Rogaland Revisjon

Effektivisering, forbedring og tjenestetilpasning

Tysvær kommune, oktober 2021

INNHOLD

Oppdraget 5
Sammendrag 5
1 Rådmannens kommentar 12
2 Problemstillinger og revisjonskriterier 14
2.1 Problemstillinger 14
2.2 Revisjonskriterier 14
3 Bakgrunn 16
3.1 Inntekter 16
3.2 Demografiendringer 17
4 Kostnadsnivå i kommunen 19
5 Kostnads- og behovsprofil innen pleie og omsorg 20
6 Organisering 22
6.1 Ny organisering av Helse og mestring i august 2020 22
6.2 Gammel organisering 22
6.3 Innsparingskrav og omstilling 24
6.4 Oppsummering 25
7 Fordelingen av utgifter 26
7.1 Innledning 26
7.2 Institusjonstjenester 27
7.2.1 Høye utgifter per beboerdøgn 27
7.2.2 Kostnadskrevende institusjonsstruktur 28
7.3 Hjemmetjenester 30

7.3.1 Hovedbilde 30
7.3.2 Mye ressurser til unge brukere med praktisk hjelp 31
7.3.3 Brukerstyrt personlig assistanse 34
7.3.4 Butiltak/miljøtjeneste 35
7.4 Usikkerhet omkring økonomitallene - opprydning pågår 38
7.5 Manglende samsvar mellom vedtak og tjeneste – opprydning pågår 40
7.5.1 Oppsummering 6.4 og 6.5 41
7.6 Andre kjennetegn ved helse og omsorgstjenestene 42
7.6.1 Mange årsverk per bruker 42
7.6.2 Relativt mange med helsefagutdanning 44
7.6.3 Mange brukere med stort bistandsbehov 44
7.6.4 Godt rykte i nabokommunene? 46
7.6.5 Oppsummering 46
8 Utfordringer og forbedringsmuligheter 48
8.1 Mestringstrappen 48
8.1.1 Trinnene i mestringstrappen 50
8.1.2 Utgifter per trappetrinn 52
8.2 En dør inn 53
8.2.1 Vurdering 54
8.3 Høye forventninger 55
8.3.1 Vurdering 57
8.4 Forebyggende hjemmebesøk 58
8.4.1 Vurdering 60
8.5 Hverdagsrehabilitering - nedprioritert under koronaen 60
8.5.1 Vurdering 64
8.6 Fysio- og ergoterapitjenesten 65
8.7 Samhandlingsutfordinger- og muligheter 66

8.7.1 Kommunen mangler et innsatsteam 67
8.7.2 Kommunen mangler et hukommelsesteam 68
8.7.3 Brå overgang etter endt behandling 69
8.7.4 Samhandling rundt resepter og medisiner 70
8.7.5 En presset ressurssituasjon svekker samhandlingen i krevende saker 70
8.7.6 Vurdering 72
8.8 Blokkering av korttidsplasser 73
8.9 Omsorgsboliger med tilpasset bemanning 74
8.10 Mangelfullt botilbud og blokkeringer av korttidssenger utfordrer hjemmetjenesten 76
8.10.1 Samlet vurdering for avsnittene 7.8 til 7.10 77
8.11 Kompetanse 78
8.11.1 Vurdering 79
9 Vedlegg 80
9.1 Metode 80
9.1.1 Fremgangsmåte og utvalg 80
9.1.2 Faser i datainnsamlingen 81
9.1.3 Intervjuer 81
9.1.4 Dokumenter, tall og øvrige kilder 82

OPPDRAGET

Bestilling:

Kontrollutvalget i Tysvær kommune bestilte 18.05.2021 en forvaltningsrevisjon om effektivisering og forbedring

Formål:

Formålet med prosjektet er å se på muligheter for effektivisering og forbedring i kommunen.

Problemstillinger:

- Hva er de viktigste forklaringene på at Tysvær kommune har høyere pleie- og omsorgsutgifter enn de andre kommunene?
- Hvilke forbedrings-, innsparings- og effektiviseringsmuligheter finnes?

SAMMENDRAG

Hovedbudskap: *Tysvær kommune har mange brukere med stort bistandsbehov, og andelen har økt de siste årene. Kommunen bruker mye penger på dyre helse- og omsorgstjenester og lite på forebyggende tiltak. Forventningene til tjenestene er høye. Essensen i våre forbedringsforslag er å vri en større del av ressursbruken mot tiltak som bidrar til å forebygge funksjonssvikt, tilrettelegge for samhandling som støtter opp om dette arbeidet, og styrke de ansattes kompetanse til å kunne jobbe på denne måten. Tysvær bør også justere folks forventninger til helse- og omsorgstjenestene, i tråd med endringer i arbeidsmåter og tjenesteinnhold.*

Bakgrunn. Tysvær har høye utgifter til kommunale tjenester når man tar høyde for utgiftsbehov, og de er spesielt høye innenfor pleie og omsorgssektoren. Ressursbruksindikatoren for pleie og omsorg viser at Tysvær bruker knappe 25 prosent mer enn landssnittet på pleie og omsorg.

Befolkningsframskrivinger tyder dessuten på at behovet for pleie og omsorgstjenester kommer til å øke kraftig frem mot 2031, mens behovet for barnehager og skoler reduseres.

Vår beregning viser at kommunens demografikostnader vil øke med drøyt 91 millioner kroner frem mot 2031 dersom vi legger til grunn dagens behov og dagens organisering av tjenestetilbudet. Dette beløpet utgjør 37 prosent av kommunens pleie- og omsorgsutgifter i 2020.

Et sentralt **siktemål med denne rapporten**, er at den skal være et nyttig bidrag i kommunens pågående omstillings- og utviklingsarbeid. Derfor er det også viktig å understreke at oppmerksomheten vår først og fremst rettet mot utfordringer, og ikke det som fungerer bra. Det er på områder det er utfordringer man finner de største forbedringsmulighetene.

Omorganisering, innsparing og omstilling. Frem til 2019 var helse- og omsorgstjenestene i Tysvær organisert i to resultatområder. I 2019 ble disse slått sammen og i løpet av 2020 var alle lederne på plass, flere med nye roller og nytt ansvar. Omorganiseringen innebar at kommunen gikk bort fra en geografisk tjenesteinndeling, hvor hjemmetjenester, institusjon og aktivitet var samorganiserte - til en mer funksjonsbasert organisering, hvor hjemmetjenesten, korttidsavdelingen, aktivitetsavdelingen og de to langtidsavdelingene ble egne seksjoner.

I 2020 hadde Helse og mestring et overforbruk på 20 millioner 2020, og det totale forbruket var på 263 millioner kroner. Budsjettet for 2021 legger opp til et forbruk som er 16 millioner lavere enn forbruket i 2020. For 2022 har tjenesteområdet et innsparingskrav på 8 millioner kroner.

Kan vi stole på tallene?
Gjennomgangen tyder på at vi ikke fullt ut kan stole på tallene som viser kommunens utgifter og tjenesteproduksjon, dvs. grunnlaget for å kunne fastslå hva som er de viktigste kostnadsdriverne.

Feilføringene i regnskapet ble synlige i forbindelse med omorganiseringen. Fra 2015 og frem til august 2020 ble eksempelvis Tysværtunet, med områdene aktivitet og fellesskap, korttid og hjemmetjenesten ledet under en seksjonsleder - med fleksibel bruk av hjemler og midler mellom de ulike enhetene. Fra august 2020 ble det ansatt tre seksjonsledere med budsjettansvar innenfor hvert av disse områdene. Da kunne man ikke lenger drive fleksibel bruk av hjemler mellom områdene. Det ble tydelig at det var opprettet flere stillinger enn det var hjemler for, og at kommunen ikke har hatt tilstrekkelig kontroll på dette.

Hovedfokus i kommunen for 2021 er å rendyrke føringene og ressursbruken på de ulike ansvarsområdene, og få et riktig bilde av tjenesteproduksjon og utgifter.

Kommunen skal også rydde opp i føringer i fagsystemet, og forholdet mellom vedtak og ressursinnsats. Ressurs- og tjenestekontoret gjennomfører for tiden et opprydningsarbeid, der man blant annet har oppdaget at det har vært igangsatt tjenester uten at det har vært fattet vedtak om dette, og at endringer i tjenester ikke har medført endring i vedtak. Det pågående arbeidet er rettet mot å skape et samsvar mellom vedtak og tjenester, slik at det er vedtaket som blir førende for hvilken tjenestene som gis, og at ikke tjenestene og ressursinnsatsen lever sitt eget liv.

Det pågående opprydningsarbeidet er etter vår vurdering veldig viktig, og sentralt for å få et korrekt bilde av tjenesteproduksjon og utgiftsfordeling innen Helse og mestring. Dette vil skape et bedre utgangspunkt for en rettferdig tildeling av ressurser, og et bedre styringsgrunnlag for kommunen og den enkelte avdeling/virksomhet.

Med dette forbeholdet om tallenes kvalitet, går vi nærmere inn på hva som har vært de viktigste kostnadsdriverne. Selv om vi er usikre på presisjonen i tallene, gir de etter alt å dømme likevel et brukbart bilde av hva som er de viktigste kostnadsdriverne.

Kostnadsdrivere
Hovedbildet er at kommunen har høye utgifter over hele fjøla, dvs. institusjon, tjenester i hjemmet, aktivisering og institusjonslokaler.

Tysværs høye utgifter forbundet med **institusjons- eller sykehjemstjenester** skyldes at plassene er dyrere i Tysvær enn i andre kommuner. En av hovedforklaringene på dette er at kommunen har en kostnadskrevende institusjonsstruktur, dvs. flere små enheter. Dagens struktur er preget av at samme type plasser blir tilbudt ved flere sykehjem, og av at mulighetene for spesialisering ikke er godt nok utnyttet. Færre institusjoner vil gi grunnlag for spesialisering, et sterkere fagmiljø, smartere bruk av ressursene, og gode tjenester. Kommunestyret vedtok i juni 2021 at institusjonsplasser i Tysvær skal samles i et nytt helsekvartal i Aksdal.

Tysvær har høye utgifter forbundet med **helse og omsorgstjenester til hjemmeboende**, og tallene tyder på at utgiftsveksten fra 2017 til 2020 har vært på hele 27 prosent. Hovedbildet er at kommunen bruker relativt mye ressurser på unge brukere (0-66 år) som mottar praktisk bistand.

Praktisk bistand fra hjemmetjenesten utgjør en mindre del av dette. Størstedelen av ressursene forbundet med praktisk bistand til yngre brukere er knyttet til **Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA**) og miljøtjenesten, dvs. det som heter Butiltak i Tysvær. Utgiftene til disse tjenestene er hovedforklaringen på hvorfor ressursinnsatsen rettet mot yngre brukere er høy.

Rettigheten til BPA gjelder personer under 67 år. Ressursbruken forbundet med BPA har hatt en eksplosiv vekst fra 2017 til 2020, antall vedtakstimer har økt med hele 375 prosent. Selv om veksten har vært enorm i Tysvær, har ikke kommunen spesielt mange eller spesielt ressurskrevende brukere, sammenlignet med andre kommuner.

Butiltak er en tjeneste som yter praktisk bistand, råd og veiledning til personer med psykisk og fysisk funksjonshemning. Per i dag er det kun brukere i alderen 0-66 år som mottar denne tjenesten i Tysvær. Utgiftene til denne tjenesten utgjorde 16,6 prosent av kommunens totale pleie- og omsorgsutgifter og 39 prosent av utgiftene forbundet med helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Selv om dette er en betydelig del av de totale utgiftene, har Butiltak hatt en betydelig utgiftsreduksjon de siste årene. Dette skyldes en omstillingsprosess som har pågått over flere år, og som har resultert i færre boliger og driftsmessige tilpasninger.

Vi har nylig gjennomført en forvaltningsrevisjon av miljøtjenesten (det samme som Butiltak) i Sola. En sammenligning av brukerantall og årsverksinnsats viser at antall årsverk per bruker er nokså likt, men at Tysvær har langt flere brukere av miljøtjenesten per innbygger. Dette *kan* være en viktig forklaring på hvorfor Tysvær er høye på praktisk bistand. Men det finnes ikke tilgjengelige offentlige tall på denne indikatoren. Derfor vet vi ikke hvordan bildet ser ut sammenlignet med andre kommuner enn Sola. Et annet moment her er at miljøtjenestene i Sola er

inne i en prosess hvor de skal prøve å redusere kostnadene. Derfor kan det være verdt for kommunen å også se nærmere på ressursbruken per bruker i botiltaket.

Høy årsverksinnsats per bruker. Tysvær har en veldig høy årsverksinnsats per bruker av omsorgstjenestene, sammenlignet med de andre kommunene.

En annen kostnadsdriver er **kompetanse.** De ansatte i omsorgstjenesten i Tysvær har en litt høyere andel ansatte som har helsefagutdanning, men forskjellene mellom kommunene er langt mindre her enn ifm. årsverksinnsatsen.

Mange brukere med et stort bistandsbehov. Tysvær kommune har siden 2017 hatt en kraftig vekst i andel av pleie og omsorgsbrukere som har et omfattende bistandsbehov. Fra 2017 til 2020 har Tysvær gått fra å være den av våre sammenligningskommuner som hadde den laveste andelen brukere med et omfattende bistandsbehov, til å bli kommunen med den klart høyeste andelen. Nesten halvparten av pleie- og omsorgsbrukerne i Tysvær hadde et omfattende bistandsbehov i 2020.

Dette indikerer at kommunen ikke klarer å forebygge funksjonsfall på en god nok måte, noe som har vært utgangspunktet for kapittelet som omhandler forbedrings- og innsparingsmuligheter.

Forbedrings- og innsparingsmuligheter
Hverdagsrehabiliteringsarbeidet (HVR) i kommunen har blitt nedprioritert under koronaen, dvs. i halvannet år. Hovedårsaken til dette er at leder av HVR-teamet har vært omdisponert til koronateamet i store deler av perioden.

Dette betyr at en sentral brikke i kommunens forebyggings- og egenmestringsarbeid har vært satt ut av spill. Dermed er det en betydelig risiko for at flere brukere passiviseres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av kommunale tjenester, og at presset på sykehjemsplasser øker. Dette kan fort bli en dyr løsning for kommunen, og svekker brukernes mulighet til å kunne ha en aktiv hverdag der de opplever mestring.

Til sammenligning har Eigersund kommune opprettholdt hverdagsrehabiliteringstilbudet under koronaen. Hverdagsrehabiliteringsteamet i Tysvær startet opp igjen i oktober 2021.

Vi anbefaler Tysvær å gi arbeidet med hverdagsrehabilitering høy prioritet i tiden fremover. Dette mener vi både fordi hverdagsrehabiliteringstilbudet har vært ikke-eksisterende den siste tiden, men også fordi Tysvær har kommet relativt sent i gang med å tilby en slik tjeneste.

«En dør inn». Kommunen har et mål om å sikre «*en dør inn*» for alle henvendelser og tjenester, og det er ressurs- og tjenestekontoret (ROT) som skal være denne døren. Men verken fysio- og ergoterapi eller HVR-teamet er en del av denne ordningen. De tildeler tjenester selv.

Vi anbefaler kommunen at ressurs- og tjenestekontoret overtar saksbehandlingen og tildelingen av hverdagsrehabilitering og fysio- og ergoterapitjenester. En viktig forutsetning for dette er at kontoret tilføres terapeutkompetanse, og at man samhandler godt med virksomhetene. Etter vår vurdering vil ROT da ha de beste forutsetningene for å kunne gjøre helhetlige vurderinger av brukernes samlede tjenestebehov.

Forventninger. Behovet for pleie og omsorgstjenester vil vokse kraftig i Tysvær i årene fremover. I plan for Helse og mestring 2020-2040 pekes det på at det er nødvendig å vokse smartere i årene fremover. Helt konkret vil man løse dette gjennom forebygging og tidlig innsats. En nøkkelfaktor her er forventningene til tjenestene, og gjennomgangen vår tyder på at innbyggernes forventninger til helsetjenestene er høye.

Vi anbefaler kommunen å iverksette tiltak for å justere brukere og pårørendes forventninger til pleie- og omsorgstjenestene, i tråd med endringer i arbeidsmåter og tjenesteinnhold.

Dette er et viktig punkt. For å lykkes med å jobbe mer mestringsrettet, er det avgjørende at brukere, pårørende og samarbeidspartnerne får kunnskap om kommunens arbeidsmåte og pleieperspektiv.

Tysvær har hatt enkelte informasjonstiltak rettet mot innbyggerne de siste årene, noe som er positivt. Men kommunen gjennomfører ikke **forebyggende hjemmebesøk**, slik man gjør i en del andre kommuner, og er som et av tiltakene Tysvær vurderer i den gjeldende helse- og mestringsplanen. Dette er et tilbud om råd og veiledning til eldre som ikke har tjenester fra før, eller som har begrensede tjenester fra kommunen.

Vi anbefaler kommunen å vurdere om det er aktuelt å gjennomføre regelmessige forebyggende hjemmebesøk. Dette vil kunne være en ypperlig anledning til å informere og avklare forventninger til tjeneste med bruker og pårørende. Vi er imidlertid litt mer forsiktige i denne anbefalingen, ettersom det godt kan tenkes at andre tiltak gir større nytteverdi.

Institusjons- og boligtilbud. Tysvær har en dekningsgrad for institusjon som er på nivå med landssnittet, men som er noe lavere enn flere av de andre Haugalandskommunene. Per i dag finnes det imidlertid ikke noe botilbud med bemanning for de over åtti. Det er her Tysvær skiller seg mest fra resten landet. På landsbasis bor 3,6 prosent av de over åtti i en heldøgnsbemannet bolig. I Tysvær er tallet null.

I skrivende stund planlegger kommunen byggingen av et nytt helsekvartal, der en sentral ingrediens er «*omsorgsbustader med tilpassa bemanning*». En slik organisering skal gi et mer fleksibelt botilbud, tilpasset den enkeltes omsorgsbehov. Dette er positivt, men mangelen av denne type boliger skaper likevel utfordringer på kort sikt. Utfordringene har blitt forsterket av at det under koronaen har vært lavere gjennomstrømning i langtidsplassene enn normalt, og flere har stått på venteliste. Rett før sommeren ventet mange av disse i en korttidsseng, og «blokkerte» plassene for de ordinære korttidsbrukerne. For denne brukergruppen er en tilgjengelig korttidsplass ofte helt avgjørende for at de skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Antallet blokkeringer har gått i bølger tidligere, men det har vært flere blokkeringer over tid det siste knappe året, selv om antallet er redusert nå. Blokkeringene gjør det vanskeligere for kommunen å ta imot brukere som skrives ut fra sykehuset[1], og skaper utfordringer for hjemmetjenesten.

Det siste året har altså hverdagsrehabiliteringsteamet vært lagt ned, mange korttidssenger er blokkerte og det er ingen bemannede boliger for eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester. Summen av disse faktorene skaper et press på **hjemmetjenesten**. Hjemmetjenesten må ofte leie inn ekstrapersonell for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Gjennomgangen tyder på at mer bruk av tekniske hjelpemidler som velferdsteknologi og digital ruteplanlegging vil kunne avhjelpe hjemmetjenesten noe i en presset hverdag.

Kommunen har mange **demente brukere som får oppfølging fra hjemmetjenesten.** Det synes å være bred enighet om at det forebyggende arbeidet rettet mot demente og deres pårørende ikke er godt nok. Utfordringen for kommunen er at man ikke kommer tidlig nok inn i sakene, men blir klar over disse brukerne når de har kommet nokså langt i sykdomsforløpet. Da vil ofte tjenestebehovet være stort, og de pårørende veldig slitne.

Samhandling. I stadig flere kommuner er det vanlig med egne tverrfaglige **hukommelses- eller demensteam.** Et slikt team bidrar til at både opplæring og hjelpetiltak kan settes inn på et tidligere tidspunkt. I tillegg får pårørende mer avlastning og støtte på et tidligere stadium, noe som reduserer belastningen og gjør at brukerne kan bo lenger hjemme. Og det faktum at et nytt og mer fleksibelt botilbud i kommunen fremdeles er på planleggingsstadiet, forsterker behovet for et slikt team, slik vi vurderer det. **Vi anbefaler** kommunen å etablere et hukommelsesteam.

Flere av de vi har intervjuet tar også til orde for at kommunen bør opprette et **innsatsteam.** Tjenestekontoret koordinerer i dag sakene fra de mottar søknad, og i forbindelse med tjenesteutøvelsen, for å påse at tjenesten til enhver tid er forsvarlig. Utfordringen deres er at pasientene blir skrevet ut fra sykehuset med komplekse pleie- og omsorgsbehov og er stadig mer uavklarte enn tidligere. Dette gjør at de risikerer å tilby et for høyt tjenestetilbud til den enkelte, noe som kan være utfordrende å reversere i etterkant. Det kan også være kontraproduktivt å gi for mye tjenester i starten. Hovedutfordringen for tjenestekontoret er å finne tilfredsstillende alternativer til en korttidsplass innenfor knappe tidsrammer. Det kreves også en del ressurser å trygge samarbeidspartnere og gi god informasjon i disse prosessene

I intervjuene ser man for seg et tverrfaglig team bestående av nøkkelaktører i overgangen fra sykehus til hjem. Dette vil kunne sikre langt mer grundige kartlegginger på et tidlig tidspunkt, og en bedre overgang fra sykehus til hjem. Dette vil redusere risikoen for unødvendige

[1] Det bør legges til at Tysvær har klart å ta imot de aller fleste utskrivningsklare pasientene fra sykehuset i 2021. Kommunene blir fakturert av sykehuset dersom de ikke klarer å ta imot pasienter som er utskrivningsklare. Til tross for flere blokkeringer i 2021, har kommunens utgifter forbundet med dette blitt redusert fra 2020 til 2021.

reinnleggelser på sykehuset og redusere antallet betalingsdøgn. I tillegg vil et slikt team bidra til å redusere sjansene for at det tildeles mer hjemmetjenester enn nødvendig i starten, og redusere behovet for korttidsplass etter endt sykehusopphold. **Vi anbefaler** kommunen å etablere et innsatsteam.

Brå overgang etter endt behandling. Fra fysio- og ergoterapitjenesten pekes det på at kommunen mangler gode pasientforløp for brukerne etter at fysio- og ergo har avsluttet sin sak, spesielt når brukere ikke får noen videre oppfølging fra kommunen. Dette blir en brå overgang for mange brukere, og medfører noen ganger en raskere forverring av brukernes tilstand, noe som fører til behov for et nytt behandlingsforløp eller et høyere omsorgsnivå.

Vi anbefaler kommunen å sikre gode overganger etter endt behandling fra fysio- og ergoterapitjenesten. Erfaringene fra andre kommuner tilsier at dette er noe Tysvær også bør være oppmerksomme på etter endt hverdagsrehabilitering, nå når dette arbeidet gjenopptas. I faktadelen gir vi noen eksempler på hvordan dette kan gjøres.

Samhandling og innsparingskrav. Gjennomgangen tyder på at samhandlingen internt i Helse og mestring i all hovedsak fungerer godt. Det er et viktig unntak her: Den interne samhandlingen i komplekse og krevende saker (som øker i antall) utfordres av en mer presset ressurssituasjon. Enkelte ganger opplever man at budsjettene og et ønske om grønne tall får et større fokus enn brukerne, og at håndteringen av enkelte brukere tidvis kan føre til et svarteperspill mellom tjenestene.

Vi anbefaler kommunen å finne løsninger finne løsninger som kan bidra til at man finner en god balanse mellom budsjettdisiplin og samhandling i krevende saker.

Kompetanse. Arbeidet med hverdagsmestring er et kondisarbeid – det betyr at pleierne jevnlig trenger veiledning i denne måten å jobbe på, og arenaer der man kan diskutere denne måten å jobbe på. I likhet med enkelte andre kommuner i Sør-Rogaland, ser det også i Tysvær ut til å være **behov for et praksisnært kompetanseløft i hjemmetjenesten**. Ikke minst fordi hverdagsrehabiliteringsteamet har vært nedlagt i lang tid. Før koronaen fikk hjemmetjenesten jevnlig påfyll av kompetanse fra hverdagsrehabiliteringsteamet, gjennom undervisning, veiledning og fagdager. Denne kompetansedelingen bør etter vår vurdering gjenopptas.

Omstilling. Helse og mestring er nylig omorganisert og er i gang med en innsparingsrunde flere beskriver som veldig krevende. Helse og mestring er nylig omorganisert. Mye av omorganiserings- og omstillingsarbeidet har vært gjennomført under en global pandemi, med strenge smittevernregler og reduserte muligheter for å møtes. Helse og mestring er dessuten det tjenesteområdet som har vært mest berørt av pandemien. I tillegg pågår det et stort opprydningsarbeid innenfor tjenesteområdet, både mht. budsjettstyring, vedtaksstyring, økonomi- og vedtaksrapportering, føringer i fagsystemet osv.

Både innsparingskravene og de iverksatte tiltakene er fornuftige og nødvendige, men summen av tiltak og omstendigheter, kan gjøre at det blir krevende å lykkes på kort sikt. Kommunen bør ha

disse momentene i bakhodet i tiden fremover, slik at det skapes best mulige forutsetninger for å lykkes i det pågående arbeidet. Kommunen bør vurdere en mer skrittvis tilnærming, der ulike løsninger, tiltak og rammebetingelser ses i sammenheng og underbygger hverandre. For Tysvær sin del vil det pågående opprydningsarbeidet gi et langt bedre bilde av tjenesteproduksjonen og utgiftsfordelingen. Dette vil i sin tur skape et bedre styringsgrunnlag, og dermed også et bedre utgangspunkt for en rettferdig tildeling av ressurser.

Anbefalingene oppsummert. **Vi anbefaler kommunen å**

- gi arbeidet med hverdagsrehabilitering en høy prioritet i tiden fremover.
- iverksette tiltak for å justere brukere og pårørendes forventninger til hjemmetjenestene, i tråd med endringer i arbeidsmåter og tjenesteinnhold
- etablere et innsatsteam
- etablere et hukommelses- eller demensteam
- sikre gode overganger etter endt behandling fra fysio- og ergoterapitjenesten.
- finne løsninger som kan bidra til at man finner en god balanse mellom budsjettdisiplin og nødvendig samhandling i krevende saker
- la ressurs- og tjenestekontoret overta tildelingen av hverdagsrehabilitering og fysio- og ergoterapitjenester
- vurdere om det er aktuelt å gjennomføre regelmessige forebyggende hjemmebesøk

1 RÅDMANNENS KOMMENTAR

Rådmann har mottatt revisjonsrapport om effektivisering i pleie og omsorgstjeneste i Tysvær kommune. Bestilling/Problemstilling til revisjonen:

- *Hva er de viktigste forklaringene på at Tysvær kommune har høyere pleie og omsorgsutgifter enn de andre kommunene?*
- *Hvilke forbedrings-, innsparings- og effektiviseringsmuligheter finnes?*

Revisjonsrapporten har kommet med følgende oppsummert anbefalinger som svar på bestillingen:

- *gi arbeidet med hverdagsrehabilitering en høy prioritet i tiden fremover.*
- *iverksette tiltak for å justere brukere og pårørendes forventninger til hjemmetjenestene, i tråd med endringer i arbeidsmåter og tjenesteinnhold*
- *etablere et innsatsteam*
- *etablere et hukommelses- eller demensteam*
- *sikre gode overganger etter endt behandling fra fysio- og ergoterapitjenesten.*
- *finne løsninger som kan bidra til at man finner en god balanse mellom budsjettdisiplin og*
- *nødvendig samhandling*
- *la Ressurs- og tjenestekontoret overta tildelingen av hverdagsrehabilitering og fysio- og*

- *ergoterapitjenester*
- *vurdere om det er aktuelt å gjennomføre regelmessige forebyggende hjemmebesøk*

Rådmann vil gå nøye gjennom anbefalingene.

Pleie og omsorg står overfor store utfordringer og det blir nødvendig å sikre at ressursene blir brukt på rett område på rett måte slik at effekten av den samlede ressursbruken/innsatsen blir optimal.

Rådmannen noterer seg at det blir pekt på innsats i tidligere fase i ulike sykdomsforløp for å bremse sykdomsutviklingen og i større grad mobilisere egne ressurser til et best mulig funksjonsnivå. Det er viktig at den enkelte som har bruk for tjenester kan fungere best mulig i hverdagen.

Rådmannen vil se helhetlig på hverdagsrehabilitering, hukommelsesteam og innstasteam, samt forebyggende helseteam og se hvordan ressursene kan prioriteres best. Dette vil kommunen jobbe videre med.

Brukere og pårørende sine forventninger til tjenestene blir beskrevet som en utfordring for kommunen. Avklaring på hva som kan forventes av kommunale tjenester blir viktig i omstillingsarbeidet og arbeidet med TK 2030 (politisk sak juni 2021). Kommunen vil se på tiltak som kan bidra til å justere forventningene i form av informasjon, dialog og medvirkning.

Det blir pekt på utfordringer i samhandlingen mellom tjenestene. Mange brukere har flere tjenester samtidig og er avhengig av at tjenestene samhandler og i de fleste tilfeller fungerer det godt. Revisjonen peker på samhandlingsutfordringer knyttet til ressursbruk som medfører redusert driftsresultat. Dette handler om en allerede presset økonomi og fordeling av ressursbruk der de er omfattende.

Kommunen vil jobbe videre med grunnlaget for kostratallene og finne bedre samhandlingsrutiner der nettopp samhandlingen blir utfordret. I revisjonen er det kommet fram at samhandlingen har blitt utfordret i særlig grad der det er omfattende tjenestebehov. Kommunen må sikre at nødvendige tjenester blir gitt på en god og effektiv måte og sørge for at det er god samhandling slik at ressursene blir nyttet til beste for innbyggerne.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

2.1 PROBLEMSTILLINGER

Formålet med dette prosjektet er å se på muligheter for effektivisering og forbedring i kommunen. Vi skal undersøke hva som er de viktigste forklaringene på at Tysvær kommune har høyere pleie- og omsorgsutgifter enn de andre kommunene, og hvilke forbedrings, innsparings-effektiviseringsmuligheter som finnes.

Ifølge plan for Helse og mestring 2021-2024 må pleie- og omsorgstjenestene utvikle og omstille seg for å «*møte endringer i samfunnet, endringer i oppgaver og forventninger, endringer i demografien og sikre god ressursutnyttelse*».

Et sentralt siktemål med denne rapporten, er at den skal være et nyttig bidrag i kommunens utviklingsarbeid.

2.2 REVISJONSKRITERIER

Det er et grunnleggende krav til økonomiforvaltningen i kommuneloven § 14-1 som sier at kommunen skal forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid. Det er også et krav i § 14-4 at økonomiplanen og årsbudsjettet skal settes opp i balanse og være realistiske, fullstendige og oversiktlige.

Vi utleder følgende revisjonskriterieum:

- Helse og mestring skal drive effektivt og forsvarlig

Det overordnede kriteriet i denne gjennomgangen er føringen om å drive effektivt og forsvarlig. Vi legger til grunn følgende firefeltstabell som viser effektivitet vs. produktivitet for å konkretisere dette kriteriet ytterligere. Det overordnede målet for en kommune er å gi riktige tjenester til lavest mulig kostnader.

Tabell 1 Effektivitet vs. produktivitet[2]

	EFFEKTIV	INEFFEKTIV
PRODUKTIV	**Gjøre det riktige bra** *Riktige tjenester til lavest kostnad*	**Gjøre det gale bra** *Gale tjenester til lavest kostnad*
UPRODUKTIV	**Gjøre det riktige dårlig** *Riktige tjenester til høye kostnader*	**Gjøre det gale dårlig** *Gale tjenester til høye kostnader*

Produktivitet handler om å gjøre tingene raskt, dvs. få til størst mulig produksjon. Det handler om å «løpe fortere» og nå å over flest mulig brukere og ha så få ansatte per bruker som mulig. Effektivitet handler om å gjøre tingene riktig, dvs. å jobbe smartere. Forskjellen mellom å gjøre det gale det riktige bra kan illustreres slik:

- Det er vinter i Tysvær og glatt på fortau og veier. 20 innbyggere i alderen 80-90 har brukket lårhalsen og trenger hjelp til dusj fra hjemmetjenesten når de har kommet hjem. Rask og effektiv hjelp til dusj er et eksempel på å gjøre det gale bra. Enhetskostnaden er liten, men brukeren får tjenesten livet ut.
- Gjøre det riktige bra: Brukerne får omfattende bistand de første ukene. Dette fører til at 18 brukere deretter klarer seg helt på egen hånd, mens to trenger litt bistand i årene fremover. Den totale kostnaden blir minimal, fordi de aller fleste brukerne blir selvhjulpne og trenger ikke hjelp fra hjemmetjenesten. Dette er bra for bruker og bra for kommuneøkonomi.

For å konkretisere og strukturere denne fremstillingen har vi tatt utgangspunkt i Tysvær kommunes **mestringstrapp og prinsippet om det beste effektive omsorgsnivå.** Utgangspunktet her er å legge best mulig til rette for forebygging og tidlig innsats slik at behovet for mer omfattende og dyrere tiltak bortfaller eller utsettes. En tilstrekkelig innsats på et tidlig stadium kan bidra til at brukeren ikke vandrer lenger opp i trappen, eller det kan bidra til å utsette vandringen.

Denne gjennomgangen har en undersøkende eller eksplorativ tilnærming, ettersom vi leter etter kostnadsdrivere og forbedringsmuligheter, med utgangspunkt i føringene over. Vår identifikasjon av kostnadsdrivere og forbedringsmuligheter er basert på nøkkeltalls- og regnskapsgjennomgang, dokumenter og intervjuer med en rekke aktører i kommunen. **Metode, skriftlige og muntlige finnes i vedleggsdelen.**

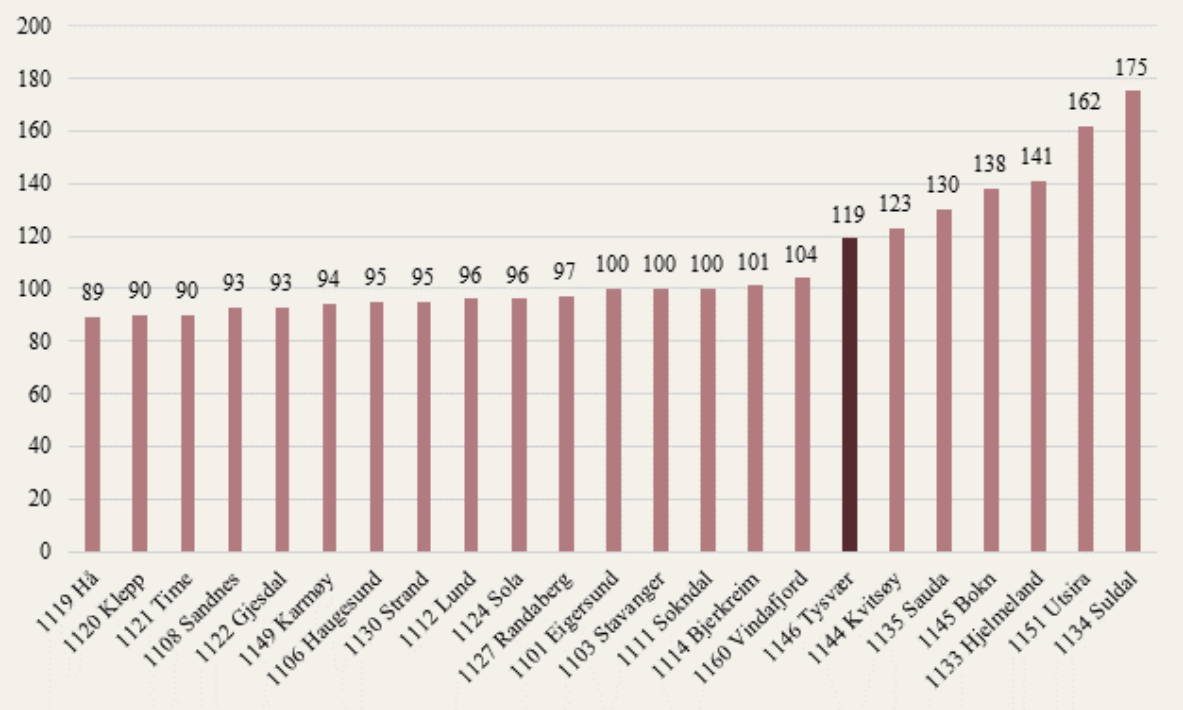
[2] Dette er en modell som brukes i mange sammenhenger. Se blant annet Håvard Moe i KS Konsulent, presentasjon for Tysvær kommune TK 2030 Formannskapet 26.05.21

3 BAKGRUNN

3.1 INNTEKTER

Korrigerte frie inntekter varierer mye mellom kommunene i Norge. Figuren under viser korrigerte frie inntekter for 2020. Inntektene er sammenlignet med landsgjennomsnittet (= 100 prosent). Av figuren ser vi at Tysvær kommune i 2020 hadde korrigerte inntekter som var 19 prosent høyere enn landsgjennomsnittet.

Figur 1 Korrigerte frie inntekter[3] i 2020 i prosent ift landsgjennomsnittet = 100)



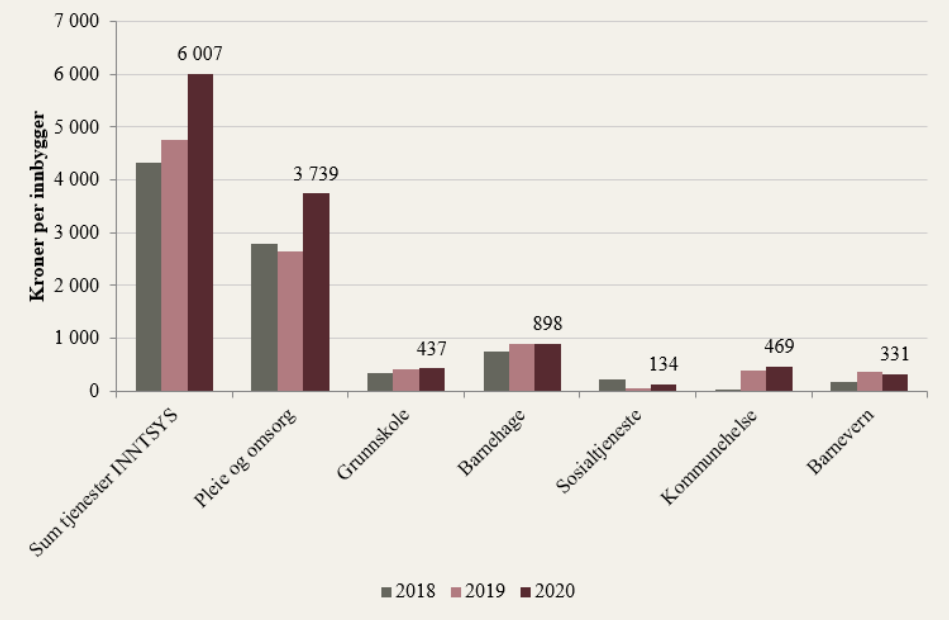
Kilde: Regjeringen.no

I 2020 hadde Tysvær 12 412 kroner mer per innbygger i frie disponible inntekter enn landsnittet.

Figuren under viser Tysvær kommunes prioritering av tjenester som inngår i inntektssystemet. Den viser at kommunen bruker 6 007 kroner mer på disse tjenestene per innbygger enn landsgjennomsnittet når vi korrigerer for utgiftsbehov. Over halvparten av dette, dvs. 3 739 kroner per innbygger, skyldes pleie og omsorg.

[3] Inkludert eiendomsskatt, konsesjons-kraft-/hjemfallsinntekter, havbruksfond og fordel av differensiert arbeidsgiveravgift.

Figur 2 Tjenester innenfor inntektssystemet. Tysvær kommunes ressursbruk korrigert for forskjeller i utgiftsbehov

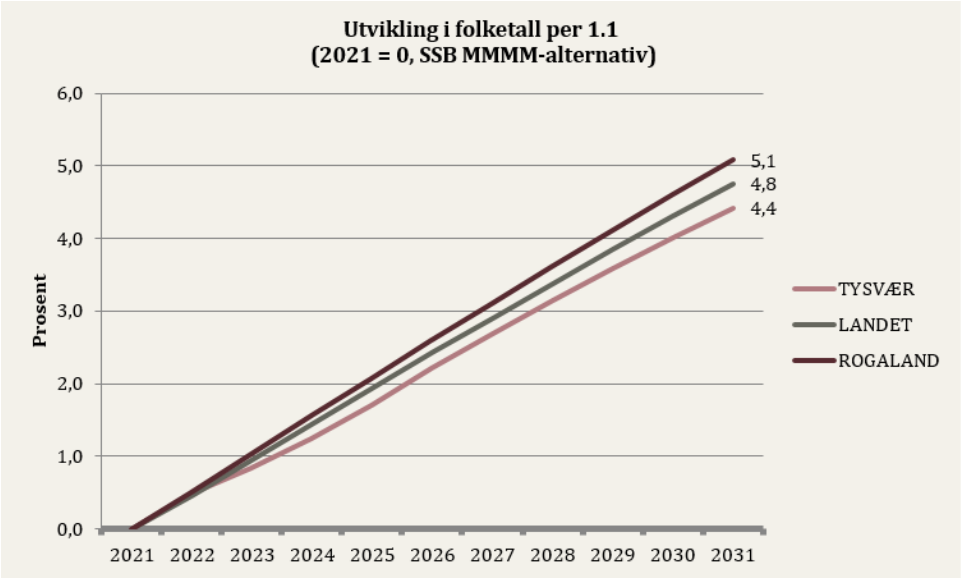


Kilde: KS hovedmodell for disponible inntekter og ressursbruk

3.2 DEMOGRAFIENDRINGER

Befolkningsframskrivingen frem mot 2031 viser at Tysvær kommune vil få en vekst som ligge noe under landet og Rogaland.

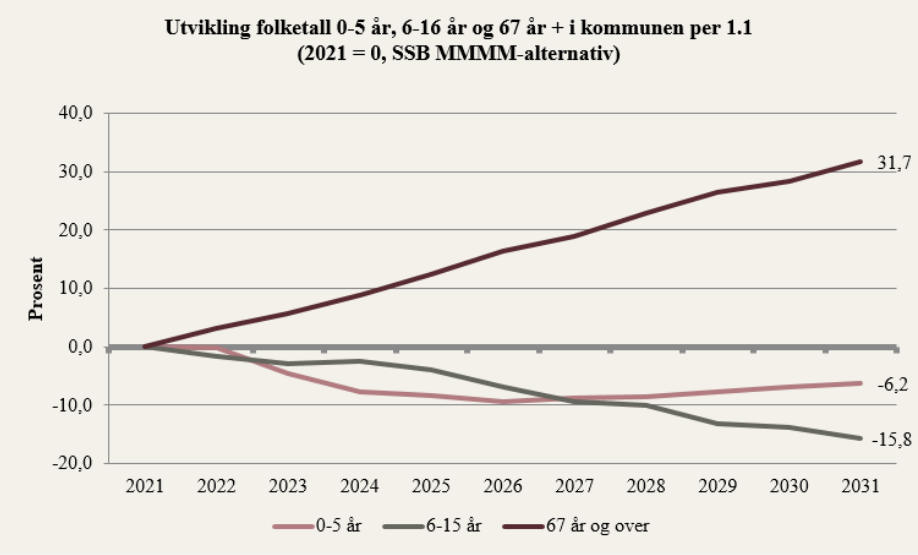
Figur 3 Utvikling i folketall per 1.1 (2021 = 0, SSB MMMM-alternativet)



Kilde: Demografimodell KS 2021

Ser vi på endringen innenfor aldersgruppene, viser befolkningsframskrivingen en kraftig vekst i antall innbyggere 67 år og over, mens det vil bli en reduksjon i antall innbygger i barnehage- og skolealder.

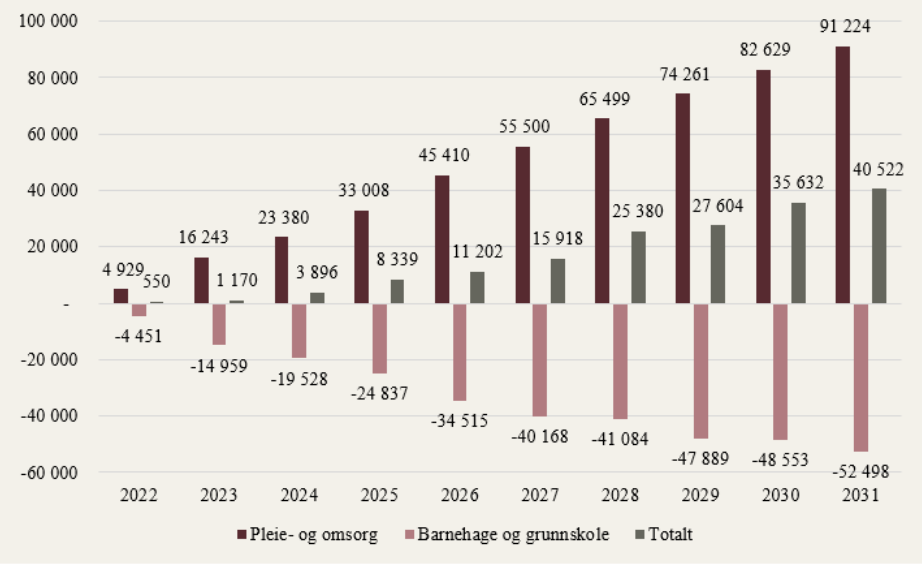
Figur 4 Utvikling i folketall 0-5 år, 6-16 år og 67 år + i kommunen per 1.1 (2021 = 0, SSB MMMM-alternativet)



Kilde: Demografimodell KS 2021

Denne vridningen ser vi også igjen i kostnadene ved denne utviklingen, dvs. demografikostandene frem til 2031. Disse kostnadene er beregnet ut fra dagens behov og dagens organisering av tjenestetilbudet.

Figur 5 Endring i demografikostnader, ift demografikostnader per 1.1.2021



Kilde: Demografimodell KS 2021

Frem mot 2031 vil det altså være en vekst i behovet for tjenester innenfor pleie og omsorg, samtidig som behovet for barnehager og skoler reduseres.

4 KOSTNADSNIVÅ I KOMMUNEN

Når man sammenligner kostnadsnivået mellom ulike kommuner er det en fordel å justere for kommunens objektive kostnadsnøkkel, som viser utgiftsbehovet til kommunen. Ved å justere for utgiftsbehov tar man bort forskjeller som blant annet skyldes ulik befolkningssammensetning.

Tabellen under viser hvor mye Tysvær teoretisk kan spare dersom kommunen hadde hatt netto driftsutgifter per innbygger på samme nivå som sammenligningskommunene. Positive tall indikerer et teoretisk innsparingsbeløp.

Tabell 2 Teoretisk innsparingspotensial (oppgitt i millioner)

	Karmøy	Haugesund	Vindafjord	Sveio
Pleie og omsorg	39,2	38,2	28,8	65,9
Grunnskole	17,7	27,1	-10,6	11,8
Barnehage	16,9	6,7	18,9	-0,1
Adm, styring og fellesutgifter	15,2	5,4	-2,0	9,4
Sosiale tjenester	2,9	4,0	6,3	8,2
Kommunehelse	10,9	12,2	2,5	9,1
Barnevern	6,1	6,1	-4,4	-0,4
Kultur og idrett	16,8	9,9	20,9	14,4
Plan, kulturminner, natur og nærmiljø	2,4	5,3	7,7	4,4
Andre områder	20,8	26,6	25,5	23,2
Totalt	**149,0**	**141,5**	**93,6**	**146,0**

Kilde: Framsikt

Vi ser at det største teoretiske innsparingspotensialet for Tysvær er innenfor pleie og omsorg. Kommunen har et innsparingspotensial uansett hvem av de andre kommunene vi sammenligner med, men forskjellen er størst når vi sammenligner med Sveio, som har de laveste (behovskorrigerte) utgiftene i gruppen. Dersom Tysvær hadde hatt de samme utgiftene per innbygger som Sveio, hadde kommunen teoretisk sett spart 66 millioner. Dersom Tysvær hadde hatt samme kostnadsnivå som Haugesund innenfor grunnskole ville den teoretiske innsparingsmuligheten vært 27,1 millioner kroner.

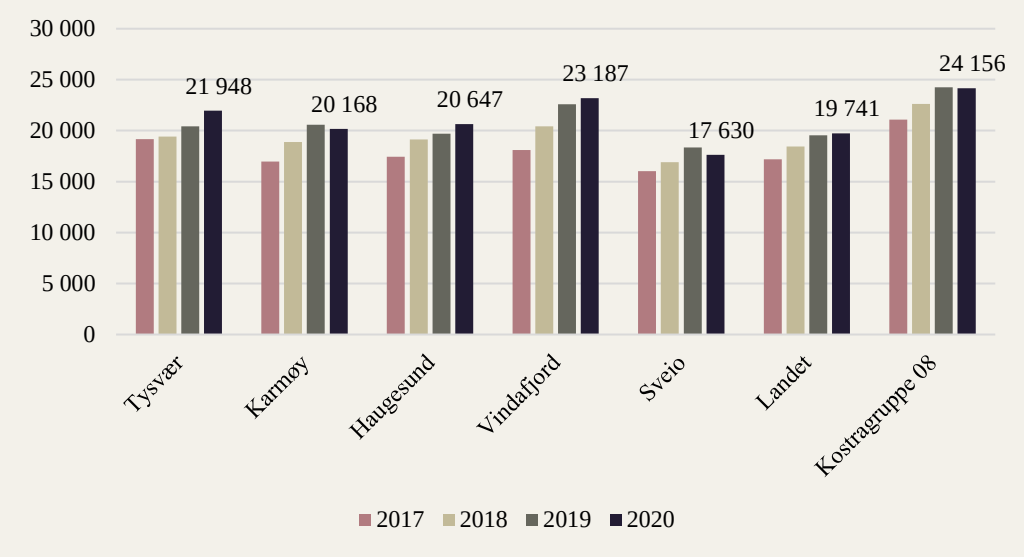
Det er viktig å understreke at dette er en teoretisk og ikke en faktisk innsparingsmulighet. Det kan være forskjeller i organisering, behov og andre ting som påvirker tallene. **I denne forvaltningsrevisjonen undersøker vi pleie- og omsorgssektoren.** Det er to grunner til dette: Sektoren er stor og viktig, og det er her det teoretiske innsparingspotensialet er størst.

Organisering av rapporten. I neste kapittel går vi nærmere inn på Tysvær kommunes kostnads- og behovsprofil. Kapittel fem tar for seg organiseringen av Helse og mestring, den nylige omorganiseringen, og de gjeldende omstillingskravene. I kapittel seks løfter vi frem de viktigste kostnadsdriverne, mens vi i kapittel syv ser nærmere på de utfordringer og forbedringsmuligheter som er observert i denne gjennomgangen.

5 KOSTNADS- OG BEHOVSPROFIL INNEN PLEIE OG OMSORG

I figuren under viser vi netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg. Vi viser utviklingen de fire siste årene, og sammenligner Tysvær med Karmøy, Haugesund, Vindafjord og Sveio, samt kommunegruppe 8 og landet. Vi ser at Tysvær plasserer seg omtrent midt på treet, med lavere utgifter enn kostragruppe 8 og Vindafjord, men høyere enn de andre kommunene i figuren.

Figur 6 Netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie og omsorg



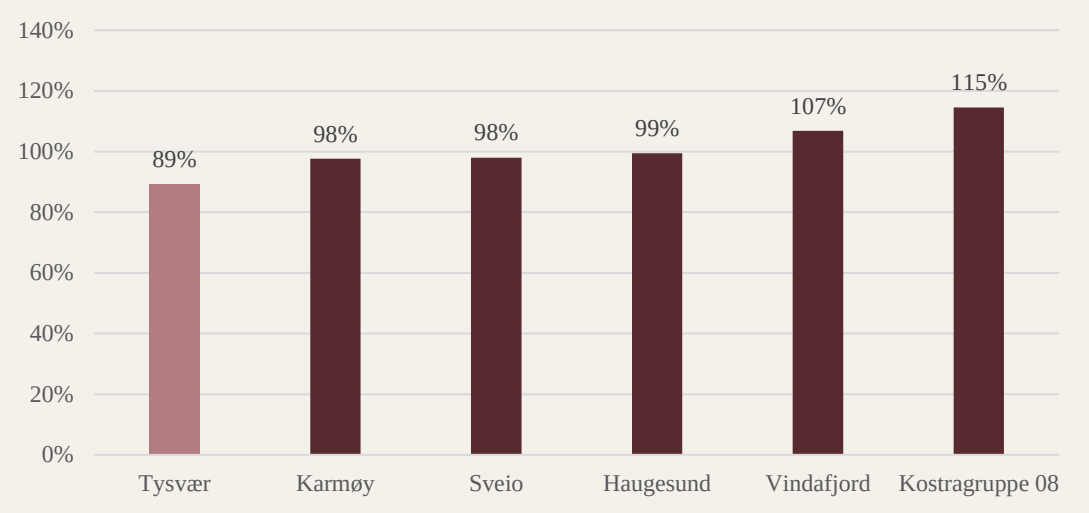
Kilde: Framsikt

Utgiftsveksten i Tysvær, målt i utgifter per innbygger, er moderat sammenlignet med de andre kommunene (14 prosent i løpet av fire år), men utgiftsveksten fra 2019 til 2020 er desidert størst i Tysvær (7 prosent, mens flere av sammenligningskommunene har en utgiftsreduksjon).

Regnskapet viser en kostnadsøkning innenfor tjenesteområdet Helse og mestring på 11,4 prosent (ikke hundre prosent sammenlignbare størrelser, jf. over). Helse og mestring hadde i 2020 et merforbruk på 20 millioner kroner, og i 2021 er det rettet stor oppmerksomhet omkring å få regnskapet i balanse. Innsparingskravet på 4 millioner kroner for 2020 ble forskjøvet, og for 2021 er kravet å redusere kostnadene med 16 millioner kroner i forhold til resultatet for 2020.

Tysvær er i dag en ung kommune med en høy andel barn. Dette kommer til uttrykk i kommunens behovsprofil. Kommunens utgiftsbehov forbundet med grunnskole er på drøyt 126 prosent, dvs. 26 prosent over landsgjennomsnittet. Utgiftsbehovet forbundet med barnehage er drøyt 116 prosent, dvs. 16 prosent høyere enn landssnittet. I figuren under illustrerer vi kommunens utgiftsbehov forbundet med pleie- og omsorgssektoren, sammenlignet med andre kommuner. Landssnittet er 100 prosent. Vi ser at Tysvær har et lavere utgiftsbehov enn landssnittet og klart lavest av alle sammenligningskommunene.

Figur 7 Utgiftsbehov innen pleie og omsorgssektoren

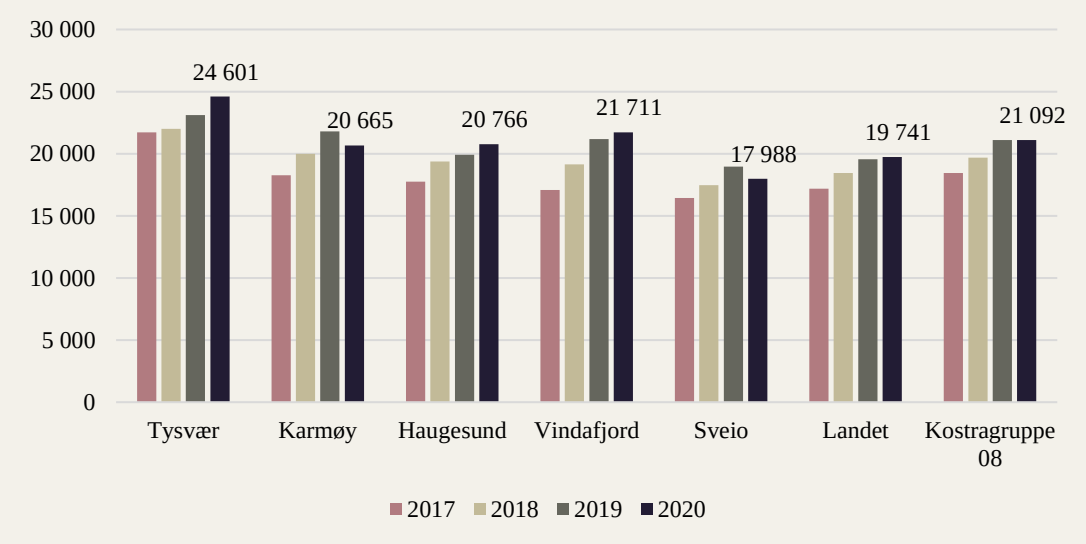


Kilde: Framsikt

Variablene som ligger til grunn for å vurdere utgiftsbehovet er de samme som brukes i Grønt hefte i statsbudsjettet. Disse blir regnet som objektive behovsvariabler, dvs. variabler kommunene ikke kan påvirke. Eksempler på dette er andel innbyggere i alderen 80-89, andel enslige over 67 år, andel med psykisk utviklingshemming over 16 år osv. En kommune med mange slike brukere vil ha et større utgiftsbehov enn en kommune med få slike brukere.

Når vi sammenligner kommunenes utgifter forbundet med pleie og omsorg inkluderer vi disse behovsvariablene for å sikre et bedre og mer rettferdig sammenligningsgrunnlag. I figuren under har vi korrigert utgiftene for den enkelte kommunes/kommunegruppes utgiftsbehov. Vi ser at bildet endrer seg fra figuren over. Tysvær plasserer seg ikke lenger midt på treet, men er den kommunen som har desidert høyest utgifter forbundet med pleie og omsorg.

Figur 8 Netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie og omsorg, korrigert for utgiftsbehov

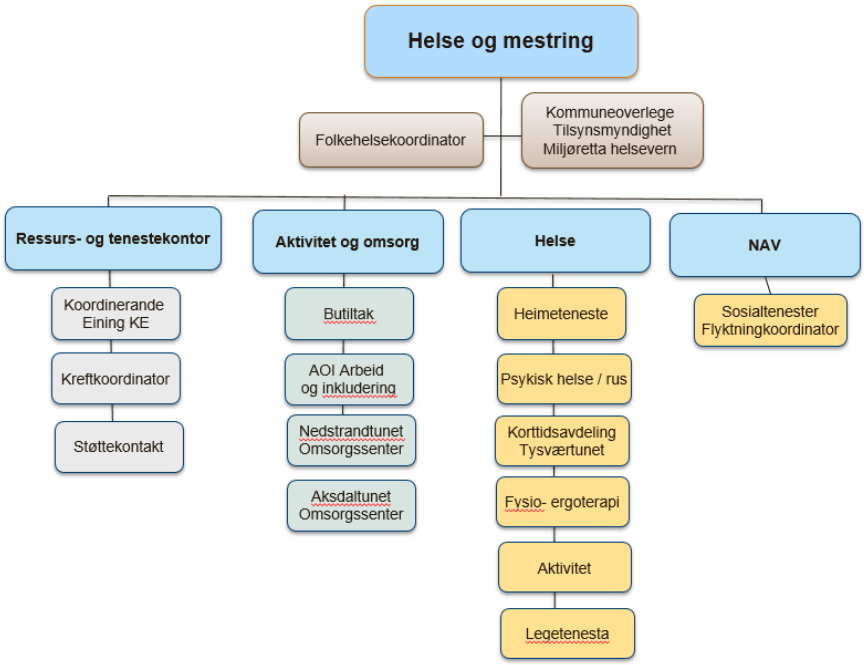


Kilde: Framsikt

6 ORGANISERING

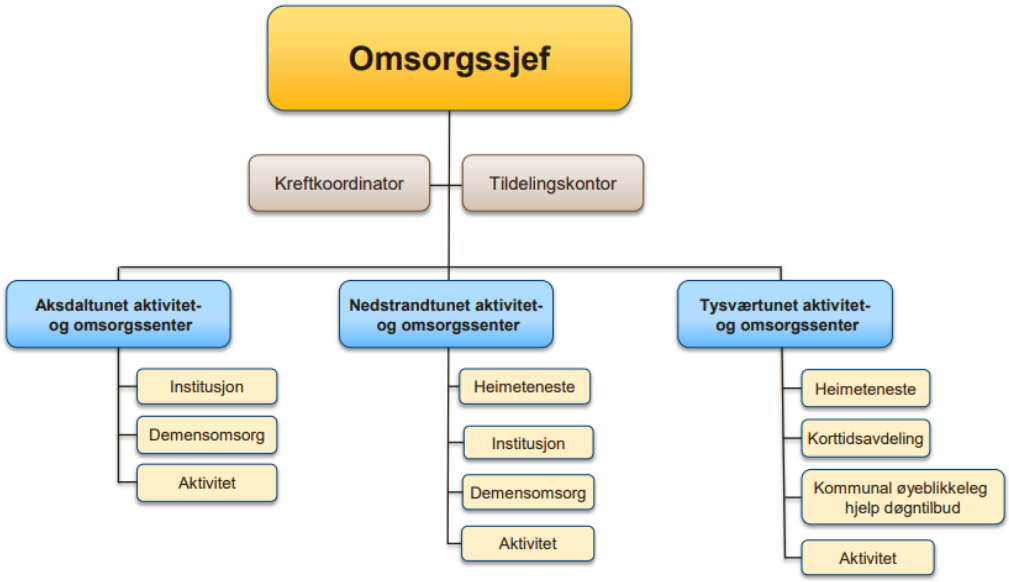
6.1 NY ORGANISERING AV HELSE OG MESTRING I AUGUST 2020

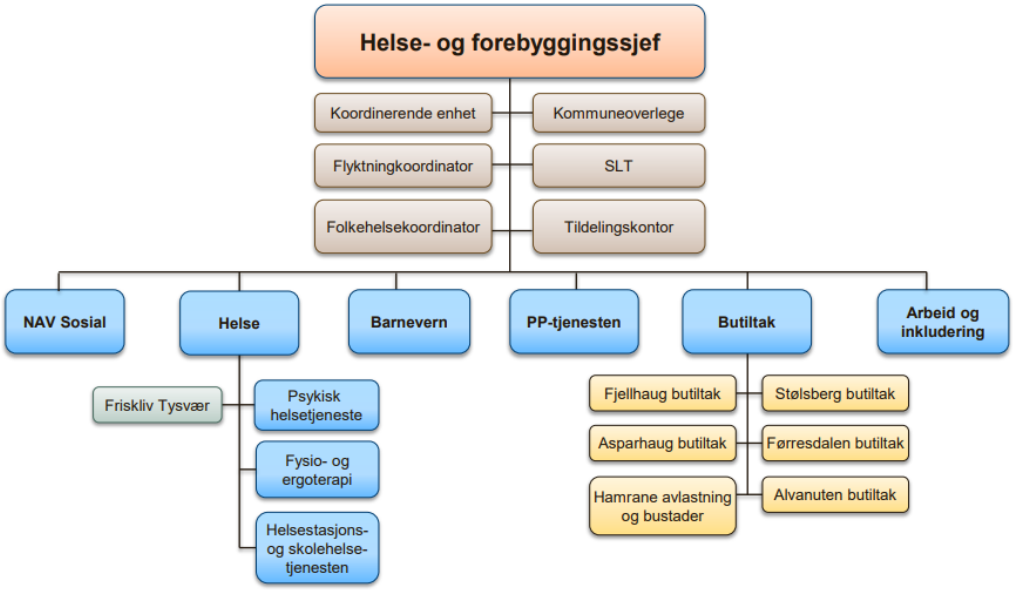
Helse og mestring har nylig blitt omorganisert, og fra august 2020 har organseringen av tjenesteområdet sett slik ut.



6.2 GAMMEL ORGANISERING

Før august 2020 var helse- og omsorgstjenestene i Tysvær i hovedsak organisert i to resultatområder; Aktivitet og omsorg, og Helse og forebygging. Dette er illustrert i de to organisasjonskartene under.





Omsorg og helse og forebygging ble altså slått sammen. Det betyr at Helse og mestring nå består av alle disse tjenestene, med unntak av PPT, helsestasjon, skolehelsttjenesten og barnevern.

Dette innebar også endrede ansvar og roller og det ble foretatt en del interne utlysninger for seksjonsledere, spesielt innen helse, der de flest lederne hadde ledererfaring, men har nå fått et tydeligere ansvar for budsjett, hms, personell, i tillegg til fag. Vi får opplyst at kommunen har

prioritert å gi disse mye opplæring: *Me ser faktisk endring i resultat etter opplæring som kan tellast i store pengebeløp (spart) å ha kunnskap og kunne bruke verktøyene bedre*[4].

6.3 INNSPARINGSKRAV OG OMSTILLING

For 2021 og 2022 har Helse og mestring et krav om å redusere kostnadsnivået fra 2020-nivå med 24 millioner kroner (utgiftene i 2020 var 263 millioner kroner for hele tjenesteområdet[5], og 245 millioner kroner, dersom vi bare legger til grunn pleie- og omsorgsdelen[6]). Økte utgifter knyttet til økte behov er estimert til ti millioner kroner, fem millioner hvert år, og dette vil øke de påfølgende årene, 38 millioner i alt fra 2021 til 2025. Dersom man skal håndtere innsparingskravene i tillegg til de økte utgifter på grunn av økte behov, utgjør det reelle innsparingskravet 69 millioner kroner for perioden, i følge kommunalsjef Helse og mestring[7].

Tilbakemeldingen i flere av intervjuene er at dette innsparingskravet er veldig ambisiøst, og at kommunen per oktober 2021 har klart å ta ned 11 millioner kroner, men ser ut til å styre mot 5 millioner i minus på grunn av behovsveksten. Kommunalsjefen er redd for at behovsveksten også neste år kan bli den store utfordringen mht. å nå budsjettbalanse.

Også andre tar til orde for at tempoet på omstillingen går for fort, spesielt når man samtidig skal rydde opp i økonomistyring, økonomirapportering, vedtaksstyring, føringer i fagsystemet osv. (jf. funn senere i rapporten). Mye av omorganiserings- og omstillingsarbeidet har dessuten vært gjennomført under en global pandemi, med strenge smittevernregler og reduserte muligheter for å møtes. Helse og mestring er dessuten det tjenesteområdet som har vært mest berørt av pandemien.

Det blir også pekt på at et for høyt tempo utgjør en risiko for at man ikke rekker å innarbeide en endring og ny praksis, før man skal i gang med neste store endring. Det hevdes at for raske endringer på for kort tid er krevende å få til, og man frykter at kommunen *«sparer seg til fant»*. Et roligere tempo vil være mer økonomisk bærekraftig og gi større forutsetninger for å lykkes, hevdes det.

En del er bekymret for *«takten for å ta ned forbruket»* og frykter at kommunen risikerer å miste gode folk dersom omstillingstempoet opprettholdes. Det er en stor alternativ kostnad dersom en skrur for hardt, hevdes det. Flere peker på at det er viktig at kommunen oppi det hele ikke mister

[4] Opplyst i epost den 07.10, og korrigert i tilbakemelding den 28.10.

[5] Samme kilde. 16 millioner i 2021 og 8 millioner i 2022

[6] KOSTRA via Framsikt.

[7] Opplyst i epost fra kommunalsjef Helse og mestring den 07.10

av syne at man samtidig må legge til rette for å være en attraktiv arbeidsplass for arbeidskraft det er stor konkurranse om.

6.4 OPPSUMMERING

Helse og mestring er nylig omorganisert og er i gang med en innsparingsrunde flere beskriver som veldig krevende.

I desember 2020 la Direktorat for forvaltning og økonomistyring (DFØ) frem en rapport om erfaringer fra statlige reformer[8]. En sentral problemstilling som skulle besvares her var: Hva skal til for at reformer lykkes? Nå er det naturlig nok visse forskjeller mellom store statlige reformer og kommunale omstillingsprosesser. Men det er også enkelte likhetstrekk. Derfor presenterer vi en kort oppsummering av de funnene derfra som vil kunne ha relevans for den innsparingsrunden Tysvær er inne i.

Et moment i DFØs gjennomgang er at det ofte er høye forventninger til resultater og at man ofte er for utålmodige mht. når resultatene skal vise seg. Men det som kanskje treffer best i forhold til den omstillingen Tysvær er inne i, er at for mye skal skje på en gang**.** DFØs gjennomgang viser at departementene i for liten grad vektlegger løpende utvikling og omstilling. Kapasiteten til å gjennomføre omfattende reformer blir ofte overvurdert, og departementene har for lite kompetanse på omstillings- og endringsarbeid. Mange reformer er preget av at mye skal skje på én gang. Ved å rykke fram skrittvis, og åpne for justeringer underveis, kan reformer bli mer gjennomførbare, hevder DFØ. Dette krever at det i større grad blir utviklet en endringskultur i forvaltningen, der virksomhetene blir utfordret på utviklings- og endringsbehov som ledd i den ordinære styringsdialogen.

Mye av omorganiserings- og omstillingsarbeidet har dessuten vært gjennomført under en global pandemi, med strenge smittevernregler og reduserte muligheter for å møtes. Helse og mestring er dessuten det tjenesteområdet som har vært mest berørt av pandemien. I tillegg pågår det et stort opprydningsarbeid i tjenesteområdet, både mht. budsjettstyring, vedtaksstyring, økonomi- og vedtaksrapportering, føringer i fagsystemet osv.

Både innsparingskravene og de iverksatte tiltakene er fornuftige og nødvendige, men summen av tiltak og omstendigheter, kan gjøre at det blir krevende å lykkes på kort sikt. Kommunen bør ha disse momentene i bakhodet i tiden fremover, slik at det skapes best mulige forutsetninger for å lykkes i det pågående arbeidet. Kommunen bør vurdere en mer skrittvis tilnærming, der ulike løsninger, tiltak og rammebetingelser ses i sammenheng og underbygger hverandre. For Tysvær sin del vil det pågående opprydningsarbeidet gi et langt bedre bilde av tjenesteproduksjonen og utgiftsfordelingen. Dette vil i sin tur skape et bedre styringsgrunnlag, og dermed også et bedre utgangspunkt for en rettferdig tildeling av ressurser.

[8] «*Når støvet har lagt seg. Erfaringer fra statlige reformer*», DFØ-rapport 2020:11, desember 2020.

En vellykket omstillingsprosess vil dessuten kunne bidra til å utvikle en mer permanent endringskultur i Helse og mestring, slik de ansatte blir mer vant til at endringer skjer nokså kontinuerlig.

7 FORDELINGEN AV UTGIFTER

7.1 INNLEDNING

I teksten under gir vi en kort oversikt over hvordan utgiftene fordeler seg på ulike funksjoner innen pleie og omsorg. **Det bør presiseres at tallene etter alt å dømme gir et brukbart bilde av utgiftsfordelingen, men vi er usikre på presisjonen i tallene. Tilbakemeldingen fra kommunen tyder på at det har vært en del feilføringer mht utgiftsføringene, både for hjemmetjenestene, aktivisering og institusjonstjenester**. Kommunen har i 2021 satt i verk et prosjekt for å sikre korrekte føringer, slik at man får et riktig bilde av tjenesteproduksjon og utgifter innenfor de ulike områdene.

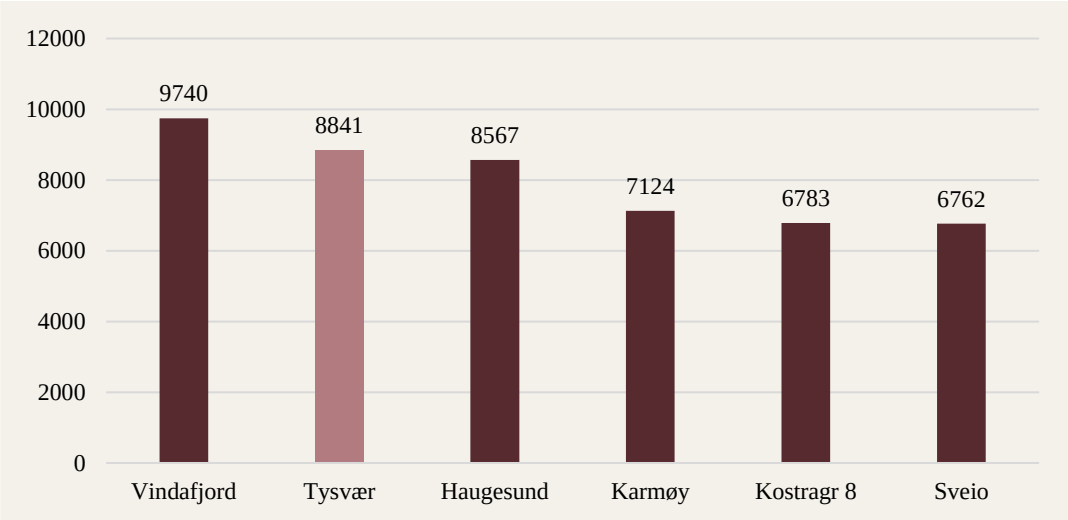
Men hovedbildet er at kommunen ligger høyt over hele fjøla, dvs. institusjon, hjemmetjenester, aktivisering og institusjonslokaler. Eksempelvis var utgiftene til aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelser svært høye i Tysvær i 2020 sammenlignet med de andre (nesten 2500 per innbygger, nesthøyeste av kommunene var Haugesund med 992[9]). Men også her tyder dataene på at det kan være noen feilføringer.

Det vi derfor gjør er å gå dypere inn i utgiftene på institusjonstjenester og tjenester til hjemmeboende, siden disse tjenestene utgjør den største delen av utgiftskaka.

[9] Korrigert for utgiftsbehov.

7.2 INSTITUSJONSTJENESTER

Figur 9 Netto utgifter per innbygger til institusjonstjenester, korrigert for utgiftsbehov



Kilde: Framsikt

Tysvær har de nest-høyeste utgiftene per innbygger til institusjonstjenester, korrigert for behov. Utgiftene i Tysvær har ligget nokså jevnt de siste årene, med en nedgang fra 2017 til 2018 på 800-900 kroner, men en økning med over 1000 kroner per innbygger fra 2018 til 2020, og 236 kroner per innbygger fra 2019 til 2020.

Tysvær har en relativt lav dekningsgrad for institusjon, sammenlignet med de andre Haugalandskommunene. Andelen plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 og over er på 17,4 prosent, det er nest lavest av kommunene i figuren, men omtrent på landssnittet (17,5 prosent). Sveio har høyest andel (21,3 prosent) og Karmøy har lavest andel (15,7 prosent).

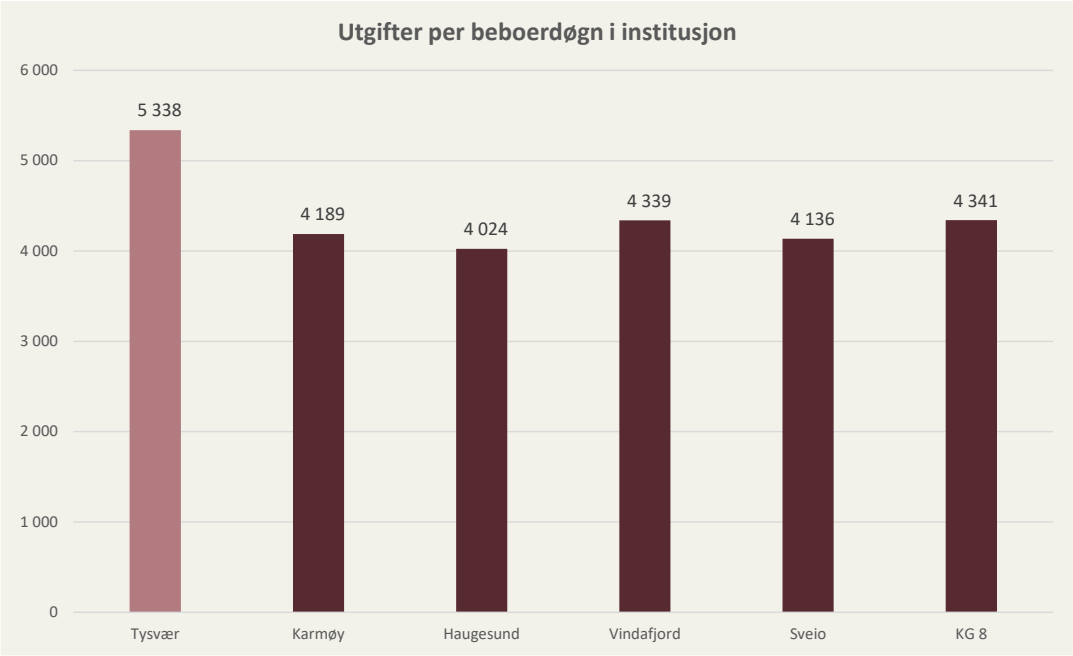
Tysværs høye utgifter per innbygger skyldes at sykehjemsplassene er dyrere her enn i de andre kommunene.

I figuren under illustrerer vi dette med utgiftene per beboerdøgn i institusjon. Vi ser at Tysvær skiller seg ut med langt høyere utgifter enn de andre fire kommunene. Tysvær bruker faktisk 28 prosent mer per beboerdøgn i institusjon enn de andre fire kommunene, og 19 prosent mer enn kommunegruppe 8.[10]

7.2.1 HØYE UTGIFTER PER BEBOERDØGN

[10] Da har vi beregnet de gjennomsnittlige utgiftene per beboerdøgn for de fire andre kommunen.

Figur 10 Utgifter per beboerdøgn i institusjon



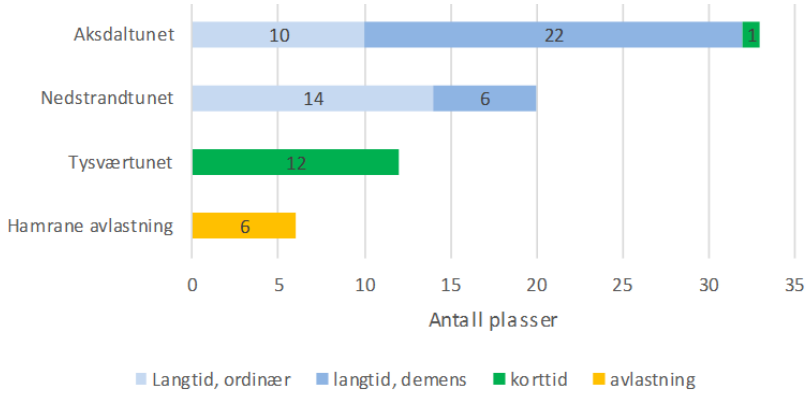
Kilde: Framsikt

7.2.2 KOSTNADSKREVENDE INSTITUSJONSSTRUKTUR

Kommunen har fire institusjoner. Tre av dem er tradisjonelle sykehjem som til personer som har fått vedtak om korttids- eller langtidsopphold. Det er totalt 65 slike plasser, med en fordeling på ulike type plasser vist i figuren under. Hamrane er et avlastningstilbud til barn og unge. **I 2021 har også kommunen opprettet et institusjonstilbud** for noen få brukere med sterk utagerings-problematikk, som ikke kunne bo på vanlig sykehjem[11].

[11] Opplyst i møte med lederne innenfor Helse og mestring i møte den 22.09.21.

Figur 11 Plasser i institusjon 2020[12]



I intervjuene våre pekes det på at spredningen av sykehjemsplassene på flere mindre enheter er en dyr løsning. Agenda Kaupang mener at en slik organisering gjør det vanskelig å få til en kostnadseffektiv drift, og i mange tilfeller kan det også ha betydning for kvaliteten[13]. Da det kan være krevende å sikre tilstrekkelig kompetanse og god utnyttelse av denne når tilbudet er fordelt på flere lokasjoner og flere avdelinger. Dagens struktur er preget av at samme type plasser blir tilbudt ved flere sykehjem. I rapporten pekes det på at mulighetene for spesialisering er ikke godt nok utnyttet. Agenda Kaupang mener at økt spesialisering vil kunne gi et tilbud av bedre kvalitet til brukere med spesielle behov. Det pekes på at færre institusjoner vil gi grunnlag for innsparinger og smartere bruk av ressursene, et sterkt fagmiljø og gode fremtidige tjenester til innbyggerne i Tysvær. Deres anbefaling var at Tysvær kommune burde satse på ett sykehjem.

Kommunen er på ballen her. Kommunestyret vedtok i juni 2021 at institusjonsplasser i Tysvær skal samles i et nytt helsekvartal i Aksdal, og at rådmannen skulle starte opp arbeidet med et forprosjekt i 2020. Her skal kommunen vurdere mulige konsekvenser av en sammenslåing av to eller tre institusjoner. Prosjektet skal lage en helhetlig oversikt over omfang av behov for institusjonsplasser, omsorgsboliger og boligpolitikk som best kan sette kommunen i stand til å yte bærekraftige helse- og omsorgstjenester frem mot 2040.

Fra kommunen får vi opplyst at de parallelt med dette arbeider for å komme til bunns i hvorfor institusjonsutgiftene er såpass mye høyere i Tysvær enn andre kommuner. Dette gjøres blant annet ved å sammenligne Tysvær på et mer detaljert nivå med andre kommuner, som for eksempel Bømlo[14]. I en av gjennomgangene avdekket man blant annet at pleiefaktoren ved

[12] Utredning av fremtidig tilbud av institusjonsplasser og boliger til eldre, 2020 Tysvær kommune og Agenda Kaupang

[13] Samme kilde.

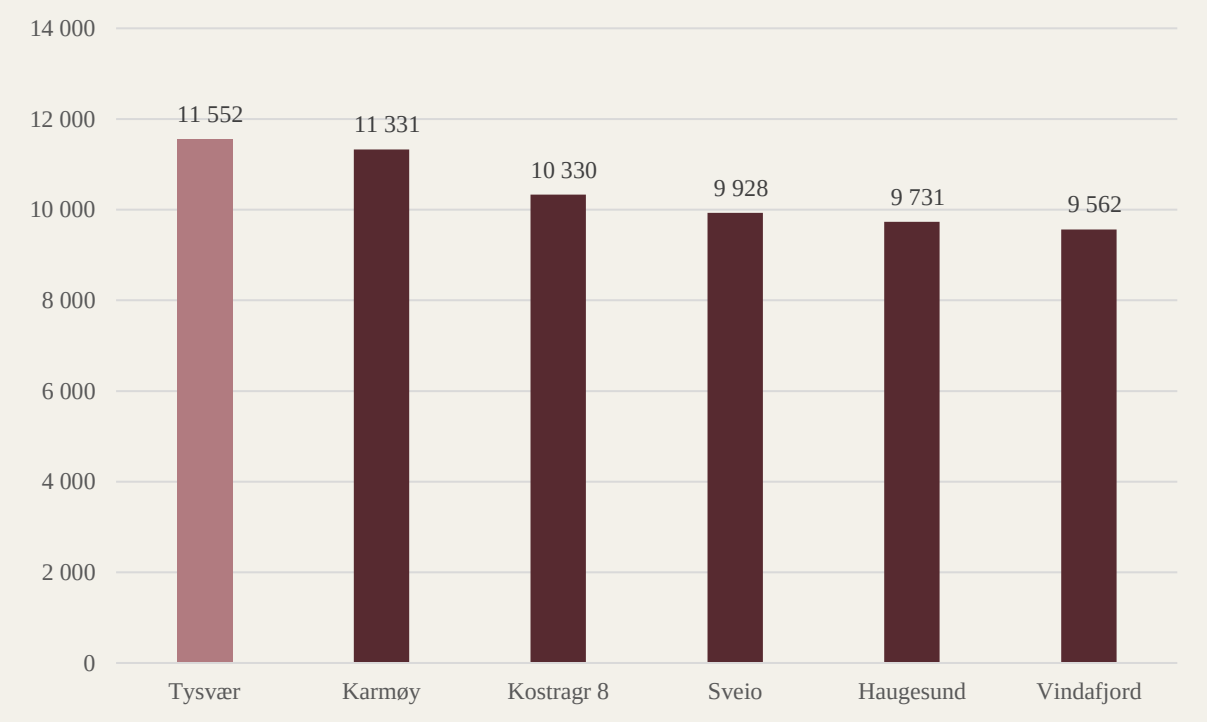
[14] Hensikten med dette er å undersøke hvordan Bømlo arbeider med sin institusjonstjeneste, og hvordan kommunen fører sine utgifter.

Aksdalstunet var noe høyere enn pleiefaktoren på sykehjem i Haugesund, hhv. 0,93 og 0,85 pleiere per bruker.[15]

7.3 HJEMMETJENESTER

7.3.1 HOVEDBILDE

Figur 12 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende korrigert for utgiftsbehov



Kilde: Framsikt

Tallene tyder på at det har vært en betydelig vekst i utgifter til helse og omsorgstjenester til hjemmeboende i Tysvær fra 2017 til 2020, på 27 prosent. Kun Vindafjord har hatt en sterkere vekst (33 prosent), mens de øvrige sammenligningskommunene har hatt en vekst på hhv. 14-22 prosent. Tysvær har den desidert høyeste veksten fra 2019 til 2020, på 10 prosent. Både Karmøy, Vindafjord og Sveio har en utgiftsreduksjon fra **2019 til 2020,** mens i kommunegruppe 8 er de behovskorrigerte utgiftene omtrent uendret. I avsnittene under skal vi se nærmere på hvorfor Tysvær har høye utgifter til hjemmeboende. Sykehjemsdekningen er en indirekte faktor her, men Tysværs dekningsgrad ligger omtrent på landssnittet, men noe under de kommunene vi sammenligner med, utenom Karmøy[16].

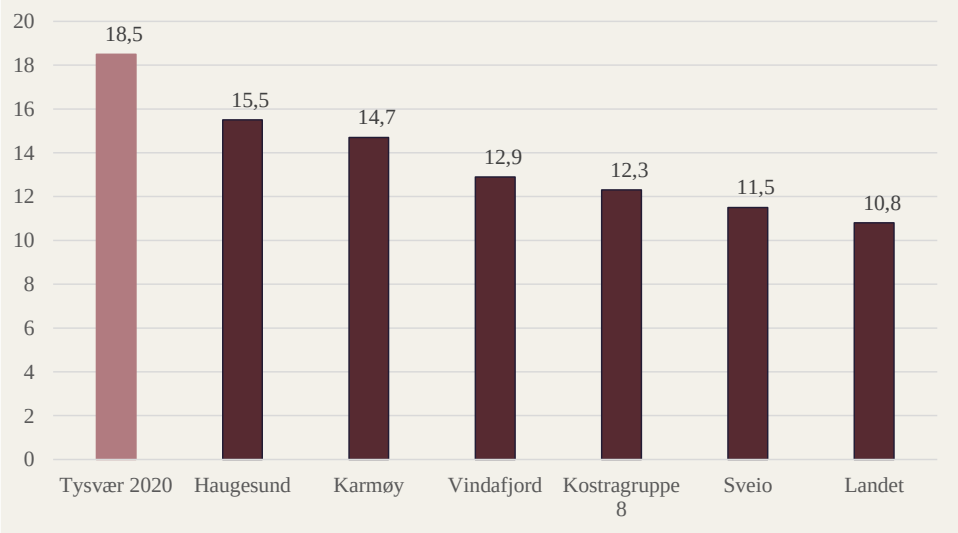
[15] Opplyst på samling med ledergruppe den 22.09.

[16] Plasser i institusjon i % av innbyggere 80 og over i 2020. Tysvær: 17,4 %, landet 17,5 %, Karmøy 15,7 %, KG 8 18,9 %, Sveio 21,3 %, Haugesund 19,4 % og Vindafjord 18,1 %

7.3.2 MYE RESSURSER TIL UNGE BRUKERE MED PRAKTISK HJELP

I 2020 var 49 prosent av alle mottakere av hjelp i hjemmet i Tysvær under 66 år. Med unntak av Karmøy (53 prosent) er dette høyest av kommunene på Haugalandet. I figurene under viser vi hvordan tjenester til hjemmeboende er fordelt, både mht. alder og type tjeneste. Det er viktig å presisere at dette ikke bare er tjenester som hjemmetjenesten gir, men en rekke andre tjenester som ytes i hjemmet (se fotnote) [17]

Figur 13 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i hjemmet i uken per bruker

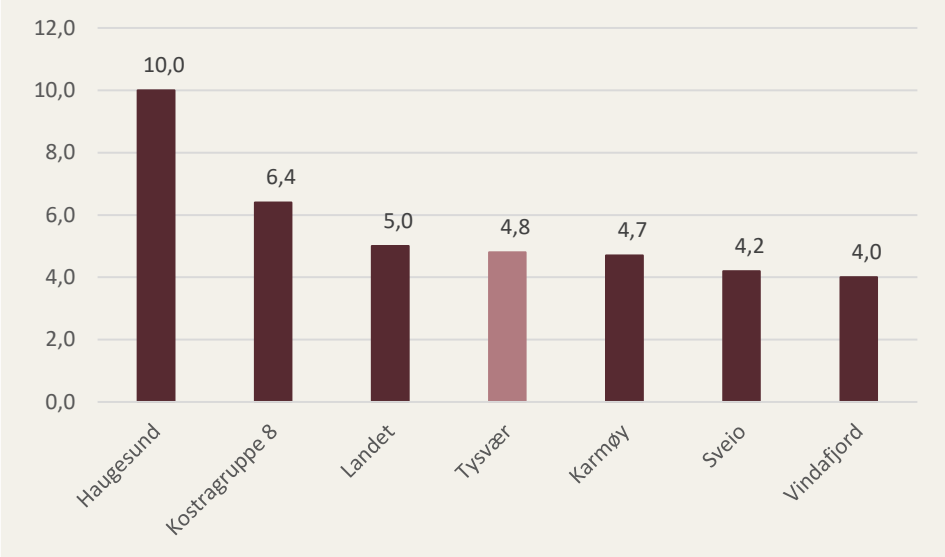


Kilde: Framsikt

Figur 14 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken per bruker, hjemmesykepleie[18]

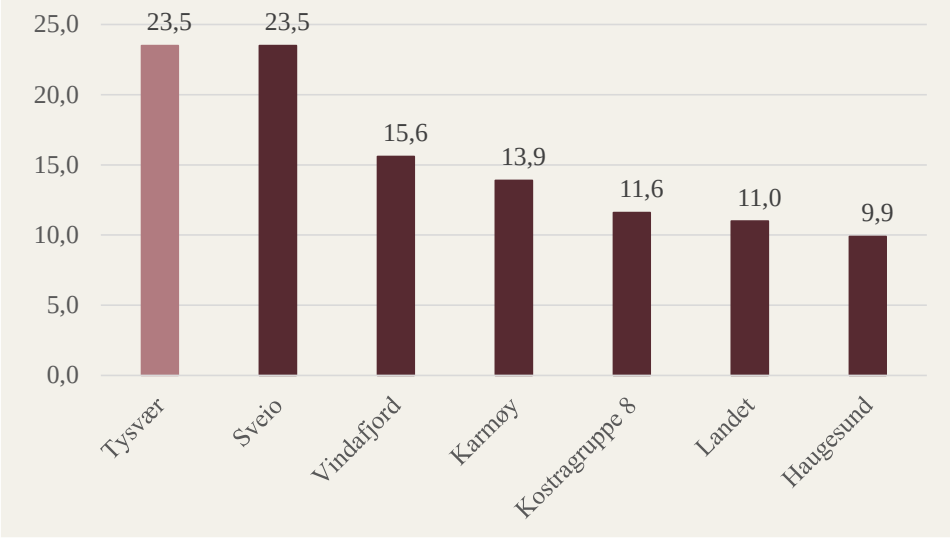
[17] Kilde: Framsikt/KOSTRA. Indikatoren inkluderer følgende IPLOS-tjenester: Praktisk bistand - daglige gjøremål, Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål, Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse, Dagaktivitetstilbud, Helsetjenester i hjemmet, Avlastning - utenfor institusjon, Støttekontakt, Omsorgslønn, Dagopphold i institusjon, Nattopphold i institusjon.

[18] Indikatoren viser kun hjemmesykepleie.



Kilde: Framsikt

Figur 15 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken per bruker, praktisk bistand[19]

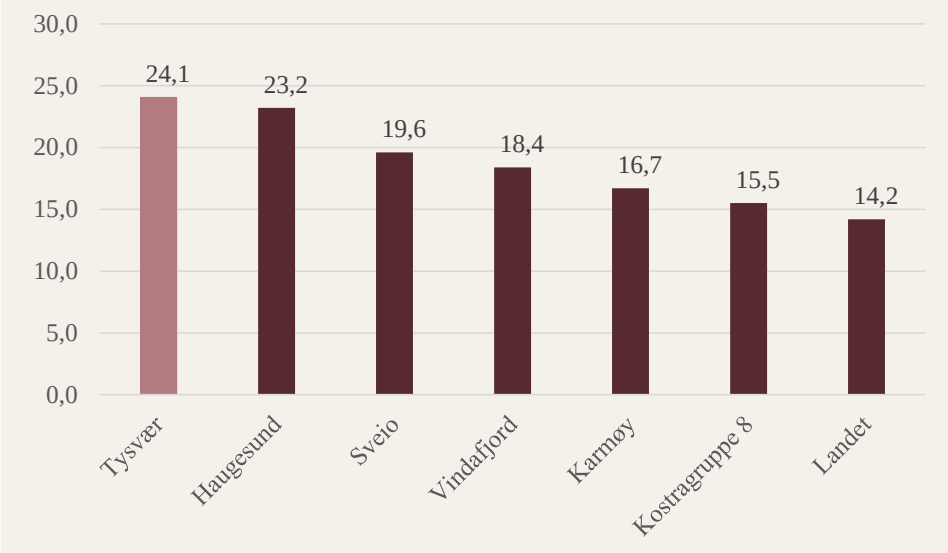


Kilde: Framsikt

Figur 16 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken per bruker, hjemmetjenestebrukere 0-66 år (antall)[20]

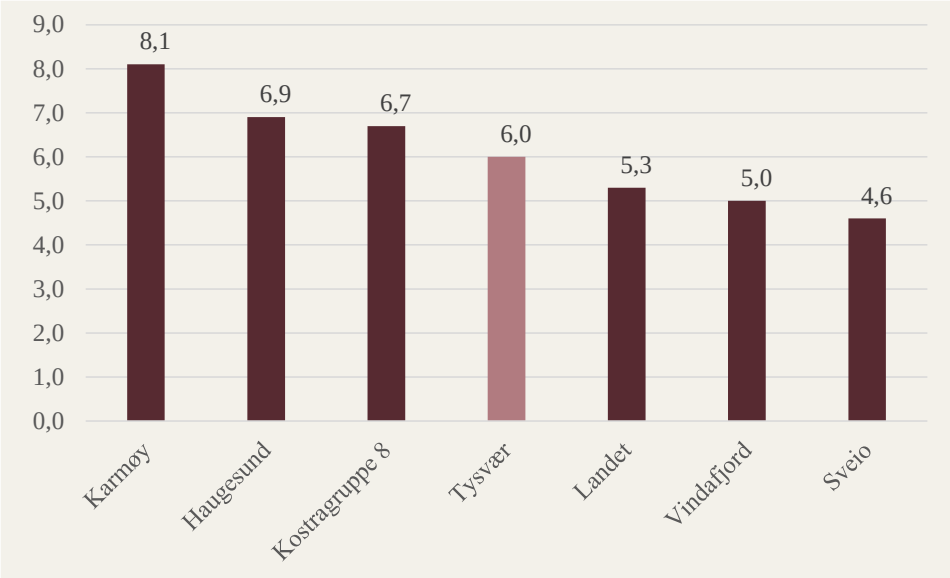
19 Denne indikatoren inkluderer følgende: Praktisk bistand - daglige gjøremål, Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål og Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse

[20] Ingen ytterligere indikatorbeskrivelse.



Kilde: Framsikt

Figur 17 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken per bruker, hjemmetjenestebrukere 67 år og over (antall)[21]



Kilde: Framsikt

Gjennomgangen tyder altså på at det høye gjennomsnittlige antallet vedtakstimer i hjemmet i Tysvær for en stor del skyldes yngre brukere som mottar praktisk bistand.

Praktisk bistand består av flere delvariabler og praktisk bistand fra hjemmetjenesten utgjør bare en mindre del av det. Praktisk bistand består også av brukerstyrt assistent (BPA) og de tjenestene

[21] Ingen ytterligere indikatorbeskrivelse.

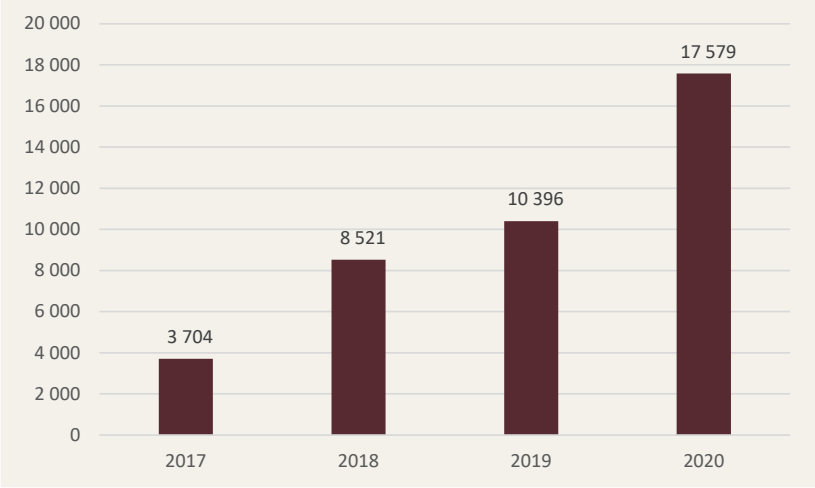
Butiltak gir (primært praktisk bistand og praktisk bistand opplæring). Utgiftene til disse tjenestene er viktige forklaringer på hvorfor ressursinnsatsen rettet mot yngre brukere er høy[22].

I de to neste delene går vi kort inn på utgiftsutviklingen i disse tjenestene.

7.3.3 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE

Ressursbruken forbundet med Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA) har hatt en eksplosiv vekst fra 2017 til 2020, antall vedtakstimer har økt med hele 375 prosent. BPA er en alternativ måte å organisere praktisk bistand, opplæring og støttekontakt på, for personer med nedsatt funksjonsevne. Kjernen i ordningen er brukerstyring ved at brukeren selv er arbeidsleder. Det vil si at det er brukeren selv (eventuelt med bistand) som bestemmer når og hvordan tjenestene skal utføres, innenfor rammen av kommunens vedtak. Rettigheten gjelder personer under 67 år.

Figur 18 Antall vedtakstimer forbundet med Brukerstyrt Personlig Assistanse



Kilde: Framsikt

Vi vet ikke hvor mange som fikk BPA i 2017, men fra 2018 til 2020 økte antallet fra fem til åtte. I 2020 var det i gjennomsnitt 2197 vedtakstimer per bruker per år.

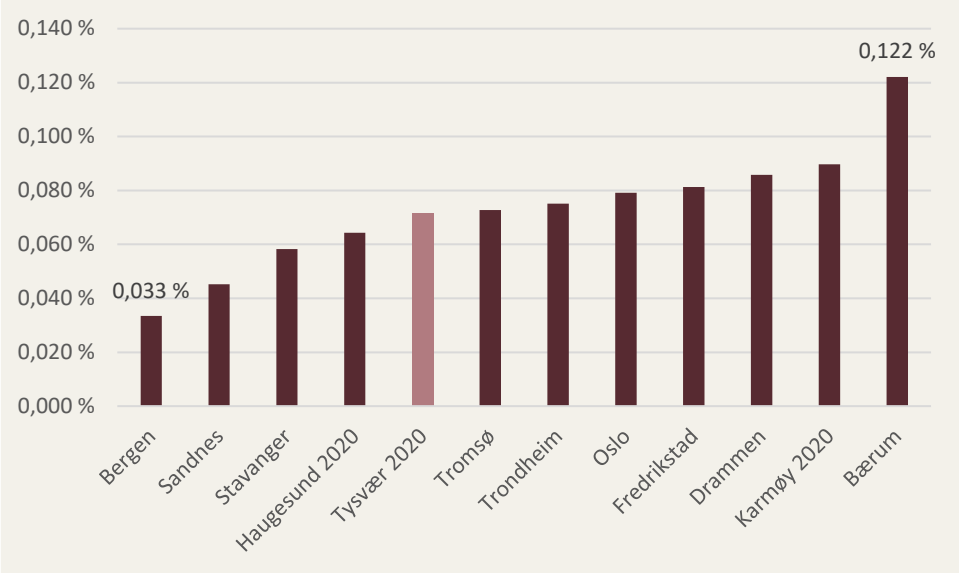
Selv om den faktiske timeveksten vært veldig stor i Tysvær kommune, har ikke Tysvær spesielt mange eller spesielt ressurskrevende BPA-brukere, sammenlignet med andre kommuner.

I de to figurene under sammenligner vi de tre Haugalandskommunene med et knippe storbykommuner. Tallene fra storbykommunene er fra 2019, og ble brukt i en

[22] For å ha en lovfestet rett til BPA må brukeren være under 67 år. Også brukerne av botiltaket er i all hovedsak yngre enn 67 år.

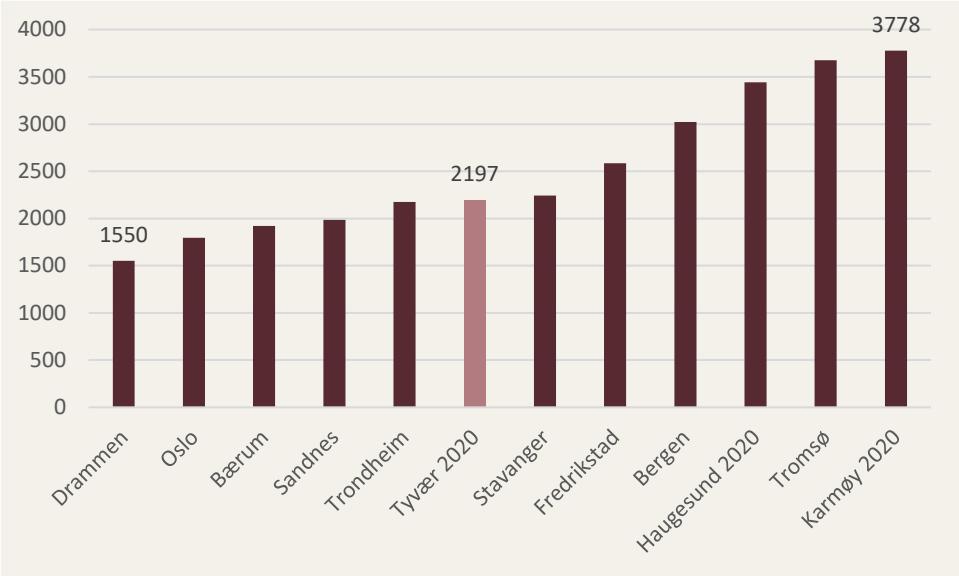
forvaltningsrevisjon i Stavanger fra 2020. Selv om tallene for storbykommunene er fra 2019, gir de likevel et godt bilde av hvordan Tysvær plasserer seg sammenlignet med andre kommuner på denne indikatoren.

Figur 19 *Andel av befolkningen med BPA (2020 for Haugalandskommunene, 2019 for de andre)*



Kilde: Framsikt

Figur 20 Timer med BPA per bruker per år (2020 for Haugalandskommunene, 2019 for de andre)

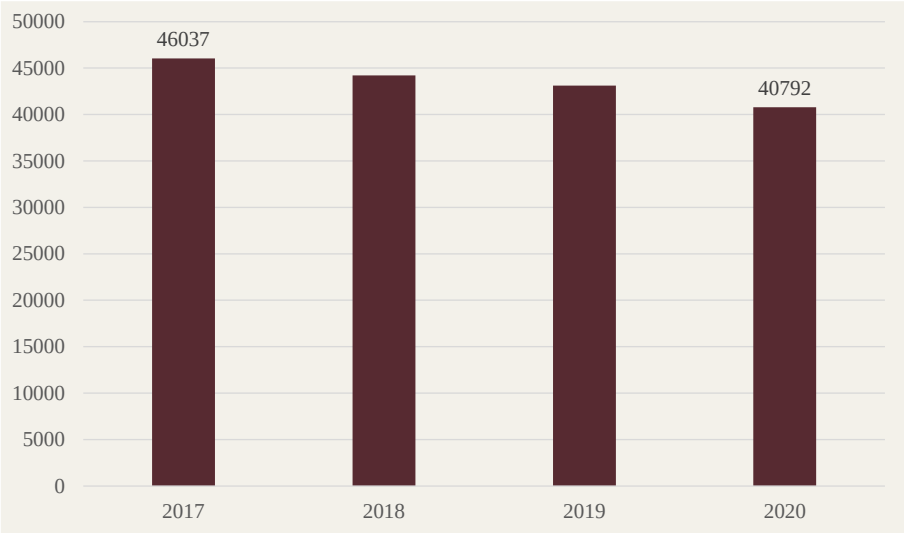


Kilde: Framsikt

7.3.4 BUTILTAK/MILJØTJENESTE

Butiltak er en tjeneste som yter praktisk bistand, råd og veiledning til personer med psykisk og fysisk funksjonshemning. Formålet er at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse med andre. I en del andre kommuner kalles denne enheten miljøtjenesten, i Tysvær heter den Butiltak. Per i dag er det kun brukere i alderen 0-66 år som mottar denne tjenesten i Tysvær. I figuren viser vi utgiftsutviklingen de siste årene.

Figur 21 Utgiftsutvikling butiltak (i tusen kroner)[23]



Kilde: Tysvær kommunes regnskap

Utgiftene til Butiltak er redusert de siste årene. Dette henger sammen med et omstillingsprogram som Butiltak har vært gjennom de siste årene. Omstillingsprogrammet startet allerede i 2013 [24]. Av et samlet sparekrav på 27 millioner kroner, skulle Butiltak håndtere åtte millioner av disse.

For å få til dette så kommunen for seg bygningsmessige, organisatoriske og driftsmessige endringer innen Butiltak. Et sentralt virkemiddel var å endre boligstrukturen, dvs. redusere endre botiltakene frå mange små, til færre store enheter. På dette tidspunktet hadde kommunen 27 brukere fordelt på seks botiltak, blant annet fire botiltak med fire brukere og ett med tre brukere. En la også til grunn at det ville være behov for å kapasiteten i botiltakene til 32 boliger.

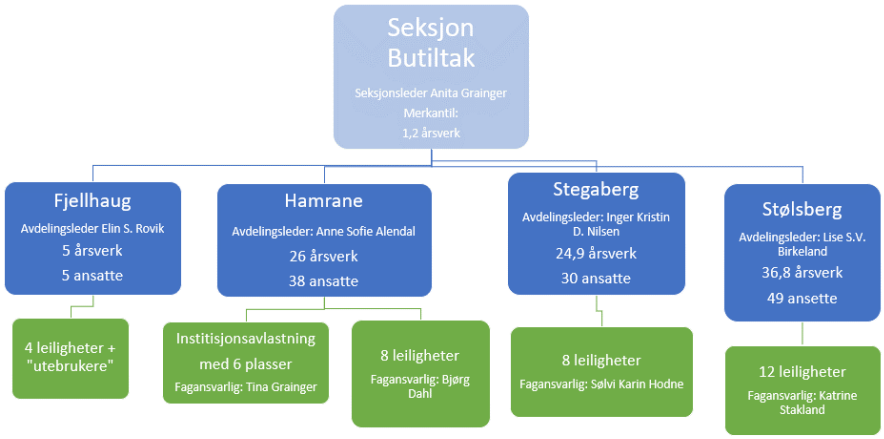
Selv om utgiftene er betydelig redusert, utgjør Butiltaks utgifter i 2020 15,7 prosent for hele tjenesteområdet, og 16,6 prosent dersom vi bare legger til grunn pleie- og omsorgsdelen, og 39 prosent av kommunens utgifter til helse- og omsorgstjenester i hjemmet.

[23] Ansvar 4010 til 4022

[24] Mandat for drifts- og organisasjonsgjennomgang av kommunen sine tjenester for funksjonshemma.

Organiseringen av Butiltak ser i dag slik ut, og ble innført i mars 2019.

Figur 22 Organisering Butiltak



Et sentralt siktemål med større boliger var å få til en bedre og mer effektiv måte å utnytte ressurser og kompetanse på. Dermed vil det også være lettere å gjøre nødvendige driftsmessige tilpasninger ved endringer i behov.

Vi får opplyst at innsparingskravene nesten er kvittert ut. Stølsberg er i ferd med å reduseres fra 36,8 til 33,8 årsverk. I tillegg skal Butiltak gi fra seg 2,75 årsverk til Arbeid og inkludering.

I tabellen under har vi sammenlignet Sola og Tysvær kommune. I Sola kalles det miljøtjenester, i Tysvær Butiltak, men det er samme tjeneste. Det finnes ikke tilgjengelige offentlige tall på disse indikatorene, derfor bruker vi tall som vi har samlet inn selv, i forbindelse med disse to pågående, parallelle forvaltningsrevisjonene. Det kan legges til at Sola er inne i en fase der de skal prøve å få utgiftene ned, mens Tysvær snart er ferdig med sin omstillingsrunde.

Tabell 3 Sammenligning av miljøtjenestene i Sola og Tysvær[25]

	Brukere	Årsverk	Årsverk per bruker	Brukere i % av innbyggertall
Tysvær	41	94,5	2,30	0,37 %
Sola	67	150,9	2,25	0,24 %

Kilde: Tall mottatt fra Sola og Tysvær kommune

[25] For å gjøre tallene sammenlignbare, har vi i begge kommunene tatt bort brukere som mottar avlastning, men beholdt det totale antallet årsverk i miljøtjenesten.

Det som gir størst utslag her er dekningsgraden, dvs. hvor stor andel av innbyggerne som mottar miljøtjenester. Her ser vi at det er en langt større andel i Tysvær enn i Sola. Selv om andelen innbyggere som mottar miljøtjenester totalt sette ikke er så stor, er dette kostnadskrevende tjenester som gir utslag på økonomien.

Det er små forskjeller i årsverk per bruker. Det er også slik at når Tysvær har gjennomført reduksjonen i antall årsverk på Stølsberg og 2,75 årsverk er overført til Arbeid og inkludering, er det totalt 89 årsverk igjen. Da vil det være 2,17 årsverk per bruker i botiltakene i Tysvær[26].

7.4 USIKKERHET OMKRING ØKONOMITALLENE - OPPRYDNING PÅGÅR

Tallene over viser at Tysvær bruker mye penger på pleie- og omsorgssektoren, sammenlignet med andre både mht. institusjons- og hjemmetjenester. I 2020 hadde Helse og mestring et overforbruk på 20 millioner kroner i 2020. Budsjettet for 2021 legger opp til et forbruk som er 16 millioner mindre enn forbruket i 2020.

Samtidig ønsker vi å understreke at vi er usikre på om tallene gir et helt presist bilde av fordelingen av utgifter på de ulike områdene/funksjonene. Både vår regnskapsgjennomgang og tilbakemeldingene fra kommunen tyder på at det har vært en god del feilføringer i regnskapet, både for tjenester i hjemmet, aktivisering og institusjonstjenester (korttid og langtid). Det er spesielt innenfor lønn kommunen mener det er noe feilføringer på korrekt KOSTRA-streng.

Dette henger blant annet sammen med tidligere og nåværende organisering. Fra 2015 og frem til august 2020 ble eksempelvis Tysværtunet, med områdene Aktivitet og fellesskap, Korttid/ØHD[27] og Hjemmetjenesten ledet under en seksjonsleder - med fleksibel bruk av hjemler og midler mellom de ulike enhetene. Fra sommeren 2020 ble det ansatt tre seksjonsledere med budsjettansvar, innenfor områdene Aktivitet og fellesskap, Korttid/ØHD og Hjemmetjenesten. Da kunne man ikke lenger drive fleksibel bruk av hjemler mellom områdene.

Det viste seg å være flere stillinger enn man hadde hjemler for. I hjemmetjenesten var det fem flere stillinger enn det var hjemler for, mens korttidsavdelingen hadde to[28]. Vi får opplyst at behovene for dette har vært reelle, og hadde økt over flere år, men at avviket mellom hjemler og stillinger ikke ble tydelig før man omorganiserte og ryddet i budsjettene. Det var først når man delte opp tjenestene at man så dette tydelig.

[26] Det bør legges til her at vi vet ingenting behovene blant brukerne i Tysvær og Sola er veldig forskjellige, ettersom vi ikke har detaljerte brukerdata. Samtidig er hovedbildet at forskjellene er relativt små mht. ressursbruk per bruker.

[27] Øyeblikkelig hjelp døgnenhet

[28] Opplyst i intervjuer hhv. 22.09 og 24.09.

Tabellen under viser utgiftsutviklingen for hjemmetjenesten og korttidsavdelingen. Vi ser at økningen er veldig stor fra 2019 til 2020.

	2017	2018	2019	2020	Endr. fra 2019 til 2020
Hjemmetjenesten	9 720	11 013	11 632	23 709	104 %
Korttidsavdeling	10 050	10 664	12 716	17 023	34 %

Kilde: Tysvær kommunes regnskap

Men tilbakemeldingene intervjuene tyder på at deler av økningen skyldes utgifter som ikke har blitt ført riktig, og som har kommet til syne når man har ryddet opp i utgiftsføringen.

Hovedfokus i kommunen for 2021 er å rendyrke føringene og ressursbruken på de ulike ansvarsområdene, få oversikt og gode styringsverktøy og få et riktig bilde av tjenesteproduksjon og utgifter. Dette vil skape et bedre utgangspunkt for å kunne følge opp kvaliteten og ressursbruken i den enkelte tjeneste.

Per i dag vet man ikke om det er samsvar mellom ressursinnsats og behov i de ulike tjenestene. Vi får opplyst at budsjettrammen har vokst over tid og at det tidligere ikke har vært tradisjon for å se rammen opp mot det faktiske tjenestenivået.

Men det er ikke bare økonomiføringene kommunen skal rydde opp i. Det pågår også et opprydningsarbeid mht. føringene i fagsystemet, for å vurdere om man fører rett, for eksempel ifm. helsetjenester i hjemmet og ressursbruk (se 6.5.2).

Avdelingsledere vi har intervjuet er veldig glade for at det ryddes opp i føringene i regnskapet og stillingshjemler, og mener dette er en viktig forutsetning for å kunne drive god budsjett- og økonomistyring i den enkelte avdeling.

Et lite eksempel på verdien denne typen opprydnings- og systematiseringsarbeid: I 2017 startet Enhet for funksjonshemmede (EFF) i Sandnes kommune et opprydningsarbeid på bakgrunn av et innsparingskrav på ti millioner kroner[29], og EFF bestemte seg for å utarbeide et system for brukerkartlegging. Hensikten med dette var å sikre at budsjettnedtrekket ble rettferdig og at enheten klarte å skape likest mulig tjenester, uavhengig av hvilken av de 20 boligene brukerne bodde i**.** Funn:

- «*Et hav av forskjeller innad i Sandnes. Innenfor distriktene var det nokså likt, men forskjellene var mellom distriktene*[30]»

[29] Intervju med leder for EFF, 04.08.21.

[30] Samme kilde.

- Noen av avdelingene/boligene hadde et tilbud som var på et minimumsnivå, på grensen til det faglig forsvarlige, mens andre fikk «*all-inclusive*[31]»
- Det så ut til at enkelte av avdelingene «la listen» etter bemanningssituasjonen og ikke alltid etter behov og med tanke på god ressursutnyttelse.
- Noen ganger var det gode faglige grunner for ulikheter mellom boligene, men det var også tydelig at det var enkelte boliger som ikke var bemannet til annet enn å kun ivareta primære behov, mens andre hadde bemanning som ga stort spillerom og mange muligheter for brukerne
- Totalt ble det redusert 15 årsverk, 12 av disse i fire boliger i det ene distriktet. Flere boliger fikk en reduksjon på tre og fire årsverk, mens to fikk en økning på hhv. tre og fire årsverk.

Dette er også en god illustrasjon på hvor galt det kunne gått dersom Sandnes hadde anvendt ostehøvelprinsippet ifm. budsjettreduksjonen, dvs. der alle boligene ble bedt om å kutte like mye[32].

7.5 MANGLENDE SAMSVAR MELLOM VEDTAK OG TJENESTE – OPPRYDNING PÅGÅR

Ressurs- og tjenestekontoret (ROT) er også i gang med et opprydningsarbeid mht. føringer i fagsystemet. Denne enheten skal være brukernes «*dør inn*» for alle helse- og omsorgstjenester, og fatter vedtak om slike tjenester[33]. Vedtaket skal være førende for hvilke tjenester som gis.

ROT ble etablert i 2015, men hadde en del innkjøringsproblemer i starten. Det var flere grunner til dette. ROT tok for det første over saksbehandlingsoppgaver som tidligere hadde ligget ute i virksomhetene, og det tok tid å endre kultur og praksis. Det var også utfordringer knyttet til bemanning, organisasjonsstruktur og høyt sykefravær. I mai 2020 ble ROT fulltallige og ny leder var på plass.

Etter dette har ROT **jobbet med å få ned restanser** fra lenger tilbake i tid. Eksempler på dette er tjenester som har vært igangsatt, uten at det har vært fattet vedtak om dette, eller at endringer i tjenester ikke har medført endring i vedtak. Det pågående opprydningsarbeidet har dreid seg om å få til et samsvar mellom vedtak og tjenester, slik at det er vedtaket som blir førende for hvilken tjenestene som gis, og at ikke tjenestene og ressursinnsatsen lever sitt eget liv.

[31] Oppsummering av kartleggingen i 2017.

[32] Vi får opplyst fra EFF at Sandnes har delt sin brukerkartleggings- og budsjettfordelingsmodell i storbynettverket, og at to av kommunene har begynt å bruke denne.

[33] Kommunens nettside, samt intervjuer.

Et eksempel her er tjenesten Personlig assistanse. Denne tjenesten ble tidligere gitt av botiltaket, men ble overført til seksjonsleder for Tysværtunet i 2016, og fra august 2021 ble tjenesten overført til hjemmetjenesten[34]. Ressurs- og tjenestekontoret oppdaget i ifm. opprydningsarbeidet i år at noen av disse brukerne ikke hadde vedtak eller lå inne med tjenester i fagsystemet, til tross for at ressursinnsatsen var stor.

Inntil 2021 hadde ROT hatt lite kunnskaper om denne tjenesten. Intervjuene kan tyde på at dette skyldtes at avdelingen feiltolket dokumentasjonsplikten frem til 2021. Det ser ut til at man har trodd at personlig assistanse var under samme regelverk som BPAene, som ikke har dokumentasjonsplikt etter journalforskriften. Derfor har dette vært en litt ukjent tjeneste for ROT.

Det pågående opprydningsarbeidet kommer på toppen av det ordinære saksbehandlingsarbeidet. ROT har jobbet seg gjennom fagområde for fagområde, og forventer å være ferdige med opprydningsarbeidet på vårparten 2022, selv om det meste vil være ferdig før jul[35]. Da vil man ha på plass en ryddigere oppfølgingsstruktur som er bedre egnet til å styre etter.

Helse og mestring har laget indikatorer som skal måles månedlig i Framsikt, for å følge med på tjenesteutvikling og produksjon.

7.5.1 OPPSUMMERING 6.4 OG 6.5

Gjennomgangen tyder på at vi ikke fullt ut kan stole på tallene som viser utgiftsfordelingen og tjenesteproduksjon.

Feilføringene i regnskapet ble synlige i forbindelse med omorganiseringen. Fra 2015 og frem til august 2020 ble eksempelvis Tysværtunet, med områdene aktivitet og fellesskap, korttid og hjemmetjenesten ledet under en seksjonsleder - med fleksibel bruk av hjemler og midler mellom de ulike enhetene. Fra august 2020 ble det ansatt tre seksjonsledere med budsjettansvar innenfor hvert av disse områdene. Da kunne man ikke lenger drive fleksibel bruk av hjemler mellom områdene på samme måte som tidligere. Det ble tydelig at det var opprettet flere stillinger enn det var hjemler for, og at kommunen ikke har hatt tilstrekkelig kontroll på dette.

Hovedfokus i kommunen for 2021 er å rendyrke føringene og ressursbruken på de ulike ansvarsområdene, få oversikt og gode styringsverktøy, og få et riktig bilde av tjenesteproduksjon

[34] Det var frem til da en egen avdeling som hadde ansvar for BPA/PA. Brukerne av personlig assistanse har, i motsetning til brukerne av botiltaket, en somatisk sykdom som hovedutfordring. Disse trenger praktisk bistand utover det det som kan gis i den ordinære punktvise hjemmesykepleien.

[35] Opplyst i samtale den 07.10.21

og utgifter. Dette vil skape et bedre utgangspunkt for å kunne følge opp kvaliteten og ressursbruken i den enkelte tjeneste.

Kommunen skal også rydde opp i føringer i fagsystemet, og forholdet mellom vedtak og ressursinnsats. Ressurs- og tjenestekontoret gjennomfører for tiden et omfattende opprydningsarbeid, der man blant annet har oppdaget at det har vært igangsatt tjenester uten at det har vært fattet vedtak om dette, og at endringer i tjenester ikke har medført endring i vedtak. Det pågående arbeidet er rettet mot å skape et samsvar mellom vedtak og tjenester, slik at det er vedtaket som blir førende for hvilken tjenestene som gis, og at ikke tjenestene og ressursinnsatsen lever sitt eget liv.

Det pågående opprydningsarbeidet er etter vår vurdering veldig viktig, og sentralt for å få et korrekt bilde av tjenesteproduksjon og utgiftsfordeling innen Helse og mestring. Dette vil skape et bedre utgangspunkt for en rettferdig tildeling av ressurser, og et bedre styringsgrunnlag for kommunen og den enkelte avdeling/virksomhet.

Selv om vi er usikre på presisjonen i tallene, gir de etter alt å dømme likevel et brukbart bilde av utgiftsfordelingen- og utviklingen. Og det er grunn til å tro at tallene for 2020 er mer presise enn hva de var de foregående årene.

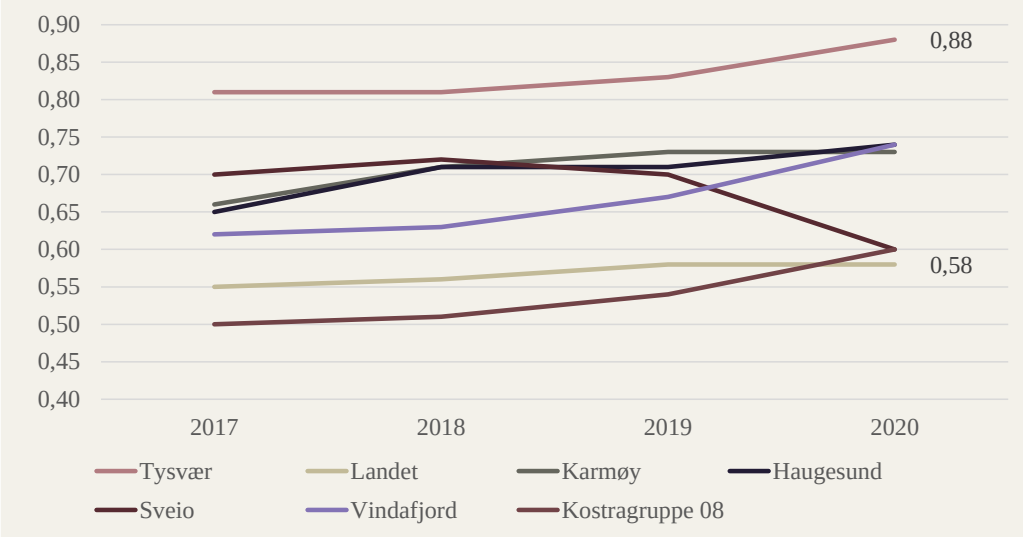
7.6 ANDRE KJENNETEGN VED HELSE OG OMSORGSTJENESTENE

Da har vi sagt litt om utgiftene forbundet med institusjonstjenester, Hjemmetjenesten, BPA og Butiltak. I den siste delen av dette kapittelet går vi nærmere inn på sentrale innsatsfaktorer, som årsverk og kompetanse, og behovsprofilen blant brukerne, dvs. andelen som har et omfattende bistandsbehov. Vi oppsummerer illustrasjonene i de kommende figurene i punktene under:

- Hovedforklaringen på de høye utgiftene i Tysvær er at det er en langt høyere årsverksinnsats per bruker enn i andre kommuner, og det har vært en betydelig vekst det siste året.
- Tysvær har også en høyere andel årsverk med helsefagutdanning, men forskjellene mellom kommunene er langt mindre her.
- Tysvær kommune har siden 2017 hatt en kraftig vekst i andel av pleie og omsorgsbrukere som har et omfattende bistandsbehov.

7.6.1 MANGE ÅRSVERK PER BRUKER

Figur 23 Årsverk per bruker av omsorgstjenester



Kilde: Framsikt

Tysvær har en overraskende høy årsverksinnsats per bruker av omsorgstjenestene, sammenlignet med de andre kommunene. Årsverksinnsatsen ligger 52 prosent høyere enn landssnittet og 47 prosent høyere enn Sveio.

Dette er overraskende, ettersom ressursbruksindikatoren for pleie og omsorg i Framsikt viser at Tysvær bruker knappe 25 prosent mer enn landssnittet på pleie og omsorg. Dette er ikke hundre prosent sammenlignbare størrelser, men det er likevel overraskende at forskjellen er så stor, ettersom lønnskostnader utgjør størstedelen av utgiftene innen pleie og omsorg.

En mulig forklaring her er at kommunene fører timeforbruk ulikt. I Tysvær får vi opplyst at vedtakstimer som deles på flere brukere blir registrert flere ganger, noe som kan være med å forklare den store forskjellen. For å gjøre det mer forståelig: Dersom åtte brukere i et bofellesskap får en vedtakstime til en felles aktivitet, blir timen registrert på hver bruker, dvs. åtte ganger, fordi det ikke er mulig å registrere 1/8 time i fagsystemet. Derfor har man så langt valgt å rapportere på denne måten.

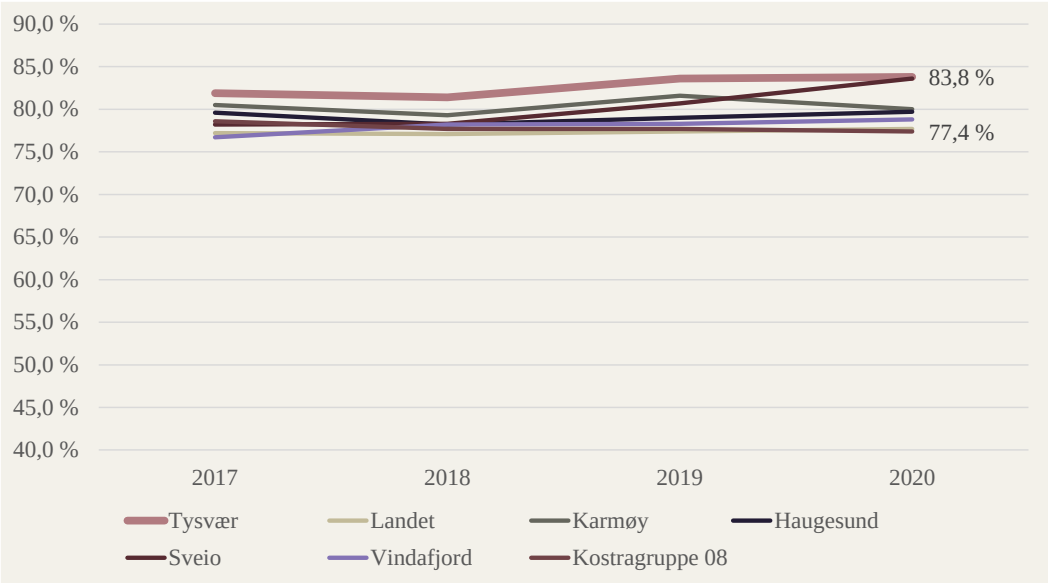
Dette er forhold som vil kunne påvirke sammenligningen, men vi vet ikke hvor mye det påvirker tallene, ettersom vi ikke vet forekomsten av denne type fellestimer i Tysvær, og vi vet heller ikke hvordan de andre kommunene rapporterer på dette i KOSTRA.

Som nevnt er det satt ned en arbeidsgruppe som skal rette opp i utgiftsføringene. Denne arbeidsgruppen skal også se på føringene og rapporteringene i fagsystemet, og hvordan disse tallene rapporteres inn til KOSTRA. Det er liten tvil om at Tysvær kommune har høyere ressursbruk enn de andre kommunene, men en slik ryddejobb vil gi et bedre bilde og et mer korrekt sammenligningsgrunnlag.

7.6.2 RELATIVT MANGE MED HELSEFAGUTDANNING

Figur 24 Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning

Tysvær har en relativt høy andel årsverk med helsefagutdanning inn omsorgssektoren.

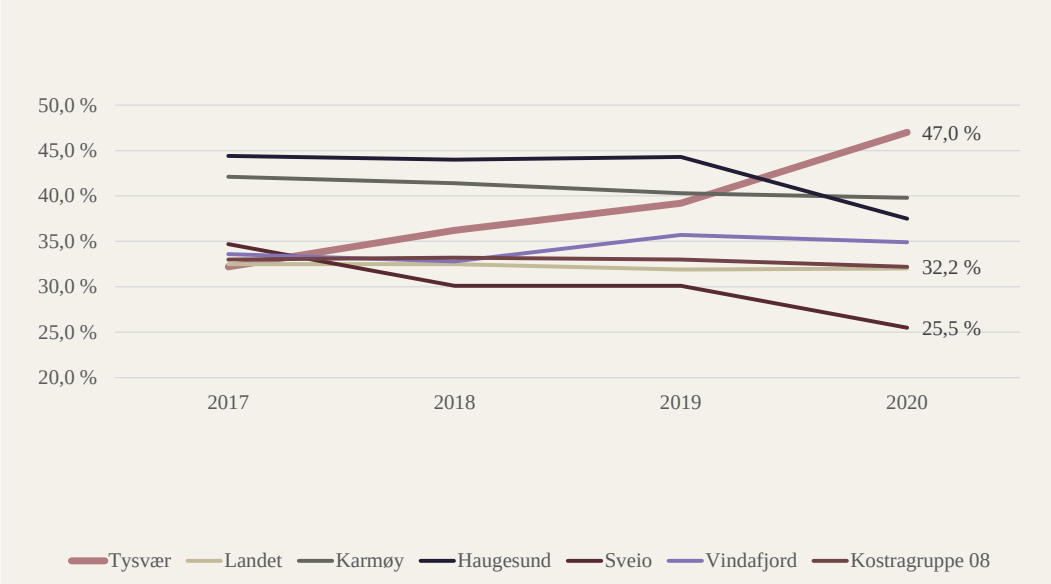


Kilde: Framsikt

7.6.3 MANGE BRUKERE MED STORT BISTANDSBEHOV

I 2017 var Tysvær den av kommunene i figuren som hadde lavest andel brukere med et omfattende bistandsbehov, og i 2020 hadde Tysvær desidert størst andel med omfattende bistandsbehov. Dette illustreres i figuren under.

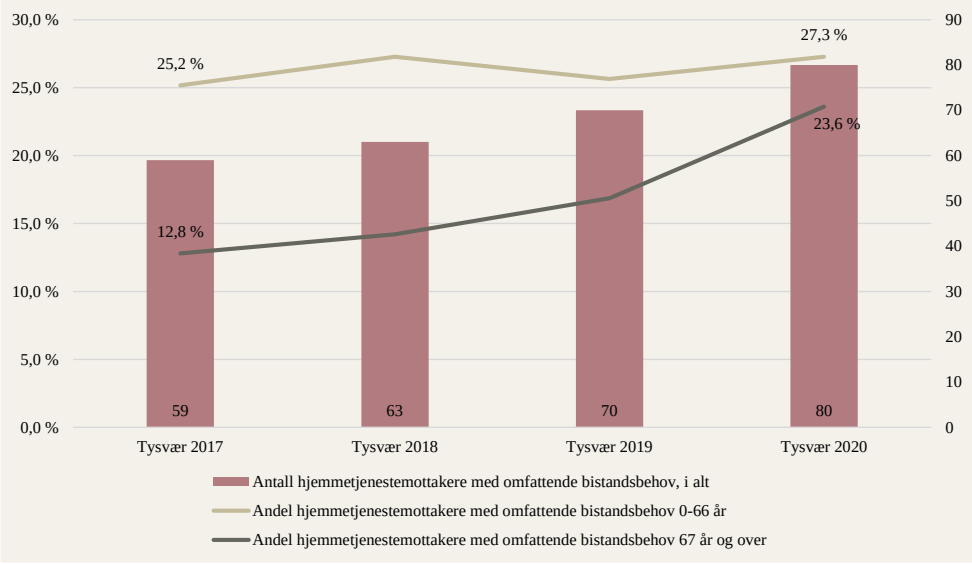
Figur 25 Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov



Kilde: Framsikt

I figuren under viser vi antall og andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov. Aksen til venstre viser andel, mens aksen til høyre viser antall, og antallet står også på hver søyle. Vi ser av den beige linjen at det er flest unge tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov, men at andelen har ligget nokså konstant de siste årene. Veksten har kommet blant de eldste brukerne.

Figur 26 Hjemmetjenestebrukere med omfattende bistandsbehov



Kilde: Framsikt

Parallelt med prosjektet i Tysvær, undersøker vi miljøtjenesten i Sola. Også her ser vi på andelen hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov. Kontrasten er slående. I 2020 var det 6 prosent av de over 80 år som hadde et omfattende bistandsbehov, mens det var drøyt 11 prosent

med omfattende bistandsbehov fra 67 år og oppover[36]. Tendensen i Sola de siste fire årene er en nedgang i andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov i alle aldersgrupper.

Ifølge hjemmetjenesten er veksten i eldre brukere med omfattende bistandsbehov høyst reell, og dette er årsakene:

- Sykdomsmønsteret hos de eldste pasientene i hjemmetjenesten har endret seg de siste årene. Dagens pasienter har flere sykdommer eller risikofaktorer som medfører økt behov for helsetjenester i hjemmet
- Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten (samhandlingsreformen) til hjemmetjenesten har gitt oss nye pasienter med mer faglig krevende og komplekse medisinske psykososiale behov
- En dreining fra institusjonstjenenester til at flere skal få helsetjenester i hjemmet gir hjemmetjenesten et økende antall tyngre brukere enn tidligere
- Hjemmetjenesten har det siste året hatt et økende antall ressurskrevende brukere med kognitiv svikt. De fleste i denne gruppen krever en til en oppfølging. Tilbud til denne gruppen mangler i mestringstrappen
- Det har vært et økt antall multisyke brukere med avanserte medisinske og psykososiale behov. Mange har flere diagnoser og de kan ha fra 5 til opptil 15 ulike medisiner knyttet til de ulike diagnosene. Denne gruppen skrives ut tidligere fra sykehuset, der siste del av behandlingen gjennomføres av hjemmesykepleien.

7.6.4 GODT RYKTE I NABOKOMMUNENE?

Flere av de vi har intervjuet peker på at helse- og omsorgstjenestene i Tysvær kommune har et godt rykte i nabokommunene. I intervjuene pekes det på at en del brukere fra nabokommunene flytter til Tysvær fordi de har hørt at kommunen gir gode helse- og omsorgstjenester.

Vi har imidlertid ikke tall som kan understøtte dette, slike tall har ikke vært mulig å fremskaffe. Det betyr at vi ikke vet hvor mange dette gjelder, eller om det er flere som flytter til Tysvær mot slutten av livet, enn motsatt.

7.6.5 OPPSUMMERING

Hovedbildet er at kommunen har høye utgifter over hele fjøla, dvs. institusjon, tjenester i hjemmet, aktivisering og institusjonslokaler.

Tysværs høye utgifter forbundet med institusjons- eller sykehjemstjenester skyldes at plassene er dyrere i Tysvær enn i andre kommuner. En av hovedforklaringene på dette er at kommunen har

[36] Framsikt/KOSTRA

en kostnadskrevende institusjonsstruktur, dvs. flere små enheter. Dagens struktur er preget av at samme type plasser blir tilbudt ved flere sykehjem, og mulighetene for spesialisering er ikke godt nok utnyttet. Færre institusjoner vil gi grunnlag for spesialisering, et sterkere fagmiljø, smartere bruk av ressursene og gode tjenester. Kommunestyret vedtok i juni 2021 at institusjonsplasser i Tysvær skal samles i et nytt helsekvartal i Aksdal.

Tysvær har høye utgifter forbundet med helse og omsorgstjenester til hjemmeboende, og tallene tyder på at utgiftsveksten fra 2017 til 2020 har vært på hele 27 prosent. Hovedbildet er at kommunen bruker relativt mye ressurser på unge brukere (0-66 år) som mottar praktisk bistand.

Praktisk bistand fra hjemmetjenesten utgjør en mindre del av dette. Størstedelen av ressursene forbundet med praktisk bistand til yngre brukere er knyttet til Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA) og miljøtjenesten, dvs. det som heter Butiltak i Tysvær. Utgiftene til disse tjenestene er hovedforklaringen på hvorfor ressursinnsatsen rettet mot yngre brukere er høy.

Utgiftene forbundet med BPA har hatt en eksplosiv vekst fra 2017 til 2020, på hele 375 prosent. Selv om den faktiske utgiftsveksten knyttet til BPA har vært enorm i Tysvær har ikke kommunen spesielt mange eller spesielt kostnadskrevende BPA-brukere, sammenlignet med andre kommuner.

Butiltak er en tjeneste som yter praktisk bistand, råd og veiledning til personer med psykisk og fysisk funksjonshemning. Utgiftene til denne tjenesten utgjorde 16,6 prosent av kommunens totale pleie og omsorgsutgifter og 39 prosent av utgiftene forbundet med helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Selv om dette er en betydelig del av de totale utgiftene, har Butiltak hatt en betydelig utgiftsreduksjon de siste årene. Dette skyldes en omstillingsprosess som har pågått over flere år, og som har resultert i færre boliger og driftsmessige tilpasninger.

Vi har nylig gjennomført en forvaltningsrevisjon av miljøtjenesten (det samme som Butiltak) i Sola. En sammenligning av brukerantall og årsverksinnsats viser at antall årsverk per bruker er nokså likt, men at Tysvær har langt flere brukere av miljøtjenesten per innbygger. Dette *kan* være en viktig forklaring på hvorfor Tysvær er høye på praktisk bistand. Men det finnes ikke tilgjengelige offentlige tall på denne indikatoren. Derfor vet vi ikke hvordan bildet ser ut sammenlignet med andre kommuner enn Sola.

Tysvær har en veldig høy årsverksinnsats per bruker av omsorgstjenestene, sammenlignet med de andre kommunene. I 2020 hadde Tysvær en årsverksinnsats som var 52 prosent høyere enn landssnittet. Dette er overraskende, ettersom ressursbruksindikatoren for pleie og omsorg i Framsikt viser at Tysvær bruker knappe 25 prosent mer enn landssnittet på pleie og omsorg. Dette er ikke hundre prosent sammenlignbare størrelser, men det er likevel vanskelig å forstå at forskjellene kan være så store, siden lønnskostnader utgjør størstedelen av utgiftene innen pleie og omsorg.

En mulig forklaring her er at kommunene fører timeforbruk ulikt, og vi finner indikasjoner på at man Tysvær i enkelte tilfeller rapporterer for mange timer, men vi er usikre på hvordan dette slår ut. Hovedbildet er uansett at årsverksinnsatsen er høy.

En annen kostnadsdriver er kompetanse. De ansatte i omsorgstjenesten i Tysvær har en litt høyere andel ansatte som har helsefagutdanning, men forskjellene mellom kommunene er langt mindre her enn ifm. årsverksinnsatsen.

Tysvær kommune har siden 2017 hatt en kraftig vekst i andel av pleie og omsorgsbrukere som har et omfattende bistandsbehov. Det store spørsmålet her er hva som har skjedd de fire siste årene. Hvorfor har det blitt stadig flere med omfattende bistandsbehov i Tysvær de siste årene? Slik vi ser det, er det to mulige forklaringer:

- Forskjellene er høyst reelle, behovene til brukerne i Tysvær har blitt langt mer omfattende enn i andre kommuner.
- Forskjellene er ikke reelle, men er et produkt av ulik rapporteringspraksis i kommunene. Det er vanskelig å forstå hvorfor denne brukergruppen utgjør en fjerdedel av alle brukerne i Sveio, mens de utgjør halvparten i Tysvær, spesielt med tanke på at Sveio hadde en høyere andel brukere med omfattende bistandsbehov i 2017.

Selv om det godt kan tenkes at ulik rapporteringspraksis er noe av forklaringen, er vår hypotese videre at forskjellene er reelle, eller i alle fall at dette er den viktigste delen av forklaringen. Dette samsvarer også med tilbakemeldinger fra ledergruppen innen Helse og mestring, hjemmetjenesten og andre vi har intervjuet. Dette indikerer at kommunen ikke klarer å forebygge funksjonsfall på en god nok måte, noe som er utgangspunktet for neste kapittel, der rammeverket for den videre drøftingen er den såkalte mestringstrappen.

8 UTFORDRINGER OG FORBEDRINGSMULIGHETER

8.1 MESTRINGSTRAPPEN

I likhet med mange andre kommuner bruker Tysvær kommune mestringstrappen. Utgangspunktet her er å sette inn forebyggende innsats på de laveste trinnene i trappa for å redusere brukernes bistandsbehov for å utsette behovet for dyre tiltak som heldøgnsbemannet bolig og sykehjem.

I andre kommuner blir denne ofte kalt for omsorgstrappen, men etter vår vurdering er mestringstrappen et godt begrep fordi det allerede her sier noe om kommunens forventninger til brukerne[37].

Overgangen til en aktiv eldreomsorg der hjelp til egenmestring er et nøkkelbegrep, er en omfattende endring for mange. Det kreves holdningsendring både hos bruker (hva kan du klare å gjøre selv) og hos de ansatte ute i praksisfeltet (hjelpe for å bedre eldres egenmestring).

Det førende prinsippet for å koble behov og tjeneste innen helse- og omsorgstjenestene er BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå), som gjerne kan skisseres i form av en tiltakskjede eller mestringstrapp[38]. Trappen skal bidra til at innbyggerne kan være «*sjef i eget liv*». Hensikten med trappen er å vise at det skal være en sammenheng mellom den enkelte innbygger sin mobilisering av egne ressurser og behovet for tjenester. Tankegangen er at kommunen, terapeutene og pleierne kan aktivere brukernes ressurser gjennom sine kunnskaper og motivasjonsevne. Å hjelpe brukere med til å få ut sitt egenmestringspotensial, betyr enkelt sagt å bruke virkemidler på de laveste trinnene i trappa for å utsette behovet for dyre tiltak som heldøgnsbemannet bolig og sykehjem. Ved aktivt å bruke frisklivstilbud, hverdagsrehabilitering, fysio- og ergoterapi og velferdsteknologi, kan brukeren selv kunne ivareta hverdagslige gjøremål og enkelte hjemmesykepleieoppgaver. Det kan minske presset på tjenestene i trinnene lenger opp, som praktisk bistand, hjemmesykepleie og institusjonsplass. En tilstrekkelig innsats på et tidlig stadium kan bidra til at brukeren ikke vandrer lenger opp i trappen, eller det kan bidra til å utsette vandringen.

Utgangspunktet for Mestringstrappen og BEON-prinsippet er at man skal gjøre det riktige bra (jf. del 1.2)

Tidligere var det nokså vanlig å gå i den såkalte hjelpefellen i mange kommuner[39]. Kort fortalt innebar dette at kommunen og pleierne undervurderte eller synes synd på brukerne og gav dem mye kompenserende hjelp. De så en syk person og rettet all oppmerksomhet mot det syke, i stedet for å jobbe med ressursene personen hadde. Et konkret eksempel på dette:

- Eldre brukere får ofte hjelp med dusj og hygiene av hjemmetjenesten etter et lårhalsbrudd. Men før var det gjerne slik at når man hadde nådd en viss alder fortsatte man å få denne tjenesten livet ut. Nå vurderes brukerens funksjonsnivå og mestringspotensial og som

[37] De ulike kommunenes omsorgstrapper kan se litt forskjellige ut, ha et ulikt antall trinn og ulike tjenester kan være på ulike trinn. Eksempelvis er BPA i Sandnes på nivå med hjemmebaserte tjenester, mens i Tysvær er det trinnet før langtids institusjonsplass. Men hovedtanken i alle omsorgstrappene er å bruke virkemidler på de laveste trinnene for å utsette eller fjerne behovet for bolig med heldøgnsbemanning eller langtids sykehjemsplass.

[38] Helse og Mestring 2020 -2040:15.

[39]Opplyst i flere lignende prosjekter i flere kommuner i Sør-Rogaland.

regel får brukerne hjelp til at de skal kunne klare dusjen selv, med intensiv hjelp i starten (for eksempel fra hverdagsrehabiliteringsteamet), for deretter å mestre dette selv etter noen uker. Dette er bra for brukeren og bra for kommuneøkonomien. Og det betyr at brukerne ikke trenger å gå opp på trinn seks i omsorgstrappen, de stopper på trinn tre, før de forhåpentligvis kan gå ned trappen på egenhånd.

Samtidig er det viktig å presisere at egenmestringstankegangen ikke kun er forbeholdt de laveste trappetrinnene, men bør også gjennomsyre det som skjer lenger oppe i trappen, for eksempel hjemmetjenester, korttidsopphold og bemannede boliger.[40]

8.1.1 TRINNENE I MESTRINGSTRAPPEN

I figuren under illustrerer vi kommunens mestringstrapp, som har 13 trinn.

[40] Jf. Helse og Mestring 2020-5040 og funn i Rogaland Revisjons gjennomgang av pleie- og omsorgsprosjekter i fem kommuner i Sør-Rogaland i 2019

Kilde: Tysvær kommune (bearbeidet av RR)

I prosjektet går vi ikke nærmere inn på trinn 1 og 2, som er mer generelle forebyggende tiltak. **Videre i prosjektet retter vi største del av oppmerksomheten mot trinn 3, 6, 8, 9 og 10. Vi har også kartlagt samhandlingen mellom sentrale tjenesteutøvere, og peker på utfordringer og muligheter mht. å kunne jobbe bedre og smartere sammen.** Det er ikke helt intuitivt hva som ligger på trinn tre, derfor forklarer vi det her: Foruten hverdagsrehabilitering (HVR) og fysio- og ergoterapi[41], finner vi velferdsteknologi (og rådgivning ifm. velferdsteknologi), hjelpemidler uten vedtak, familieveiledning, veiledning til familier med tyngende omsorgsoppgaver for barn, aktivitetstilbud for omsorgssentrene og grendesentrene, Inn på tunet – aktivitetstilbud, Friskliv Tysvær, planlegging av Familiens hus, kreftkoordinator, lavterskel psykisk helse og psykolog 50 %, administrering av legevakt og legevaktordning, krisesenter (Haugesund) og transport/skyss til aktivitetstilbud.

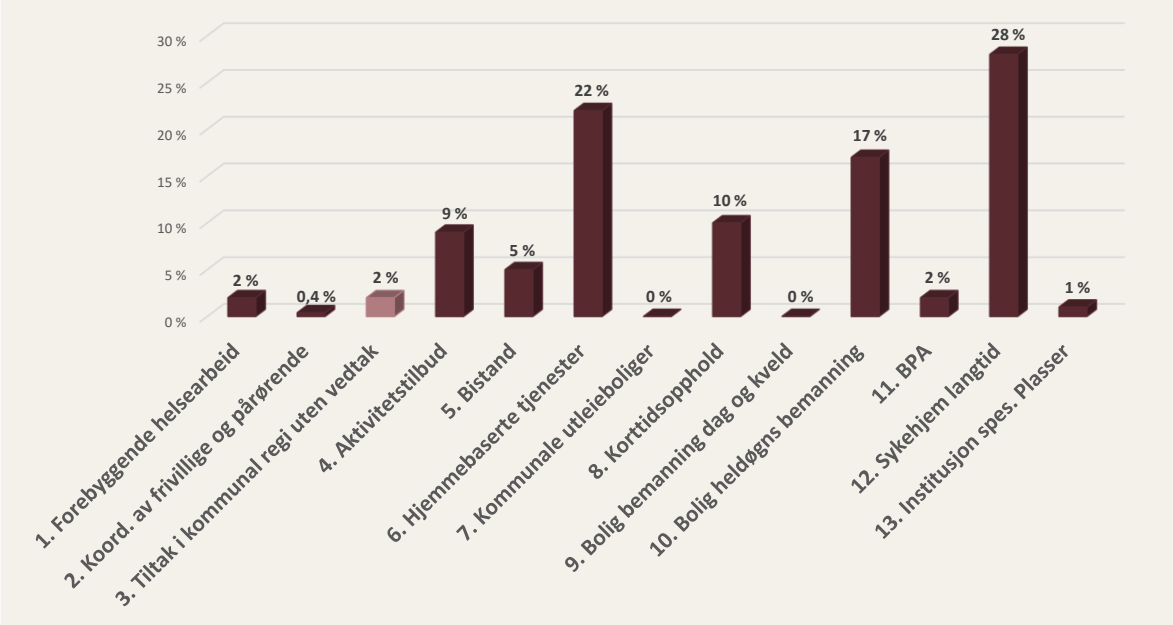
[41] Denne tjenesten er fordelt på flere trinn.

I vår gjennomgang retter vi først og fremst oppmerksomheten omkring fysio- og ergoterapi og HVR.

8.1.2 UTGIFTER PER TRAPPETRINN

I figuren under ser vi nærmere på utgiftsfordelingen på de ulike trinnene i 2019.

Figur 27 Utgifter per trappetrinn - mestringstrappens kostnadsprofil



Kilde: Kommunens regnskap fra 2019, gjengitt i plan for Helse og mestring 2020-2040[42]

Det er spesielt tre tall vi ønsker å rette oppmerksomhetene mot. Det første er den totale kostnaden for hele mestringstrappen, som var 241 millioner kroner for Helse og mestring i 2019, det andre er utgiftene forbundet med kommunens forebyggende tiltak på trinn tre, som var 4,9 millioner kroner, dvs. 2 prosent. Kombinasjonen av budsjettoverskridelser i 2020 og nedleggelsen av HVR-teamet gir grunn til å tro at utgiftsandelen på trinn tre i 2020 er noe lavere enn på trinnene over (for eksempel hjemmebaserte tjenester, korttidsopphold og BPA).

[42] Vi anvender samme data som ifm. plan for Helse og mestring 2020-2040. Grunnen til dette er at hovedbildet nok er relativt likt fra 2019 til 2020, selv om det er grunn til å tro at det har vært en reduksjon i trinn tre, ettersom hverdagsrehabiliteringsteamet har vært sterkt redusert i 2020 og første halvår 2021. I de tre nederste trinnene er ikke alle kostnadene som gjelder ansvarsområder *utenfor* Helse og mestring inkludert. Eksempler her er turløyper utarbeidet av teknisk avdeling, helsestasjon, skolehelsetjenesten, PPT og barnevern (oppvekst og kultur. Opplyst av kommunalsjef Helse og mestring, per epost 11.08.21.

8.2 EN DØR INN

Ifølge plan for Helse og mestring skal tildelinger av tjenester skje i tråd med prinsippet om beste effektive omsorgsnivå. Ressurs- og tjenestekontoret (ROT) må derfor ha oversikt over alle tjenester for å kunne vurdere om tjenester på et lavere trinn i mestringstrappen kan fylle brukerens behov.

Tildelingskontoret ble etablert i 2012, og etter omorganiseringen i august 2020 ble det omdøpt til *«ressurs- og tjenestekontoret»*. En av hovedhensiktene med ressurs- og tjenestekontoret er at det skal være *«en dør inn»* for brukere med behov for helse- og omsorgstjenester, dvs. at brukerne henvender seg ett sted, som kartlegger behovet for tjenester.

Det er et mål at innbyggerne skal oppleve *«en dør inn»* til kommunen, forvaltningen skal være tilgjengelig og det skal være enkelt å ta kontakt.[43] ROT skal gjøre en helhetlig vurdering av aktuelle tjenester. ROT kan også anbefale lavterskeltilbud, henvise til å ta kontakt med andre som fastlege, fysio- ergoterapitjenesten, hverdagsrehabilitering, sykehus osv. Det fattes ikke vedtak for verken fysio- og ergoterapi eller hverdagsrehabilitering.[44]

I andre kommuner blir fysio- og ergoterapitjenester både tildelt med og uten vedtak, dette er valgfritt for kommunene. Fysio- og ergoterapitjenesten mener det er en fordel at de gjør vedtaksvurderingene selv, så lenge det ikke er en terapeut på ressurs- og tjenestetildelings-kontoret.

Samtidig er det slik at fysio- og ergoterapitjenesten mottar henvendelser fra mange ulike instanser, både fra sykehus, leger og pasienter[45]. Henvendelser kommer per telefon, epost, post og elektroniske meldinger: «*Dette er rotete, og jo mer mengden av henvisninger øker framover, dess lettere vil det være at en får avvik i dette systemet (med at alt ikke fanges opp og noen faller utenfor og ikke får rett hjelp til rett tid)».*

Fysio- og ergoterapi tjenesten opplever ofte at de får henvist (eller kommer i kontakt med) brukerne for sent. Det kan for eksempel være seint i sykdomsforløpet slik at man ikke kan sette i gang effektive tiltak med god virkning.[46]

---

[43] Helse og mestring 2020-2040:16.

[44] Men det har vært diskutert for hverdagsrehabilitering.

[45] Det bør presiseres at fysio- og ergo foretar en undersøkelse/kartlegging og faglig vurdering av hva som er behovet og hva som kan være relevante tiltak. Prioritering av pasienter gjøres på grunnlag av prioriteringskriterier utarbeidet i tjenesten, og i samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter i kommunen[45].

[46] Grunnlagsdokumentet til Helse og mestring 2020-2040: 50.

Henvendelser til HVR-teamet kommer også fra ulikt hold, enten via tildelingskontoret eller direkte til teamet - fra hjemmetjenesten, korttidsavdelingen, fysio/ergo, bruker selv, pårørende, fastlege, sykehuset, enhet for psykisk helse, aktivitetsavdelingen. Teamet gjør en vurdering av alle henvendelser de får, i samarbeid med de som henviser. HVR-teamet har faste møter med tildelingskontoret, hjemmetjenesten, korttidsavdelingen og fysio/ergo.

I de tilfellene henvendelsene kommer via tildelingskontoret har de gjort en vurdering og gitt en anbefaling, men det er opp til HVR-teamet om de skal ta oppdraget[47]. Flere peker på at dette er en svakhet, og at det hadde vært en stor fordel for brukerne og kommunen om det hadde vært hverdagsrehabiliteringskompetanse på tildelingskontoret, enten i form av en ergo- eller fysioterapeut. Dette blir beskrevet slik: *«Det er et problem fordi pasientene er mer og mer uavklarte når de skrives ut fra sykehuset. Vi må være tidligere på. De er redde for å dra hjem, føler seg utrygge. Med gode vurderinger og mye innsats tidlig, så trygges både brukere og pårørende mht. at brukerne kan bo hjemme».*

8.2.1 VURDERING

Kommunen har et mål om å sikre «*en dør inn*» for alle henvendelser og tjenester, og det er ressurs- og tjenestekontoret som skal være denne døren. Men verken fysio- og ergoterapi eller HVR-teamet er en del av denne ordningen. De tildeler tjenester selv.

Ressurs- og tjenestekontoret er en nøkkelaktør mht. å bestemme nivået på helse- og omsorgstjenestene. De har de beste forutsetningene for å kunne gjøre helhetlige vurderinger av brukernes samlede tjenestebehov og har jevnlig kontakt med sykehuset om utskrivningsklare pasienter. **Derfor anbefaler vi** kommunen at ressurs- og tjenestekontoret overtar tildelingen av hverdagsrehabilitering og fysio- og ergoterapitjenester. En viktig forutsetning for dette er at kontoret tilføres terapeutkompetanse og at man samhandler godt med virksomhetene.

Stavanger kommune har hatt positive erfaringer med å tilføre alle de fire helse- og velferdskontorene (bydelsinndelte tildelingskontor) fysio- og ergoterapikompetanse[48]. Hovedinntrykket derfra var at behovskartleggingene er blitt bedre og mer dekkende etter at de ble tilført kompetanse i fysio- og ergoterapi[49].

---

[47] Opplyst i intervjuer.

[48] Jf. Forvaltningsrevisjonsrapport *Kvalitet i tjenestene – eldreomsorg, Stavanger 2019.*

[49] Eigersund har også et eget tildelingskontor, men her er det likevel HVR-teamet som har hovedansvaret for å identifisere aktuelle kandidater til hverdagsrehabiliteringstilbudet og tildele tjenester. Tildelingskontoret saksbehandler alt utenom hjemmesykepleie og HVR (Opplyst i epost fra leder av HVR i Eigersund, 30.06.21). Når

Vi tror en sentralisering av disse funksjonene vil bidra til at kommunen kommer tidligere inn i sakene og kan jobbe mer forebyggende. I tillegg vil det skape bedre forutsetninger for å se kommunens samlede tjenestetilbud opp mot brukerens samlede behov. Dette vil kunne skape bedre og mer målrettede tjenester for brukeren, profesjonalisere tildelingsrollen ytterligere, frigjøre virksomhetene for saksbehandlingsarbeid, og dermed skape en bedre ansvarsdeling og samhandling i kommunen.

8.3 HØYE FORVENTNINGER

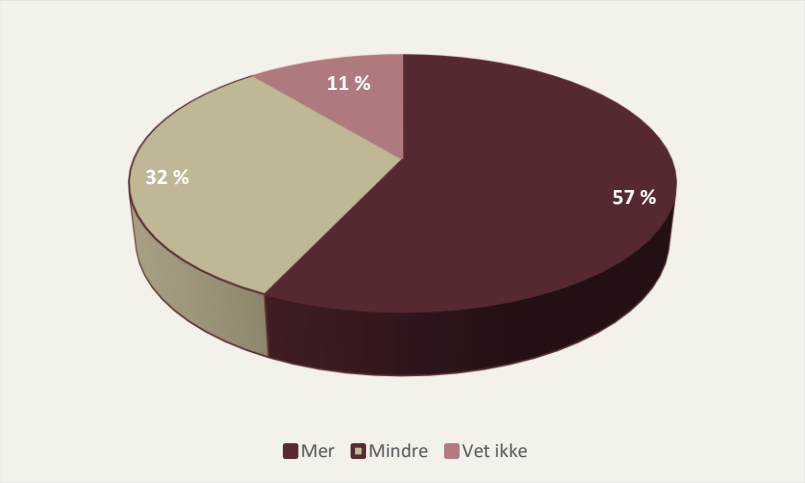
Behovet for pleie og omsorgstjenester vil vokse kraftig i Tysvær i årene fremover. I plan for Helse og mestring 2020-2040 pekes det på at det er nødvendig å vokse smartere i årene fremover. Helt konkret vil man løse dette gjennom forebygging og tidlig innsats.

En nøkkelfaktor her er forventningene til tjenestene.

Høye forventninger til helse- og omsorgstjenestene blir i plan for Helse og mestring 2020-2040 beskrevet som en av kommunens hovedutfordringer. Høsten 2019 gjennomførte Tysvær kommune en innbyggerundersøkelsene. Et av spørsmålene var om innbyggerne forventer mer eller mindre fra den offentlige helsetjenesten fremover. Figuren under viser at nesten 60 prosent forventer mer av den offentlige helsetjenesten, mens 32 prosent forventer mindre. Undersøkelsen gir ikke svar på hva innbyggerne sikter til når de sier at de forventer mer av den offentlige helsetjenesten fremover, om det gjelder spesialisthelsetjenesten, den kommunale helsetjenesten og evt. hvilke deler av den kommunale helsetjenesten man mener. Men selv om spørsmålet er nokså grovkornet, gir det likevel en indikasjon på at innbyggerne forventer mer av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene fremover.

Figur 28 Forventer du mer eller mindre fra den offentlige helsetjenesten fremover?

de to hjemmesykepleiedistriktene får en ny henvisning, er hovedregelen at de henviser alle nye pasienter til HVR-teamet, og det skal være gode grunner til at HVR-teamet ikke blir involvert. Hensikten med dette er å få en rask, tverrfaglig vurdering av mestringspotensialet.



Kilde: Innbyggerundersøkelse i Tysvær bygdeblad høsten 2019[50]

Også i våre intervjuer peker de fleste på at innbyggerne i Tysvær har veldig høye forventninger til helse- og velferdstjenesten. I Helse og mestring 2020-2040 pekes det på at kommunene over flere år har hatt god kommuneøkonomi, og «*og har et svært høyt kostnadsnivå på tjenestetilbudet som blir gitt. Dette kan ha formet innbyggernes forventninger til hva kommunen skal tilby, og det oppfattes at innbyggerne har høye forventninger til tjenestene. Dette er utfordrende og kan medføre et stort forventningsgap mellom det som innbyggerne tror er mulig og de reelle økonomiske og ressursmessige rammene fremover.*»

Hvordan kommer forventningene til uttrykk da? Hva viser undersøkelsene våre i andre kommuner?

De viser at forventningene til tjenestene skapes fra flere hold. På sykehuset («*de sa at mor skulle få sykehjemsplass/hjelp til alt*») av de pårørende, av brukerne, samarbeidspartnere, egne ansatte osv.

Undersøkelsene viser også at begrepene som brukes kan virke forstyrrende på det man ønsker å oppnå. Det kan eksempelvis være utfordrende for hjemmesykepleien å jobbe med hjelp til selvhjelp. Dette henger sammen med hva folk forbinder med begrepet hjemmesykepleie, dvs. begrepets konnotasjoner. Både brukere og pårørende har ofte klare forventninger til hva hjemmesykepleie skal være, dvs. *at brukerne er syke og må få hjelp*. Dermed inntar de en passiv pasientrolle. I Stavanger ble vi fortalt at en og samme bruker kan innta en helt annen rolle når terapeuter fra fysio- og ergo kommer på besøk: «*Da sitter de klar med joggeskoene på og vil vise hvor mange repetisjoner de klarer.*» I Gjesdal ble enkelte av pleierne møtt med «*her kommer husmorvikaren*» når de kom ut til brukerne.

[50] Mellom 100 og 300 respondenter har svart på de ulike spørsmålene i denne undersøkelsen.

Et annet viktig funn i undersøkelsene våre er at det er en god del brukere som ikke syntes at egenmestring og hjelp til selvhjelp var en god ide. For noen brukere var dette et tegn på kvalitet. For andre var det ikke det. De har ønsket at pleierne skulle ta over oppgavene for dem: De skulle lage mat, tømme søppelet, hjelpe dem på do, ta på strømpene og vaske dem på ryggen, i stedet for at brukeren skulle lære seg å mestre dette selv. For disse var altså det motsatte kommunenes mål et tegn på kvalitet.

Flere opplevde også at de pårørende ble sinte når de fikk høre at deres gamle foreldre må låse opp døra selv, gå ut med søppelet selv etc. De syntes det var smålig at pleierne ikke kunne gjøre disse oppgavene for dem. Hjemmetjenesten ble møtt med argumenter av typen «*De har jobbet og slitt i alle år, de har betalt skatt i alle år. Hvorfor kan dere ikke gjøre dette for dem?*»

Et interessant eksempel ble vist til i Gjesdal, var at brukerne noen ganger ble usikre på hvor mye de fikk lov til å gjøre i eget hjem når de hadde fått et vedtak om hjemmesykepleie. Dette førte til en misforstått umyndiggjøring av brukerne selv – de tenkte at hjemmetjenesten hadde overtatt og de lurte på hva de «fikk lov til» å gjøre selv: «*Kan jeg gå og hente mat i kjøleskapet?*».

Et annet interessant eksempel flere i Stavanger gav, er når enkelte brukere fikk besøk av håndverkere. Da har de stelt seg og spist frokost før håndverkerne kom. Dette var brukere som fikk hjelp til disse oppgavene ellers, og som fremstod som nokså pleietrengende.

8.3.1 VURDERING

Vi er enige med kommunen i at forventningene til tjenestene er en nøkkelutfordring for kommunen. Plan for Helse og mestring inneholder likevel ingen konkrete tiltak knyttet til hvordan kommunen skal jobbe med forventningsavklaringer i årene fremover. Riktignok skal man lage en strategi for pårørende samarbeid og etablere pårørende/brukerråd, men utover dette er det få konkrete tiltak.

Anbefaling: Kommunen bør iverksette tiltak for å justere brukere og pårørendes forventninger til hjemmetjenestene, i tråd med endringene av tjenesteinnholdet.

Dette er et veldig viktig punkt. Brukernes, pårørendes, kommunens ansattes forventninger til hva brukerne kan få til av egenmestring er en nøkkelfaktor i dette arbeidet. Og forventningene kan påvirkes. Innenfor pedagogikken er det et velkjent fenomen at elever lærerne forventer mer av gjør det bedre enn de det forventes lite av. Slik er det også innen helse- og omsorgssektoren. En viktig del av de ansattes jobb er derfor å motivere brukere og pårørende, og ha realistiske og positive forventninger til brukerne. Derfor mener vi det er helt sentralt å arbeide med brukere og pårørendes forventninger til tjenestene i tiden fremover.

Det er flere måter å jobbe med forventningene på, og det bør være opp til ledelse og ansatte i Tysvær kommune hvordan dette skal gjøres, i samarbeid med brukere og pårørende.

Vi kommer likevel med noen forslag, basert på våre undersøkelser på feltet.

Erfaringen vår i andre undersøkelser er at det er flere grupper som kan ha urealistisk høye (eller for lave) forventninger til pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Foruten brukerne og pårørende, kan også ansatte og interne og eksterne samarbeidsinstanser ha urealistisk høye forventninger til tjenesten. Dette kan skape utfordringer for ressurs- og tjenestekontoret. Vi tror det er viktig å jobbe systematisk med forventningsavklaringer mot de ulike gruppene.

Men det handler også om å nå tidlig ut til grupper som har et hjelpebehov, men som ikke selv ser behovet for bistand. Som vi skal se lenger nede er det nokså vanlig at kommunen kommer for sent inn overfor demente brukere. De pårørende forsøker å håndtere situasjonen selv, og tar kontakt med kommunen altfor sent.

De pårørende er en viktig ressurs, som bør involveres tidlig i forløpet. I Gjesdal tok hjemmetjenesten til orde for at man burde hatt egne samarbeidsmøter der også de pårørende deltar, spesielt i starten, ved førstegangsbesøk/kartleggingsbesøk. Kanskje noe tilsvarende kan være aktuelt i Tysvær?

Det er naturligvis også viktig å komme raskt i kontakt med brukere som opplever et brått funksjonsfall. I Eigersund blir alle som søker om hjelpemidler henvist til HVR-teamet for en vurdering: Kanskje går det an å forebygge behovet for hjelpemiddelet?

8.4 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

I følge helse- og mestringsplanen (2021-2024) er at av de utvalgte tiltakene å vurdere å etablere «*helsefremmende møteplasser» eller forebyggende hjemmebesøk – åpne dialogmøter om tiltak for å sikre god folkehelse og informere om tilbud som er tilgjengelige»*

Forebyggende hjemmebesøk er et tilbud om råd og veiledning til eldre som ikke har tjenester, eller som har begrensede tjenester fra kommunen. Et slikt besøk vil kunne ha flere formål, for eksempel boligplanlegging, helserådgivning, ernæringsrådgivning, forebygging av sykdom, fall eller skade og informasjon om aktiviteter i kommunen. Denne type bevisstgjøring vil kunne bidra til å forebygge funksjonsnedgang og gjøre innbyggere i målgruppen i stand til å klare seg best mulig lengst mulig. Dette benyttes i flere kommuner, men ikke i Tysvær.

I Stavanger tilbys **Forebyggende hjemmebesøk** til alle innbyggere det året de fyller 80 år, om de ikke mottar pleie- og omsorgstjenester fra kommunen. Tilbudet ble testet ut fra 2010 og innført i 2014. Forebyggende hjemmebesøk vil kunne avdekke om den enkelte klarer å mestre dagliglivets aktiviteter, har et sunt kosthold og opprettholder en god allmennhelse.

Besøket er en motiverende samtale om hvilke ønsker og forventninger den eldre som hjemmeboende har til sin hverdag og til framtiden. Samtalen kan handle om helse, fysisk og sosial aktivitet, ernæring, fallforebygging og boforhold. De ansatte som gjennomfører besøket gir

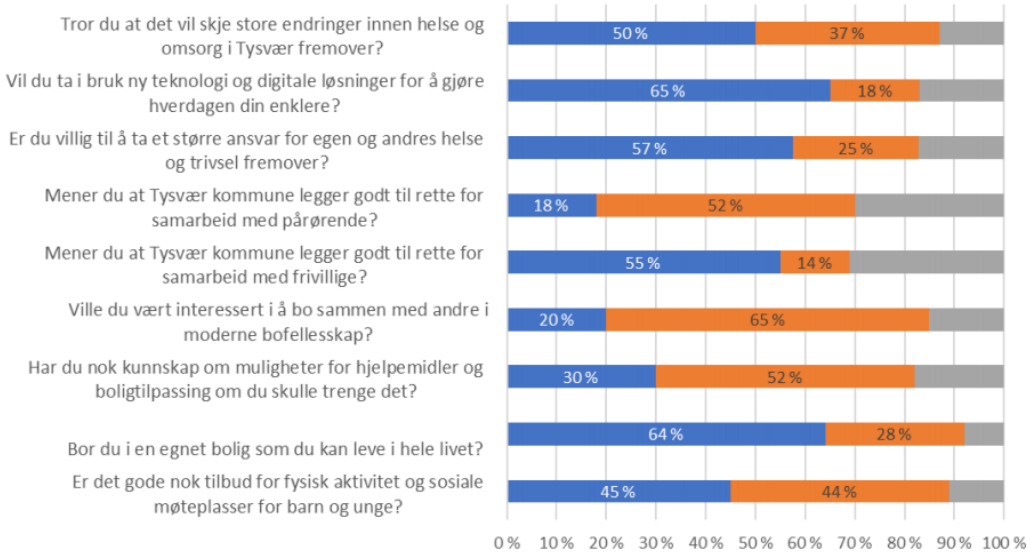
informasjon om tjenester og ulike aktiviteter, men henviser ikke direkte. I stedet blir det informert om hvor innbyggerne kan henvende seg hvis de trenger hjelp.

Det finnes ikke noe tilsvarende i Sandnes kommune, mens fysio- og ergoterapitjenesten i Eigersund tilbyr fallforebyggende hjemmebesøk når folk fyller åtti.

Flere i intervjuene våre tar til orde for at Tysvær burde hatt tverrfaglige forebyggende hjemmebesøk, og mener dette ville hatt en forebyggende effekt. Vi er kjent med at fysio- og ergoterapitjenesten har utarbeidet et eget opplegg for forebyggende hjemmebesøk, som er klart til å ta i bruk. Fra fysio- og ergoterapitjenesten pekes det på at initiativ til tverrfaglig samarbeid mangler: *«I mellomtiden fortsetter antall skrøpelige hjemmeboende å øke i takt med antall fall, hofteledds-brudd og behov for rehabilitering eller nye hjelpemidler via fysio/ergo»*[51].

Men det har vært enkelte informasjonstiltak likevel. Blant annet ble det arrangert en dialogkonferanse i slutten av mai 2019, der innbyggerne ble invitert til å være med å utforme fremtidens helse- og omsorgstjenester i Tysvær. Et av de sentrale spørsmålene her var hva som skulle til for at innbyggerne klarer seg lengst mulig på egenhånd. Om lag 130 personer møtte på dette møtet, ifølge Tysvær bygdeblad. Kommunen utarbeidet også en innbyggerundersøkelse høsten 2019, i samarbeid med avisen[52]. I figuren under gjengir vi svarene på noen utvalgte spørsmål.

Figur 29 Temperaturmåling innen Helse og mestring – utvalgte spørsmål (Ja=blått, nei=rødt og grått=vet ikke)



[51] Oppfølgingsplan for samarbeidssaker fysio/ergo 2021 – Tysvær kommune. Internt notat.

[52] Disse er hentet fra plandokumentet Helse og mestring, 2020-2040.

Kilde: Innbyggerundersøkelsen 2019

8.4.1 VURDERING

Det er positivt at Tysvær kommune har hatt enkelte informasjonstiltak rettet mot innbyggerne, som dialogkonferansen. **Vi anbefaler kommunen** å vurdere om det er aktuelt å gjennomføre regelmessige forebyggende hjemmebesøk. Dette vil være i tråd med helse- og mestringsplanen og en ypperlig anledning til å informere og avklare forventninger til tjenestene med bruker og pårørende. Et slikt besøk vil kunne bidra til å forebygge funksjonsnedgang og gjøre innbyggerne i målgruppen i stand til å klare seg hjemme lengst mulig. Dette er bra for den enkelte og bra for kommuneøkonomien.

Vi er imidlertid litt mer forsiktige i denne anbefalingen, ettersom det g kan tenkes at andre tiltak vil gi større nytteverdi.

8.5 HVERDAGSREHABILITERING - NEDPRIORITERT UNDER KORONAEN

Hverdagsrehabilitering (HVR) handler om tidlig innsats, dvs. å sørge for at mennesker som har hatt et funksjonsfall ikke forverres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av tjenester. HVR innebærer å gi et skreddersydd «*ytelsessjokk*» i form av fysisk trening eller opplæring. Dette er basert på et mestringsrettet og forebyggende tankesett, der pleierne retter oppmerksomheten mot hva som er viktig for bruker og ikke hva «*vi kan hjelpe deg med*».

Tysvær kom relativt sent i gang med å etablere et eget hverdagsrehabiliteringsteam i kommunen, teamet hadde sin oppstart i mai/juni 2017. Det ble da ansatt en fysioterapeut. I tillegg ble halvannet årsverk trukket ut av hjemmesykepleien. Til sammenligning startet man i Eigersund opp i 2014 og i Stavanger i 2012. I tabellen under viser hvor mange henvendelser og hvor mange gjennomførte hverdagsrehabiliteringsforløp som er gjennomført i Tysvær de siste årene. Vi ser at det har vært en jevn vekst i gjennomførte hverdagsrehabiliteringsforløp, så kom koronaen, og deretter har det vært en kraftig fall. Frem til september 2021 har det ikke blitt gjennomført noen hverdagsrehabiliteringer.

Tabell 4 Antall henvendelser og gjennomførte hverdagsrehabiliteringer i Tysvær kommune

	2017	2018	2019	2020	sep.21
Henvendelser	41	66	88	65	0
HVR-forløp	26	43	58	32	0
Forløpsandel	63 %	65 %	66 %	49 %	0 %

Kilde: Tall fra hverdagsrehabiliteringsteamet i Tysvær

Vi ser også at andelen gjennomført forløp i prosent av antall henvendelser gikk kraftig ned i 2020, før det falt til 0 i 2021.

Hovedårsaken til nedgangen er at HVR-arbeidet har blitt nedprioritert pga. koronaen. Leder av HVR-teamet (den eneste med 100 % stilling) har vært omdisponert til koronateamet i store deler av perioden. Og de to helsefagarbeiderne ble omplassert til hjemmetjenesten, dvs. fra å jobbe 50/50 i HVR-team og hjemmesykepleie, gikk de over til å jobbe 100 prosent i hjemmesykepleien[53].

De ansatte i teamet har periodevis fungert inn i enkeltsaker, men driften har vært sterkt redusert frem til høsten 2021[54]. Teamet startet opp igjen i begynnelsen av oktober 2021[55].

I Tysvær har det vært en aldersbegrensning på hvem som kan motta HVR, man må være 65 år eller eldre[56]. Eigersund opererte tidligere med inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvem som kunne få et hverdagsrehabiliteringsforløp. Dette er nå endret til vurderingsmomenter. Det er ikke lenger noen begrensninger mht. alder eller diagnoser, alle blir vurdert ut ifra kartleggingen. Det bør også legges til at HVR-teamet i Eigersund skal styrke HVR-satsingen inn mot rus/psykiatri, og har fått prosjektmidler til dette.

Tidligere forvaltningsrevisjoner har vist at Eigersund har hatt et meget velfungerende hverdagsrehabiliteringsteam, som har fått til et godt samarbeid med hjemmetjenesten og andre kommunale instanser. Vi får opplyst at HVR-leder i Tysvær hospiterte i Eigersund for noen år siden, og prøvd å kopiere mye av det som er gjort der.

Hjemmetjenesten har en sentral rolle i å bidra til at egenmestring blant brukerne ved at den enkelte gjenvinner sin funksjon etter et funksjonsfall, for eksempel å klare å gå til kjøkkenet på egenhånd, smøre mat, ta på seg klær osv. Leder for hjemmetjenesten forteller at HVR-teamet før koronaen var en viktig brikke for å spre og opprettholde mestringstanken i hjemmesykepleien. Før koronaen fikk hjemmetjenesten jevnlig påfyll av kompetanse fra HVR-teamet, gjennom undervisning, veiledning og fagdager.

---

[53] HVR-teamet består i utgangspunktet av fire personer, en fysioterapeut som er leder/koordinator i en 100 prosents stilling, de to andre er helsefagarbeidere som arbeider halvparten i hjemmesykepleien og halvparten i hjemmesykepleien. Det er også en ergoterapeut som er omdisponert fra fysio- og ergoterapitjenesten (10-20 %).

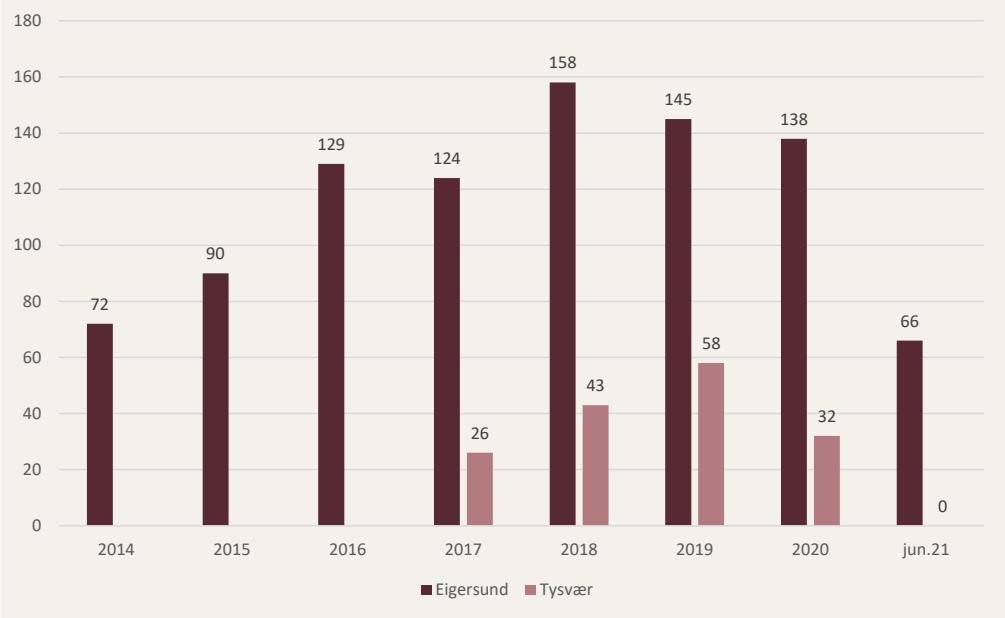
[54] I mars 2020 ble arbeidet lagt til side fordi kommunen ville skjerme brukerne for mulig smitte fra de ansatte. Det ble også besluttet at kommunen skulle prioritere nødvendig helsehjelp, og da kom HVR i andre rekke.

[55] Opplyst i intervjuer den 22.09 og 23.09.

[56] Opplyst i gruppeintervju med ROT den 23.09.

I figuren under viser hvor mange som har gjennomført hverdagsrehabilitering i Tysvær kommune, sammenlignet med Eigersund kommune. Det finnes ikke offisielle tall på gjennomførte hverdagsrehabiliteringsforløp, derfor bruker vi tall vi har skaffet til veie selv. Vi sammenligner med Eigersund kommune fordi dette er en kommune som har vært gode på hverdagsrehabilitering og som har fått relativt mange gjennom et hverdagsrehabiliteringsforløp. Det bør legges til at det Eigersund er en større kommune enn Tysvær, med om lag 15 000 innbyggere (mot drøyt 11 000 i Tysvær). Dette er det korrigert for i forholdstallene i den påfølgende figuren.

Figur 30 Antall pasienter som har gjennomført hverdagsrehabilitering[57]

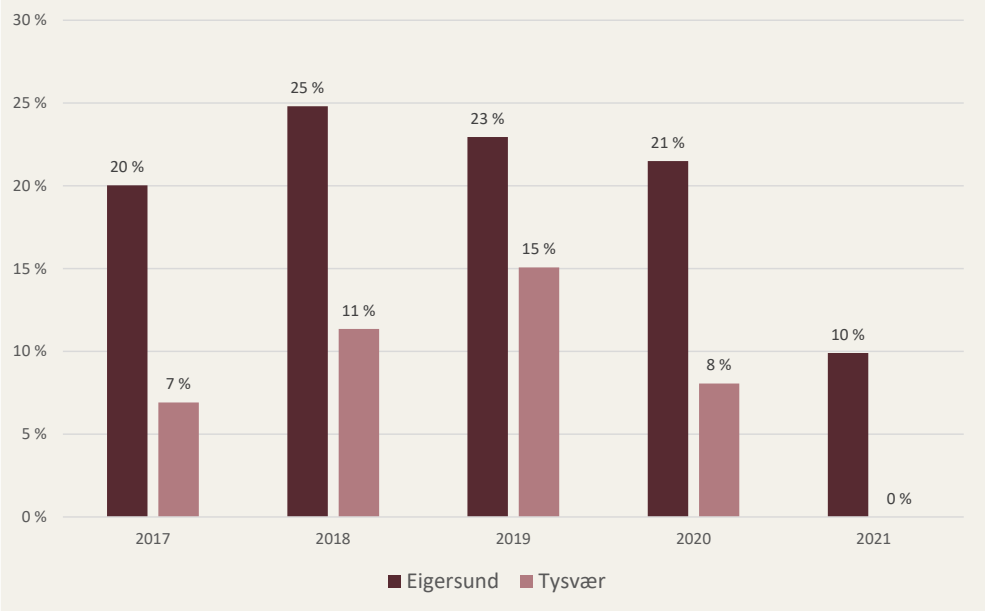


Kilde: Tall fra hverdagsrehabiliteringsteamene i Tysvær og Eigersund kommune

I den neste figuren viser vi andelen pasienter med hverdagsrehabilitering i de to kommunene de siste fire årene. Dette korrigerer altså for kommunestørrelse.

Figur 31 Antall pasienter med hverdagsrehabilitering i % av antall innbyggere i alderen 80 +

[57] I begge kommunene er det langt flere som er blitt henvist og vurdert mht. et hverdagsrehabiliteringsopplegg. Tallene over viser kun de som har gjennomført hverdagsrehabilitering.



Kilde: Tall fra hverdagsrehabiliteringsteamene i Tysvær og Eigersund kommune

Kontrasten til hvordan Eigersund har prioritert hverdagsrehabilitering under koronaen er slående. I Eigersund har HVR-teamet vært operativt hele tiden, med unntak seks uker, fordi ressursene også her ble omdisponert ifm. koronaen. Forskjellen mellom de to kommunene bli etter alt å dømme større i 2021 enn de figuren viser, ettersom teamet i Tysvær ikke ble gjenopprettet før i september og tallene for 2021 er fra juni.

Et svekket tjenestetilbud, og mer press på fysio og ergo. Vi får opplyst at fraværet av hverdagsrehabilitering har før til at flere brukere blir henvist til fysio- og ergoterapitjenesten, og at flere eldre ikke har fått den hverdagsrehabiliteringen de trengte for å kunne bo hjemme[58]. Flere peker på at dette fører til en forverring av brukernes funksjon, re-innleggelser og en nye henvisninger til fysio- og ergo.

Fra hjemmetjenesten gis det uttrykk for det samme. De peker på at de har noen brukere som ville kunne klart seg uten hjemmetjenester dersom de hadde fått ekstra bistand i perioden like etter et sykehusopphold. Med hjelp fra hverdagsrehabiliteringsteamet ville disse kunne blitt selvhjulpne, hevdes det. Våre informanter fra hjemmetjenester forteller at også de forsøker å bidra til dette, og at den knappe tidsrammen gjør at man noen ganger gjør ting for brukeren, istedenfor at brukeren skal mestre det selv, fordi dette går raskere.

Vi får opplyst at hverdagsmestring og hjelp til selvhjelp er et bærende prinsipp i hjemmetjenesten, men at det er et *«kondisarbeid»*, som må holdes vedlike. Og når

[58] Opplyst av HVR-koordinator og leder for fysio- og ergo.

hverdagsrehabiliteringsteamet ikke lenger er der, og har jevnlig kontakt med hjemmetjenesten er det ikke lenger så lett å holde dette varmt og holde trykket oppe.

8.5.1 VURDERING

I motsetning til Eigersund har Tysvær nedprioritert hverdagsrehabiliteringsarbeidet under koronaen, dvs. i halvannet år. Dette betyr at kommunens arbeid med hjelp til selvhjelp rettet mot eldre brukere med et funksjonsfall har vært sterkt svekket.

Dette har etter vår vurdering redusert kommunens evne til å kunne arbeide forebyggende, og det er en betydelig risiko for at flere brukere passiviseres og glir inn i rollen som langtidsbrukere av kommunale tjenester. Dette er en dyr løsning for kommunen, og svekker brukernes mulighet til å kunne ha en aktiv hverdag der de opplever hverdagsmestring.

Sett utenifra er det vanskelig å forstå kommunens nedprioritering av hverdagsrehabilitering i koronaperioden, spesielt når kommunen våren 2020 arbeidet med planen for Helse og mestring, som tar til orde for å prioritere opp hverdagsrehabilitering og forebyggende tiltak innenfor sektoren.

Anbefaling: Etter vår vurdering er det viktig at kommunen gir arbeidet med hverdagsrehabilitering en skikkelig prioritet i tiden fremover. Dette mener vi både fordi hverdagsrehabiliteringstilbudet har vært sterkt redusert den siste tiden, men også fordi Tysvær har kommet relativt sent i gang med å tilby en slik tjeneste.

Det bør samtidig presiseres at HVR-tenkningen i noen grad også gjør seg gjeldende innenfor hjemmesykepleien, ettersom to fra HVR-teamet jobber der, og ettersom det tidligere var et tett samarbeid mellom hjemmesykepleien og HVR-teamet. Det er samtidig flere forhold som gjør at oppfølgingen fra hjemmesykepleien ikke er et fullgodt alternativ[59]. *For det første* er det ofte stor variasjon fra pleier til pleier hvor godt hverdagsmestringstankegangen er forankret. *For det andre* er arbeidet med hverdagsmestring et «*kondisarbeid*[60]». Det betyr at pleierne trenger jevnlige påminnelser og veiledning i denne måten å jobbe på. Når hverdagsrehabiliteringsteamet ikke lenger er operativt, svekkes også «*kondisen*». *For det tredje* spiller tidsfaktoren inn. Hverdagsrehabiliteringsteamet har satt av mer tid til opplæringen/treningen de gir, enn det hjemmesykepleierne har i sine vedtak. Tidspresset fører ofte til at pleierne gjør oppgavene for brukerne, i stedet for å la brukerne få mulighet til å gjøre oppgavene selv, fordi dette går kjappere. Og det som fungerer bra på kort sikt i en travel hverdag, er ikke så bra på lang sikt, dersom man skal arbeide for at brukerne er mest mulig selvhjulpne. *For det fjerde* skaper selve

[59] Dette er sentrale funn i forvaltningsrevisjoner vi foretok i 2019 i fem kommuner i Sør-Rogaland

[60] En treffende beskrivelse fra leder av hjemmetjenester i Tysvær.

begrepet hjemmesykepleie bestemte forventninger hos brukerne. Mange brukere og pårørende har ofte klare forventninger til hva hjemmesykepleie skal være, dvs. at brukerne er syke og må få hjelp. Dermed inntas en passiv pasientrolle. Når fysio- og ergo eller HVR-teamet kommer på besøket er forventningene helt annerledes. Da sitter gjerne de samme brukerne klare med joggeskoene på, og vil vise hvor mange repetisjoner de klarer[61].

Og sist, men ikke minst: Når hverdagsrehabiliteringsteamet er borte, mister man den viktige tverrfagligheten i møte med brukeren. I Eigersund understreket HVR-teamet at tverrfagligheten er helt avgjørende for å utarbeide gode og målrettede hverdagsrehabiliteringsforløp.

I Tysvær har det vært en aldersbegrensning på hvem som kan motta HVR, man må være 65 år eller eldre, i Eigersund er det i dag ingen slik begrensning. Også HVR-teamet i **Tysvær bør vurdere** å nedjustere aldersgrensen, eller ta den helt bort, ettersom det er de yngste brukerne i kommunen som har de største vedtakene og mottar mest praktisk bistand.

8.6 FYSIO- OG ERGOTERAPITJENESTEN

Fysio- og ergoterapitjenesten består av syv fysioterapiårsverk og tre ergoterapiårsverk[62]. Fysioterapeutene er fordelt på barn (2), voksne (3), en turnuskandidat og en leder (som jobber som seksjonsleder og ikke som fysioterapeut).

Målgruppe for kommunale fysioterapeuter er barn og voksne med mer omfattende helseproblemer, der tilbudet gjerne skal være koordinert mot andre kommunale og regionale/eksterne tjenester[63]. Saksbehandling i form av utredning, ulike søknader, tilrettelegging og lignende kommer ofte i tillegg til behandlingen og opptreningen brukeren skal ha. Eksempler på hva fysioterapeuten kan tilby er:

- Personer med nevrologiske sykdommer som f.eks. hjerneslag, ALS, MS, Parkinsons, der oppfølging ofte er mer sammensatt enn kun behandling/trening. Dette kan dreie seg om hjelpemiddelformidling, samarbeidsmøter, ulike kartlegginger og tilpasninger
- Boligkartlegging og formidling av aktuelle hjelpemidler
- Oppfølging av pasienter på institusjon, som f.eks. sykehjem
- Behandlingsgrupper f.eks. fallforebyggende grupper

[61] Jf. forvaltningsrevisjon av kvalitet i eldreomsorg, Stavanger kommune, 2019.

[62] Ifølge Framsikt har Tysvær litt lavere fysioterapeutdekning totalt sett enn landet og kommunegruppe 8 (hhv. 9,1, 9,6 og 10,8 per 10 000 innbyggere), men litt høyere enn de andre kommunene på Haugalandet (fra 6,6 til 8,6). Tysvær har imidlertid en relativt lav dekning av privatpraktiserende fysioterapeuter med avtalehjemmel sammenlignet med de andre kommunene. I tillegg er det enkelte privatpraktiserende fysioterapeuter uten driftstilskudd som har etablert seg i kommunen.

[63] Hentet fra ulike informasjonsskriv som er utarbeidet av leder for fysio- og ergoterapitjenesten.

To ergoterapeuter jobber med både barn og voksne mens en ergoterapeut jobber kun med voksne, og har også en rolle inn i hverdagsrehabiliteringsteamet i kommunen.

Ergoterapeutene jobber med mennesker som har problemer med å utføre daglige gjøremål i hverdagen på grunn av sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Gjennom en vurdering av funksjonsevne utredes hva som trengs av trening, tilrettelegging og/eller hjelpemidler. Eksempler på hva ergoterapeutene i Tysvær kan tilby er:

- Kartlegging av aktivitetsutførelse, tilpassing og trening på daglige gjøremål eller andre ferdigheter, både i grupper og individuelt.
- Kompensere for tapt funksjon med tekniske hjelpemidler.
- Planlegging og tilrettelegging av fysiske omgivelser slik at bolig, fritidsareal, skoler og barnehager i størst mulig grad fremmer aktivitet og deltakelse.

Vi får opplyst at fysio- og ergoterapitjenesten alltid har hatt en viss venteliste, men i dag er denne på ca. 10-20 brukere. Leder anslår at enheten kommer for sent i gang med i underkant av femti saker per år. Dette forteller hun skyldes kapasitetsmangel.

I tillegg til at HVR-teamet har vært nedprioritert under koronaen, har også terapibassenget vært stengt i lengre perioder. I intervjuene pekes det på at disse to faktorene har gjort at flere eldre har stått i fare for å utvikle et funksjonstap. Dette har ført til at flere brukere blir henvist til fysio- og ergoterapitjenesten[64].

Vi får opplyst at terapibassenget også har vært stengt i sommer, men denne gang på grunn av det ikke oppfyller tekniske krav til drift[65].

Fysio- og ergoterapitjenesten gir tydelig uttrykk for at de ønsker å jobbe mer forebyggende enn man gjør i dag. I likhet med flere andre informanter, tar enheten til å jobbe mer tverrfaglig mht. å følge opp brukere i hjemmet og tar blant annet til orde for et innsats- og hukommelsesteam.

8.7 SAMHANDLINGSUTFORDINGER- OG MULIGHETER

I intervjuene ble det pekt på en rekke utfordringer og muligheter mht. å sikre gode pasientforløp, som igjen skal sikre at tjenestene blir gitt på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Disse gjengis i avsnittene under.

[64] Jf. intervju med leder for fysio- og ergo, 11.06.21.

[65] Intervju med representanter fra fysio- og ergoterapitjenesten og hverdagsrehabiliteringsteamet, 22.09.

8.7.1 KOMMUNEN MANGLER ET INNSATSTEAM

Flere av de vi har intervjuet tar til orde for at kommunen bør opprette et innsatsteam. I dag koordinerer tjenestekontoret sakene fra de mottar søknad og i forbindelse med tjenesteutøvelsen, for å påse at tjenesten til enhver tid er forsvarlig. Utfordringen deres er at pasientene kommer til kommunen med komplekse pleie- og omsorgsbehov og stadig mer uavklarte enn tidligere. Dette gjør at kommunen risikerer å tilby et for høyt tjenestetilbud til den enkelte, noe som kan være utfordrende å reversere i etterkant. Det kan også være kontraproduktivt å gi for mye tjenester i starten. Hovedutfordringen for tjenestekontoret er den knappe tiden de har til å foreta vurderingen, og samtidig kunne finne reelle alternativer til en korttidsplass[66]. Det kreves også en del ressurser å trygge samarbeidspartnere og gi god informasjon i disse prosessene

I dag opplever både ROT og andre vi har intervjuet at kommunen ikke jobber smart og tverrfaglig nok i overgangen fra et sykehusopphold til oppfølgingen videre. Dette blir beskrevet slik:

- I dag blir det ofte foretatt en rask vurdering den dagen pasienten blir skrevet ut fra sykehuset, og der pasienten gjerne ikke fungerer så bra.
- Dermed kan ROT komme til å gi noe mer tjenester enn det de tror er nødvendig, både fordi de er usikre på brukerens muligheter for å kunne klare seg hjemme, og fordi de ønsker å trygge bruker og pårørende og for at det skal gå bra. Det er mye usikkerhet i kjølvannet av et sykehusopphold.
- Erfaringsmessig er det vanskeligere å ta bort tjenester når kommunen har startet med å legge terskelen høyt
- Flere peker også på at for mange brukere skal via korttidsopphold, før de til slutt blir sendt hjem. De mener at flere kunne blitt sendt rett hjem etter endt sykehusopphold, men dette forutsetter en tett, tverrfaglig oppfølging i overgangen fra sykehuset til kommune
- Fysio- og ergo peker dessuten på at det er behov for stadig flere boligkartlegginger med korte frister fordi man i større grad ønsker at brukerne skal skrives ut fra sykehus til eget hjem, evt. fra korttidsopphold til hjem.
- Fra ROT pekes det på at det kan «*ta flere dager å samle de trådene*» i saken dersom det går for fort i svingene ved utskriving.
- Manglende tilrettelegging i overgangen kan også føre til flere betalingsdøgn på sykehuset, noe som kan være en dyr løsning.

I intervjuene ser man for seg at fysio- og ergo, HVR, ROT og hjemmetjenesten burde være en del av et slik team, ettersom alle har nøkkelfunksjoner i overgangen fra sykehus til hjem. Ifølge våre informanter vil en sentral oppgave være å gjennomføre en bred kartlegging, koble på bruker, sykehus, pårørende og hjelpemidler og besøke pasienten på sykehus eller hjemme, når det er nødvendig.

[66] Opplyst i tilbakemelding den 28.10.

8.7.2 KOMMUNEN MANGLER ET HUKOMMELSESTEAM

Gjennomgangstonen i intervjuene er at det forebyggende arbeidet rettet mot demente personer og deres pårørende ikke er godt nok. Kommunen har mange demente brukere som får oppfølging fra hjemmetjenesten. Flere peker på at det i dag blir en del *«brannslukking»* og at kommunen skulle kommet inn tidligere, for å ivareta brukere og pårørende allerede i starten av sykdomsforløpet.

Utfordringen for kommunen er at man ikke blir klar over de demente brukerne før de er kommet nokså langt i sykdomsforløpet:[67] *«Det normale er vi kommer for sent inn»*. Og da vil tjenestebehovet ofte være stort.

I intervjuene pekes det på at mange pårørende prøver å håndtere situasjonen selv, og kompensere for sykdommen, helt til de ikke klarer det lenger. Da har de stått i det i årevis hjemme, og mange av trinnene i mestringstrappen er brukt opp: «*De er på bristepunktet når de kommer, og da er det ikke lenge før det er behov for et langtids sykehjemsopphold»*.

Det andre momentet som løftes frem er at demens fremdeles er skambelagt for noen, og de pårørende kvier seg for å ta kontakt.

I intervjuene tar mange til orde for at det er behov for et hukommelsesteam[68]. Et slik team vil virke tillitsskapende, redusere usikkerhet og bidra til å trygge brukere og pårørende, hevdes det. Dette mener flere av informantene vil skape bedre forutsetninger for at demente brukere kan ha et godt liv i egen bolig

Erfaringer fra Gjesdal kommune. I stadig flere kommuner er det vanlig med egne hukommelses- eller demensteam. Et eksempel her er Gjesdal kommune. Teamets hovedoppgave i Gjesdal er å kartlegge og utrede personer ved mistanke om demens, og følge opp personer med demens og deres pårørende.

I Gjesdal er det i dag knyttet ca. 0,45 årsverk til dette teamet, men dette er ansett å være for lite, og vil bli økt til minimum 1 årsverk i 2022.

Hukommelsesteamet består av vernepleier fra bofellesskap for demens, sykepleier, hjemmetjenesten og dagsenter for demente. Per 01.07.21 følger teamet opp 75 personer med demens som er hjemmeboende og deres pårørende. Hukommelsesteamet koordinerer og

67 Tilbakemelding i intervjuer.

68 I intervjuene får vi opplyst at Tysvær tidligere hatt et demens- eller hukommelsesteam, men at kommunen ikke har et slikt team nå.

gjennomfører opplæring av personer med demens og deres pårørende (demensskole og pårørendeskole), og gir også faglig veiledning/undervisning av annet helsepersonell.

Ifølge representanter fra Gjesdal sikrer tilstedeværelsen av et slikt team at både opplæring og hjelpetiltak kan settes inn på et tidlig tidspunkt, og tiltakene blir mer målrettede i forhold til brukernes behov. I tillegg får pårørende mer avlastning og støtte, noe som reduserer belastningen og gjør at brukerne kan bo lenger hjemme.

8.7.3 BRÅ OVERGANG ETTER ENDT BEHANDLING

Fra fysio- og ergoterapitjenesten pekes det på at kommunen mangler gode pasientforløp for brukerne etter at fysio- og ergo har avsluttet sin sak, spesielt når brukere ikke får noen videre oppfølging fra kommunen. Dette blir en brå overgang for mange brukere og medfører noen ganger en raskere forverring av brukernes tilstand, noe som fører til at de trenger ny behandling eller får behov for et høyere omsorgsnivå[69]. Flere kommer deretter tilbake til fysio- og ergoterapitjenesten, noen ganger etter å ha hatt fall, etter å ha skadet seg eller å ha vært på sykehus. En av de intervjuede i fysio- og ergoterapitjenesten talte ti gjengangere av hennes brukere i intervjuet med oss.

For å bøte på denne utfordringen foreslår fysio- og ergoterapitjenesten flere tiltak:

- Faste koordineringsmøter med fysio- og ergo, ROT, HVR og hjemmetjenesten
- Utvikle og ta i bruk treningskontakt
- Koble på aktivitetsavdelingen og frivillige som alternativ i oppfølging av tiltak

Vi ønsker å dvele litt med det siste punktet. I intervjuene pekes det på at kommunen skulle hatt bedre informasjon om aktiviteter for eldre og personer med helseutfordringer.

Tiltak for å styrke fellesskap og aktiviteter

Flere i Tysvær peker på at det er viktig å gi god og lett tilgjengelig informasjon om aktivitetstilbudet i kommunen (og regionen). Ifølge våre informanter har Sola kommune en meget god informasjonsbrosjyre (Nettversjonen finner man her: https://www.sola.kommune.no/kultur-fritid-og-idrett/aktiviteter-og-kurs/aktivitetstilbud-for-eldre/).

[69] Jfr. Intervjuer og Oppfølgingsplan for samarbeidssaker fysio/ergo 2021 – Tysvær kommune, skrevet av seksjonsleder fysio/ergo/friskliv.

Arendal kommune har nylig rettet oppmerksomheten mot å styrke felleskap og aktiviteter for eldre[70]. Kommunen gjennomførte blant annet en spørreundersøkelse blant kommunes eldre hjemmeboende og hatt ulike workshops med eldre, frivillige og ansatte. I workshopene delte eldre selv erfaringer og tanker, blant annet om ulike hindre for deltagelse og sosial kontakt for mange eldre. Nøkkelutfordringene (eller mulighetene) kan oppsummeres slik.

- Hva skjer? Kjennskap til hva som skjer av aktiviteter og tilbud
- Hvordan kommer jeg meg dit? Tilgang på transport til og fra aktiviteter
- Hvordan drar jeg der sammen med andre? Noen å dra sammen med

8.7.4 SAMHANDLING RUNDT RESEPTER OG MEDISINER

De ansatte i hjemmetjenesten forteller at de bruker veldig mye tid knyttet til administrering av medisiner. De har flere brukere med mange diagnoser og store hjelpebehov, enkelte bruker opp til femten tabletter, noe som krever mye administrering.

En del pasienter skrives ut fra sykehuset på fredag ettermiddag, uten resepter og medisiner: *Vi bruker mye tid å ordne opp i dette.* Vi får også opplyst at sykehuslegene skriver ut nye medisiner, uten at de sjekker hvordan disse går sammen med de medisinene pasienten allerede står på. Av og til er sykehuslegene uenige med fastlegene med mht. hvilke medisiner som skal brukes, noe som byr på utfordringer for hjemmetjenesten.

Et annet moment som gjør samhandlingen tidkrevende er at lege, sykehus, kommune og apotek ikke har tilgang til hverandres journaler. Noen ganger kan det ta opp til fem dager før hjemmetjenesten får svar på spørsmål om endringer i brukernes helseopplysninger/medisiner. Dette resulterer i gjentatte purringer og mye stress[71].

Et ønske fra Tysvær er at helseforetaket følger opp samarbeidsavtalene bedre, for å sikre en mer sømløs kommunikasjon.

8.7.5 EN PRESSET RESSURSSITUASJON SVEKKER SAMHANDLINGEN I KREVENDE SAKER

[70] *Leve hele livet – innovasjon for økt sosial deltakelse blant eldre i Arendal kommune*, foredrag under Arendalsuka, 17.08, klokken 12.00.

[71] Opplyst i intervjuer.

Gjennomgangen tyder på at samhandlingen internt i Helse og mestring i all hovedsak fungerer godt. Det er et viktig unntak her: Den interne samhandlingen i komplekse og krevende saker (som øker i antall) utfordres av en mer presset ressurssituasjon[72].

Vi får opplyst at det er krevende å finne gode og kostnadseffektive løsninger i denne type saker, særlig i tilfeller med kognitiv svikt og utfordrende atferd, der både pasientsikkerhet og sikkerhet for personal og allmennhet blir berørt[73].

Dette forklares slik: Den enkelte virksomhet blir så opptatt av å holde budsjettet at det går utover samhandlingen. Enkelte ganger opplever man at budsjettene og et ønske om grønne tall får et større fokus enn brukerne, og at håndteringen av tunge og ressurskrevende brukere tidvis kan føre til et svarteperspill mellom tjenestene. Gjennomgangen tyder på at det ofte er hjemmetjenesten som blir sittende igjen med svarteper: *«De skulle ønske vi tok alt.»* Hjemmetjenesten opplever et press på å overta brukere fra andre tjenester som ikke ønsker røde tall. For eksempel forteller de at de får brukere som de mener burde vært fulgt opp av psykisk helse eller Butiltak: *«Vi får brukerne, men vi får ikke tilført ressurser og kompetanse til å håndtere disse.»* Dette gjør det umulig for hjemmetjenesten å holde budsjettet, hevdes det.

- Fra hjemmetjenestene pekes det på at de får brukere med omfattende psykiatriske utfordringer, så fort brukerne får en somatisk lidelse. Dette til tross for at dette utgjør en liten del av brukerens utfordringer.
- Fra hjemmetjenestene ble det formulert slik: *«Hvem skal få det røde tallet? Det er etisk helt utrolig, ingen vil ha brukeren, vi må ta den. Det er det samme hver gang (...). Det går utover brukerne, det er det tristeste oppe i dette. Jeg tror ikke det er effektiv bruk av ressurser. Vi må ta ned skottene, men vi opplever alle en presset situasjon».*
- Ifølge tjenestekontoret opplever mange at samhandlingen er blitt bedre: «*Å være uenig i beslutninger om tildeling er ikke automatisk det samme som at samhandlingen ikke fungerer. Jo mer presset den økonomiske situasjonen er, jo mer krevende vil det naturlig være å ta imot nye tjenestemottakere. Men - samhandlingen oppleves for de fleste som mer krevende med den demografiske utviklingen vi står i, da brukergruppen er i endring til det mer komplekse. Å finne gode løsninger samtidig som vi skal tenke kostnadseffektivitet er reelt krevende. Det vil naturligvis øke fokuset på eget budsjett i samhandlingen».*
- Ifølge hjemmetjenesten ønsker fysio- og ergo at hjemmetjenesten skal bidra med oppfølging av deres brukere (se under). Fysio og ergo forteller at de skulle ønske at hjemmetjenesten kunne utføre enkle øvelser med brukerne, når de likevel er på besøk. De hevder det gjerne kunne spart en halvtimes kjøretur pluss hverdagstrening med bruker,

[72] Opplyst i tilbakemelding fra kommunen den 28.10.

[73] ROT opplever imidlertid at det er høyt fokus på å etablere "rett tjeneste til rett person i rett tid."

dersom dette var blitt overtatt av hjemmetjenesten. Men fysio og ergo peker også på at hjemmetjenesten må ha mer vedtakstid for å kunne gjør dette.

8.7.6 VURDERING

Kommunen har mange demente brukere som får oppfølging fra hjemmetjenesten. Det synes å være bred enighet om at det forebyggende arbeidet rettet mot demente og deres pårørende ikke er godt nok. Utfordringen for kommunen er at man ikke kommer tidlig nok inn i sakene, men blir klar over disse brukerne når de har kommet nokså langt i sykdomsforløpet. Da vil ofte tjenestebehovet være stort, og de pårørende veldig slitne.

I stadig flere kommuner er det vanlig med egne tverrfaglige hukommelses- eller demensteam. Et slikt team bidrar til at både opplæring og hjelpetiltak kan settes inn på et tidligere tidspunkt. I tillegg får pårørende mer avlastning og støtte på et tidligere stadium, noe som reduserer belastningen og gjør at brukerne kan bo lenger hjemme. Og det faktum at et nytt og mer fleksibelt botilbud i kommunen fremdeles er på planleggingsstadiet, forsterker behovet for et slikt team, slik vi vurderer det.

Vi anbefaler kommunen å etablere et hukommelses- eller demensteam.

Flere av de vi har intervjuet tar også til orde for at kommunen bør opprette et **innsatsteam.** Tjenestekontoret koordinerer i dag sakene fra de mottar søknad, og i forbindelse med tjenesteutøvelsen, for å påse at tjenesten til enhver tid er forsvarlig. Utfordringen deres er at pasientene blir skrevet ut fra sykehuset med komplekse pleie- og omsorgsbehov og er stadig mer uavklarte enn tidligere. Dette gjør at de risikerer å tilby et for høyt tjenestetilbud til den enkelte, noe som kan være utfordrende å reversere i etterkant. Det kan også være kontraproduktivt å gi for mye tjenester i starten. Hovedutfordringen for tjenestekontoret er å finne tilfredsstillende alternativer til en korttidsplass innenfor knappe tidsrammer. Det kreves også en del ressurser å trygge samarbeidspartnere og gi god informasjon i disse prosessene

Vi anbefaler kommunen å etablere et innsatsteam.

Fra fysio- og ergoterapitjenesten pekes det på at kommunen mangler gode pasientforløp for brukerne etter at fysio- og ergo har avsluttet sin sak, spesielt når brukere ikke får noen videre oppfølging fra kommunen. Dette blir en brå overgang for mange brukere, og medfører noen ganger en raskere forverring av brukernes tilstand, noe som fører til behov for et nytt behandlingsforløp eller et høyere omsorgsnivå.

Vi anbefaler kommunen å sikre gode overganger etter endt behandling fra fysio- og ergoterapitjenesten. Her vil det være mulig å se nærmere på de foreslåtte tiltakene fra fysio- og ergo, og erfaringene fra Arendal kommune (jf. over)

Den pressede ressurssituasjonen og innsparingskravet det siste året ser ut til å ha svekket samhandlingen internt i kommunen i krevende saker. Intervjuene tyder på at enhetenes budsjettdisiplin noen ganger kan være til hinder for gode tverrfaglige løsninger.

Vi anbefaler kommunen å finne løsninger finne løsninger som kan bidra til at man finner en god balanse mellom budsjettdisiplin og samhandling i krevende saker.

Intervjuene tyder også på at hjemmetjenesten opplever samhandlingen rundt administreringen av resepter og medisiner som utfordrende. De forteller at en mer sømløs kommunikasjon vil føre til at de kan jobbe mer effektivt. Det har vært utenfor vårt mandat og ramme å få fastlegenes og sykehuslegens synspunkter på kommunikasjonen. Det betyr at vi ikke har et balansert bilde av situasjonen. Men ettersom dette er en utfordring for hjemmetjenesten, bør kommunen ta kontakt med sykehus og fastleger, for å undersøke hvordan man i fellesskap kan sikre en mest mulig effektiv samhandling og kommunikasjon.

8.8 BLOKKERING AV KORTTIDSPLASSER

Tilgang til korttidsopphold på sykehjem er viktig for å kunne håndtere pasientstrømmen fra sykehuset og for at brukerne skal kunne bo hjemme lengst mulig. Tilgangen bestemmes av to forhold. Antallet plasser som er satt av til tidsbegrenset opphold, og gjennomstrømmingen eller sirkulasjonen i korttidssengene. Dess bedre gjennomstrømmingen eller sirkulasjonen i korttidssengen er, dess bedre blir tilgjengeligheten på sykehjemsplasser.

Vår gjennomgang viser at Tysvær har litt lavere andel korttidsplasser enn de andre Haugalandskommunene.[74] I tillegg har den reelle andelen korttidsplasser har vært lavere i 2021. Med reell andel korttidsplasser mener vi andelen plasser som er tilgjengelig for de som har behov for et korttidsopphold, dvs. for den faktiske målgruppen.

Tysvær kommune har i alt tolv ordinære korttidssenger[75]. Tre av disse er satt av til såkalte vekselopphold. Dette er opphold med en viss regelmessighet over tid, for eksempel en uke på korttid og tre uker hjemme, og brukes for å avlaste pårørende. Hyppighet og lengde bestemmes av brukerens funksjonsnivå og hjemmesituasjon. Vekseloppholdene brukes som avlastning for de

[74] Her er vi litt usikre på tallene. Tallene som vi finner i Framsikt (som er basert på KOSTRA) for 2020 viser at 13 prosent av sykehjemsplassene i Tysvær var korttidsplasser, men kommunen rapportert inn 9 korttidsplasser og 68 sykehjemsplasser totalt. Dersom vi legger 12 plasser til grunn, dvs. det vi får oppgitt i intervjuene, er 18 prosent avsatt til korttid. I Karmøy, Haugesund, Vindafjord og Sveio er andelen hhv. 21, 20, 21 og 13 prosent. I tillegg vet vi at den totale andelen institusjoner er lavere i Tysvær enn tre av kommunene.

[75] I tillegg har kommunen fire senger som er forbeholdt øyeblikkelig hjelp (ØHD). To av disse selges til Vindafjord og Etne. Alle plassene er lokalisert ved Tysværtunet bo- og aktivitetssenter. Tysværtunet har flere dobbeltrom, slik at det teoretisk kan være 20 pasienter av totalt. Det er likevel ikke alltid mulig fordi det er pasientsammensetningen som bestemmer.

pårørende, slik at bruker kan bo hjemme. Vi får opplyst at rett før sommerferien var det 12-14 personer som ventet på en langtids sykehjemsplass i Tysvær kommune. Dette medførte at syv av korttidsplassene ble blokkerte av brukere som ventet på en langtidsplass, men som var for syke til å bo hjemme. Disse blir en «propp» i systemet. **Det betyr at cirka 60 prosent av korttidsplassene var blokkerte, og at kun to plasser var tilgjengelige for ordinære korttidsopphold**. I slutten av august var antallet redusert til fire, og tre i slutten av september[76]. To av disse har ventet på langtidsplass i korttidsseng i syv-åtte måneder.

Helsesjefen forteller at antallet blokkeringer har gått i bølger tidligere, men at det har vært flere blokkeringer over tid det siste knappe året.

Det er også slik at kommunen blir fakturert av sykehuset dersom kommunen ikke klarer å ta imot pasienter som er utskrivingsklare. I 2020 kostet dette kommunen mellom 500 000 og 600 000 kroner[77]. I august 2021 så beløpet ut til å bli betydelig lavere, til tross for lavere tilgang til korttidsplasser.

Intervjuene tyder på at disse blokkeringene blant annet skyldes at det har vært færre dødsfall på sykehjemmene. Dette er selvfølgelig positivt, men skaper samtidig utfordringer i form av venteliste på langtidsplass, og mange venter i en korttidsseng.

I intervjuene pekes det på at antallet korttidsopphold burde økes når visjonen er at folk skal bo lengst mulig hjemme: «*I pressede situasjoner slik som i juni er det for få korttidsplasser. Ideelt sett skulle vi i høyere grad tilbudt korttidsplass for å kunne la folk bli boende hjemme. Mange var veldig pleietrengende, og det går på marginene*»

8.9 OMSORGSBOLIGER MED TILPASSET BEMANNING

Når man i plan for Helse og mestring skriver at det mangler et trinn i mestringstrappen, gjelder dette i første rekke bolig med bemanning dag og kveld[78]. I tabellen under ser at det heller ikke er noen over 80 som bor i bolig med heldøgns bemanning.

[76] Opplyst på telefon (august) og intervju 24.09.

[77] Opplyst av aktivitets- og omsorgssjef på epost den 10.08.

[78] Grunnlagsdokument Helse og mestring samt tilbakemeldinger i intervjuer.

Tabell 5 Heldøgnsbemannede boliger – Tysvær sammenlignet med nabokommunene – 2020

	Tysvær	Karmøy	Haugesund	Vindafjord	Sveio
Andel beboere i boliger som disponeres til PLO (per 1 000 innb)	8,24	5,92	6,46	8,84	6,72
Andel beboere under 67 år i boliger som disponeres til PLO (per 1 000 innb)	6,40	5,12	4,20	4,12	2,86
Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning	0,0 %	0,6 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning (antall)	35	133	152	23	17

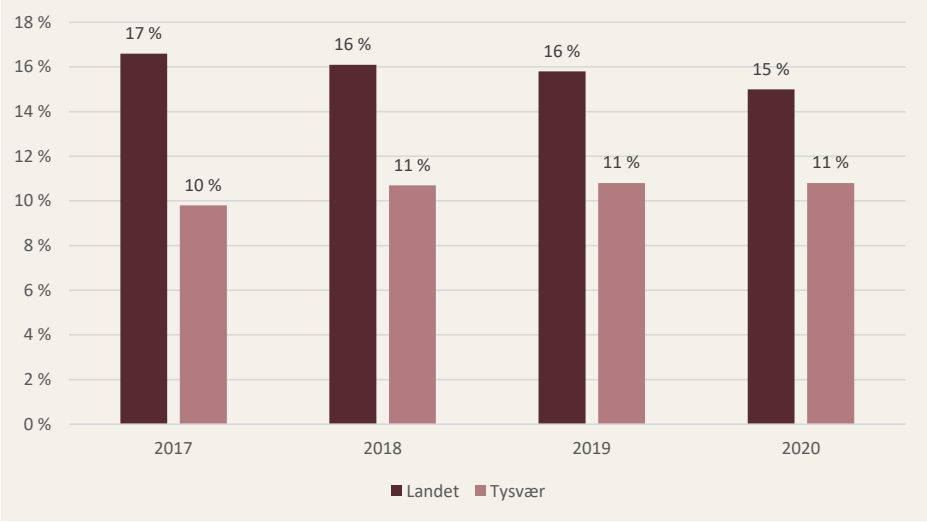
Kilde: Framsikt

Tabellen viser samtidig at Tysvær har en relativt høy andel beboere i boliger som disponeres til pleie- og omsorg, sammenlignet med flere nabokommuner. Men det er hovedsakelig «yngre» beboere, og ingen over åtti år som bor i en slik bolig.

Tysvær har aldri hatt noen brukere over 80 år i bolig med heldøgns bemanning[79]. De fire siste årene har andelen på landsbasis vært mellom 3,6 og 3,7 prosent.

I figuren under ser vi på det totale botilbudet for denne gruppen, dvs. hvor stor andel av de over 80 som enten bor i bolig eller institusjon. Hovedbildet er at det er betydelige forskjeller, men at disse blir mindre. Dette gjelder spesielt andelen institusjonsbeboere som er 80 eller eldre. I 2020 er bildet nokså likt, dvs. 11,4 prosent på landsbasis og 10,8 i Tysvær. Det er nå i all hovedsak andel beboere i heldøgnsbemannede boliger som utgjør forskjellen i figuren.

Andel over 80 år enten i bolig med heldøgnsbemanning eller institusjon



Kilde: Framsikt

[79] Opplyst den 28.10.

Tysvær erkjenner at man ikke har en helhetlig boligpolitikk og mangler i dag et hensiktsmessig botilbud. Kommunen ønsker å skape et helhetlig og differensiert botilbud, som er bedre tilpasset ulike omsorgsnivå. I dette inngår bofelleskap med en viss bemanning, bofelleskap med heldøgnsbemanning og institusjonsplasser. Tanken er at dette skal være bedre for bruker og rimeligere for kommunen.

To av kommunens tiltak i den kommende fireårsperioden for å oppnå bærekraftige tjenester er[80]:

- Styrke tilbudet i boliger med muligheter for døgnbemanning, slik at behovet for institusjonsplasser blir redusert.
- Lage en langsiktig plan for utbygging av boliger og institusjonsplasser, der man ser det totale bo- og institusjonstilbudet i sammenheng.

I skrivende stund planlegger kommunen byggingen av et nytt helsekvartal, der en sentral ingrediens er «*omsorgsbustader med tilpassa bemanning*». Dette skal være mer fleksibelt enn det nåværende botilbudet i kommunen. Det skal være en personalbase knyttet til disse boligene, og tanken er at bemanningen lettere skal kunne tilpasses brukernes behov tilbud, hvor man kan tilpasse bemanningen etter brukernes behov. Den grunnleggende tanken her er at systemet og organiseringen skal være egnet til å tilpasse seg brukerens behov, og ikke motsatt.

8.10 MANGELFULLT BOTILBUD OG BLOKKERINGER AV KORTTIDSSENGER UTFORDRER HJEMMETJENESTEN

Det er altså venteliste på langtids sykehjemsplass, blokkeringer i korttidssenger og ingen bemannede boliger for eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester. Dette skaper press på hjemmetjenestene. Vi får opplyst fra hjemmetjenestene at de ofte må leie inn ekstrapersonell for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Fra aktivitets- og omsorgssjefen og flere andre pekes det på at det har vært en økning i demente brukere, og de fleste av disse ivaretas av hjemmetjenesten. En av de intervjuede sa det slik: *«Vi har 50 demente som bor hjemme, men vi har ingen avlastningsmulighet til deres pårørende»*. Aktivitets- og omsorgssjef sa det slik: *«Bare nå i 2021 har vi mange med kognitiv svikt som venter på langtidsplass i kommunen. Dette er brukarar som har blitt betjent av heimebaserte tenester i lag med pårørande i mange år.»*.

Det er stor enighet om at kommunen burde jobbet mer forebyggende mot demente brukere, blant annet med å opprette et hukommelsesteam, og sette inn avlastningstiltak for pårørende, slik at behovet for institusjonsplass utsettes. Aktivitets- og omsorgssjefen peker på at dette nok vil være

[80] Fra plan for Helse og mestring – gjelder perioden 2021-2024.

et satsingsområde for Helse og mestring i tiden som kommer: «*Det er ønskjeleg å etablere både eit demensteam og innsatsteam for å kartlegge og avhjelpe denne gruppa*[81]».

Tilbakemeldingene tyder å at en økt bruk av tekniske hjelpemidler vil kunne avhjelpe hjemmetjenesten i en presset hverdag. Vi nevner her kort to ting: Ruteplanlegging og velferdsteknologi.

Ruteplanleggingen i hjemmetjenesten har et forbedringspotensial. Vi får opplyst fra hjemmesykepleien at man per i dag ikke har en digital ruteplanlegger, all ruteplanlegging organiseres manuelt. Det er en «*fulltidsjobb å utarbeide arbeidslister, og vi har nitten arbeidslister til sammen, og fra mandag til søndag er det om lag 2300 oppdrag*». Hjemmetjenesten ser frem til at de får en ruteplanlegger, og tror de kan spare mye tid på dette.

Velferdsteknologi. Kommunen har fått nye trygghetsalarmer og store deler av disse blir betjent av et ressurssenter i Kristiansand[82]. I tillegg har man satt ut 16 medisindispensere hos et utvalg brukere. Begge deler gir en betydelig ressursbesparelse, hevdes det. Men hjemmetjenesten savner sporings/lokaliseringsteknologi (GPS) og digitale tilsyn, og mener denne type teknologi vil kunne redusere behovet for antallet besøk.

8.10.1 SAMLET VURDERING FOR AVSNITTENE 7.8 TIL 7.10

Tysvær har en dekningsgrad for institusjon som er på nivå med landssnittet, men som er noe lavere enn flere av de andre Haugalandskommunene. Per i dag finnes det imidlertid ikke noe botilbud med bemanning for de over åtti. Det er her Tysvær skiller seg mest fra resten landet. På landsbasis bor 3,6 prosent av de over åtti i en heldøgnsbemannet bolig, i Tysvær er tallet null.

I skrivende stund planlegger kommunen byggingen av et nytt helsekvartal, der en sentral ingrediens er «*omsorgsbustader med tilpassa bemanning*». En slik organisering skal gi et mer fleksibelt botilbud, tilpasset den enkeltes omsorgsbehov. Dette er positivt, men mangelen av denne type boliger skaper likevel utfordringer på kort sikt. Utfordringene har blitt forsterket av at det under koronaen har vært lavere gjennomstrømning i langtidsplassene enn normalt, og flere har stått på venteliste. Rett før sommeren ventet mange av disse i en korttidsseng, og «blokkerte» plassene for de ordinære korttidsbrukerne. For denne brukergruppen er en tilgjengelig korttidsplass ofte helt avgjørende for at de skal kunne bo hjemme lengst mulig.

[81] Epost fra aktivitets- og omsorgssjef 10.08.21

[82] Opplyst i intervjuer 22. og 23.09.

Antallet blokkeringer har gått i bølger tidligere, men det har vært flere blokkeringer over tid det siste knappe året, selv om antallet er redusert nå. Blokkeringene gjør det vanskeligere for kommunen å ta imot brukere som skrives ut fra sykehuset, og skaper utfordringer for hjemmetjenesten.

Det bør samtidig legges til at Tysvær har klart å ta imot de aller fleste utskrivningsklare pasientene fra sykehuset i 2021. Kommunene blir fakturert av sykehuset dersom de ikke klarer å ta imot pasienter som er utskrivningsklare. Til tross for flere blokkeringer i 2021, har kommunens utgifter forbundet med dette blitt redusert fra 2020 til 2021.

Det siste året har altså hverdagsrehabiliteringsteamet vært lagt ned, mange korttidssenger er blokkerte, og det er ingen bemannede boliger for eldre med behov for pleie- og omsorgstjenester. Summen av disse faktorene skaper et press på **hjemmetjenesten**. Hjemmetjenesten må ofte leie inn ekstrapersonell for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Gjennomgangen tyder på at en bedre bruk av tekniske hjelpemidler som velferdsteknologi og digital ruteplanlegging vil kunne avhjelpe hjemmetjenesten noe i en presset hverdag.

8.11 KOMPETANSE

Kommunen har valgt ut en rekke tiltak for perioden 2021-2024 for å oppnå rett kompetanse til rett tid. Men det står lite om hvilken kompetanse man er på jakt etter

Ifølge SSBs framskrivninger vil det frem mot 2035 bli en kraftig vekst i behovet for årsverk både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Norge. Den sterkeste behovsøkningen kommer i kommunehelsetjenesten. Det vil bli et stadig større gap mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere. Gapet mellom tilbud og etterspørsel er strukturelle nasjonale helse- og omsorgsutfordringer som naturligvis ikke Tysvær kommune kan løse alene.[83]

Det er det ene bildet.

Det andre er at Tysvær har en veldig stor andel brukere med omfattende bistandsbehov, og kommunen har en ambisjon om å vri ressursbruken til å gjelde mer forebyggende tiltak lenger ned i mestringstrappen. Erfaringer fra tilsvarende prosjekter i andre kommuner er at dette fører med seg en rolleendring for mange av de som jobber i helse- og omsorgstjenestene. Eksempelvis ser det ut til at de ansatte i hjemmesykepleien har fått en ny rolle overfor en god del pasienter. I stadig større grad fremstår de mer som en mentor eller lærer som skal hjelpe pasientene i å mestre

[83] Side to og tre i vedleggsdelen i en rapport vi gjennomførte på vegne av Bærum kommune, om bemanningen på sykehjemmene. https://www.rogaland-revisjon.no/Userfiles/Upload/files/FORSVARLIG%20BEMANNING%20%20B%C3%A6rum%20kommune%20-%202020.pdf

oppgavene selv, i stedet for en hjelper som gjør oppgavene for dem. I mange tilfeller krever rollen at de fremstår mer som hverdagsterapeuter eller hverdagstrenere enn som en pleiere.

Dette har betydning for hvilken kompetanse det er behov for.

Erfaringen vår fra flere kommuner er at egenmestringskompetanse generelt og relasjonskompetanse spesielt er helt sentralt for å gi brukerne god hjelp. Samtidig viste flere av gjennomgangene våre at ansatte i hjemmesykepleien ikke hadde fått tilstrekkelig med påfyll av kompetanse slik at de kunne fylle denne rollen**.** Eksempler på dette er relasjonskompetanse, pedagogisk kompetanse (motivasjon) og opptrening- eller rehabiliteringskompetanse.

8.11.1 VURDERING

Etter vår vurdering bør kommunen målrette kompetansehevingstiltakene i tråd med det varslede kompetansegapet og de mest sentrale satsingene i Helse- og mestringsplanen.

Vi ønsker å kommentere det siste.

Arbeidet med hverdagsmestring er et kondisarbeid – det betyr at pleierne jevnlig trenger veiledning i denne måten å jobbe på, og arenaer der man kan diskutere denne måten å jobbe på. I likhet med enkelte andre kommuner i Sør-Rogaland, ser det også i Tysvær ut til å være **behov for et praksisnært kompetanseløft i hjemmetjenesten**. Ikke minst fordi hverdagsrehabiliterings-teamet har vært nedlagt i lang tid. Eksempler på dette er hospitering, casegjennomganger og veiledning skulder ved skulder. Slike kompetansehevingstiltak har fått veldig gode tilbake-meldinger i alle våre prosjekter og er relativt enkle å gjennomføre. Hverdagsrehabiliteringsteamet bør få en sentral rolle her. Kommunen bør også vurdere å trekke fysio- og ergoterapitjenesten inn i dette arbeidet.

Det kan også tenkes at et vellykket kompetanseløft og en treffsikker satsing på hverdagsmestring og hjelp til selvhjelp vil kunne bidra til å dempe kommunens fremtidige behov for sykepleiere.

Helt til slutt ønsker vi å understreke at analysen vår ikke hviler på en forestilling om at helse- og omsorgstjenester utelukkende dreier seg om egenmestring, eller at brukernes dagsform er stabil. I de aller fleste kommuner er det fremdeles et mindretall av brukerne som mottar hverdagsrehabilitering eller hjelp til selvhjelp, og mange vil fremdeles ha behov for kompenserende hjelp. Likevel tror vi at et kompetanseløft og en sterk lederforankring vil bidra til å skape en best mulig faglig trygghet for pleierne, slik at de vet når de skal utfordre og når de skal støtte brukerne.

9 VEDLEGG

9.1 METODE

9.1.1 FREMGANGSMÅTE OG UTVALG

Dette prosjektet har hatt en åpen og undersøkende tilnærming, ettersom vi leter etter kostnadsdrivere og forbedrings- og effektiviseringsmuligheter. Vår identifikasjon av kostnadsdrivere og forbedringsmuligheter har vært basert på nøkkeltalls- og regnskapsgjennomgang, dokumenter og intervjuer med en rekke aktører i kommunen.

Men som alle prosjekter, krever også et slikt prosjekt en avgrensning.

Det har vært litt krevende å identifisere kostnadsdriverne, fordi vi relativt tidlig oppdaget at det har vært gjort en del feilføringer både i regnskap og fagsystem. Derfor har vi brukt en del tid på å avdekke hva utfordringene har bestått i, og samtidig finne et tilstrekkelig omfang indikatorer, slik at vi kan konkludere med rimelig sikkerhet.

Valget vårt falt på å gå dypere inn i tjenestene som utgjør den største delen av utgiftskaka, dvs. institusjonstjenester og tjenester til hjemmeboende.

Samtidig fant vi at Tysvær hadde en veldig høy andel pleie- og omsorgsbrukere med høyt bistandsbehov, og andelen hadde økt kraftig de siste årene. Mange brukere med omfattende bistandsbehov er mer kostnadskrevende for kommunen, og dette kan være en indikasjon på at man ikke klarer å forebygge funksjonsfall på en god måte.

Dette ble utgangspunkt for kapittelet som omhandler utfordringer og forbedringsmuligheter, der vi tok utgangspunkt i Tysvær kommunes mestringstrapp og prinsippet om det beste effektive omsorgsnivå, dvs. legge til rette for forebygging og tidlig innsats slik at behovet for mer omfattende og dyrere tiltak bortfaller eller utsettes. På bakgrunn av analysen og intervjuene i prosjektets tidlige fase, valgte vi ut fem trinn som vi rettet størstedelen av oppmerksomheten mot (se faktadel).[84]. På bakgrunn av tilbakemeldinger i intervjuene, har vi også kartlagt samhandlingsutfordringer mellom sentrale tjenesteutøvere. Og vi har også sett på tildelingskontoret og prinsippet om «en dør inn». Til slutt har vi tatt utgangspunkt i et av hovedmålene i mestringsplanen, Rett kompetanse til rett tid, og kartlagt hvilke kompetansebehov spesielt hjemmetjenesten står overfor.

[84] Vi har ikke undersøkt seksjonene Psykisk helse/rus, Aktivitet eller Legetenesta.

9.1.2 FASER I DATAINNSAMLINGEN

Datainnsamlingen i dette prosjektet har vært delt inn i to faser – en sonderingsfase og en hovedfase. I ***sonderingsfasen*** gjennomførte vi tallanalyser, analyser av sentrale styringsdokumenter og intervjuer med nøkkelpersoner.

I denne fasen gjorde vi en rekke analyser av tall fra KOSTRA, Framsikt og regnskap. Deretter beveget vi oss inn i kommunens mer detaljerte økonomitall, brukertall og tall/informasjon som kunne gi mer utfyllende informasjon.

Relativt tidlig viste det seg at det har vært en del feilføringer både i fagsystem og regnskap, og vi har brukt en del tid på å avdekke hva utfordringene har bestått i, og samtidig finne et tilstrekkelig omfang indikatorer, slik at vi kan konkludere med rimelig sikkerhet.

På flere områder har vi supplert tallene i Tysvær med tall fra andre kommuner. Vi har også supplert sentrale kvalitative funn i Tysvær med relevante funn i tidligere forvaltningsrevisjoner.

I **hovedfasen** gjennomførte vi gruppeintervjuer/samlinger i ulike deler av organisasjonen, for teste ut foreløpige funn og for å undersøke hvordan de så på kommunens utfordringer og forbedringsmuligheter.

I prosjektet har vi foretatt en såkalt metodetriangulering av data. Det vil si at problemstillingene belyses gjennom bruk av forskjellige datakilder. Det betyr at vi ser relevante nøkkeltall og det som står i dokumenter opp mot intervjuene. I de tilfellene det har kommet frem ting i intervjuene som har krevd at vi går inn i nye nøkkeltall eller nye dokumenter, har vi gjort det. Trianguleringen bidrar til å utvide og forsterke datagrunnlaget i analysen, og forskjellige innsamlingsmetoder gir ulike perspektiv på analysegrunnlaget. For eksempel er antakelser basert på tall- og dokumentanalyser testet ut i en rekke intervjuer. Påstander i intervjuene ble deretter testet ut gjennom å hente inn nye talldata/oppfølgings- eller verifiseringsrunden.

9.1.3 INTERVJUER

Sonderingsrunde. Intervju med 9 personer

- Oppstartsmøte med rådmann og kommunalsjef Helse og mestring
- Intervju med helsesjef
- Intervju med helse- og omsorgssjef
- Intervju med leder for ressurs- og tjenestekontoret
- Intervju avdelingsleder for fysio- og ergoterapi, pluss oppfølgingsintervju og epostkorrespondanse mht. oppklaringer
- Leder hverdagsrehabiliteringsteam

- Kort oppklaringsintervju med leder for hverdagsrehabiliteringsteamet i Eigersund, for å få en forklaring på tall og beskrivelse av situasjon under korona

Hovedrunde. Intervju med 23 personer.

- Seksjonsleder korttidsavdelingen
- Fem personer. Ressurs og tildelingskontoret
    - Leder og fire saksbehandlere
- Seks personer i hjemmetjenesten
    - Leder for hjemmetjenester, tre avdelingsledere, sykepleierkoordinator og verneombudet
- Seksjon butiltak, to avdelingsledere. Seksjonsleder ble forhindret og rådgiver i Helse og mestring deltok i stedet
- Fysio og ergo – to personer
- Leder for HVR-team
- Seks personer i Helse- og mestringsledelsen. En kombinasjon av samling, avklaringer og intervju. Samling der foreløpige funn ble presentert og spørsmål ble stilt. Kommunalsjef Helse og mestring, helsesjef, aktivitet- og omsorgssjef og leder for ressurs og tildelingskontor, rådgiver/systemansvarlig Helse og mestring og rådgiver økonomi

Oppfølgingsrunde og verifiseringsrunde

- **De intervjuene** I etterkant av hovedfasen har vi hatt en oppfølgingsrunde per epost og per telefon knyttet til uklarheter, og forhold som ikke ble endelig verifisert under selve intervjuet.
- Dette ble eksempelvis gjort i etterkant av intervjuet med hjemmetjenesten, ressurs- og tjenestekontoret og fysio- og ergoterapitjenesten.

9.1.4 DOKUMENTER, TALL OG ØVRIGE KILDER

- Plan for Helse og mestring 2020-2040
- Grunnlagsdokument for plan for Helse og mestring.
- Mestringstrappen i Tysvær kommune
- Tysvær kommune TK 2030 Formannskapet 26.05.21, Håvard Moe i KS Konsulent, presentasjon
- Rogaland Revisjons forvaltningsrevisjonsrapporter fra Stavanger, Eigersund og Gjesdal, hhv. Evaluering av Leve HELE livet, Kvalitet i eldreomsorgen og Kvalitet i helse- og omsorgstjenester. Alle fra 2019. Rogaland Revisjon leverte i samme periode tilsvarende rapporter i Sandnes og Hå kommune.
- «*Når støvet har lagt seg. Erfaringer fra statlige reformer*», DFØ-rapport 2020:11, desember 2020
- Utredning av fremtidig tilbud av institusjonsplasser og boliger til eldre, 2020 Tysvær kommune og Agenda Kaupang
- Ulike organisasjonskart mottatt fra Tysvær kommune
- Kartlegging gjennomført av Sandnes kommunes Enhet for funksjonshemmede

- Innbyggerundersøkelse i Tysvær bygdeblad, høsten 2019
- Oppfølgingsplan for samarbeidssaker fysio/ergo 2021 – Tysvær kommune. Internt notat.
- Informasjonsskriv fra fysio- og ergoterapitjenesten.
- *Forsvarlig bemanning?* Forvaltningsrevisjon utarbeidet av Rogaland Revisjon IKS, på vegne av Bærum kommunerevisjon. 2020
- Regjeringen.no
- KS hovedmodell for disponible inntekter og ressursbruk
- Demografimodell KS 2021
- Framsikt/KOSTRA (SSB)
- Tysvær kommunes regnskap 2020
- Tall om butiltak/miljøtjenesten mottatt fra Tysvær og Sola kommune
- Tall fra hverdagsrehabiliteringsteamet i Tysvær og Eigersund kommune