Kartlegging av Helse og omsorg i Alver kommune

11.01.2021

www.pwc.com

Disclaimer

© 2021 PwC. Med enerett.
Denne rapporten er utarbeidet for Alver kommunes bruk i samsvar med engasjementsbrevet datert 30.09.2020.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer med kommunens ansatte, i dokumentasjon som kommunen har gjort tilgjengelig for oss og offentlige registre. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av kommunens virksomhet.

Kommunen har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med vilkårene i oppdragsbrevet. Rapporten og/eller informasjon fra rapporten skal ikke benyttes for andre formål eller distribueres til andre uten skriftlig samtykke fra PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av kommunen eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller engasjementsbrevet.

PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid.

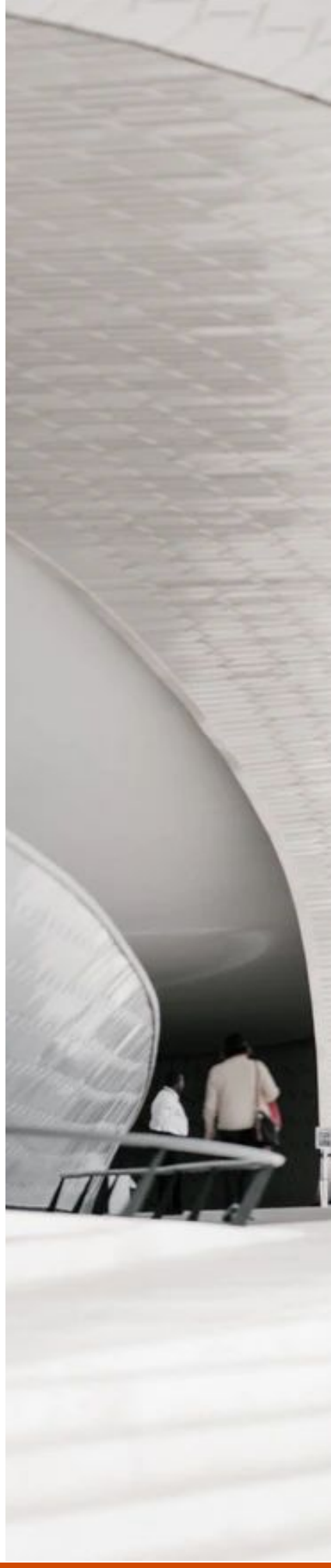
Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

Sammendrag

Denne rapporten inneholder gjennomgang og vurdering av habiliteringstjenester til utviklingshemmede og tjenester innen psykisk helse og rus i Alver kommune. Arbeidet er utført av PwC i tidsrommet september til desember 2020, på oppdrag fra kommunen. Bakgrunn for oppdraget er behov for effektivisering og kostnadsreduksjon i de to tjenesteområdene. I gjennomgangen er Alver vurdert opp mot ti andre kommuner i landet for sammenligning av tjenesteproduksjon og kvalitet. For vurdering av kostnader er kommunens regnskapstall for 2020 lagt til grunn. Organisering, ledelse, drift, bemanning og turnus er vurdert på bakgrunn av intervjuer med ledere, stab, tillitsvalgte og brukere, kombinert med analyse av tilsendte dokumenter.

Alver skiller seg ikke nevneverdig ut fra de andre kommunene når det gjelder antall og type brukere i tjenestene. Alver ser også ut til å ha tjenestekvalitet på nivå med de andre. Vi ser likevel at det er et høyt forbruk av ressurser i Alver. Praksis for tildeling og evaluering av tjenester vurderes å være raus, og etter vår vurdering er det behov for endring av arbeidsprosesser og mer objektive tildelingskriterier for å dempe vekst i antall vedtak og timer. Høyt forbruk henger også sammen med at Alver har stort personellbehov for å dekke bemanning i alle døgnenheter, dagtilbud og poliklinikker. De to tjenesteområdene er spredt på 31 lokasjoner hvorav 27 har turnus med døgnbemanning. Lønnsnivå per årsverk ligger også høyt. Dette skyldes at det er mange ansatte med høy kompetanse og lang erfaring i tjenestene. Særlig er det mange ansatte med høyskoleutdanning i forhold til antall ansatte med fagbrev.

På kort sikt kan lønns- og personalkostnader reduseres noe ved å gjøre tilpasninger i turnuser kombinert med tiltak for å redusere vikarutgifter. Dette er krevende å gjennomføre og vil bare gi en begrenset økonomisk effekt. På lengre sikt vil større grad av samlokalisering med flere brukere per bofellesskap og færre lokasjoner for dagaktiviteter og samtaler med brukere på kontor kunne redusere personellbehovet betydelig. Blant annet brukes i dag en stor del av samlet personalressurs på å dekke nattevakter. Samlokalisering vil redusere behov for nattbemanning og også legge til rette for bedre utnyttelse av personalressursene på dag- og kveldstid. Samlokalisering vil også lette rekrutteringssituasjonen for kommunen, da det anses lite realistisk å få nok kvalifisert personell til alle lokasjoner i framtiden. På lengre sikt bør det også vurderes å avvikle det interkommunale bufellesskapet på Radøy og samlokalisere plassene som Alver disponerer her med de kommunale bofellesskapene. Omorganisering og endring i antall ledere anbefales ikke på kort sikt, men vil være naturlig å vurdere på lengre sikt dersom antall lokasjoner reduseres.



Sammendrag

Årsakene til høyt forbruk er spredt på alle enheter og avdelinger, og tiltakene vil måtte gjennomføres over alt. Kommunen er nyetablert, og planlagt utviklingsarbeid ble i mars utsatt grunnet Covid-19 situasjonen. Flere utviklingstiltak er nå igangsatt i tjenestene, blant annet innen ledelse og styring og innen turnus og bemanning. Dette er positivt, og tiltakene er i tråd med våre anbefalinger.

I rapporten har vi identifisert fem hovedområder for tiltak. Med tiltak på kort sikt menes tiltak som kan settes i gang umiddelbart. Med lengre sikt menes tiltak som vil kreve forberedelse og eventuell prosjektorganisering.

Tildeling og evaluering av tjenester På kort sikt endring av arbeidsprosesser i forvaltningen og mer strukturert rutine for evaluering av tjenester. Formål å redusere antall brukere og timer per bruker for derigjennom å kunne redusere lønns- og personalkostnad i utøvende tjenester.

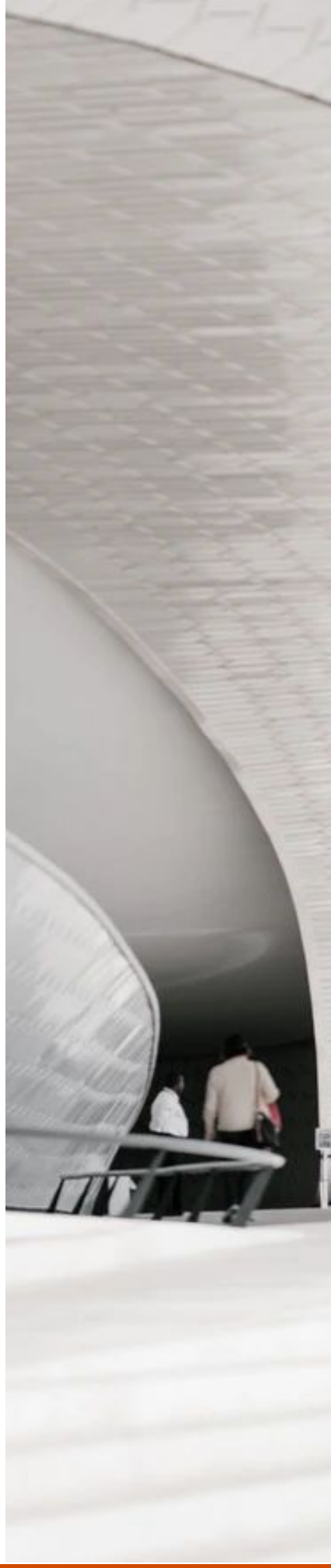
Lokalisering og bemanning På kort sikt optimalisere dagens turnuser og bedre samarbeid om bruk av fast personell og vikarer på tvers av enheter. På lengre sikt større grad av samlokalisering av tjenestene. Formål å redusere lønns- og personalkostnader.

Kompetanse og kvalitet På kort sikt vurdere mulighet for å gå ned i kompetansekrav ved ledighet i stilling. På lengre sikt avvikle døgnturnuser og tilstrebe utjevning av kompetanse mellom avdelinger.

Organisering, ledelse og styring På kort sikt etablere møtestruktur for månedlig oppfølging og styringsdialog mellom ledernivåene. På lengre sikt gjennomføre lederutviklingsprogram og også utarbeide virksomhetsplaner med tydeliggjøring av mål og tiltak. På lengre sikt også omorganisere tjenestene med færre ledere. Formål å styrke samarbeid på tvers og å støtte lederne i gjennomføring av tiltak.

Kjøp og salg av tjenester
På lengre sikt vurdere å avvikle driften ved Radøy Interkommunale Bufellesskap. Formål å øke grad av samlokalisering og nytte kompetanse bedre på tvers av avdelinger.

Rapporten tar for seg flere komplekse tema, og vi vil anbefale å lese rapporten i sin helhet for å få et korrekt bilde av våre vurderinger og anbefalinger.



Handlingsplan for tiltak som bør settes i gang på kort sikt

Tiltak	Innsparings-Potensial MNOK	Effekt	Konsekvens
Tydeliggjøre ansvar og fullmakter på nivå 3	Ukjent	Tydelige styringslinjer	Økt bevissthet på ansvar og fullmakter
Etablere fadderordning for nye ledere	Ukjent	Bedre opplæring og tilrettelegging for nye ledere	Økt bevissthet på styring og kontroll fra starten
Fastsette hvilke styringsparameter og KPIèr som skal følges	Ukjent	Mulighet for å følge utvikling	Økt bevissthet på styring og kontroll
Etablere fast månedlig styringsdialog med 1:1 møter mellom ledernivå	Ukjent	Mulighet for å følge utvikling	Økt bevissthet på styring og kontroll
Etablere måltavle og statistisk prosesskontroll	Ukjent	Mulighet for å følge utvikling	Kan måtte føre oversikter manuelt i påvente av elektronisk system
Etablere lederavtaler	Ukjent	Tydeliggjør den enkelte leders ansvar	Bevisstgjøring
Fokusere på selvledelse	Ukjent	Frigjøring av ledertid	Mer tid til strategisk ledelse
Jobbe bedre sammen som strategiske ledergrupper	Ukjent	Samkjørte ledergrupper	Mer delegering av driftsoppgaver til lavere ledernivå og til medarbeidere
Ta ned gjennomsnittlig kompetanse- og ansiennitetsnivå med ca 2 prosent	- 4,0	Økt andel med fagutdanning	Endring i oppgavedeling mellom yrkesgrupper
Redusere overtidskostnader	- 1,5	Reduksjon av dyre bemanningsløsninger	Redusert overlappingstid, billigere vikarer
Ta ned vikarkostnader med ca 5 prosent	- 1,7	Bedre utnyttelse av personell på tvers	Holde vakter ledige der det går og låne personell på tvers heller enn å leie inn
Ta ned antall turnustimer med ca 2 prosent	- 1,0	Mindre påslag av turnustimer ift vedtakstimer	Revisjon av aktivitetsplaner og bemanningsplaner
Samordningsgevinst på tvers av boliger	- 0,4	Bedre utnyttelse av personell på tvers	Behov for opplæring
Sum innsparingspotensial ca MNOK	**- 8,6**		

Handlingsplan for tiltak som bør settes i gang på kort sikt

Tiltak	Innsparings-Potensial MNOK	Effekt	Konsekvens
Innføre prosesskontroll ved forvaltningskontoret for å måle resultater	Ukjent	Mulighet for å følge utviklingen	Økt bevissthet på styring og kontroll
Forbedre hjelpeverkøy for fastsettelse av vedtak	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Harmonisert saksbehandling
Klargjøring av roller og ansvar mellom forvaltningen og de utøvende tjenestene	Ukjent	Mulighet for bedre samhandling	Økt forståelse for hverandres oppgaver
Samordne og forbedre rutiner for evaluering av vedtak	Ukjent	Sikre objektivitet i evalueringen	Harmonisert evaluering
Gjennomgå og vurdere arbeids- og aktivitetstilbudene som tilbys mtp. behov og lokasjon	Ukjent	Mer rasjonell bruk av personell	Samlokalisering
Utarbeide en tjenestetrapp som spesifiserer kommunens tjenester med nivåinndeling	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Objektiv saksbehandling
Etablere evalueringsteam for å sikre objektiv evalueringspraksis	Ukjent	Sikre objektivitet i evalueringen	Harmonisert evaluering
Utarbeide retningslinjer for tildeling av tjenester for å sikre rett tjenestenivå (og forhindre doble tjenester)	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Objektiv saksbehandling
Innføre jobbrotasjon ved forvaltningskontoret	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Harmonisert saksbehandling
Styrke samhandlingen mellom forvaltningskontoret og de utøvende tjenestene om effektiv bruk av samlede ressurser	Ukjent	Mer effektiv bruk av samlede ressurser	Økt forståelse for hverandres oppgaver
Tilgjengeliggjøre informasjon om kommunens kvalitetsstandard når det gjelder utøvende tjenester	Ukjent	Tydelig informasjon til innbyggere	Styrte forventninger til innbyggerne
Ta ned antall vedtakstimer med ca. 2 prosent	- 5,0	Færre brukere, færre timer	Grunnlag for reduksjon i turnuser
Sum innsparingspotensial ca MNOK	**- 5,0**		

Handlingsplan for tiltak som krever lengre planlegging og eventuelt prosjektorganisering

Tiltak	Innsparings-Potensial MNOK	Oppstart	Effekt	Konsekvens
Flere gruppetilbud i dag- og aktivisering	Inngår i beregning av turnustiltak	2021 Første halvår	Redusert personalbehov	Mindre individuell oppfølging
Innføring av velferdsteknologi, prosjekt for kartlegging	Ikke beregnet	2021 Andre halvår	Bedre helse og større mestringevne hos enkelte brukere	Redusert behov for ansikt-til ansikt tid og tilstedeværende personell
Avvikling av døgnturnuser Prosjekt for planlegging og gjennomføring	- 0,5	Starte i 2021	Utjevning av rekruttering og kompetanse	Forutsetter alternativ 3 nattevaktsordning
Samlokalisering avdeling ressurskrevende brukere Prosjekt for planlegging og gjennomføring	- 4,5	Når bygg er klart	Mer rasjonell bruk av personell	Reduksjon i antall nattevakter
Samlokalisering av avdeling avlastning Prosjekt for planlegging og gjennomføring	- 1,1	2022 2023	Mer rasjonell bruk av personell	Reduksjon i antall nattevakter. Bygg og anlegg vil kreve investeringsevne
Samlokalisering andre avdelinger, prosjekt for planlegging og gjennomføring	- 7,4	2023-2030	Mer rasjonell bruk av personell, bedre rekruttering	Reduksjon i antall nattevakter, avhenger av . Bygg og anlegg vil kreve investeringsevne
Gjennomføre lederutviklingsprogram	Ukjent	2021 Andre halvår	Bedre ledelse og styring	Økt forståelse for eget handlingsrom som leder
Utarbeide helhetlig plan for tjenesteområdene	Ukjent	2021 Andre halvår	Klare mål	Bedre grunnlag for styring. Forankring av hva som må prioriteres ned / bort
Avvikle Radøy IB. Prosjekt for planlegging og gjennomføring	Tatt med under samlokalisering generelt	2022	Bedre utnyttelse av personalressurser	Samarbeidskommuner må ta hjem sine brukere
Sum innsparingspotensial ca. MNOK	**- 13,5**			
Innsparingspotensiale på lengre sikt er usikkert og avhenger sterkt av nattevaktsordning ved avvikling av døgnturnuser og økt grad av samlokalisering. Dette gjennomgås i rapportens kapittel 5				

Forklaring av begreper som brukes i rapporten

Rapporten inneholder en rekke begreper knyttet til lønn og personal, bemanning og turnus. Nedenfor er en forklaring på de viktigste begrepene som brukes. Begrepene er sortert i alfabetisk rekkefølge.

Bemanningsfaktor: Antall budsjetterte årsverk i en enhet/avdeling delt på antall brukere de betjener.

Bemanningsplan: Døgnrytmeplanen suppleres med hva som er nødvendig bemanning (antall og kompetanse) til de ulike aktivitetene per døgn og per uke. Størrelse på bemanningsplanen skal ikke overstige det disponible antallet årsverk som er fastsatt i budsjettet.

Bofellesskap: Boligmodell der hver bruker har sin egen boenhet (leilighet) som er tilknyttet et fellesareal og en personalbase.Det er i dag fra 4 til 12 boenheter per bofellesskap i de to tjenesteområdene i Alver.

Bolig: Enkeltbolig der en bruker har sin egen personalbase. Det er idag 6 enkeltboliger i Alver.

Botjeneste/botilbud: Samlebegrep for bofellesskap og boliger.

Brutto årsverk: Timetall og tilhørende lønnskostnad for et arbeidsforhold i full stilling inkludert timer til ferie og helligdagsfri. Et brutto årsverk i turnus og 35,5 timer per uke er 1846 timer på et år (35,5 timer gange 52 uker). Gjennomsnittslønn for et brutto årsverk i Alver er ca kr. 800 000 (sum av fast lønn, faste tillegg og vikarkostnad inkl sosiale utgifter)

Døgnrytmeplan: Plan over hvilke aktiviteter som foregår i en enhet / bolig og på hvilke klokkeslett.

Døgnturnus: Turnus der ansatte jobber 2-3 døgn i strekk og har fri påfølgende 6-7 døgn. Aktiv vakt dag og kveld og hvilende vakt på vaktrom om natten. Døgnturnuser må godkjennes av fagforeningene sentralt.

Evaluering av tjenester: Prosess der tildelte vedtak evalueres og eventuelt justeres dersom brukeres behov har endret seg siden vedtak ble fattet.

Fast lønn og faste tillegg: Lønn og tillegg som er avtalt i arbeidsavtalen samt kvelds, natt og helgetillegg som er beregnet ut fra turnusen den ansatte går i.

Forklaring av begreper som brukes i rapporten

Forvaltning og tildeling av tjenester: Prosessen fra søknad om tjenester er mottatt til vedtak er fattet.

Langvakter: Turnus der ansatte jobber 12 - 13 timers vakter i steden for dag- og kveldsvakter. Krever bare to skift per døgn; dagvakt og nattevakt. Turnuser må godkjennes av tillitsvalgte.

Netto årsverk: Brutto årsverk som er fratrukket timer for ferie og kostnad til vikar. Et nettoårsverk er ca 1645 timer. I utregning av lønnskostnad per timeverk og per overtidstime er netto årsverk regnet ut fra fastlønn og faste tillegg uten at refusjon (inntekt) er trukket fra.

Rullerende turnus: Turnus på 6, 9 eller 12 uker som gjentas rullerende hele året. Det utarbeides hjelpeturnus for sommerferie og høytider. Turnuser må godkjennes av tillitsvalgte.

Samlokalisering: Samling av flere boenheter i et bofellesskap.

Sosiale utgifter: Inneholder arbeidsgiveravgift, feriepenger, forsikring, pensjonsinnskudd og evt andre sosiale utgifter.

Stilling: Betegnelse på et avtalt arbeidsforhold, enten det er fast eller midlertidig. Stilling kan være fulltid eller deltid. Hvis to arbeidstakere går i halv stilling dekker de til sammen ett årsverk.

Turnus: Arbeidsplan der de ansattes arbeidstider og disponible timer er satt inn i vakter i tråd med behov fastsatt i bemanningsplanen.

Variabel lønn og variable tillegg: Lønnsmidler som går til vikar/ekstravakter som er tatt inn grunnet ferie, sykefravær, permisjon eller ekstraordinære tiltak i avdelingen. Variabel lønn inneholder også overtidskostnader som enten kan skyldes at ansatte jobber utover full arbeidstid, eller at sovende nattevakter får utrykning på hvilende del av vakten.

Årsturnus: Turnus lages for et helt år om gangen. Alt kjent fravær som ferie og kurs planlegges fra starten av året. Turnuser må godkjennes av tillitsvalgte.

Årsverk: Det timetall en arbeidstaker forventes å utføre i løpet av et helt arbeidsår i full stilling. Timene i et årsverk blir forskjellig alt etter som ferie og fravær regnes inn i timetallet eller ikke.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag og handlingsplan

1 Innledning

2 Overordnet utfordringsbilde for Alver

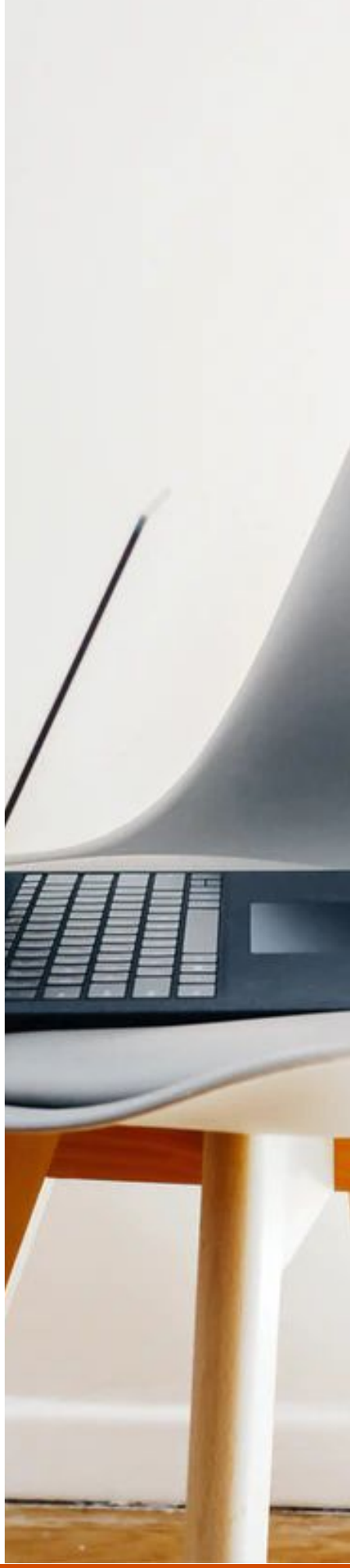
3 Alver sammenlignet med andre kommuner

4 Tildeling og evaluering av tjenester

5 Lokalisering og bemanning

6 Organisering, ledelse og styring

7 Kjøp og salg av tjenester fra private leverandører



Kapittel 1

Innledning

Prosjektets bakgrunn, mandat og organisering

Bakgrunn og mandat

Denne rapporten er utarbeidet av PwC på oppdrag fra Alver kommune. Arbeidet er utført på bakgrunn av at Alver kommune ønsket en kartlegging og gjennomgang av tjenestetilbudet innen Helse og omsorg, spesielt med fokus på habiliteringstjenesten for utviklingshemmede og psykisk helse og rus. Målet har vært å identifisere områder der kommunen kan drive mer kostnadseffektivt, samtidig som lovpålagte tjenester utøves på en forsvarlig måte.

I tillegg ønsket Alver kommune en sammenligning mot de 10 mest kostnadseffektive kommunene i landet, med vurdering av vedtakspraksis og analyse av kommunens regnskapstall mtp. ny organisering.

Områder som var ønsket belyst var eksempelvis:

- Arbeidstidsordninger
- Bemanning på tvers av tilbud og tjenesteområder
- Kjøp av tjenester/plasser
- Drift av interkommunale tiltak
- Utnyttelse av velferdsteknologi
- Organisering av habiliteringstjenesten, samsvar mellom lederressurs og organisering
- Tjenestetilbudet til ressurskrevende brukere

Det var ønsket konkrete forslag til tiltak, samt synliggjøring av de økonomiske konsekvensene. Tiltakene var ønsket kategorisert i kortsiktige og langsiktige tiltak.

Organisering

Oppdraget er løst av PwC i samarbeid med kommunen. Informasjon fra ledere, stabspersonell, tillitsvalgte og brukere i tjenestene har dannet et en vesentlig del av grunnlaget for analyser og vurderinger. Deltakerne fra kommunen har vist stort engasjement i arbeidet og gitt verdifulle bidrag til vårt arbeid. Vi ønsker å takke alle i kommunen som har bidratt.

Prosjektgruppe fra PwC

Anne Hilde Bjøntegård, prosjektleder
Elisabeth Sellevoll Løkkebø, prosjektdeltaker
Magnus Johansen, prosjektdeltaker
Odd Hegre, prosjektdeltaker
Frode Myrdal, ansvarlig partner

Avgrensning og metodisk tilnærming

Avgrensninger

Prosjektet har hatt fokus på tjenesteområdene psykisk helse og rusbehandling og habilitering for utviklingshemmede. Dokumentgjennomgang, analyse av tall og intervjuer med ledere og tillitsvalgte har vært rettet inn mot disse to tjenesteområdene. Noen av tiltakene er likevel generelle og kan være gyldige i øvrige tjenesteområder i helse og omsorg.

Metodisk tilnærming

Nedenfor er en oppsummering av de metodene som er benyttet for å samle inn informasjon i prosjektet. Det er brukt kombinasjon av flere metoder for å samle inn et tilstrekkelig og robust datagrunnlag.

Metode	Innhold
Gjennomgang av tilsendt dokumentasjon fra kommunen	Gjennomgang av planer, avtaler, prosedyrer og retningslinjer som er relevant for de to tjenesteområdene
Intervju med nøkkelressurser i kommunen	Det er gjennomført 17 intervjuer av ledere, tillitsvalgte og brukerrepresentanter i kommunen
Analyse av produktivitet og kvalitet sammenlignet med andre kommuner	Analyse av økonomiske data, produktivitetsdata og kvalitetsindikatorer
Analyser av bemanning og produktivitet internt i Alver kommune	Analyse av kommunens virksomhetstall for antall plasser og brukere i avdelingene og tall for antall ansatte og årsverk, kombinert med analyse regnskapstall hentet fra kommunens driftsregnskap.
Statusmøter med kommunen	Ukentlige statusmøter med kommunen med gjennomgang av status og framdrift i prosjektet
Dialogmøte med ledere og tillitsvalgte	Gjennomført digitalt 19. November. Presentasjon av forslag til tiltak, gruppearbeid for innspill og vurdering av tiltak ift kompleksitet og gjennomføringstid
Løpende avklaringer med kommunen	Fortløpende avklaringer per e-post eller telefon med aktuelle tjenesteledere

Kilder og hvordan de brukes i utredningen

Nøkkeltallsanalyse

Hva

Vi har sammenlignet Alver med 10 andre kommuner når det gjelder demografiske og geografiske innrapporterte tall relatert til habilitering og psykisk helse og rus. Disse tallene er hentet fra SSB, KOSTRA og IPLOS.

Hvorfor

- Underlag til analyser og kvalitative analyser
- Sammenligningsgrunnlag (sammenlignbare kommuner)
- Identifisere mulighetsrom (regner ut teoretisk handlingsrom)
- Nøkkeltallsanalyser skal inneholde vurderinger knyttet til geografisk handlingsrom

Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Helsedirektoratet

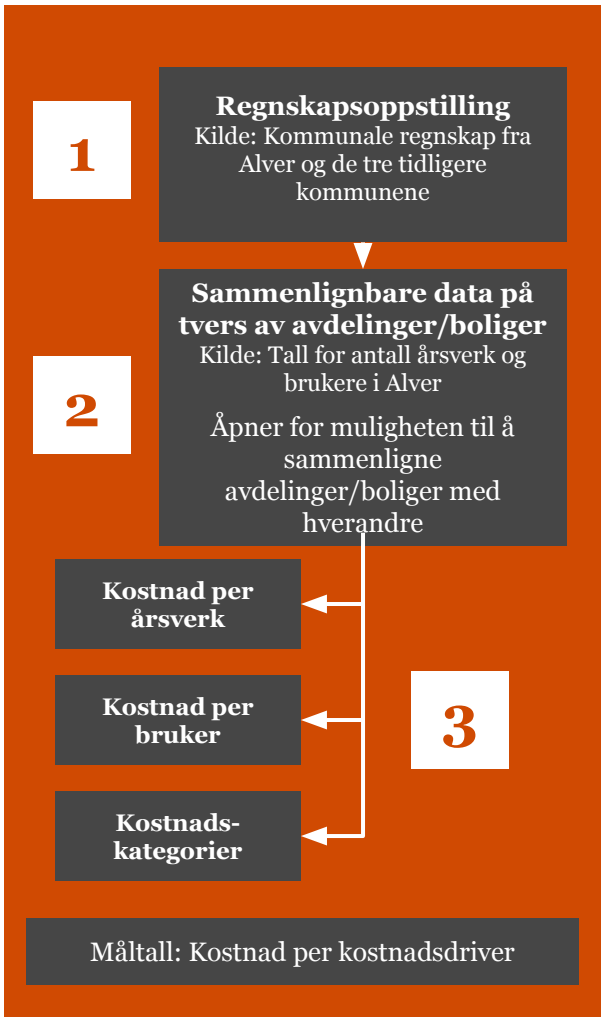
Analyse av regnskapstall

Hva

PwC har utviklet en modell som analyserer dagens drift av habilitering og psykisk helse og rus. Denne er basert på Alver sine regnskapstall og produksjonstall. Denne modellen åpner for å se på kostnadsdrivere i hver (-t) avdeling/bofellesskap.

Hvorfor

- Beskrive dagens situasjon
- Se på økonomiske konsekvenser av ulike tiltak
- Kartlegge dimensjonering av ulike tjenester i Alver kommune
- Forklare kvalitative innsikter



Kilder og hvordan de brukes i utredningen

Kvalitativ analyse

Hva

For å få oversikt og kunnskap om eksempelvis lokalisering av tjenester, kvalitet i tjenestene og bemanning har det vært nødvendig å gjøre kvalitative analyser. Parallelt med de økonomiske analysene har vi derfor gjennomført kvalitativ vurdering av bemanning og kompetanse. Data til kvalitative analyser er innhentet gjennom intervjuer og øvrig datainnsamling fra kommunen, samt vurdering av nasjonale kvalitetsindikatorer og andre nøkkeltall fra kommunen, SSB, Helsedirektoratet, Kommunebarometeret og kommuneøkonomi.

Hvorfor

- Vurdere kommunen sin organisering (ressurser og kompetanse)
- Vurdere lokalisering og tjenestetilbud iht. lovpålagte oppgaver
- Vurdere tildelings- og evalueringspraksis
- Se på behov for spesialisering og ny kompetanse
- Generell kompetanse
- Sammenligning med andre kommuner (nasjonale kvalitetsindikatorer)

Helsedirektoratet

Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Metode for å regne ut besparelse i bemanningskostnader

Beregning av besparelser ved hjelp av viktige nøkkelindikatorer (Key performance indicators, KPI)

Så og si alle kostnadene i habilitering, psykisk helse og rus er lønns- og personalkost. Det er til sammen 314,75 faste årsverk i de to tjenesteområdene. Effektiviseringstiltak vil derfor dreie seg om å redusere personalkost i form av å redusere antall årsverk eller antall timeverk. Ved å regne ut kostnad per årsverk og dele på antall arbeidstimer i året kan personalkost operasjonaliseres til lønnskostnad per årsverk, lønnskostnad per timeverk, per vedtakstime og per bruker.

Grunnlagstall:

KPIèr for tjenesteområdene habilitering, psykisk helse og rus i Alver	Forklaring	NOK
Lønnskostnad per brutto årsverk	Gjennomsnittlig kostnad brutto årsverk (fast lønn, faste tillegg inkludert sosiale utgifter og variable lønnskostnader hentet fra kommuneregnskapet)	Ca 800 000
Lønnskostnad per netto årsverk	Gjennomsnittlig kostnad per netto årsverk (fast lønn og faste tillegg inkludert sosiale utgifter) hentet fra kommuneregnskapet. Refusjon inngår ikke	Ca 680 000
Kostnad per lønnstime	Kostnad per netto årsverk delt på 1645 timer	Ca 413
Kostnad per overtidstime ved 100 prosent overtidsbetaling	Kostnad per time fastlønn * 2	Ca 826
Brutto lønnskostnad per vedtakstime*	Beregnet ut fra brutto 314,75 årsverk delt på ca. 325 000 vedtakstimer i 2020 = snitt ca. 1,78 lønnstimer per vedtakstime	Ca 735
Brutto lønnskostnad per bruker *	314,75 årsverk delt på ca 1280 brukere i 2020= snitt ca 0,25 brutto årsverk per bruker	Ca 200 000

*Her finnes det tall per avdeling, så hvis ønskelig kan beregningen gjøres per avdeling, se s. 57

Kilder: Regnskapstall, bemanningstall og brukerdata fra kommunen, utregning av årsverk

Dette er enkel matematikk som ikke differensierer ressursbruk på ulike avdelinger, tjenester eller ulike bistandsbehov. Utregningen må ikke brukes som fasit, men som en måte å operasjonalisere innsparingstiltak som ellers er svært vanskelig å konkretisere, måle og følge opp.

Metodiske utfordringer

Det har vært flere metodiske utfordringer i dette prosjektet som fører til at flere av analysene i denne rapporten bør tolkes med varsomhet. Dette gjelder både sammenligningene med andre kommuner og analysene av Alver kommunes interne produksjons- og regnskapsdata.

Kostra

Det finnes i utgangspunktet ikke offentlig tilgjengelig statistikk der habiliteringstjenester er skilt ut som egen tjeneste. Dette får konsekvenser både for sammenligning av kostnader og tjenesteproduksjon. Det finnes ikke noen egen utgiftspost i Kostra rapporteringen for habiliteringstjenester. I de fleste tilfeller fører kommunene utgifter til habiliteringstjenester enten under hjemmetjenester eller aktiviseringstjenester. Det vil være veldig usikkert hvor stor andel av disse utgiftene som er knyttet til habilitering, og det er derfor ikke mulig å sammenligne kommunenes habiliteringsutgifter med utgangspunkt i KOSTRA-data.

For tjenesteproduksjonsdata er det mulig å skille ut ulike brukergrupper, slik at vi kan synliggjøre antatte mottakere av habiliteringstjenester. Vi legger til grunn at antall brukere og antall leverte tjenestetimer i hjemmetjenester og aktiviseringstjenester til brukere under 67 år kan fungere som en indikator på ressursinnsatsen mot mottakere av habiliteringstjenester, psykisk helse og rus. Det vil være en feilmargin i disse analysene, og det er vanskelig å anslå hvor stor feilmarginen er. Tall for antall timer tjenesteproduksjon fra kommunene baserer seg i tillegg på tildelte, og ikke leverte timer. Det er også en risiko for at det ikke er samsvar mellom antall tildelte og leverte timer, slik at kommunens faktiske ressursinnsats ikke blir belyst i KOSTRA-dataene.

For psykisk helse og rus er det begrenset tilgang til nasjonale data. Det finnes data på utgifter i rustjenesten og tilgjengelige årsverk med spesialisering i psykisk helse eller rus. Kostnadsdataene spriker stort fra én kommune til den neste, og er i stor grad påvirket av hvordan den enkelte kommune har organisert tjenestene sine. Mange kommuner leverer det meste av rustjenester i hjemmetjenesten, og da fanges dette opp som hjemme- tjenesteutgifter, heller enn utgifter til rusomsorg. Det er derfor vanskelig å si hva kommunenes reelle utgifter til rusomsorg er, basert på disse dataene. Utfordringen med den offentlige årsverksoversikten er at den ikke er knyttet til hva disse årsverkene jobber med. Det er ikke gitt at en ansatt med spesialisering i psykisk helse jobber i psykisk helse og rus, eller jobber med oppfølging av psykisk helse.
Psykisk helse og rus er lavterskeltjenester i kommunene, som ikke krever vedtak for å få oppfølging. Mange kommuner registrerer derfor heller ikke informasjon om antall brukere, eller hvilke tjenester som blir levert. Derfor finnes det heller ikke nasjonale tall for tjenesteproduksjon i psykisk helse og rus.

Metodiske utfordringer

Kommuneregnskapene

Vi har hentet inn, og sammenstilt regnskapstall fra de tre sammenslåtte kommunene. Det er en risiko for at vi ikke har klart å knyttet utgifter ført i de tidligere kommunenes regnskap opp mot riktig enhet i dagens Alver kommune. Her har vi fått bistand fra flere personer i Alver, og dette har vært til stor hjelp. Det er likevel noe mulig at enkelte tall har ligger under feil enhet i vår fremstilling av utgiftsutvikling for de ulike enhetene i dagens Alver.

Produksjonsdata

Vi har fått oversendt en rekke data om brukere og tjenesteproduksjon fra Alver om blant annet antall brukere og ansatte ved ulike enheter. Dette er data som endrer seg noe over tid, og derfor kan det være litt ulike tall avhengig av hvilken dato eller tidsperiode de er hentet fra. I arbeidet med kvalitetssikring av disse dataene har det derfor helt naturlig dukket opp ny informasjon underveis. Vi har så langt som mulig kvalitetssikret produksjonsdata, men kan ikke utelukke at det fortsatt er nyanser og mindre feil i datagrunnlaget.

Oppsummering metodiske utfordringer

Til tross for metodiske utfordringer med analysene mener vi å ha fått et tilstrekkelig grunnlag til å kunne gjøre vurderinger og gi anbefalinger til tiltak. Det er ikke èn enkelt analyse som har ført til hver anbefaling, men summen av analyser og dokumentgjennomgang sammen med innspill som er gitt til oss i intervjuer og møter. Om det skulle være noen mindre feil i datagrunnlaget så har ikke dette påvirket våre vurderinger og anbefalinger om tiltak.

Kapittel 2

Overordnet utfordringsbilde for Alver

Nasjonale føringer for tjenestetilbudet i Alver kommune

Et utvalg

Samhandlingsreformen

- Bedre samhandling bør være en av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover.
- Regjeringen vil søke å sikre en fremtidig helse-og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester samtidig som den svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene
- Den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen skal fortsatt være lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted.

Primærhelsemeldingen

- Primærhelsemeldingen legger opp til mer teambasert organisering av helsetjenestene gjennom primærhelse- og oppfølgingsteam, samt mer samarbeid med omkringliggende kommuner.
- Primærhelsemeldingen legger føringer for at kommunene må få på plass mer helse- og sosialfaglig kompetanse ved å etterutdanne helsepersonell uten fagkompetanse.
- Fokuset må endres fra behandling til forebygging i de kommunale helsetjenestene i årene som kommer.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

- Opptrappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten.
- Budskapet i opptrappingsplanen er at det må jobbes annerledes enn i dag. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring.
- Ved utvikling av tjenestene må det tenkes i form av forløp, informasjon må deles mellom tjenestetilbyderne for at forløpene skal henge sammen, og hull i tilbudet og dermed i forløpene må tettes.

Veileder om rehabilitering habilitering individuell plan og koordinator

- Veilederen sikrer at tjenester skal tilbys og ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø, samordnet, tverrfaglig og planmessig, og i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.
- Pasient og bruker er hovedaktøren i habilitering og rehabilitering. Personens behov, ressurser og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess og i arbeidet med individuell plan og koordinator.
- Tjenestene skal fremme pasient og brukers mestringsevne og understøtte personens egne ressurser og innsats i å oppnå og vedlikeholde en best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne.

Nasjonale føringer for tjenestetilbudet i Alver kommune

Et utvalg

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølgning av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser

- Denne retningslinjen retter seg mot mennesker med alvorlige og mindre alvorlige rusproblemer som samtidig har et alvorlig eller mindre alvorlig psykisk problem.
- For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instansen som først kommer i kontakt med en person med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse sikre at personen følges opp i forhold til begge lidelser og vurdere behovet for individuell plan.
- Selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar. Det skal alltid etableres forpliktende samarbeid.

Mestre hele livet

- Synliggjøring av betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er en viktig del både i folkehelsearbeidet og kommunenes psykiske helsetjenester.
- En helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ.
- Det er nær sammenheng mellom psykiske lidelser og rusproblemer, både i form av samsykelighet, hjelpebehov og når det gjelder utfordringer for tjenestene.

Innbyggerne har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester

Omfang og innhold i helse- og omsorgstjenestene er i stor grad opp til kommunene å definere, jf. sørge-for-ansvaret. Økt tall på brukere, uten at ressursene øker tilsvarende, gjør det viktigere enn noen gang for kommunene å ha en god strategi og tydelige mål for tjenesten. Det er ventet at brukere i fremtiden vil ha andre ressurser å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og problemer med. For å bygge opp under selvstendighetsaspektet er det en forventning at tjenesten fokuserer på den enkelte sin evner til å mestre, samtidig som tjenesten skal gi trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie. For mye hjelp vil i et slikt perspektiv bli oppfattet å ha like negative effekter som for lite hjelp.

Koordinering og samarbeid

En forutsetning for et tilstrekkelig tjenestestilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Derfor vil et godt kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne ikke bare kreve kapasitet, men fremfor alt gode arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for faglig bredde og bred kompetanse på et faglig nivå hos tjenesteyterne i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet. Det forutsettes at det er et systematisk tverrfaglig samarbeid som kan sikre tidlig kartlegging av brukernes behov for behandling og oppfølging. En tredelt fremstilling av tilbud som bør finnes i kommunen:

- Pasienter og brukere med mindre omfattende behov
  - Målrettede og planlagte tiltak, ofte av kortere varighet. Enkle tiltak knyttet til fysisk tilrettelegging av bolig, eventuelt skole og arbeidsplass. Tilbud hovedsakelig til hjemmeboende.
- Pasienter og brukere med middels omfattende behov
  - Spesifikke tiltak knyttet til lettere kognitive vansker, kommunikasjonsvansker, fysisk funksjon, sosial fungering, lettere psykiske lidelser, adferdsproblemer, livsstilsproblematikk, arbeidssituasjon, hjelpemidler og bolig, sosioøkonomiske forhold.
- Pasienter og brukere med omfattende behov
  - Kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høy grad av faglig spesialisering på kommunalt nivå. Tilbud i hjem, barnehage. dagtilbud og skole samt arbeidsrettede tiltak. Tett oppfølging fra tjenester i kommunen, kombinert med ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten.
  - For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgtjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- og omsorgtjenesteloven § *7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker. Kommunen har som koordinerende enhet som har ansvar for det overordnede arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorer.

Tjenester innen psykisk helse, rus og habilitering er sammensatte og komplekse

Psykisk helse- og rustjenester

Omtrent en sjettedel av den voksne befolkningen har til enhver tid et psykisk helseproblem og/eller rusproblem, og det er en forventning om at dette vil øke framover. De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helse-og rusmiddelproblemer. Oppgavene til kommunen overfor disse brukergruppene omfatter kompetansehevende tiltak, nettverksbygging, tilskuddsordninger, kartlegginger og tilsyn. Psykisk helsearbeid og rusforebyggende arbeid er fortsatt et nasjonalt satsingsområde, og det er en forventning at kommuner kontinuerlig videreutvikler og bedrer tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusforebygging.

Habiliteringstjenester

Barn, unge og voksne med habiliteringsbehov og deres familier har behov for et bredt spekter av kommunale tilbud og tjenester. Brukergruppene kan ofte ha flere diagnoser som gjør at de har behov for habiliteringstjenester fra kommunen. Eksempler på diagnoser og tilstander kan være:

- utviklingshemming
- autismespekterforstyrrelser
- multifunksjonshemming
- cerebral parese
- muskelsykdommer
- nevrologiske sykdommer og skader
- sjeldne syndromer

For disse brukergruppene er det eksempelvis behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter, ernæring og det sosiale miljøet.

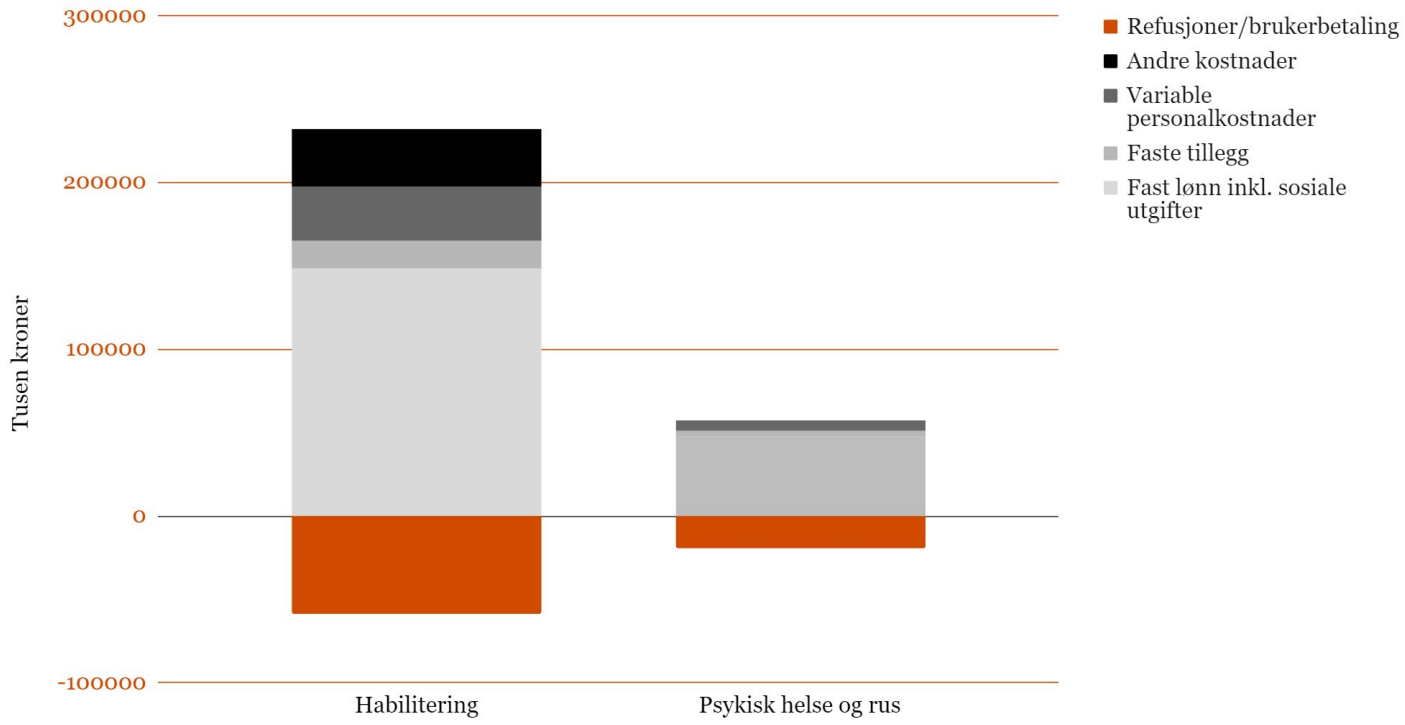
Bruttokostnader for habilitering og psykisk helse og rus i Alver vil være ca 297 MNOK i 2020

Ved å fremskrive kommuneregnskapet per juli 2020 har det vært mulig å estimere kostnadene for hele regnskapsåret 2020.

Totale kostnader for tjenesteområde habilitering vil bli ca. MNOK 240. Av dette refunderes ca. MNOK 59 , slik at nettokostnaden blir ca. MNOK 181.

For psykisk helse og rus blir totalkostnaden ca. MNOK 57. Av dette refunderes ca. MNOK 19. Netto kostnaden for psykisk helse og rus blir dermed ca MNOK 38.

Samlet sett gir dette brutto kostnad for de to tjenesteområdene i 2020 på til sammen ca. MNOK 297, og netto kostnad ca. MNOK 219.



Kilde: Alver kommune

De tidligere kommunene i Alver innrettet tjenestene sine forskjellig

Forskjeller mellom de tidligere kommunene

Alle dataene vi har fra Alver for sammenligning med andre kommuner er satt sammen med data for Meland, Radøy og Lindås. I flere tilfeller er det relativt store forskjeller i tjenestetildeling mellom de tre tidligere kommunene, og det er noen mønstre som peker seg ut. I og med at tallene er fra 2019 kan forskjellene være utjevnet i 2020. Innretningen på praktisk bistand til aldersgruppen under 67 år er svært ulik mellom Lindås og de to øvrige kommunene. Lindås utføret nesten all den praktiske bistanden til brukere under 67 år som opplæring, mens Meland og Radøy utførte tilnærmet all praktisk bistand som utførelse av praktiske gjøremål. Hvis disse tallene er riktig registrert innebærer det at innsatsen i Lindås i større grad dreide seg om å lære opp brukere til å klare oppgaver selv, mens bistanden i de to andre tidligere kommunene var mer rettet mot å utføre oppgaver som bruker ikke klarte. Ved å legge mer vekt på opplæring legges det til rette for at brukerne blir mindre avhengige av kommunale tjenester på sikt. Lindås tildelte også færre timer praktisk bistand per bruker enn Radøy, og omtrent like mange timer per bruker som Meland. Vi finner imidlertid ikke noe mønster i vårt sammenligningsutvalg som skulle tilsi at større andel timer til opplæring generelt gir færre timer praktisk bistand per bruker totalt.

Vi ser også en forskjell mellom de tidligere kommunene i tildeling av avlastningstjenester innen habilitering. Mens avlastningen i Lindås primært foregikk i institusjon, tildelte Radøy hovedsakelig avlastning utenfor institusjon. Lindås hadde mange mottakere av avlastning i institusjon, men tildelte relativt få timer i året per bruker. Radøy tildelte avlastning til færre brukere, men nær fem ganger så mange timer per bruker som det Lindås gjorde. Mens Lindås i gjennomsnitt tildelte to timer avlastning per uke i institusjon, tildelte Radøy i gjennomsnitt ti timer avlastning per uke utenfor institusjon. Dataene for Lindås viser imidlertid at kommunen også tildelte avlastning utenfor institusjon til noen få brukere, men at disse til gjengjeld fikk svært mange timer tildelt. Antall mottakere av avlastning utenfor institusjon i Lindås er anonymisert, som betyr at det er fem eller færre brukere, men disse fikk tildelt totalt 18000 timer avlastning i 2019.

Digitalisering og velferdsteknologi endrer måten å yte tjenester på

Digitalisering av kommunene og samfunnet forøvrig, og bruk av velferdsteknologi innenfor helse- og omsorgstjenester er en av de store endringene i moderne tjenesteyting i kommune-Norge. Denne utviklingen kan ha stor innvirkning på tjenestetilbudet til kommunene som klarer å utnytte potensiale i ny teknologi.

Definisjon av velferdsteknologi:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon»

Kilde: NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg"

Kommunene står overfor store utfordringer i fremtiden, med økt behov for og krav til tjenester, samtidig som det blir færre til å yte og finansiere velferden. Blant løsningene på dette problemet er økt bruk av velferdsteknologi, som har potensiale til å *øke kvaliteten*, *være tidsbesparende* og *redusere framtidig kostnader*.

Det konkrete innsparingspotensialet ved bruk av ulike velferdsteknologier er fortsatt uklart. En rekke studier viser at det er et stort potensiale for gevinster, men anslaget varierer (se bl.a. Nasjonalt velferdsteknologiprogram rapport 1 & 2, SINTEFs rapport om medisindispensere i Bærum kommune og Menons rapport om gevinstpotensiale i kommuner) og vil avhenge av faktorer som grad av sykelighet og brukeradapsjon.

Kommunen må bestemme seg for om de skal ha en optimistisk, nøytral eller pessimistisk innstilling til velferdsteknologi. Om kommunen følger anbefalingene i denne rapporten vil ny teknologi være en viktig faktor for å skape effektive tjenester i boliger og hjemmetjeneste.

Kilder: SINTEF, KS, Menon, Nasjonalt velferdsteknologiprogram

De viktigste gevinstene vi ser er utsatt behov og redusert antall besøk fra hjemmetjenesten, utsatt behov for institusjonsplass, økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende, redusert belastning for tjenesten og mindre bruk av tvang

- **Larvik kommune (2016)**

Kilde: Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Velferdsteknologi bør innføres i habilitering, psykisk helse og rus

Også innen tjenesteområdene habilitering, psykisk helse og rus er velferdsteknologi i ferd med å bli en del av helse- og omsorgstjenesten. Bruk av velferdsteknologi begrenses ofte av flere lover og forskrifter med hensyn til personvern. Hensikt er å sikre at det ikke skjer urettmessige inngrep i menneskenes rett til å bestemme over seg selv. Personer med kognitiv svikt kan helt eller delvis mangle samtykkekompetanse. Rettsgrunnlaget for å gi helse- og omsorgstjenester til personer uten samtykkekompetanse er i dagens lovverk fragmentert. Rettsgrunnlagene finnes dels i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og dels i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og kapittel 4A. Adgang til å innføre velferdsteknologi til personer uten samtykkekompetanse må begrunnes og godkjennes av fylkesmannen.

"Personvern kan defineres og beskrives på ulike måter. Uansett hvilken innfallsvinkel man velger, står det enkelte menneskets ukrenkelighet og krav på respekt fra andre mennesker, respekt for egen integritet og privatlivets fred sentralt. Personvern er derfor nært knyttet til enkeltindividers muligheter for privatliv, selvbestemmelse og selvutfoldelse."

Regjeringen.no

Til tross for rettslige begrensninger er det mulig å innføre velferdsteknologi også for disse brukergruppene. Tiltak må være begrunnet i brukerbehov, og ikke i økonomi. Tiltaket må gi en positiv helseeffekt for brukeren. For mange brukere kan det å ha velferdsteknologi som alternativ til fysisk tilstedeværende personell øke mestringsevne, gi større opplevelse av selvstendighet og redusert stressopplevelse av det å ha fysisk tilsyn. Noen kommuner har eksempelvis erfaring med "Room mate" (visuelt og anonymisert tilsyn) som alternativ til fysisk tilstedeværende personell. Andre eksempler på teknologi er varslings- og lokaliseringsteknologi, kommunikasjonshjelpemidler, digitalt tilsyn og informasjons- og kommunikasjonsteknologi, digitale dagsplaner, huskelister og påminnelser. I sin veiledning for velferdsteknologi til utviklingshemmede sier helsedirektoratet at virksomheten må sørge for nødvendig brukermedvirkning og bør undersøke blant annet:

- om tjenestemottakers behov kan møtes med teknologi
- aktuell teknologi og oppfølging av denne
- juridisk regulering av aktuell teknologi, inkludert personvern
- krav til dokumentasjon og registrering
- organisatoriske forutsetninger og konsekvenser av teknologien
- behov for opplæring

Alver bør ta en optimistisk tilnærming til innføring av velferdsteknologi, og gjennomføre en kartlegging av hvilke brukere som kan ha nytte av slik teknologi i botjenestene i habilitering og psykisk helse og rus. Det bør fokuseres på hvilke brukere som kan få økt livskvalitet og mestringsevne ved å ha velferdsteknologi som reduserer behov for tilstedeværende personell eller "ansikt-til ansikt" tid. Kartleggingen vil gi nærmere anslag av hvor mye ressursbehovet vil kunne reduseres. Bruk av velferdsteknologi vil bidra til å understøtte de tiltakene som er beskrevet under tema lokalisering og bemanning

Kilder: Helsedirektoratet

Kapittel 3

Alver sammenlignet med andre kommuner

Sammenligning av produktivitetstall og kvalitetsindikatorer

Sammenligningsgrunnlag

Habiliteringstjenestene og tjenester innen psykisk helse og rus inngår i SSB sine produksjonstall for omsorgstjenester, og rapporteres som antall brukere og tildelte timer per bruker. Dette er rapporterte tall fra kommunene der det ikke er mulig å skille ut habiliteringstjenester og tjenester til psykisk helse og rus fra øvrige tjenester. Det er likevel mulig å sannsynliggjøre hvilken del av tjenesteproduksjonen som er habiliteringstjenester og tjenester innen psykisk helse og rus ved å se på alder til tjenestemottaker og type tjeneste som blir levert.

I sammenligningen med andre kommuner legger vi til grunn at hjemmetjenestene "praktisk hjelp: daglige gjøremål", "praktisk hjelp: opplæring, daglige gjøremål" og "helsetjenester i hjemmet" til personer under 67 år hovedsakelig er habiliteringstjenester og tjenester innen psykisk helse og rus.

I tillegg legger vi til grunn at tjenestene "Støttekontakt", "Omsorgsstønad", "Dagaktivitetstilbud" og "Avlastning" til samme aldersgruppe i stor grad er habiliteringstjenester og i noen grad tjenester innen psykisk helse og rus.
Det vil være tilfeller der personer under 67 år mottar helse- og omsorgstjenester uten at dette er habiliteringstjenester og tjenester innen psykisk helse og rus. Andelen av den samlede tjenesteleveransen til denne aldersgruppa som ikke er habiliteringstjenester og tjenester innen psykisk helse og rus antar vi imidlertid å være begrenset.

Alver kommune er sammenlignet med 10 lignende kommuner for å vurdere eventuelle ulikheter innen tjenestene

Utvalg av sammenligningskommuner

Alver er sammenlignet med andre kommuner i Norge. Formålet med sammenligningen er å se om Alver skiller seg fra de andre kommunene når det gjelder tjenester innen psykisk helse og rus, og habilitering.

Da det ikke rapporteres økonomidata for habiliteringstjenester og psykisk helse og rus er det ikke mulig å avgjøre hvilke kommuner som er de mest kostnadseffektive i landet. Det er derfor et mål å sammenligne Alver kommune med kommuner som er relativt like Alver basert på innbyggertall og andel innbyggere diagnostisert med psykisk utviklingshemming sammenlignet med landsgjennomsnittet. Innbyggertall vil som regel påvirke kommunens mulighet til å hente ut stordriftsfordeler i tjenesteproduksjonen. Det er valgt sammenligningskommuner med mellom 15000 og 35000 innbyggere. Antall innbyggere med psykisk utviklingshemming vil påvirke behovet for habiliteringstjenester.

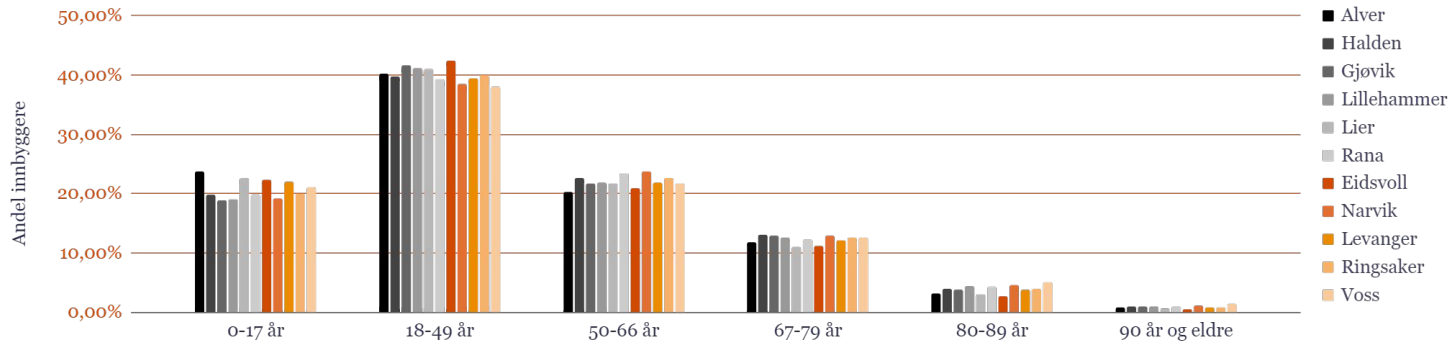
Basert på de nevnte kriteriene er følgende kommuner valgt ut som sammenligningskommuner:

Kommune	Andel psykisk utviklingshemmede over 16 år i forhold til landsgjennomsnittet (1,0)	Total befolkning, antall
Alver*	1,1779	29 224
Halden	1,1118	31 373
Gjøvik	1,0749	30 560
Lillehammer	1,1588	28 345
Lier	1,1594	26 811
Rana	1,2037	26 184
Eidsvoll	1,1192	25 436
Narvik	1,1548	21 845
Levanger	1,2254	20 164
Ringsaker	1,1481	34 768
Voss	1,2635	15 740

Kilde: SSB og Kommunal- og Moderniseringsdepartementet (Grønt hefte)

Alver har flere innbyggere mellom 0-17 år, og færre innbyggere mellom 50-66 år

Alderssammensetning i Alver kommune (2019):



Kilde: SSB

Vurdering

Sammenlignet med sammenligningskommunene har Alver kommune høyest andel innbyggere i alderskategorien mellom 0-17 år. Samtidig har Alver lavest andel innbyggere i alderskategorien mellom 50-66 år.

Voss skiller seg ut ved å ha høyest andel innbyggere i de to øverste alderskategoriene, henholdsvis 80-89 år og 90 år og eldre.

Kommune	0-17 år	18-49 år	50-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år og eldre
Alver	**23,78%**	40,30%	**20,22%**	11,75%	3,11%	0,84%
Halden	19,83%	39,71%	22,66%	**12,99%**	3,90%	0,91%
Gjøvik	18,90%	41,64%	21,76%	12,96%	3,82%	0,93%
Lillehammer	**19,02%**	41,16%	21,82%	12,64%	4,34%	1,01%
Lier	22,58%	41,09%	21,75%	**10,96%**	2,98%	0,64%
Rana	19,84%	39,34%	23,37%	12,24%	4,19%	1,02%
Eidsvoll	22,31%	**42,43%**	20,95%	11,09%	**2,66%**	**0,56%**
Narvik	19,13%	38,46%	**23,79%**	12,95%	4,56%	1,11%
Levanger	21,98%	39,48%	21,91%	12,11%	3,79%	0,73%
Ringsaker	20,03%	39,87%	22,63%	12,64%	3,95%	0,88%
Voss	21,05%	**38,04%**	21,73%	12,59%	**5,10%**	**1,49%**

XX,XX% Høyest andel
YY,YY% Lavest andel

Kilde: SSB

Alver har en lav til middels andel brukere under 67 år som mottar hjemmebaserte tjenester

Brukere av hjemmebaserte tjenester

0,68 prosent av innbyggerne i Alver under 67 år mottok praktisk hjelp til daglige gjøremål i 2019, mens 0,42 prosent av innbyggerne i denne aldersgruppen mottok opplæring i daglige gjøremål. Det er rimelig å anta at flere brukere mottar både opplæring og hjelp til gjennomføring av daglige gjøremål. 2,32 prosent mottok helsetjenester i hjemmet.

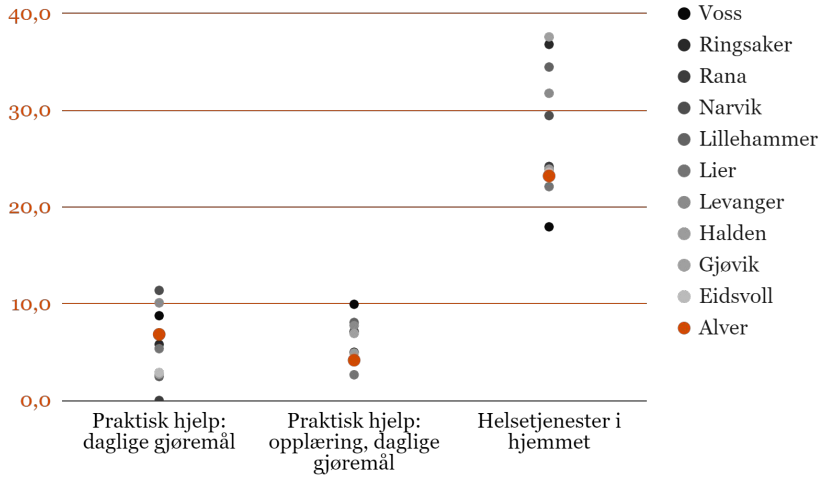
Antall brukere per 1000 innbyggere i alderen 0-66 år: praktisk hjelp og helsetjenester i hjemmet (2019)

Kvalitets-indikator	**Alver**	Halden	Gjøvik	Lille-hammer	Lier	Rana	Eidsvoll	Narvik	Levanger	Rings-aker	Voss
Praktisk hjelp: daglige gjøremål	**6,8**	7,0	2,7	2,5	5,4	-	2,9	11,4	10,1	5,8	8,8
Praktisk hjelp: opplæring, daglige gjøremål	**4,2**	4,9	6,9	8,1	2,7	7,2	4,1	7,1	7,8	5,0	9,9
Helsetjenester i hjemmet	**23,2**	23,9	37,6	34,5	22,1	24,2	23,6	29,5	31,8	36,8	18,0

Kilde: SSB, Statistikkbanken 11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året

Antall brukere under 67 år av hjemmebaserte tjenester er ikke høyere i Alver enn i sammenligningskommunene.

Sammenlignet med de andre kommunene hadde Alver en lav andel av innbyggerne i aldersgruppen under 67 år som mottok opplæring i daglige gjøremål og helsetjenester i hjemmet i 2019. Når det gjelder bistand til praktisk hjelp, daglige gjøremål ligger har Alver hverken flere eller færre Brukere enn de andre kommunene.



Alver tildeler flere timer med helsetjenester i hjemmet til brukere under 67 år

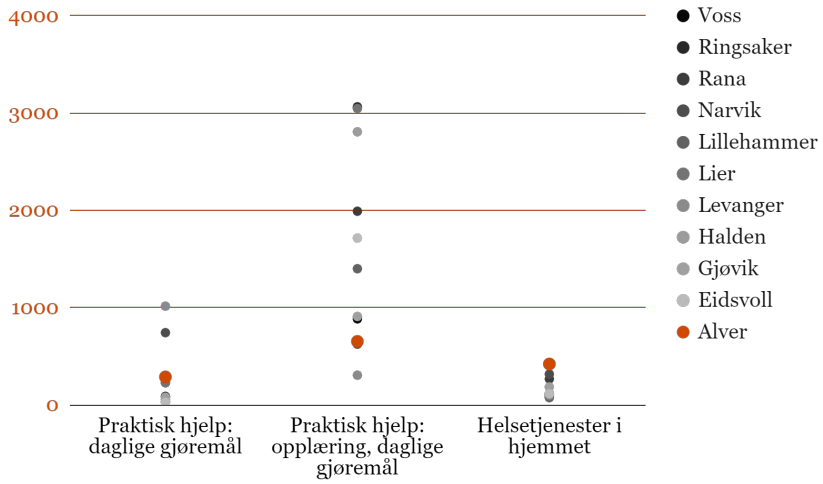
Tildelte timer av hjemmebaserte tjenester

Når det gjelder gjennomsnittlig tildelte timer per bruker tildelte Alver kommune i 2019 287 og 653 timer per bruker til henholdvis til praktisk hjelp til daglige gjøremål og opplæring i daglige gjøremål. Innen helsetjenester i hjemmet tildelte Alver kommune 421 timer per bruker.

Tildelte timer per bruker (gjennomsnitt): praktisk hjelp og helsetjenester i hjemmet (2019)

Kvalitets-indikator	**Alver**	Halden	Gjøvik	Lille-hammer	Lier	Rana	Eidsvoll	Narvik	Levanger	Rings-aker	Voss
Praktisk hjelp: daglige gjøremål	**287**	57	81	32	228	-	28	743	1015	229	88
Praktisk hjelp: opplæring, daglige gjøremål	**653**	2808	909	1400	3048	1991	1715	624	305	3065	884
Helsetjenester i hjemmet	**421**	109	186	75	93	267	116	317	103	84	114

Kilde: SSB, Statistikkbanken 11643: Timar til omsorgstenester i løpet av året delt på SSB, Statistikkbanken 11642: Brukarar av omsorgstenester i løpet av året



Alver tildelte vesentlig færre timer til opplæring i daglige gjøremål per bruker enn kommunene vi sammenligner med når vi ser på tildelte timer per bruker. Alver tildelte også færre timer innen praktisk hjelp, daglige gjøremål, men her er ikke forskjellen like stor.

Alver tildelte flest timer per bruker sammenlignet med sammenlignings-kommunene når det gjelder helsetjenester i hjemmet.

Vurdering

Samlet gir dette inntrykk av at tjenestene til brukere i denne aldersgruppen i større grad handler om å utføre oppgaver for brukerne, enn å lære dem opp til å utføre oppgavene selv. Det er imidlertid vanskelig å trekke klare konklusjoner ut fra disse dataene, da inndelingen mellom utførelse av og opplæring i daglige gjøremål kan være like mye kommunens praksis for å registrere data, som det er et uttrykk for innholdet i tjenestene.

Kvalitetsindikatorer indikerer at brukere i Alver har tjenestekvalitet omtrent på nivå med andre kommuner

Kvalitetsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse -og omsorgstjenesten i kommuner og helseforetak i Norge publiseres årlig på helsedirektoratet sine nettsider. data hentes fra kilder der kommuner og helseforetak selv rapporterer inn tall, som Kostra og IPLOS og Norsk Pasientregister. Indikatorene gir en pekepinn på kvalitet i tjenestene.

Vi har valgt ut de kvalitetsindikatorene som er relevant for psykisk helse og rustjenester og for habilitering. Dette er kvalitetsindikatorer som måler kommunenes arbeids- og aktivitetstilbud til brukerne, samt tilgangen til støttekontakt. Hvem som er mottakerne av kommunens aktivitetstilbud vil kunne variere fra en kommune til den neste, og det det vil derfor være noe usikkerhet hvor sammenlignbare disse dataene er mellom kommunene. Vi velger likevel å inkludere dem i analysen da det vil gi et inntrykk av tjenestekvalitet i Alver sammenlignet med andre kommuner.

Fritidsaktiviteter og dagaktivitetstilbud

I Alver fikk om lag 60 prosent av av tjenestemottakerne som søkte om det tilbud som fritidsaktiviteter, mens 80 prosent av søkerne fikk tilbud om jobb/utdanning. Dette ligger høyere enn kommunene vi sammenligner med. Det er særlig en høyere andel av søkerne om jobb/utdanning som fikk innvilget dette i Alver, sammenlignet med de andre kommunene i vårt utvalg. En lavere andel av brukerne som hadde behov for det, fikk tilbud om transporttjenester til disse aktivitetstilbudene i Alver. Dette er en trend som gjelder for nær alle kommunene vi sammenligner med. Det er en større risiko for at brukere som ikke får tilbud om transport til aktiviteter de har fått innvilget ikke klarer å benytte seg av disse tilbudene. Kvalitetsindikatorene sier ikke noe om hvilke brukere som kommer seg til aktivitetene på andre måter, gjennom for eksempel pårørende, kollektivtransport eller på egenhånd.

Alver er en av de kommunene vi sammenligner med som tildeler dagaktivitetstilbud til lavest andel personer med psykisk utviklingshemming i kommunen. Både Meland og Lindås ligger lavt på denne statistikken, mens Radøy lå på nivå med kommunene vi sammenligner med i 2019.

Kvalitetsindikatorer indikerer at brukere i Alver har tjenestekvalitet omtrent på nivå med andre kommuner

Bistand til arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Andel brukere med behov for slik bistand som faktisk får tjenester

	Alver	Halden	Gjøvik	Lille-hammer	Lier	Rana	Eidsvoll	Narvik	Levanger	Rings-aker	Voss
Bistand til fritidsaktiviteter	**62%**	51%	62%	56%	67%	66%	66%	53%	69%	40 %	42%
Transport til fritidsaktiviteter	**54%**	27%	56%	42%	71%	70%	71%	37%	70%	47 %	36%
Bistand til jobb/utdanning	**82%**	79%	79%	78%	81%	77%	75%	60%	81%	70 %	58%
Transport til jobb/utdanning	**64%**	78%	71%	75%	77%	79%	84%	61%	77%	63 %	52%

Kilde: Helsedirektoratet

Støttekontakt

En større andel av personer med psykisk utviklingshemming i Alver får støttekontakt enn kommunene vi sammenligner med. Dette gjaldt for om lag 60 prosent av alle med psykisk utviklingshemming i Alver i 2019. Det er stor spredning i kommunene vi sammenligner med, fra 83 prosent i Voss, til 29 prosent i Eidsvoll. Andelen hjemmeboende med psykisk utviklingshemming i Alver som mottar støttekontakt trekkes opp av Radøy, mens det trekkes noe ned av Lindås. Statistikk fra SSB viser videre at tildeler noe flere timer per mottaker av støttekontakt generelt enn kommunene vi sammenligner med. Disse dataene sier imidlertid ikke noe om timene går til personer med psykisk utviklingshemming eller andre brukere av støttekontakttjenester.

Det vi også ser at iverksettingstiden for støttekontakt er høy sammenlignet med de andre kommunene. Det vil si andel som har fått tildelt støttekontakt innen 15 dager etter at de har fått vedtak. Lang iverksettingstid tyder på at tilgang på støttekontakter er lavere enn andel vedtak som blir tildelt.

Kvalitetsindikatorer indikerer at brukere i Alver har tjenestekvalitet omtrent på nivå med andre kommuner

Alver skiller seg ikke vesentlig fra gjennomsnittet av kommunene vi sammenligner med i tildeling av støttekontakt Det er svært store forskjeller mellom kommunene vi sammenligner med i tildeling av støttekontakt per innbygger under 67. I Alver fikk om lag 2 prosent av alle innbyggere under 67 år støttekontakt i 2019, mens i kommunene vi sammenligner med varierer det fra 0,7 til 3 prosent. Her var det også relativt små forskjeller mellom Meland, Radøy og Lindås. Alver lå tildelte imidlertid flere timer støttekontakt per bruker enn de fleste kommunene vi sammenligner med i 2019. Det var særlig Lindås som tildelte mange timer per bruker i 2019, med 173 timer per bruker i året i gjennomsnitt. Dette er høyest av kommunene vi sammenligner med, mens Meland og Radøy tildelte om lag 135 timer per bruker, noe som er blant det laveste av sammenligningskommunene.

Aktiviteter og tilgang til støttekontak for psykisk utviklingshemmedet

	Alver	Halden	Gjøvik	Lille-hammer	Lier	Rana	Eidsvoll	Narvik	Levanger	Rings-aker	Voss
PU med dagaktivitets-tilbud	**30%**	50%	33%	50%	41%	52%	0%	29%	60%	-	38%
PU med støttekontakt	**63%**	46%	68%	47%	42%	52%	29%	58%	52%	-	83%
Støttekontakt iverksatt innen 15 dager	**63%**	98%	57%	88%	94%	78%	77%	97%	91%	70	97%

Kilde: Helsedirektoratet

Avlastning og dagaktivitetstilbud i er vanskelig å sammenligne med andre kommunene

Dataene for avlastning i er vanskelige å vurdere fordi det mangler data på ulike områder for flere av kommunene.

Antall brukere per 1000 innbygger i alderen 0-66 år: Avlastning og dagaktivitetstilbud

Kvalitets-indikator	**Alver**	Halden	Gjøvik	Lille-hammer	Lier	Rana	Eidsvoll	Narvik	Levanger	Rings-aker	Voss
Dagaktivitets-tilbud	**2,5**	3,8	2,9	3,4	5,1	3,0	0,0	2,0	3,8	1,9	2,3
Avlastning i institusjon	**2,4**	1,0	0,4	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0
Avlastning utenfor institusjon	**0,5**	1,4	2,2	2,2	2,1	1,7	2,1	1,3	1,9	1,5	1,3

Kilde: Helsedirektoratet

I utgangspunktet fremstår det som at Alver tildelte avlastning i institusjon til vesentlig flere innbyggere under 67 år enn kommunene vi sammenligner med. Samtidig tildelte Alver færre timer avlastning i institusjon per bruker. Dette henger sammen med at kun Lindås tildelte avlastning i institusjon i 2019. Samtidig tildelte Alver avlastning utenfor institusjon til vesentlig færre innbyggere, mens de som får avlastning utenfor institusjon får noe flere timer i gjennomsnitt enn i kommunene vi sammenligner med.

Tildelte timer per bruker: Avlastning og dagaktivitetstilbud, 2019, totalt tildelte timer i løpet av året

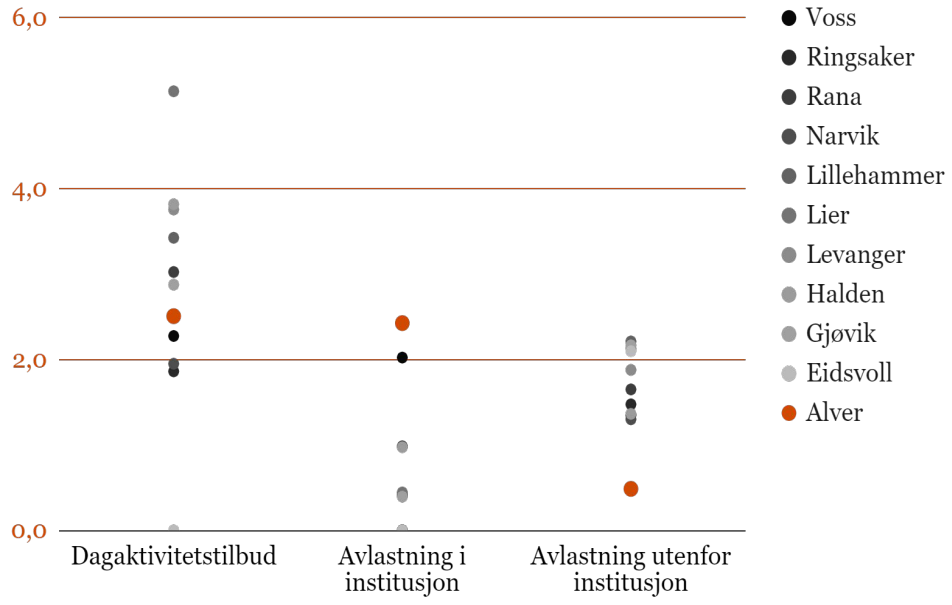
Kvalitets-indikator	**Alver**	Halden	Gjøvik	Lille-hammer	Lier	Rana	Eidsvoll	Narvik	Levanger	Rings-aker	Voss
Dagaktivitets-tilbud	**846**	1316	531	972	612	696	-	502	1052	163	1144
Avlastning i institusjon	**106**	140	625	-	-	1022	-	-	-	0	28
Avlastning utenfor institusjon	**529**	614	444	532	484	671	949	514	745	364	323

Kilde: Helsedirektoratet

Avlastning og dagaktivitetstilbud i er vanskelig å sammenligne med andre kommunene

Dette gir en indikasjon på at avlastningstilbudet i Alver er innrettet annerledes enn i sammenlignings- kommunene, med mye større innslag av avlastning i institusjon, og mindre bruk av privat avlastning. Forskjeller mellom de tidligere kommunene gir forklaring på dette. Lindås ga avlastning i institusjon til de aller fleste avlastningsmottakerne i 2019. Samtidig har Lindås registrert over 18 000 timer til avlastning utenfor institusjon i 2019, men her har antallet mottakere vært færre enn 5, og da er ikke antall brukere registrert i KOSTRA. Med så mange timer gir det imidlertid svært mange timer privat avlastning per bruker. Radøy ga kun avlastning utenfor institusjon i 2019, og antall timer per mottaker var på nivå med kommunene vi sammenligner med.

For dagaktiviseringstilbud varierer både antall brukere og tildelte timer per bruker veldig mellom de ulike sammenligningskommunene. Det vi ser er at Alver ligger litt under gjennomsnitt av alle når vi ser på antall brukere, men litt over gjennomsnitt når vi ser på tildelte timer per bruker.



Alver har flere årsverk psykiatriske sykepleiere og ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid

Noen av kvalitetsindikatorene gjelder spesifikt for psykisk helse og rus. Dette er indikatorer som gjelder kompetanse og bemanning. Indikatorene viser imidlertid kun antall årsverk ansatt i helse- og omsorgstjenestene med denne utdanningen, og det er ikke spesifisert hvilket tjenesteområde de ansatte jobber i. Tallene gir likevel en indikasjon på kompetansenivå innen psykisk helse og rus for Alver sammenlignet med de andre kommunene.

	Årsverk av psykiatriske sykepleiere per 10 000 innbyggere (antall)	Årsverk av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere (antall)	Årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid per 10 000 innbyggere (antall)
Alver	**7**	**11**	**4**
Halden	4	6	6
Gjøvik	4	8	2
Lillehammer	3	6	2
Lier	2	7	3
Rana	3	10	3
Eidsvoll	3	3	3
Narvik	5	10	17
Levanger	3	7	8
Ringsaker	5	7	3
Voss	5	7	2

Kilde: SSB Statistikkbanken, 12229: Utvalgte nøkkeltall for psykisk helsearbeid og rusarbeid (K) 2015 - 2019

Observasjon og vurdering

Alver har flere årsverk med utdanning eller spesialisering innen psykisk helse- og rusarbeid per 10 000 innbygger enn kommunene vi sammenligner med. Det er kun Voss i vårt utvalg som har flere ansatte med spesialisering innen psykisk helse- og rusarbeid enn Alver. Alver skiller seg særlig fra de øvrige sammenligningskommunene med mange årsverk for psykiatriske sykepleiere, mens kommunen ligger nærmere gjennomsnittet av de øvrige sammenligningskommunene på antall årsverk med spesialisering i rusarbeid.

Kompetansenivå i Alver blir nærmere gjennomgått i kapittel 5.

Kapittel 4

Tildeling og evaluering av tjenester

Forvaltningskontoret saksbehandler søknader og tildeler tjenester innen bl.a. habilitering, psykisk helse og rus

Organisering, ledelse og innretning av bestillerfunksjon

Forvaltningskontoret har ansvar for å saksbehandle og fatte vedtak ved søknad om helse- og omsorgstjenester. Vedtakene inneholder en beskrivelse av hvordan og hvor brukeren skal få tjenester. Saksbehandlerne ved forvaltningskontoret har helsefaglig utdanning og det er et mål at alle skal få opplæring i helserett. To ansatte jobber spesifikt med psykisk helse og rus, mens to andre ansatte jobber spesifikt med habiliteringstjenester. I tillegg er det ansatte som jobber med saksbehandling innen somatisk helse, hjemmetjenester m.m. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid er 30 dager, men ofte går det vesentlig kortere tid fra søknaden er mottatt til søknaden er ferdigbehandlet. Det gjennomføres ikke brukertilfredshetsundersøkelser av forvaltningskontoret sitt arbeid.

Alle søknader blir scannet inn og lagt i Profil (saksbehandlingssystemet). Saksbehandler får tildelt en sak og kartlegger, utreder, vurderer og innstiller på vedtak. Vurdering og vedtak sendes deretter til avdelingsleder som godkjenner alle vedtak.

Tjenester innenfor tjenesteområdet psykisk helse og rus bortfaller dersom de ikke er igangsatt to måneder etter at vedtak er fattet. I tillegg er vedtak innen psykisk helse og rus tidsbegrenset.

Objektivitet i saksbehandling

I søknadsskjema som er publisert på kommunens nettside, står det ikke spesifisert rubrikk for hvilken tjeneste det søkes om. Søknadsskjema er bevisst satt opp på denne måten for at det ikke skal krysses av hvilke tjenester det søkes om. Det er heller meningen at søker skal beskrive hjelpebehovet. Det ligger noen veiledninger for søkere på nettsiden, i tillegg til noen eksempler på tjenester som utføres i kommunen. Det er ikke beskrevet hvilke tjenester som ikke inngår i tjenestetilbudet.

Saksbehandlers kartlegging og utredning skjer dels på bakgrunn av søknadsskjema, ved innhenting av ytterligere informasjon, og ved hjemmebesøk. IPLOS scoringsskjema (med skala 1-5 og 9) fylles ut av saksbehandler.

Forvaltningskontoret saksbehandler søknader og tildeler tjenester innen bl.a. habilitering, psykisk helse og rus

Det oppleves forventninger og “krav” til hva som bør tildeles av tjenester. Forventningene kommer fra brukere, i tillegg til fra spesialisthelsetjenesten, f.eks. DPS. Saksbehandlerne forholder seg likevel til at tildeling skal gjøres ut fra brukers behov, og ikke ut fra forventninger. Faglig skjønn har derfor stor betydning for vurdering av hva som er brukers behov.

Det er ikke utarbeidet en detaljert tjenestetrapp som beskriver hvilke tjenestenivåer den nye kommunen har. Det er imidlertid utarbeidet en overordnet tjenestetrapp for Radøy kommune som er beskrevet i “Kommunedelplan for helse, sosial og omsorg 2018-2028”, samt en forebygging og mestringstrapp for Lindås kommune som er beskrivet i “Kommunedelplan for helse, sosial og omsorg 2017 - 2027”. Lindås kommune hadde også en tjenestetrapp, som ble kalt forebyggings- og mestringstrapp. Denne er beskrevet i kommunedelplan for helse- sosial og omsorg 2017-2027. Det er uklart om disse tjenestetrappene er gjeldende for Alver kommune etter sammenslåingen mellom Radøy, Lindås og Meland.

Det finnes rutiner og kriterier for tildeling av tjenester. Kriteriene er laget spesifikt for den enkelte tjeneste. De er noe ulikt utformet, og i varierende grad konkrete og knyttet opp til kartleggingsskjema og score for brukers funksjonsnivå. Det er eksempelvis formulert at "søker må ha psykiske utfordringer”, "Du må fungere godt i sosiale fellesskap" og “ved milde og kortvarige problem”. Disse formuleringene gir åpning for stor grad av tolkning. Det er spesifisert helt konkrete veiledninger for tidsangivelse på de ulike tjenestene. Her er det oppgitt type tjeneste, minutter, timer eller dager.

Det avslås få søknader, og det er et inntrykk av raus tildelingspraksis i de utøvende tjenestene. Dette understøttes av få klager på vedtak. Når det gjelder avlastning så blir det presisert at de fleste som søker om avlasting får et tilbud, men alle får ikke akkurat det tilbudet de ønsker seg.

Det bør gjennomføres tiltak for å sikre objektivitet i saks-behandlingen av søknader om tjenester

Vurdering

Det bør skilles tydeligere mellom utredning av brukerbehov, vurdering av behovet og innstilling til vedtak. Dette kan eksempelvis gjøres ved jobbrotasjon internt i forvaltningskontorete slik at det er en saksbehandler som utreder og vurderer behovet til brukeren, og at en annen saksbehandler innstiller til vedtak. Jobbrotasjon bør organiseres slik at alle saksbehandlere både utreder, vurderer og innstiller til vedtak, men ikke for samme søknad. Jobbrotasjon kan eksempelvis gjennomføres slik at en roterer mellom saksutredning og innstilling til vedtak ukentlig eller månedlig.

En tjenestetrapp kan bidra til å i større grad sikre at tjenestetilbudet tilpasses den enkelte sin livssituasjon etter en individuell vurdering. Det kan samtidig sikres at det tildeles et bredt spekter av tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Tjenestetrappa brukes således som et støtteverktøy ved tildeling av tjenester. I hvilken grad en kommune evner å fordele sine tjenester i samsvar med hele spekteret i tjenestetrappa sier noe om helse- og omsorgstjenestene sin kapasitet, kvalitet og effektivitet.

Forventninger og høy grad av faglig skjønn kan tenkes å gå i favør av "raus" tildelingspraksis. Det bør derfor arbeides med kriteriene for tildeling av tjenester, spesifisering av en tjenestetrapp og hva som inngår (og ikke inngår) i tjenestene slik at dette blir så konkret som mulig. Normer og kriterier kan ikke erstatte den enkeltes rett til individuell vurdering og individuelt tilpassede tjenester, men kan understøtte skjønnsutøvelsen i de individuelle vurderingene. For å sikre tilstrekkelig evaluering av tjenestene kan et virkemiddel for eksempel være å måle antall vedtak innen de ulike tjenesteområdene.

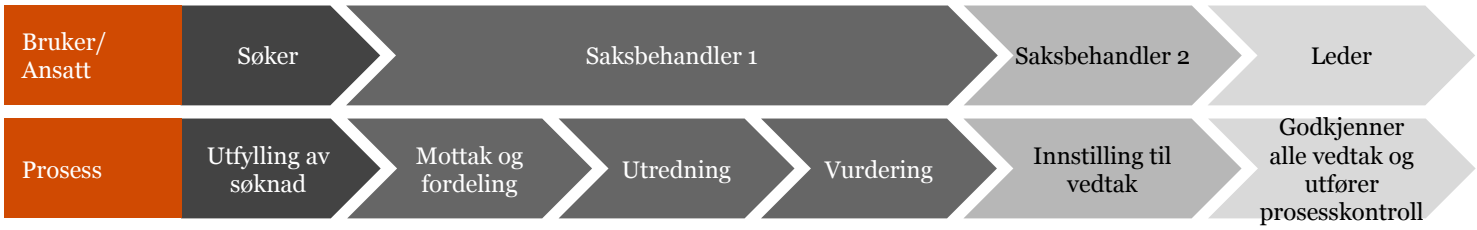
På neste side skisseres et forslag til jobbrotasjon for å sikre objektiv saksbehandling.

Jobbrotasjon for å sikre objektiv saksbehandling - forslag til organisering

Jobbrotasjon for å sikre objektiv saksbehandling - forslag til organisering

Nåværende arbeidsprosess - kartlegging, utredning, vurdering og innstilling til vedtak gjøres av samme saksbehandler.

Forslag til ny arbeidsprosess - innstilling til vedtak utføres av en annen saksbehandler enn den som har kartlagt, utredet og vurdert.



Forvaltningskontoret fatter vedtak og tildeler tjenester, mens de utøvende tjenestene gjennomfører og evaluerer tjenestebehov

Ansvars- og oppgavefordeling mellom bestiller og utfører

Det er utarbeidet prosedyrer for hvordan samhandlingen mellom forvaltningskontoret og de utøvende tjenestene skal foregå, herunder hvilke roller og ansvar som ligger hos bestiller og utfører. Prosedyrene er knyttet til behandling av enkeltsøknader/enkeltsaker og beskriver ikke hvordan forvaltningen og utøvende tjeneste skal samarbeide på et mer overordnet nivå.

Gjennom intervjuer med ledere i de utøvende tjenestene gis det uttrykk for at forvaltningen sitter langt unna de utøvende tjenestene. Det er imidlertid lagt opp til strukturert samhandling gjennom samhandlingsmøter der det er mulig å ta opp aktuelle saker. Det er i tillegg ulik oppfatning av hvordan vedtak blir fulgt opp/utøvd i de utøvende tjenestene. Forvaltningen involverer seg ikke i hvordan de utøvende tjenestene velger å utøve tjenester iht. vedtak som er fattet.

Det er større grad av diskusjon om tjenester, spesielt ved tildeling av bolig, innen psykisk helse og rus, enn det er for tjenester innen habilitering. Innen habilitering trengs det en kartlegging og presisering av hvilke tjenester som skal gis på hvilket nivå, og på hvilken måte.

Organisering og gjennomføring av evaluering av vedtak

Det er de utøvende tjenestene som har ansvar for evaluering. Det finnes en rutine og et skjema for evaluering av tjenester som beskriver hvordan behovet for tjenester skal evalueres og dokumenteres. Ved evaluering gjøres det en faglig evaluering av tjenestebehovet, i tillegg til at brukers ønsker blir vektlagt. Dokumentasjon blir sendt til forvaltningskontoret. På bakgrunn av den mottatte dokumentasjonen gjør saksbehandler ved forvaltningskontoret en vurdering av tjenestebehovet.

Kontinuerlig evaluering utføres i større eller mindre grad i de utøvende tjenestene, og spørsmål på evalueringsskjema er formulert med positivt fortegn, “Er det behov for å forlenge tjenesten?”. For habilitering er vedtakene løpende, dvs. at tjenestene går så lenge de utøvende tjenestene ikke melder fra om behovsendringer. For psykisk helse og rus settes det stoppdato på vedtak for å sikre evaluering. Fravær av kontinuerlig evaluering som ikke er initiert av en stoppdato for vedtak kan i noen tilfeller medføre at tjenester fortsetter selv om behovene til brukere tilsier at tjenestene kunne vært redusert eller stoppet tidligere.

Samhandlingen mellom forvaltningskontoret og de utøvende tjenestene kan med fordel forbedres

Vurdering

Prosedyrer for samhandling mellom forvaltningskontoret og de utøvende tjenestene er utarbeidet. Prosedyrene innholder beskrivelse av hvordan samhandling skal skje i forhold til enkeltsøknader. Det er positivt at det er utarbeidet rutiner for samhandling rundt enkeltsaker. Det bør imidlertid også foreligge prosedyrer for hvordan forvaltningen og utøvende tjeneste skal samarbeide på et overordnet nivå, uten at det knyttes til enkeltbrukere/enkeltsøknader. Dette for å sikre mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene innenfor tjenesteområdene samtidig som alle brukere skal få de nødvendige tjenester men heller ikke mer enn nødvendig. Eksempelvis kan dette være samarbeid rundt formulering av kriterier og premisser for tildeling av tjenester og samarbeid rundt videreutvikling av omsorgstrappen..

Fastsettelse av enkeltvedtak skal gjøres av forvaltningskontoret ut fra deres vurdering av hva bruker har behov for av tjenester. Dette skal skje på et bredt informasjonsgrunnlag, der de som kjenner bruker fra tidligere tjenester skal involveres. I tillegg kan det være behov for tverrfaglig samarbeid for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Når alle parter er hørt er det saksbehandlers rett og plikt å fatte et mest mulig korrekt vedtak som er begrunnet, der mål for tjenesten er definert. Det kan se ut som ansvar og oppgaver ikke er tilstrekkelig tydeliggjort, og at faktisk tildeling ikke i tilstrekkelig grad skjer uavhengig av de som skal utføre tjenestene.

Ulik praksis og manglende konsistens i evaluering av tjenester kan medføre at brukere får ulike tjenester basert på subjektive vurderinger eller manglende evaluering. I tillegg kan hensynet til ressursbruk og prioriteringer overstyre de faktiske behovene til brukerne. Det bør derfor stilles tydelige krav om at tjenestebehov skal evalueres fortløpende, og at endringer i tjenestebehov meldes til forvaltningskontoret. Dette for å sikre at et vedtak til enhver tid avspeiler brukerens reelle tjenestebehov.

Samhandlingen mellom forvaltningskontoret og de utøvende tjenestene kan med fordel forbedres

Enkle sjekklister kan bidra til at alle ansatte i de utøvende tjenestene kan evaluere brukernes tjenestebehov. Hvor store endringer som må til for å endre et vedtak bør konkretiseres og benyttes ved vurdering av tjenestebehov. For å sikre at det utføres evaluering av tjenestebehovene, bør forvaltningskontoret, sammen med de utøvende tjenestene, definere hvilke type vedtak som skal være tidsbegrenset eller periodisk.

Det bør vurderes å etablere et eget evalueringsteam for å sikre objektivitet i evalueringene. Evalueringsteamet kan sammen med de utøvende tjenestene, bidra til å sikre at det er sammenheng mellom faktisk tjenestebehov og vedtak. Evalueringsteamet bør fungere som en nøytral tredjepart.

Gjennom tydelig og god informasjon kan kommunen sikre forventningsstyring hos brukere og pårørende

Tjenestetildeling og samhandling med bruker

For de som bor i bolig gis det i noen tilfeller såkalte doble tjenester, f.eks. støttekontakt eller praktisk bistand, i tillegg til grunnbemanning i bolig. Det finnes ikke retningslinjer i kommunen for hvordan behovene for doble tjenester skal vurderes.

Når det gjelder arbeids- og aktivitetstilbud som ikke er lovpålagt utover at brukere skal ha meningsfulle aktiviteter, så kommer det fram gjennom intervjuene at det er veldig mange tilbud i Alver kommune, både på individuelt nivå og i grupper. Det er mange brukere som får tildelt denne typen tjenester, de har mange lokasjoner, og det krever mye administrasjon. Brukerne uttrykker imidlertid at det er viktig for de å ha meningsfulle aktiviteter på dagtid.

Det finnes informasjon om kommunens helse- og omsorgstjenestene på Alver kommune sine nettsider. Beskrivelsen av tjenestene er kun på et overordnet nivå. Det ligger i tillegg søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester.

Vurdering

Forventningsstyring av brukere og pårørende er viktig, og sikres gjennom tydelig informasjon om hvilke tjenester kommunen kan tilby. Også informasjon om hva kommunen ikke kan tilby er nyttig for å minske forventningsgapet. Manglende informasjon kan føre til at brukere forventer mer enn det kommunen kan imøtekomme, og de utøvende tjenestene må forholde seg til brukernes forventninger. God informasjon i søknadsprosessen, og tett kontakt mellom saksbehandler og søker sikrer at søkere er bedre rustet til å søke om de rette tjenestene basert på sine behov.

For å sikre tilstrekkelig informasjon til søkere bør det vurderes om det skal utarbeides og publiseres en beskrivelse av hva de enkelte tjenestene skal inneholde, og hva de ikke skal inneholde, i større grad enn det som finnes i dag. Slik kan en bruker få informasjon om hva som kan forventes av innhold i tjenestene, og de utøvende tjenestene kan forholde seg til beskrivelsen ved tjenesteproduksjon.

Ikke lovpålagte tjenester må vurderes

Dag - og aktiviseringstilbud og lavterskeltilbud

Kommunene har plikt til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgsloven og sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven. Lovtekstene er ikke så spesifikke at de gir klare svar på hva som er lovpålagt eller ikke. Grunnen til dette er dels at behovene varierer svært mye fra person til person og er så omfattende at det vil være umulig å lage en opplisting av alt som en kan ha behov for bistand til. Lovteksten er også formulert ut i fra at kommunene er forskjellige og må ha en viss frihet til å løse oppgavene på en måte som passer de lokale forholdene. I et rundskriv fra 2007 legger Regjeringen vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Det er imidlertid en utbredt oppfatning i kommunene om at dag- og aktiviseringstilbud ikke er lovpålagte tilbud. Det er også slik at lavterskel tilbud og forebyggende tilbud innen psykisk helse og rus ikke rapporteres i offentlige statistikker, og derfor ikke betraktes som lovpålagt. Helsemyndighetenes er likevel tydelige i sin kommunikasjon om viktigheten av slike tilbud for å forebygge sykdom og helseskade.

Vurdering

Alver har stor virksomhet innen dag- og aktivisering, både for habilitering og for psykisk helse og rus. Tilbudene er desentrale og foregår på flere lokasjoner. Det brukes om lag 18 MNOK per år på arbeids- og aktiviseringstjenester i habilitering. Dette innbefatter både drift i kommunal regi og kjøp av plasser i Gløde/NAV, Knarvik industri og miljø og Aufera arbeidssenter. Til sammen er det ca 55 brukere i disse tilbudene. For psykisk helse og rus er aktiviseringstilbud lagt til avdeling psykisk helse og rus, som også gir andre lovpålagte tjenester til sine brukere. Det er ikke mulig å skille de ulike tjenestene eller kostnadene fra hverandre her.

I intervju med brukerne ble de spurt om hva som var viktig for dem når det gjelder tjenesteyting. Alle svarte at det å være aktive og få bruke evnene sine er viktig. Også det å komme seg ut og leve et sosialt liv. Å avvikle dag- og aktiviseringstilbud vurderes å ha store negative konsekvenser for de brukerne som har slikt tilbud. Avvikling av ikke-lovpålagte tjenester anbefales derfor ikke. Det anbefales heller ikke å avvikle lavterskeltilbud for psykisk helse og rus. I stedet bør driften samlokaliseres slik at det blir færre lokasjoner for disse tjenestene. Det bør også tilrettelegges for gruppetilbud som alternativ til individuelle tilbud så langt det lar seg gjøre. Forvaltningsenheten bør også gjennomgå praksis for hvem som skal få slike tjenester, og det bør gjennomgås nøye i boliger hvilke konsekvenser det får for turnus og bemanning når brukere er ute på aktiviteter/jobb. Innsparingspotensialet vil være konsekvens av redusert antall brukere og endring i bemanning og turnus, som inngår i andre tiltak i rapporten.

Kilder: Rundskriv fra 2007

Forslag til tiltak innen tildeling og evaluering med mål om å redusere antall vedtak og tjenestemottakere for å redusere behov for årsverk i driften

Område	Observasjon	Tiltak
Organisering, ledelse og innretning av bestillerfunksjon	Det er behov for å skille mellom kartlegging og utredning, vurdering og tildeling for å sikre objektivitet ved søknadsbehandling	Innføre jobbrotasjon ved forvaltningskontoret for å sikre objektivitet
	Det er behov for kontinuerlig oppfølging og måling av resultater	Innføre prosesskontroll ved forvaltningskontoret for å måle resultater
Rutiner for å sikre objektivitet i saksbehandling	Det er behov for videre arbeid med kriterier og normer for tildeling av tjenester, sikre at det blir tildelt tjenester på beste effektive omsorgsnivå, samt økt kompetanse	Utarbeide en tjenestetrapp som spesifiserer kommunens tjenester med nivåinndeling
		Forbedre hjelpeverkøy for fastsettelse av vedtak
		Tilby og tilrettelegge for etterutdannelse i helserett til alle saksbehandlere
Ansvars- og oppgavefordeling mellom bestiller og utfører	Det er behov for å styrke samhandlingen mellom forvaltning og utøvende tjeneste om effektiv bruk av samlede ressurser	Utarbeide prosedyrer for samhandling på et overordnet nivå mellom forvaltningskontoret og de utøvende tjenestene
	Det er behov for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver i enda større grad enn i dag	Klargjøring av roller og ansvar mellom forvaltningen og de utøvende tjenestene
Organisering og gjennomføring av evaluering av vedtak	Det er behov for å samordne og utbedre rutiner for evaluering av vedtak	Samordne og forbedre rutiner for evaluering av vedtak
	Det er behov for å sikre objektiv evalueringspraksis	Etablere evalueringsteam for å sikre objektiv evalueringspraksis
Tjenestetildeling og samhandling med bruker	Det er behov for å kommunisere og tydeliggjøre hva som inngår i tjenestetilbudet overfor innbyggerne	Utarbeide retningslinjer for tildeling av tjenester for å sikre rett tjenestenivå (og forhindre doble tjenester)
		Gjennomgå og vurdere arbeids- og aktivitetstilbudene som tilbys mtp. behov og lokasjon
		Tilgjengeliggjøre informasjon om kommunens kvalitetsstandard når det gjelder utøvende tjenester

Tiltak tildeling og evaluering

Tiltak	Innsparings-Potensial MNOK	Effekt	Konsekvens
Innføre prosesskontroll ved forvaltningskontoret for å måle resultater	Ukjent	Mulighet for å følge utviklingen	Økt bevissthet på styring og kontroll
Forbedre hjelpeverkøy for fastsettelse av vedtak	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Harmonisert saksbehandling
Klargjøring av roller og ansvar mellom forvaltningen og de utøvende tjenestene	Ukjent	Mulighet for bedre samhandling	Økt forståelse for hverandres oppgaver
Samordne og forbedre rutiner for evaluering av vedtak	Ukjent	Sikre objektivitet i evalueringen	Harmonisert evaluering
Gjennomgå og vurdere arbeids- og aktivitetstilbudene som tilbys mtp. behov og lokasjon	Ukjent	Mer rasjonell bruk av personell	Samlokalisering
Utarbeide en tjenestetrapp som spesifiserer kommunens tjenester med nivåinndeling	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Objektiv saksbehandling
Etablere evalueringsteam for å sikre objektiv evalueringspraksis	Ukjent	Sikre objektivitet i evalueringen	Harmonisert evaluering
Utarbeide retningslinjer for tildeling av tjenester for å sikre rett tjenestenivå (og forhindre doble tjenester)	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Objektiv saksbehandling
Innføre jobbrotasjon ved forvaltningskontoret	Ukjent	Sikre objektivitet i saksbehandlingen	Harmonisert saksbehandling
Videreutvikle prosedyrer for samhandling mellom forvaltningskontoret og de utøvende tjenestene	Ukjent	Mulighet for bedre samhandling	Økt forståelse for hverandres oppgaver
Tilgjengeliggjøre informasjon om kommunens kvalitetsstandard når det gjelder utøvende tjenester	Ukjent	Tydelig informasjon til innbyggere	Styrte forventninger til innbyggerne
Flere gruppetilbud innen dag- og aktivisering	Inngår i turnustiltak	Redusert personalbehov	Mindre individuell oppfølging
Innføring av velferdsteknologi	Inngår i turnustiltak	Bedre helse og større mestringsevne hos enkelte brukere	Redusert behov for ansikt-til ansikt tid og tilstedeværende personell
Ta ned antall vedtakstimer med 2,1 prosent	- 5,0	Færre brukere, færre timer	Grunnlag for reduksjon i turnuser
Sum innsparingspotensial	**- 5,0**		

Kapittel 5

Lokalisering og bemanning

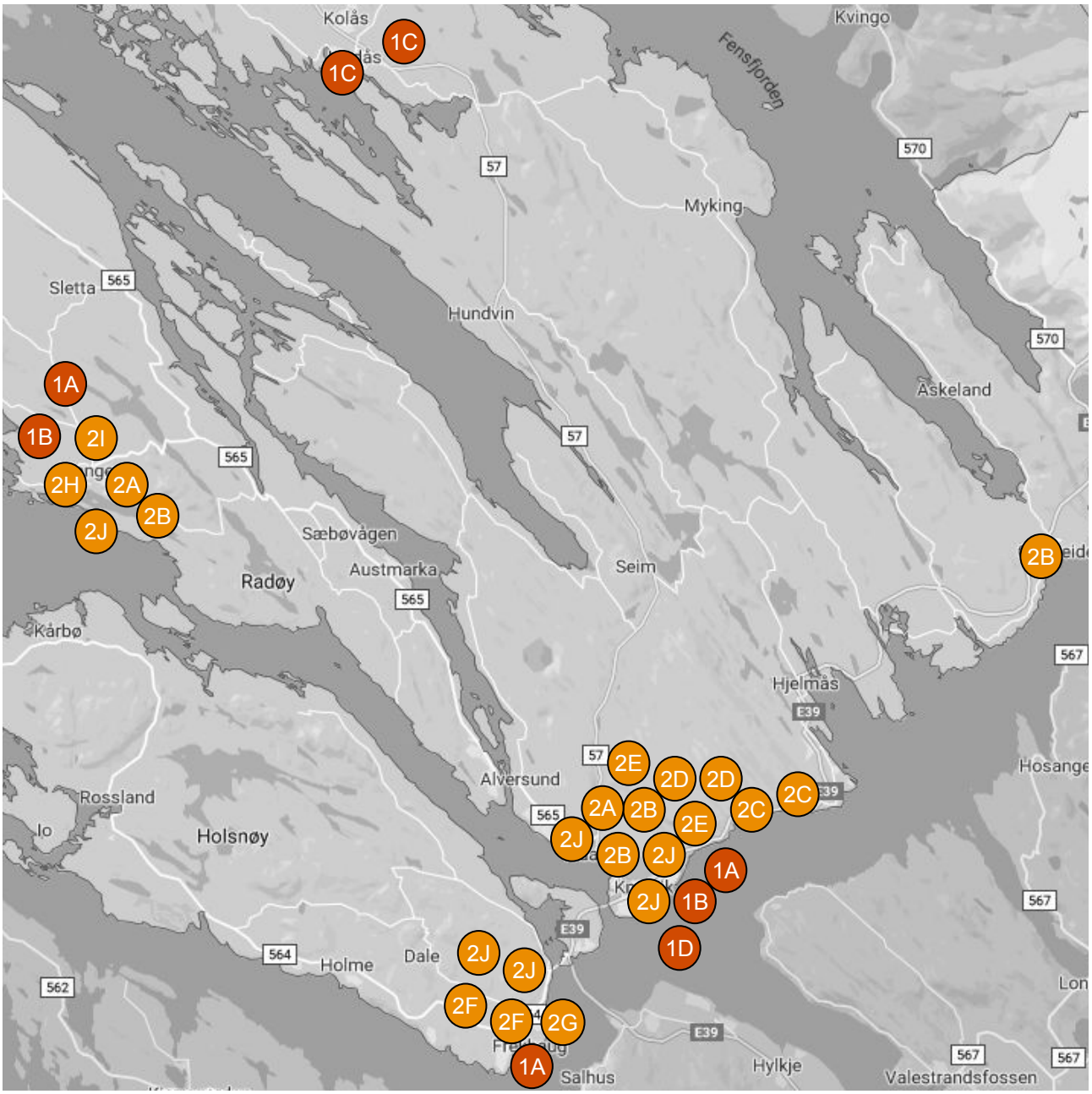
Alver har totalt 31 lokasjoner innen psykisk helse og rus og habilitering

Se kart for lokasjoner på neste side.

I tillegg til lokasjoner som er nevnt her er det flere lokasjoner for arbeid- og aktivisering.

Nr i kart	Avdeling	Lokasjoner driftet av kommunen med personale
1A	Psykisk helse og rus	Driftskontor i Manger Driftskontor på Frekhaug Driftskontor i Knarvik
1B	Heldøgnsbemannet tilbud Manger/Knarvik	Radøy IK Røsvikdalen.
1C	Heldøgns bemannet tilbud Lindås	Krossleitet Skrenten
1D	Psykologtjeneste	Kontor i Knarvik
2A	Arbeids- og aktivitetssenter	Aktivitetssenter Manger Aktivitetssenter Knarvik
2B	Avlastningstjenester	Kvasten Ostereidet Røsvikrenen avlastning Hannesvegen avlastning *Barne-og ungdomsskoler, private avlastere og aktivitetsbasert avlastning er ikke tatt med*
2C	Kvernhusmyrane og Bjørkhaugen	Kvernhusmyrane Bjørkhaugen
2D	Storhaugen og Stallanemarka	Storhaugen Stallanemarka
2E	Kvassnesvegen og Røsvikdalen	Kvassnesvegen Røsvikdalen
2F	Bustølen og Grønland	Bustølen Grønland
2G	Ambulerende tjenester	Personalbase på Frekhaug
2H	Hannesvegen, Hesthaugen og Tømmerdalen	Hannesvegen Hesthaugen Tømmerdalen
2I	Prestbrekka	Prestbrekka
2J	Ressurskrevende tenester	Bolig 1 Bolig 2 Bolig 3 Bolig 4 Bolig 5 Bolig 6

Tjenestene er hovedsakelig plassert rundt de tidligere kommunesentrene i den sammenslåtte kommunen



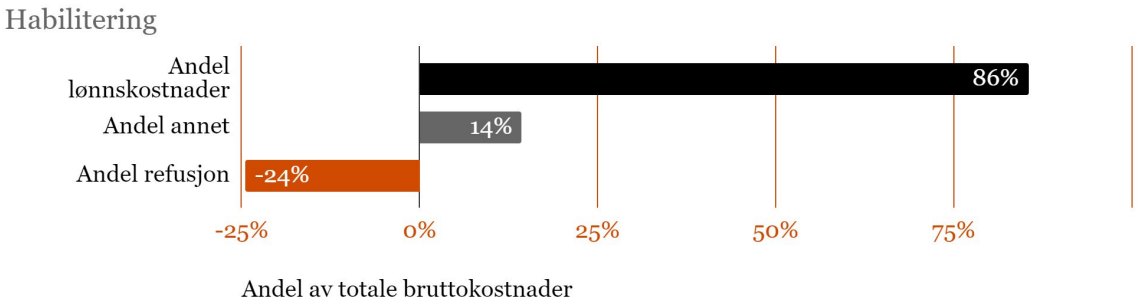
1 Psykisk helse og rus

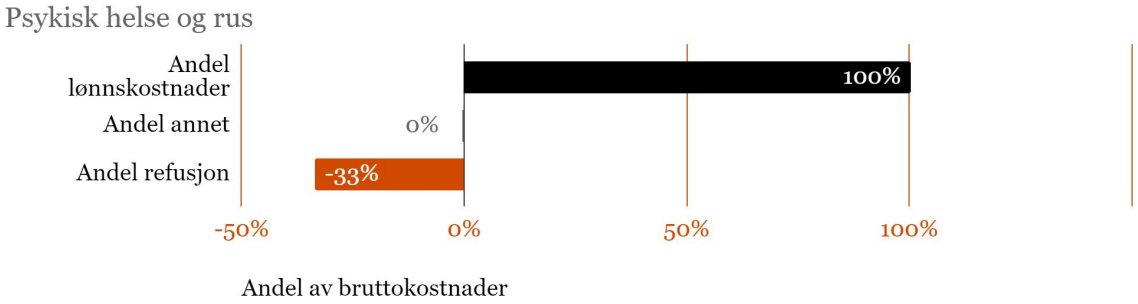
2 Habiliteringstjenester

Det meste av kostnaden til tjenestene er lønns- og personalkostnader

De viktigste innsatsfaktorer i helse- og omsorgstjenestene er bemanning, bygg og anlegg, forbruksvarer og utstyr. Bemanning utgjør den største innsatsfaktoren målt i kostnader. Dette gjelder særlig i primærhelsetjenesten der tjenestene ofte er lite utstyrskrevende og der tjenestene ofte foregår i brukerens hjem eller i omsorgsboliger der leieinntekter finansierer bygg og anlegg.

I Alver ser vi at lønnskostnad utgjør 100 prosent av utgiftene som føres under tjenesteområde psykisk helse og rus. For tjenesteområde habilitering er 86 prosent av utgiftene lønnskostnader. Her er det i tillegg 14 prosent andre utgifter. Andre utgifter er kjøp av tjenester hos private aktører for noen brukere. For både psykisk helse og rus og for habilitering gjelder at deler av lønnskostnadene refunderes via statlig refusjon eller via brukerbetaling. Utgifter og inntekter knyttet til bygg og anlegg føres ikke under de to tjenesteområdene i kommuneregnskapet. Videre i dette kapitlet analyseres og vurderes lønns-personalkostnaden, som bakgrunn for anbefalinger og tiltak for kostnadskutt.





Kilde: Alver kommune

Kommunen får refundert noe av personalkostnadene

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ble opprettet i 2004 for legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Gjennom ordningen kan kommunene få refundert deler av utgiftene til ressurskrevende tjenester. Ordningen har ikke som formål å påvirke selve tjenestetilbudet utover det å bidra til tilstrekkelig økonomiske rammer.

Toppfinansieringsordningen består i:

1. Rammetilskuddets andel for kriteriet innbyggere 16 år og over med utviklingshemming og vedtak om tjenester. For 2020 er rammetilskuddet per innbygger med utviklingshemming på 16 år og over kr. 677 000. Tilskuddet inngår i den generelle økonomiske rammen til kommunen og er ikke øremerkede midler.
2. Basert på søknad fra kommunen dekkes 80 prosent av lønnskostnadene per bruker på beløp som overstiger MNOK 1. 361 kroner per år. Det vil si at 80 prosent av differansen mellom direkte lønnsutgift for en bruker og beløpet MNOK 1. 361 dekkes. Brukere under 16 år og over 67 år omfattes ikke av ordningen. For brukere med diagnostisert utviklingshemming er innslagspunktet MNOK 2.038, da kr 677.000 allerede er gitt i rammetilskuddet.
3. Kommunen har mange andre inntekter, f.eks. skatteinntekter, tilskudd til folk i ulike aldre etc. dette er midler som også skal tilfalle mennesker med utviklingshemming.

Rammetilskudd under punkt 1 påvirkes ikke av omfang av bemanning eller nivå for lønns- og personalkostnader. For Alver kommune utgjør rammetilskuddet under punkt 1 ca 84 MNOK i 2020. Rammetilskuddet er ikke øremerket men inngår i den totale budsjettrammen til kommunen.

Refusjon for ressurskrevende tjenester under punkt 2 utgjør ca. 77 MNOK for Alver kommune i 2020. Det er denne refusjonen som er vist i grafer over kostnad per årsverk og per bruker i dette kapitlet. Hvis direkte bemanningsutgifter til en bruker reduseres og går under innslagspunktet vil det ikke bli utløst refusjon.

Inntektsgrunnlaget under punkt 3 viser til kommunenes generelle inntekter.

Refusjonsordningen under punkt 2 utgjør 29 prosent av totale lønns- og personalkostnad i tjenesteområdene psykisk helse og rus og habilitering samlet sett. Ved reduksjon av kostnad per bruker vil grunnlag for refusjon kunne bli redusert. Nedtak vil likevel være økonomisk lønnsomt for kommunen da det bare er 29 prosent av total lønns- og personalkost som dekkes av refusjon.

Alver har 314,75 årsverk innen psykisk helse og rus og habilitering

Nedenfor vises en framstilling av nøkkeltall for bemanning. Det er budsjettert med 75,9 årsverk i psykisk helse og rus, og 238,85 årsverk i habilitering. Totalt 314,75 årsverk fordelt på 422 ansatte. Antall brukere av tjenestene totalt sett på et år er ca 1247. Disse nøkkeltallene gir grunnlag for å regne ut gjennomsnittlig bruttokostnad per bruker og antall årsverk per bruker (bemanningsfaktor). Brutto kostnad per bruker varierer fra kr 488 000 til kr 6 369 000 i botjenestene innen habilitering, og fra kr 7 000 til kr 1 389 000 kr i botjenestene innen psykisk helse og rus. Høyeste bruttokostnad per bruker er i avdeling for ressurskrevende brukere. Det er ulik bemanningsfaktor (antall årsverk delt på antall brukere), og høyest bemanningsfaktor har kommunen ved avdelingen for ressurskrevende tjenester.

Avdeling	**Antall årsverk**	**Antall plasser/ brukere**	**Bruttokostnad per bruker (framskrevet for 2020)**	**Bemannings- faktor, (årsverk/ brukere)**
Psykisk helse og rus	31.30**	-* / 649	35 000 kr	0,048
Heldøgns bemannet tilbud i Manger og Knarvik	21,65	14 / 14	1 263 000 kr	1,546
Heldøgnsbemannet tilbud Lindås	18,71	12 / 12	1 158 000 kr	1,559
Psykologtjeneste	4,00	-* / 395	7 000 kr	0,010
SUM Psykisk helse og rus	75,9	26 / 1070	Snitt 1 158 000 kr (bare boliger)	Snitt 1,55 (bare boliger)
Arbeids- og aktivitetssenter	14,48	34 / 34	531 000 kr	0,426
Avlastningstjenester	26,98	9 / 46	488 000 kr	0,587
Kvernhusmyrane og Bjørkhaugen	21,34	13 / 12	2 270 000 kr	1,778
Storhaugen og Stallanemarka	26,65	17 / 16	1 118 000 kr	1,666
Kvassnesvegen og Røsvikdalen	25,48	15 / 14	1 336 000 kr	1,820
Bustølen og Grønland	18,50	10 / 10	1 704 000 kr	1,850
Ambulerende tjenester	18,06	-*/ 16	1 234 000 kr***	1,129
Hannesvegen, Hesthaugen og Tømmerdalen	23,06	11 / 11	1 729 000 kr	2,096
Prestbrekka	20,47	10 / 12	1 383 000 kr	1,706
Ressurskrevjande tenester	43,83	6 / 6	6 369 000 kr	7,305
SUM Habilitering	238,85	125 / 177	Snitt 2 049 625 kr (bare boliger)	Snitt 2,35 (bare boliger)
SUM Totalt	**314,74**	**151/1247**	**Snitt(1 881 800 kr (bare boliger)**	**Snitt 1,92 (bare boliger)**

* Ikke definert antall plasser

**Inkludert 2,4 årsverk prosjektstillinger

*** Ekskludert kostnader til Individuell koordinator og støttekontakter

Kilde: Alver kommune, regnskap fra 2020, kvartalsrapport Q2, framskrevet for hele 2020

Alver har mange ansatte med høy kompetanse og lang erfaring

Fastlønn: Framskriving for hele året viser at det vil brukes om lag 195 MNOK til fastlønn i 2020. I tariffavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og organisasjonene som gjelder de aktuelle yrkesgruppene varierer tariffestet minstelønn (inkludert sosiale utgifter, uten faste tillegg) fra ca kr 414 000 for yrkesgrupper uten relevant utdanning og uten ansiennitet, til ca kr 778 000 for yrkesgrupper med mest utdanning og full ansiennitet (16 år eller mer). Analyser viser at gjennomsnittlig kostnad per årsverk i Alver varierer fra avdeling til avdeling, men i snitt ligger fastlønnskostnad per årsverk på nivå med gjeldende tariff. Tilsendte bemanningsoversikter viser at Alver har høy andel av årsverk med høyskoleutdanning i habilitering og psykisk helse og rus. I tjenesteområde psykisk helse og rus har i snitt 78 % høyere utdanning og i tillegg er det mange med videreutdanning. I habilitering er det omlag 50 prosent med høyere utdanning. Landsgjennomsnitt for andel høyere utdanning i helse og omsorgstjenesten totalt er 37-38 prosent. Begge de to tjenesteområdene i Alver ligger altså godt over landsgjennomsnittet når det gjelder utdanningsnivå. Dette er sammenlignet med snitt for helse og omsorgstjenester generelt i landet vist i nasjonale kvalitetsindikatorer (se i tabellen på neste side for snitt i landet). Kompetansen er ujevnt fordelt mellom avdelingene, og andel høyskoleutdannede varierer fra 23 prosent i habilitering, avdeling ambulerende tjenester, til 90 prosent i avdeling psykisk helse og rus.

Faste tillegg: Faste tillegg varierer mellom kr. 54.000 og kr. 118.000 per år i snitt per årsverk per avdeling. I faste tillegg inngår ubekvemstillegg for turnusjobbing kveld, natt og helg. For de som har tillegg for å gå i døgnturnuser ligger dette også i faste tillegg. Faste tillegg kan også være kompetansetillegg eller tillegg for særskilte oppgaver. Framskriving viser at det vil brukes om lag 19 MNOK til faste tillegg i 2020.

Variable personalkostnader: Variable personalkostnader snitt per årsverk per avdeling varierer mellom 213.000 og 99.000 for de avdelingene som har døgndrift. I variabel lønn ligger overtid og vikar/ekstravakt kostnader. Framskriving viser at det vil brukes 39 MNOK til variabel lønn i 2020. Overtid utgjør om lag 4,5 MNOK av denne kostnaden. Nivå for variable personalkostnader ser ut til å følge nivå for fastlønnskostnader. Det vil si at de avdelinger som har høyt forbruk av fastlønn per årsverk også har høyt forbruk av variabel lønn per årsverk.

---

*For å få et mest mulig riktig bilde av årsverk og kostnad per årsverk er støttekontakter, private avlastere og koordinatorer ikke tatt med i antall årsverk og kostnad til fastlønn her. For psykisk helse og rus er 2,4 prosjektfinansierte årsverk knyttet til Fact team og prosjekt Ruskoordinator tatt med. Kommunen mottar refusjon fra Helsedirektoratet for deler av lønnsmidlene for disse prosjektstillingene.

Alver har flere med høyere utdanning og færre med fagutdanning enn snitt i landet

Høyskoleutdannet personell er sykepleiere, vernepleiere, sosionomer eller andre høyskoleutdannede. Universitetsutdannede er psykologer. Fagutdannede er ansatte med utdanning på videregående skole nivå og med fagbrev. Ufaglærte er assistenter og andre uten relevant utdanning. Sammensetning av kompetanse varierer veldig mellom avdelingene. Samlet sett har Alver flere med høyere utdanning enn snitt i landet, færre med fagutdanning og flere ufaglærte. Nb -Snitt i landet gjelder helse- og omsorgstjenester generelt og ikke bare psykisk helse og rus og habilitering. Det finnes ikke sammenlignbare offentlige tall for disse tjenesteområdene spesielt. For psykiske helse og rus finnes noen offentlige tall for kompetanse, se side 39 i denne rapporten.

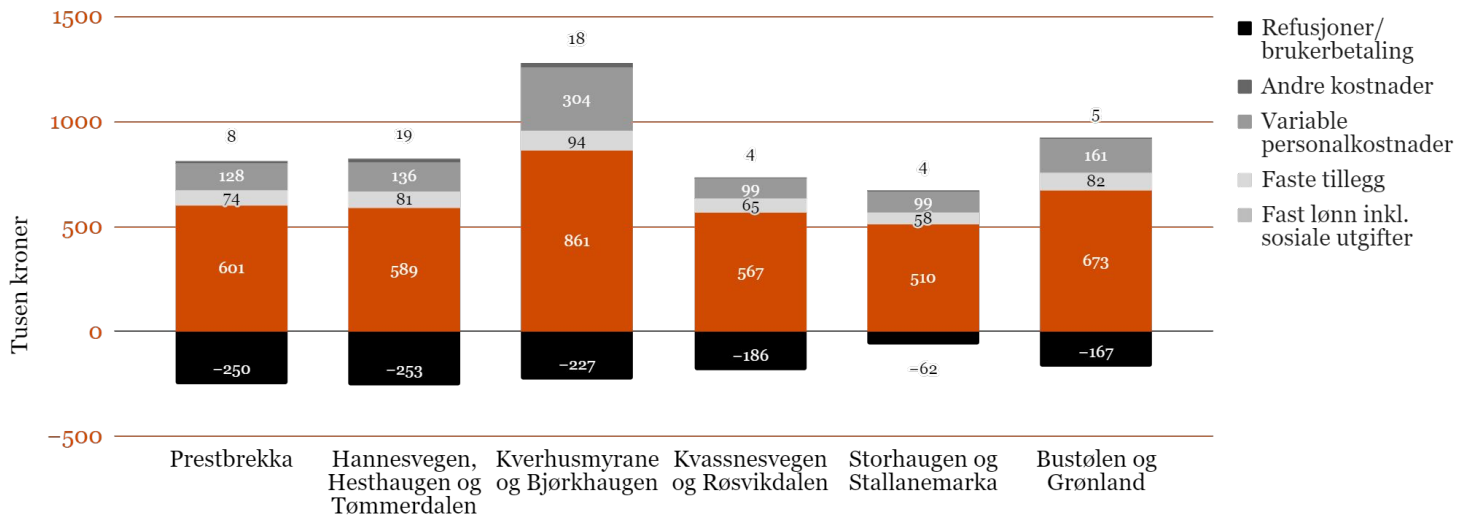
Avdeling	**Andel av totale årsverk tilsatt med høyskole utdannede**	**Andel av totale årsverk tilsatt med fagutdannede**	**Andel av totalt årsverk tilsatt med ufaglærte**
Psykisk helse og rus	90 %	10 %	0 %
Heldøgns bemannet tilbud i Manger og Knarvik	49 %	45 %	6 %
Heldøgnsbemannet tilbud Lindås	84 %	10 %	6 %
Psykologtjeneste	100 (universitets-utdannede)		
Vektet snitt Psykisk helse og rus	**78 %**	**16 %**	**6 %**
Arbeids- og aktivitetssenter	73 %	24 %	3 %
Avlastningstjenester	60 %	20 %	20 %
Kvernhusmyrane og Bjørkhaugen	48 %	39 %	13 %
Storhaugen og Stallanemarka	41 %	47 %	12 %
Kvassnesvegen og Røsvikdalen	39 %	42 %	19 %
Bustølen og Grønland	57 %	29 %	14 %
Ambulerende tjenester	23 %	46 %	31 %
Hannesvegen, Hesthaugen og Tømmerdalen	34 %	39 %	27 %
Prestbrekka	44 %	34 %	22 %
Ressurskrevende tjenester	72 %	13 %	15 %
Vektet snitt Habilitering	**50 %**	**32 %**	**18 %**
Vektet snitt alle	**57 %**	**28 %**	**15 %**
Snitt i landet helse og omsorgstjenester generelt	**37,8%**	**39,7%**	**2,2%**

Kilde: Alver kommune og Helsedirektoratet

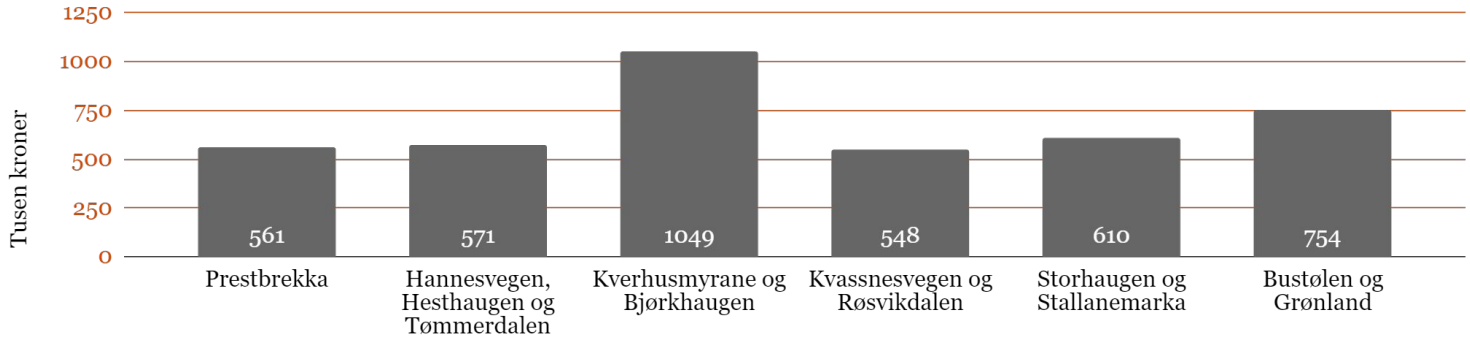
Kostnad per årsverk i bofellesskapene i habilitering

Nedenfor vises kostnad per årsverk per avdeling for bofellesskapene i habilitering, inndelt i de ulike kostnadselementene. De bofellesskap som har lavest andel høyskoleutdannede har også lavest kostnad per årsverk - både brutto og netto. Kvernhusmyrene og Bjørkhaugen og Bustølen og Grønland skiller seg ut med høyest kostnad per årsverk. Disse avdelingene har også høyest kompetansenivå av bofellesskapene.

Brutto kostnad per årsverk per avdeling:



Brutto kostnad per årsverk per avdeling fratrukket refusjon:

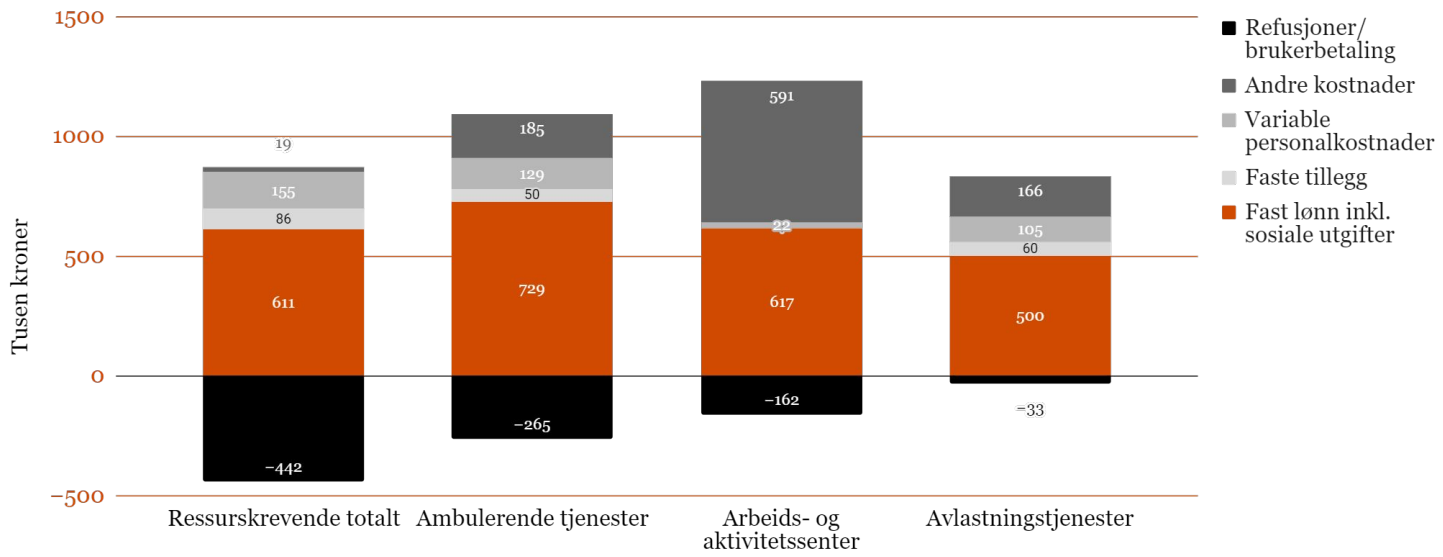


Kilde: Alver kommune

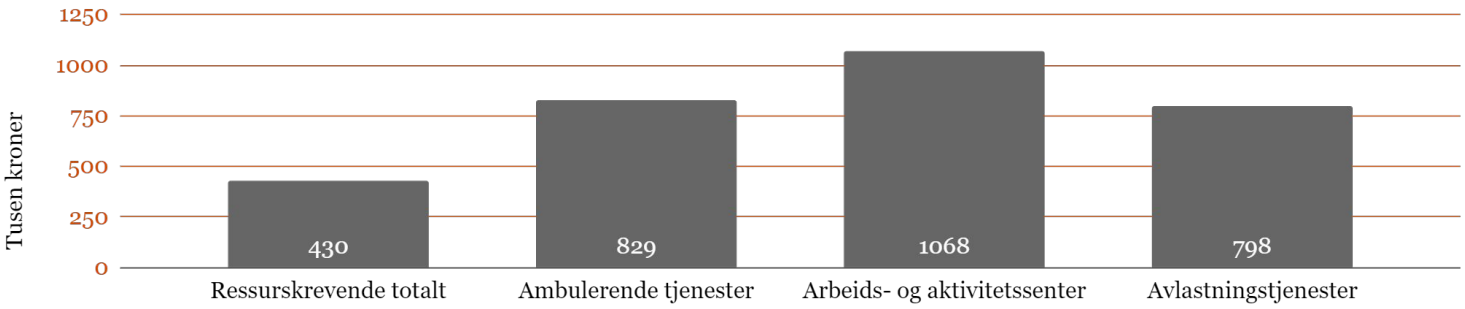
Kostnad per årsverk i andre avdelinger, habilitering

For de andre avdelingene i habilitering (utenom bofellesskapene) er det avdeling ambulerende tjenester og avdeling arbeid- og aktivisering som ligger høyest på brutto kostnad per årsverk. Disse to avdelingene har begge høyt antall høyskoleutdannede. Ambulerende tjenester har færre høyskoleutdannede, men har flere fagutdannede enn de andre avdelingene her. Kostnadsbildet påvirkes av at "andre kostnader" (kjøp av tjenester fra privat leverandør) er høye for flere av disse avdelingene og utgjør MNOK 14 totalt. Kostnadene gir derfor et høyere nivå enn det som reelt gjelder de kommunalt ansatte.

Brutto kostnad per årsverk per avdeling:



Brutto kostnad per årsverk per avdeling fratrukket refusjon:

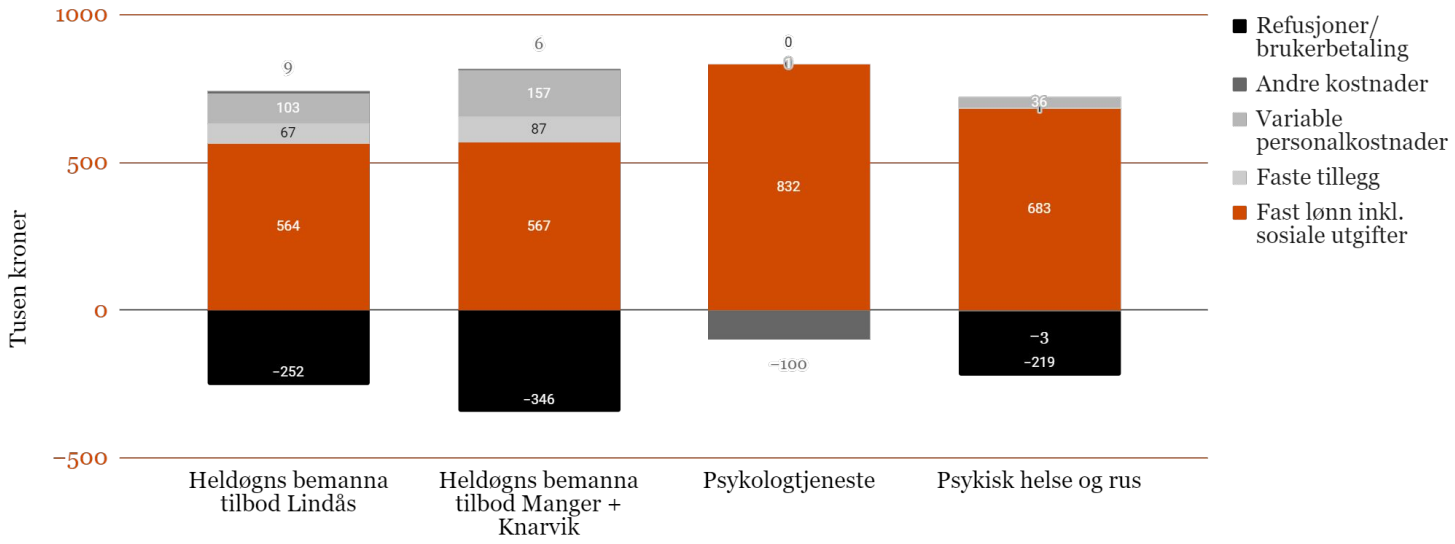


Kilde: Alver kommune

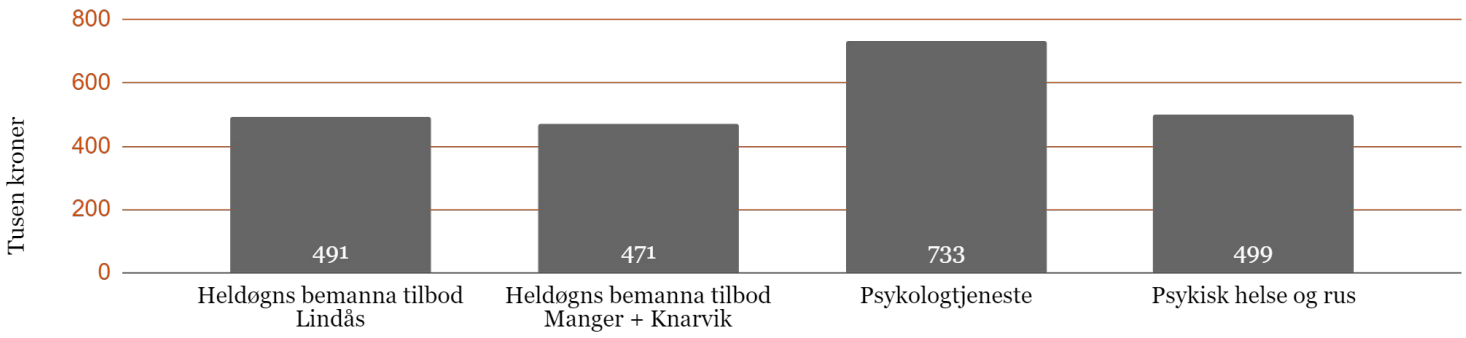
Kostnad per årsverk, per avdeling psykisk helse og rus

I tjenesteområde psykisk helse og rus er det psykologtjenestene og avdeling psykisk helse og rus som skiller seg ut med høy brutto kostnad per årsverk. I psykologtjenesten er det kun psykologer tilsatt, så her gjenspeiler lønnsnivået utdanningsnivået. I avdeling psykisk helse og rus gjenspeiler brutto kostnaden at i denne avdelingen har 90 prosent av de ansatte høyskoleutdanning. Den høye andelen refusjon i heldøgnsbemannet tilbud Manger og Knarvik skyldes Radøy Interkommunale busenter, som selger plasser til andre kommuner.

Brutto kostnad per årsverk per avdeling:



Bruttokostnad per årsverk per avdeling fratrukket refusjon:



Kilde: Alver kommune

Vurdering av fastlønn per årsverk

I tabellene på denne siden er vist minstelønn for de forskjellige utdanningsnivå hentet fra gjeldende tariffavtale for kommunal sektor (KS tabellen). De grå feltene er tallene som er brukt for å sammenligne med snitt fastlønn i Alver. Sammenligningen tyder på at Alver ligger 2-3 prosent over snitt for fastlønn i tariff selv om vi tar som en tenkt forutsetning at alle ansatte har mer enn 8 års ansiennitet. Lønnsnivået bekrefter det vi ser i bemanningsdata, at de ansatte har et høyt kompetansenivå og lang erfaring.

Fastlønn tariff KS inkludert sosiale utgifter i hele 1000 kr*

Tarifflønn inndelt etter stillingsnivå og ansiennitet	Lav ansiennitet (0-2 år). Inkludert sosiale utgifter, 35%	Middels ansiennitet (8-10 år). Inkludert sosiale utgifter, 35%	Max ansiennitet (16 år eller mer). Inkludert sosiale utgifter, 35%
Stillinger uten særlig krav til utdanning	414	433	546
Fagarbeiderstillinger	482	508	580
Stillinger med krav om 3-årig høyskole eller universitetsutdanning	567	607	681
Stillinger med krav til 5 års høyskole eller universitetsutdanning	674	700	778

**Kronebeløpene i KS tabellen inneholder ikke sosiale utgifter. For å kunne sammenligne KS tariffen med fastlønnskostnadene i Alver er det lagt på 35 prosent sosiale utgifter i gjengivelse av KS tariffen her.*

Fastlønn tariff KS sammenlignet med fastlønn i Alver i hele NOK 1000

Ca fastlønn årsverk inkludert sosiale utgifter	Tariff, høy ansiennitet og høy kompetanse	Regnskapstall Habilitering	Regnskapstall Psykisk helse og rus	Alver sammenlagt	Avvik mellom tariff og regnskapstall i kroner	Avvik prosent
Snitt per årsverk	604	620	659	640	-	-
Fastlønn for 238,85 årsverk	144 265	148 025	-	-	3 760	102,6%
Fastlønn for 75,90 årsverk	45 843	-	47 542	-	1 699	103,7%
Fastlønn for 314,75 årsverk	190 109	-	-	195 567	5 458	102,8 %

Kilde: KS tabellen, Alver kommune

Vurdering av fastlønn per årsverk

Reduksjon av kostnader til fast lønn må skje på bakgrunn av omfordeling og eventuell reduksjon av samlet kompetansenivå. Omfordeling av kompetanse kan skje ved å nytte dagens ansatte mer på tvers av avdelinger enn det som gjøres i dag. Dette kan gi noe kostnadsreduksjon men sannsynligvis begrenset. Det største potensialet for å spare fastlønn vil ligge i å lyse ut etter lavere kompetansenivå enn den en hadde når det oppstår ledighet i stilling. Dette må vurderes ut fra krav om kompetanse for å gjennomføre tvangsvedtak i tråd med lovverket. Vi mener likevel at flere avdelinger bør kunne gå noe ned på andel høyskoleutdannede og erstatte disse med fagutdannede. Vi anbefaler å starte gjennomgangen av kompetansesammensetning med avdeling psykisk helse og rus, avdeling ressurskrevende tjenester, avdeling avlastning og avdeling arbeid- og aktivisering. Dette ut fra at disse fire avdelingene har høyest andel høyskoleutdannede.

Ved å gå ned på kompetansekrav og gjennomsnittlig fastlønnsnivå med ca 2 prosent vil en kunne spare ca 4 MNOK. Eksempelvis kan dette gjøres ved at det ved de neste 80 utlysningene tilstrebes å ansettes med lavere kompetansenivå / ansiennitet enn den som gikk ut av stillingen, og i snitt 50.000 mindre i grunnlønn. Dette er en skjematisk beregning som ikke kan gjennomføres uten nøye vurdering for hver stilling, og tiltaket må kombineres med vurdering av mulighet for flytting av kompetanse mellom enheter for å jevne ut skjevheter i kompetansefordeling.

Totalt 2,4 årsverk innen psykisk helse og rusarbeid er knyttet til prosjekt der deler av lønnskostnaden er dekket av prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Dette er prosjekter i tilknytning til nasjonal opptrappingsplan for psykisk helse og rus. Det er en klar forventning fra Helsedirektoratet om at prosjektene overføres til driften når prosjektperioden utløper. Det bør legges en plan for overgangen fra prosjekt til drift i god tid før prosjektmidlene opphører. Dette for å hindre at årsverkene ikke utløser fastlønnskostnader som ikke er budsjettert.

Potensiale for innsparing ved å redusere kompetansenivå	**Beløp MNOK**
Nedtak i gjennomsnitt kompetanse- og ansiennitetsnivå med ca 2 prosent	4,0
Totalt	4,0

Vurdering av døgnturnus

Døgnturnus

Av turnusordningene er det døgnturnus som er omtalt i intervjuene som den ordningen som gir høyest kostnadsnivå. Døgnturnus vurderes derfor særskilt her;

21 av de 26 boenhetene i Alver har døgnturnus, og totalt 102 av de 442 ansatte går i disse turnusene. Døgnturnus innebærer en arbeidstidsordning der ansatte jobber 2-3 døgn i strekk for deretter å ha sammenhengende fri i 6-7 døgn. Den ansatte er disponibel på arbeidsstedet 24 timer i døgnet og har betalt for alle timer på dag og kveld. Om natten er det sovende vakt på vaktrom med lønn for hver tredje klokketime (noen har lønn for hver andre klokketime men kommunen jobber for å få alle over på lønn for hver tredje time). Dersom den ansatte blir vekket om natten påløper det overtidstillegg, samt krav om erstatningsfri påfølgende dag for å ta igjen tapt hvile. Erstatningsfri utløses ikke nødvendigvis for hele dagen, men for det antall timer hvile som gikk tapt om natten. For å unngå å utløse erstatningsfri har flere av boligene med døgnturnus supplert turnus med en våken nattevakt. Denne tar så langt som mulig hånd om beboernes hjelpebehov om natten, eventuelt hjulpet av nattevakt i ambulerende tjenester. 12 av de 47 nattevaktene som er på jobb i tjenestene per natt er der for å hindre at medlevere blir vekket. Dette utgjør om lag 21 årsverk på et år, til en gjennomsnittlig kostnad à ca. 800 000 (grunnlønn inkluderte sosiale utgifter og faste tillegg). Samlet sett er kostnadene til disse våkne nattevaktene om lag 16-17 mill kr per år.

Arbeidstidsordningen i døgnturnuser er sterkt avvikende fra arbeidsmiljølovens krav om daglig og ukentlig hviletid, og utgjør en dermed en helsemessig risiko for arbeidstaker. Den må godkjennes av arbeidstakerorganisasjonene sentralt. I intervjuene med ledere og tillitsvalgte er det kommet fram ulike syn på ordningen med døgnturnuser. Fordelene er at det bidrar til å rekruttere kvalifisert personell til boliger der det ellers vil være vanskelig å tiltrekke seg fagkompetanse. Ansatte kan bo langt unna arbeidsplassen og reise til og fra i og med at det bare er èn reise per uke. Ulempene er at det skaper konkurranse om kvalifiserte søkere internt i kommunen og noen ganger internt i samme bolig som har ulike turnusordninger. Ved fravær i døgnturnus økes vikarutgiftene da det ofte er annen medarbeider i døgnturnus som dekker vaktene på overtid. Stort forbruk av overtid skyldes særlige utfordringer med brukere som er avhengig av kjente personer. Kommunens regnskap viser at avdelinger med døgnturnus har større bruk av overtid enn avdelinger uten døgnturnus. Vår vurdering er at ulempene med døgnturnuser er større enn fordelene. Vår vurdering er også at døgnturnuser i Alver brukes utover det som kan begrunnes i særlige behov hos brukere. Argumentet om at døgnturnuser fremmer rekruttering er utvilsomt riktig, men gir utilsiktede effekter ved at de som ikke har døgnturnus rekrutterer dårligere, og at fordeling av kompetanse i tjenestene blir urettmessig skjev. Vi anbefaler derfor at døgnturnusene avvikles. Det bør setter inn alternative stimulerings- og rekrutteringstiltak for å rekruttere og beholde personell, tiltak som gir like og rettferdige betingelser for alle avdelinger. Stipendordninger med bindingstid kan være et tiltak.

Avvikling av døgnturnus vil ha konsekvenser for fastlønns-kostnader til nattevakter

Vurdering

Det er i dag totalt 45-46 nattevakter på jobb i de to tjenesteområdene i Alver kommune hver natt. De fleste boligene/lokasjonene har to nattevakter, noen har bare èn mens noen få lokasjoner har tre eller fire nattevakter per natt. 23 av de 45-46 har hvilende vakt mens 22-23 har aktiv vakt. De som har passiv vakt får grunnlønn og nattillegg for hver tredje time. En passiv nattevakt er billigere enn en aktiv nattevakt som har betaling for hver arbeidstime. Passiv vakt med lønn for hver tredje time gjør at du kan ha tre hvilende nattevakter før du kommer opp i samme antall lønnstimer som en våken nattevakt koster.

Hvorvidt avvikling av døgnturnus gir besparelser i form av redusert behov for nattevakter avhenger derfor av hva ordningen erstattes med.

På neste side er vist tabell over tre mulige alternative nattevaktsordninger til dagens ordning. I alternativene er det forutsatt at antall lokasjoner med døgnbemanning er som i dag, det vil si 27 lokasjoner (26 botilbud og ambulerende tjenester). Vi ser at forskjellene i kostnader og årsverksbehov er store, og at det kun er hvis hver lokasjon klarer seg med èn nattevakt det er potensiale for betydelig innsparelse i fastlønn ved å avvikle døgnturnuser. Ved å erstatte døgnturnus med en hvilende og en våken nattevakt er ressursbehovet omtrent som idag.

Kostnadsbildet på de neste sidene viser at den dyreste nattevaktsordningen er ansatte med betaling for alle arbeidstimer. Oppfatningen vi hørte i intervjuene om at døgnturnusene er dyre på grunn av nattbemanning stemmer dermed ikke.

Avvikling av døgnturnus og alternative nattevaktsordninger

Tabellen viser fastlønns lønnstimer, antall nattevakter, årsverk og kostnader til nattevakter ved forskjellige nattevaktsordninger som kan tenkes å erstatte døgnturnuser. Tallene er satt opp ut fra gjennomsnitt 9,5 timers lengde på nattevaktene. Dette kan variere fra avdeling til avdeling, men 9-10 timer er en vanlig vaktlengde. Tallene må ansees som cirka tall for kostnader og besparelser på de ulike alternativene.

Alternativ 1 vil gi størst innsparing men vil gi flere lokasjoner med bare èn nattevakt. Alternativ 2 vil gi to våkne nattevakter men her vil kostnadene øke betraktelig. Alternativ 3 vil redusere antall nattevakter men det vil være to nattevakter per lokasjon der hvor det i dag er døgnturnus.

Kostnadsbildet viser at det er alternativ 3 som vil gi den nattevaktsordninen som mest ligner på dagens ordning, uten at kostnadene økes.

	Dagens ordning Per natt dagens turnusordning med kombinasjon av hvilende og våkne vakter med 9,5 timers nattevakter	**Alternativ 1** Hvis døgnturnuser avvikles og erstattes med en våken nattevakt i 9,5 timer (gitt at lokasjoner som ikke har døgnturnus i dag fortsetter sin nattevaktsordning)	**Alternativ 2** Hvis døgnturnuser avvikles og erstattes med to våkne nattevakter i 9,5 timer (gitt at lokasjoner som ikke har døgnturnus i dag fortsetter sin nattevaktsordning)	**Alternativ 3** Hvis døgnturnuser avvikles og erstattes med med en våken og en hvilende nattevakt i 9,5 timer (lokasjoner som ikke har døgnturnus i dag fortsetter sin nattevaktsordning)
Ca totalt lønnstimer som går til nattevakter per natt	246	219	362	245
Ca totalt behov lønnstimer per år alle lokasjoner	89 790	79 935	132 130	89 425
Ca totalt behov antall nattevakter per natt	45	27-28	36	33
Ca totalt behov for brutto årsverk til nattevakter	48,6	43,5	71,5	48,4
Ca total kostnad til nattevakter MNOK (per årsverk snitt kr. 800 000)	38,8	34,8	57,2	38,7
Ca innsparings-potensiale/kostnads økning ca MNOK	**0/0**	**-4/0**	**0/+18,4**	**- 0,1/0**

Avvikling av døgnturnus vil ha små konsekvenser for kostnader til faste tillegg

Faste tillegg Nivået for faste tillegg vurderes å være høyt. Faste tillegg er i hovedsak tillegg for arbeid på kveld, natt og helg, og gjenspeiler først og fremst at det er mange lokasjoner med heldøgsbemanning i kommunen. Tallene er satt opp ut fra snitt på 9,5 timers lengde på nattevaktene. Dette kan variere fra avdeling til avdeling, men 9-10 timer er en vanlig vaktlengde. Tallene må ansees som cirka tall for kostnader og besparelser på de ulike alternativene.

Fastlønn og turnustillegg er det samme i døgnturnuser som i andre turnuser, men 11 av de ansatte i døgnturnus har et individuelt turnustillegg på 45.000 utenom det som er fast. Bortfall av turnustillegget vil kunne gi kommunen totalt 495 000 kr i innsparing. Bortfall av turnustillegg ellers vil avhenge av hvilken alternativ nattevaktsordning som etableres dersom døgnturnuser avvikles.

	Dagens ordning Dagens turnusordning med kombinasjon av hvilende og våkne vakter med 9,5 timers nattevakter	**Alternativ 1** Hvis døgnturnuser avvikles og erstattes med en våken nattevakt i 9,5 timer (gitt at lokasjoner som ikke har døgnturnus i dag forsetter sin nattevaktsordning)	**Alternativ 2** Hvis døgnturnuser avvikles og erstattes med to våkne nattevakter i 9,5 timer (gitt at lokasjoner som ikke har døgnturnus i dag fortsetter sin nattevaktsordning)	**Alternativ 3** Hvis døgnturnuser avvikles og erstattes med med en våken og en hvilende nattevakt i 9,5 timer (lokasjoner som ikke har døgnturnus i dag fortsetter sin nattevaktsordning)
Nattillegg 56 per time	5,0	4,4	7,3	5,0
Søndagstillegg 50 per time	1,2	1,1	1,8	1,2
Helligdagstillegg 750 per time	1,8	1,6	2,7	1,8
Fast tillegg døgnturnus	0,495	0	0	0
Sum faste tillegg per år ca MNOK	8,4	7,1	11,8	8,0
Innsparings-potensiale/ Kostnadsøkning ca MNOK	**0/0**	**-1,3/0**	**0/+3,4**	**-0,4/0**

Vurdering av variable personalkostnader

Vurdering

Variable personalkostnader: Det brukes om lag MNOK 39 til variable personalkostnader i de to tjenesteområdene i 2020. Omgjort i årsverk utgjør dette ca 57-58 netto årsverk. 4,4 av de 39 MNOK er overtidskostnader mens resterende 35,6 er timelønnede vikarer og ekstravakter. Det vil si at det i snitt er mellom 20 og 30 vikarer /ekstravakter på jobb i de to tjenesteområdene hvert døgn gjennom året.

Overtid: Overtid brukes i tilfeller der nattevakter blir utkalt på passiv tid, der vakten må gå utover angitt vaktlengde og der ansatte jobber ekstra utover full stilling. 3,4 mill av overtiden er knyttet til de avdelingene som har døgnturnus. Dette tyder på at det i stor grad er de andre som går døgnturnus i samme bolig som dekker opp ved fravær. Dette er dyre vikarer, og belastningen på de som går i døgnturnus økes når de jobber overtidsvakter i en allerede belastende turnus. Alver bør på kort sikt jobbe for å redusere bruk av overtid i døgnturnusene. På lengre sikt bør Alver avvikle døgnturnusene og erstattet disse med langvakter.

En annen årsak til overtid kan være overtid i etterkant av vakt. Dette vil være i de tilfeller det oppstår uventede situasjoner i vaktskifte som gjør at en ikke kan gå fra - eller at rapportering til neste skift tar lenger tid enn forutsatt. Flere helse - og omsorgstjenester i kommuner og sykehus har redusert overlappingstid og innført stille rapport (avtroppende skifte skriver rapport og påtroppende skift leser - reduserer behov for overlappingstid). Bruk av stille rapport er en vanesak, og krever at de ansatte legger om arbeidsprosess når det gjelder rapportering. Det anbefales at Alver innfører stille rapport og reduserer overlappingstid i døgnenhetene. Det er ikke realistisk å kutte ut all overlappingstid eller all overtidsbruk men overtidsbruken bør kunne redusere med en tredjedel i forhold til dagens nivå.

Det elektroniske turnussystemet i kommunen er slik at ledige vakter sendes ut på SMS til ansatte og vikarer, som så kan melde seg tilgjengelig. Driftsansvarlig eller koordinator i enheten skal da vurdere innmeldingene og akseptere ønsket vakt. Driftsansvarlig/koordinator skal deretter velge så kostnadseffektiv løsning som mulig for å få dekket vakten. Det vil si at vikarer som ikke utløser overtid skal velges framfor vikarer som utløser overtid. Forutsetning er at billigste vikar har tilstrekkelig kompetansenivå. Å finne billigste vikar forutsetter at driftsansvarlig/koordinator har noen å velge mellom og bruker tilstrekkelig tid på å finne den billigste løsningen. Erfaringsmessig kan fokus og tidsbruk på å finne billige løsninger for vikarer bli nedprioritert i en travel arbeidshverdag. Kostnadsbildet med høyt forbruk av overtid, tyder på at dette også er tilfelle i Alver. Vi anbefaler at det settes fokus på bruk av SMS systemet og framgangsmåte for å få dekket ledige vakter.

Vurdering av variable personalkostnader

Overtidsbruk 2020 fordelt på avdeling:

Avdeling	MNOK
Psykisk helse og rus	
Psykisk helse og rus*	0,003
Heldøgns bemannet tilbud i Manger og Knarvik	0,647
Heldøgnsbemannet tilbud Lindås	0,389
Psykologtjeneste*	0,004
Habilitering	
Arbeids- og aktivitetssenter *	0,022
Avlastningstjenester*	0,197
Kvernhusmyrane* og Bjørkhaugen	0,454
Storhaugen* og Stallanemarka*	0,166
Kvassnesvegen? og Røsvikdalen*	0,064
Bustølen og Grønland	0,375
Ambulerende tjenester*	0,461
Hannesvegen, Hesthaugen og Tømmerdalen	0,276
Prestbrekka	0,220
Ressurskrevende tjenester	1,157

* Disse avdelingene har ikke døgnturnus

Kilde: Alver kommune

I habilitering.er det ambulerende tjenester, Kvernhusmyrene og Bjørkhaugen, Bustølen og Grønland som skiller seg ut med høyt forbruk av overtid. Disse avdelingene (unntatt ambulerende tjenester) har døgnturnus. Disse avdelingene har også høyere kostnad per årsverk, så forskjellen kan ikke forklares med flere årsverk i disse avdelingene. I psykisk helse og rus har begge de to døgnbemannede avdelingene høyt overtidsforbruk. Det høye forbruket kan skyldes ekstraordinære tiltak knyttet til brukere eller periode med høyere sykefravær. Det anbefales å starte gjennomgang av overtidsbruk i de avdelingene som har høyest forbruk.

Vurdering av variable personalkostnader

Vurdering

Variabel lønnskostnader varierer ellers fra avdeling til avdeling, og henger sammen med nivå for fastlønn og faste tillegg. Dette tyder på at det brukes vikarer med samme kompetansenivå som de faste ansatte. Høyt nivå på forbruk av variabel lønn tyder på at det leies inn vikar ved det meste av fraværet i en turnus.Høye vikarkostnader ser ikke ut til å skyldes høyt sykefravær. Gjennomsnittlig sykefravær i 3.kvartal 2020 var 7 prosent for de to tjenesteområdene, hvorav kun 2 prosent var korttidsfravær. Dette er lavere enn snitt i landet for sykefravær i helse- og omsorgstjenesten, som er om lag 11 prosent samlet for korttid og langtid.

De avdelinger i Alver som ikke har døgnturnuser har innført årsturnus. Dette gir mulighet for å styre ferieavvikling slik at det passer best mulig med driften, og til å samarbeide om bruk av vikarer på tvers av boliger og avdelinger. Gjennom intervjuer har vi hørt at samarbeid om personellressurser på tvers av avdelinger skjer i liten grad i dag. Dette har ulike årsaker. Brukerne i habilitering og psykisk helse og rus er preget av stor variasjon i utfordringer og hjelpebehov, og det er behov for at bruker og den som yter tjenester kjenner hverandre. Ansatte i boligene er også knyttet til èn eller noen få brukere og blir i liten grad kjent med brukere utenfor egen bolig i sin daglige arbeidssituasjon.
Dette gjør at vikarer som skal jobbe på tvers av boliger krever planlegging og opplæring. Vår vurdering er at samarbeid om bruk av personalressurser og vikarer kan styrkes betydelig ved at avdelingslederne sammen legger en plan for hvilke vikarer og ansatte som kan jobbe på tvers. Hvor mye som er mulig å spare i variable personalkostnader gjennom samarbeid på tvers er vanskelig å anslå. 5 % reduksjon av variable personalkostnader bør være et nøkternt anslag og vil utgjøre om lag 2,4 netto årsverk eller 1.6 MNOK per år.

Besparelse i variable personalkostnader	**Beløp MNOK**
Reduksjon av overtidskostnader	1,5
Ca 5 prosent reduksjon i vikarkostnader ved å vurdere kritisk behov for vikar samt utnytte ressurser bedre på tvers av boliger og tjenester	1,7
Totalt	**3,2**

Vurdering av bemanningsfaktor

Vurdering

Den enkelte bruker har vedtak på et antall timer per uke med de nødvendige helse- og omsorgstjenester, som praktisk bistand, helsehjelp, aktivisering og dagtilbud, avlastning eller støttekontakt. Mange brukere har kombinasjon av flere tjenester. Forvaltningskontoret tildeler "ansikt - til ansikt " tid, det vil si den tiden brukeren skal ha direkte kontakt med hjelper og få utført tjenestene. For brukere som bor i heldøgnsbemannet bolig kommer administrativ tid og tid til generelt tilsyn i tillegg til vedtakstimer. Noen brukerne har behov for kontinuerlig tilsyn fra en eller to hjelpere, mens andre har mindre tilsynsbehov. Summen av all tid for brukerne danner grunnlag for oppsett av bemanningsplan og turnusplan. I tabellen nedenfor er vedtakstimer, turnustimer, bemanningsfaktor og forhold mellom timer i turnus og vedtakstimer sammenstilt. Høyre kolonne i tabellen viser forhold mellom vedtakstimer og timer i turnus per uke per avdeling. Det vil si hvor mye tid som er lagt på i turnus for generelt tilsyn med brukerne og for administrasjon. Påslaget varierer stort, det er ikke alle avdelinger vi har tall for og tallene kan ikke tolkes nærmere uten å kjenne spesifikt den enkelte brukers bistandsbehov.

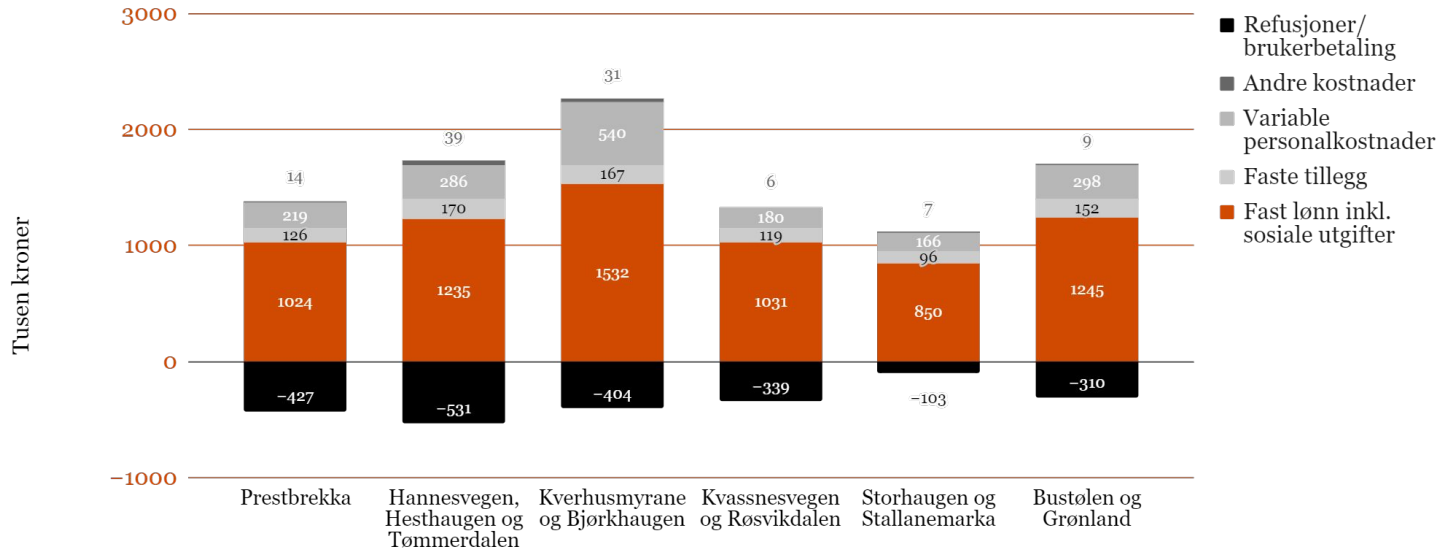
Avdeling	Antall vedtakstimer per uke	Antall timer i turnus per uke	Bemannings-faktor	Timer i turnus/ vedtakstimer
Psykisk helse og rus				
Heldøgns bemannet tilbud Knarvik (Røsvikdalen)	224	210	1,1	-6,25 %
Heldøgns bemannet tilbud Lindås	795	676	1,6	-15%
Habilitering				
Avlastningstjenester	-	745	-	-
Arbeid og aktivisering	726	479	-	-35 %
Kvernhusmyrane og Bjørkhaugen	937	1148	1,77	+23 %
Storhaugen og Stallanemarka	739	887	1,66	+20%
Kvassnesvegen og Røsvikdalen	556	869	1,82	+56%
Bustølen og Grønland	475	454	1,85	-4%
Ambulerende tjenester	450	585	1,12	+30%
Hannesvegen, Hesthaugen og Tømmerdalen	473	777	2,09	+64%
Prestbrekka	-	692	1,70	-
Ressurskrevjande tenester	875	1428	7,30	+63%
Sum/snitt	**6250**	**8950**	**2.2**	**+20%**

Kilde: Alver kommune

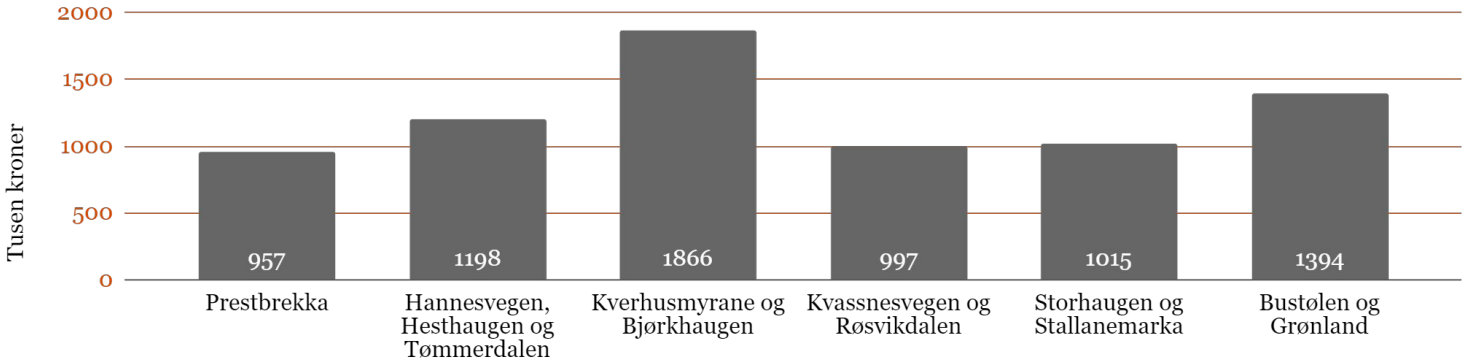
Kostnad per bruker, bofellesskap habilitering

Tabellene viser brutto og netto kostnad per bruker i gjennomsnitt, per bofellesskap i habilitering. Kvernhusmyrene og Bjørkhaugen og Bustølen og Grønland skiller seg ut med høyeste kostnader. Disse avdelingene har imidlertid lavere påslag i turnus utover vedtakstimer enn andre avdelinger. Dette kan tyde på at kostnadsnivået skyldes høyt antall vedtakstimer samtidig som refusjonen dekker en mindre andel av totalkostnadene enn for andre avdelinger.

Brutto kostnad per årsverk per avdeling - bofellesskap:



Kostnad per bruker, per avdeling - bofellesskap, fratrukket refusjon:

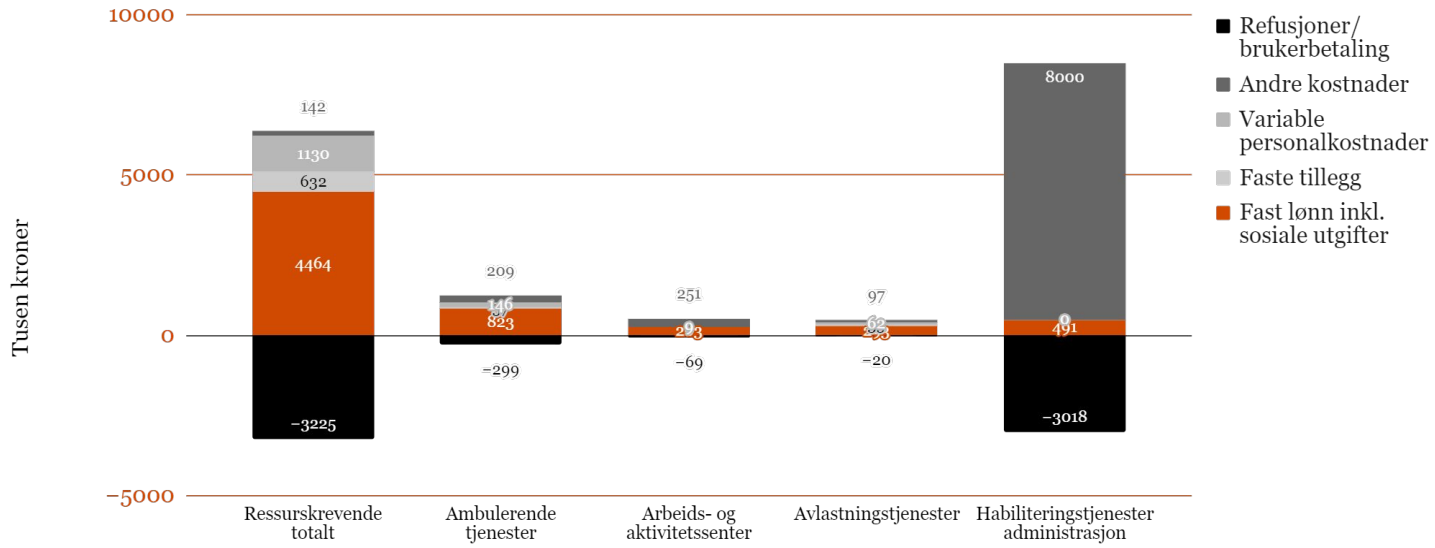


Kilde: Alver kommune

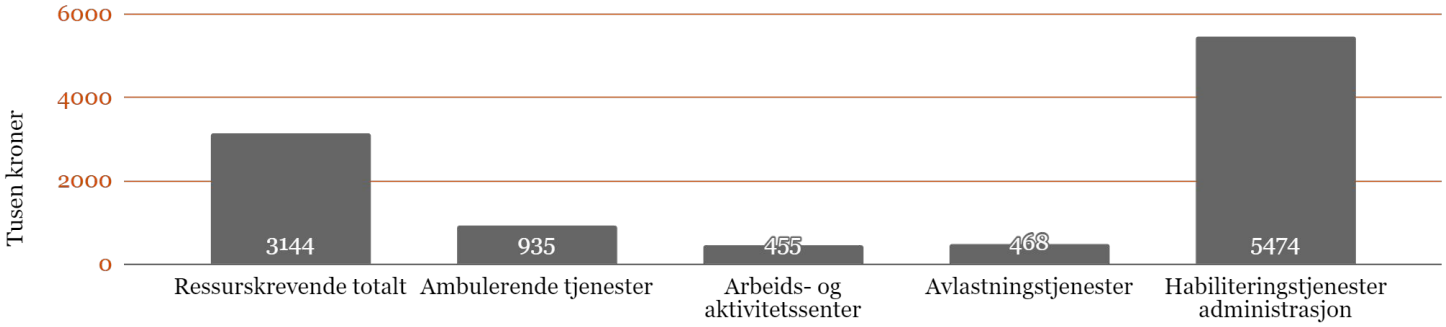
Kostnad per bruker per bolig, habilitering øvrige avdelinger

For avdelingene som ikke er bofellesskap er det avdeling for ressurskrevende brukere som skiller seg ut med høye brutto og netto kostnader per bruker. Dette er brukere med hver sin personalbase. Det er planlagt bygging av nytt bofellesskap for samlokalisering av disse. Andre kostnader (kjøp av plasser og tjenester) er først og fremst ført på habilitering, administrasjon, men også noe på de andre avdelingene. Dette gjør det vanskelig å sammenligne netto kostnader per bruker med bofellesskapene, som har svært lite andre kostnader.

Kostnad/refusjon per bruker, per avdeling - Habilitering andre avdelinger enn bofellesskap:



Kostnad per bruker, per avdeling - Habilitering andre avdelinger enn bofellesskap, fratrukket refusjon:



Kilde: Alver kommune

Det er stor variasjon i bemanning mellom avdelingene

Vurdering

Bemanningsfaktor (antall netto årsverk i turnusen delt på antall brukere i avdelingen) og forhold mellom vedtakstimer og turnustimer sier noe om hvor ressurskrevende brukerne er. I habilitering ligger bemanningsfaktor mellom 1,5 og 2,0 i bofellesskapene og 7,3 i enkeltboligene (ressurskrevende tjenester).

Forhold mellom vedtakstimer og timer i turnus varierer, men i snitt er det påslag på 20 prosent mellom vedtakstimer og turnustimer. Habilitering har høyere påslag enn psykisk helse og rus. Avdeling for ressurskrevende tjenester skiller seg ut med bemanningsfaktor på 7,3 og et påslag på 63 % i tid mellom vedtakstimer og turnustimer. Som avdelingsnavnet tilsier er det særlig ressurskrevende brukere i avdelingen. Brukerne bor separat på hver sin lokasjon og med hver sin bemanning og turnus. I intervjuene er denne avdelingen nevnt særskilt av flere med oppfatning om at det er personalressuser å spare her ved en samlokalisering.

Variasjon i bemanning mellom avdelingene gir mulighet for samordningsgevinster

Vurdering

Bemanningsfaktor på 1,5 til 2 vurderes å være høyt, og variasjonen i bemanningsfaktor og påslag i turnus gir grunnlag for å starte med tiltak for å vurdere samordningsgevinster i alle bofellesskapene. Arbeidet bør starte der hvor bemanningsfaktor og påslag i turnus er størst. Det vil ganske sikkert være mulig å samordne drift internt i hver bolig og på tvers av boliger i større grad enn det som gjøres i dag. Med samordning internt i bolig menes at døgnrytmeplan innrettes slik at samme ansatt betjener flere brukere samtidig eller etter tur. Med samordning mellom boliger menes at personaltid der bemanningsbehovet i et bolig reduseres fordi bruker ikke er tilstede i boligen på grunn av familiebesøk, aktiviteter eller annet, benyttes til å hjelpe i andre boliger. Forutsetning for at samordning på tvers skal ha økonomisk effekt er at situasjoner der en ellers ville måtte leid inn vikar erstattes med utlån av ledig personell fra annen bolig. Dette krever planlegging og opplæring i forkant og kultur for det å jobbe på tvers av boliger.Det krever også at den som trenger vikar tar seg tid til å undersøke om det er noen som er ledig i de andre boligene.

Dersom timer i turnusene i snitt reduseres med ca 2 prosent vil det spares totalt ca 2809 timer i turnusene i løpet av et år. Dette utgjør om lag halvannet netto årsverk til sammen i boligene,eller MNOK 1,0. I tillegg kan det beregnes noe samordningsgevinst på tvers av boliger. Totalt bør det minst la seg gjøre å samordne med en forventet gevinst på om lag 2 årsverk eller 1,4 MNOK. Arbeid med gjennomgang og reduksjon i turnuser bør starte i de avdelinger der påslaget er størst. For avdeling ressurskrevende tjenester vil det være vanskelig å samordne ressursene internt i hver bolig da det bare er èn bruker i hver bolig.

Besparelse ved større grad av samordning mellom enheter og avdelinger	**Beløp MNOK**
Antall turnustimer reduseres i snitt med 2 prosent	1,0
Samordningsgevinst på tvers av boliger	0,4
Totalt	**1,4**

Samlokalisering av botilbud

Hva som er rett nivå for antall samlokaliserte boenheter innen habilitering og psykisk helse og rus er en debatt som har gått helt siden ansvarsreformen ble innført i 1991. Stiftelsen Fafo gjorde i 2016 en undersøkelse av samlokaliserte boliger og store bofellesskap der de gjennomgikk forskning samt perspektiver og erfaringer fra fem kommuner (Halden, Lørenskog, Meløy, Sandnes og Trondheim)*. Bakgrunn var en bekymring for at kommunene bygger "mini institusjoner" der mange med tjenestebehov er samlet på ett sted. Spørsmålet som ble undersøkt var om dette dermed kan bidra til å undergrave ansvarsreformens målsetting om integrering og normalisering. I rapporten vises det til at det ikke er eksplisitte føringer eller råd relatert til samlokalisering eller antall enheter lokalisert i samme område. Rapporten viser også til et inntrykk av at kravet om inkludering og deltakelse er noe tonet ned over tid. I rapporten vises det til Husbankens regelverk som begrunnelse for dette synet. Husbanken (HB 8.F.7) anbefaler at bofellesskap for utviklingshemmede ikke har flere enn maksimalt åtte enheter.

Studien fra Fafo viser tendens til at antall boliger i samme boenhet er økende. Kommunenes argument for større boenheter er først og fremst knyttet til ressursutnyttelse, større fagmiljø og bedre arbeidsforhold for de ansatte. Dermed også bedre kvalitet i tjenestene. Kommunene fremhevet at det vil være variabelt i hvilken grad en kan utnytte ressursene bedre ved samlokalisering. En-til-en brukere skal uansett ha kontinuerlig bemanning, og vedtak knyttet til den enkelte bruker styrer hvor mye du kan benytte ressursene på tvers. Selv der hvor bruker har vedtak om 1:1 bemanning hevdes det i rapporten at samlokalisering er ønskelig ut fra hensyn til personalets arbeidsmiljø.

Annen forskning viser motsatt resultat. NTNU gjennomførte i 2001 og 2011 undersøkelser for å se på utvikling i størrelse på bofellesskap og utvikling i levekår og tjenester til utviklingshemmede. Studiene viser at andelen utviklingshemmede som bor i store fellesskap har økt markant i tiden etter 2001. Forskerne mener å kunne avvise argumentet om at store bofellesskap gir mindre ensomhet og større sosiale nettverk kan avvises, og at det ikke er størrelsen det kommer an på. Når det gjelder forhold knyttet til personalet er studien mer usikker, men det er indikasjon på at argumentene rundt bedre personalforhold og fagmiljø i store felleskap er løse. Deres konklusjon er at kommunenes argumenter for store bofellesskap kommer dårligere ut og at hverken ansatte eller pårørende ønsker en slik utvikling. Deres anbefaling er max 6 beboere i et bofellesskap.

Utenlandske undersøkelser viser til dels motstridende resultater. Et par studier peker på at større bofellesskap gir beboere færre valgmuligheter, og at beboere i små enheter har større sosialt nettverk (Stancliffe 1997, Emerson m.fl. 2005). Andre studier viser at størrelse i seg selv kanskje ikke har så stor betydning, men at forskjeller kan handle om ulikhet i funksjonsnivå eller andre faktorer som gir økt risiko for lavere kvalitet i tjenestene.

For samlokalisering av botilbud innen psykisk helse og rus er det mindre forskning på hva som er ideelt antall samlokaliserte boliger. Tilbudene til disse brukergruppene varierer også veldig fra kommune til kommune når det gjelder organisering og innretning. Også for disse gruppene gjelder naturlig nok behov for en mest mulig normal boligsituasjon, uten institusjonspreg.

Kilde: Fafo-rapport

Alver har 124 plasser i botilbud fordelt på 26 lokasjoner

Antall plasser i botilbud rundt en personalbase i Alver varierer i dag mellom 1 og 10 plasser. Totalt er det ca 124 plasser fordelt på 26 lokasjoner. Ulikhet i antall plasser per botilbud er begrunnet i forhold hos brukerne, men også i at boligene er oppført i de tre tidligere kommunene til ulike tider og med ulike bygningsmessige forutsetninger.

Enhet	Antall plasser
Røsvikdalen	6
Radøy IB	9
Krossleitet	10
Skrenten	2
SUM Psykisk helse og rus	**27**
Bjørkhaugen	7
Kvernhusmyrene	6
Kvassnesveien	9
Røsvikdalen	6
Bustølen	6
Grønland	4
Storhaugen	7
Stallamarka	10
Hannesveien / Hesthaugen	5
Tømmerdalen	6
Prestbrekka	10
Ressurskrevende bolig 6	1
Ressurskrevende bolig 5	1
Ressurskrevende bolig 4	1
Ressurskrevende bolig 3	1
Ressurskrevende bolig 2	1
Ressurskrevende bolig 1	1
Avlastningen Kvasten	5
Avlastningen Røsvikrenen	2
Avlastningen Ostereidet	2
Avlastningen Havneveien	3
Avlastningen Hannesveien	3
SUM Habilitering	**97**
SUM Totalt	**124**

Kilde: Alver kommune

Alver bør samlokalisere botilbudene i større grad enn i dag

Vurdering

Forskningen viser altså motstridende resultat når det gjelder riktig nivå for samlokalisering. Dette er også et av de tema som har vært mest diskutert med ledere og tillitsvalgte i Alver i intervjuer og dialogmøte. Vår oppfatning er at det er stor enighet i at en samlokalisering av avdeling for ressurskrevende tjenester i habilitering bør gjennomføres, slik at de 6 frittstående boligene samles til ett bofellesskap. Utover dette er det sterke synspunkt om at det ikke bør være mer enn 6 beboere samlet, Det er samtidig andre som mener at større enheter med samling av brukere med likhet i omsorgsbehov ville gitt bedre muligheter for å ha tilstrekkelig kompetanse på plassen. Eksempelvis lever også utviklingshemmede lengre enn de gjorde før, de blir eldre og får somatiske sykdommer som alle andre. Dette gjøre at flere av bofellesskapene etterhvert vil måtte utvikle seg til å bli mer lik de kommunale sykehjemmene, med god kompetanse også på demens og andre somatiske lidelser.

Vår vurdering er at Alver ikke vil klare å skaffe tilstrekkelig bemanning til alle lokasjonene med botilbud de har i dag. Det vil bli stor mangel på helsepersonell i fremtiden, og vernepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere er de yrkesgruppene som vil mangle flest. Dette er yrkesgrupper som utgjør grunnstammen i bemanningen både i habilitering og i psykisk helse og rus. Større grad av samlokalisering vil kunne redusere behov for nattevakter og også legge bedre til rette for samarbeid og ressursutnyttelse mellom ansatte enn det som er tilfelle i dag. Vi anbefaler derfor at kommunen legger en langsiktig plan for fortetting av bofellesskapene, med opp til 10 brukere per fellesskap rundt en personalbase. For enheter med eldre brukere med somatiske lidelser kan det også vurderes samlokalisering av flere enn 10. Samlokalisering av avdeling for ressurskrevende tjenester er allerede planlagt. Idag er det 11 hvilende nattevakter på jobb hver natt i denne avdelingen. Ved samlokalisering og reduksjon til 2 våkne nattevakter vil en kunne spare 5 årsverk, samt noe besparelse på faste tillegg og på overtid. Samlet sett vil samlokalisering av avdeling for ressurskrevende tjenester kunne gi besparelse på ca MNOK 4,5- 5 årlig bare i kostnad til nattevakter.

For avdeling avlastning synes også den desentrale lokaliseringen av tilbud å være lite hensiktsmessig. Denne avdelingen har 3-5 nattevakter på jobb hver natt for å dekke 15 brukere. Vår vurdering er at avlastning bør kunne samles til èn lokasjon i kommunen. Hvis det er mulig å redusere til to våkne nattevakter på jobb per natt vil det tilsi en reduksjon på ca 1,2 årsverk eller ca MNOK 1,1.

Antall beboere per bofellesskap og sammensetning av beboere bør vurderes nøye. Investeringsbehov, alternativ for bygg og eierskap, samt vilkår for godkjenning i Husbanken må inngå i vurderingene, dette er ikke tatt med i denne rapporten. Vi anbefaler å etablere et prosjekt for å starte arbeidet med samlokalisering.

Husbanken yter investeringstilskudd til oppføring av omsorgsboliger

Husbanken kan på grunnlag av søknad yte inntil 45 prosent investeringstilskudd til oppføring av omsorgsboliger. Tilskuddene skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Det er knyttet en rekke regler og betingelser til byggets innretning og utforming. Til tross for investeringstilskudd må kommunen bære hoveddelen av investeringskostnaden selv. Framdrift i samlokalisering / fortetting av botilbud vil derfor avhenge av kommunens investeringsevne i nye bygg. Byggene vil avskrives over mange år, og besparelsen i driftskostnadene vil over tid være større enn investeringskostnadene.

Kilde: *Husbanken*

Kostnadsreduksjon ved samlokalisering vil avhenge av nattevaktsordning

Ved et snitt på 10 brukere per bolig vil dagens 27 lokasjoner med botjeneste og døgnbemanning reduseres til 12 -13 lokasjoner. Ambulerende tjenester i habilitering vil da også kunne inngå i en samlokalisering med bofellesskap. I likhet med avvikling av døgnturnuser avhenger også samlokaliseringsgevinsten av hvilken nattevaktsordning som velges. I alternativ 1 er kostnadene til nattevakter omtrent lik som for dagens lokalisering. I alternativ 2 reduseres kostnadene til nattevakter med om lag 19 MNOK per år. I alternativ 2 reduksjon med ca. 13 MNOK per år.

Økt grad av samlokalisering vil også gi mulighet for bedre utnyttelse av ressurs og kompetanse på dag- og kveldstid. Denne effekten er imidlertid mindre da det er høy aktivitet og mer vedtakstid / ansikt-til ansikt tid med brukere på dag og kveld. Effekten forutsettes også langt på vei tatt ut i de kortsiktige tiltakene -før samlokalisering gjennomføres. Samlokalisering vil måtte planlegges godt i samråd med brukere og deres pårørende og tillitsvalgte og vernetjeneste, og vil måtte skje gradvis.

Overskrift

	Dagens ordning Dagens turnusordning med kombinasjon av hvilende og våkne vakter med 9,5 timers nattevakter, 27 lokasjoner	**Alternativ 1** Hvis to våkne nattevakter per natt per lokasjon	**Alternativ 2** Hvis en våken nattevakt per natt per lokasjon	**Alternativ 3** Hvis en våken og en hvilende nattevakt per lokasjon.
Totalt lønnstimer som går til nattevakter per natt	246	247	123	164
Totalt behov lønnstimer per år alle lokasjoner	89 790	90 155	45 077	59 860
Totalt behov antall nattevakter per natt	45	26	13	26
Totalt behov for brutto årsverk til nattevakter	48,6	48,8	24,4	32,4
Total kostnad lønn til nattevakter MNOK (per årsverk snitt 800 000)	38,8	39	19,3	25,9
Innsparingspotensiale/ økte kostnader	**0/0**	**0/+0,2**	**-19,5/0**	**-12,9/0**

Også dagtilbudene bør samlokaliseres i større grad enn i dag

Dag- og aktiviseringstilbud vurderes å være ikke-lovpålagte tilbud. Avdeling arbeid og aktivisering har to lokasjoner, en i tidligere Lindås kommune og en i tidligere Radøy kommune. Brukerne har transport til og fra arbeidsstedet. Avdelingen har høy kompetanse og bør ha mulighet til å nytte denne bedre på tvers av de to lokasjonene. Personalet på dagsenteret i Lindås hjelper til med morgenstell i nærliggende bolig før de starter arbeid i dagsenteret. Dette gir god ressursutnyttelse og bør fortsette.

Vi anbefaler på lang sikt at det vurderes om det er mulig å samle all kommunal dag - og aktivisering innen habilitering på Lindås. Dette for å kunne utnytte personalressursene og kompetansen bedre og for å kunne tilrettelegge for gruppetilbud i større grad enn i dag.

Samlokalisering vil gi grunnlag for omorganisering av tjenestene

Dagens organisering i tjenesteområdene habilitering og psykisk helse og rus er basert på lokalisering av tjenestene. De fleste avdelingslederne har drift og medarbeidere på to lokasjoner, noen har flere. Det er koordinatorer i boligene, disse har delegert oppgaver knyttet til daglig drift men har ikke lederansvar. Driften i tjenesteområdene er komplisert, med døgndrift og mye administrasjon knyttet til brukere og ansatte. For å gjennomføre store omstillinger med formål å effektivisere og redusere kostnader kreves det tilstrekkelig lederressurs på operativt nivå, nært brukerne, pårørende og de ansatte. Vi anbefaler derfor ingen omorganisering av tjenestene nå. Omorganisering nå ville også tatt energi og kapasitet, og vil føre til økt fokus på den organisatoriske strukturen i stedet for fokus på organisasjonskultur og samarbeid mellom enheter og avdelinger. Færre organisatoriske enheter og færre ledere bør heller vurderes på lengre sikt, som konsekvens av økt samlokalisering av tjenestene.

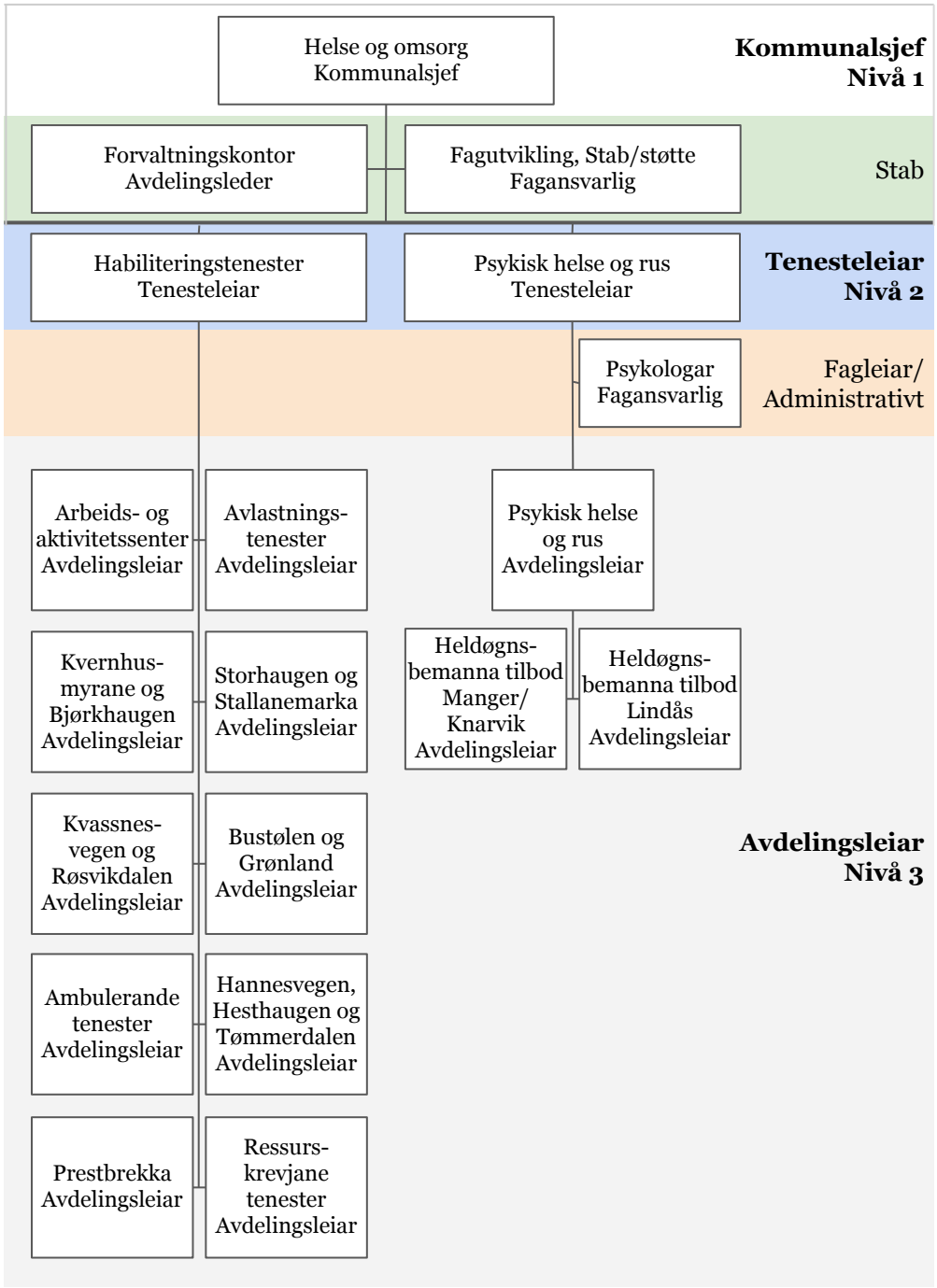
Tiltak lokalisering og bemanning

Tiltak	Ca Innsparings-Potensial MNOK	Effekt	Konsekvens
Nedtak av gjennomsnittlig kompetanse- og ansiennitetsnivå med ca 2 prosent	4,0	Økt andel med fagutdanning	Endring i oppgavedeling mellom yrkesgrupper
Reduksjon av overtidskostnader	1,5	Innføring av stille rapport, Mer sambruk av vikarer	Endrede arbeidsprosesser Behov for opplæring på tvers av boliger
Ta ned vikarkostnader med ca 5 prosent	1,7	Bedre utnyttelse av personell på tvers	Holde vakter ledige der det går og låne personell på tvers heller enn å leie inn
Ta ned antall turnustimer med ca 2 prosent	1,0	Mindre påslag av turnustimer ift vedtakstimer	Revisjon av aktivitetsplaner og bemanningsplaner
Samordningsgevinst på tvers av boliger	0,4	Bedre utnyttelse av personell på tvers	Behov for opplæring
Avvikling av døgnturnuser	0,5	Utjevning av rekruttering og kompetanse	Hvis alternativ 3 nattevaktsordning
Samlokalisering avdeling ressurskrevende brukere	4,5	Mer rasjonell bruk av personell	Reduksjon i antall nattevakter
Samlokalisering av avdeling avlastning	1,1	Mer rasjonell bruk av personell	Reduksjon i antall nattevakter. Bygg og anlegg vil kreve investeringsevne
Samlokalisering andre avdelinger (forutsatt at avd ressurskrevende brukere og avd avlastning allerede er samlokalisert)	7,4	Mer rasjonell bruk av personell, bedre rekruttering	Hvis alternativ 3 nattevaktsordning. Bygg og anlegg vil kreve investeringsevne
Totalt innsparingspotensiale MNOK	**22,1**		

Kapittel 6

Organisering ledelse og styring

Alver kommune har organisert Psykisk helse og rus, og habilitering og under kommunalsjef i tre nivåer



Organisering
Habiliteringstenester og Psykisk Helse og Rus er organisert under Kommunalsjef i Helse og Omsorg.

Alver kommune har valgt å organisere seg i tre nivåer.
Nivå 1: Kommunalsjef
Nivå 2: Tenesteleiar
Nivå 3: Avdelingsleiar

Mellom Nivå 1 og 2 er Stab

Organisering, ledelse og styring

Ledelse og styring er en forutsetning for at organisasjoner skal fungere godt. Forskning viser at gode ledere i stor grad fungerer som relasjonsledere, rollemodeller og tilretteleggere for sine medarbeidere. Samtidig er leder arbeidsgiverrepresentant, med rett og plikt til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet. Arbeidsgivers styringsrett er ulovfestet, og bygger på generell sedvane. Styringsretten er begrenset av hva som følger av lovbestemmelser, tariffavtaler og det individuelle arbeidsforhold. Mange ledere synes det er vanskelig å utøve styringsretten og se eget handlingsrom som leder.

Organisasjonskartet viser at Alver kommune har en 3-nivå organisasjonsmodell. Dette er en vanlig modell, og den er valgt for Alver på bakgrunn av erfaringsinnhenting fra andre kommuner.

Nivå 1: Rådmann, assisterende rådmann og kommunalsjefer
Nivå 2: Tjenesteledere
Nivå 3: Avdelingsledere

Dokumentet "Administrativt delegeringsreglement for Alver kommune" inneholder beskrivelser av hvilke fullmakter kommunen har lagt til hvert nivå. I dokumentets kapittel 2 redegjøres det for delegering av myndighet.Her står at ass rådmann og kommunalsjefer har fast fullmakt til å fungere for rådmann. Om tjenesteledere og avdelingsledere står følgende;

"Tenesteleiarar og avdelingsleiarar vert delegert mynde for å ta heilskapeleg ansvar for drift av tjenesteområde/avdelinga etter gjeldande leiaravtalar. Tjenesteleiar skal likevel kunne utøve mynde direkte på område der det er viktig å koordinere tenester og utvikling på tvers av avdelingar. Slik utøving av mynde skal skje etter forsvarleg styringsdialog med avdelingsleiarnivået. "

Administrativ delegering Alver kommune 17.12.19

Lederne i habilitering, helse og omsorg og rusarbeid har varierende erfaring fra lederjobben. Noen har vært ledere i flere år mens andre nylig har startet. Felles for alle er at de har fått nye ansvarsområder som følge av kommunesammenslåing. Covid- 19 har krevd ekstraordinær innsats fra ledere og medarbeidere, og mulighet til å gjennomføre lederopplæring har derfor vært begrenset til det mest nødvendige, som å lære nye verktøy. Det har ikke vært gjennomført lederutviklingsprogram etter kommunesammenslåingen. I intervjuene ga mange av lederne uttrykk for at de syntes lederjobben var krevende, og at de i liten grad opplever å ha handlingsrom. Flere ga også uttrykk for at de savner overordnet mål og retning for tjenestene, slik at de har noe å styre etter.

Ledelse og styring

Vurdering

Å gjennomføre økonomiske innsparinger vil kreve ledere som samarbeider godt og som har tilstrekkelig evne til å ta beslutninger og gjennomføre tiltak som en ledergruppe. Lederne i habilitering og psykisk helse og rus er dedikerte ledere som vil det beste for sine brukere og medarbeidere.

Nivå 1 er etter vår vurdering tydelig i forhold til fordeling av ansvar og myndighet. Formuleringene innebærer at det er rådmannens fullmakter som gjelder uavhengig av om det er rådmannen selv, ass rådmann eller kommunalsjefen som har styringsdialogen med ledere på lavere nivå. Vi ser imidlertid ikke at det er tydelig i reglementet hvorvidt styringsdialogen fra nivå 1 retter seg mot nivå 2 eller nivå 3. Tjenesteledere og avdelingsledere beskrives som om disse har samme ansvar. Slik vi leser det er forskjellen at tjenestelederne kan utøve direkte myndighet der det er viktig å koordinere på tvers av avdelinger. Vi tolker at styringsdialogen fra Nivå 1 retter seg både mot både nivå 2 og nivå 3, uten at det er klart formulert hvorvidt nivå 2 har videre fullmakter enn nivå 3.

Vår tolkning av at styringslinjene er uklare ble forsterket gjennom intervjuene, der flere av nivå 3 lederne uttrykte usikkerhet med hensyn til hvordan styringsdialog foregår, og hvem de står til ansvar for. Vi oppfatter også at det i liten grad er regelmessig og strukturert styringsdialog mellom nivåene. Avdelingslederne fyller ut skriftlige økonomirapporter hver måned, men de er usikre på hvem som leser rapportene og hva som er prosess for oppfølging av tiltak. Det er planlagt å utforme lederavtaler som skal tydeliggjøre ansvarsfordelingen, men dette er satt på vent ut fra Covid-19 situasjonen.

Arbeidet med å tydeliggjøre ansvar og fullmakter er allerede i gang i kommunen og bør prioriteres høyt framover.

Internkontroll

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, får nødvendige helse- og omsorgstjenester. Lov om kommuner og fylkeskommuner setter krav til internkontroll og kommuneadministrasjonens plikt til å påse at lover og forskrifter blir fulgt. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring beskriver hvilke plikter leder har til å planlegge, gjennomføre evaluere og korrigere tjenestene for å sikre tjenester av god kvalitet. Forskriften tydeliggjør leders ansvar, medarbeideres involvering, brukermedvirkning, krav til forbedring og krav til kvalitet. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskriften der plikter og ansvar er nærmere omtalt. I veilederen står at tjenester av god kvalitet er:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressurser
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt

I følge veilederen er kvalitetsforbedring en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvare. Dokumentasjon av denne prosessen skal skje i et kvalitetssystem.

Observasjon

PwC har ikke gjennomført revisjon av kvalitet, og tar ikke stilling til kvaliteten på tjenestene. For å få en indikasjon om kvalitetsnivå har vi sett på nasjonale kvalitetsindikatorer for psykisk helse, rus og habilitering. Kvalitetsindikatorene tyder på at Alver har tjenestekvalitet omtrent på nivå med snitt i landet innen de to aktuelle tjenesteområdene.

Vurdering

Vår oppfatning er likevel at det ikke er en kontinuerlig prosess for å sikre tilstrekkelig kvalitet og samtidig effektiv ressursutnyttelse. Det foreligger ikke strategi og mål for tjenestene, lederne blir ikke systematisk etterspurt på andre data enn økonomidata og det gjennomføres ikke bruker- og pårørendeundersøkelser. Lite fokus på mål og styring er forklart med at kommunen er ny, og at alt utviklingsarbeidet satt på vent ut fra Covid-19 situasjonen. Dette er forståelig, men har bidratt til at kommunen har lite kunnskap om hvorvidt det er sammenheng mellom ressursbruk, produktivitet, kvalitet og medarbeidertilfredshet. I forbindelse med tiltak for å redusere ressursbruk vil det være helt nødvendig at kommunen parallelt etablerer systemer for å overvåke produktivitet og tjenestekvalitet. Dette arbeidet er kommunen i gang med.

Styringsinformasjon bør jevnlig følges opp av ledere

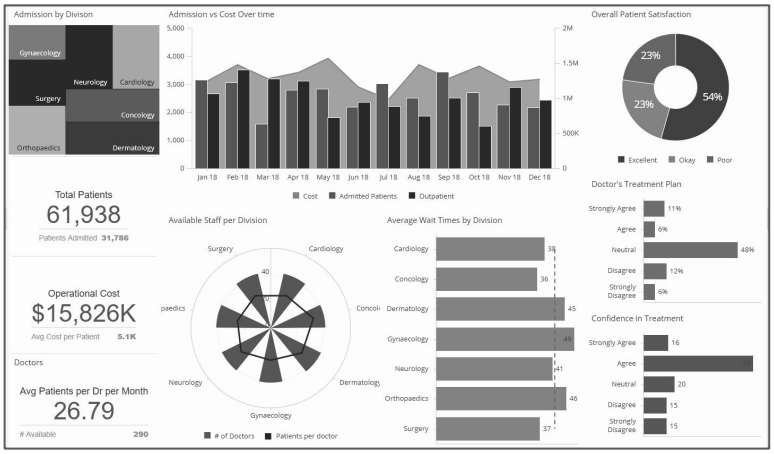
Plikt til å evaluere

Jf. §8 i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, har ledere ansvar for at virksomheten kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt. Ansvaret innebærer blant annet å følge med på målinger og resultater.

Kommunen bør etablere et sett med styringsparametere som blir fulgt opp av alle ledere på alle nivå minst en gang i måneden. Styringsparameterne bør være sammensatt av et utvalg data som er relevante for lederne å følge i den daglige driften. Informasjonen bør være relatert til eget ansvarsområde med indikatorer som gjør det mulig å foreta nødvendige endringar. Informasjonen som kan hentes fram avhenger naturlig nok av hva slags system og rutiner for registrering virksomheten har, men eksempler på aktuelle data kan være:

- Tall på forbruk av brutto og netto månedsverk opp mot budsjett
- Påløpt fast og variabel lønn sett opp mot budsjett
- Bruk av overtid, gjerne per avdeling
- Produktivitet, eksempel antall tildelte vedtak eller antall utførte arbeidstimer sett opp mot antall vedtatte timer per avdeling
- Tjenestekvalitet (eksempelvis avviksstatistikk og status for utvalgte kvalitetsindikatorer)
- Statistikk for gjennomførte medarbeidersamtaler
- Statistikk for klager fra brukere og pårørende

En måltavle, fortrinnsvis i form av et "digitalt dashbord", bør settes opp slik at styringsinformasjonen blir henta inn mer eller mindre samtidig som den blir registrert i det aktuelle fagsystemet. Dashbordet må derfor kunne hente informasjon fra mange ulike systemer. Eksempel på et system som kan hente styringsinformasjon er Power BI fra Microsoft.



Figur: Eksempel på måltavle

I tillegg til at lederne bør håndtere avvik fortløpende, kan det være hensiktsmessig å gjennomgå måltavlen i jevnlige rapporteringsmøter, minst en gang i måneden.

For å måle resultater av endring kan prosesskontroll benyttes som metode

For å sikre overvåking av iverksattet tiltak kan et virkemiddel være å måle ulike KPI'er innen ulike tjenesteområder.

Statistisk prosesskontroll (SPC) er et nyttig verktøy for å presenterer statistiske data grafisk i tidsserier. SPC egner seg godt til bruk ved evaluerings- og forbedringsarbeid, og kan således bidra til å formidle og sikre forståelse av hvordan kvaliteten på tjenestene utvikler seg over tid.

Overvåkning av KPI'er ved hjelp av SPC har tre formål:

- **Variasjonskontroll:** Sikre at praksis er tilstrekkelig stabil (det vil si uten utilfredsstillende stor variasjon) og dermed tilstrekkelig forutsigbar som forutsetning for å vurdere nivå og utviklingsretning.
- **Nivåkontroll:** Sikre at et stabilt nivå er i overensstemmelse med god praksis, altså at kvaliteten har et tilfredsstillende nivå.
- **Forbedringskontroll:** Sikre at forbedringer dokumenteres, altså at kvalitetsutviklingen er tilfredsstillende i retning av det bedre.

Resultatene fra SPC kan med fordel tilgjengeliggjøres for de ansatte slik at de kan følge med på utviklingen over tid.

Figur: Eksempel på SPC-skjema

Tiltak organisering ledelse og styring

Tiltak	Innsparings-Potensia MNOK	Oppstart	Effekt	Konsekvens
Tydeliggjøring av ansvar og fullmakter nivå 3	ukjent	Er igangsatt	Tydeliggjør ansvar og fullmakter	Økt bevissthet om ansvar og fullmakter
Etablering av styringsdata og måltavle	ukjent	2021 Uke 2	Grunnlag for styring og internkontroll	Bedre oppfølging av viktige indikatorer for drift økonomi og kvalitet
Innføring av statistisk prosesskontroll	ukjent	2021 Uke 2	Synliggjør sammenheng mellom tiltak og effekt	Skaper motivasjon for tiltak og gir bedre styring
Etablere lederavtaler	ukjent	2021 Uke 2	Tydeliggjør den enkelte leders ansvar	Bevisstgjøring
Jobbe sammen som strategiske ledergrupper	ukjent	2021 Uke 2	Samkjørte ledergrupper	Mer delegering av driftsoppgaver til lavere ledernivå og til medarbeidere
Gjennomføre lederutviklingsprogram	ukjent	2021 Andre halvår	Bedre ledelse og styring	Økt forståelse for eget handlingsrom som leder
Utarbeide helhetlig plan for tjenesteområdene	ukjent	2021 Andre halvår	Klare mål	Bedre grunnlag for styring. Forankring av hva som må prioriteres ned / bort

Kapittel 7

Kjøp og salg av tjenester fra/til private leverandører

Tiltak kjøp og salg av tjenester

Alver kjøper tjenester fra flere private leverandører til de aktuelle brukergruppene. Dette er arbeids- og aktiviseringstjenester, botjenester og avlastningstjenester. Til sammen kjøpes det tjenester for ca MNOK 35 i 2020.

Vurdering kjøp av plasser:

Det blir blant annet kjøpt to heldøgnsplasser til ressurskrevende brukere, med en kostnad på hhv ca 6 og ca 8 MNOK per plass per år. Dette er brutto kostnad, og kommunen mottar refusjonen. Gjennomsnitt brutto kostnad per kommunal plass for samme kategori brukere i Alver er ca 6,3 MNOK men dette er utenom kostnad til bygg og anlegg. Det ser dermed ikke ut til å være store besparelser på å ta brukerne tilbake til kommunen og organisere tilbud i egen regi. Om det på lang sikt vil lønne seg å si opp avtalene og organisere tilbud i egen regi vil komme an på mulighet til å samlokalisere med andre brukere i samme kategori og ta ut bemanningsgevinster. For dag -og aktiviseringstjenester kjøpes det plasser hos flere private attføringsbedrifter. Tiltakene har stor betydning for brukerne som benytter tilbudene, og tjenestekjøpet har positiv verdi for næringslivet i kommunen. Det anbefales ikke å si opp disse avtalene.

Vurdering salg av plasser:

Kommunen selger også plasser. Dette gjelder 5 plasser i institusjonen Radøy interkommunale busenter (RIB) på Manger. Busenteret er et interkommunalt samarbeid som ble etablert i 2008. Vik kommune og Bergen kommune deltar i samarbeidet og har en plass hver. I tillegg selges det to plasser til to kommuner som ikke deltar i det interkommunale samarbeidet. Alver disponerer for tiden 4 av de 9 plassene i busenteret til sine egne brukere, hvorav en plass står ledig. Institusjonen holder til i en fløy i gamle Radøy sjukeheim, Alver kommune eier bygget. Samarbeidet er avtaleregulert, og kostnadene til drift for hver bruker refunderes helt og holdent av brukerens hjemkommune. Alver har ansvar for ledelse og administrasjon og forsvarlig drift og bemanning. Det er 8 medarbeidere som går i døgnturnus, og totalt 13,9 årsverk fast bemanning.

I lys av den krevende situasjonen Alver står overfor når det gjelder antall lokasjoner og tilhørende bemanningsbehov, så vil det være naturlig å også vurdere å avvikle det interkommunale samarbeidet på RIB. Kostnadsbesparelsen vil være at de brukerne som tilhører Alver kan samlokaliseres med andre brukere i kommunen. En gevinst vil også være at personell og kompetanse som idag brukes på RIB kan nyttes i andre deler av tjenestene. Oppsigelsestid i vertskommuneavtalen er 12 måneder. En eventuell avvikling må skje over tid og i dialog og samarbeid med de kommunene som inngår i avtalen.

Tiltak	Innsparings-Potensial MNOK	Oppstart	Effekt	Konsekvens
Avvikling av Radøy interkommunale busenter Prosjekt for planlegging og gjennomføring	Beregnet inn i generell samlokalisering	2022	Bedre utnyttelse av personell	Samarbeidskommunene må ta hjem sine brukere