



KONGSVINGER KOMMUNE

DRIFTS OG RESSURSANALYSE FOR PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN

STYRINGSDATA FOR OMSORG

RUNE DEVOLD AS

27.11.2007

1. Innledning og konklusjon	4
1.1 Formål	4
1.1.1 Noen begrep som benyttes i analysen	5
1.2 Metode og datagrunnlag.....	6
1.3 Konklusjoner	6
1.3.1 Hovedkonklusjon:.....	6
1.3.2 Strategier fram til 2011	7
1.3.3 Underliggende konklusjoner	7
1.3.4 Framskrivning av ressursbehov	9
2. Omsorgstrappa – en generell tilnærming	10
2.1 Utfordringer i Kongsvinger	12
3. Kongsvinger og kommuner i prosjekt for KS	13
3.1 Lønnskostnader pr tjenestemottaker	13
3.2 Hvor godt differensieres det mellom brukere ?	14
3.2.1 Ressursbruk –brukergrupper og ulike boligarenaer	15
3.3 Aldersgrupper og ressursbruk	16
3.4 Praksis for tildeling av praktisk bistand og hjemmesykepleie ..	17
3.4.1 Sammenlikning	18
3.5 Oppsummering i forhold til KS-rapport	19
4. Brukeroversikter	21
5. Omsorgstrappa – trinn for trinn.....	22
5.1 Brukere med de minste behovene – hvilke tjenester får de?	22
5.1.1 Brukere uten timetjenester (substitusjonstjenester).....	22
5.1.2 Alminnelig husarbeid	23
5.1.3 Oppsummering	25
5.2 Brukere med hjemmetjenester i ordinær bolig	26
5.2.1 Aldersfordeling av brukere og tjenester	26
5.2.2 Praksisforskjeller etter boligarena	28
5.3 Sonevise forskjeller i brukergrunnlag og tilbud – PB og SPL ..	28
5.4 Praktisk bistand og sykepleie hver for seg.....	30
5.4.1 Praktisk bistand.....	31
5.4.2 Hjemmesykepleie	32
5.5 Helse- og rehab – psykiaritjenesten	32
5.6 Utviklingshemmede - HDU og hjemmetjenester	34
5.7 Brukere med HDO-tilbud	36
5.7.1 Utdrag fra avsnitt om HDO i rapport til Ringerike.....	37
5.7.2 HDO i Kongsvinger	37
5.8 Brukere med støttekontakt.....	38
5.9 Brukere med omsorgslønn.....	38
5.10 Brukere med BPA	39
5.11 Kortidsopphold.....	39
5.12 Brukere i sykehjem.....	39

6. Økonomi og organisasjon	41
6.1 Hjemmetjenesten – ressursrammer og produktivitet	41
6.1.1 Ressursrammer med ny praksis	41
6.1.2 Heldøgns omsorg for utviklingshemmede (HDU)	42
6.2 Framskrivning av økonomiske rammer	42
6.2.1 Hjemmetjenester – kjernetjenestene	43
6.2.2 Sykehjem	43
6.2.3 Aktivitets- og bistandsenheten	44
6.2.4 Psykiatri	44
6.2.5 Framskrivning oppsummert	44
6.3 Saksbehandling og vedtak ved tildeling av tjenester	45

1. INNLEDNING OG KONKLUSJON

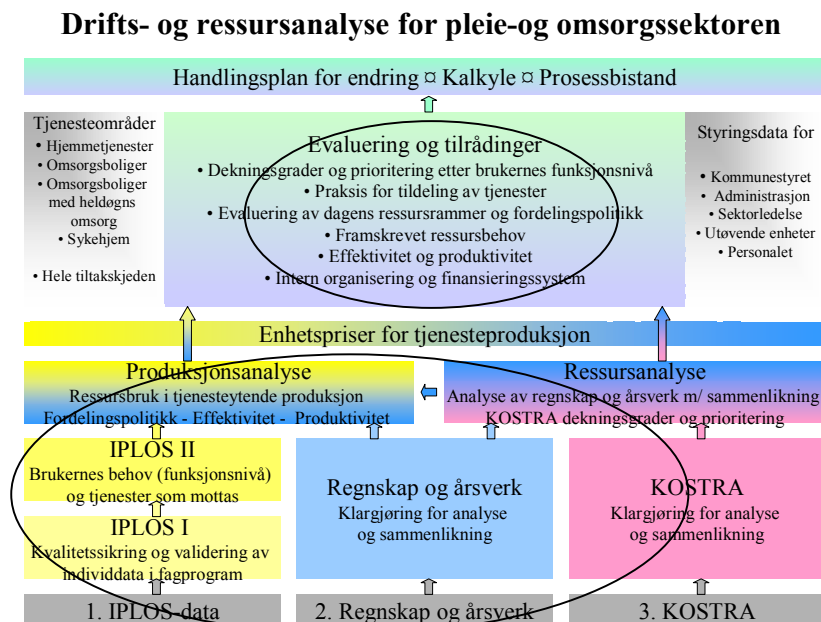
1.1 Formål

Drifts- og ressursanalysen inngår i kommunens evaluering av pleie- og omsorgstjenestene som del av Økonomiplan og tilpasning av omsorgssektoren til en bærekraftig kommuneøkonomi. Kommunen sliter med økonomien og press mot sykehjem og ønsker belyst årsaker til dette og mulige strategier for omstilling.

Fokusområder: Nivå på tjenestene og kjennetegn ved brukerne i ulike deler av omsorgstrappa, kriterier for tjenestetildeling, fordelingspolitikk, effektivitet, produktivitet og sammenlikning med andre kommuner.

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

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



I prinsippskissen er fokusområdet innrington. KOSTRA omtales i avsnitt som sammenlikner

Kongsvinger med resultater fra vår rapport til KS, ”Kostnadsbilder i pleie- og omsorg”.

1.1.1 Noen begrep som benyttes i analysen

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

Fungere sosialt
Innkjøp
Daglige beslutninger
Ivareta egen helse
Mobilitet innendørs
Husarbeid

Vaske seg
Av/påkledning
Matlaging
Spise
Toalett
Mobilitet utendørs

Syn
Hørsel
Huske
Kommunisere
Styre egen adferd

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

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

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

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

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

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

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

tematisk fokus. Forskjellene påvirker ikke konklusjonene som trekkes.

HDO: boliger med heldøgns tilbud til eldre. Kriteriet for heldøgns er nattevakt.

HDU: boliger med heldøgns tilbud til utviklingshemmede.

PB: forkortelse for praktisk bistand

1.2 Metode og datagrunnlag

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

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

IPLOS-opplysningene er tverrsnittsdata som har gjennomgått validering og oppretting av data flere omganger. Kommunen har gjort en meget god jobb med kvalitetssikring av data og framskaffelse av andre nødvendige opplysninger.

1.3 Konklusjoner

1.3.1 Hovedkonklusjon:

Kongsvinger har en godt utbygd omsorgstjeneste i de aller fleste ledd. Men helheten mister betydelig effektivitet og fører til press mot sykehjem.

- Det mangler heldøgns omsorgstilbud i boliger (HDO), ett viktig trinn i omsorgstrappa mangler
- Boligtilbud som kunne vært bygget opp som HDO er ineffektivt utnyttet ved at boliger med kommunal råderett til en viss grad er blitt tildelt brukere som burde fått forsterket tilbud i egenbolig
- Hjemmetjenestenes praksis for behovsprøving og tildeling av tjenester har noe svak sammenheng mellom brukerbehov og mengde tjenester, samtidig som nåløyet for å få tjenester første gangen er ganske åpent. Dette skaper en uheldig fordelingsprofil, og medfører at hjemmetjenestene ikke har nok ressurser til å etablere forsterkede

tilbud når dette trengs.

- Presset mot sykehjemmene medfører i betydelig grad tildeling av plasser til brukere som skulle hatt forsterket tilbud fra hjemmetjenesten. Kapasiteten er derfor ikke utnyttet så effektivt som ønskelig og brukerne i Kongsvinger sykehjem framstår med med en del bedre funksjonsevne enn i andre kommuner.
- Ressursmengden totalt er sannsynligvis tilstrekkelig, men omsorgstrappas utforming og anvendelse pr i dag er ikke forenlig med krav til å tilpasse seg krav til en bærekraftig kommuneøkonomi framover.

1.3.2 Strategier fram til 2011

- Jfr kap 3.4 om tildeling av tjenester i hjemmetjenesten er Kongsvingers praksis om lag 7,8 mill kr dyrere enn ytterpunktpraksis . Det foreslås likevel å beholde ressursrammen uendret, forutsatt omstilling av praksis slik at en setter ressurser inn i etablering av forsterkede tilbud i hjemmetjenesten, samt å få i gang ett eller flere HDO-tilbud snarest mulig.
- Dagens omsorgsboliger kan på lengre sikt utvikles til HDO-tilbud, forutsatt at ressurser omstilles i takt med at dagens beboere utvikler større hjelpebehov.
- Det bør vurderes om tilbudet innen Aktivitets- og bistandsenheten kan omstilles uten at det påvirker kvaliteten på tilbudet, blant annet ved at tilsynsressurser samordnes for brukerne innen samme eller flere boliger. Et forsiktig estimat tilsier at det økonomiske omfanget av slike tiltak kan utløse ½-1 mill kr på kort sikt.
- Gjennomføring av strategiene krever sterkere samordning av vedtakspraksis i alle tjenestene, også psykiatri. Dette kan skje ved å etablere bestiller/utførermodell, men kan også gjøres ved driftsmessig samordning, klarere kriterier og reduksjon i antall aktører som har disse oppgavene.
- Politisk og administrativt anbefales det å fastsette krav til omstillingen i henhold funn i denne rapporten, og fastsette konkrete mål. I forhold til tilsynsmyndighetene kreves dialog om dagens tilstand, slik at den ubalanse i helheten som framkommer tydeliggjøres med sikte på oppslutning om nye strategier.
- Strategiene bør gjennomføres ved at en ser samlet kapasitet i tjenestene under ett for et tidsrom på 1-2 år, slik at mannskap og økonomiske ressurser kan flyttes med minst mulig problemer dit det til enhver tid er størst behov for dem. Dette krever en ny styringsform i samme tidsrom.
- Foreslåtte strategier er forenlig med forslag som foreligger i "Rapport institusjonsplasser og boliger – løsninger på kort sikt.

1.3.3 Underliggende konklusjoner

1. Omsorgstrappa benyttes bare delvis på en effektiv måte, hensyn tatt til LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå. Kommunen oppnår ikke å betjene brukerne på de lavest mulige trinn i omsorgstrappa. Med dette menes at dagens praksis på lavere trinn i trappa fører til kødannelser lenger opp i trappa. Dersom en skulle rette opp dette uten å endre praksis måtte hjemmetjenesten tilføres store ressurser for å kunne etablere forsterkede tilbud som alternativ til sykehjem eller eventuelt opprette nye sykehjemsplasser. Begge deler er altså dyrere enn nødvendig - ressursrammen totalt sett måtte økes betydelig. Tilbudet bør justeres på de laveste trinn i trappa, slik at mer forebygging, egenomsorg og nøkternt tilpasset tjenesteyting der kan sikre tilbudet til hjemmeboende med middels og store behov. Omsorgstrappens øverste trinn vil da bli enda mer effektiv i den betydning at de øverste trinnene forbeholdes de med absolutt størst behov. Det er altså ikke tilfelle i dag.
2. Hjemmetjenesten praktisk bistand og sykepleie, samlet og sonevis. Praksis er tilfredsstillende lik stort sett. Det kan imidlertid være ulikheter med hensyn til tilgang til sykehjem, når en ser at enkelte soner nesten ikke har brukere med middels eller tunge behov.
3. Produktivitet i hjemmetjenestene (praktisk bistand og sykepleie): Produktivitet i produksjon av kjernetjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie er ikke helt tilfredsstillende når vi tar hensyn til variasjoner i reisetid, HMS-tid og andre krav til like produksjonsforutsetninger. Det kan være rom for ytterligere forbedring av produktiviteten med inntil 10%.
4. Ressursfordeling i hjemmetjenesten: Kommunen treffer rimelig godt i ressursfordeling mellom sonene i hjemmetjenesten. Dersom endringer skal gjennomføres kan om lag 1 1/4 – 1 3/4 mill kr omdisponeres fra Sentrum.
5. Omsorgboliger (boliger kommunen har tildelingsrett til og/eller Husbankfinansierte tilrettelagte boliger) tildeles for en stor del til brukere med avgrensede behov. Det er også grunn til å se nærmere på praksis for tildeling av tjenester til brukerne i disse boligene kontra den praksis kommunen har over for brukere i ordinær (egen) bolig. Analysen viser at de som får kommunal bolig også får mer tjenester enn de øvrige, uten at vi kan se at dette henger sammen med variasjoner i behov.
6. Sykehjem – brukerne har delvis adekvate kjennetegn til å være øverste trinn i trappen. Gjennomsnittlig funksjonsnivå ligger en del lavere enn ønskelig. Analyse av ressursbruk i sykehjemsdriften inngår ikke i analysen i denne omgang, men kan gjennomføres.
7. Heldøgns omsorg for utviklingshemmede (HDU): Sammenliknet med 12 andre kommuner er ressursmengden til dette formålet noe høyere enn snittet, målt som gjennomsnittlig kostnad pr bruker. Dette kan reflektere ulikheter i brukernes behov. Men variasjoner i kostnader kan også skyldes ulikheter kommunene i mellom når det gjelder bofellesskapenes størrelse (antall brukere), grad av sambruk av tilsynsressurser når flere brukere i bofellesskapet har 1:1-bemanning eller mer. Det kreves en særanalyse for å kunne evaluere dette nærmere.
8. Brukere med trygghetsalarm og/eller matombringning er ufullstendig dokumentert i

journalssystemet IPLOS). Dette må rettes opp inne innrapportering til SSB ved årsskiftet.

9. Korttidsopphold: Tilbudet er underrapportert i IPLOS og kan ikke analyseres. Kommunen har en ekspansiv praksis som er positiv for effektiviteten. Dersom tilbudet også her gis brukere med avgrensede behov bør praksis justeres. Dette bør undersøkes. Kortsiktig kan det i så fall vurderes å ta i bruk korttidsplasser som langtid, inntil HDO-tilbud er etablert.
10. Omsorgslønn: Tilbudet er moderat med hensyn til antall brukere, timer/uke ligger over gjennomsnittet for andre vi sammenlikner med.
11. Støttekontakter: Tilbudet gis til et stort antall brukere i forhold til kommunestørrelsen. Gjennomsnittlige timer ligger normalt.
12. Brukerstyrt personlig assistent: Tilbudet gis et fåtall brukere, med til dels svært høye timetall. Praksis bør gjennomgås.
13. Organisasjon og saksbehandling: Det stilles strenge krav til forvaltning av knapphetsgoder og ressurskrevende velferdsproduksjon. Praksis pr i dag viser at en må gjøre noen endringer i behovsprøving og tildeling av tjenester. Erfaringsmessig er dette en utfordrende prosess. Spørsmålet er om dette lar seg realisere med det spredte ansvar for saksbehandling som kommunen har pr i dag. Kommunen bør vurdere å samle ansvaret på færre hender, men det er ikke nødvendigvis behov for et bestillerkontor. Mye kan oppnås med samordnede arbeidsprosesser, klarere retningslinjer mv.
14. Kommunen bør vurdere innføring av en ordning med autorisasjon av personell som skal ha adgang til å foreta ajourhold og endringer i journaldata.

1.3.4 Framskrivning av ressursbehov

Tabellen viser oppsummert effekten av å videreføre dagens situasjon uten noen endringer.

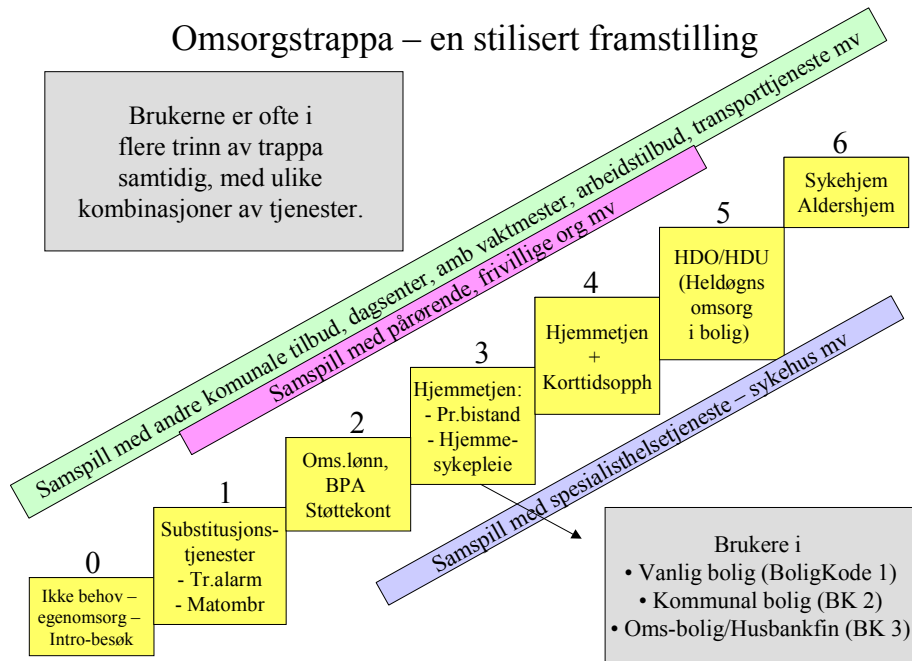
Deltjeneste	Økt rammekrav 2007-2011 mill kr pr år	Økt rammekrav 2007-2020 mill kr pr år	Økt rammekrav 2011-2020 mill kr pr år
Hjemmetjenesten	2,12	7,25	5,13
Sykehjem	7,6	19,6	12,0
Sum	9,72	26,85	17,13

Framskrivningen er gjort i 2007-priser for hjemmetjenesten og 2006-priser for sykehjem. Den forutsetter at dagens praksis videreføres, og at framtidens eldre og omsorgstrengende har samme behov for tjenester som i dag. Det vises til kap 6 for ytterligere detaljer og forutsetninger.

2. OMSORSGSTRAPPA – EN GENERELL TILNÆRMING

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

Fig 1: Omsorgstrappa en stilisert framstilling



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

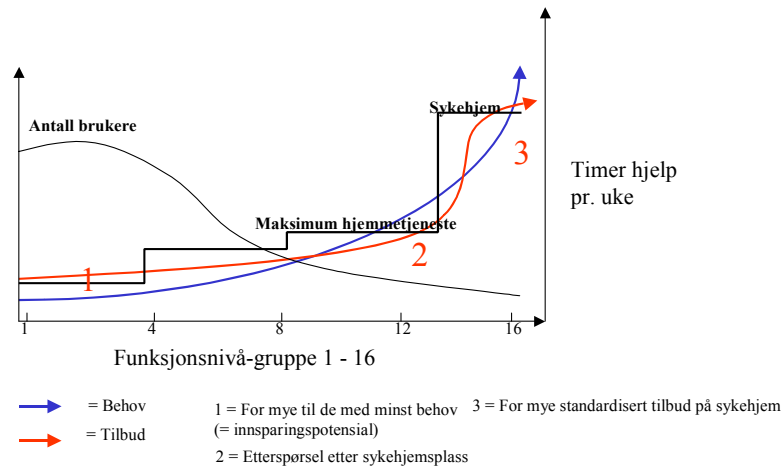
For brukerne er hele trappen en tiltakskjede som de forventer stiller opp med tjenester som ”matcher” deres behov. Det er i møtet med disse forventningene kommunens praksis skal evalueres. Det er mange elementer som skal falle på plass, blant annet tjenestenes tilgjengelighet i betydningen utbyggingsgrad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

Fig 2: Omsorgstrappa uten HDO



Omsorgstrappa uten HDO

3 vanlige utfordringer

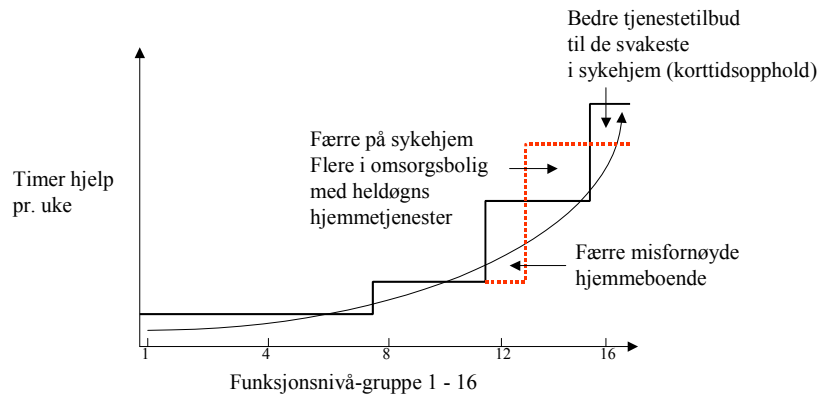


Når kommunen mangler HDO vil brukerkarrieren ofte føre til for tidlig søkning til høyeste trinn, sykehjem. Figuren ovenfor viser tydelig at maksimum ordinær hjemmetjeneste avløses direkte av sykehjem (fra 2 til 3). Dette reflekterer ikke det mangfold av bruker”karrierer” og tilstander som krever mer fleksible løsninger enn sykehjem, både med tanke på innhold i tilbudet og økonomi for brukeren og kommunen. Dersom en derimot har HDO som et trinn i trappa kan en over tid forvente mer fleksibelt og brukertilpasset tilbud både i HDO og i sykehjem slik figuren nedenfor viser.

Fig 3: Omsorgstrappa med HDO



Omsorgstrappa med HDO (Omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjenester)



Mange av brukerne har det samme tilbudet i dag som tidligere, bare med en annen innpakning og annet økonomisk opplegg. Analysen sliter med å kaste nytt lys også over dette fordi de tjenester som ytes til den enkelte bruker ikke går fram fullstendig av vedtakene.

2.1 utfordringer i Kongsvinger

Det legges press på kommunens saksbehandlere i møtet med brukerne – hva kan vi forvente, hva er riktig type tjeneste, riktig mengde, til riktig tid osv. Generelt utfordres da evnen til differensiering slik Kvalitetsforskriften krever, like tjenester til like behov, begrunnet forskjellsbehandling mv. Over tid påvirkes behovet for tjenester på ulike trinn i trappa slik at det kreves annen dimensjonering og ny fordelingspolitisk profil, dvs disponere ”kreftene” (ressursene) på en slik måte at trappa alt i alt fungerer effektivt slik at den dekker innbyggernes behov for tjenester i tråd med individuelle brukerbehov.

Dette arbeidet blir enda vanskeligere i Kongsvinger på grunn av det manglende HDO-tilbudet. En del av omsorgsboligene ligger tett ved sykehjem og nyter godt av den sikkerhet dette kan gi. Men HDO i ordets egentlige forstand finnes ikke. Det vises til drøftinger i kapittel 3 og senere kapitler der omsorgstrappa gjennomgås trinn for trinn.

3. KONGSVINGER OG KOMMUNER I PROSJEKT FOR KS

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

3.1 Lønnskostnader pr tjenestemottaker

KOSTRA F 254 Hjemmetjenester har et nøkkeltall som måler ressursinnsats i kroner pr bruker i hjemmetjenesten. Gjennomsnittlig hadde alle kommunene i 2005 en snittkostnad på kr 123.831,- pr år. Prosjektet foretok en oppsplitting for se bak gjennomsnittstallet, og så på ordinære hjemmetjenester, HDU og HDO.

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

Kommune	KOSTRA Kroner lønnsutgift pr hjemmetjeneste- mottaker pr år (2005 og 2006)	Gjennomsnittlig lønnsutgift for tjenesteytende personell pr hjemmetjenestemottaker pr. år (2005)			
		Totalt (Ord.+HDU+HD O)	Ordinære hjemmetjenester	Heldøgns omsorgstjeneste for utviklingshemmede (HDU)	Heldøgns omsorgstjeneste for eldre/andre (HDO)
Landet 2006	123 831	117 901	68 085	823 572	355 924
Bergen	110 587	107 802	63 902	775 428	352 222
Bodø	121 192	108 313	67 552	861 375	-
Drammen	114 453	100 471	59 392	1 173 580	384 615
Harstad	136 269	130 205	76 750	633 064	632 818
Kvinesdal	122 381	200 678	100 000	720 833	384 615
Lier	135 216	147 332	57 798	739 404	383 766
Nesseby	72 333	51 950	51 950	-	-
Stord	167 083	124 483	81 087	540 548	264 700
Tromsø	169 386	154 992	106 819	1 016 614	235 727
Trondheim	130 155	135 863	63 723	983 417	441 765
Kommuner og tall utenfor KS-analysen					
Ørland (2006/07)	95 180	85 569	62 129	447 417	55 818
Time (2006/07)		127 971	83 807	743 385	355 000
Ringerike (2006/07)	141 418	141 120	69 694	1 009 403	277 771
Kvinnherad (2006/07)	157 049	164 931	72 938	662 750	374 000
Kongsvinger	107 071	117 281	88169	928 920	-
Hedmark 2006	126 623				
Landet 2006	142 420				

Gjennomsnittskostnadene for kommuner i KS-analysen disse er ikke prisjustert. Tolkning må ta høyde for dette. Kongsvingers KOSTRA-tall for snitt for ordinære hjemmetjenester i 2006 er kr

107.071,-, hvilket er lavere enn landet og nesten samtlige av de vi sammenlikner med. Dette skal i KOSTRA-sammenheng tolkes som god produktivitet. Dessverre gir tallet feil styringssignaler.

Men når dette splittes på ulike deler av hjemmetjenesten ser vi at Kongsvinger har et stort antall brukere og kommer godt ut av KOSTRA's nøkkeltall fordi de har mange brukere å fordele kostnadene på (smører tynt på til mange). Dersom Kongsvinger hadde hatt en mer effektiv prioritering ville nøkkeltallet ligget mye høyere. KOSTRA ville vist svakere produktivitet slik SSB definerer det. Oppsplittingen viser at de ordinære hjemmetjenestene ligger høyere i snittkostnader enn mange av de vi sammenlikner med, til tross for at Kongsvinger smører tynt på til mange (kr 88 169,-). Dette er et dårlig tegn i forhold til krav til effektiv prioritering, og tallet sier ingen ting om produktiviteten.

Gjennomsnittskostnadene for HDU ligger høyere enn snittet for KS-analysen, og høyere enn de fleste øvrige kommuner. Det vises til eget avsnitt om HDU-boligene i kap 5 (Omsorgstrappa trinnsvis).

Alt i alt forteller tabellen at Kongsvinger får skjeve styringssignaler ved å se på KOSTRA og totalgjennomsnittet, som sier at en driver under gjennomsnittlig med hensyn til kostnader. Tallet skjuler store underliggende forskjeller.

3.2 Hvor godt differensieres det mellom brukere ?

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

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

Kommune	Antall brukere med timetjenester	Lette	Middels	Tunge
Alle	19 681	73 %	20 %	7 %
Bergen	7 819	79 %	16 %	5 %
Bodø	1 306	75 %	20 %	6 %
Drammen	1 562	67 %	23 %	10 %
Harstad	718	53 %	35 %	12 %
Kvinesdal	295	62 %	23 %	15 %
Lier	639	62 %	26 %	12 %
Nesseby	60	78 %	18 %	3 %
Bydel i Oslo	1 371	77 %	16 %	7 %
Bydel i Oslo	528	75 %	20 %	5 %
Stord	487	57 %	29 %	14 %
Tingvoll	88	64 %	22 %	15 %
Tromsø	1 312	62 %	26 %	12 %
Trondheim	3 496	72 %	22 %	6 %
Kommuner utenfor KS-analysen				
Ringerike	1003	63 %	26 %	11 %

Ørland	171	89 %	10 %	1 %
Time	388	75 %	19 %	6 %
Kvinnherad	371	76 %	20 %	4 %
Kongsvinger	697	80 %	16 %	4 %

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

For Kongsvinger forteller tabellen at kommunen er på vei i feil retning. Fordelingsprofilen er mer skjev enn for gjennomsnittet når vi ser på andelen av brukere med lette funksjonstap, de utgjør 80% mot 73% for de øvrige. Kongsvinger har lavere andel av brukere med middels og tunge funksjonstap som følge av at de prioriterer de lette brukerne.

3.2.1 Ressursbruk –brukergrupper og ulike boligarenaer

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

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

Seleksjon kommuner	Kroner pr bruker pr år			
	Alle	Lette	Middels	Tunge
Alle brukere andre kommuner (2006)	117 901	47 511	203 138	591 129
Alle brukere Kongsvinger (2007)	117 281	53 345	193 265	787 628
Differanse (Kongsvinger minus andre)	-620	5 834	- 9873	196 499
HDO andre kommuner (2006)	355 924	254 632	296 110	497 448
HDO Kongsvinger	-	-	-	-
Differanse Kongsvinger minus andre)	-	-	-	-
HDU andre kommuner (2006)	823 572	261 010	704 480	1 213 125
HDU Kongsvinger (2007)	928 920	171 369	961 067	1 065 428
Differanse (Kongsvinger minus andre)	105 348	- 89 641	256 587	- 147 697
Ord brukere andre kommuner (2006)	68 085	41 464	131 278	275 740
Ord brukere Kongsvinger (2007)	88 169	58 334	144 378	501 226
Differanse (Kongsvinger minus andre)	20 084	16 870	13 100	225 486

andre)				
Alle minus HDU andre kommuner (2006)	76 447	43 358	141 719	319 399
Alle minus HDU Kongsvinger (2007)	88 169	58 334	144 378	501 226
Differanse (Kongsvinger minus andre)	11 722	14 976	2 659	181 827

Fargemarkeringen viser kommunens tall større enn snittet (lilla) og mindre eller like snittet for alle (gul).

Når en korrigerer for prisstigning av tallene for KS-utvalget legger vi til grunn at Kongsvinger alt i alt ligger tett på gjennomsnittet i de fleste gruppene, unntatt totalgjennomsnittet for tunge brukere og middels tunge brukere innen HDU. Tunge brukere mottar mindre ressurser i Kongsvinger enn snittet for andre.

3.3 Aldersgrupper og ressursbruk

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

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

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

Kommune	Antall brukere (med timer)	Andel brukere og ressursbruk pr aldersgruppe							
		0-66 år		67-79 år		80-89 år		90+ år	
		Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser	Andel av brukere	Andel av ressurser
Alle (KS <)	19681	31 %	62 %	20 %	12 %	39 %	19 %	10 %	7 %
Bergen	7819	33 %	64 %	20 %	12 %	37 %	18 %	10 %	6 %
Bodø	1306	48 %	74 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	5 %
Drammen	1562	48 %	73 %	17 %	8 %	28 %	13 %	8 %	9 %
Harstad	718	29 %	63 %	22 %	14 %	40 %	18 %	8 %	5 %
Kvinesdal	295	30 %	34 %	23 %	14 %	35 %	31 %	13 %	21 %
Lier	639	32 %	48 %	17 %	12 %	41 %	32 %	10 %	7 %
Nesseby	60	16 %	37 %	18 %	31 %	23 %	31 %	3 %	1 %
K 1	1371	18 %	52 %	19 %	12 %	50 %	29 %	12 %	8 %
K 2	528	29 %	39 %	18 %	16 %	38 %	33 %	15 %	13 %
Stord	487	47 %	69 %	17 %	12 %	29 %	13 %	6 %	5 %
Tingvoll	88	23 %	66 %	28 %	9 %	38 %	15 %	11 %	9 %
Tromsø	1312	28 %	59 %	24 %	13 %	39 %	20 %	9 %	8 %
Trondheim	3496	26 %	58 %	22 %	11 %	41 %	22 %	11 %	8 %
Kommuner utenfor KS-utvalget									
Ringerike	1115	28 %	55 %	21 %	15 %	42 %	23 %	7 %	7 %
Ørland	216	46 %	75 %	20 %	9 %	29 %	13 %	4 %	3 %

Time	419	44 %	66 %	18 %	10 %	30 %	18 %	8 %	5 %
Kvinnherad	479	27 %	62 %	20 %	10 %	43 %	19 %	11 %	9 %
Kongsvinger	697	43 %	69 %	24 %	17 %	29 %	12 %	5 %	2 %

Fargemarkeringen viser kommunens tall større enn snittet (lilla) og mindre eller lik snittet for alle (gul).

Kongsvingers profil i dette er at kommunen har en enda større andel (43%) av brukerne i gruppen under 67 år enn snittet (31%), og at denne gruppens andel av ressursene (69%) ligger litt høyere enn snittet (67%). Kongsvinger har også en høyere andel brukere og av ressursene i gruppen 67-79 år enn snittet, mens begge gruppene over 80+ år har lavere andeler av både antall brukere og ressursene.

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

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

3.4 Praksis for tildeling av praktisk bistand og hjemmesykepleie

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

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

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

Tallene illustrerer at Kongsvingers brukere i gjennomsnitt mottar 2,5 timer praktisk bistand og sykepleie pr uke, hvilket er lavere enn snittet for KS-utvalget. De med minst funksjonstap mottar 1

time, de med størst funksjonstap mottar 7 timer. Tallene for Kongsvinger viser en for svak sammenheng mellom brukernes behov og de tjenester som ytes.

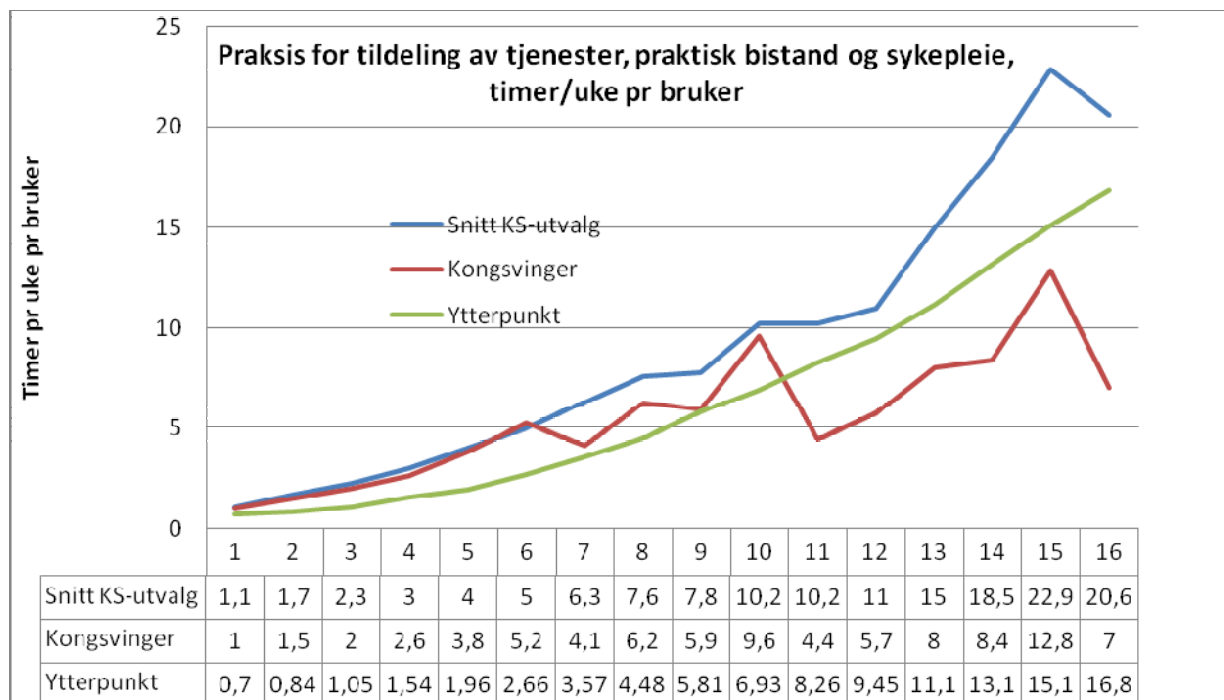
3.4.1 Sammenlikning

En grafisk sammenlikning (se nedenfor) med kommunene i KS-prosjektet illustrerer kommunevise forskjeller i praksis og Kongsvingers posisjon i helheten.

Kongsvingers praksis er her sammenliknet med gjennomsnittet for KS-utvalgets kommuner og et ytterpunkt som er hentet fra praksis utenfor KS-utvalget. Denne siste er kalt ytterpunkt, fordi den fører fram til en framtidig ønsket fordelingsprofil. Det er trangt nåløye for brukere med lette behov, men praksisen er raus overfor de med store behov.

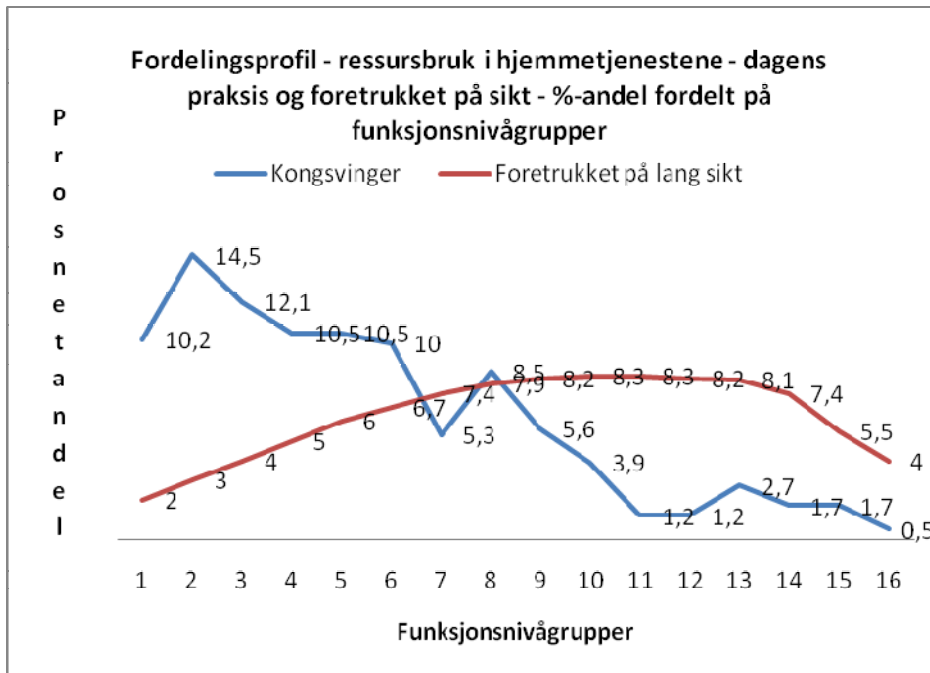
I sum er Kongsvingers praksis 7,8 mill kr dyrere enn ytterpunktpraksisen i kombinasjon med en svært krevende modell for stordriftsfordeler. I Kongsvingers situasjon, med press mot sykehjem og behov for å i gang HDO-tiltak er blir det viktig å beholde ressursene i hjemmetjenesten på dagens nivå. Men de må altså omfordeles. Se videre drøfting av dette i kap 6.

Fig 4: Timer/uke praktisk bistand og sykepleie – praksisforskjeller og endring



Av i alt 7,8 mill kr anbefales å flytte kapasitet tilsvarende om lag 5,1 mill kr fra lette brukere til middels og tunge brukere. Redusert krav til omstilling tar høyde for et visst produktivitetstap som alltid vil inntre når tjenestene skal gjennom så omfattende omstillinger som det Kongsvinger står foran. Tiltaket endrer altså ikke kapasitet i hjemmetjenesten.

Fig 5: Fordelingsprofil for ressursbruk i hjemmetjenesten – nå og framtidig



Figuren beskriver effekten av dagens praksis i Kongsvinger og effekten av å styre i retning av den praksis som er beskrevet i figuren ovenfor som heter "Ytterpunkt".

Ved å stramme inn nåløyet når behovene er små, har en mer å rutte med til de tunge brukerne. Foretrukket profil på lang sikt gir Kongsvingers brukere en reell valgfrihet mellom hjemmetjenester og HDO/institusjon. Denne praksisen er også mer kostnadseffektiv.

For brukere i ordinær bolig er Kongsvingers praksis pr i dag moderat i forhold til brukere med lette behov, men det er generelt enkelt å få tjenester, hvilket fører til at det er en overvekt av brukere med lette behov. Det differensieres svakt mellom små, middels og store behov (smøres tynt på). Det er negativt at brukerne møtes med reduserte tjenester når behovet går fra å være middels til stort.

Figuren er også inntatt i kapittel 5.2 med ytterligere kommentarer.

3.5 Oppsummering i forhold til KS-rapport

- Hjemmetjenesten prioriterer brukere med små behov for mye, og nedprioriterer brukere med middels og store behov. Dette medfører press mot høyere trinn i omsorgstrappa. Når HDO ikke finnes innebærer dette at sykehjemskapasiteten sprenges. Tilbudet i Roverud omsorgsboliger, Tajeveien, Holt bofellesskap, Anna Quamsvei, Austbo og Hov er mellomformer av tilbud som kan utvikles ytterligere dersom brukerbehovene tilsier det. Det må altså innarbeides ny praksis som har bedre samsvar mellom brukernes behov og mengde tjenester, samtidig som HDO-tilbud kommer i gang snarest mulig.
- Praksis pr i dag kontra foretrukket praksis på lang sikt viser store behov og muligheter for omstilling.
- Tilbudet innen heldøgns omsorg for utviklingshemmede er noe mer ressurskrevende enn gjennomsnittet fra andre kommuner.
- I sum er omsorgstrappa for lite effektivt sammensatt, vesentlig fordi HDO-tilbudet mangler og

på grunn av påvist svak sammenheng mellom brukernes behov og mengde tjenester som ytes.

4. BRUKEROVERSIKTER

Tabell 6: Brukerne fordelt på tilhørighet i tjenesten

Manntallsoversikt			Total	Brukere i ord bol (BK1)	Brukere i komm bolig (BK2)	Brukere i Husfin bolig (BK3)	Brukere i sykehjem (BK5)	Snitt funksjonsnivå brukere med timer	Snitt timer/uke alle tjenester
1		Kongsvinger tot	924	591	23	161	149	1,88	6,5
1		Austmarka omsenh	82	51		22	9	1,9	3,8
	1	Austmarka hjtj	55	51		4		1,81	3,6
	2	Austbo omsbol	18			18		2,28	4,8
	3	Austmarka shj	9				9	3,74	
2		Brandval omsenh	175	106	1	18	50	1,8	3
	1	Vest hjtj	48	45		2		1,59	2,5
	2	Øst hjtj	61	61				1,82	2,9
	3	Roverudhjemmet	50				50	3,85	
	4	Roverud omsbol	16			16		2,34	4,4
3		Langelandhjemmet	72				72	3,6	7
4		Sentrum hj-basert	487	398	20	69		1,75	4
	1	Rasta/Vennersberg hjtj	88	84	3	1		1,69	4,9
	2	Lensm/Langerudberget hjtj	29	28	1			1,65	3,5
	3	Lia hjtj	74	63	7	4		1,65	2,9
	4	Galterud hjtj	20	19	1			1,78	2,3
	5	Vangen hjtj	43	39	4			1,67	3,2
	6	Langeland hjtj	77	73	4			1,66	3,6
	7	Øverbyen hjtj	50	50				1,59	2,7
	8	Tråstad hjtj	42	42				1,71	6,5
	9	Holt omsbol	18			18		1,93	5
	10	Hov omsbol	19			19		2,68	4,8
	11	A Quamsvei omsbol	12			12		2,3	6
	12	Tajevn 6 omsbol	15			15		2,17	6,2
5		Akt & Bist	76	36	2	38		2,55	29,5
	11	Tommelstadgt HDU	7			7		3,35	86,3
	12	Prosjekt HDU	2	1		1		1,85	4
	13	Skriverlunden HDU	8			8		3,79	49,3
	14	Utetjen hjtj U	33	17	2	14		2,11	12,3
	15	Avlastn U&F	18	18				2,13	14,3
	16	Heberheimen bokoll HDU	8			8		3,56	71,8
6		Helse&Rehab-Psykiatri	14			14		2,08	7,4
		Hjemmebasert psy *	(110)	(110)				-	(0,4)
	21	Rastavn 5 psy	2			2		2,38	3
	22	Holtvn 23-25 psy	4			4		2,25	10
	23	Sofiesgt 18 psy	2			2		2,63	15,3
	24	Gullivn 1 psy	6			6		1,8	5,6
9		Skyrud demensstr	18				18	3,66	

*Brukerne i hjemmebasert psykiatri er registrert i de ordinære hjemmetjenestene.

I dette avsnittet ser vi på alle tjenestebrukere og tjenesteområder for å få et samlet bilde.

Antall brukere kan avvike noe fra kommunens kapasitetsoversikter, da vi her teller opp antall brukere slik de er registrert i journalsystemet og ikke antall plasser. Brukere med korttidsopphold i rehab eller sykehjem er som regel registrert i hjemmetjenesten, og antallet brukere i for eksempel sykehjem kan derfor avvike fra vanlige kapasitetsoversikter. Antallet kan også avvike fra andre oversikter i rapporten på grunn av utvalgs- og seleksjonsmetoder varierer etter hvilket formål

oversiktene har.

Tabellen gir oversikt med fordeling av brukere med funksjonsnivå og tjenester som ytes i form av timer/uke. Timer/uke er sum alle tjenester, inkl PB, sykepleie, BPA, avlastning, omsorgslønn, støttekontakt og timer på dagsenter.

5. OMSORGSTRAPPA – TRINN FOR TRINN

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

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

Kommunenes utgiftsbehov kan ikke fastsettes etter objektive kriterier i lov og forskrift, brukerne har rett til å få hjelp og pleie, men det står ikke noe i lov og forskrift om mengde og type tjeneste.

Det er likevel vanlig å oppleve at kommunene drøfter for eksempel hva som er ”**lovpålagt nivå**” i forbindelse med budsjettarbeid, omstillinger osv. Formelt gir det ikke mening å snakke om hva som er lovpålagt ut over selve retten til å få hjelp. Aktørene må oppfattes slik at de drøfter hva de subjektivt oppfatter som et minimum av tjenester ut i fra erfaring, vanlig praksis osv. Oppfatningene varierer sterkt. Vi ser store praksisforskjeller mellom kommunene, men ingen driver systematisk i strid med loven.

Når brukeren f eks har utviklet stor funksjonssvikt både i personlig, instrumentell og kognitiv ADL er det bare den individuelle vurderingen som gjelder, og det er vanskelig å sammenlikne brukerne i forhold til praksisfor tildeling av tjenester. Når det derimot gjelder bruker med avgrensede behov kan det gi mening å sammenlikne, brukerne har tilstrekkelige likhetstegn og utgjør homogene grupper.

I omsorgstrappa møtes man først med trygghetsalarm, matombringning osv (substitusjonstjenester). Når hjelpebehov oppstår i form av fysisk bistand er det statistisk slik at evne til å utføre husarbeid er den første funksjonen som faller ut. Med sikte på å støtte kommunens interne ordskifte om egen praksis skal vi se nærmere på disse gruppene, nemlig de som greier seg uten timetjenester, og de som har de aller mest begrensede funksjonstapene, knyttet til alminnelig husarbeid.

5.1.1 Brukere uten timetjenester (substitusjonstjenester)

Dette er brukere som f eks bare har trygghetsalarm, matombringning og lignende tilbud.

Tab 7: Brukere i hjemmetjenesten, uten timetjenester (substitusjonstjenester)

Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Brukere med substitu-		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
sjonstjenester		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total		1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Antall brukere	106	35	22	12	9	5	5	2	5	2	2	4	1	1		1	
Funksjonsnivå		1,75	1,07	1,37	1,63	1,83	2,10	2,36	2,65	2,86	3,05	3,40	3,63	3,80	4,00		4,80

Vi kaller disse tjenestene substitusjonstjenester, fordi de dekker et behov som ellers bare kunne dekkes med timetjenester. Vi ser på de brukerne som betjenes av hjemmetjenestesonene. 106 brukere uten timetjenester har samlet veiet funksjonsnivå på 1,75, hvilket er høyt i forhold til nesten alle kommuner vi sammenlikner med. (Ringerike 1,44, Kvinnherad 1,57, Ørland 1,34, Kvinesdal 1,58, Time 1,98). Andelen brukere uten timetjenester i % av alle med hjemmetjenester utgjør 15,5%. (Tilsvarende i f eks Ringerike var 37,9 %, Kvinesdal var 9,7% Sarpsborg 8,1%, Tromsø 18%, Stord 22%).

Andelen uten timer påvirkes av tilbudenes tilgjengelighet og kommunens praksis. For eksempel at det noen steder ikke begrensninger for å få trygghetsalarm, alle som ønsker det får tjenesten. I Kongsvinger kjenner vi ikke antallet som har trygghetsalarm (ikke registrert i IPLOS). Også matombringning antas underrapport, i alt 18 har tjenesten. Det derfor vanskelig å vurdere praksis.

De fleste av brukerne uten timetjenester har lette funksjonstap, men det er innslag også av middels- og tunge funksjonstap, noe som gjerne knyttes til brukere i flerpersonshushold med privat omsorg.

Mangelfull registrering av trygghetsalarmer og matombringning må rettes opp innen nyttår før rapportering til SSB.

5.1.2 Alminnelig husarbeid

I dette avsnittet henter vi data fra kommunene i KS-prosjektet "Kostnadsbilder i pleie- og omsorg" og sammenlikner med Kongsvinger

Vi velger å se på de brukerne som har minst og like funksjonstap. Vi velger de som er helt funksjonsfriske på alle felt, unntatt når det gjelder alminnelig husarbeid der de har IPLOS-registrert verdi som betyr "middels problemer- utfører/klarer deler selv, men må ha personbistand til resten. Tjenesteyter kan evt. gå til og fra". **Hvordan møter kommunene disse brukerne – de med de aller minste behovene ?**

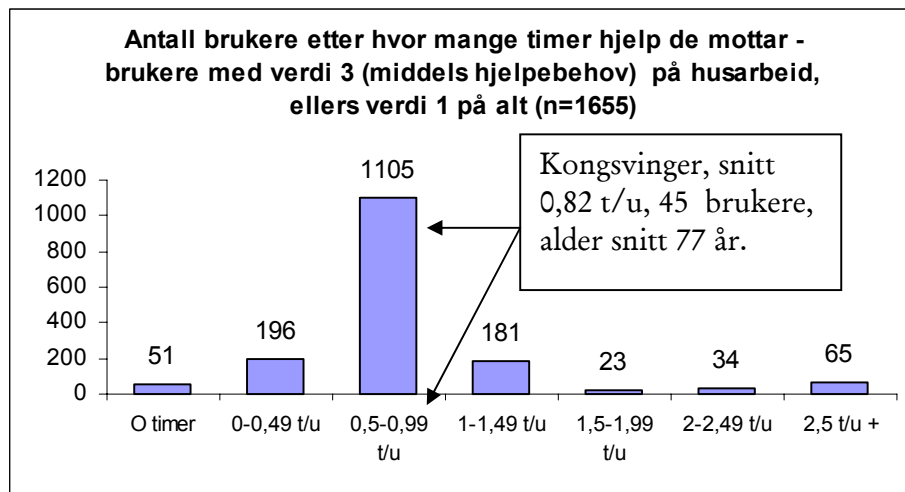
Alminnelig husarbeid er det felt der funksjonssvikt først inntreffer, statistisk sett. I KS-prosjektet er det i alt 1655 (8,7 %) individer som tilfredsstillt kriteriene. I alt 1313 er kvinner (79,3 %), og gjennomsnittsalderen er 78,9 år. Vi skal se nærmere på hvilke kjennetegn de har for øvrig og kommunenes praksis

Tabell 8: KS-utvalget: Aldersfordeling, brukere med husarbeid funksjonsnivå = 3, alt annet = 1.

Aldersgruppe	Antall tot	%-andel av tot	Antall i Kv	%-andel i Kv
Sum	1655	100 %	23	100 %
Under 67 år	219	13,2	5	21,7
67-79 år	392	23,7	10	43,5
80-89 år	871	52,6	8	34,8
90 år +	173	10,5	0	0

Sum timetjenester som ytes utgjør i alt 1417 timer pr uke, tilsvarende om lag 40 årsverk eller om lag 15,6 mill kr. Men det er stor variasjon i antall timer, jfr figuren nedenfor.

Fig 6: Variasjon i antall timer bistand til brukere med husarbeid verdi 3, alt annet = 1



2/3 av brukerne i KS-prosjektet møtes med ½-1 time bistand pr uke, gjennomsnittet for alle var altså 0,68 time/uke. 51 (3,0 %) får ikke tjenester i det hele tatt, mens 65 (3,9 %) får 2,5 timer eller mer. Høyeste observasjon er 19 timer, dernest 12, 11,75, 11,2 og 10,5 timer/uke.

I Kongsvinger er tallene slik at i alt 45 brukere har de nevnte kjennetegn med hensyn til funksjonssvikt. De betjenes med gjennomsnittlig 0,82 timer/uke praktisk bistand med lite variasjon (lavt standardavvik), kun to brukere har mer enn 1 time, max 2 timer, kvinner får 0,81 t/u, menn 0,85. Gjennomsnittsalderen er 77 år, (kvinner 77,3 og menn 76,4 år). Eldste bruker er 95 år yngst er en bruker på 41 år. Kun en bruker har registrert diagnose (blodtrykk).

I alt 7 av de 45 brukerne har i noen grad tilgang til privat hjelp, nesten alle er begrenset til 3 timer/uke. 1 har inntil 9 timer/uke privat hjelp.

Kostnadene forbundet med å yte disse hjemmehjelpstjenestene i Kongsvinger er omlag ½ mill

kr pr år, ekskl reisetid.

Kongsvingers praksis ligger tett opp mot snittet for alle vi sammenlikner med. Kongsvinger har betydelig bedre standardisering enn gjennomsnittet for andre kommuner, nesten 100% av brukerne får tilbud innenfor intervallet 0,5-0,9 timer/uke. Dette er meget bra. At alle brukerne hører til i Sentrum og ingen i Austmarka eller Brandval kan bero på en tilfeldighet, men forholdet lar seg ikke undersøke nærmere. Forskjellen mellom menn og kvinner er marginal.

5.1.3 Oppsummering

De brukerne vi har sett på i dette avsnittet kan være et godt utgangspunkt som innledning på strategidrøfting om hva en ønsker å prioritere i eldreomsorgen. Brukerne utgjør en ensartet gruppe, de har nesten identisk FN, noe variasjon mht diagnoser/ikke diagnoser. Det er nyttig for kommunen å systematisere bruken av tjenester til de med mest begrenset behov, blant annet fordi en her drøfter et felt som tross alt har stor lokalpolitisk valgfrihet.

Kommunene vektlegger blant annet forebygging, styrke befolkningens evne og motivasjon til å ta vare på egen helse, LEON-prinsippet og så videre. Samtidig vet vi at mye av forutsetningen for å få hele omsorgstrappa til å fungere godt innen nøkterne økonomiske rammer nettopp ligger i hvor godt man håndterer de som har små eller begrensede behov. Så langt kan det se ut til at Kongsvinger kommune har hatt råd til å yte tjenester omtrent som gjennomsnittet av andre kommuner. Dersom en begrenser ressurstilgangen eller skjærper tildelingskriteriene vil bildet kunne se annerledes ut. Det er viktig å utfordre strategien vis a vis de med de minste behovene for å klargjøre mål og strategier samlet sett.

I klartekst betyr dette at Kongsvinger bør fortsette med å være raus med substitusjonstjenestene, men i kombinasjon med å praktisere et trangere nåløye for å få timetjenester når behovene er begrenset. Samtidig bør en være raus med timehjelp når behovene vokser. Dette vil bidra til effektiv utnyttelse av alle trinn lenger opp i omsorgstrappa og legge grunnlag for en kostnadseffektiv helhet i omsorgstjenesten.

Spørsmål til drøfting:

- Skal kommunen videreføre å yte vaskehjelp til brukere med avgrensede behov ?
- Kan brukergruppen med husarbeid som eneste hjelpebehov evt betjenes med rengjøringstjenester utenfor kommunens drift eller er forebyggingsperspektivet så viktig at tjenesten må ivaretas av kommunen?
- Er man (for?) raskt ute med rengjøringstilbud til brukerne, når de ellers er funksjonsfriske ?
- Hvilke signaler gir dagens praksis til befolkningen i forhold til forventninger som dannes, og som blir med videre opp i omsorgstrappen ?
- Alt i alt, er den praksisen vi ser en klart definert strategi ?

5.2 Brukere med hjemmetjenester i ordinær bolig

Oversiktene nedenfor omfatter de som bor i vanlig bolig, og som har tjenester i form av timer. Av tekniske årsaker er også hjemmebasert psykiatri inkludert i tallene, se for øvrig eget avsnitt om disse tjenestene. Dette forhold har en viss effekt på helheten i det som presenteres.

5.2.1 Aldersfordeling av brukere og tjenester

Tab 9: Brukere - aldersfordeling etter boligarena og alder

Aldersgruppe	Ordinær bolig	Kommunal bolig	Husband-finansiert bolig
Totalt antall brukere med timer	474	20	85
0 - 19 år	1 %	0 %	1 %
20 - 49 år	16 %	60 %	14 %
50 - 59 år	7 %	15 %	5 %
60 - 66 år	6 %	10 %	5 %
67 - 69 år	2 %	0 %	5 %
70 - 79 år	27 %	10 %	22 %
80 - 89 år	36 %	5 %	39 %
Over 90 år	5 %	0 %	9 %

Av i alt 474 brukere i ordinær bolig med timetjenester er 30% under 67 år. I alt 41 % er over 80 år, som også er kriterium i inntektsystemet for kommunene. Dette kriteriet slår altså ikke særlig godt ut for Kongsvinger. Kommunale boliger prioriteres for yngre aldersgrupper, mens Husbandfinansierte boliger prioriteres for noen yngre, men flest eldre brukere. (Disse boligene kan også være kommunalt eiet, men er spesifisert i IPLOS for å skille ut boliger som er finansiert gjennom Opptappingsplanen for psykiatri og Handlingsplan for eldreomsorgen).

Tab 10: Fordeling av brukere etter boligarena og funksjonsnivå

Kongsvinger	Funksjonsnivå – 16 grupper																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Hjemmetjenestene																	
Antall brukere og %-ford	1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75	
Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00	
Totalt	579	144	139	91	59	41	28	19	20	14	6	4	3	5	3	2	1
%-andel av total	100%	25 %	24 %	16 %	10 %	7,1 %	4,8 %	3,3 %	3,5 %	2,4 %	1,0 %	0,7 %	0,5 %	0,9 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %
Ordinære boliger, antall brukere	474	130	129	78	47	24	18	15	9	10		3	1	5	3	1	1
%-andel	100%	27 %	27 %	16 %	10 %	5 %	4 %	3 %	2 %	2 %		0,6 %	0,2 %	1,1 %	0,6 %	0,2 %	0,2 %
Kommunale boliger, antall brukere	20	7	1	5		7											
%-andel	100%	35 %	5 %	25 %	0 %	35 %											
Husbandfinansierte boliger, antall brukere	85	7	9	8	12	10	10	4	11	4	6	1	2			1	
%-andel	100%	8 %	11 %	9 %	14 %	12 %	12 %	5 %	13 %	5 %	7 %	1,2 %	2,4 %			1,2 %	

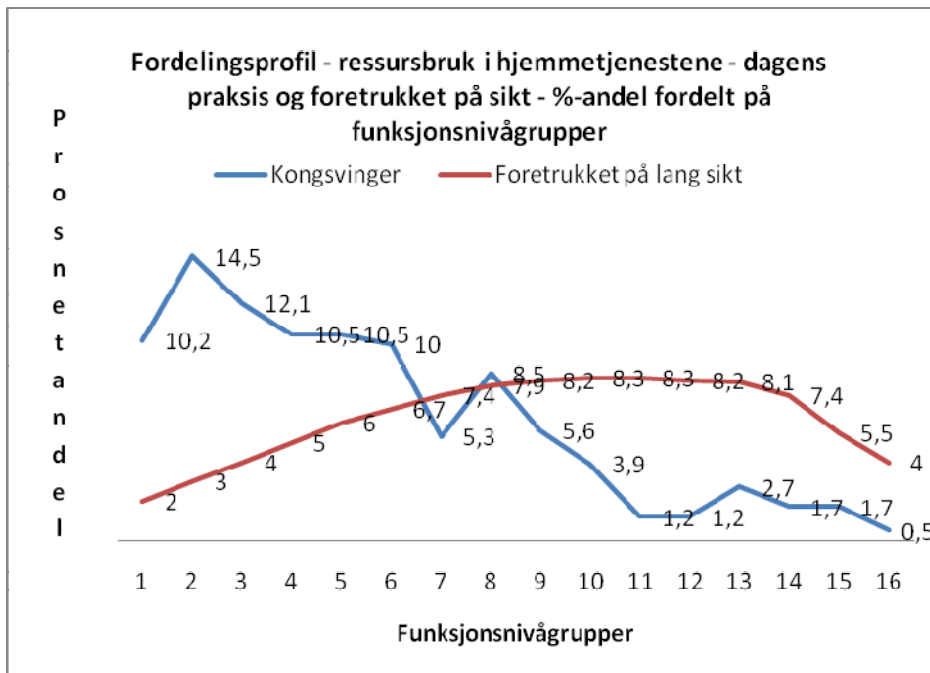
Tunge brukere (gruppe 11-16) utgjør en marginal andel av samtlige. I gruppen kommunale boliger er det ingen med verken middels eller tunge funksjonstap.

Tab 11: Fordeling av brukere etter boligarena og ressursbruk

Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Hjemmetjenestene		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Andel av ressursbruk		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total		1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Totalt, %-fordeling	100%	10,2	14,5	12,1	10,5	10,5	10	5,3	8,5	5,6	3,9	1,2	1,2	2,7	1,7	1,7	0,5
Ordinære boliger	100%	14 %	20 %	13 %	12 %	8 %	9 %	5 %	5 %	5 %	0 %	1 %	0 %	4 %	3 %	0 %	1 %
Kommunale boliger	100%	2 %	32 %	0 %	53 %												
Husbankfinansierte boliger	100%	1 %	4 %	9 %	8 %	12 %	14 %	5 %	17 %	6 %	13 %	2 %	3 %			5 %	

Mest ressurser tildeles grupper med lave og til dels middels store behov i ordinære boliger og særlig i kommunale boliger. Det er vanskelig å forstå hvorfor en kommunal bolig (som knapphetsgode) skal tildeles de med marginale behov slik tallene viser.

Fig 7: Fordelingsprofil for ressursbruk i hjemmetjenesten – nå og framtidig



Figuren beskriver effekten av dagens praksis i Kongsvinger og effekten av å styre i retning av den praksis som er beskrevet i figuren ovenfor som heter "Ytterpunkt".

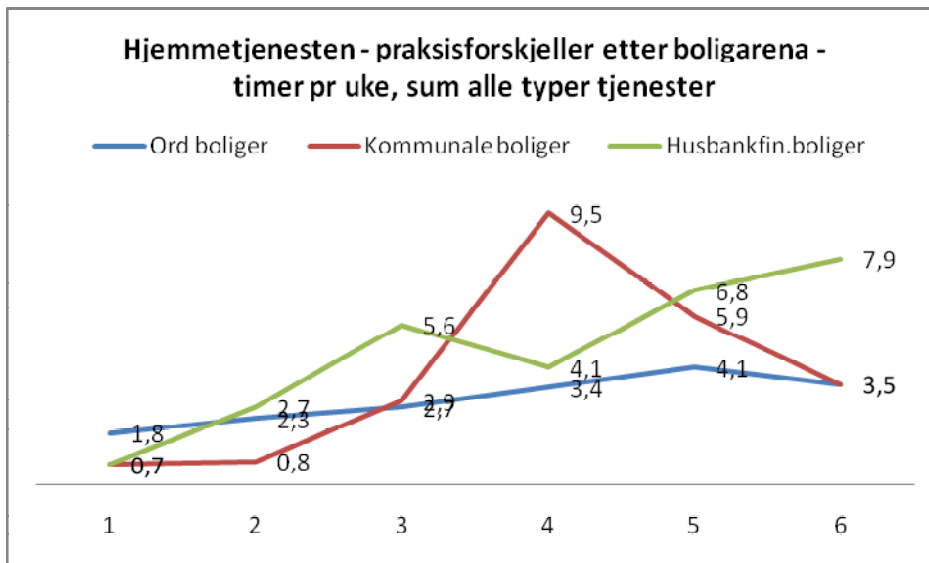
Ved å stramme inn nåløyet når behovene er små, har en mer å rutte med til de tunge brukerne. Foretrukket profil på lang sikt gir Kongsvingers brukere en reell valgfrihet mellom hjemmetjenester og HDO/institusjon. Denne praksisen er også mest kostnadseffektiv.

Figuren er kommentert også i kapitel 3 og peker på den retning tjenestene må dreies. Det tiltak som må settes inn er å skape Kongsvingers retningslinjer for saksbehandling og faglig skjønn tilsvarende ytterpunktpraksis eller en variant som er bedre. Effekten skal være endret fordelingsprofil, med sikte på å kunne gi brukerne reell valgfrihet i forhold til å bo i eget hjem med utvidet tilbud eller i HDO/sykehjem. Det er imidlertid ikke gjort i en håndvending. Dreining krever faglig og politisk oppslutning, tydelig kommunikasjon med brukerne og befolkningen, enkeltvedtak skal revideres, ny utforming av tjenestene skal begrunnes saklig og individuelt. Ny praksis utfordrer også samarbeid på tvers av fag, forholdet til 2.linjetjenesten (sykehus) og generelt på evne til å samhandle med brukerens behov i fokus.

Med aktiv innsats kan ny profil være på plass om 2-4 år, avhengig av hvilket trykk en setter på.

5.2.2 Praksisforskjeller etter boligarena

Fig 8: Praksisforskjeller etter boligarena



Figuren fokuserer på forskjeller i tjenestetilbud alt etter hva slags boligtype en har. For å sikre likest mulig grunnlag velger vi å se på de 6 letteste gruppene der behovene best lar seg sammenlikne. Hovedinntrykket er, med noen unntak, at de som får tildelt bolig av kommunen også får mer tjenester, uten at det lar seg begrunne i funksjonsnivået (brukerens behov).

Oppsummering:

Saksbehandlingen bør gjennomgås med sikte på klarere kriterier, slik at en oppnår bedre samsvar mellom behov og tjenester, tildelingspraksis for boliger og bedre standardisering (like behov – like tjenester/begrunnet forskjellesbehandling).

5.3 Sonevise forskjeller i brukergrunnlag og tilbud – PB og SPL

Vi ser først på samlet antall brukere med tilhørende funksjonsnivå og tjenester som ytes i form av praktisk bistand og sykepleie. Brukere som har HDO eller HDU-tilbud er holdt utenfor.

Tab 12: Praktisk bistand og sykepleie etter funksjonsnivå og sone/distrikt

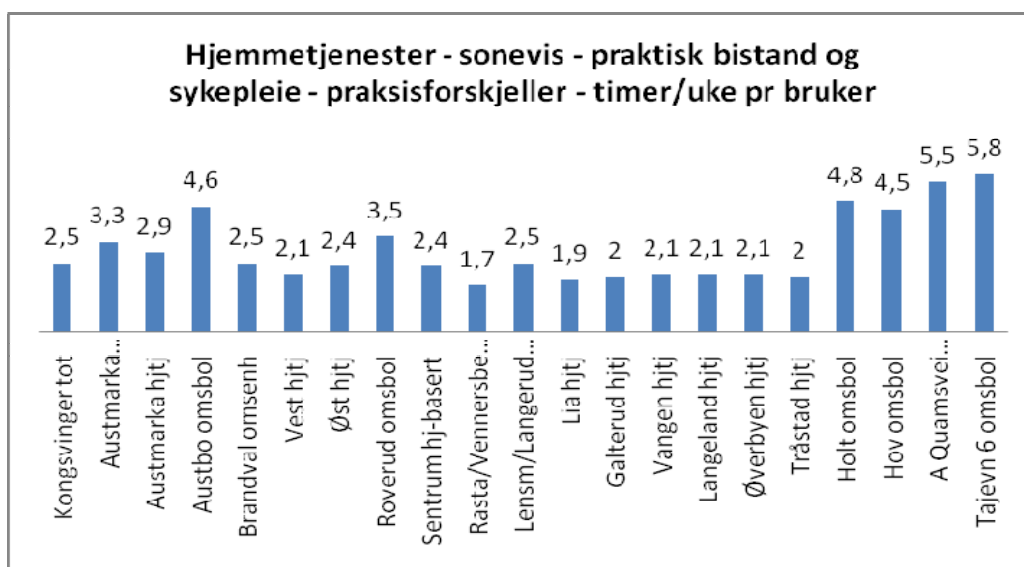
	Navn	Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt funksjonsnivå brukere med timer	Sum timeverk	Snitt t/u brukere med timer
	Kongsvinger	704	108	596	1,77	1513	2,5
1	Kongsvinger tot	704	108	596	1,77	1513	2,5
1	Austmarka omsenh	73	13	60	1,92	199,2	3,3
	1 Austmarka hjtj	55	10	45	1,8	130,1	2,9
	2 Austbo omsbol	18	3	15	2,28	69,1	4,6
2	Brandval omsenh	131	17	114	1,8	281,9	2,5
	1 Vest hjtj	50	10	40	1,54	84,9	2,1
	2 Øst hjtj	65	7	58	1,83	141,5	2,4

	4	Roverud omsbol	16		16	2,34	55,4	3,5
4		Sentrum hj-basert	500	78	422	1,74	1032	2,4
	1	Rasta/Vennersberg hjtj	90	24	66	1,73	111,3	1,7
	2	Lensm/Langerudberget hjtj	29	4	25	1,61	63,6	2,5
	3	Lia hjtj	73	10	63	1,66	122,2	1,9
	4	Galterud hjtj	21	3	18	1,69	35,8	2
	5	Vangen hjtj	44	8	36	1,57	74	2,1
	6	Langeland hjtj	80	10	70	1,62	145,8	2,1
	7	Øverbyen hjtj	54	8	46	1,6	96,9	2,1
	8	Tråstad hjtj	42	5	37	1,63	72,3	2
	9	Holt omsbol	19	2	17	1,96	81,3	4,8
	10	Hov omsbol	20	2	18	2,68	81,7	4,5
	11	A Quamsvei omsbol	13	1	12	2,3	65,5	5,5
	12	Tajevn 6 omsbol	15	1	14	2,17	81,4	5,8

Alt i alt er funksjonsnivået for de som mottar praktisk bistand og/eller sykepleie på 1,77, noe lavere enn kommuner vi sammenlikner med. Tolkningen av dette er at det er mange med små behov som trekker snittet ned. Det kan sannsynliggjøres at mange av disse ikke ville hatt timetjenester i en del andre kommuner (trangere nåløye for å komme inn i tjenestene). Hjemmetjenestesonene ligger ganske jevnt i praksis.

Grafen nedenfor illustrerer høyre kolonne i tabellen ovenfor.

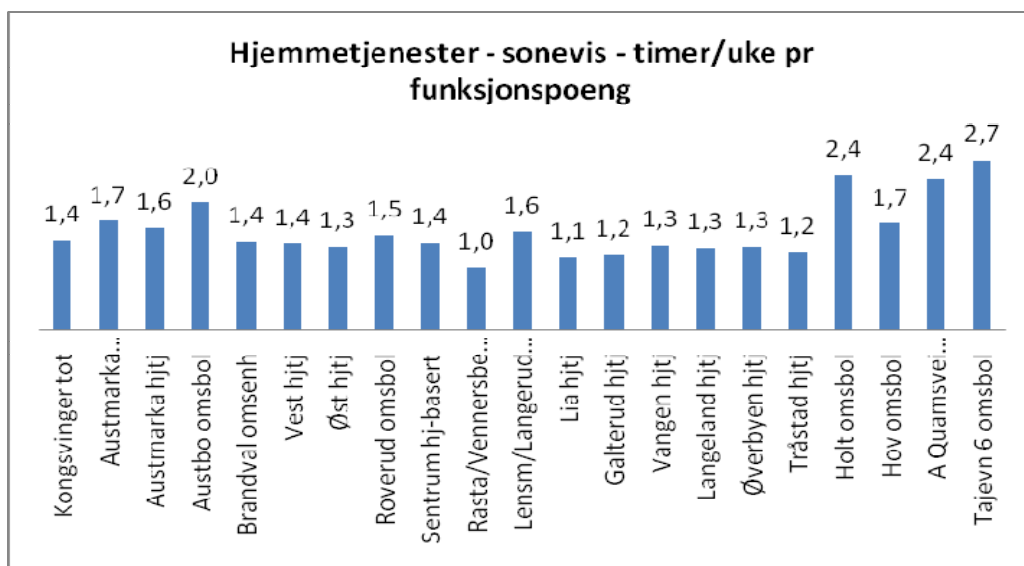
Fig 9: Brukere i hjemmetjenesten, timer/uke



Grafen viser totalt antall timer/uke praktisk bistand og sykepleie. Praksisforskjeller gjør seg gjeldende i moderat grad hjemmetjenestedistriktene i mellom, mens det er signifikant forskjell mellom disse og omsorgsboligene. Dersom omsorgsboligene var blitt drevet som reelle HDO-tilbud ville timetallet ligget en god del høyere. Se eget avsnitt om HDO nedenfor.

For å undersøke eventuell forskjeller overfor brukergrupper ser vi på praksis for praktisk bistand og hjemmesykepleie til brukere i ordinær bolig og måler antall timer pr funksjonspoeng.

Fig 10: Sonevise praksisforskjeller – brukere i ordinær bolig



Figuren viser hvor mye timer/uke som ytes pr funksjonsnivå-poeng. Dette fanger opp ulikheter i brukergrunnlag som gjør seg gjeldende fordi befolkningen kan ha ulike funksjonsevne. Grafen viser at Austmarka og Lensm/Langerudberget yter mest, mens Rasta/Vennersberg yter minst. Forskjellene mellom disse bør undersøkes. For øvrig er det ikke nevneverdige forskjeller. Forskjellene mellom omsorgsboligene er omtalt ovenfor.

5.4 Praktisk bistand og sykepleie hver for seg

Kommunen har bedt om praksisoversikt adskilt for praktisk bistand og hjemmesykepleie.

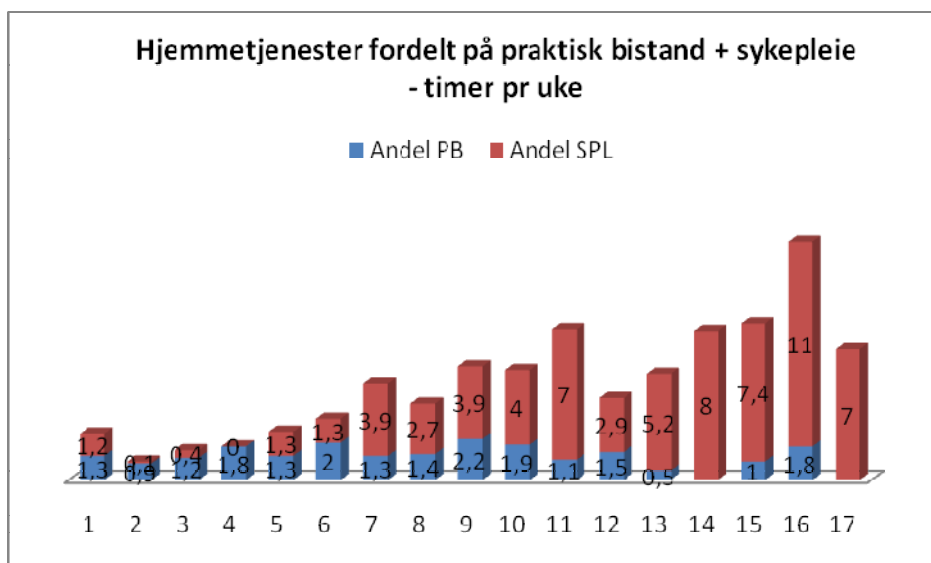
Tab 13: Praktisk bistand og sykepleie adskilt

Kongsvinger	Funksjonsnivå – 16 grupper																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Hjemmetjenestene																	
Praktisk bistand og sykepleie adskilt	1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75	
Timer/uke	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
PB+SPL	2,5	1	1,6	1,9	2,7	3,3	5,1	4,1	5,8	5,9	8,3	6,6	5,8	8	8,4	12,8	7
Andel PB	1,3	0,9	1,2	1,8	1,3	2	1,3	1,4	2,2	1,9	1,1	1,5	0,5		1	1,8	
Andel SPL	1,2	0,1	0,4	0,1	1,4	1,3	3,8	2,7	3,6	4	7,2	5,1	5,3	8	7,4	11	7
%-fordeling																	
Andel PB	52 %	90 %	75 %	95 %	48 %	61 %	25 %	34 %	38 %	32 %	13 %	23 %	9 %	0 %	12 %	14 %	0 %
Andel Spl	48 %	10 %	25 %	5 %	52 %	39 %	75 %	66 %	62 %	68 %	87 %	77 %	91 %	100 %	88 %	86 %	100 %

Tabellen er framstilt ved å beregne alle som har en eller begge tjenester. Gjennomsnittstallene i hver gruppe ligger noe høyere når en beregner tjenestene hver for seg fordi sum tjenester fordeles på færre brukere.

Tabellen vises grafisk slik:

Fig 11: Hjemmetjenester fordelt på praktisk bistand og sykepleie



Samlet sett ytes det 2,5 timer/uke, fordelt på omtrent like mye av begge tjenestetypene. Men mønsteret er ulikt. Praktisk bistand utgjør hovedtyngden av tjenester for brukere med lette funksjonstap, mens sykepleie tar mer og mer over når brukernes behov øker til middels og store.

5.4.1 Praktisk bistand

Tabellen oppsummerer praktisk bistand for alle enhetene. Gjennomsnittlig timer/uke er beregnet på grunnlag av antall som har praktisk bistand (ikke begge tjenester).

Tab 14: Praktisk bistand – distrikts- og sonevis

Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper																
Hjemmetjenestene		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Praktisk bistand		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75	
Timer/uke		Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
PB tot		1,3	0,9	1,2	1,8	1,3	2	1,3	1,4	2,2	1,9	1,1	1,5	0,5		1	1,8	
Austmarka oms-enh																		
Austmarka hjtj	1	0,9	0,7	1	1	1	0,8	2			0,5	2						
Austbo omsbol																		
Brandval omsenh		0,9	0,9	0,8	0,9	0,8		1	0,8		0,8					1		
Vest hjtj	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8													
Øst hjtj	0,9	1	0,7	0,9	0,8		1	0,8		0,8					1			
Roverud omsbol																		
Sentrum hj-basert		1,4	0,9	1,3	2,1	1,4	2	1,3	1,4	2,2	2,5	1,3	1	0,5			1,8	
Rasta/Vennersb.hjtj	1,3	1	1,1	0,9	1,7	3		2	3			1					2	
Lensm/Langerudb.hjtj	1,5	1,1	1,9	1,4	1		3											
Lia hjtj	1,5	0,9	1,1	2,6	2	2,4		1,3	2,5									
Galterud hjtj	1,2	0,8	1,3		1		0,5	2	1									
Vangen hjtj	1,7	0,9	1,2	3,3		2,5	2,1											
Langeland hjtj	1,5	0,8	1,9	1,5	1,5	1,9	3,5	0,5	3,5	3,5								
Øverbyen hjtj	1,1	0,7	1	1,5	1,2		1,1	2										
Tråstad hjtj	1,4	0,7	1,1	2,8	1,8	2,5	0,8			1								
Holt omsbol	0,9	0,6	0,9	2	0,8		0,8	1,1	0,8	0,8								
Hov omsbol	0,4				0,5	0,5	0,3		0,5		0,3		0,5					
A Quamsvei omsbol	1,9	0,5	1		1,5	1			3,5	4,7							1,5	
Tajevn 6 omsbol	1,9	0,5		2		0,8	1,5	1,5	2,9		4							

Sum produksjon utgjør 399,8 timerverk pr uke, tilsvarende om lag 11 årsverk ekskl indirekte tid til reising, HMS-tid og kontorbasert indirekte tid knyttet til dokumentasjon, møter mv. Mannskapsoversiktene rapporter om lag 16 årsverk hjemmehjelp, hvilket tilsier en fordeling mellom direkte og indirekte tid på om lag 68/32%.

5.4.2 Hjemmesykepleie

Tabellen oppsummerer hjemmesykepleie for alle enhetene. Gjennomsnittlig timer/uke er beregnet på grunnlag av antall som har sykepleie (ikke begge tjenester).

Tab 15: Hjemmesykepleie distrikts- og sonevis

Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Hjemmetjenestene		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Sykepleie		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Timer/uke	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Sykepleie tot	2,4	1,1	1,3	1,3	2,1	2,6	4,4	3,4	5	5,1	7,1	6,8	5,6	8	8,1	11	7
Austmarka oms-enh	3,2	1,6	1,4	1,8	4	4,8	5,1	0,5	1,2	7	3,3	9	5,7	12,6			7
Austmarka hjtj	2,8	1,6	1,3	1,8	3,5	4,8	3,5	0,5		7	3,3	6,8		12,6			7
Austbo omsbol	4,3		1,7	1,8	4,8		6,7		1,2			9,8	5,7				
Brandval omsenh	2,4	1	1,9	1,9	1,9	1,8	3,3	2,6	3,1	7,2	7,8	3,8	2,1	8,3	8,1		
Vest hjtj	2,1	1,4	1,8	3,1	1,5										6		
Øst hjtj	2,5	0,6	2	1,3	2,6	1,2	3,8	2,6	2,4	7,2			2,1	8,3	12,2		
Roverud omsbol	2,7			1,5	1,3	2,4	2,5		3,5		7,8	3,8					
Sentrum hj-basert	2,3	1	1,2	1	1,9	2,7	4,7	3,8	5,6	4,2	7,9	3,8	7,3	3,3		11	
Rasta/Vennersb.hjtj	1,5	0,9	1,1	0,6	3,2	0,8	2,2	5,5	1,7			1,8	7,9	1,8		2,4	
Lensm/Langerudb.hjtj	3,3	1,4	0,5	0,7		5,9	6,1			7,8							
Lia hjtj	1,7	0,9	1,7	1,5	1,4	4,7		1,7	1,9	1,1		5,8					
Galterud hjtj	1,9	0,6	1,8		0,8	1,5		2,5	9,2								
Vangen hjtj	1,5	1,7	0,6	1,2		1,3	3,1	1,2	1,8								
Langeland hjtj	1,7	1,2	1,2	0,8	1,4	1,7	3,5	3,6	8,8	3,8							
Øverbyen hjtj	2	0,8	0,5	1,2	1,4	11	7,2	6,2									
Tråstad hjtj	1,6	0,5	0,8	1,1	1	2,1	2,7		11,7	0,5				4,8			
Holt omsbol	5,3		5,3	0,7	3,3	4,6	2,1	5,5	9,9	11,1							
Hov omsbol	4,3				1,8	3,4	3,7		4,3	1	8,3		6,7				
A Quamsvei omsbol	4,6		0,6	0,5	4,1	4,3		5,4	3,4	4,2						19,7	
Tajevn 6 omsbol	4,7	0,9	0,3	1,7		0,9	8,5	4	5,5		6,5						

Sum produksjon utgjør 1096 timeverk pr uke, tilsvarende om lag 31 årsverk ekskl indirekte tid til reising, HMS-tid og kontorbasert indirekte tid knyttet til dokumentasjon, møter mv. Mannskapsoversiktene rapporter om lag 47 årsverk, hvilket tilsier en fordeling mellom direkte og indirekte tid på om lag 65/35%.

5.5 Helse- og rehab – psykiatritjenesten

Fysioterapi og ergoterapi rapporteres kun med "har/har ikke" tjenesten i IPLOS, og egner seg derfor ikke for analyse. Vi fokuserer derfor på den delen av enheten som arbeider med psykiatri.

Tab 16: Brukeroversikt etter funksjonsnivå

Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Psykiatri		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total		1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Antall brukere	15		2	2	3	5			2		1						
Hjemmebasert psy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rastavn 5 psy	2				1				1								
Holtvn 23-25 psy	4					3			1								
Sofiesgt 18 psy	2				1						1						
Gullivn 1 psy	6		1	2	1	2											

Det er hovedsakelig brukere med små funksjonstap. Men statistisk vet vi at kognitiv svikt underrapporterer hjelpebehov ved funksjonsvurderingen, psykiatribrukere kan ikke sammenliknes direkte med øvrige brukere i hjemmetjenesten.

Tab 17: Brukeroversikt og tjenester som ytes

		Navn	Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt funksjonsnivå	Sum timeverk pr uke	Snitt t/u brukere med timer
		Kongsvinger	15	1	14	2,02	85,1	6,1
1		Kongsvinger tot	15	1	14	2,02	85,1	6,1
	6	H&R-Psykiatri	15	1	14	2	85	6,1
	1	Hjemmebasert psy	110		110 ?	?	46 ?	0,4 ?
	21	Rastavn 5 psy	2	1	1	1,86	2	2
	22	Holtvn 23-25 psy	4		4	2,25	30	7,5
	23	Sofiesgt 18 psy	2		2	2,63	24,5	12,3
	24	Gullivn 1 psy	6		6	1,8	27,6	4,6

Enheten har ansvar for boveiledning i boligene som (praktisk bistand opplæring) som i det alt vesentlige ytes av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Psykiatrisk sykepleie til denne gruppen utgjør kun 14 timer/uke.

Brukere som har tjenester fra hjemmebasert psykiatri er en del av hjemmetjenestens brukere, og tallene for hjemmebasert psykiatri er derfor hentet ved spesielt uttrekk fra fagprogrammet PROFIL. Det viser i alt 110 brukere med i alt 46 timer/uke psykiatrisk sykepleie.

Enheten er bemannet slik:

Tab 18: Årsverk i psykiatrien

Psykiatrisk sykepleier	6,00
Personell i turnus:	
Sykepleiere	
Hjelpepleiere	6,54
Omsorgsarbeidere	1,20
Andre	1,00
Sum	14,74

Oppsummering: Enhetens datagrunnlag er åpenbart ikke à jour. Registrerte oppgaver er ikke større enn at det skulle holde med 2 årsverk og noe ledelse, noe som neppe stemmer med realiteten. Videre analyse er utelukket inntil funksjonsvurdering og tjenester er på plass med korrekte opplysninger.

Det anbefales å sette i gang umiddelbart med dette, ved å revidere vedtak og få dem journalført i hht til myndighetskrav. Arbeidet må være avsluttet innen nyttår for å sikre korrekt rapportering til SSB, og legge grunnlag for eventuell drifts- og ressursanalyse på linje med andre driftsenheter i kommunen. De mangelfulle data er også kritisk i forhold til å dokumentere virksomheten i forhold til Opptappingsplan for psykiatrien.

5.6 Utviklingshemmede - HDU og hjemmetjenester

Brukerne har heldøgns tjenester i boliger for utviklingshemmede (HDU). I tillegg ytes tjenester til brukere i ordinær bolig.

Det vises til drøfting i kapittel 3.

Tab 19: Brukere med HDU-tilbud

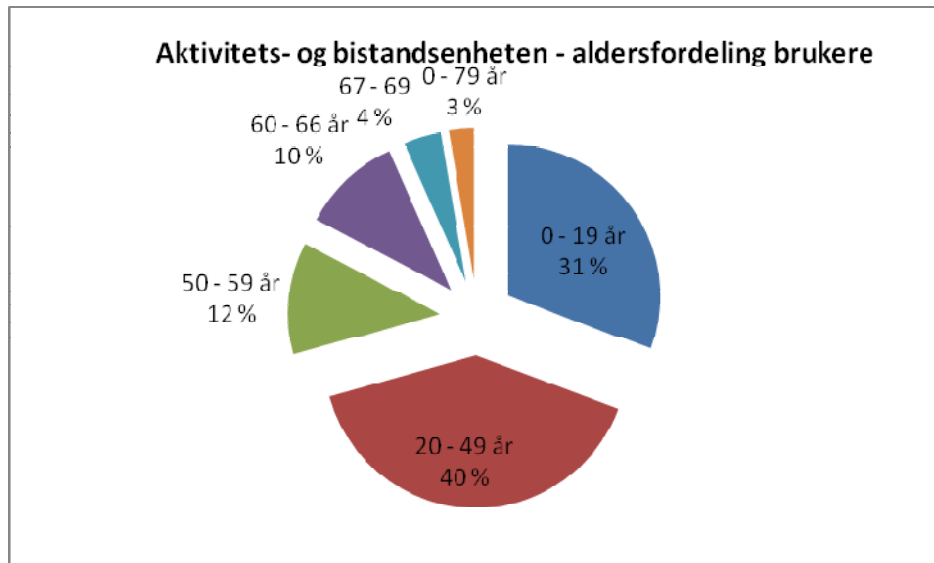
Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper															
HDU		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total		1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Antall brukere	77	6	8	7	7	11	5	7	3	1	3	3	6	3	3	1	3
Tommelstadgt HDU	7			1				1			1	1	1	1	1		
Prosjekt	2	1					1										
Skriverlunden HDU	8							1			1	4		2			
Utetjenesten	33		6	4	3	9	4	5			1	1					
Avlastning U&F	19	5	2	1	4	2			1	1	1						2
Heberheimen HDU	8			1				1	1		1			2		1	1

Tab 20: Brukeroversikt Aktivitets- og bistandsenheten

		Navn	Antall brukere	Snitt funksjonsnivå	Snitt t/u	Sum timeverk
		Kongsvinger	77	2,6	28	2095,8
5		Akt & Bist	77	2,6	28	2095,8
	11	Tommelstadgt HDU	7	3,4	86	604
	12	Prosjekt HDU	2	1,9	4	8
	13	Skriverlunden HDU	8	3,8	49	394
	14	Utetjen hjtj U	33	2,1	12	394
	15	Avlastn U&F	19	2,2	7,2	122
	16	Heberheimen bokoll HDU	8	3,6	72	574

Antallet brukere avviker fra kommunens egne tall på grunn av koding av tjenester som inaktive i IPLOS.

Fig 12: Aldersfordeling i Aktivitets- og bistandsenheten

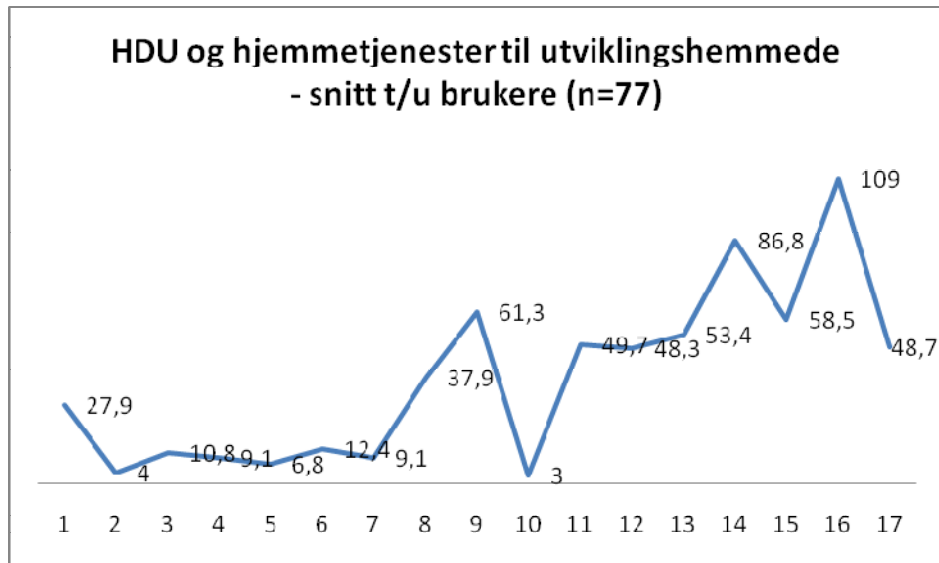


Hovedtyngden er under 50 år, men noen har nådd pensjonsalder og vel så det.

Tab 21: Brukere i HDU, timer/uke

Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper – gjennomsnittlig timer pr uke pr bruker															
HDU		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere og timer/uke		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Totalt	27,9	4	11	9,1	6,8	12	9,1	38	61	3	50	48	53	87	59	109	49
Tommelstadgt HDU	86,3			28,5				172			44	105	110	110	35		
Prosjekt	4	4					4										
Skriverlunden HDU	49,3								33,5			30	47,5		70,3		
Utetjenesten	11,9		12,3	7,5	7,2	14,3	10,4	13,4				10	21				
Avlastning U&F	7,2	4	6,5	3	6,5	3,5				3	16						19
Heberheimen HDU	71,8			2				26,5	89		89			75,3		109	108

Fig 13: HDU - Gjennomsnittlige timer tjenester pr uke samlet for alle boliger



Det gis et omfattende tilbud slik tallene tydelig viser. (Gruppe 1 viser snittet for alle, gruppe 2-17 er FN-gruppe 1-16).

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

Variasjoner i kostnader mellom Kongsvinger og andre kommuner, mellom typer av bofellesskap og individuelle brukere må eventuelt ses nærmere på gjennom en særanalyse. Kongsvinger har høye gjennomsnittskostnader, se kapittel 3. Snittet på kr 1,065 mill kr pr bruker i HDU-boligene skjuler små avvik, de tre boligene har ganske like gjennomsnittstall.

På generelt grunnlag anbefales å se nærmere på praksis med hensyn til disponering av tilsynsressurser innad i hvert bofellesskap. Snitt timer/uke i Tommelstadgate og Heberheimen viser at brukerne har praktisk bistand i 2/3 eller mer av tid i våken tilstand, mens Skriverlunden ligger noe lavere. Når dette kombineres med vedtak om 1:1-bemanning eller mer for flere enn 1 bruker bør en se nærmere på om bruk av tilsynsressursene kan samordnes for brukerne. Utetjenesten har moderat produksjon i hjemmene, men styrker tilbudet med avlastning og dagtilbud.

5.7 Brukere med HDO-tilbud

Kongsvinger har ikke dette tilbudet, som altså kjennetegnes ved at brukerne bor i egen bolig, gjerne samlokalisert i en eller flere bygninger, og med heldøgns betjening som del av boligtilbudet. Mange

kommuner velger å la betjeningen ha oppgaver også utenfor HDO-tilbudet, for eksempel som base. I innhold og kvalitet skiller ikke driften seg mye fra sykehjem, ofte ser vi at det faktisk ytes enda mer bistand direkte til brukeren i HDO enn i sykehjem.

Effekten av å ha/ikke ha HDO er drøftet i kapitel 2. Med tillatelse fra Ringerike kommune gjengis noen viktige opplysninger om deres HDO-tilbud,. Hensikten er å tydeliggjøre hvilke brukergrupper et slikt tilbud kan rette seg mot for Kongsvingers del.

5.7.1 Utdrag fra avsnitt om HDO i rapport til Ringerike

Tabell 22: Brukere med HDO-tilbud etter funksjonsnivå (16 grupper)

Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper															
HDO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall brukere og timer/uke		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
	Total	1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Sum antall brukere	36	2	2	1	1		3	2	4	1		4	1	7	3	4	1
Fossetorget	24	2	2	1	1		3	2	4	1		2		3	2	1	
Hvelven	12											2	1	4	1	3	1
Timer/uke	19,7	12	9	0,3	7,8		17,6	4,4	11,9	12,8		24,7	30	23,3	32,6	27	30
Fossetorget	14,5	12	9	0,3	7,8		17,6	4,4	11,9	12,8		19,5		16,1	34	18,1	
Hvelven	29,6											30	30	28,8	30	30	30

Funksjonsnivået totalt er på 3,3, Fossetorget har 2,93 og Hvelven har 4,21. Vi sammenlikner med to andre kommuner som har satset en del på HDO. Tromsøs HDO-brukere (i alt 101) har snitt veiet funksjonsnivå på 2,41, mens Trondheim (i alt 228) har snitt på 3,41. De to har svært forskjellig profil, og ulikt funksjonsnivå reflekterer svært ulike målsettinger for HDO og prioriteringspraksis i de to byene.

I Ringerike er det stor forskjell i brukergrunnlag og tjenester som ytes mellom de to bofellesskapene. Fossetorget har et betydelig innslag av brukere med lette og middels funksjonstap, mens Hvelven har bare brukere med tunge funksjonstap.

Mengden tjenester varierer også. Fossetorget har et snitt timer på 19,7 pr uke, og dette ligger tett opp mot det vi finner i Trondheim, Tromsø og en del av de andre kommunene vi sammenlikner med. Hvelven har standardisert 30 timer til alle. I tiden framover kan en med fordel kan stramme inn etter hvert som ledige plasser skal tildeles.

5.7.2 HDO i Kongsvinger

Materialet fra Ringerike og andre kommuner viser at HDO tilbys et bredt spekter av brukere, fra små til tunge funksjonstap. Vi ser ofte et visst innslag "feildisponering" ved tildeling av bolig til brukere med små behov. Det begrunnes stundom med at leilighetene ikke kan stå ledig pga tapt husleie. I så fall må de ta en betydelig kostnad dersom en ikke har ledig bolig når brukere med større behov melder seg, oftest med det til følge at vedkommende må tilbys sykehjemsplass.

Typisk for HDO i andre kommuner er at det ytes mye tjenester, mer enn snittet for sykehjem. Effektiviteten er høy fordi tilbudet gis individuelt etter behov. Det er lett å supplere med kapasitet fra hjemmetjenesten, og omvendt: det er lett å yte tjenester fra HDO til hjemmetjenesten dersom belegget tilsier det.

Følgende enheter har potensiale til å bli HDO-tilbud på sikt i Kongsvinger

Tab 23: Brukere i omsorgsboliger

		Navn	Antall brukere	Antall uten timer	Antall med timer	Snitt funksjonsnivå brukere med timer	Sum timeverk	Snitt t/u brukere med timer
1		Kongsvinger tot	98	9	596	1,77	1513	2,5
	2	Austbo omsbol	18	3	15	2,28	69,1	4,6
	4	Roverud omsbol	16		16	2,34	55,4	3,5
	9	Holt omsbol	19	2	17	1,96	81,3	4,8
	10	Hov omsbol	20	2	18	2,68	81,7	4,5
	11	A Quamsvei omsbol	13	1	12	2,3	65,5	5,5
	12	Tajevn 6 omsbol	15	1	14	2,17	81,4	5,8

Av disse er det bare Hov omsorgsbolig som har kjennetegn ved brukerne som ligger i nærheten av et HDO-tilbud. Snitt timer/uke viser vi lave tall. Typiske HDO-tilbud har 15-20 timer/uke eller mer i direkte brukertid til brukere som har høyere skår på funksjonsnivå enn det vi ser her. Det kan tenkes at noen av tilbudene har udokumenterte tjenester gjennom et visst innslag av fast bemanning som eventuelt ikke vises gjennom de vedtak om tjenester som våre tall tar hensyn til. Effekten av nærhet til nattevakter er heller ikke hensyntatt. Men i begge tilfeller understrekes i så fall at tilbudet er gitt brukere som kunne hatt god omsorg med et forsterket tilbud i ordinær bolig. En skal også ta hensyn til at tilbud til demente vil underrapportere hjelpebehov, men i dette tilfelle er avstanden til vanlige HDO-tilbud for stor til at dette momentet kan snu bildet.

5.8 Brukere med støttekontakt

Gruppen utgjør i alt 184 brukere. Antallet ligger 30-40% høyere enn en kunne forvente i forhold til kommuner vi sammenlikner med. I gjennomsnitt får brukerne 3,7 timer/uke støttekontakt, om lag på linje med de vi sammenlikner med. I tillegg til støttekontakt mottar brukerne 1851 timer/uke øvrige tjenester, tilsvarende om lag 50 årsverk ekskl indirekte tid.

Alderen er gjennomsnittlig 41 år, noe høyere enn de vi sammenlikner med.

1 bruker har registrert 41 timer/uke støttekontakt. Det bør undersøkes om dette eventuelt er en feilregistrering.

Alt i alt vurderes støttekontakt å praktiseres relativt raust, hovedsakelig på grunnlag av antallet som får tjenesten og sum øvrige tjenester.

5.9 Brukere med omsorgslønn

I alt 21 har tjenesten, men bare 19 er registrert med timer. Antallet ligger litt lavere enn en kunne forvente sammenliknet med kommuner vi har tall for. Gjennomsnittlig mottar de 10,9 timer/uke, hvilket ligger 28% høyere enn de øvrige.

Funksjonsnivået ligger om lag på samme nivå som hos øvrige kommuner. Alderen er gjennomsnittlig 42 år, noe høyere enn hos de øvrige.

Brukerne har beskjedent med tilleggstjenester, i alt om lag 28 timer/uke, hvorav det vesentligste er støttekontakt (16 t/u). Avlastningstjenester til en del av gruppen antas underrapportert, da det totalt er registrert kun 12 timer avlastning/uke.

5.10 Brukere med BPA

I alt 6 brukere har tjenesten, om lag på linje med de kommuner vi sammenlikner med. I snitt mottar de 74,8 timer/uke, hvilket er 80% høyere enn de vi sammenlikner med. To av brukerne har svært høye tall som for eksempel kan skyldes at nattevaktstilbud er registrert som BPA. Når en korrigerer for dette ligger snittet om lag som hos øvrige kommuner. Nesten alle har betydelig tilgang til privat hjelp ut over BPA. Gjennomsnittsalderen er 32 år (snittet for andre er 41 år).

1 bruker har støttekontakt i tillegg, hvilket ikke er i samsvar med retningslinjene for BPA som er ment å erstatte slike tjenester. (BPA er en organisasjonsform)

5.11 Kortidsopphold

Antallet som er registrert med korttidsopphold i IPLOS er mye lavere enn de brukeroversikter kommunen selv har presentert, og kan ikke legges til grunn for analyse.

Kommunens egne oversikter vitner om at en har satset mye på korttidsopphold. Dette vurderes som svært positivt for alle de brukergruppene en har tilbud til.

5.12 Brukere i sykehjem

Analysen omfatter vurdering av brukernes funksjonsnivå for å belyse hvordan sykehjem anvendes som del av omsorgstrappa. Kommunen har laget en omfattende dokumentasjon for ressursbruk som kan legges inn i en analyse. Skyrud har for sin del signalisert ønske om dette.

Tab 24: Brukere i sykehjem etter funksjonsnivå (16 grupper)

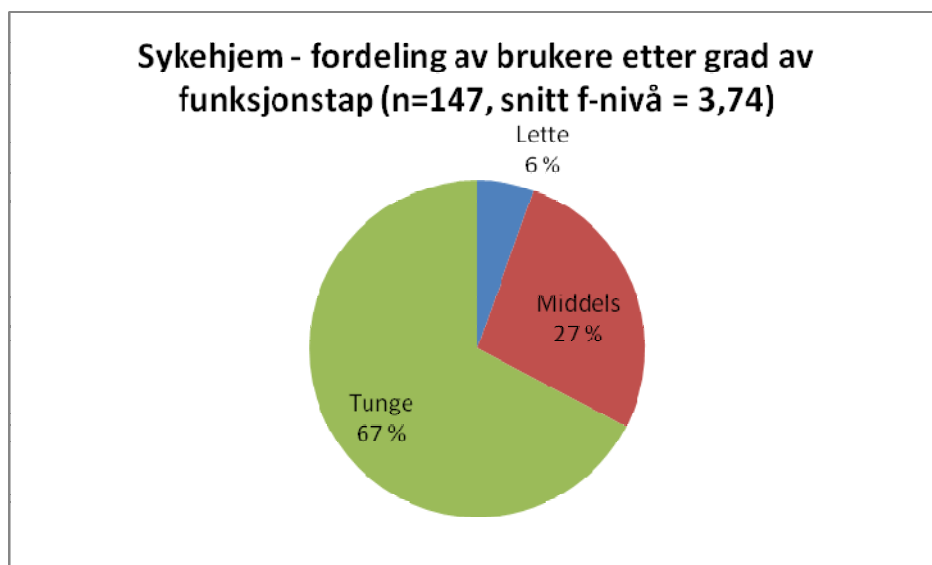
Kongsvinger		Funksjonsnivå – 16 grupper															
Brukere i sykehjem		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Antall og funksjonsnivå		1,00	1,25	1,50	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75
Total		1,24	1,49	1,74	1,99	2,24	2,49	2,74	2,99	3,24	3,49	3,74	3,99	4,24	4,49	4,74	5,00
Totalt																	
Antall brukere	147	1	1		2	4	5	8	7	4	16	17	15	23	17	18	9
Austmarka	9	1									1	1	1	2		2	1
Roverudhjemmet	48		1				2	4	3	1	4	10	7	4	7	3	2
Langelandhjemmet	72				2	4	2	2	3	2	9	4	5	14	9	10	6
Skyrud demens	18						1	2	1	1	2	2	2	3	1	3	
Funksjonsnivå																	
Totalt	3,74																
Austmarka	3,85																
Roverudhjemmet	3,67																
Langelandhjemmet	3,6																
Skyrud demens	3,66																

Kommunen har flere plasser enn det som framgår av tabellen. Dette har blant annet sammenheng med brukere med korttidsopphold, og som er kodet som brukere i hjemmetjenesten.

Oversikten over sykehjemsbrukere reflekterer praksis over lang tid i alle trinn i omsorgstrappa – sykehjemmene er øverste trinnet, og kjennetegn ved de brukerne som har dette tilbudet er viktige indikatorer. Det er ikke uvanlig at kommuner rapporterer knapphet på sykehjems plasser, ventelister mv. Når en går dypere inn i det viser det seg at mange fikk sykehjems plass for mange år siden som følge av en praksis som en har endret på etter hvert, men de ”gamle” brukerne lever stadig og preger tallene til en viss grad.

Hovedtyngden av brukere er over 60 år, den største gruppen er over 80 år. Kun to brukere er under 60 år.

Fig 14: Brukere i sykehjem – fordeling etter grad av funksjonstap



Funksjonsnivået i Kongsvinger er veiet gjennomsnittlig 3,74 med små forskjeller enhetene imellom. En sammenlikning med kommuner vi sammenlikner med viser at Kongsvinger har brukere med noe lettere funksjonstap enn de fleste andre. Som eksempel nevnes Tromsø som har snitt 4,16 i sine sykehjem (januar 2006), Sarpsborg 4,07 (høsten 2006), Stord 4,06 (august 2006), Ringerike 4,21 (2007), Kvinnherad 4,06 (2007), Ørland 3,31 (2007). Ørland er helt spesiell, med meget stor dekning i sykehjem og HDO, med nesten totalt fravær av brukere med middels og tunge behov i hjemmetjenesten.

I Kongsvinger er det en gruppe sykehjemsbrukere som har begrensede funksjonstap. Det kan imidlertid finnes gode grunner for at disse skal ha heldøgns tilbud. Alvorlig kognitiv svikt kan være god årsak, selv om brukerne har god instrumentell og personlig funksjonsevne.

De som har sykehjemstilbud i Kongsvinger har noe svake behovskjennetegn i forhold til det tilbudet de får. Det kan svare seg å skjerpe bevisstheten ytterligere for å forbeholde dette tilbudet til de med størst behov. Det vises til drøftinger i avsnitt om hjemmetjenesten og mangel på HDO-tilbud. I kommuner med HDO-tilbud ser vi at mange av brukerne har liknende kjennetegn som sykehjemsbrukere, snitt funksjonsnivå ligger noe lavere enn i sykehjem, om lag 3,5-3,8.

Når kommunen sliter med å få nok kapasitet i sykehjem ser vi klare årsaker til dette knyttet til praksis for tildeling av tjenester i hjemmetjenesten og bruken av omsorgsboliger. Vi kan påvise at nåløyet der er for åpent. Når det samtidig mangler et mellomtrinn i trappa (HDO) er det rimelig at brukerne søker seg til høyeste trinn i trappa, direkte fra hjemmetjenesten eller omsorgsboliger. Se også drøfting i kap 2.

6. ØKONOMI OG ORGANISASJON

6.1 Hjemmetjenesten – ressursrammer og produktivitet

Vi ser på produksjon av praktisk bistand og hjemmesykepleie (kjernetjenestene) i hjemmetjenester og omsorgsboliger.

Som vist i kap 5.4 er produktiviteten i produksjon av hjemmehjelp og hjemmesykepleie rimelig bra. Forutsatt uendret praksis kan vi påvise mulighet for inntil 10% forbedring. Det vesentligste av dette knyttes til Sentrum som følge av distriktets størrelse (stordriftsfordeler). Både Austmarka og Brandval har i noen grad smådriftsulempen i hjemmetjenesten, hvilket tilsier at en bør være forsiktig med å endre ressursrammene for disse.

6.1.1 Ressursrammer med ny praksis

Vi ønsker imidlertid å ressursberegne ønsket framtidssituasjon og benytter tall for 2007. Ved utforming av budsjett for 2008 må det tas hensyn til lønns- og prisvekst.

Ressursberegningen tar utgangspunkt i brukernes funksjonsnivå og de muligheter for endring av tildelingspraksis som rapporten har påvist, sammenliknet med de tjenester som faktisk ytes i dag. Videre er det tatt hensyn til reisetid, HMS-tid, tid som brukerne har på korttidsopphold, samt de tjenester som er registrert på hjemmetjenestene som finansieres av psykiatrien. Det er også korrigert for ulik praksis. Dette innebærer at en beregner hva det vil koste dersom alle vedtak (teoretisk) ligger på gjennomsnittet for hele kommunen i henhold til en moderert ytterpunktpraksis. Enn videre er det tatt hensyn til et rimelig krav til uttak av stordriftsfordeler og kompensasjon for smådriftsulempen.

Når alle disse korreksjoner er foretatt legger vi til grunn at enhetene har like produksjonsforutsetninger og skal drive med et rimelig krav til produktivitet. Dette innebærer å utjevne brukerbehov på en proaktiv måte fra dag til dag. Vedtak som ligger under normert gjennomsnitt skaper en buffer som benyttes til å dekke vedtak som ligger over.

Beregnet ressursbehov i henhold til disse krav er sammenliknet med estimert regnskap 2007.

Samlet ramme for hjemmetjenestene, ekskl nattevakter i Sentrum er estimert til om lag 34,1 mill kr for 2007. Drift i henhold til krav i forrige avsnitt vil kreve 29 mill kr, det er altså 5,1 mill kr som kan omstilles. I kap 3.4 påvises at Kongsvingers praksis er 7,8 mill kr dyrere å drive enn ytterpunktpraksis. I det tilfellet er det brukt en svært krevende modell for å ta ut

stordriftsfordeler. Når den modereres blir altså resultatet en omstillingseffekt som er noe lavere, 5,1 mill kr.

6.1.2 Heldøgns omsorg for utviklingshemmede (HDU)

Kongsvinger kommune har høyere kostnader knyttet til driften av HDU-boliger enn gjennomsnittet for andre kommuner. Merkostnadene kan være relevant begrunnet i brukerbehov. Registrert praksis for tildeling av praktisk bistand og sykepleie er moderat, og det antas at det høye kostnadsnivået er knyttet til andre forhold, herunder antall brukere i boligene, tildeling og bruk av tilsynsressurser, nattevakter mv.

Hovedtyngden av brukere har praktisk bistand i omlag 2/3 av normalt våken tid pr dag, men tilsynsbehovet som følger av andre forhold (for eksempel somatiske lidelser og adferdsavvik) kan medføre høyere bemanning, ofte betegnet som tilsynsbehov i tillegg, eksempelvis vedtak om 1:1-bemanning eller mer. På generelt grunnlag og erfaring fra andre kommuner anbefales å gå igjennom praksis med sikte på å samordne bruken av tilsynsressurser i tilfeller der flere brukere i en bolig har slike vedtak, og der samlet bemanning er vesentlig forskjellig fra behovet for direkte praktisk bistand og sykepleie.

Effekten av en justert praksis må vurderes nøye. Foreliggende materiale tyder på at det kan frigjøres ressurser i størrelsesorden ½ - 1 mill kr med nevnte tiltak.

6.2 Framskrivning av økonomiske rammer

Framskrivning bygger på kommunens datamodell for framskrivning av folkemengden fram til 2020. Vi har lagt til grunn en inndeling av befolkningen i 5 grupper: 0-19 år, 20-66 år, 67-79 år, 80-89 år og 90 år +.

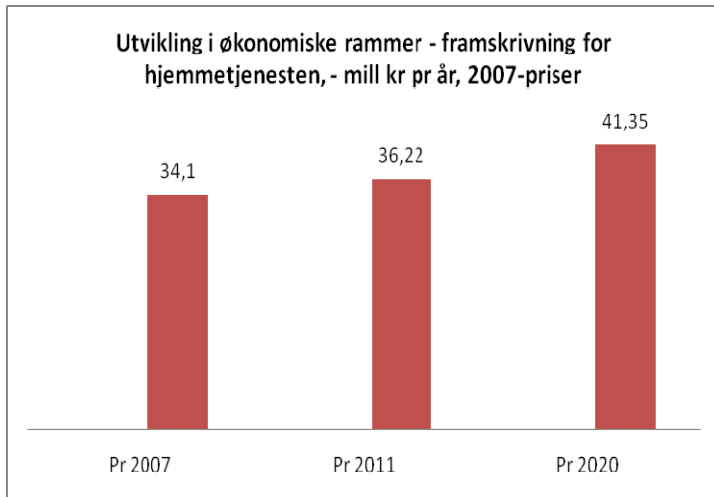
Framskrivningen skal gi svar på hva kostnadene blir dersom det ikke gjøres endringer i dagens situasjon, og gjør følgende forutsetninger

- Aldersstandardisering i forhold til behov i ulike aldersgrupper – dette betyr at den framtidige befolkningen utvikler samme behov for omsorgstjenester i de ulike aldersgruppene. For eksempel at andelen av 80-89-åringene som blir omsorgstrengende i 2020 utgjør en like stor andel av befolkningen i 2020 som i 2007.
- Behovsstandardisering – vi forutsetter at de som får omsorgsbehov får likedan behov i 2020 som i 2007.
- Praksisstandardisering – vi forutsetter at kommunen innretter sin praksis for tildeling av tjenester, boliger mv i 2020 som i 2007.
- Produktivitetsstandardisering – vi forutsetter at kommuneforvaltningen driver tjenestene med samme produktivitet i 2020 som i 2007.
- Alle tall er i 2007-priser.

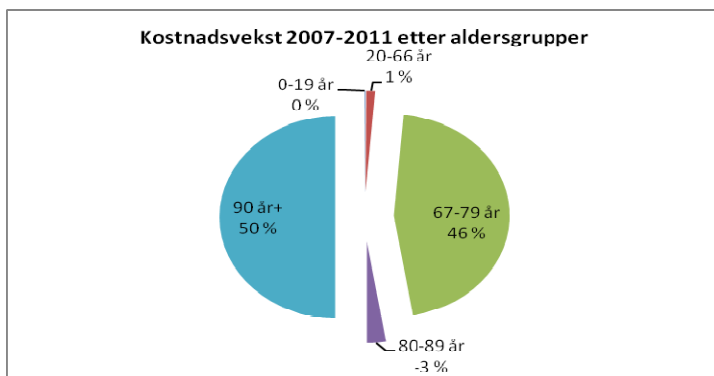
6.2.1 Hjemmetjenester – kjernetjenestene

Vi ser på produksjon av hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Dagens praksis er redegjort for i rapporten. Dersom den videreføres under de forutsetninger som er lagt til grunn vil kostnadene vokse fra 34,1 mill kr i 2007 til 36,22 mill kr i 2011 og 41,35 mill kr i 2020.

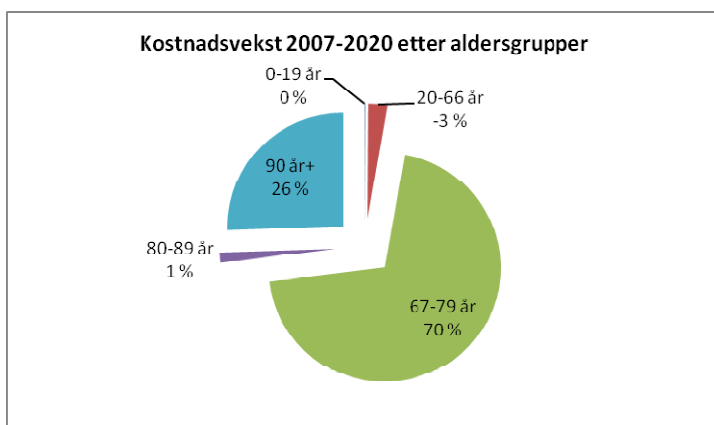
Fig 15-17 – utvikling i ressursrammer for hjemmetjenesten



Om lag 51 % av veksten kan tilskrives dagens praksis vis a vis brukere med lette behov. 34% tilskrives brukere med middels behov og 15% knyttes til de med store behov.



Kostnadsveksten kommer hovedsakelig i gruppene 67-79 år og 90 år+.



Grunnen til at 67-79-åringene slår så sterkt ut er at det i det alt vesentlige er denne gruppen som pr i dag får tjenester med for åpent nåløy, samt at denne gruppen vil øke sterkt i antall fram til 2011 og ikke minst 2020.

Tallene for denne gruppen inkluderer et estimat for psykiatrisk sykepleie pr i dag, hovedsakelig til brukere i gruppen 20-66 år. Tidsestimatet er for lavt, og med realistiske tall for denne gruppen pr i dag vil framskrivningen vise større tall.

90 år+ gruppen står for en stor del av økningen fram til 2011, men gruppen avtar i antall fram til 2020.

Framskrivningen for øvrige grupper viser marginal vekst/endringer.

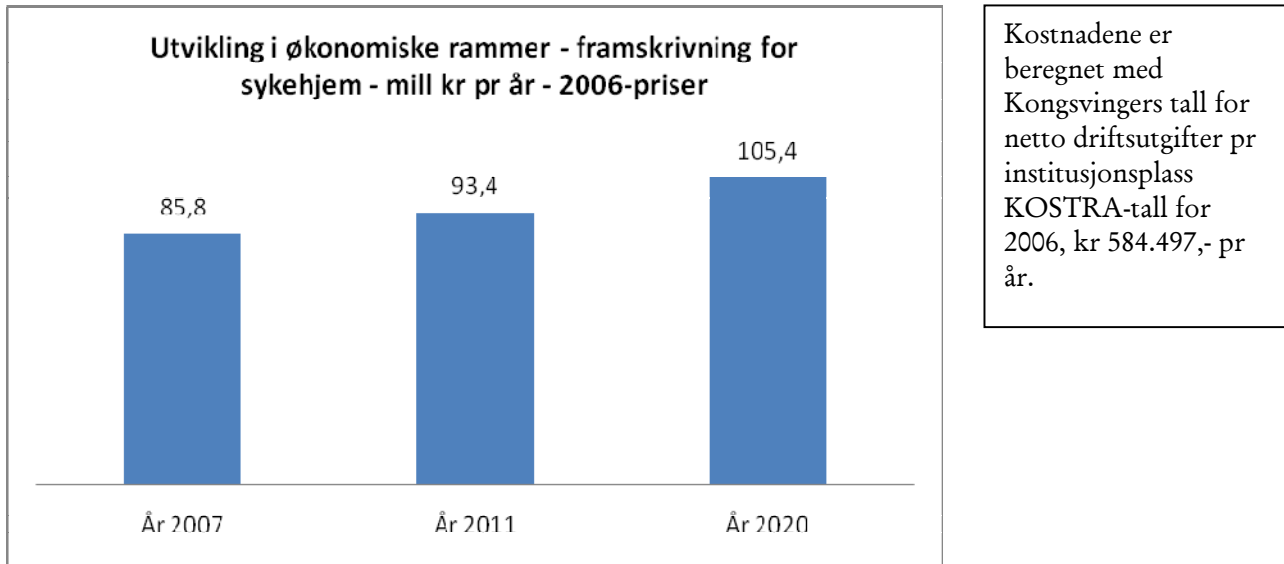
6.2.2 Sykehjem

Det er registrert 147 brukere i sykehjem materialet vi ser på. Brukere med korttidsopphold er holdt

utenfor og omfattes ikke av framskrivningen. Resultatet av framskrivningen forutsetter dermed antall korttidsplasser holdes konstant.

For øvrig er de samme forutsetninger tatt som for hjemmetjenesten. Resultatet viser at antall plasser må økes fra 147 i 2007 til 160 i 2011 og 180 i 2020. Kostnadene er beregnet slik figuren viser.

Fig 18: Utvikling i økonomisk ramme for sykehjem



Estimert behov for nye sykehjemsplasser kommer i all hovedsak som følge av at dagens praksis medfører noe tidlig tilbud om sykehjemsplass til brukerne.

6.2.3 Aktivitets- og bistandsenheten

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

6.2.4 Psykiatri

Av grunner som det er redegjort for holder datamaterialet for dårlig kvalitet til å kunne benyttes. Estimer for tidsbruk er inkludert i hjemmetjenesten.

6.2.5 Framskrivning oppsummert

Tabellen viser oppsummert effekten av å videreføre dagens situasjon uten noen endringer.

Tab 25: Utvikling i rammekrav for hjemmetjenester og sykehjem

Deltjeneste	Økt rammekrav 2007-2011 mill kr pr år	Økt rammekrav 2007-2020 mill kr pr år	Økt rammekrav 2011-2020 mill kr pr år
Hjemmetjenesten	2,12	7,25	5,13
Sykehjem	7,6	19,6	12,0
Sum	9,72	26,85	17,13

Samlet vurdert er merkostnadene betydelige, selv på kort sikt. Vi har ikke sett nærmere på kommunens økonomiske bæreevne i forhold til påviste merkostnader, men antar på generelt grunnlag at de økte rammekrav kan true en bærekraftig kommuneøkonomi.

Dersom iverksetting av endret praksis ikke får effekt før det har gått for eksempel 2 år, må det påregnes en kul på utgiftene fram til da. Erfaring viser imidlertid at det nytter å sette i gang snuoperasjoner og få rask effekt, gitt god faglig og politisk oppslutning og ikke minst god dialog med brukerne, deres organisasjoner og publikum generelt.

6.3 Saksbehandling og vedtak ved tildeling av tjenester

Kommunen skal gjennom en krevende omstilling for å oppfylle de krav denne rapporten peker på. Samtidig skal en tilpasse seg stramme økonomiske rammer. Det krever en særlig oppmerksomhet fra de aktører som stiller med vurdering av brukerbehov og tildeling av tjenester.

Kommunen har ikke etablert bestillerfunksjon med ansvar for saksbehandling og tildeling av tjenester. Det er heller ikke påvist gode rutiner for samhandling aktørene i mellom (distriktene). Psykiatrien har også behov for bedre samhandling. Det anbefales å vurdere strakstiltak som kompenserer for dette.

En viktig bieffekt av bedre samhandling vil være forsterket fokus på datagrunnlaget i journalene. Dette er en nødvendig forutsetning for å gå videre til ressursstyring på basis av individdata (journaldata, funksjonsvurdering av brukerne og data om tjenester som ytes).

Tidsestimater: Vanlig praksis i kommunene er at en ikke knytter tidsestimat til selve vedtaket om tildeling av tjenester, men det registreres et estimert tidsbruk internt som ledd i ressursstyringen. Hvis tiltaket er rengjøring av bad, kjøkken og stue, eller bistand til dusj, så skal det altså settes et realistisk tidsestimat, men utførelsen kan variere i tidsbruk fra gang til gang, for eksempel avhengig av variasjon i brukerbehov fra dag til dag. Hvis en bommer vesentlig med tidsestimatene i forhold til faktisk tidsbruk vil dette forstyrre ressursberegningene. Kommunen anbefales å se nærmere på praksis pr i dag, dersom det er vanlig å knytte tidsestimater direkte i vedtakene, fordi det kan stå i veien for ønsket fleksibilitet i daglig tilpasning av tjenesten til varierende brukerbehov.

Ajourhold av journalopplysninger: Krav til profesjonalisering av alle ledd i saksbehandlingen krever også gode rutiner for ajourhold av datagrunnlaget. Når disse data også benyttes som

statistikk til sentrale myndigheter og intern ressursberegning forsterkes kravet til rutiner. Det er urealistisk å forvente at et stort antall aktører i tjenesten skal beherske alle sider ved dette, og det anbefales kommunen å vurdere en autorisasjonsordning for et mindre antall aktører som har adgang til å endre kritisk viktig journalinformasjon. På denne måten vil en også få mer kostnadseffektive forutsetninger for å øke kompetansen hos de autoriserte aktørene.