



KS KONSULENT

Rømskog kommune

Omsorgstjenesten- utfordringer og muligheter



BAKGRUNN

Rømskog kommune har i sin økonomiplan presentert de utfordringene kommunen vil stå overfor i framtida. Kommunen og sektoren spesielt, står overfor store utfordringer og man ønsker en dreining mot en mer hensiktsmessig og framtidsrettet utvikling innen helse- og pleie- og omsorgstjenester som vil gi bærekraft og som også kan bidra til handlefrihet. Kommunen har hentet inn ekstern bistand til å gjennomføre en analyse og en prosess som kan danne grunnlag for et nytt strategisk dokument for sektorene med fokus på:

- Kvalitet og effektiv drift
- Samarbeidsutfordringer og organisasjonsklarhet
- Lederutvikling med fokus på strategi og resultatmåling
- Samhandlingsreformen - sentrale føringer – regionale løsninger- lokale konsekvenser og tilpasninger
- Vurdering av dagens struktur og eventuell initiering av nye strukturer

Fokus i arbeidet er å identifisere mulige løsninger på de utfordringer kommunen vil stå overfor og som vil være relevante for kommunen å jobbe videre med på kort og lang sikt.

Mandat gitt av Formannskapet i Rømskog kommune:

«Det er et ønske om at man gjennom en slik prosess skal kunne identifisere kostnadsreducerende tiltak og eventuelle inntektsmuligheter som kan bidra til løsninger på de utfordringer kommunen står overfor i dag (høyt driftsnivå) og som også vil være relevante i et fremtidig perspektiv»

KS-Konsulent as har bidratt i prosessen med å definere utfordringer og initiere prosesser internt i kommunen. Analysedata og ståstedsanalysen som ligger i dette dokumentet med vedlegg vil kunne brukes som grunnlag for å utarbeide nye strategier for kommunen. For utdypende statistikk vises det til egen Kostra-rapport utarbeidet av presentert av Ine Haustreis september 2013.

OM PROSESSEN

Arbeidet ble startet med presentasjon av ståstedsanalyse og utfordringer basert på en Kostra-analyse og Iplos-analyse. Det ble også presentert generelle utfordringer innen tjenesteområdene heri de utfordringer samhandlingsreformen antas å by på for

kommunen. Analysen ble gjort til gjenstand for refleksjon sammen med administrasjon, fagpersonell og tillitsvalgte. Det ble gjennomført gruppearbeid for å identifisere styrker og svakheter i kommunens helse og omsorgstjeneste.

Oppsummering fra arbeidet i gruppen finnes i uttrykt vedlegg 1- «vurderingskrysset». I prosessen har det også vært brukt "arbeidsbok som prosessverktøy", denne har vært førende for arbeidet som har vært gjort mellom samlingene (uttrykt vedlegg 2).

Deltakerne fra kommunen har vært:

Verneombud Åse Pernille Lauritzen, TV fagforbundet Susanne Karlsson, TV NSF

Marit Ringsby, sykehjemslege/ kom.overlege Lasse Christensen, avdelingsleder

Wenche H. Trydal, ass. Helse- og omsorgsleder Åshild Ringsbu, helse- og omsorgsleder Bjørg Tørnby Nilsen.

Arbeidet ble avsluttet i et fellesmøte med rådmannen der konkretisering av tiltak ble utarbeidet. Konklusjonen fra møtet finnes i egen tabell sist i rapporten.

Geir Johan Hansen fra KS-Konsulent har vært fag- og prosessansvarlig

INNHold

Innhold

Oppsummerende analyse.....	5
Demografiske utfordringer	6
Endring i brukersammensetning i omsorgstjenestene?	7
Tjenesteprofil.	10
Hurum kontra Rømskog- 2 kommuner med forskjellig tjenesteprofil.....	10
Egenbetaling	12
Kvalitet.....	12
Utfordringer i perioden fram til 2020	13
Rehabilitering.....	14
KS-K sin anbefaling	18
Konkretisering av tiltak basert på dialog med ledergruppen den 30.oktober 2013.	20

Oppsummerende analyse

Rømskog kommune har bygget opp en solid omsorgstjeneste over mange år.

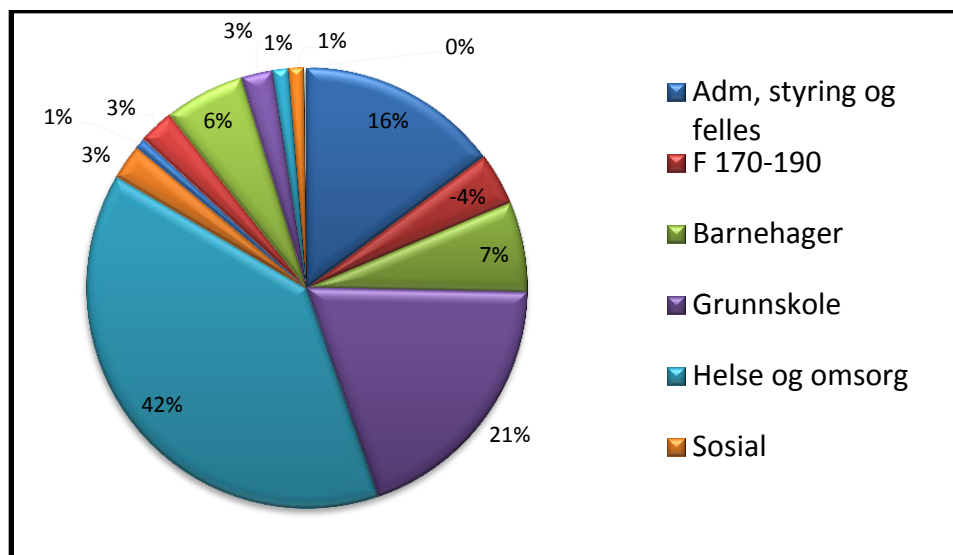
Tjenesten bærer preg av stabilitet og forutsigbarhet for brukerne. Dette arbeidet synes å være vellykket.

Kommunen har en relativt sett høy andel eldre noe tabellen under viser og dermed er det også naturlig at kommunen bruker høyere andel av sine ressurser til pleie- og omsorgsformål

Tabell 1, Utgiftsbehov

	HELE LANDET		RØMSKOG			Bruk av folketall 1.7.2011	
	Vekt	Antall	Antall	Utgifts- behovs- indeks	Pst. utslag	Tillegg/ fradrag i utgiftsutj kr per innb	1000 kr
0-17 år	0,0819	1 115 009	146	0,9468	-0,44 %	-5	-3
18-49 år	0,2095	2 168 542	247	0,8236	-3,70 %	-42	-28
50-66 år	0,2615	1 022 491	155	1,0961	2,51 %	28	19
67-79 år	0,2341	424 650	78	1,3281	7,68 %	86	59
80-89 år	0,1707	183 123	48	1,8952	15,28 %	172	118
Innb 90 og over	0,0423	39 008	11	2,0389	4,39 %	49	34
1 Kostnadsindeks	1,000	4 952 823	685	1,25736	25,74 %	289	198
(Tillegg/trekk kr pr innb.)						Alle tall i 1000 kr	
2 Tillegg/trekk (omfordeling) for kommunen i 1000 kr						198	
3 Flatt beløp:						770	
4 Illustrasjon av rammetilskudd ut fra folketall per 1.1.2011						968	

Diagram 1; Prioritering



Rømskog bruker 42 % av sine ressurser til helse og omsorgsformål, landsgjennomsnittet er på 38% (kostratall pr juni 2013). For en liten kommune vil

små endringer i antall brukere kunne gi store variasjoner fra år til annet. Dette gjelder spesielt hvis kommunen mottar nye ressurskrevende brukere.

Vi ser av sammenligningen at Rømskog har høy dekningsgrad og relativt sett høye kostnader pr bruker. For å gi et bedre innblikk i tallene ble det som en del av KS-K oppdraget utarbeidet en fullstendig Kostra-rapport for Pleie- og omsorgsfeltet i kommunen. Oppsummeringen nedenfor gir generelle betraktninger basert på kommunens rapportering i Kostra:

- ✚ Mulighetene for å endre den strukturelle profilen på tjenesten til en større andel hjemmebasert omsorg, kommune har en meget høy andel institusjonsplasser
- ✚ Volum av bistand og tilbud som gis avgjøres i større grad av tilgjengelige ressurser (tilbud) enn objektivt behov for hjelp, eks tilgang på institusjonsplasser og antall timer i hjemmetjenesten
- ✚ En høy andel innbyggere mottar tjenester
- ✚ En mer presis tildeling med høyere terskel og bedre tilpasset hjelp (mer til de som trenger mest) gir mulighet for å bo hjemme eller i tilpasset bolig lengre
- ✚ Kostnader ved frambringelse (kostnad pr bruker) av tjenesten er høyere enn gjennomsnitte. Men her påvirkes tallene i stor grad av variasjoner med små endringer i brukerbildet, f.eks vil en ny ressurskrevende bruker påvirke kostnadene i stor grad. Kommunen bør overvåke denne indikatoren over tid og gi denne oppmerksomhet i framtidig planlegging og rapportering. Kommunen har små enheter, dette kan i noen grad redusere kommunens mulighet til fleksibel bruk av personell. Økt fokus på samordning av tjenester og tjenestetilbud vil derfor kunne påvirke kostnadsnivået positivt.

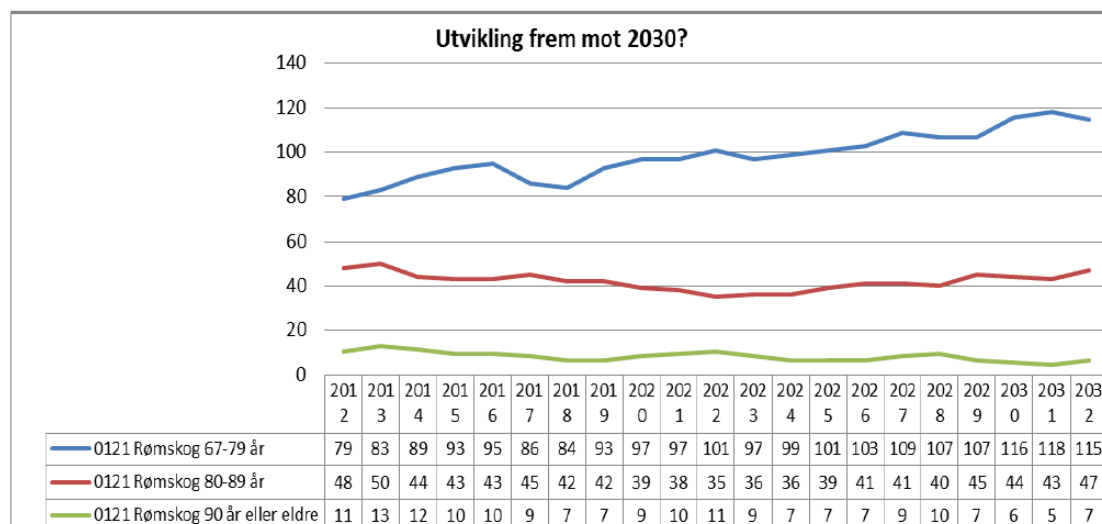
Demografiske utfordringer

Den demografiske utviklingen i kommunen gir kommunen utfordringer i første omgang fram til 2025. Antallet eldre over 80 år vil falle fra ca 63 til 45 i perioden og være på det laveste nivå rundt 2020. Dette vil gi kommunen lavere rammetilskudd og redusere etterspørselen etter omsorgstjenester. Dette er i seg selv ikke dramatisk gitt at kommunene samtidig reduserer sitt driftsnivå tilsvarende. Antall pensjonister totalt sett er stabilt i perioden, antallet personer mellom 67 og 79 år øker med i underkant av

20 personer i samme periode. Generelt bedres helsetilstanden i denne gruppen, men behovet for helsehjelp vil kunne endres noe som medfører en endring i kompetansebehov i kommunen.

For å kunne håndtere dette vil kommunens evne til omstilling vi bli utfordret

Diagram2. Demografi- framskrivning MMMM



Endring i brukersammensetning i omsorgstjenestene?

Fra Stortingsmelding 25:

”I løpet av de siste ti årene er antall brukere under 67 år i omsorgstjenesten nærmest fordoblet. Utviklingen kan knyttes til tre forhold: endrede behov, endret etterspørsel og endrede tilbud (Romøren 2006). Videre har økt kjennskap i befolkningen og i andre deler av hjelpeapparatet til hva omsorgstjenesten kan og skal yte hatt betydning. I tillegg kan terskelen for å be om hjelp ha blitt lavere. Utviklingen følger også av en generell vekst i de aktuelle aldersgruppene og dermed også i antall personer med behov for omsorgstjenester.

En hovedkonklusjon i en dansk framtidsbasert studie er at framtidens eldre vil bli friskere og mer ressurssterke enn dagens (Ældre sagen 2001). De vil ha bedre helse, bedre økonomi og høyere utdanningsnivå. I større grad enn dagens eldre vil de også forvente å kunne bestemme mer over egen tilværelse.

En norsk studie har sammenlignet verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre (Slagsvold og Solem 2005). Morgendagens eldre vil bli mer

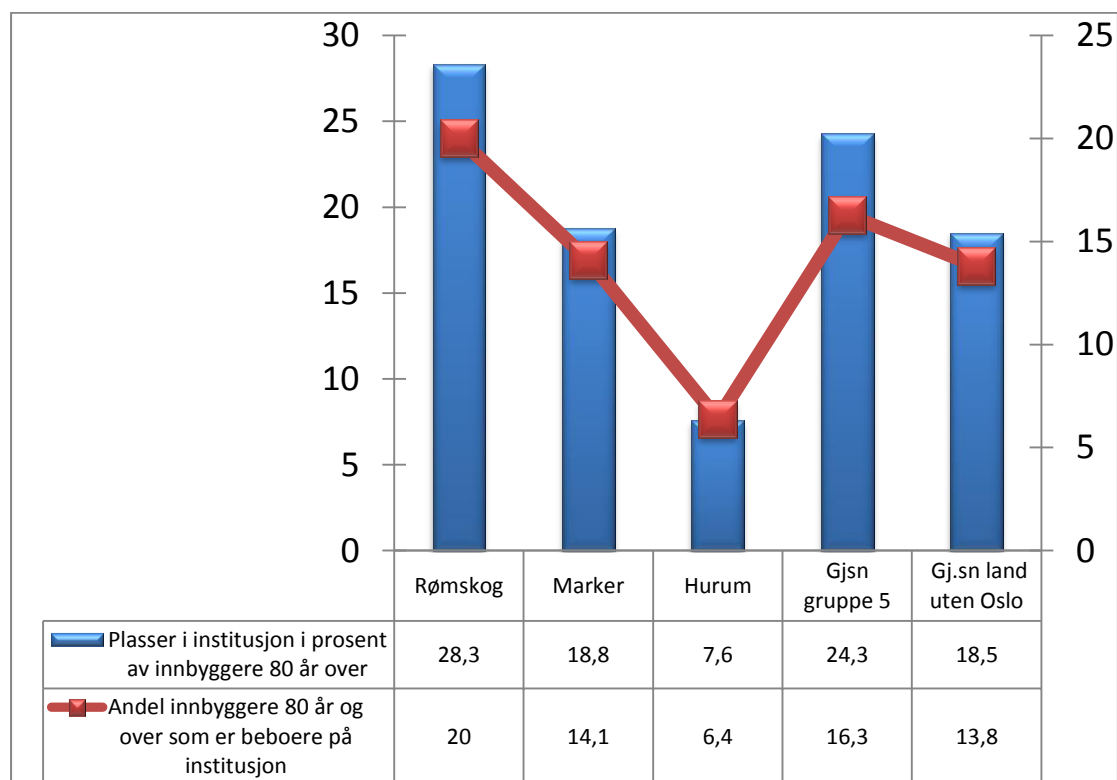
kravstore og mindre beskjedne enn dagens eldre er. Morgendagens eldre har hatt en annen oppvekst og de vil ha mer utdanning, særlig kvinnene. Morgendagens eldre kan også bli mer omstillingsdyktige og omstillingsvillige enn dagens eldre som et resultat av at de har levd i et omskiftelig samfunn som har gitt flere muligheter til valg og stilt større krav til fleksibilitet.”

Det generelle utfordringsbildet i omsorgstjenestene har vært knyttet til en forventet økning i antallet eldre i befolkningen. Bildet er imidlertid som vi har vist mer nyansert. I tillegg til dette er Rømskog kommunes demografiske profil vesentlig forskjellig fra den nasjonale framskrivningen. Det blir færre eldre.

Formuleringen gir grunnlag for å tenke utforming og dimensjonering av tjenester framover. Selv om dette ikke vil få de store effekter før rundt 2020 vil kommunens evne til å håndtere de nye forutsetningene avgjøres av de tiltak som planlegges og iverksettes fra nå og framover.

I dag mottar 20 % av innbyggerne over 80 år omsorgstjenester i institusjon, noe som er en meget høy andel i nasjonal målestokk.

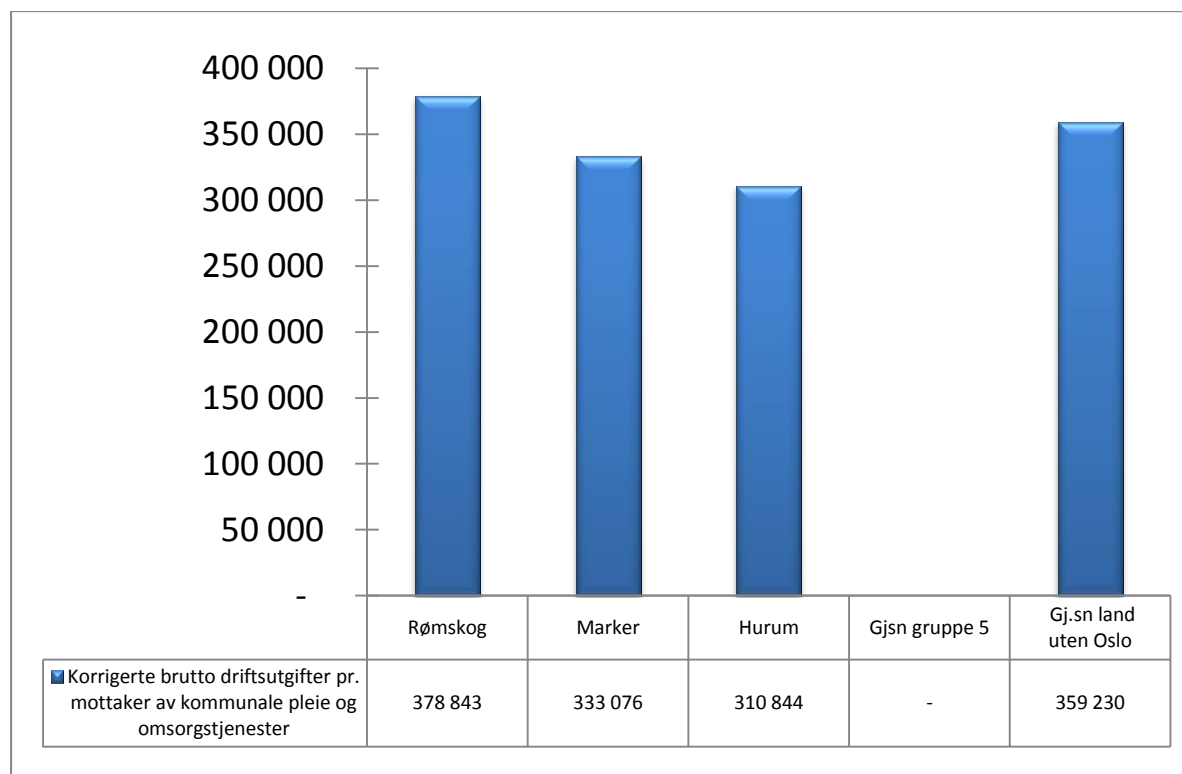
Diagram 3; Dekningsgrad institusjon



Kommune har en meget stor andel av sine tjenester tilknyttet institusjon.

I og med at tjenesteprofil (fordeling mellom hjemmetjeneste og institusjon) er en av de viktigste kostnadsdriverne vil dette vise seg i kostnad pr bruker av tjeneste i kommunen.

Diagram 4: Kostnad pr bruker



Rømskog har høyere kostnad pr. bruker (lav produktivitet) enn sammenligningskommunene og også noe høyere enn landsgjennomsnittet. Vi vil igjen understreke at Rømskog sine tall i stor grad vil påvirkes av årlige endringer i antall bruker med omfattende behov. Kommunen har som følge av dette måtte øke sine utgifter med 2,1 mill i 2012, noe som bidrar til den høye produksjonskostnaden (liten kommune og får brukere å "fordele" kostnaden på når gjennomsnitt måles).

Utover de demografiske variablene vil også kommunens geografi spille en rolle pga. bosetningsmønster. Opplevelsen av trygghet og nærhet til tjenester vil påvirke etterspørselen av omsorgstjenester og det er nærliggende å anta at eldre som i dag bor perifert med en viss avstand fra sentra vil etterspørre botilbud med bemanning tidligere enn i en kommune med et mer sentralisert bosetningsmønster.

Totalt sett betyr dette at kommunen ved å opprettholde dagens tjenestenivå, likevel vil kunne redusere volumet på sine tjenester til eldre og likevel beholde nivået på

tjenestene (dekningsgrad opprettholdes). Antall sykehjemsplasser og botilbud med heldøgns omsorg kan reduseres med 4- 5 plasser uten at tilbudet til denne gruppen eldre reduseres.

Tjenesteprofil.

Rømskog kommune har en tjenesteprofil med en stor andel institusjonsplasser, lite høy andel institusjonsplasser og høy andel mottakere både av hjemmetjenester og institusjonsplass. Kommune sprer sine hjemmetjenester med «litt til mange». Vi kan da anta at potensialet for å gi alternativ til institusjonsplass blir vanskelig med en slik profil. Hvis kommune skal lykkes med å gi et alternativ til institusjonsplass må det gis mer tilpassede tjenester med en dreining mot de som trenger det mest.

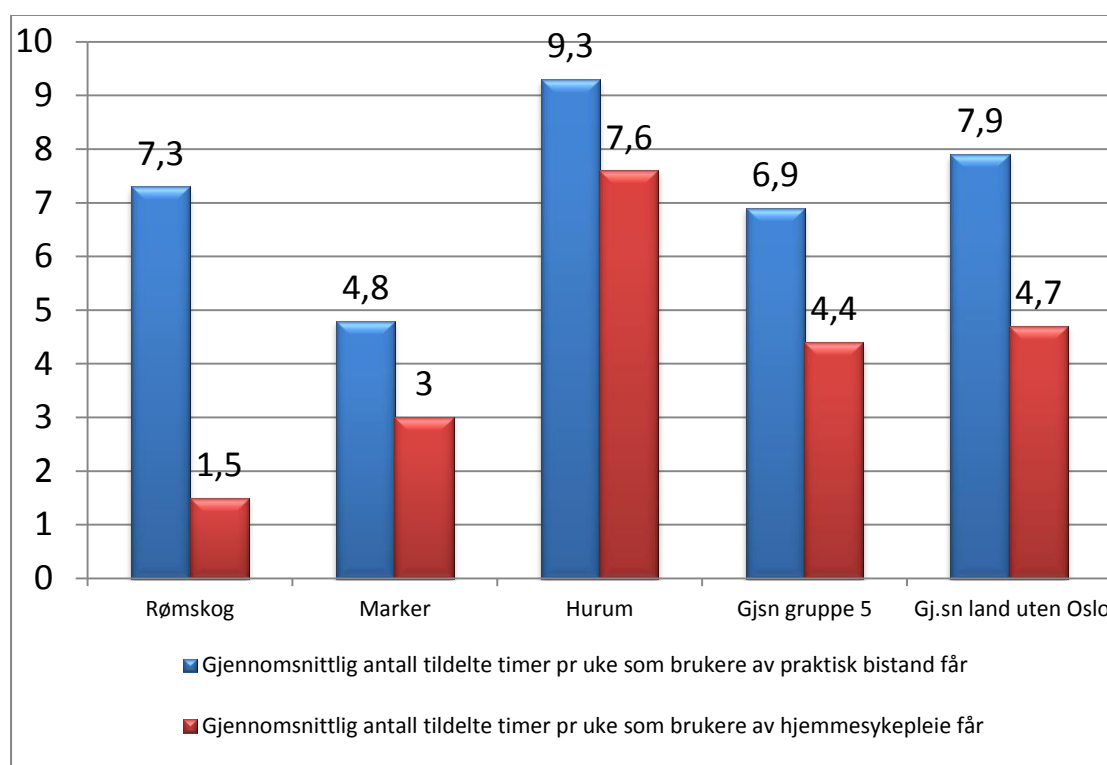
Vi har valgt å vise en sammenligning med Hurum kommune som har en bevist strategi med satsning på hjemmebaserte tjenester. Styringsdata fra Hurum viser at tiltakene og ressursfordelingen understøtter denne strategien.

Hurum kontra Rømskog- 2 kommuner med forskjellig tjenesteprofil.

I Hurum kommune har relativt sett få av innbyggerne i målgruppen over 67 år er beboere i institusjon. De har satset på utbygging av gruppeboliger med bemanning og velfungerende kjede i omsorgstjenesten (omsorgstrapp). Dette viser seg ved at Hurum har lavere kostnad pr. bruker av omsorgstjenestene totalt enn Rømskog på tross av at de har lavere andel brukere som mottar hjelp (brukere med større behov).

På tross av en sterkt utbygd hjemmetjeneste og lav andel institusjonsplasser er det høyere terskel for å motta hjemmetjeneste i Hurum enn i Rømskog.

Diagram 5; Timer tildelt hjelp i hjemmetjenesten



- *BVT er medtatt i beregningsgrunnlaget, gjelder alle kommuner*

Tallene viser at Rømskog fordeler sine tjenester til mange brukere – mange får litt.

Sammenlignet med Hurum gir dette seg utslag i mindre målrettet og mindre effektiv bruk av hjemmetjenesten. Av Kostratallene kan vi lese at Rømskog på tross av få timer pr. bruker, har den høyeste kostnaden i sammenligningsgrunnlaget.

Konklusjon:

Hvis Rømskog hadde samme tjenesteprofil som Hurum kunne Rømskog "greid seg" med 5-6 institusjonsplasser. Dette forutsetter at det finnes gode alternativer til institusjon (omsorgsboliger) og en mer tilpasset hjemmetjeneste. Med høyere terskel for tildeling av hjelp (de som trenger mest får mest) vil Rømskog kunne håndtert det merarbeidet en slik profil ville medført innen dagens bemanning. Hvis kommunen legger seg på landsgjennomsnittet for institusjonsplasser ville det gitt 12-13 plasser, dette er også det antallet som faktisk har vært i bruk i store deler av 2013 i Rømskog!

Mye tyder på at en satsing på omsorgsboliger gir en viss kostnadsgevinst. Framover er det også mye som taler for at dette også gir en kvalitetsgevinst, med tanke på endring av forventninger blant framtidens eldre.

I en kostnadsanalyse av alternative boformer for eldre (i Trondheim og Randaberg) finner Borge og Nyhus (2011) at gevinsten er knyttet til lavere kostnad ved å yte pleie og omsorg og høyere brukerbetaling.

Lønnskostnadene er den klart viktigste kostnadskomponenten innen pleie- og omsorg: Det kanskje viktigste elementet i en vurdering av ulike boformer og botilbud vil derfor være hvordan de påvirker behovet for personell. Hvis utformingen av boligen legger til rette for at brukerne i større grad blir selvhjulpne slik at behovet for personell- resurser reduseres vil dette direkte påvirke kostnadene (Borge og Nyhus 2011, s. 5). Forfatterne skriver at et boligtiltak som kan bidra til å redusere antall årsverk pr bruker med om lag 10 prosent per år, vil kunne forsvare en økning i byggekostnader pr bruker med 1,2 millioner kr. I en analyse av kostnadsnivået i 10 kommuner finner SINTEF (2006) at lønnskostnader pr beboer i omsorgsboligene i alle kommunene ligger lavere enn lønnskostnadene pr beboer i institusjon i samme kommune. Dette på tross av at mange av beboerne har et forholdsvis høyt hjelpebehov. De største fordelene med omsorgsboliger er at bemanningen kan graderes ut fra vurdert pleiebehov hos beboerne og dermed gi mer fleksibel bruk av personell.

Egenbetaling

Rømskog kommune har egne regler for egenbetaling i institusjon med økt innslagspunkt for beboere i sykehjem(kapitalinntekt). Dett er enb særordning som kommunen har innført og som reduserer kommunens inntekter.

Videre har kommune lavest egenbetaling for hjemmetjenester i sammenligningsgruppen. Tall fra Hurum og marker finnes i eget vedlegg. Kommuner har dermed et potensiale for å øke sine inntekter og har et stort sprik mellom selvkost og faktisk egenbetaling.

Kvalitet

Det er ikke gjort funn som viser at det er sammenheng mellom kvalitet/større brukertilfredshet og høy sykehjemsdekning og/eller høye enhetskostnader i eldreomsorgen. Kommuner med lav dekning oppleves like trygt som kommuner med høy dekning av institusjonsplasser. I tillegg kan det vises til like god kvalitet, lavere kostnad og tilbud til flere (*Ro-senteret 2006, Fürst og Høverstad ANS 09/09*)

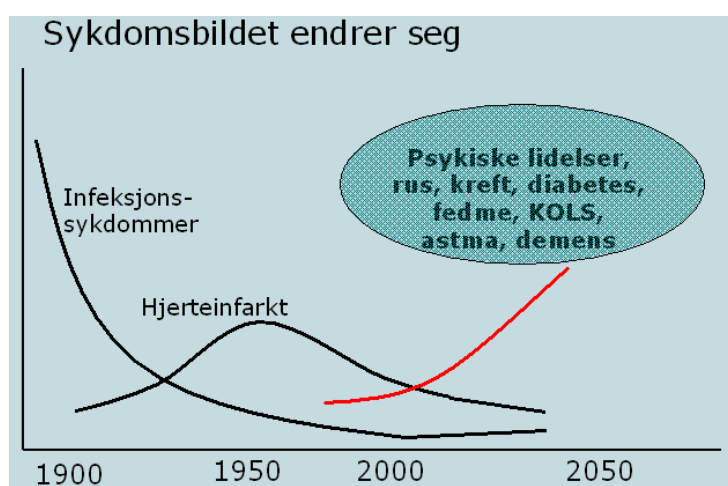
Kåre Hagen (Innovasjon i omsorg, NoU 2011 nr. 11) hevder at institusjonsplass i fremtiden vil være en «nest-best løsning» i eldreomsorgen siden det er å anta at flere også eldre, vil ønske å få hjelpen i eget hjem eller i tilpasset bolig.

Utfordringer i perioden fram til 2020

Utfordringen framover for kommunen vil være på to områder:

1. Legge om sine tjenester der strategier og tiltak på kort sikt bygges ned noe, men større fokus på forebygging og aktivitet. Den nye gruppen eldre, etterkrigs generasjonen, vil i større grad etterspørre tjenester med høy faglighet, bedre behandling ved alvorlig sykdom og kortere liggetid i sykehus som følge av samhandlingsreformen. Kommunen vil også kunne merke et økende andel av tjenestemottakere med livsstilssykdommer. Kravet til habilitering og rehabilitering vil øke og kommunen vil få flere og mer sammensatte oppgaver. Diagrammet under synliggjør dette. Det er imidlertid lite som tyder på at denne gruppen vil etterspørre institusjonsplass ut fra de data vi har hatt tilgjengelig i denne analysen.

Diagram 7; Endring i sykdomsbilde:



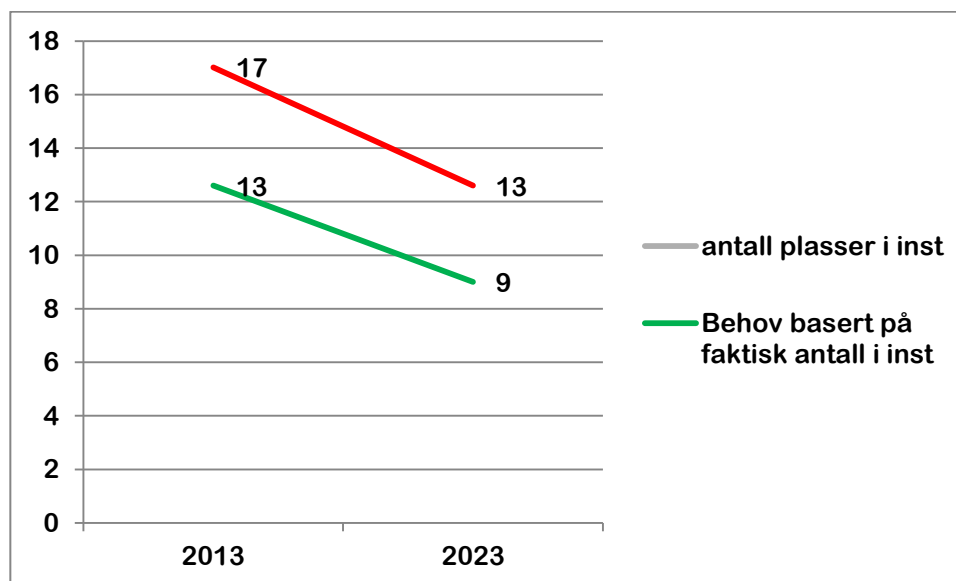
Fra Stortingsmelding 47

2. Planlegge tiltak som bidrar til å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste fra 2020. Tiltak som planlegges og iverksettes må ha en klar profil slik at disse medvirker til at behovet for institusjonsplass eller omfattende hjelp forskyves i

tid. Dette betyr at omlegging av drift må startes så tidlig som mulig. Hvis kommunen opprettholder dagens ressursbruk, vil tilbudet for eldre økes langt over bærekraftig nivå (kommunens inntekter reduseres som følge av endring i demografi).

Diagrammet under illustrer endring i behov for institusjonsplasser basert på kun demografiske endringer i aldersgruppen 80+ .

Diagram 8; Endring i behov



Kommunen har i dag 17 institusjonsplasser, med dagens dekningsgrad vil det i 2023 være behov for 13 plasser. Kommunen har i 2013 i realiteten brukt kun 13-14 av disse plassene, det er ikke personer på venteliste og kommune har ingen registrerte "overliggerdøgn" i sykehus". Det vil da være nærliggende å anta at 13 plasser er et rimelig nivå på institusjonsplasser i forhold til antall eldre (landsgjennomsnitt). Hvis dagens dekningsgrad (reelt antall plasser i bruk) legges til grunn vil det gi et behov for 9 plasser i 2023. Hvis kommunen endrer sin tjenesteprofil med mer tilrettelagt hjelp i hjemmetjenestene vil behovet for institusjonsplass reduseres ytterligere.

Rehabilitering

Ansvar og fordeling av oppgaver

Rehabilitering er et fagområde der det i dag er vanskelig å definere et grensesnitt mellom hva som er kommunal ansvar, og hva som tilligger spesialisthelsetjenesten og som ikke er kommunal plikt, men som hører hjemme på sykehus eller

opptreningsinstitusjoner. Inntil dette ansvaret er tydeliggjort vil vi ikke anbefale at kommunen setter i gang nye kostnadskrevede tjenester lokalt. Derimot kan det være områder innen fagfeltet som med enkle grep kan gi effekter på kort og lang sikt. En endring av måten det arbeides på spesielt i hjemmetjenesten, med mer fokus på trening og å opprettholde funksjonsnivå hos eldre vil kunne bidra til å forskyve at behovet for omfattende pleie oppstår. Flere kommuner har nå etablert lavterskeltilbud etter Dansk modell, kalt «hverdagsrehabilitering». Effekten av arbeidet har vist meget gode resultater.

Effekten av hverdagsrehabilitering¹.

Hverdagsrehabilitering kan defineres som:

- Et tverrfaglig tilbud der man styrker rehabiliteringsfokus
- Tidsavgrenset innsats med intensiv oppstart.
- Brukerstyrt. Tar utgangspunkt i hva den enkelte bruker synes er viktig
- Skjer i nærmiljøet der folk bor og lever mens brukeren bor hjemme

Det foreligger nå ny dokumentasjon på effekten av rehabilitering av eldre over 80 år. *En studie utført Universitetet i Agder i av doktorgradsstipendiat Kari Sundsli viser at hjemmeboende eldre over 80 år blir dårligere til klare seg selv når de får for mye hjelp for tidlig. ”Hjelperne” gjør ting som de eldre klarer selv. Studien viser effekter av lavterskel trening hos eldre.*

Fysisk aktivitet øker evnen til selvhjelp. Eldre som trener hver dag har en betydelig større omsorgsevne enn de som trener en dag pr uke. Studien viste også at behovet for hjemmetjenester ble redusert hos gruppens som mottok rehabilitering.

Den nye kunnskapen utfordrer kommunens omsorgstjeneste som er bygd opp i en tradisjon der pleie og omsorg er mer fokusert enn rehabilitering. Etablering av en slik lavterskel rehabiliteringstjeneste har vist seg å ha effekt også i Bodø kommune som nå har ansatt «hjemmetrenere» som en del av hjemmetjenestetilbud i kommunen. En dreining av tjenesten fra *tradisjonell pleie til trening* fordrer en endring av arbeidsmåter, metoder og tenkning for å lykkes. Dette krever nye kompetanse hos de som står nærmest brukeren. Etablering av slik tjeneste vil ikke utfordre kommunen i forhold til grenseoppgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunen.

¹ <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering/Hva-er-hverdagsrehabilitering>

Bruk av frivillige

I *NOU nr. 11: 2011 «Innovasjon i omsorg»* trekkes det opp flere perspektiver for endring som det i framtiden vil være nødvendig å vurdere.

En av disse er den frivillige innstasen. En omprioritering av ressursbruk i Rømskog fram mot 2020 bør også omfatte en mer strategisk satsning på frivillig sektor. De organisatoriske utfordringene er store i en slik omlegging, og vil kreve nye måter å tenke på, kreve koordinering og hjelp til prioritering av oppgaver. Frivillige tjenester og kommunale tjenester må jobbe i samme retning og utfylle hverandre. Dette vil også utfordre kommunen på etiske utfordringer og organisatoriske problemstillinger. Eksempler på tiltak som kan gi effekt i et lengre perspektiv:

- Opplæring av frivillige personer og organisasjoner.
- Økt forståelse og en proaktiv kommune for å ta i bruk denne ressursen.
- Arbeide prioritert med ensomhet og aktivisering av brukere og klienter
- Oppsøkende virksomhet blant eldre- f.eks fallforbyggende arbeid.
- Vurdere opprettelse av en funksjon med ansvar for koordinering av frivilliges arbeid
- Avklaring av ansvarsforhold mellom kommune som profesjonell aktør og frivillige

Struktur

Utformingen av pleie- og omsorgstjenestene vil være avhengig av lokale forutsetninger. Derfor er det hverken mulig eller ønskelig å gi enkle oppskrifter på hva som er den beste måten å organisere tjenestene på. En samordning av tjenestene vil i store trekk medføre det man ønsker med integrering; bedre samordning, fleksibilitet og ressursutnyttelse. Man vil kunne oppnå dette bedre ved integrering enn bare med samlokalisering av separate tjenester.

Integrering kan imidlertid skape nye utfordringer pga stort kontrollspenn og økt kompleksitet. Dagens og framtidens omsorgstjenester er større grad preget av kompetansebaserte virkemidler enn tidligere og dette stiller nye krav til ledelse. I en omlegging til integrerte eller samordnede tjenester vil en måtte ta stilling til hvilken tradisjon som skal videreføres.

RO-senteret viser til følgende kjennetegn ved godt tilrettelagte tilbud:

- God samhandling med den kommunale legetjenesten

- Sykepleierne er lett tilgjengelig for hele tjenesten, men er gitt spesielt ansvar for sykehjemsfunksjonen
- Sykehjemmets korttidsfunksjon er prioritert framfor sykehjemmet som boform
- De har ikke overført arbeidsformen fra sykehjemmet inn i omsorgsboligene
- Omsorgsboligene er bygd som gruppeboliger
- Tjenesten er tydelig når det gjelder innbyggernes forventninger

Vi velger å tilføye ut fra ny kunnskap at

- hverdagsrehabilitering er en del av den kommunale hjemmetjenestens oppgaver

De kravene som en slik tilnærming medfører for personale og ledere vil gi et bredere ansvarsområde, og ved at tjenestene integreres er det en fare for at belastningen kan øke. Det ligger positive muligheter for faglig utvikling i integrering, men noen kan også strekke seg svært langt for å ivareta helheten. Når ansvarsområdet utvides kan det bli nødvendig å finne andre måter å avgrense det på, dette kan medføre nye og uhensiktsmessige funksjonsinndelinger. For å vurdere hensiktsmessig struktur vil det være nødvendig å vite hvilke oppgaver kommunen vil prioritere.

Ut fra våre perspektiver vil det være hensiktsmessig og dreie mer av ressursene til hjemmetjenesten og at disse disponerer tidsbegrensede opphold som en del av sitt tilbud. Det gir en nødvendig og god integrasjon med et personale som følger brukere og har et kontinuerlig ansvar. En reduksjon i antall sykehjemsplasser vil medføre at sykehjemmet vil få tyngre og mer ressurskrevende brukere. Det krever medisinskfaglig kompetanse.

Samordning av tjenesten innebærer at det bør være en felles leder for begge områdene. Det bør likeledes jobbes med felles visjon og en klar målsetting for hele tjenesteområdet.

KS-K sin anbefaling

KS-K er av den formening at kommuner som jobber bevisst og strategisk godt med sin helse- og omsorgstjeneste også vil være en kommune som lykkes med å oppnå bærekraft og handlefrihet i framtida.

Etterspørselen av tjenester i omsorgssektoren påvirkes av mange forhold. Det er ikke her gjort *analyser* av andre faktorer som kan påvirke etterspørselen enn de demografiske framskrivningene i SSB sin modell MMMM, samt historiske data som er tilgjengelig og rapportert i Kostra. Det er ikke tatt høyde for eventuelle endringer i ansvarsforhold mellom kommunen og statlig nivå hva gjelder rehabilitering. Dette er ennå uavklart, men vil kunne påvirke kommunenes framtidige tjenesteprofil.

I et økonomisk- og kvalitetsperspektiv vil det viktigste for Rømskog kommune i åra fram mot 2020 være å heve terskelen for tildeling av institusjonsplasser og dreie ressursbruken mot en mer fleksibel tjeneste; omsorgsboliger, korttidsopphold og hjemmetjeneste. Andel institusjonsplasser som brukes til tidsbegrenset opphold bør økes og brukes. Dette vil skape fleksibilitet og handlingsrom

Kommunen bør bygge ned antall institusjonsplasser fram mot år 2016 for å tilpasse seg til dagens og framtidens behov og tilpasse tjenestenivå i forhold til kommunens inntekter. Et slikt tiltak vil ikke redusere dekningsgraden. Samtidig bør nye omsorgsboliger planlegges i form av omgjøring av institusjonsplasser til omsorgsbolig.

Samtidig med en nedbygging av institusjonstjenesten bør det jobbes med å innrette hjemmetjenesten mot den gruppen som har størst behov for hjelp. Dagens spredning av tjenestene, lite til mange, vil ikke være bærekraftig og heller ikke mobilisere for aktivitet hos eldre. Endring av kompetanse; hverdagsrehabilitering kan være et kompetanseområde som bør prioriteres høyt.

Det foreslås en gradvis endring av ressursbruk og tilpasning til ny struktur der større ansvar for hjemmeboende inkludert hverdagsrehabilitering og aktiv bruk av korttidsplasser prioriteres. Sykehjemmet bør få ansvar for tyngre brukere med større behov for medisinsk oppfølging, heri demens.

Kommunen bør omdefinere sine kriterier for tildeling av hjelp, dette arbeidet og en god etterlevelse av de nye standardene er et av de viktigste tiltakene for at kommunen vi lykkes. Kommunen bør i denne forbindelse innarbeide «hverdagsrehabilitering» som en vedtakstjeneste.

Hjemmetjenesten er sammen med legetjenesten de viktigste funksjonene i arbeidet med å implementere de nye standardene. Samarbeid og felles opplæring vil gi grunnlag for etablering av konsensus for ny praksis og vil påvirke og endre adferd blant beslutningstakere og sentrale aktører.

Rapportene og konklusjoner fra arbeidet så langt i arbeidsgruppene bør vurderes ut fra de strategier kommunen velger, en eventuell videreføring av arbeidet vil da bli mer konkret.

Konkretisering av tiltak basert på dialog med ledergruppen den 30.oktober 2013.

Tilstede: arbeidsgruppen, kommunelege og rådmann.

Kommunens ledelse tar ansvar for å iverksette endringer som vedtas av k.styre og blir "styringsgruppe for endringsarbeidet".

Handlingsplan i perioden januar 2014- desember 2014

Strategier (perspektiv økonomiplanperioden)	Hva må vi da gjøre (aktivitet)	Ansvar for oppfølging	Effekt
<p>Omgjøring av sykehjemsplasser, reduksjon fra 17- 13 plasser</p> <p>4 av plassene benyttes til korttidsplass</p> <p>Heri dimisjonering av antall institusjonsplasser og omsorgsboliger</p> <p>Eksempel; Omgjøring/ avhjemling av 2 plasser til heldøgns omsorgsbolig 2 enheter i omsorgsbolig/trygdebolig</p>	<p>Utarbeide plan for ombygging med fokus på fleksible løsninger, ingen faste demensplasser, men fleksible løsninger som kan endres i henhold til behov.</p> <p>Det utarbeides en strategiplan som tar høyde for demografiske endringer. Ferdigstilles til økonomiplanen høsten 2014 *</p>	Krever politisk vedtak (øk.plan)	Handlefrihet og økt fleksibilitet
Temadag i hovedutvalg for helse- og omsorg. Tema: status og strategi	½ dag for medarbeidere og ettermiddagssamling for politisk utvalg	Ledelsen	Forankring
Kompetansemobilisering	Lage kompetanseplan for gjennomføring av endringsforslag	Leder helse- og omsorg	Sikre gjennomførings- evne
Forebygging og folkehelse	Prosjektmidler folkehelse, driftsmidler frivillighetsentral Politisk vedtak	Ledelsen i helse – og omsorg undersøker mulig finansiering	Forebygging og mobilisering av frivillighet
Vurdere samordning av BVT	Må utredes, kartlegging av årsak til turnover	Helse og omsorgsleder Utsettes til høst 2014	Økt fleksibilitet og mer stabilitet
Revisjon av tjenesteerklæringer		Ledelsen i helse- og omsorg	Tydeliggjøre forventninger og bedre innretning av tjenesten
Egenbetaling	Vurdere innslagspunkt for egenbetaling institusjon Økning mot selvkost i hjemmetjenesten	Ledelsen i helse- og omsorg	Tidsriktig nivå Unngå inntektssvikt som følge av reduksjon i institusjonsplasser

Konsekvenser for budsjett.

Konklusjoner fra arbeidet i arbeidsgruppen innarbeides i budsjett for 2014.

Forventet gevinst 2014 er på kr. 620.000.-

Fra 2015 vil endringene gi en årsgevinst tilsvarende 1,8 årsverk

KS-Konsulent as takker for oppdraget og ønsker lykke til med arbeidet videre.

Geir Johan Hansen
Rådgiver

8.november 2013