



Førde kommune



KS' effektiviseringsnettverk for helse- og omsorg:

Tenesteanalyse helse og omsorg – Førde

[www.forde.kommune.no](http://www.forde.kommune.no)



## Innhald:

1	Innleiing .....	2
1.1	Bakgrunn .....	2
1.2	Helse- og omsorgstenestene i Førde kommune .....	2
2	Kommunen sine innbyggjarar .....	4
2.1	Alderssamansetnad .....	4
2.2	Behov, levekår og folkehelse .....	5
2.3	Konklusjon .....	5
3	Ressursanalyse .....	7
3.1	Behov for tenester .....	8
3.2	Prioritering og ressursinnsats .....	8
3.3	Dekningsgrader og kapasitet .....	8
3.4	Produktivitet og einingskostnad .....	9
3.5	Konklusjon .....	9
4	Kvalitetsanalyse .....	10
4.1	Brukarundersøking .....	10
4.2	Objektive kvalitetsindikatorer .....	13
4.3	Konklusjon .....	13
5	Samhandlingsreforma .....	14
5.1	Innleiing .....	14
5.2	Nye tiltak/endingar internt i Førde kommune .....	14
5.3	Nye tiltak med interkommunalt samarbeid .....	14
5.4	Viktige funn/konklusjonar .....	15
6	Medarbeidarar .....	16
6.1	Medarbeidarundersøking .....	16
6.2	Kompetanse .....	17
6.3	Sjukefråvær .....	17
6.4	Konklusjon .....	18
7	Vurdering av resultat effektivitet .....	19
7.1	Tenesteprofil .....	19
7.2	Vurdering av resultat effektivitet .....	19
7.3	Konklusjon .....	20
8	Oppfølging og forbetringstiltak .....	22

# 1 Innleiing

## 1.1 Bakgrunn

Førde kommune har i 2014-2015 delteke i Effektiviseringsnettverk for Helse og omsorg i regi av KS, saman med 11 andre kommunar i landet. Målet med deltakinga var å få auka kunnskap om eigen tenesteproduksjon og objektive kriterie for tenestene våre. På denne måten kan vi betre analysere tenestene våre og nytte resultatane i strategisk planlegging. Deltakinga i nettverket har munna ut i at vi har laga ein eigen tenesteanalyse som synleggjer sentrale nøkkeltal for tenestene samanlikna med andre kommunar og snitt for landet. På bakgrunn av desse nøkkeltala, har vi laga oss nokre målsettingar for kva vi bør jobbe vidare med.

Denne tenesteanalysen har primært fokus på omsorgstenestene i Førde kommune, og særskilt tenester i open omsorg. Helse og barn, Legeteneste og rehabilitering og NAV er ikkje tatt med i analysearbeidet eller kartleggingsområda vi har valt ut.

Parallelt med arbeidet med tenesteanalysen, har kommunen arbeidd med Helse- og omsorgsplan 2015 – 2026. Desse to dokumenta må derfor sjåast i samanheng og utfyller kvarandre, men tenesteanalysen har naturlegvis eit meir detaljert nivå enn Helse- og omsorgsplanen.

## 1.2 Helse- og omsorgstenestene i Førde kommune

Førde kommune er organisert i ein 2-nivå modell med rådmannen og kommunalsjefar i leiargruppa, og tenesteeiningar under dette. Helse og omsorg har totalt 11 tenesteeiningar. I tillegg kjem støtte- og stabseiningane Personal- og service, Fagutvikling og koordinering, IKT og Økonomi som alle yter tenester opp mot einingane i helse- og omsorg. Tildelingskontoret for helse- og omsorgstenester og Utviklingscenteret for sjukeheimar og heimetenester (USHT) er lagt til Fagutvikling og koordinering.

Einingane i Helse og omsorg er organisert slik med oversyn over tal årsverk, tilsette, brukarar og årsverk:

Eining	Leiar	Tal årsverk	Tal tilsette	Tal brukarar	Sjuka-fråvær i %
Helse og barn	Ove Mjåtveit	31,4	37		7,8%
Legeteneste og rehabilitering	Mona Kidøy Svalheim	16,56	32		1,5%
Kronborg ressurshage	Halvard Brekke	17	21	102	8%
Bu- og miljøtenesta	Harald Bjarte Reite	62	106	71	12,5%
Psykiatritenesta	Tore Eide	23,5	30	110	13,9%
NAV	Magne Kjetil Berg	11,5	13	350	2,4%
Heimetenesta	Aud Viken	69	112	295	8,9%
Kjøkkentenesta	Aud Karin Gyving	10,8	18	200	11,2%
Skjerma eining	Gunnvor Hjelkrem	16,3	29	16	11,3%
Eining 2 langtidseining	Una Holmelid	34,5	63	40	14,9%
Eining 3 korttidseininga	Gunn Beathe Bruland	15,5	25	18	11%

Helse- og omsorgsplanen for 2015 – 2026 tar utgangspunkt i visjonen til Førde kommune:

***Førde kommune – ei drivkraft med menneska i sentrum!***

Gjennom helse- og omsorgsplanen ynskjer vi å leggje til rette for at innbyggjarane i Førde skal kunne vere aktive og leve lengst mogeleg eigen heim. Vi har derfor sett oss følgjande målsettingar:

*Helse og omsorgstenestene i Førde skal bidra til god helse og førebyggje sjukdom hjå innbyggjarane våre slik at flest mogeleg kan leve eit aktivt og meiningsfullt liv lengst mogeleg.*

*Helse og omsorgstenestene i Førde skal leggje til rette for at innbyggjarar som ynskjer det skal kunne bu lengst mogeleg i eigen heim så lenge det er fagleg forsvarleg.*

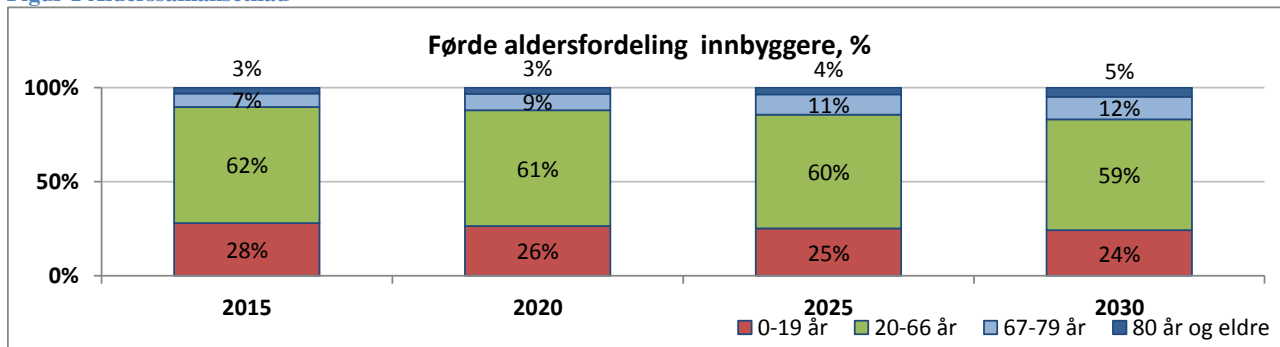
Dei viktigaste strategiske grepa for å nå desse målsettingane er:

- Vi tydeliggjer den einskilde sitt ansvar for eiga helse
- Vi legg til rette for auka aktivitet, eiga meistring og deltaking
- Vi utviklar samarbeidet med brukarane og pårørande
- Vi prioriterer målretta og førebyggjande innsats
- Vi yt effektiv og god hjelp til dei som har eit hjelpebehov
- Vi satsar på kvalitetsutvikling, kompetanse og rekruttering
- Vi har fokus på tenesteutvikling og prøve ut nye måtar å yte tenestene på

## 2 Kommunen sine innbyggjarar

### 2.1 Alderssamansetnad

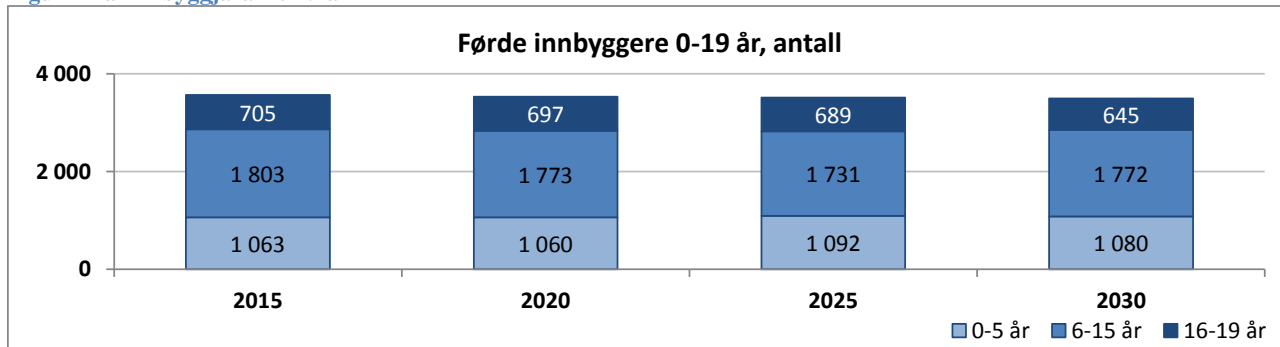
Figur 1 Alderssamansetnad



Førde har i dag ein høg andel innbyggjarar i aldersgruppa 0-19 år (28 %). Denne vil framleis halde seg høg, men vil gå gradvis nedover til 24 % i 2030. Vi har i dag ein andel innbyggjarar 67 år og over på 10 %. Denne vil auke til 17 % i 2030. Samstundes går også andelen i aldersgruppa 20 – 66 år ned frå 62 til 59 %.

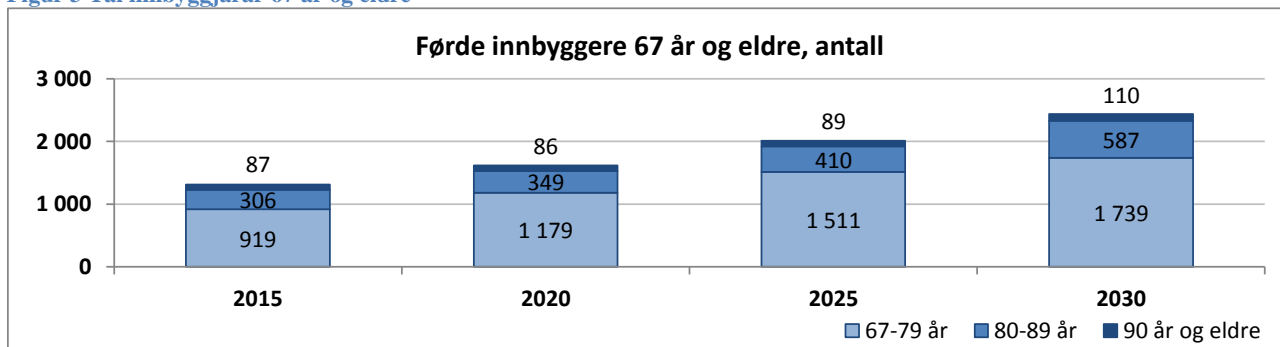
Kort sagt betyr dette at vi vil få fleire eldre og dermed fleire som vil ha behov for hjelp, samstundes som vi vil ha færre innbyggjarar i arbeidsfør alder. Ei sentral utfordring framover vert å greie å rekruttere tilstrekkeleg tal tilsette innan helse og omsorg.

Figur 2 Tal innbyggjarar 0-19 år



Talet på innbyggjarar i aldersgruppa 0-19 år vil gå noko ned fram mot 2030. Endringa er liten, og det betyr at vi ikkje har behov for å gjere dei store endringane i tenestetilbodet for denne gruppa.

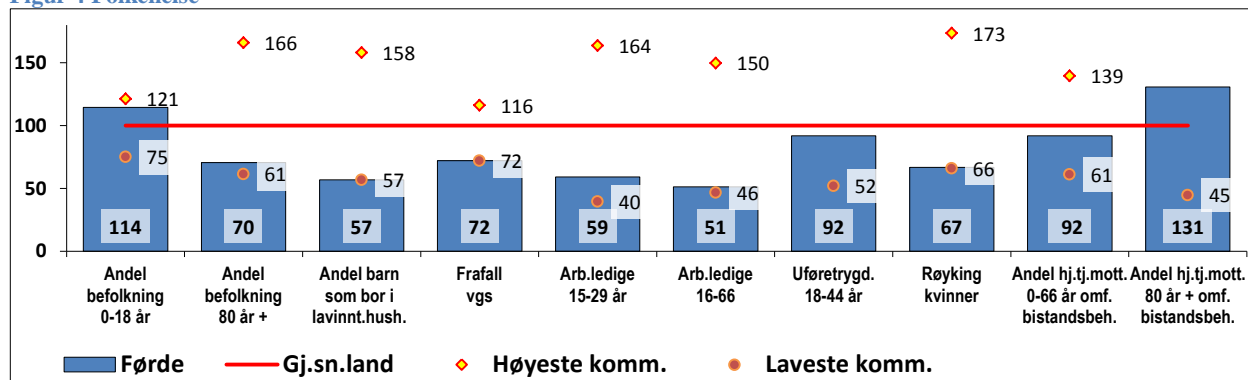
Figur 3 Tal innbyggjarar 67 år og eldre



Talet innbyggjarar i alderen 67 år og over vil auke monaleg i Førde i perioden 2015 – 2030 frå 1312 i 2015 til 2436 i 2030. Dette er ein auke på over 1100 personar, noko som medfører eit vesentleg auka tenestebehov.

## 2.2 Behov, levekår og folkehelse<sup>1</sup>

Figur 4 Folkehelse



Førde kommune plasserer seg godt på dei fleste folkehelseindikatorane sett i høve landssnitt. Når det gjeld risikofaktorar som kan påverke folkehelsa, ligg vi godt under landssnitt når det gjeld faktorar som fråfall i vidaregåande skule, tal arbeidsledige og andel barn som bur i låginntektshushaldning. Førde har ein høg andel barn og unge 0-18 år i høve landssnittet, og per i dag ligg vi lågt i andel av innbyggjarar over 80 år. Samstundes har vi ein høg andel mottakarar av heimetenester 80 år + som har eit omfattande bistandsbehov. Tilsvarende gjeld i aldersgruppa 67-79 år, men som ikkje er med i profilen over.

Figur 5 Andel einslege 80 år og over

### Andel enslige innbyggere 80 år og over

År	Førde	EAKUO
2011	61,9	65,6
2012	63,6	65,5
2013	67,6	65,3

I tillegg til figuren med ulike folkehelseindikatorar, ynskjer vi å vise andelen einslege 80 år +. Førde ligg i dag rett over landssnittet, men ser vi på utviklinga sidan 2011, ser vi at denne har auka med nærare 6 prosentpoeng (medan landssnittet har vore stabilt). Denne auka tilsvarende om lag 25 personar. Eldre som bur åleine har eit større forbruk av offentlege omsorgstenester enn eldre som delar hushald med andre. Berekningar tyder på at åleinebuande eldre over 80 år brukar jamt over dobbelt så mykje av slike omsorgstenester per person samanlikna med eldre i fleirpersonshushald. I tillegg ser det ut til at dei har høgare forbruksrate slik at dei brukar meir av tenestene, t.d. at dei har lengre opphald i institusjon samanlikna med eldre i fleirpersonshushald.

## 2.3 Konklusjon

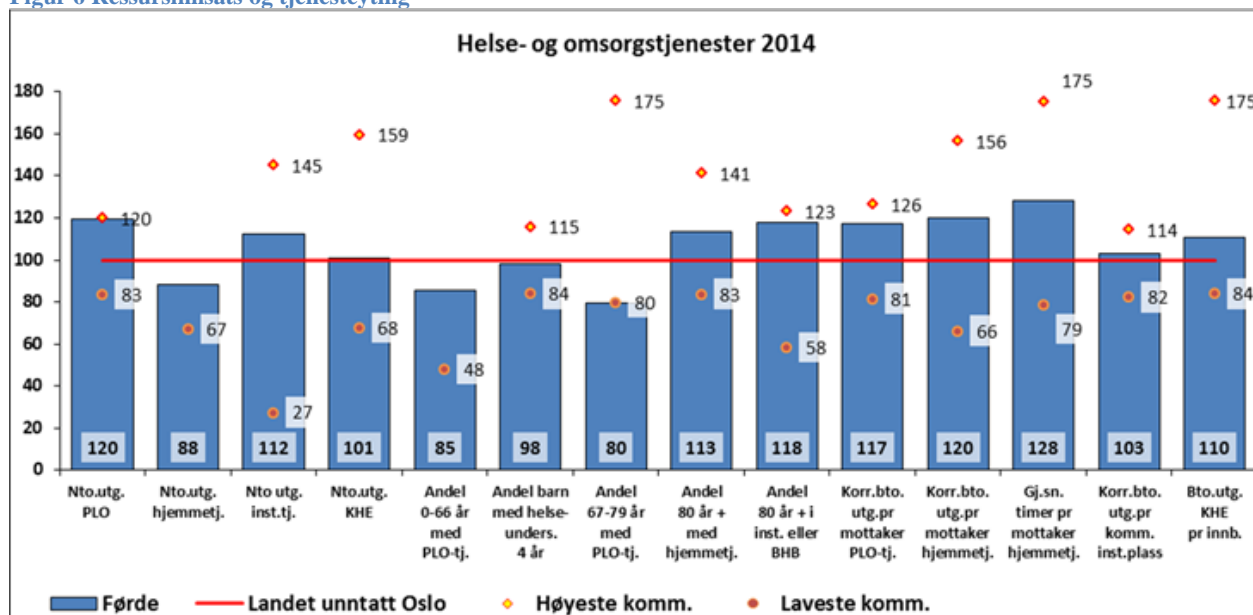
Førde har i mange år vore prega av å vere ein kommune med høg andel unge og låg andel eldre. Dette vil endre seg, særleg frå 2025 og utover. I dag har vi ein andel eldre (67 år og over) på vel 10

<sup>1</sup> Kilde: Folkehelseprofil og KOSTRA, tall for 2013

% av innbyggjarane. Denne andelen vil utgjere over 20 % i 2040. Andelen barn 0-18 år vil halde seg stabilt, og det vert heller ikkje fleire innbyggjarar i denne aldersgruppa. Vi vil derfor ikkje ha vesentlege behov for å auke opp tenestetilbodet til denne aldersgruppa, men vi vil ha stort behov for å auke tenestetilbodet til gruppa 67 år og over. Basert på framskrivingar gjort i Kommunebarometeret vil Førde kommune ha 200 fleire med behov for heimetenester og ca. 30 fleire med behov for heildøgns omsorgsplass i 2025. Samstundes må vi ha med oss at andelen innbyggjarar i arbeidsfør alder (18 – 67 år) vil minke, noko som kan medføre at vi kan ha vanskar med å rekruttere nok årsverk til det auka tenestebehovet. I tillegg bør vi overvake tal for åleinebuande eldre over 80 år. Denne andelen har auka monaleg dei siste åra, og held dette fram, vil det truleg medføre auka etterspurnad etter tenester.

### 3 Ressursanalyse

Figur 6 Ressursinnsats og tjenesteyting<sup>2</sup>



Førde kommune ligg godt over landssnitt (20 %) når det gjeld samla netto utgifter til pleie- og omsorgstenester (institusjon- og heimetenester). Netto utgifter til kommunehelse er om lag på landssnitt. Utgifter til heimetenester per innbyggjar ligg godt under landssnitt, men må sjåast i lys av folkesamansetnaden i kommunen (mange unge). Ser vi på korrigerte bruttoutgifter per mottakar, ser vi at kostnaden per mottakar til heimetenester ligg 20 % over landssnittet.

Netto utgifter til institusjonstenester, fordelt på tal innbyggjarar 80 år og over, ligg noko over landssnittet. Kostra-tala viser at vi har noko høgare dekningsgrad 80 + i institusjon enn landssnitt, men kostnad per plass ligg om lag på landssnitt.

Vi tildeler tenester til færre brukarar i alderen 0-66 år og 0-67 år enn landssnittet. Vi ligg noko over landssnitt når det gjeld innbyggjarar i aldersgruppa 80 + som mottar heimetenester, og vi er også over landssnittet når det gjeld andel innbyggjarar 80 år og over som har institusjonsplass eller bur i bustad med heildøgns omsorg. Dette betyr at vi samla sett yter tenester til ein høg andel brukarar i aldersgruppa 80 år og over.

Førde ligg høgt når det gjeld tildelte timar per mottakar av heimetenester. Dette er truleg også ein del av forklaringa på at vi ligg høgt på utgifter samla sett. Vi tildeler med andre ord tenester til færre brukarar enn landet elles, men til gjengjeld får dei som mottar tenester, mykje hjelp (mange timar).

<sup>2</sup> Kilde: KOSTRA, tall for 2014



### 3.1 Behov for tenester

Tabell 1 Andel heimetenestemottakarar med omfattande bistandsbehov

Aldersgruppe	Førde	Landssnitt
0 – 66 år	18	20
67 – 79 år	29	13
80 +	16	12

Folkehelseprofilen (figur 4) har to søyler som viser andel heimetenestemottakarar med omfattande bistandsbehov. Dette gjeld aldersgruppene 0-66 år og 80 år +. I den yngste aldersgruppa ligg vi noko under landssnitt, medan vi ligg over landssnitt når det gjeld aldersgruppa 80 år +. Også når det gjeld aldersgruppa 67 – 79 år ligg vi høgt: medan andelen brukarar med omfattande hjelpebehov ligg på om lag 13 % i landssnitt, har Førde ein andel på 29 % i denne aldersgruppa. Vi veit at vi har høg terskel for å tildele tenester til denne aldersgruppa, og det kan vere med å forklare kvifor vi ligg så høgt på andel brukarar med omfattande bistandsbehov: det er berre dei dårlegaste innbyggjarane som får tildelt tenester. Men sidan vi skil oss så merkbart ut, er dette likevel noko vi må sjå nærare på.

### 3.2 Prioritering og ressursinnsats

Ressursbruk- og prioriteringsindikatorar vert rekna ut ved å fordele utgifter til ei teneste på tal innbyggjarar som er i målgruppa for tenesta. Indikatorane er eit snitt-tal for kostnader per innbyggjar (i målgruppa). Den fortel ikkje kven eller kor mange som mottar tenester, eller noko om kor mykje kvar brukar mottar. Målgruppe for pleie- og omsorgstenester er alle innbyggjarar, men hovudtyngda av mottakarar er likevel over 67 år. Samstundes representerer mottakarar under 67 år ein stor del av utgiftene då dette ofte er brukarar som har bruk for mykje hjelp.

Førde ligg over landssnitt når det gjeld netto utgifter til pleie- og omsorgstenester per innbyggjar 67 år og over. Noko av dette kan forklarast ved at vi har ein høg andel unge, og dermed ein mindre andel innbyggjarar i alderskategorien 67 år og over (færre innbyggjarar å fordele dei samla utgiftene på). Kommunen har prioritert aktivitets- og servicetenester så som dagsenter, noko som også syner igjen ved at vi har utgifter godt over landssnittet på dette tenestområdet. Desse kostnadane utgjer likevel ein relativt liten del av dei samla kostnadane i pleie- og omsorgstenestene.

### 3.3 Dekningsgrader og kapasitet

Dekningsgrad seier noko om kor stor del av målgruppa (%) som mottar tenester, og vert rekna ut ved å ta tal brukarar av tenesta og dele på personar i målgruppa. Indikatorane seier likevel ikkje noko om kor mykje tenester kvar einskild brukar mottar. Nøkkeltal for dekningsgrad kan nyttast til å vise (samanlikne) kapasitet på tilbodet, og for å synleggjere kven som mottar tenester.

Førde ligg lågt når det gjeld dekningsgrad av pleie- og omsorgstenester. 3,7 % av innbyggjarane i Førde mottar slike tenester, mot 4,7 % på landssnitt. Vi kan igjen forklare noko av dette med at Førde har høg andel unge og låg andel eldre. Når vi deler det opp i dei ulike alderskategoriane, ser vi likevel at vi ligg under landssnitt i dekningsgrad i aldersgruppa 0-66 år og 67-79 år, men 6 % over landssnitt i gruppa 80 år og over.

Ser vi på den prosentvise fordelinga mellom aldersgruppene, utgjer aldersgruppa 0-66 år 48 % av dei som mottar pleie- og omsorgstenester i Førde kommune. Dette er høgare enn landssnittet, men kan igjen forklarast ut i frå folkesamansetnaden (høg andel unge). Det er derimot relativt få i aldersgruppa 67 – 79 år som mottar pleie- og omsorgstenester. Desse utgjer berre 13 % av alle

mottakarane. Landssnittet ligg på 18 %. Samstundes utgjer då aldersgruppa 80 år og over heile 40 % av mottakarane.

### **3.4 Produktivitet og einingskostnad**

Produktiviteten skal vise kor mykje vi klarar å produsere for ein gitt innsats av ressursar. Den vert målt ved å dele kroner som er brukt på tal produserte einingar, eller ved å dele på tal brukarar. Produktivitet i helse- og omsorgstenester vert rekna ut ved å sjå på ressursinnsats per brukar. Indikatorane seier likevel ikkje noko om kvaliteten på tenesta som blir levert eller brukarane si oppleving av tenesta.

Førde har om lag 50 000,- meir i utgifter per mottakar av pleie- og omsorgstenester enn landssnittet. Vi har tidlegare vist til at kommunen har låg dekningsgrad. Låg dekningsgrad medfører som oftast at ein har høgare utgifter per brukar – det er færre som mottar tenester, og dei som får tenester har høgare bistandsbehov.

Kommunen tildeler fleire timar enn landssnittet både i aldersgruppa 0-66 år (2 timar meir per brukar) og 67 år og over (0,4 timar meir per brukar). Kostnadane per institusjonsplass ligg rett over landssnittet.

### **3.5 Konklusjon**

Kostra-tala viser at Førde har mange brukarar med omfattande hjelpebehov. Dette kan legitimere både mange timar per brukar og høge utgifter. Nærare undersøkingar viser derimot at det ikkje nødvendigvis er brukarar med omfattande hjelpebehov som har flest tildelte timar. Også brukarar med middels/avgrensa hjelpebehov kan ha tildelt relativt mange timar.

Førde ser ut til å vere restriktive i tildelinga av tenester i aldersgruppa 67 – 79 år. Vi tildeler tenester til få i aldersgruppa sett i høve landssnitt. Den høge andelen brukarar med omfattande hjelpebehov, kan derfor kanskje forklarast med høg terskel for tildeling av tenester – det er berre dei aller dårlegaste som får tenester.

I lys av at vi tildeler institusjonstenester til ein høgare andel 80 + enn landssnitt er det også grunn til å stille spørsmål ved kvifor vi også har ein høgare andel heimetenestemottakarar med omfattande behov. Vi trur at noko av grunnen til dette er ulike registreringspraksis mellom kommunane i IPLOS, og Førde kommune ynskjer derfor å gå gjennom rutinane for dette.

## 4 Kvalitetsanalyse

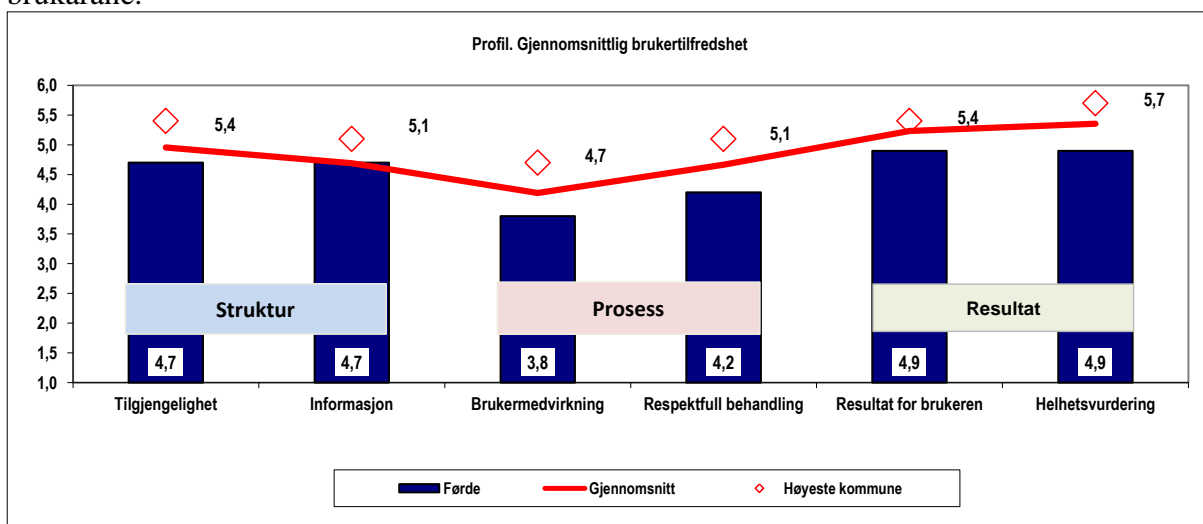
Førde kommune gjennomfører systematisk brukarundersøkingar kvart 2. år på dei ulike tenesteområda. Innan helse og omsorg vert det gjennomført brukarundersøking i heimetenesta, institusjon, psykiatritenesta, fysio- og ergoterapitenesta og helsestasjonstenesta. Vi gjennomførte brukarundersøkingar hausten 2013, og har derfor ikkje gjort nokon ny i samband med deltaking i KS Effektiviseringsnettverk. Nye undersøkingar vert gjort hausten 2015.

### 4.1 Brukarundersøking

Vi har valt å setje fokus på pleie- og omsorgstenestene i tenesteanalysen. Figurane nedanfor syner profilen for resultatane av brukarundersøkingane innan desse tenesteområda.

#### Heimetenesta:

I Heimetenesta gjorde vi eit utval av brukarane der vi trekte ut kvar 5. person. Svarprosenten var 48. Undersøkinga vart gjort med intervju per telefon og vi hadde vanskar med å få tak i ein del av brukarane.



Figur 7 Brukartilfredsheit – heimetenestemottakarar

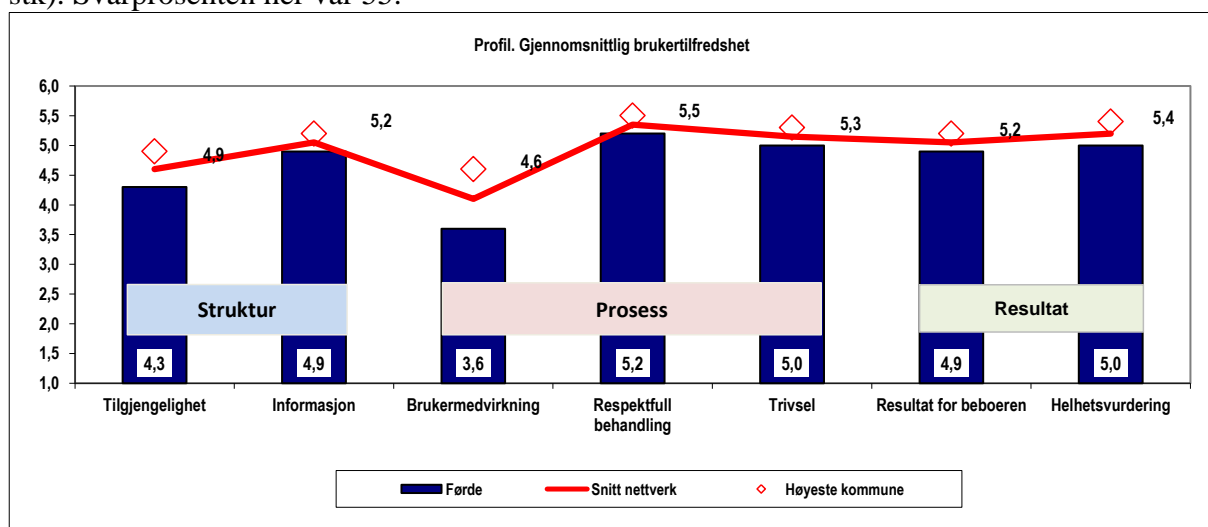
Profilen over tilfredsheit i heimetenesta, syner at vi ligg noko under snitt i nettverket på fleire av dimensjonane. Vi har dårlegast score på brukarmedverknad og respektfull handsaming. Vi scorar dårleg på spørsmål om høve til å påverke eige tenestetilbod. Vi trur årsaka ligg i at det er uklare forventningar knytt kva tilbod ein kan få. Kommunen har nyleg utarbeidd nye tenestestandardar som tydeleggjer kva ein kan forvente å få alt etter kva teneste ein mottar. Dette vert også tydeleggjort i vedtaka. Det er også utarbeidd eige informasjonsark der det står kven som har ansvar for kva, forventningar til brukaren, forventningar til pårørande, kontaktinformasjon til aktuelle instansar. Dette vert utdelt til kvar brukar.

Vi scorar også lågt på spørsmåla om brukarane kan bestemme kor tid dei skal få hjelp. Vi trur dette først og fremst handlar om kor tid dei får hjelp om morgonen. Knytt til respektfull behandling scorar vi lågt på om nye tilsette syner identitetskort.

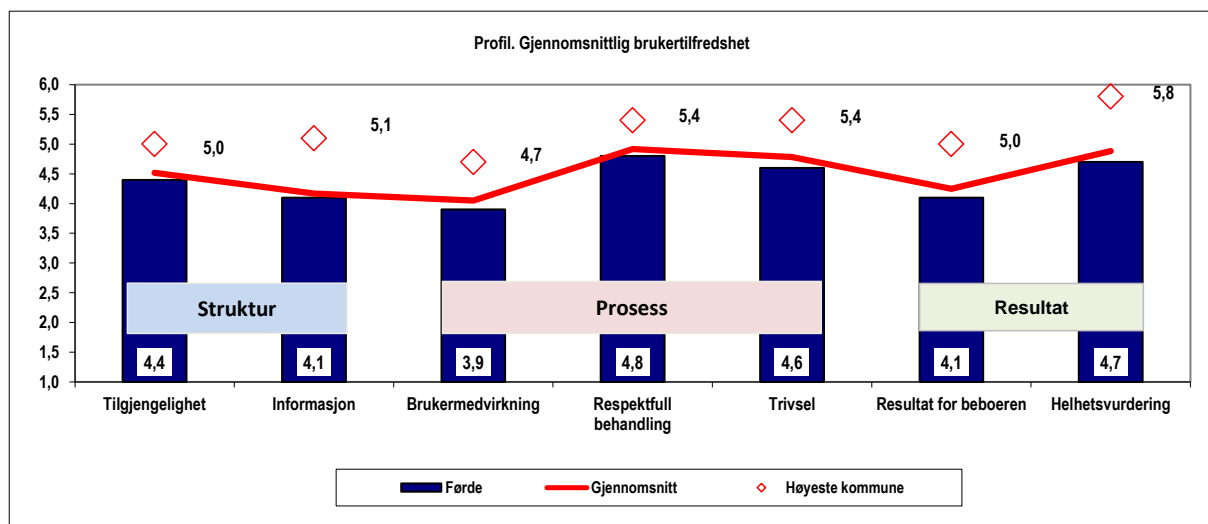
Resultata frå brukarundersøking i 2013 er vanskeleg å samanlikne med tidlegare år, då skalaen vart endra frå 4 til 6.

## Brukarundersøking – institusjon:

12 bebuarar i institusjon vart intervjuva. Utvalet vart gjort ut i frå kven einingsleiarane vurderte til å vere i stand til å svare på undersøkinga. Når det gjeld pårørande, vart skjema sendt ut til alle (64 stk). Svarprosenten her var 55.



Figur 8 Brukartilfredsheit – bebuar institusjon



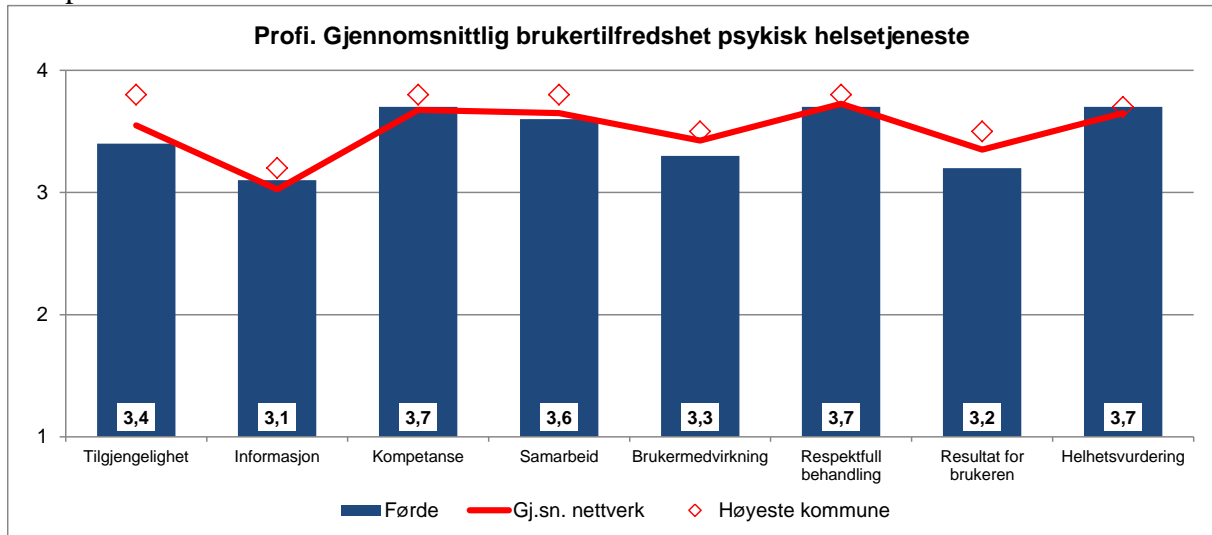
Figur 9 Brukartilfredsheit - pårørande institusjon

Samla sett scorar vi om lag på snitt i nettverket langs dei fleste dimensjonane. Vi skil oss mest ut på brukarmedverknad. Her er det særskilt spørsmålet om medverknad i høve utarbeiding av tiltaksplanar, og pårørande som opplever at bebuaren ikkje får vere med å bestemme over hjelpebehov og kvardagsrutinar. Når det gjeld bebuarane, scorar vi også lågt på spørsmålet om dei veit kven som er deira kontaktperson (under dimensjonen «tilgjenge»). Her er det allereie sett i verk tiltak ved at bebuarane får utdelt eit eige informasjonsskriv der det står kven som er kontaktperson. Pårørande er elles nøgde med den daglege pleia bebuarane får.

Brukarundersøkinga på Helsetunet vart gjennomført i ein periode der vi hadde store endringar i tenesta internt, og mange brukarar vart flytta til andre avdelingar og i periodar hadde vi overbelegg. Dette kan ha påverka resultatata. Resultata frå brukarundersøkinga i 2013 er vanskeleg å samanlikne med tidlegare år, då skalaen vart endra frå 4 til 6.

### Brukarundersøking psykisk helse:

Alle brukarar over 18 år fekk tilsendt spørjeskjema. Det vart sendt ut til 105 personar. Svarprosenten var 38.



Figur 10 Brukartilfredsheit psykisk helseteneste

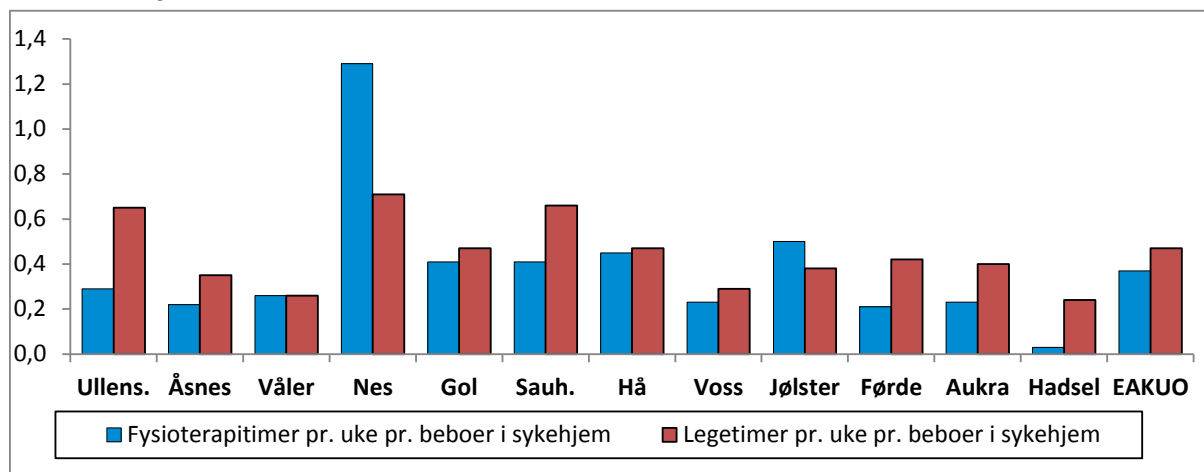
Profilen over brukertilfredsheit i psykisk helseteneste, syner at Førde ligg om lag på snittet i nettverket langs dei fleste dimensjonane. Vi scorar bra på Respektfull behandling, Kompetanse, Samordning mot andre tenester og Heilskapsvurderinga. Vi scorar dårlegare på Resultat for brukaren, Brukarmedverknad og Tilgjenge. Når det gjeld brukarmedverknad, så gjeld dette særskilt spørsmålet om brukaren får bestemme kor tid dei får tenesta. Knytt til resultat for brukaren, så gjeld dette særskilt spørsmålet om tenesta bidreg til auka sosial aktivitet. Her vil vi peike på at dagtilbodet vert ytt av ei anna tenesteeining, og at dette kan påverke resultatet negativt. Samla sett er tenesta på same nivå som landssnittet (3,5), og dette er ein auke frå førre undersøking i 2011 (3,1).

Vi ser også at det er nokre få brukarar som svarar veldig negativt, medan dei fleste er relativt nøgde. Sidan det er relativt få brukarar som har svart, så vil dei negative svara påverke snittscoren.

### Oppfølging av brukarundersøkingane:

Når det gjeld oppfølging av brukarundersøkingane, har resultata blitt formidla ut til tilsette og politiske organ. Ved gjennomføring av undersøkingar hausten 2015, vil vi vurdere korleis vi meir aktivt skal informere ut til brukarane som er spurt. Det er no oppretta eit eige pårørande- og brukarutval, og desse vil få informasjon om resultata frå undersøkingane.

## 4.2 Objektive kvalitetsindikatorer



Figur 11 Objektive kvalitetsindikatorer

Førde ligg litt under landssnitt når det gjeld legetimer per veke per beboer i sjukeheim. Andelen har auka frå 0,15 time per veke i 2011 til 0,42 time per veke i 2013. Dette skuldast tilsetning av lege i 50 % stilling knytt til korttidsavdelinga ved sjukeheimen. Denne legen har også fysikalsk kompetanse, og avlastar nok fysioterapitenesta med ein del oppgåver som vanlegvis ville blitt utført av dei.

## 4.3 Konklusjon

Brukarundersøkingane i pleie- og omsorg vart gjennomført i 2013, og vi skal gjennomføre nye i 2015. Vi set derfor ikkje i verk nye tiltak no på bakgrunn av dei førre resultatane, men vil vurdere tiltak når nye undersøkingar er gjennomført. Etter førre brukarundersøking har vi utarbeidd tenestestandard for tenestene, og informasjonsskriv til nye brukarar. Vi håpar derfor at resultat knytt til brukarmedverknad vil gå opp. Overordna målsetting for brukarundersøkingane er at vi skal liggje på landssnitt innan alle dimensjonar.

Det er også aktuelt å gjere ei vurdering av arbeidstidene til tilsette, særskilt innan heimetenestene, på bakgrunn av at brukarane er misnøgd med tidspunkta dei får hjelp på. Vi trur dette særskilt kan knytast til at nokre meiner dei får hjelp for seint på morgonen.

Sidan førre undersøking har det skjedd en del endringar internt i tenestene: oppbygging av korttidsavdeling i institusjon og overgang frå 2 til 3 soner i heimetenesta. Vi er spent på om dette vil gjenspegle seg i resultatane frå brukarundersøkingane, og på kva måte.

## 5 Samhandlingsreforma

### 5.1 Innleiing

Førde kommune har i samband med Samhandlingsreforma hatt fleire prosjekt internt i kommunen for å effektivisere tenestene innan helse- og omsorg, og samstundes gjere kommunen betre rusta til å møte utfordringane i framtida. Vi har hatt særskilt fokus på tiltak som kan redusere innlegging i sjukehus og gjere oss i stand til å ta i mot utskrivingsklare pasientar frå første dag. Vi har hatt bistand frå Agenda Kaupang og RO som har vurdert tenestene våre og gjeve oss tilrådingar til tiltak. Vi har også delteke i KS-nettverk om styringsverktøy knytt til Samhandlingsreforma.

I tillegg har/er Førde kommune med i fleire interkommunale prosjekt som har blitt oppretta for å møte Samhandlingsreforma sine forventningar og krav til kommunane.

### 5.2 Nye tiltak/endringar internt i Førde kommune

Tabellen nedanfor gjev eit oversyn over dei viktigaste endringane/nye tiltak vi har sett i verk i kommunen for å kunne møte utfordringane i Samhandlingsreforma:

Tiltak	Føremål og målgruppe
<b>Oppretting av eiga korttidsavdeling ved Førde Helsetun</b>	Vere i stand til å ta i mot utskrivingsklare pasientar, samt redusere tal innleggingar.  Totalt 14 plassar der 4 er sett av til rehabilitering. Dei resterande plassane er korttidsopphald, avlastning, akutt/observasjon, palliativ pleie m.v.
<b>Auke i sjukeheimslegeressursar</b>	Førde hadde ei legebemanning tilsvarande 0,16 t per pasient per veke i sjukeheim. For å kunne redusere tal innleggingar og ivareta intensjonane med bruk av korttidsavdelinga, vart det naudsynt å styrkje den medisinske kompetansen. Legebemanninga vart auka til om lag 0,5 t per pasient per veke.
<b>Auke i vaktmeisterstilling knytt til hjelpemiddel</b>	Tidlegare vart pasientar liggjande på sjukehus/sjukeheim i påvente av utlevering av hjelpemiddel. Ved å auke ressursane knytt til dette, gjev vi no raskare hjelp.
<b>Oppretting av tildelingskontor for helse og omsorgstenester</b>	For å redusere kostnader i helse og omsorg, samt gje eit meir heilskapleg og koordinert tilbod, har vi oppretta eiga avdeling som handsamar alle søknader om helse- og omsorgstenester. Dette var tidlegare fordelt ut på dei ulike einingane.
<b>Innføring av kvardagsrehabilitering</b>	Tidleg innsats på eldre pasientar for å kunne klare mest mogeleg aktivitetar og gjeremål sjølv.

### 5.3 Nye tiltak med interkommunalt samarbeid

Tiltak	Formål og målgruppe
<b>Oppretting av interkommunal avdeling for Miljøretta helsevern,</b>	Eit samarbeid mellom 13 kommunar. Føremålet er å styrkje kvaliteten og kompetansen på området gjennom m.a. å få eit robust fagmiljø. Samarbeidet skal bidra til å oppfylle

<b>Smittevern og samfunnsmedisinsk rådgjeving</b>	kommunane sitt ansvar til innbyggjarane i høve miljøretta helsevern, smittevern og førebyggjande samfunnsmedisinsk rådgjeving/folkehelse.
<b>Interkommunal støtte- og utviklingskoordinator (2-årig)</b>	Bistå kommunane i å involvere, utvikle og konkretisere tilnæringsmodellen og – strukturen knytt til Kvardagsrehabilitering.
<b>Oppretting av interkommunal Legevaktsentral</b>	Samarbeid med 13 kommunar, lokalisering ved Førde sentralsjukehus.
<b>Oppretting av Kommunale Akutte Døgnplassar (KAD)</b>	Samarbeid med 11 kommunar og vert oppretta frå 01.01.16. 4 plassar i 2016 med utviding til 7 plassar i 2017.

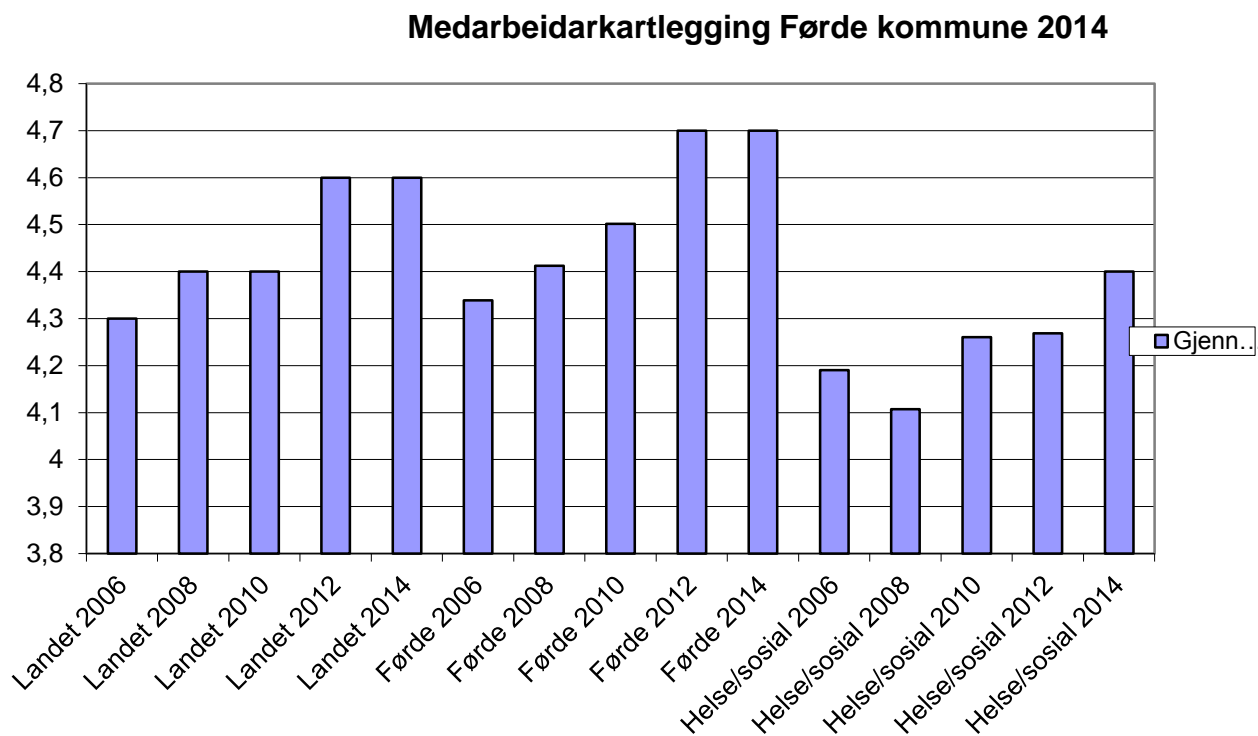
#### 5.4 Viktige funn/konklusjonar

Erfaringar med tiltaka til no, syner at særskilt tiltak som er sett i verk for å redusere innlegging og ta i mot utskrivingsklare pasientar, har vore svært vellukka. Frå å ha ca. 200 liggjedøgn på utskrivingsklare pasientar i 2009 og 2010, er vi no per dags dato nede i 0 liggjedøgn. Forventa kostnad knytt til medfinansiering er også lågare enn venta. Vi hadde ei målsetting om å redusere kostnaden til medfinansiering med 7 % for å finansiere dei nye tiltaka, og det målet har vi nådd. Tildelingskontoret for helse- og omsorgstenester har vore i drift i 1 år, og det er derfor enno for tidleg å seie om vi fullt ut har henta ut effektane vi ynskjer av dette, men vi meiner vi er på god veg. Det interkommunale samarbeidet har vore ei positiv erfaring så langt, og vi meiner at dette er den beste måten å løyse desse oppgåvene på.



## 6 Medarbeidarar

### 6.1 Medarbeidarundersøking

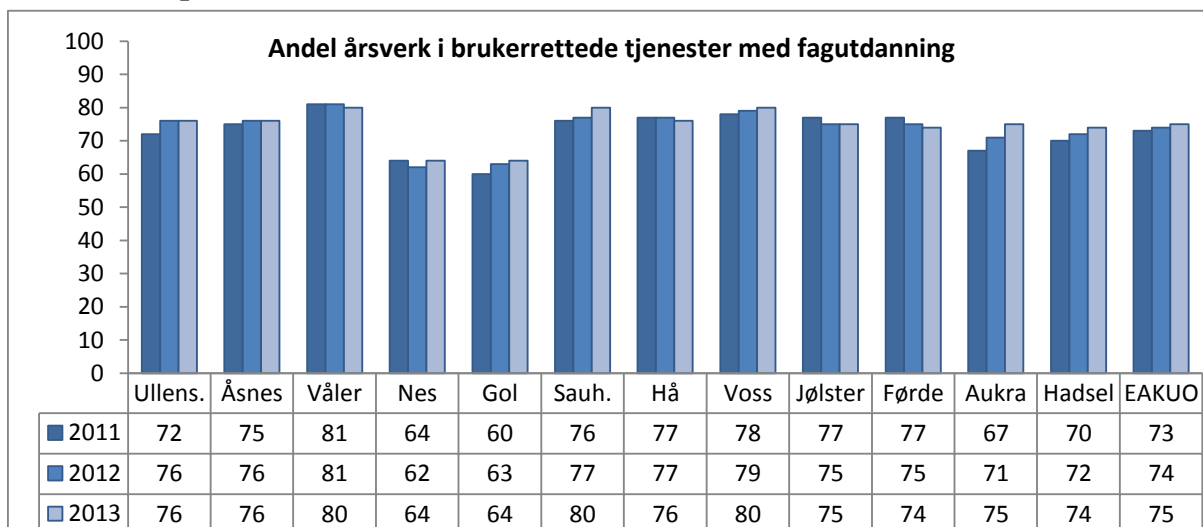


Figur 12 Medarbeidarundersøking Helse og omsorg

Figuren over viser resultatene i helse- og omsorg i Førde kommune i perioden 2006 – 2014, samanlikna med resultatene for heile kommunen under eitt og landssnittet. Helse og omsorg har heile tida vore under snittet for kommunen, og også noko under landssnitt. Vi ser likevel at det er ein auke frå 2012 til 2014, medan snittet for kommunen og landet var stabilt.

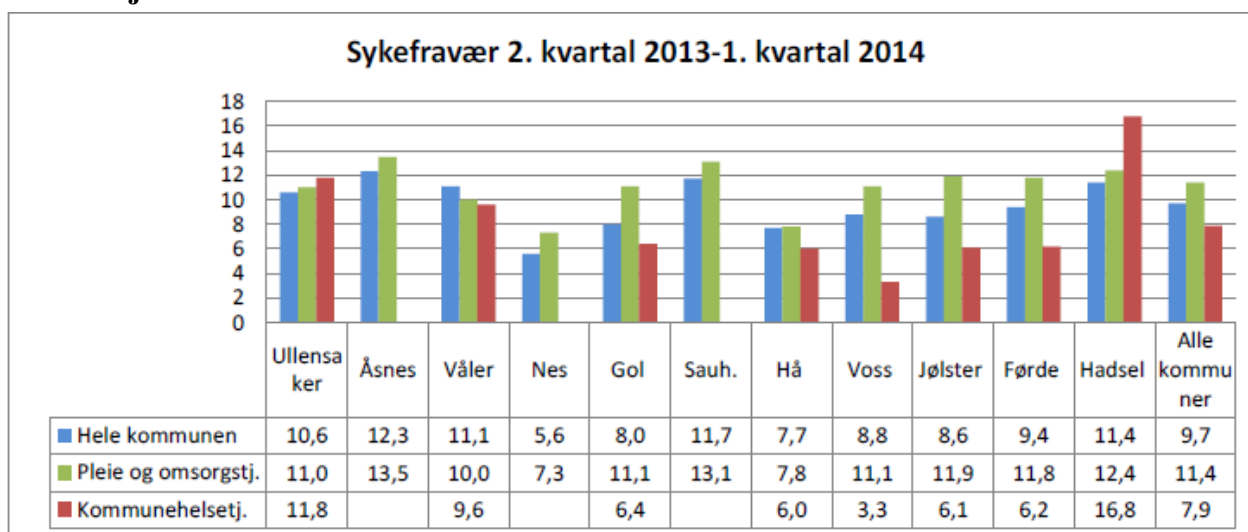
Generelt er det noko dårleg svarprosent innan helse og omsorg, t.d. hadde heimetenesta ein svarprosent på 44 %. Samla i helse og omsorg var svarprosenten 54, mot 73 % samla sett i kommunen. For å setje i verk mål og tiltak i høve medarbeidarkartlegginga, må ein gå inn på resultatene på einskildspørsmål innan dei ulike einingane. Kva spørsmål som scorar bra eller dårleg varierer mellom einingane, så det er vanskeleg å setje felles mål for heile helse og omsorg. God dialog med medarbeidarane i einingane, er eit viktig tiltak for å følgje opp resultatene. Eit generelt mål for helse og omsorg blir å auke svarprosenten og at dei samla resultatene i større grad skal nærme seg snittet for kommunen.

## 6.2 Kompetanse



Figuren over syner at andelen med fagutdanning i Førde har minka frå 2011 til 2013, samstundes som landssnittet har gått opp. Dette samsvarar ikkje med det inntrykket vi sjølv har, og meiner at andelen eigentleg har auka. Vi har derfor gått bak tala og sett på kva som vert rapportert i PAIE-registeret. Vi oppdaga at fleire tilsette som har tatt fagutdanning i seinare tid, ikkje har blitt oppdatert med rett utdanning i registeret. Vi har derfor hatt ein gjennomgang av alle tilsette innan helse og omsorg og fått registrert rett kompetanse på desse. Andelen med fagutdanning vil derfor auke ved neste Kostra-rapportering.

## 6.3 Sjukefråvær



Figur 13 Sjukefråvær 2. kvartal 2013 - 1. kvartal 2014

Figuren syner at Førde samla sett ligg rett under landssnitt når det gjeld sjukefråvær. Når det gjeld pleie- og omsorgstenesta er vi rett over snittet for landet. Kommunen arbeider for tida aktivt med å redusere sjukefråværet, og einingar med høgt sjukefråvær er med i pilotprosjekt om trening i arbeidstida. Dette har ført til at sjukefråværet i kommunen samla sett har gått ned i 2014. Vi vil også peike på at særskilt heimetenesta har lågt fråvær med eit snitt på 8,8 % i 2014. Kommunen sitt mål for sjukefråvær i helse og omsorg er at det skal vere under 10 %.

## 6.4 Konklusjon

Medarbeidarkartleggingane i helse og omsorg syner at dei tilsette der er mindre nøgde enn tilsette i resten av kommunen. Vi ser at det særskilt er spørsmål knytt til overordna leiing, tid til å utføre arbeidet og vilkår for løns- og arbeidstidsfastsetting som drar ned snittet. Likevel ser vi det som positivt at snittresultata har auka frå 2012 til 2014, medan snittet for kommunen har vore stabilt.

Einingsleiarane skal gå gjennom resultata for si eining med sine tilsette. Vi ser at det er ulik praksis på i kva grad, og korleis, dette vert gjort. Dei einingane som systematisk går gjennom resultata har stort utbytte av dette med tanke på å få laga konkrete mål og tiltak i einingane sine handlingsplanar. Vårt mål er derfor i større grad å følgje opp at det blir dialog mellom leiar og tilsette knytt til resultata av undersøkinga.

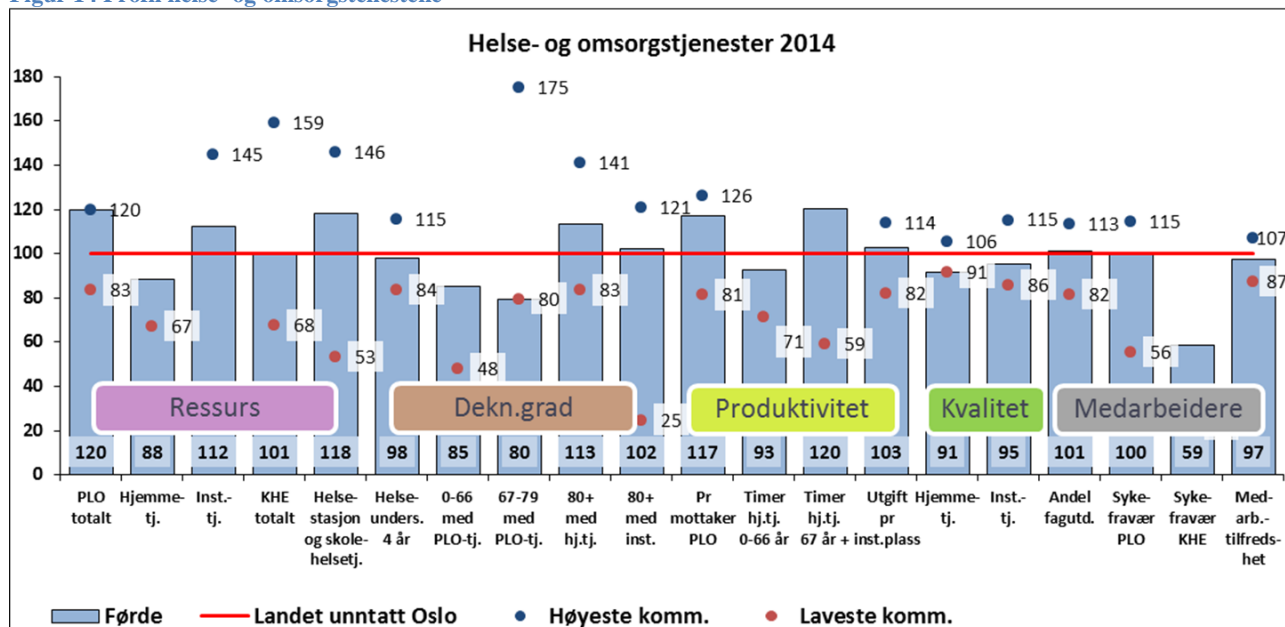
Førde kommune har stadig fleire tilsette med fagutdanning, men har oppdaga at vi har vore for lite flinke til å ajourføre sentrale register slik at statistikkane blir feil. Dette har vi no retta på. Ei sentral utfordring i helse og omsorg er å nytte denne fagkompetansen på god nok måte. Vi er i gong med å utarbeide kompetanseplanar, og i arbeidet med helse og omsorgsplan (ferdigstilt våren 2015), vil vi vurdere korleis vi skal bli flinkare til å nytte tilsette med særskilt fagkompetanse. Dette trur vi er viktig for å rekruttere og behalde arbeidstakarar i framtida.

Når det gjeld sjukefråvær, ser vi ein positiv trend i Førde kommune med at sjukefråværet går ned. Dette er eit resultat av aktiv jobbing mot einingar med høgt fråvær med bl.a. tilbod om trening i arbeidstida og kurs om kosthald og fysisk aktivitet. Vi er særst nøgde med at vi har lågt fråvær i heimetenesta, men institusjonsteneste ligg framleis noko høgt.

## 7 Vurdering av resultateffektivitet

### 7.1 Tenesteprofil

Figur 14 Profil helse- og omsorgstenestene



Helse- og omsorgstenestene i Førde kommune er kjenneteikna ved:

- Samla utgifter til pleie- og omsorgstenester ligg over landssnitt. Det vil seie at vi har ein høgare ressursinnsats enn landssnittet. Vi ligg også høgt på utgifter per mottakar.
- Vi har høg terskel for å tildele tenester i brukarar i aldersgruppa 0-66 år og 67 – 79 år (få får tenester), men vi har låg terskel i aldersgruppa 80 år og over (mange får tenester).
- Vi har mange brukarar i aldersgruppa 67-79 år og 80 år og over som har omfattande hjelpebehov.
- Vi tildeler fleire timar per mottakar i heimetenesta enn landssnittet. Her skil vi oss merkbart ut i høve landssnittet.
- Sjukefraværet er om lag som på landssnitt.
- Medarbeidertilfredsheita ligg litt under landssnitt, men har betra seg dei siste åra.

### 7.2 Vurdering av resultateffektivitet

Førde kommune brukar meir ressursar enn landssnitt når det gjeld utgifter pleie- og omsorgstenester per innbyggjar 67 år og over. Vi har ein høg andel unge, og dermed færre innbyggjarar i alderen 67 år og over å fordele utgiftene på. Vi har også prioritert aktivitets- og servicetenester høgt (t.d. dagsenter), men desse utgjør likevel berre ein liten del av dei samla kostnadane i pleie- og omsorgstenestene. Vi har høge lønsutgifter per vedteken time i heimetenesta. Vi har god dekning på tilsette med fagutdanning og ytterlegare vidareutdanning, og som dermed delvis forklarar dei høge lønsutgiftene. Dette kan også vere med å forklare kvifor vi ligg høgare enn landssnittet også når det gjeld utgifter per mottakar, då lønsutgifter er ein av kostnadsdrivarane i heimetenesta. Samstundes har vi ein høg terskel for å tildele tenester i aldersgruppa 67 – 79 år, og dei som får hjelp, får mange timar. Dette bidreg også til at utgiftene per mottakar er høge. Likevel bør vi stille spørsmål ved om

ressursinnsatsen står i samsvar med resultatet. Ei nærare kartlegging av utgiftene, t.d. gjennom berekning av ansikt-til-ansikt-tid (ATA-tid) kan gje oss nærare svar på dette.

Vi har høg terskel for å tildele tenester i aldersgruppene 0-66 år og 67-79 år, medan vi har nokså låg terskel for aldersgruppa 80 år og over. Dei som får tildelt tenester har fleire timar enn landssnitt. Er terskelen for å tildele tenester til dei yngste aldersgruppene er for høg? Kan det løne seg å kome tidlegare inn for å utsetje auka hjelpebehov? Dette må vi sjå nærare på.

Sjukefråværet i pleie- og omsorgstenesta ligg om lag på landssnitt, og vi ser også ein positiv tendens til at det går nedover i nokre av einingane. Målsettinga er at einingane i helse- og omsorg skal ha sjukefråvær under 10 %. Dette vart oppnådd av 5 av 11 einingar i 2014, men fleire einingar låg også på om lag 11 %. Medarbeidertilfredsheita ligg noko under landssnitt, og det er ei målsetting å auke denne.

### **7.3 Konklusjon**

Førde kommune scorar godt på mange sentrale folkehelseindikatorar. Vi ligg til dømes under landssnitt når det gjeld fråfall i vidaregåande skule, tal arbeidsledige og andel barn som bur i låginntektshushaldning. Vi har i dag ei relativt ung befolkning, men dette vil endre seg i åra framover, særskilt frå 2025 og utover. Denne endringa i folkesamansetnaden gjer også at det blir viktig å prioritere og målrette ressursinnsatsen vår til innbyggjarar frå 67 år og over i åra framover. Helse- og omsorgsplan 2015 – 2026 tar omsyn til dette.

Førde kommune brukar om lag 50 000,- meir i utgifter per mottakar av pleie- og omsorgstenester enn landssnittet. Det er fleire ting som kan forklare dette: Vi har låg dekningsgrad på tenester (særskilt i aldersgruppa 0-66 år og 67 – 79 år). Låg dekningsgrad medfører som oftast at ein har høgare utgifter per brukar fordi det er færre som mottar tenester, og dei som får tenester har høgare bistandsbehov. Samtidig har vi også mange tilsette med god utdanning, noko som bidreg til å heve lønsnivået i tenesta, og dermed også utgiftene per mottakar.

Vi har mange brukarar med omfattande hjelpebehov, og vi skil oss her markant ut i frå landssnittet. Vi har funne at det ikkje er noko samsvar mellom hjelpebehov og tildelte timar. Låg dekningsgrad i aldersgruppa 67-79 år, kan forklare at dei som faktisk får hjelp har store bistandsbehov. Samstundes har vi likevel i aldersgruppa 80 år og over god dekningsgrad, men framleis mange med omfattande bistandsbehov. Det er ikkje grunn til å tru at vi har «sjukare» eldre enn resten av landet all den tid vi scorar godt på mange av folkehelseindikatorane. Den næraste forklaringa er derfor om det kan vere ulike registreringspraksis ved kartlegging i IPLOS. Dette er noko har jobba med og vil sjå endå nærare på.

Førde kommune har gjennom fleire år hatt brukar- og medarbeidarundersøkingar. Dei siste resultatata frå 2013, viser at vi har auka brukartilfredsheit. Samstundes er det vanskeleg å samanlikne då skalaen er endra frå 4 til 6. Vi har gjort mange endringar i tenestene dei siste åra (t.d. oppbygging av korttidsavdeling, endring frå 2 til 3 soner i heimetenesta og oppretting av tildelingskontor), så det vil bli spanande å sjå om dette gjev utslag på neste brukarundersøking som vert gjennomført hausten 2015.

Medarbeidarkartleggingane i helse og omsorg syner at dei tilsette er mindre nøgde enn tilsette i resten av kommunen. Likevel ser vi at snittresultata har vore aukande dei siste åra, medan snittet for

kommunen har vore stabilt. Konkrete tiltak retta mot å redusere sjukefråvær, ser ut til å ha effekt, og vi er særst nøgde med at sjukefråværet i heimetenesta ligg under 10 %.

Ut i frå funna over, ynskjer vi m.a. å jobbe vidare med å kvalitetssikre rapporteringa vår, vurdere terskelen for tildeling av tenester, auke brukar- og medarbeidartilfredsheit, få betre oversikt over kostnadar (særskilt i open omsorg) og elles jobbe med dei målsettingane som ligg i Helse- og omsorgsplan 2015-2026. Som førebyggjande tiltak, har vi særskilt fokus på Kvardagsrehabilitering.

## 8 Oppfølging og forbetringstiltak

Nr	Kva vil vi oppnå (mål)	Tiltak	Frist	Ansvar	Kven vert involvert
1	Alle brukarar skal få tenester ut i frå ein vedteken tenestestandard	Gjennomgang av brukarar registrert med omfattande bistandsbehov – er registreringa rett og får dei rett tenestetilbod?			
2	Å nytte dei tilsette sin fagkompetanse på ein betre måte	Utarbeide kompetanseplan i helse og omsorg	2016	Kommunalsjef	Einingar i helse og omsorg USHT Tillitsvalte
3	Kvalitetssikre IPLOS-rapporteringa	Ny gjennomgang av rutinar for rapportering	2015	Kommunalsjef	Einingar i helse og omsorg Fagutvikling og koordinering
4	Optimal utnytting av korttidsavdelinga på Førde Helsetun	Betre samarbeid mellom institusjon og heimeteneste – ta inn fleire brukarar i heimetenesta for opptrening	Fortløpande	Korttidsavdelinga Heimetenesta	Legeteneste og rehabilitering
5	Medarbeidartilfredsheit skal vere på landssnitt	Medarbeidarsamtalar Betre informasjon og oppfølging av medarbeidarundersøking	Årleg 2. kvart år	Alle einingar	
6	Vurdere dagens terskel for å yte hjelp – kan det løne seg å gje tidlegare hjelp for å redusere behovet for omfattande hjelp på sikt?	Gå gjennom brukarar og søknader for å vurdere om vi har «rett» terskel for å yte hjelp		Tildelingskontoret	Einingar i helse og omsorg

<b>Z</b>	<b>Kva vil vi oppnå (mål)</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Frist</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Kven vert involvert</b>
7	Betre brukar- og pårørende tilfredsheit	Auke samarbeidet og dialogen med brukarar og pårørende		Einingar i helse og omsorg	Brukar- og pårørandeutval
8	Få oversikt over kostnadane i pleie og omsorg	Berekning av enhetskostnader jfr. KS sin modell	2015	Kommunalsjef	Einingar i helse og omsorg Fagutvikling og koordinering
9	Målsettingane i Helse- og omsorgsplan 2015-2026	Følgje opp føreslåtte tiltak	2015-2026	Kommunalsjef Einingar i helse og omsorg	