



Øygarden kommune  
Evaluering av drifta i Helse og velferd

**PwC Consulting**  
7. desember 2023



# Disclaimer

© 2023 PwC. Med enerett.

Denne rapporten er utarbeidet for Øygarden kommune til bruk i samsvar med kontrakt datert 18.08.2023

Våre vurderinger bygger på informasjon som har kommet fram i samtaler med kommunens ansatte, ansatte hos andre aktører, i dokumentasjon som kommunen har gjort tilgjengelig for oss og offentlige registre. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har kommet fram, og vi står ikke inne 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 nytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med vilkårene i kontrakten. 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 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 strid med disse bestemmelsene eller kontrakten.

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

Enhver handling som blir gjennomført på bakgrunn av vår rapport blir foretatt på eget ansvar.

## Leseveiledning til rapporten

Mandat for prosjektet som ligger bak denne rapporten har vært bredt og kommunalsjefområdet Helse og velferd har en stor og variert portefølje av oppgaver og ansvar. Rapporten er derfor omfangsrik med til dels høyt detaljnivå.

I noen tilfeller vil det være forskjeller i underlagsdokumentasjon vi har fått fra ulike kilder i kommunen og i data hentet fra ulike offentlige registre som f.eks KOSTRA. Dette kommer i hovedsak av at opplysningene er rapportert på forskjellige måter. I tillegg vil det alltid forekomme endringer i antall brukere, ansatte og lignende i løpet av et driftsår. Vi har så langt som mulig kvalitetssikret tallgrunnlaget for analysene med kontaktpersoner i kommunen. Det kan likevel forekomme mindre avvik i tall, uten at dette har betydning for de vurderinger og anbefalinger som er gjort i rapporten.

**For å lette lesingen av rapporten er den strukturert på følgende måte:**

**I kapittel 0** presenteres PwC sine overordnede oppfatninger av de mest sentrale utfordringene Øygarden kommune står overfor.

Etter dette følger et strukturert sammendrag hvor PwC beskriver observasjoner og vurderinger, fordelt på ulike tema og ulike enheter i kommunalsjefsområdet. Sammendraget er overordnet og er basert på observasjoner, vurderinger og analyser som er beskrevet i mer detaljer i senere kapitler.

De konkrete anbefalingene og tiltakene presenteres fordelt på tre hovedkategorier, før de igjen er blitt plassert i et veikart som visualiserer hvordan PwC foreslår at kommunen fordeler og prioriterer tiltakene over tid frem mot 2040.

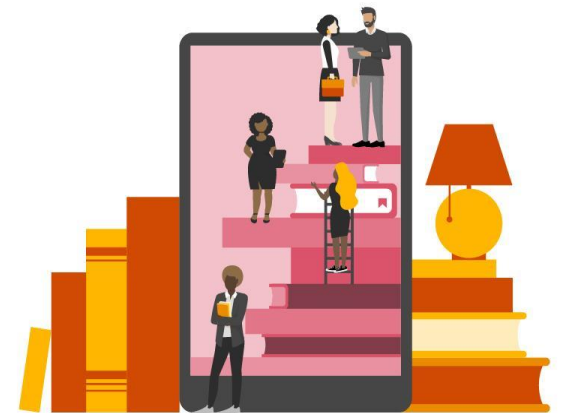
**I kapittel 1** beskrives rammene for prosjektet i form av mandat, organisering (herunder prosjektgruppe) og metodikk i form av aktiviteter og kilder for informasjon.

**I kapittel 2** presenteres en oversikt over rammevilkår og forutsetninger for virksomhetsområdet. Her vises det til sentrale deler av lov- og regelverket samt trender og utvikling i brukergrupper og tjenesteinnhold.

**I kapittel 3** beskrives PwC sine observasjoner og vurderinger knyttet til den nåværende organiseringen og dimensjoneringen av kommunalsjefsområdet. Her presenteres også noen overordnede sammenligninger med andre kommuner.

**Kapitlene 4 til 11** beskriver de ulike enhetene i Helse og velferd, herunder PwC sine observasjoner og vurderinger knyttet til dagens drift samt anbefalte tiltak.

**Kapittel 12** oppsummerer kort PwCs vurdering av hva som er avgjørende faktorer for å kunne levere bærekraftige og treffsikre tjenester i årene frem mot 2040.



# Sammendrag og bakgrunn

## Bakgrunn

PwC har på oppdrag fra Øygarden kommune gjennomført en evaluering av driften i Helse og Velferd.

Hele kommunalsjefsområdet er gjennomgått. Metodikken baserer seg på en kombinasjon av befaringer, intervju og arbeidssamlinger. I tillegg omfattende analyser av offentlig tilgjengelig informasjon, samt informasjon og data som kommunen har gjort tilgjengelig for PwC.

Arbeidet har vært gjennomført i tett samarbeid med ledere, tillitsvalgte og andre nøkkelpersoner i kommunen.

PwCs observasjoner, vurderinger og anbefalte tiltak for en bærekraftig framtidig helse- og velferdstjeneste i Øygarden kommune er oppsummert på de neste sidene.

## Viktigste utfordringer i Helse og velferd i Øygarden kommune

I likhet med alle andre norske kommuner står Øygarden kommune overfor en formidabel utfordring i årene som kommer, når antallet eldre i kommunens befolkning øker med 155 % fram mot 2040. Til tross for at fremtidens eldre som gruppe kan antas å være friskere enn tidligere, vil økningen i antall være så stor at presset på de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil øke betydelig. Dette kommer i tillegg til den økningen man over flere tiår har sett i antallet brukere i yngre aldersgrupper. Samtidig har dagens, og fremtidens, brukere av helse- og omsorgstjenestene andre utfordringer og behov enn tidligere. Flere lever lengre liv med komplekse sykdomsbilder og store somatiske pleiebehov, og antallet brukere med utfordringer knyttet til kognitiv svikt, utfordringer knyttet til rus, utagering og adferdsproblematikk øker. Forenklet kan man si at fremtidens *befolkning* vil ha bedre funksjonsnivå enn tidligere, men de som blir *brukere* av kommunale helse- og omsorgstjenester vil ha større og mer komplekse behov enn tidligere. I sum betyr dette at kommunene får en betydelig utfordring med å bemanne sine helse- og omsorgstjenester. Det økte behovet vil ikke kunne møtes med tilsvarende økning i ressurser hverken i form av penger eller personell. En betydelig omstilling tvinger seg derfor frem, og dette vil påvirke kriteriene for-, innholdet i-, og omfanget av kommunale helse- og omsorgstjenester. I årene som kommer blir det i enda større grad enn tidligere avgjørende at de ansatte i tjenestene, administrasjon og politisk nivå sammen arbeider målrettet for å bevisstgjøre innbyggere, brukere og pårørende om at det offentlige ikke vil være i stand til å fortsette å levere tjenestene på samme måte, og i samme omfang, som i dag.

Øygarden kommune driver per i dag sine helse- og omsorgstjenester kostnadseffektivt med et nøkternt planlagt bemanningsnivå. Likevel vil man måtte gjøre betydelige endringer i måten tjenestene organiseres og leveres på, for å kunne levere de lovpålagte tjenestene på en god måte i årene som kommer. Kommunen har svært dyktige og engasjerte medarbeidere. Fra ulike nivå og på tvers av alle enheter og avdelinger fortelles det om stort press på tjenestene og de ansatte opplever at innbyggernes, brukernes og de pårørendes forventninger til tjenestene er svært høye. Som i mange andre sammenslåtte kommuner er det også i Øygarden spor av at organisering og drift av tjenestene til dels er preget av at man tidligere var tre ulike kommuner. Det synes derfor å være nødvendig å vurdere endringer i måten kommunalsjefområdet er organisert på for å legge bedre til rette for at ledergruppen kan drive kvalitets- og forbedringsarbeid med effektive og tydelige linjer ut i organisasjonen. Videre vil det være behov for å styrke kommunens organisering av fag- og kvalitetsarbeid. For å kunne fortsette å drive kostnadseffektive og gode tjenester vil det også være avgjørende å etablere systemer og strukturer for god ressursstyring. Dette er arbeid som må sentraliseres med mål om å spre lik praksis på tvers av enheter og geografi. Slik vil kommunen kunne bygge videre på sine styrker samtidig som det legges til rette for at kommunen er en attraktivt arbeidsgiver og leverandør av likeverdige og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Som de anbefalte tiltakene i denne rapporten viser, vil omstillingen kreve betydelig innsats på tvers av områder som organisasjon, bygg og infrastruktur og tjenesteyting. Hvorvidt kommunen lykkes med omstillingen vil avhenge av en kollektiv innsats på tvers av kommunalsjefsområder, politisk nivå og samfunnet i Øygarden for øvrig.



<b>0</b>	Sammendrag, anbefalte tiltak og veikart	8
<b>1</b>	Bakgrunn, gjennomføring og metodikk	21
<b>2</b>	Rammevilkår, forutsetninger og samfunnsutvikling	25
<b>3</b>	Nåsituasjonen for helse og velferd i Øygarden kommune	37
<b>4</b>	Helse og velferd: dimensjonering og organisering frem mot 2040	53
<b>5</b>	Kjøkken	70
<b>6</b>	Tjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne (MMNF)	72
<b>7</b>	Psykisk helse og rus	77
<b>8</b>	Legetjenester og legevakt	81
<b>9</b>	NAV	84
<b>10</b>	Helse, mestring og rehabilitering	86
<b>11</b>	Forvaltning og støttetjenester	88
<b>12</b>	Oppsummering og anbefalinger til veien videre for helse og velferd i Øygarden kommune	90

# Forklaring av sentrale begrep og hvordan de brukes i rapporten (1/2)

**Helse og velferd:** Brukes i rapporten om alle tjenester som rapporterer til kommunalsjef for området Helse og velferd i Øygarden kommune.

**Eldreomsorg:** Omfatter helse- og omsorgstjenester til brukere som er 67 år eller eldre.

**Institusjon:** Heldøgns botilbud der beboer med behov for omfattende helse og omsorgstjenester får alle sine behov inkludert mat og medisiner dekket av kommunen mot å betale andel av inntekt/trygd.

**Bofellesskap:** Heldøgnsbemannet botilbud der beboer leier leilighet som er lokalisert sammen med base der det er døgntkontinuerlig bemanning.

**Sykehjem:** Brukes ofte som en samlebetegnelse for alle typer heldøgns plasser (HDO) innen eldreomsorgen – dvs. at uttrykket Sykehjem favner både institusjon og heldøgnsbemannede bofellesskap. I denne rapporten vil ordet sykehjem bli brukt om institusjonsplasser.

**Heldøgnsbemannet omsorgsbolig:** Bolig med fast bemanning. Beboer leier eget rom og betaler for husleie samt kostnader knyttet til mat, medisiner og praktisk bistand. Pleie- og omsorgstjenester ytes etter vedtak.

**Omsorgsbolig:** Bolig uten fast bemanning. Fysisk tilrettelagt og tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede. Beboer leier leilighet der det ikke er tilknyttet egen personell base og ingen fast bemanning. Ved behov får beboer vedtak om hjemmebaserte tjenester som hjemmetjenesten utfører.

**Lokasjon:** Avgrenset geografisk område der det er brukerrettet virksomhet og der det kan være flere bygg men gangavstand mellom byggene.

**Samlokalisering:** Samling av flere funksjoner på samme lokasjon der det er gangavstand mellom funksjoner og bygg.

**Dekningsgrad:** KOSTRA definerer dekningsgrad som prosentandel institusjonsplasser av antall innbyggere 80 år og over. I Husbankens definisjon tas også heldøgnsbemannede bofellesskap / heldøgnsbemannede omsorgsboliger inn i dekningsgrad slik at det blir prosentandel av alle disse relativt til antall innbyggere 80 år og over. I denne rapporten oppgis dekningsgrad for henholdsvis sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning hver for seg, og der de oppgis summert er dette spesielt anført.

**BPA:** Brukerstyrt personlig assistent

**ØH:** Øyeblikkelig hjelp

**MMNF:** Tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne

**Palliasjon:** Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid



# Forklaring av sentrale begrep og hvordan de brukes i rapporten (2/2)

**Hjemmetjenesten:** Hjemmetjenesten omfatter både hjemmesykepleie og praktisk bistand i hjemmet.

- *Hjemmesykepleien* utfører pleie og omsorgstjenester til personer som ikke bor i institusjon.
- *Praktisk bistand i hjemmet* er hjelp til daglig praktiske gjøremål som eksempelvis vask av bolig og mathandling.

**Velferdsteknologi:** Velferdsteknologi er 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. Denne definisjonen stammer fra [Norges offentlige utredninger \(NOU - snl.no\)](https://www.nou.no/utredninger/2018/1801), Innovasjon i omsorg, og blir lagt til grunn både innenfor forvaltningsorganer på ulike nivåer og av utdannings- og forskningsinstitusjoner.

**Pleiefaktor:** Antall årsverk per plass i heldøgns botjeneste og institusjon for eldre. Her regnes kun personell som går i pleien, det vil si at renholdere, kjøkkenpersonell, ledere og administrativt personell er ekskludert.

**Bemanningsfaktor:** Antall årsverk per plass i heldøgns botjeneste. Inkludert årsverk utenfor turnus (ledere og administrativt personell, renholdere, kjøkkenpersonell osv).



0

Sammendrag, anbefalte tiltak og veikart



# Sammendrag av observasjoner og funn (1 / 6)

## Dagens organisering

**Observasjon:** Helse og velferd er organisert med 14 enheter. Området er ledet av kommunalsjef. Hver enhet har flere avdelingsledere under hver enhetsleder. Ansvarsområdet i Helse og velferd inkluderer alle tjenester innen helse, omsorg og mestring i kommunen. I 2024 vil kommunalsjefområdet omfatte ca. 853 årsverk og ca. 1200 ansatte. Helse og velferd har i 2024 en driftsramme på 1045 MNOK (> 80% er lønnskostnader), noe som utgjør 36,5% av kommunens totale driftsramme på 2861 MNOK. Tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne (MMNF), psykisk helse og rus, samt hjemmetjenesten er alle organisert under hver sin enhetsleder med flere avdelingsledere under disse. Hjemmetjenesten er per i dag organisert i fire soner under enhetsleder basert på geografi og hver sone har to avdelingsledere. Institusjoner, heldøgnsbemannede omsorgsboliger for eldre, samt lokalmedisinske senter er organisert med en enhetsleder for hver lokasjon, totalt seks enheter. De øvrige enhetene er NAV, Helse- Mestring og Rehabilitering, Forvaltning og støttetjenester, samt Legetjenester og Legevakt, som er organisert som to separate enheter.

**Vurdering:** Sammenlignet med andre kommuner PwC har arbeidet med har Øygarden kommune et høyt antall enheter med enhetsledere som rapporterer til kommunalsjef. En slik organisering kan ha fordeler når det kommer til kostnadskontroll, men kan i mindre grad legge til rette for at kommunalsjefens ledergruppe kan drive utviklings- og forbedringsarbeid. I tillegg kan det bidra til mange «siloeer» og påvirke evnen til å sørge for likeverdige og helhetlige tjenester på tvers av geografi og tjenesteområder. PwC vurderer at kommunen bør gjøre endringer i organiseringen i Helse og velferd slik at strukturen i større grad bygger opp under de strategiske grepene som må tas i møte med de utfordringene sektoren og kommunen forøvrig står overfor i årene som kommer.

## Dagens tjenestenivå

**Observasjon:** Kommunen driver i dag sine helse- og omsorgstjenester på en kostnadseffektiv måte. Dette henger blant annet sammen med at kommunen har noe færre brukere av helse- og omsorgstjenester per 1000 innbygger enn sammenlignbare kommuner, samt at brukernes bistandsbehov i gjennomsnitt er likt eller noe lavere enn det er i sammenlignbare kommuner. Videre har kommunen et lavere antall årsverk i helse og omsorg per 10 000 innbygger enn sammenlignbare kommuner, og årsverk per bruker av tjenestene er også på linje med, eller noe lavere enn, sammenlignbare kommuner og landet forøvrig. Dette, og en rekke andre faktorer, bidro til at kommunen i 2022 rapporterte å ha brukt 27% av sine samlede netto driftsutgifter på omsorgstjenester, sammenlignet med snittet på rundt 34,5% for sammenlignbare kommuner og landet forøvrig (uten Oslo). Data kommunen har rapportert til PwC viser et nøkternt planlagt bemanningsnivå. Institusjoner og heldøgnsbemannede omsorgsboliger for eldre har en noe høyere gjennomsnittlig planlagt pleiefaktor enn kommuner PwC har arbeidet med det siste året.

**Vurdering:** Selv om kommunen driver kostnadseffektivt i dag og nivå på tjenester og bemanning virker å være nøkternt, må kommunen, som alle andre norske kommuner, gjennom en betydelig omstilling i årene som kommer. Dette vil kreve økt fokus på ressursstyring, tydelige og treffsikre retningslinjer for tildeling av-, og nivå på, kommunale helse- og omsorgstjenester, samt en organisering og drift som legger til rette for at man kan samle og bruke gode styringsdata.

## Demografisk utvikling

**Observasjon:** Fram mot 2040 vil antall personer over 80 år øke med 155% fra dagens 1316 til 3354. Samtidig vil antall personer i yrkesaktiv alder (16-67 år) per person over 80 år synke fra dagens 19 til 8 i 2040. I årene frem mot 2030 øker antallet over 80 år spesielt fort. Eksempelvis vil man fra 2026 til 2027 se en økning i antall personer over 80 år i kommunen med 10%.

**Vurdering:** Kommunen vil se en svært stor økning i andelen eldre i befolkningen fram mot 2040. Dette vil kreve en betydelig omstilling i hvordan man innretter og dimensjonerer kommunens tjenestetilbud innen helse og omsorg. Hovedutfordringen vil ikke bli kostnader, men tilgang på bemanning. En stor del av veksten vil komme innenfor et tidsrom hvor det er begrenset hva som lar seg realisere av økt kapasitet i form av bygg og infrastruktur. Man må derfor håndtere en vesentlig del av den økte kapasiteten ved å dreie tjenestene innenfor det man per i dag har tilgjengelig av bygg og arealer samtidig som man planlegger for økt kapasitet.

## Sammendrag av observasjoner og funn (2 / 6)

### Rekruttering og kompetanse

**Observasjon:** I intervjuer oppgir respondentene at rekrutteringen i helse og velferd er en utfordring, særlig i de mer desentrale områdene i kommunen. Begrenset kollektivtilbud nevnes som en mulig årsak. Videre nevnes ønske om å jobbe sentralt i et større fagmiljø og mulighet for å ta videreutdanning som en annen mulig forklaring. Rekruttering skjer ofte ved at ansatte bytter arbeidssted internt i kommunen. Det er lite rekruttering fra nærliggende kommuner. Ulike turnusordninger som langvakter brukes noen steder i kommunen og virker positivt inn på rekrutteringen. Privat avlastning og fritidskontakter ble også nevnt som særlig utfordrende å rekruttere. Øygarden kommune har høyere andel høyskoleutdannede enn sammenlignbare kommuner og landet i snitt.

**Vurdering:** Rekruttering av kvalifisert personell kommer til å bli en utfordring i årene som kommer, for alle kommuner. Mangelen på bemanning vil bli størst for de høyskoleutdannede gruppene. Det er behov for å forberede seg på en framtid der tilgangen på høyskoleutdannede vil være lavere enn i dag. Dette innebærer å rendyrke oppgavene for de høyskoleutdannede og å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.

### Teknologisk utvikling

**Observasjon:** Statistisk sentralbyrå (SSB) peker på at teknologiske og digitale verktøy har vært i funksjon og stadig blitt utviklet også i de tiårene vi har lagt bak oss. Dette har likevel ikke ført til en demping i behov for helsepersonell.

**Vurdering:** Øygarden kommune bør fortsatt satse på velferdsteknologiske løsninger, men systematisk gjennomføre vurdering av effekt på bemanningsbehov i forkant av investeringer i velferdsteknologiske løsninger. Øygarden bør være forsiktig med å basere budsjettnedtrekk på besparelse innen velferdsteknologi før slike effekter er blitt bedre kvalitetssikret. Effekt av velferdsteknologi bør likevel ikke tillegges stor vekt i framskriving av behov for bemanning. PwC vurderer at kommunen bør vurdere å styrke sin satsning på velferdsteknologi i form av kapasitet på forvaltning, oppfølging og opplæring knyttet til velferdsteknologi. Det bør systematisk gjennomføres vurderinger av effekt på bemanningsbehov i forkant av investeringer i velferdsteknologiske løsninger.

### Eldres valg av boform

**Observasjon:** Det er blitt mer vanlig å flytte i aldersgruppen 60-75 år. Eldre flytter fra enebolig til mer tilgjengelige blokkleiligheter. Tilhørighet i lokalsamfunnet og nærhet til infrastruktur og møteplasser vektlegges når eldre vurderer valg av boform. Dette bidrar til et aktivt liv som igjen bidrar til bedre helse og utsettelse av hjelpebehov.

**Vurdering:** Ved å hensynta faktorer som påvirker Eldres valg av boform i fremtidige planer for bolig- og næringsutbygging kan Øygarden kommune legge til rette for dempet vekst i helse- og omsorgstjenester.

### Tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn

**Observasjon:** Eldres ønsker for et aldersvennlig samfunn er undersøkt i flere utredninger. De eldre peker på behov for å føle tilhørighet og å være tett på lokalsamfunnet. De ønsker mulighet til å være aktive og oppleve liv og røre uten at det fordrer store krav til transport og tilrettelegging. De ønsker å føle seg verdsatt og få anledning til å bruke egne ressurser.

**Vurdering:** Tilrettelegging av lokalsamfunn ut fra Eldres behov kan bidra til å dempe presset på helse- og omsorgstjenestene og dermed også bemanningsbehovet. Utvikling av et aldersvennlig samfunn i Øygarden må skje på tvers av virksomhetsområder i kommunen og i samarbeid med representanter for de eldre, frivillige organisasjoner og næringsliv. Arbeidet må koordineres av kommunen hvis det skal lykkes. PwC vurderer at kommunens Aksjonscenter kan være egnet for å ta en slik rolle.

## Sammendrag av observasjoner og funn (3 / 6)

### Sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger for eldre

**Observasjon:** Kommunen har totalt 246 plasser som inngår i det som omtales som heldøgns omsorg (HDO). Dette inkluderer langtid- og korttidsplasser på sykehjem samt heldøgnsbemannede omsorgsboliger for eldre. Dette tilsvarer i 2023 en dekningsgrad på 18,7 % for HDO (17.6 % i 2024 gitt SSB sitt middelalternativ for befolkningsutvikling). Av disse er 182 plasser på sykehjem (hvorav 55 er rapportert som korttid) og 64 er plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Disse plassene er fordelt på seks lokasjoner, og antallet plasser per lokasjon varierer fra 24 til 52 med et snitt på 41 plasser per lokasjon. Øygarden lokalmedisinske senter har 41 av korttidsplassene, inkludert ØH-senger og plasser for palliasjon. Som i alle kommuner har de fleste av brukerne på sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger i Øygarden (75 – 100% ved de ulike lokasjonene) en grad av kognitiv svikt. Totalt 90 av HDO plassene i kommunen er per i dag definert som plasser for personer med demens (50 i sykehjem og 40 i heldøgnsbemannede omsorgsboliger).

I Øygarden kommune er det ulike betalingsordninger for sykehjems plass og plass i heldøgnsbemannet omsorgsbolig. Kort oppsummert vil de som har langtidsplass på sykehjem ha en egenbetaling som tar utgangspunkt i 75% av trygden og 85% av inntekt utover folketrygden fra NAV. Dette inkluderer alle kostnader som blant annet kost, medisin, medisinsk forbruksmateriell og lignende. I heldøgnsbemannede omsorgsboliger betaler brukerne en husleie, og rommet er slik å anse som den enkelte brukers eget hjem. Kostnader til kost, medisiner og praktisk bistand må dekkes av den enkelte i tillegg til husleien. Det er PwC sin oppfatning at beboerne i de to ulike formene for langtidsopphold i Øygarden per i dag er like når det gjelder helsetilstand og pleiebehov.

**Vurdering:** I møte med den store økningen i andel eldre i befolkningen vil Øygarden kommune som alle andre kommuner måtte omstille innrettingen av HDO. PwC anbefaler en dreining mot heldøgnsbemannede omsorgsboliger med en lavere pleiefaktor for de innbyggerne som ikke har langvarige store somatiske pleiebehov, men som har behov for trygghet og nærhet til andre beboere og en bemanningsbase på grunn av blant annet grader av kognitiv svekkelse. I denne forbindelse vurderer PwC at kommunen må utrede kostnadsbildet og ressursbehovet for de to typene heldøgnsstilbud slik det ser ut per dags dato. Videre bør det etableres tydelige kriterier for tildeling av de ulike typene plasser og betalingsordninger med utgangspunkt i pleiebehov. Dette vil bidra til at man får likebehandling av kostnader og tjenesteinnhold for innbyggere med like behov, uavhengig av hvor de tildeles langtidsplass.

Kommunen bør også øke sin kapasitet betydelig på heldøgnsbemannede omsorgsboliger som innrettes mot brukere med begrenset somatisk pleiebehov. Økningen bør skje for boliger som kan bemannes med en pleiefaktor på i snitt 0,5. Disse boligene vil da kunne ha en betalingsordning tilsvarende den dagens heldøgnsbemannede omsorgsboliger har, med husleie og at den enkelte beboer selv må bekoste kost, medisiner, strøm og lignende. En slik innretting vil etter PwCs oppfatning legge til rette for likeverdige tjenester uavhengig av geografi/lokasjon, bedre ressursstyring ved at typen HDO tildeles og drives med utgangspunkt i bemanningsbehov, samt at den i større grad tilpasser kommunens HDO til det brukerbildet man antar vil prege tjenestene i årene som kommer.

### Hjemmetjenesten

**Observasjon:** Hjemmetjenesten er en svært viktig del av kommunens helse og omsorgstjenester. I møte med det uttalte målet om at flere skal bo lengre hjemme blir det spesielt viktig å bygge opp under en effektiv og godt fungerende hjemmetjeneste. I kommuner med langstrakt geografi slik som i Øygarden stiller dette store krav til hvordan tjenesten organiseres og drives. Hjemmetjenestene i Øygarden er nå geografisk organisert i fire områder. Tjenesten bruker digitale verktøy for å optimalisere arbeidsplaner. PwC vurderer at tjenesten per i dag drives relativt effektivt med en ansikts-til-ansikts tid som sammenlignet med andre kommuner anses som relativt god tatt i betraktning lange avstander i kommunen. Det vil likevel være behov for å arbeide for å øke ansikts-til-ansikts tiden gjennom å redusere tid brukt på andre oppgaver og optimalisere kjøreruter og arbeidsplaner.

**Vurdering:** PwC vurderer at en velfungerende hjemmetjeneste blir avgjørende for at kommunen skal håndtere økningen i antall brukere i årene som kommer. Dette vil kreve et stort fokus på ressursstyring og rendyrking av pleieoppgaver. Videre vil samarbeidet mellom hjemmetjenesten og øvrige enheter bli avgjørende.

## Sammendrag av observasjoner og funn (4/6)

### Legevakt og legetjenester

**Observasjon:** Legetjenesten i Øygarden kommune er diversifisert og omfatter helsetasjons- og skoleleger, sykehjemsleger/tilsynsleger, fastlegeordningen samt smittevernoverlege og kommuneoverlege. Legetjenesten ledes av kommuneoverlege, mens legevakt er skilt ut som egen enhet med egen leder og eget driftsbudsjett.

**Vurdering:** PwC oppfatter at kommunen har en velfungerende legetjeneste og legevakt. I en tid hvor mange kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde leger, er dette viktig å bygge opp under. Kommunen har styrket legedekningen ved sykehjem og omsorgsboliger, og PwC vurderer at dette er i tråd med den økte kompleksiteten i somatiske pleiebehov hos pasientene. Det er forventet at kommunene i årene som kommer vil måtte være i stand til å håndtere ytterligere kompleksitet i brukergruppene og en sterk legetjeneste vil da bidra til at kommunen kan ta i mot utskrivingsklare pasienter fra sykehus og håndtere disse på en god måte.

Det er PwC sin erfaring at de fleste kommuner har en egen administrativ leder for legetjenesten, mens kommuneoverlege-funksjonen ivaretas i egen stilling. Administrasjon og ledelse av legetjenesten i en kommune av Øygarden sin størrelse vil kreve tid og kapasitet i et omfang som det synes vanskelig å over tid skulle kombinere med rollen som kommuneoverlege. Det er derfor PwC sin vurdering at rollen som kommuneoverlege rendyrkes som medisinsk-faglig overordnet i kommunen og som en viktig del av kommunalsjefens stab. I tråd med vår generelle anbefaling om å redusere antallet enheter under kommunalsjef anbefaler vi også at kommunen vurderer å slå sammen legetjeneste og legevakt under en felles enhetsleder, slik det er løst i de fleste andre kommuner PwC kjenner til. En sterk tilstedeværende ledelse ved legevakten vil fremdeles være viktig men i flere andre kommuner ivaretas dette på avdelingsledernivå.

### Forvaltning og støttetjenester

**Observasjon:** Forvaltning og støttetjenester har ansvar for et bredt spekter av tjenester. En sentral oppgave er saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester. Med forvaltningskontoret, koordineringssenteret og vurderingsteamet er enheten sentral i kommunens ressursstyring og hvilket innhold og nivå kommunens tjenester innen helse og omsorg har. Det er PwC sitt inntrykk at for liten kapasitet i denne enheten kan føre til at vedtak ikke revurderes men fornyes automatisk og at brukere kan få tjenester basert på gamle vedtak. Enheten virker å samarbeide godt med kommunalsjefsområdets andre enheter, men arbeidet med å harmonisere rutiner og kriterier ser med fordel ut til å kunne styrkes. Enheten har også ansvar for drift og forvaltning av fire avlastningsboliger for barn.

**Vurdering:** PwC vurderer at Øygarden kommune må ha stort fokus på ressursstyring og harmonisering av innhold og omfang på tjenester på tvers av enheter og geografi i årene som kommer. Enheten Forvaltning og støttetjenester vil bli helt sentral i dette arbeidet. Blant annet innebærer dette at kommunen bør utarbeide en detaljert tjenestekatalog som beskriver kriterier for, og omfang av, de ulike helse- og omsorgstjenestene kommunen leverer. En slik tjenestekatalog kan brukes utad, for å informere innbyggere, brukere og pårørende om kommunens tilbud, og den kan brukes innad som grunnlag for vurdering av søknader og for ansatte og ledere på tvers av enheter som del av arbeidet med å sørge for likeverdige og bærekraftige tjenester i kommunen. Enheten bør derfor styrkes, også i form av opplæring, innføring av nye verktøy og rutiner samt at man gjennomgår den totale oppgaveporteføljen til enheten og vurderer denne opp mot dagens kapasitet i form av bemanning. Videre anbefaler PwC at kommunen vurderer om avlastning for barn i kommunale boliger bør flyttes til MMNF, da enhet for forvaltning og støttetjenester bør rendyrkes som forvaltning- og styringsenhet.

## Sammendrag av observasjoner og funn (5 / 6)

### Tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne (MMNF)

**Observasjon:** Øygarden har noe færre innbyggere over 16 år med diagnosen psykisk utviklingshemming enn landsgjennomsnittet. Andelen av innbyggerne med slike diagnoser som bor i heldøgnsbemannede bofellesskap ser ut til å være på linje med andre kommuner PwC har kjennskap til. Den planlagte bemanningen i bofellesskapene er nøktern. Antallet nattevakter er noe høyere enn hos en del andre kommuner. Dette kan ha sammenheng med at driften er spredd på relativt mange bofellesskap og dette gjelder spesielt for de særlig ressurskrevende brukerne. Dette er med på å øke behovet for antallet nattevakter i enheten totalt per natt.

Enheten rapporterer at avdelingslederne har stort ansvar for mange ansatte og bruker mye tid på drift. Det at driften er fordelt på mange lokasjoner beskrives som utfordrende med tanke på utvikling av tjenesten og faglig utvikling. På linje med hva PwC erfarer også fra andre kommuner har brukergruppen endret seg betydelig, og man ser spesielt en økning i antallet brukere som har autismespekterdiagnoser og andre utfordringer knyttet til adferd/utagering. Dette stiller nye og store krav til enhetens ressurser både i form av bemanning og kompetanse, men også i form av bygg som hensyntar både brukere og ansattes behov.

**Vurdering:** De kommunene som driver tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne mest kostnadseffektivt har typisk en relativt lav andel boende i heldøgnsbemannede bofellesskap. PwC erfarer også at de kommunene som driver disse tjenestene mest kostnadseffektivt har egne ambulante team som leverer tjenester til de hjemmeboende brukerne, heller enn at disse mottar tjenester fra bemanning som har tilknytning til bemannede bofellesskap. Et annet trekk ved kommuner som driver tjenestene kostnadseffektivt er at de har færre, men større, heldøgnsbemannede bofellesskap, da dette spesielt kan bidra til et redusert behov for nattevakter. Enheten har rapportert et behov for en samlokalisering av spesielt de mest ressurskrevende brukerne noe som samsvarer med PwC sine observasjoner og vurderinger. Ved etablering av nye bofellesskap for personer med nedsatt funksjonsevne må man utover antallet brukere som skal samlokaliseres hensynta den enkelte brukers ønsker og behov samtidig som lokasjonens utforming, brukersammensetning og øvrige forhold må legges til rette for å levere gode tjenester med lavest mulig bemanningsbehov.

### Psykiske helse og rusomsorg

**Observasjon:** Psykisk helse og rusomsorg har ansvar for alle tjenester til mennesker med psykiske vansker eller rusutfordringer. Det dreier seg i all hovedsak om lovpålagte tjenester, og kommunen har organisert disse i tre hovedforløp med glidende overganger. Hovedforløp 1 er rettet mot personer med milde og kortvarige problemer, og ivaretas i hovedsak av rask psykisk helsehjelp med kursvirksomhet, gruppetilbud og noe individuell oppfølging. Hovedforløp 2 er rettet mot personer med kortvarige og alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, og ivaretas i hovedsak av oppfølgingstjenesten med hjemmeboende. Gruppen har også tilbud via mottak- og oppfølgingssenter og dagsenter. Hovedforløp 3 er rettet mot personer med alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Her inngår alle bofellesskapene. Gruppen har også tilbud hos oppfølgingstjenesten, samt at noen benytter seg av dagtilbud. Videre har enheten omfattende aktivitet knyttet til kursvirksomhet, gruppetilbud samt deltakelse i prosjekter i samarbeid med ulike aktører i nærliggende kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Sammenlignet med andre kommuner PwC kjenner til er den planlagte bemanningen i enheten nøktern. I likhet med andre kommuner PwC har arbeidet med det siste året, rapporterer enheten om økt pågang på sine tjenester og en mer krevende brukergruppe med komplekse utfordringer. Enheten ser behov for økt samarbeid på tvers av enhetene i Helse og velferd og på tvers av kommunalsjefområdene for å kunne levere gode og effektive tjenester for personer med psykiske vansker og/eller rusutfordringer. Det er spesielt krevende å bosette de brukerne med dårligst boevne, og dette er en utfordring som blant annet må løses i tett samarbeid med NAV.

**Vurdering:** PwC vurderer at det blir viktig å sørge for kapasitet i lavterskeltilbud i takt med økt pågang. Videre anbefales det at kommunen planlegger for, og etablerer, egnede boliger for de brukerne som har dårligst boevne, samt styrker oppfølgingstjenesten. Et økt fokus på samarbeid på tvers av de ulike enhetene vil være spesielt viktig i årene som kommer, med bakgrunn i en observasjon av at brukere i f.eks. MMNF og eldreomsorg i større grad har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse.



## Sammendrag av observasjoner og funn Del 2 - Helse og velferd (6 / 6)

### NAV

**Observasjon:** Kommunene har ansvar for å tilby sosiale tjenester og veiledning ved NAV-kontoret. Formålet er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekår for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, samt forebygge sosiale problemer. Tjenestene NAV kontoret leverer er i stor grad lovpålagte og inkluderer økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram, opplysning, råd og veiledning, midlertidig bolig og individuell plan.

Øygarden kommune scorer relativt lavt på levekårsindeksen og dette gir seg blant annet uttrykk i press på de tjenester NAV leverer. Per 22. september 2023 bodde 19 personer i midlertidig bolig. I tidsrommet januar-august 2023 var snitt mottakere av sosialhjelp 381 personer per måned, og i september 2023 hadde 709 ungdommer (16-30 år) oppfølging hos NAV.

**Vurdering:** Kompleksiteten i de tjenester NAV skal sørge for er stor. Med brukere i alle aldre og livssituasjoner deler NAV brukere med de fleste av kommunens øvrige enheter. Hvordan kommunens helse- og omsorgstjenester forøvrig innrettes vil derfor påvirke NAV, samtidig som NAV sin evne til å utføre sine oppgaver på en god måte vil kunne påvirke kommunens øvrige tjenester og tilbud. Videre vil NAV i til dels stor grad påvirkes av den større konteksten i form av dyrtid, flyktningekriser og det generelle makroøkonomiske bildet. Det er derfor spesielt viktig at det er tydelige og gode systemer og rutiner for samarbeid rundt felles brukere og problemstillinger. Dette vil bli enda viktigere i tiden fremover og PwC anbefaler kommunen å ha et spesielt fokus på helheten i kommunens tjenester til brukere som også er i kontakt med NAV. Dette synes å være spesielt kritisk i arbeidet rundt personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus og blant annet bosetting av personer med denne typen utfordringer. I de situasjoner hvor kommunen selv ikke kan tilby egnet bolig vil kommunen måtte benytte seg av midlertidige boliger. Dette er både kostbart og ikke nødvendigvis en boform som er til det beste for brukeren og samfunnet forøvrig.

Et annet område PwC anbefaler at kommunen følger spesielt opp er flyktningetjenesten. På grunn av lavt volum ble denne lagt inn under NAV. I forbindelse med krigen i Ukraina ble det så opprettet et prosjekt for bosetting og oppfølging av flyktninger og i 2022 bosatte kommunen 200 flyktninger. Per dags dato driver kommunen dermed arbeid knyttet til flyktninger i to linjer, og dette kan potensielt sett føre til dobbeltarbeid og ikke optimal ressursutnyttelse. Flyktningssituasjonen fra blant annet Ukraina er fremdeles uavklart. PwC anbefaler at kommunen evaluerer og vurderer organiseringen av flyktningetjenesten om for eksempel ett år, avhengig av hvordan situasjonen utvikler seg.

### Helse-, mestring og rehabilitering

**Observasjon:** Helse-, mestring og rehabilitering driver et godt og rikholdig tilbud for en rekke ulike brukergrupper både i form av en-til-en behandling/tiltak og i form av gruppetilbud og kursaktiviteter. Enheten bruker også betydelige ressurser på å forvalte og følge opp hjelpemidler og velferdsteknologi.

**Vurdering:** Enheten sitter på kompetanse og ressurser som blir avgjørende i arbeidet med å styrke fokus på forebygging og mobilisering av innbyggere og brukeres egne ressurser. I møte med den store forventede økningen i alle bruker- og diagnosegrupper vil enheten i enda større grad enn tidligere måtte fokusere på å bygge opp gruppetilbud heller enn å gi en-til-en tjenester. Samtidig må enhetens kompetanse, ressurser og aktivitet i fremtiden i betydelig grad dreies mot å øke kompetansen hos øvrige enheter i helse og velferd. Det er PwCs vurdering at diagnosespesifikke ressurser og tilbud til eksempelvis personer med demens ikke vil kunne skaleres opp i takt med økningen i antall brukere med slike diagnoser. Det blir derfor viktig at man bruker den spisskompetansen som finnes i kommunen til å sette hele organisasjonen i stand til å arbeide godt rundt denne typen brukere og diagnoser. Dette blir spesielt viktig inn mot hjemmetjenesten som også i fremtiden vil bli en svært viktig aktør i arbeidet med å mobilisere den enkeltes ressurser og slik legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt hjemme lengst mulig. Dette er også del av bakgrunn for at PwC anbefaler at enheten samorganiseres med hjemmetjenesten i en enhet for hjemmebaserte tjenester/mestring.

# Tiltak og anbefalinger: Bygg, dimensjonering og kapasitet

**1** Gjennomfør en systematisk gjennomgang av eksisterende bygningsmasse og lokasjoner med hensikt å beskrive byggteknisk- og funksjonell tilstand samt potensiale for økt kapasitet og utvidelse.

**2** Øk kapasiteten for HDO med 141 plasser innen 2028.

Hvorav 81 nye plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og 60 nye sykehjemsplasser.

**3** Øk kapasiteten for HDO med ytterligere 155 plasser innen 2034.

Hvorav 126 nye plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og 29 nye sykehjemsplasser.

**4** Øk kapasiteten for HDO med ytterligere 129 plasser innen 2040.

Hvorav 64 nye plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og 43 nye sykehjemsplasser.

**5** Planlegg og etabler ny lokasjon for å samlokalisere avlastning for barn.

**6** Planlegg og etabler robustboliger for brukere innen psykisk helse og rus i tråd med behov meldt fra tjenesten.

**7** Planlegg og etabler bofellesskap for samlokalisering av de mest ressurskrevende brukere i MMNF. Brukernes behov og ønsker skal hensyntas ved eventuell flytting og samlokalisering.

**8** Utred overgang til sentralisert kjøkkenløsning i forbindelse med etablering av nye institusjonsplasser og plasser i heldøgnsbemannede bofellesskap.

**9** Gjennomgå roller og ansvar for drift og vedlikehold av bygg og utstyr på tvers av kommunens enheter og geografi, med hensikt å sørge for forutsigbar og likeverdig praksis. Dette må gjøres på tvers av de aktuelle kommunalsjefsområdene.



# Tiltak og anbefalinger: Organisering, samarbeid og samhandling

**10** Tilpass organiseringen av kommunalsjefområdet til å legge til rette for at kommunalsjefens ledergruppe kan drive utviklings- og forbedringsarbeid samt sørge for likeverdige og helhetlige tjenester.

**11** Samle legetjeneste og legevakt i en enhet med en felles enhetsleder. Vurder om aksjonscenteret skal legges til denne enheten.

**12** Ta kommuneoverlege inn i kommunalsjefens stab. Kommuneoverlegen ivaretar også kommunens ansvar etter smittevernloven.

**13** Opprett en funksjon som fagansvarlig i kommunalsjefens stab. Ikke nødvendigvis som en ny stilling men oppgaven må ivaretas av stab. Fagansvarlig skal lede arbeidet med å innføre system og struktur for felles prosedyrer og rutiner.

**14** Organiser institusjoner og heldøgnsbemannede boliger for eldre i tre deler med én enhetsleder i hver del:

- Nord og Sør
- Straume
- Lokalmedisinsk senter

**15** Flytt ansvar for – og drift av – avlastning for barn i kommunale boliger fra enhet for Forvaltning og støttetjenester til MMNF.

**16** Sentraliser bemanningsplanlegging i en egen avdeling, sammen med en intern vikarpool/ bemanningssentral. Vurder om denne avdelingen kan legges under enhet for «forvaltning, *ressursstyring* og støttetjenester), alternativt til HR.



# Tiltak og anbefalinger: Tjenesteyting, kompetanse og bemanning

**17** Utarbeid en detaljert tjenestekatalog som beskriver kriterier for – og innhold i – de ulike tjenestene som inngår i kommunens helse og omsorgstjenester.

**18** Gjør en helhetlig og grundig kartlegging av kostnadsbilde og ressursbehov knyttet til dagens to former for heldøgntilbud for eldre. Etabler tydelige kriterier for tildeling av hver av de to tilbudene.

**19** Omstill til en *gjennomsnittlig* pleiefaktor for langtidsplasser til 0.9, korttidsplasser til 1.0 og heldøgnsbemannede omsorgsboliger til 0.5 på grunn av redusert tilgang på helsepersonell i fremtiden.

**20** Arbeid for å øke ansikt-til-ansikts tid i hjemmebaserte tjenester ved å redusere tid brukt på andre oppgaver og optimalisere kjøreruter og arbeidsplaner.

**21** Styrk og utvid påbegynte ordninger med «sykepleiere i team / sykepleiere på topp». Se dette i sammenheng med etablering av sentralisert bemanningsplanlegging.

**22** Endre oppgavefordeling med formål å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede og å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.

**23** Gjennomgå kommunens rutiner og systemer for etter- og videreutdanning av sine ansatte med mål om å harmonisere tilbudet på tvers av enheter og drive mer målrettet kompetanseheving i tråd med tjenestens behov.

**24** Gjennomgå systemer og rutiner for internkontroll, herunder i hvilken grad kvalitetssystem i tilstrekkelig grad beskriver prosedyrer og legger opp til lik praksis på tvers av avdelinger og enheter.

**25** Styrk satsningen på velferdsteknologi i form av kapasitet, kompetanse og infrastruktur. Gjennomfør systematiske vurderinger av effekt på bemanningsbehov i forkant av investeringer i velferdsteknologiske løsninger



## Veikart for helse og velferd i Øygarden kommune mot 2040

2024 - 2026

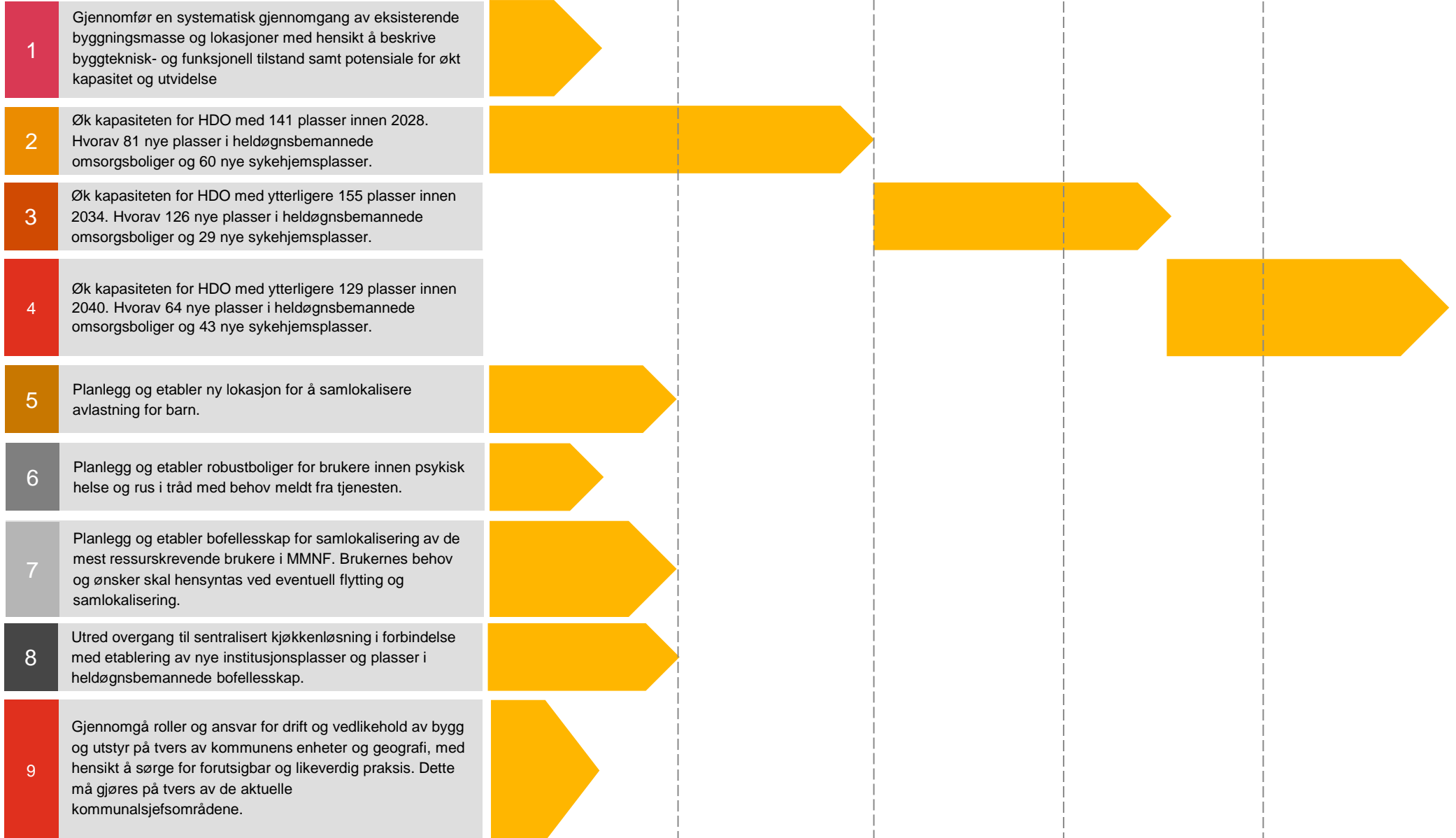
2026 - 2028

2028 - 2030

2030 - 2036

2036 - 2040

## Bygg, dimensjonering og kapasitet





## Veikart for helse og velferdi Øygarden kommune mot 2040

2024 - 2026

2026 - 2028

2028 - 2030

2030 - 2036

2036 - 2040

Organisering, samarbeid og  
samhandling

- |    |  |
|----|--|
| 10 | Tilpass organiseringen av kommunalsjefområdet til å legge til rette for at kommunalsjefens ledergruppe kan drive utviklings- og forbedringsarbeid samt sørge for likeverdige og helhetlige tjenester.                                  |
| 11 | Samle legetjeneste og legevakt i en enhet med en felles enhetsleder. Vurder om aksjonssenteret skal legges til denne enheten.  |
| 12 | Ta kommuneoverlege inn i kommunalsjefens stab og kommuneoverlegen ivaretar kommunens ansvar etter smittevernloven  |
| 13 | Opprett en funksjon som fagansvarlig i kommunalsjefens stab. Ikke nødvendigvis som en ny stilling men oppgaven må ivaretas av stab. Fagansvarlig skal lede arbeidet med å innføre system og struktur for felles prosedyrer og rutiner. |
| 14 | Organiser institusjoner og heldøgnsbemannede boliger for eldre i tre deler med én enhetsleder i hver del:<br>- Nord og Sør<br>- Straume<br>- Lokalmedisinsk senter   |
| 15 | Flytt ansvar for – og drift av – avlastning for barn i kommunale boliger fra Enhet for Forvaltning og støttetjenester til MMNF.  |
| 16 | Sentraliser bemannings-planlegging i en egen avdeling, sammen med en intern vikarpool/ bemanningssentral. Vurder om denne avdelingen kan legges under enhet for «forvaltning, ressursstyring og støttetjenester), alternativt til HR.  |



## Veikart for helse og velferdi Øygarden kommune mot 2040

2024 - 2026

2026 - 2028

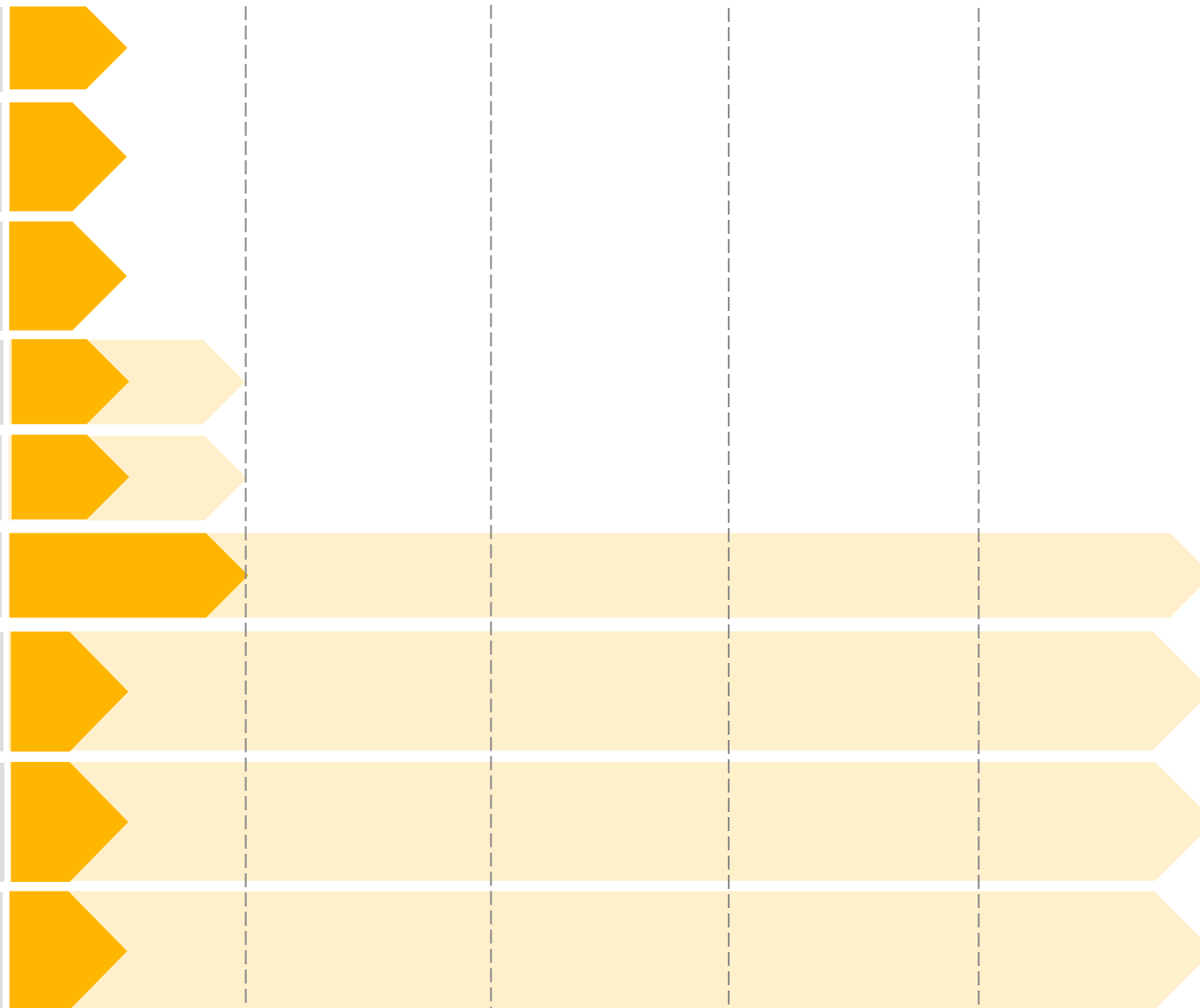
2028 - 2030

2030 - 2036

2036 - 2040

## Tjenesteyting, kompetanse og bemanning

- |    |  |
|----|--|
| 17 | Utarbeid en detaljert tjenestekatalog som beskriver kriterier for – og innhold i – de ulike tjenestene som inngår i kommunens helse og omsorgstjenester.   |
| 18 | Gjør en helhetlig og grundig kartlegging av kostnadsbilde og ressursbehov knyttet til dagens to former for heldøgntilbud for eldre. Etabler tydelige kriterier for tildeling av hver av de to tilbudene.             |
| 19 | Omstill til en <i>gjennomsnittlig</i> pleiefaktor for langtidsplasser til 0.9, korttidsplasser til 1.0 og heldøgnsbemannede bofellesskap til 0.5 på grunn av redusert tilgang på helsepersonell i fremtiden.         |
| 20 | Arbeid for å øke ansikt-til-ansikts tid i hjemmebaserte tjenester ved å redusere tid brukt på andre oppgaver og optimalisere kjøreruter og arbeidsplaner.  |
| 21 | Styrk og utvid påbegynte ordninger med «sykepleiere i team / sykepleiere på topp». Se dette i sammenheng med etablering av sentralisert bemanningsplanlegging.   |
| 22 | Endre oppgavefordeling med formål å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede og å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.   |
| 23 | Gjennomgå kommunens rutiner og systemer for etter- og videreutdanning av sine ansatte med mål om å harmonisere tilbudet på tvers av enheter og drive mer målrettet kompetanseheving i tråd med tjenestens behov.     |
| 24 | Gjennomgå systemer og rutiner for internkontroll, herunder i hvilken grad kvalitetssystem i tilstrekkelig grad beskriver prosedyrer og legger opp til lik praksis på tvers av avdelinger og enheter.                 |
| 25 | Styrk satsningen på velferdsteknologi i form av kapasitet, kompetanse og infrastruktur. Gjennomfør systematiske vurderinger av effekt på bemanningsbehov i forkant av investeringer i velferdsteknologiske løsninger |





1

Bakgrunn, gjennomføring og metodikk

## Mandat for oppdraget

En forventet endring i befolkningens sammensetning og behov vil påvirke krav og forutsetninger som ligger til grunn for kommunenes boligutvikling og tjenesteproduksjon. Øygarden kommune har i denne sammenheng sett behov for en gjennomgang av nå-situasjonen og en vurdering av hvordan kommunen bør organisere og dimensjonere sine tjenester for å møte fremtidens utfordringer.

### I tilbudsinnbydelsen er oppdraget beskrevet slik:

Øygarden kommune har behov for å få gjennomført en analyse som ender opp i en rapport med konkrete tiltakslistor som synliggjør økonomiske konsekvenser av hvert tiltak. Gjennomgangen skal ta for seg alle tjenestene i helse og velferd og identifisere kostnadsreducerende og/eller inntektsbringende tiltak innen hver tjeneste samtidig som lovpålagte tjenester blir utøvd på en forsvarlig måte.

Analysen skal omfatte:

- Tildeling av tjenester
- Lokalisering og bemanning av tjenestene
- Organisering, ledelse og styring av sektoren og tjenestene
- Alternativer til dagens måte å løse tjenestene på (herunder kjøp og salg av tjenester fra private aktører og konkrete framlegg til bruk av velferdsteknologi som virkemiddel for å løse tjenestene). I tillegg vurdere oppgaveløsning på tvers av tjenestene innen kommunalsjefområdene.

PwC har gjort analyser, vurderinger og anbefalinger i henhold til mandatet. Rapporten inneholder liste over konkretiserte og tallfestede tiltak. Tiltakene er basert på grundige og systematiske analyser av kommunen sine egne data og dokumenter, og i noen grad på sammenligninger mot andre aktuelle kommuner.

*Etter avtale med kommunens prosjektgruppe er fokus i evalueringen, rapporten og tiltakene i større grad dreiet mot behov for omstilling, dimensjonering og organisering av fremtidig tjenestetilbud heller enn konkrete kostnadsreducerende tiltak innenfor nåværende budsjett.*

### Virksomheter som er gjennomgått:

- Kommunalsjef Helse og velferd og stab
- Støttetjenester
- Hjemmebaserte tjenester
- Tjeneste til mennesker med nedsatt funksjon
- Psykisk helse- og rustjenester
- NAV
- Sykehjem og omsorgssentre
- Øygarden lokalmedisinske senter
- Legetjenesten
- Helse, mestring og rehabilitering
- Sotra legevakt



# Arbeidet er utført i nært samarbeid mellom kommunens prosjektgruppe og PwC

## Kommunens prosjektgruppe

Fra kommunen har kommunalsjef Line Barmen vært prosjekteier. I tillegg har kommunens prosjektgruppe bestått av

- Janne Mo, Spesialrådgiver og prosjektleder for kommunen
- Tove Helleland, Assisterende kommunalsjef
- Karstein Golten
- Margareth Fjeldberg Johansen
- Tore Kjell Solvang
- Åshild-Helene Vik

## PwC sitt team har bestått av

- Peder Heggdal, prosjektleder
- Anne Hilde Bjøntegård, rådgiver
- Ivar Håkonsen, rådgiver
- Erika Samset, rådgiver
- Frode Myrdal, ansvarlig partner



## Gjennomføring og samarbeidsformer

Det har vært gjennomført statusmøter med prosjektgruppen annenhver uke i prosjektperioden. I møtene er status og framdrift i arbeidet gjennomgått og foreløpige analyser og vurderinger fra PwC er presentert og diskutert med kommunens prosjektgruppe.

Den 19. september ble det gjennomført en befaring ved 10 lokasjoner, blant annet alle sykehjemmene, flere av bofellesskapene og Lokalmedisinsk senter og legevakt. Det ble også gjennomført 9 gruppeintervjuer med nøkkelpersoner i sektoren, herunder enhetsledere, avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud for kjernedrift og støttetjenester. I tillegg ble det gjennomført intervju med brukerutvalget. De fleste av intervjuene ble gjennomført på rådhuset den 20. september, ett ble gjennomført som videosamtale den 14. september.

Den 12. oktober 2023 ble det gjennomført en heldags arbeidssamling der PwCs analyser og foreløpige vurderinger ble gjennomgått og diskutert i gruppearbeid. Deltakere i samlingen var prosjektgruppen, ledere, brukerrepresentanter, kommunale ledere utenom området og stab/støtte. I gruppearbeidene ble styrker og utfordringer med ulike scenarier for dimensjonering av botilbudet i helse og velferd gjennomgått. Den 2. november ble foreløpige funn og vurderinger fra arbeidet presentert for kommunestyret i Øygarden kommune.

Samarbeidet med kommunen sine ansatte har vært svært godt. Ledere og andre har bidratt positivt i alle deler av arbeidet til tross for en travel arbeidshverdag.

Samarbeidet med kommunen sine ansatte har vært svært godt. Ledere og andre har bidratt positivt i alle deler av arbeidet til tross for en travel arbeidshverdag.





# Evaluering og tiltaksliste er etablert ved hjelp av en rekke ulike informasjonskilder



## Analyse av KOSTRA tall

*Hva:* Vi har tatt utgangspunkt i KOSTRA gruppe 10 og i noen tilfeller der nærmere angitt noen nærliggende kommuner (Askøy, Alver og Bjørnafjorden).

*Hvorfor:* Hensikten er å finne det teoretiske innsparingspotensialet i Helse og velferd opp mot mer kostnadseffektive kommuner, og å identifisere om det er områder hvor Øygarden skiller seg fra andre når det gjelder økonomi, tjenestenivå, bemanning eller kvalitet. KOSTRA tall er preget av usikkerhet da kommunene ikke nødvendigvis rapporterer likt. KOSTRA analysen må derfor tolkes med varsomhet, og utgjør kun en introduksjon til mer detaljerte analyser som er basert på data oversendt fra kommunen til PwC.



## Analyse av økonomi, bemanning og tjenesteyting

*Hva:* PwC har etablert en analysemodell for dagens drift i Helse og velferd. I samråd med kommunen er det lagt til grunn tall fra budsjett og planer for 2024. Det vil si at våre vurderinger og tiltak har utgangspunkt i justering av pleiefaktorer som er *planlagt* for 2024.

### *Hvorfor*

- Etablere et faktabasert bilde av dimensjonering og ressursbruk
- Se på økonomiske konsekvenser av ulike tiltak
- Kartlegg dimensjonering av enheter og avdelinger
- Forklare kvalitativ innsikt



## Kvalitativ analyse

*Hva:* Det er gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner i kommunen og kommunale planverk for Helse og velferd er gjennomgått.

### *Hvorfor*

- Supplement til de kvantitative analysene
- Få nøkkelressursenes synspunkt på dagens og fremtidens ressursituasjon
- Vurdere tildelings- og evalueringspraksis



## Befaring i helse- og velferdsbygg

*Hva:* PwC har gjennomført fysisk befaring i alle sykehjem og noen andre helse- og velferdsbygg.

### *Hvorfor*

- Vurdere lokaliteter mht størrelse og utforming av bruker- og personalarealer, inndeling av rom, utforming og avstander mellom rom og funksjoner som vaktrom, kjøkken, lager, medisinerom med mer.
- Grunnlag for å vurdere hvorvidt fysisk struktur, størrelse og lokalisering legger til rette for effektiv ressursbruk på tvers av poster og avdelinger.

A close-up photograph of two hands clasped together in a supportive grip. The hands are light-skinned, and the background is a blurred blue fabric. The lighting is soft and natural, highlighting the texture of the skin and the interlocking fingers.

2

## Rammevilkår og forutsetninger og samfunnsutvikling

# Nasjonale føringer for helse- og omsorgstjenester (lover, forskrifter, rundskriv, reformer, veiledere)

Denne oversikten er ikke uttømmende men viser de viktigste føringene for helse- og omsorgstjenestene.

## Helse- og omsorgstjenesteloven og Pasient- og brukerrettighetsloven

Kommunen sitt ansvar når det kommer til innhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er spesifisert i §3-2 til §3-10, mens innbyggerne sin rett til nødvendig hjelp fra kommunen sin helse- og omsorgstjeneste er omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a.

## Andre lover og forskrifter

Utover disse to lovene utgjør folkehelseloven, psykisk helsevernloven, helseberedskapsloven, smittevernloven, sosialtjenesteloven samt helsepersonelloven det viktigste juridiske grunnlaget for kommunen sine oppgaver og ansvar innenfor helse- og omsorgssektoren.

En rekke forskrifter supplerer og konkretiserer kommunens plikter og innbyggernes rettigheter, blant annet Verdighetsgarantien, Kvalitetsforskriften, Forskrift om habilitering- og rehabilitering samt Fastlegeforskriften.

## Samhandlingsreformen

Videre er det gjennom samhandlingsreformen forventet at kommunene fokuserer mer på forebygging og bedre samhandling. Kommunene blir utfordret på prioritering og organisering og på styrking av helsefremmende og forebyggende arbeid. Reformen har òg ført til at oppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

## Stortingsmeldinger

Gjennom stortingsmeldinger blir òg kommunene veiledet i hvordan tjenestene skal bli utviklet og tilpasset til de utfordringer vi står overfor. Forventningen er at kommunene driver bærekraftig tjenesteproduksjon med effektive tjenester, rasjonelle strukturer hvor fokus på innovasjon og hvor brukertilpasning og implementering av teknologi styrkes. Andre viktige føringer fra Stortinget er i denne sammenhengen fokus på aktiv deltakelse fra innbyggerne samt økt samhandling med frivillig sektor.

## Rundskriv, veiledere og planer

Disse legger føringer for organisering og utvikling av kommunenes tjenestetilbud. Blant annet Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene, Rundskriv om ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering og Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske område.

## Helse- og omsorgstjenesteloven

*“Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen blir tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen sitt ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne”.*

*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m §3-1.*



# Brukere og innbyggere skal medvirke i bestemmelser knyttet til egen bosituasjon



## Personer med utviklingshemming skal bli hørt og sett

Personer med utviklingshemming er en stor og uensartet gruppe, med stort behov for individuell tilpasning i tjenestetilbudet. Regjeringen publiserte i november 2022 Stortingsmelding Meld. St. (2022-2023) om menneskerettigheter for personer med utviklingshemming<sup>1</sup>. FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ligger til grunn for regjeringens politikk.

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 syndrom

For disse brukergruppene er det eksempelvis behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter, ernæring og det sosiale miljøet. Artikkel 19 i FN konvensjonen sier at mennesker med nedsatt funksjonsevne har anledning til å velge bosted og hvor og med hvem de vil bo, på lik linje med andre. Dette innebærer at den enkelte i samråd med sine pårørende kan velge hvor og hvordan de ønsker å bo.

Kommunen plikter å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

## Utfordringer knyttet til psykiske lidelser er stabil

For unge voksne, spesielt unge kvinner, har det vært en økning i andelen som rapporterer om psykiske plager de siste tiårene. Forekomst av psykiske lidelser der kriterier for en diagnose er oppfylt er imidlertid stabil. Mellom én av seks og én av fire vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste psykiske lidelsene er angst og depresjon. Psykiske lidelser og rusmiddelidelser kan opptre samtidig. 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, kartlegging og tilsyn. Psykisk helsearbeid og rusforebyggende arbeid er fortsatt et nasjonalt satsingsområde, og det er forventet at kommuner kontinuerlig videreutvikler og bedrer tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusforebygging.

## Eldre skal kunne bo trygt hjemme så lenge som mulig

Nasjonal helsepolitikk for eldreomsorgen går ut på å legge til rette for at eldre kan bo lengst mulig hjemme. Regjeringen har satt i verk kvalitetsreformen "Bo trygt hjemme"<sup>2</sup>. I tråd med den nye reformen bør innsatsfaktorer i helse og velferd i stor grad være innrettet for at eldre kan bo hjemme.



# Lovtekstene gir ikke klare svar på hva som er lovpålagte tjenester

## Omfang av tjenestene

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 at det vil være umulig å lage en oppstilling av alt en bruker 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.

## Ikke-lovpålagte tjenester

I Stortingsmelding nr. 29 2012-2013 "Morgendagens omsorg" legger Regjeringen vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende element i et helhetlig omsorgstilbud. Det er samtidig en utbredt oppfatning i kommunene om at dag- og aktiviseringstilbud ikke er et lovpålagt tilbud, med unntak av tilbud for personer med demens. Lavterskel tilbud og forebyggende tilbud innen psykisk helse og rus er heller ikke lovpålagt men det er klare forventninger fra helsemyndighetene til at kommunene skal drive slikt arbeid for å forebygge. Det er heller ikke lovpålagt å tilby kjøp av middager fra kommunalt kjøkken for hjemmeboende eldre. Flere kommuner har likevel slikt tilbud og anser det som viktig å legge til rette for at eldre hjemmeboende kan opprettholde god ernæringsstatus.



# Helsepersonellkommisjonen vurderer at det er fare for at helsetjenesten bryter sammen dersom det ikke gjøres endringer i oppgavefordeling og bemanning

## Helsepersonellkommisjonen peker på flere tiltaksområder

Helsepersonellkommisjonen kom i februar 2023 med sine vurderinger og anbefalte tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning i helse- og omsorgssektoren i årene framover.

Kommisjonen vurderer det som helt urealistisk å kunne dekke behovet for personell ved å framskrive samme kompetanse og produktivitet som vi har i tjenesten i dag.

Kommisjonen mener langt på vei at det er fare for at helsetjenesten bryter sammen dersom det ikke gjøres endringer i arbeidsmetoder og bemanning.

Kommisjonen peker på flere tiltaksområder hvor det å øke produktivitet, endre oppgavedeling og styrke frivillighet er av stor betydning for den kommunale delen av helsetjenestene. Overordnet peker kommisjonen på at vi må ha færre og større miljøer for å klare å utnytte den tilgjengelige kompetansen og kapasiteten best mulig.

## Kommisjonens tiltaksområder:

### *Utnytte laveste nødvendige kompetansenivå*

Være bevisst på hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgavene i virksomheten, og delegere oppgaver til lavest mulig kompetansenivå. Unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta.

### *Folkehelsearbeid og forebygging*

En større del av helsetjenestens oppgaver bør legges til folkehelse og forebygging. Stor effekt i å redusere forekomsten av sykdom. Oppgaveoverføring til pasienter og brukere.

### *Kombinerte stillinger*

Omtales som "hus-og-hytte", der arbeidstakere har hovedstilling ett sted, og en bistilling et annet. Tilpasse svingninger i aktivitet, f.eks. ved en intensivpost. Kompetanseoverføring mellom tjenestesteder.

### *Behov for å øke kapasiteten blant ansatte*

Økte stillingsandeler, med mål om mest mulig heltid. Redusere sykefraværet. Fokus på trivsel og gode arbeidsforhold. Gode arbeidstidsordninger. Legge til rette for at ansatte kan stå lenger i jobb. Øke særaldersgrenser, og medfølgende seniortiltak som gir tilrettelegging.

### *Arbeidstidsordninger*

Kommisjonen stiller spørsmål ved om arbeidsmiljøloven støtter virksomhetens behov for døgnkontinuerlig bemanning. Begrenser virksomhetenes mulighet til å ivareta forsvarlig drift av tjenestene. Kommisjonen drøfter behovet for egen lov om turnus i helse- og omsorgstjenestene. Kommisjonen foreslår også å fastsette gjennomsnittsberegning av arbeidstid i sentrale tariffavtaler (alternativt lovfeste hvis partene ikke finner løsninger).

### *Automatisere ikke-brukerrettede oppgaver*

Minimere behovet for ressursinnsats på oppgaver som rapportering, informasjonsinnhenting, dokumentasjon og logistikk.

### *Teknologi for å redusere behovet for personellressurser*

Videreføre og styrke satsingen på velferdsteknologi for å redusere personellbehovet. Styrke den digitale kompetansen blant helseansatte. Fokus på de tjenestene som ikke krever menneskelig interaksjon. Styrke muligheten til å gå fra pilot til innført tjeneste.

*I alternativet for høy vekst i etterspørsel øker sysselsettingen med 120 prosent i perioden 2019-2040. I et slikt scenario vil mange kommuners helse- og omsorgstjenester – og øvrig virksomhet – bryte fullstendig sammen.*

*(Helsepersonellkommisjonens rapport side 14)<sup>3</sup>*





# Effekt av bedret helsetilstand i befolkningen og av økt familieomsorg på bemanningsbehovet

Statistisk sentralbyrå (SSB) har på bestilling fra Helsepersonellkommisjonen utarbeidet en analyse av hvilken effekt en kan forvente av bedret helsetilstand i befolkningen og av økt familieomsorg i fremtiden<sup>4</sup>.

SSB vurderer følgende

*Forbedringer av aldersspesifikk helse blant de eldre og ny velferdsteknologi fremheves som faktorer som kan bremse veksten i behovet for helse og omsorgs-årsverk fremover. Men begge disse faktorene har vært virksomme også i tiårene bak oss.*

*Sterk vekst i HO-årsverk per innbygger tilsier at de må ha vært dominert av andre krefter med motsatt virkning. Det konkrete innholdet i disse «andre kreftene» og deres betydning for HO-etterspørselen fremover er fortsatt lite klarlagt.*

*Man antar at brukerfrekvensene reduseres på en måte som er «i takt» med reduksjonen av aldersspesifikk dødelighet fremover i den relevante befolkningsfremskrivningen for personer over 55 år (Statistisk sentralbyrå 2023).*

Økt familieomsorg forutsetter at pårørende har tilstrekkelig tid til å ta seg av de eldre. Land som har høy grad av familieomsorg har langt lavere andel av kvinner i arbeidslivet enn Norge har.

Forventning om at familien skal yte mer bistand bør etter PwCs oppfatning ikke tillegges for stor vekt i dimensjonering av antall plasser i heldøgns omsorg.

Effekten av teknologiske hjelpemidler og av bedret folkehelse har vært virksomme i flere tiår allerede uten at det har ført til reduksjon i behov for årsverk i helse og omsorg. Statistisk sentralbyrå anslår at effekten av bedret helsetilstand på bemanningsbehovet kan utgjøre ca. 0,5 prosent per bruker per år.

PwC vurderer at det ikke bør tillegges for stor vekt på disse faktorene i dimensjonering av antall plasser i heldøgns omsorgen.



## Utvikling i funksjonsevne og demens hos eldre

Nye norske studier antyder at eldre generelt sett har bedre funksjonsevne og iboende kapasitet nå enn før. Data fra Tromsundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Trøndelag viser at dagens eldre har sterkere gripestyrke, bedre hørsel, mer effektiv kognitiv funksjon og større evne til å ta vare på seg selv sammenlignet med tidligere generasjoner av eldre. Dette er positive nyheter som peker mot at høyere alder ikke nødvendigvis betyr redusert helse og funksjonsevne.

Trender i funksjonsevne blant eldre kan variere betydelig mellom land. Derfor er det viktig med norske langtidsstudier for å kunne trekke konklusjoner om helsen og funksjonsevnen til Norges eldre befolkning. Nyere forskning viser faktisk at norske eldre er mer selvhjulpne nå enn tidligere, til tross for økt levealder.

En studie kombinerte data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag med statistikk fra SSB og oppdaget at levealder uten hjelpebehov etter fylte 70 år har økt med om lag fire år i perioden 1995 og 2017. Interessant nok så man også en reduksjon i antall år med hjelpebehov i samme periode<sup>5</sup>. Dette antyder at den økende levealderen faktisk er ledsaget av flere år med god funksjonsevne, noe som gjelder for både kvinner og menn.

Et annet viktig mål på helse hos eldre er forventet antall friske leveår, ofte kalt "Healthy Life Expectancy" eller HALE. Mellom 2000 og 2015 økte den generelle levealderen i Norge med 2,2 år, hvorav 1,6 år, eller omtrent to tredjedeler, var en økning i friske leveår. Dette indikerer at norske eldre ikke bare lever lenger, men også har bedre helse i de ekstra årene de får.

Som følge av at befolkningen blir stadig eldre, forventes det også en økning i antall personer med demens. Vi har imidlertid ingen norske data som viser hvor mange flere som vil få demens i tiden fremover. Internasjonale studier antyder at risikoen for å utvikle demens har blitt noe redusert i de ulike aldersgruppene de siste tiårene.

Resultatene fra Tromsundersøkelsen indikerer en betydelig forbedring i hukommelse og mental prosesseringshastighet hos eldre i de senere generasjonene. Både kvinner og menn i både "yngre eldre" og "eldre eldre" grupper har vist forbedring. Såpass at hukommelsen hos 70-åringene i 2015 var på samme nivå som hos 60-åringene i 2001. Forskerne tror dette kan skyldes høyere utdanning og en sunnere livsstil hos de eldre i de senere generasjonene.

Forbedringer i mental ytelse blant de eldre er også rapportert i nyere studier fra Sverige og Finland. Dette tyder på at selv om antall eldre øker, kan faktorer som utdanning og livsstil bidra til å redusere risikoen for demens og forbedre mental helse i alderdommen på gruppenivå.

*Økning i antall personer med demens tilsier at botilbud i helse og velferd må legges bedre til rette for denne gruppen. Eksempel ved heldøgns bemannede bofellesskap og fokus på miljøarbeid og aktivisering.*



# Eldres valg av boform

## Eldre og boligtilpasning

Forskning basert på surveydata, flyttedata og kvalitative intervjuer avdekker hvordan eldre tilpasser sitt boligkonsum ved å utbedre nåværende bolig og/eller flytte til mer egnet leilighet. Det viser seg at det har blitt mer vanlig å flytte i alderen 60 til 75 år de siste tjue årene.<sup>6</sup> Mange flytter fra eneboliger til mer tilgjengelige blokkleiligheter. Eldre som flytter sent i livet, har en tendens til å velge boliger med tanke på alderdommen, og bor i mer tilgjengelige og alderstilpassede boliger enn de som flyttet inn tidligere.

## Vedlikehold og tilpasninger

Tross tendensen til flytting, gjennomfører mange eldre vedlikehold av egen bolig. Få rapporterer å ha foretatt strategiske tilpasninger for å øke tilgjengeligheten. De fleste eldre tilpasser boligen når behovet oppstår, enten på grunn av aldersvekkelser eller forventet behov i nær fremtid. Generelt er det få eldre som foretar omfattende tilpasninger, noe som stemmer overens med tidligere undersøkelser. Dette kan skyldes at mange av de eldre som er inkludert i undersøkelsene er funksjonsfriske, og ikke anser tilpasninger for funksjonsnedsettelse som presserende.

## Drivere og barrierer for flytting og utbedring

Utredninger har identifisert individuelle og samfunnsmessige drivere og barrierer for boligtilpasning blant eldre.<sup>7</sup> Individuelle faktorer inkluderer personlig økonomi, helsetilstand og emosjonell tilknytning til stedet. På samfunnsnivå har lokale boligmarkeder stor betydning. Eldre i større byer, hvor tilgjengelige boliger er mer tilgjengelige, flytter mer enn de i mer spredtbygde strøk. Prisforskjeller og lave boligverdier skaper barrierer for flytting i mindre sentrale strøk. Rapporten foreslår flere politikk anbefalinger, inkludert samfunnsøkonomiske anbefalinger for eldreboligvirke midler, økt satsing på boligrådgivning, prioritert politikkutvikling for distriktskommuner og eldre med svak økonomi, og en helhetlig tilnærming til bolig- og stedsutvikling.



Det er ikke nasjonal politisk enighet om hvor langt en skal gå i prioritering av hjemmetjenester framfor sykehjem og/eller omsorgsboliger i heldøgnsomsorg. Sykehjemmene står fremdeles sterkt i norsk eldreomsorg og store deler av ressursene i kommunene brukes fortsatt på sykehjem.



# Eldres valg av boform og konsekvens for boligplanlegging i kommunene

"Bo Trygt Hjemme"-reformen legger vekt på at det å være eldre bør være en positiv erfaring med muligheter for selvstendighet, mestring og god livskvalitet. Reformen anerkjenner behovet for en tverrsektoriell tilnærming og det anerkjennes at en stor del av helse skapes utenfor helse- og omsorgssektoren. For å oppnå målene i reformen, er det nødvendig å legge større vekt på helsefremming og forebygging, samt å bidra til at eldre kan være aktive og selvstendige. Videre forutsetter reformen at eldre tar større ansvar for å planlegge egen alderdom, samtidig som det offentlige beholder sitt ansvar for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Rapporter fra regionene i 2022 viser at mange kommuner fremdeles finner det utfordrende å utføre nødvendig planlegging for å opprettholde gode tjenester til sine eldre. Det er et fortsatt behov for å støtte kommunene i deres arbeid med analyse og langsiktig planlegging. I 2023 er det planlagt å fortsette arbeidet med tverrsektoriell forankring og tilrettelegging for kommende Bo Trygt Hjemme-reform. Det er viktig å fokusere på involvering av ulike sektorer, administrativ og politisk ledelse, tverrsektorielt samarbeid, og samskaping med frivillige og lokalt næringsliv. Videre er det essensielt å øke kapasiteten til å utføre oppgaver, skape flere møteplasser for innbyggerdialog og forbedre kommunikasjon både internt og eksternt.

Regionale støtteapparater har spilt en nøkkelrolle i implementeringen av reformen, og det er nødvendig at de fortsetter sitt arbeid med å sikre sterk forankring i kommunens politiske og administrative ledelse. Det er også viktig å sikre at budskapet om nødvendigheten av individuelt ansvar for alderdom ikke oppfattes som en nedskalering av offentlige tjenester. Dette krever dialog med innbyggerne og bred involvering og samarbeid med elderråd og andre organisasjoner. Rapportene fra regionale støtteapparater viser økende bevissthet om behovet for langsiktig og tverrsektoriell planlegging. Dette er en del av kommunikasjonsstrategien til Leve hele livet, som har vist seg effektiv.<sup>8</sup> Statsforvalterne, KS regionalt og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester har vært sentrale aktører i etableringen av regionale støtteapparater.

Høsten 2022 gjennomførte regjeringen fire regionale dialogmøter der eldre, pårørende, ansatte i kommuner og representanter fra frivillige og private organisasjoner deltok og ga innspill til reformen.<sup>9</sup> Nedenfor vises overordnede innspill som ble sammenstilt etter møtene, formulert som innbyggernes behov.

## **"Jeg trenger å føle tilhørighet til stedet der jeg bor"**

- Oppmuntres til å delta på lokale arrangement
- Lokalsamfunn som verdsetter fellesskap, trygghet og tillit
- Tilpasset transport til og fra møteplasser
- Møte folk i alle aldre
- Tett koblet på livet som foregår i lokalsamfunnet
- Oppleve liv og røre uten at det fordrer store krav til transport og tilrettelegging

## **"Jeg trenger oversikt over hva jeg bør gjøre"**

- Realitetsorientering om egen situasjon og muligheter framover
- Bli orientert om hva slags tjenester kommunen tilbyr
- Få bistand til å vurdere i hvilken grad boligen en bor i er aldersvennlig og egen økonomisk situasjon og handlingsrom
- Bli orientert om hvilket ansvar pårørende har

## **"Jeg må føle meg nyttig"**

- Lave forventninger til de eldre svekker selvfølelse
- Digital kompetanse kan bli flaskehals for deltakelse i det sosiale liv
- Behov for at samfunnet får et mer optimistisk bilde på hvor ressurssterke mange eldre mennesker er
- Anledning til å bruke egne ressurser



# Eldre har behov for tilrettelagte boliger og bymiljø, nærhet til sosiale arenaer, bli møtt med respekt i samfunnet og at den enkeltes behov blir sett



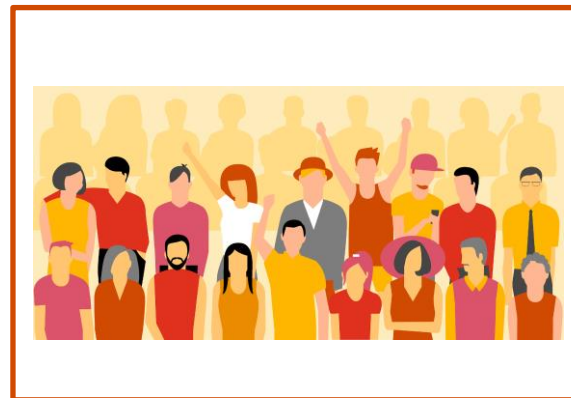
## Egnede boliger

- Tilrettelegge for fleksibilitet i boform
- Bistand til å tilrettelegge eksisterende boliger
- Skape nye, bedre egnede boliger og boformer som fremmer livskvalitet og sosial inkludering
- Miks av flere generasjoner på samme sted
- Andres aktivitet (f.eks. barns lek) kan gi økt livskvalitet og mindre selvsentring



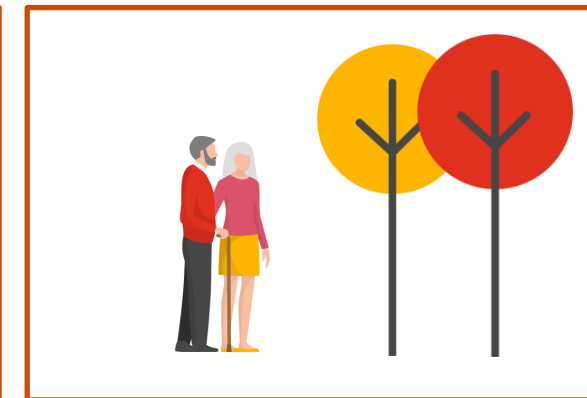
## Tilgang til boligens nærområde

- Tilrettelegging av uteområder for fysisk aktivitet
- Møteplasser mellom generasjoner
- Nærhet til aktivitetstilbud og tjenester
- Tilgjengelige, pålitelige og prisgunstige transporttilbud
- Tilrettelegging av byrommet- sted for å hvile eller gå på toalettet



## Anti- diskrimineringsarbeid

- Jobbe for å endre holdninger som hindrer deltakelse
- Bygge «trygge havner» i lokalsamfunnet rundt dem, gjennom for eksempel kampanjer der befolkningen blir oppfordret til å møte disse bestemte gruppene med et tydelig «hei», eller andre aspekter ved en «velkommen-kultur»



## Ulike eldre- ulike behov

- Eldre som ressurs i frivillig sektor kan forebygge helseplager også hos den eldre- hos mange, men ikke alle.
- Sosiale relasjoner fremmer livskvalitet også i alderdommen- hos mange, men ikke alle.
- Urbane kontekster kan styrke nettverk for enkelte grupper i den eldre befolkningen- hos mange, men ikke alle.

# Eksempler på hva Øygarden kommune kan gjøre for å legge til rette for aldersvennlig samfunn

## Bolig og næring

- Fleksible kollektive bo-løsninger som kombinerer selvstendighet og fellesskap. For eksempel konsepter som Omsorg+ bolig
- Bygg plassert i allerede etablert lokalmiljø
- Fellesareal og tilrettelagte uteareal

## Digitalisering

- Opplæring i digitale verktøy
- Brukerstøtte
- Digitalisere
- "Smart" byplanlegging, digitalisering for å minske avstander og for å frigjøre arbeidskraft til eldreomsorgen

## Kommunikasjon- kampanjer

- Fokus på eldre som ressurs
- Tydelig på hva kommunen kan tilby og hva den ikke kan tilby
- Trygghet for at de som trenger pleie og omsorg vil få det

## Transport og mobilitet

- Tilrettelegge tilgjengelige og prisgunstige transporttilbud
- F.eks. bestillingstransport og handlebuss
- Forebygge ensomhet – flere treffpunkter (tidlig nok)
- Benker for hvile og tilgjengelige toalett i offentlige rom

## Rådgivning

- Boligrådgiver/boligteam som kan gi råd om bosituasjon/endrings-/tilpasningsbehov
- Informasjon til eldre om ulike muligheter – sosiale medier, brosjyrer, oppslag, kommunens nettsider

## Sosial kontakt

- Eldre som ressurs for å hjelpe hverandre
- Kurstilbud
- Koble barn og unge og eldre, f.eks. dagsenter og SFO

Øygarden kommune bør legge til rette for et aldersvennlig samfunn der det er lagt til rette for et sosialt og aktivt liv for de eldre. Koordineringsansvar for dette bør legges til en instans i kommunen.

Tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn kan bidra til å dempe presset på helse- og omsorgstjenestene i Øygarden kommune og dermed også til å dempe personellbehov.





## Oppsummering av rammevilkår og forutsetninger for virksomhetsområdene



Mangel på tilstrekkelig antall helsepersonell vil bli en stor nasjonal utfordring fram mot 2040.



Endret oppgavedeling mellom yrkesgrupper vil være et viktig tiltak for å dempe behov for personell på de høyeste utdanningsnivåene.



Særlig vil det være viktig å se på muligheten for å overføre oppgaver fra høyskoleutdannet personell til fagutdannet personell da mangelen vil bli størst for de høyskoleutdannede.



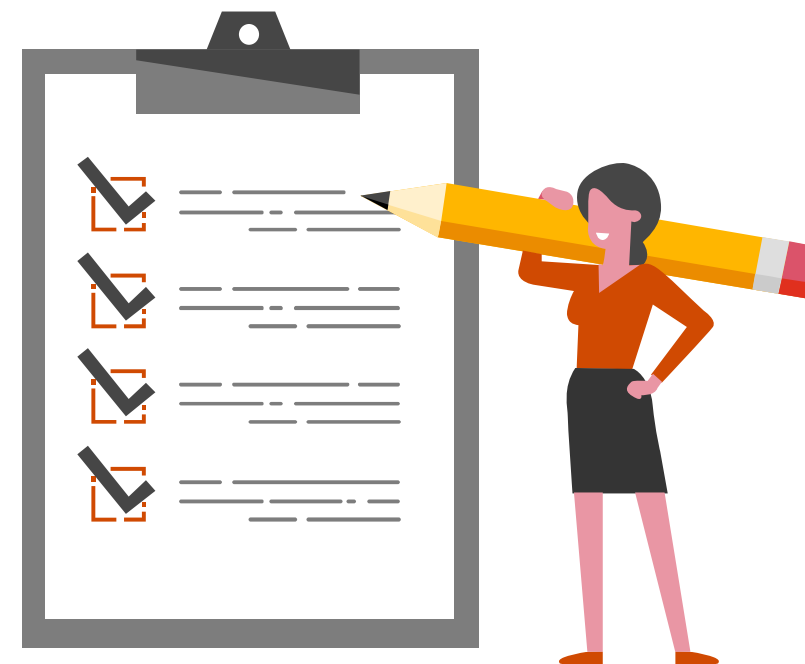
Kommunene bør legge til rette for at innbyggerne kan bo i sitt private hjem, eller i annen bolig uten fast bemanning, så lenge som mulig.



Funksjonsnivået hos eldre er høyere enn tidligere og flere lever lenger uten bistandsbehov. Insidens for demens er synkende, men siden det blir mange flere eldre vil antallet med pleiebehov øke kraftig i årene som kommer.



Velferdsteknologi vil være nødvendig og nyttig men det er svært usikkert i hvilken grad det vil gi redusert behov for helsepersonell.



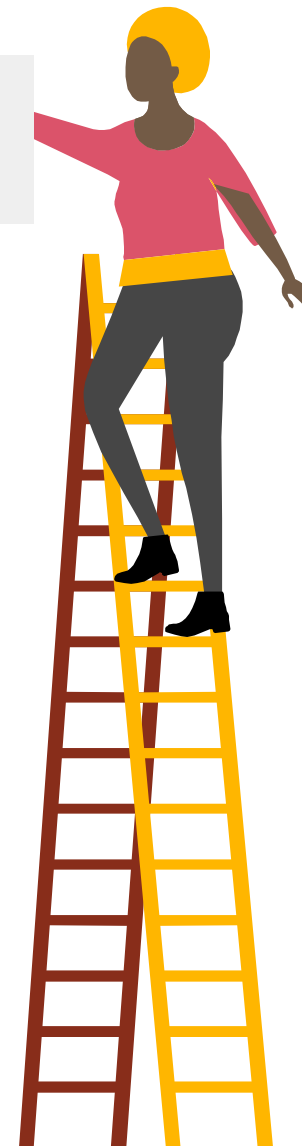
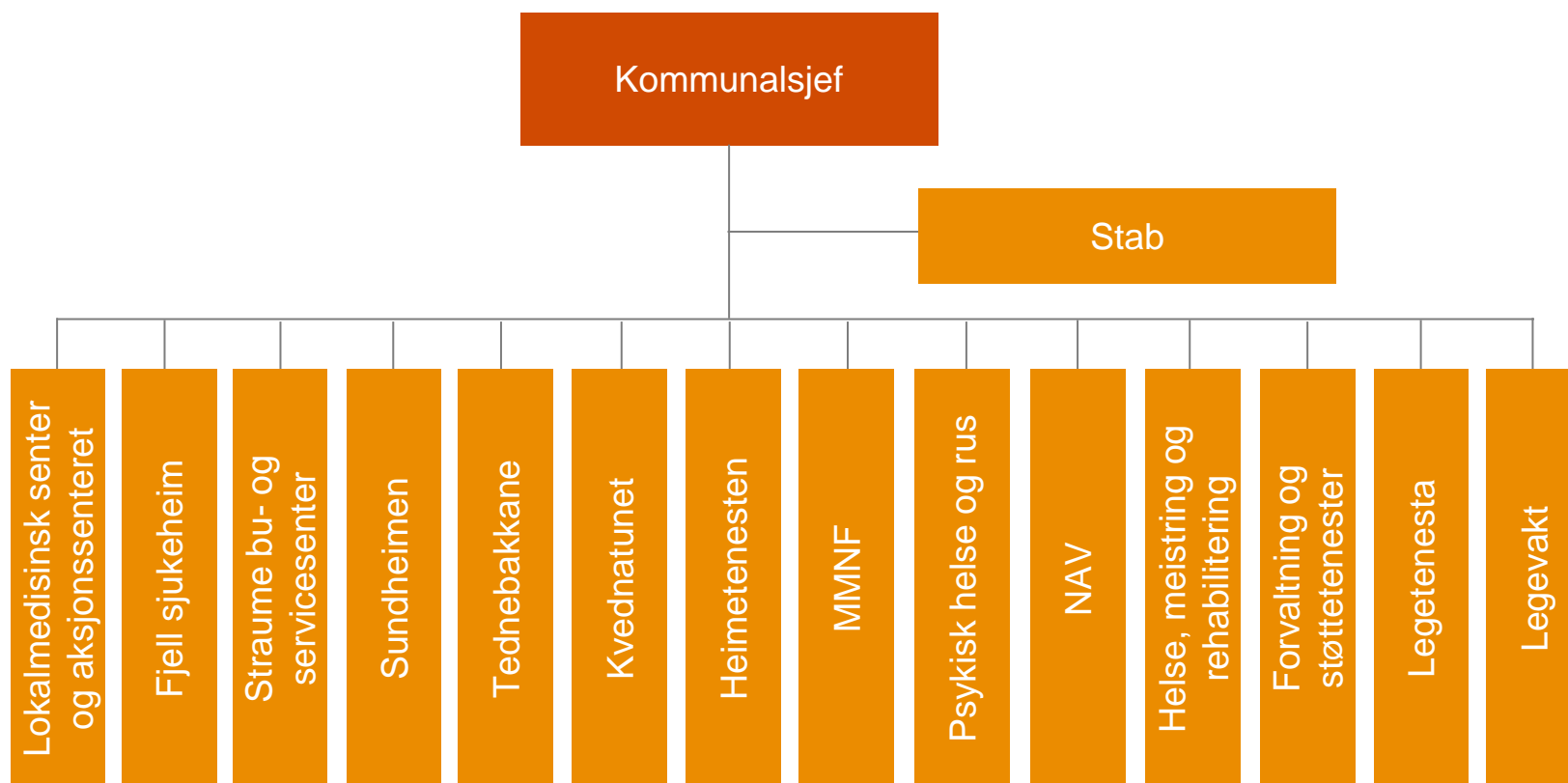


3

## Nåsituasjonen for Helse og velferd i Øygarden kommune

# Organisering Helse og velferd i Øygarden kommune

Helse og velferd er organisert med 14 enheter. Området er ledet av kommunalsjef. Alle enhetene har flere avdelingsledere under enhetsleder.



## Oversikt over kapasitet og dimensjonering av dagens virksomheter i Helse og velferd (1/4)

Tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne	Psykisk helse- og rustjenester	Forvaltning og støttetjenester
 115 MNOK*  137 årsverk	 80 MNOK*  73 årsverk	 77 MNOK*  34,8 årsverk
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 brukere som bor i bofellesskap med bemanning</li> <li>• 27 brukere som følges opp i andre kommunale / private boliger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 41 brukere i omsorgsbolig</li> <li>• 19 brukere i omsorgsboliger med heldøgnsbemanning</li> <li>• 40 brukere som mottar helsetjenester i hjemmet</li> <li>• 23 brukere i ROP – 9 samlokalisert og 14 i andre boliger</li> <li>• &gt; 450 brukere av psykisk helsetjeneste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saksbehandling av søknader om tjenester</li> <li>• BPA</li> <li>• Omsorgsstønad</li> <li>• Fritidskontakt</li> <li>• 4 avlastningsboliger med til sammen 18 plasser</li> <li>• 55 brukere av avlastning i kommunal bolig</li> <li>• 43 brukere av avlastning i private hjem</li> </ul>

## Oversikt over kapasitet og dimensjonering av dagens virksomheter i Helse og velferd (2/4)

Hjemmetjenesten	Sykehjem og heldøgns omsorg eldre	Lokalmedisinsk senter
 143 MNOK*  125,6 årsverk	 264 MNOK*  287 årsverk	 70 MNOK*  59,6 årsverk
<p><b>Data fra perioden 1. januar til 31. august 2023</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirka 700 personer over 67 år mottok tjenester i hjemmet</li> <li>- 248 personer mottok både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand</li> <li>- 310 personer mottok bare helsetjenester i hjemmet</li> <li>- 125 mottok bare praktisk bistand.</li> </ul>	<p><b>205 plasser totalt hvorav;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 korttid institusjon</li> <li>• 77 somatisk langtid institusjon</li> <li>• 46 demens langtid institusjon</li> <li>• 4 demens spes.avdeling langtid institusjon</li> <li>• 24 somatikk omsorgsbolig med heldøgnsbemanning</li> <li>• 40 demens omsorgsbolig med heldøgnsbemanning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 ØH-senger</li> <li>• 37 korttidsplasser, inkludert plasser for palliative pasienter</li> <li>• Aksjonscenteret</li> </ul>





## Oversikt over kapasitet og dimensjonering av dagens virksomheter i Helse og velferd (3/4)

Helse, mestring og rehabilitering		NAV	
 32 MNOK*	 38,3 årsverk	 99 MNOK*	 37 årsverk
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bassengtjeneste</li> <li>• Ergoterapi</li> <li>• Fysioterapi</li> <li>• Frisklivstjeneste</li> <li>• Gruppetilbud</li> <li>• Hjelpemidler</li> <li>• Forvalter driftsavtaler med 10 fysioterapeuter</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flyktningetjenesten</li> <li>• Sosialtjenesten</li> <li>• Råd – rettleiding og sosialt forebyggende arbeid</li> </ul>	





## Oversikt over kapasitet og dimensjonering av dagens virksomheter i Helse og velferd (4/4)

Legetjenesten		Legevakt	
	76 MNOK**		35 årsverk
	44 MNOK*		16,8 årsverk***
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsestasjonslege og skolelege</li> <li>• Sykehjemsleger og tilsynsleger</li> <li>• 45 fastleger               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 fastlønnet</li> <li>- 35 næringsdrivende</li> </ul> </li> <li>• 7 legekantor (3 kommunale)</li> <li>• Årlig 8 LIS1-leger</li> <li>• Smittevernoverlege</li> <li>• Kommuneoverlege</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leder – 1 årsverk</li> <li>• Lege – 0,9 årsverk</li> <li>• Spesialsykepleiere – 6,2 årsverk</li> <li>• Sykepleiere 8,7 årsverk</li> <li>• &gt; 35 000 henvendelser årlig, hvorav rundt 50% fører til konsultasjon ved legevakten</li> <li>• Daglegevakt siden 2016</li> </ul>	



\* Budsjetterte driftsutgifter 2024

\*\* Inneholder også basistilskudd til fastleger

\*\*\* I tillegg kommer ca. 45 leger som er ansatt i 0% stillinger men lønnes per vakt. Disse fanges ikke av dette årsverkstallet, men de er per definisjon ansatte og følges opp av personalansvarlig / leder for legevakten.

# Organisasjonsmodell og kontrollspenn

## Organisasjonsmodellen er innrettet etter fag- og tjenesteområde

Kommunalsjefsområdet Helse og velferd har ansvaret for alle tjenester innen helse, omsorg og mestring rettet mot hele befolkningen. I 2024 vil kommunalsjefsområdet ha ca. 853 årsverk fordelt på i overkant av 1200 ansatte. Helse og velferd har i 2024 en driftsramme på 1045 MNOK, noe som utgjør 36,5% av kommunens totale driftsramme på 2861 MNOK. Før refusjoner utgjør lønn 81,2% av kommunalsjefsområdets driftsutgifter.

Enhetene under kommunalsjef er forskjellige i størrelse når det gjelder ansatte, brukere og geografisk spredning. Fullmakter knyttet til fag, personell og økonomi er lagt til enhetslederne. Det administrative delegeringsreglementet er vedtatt i kommunestyret.

## Kontrollspenn varierer

Med kontrollspenn menes antallet underordnede som rapporterer til en enkelt leder i direkte styringslinje. Linjeledelsen i Helse og velferd består av én kommunalsjef, assisterende kommunalsjef, 14 enhetsledere og ca. 45 avdelingsledere. Kontrollspennet for avdelingslederne varierer. Flere av avdelingslederne går delvis i drift ved siden av lederansvaret.

Det er en allmenn oppfatning at «jo færre jo bedre» når det gjelder kontrollspenn. Små kontrollspenn gir imidlertid mange ledere og utfordringer med ressursutnyttelse og samarbeid på tvers av avdelinger. Større kontrollspenn gir risiko for at lederne ikke har tid til å følge opp drift og medarbeidere i tilstrekkelig grad. Større kontrollspenn kan også føre til at det etableres flere støttefunksjoner. Leder kan da gi fra seg viktige styringsverktøy som eksempelvis oppsett og drift av turnus for å kunne prioritere andre oppgaver. Det finnes ingen norm for hva som er «riktig» kontrollspenn. PwCs erfaring er at mer enn 30 på avdelingsnivå kan gi utfordringer med å følge opp lederoppgavene tilstrekkelig. Likevel er ikke dette absolutt, da avdelingens kompleksitet, antall lokasjoner og støttefunksjoner rundt leder spiller inn i betydelig grad.

Stab og støttefunksjoner i Helse og velferd i kommunen anses å være nøkternt dimensjonert. Kommunen driver tjenester innen Helse og velferd på mange ulike fysiske lokasjoner. Dette er med på å drive antallet enheter og avdelinger opp, med tilsvarende behov for antall ledere. Sett opp mot antallet lokasjoner man driver virksomhet på er ledertettheten på avdelingsnivå sammenlignbar med andre kommuner PwC har arbeidet med.

Det er imidlertid til dels stor variasjon i kontrollspenn både innad i, og på tvers av, enhetene. I sammenheng med eventuelle grep kommunen gjør i fremtiden rundt struktur og lokalisering av tjenestene bør man ta sikte på å jevne ut kontrollspenn, samtidig som man tar hensyn til den naturlige variasjonen som vil forekomme blant annet mellom avdelinger som driver døgndrift og avdelinger som kun leverer tjenester i alminnelig arbeidstid på dagtid.



# Styrker og svakheter med dagens organisering

## Øygarden har organisert tjenestene likt mange andre kommuner

Mange kommuner har en lignende organisasjonsmodell som Øygarden. Det er vanlig å organisere sykehjemssjef / heldøgnsstilbud til eldre, hjemmebaserte tjenester, tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne og psykisk helse og rus i egne enheter. Kommuner med store geografiske avstander er videre ofte organisert etter geografi i hele eller deler av organisasjonen.

Det er store forskjeller i hvor mange virksomheter og enheter kommunene organiserer sine helse og velferdstjenester. En oppdeling i mange virksomheter og tilhørende stort kontrollspenn for kommunalsjef er først og fremst en fordel der hvor det er behov for å få kontroll over økonomi og drift. En organisering med færre virksomheter vil i større grad legge til rette for at kommunalsjefen og dens ledergruppe kan fungere som et strategisk organ som driver utviklings- og forbedringsarbeid.

Sammenlignet med andre kommuner har Øygarden relativt mange enhetsledere som rapporterer direkte til kommunalsjef. Dette henger blant annet sammen med at hver enkelt lokasjon for heldøgns omsorg for eldre har egen enhetsleder. I motsetning til en del andre kommuner har Øygarden også skilt ut legevakten som en egen enhet, i tillegg til legetjenesten hvor kommunelegen per i dag er enhetsleder.

Sett i sammenheng med det behovet PwC mener kommunen har for å styrke det helhetlige arbeidet med fag- og kvalitetsutvikling, samt nødvendigheten av økt fokus på ressursstyring og harmoniserte tjenester anbefaler PwC at kommunen vurderer å endre organiseringen av kommunalsjefsområdet. På neste side presenteres noen grep PwC mener kan være aktuelle i denne sammenheng.

## God ledelse blir avgjørende i årene som kommer

I møte med den omstillingen Helse og velferd i Øygarden kommune, og alle andre kommuner, skal gjennom de neste årene er det avgjørende å ha tilstrekkelige lederressurser på operativt nivå, fysisk nært brukere, pårørende og ansatte.

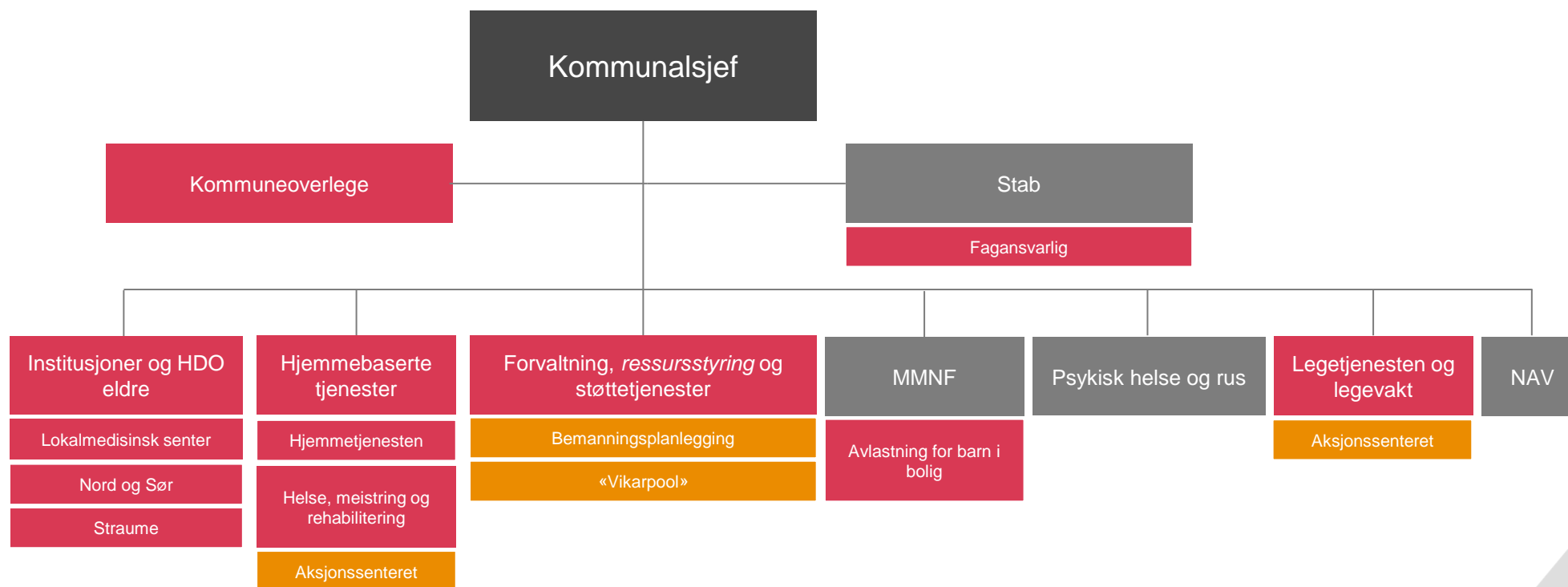
Dette må ligge til grunn ved eventuelle endringer i organiseringen i årene som kommer. Lederkapasitet og kontrollspenn bør jevnes ut, men sees opp i mot den varierende kompleksiteten i de tjenester de ulike avdelingene leverer.

Øygarden kommune kan bygge opp under god ledelse ved å sørge for at lederne har tilstrekkelig tilgang til støtteressurser i form av merkantile ressurser samt gode sparringspartnere i personal- og økonomispørsmål. Videre vil det være viktig å fokusere på ledelse som fag og tilby ledere på ulike nivå lederutvikling og eventuelle relevante videreutdanninger.



## Anbefalte tiltak knyttet til organisering av kommunalsjefsområdet

Figuren nedenfor viser PwC sitt forslag til grep som kan gjøres i organiseringen av kommunalsjefsområdet for å redusere antallet ledere som rapporterer direkte til kommunalsjef, og som vil legge bedre til rette for at kommunalsjefens ledergruppe kan drive det nødvendige kvalitets- og utviklingsarbeidet for å sørge for likeverdige tjenester på tvers av geografi og enheter. Bokser markert med rosa viser områder hvor PwC har foreslått tiltak som innebærer endringer i innhold i, eller organisering av enheter og funksjoner. Aksjonssenteret er markert med oransje farge for å vise at PwC ser flere alternative plasseringer av denne avhengig av hvilke funksjoner og ansvar som skal ligge til tjenesten. PwC anbefaler at aksjonssenteret utvikles til å bli en viktig og effektiv del av virksomheten, men det fremstår per i dag ikke som endelig definert hvilke roller og funksjoner som skal ligge til avdelingen. De spesifikke forslagene til omorganisering omtales mer detaljert i øvrige deler av rapporten. Bemanningsplanlegging og «vikarpool» er også markert med oransje farge for å vise at en alternativ organisering kan være å legge disse avdelingene til HR.



## Oppsummering av intervjuer og befaring (1/2)

Denne og neste side oppsummerer kort synspunktene fra ledere, tillitsvalgte og verneombud og brukerrepresentanter for noen av temaene som ble berørt ved befaring på 10 lokasjoner og gjennomføring av 9 intervjuer. Utover det som fremkommer i dette sammendraget utgjorde intervjuene en del av det kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for de analyser som er gjort i dette prosjektet og de anbefalingene PwC legger frem.



### Opplevelse av struktur og kapasitet

Samtlige informanter ga uttrykk for opplevelse av stort press på tjenestene, og at kompleksitet og variasjon i type brukere og problemstillinger øker. I eldreomsorgen oppleves at forventningene fra innbyggere, pårørende og politikere er høye, og at det ikke er "tak" på behovet for tjenester. I sykehjemmene er de aller fleste som får vedtak om langtidsplass i et korttidsopphold. I påvente av ledig langtidsplass blir de da liggende i korttidsplass, slik at kapasiteten på korttid blir utfordret. Hjemmebaserte tjenester for eldre opplever også økende arbeidsmengde og at de ansatte må takle stadig økende arbeidspress. I tjenester til mennesker med funksjonsnedsettelse og innen psykisk helse -og rustjenester er opplevelsen av stort press på tjenestene også det samme, uten at det ble sagt at antall brukere er økende. Avlastningstjenester for barn var imidlertid tydelig på økning både i antall brukere, og også omfang av avlastning per bruker. I NAV merkes konsekvensene av dyrtid i forhold til økonomiske utfordringer i befolkningen. Videre har NAV brukt mye ressurser til bosetting og oppfølging av flyktninger de siste to årene. I NAV ble det gitt uttrykk for at kapasitetsutfordringen er størst når det gjelder tjeneste til flyktninger og tjenester innen rus og psykiatri. NAV samspiller med svært mange andre kommunale tjenester, og opplever at det ikke er kapasitet til å følge opp brukere og samarbeidsparter.

### Opplevelse av bygg og beliggenhet

I all hovedsak blir bygg og anlegg opplevd som funksjonelle for brukere og ansatte. Det var en oppfatning blant flere at det er et etterslep på å øke eller utbedre bygningsarealer i nord og sørens situasjonen er bedre på Straume. I sykehjemmene er det stort sett vaktrom, medisinerom, kjøkken og lagerrom i hver avdeling. På Kvednatunet (omsorgsboliger med heldøgns bemanning) har hver leilighet egen inngang til utgangen av bygget. Dette ble opplevd som en stor fordel under pandemien, da beboerne kunne ta imot besøk. Store oppholdsrom med åpne løsninger mot tilstøtende rom ble nevnt som en utfordring. Dette gjelder særlig i avdelinger der det er brukere med kognitiv svikt/demens. Uro i form av lyder, vandring eller annet smitter da lett over på andre brukere og det blir vanskelig å skjerme andre beboere. På den andre siden gir store rom der flere brukere samles mulighet for at personale kan se til mange brukere samtidig. I psykisk helse-og rustjenester er det totalt fem bofellesskap. Bygningsmessig oppleves disse som funksjonelle. Mange av byggene er eid av Bustadstiftinga. Det ble påpekt at det kan være uklare ansvarsforhold mellom eier, ansatt og beboer når det gjelder drift og vedlikehold av bygg.

### Synspunkter angående rekruttering

Informantene svarte at rekruttering av helsepersonell er en utfordring, særlig i de mer desentrale områdene i kommunen. Begrenset busstilbud nevnes som en mulig årsak, ønske om å jobbe sentralt i et større fagmiljø eller ta videreutdanning nevnes som en annen mulig forklaring. Rekruttering skjer i hovedsak slik at ansatte bytter arbeidssted internt i kommunen. Det er lite rekruttering fra Bergen kommune. Ulike turnusordninger som langvakter er i bruk noen steder og virker positivt inn på rekruttering. Privat avlastning og fritidskontakter ble også nevnt som særlig utfordrende å rekruttere.

### Synspunkter på velferdsteknologi

Øygarden har som flere andre kommuner innført noe velferdsteknologi. Dette er i hovedsak trykghetsalarmer, elektroniske medisindispensere og elektronisk tilsyn (Roommate). Samtlige som ble spurt svarte i intervju og ved befaring at de så velferdsteknologi som viktig i forhold til å gi tjenester av god kvalitet. Ingen så for seg at det kunne hentes ut bemanningsmessig gevinst som følge av bruk av teknologi.

## Oppsummering av befaring og intervjuer (2/2)

### Synspunkter på hva som vil være viktig for brukerne og de ansatte i framtiden

Alle informantene ble også spurt om hva de tror vil være viktig for innbyggerne og for brukere av helse- og omsorgstjenester i framtiden. Her svarte samtlige at de tror trygghet og nærhet til hjelp vil være viktig. På spørsmålet om de eldre vil ønske å bo hjemme lengst mulig svarte flere at det kommer an på situasjonen. Når en blir utrygg i hjemmet mente flere at nærhet til hjelp vil bety mer enn hvor en bor. Tjenesten erfarer at personer med demens stort sett alltid vil ha behov for sykehjemsplass i siste fase av sykdommen (ofte over flere år).

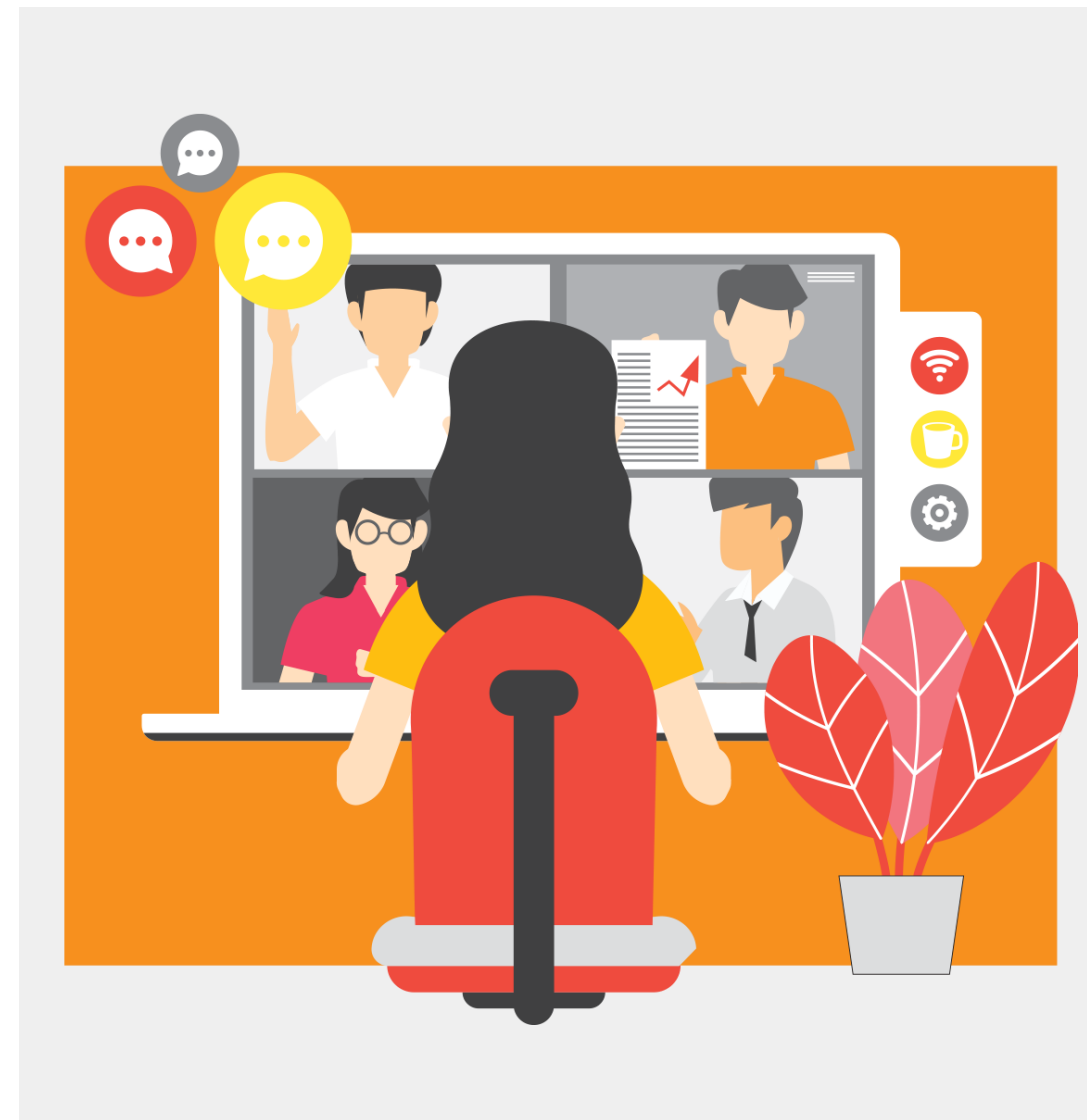
Brukerrepresentantene som ble intervjuet ga uttrykk for at mye fungerer godt i tjenestene. Det ble påpekt at det å kunne delta i aktiviteter er viktig uansett alder og brukergruppe. For beboere på sykehjem mente brukerrepresentantene at den daglige aktiviseringen ikke trenger å være veldig avansert. Sang og musikk, bingo eller andre aktiviteter på stuer og i fellesarealer stimulerer sansene og gir også beboerne anledning til å fokusere på andre ting dersom det er forstyrrende lyder eller vandring i rommet.

Ledere, tillitsvalgte og verneombud fremhevet også at det for de ansatte vil være viktig å ha rett kompetanse på rett plass, og ha tilstrekkelig tid til å gjøre det en skal.

### Områder der det mulig å drive mer effektivt enn i dag

På spørsmål om det er områder i helse, omsorg og velferd i Øygarden der tjenestene drives ressurseffektivt i dag var det flere som trakk fram Sundheimen. Høyt sykefravær oppleves som en utfordring i forhold til det å ha tilstrekkelig bemanning til å gjennomføre planlagte aktiviteter og gjøremål. Ved Sundheimen har en oppnådd betydelig reduksjon i sykefraværet ved å tilføre mer ressurser i grunnbemanningen og ved å tilføre servicemedarbeidere som utfører oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse.

Når det gjaldt enheter som driver effektivt ble også Tunet i virksomhet for psykisk helse- og rustjenester trukket fram. Personalet her betjener både bofellesskap og ambulante tjenester til hjemmeboende brukere. Dette ble ansett som driftseffektivt av noen av respondentene. Det ble også nevnt prøveprosjekt med sykepleierteam som er startet opp på Fjell sykehjem.





# Andel høyskoleutdannede i helse og velferd var i 2022 høyere enn andre kommuner i KOSTRA-gruppe 10, Vestland fylke og landsgjennomsnittet

Nasjonale kvalitetsindikator publisert på Helsedirektoratet sine nettsider<sup>9</sup> viser andel av avtalte årsverk innen helse og velferd med høyskoleutdanning, andel årsverk med fagutdanning og andel årsverk som er ufaglærte. Tallene er basert på innrapportering fra kommunene og er sist oppdatert for året 2022. Tallene er basert på innrapporterte brukerrettede årsverk i KOSTRA funksjon 253 og 234.

Å ha en høy andel årsverk med høyere utdanning er positivt for kvalitet i tjenestene. I nasjonale framskrivinger av behov for helsepersonell er det imidlertid høyskoleutdannede som i størst grad vil mangle. Særlig gjelder dette sykepleiere og vernepleiere.

Helsepersonell kommisjonen har omstilling til flere fagutdannede som et av tiltakene for å løse bemanningsutfordringene i helse og omsorg. Helsefagarbeidere er den største gruppen fagutdannede i helse og omsorg. Øygarden må som alle landets kommuner også belage seg på å redusere andel høyskoleutdannede grunnet lavere tilgang på tilgjengelig arbeidskraft i denne gruppen i årene framover.

Andel høyskoleutdannede og fagutdannede varierer sterkt i de 10 mest kostnadseffektive kommunene. Det er likevel verdt å merke seg at flere av kommunene ligger ned mot 32% høyskoleutdannede. Dette gjelder eksempelvis Nannestad og Skaun som er de to mest kostnadseffektive av de 10 kommunene. Øygarden er her blant de tre kommunene med høyest andel høyskoleutdannede.



Øygarden bør i tråd med helsepersonellkomisjonens anbefaling gjennomgå oppgavefordeling med tanke på å rendyrke oppgaver for høyskoleutdannede og overføre oppgaver til fagutdannede der det er mulig. Formålet er å forberede seg på en fremtid der tilgangen på høyskoleutdannede vil være lavere enn i dag. Å fortsette dette arbeidet vil bidra til en kontrollert omstilling hvor kommunen gradvis kan tilpasse sin bemanning til det nye rekrutteringsbildet.

KOSTRA-gruppe 10, Vestland fylke og landet: Andel av avtalte årsverk per utdanningsnivå

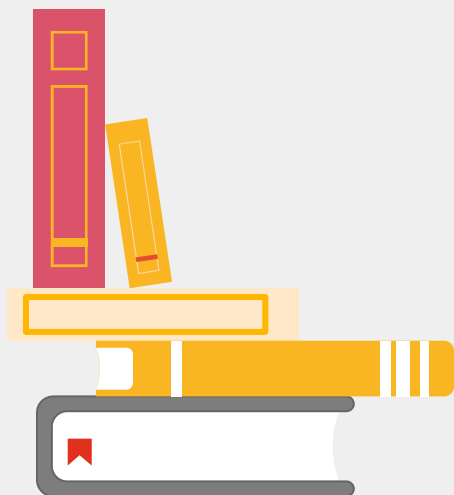
	Høyskoleutdannede	Fagutdannede	Relevant fagutdanning totalt
Lørenskog	43,3 %	40,2 %	83,4 %
Haugesund	42,2 %	37,9 %	80,1 %
Molde	41,5 %	35,9 %	77,4 %
Gjøvik	41,0 %	38,5 %	79,5 %
Ullesaker	40,0 %	39,3 %	79,2 %
Hamar	39,8 %	41,2 %	81,0 %
Porsgrunn	39,3 %	42,2 %	81,5 %
Karmøy	38,8 %	44,8 %	83,6 %
Ringsaker	33,7 %	41,1 %	74,9 %
Halden	32,3 %	41,4 %	73,6 %
Indre Østfold	30,8 %	48,0 %	78,8 %
Ringerike	28,2 %	47,4 %	75,6 %
Vestland	38,8 %	38,5 %	77,3 %
Norge	37,7 %	40,0 %	77,6 %
<b>Øygarden</b>	<b>41,8 %</b>	<b>39,9 %</b>	<b>81,7 %</b>

Ti mest kostnadseffektive i landet: Andel av avtalte årsverk per utdanningsnivå

	Høyskoleutdannede	Fagutdannede	Relevant fagutdanning totalt
Lørenskog	43,3 %	40,2 %	83,4 %
Skaun	32,6 %	49,6 %	82,2 %
Sandnes	42,7 %	39,3 %	82,0 %
Rælingen	51,5 %	30,5 %	81,9 %
Nannestad	32,3 %	46,0 %	78,3 %
Klepp	40,9 %	37,1 %	78,0 %
Lillestrøm	39,5 %	38,0 %	77,5 %
Enebakk	36,1 %	40,2 %	76,3 %
Nittedal	35,1 %	40,4 %	75,4 %
Vestby	35,4 %	33,5 %	68,9 %
<b>Øygarden</b>	<b>41,8 %</b>	<b>39,9 %</b>	<b>81,7 %</b>

## Kompetansesammensetningen varierer til dels betydelig mellom de ulike enhetene

Av forklarlige årsaker er det store variasjoner i andelen høyskoleutdannede og fagutdannede på tvers av enhetene. Samtidig er det også forskjeller mellom enheter med til dels sammenfallende tjenester, som eksempelvis på tvers av enheter som har heldøgntilbud for eldre (sykehjem og bemannede omsorgsboliger). Felles retningslinjer for kompetansesammensetning, med bakgrunn i den enkelte enhets behov, vil bli viktig i årene som kommer. Det anbefalte tiltaket om å sentralisere bemanningsplanlegging kan være ett av flere verktøy som kan hjelpe kommunen med å sørge for at rett kompetanse benyttes på rett sted til rett tid, på tvers av enheter og avdelinger. Det blir i fremtiden viktig å kunne se hele kommunalsjefområdet under ett også med tanke på den tilgjengelige kompetansen, spesielt i form av personell med høyskoleutdanning.



Enhet	Andel høyskoleutdannede	Andel fagutdannede	Andel assistent
Hjemmetjenesten	46,27 %	9,25 %	44,50 %
Psykisk helse og rus	76,13 %	12,28 %	11,59 %
Helse- mestrings og rehabilitering	80,03 %	12,21 %	7,77 %
Legetjenesten inkl kommuneoverlege	73,51 %	23,25 %	3,24 %
Lokalmedisinsk senter	68,30 %	14,97 %	16,73 %
MMNF	39,03 %	30,24 %	30,74 %
Legevakten	100 %	0 %	0 %
NAV	69,44 %	30,56 %	0 %
Forvaltning og støttetjenester	45,69 %	33,54 %	20,77 %
Sundheimen	44,87 %	18,53 %	36,59 %
Kvednatunet	37,46 %	26,46 %	36,09 %
Fjell sykehjem	36,55 %	35,62 %	27,84 %
Tednabakkane	35,85 %	14,76 %	49,39 %
Straume bu- og servicesenter	41,58 %	23,90 %	34,53 %

Rendyrking av oppgaver og lavere **andel** høyskoleutdannede betyr **ikke** lavere antall høyskoleutdannede. Antall ansatte i helse og omsorgstjenester vil måtte øke fram mot 2040 totalt sett, men vil ikke kunne øke like mye som behovet tilsier ut fra demografisk utvikling. Hva som er rett nivå for andel høyskoleutdannede må vurderes individuelt per avdeling og tjenesteområde.

Endring i kompetansesammensetning kan gjennomføres **gradvis** ved ledighet i stillinger og må være basert på hvilken kompetanse som kreves for å utføre oppgavene i virksomheten, og ved å delegerer oppgaver til lavest mulig kompetansenivå. Dette vil bidra til å unngå å binde opp helsefaglig kompetanse til å utføre oppgaver andre kan ivareta og til en kontrollert omstilling.

# Øygarden kommunes kostnader til helse og velferdsammenlignet med omkringliggende kommuner og KOSTRA-gruppe 10

PwC har sett på noen utvalgte nøkkeltall for tjenesteyting og kostnader til helse og velferd for Øygarden, andre kommuner i KOSTRA-gruppe 10 og noen omkringliggende kommuner PwC mener det er relevant å sammenligne seg mot. Tallene i KOSTRA er basert på regnskapstall fra 2022. Hensikten er å se om dimensjonering og bemanning av tjenestene er på nivå med sammenlignbare kommuner. Dette gjennomføres som en innledende analyse før utarbeidelse av scenarier for framtidig dimensjonering av helse og velferd i Øygarden kommune.

	Øygarden	KOSTRA 10	Omkringliggende kommuner		
			Askøy	Bjørnafjorden	Alver
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	27 215	33 662	27 090	35 079	38 994
Annet forebyggende helsearbeid	468	740	492	400	314
Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.	1212	1247	742	1612	892
Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	3601	2248	2668	3375	3073
Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid	1010	1135	857	1334	706
Tilbud til personer med rusproblemer + Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	9927	13 385	9314	15 694	16 182
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	6937	10 131	8103	6315	9302
Institusjonslokaler	1975	1458	687	961	1060



# Øygarden kommunes bemanning og tjenestenivå sammenlignet med noen omkringliggende kommuner og KOSTRA-gruppe 10

Øygarden kommunes bemanning i helse og velferd, samt noen sentrale nøkkeltall, sammenlignet med omkringliggende kommuner, KOSTRA-gruppe 10 og landet uten Oslo.

	Øygarden	KOSTRA 10	Landet uten Oslo	Omkringliggende kommuner		
				Askøy	Bjørnafjorden	Alver
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	243,7	309,2	322	242,9	325,3	364,8
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)	0,53	0,61	0,58	0,65	0,67	0,74
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)	27	25,2	28	25,5	28,7	32,2
Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold (prosent)	8,5	9,9	10,4	11,3	6,3	9,7
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken til hjemmetjenestebrukere 67 år og over	4,7	5,3	5,3	4,8	9,8	5,9
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)	27	34,5	34,6	27,6	34,3	36,1
Dekningsgrad institusjonsplasser (tall plasser i prosent av tall innbyggere over 80 år)	18,7	15,3	16,5	17,2	11,5	16



## Øygarden rapporterer lavere utgifter til helse og omsorgstjenester per innbygger enn sammenlignbare kommuner og har færre ansatte per innbygger og per bruker

**Årsverk i helse og velferd per 10 000 innbygger** i Øygarden kommune er 243,7. Dette er lavere enn snittet for KOSTRA-gruppen på 309,2. Hos de omkringliggende kommunene varierer tallet fra 242,9 (Askøy) til 364,8 (Alver). Det gjøres oppmerksom på at det kan være noe varierende registreringspraksis i kommunene på denne typen variabler i KOSTRA.

**Årsverk per bruker av omsorgstjenester.** For Øygarden kommune er antallet årsverk per bruker 0,53 og dette er noe lavere enn snittet for KOSTRA-gruppe 10 som er 0,61, samt lavere enn hos alle de omkringliggende kommunene.

**Andelen innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (i prosent)** er i KOSTRA-gruppen 25,2 prosent. For Øygarden kommune er andelen 27 prosent. Dette varierer hos de omkringliggende kommunene fra 25,5 (Askøy) til 32,3 (Alver).

**Andel innbyggere 80 år og eldre med institusjonsopphold (i prosent)** er i Øygarden kommune 8,5 prosent. Snitt for KOSTRA-gruppen er 9,9 prosent, og i de omkringliggende kommunene varierer tallet 11,3 (Askøy) til 9,7 (Alver).

**Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken til hjemmetjenestebrukere 67 år og over** er for KOSTRA-gruppen 5,3. For Øygarden er tallet 4,7, og hos de omkringliggende kommunene varierer tallet fra 4,8 (Askøy) til 9,8 (Bjørnafjorden).

**Oppsummert** kan det se ut til at Øygarden kommune har færre ansatte per innbygger og per bruker sammenlignet med sammenlignbare kommuner generelt og til dels også de omkringliggende kommunene.

Tolkning av slike funn må ta inn over seg den betydelige variasjonen som kan ligge bak rapportering av KOSTRA-tallene og andre kjente og ukjente forhold som kan påvirke til hvilken grad tallene er direkte sammenlignbare mellom kommunene. Til tross for dette er summen av disse funnene med på å peke i retning av at Øygarden kommune til tross for en kostnadseffektiv drift per i dag har et potensiale til å dreie tjenestene ytterligere mot hjemmebaserte tjenester, og at dette vil være nødvendig ikke bare av kostnadshensyn men først og fremst for å oppnå et bærekraftig bemanningsnivå i årene som kommer.

### Kostnadseffektiv drift - men alle vil måtte omstille seg

Tabellen på side 48 viser at Øygarden kommune jevnt over rapporterer lavere kostnader til helse og velferd per bruker / innbygger enn snitt for KOSTRA-gruppe 10 og for de omkringliggende kommunene. Dette tyder på en kostnadseffektiv drift. Samtidig er det viktig å ta høyde for at alle kommuner i årene fremover vil måtte ha fokus på kostnadseffektiv drift i møte med de demografiske endringene, også de kommunene som pr i dag driver effektivt.





4

## Helse og Velferd: Dimensjonering og organisering frem mot 2040



## Nivå for dekningsgrader i eldreomsorgen i kommuner

Det er ingen fastsatte normer for hvilken dekningsgrad en kommune skal ha for institusjonsplasser eller bofellesskap. I 2016 gjennomførte Kommunenes Sentralforbund KS, Agenda Kaupang og VID et arbeid der de vurderte kommunenes dekningsgrad.<sup>10</sup> Som grunnlag for dette arbeidet ble det formulert en hypotese om at en dekning på heldøgns omsorg (summen av institusjonsplasser og heldøgns bemannede omsorgsboliger) på mellom 16 og 20 prosent burde være en anbefalt norm.

Videre arbeid skapte imidlertid tvil om det var hensiktsmessig med en slik norm. Det ble observert stor variasjon i dekningsgraden blant kommunene, med verdier som varierte fra under 10% til over 50%. 80% av kommunene hadde verdier som lå mellom 13 og 28%. Det ble også bemerket at kommuner med høy dekning kan gi et tilbud som kan føre til at innbyggerne i for liten grad opplever mestring i eget liv, og at dekningsgraden for disse kommunene derfor bør reduseres. På den annen side kan kommuner med lav dekning gi et tilbud som ikke dekker innbyggernes behov, og dekningsgraden bør derfor økes i disse kommunene.

I rapporten står det at "Det er sannsynlig at plassene vil bli redusert i årene som kommer". Dette kan tolkes som en forventning om at trenden med færre institusjonsplasser og mer omfattende hjemmetjenester vil fortsette. Rapporten bemerker også at "Spredning i dekningsgrad reduseres ved at kommuner i større grad nærmer seg den anbefalte dekningsgraden på 16-20%". Dette tyder på at det er en tendens mot en mer ensartet dekningsgrad blant kommunene, nærmere den anbefalte normen.

PwC har sett til denne rapporten og til vår erfaring fra andre kommuner vi har jobbet med når vi har vurdert Øygarden kommune sin nåværende dekningsgrad samt når vi har vurdert endringer i denne i scenariene. Videre har vi basert oss på nasjonale føringer om å legge til rette for at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme (bofellesskap er definert som et hjem). Dette er i tråd med rapportens observasjon om at det er en økende trend mot mer omfattende hjemmetjenester og færre institusjonsplasser (side 47).



AGENDA  
KAUPANG



### Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad

Færre institusjonsplasser,  
mer omfattende hjemmetjenester



# Det finnes ingen standard for pleiefaktor, og alle kommuner vil måtte endre måten man bemanner heldøgnsomsorgen på

Pleiefaktor er et begrep som brukes innen helse- og omsorgstjenester for å kvantifisere forholdet mellom antallet registrerte årsverk i pleien og antall beboere eller pasienter. Denne faktoren gir et mål på ressursene som er tilgjengelige for hver pasient eller beboer i en gitt institusjon, som et sykehjem eller omsorgsbolig.

Pleiefaktoren kan variere avhengig av flere faktorer, inkludert pasientenes behov, institusjonens ressurser, og den spesifikke situasjonen. For eksempel vil en institusjon med mange beboere med omfattende bistandsbehov måtte ha høyere pleiefaktor for å sikre at alle pasienter mottar tilstrekkelig pleie, behandling og aktivisering.

Det er viktig å merke seg at pleiefaktor bare er en parameter, og må brukes som sådan. Det gir en indikasjon på ressursallokeringen i en institusjon, men det gir ikke nødvendigvis et bilde av kvaliteten på pleien. Andre faktorer, som kvalifikasjonene til helsepersonellet, institusjonens fasiliteter og ledelse og organisering er også viktige å vurdere når man vurderer kvaliteten på helse- og omsorgstjenester.

Det finnes ingen standarder for pleiefaktor. En rapport fra helsetilsynet i 2000 refererte til en allment brukt norm på ca. 0,7, mens Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) i 2011 påpekte store forskjeller mellom sykehjem når det kommer til pleiefaktor. Blant annet ble Grimstad kommunes pleiefaktor på 0,8 – 0,9 sagt å være på linje med ROs registrerte snitt for sykehjem i Norge over flere år på 0,8. Videre utdyper de at det er lite hensiktsmessig å omtale normer for pleiefaktor uten å se den i sammenheng med andre faktorer. Agenda Kaupang sier i sin rapport som så på pleie og omsorg i Søgne kommune at bemanningsfaktor for demensplasser og korttidsplasser normalt ligger mellom 0,9 og 0,98.

Det er viktig å erkjenne at behovene til pasienter på sykehjem i dag er mer omfattende og komplekse enn tidligere. Dette skyldes flere faktorer, inkludert en økende eldre befolkning, fremskritt innen medisinsk behandling og endringer i helsepolitikken som fremmer hjemmebasert omsorg. Som et resultat har pasienter som blir innlagt på sykehjem ofte mer alvorlige og komplekse helseproblemer enn tidligere.

Dette har betydning for pleiefaktoren. Pleiefaktoren må tilpasses de økende og endrede behovene hos pasientene. For eksempel kan pasienter med mer komplekse behov kreve mer intensiv pleie, noe som kan øke pleiefaktoren.

I tillegg til pleieoppgaver, har helsepersonell ofte ansvar for en rekke støttefunksjoner. Dette kan inkludere oppgaver som vasking av pasienttøy, renhold av pasientrom, tilberedning av måltider og gjennomføring av aktiviteter som fremmer livskvalitet. Disse oppgavene er viktige for å sikre pasientenes velvære og livskvalitet, men de krever også tid og ressurser, og kan derfor påvirke pleiefaktoren.

Tverrfaglig samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell er også avgjørende for å sikre en helhetlig og kvalitativ omsorg for pasientene. Dette kan inkludere samarbeid med leger, sykehus, forvaltningstjenester, hjemmetjenester og terapitjenester. Dette samarbeidet bidrar til å sikre at pasientene får den støtten de trenger, og at pleiefaktoren er tilpasset deres behov.

Når man sammenligner pleiefaktor over tid og mellom ulike kommuner, er det viktig å ta hensyn til disse variablene. Pasientenes behov endrer seg over tid, og forskjellige kommuner kan ha forskjellige ressurser og tilnærminger til helse- og omsorgstjenester. Derfor er det viktig å se pleiefaktoren i sammenheng med disse andre faktorene, og ikke bare som et isolert tall.



## Pleiefaktor vil måtte tilpasses i alle kommunene i årene som kommer

Med en økende eldre befolkning og en forventet mangel på helsepersonell, vil alle kommuner måtte vurdere hvordan de kan tilpasse pleiefaktoren for å møte disse utfordringene. En høyere pleiefaktor, som indikerer flere årsverk per pasient, kan i utgangspunktet virke som en ideell løsning for å sikre kvaliteten på omsorgen. Men med begrensede ressurser og mangel på helsepersonell, kan dette være utfordrende å oppnå.

Det vil være nødvendig å se på innovative løsninger og effektivisering av tjenestene for å kunne tilby god omsorg med lavere bemanning. Dette kan inkludere bruk av teknologi, som telemedisin og digitale helseplattformer, for å overvåke pasienters helse og levere omsorg på avstand. Det kan også innebære å omfordele oppgaver, slik at helsepersonell kan fokusere på de mest kritiske pleieoppgavene, mens andre oppgaver kan utføres av støttepersonell eller automatiseres.

Et annet viktig tiltak vil være å bygge opp under struktur, kultur og systemer som legger til rette for god ressursstyring. Når tilgangen på helsepersonell blir begrenset blir det desto viktigere å sørge for at man har rett kompetanse på rett sted til rett tid.

Samtidig vil det være viktig å investere i opplæring og utdanning for å sikre at helsepersonell har de nødvendige ferdighetene for å håndtere mer komplekse pasientbehov. Dette kan bidra til å øke effektiviteten og kvaliteten på omsorgen, selv med en lavere pleiefaktor.

Endelig vil det være nødvendig med en kontinuerlig evaluering og justering av pleiefaktoren for å sikre at den tilfredsstillende pasientenes behov og reflekterer de tilgjengelige ressursene. Dette vil kreve en balanse mellom å opprettholde kvaliteten på omsorgen og å håndtere ressursbegrensninger og bemanningsutfordringer.



### Pleiefaktor i Øygarden kommune

I denne rapporten er det lagt til grunn at Øygarden kommune per i dag har en gjennomsnittlig pleiefaktor på 1,12 for langtidsplasser, 1,17 for korttidsplasser i sykehjem og 1,20 for heldøgnsbemannede bofellesskap for eldre.

Basert på de kilder som er omtalt på disse to sidene, og PwCs erfaringer fra arbeid med andre kommuner anbefales det at man i første omgang sikter på en gjennomsnittlig pleiefaktor på 0,9 for langtidsplasser, 1,0 for korttidsplasser og 0,5 for de heldøgnsbemannede bofellesskapene.

## Pleiefaktor i heldøgnsstilbud for eldre og lokalmedisinsk senter

Pleiefaktor kan beregnes på flere måter. For å kunne sammenligne med nivå hos andre kommuner PwC har jobbet med på dette området de siste årene har vi regnet pleiefaktor som antall årsverk som går i direkte pleie i sykehjemmene. Nattevakter er inkludert. Ledere, annet administrativt personell samt produksjonskjøkken og renholdspersonell er ikke inkludert.

Snitt planlagt pleiefaktor for HDO i Øygarden er 1,05. Dette er ca. 0,15 mer i snitt per plass enn for andre kommuner PwC har jobbet med eller kjenner til siste året.

Det er vanskelig å sammenligne pleiefaktor på tvers av kommuner da ingen avdelinger eller brukergrupper er like. Det må også hensyntas at pleiefaktor regnes ut fra planlagt bemanning og ikke faktisk bemanning som inkluderer bruk av ekstravakter, vikarer og overtid.

PwC har anbefalt andre kommuner å legge seg på et nivå for snitt pleiefaktor for alle plasser på ca. 0,9. Dette ut fra kjennskap til kommuner der dette nivået ser ut til å fungere bra med tanke på tilgang på bemanning, belastning og kostnader til fast og variabel lønn.

I framskriving av scenarier er det lagt til grunn forutsetning om snitt 0,9 i pleiefaktor på langtidsplasser og 1,0 i pleiefaktor på korttidsplasser. Dersom kommunen hadde hatt disse pleiefaktorene i dag ville behov for årsverk til pleie i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning vært ca. 35 årsverk lavere.



Lokasjon	Årsverk minus ledelse og adm	Sum plasser	Pleiefaktor med natt
<b>Institusjon</b>			
Fjell sjukeheim	52,9	52	1,02
Tednabakkane	53,2	45	1,18
Sundheimen	44,6	44	1,01
Øygarden lokalmedisinsk senter	47,6	41	1,17
<b>Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning</b>			
Kvednatundet	44,9	40	1,12
Straume bu- og servicesenter	25,8	24	1,61

## Ressursbruk i hjemmetjenesten per i dag

Ca. 700 innbyggere over 67 år mottok tjenester i hjemmet i Øygarden kommune fra og med 1. januar til og med 31. august i 2023. Tallet inkluderer alle former for tjenester som gis i hjemmet. Dette er helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Tallet som er oppgitt fra kommunen er antall unike brukere mens samme bruker kan ha flere tjenester.

248 personer mottok både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. 310 personer mottok bare helsetjenester i hjemmet, mens 125 mottok bare praktisk bistand.

Øygarden har i snitt tildelte og gjennomførte timer per bruker omtrent på nivå med andre kommuner PwC har jobbet med det siste året. For helsetjenester i hjemmet er snitt tildelte timer 2,5 og snitt gjennomførte timer 1,9. Gjennomførte timer er såkalt ansikt-til ansikt timer, eller timer gjennomført hjemme hos bruker.

Hjemmetjenesten har ca. 110 årsverk når vi ser bort fra årsverk til ledelse og administrasjon. Dette gir ca. 135 873 turnustimer i perioden 1. januar til 31. august (1846 timer per årsverk, multiplisert med 110 årsverk, delt på 52 uker, multiplisert med 34,7 uker). I samme periode er det rapportert utført 53 619,8 timer med hjemmebaserte tjenester. Det vil si at 39% av arbeidstiden utføres hos bruker. Resten av arbeidstiden går til kjøretid, pasientadministrativt arbeid, klargjøring av utstyr, rapportering, fagutvikling, håndtering av trygghetsalarmer og møter med mer.

39% ansikts-til-ansiktstid vurderes å være middels god ressursutnyttelse. Dette må sees i sammenheng med lange avstander i kommunen, slik at kjøretiden mellom brukere kan være betydelig. Kommunen benytter digitale verktøy for optimalisering og planlegging av arbeidsplaner i hjemmetjenestene som blant annet kan ta hensyn til kjøretid, kompetansebehov og lignende.

Det er grunnlag for å arbeide videre med å øke produktivitet i hjemmebaserte tjenester. Dette ut fra at det ikke vil være mulig å rekruttere tilstrekkelig antall helsepersonell til økning i antall eldre. De aller fleste hjelpetrengende eldre kommer til å bo hjemme i framtiden og kapasitet i hjemmebaserte tjenester vil bli utfordret i alle kommuner. Til høyre er det listet noen eksempler på tiltak kommunen kan gjøre for å bygge opp under en effektiv hjemmetjeneste. Det viktigste tiltaket blir å rendyrke pleieoppgaver for de som arbeider i hjemmetjenestene, og sørge for at andre oppgaver som for eksempel bilhold ivaretas av andre enn pleiepersonellet.

Øygarden bør arbeide for øke produktiviteten i hjemmebaserte tjenester ved å øke ansikt-til-ansiktstid og redusere tid som brukes til andre oppgaver.

Forhold kommunen bør ha fokus på for å øke produktivitet i hjemmetjenesten

- Skjulte tjenester, dvs tjenester som utføres men som det ikke er vedtak på bør avdekkes og kartlegges
- Optimalisering av kjøreruter og arbeidslister
- Bortfall av oppgaver som medfører sløsing av arbeidstid, eksempelvis dobbeltføring av dokumentasjon, venting på ledig arbeidsplass
- Bilhold, dekkskift, melding av skader etc
- Fortsette innføring av velferdsteknologi



# Ressursbruk i hjemmetjenesten per i dag - sammenlignet med KOSTRA-gruppen og omkringliggende kommuner

KOSTRA-tallene avviker fra kommunens egne tall fordi de også inneholder hjemmebaserte tjenester som ikke inngår i planlagt bemanningsbehov i hjemmetjenesten

Tabellen viser at Øygarden har noe færre mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 67-79 år enn KOSTRA-gruppen, samt Bjørnafjorden og Alver, men noe flere enn Askøy. For aldersgruppen 80 år og over har Øygarden noe flere brukere enn KOSTRA-gruppen og Askøy men noe færre enn både Bjørnafjorden og Alver.

For gjennomsnittlig tall timer i uken står flere av kommunene i KOSTRA-gruppen uten tall og gjennomsnittet er derfor utelatt her. Sammenlignet med de omkringliggende kommunene ser det ut til at Øygarden jevnt over har noe lavere snitt tall timer i uken til hjemmebaserte tjenester i alle de tre aldersgruppene.

	Øygarden	KOSTRA 10	Omkringliggende kommuner		
			Askøy	Bjørnafjorden	Alver
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innbyggere 67-79 år (B)	50,3	62,1	49,1	59,7	61,7
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innbyggere 80 år og over (B)	270,4	252,3	255,4	286,9	322
Gjennomsnittlig tall timer i uken til hjemmesykepleie og praktisk bistand, 67-79 år, alle bistasdsbehov	6,4	-	7,4	8	6
Gjennomsnittlig tall timer i uken til hjemmesykepleie og praktisk bistand, 80-89 år, alle bistasdsbehov	3,1	-	3,6	11	5,6
Gjennomsnittlig tall timer i uken til hjemmesykepleie og praktisk bistand, 90 år eller eldre, alle bistasdsbehov	4,9	-	4,8	13,2	6,3





# Framskriving av dimensjonering av eldreomsorgen fram mot 2040

Formålet med framskrivingen er å få indikative svar på:

- Hvor mange institusjonsplasser og bofellesskap med heldøgns bemanning er det behov for fram mot 2040?
- Hvor mange brukere av hjemmebaserte tjenester vil det være i 2040?
- Hva er den samlede kostnaden på tjenesten fram mot 2040?
- Hva er konsekvensen av å endre på sammensetning av tjenester?
- Hva er konsekvensen for bemanningsbehovet ved ulike dekningsgrader?



## Hvordan tolke framskrivingen?

Tallene som er bruk i framskrivingen er utelukkende hentet fra kommunen (ikke offentlige registre). Videre er det benyttet budsjetterte driftskostnader for 2024 for hvert tjenesteområde. Samlet driftskostnad for tjenestene er 2023 - kroner som utgangspunkt for beregninger fram mot 2040 uten hensyn til lønns- og prisvekst.

Framskrivingen inkluderer ikke det antall årsverk som må erstattes i henhold til naturlig avgang på grunn av pensjon, men faktisk årsverksbehov i tjenesten.



## Viktige nøkkeltall brukt i framskrivingen

- Befolkningsframskriving
- Dekningsgrader
- Tall på plasser i institusjon og bemannede omsorgsboliger / bofellesskap
- Netto kostnad per institusjonsplass og plass i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning inkludert alle kostnader og inntekter.
- Antall mottakere av hjemmetjenester over 67 år
- Kostnad per time hjemmetjenester
- Snittid per uke per bruker av hjemmetjenester



## Merknader til framskrivingen

Brukerne har ulikt bistandsbehov. Enhetskostnadene som er brukt er et snitt av alle brukere innenfor hhv sykehjem, omsorgsboliger med heldøgnsbemanning og hjemmetjenester.

**Framskrivingen er en indikator på utvikling i bruk av helse- og omsorgstjenester i Øygarden kommune fra 2023 til 2040. Det er ingen fasit, men en begrunnet oppfatning av ulike nivåer.**

# Parametere i datamodellen danner grunnlag for scenariene



Utgangspunktet for scenariene er befolkningsgrunnlaget. Endringer i befolkningens størrelse og alderssammensetning vil i stor grad styre dimensjonering av tjenestene da dekningsgrad for heldøgns omsorg (HDO) beregnes ut fra antall plasser som andel av befolkning over 80 år, uavhengig av alder på de som bruker plassene.

Det nødvendige antall plasser, og fordelingen av type plasser i HDO for et gitt scenario kan dermed varieres ved å definere ulike dekningsgrader. Bemanningsbehovet i HDO vil videre defineres ved hjelp av pleiefaktor, som beskriver antallet pleieårsverk per plass/bruker. Mens befolkningsgrunnlaget for hvert år frem mot 2040 er lagt inn som en konstant størrelse, kan man i modellen endre på parametrene dekningsgrad og pleiefaktor. Dette vil påvirke de tre hovedpilarene i modellen, som er framskrivning for 1) antall plasser / brukere, 2) bemanningsbehov og 3) kostnad. Kostnad er beregnet ut fra kommunens budsjetterte lønns- og driftsutgifter per plass/bruker.

Gitt at man endrer forutsetningene med å endre dekningsgrad og pleiefaktor, kan et antall scenario produseres, hvor de ulike scenariene da vil skille seg fra hverandre i antall plasser og type plasser, bemanningsbehov og kostnader.

# Prosess for etablering av scenarier

1

## Framskrivning av ulike dekningsgrader

I samarbeid med kommunens prosjektgruppe utarbeidet PwC-teamet et utvalg framskrivinger basert på ulike dekningsgrader. Disse ble presentert i en arbeidssamling for ledere, nøkkelpersonell, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter den 12. oktober 2023. Det ble deretter arbeidet i grupper med å identifisere styrker og svakheter, trusler og muligheter ved utkastene.

2

## Tilbakemeldinger fra gruppearbeidet

**Framskrivning av dagens dekningsgrader** ble vurdert å ha flere svakheter enn styrker. Den største svakheten er muligheten for å rekruttere tilstrekkelig antall helsearbeidere, for lav dekning på plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger og at kommunen ikke vil klare å møte befolkningens forventning om heldøgnsstilbud. Styrken ble ansett å være at kommunen vil ha et høyt antall tilgjengelige institusjonsplasser. Blant trusler ble det nevnt at det vil være lite realistisk å skaffe tilstrekkelig bemanning til alle plassene. En mulighet ble sagt å ligge i å mobilisere frivillig sektor til å bidra mer enn i dag.

**12,5% dekningsgrad institusjon og 7,5% heldøgnsbemannede omsorgsboliger** ble vurdert å ha flere styrker. Det ble vurdert å kunne gi tilbud til fler og som det mest realistiske alternativet. Svakheten ble vurdert å være at presset på hjemmetjenesten vil øke og at bemanningsbehovet ikke dempes i vesentlig grad.

**10% dekningsgrad institusjon og 10% heldøgnsbemannede omsorgsboliger.** Her nevnte flere muligheten for å se på alternative organiseringer hvor beboere for eksempel i større grad bistår hverandre, at man har tilgang til fellesområder og for eksempel tilknytning til en base med bemanning.

3

## Utarbeidelse av scenarier

Tilbakemeldingene fra gruppearbeidet ble tatt med videre av prosjektgruppen, og basert på disse og videre diskusjoner mellom PwC-teamet og kommunens prosjektgruppe ble det definert og detaljert fire scenarier som ble fremskrevet til 2040.



# Scenariene og hva de og modellen kan brukes til



**Scenario 1 beskriver en framskriving av nåsituasjonen.** I dette scenarioet fortsetter man med dagens dekningsgrad for sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger på henholdsvis 13 og 4,6 prosent, totalt 17,6 prosent (basert på dagens antall plasser og SSB sitt middelalternativ for befolkningsutvikling i 2024)

I dette scenariet fortsetter man også med dagens pleiefaktor som for langtidsplasser i snitt er ca. 1,12 og for korttidsplasser ca. 1,17. I de heldøgnsbemannede omsorgsboligene er pleiefaktoren i snitt 1,2.



**Scenario 2 beskriver en dreining mot heldøgnsbemannede bofellesskap** og en liten økning i total dekningsgrad med dekningsgrad for sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger på henholdsvis 12,5 prosent og 7,5 prosent, totalt 20 prosent. Pleiefaktor på langtid og korttid justeres til henholdsvis 0,9 og 1,0. Pleiefaktor i bemannede bofellesskap settes til 0,5.



**Scenario 3 beskriver en situasjon med lik med dekningsgrad for både sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger** på 10 prosent, totalt 20 prosent. Pleiefaktor som i scenario 2.



**Scenario 4 beskriver en gradvis dreining mot situasjonen beskrevet i scenario 3.** Til og med 2031 er det framskrevet en dekningsgrad for sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger på henholdsvis 12,5 og 7,5 prosent, totalt 20 prosent, mens det fra og med 2032 er framskrevet en dekningsgrad for sykehjem på 10 prosent og heldøgnsbemannede omsorgsboliger på 10 prosent, totalt 20 prosent.

## Hva kan modellen og scenariene brukes til?

### Se effekter av å dreie tjenestetilbudet nedover i omsorgstrappen

- Ved å endre forutsetningene i modellen kan kommunen se hvordan sammensetning av tjenestetilbudet påvirker viktige faktorer som kostnad, bemanningsbehov og totalt antall brukere som kan betjenes av tjenesten.

### Planlegge investeringer og prosjekter

- For de ulike scenariene vil man kunne se fra år-til-år hvor mange flere/færre plasser kommunen vil trenge i henholdsvis sykehjem og bemannede bofellesskap. Dette kan brukes for å planlegge for når det må investeres i nybygg/endringer i eksisterende bygningsmasse.

### Få oversikt over bemanningsbehov

- Hvert scenario vil ha ulikt bemanningsbehov. Kombinert med tall på naturlig avgang kan kommunen benytte dette til å estimere hvor mange årsverk de vil måtte rekruttere årlig for å bemanne de ulike tjenestene.

## Framskrivning for scenario 1 - 4

- Samlet dekningsgrad i 2040 er lik for scenario 2, 3 og 4 på 20 prosent totalt. Noe høyere enn dagens dekningsgrad på 17,6 prosent.
- Totalt antall brukere er noe høyere i scenario 2, 3 og 4 enn scenario 1 på grunn av den økte dekningsgraden
- Antall sykehjemsplasser i 2040 varierer mellom 435 i scenario 1 og 335 i scenario 3 og 4.
- Antall plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger i 2040 varierer mellom 153 i scenario 1 og 335 i scenario 3 og 4.
- Behov for årsverk i 2040 varierer mellom 645 i scenario 1 og 477 i scenario 3 og 4.
- Driftskostnader i 2040 varierer mellom 663 MNOK i scenario 1 og 508 i scenario 3 og 4

Scenario 1 - nåsituasjonen		Behov	2024	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040
Dekningsgrader Sykehjem – 13% Heldøgnsbemannede omsorgsboliger – 4,6% Totalt – 17,6%	Plasser sykehjem		182	211	251	286	319	352	379	406	435
	Plasser heldøgnsbemannede omsorgsboliger		64	74	88	101	112	124	133	143	153
	Plasser HDO totalt		246	285	340	387	432	476	513	549	589
	Brukere Hjemmetjenesten		722	773	831	880	938	1001	1066	1137	1193
	Totalt antall brukere		968	1059	1171	1267	1370	1476	1579	1686	1782
	Kostnader		317	340	396	445	493	540	581	621	663
	Bemanningsbehov (årsverk)		322	344	395	439	483	527	566	606	645
Scenario 2		Behov	2024	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040
Dekningsgrader Sykehjem – 12,5% Heldøgnsbemannede omsorgsboliger – 7,5% Totalt – 20%	Plasser sykehjem		182	203	242	276	308	339	365	391	419
	Plasser heldøgnsbemannede omsorgsboliger		64	122	145	165	185	203	219	235	252
	Plasser HDO totalt		246	325	387	441	492	542	585	626	671
	Brukere Hjemmetjenesten		722	773	831	880	938	1001	1066	1137	1193
	Totalt antall brukere		968	1098	1218	1321	1430	1543	1651	1763	1864
	Kostnader		317	283	328	367	406	444	477	510	545
	Bemanningsbehov (årsverk)		322	297	339	376	412	449	482	515	548
Scenario 3		Behov	2024	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040
Dekningsgrader Sykehjem – 10% Heldøgnsbemannede omsorgsboliger – 10% Totalt – 20%	Plasser sykehjem		182	163	194	221	246	271	292	313	335
	Plasser heldøgnsbemannede omsorgsboliger		64	163	194	221	246	271	292	313	335
	Plasser HDO totalt		246	325	387	441	492	542	585	626	671
	Brukere Hjemmetjenesten		722	773	831	880	938	1001	1066	1137	1193
	Totalt antall brukere		968	1098	1218	1321	1430	1543	1651	1763	1864
	Kostnader		317	265	307	343	379	414	445	476	508
	Bemanningsbehov (årsverk)		322	262	298	329	360	391	420	448	477
Scenario 4		Behov	2024	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040
Dekningsgrader (til og med 2031) Sykehjem – 12,5% Heldøgnsbemannede omsorgsboliger – 7,5% Totalt – 20% Dekningsgrader (fra og med 2032) Sykehjem – 10% Heldøgnsbemannede omsorgsboliger – 10% Totalt – 20%	Plasser sykehjem		182	203	242	276	246	271	292	313	335
	Plasser heldøgnsbemannede omsorgsboliger		64	122	145	165	246	271	292	313	335
	Plasser HDO totalt		246	325	387	441	492	542	585	626	671
	Brukere Hjemmetjenesten		722	773	831	880	938	1001	1066	1137	1193
	Totalt antall brukere		968	1098	1218	1321	1430	1543	1651	1763	1864
	Kostnader		317	283	328	367	379	414	445	476	508
	Bemanningsbehov (årsverk)		322	297	339	376	360	391	420	448	477

## Endring fra nåsituasjon i 2040 for hvert scenario



	Scenario 1 (nåsituasjon**)	Scenario 2	Scenario 3 og 4
	<p><b>Dekningsgrad</b></p> <p>Sykehjem 13</p> <p>HDO* 4,6</p> <p>Totalt 17,6</p>	<p><b>Dekningsgrad</b></p> <p>Sykehjem 12,5</p> <p>HDO* 7,5</p> <p>Totalt 20,0</p>	<p><b>Dekningsgrad</b></p> <p>Sykehjem 10,0</p> <p>HDO* 10,0</p> <p>Totalt 20,0</p>
Plasser i sykehjem	+ 253	+ 237	+ 153
Plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger	+ 89	+ 188	+ 271
Plasser totalt	+ 343	+ 425	+ 425
Brukere i hjemmetjenesten	+ 471	+ 471	+ 471
 Totalt antall brukere	+ 814	+ 896	+ 896
 Kostnader	+ 347 MNOK	+ 228 MNOK	+ 191 MNOK
 Årsverk	+ 323	+ 226	+ 154

\*HDO: Heldøgnsbemannede omsorgsboliger \*\*Dekningsgrader for 2024 gitt tilsvarende antall plasser som rapportert for 2023



## Valg av scenario for framtiden

Det er betydelig forskjell i det fremtidige ressursbehovet i form av kostnader, bemanningsbehov og behov for antall plasser i institusjon og i heldøgns bemannede omsorgsboliger på tvers av scenariene. I tråd med blant annet helsepersonellkommisjonen er det PwC sin oppfatning at det er bemanningsbehovet som vil være den største utfordringen i årene fremover, og dette er dermed ilagt stor vekt også i vår vurdering av de ulike scenariene.

**Forskjellen fra dagens situasjon og situasjonen i 2040 for hvert scenario er vist i tabell på forrige side. Under her følger en oppsummering av hva som vil være behovet for plasser, bemanning og penger for hvert scenario i 2030 sammenlignet med nåsituasjonen.**

I **Scenario 1** vil man allerede i 2030 ha behov for ytterligere 104 plasser i sykehjem og 37 plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. De årlige kostnadene til eldreomsorg vil øke med 128 MNOK og man vil måtte tilføre 117 årsverk utover de man har i dag, i tillegg til de som må rekrutteres på grunn av avgang.

I **Scenario 2** vil man i 2030 ha behov for 94 nye sykehjemsplasser og 101 plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Det må tilføres ytterligere 50 MNOK til drift av eldreomsorgen og 54 nye årsverk utover de som må rekrutteres på grunn av avgang.

I **Scenario 3** vil man i 2030 ha behov for 39 nye sykehjemsplasser og 157 plasser i heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Det må tilføres ytterligere 26 MNOK til drift av eldreomsorgen og 7 nye årsverk utover de som må rekrutteres på grunn av avgang.

I **Scenario 4** som baserer seg på en gradvis dreining mot mer bemannede omsorgsboliger vil man i 2030 ha en dekningsgrad på 12,5 prosent for sykehjem og 7,5 prosent for bemannede bofellesskap. I 2030 vil man i dette scenariet ha behov for 94 nye plasser i sykehjem og 101 nye plasser i bofellesskap. Dette medfører at 50 MNOK må tilføres budsjettet og bemanningsbehovet øker med 54 årsverk utover det som er tilfelle i dag, i tillegg til de som må erstattes på grunn av naturlig avgang. Scenariet innebærer at man sammenlignet med dagens situasjon øker den totale dekningsgraden noe, gjennom en økning av dekning for heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Dette anses som nødvendig på grunn av den store økningen i antall over 80 år som vil skje i kommunen i disse årene.

### PwCs anbefaling



Det er PwCs oppfatning at **Scenario 4** legger best til rette for en bærekraftig utvikling og dimensjonering av eldreomsorgen frem mot 2040. Dette er i stor grad basert på det totale kostnadsbildet og bemanningsbehovet de ulike scenariene innebærer. Videre vil Scenario 4 gi en noe økt total kapasitet i HDO sammenlignet med de andre scenariene, samt gi kommunen noe bedre tid på omstillingen mot høyere vektning av heldøgnsbemannede omsorgsboliger, noe som anses som nødvendig da kommunen per i dag i praksis ikke har rendyrkede heldøgnsbemannede omsorgsboliger for eldre med begrenset somatisk pleiebehov.

**Det er viktig å påpeke at tallene på antall plasser er basert på en teoretisk beregning med den usikkerheten det medfører.**

## Scenario 4- Endring i antall plasser og brukere fra dagens situasjon

Scenarioet innebærer 12,5 prosent dekningsgrad institusjon og 7,5 prosent dekningsgrad for bemannede bofellesskap til og med 2031. Deretter arbeide seg mot dekningsgrad på 10 % for både sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger fra 2032, totalt 20 prosent.

Tabellen nedenfor viser den estimerte endringen i behov for plasser, bemanning og kostnader for scenario 4 sammenlignet med det kommunen har per i dag.

Uansett scenario, og også for scenario 4, vil det bli behov for en betydelig økning i totalt antall plasser i HDO, med tilhørende økte kostnader og bemanningsbehov. For Scenario 4 vil dette bety at kommunen i 2040 vil trenge 425 nye plasser i HDO, 191 MNOK tilført til budsjett for eldreomsorgen og 155 nye årsverk i tillegg til de som går av med pensjon.

Det er PwCs oppfatning at en dreining mot større grad av bemannede bofellesskap vil tillate kommunen å håndtere det økte antallet brukere som vil trenge plass i HDO på en måte som sammenlignet med alternativene fremstår som bærekraftig med tanke på kostnader og bemanningsbehov. Som tabellen under viser vil det i årene mot 2040 være perioder hvor vekten i behov for sykehjems plasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger vil skifte. Det vil dermed være viktig å etablere nye lokasjoner/bygg som har fleksibilitet i form av hvilken type HDO som kan leveres der. Forskjellen mellom en sykehjems plass og en plass i et heldøgnsbemannet omsorgsbolig vil da i all hovedsak dreie seg om pleiebehovet til de som bor der og den pleiefaktoren dette fører med seg.



	Anbefalt Scenario 4: Utvikling fra dagens situasjon								
Behov	2026	2028	2030	2032	2034	2036	2038	2040	
<i>Plasser Sykehjem</i>	21	60	94	64	89	110	131	153	
<i>Plasser Bofellesskap</i>	58	81	101	182	207	228	249	271	
<i>Plasser HDO totalt</i>	79	141	195	246	296	339	380	425	
<i>Brukere Hjemmetjenesten</i>	51	109	157	216	278	344	415	471	
<i>Totalt antall brukere</i>	130	250	352	462	574	682	795	896	
<i>Kostnader</i>	-34	11	51	62	97	128	159	191	
<i>Bemanningsbehov (årsverk)</i>	-25	17	53	38	69	97	126	155	

## Styrker og svakheter ved anbefalt scenario 4

Styrker	Svakheter
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bremser det langsiktige behovet for nye sykehjemsplasser</li> <li>Samlet dekningsgrad for heldøgns plasser økes til 20 %</li> <li>Satsning på heldøgnsbemannede omsorgsboliger i tråd med at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme</li> <li>Demper behov for årsverk og reduserer dermed rekrutteringsutfordringene</li> <li>Demper vekst i kostnader</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bemanningsbehovet i heldøgns omsorgsboliger i framtiden er usikkert. Dette er likt i alle scenarier.</li> </ul>
Muligheter	Utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> <li>Heldøgns botilbudet innrettes for å møte fremtidens eldre, flere med kognitiv svikt uten nødvendigvis stort fysisk pleiebehov, mer fokus på aktivisering og miljøterapi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behov for 195 nye plasser i HDO frem mot 2030. Kommunen må identifisere tomteareal og gjennomføre utbygging</li> </ul>



### Fordeling av type plasser i heldøgns omsorg

Øygarden har 191 langtidsplasser og 55 korttidsplasser i heldøgns omsorg. Det vil si at cirka 22,5 % av plassene er korttid. I andre kommuner PwC har jobbet med har snitt andel korttidsplasser vært 20-25 %. I flere kommuner brukes plassene i påvente av langtids plass. Dette låser korttidsplasser og gjør at kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus eller brukere fra hjemmetjenesten reduseres. I kommuner med lavere andel korttidsplasser gir ofte hjemmetjenesten uttrykk for at det i perioder er for få korttidsplasser tilgjengelig, og at dette kan bidra til økt ressursbruk i hjemmetjenestene, hvor man må yte utstrakt pleie i hjemmet. Videre øker et lavt antall korttidsplasser risiko for at kommunen ikke kan ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Øygarden kommune klarer per i dag å ta i mot de pasientene som skrives ut fra sykehuset til kommunen i følge kommunen selv.

Sammenlignet med andre kommuner PwC har jobbet med, og basert på observasjoner og tilbakemeldinger i intervjuene anbefales det å opprettholde antallet korttidsplasser i kommunen. I møte med dreiningen fra sykehjemsplasser mot bemannede bofellesskap vil det være viktig for kommunen å ha kapasitet på korttidsplasser til å håndtere brukere som i perioder har økt pleiebehov, samt for å unngå for stor belastning på hjemmetjenesten med brukere som i perioder trenger mye pleie. Per i dag beskrives en dynamisk drift av institusjonene som tilpasser drift til behovet. Dette vil det bli viktig å spille videre på, og en del av bakgrunnen for at PwC anbefaler å øke den totale dekningsgraden på HDO er å unngå at personer i påvente av langtids plass opptar korttidsplasser.

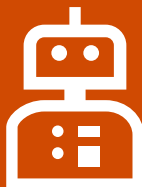
# Lokalisering av nye plasser i institusjon og bemannede bofellesskap for eldre bør ta utgangspunkt i følgende premisser



Arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling kommer høyt opp på listen når helsearbeidere skal velge arbeidsplass. De fleste vil ønske å jobbe i et større miljø der det er samarbeid mellom flere yrkesgrupper og fag.



Nærhet til kollektivtransport, butikker, apotek og annen infrastruktur vil bety mye for brukere, pårørende og ansatte.



Større og mer robuste miljø vil legge til rette for mest mulig effektiv utnyttelse av ressursene. Spesielt gjelder dette samarbeid på tvers av avdelinger på tider der bemanning er redusert, for eksempel på natt, i ferier eller i perioder med høyt sykefravær

Nye plasser som etableres bør i så stor grad som mulig samlokaliseres med eksisterende lokasjoner og tjenester. Med samlokalisert menes ikke nødvendigvis at alt skal være under samme tak, men innen rimelig gangavstand og for eksempel tilgjengelig fra samme stoppested for kollektivtrafikk eller med en felles parkeringsplass.

Videre blir det viktig å se lokalisering av de ulike tjenestene og funksjonene under ett med mål om å for eksempel redusere kjøretid for hjemmesykepleien og redusere reiseavstander for de ulike støttetjenestene (vaktmestertjenester, eventuell matombringning, frivillige osv).







5

Kjøkken

# Organisering og drift av kjøkken må også sees i sammenheng med økt antall brukere

## Dagens organisering

Øygarden kommune driver per i dag kjøkken på fire av lokasjonene for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning for eldre, samt ved Lokalmedisinsk senter. Totalt er 16,8 årsverk knyttet til kjøkkendrift. PwC sin oppfatning etter intervju og befarung er at ansatte, brukere og pårørende opplever at dette fungerer godt per i dag. PwC vurderer samtidig at det ikke ser ut til å være realistisk å øke kapasiteten på matproduksjon i disse fem kjøkken tilsvarende det behovet som økningen i antall eldre vil tilsi. Først og fremst fordi det vil bli en utfordring å rekruttere nok kvalifisert personell, samt på grunn av kapasitet i areal og utstyr.

## PwC sin anbefaling

Mange kommuner har sentraliserte produksjonskjøkken som leverer mat til flere av kommunens lokasjoner. Det er PwCs oppfatning at Øygarden kommune bør vurdere potensialet for å øke produksjonsvolum i de nåværende kjøkken, med det det vil innebære av økt behov for areal, utstyr og bemanning, opp i mot de beregninger som er gjort på økningen av antall brukere. Fordeler og ulemper ved alternative måter å organisere kommunens produksjon- og leveranse av mat til mottakere av helse og omsorgstjenester bør så evalueres grundig. Et alternativ kan være å etablere et sentralisert produksjonskjøkken i forbindelse med ny bygningsmasse for sykehjem eller heldøgnsbemannede bofellesskap for eldre, eller ved utvidelse av eksisterende lokasjon.







6

## Tjenester for personer med nedsett funksjonsevne (MMNF)

## Øygarden har færre brukere og færre med omfattende bistandsbehov blant brukere i MMNF og psykisk helse og rus enn sammenlignbare kommuner

Det finnes ikke KOSTRA tall spesifikt for tjenester til utviklingshemmede eller for tjenester innen psykisk helse og rus når det gjelder antall brukere og timer per bruker.

Ved å se på KOSTRA tall for gruppene under 67 år kan vi få en pekepinn på tjenestenivå, da de fleste brukere i disse tjenestene er under 67 år.

Øygarden har færre brukere, færre med omfattende bistandsbehov og færre snitt timer i uka i aldersgruppen 0-66 år enn flere av sammenligningskommunene samt KOSTRA-gruppen og landet uten Oslo.

Øygarden har flere snitt timer i uka til gruppen 0-17 år Askøy og Alver, men færre enn Bjørnafjorden. Her er det få brukere, men enkeltbrukere gir store utslag på tallet og det er derfor lite hensiktsmessig å sammenligne.

Det er tildels stor usikkerhet knyttet til denne sammenligningen på grunn av ulik rapporteringspraksis i kommunene, og det faktum at tallene også kan påvirkes av brukere som ikke per i dag mottar tjenester fra MMNF eller psykisk helse og rus.

	Øygarden	KOSTRA 10	Landet uten Oslo	Omkringliggende kommuner		
				Askøy	Alver	Bjørnafjorden
Andel hjemmetj. mottakere med omfattende bistandsbehov, 0-66 år (B)	16,2%	20,1%	18,8%	19,5%	26,6%	19,9%
Andel hjemmeboere med høy timeinnsats	6,2%	7,7%	7,5%	7,8%	9,8%	11,9%
Gjennomsnittlig tall timer i uka til heimesykepleie og praktisk bistand, 0-17 år, alle bistandsbehov	48,9	-	-	24,2	46	55
Gjennomsnittlig tall timer i uka til heimesykepleie og praktisk bistand, 18-49 år, alle bistandsbehov	14,9	-	-	15,1	30,9	19,9
Gjennomsnittlig tall timer i uka til heimesykepleie og praktisk bistand, 50-66 år, alle bistandsbehov	13,6	-	-	24,2	20,9	12,6
0 - 66 år Heimeteneste Omsorgstjenester - brukere per 1000 innbyggere (antall)	22,6	23,1	24,6	15,9	19,7	24,1
0 - 66 år Aktiviserings- og servicetenester Omsorgstjenester - brukere per 1000 innbyggere (antall)	5,2	9,4	9	8,7	11,9	12

# Øygarden har færre innbyggere med diagnosen psykisk utviklingshemming enn snitt i landet

Øygarden har færre innbyggere over 16 år med diagnosen psykisk utviklingshemming enn landsgjennomsnittet. Dette framgår av oversikten i "Grønt hefte, Frie inntekter 2023" fra regjeringen der hver kommune har en indeks for antall psykisk utviklingshemmede over 1 år. Landssnitt er indeks 1.0 mens Øygarden har indeks 0.9. Kommunen har dermed lavere *teoretisk* utgiftsbehov på dette området enn gjennomsnittet.

Per 1. januar 2023 hadde kommunen meldt inn 141 personer med diagnosen psykisk utviklingshemming over 16 år. Per 1. januar 2023 hadde kommunen meldt inn 16 særlig ressurskrevende brukere i MMNF.

I følge data rapportert til PwC mottar 92 personer tjenester fra kommunen i bolig, hvorav 65 bor samlokalisert i bofellesskap mens 27 mottar tjenester i egen bolig. De som bor i egen bolig bistås av bemanning tilknyttet bofellesskapene.

Antallet som bor samlokalisert varierer mellom de ulike lokasjonene. To lokasjoner er enetiltak, mens antallet for de øvrige lokasjonene varierer fra 4 til 16. Totalt 8 personer er på jobb hver natt i MMNF, hvilket utgjør 15.8 årsverk.

Utover disse plassene kjøper også kommunen tjenester til personer med psykisk utviklingshemming. Uten at PwC har mulighet til å konkret vurdere den enkelte brukers behov, og det tilhørende innholdet i tjenestene som kjøpes, ser det ut til at de kjøpte plassene har høyere kostnad enn de som kommunen driver selv.

Ved etablering/samlokalisering av nye bofellesskap bør kommunen, i dialog med brukere og pårørende, se på muligheten for å avslutte kjøp av tjenester og tilby disse brukerne plass i kommunens bofellesskap/boliger. Dette vil forutsette at kommunen har egnede boliger som oppfyller krav til skjerming og at man har tilgang til tilstrekkelig kompetanse til å bemanne disse plassene på en måte som møter brukers behov.



	Samlokalisert	I egen bolig	Totalt antall betjent av driftsenheten
<b>Tjenestested 1</b>	14		14
<b>Tjenestested 2</b>	4	7	11
<b>Tjenestested 3</b>	1		1
<b>Tjenestested 4</b>	1		1
<b>Tjenestested 5</b>	9		9
<b>Tjenestested 6</b>	6		6
<b>Tjenestested 7</b>	6	8	14
<b>Tjenestested 8</b>	0	12	12
<b>Tjenestested 9</b>	16		16
<b>Tjenestested 10</b>	8		8
<b>Totalt</b>	65	27	92
Dagaktiviteter			
<b>Skogsvåg dagsenter</b>			9
<b>Rong dagsenter</b>			9
<b>SAAS</b>			33
<b>Totalt</b>			51

## Øygarden har nøktern bemanning og noe lavere grad av samlokalisering i tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne enn sammenlignbare kommuner

Sammenlignet med andre kommuner PwC kjenner til er bemanningen i MMNF nøktern. Bemanningsnivået er i stor grad definert av behovet til brukerne som bor i bofellesskapene. Flere av disse har behov som tilsier at de krever 1-til-1 eller flere-til-en bemanning, døgnet rundt.

For fem av brukerne som har behov for 1-til-1 eller flere-til-en bemanning utgjør bemanningsbehovet i overkant av 35 årsverk.

Bemanningsbehovet i MMNF vil også i fremtiden i stor grad være styrt av antallet brukere som har behov for flere-til-en bemanning, samt av antallet nattevakter på jobb hver natt.

Begge disse faktorene vil til en viss grad kunne påvirkes av struktur i form av antallet bofellesskap og innretningen av disse. Enheten har selv ytret et behov for å samlokalisere flere brukere med sammenfallende behov, for å bedre utnytte kompetanse og kapasitet hos personalet. Et slikt grep kan også føre til at man trenger et lavere antall personer på jobb hver natt. Disse vurderingene må sees opp i mot behovene og ønskene til brukerne, og potensialet for å kunne redusere bemanningsbehovet vil være avhengig av at man gjør gode helhetlige vurderinger rundt blant annet utforming av bygg, antall brukere og sammensetning av brukere.

### Ambulerende team

Kommuner PwC kjenner til som driver tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne spesielt effektivt har typisk en lavere andel av brukerne i kommunale boliger/bofellesskap og flere bosatt i egne boliger, hvor de mottar tjenester fra dedikerte ambulante team som ikke er tilknyttet et bofellesskap. I sammenheng med strukturendringer i bofellesskapene i MMNF anbefaler PwC at kommunen undersøker om en slik ordning kunne vært gunstig for kommunen og brukerne. I noen kommuner går disse ambulante teamene på tvers av tjenester for personer med nedsatt funksjonsevne og psykisk helse og rus.



### Økt grad av samlokalisering vil gjøre driften mer ressurseffektiv

Det er etter PwCs vurdering vanskelig å se for seg at driften i MMNF kan effektiviseres ytterligere uten bygningsmessige endringer og større grad av samlokalisering. Færre men større bofellesskap med en sammensetning av brukere som blant annet sees opp i mot bemanningsbehovet hos den enkelte vil kunne bidra til redusert ressursbehov i form av blant annet antall nattevakter.



# Fremtidig utvikling i behov for tjenester til utviklingshemmede er usikkert

## Antall brukere i framtiden er vanskelig å anslå

Framskrivning ut fra demografi er svært usikker for disse brukergruppene og sammenlignet med eldreomsorgen har en slik framskrivning dårligere treffsikkerhet.

En viktig kilde til informasjon rundt fremtidig behov for tjenester til utviklingshemmede er innsikt i brukere som per i dag mottar tjenester under andre kommunalsjefsområder som f.eks. Oppvekst. Videre vil man anta at barn som per i dag mottar avlastning i enten private hjem eller i kommunale boliger til dels vil være brukere av tjenester hos MMNF når de blir voksne. Dette er del av bakgrunn for at PwC anbefaler at avlastning for barn i kommunale boliger legges til MMNF. Hvor mange brukere en ikke vet om i dag og hvor mange som kommer flyttende til kommunen er ikke kjent. Videre vil antagelser om utvikling i både type diagnoser / problematikk, endringer i lover og reguleringer osv måtte hensynstas når fremtidig ressursbehov i enheten skal estimeres.

## Framskritt innen svangerskapsdiagnostikk, fødselshjelp og behandling av syke nyfødte virker inn på antall brukere med utviklingshemming

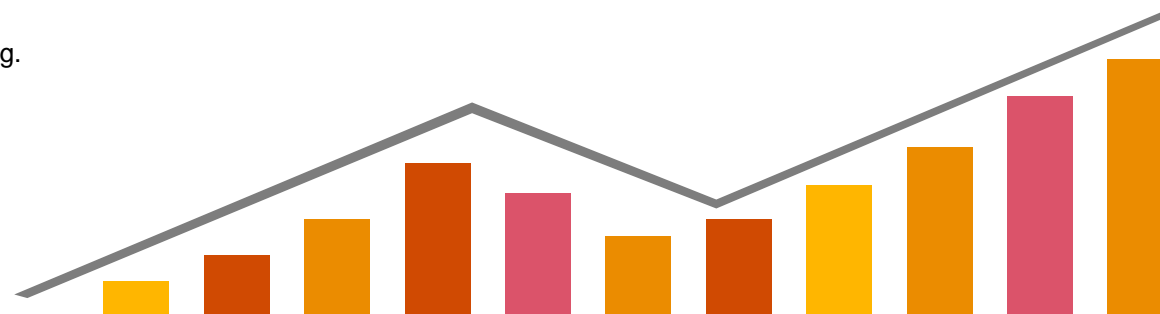
Antall svangerskap per år i Norge med Downs syndrom øker, mens andelen barn som fødes med denne tilstanden er relativt stabil. Nylige endringer i Bioteknologiloven medfører nye retningslinjer og rutiner for undersøkelser som kan avdekke Downs syndrom i svangerskapet. Dette vil trolig påvirke hvor mange barn som fødes med Downs syndrom de kommende årene. Både forekomst og alvorlighetsgrad av cerebral parese (CP) har gått betydelig ned de siste 20 årene. Årsaken er antagelig fremskritt innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og i behandling av syke nyfødte.

Samtidig fører nye behandlingsmetoder og medisinske fremskritt til økt overlevelse av medfødt eller ervervet alvorlig sykdom og skade. Flere kommuner opplever økning i antall multifunksjonshemmede barn og unge med store hjelpebehov. Kommunene forteller også om økning i barn og unge med adferdsutfordringer. Denne brukergruppen trenger hjelp til adferdsregulering, aktivisering og sosialisering.

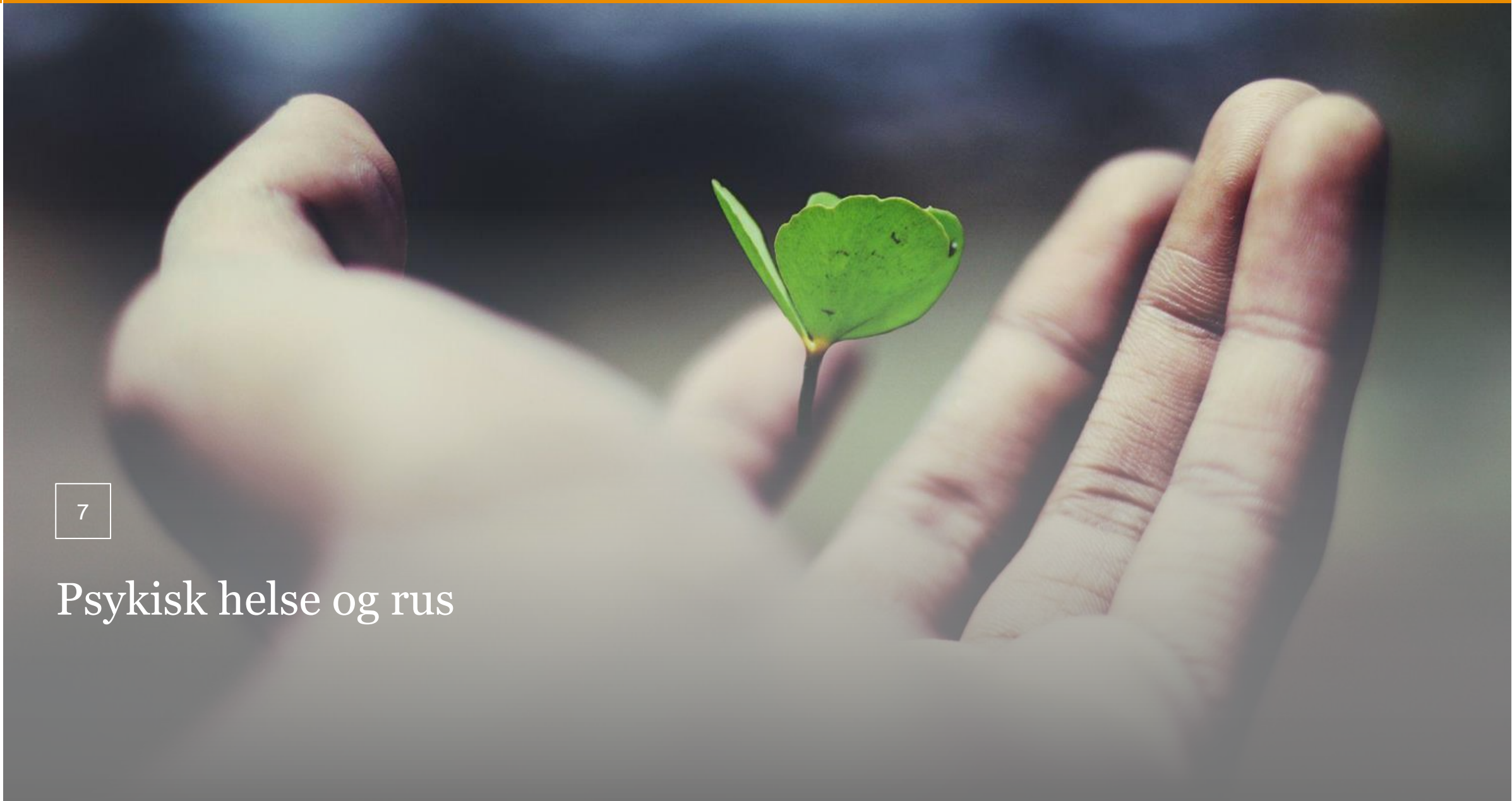
## Utviklingshemmede lever lenger og får somatiske sykdommer som andre

For personer med utviklingshemming er også forventet levealder høyere nå enn for bare få tiår siden, men variasjonen er stor. Mange vil kunne nå samme levealder som befolkningen for øvrig, mens noen tilstander og syndromer er knyttet til biologiske og genetiske forhold som kan gi funksjonsendringer og sykdommer som innebærer økt risiko for tidligere død.

Utviklingshemmede kan få somatiske sykdommer som demens, hjerte-kar lidelser, diabetes og kreft som alle andre. Godt samarbeid mellom miljøtjenesten og eldreomsorgen er en forutsetning for å finne løsninger hvor brukere ikke opplagt hører til i den ene eller andre tjenesten.







7

## Psykisk helse og rus



# Tjenester til personer med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse er i hovedsak lovpålagte og ser ut til å være nøkternt bemannet

Enheten har ansvar for alle tjenester til mennesker med psykiske vansker eller rusutfordringer. Det dreier seg i all hovedsak om lovpålagte tjenester, og kommunen har organisert disse i tre hovedforløp med glidende overganger. Enheten er organisert med én enhetsleder og fire avdelingsledere som hver har ansvar for to tjenestesteder.

**Hovedforløp 1** er rettet mot personer med milde og kortvarige problemer, og ivaretas i hovedsak av rask psykisk helsehjelp med kursvirksomhet, gruppetilbud og noe individuell oppfølging.

**Hovedforløp 2** er rettet mot personer med kortvarige og alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, og ivaretas i hovedsak av oppfølgingstjenesten med hjemmeboende. Gruppen har også tilbud via mottak- og oppfølgingssenter og dagsenter.

**Hovedforløp 3** er rettet mot personer med alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Her inngår alle bofellesskapene. Gruppen har også tilbud hos oppfølgingstjenesten, samt at noen benytter seg av dagtilbud.

Videre utøver enheten omfattende aktivitet knyttet til kursvirksomhet, gruppetilbud samt deltakelse i prosjekter i samarbeid med ulike aktører i nærliggende kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Tabellen til høyre viser de bemannede plassene kommunen disponerer for personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. Tallene kommunen har rapportert viser en planlagt bemanning som PwC vurderer å være nøktern sammenlignet med andre kommuner PwC kjenner til. Bemanningen som er tilknyttet boligene følger også opp brukere som bor i egne boliger.

**Rask psykisk helsehjelp / kommunepsykologene driver omfattende kursvirksomhet rettet mot ulike plager og brukergrupper.**

- Frisk pust
- iEMDR – Intensiv traumebehandling
- DSB – mestring av stress, depresjon og belastning
- Aksept for det som er – mindfulness
- Panikkangstkurs
- Søvnkurs

Videre drives det veiledning av andre rask psykisk helsehjelp tilbud, veiledning i kognitiv adferdsterapi for grupper, veiledning av psykologer i spesialisering og psykologistudenter i praksis, samt at ressurser fra enheten deltar i kurs i regi av friskliv og mestring.

Enheten er også deltaker i, og delvis ansvarlig for, en rekke ulike prosjekt i samarbeid med både andre enheter i kommunen og med ulike eksterne aktører som andre kommuner og spesialisthelsetjenesten. Enheten har dermed et stort fokus på faglig utvikling og samskaping med relevante samarbeidspartnere. PwC støtter dette fokuset, på grunn av at det er grunn til å tro at psykisk helse og rus i fremtiden i enda større grad vil dele brukere med andre enheter i kommunen og med eksterne aktører.

Lokasjon	Antall plasser
Botilbud 1	9
Psykatriboliger *	18
ROP-huset **	9
Botilbud 2 **	12

\* Fordelt på to steder

\*\* Følger også opp brukere utenfor boligen

Enkelte kommuner har egne team som følger opp brukere som bor i egne boliger / ikke samlokalisert i bofellesskap. Dette kan i noen tilfeller bidra til mer effektiv drift. Øygarden kommune bør vurdere dette hvis det i fremtiden gjøres endringer i antall og organisering av bofellesskap.



## Øygarden bruker mindre penger per innbygger på tilbud til personer med rusproblemer sammenlignet med snitt for KOSTRA-gruppen og landet

Utgiftsnivået er målt i utgifter per innbygger og ikke utgifter per bruker av tjenestene. Tallene sier dermed ikke noe om hvorvidt lave kostnader skyldes at Øygarden har færre brukere med rusproblemer eller om tjenesten er mer kostnadseffektiv enn i andre kommuner. Utgiftsnivået sier heller ikke noe om kvalitet i tjenestene eller hvorvidt tjenestene er dimensjonert på "riktig" nivå. Andel netto driftsutgifter er målt i andel av totale driftsutgifter i kommunen.

	Øygarden	KOSTRA 10	Landet uten Oslo	Omkringliggende kommuner		
				Alver	Askøy	Bjørnafjorden
Brutto driftsutg. til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 18-66 år (kr)	1157	620	711	233	1560	61
Netto driftsutg. til tilbud til personer med rusproblemer pr. innb. 18-66 år (kr)	234	507	627	232	1351	16
Andel netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer (prosent)	6,6 %	10,9 %	14,4 %	8,2 %	35,7 %	0,5 %

Øygarden har færre årsverk innen psykisk helse og rus enn snittet for landet og fylket. Blant de omkringliggende kommunene er variasjonen stor. Utdanningsnivået ser ut til å være relativt likt med snitt for fylket og landet.

Nasjonale kvalitetsindikatorer viser nøkkeltall for kompetanse- og utdanningsnivå innen psykisk helsearbeid og rus. Øygarden ligger lavere enn fylket og landet på flere indikatorer bortsett fra antall psykologer. Siden disse tallene er oppgitt som antall relativt til innbyggertall og ikke i forhold til brukere er det ikke mulig å si hvorvidt det er et uttrykk for lavere bemannings- og kompetansenivå eller om det er færre brukere enn i andre kommuner.

	Øygarden	KOSTRA 10	Vestland	Landet	Omkringliggende kommuner		
					Alver	Askøy	Bjørnafjorden
Antall årsverk med høyskoleutdanning både de med og uten videreutdanning per 1000 innbyggere	2,63	-	3,0	2,23	2,10	4,15	2,0
Antall årsverk med videreutdanning per 1000 innbyggere	1,0	-	1,0	1,05	1,0	1,96	0,79
Antall årsverk med min. helse og sosial fag fra videregående per 1000 innbyggere	2,86	-	3,0	2,95	2,86	5,1	2,42
Totale antall årsverk innen psykisk helse og rusarbeid per 1000 innbyggere	2,91	-	4,0	3,15	2,66	5,15	2,72
Psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjensten per 10 000 innbyggere	2,3	1,4	1,1	1,0	1,3	2,4	0,4



8

## Legetjenester og legevakt

## Øygarden har en stabil fastlegesituasjon og har styrket legedekningen i institusjoner / heldøgnsboliger for eldre

Legetjenesten i Øygarden kommune er diverfiserert og omfatter helsetasjons- og skoleleger, sykehjemsleger/tilsynsleger, fastlegeordningen samt smittevernoverlege og kommuneoverlege. Legetjenesten ledes av kommuneoverlege, mens legevakt er skilt ut som egen enhet med egen leder og eget driftsbudsjett.

**Helsestasjonslege og skolelege** ivaretas av seks legestillinger i størrelsen 13-100%, i sum 2,33 årsverk som er fastlønnet. Utover dette ligger det til enhver tid en 40% vikarstilling til tjensten som dekker sykefravær, ferier, kurs samt noen andre relaterte oppgaver opp mot for eksempel flyktingetjenesten. Arbeidssted for disse legene ligger under Oppvekst og varierer i følge en fast plan, men legene er ansatt og administrert under Helse og velferd.

**Sykehjemslege og tilsynslege** ivaretas av 8 legestillinger i størrelsen 40-100%, i sum 6,8 årsverk. Seks av disse årsverkene ivaretar sykehjemmene mens 0.8 årsverk ivaretar beboere ved heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Alle sykehjemmene har lege tilstede alle hverdager. I helger og på helligdager har man sykehjemslegevakt i tidsrommet 12:00-18:00. Denne bemannes av sykehjemslegene og administreres av legevakten. Lokalmedisinsk senter har på grunn av sin virksomhet, som inkluderer KAD-senger og ansvar for palliative pasienter, flere sykehjemsleger tilknyttet sin drift.

**Fastlegeordningen** i Øygarden kommune består av 45 fastleger fordelt på syv legekantor hvorav tre er kommunale og fire driftes av næringsdrivende leger. Av legene er ti fastlønnet og 35 næringsdrivende. Listestørrelsen varierer fra 200-1850 pasienter og er tilpasset den enkelte fastleges ønske. Fire av legekantorene har LIS1 leger som er ansatt i kommunene i seks måneder. Kommunen har derfor årlig åtte LIS1-leger ansatt. Videre er det til enhver tid 15-20 leger som har ALIS-avtale (allmennleger i spesialisering) med kommunen.

**Andre legeårsverk** i kommunen består av smittevernoverlege i 50% stilling som ivaretas av samme person som har en 50% stilling som lege med ansvar for miljørettet helsevern. Denne sistnevnte delen av stillingen er et ansvar som er delegert fra kommuneoverlege. Kommuneoverlege er ansatt i 100% stilling og har som nevnt, i tillegg til de lovpålagte funksjoner som er lagt til denne rollen, også drift- personal- og økonomiansvar for legetjenesten og administrering av ALIS-ordningen.

**Legevakten** i kommunen er siden 2016 døgnåpen. Legefunksjonen ivaretas av ca. 45 leger som er ansatt ved legevakten i 0% stillinger men lønnes per vakt. Totalt antall ansatte ved legevakten er dermed ca. 70. Legevakten samhandler med mange aktører både i- og utenfor komunen, herunder fastleger, politi, brann, psykososialt kriseteam, AMK, lokalmedisinsk senter, psykisk helse og rus og sykehjemslegene.

### Øygarden har en godt fungerende og stabil legetjeneste og legevakt – men PwC anbefaler å gjøre noen strukturelle grep for å bygge opp under dette

Legetjenesten i Øygarden kommune er en omfattende virksomhet både i form av kompleksitet i oppgavene som utføres, men også i form av antall ansatte og størrelse på budsjettet. Forvaltning av avtaler med de næringsdrivende legene, LIS1-leger, administrasjon av ALIS-ordningen kombinert med drift- personal- og økonomiansvar for de kommunalt ansatte legene, er i kombinasjon en betydelig oppgave som vil kreve tid, tilstedeværelse og kapasitet.

I en kommune av Øygarden sin størrelse mener PwC at det på sikt ikke vil være bærekraftig å kombinere disse oppgavene med de mange lovpålagte oppgavene som er lagt til kommuneoverlegen. Det anbefales derfor at man flytter kommuneoverlege-stillingen ut av legetjenesten og legger denne under kommunalsjef på linje med stab. I denne sammenhengen synes det også naturlig å samle legevakt og legetjeneste i én enhet under samme enhetsleder.

Øygarden har antall årsverk av leger per 10 000 innbygger tilsvarende snittet for landet, en lavere andel pasienter på liste uten lege og gjennomsnittlig listelengde tilsvarende landssnittet.

Sammenlignet med noen omkringliggende kommuner, landet uten Oslo og KOSTRA-gruppen har Øygarden kommune flere årsverk i helsetasjon- og skolehelsetjeneste per 10 000 innbygger mellom 0-20 år. Videre viser tallene rapportert til KOSTRA at beboere i sykehjem i snitt får flere legetimer enn snittet for landet, KOSTRA-gruppen og noen av de omkringliggende kommunene. Kommunen har aktivt satsset på god legedekning i sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger med den hensikt å unngå reinleggelse og sørge for at kommunen har kapasitet og kompetanse til å ta i mot utskrivingsklare pasienter fra sykehus.

	Øygarden	KOSTRA 10	Landet uten Oslo	Omkringliggende kommuner		
				Askøy	Bjørnafjorden	Alver
Årsverk av leger pr. 10 000 innbyggere	10,1	9,3	10,0	7,8	11,5	8,8
Andel pasienter på liste uten lege	0,2%	5,9%	4,5%	7,8%	14,3%	0,0%
Leger avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk)	3,4	1,7	1,7	1,7	1,3	2,0
Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)	1,64	0,62	0,64	0,86	1,33	0,74
Gjennomsnittlig listelengde	960	1100	994	923	921	1122





9

NAV

# Kompleksiteten i de tjenester NAV skal sørge for er stor. Med brukere i alle aldre og livssituasjoner deler NAV brukere med de fleste av kommunens øvrige enheter.

NAV vil i til dels stor grad påvirkes av den større konteksten rundt kommunen, og i den senere tiden har dette skjedd i form av at presset på tjenestene har økt som følge av dyrtid og krigen i Ukraina som har ført til at kommunen har bosatt mange flyktninger. Utover disse faktorene som kan knyttes til konkrete eksterne faktorer vil også NAV påvirkes av kapasitet og organisering hos de øvrige enhetene i kommunalsjefområdet samt i kommunen forøvrig.

Dette stiller store krav til NAV og kommunen som helhet når det kommer til kultur og struktur for samarbeid rundt felles brukere og problemstillinger. Dette kommer spesielt til syne i arbeidet rundt personer som har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse, hvor spesielt bosetting er utfordrende. PwC oppfatter at problematikken knyttet til boliger, både til disse innbyggerne men også mer generelt, har tiltatt de siste par årene. Dette fører blant annet til at det brukes mye tid og ressurser på tildeling av midlertidige boliger som både er kostbart og som ikke nødvendigvis er til innbyggerens beste med tanke på boform og livskvalitet.

Det tverrfaglige ungdomsteamet og samarbeidsavtalen som foreligger med barnevernet fremstår for PwC som gode eksempler på strukturer som bygger opp under felles innsats rundt felles brukere.

Som i flere andre kommuner PwC kjenner til er behovet for god samhandling størst knyttet til personer med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus. PwC anbefaler at kommunen arbeider videre med å etablere gode strukturer og forutsetninger for samarbeid rundt denne gruppen.

Det virker spesielt å være et behov knyttet til tettere oppfølging av bosituasjon og boevne hos personer med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse med lav boevne. En målrettet satsning på denne gruppen vil potensielt sett kunne føre til mer stabil bosituasjon for personer med denne typen utfordringer, og for personer i deres nærmiljø. Videre vil en konsekvens av slike tiltak kunne være reduserte kostnader knyttet til midlertidige boliger.

En stor del av NAVs oppgaver er lovpålagte. I et kostnads- og effektivitetsperspektiv er det dermed begrenset i hvilken grad NAV kan prioritere vekk oppgaver. Det synes likevel å være et potensiale i å begrense utviklingen i presset på NAV sine tjenester ved å i større grad tenke på NAV sine oppgaver, ansvar og ressurser i samspill med kommunalsjefsområdets øvrige enheter.

PwC observerer at Øygarden kommune scorer lavt på levekårsrangeringen for Vestland i 2023. Blant annet har kommunen, sammenlignet med fylket, et høyt antall personer som mottar sosialhjelp i alderen 18-24 år, samt mange uføre i alderen 18-49 år. Videre ser sykefraværet hos kommunens innbyggere ut til å være relativt høyt og andel med lav utdanning er også høy sammenlignet med andre deler av fylket.

Flere av disse faktorene kan være med på å bidra til økt press på NAV og deres tjenester og ytelser. En felles innsats fra kommunen, innbyggere og næringsliv over tid vil kreves for å bedre levekårene i kommunen.

## **PwC anbefaler at kommunen evaluerer organiseringen av oppfølging av flyktninger på et senere tidspunkt**

Et område PwC anbefaler at kommunen følger spesielt opp er flykningetjenesten. På grunn av lavt volum ble denne lagt inn under NAV. I forbindelse med krigen i Ukraina ble det opprettet et prosjekt for bosetting og oppfølging av flyktninger, og i 2022 bosatte kommunen 200 flyktninger. Per dags dato driver kommunen dermed arbeid knyttet til flyktninger i to linjer, og dette kan potensielt sett føre til dobbeltarbeid og ikke optimal ressursutnyttelse. Flykningssituasjonen fra blant annet Ukraina er fremdeles uavklart. PwC anbefaler at kommunen evaluerer og vurderer organiseringen av flykningetjenesten om for eksempel ett år, avhengig av hvordan situasjonen utvikler seg.







10

## Helse, mestring og rehabilitering

## Helse, mestring og rehabilitering yter et bredt utvalg tilbud til et stort antall brukere

Helse, mestring og rehabilitering er per i dag organisert som en egen enhet. Enheten sørger for et bredt spekter av tjenester og tilbud. Enheten har både ansvar for brukerrettede tjenester, samt noen forvaltningsoppgaver knyttet til hjelpemidler samt for fysioterapeuter med driftsavtaler.

Videre driver enheten omfattende kurs- og informasjonsvirksomhet rettet mot en rekke ulike aktører som skoler, barnehager, helsesykepleiere og videregående skoler. Nitten terapeuter har også koordinatrorolle for tilsammen rundt 60 personer.

Enhetens samarbeid med Sotra VGS rundt balansegruppe for eldre står frem som et godt eksempel på hvordan kommunalsjefområdet kan spille på miljø og aktører rundt seg for å opprettholde og skalere tilbud til innbyggerne som det i fremtiden vil være vanskelig levere med kun egne ressurser, gitt den store økningen i behovet.

Som vist på side 46 anbefaler PwC at kommunen vurderer organisatoriske grep som knytter helse, mestring og rehabilitering tettere sammen med hjemmetjenesten og eventuelt også aksjonscenteret. Dette fordi dette etter PwCs oppfatning er enheter som har til felles at de arbeider for at kommunens innbyggere skal kunne bo lengst mulig trygt hjemme og mobilisere den enkelte brukers egne ressurser. Dette kan løses på flere måter og PwC anbefaler at kommunen arbeider videre med dette.

Samtidig vurderer PwC at enheten i enda større grad må fokusere på gruppetilbud, gitt at en-til-en tjenester vanskelig vil la seg skalere i takt med den økte etterspørselen.

Basseng	Ergoterapi	Friskliv og mestring*	Fysioterapi	Brukere av hjelpemidler
313	758	299	1129	4270

Tabellen over gjengir noen tall fra årsrapport for enheten for 2022 og viser antall brukere som har mottatt ulike tjenester. \*En person som har frisklivstjenester kan ha flere tiltak, som feks både livsstilskurs og styrke intro.

### Velferdsteknologi blir en sentral del av tjenestene i årene som kommer – dette krever en betydelig satsning på kapasitet, kompetanse og infrastruktur

I mange sammenhenger løftes velferdsteknologi fram som én av flere faktorer som skal sikre bærekraftige tjenester og fremme mestring og mobilisering av brukernes egne ressurser.

Hvis Øygarden kommune skal være i stand til å innføre velferdsteknologi i et volum som gjør det mulig å hente ut gevinster i form av redusert bemanningsbehov vil det bli nødvendig å se på hvordan innkjøp, forvaltning, implementering og drift av velferdsteknologi er organisert.

Det blir avgjørende av kommunen har tilstrekkelig med bemanning til å følge opp den teknologien som blir innført. Både ansatte og brukere vil kreve bistand og veiledning for å unngå at utstyr blir lagt til side.

PwC observerer at det per i dag er et relativt lavt antall ressurser dedikert til denne typen oppfølging per i dag, og anbefaler at kommunen i takt med satsningen på velferdsteknologi vurderer endringer i organisering og dimensjonering av forvaltning og støttetjenester knyttet til dette.

Som et generelt prinsipp vurderer PwC at en rendyrking av enheten som enten tjenesteyter eller forvalter vil bidra til god ressursstyring og effektiv bruk av kompetanse. I sammenheng med kommunens vurderinger rundt plassering av enheten i organisasjonen anbefales det å vurdere hvorvidt forvaltning av hjelpemidler og teknologi skal legges til annen enhet, eller i større grad etableres som en egen avdeling med dedikerte ressurser.





11

# Forvaltning og støttetjenester



# Enheten er sentral i forvaltningen av kommunalsjefsområdets ressurser og kapasitet

Koordineringssenteret har en rekke oppgaver som relaterer seg til saksbehandling av søknader om tjenester som omfattes av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester samt til samhandling og samskaping med andre enheter under kommunalsjefsområdet Helse og velferd. Dette er, og vil etter PwCs oppfatning i enda større grad bli, en svært viktig funksjon i kommunens arbeid mot å sikre treffsikre og bærekraftige tjenester.

En vesentlig andel av kommunalsjefsområdets ansvar er vedtaksbaserte tjenester. Disse vedtakene vil i stor grad legge føringer for kommunens ressursbehov både i form av kapital men spesielt i form av bemanning. Videre er det her grunnlaget for en balanse mellom mobilisering av innbyggerens egne ressurser og bistand fra kommunen legges. Videre vil koordineringssenteret i sin rolle som forvalter og saksbehandler ha en viktig rolle i å sørge for likeverdige tjenester og rutiner på tvers av kommunens enheter, geografi og over tid. Dette stiller krav til system og rutiner rundt saksbehandlingen, og det er PwCs oppfatning at kommunen målrettet bør styrke arbeidet med dette. Grunnlaget for dette arbeidet vil etter PwCs oppfatning være en detaljert katalog som beskriver de ulike tjenester kommunalsjefsområdet leverer. Her bør de grunnleggende kriteriene for å motta tjenesten være beskrevet, og katalogen bør også si noe om kriterier for ulike omfang på tjenesten. Dette må selvfølgelig kombineres med at hver sak vurderes for seg selv med utgangspunkt i de faglige vurderingene som skal ligge til grunn.

PwC ser tegn til at enheten har utfordringer knyttet til kapasitet. Dette kommer til syne i form av at brukere kan måtte vente på tjenester de har fått vedtak på og at man ikke er ajour med revurdering av vedtak. Potensielt kan dette føre til for høyt tjenestenivå som både er en utfordring med tanke på forbruk av ressurser, men også med tanke på mobilisering av den enkelte brukers egne ressurser.

Enheten forteller om godt samarbeid med andre enheter, men at man i disse samarbeidene også ser behov for harmonisering av rutiner og kriterier.

Enheten har i dag ansvar for avlastningsboliger for barn. Som beskrevet i tidligere deler av denne rapporten anbefaler PwC at dette flyttes til MMNF. Både fordi de barna som per i dag mottar avlastning i bolig i en del tilfeller vil være fremtidige brukere av tjenester som per i dag ligger under MMNF, men også fordi det er PwCs vurdering av enheten bør rendyrkes som enhet for forvaltning, ressursstyring og støttetjenester.

## Forvaltning av ressurser og gode styringsdata blir enda viktigere fremover

PwC mener at bemanningsplanlegging er en kompleks og svært viktig oppgave i dagens, og fremtidens helsetjeneste. Dette krever tid, kapasitet og kompetanse. De største gevinstene knyttet til større stillinger, arbeid på tvers av avdelinger og enheter samt alternative turnusordninger vil utløses hvis man løfter bemanningsplanleggingen opp fra den enkelte avdeling.

Dette er bakgrunn for at PwC anbefaler at kommunen nærmede utreder og vurderer muligheten for å sentralisere bemanningsplanlegging og legge denne oppgaven til en enhet som da vil inneholde «forvaltning, *ressursstyring* og støttetjenester». Det er flere alternative måter å organisere dette på, og et alternativ er å legge dette til HR. Et alternativ er å samle kompetanse og kapasitet knyttet til forvaltning av ressurser både i form av tjenester og i form av personell i ett miljø. Dette må eventuelt gjøres på en måte som ivaretar de påkrevde skillene mellom forvaltning og tjenesteyting. Vedtak på tjenester skal baseres på den enkeltes behov. Dette grepet vil etter PwCs oppfatning legge til rette for at kommunen har en enhet som genererer svært viktige styringsdata som kan brukes for å forbedre kommunens forutsetninger for å planlegge og predikere sin drift. Videre vil det frigjøre tid hos avdelingsledere og enhetsledere som kan tillate dem å følge opp sine ansatte tettere.

En viktig årsak til at PwC anbefaler dette er også vår oppfatning av Øygarden kommune som fremoverlente og proaktive når det kommer til å bygge stillinger og bruke kompetanse på tvers. Det er vår oppfatning at det fulle potensialet i dette vil kunne utløses ved at man fra start planlegger hvordan den enkeltes kompetanse og kapasitet kan utnyttes på tvers av de eksisterende enhets- og avdelingsnivå.

Ved å samorganisere en slik funksjon med en egen vikarpool i en enhet som vil utgjøre et «nav» i kommunalsjefsområdet mener PwC at kommunen vil være godt rustet til en fremtid hvor tilgangen på bemanning blir dårligere.





An aerial photograph of a winding asphalt road through a lush green valley. The sun is low on the horizon, creating a warm, golden glow and long shadows across the hillsides. The road curves through the landscape, with a small white vehicle visible in the distance. The overall scene is serene and scenic.

12

Oppsummering og anbefalinger til veien videre for helse og velferd i Øygarden kommune

# Utfordringene er store og mange, men Øygarden kommune har et godt utgangspunkt

Øygarden kommune driver per i dag tjenester i kommunalsjefsområdet Helse og velferd på en ressurseffektiv måte og med et nøkternt bemanningsbehov sammenlignet med andre kommuner. Dette er et godt utgangspunkt for den omstillingen som kommunen, i likhet med alle andre norske kommuner nå skal gjennom.

Samtidig har kommunen noen utfordringer knyttet til harmonisering av rutiner, prosedyrer og tjenestenivå på tvers av enheter, avdelinger og geografi. Etter PwC sin oppfatning henger dette blant annet sammen med det faktum at kommunen har vært gjennom en kommunesammenslåing etterfulgt av koronapandemien. PwC ser at kommunen arbeider med flere tiltak knyttet til dette og mener de prosesser som er planlagt og pågående bør videreføres. Videre har PwC i denne rapporten anbefalt ytterligere tiltak knyttet til organisering, system og struktur. Felles for disse anbefalingene er at de er ment å bygge opp under det PwC mener er kommunens sterke sider samtidig som de etter vår mening vil bidra til at kommunen får bedre forutsetninger for å hente ut gode styringsdata og legge til rette for samarbeid og samhandling mellom enheter som har felles brukere.

Kommunen har høyt kompetansenivå blant de ansatte i helse og velferd, og PwC har møtt mange dedikerte og engasjerte medarbeidere i arbeidet med dette prosjektet. Når kommunen skal sette retning og gjøre veivalg knyttet til Helse og velferd blir det viktig å bygge opp under dette. Kommunens evne til å levere de lovpålagte tjenestene på en god måte er direkte avhengig av kommunens evne til å rekruttere og beholde tilstrekkelig og kompetent bemanning. Videre vil både kommunens evne til å drifte sine tjenester på en effektiv måte, og bemanningens trivsel og utvikling, avhenge av at man forvalter sin bemanning på en god måte. Her vil alle kommuner i fremtiden måtte tenke nytt, og et tett og godt samarbeid med de ansatte og deres representanter i form av tillitsvalgte og verneombud blir viktig.

De foreslåtte endringene i organisering er ment å vise hvordan struktur og strategi henger sammen. Gjennom intervjuer og observasjoner har PwC fått tydelige signaler om at ansatte og ledere ønsker et større fokus på fagutvikling, felles prosedyrer og likeverdige tjenester og rutiner. I mange tilfeller vil et slikt fokus også gi bedre forutsetninger for større forutsigbarhet og mer driftsrettet styring – noe som vil være avgjørende i møte med økt press på tjenestene.

## Bærekraftige helse- og omsorgstjenester er et felles ansvar for *hele* Øygarden kommune

Hvorvidt Øygarden kommune i 2040 er i stand til å levere bærekraftige og treffsikre tjenester til de som oppholder seg i kommunen avhenger av i hvilken grad politisk nivå, administrasjon, helse og velferd i kommunen, andre kommunalsjefsområder, næringsliv og befolkning så snart som mulig utvikler en felles forståelse for utfordringsbildet. Når dette er etablert vil man ha et godt grunnlag for konstruktive diskusjoner rundt hva som er potensielle løsninger. Det vil måtte tas grep og gjøres prioriteringer som norske kommuner tidligere ikke har stått ovenfor.

Mens det for enkeltområder og enkeltvariabler er til dels stor usikkerhet rundt hvordan fremtiden ser ut, er de store linjene tydelige. En omstilling vil tvinge seg frem, uavhengig av den enkelte kommunes økonomiske situasjon og disponible midler. Det finnes fremdeles tid til å ta kontroll og sørge for at omstillingen skjer på en måte som ivaretar brukere, pårørende og de ansattes behov på en så godt som mulig.

De ansatte i tjenestene står daglig i utfordrende dialoger og møter med brukere og pårørende. Gjennom PwC sitt arbeid i flere kommuner erfarer vi at forventningene til tjenestene er svært store. Ved å samles rundt et felles budskap, og gi innbyggerne tilgang til transparent og tydelig informasjon om kriterier for, og innhold i, de kommunale helse og omsorgstjenestene, kan administrasjon og politikere gi de ansatte ryggdekning i disse krevende møtene med enkeltpersoner som ofte står i fortvilte situasjoner.

Dette er også et viktig grep i arbeidet med å rekruttere og beholde verdifull kompetanse i tjenestene. Ansatte i kommuner PwC arbeider med gir klart uttrykk for at de trenger å oppleve forståelse for utfordringsbildet og få støtte hos både folkevalgte og kommuneledelse når organisasjonen og brukerne i fellesskap skal tilpasse seg endrede vilkår og forutsetninger for de kommunale helse og omsorgstjenestene.







# Kildehenvisninger

# Kildehenvisninger

<sup>1</sup> Meld. St. 8 (2022–2023) Menneskerettar for personar med utviklingshemming

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-8-20222023/id2945431/?ch=2>

<sup>2</sup> Regjeringen 2022, Innspill til bo trygt hjemme-reformen

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/bo-trygt-hjemme-reformen/id2919447/>

<sup>3</sup> NOU 2023:4 Tid for handling, Helsepersonellkomisjonens rapport

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

<sup>4</sup> SSB Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg, fremskrivninger og historikk

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsinnsats-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremskrivninger-og-historikk>

<sup>5</sup> Folkehelse rapporten 2023, Helse hos eldre i Norge <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

<sup>6</sup> OsloMet 2019, Mobilitet blant eldre på boligmarkedet

<https://www.oslomet.no/forskning/forskningsprosjekter/mobilitet-blant-eldre-boligmarkedet>

<sup>7</sup> NOVA 2018, Bolig i det aldrende samfunnet

<https://www.regjeringen.no/contentassets/6a2b0a4c7eea496d8c0337681977759c/nettutgave-nova-rapport-12-2018-boligrapport-17-desember-2018.pdf>

<sup>8</sup> Senter for omsorgsforskning 2020, Et aldersvennlig Norge

[https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2654396/Leve%20hele%20livet\\_1\\_Et%20aldersvennlig%20Norge-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2654396/Leve%20hele%20livet_1_Et%20aldersvennlig%20Norge-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>9</sup> Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse-og omsorgstjenester

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

<sup>10</sup> KS 2016 - Heldøgns omsorg - kommunens dekningsgrad

[https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/11/Rapport\\_KS\\_Heldogns-omsorg-kommunenes-dekningsgrad\\_AK.pdf](https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/11/Rapport_KS_Heldogns-omsorg-kommunenes-dekningsgrad_AK.pdf)



Opptre med integritet



Utgjøre en forskjell



Bry oss



Jobbe sammen



Utfordre og tenke nytt



© 2023 PwC. Med enerett. I denne sammenheng refererer "PwC" seg til PricewaterhouseCoopers AS, Advokatfirmaet PricewaterhouseCoopers AS og PwC Tax Services AS som alle er separate juridiske enheter og uavhengige medlemsfirmaer i PricewaterhouseCoopers International Limited.