



RANDABERG KOMMUNE

Versjon 13.mai 2020

STYRINGSDATA FOR KOMMUNENE

RUNE DEVOLD AS

2020

1. Innledning.....	4
1.1 Formål.....	4
1.1.1 Forkortelser og begrep.....	4
1.1.2 Innledning.....	4
2. Nøkkeltall og oppsummering samlet	6
2.1 KOSTRA: finansiell stilling samlet	6
2.2 KOSTRA for helse- og omsorgstjenester	7
2.3 Folkehelseprofil - noen observasjoner.....	8
2.4 Kommunebarometeret (2019 – tall fra 2018).....	9
2.5 Befolkning og framtidig utgiftsbehov	10
2.5.1 Framskrevet befolkning.....	10
2.5.2 Framskrevet utgiftsbehov.....	10
2.6 Samlet oppsummering og strategi framover	11
2.6.1 Status.....	11
2.6.2 Oppsummering økonomiske virkning	12
2.6.3 Kapasitetsdata og omstilling framover.....	13
2.6.3.1 Kriterier for tildeling av tjenester og utjevning av kapasitet	13
2.6.3.2 Uendrede dekningsgrader.....	13
2.6.3.3 Hvordan kan demografiendringene møtes?	14
2.6.3.4 Hvordan skal merbehovene finansieres?	15
2.6.4 Tilrådning vedrørende eldreomsorg.....	16
3. Oppsummering avdelingsvis	18
3.1 Tjeneste- og koordineringskontoret TKK.....	18
3.2 Hjemmetjenesten.....	18
3.2.1 Brukerdata, effektivitet og fordeling.....	18
3.2.1.1 Oppsummert om effektivitet og fordeling.....	20
3.2.2 Kapasitetsdata og produktivitet.....	20
3.2.3 Oppsummering for hjemmetjenesten	21
3.3 Psykisk helse.....	22
3.3.1 Psykisk helse hjemmetjenestene.....	22
3.3.1.1 Brukerdata og effektivitet.....	22
3.3.1.2 Kapasitetsdata og produktivitet.....	22
3.3.1.3 Oppsummert for psykisk helse hjemmetjenester.....	23
3.3.2 Vestre Goa bofellesskap.....	23
3.3.2.1 Brukerdata og effektivitet.....	23
3.3.2.2 Kapasitetsdata og produktivitet.....	23
3.3.2.3 Oppsummering for Vestre Goa.....	24
3.3.3 Rask psykisk helsehjelp (RPH)	24
3.4 Sykehjem og annen kapasitet med heldøgns tjenester	24
3.4.1 Kapasitetsdata for sykehjem	24
3.4.2 Effektivitet	25
3.4.3 Kostnader i sykehjem.....	26
3.4.4 Vardheim HDO (heldøgns omsorg i boliger)	26
3.4.4.1 Effektivitet 26	
3.4.4.2 Variasjon i mengde tjenester.....	26
3.4.4.3 Økonomi 27	
3.4.4.4 Produktivitet i Vardheim.....	27
3.4.5 Kapasitet med heldøgns tjenester	29
3.5 BOAT.....	29
3.5.1 Boliger med døgndrift og hjemmetjenester	29
3.5.1.1 Årskostnader i HDU	30
3.5.2 Kapasitetsdata.....	31

3.5.2.1	HOT	32
3.5.2.2	Variasjon i brukerbehov i boligene.....	34
3.5.2.3	Skalaøkonomiske effekter	35
3.5.2.4	Oppsummering av kostnadsbildene i boligtiltakene.....	35
3.5.2.5	Tilråding vedr boligtiltakene	36
4.	Vedlegg.....	37

1. INNLEDNING

1.1 Formål

Formålet med rapporten er å gi kommunen en oversikt som kan støtte beslutninger om veivalg videre. Rådmannen har presisert at kommuneøkonomien etter oljekrisen er vesentlig forandret, blant annet med svikt i frie inntekter. Han har bedt om fokus på omstillingsmuligheter som ikke endrer budsjettbalansen når kommunen skal gjennomføre endringer i henhold til demografi utviklingen med vekst i antall eldre.

Kap 2 er ment for å danne et bakgrunnsteppe samt samlet oppsummering, kap 3 tar for seg avdelingene enkeltvis.

Korona-krisen i 2020 kan få betydning for de veivalg helse- og omsorgstjenestene skal gjøre framover. Slike eventuelle konsekvenser er ikke omtalt i rapporten.

1.1.1 Forkortelser og begrep

HDO: boliger med heldøgns tilbud til eldre, mennesker med psykiske plager mv. Kriteriet for heldøgns er nattevakt/alarm og hjelp på natt tilgjengelig innen 10 minutter.

HDU: boliger med heldøgns tilbud til utviklingshemmede og sterkt fysisk funksjonshemmede.

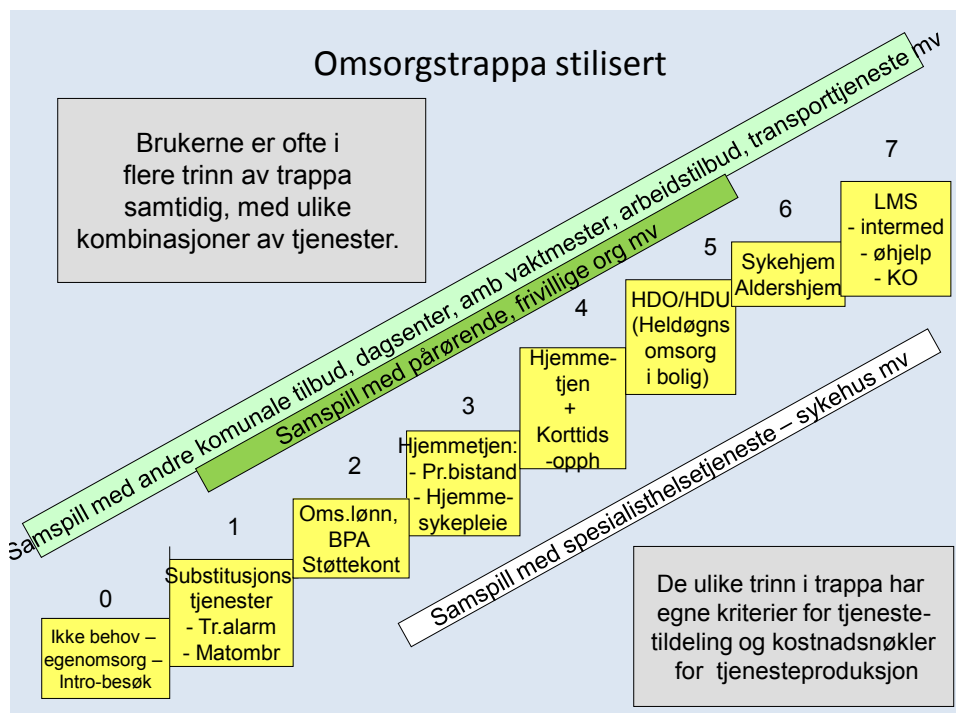
PB: forkortelse for praktisk bistand. I vedtak om tildeling av tjenester benyttes også begrepene personlig assistanse og opplæring. Disse kodes som praktisk bistand ved innrapportering til sentrale myndigheter.

Pleietyngde: Brukerens funksjonsnivå jfr IPLOS karlegging av ADL (aktiviteter i daglig liv)

1.1.2 Innledning

Drifts- og ressursanalysen inngår i kommunens evaluering av pleie- og omsorgstjenestene, og skal støtte kommunens langtidsplanlegging.

Hva som måles (parametere): Rapporten fokuserer på nivå på tjenestene og kjennetegn ved brukerne i ulike deler av omsorgstrappa, kriterier for tjenestetildeling, fordelingspolitikk, effektivitet, produktivitet og sammenlikning med andre kommuner.



Formålet med å inndeke omsorgstrappa i mest mulig entydige trinn er å underbygge forståelsen av at det enkelte trinn gir ulikt tilbud til ulik kostnad. Det er viktig for å kunne se på effektivitet og produktivitet.

Effektivitet: krav om at omsorgstrappa skal være utbygd og brukt på en slik måte at det best mulig tjener

befolkningens behov for omsorgstjenester.

Produktivitet: tjenesteproduksjonen skal tilfreds-stille krav til bruk av riktig ressursmengde for å produsere vedtatte tjenester til brukerne.

I rapporten gjøres sammenlikning med andre kommuner. En stor database med nøkkeltall er blitt til gjennom mange drifts- og ressursanalyser. I alt er det nøkkeltall fra analyser av om lag 35.000 brukere.

2. NØKKELTALL OG OPPSUMMERING SAMLET

KOSTRA - noen nøkkeltall¹ er publisert i 2019 gjelder for 2018. Tallene er dermed noe utdatert. Kommuneregnskapet for 2019 vil gi bedre beslutningsstøtte.

2.1 KOSTRA: finansiell stilling samlet

Oversikten viser Randaberg, sammen med k-gr 8 og landet uten Oslo.

Driftsresultatet på -0,2 % er kritisk svakt, arbeidskapitalen (likviditeten) er helt ok, mens renteeksponeringen og langsiktig gjeld er dobbelt så stor som landet uten Oslo og betydelig over k-gr 8, men noe høyt i forhold til landsgjennomsnittet. Frie inntekter pr innbygger ligger på gjennomsnittet, mens fri egenkapital drift i % av brutto driftsinntekter er 7,4, den kunne gjerne vært styrket. Brutto investeringsutgifter er omtrent på nivå med k-gr 8, men høyere enn landsgjennomsnittet, Randaberg ligger meget godt an med hensyn til egenfinansiering av investeringene.

Nøkkeltall	Randaberg 2018	Kostragr 08 2018	Landet uten Oslo 2018
Netto driftsresultat i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	-0,2	1,5	2,1
Årets mindre/merforbruk i driftsregnskapet i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	0,1	1	1,2
Arbeidskapital ex. premieavvik i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	23	21,5	21,5
Netto renteeksponering i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	96,2	60,9	43,5
Langsiktig gjeld ex pensjonsforpliktelser i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	154,2	120,3	105,5
Frie inntekter per innbygger (kr)	54217	53000	55132
Fri egenkapital drift i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	7,4	10,2	11,1
Brutto investeringsutgifter i prosent av brutto driftsinntekter (prosent)	18,8	16,3	15,1
Egenfinansiering av investeringene i prosent av totale brutto investeringer (prosent)	49,1	22,1	25,7

Kommunens svake finansielle stilling henger blant annet sammen med sterkt fall i skatteinntekter etter nedgangen i olje- og oljerelatert virksomhet i regionen. I tillegg til at mange mistet jobben ble også lønnsnivået redusert.

¹ www.ssb.no

2.2 KOSTRA for helse- og omsorgstjenester

Utgiftsnivået pr innbygger er lavere enn k-gr 8 og 17% lavere enn landet uten Oslo, samme gjelder netto driftsutgifter i % av kommunens samlede netto driftsutgifter. Antall årsverk pr 10 000 innbygger er markert lavere enn landet, men om lag på linje med k-gr 8.

Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning ligger jevnt med k-gr 8 og landet uten Oslo.

Nøkkeltall	Randaberg	Kostragr 08	Landet uten Oslo
	2018	2018	2018
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	23339	24877	27206
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	274,5	278,3	311,5
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto drifts (prosent)	25,7	28,6	31,9
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helseutdanning (prosent)	73,6	75,4	74,8
Andel brukertilpassede enerom m/ eget bad/wc (prosent) ¹	90,2	92,2	89,7
Andel private institusjonsplasser (prosent)	0	0,4	5,4
Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	5	4,9	4,8
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	11,3	10,6	11,3
Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	9,6	8,6	9,5
Avtalte årsverk i helsetasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk)	63,8	49,1	42,1
Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst (prosent)	94,3	88,7	90,1

2.3 Folkehelseprofil² - noen observasjoner

Veldig mange indikatorer viser at Randaberg ligger bra an, tett på gjennomsnittet for fylket og landet, både når det gjelder unge, voksne og eldre.

² <https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1127&sp=1&PDFaar=2020>

På plussiden:

- Forventet levealder for både kvinner og menn ligger godt over snittet for Rogaland og landet
- Lav andel aleneboende 45 år +
- Lav andel lavinntektshusholdninger
- Lav andel 0-17 år som bor trangbodd
- Høy andel som trives på skolen, 10.klasse
- God tilfredshet med lokalmiljøet blant unge

- Overvekt og fedme, unge 17 år

- Vold, anmeldte tilfeller

På minussiden:

- Drikkevannsforsyning
- Bruk av antibiotika
- Ensomhet unge
- Røyking blant kvinner
- Luftkvalitet svevestøv

Folkehelseprofilen underrapporterer konsekvensene av at et stort antall mennesker sliter med psykisk helse, de fleste i yngre alder og midt i livet. Dette er problematisk.

2.4 Kommunebarometeret³ (2019 – tall fra 2018)

År	Total plass	Grunn-skole	Pleie og oms.	Barne-vern	Barne-hage	Helse	Sosial-tjen	Kultur	Miljø og ressurs er	Saks behan-dling	Vann avløp ren	Økono-mi	Kost-nads-nivå
2019	213	81	68	189	361	136	364	113	181	165	173	362	284
2018	138	48	80	49	223	299	384	106	152	336	26	389	248
2017	65	67	76	30	247	150	392	85	122	336	31	320	247
Vekt	100%	20%	20%	10%	10%	7,5%	7,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	10%	5%

Kommunebarometeret er en sammenligning av landets kommuner, basert på til sammen 60 sentrale nøkkeltall. Hver kommune gis en rangering blant alle landets kommuner. Hensikten er å gi beslutningstakere en lettfattelig og tilgjengelig oversikt over hvordan kommunen driver. Barometeret utarbeides av KS, og bygger på KOSTRA-tall og andre registre, for eksempel Grunnskolen informasjonssystem. Det består av 13 forskjellige sektorer, som er vektet ulikt. Grunnskole, pleie og omsorg, barnehage, barnevern og helse utgjør til sammen 67,5% prosent av barometeret. Se linjen 'vekt' i tabellen.

Alt i alt skårer Randaberg slik at plasseringen er midt på treet i 2019 (nr 213), nedadgående tendens de siste årene. Mye av dette forklares utviklingen innen barnevern, barnehager og vann-avløp. Innen pleie- og omsorg ligger kommunen på 68 plass, stabilt på dette nivået i flere år. Hovedtyngden av de viktigste tjenestene scorer godt, mens vi ser speilbildet av svake tall i KOSTRA-finansiell stilling i økonomi i barometeret, nr 362.

Barometerets utsagnskraft er ikke like god på alle områder, så tolkning må gjøres nøkternt. Men alt i alt gir det en pekepinn.

³ www.ks.no www.kommunal-rapport.no/kategori/kommunebarometeret

2.5 Befolkning og framtidig utgiftsbehov

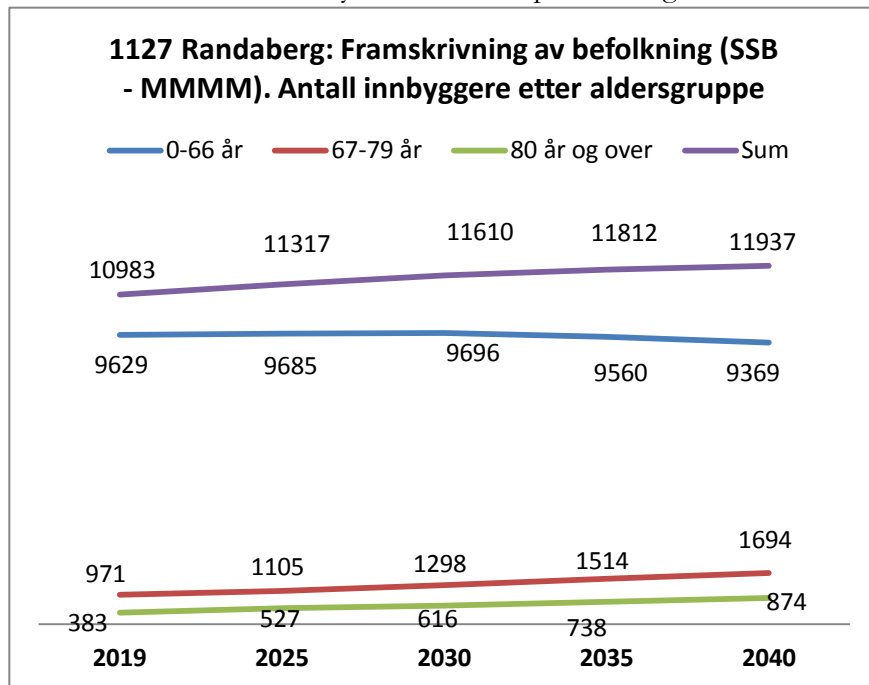
2.5.1 Framskrevet befolkning

Folketallet skal øke, men det er kritisk at grafen viser at dette skyldes en kraftig vekst blant de eldre gruppene. Barn, unge og yrkesaktive skal reduseres med 260 (3%) fram til 2040. Dermed svekkes skatteinngangen. Slik arbeidsmarkedet ser ut virker det sannsynlig at folk har arbeid å gå til i årene som kommer, men det må tas forbehold om langtids virkning av koronakrisen.

Andelen 67-79 år skal øke kraftig, med 723 (74%). Erfaringen viser at disse gruppene er potensielle store brukere av helse- og omsorgstjenester, samtidig vet vi at mange av dem er flinke til å innrette seg for alderdommen med hensyn til å ta vare på helsa og sikre et hensiktsmessig sted å bo. Men det gjelder ikke

alle; de som ikke lykkes med dette får ofte store behov.

Andelen 80 år+ skal mer enn dobles, fra 383 til 874 i 2040. Det er positivt at forventet levealder i Randaberg ligger høyt, det er bra at man lever lenger og forhåpentlig bedre. Utfordringen for kommunen er at det vil kreves tjenester. Det har tidligere vært vanlig å se på sykehjemsdekning som %-andel av antall 80 år+. I Randaberg ligger andelen lavt. Tidligere ville man tenkt at antall sykehjemsplasser måtte mer enn dobles fram til 2040. Men de senere år viser det seg at kommuner med lav sykehjemsdekning kan kompensere dette med boliger der det er mulig å levere heldøgns tjenester.

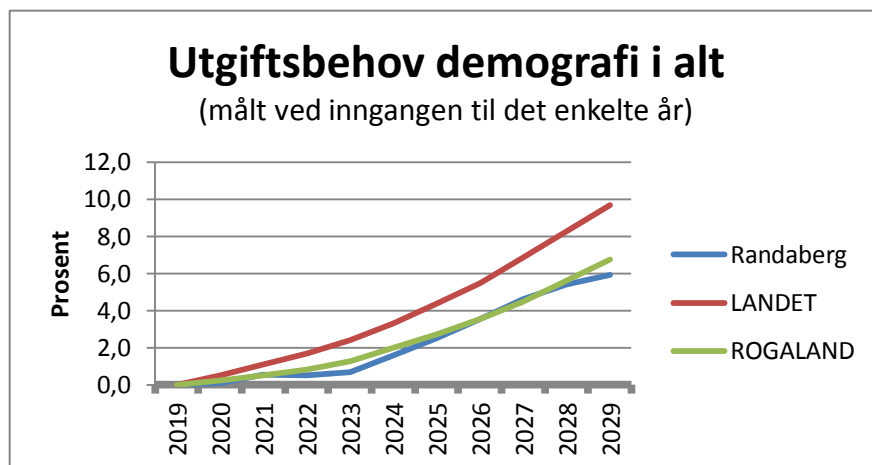


Et korrektiv til dette vil være å se på utvikling i antall 90 år+. Den skal mer enn 3-dobles fra 54 til 172.

2.5.2 Framskrevet utgiftsbehov

Neste figur viser den økonomiske konsekvensen av befolkningsutviklingen. Tallene er hentet fra TBU 2019⁴.

Korona-krisen i 2020 vil få virke inn på kommunesektoren på lang sikt. Men hvordan dette vil skje og i hvilket omfang er umulig å si nå. Dette forbeholdet slår inn i det som framstilles nedenfor.



Tallene viser utfallet dersom alle forhold unntatt befolkningsendringer holdes konstant; det vil si at en rekrutterer forholdsmessig lik andel av befolkningen til ulike kommunale tjenester i framtida som i dag. Eksempelvis forutsettes at en

g av kostnadsnøkler og kriterier i inntektssystemet

lik andel av 80 år+-gruppen skal ha sykehjemsplass som i dag.

Randaberg kan forvente en vekst i utgiftene på om lag 6%, mens Rogaland ligger litt over, landet skal øke med om lag 10%. Deler av utgiftsveksten vil bli kompensert gjennom rammeinntektssystemet gjennom kriteriene antall innbyggere 67-79 år, 80-89 år antall 90 år+ og tilhørende kostnadsnøkler.

Det er usikkert fra år til år er hvordan staten legger opp kommuneøkonomien. Finanspolitikken avgjør hvor stor kommuneøkonomien skal være, deretter bestemmes hvordan kriterier og kostnadsnøkler skal se ut i inntektssystemet for kommunene. Det er altså ikke slik at merutgifter kompenseres automatisk, det som skjer er mer likt et nullsumspill innenfor den rammen som bestemmes for kommuneøkonomien.

Finansdepartementet legger hvert 4. år frem en stortingsmelding, kalt perspektivmeldingen, hvor fremtidens utfordringer for landet og regjeringens strategi for å møte dem blir presentert. Her drøftes viktige utfordringer og valgmuligheter for norsk økonomi og offentlige finanser de neste 50 årene. *‘I Perspektivmeldingen 2017 trekkes det frem at det er nødvendig med tydeligere prioriteringer av mål og en aktiv, systematisk og kontinuerlig innsats for å øke effektiviteten i offentlig sektor’.*⁵ Dette er en forsiktig måte å uttrykke at kommunene må forvente strammere rammer. Regjeringen Solberg planla å fremme en ny perspektivmelding i 2020. Koronakrisen har satt en strek over dette.

2.6 Samlet oppsummering og strategi framover

Bakgrunnstallene for økonomi og tjenesteyting peker tydelig mot at Randaberg har behov for å omstille for å trygge en bærekraftig økonomi. Kommunens finansielle stilling pr i dag er presset, og kan ikke forventes å bedre seg som følge av eventuell positiv utvikling i for eksempel forhold knyttet til arbeids- og næringsliv generelt. Koronakrisens konsekvenser er pr i dag en stor x-faktor. Analysen tar fatt i situasjonen før krisen satte inn. Men faktum fra analysen må forstås med forutsetning om at krisen med stor sannsynlighet vil forsterke presset mot kommuneøkonomien som følge av redusert/negativ utvikling i brutto nasjonalprodukt, redusert økonomisk aktivitet i lokalsamfunn og region, utvikling i antall ledige og permitterte samt forventede nye handlingsmønstre i husholdningene.

2.6.1 Status

De ordinære hjemmetjenestene er hovedmotoren i omsorgstrappa og skal ha evne til å utjevne variasjoner i brukerbehov over tid. Se blant annet eget avsnitt om variasjoner i dødelighet som utgjør behov for justert kapasitet i hjemmetjenestene tilsvarende flere millioner kroner, gitt at sykehjemskapasiteten er fullt belagt. I Randaberg er hjemmetjenestene ganske effektivt brukt, men det er en viss skjevfordeling av kapasitet. Tabellen oppsummerer de økonomiske konsekvensene av dette. Det vises også til drøfting i kap 3 ang hjemmetjenestene.

Mertjenester, virkning	Totalt	Lette	Middels	Omfattende
Randaberg sum t/u, diff timer sammenliknet med ‘allekomm’	155,4	188,4	-15	-18
Årsverk (t/u / 35,5)	4,38	5,31	-0,42	-0,51
Kroner (årsverk x 0,7 mill kr)	3064	3715	-296	-355

Tabellen omfatter både ordinære hjemmetjenester og hjemmetjenester i psykisk helse og viser at samlet omfang av skjevfordeling er på 155,4 timer/uke, det tilsvarer 4,38 årsverk. Økonomisk verdi av dette er 3,064 mill kr. Fordelingspolitisk er det altså noe å gå på.

⁵ https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/perspektivmeldingen-2017/id2484715/

I kapitel om de ordinære hjemmetjenestene er kostnader pr bruker beregnet til kr 134.721, kr 19.973 kr pr bruker, 17% mer enn de vi sammenlikner med. Mengde tjenester som ligger i vedtakene er noe høyt, men det er ikke sannsynlig at vedtakene utføres fullt ut. Den økonomiske verdien av 'mer-tjenestene' er 2,94 mill kr. Drifta i ordinære hjemmetjenester er produktiv, men er med stor sannsynlighet i mangel av kapasitet tilsvarende 6-7 årsverk for å kunne betjene summen av de vedtak om tjenester som skal betjenes. Dersom mengde tjenester justeres ned som vist i tabellen ovenfor vil kapasiteten være bedre avstemt med vedtakene. I oppsummering om økonomi nedenfor benyttes 3 mill kr som estimat for merkostnader, jfr tabellen ovenfor.

Det er en viss skjevhet i fordeling av kapasitet slik at de med små behov får såpass mye tjenester at det blir mindre igjen til brukere med middels og omfattende behov enn ønskelig. Tilrådingen blir å beholde ressursene, men omstille slik at en kan gi tilbud til flere med omfattende behov og derved forsinke behov for sykehjem/HDO for flere.

HDO (Vardheim) er effektivt brukt, produktiviteten må ikke bli svakere. Mengde tjenester ligger noe høyt og det medfører ekstra kostnader. Andelen brukere med omfattende behov er stor, og de mottar en del mer tjenester enn tilsvarende brukere med omfattende behov i andre kommuner vi har tall for. Den økonomiske effekten av dette er 4,3 mill kr når kostnadene pr bruker sammenliknes med 2403 brukere i databasen. Hvorvidt det faktisk er en omstillingsmulighet her må vurderes.

Sykehjem er effektivt brukt og produktivt drevet.

Samlet kapasitet i heldøgns tjenester ekskl psyk helse er 18,8% av befolkningen 80 år+. Det er ganske beskjeden dekning. I kombinasjon med høy utnyttelse av kapasitet i hjemmetjenesten er drifta på et høyt risikonivå dersom det skulle oppstå hendelser. Etter et par år med høy dødelighet kan dagens kapasitet i heldøgns tjenester ventes å bli utfordret de kommende 2-3 årene.

Psykisk helse har et driftsmønster som bør gjennomgås for å få mer ut av ressursene. Isolert sett bør for eksempel mer satsing på gruppetilbud kunne frigjøre ressurser. Hvor mye er vanskelig å beregne, det er mange faktorer som spiller sammen og som det er vanskelig å overskue samlet sett. Produktiviteten, driftsformen i Nyvollveien og Vestre Goa som del av helheten bør inngå i det som ses på. I kapitel 3.3. er det skjønnsmessig estimert et omstillingspotensiale på 2 mill kr pluss eventuelle forhold vedrørende produktivitet.

BOAT har strukturelle merkostnader, muligens også andre merkostnader. Det er beregnet at merkostnadene beløper seg til inntil 8,2 mill kr sammenliknet med materialet i databasen vi sammenlikner med.

2.6.2 Oppsummering økonomiske virkning

Konsekvensen av funn i rapporten kan oppsummeres til å utgjøre et omstillingspotensial på 17,5 mill kr. Dette er et estimat som hviler på forutsetning om at det gjøres endring i praksis. Sagt på en annen måte så er tallene å betrakte som 'monopolpenger', endring i kostnader for BOAT krever muligens investeringer, boligtilbudet må endres, endring i kostnader i hjemmetjenestene krever endring i vedtak og organisering av tjenestene.

Nr	Enhet/driftsområde/tiltak som endrer praksis	Kostn mill kr	Merknad
	Sum	17,5	
1	BOAT, strukturelle merkostnader	8,2	Kan kreve investeringer.

2	Hjemmetjenester ord, merkostn pr bruker	3,0	Mengde tjenester/lønnsnivå.
3	Merkostnader i Vardheim	4,3	Mengde tjenester/lønnskostnader
4	Ressursutnyttelse i psykisk helse	2,0	Mengde tjenester, gruppetiltak mm, usikre anslag.

2.6.3 Kapasitetsdata og omstilling framover

2.6.3.1 Kriterier for tildeling av tjenester og utjevning av kapasitet

Kommunen benytter retningslinjer for tildeling av tjenester, det er publisert serviceerklæringer på hjemmesidene. I dagens situasjon viser det seg at mengde tjenester ligger noe høyt både i ordinære hjemmetjenester, psykisk helse og i Vardheim. I tillegg er det en viss skjevfordeling av kapasitet når det gjelder hjemmetjenester til de med små, middels og omfattende behov. På denne bakgrunn er det naturlig å adressere spørsmål om dette samsvarer med de retningslinjene som benyttes.

TKK framholder at de gjør individuelle vurderinger og at de bruker faglig skjønn ved vurdering av brukernes behov og tildeling av tjenester. Når resultatet av alt dette er vedtak som jevnt over ligger noe høyt tilrås at kommunestyret får til behandling en ny strategi for revurdering av vedtakene. Strategien må settes inn i en framtidig kontekst der frisklivstjenester, velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering, tidsbegrensede vedtak, sykepleieklinikk, rask psykisk helsehjelp og ulike andre lavterskeltilbud setter rammen. Randaberg har satset en god del på disse tjenestene; det skal forventes bedre effekt enn tallene viser pr i dag.

I dette arbeidet er det naturlig at en også ser på hvordan kapasitet kan utjevnes.

2.6.3.2 Uendrede dekningsgrader

Befolkningens behov for de ordinære helse- og omsorgstjenester til eldrebefolkningen framover slik som vist i avsnitt om demografikostnader blir en stor utfordring som må adresseres ganske raskt. Analysen viser en omsorgstrapp som har begrenset kapasitet på toppen. Randaberg har 18,8% dekningsgrad i HDO og sykehjem i kombinasjon med allerede høy kapasitetsutnyttelse i hjemmetjenesten. Dette er krevende, risikoen er høy. Budsjettbalansen skal ikke endres hvilket betyr at vi beregner hvordan kapasiteten framover må utbygges for å holde dagens dekningsgrader.

Hjemmetjenestene er hovedmotoren i omsorgstrappa. Strategien videre må ta høyde for å øke og omstille kapasiteten for å møte endringer i demografi, jfr det som er omtalt innledningsvis i rapporten. På den måten vil Randaberg sikre en kostnadseffektiv omsorgstrapp på lang sikt.

9% av alle over 67 år har hjemmetjenester pr i dag, i snitt mottar de tjenester tilsvarende 5,2 timer/uke. Dersom dagens tjenesteyting til grupper over 67 år framskrives til 2025 blir det behov for 3,8 årsverk + 30% indirekte tid ekstra i hjemmetjenesten = 4,94 årsverk. Framover mot 2040 øker kapasitetskravet med ytterligere 12 årsverk. Til sammen altså om lag 17 årsverk beregnet fra 2019 til 2040. Eventuelt behov for å styrke den ambulerende nattevakten kommer i tillegg.

Fram til 2025 øker behovet for plasser med heldøgns tjenester med 27 flere plasser. Heldøgns plasser er beregnet ut i fra dagens dekningsgrad på 18,8% av antall 80 år+, uavhengig om plassene er i sykehjem eller HDO. Etter 2025 fram til 2040 øker behovet med ytterligere 60 plasser. Til sammen altså 87 plasser beregnet fra 2019 til 2040.

Boligpolitikk blir en vesentlig del av strategien framover. Kommunal boligpolitikk kan ikke erstatte private, men kommunen står sentralt i å passe på at det er kapasitet til å betjene de som trenger det mest på en

produktiv og effektiv måte. Med dette menes konkret at kommunen setter seg i førersetet for å bygge boliger som hjemmetjenesten kan drifte ut i fra beboernes faktiske behov. Det forutsettes at kommunens husleier er markedstilpasset slik at en ikke utkonkurrerer private.

Fram til 2017 viser SSB's tall følgende antall beboere i kommunale boliger inne pleie- og omsorg:

1127	Bebuarar i bustader kommunen disponerer til pleie-omsorgsformål ⁶													
Randaberg	2002	2003	2004	2005	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Alder i alt	95	91	96	111	113	106	106	110	..	105	109	90	84	
Under 67 år	39	38	45	50	53	58	64	59	..	51	52	47	44	
67-74 år	7	8	9	10	9	5		7	..	12	15	15	11	
75-79 år	8	6	4	3	7	10	8	10	..	8	13	8	8	
80-84 år	11	16	17	22	11	9	9	8	..	9				
85-89 år	16	13	11	16	23	12	8	8	..	9	12	6	7	
90 år+	14	10	10	10	10	12	17	18	..	16	17	14	14	

Antall i enkelte grupper er 5 eller mindre, de er derfor slått sammen med andre grupper i fargemerkede celler. Jevnt over er halvparten av kommunens boliger tildelt folk under 67 år. Noen er knyttet til psykisk helse, andre er boligtiltak til nye landsmenn, BOAT mv. Den øvrige halvdel er relevant for drøfting innen eldreomsorg.

Summen av boliger pr 2017 som er disponert til folk 67 år+ er i alt 40, om lag 3% av samlet befolkning i denne aldersgruppen (i alt 1354). Dersom denne dekningsgraden beholdes fram til 2040 vil boligbehovet øke med 35 boliger.

	Økning fram til 2040
Kapasitet i hjemmetjenesten	17 årsverk
Antall boliger og sykehjem/HDO:	
Boliger/HDO	35
Sykehjem/HDO	52
Sum boliger og sykehjem/HDO	87

heldøgns tjenester.

Oppsummert om kapasiteter

Tabellen oppsummerer behov for økning av kapasiteter fram til 2040, gitt samme dekningsgrad som pr i dag (3% dekning boliger til 67 år+, 18,8% dekning heldøgns tilbud til 80 år+). Boliger og sykehjem omtales her begge i kombinasjon med HDO. Dette gjøres for å synliggjøre at det ikke går en absolutt grense for hvor det er mulig å levere

2.6.3.3 Hvordan kan demografiendringene møtes?

Det er mange x-faktorer i dette, her følger noen viktige:

- Hvor stor andel av gruppen 67 år+ vil faktisk utvikle behov for hjemmetjenester? Pr i dag er det 9%.
- Vil bedre boliger, frisklivstjenester, hverdagsrehabilitering, fysio- og ergoterapi og velferdsteknologi øke mestringsnivåen og dermed redusere tjenestebehovet hos 67 år+? Pr i dag er behovet 5,9 timer/uke i snitt. Leder av fys/ergo/friskliv uttaler: «Det er et mål for frisklivssentralen å kunne spille en rolle her, og et ønske vi har er f.eks. å ha kapasitet til å kunne fokusere mer på 60 år+ grupper, og å hindre

⁶ <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommunekatalog/>

utviklingen av et økt omsorgsbehov. Her har jo også fysio- og ergoterapitjenesten en stor rolle, om vi får kommet tidlig nok inn, og det er her vi også ønsker å kunne utvikle et større gruppetilbud innenfor fysioterapitjenesten. Ellers er hverdagsrehabiliteringstanken sentral i dette konseptet med å øke mestringsevnen, og da handler det også om å komme tidlig nok til, og mest sannsynlig å jobbe på en annen måte. Jeg tenker det er selvfølgelig i denne rapporten hvorfor vi ikke har fått hverdagsrehabilitering til å fungere, da hjemmetjenesten har for lite ressurser».

- Vil økt fokus på å ta ansvar for egen helse redusere antall som trenger tjenester og mengde tjenester? Leder av fys/ergo/friskliv uttaler: *«Dette fokuset må starte tidlig – og det må være et fokus som kommer fra alle kanter – ikke bare fra helsetjenesten. Kanskje i lys av korona-effekten, hvor det viser seg at det er de med livsstilssykdommer som har tatt minst vare på egen helse og som er en av de største risikogruppene i denne pandemien. Kan dette fokuset øke? Jo tidligere fokus desto bedre. Frisklivssentralen er hovedsakelig ment å være et helsefremmende og forebyggende tilbud til innbyggere i kommunen som fortsatt ikke har vist et stort behov for andre tjenester. Vi skal være et kortsiktig tilbud for å hjelpe innbyggerne i gang med å ta ansvar for egen helse».*
- Vil vi lykkes med å yte hjemmetjenester enda lenger enn i dag (forsinke innleggelse) slik at gjennomsnittlig oppholdstid i sykehjem reduseres ytterligere. Pr i dag er oppholdstid 1,34 år i Randaberg sykehjem og 2,3 år i Vistestølen sykehjem.
- Hvor lenge kan vi beholde dagens dekningsgrader med hensyn til heldøgns tilbud og boliger når antall eldre øker? Hvordan kan vi dekke dette behovet?
- Vil hjelpetjenestene over for barn og unge, psykisk helse, fys/ergo/friskliv m fl greie å bremse utviklingen av antall brukere i yngre aldersgrupper, herunder antall som blir uføretrygdet? Pr i dag er 40 brukere i psykisk helse mellom 20 og 39 år, 15 er 40-49 år, 25 er 50-66 år. Leder av fys/ergo/friskliv uttaler: *«Målet til frisklivssentralen er bl.a. å være med å stanse/bremse utviklingen av behov for tjenester – tidlig innsats uansett alder bør være et overordnet mål, uavhengig av type tjeneste».*
- Vil psykisk helse greie å bremse utviklingen av antall med psykogeriatriske problemer og dermed bremse behov for spesielle institusjonsplasser og ressurskrevende tjenester i hjemmetjenestene? Pr i dag er det 39 personer 50 år+ som har tjenester fra psykisk helse, 14 er 67 år+.

2.6.3.4 Hvordan skal merbehovene finansieres?

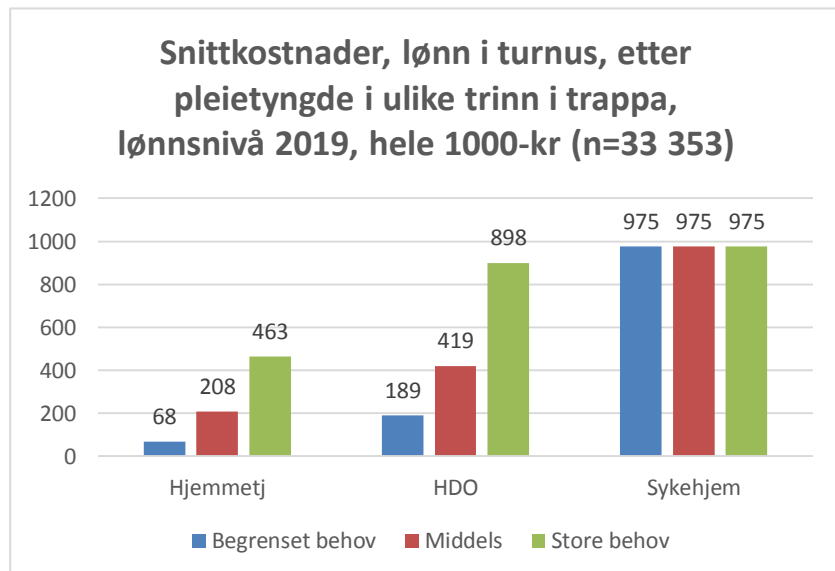
Inntektssystemet⁷ for kommunene vil kompensere noe av merkostnadene ved at innbyggertilskuddet for ulike aldersgrupper blir beregnet på et økende antall innbyggere i de aktuelle aldersgruppene. Men vi vet ikke før statsbudsjettet for det enkelte år hvordan kostnadsnøklerne utvikler seg. Kostnadsnøklerne for innbyggere 67 – 79 år, 80 – 90 år og 90 år+ er de sentrale her. Regjeringens og Stortingets behandling av perspektivmeldingen bar bud om at kommunene må effektivisere, men vi vet ikke hvor mye. Det er grunn til å anta at kommunene må stramme inn livreima uansett.

For kommunenes langtidspanlegging blir det sentrale å innrette seg billigst mulig for å øke sannsynligheten for at deres egne kostnader ligger tettest mulig på den fortløpende utvikling i kostnadsnøklerne. Aller helst bør egne kostnader ligge under kostnadsnøklerne. Lykkes man i dette vil en unngå å svekke budsjettbalansen.

Det er verdt å merke seg at inntektssystemet ikke gir den enkelt kommune inntekt etter det faktiske antall sykehjemsplasser kommunen har. Det er kommunens eget valg. Systemet (kostnadsnøklerne) beregnes ut ifra et landsgjennomsnitt av kostnader kommunene har for innbyggere i de enkelte aldersgrupper. Randabergs knappe kapasitet i heldøgns tilbud, 18,8% av antall innbyggere 80 år+, blir derved en fordel fordi Randaberg i stor grad produserer tjenestene til lavere kostnader på lavere trinn i omsorgstrappa enn i sykehjem. Det

⁷ Jfr Teknisk beregningsutvalg (TBU), årlig oppdatering av grunnlaget for 3-partssamarbeidet og inntektssystemet for kommunene.

antas at kommunen over tid vil tilpasse seg et kostnadsnivå som er noe lavere enn dagens der en ser muligheter til det. For eksempel er snittkostnadene for hjemmetjenester i Randaberg om lag 20000 kroner høyere pr bruker enn snittet i databasen. Dette bør bli justert.



På lang sikt blir estimatene sikrere ved å benytte snittkostnadene i databasen når en skal se på hvordan en bør dekke merbehovene framover.

Sykehjemskostnader er fratrukket snitt vederlagsbetaling pr plass.

Brukere med begrenset behov varierer i kostnader fra kr 68.000, - i hjemmetjenestene og kr 189.000, - i HDO. Brukere med små behov kan være aktuelle for sykehjem dersom kommunen ikke har alternative tilbud til de som plages av for eksempel angst. I så fall er kostnadene kr 975.000, - i snitt pr plass også for disse

selv om de greier seg med veldig lite tjenester så lenge de er trygge.

Brukere med middels behov varierer slik at hjemmetjenesten betjener disse til om lag halve kostnaden sammenliknet med HDO.

Brukere med store behov kan betjenes på alle tre nivåer. Kostnadene varierer fra kr 463.000, - i hjemmetjenestene via kr 898.000, - i HDO til kr 975.000, - i sykehjem. Pr i dag har Randaberg 9 brukere med store behov i hjemmetjenestene med snittkostnader noe under 0,5 mill kr pr år.

2.6.4 Tilrådning vedrørende eldreomsorg

Randaberg kommune har over tid mestret å ha lav dekningsgrad innen heldøgns omsorg. I det videre tilrås å beholde dette, samtidig som det satses på å drifte med lavere kostnader enn kostnadsnøklen i inntektssystemet. Ved dette vil demografikostnadene ikke påvirke budsjettbalansen.

Det forutsettes at hjemmetjenestene lykkes med å redusere og omdisponere kapasitet som omtalt ovenfor. Derved legges grunnlag for vekst framover i takt med endringer i demografien. I tillegg må det satses på boligtiltak som kan driftes av hjemmetjenestene. Som vist foran er kapasitetsveksten beregnet til 87 enheter. Heldøgns drift vil da ha tre former:

1. Sykehjem
2. Heldøgns bolig med stasjonær bemanning dag, kveld og natt (jfr Vardheim)
3. Boliger med fleksibel bemanning der heldøgns tiltak kan settes inn når beboers behov tilsier det.

I alternativ 3 dekker hjemmetjenesten også behovet for nattevakt gjennom ambulerende nattevakt, stasjonær nattevakt settes inn når behovet oppstår. Husleie settes til markedsnivå slik at utbygging kan skje i enten offentlig eller privat regi med kommunal leieavtale. Begge alternativ lar seg finansiere av Husbanken.

Kommunen står selvsagt fritt å velge driftsform, jfr alternativene ovenfor.

Utbygging: Fram til 2040 bør det foretas utbygging av opp mot 90 boligenheter slik at det bygges 10 enheter av gangen. Dette henger sammen med at demografien endres gradvis, jevnt og trutt. Dersom en bygger alt

på en gang er sannsynligheten stor for at effektiviteten går ned; en del av boligene vil bli tildelt brukere med små behov, fordi kommunen må ha leieinntekter.

3. OPPSUMMERING AVDELINGSVIS

I dette kapitlet er det dessverre ikke vært kapasitet til å bearbeide materiale knyttet til friskliv, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. I oppsummeringen i kapitel 2 er deres synspunkter på tiltak innarbeidet.

Avlastningstjenestene innen BOAT er ikke bearbeidet på grunn av at kapasiteten som skulle bidra i dette sitter i kriseberedskap i en annen kommune og derfor ikke er tilgjengelig. Arbeidet med dette blir tatt opp når kapasiteten er tilgjengelig.

3.1 Tjeneste- og koordineringskontoret TKK

TKK har ansvar for all vurdering av brukerbehov og tildeling av tjenester i samarbeid med aktørene i den enkelte avdeling. De drifter også fritidskontakter, timeavlastere, privat leverandør av BPA og omsorgsstønader.

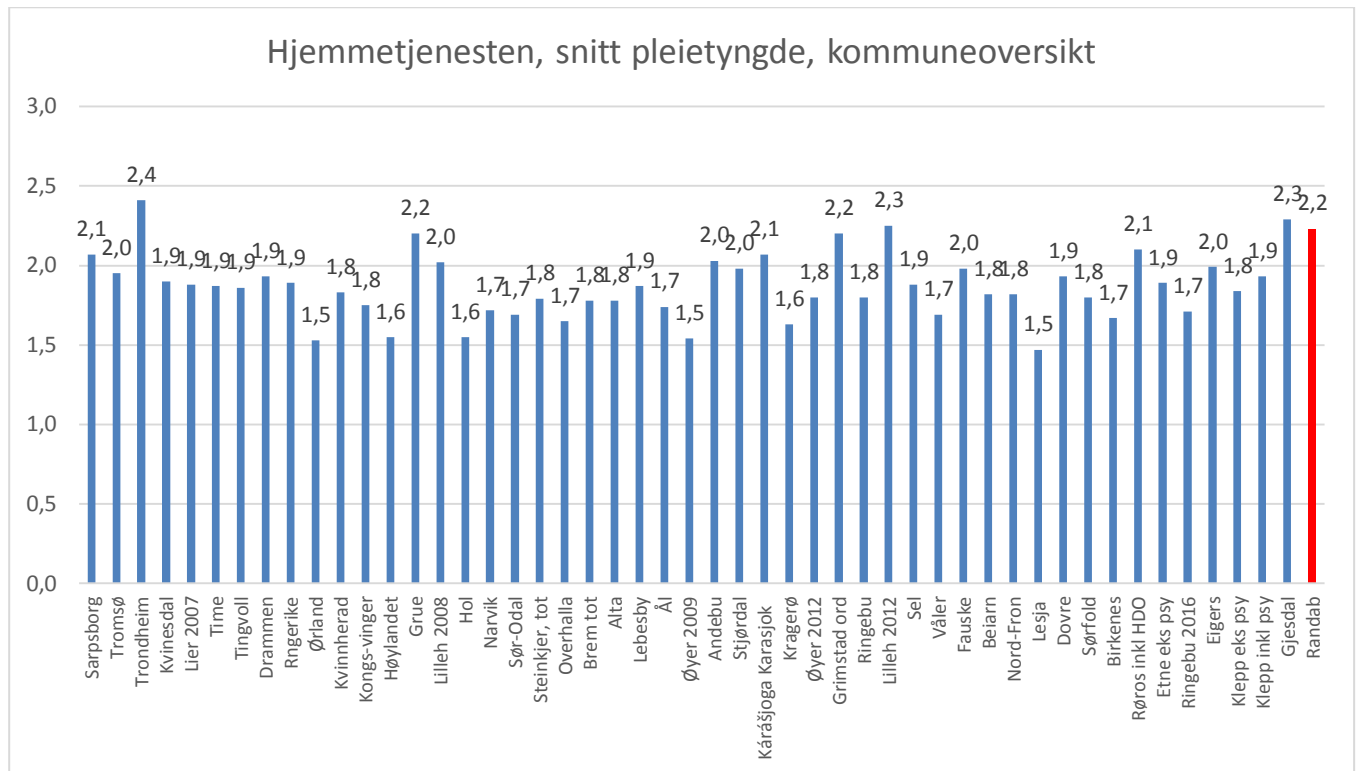
Ressursene er 4,3 årsverk til saksbehandling + leder. Dette er om lag i samsvar med erfaringstall fra andre kommuner⁸.

3.2 Hjemmetjenesten

3.2.1 Brukerdata, effektivitet og fordeling

Vi ser på de ordinære hjemmetjenestene. Sykepleieklivnikken er et spesialtiltak som omtales særskilt. Materialet omfatter 155 brukere hvorav 149 har aktive tjenester på rapporteringstidspunktet 09.12.2019. Pleietyngden (grad av funksjonstap/ADL) er totalt 2,23. Det er ganske høyt sammenliknet med andre slik figuren nedenfor illustrerer.

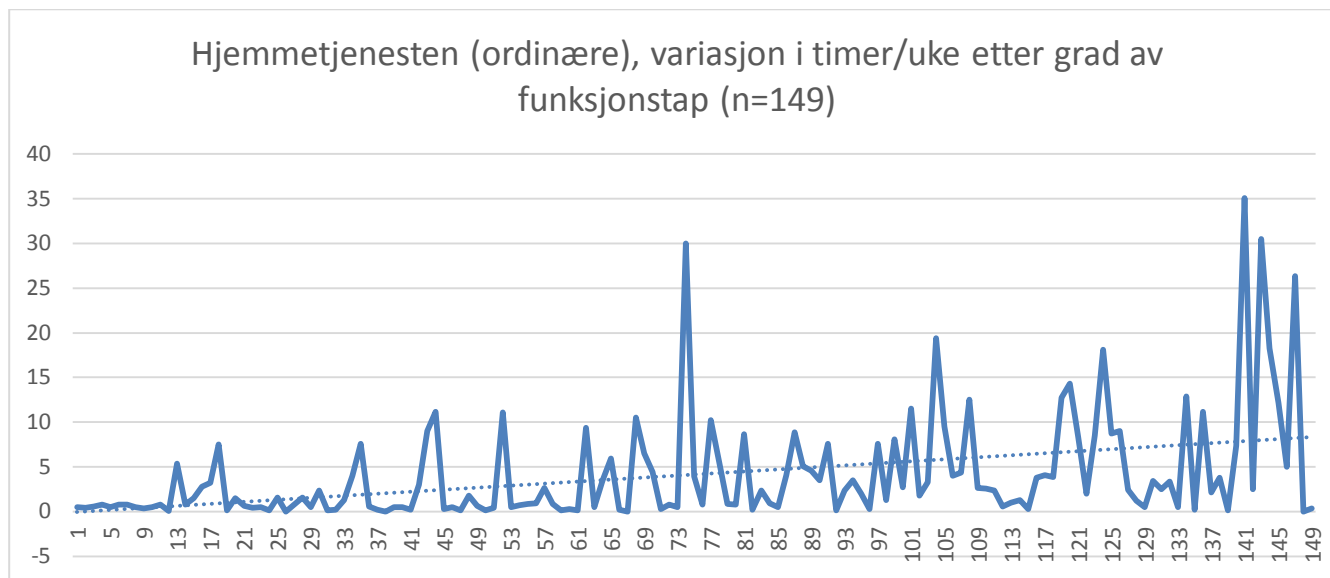
⁸ Database Rune Devold AS



Mengde tjenester (praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet) som ytes varierer med pleietyngden. Tabellen sammenlikner Randaberg med totalen for andre i databasen der også psykisk helse inngår. Tjenester fra psykisk helse kommer altså i tillegg. Det vises til særskilt omtale for psykisk helse nedenfor.

Mengde tjenester etter grad av funksjonstap. Timer/uke				
	Totalt	Lette	Middels	Omfattende
Randaberg ordinære	4,2	2,3	4,9	15,2
Randaberg psyk helse	1,7	1,5	2,7	
Randaberg sum	5,9	3,8	7,6	15,2
'Allekomm'	4,3	2,6	7,8	17,2
Differanse	1,6	1,2	-0,2	-2

Når vi ser på variasjon på individnivå viser kurven nedenfor at Randaberg har trangere nåløye når behovet øker til middels og omfattende. Men det er noen få enkeltbrukere som mottar veldig mye tjenester. De har kjennetegnet som kunne passe like godt i HDO og sykehjem.



De ordinære hjemmetjenestene har en noe skjev fordeling av mengde tjenester; brukere med begrenset behov får ganske raust med tjenester, mens de med middels behov for noe mindre enn de burde få. I denne gruppen finner vi blant annet mennesker med gryende eller noe utviklet demens. Gruppen med store behov utgjør bare 9 brukere, de har snitt pleietyngde på 4,0 og mottar i alt 15,2 timer/uke i snitt. Den begrensede kapasiteten i sykehjem og HDO skulle tilsi at en avsetter mer kapasitet til brukere med store behov i hjemmetjenesten for å unngå eller forsinke behov for sykehjemsplass.

Det vises til oppsummering i kap 2 for drøfting av økonomiske konsekvenser av skjev fordeling.

3.2.1.1 Oppsummert om effektivitet og fordeling

Hjemmetjenesten er ganske effektiv; det er de riktige brukerne som har tjenesten, men det er viss skjevfordeling av kapasitet. Det er noe å gå på når det gjelder fordeling da særlig brukere med middels behov mottar mindre tjenester enn mange av dem sannsynligvis har behov for. Skjevfordelingen har økonomiske konsekvenser, se kap 2.

Bruk av velferdsteknologi, friskliv, hverdagsrehabilitering med flere kan korrigere dette bildet slik at egenmestring øker for alle brukergrupper.

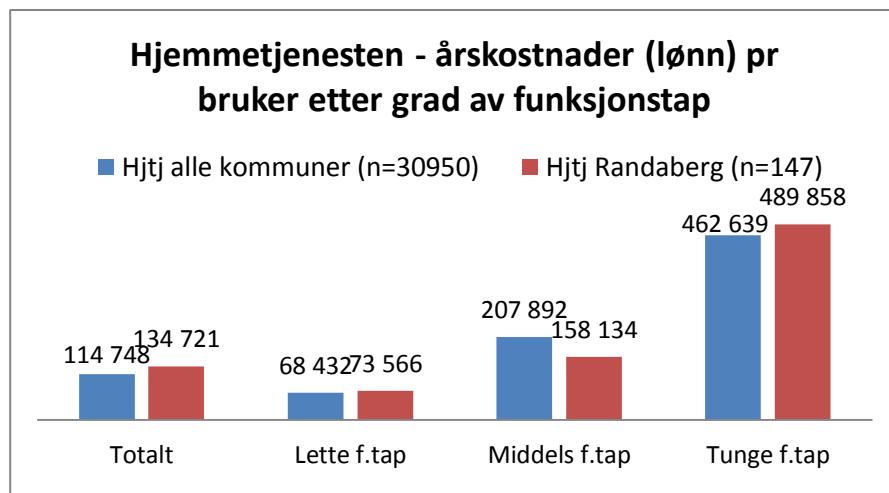
3.2.2 Kapasitetsdata og produktivitet

Summen av vedtak for praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet utgjør 555 timer/uke. I tillegg ytes tjenester i sykepleieklinikken tilsvarende 21 timer/uke samt 49 timer rehabilitering utenfor institusjon. 16 timer/uke disponeres til velferdsteknologi. Reisetid utgjør knappe 40 timer/uke. Håndtering av telefoner vedr trygghetsalarm er estimert til 9 timer/uke, utrykning på alarmer er estimert til 20 timer/uke.

Sykepleieklinikken er et spesialtiltak som yter helse- og omsorgstjenester i form av råd og veiledning av brukere for eksempel knyttet til sårstell, injeksjoner, kateterskift, ernæring, diabetes, KOLS og håndtering av legemidler. Brukerne henvises fra fastlege eller sykehus. I 2019 er det registrert 4289 besøk, tid pr besøk er forsiktig estimert til en knapp halvtime, alt i alt 21 timer/uke.

I sum utgjør oppgavene 711 timer/uke. Dette er samme som sum timer som er tilgjengelig i turnusen dag-kveld (20,08 årsverk). I praksis betyr dette at det ikke er kapasitet til indirekte tid som normalt utgjør 30-35% når det er korrigert for reisetid og trygghetsalarmer. Oppgavene i indirekte tid knyttes til kontakt og oppfølging av pårørende, tid knyttet til samarbeidende tjenester, dokumentasjon, møter, opplæring mv.

Tallene reflekterer produktivitet ut over det som er praktisk mulig i hverdagen, det er ikke mulig å drifte uten indirekte tid. For å forstå dette må en se etter muligheter de har til for eksempel å knipe inn på tjenestene som ytes ved å bruke mindre tid hos brukerne enn det som estimert i vedtakene. De kan jobbe smartere, begrense pauser osv. I sum er verdien av det som det spares tid på om lag 6-7 årsverk.



Regnskap 2019 viser sum lønn = kr 22 637 501. Det inkluderer også ressurser til sykepleieklipp, velferdsteknologi mm. Se ovenfor angående timeressurser. For å kunne sammenlikne med andre kommuner i databasen er det korrigert for dette.

Ressursbruk totalt er beregnet til kr 134.721 pr bruker, kr 19.973 kr pr bruker, 17% mer enn de vi sammenlikner med. Den økonomiske verdien av 'mer-kostnadene' er 2,94 mill kr.

Brukere med lette funksjonstap har kostnader ganske likt med de andre, mens ressursbruk til de med middels funksjonstap er ganske mye (25%) lavere enn hos de vi sammenlikner med. Brukere med omfattende behov har kostnader som ligger 6% høyere enn de andre.

Når vi ser på kostnadene for brukere med omfattende behov i hjemmetjenesten så ligger de på knappe 0,5 mill kr, mens brukere med omfattende behov i Vardheim har kostnader på knappe 0,9 mill kr. Tallene er ikke direkte sammenliknbare, men de peker tydelig på at hjemmetjenestene er effektiv og produktiv.

3.2.3 Oppsummering for hjemmetjenesten

Kostnadsnivået er noe høyt, om lag kr 20.000, - høyere pr bruker enn de vi sammenlikner med. Totalt påløper det merkostnader på 2,93 mill kr i forhold til de vi sammenlikner med. Noe av dette skyldes mengde tjenester som ytes, noe kan skyldes lønnsnivå. Det vises til oppsummeringen i kap 2 for drøfting, herunder samlet bilde for ordinære hjemmetjenester og psykisk helse hjemmetjenester.

Tjenestene er ganske effektive, men det er en viss skjevfordeling av kapasitet. Brukere med begrensede behov får flere tjenester, de med middels behov får noe mindre, de med store behov får mye tjenester, men gruppen teller ikke mange nok tatt i betraktning at kapasiteten i trinnene oppover i omsorgstrappa er begrenset.

Tjenestene er produktive, sannsynligvis for produktive i betydningen i hvilken grad kapasiteten utnyttes godt. Vi tar da utgangspunkt i at kapasiteten skal matche summen av de vedtak om tjenester som er gjort. Dersom mengden tjenester i vedtakene reduseres vil bildet endres. Situasjonen pr i dag innebærer at en gjør tilpasninger time for time for å spare tid. Situasjonen kan være krevende i forhold til potensiale for sykefravær, men samtidig kan det være tilfredsstillende for aktørene å mestre.

Hjemmetjenestene er hovedmotoren i omsorgstrappa. Strategien videre må ta høyde for å kapasiteten for å møte endringer i demografi, jfr det som er omtalt innledningsvis i rapporten. Konklusjonene for hjemmetjenesten viser at hjemmetjenesten bør prioriteres. På den måten vil Randaberg sikre en kostnadseffektiv omsorgstrapp på lang sikt.

3.3 Psykisk helse

3.3.1 Psykisk helse hjemmetjenestene

3.3.1.1 Brukerdata og effektivitet

Data er tatt ut i desember 2019 og til dels i januar 2020. Tjenesten omfatter 95 brukere inkludert de 7 som har bolig i Nyvollveien 28. Dette tiltaket er et delvis bemannet boligtilbud innen rus og psykiatri. Mannskapet har kapasitet på 37,5 timer/uke (1 årsverk). I tillegg ytes tjenester fra turnus i psykisk helse. Antallet brukere er begrenset (7) og kan medføre fare for å bryte personvernreglene ved publisering av analysen. Nyvollveien analyseres derfor sammen med øvrig psykisk helse.

Tjenestene ytes som praktisk bistand opplæring, (lokalt kalt personlig assistanse og opplæring) praktisk bistand daglige gjøremål og helsetjenester i hjemmet/psykisk helsetjeneste.

Gjennomsnittlig grad av funksjonstap hos brukerne er 1,81 (skala 1-5). Sammenliknet med de fleste andre kommuner er dette litt høyt, vanlig nivå er 1,5 – 1,6. Kun 13 brukere er i middels gruppe mht funksjonstap, denne andelen er noe lav i forhold til de vi sammenlikner med. Alle de øvrige er i gruppen med lette funksjonstap. Dette er normalt. Innen psykisk helse er det som regel bare kognitive funksjoner som svekkes når behovene er små, fysisk svikt inntreffer statistisk sett etter hvert som kognitiv svikt øker. Samlet sett gir dette lave tall. Effektiviteten er i og for seg ok, det er de riktige brukerne som har tilbudet. Men tallmaterialet får ikke fram potensialet for gruppetilbud. Erfaringsmessig er det slik at mange kommuner i tiden etter opptrappingsplanen har fått mer ut av ressursene ved å ha gruppetilbud.

Alder	Antall	Snitt pleietyngde	Snitt tim/uke	Snitt alder	
<20 år	0	-	-	-	Etter alder er oversikten slik som vist i tabellen til venstre.
20-39 år	40	1,9	1,5	39	
40-59 år	15	1,7	1,9	43	Andelen brukere i yngre alder og mellomalder veier tyngst. Pleietyngden er jevnt over under 2, kun 90 år+ skiller seg. Obs få observasjoner, derfor er cellene prikket.
50-66 år	25	1,8	1,9	56	
67-79 år	10	1,8	0,8	74	
80år+	4	..	..	85	Antall timer/uke ligger i det øvre sjiktet sammenliknet med andre kommuner.
Sum	94	1,8	1,7	45	

Alderssammensetningen likner på det vi finner jevnt over i kommunene. Men nivået på tjenestene målt i timer/uke ligger høyt. Sammenliknbarheten kan variere, men vi ser på de som har hjemmetjenester og trekker ut de som har tjenester i tilrettelagt bolig. Randaberg har 1,7 timer/uke, Gjesdal har 1,0 timer/uke, Eigersund 1,3 timer pr uke. Dette har kostnadsmessige konsekvenser, se nedenfor.

2/3 av brukerne har 0,5 – 1 timer/uke, 22 brukere har mellom 1 og 3 timer/uke. Kun 12 brukere har mer enn 3 timer, snittet for dem er 5,6 timer/uke. Hovedmønsteret er at tjenesten ytes som 1:1-tiltak, selv når behovene er marginale. 9 brukere mottar LAR-tjenester.

3.3.1.2 Kapasitetsdata og produktivitet

Tjenesten disponerer 7,81 årsverk, hvorav 0,8 er leder, netto er 6,38 årsverk yter tjenester. Som ambulerende tjeneste reises det en del, det estimeres 55 km pr dag. Vi regner snittfart på 40 km regnet fra en forlater bus til en er framme hos brukeren. Alt i alt innregnes 7 timer pr uke til kjøring.

Summen av vedtak pluss reiser utgjør 166,4 timer/uke, mens kapasitet i mannskapet dag-kveld utgjør 293,3 timer. Differansen er indirekte tid og utgjør 72,9 timer/uke = 30%. De øvrige hjemmetjenestene betjener brukerne i psykisk helse utenom normal arbeidstid og i helgene når behov oppstår.

Regnskapet 2019 viser lønnsutgifter på kr 7 476 691 inklusive RPH hvilket utgjør kr 704 683 pr årsverk (til sammen 10,81 årsverk). Tjenesten ytes på hverdager med normal arbeidstid og ikke i helgene. Tjenesten har ikke nattevaktskostnader.

3.3.1.3 Oppsummert for psykisk helse hjemmetjenester

Oppsummert er tallgrunnlaget for psykisk helse verdt å gå nærmere etter i sømmene. Noen forhold å se nærmere på er knyttet til produktivitet, mengde tjenester i vedtakene, dekningsgrad ut over ordinær arbeidstid og i helgene samt omfanget av 1:1 tjenester kontra gruppetilbud. Alt i alt bør det kunne frigjøres ressurser. Det vises også til at Vestre Goa tar unna brukere med mer krevende behov, det avlaster hjemmetjenestene som i mange andre kommuner også har ansvar for brukere med behov som ligger opp mot de i Vestre Goa.

Nærmere om mengde tjenester: I snitt mottar 94 brukere 1,7 timer tjenester pr uke. Til sammenlikning var timetallet i Gjesdal (2019) i snitt 1,0 timer, 0,9 i fagteam psykisk helse og 1,2 i fagteam rus. Forskjellen mellom Randaberg og Gjesdal utgjør 66 timer/uke, tilsvarende 1 3/4 årsverk. I Klepp (2017) var timetallet 1,3 pr uke. Forskjellen mellom Klepp og Randaberg utgjør 37 timer/uke tilsvarende 1 årsverk. I databasen finnes det også (noen få) eksempler på kommuner med høyere timetall enn Randaberg innen psykisk helse.

Sammenlikningene må tolkes forsiktig, det kan være naturlige ulikheter mellom kommunene. Men Randaberg ligger ganske tydelig over de fleste andre, særlig tatt i betraktning av at brukerne i Vestre Goa er holdt utenfor i likhet med liknende boligtiltak hos de vi sammenlikner med. Alt i alt tolkes tallene slik at det er et omstillingspotensiale, både på grunn av timetallet pr uke pluss det at gruppetiltak er fraværende. I oppsummeringen i kap 2 innarbeides et potensiale på om lag 2 mill kr, estimert skjønnsmessig. I tillegg kommer mulige forhold knyttet til produktivitet.

3.3.2 Vestre Goa bofellesskap

Tiltaket er tilbud med heldøgns tjenester til brukere med krevende behov innen psykisk helse og rus. Tjenesten ytes i lokaler fra 2010.

3.3.2.1 Brukerdata og effektivitet

Det er i alt 8 brukere i Vestre Goa. Grad av funksjonstap er betydelig (snitt 3,3) og ligger ganske likt med for eksempel Vardheim, der fysisk skrøpelighet er med på å trekke snittet opp. Adferdsavvik ligger også inne i dette. Brukerne har ganske beskjedne behov for helsetjenester i hjemmet; med ett unntak ligger behovet godt under 10 timer/uke. Derimot er behovet for praktisk bistand ganske stort, i snitt i underkant av 60 timer/uke.

Vestre Goa er effektivt brukt tatt i betraktning brukernes funksjonstap. Brukersammensetning er ganske heterogen, både når det gjelder alder og behovsmønster. Det jobbes aktivt med tilbud som kan åpne for at brukerne kan greie seg med tilbud på et lavere nivå i omsorgstrappa, gjerne i egen bolig med tjenester der.

3.3.2.2 Kapasitetsdata og produktivitet

Mannskapet utgjør 10,9 årsverk, inklusive 0,8 årsverk leder og 3 årsverk nattevakt. Kapasitet på dag-kveld er 7,1 årsverk. Kapasitet målt i timer/uke på dag-kveld utgjør dermed 252 timer, mens summen av vedtak er 470 timer. Det innebærer en samordningseffekt på 46%. Det er noe usikkerhet om noen av vedtakstimenene gjelder timer på natt. Hvis dette er tilfelle og alle natt-timene trekkes fra beregnes samordningseffektene til 33%. Med samordningseffekt menes i hvilken grad en evner å betjene flere brukere samtidig, i tur og rekkefølge osv.

Regnskapet for 2019 viser sum lønn på kr 9 423 388. Pr plass utgjør det kr 1 177 923, ganske likt kostnader i sykehjem.

3.3.2.3 Oppsummering for Vestre Goa

Alt i alt tolkes dokumentasjonen slik at Vestre Goa har krevende brukere som mottar betydelig med tjenester. At det er kun 8 brukere innebærer klare smådriftsulemp, til tross for at en drifter med betydelige samordningseffekter. Kapasiteten er under utvidelse.

3.3.3 Rask psykisk helsehjelp (RPH)

RPH er et prosjekt som er igangsatt av Helsedirektoratet i samarbeid med Norsk forening for kognitiv terapi. Prosjektet skal være et forebyggende lavterskeltiltak mot angst og depresjonsvansker og retter seg mot innbyggere over 16 år og som opplever symptomer på angst eller depresjon i mild til moderat grad. Tilbudet er gratis og brukerne kan ta kontakt direkte uten henvisning fra fastlege eller andre.

Tjenestene tilbys som kurs med individuell oppfølging, individuell terapi, evt veiledet selvhjelp. For å bidra til videre forskning foretas oppfølgingssamtaler etter en, tre og seks måneder.

Rask psykisk helsetjeneste er regnskapsført med kommunens utgifter på 1,08 mill kr i 2019, tilskudd fra staten kommer i tillegg. Kapasiteten er oppgitt til 2,8 årsverk. Funksjonsvurdering og tjenester er ikke registrert da det ikke fattes vedtak i lavterskeltiltak. Rapporteringsopplegg til Helsedirektoratet omfatter blant annet demografi, antall henvendelser, antall som faller innenfor og utenfor målgruppen, symptomtrykk, sykmeldingsprosent og arbeidsstatus før og etter mottatt tilbud osv. Kommunen har selv tilgang til dette materialet.

3.4 Sykehjem og annen kapasitet med heldøgns tjenester

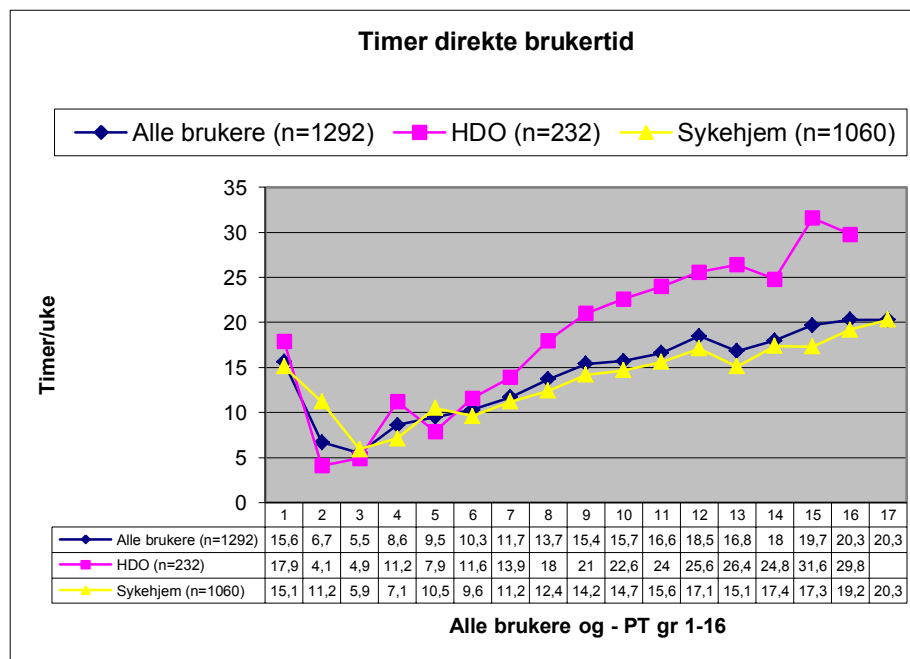
Gjennomgang av ressursbruk i sykehjemmene gir ikke holdepunkter for omstillingspotensiale. Institusjonene må bare fortsette å spesialisere drifta slik at den fyller rollen på toppen omsorgstappa i en kommune med liten kapasitet i dette leddet.

3.4.1 Kapasitetsdata for sykehjem

Kapasitet og dekningsmåte er endret siste år (brann) og det bygges nå nytt sykehjem. Gjennomgangen viser situasjonen slik den var rundt årsskiftet 2019-2020. Tallgrunnlaget for sammenlikning er hentet fra en modell som ble utviklet som del av et arbeid for Helsedirektoratet⁹ og senere videreutviklet gjennom bruk i mange kommuneanalyser. Modellen beregner behov for mannskap i turnus basert på kostnadsnøkler som er beregnet for faste årsverk pr avdeling, faste årsverk pr plass samt tillegg for brukernes pleietyngde (ADL),

antall utagerende brukere, antall plasser for smitte, antall plasser for psykiatri/demens og antall plasser korttids/rehab.

Analysen fant korrelasjon mellom pleietyngde (ADL) og mengde tjenester (timer/uke) som ble ytt. I alt 1292 brukere ble tidsregistrert, 232 i heldøgns boliger (HDO) og 1060 i sykehjem. Figuren viser utfallet for de to gruppene og samlet. Totalt snitt timer/uke var 15,6,



HDO hadde 17,9 og sykehjem 15,1 timer/uke. Kurvene viser variasjonen etter pleietyngde, der en har delt brukerne inn i 16 grupper. Snitt timer/uke for de med minst behov (gruppe 2 i tabellen) var 11,2 i sykehjem og 4,1 i HDO. De med størst behov (gruppe 17 i tabellen) var 20,3 timer/uke i sykehjem, mens HDO viste 29,8 timer/uke i gruppe 16 (ingen i gruppe 17).

Anvendt på sykehjemmene i Randaberg ble ressursene beregnet slik:

Sum (48 pl)			Randaberg (27 pl)			Vistestølen (21 pl)		
Elementer som beregnes med tillegg	Antall plasser	Årsverk modellb.	Antall plasser	Tillegg pr pl.	Årsverk modellb.	Antall plasser	Tillegg pr pl.	Årsverk modellb.
Faste årsverk pr avdeling	8	8	3		3	3		3
Faste årsverk pr plass	48	12	27	0,25	6,75	21	0,25	5,25
Tillegg ADL	48	14,4	27	0,30	8,10	21	0,30	6,30
Antall utagerende brukere	6	3	2	0,5	1	4,00	0,5	2
Antall plasser, smitte	1	0,35	1	0,35	0,35		0,35	0
Antall plasser psykiatri/demens	45	6,75	24	0,15	3,6	21	0,15	3,15
Antall plasser rehab/korttids	11	2,42	11	0,22	2,42		0,22	0
Sum dag-kveld antall årsverk modellberegnet		44,92			25,22			19,70
Faktisk bemanning årsverk ekskl fagkoordinator		46,35			24,20			22,15
Differanse årsverk		-1,43			1,02			-2,45

Tabellen viser at modellberegnet antall årsverk, 44,92, ligger ganske tett på faktisk bemanning på 46,35 årsverk. Vistestølen har bemanning som er 2,45 årsverk over modellberegnet, Randaberg har 1,02 årsverk mindre faktisk bemanning enn modellberegnet. Begge differansene er innenfor modellens feilmargin.

Begge sykehjem er beregnet med maksimalt tillegg for ADL (pleietyngde). Tillegget er 0,3 årsverk pr plass. Dette er i henhold til oversikt over brukerne med opplysninger om pleietyngde, kilde IPLOS pr nov 2019. Der har Randaberg sykehjem en andel på 88,2% med omfattende behov, Vistestølen har 100% andel med omfattende behov.

11 korttidsplasser i Randaberg sykehjem oppgis å ha 53,6% belegg, mens langtidsplassene har beleggsprosent på 86,1. I Vistestølen har langtidsplassene beleggsprosent på 86,1.

3.4.2 Effektivitet

Med effektivitet menes her om plassene (kapasiteten) er brukt til de riktige brukerne. Vi sjekker ut dette på 2 måter.

1. Sykehjem er et tilbud øverst i omsorgstrappa, og en skal forvente høy skår på pleietyngde på brukerne. 17 langtidsplasser i Randaberg sykehjem skårer gjennomsnittlig med 3,92 (skala 1-5), mens Vistestølen skårer 4,34. Begge er på trygg side av kravet til høye verdier. Dette er tegn på at brukerne har store behov.
2. Gjennomsnittlig oppholdstid i sykehjem fra plassen ble tildelt til behov opphørt (død) er delvis et speilbilde av pleietyngden. På '90-tallet var det ikke uvanlig å tildele plass mer som et botilbud og ikke som et helse- og omsorgstilbud. De senere år er dette skjerpet betydelig.
 - a. De som hadde langtidsopphold i Randaberg sykehjem pr 20.nov 2019 hadde i gjennomsnitt hatt plassen i 1,34 år. Den lengst boende hadde vært der i 4,9 år.

- b. De som hadde langtidsopphold i Vistestølen sykehjem pr 20.nov 2019 hadde i gjennomsnitt hatt plassen i 2,3 år. 3 brukere var lengst boende med snitt på 3,9 år.

Nøkkeltallene for effektivitet viser tydelig at sykehjemskapasiteten er brukt på riktig måte.

3.4.3 Kostnader i sykehjem

Det er ikke gjort analyse av dette for Randaberg sykehjem da 2019 var et år med store endringer og hendelser. Kostnadene avviker betydelig fra et normalår og egner seg ikke som beslutningsstøtte.

Vistestølen sykehjem hadde et regnskapsresultat for lønn i turnus på 24,2 mill kr. I snitt er dette 1,15 mill kr pr plass. Vistestølen kostnadsnivå i 2019 var som normalt for sykehjem vi sammenlikner med.

3.4.4 Vardheim HDO (heldøgns omsorg i boliger)

Analysegrunnlaget er brukerdata fra 10.des 2019. Vardheim har 24 plasser. Snittalderen på brukerne er drøyt 82 år, det er normalt for denne type tiltak.

Nedenfor sammenliknes med HDO i databasen¹⁰ med 2403 brukere i alt over 60 kommuner. Materialet inneholder boligtiltak med en viss variasjon i utforming. De aller fleste likner på Vardheim med stasjonær bemanning og egen nattevakt. Men det er også et visst innslag av boliger som ikke har stasjonær bemanning, alle tjenester ytes fra hjemmetjenesten, også nattevakt (ambulerende). Noen har mellomløsninger med en viss andel stasjonær bemanning som suppleres fra hjemmetjenesten. Gjennomgående er kostnadene lavere der andelen stasjonær bemanning er lav.

3.4.4.1 Effektivitet

Fordeling etter pleietyngde viser at Randaberg har brukere i Vardheim med store behov. 67% av brukerne er i gruppen med omfattende behov, det er mer enn dobbelt så stor andel sammenliknet med alle HDO i

	Sum	Lette	Middels	Omfatt
Vardheim ant brukere	24	2	6	16
%-andel	100 %	8 %	25 %	67 %
%-andel 'Allekomm'	100 %	31 %	38 %	31 %

databasen (31%). Sammenliknet med databasen er dette nivået et tegn på at HDO Vardheim er riktig brukt, effektiviteten er god – de riktige brukerne har tilbudet.

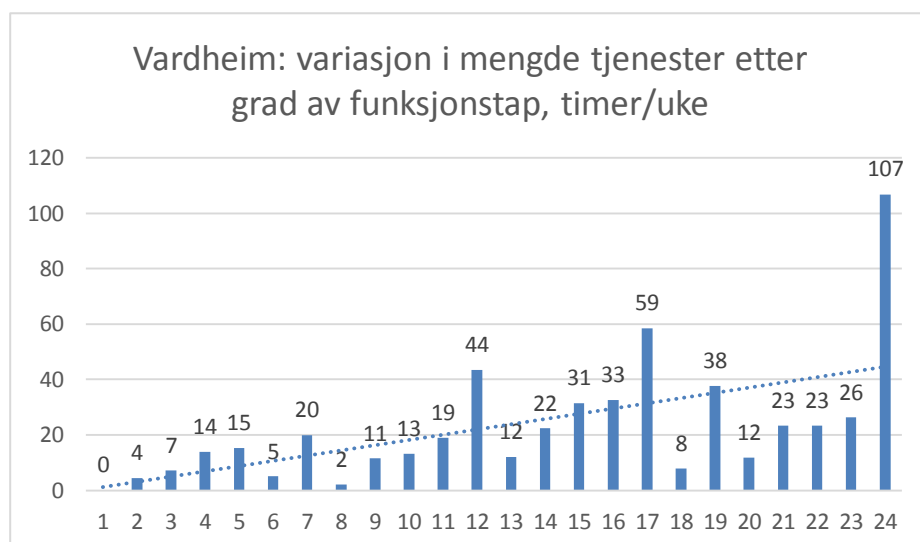
3.4.4.2 Variasjon i mengde tjenester

Timer/uke	Sum	Lette	Middels	Omfatt
Vardheim	22,9	2,2	10,5	30,0

Mengde tjenester som ytes etter grad av funksjonstap (pleietyngde/ADL) viser at Vardheim ligger ganske tett på snitt-tallene i databasen. Totalt er snittet i Vardheim 22,9 timer/uke. Tjenester til de med lette behov er 2,2 timer/uke, noe lavere enn de vi sammenlikner med (kun 2 observasjoner). Tjenestene til de med omfattende behov ligger 2,4 timer lavere enn hos de vi sammenlikner med. Sammenliknet med snitt mengde tjenester til

HDO i studien som ble omtalt i avsnitt om sykehjem (17,9 timer/uke) ligger Vardheims snitt 5 timer høyere. Et mindre antall brukere i Vardheim har vedtak som inkluderer tjenester på natt. Det trekker snittet opp.

Figuren viser hvordan ulike grader av funksjonstap hos brukerne (variasjon i



pleietyngde/ADL) utløser mengde tjenester. En bruker er ikke registrert med tjenester, de øvrige 23 har rimelig godt samsvar mellom funksjonstap og mengde tjenester.

En legger merke til at mengde tjenester øker i flere etapper: først fra nr 2 til 7, deretter fra nr 2 til 12, så videre fra nr 13 til 17 og nr 18 til 23. Dette kan være tilfeldige utslag, og det kan også skyldes at ADL-skåringene er ganske lik gruppevis.

Det rokker ikke ved helhetsinntrykket som er at det er rimelig godt samsvar mellom mengde tjenester og grad av funksjonstap. Trendlinjen oppsummerer helheten.

3.4.4.3 Økonomi

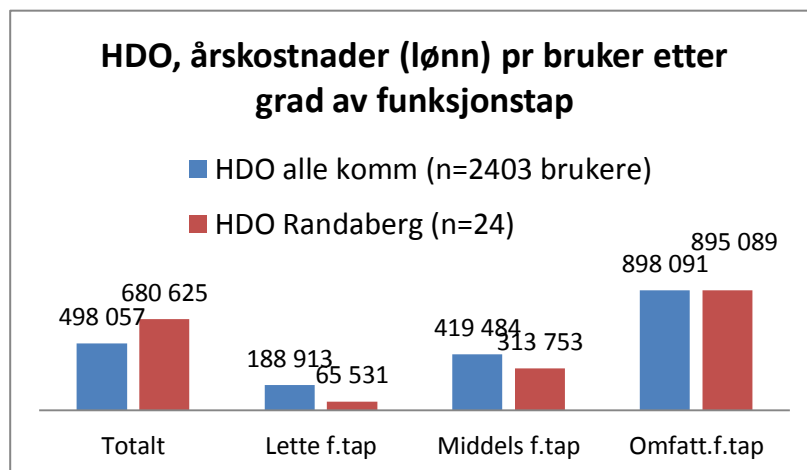
Matabonnement koster 4601 kr på rapporteringstidspunktet. Brukerne betaler selv for medisiner og annet de behøver i det daglige bortsett fra sykepleie. Brukere i HDO benytter fastlegetjenester.

Husleien oppgis å være kr 6.200, - pr måned SSB's Leiemarkedsundersøkelse, predikert månedlig leie (kr), etter prissone, antall rom og bruksareal, statistikkvariabel og år¹¹ i kommuner med 2000-19999 innbyggere beregner månedlig husleie til kr 6700 i 2019 for 2-roms leilighet på 40 m². Beløpet er ekskl strøm. I Stavanger beregner SSB at leien er kr 7.800, - pr mnd. Randaberg bør følge med på dette området, da for lave husleier i realiteten har konkurransevidende effekt. Private utbyggere fristes i så fall ikke til å satse på denne type utleieboliger når de underbys av kommunen. Hvorvidt dette er tilfelle i Randaberg er vanskelig å vurdere, kommunen er selv den nærmeste til å konkludere.

3.4.4.4 Produktivitet i Vardheim

Mannskapet er 18 ¼ årsverk på dag-kveld. Sum lønn i turnus inkl natt er oppgitt til 16,3 mill kr. På rapporteringstidspunktet var andelen indirekte tid beregnet til 15%. Dette er et akseptabelt nivå, men det bør ikke økes.

Regnskap 2019 viser lønnskostnader på 16,3 mill kr. Pr bruker utgjør dette 0,68 mill kr, det er 0,18 mill kr (36%) mer enn de vi sammenlikner med.



Figuren viser at hovedforklaringen på dette ligger i gruppen omfattende funksjonstap, der tjenestene er svært kostnadskrevene. Som vist i avsnittet effektivitet utgjør gruppen omfattende funksjonstap i Vardheim 67% av alle, mens andelen er 31% i databasen. De med omfattende behov vektet altså svært mye høyere, og det trekker totalsnittet opp. De med middels funksjonstap har lavere kostnader i Vardheim, 0,31 mill kr, det er 25% lavere enn i databasen. Lette

funksjonstap har bare 2 observasjoner.

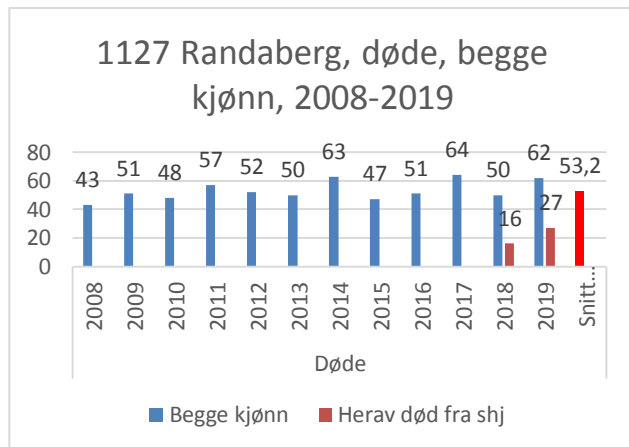
Forskjellen i totalkostnader pr bruker mellom Randaberg og 'allekomm' utgjør 4,32 mill kr Det vises til kap 2 for oppsummering. Merknadene henger sammen med mengde tjenester som ligger høyt i Randaberg.

¹¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/09897/tableViewLayout1/>

3.4.5 Kapasitet med heldøgns tjenester

Det er vanlig å drøfte institusjonskapasitet og kapasitet innen heldøgns boliger til eldre ut i fra hvor mange plasser en har i % av antall 80 år+. Vi ser her bort fra heldøgns kapasiteter innen psykisk helse og BOAT.

Randaberg sykehjem har 27 plasser, Vistestølen har 21 og Vardheim har 24 plasser, til sammen 72. Dekningsgraden er 18,8% av antall innbyggere 80 år + og det betegnes som lav kapasitet. Pleietyngden i alle 3 tiltakene er høy som konsekvens av lav kapasitet.



I kombinasjon med begrenset kapasitet i hjemmetjenesten dannes et bilde av høy risiko der en har lite å gå på hvis noe skjer.

Et særlig forhold å følge med på er variasjoner i dødelighet. Figuren viser at variasjonen de siste 11 årene i noen grad er syklisk; 3-4 år med økt dødelighet avløses av et antall år med lavere dødelighet de påfølgende år.

I snitt er antall døde 53 pr år i perioden, laveste antall var i 2008 med 43, mens 2017 var året med størst dødelighet med 64. Forskjellen er 21. Året etter falt

antallet til 50.

Når vi ser på andelen som er død fra sykehjem får vi et bilde på hvordan tjenestene vil oppleve variasjoner i press mot sykehjem. Stort antall døde i 2019, 62 totalt og i alt 27 fra sykehjem medfører at risikoen for opphopning av behov for heldøgns tjenester blir litt lavere de neste par årene før det vil øke igjen. Dersom en regner at rundt halvparten dør fra sykehjem innebærer det en variasjon i kostnader i sykehjem med 5-7 mill kr pr år. Det kan også framstilles slik at dette er uttrykk for variasjon i trykket på hjemmetjenestene som må kompensere når det ikke er plass i sykehjem.

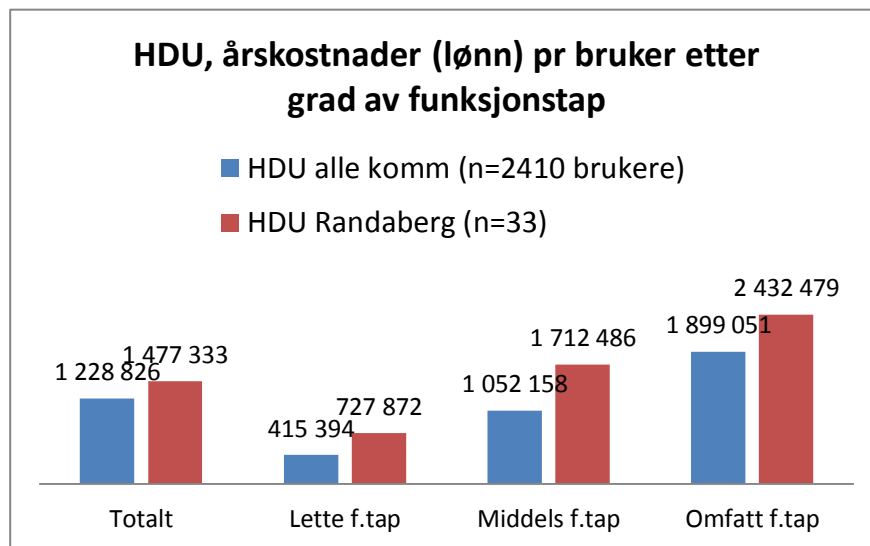
3.5 BOAT

BOAT er betegnelsen på tilbud til mennesker med utviklingshemming eller andre store funksjonsnedsettelse. Avdelingen organiserer dette med boligtilbud heldøgns tjenester samt avlastning.

3.5.1 Boliger med døgndrift og hjemmetjenester

Drifta omfatter 4 boliger. Alt i alt omfatter dette 33 brukere:

- Dalen med 4 brukere,
- Sentrum med 4 brukere i boligen og 3 som mottar hjemmetjenester i egen bolig,
- Nordheiå med 8 brukere i boligen og 3 som mottar hjemmetjenester i egen bolig,
- Torset som også har 8 brukere i boligen og 3 som mottar hjemmetjenester i egen bolig.

3.5.1.1 Årskostnader i HDU¹²

Databasen¹³ for tilsvarende drift i andre kommuner viser årskostnader pr bruker på totalt på 1,23 mill kr. Med årskostnader menes lønnskostnader i turnus, dag-kveld-natt, ekskl ledelse og merkantilt personell. Regnskapet for 2019 viser at Randaberg har kostnader på 1,48 mill kr pr bruker, altså 20% mer.

Alt i alt er drifta i Randaberg 8,2 mill kr mer kostnadskreven enn snittet for de vi sammenlikner med. Nedenfor belyses ulike sider ved dette med sikte på å finne mulige omstillingsmuligheter.

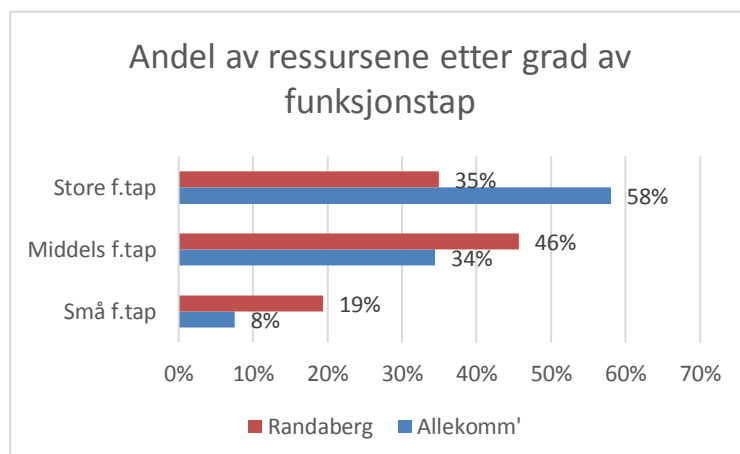
Kostnadsforskjellen kan ha ulike forklaringer. Noe skyldes helt sikkert struktur, f.eks. antall brukere i boligen, boligens egnethet med videre. Noe kan skyldes brukersammensetning; brukerne kan ha uheldig innflytelse på hverandre eller f.eks. ha veldig krevende behov rent faglig slik at det kreves mer mannskap. Noe kan skyldes raushet ved tildeling av tjenester og noe kan skyldes merkostnader grunnet såkalt HOT-tillegg¹⁴ Det vises til avsnitt nedenfor. Forskjeller i faktiske brukerbehov kan spille inn her, men siden vi allerede har korrigert for grad av funksjonstap og ser at 'merkostnadene' kommer i alle grupper er dette tegn på at tildeling kan være raus eller at organiseringen ikke er god nok, evt at turnusene er romslige.

Lette f.tap	Middels f.tap	Omfattende f.tap
13	13	7
39 %	39 %	21 %

Merkostnadene i Randaberg kommer i alle grupper etter grad av funksjonstap. De 33 brukerne fordeler seg med 13 (39%) i hver av gruppene lette og middels funksjonstap, mens 7 (21%) er i omfattende gruppe. Sammenliknet med

'alle komm' har Randaberg forholdsvis færre brukere med omfattende funksjonstap enn 'alle komm' som har 38% andel. Andelen med middels funksjonstap i Randaberg er ganske likt som i 'alle komm', mens andelen med lette funksjonstap i Randaberg er høyere enn i 'alle komm' som har 22% mot 39% i Randaberg.

For ordens skyld nevnes at materialet i 'alle komm' også inneholder boliger som har ansvar for et antall brukere som mottar tjenester i eget hjem, i likhet med Randaberg. Slike 'eksterne' brukere har gjerne begrenset behov og trekker snitt-tallene ned.

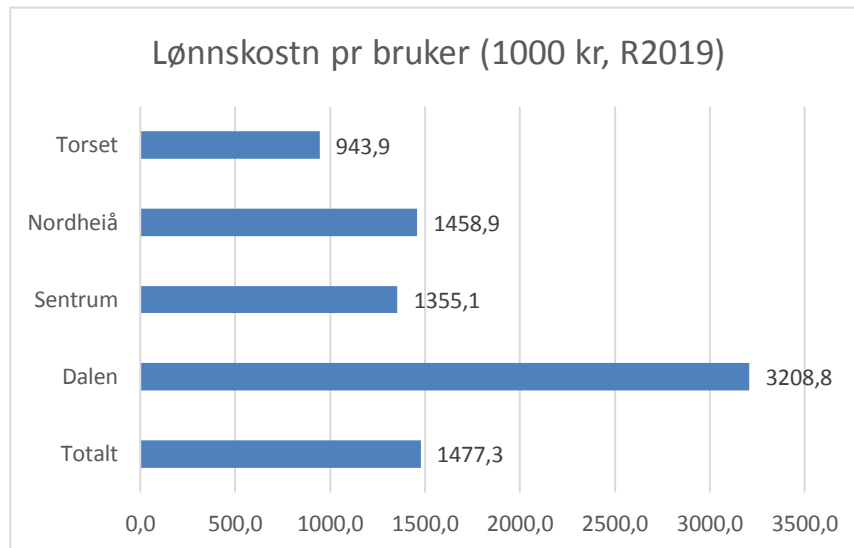


Andelen med lette funksjonstap ligger høyt i Randaberg. Når vi sjekker ut dette mot hvor stor andel av ressursene som allokeres mot de ulike gruppene så viser figuren at Randaberg bruker mer enn dobbelt så stor andel på

brukere med lette funksjonstap sammenliknet med 'alle komm' (19% mot 8%).

Liknende gjelder for middels funksjonstap (46% mot 34 av %).

Brukere med store funksjonstap mottar 35% av ressursene i Randaberg mot 58% i 'alle komm'.



Det er stor variasjon i kostnader i boligene. Figuren viser at Torset's brukere ligger lavt (0,94 mill kr) og under 'alle komm', jfr figuren ovenfor.

Sentrum har kostnader på 1,36 mill kr, Nordheiå noe høyere på 1,46 mill kr. Dalen skiller seg ut med kostnader pr bruker på 3,21 mill kr.

Samlet snitt er 1,48 mill kr.

3.5.2 Kapasitetsdata

De kostnadsbildene som er vist er resultatet av mange faktorer. Mer informasjon vises ved å se på kapasitetsdata, der regnskap, årsverk og summen av brukerbehov sammenliknes. Dette benyttes til å måle produktivitet. Nøkkeltallet for dette er grad av samordningseffekter.

Med samordningseffekter menes i hvilken grad boligen greier å samordne tjenestene til brukerne slik at en greier seg med noe mindre kapasitet enn det man kommer fram til ved å summere alle enkeltvedtakene som brukerne har. Eks: i boligen er det 4 brukere som alle har vedtak om 1:1 tjenester på dag-kveld. Summert utgjør dette 4 personer tilstede til enhver tid. I praksis organiserer boligene seg slik at det er færre tilstede enn i eksempelet, for eksempel 3. Samordningseffekten er da 25%.

Tabellen summerer de viktigste tallene. Fullstendig tabell er gjengitt i vedlegg.

	Totalt	Dalen	Sentrum	Nordheiå	Torget
	Sum HDU	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4
Antall brukere	33	4	7	11	11
Lønnskostnader i turnus 2019 (1000 kr)	48752,4	12835,1	9 486	16 048	10 383
Lønnskostn pr bruker (1000 kr, R2019)	1477,3	3208,8	1355,1	1458,9	943,9
Årsverk i turnus totalt, ekskl leder	61,94	16,42	11,67	20,57	13,28
Nattevakter, sum årsverk	9,29	3,80	1,22	3,04	1,23
Årsverk kapasitet i turnus dag-kveld	52,68	12,62	10,45	17,53	12,08
Kartlagt tid: 'Beregnet antall årsverk dag-kveld i hht til kartlegging av brukernes behov *	67,67	12,91	12,36	21,27	18,8
Differanse i årsverk = samordningseffekt	15,0	0,29	1,91	3,7	6,7
% samordningseffekt	22 %	2,3 %	15,4 %	17,6 %	35,9 %

*Kartlagt tid: 'Beregnet antall årsverk i turnus som er kartlagt som brukerbehov, fratrasket dagtilbud, inkl HOT dag-kveld.

Tabellen viser stor spredning i samordningseffekter. Totalt sett er det 22% samordning. Det betyr at en greier seg med ressurser tilsvarende $100 - 22 = 78\%$ av summen av alle brukerbehov slik de er kartlagt.

Torset samordner mest, opp mot 36%. Sentrum og Nordheia ligger på 15-18%, mens Dalen ligger litt over 2%. Torset er korrigert for at en bruker er kartlagt for tjenester 24/7, men har bare tjenester på dagtid.

3.5.2.1 HOT

HOT = Helse Velferd Trygghet for brukeren. I kartleggingen skiller vi mellom bistand til å gjennomføre daglige gjøremål og tillegg som følge av brukerens kognitive svikt eller somatisk tilstand som medfører ekstra bruk av ressurser. Typiske eksempler er tiltak pga adferdsavvik og ekstra behov for tilsyn grunnet epilepsi.

	Totalt	Dalen	Sentrum	Nordheia	Torset
	Sum	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4
HOT 1, timer/uke	696	190	119	230	157
HOT 2, timer/uke	177	20	11	146	0
HOT 3, timer/uke	81	0	3	40	38
Sum HOT	953	210	132	416	195
	Totalt	Dalen	Sentrum	Nordheia	Torset
	Sum	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4
HOT-timer i % av timer/uke i dagens turnus					
HOT 1	37 %	42 %	32 %	37 %	37 %
HOT 2	9 %	4 %	3 %	23 %	0 %
HOT 3	4 %	0 %	1 %	6 %	9 %
Sum HOT	51 %	47 %	36 %	67 %	45 %

I kartleggingen er det registrert hvilke typer tiltak brukeren har behov for eller som vurderes som faglig nødvendig. Tiltakene registreres slik at hver bruker vurderes opp mot hver av kategoriene. Tallene i tabellen viser dermed antall brukere i den enkelte bolig og totalt som har behov for tiltaket. Mønsteret som vises vil være nyttig i forbindelse med utvikling av gode tjenester og utviklingsplaner for den enkelte bruker.

HOT antall tiltak som er registrert	Totalt	Dalen	Sentrum	Nordheia	Torset
HOT 1: Ord tiltak for helse og trygghet	Sum	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4
1. Brukeren får score 4 eller 5 på tilsyn i ordinær kartlegging	17	4	3	4	6
2. Behov som dekkes gjennom samhandling med brukeren	21	3	7	3	8
3. Behov for tiltak for å forhindre skade/forebygge forverring som følge av somatisk/psykisk helsetilstand	15	2	4	3	6
4. Behov for tiltak for å forhindre at brukeren skader seg selv	9	1	3	1	4
5. Behov for tiltak for å forhindre at brukeren utsetter seg for devaluerende oppmerksomhet	17	2	4	6	5
6. Behov for tiltak for å forhindre at brukeren taper kontroll over egen atferd i fht omgivelsene	15	3	3	3	6
Sum HOT 1	94	15	24	20	35
HOT 2: Vedtak etter HOL kap 9	5	1	2	2	0

HOT 3: Ekstraordinære tiltak					
1. Behov for tilsyn/tiltak for å forebygge at brukeren skader seg selv/utsetter seg for negativ oppmerksomhet	5	0	1	4	0
2. Behov for tilsyn/tiltak for å forhindre at brukeren taper kontroll over egen atferd ift. omgivelsene	3	0	1	2	0
3. Tiltak for å ivareta personalets sikkerhet	10	1	3	2	4
4. Tiltak som iverksettes som alternativ til bruk av makt og tvang, jfr Pas.rettigh. lovens §4A	2	1	1	0	0
5. Tiltak som innebærer tunge løft	3	0	0	0	3
Sum HOT 3	23	2	6	8	7
Total sum HOT	121	18	32	29	42
Sum antall pr bruker	3,7	4,5	4,6	2,6	3,8

Disse tallene har begrenset utsagnskraft til å forklare kostnader, selv om de hver for seg og samlet er klare kostnadsdrivere. De kan være nyttige til å drøfte faglige utfordringer, blant annet i drøfting av god samordning og brukersammensetning.

3.5.2.2 Variasjon i brukerbehov i boligene

Hvordan drifta er i boligene påvirkes av brukersammensetning. HOT-registreringene gir et detaljert bilde, jfr forrige avsnitt. Mengde og sammensetning av behov hos den enkelte bruker gir tilleggsinformasjon. Grafene

viser sum timer pr uke brukerne har behov knyttet til daglige gjøremål inklusive generelt tilsyn og ulike kategorier HOT.

Dalen har stor variasjon i brukerbehov. En bruker har meget stort behov, men det består av en ganske vanlig andel bistand til daglige gjøremål, mens HOT 1 og 2 (tvang/HOL kap 9) er omfattende.

To brukere har medium behov til daglige gjøremål og avgrenset behov knyttet til HOT 1.

Dalen har lavest grad av samordning med 2,3%.

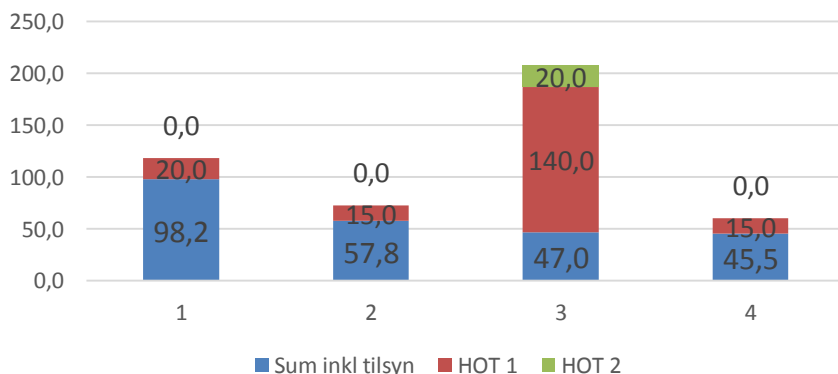
Sentrum har 4 brukere i boligen og 3 eksterne. De to gruppene er veldig ulike. De eksterne har svært beskjedne behov, mens brukerne i boligen har noe mer enn medium behov til daglige gjøremål, mens HOT-behovene jevnt over utgjør rundt 1 årsverk pr buker.

Beregnet samordningseffekt for Sentrum er 15,4%.

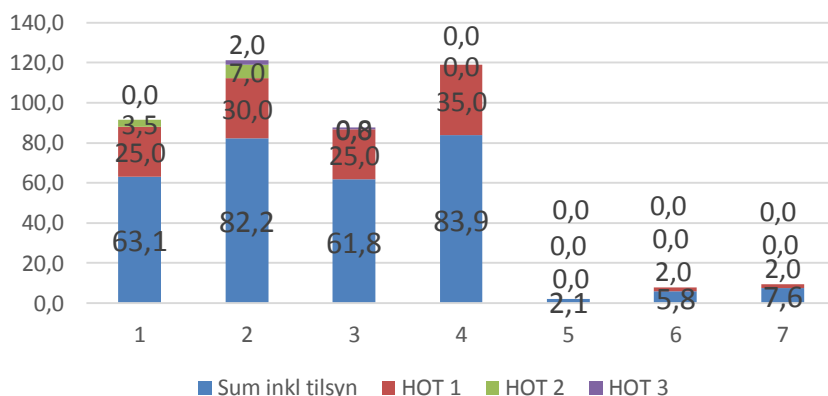
Nordheiå har ganske heterogen brukersammensetning. I den eksterne gruppen (9-11) er det to brukere med ganske avgrenset behov uten HOT mens en har noe større behov i kombinasjon med noe HOT 1.

I boliggruppen har brukerne stort sett medium behov til daglige gjøremål, mens det er svært stor variasjon i HOT-behovene. En legger merke til et omfattende tvangsvedtak (HOT 2), men dette

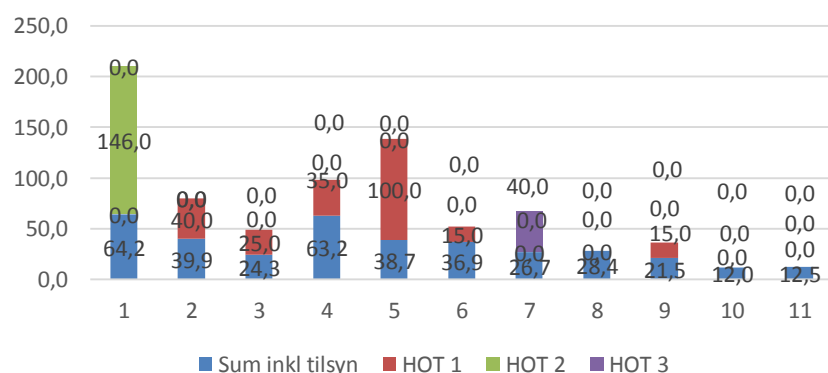
Dalen: 4 brukere, variasjon i kartlagt bistand og HOT, t/u pr bruker



Sentrum bolig: 4 brukere og 3 eksterne: Variasjon i kartlagt bistand og HOT, t/u pr bruker, 7 brukere

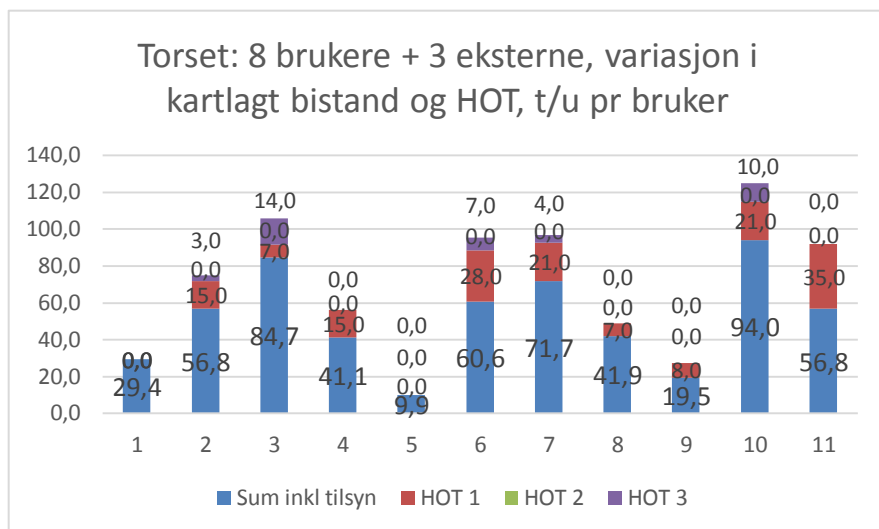


Nordheiå, 8 brukere + 3 eksterne, variasjon i kartlagt bistand og HOT, t/u pr bruker



er en oppsamling av HOT-tiltak.

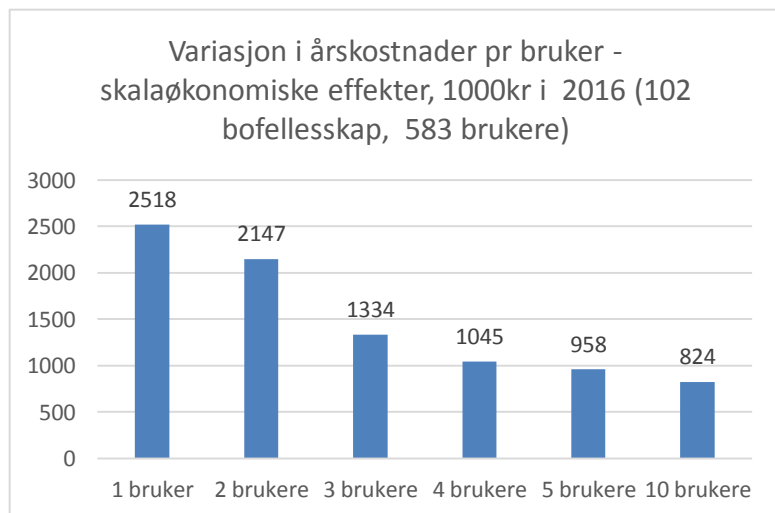
Nordheiå har en beregnet samordningseffekt på 17,6%.



Torset har også ganske heterogen brukersammensetning. 3 brukere har avgrenset behov, den ene av disse har et beskjedent HOT-behov. To av de eksterne (9-11) har et stort behov. Blant de øvrige er det stor variasjon, nesten alle har HOT-behov.

Torset har størst beregnet samordningseffekt med 35,9%. Det indikerer at de lykkes med å samordne godt, store og små behov dekkes sannsynligvis ved å organisere godt.

3.5.2.3 Skalaøkonomiske effekter



En del observasjoner gjort i 2016 ga følgende utfall:

Grafen viser tydelig sammenheng mellom antall brukere i bofellesskapet og årskostnader.

Enetiltak ligger i snitt på 2,5 mill kr, mens tiltak med 10 brukere nærmer seg 1/3 av dette nivået (0,82 mill kr).

Brukersammensetning og andre forhold påvirker disse korrelasjonene, men en ser likevel klare utslag. Årskostnadene i Randaberg totalt sett er 1,48 mill kr til sammenlikning.

Randaberg tilrås å ta hensyn til disse sammenhengene.

3.5.2.4 Oppsummering av kostnadsbildene i boligtiltakene

Merkostnadene i Randaberg er 8,2 mill kr sammenliknet med resten av kommunene i databasen.

1. Merkostnadene skyldes ikke større brukerbehov, snarere er det vist at Randaberg har en mindre andel brukere med omfattende behov enn de vi sammenlikner med, andelen med lette funksjonstap er større i Randaberg enn hos de andre.
2. Randaberg allokerer mer ressurser til lette og middels brukerbehov enn hos de vi sammenlikner med. Det er ikke framkommet åpenbare årsaker til dette. Andelen av ressurser til de med omfattende behov i Randaberg er lav. Fordelingspolitisk er dette krevende å forstå.
3. Boligene har stor variasjon i kostnader pr bruker.

- a. Torset, med 11 brukere, har lavest kostnader med 0,94 mill kr. Høy grad av samordning, samlet effekt på 35,9%, er en del av forklaringen på dette. Antallet brukere bidrar også til lave kostnader pr bruker.
 - b. Dalen, med 4 brukere, har høyest kostnader med 3,21 mill kr. Lav samordningseffekt (2,35%) i kombinasjon med lavt antall brukere er sannsynlige del-forklaringer på høye kostnader.
4. HOT-tiltakene utgjør i snitt 37% av turnuskostnadene, det er liten variasjon fra bolig til bolig. Dersom det hadde vært stor variasjon mellom boligene ville det kunnet bidra til å forklare kostnadsforskjeller.
 5. Mønsteret i HOT-tiltakene varierer en del. Hvert enkelt element er en kostnadsdriver, men det er klart at antallet tiltak som for eksempel handler om å redusere/forhindre adferdsavvik, selvskading og personalsikkerhet er mer ressurskrevende enn forsterket tilsyn i forhold til epilepsi. Mønsteret i de elementene boligene har registrert kan gi et grunnlag for refleksjon og mulige endringer.

3.5.2.5 Tilråding vedr boligtiltakene

Oppsummeringen indikerer at det er nødvendig å se på strukturelle årsaker til et høyt kostnadsnivå. Dette gjelder antallet brukere i boligene, brukersammensetning, store og kompetansekrevende variasjoner i brukerbehov.

Det er et klart behov for å fornye vedtakene om tildeling av tjenester.

På generelt grunnlag anbefales å legge opp til å gjennomføre tiltak for å styrke ledelse og prosess med ansatte, pårørende, verger mv når en går i gang med dette.

Potensialet for kostnadsreduksjoner er estimert til 8,2 mill kr.

4. VEDLEGG

	Totalt	Dalen	Sentrum	Nordheiå	Torset
	Sum HDU	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4
Antall brukere	33	4	7	11	11
Lønnskostnader i turnus 2019 (1000 kr)	48752,4	12835,1	9 486	16 048	10 383
Lønnskostn pr bruker (1000 kr, R2019)	1477,3	3208,8	1355,1	1458,9	943,9
Nattevakter, antall aktive	3,0	2,0	0	1	0
Nattevakter, antall hvilende	3,0	0,0	1	1,00	1
Nattevakter, sum årsverk	7,5	2,0	1,22	3,04	1,23
Årsverk i turnus totalt, ekskl leder	61,9	16,4	11,67	20,57	13,28
Nattevakter, sum årsverk	9,3	3,80	1,22	3,04	1,23
Årsverk kapasitet i turnus dag-kveld	52,7	12,62	10,45	17,53	12,08
Kartlagt tid: 'Ber ant årsv i turnus, fratr dagtilb, inkl HOT og indir tid, dag-kveld	67,7	12,9	12,4	21,3	21,1
Kartlagt tid omregnet til tim/uke dag-kveld	2402,2	458,5	438,7	755,2	749,9
Antall timer dag-kveld i dagens turnus	1870,1	448,0	371,0	622,3	428,8
Diff timer = samordningseffekt	532,1	10,45	67,7	132,9	321,1
% samordningseffekt	22 %	2,3 %	15,4 %	18 %	43 %

HOT antall aktuelle tiltak	Totalt	Dalen	Sentrum	Nordheiå	Torset
HOT 1: Ord tiltak for helse og trygghet	Sum	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4
1. Brukeren får score 4 eller 5 på tilsyn i ordinær kartlegging	17	4	3	4	6
2. Behov som dekkes gjennom samhandling med brukeren	21	3	7	3	8
3. Behov for tiltak for å forhindre skade/forebygge forverring som følge av somatisk/psykisk helsetilstand	15	2	4	3	6
4. Behov for tiltak for å forhindre at brukeren skader seg selv	9	1	3	1	4
5. Behov for tiltak for å forhindre at brukeren utsetter seg for devaluerende oppmerksomhet	17	2	4	6	5
6. Behov for tiltak for å forhindre at brukeren taper kontroll over egen atferd i fht omgivelsene	15	3	3	3	6
Sum HOT 1 (antall aktuelle)	94	15	24	20	35
HOT 2: Vedtak etter HOL kap 9					
1. Det er iverksatt tiltak etter HOL kap 9	5	1	2	2	0
HOT 3: Ekstraordinære tiltak	0				
1. Behov for tilsyn/tiltak for å forebygge at brukeren skader seg selv/utsetter seg for negativ oppmerksomhet	5	0	1	4	0

2. Behov for tilsyn/tiltak for å forhindre at brukeren taper kontroll over egen atferd ift. omgivelsene	3	0	1	2	0
3. Tiltak for å ivareta personalets sikkerhet	10	1	3	2	4
4. Tiltak som iverksettes som alternativ til bruk av makt og tvang, jfr Pas.rettigh. lovens §4A	2	1	1	0	0
5. Tiltak som innebærer tunge løft	3	0	0	0	3
Sum HOT 3 (antall aktuelle og sum t/u)	23	2	6	8	7
Total sum HOT (antall aktuelle og sum t/u)	121	18	32	29	42