

Kongsvinger kommune

Gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene

RAPPORT

4. januar 2010

Oppdragsgiver	Kongsvinger kommune
Rapportnr.	R 6756
Rapportens tittel	Gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene
Ansvarlig konsulent	Svein Lyngroth
Kvalitetssikret av	
Dato	4. januar 2010

Innhold

1	INNLEDNING	9
1.1	METODE OG DATAGRUNNLAG	9
1.2	KARTLEGGING	9
1.2.1	Analyse	9
1.3	INNHALDET I RAPPORTEN	9
2	RESULTATENE AV FORRIGE ENDRINGSPROSESS	10
3	KOSTNADSNIVÅET I KONGSVINGER KOMMUNE	12
3.1	NØKKELTALLANALYSE AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE SAMLET SETT	12
3.1.1	Prioriteringer og behov	12
3.1.2	Strukturen i omsorgstilbudet	14
3.2	INSTITUSJONSTJENESTEN	15
3.2.1	Produktivitet – institusjon	15
3.2.2	Dekningsgrader – institusjonstjenesten	16
3.3	DE HJEMMEBASERTE TJENESTENE	17
3.3.1	Produktivitet	17
3.3.2	Dekningsgrader	18
3.3.3	Andel psykisk utviklingshemmede	19
3.4	ÅRSVERK I KOMMUNEHELSE TJENESTEN	20
3.5	PSYKISK HELSEARBEID	21
3.5.1	Kostnader fordelt på barn, voksne og generelle tiltak	22
3.5.2	Kostnader pr. korrigerede innbygger fordelt på opptrappingsmidler og egne ressurser	22
3.6	FUNKSJONSHEMMEDE BRUKERE	23
3.7	UTGIFTER TIL FUNKSJONSHEMMEDE	24
3.8	TJENESTER TIL FUNKSJONSHEMMEDE UNDER 18 ÅR	25
3.8.1	Netto driftsutgifter pr. innbygger – prioritering mellom ulike tiltak	25
3.9	TJENESTER TIL FUNKSJONSHEMMEDE OVER 18 ÅR	25
3.9.1	Netto driftsutgifter pr. innbygger – prioritering mellom ulike tiltak	25
4	OVERORDNET ORGANISERING AV TJENESTENE	27
5	TJENESTE OG VELFERDSENHETEN	28
5.1	ANSVAR OG MYNDIGHET	28
5.2	TILDELINGSMØTENE	29
5.3	TILDELING ETTER LEON-PRINSIPPET	29
6	OVERSIKT OVER BRUKERE OG TJENESTER	30
7	HJEMMEBASERTE TJENESTER KONGSVINGER	32
7.1	TJENESTENE PÅ NATT	33
7.2	HJEMMETJENESTEN SONE BRANDVAL	33
7.2.1	Gnisten	33
7.2.2	Hjemmebasert omsorg	34
7.3	HJEMMETJENESTEN SONE SYD	35
7.4	HJEMMETJENESTEN SONE NORD	36
7.5	HOLT HDO.	37
7.6	HJEMMEHJELP	38
7.7	BPA OG PERSONLIG ASSISTENT	40
7.8	GENERELT	41
8	LANGELANDHJEMMET	

AGENDA

8.1	BYGNINGSMESSIGE FORHOLD	42
8.2	KJØKKEN	43
8.3	RENHOLD	43
8.4	BEBOERE	44
8.5	BEMANNING OG ORGANISERING	44
8.6	SYKEFRAVÆR	45
8.7	ØKONOMI OG RESSURSBRUK	46
8.7.1	Regnskap og budsjett for 2008 og føreste halvår 2009	46
8.8	BYGNINGSMESSIGE FORHOLD	47
8.9	BEBOERE	48
8.10	BEMANNING OG ORGANISERING	48
8.11	ØKONOMI OG RESSURSBRUK	50
8.11.1	Regnskap og budsjett for 2008:	50
9	AUSTMARKA OMSORGSENHET	51
9.1	TJENESTER OG BYGNINGSMESSIGE FORHOLD	51
9.2	BRUKERE	51
9.3	BEMANNING	51
9.4	SYKEFRAVÆR OG HÅNDBLING AV SYKEFRAVÆR	52
9.5	ØKONOMI	53
9.6	TILDELING AV TJENESTER –SAMARBEID MED TJENESTE OG VELFERDSENHETEN	53
10	AKTIVITETS- OG BISTANDSENHETEN	54
10.1	TJENESTER OG ORGANISERING	54
10.2	SYKEFRAVÆR OG HÅNDBLING AV FRAVÆR	55
10.3	ØKONOMI	55
10.4	TILDELING AV TJENESTER	56
10.5	AVLASTNINGEN	56
10.6	BOKOLLEKTIVET OG HEBERTUNET	57
10.7	ØVRE SKRIVERLUNDEN	58
10.8	UTETJENESTEN	59
10.9	TØMMELSTADGATE	60
10.10	DAGSENTERET	61
11	PSYKISK HELSEARBEID	63
11.1	BEMANNING	63
11.1.1	Psykiatrisk sykepleiere	63
11.1.2	Miljøarbeiderne	64
11.1.3	Boenhetene	64
11.1.4	Dagsenter	64
11.2	SYKEFRAVÆR	65
11.3	ØKONOMI	65
12	ERGOTERAPI OG FYSIOTERAPI	65
12.1	BRUKERE	66
12.2	BEMANNING OG ORGANISERING	66
12.3	PERSONALMESSIGE FORHOLD, SYKEFRAVÆR	66
12.4	ØKONOMI OG RESSURSBRUK	66
13	VURDERING OG KONKLUSJON	67
13.1	RESSURSBRUK I FORHOLD TIL ANDRE KOMMUNER	67
13.2	VURDERINGER TJENESTE- OG VELFERDSENHETEN	67
13.2.1	Samarbeid med de tjenesteytende enhetene	67

13.2.2	Økonomisk styring og tildeling etter LEON-prinsippet	67
13.2.3	Samling av ansvaret for tildeling av tjenester til alle brukergrupper	68
13.2.4	Rendyrke forvaltningsansvaret – legge dagsenterdriften til annen enhet	68
13.2.5	Fremme dagsentrenes plass i omsorgskjeden	68
13.2.6	Behov for utvidet kompetanse	68
13.2.7	Anbefalinger Tjeneste- og velferdsenheten	69
13.3	VURDERING PSYKISK HELSE	69
13.3.1	Bygningsmessige forhold	69
13.3.2	Beboere og brukere	69
13.3.3	Sykefravær	69
13.3.4	Økonomi	69
13.3.5	Bemanning og bemanningsfaktor	70
13.3.6	Anbefalinger psykisk helsearbeid	70
13.4	VURDERING AV ERGOTERAPI OG FYSIOTERAPI	71
13.4.1	Anbefalinger ergoterapi og fysioterapi	71
13.5	VURDERING HJEMMETJENESTENE	71
13.5.1	Bygningsmessige forhold	71
13.5.2	Brukerne og bemanningsfaktor	71
13.5.3	Organisering og personalmessige forhold	73
13.5.4	Sykefravær	73
13.5.5	Økonomien	73
13.5.6	Trygghetsalarmer	73
13.5.7	Anbefalinger hjemmebasert omsorg	73
13.6	VURDERING INSTITUSJON	74
13.6.1	Bygningsmessige forhold	74
13.6.2	Beboere	75
13.6.3	Organisering og personalmessige forhold	75
13.6.4	Bemanning og bemanningsfaktor	75
13.6.5	Sykefravær	76
13.6.6	Økonomi	76
13.6.7	Konklusjon institusjon	76
13.7	VURDERINGER AUSTMARKA	77
13.7.1	Bygningsmessige forhold	77
13.7.2	Brukere og bemanningsfaktor	77
13.7.3	Organisering og personalmessige forhold	78
13.7.4	Sykefravær	78
13.7.5	Økonomi	78
13.7.6	Tildeling av tjenester – riktige brukere til HDO	78
13.8	ANBEFALINGER AUSTMARKA	79
13.9	VURDERINGER AKTIVITET OG BISTAND	79
13.9.1	Bygningsmessige forhold	79
13.9.2	Utgiftsnivå og kostnad pr. bruker	79
13.9.3	Ressursutnyttelse i boligene	80
13.9.4	Økonomisk styring	81
13.9.5	Sykefravær	81
13.9.6	Bemanning i boliger, dagsenter og utetjenesten bør sees under ett	82
13.9.7	Endring i bistandsbehovet hos enkeltbrukere	82
13.9.8	Organiseringen av Aktivitets- og bistandsenheten	83
13.9.9	Tildeling av tjenester til brukere i bofellesskap/samlokaliserte boliger	83
13.10	ANBEFALINGER AKTIVITET OG BISTAND	84
13.11	BEFOLKNINGSUTVIKLING	85
	13.12 VURDERING SYKEFRAVÆR	

AGENDA

13.13	VURDERING ØKONOMI	88
13.14	ORGANISERING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE	89
13.15	VURDERING SAMARBEID MED KKE	89
13.16	UTVIKLING I BEHOVSGRUNNLAGET I KOMMUNEN	89
14	OPPSUMMERENDE KONKLUSJON	91
14.1	SYKEFRAVÆR:	91
14.2	ØKONOMISTYRING:	91
14.3	TJENESTE- OG VELFERDSENHETEN:	91
14.4	ERGOTERAPI OG FYSIOTERAPI:	92
14.5	PSYKISK HELSEARBEID:	92
14.6	HJEMMEBASERTE TJENESTER:	92
14.7	INSTITUSJON:	92
14.8	AKTIVITET- OG BISTAND:	93
14.9	AUSTMARKA:	93
14.10	KKE	93

Forord

AGENDA Utredning & Utvikling har på oppdrag for Kongsvinger kommune gjennomført en evaluering av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.

Evalueringen er gjennomført med grunnlag i budsjett og regnskap, bemanningsplaner, turnusplaner, stillingsbeskrivelser, samtaler med ledere og tillitsvalgt/verneombud samt besøk ved de ulike enhetene.

Våre anbefalinger er gitt med grunnlag i den analyse som er gjort av det ovenfor nevnte datamaterialet. I rapporten har vi først og fremst pekt på områder hvor vi mener det er et klart forbedringspotensial. Men vi har også tillatt oss å komme med forslag til konkrete tiltak der vi mener dette har vært på sin plass.

I samarbeidet med ledelsen og arbeidsgruppen har vi møtt dyktige og engasjerte ledere og medarbeidere. Vi føler oss derfor sikre på at man vil ta tak i de utfordringer som rapporten peker på, og finne frem til effektive tiltak som forbedrer ressursbruken, uten at det får negative konsekvenser for brukere og ansatte.

Vi ønsker lykke til med det videre arbeidet!

Høvik, 4. januar 2010

AGENDA Utredning & Utvikling AS

1 Innledning

Kongsvinger kommune har en flat struktur med rådmann/kommunalsjefer og enhetsledere. Pleie- og omsorgstjenestene er organisert under kommunalsjef helse. Oppdraget har omfattet de tradisjonelle omsorgstjenestene i kommunen.

- Hjemmebasert omsorg
- Institusjonene
- Tjenestene til utviklingshemmede
- Psykisk helsearbeid

Oppdraget gjelder ekstern gjennomgang for å dokumentere dimensjonering, tjenesteorganisering og drift i forhold til LEON-prinsippet.

Aktuelle problemstillinger som det ønskes vurderinger av, har vært:

- Har kommunens utgifter til disse formål økt mer enn forventet de siste årene?
- Hvordan er tjenestenivået og tjenesteprofilen i Kongsvinger kommune i forhold til andre kommuner det er naturlig å sammenlikne seg med?
- Hvor effektive er Kongsvinger kommune i utføringen av disse tjenestene?
- Hvordan kan/bør kommunen innrette seg videre for å dempe utgiftsveksten?

1.1 Metode og datagrunnlag

AGENDA har gjennomført evalueringen i to faser – en kartleggingsfase og en analysefase.

1.2 Kartlegging

I kartleggingsfasen har vi dannet oss et bilde av status i driftssituasjonen ved pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Kartleggingen har blant annet inkludert besøk ved enkelte av enhetene, innhenting og gjennomgang av organisasjonsplaner, bemanningsplaner, brukeroversikter, stillingsbeskrivelser, budsjett og regnskap, sykefraværstatistikk og annet relevant materiale.

For å kartlegge data ble det gjennomført samtale/intervju med ledere og tillitsvalgte.

1.2.1 Analyse

I analysefasen har vi foretatt en sammenliknende analyse av materialet som ble innhentet i kartleggingsfasen, i tillegg til innspill fra ansatte og referansegruppe.

Analysen har først og fremst tatt sikte på å gjennomgå organisering, kvalitet og struktur ved tjenestestedene. Det er foretatt analyse på områdene beboere/brukere og bygningsmessige forhold, bemanning og organisering, personalmessige forhold og sykefravær samt økonomi og ressursbruk.

Det datamaterialet som er innhentet, er brukt til å underbygge våre funn.

1.3 Innholdet i rapporten

I rapporten er det først en gjennomgang av KOSTRA-statistikk og av de aktuelle tjenestestedene. Videre er det en drøfting av utfordringer ved tjenestestedene i forhold til behov og bemanning. Deretter er det en konklusjon på vår gjennomgang.

2 Resultatene av forrige endringsprosess

I kjølvannet av vedtatt "Plan på kort og mellomlang sikt for omsorgsboliger og institusjonsplasser" samt "Devoldrapporten" var det meningen at flere parallelle løp skulle gjennomføres for å få til planlagt omstilling innen omsorg. Politisk ledelse og rådmannen arbeidet ut fra følgende ambisjoner:

- Devold-rapportens analyse og anbefalinger legges i hovedsak til grunn for omstilling og videreutvikling av tjenestene innenfor pleie- og omsorgssektoren.
- Overbelegget ved sykehjemmene skal være avviklet innen 31.12.2008.
- Holt 35 – et nytt HDO-tilbud – skal settes i drift og ha 20 plasser innen utgangen av 2008 og vurderes utbygd ytterligere med 15 plasser til totalt 35 plasser innen utgangen av 2009.
- Om lag 5 millioner kroner skal relokaliseres fra brukere med små behov til forsterkede tilbud i hjemmetjenestene.
- Pleie- og omsorgssektoren skal underlegges sterkere samordning og helhetlig styring.
- Også tjenestene til utviklingshemmede og psykiatrien må samordnes sterkere med de generelle pleie-/omsorgstjenestene.

Rådmannen vurderte det som nødvendig å foreta noen justeringer i organisasjonen for å få til endringer i drift og ressursbruk. I hvilken grad endringen faktisk ble gjennomført har blitt gjennomgått innledningsvis i denne analysen. I dette arbeidet har vi intervjuet en rekke ansatte i tjenesten om deres oppfatning av resultatene av tidligere vedtatte endringer. I det følgende presenteres oppsummeringene av de ulike punktene i ambisjonene:

Ad. pkt. 1:

Devold-rapportens analyse og anbefalinger legges i hovedsak til grunn for omstilling og videreutvikling av tjenestene innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Funnene tyder på følgende:

Tjeneste og velferdsenheten ble opprettet som en konsekvens av Devold-rapporten. Planlegger nå å legge tildeling av tjenesten til utviklingshemmede og psykisk helse hit. Det ble også foretatt organisatoriske endringer. Blant annet førte gjennomgangen til at hjemmetjenestene ble samlet til en enhet, og deling mellom institusjon og hjemmetjeneste, samt at det ble opprettet HDO-tilbud.

Når det gjelder tjenestene til utviklingshemmede er det flere av tiltakene som ikke er gjennomført. Videre har kommunen hatt problemer med å få på plass en drift som ivaretar de lavere trinnene i omsorgstrappen.

Ad. pkt. 2:

Overbelegget ved sykehjemmene skal være avviklet innen 31.12.2008

Funnene tyder på følgende:

Overbelegget var ikke helt avviklet pr. 31.12.2008. Pr. i dag er det ikke belegg utover normert. Videre er det en opplevelse at det tar for lang tid å gi heldøgns tilbud til de som har behov for dette. Det er ikke sikkert kommunen har det riktige antallet av ulike plasser, og at korttidsplassene ikke fungerer som de skal.

Ad. pkt. 3:

Holt 35 – et nytt HDO-tilbud – skal settes i drift og ha 20 plasser innen utgangen av 2008 og vurderes utbygd ytterligere med 15 plasser til totalt 35 plasser innen utgangen av 2009

Funnene tyder på følgende:

Holt 35 ble åpnet forsommeren 2008 og har i dag 22 plasser.

Ad. pkt. 4:

Om lag 5 millioner kroner skal relokiseres fra brukere med små behov til forsterkede tilbud i hjemmetjenestene

Funnene tyder på følgende:

Dette har i liten grad skjedd, og ansatte i tjenestene vurderer dette som en uklok anbefaling.

Ad. pkt. 5:

Pleie- og omsorgssektoren skal underlegges sterkere samordning og helhetlig styring

Funnene tyder på følgende:

Liten opplevelse av å være styrt, og det er liten styring på tildeling av tjenester ift. økonomi. Det tildeles tjenester ut fra lovverk og faglige vurderinger, men de lokale kriteriene for tildeling oppleves som "runde" og vanskelige å forholde seg til. Tjeneste og velferdsenheten mener selv at de ikke er flinke nok til å sikre at tjenester tildeles på laveste effektive omsorgsnivå.

Likevel kommer det frem at det innen enhetene er sterkere styring i forhold til produktivitet og kvalitet, men at dette ikke henger sammen med at tjenestetildelingen er sterkere styrt.

Ad. pkt. 6:

Også tjenestene til utviklingshemmede og psykiatrien må samordnes sterkere med de generelle pleie-/omsorgstjenestene

Funnene tyder på følgende:

Dette har ikke skjedd, men det har startet et arbeid for å få dette til. Et forhold som det vurderes arbeidet med er samling av saksbehandlingskompetansen. Tjeneste- og velferdsenheten har hittil ikke hatt noen samordnende funksjon. Har noen samhandlingsmøter, men dette går mer på enkeltsaker.

3 Kostnadsnivået i Kongsvinger kommune

Vi starter analysen med å se på utgiftene til pleie- og omsorgsformål i Kongsvinger, rammebetingelser og strukturen i tjenestetilbudet på overordnet nivå.

Analysene er gjennomført med utgangspunkt i KOSTRA-tall for år 2008. Metoden innebærer at vi sammenlikner kommunenes prioriteringer, dekningsgrader og produktivitet innenfor de utpekte tjenesteområdene¹. I dette arbeidet har vi benyttet data innrapportert via KOSTRA-tall.

Kongsvinger kommune er sammenliknet med andre kommuner ut fra kriteriene om at alle er middels store kommuner med bymessig bebyggelse, regionale sentra, arbeidsplasser og helst et sykehus. Kommunene som det er sammenliknet med er Hamar, Gjøvik, Eidsvoll, Eidsberg, Kongsberg og Eid og gjennomsnitt gr. 8. Vurderingen av mulige forbedringer i driften av den kommunale virksomheten i Kongsvinger kommune er basert på sammenlikninger med disse kommunene.

Hensikten med analysen er å finne ut om dimensjoneringen og sammensetningen av tjenestetilbudet i Kongsvinger kommune er riktig i forhold til det som er beregnet å være befolkningens behov, og om kostnadsnivået på disse tjenestene er rimelig sett i forhold til kostnadsnivået i de andre kommunene.

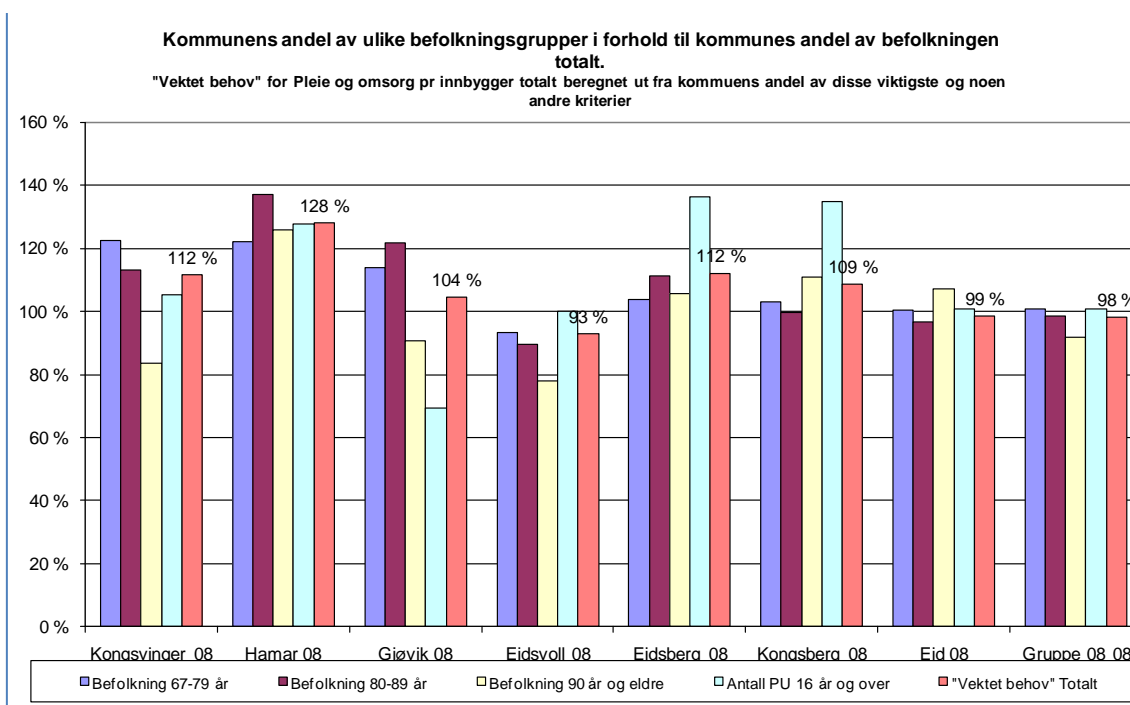
3.1 Nøkkeltallanalyse av pleie- og omsorgstjenestene samlet sett

Tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren gis i hovedsak til personer over 67 år og til funksjonshemmede. Drøftingene skal knyttes til hva nøkkeltallene betyr for Kongsvinger, herunder om forskjellene kan indikere at kommunen har mye å hente på å forbedre, endre og effektivisere sin ressursbruk. Vi gjør oppmerksom på at alle tall i første del av analysen inkluderer utviklingshemmede brukere og psykisk helsearbeid. Dette har sin årsak i at KOSTRA ikke skiller mellom ulike typer brukere av tjenestene. Vi har imidlertid skilt ut brukere av psykisk helse og funksjonshemmede i egen analyse til slutt i denne gjennomgangen.

3.1.1 Prioriteringer og behov

Kongsvinger kommune har en befolkningssammensetning med hensyn til eldre og utviklingshemmede som ligger noe over gjennomsnittet for landets kommuner, og har dermed et behov for pleie- og omsorgstjenester som er over gjennomsnittet. I neste figur ser vi hvordan denne fordelingen fordeler seg mellom kommunene. Vi gjør oppmerksom på at gjennomsnittet for alle kommunene er 100 %.

¹ Vi har i dette prosjektet ikke hatt anledning til å vurdere hver enkelt bruker og deres behov.



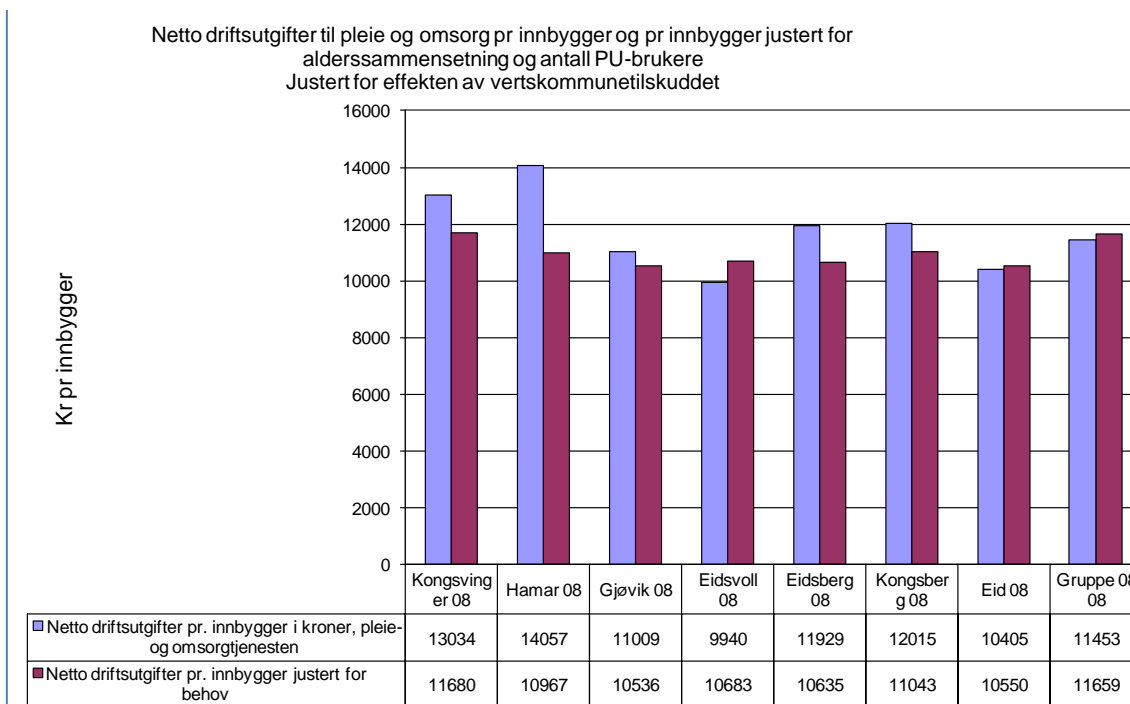
Figur 1 Kommunenes behov for omsorgstjenester i 2008

Blant de øvrige sammenlikningskommunene finner vi at alle kommunene, foruten Hamar har lavere behov enn Kongsvinger.

I Kommunal- og regionaldepartementets kriteriesett for rammetildeling til kommunene utgjør kriteriene "antall eldre over 80 år" og "antall eldre over 67 år" mest. Dette fordi disse parametrene, statistisk sett, betyr mest for kommunenes utgifter til pleie- og omsorgsformål. "Psykisk utviklingshemmede over 16 år" utgjør 19,4 %, mens kriteriet "psykisk utviklingshemmede under 16 år" utgjør 1,1 %.

Sammenliknet med de andre kommunene kan vi derfor forvente at Kongsvinger har noe høyere utgifter pr. innbygger til pleie- og omsorgstjenester enn de kommunene med lavere behov for omsorgstjenester, når vi legger regnskapstallene for 2008 til grunn.

Neste figur viser hvordan kostnadene i kommunene fordeler seg mellom netto utgifter og utgifter justert for behov.



Figur 2 Netto driftsutgifter pr. innbygger og pr. justert innbygger til pleie- og omsorgstjenester for 2008

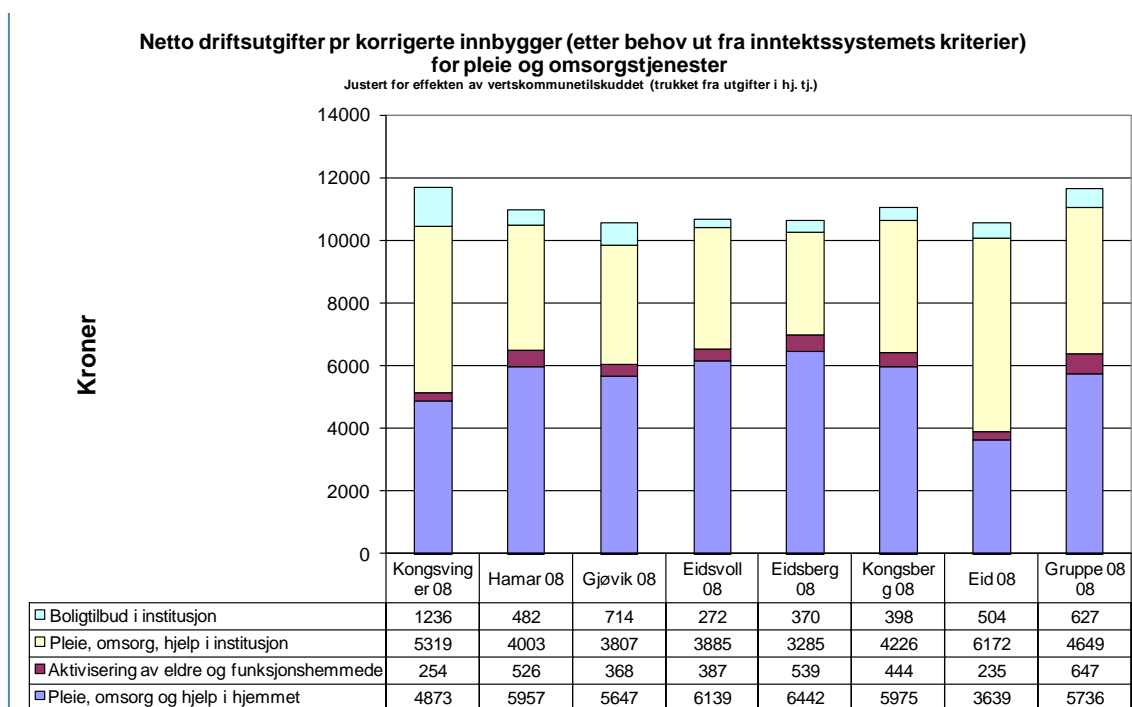
I figuren vises både netto driftsutgifter pr. innbygger og pr. justert innbygger til pleie- og omsorgstjenester. Utgifter pr. justert innbygger gir det beste utgangspunktet for sammenlikning av driftsutgiftene, fordi hver innbygger som telles i denne beregningen antas å ha det samme omsorgsbehovet. Når vi tar utgangspunkt i 2009-tall, ser vi at det er Gjøvik som har det laveste utgiftsnivået. Kongsvinger har i denne sammenheng det høyeste kostnadsnivået.

3.1.2 Strukturen i omsorgstilbudet

Et av de spørsmålene som er mest diskutert, er fordelingen av ressursene mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester. Dels er det spørsmål om hva som fører til best kvalitet for brukerne, men også hvilket kostnadsnivå dette fører til. Det er en vanlig formening at brukerne har det best, og beholder helsen lengst, dersom de bor hjemme².

Vi skal her nøye oss med å se om det er forskjeller i kostnader knyttet til den vektlegging kommunene har gjort av de to tilbudene samt tilbud til aktivisering av eldre og funksjonshemmede.

² Vi baserer oss her på filosofien omkring LEON-prinsippet.



Figur 3 Netto driftsutgifter pr. justert innbygger – pleie- og omsorgstjenestene

I figuren over ser vi at Kongsvinger er på et høyt nivå når det gjelder prioriteringer til institusjonsomsorg. Blant sammenlikningskommunene er det kun Eid som har høyere andel til institusjon. Når det gjelder aktivisering av eldre og funksjonshemmede, er Kongsvinger nest lavest i sammenlikningen.

Når det gjelder hjelp i hjemmet, ser vi at Kongsvinger har det nest laveste nivået i sammenlikningen. Her vil vi minne om at tallene for hjelp i hjemmet inneholder psykisk utviklingshemmede, og psykisk helsearbeid.

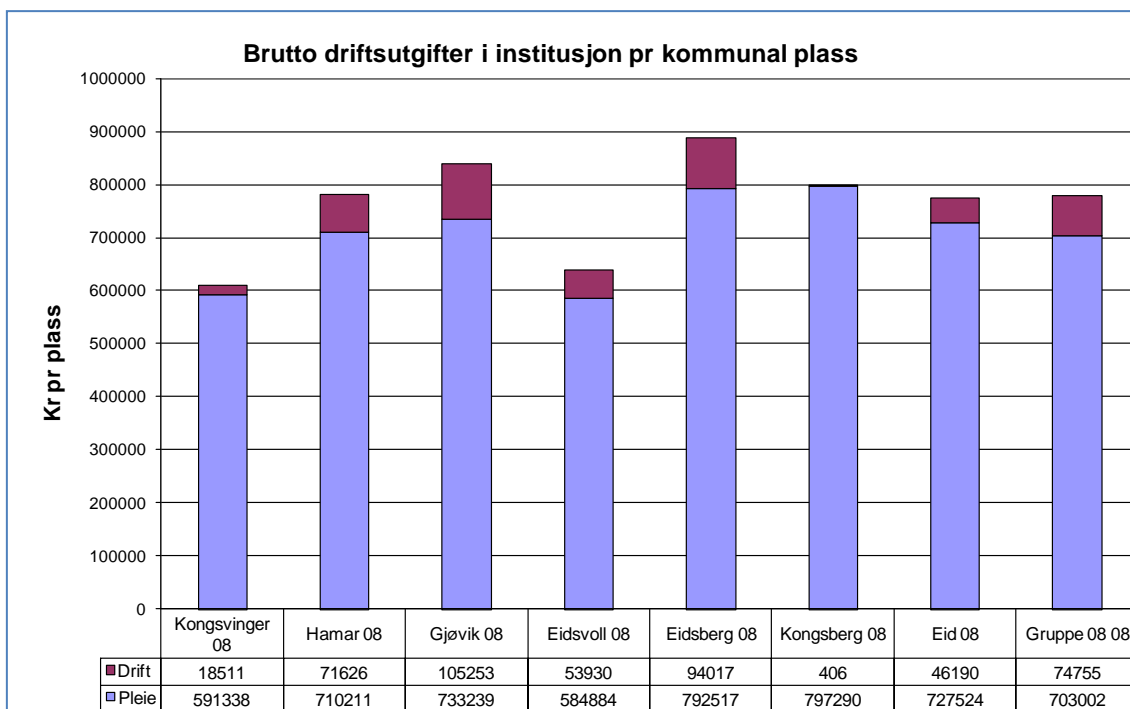
Vår erfaring fra andre kommuner er at de som satser på hjemmebasert omsorg gjennomgående har bedre kvalitet og lavere kostnad enn kommuner som bruker mye ressurser til institusjon. Dette henger sammen med hvordan kommunen utnytter ulike trinn i omsorgstrappen etter prinsippet om Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON).

3.2 Institusjonstjenesten

I dette avsnittet skal vi se nærmere på prioriteringer, produktivitet og dekningsgrader for institusjonstjenesten. Prioritering måles vanligvis ved hjelp av netto driftsutgifter pr. innbygger over 80 år og har naturligvis stor sammenheng med hvor stor andel av de eldre i kommunen som faktisk har institusjonsplass. Produktiviteten kommer til uttrykk gjennom brutto kostnader pr. plass og pr. bruker. Lav dekningsgrad gir seg ofte utslag i høyere kostnader pr. plass og pr. bruker, fordi brukerne da gjerne har en gjennomgående høyere pleietyngde enn i kommuner med høyere dekningsgrad på institusjonsplasser.

3.2.1 Produktivitet – institusjon

Institusjonstjenesten omfatter utgifter til pleie og omsorg i institusjoner og boformer med hel døgns pleie og omsorg, samt korttidsopphold på slike institusjoner. Sammenlikningen inkluderer alle utgifter knyttet til drift av institusjonen, det vil si ressursinnsats til pleie og omsorg, renhold, kjøkken, vaktmestertjenester, drift av bygninger m.m.



Figur 4 Brutto driftsutgifter drift og brutto driftsutgifter pleie av bofunksjon pr. plass i institusjon

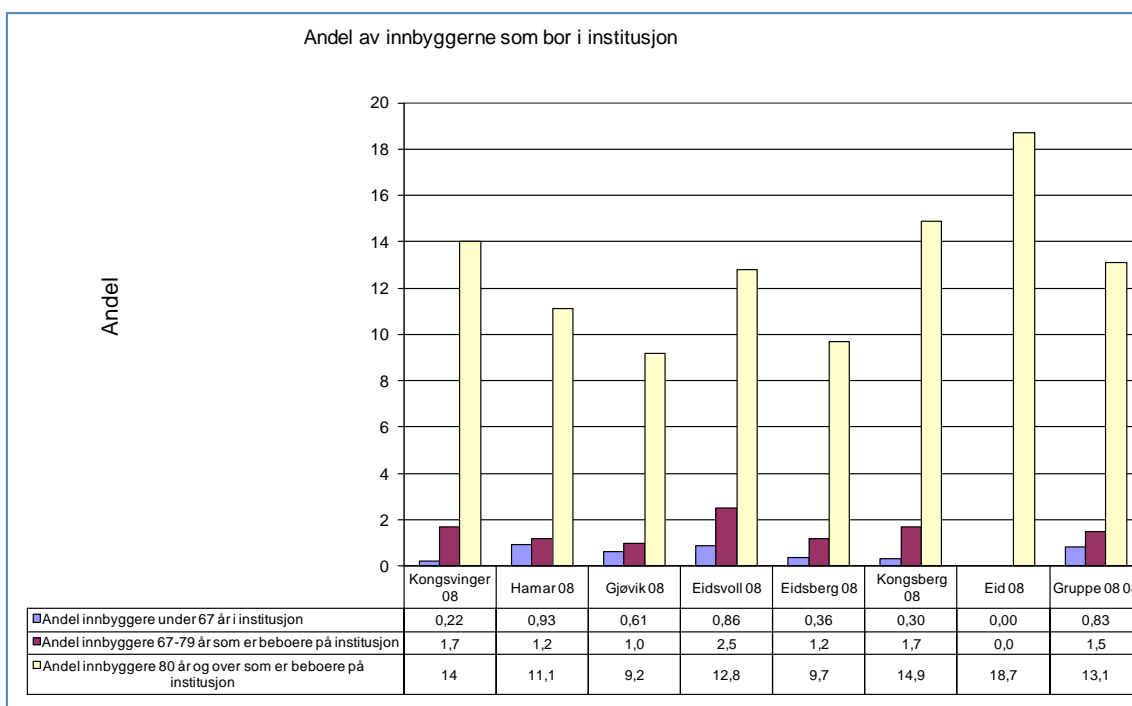
Figuren viser videre at samlede brutto kostnader pr. plass i kommunale institusjoner var lavest i Kongsvinger, mens Kongsberg hadde de høyeste samlede brutto kostnader pr. plass.

Når det gjelder utgiftene til bygningsmessig drift, ser vi at Kongsvinger er på det laveste nivået. Det kan se ut for at Kongsvinger har feilført denne utgiften.

En del av kostnadsforskjellen mellom kommunene kan ha sammenheng med at beboerne på institusjonen har et stort pleie- og omsorgsbehov. KOSTRA gir i begrenset grad opplysninger om brukernes funksjonsevne. Opplysninger om dekningsgrader vil imidlertid indirekte kunne si noe om pleietyngden blant brukere av institusjonstjeneste. Hypotesen er at lav dekningsgrad indikerer at institusjonene bebos av brukere med et høyt pleie- og omsorgsbehov. Samtidig har vi erfaring for at størrelsen på kommunen og volumet på tjenestene kan bidra til kostnadsforskjeller.

3.2.2 Dekningsgrader – institusjonstjenesten

Dekningsgrader gir uttrykk for hvor stor andel av de eldre i de ulike aldersgruppene som har institusjonsplass. I beregning av dekningsgrader for institusjonstjenester tar man altså ikke hensyn til plasser i omsorgsboliger eller andre boformer som tradisjonelt betjenes via hjemmetjenestene.



Figur 5 Andel innbyggere i institusjon

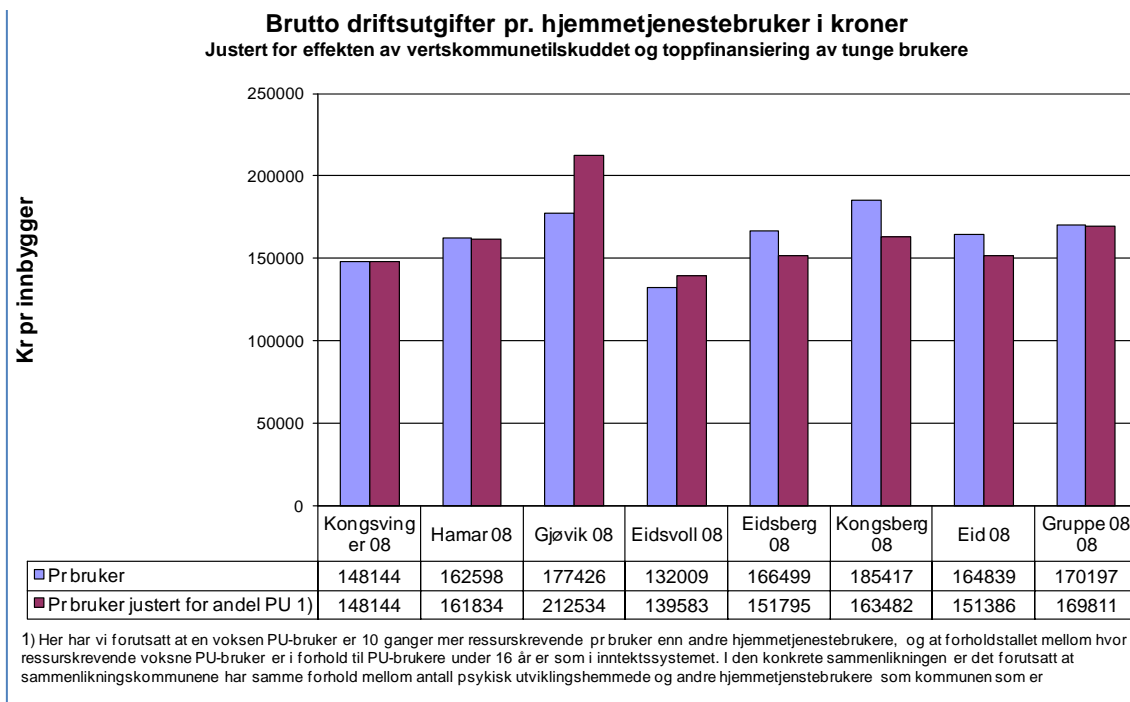
Tabellen viser at Kongsvinger har det laveste nivået når det gjelder innbyggere i institusjon under 67 år, foruten Eid, som ikke har registrert noen brukere i denne aldersgruppen. Når det gjelder andel innbyggere i alderen 67 til 79 år, ser vi at Kongsvinger er på et mellomnivå. Både Hamar, Gjøvik og Eidsberg har et lavere nivå for denne aldersgruppen. Når det gjelder andelen innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon, ser vi at Kongsvinger er blant kommunene med høyest nivå. Eid har et klart høyere nivå, mens Kongsberg ligger like over Kongsvinger.

Utviklingen i kommunene med hensyn til utbygging av omsorgsboliger fanges ikke opp i ovennevnte beskrivelse av dekningsgrader for institusjonstjenestene. Boligene kan imidlertid også ha heldøgns omsorg og en beboergruppe som har samme pleie- og omsorgsbehov som beboere på sykehjem.

3.3 De hjemmebaserte tjenestene

3.3.1 Produktivitet

Hjemmebaserte tjenester omfatter hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning, boveiledning, personlig assistent, matserving, matombringelse mv. Produktiviteten i hjemmetjenesten kan måles både etter kostnader pr. bruker og antall brukere pr. årsverk. Indikatorene er imidlertid ikke perfekte mål for produktiviteten, fordi kommunenes politikk og prioriteringer i høy grad virker inn på disse måltallene. Vi gjengir først kostnader pr. bruker både før og etter korrigerings for ulikheter i andelen psykisk utviklingshemmede blant brukerne.



Figur 6 Driftsutgifter pr. bruker av hjemmetjenester

I figuren har vi forutsatt at en voksen PU-bruker er 10 ganger mer ressurskrevende pr. bruker enn andre hjemmetjenestebrukere, og at forholdstallet mellom hvor ressurskrevende voksne PU-bruker er i forhold til PU-brukere under 16 år er som i inntektssystemet. Vi har forsøkt å beregne utgiftene pr. bruker korrigert for ulikhet med hensyn til psykisk utviklingshemmede i brukerguppen³. Det betyr at kommunens kostnader er omregnet til et forholdstall mellom eldre og psykisk utviklingshemmede som i Kongsvinger.

Vi ser at Kongsvinger kommune ligger like under på et mellomnivå når det gjelder kostnadene pr. korrigerte innbygger etter justeringen for andelen psykisk utviklingshemmede. Vi ser at Eidsvoll er den kommunen som har de laveste utgiftene pr. hjemmetjenestebruker, og Gjøvik er den kommunen som har de høyeste utgiftene.

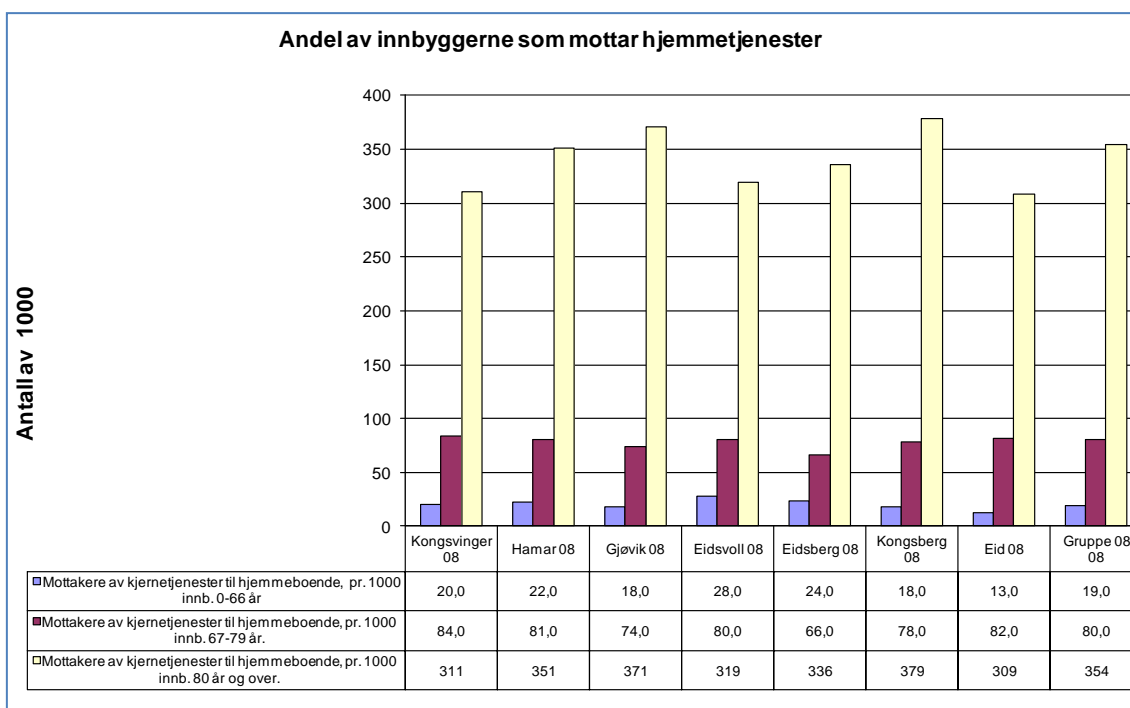
3.3.2 Dekningsgrader

Dekningsgrader for de hjemmebaserte tjenestene har vi valgt å dele inn etter:

- Andel innbyggere under 67 år som mottar hjemmetjenester
- Andel innbyggere 67–79 år som mottar hjemmetjenester
- Andel innbyggere 80 og over som mottar hjemmetjenester

Forskjeller i dekningsgrader kan dels indikere forskjeller i hvor mange som trenger hjelp og hva slags hjelp de trenger. Forskjellene kan også avspeile ulike terskler for hvem man gir hjelp til og hvilken hjelp de i så fall får. I neste figur viser vi sammenlikning av dekningsgrader for de hjemmebaserte tjenestene i %.

³ I den konkrete sammenlikningen er det forutsatt at sammenlikningskommunene har samme forhold mellom antall psykisk utviklingshemmede og andre hjemmetjenestebrukere som kommunen som er utgangspunktet for sammenlikningen, det vil si den kommunen som fremkommer til venstre i figuren



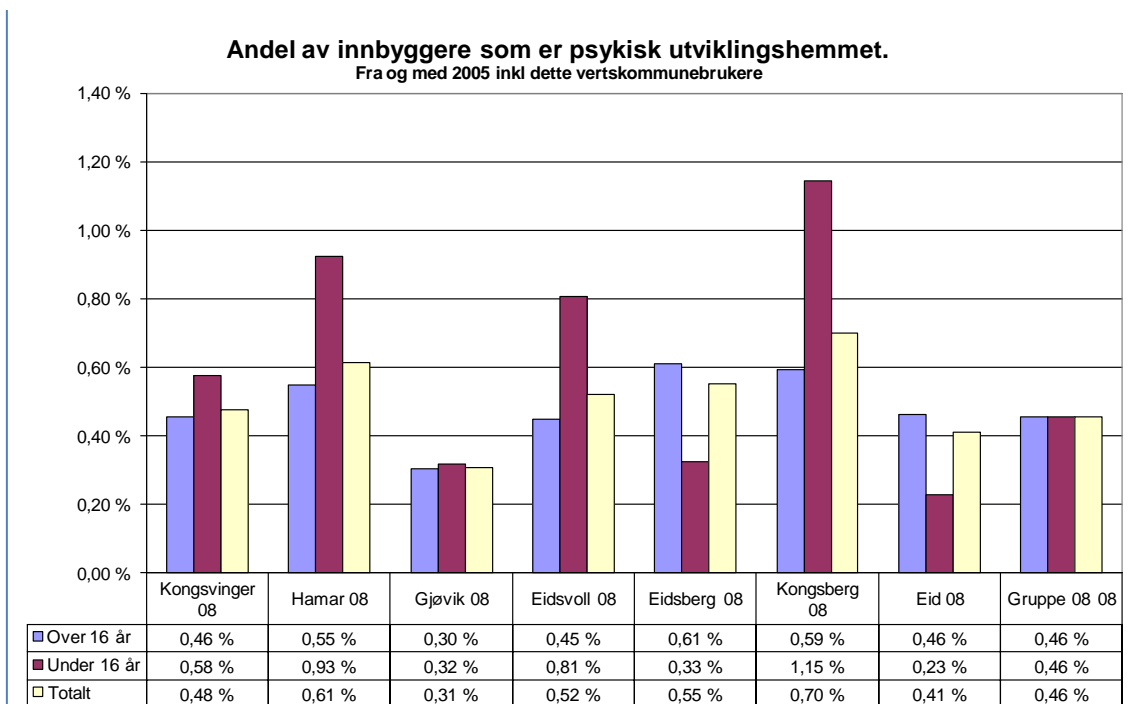
Figur 7 Dekningsgrader hjemmetjenester

Vi ser av figuren at dekningsgraden for den yngste aldersgruppen varierer relativt mye mellom kommune. For aldersgruppen under 67 år er Kongsvinger et nivå som ligger midt i laget. Når det gjelder aldersgruppen mellom 67 og 79 år, er Kongsvinger på det høyeste nivået. Når det gjelder aldersgruppen over 80 år, er Kongsvinger blant de kommunene med lavest nivå. Kun Eid har et lavere nivå når det gjelder bistand til denne aldersgruppen i hjemmetjenesten.

Som nevnt må dekningsgradene for hjemmetjenestene sees i sammenheng med dekningsgradene for institusjonstjenesten. Tjenestebildet for brukere over 80 år i Kongsvinger viser at kommunen har et høyt nivå i institusjon, og noe lavere i hjemmetjenesten.

3.3.3 Andel psykisk utviklingshemmede

I neste figur viser vi andel psykisk utviklingshemmede i kommunene i utvalget. Figuren viser som følger:



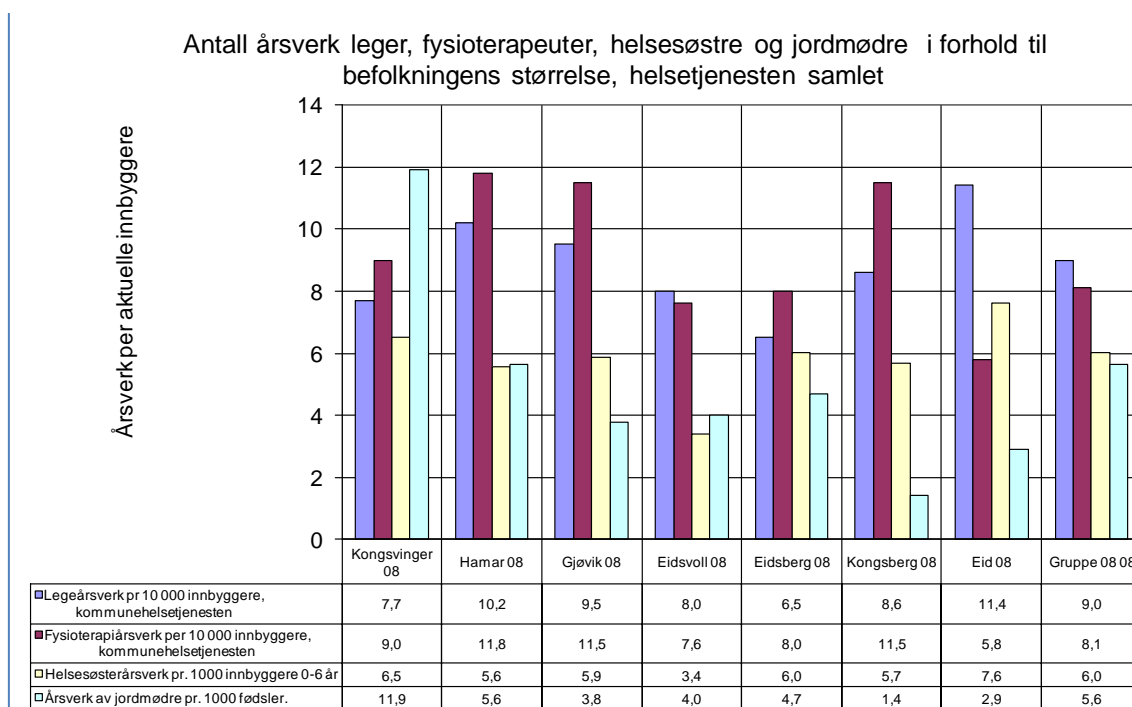
Figur 8 Oversikt over andel innbyggere som er psykisk utviklingshemmet

Figuren viser som følger:

- Kongsvinger kommune har det nest laveste antallet av de sammenliknede kommunene når det gjelder antall psykisk utviklingshemmede over 16 år
- Kongsvinger kommunen har et mellomnivå av antall psykisk utviklingshemmede når det gjelder antall innbyggere som er under 16 år
- Kongsvinger kommunen er på mellomnivå i utvalget av kommuner når det gjelder antall innbyggere totalt med psykisk utviklingshemming.

3.4 Årsverk i kommunehelsetjenesten

I figuren nedenfor gjengir vi noen aktuelle tall for årsverksinnsatsen i kommunehelsetjenesten i Kongsvinger kommune sammenliknet med de andre kommunene.



Figur 9 Årsverk pr. 10 000 innbyggere til ulike helsetjenester og jordmødre pr 1000 fødsler i 2008

Kongsvinger synes å ha en rimelig god dekning av helsepersonell for kommunale helsetjenester. Kommunen har et mellomnivå når det gjelder legeårsverk og fysioterapiårsverk. Derimot er nivået noe høyere når det gjelder årsverk til helsesøstertjeneste og høyest i sammenlikningen når det gjelder årsverk til jordmødre.

Vi gjør oppmerksom på at årsverkssammenlikningene ikke favner alle tjenestene som hører inn under den kommunale helsetjenesten, slik som for eksempel arbeid med skjenkebevillinger, forebyggende edruskapsarbeid, krisesentre og utekontakter.

3.5 Psykisk helsearbeid

Som et ledd i gjennomgangen av pleie- og omsorgstjenestene i Kongsvinger, er det foretatt en egen kartlegging av tilbudet innenfor psykisk helsearbeid. Kartleggingen er foretatt med bakgrunn i AGENDAs nyetablerte database. Hensikten med kartleggingen er å få:

- oversikt over antallet brukere innenfor ulike deltjenester
- oversikt over kommunens utgifter til psykisk helsearbeid, fordelt på deltjenester
- oversikt over forholdet mellom kommunens utgifter og opptrappingsmidlene fra staten

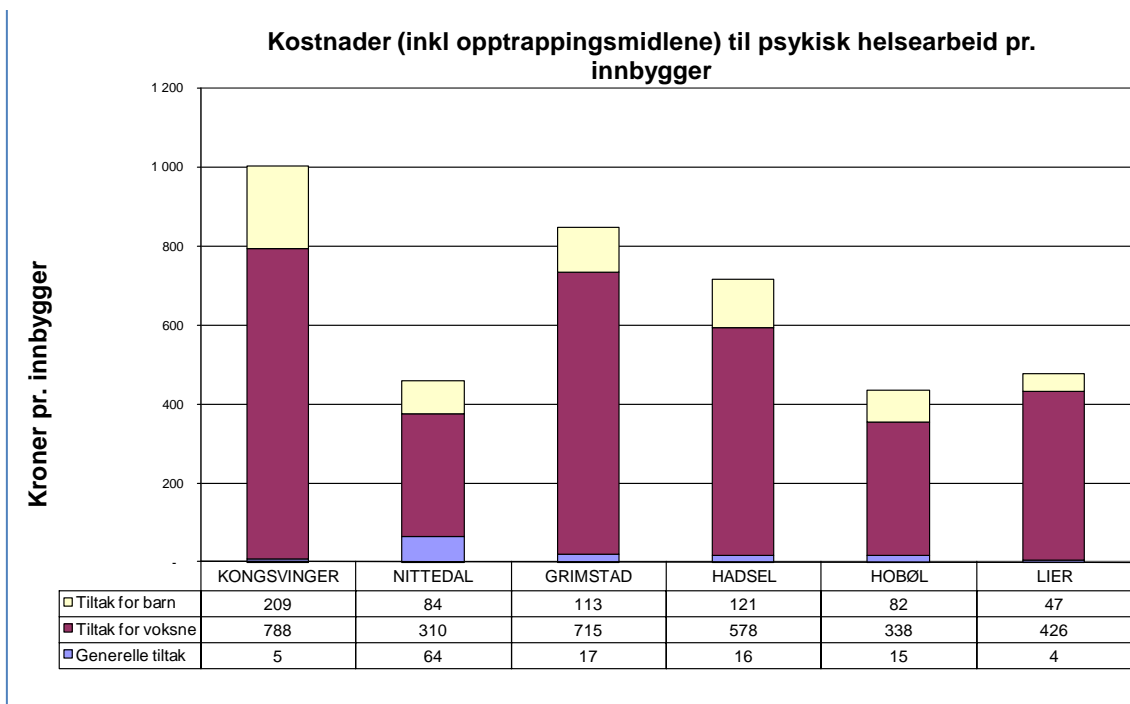
Databasen inneholder opplysninger fra et lite utvalg kommuner. Kommunene er dessverre ikke samsvarende med de kommuner som er benyttet i KOSTRA-analysen og i analysen av tilbudet til funksjonshemmede.

Kartleggingen inkluderer både den delen av psykisk helsearbeid som er organisert i avdeling pleie og omsorg og den delen som er organisert i Helseavdelingen. Vi har imidlertid vektlagt det psykiske helsearbeidet innenfor de hjemmebaserte tjenestene og aktivisering. Data som brukes i analysen er tall fra 2008.

3.5.1 Kostnader fordelt på barn, voksne og generelle tiltak

Vi har delt kostnadene til psykisk helsearbeid på barn, voksne og generelle tiltak.

Figuren viser som følger:



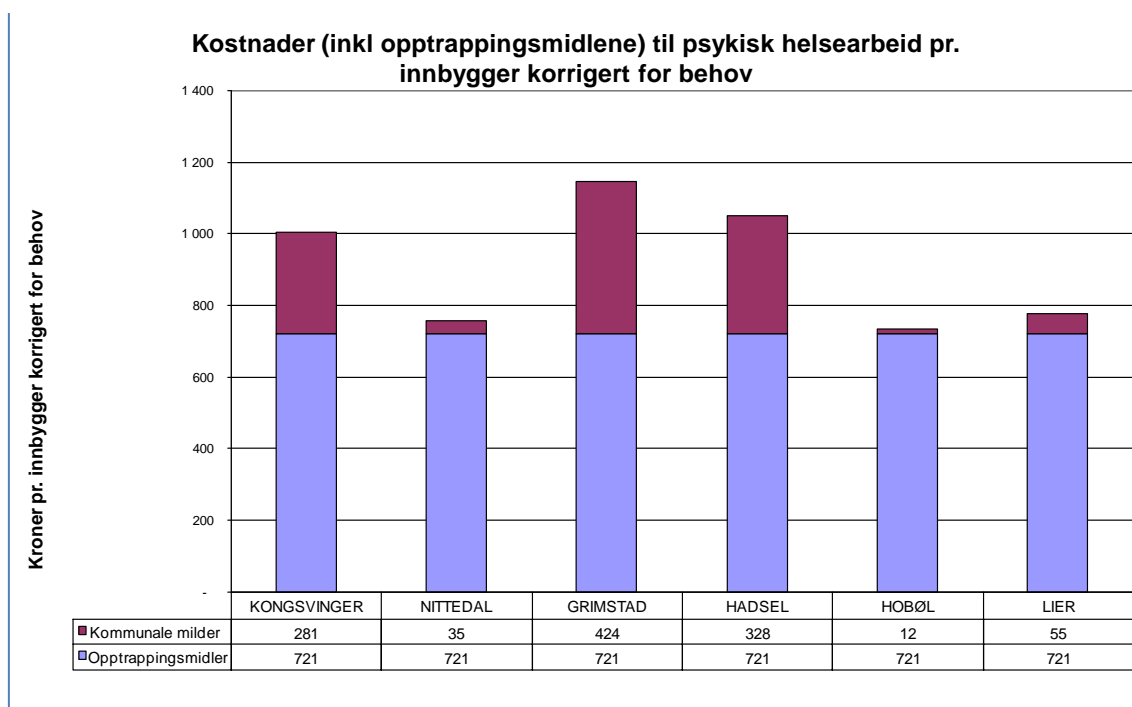
Figur 10 Kostnader til psykisk helsearbeid

Figuren viser at det er ulik prioritering av tiltakene mellom kommunene. Figuren viser at det er Kongsvinger som prioriterer kostnadene til psykisk helsearbeid høyest når det gjelder kostnader fordelt pr. innbygger. Det er særlig kostnadene til eldre som drar opp. Kongsvinger er også den kommunen som har de høyeste kostnadene knyttet til barn. Når det gjelder generelle tiltak, er det kun Lier som har lavere kostnader.

Nittedal og Hobøl har laveste kostnader i sammenlikningen. Hvordan forskjellene mellom kommunene kan være så stor i en fase hvor det har vært opptrappingsmidler fra staten forklarer vi nærmere i neste figur.

3.5.2 Kostnader pr. korrigerende innbygger fordelt på opptrappingsmidler og egne ressurser

Figuren viser hvordan kostnadene fordeler seg mellom kommunene når det gjelder opptrappingsmidler og ressurser kommunen finansierer ut over midlene fra staten. Figuren viser som følger:



Figur 11 Kostnader til psykisk helse fordelt på opptrappingsmidler og egne ressurser i kommunene

Figuren viser at kommunene har lik andel ressurser psykisk helsearbeid gjennom opptrappingsmidlene. Årsakene til dette er at ressursene ble fordelt til kommunene gjennom egen fordelingsnøkkel som var summen av alle tildelingskriteriene til kommunene.

Når det gjelder ressursene ut over opptrappingsmidlene, ser vi at det er stor ulikhet mellom kommunene. Mens Nittedal, Hobøl og Lier i liten grad brukte midler ut over opptrappingsmidlene, var det annerledes for Kongsvinger, Grimstad og Hadsel. Figuren viser at disse kommunene benyttet en relativ høy andel ressurser ut over opptrappingsmidlene til formålet.

3.6 Funksjonshemmede brukere

For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen innenfor hjemmetjenestene i Kongsvinger har vi foretatt en egen sammenlikning av tilbudet til funksjonshemmede. Tjenestene til funksjonshemmede er organisert i ulike enheter, men primært innen Aktivitets- og bistandsenheten og hjemmebaserte tjenester. Tallene i sammenlikningen er hentet fra AGENDAs database, og omhandler data som ikke kan fremskaffes i KOSTRA. Sammenlikningskommuner er Opepgård, Lunner, Lindås, Arendal, Nittedal, Frogn og Røyken⁴.

Sammenlikningene omhandler antall brukere og kostnader pr. bruker for likartet tjeneste. I denne sammenheng må det bemerkes at brukerens funksjonsnivå kan variere svært mye fra kommune til kommune, og mellom de ulike tjenestene. Vi vet også at andelen spesielt ressurskrevende brukere varierer mellom kommunene. I sammenlikningen har vi gjennomført sammenstilling av tre hovedkategorier:

- Generelle sammenlikningsgrunnlag som driftsutgifter, antall brukere og antall ressurskrevende brukere

⁴ Utvalget kommuner er annerledes enn KOSTRA-gjennomgangen, fordi gjennomgangen av funksjonshemmede baserer seg på AGENDA sin database, som ikke kan fremskaffes gjennom KOSTRA.

- Tjenester til enkeltbrukere under 18 år
- Tjenester til enkeltbrukere over 18 år

Når det gjelder antall brukere pr. innbygger totalt i kommunene, kan forskjellene som kommer frem skyldes følgende forhold:

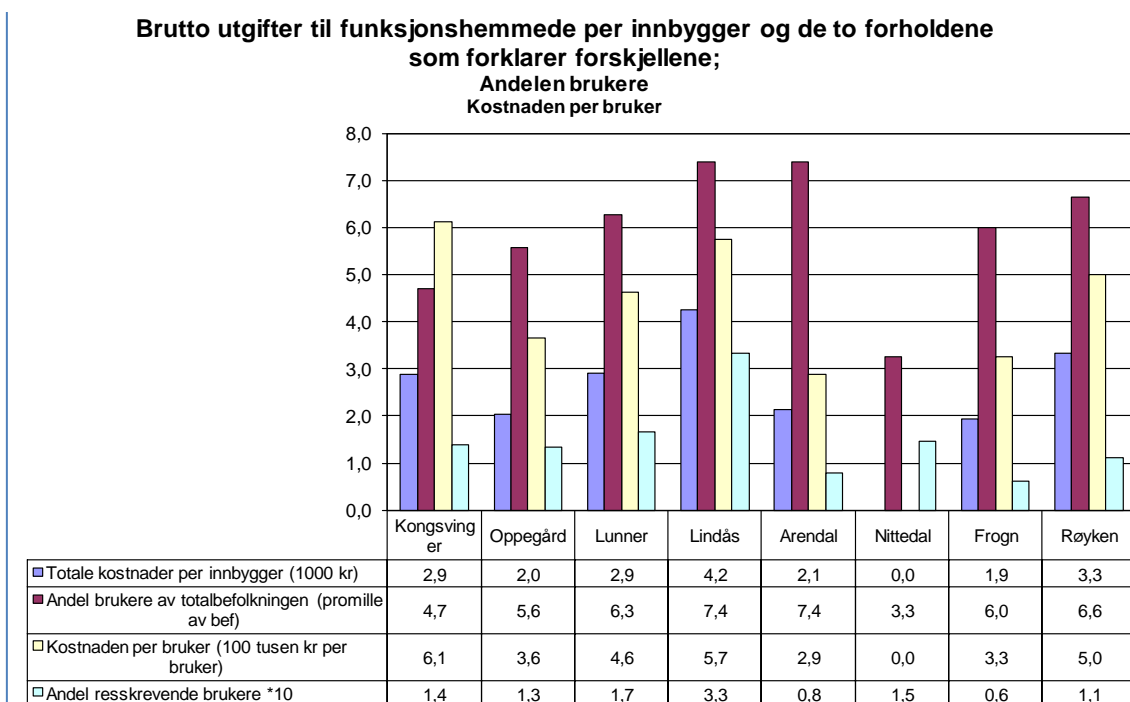
- Forskjell i antall innbyggere med funksjonshemming pr. innbygger i kommunene, og forskjell i behov for bistand for de som har funksjonshemming.
- Forskjell i tjenestetilbud til brukere med likartet behov

Vi har i dette prosjektet ikke hatt mulighet til å vurdere betydningen av forskjellen i andel funksjonshemmede og deres behov. Det betyr at forskjellen i antall brukere pr. innbygger kan skyldes begge forhold.

For å få mest ut av tallmaterialet har vi valgt å dele brukerne i to grupper, over og under 18 år. Ressursene er koplet til de to gruppene brukere. Ikke alle kommunene som har vært med i sammenlikningen, har hatt dette skillet, men har beregnet kostnadene på de to aldersgruppene.

3.7 Utgifter til funksjonshemmede

I neste figur viser brutto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger og pr. bruker, andel brukere av totalbefolkningen og andel ressurskrevende funksjonshemmede brukere i forhold til befolkningen.



Figur 12 Brutto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger og pr. bruker

Figuren viser følgende:

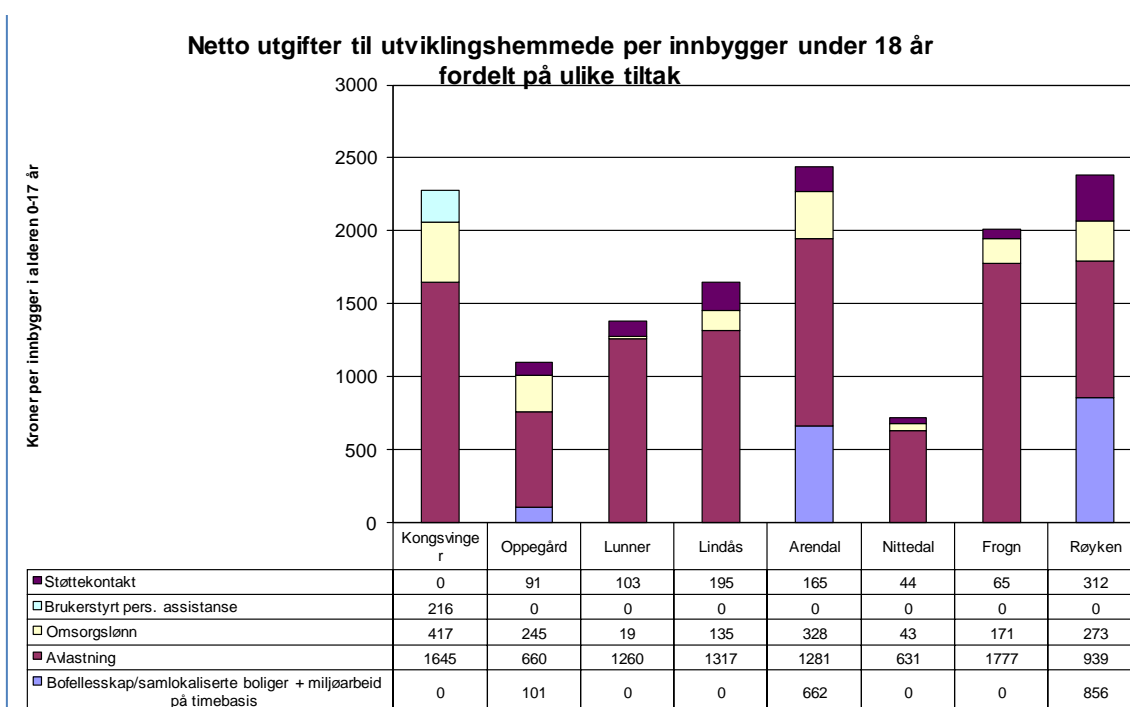
- *Totale kostnader til funksjonshemmede pr. innbygger:* Kongsvinger har de tredje høyeste brutto driftsutgifter pr. innbygger. Frogn har de laveste utgiftene
- *Andel funksjonshemmede brukere av totalbefolkningen:* Kongsvinger har den nest laveste andelen brukere. Arendal har den høyeste andelen
- *Kostnaden pr. funksjonshemmede bruker:* Kostnaden i Kongsvinger er på det høyeste nivået, Arendal har det laveste nivået

- *Andel ressurskrevende funksjonshemmede brukere:* Kongsvinger er på et mellomnivå. Den laveste andelen ressurskrevende brukere er i Frogn

3.8 Tjenester til funksjonshemmede under 18 år

3.8.1 Netto driftsutgifter pr. innbygger – prioritering mellom ulike tiltak

Hvilke tjenester som ytes til de funksjonshemmede varierer kommunene mellom. I neste figur viser vi derfor netto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger under 18 år, fordelt på ulike typer tjenester.



Figur 13 Netto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger under 18 år, fordelt på ulike tiltak

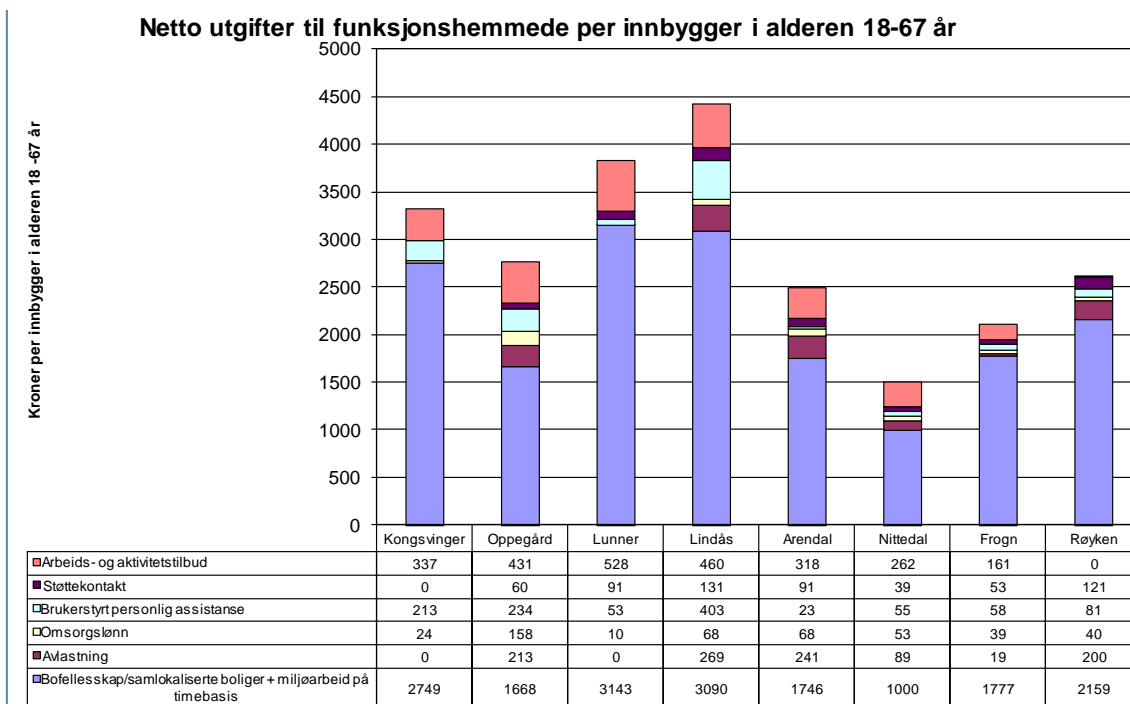
Figuren viser følgende:

- Kongsvinger har de tredje høyeste utgiftene til brukerguppen
- Kongsvinger har den høyeste utgiften til avlastning for brukerguppen
- Kongsvinger har høyeste kostnader til omsorgslønn
- Kongsvinger er den eneste kommunen med brukerstyrt personlig assistanse BPA til brukerguppen
- Kongsvinger har ingen brukere med støttekontakt under 18 år

3.9 Tjenester til funksjonshemmede over 18 år

3.9.1 Netto driftsutgifter pr. innbygger – prioritering mellom ulike tiltak

I neste figur ser vi netto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger i alderen 18–67 år. Vi presiserer at én bruker kan ha flere tilbud, for eksempel både avlastning og støttekontakt.



Figur 14 Netto driftsutgifter til funksjonshemmede pr. innbygger 18–67 år

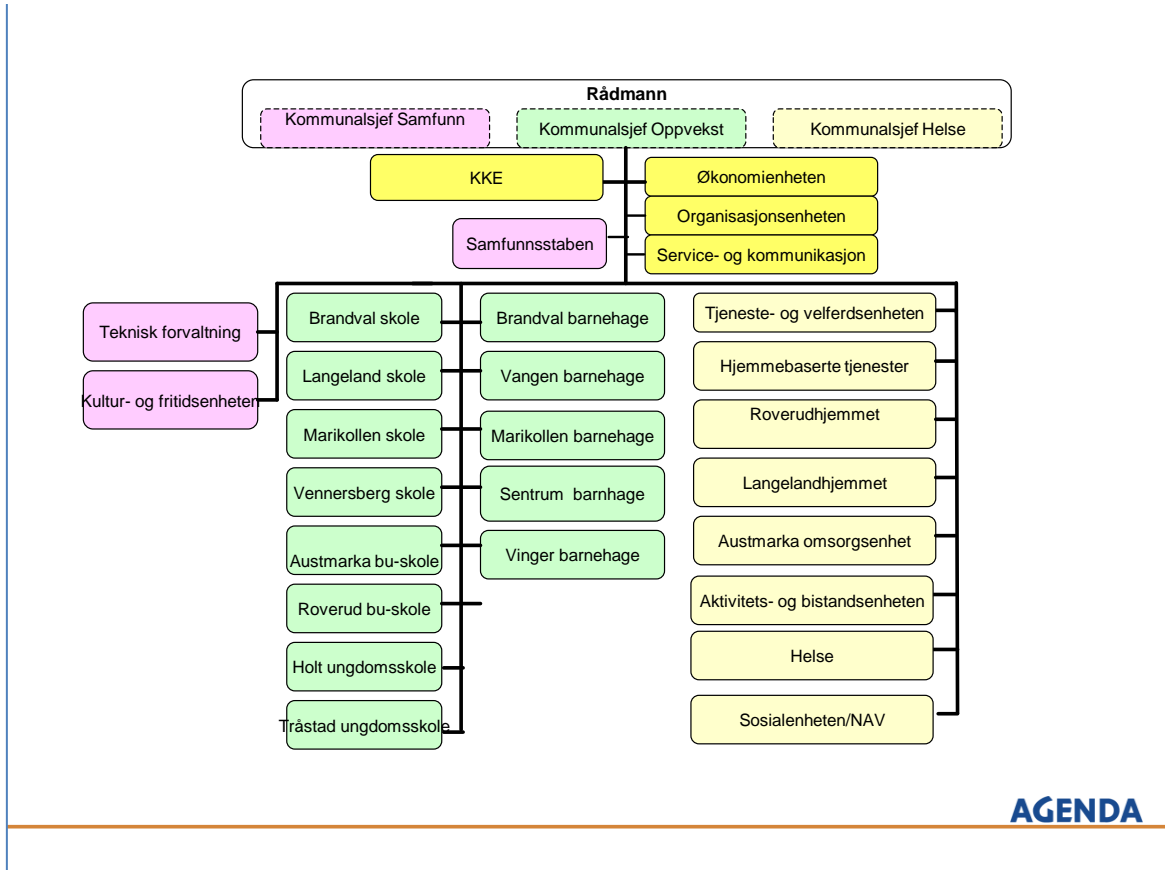
Figuren viser følgende:

- Kongsvinger har moderate kostnader til arbeids- og aktivitetstilbud
- Det er ikke ført kostnader på tiltaket til støttekontakt, derfor står summen i null.
- Kongsvinger har tredje høyeste utgifter til brukerstyrt personlig assistanse
- Kongsvinger er blant de kommunene som har de laveste utgiftene til omsorgslønn til brukere mellom 18 og 67 år
- Kongsvinger har ikke brukere som får avlastning av brukerguppen
- Sammenliknet med de andre kommunene har Kongsvinger de tredje høyeste utgiftene til bofellesskap/samløst lokale boliger. Årsaken til dette er mange brukere som får miljøarbeid på timebasis. Dersom vi hadde isolert tilbudene i bolig ville kostnaden pr. bruker vært langt høyere. Her ligger trolig også komponenten som fører til at kommunen har høye kostnader totalt, men lav andel brukere

4 Overordnet organisering av tjenestene

Kongsvinger kommune har en flat struktur med enhetsledere. Pleie- og omsorgstjenestene er organisert som resultatenheter. Enhetslederne koordineres av kommunalsjef.

Organisering av IHT er vist i neste figur:



Sosialtjenesten/NAV overføres til kommunalsjef for Samfunn 1. januar 2010. Oppdraget har vært en gjennomgang av hele pleie- og omsorgstjenesten som i KOSTRA er definert som hjemmebasert omsorg, institusjonstjenester og aktivisering. I Kongsvinger kommune vil det si tjenester til:

- Hjemmesykepleie og praktisk bistand
- HDO
- Institusjonstjeneste
- Tjenester til utviklingshemmede
- Psykiatrisk helsearbeid

5 Tjeneste og velferdsenheten

Tjeneste- og velferdsenheten ble etablert i mars 2008.

Foranledningen var gjennomgangen av helse- og omsorgstjenestene som ble foretatt av Rune Devold. Der ble det fremmet et behov for å samle tildelingen av tjenester.

Enheten har 9 årsverk, med enhetsleder, fem saksbehandlere, en rådgiver/rehab., koordinator og to ansatte ved dagsentervirksomheten.

Tjeneste og velferdsenheten tildeler følgende tjenester:

- Praktisk bistand
- Hjemmesykepleie
- Omsorgslønn
- Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA)/PA (personlig assistanse uten brukerstyring)
- Institusjonsopphold
- Omsorgsboliger/HDO
- Støttekontakt
- Forebyggende hjemmebesøk for eldre (sammen med Helseenheten)

Enheten ivaretar også klagebehandling for ovenfor nevnte tjenester.

Det er en intensjon at også tildelingen av tjenester i Aktivitets- og bistandsenheten og psykisk helse også skal legges hit, samtidig som enhetens faglige bredde styrkes.

Enheten ivaretar ikke beregning av vederlag og brukerbetaling for institusjonsopphold og hjemmetjenester. Dette ivaretas av de tjenesteytende enhetene og av økonomienheten når det gjelder langtidsopphold i institusjon.

I tillegg drifter enheten dagsentervirksomhet to steder. Det er et dagsenter for demente og et dagsenter for eldre. Antall plasser og bemanning ved dagsentrene er som følger:

Dagsenter for demente	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.
Fast ansatte		2			2
Frivillige					
Plasser		10			10
Dagsenter for eldre	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.
Fast ansatte	2		2	2	
Frivillige					
Plasser	20		25	20	

5.1 Ansvar og myndighet

Tjeneste- og velferdsenheten har ansvar for å tildele pleie- og omsorgstjenester grunnlagt i lovverket. Det er leder for enheten som har den formelle vedtaks- myndigheten og som skriver under på alle enkeltvedtak.

Enheten er ikke økonomisk ansvarlig for de tjenestene som tildeles. Vedtakene som fattes griper således inn i andre enheters økonomi.

I spesielle saker drøftes søkerens behov og tildelingen av tjenester med tjenesteytende enhet, kommunalsjef og økonomienhet.

Saksbehandlerne i Tjeneste- og velferdsenheten foretar kartlegging av brukernes behov, og IPOS- registrering ved tjenestestart/ending.

Det er også saksbehandlerne som kartlegger/vurderer utskrivningsklare pasienter på sykehuset. Så langt råd er, utføres vurderingsbesøk sammen med ergoterapeut. I noen tilfeller sammen med personell fra tjenesteyterne.

Det er utarbeidet tjenestebeskriver som også er politisk vedtatt. I disse ligger også noen kriterier for tildeling av tjenester. Disse er for grove til å fungere som verktøy i vurderingen av behov og tildelingen av tjenester.

5.2 Tildelingsmøtene

Det arrangeres to tildelingsmøter i uken. Her foretas tildeling av institusjonsopphold.

Deltakere er leder og saksbehandlere i Tjeneste- og velferdsenheten. Fysio og ergo deltar også på ett av møtene. Det tilstrebes at også kommunelegen deltar.

Til møtet er det gjort forberedelser med saksutredning for forslag til vedtak.

Enheten administrerer også boligtildelingsmøtene. Her deltar sosialkontoret, psykisk helse og Aktivitets- og bistandsenheten.

I tilknytning til boligtildelingen har enheten ansvar for husleiekontraktinngåelse (omsorgsboliger/HDO), samt ansvar for å lage og overføre fakturagrunnlaget for husleiene.

5.3 Tildeling etter LEON-prinsippet

Tjeneste- og velferdsenheten styrer ikke hele tjenestekjeden. Enheten har heller ikke noe definert ansvar for å sikre samordning mellom tjenester. I praksis samordner enheten tjenester innen det myndighetsområdet den har. Enhetsleder opplever at de ikke til enhver tid er flinke nok til å sikre at tjenester tildeles på laveste effektive omsorgsnivå. Hovedårsaken som oppgis er at enheten ikke har tilstrekkelig faglig bredde.

Fagprogrammet Profil brukes som kommunikasjonskanal mellom Tjeneste- og velferdsenheten og de tjenesteproduserende enhetene. Begge parter har tilgang til alle opplysninger som legges inn. Profil brukes også av Aktivitets- og bistandsenheten og psykisk helse. Profil benyttes også på samme måte av det sykehjem som kommunen kjøper tjenester av.

Korttidsplassene for demente og rehabilitering/opptrening (Gnisten) fungerer bra. Utfordringene er knyttet til korttidsplassene for somatiske pasienter, det er vanskelig å holde disse i rulling. (Dette er en viktig saksopplysning. Avsnittet flyttes til avsnittet med beskrivelse av korttidsplassene). Dette øker presset mot langtidsplassene og pasientgjennomstrømningen svekkes.

6 Oversikt over brukere og tjenester

I neste tabell viser vi hvordan plasser og brukere fordeler seg innen tjenestene til eldre når det gjelder plasser med heldøgns omsorg:

Heldøgns omsorg - eldre	Brukere/ plasser	Har i 2009	Bruker i 2009
Sykehjem spesialplass/demensplasser	Plasser	64	58
Sykehjem spesialplass/psykiatri	Plasser	12	12
Sykehjem langtid somatisk	Plasser	70	70
Korttidsplasser sykehjem somatisk	Plasser	5	5
Korttidsplasser sykehjem demens	Plasser	6	6
Bolig med heldøgns pleie- og omsorg	Leiligheter	45	31
Sum plaser totalt		202	182
Sum institusjonsplasser		157	151
Sum HDO		45	31

I neste tabell viser vi hvordan brukere fordeler seg innen tjenestene til eldre når det gjelder andre tjenester:

Andre tjenester - eldre	Brukere/ plasser	Har i 2009
Omsorgslønn	Brukere	4
Brukerstyrt personlig assistanse	Brukere	7
Personlig assistent	Brukere	3
Hjemmesykepleie	Brukere	403
Dagtilbud	Plasser	38
Praktisk bistand	Brukere	329
Matombringing	Brukere	
Fysioterapi	Brukere	354
Ergoterapi	Brukere	1911
Trygghetsalarm	Brukere	156
Eldre- og aktivitetssenter	Brukere	

I neste tabell viser vi hvordan tjenestene fordeler seg til psykisk helsearbeid

Tiltak - psykisk helsearbeid	Brukere/ plasser	2009
Boliger med heldøgns omsorg	Plasser	3
Dagtilbud	Brukere	65
Tilrettelagt behandlingstilbud	Brukere	145
Støttekontakt	Brukere	27

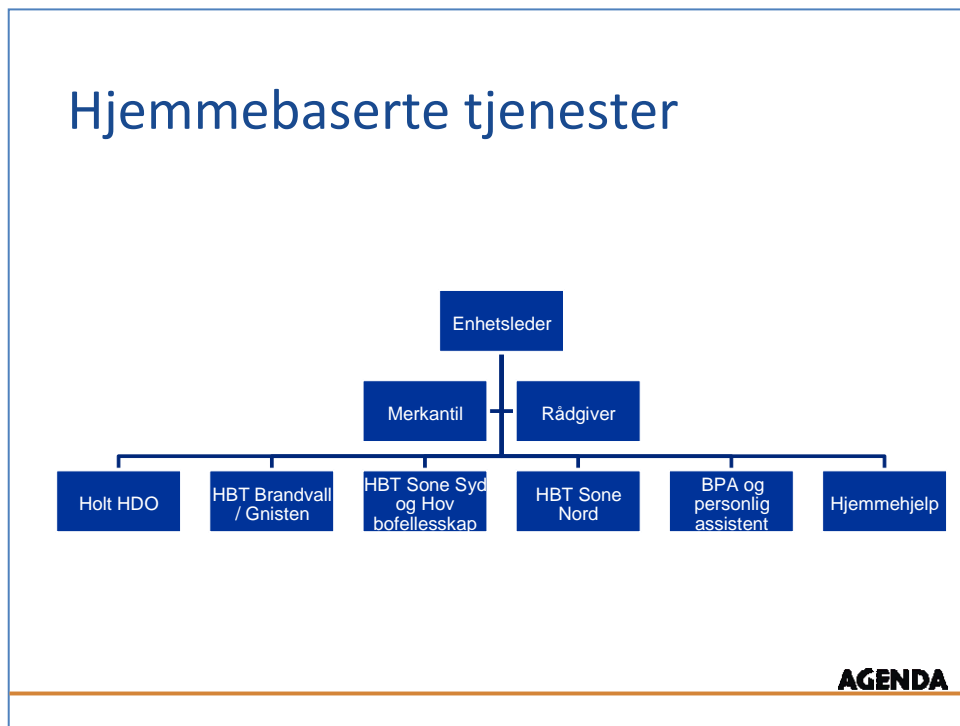
I neste tabell viser vi hvordan tjenestene fordeler seg til funksjonshemmede

Tiltak - funksjonshemmede/utviklingshemmede	Brukere/ plasser	2009
Barnebolig	Plasser	
Boliger med heldøgns omsorg/miljøarbeid på timebasis	Plasser	61
Avlastning	Brukere	12
Omsorgslønn	Brukere	27
Brukerstyrt personlig assistanse	Brukere	6
Dagtilbud	Plasser	22
Støttekontakt	Brukere	37

7 Hjemmebaserte tjenester Kongsvinger

Hjemmebaserte tjenester i Kongsvinger består av seks soner, 3 soner med hjemmebaserte tjenester, en sone som er organisert som et HDO, med 17 plasser med heldøgns bemanning, en opptrenings- og vurderingsavdeling som er hjemlet som institusjon med 5 plasser (Gnisten) som ligger i tilknytning som HDO-plassene. Det er også et eget bokollektiv uten døgnbemanning med 18 plasser. Videre er Omsorgslønn, BPA og Personlig assistenter organisert under hjemmetjenesten for alle saker i kommunen.

Organiseringen av enheten er som følger:



I stab til enhetsleder er det 1,6 årsverk merkantil og 1 årsverk rådgiver

Hjemmebaserte tjenester i Kongsvinger består av fem koordinatører for hjemmesykepleie i fulle stillinger ved følgende steder:

- Egen koordinatør ved Sone Brandval, ligger i samme bygg som Roverudhjemmet
 - Under samme leder er opptrenings- og vurderingsavdeling som er hjemlet som institusjon med 5 plasser (Gnisten)
- Egen koordinatør ved Sone Syd er syd i Kongsvinger sentrum
- Egen koordinatør ved Sone Nord er nord i Kongsvinger sentrum
- Egen leder ved Holt HDO der det er 17 plasser med heldøgns omsorg med egen bemanning. Innenfor rammen av bemanning utføres også praktisk bistand til de 17 brukerne. En til to plasser har vært og eller brukes til korttidsplasser. Holt hdo. er planlagt utvidet med flere plasser i 2010
- Praktisk bistand er organisert under sone Brandval og Sentrum
- Fagkoordinatør for BPA og personlig assistenter er organisert under hjemmetjenesten for alle saker i kommunen

Underlagt hjemmebaserte tjenester i Kongsvinger er også et bokollektiv uten døgnbemanning med 17 langtidsplasser og en korttidsplass, (Hov bokollektiv). Hov har fast

bemanningsdag og kveld. Innenfor rammen av bemanningen ved Hov utføres også praktisk bistand til brukerne.

Trygghetsalarm organiseres gjennom Falken eller brannvesenet. Brukeren selv inngår avtale med tilbydere. Tilbydere av trygghetsalarm har ansvar for installering og ansvar for å motta og følge opp larm dag, kveld og natt. Tilbydere av trygghetsalarmer bruker i mindre grad hjemmetjenester til å følge opp alarmer.

7.1 Tjenestene på natt

Det er en egen natttjeneste som dekker de ordinære hjemmebaserte tjenestene for de som arbeider ute. Dette gjelder ikke for Austmarka. Årsaken til dette er blant annet lange avstander og fordi sykepleierne tidligere hadde sykepleiervakt for alle tjenester i kommunen. Ved Austmarka er det egen tjeneste på natt.

Det er en nattevakt på HDO og Gnisten som er stasjonert i byggingen og oppholder seg der fast. Denne nattevakt yter natt-tjenester til totalt 22 plasser. I tillegg er det to ambulerende nattevakter, en av disse er sykepleier. De ambulerende nattevakter dekker foruten bistandsbehov til "ordinære" hjemmeboende også et behov for sykepleierberedskap i kommunen. De ambulerende nattevakter dekker et behov for sykepleierkompetanse til Holt Hdo. med 22 plasser, "ordinære hjemmeboende" med ca. 340 brukere, Hov bokollektiv med 18 plasser, sykepleiebistand til Austmarka Hdo. med 28 plasser, Roverudhjemmet sykehjem med 48 plasser, Skyrud sykehjem med 25 plasser ved enheten Aktivitet og bistand.

7.2 Hjemmetjenesten sone Brandval

Hjemmetjenesten Sone Brandval er hjemmesykepleie. Tjenesten organiseres under egen koordinator som arbeider som leder på fulltid. Koordinator har ansvar for fag og personale og delvis for økonomi. Koordinator har kontor ved basen som er lokalisert ved Roverudhjemmet.

7.2.1 Gnisten

Gnisten er en opptrenings- og vurderingsavdeling som er hjemlet som institusjon. Ved Gnisten er det 5 plasser.

Gnisten er samlokalisert med og i en egen fløy av Holt hdo. Gnisten har tre enerom og et dobbelt rom. Rommene har god standard og størrelse med egne bad. Det er en liten stue ved Gnisten. Det er lite egnede treningslokaler til Gnisten ved Holt hdo.

Alle pasientrom har takheis. Et av pasientrommene brukes i dag til vaktrom. Det er ikke andre muligheter for etablering av vaktrom i dag. Dette kan løses når korttids-plass ved hdo avvikles.

Ved Gnisten er det knyttet 4,11 årsverk til enheten på dag, kveld. Behov for tjeneste på natt dekkes av nattbemanning ved Holt hdo. og kommer som et tillegg til bemanningen ved Gnisten på dag og kveld. Omregnet kan bemanningen som ytes fra Holt hdo.

Kompetansesammensetningen består av 1,71 årsverk sykepleiere og 2,40 årsverk hjelpepleier/omsorgsarbeider.

AGENDA

Brukere og bemanning ved Gnisten fordeler seg som følger:

	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø
Dag brukere	5	5	5	5	5	2-3	2-3
Dag ansatte	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3	1	1
Kveld brukere	5	5	5	5	2-3	2-3	2-3
Kveld ansatte	1	1	1	1	1	1	1
Natt brukere	5	5	5	5	2-3	2-3	2-3
Natt ansatte	Holt hdo	Holt hdo	Holt hdo	Holt hdo	Holt hdo	Holt hdo	Holt hdo

I tillegg er det tilknyttet ergoterapeut. 50 % stilling, fysioterapeut sa 50 % stilling

Brukerne er i hovedsak somatiske pasienter, men det er i tillegg enkelte demente. I utgangspunktet skal ikke de som bruker Gnisten være demente. Brukere med demens uten demensdiagnose kan ha blitt tildelt plass ved Gnisten.

Rapport/overlapp fra natt til dag kl. 0730, dag til kveld kl. 1500, kveldsvakt til nattvakt kl. 2215. De ansatte har base ved Gnisten.

Ved utskrivning fra Gnisten følger tverrfaglig rapport fra Gnisten. Alle ansatte og alle enheter har tilgang til denne rapport for informasjon og videre oppfølging. Det meldes til fagkoordinator ved aktuell sone i hjemmebaserte tjenester når bruker reiser hjem. Ergoterapi og fysioterapi foretar hjemmebesøk ved behov for å tilrettelegge hjemmesituasjon, (skjer før hjemreise). Ergoterapi og fysioterapi ved Gnisten rapporterer til andre ergoterapeuter og fysioterapeuter som følger opp brukeren i hjemmet.

I forhold til brukere som har omfattende behov holdes tverrfaglige samarbeids og oppfølgingsmøter. De som følger opp brukeren i hjemmet, er ofte ikke den samme ergo-/fysioterapeut som har hatt ansvar for brukeren ved Gnisten.

7.2.2 Hjemmebasert omsorg

Hjemmetjenesten Sone Brandval er hjemmesykepleie. Tjenesten organiseres under egen koordinator som arbeider som leder på fulltid. Koordinator har ansvar for fag og personale og delvis for økonomi.

Ved sonen er det også hjemmebasert omsorg, og det er ca. 93 brukere av hjemmesykepleie i sonen. I tillegg er det brukere som har trygghetsalarm. Enheten og sonen har ingen oversikt over hvor mange brukere som har trygghetsalarm.

For å yte tjenester til brukerne er det 10,7 årsverk ved sonen.

Det er et godt samarbeid mellom ergoterapi og fysioterapi. Sonen har gode samarbeidsmøter med ergoterapeut/fysioterapeut ca. hver 6 uke.

Fordelingen av ansatte fordeler seg med 4 årsverk sykepleiere og 6,7 årsverk omsorgsarbeidere/hjelpepleiere.

Hjemmetjenesten sone Brandval er å betrakte som en arbeidsgruppe, som er primærgruppe for ca. 93 brukere.

Ved sonen er det rapport på morgen kl. 0800, midtrapport kl. 1230 og kveld kl. 1500. Rapport til nattevakt foregår kl. 2200. Rapport mellom kveldsvakt og nattevakt per tlf.

Fordeling av oppdragene foregår ved at ansatte fordeler etter lister Visma Profil.

Bemanningsplanen for de ansatte er som følger:

	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø
Dag ansatte	6	6	6	6	6	3	3
Kveld ansatte	2	2	2	2	2	2	2

Hver dag er det 6 på jobb, på kveld er det 2 på jobb (unntatt helg). Det forekommer variasjoner i grunnturnus. Det spares ofte vikarinnleie enkelte dager slik at det er mindre ressurser på f.eks. dagvakter i uken. Det har vært nødvendig å bruke noe ekstra ressurser på helg og kveld i 2009. Brandval har i lange perioder hatt brukere på Kongsvinger på kveldstid som ikke sonene i Kongsvinger har ressurser nok til å ivareta. Det vurderes om det er riktig å benytte en av to kveldsvakter ved sone Brandval med utgangspunkt på kveldsvakt fra base i soner i Kongsvinger.

Sykefravær

Sykefraværet har vært lavt. I 2008 var fraværet fra 7,7 %. I første halvår 2009 har fraværet vært 19,1 %. Tallene inneholder statistikk for sone Brandval, hjemmehjelperne administrasjon samt Bpa. og pa.-ordninger.

Årsakene til sykefravær har sammensatte årsaker. Flere ansatte med kroniske fysiske og psykiske lidelser. I perioder med stor arbeidsmengde kan de se ut som om dette påvirker sykefraværet for dem med kroniske lidelser.

Det er en Bpa. sak med høyt sykefravær som er lagt in under kostnadsstedet fra 01.01.09.

Økonomien

Gruppeleder får rapporter vedrørende økonomi fra Enhetsleder. Koordinator tar ikke ut rapporter selv.

Regnskap og budsjett for 2008 viste et mindreforbruk ved sonen på ca. kr 181 000. Årsakene til mindreforbruket var mindre produsert tjeneste, blant annet på helg. Videre har det vært tilsatt en hospitant som dekket store deler av vikarbehovet ved sonen, og det har vært en justering og tilbakebetaling av pensjonsinnskudd.

Regnskap og budsjett for 2009 tyder på et mer forbruk på ca. kr 437 000. Årsaken til dette er i hovedsak økt tjenesteproduksjon og redusert ramme.

7.3 Hjemmetjenesten sone Syd

Hjemmebasert tjeneste sone Syd er hjemmesykepleie. Tjenesten organiseres under egen koordinator som arbeider som leder på fulltid. Koordinator har ansvar for fag og personale og delvis for økonomi. Det er ca. 131 brukere av hjemmesykepleie. Enheten og sonen har ingen oversikt over hvor mange brukere som har trygghetsalarm. Trygghetsalarm er privatisert og vi har ingen prosedyre på å legge inn i datasystemet hvem som har trygghetsalarmer.

Syd og Nord har felles turnus med tilsvarende 18,85 årsverk på dag og kveld. Videre er det 12,08 årsverk helsefagarbeider mv. og 6,8 årsverk sykepleiere i den samlede turnusen for sonene.

Ledelsen opplever at ansatte ved sonene samarbeider godt om å fordele og utnytte ressursene i fellesturnusen mellom sonene.

Fordelingen av ansatte ved sonen fordeler seg med 4,0 årsverk sykepleiere og 6,3 årsverk omsorgsarbeidere/hjelpepleiere. Totalt er det 10,3 årsverk.

Hov bokollektiv har 3,92 årsverk fordelt på 2,03 ufaglært og 1,89 helsefagarbeider. Disse kommer i tillegg til de ovenstående årsverk i fellesturnusen for syd og Nord.

Ledelsen opplyser at det er et godt samarbeid mellom ergo- og fysioterapi. Det er

AGENDA

månedlig samarbeidsmøter.

Hjemmetjenesten er delt arbeidsgrupper hvor sone Syd er en arbeidsgruppe, som er primærgruppe for ca. 131 brukere.

Ved sonen er det rapport på morgen kl. 0800, og kveld kl. 1500. Rapport til nattevakt foregår kl. 2200.

Fordeling av oppdragene foregår ved at gruppeleder/ annen fordeler etter lister Visma Profil.

Bemanningsplanen for de ansatte sone Syd er som følger:

	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø
Dag ansatte	7	6	6	6	6	3	3
Kveld ansatte	2	2	2	2	2	2	2

Tabellen viser at det er det 6 ansatte tirsdag til fredag, mandag er det 7 (unntatt hver 12. mandag hvor det er 6 ansatte) Det er 2 ansatte på kveldvakt.

Dagvaktene har en varighet på 7,0 til 7,5t.

Hov bokollektiv utfører helsehjelp og praktisk bistand til 18 brukere dag og kveld.

Bemanningsplan for de ansatte på Hov er som følger:

	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Dag ansatte	2	2	2	2	2	1	1
Kveld ansatte	1	1	1	1	1	1	1

Ved Hov er det 3,92 årsverk. Tjenester som utføres ved Hov og årsverk som brukes ved Hov, er underlagt sone Syd. Årsverk ved Hov kommer i tillegg til årsverk ved sone Syd, som tidligere nevnt. (Tjenesteproduksjon ved Hov trekkes ut av statistikker for sone Syd hjemmesykepleie og hjemmehjelp.)

Sykefravær

Sykefraværet har vært høyt. I 2008 var fraværet fra 12,5 %. I første halvår 2009 har fraværet vært 15,2 %. Statistikkene viser sykefravær for syd, nord, Hov, hjemme- hjelperne, adm. og noen Bpa. og pa.-ordninger.

Årsaken til fraværet er sammensatt og består blant annet av forhold som ligger utenfor arbeidsstedet.

Økonomi

Gruppeleder får rapporter vedrørende økonomi fra Enhetsleder. Koordinator tar ikke ut rapporter selv. Se beskrivelse Nord. Syd og Nord er et kostnadssted.

7.4 Hjemmetjenesten sone Nord

Hjemmebaserte tjenester sone Nord er hjemmesykepleie.

Tjenesten organiseres under egen koordinator som arbeider som leder på fulltid. Koordinator har ansvar for fag og personale og delvis for økonomi

Det er ca. 114 brukere av hjemmesykepleie. Det er også brukere som har trygghetsalarm. Enheten og sonen har ikke oversikt over hvor mange brukere som har trygghetsalarm.

For å yte tjenester til brukerne er det 8,55 årsverk ved sonen. Fordelingen av ansatte fordeler seg med 2,8 årsverk sykepleiere og 5,75 årsverk omsorgsarbeidere/ hjelpepleiere.

Det er et godt samarbeid mellom ergo/fysioterapi. Det er månedlig samarbeidsmøter. Hjemmetjenesten ved sone Nord er delt i en arbeidsgruppe, som er primærgruppe for ca. 114 brukere hver.

Ved sonen er det rapport på morgen kl. 0800, og kveld kl 1500. Rapport til nattevakt foregår kl. 2200. Nattjenesten tar imot rapport fra sone Syd, Nord, Brandval, Hdo, Hov og sykehjemmene i tiden 2200–2230.

Årsverk på natt; 3,78 årsverk kommer i tillegg til årsverk på dag og kveld for sone Syd og Nord og årsverk oppgitt for Hov. 1,77 sykepleiere, 1,77 helsefagarbeider. Nattjenesten er omtalt i eget avsnitt.

Fordeling av oppdragene på sone Nord foregår ved at gruppeleder/annen fordeler etter lister i Visma profil.

Bemanningsplanen for de ansatte er som følger

	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Dag ansatte	5	5	5	5	6	3	3
Kveld ansatte	1	1	1	1	1	1	1

Hver dag er det 5 ansatte på jobb, på kveld er det 1 på jobb.

Sykefravær

Sykefraværet har vært høyt. I 2008 var fraværet fra 12,5 %. I første halvår 2009 har fraværet vært 15,2 %. Statistikkene viser sykefravær for syd, nord, Hov, hjemme- hjelpene, adm. og noen Bpa. brukere og personlig assistentordninger.

Økonomien

Gruppeleder får rapporter vedrørende økonomi fra Enhetsleder. Koordinator tar ikke ut rapporter selv.

Regnskap og budsjett for 2008 viste et mindre forbruk ved sonen på ca. kr 620 000:– Årsakene; mindre produksjon av tjeneste. Justering og tilbakebetaling av pensjonsinnskudd.

Regnskap og budsjett for 2009 tyder på et merforbruk på ca. kr 625 000. Årsaken til dette er i hovedsak økt tjenesteproduksjon, redusert ramme for 2009.

7.5 Holt hdo.

Hjemmebasert tjeneste Holt hdo. er hjemmesykepleie og praktisk bistand til brukere i hdo. Ved Holt hdo. ytes helsehjelp og praktisk bistand av en fast bemanning på dag, kveld og helg, natt. Det er 17 brukere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp ved Holt hdo. Brukerne har et alarmsystem tilnyttet bemanningen ved Holt hdo. 12 brukere samt korttidsplassen er tilknyttet trygghetsalarmen i HDO.

Enheten har ingen muligheter til å få frem opplysninger om hvor mange som har trygghetsalarm fra eksterne leverandører.

Det er 16 brukere som har vedtak på HDO-plass. 1 rom blir brukt til korttidsplass/-avlastningsplass. Til sammen 17 brukere får tjenester fra ansatte i HDO.

For å yte tjenester til brukerne er det 7,29 årsverk ved sonen. Eksklusiv natt med 1,88 årsverk.

Fordelingen av ansatte fordeler seg med 2,84 årsverk sykepleiere og 6,32 årsverk omsorgsarbeidere/hjelpepleiere.

Hjemmetjenesten er delt opp i soner hvor Holt hdo. er en arbeidsgruppe, som er

AGENDA

primærgruppe for de 17 beboere Holt hdo. har.

Ved sonen er det rapport på morgen kl. 0800, og kveld kl. 1500. Rapport til nattevakt foregår kl. 2200.

Fordeling av oppdragene foregår ved at gruppeleder/annen fordeler etter lister i Visma Profil.

Bemanning ved Holt hdo. fordeler seg som følger:

	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.
Dag ansatte	4	4	3	3	4	2	2
Kveld ansatte	2	2	2	2	2	2	2
Natt	1	1	1	1	1	1	1

Det er 3–4 ansatte på dagtid og 2 ansatte på kveldstid samt 1 nattevakt (som også har ansvar for Gnisten) mandag til fredag. Lørdag og søndag er det 2 på dag og 2 på kveld samt 1 nattvakt. Det har blitt brukt ekstra hjelp på kortvakt på dagtid lørdag og søndag i en lengre periode, da det er større behov for tjenester en to personer kan dekke opp. Ansatte ved HDOet hjelper også sone Syd med besøk enkelte helger.

Det er et godt samarbeid med ergoterapitjenesten, da ergoterapeuten også har arbeidsplass ved Gnisten, og derfor er tilgjengelig for ansatte ved HDO.

Samarbeidet med fysioterapeuttenesten er også bra da vi har egne kontaktpersoner.

Ledelsen opplever at det er et godt samarbeid med psykiaritjenesten, da fagkoordinatoren vil ha faste møter med personalet angående brukere av tjenesten i HDO, foreløpig hver 14.dag.

Sykefravær

Sykefraværet har vært høyt. I 2008 var fraværet fra 14,9 %. I første halvår 2009 har fraværet vært 21,4 %. Gnisten og tidligere adm. for sonen er også med i denne statistikken.

Sykefraværet er forholdsvis høyt. Hovedårsaken til fraværet er kroniske fysiske og psykiske lidelser.

Økonomien

Gruppeleder får rapporter vedrørende økonomi fra Enhetsleder. Koordinator tar ikke ut rapporter selv.

Regnskap og budsjett for 2008 viste et mindreforbruk ved sonen på ca. kr 959 000. Årsakene til mindreforbruket var forskjøvet oppstart og redusert drift ved Holt hdo. i 2008.

Regnskap og budsjett for 2009 tyder på et merforbruk på ca. kr 586 000. Årsaken til dette er i hovedsak; Holt hdo. ble integrert i enheten hjemmebaserte tjenester mars 2009. I de første 4 måneder brukte sonen mye mer ressurser enn nødvendig i forhold til vedtatt tjenesteyting. Det har i hele inneværende år vært mer tjenesteproduksjon på for eksempel helg enn det sonen har ressurser til. Sonen har hatt ekstra utgifter i forbindelse med plasser utover normert ved hdo. Inntektsreduksjon i forbindelse med korttidsplasser og avlastningsplass ved Holt hdo.

7.6 Hjemmehjelp

Hjemmehjelpstjenesten er organisert under sone Brandval og Sone Sentrum. Tjenesten organiseres under en egen koordinator som arbeider som leder på fulltid med 80 % stilling ved sone Syd og 20 % stilling ved sone Brandval. Koordinator har ansvar for fag

og personale og delvis for økonomi. Koordinatorene har kontor ved basen som er lokalisert ved hjemmebaserte tjenester Brandval (20 % stilling) og hjemmebaserte tjenester Syd. og Nord i 80 % stilling.

Det ytes etter vedtak praktisk bistand i distriktet, inkludert omsorgsboligene unntatt Hov bokollektiv og Holt hdo. yter sin hjemmehjelp innenfor de ressurser som er tilknyttet stedet.

Det er ca. 217 brukere som har praktisk bistand i sone Syd og Nord. Det er ca. 54 brukere som har praktisk bistand Brandval.

For å serve brukerne er det årsverk 10,34 totalt.

Fordelingen av ansatte fordeler seg med 2,9 årsverk hjemmehjelpere/omsorgsarbeidere, 7,44 ufaglært

Oppdrag fordeles i Visma profil.

Ved sone Syd og Nord for hjemmehjelp brukes mindre en budsjetterte årsverk anslått til sa. 1,5 årsverk mindre en budsjetterte stillinger som oppgitt for sonen.

	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø
Dag ansatte	8	11	9	9	8	0	0

Dette utgjør 10,34 årsverk fordelt på 14 personer. Brandval 3 personer og Syd og Nord 11 personer.

Sykefravær

Sykefraværet har vært høyt. I 2008 var fraværet fra 12,5 %. I første halvår 2009 har fraværet vært 15,2 %. Statistikkene viser sykefravær for syd, nord, Hov, hjemme-hjelperne, adm. og noen Bpa. og pa.-ordninger.

Årsaken til fraværet er mange eldre arbeidstakere med slitasje problematikk, rygg, skuldre.

AGENDA

Økonomien

Gruppeleder får rapporter vedrørende økonomi fra Enhetsleder. Koordinator tar ikke ut rapporter selv.

Viser til rapport som lagt in under Nord. Tilhører samme kostnadssted.

7.7 BPA og personlig assistent

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistent er organisert under egen koordinator som arbeider kun med denne oppgaven. Koordinator har ansvar for fag og personale og delvis for økonomi. Koordinator har kontor som er lokalisert ved sone Brandval hjemmebaserte tjenester, i bygg Roverudhjemmet. Lokalisering av Bpa. koordinator begrunnes med tilgjengelig merkantil ressurs i sone Brandval hjemmesykepleien.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Kommunen er arbeidsgiver for 6 brukere med Bpa. og 3 brukere med PA.

BPA utgjør 6,21 årsverk fordelt på 6 brukere, PA utgjør 9,72 årsverk fordelt på 3 brukere.

I tillegg er Uloba arbeidsgiver for; 3.95 årsverk Bpa. utgift 2 385 000 kr pr. år for tjeneste og administrering ved ULOBA.

PA er innvilget fordi brukere er i behov av stor mengde tjeneste/timer pr. døgn. Alle PA brukere er i ung alder (30-årene). En av 3 har døgn kontinuerlig assistent.

BPA brukere er tildelt dette på grunnlag av behov for sammensatte tjenester og at det er mest hensiktsmessig for bruker å kunne forholde seg til få personer.

3,95 årsverk BPA ble i 2009 overflyttet til Kongsvinger hjemmebaserte tjeneste fra en annen enhet. Dette fordi Kongsvinger hjemmebaserte tjeneste pr. i dag har alle BPA saker og hadde erfaring med BPA.

Det er en sak til behandling hos fylkes lege. Dette gjelder reduksjon på PA fra 105 til 52,5 timer pr uke. Grunnlag for denne reduksjon er at Kongsvinger kommune mener at bruker ikke lenger oppfyller krav/intensjon for tildeling av BPA.

I 2009 er det gitt dobling av timeantall fra 6 til 12 timer for en bruker med BPA. Dette er grunnlagt at ektefelle trenger mer avlastning. Hjemmebaserte tjenester ønsket å finne alternative løsninger for denne bruker. Slik som hjemmesykepleie og dagsenter/støttekontakt. Dette ønsket ikke bruker og det ble innvilget BPA.

Flere brukere har fått økt eller beholdt sin tjeneste i forbindelse med klagesaker.

Sykefravær

Viser til statistikker for Syd, Nord og Brandval.

Årsaken til fraværet: Bpa. og pa.-ordninger er krevende tjenester å arbeide i. Det er stor slitasje på ansatte som har vært tilsatt i den over tid. Det er stor grad av ufaglærte i denne tjeneste. Ledelsen antar at sykefraværet kan reduseres ved å tilsette faglært personell i ordningene. Det arbeides med å heve fagkompetansen i denne del av tjenesten.

Arbeidslederfunksjonen i Bpa.-ordningene ivaretas ikke godt i enkelte av ordningene.

Økonomien

Gruppeleder får rapporter vedrørende økonomi fra Enhetsleder. Koordinator tar ikke ut rapporter selv. Bpa. og Pa. er ikke eget kostnadssted, og det vises derfor til kommentarer under sone Brandval og sone Syd og Nord.

7.8 Generelt

Samtlige tjenesteytende årsverk har pause inkludert i arbeidstiden. Enheten mener at samarbeidet med psykisk helsetjenester i kommunen er blitt bedre de siste 6 måneder.

Enheten har i 2009 brukt mer ressurser til hjemmesykepleie enn det enheten har budsjettet stillinger til.

Det er midlertidige og varig økende brukerbehov utover det enheten har ressurser til å produsere som er årsak til bruk av ekstra ressurser.

Omsorgslønn totalt i enheten tilsvarer 8,3 årsverk. Flere av mottakere av omsorgslønn yter omsorg til barn, ungdom med medfødt funksjonshemming.

Enheten dekker også utgift til assistent i barnehage i forhold til et barn med sykdom, kr 300 000.

Enheten har hatt utgifter til overtid første halvår grunnet uforutsigbar og variabel tjenesteproduksjon. Det har også vært liten vikartilgang. Dette er bedre fra august 2009.

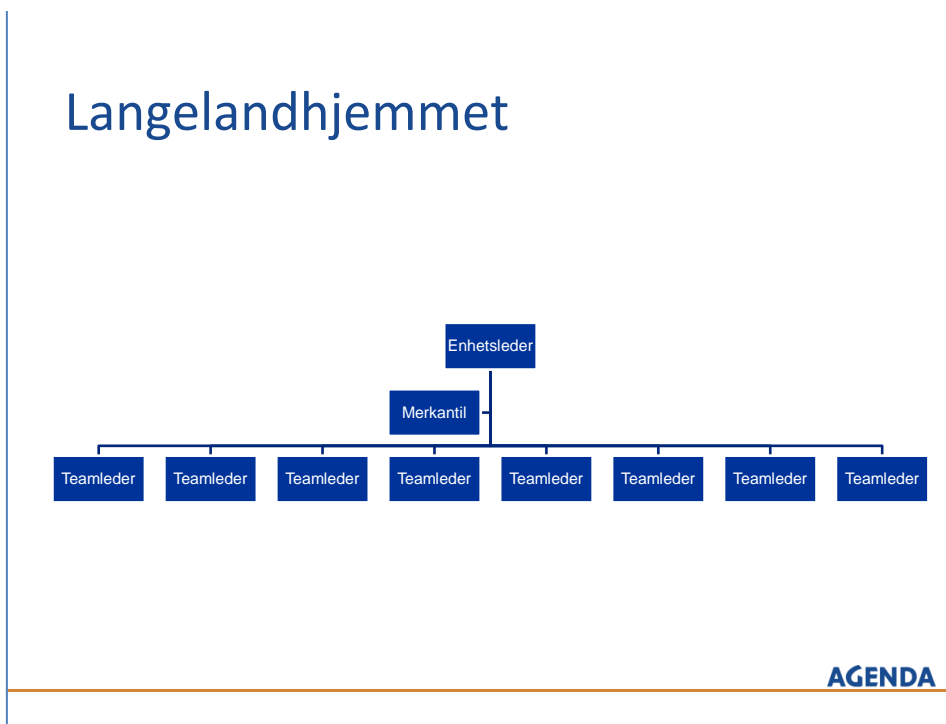
Regnskapstallene det vises til i rapporten er til og med oktober 2009.

8 Langelandhjemmet

Langelandhjemmet har 76 beboere, hvorav 4 rom er dobbeltrom, og ca. 100 ansatte. Sykehjemmet er organisert med syv sengeteam; somatisk, demens, alvorlig syke og døende, psykiatri og innkost/vurdering. I tillegg er nattpersonal et eget team sammen med sykepleiergruppen. Legetjenesten er fordelt på tre stillinger, til sammen 0,42 årsverk. Personalet er organisert etter inndelingen av fagteamene. Det er ikke egen resepsjon ved sykehjemmet.

Det er 1 årsverk sekretær tilknyttet sykehjemmet.

Organiseringen kan illustreres som følger:



8.1 Bygningsmessige forhold

Langelandhjemmet åpnet i 1996 og består av 6000 m². Ved sykehjemmet er det 7 team med 10–12 beboere på hvert team. Sykepleiere og nattpersonal er et team som server de øvrige.

Sykehjemmet er i en bygning over tre etasjer, med sengeteam på andre og tredje etasje. Sykehjemmet disponerer et rom i første etasje til teamlederne samt et rom som flerbruksrom. Dette benyttes av tillitsvalgt, kvalitetssykepleier og tildelingsteamet. Videre er det et trimrom, garderobe, hovedlager for medisinske forbruksvarer, lager for diverse møbler og utstyr og kapell i første etasje. Ut over det sykehjemmet disponerer, er det et dagsenter og alle kontorer til tildelingsenheten. Det er også lokaler for KKE, vaskeri som server hele kommunen, renholdere har et eget kontor for vask av mopper, kontor og verksted for vaktmester samt lokaler til produksjon av mat, både varmmat til hele kommunen og tørrmat til Langelandhjemmet.

Andre etasje består av 4 team. Tre av teamene har bygningsmessige forhold som er relativt like hverandre. Her er det rom plassert på hver side av gangen, med åpning ut mot fellesarealer/torget. Det fjerde teamet har noe annerledes organisering ved at det har en base med rom rundt. Tredje etasje er utformet likt som andre etasje, minus den vestlige fløyen.

Rommene er ca. 25 m² med bad på ca. 13 m². Rommene er firkantede, det er relativt enkelt å komme inn med mobile heiser. Det er en utfordring å bruke takheis grunnet ulik takhøyde mellom rom og bad.

Hvert av teamene har egen minibase med tilgang på PC. I tillegg kan det rapporteres på vaktrom og sykepleierrom. Videre er det skjerming på enkelte av rommene slik at det er mulig og dokumentere uten at det er for mye innsyn.

I senter av teamene er det et eget torg. Torget i andre etasje er mindre enn i tredje etasje. Her er det bygd inn et eget tekjøkken ved hjelp av lettvegger. Dette gjør torget mer intimt og hyggelig. Beboerne ved C-fløyen bruker Torget som spisestue. De øvrige fløyene benytter dette rommet til hyggekelder, andakter, trim mv.

Plassering av skyllerom er plassert på en god måte, men fire av syv er noe små i forhold til behovene. Dette krever en god logistikk og ryddighet for å få dette til å fungere i praksis. Lintøyrom er plassert i fastmonterte skap ved siden av skyllerommene. Det er også et større lintøylager ved siden av kontoret til enhetsleder. Dette benyttes av alle team.

Det kommer opp lintøy til avdelingene fra vaskeriet som de ansatte må legge inn i hyller og skap.

8.2 Kjøkken

I senter av teamene er det et eget torg. Torget i andre etasje er mindre enn i tredje etasje. Her er det bygd inn et eget tekjøkken ved hjelp av lettvegger. I tredje etasje er dette åpent. Videre er det plassert et postkjøkken som flukter inn mot torget. Her er det knyttet en debatt med KKE om bruk av kjøkkenet. Dette omhandler skille av kjerneoppgaver. Debatten omhandler kvalitet på tjenesten i forhold til egnethet, kostnadseffektivitet, pålitelighet, leveringstid og utgifter i forbindelse med levering. Møter med ledelsen har ikke ført til en forbedring. Mattilsynet er trukket inn og har hatt tilsyn.

Det er variasjon i hvordan maten kommer til de ulike postene. I enkelte tilfeller blir brødmaten tilberedt flere dager før den skal servers. Det har vært knyttet mye arbeid fra sykehjemmet for å innarbeide gode rutiner. Den ideelle organiseringen burde vært slik at de som har ansvar for matproduksjonen skal gjøre dette. Enten er dette et produksjonskjøkken, eller så er det et T-kjøkken. Ved T-kjøkken kan alle bruke kjøkkenet. Dersom det skal smøres mat eller produsere mat skal det være IK-mat rutiner. Da må kjøkkenet bygges ut, det må tilpasses forskrift mv. Dette er bekreftet i rapport fra Mattilsynet etter tilsyn 11.11.09.

Problemet i dag er at rutinene legger opp til at det skal være T-kjøkken, men praksisen fra KKE legger opp til at det skal være et produksjonskjøkken. Dette henger sammen med hvordan maten leveres og hvilken standard maten har når den blir levert til avdelingen. I tillegg har KKE ansvar for å hente alt avfall fra postkjøkkenet. Selv etter mange purringer blir dette fortsatt ikke gjort. Pleierne må bære matavfall, restavfall og brukt glass til søppelrom. Det er plassert i 1 etasje.

8.3 Renhold

Ledelsen opplyser at renholdet fungerer tilfredsstillende på 6 av 7 team. Årsaken til dette er antall ganger det skal rengjøres. Solsiden har ikke de samme tjenestene som de andre teamene. Dette fører til at det rengjøres noe mindre hyppig på dette teamet enn på de andre teamene. Resultatet er at pleierne må vaske toaletter fordi KKE kun rengjør wc en gang pr. uke. Dette er tatt opp med KKE, men argumentet er at de ikke har tid.

Det er avsatt 3 millioner kroner til renhold, vaskeri og vaktmester. Dette er midler som Enhetsleder ikke har råderett over, men som styres av KKE. Sykehjemmet opplever at de ikke får tilbakeført denne verdien i praktisk tjeneste.

8.4 Beboere

De fleste beboerne, både på langtids- og demensavdelingen trenger hjelp til alle dagliglivets gjøremål og til personlig pleie. Svært mange er rullestolbrukere og trenger hjelp i spisesituasjonen. Det er ingen av teamene som i praksis er kun for korttids-pasienter. Men på Mølla er det meningen at det skal være fem korttidsplasser.

Beboerne ved demensteamet har en demensdiagnose som sin hovedlidelse, men kan ha somatiske lidelser i tillegg. Beboerne ved langtidsavdelingen har en somatisk diagnose som sin hovedlidelse, men kan ha en demenslidelse i tillegg. Dette medfører at mange av beboerne ved sykehjemmet har en eller annen demensdiagnose.

Det er ingen aktivitør ved sykehjemmet, og det er personalet som har ansvar for aktiviseringen av beboerne.

Det er avtale om fysioterapi på timebasis hver uke, og det er en fast ergoterapeut som har oppfølgingsansvar for sykehjemmet. Det er faste møtepunkter med ergo- og fysioterapi. Ergoterapi og fysioterapi er organisert under helse.

8.5 Bemanning og organisering

Sykehjemmet er i dag organisert med 7 team hvor det er knyttet til en teamleder på hvert team. I tillegg er det en teamleder på natt og sykepleierturnus.

Sykepleierturnusen er skilt ut fra den øvrige pleiebemanningen på sykehjemmet. Årsaken til dette har vært for å benytte sykepleierne på en mest mulig effektiv måte. Det er en sykepleier på jobb kveld og helg. Ellers fordeles sykepleierne på de ulike teamene. Da denne ordningen ble opprettet var det vanskelig å rekruttere sykepleiere til kommunen.

Teamlederne har fag, personal og delvis økonomiansvar. Dette gjelder bruken av ressursene de har i turnusen. Sykepleierne bestiller medikamenter og medisinsk utstyr. Teamlederne arbeider turnus med dag og kveld, uten natt. Teamlederne består av 1 sykepleier, 1 vernepleier og resten hjelpe- og omsorgsarbeidere. Teamleder har ansvar for innleie av vikarer og liknende. Det er enhetsleder og sekretær som har ansvar for anvisning av regninger mv. To av sykepleierne (innkjøpsansvarlig og teamleder) samt sekretær kan attestere.

Det er fleksibel turnus (VITT: virksomhets- og individtilpasset turnus) på 6 av teamene på sykehjemmet. Hvert team har sin egen turnus. Det utarbeides ny turnus hver 6 uke. Det er plan for hvordan turnusen skal utarbeides gjennom hele året. Da dette startet ble alle stillingsstørrelser gjort om til timer for at personalet selv skulle gis en mulighet til å vurdere hvilke tidspunkt det var behov for å prioritere mest ressurser. Ansattressursen er fordelt tilnærmet likt. Dette for å ta hensyn til helgene. Tidligere var det høyere bemanning. Da hadde Solsiden og Livshjelp noe mer ressurser enn de andre.

De som har små stillinger kan ha lengre fri uten å ta ut ferie. Videre er det mye mer autonomi hos personalet enn ellers. Eksempelvis kan bemanningen vedta å ha mer ressurser på lille julaften mv. Det har vært en tett dialog med tillitsvalgte om modellen for å sikre rettigheter i lovgivningen, samt vedta goder som for eksempel at all kompetanseheving som er vedtatt i kompetanseplan/godkjent av teamleder blir godskrevet som arbeidstid.

Det er egen turnus på natt, med 4 nattevater pr. natt, og det er egen sykepleierturnus. De som ikke har VITT, bruker noe av tankegangen rundt vurdering og innleie av vikar ved ferie, perm og sykdom.

Det er egne turnuser knyttet til hvert team. Det vil si 8 turnuser som er todelt, og en turnus for bemanningen på natt. Nattevaktene arbeider kun på natt, og hver tredje helg. Personalet på natt arbeider 2 av 6 helger.

Fordeling av årsverk på de ulike team er:

2. etasje – bemanning, årsverk og kompetansesammensetting

Langelandhjemmet	Plasser	Årsverk grunn- bemanning	Andel natt og sykepleiere	Sum	Pleiefaktor
Demens rød	10	6,66	2,03	8,7	0,87
Demens blå	10	6,66	2,03	8,7	0,87
Mølla	12	6,66	2,03	8,7	0,72
Solsiden	12	6,97	2,03	9,0	0,75

Solsiden har inkludert i årsverkene; 1 vernepleier (teamleder), 1 spl, resten hj.pl/omsorgsarbeider. De andre teamene har hj.pl/oms./helsefagarbeider

3. etasje – bemanning, årsverk og kompetansesammensetting

Langelandhjemmet	Plasser	Årsverk grunn- bemanning	Andel natt og sykepleiere	Sum	Pleiefaktor
Livshjelp	10	6,85	2,03	8,9	0,89
Somatisk blå	10	6,66	2,03	8,7	0,87
Somatisk grønn	12	6,66	2,03	8,7	0,72

Pleieteamene har hj.pl/oms/helsefagarbeider. 0,9 av årsverkene benyttes til administrasjon. Dersom dette regnes med blir pleiefaktor 0,79.

Sykepleiergruppen: 6,76 årsverk fordelt på 8 personer. 1 er en helgestilling. 4 har hovedansvar for 3 etasje og 3 i andre etasje.

Dag	3, 2 på helg
Kveld	2
Natt	4 vakter pr. natt

Sykepleiergruppen: 6,76 årsverk fordelt på 8 personer. 1 er en helgestilling. 4 har hovedansvar for 3. etasje og 3 i andre etasje.

8.6 Sykefravær

Sykefraværet var i 2008 på 10 % for sykehjemmet samlet. Andre kvartal 2009 var sykefraværet på ca. 9 %, tredje kvartal 8 %. Hovedårsaken til fraværet er noe grunnet syke barn, langtidssykemeldinger hos enkelte ansatte.

Ved nattpersonalet har det vært noe høyt fravær. Årsaken til fraværet på natt er både jobb og ikke jobberelaterte problemstillinger.

Det er teamleder som foretar vurderingen av om det er behov for å leie inn ved fravær. Ved langtidssykefravær hos personalet innkalles medarbeider til IA samtaler med enhetsleder. Vi har god erfaring med bruk av aktiv sykemelding for å sikre at personer

kommer raskt tilbake til jobb når det er mulig.

Teamlederen har avsatt 1 dag hver andre uke til kontorarbeid. Teamleder for natt og sykepleierne har 1 dag pr. uke til kontorarbeid.

8.7 Økonomi og ressursbruk

I budsjettet og regnskapet er det ikke et skille mellom de ulike teamene. Budsjettene viser sykehjemmet samlet. Ved et merforbruk kan vi bruke Notus for å få oversikt over hvor det er satt inn vikarer. Teamlederne setter inn vikarer når det er nødvendig, men har en restriktiv holdning til bruk av ekstrapersonell. Det er teamlederne som styrer innleie av vakter. Teamlederne følger tett opp i forhold til arbeidsplanene. Det er en tett dialog mellom teamlederne og leder for å sikre at budsjettene holdes. Personalet melder ifra dersom det er spesielt tungt belegg og uheldig å spare for mye på innleie av vikarer. Teamlederne kjenner sine medarbeidere godt og vet når det er behov for å leie inn og i hvilken grad. Det er stor åpenhet om dette. Plasstillitsvalgte blir invitert til å diskutere dette, i tillegg tar de dette opp med ledelsen dersom de mener det er nødvendig.

8.7.1 Regnskap og budsjett for 2008 og føreste halvår 2009

Budsjett 2008: kr 45 540 000

Regnskap 2008: kr 46 763 000

Årsaken til merforbruket var ekstraregning fra KKE, merforbruk på strøm og oppvarming på kr 250 000. Det var kr 419 000 merforbruk på lønn, har hatt overbelegg, innført 4 ansatte på natt. Rapport til rådmannen 30.04.08 viste: utgifter ved overbelegg: Ved fem overbelegg var det nødvendig å leie inn ekstra personell på enkelte tidspunkt. Regning fra KKE: ekstra utgifter til overbelegg (snitt 5 stk.), Kost: kr 77 900,- Vask: kr 42 820,- + midler til nattevakt. Prognose for 2008: Kr 1 183 000,-.

Juni 2008 fikk sykehjemmet kr 1 100 000,- til å dekke utgifter til fire nattevakter og overbelegg. I samme notat krav om å redusere med 500 000,-.

Budsjett 2009: kr 47 408 000,-

Regnskap 2009: kr 41 952 000,- pr 01.11.09

Det forventes et merforbruk på mellom 100–200 000 kroner ved utgangen av året. Hovedårsakene til merforbruket er tapte inntekter. Avtalte med rådmannen at sykehjemmet skulle redusere antall korttids plasser for å øke inntektene slik at det skulle bli nok midler til fire nattevakter.

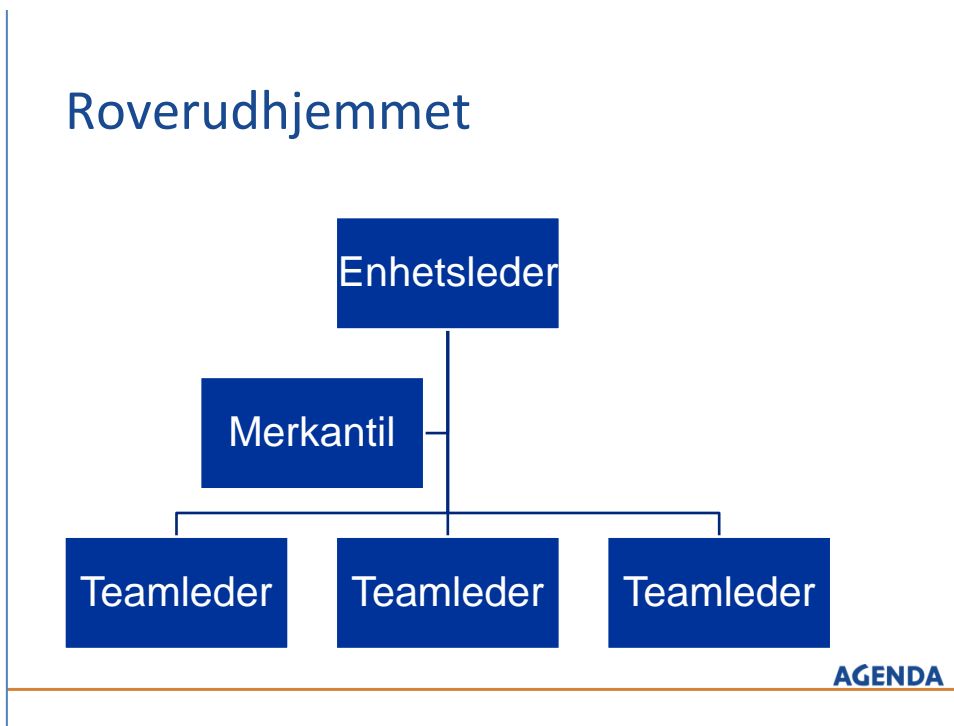
Roverudhjemmet

Roverudhjemmet er et sykehjem med 6 avdelinger. Enhetsleder har ansvaret for alle 6 avdelinger, og har tre teamledere under seg. I tillegg er det 1,5 årsverk sekretær knyttet til enhetsleder. Det ble overført 0,5 stilling som sekretær i våres grunnet omplassering fra annen stilling i kommunen. Årsaken til dette var ment som bistand til å innarbeide rutiner mv.

Totalt er det 48 pasientrom ved sykehjemmet.

Pensjonistforeningen disponerer lokaler i underetasjen 1 dag hver 2 uke.

Organiseringen kan illustreres som følger:



8.8 Bygningsmessige forhold

Roverudhjemmet har 48 plasser fordelt på 6 avdelinger over to etasjer. I tillegg er det underetasje under bygget hvor det er vaskeri, kantine og rom for aktivitetssenter.

Sykehjemmet som det fremstår i dag består av en gammel del som er bygd i 1954, og ombygget i 2004 og en ny del som er bygd i 2002. Den gamle delen huser plasser til demente og kontorlokaler. I fløyen med kontorlokaler er ledelsen ved sykehjemmet er lokalisert i første etasje, og hjemmebasert omsorg er basert i andre etasje.

I umiddelbar nærhet til sykehjemmet er det omsorgsboliger uten heldøgns bemanning. Brukerne her serves fra hjemmetjenesten.

Avdelingene er delt på to etasjer med utforming som en T. Nedre delen av T-en utgjør E-fløyen. Første og andre etasje i E- fløyen har en teamleder. Her er det demente avdelinger.

Videre er det en avdeling i hver etasje som utgjør den øverste streken i T-en. Dette er fly A og fløy B. Det er en teamleder på hver av etasjene i fløyene A og B.

Avdelingen lokalisert i fløy 1B skiller seg fra de andre grunnet tre spesielle rom bygd for skjerming. Rommene er lydisolerte, og er beregnet for ressurskrevende,

utagerende demente beboere.

Hver avdeling har en base, en spisestue og kjøkken. Dette fungerer rimelig bra på alle avdelingene.

Plassering av skyllerom og tøyrom fungerer bra, med unntak av E-avdelingene. Her er det den gamle bygningen som er ombygget. Det er lite plass til skyllerommene, og fasilitetene her fremstår som små og ubekvemme.

Videre er det ved E 1 og E 2 stuer langt fra kjøkkenet. Det fører til at det er tungvint å gi bistand i matsituasjonen. Ved E-avdelingen er det også lite rom for besøk av pårørende grunnet liten plass på stue. Derfor brukes kjøkkenet for besøk av pårørende.

Gjennomgående er beboerrommene store og fine. Alle har opplegg for heis i taket, fine baderom, og helheten i romutformingen fremstår som fin.

Demensavdelingen har knyttet til seg en stor altan, men det er ikke adgang til å komme ut i hagen direkte fra terrassen. Dette er imidlertid et prosjekt som er under arbeidsplanlegging.

Ved sykehjemmet er det mye rom som er mer eller mindre disponert. Det er gode muligheter for andre tiltak, men rommene står i stor grad tomme.

Det er personell fra KKE som har ansvaret for tilbreiding av mat, vask av tøy og renhold. Renholdet blir ivaretatt av KKE. Renholdet fremstår som profesjonelt og sykehjemmet fremstår som fint renholdt. KKE disponerer lokalene i kjeller til vaskeri.

8.9 Beboere

De fleste beboerne, både på langtids- og demensavdelingen trenger hjelp til alle dagliglivets gjøremål og til personlig pleie. Svært mange er rullestolbrukere og trenger hjelp i spisesituasjonen. Det er også tre egne rom for sterkt utagerende brukere som trenger 1:1 oppfølging og ekstra skjerming.

Beboerne ved demensavdelingen har en demensdiagnose som sin hovedlidelse, men kan ha somatiske lidelser i tillegg. Disse beboere er veldig pleiekrevende, og skårer høyt på IPLOS på kartleggingen.

Beboerne ved langtidsavdelingen har en somatisk diagnose som sin hovedlidelse, men kan ha en demenslidelse i tillegg. Dette medfører at mange av beboerne ved sykehjemmet har en eller annen demensdiagnose.

Det er ingen aktivitør ved sykehjemmet, og det er personalet som har ansvar for aktiviseringen av beboerne.

Det er avtale om fysioterapi på timebasis hver uke, men det er noe variabelt når vedkommende er til stede. Ved sykehjemmet er det ikke tilgang til ergoterapeut.

Det er ikke knyttet en fast nattevakt til E-avdelingene, men det er tilsynsrunder. Sengevarslingsutstyr fungerer ikke tilfredsstillende på disse avd.

8.10 Bemanning og organisering

Sykehjemmet er i dag organisert med 6 avdelinger fordelt på 3 teamledere. Teamlederne har fag, personal og delvis økonomiansvar, og arbeider kun på dagtid. Økonomiansvaret er lagt til enhetsleder. Det er teamleder som har ansvar for den daglige driften, og som har ansvar for innleie av vikarer og liknende. Men det er enhetsleder som har ansvar for anvisning av regninger mv.

Det er egne turnuser knyttet til hver avdeling og til natt. Det vil si 6 turnuser som er todelt, og en turnus for bemanningen på natt. Nattevaktene arbeider kun på natt, og hver andre helg. Det arbeides for tiden med å gjøre denne turnusen om til hver tredje helg. Årsaken til dette er slitasje på personalet. Personalet på avdelingene arbeider hver tredje helg.

Fordeling av årsverk er:

Roverudhjemmet	Plasser	Årsverk grunn- bemanning	Andel natt	Sum	Pleiefaktor
1, etasje	17	16,2	1,8	17,97	1,1
2. etasje	17	12,98	1,8	14,75	0,9
E-avdelingen	14	12,19	1,8	13,96	1,0
Natt		5,3			
Sum	48	46,67		15,56	0,97

Fire av plassene i 1. etasje er forsterkede med økt behov for bemanning

I administrasjonen er det 2 årsverk og 0,5 årsverk omplassert sekretær. Ellers består bemanningen av følgende årsverk:

	1 etasje	2 etasje	Avdeling E
Teamleder	0,8	1	1
Sykepleier	3,1	2,5	2,6
Hj.pl/oms	12,3	9,48	8,59
Sum	16,2	12,98	12,19

Antall personer på vakt ved hver avdeling er:

Dag	1. A: 2 personer 1.B: 3 personer + 1 teamleder på hverdager 1.A: 2 personer 2.B: 2 personer + 1 teamleder på hverdager E.1 etasje: 2 personer E.2 etasje: 2 personer + 1 teamleder på hverdager
Kveld	1.A: 2 personer 1B: 3 personer 2.A: 1 ½ person 2 B: 1 ½ person E 1. og 2. etasje: 2 personer
Natt	3 våkne nattevakter

Bemanningen kan være ulik på grunn av turnusplanen. Helgvakt er kortere.

Turnusen er oppbygget ved at alle jobber 3. hver helg, der er faste nattevakter, personalet jobber i utgangspunktet bare dag og kveld.

På kveld er det to ansatte på hver avdeling. Årsaken til dette er byggets utforming og muligheten for å kunne dele personell. Sykepleier på vakt har alltid det sykepleierfaglige ansvaret på hele huset. Hun inngår i turnussen.

Alle de såkalte "hotellfunksjonene" unntatt rengjøring og tilbreiing av mat er lagt til pleiepersonalet. KKE leverer tørrmat, og ansatte tilbereder all tørrmat i avdelingene. Det er et problem knyttet til at tørrmaten blir tilbredt siste ukedag før servering. Det vil si at tørrmaten til mandag blir lagt fra KKE på fredag. Dette har ført til at de ansatte selv smører maten på avdelingene.

Oppvarmning av varmmat foregår i skap i plastemballasje på hovedkjøkkenet. Maten hentes i kjøkkenet av personalet på avd. Deretter er det pleiepersonellet som deler ut maten.

Beboertøy, håndklær og kluter vaskes i vaskeriet i kjeller sammen med lintøy og arbeidstøy. KKE har ansvar for dette.

Sykefravær

Sykefraværet ved avdelingene på sykehjemmet har vært høyt. Det var i 2008 på over 15 %, men er nå redusert til 7,1 % i andre kvartal 2009. Årsaken til dette er i følge ledelsen ved sykehjemmet flere tiltak. Her kan nevnes:

- Rydde i bemanningsorganisering
- Ny struktur
- Obligatorisk trim 12 min hver dag.
- Felles verdiplattform, felles mål og visjoner for arbeidet mv.
- Ulike tiltak for å spleise personalet som utflukter, faste møtetidspunkter mv.
- Avskaffelse av ufrivillig deltid.

Det er teamleder som foretar vurderingen av om det er behov for å leie inn vikar ved fravær. Dette er fordi at enhetsleder ser at det fort kan føre til økt bruk av vikarer om andre har denne oppgave. Videre deltar teamleder i pleien dersom det er sykdom hos personalet. Ved langtidsfravær hos personalet innkalles medarbeider til IA samtaler med enhetsleder.

8.11 Økonomi og ressursbruk

I budsjettet og regnskapet er det ikke et skille mellom de ulike avdelingene. Budsjettene viser kun sykehjemmet samlet. Når det gjelder merforbruk, er det dermed problematisk å se tallene i regnskapet.

Måten ledelsen ved sykehjemmet har oversikt over økonomien er bruken av ekstravakter i forhold til turnusplanen. Det har vært noe variabel oppfatning i hvordan teamlederne har arbeidet på dette området.

8.11.1 Regnskap og budsjett for 2008:

Budsjett 2008:	kr 35 493 000
Regnskap 2008:	kr 36 796 000
Budsjett 2009:	kr 37 995 000
Regnskap 2009:	kr 36 324 000

Det forventes et merforbruk på 2,4 millioner kroner ved utgangen av året. Hovedårsakene til merforbruket er ikke helt klarlagt. Årsaken til dette arbeider ledelsen ved sykehjemmet med sammen med økonomiavdelingen for å kartlegge.

Ved sykehjemmet har det vært stor usikkerhet til hvor mange ansatte som er knyttet til den enkelte turnusgruppe. Helt siden dagens leder overtok driften ved sykehjemmet har det vært arbeidet mye med å rydde i denne problemstillingen.

9 Austmarka omsorgsenhet

9.1 Tjenester og bygningsmessige forhold

Austmarka omsorgsenhet ble etablert i sin nåværende form 1. juli 2009. Enheten var tidligere delt i et sykehjem med åtte plasser, bofellesskap med 20 leiligheter og hjemmebaserte tjenester.

Enheten yter i dag tjenester til de samme brukergruppene. Ved omleggingen opprettholdt sykehjemsbrukerne sine tilbud, men fikk omdefinert tjenesten (fra institusjonsopphold til hjemmesykepleie og hjemmehjelp)

Fordelingen av brukere/beboere på de ulike tilbudene er som følger:

Antall leiligheter/rom i den gamle sykehjemsdelen	8
Antall leiligheter i bofellesskapet	28
Antall hjemmeboende brukere med tilbud om hjemmesykepleie	56
Antall hjemmeboende brukere med tilbud om praktisk bistand	27
Antall hjemmeboende brukere med tilbud om begge tjenester	20

Bygningsmassen ved omsorgssenteret er forholdsvis ny og hensiktsmessig utformet i forhold til brukergruppene. Leilighetene i bofellesskapet er store og romslige. Flere har utgang til uteplass på bakkeplan.

Leilighetene i sykehjemsdelen er mindre, men likevel godt utformet.

Austbo har eget produksjonskjøkken. Der tilberedes middag og tørrmat til de beboerne som ønsker det. De tilbereder og leverer også cateringmat etter bestilling. Det er KKE som drifter kjøkkenet og kantine.

Enheten har tre leasingbiler som benyttes til oppdrag hos hjemmeboende.

9.2 Brukere

Beboere og brukere ved Austmarka HDO er i hovedsak eldre. Beboere kommer fra hele kommunen, ikke bare det geografiske området som Austmarka omfatter.

Det er 12 av brukerne som har vedtak på HDO-plass. 6 brukere har ikke vedtak om HDO, men har 22–44 besøk pr uke, mens to brukere som ikke har vedtak om HDO har 8–15 besøk pr. uke.

Enheten tilstreber at hjemmeboende brukere med store bistandsbehov tildeles plass ved HDO. Dette gjør tjenesteutøvelsen mer rasjonell, og gir brukerne større trygghet.

Tjenesteutøvelsene og vedtakene er utmålt på tid. Innvilgende vedtakstimer pr tjeneste er:

Totalt antall timer innvilget til beboere i sykehjemsdelen	270,5 t/uka
Totalt antall timer innvilget til beboere i bofellesskapet	388,5/uka
Totalt antall timer innvilget til hjemmeboende brukere	440,5t/uka

9.3 Bemanning

Austmarka omsorgsenhet har totalt 21,22 årsverk. 37 personer er ansatt ved enheten. Pleiebemanningen utgjør 18,41 årsverk. Kompetansesammensetningen fremgår av tabellen under:

AGENDA

Kompetansesammensetting	Årsverk
Sykepleiere (som jobber i pleie)	3,60
Vernepleiere	
Hjelpepleiere (div. fagarbeidere)	13,60
Omsorgsarbeidere	0,50
Andre med høgskoleutdanning	
Assistenter	0,71
Sum årsverk	18,41

Enheten har enhetsleder og sekretær i 100 % stilling samt fagkoordinator i 80 % stilling.

I tillegg til bemanningen som er nevnt ovenfor, jobber renholder i 60 % stilling og 1,8 årsverk ved kjøkkenet. Disse er ansatt i KKE.

Fagkoordinator arbeider i hovedsak administrativt, men tar vakter/oppdrag i pleien ved behov. Fagkoordinator har det daglige ansvaret for ivaretagelse av det faglige i enheten. Hun har ikke personal- og økonomiansvar. Fagkoordinator er enhetsleders stedfortreder, og har da enhetsleders fullmakter. Det er fagkoordinator som fordeler arbeidslistene. Det er også fagkoordinator som har det overordnet ansvar ift. dokumentasjon og som er kontaktperson opp mot samarbeidende enheter, som bl.a. Tjeneste- og velferdsenheten.

Austmarka omsorgsenhet har en felles turnus og arbeidslister for de som arbeider inne HDO-et og ute blant de hjemmeboende brukerne. Enheten har fleksibel turnus. Medarbeiderne har selv ansvar for å sette seg opp på turnusen i forhold til sin stillingsstørrelse, og at alle vaktene er dekket opp.

De medarbeidere jobber både ute og inne, også nattevaktene. Som oftest har de hele vaktene ute eller inne.

Oversikten nedenfor viser hvor mange ansatte som er på jobb i ukedagene og helgene, fordelt ute og inne:

Bemanning	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Sum vakter
Dag ansatte inne (i hjemmesykepleie)	4	4	5	4	4	3	3	27
Dag ansatte ute	1	1	1	1	1	1	1	7
Kveld ansatte inne	3	3	3	3	3	3	3	21
Kveld ansatte ute	1	1	1	1	1	1	1	7
Natt ansatte inne	1	1	1	1	1	1	1	7
Natt ansatte ute	1	1	1	1	1	1	1	7

Som det fremgår av tabellen er bemanningsbehovet større inne enn ute.

Nattevakt ute bistår nattevakt inn deler av natten.

Hjemmehjelperne er ikke tatt med i denne oversikten, Dette utgjør 0,57 årsverk fordelt på fire personer. De utfører ca. 17 timer praktisk bistand per uke.

9.4 Sykefravær og håndtering av sykefravær

Austmarka omsorgsenhet hadde et gjennomsnittlig samlet fravær (korttid og langtid) på 16 % i 2008. En av hjelpepleierne i enheten har ansvar for å leie inn vikarer ved fravær. Medarbeiderne skal melde sykdom/fravær til henne. Hvis hun ikke er til stede gis fraværsmelding til fagkoordinator, sekretær eller en av medarbeiderne på vakt.

Det gjøres kritiske vurderinger av behovet for å dekke inn fravær i hvert tilfelle. Det leies ikke inn ekstra uten at det er nødvendig. På kveld og helg er bemanningen så knapp at innleie ikke kan unngås.

9.5 Økonomi

Austmarka omsorgsenhet hadde et negativt avvik i forhold til budsjett på 1 % i 2008. Dette utgjorde kr 252 000. Overskridelsene er knyttet til overbelegg på sykehjemmet, en ressurskrevende bruker i hjemmetjenesten, innleie av vikarer, utgifter ved innlevering av leasingbiler, økte drivstoffutgifter, overføring av lønnsmidler til opprettelsen av TVE, samt KKE- poster.

9.6 Tildeling av tjenester -samarbeid med Tjeneste og velferdsenheten

Austmarka omsorgsenhet har faste samarbeidsmøter med Tjeneste- og velferdsenheten. Det er etablert en fast møteplan med møter hver annen måned. Enhetsledere og fagkoordinatorer fra sykehjem, HDO og hjemmetjenestene deltar på møtene. I tillegg deltar enhetsleder og saksbehandlere fra TVE samt ansatte på dagsentrene. I møtene drøftes saker som begge parter har behov for å avklare. Diskusjonene tas ofte på brukernivå, mellom saksbehandler og fagkoordinator.

Enhetsleder opplever at Tjeneste- og velferdsenheten treffer godt med vedtakene, både når det gjelder tjenesten som er innvilget og omfanget av bistanden (timer tildelt).

Ved endring i behov er det fagkoordinator, sykepleier eller hjelpepleier på vakt som melder ifra.

Ved omstruktureringen av enheten ble det foretatt en kartlegging/vurdering av alle beboere på den tidligere sykehjemsdelen. Vedtakstimer har økt for noen siden 01.07.09. Innvilgende vedtakstimer skal nå stemme godt over ens med brukernes behov.

Ved økning i brukernes behov på HDOet, skal enheten øke bistanden til bruker etter vedtak. Bare i spesielle tilfeller skal beboerne overflyttes til sykehjem. Dette er en utfordring for enheten. Flere dårligere brukere innebærer at enheten får problemer med å ta i mot nye brukere. Pr. i dag er alle leilighetene belagte.

Enheten bistår Kongsvinger hjemmebasert med en BPA-bruker, hovedsakelig på natt.

10 Aktivitets- og bistandsenheten

10.1 Tjenester og organisering

Aktivitets- og bistandsenheten yter boveiledning og hjemmehjelpstjenester til utviklingshemmede over 18 år, og gir også avlastning for funksjonshemmede barn og unge 0–18 år. Enheten driver i tillegg et dagsenter for utviklingshemmede over 18 år. Tilbudet består fysisk av en avlastningsavdeling, et bokollektiv for eldre utviklingshemmede, tre samlokaliserte boliger/bofellesskap og dagsenter. En avdeling har ansvaret for tjenestene til utviklingshemmede som bor i egne boliger.

Brukere og bemanning for hvert av tjenestestedene omtales nærmere nedenfor.

Enheten har også ansvar for privat avlastning for barn og unge.

Enhetsleder har det overordnede ansvaret i tjenester, personale og økonomi. Enheten har også tre teamledere. Hver teamleder har ansvar for to tjenestesteder. Teamlederne arbeider for tiden 40 % administrativt. De resterende 60 % av stillingen skal gå med til å dekke inn udekkede vakter i enhetene.

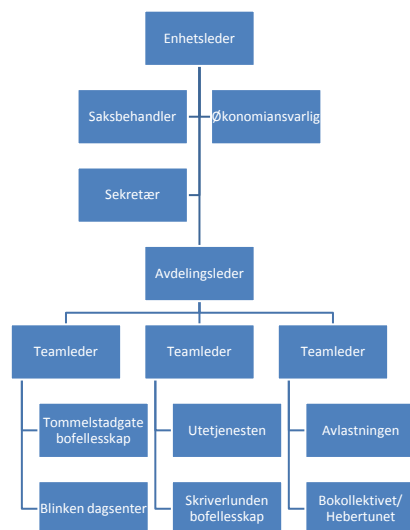
Fra januar 2009 gikk tjenesten over fra å ha to likestilte enhetsledere i team til å bli én enhetsleder og én rådgiver. Rådgiveren sine oppgaver er i hovedsak all oppfølging av sykemeldte i enheten og kontakten med NAV, ansvar for inntak og oppfølging av nye vikarer, studenter og hospitanter til enheten, rådgiver i personalspørsmål og stedfortreder for enhetsleder.

Tjenesten gikk også over fra å ha to fagkoordinatorer/saksbehandlere til å ha en fagkoordinator/saksbehandler og en avdelingsleder. Avdelingslederen står mellom enhetslederen og teamlederne. Avdelingsleder støtter teamlederne mye i det daglige og fungerer fortsatt mye som fagkoordinator og faglig støtte for teamlederne og ute i boligene. I tillegg er avdelingslederen systemansvarlig for fagprogrammet Profil som hele Helse og omsorg bruker. Hun bruker til tider mye av tiden sin til å ivareta denne funksjonen på vegne av alle enhetene i Helse og omsorg.

Enheten har i tillegg 1,5 årsverk sekretærer. Sekretærene bruker mye av tiden sin til å støtte teamlederne.

Organiseringen av enheten kan illustreres slik:

Organiseringen av Aktivitets og bistandsenheten



AGENDA

Føring av brukerregnskap er nå samlet på to stillinger (50 % +40 %). Enheten er tilfreds med hvordan dette fungerer.

Kultur- og fritidsenheten har ansvar for ettermiddags- og fritidsaktiviteter for brukergruppen. De har et bra program med både faste aktiviteter og spesielle arrangementer. Aktivitet og bistand har ikke noe formalisert samarbeid med Kultur og fritid pr i dag.

Kultur- og fritidsenheten har også ansvar for tilbudet om støttekontakt til brukerne i Aktivitet og bistand. Tjenestene ytes primært som gruppetilbud.

Ansvar for brukerstyrt personlig assistanse og omsorgslønn til utviklingshemmede og funksjonshemmede er lagt til Hjemmetjenesten.

Aktivitet og bistand har sentralt inntak av vikarer.

10.2 Sykefravær og håndtering av fravær

Aktivitets- og bistandsenheten hadde et gjennomsnittlig samlet fravær (korttid og langtid) på 16,6 % i 2008. Det er særlig de langtidssykemeldte som bidrar til å trekke statistikken opp.

Fraværet så langt i 2009 er lavere (13 %). All sykefraværsoppfølging tas nå av enhetsleder. Enheten har gode rutiner på IA- arbeidet. Medarbeiderne får den oppfølgingen de skal ha. Det er også etablert et tettere samarbeid med NAV som har virket positivt.

Fravær skal i utgangspunktet meldes til teamleder. Det er teamleder som skal ta beslutningen om det skal leies inn eller ikke. Denne rutinen har ikke alltid blitt fulgt i boligene, men er nå skjerpet inn.

10.3 Økonomi

Aktivitets- og bistandsenheten hadde en overskridelse på 1,5 millioner kroner i 2008. I 2009 styrer enheten mot en overskridelse på 2,5 millioner kroner.

Hovedårsak til overforbruket skyldes netto vekst i antall brukere, brukere/beboere som har fått dårligere helse eller økte behov av andre årsaker.

Enheten hadde også for høyt driftsnivå ved inngangen til 2009.

Som en følge av høyt fravær har enheten hatt overforbruk på variabel lønn. Avvikene er redusert i løpet av høsten 2009.

Overgang til ny organisering i mars 2009 har ikke effektivisert driften slik enheten hadde som målsetting.

Økonomiansvar er ikke delegert til teamlederne.

10.4 Tildeling av tjenester

Aktivitets- og bistandsenheten har egen saksbehandler som foretar kartlegging/vurdering og fatter vedtak om tjenester. Denne funksjonen er planlagt overført til Tjeneste og Velferdsenheten.

Det er saksbehandler som skriver under på vedtakene.

Enheten er selv ansvarlig for å foreta kartlegging, behovsvurdering og tildeling av tjenester. Timetallet i vedtakene fastlås ut fra det som er den enkelte brukernes behov for direkte bistand og tilsyn. Det tas ikke hensyn til totaliteten i boligen når vedtakene utformes. Totalt timetall for brukerne i boligene er derfor høyere enn det bemanningen tilsier.

Det er Kongsvinger boligstiftelse som eier alle boligene i enheten (unntatt bokollektivet på Hebertunet) Kommunen har et eget boligdelingsteam. Aktivitets- og bistandsenheten er representert der. Enheten legger frem sine faglige vurderinger i forhold til hvilke brukere som passer inn hvor, og får stort sett gjennomslag for det.

Aktivitets- og bistandsenheten mener kommunen har tilstrekkelig antall boliger i et femårsperspektiv. På lengre sikt vil det trolig være behov for flere boliger.

Flere av dagens beboere er i ferd med å utvikle alderdomssykdommer i tillegg til sin utviklingshemning. Dette gir utfordringer i forhold til det helsefaglige tilbudet til disse brukerne, og spørsmålet om hvem som bør være tjenesteyter. På dette området er det behov for å vurdere grenseoppgangen mellom bistand i bolig og sykehjem.

10.5 Avlastningen

Avlastningen, bokollektivet og Hebertunet ligger under samme teamleder.

Avlastningsavdelingen er et tilbud for barn og unge i alderen 0–18 år med fysisk- og/eller psykisk funksjonshemming eller omfattende kroniske lidelser.

Avdelingen har fem rom og ni senger. Maksimumskapasitet er seks barn. I 2009 er det totalt 12 barn som benytter seg av tilbudet.

Enheten selger også en avlastningsplass til Nes kommune i Akershus, og har inntil nylig solgt plasser til Oslo kommune (1) og Eidskog kommune (1). De to sistnevnte kommunene har sagt opp plassene sine i løpet av 2009. Eidskog kommune har signalisert at de muligens vil kjøpe en plass på avlastningen i 2010.

Avlastningsavdelingen har stengt 8 kvelder/netter i måneden. Avdelingen har våken nattevakt hver natt den er åpen.

Brukerne av avlastningsavdelingen har en egen turnus hvor tidspunkt for oppholdet er bestemt. Det utarbeides turnus for ett år av gangen.

Flere av personalet har kombinasjonsstillinger, hvor de også fungerer som assistenter i skolen. De er tilsatt i Aktivitet og bistand, men enheten sender refusjonskrav til skolen hvert halvår for bistanden som ytes i skolen. Ordningen skyldes at barna har store funksjonshemninger som krever spesialkompetanse hos personalet.

Brukere og bemanning ved avlastningen er som følger:

Bemanning Avlastningen	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.	Sum vakter
Dag beboere i bolig								
Dag beboere utenfor bolig som får tjenester av p.	2	1	2	2	1			
Dag ansatte til stede i bolig	4,5	1,7	3,2	3	2,8	3,8	4	
Ansatte fra bolig som er med bruker på dagtilbud								
Antall beboere med hjemmedag								
Kveld beboere i bolig								
Kveld beboere utenfor bolig som mottar tjenester av p.								
Kveld ansatte	0	2	2,8	3,1	3,1	3,1	3	
Natt beboere								
Natt ansatte våken	0	0,7	1	1	1	1	1	
Natt ansatte hvilende								

Kompetansesammensetningen hos personalet ved avlastningen er slik:

Kompetansesammensetting avlastningen	Årsverk
Vernepleiere	1,60
Sykepleiere	1,30
Hjelpepleiere (div. fagarbeidere)	2,65
Omsorgsarbeidere	1,10
Andre med høgskoleutdanning	0,35
Assistenter	7,50
Sum årsverk	14,50
Kommentar: Flere av assistentene er under utdanning	

10.6 Bokollektivet og Hebertunet

Bokollektivet et tilbud til eldre utviklingshemmede med somatiske tilleggslidelser og/eller demens. Bokollektivet har fem beboere. Leiligheten ligger inne i den gamle institusjonsbygningen og er ikke godt tilrettelagt for beboerne.

Leilighetene er små og gjør det vanskelig å bruke forflytningshjelpemidler hensiktsmessig. Lokalene er mørke og uoversiktlige, noe som gjør det vanskelig for beboerne å orientere seg.

Hebertunet er et tilbud til yngre utviklingshemmede. Boligen er forholdsvis ny, og ble etablert spesielt med tanke på denne brukergruppen. Leilighetene er store og romslige, og fellesarealet funksjonelt.

Alle beboere har mindre enn 1:1-oppfølging.

AGENDA

Personale fra dagsenteret bistår brukerne ved Hebertunet om morgenen.

Både bokollektivet og Hebertunet får tilbrakt middag fra sentralkjøkkenet på Langelandhjemmet. Måltidene tilbredes og spises i fellesskap.

Beboere og bemanning ved bokollektivet og Hebertunet er som følger:

Bemanning bokollektivet/Hebertunet	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Sum vakter
Dag beboere i bolig	7	7	7	7	7	10	10	55
Dag beboere utenfor bolig som får tjenester av personalet	0	0	0	0	0	0	0	0
Dag ansatte tilstede i bolig	4	4	4	4	4	4	4	28
Ansatte fra bolig som er med bruker på dagtilbud	0	0	0	0	0	0	0	0
Antall beboere med hjemmedag	0	0	0	0	0	0	0	0
Kveld beboere i bolig	10	10	10	10	10	10	10	70
Kveld beboere utenfor bolig som mottar tjenester av personal	0	0	0	0	0	0	0	0
Kveld ansatte	4	4	4	4	4	4	4	28
Natt beboere	10	10	10	10	10	10	10	70
Natt ansatte våken	1	1	1	1	1	1	1	1
Natt ansatte hvilende	0	0	0	0	0	0	0	0

Kommentar: Beboerne har ikke faste hjemmedager men oppgavene spres utover i uken. Dette skyldes at kun to av beboere selv kan delta i. På kveldstid er tilsier bemanningsplanen at det skal være fire på vakt. På grunn av sykdom, permisjoner osv er det ofte bare tre.

Bokollektivet og Hebertunet deler natt- tjeneste. Nattevakten går kontinuerlige runder for å ha tilsyn med alle beboere.

Kompetansesammensetningen hos personalet ved bokollektivet og Hebertunet er slik:

Kompetansesammensetting bokollektivet/Hebertunet	Årsverk
Vernepleiere	1,40
Sykepleiere	0,00
Hjelpepleiere (div. fagarbeidere)	2,65
Omsorgsarbeidere	1,10
Andre med høgskoleutdanning	0,39
Assistentter	7,39
Sum årsverk	14,50

Kommentar: Blant assistentene er alle uten utdanning regnet med. I tallet inngår også en lærling i 100 % stilling, og 1,67 el 1,30 stillinger hvor medarbeidere er under utdanning som helsefagarbeider eller annen relevant utdanning.

10.7 Øvre Skriverlunden

Boligene i Øvre Skriverlunden og Utetjenesten er lagt inn under samme teamleder.

Øvre Skriverlunden er samlokaliserte boliger for 8 beboere. Fire av leilighetene er samlet i et bofellesskap, mens fire leiligheter ligger i tilknyttede bygg. Brukerne er i all hovedsak eldre utviklingshemmede.

Fellesareal ligger i bofellesskapet. Der er det også kontor og personalfasiliteter. Beboerleilighetene er store og funksjonelle.

Fellesmåltider tilberedes og spises i fellesarealet.

Øvre Skriverlunden har egen turnus.

To av beboerne i Skriverlunden har 2:1-bistand, de øvrige har mindre enn 1:1.

To av beboerne har vedtak om vedtak etter Lov om sosiale tjenester Kapittel 4A -5, bokstav B og C. Dreier seg om planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner, eller tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

Skriverlunden har nylig endret brukersammensetningen og holder på med å vurdere ny turnus og bemanningsplan, eventuelt sammenslåing med annen avdeling.

En av leilighetene er for tiden bebodd av en bruker fra utetjenesten.

Beboere og bemanning ved Øvre Skriverlunden er som følger:

Bemanning Skriverlunden	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Sum vakter
Dag beboere i bolig	4	4	5	4	4	7	7	35
Dag beboere utenfor bolig som får tjenester av personalet								
Dag ansatte tilstede i bolig	4	4	4	4	4	4	4	28
Ansatte fra bolig som er med bruker på dagtilbud			2					2
Antall beboere med hjemmedag		1	1					2
Kveld beboere i bolig	7	7	7	7	7	7	7	49
Kveld beboere utenfor bolig som mottar tjenester av personalet								
Kveld ansatte	4	4	4	4	4	4	4	28
Natt beboere	7	7	7	7	7	7	7	49
Natt ansatte våken								
Natt ansatte hvilende	1	1	1	1	1	1	1	7
Kommentar:								

Hvilende nattevakt er knyttet til en bruker.

Kompetansesammensetningen hos personalet ved Øvre Skriverlunden er slik:

Kompetansesammensetning Skriverlunden	Årsverk
Vernepleiere	2,00
Sykepleiere	
Hjelpepleiere (div fagarbeidere)	6,00
Omsorgsarbeidere	1,00
Andre med høgskoleutdanning	
Assistenter	4,40
Sum årsverk	13,40
Kommentarer: En ansatt er under helsefagarbeiderutdanning.	

10.8 Utetjenesten

Utetjenesten yter miljøarbeidertjeneste til utviklingshemmede som bor i egne hjem. Tjenesten har 35 brukere. De fleste av brukerne er yngre utviklingshemmede.

Brukerne er spredt over hele byen, men mange av boligene ligger i nærheten av hverandre (Nedre Skriverlunden, Skøyenveien, Rastaveien).

Utetjenesten har egen turnus med egen ambulerende natt- tjeneste. Nattevakten bistår også Tommelstadgate og bokollektivene på Heberheimen ved behov.

Utetjenesten har kontor og personalfasiliteter i Nedre Skriverlunden.

Beboere og bemanning i Utetjenesten er som følger:

AGENDA

Bemanning Utetjenesten	Ma.	Ti.	On.	To.	Fr.	Lø.	Sø.	Sum vakter
Dag beboere i egen bolig som får tjenester	18	17	14	14	13	26	26	
Dag beboere utenfor bolig som får tjenester								
Dag ansatte tilstede i tjenesten	3	5	3	4	3	2	2	22
Ansatte fra bolig som er med bruker på dagtilbud								
Antall beboere med hjemmedag	4	3	5	4	4			
Kveld beboere i egen bolig som får tjenester	22	21	23	23	20	16	18	
Kveld beboere utenfor bolig som mottar tjenester								
Kveld ansatte	3	5	4	3	3	2	2	22
Natt beboere								
Natt ansatte våken	1	1	1	1	1	1	1	7
Natt ansatte hvilende								
Kommentar: De fleste brukerne har et dag- eller arbeidstilbud. Det er 7 brukere som ikke har et dagtilbud, enten fordi de er pensjonister eller fordi de pt er uten jobb. Det er to fellesmåltider på lørdag med tilbud til mange.								

Kompetansesammensetningen hos personalet i Utetjenesten er slik:

Kompetansesammensetning Utetjenesten	Årsverk
Vernepleiere	2,90
Sykepleiere	
Hjelpepleiere (div fagarbeidere)	4,50
Omsorgsarbeidere	1,60
Andre med høgskoleutdanning	1,30
Assistenter	1,30
Sum årsverk	11,60
Eventuelle tilleggskommentarer:	

10.9 Tommelstadgate

Boligen i Tommelstadgate og Blinken dagsenter er lagt under samme teamleder.

Tommelstadgate er et bofellesskap med åtte leiligheter. Pr. i dag står den ene leiligheten tom, slik at det er sju beboere i boligen. Det er kjøkken/fellesstue i første etasje og fellesstue i andre etasje.

Brukerne er utviklingshemmede, noen med autist-diagnose, i aldersgruppen 20 til 60 år

Måltider tilberedes og spises i fellesarealet. Boligen får middag brakt fra Langeland storkjøkken.

En av beboerne i Tommelstadgate har 1:1-bistand, en annen har 2:1-bistand, de øvrige har mindre enn 1:1.

Tre av beboerne har vedtak om vedtak etter Lov om sosiale tjenester Kapittel 4A -5, bokstav B og C. Dreier seg om planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner, eller tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for

mat og drikke, påklledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak

Beboere og bemanning ved Tommelstadgate er som følger:

Bemanning Tommelstadgt.	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Sum vakter
Dag beboere i bolig	5	5	6	5	5	7	7	40
Dag beboere utenfor bolig som får tjenester av personalet		1		1				2
Dag ansatte tilstede i bolig	3	2	3	2	3	4	4	21
Ansatte fra bolig som er med bruker på dagtilbud	2	3	2	3	2			12
Antall beboere med hjemmedag								
Kveld beboere i bolig	7	7	7	7	7	7	7	49
Kveld beboere utenfor bolig som mottar tjenester av personalet								0
Kveld ansatte	4	4	4	4	4	4	4	28
Natt beboere	7	7	7	7	7	7	7	49
Natt ansatte våken	1	1	1	1	1	1	1	7
Natt ansatte hvilende								
Kommentar: Det er 5 ansatte om i boliggrn på morgenen i ukedagene. To eller tre av personalet følger så bruker på dagtilbud. For tiden er en leilighet ubebodd på grunn av dødsfall. Våken nattevakt i Tommelstadgt kan tilkalle ambulerende nattevakt ved behov. Teamleder jobber i tillegg noe i turnus i boligen.								

Kompetansesammensetningen hos personalet ved Tommelstadgate er slik:

Kompetansesammensetting Tommelstadgt	Årsverk
Vernepleiere	1,40
Sykepleiere	
Hjelpepleiere (div fagarbeidere)	
Omsorgsarbeidere + hjelpepleiere	10,90
Andre med høgskoleutdanning	
Assistenter	3,50
Sum årsverk	15,80
Tilleggs kommentarer: To av assistentene holder på med helsefagarbeiderutdanning	

10.10 Dagsenteret

Blinken dagsenter ligger i underetasjen på Heberheimen. Dagsenteret har 24 brukere totalt. Brukerne er beboere i de bemannede bofellesskapene eller hjemmeboende. Noen har tilbud hver dag, mens andre har redusert plass.

Dagsenteret driver produksjonsvirksomhet (ved, vaskeri, kafédrift, toving og søm) og aktiviteter som ikke er produksjonsrettet. Aktivitetene tilpasses den enkelte brukers interesser, ferdigheter og funksjonsnivå.

Et flertall av brukerne kommer seg til dagtilbudet ved egen hjelp. To av brukerne har 2:1-bistand mens de er på dagsenteret

Dagsenteret har to biler som brukes til transport av brukere, utflukter mv.

Det er fast personale ved dagsenteret. For tiden har et par av brukerne følge av personale fra boligen.

Brukere og bemanning ved Blinken dagsenter er som følger:

Bemanning Blinken dagsenter	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Sum vakter
Dag beboere ved senteret	17	18	19	17	18			89
Dag ansatte tilstede ved senteret	5	6	7	4	5			27

Kompetansesammensetningen hos personalet ved Blinken dagsenter er slik:

AGENDA

Kompetansesammensetting Blinken dagsenter	Årsverk
Vernepleiere	
Sykepleiere	
Hjelpepleiere (div fagarbeidere)	4,00
Omsorgsarbeidere	0,80
Andre med høgskoleutdanning	
Assistenter	1,60
Sum årsverk	6,40
Kommentarer: 1 vernepleier er for tiden i permisjon. Teamleder går inn i driften ca. 1 dag i uka. Fra 1. januar styrkes dagsenteret med ett årsverk gjennom omfordeling i enheten.	

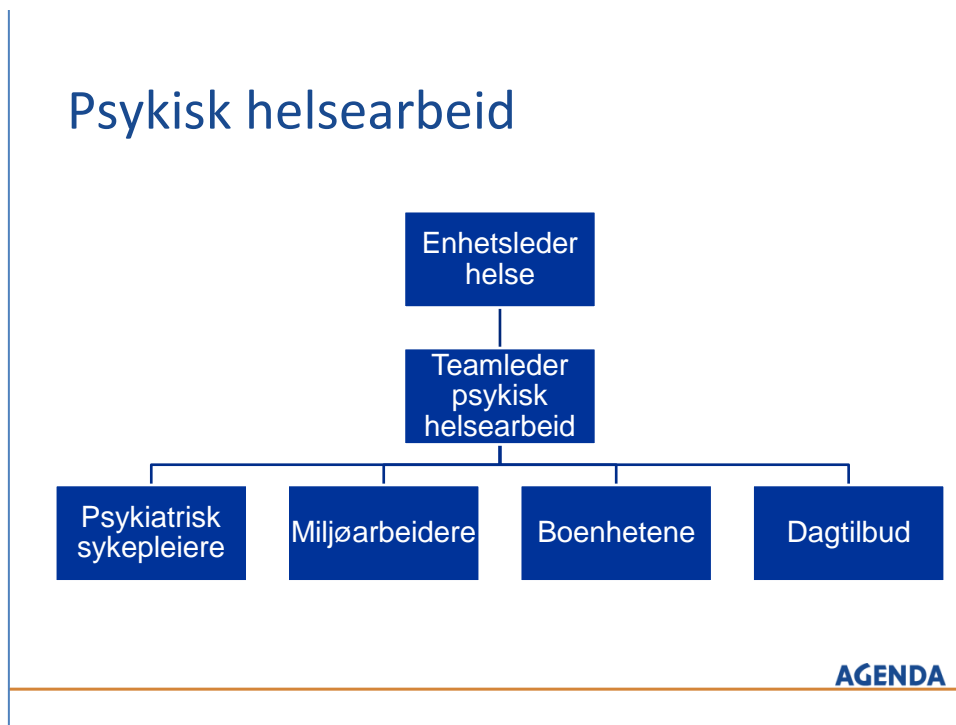
Noen av brukerne i boligene har ikke dagtilbud. Det er ønske om å gi dagtilbud også til disse, for å sikre at de har meningsfylte aktiviteter på dagtid.

11 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsetjeneste arbeider med forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak for barn, unge og voksne. Tjenesten gir hjelp til selvhjelp, slik at personer med psykiske lidelser blir bedre i stand til å mestre sin livssituasjon. I samarbeid med andre aktuelle instanser, legges til rette for egnede bo-, arbeids- og aktivitetstilbud

Miljøarbeidere/terapeuter gir hjelp til hjemmeboende med psykiske problemstillinger, og bistand til brukere i bofellesskap. Det kan være hjelp til å finne sosiale aktiviteter, råd og veiledning, både til den syke og til pårørende, hjelp til medisinbehandling med mer.

Psykisk helsearbeid i Kongsvinger kommune er organisert som et team under enhet for Helse. Psykisk helse er organisert som følger:



Psykisk helsearbeid i Kongsvinger er basert på støttesamtaler med brukere inn i selve rådhuset. Det er basert på hjemmebaserte tjenester ut mot brukere med veiledning, større og omsorgsarbeid.

Tjenestene er organisert under teamleder med ulike deltjenestene sykepleiere, miljøarbeidere, boenhetene og dagsenter.

11.1 Bemanning

Ressursene til miljøarbeidere, Holt, Sofiesgate og Gullivegen består av 9 årsverk. Ved Tommelstadg. er det 2,9 årsverk og ved dagtilbudet er det 4 årsverk. Til psykiatrisk sykepleiere er det 6 årsverk.

11.1.1 Psykiatrisk sykepleiere

Psykiatrisk sykepleiere er skilt fra miljøarbeidere, og det er 6 årsverk som har ansvar for denne delen av tjenesten. De psykiatriske sykepleierne har base i rådhuset og arbeider ut i brukernes hjem. Videre har sykepleierne koordineringsansvar for få systemene til å fungere. Tjenesten driver forebyggende arbeid mot barn/unge, målrettede behandlingssamtaler, råd/veiledning, nettverksarbeid,

tverrfaglig samarbeid, IP, brukerstyrt oppfølging, Krisearbeid, bistand og følge til ulike behandlingstilbud, gruppetilbud

11.1.2 Miljøarbeiderne

Miljøarbeiderne har også støttesamtaler, men har også veiledning av brukerne samt at de er med og drifter boenhetene og dagsentrene når det er behov der. (Veiledning ift. økonomi, veiledning og støtte, praktisk oppfølging i bolig, hjelp til opprettholdelse grunnleggende ferdigheter, tilrettelegge nye ferdigheter, nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, IP, fritidsplanlegging, bistand, gruppetilbud).

11.1.3 Boenhetene

Kommunen har tre boenheter som gir bistand til brukere med psykiske problemstillinger.

Bolig i Holtveien er samlokaliserte leiligheter for 4 brukere, kun med bemanning på dag og kveld. Det er fast personale som arbeider ved boligen på dag og kveld, men de er organisert under ambulansetjeneste. De bygningsmessige forholdene ved Holtveien er omsorgsleiligheter med tilrettelagte tjenester. Det er fellesareal med stue. Bygget er praktisk, nytt, og lokalene er tilpasset brukernes behov.

Bolig Sofiesgate er samlokaliserte leiligheter for 3 brukere. De bygningsmessige forholdene ved Sofiesgate er omsorgsleiligheter med tilrettelagte tjenester. Det er fellesareal med stue. Bygget er praktisk, nytt, og lokalene er tilpasset brukernes behov.

Gulliveien er en bolig som ligger på sørsiden av elva. Her er det 6 boliger uten fellesareal. Fellesarealet er bygd om til base for medarbeidere. Det er i stor grad brukere med dobbeltdiagnose som bor her. Her er det opprettet en base for medarbeiderne som arbeider med ettervern. Det er både sykepleiere og miljøarbeidere som arbeider med brukerne tilknyttet Gulliveien. Etter planen skal det blir fast personalbase tilknyttet Gulliveien ved årsskiftet. Årsverkene til denne turnusen flyttes fra ambulansetjeneste.

Bolig i Tommelstadgate med tjenester fra psykisk helse og aktivitet og bistand. Her er det tre årsverk på en bruker, som får bistand fra psykisk helse. Boligen er nærmere beskrevet under gjennomgangen av Aktivitets- og bistandsenhetene.

Kongsvinger kommune har også en bruker hvor det kjøpes tjenester til fra Skedsmo kommune. Her er det tjenester som kjøpes gjennom Boi. Vedkommende har 1:1 oppfølging.

11.1.4 Dagsenter

Dagsenteret driftes av tre årsverk. Senteret har åpent kun på dagtid. I snitt er det 20 brukere daglig til stede. Det er enkelte dager hvor det driftes ut over ettermiddagen. I tillegg til de tre årsverkene er en miljøarbeiderne knytt opp mot dagtilbudet. Denne stillingen brukes både opp mot dagtilbudet og i forhold til annet type arbeid i kommunen.

Tjenester som ytes ved dagtilbudet er

- Sosialt samvær
- Ulike arbeidsoppgaver i hus og hage
- Håndverksaktiviteter
- Finne tilbake gamle interesser
- Lære noe nytt, hjelp til praktiske løsninger i hverdagen
- Pc og internett tilgang
- Muligheter for å få nye venner

- Fysiske aktivitetstilbud
- Gruppe tilbud

11.2 Sykefravær

Sykefravær i 2008: Dagsenter 2,4 % Boveil./psyk.sykepleiere 14,0 % – 3 stk. langtidssykemeldte – alle har sluttet.

Sykefravær 1. halvår 2009: Dagsenter 2,0 Boveil./psyk.sykepleiere 7,1 % – en langtidssykemeldt

11.3 Økonomi

I neste figur viser vi hvordan den økonomiske situasjonen er innen psykisk helsearbeid i kommunen. Her står 254 for psyk. sykepleiere og boveiledning (øremerkede midler er budsjettet her), 234 er dagsenter og 253 er Kjøp av plass til en bruker med en til tre bemanning.

Budsjett 254 2008	Resultat 254 2008	Budsjett 234 2008	Resultat 234 2008	Budsjett 253 2008	Resultat 253 2008
- 3 066	- 3 173	2 236	1 779	5 918	5 605
	Årsak til avvik: Sykepenger/vakanse		Årsak til avvik: Sykepenger/vakanse		Årsak til avvik: Forsøk med færre timer på bruker
Budsjett 254 2009	Resultat 254 2009	Budsjett 234 2009	Resultat 234 2009	Budsjett 253 2009	Resultat 253 2009
4 222	4 079	1 445	863	2 592	2 560
	Årsak til avvik Sykepenger		Årsak til avvik Vakanse/sykepenger		

Årsak til avvik i 2008 skyldes i stor grad høy turnover og dermed noen måneder med vakanse. Årsak til avvik 2009 var også noe høy turnover og dermed flere måneder med vakanse. I tillegg har det vært sykefravær i stillinger som ikke kan erstattes uten riktig kompetanseprofil.

12 Ergoterapi og fysioterapi

Ergoterapi og fysioterapi er organisert under enhet for Helse. Enheten har ansvar for rehabilitering har ansvar for kommunale ergo- og fysioterapeuter, privatpraktiserende fysioterapeuter

I kommunen er det 1,5 årsverk som servicemann på kommunalt hjelpemiddellager. Servicemenn har ansvar for å kjøre ut, installerer, reparerer og tar imot hjelpemidler. Det er ikke egen vaktmester til hjemmeboende.

AGENDA

12.1 Brukere

Antall brukere av fysioterapi som er i forhold til pleie- og omsorg er vist i tabellen.

Alder	2009 snitt pr. år
0–17 år	(119 barn) varav 11 inom pleie og omsorg (avlastning)
18–66 år	46
67–100 år	189
Til sammen	354

Antall brukere ergoterapi er vist i figuren under.

Alder	2009 snitt pr. år
0–17	201
18–66	660
67–200	1050
Til sammen	1911

I motsetning til fysioterapeutene, som har mange faste ukentlige behandlinger, har ergoterapeutene ofte flere kortvarige oppdrag. Dette kan bestå av for eksempel hjemmebesøk, med kartlegging og oppfølging, med tilrettelegging, med tekniske hjelpemidler. En del brukere, for eksempel barn, trenger en kontinuerlig oppfølging. Ergoterapeutene har tett oppfølging av brukere som er inne på korttidsopphold på sykehjem.

12.2 Bemanning og organisering

Årsverk ergoterapi er 2,5 faste og 0,3 årsverk som dekkes av vakanse i andre deler av helseenheten.

Årsverk fysioterapi er 4,3 faste årsverk i kommunehelsetjenesten og 0,5 faste årsverk rehabiliteringskoordinator. Enheten har i tillegg 14 privatpraktiserende fysioterapeuter. 8 med 100 % driftstilskudd, 1 med 75 %, 1 med 70 %, 1 med 64 %, 1 med 58 %, og 2 med 25 %.

Årsverk teknisk bistand i hjemmet er servicemann 1,5 årsverk

12.3 Personalmessige forhold, sykefravær

Sykefravær i 2008 og første halvår 2009. Sykefravær i 2008: 13 % – to stk. langtidssykemeldte, begge har nå sluttet.

Sykefravær 1. halvår 2009: 10,2 % – en langtidssykemeldt på grunn av kronisk lidelse – er på vei over på uføretrygd, en langtidssykemeldt pga. komplisert svangerskap

12.4 Økonomi og ressursbruk

Mer eller mindreforbruk i 2008, og hvordan ligger det an etter første halvår 2009. Årsakene til mer/mindreforbruket

Økonomi

Budsjett 2008	6 023	Resultat 2008	5 821	Avvik	242
Budsjett 2009	2 880	Resultat 2009	2 917	Avvik	-37

Årsak til avvik 2008 – vakanse i stillinger

Årsak til avvik 2009 – avvik på grunn av mer kostnad leasingbil

13 Vurdering og konklusjon

13.1 Ressursbruk i forhold til andre kommuner

KOSTRA-sammenlikningen viste at kostnadsnivået til pleie- og omsorgstjenester i Kongsvinger kommune er på et noe høyt nivå. Kostnadsnivået kan ikke forklares med en enkelt årsak, men henger trolig sammen med mange ulike forhold. Det er klare indikasjoner på at pleie- og omsorgstjenestene i kommunen har relativt høyt nivå på flere av kommunens tjenester. Når det gjelder tjenester til eldre, har kommunen et noe høyt kostnadsnivå til institusjonstjenester. Dette skyldes trolig både bemanning og antall plasser i sykehjem. Videre tyder det på at kostnadene i ordinære hjemme-tjenester er noe lavere. Her viser gjennomgangen at det er høye kostnader til psykisk helsearbeid og til funksjonshemmede. Samtidig viser gjennomgangen at andelen brukere i hjemmebasert omsorg er noe lavere enn det vi finner i andre sammenliknbare kommuner.

13.2 Vurderinger Tjeneste- og velferdsenheten

13.2.1 Samarbeid med de tjenesteytende enhetene

Sammenliknet med andre kommuner i samme størrelse har Kongsvinger vært sent ute med å etablere en egen enhet for behovsvurdering og tildeling av helsetjenester. Opprettelsen av enheten innebærer at det nå er etablert et formelt skille mellom forvaltning/myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon, hvor Tjeneste- og velferdsenheten innehar forvaltningsansvaret.

Både enheten selv og de tjenesteproduserende enhetene gir uttrykk for at Tjeneste- og velferdsenheten fungerer bra. Etableringen av enheten har bidratt til en profesjonalisering av saksbehandling og tildeling av tjenester som har kommet både brukere og tjenesteytende enheter til gode. De tjenesteytende enhetene gir også uttrykk for at Tjeneste- og velferdsenheten treffer godt med utmålingen av tjenester. De opplever også å ha et godt samarbeid med enheten rundt tildeling til enkeltbrukere med spesielle behov.

13.2.2 Økonomisk styring og tildeling etter LEON-prinsippet

Den viktigste forutsetningen for god økonomisk styring av helse- og tjenestene er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på laveste effektive omsorgsnivå.

Dette krever at tildelingsenheten har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørger for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn.

Videre er det behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at avveininger mellom disse tre størrelsene tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, må kriteriene for tildeling og standarden på tjenesten justeres deretter. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester og/eller at bistanden som ytes til den enkelte må reduseres. I dette bildet er det Tjeneste- og velferdsenhetens ansvar å sørge for at tildelingen av tjenester skjer innenfor gitte økonomiske rammer.

Våre funn indikerer at Tjeneste- og velferdsenheten i Kongsvinger ikke har tilstrekkelig oversikt over helheten i tilbudene de allerede tildeler, til å sikre at tjenester tildeles på laveste effektive omsorgsnivå. Det er heller ikke stor nok bevissthet om de økonomiske rammene tjenestene tildeles innenfor.

For å oppnå en bedre styring med tjenestene vil det være behov for å stramme inn Tjeneste- og velferdsenhetens tildelingspraksis. Det skal være samsvar mellom økonomiske rammer og kriterier for tildeling, og mellom tildelte timer bistand og utførte timer.

13.2.3 Samling av ansvaret for tildeling av tjenester til alle brukergrupper

Foreløpig er det bare hovedtjenestene innenfor eldreomsorgen, støttekontakt, omsorgslønn og BPA/PA som er lagt til Tjeneste- og velferdsenheten i Kongsvinger. Det er intensjoner om at tjenestene i aktivitet og bistand samt psykisk helse også skal tildeles herfra. Tjeneste- og velferdsenheten har således ansvar for helheten i tjenestekjeden til eldre. Innenfor tjenestene til funksjonshemmede og psykisk helse er ansvaret delt, da hovedtjenestene tildeles av Aktivitet og bistand og psykisk helse, mens støttetjenestene (støttekontakt, omsorgslønn og BPA) tildeles fra Tjeneste- og velferdsenheten.

For å oppnå en god tjenestekjede også innenfor tjenestene til disse brukergruppene bør ansvaret for tildeling samles ett sted – hos Tjeneste- og velferdsenheten. Dette vil også legge bedre til rette for god økonomistyring av disse enhetene, forutsatt at Tjeneste- og velferdsenhetens tildelingspraksis strammes inn.

13.2.4 Rendyrke forvaltningsansvaret – legge dagsenterdriften til annen enhet

Tjeneste- og velferdsenheten har ansvaret for driften av to av kommunens dagsentre. Dette er i strid med prinsippet om å skille forvaltning og tjenesteproduksjon. Ansvaret for driften av disse dagsentrene bør derfor legges til en annen enhet. Erfaringsmessig kan en samorganisering med hjemmetjenesten gi gode synergieffekter. Eksempelvis kan antallet dager den enkelte bruker har ved dagsenteret, justeres opp eller ned, avhengig av brukerens svingninger i bistandsbehov. Alternativt kan dagsenter- virksomheten sees i sammenheng med drift av korttidsplasser og samorganiseres med korttidsavdelingene.

13.2.5 Fremme dagsentrenes plass i omsorgskjeden

Forholdet mellom bemanning og antall plasser ved dagsentrene tilsier at bistandsbehovet hos brukerne ikke kan være særlig stort. Det kan derfor være grunn til å revurdere formålet med og innholdet i dagsentertilbudet. Et dagsenter bør være et tilbud som bidrar direkte til at enkeltbrukere klarer seg lengre i eget hjem. Dagsentertilbudet bør derfor rettes mot å utsette innleggelse i sykehjem, gjennom forebyggende arbeid. Det kan bety at færre dagsenterbrukere med større bistandsbehov. Brukere som klarer seg uten helsefaglig bistand, bør heller kanaliseres til andre dagtilbud/-seniorsentre.

13.2.6 Behov for utvidet kompetanse

Tjeneste- og velferdsenheten har i dag fem sykepleiere som saksbehandlere. Dersom tjenestene til funksjonshemmede og brukere med psykiske lidelser også skal tildeles fra Tjeneste- og velferdsenheten, vil det være behov for å styrke enhetens kompetanse innen vernepleie og psykisk helse. Erfaringen fra andre kommuner er at bredde i kompetansen hos tildelingsmyndigheten kan være en fordel for flere tjenester.

De formelle kravene til saksbehandling og begrunnelse av enkeltvedtak innenfor helse- og omsorgstjenestene er betydelig innskjerpet de siste 10 årene. Dette er en grunn til at mange større kommuner har tilsatt medarbeidere med juridisk kompetanse

i tildelingsenheten. Dette kan bidra til å ivareta brukernes rettssikkerhet, men også gi kommunen bedre ryggdekning i vanskelige juridiske spørsmål som omhandler helse- og omsorgstjenestene.

Ressursenteret for omstilling i kommunene (RO) gjorde en studie av forholdet mellom antall innbyggere og antall saksbehandlerstillinger i 27 av de norske kommunene som hadde en bestiller-utførermodell på slutten av 1990-tallet. Dette var kommuner hvor tildeling av helse- og omsorgstjenester til eldre og funksjonshemmede var lagt til tildelingsenheten. Målt i antall innbyggere pr. saksbehandlerstilling hadde disse kommunene en spredning fra 1 756 innbyggere pr. stilling, til 7 006 innbyggere pr. stilling. Gjennomsnittlig var det 3 292 innbyggere pr. saksbehandlerstilling i disse kommunene. Dette tilsier at Kongsvinger bør ha 5-6 stillinger til saksbehandling/-vedtaksarbeid. Da saksbehandlingskapasiteten i Kongsvinger allerede er på dette nivået, er det kompetansesammensetningen som bør vurderes.

13.2.7 Anbefalinger Tjeneste- og velferdsenheten

- Det bør etableres et klart skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon for alle brukergrupper, både eldre, funksjonshemmede og brukere med psykiske lidelser. Tjeneste- og velferdsenheten bør ha ansvar for helheten i tjenestekjeden for alle disse brukergruppene
- Tildelingspraksis hos Tjeneste- og velferdsenheten bør strammes inn. Samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling og tjenestestandard må sikres
- Dagsenterdriften bør legges til hjemmetjenesten. Dette gir gode muligheter for å samordne driften og yte dagsentertjenester til de brukere som har størst utbytte av det
- Tjeneste- og velferdsenheten bør tilføres juridisk kompetanse og vernepleierkompetanse

13.3 Vurdering psykisk helse

13.3.1 Bygningsmessige forhold

De bygningsmessige forholdene innen psykisk helse har relativt gode fasiliteter. Boligene er i stor grad tilpasset brukernes behov. Vår gjennomgang tyder på at kommunen har klart å utnytte lokalene ved dagtilbudet og botjenesten på en måte som gir brukerne et godt tilbud.

13.3.2 Beboere og brukere

Brukerne innen psykisk helse og habilitering er en sammensatt gruppe med svært varierende behov. Det betyr at det er store variasjoner i hvilken type bistand de ulike brukerne har behov for. Innen psykisk helsearbeid er det viktig å arbeide forebyggende.

Psykisk helsearbeid er i stor grad forebyggende arbeid med et lavterskeltilbud for å kunne fange opp brukere før de blir avhengige av kommunale omsorgstjenester.

Vår vurdering er at organiseringen av tjenestene til brukerne er viktig for hvilken kvalitet brukeren opplever. Å ha en god ansvarsfordeling mellom hvem som gir hvilken type tjeneste, er dermed viktig.

13.3.3 Sykefravær

Sykefravær i 2008 var lavt ved dagsenteret, men noe høyt ved boveil./psyk.sykepleiere. Første halvår 2009 ses samme tendens ved dagsenteret, men langt lavere ved de øvrige tjenestene.

13.3.4 Økonomi

Ved tjenestene var det et mindre forbruk i 2008 og 2009. Årsaken til dette er høy turnover og vakanser i forbindelse med dette.

13.3.5 Bemanning og bemanningsfaktor

Ressurser til psykisk helsearbeid

Grenseoppgangen mellom hva som er kommunenes ansvar, kontra hva som er sykehus og DPS sitt ansvar, kan være vanskelig. Med tanke på de føringer som ligger fra staten angående oppgavefordeling mellom sykehus og kommunen, er trolig Kongsvinger kommune en foregangskommune her. Vi sikter da særlig til samlede ressurser til psykisk helsearbeid samt boligkjøringen av enkeltbrukere. Det er imidlertid et spørsmål om kommunen får tilstrekkelig økonomisk kompensasjon for det arbeidet som faktisk blir utført i kommunen på dette området.

Vi har sammenliknet Kongsvinger med Nittedal kommune når det gjelder ressurser til psykisk helsearbeid. I Nittedal er det 13 600 innbyggere i alderen 16–67 år, og det er totalt 16,65 årsverk i tjenestene, inkludert helsestasjon og barnevern.

Til sammenlikning er det i Kongsvinger 12 912 innbyggere i alderen 16–67 år, og det er 42 årsverk i tjenestene, foruten helsestasjon og barnevern.

Dersom vi legger andelen ansatte pr. innbygger i alderen 16–67 år i Nittedal til grunn for beregningen av behov for årsverk i Kongsvinger, er behovet ca. 17 årsverk. Nittedal er imidlertid i ferd med å bygge ut botilbudet for brukergruppen i kommunen og vil trolig øke bemanningen i boligene med ca. fire årsverk. Den totale bemanningen i Nittedal blir dermed 20,65 årsverk. Når vi legger dette tallet til grunn, gir det et behov i Kongsvinger på ca. 20 årsverk. Dette samsvarer med kostnadsgjennomgangen, som tyder på at Kongsvinger bruker relativt mye ressurser innen psykisk helsearbeid.

Det er alltid problematisk å sammenlikne kommuner på denne måten, fordi brukerne kan variere fra kommune til kommune. Samtidig er det på det rene at hvordan kommunen arbeider med psykisk helsearbeid, også er med å påvirke hvordan brukergruppen utvikler seg. Dette henger blant annet sammen med grenseoppgangen til DPS-ene og hvordan kommunen klarer å sette grenser for hvilke oppgaver som hører hjemme i førstelinjetjenesten og hvilke oppgaver som hører hjemme i andrelinjetjenesten.

Vår vurdering er at psykisk helsearbeid i Kongsvinger har relativt romlige ressurser i forhold til flere andre kommuner. Det må imidlertid presiseres at Kongsvinger har et fåtall brukere hvor det kjøpet tjenester til i annen kommune. Til disse brukerne medgår det ca 20 årsverk.

En reduksjon i årsverk vil imidlertid kunne gå ut over tjenesteomfanget som gis, og det vil være behov for en intern fordeling av ressurser. Dersom kommunen velger å opprettholde dagens tjenestenivå innen psykisk helsearbeid, må man kunne forsvare en noe lavere andel ressurser til andre formål i kommunen. Eksempel på dette kan være prioritering av ressurser til eldre.

13.3.6 Anbefalinger psykisk helsearbeid

- Det bør etableres et klart skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteproduksjon for psykisk helsearbeid. Tjeneste- og velferdsenheten bør ha ansvar for helheten i tjenestekjeden for alle disse brukergruppene.
- Det bør gjennomføres en kritisk gjennomgang av hva ressursene innen psykisk helse benyttes til.

- Kommunen bør vurdere å overføre deler av ressursene innen psykisk helsearbeid til kommunens "ordinære" hjemmetjenester. Årsaken til dette er at i disse tjenestene utføres det mange oppgaver som er tett knyttet til psykisk syke innbyggere.

13.4 Vurdering av ergoterapi og fysioterapi

Ergoterapi og fysioterapi består av få ansatte, men viktig enhet i forebygging, habilitering og rehabilitering av brukere innen pleie- og omsorgstjenestene. Kommunene velger ulik organisering av disse tjenestene. Enkelte kommuner velger å spre tjenestene til de steder hvor brukerne er organisert. Andre kommuner velger å organisere tjenestene slik Kongsvinger gjør. Det finnes ingen fasit på hvilken organisering som er den riktige, men våre erfaringer fra andre kommuner tyder på at det viktige er hvordan de ulike tjenestene arbeider sammen. Vår gjennomgang tyder på at dette samarbeidet fungerer svært bra i kommunen, og dagens organisering er et godt lavterskeltilbud. Det er imidlertid enkelte av våre informanter som ønsker mer ergoterapi og fysioterapi ut på tjenestene, og som mener det vil bli bedre dersom disse tjenestene organiseres direkte ut på tjenestestedene.

13.4.1 Anbefalinger ergoterapi og fysioterapi

- Videreføre dagens nivå på ergoterapi og fysioterapi
- Når kommunen etablerer en egen korttidsavdeling, bør ressurser til ergoterapi lokaliseres sammen med denne deltjenesten
- Benytte ressurser fra ergoterapi/fysioterapi inn i vedtaksteamet når det er krevende saker med behov for denne kompetansen

13.5 Vurdering hjemmetjenestene

13.5.1 Bygningsmessige forhold

AGENDAs hovedinntrykk når det gjelder spørsmålet om bygningsmessige forhold, er at kommunen har flere omsorgsboliger med tilnærmet heldøgns omsorg (HDO) til pleie- og omsorgsformål enn det vi vanligvis finner i andre kommuner. Samtidig har kommunen flere omsorgsboliger uten heldøgns bemanning som er tilrettelagt for brukere med behov for tilrettelegging i hverdagen.

13.5.2 Brukerne og bemanningsfaktor

De hjemmebaserte tjenestene i Kongsvinger er organisert i seks grupper med hver sine koordinatører. Det er skille mellom hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Vi har fått ledelsen i hjemmetjenesten til å ta ut rapport på vedtakstid i tjenestene. Tallene for denne gjennomgangen er gjengitt i neste tabell:

Tidsbruk hjemmetjenesten	Holt	Syd	Nord	Brandval	Hov
Årsverk	9,17	10,3	8,55	10,7	3,92
Andel natt	0,9	0,9	0,9	0,9	
Sum årsverk	10,07	11,2	9,45	11,6	3,92
Tilgjengelige timer pr. uke	357	398	335	412	139
Tilgjengelige timer i desember	1573	1749	1476	1812	612
Tjenester produsert i desember	1051	1447	1013	1217	339
%-vis tilstedetid - produsert	0,67	0,83	0,69	0,67	0,55
Tjenester vedtak i desember	1052	1930	1189	1327	356
%-vis tilstedetid - vedtak	0,67	1,10	0,81	0,73	0,58

Tabellen viser at det både i forhold til utført tid og i forhold til vedtatt tid er stramme fordelingslister i hjemmetjenesten. Samtidig kan en stille spørsmål ved om vedtakene stemmer i forhold til det som utføres av tjenester.

Ambulant hjemmesykepleie har samlet over 42,5 årsverk fordelt på ca. 403 brukere. Det tilsvarer omtrent 10 brukere pr. ansatt. I forhold til andre kommuner og i forhold til hjemmetjenesten vi har arbeidet med, er dette et relativt høyt antall. Men antallet brukere i hjemmetjenesten sier lite om tjenestene som utføres, da et vedtak om tjenester kan variere fra fem minutter til to timer. Likevel er vår erfaring at hjemmetjenester som har 7–9 brukere pr. ansatt, har en direkte brukertid på 50–60 %.

Vi har sammenliknet Kongsvinger kommune med Nittedal kommune. Kongsvinger har 42,5 årsverk til hjemmesykepleie og 10,45 årsverk til praktisk bistand/hjemmehjelp. Begge kommunene har omsorgsboliger, Kongsvinger med flere HDO-plasser enn Nittedal. I sammenlikningen har vi derfor lagt HDO-plassene ved Austmarka inn som "institusjonsplasser". Når vi gjør dette, er dekningsgrad og HDO relativt sammenliknbart.

Dersom vi krysser andelen ansatte pr. innbygger i alderen over 67 år fra Nittedal med antall innbyggere i Kongsvinger i samme aldersgruppe, viser det et behov for hjemmesykepleie med 44 årsverk. På tilsvarende måte viser sammenlikningen med praktisk bistand/hjemmehjelp at Kongsvinger har 10,3 årsverk, mens andelen med omgjorte tall fra Nittedal viser et behov for 9,5 årsverk.

Når vi derimot krysser andel brukere praktisk bistand med andel årsverk praktisk bistand, ser vi at det er relativt få brukere i Kongsvinger. Det kan tyde på at det er en underrapportering på brukere, eller at hver bruker får omfattende tjenester.

Samtidig opplever ansatte i tjenesten at det stadig kommer flere brukere raskere ut fra sykehus samt at de har store bistandsbehov. Mange av dem som kommer hjem, har også store forventninger til hvilken bistand som vil bli gitt av kommunen.

Tjenestene på natt i hjemmetjenesten er felles for hele kommunen, og server både ambulante hjemmetjenester og "nattbemanningen" på Gnisten og HDO.

Når det gjelder trygghetsalarmene, er det opp til den enkelte brukere å inngå avtale med ulike leverandører om dette. Dette finner vi ikke som en god nok løsning, med tanke på nødvendigheten av brukernes tilgang til rask og godt samarbeid med hjemmesykepleien. Et av resultatene som manglende tilgang på trygghetsalarmer kan føre til, er redusert trygghet for bistand i eget hjem. Resultatet av dette kan bli økt press på langtidsopphold i institusjon.

Kommunen har valgt å organisere omsorgslønn, BPA og personlig assistenter til alle brukerne i kommunen underlagt hjemmebasert omsorg. Samtidig har kommunen et høyt antall brukere med personlig assistent, og det er knyttet mye ressurser til denne bistanden. Vår gjennomgang tyder på at andre kommuner har bosatt flere av brukerne som har tilsvarende behov i boliger sammen med funksjonshemmede/utviklingshemmede brukere, eller i bofellesskap for seg. Å organisere tjenester gjennom personlige assistenter for brukere med omfattende behov kompliserer muligheten for en god kvalitet i turnusen, problematiserer rekrutteringsprosessen og kan lett føre til isolasjon for brukerne. Samtidig er det på det rene at kostnadene knyttet til denne måten å drifte tjenestene på, er høy. Vår vurdering er at dette er en type tjeneste som burde ligge under Aktivitets- og bistandsenheten.

13.5.3 Organisering og personalmessige forhold

Hjemmetjenesten har en utfordrende organisatorisk struktur. Enhetsleder har sine koordinatorene fordelt på ulike driftssteder. Enheten består av soner/grupper av vidt forskjellig størrelse og driftsform. Enheten synes imidlertid å ha klart å sy dette sammen på en måte som fungerer i det daglige. Men det er på det rene at det å kombinere de ulike rollene er en svært krevende måte å arbeide på.

13.5.4 Sykefravær

Sykefraværet har vært høyt. I 2008 var fraværet fra 14,9 %. I første halvår 2009 har fraværet vært 21,4 %. Gnisten og tidligere adm. for sonen er også med i denne statistikken. Ledelsen ved enheten opplyser at hovedårsaken til fraværet er kroniske fysiske og psykiske lidelser. Vi vil imidlertid bemerke at et fravær på over 20 % er helt uakseptabelt og må gjøres noe med. Vår erfaring i slike situasjoner er at det er viktig å fokusere på friskhetsfaktorer og hva som skal til for å holde ansatte i arbeid.

13.5.5 Økonomien

Gruppeleder får rapporter vedrørende økonomi fra Enhetsleder. Koordinator tar ikke ut rapporter selv. Regnskap og budsjett for 2008 viste et mindreforbruk ved sonen på ca. kr 959 000. Årsakene til mindreforbruket var forskjøvet oppstart og redusert drift ved Holt hdo. i 2008.

Regnskap og budsjett for 2009 tyder på et merforbruk på ca. kr 586 000. Årsaken til dette er i hovedsak: Holt hdo. ble integrert i enheten hjemmebaserte tjenester mars 2009. I de første 4 måneder brukte sonen mye mer ressurser enn nødvendig i forhold til vedtatt tjenesteyting. Det har i hele inneværende år vært mer tjenesteproduksjon på for eksempel helg enn det sonen har ressurser til. Sonen har hatt ekstra utgifter i forbindelse med plasser utover normert ved hdo. Inntektsreduksjon i forbindelse med korttidsplasser og avlastningsplass ved Holt hdo.

13.5.6 Trygghetsalarmer

Dagens organisering av trygghetsalarmer fremstår som lite strukturert og organisert. Tjenestene er i stor grad lagt til leverandører via private avtaler. I dag mottar 110 sentralen trygghetsalarmer fra kunden i Kongsvinger, som brannvesenet har avtale med. Deretter varsler sentralen brannvesenet som rykker ut. De fleste tilfellene blir også hjemmetjenesten varslet.

Vår gjennomgang kan tyde på at det er flere brukere med trygghetsalarm som betjenes av ulike leverandører. Her må kommunen skaffe seg et langt bedre oversikt.

13.5.7 Anbefalinger hjemmebasert omsorg

- Fordele ressursene jevnere mellom de ulike områdene/sonene
- Arbeide målstyrt for å endre bruken av personlig assistent til ordinære hjemmebaserte tjenester. De brukerne som ikke selv klarer å administrere brukerstyrt personlig assistanse, bør ha ordinære hjemmetjenester eller omsorgsbolig
- Organisere BPA-brukerne direkte under Tjeneste- og velferdsenheten
- Vurdere nedleggelse/endre ressursene ved "Gnisten" til et sted hvor kommunen har samlet alle korttidsplassene
- Utarbeide oversikt og styring av trygghetsalarmene i kommunen
- Fortløpende/månedlig tilbakemelding til Tjeneste- og velferdsenheten om ressursbruk i hjemmetjenesten.

13.6 Vurdering institusjon

13.6.1 Bygningsmessige forhold

AGENDAs hovedinntrykk når det gjelder spørsmålet om bygningsmessige forhold innenfor institusjonstjenesten, er at kommunen har mye bygningsmasse. Institusjonstjenestene er delt mellom to enheter, Roverudhjemmet og Langelandhjemmet. Samtidig er det 5 institusjonsplasser som er organisert inn under hjemmetjenesten.

Ved Roverudhjemmet er det 48 plasser fordelt på 6 avdelinger over to etasjer. I tillegg er det underetasje under bygget hvor det er vaskeri, kantine og rom for aktivitets-senter. Det er mye lokaler, men lokalitetene bærer noe preg av å være utbygget i etapper. Det er dermed noe utfordrende å ha et helhetsoverblick over sykehjemmet. Avdelingene er delt på to etasjer med utforming som en T. Nedre delen av T-en utgjør E-fløyen. Første og andre etasje i E-fløyen har en teamleder. Her er det demente avdelinger. Videre er det en avdeling i hver etasje som utgjør den øverste streken i T-en. Dette er fløy A og fløy B. Avdelingen lokalisert i fløy 1B skiller seg fra de andre grunnet tre spesielle rom bygd for skjerming. Rommene er lydisolerte, og er beregnet for ressurskrevende, utagerende demente beboere.

Hver avdeling har en base, en spisestue og kjøkken. Dette fungerer etter vår vurdering rimelig bra på alle avdelingene. Det samme gjelder plassering av skyllerom og tøyrom, med unntak av E-avdelingene, hvor det er lite plass til skyllerommene mv.

Gjennomgående er beboerrommene store og fine. Alle har opplegg for heis i taket, fine baderom og helheten i romutformingen fremstår som fin.

I umiddelbar nærhet til sykehjemmet er det omsorgsboliger uten heldøgns bemanning. Brukerne her serveres fra hjemmetjenesten. Ved sykehjemmet er det mange lokaler som er mer eller mindre disponert. Det er gode muligheter for andre tiltak, men rommene står i stor grad tomme.

Vår vurdering er at Roverudhjemmet ville egnet seg svært godt som et sykehjem hvor kommunen kan lokalisere alle korttidsplassene i kommunen. Dette kommer vi nærmere tilbake til senere i rapporten.

Langelandhjemmet er i en bygning over tre etasjer, med sengeteam i andre og tredje etasje. Ut over det sykehjemmet disponerer, er det dagsenter og alle kontorer til tildelingsenheten. Det er også lokaler for KKE, vaskeri som serverer hele kommunen, renholdere har et eget kontor for vask av mopper, kontor og verksted for vaktmester samt lokaler til produksjon av mat, både varmmat til hele kommunen og tørrmat til Langelandhjemmet.

Etasjene har rom plassert på hver side av gangen, med åpning ut mot fellesarealer/-torget. Det ene teamet har noe annerledes organisering ved at det har en base med rom rundt. Tredje etasje er utformet likt som andre etasje, minus den ene vestlige fløyen. Rommene er ca. 25 m², med bad på ca. 13 m². Rommene er firkantede, det er relativt enkelt å komme inn med mobile heiser. Det er en utfordring å bruke takheis grunnet ulik takhøyde mellom rom og bad.

Vår gjennomgang tyder på at Langelandhjemmet er egnet til formålet.

Gnisten er samlokalisert med og i en egen fløy av Holt hdo. Gnisten har tre enerom og et dobbeltrom. Rommene har god standard og størrelse med egne bad. Det er en liten stue ved Gnisten. Det er lite egnede treningslokaler til Gnisten ved Holt hdo. Alle pasientrom har takheis. Et av pasientrommene brukes i dag til vaktrom. Det er ikke andre muligheter for etablering av vaktrom i dag.

Vår vurdering er at Gnisten er en liten avdeling, som bør avvikles/omgjøres dersom kommunen velger å flytte alle korttidsplassene til Roverudhjemmet.

13.6.2 Beboere

Sammenliknet med andre kommuner har Kongsvinger en passende andel sykehjems-plasser som er øremerket demente. I tillegg er det fire plasser som er øremerkede, forsterkede demensplasser. I hvilken grad andre kommuner velger denne inndelingen, varierer. Det vanligste er å ha en noe styrket skjermet enhet, og ikke skille disse ut som eget team. Samtidig er det få plasser som er øremerket korttidssopphold. Dette er trolig en medvirkende faktor til dagens situasjon med press på institusjonsplassene. Dersom kommunen skal klare å drifte korttidsplassene på riktig måte, er det viktig at denne type institusjonsplasser organiseres i egne avdelinger. Vår erfaring er at dersom korttidsplassene legges til andre langtidsplasser, klarer ikke kommunene å drifte plassene etter formålet.

Beboernes bistandsbehov og bemanningsfaktoren ved avdelingene gjør at det i liten grad blir tid til å planlegge eller gjennomføre aktiviteter som går ut over daglige gjøremål. Kongsvinger omsorgssenter har heller ingen aktivitet lenger. Fysioterapi innvilges kun på individuell basis.

Som nevnt over er vår vurdering at kommunen bør lokalisere alle korttidsplassene ved Roverudhjemmet.

13.6.3 Organisering og personalmessige forhold

Roverudhjemmet og Langelandhjemmet har en ulik organisatorisk løsning. Mens det ved Langelandhjemmet er teamledere som arbeider i turnus, er det ved Roverudhjemmet forsøkt innført en mer hierarkisk struktur med ledere på fulltid. Det finnes ikke noen eksakt måte å løse ledelsesstrukturen ved sykehjem på. Men det er vår erfaring at lederne som fatter avgjørelser om fag og økonomi, må ha oversikt og ansvarsforståelse for problemstillingene. Det betyr at de lederne som fatter avgjørelser som får økonomiske konsekvenser, også bør ha ansvar for de økonomiske konsekvensene.

13.6.4 Bemanning og bemanningsfaktor

AGENDA har foretatt beregninger av bemanningsfaktor ved Langelandhjemmet og Roverudhjemmet. Pleiefaktoren for Roverudhjemmet er vist i neste tabell:

Roverudhjemmet	Plasser	Årsverk grunn-bemanning	Andel natt	Sum	Pleiefaktor
1. etasje	17	16,2	1,8	17,97	1,1
2. etasje	17	12,98	1,8	14,75	0,9
E-avdelingen	14	12,19	1,8	13,96	1,0
Natt		5,3			
Sum	48	46,67		15,56	0,97
Fire av plassene i 1. etasje er forsterkede med økt behov for bemanning					

I neste tabell viser vi pleiefaktoren ved Langelandhjemmet:

Langelandhjemmet	Plasser	Årsverk grunn-bemanning	Andel natt og sykepleiere	Sum	Pleiefaktor
Demens rød	10	6,66	2,03	8,7	0,87
Demens blå	10	6,66	2,03	8,7	0,87

AGENDA

Mølla	12	6,66	2,03	8,7	0,72
Solsiden	12	6,97	2,03	9,0	0,75
Lvshjelp	10	6,85	2,03	8,9	0,89
Somatisk blå	10	6,66	2,03	8,7	0,87
Somatisk grønn	12	6,66	2,03	8,7	0,72
Sykepleierteam		6,76	0,97		
Natt		7,48	1,07		
Sum	76	61,36		61,4	0,81
0,9 av årsverkene benyttes til administrasjon. Dersom dette regnes med, blir pleiefaktor 0,79					

Av tabellene fremgår det at bemanningsfaktoren varierer noe mellom avdelingene og mellom sykehjemmene. Bemanningsfaktor for Roverudhjemmet ligger på 0,97 samlet, mens det ved Langelandhjemmet er 0,81.

AGENDAs sammenlikningsgrunnlag fra andre kommuner viser at bemanningsfaktor ved somatiske langtidsplasser normalt ligger mellom 0,75 og 0,85, og at bemanningsfaktor for demensplasser normalt ligger mellom 0,90 og 1,0. Ut fra dette har AGENDA anbefalt at bemanningsfaktor for Langelandhjemmet bør videreføres, og bemanningsfaktoren ved Roverudhjemmet må gjennomgås. Her vil vi imidlertid anbefale å se dette i forhold til eventuelle justeringer i hvordan sykehjemmet organiseres. Vår vurdering er at Roverudhjemmet bør huse kommunens korttidsplasser. Det betyr blant annet at vi anbefaler "Gnisten" flyttet til Roverudhjemmets lokaler. Dette kommer vi nærmere tilbake til senere i rapporten.

13.6.5 Sykefravær

Sykefraværet varierer noe mellom avdelingene, men tallene samlet viser et moderat sykefravær. Dersom kommunen klarer å holde fraværet under 8 % innen omsorgsyrkene, kan det anses for å være bra.

13.6.6 Økonomi

Den økonomiske situasjonen ved Langelandhjemmet er i balanse, men dette er ikke tilfellet ved Roverudhjemmet. Samtidig er det valgt en organisering som er noe ulik mellom de to sykehjemmene. Vår vurdering er at de som fatter avgjørelse som får økonomiske betydning, har ansvar for ressursbruken. Dette kan løses på ulike måter. Vår vurdering er at det bør skje en endring ved Roverudhjemmet, men at denne endringen bør sees sammen med kommunens endring av type sykehjemsplasser som skal benyttes ved Roverudhjemmet.

13.6.7 Konklusjon institusjon

- Videreføre dagens drift ved Langelandhjemmet og gjøre det om til et sykehjem med kun langtidsplasser
- Endre bruken av Roverudhjemmet til et sykehjem med en avdeling for demente/-skjermet enhet og resten korttidsplasser
- Tilpasse bemanningen ved Roverudhjemmet til sykehjem med korttidsplasser og en demensavdeling

13.7 Vurderinger Austmarka

13.7.1 Bygningsmessige forhold

Etter vår vurdering er et bygningskompleks som Austbo ideelt for å imøtekomme behovet for helse- og omsorgstjenestene i distriktene. Omsorgsleiligheter med tilhørende fast bemanning på heldøgns basis gir muligheter for å tilpasse bistanden til beboernes behov og legger til rette for at beboerne kan klare seg lengst mulig med egne ressurser. Dette gir også en mer rasjonell bruk av ressursene i omsorgstjenestene.

Bygningen på Austbo synes å være funksjonell både for ansatte og beboere, samtidig som det hjemmekoselige preget ivaretas.

13.7.2 Brukere og bemanningsfaktor

Brukerne på Austmarka er delt i tre hovedgrupper – beboere i den gamle sykehjemsdelen, beboere i bokollektivet og hjemmeboende brukere.

Innvilget timeantall pr. bruker i gjennomsnitt fremgår av tabellen:

Innvilget tid pr bruker i snitt	
Sykehjemsdel	33,8 t/uke
Bofellesskap	13,9 t/uke
Hjemmeboende	7,9 t/uke

Dette viser at beboerne i bofellesskapet i gjennomsnitt har et forholdsvis lavt bistandsbehov (2 timer pr. beboer pr. dag i gjennomsnitt). Bistandsbehovet til beboerne i sykehjemsdelen er adskillig høyere (ca. 5 timer pr. beboer pr. dag). De hjemmeboende har i gjennomsnitt en time bistand pr. dag. Både for beboerne i bofellesskap og hjemmeboende vil behovet variere svært mye fra bruker til bruker.

Fra Austmarka omsorgsenhet får vi opplyst at det for tiden er åtte av beboerne i bofellesskapet som ikke oppfyller kriteriene for HDO.⁵

Tabellen nedenfor gir en oversikt over vedtatt tid og utført tid for de forskjellige tjenestene. Tallene er basert på et gjennomsnitt fra 01.07 til 30.11.09:

Differanse vedtatt tid og utført tid			
	Vedtatt	Utført	Differanse
Sykehjemsdelen	270,5	268,4	2,1
Bofellesskapet	388,5	386,3	2,2
Hjemmeboende	440,5	289,5	151

For sykehjemsdelen og bofellesskapet er det godt samsvar mellom innvilget tid i vedtakene og utført tid. For hjemmeboende brukere er differansen svært stor. Ifølge enhetsleder skyldes differansen midlertidig opphold av tjenester for enkeltbrukere, f.eks. korttidsopphold og brukere som har falt fra. Det kan samtidig se ut for at det er noen feilkilder i innrapportering fra Austmarka.

For de andre sykehjemmene i Kongsvinger har vi beregnet bemanningsfaktor. Da personalet på Austmarka arbeider både ute og inne, er det vanskelig å beregne bemanningsfaktor på samme måte.

⁵ Det er 12 av brukerne som har vedtak på HDO-plass. 6 brukere har ikke vedtak om HDO, men har 22–44 besøk pr. uke, mens to brukere som ikke har vedtak om HDO, har 8–15 besøk pr. uke.

Dersom vi tar utgangspunkt i at 268 timer er bemanningen ved sykehjemsdelen, gir dette en bemanning på 7,67 årsverk. Disse timene dekker trolig ikke natt-tjenesten. Dersom vi legger til 50 % av natt-tjenesten, gir dette totalt 8,17 årsverk. Dette gir en bemanningsfaktor på 1,02. Bemanningsfaktoren ved denne delen av tilbudet på Austmarka er dermed forholdsvis høy.

Vi har også foretatt en beregning av hva samlet vedtatt tid for enheten som helhet utgjør i årsverk. Dette fremgår av tabellen nedenfor.

Hva utgjør vedtatt tid i årsverk	
Sykehjemsdel	7,73
Bofellesskap	11,10
Hjemmeboende	12,59
SUM	31,41

Tallene viser at det på ingen måte er samsvar mellom innvilget tid i vedtakene og årsverkene i enheten. Trolig er vedtakstiden stipulert for høyt. Ifølge produksjonsdata fra Profil har enheten levert 96 % av timene i gjeldende periode.

13.7.3 Organisering og personalmessige forhold

Austmarka har en annen organisering av tjenestene enn de andre enhetene i sektoren. Enheten har integrert hjemmetjenesten og HDO. Personalet arbeider på tvers av tjenestene, og det synes å fungere bra. Vår vurdering er at denne organiseringen er godt tilpasset særegenhetene ved Austmarka. Enheten ivaretar helheten i omsorgs-tilbudet for bygdas beboere og tilbyr samtidig et godt HDO-tilbud for hele kommunen. Integrering av tjenester kan være en utfordrende måte å organisere omsorgstjenestene på. Ut fra vår vurdering har Austmarka lyktes godt med dette. Selv nattevaktene arbeider både ute og inne.

13.7.4 Sykefravær

Også Austmarka har hatt et høyt sykefravær (16 % i snitt i 2008). Det er behov for å fortsette arbeidet med å redusere sykefraværet. Fraværet er så høyt at det vil påvirke enhetens økonomi negativt.

13.7.5 Økonomi

Austmarka hadde en overskridelse på kr 252 000 i 2008. Overskridelsene var knyttet til overbelegg på sykehjemmet, en ressurskrevende bruker i hjemmetjenesten, innleie av vikarer, utgifter ved innlevering av leasingbiler, økte drivstoffutgifter, overføring av lønnsmidler til opprettelsen av TVE, samt KKE-poster.

13.7.6 Tildeling av tjenester – riktige brukere til HDO

Austmarka ble definert som et HDO-tilbud fra 1. juli i år. Intensjonen med HDO-tilbudet er å gi pleietrengende eldre muligheten til å bo i eget hjem, tilknyttet et heldøgns omsorgstilbud.

Austmarka HDO skal dermed ivareta et svært viktig ledd i Kongsvingers omsorgskjede. I utgangspunktet har enheten 28 leiligheter beregnet for HDO. I praksis viser det seg at beboerne i disse leilighetene i gjennomsnitt (målt i antall timer) har et bistandsbehov som er forholdsvis lavt til å være et heldøgns tilbud. Enheten opplyser, som nevnt, at flere av beboerne i bofellesskapet ikke oppfyller kriteriene for HDO. Dette har sammenheng med at bofellesskapet ble opprettet fra 1. juli. Alle som bodde ved Austbo før den tid, fikk fortsette å bo der. Ledige leiligheter tildeles nå til HDO-

brukere. Bistandsbehovet for flere av dem som bodde der før omdefineringen, har også økt.

Vår vurdering er at det er behov for en ytterligere tydeliggjøring av den rolle HDOene skal spille i Kongsvingers omsorgskjede. Dersom kommunens HDO-tilbud skal fungere som et mellomnivå i omsorgskjeden er det av stor betydning at det er de brukerne som har størst utbytte av å bo i en omsorgsbolig med heldøgns bemanning som faktisk tildeles disse boligene. Tilbudet skal bidra til at brukerne klarer seg lengre med egne ressurser. Det vil også være behov for å trekke brukernes bostedsforhold inn i vurderingene rundt tildeling av HDO. Tildelingen av HDO-tilbud skal bidra til rasjonell ressursutnyttelse i de hjemmebaserte tjenestene.

HDO-brukerne vil etter hvert få et større bistandsbehov. Det er derfor behov for en prinsipiell avklaring om hvordan dette skal løses, organisatorisk og økonomisk? Skal HDO-brukere med omfattende bistandsbehov tildeles sykehjemsplass, eller skal bemanningen i HDO økes? Skal i tilfellet HDOene tilføres ressurser for å ivareta flere beboere med omfattende bistandsbehov? Hvordan kan tjenesten (gjennom Tjeneste- og velferdsenheten) da sikre at timeutmåling i vedtakene samsvarer med beboerens behov og at bemanningen samsvarer med timevedtakene?

13.8 Anbefalinger Austmarka

- Det er behov for å sikre samsvar mellom tildelte timer ut utførte timer. Det er også behov for å sikre samsvar mellom tildelte timer og tilgjengelige ressurser i enheten. Slik det er i dag er vedtatte timer langt høyere enn bemanningsressursene
- Gjennomgangen av tjenestetilbudet ved Austmarka har vist at bemanningsfaktor ved sykehjemsdelen er høy. Samtidig er det færre vedtakstimer som skal utføres i hjemmetjenesten enn tidligere. Det kan derfor være grunn til å vurdere den totale bemanningssituasjonen på Austmarka i forhold til beboernes samlede bistandsbehov
- Punktet over må sees i sammenheng med spørsmålet om HDOenes funksjon i omsorgskjeden, og hvordan bemanningen ved HDOene skal beregnes. Dersom timevedtakene skal legges til grunn, er det trolig behov for å revurdere grunnlaget for utmåling av vedtak
- Det er også behov for en prinsipiell avklaring rundt HDO-beboere med store bistandsbehov og hvordan tilbudet til disse beboerne skal løses

13.9 Vurderinger Aktivitet og bistand

13.9.1 Bygningsmessige forhold

De bygningsmessige forholdene i botjenesten til funksjonshemmede i Kongsvinger er gjennomgående svært gode. Boligene er funksjonelle, beboerleilighetene romslige og godt tilpasset brukergruppen. Det er også gode personalfasiliteter. Unntaket er bokollektivet ved Heberheimen, Arealene her er mørke og lite oversiktlige og gjør det vanskelig for beboerne å orientere seg. Beboerrommene er små, og riktig bruk av hjelpemidler vanskeliggjøres.

13.9.2 Utgiftsnivå og kostnad pr. bruker

Kongsvinger kommuner gir tilbud om botjenester til mange funksjonshemmede, sammenliknet med andre kommuner. Det spesielle med Kongsvinger er at få av brukerne har tilbud om bofelleskap med fast heldøgns bemanning, mens mange bor i egen bolig og har tilbud om miljøarbeidertjeneste/hjemmebaserte tjenester på timebasis. Årsaken til dette er at enheten nå yter bistand på timebasis i flere av boligene som tidligere hadde fast bemanning (Rastaveien, O. Schøyens vei og Nedre

Skriverlunden).

Det høye antallet utebrukere medfører at Kongsvinger har høye utgifter til botjenester til funksjonshemmede totalt sett, men lave kostnader pr. bruker.

Vi har foretatt en beregning av kostnad pr. bruker i bolig, ut fra antall årsverk og en stipulert årsverkskostnad på ca kr. 500 000 pr. årsverk. Dette er bruttokostnader, hvor tilskuddet til ressurskrevende tjenester ikke er trukket fra.

Kostnaden pr. bruker fremstår da slik:

Bolig	Årsverk	Brukere	Beregnet brutto kostnad pr bruker
Bokollektivet/Hebertunet	14,5	10	725 000
Skriverlunden	13,4	7	957 143
Tommelstadgate	15,8	7	1 128 571
Snitt alle brukere	43,7	24	910 417

Det er klart at Kongsvinger har sine mest ressurskrevende brukere i bolig. Likevel er kostnaden pr. bruker så høy at det kan være grunn til å se nærmere på ressursutnyttelsen i boligene.

13.9.3 Ressursutnyttelse i boligene

Sammenliknet med andre kommuner har Kongsvinger mange brukere og mye personale i boligene på dagtid. Vi har derfor sett nærmere på ressursutnyttelsen i hver av boligene.

Avlastningen

Antallet barn ved avlastningstilbudet vil variere fra dag til dag og fra uke til uke. Det er derfor vanskelig å vurdere personalets tilstedetid i forhold til barnas tilstedetid og behov. Oversikten over tilstedeværende brukere og ansatte viser at bemanningsfaktoren ved avlastningen normalt er ganske høy.

Avlastningen har våken nattevakt de nettene når barna med størst behov for tilsyn er der. Barna overvåkes da kontinuerlig via monitor.

Bokollektivet/Hebertunet

Oversikten over beboere og bemanning ved bokollektivet/Hebertunet viser at sju av ti beboere vanligvis er til stede i boligen på dagtid. Bemanningen i boligen er fire ansatte på dag og kveld på ukedager og helg, uavhengig av om det er sju eller ti beboere til stede.

Det er beboernes med minst bistandsbehov som for tiden har dagtilbud ved Blinken eller er på skole. Et par av rullestolbrukerne skal ha tilbud i svømmehall et par dager i uka. Dersom det er flere ansatte til stede enn det behovet tilsier benyttes disse av andre avdelinger. Personale fra dagsenteret bistår personalet i bokollektivet på morgenen i ukedagene.

Bokollektivet/Hebertunet har en våken nattevakt som går kontinuerlige runder. Nattressursen er knapp, gitt enkeltbeboeres behov for jevnlig tilsyn. Det skal små endringer til før det er behov for mer ressurser på natt. Turnusen fungerer tilfredsstillende slik den er i dag.

Øvre Skriverlunden

Boligen i Øvre Skriverlunden har 4–5 beboere som er til stede i boligen på dagtid i ukedagene, og sju beboere til stede på alle kvelder og dagtid i helgene. Bemanningen i boligen er fire ansatte på dag og kveld på ukedager og helg. Øvre Skriverlunden har en hvilende nattevakt knyttet til en bruker.

Skriverlunden har nylig endret brukersammensetningen og holder på med å vurdere ny turnus og bemanningsplan, eventuelt sammenslåing med annen avdeling.

Utetjenesten

Utetjenesten bistår 13–18 brukere på dagtid i ukedagene og 26 brukere på dagtid i helgene. På kveldstid i ukedagene er det 20–23 brukere som får bistand, mens det er 16–18 brukere på kveldstid i helgene.

Bemanningen er 3–5 ansatte på dag og kveld i ukedagene og to ansatte på dag og kveld i helgene.

Utetjenesten har en våken nattevakt. Denne bistår også boligene ved behov.

Sju av brukerne i utetjenesten har ikke dagtilbud.

Også i utetjenesten er antallet ansatte på vakt mer stabilt uken igjennom enn det variasjonen i antallet brukere skulle tilsi.

Tommelstadgate

Oversikten over beboere og bemanning i Tommelstadgate viser at 5–6 beboere er til stede i boligen på dagtid. Bemanningen i boligen er 2–3 ansatte på dag i ukedagene. I helgene og kveldene er det sju beboere i boligen. Bemanningen er da på fire ansatte.

Boligen har en våken nattevakt. Ambulerende nattevakt tilkalles ved behov.

Bemanningen i Tommelstadgate synes bedre tilpasset variasjoner i beboernes tilstedetid enn de andre boligene. En ansatt fra Tommelstadgate bistår i dagtilbudet til en ressurskrevende bruker (2:1-bemanning) to dager i uka. Denne brukeren er ikke hjemmeboende i Tommelstadgate.

Dagsenteret

Dagsenteret har 17–19 brukere hver dag. Bemanningen varierer fra 4–7 ansatte. Variasjonen i bemanning er større enn det variasjonen i antallet brukere skulle tilsi. Brukerne er i all hovedsak brukere fra utetjenesten.

13.9.4 Økonomisk styring

Aktivitets- og bistandsenheten har hatt forholdsvis store budsjettoverskridelser de siste årene. Overskridelsene er i hovedsak knyttet til enkeltbrukere og sykefravær. Som en følge av høyt fravær har enheten hatt overforbruk på variabel lønn. Enheten har tatt tak i disse utfordringene og rapporterer om reduserte avvik i løpet av høsten 2009.

Den største utfordringen for enheten er å få driften i balanse. Våre vurderinger og anbefalinger er derfor særlig rettet mot dette.

I Aktivitets- og bistandsenheten er budsjettet delt pr. avdeling. Dette gir god økonomisk oversikt og bedre forutsetninger for å drive målrettet oppfølging og styring av tjenestene. Avdelingsinndeling av budsjettet før derfor videreføres, selv om dette kan oppleves som et hinder for samordning på tvers av avdelinger.

Vår vurdering er at ansvarsdelingen mellom enhetsleder, avdelingsleder og teamledere ikke er avklart i tilstrekkelig grad. Det er særlig i økonomiske spørsmål det er behov for en tydeliggjøring av ansvar. Teamlederne har ikke økonomiansvar pr. i dag. Samtidig tar teamlederne daglig beslutninger som har økonomiske konsekvenser. Et grunnleggende prinsipp for god økonomistyring er at den som tar beslutninger som har økonomiske konsekvenser, også skal ha økonomiansvar. Dette taler for en tydelig delegering av økonomiansvar til teamlederne.

13.9.5 Sykefravær

Aktivitets- og bistandsenheten har hatt et forholdsvis høyt sykefravær. Fraværet har

vært på vei ned i 2009.

Tidligere har ikke enheten hatt god nok styring med innleie ved fravær. Dette er nå skjerpet inn. All oppfølging av sykefravær er nå lagt til enhetsleder.

Vår vurdering er at sykefraværarbeidet må sees i sammenheng med den økonomiske styringen av enheten og de endringer som eventuelt gjøres når det gjelder delegering av økonomiansvar.

13.9.6 Bemanning i boliger, dagsenter og utetjenesten bør sees under ett

Kongsvinger har forholdsvis lave dekningsgrader for dagsentertilbud til funksjons- hemmede. Dette skyldes at mange av beboerne i bofellesskap ikke har tilbud om dagsenterplass. De får heller aktivitetstilbud i boligen. Det er hjemmeboende brukere som prioriteres til dagsenteret. Dette er i og for seg en riktig prioritering, slik kapasiteten ved dagsenteret er i dag, men innebærer at flere av kommunens funksjonshemmede ikke har et tilfredsstillende aktivitetstilbud. I forslaget til budsjett for 2010 er det lagt inn en styrking av dagsentertilbudet med ett årsverk. I denne sammenheng mener vi det er viktig at bemanningen i boligene, utetjenesten og dagsenteret sees under ett. Andre kommuner har gode erfaringer med at personalet arbeider på tvers av boliger og dagsenter. Likeledes har andre kommuner positive erfaringer med at utebrukere knyttes til den enkelte bolig, og at personale som er ansatt i boligen, yter tjenester til utebrukerne. Begge disse løsningene gir større turnuser med økt fleksibilitet for personalet, mindre sårbarhet i forhold til fravær og større kompetansemiljø.

Tabellen nedenfor oppsummerer bemanning og brukere ved bokollektivet Hebertunet, Skriverlunden og Tommelstadgate.

Bemanning og beboere Bokollektivet/Hebertunet, Skriverlunden og Tommelstadgate	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Dag beboere i bolig alle boliger	16	16	18	16	16	21	24
Dag ansatte tilstede i bolig alle boliger	11	10	13	10	11	12	12
Ansatte fra bolig som er med bruker på dagtilbud	2	3	2	3	2		
Kveld beboere i bolig alle boliger	24	24	24	24	24	24	24
Kveld ansatte i bolig alle boliger	12	12	12	12	12	12	12
Natt beboere	24	24	24	24	24	24	24
Natt ansatte våken	2	2	2	2	2	2	2
Natt ansatte hvilende	1	1	1	1	1	1	1

Tabellen tydeliggjør at det er mange brukere som befinner seg i boligene på dagtid i ukedagene. Antall ansatte tilstede er summen av "dag ansatte til stede i bolig" og "ansatte fra bolig som er med bruker på dagtilbud". Forholdet mellom bemanning og brukere tilsier også at det bør være mulig å foreta omprioriteringer av personalressursene mellom boliger og dagsenter, slik at flere brukere kan få tilbud om et dag-/aktivitetstilbud utenfor boligen.

13.9.7 Endring i bistandsbehovet hos enkeltbrukere

Som nevnt er overskridelsene i enheten knyttet til økt behov hos enkeltbrukere og sykefravær. Ved økt bistandsbehov hos enkeltbrukere er det viktig at enhetens kapasitet og kompetanse sees under ett, og at personalressurser omdisponeres for å løse situasjonen.

Analysen av tilbudet til funksjonshemmede tilsier at det bør være rom for å løse dette innenfor enhetens rammer.

Flere av brukerne i Aktivitets- og bistandsenheten er i ferd med å utvikle aldersrelaterte sykdommer. Det er behov for at kommunen, på prinsipielt grunnlag, tar stilling til hvordan tilbudet til utviklingshemmede brukere med somatiske lidelser og/eller demens best kan ivaretas. Bør disse brukerne fortsatt få sine tjenester fra

Aktivitets- og bistandsenheten, eller bør de overflyttes til en spesialavdeling i sykehjem?

13.9.8 Organiseringen av Aktivitets- og bistandsenheten

Den overordnede organiseringen av helsetjenestene i Kongsvinger omhandles i eget avsnitt. Den interne organiseringen av Aktivitets- og bistandsenheten omhandles her. Organiseringen av enheten ble endret ved inngangen til 2009. Formålet med endringen var blant annet å legge bedre til rette for samhandling på tvers av avdelinger. Enhetens egen vurdering er at de har lyktes godt med dette, men at det fortsatt er potensial for bedre samordning.

Pr. i dag skal teamledernes stilling delt mellom 40 % administrative oppgaver og 60 % inndekking av vakter. Denne ordningen fungerer ikke tilfredsstillende for teamlederne. Systematisk fagarbeid vanskeliggjøres, og det daglige arbeidet preges av ad hoc-løsninger. Ordningen ble valgt for å redusere budsjettoverskridelsene i en vanskelig situasjon. Vår vurdering er at utfordringene i enheten krever mer ro rundt teamledernes arbeidsutøvelse, slik at de kan konsentrere sin administrative styring av avdelingene.

13.9.9 Tildeling av tjenester til brukere i bofellesskap/samløkaliserte boliger

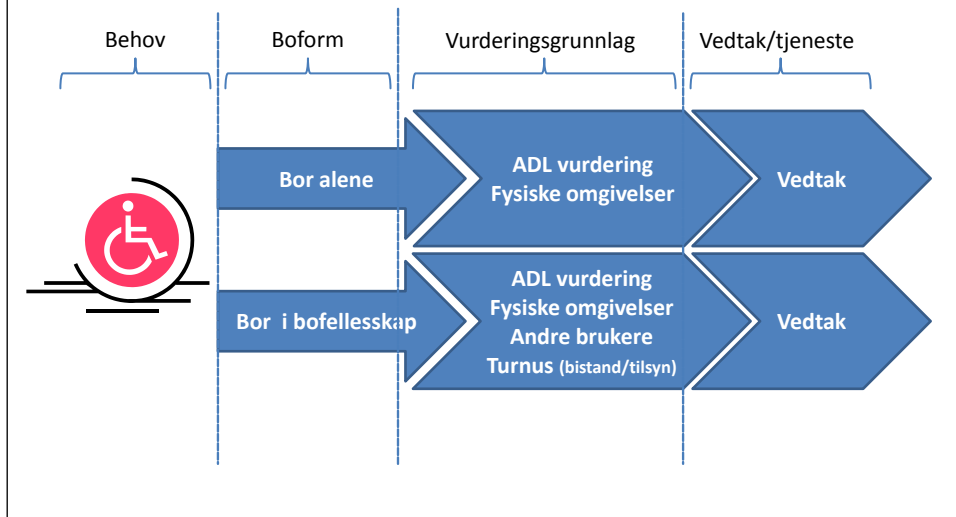
Aktivitets- og bistandsenheten har hittil hatt ansvaret for behovsvurdering og tildeling av tjenester til egne brukere.

Fra teamlederne har vi fått oppgitt at summen av tildelte timer i hver bolig er langt høyere enn bemanningen i hver bolig. Dette tilsier at det er brukernes individuelle behov for direkte bistand og tilsyn som er lagt til grunn i utmålingen av vedtak. Det er altså ikke samsvar mellom innvilget bistand og faktisk tjenesteutøvelse i boligene. Dette er svært uheldig.

For brukere i bofellesskap/samløkaliserte boliger er det vår erfaring er at det bør skilles klart mellom tilsyn og direkte bistand. Den helhetlige situasjonen i boligen bør tas i betraktning når vedtakene utmåles.

I figuren nedenfor illustreres forskjellen i behovsvurdering og tildeling av tjenester for brukere som bor alene og brukere som bor i bofellesskap/samløkaliserte boliger.

Bruker, boform, behov, kartlegging, vedtak



Vi fremhever nødvendigheten av at forhold med de andre brukerne i boligen og turnus tas i betraktning ved utmåling av vedtak. Dette innebærer ikke en nedgradering av individuelle behov. Snarere er det en tydeliggjøring av bistanden den enkelte bruker har behov for, og kan forventes å få, gitt den samlede situasjonen i boligen. En slik tilnærming sikrer bedre samsvar mellom vedtak og ytt bistand overfor den enkelte bruker.

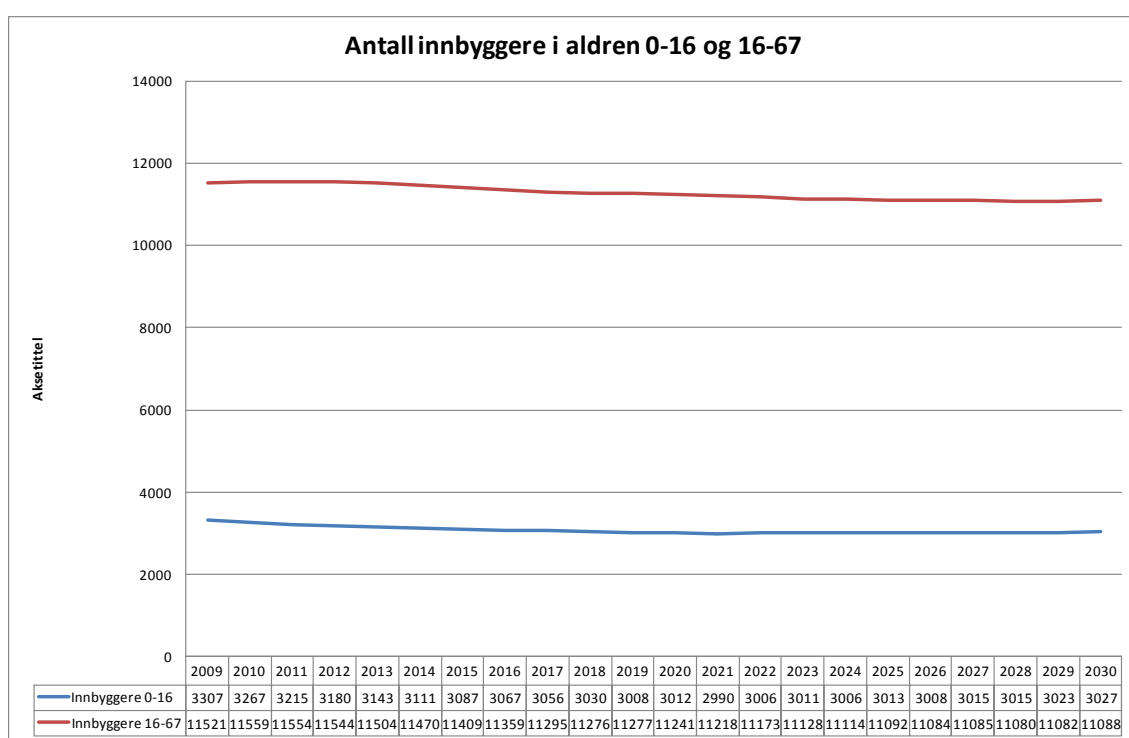
13.10 Anbefalinger Aktivitet og bistand

- Det er behov for å foreta kritisk vurdering av ressursutnyttelsen i boligene, utetjenesten og dagsenteret. I noen av boligene synes ikke bemanningen i tilstrekkelig grad å være tilpasset beboernes tilstedetid. I utetjenesten er antallet ansatte på vakt mer stabilt enn det variasjonen i antall brukere skulle tilsi. Det samme gjelder dagsenteret.
- Det er behov for å øke kapasiteten ved dagsenteret. Flere brukere, både i boligene og i utetjenesten vil ha utbytte av et bedre aktivitetstilbud på dagtid. En slik kapasitetsøkning må foretas innenfor enhetens rammer, gjennom omprioriteringer mellom dagsenter, boliger og utetjeneste.
- Bemanningen i boliger, dagsenter og utetjeneste bør sees under ett. Som et ledd i dette arbeidet bør det også vurderes å knytte bemanningen i utetjenesten til boligene. Personalet i boligene vil da yte tjenester til brukerne i boligen og en bestemt gruppe utebrukere. Dette vil gi større turnuser med mer fleksibilitet.
- Enhetens største utfordring er å få driften i balanse. Det er behov for å tydeliggjøre den økonomiske ansvarsdelingen mellom enhetsleder, avdelingsleder og teamledere. Den som tar beslutninger som har økonomiske konsekvenser, skal også ha et klart definert økonomiansvar. Dette taler for en tydelig delegering av økonomiansvar til teamlederne.
- Arbeidet med å redusere sykefraværet og dertil hørende overskridelser på variabel lønn, bør ha topp prioritet.

- Det er behov for at kommunen, på prinsipielt grunnlag, tar stilling til hvordan tilbudet til utviklingshemmede brukere med somatiske lidelser og/eller demens best kan ivaretas.
- Teamledernes fagkompetanse bør brukes målrettet inn i driften, ikke til å dekke opp udekkede vakter.
- Det skal være samsvar mellom vedtak og utført tjenestene. I utmålingen av vedtak bør det skilles mellom tilsyn og direkte bistand. Det må også tas hensyn til total-situasjonen i boligen.

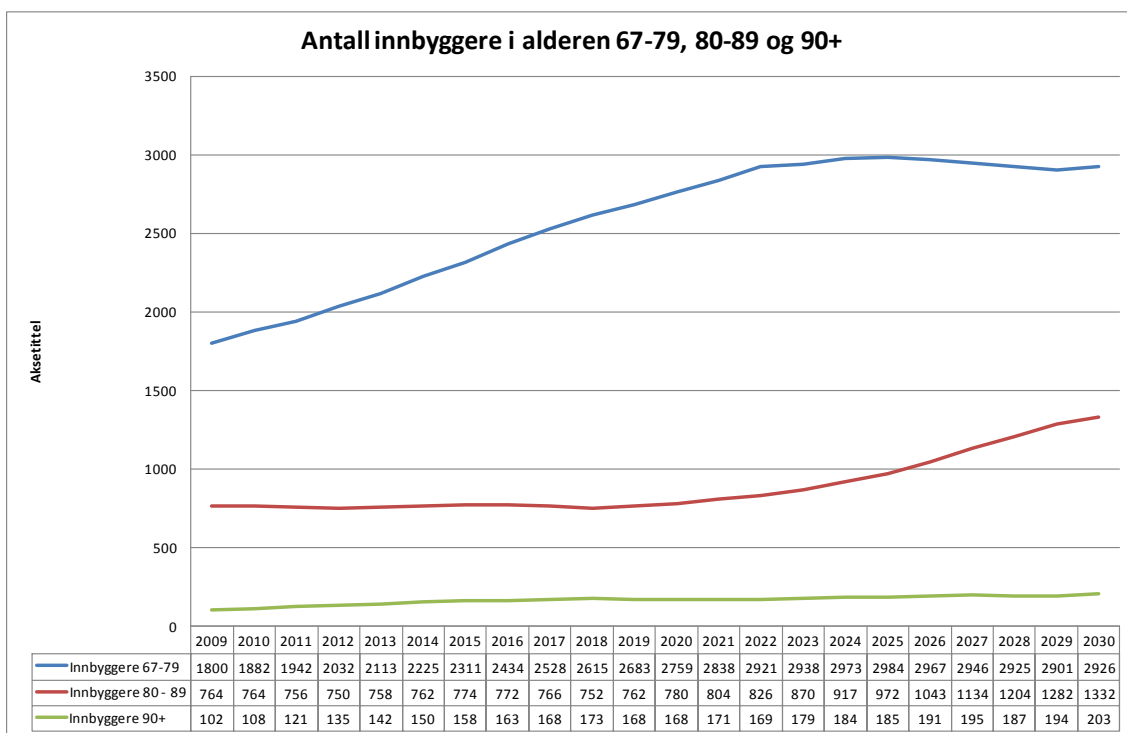
13.11 Befolkningsutvikling

For å vise utviklingen i antall innbyggere i kommunen viser vi i figuren under en oversikt over utviklingen i antall innbyggere i alderen 0-17 år og 18-67 år. Figuren viser som følger:



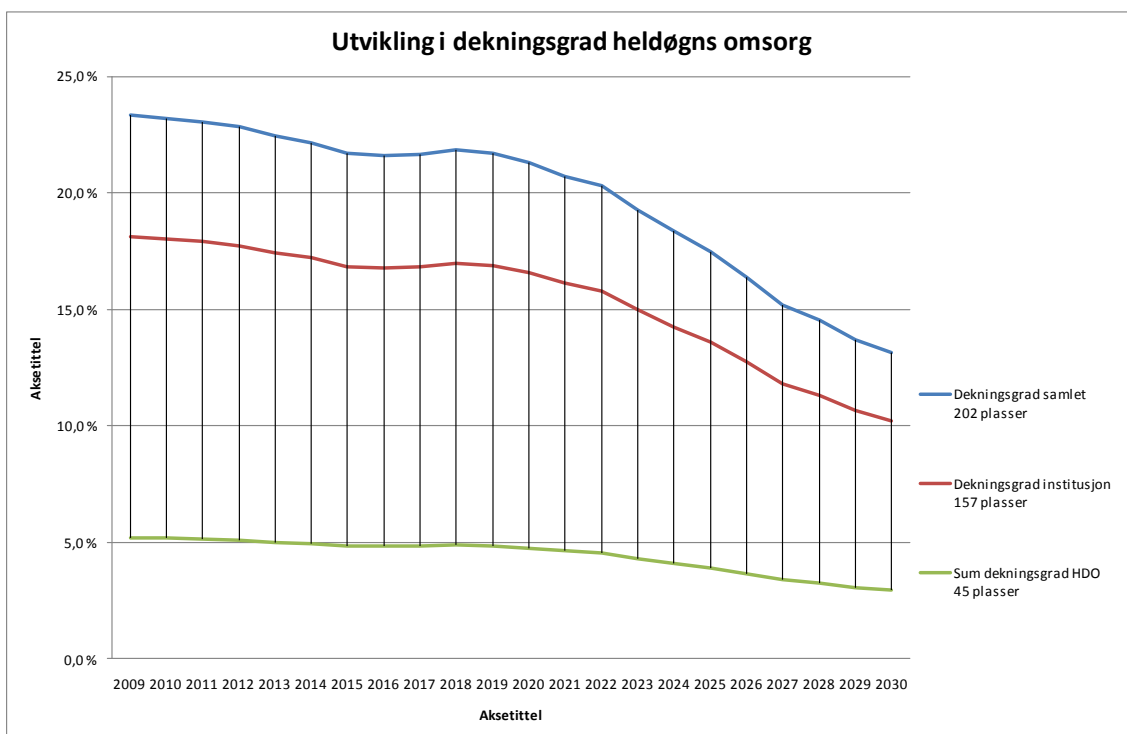
Figuren viser at det vil være en liten reduksjon eller en utflating i antall innbyggere som tilhører de yngste aldersgruppene. Dette kan ha innvirkning på antallet brukere av tjenester til funksjonshemmede flater ut. Når det gjelder utviklingen i antall brukere i alderen 18-67 år, ser det også ut til å bli en utflating eller reduksjon. Det kan indikere at tilfanget av brukere til psykisk helsearbeid vil ha et fallende nivå i årene fremover.

I neste figur viser vi utvikling i antall innbyggere i alderen 67-79, 80-89 og 90+ i Kongsvinger kommune:



Figuren viser at antall innbyggere i aldersgruppen 67–79 år stiger relativt mye de neste årene. Antall innbyggere i aldersgruppen 80–89 år har en flat utvikling/liten stigning, før den store økningen kommer rundt 2020. Antall innbyggere i aldersgruppen 90 år og eldre har en relativt liten økning i årene fremover.

I neste figur viser vi hvordan befolkningsutviklingen over 80 år påvirker dekningsgraden i kommunen. Vi har i den første figuren vist plantallene for 2009. Figuren viser som følger:

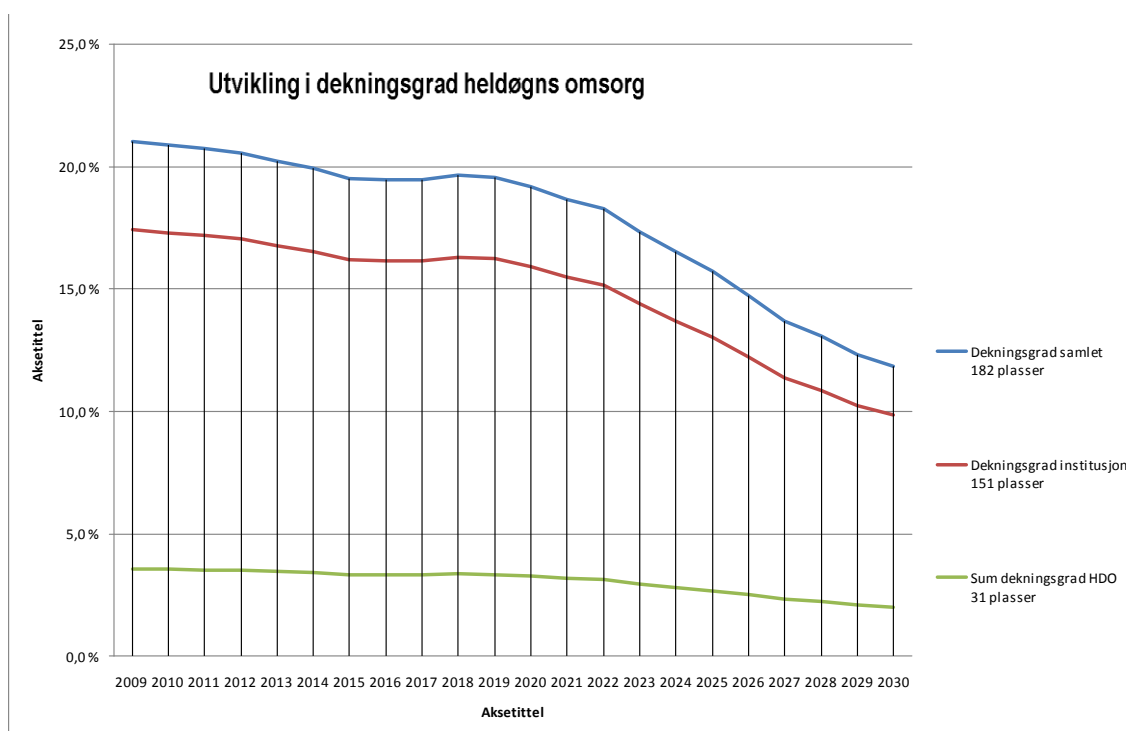


Kongsvinger kommune benytter imidlertid ikke alle plassene som var planen ved årsskiftet. Differansen fremkommer i neste tabell:

Heldøgns omsorg – eldre	Brukere/ plasser	Har i 2009	Bruker i 2009
Sykehjem spesialplass/demensplasser	Plasser	64	58
Sykehjem spesialplass/psykiatri	Plasser	12	12
Sykehjem langtid somatisk	Plasser	70	70
Korttidsplasser sykehjem somatisk	Plasser	5	5
Korttidsplasser sykehjem demens	Plasser	6	6
Bolig med heldøgns pleie- og omsorg	Leiligheter	45	31

Tabellen viser at det er avvik i bruk av demensplassene og HDO-plassene, Avviket er på 20 plasser og skyldes ledigholdelse av plasser ved NKS Skryd og drift av 14 HDO-plasser ved Austmarka.

I neste figur viser vi utviklingen i dekningsgrad sett i forhold til de plassene som benyttes til formålet.



Figuren viser at utviklingen i dekningsgrad vil utvikle seg i samme takt som økningen i antall eldre. Det betyr at dekningsgraden på sykehjem, som nå er 16 %, vil falle i årene fremover i takt med økningen i antall eldre. Dekningsgraden samlet for kommunen inkludert HDO og plassene ved NKS Skryd utgjør 19,6 %. Dekningsgraden vil falle noe frem mot 2015, for deretter å flate ut før den igjen faller.

For at kommunen skal kunne utføre tjenester som ivaretar prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå, er det viktig med tilstrekkelig antall og riktig bruk av korttidsplasser. Vår vurdering er derfor at det bør gjøres en større omlegging av strukturen i institusjonstjenesten i kommunen. Vårt forslag vises i neste tabell.

	Har i 2009	Bruker 2009	Nytt forslag
Roverudhjemmet			
Somatikk	26	26	
Demens	18	18	4-6
Forsterket demens	4	4	4
Korttid			31
Langelandhjemmet			
Somatikk	44	44	44
Demens	20	20	20
Psykatri	12	12	12
NKS Skyrd			
Demens	16	16	12
Korttid	6	6	6
Ledig	6	0	4
Gnisten			
Korttid	5	5	0
HDO plasser			
Austmarka	28	14	14
Holth	17	17	17

Dersom kommunen velger å omgjøre Roverudhjemmet fra 48 plasser til et sykehjem med 31 korttidsplasser og 8–10 langtidsplasser skjermede enheter, vil det resultere i en lavere dekningsgrad. Vi foreslår samtidig å overføre ressursene fra Gnisten til "nytt" Roverudhjem. Samtidig vil det føre til at kommunen endrer dagens driftssituasjon til mer fokus på lavere trinn i omsorgstrappen.

En slik endring som her foreslås, vil føre til en reduksjon med 12–14 institusjonsplasser.

13.12 Vurdering sykefravær

Sykefraværet varierer mellom de ulike enhetene. Vårt inntrykk er at lederne har sterkt fokus på sykefraværet og iverksetter tiltak ved behov. I det videre sykefraværarbeidet er det viktig at det skilles eksplisitt mellom langtidsfravær og korttidsfravær, og at fravær som kan relateres til forhold på arbeidsplassen, følges opp systematisk.

13.13 Vurdering økonomi

Generelt for hele pleie- og omsorgstjenesten er at budsjetteringen foregår sentralt. Ut fra de tilbakemeldinger vi har fått, synes budsjetteringen i for liten grad å være tilpasset det enkelte tjenestested når det gjelder posterings. Det gjør det vanskelig for ledelsen å holde rede på eget forbruk, og det har eksempelvis i denne evalueringen vært noe arbeidskrevende å ta ut nøkkeltall som viser mer eller mindre forbruk på de ulike administrative enhetene.

Vår erfaring er at dersom kommunen skal lykkes med å ha kontroll over økonomien innen pleie- og omsorgstjenestene, må det være et nært forhold mellom budsjettkontroll og forvaltning av drift som medfører økonomiske forhold. Det betyr at dersom kommunen skal oppnå god økonomisk styring med pleie- og omsorgstjenestene, bør

budsjetteringen foregå med større grad av involvering fra lederne. Budsjettposter må også ta hensyn til utviklingen innenfor hver deltjeneste, og justeres i forhold til faktisk forbruk året før. Likeledes må budsjettet periodiseres på avdelingsnivå og settes opp på en måte som gjør det enkelt for avdelingsledere å ta ut rapporter og følge med på eget forbruk fortløpende. Resultater i forhold til faktisk forbruk må presenteres i kroner, ikke i prosent. Det er også et spørsmål om kommunen bør ha månedsvise rapportering på økonomi, for å øke enhetslederens og avdelingslederens bevissthet rundt økonomistyringen av tjenestene.

13.14 Organisering av pleie- og omsorgstjenestene

Vår gjennomgang tyder på at dagens organisering, dersom man gjennomfører enkelte grep, kan være den organisasjonsstrukturen kommunen bør ha innen disse tjenestene videre. Det er imidlertid et spørsmål om kommunen bør organisere omsorgstjenestene sammen, og ikke som i dag skilt mellom pleie- og omsorgstjenester og helse.

Vår vurdering er at ledere innen pleie- og omsorgstjenestene må ha mulighet for å følge opp økonomi, fag og personale. De lederne som fatter avgjørelser som får økonomiske konsekvenser, bør også ha ansvar for de økonomiske konsekvensene. Eksempel på dette er de som leier inn vikarer og som tar avgjørelser av dette slaget, også bør ha ansvar for bruken av ressurser som er knyttet til dette. Samtidig er det viktig at lederrollen og antallet ansatte en leder skal lede, legger til rette for personlige relasjoner til de ansatte.

Kongsvinger har organisert seg etter en tonivåmodell med rådmann og enhetsledere. Ansvar for økonomi, fag og personale er lagt til enhetsledernivået. I praksis er det likevel den enkelte gruppeleder eller teamleder som har mye av det daglige ansvaret. Vi finner at det er noe variabel praksis mellom enhetene på hvordan dagens ordning praktiseres. Om kommunen velger å videreføre dagens prinsipper, er det imidlertid viktig at det både er bemyndigelse og sørges for ansvarsforståelse hos dem som forvalter økonomiske og personmessige forhold i førstelinjen.

13.15 Vurdering samarbeid med KKE

Kongsvinger kommune har valgt å organisere tilbreiding av måltider, rengjøring, vaktmestertjenester mv. i et eget kommunalt foretak. Det viser seg imidlertid at det er knyttet utfordringer til dagens drift og organiseringen av disse tjenestene. Opplevelsen av misnøye er til dels stor blant flere av enhetslederne innen pleie- og omsorgstjenestene.

I denne gjennomgangen er det ikke gått nærmere inn i de enkelte utfordringene knyttet til driften ved KKE. Men det er på det rene at dagens situasjon og misnøye blant ansatte og ledelse vedrørende dagens situasjon er svært uheldig. Vi vil derfor anbefale kommunen å gå opp dagens organisering med KKE og sørge for at produksjon og leveranse av måltider, vaktmestertjenester og rengjøring utføres på en måte som i størst mulig grad harmoniserer med behovene som etterspørres ved tjenestene. I hvilken grad dette fører til endringer i dagens organisering, har vi ikke hatt mulighet til å vurdere. Men det er på det rene at dagens situasjon ikke bør fortsette og at et tettere samarbeid om leveransene bør gjennomføres.

13.16 Utvikling i behovsgrunnlaget i kommunen

Kommunes relative utvikling av "inntekter" knyttet til PLO-fomål blir i realiteten bestemt av endringen i behov, slik de er definert i delkriteriesettet for PLO fra

AGENDA

Kommunal- og regionaldepartementet, i tillegg til ulike tilskudd⁶. Dette kriteriesettet består av både demografiske kriterier (det vil si antall i ulike aldersgrupper) og andre kriterier (dødelighet, antall psykisk utviklingshemmede mv.). Det er bare for de demografiske kriteriene (som totalt utgjør ca. to tredeler) det foreligger en prognose.

På basis av prognosene pr. 1.1 2009⁷ for aktuelle aldersgrupper, har vi beregnet en endring av "behovet" for PLO-tjenester i tiden fremover i tabellen nedenfor.

	Beregnet ut fra inngangen av året (2008 er 100%)							
	2009	2010	2011	2012	2015	2020	2025	2030
Innb. 16-66 år	99,8 %	99,8 %	99,7 %	99,4 %	98,0 %	96,7 %	95,3 %	95,1 %
Innb. 67-79 år	101,4 %	106,0 %	109,4 %	114,5 %	130,2 %	155,4 %	168,1 %	164,8 %
Innb. 80-89 år	99,3 %	99,3 %	98,3 %	97,5 %	100,7 %	101,4 %	126,4 %	173,2 %
Innb. o/90 år	100,0 %	105,9 %	118,6 %	132,4 %	154,9 %	164,7 %	181,4 %	199,0 %
Totalt	100,0 %	102,5 %	105,4 %	109,1 %	119,4 %	128,6 %	148,5 %	175,6 %

Fremskrivningen er beregnet ut fra befolkningskriteriene som inngår i delkriteriesettet for PLO-tjenester i KRDs beregning av utgiftsbehov for kommunene. Fra tabellen ser vi at behovet for pleie- og omsorgstjenestene gradvis øker noe over tid fremover.

Med endret behov (målt ut fra faktisk befolkningsutvikling) og antatt kostnadsutvikling fra 2008 til 2009 på 4,5 %, som en får "kompensert", tilsier dette at kommunen har fått en "inntektsøkning" knyttet til PLO-tjenester fra 2008 til 2009 på ca. 4,5 %, og en fra 2009 til 2010 på 2,5% og tilsvarende økning fra 2010 til 2011. Fra og med 2011 ser det ut for at økningen blir langt høyere.

⁶ Ulike tilskudd er først og fremst tilskudd til svært ressurskrevende brukere

⁷ Er ikke helt korrekt siden tilskuddet fra og med 2009 baserer seg på folketallet pr.1.7 året før- Siden det bare foreligger tall pr. 1/1 har likevel brukt dette her.

14 Oppsummerende konklusjon

I det følgende skisserer vi en oppsummerende konklusjon innen de ulike enhetene, samt sykefravær og økonomistyring:

14.1 Sykefravær:

- Arbeidet med å redusere sykefraværet og dertil hørende overskridelser på variabel lønn bør ha topp prioritet i alle enheter.
- Fraværet er særlig høyt ved Austmarka, Hjemmetjenesten og Aktivitet og bistand. Det er langt lavere ved Langelandhjemmet, helse og Roverudhjemmet.
- Tjenestene bør fokusere på friskfaktorer i arbeidet med sykefraværet.
- Sektoren som helhet har for høye kostnader knyttet til sykefravær.

14.2 Økonomistyring:

- Sikre samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling og tjenestestandard.
- Den som tar beslutninger som har økonomiske konsekvenser også skal ha økonomiansvar/klar ansvarsforståelse.
- Det skal være samsvar mellom vedtak og utført tjenestene. Dette gjelder for alle tjenestestedene i omsorgstjenestene.
- I utmålingen av vedtak i botjenetene til funksjonshemmede bør det skilles mellom tilsyn og direkte bistand. Det må også tas hensyn til totalsituasjonen i boligen.
- Etter andre kvartal ligger tjenestene an til følgende budsjettsprekk
 - Psykisk helse og ergoterapi/sysioterapi har et mindreforbruk
 - Austmarka omsorg har et merforbruk
 - Langelandhjemmet er i balanse
 - Hjemmebasert omsorg har et betydelig merforbruk
 - Roverudhjemmet har et betydelig merforbruk
 - Aktivitet og bistand har et betydelig merforbruk

Vår vurdering er at tjenestene bør driftes i balanse, gitt at følgende vurderinger hensyntas.

14.3 Tjeneste- og velferdsenheten:

- Alle tjenester til pleie- og omsorgstjenestene skal tildeles fra enheten.
- Enheten har tilstrekkelig kapasitet (5–6 årsverk), men må tilføres juridisk og verneplefaglig kompetanse.
- Må styre strammere og mer målstyrt etter LEON-prinsippet.
- Overføre dagtilbudene til hjemmetjenesten.

AGENDA

- Innføre bedre styring av trygghetsalarmene.
- Utarbeide klarere kriterier for bruk av HDO-plasser.
- Gjennomgå hvilke oppgaver som ikke er enhetens kjerneoppgaver og legge dem til rett sted.
- Organisere BPA-brukerne direkte under Tjeneste og velferdsenheten.

14.4 Ergoterapi og fysioterapi:

- Videreføre dagens nivå på ergoterapi og fysioterapi.
- Sørge for at ergoterapi- og fysioterapiressurser er tett knyttet opp mot korttidsplassene i kommunen.
- Vurdere å organisere ressursene til ergoterapi og fysioterapi som arbeider inn mot pleie- og omsorgstjenesten er organisert sammen med disse tjenestene.

14.5 Psykisk helsearbeid:

- Tjeneste- og velferdsenheten bør ha ansvar for helheten i tjenestekjeden for alle disse brukergruppene.
- Kommunen bør vurdere å overføre deler av ressursene innen psykisk helsearbeid til kommunens "ordinære" hjemmetjenester. Årsaken til dette er at i disse tjenestene utføres det mange oppgaver hvor flere av brukerne har psykiske problemstillinger som hoveddiagnose.
- Det bør gjennomføres en kritisk gjennomgang av hva ressursene innen psykisk helse benyttes til.

14.6 Hjemmebaserte tjenester:

- Arbeide målstyrt for å endre bruken av personlig assistent til ordinære hjemmebaserte tjenester. De brukerne som ikke selv klarer å administrere brukerstyrt personlig assistanse bør ha ordinære hjemmetjenester eller omsorgsbolig.
- Legge ned driften ved "Gnisten" og overføre kompetanse/ressurser til sted hvor kommunen har samlet alle korttidsplassene.
- Fortløpende/månedlig tilbakemelding til Tjeneste- og velferdsenheten om ressursbruk i hjemmetjenesten.
- Øke ressurstilgangen i hjemmetjenesten når behovene i tjenestene øker, for å kunne tilpasse behovsøkningen. Økningene i behov for befolkningsgruppen bør i stor grad tas ut i hjemmebasert omsorg.
- Kritisk vurdere hvor unge funksjonshemmede brukere bør få tjenestene fra.

14.7 Institusjon:

- Videreføre dagens drift ved Langelandhjemmet og gjøre det om til et sykehjem med kun langtidsplasser.
- Endre bruken av Roverudhjemmet til et sykehjem med en avdeling med 8-10 plasser demente/skjermet enhet og 31 korttidsplasser.

- Tilpasse bemanningen ved Roverudhjemmet til sykehjem med korttidsplasser og en demensavdeling.

14.8 Aktivitet- og bistand:

- Det er behov for å foreta kritisk vurdering av ressursutnyttelsen i boligene, uketjenesten og dagsenteret. Analysene tilsier at enheten har tilstrekkelig bemanning til å øke kapasiteten ved dagsenteret, dersom ressursene disponeres annerledes.
- Bemanningen i boliger, dagsenter og uketjeneste bør sees under ett. Med bedre ressursstyring og økonomioppfølging skal det være mulig å drive innenfor budsjettet (2009- nivå).
- Det er behov for at kommunen, på prinsipielt grunnlag, tar stilling til hvordan tilbudet til utviklingshemmede brukere med somatiske lidelser og/eller demens best kan ivaretas.

14.9 Austmarka:

- Gjennomgangen av tjenestetilbudet ved Austmarka har vist at bemanningsfaktor ved sykehjemsdelen er høy. Samtidig er det færre vedtakstimer som skal utføres i hjemmetjenesten enn tidligere. Det kan derfor være grunn til å vurdere den totale bemanningssituasjonen på Austmarka i forhold til beboernes samlede bistandsbehov.
- Vurdere HDO'enes funksjon i omsorgskjeden, og hvordan bemanningen ved HDO'ene skal beregnes.
- Prinsipiell avklaring rundt HDO-beboere med store bistandsbehov og hvordan tilbudet til disse beboerne skal løses.

14.10 KKE

- Gjennomføre tiltak for å endre dagens samarbeid mellom KKE og utførerenhetene innen pleie- og omsorgstjenestene