en klargjøring om tjenestens innhold og nivå.
- Brukeren vil få mulighet for å uttale seg om det ønskede mestringsnivået.
- Brukeren vil bli mer aktivt og delaktig i sin egen helse, blant annet gjennom tilrettelegging for mestring oppgaver i egen bolig og ved bruk av teknologi i tillegg til ordinært tilgjengelige tjenester
- Ansatte vil oppleve en tydeligere definisjon av oppgaver og bedre muligheter for å vurdere brukerens behov, vurdere tverrfaglig samarbeid og evaluere igangsatte tiltak.
- Et paradigmeskifte fra tradisjonell fokus på pleie til mestringsfokus blant ansatte: `hva vil brukeren, hva ønsker brukeren å kunne mestre i hverdagen?«

Videre:

«For at kommunen skal lykkes med dette må tjenestetilbudet konstant videreutvikles og innoveres. I tillegg bør kommunen og dens ansatte omstilles. Ansatte må forberedes på at daglig drift og innovasjon av

⁴⁸ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

⁴⁹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

tjenester blir vanlig i hverdagen». Dette er føringer som er og blir sentrale for ledere sammen med medarbeiderne å følge opp.

Øyer har i tillegg utarbeidet:

- Serviceerklæring for helse og omsorg (6.2.2019).
- Flytskjema for saksbehandling av søknader (15.2.2021).
- Tildeling – rutiner for generell saksbehandling helse og omsorgstjenesten (16.2.2020).
- Rutiner for tildeling – merkantil – mottak og registrering av søknader (Revidert 15.12.2020).
- Følgrebrev med vedtaksbrev (24.8.2020).
- Vurderingsbesøk – veileder for innsamling av data ved vurderingsbesøk (11.1.2021).

Som vist over har Øyer politisk vedtatt tildelingskriterier og utarbeidet rutiner mv når det gjelder selve saksbehandlingen. Slik sett er det formelle på plass. Det som kommer i tillegg, er å sørge for en profesjonell og faglig skjønnsutøvelse. Tildelingskriteriene er tenkt som en veiledning og hjelp i denne vurderingen. Et sentralt mål er å sørge for likebehandling og en god ressursutnyttelse, faglig og økonomisk.

*Forvaltningsloven*⁵⁰ gjelder for kommunes helse- og omsorgstjenester. Dette kan for eksempel dreie seg om habilitets- og partsforhold, taushetsplikt og veiledningsplikt. *Pasient- og brukerrettshetsloven* angir som nevnt ovenfor også saksbehandlingsregler, blant annet hvordan hjelpebehov blir kjent og utredet. Alle relevante forhold skal være belyst og det skal sikres tverrfaglig tilnærming i utredningen. Derneft skal bruker og pårørendes rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring ivaretas.

Vedtak som fattes, er definert som enkeltvedtak og er i utgangspunktet bindende. Endring av et løpende tjenestetilbud krever derfor et omgjøringsvedtak etter forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Et vedtak som er gunstig for brukeren kan endres når som helst. Dersom det er ugunstig for brukeren, er det langt strengere regler som gjelder.

Saksbehandling og forvaltning er komplekst og omfattende. Etter det Ambia har fått opplyst er det ingen egne ressurser avsatt til fullført saksbehandling. I dag benyttes ressurser fra hjemmetjenesten, helsehuset og felles fagtjeneste. Ved søknad om omsorgsstønning, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og boveiledning deltar miljøtjenesten. Vedtak om «psykiatritjenester» ivaretas av denne tjenesten.

Å behandle søknader om tjenester bør etter Ambia sin vurdering bare gjøres av personer som har god opplæring og fagkompetanse inklusive helserett. Dette for å sikre at lovkrav følges, likebehandling, helhetlige og sammenhengende/koordinerte tjenesteløp. I tillegg er det viktig med gode kommunikasjonsferdigheter.

Basert på vår kunnskap om kommunens tildelingspraksis, råder Ambia kommunen til å profesjonalisere/rendyrke og samle all saksbehandling og forvaltning for alle brukergrupper også «psykiatritjenester». Kommunen må sikre seg at lovverket blir etterlevet og at tjenestene tildeles «likt og rettferdig». Et annet viktig moment er å sørge for å ha "en dør inn". Alle henvendelser om tildeling og koordinering av tjenester skjer på samme sted. Det gjør det også lettere for samarbeidspartnere utenfor kommunen å kommunisere om felles brukere. Implisitt i en profesjonalisert saksbehandling- og forvaltningstjeneste ligger at dette også er kommunens koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering. Denne er pålagt ved lov⁵¹ og skal blant annet sørge for at brukere som har behov for og krav på det, får koordinator og individuell plan.

⁵⁰ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>

⁵¹ Helse- og omsorgstjenesteloven. Kapittel 7.

Derfor bør også koordinatorfunksjoner for pakkeforløp psykisk helse og rus⁵² knyttes til saksbehandling/tildeling. En slik funksjon kan for eksempel legges som stabsfunksjon under kommunalsjefen. Det finnes ikke noen krav til organisering i lovverket og kommunene lager ulike løsninger på organiseringen og benevnelse. Ofte vil det omtales om tjenestekontor, forvaltningsenhet, tildelingskontor eller koordinerende enhet. Særlig er det ansvar for økonomi, lederes rolle og nærheten til de utøvende tjenestene som utfordrer enhver form for organisering. Fungeringen for en slik tjeneste, er mer avhengig av arbeids- og samhandlingsformer enn selve organisering.

3.7 Heltidskultur og ressursbehov

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

En mulig definisjon av begrepet heltidskultur blant de som arbeider turnus, er andel medarbeidere som arbeider i turnus og har 100 prosent stilling. Det fins ingen norm for hva som er en sterk eller svak heltidskultur. I rapporten "Saman om en bedre kommune: En oppsummering"⁵³ finner vi hva ulike informanter vurderer som heltidskultur. Her ser vi at et flertall mener at heltid betyr 100 %, mens andre mente 80 % og et mindretall 50 %.

Rapporten fra programmet «Sammen om en bedre kommune»⁵⁴ tar opp hvordan faktoren heltidskultur kan påvirke ressursutnyttelse og tjenestekvalitet:

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

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

I den senere tids debatt er også kvalitetsperspektivet i ferd med å stå fram som det kanskje viktigste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordninger i omsorgssektoren.

I Fafo-rapporten *Heltid-deltid – en kunnskapsstatus (2013)*⁵⁵, hevdes det at: «Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Mange av brukerne har behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger, har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha

⁵² <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

⁵³ Fafo er en frittstående samfunnsvitenskapelig forskningsstiftelse som utvikler kunnskap om vilkårene for deltakelse i arbeidsliv, organisasjonsliv, samfunn og politikk, om sammenhengene mellom politikk og levekår, og om demokrati, utvikling og verdiskaping. Vi ser det som særlig viktig å løfte fram perspektivene til arbeidstakere og de som står ufrivillig utenfor arbeidslivet.

⁵⁴ KRD Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

⁵⁵ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

lettere for å utvikle gode fagmiljøer, og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.»

«Småstillinger» skyldes i hovedsak manglende dekning på helg i døgnkontinuerlige tjenester. Og eller medarbeideres ønske om lavere stillingsandeler. Det vi benevner som frivillig deltid. Alternative arbeidstidsordninger kan bidra til å løse denne utfordringen og mange kommuner arbeider med å etablere ordninger som fjerner vakante stillinger fra helgene.

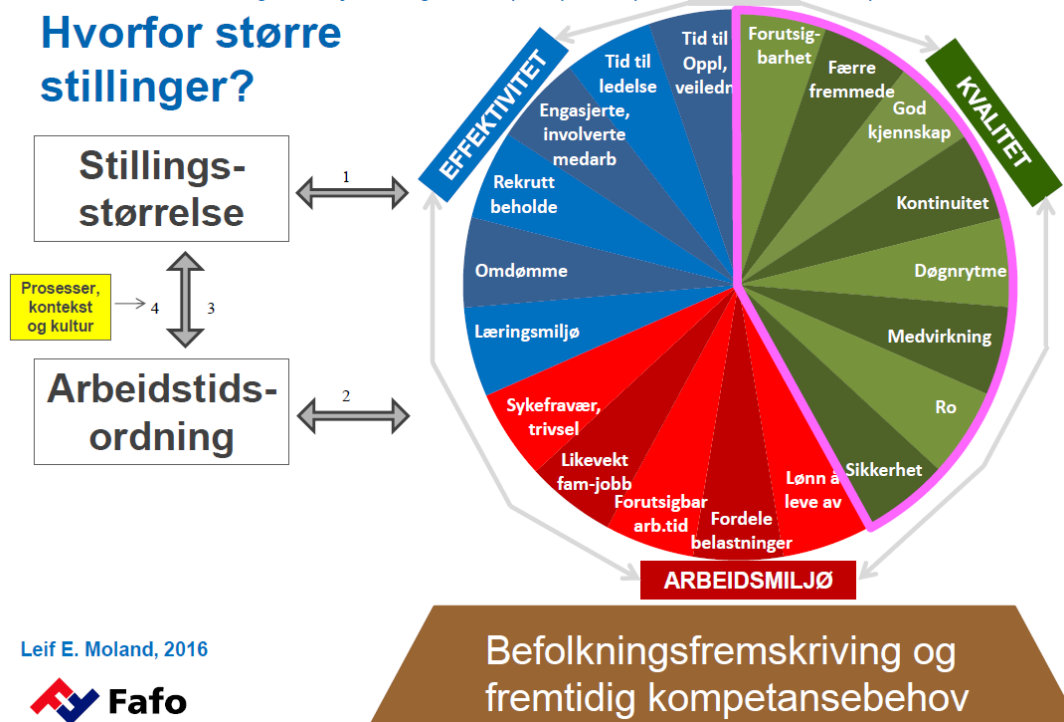
Ambia har fått en oversikt over antall deltidsstillinger innen tjenesteområdene. **Se kommentarer under tabell 5, hjemmetjenester og tabell 6 Øyer Helsehus.** Det viser at Øyer har en vei å gå før kommunen kan si at de har en heltidskultur. I henhold til KS/PAI register for KOSTRA-gruppe 11 per 1,13.2019 så var prosentandelen som arbeidet deltid 71. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse for de som arbeidet deltid var 52 prosent.

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

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

Figur 5. Effekter av større stillinger mht. effektivitet, kvalitet og arbeidsmiljø.

Organisasjons- og brukerperspektiv på endring og deltidspromatikk



4 Data innhentet gjennom intervjuer

Ambia har gjennomført et intervjuprogram via teams og telefon som et tillegg til en ren kvantitativ datainnsamling. Vedlegg 1 viser en oversikt over hvem som var invitert til samtaler med Ambias rådgiver. Intervjuene ble gjennomført 26. februar og 12. mars. Total ble det gjennomført 10 intervju.

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

Under kapitel 4.1 har vi gjengitt tilbakemeldingene fra intervjuene, noe er det samstemte meninger om, andre ting er det ulik oppfatning om. Ambia legger vekt på at det meste av det vi har registrert skal komme fram her. Vi har innledningsvis lovet alle våre informanter om at vi ikke skal gjengi hva den enkelte har sagt, eller at det ikke skal være mulig i ettertid å si "hvem som sa hva". For oss har det vært viktig å samle inntrykk og vi vil i avslutningskapitlet drøfte hvordan vi mener at det som framkommer i intervjuene kan komme til å spille inn på hva som er viktig å arbeide med i forbindelse å utvikle tjenestene ytterligere.

4.1 Oppsummering fra intervjuene – kort oppsummert

Hva er vi fornøy med.

- Oppfatter at vi har gode tjenester.
- Positivt resultat i arbeidet med nærvær.
- Positivt arbeidet med velferdsteknologi koblet til innovasjon.
- Mulighet for kort vei (gjelder ledelse).
- Ledere har påvirkningsmulighet, NB helhet.
- Positivt arbeid med prosedyrer og avvikshåndtering.
- Positivt med sykepleier som har ansvar for fagutvikling.
- Positivt at Helsehuset har «egen» kjent vaktmester og renholdere.
- At begge arbeidslagene i hjemmetjenesten samhandler ved behov – en turnus.
- Mye bra kompetanse, bli flinkere til å løfte dem.

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

- Tydeliggjør hvilken ideologi som gjelder og hva det betyr i praksis - og for hvem
- Få utarbeidet planer som styringsdokument.
- Ha enda mer søkelys på innovasjon – tenke tjenesteinnovasjon/ forbedringsløp «hele tiden», fjerne «tidstyver».
- Alderssammensetning framover og hvordan møter vi mulige behov som kan oppstå.
- Arbeide aktivt for å engasjere frivillige.
- Ha større søkelys på strategiutvikling og helhetlig praksis – overganger må forbedres.
- Må få bedre struktur på tildelingspraksis. Må få avklart hvordan framtidig tildelingspraksis skal organiseres – «en dør».
- Avklar hva det betyr å inneha en lederrolle og forutsetninger, Gjelder også lederspenning.
- Felles ledermøter – tema bør tydeliggjøres (informasjon, beslutning, analyser og utredninger mv).
- Hel-deltid, arbeide aktivt med å finne gode turnusløsninger – avhengig av tett samarbeid med tillitsvalgte.
- Arbeide strukturert for å få hele organisasjonen til å bidra til at vi oppnår felles mål, en samlende «kraft».
- Har vi for gode tjenester?
- Trepartssamarbeidet må bli mer strukturert.

- Større søkelys på samhandling med pårørende.
- Spørsmål om grunnbemanning på Helsehuset.
- Større bevissthet rundt økonomiarbeidet og økonomistyring.
- Bli bevisst om at vi har felles ansvar for totalbudsjettet.
- Sørge for at budsjett/drift samsvarer - utarbeid gode periodiseringsnøkkel (varsles om avvik i 2021 allerede).
- Behov for å utarbeide forpliktene og felles system, eks. fagdag og kvalitetsarbeid mv.
- Tjenester ytt til gjestepasienter (hytter) krever kapasitet, få oversikt.
- Mer bevissthet rundt hvordan vi benytter medarbeidere kompetanse.
- Få utarbeidet en strategisk kompetanseplan.
- Sørge for **en** tjeneste hvor alle tjenesteutøver jobber mot felles mål – helhetlig.
- Få alle tjenester på laget, viktig i kommunens forebyggende strategi.
- Større søkelys på hvordan innbyggere skal kunne bo hjemme lengere, forebygging, velferdsteknologi = konsekvens.
- Hva betyr det å ha ansvar for eget liv og bolig?
- Bedre system ved demensutredning.
- Må ha politiske føringer som er forutsigbare.
- Politikere som arbeidsgivere.
- Avklar hvilke grep vi tar nå og de nærmeste årene vil ha stor betydning for fortsatt å ha bærekraftige tjenester.

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

I dette kapitlet drøfter Ambia hvilke forutsetninger, hvilke valgmuligheter og hvilke begrensninger Øyer har når framtidens 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 Ambia komme med anbefalinger, andre temaer belyses og det vil være opp til kommunen å foreta prioriteringer og beskrive standarder eller nivå på framtidens tjenester.

Et aldersvennlig samfunn er et felles ansvar. Det innebærer partnerskap og samarbeid mellom organisasjoner, institusjoner og næringsliv. Det innebærer å involvere de eldre i planlegging av utforming av nærmiljø og lokalsamfunn. Det handler om å se, legge til rette for og bruke seniorressursen. Formelt og uformelt frivillig arbeid er et stort bidrag til samfunnet. Eldre skal også planlegge egen alderdom i forhold til egnet bolig, sosialt nettverk og å opprettholde et best mulig funksjonsnivå. Dette kan utfordre dagens holdninger og forventninger i befolkningen og skaper ambivalens. Vi vil leve lenge, men ikke bli gamle. For at flest mulig skal ha et aktivt forhold til hvordan alderdommen skal møtes, krever det informasjon og påvirkning over tid. Kommunene bør ha en bevissthet og strategi for dette⁵⁶.



5.1 Tjenestene må henge sammen – toppen av omsorgstrappen

Ved analyser av 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

⁵⁶ Stortingsmelding nr. 15 "Leve hele livet". Kilde: regjeringen.no

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.⁵⁷

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 Omsorgsnivå). I St. meld nr. 47 2008-2009 beskrives det som hovedprinsipp at kommunene skal sørge for en helhetlig tenking, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Formålet er at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor det beste effektive omsorgsnivået.

BEON-prinsippet beskrives ofte gjennom en "omsorgstrapp". Antall trinn og beskrivelsen av innholdet i trappene varierer. Mange kommuner lager en egen omsorgstrapp basert på lokale forhold og organisering av tjenestene. Prinsippet er likevel likt; en trinnvis opptrapping av kommunal innsats og tjenester basert på behov, fra folkehelsearbeid og forebygging til kommunens innbyggere på nederste trinn, til skjermede demensplasser eller palliative plasser på institusjon på øverste trinn. Det er også vanlig å tenke at den mest kostnadseffektive bruken av kommunens midler skjer på de nederste trinnene i omsorgstrappen. Tanken bak omsorgstrappa er også å gi tilstrekkelige tjenester, ikke for mye og ikke for lite. Særlig i sykehjem er det ikke uvanlig 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, lengst mulig.

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 sette søkelys på det friske og det som brukeren mestrer. Det innebærer gjerne en økt satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak, tidlig kartlegging og tilrettelegging i eget hjem, å ta i bruk teknologiske muligheter for egenmestring og tilrettelegge for et aktivt fysisk og sosialt liv. Spørsmålet blir: hva er viktig for meg?

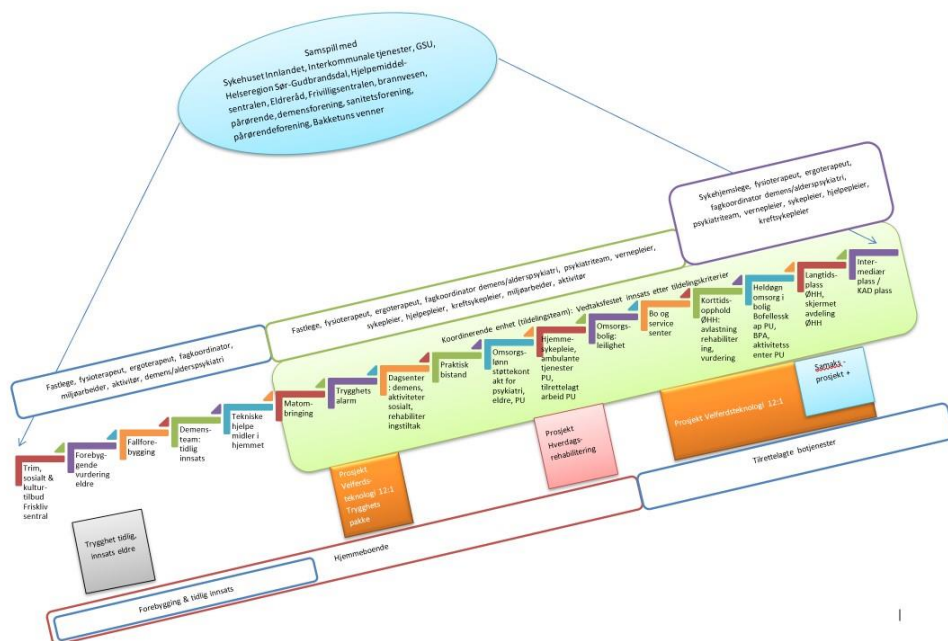
Forebygging og rehabilitering vektlegges foran tradisjonelle sykehjemsplasser. På sykehjemmet kan brukerne i noen grad bli passive og institusjonaliserte, det vil si at innretningen ofte styrer tilbud og innhold i tjenestene i større grad enn brukerens behov. Det betyr at å ta i bruk omsorgstrappa også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

Jo bedre utbygd trappa er og jo mer den brukes fleksibelt, jo bedre "treffer" man med å gi riktige tjenester til rett tid med rett kompetanse. Dette stiller krav til kunnskap, tverrfaglighet, holdninger, samarbeid og ikke minst ledelse eller lederskap i praksis. Det viktigste er likevel det ideologiske valget av hvordan trappa skal brukes. En grundig diskusjon om dette i Øyer bør avklares politisk. Et slikt arbeid bør inkludere brukerne/brukerutvalget og pårørende innen omsorgstjenestene og en samla helse- og omsorgstjeneste.

⁵⁷ *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene*, I. Brevik mfl., Fafo-rapport 2016:06

I figur 6 under vises gjeldende omsorgstrapp for Øyer.

Omsorgstrapp Øyer kommune april 2020



Kilde: Øyer kommune.

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

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

Korttidsplasser på sykehjem er ofte en nøkkelfaktor for å få omsorgstrappa til å fungere. Reelle og tilgjengelige korttidsplasser med kort gjennomløpstid vil innebære at de som trenger hjelp, får det og til rett tid. Det gir en fleksibilitet og dynamikk og gjør at man innretter tjenestene på rett nivå til rett tid, basert på brukernes 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 brukere kan klare å bo lengre i eget hjem fordi de har pårørende med overskudd til å hjelpe.

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

Riktig bruk av korttidsplasser i praksis krever flere typer innsatsfaktorer. Den første og viktigste er å kunne ta i bruk hele systemet av graderte tilbud i omsorgstrappen, ikke i minst omsorgsboliger med heldøgns omsorg og type akutt-plasser som KAD-plasser⁵⁸. 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 medarbeidere har til bruken av korttidsplasser må være forankret i samme ideologi. Gjelder alle som arbeider innen omsorgstjenesten i Øyer. Dessuten bør det legges vekt på kommunikasjon og informasjon om hva korttidsplasser er og hvordan de skal brukes, både til politikere, brukere og pårørende. Det gir trygghet og forutsigbarhet for at kommunen gir et godt tilbud når behovet er til stede.

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

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

Heldøgns omsorg er blitt et samlebegrep for svært ulike tilbud til ulike brukergrupper. Det eksisterer ingen felles forståelse eller definisjon av begrepet, noe som oppleves som et problem når det benyttes i statistikk, brukes som betegnelse på botilbud eller brukes til økonomiske formål⁵⁹.

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

"Hvis boligen ikke er en institusjon, vil den være en form for omsorgsbolig. Det finnes ingen lov-definisjon av begrepet omsorgsbolig. Begrepet brukes om alle typer boliger utenfor institusjon. I St. meld. Nr. 35 (1994-95) omtales omsorgsbolig som: "En mellomløsning mellom brukernes opprinnelige bolig og en institusjonsplass. Disse boligene skal brukes av eldre og andre med pleie og omsorgsbehov". Slike boliger kan ha mange ulike betegnelser, som for eksempel velferdsbolig, trygdebolig, eldreleilighet, aldersbolig, trygdepensjonat, bo- og servicesenter, pleie og omsorgshjem, bo- og aktivitetssenter og bokollektiv.⁶⁰"

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 tjenester⁶¹. I ovennevnte FOU rapport (fotnote 10) 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

⁵⁸ Kommunale akutt-plasser døgnplass

⁵⁹ Omsorg 2020 "Heldøgns"

⁶⁰ Edvardsen og Helleland: "Betaling for beboere i institusjon"

⁶¹ Prop. 99 L (2015-2016) og Innst. 372 L (201-2016)

fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Flere forskere⁶² i Norge hevder at antall heldøgns plasser trolig blir redusert de neste 10-årene. Det er mange argumenter som taler for at dekningsgraden av tradisjonelle sykehjemsplasser for eldre over 80 år fortsatt vil bli redusert. Vi vil tilnærme oss et nivå som er mer vanlig i de andre nordiske landene. Levealderen vil øke, tjenestene i hjemmet bygges ut, det blir lagt vekt på mestring og at eldre skal ta ansvar for egen bolig.

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

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

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

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

5.2 Mat, ernæring og måltider

Mat og ernæring er et tema som får, og stadig vil få, større oppmerksomhet i 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 sykehjem⁶³ er et rammeverktøy som piloteres i 4 kommuner i Norge. Formålet er å redusere uønsket variasjon i opplevd kvalitet til pasienter og pårørende. Ett av områdene som omfattes av trygghetsstandard er ernæring, mat og måltider i sykehjem. Evalueringen av piloten gjøres gjennom følgeforskning. Målet med piloteringen av verktøyene er at de skal kunne tas i bruk i sykehjem over hele landet.

Dette gir grunn til å anta at kommunene fortsatt må rette større oppmerksomhet og innsats mot mat, måltider og det ernæringsfaglige området i fremtiden. Dette gjelder både forhold rundt produksjon av mat, faglighet og kompetanse blant medarbeidere i kommunene og tilrettelegging for gode rammer rundt måltidene. Spesielt løftes behovet for systematisk kartlegging av ernæringsstatus frem, en vurdering av ernæringsmessig risiko og planlegging av tiltak mot underernæring. Det er viktig å poengtere at ernæringsstiltakene bør ha en tverrfaglig tilnærming der kjøkkenpersonell, helsefagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, sykehjemslege m.fl. 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 kostnadene ved dårlig og feil ernæring (fall, gjentatte sykehusinnleggelse, infeksjoner og forvirring som eksempler), gjør at investeringer i god ernæring antagelig er kostnadseffektivt

⁶² Omsorg 2020: Rom for omsorg, VID/Agenda Kaupang: Heldøgnsomsorg- Kommunens dekningsgrad.

⁶³ <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/trygghetsstandard-i-sykehjem#pasientperspektivet>

for kommunene. Det er forebyggende og ikke minst helsebringende for brukerne og beboerne som har kommunale tjenester. I "*Leve hele livet*" beskrives det at alle kommuner bør ha kjøkken og matfaglig kompetanse lokalt. Øyer har eget produksjonskjøkken ved Helsehuset.

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

5.3 Aktivitet og fellesskap

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

5.4 Helsehjelp

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

5.5 Sammenheng i tjenestene

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

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

5.6 Kompetanse og rekruttering

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

ledere må ha innovasjon, fag- og tjenesteutvikling integrert i sitt daglige arbeid."⁶⁴ (s 5) Dette skrives i Kompetanseløftet 2020 – oppgaver og budsjett for 2017. Årsrapporten 2016 for Kompetanseløftet 2020⁶⁵ viser at det skjer et løft i kompetansehevingen i kommunale helse- og omsorgstjenester innenfor mange fagområder, også ledelse. Kompetansenivået er stigende og nye utdanninger og opplæringsprogrammer tas i bruk. Men fortsatt er det en vei å gå. En fjerdedel av de medarbeidere i brukerrettede omsorgstjenester er fortsatt ufaglærte. Den første delrapporten i følgeevalueringen⁶⁶ av regjeringens satsing Kompetanseløft 2020 er gjennomført av de tre forskningsinstituttene Sintef as, NIBR og NIFU. Evalueringen viser at etter- og videreutdanning, kurs og deltagelse i læringsnettverk brukes som et virkemiddel for å beholde personell. Etter- og videreutdanning ser også ut til å være det aller viktigste trekkplasteret for å rekruttere personell, foran lønn.

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

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

Riktig kompetanse på rett sted er avgjørende for at brukerne skal få gode tjenester. Med den demografiske utviklingen som bakteppe, der vi vet at det blir flere yngre som «sliter» og 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 2030⁶⁷ 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 brukere med vanlige og kroniske sykdommer, eksempelvis lungesykdommer, allergier, angst og depresjoner mv.

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

⁶⁴ Kompetanseløftet 2020, Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017. Rapport H-Dir, IS-2560

⁶⁵ Kompetanse og personell i Helse- og omsorgstjenesten, Status 2015 for Kompetanseløftet 2020. Rapport H-dir IS-2684

⁶⁶ Evaluering av kompetanseløft 2020. Første delrapport 2018. Sintef, NIBR, NIFU. Rapport nr 2018:00595

⁶⁷ Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten – en status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030, Rapport IS-1966, 2012

5.7 Om å få tjenester hjemme

Ifølge SSB vil framtidens eldre trolig være annerledes sammensatt enn dagens eldre når det gjelder viktige kjennetegn med betydning for ressursituasjonen, helse og funksjonsevne. De har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, bedre boforhold og færre vil bo alene. Forskning og statistikk på elders helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er i bedre stand til å håndtere utfordringer i hverdagen⁶⁸.

Øyer har som nevnt tidligere vedtak om at innbyggere skal gis mulighet til å bo hjemme- /- i egen bolig så lenge som mulig. En slik føring må også komme til syne gjennom ressursfordelingen mellom tjenestene. Dette er først og fremst en politisk sak. Det virker som kommunen i dag ikke har en tydelig ideolog som er formidlet ut til innbyggerne og som følges opp av ledere og medarbeidere om hvilken innretning en skal ha på framtidige tjenester. Skal det satses på hjemmetjenester, forebygging mv. bør konsekvensene av dette tydeliggjøres.

5.8 Sykehjemmets rolle og funksjon

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

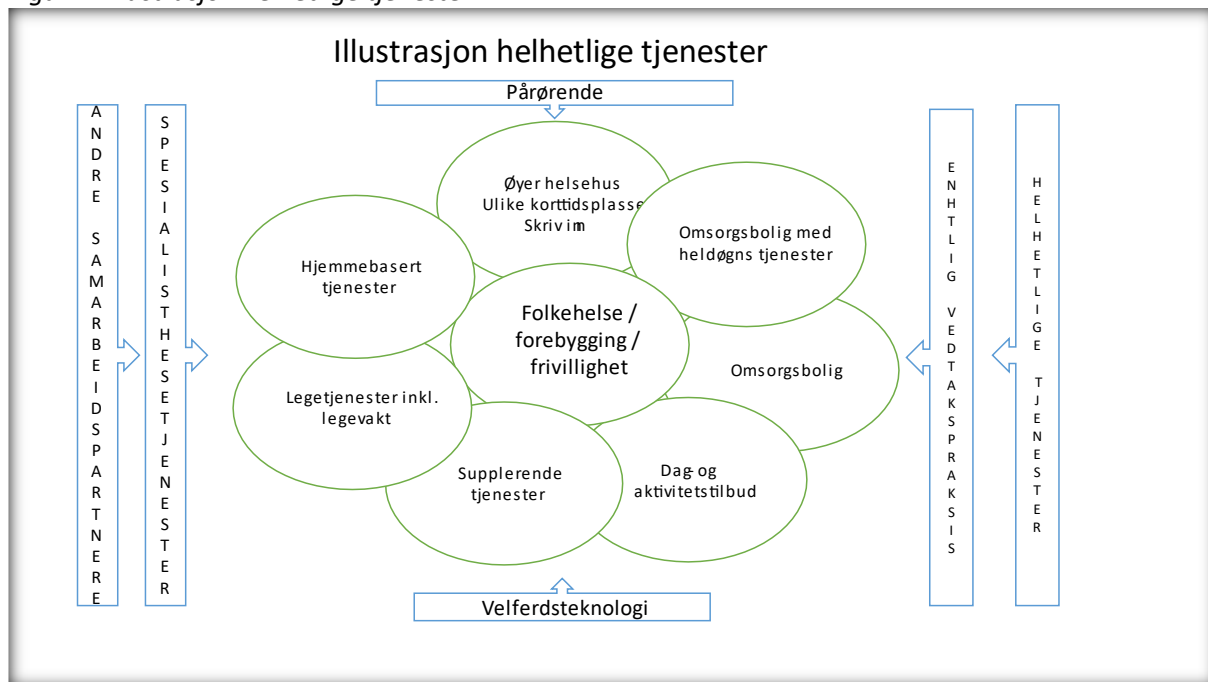
Hvis målet er at flest mulig skal kunne bo i egen, ikke nødvendigvis opprinnelig bolig, lengst mulig, bør et helsehus i større grad innrettes for medisinsk utredning og behandling som ikke krever sykehusinnleggelse, opptrening og avlastning mv. Dette krever igjen at et helsehuset bemannes med medarbeidere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

Gjennom intervjuene kan det synes som at samhandlingen innen omsorgstjenestene og opp mot øvrige helsetjenester inklusive fastlegene kan forbedres. Selv om det er noe ulike oppfatninger om dette, er det et krav om at helse- og omsorgstjenesten skal være helhetlige og koordinerte. Det betinger reell samhandling og at kompetanse kan nyttes fleksibelt mellom enhetene. En slik fleksibilitet vil øke muligheten for at flere medarbeidere kan få økte stillingsandeler, som igjen vil bidra til å bedre rekrutteringen og omdømme. Samtidig som at medarbeider i større grad får nyttiggjort kompetansen sin. Som tidligere nevnt øker da indre motivasjon, tilhørighet og reduserer turnover.

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

⁶⁸ Rogne, A. F. og Syse, A. Fremtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønster og helse. Oslo: SSB, 2017. SSB-rapport 2017/32

Figur 7: Illustrasjon helhetlige tjenester



Kilde: Ambia

5.9 Ledelse

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

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

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

Samtidig er omsorgstjenesten oftest:

- Den mest arbeidskraftintensive enheten i kommunen og ressursmessig dominerende i kommunenes budsjetter.
- Enheten må forholde seg til innbyggernes lovhjemlede rett til tjenester.
- Både innhold og krav til kvalitet på tjenestene blir i stor grad regulert gjennom lover og forskrifter.
- Flest medarbeidere i deltidsstillinger.
- Tjenester 24 timer i døgnet 365 dager i året (24/7).

Med ledertetthet mener Ambia: "Antall medarbeidere eller antall årsverk per definert lederstilling hvor leder har personal- og økonomiansvar", det vil si ansvar for daglig drift. Det betyr at det er lederen som er den daglige koordinatoren, tilretteleggeren, mest direkte og nærmeste veilederen for medarbeidere på utøvende nivå. Det vil si at leder har daglig driftsansvar og daglig personaloppfølging og som skal sørge for koordinering. Spesielt gjelder dette omsorgstjenestene som skal være i operativ drift hele døgnet – alle dager i året, både i helgene, i høytidene, i feriene – alle kvelder og alle netter. Omsorgstjenestene har døgkontinuerlig ansvar for hjelpetrequende året rundt. Døgkontinuerlige tjenester må sikre

sammenheng mellom dag, kveld og natt. Dette er en utfordring som for eksempel dagtjenester ikke står overfor.

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

Ambia opplever ofte at faste medarbeidere i mindre grad ønsker å arbeide i helgene⁶⁹. De, som mange andre, ønsker å verne om sin fritid. Færrest mulige helgevakter blir ansett som et "privat" gode, fordi færre helgevakter betyr fritid i helgene. Men jo sjeldnere faste medarbeidere arbeider i helgene, desto mer er avdelingene avhengig av vikarer og/eller medarbeidere i små stillingsandeler. Medarbeidere i små stillingsandeler som ofte bare arbeider i helgene representerer som regel et "svakt" ledd, både fordi de kan ha svakt engasjement i arbeidet, de er "fremmed" for det store arbeidskollektivet ("de andre" som arbeider i dagskiftet), de er der i små tidbolker og de har ofte ingen relevant utdanning. Ledelsen har store utfordringer for å nå "helgevikarene". Resultatet kan bli at "helgevikarene" i stor grad er uten reell ledelse. "Lederen" blir den faste medarbeideren som arbeider helgevakt sammen med vikarene.

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

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

En vesentlig del av omsorgstjenestene er å sørge for *kvaliteten*⁷⁰. Det fordrer at omsorgstjenesten samarbeider med pårørende og en lang rekke interne og eller eksterne instanser. Internt består helse- og omsorgstjenestene av mange profesjoner eller yrkesgrupper – sykepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere, ufaglærte, fysioterapeuter, leger, ergoterapeuter, matprodusenter med flere.

Helse- og omsorgstjenestene er styrt av lover og forskrifter (se kapittel 5.10). For å sikre et visst kvalitetsinnhold, settes det hjemlede krav om at bestemte tjenester skal være tilgjengelige (for eksempel fra leger, at tjenester skal ytes døgntkontinuerlig), men der den enkelte kommune selv har bestemt hvordan tjenestene skal organiseres.

⁶⁹ Det Ambia her sier om helg, er i noen grad også gyldig for kveld. Ambia finner det ikke formålstjenlig å detaljere diskusjonen spesifikt for helgene og spesifikt for kveldene.

⁷⁰ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Institusjons- og hjemmebaserte tjenester i Øyer ledes i dag av to enhetsledere i 100 prosent stilling med en kommunalsjef som nærmeste overordna. Flere av de som er intervjuet uttaler at ledelse må ha mulighet til nærledelse og at samhandlingen mellom tjenestestedene må bli bedre. Etter den informasjonen Ambia har fått, stiller vi spørsmål om det er tydeliggjort hva ledelse er og om forutsetningen for å utøve lederskap er nok til stede.

Øyer Helsehus har 2 avdelingsledere i 100 prosent stilling. Avdelingslederne har henholdsvis 33 og 57 medarbeidere å lede. Mens samlet i hjemmetjenesten er det 39 medarbeidere fordelt på 2 avdelingsledere. I tillegg har Helsehus, hjemmetjenesten, miljø- og bofelleskap og helse- og familie avsatt 200 prosent merkantil stilling.

Det som er av betydning for å nå mål, sørge for daglig drift, arbeidsmiljø, effektivitet, innfasing av velferdsteknologi og tjenesteinnovasjon osv. er hvordan ledelse utøves. Slik Ambia har definert ledelse, er det avgjørende at den enkelte leder er nærværende, "ser" og gir tilbakemeldinger til den enkelte medarbeider, at vedtak blir fulgt, at avvik- og dokumentasjonssystemet benyttes, at tjenestene samhandler og at kommunen har en tjeneste som er faglig oppdatert. I denne betydningen er det en øvre grense for hvor mange medarbeidere en leder makter å forholde seg til. Likeså hvilke oppgaver merkantilt personell og stabspersonell hos kommunedirektøren bidra med. Både tjenesteledere og avdelingsledere må ha fokus overordna strategisk tenkning, sørge for at medarbeidere er dedikert til oppgavene slik at daglig drift og utvikling i større grad skjer i og blant medarbeidere. Ambia oppfatning at ledelsen i dag i stor grad arbeider med daglig drift.

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

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

Regjeringen har gjennom plan for omsorgsfeltet 2015-2020 uttalt følgende⁷¹: *"Helse- og omsorgstjenester er viktige velferdsordninger for befolkningen. De som er ledere i disse tjenestene, har fått et samfunnsoppdrag med å forvalte og lede tjenestene slik at samfunnets mål med tjenestene i størst mulig grad nås. Å være leder i helse- og omsorgssektoren er både spennende og utfordrende. Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner som driver døgntkontinuerlig virksomhet hele uka hele året gjennom. Dette stiller høye krav til lederskap, fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og samspill med andre aktører. De ulike tjenesteområdene forventes å samhandle helhetlig og koordinert, og ledelsen skal legge til rette for brukermedvirkning i ulike prosesser. Sett i forhold til størrelse og kompleksitet, er det få ledere i denne sektoren.*

God ledelse på alle nivå er avgjørende for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Lederansvar forutsetter formelle muligheter og virkemidler til å utøve ledelse, og at ledelsen har kunnskap om disse. Tilsynserfaringer tyder på at styring og ledelse ikke alltid ivaretas på en god nok måte. Mange kommuner kan dokumentere at de arbeider med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god ledelse og styring. Skal tjenestene ivareta økte forventninger og nye oppgaver må det satses offensivt for å styrke lederskapet, øke

⁷¹ https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf

ledertettheten og utvikle lederrollene i tjenestene. For å styrke ledelseskompetansen i tjenestene er det som del av Kompetanseløftet 2015 etablert en lederutdanning for helse- og omsorgssektoren. Det vises til omtale og forslag i Meld St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet".

Videre viser Ambia til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten⁷² hvor formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften tydeliggjør ledere og medarbeideres ansvar. Likeså at tjenesten skal arbeide kontinuerlig med forbedring.

5.10 Myndighetskrav

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

En vesentlig del av helse- og omsorgstjenestene er å sørge for *kvaliteten*. Det fordrer at helse- og omsorgstjenesten samarbeider med pårørende og en lang rekke interne og eller eksterne instanser. Internt består helse- og omsorgstjenestene av mange profesjoner eller yrkesgrupper – sykepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere, ufaglærte, fysioterapeuter, leger, ergoterapeuter, matprodusenter med flere. Ambia har gjennom kulepunktene under listet opp noen sentrale lover og forskrifter.

- Helse - og omsorgstjenesteloven fastsetter kommunens overordnede ansvar. Loven pålegger også kommunene å planlegge, gjennomføre og evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lovkrav.
- Pasient og brukerrettighetsloven regulerer pasientens rettigheter til helse- og omsorgstjenester. Formålet er å sikre lik tilgang til helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted og status.
- Helsepersonelloven stiller krav om forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Denne skal sikre kvalitet på helsetjenester gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger. Her inngår tidligere forskrift om internkontroll. Forskriften pålegger kommunen å ha systematiske tiltak i form av innarbeidede rutiner som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Det skal klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Forskriften pålegger kommunen å utføre risiko - og behovsvurderinger. Kommunen må bl.a. ha et system for håndtering av avvik for læring og forbedring.
- Akuttmedisinforskriften regulerer kommunenes plikt til å sikre at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
- Folkehelseloven plikter kommunen å fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold.
 - Gjelder også å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, utjevning av sosiale helseforskjeller og til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.
 - Folkehelseloven pålegger også kommunene å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver iht. loven. Dette gjelder blant annet rådgivning i kommunens folkehelsearbeid og utøvelsen av hastekompetanse innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap.

⁷² <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

- Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem, motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.
 - Loven utdyper også oppgaver som er tillagt kommuneoverlegen.
 - Kommunens helseinstitusjoner er ifølge forskrift om smittevern i helsetjenesten pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram som er tilpasset institusjonen. Dette skal utgjøre en del av institusjonens internkontrollsystem.
- I tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering skal tjenester som inngår i kommunens helsetjenester innlemmes i et samlet tverrfaglig rehabiliterings - /habiliteringstilbud. Tilbudet skal gis uavhengig av boform.

5.11 Om organisasjonskultur

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

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

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

Mange organisasjoner investerer store ressurser i rekruttering og kompetansehevede tiltak, men for at disse investeringene skal bidra til verdiskapning, må kompetansen bli brukt og komme til nytte. Ny forskning fra Norge viser også at medarbeidernes oppfatning av mulighetene til å bruke egen kompetanse har stor betydning. Funn fra seks store utvalg med 4 451 respondenter, viser at medarbeidere som i høy grad opplever å få brukt kompetansen sin, er mer indre motiverte, mer lojale til organisasjonen og i mindre grad har planer om å slutte. Mulighetene for å bruke kompetanse er enda viktigere for indre motivasjon enn de tre hovedfaktorene i moderne motivasjonsteori; tro på egen kompetanse, autonomi og opplevd tilhørighet. Effekten av disse variablene avhenger helt eller delvis av opplevd kompetansemobilisering. Funnene tyder derfor på at ledere av kunnskapsarbeidere møter spesielle utfordringer i form av en balansegang mellom tillit og støtte. For å prestere er det derfor ikke nok med motivasjon og tro på egen kompetanse. For å kunne utnytte motivasjonen og skape verdier må medarbeideren få muligheter til å bruke kompetansen sin. Kompetanse utgjør et potensial for å handle og prestere og nå mål. Dette potensialet må mobiliseres gjennom relevante muligheter, oppgaver og utfordringer for å bidra til ytelse og verdiskapning. God utnyttelse av kompetanse har åpenbare økonomiske implikasjoner, både for enkeltmedarbeidere og for organisasjoner og på samfunnsnivå. Det er imidlertid ikke bare den faktiske og objektive bruken av kompetanse som har verdi⁷³.

Ifølge såkalt egenmotivasjonsteori (self-determination theory) må medarbeidere tro på egen kompetanse for å være indre motivert for en oppgave (Gagne og Deci 2005). Indre motivasjon reflekterer en genuin glede av og interesse for oppgaven. Ytre motivasjon, derimot, innebærer at det er ytre belønninger og incentiver som for eksempel lønn, bonus og status som motiverer mest for å gjøre en innsats. Mange

⁷³ Kilde: Linda Lai ph.d.-/ dr.oecon., er professor i organisasjonspsykologi ved Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI

studier viser at indre motivasjon er den formen for motivasjon som gir flest positive effekter for både medarbeideren selv og for organisasjonen (se for eksempel Kuvaas 2009). Derfor er denne formen for motivasjon spesielt viktig å sette søkelys på.

Opplevd kompetansemobilisering reflekterer i hvilken grad en medarbeider opplever å få adekvate muligheter til å trekke på sin egen kompetanse i sin nåværende jobb. En medarbeiders opplevelse av å få brukt kompetansen sin gjenspeiler ikke nødvendigvis den faktiske utnyttelsen av kompetanse. Flere faktorer kan spille inn, for eksempel troen på egen kompetanse. Noen medarbeidere vil kanskje undervurdere seg selv og mene at de i stor grad får brukt kompetansen sin, selv om de egentlig har et mye større potensial. Andre medarbeidere kan være tilbøyelige til å overvurdere seg selv og undervurdere i hvilken grad de får utnyttet kompetansen sin. En annen faktor er at en persons kompetanse, bestående av kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger, er en omfattende, kompleks og dynamisk ressurs som det er svært vanskelig å danne seg et fullstendig bilde av. Det er dessuten ikke graden av samsvar mellom en medarbeiders egen vurdering og et eller annet objektivt mål som nødvendigvis har størst interesse eller betydning⁷⁴.

Forskning tyder på at en medarbeiders opplevelse av å få brukt kompetansen sin utgjør en selvstendig og viktig motivasjonsfaktor, uavhengig av i hvilken grad oppfatningen objektivt sett er korrekt. For eksempel tyder tidligere studier på at høy opplevd kompetansemobilisering er knyttet til større trivsel på jobb, høyere mestringstro og en sterkere følelse av å ha verdi på jobb (Parker 2003, Morrison, Cordery, Girardi og Payne 2005). Lav kompetansemobilisering, derimot, ser ut til å ha en sammenheng med dårligere psykisk velbefinnende på jobb, dårligere trivsel, lavere lojalitet til bedriften og sterkere planer om å slutte for å finne jobb et annet sted⁷⁵.

5.12 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Det er totalt 20 utviklingssentre i Norge. I Innlandet er senteret lagt til Hamar⁷⁶ og Gjøvik⁷⁷ kommune. De har et viktig oppdrag i å spre kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren i sitt fylke. Det overordnede formålet er å styrke kvaliteten på tjenestene. Målgruppene er først og fremst sykehjem og hjemmebaserte tjenester i kommunene. Det er definert nasjonale satsningsområder for utviklingssentrene og hvert av sentrene bidrar til dette med utgangspunkt i lokale behov. Ambia har fått opplyst at kommunen samarbeider tett med utviklingssenteret for hjemmetjenester i Gjøvik når det gjelder velferdsteknologi. Også rundt tema som demens og psykisk sykdom er det et samarbeid. Samarbeidet med utviklingssentrene oppfattes å ha stort utviklingspotensial.

5.13 Nasjonale føringer

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

Foruten "Leve hele livet" er de viktigste dokumentene vi har lagt til grunn i denne rapporten Prop.1 S (2020-2021) hvor regjeringen har beskrevet mål for helse- og omsorgspolitikken Se kulepunktene under. Videre Omsorg 2020, som er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Demens 2020 skal også bidra til å målrette de generelle virkemidlene i Omsorg 2020. Tiltakene i denne kan sees i sammenheng med Kompetanseløft 2020 som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

⁷⁴ Linda Lai ph.d. / dr.oecon., er professor i organisasjonspsykologi ved Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI

⁷⁵ (Feldman 1996, Bolino og Feldman 2000, Feldman, Leana og Bolino 2002, Maynard, Joseph og Maynard 2006, Erdogan og Bauer 2009).

⁷⁶ <https://www.utviklingssenter.no/utviklingssentre/innlandet-hedmark>

⁷⁷ <https://www.utviklingssenter.no/utviklingssentre/innlandet-oppland>

Regjeringen uttaler at den kommunale helse- og omsorgspolitikken står overfor store oppgaver framover. Det overordna målet vil være å sikre at innbyggere får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte bruker sine behov uavhengig av alder. Og at tjenestene i større grad må legge til rette for at brukere kan leve aktive liv, samtidig som de skal ha trygghet for å få god hjelp og omsorg når de har behov for det.

Sentrale mål:

1. *Redusere unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasienten.*
2. *Fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, basert på eldrereformen Leve hele livet.*
3. *Prioritere psykisk helse- og rusfeltet, med satsing på forebygging, tidlig innsats og bedre behandling.*
4. *Øke tilgjengelighet og kapasitet samt styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten.*
5. *Folkehelse som fremmer gode liv og helse gjennom livsløpet.*

6 Anbefalinger

Gjennomgangen viser etter Ambia sine vurderinger at de vurderte deltjenestene, Helsehuset og hjemmetjenester, har mange kvaliteter. Samtidig viser den at det er mye som kan forbedres gjennom blant annet å tydeliggjøre hvilke mål kommunen og tjenesten skal arbeide etter. Og hva dette betyr i praksis. Både for politikken, ledere, medarbeidere, brukere, pårørende og innbyggere. Hvordan skal Øyer sørge for at vi som kommune kommer fra mål til handling? Hvilke forutsetninger må være tilstede? I forbindelse med tiltak er det viktig å klargjøre; 1) hva blir annerledes og 2) hvilke forutsetninger må være til stede? Likeså er det både nødvendig og viktig fortsatt å arbeide innovativt på alle plan.

I forbindelse med det videre arbeidet anbefaler Ambia at Øyer kommune:

Å utarbeide/etablere

- Helse- og omsorgsplan som gir statusbilde, fremtidsmål og ideologi for helse- og omsorgstjenestene samlet.
- Gjennomgår å tydeliggjøre bruken av kompetanse gjennom å utarbeide en strategisk kompetanseplan.
- Tildelingskontor med tverrfaglig samarbeid og formål om helhetlige og koordinerte tjenester og også ivaretar den lovpålagte koordinerende enhetsfunksjon.
- Periodiseringsnøkler og system for kontinuerlig lederoversikt over forbruk, samt justering av budsjett ved store variasjoner i behov for å unngå overskridelser av vedtatte rammer på slutten av året.
- Etablere et tettere samarbeid med økonomi og personal.
- Fortsette med systematisk tjenesteinnovasjon og bruk av velferdsteknologi innen hele helse- og omsorg.
- Strategi for informasjon til innbyggere, brukere og pårørende.

Å klargjøre

- Hva kan videreføres på kort og lang sikt for å sørge for bærekraftige tjenester? Hvor må vi tenke annerledes – ny praksis?
- Etablere en reell praksis for helhetlig tjenesteforløp.

- Klargjør framtidig turnover av medarbeidere på grunn av alder. Kompetanse og stillingsstørrelse.
- Hvordan operasjonalisere forebygging og tidlig intervensjon (kompetanse, kultur og holdninger?)
- Lederrolle (styring eller ledelse, drift eller utvikling?) og lederspenn, kartlegge behov for økt lederkompetanse og akseptabelt lederspenn.
- Helsehusets rolle og tjenester, herunder type spesialiserte tjenester.
- Hvordan jobbes det i hele organisasjonen etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten?
- Plan for mer større stillingsbrøker og økt andel ansatte i heltidsstillinger. Unngå ufrivillig deltid. Plan for framtidig rekruttering.
- Strategi for å styre forventninger og ansvar blant kommunens innbyggere til tjenestenivå og individuelt ansvar: Øyer har vedtak om at innbyggere skal gis mulighet til å bo hjemme- /- i egen bolig så lenge som mulig. En slik føring må også komme til syne gjennom ressursfordelingen mellom tjenestene. Dette er først og fremst en politisk sak. Det virker som kommunen i dag ikke har en tydelig ideolog som er formidlet ut til innbyggerne og som følges opp av ledere og medarbeidere om hvilken innretning en skal ha på framtidige tjenester. Skal det satses på hjemmetjenester, forebygging mv. bør konsekvensene av dette tydeliggjøres.
- Behovet for å forsterke natt-tjenestene når målet er at flest mulig skal kunne bo hjemme lengst mulig. Gjelder også å videreføre bruken av teknologi.
- Hvordan ha større søkelys på kvalitet og kvalitetsforbedring som en kontinuerlig prosess på individ- og organisasjonsnivået.

**Framtida skapes nå, ikke ved å kopiere fortida og av forestillingen om at ting ikke kan gjøres annerledes
Sees, gripes og brukes mulighetene, er en helt annen framtid mulig!**

Det vil si: kontinuerlig å forbedre daglig drift og utvikle tjenestene/kommunen for å sikre målet om fortsatt ei god og bærekraftig framtid i Øyer kommune.

Vedlegg 1: Intervjuplan

ØYER KOMMUNE – PLAN FOR INTERVJU

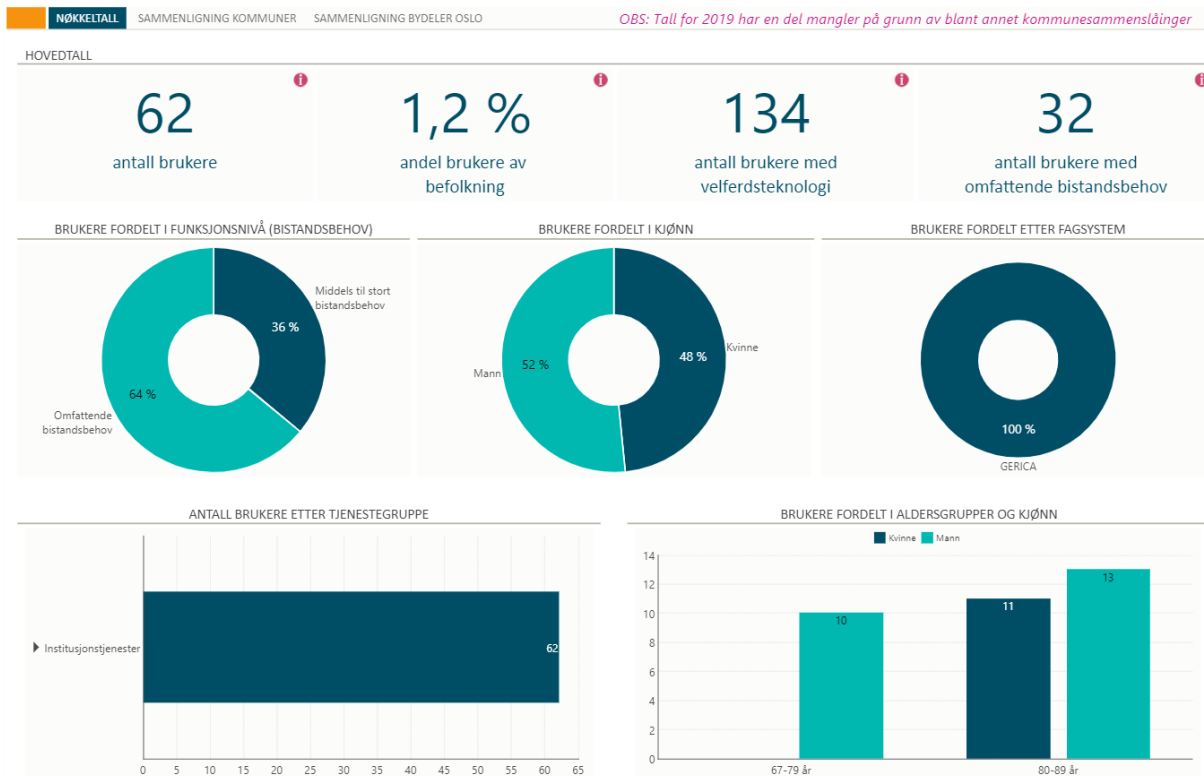
26. FEBRUAR 2021 (endelig versjon)

Dato	Tidspunkt	Intervju	Svar	Merknad	Telefon/teams	Ambia	Navn / deltaker
26.2.21	08.00-08.45	Kommunalsjef	OK	Individuelt	Teams	IRO	Frode Fossbakken Frode.Fossbakken@Oyer.kommune.no
26.2.21	09.00-09.45	Tjenesteleder Øyer helsehus	OK	Individuelt	Teams	IRO	Anette Wille Anette.wille@oyer.kommune.no
26.2.21	09.45-10.30	Tjenesteleder hjemmetjenesten	OK	Individuelt	Teams	IRO	Karen Marie Nordgård Karen.marie.nordgard@oyer.kommune.no
26.2.21	10.30-11.15	Tjenesteleder Bofellesskap/miljøtj + Helse og familie	OK	Individuelt	Teams	IRO	Kristina Kvarberg Kristina.kvarberg@oyer.kommune.no
26.2.21	11.15-12.00	Fagutviklingssykepleier	Ok	Individuelt	Teams	IRO	Leni Strømstad Leni.stromstad@oyer.kommune.no
26.2.21	12.00-12.45	HTV norsk sykeplerforbund	OK	Individuelt	Teams	IRO	Marit Linnerud Marit.linnerud@oyer.kommune.no
26.2.21	12.45-13.15	Sykehjemslege	OK	Individuelt	Teams	IRO	Markus Peltonen marpel@oyer.kommune.no
26.2.21	13.15-13.45	Økonomisjef	OK	Individuelt	Teams	IRO	Anne H. Jorde Anne.h.jorde@oyer.kommune.no
26.2.21	13.45-14.30	Kommunedirektør	OK	Individuelt	Teams	IRO	Ådne Bakke Adne.bakke@oyer.kommune.no
12.3.21	13.00-13.45	Prosjektleder velferdsteknologi	OK	Individuelt	Telefon	IRO	Christian Hoff

IRO= Ingvar Rolstad

Vedlegg 2: Helse- og omsorgstjenester (IPLOS) i KPR 2017-2019

Tidsbegrensa opphold- habilitering/rehabilitering (62 brukere) 2019



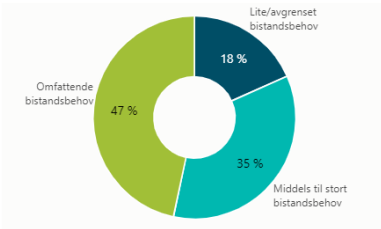
Tidsbegrensa opphold- habilitering/rehabilitering (60 brukere) 2018

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

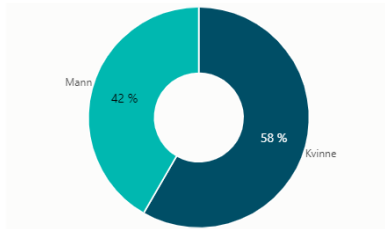
HOVEDTALL



BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSnivÅ (BISTANDSBEHOV)



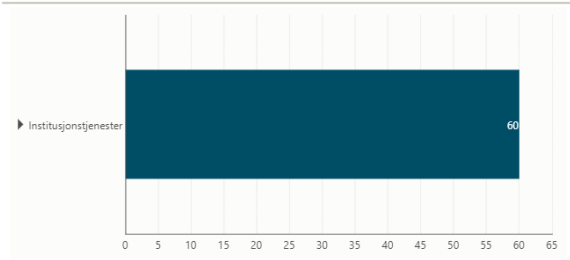
BRUKERE FORDELT I KJØNN



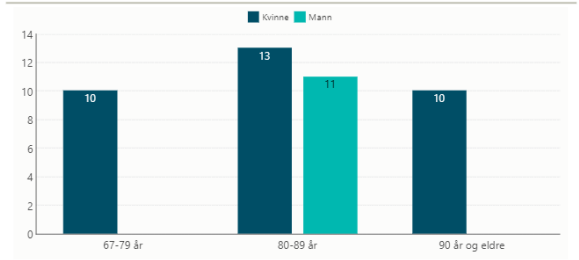
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



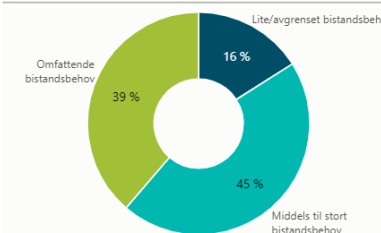
Tidsbegrensa opphold- habilitering/rehabilitering (76 brukere) 2017

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

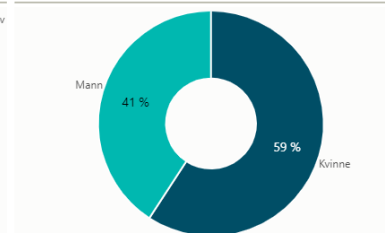
HOVEDTALL



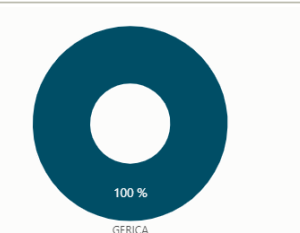
BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSnivÅ (BISTANDSBEHOV)



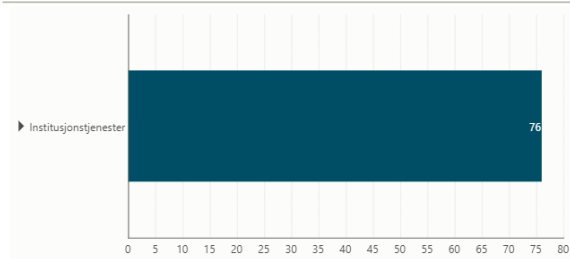
BRUKERE FORDELT I KJØNN



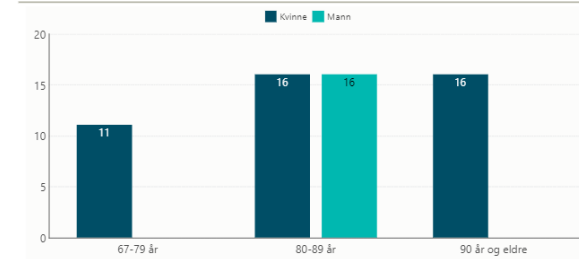
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



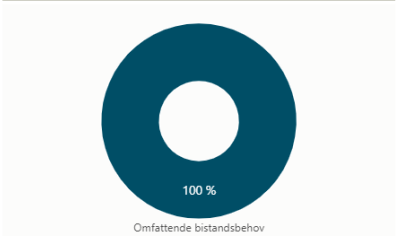
Langtidsopphold sykehjem (62 brukere) 2019

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

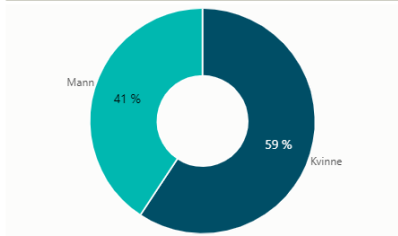
HOVEDTALL



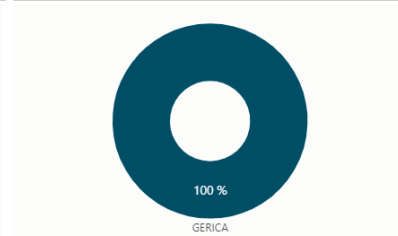
BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSnivÅ (BISTANDSBEHOV)



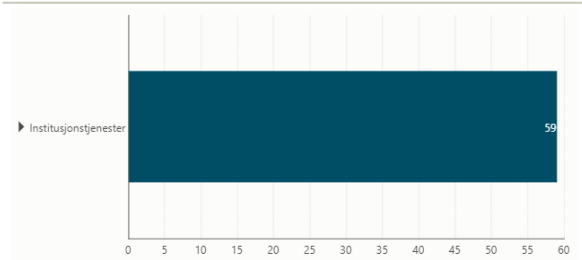
BRUKERE FORDELT I KJØNN



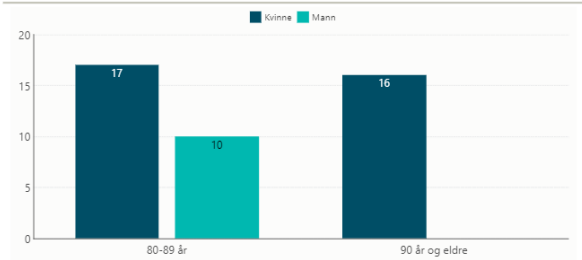
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



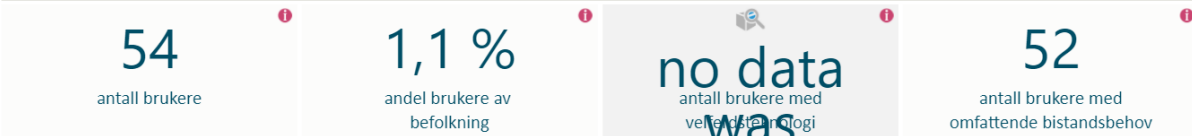
BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



Langtidsopphold sykehjem (54 brukere) 2018

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

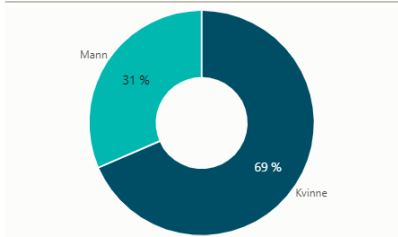
HOVEDTALL



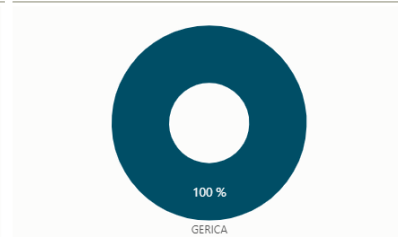
BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSnivÅ (BISTANDSBEHOV)



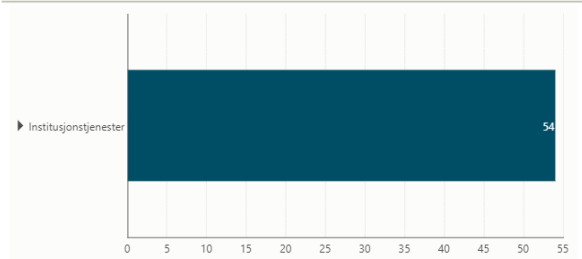
BRUKERE FORDELT I KJØNN



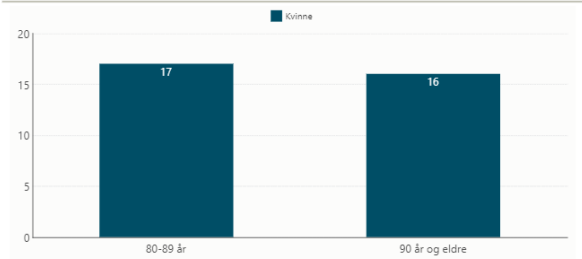
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE

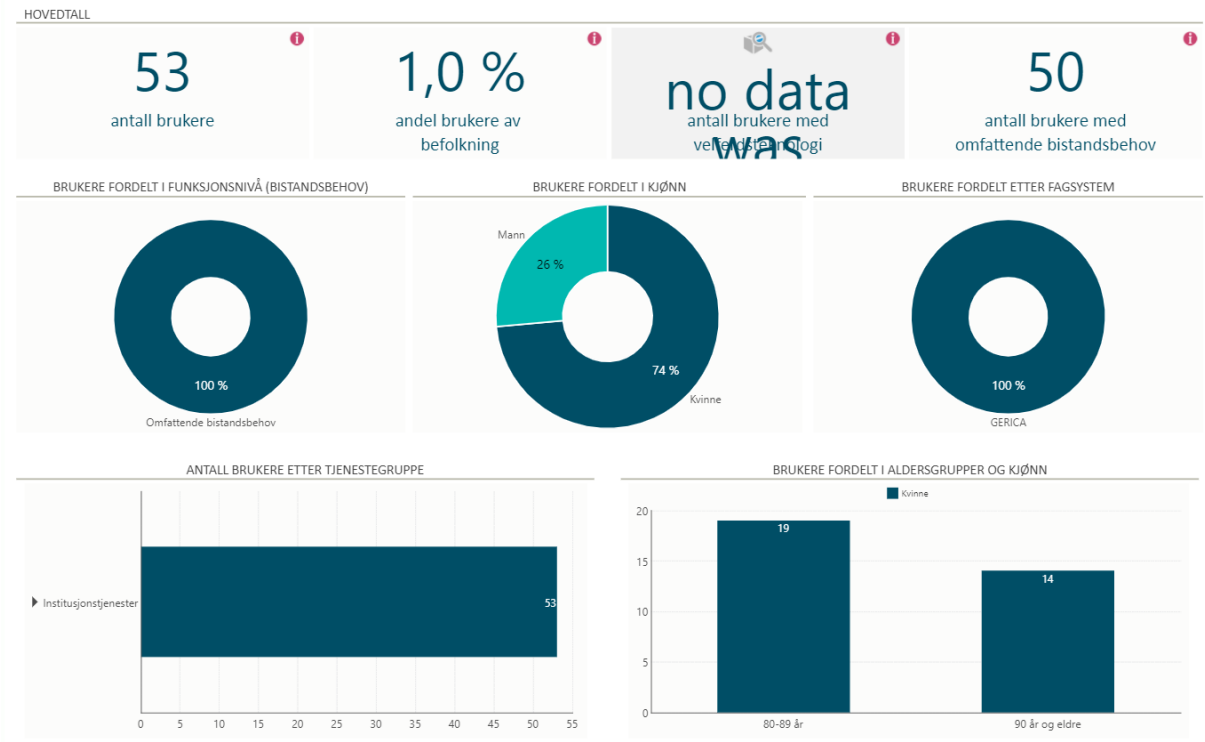


BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



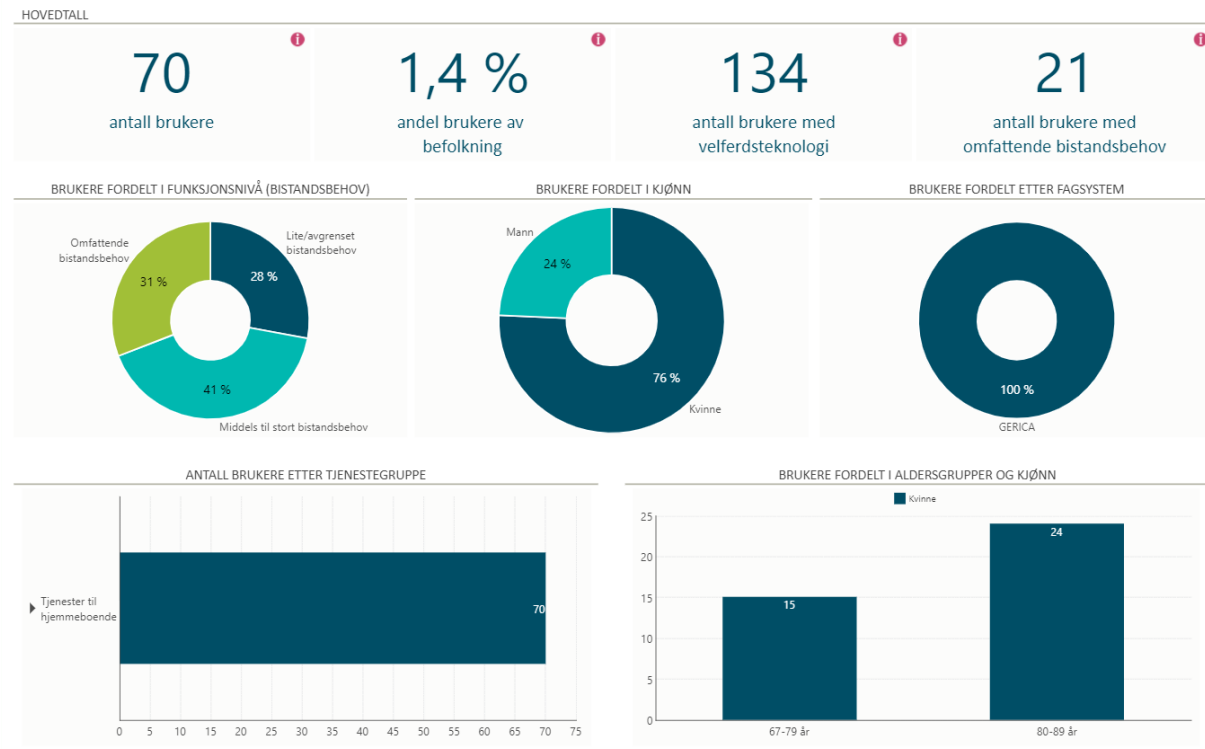
Langtidsopphold sykehjem (53 brukere) 2017

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger



Hjemmetjenester praktisk bistand 2019

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger



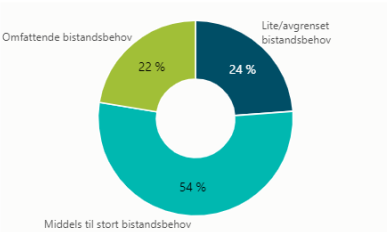
Hjemmetjenester praktisk bistand 2018

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

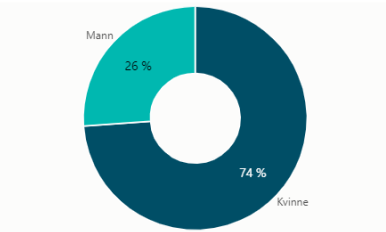
HOVEDTALL



BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSNIVÅ (BISTANDSBEHOV)



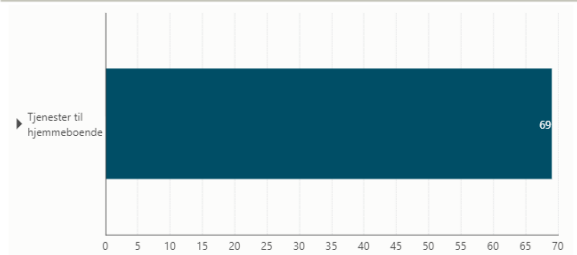
BRUKERE FORDELT I KJØNN



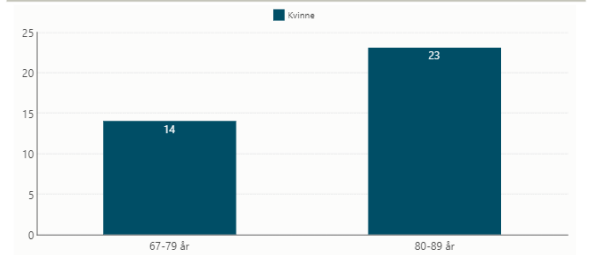
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



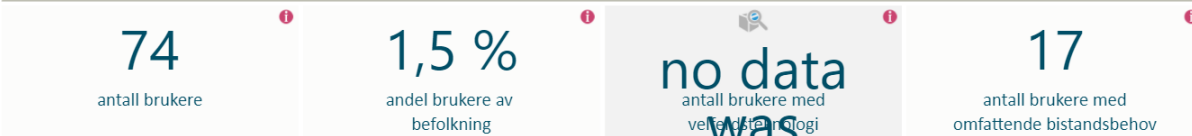
BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



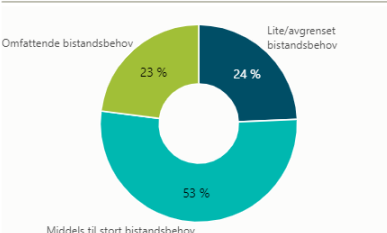
Hjemmetjenester praktisk bistand 2017

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

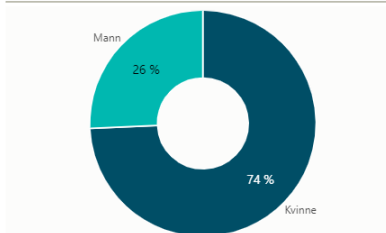
HOVEDTALL



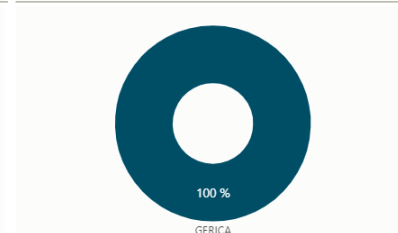
BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSNIVÅ (BISTANDSBEHOV)



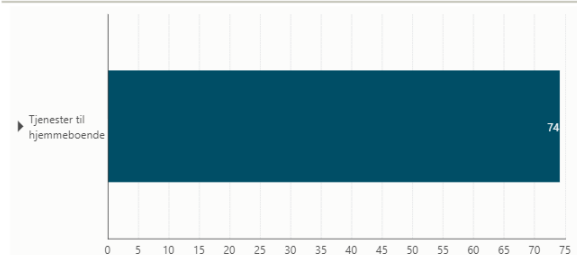
BRUKERE FORDELT I KJØNN



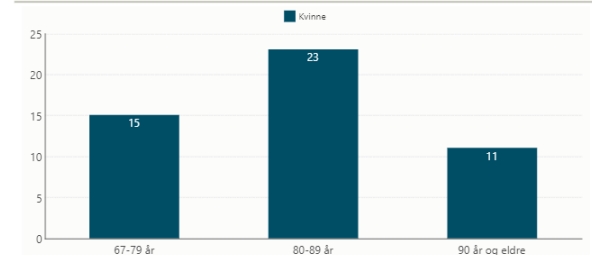
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



Helsetjenester i hjemmet 2019

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO

OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

HOVEDTALL

353

antall brukere

6,9 %

andel brukere av befolkning

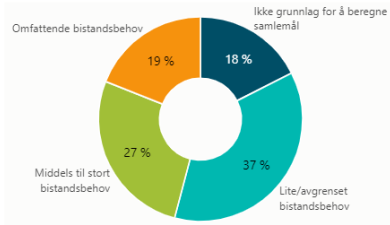
134

antall brukere med velferdsteknologi

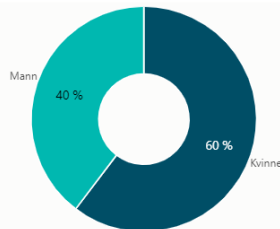
67

antall brukere med omfattende bistandsbehov

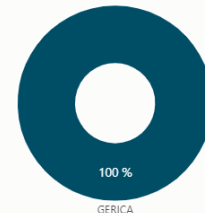
BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSnivÅ (BISTANDSBEHOV)



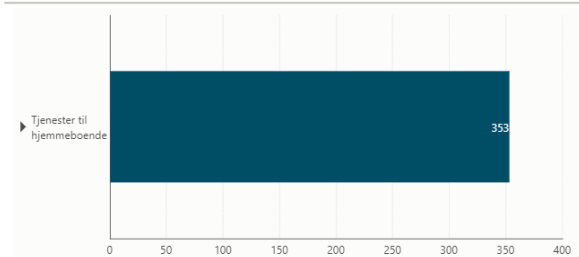
BRUKERE FORDELT I KJØNN



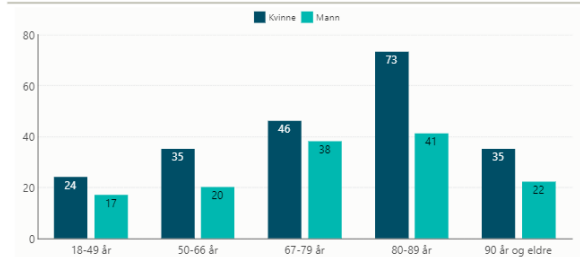
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



Helsetjenester i hjemmet 2018

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO

OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

HOVEDTALL

491

antall brukere

9,6 %

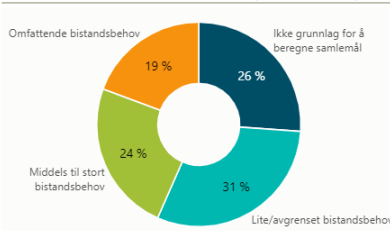
andel brukere av befolkning

no data
antall brukere med velferdsteknologi

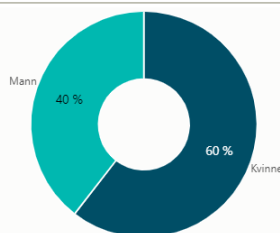
95

antall brukere med omfattende bistandsbehov

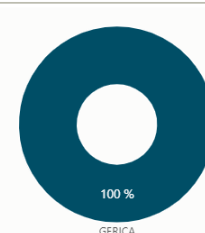
BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSnivÅ (BISTANDSBEHOV)



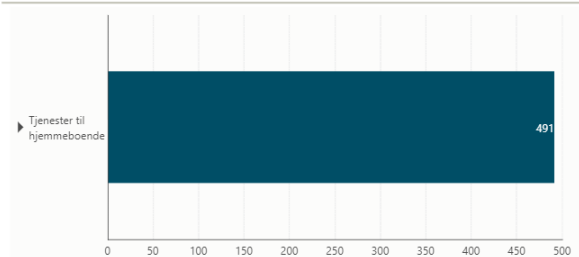
BRUKERE FORDELT I KJØNN



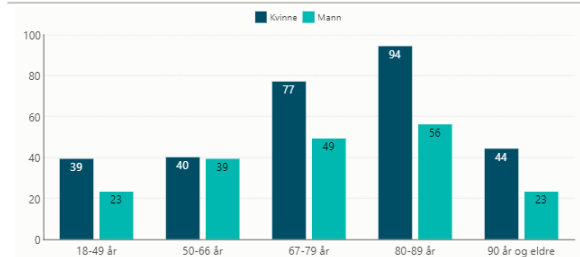
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



Helsetjenester i hjemmet 2017

NØKKELTALL SAMMENLIGNING KOMMUNER SAMMENLIGNING BYDELER OSLO

OBS: Tall for 2019 har en del mangler på grunn av blant annet kommunesammenslåinger

HOVEDTALL

278

antall brukere

5,5 %

andel brukere av befolkning

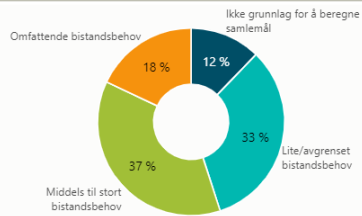
no data

antall brukere med velferdsteknologi

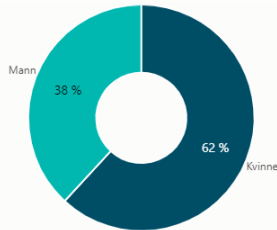
50

antall brukere med omfattende bistandsbehov

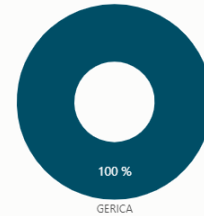
BRUKERE FORDELT I FUNKSJONSnivÅ (BISTANDSBEHOV)



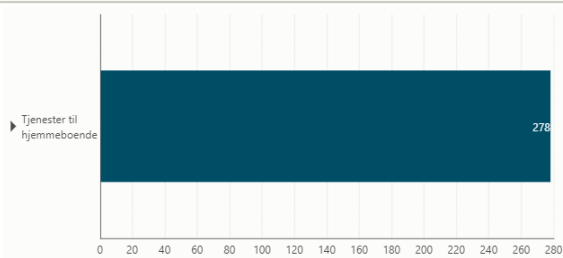
BRUKERE FORDELT I KJØNN



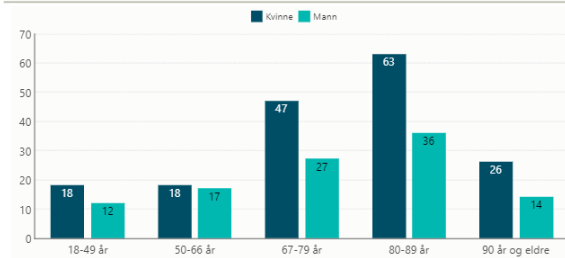
BRUKERE FORDELT ETTER FAGSYSTEM



ANTALL BRUKERE ETTER TJENESTEGRUPPE



BRUKERE FORDELT I ALDERSGRUPPER OG KJØNN



Tabell 11: Sykefraværsprosenter for perioden 4. kvartal 2018-3. kvartal 2019.

Gruppe 11

Kilde: PAI/KS

Sektor	Samlet sykefravær	Egen- og legemeldt sykefravær		I og utenfor arbeidsgiverperioden		Etter fraværstilfellenes lengde			
		Egenmeldt sykefravær	Legemeldt sykefravær	Sykefravær i arbeidsgiverperioden	Sykefravær utenfor arbeidsgiverperioden	Sykefravær med lengde 1-3 dager	Sykefravær med lengde 4-10 dager	Sykefravær med lengde 11-40 dager	Sykefravær med lengde over 40 dager
Alle sektorer	10,1	1,2	8,9	4,0	6,1	1,1	0,9	2,4	5,7
Administrasjon	7,2	1,0	6,3	2,7	4,5	0,8	0,6	1,6	4,2
Undervisning	8,9	1,2	7,6	3,7	5,1	1,1	0,8	2,2	4,8
Barnehager	12,7	1,6	11,1	4,9	7,7	1,5	1,1	2,8	7,3
Helse/pleie/omsorg	11,3	1,3	10,1	4,5	6,9	1,2	1,1	2,7	6,3
Samferdsel og teknikk	6,4	0,9	5,5	2,5	3,9	0,8	0,6	1,4	3,7
Annet	7,8	0,9	7,0	2,9	4,9	0,8	0,7	1,5	4,8

Vedlegg 4: Oppsummering Meld. St. nr. 15 *Leve hele livet*



Meld. St. 15 – LEVE HELE LIVET

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

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

www.ro.no

E-post: ro@ro.no

Telefon: 74 83 97 99

Kilde: RO