



ÅSNES KOMMUNE

Tjenesteanalyse
for
helse- og omsorgstjenesten i Åsnes kommune



1.	Innledning	3
1.1.	Bakgrunn	3
1.2.	Om tjenesten	3
2.	Kommunens innbyggere	7
2.1.	Alderssammensetning	7
2.2.	Behov, levekår og folkehelse	8
2.3.	Konklusjon	9
3.	Ressursanalyse	10
3.1.	Behov for tjenester	10
3.2.	Prioritering og ressursinnsats	11
3.3.	Dekningsgrader og kapasitet	12
3.4.	Produktivitet og enhetskostnad	13
3.5.	Konklusjon	14
4.	Kvalitetsanalyse	15
5.	Samhandlingsreformen	19
5.1.	Ø-hjelp	19
5.2.	Erfaringer	20
5.3.	Viktigste funn/konklusjoner	20
6.	Medarbeidere	21
7.	Vurdering av resultateffektivitet	24
7.1.	Tjenesteprofil	24
7.2.	Vurdering av resultateffektivitet	24
7.3.	Konklusjon	25
8.	Oppfølging og forbedringstiltak	27

1. Innledning

Åsnes kommune har 7561 innbyggere (01.01.2015). Innbyggertallet har vært i gradvis tilbakegang, men etter 2007 vært relativt stabilt. Fødselsoverskuddet har stort sett vært negativt.

- Kommunens folkehelseprofil viser at kommunen har store folkehelseutfordringer på en rekke områder.
- Det er langt flere utviklingshemmede i Åsnes enn gjennomsnittet for landet.
- Åsnes kommune har mange eldre og andelen eldre over 67 år utgjorde 22,1 % av befolkningen per 31.12.2014. Tilsvarende for landet var 14,5 %.
- Antall eldre over 80 år vil være ganske stabilt de neste 10 år for så å øke betydelig
- Kommunen har prioritert institusjonsplasser og bofellesskap med heldøgnsbemanning fremfor hjemmebasert omsorg, og det er et mål å dreie tjenesten fra institusjonsomsorg til bistand på beste effektive omsorgsnivå.
- Kommunen har gjennom ulike planer¹ fastsatt at forebygging, tidlig innsats og ulike bidrag for å fremme egenmestring skal prioriteres.

Omstilling:

Åsnes kommune har stort omstillingsbehov og må tilpasse driften da driftsutgiftene er større enn inntektene. De overordnede føringene for omstillingen er at vi skal ha helhetlige tjenester med utgangspunkt i pasientforløp, etablere større enheter der det er effektivt, tiltakene skal ramme brukerne minst mulig og vi skal fra institusjonsomsorg til mer hjemmebasert omsorg og fra pleiekultur til mestringskultur.

Kommunestyret har bl.a. vedtatt(26.05.2015): Helse, pleie og omsorg skal redusere med ca. 20 årsverk inneværende år. Det innebærer reduksjon av 20 plasser ved Sønsterud bofellesskap. Åsnes sykehjem skal redusere pleiepersonellet med 6.44 årsverk. Vi skal samle psykisk helse og rusfeltet ytterligere og samtalebasert terapi, miljøarbeidertjeneste og heldøgns bemannet tilbud til målgruppen skal organiseres sammen. Det foretas strukturendringer, større enheter etableres og det reduseres med fire lederstillinger.

1.1. Bakgrunn

Analysen skal gi et godt beskrivende bilde av våre helse- og omsorgstjenester. Den skal vise hvilke behov kommunens innbyggere har sett i forhold til befolkningen i andre kommuner (f.eks. folkehelseprofil, demografi, sykkelighet) og hvordan vi prioriterer og bruker ressursene våre.

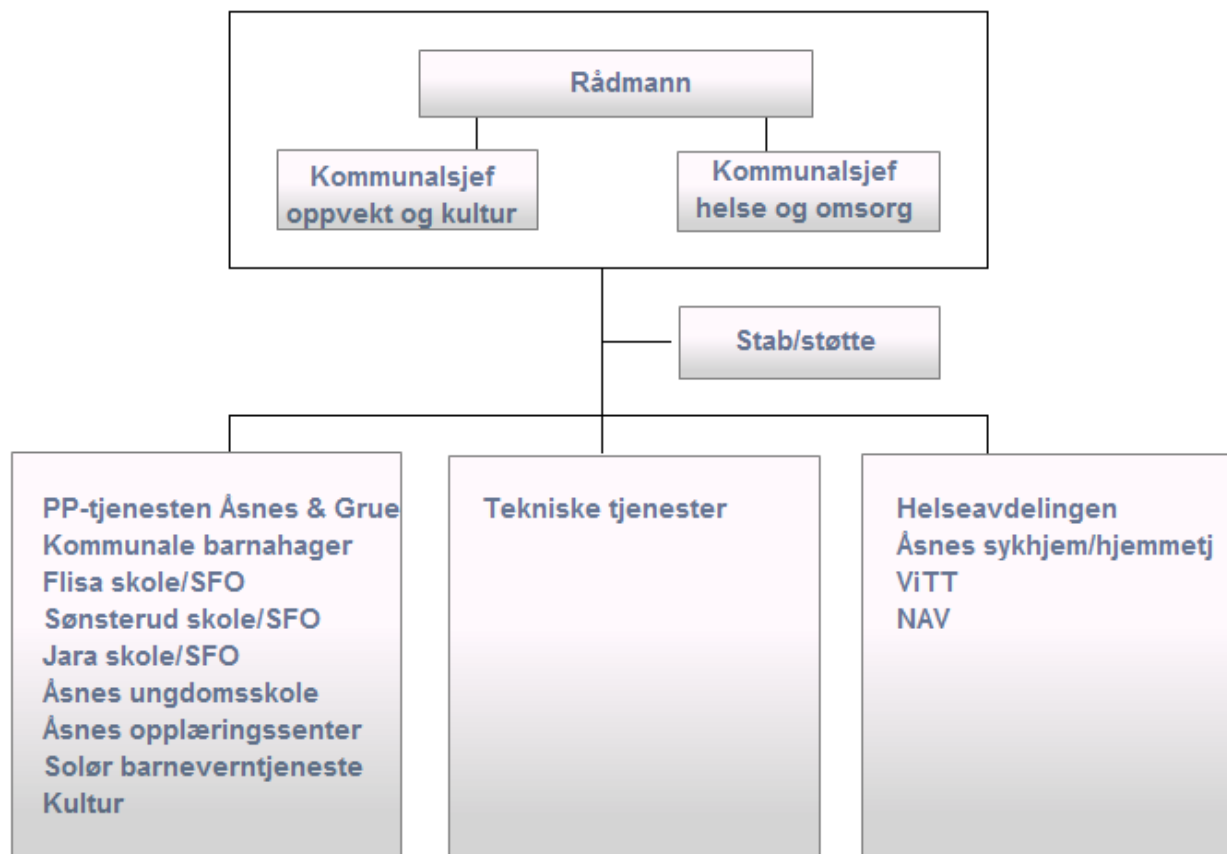
Analysen skal hjelpe oss til å vurdere hvor effektive vi er, om vi får «gode nok» resultater i forhold til innsatsfaktorene.

Dessuten skal analysen gi oss kunnskap slik at vi får bedre grunnlag for å vurdere hvilket handlingsrom vi har, og bedre grunnlag for planlegging og fremtidige veivalg.

1.2. Om tjenesten

Organisasjonskart²

¹ Kommuneplan samfunnsdel, plan for helse og omsorg, plan for psykisk helse, rehabiliteringsplan, handlingsplan for forebyggende arbeid barn og unge



Åsnes kommune er administrativt organisert i en kombinasjon av 2- nivåmodell. Det er rådmannen (inkl. kommunalsjefene) og virksomhetslederne som har det formelle beslutningsnivået. Helse- pleie og omsorg har ca. 287 årsverk. Helse og omsorgstjenestene bruker ca. 49 % av kommunens totale ressurser.

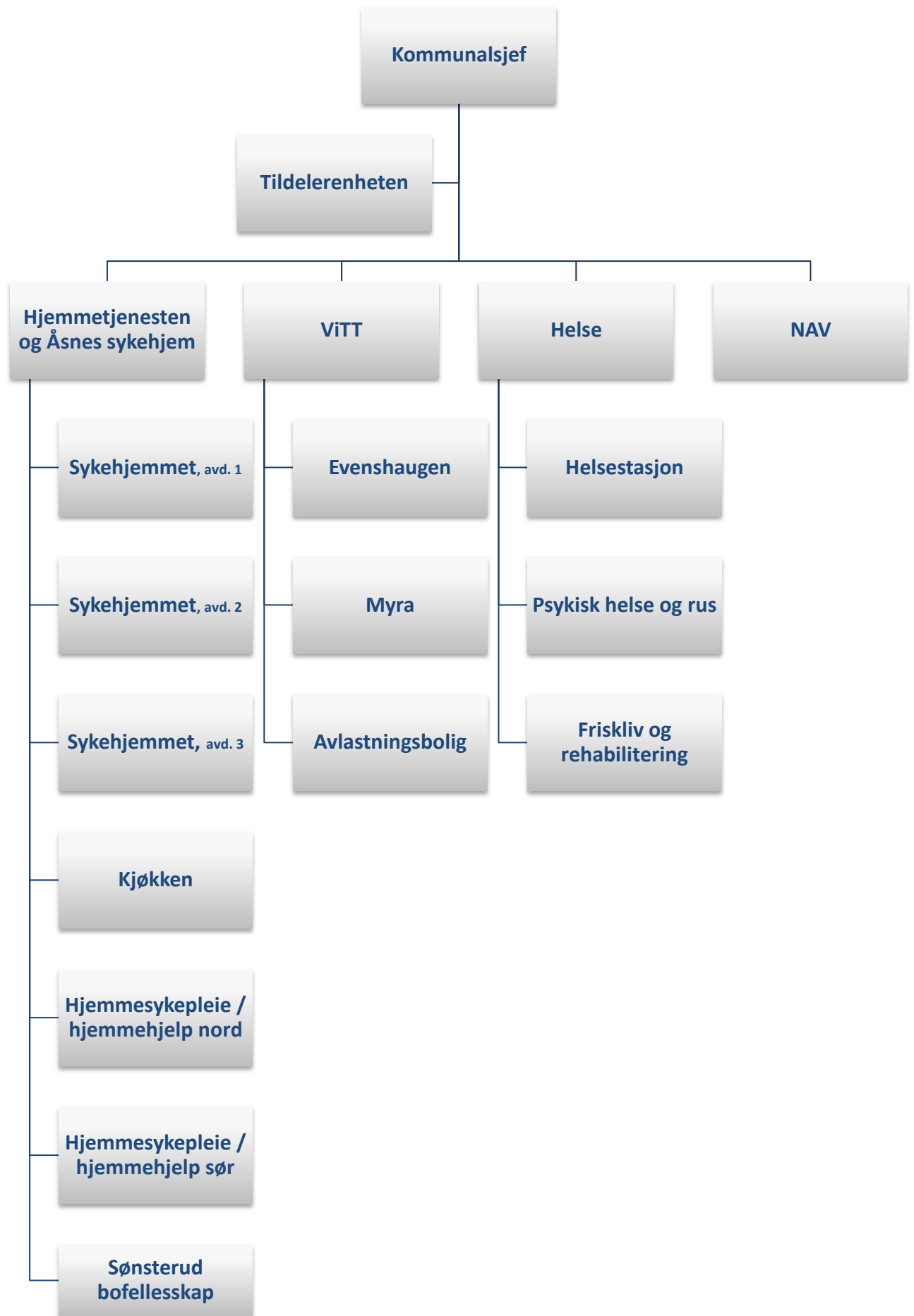
Kort om brukerne

Pr 30 april 2015 hadde:

- 79 brukere langtidsplass på institusjon
- 10 brukere korttidsopphold institusjon (avlastning, rehabilitering, kartlegging)
- 37 personer tjenester i bofellesskap
- 16 personer i omsorgsbolig
- 243 brukere hjemmesykepleie, 88% av dem var over 67 år
- 267 personer fikk hjemmehjelp , 83% over 67 år
- 26 personer fikk hjemmehjelp ViTT, 96% under 67 år
- 76 personer fikk botrening(praktisk bistand opplæring) fra ViTT,97% under 67 år
- 31 personer fikk miljøarbeidertjeneste fra ViTT, 94% under 67 år
- 17 personer (hovedsakelig under 17 år) får avlastning i Avlastningsbolig
- 120 personer fikk støttesamtaler psykisk helse, 90% under 67 år
- 44 personer har vedtak om dagsenter, 64% under 67 år, hvorav 30 personer i ViTT alle under 67 år.
- 8 personer med demens dagopphold
- 8 personer BPA³ ,alle under 67 år, ingen barn og unge
- 15 personer matombringing
- 95 personer støttekontakt, hvorav 65 % under 67 år.

² Kst vedtak 26.05.2015: Kilen skole og barnehage legges ned. Åsnes sykehjem og hjemmetjenester slås sammen til en virksomhet

³ Brukerstyrt personlig assistanse



Målsettinger for tjenesten

Visjon for Helse og omsorgstjenesten i Åsnes kommune:

«Livskvalitet og egenmestring gjennom hele livet»

Mål for kommunalomsrådet helse og omsorg

- Brukerne gis forsvarlige og tilfredsstillende tjenester i henhold til gjeldende lover og forskrifter.
- Helse i plan; systematisere arbeidet med helseovervåkning og gjennomføre helsekonsekvensutredninger
- Forebygge og begrense sykdom
- Fremme gode levevaner og egenmestring
- Tjenestene gis i forhold til BEON-prinsippet
- Virksomhetene har attraktive arbeidsplasser som virker rekrutterende på kvalifisert arbeidskraft.

Tjenestene skal forflytte seg fra pleiekultur til mestringskultur.

For å oppnå målsetningene satser tjenestene på følgende strategier:

- Bevisstgjøre innbyggerne i forhold til eget ansvar for tilrettelegging for egenomsorg, ved å benytte hjelpemidler, teknologiske muligheter og frivillige omsorgsressurser.
- Legge til rette for at innbyggerne skal bo lengst mulig i eget hjem. Spille på de muligheter og ressurser brukeren, familien og nærmiljøet rundt har.
- Utvikle omsorgssentrene som en sentral plass i de lokalsamfunn de er en del av – med vekt på å få til enda bedre samspill og godt partnerskap i nærmiljøet.
- Vektlegge rehabilitering slik at brukerne blir mest mulig selvhjulpne
- Sette fokus på flere tiltak for å møte morgendagens utfordringer – som folkehelsearbeid og forebyggende tiltak, investeringer i universell utforming av boliger og bedre omgivelser.
- Samhandling mellom sykehus/spesialisthelsetjeneste og Åsnes kommune for å skape gode pasientforløp.

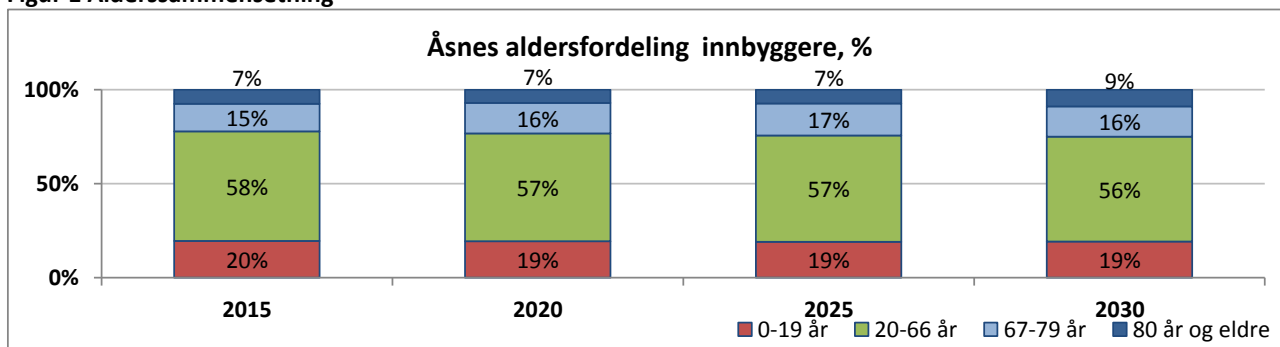
Kommunal oppfølging:

- Aktiviteter skal i større grad utvikles i samhandling med grenderådene i Landsbyen Flisa, lag, foreninger og frivillighetssentralen.
- Sikre tilgjengelighet til sentrumsnære boliger med livsløpsstandard, attraktivt bomiljø og nærhet til tilbud og tjenester
- Sikre tilstrekkelig tilgang av kompetente helse- og omsorgspersonell
- Legge forholdene bedre til rette for frivillig deltakelse og innsats i helse- og omsorgsvirksomhet
- Arbeide for å øke arbeids- og aktivitetstilbud til ulike brukergrupper
- Tilpasse og utvikle helse og omsorgsorganisasjonen for å møte framtidens behov og bidra til bærekraftig kommuneøkonomi.
- Forebyggende arbeid, hverdagsmestring og rehabiliteringsfokus skal være den «røde tråden» i kommunale tilbud og tjenester

2. Kommunens innbyggere

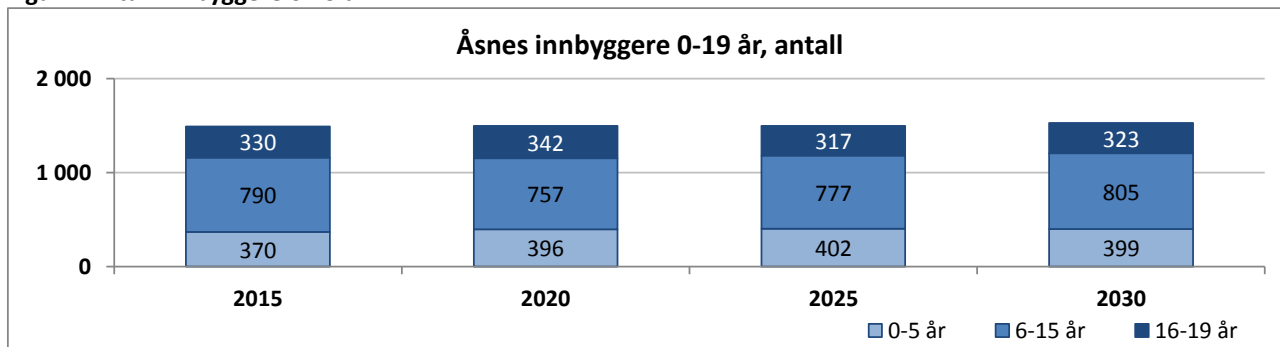
2.1. Alderssammensetning

Figur 1 Alderssammensetning



Aldersfordelingen i befolkningen i Åsnes kommune forventes å være ganske stabil. Åsnes kommune har en mye høyere andel av eldre enn både Hedmark og landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 22,1 % av befolkningen per 31.12.2014. Tilsvarende andel for fylket og landet var hhv.17,4 % og 14,5 %. Figuren viser at andelen over 67 år øker i perioden (22 % til 25 %). Andelen over 80 år øker fra 7 % til 9 % fra 2025 til 2030 som utgjør en betydelig økning. En kommune med stor andel eldre vil ha større behov for helse- og omsorgstjenester enn kommuner med stor andel yngre mennesker. Aldersgruppen 20-66 år går noe ned i perioden. Det er viktig å sette inn ulike forebyggende tiltak for aldersgruppene under 80 år for å bidra til flere eldre er aktive og klarer seg selv.

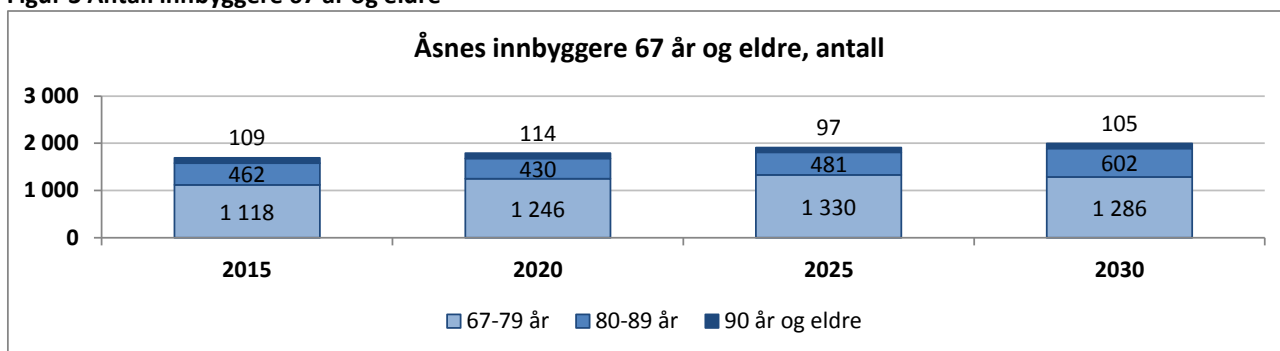
Figur 2 Antall innbyggere 0-19 år



Antall innbyggere 0-19 år forventes å være ganske stabil. Prognosen tilsier at antall innbyggere øker med 4 % i løpet av perioden 2015-2030. Den største økningen kommer i den yngste aldersgruppen, dvs 0-5 år (7,9 % økning). Dette vil være en ny trend da dagens situasjon er et betydelig fødselsunderskudd med 55⁴ fødte barn i 2014. Barn og unge skal prioriteres i kommunen (jmf kommuneplan samfunnsdel). Kommunen har mange folkehelseutfordringer og satsing på tverrfaglig tidlig innsats er viktig for å legge til rette for sunn utvikling.

⁴ SSB oppgir 58 fødte i 2014. Reelle tall er 55. De øvrige 3 er fra Hovelsåsen asylmottak.

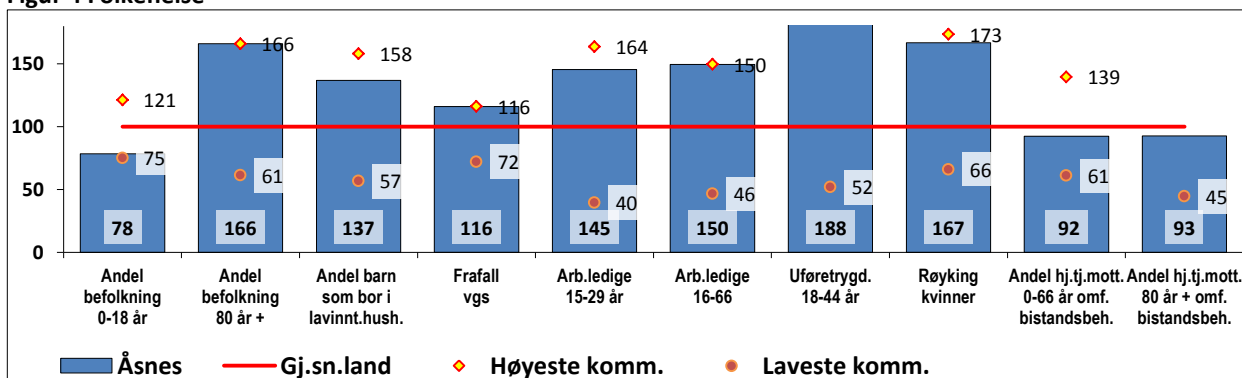
Figur 3 Antall innbyggere 67 år og eldre



Antall eldre over 80 år vil reduseres fram til 2020-2025 for så å øke med 156 personer i 2030. Dette er en stor økning. Det betyr at kommunen må bruke årene i nærmeste fremtid til å forebygge og tilrettelegge for en økning i antall av de eldste eldre om 10 år. Vår helse- og omsorgsplan heter: «Fra pleie til mestring». Satsingsområder: Frisklivssentralens arbeid med lærings- og mestringskurs, satsing på hverdagsmestring og ny velferdsteknologi. Nye omsorgsboliger og tiltak for å hindre ensomhet og isolasjon.

2.2. Behov, levekår og folkehelse⁵

Figur 4 Folkehelse



Figuren viser at mange innbyggere i Åsnes er utsatt for faktorer som innebærer helsefare. Når flere negative faktorer virker sammen, vil risiko for sykdom bli ytterligere forsterket. Økonomi, inntekt, arbeid, utdanning og levevaner (som røyking) er grunnleggende påvirkningsfaktorer for folkehelse. Figuren viser at det er mange utfordringer i Åsnes når det gjelder disse områdene. Åsnes ligger høyt på alle de valgte indikatorene. Det er også flere av indikatorene som er knyttet til oppvekstvilkår. Folkehelseprofilen⁶ for Åsnes viser at andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået. Et høyt frafall fra videregående kan føre til at Åsnes også i fremtiden har et lavt utdanningsnivå. Personer som har utdanning utover grunnskole har lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning. Utdanningsnivået kan også ha relevans i forhold til bruk av helsetjenester. Det er mye som tyder på at kommunens innbyggere har høy sykkelighet. Kommunen har hatt store utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenester både i forhold til Hedmark og landet. Det er også flere som bruker legemidler mot hjerte- karsykdommer og for diabetes.⁷ Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn landet og sykdommer/plager knyttet til muskel-skjelett synes å være mer utbredt.⁸ Figuren viser også at kommunen har en aldrende befolkning. Det er få barn og unge i forhold til eldre over 80 år.

⁵ Kilde: Folkehelseprofil og KOSTRA, tall for 2013

⁶ Kilde: Folkehelseinstituttet, folkehelseprofil Åsnes 2014 og 2015

⁷ Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet

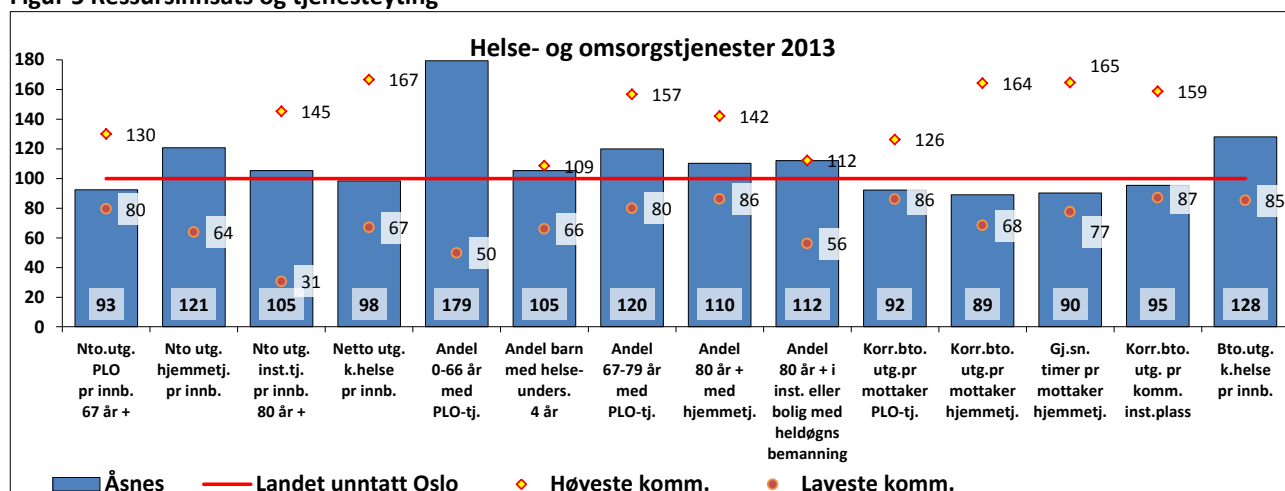
⁸ Folkehelseprofil 2014

2.3. Konklusjon

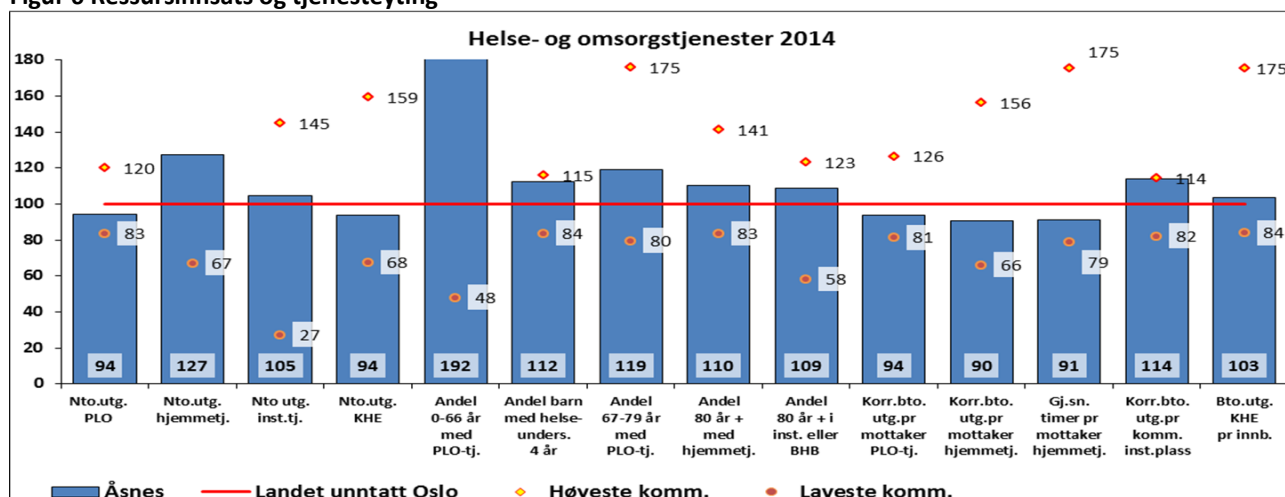
Kommunen har mange flere innbyggere over 80 år enn gjennomsnittet for landet og Hedmark. Antallet i de eldste aldersgrupper vil gå litt ned de neste årene for så å stige om ca. 10 år. Åsnes kommunes folkehelseprofil viser at kommunen har store folkehelseutfordringer. Sysselsetting, økonomi, utdanning, levevaner og helsetilstand er faktorer som påvirker helsetilstanden i befolkningen, og på alle disse områdene ligger Åsnes dårligere an enn gjennomsnittet for landet. Kommunen satser på tidlig innsats for barn og unge, og må fortsette å ha det som fokusområde. Samtidig må kommunen prioritere forebygging, rehabilitering og friskvern for å snu utviklingen fra en pleiekultur til en mestringskultur. Også her er det viktig med tidlig innsats.

3. Ressursanalyse

Figur 5 Ressursinnsats og tjenesteyting⁹



Figur 6 Ressursinnsats og tjenesteyting¹⁰



3.1. Behov for tjenester

Vi vet at kommunen gir hjemmetjenester¹¹ til mange i aldersgruppen 0-66 år (192 % i forhold til landsgjennomsnittet i 2014 - nesten dobbelt så mange). På landsbasis er det 2 % av innbyggere under 67 som mottar hjemmetjenester. I Åsnes er andelen 3,7 %. Kommunen har langt flere psykisk utviklingshemmede enn landsgjennomsnittet og flere med psykiske lidelser og rusproblemer. Mange fosterbarn i kommunen trenger avlastning.

Sammenliknet med de 10 største byene i landet¹² tildeles det gjennomsnittlig ikke flere timer pr bruker i Åsnes til brukergruppen. Med det store antall brukere har Åsnes store kostnader til målgruppen.

⁹ Kilde: KOSTRA, tall for 2013

¹⁰ Kilde: KOSTRA, tall for 2014

¹¹ Hjemmetjenester er definert som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, utgifter ved boliger med heldøgnsbemanning, miljøarbeidertjeneste i VITT, BPA, omsorgslønn, avlastning utenfor institusjon samt tjenester gitt av psykisk helse- og rusteam.

¹² Deltakelse i Effektiviseringsnettverk workshop i regi av KS, 2015

Kommunen har flere ressurskrevende brukere enn sammenliknbare kommuner, men andelen hjemmetjenestemottakere¹³ som får omfattende bistand er allikevel litt mindre enn landsgjennomsnittet (se de to siste søylene i fig 4). Antagelig er det en stor andel som får lite hjelp, og det kan tyde på at terskelen til å få hjelp er lav. Andelen hjemmetjenestemottakere over 80 år med høyt bistandsbehov er lavere enn landet til tross for at kommunen har en stor andel over 80 år. Det tyder på at kommunen gir institusjonstjenester til denne gruppen i større grad enn gjennomsnittet for landet. Vi vet at mange eldre over 80 år med stort bistandsbehov er institusjonsbeboere i Åsnes og vi antar at terskelen for å få sykehjemsplass er lavere/har vært lavere enn i mange andre kommuner. Kommunen har redusert antall institusjonsplasser i 2014, og vi forventer at dette vises i statistikken for 2015.

3.2. Prioritering og ressursinnsats

De fire første søylene i fig. 5 og 6, viser Åsnes kommunes ressursinnsats. Ressursinnsatsen forteller ikke hvor mange som mottar tjenester, eller hvor mye den enkelte får. Søylene viser kun gjennomsnittstall for nettokostnader pr. innbygger.

Åsnes kommune ligger rett under landsgjennomsnittet (94 % i 2014) når det gjelder netto utgifter til pleie- og omsorgstjenestene samlet. Når en har valgt å dele de samlede utgiftene på alle innbyggere over 67 år, er det fordi dette gir den beste sammenligningen mellom kommunene.

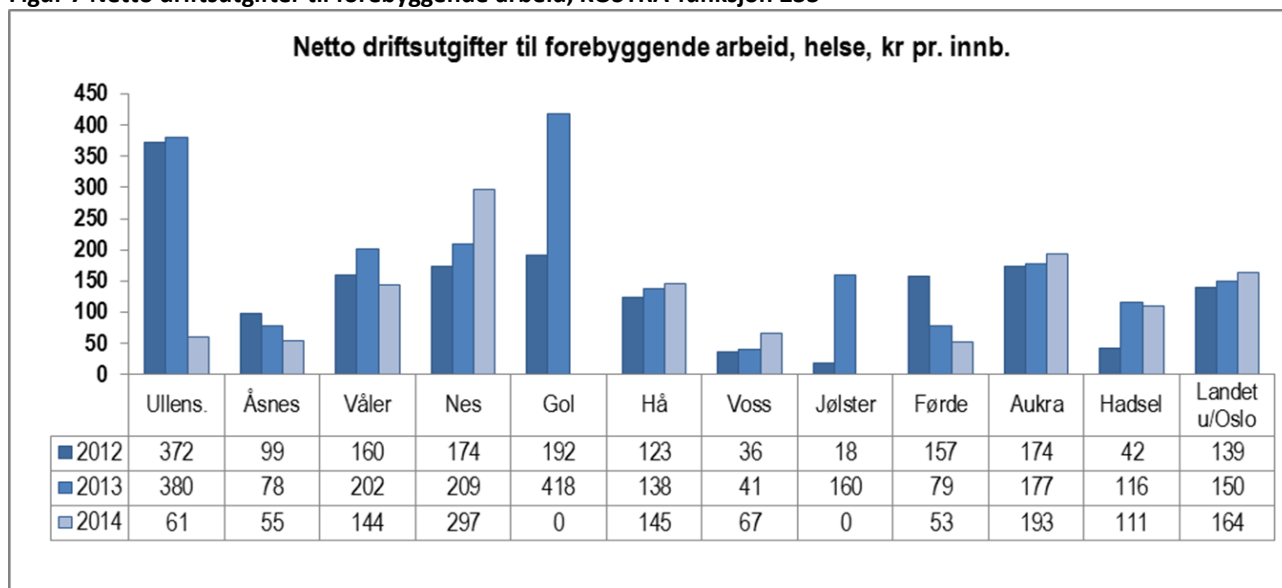
Søyle to og tre viser at kommunen prioriterer midler til både hjemmetjenester(127%) og institusjon(105%). Utgiftene til hjemmetjenester har økt siste år. Her må bemerkes at utg. til hjemmetjenester er fordelt på alle aldersgrupper, og at hjemmetjenester innebærer mange ulike tjenester. Her er utgifter til heldøgnsbemmede boliger som Flisabo, Sønsterud bofellesskap og Evenshaugen medregnet.

Nettoutgiftene er store til tross for at kommunen har langt større inntekter til ressurskrevende brukere enn andre kommuner. I 2013 hadde kommunen også institusjonsbeboere ved Hof aldershjem. De neste 10 årene vil det være færre 80+ i Åsnes, og netto utg. til institusjon vil bli høyere dersom det driftes på samme måte da det er færre å dele utgiftene på.

Kommunehelse omhandler KOSTRA-funksjonene 241(legetjenester, legevakt, ergo- og fysioterapi,) 233 forebygging (frisklivssentral, miljørettet helsevern, smittevern) og 232 (helsestasjon, skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, barne- og familieteam, helsetjenester asylmottak). Netto utgift til kommunehelse var omtrent likt med gjennomsnittet for landet i 2013 og er redusert til 94% av landsgjennomsnittet i 2014. Det er vedtatt at barn og unge skal prioriteres, og det er i tråd med dette at helsestasjon/skolehelse/barne- og familieteam er prioritert(funksjon 232). Funksjon 233 forebygging er lavt prioritert sammenliknet med landet og nettverket. Funksjon 241 ligger omtrent som landet.

¹³ Hjemmetjenestemottakere er alle som får hjemmetjenester (se fotnote 6)

Figur 7 Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, KOSTRA-funksjon 233



3.3. Dekningsgrader og kapasitet

Dekningsgraden sier noe om hvor mange som har mottatt tjenesten, den sier ikke noe om omfanget eller kvaliteten på tjenesten. Søylene 5-9 i fig.5 og fig 6 viser Åsnes kommunes dekningsgrad på noen utvalgte tjenester.

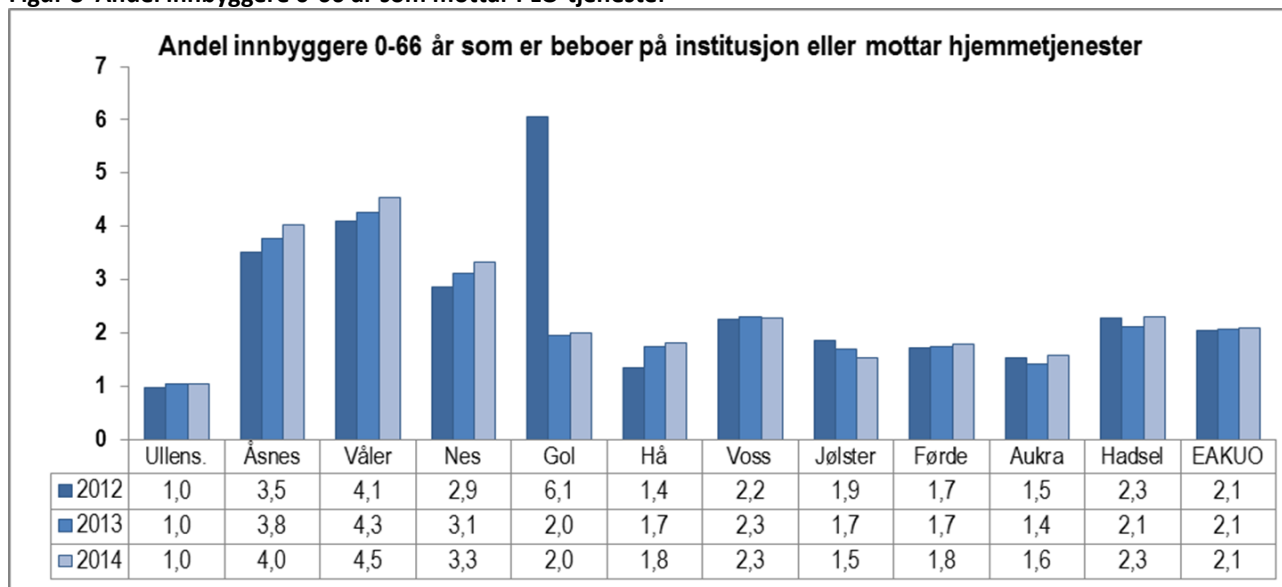
Kommentarer og vurdering

Kommunehelse. Andel barn med 4 års kontroll på helsestasjon er over 100 %.

Helsestasjon/skolehelsetjeneste mm har mange ulike oppgaver, og gir viktige tjenester til alle barn og unge. Andel åpne fastlegelister var bare én i 2013. I dag er 4 lister åpne.

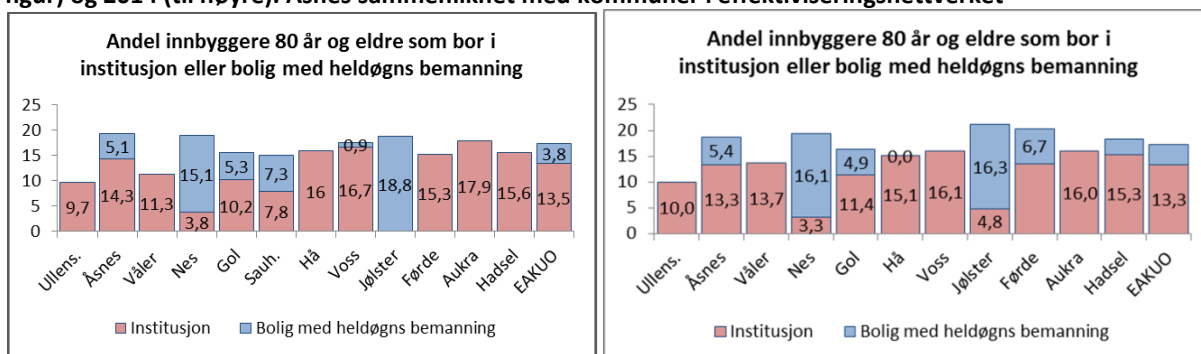
PLO. Kommunen gir pleie- og omsorgstjenester til en større andel av befolkningen i alle aldersgrupper sammenliknet med kommunene i nettverket og gjennomsnittet for landet. I aldersgruppen 0-66 år får nesten dobbelt så mange tjenester sammenliknet med landet, og andelen er økende.

Figur 8 Andel innbyggere 0-66 år som mottar PLO-tjenester



Andel innbyggere 67 – 79 år som mottar tjenester er interessant å se nærmere på, fordi dette er en aldersgruppe som gjerne er i ”inngangsfasen” av kommunale tjenester, og dette er et alderssegment hvor diskusjoner om terskler og standarder kan ha stor effekt for kommunens praksis og tjenestenivå. Særlig mtp økningen i andel og antall eldre innbyggere vil det være viktig å ha en bevisst og politisk forankret praksis på hva som er riktig terskel for når kommunen starter å gi tjenester til eldre.

Figur 9 Andel innbyggere 80 år og eldre som bor i institusjon eller bolig med heldøgns bemanning i 2013 (venstre figur) og 2014 (til høyre). Åsnes sammenliknet med kommuner i effektiviseringsnettverket



Andelen institusjonsbeboere over 80 år er noe redusert fra 2013 til 2014. I 2013 og noen mnd. i 2014 var institusjonsbeboere ved Hof aldershjem medregnet. Det forventes riktigere tallgrunnlag for institusjonsbeboere fra 2015. Sønsterud bofellesskap er en bolig med heldøgns bemanning som også skal reduseres. I tillegg får kommunen ny omsorgsbolig fra 2016/2017.

Dekningsgraden i institusjon eller heldøgns bemanning er høy i Åsnes. Andelen plasser avsatt til tidsbegrenset opphold er lavt. Det er foreslått å gjøre om langtidsplasser til korttid.

3.4. Produktivitet og enhetskostnad

Begrepet produktivitet er en beskrivelse av hvor mye vi klarer å produsere for en gitt innsats av ressurser. Produktivitet måles ved å dele kroner som er brukt på antall produserte enheter, eller ved å dele på antall brukere.

De fem siste søylene i figur 5 og figur 6 viser brutto¹⁴ utgifter pr mottaker.

Kommunehelse: Som vertskommune for asylmottak, interkommunal legevakt og frisklivssentral fikk kommunen inntekter, derfor er brutto utgifter pr. innb. vesentlig høyere enn nettoutgifter¹⁵ i 2013. Brutto utgifter til kommunehelse ble redusert med 518 kr pr innbygger fra 2013 til 2014.

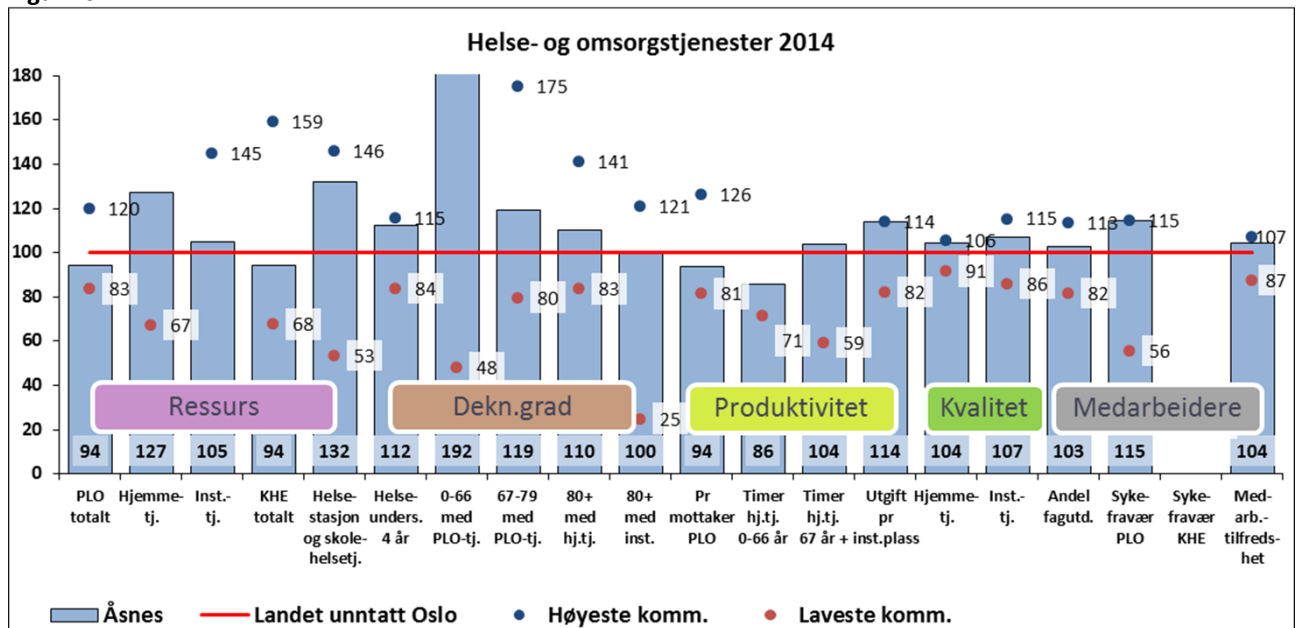
PLQ: Figurene 5 og 6 viser at vi har lavere kostnader per mottaker totalt for PLO sammenliknet med gjennomsnittet for landet. Kostnadene blir fordelt over mange brukere, og mange brukere har få/ lite omfang av tjenester. Det tildeles færre timer hjemmetjeneste per mottaker enn landssnittet. Det gis med andre ord lite hjelp til mange. Pga høy andel særlig ressurskrevende brukere har vi noen få som har mange timer, mens de fleste ligger under landssnittet. En stor andel av hjemmetjenestebrukere får tjenester av psykisk helse- og rustjeneste. Mange av dem har en ukentlig samtale. Kommunen har høy dekningsgrad. Mange mottar tjenester og mange har et lavt bistandsbehov.

¹⁴ Brutto utgifter: Driftsutgifter før de er korrigert for driftsinntekter

¹⁵ Netto utgifter: Driftsutgifter etter at de er korrigert for driftsinntekter

Korrigerte brutto utgifter til kommunal institusjonsplass er de totale kostnader delt på antall plasser. I 2013 var antall plasser høyt, da Hof var i drift. Hof hadde mindre utgifter pr plass enn Åsnes sykehjem. I 2014 ble utgifter pr institusjonsplass dyrere. Hof var i drift deler av året, mens utgiftene bare ble delt på 92 plasser ved Åsnes sykehjem.

Figur 10



Figuren over viser at Åsnes ligger høyere på ressursbruk innen pleie- og omsorg enn landsgjennomsnittet. Spesielt er kostnadene for hjemmetjenester høye. Åsnes har en svært høy dekningsgrad for aldersgruppen 0-66 år. Det er svært få institusjonsbeboere i denne aldersgruppen. Utgifter pr institusjonsplass er høye, men kan delvis forklares med at i 2014 ble utgiftene ved Hof aldershjem i 4 måneder medregnet samtidig som de samlede utgiftene bare ble fordelt på 92 sykehjemsplasser. Det er verdt å bemerke at kostnader til døgnavlastning for yngre brukere også hører med inn under kostnader ved institusjon. Bruttokostnadene til avlastning for barn og unge har økt med 9 millioner siden 2011.

Kvaliteten er høy målt ut fra brukerundersøkelser. Medarbeidertilfredsheten er høy, men sykefraværet innen pleie- og omsorg er også svært høyt.

3.5. Konklusjon

Åsnes kommune har store utfordringer innen folkehelse og høyere sykkelighet enn gjennomsnittet for landet. Kommunen har mange eldre og mange enslige eldre over 80 år. Vi har mange med behov for tjenester og høy dekningsgrad innen PLO for alle aldersgrupper. En stor andel av innbyggere over 80 år bor på institusjon eller får omsorg med heldøgns bemanning. Mange over 80 år får også hjemmetjenester, men det er færre med omfattende tjenestebehov

4. Kvalitetsanalyse

4.1. Brukerundersøkelse

Vi benytter undersøkelser utviklet i regi av KS – gjennom portalen www.bedrekommune.no

Det ble høsten 2014 gjennomført brukerundersøkelser i tre virksomheter; Virksomheten for tilpassede tjenester, Åsnes sykehjem og Hjemmetjenesten.

Oversikt 2: brukerundersøkelser i PLO og svarprosent

Virksomhet	Undersøkelse	Utvalg antall	Svar %	Kommentar
ViTT				
	Utviklingshemmende, brukere	40	65 %	Intervju
	Utviklingshemmende, pårørende	20	30 %	6 svar*
Sykehjem				
	Institusjon, beboere	29	90 %	Intervju
	Institusjon, pårørende	91	46 %	
Hjemmetj.				
	Bofellesskap; beboere	31	75 %	Intervju og svarskjema
	Bofellesskap; pårørende	27	37 %	
	Omsorgsboliger	17	53 %	
	Praktisk bistand	50	22 %	
	Hjemmesykepleie	50	68 %	Intervju

*KS anbefaler å ha minstekrav til besvarelse for fremstilling av rapport på 7 svar. Vi har derfor valgt å utelate detaljerte resultater.

Oversikt 3: Brukertilfredshet hjemmetjeneste og institusjon

(1=laveste tilfredshet, 6=høyest tilfredshet)

Dimensjoner	Hjtj. total	Sønsterud Bof (SB).	Pårør. SB	Sykehjem	Sykehj. Pårør.
Brukertilfredshet					
Tilgjengelighet	5,1	5	5	4,8	5
Informasjon	4,7	5,1	4,5	5,2	4,9
Brukermedvirkning	4	4,7	4,2	4,5	4,7
Respektfull behandling	5,1	5,6	5,2	5,4	5,6
Trivsel		5,2	4,7	5,5	5,2
Resultat for brukeren	5,4	5,3	4,5	5,1	5,3
Helhetsvurdering	5,6	5,2	4,7	5,1	5

Undersøkelsene består av påstander hvor det skal svares på en skala fra 1 til 6, der 1 er helt uenig og 6 er helt enig. «Vet ikke» er også et alternativ.

Oversikt 4: Brukertilfredshet – virksomhet tilpassede tjenester

Tema	Ja	Nei	Vet ikke	Antall spørsmål
Selvbestemmelse	88,2 %	5,9 %	5,9 %	2
Trivsel	68,8 %	30,0 %	1,2 %	6
Trygghet	9,6 %	88,5 %	1,9 %	2
Brukermedvirkning	81,1 %	12,8 %	6,1 %	4
Respektfull behandling	88,4 %	9,0 %	2,6 %	6
Informasjon	84,6 %	7,7 %	7,7 %	2
Helhetsvurdering	100 %	0	0	1

Brukerundersøkelsen rettet mot utviklingshemmede skiller seg fra øvrige undersøkelser fordi den er todelt. Undersøkelsen består av en standarddel med ja/nei spørsmål og en del som utdyper standardspørsmålene. Resultatene vises i egen kommentarrapport som bare er tilgjengelig for den enkelte kommune. Hensikten er å utdype der brukerne har behov for å uttrykke seg mer i detalj, eller der kommunen har behov for mer informasjon om brukernes tilfredshet.

Når brukere svarer ja uttrykker det seg positivt om tjenestene (eks: Liker du deg der du bor?)

Andre spørsmål kan gi både positivt og negativt svar (eks: Er det fellesareal der du bor?) Spørsmålet gir ikke uttrykk for en kvalitativ opplevelse.

I tillegg kan svaret ja på andre spørsmål betyr at brukere uttrykker seg negativt om tjenester (eks: er det noe eller noen du er redd for i nabolaget ditt?) Denne type spørsmål ligger under tema trygghet, og påvirker totalscore for dimensjonen..

Undersøkelsen til pårørende/brukerrepresentant består av påstander hvor det skal svares på en skala fra 1 til 6, der 1 er helt uenig og 6 er helt enig. Påstandene her spiller standardspørsmålene til brukeren.

ViTT har et begrenset utvalg av brukere som kan svare på brukerundersøkelsen, som er over 18 år og får målrettet miljøarbeid (praktisk bistand i hjemmet, praktisk bistand i opplæring og helsetjenester i hjemmet utøvd av ViTT). Utvalg for pårørende/brukerrepresentanter er pårørende/verge av brukere som ikke klarer å svare for seg selv pga sykdom og kognitive begrensninger.

Vurdering og oppfølging av brukerundersøkelsene

Hjemmetjenesten har ikke store avvik fra tidligere undersøkelser og jevnt er det svært gode resultater. Svarprosenten er høyere enn tidligere, med unntak av praktisk bistand. Det har vært gjennomført flere intervjuer som anses å være suksessfaktoren

Resultatene fra 2014 viser høy grad av tilfredsstillelse; hvor de sterke sidene symboliseres av stor grad av trygghet og troverdighet i utøvelsen. Forbedringspotensialet er tydeligere for dimensjonene brukermedvirkning og informasjon; herunder involvering i brukerrettede planer og innhold i vedtak og klageadgang.

Hjemmetjenesten vil gi orienteringer om resultatet fra undersøkelsen til alle brukere. Ved bofellesskapet vil det presenteres på en hyggekveld hvor pårørende ofte er deltakende, beboere i omsorgsboliger og brukere med praktisk bistand og/eller hjemmesykepleie vil få skriftlig tilbakemelding. For å søke bedre løsninger på enkelte utfordringer, som er noenlunde sammenfalne i alle undersøkelsene, vil et antall brukere (ressurspersoner) inviteres til lunsj for å snakke med tjenesteansvarlige.

Tilpassede tjenester er ikke fornøyd med undersøkelsene og er skuffet over lite sammenligningsgrunnlag med andre kommuner. Til tross for dette har vi funnet 4 tema til forbedring:

- Økt bruk av individuell plan som metoden for brukermedvirkning
- Økt antall brukere i jobb/dagaktivitet, samt utvidet tilbud på aktiviteter etter arbeidstid

- Økt trygghet for brukere som ikke bor i gruppebolig/bofelleskap
- Finne metode som gir bedre brukermedvirkning for dem med liten kommunikasjonsevne.

Alle ansatte er informert om resultatet av brukerundersøkelsene. De ansatte tar resultatene med i dialog med brukere og pårørende som for eks. i ansvarsgruppemøter. Politikere og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne har behandlet resultatene i en politisk sak.

Sykehjemmet

Ut fra en helhetsvurdering er sykehjemmet fornøyd med resultatene. På de fleste parameterne ligger vi likt eller litt over landsgjennomsnittet. Vi er spesielt fornøyd med høy score på respektfull behandling og trivsel. Vi har god score på enkeltspørsmål som går på legehjelp og smertelindring. Dette er 2 områder som det har vært jobbet målrettet med.

Områder som er gjenstand for forbedringer er enkelt spørsmål under hovedområdene brukermedvirkning og informasjon. Svarene er sammenfallende både fra brukere og pårørende og det tyder på god validitet. Tiltak som kan medvirke til bedre kvalitet ved neste måling er:

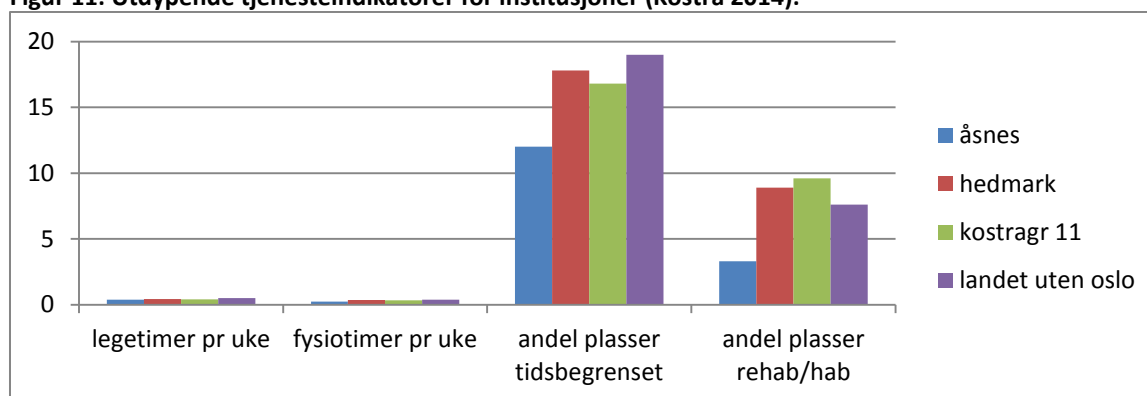
- Bedre involvering ved utarbeidelse av planer som gjelder den enkelte og en bedre forklaring til informanten om hva som ligger i dette spørsmålet.
- Systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året. I tillegg å tydeliggjøre hvem som er primærsykepleier og sekundærkontakt for både pasienter og pårørende. Visualisere dette ved bruk av bilder som eksempel kan henge på rommet.

Tilbakemeldinger til pasienter og pårørende er uformelt gjort ved årsmøtet til sykehjemmets Støtteforening og en mer formell presentasjon på et pårørendemøte i løpet av første halvår.

Det er en målsetting å øke svarprosenten og vi må derfor ha bedre rutiner for å informere om undersøkelsen i forkant - dette gjelde spesielt pårørende.

4.2. Objektive kvalitetsindikatorer

Figur 11: Utdypende tjenesteindikatorer for institusjoner (Kostra 2014):

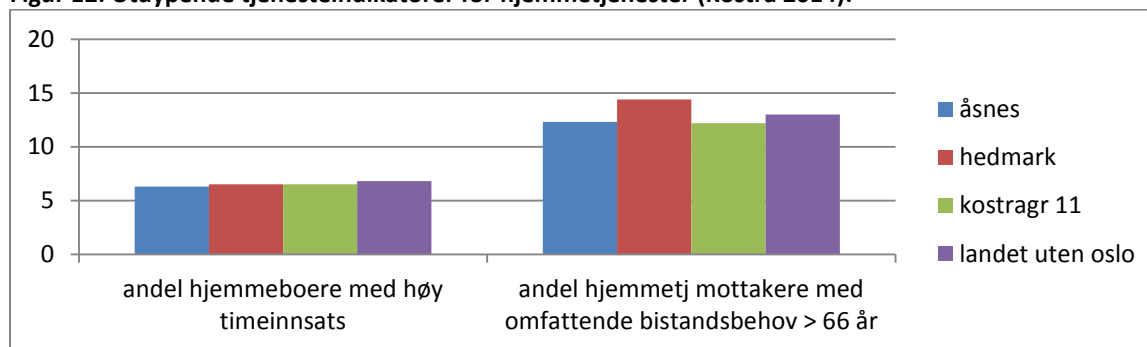


Åsnes kommune har både mindre lege- og fysioterapitimer per uke på institusjon enn de vi sammenligner oss med og det er mindre korttidsplasser og rehabiliterings/habiliteringsplasser. Det er et mål å øke andel korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, og dermed må det bli færre langtidsplasser.

Åsnes sykehjem har 80 % legestilling. Denne er pt fordelt på 3 leger. Ønsket situasjon er en økning tilsvarende 100 %, og at denne er fordelt på max 2 leger.

Dette for å oppfylle intensjonen med Samhandlingsreformen om å kunne behandle og følge opp pasienter i kommunehelsetjenesten.

Figur 12: Utdypende tjenesteindikatorer for hjemmetjenester (Kostra 2014):



Tallene bekrefter at Åsnes kommune satser mer på institusjon enn på hjemmetjeneste. Her ligger handlingsrom ved å yte mer og intensivere tjenester i hjemmet.

Kvalitetsindikatorer fra Helsedirektoratet (Effektiviseringsnettverk)

Sykehjemmet rapporterte på 3 ulike kvalitetsindikatorer foreslått fra Helsedirektoratet; medikamentavvik, fall og sår. Hjemmesykepleien rapporterte på antall tjenesteytere på brukere med mer enn to besøk i døgnet.

Det har vært utfordrende for oss å vurdere resultatet av disse rapporteringene. Det gir oss ikke nok grunnlag til å vurdere kvalitet i denne fasen.

Sykehjemmets måleperiode har kun vært 1 måned. Vi har forøvrig valgt å bruke de samme kvalitetsindikatorerne for 2015 med en forenkling av måleparametrene. Hensikten er å iverksette tiltak som kan føre til mer forebyggende arbeid og dermed bedring av kvalitet.

4.3. Konklusjon

Brukerundersøkelsene i 2014 kan oppsummeres under følgende punkter:

- Viktigste funn og særtrekk: Det er utfordrende å oppnå høy svarprosent i enkelte grupper. Lav tilfredshet i anvendelse av undersøkelsen for utviklingshemmede. Alle virksomheter har definert forbedringsområder. Den totale tilbakemeldingen viser høy tilfredshet.
- Resultatenes styrker og svakheter kan være et uttrykk for at den generelle kvaliteten på tjenestene er bra og at det er særlig brukermedvirkning som ikke er satt godt nok i system
- Det er liten variasjon fra tidligere år.
- Resultatene viser høy og bra opplevd kvalitet sett på dimensjoner. Kommunen undersøker gjennom omstillingsgrupper om kvalitetsnivået er for høyt. Konklusjonen vil vise retning for tjenestenivået i framtiden.

5. Samhandlingsreformen

Målsetningene for samhandlingsreformen

- mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- en større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene
- styrke forebyggingen og bedre folkehelsen

For kommunene har dette innledningsvis handlet om forebygging av innleggelse i sykehus og håndtering av ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 får kommunene plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det legges opp til atplikten trer i kraft fra 2016.

Utskrivningsklare pasienter

Håndtering av utskrivningsklare pasientene ble mindre utfordrende enn først antatt for Åsnes kommune, i reformens oppstart. Kommunens institusjonsplasser har siste to år blitt redusert med 35 senger (inkludert 10 overbeleggs plasser ved sykehjemmet), noe som har skapt mer utfordringer. Det er høyere terskel for sykehjems plass da plassene er færre. Det har gitt økning i antall overliggerdøgn på sykehus. I 2014 ble det svært mange overliggerdøgn i juli, august og september (til sammen 95 døgn). Det kan være en sammenheng med at avdelinger ved sykehuset ble slått sammen i sommermånedene.

2012 – hele året	Pasienter
Utskrevet til hjemmet med hjemmesykepleie	216
Utskrevet til korttidsopphold i kommunen	69
Betalingsdøgn på sykehus	25*
2013 – januar – juli	
Utskrevet til hjemmet med hjemmesykepleie	244
Utskrevet til korttidsopphold i kommunen	63
Betalingsdøgn på sykehus	21
2014 – hele året	
Utskrevet til hjemmet med hjemmesykepleie	385
Utskrevet til korttidsopphold i kommunen	53
Betalingsdøgn på sykehus	122
2015 – januar tom august	
Betalingsdøgn på sykehus	83
*Første halvår ble rutiner for utskriving av pasienter mistolket av kommunen og resulterte i flere betalingsdøgn enn hva som var nødvendig	

Ordningen med medfinansiering av utgifter til spesialisthelsetjenesten for de somatiske pasienter har fungert i perioden 2012-2014. Åsnes kommune fikk økte utgifter med denne ordningen som ble avviklet 31.12.2014.

5.1. Ø-hjelp

Plikten skal kun gjelde for de pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I all hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling.

Det er inngått avtale med kommunene Våler og Elverum om å etablere interkommunale døgnplasser i Elverum med oppstart senest i november 2015.

5.2. Erfaringer

Vi ser et bedret samarbeid med andrelinjetjenesten innen psykisk helsetjeneste. Det er bla. utarbeidet skriftlig avtale mellom kommunen og DPS Kongsvinger, vi har også faste samarbeidsmøter på systemnivå. Noen av våre langtidsbrukere har fått avtale om brukerstyrt seng ved DPS Kongsvinger, og vi har i dag et felles prosjekt sammen med DPS Kongsvinger og alle 6 kommunene i Glåmdalsregionen.

Omsorgstjenesten ser tydelig tendens til at utskrivningsklare pasienter og beboere på sykehjem er sykere enn tidligere og har behov for mer omfattende kommunale tjenester. I 2014 er færre skrevet ut fra sykehus direkte til korttidsopphold og det er flere som har ventet på sykehjems plass i seng på sykehuset. I tillegg har vi tatt i mot enda flere enn tidligere til hjemmet med hjemmesykepleie.

5.3. Viktigste funn/konklusjoner

Kommunen tilbyr kompetente tjenester til mange innbyggere i hjemmet. Sykehjemmet skal være for de aller dårligste, og vedtakene er i tråd med dette.

Vedrørende det stadig stigende antall utskrivningsklare pasienter er det behov for en strategisk plan for håndtering av dette i framtiden – det ble en dramatisk økning i betalingsdøgn fra 2013 til 2014. Det bør fortløpende vurderes hvilket tilbud som er best for den enkelte pasient, kombinert med den best økonomiske løsningen – som de overordnede retningslinjene.

Kommunen må for framtiden ta stilling til om hjemmetjenesten har ressurser nok, i kompetanse og ansatte, til å håndtere den økningen og forventningen til at flere skal bo hjemme lenger.

Kommunen må i enda større grad i framtiden satse på forebygging, læring og mestring; tiltak som frisklivssentralen, hverdagsmestring, rehabilitering, mobilt eldresenter. Tidlig innsats, forebygging og rehabilitering er avgjørende for at vi skal lykkes med intensjonene i Samhandlingsreformen.

I dag bruker Åsnes langt mindre ressurser til forebyggende tiltak utover helsestasjon og skolehelsetjeneste enn kommuner det er naturlig å sammenlikne seg med.

6. Medarbeidere

Siste medarbeiderundersøkelse i Åsnes ble foretatt i 2013 for alle virksomheter i kommunen. Det planlegges ny medarbeiderundersøkelse høsten 2015.

Medarbeiderundersøkelsen

Svarprosenten i 2013 var totalt på 81 % - langt høyere enn tidligere.

Innen helse, pleie og omsorg var svarprosenten følgende:

74 % i hjemmetjenesten,

83 % på institusjon

82,5 % i helseavdelingen

73 % i ViTT

Personalavdelingen administrerte medarbeiderundersøkelsen og det ble ofte gitt informasjon om deltakelsen. Dette skapte en «konkurranse» mellom virksomhetene, som medvirket til tidenes deltakelse.

Resultat

Helhetsvurdering gir et samlet tall på alle dimensjonene og gir et signal om totalopplevelsen for ansatte (svar fra 1-6 hvor 6 angir best score. Snittet for nettverket var 4,6 og snittet for hele Åsnes kommune var 4,7)

På spørsmålet: Alt i alt, hvor fornøyd er du med arbeidssituasjonen din?

Hjemmetjenesten: 4,7

Institusjon: 4,7 (inkludert Hof aldershjem, som nå er avviklet)

Helseavdelingen: 5,0

ViTT: 4,6

Sammenliknet med øvrige kommuner i nettverket har Åsnes en høyere medarbeidertilfredshet enn landet for øvrig og ligger nærmest på topp i nettverket.

Gjennomgående på spørsmålene svarte hjemmetjenesten og institusjon omtrent som gjennomsnittet for nettverket, mens helse lå over gjennomsnittet på alle spørsmål.

Oppfølging av resultatene i undersøkelsen

Oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen 2013 var todelt :

- Presentasjon av resultater til alle som har svart på undersøkelsen, i hver enkelt enhet.
- Videre oppfølging:
Arbeidsmiljøet ble diskutert i lys av resultatene for å ivareta og forbedre arbeidsmiljøet. Hver enhet måtte velge minimum tre fokusområder med tiltak, som ble forankret i virksomhetens planer til oppfølging. AMU fikk planene til orientering.

Hjemmetjenesten:

Fokusområdene ble definert i HMS-grupper og personalmøter. Det var ulike resultater per enhet, derfor ulike prioriteringer. Ved å trekke ut noen hovedlinjer har det i denne perioden vært økt oppmerksomhet mot følgende; overordnet ledelse/informasjon, internundervisning og organisering av arbeidet.

Disse temaene har blant annet ført til

- oppdaterte og nye rutiner
- det er søkt å skape et realistisk forventningsnivå til overordnet ledelse vedrørende informasjonsbehov
- mer internundervisning på tvers av avdelinger og virksomheter

Sykehjemmet:

Åsnes sykehjem prioriterte følgende fokusområder etter medarbeiderundersøkelsen i 2013:

- Systemer for lønns- og arbeidstidsordninger (spesielt ekstra helgearbeid fast på turnus og sommervakt og lengden på kveldsvakt foran dagvakt).
- Fysiske arbeidsforhold (inneklime og luft/varme)
- Samarbeid og trivsel med kollegaer, innhold i jobben og forhold til nærmeste leder.

Noen av fokusområdene som ble valgt ut etter medarbeiderundersøkelsen i 2013, er til dels vanskelige å måle effekt og se konkrete resultater av. Systemer for lønns- og arbeidstidsordninger med ekstra helgearbeid og sommervakt, vil bli grundig evaluert sammen med tillitsvalgte, høsten 2015. Avtalen har vært en kompromiss løsning for å kunne avvikle sommerferien i 2 puljer.

Samarbeid og trivsel med kollegaer er et område som det må jobbes kontinuerlig med. Sykehjemmet iverksatte et nærværprosjekt høsten 2015 som også har fokus på samarbeid og trivsel. Åsnes kommune og sykehjemmet spesielt, er i en omstillingsfase. Dette gjør at det er viktigere enn noen gang å ha oppmerksomhet på arbeidsmiljøet.

I forkant av høstens medarbeiderundersøkelse, vil vi bruke tid på å avklare spørsmålsstillinger og å motivere ennå flere ansatte til å bruke sin mulighet til å medvirke til potensielle forbedringer i arbeidsmiljøet.

Helseavdelingen:

Gjennomgående svært høy tilfredshet i alle avdelinger. Helsestasjon fikk høyere skår på alle punkter i forhold til undersøkelsen i 2010, bortsett fra fysiske arbeidsforhold. HMS-gruppa jobber videre med dette. Ergo- og fysioterapiavdelingen vil fortsatt prioritere sosiale tiltak og jevnlig samarbeidsmøter internt. Psykisk helsetjeneste peker også på bedring av de fysiske arbeidsforholdene i Sparbyhuset. Det er vanskelig å kontrollere temperatur. Organisering av arbeidet og deltagelse i å sette mål for arbeidet har også fokus.

ViTT:

Etter undersøkelsen ble det satt nye måltall for neste undersøkelse og jobbet frem 3 fokusområder for hele ViTT, med mulighet for noen variasjoner per enheter. Områdene handler om tilstedeværelse av nærmeste leder, fysisk arbeidsmiljø og mobbing. Det jobbes med disse i HMS-grupper og på personalmøter. Forventningsavklaring fra de ansatte mot nærmeste leder er grunnleggende i arbeidet. Vi har sett på møtестruktur, frekvens og delaktighet av alle. Fokus ligger på tillit og tar rettfærdige beslutninger. Det er tenkt en gjennomgang av spørsmål i personalmøter før neste undersøkelse skal gjennomføres for å avdekke uklårheter.

Kompetanse

Pleie og omsorgstjenestene i Åsnes har (2013-tall) 48 % ansatte med fagutdanning fra videregående skole, 28 % med fagutdanning fra høgskole/universitet og 24 % er ufaglærte. Totalt er det 76 % av ansatte som har en fagutdanning.

Det er stadig «motivasjonskampanjer» for å øke kompetansenivået blant både ufaglærte og faglærte. Behovet hos brukerne blir stadig mer komplekst og med samhandlingsreformen ble kommunens ansvar for mer omfattende ivaretagelse tydeliggjort. Vi har som kommune et mer definert oppgavespekter, som vil kreve godt oppdaterte og skolerte ansatte.

Ved ledige stillinger er det vesentlig å definere hvilket kompetansebehov kommunen har. Det er forholdsvis mange i det øvre alderssiktet, som gir behov for økt rekruttering. I framtidig rekrutteringsprosess må det være kartlagt hvilken kompetanse disse skal erstattes med.

Kommunens strategiske kompetanseplan skal omhandle kartlegging, behov og prioriteringer for kompetanse kommunen må inneha for å løse sine oppgaver.

Sykefravær

Det er svært høyt sykefravær i flere enheter i kommunen. Åsnes kommune hadde i Effektiviseringsnettverket det høyeste fraværet basert på tall fra 2013 og 2014. Fraværarbeid og nærværfokus har over mange år vært på dagsorden, med tett kontakt med IA-konsulenter, kompetanseheving har kommunen forsøkt å bruke de muligheter som gis gjennom IA-avtalen. Til tross for dette har vi ikke lyktes. Gjennomsnittet for 2014 var for sykehjemmet 12,3 %, hjemmetjenesten 13,6 %, ViTT 9 % og helseavdelingen kun 1,6 % fravær.

Åsnes sykehjem har satt i gang et omfattende nærværarbeid som gir svært lovende resultater.

Per 17.09.15 er sykefraværet : Åsnes sykehjem 10,3%, hjemmetjenesten 11.4%, ViTT 5,8%, NAV 4,6%, helseavdelingen 3%

Konklusjon

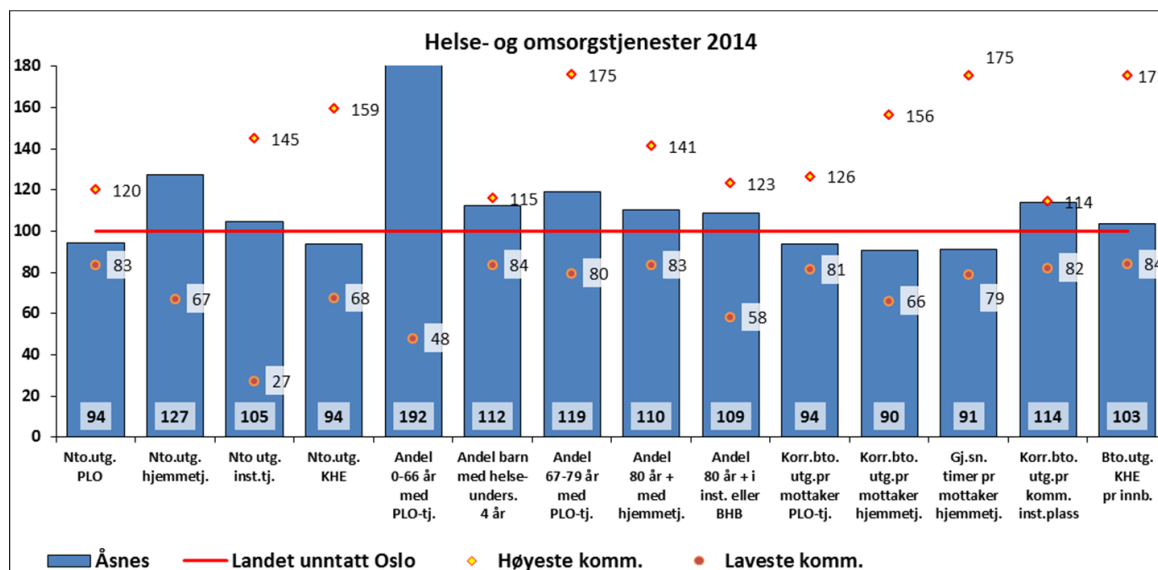
Medarbeidertilfredshet innen helse, pleie og omsorg er stor og kan dermed ikke ses i sammenheng med det høye sykefraværet i enkelte enheter. Skal resultatet fra medarbeiderundersøkelsen vurderes utfra helhetsvurderingen vil vi ikke her finne årsaken til fraværet. Det må være andre faktorer som påvirker i større grad. Det er sannsynligvis ikke en myte at omsorgsoppgaver over tid gir stor slitasje på kroppen, som kan føre til helseplager og derav sykefravær, uavhengig av hvordan de ansatte har det på jobb. I følge medarbeiderundersøkelsen trives ansatte i Åsnes bedre enn øvrige i nettverket og i landet. Åsnes har en høy alderssammensetning, som kan gi grunn til å relatere fravær og helseplager til de eldste ansatte. Dette er et objektiv synspunkt, da det subjektivt blant ledere oppleves at de yngste har like mye fravær. Helseprofilen til kommunen avslører en utfordrende statistikk og viser en befolkning med mange utfordringer. Sannsynligvis kan dette ses i sammenheng med fraværet generelt i kommunen.

KS og bedre.kommune.no har laget en ny medarbeiderundersøkelse fra høsten 2015. Den har spørsmål som i større grad skal søke å måle variabler som er avgjørende for å oppnå gode resultater – og som kan påvirkes gjennom målrettet utviklingsarbeid. I tillegg skal undersøkelsen være fokusert og avgrenset og legge spesiell vekt på mestring, motivasjon og ledelse.

For å sammenlikne undersøkelsen gjennomført i 2013 mot ny gjennomføring i 2015 vil det være nødvendig å plukke ut sammenliknbare dimensjoner og variabler for å se effekt av tiltakene rettet mot fokusområdene i perioden.

7. Vurdering av resultateffektivitet

7.1. Tjenesteprofil



Figur 63 Profil helse- og omsorgstjenestene

De viktigste av indikatorene fra de andre kapitlene i tjenesteanalysen. Denne figuren er kommentert tidligere i dokumentet.

7.2. Vurdering av resultateffektivitet

Resultatkvallitet; Oppnå mål på en kostnadseffektiv måte (oppnår mål og sløser ikke med ressursene)

Får vi ønskede resultater på en kostnadseffektiv måte?

Et utgangspunkt for vurdering av ressursbruken er om målsettingen er tydelig nok. Hva er den egentlige målsettingen for innsatsen rettet mot brukerne? Er det en faglig vurdering «der og da» som legges til grunn for ressursbruken, eller er det en målsetting i et lengre perspektiv for bruker og brukergruppen som ligger til grunn.

Mange brukere, samt stort volum på tjenester for en lav kostnad kan indikere at det fordeles for lite på mange. Dog må det i denne vurderingen også tas hensyn til at det er mange brukere med store behov som medfører stor ressursbruk.

Det er store forventinger hos brukere og ikke minst blant pårørende, og det oppnås gode score på brukerundersøkelsene.

Forebyggende helsetjenester til barn og unge er prioritert og det jobbes tverrfaglig i barnehager og skoler. Foreldreskole på 1. trinn og 8. trinn og kveld om rusforebygging på 9. trinn har gitt positive resultater. Ungdataundersøkelsen (2015) ved Åsnes ungdomsskole viser at foreldre snakker mer med barna sine. De ser barna sine og de bryr seg. Foreldrene er mer opptatt av hva barna gjør og hva de driver med. De vet hvem vennene til barna er og de vet hvem foreldrene til barnas venner er.

Foreldre setter mer grenser nå. Det vises på at foreldre har regler ift datatid og på holdninger til alkohol. Det er flere ungdom som svarer NEI på om de får lov til å drikke av foreldrene sine, og det er færre som svarer JA på om de får lov til å drikke av foreldrene sine, og det er færre som svarer at de ikke vet om de får lov til å drikke av foreldrene sine. Det er færre som drikker alkohol på ungdomsskolen og det drikkes mindre. Før lå vi langt over landsgjennomsnittet ift alkoholbruk. Ungdom begynte å drikke tidligere og de drakk oftere og mer enn ungdom ellers i landet. Nå ligger vi omtrent på landsgjennomsnittet.

Kommunens utgifter til avlastning for barn og unge har økt mye de siste årene. Vi trenger å vite mer om hvorfor.

Vi vil legge til rette for at flere skal bo hjemme lenger og har redusert antall institusjonsplasser. Trykket på sykehjemmet har ikke økt tilsvarende samtidig er antallet med høyt omsorgsnivå i hjemmesykepleien lavt i forhold til andre kommuner. Kommunen har økt antall korttidsplasser på sykehjemmet, men har fortsatt for få. Det er mange sykehjemsplasser til demente. Plassene er fordelt på små team. Dette er i tråd med nasjonale føringer. Forskning viser at 80-85 % av pasienter ved sykehjem har en demenssykdom. Åsnes kommune har inngått samarbeidsavtale med Sykehuset Innlandet HF og Alderspsykiatrisk avdeling Sanderud om deltakelse i SAM-AKS III. Avtalen går ut 1.11.2017.

I august i år er Solkroken aktivitetssenter for hjemmeboende personer med demens etablert. Pr august er det 8 personer som får nytte av tilbudet inntil 3 dager pr uke. Målet er å gradvis øke tilbudet til flere personer og flere dager pr uke i løpet av 2016.

Det er trukket fram noen antagelser og noen konklusjoner ut fra analysene, men det er nødvendig å undersøke en del forhold nærmere. Dette gjelder både relevans til spørsmålstillingene og forhold rundt de kostnadsdrivende faktorene.

Arbeidet krever involvering og medvirkning fra flere av virksomhetene innen pleie og omsorg.

I tillegg må det også gjøres en avgrensning for hvilke områder som skal undersøkes i denne omgang, dette for å ha en tydelig avslutning på arbeidet tidsmessig. De forholdene som ikke undersøkes i denne omgang bør tas opp igjen senere.

Det er behov for å undersøke følgende:

- Er terskelen lav for å gi tjenester eller er det uttrykk for at behovene er så mye større enn andre kommuner vi sammenlikner oss med?
- Hvilke tjenester gir vi til innbyggere 0-66 år i ViTT og psykisk helse og rustjeneste?
- Hvilke tildelingskriterer legges til grunn for vedtak om avlastning for barn og unge?
- Hvilke tjenester gir vi til innbyggere 67-79 år? Hvem er de? Får de rett tjeneste? Hvordan er «inngangsfasen» til PLO-tjenestene? Kan vi i større grad sette inn forebyggende/hverdagsmestrende tiltak til denne gruppen?

- I hvor stor grad gis det forebyggende tjenester?
- Er hjemmehjelp «hverdagsmestrende»?
- Psykisk helse- og rustjenester- grad av forebygging?
- Har vi en kostnadseffektiv tjeneste?
- Brukes ressursene i tråd med behovet/vedtakene og blir vedtakene justert etter praksis?

7.3. Konklusjon

Vi må gå gjennom de faglige målsettingene for tjenestene og tydeliggjøre disse både for tildelerenhet, ansatte som utfører tjenesten og brukere/pårørende. Konsekvensen kan eller bør bli at det er færre som får tjenester, mens ressursinnsatsen rettes mot de som har større behov for tjenester. Som et ledd i dette må det også gjøres vedtak for kortere (avgrensede) tidsperioder og gjennomføres evaluering av effekten for de tiltak som er gjennomført, før det gjøres nye vedtak om ytterligere tjenester.

Vi vil prioritere å gå gjennom vedtak for enkelte aldersgrupper/brukergrupper for lettere å sette tildelingskriterier. I tillegg bør det internt gjennomføres en faglig avstemming mellom tildelerenhet og de som i praksis utfører tjenestene.

Oppfølging er konkretiser i kap 8.

Viktige mål er:

- *Mer innsats på forebygging og rehabilitering samt hverdagsmestring*

- *Dreining fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg. Flere med omfattende bistand i hjemmebasert omsorg.*
- *Behov for flere korttidsplasser på institusjon*
- *Høyere nærværsprosent i pleiesektoren.*
- *Ta i bruk ny velferdsteknologi*
- *Søke nye innovative løsninger sammen med frivillig sektor*



8. Oppfølging og forbedringstiltak

Henviser også til flere og mer detaljerte tiltak i kapittel 8 i Plan for helse- og omsorg i Åsnes kommune. Åsnes kommune er i omstilling pga økonomiske utfordringer og tiltak i den omstillingsprosessen er også tatt med i dette skjema.

Nr	Hva vil vi oppnå (mål)	Tiltak	Frist	Ansvar	Hvem må involveres	Resultatmål	Kostnad
1	Alle brukere skal få tjenester ut fra en vedtatt tjenestestandard Riktig vedtak til rett bruker	Lage kriterier for tildeling av tjenester Gjennomgang av brukere i ViTT. Er registreringen riktig og får de riktig tjenestetilbud?	Høst 2015 2016	Tildelerenhet, mandat for arbeidsgruppen Tildelerenheten	Arbeidsgruppe opprettet Aktuelle tjenesteutøvere	Vedtatt tjenestestandard for xx tjenester 30 korrigerede vedtak	Tildelerenheten styrkes med 1 stilling for 01.01.2016 (kst vedtak 26.05.2015)
2	Fra institusjon til hjemmebasert omsorg	Bygge sentrumsnære omsorgsboliger med aktivitetslokaler Vedtak kst 26.05.2015 Utvidet satsing på hverdagsmestring Økt bruk av velferdsteknologi Dagtilbud til mennesker med demens Flere besøk per døgn til hjemmeboende	Igangsettes i tråd med kst vedtak 2016 2016 2016	Teknisk avdeling og kommunalsjef Hverdagsmestringsteam Prosjekt med kommuner i Glåmdalen Sykehjem/hjemmetjeneste Hjemmetjeneste	ViTT, VL ny virksomhet Demenskoordinator og demensteam, fastleger,	Nye boliger ferdig vår 2017 Xx med vedtak 30 personer med vedtak om dagtilbud Andel hj.tj mott. med omfattende bistandsbehov som gj.snitt for	Kst vedtak. Investeringsbudsjett

Nr	Hva vil vi oppnå (mål)	Tiltak	Frist	Ansvar	Hvem må involveres	Resultatmål	Kostnad
						landet	
3	Tilpasset bruk av institusjonsplasser	Omdisponere plasser til korttid/avlastning/rehabiliteringsplasser	2016	Sykehjem	Hjemmetjeneste, tildelerenhet	19 korttidsplasser	
4	Mestringsfokus	Lærings-og mestringskurs ulike diagnoser	Tidsrom:	Frisklivsentralen, helseavdeling	Fastleger brukerorganisasjoner	Antall deltakere. Antall kurs. Redusert medikament-bruk Hvor mange ?	Innenfor budsjett. Søke prosjektmidler
5	Nn antall møter i grendene for mobilt eldresenter, 2015 og 2016	Etablere og videreføre mobilt eldresenter	2015 og 2016	Hjemeneste	Samarbeid med frivilligere Frivilligsentralen. Landsbyen Flisa Grendeutvalg.	Antall brukere, antall møter	prosjektmidler
6	Effektivisere drift av tjenester	Redusere plasser ved Sønsterud bofellesskap Ny organisering av psykisk helse og rustjenester. Kst vedtak 26.05.2015	2015/2016 01.01.2016	Tildelerenhet. Helseavd.	Personalavd. Åsnes sykehjem / hjemmetjenester/Sønsterud bofellesskap Flisabo, ViTT, tildelerenheten, brukere	12 beboere igjen Omstilling gjennomført	Innsparing ca 8,1 stilling Innsparing 2,5 stilling
7	Kvalitativ gode tjenester	Kompetanse tiltak, hospitering Øke legeressurs sykehjem m/20 %	 2017	Virksomhetsledere Sykehjem	Personal		 Kostnad

