



KRISTIANSAND REVISJONSDISTRIKT IKS

Kristiansand Søgne Songdalen Vennesla
<http://www.komrevsor.no>

Kvalitet i hjemmetjenesten

Et fellesprosjekt for 14 kommuner på Agder

Rapport for Vennesla kommune



**Forvaltningsrevisjon
november 2008**

Forord

Prosjektet "Kvalitet i hjemmetjenestene" har vært et samarbeidsprosjekt mellom Kristiansand Revisjonsdistrikt IKS og Arendal Revisjonsdistrikt IKS. Prosjektet ble påbegynt høsten 2007 og avsluttet sommeren 2008.

Prosjektet har rettet seg mot kvalitetsforskriftens krav med hensyn på trygghet, forutsigbarhet og aktivisering for eldre som mottar hjemmesykepleie i kommunene omfattet av undersøkelsen.

Rapporten består av to deler. Del 1 er felles for alle 14 kommunene og inneholder nøkkeltall og sammenligninger mellom kommunene. Del 2 er spesifikk for hver kommune. Målsettingene med prosjektet har vært flere, blant annet:

- å operasjonalisere kvalitetsforskriftens krav og deretter måle fakta i hver enkelt kommune mot dette
- forsøke å se på sammenhenger mellom ressursbruk, kriterier for tildeling av sykehjemsplass og kapasitet innen sykehjem. Deretter finne ut i hvilken grad bruk av hjemmetjenester, fremfor sykehjemsplass, gir lavere kostnader per bruker innen pleie og omsorgstjenestene.
- kartlegge status i kommunene når det gjelder tilbud til eldre hjemmeboende.

Det har vært krevende å gjøre kvalitetsforskriftens krav målbare og på grunnlag av det komme med konkrete anbefalinger til endringer. Rapportens del 2 omhandler i stor grad dette. Vi har også forsøkt å se på sammenhengen mellom ressursbruk, kriterier og kapasitet. Dette er nærmere beskrevet i rapportens del 1. Den største nytteverdien i dette prosjektet mener vi imidlertid ligger i at rapportene gir god informasjon og oversikt over status, og noe av det tilbudet som finnes til eldre i den enkelte kommune. Vi håper derfor at rapporten kan brukes som et verktøy og som en informasjonskilde når politiske og administrative beslutninger skal fattes.

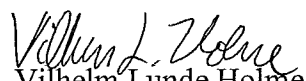
Utkast til rapport er sendt hver enkelt kommune på høring. Faktafeil er rettet og kommunens kommentarer følger som vedlegg til rapporten.

Rapporten er skrevet av Vilhelm Lunde Holme, Kristiansand Revisjonsdistrikt IKS og Nina Hauge, Arendal Revisjonsdistrikt IKS. Revisjonssjef Tor Ole Holbek, Kristiansand Revisjonsdistrikt IKS er oppdragsansvarlig for kommunene Kristiansand, Søgne, Songdalen og Vennesla. Assisterende revisjonssjef Steinar Johansen, Arendal Revisjonsdistrikt IKS er oppdragsansvarlig for de øvrige kommunene dette prosjektet omfatter.

Det har vært stor velvilje i kommunene både blant ansatte, brukere og pårørende til å bidra med informasjon slik at dette prosjektet kunne la seg gjennomføre.



Tor Ole Holbek
Revisjonssjef
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisjon
Kristiansand Revisjonsdistrikt IKS



Vilhelm Lunde Holme
Forvaltningsrevisor

Kristiansand Revisjonsdistrikt IKS

Innhold

1 DEL 1	4
1.1 BAKGRUNN	4
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	4
1.3 METODE, GJENNOMFØRING OG AVGRENSNING	4
1.4 KRITERIER	6
1.5 NØKKELTALL OG MÅLT KVALITET	7
1.6 FAKTA OM KOMMUNENE	7
1.7 DEKNINGSGRADER PLEIE- OG OMSORG	10
1.7.1 KOSTRA - HJEMMETJENESTE	11
1.7.2 KOSTRA - INSTITUSJON	12
1.7.3 BOLIGER TIL PLEIE- OG OMSORGSFORMÅL	15
1.8 RESSURSBRUK/PRIORITERINGER	17
1.8.1 RESSURSBRUK PLEIE- OG OMSORG	17
1.8.2 FORDELING MELLOM TJENESTER	18
1.8.3 ENHETSKOSTNADER	20
1.9 ØVRIGE TILBUD OG TILDELING	21
1.9.1 KORTTIDSOPPHOLD OG TILBUD TIL ALDERSDEMENTE	21
1.9.2 TILDELING OG SAKSBEHANDLING	23
1.9.3 AKTIVISERING	25
1.10 KOMMENTAR FOR HVER KOMMUNE	26
1.11 KOMPETANSE OG SYKEFRAVÆR	32
1.12 TALL FOR MÅLT KVALITET, BRUKERUNDERSØKELSER	33
1.13 OPPSUMMERING DEL I	37
DEL 2 – SÆRSKILT DEL FOR VENNESLA KOMMUNE	40
2.1 PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN I VENNESLA KOMMUNE	41
2.2 TRYGGHET	42
2.2.1 KOMPETANSE OG SYKEFRAVÆR	42
2.2.2 TRYGGHETSALARM	44
2.2.3 HJEMMESYKEPLEIE OG BOSTED	48
2.2.4 INFORMASJON OG DOKUMENTASJON	54
2.2.5 OPPLEVD TRYGGHET	56
2.3 MEDBESTEMMELSE OG RESPEKT	59
2.3.1 HÅNTERING AV KLAGER	63
2.3.2 TERMINALFASE	63
2.4 FORUTSIGBARHET	65
2.4.1 OPPMØTE – AVTALTE TIDSPUNKT	65
2.4.2 PERSONER Å FORHOLDE SEG TIL	67
2.5 AKTIVISERING	71
2.5.1 TRIM ELLER ANNEN FYSISK AKTIVITET	72
2.5.2 TILBUD OM AKTIVITETER, KULTUR OG DAGSENTER	73
2.5.3 SOSIAL KONTAKT OG TRANSPORT	77
2.6 REVISJONENS ANBEFALINGER	81
3 VEDLEGG, HERUNDER KOMMUNENS TILBAKEMELDING	82

1 Del 1

1.1 Bakgrunn

Kristiansand Revisjonsdistrikt IKS og Arendal Revisjonsdistrikt IKS har gjennomført et prosjekt knyttet til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov om helsetjenester i kommunene og lov om sosiale tjenester. Prosjektet er gjennomført etter en felles plan med oppstart høsten 2007 og fullføring i 2008.

Gjennom et samarbeid ønsker vi å oppnå stordriftsfordeler, samt å kunne sammenligne et større antall kommuner.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) trådte i kraft 01.07.03. *”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”*, jf § 1 formål i forskriften.

1.2 Formål og problemstillinger

Vi har valgt å skrive en samlet rapport der et av to hovedkapitler er særskilt for hver enkelt kommune.

Første kapittel i rapporten er en gjennomgang av ulike nøkkeltall og opplysninger fra kommunene. Vi håper dette vil kunne gi et bilde av eventuelle forskjeller mellom kommunene i prioriteringer, satsningsområder og strategier for tilbud av tjenester. Vi vil forsøke å se på sammenhenger mellom ressursbruk og kapasitet innen sykehjem.

Andre kapittel er en særskilt gjennomgang av hver kommune der vi vil undersøke om kravene i kvalitetsforskriften er oppfylt på utvalgte områder. Herunder vil vi beskrive hva som finnes av tilbud til de eldre i kommunene og utdype tallene fra rapportens del I.

Rapporten kan danne grunnlag for å gå videre i dybden på de områdene som måtte peke seg ut som særlig interessante.

1.3 Metode, gjennomføring og avgrensning

Prosjektet er avgrenset ved at vi har fokusert på de tyngre brukerne av hjemmebaserte tjenester. For å oppnå dette har vi i all hovedsak sett på brukere over 80 år som bor hjemme eller i tilrettelagt bolig utenfor institusjon.

For å gjøre prosjektet praktisk gjennomførbart innenfor ressursrammene avgrenses det til å ha trygghet, herunder også respekt og medbestemmelsesrett, forutsigbarhet og aktivisering som fokusområde.

Metodisk vil vi benytte oss av dokumentgjennomgang, intervju og skriftlig spørreundersøkelse samt bruk av offentlig tilgjengelig statistikk.

Revisjonen har sendt et faktaark til hver kommune der vi har stilt kommunene spørsmål rundt ressursbruk, nøkkeltall og tilbud av tjenester. Svarene med vedlegg har dannet grunnlag for vår dokumentgjennomgang. Videre er det i noen kommuner foretatt oppfølgingssamtaler til faktaarket med medarbeidere eller ledere i kommunen. Det har også vært løpende kontakt med nøkkelpersoner i kommunen via telefon og e-post.

Til et utvalg pårørende til brukere i målgruppen er det sendt et spørreskjema pr post. Vi har også gjennomført noen telefonintervju med pårørende med spørreskjemaet som intervjujal.

Et lite utvalg brukere i hver kommune er videre plukket ut for samtale. Samtalene har skjedd med et tilpasset spørreskjema som en intervjujal. Antall plukket ut har variert ut fra kommunens størrelse. Se tabellen under for oversikt over antall brukere og pårørende som har svart.

Spørsmålene som er stillt i spørreskjema og intervju er gjengitt i tabeller i rapporten. Det er gitt flere svaralternativer på hvert spørsmål, og det er lagt vekt på å følge anerkjent metodikk på området, samt å ha svaralternativer som er enkle å forstå, og som i minst mulig grad gir rom for ulik tolkning.

Sett i forhold til det totale antall brukere av hjemmetjenester i kommunene er vårt utvalg lite og svarprosent på spørreundersøkelsen har også variert.

Dersom det er slik at det i noen kommuner er høyere terskel for å få plass i institusjon enn i andre vil det være tyngre brukere av hjemmetjenester i disse kommunene. Våre utvalg vil i så fall ikke være direkte sammenliknbare noe som må hensyntas når dataene tolkes. Kriteriene som ligger til grunn for utplukk av brukere for intervju og skjema til pårørende er likevel tilnærmet like i kommunene omfattet av undersøkelsen.

<i>Kommunenavn:</i>	<i>Brukerintervju</i>	<i>Antall pårørende som har svart</i>	<i>Svarprosent pårørende, i forhold til antall som har fått tilsendt spørreskjema</i>
Arendal	10	26	65 %
Birkenes	5	8	53 %
Froland	5	10	66 %
Gjerstad	5	8	53 %
Grimstad	5	8	40 %
Kristiansand	10	20	59 %
Lillesand	5	10	66 %
Risør	5	10	66 %
Songdalen	2	4	31 %
Søgne	5	7	47 %
Tvedestrand	5	9	60 %
Vegårshei	5	11	73 %
Vennesla	5	6	40 %
Åmli	5	7	46 %

Revisjonen ser ingen spesiell årsak til sterk varierende svarprosent på undersøkelsen rettet mot pårørende. Utvalgsgruppen kan ha variert noe og i tillegg kan navnelistene i enkelte kommuner ha vært lite oppdaterte slik at spørreskjema har kommet i retur.

Vi fikk også tilbakemelding fra noen pårørende til brukere i omsorgsbolig som følte spørsmålene i liten grad var rettet til dem. Det er dermed en mulighet for at pårørende i denne gruppen ikke har svart. Revisjonen vurderer det likevel som relevant å inkludere beboere i omsorgsbolig i undersøkelsen da dette er en del av kommunenes tilbud som tar sikte på å gi økt grad av trygghet til bruker samt kunne motvirke sosial isolasjon.

1.4 Kriterier

- Lov av 13.12.91, nr 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven)
- Lov av 02.07.99, nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Forskrift av 27.06.03 nr 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- IS – 1201 ”Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven” Sosial- og helsedirektoratet, 2004
- IS – 1162 Veileder ” Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten” Sosial- og helsedirektoratet, 2005
- IS – 1502 Veileder ”Hvordan kommer vi fra visjon til handling? Og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten” Sosial- og helsedirektoratet, 2007
- Rundskriv U-7/2003, Helse- og omsorgsdepartementet ”Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene”
- Rundskriv I-6/2006 ” Presisering av regelverk for egenandelsbetaling for sosiale tjenester”
- Rundskriv I-5/2007 ”Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud”
- St.melding nr. 25 ”Mestring, muligheter og mening” 2005-2006
- Inst. S.nr. 52, (2007-2008) ”Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, dokument nr. 8:104”
- Dokument nr. 8:104 (2006-2007) ”Representantforslag fra stortingsrepresentantene Åse Gunhild Woie Duesund, Laila Dåvøy og Dagfinn Høybråten om innføring av verdighetsgaranti i eldreomsorgen”
- www.shdir.no
- Hver enkelt kommunes egne retningslinjer, tjenestegarantier, standarder og lignende der dette finnes.

1.5 Nøkkeltall og målt kvalitet

I et samarbeidsprosjekt som omfatter flere kommuner er det interessant å sammenholde nøkkeltall og tall på målt kvalitet mellom kommunene. En gjennomgang av dette innledningsvis kan gi indikasjoner på områder som bør vies spesiell interesse i rapportens del II og eventuelt i senere gjennomganger av kommunen selv eller revisjonen.

Nøkkeltall over ressursfordeling mellom ulike former for tjenester, antall plasser og dekningsgrader finnes gjennom kommunens KOSTRA-rapportering til SSB. Disse tallene må tolkes med forsiktighet, men kan likevel fungere som et bakgrunnsmateriale.

I faktaarket revisjonen har sendt til hver kommune ba vi om kommentarer til kostratallene vi på forhånd hadde innhentet. Dette har vi i varierende grad fått fra kommunene, men der spesielle forhold ble anmerket har vi kommentert dette i rapporten. Det ble benyttet 2006 tall fra kostra ved utsendelsen av faktaark ettersom 2007 tall ikke var tilgjengelig på dette tidspunkt.

I forbindelse med at Statistisk Sentralbyrå går over til å benytte data fra ILPOS-systemet ved rapportering av kostratall pleie- og omsorg er enkelte av tallene for 2007 først klare til publisering i september 2008. Da det lenge så ut til at disse tallene ville være klare til utsending av denne rapporten er det i tabellverk gitt plass for 2007 tall. Hvis mulig vil tallene bli satt inn før endelig rapport trykkes. Er dette ikke mulig kan tall settes inn på et senere tidspunkt. Det er her grunn til å understreke at 2007 tall fra IPLOS-systemet ikke kan sammenliknes direkte med 2006 tall da det er utarbeidet på ulike måter.

1.6 Fakta om kommunene

Vi vil i korte trekk beskrive hvilken organisering som er av pleie- og omsorgssektoren i de ulike kommunene og også se dette i forhold til om kommunen har såkalt flat struktur eller en sektororganisering.

Tabellen under viser at kommunene innenfor området dekket av våre revisjonsenheter varierer mye på dimensjoner som folketall og demograf:

Kommune	Folketall 2007			Andel 80+
	Totalt	80-90	90+	
Risør	6 888	361	83	6,4 %
Grimstad	19 809	631	115	3,8 %
Arendal	40 701	1 608	253	4,6 %
Gjerstad	2 519	117	31	5,9 %
Vegårshei	1 884	109	21	6,9 %
Tvedestrand	5 874	282	52	5,7 %
Froland	4 853	150	26	3,6 %
Lillesand	9 238	320	62	4,1 %
Birkenes	4 503	146	33	4,0 %
Åmli	1 836	83	21	5,7 %
Kristiansand	78 919	2 846	462	4,2 %
Vennesla	12 776	452	74	4,1 %
Songdalen	5 728	144	22	2,9 %
Søgne	10 050	259	41	3,0 %
Snitt	205 578	7508	1296	4,3%

Kilde: SSB, gjennomsnitt regnet ut ved (7 508+1 296)/205 578

Kristiansand, Arendal, Grimstad, Søgne og Vennesla har mer enn 10 000 innbyggere. De minste kommunene er Åmli og Vegårshei med under 2 000.

Songdalen og Søgne utmerker seg med en lav andel av innbyggere som er over 80 år. Vegårshei, Risør og Åmli har en høy andel eldre innbyggere. Dette kan ha sin årsak i at noen kommuner opplever tilflytting av yngre mennesker i større grad enn andre.

Pleie- og omsorgssektorene i kommunene omfattet av undersøkelsen er organisert på ulike måter. De samme gjelder kommunene som helhet. Vi vil gå noe mer i detalj i rapportens del 2 på organiseringen i hver kommune. Her oppsummeres raskt de ulike modellene i tabellform:

Organisering av kommunene	Pleie- og omsorg	Kommunen som helhet
Risør	To tjenesteenheter med underenheter som utfører oppgaver innen pleie- og omsorg, enhet for omsorg og enhet for habilitering. Omsorg dekker institusjon og hjemmetjeneste.	9 tjenesteenheter under rådmannen samt støttefunksjoner og egen enhet for samfunnsutvikling.
Grimstad	Egen enhetsleder for hjemmebaserte tjenester delt inn i 3 seksjoner. Egen	Kommunalsjefer for helse/sosial, kultur/oppvekst og teknisk. Tjenesteenheter under disse.

	kommunalsjef for helse- og sosial.	
Arendal	4 geografiske omsorgsenheter som dekker både institusjon og hjemmetjeneste, samt enheten Mestring og rehabilitering	36 enheter under rådmannen.
Gjerstad	Enhet for pleie- og omsorgstjenester knyttet til Gjerstad omsorgssenter	Gjerstad kommune er organisert i to nivåer og har ni enheter. Administrasjonsenheten har i tillegg en viktig funksjon som sektorovergripende utviklings og støtteenhet.
Vegårshei	Vegårshei bo- og omsorgssenter utgjør kommunens tilbud for heldøgns pleie- og omsorg mens "Åpen omsorg" har ansvar for all hjelp og bistand til hjemmeboende i kommunen.	10 enheter under rådmannen
Tvedestrand	Enhet Omsorg og rehabilitering Oppfølgingsenheten Enhet Ressurssenter for barn og unge	Rådmannsteam med stab og støtteenhet. 13 resultatenheter.
Froland	Omsorgstjeneste med base ved Froland sykehjem	11 virksomheter. Sentraladministrasjon med stab, økonomi, lønn og regnskap.
Lillesand	Pleie- og omsorgstjenesten i Lillesand er organisert i 2 enheter; distrikt sentrum og distrikt Høvåg.	Sektorledere under rådmannen
Birkenes	Tjenesteområde omsorg omfatter sykehjem og åpen omsorg i tillegg til tjenester som trygghetsalarm, vaktmester, matombringing med mer.	Kommunen er delt inn i 5 tjenesteområder
Åmli	Egne avdelinger for omsorg og habilitering under rådmannen.	11 enheter underlagt rådmann.
Kristiansand	Egen Helse- og sosialsektor underlagt direktør.	6 sektorer med underenheter under rådmannen
Søgne	Enheter for ulike tjenester under tjenestesjefen	Søgne kommune har en organisasjonsmodell med tjenestesjef og plansjef underlagt rådmannen.
Songdalen	Helse- og omsorgsenheten og Habiliteringsenheten	Songdalen kommune har organisert sin virksomhet gjennom opprettelse av 12 tjenesteenheter.
Vennesla	Enhet for hjemmetjeneste og rehabilitering. Tjenesteseksjon med ansvar for overordnet faglig utvikling.	28 enheter underlagt rådmannen. 4 støtteseksjoner.

1.7 Dekningsgrader pleie- og omsorg

Revisjonen har innhentet tall fra Kostra (kommune-stat-rapportering) som utarbeides av Statistisk Sentralbyrå (SSB). Tallene for 2006 ble vurdert innledningsvis ved utarbeiding av denne rapporten og er også oversendt kommunene for kommentarer og uttalelser.

Tallene for 2007 ble offentliggjort 15. juni 2008, men grunnet overgang til rapportering via IPLOS-systemet er enkelte av tallene for 2007 først klare i slutten av august 2008. Det var da ikke mulig for revisjonen å innhente kommentarer på disse tallene eller ta dem med i vurderingene. Dersom det er mulig å få disse tallene med innen rapporten går i trykken vil de bli satt inn, alternativt kan de settes inn i etterkant av at rapporten er behandlet. Noen steder har vi kun benyttet 2007 tall. Det er i tilfeller der 2006 tall ikke har vært sendt kommunen for kommentarer.

Generelt må det utvises stor forsiktighet ved bruk av tall fra Kostra. Store avvik for enkeltkommuner i forhold til gjennomsnitt har i mange tilfeller naturlige forklaringer eller kan være feil. Tallene kan likevel danne en form for styringsinformasjon og vise hvordan egen kommune ligger i forhold til andre.

I noen tilfeller mangler kostra-tall for noen kommuner. Dette kan ha ulike årsaker og revisjonen har i slike tilfeller latt disse stå blanke og forholdt seg til offisielle tall fra Kostra og SSB.

1.7.1 Kostra - hjemmetjeneste

Kostra – hjemmetjeneste	Andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester		Andel mottakere som får både praktisk bistand og hjemmesykepleie		Andel hjemmeboere med høy timeinnsats	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Risør	37,2		24,0		3,6	
Grimstad	35,1		27,2		2,4	
Arendal	35,6		32,8		3,9	
Gjerstad	34,6		35,3		0,9	
Vegårshei	36,1		36,3		1,8	
Tvedestrand	53,7		40,9		2,7	
Froland	37,3		35,3		2,1	
Lillesand	33,3		24,6		2,8	
Birkenes	35,8		24,2		0,9	
Åmli	50,0		36,7		0,7	
Kristiansand	35,8		38,6		0,9	
Vennesla	32,1		18,8		..	
Songdalen	52,8		37,2		8,5	
Søgne	15,9		30,5		2,1	
Gj.snitt Aust-Agder	36,8		31,2		2,9	
Gj.snitt Vest-Agder	36,9		34,4		2,1	
Gj.snitt gruppe 13	35,0		38,4		4,0	

I mange av tabellene i denne rapporten er det også tatt med et gjennomsnitt for kommunegruppe 13. Dette er gjort fordi Arendal og Kristiansand som er de to største kommunene som denne undersøkelsen omfatter, tilhører denne gruppen. Gruppe 13 omfatter til sammen 39 kommuner.

Tabellen viser forskjeller mellom kommunene i dekningsgrader for hjemmetjeneste. Andelen innbyggere over 80 år som mottar hjemmetjenester variere fra 16% i Søgne til 54% i Tvedestrand for 2006. Tvedestrand ligger også på topp hva gjelder andel av brukere som mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie.

Andelen hjemmeboere med høy timeinnsats er dem som mottar hjelp mer enn 35 timer pr uke. Dette blir å anse som de tyngste brukerne. En høy andel her kan enten bety at kommunen holder brukerne hjemme lenger slik at telleren i brøken blir høy, men kan også ha sin årsak i en lav nevner – altså at kommunen er restriktiv med tildeling av tjenester til brukere som har et beskjedent behov.

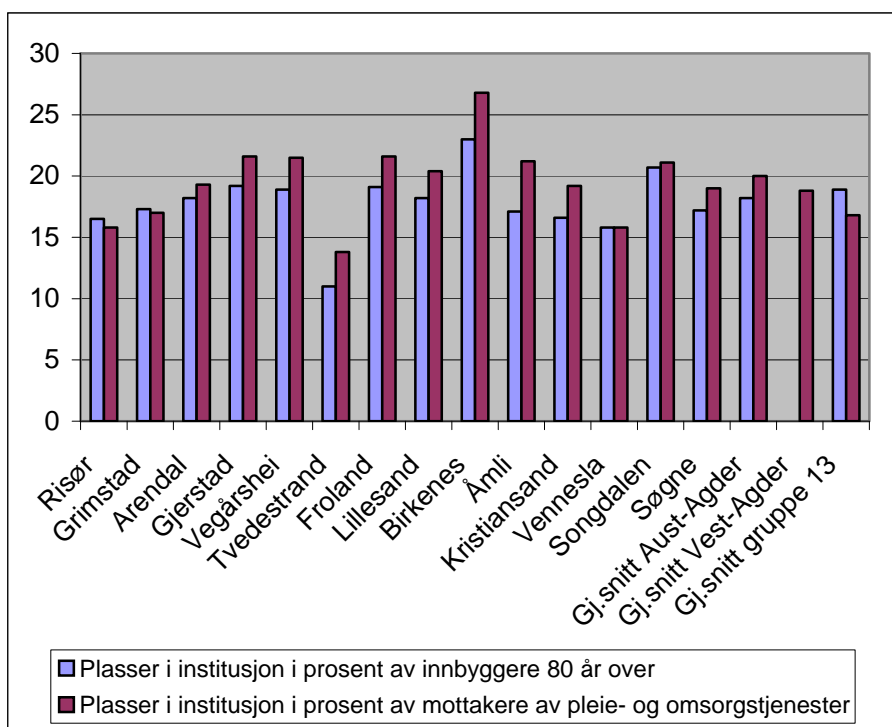
Flere av kommunene har understreket at de ikke har eldre beboere som mottar så mye hjelp hjemme, men at tallene viser til yngre brukere med stort hjelpebehov. Dette gjør denne indikatoren vanskelig å benytte som mål på hvor mange eldre med stort pleiebehov som bor hjemme i egen bolig. Vi har i rapportens del II gått nærmere inn på antall brukere over 80 år med høy timeinnsats.

Det er også knyttet usikkerhet til rapporteringen av kostratall. I Songdalen kommune er eksempelvis alle mottakere av varm mat medregnet som mottakere av hjemmetjenester – noe som gir seg utslag i statistikken.

1.7.2 Kostra - Institusjon

Kostra - institusjon	Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over		Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester
	2006	2007	2007
Risør	15,9	15,8	16,5
Grimstad	17,2	17,0	17,3
Arendal	19,6	19,3	18,2
Gjerstad	20,9	21,6	19,2
Vegårshei	21,1	21,5	18,9
Tvedestrand	14,0	13,8	11,0
Froland	20,5	21,6	19,1
Lillesand	20,2	20,4	18,2
Birkenes	30,2	26,8	23,0
Åmli	..	21,2	17,1
Kristiansand	18,5	19,2	16,6
Vennesla	16,9	15,8	15,8
Songdalen	21,5	21,1	20,7
Søgne	18,9	19,0	17,2
Gj.snitt Aust-Agder	20,2	20,0	18,2
Gj.snitt Vest-Agder	18,3	18,8	..
Gj.snitt gruppe 13	16,8	16,8	18,9

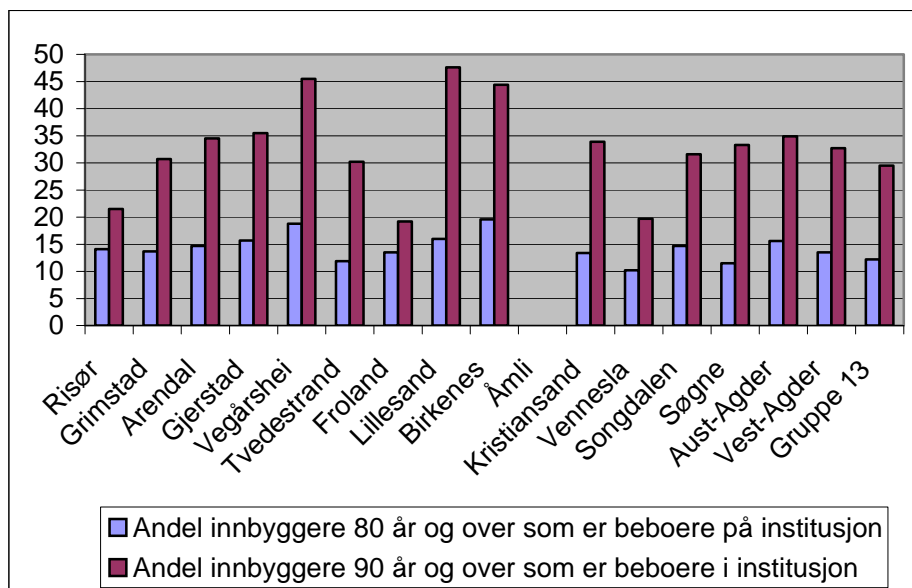
Tallene viser variasjoner i antall plasser pr innbygger over 80 år fra 14 % i Tvedestrand til 27% i Birkenes. Kolonnen i midten viser antall institusjonsplasser i prosent av antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Disse kan illustreres grafisk som følger (2007-tall):



Indikatoren ”plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester” kan vise hvilke kommuner som prioriterer ressurser til institusjonsplasser fremfor å yte tjenester hjemme, men den kan også vise hvilke kommuner som gir mye hjemmetjenester til et stort antall brukere.

Kostra - institusjon	Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon		Andel innbyggere 90 år og over som er beboere i institusjon		Andel beboere 80 år og over i institusjoner	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Risør	14,1		21,5		89,9	
Grimstad	13,7		30,7		77,5	
Arendal	14,7		34,5		75,6	
Gjerstad	15,7		35,5		77,4	
Vegårshei	18,8		45,5		80,6	
Tvedestrand	11,9		30,2		84,8	
Froland	13,5		19,2		69,4	
Lillesand	16,0		47,6		79,2	
Birkenes	19,6		44,4		71,4	
Åmli	..		..		..
Kristiansand	13,4		33,9		76,0	
Vennesla	10,2		19,7		61,4	
Songdalen	14,7		31,6		88,9	
Søgne	11,5		33,3		61,8	
Gj.snitt Aust-Agder	15,6		34,9		78,5	
Gj.snitt Vest-Agder	13,5		32,7		76,9	
Gj.snitt gruppe 13	12,2		29,5		74,6	

Andelen innbyggere over henholdsvis 80 og 90 år i institusjon kan illustreres i følgende figur (2006-tall):



I Vegårshei, Lillesand og Birkenes er nærmere halvparten av innbyggerne over 90 år beboere i institusjon. Dette gjelder også en stor andel av dem over 80 i de samme kommunene. Kommunene Froland og Vennesla merker seg ut i motsatt retning med en lav andel eldre innbyggere bosatt i institusjoner.

<i>Kostra – institusjon (prosent)</i>	<i>Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)</i>	
	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Risør	98,6	
Grimstad	102,4	
Arendal	99,2	
Gjerstad	96,9	
Vegårshei	110,7	
Tvedestrand	100,0	
Froland	94,7	
Lillesand	100,0	
Birkenes	89,1	
Åmli	..	
Kristiansand	95,0	
Vennesla	98,8	
Songdalen	77,1	
Søgne	98,2	
Gj.snitt Aust-Agder	98,6	
Gj.snitt Vest-Agder	96,0	
Gj.snitt gruppe 13	98,1	

Andel beboere i prosent av antall plasser viser belegget i institusjonene. I Lillesand er alle plassene fylt opp mens Grimstad og Vegårshei har overbelegg. Størst ledig kapasitet finner vi i Songdalen som har 77 % belegg.

Tolkning av tallene må ta hensyn til kommuner kan ha bygget ut kapasitet i sykehjem med tanke på fremtidige behov. Det er også vist til fra noen kommuner at de normalt sett har fullt belegg, men at andelen kan ha vært noe lavere akkurat ved rapporteringstidspunktet. Songdalen kommune holder også plasser tomme ut fra økonomiske hensyn.

1.7.3 Boliger til pleie- og omsorgsformål

Statistisk sentralbyrå anbefaler at tallene for andel beboere i bolig med heldøgns bemanning må sees i sammenheng med dekningsgrad sykehjem. Dette er naturlig da begge former for tjeneste kan gi et sammenlignbart tilbud for noen grupper.

I Stortingsmelding 50 – ”Handlingsplan for eldreomsorgen” er behovet for plasser med heldøgns omsorg anslått til 25% av befolkningen over 80 år. Heldøgns omsorg da definert som sum av plasser i institusjon og plasser i heldøgnsbemannet omsorgsbolig.

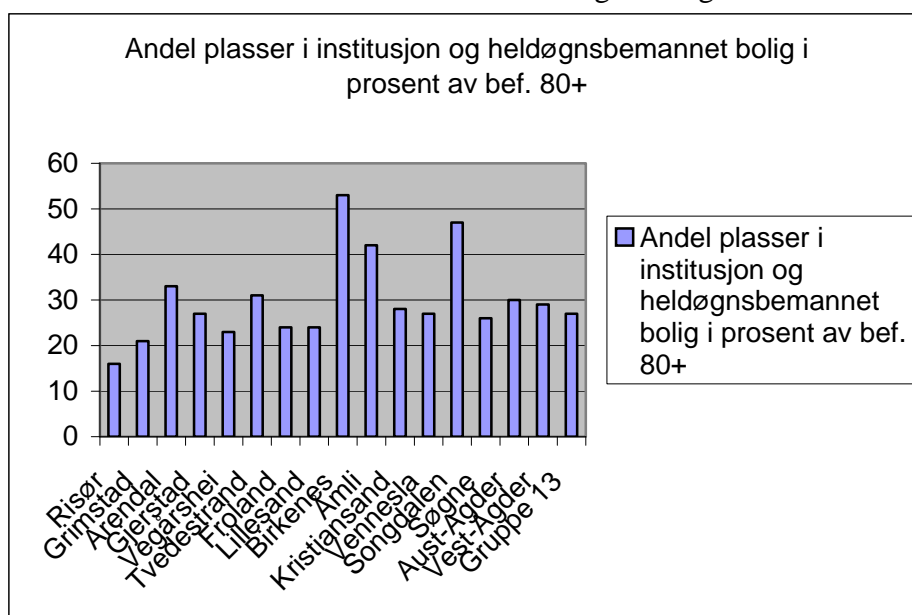
Tall fra Kostra (prosent):

Boliger til pleie- og omsorgsformål, kommunalt eide omsorgsboliger	Andel kommunalt eide omsorgsboliger		Andel beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 80 år og over		Andel beboere i bolig m/ heldøgns bemanning		Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning		Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Risør	94,6	94,6	59,6		0		0	..	16	16
Grimstad	100,0	100,0	47,7		37,8		7	1	30	21
Arendal	60,8	60,8	36,6		55,8		6	6	33	33
Gjerstad	100,0	100,0	46,6		15,5		..	..	27	27
Vegårshei	27,3	27,3	63,6		6,1		0	..	23	23
Tvedestrand	..	..	53,8		52,1		11	10	33	31
Froland	100,0	100,0	66,1		6,8		0	0	23	24
Lillesand	82,6	82,6	42,9		16,7		0	..	24	24
Birkenes	100,0	100	52,6		0		0	18	30	53
Åmli	100,0	100,0	60,0		8,6		..	16	--	42
Kristiansand	83,5	83,5	41,5		17,8		1	2	25	28
Vennesla	49,3	45,3	61,6		100		12	5	37	27
Songdalen	56,5	56,5	46,4		46,4		12	10	45	47
Søgne	46,4	54,5	54,5		100		2	..	23	26
Gj.snitt Aust-Agder	79,7	79,8	46,9		34,1		5	6	29	30
Gj.snitt Vest-Agder	82,6	82,4	46,2		30,7		4	5	27	29
Gj.snitt gruppe 13	58,6	59,1	43,3		35,4		4	4	26	27

Andel beboere i bolig til pleie- og omsorgformål 80 år og over forteller hvor stor andel av dem som bor i slike boliger som er eldre enn 80 år. Dette gir et bilde på hvor lenge brukere bor i egen bolig før de eventuelt får plass i en bolig til pleie- og omsorgsformål. Dette sier også noe om aldersnivået på de som bor i disse boligene.

Tabellen viser andeler mellom 0 og 100 % for hvor stor andel av beboerne i slike boliger som har heldøgns bemanning. Dette kan skyldes at enkelte kommuner kun har en bolig til pleie- og omsorgsformål og at denne i kommunene kan være med og uten heldøgns bemanning.

Det kan være interessant å se på dekningsgraden for institusjon og heldøgnsbemannet bolig under et. 2007-tallene fra kostra kan vises i følgende figur:



Birkenes, Åmli og Songdalen utmerker seg med dekningsgrader som ligger godt over gjennomsnittet for de to agderfylkene. Gjennomsnittet for fylkene er relativt likt, mens de store bykommunene i gruppe 13 ligger noe lavere.

Av de større byene ligger Grimstad relativt lav, Arendal høyt og Kristiansand omtrent på gjennomsnittet for kommunegruppe 13.

1.8 Ressursbruk/prioriteringer

1.8.1 Ressursbruk pleie- og omsorg

Tall fra Kostra(prosent):

Kostra - ressursbruk	Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter		Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over	
	2006	2007	2006	2007
Risør	35,2	36,7	182 415	201 989
Grimstad	28,1	27,9	205 814	228 773
Arendal	35,1	37,2	210 273	241 507
Gjerstad	38,8	37,6	225 817	247 946
Vegårshei	41,3	38,6	229 338	252 508
Tvedestrand	37,0	36,1	205 942	212 066
Froland	27,9	28,5	216 200	244 284
Lillesand	32,0	31,5	228 730	233 555
Birkenes	31,8	30,6	245 559	249 732
Åmli	37,7	37,3	263 727	312 115
Kristiansand	31,4	32,4	225 158	247 021
Vennesla	28,4	31,1	202 116	221 620
Songdalen	28,7	27,3	308 509	305 717
Søgne	33,1	33,2	289 615	300 077
Gj.snitt Aust-Agder	32,9	33,6	216 933	238 618
Gj.snitt Vest-Agder	33,4	34,4	233 946	254 957
Gj.snitt gruppe 13	35,0	35,5	223 318	243 934

Tabellen viser store forskjeller mellom kommunene i utgiftene til pleie- og omsorgstjenester både når man ser det i forhold til innbyggere 80 år og over og som andel av kommunens totale netto driftsutgifter. Forskjeller mellom måtene å vise kostnaden på vil kunne skyldes ulik befolknings sammensetning.

Fra Lillesand kommunes side kommenteres det også at en vet at for eksempel statstilskuddet til ressurskrevende brukere føres og budsjetteres ulikt i forskjellige kommuner. I Lillesand får en i 2008 ca. 7 millioner i tilskudd til ressurskrevende brukere. Disse blir inntektsført og budsjettert sentralt, det vil si at de ikke kommer med i tallmateriale til omsorgstjenesten. Som eksempel kan nevnes at i Risør føres inntekter på den enheten som har utgiftene til ressurskrevende brukere. Når det her i rapporten opereres med nettoutgifter til omsorgstjenesten så hadde denne blitt lavere i Lillesand dersom statstilskuddet for eksempel var blitt ført på samme måte som i Risørs regnskap.

Det er derfor flere forhold som gjør at tallene ikke vil være helt sammenlignbare.

1.8.2 Fordeling mellom tjenester

Vi ønsker å se på om kommunene prioriterer ulikt når det gjelder fordeling av ressurser og innsats mellom hjemmetjenester og institusjoner. Kommunens oppgave med å yte pleie- og omsorgstjenester til eldre med stort omsorgsbehov kan praktisk løses på ulike måter. Et tilbud kan gies i institusjon eller i hjemmet med et stort antall tildelte timer. Gjennom tallmaterialet vil vi prøve å se om oppgaven løses ulikt i kommunene. I tillegg har vi spurt kommunene om de har en bevisst politikk i forhold til hvor ressursene styres og hvilket tilbud man ønsker å gi.

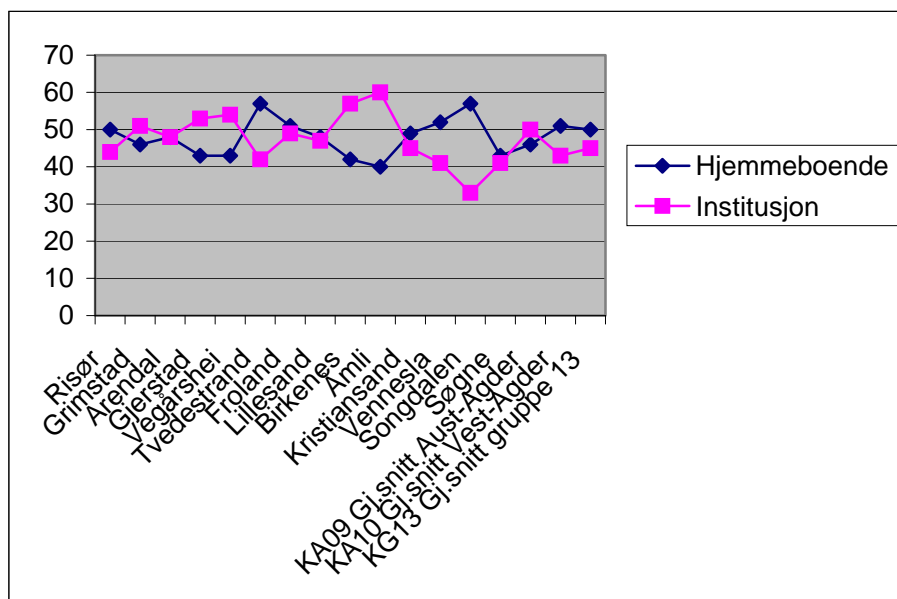
Kostra har tall for andel hjemmeboende som mottar mer enn 35 timer hjelp pr uke. Dette blir de tyngste brukerne som det er grunn til å tro kunne vært aktuelle for en plass i institusjon. Det er viktig å merke seg at dette kan dreie seg om yngre mennesker med store pleiebehov eksempelvis trafikkskadde.

Vi har også tatt med den økonomiske fordelingen av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester mellom hjemmeboende og institusjonsbeboere. Dette er tall for hele sektoren og ikke enhetskostnader pr bruker.

Tall fra Kostra (prosent):

Kostra - fordeling	Fordeling av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester - hjemmeboende brukere		Fordeling av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester - Institusjoner		Andel hjemmeboende med høy timeinnsats	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Risør	42	50	51	44	3,6	
Grimstad	44	46	53	51	2,4	
Arendal	46	48	49	48	3,9	
Gjerstad	44	43	52	53	0,9	
Vegårshei	43	43	53	54	1,8	
Tvedestrand	59	57	39	42	2,7	
Froland	50	51	50	49	2,1	
Lillesand	46	48	47	47	2,8	
Birkenes	39	42	57	57	0,9	
Åmli	38	40	61	60	0,7	
Kristiansand	48	49	45	45	0,9	
Vennesla	49	52	44	41	..	
Songdalen	60	57	30	33	8,5	
Søgne	42	43	40	41	2,1	
KA09 Gj.snitt Aust-Agder	44	46	52	50	2,9	
KA10 Gj.snitt Vest-Agder	48	51	45	43	2,1	
KG13 Gj.snitt gruppe 13	49	50	45	45	4	

Følgende graf illustrer andel av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester brukt på tjenester til hjemmeboende og tjenester i institusjon for 2007.



Grafen viser interessante forskjeller mellom kommunenes ressursbruk. Hadde de to linjene vært sammenfallene ville kommunen brukt en like stor andel på hjemmeboende som på institusjon. (merk at det ikke er snakk om kostnader pr bruker).

Songdalen bruker en stor andel av samlede netto driftsutgifter innenfor hjemmetjenestene og tilsvarende mindre i institusjon. I Åmli og Birkenes kommune er bildet det motsatte, noe som bekrefter inntrykket av at kommunene hadde høye dekningsgrader i institusjon.

I agderfylkene ser det ut til at aust og vest kommer noe ulikt ut. I vest bruker man størst andel av ressursene i hjemmetjenestene, mens det i aust brukes mest i institusjon. For de større bykommunene i kommunegruppe 13 er bildet ganske likt med Vest-Agder.

1.8.3 Enhetskostnader

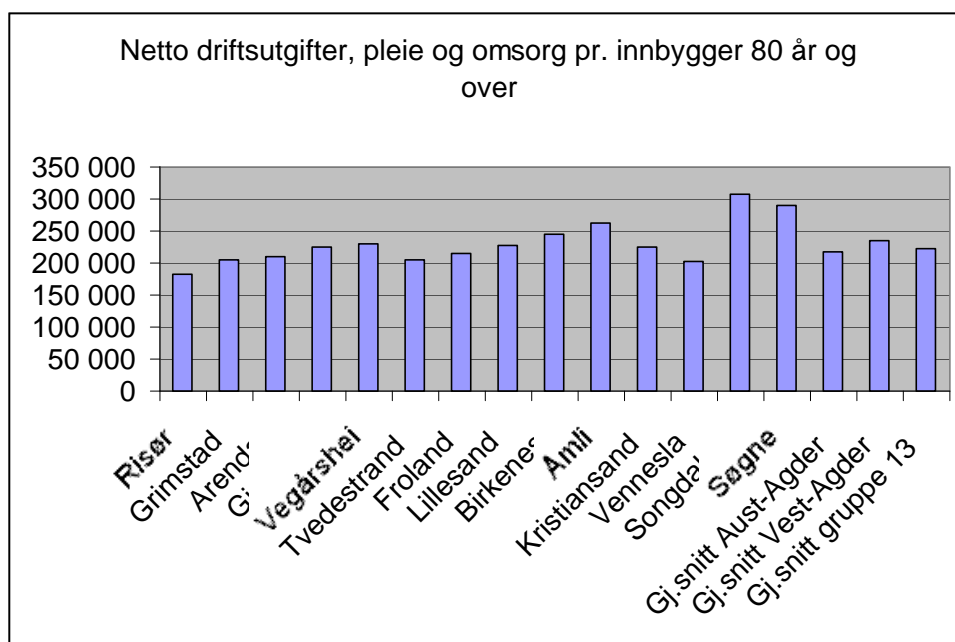
Tall fra Kostra (kr):

Kostra - enhetskostnader	Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av kommunale pleie og omsorgstjenester		Korrigerte brutto driftsutgifter pr. hjemmetjenestemottaker i kroner		Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Risør	247 414		143 330		750 014	
Grimstad	234 034		131 287		706 198	
Arendal	216 977		115 116		608 670	
Gjerstad	277 932		159 491		666 719	
Vegårshei	231 638		103 487		708 500	
Tvedestrand	167 382		107 909		650 979	
Froland	200 591		109 267		642 553	
Lillesand	229 882		125 520		615 232	
Birkenes	202 187		91 810		664 739	
Åmli	182 877		84 856		781 739	
Kristiansand	223 449		121 604		634 677	
Vennesla	200 722		109 642		634 524	
Songdalen	205 323		140 312		520 657	
Søgne	-		-		655 776	
Gj.snitt Aust-Agder	222 224		117 218		653 793	
Gj.snitt Vest-Agder	235 402		129 076		671 548	
Gj.snitt gruppe 13	259 540		151 942		679 108	

Det er variasjoner mellom kommunene som kan ha en rekke ulike årsaker. Tallene fra Søgne kommune antas å være feil og tallene er derfor utelatt etter ønske fra kommunen. Følgende graf viser samlede driftsutgifter pr. mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester (2006-tall).

Lave tall i en slik oversikt kan både bety at kommunen har lave kostnader, men også innebære at mange brukere får lite hjelp – at man dividerer driftsutgiftene på et større antall personer.

Følgende graf viser netto driftsutgifter pleie- og omsorg pr innbygger 80 år og over i kommunene.



Forskjellen mellom de to tabellene fremkommer ved å se på eksempelvis Åmli. Kommunen ligger lavt på enhetskostnader når man måler i forhold til antall mottakere, men høyt når man se i forhold til antall innbyggere 80 år og over. Forskjellen mellom brutto og netto kan ha sin årsak i avskrivninger.

1.9 Øvrige tilbud og tildeling

1.9.1 Korttidsopphold og tilbud til aldersdemente

Kommunene kan tilby ulike former for tidsbegrensede opphold i institusjoner som en del av det helhetlige tilbudet til brukerne. Dette kan være rehabiliteringsopphold eller korttidsopphold som kan bidra til at bruker kan bo lengre hjemme og heve livskvalitet samt skape trygghet for hjemmeboere. Et korttidsopphold kan også være et første steg på veien til en langtidsplass.

Noen kommuner har egne lavterskelplasser til personer som opplever utrygghet eller som av andre grunner har behov for et kortvarig opphold hjemmefra. Det finnes ulike modeller for slike systemer fra egne rom i institusjon til hybler som leies ut mot betaling fra bruker.

Tall fra Kostra (prosent):

Kostra	Andel beboere på tidsbegrenset opphold		Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold		Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering		Andel plasser i skjermet enhet aldersdemente	Lavterskeltilbud til utrygge (tilbud uten krav om vedtak)
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2007	2008
Risør	5,8		20,0	20,0	8,6	8,6	45,7	Dagsenter
Grimstad	9,3		4,0	8,7	0	4,8	44,4	Nei
Arendal	12,0		12,5	9,4	2,5	2,5	13,1	Nei
Gjerstad	16,1		15,6	..	6,2	..	31,2	Nei
Vegårshei	12,9		10,7	10,7	3,6	3,6	28,6	Nei
Tvedestrand	17,4		..	..	..	..	34,8	Nei
Froland	5,6		10,5	10,5	5,3	10,5	26,3	Nei
Lillesand	15,6		14,3	10,4	9,1	..	31,2	Ja
Birkenes	4,1		0	0	..	..	13,0	Hybler
Åmli	..		..	31,8	..	4,5	27,3	Hybler
Kristiansand	13,2		12,9*	16,2	3,6*	3,2	37,1	3-4 akutt plasser
Vennesla	8,4		10,7	13,3	0	0	63,9	Nei
Songdalen	37,0		17,1	11,4	17,1	11,4	71,4	Ja
Søgne	18,2		25,0	25,0	..	0	50,0	Nei
Gj.snitt Aust-Agder	10,9		10,8	10,1	3,6	4,5	24,8	
Gj.snitt Vest-Agder	12,9		9,0	15,4	3,5	3,7	36,1	
Gj.snitt gruppe 13	15,7		14,6	15,9	4,1	4,9	21,9	

Kilde: SSB/Kostra, faktaark kommunene

*) tall korrigert av kommunen

Grimstad kommune kommenterer at det ikke har vært endring i antall rehabiliteringsplasser fra 2006 til 2007 slik at en mener at andelen skulle vært 4,8 også i 2006.

Korttidsopphold

Vi ser til dels store variasjoner mellom kommunene og i rapportens del II vil vi gå mer i detalj om korttidstilbudet som finnes i hver enkelt kommune.

Tilbud aldersdementer

For denne indikatoren har vi kun tatt med 2007 tall da vi ikke ba kommunene om kommentarer til 2006 tallene. Det er ganske store forskjeller mellom kommunene på hvor stor andel av plassene i institusjon som er avsatt som skjermede plasser for aldersdemente.

I Åmli og Arendal utgjør dette 13 % av plassene mot over 70 % i Vennesla kommune. Revisjonen har ikke sammenholdt disse tallene med behovet og antall demente i hver kommune, men ser ingen grunn til at andel personer med aldersdemens skal variere mye mellom kommunene. Tallene kan dermed tyde på ulike prioriteringer mellom kommunene og

at det i noen kommuner kan være lav dekning på plasser tilpasset demente med stor behov for pleie- og omsorg, mens det i andre kommuner kan være få plasser igjen til brukere som ikke krever en slik skjermet plass.

1.9.2 Tildeling og saksbehandling

Revisjonen har i faktaark sendt kommunen bedt kommunene redegjøre for saksbehandlingstid og iverksettingstid målt i dager, innvilgelsesprosent og omfang av behovskartlegging. Vi har bedt om tall både for institusjon og hjemmetjenester.

Flere av kommunene har ikke kunnet presentere slike tall og revisjonen mistenker at man har lagt ulike forutsetninger til grunn for besvarelsen. Vi gjengir derfor ikke tall for hver kommune, men gir noen kommentarer for institusjon og hjemmetjenester.

Institusjon

Kommunene som har svart på spørsmålet om innvilgelsesprosent har oppgitt tall mellom 90% og 100% for andel søknader om institusjonsplass som innvilges. De store kommunene som Arendal og Kristiansand har ikke presentert slike tall mens Songdalen har opplyst 90% og Åmli 100%.

Samtlige som har svart opplyser at de foretar behovskartlegging for alle brukere av institusjonstjenester.

Saksbehandlings og iverksettingstid varierer mellom 1 og 14 dager. Revisjonen regner med man har tolket spørsmålet litt ulikt i forhold til om man snakker om tid før formell tildeling har funnet sted eller tid før bruker med akutt behov faktisk får hjelp.

Hjemmesykepleie

Kommunene som har svart på spørsmålet om innvilgelsesprosent har oppgitt tall mellom 95% og 100% for andel søknader om hjemmetjenester som innvilges. De store kommunene som Arendal og Kristiansand har ikke presentert slike tall. Flertallet av kommunene har oppgitt 100%.

Samtlige som har svart opplyser at de foretar behovskartlegging for alle brukere av hjemmetjenester.

Saksbehandlings og iverksettingstid varierer mellom 1 og 14 dager. Revisjonen regner med man har tolket spørsmålet litt ulikt i forhold til om man snakker om tid før formell tildeling har funnet sted eller tid før bruker med akutt behov faktisk får hjelp.

Tildeling

Oversikten viser i stikkordsform hvilke løsninger kommunene har valgt for hvem som tildeler tjenester og på hvilket grunnlag dette gjøres.

<i>Tildeling</i>	<i>Egne skriftlige kriterier</i>	<i>Korttid / utrygge</i>	<i>Institusjon</i>	<i>Hjemmetjenester</i>
Risør	Nei	Rehab. team i samarbeid med enhetsleder		
Grimstad	Ja	Bestillerenheten		
Arendal	Nei	Tildeling skjer gjennom tjenestekontoret	Tildeling skjer gjennom tjenestekontoret	
Gjerstad			Tiltaksteam	
Vegårshei	Nei*	Enhetsleder / tverrfaglig team	Leder hjemmetjenesten*	
Tvedestrand	Ja	Tverrfaglig gruppe		
Froland	Ja		Eget team	Team og sykepleiekoordinator
Lillesand	Nei	Fagleder hjemmetjeneste for utrygge		
Birkenes	Nei	Inntaksteam	Inntaksteam	Omsorgsleder
Åmli	Ja	Inntaksteam	Inntaksteam	Inntaktsteam
Kristiansand	Nei	EBT, eget organ for tildeling av tjenester		
Vennesla	Nei	Tildelingsteam	Tildelingsteam	Enhetsleder har ansvar. I praksis primærsykepleier og saksbehandler.
Songdalen	Ja	Leder tiltaksteam + leder avdeling	Tverrfaglig tiltaksteam	
Søgne	Nei	Enhetsleder for hjemmetjenester	Enhetsleder institusjon på anbefaling fra enhetsleder hj. tj.	I samarbeid primærkontakt og avdelingsleder. Praktisk bistand – avdelingsleder alene

Det fremkommer at ulike varianter av tverrfaglig sammensatte tiltaksteam er vanlig for avgjørelser om plass i institusjon. For tildeling av hjemmetjenester er ansvaret i større grad lagt til enhetsleder eller sykepleier med særskilt ansvar for dette.

Kristiansand, Grimstad og Vegårshei har modeller som skiller seg noe ut.

EBT boligjenesten i Kristiansand har ansvar for tildeling av omsorgstjenester og boliger samt ansvar for låne- og tilskuddsordninger fra husbanken. Også praktiske tjenester som trygghetsalarm, avlastning, rehabilitering og tjenester overfor funksjonshemmede i alle aldre

ligger hos EBT. Det er ca 35 ansatte i tjenesten og driften tar utgangspunkt i Serviceerklæringen for helse- og sosialsektoren i Kristiansand kommune.

Grimstad kommune har et lignende system som Kristiansand med en egen bestillerenhet.

Vegårshei viser til at de har et system der myndighet og ansvar er delegert ut til den enkelte medarbeider i stor grad. Enhetsleder har det formelle ansvar, men overprøver ikke beslutninger tatt av den enkelte medarbeider.

1.9.3 Aktivisering

Kostra har tall for kommunens utgifter til sosial kontakt og aktivisering av eldre og funksjonshemmede. Dette er kostnader ført på funksjon 234 i regnskapene. Tallene gjelder uavhengig av om personene er bruker av hjemmebaserte tjenester eller andre offentlige tilbud. Det påpekes at også utgifter til tjenester gjennom opptrappingsplan psykisk helse kan være medregnet i disse tallene. Vi presenterer likevel tabellen og har bedt hver kommune kommentere tallene dersom de gir et lite riktig bilde.

<i>Netto driftsutgifter til aktivisering pr. innbygger 67 år og over</i>		
	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Risør	4 585	4 456
Grimstad *1)	2 384	2 520
Arendal	3 555	3 600
Gjerstad	3 745	4 285
Vegårshei	3 882	3 990
Tvedestrand	1 547	1 467
Froland	173	200
Lillesand	4 963	3 934
Birkenes	4 489	788
Åmli	394	314
Kristiansand	5 102	5 608
Vennesla	4 768	4 964
Songdalen	8 953	8 519
Søgne	14 953	14 282
Gj.snitt Aust-Agder	3 223	3 065
Gj.snitt Vest-Agder	5 628	5 942
Gj.snitt gruppe 13	4 362	4 748

*1) Tallene fra Grimstad er feil. I 2006 mener det skulle vært 2 944 og i 2007 skulle det vært 3 105.

Tabellen viser svært store forskjeller mellom kommune fra Froland med kr 173 pr innbygger over 67 år til Søgne med 14 953. Det er grunn til å tro at tallene kan være usikre.

1.10 Kommentar for hver kommune

Revisjonen har gjennom egne faktaark med spørsmål bedt kommunene kommentere egne kostratall i forhold til tallene for de øvrige kommunene. Vi har også bedt om ulike faktaopplysninger i samme henvendelse. I dette avsnittet vil vi kort oppsummere sentrale kommentarer for hver kommune som er revisjonen anser som viktige for å tolke kostratallene på riktig måte.

Risør

Tjenester, prioritering, tildeling

På sine internettsider skriver Risør kommune at deres undersøkelser viser at de fleste ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig. Derfor satser kommunen på å gi det meste av omsorgstjenestene i hjemmet.

Grimstad

Kostratall

Grimstad har rapportert et overbelegg i institusjon med et belegg på 102,4%.

Kommunen kommenterer at det ikke stemmer at antall prosent i forhold til plasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger i forhold til aldersgruppen 80+ er redusert fra 30 % i 2006 til 21 % i 2007. Det er ikke redusert antall institusjonsplasser/boliger, og det har bare kommet noen få eldre i denne aldersgruppen. Fra kommunens side mener en at det er mer riktig at det står 30 også i 2007. En mener også at det er feil når det gjelder den reduksjon fra 7 i 2006 til 1 i 2007 når det gjelder boliger med heldøgns bemanning.

Tjenester, prioritering, tildeling

Bestillerenheten vurderer og tildeler alle typer tjenester.

Arendal

Kostratall

Arendal viser til at de har relativt høy dekning på institusjonsplasser, og bruker mindre på aktivitetstilbud.

På det tidspunkt revisjonen forespurte kommunen var det 11 brukere over 80 år som mottok mer enn 35 timer hjelp pr uke.

Tjenester, prioritering, tildeling

Tildelingsteam ved tjenestekontoret tildeler plasser i institusjon. Hjemmetjenester tildeles av den enkelte saksbehandler. Alle vedtak godkjennes av leder for tjenestekontoret.

Kommunen har ikke lavterskeltilbud til utrygge, men prøver ut løsninger som trygghetstelefon og telefontilsyn fra hjemmetjenestene.

Gjerstad

Kostratall

Ingen kommentarer til kostratallene. Det er kun yngre brukere som mottar mer enn 35 timer hjelp pr uke

Tjenester, prioritering, tildeling

Det er en målsetting i handlingsprogrammet at brukere skal bo hjemme lengst mulig.

Vegårshei

Kostratall

Vegårshei har med et belegg i institusjon på nesten 111% et overbelegg i forhold til antall plasser. Ifølge kommunen var dette en spesiell situasjon i 2006 og første halvår 2007 og ikke situasjonen dags dato. Tiltak igangsatt for å avhjelpe situasjonen.

Tjenester, prioritering, tildeling

Pleie- og omsorgsenhetene i Vegårshei søker å gi et tilbud i hjemmet så lenge dette er faglig forsvarlig.

Av beboerne i omsorgsboliger i Vegårshei er 63,6% over 80 år. Dette er en relativt høy andel i forhold til de andre kommunene og tyder på eldre beboere i kommunens omsorgsboliger enn andre steder. Vegårshei leier enkelte omsorgsboliger av et privat firma og har også noen få plasser i bolig med heldøgns bemanning.

Fremover planlegges det bolig med heldøgns bemanning tiltenkt demente.

Tvedestrand

Kostratall

Tvedestrand har en dekningsgrad på 14% på plasser i institusjon i prosent av antall innbyggere over 80 år. Dette er lavest blant kommunene omtalt i denne rapporten.

P.t. har vi registrert via IPLOS 2 (to) personer over 80 år med tilbud over 35 t/u. Vi har i tillegg flere ressurskrevende brukere under 80 år.

Tjenester, prioritering, tildeling

Tvedestrand kommune har i mange år hatt som målsetting at brukers ønske skal legges til grunn i fht hvor man ønsker å bo. Våre tjenester er tilrettelagt med bakgrunn i dette. Vi har lav terskel på søknader om hjemmehjelp, som ofte er vårt første møte med bruker. Ergo- og fysioterapitjenester brukes målrettet med tanke på tilrettelegging av hjem, formidling av hjelpemidler og forflytningskompetanse. Vi jobber tverrfaglig og flere tjenester er ofte inne for å kunne gi et helhetlig tilbud; ergo-/fysioterapeut, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, fastlege/tilsynslege etc.

Froland

Kostratall

Froland viser til at beleggsprosent i sykehjem gjelder for datoen 31.12 i rapporteringsåret og ikke viser generell tilstand. Andelen beboere 80 år og over i institusjon er lav, noe som skyldes flere yngre beboere i institusjon.

Tallene for bolig med heldøgnsbemanning gjelder utviklingshemmede.

Tjenester, prioritering, tildeling

Utgangspunktet er i dag at det ansees som best for brukere å bo hjemme så lenge som mulig. På bakgrunn av dette har man foretatt med omlegging fra 1989 og frem mot i dag med sikte på å få ned antall plasser i institusjon.

Samtlige som mottar mer enn 35 timer hjelp er under 66 år.

Det er i dag stort sett plass til alle med behov for korttidsplass.

Lillesand

Kostraratall

Kostraratallene for Lillesand viser at andel institusjonspasienter over 90 år er høy i Lillesand. Dette er konsistent med at kommunen mener brukere har best av å bo lengst mulig hjemme og at terskel for sykehjemsplass dermed ligger høyt. Kommunen strekker seg langt for å la de eldre få bo hjemme så lenge som mulig. Men det vurderes alltid individuelt og en prøver å imøtekomme alle ønsker sånn at dette lar seg gjøre.

Kommunen viser til at de hjemmeboende som mottar mer enn 35 timer hjelp pr uke er unge personer med enten psykisk utviklingshemming eller multi funksjonshemming. Det er altså ikke hjemmeboende eldre i kommunen med så stort timetall.

Samtlige av beboerne i boliger med heldøgnsbemanning sogner til habiliteringstjenesten.

Tjenester, prioritering, tildeling

Kapasitet er avgjørende for tildeling av korttidsplasser. Det er større etterspørsel enn kapasitet. Oppgitte saksbehandlingstider i tabell gjelder brukere med stort behov for langtidsplass. Ved mindre kritisk behov kan det gå lenger tid. Det er svært vanlig at det innvilges korttidsplass først før tilbud om langtidsplass gies.

Birkenes

Kostraratall

Birkenes har ingen brukere over 80 år som mottar mer hjelp pr uke enn 35 timer.

Tjenester, prioritering, tildeling

Birkenes har fokus på å identifisere hva som skal til for at brukerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Tildeling av sykehjemsplasser skjer ved at søknadene blir tatt opp i avdelingens inntaksmøte. Ved søknader om hjemmetjenester blir det innhentet opplysninger fra relevante parter samt gjennomført hjemmebesøk for tjeneste tildeles. Unntak i akutte tilfeller.

Åmli

Kostraratall

Åmli kommuner uttaler selv at de har mange brukere i forhold til antall innbyggere og har lite avslag ved søknader om tjenester. Det er mulig politikken på dette området vil endres i forbindelse med utarbeiding av pleie- og omsorgsplan som gjøres i disse dager. Kostraratallene bekrefter dette ved at 50 % av innbyggerne over 80 år mottar en form for hjemmetjeneste fra kommunen. Dette er høyt i forhold til både landssnitt og snittet for kommunene i utvalget.

Det er ikke noen innbyggere over 80 år som mottar mer enn 35 timer hjelp pr uke.

Tjenester, prioritering, tildeling

Kommuneplanen til Åmli kommune slår fast at eldre skal bo hjemme lengst mulig og kommunen mener også at dette er best for flertallet. Det er en trend at brukerne ønsker bosted eller institusjonsplass i sentrum, noe som kan skyldes kommunens geografiske forhold. Slik det er i dag er politikken den at de aller fleste som vil på institusjon får plass, men siden kommunen vurderer at det er best for brukerne å bo hjemme har man styrket hjemmetjenestene med flere stillinger men lar det i stor grad være opp til bruker hvilket tilbud man får.

Kristiansand

Kostratall

I Kristiansand er det 25 brukere over 80 år som mottar mer enn 35 timer hjelp pr uke.

Noen av kostratallene for Kristiansand er ifølge kommunen feil og kommunes tall er oppgitt i parentes i tabellen.

Kristiansand kommune viser overfor revisjonen til at de i lengre tid har ytt ”relativt lite hjelp til mange mennesker”. Dette mener kommunen at kan forklare en lav andel med høy timeinnsats. Det pågår gjennomgang av rutinene med sikte på å endre på dette.

I sin kommentar til kostratallene viser kommunen til at de har et nivå på sykehjemsdekning som er på nivå med hva som er anbefalt. Tabellen viser at kommunen ligger høyere enn gruppe 13, men lavere enn de andre kommunene i Agder vi har sammenliknet med. Den lave andelen over 80 år i institusjon forklarerer med yngre brukere med eksempelvis hjernesker.

Belegget i sykehjem i Kristiansand er normalt 100 %. At det er noe lavere i statistikken skyldes midlertidige flyttinger mellom sykehjem.

De fleste boliger til pleie- og omsorgsformål i Kristiansand er eid av kommunene. Andelen med heldøgns bemanning er lav og kommunen opplyser at det er prioritert å få denne opp i årene som kommer.

Tjenester, prioritering, tildeling

Kommunens målsetting er å tilby tilstrekkelige pleie- og omsorgstjenester i brukers hjem slik at en utsetter behov for institusjonsplass så lenge som mulig.

Kristiansand planlegger et nytt sykehjem som skal stå ferdig i 2009. Dette vil øke dekningsgrad institusjon som vist i tabell forrige kapitel til 19.3 %. Man vil også søke å øke antall omsorgsboliger og da særlig de med heldøgns bemanning. Fortsatt vil målsetting være å fokusere på å tilby tjenester i hjemmet.

Kommunen kommenterer at de ikke har samsvar mellom tilbud og etterspørsel hva gjelder korttidsplasser. Det er håp om bedring av denne situasjonen i forbindelse med samling av plassene i en egen enhet.

Vennesla

Kostratall

Vennesla kommune kommenterer særlig at få brukere mottar praktisk bistand i hjemmet. Dette har sin årsak i økte egenandeler samt nylig innskjerping til kravene for å få slike tjenester i kommunen. Ingen brukere mottar så mye som 35 timer hjelp pr uke.

Tjenester, prioritering, tildeling

Vennesla kommune har en bevisst politikk på at de som ønsker å bo hjemme skal ha anledning til det så lenge som mulig. Det legges opp til at de som etter en faglig vurdering har behov for plass i institusjon flyttes dit.

10 % av plassene i institusjon skal fungere som korttidsplasser. 4 av plassene er øremerket til rehabilitering. Kommunen kommenterer at de ikke føler behov for noen egen rehabiliteringsavdeling men at kapasiteten på korttidsplasser kan være stram i forhold til demente.

Songdalen

Kostratall

Songdalen bruker i følge kostratallene mye ressurser på hjemmeboerne og mindre i institusjon. Samtidig får en stor andel av innbyggerne over 80 år et tilbud i institusjon eller bolig med heldøgns bemanning.

Songdalen understreker at de ligger høyt på dekningsgrad hjemmetjenester med bakgrunn i at alle som mottar bare trygghetsalarm og/eller utkjøring av varm mat er registrert som brukere av hjemmetjenester. Tilsvarende registreres ikke i andre kommuner. Kommunen peker også på at de har et høyt antall ressurskrevende brukere.

Kommunen holder plasser i institusjon ledige ut fra sin økonomiske situasjon. Dette gjenspeiles i belegget som med 77 % er lavest av kommunene omfattet av denne rapporten.

Kommunen understreker at de har et relativt stort antall ressurskrevende yngre brukere. Dette kan påvirke tallene fra kostra.

Tjenester, prioritering, tildeling

Kommunen har mange omsorgsboliger og relativt mange av dem har heldøgns bemanning.

Songdalen kommuner viser til at det i deres plan for helse- og omsorgstjenester 2007 – 2010 fremgår at kommunen har en klar profil på at brukerne skal være trygge på å kunne få tilstrekkelig med tjenester i eget hjem.

Kommunen ligger høyt på indikatorene for tidsbegrenset opphold. Dette opplyses å være en følge av et bevisst valg om å ha en høy andel av institusjonsplassene forbeholdt ulike typer korttidsopphold. Undervisningssykehjemmet bidrar til kompetanseoppbygging for ansatte innen rehabilitering.

Kommunen opplyser at ingen som blir vurdert til å ha behov for rehabilitering eller tidsbegrenset opphold blir avvist. De fleste som søker får det innvilget.

Søgne

Kostratall

Det er i Søgne relativt sett få over 80 år som mottar hjemmetjenester. Kommunen mener dette er en konsekvens av streng politikk for tildeling av tjenester. Det kompenseres i følge Søgne kommune for dette med et godt utbygd tilbud på lave omsorgsnivåer så som dagtilbud og korttidstilbud.

Kommunen opplyser at belegget i institusjon normalt er på 100 %. De viser også til at gruppen med 70 og 80 åringer søkes ivarettatt gjennom dagtilbud og hjemmetjenester. Dette er konsistent med at Søgne har en relativt høy andel beboere over 80 år i sine boliger til pleie- og omsorgsformål.

Kommunens satsning på institusjon gjenspeiles i følge kommunen ikke på netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester i institusjon.

I en kommentar viser også kommunen til at de har mange unge brukere med stort omsorgsbehov og at disse i visse tilfeller faller inn i pleie- og omsorgsrapporteringen. Det er ingen eldre mottakere av hjemmetjenester som mottar mer enn 35 timer hjelp pr uke. Dem som er rapportert i statistikken er yngre brukere med stort behov for tjenester.

”Andel beboere i bolig med heldøgns bemanning” er 100% ifølge tallene fra kostra for 2006. Ifølge kommunen er det kun sykehjem og boliger for psykisk utviklingshemmende som har heldøgns bemanning.

Tjenester, prioritering, tildeling

Boligene med heldøgns bemanning er i Søgne utelukkende satt av til psykisk utviklingshemmede og tung psykiatri. For eldre er det kun sykehjemmene som gir helgdøgnstilbud til eldre.

Søgne ligger godt over de andre kommunene hva gjelder muligheter for tidsbegrenset opphold og rehabilitering. 25 % av plassene i institusjon er avsatt til tidsbegrenset opphold.

1.11 Kompetanse og sykefravær

	Andel fagutdannet		Videregående		Høyskole/univ		Andel legemeldt sykefravær	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Risør	70	71	42	43	28	28	8,5	8,4
Grimstad	82	85	47	48	35	37	8,0	8,1
Arendal	78	78	46	47	31	31	6,6	7,9
Gjerstad	76	78	51	51	25	28	9,9	6,9
Vegårshei	72	82	45	50	27	32	9,6	7,4
Tvedestrand	75	73	43	42	32	30	8,0	8,3
Froland	75	73	41	32	34	40	4,0	7,3
Lillesand	80	83	47	51	33	32	6,2	7,0
Birkenes	74	73	45	44	30	29	9,1	10,2
Åmli	83	76	50	48	33	28	10,6	5,9
Kristiansand	79	76	44	43	34	33	8,1	8,8
Vennesla	80	80	45	46	35	34	11,1	9,7
Songdalen	77	74	39	40	38	34	7,2	9,9
Søgne	73	76	32	33	41	43	8,1	5,4
Gj.snitt Aust-Agder	77	78	46	46	31	32	7,3	7,6
Gj.snitt Vest-Agder	77	77	45	45	32	32	8,7	8,2
Gj.snitt gruppe 13	71	71	41	41	30	30	8,5	8,6

*) Tallene gjelder årsverk i brukerrettet tjeneste

Andel fagutdannede blant de ansatte i pleie- og omsorgssektoren brukes i Kostra som en indikator for kvalitet. Kompetanse er antatt å være en indikator på høy kvalitet og trygghet i tjenestene som ytes.

Høyt sykefravær kan ha mange årsaker som også kan ha betydning for tilbudet til brukerne. Stort fravær kan videre lede til omfattende bruk av vikarer noe som vil kunne skape utrygghet for bruker.

Tallene i tabellen over gjelder pleie- og omsorgssektoren som helhet og det er vanskelig å si om tallene slik sett blir representative for kompetansenivået i hjemmetjenestene. Forskjellene mellom kommunene er likevel interessante og sier noe om situasjonen samlet sett for hver kommune. Det er også interessant at de store bykommunene i gruppe 13 har en lavere andel ansatte med fagutdanning enn kommunene på Agder.

Følgende tabell viser andel fagutdannede og sykefravær for hjemmetjenestene. Tallene er innhentet av revisjonen og ikke alle kommuner har kunnet utarbeide tallene for oss. Dato for tallene kan variere noe, vi har brukt de mest oppdaterte tall hver kommune har vært i besittelse av.

Hjemmetjeneste	Andel fagutdannet	Videregående	Høyskole/univ	Sykefravær hj.tj	Sykefravær inst
Risør	80,5	50,4	30,1	11,3	9,6
Grimstad	ca 95	ca 60	ca 35	6,0	
Arendal	86,3	45,6	40,7	12,6	10,2
Gjerstad (2006)	83	56	44	21,8	
Vegårshei (2006)	80	46	34	10	
Tvedestrand (2006)	98	53	45	6,5	
Froland (2006)	82	45	37	19,0	8,2
Lillesand					
Birkenes	65	28	37	15,5	11,7
Åmli (2006)	81	49	32	9,8	
Kristiansand	84,7	50,8	33,9	9,2*	
Vennesla	83,1	37,5	45,6	14,4	
Songdalen	79	44	35	6,7	8,5
Søgne	86,8	32,6	54,2	8,0	8,9
Gjennomsnitt	83,4	46	38,7	11,6	9,6

*) Kommunen har kun levert tall som gjelder både hjemmetjeneste og institusjon.

1.12 Tall for målt kvalitet, brukerundersøkelser

Ifølge kostratallene for 2006 har samtlige kommuner omfattet av denne rapporten gjennomført brukerundersøkelser med unntak av Songdalen.

Revisjonen vurderer brukerundersøkelser som en viktig form for tilbakemelding og styringsinformasjon til kommunene. Vi beskriver derfor kort hva de ulike kommunene gjennomfører av slike undersøkelser.

Brukerundersøkelser gjennom bedrekommune.no

Kommunenes sentralforbund (KS) gjennomfører gjennom arbeidet i sine Effektiviseringsnettverk elektroniske brukerundersøkelser gjennom nettstedet <http://www.bedrekommune.no>.

I 2006 gjennomførte Arendal, Birkenes, Froland, Vegårshei, Kristiansand og Vennesla denne undersøkelsen. Songdalen gjennomførte undersøkelse i 2008, men for sent til at resultatene kan presenteres her.

Vi vil her kort gjengi hovedresultatene fra Bedrekommune.no sin undersøkelse for de kommunene som gjennomførte denne i 2006. Dette er ment å gi et grunnlag for rapportens del II der revisjonene blant annet har gjennomført en begrenset brukerundersøkelse rettet mot trygghet, forutsigbarhet og aktivisering.

For mer detaljerte tall henvises til grunnlagsmaterialet som ligger åpent på nettstedet. Noen av kommunene vil også sitte på tall på sone eller enhetsnivå, men dette er ikke offentlig tilgjengelig.

Bedrekommune.no	Arendal		Birkenes	Froland		Vegårshei		Kristiansand	Vennesla	
(skala 1 – 4)	2004	2006	2006	2004	2006	2004	2006	2003	2006	2006
Resultat for brukerne	3,3	3,4	3,6	3,8	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,7
Brukermedvirkning	3,1	3,2	3,5	3,8	3,6	3,6	3,6	3,4	3,2	3,6
Respektfull behandling	3,5	3,6	3,8	3,9	3,9	3,9	3,9	3,8	3,5	3,7
Pålitelighet	3,2	3,3	3,6	3,7	3,8	3,7	3,8	3,4	3,1	3,6
Tilgjengelighet	2,9	3,1	3,4	3,7	3,5	3,5	3,5	3,2	3,1	3,5
Informasjon	3,0	3,2	3,3	3,6	3,7	3,6	3,6	3,4	3,1	3,4
Samordning	3,1	3,2	3,4	3,8	3,8	3,7	3,7	3,5	3,2	3,5
Generelt	3,3	3,3	3,6	3,9	3,8	3,8	3,7	3,5	3,3	3,8
Resultat for brukerne	3,2	3,3	3,5	3,8	3,7	3,7	3,7	3,5	3,2	3,6

Sammenlikning av kommunenes resultater fra bedrekommune.no

Froland og Vegårshei oppnår de høyeste resultatene samlet sett med 3,7 i score. Arendal og Kristiansand ligger lavest med henholdsvis 3,3 og 3,2.

Arendal

Arendal kommune har gjennomført brukerundersøkelsene gjennom bedrekommune.no i 2002, 2004 og 2006. Ny undersøkelse planlegges fra 2008.

Kommunen viser til at brukernes tilfredshet i Arendal har vært noe under snittet, men er økende. Dette sees i sammenheng med at hjemmetjenestene ble styrket fra 2006.

Birkenes

Birkenes har gjennomført bedrekommune.no undersøkelsen i 2006. De har slik sett ikke samlet inn data over flere år for å kunne foreta sammenlikninger.

Kommunen har ikke konkrete planer om fremtidige brukerundersøkelser, men ser på dette som ønskelig.

Kristiansand

Kristiansand gjennomførte brukerundersøkelsen siste gang i 2006 og utvalget bestod av 834 personer som alle var mottakere av både hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp). Kommunen har på sine nettsteder liggende ute presentasjoner som viser utviklingen. Etter revisjonens vurdering er slike standardiserte spørreundersøkelser som gjør sammenlikning over flere år et nyttig redskap for kommunen til å peke ut fokusområder for videre oppfølging. Det er særlig positivt at kommunen legger dette ut på sine internettsider i et lesevennlig og bearbeidet format.

Songdalen

Songdalen gjennomførte brukerundersøkelse i institusjon og hjemmetjenester vår/sommer 2008. Resultatene var ikke klare da denne rapporten ble skrevet.

Vennesla

Kommunen gjennomførte undersøkelsen i 2006 og har ikke data for sammenlikning over flere år. Det opplyses til revisjonen at ny undersøkelse planlegges i løpet av våren 2008. Dette vil i så fall gi slik mulighet for sammenhold av resultater over en tidsperiode.

Vegårshei

Vegårshei er gjennomført brukerundersøkelser med jevne mellomrom og har data der de kan sammenlikne utvikling over flere år. For 2008 er spørreskjema til undersøkelsen ute hos bruker nå og parallellt utføres en medarbeiderundersøkelse.

Brukerundersøkelser øvrige kommuner

Risør

Gjennomførte brukerundersøkelse gjennom bedrekommune.no i KS-regi i 2004. Har ikke gjort dette jevnlig slik at man har data og kan sammenlikne resultater over flere år. Det planlegges nye brukerundersøkelser, men usikkert om det blir innen hjemmetjenestene.

Grimstad

Grimstad viser til at de tidligere har gjennomført brukerundersøkelser og gjennomfører undersøkelse rundt tilbudet til personer med psykiske lidelser i 2008.

Det er derimot ikke noe system med brukerundersøkelser som muliggjør sammenlikning av styringsdata over flere år i kommunen.

Gjerstad

Gjerstad er med i Bedrekommunenettverket og skal foreta brukerundersøkelser men har ikke konkrete planer om når dette skal skje pr. i dag. Kommunen har ikke andre former for brukerundersøkelser eller innhenting av data for sammenlikninger over flere år.

Tvedestrand

Tvedestrand har gjennomført to brukerundersøkelser innen hjemmetjenesten. Den første i 2002 (Agenda) og den andre i 2003/2004 (Oppdrift).

Det er også planlagt gjennomført tilsvarende undersøkelse nå i 2008. En tenker da å ta utgangspunkt i spørsmålene fra 2002 for å kunne gjøre en sammenlikning.

Lillesand

Det ble gjennomført brukerundersøkelse i 2004 gjennom bedrekommune.no.

Åmli

Åmli gjennomførte brukerundersøkelse sist i 2004 gjennom bedrekommune.no. Det har ikke vært gjort noe etter dette, men er planer om ny undersøkelse i 2008. Kommunen ser nytten av å kunne sammenlikne resultater fra brukerundersøkelser over flere år.

Søgne

Søgne gjennomførte brukerundersøkelse sist i 2003 gjennom KS. Det er ikke benyttet andre verktøy for sammenlikning av resultater over flere år og det foreligger heller ikke planer om å gjennomføre nye brukerundersøkelser.

1.13 Oppsummering del I

Nøkkeltallene som er presentert i tabellene i denne rapporten for å gi bakgrunnsinformasjon om kommunene og illustrere forskjellene mellom dem. Tallene kan være et utgangspunkt for diskusjon og det kan være lærerikt å sette seg inn i bakgrunnen for tallene på kommunenivå.

Gjennom dialog med hver enkelt kommune kan man finne årsak til tallene, se om lav dekningsgrad for noen tjenester er kompensert med høyere dekningsgrad for andre tjenester og ellers søke å se styrker og svakheter ved kommunens prioriteringer. Noe av dette vil vi søke å beskrive i rapportens del II.

I prosjektplanen har vi skrevet følgende:

”.... Vi vil forsøke å se på sammenhenger mellom ressursbruk, kriterier for tildeling av sykehjemsplass og kapasitet innen sykehjem. Vi ønsker å finne ut i hvilken grad bruk av hjemmetjenester, fremfor sykehjemsplass, gir lavere kostnader per bruker innen pleie og omsorgstjenestene...”

Som vist innledningsvis er kommunene omfattet av denne rapporten svært ulike på dimensjoner som folketall, areal, aldersmessig og geografisk befolkningsfordeling og kommunal organisering. Faktorer som befolkningens helse trenger nødvendigvis heller ikke være lik i kommunene.

Dette gjør det svært vanskelig å benytte kostrall og andre tilgjengelige nøkkeltall til å se slike sammenhenger som beskrevet over. Derimot kan det være mulig å trekke ut ulikheter som måtte finnes.

Revisjonen har derfor valgt å legge mindre vekt på en nøkkeltallsbasert sammenlikning av kommunene enn først forutsatt. Vi oppfordrer dem med interesse for en spesiell kommune til å grave seg mer ned i bakgrunnen for de aktuelle tallene og se egen kommune opp mot sammenliknbare kommuner. Vi vil likevel kort søke å oppsummere dette avsnittet i avslutningsvis i rapportens første del.

Andel som får hjelp hjemme

I agderfylkene og kommunegruppe 13 mottar henholdsvis 37 og 35 prosent av innbyggerne over 80 år hjemmetjenester. En andel av disse mottar også hjemmesykepleie som en del av tjenesten. For alle brukere av hjemmetjenester (også yngre) ligger tallet for andel som mottar begge typer tjenester på rundt 35%.

I Søgne er det kun 16% av innbyggerne over 80 år som mottar hjemmetjenester mens tilsvarende tall for Åmli og Tvedestrand ligger over 50%.

Hvor stor mengde hjelp som mottas er også varierende. I Kristiansand var det ca 25 brukere over 80 år som mottok mer enn 35 timer hjelp pr uke da revisjonen foretok sin gjennomgang.

Flere av de mindre kommunene vi har forespurt om dette viser til at det aldri har vært aktuelt å yte så mye hjelp til hjemmeboende.

Andel som får hjelp i institusjon eller heldøgnsbemannet bolig

De større bykommunene i gruppe 13 har i snitt ca 17 plasser i institusjon pr 100 innbyggere over 80 år. I Aust-Agder er det samme tallet 20 og i Vest-Agder ca. 19. Kommunene i vår undersøkelse ligger i området fra 14 til 27 plasser i institusjon pr 100 innbyggere.

Sammenlikner vi hver enkelt kommune med relevant snitt for sitt område finner vi at Birkenes (Aust-Agder), Songdalen (Vest-Agder) og Kristiansand (gruppe 13) har en større dekning på plasser sett i forhold til antall innbyggere 80 år over. Kommunene Risør (Aust-Agder), Tvedestrand (Aust-Agder) og Vennesla (Vest-Agder) ligger lavere.

Slår vi sammen dekningsgradene for institusjon og heldøgnsbemannet bolig finner vi at forskjellen mellom bykommunene i gruppe 13 og Agder er mindre. Den store bykommunen Kristiansand ligger nå ca på gjennomsnittet for gruppe 13, mens særlig Åmli, Birkenes og Songdalen har høy dekning målt mot snittet. Risør og Grimstad ligger lavt.

Prinsipper som ligger til grunn for valg av boform

Ingen av kommunene har uttrykt noe annet enn at man anser det som best for bruker å bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. I varierende grad har man etablert omsorgsboliger, serviceleiligheter, tilbud om korttidsopphold og andre tilbud som kan fungere som en mellomløsning. Begrepet ”laveste effektive omsorgsnivå – LEON” har vært trukket frem som styrende fra flere av kommunene.

Ressursbruk pleie- og omsorg

En måte å måle kommunens ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren er å se på hvor stor andel av netto driftstuggifter i kommunen som går til pleie- og omsorg. I tabellen under har vi rangert hvilke kommuner som bruker minst/mest av netto driftsutgifter i denne sektoren.

Vi har også rangert kommunene tilsvarende målt på netto driftsutgifter pr innbygger over 80 år til pleie- og omsorg.

<i>Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter (prosent)</i>	<i>Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over (kr)</i>
Songdalen (27,3)	Risør (201 989)
Grimstad (27,9)	Tvedestrand (205 942)
Froland (28,5)	Vennesla (221 620)
Birkenes (30,6)	Grimstad (228 773)
Vennesla (31,1)	Lillesand (233 555)
Lillesand (31,5)	Arendal (241 507)
Kristiansand (32,4)	Froland (244 284)
Søgne (33,2)	Kristiansand (247 021)
Tvedestrand (36,1)	Gjerstad (247 946)
Risør (36,7)	Birkenes (249 732)
Arendal (37,2)	Vegårshei (252 508)
Åmli (37,3)	Søgne (300 077)
Gjerstad (37,6)	Songdalen (305 717)
Vegårshei (38,6)	Åmli (312 115)

Forskjeller mellom de to kolonnene kan skyldes forhold som at kommunen har en relativt ung befolkning slik at en lav andel av netto driftsutgifter kan bli en høy utgift pr innbygger over 80 år. Songdalen er et eksempel på dette.

Fordeling av økonomiske midler

Gjerstad, Vegårshei, Birkenes og Åmli bruker relativt sett mest av ressursene overfor beboere i institusjoner. Oversikten over viser at disse kommunene også har høye utgifter til pleie- og omsorgssektoren uavhengig av måte å regne dette på.

Kommuner som bruker mest ressurser i hjemmetjenestene er Tvedestrand, Songdalen og Vennesla. Disse kommunene ligger (unntatt tilfellet Songdalen) lavere på oversikten over utgifter enn kommunene som bruker en større del i institusjon.

Del 2 – Særskilt del for Vennesla kommune

I denne delen av rapporten vil vi se på kvalitetsforskriftens krav rundt:

- trygghet
- forutsigbarhet
- aktivisering

Vi vil forsøke å vurdere i hvilken grad kravene er oppfylt i kommunene. Vi vil også utdype noen av faktorene fra rapportens første del og prøve å se hver enkelt kommune opp mot de øvrige kommunene som er omfattet av denne undersøkelsen.

I *IS 1201, Veileder kvalitet i pleie- og omsorgssektoren* defineres kvalitet som helheten av egenskaper en enhet har og vedrører dens evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov. En annen definisjon kjent fra markedsføring er at kvalitet er forholdet mellom forventninger og sluttprodukt.

I følge definisjonene har kvalitet å gjøre med å tilfredsstillte beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lov eller forskrifter, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende.

Veilederern sier videre at kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Egenskaper som at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnete og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.

Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.

Kvalitetsforskriften angir krav på flere områder, men det er her valgt å sette fokus på de tre begrepene trygghet, forutsigbarhet og aktivisering. I begrepet trygghet ligger også medbestemmelse og respekt som sentrale elementer. Det finnes lite materiell som angir konkrete målbare kriterier for disse begrepene. Kriteriene er derfor utledet av ulike dokumenter, og helt vesentlig er også den enkelte brukers oppfatning av egen situasjon, og de nærmeste pårørendes oppfatning av situasjonen.

Vi viser til vedlagte kildeliste som gir en oversikt over de dokumenter som har dannet grunnlag for de momentene vi har valgt å fokusere på, og vil videre i denne delen av rapporten ta for oss de momentene vi har vurdert som de mest vesentlige i denne sammenhengen.

2.1 Pleie- og omsorgssektoren i Vennesla kommune



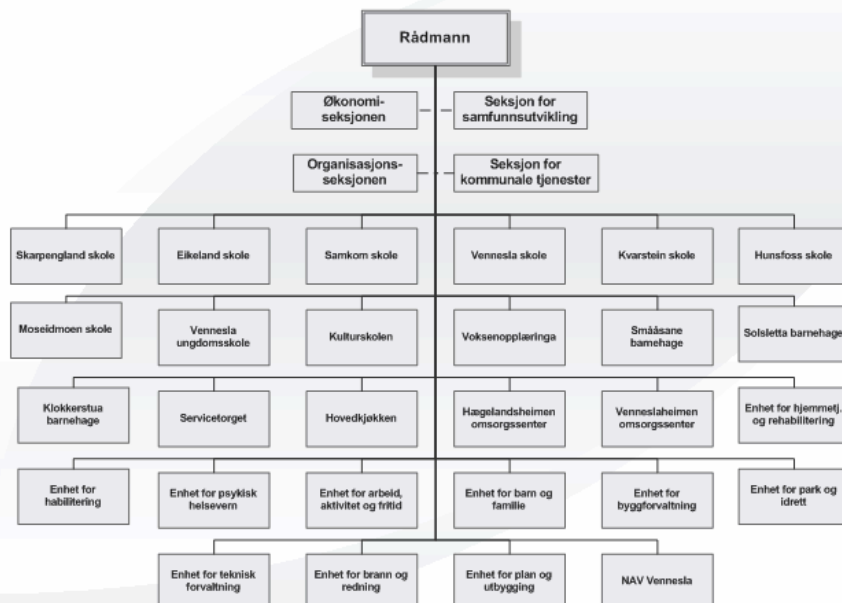
Vennesla Kommune

Organisasjonsstruktur



Vennesla Kommune

Organisasjonsmodell



Enhet for hjemmetjeneste og rehabilitering har ansvar for hjemmesykepleie, rehabilitering/korttidsopphold, hjemmehjelp, trygghetsalarm, hjelpemidler og tildeling av varmmat. Enheten har også ansvar for kommunens omsorgsboliger og dagsykehjem.

Venneslaheimen og Hægelsheimen omsorgssenter er egne enheter som tilbyr tjenester i institusjon. I følge organisasjonskartet på kommunens nettsider har Hægelsheimen også ansvar for hjemmesykepleie, hjemmehjelp og middagsombringning.

Tjenesteseksjonen i Vennesla kommune har ansvar for overordnet faglig utvikling, strategisk planlegging og koordinering av de kommunale tjenestene.

2.2 Trygghet

2.2.1 Kompetanse og sykefravær

Revisjonskriterier

I følge §3 i kvalitetsforskriften skal brukerne få tilfredsstilt grunnleggende behov. I dette begrepet ligger blant annet at de skal ” - oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet” Med dette menes også ” nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie- og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand”

I Veileder IS 1201 ”Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: s. 33 står det: ”Hvordan skal vi lage prosedyrer som sikrer at brukerne opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet? Disse forholdene kan være: - at brukerne blir møtt av fagpersoner som har den nødvendige faglige og menneskelige kompetansen”

I Veileder IS 1502 ”..... og bedre skal det bli: s. 29 kan vi lese: ”Videre må utøvere ha høy profesjonalitet, fagkompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter), evne til etisk refleksjon og relasjonsbygging. Rammer og systemer for god fagutøvelse må også være på plass”

I ”Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten” mellom KS og regjeringen, står det: ”Har de ansatte nødvendig formell kompetanse? KS vil bidra til at tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten, herunder støtte opp under regjeringens mål om å øke andelen med høyskoleutdanning og et økt fokus på helsefagarbeiderutdanningen”

På Sosial- og helsedirektoratets nettside for –god helse og sosial trygghet, er det som kvalitetsindikator pekt på faktoren ”Andel personell med fagutdanning”.

Vi har fokusert på følgende:

- Nivå på formell utdanning i pleie- og omsorgssektoren og i hjemmetjenestene ut fra kriterienes ordlyd om kompetanse
- Vikarbruk og rekrutteringssituasjon ut fra samme begrunnelse
- Sykefravær

Fakta

Revisjonen har i rapportens del I presentert KOSTRA-data for fagutdanning og sykefravær for pleie- og omsorgssektoren i kommunene sett under ett. Vi har også bedt kommunene presentere egne tall for hjemmetjenestene dersom slike kan fremskaffes.

For Vennesla kommune er situasjonen som følger:

Tall fra Kostra (prosent):

Pleie- og omsorgssektoren (2007)	Andel fagutdannet Videregående	Høyskole/univ	Andel legemeldt sykefravær	
Vennesla	80	46	34	9,7
Gj.snitt Vest-Agder	77	45	32	8,2
Gj.snitt gruppe 08	76	47	29	8,5

Vennesla ligger over snittet for både Vest-Agder og kommunegruppe 08 i total andel fagutdannende og andel fagutdannende med utdanning fra høyskole og universitet. Sykefraværet for pleie- og omsorgssektoren sett under ett er en del høyere enn dem vi sammenlikner med.

I tillegg til data fra Kostra har revisjonen innhentet fra kommunen tilsvarende tall gjeldende for hjemmetjenestene. Dette er de mest oppdaterte tall kommunen har kunnet presentere og de er derfor ikke angitt med år.

Tall fra kommunen:

Hjemmetjenestene	Andel fagutdannet Videregående	Høyskole/univ	Andel legemeldt sykefravær	
Vennesla	83,1	37,5	45,6	13,5
Gj.snitt kommunene i undersøkelsen	83,4	46,0	38,7	11,6

(snitt av de ulike prosentene for hver kommune – små kommuner teller likt med store)

Hjemmetjenestene ligger høyt i andel fagutdannede noe som særlig skyldes en meget høy andel ansatte med utdanning fra høyskole eller universitet.

Sykefraværet i hjemmetjenesten er 13,5% første kvartal 2008. Dette ligger høyt i forhold til de andre kommunene og pleie- og omsorgssektoren i Vennesla ellers. Kommunen opplyser at mye av fraværet har en naturlig forklaring i svangerskap.

Vennesla kommune svarer på spørsmål fra revisjonen at det er lett å rekruttere kvalifiserte ansatte til faste stillinger som sykepleiere. Kommunen viser i høringsuttalelse til rapporten til at det har vært store problemer med å rekruttere ledere til hjemmesykepleien.

Det er i Vennesla ikke utarbeidet tall for hvor stor del av årsverkene som blir utført av vikarer. Kommunen viser til at det er minimalt, men at interne og eksterne vikarer forekommer i perioder.

Vurdering og konklusjon

Vi har i dette kapittelet sett på andel ansatte med formell utdanning i hjemmetjenesten samt legemeldt sykefravær. Vi har vurdert den faktiske situasjonen i hver kommune og sammenholdt dette med kriteriene og situasjonen i andre kommuner.

Vennesla kommune har en høyere andel ansatte med formell utdanning enn de vi har sammenliknet dem med i denne rapporten.

Andelen sykefravær er derimot høy og kommunen bør analysere årsakene til dette. Svangerskap er nevnt som en forklaringsårsak.

Det er positivt at kommunen ikke har problemer med å få rekruttert kvalifiserte ansatte og heller ikke har vikarer i mange av sine stillinger. Dette er et område flere av de andre kommunene i undersøkelsen har fremhevet som utfordrende. Revisjonen mener likevel kommunen med fordel kunne ført statistikk over vikarbruken.

2.2.2 Trygghetsalarm

Revisjonskriterier

I Rundskriv I – 6/2006 står det: ”Trygghetsalarm er i utgangspunktet ikke en lovpålagt tjeneste, men er likevel viktig for brukeren” og videre : ”Tildeling av trygghetsalarm kan være en forutsetning for at brukerne fortsatt kan bo hjemme”

Vi har fokusert på følgende:

- kommunens tilbud av trygghetsalarm
- brukere og pårørendes erfaring med bruk av alarmen og vurdering av i hvilken grad den bidrar til økt trygghet.

Fakta

Nesten alle trygghetsalarmene i Vennesla har to-veis funksjon slik at talekontakt oppnås mellom den som trenger assistanse og vakttelefon hos hjemmetjenesten. Prosedyren for tildeling av trygghetsalarm er at bruker og/eller pårørende melder behov. Det foretas så en skjønnsmessig vurdering av saksbehandler i hjemmetjenesten. Ved avslag kan bruker gies tilbud om å kjøpe alarm, noe som gir samme tilbud som ved ordinær alarm.

Hjemmetjenesten skriver i sin tjenestebeskrivelse for tjenesten at målsetningen er å få opprettet kontakt med brukeren innen 30 minutter etter at alarmen er utløst. Tjenesten er betjent døgnet rundt.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Har du/den du er pårørende til søkt om trygghetsalarm?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja, og fikk innvilget alarm	3	65	5	127
Ja, og fikk avslag på søknad				
Nei, har ikke hatt behov for å søke	1	9	1	11
Nei, har ikke søkt av andre grunner				4
Vet ikke/ikke besvart	1	3		1
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

<i>Dersom du/den du er pårørende til, har trygghetsalarm?</i>	<i>Svar:</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Føler at den:	Gir svært god trygghet	3	39	3	46
	Gir god trygghet		18	1	51
	Gir litt trygghet		6	1	17
	Gir ingen eller svært liten trygghet		1		10
	Vet ikke/ikke besvart	2	3		3
	<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>67</i>	<i>5</i>	<i>127</i>
Har gjort følgende erfaringer:	Det har ikke vært behov for å bruke alarmer		6	1	21
	Har ikke utløst alarmer på grunn av..		1		4
	Har utløst alarmer og hjelpen kom umiddelbart (innen 5 min.)	3	33	2	27

	Har utløst alarmer og hjelpen kom etter hvert (5-20 min.)		24	1	59
	Har utløst alarmer og det var lenge å vente på hjelp (over 20 min.)			1	10
	Har utløst alarmer men fikk ingen hjelp		3		2
	Vet ikke/ ikke svart	2			4
	<i>Totalt</i>	5	67	5	127

Kommentarer fra brukere

- Er tilbakeholden med å utløse alarm, ønsker ikke å "mase".
- Usikker på om jeg har alarm...

Sammenlikning med øvrige kommuner

Resultat for samtlige kommuner under et (fordeling i prosent):

<i>Har du/den du er pårørende til søkt om trygghetsalarm?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Ja, og fikk innvilget alarm	84	89
Ja, og fikk avslag på søknad	0	0
Nei, har ikke hatt behov for å søke	12	8
Nei, har ikke søkt av andre grunner	0	3
Vet ikke/ikke besvart	4	0
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>Har alarm og føler at den...</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Gir svært god trygghet	51	33
Gir god trygghet	23	37
Gir litt trygghet	8	12
Gir ingen eller svært liten trygghet	1	7
Vet ikke/ikke besvart	17	11
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

<i>Har gjort følgende erfaringer:</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Det har ikke vært behov for å bruke alarmer	8	15
Har ikke utløst alarmer på grunn av..	1	3
Har utløst alarmer og hjelpen kom umiddelbart	43	19
Har utløst alarmer og hjelpen kom etter hvert	31	43
Har utløst alarmer og det var lenge å vente på hjelp	0	7
Har utløst alarmer men fikk ingen hjelp	4	1
Vet ikke/ ikke svart	13	12
Totalt	100	100

Vurdering og konklusjon

Rundskrivet vi har brukt som kriterium, presiserer at trygghetsalarm ikke er en pålagt tjeneste, men sier likevel at den er viktig for at brukere kan bli boende hjemme.

For pårørende og brukere i alle kommunene omfattet av undersøkelsen ser vi at ca 90% har søkt om og fått tildelt trygghetsalarm. Dette tyder på at systemet har god dekningsgrad blant tyngre brukere av hjemmetjenester over 80 år. Ikke noe tyder på at brukere som ønsker alarm ikke får dette.

Tabellen for alle kommunene viser at:

- brukerne jevnt over oppfatter at hjelpen kom raskere enn de pårørende
- det er en liten andel både av pårørende og brukere som oppgir at hjelpen ikke kom, eller at det var lenge å vente.
- det store flertall mener alarmer bidrar til økt trygghet

Vennesla tilbyr sine brukere trygghetsalarm. Det er ikke noen brukere eller pårørende blant dem som har besvart vår undersøkelse som har søkt om alarm og ikke fått dette. En bruker er i tvil om trygghetsalarm finnes i hjemmet.

En av de seks pårørende som har besvart vårt pårørendeskjema viser til at det ble oppfattet som lenge før hjelpen kom. Det var ingen brukere eller pårørende som gav uttrykk for at alarmer ikke bidrar til god trygghet i hverdagen.

Vår konklusjon er at vi ikke ut fra dette materialet, kan se at det er avvik mellom de kriteriene vi har brukt og Vennesla kommunes praksis når det gjelder trygghetsalarm.

2.2.3 Hjemmesykepleie og bosted

Revisjonskriterier

Sosialtjenestelovens §4-3 sier at ”De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp, etter § 4-2 bokstav a-d”

Sosialtjenestelovens § 4-2 sier at: ” De sosiale tjenestene skal omfatte:

- praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker
- avlastingstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.
- Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker
- Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid”

I stortingsmelding nr. 25 står det blant annet følgende:

- ”Har beboeren behov for et døgnkontinuerlig tjenestetilbud kan kommunene tilby dette i beboerens hjem, i en omsorgsbolig eller på et sykehjem. Lovkravet er at tjenestene er forsvarlige i forhold til hjelpebehovet og at tjenestetilbudet ikke fremstår som åpenbart urimelig for brukeren.”
- brukeren skal få ”mulighet for kortidsopphold”
- ”Trygghetsavdelingene er et lavterskel døgntilbud rettet mot eldre mennesker som opplever en vanskelig hjemmesituasjon”

Vi har fokusert på følgende:

- Kommunens tilbud av ulike boformer, herunder dekningsgrader og prioriteringer

Fakta

Grad av trygghet, forutsigbarhet og mulighet for aktivisering av eldre med pleiebehov kan være knyttet til personens boform. I stortingsmelding nr 25 vises det til at det ved behov for et døgnkontinuerlig tilbud kan tjenestene ytes i beboers eget hjem, i omsorgsbolig eller på et sykehjem. Lovkravet er at tjenesten skal være forsvarlig.

Hjemmesykepleie

På sine nettsider skriver Vennesla kommune at målet med hjemmesykepleien er:

- at brukeren kan greie mest mulig selv
- at brukeren skal bli minst mulig avhengig av hjelp
- å forebygge forverring

Det er et mål at hjemmetjenestene ikke skal utføre tjenester som brukere kan klare selv. Tjenesten er en døgtjeneste og vedtak om tjenester fattes av enhetslederne.

Søknad om hjemmesykepleie skal rettes til hjemmetjenesten i det området brukeren bor og kan fremmes både muntlig og skriftlig. Det skal alltid gjennomføres et vurderingsbesøk innen en uke etter mottatt søknad og opplysninger vil bli innhentet med sikte på å foreta en helhetlig vurdering.

For hjemmeboende med demens finnes tilbud om dagsykehjem 5 dager i uken. Det finnes et tilrettelagt tilbud om transport og egen matordning for brukerne av tilbudet. Sykehjemmet tilbyr også korttidsopphold.

De to enhetslederne i hjemmetjenesten har det overordnede ansvar for tildeling av hjemmetjenester. I praksis utføres dette av et team bestående av primærsykepleier og saksbehandler der sykepleier har et ansvar for å foreta kartlegging. Det legges vekt på at vedtak skal være forståelige for brukere.

Tall fra Kostra (prosent):

<i>Kostra - hjemmetjeneste</i>	<i>Andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester</i>		<i>Andel mottakere som får både praktisk bistand og hjemmesykepleie</i>	
	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Vennesla	32,1		18,8	
Gj.snitt Aust-Agder	36,8		31,2	
Gj.snitt Vest-Agder	36,9		34,4	
Gj.snitt gruppe 08	37,7		38,1	

Kostratallene hentet fra rapportens del I viser at Vennesla ligger lavt i andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester. Det er en liten andel av disse igjen som mottar både praktisk bistand og hjemmesykepleie.

Vennesla har ikke brukere over 80 år som mottar mer enn 35 timer hjelp pr uke som er Kostra sin definisjon av "høy timeinnsats". Dette er konsistent med det vi ser i undersøkelsen av situasjonen i de øvrige kommunene av liten og middels størrelse. Til sammenlikning er det ca 25 brukere som mottar mer enn 35 timer bistand i Kristiansand.

Omsorgsbolig og bolig med heldøgns bemanning

Etter at staten innførte egen tilskuddsordning for omsorgsboliger i 1994 har det skjedd en betydelig utbygging av slike boliger i kommunene. I rundskrivet *Omsorgsbolig – en veileder I-29/97* nevnes en del krav som må være oppfylt for at et botilbud kan betegnes som omsorgsbolig. Noen av disse er:

- En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset orienterings og bevegelseshemmende og fysisk tilrettelagt slik at beboer etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg
- En omsorgsbolig er beboerens eget hjem og skal utføres som en selvstendig bolig på minimum 55 kvm eller som en enhet i fellesskapsbolig med fellesarealer.
- Omsorgsboliger er ikke fast bemannede, men beboere vil få tildelt hjemmetjenester på individuell basis som andre hjemmeboende og betaler ordinære egenandeler.
- Omsorgsboligene skal i størst mulig grad være en bolig livet ut ved at tjenestene tilpasses endringer i brukerens funksjonsnivå og omsorgsbehov.

Videre pekes det i rundskrivet på at slike boliger ikke må forveksles med institusjon eller bolig med heldøgns bemanning.

Revisjonen ser en viss uklarhet i de ulike definisjonene som finnes av en omsorgsbolig. Definisjonen nevnt i veilederen krever ikke at boligen er heldøgns bemannet, men betjent av hjemmetjenestene. Dette er en definisjon av omsorgsbolig vi ser også benyttes i andre kommuner.

Tildeling av tilrettelagte boliger og omsorgsbolig skjer i øvdre del av kommunen av Hæglandsheimen. Ellers i Vennesla er det ”Enhet for hjemmetjeneste og rahabilitering” som står for dette.

Tall fra Kostra (prosent):

<i>Boliger til pleie- og omsorgsformål,</i>	<i>Andel beboere i bolig m/ heldøgns bemanning</i>		<i>Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning</i>		<i>Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+</i>	
	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Vennesla	100,0		12	5	37	27
Gj.snitt Vest-Agder	30,7		4	5	27	29
Gj.snitt gruppe 08	36,0		5	6	26	27

Dekningsgraden i forhold til innbyggere over 80 år er på 27 % for summen av boliger med heldøgns bemanning og plasser i institusjon. I Stortingsmelding 50 – ”Handlingsplan for eldreomsorgen” er behovet for plasser med heldøgns omsorg anslått til 25% av befolkningen over 80 år. Heldøgns omsorg da definert som sum av plasser i institusjon og plasser i heldøgnsbemannet omsorgsbolig.

Tilrettelagt bolig

Fagenhet for pleie- og omsorg kan tildele tilrettelagte boliger til eldre og funksjonshemmede. Målet er at en slik bolig skal bidra til mest mulig grad av selvstendighet og sosial omgang.

Tilrettelagte boliger kan leies/kjøpes avhengig av brukers økonomi og kjennetegnes ved at alt er på en flate.

Sykehjemsplass

Ved et av sykehjemmene i Vennesla finnes egen dementavdeling. Søknader om plass i institusjon vurderes av et inntaksteam ledet av leder for "Enhet for hjemmetjeneste og rehabilitering". Kommunen har ikke utarbeidet skriftlige kriterier som benyttes ved tildeling av tjenester som sykehjemsplass. Det opplyses at tildeling skjer ut fra lovverk og vurdering av totalsituasjonen.

Tall fra Kostra (prosent):

Kostra - institusjon	Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over		Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester		Andel plasser i skjermet enhet aldersdemente	
	2006	2007	2007		2007	
Vennesla	16,9	15,8	14,3		63,9	
Gj.snitt Vest-Agder	18,3	18,8	..		36,1	
Gj.snitt gruppe 08	17,2	17,0	20,7		21,8	

Vennesla har noe lavere dekningsgrad for institusjonsplasser enn kommunene i Vest-Agder og i kommunegruppe 08. Andelen av plassene som er avsatt til aldersdemente som skjermede plasser er svært mye høyere enn i de øvrige kommunene.

Tall fra Kostra (prosent):

Kostra - institusjon	Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon		Andel innbyggere 90 år og over som er beboere i institusjon		Andel beboere 80 år og over i institusjoner	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Vennesla	10,2		19,7		61,4	
Gj.snitt Vest-Agder	13,5		32,7		76,9	
Gj.snitt gruppe 08	13,1		30,5		75,9	

Vennesla ligger også her lavere i andel enn de øvrige kommunene. Tallene må forøvrig sees i forhold til hvor mange som får et tilbud i omsorgsbolig.

Korttidsopphold

Vennesla kommune tilbyr korttidsopphold som et forebyggende tiltak for at brukerne skal kunne bo hjemme lengst mulig om de ønsker dette. Tilbudet er også rettet mot dem som for en kortere periode ikke kan bo hjemme.

Tjenesten tildeles etter "lov om helsetjenester i kommunene" på bakgrunn av en faglig vurdering og prioritering. Særlig trekker kommunen frem kriterier som:

- bruker har behov for overgangsordning ved utskrivelse fra sykehus
- behov for å få kartlagt videre hjelpebehov
- opptrening/vedlikeholdstrening
- trenger sosial stimulering
- akutt behov for institusjonsplass

Korttidsopphold søkes på eget skjema og kommunen vil bekrefte mottak av søknad innen en uke. Normal saksbehandlingstid opplyses til å være 3 uker og tilbudet innvilges normalt for perioder på 2-3 uker.

På spørsmål om det finnes et lavterskeltilbud for utrygge viser kommunen til systemet med trykksalarm og at det ikke finnes noe utover dette.

Tall fra Kostra (prosent):

<i>Kostra - insitusjon</i>	<i>Andel beboere på tidsbegrenset opphold</i>		<i>Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold</i>		<i>Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering</i>	
	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Vennesla	8,4		10,7	13,3	0	0
Gj.snitt Vest-Agder	12,9		9	15,4	3,5	3,7
Gj.snitt gruppe 08	13,6		15,5	14,6	4,8	5,1

Kostratallene viser at Vennesla ligger noe under snitt for Vest-Agder og snittet for kommunegruppe 08.

Rehabilitering

Vennesla kommune har ikke rapportert inn egne plasser avsatt til rehabilitering / habilitering til Kostra. Kommunen har likevel et rehabiliteringsteam som dels jobber i sykehjemmene og dels hjemme hos bruker.

På sine nettsider opplyser også Vennesla kommune at det nå er etablert et fagnettverk for rehabilitering mellom kommunene i Knutepunkt Sørlandet. Hensikten er å bidra til kompetanseheving og informasjonsutveksling mellom kommunene.

Koordinering mellom tjenester

Undersøkelsen i regi av bedrekommune.no i 2006 stilte brukerne spørsmål om samhandling mellom hjemmetjenestene og andre aktører. Som tabellen viser kommer Vennesla ut noe over gjennomsnittet.

<i>Bedrekommune.no 2006 (skala 1-4) Hvor fornøyd er du med...</i>	<i>Lav-høy</i>	<i>Snitt</i>	<i>Vennesla</i>
Hjemmetjenestens samarbeid med andre for å gi deg den hjelp du trenger?	2,8 – 3,9	3,4	3,5

Viser ellers til beskrivelsen av individuelle planer i kapittelet ”informasjon og dokumentasjon”.

Vurdering og konklusjon

Lovkravene og kriteriene vi har brukt fra stortingsmelding nr. 25 er lite konkrete, med noen unntak.

Sosialtjenesteloven krever at det skal være avlastingstiltak i kommunen. På sine nettsider viser Vennesla kommune til at det finnes tilbud om avlastning i sykehjem/aldershjem eller i eget hjem gjennom timer fra hjemmetjenestene. Revisjonen har ikke stilt brukere og pårørende spørsmål rund avlastning i dette prosjektet.

Stortingsmelding nr. 25 nevner spesielt at brukeren skal få mulighet for korttidsopphold. Dette tilbyr kommunen, men revisjonen har ikke gått i detalj og vurdert kapasitet i forhold til behov. Kostratallene viser at Vennesla lå lavt på dekning korttids plasser i 2006, men 2007 tallene som er tilgjengelig når rapporten gikk i trykken viser en tilnærming til nivået i Vest-Agder og kommunegruppe 08.

Sosialtjenestelovens bestemmelse om ”plass i institusjon..... til dem som har behov for det på grunn av alder” er ikke spesielt vurdert i dette prosjektet. Det er vanskelig for revisjonen å etterprøve de beslutninger som er tatt på et medisinskfaglig grunnlag. Vi konstaterer at Vennesla har den dekningsgrad på sum plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig som er i tråd med statlige anbefalinger. Samtidig er det en lav andel av mottakere av pleie- og omsorgstjenester som får dette tilbudt i institusjon og en stor andel av plassene er i skjermet enhet for aldersdemente. Forøvrig viser vi til avsnitt om trygghet og trygghetsalarm.

2.2.4 Informasjon og dokumentasjon

Revisjonskriterier

I Veileder IS 1162og bedre skal det bli!, står det på side 22: ”trygghet og sikkerhet handler også om at personvernet og informasjonsplikten er ivaretatt og at råd og veiledning gis på en faglig tilfredsstillende måte”.

I Rundskriv U-7/2003 ang. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, står det ”I § 3 første ledd første kulepunkt er det presisert at kommunene skal tilstrebe at tjenestene ytes i henhold til individuell plan når slik foreligger. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat har rett til å få utarbeidet en individuell plan regulert i pasientrettighetsloven med utfyllende regler i "Forskrift om individuelle planer".

Vi har fokusert på følgende:

- Informasjon fra kommunen, herunder utarbeiding av tjenestebeskrivelser, serviceerklæringer og tjenestegarantier
- Kommunens bruk av individuelle planer
- Brukere og pårørendes oppfatning av nivået på informasjonen som blir gitt.

Fakta

Revisjonen har i faktaark spurt kommunen om individuelle planer utarbeides for brukere av hjemmetjenesten og videre om hvem som har ansvar for å følge dette opp. Vennesla kommune har svart at det utarbeides egne planer for hver bruker av hjemmesykepleie der primærsykepleier har ansvar for at dette blir gjort.

Systemet med individuelle planer er på Vennesla kommunes nettsider presentert som en egen tjeneste. Alle personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester er omfattet av ordningen. Målet er å bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud. Systemet skal også sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølging av brukeren.

En egen koordinator sørger for utarbeidelse av individuelle planer i samarbeid med bruker.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Mener du at det gies god informasjon om de tjenestene som blir tildelt?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Svært god informasjon	1	20		24
God informasjon	1	26	3	82
Ikke god nok informasjon	1	11	1	13
Dårlig informasjon		5	1	12
Vet ikke	2	15	1	12
Totalt	5	77	6	143

Det kom ikke inn kommentarer knyttet til mengde informasjon. Resultatet fra spørreundersøkelsen viser at det særlig blant de pårørende er en viss skepsis til mengden informasjon brukeren mottar om tjenestene.

<i>Sammenlikning med øvrige kommuner</i>		
<i>Resultat for samtlige kommuner under et (fordeling i prosent):</i>		
<i>Mener du at det gies god informasjon om de tjenestene som blir tildelt?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Svært god	26	17
God	35	58
Ikke god nok	14	9
Dårlig	6	8
Vet ikke / ikke besvart	19	8
Totalt	100	100

<i>Bedrekommune.no 2006 (skala 1-4)</i>	<i>Lav-høy</i>	<i>Snitt</i>	<i>Vennesla</i>
<i>Hvor fornøyd er du med...</i>			
Informasjon om hva personalet skal gjøre?	2,8 – 4,0	3,4	3,4
Informasjon om hvilken hjelp du har rett på?	2,3 – 3,8	3,1	3,0
Hvor flinke personalet er til å snakke klart og tydelig?	3,2 – 4,0	3,6	3,7

Vurdering og konklusjon

Hensikten vår med dette punktet var å se på om det blir gitt god og forståelig informasjon fra kommunens side om de tjenestene brukerne kan søke om, og om de tjenestene de får innvilget.

Spørsmålet om det gis god informasjon om de tjenestene som er tildelt, er i noen grad oppfattet som om spørsmålet gjaldt informasjon generelt. Vi er derfor forsiktig med å vektlegge disse svarene for mye.

For alle kommunene samlet sett viser spørreundersøkelsen at både brukere og pårørende i hovedsak vurderer informasjonen som blir gitt som god. Brukerne virker noe mer positive enn de pårørende, men mange brukere har ikke gjort seg opp noen mening eller besvart spørsmålet.

I Vennesla har halvparten av de spurte pårørende svart at de anser informasjonen som god. To av fem brukere har gjort det samme. To av de seks pårørende som har svart anser informasjonen til å være for dårlig.

Resultatene fra bedrekommune viser at Vennesla ligger under snittet hva gjelder informasjon om hvilken hjelp bruker har krav på.

Revisjonen vurderer det som positivt at Vennesla har system med individuell plan for alle faste brukere av hjemmetjenestene. Dette virker konsistent med kravene i våre kriterier fra forskrift om individuell plan. Revisjonen har ikke vurdert innholdet i, og omfanget av, individuelle planer opp mot krav i forskrift.

Vår konklusjon er at vi ikke ut fra den informasjonen vi har fått, kan se at det er avvik mellom de kriteriene vi har brukt og Vennesla kommunes praksis på dette området.

2.2.5 Opplevd trygghet

Revisjonskriterier

I Kvalitetsforskriften §3 står det: ”Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at en tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes, og at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten” og ”Brukeren skal oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet”

I Inst S. nr. 52 instilling til Stortinget til helse og omsorgskomiteen. Dok nr. 8:104, kan vi lese: ”De eldre må sikres verdig omsorg og trygghet for å få dekket sine grunnleggende behov”.

Vi har fokusert på følgende:

- hva kommunen legger i begrepet trygghet
- om brukere og pårørende føler seg trygge på at de mottar tjenestene som er blitt lovet
- hvorvidt brukere og pårørende opplever trygghet i hverdagen med det tilbudet som ytes fra kommunen

Fakta

Vennesla kommune har ikke utarbeidet noen egen definisjon av begrepet trygghet.

Revisjonen har i faktaark sendt kommunene særskilt stilt spørsmål om tilbud til personer som opplever utrygghet i egen bolig. Noen av kommunene omfattet av undersøkelsen har hatt

ordninger med lavterskelplasser utrygge kan bruke for en kortere periode uten en full søknadsprosess. Vennesla viser til at de ikke har noe slikt tilbud utover trygghetsalarm.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Føler du deg trygg på at du/den du er pårørende til får de tjenestene som er blitt lovet?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja føler meg svært trygg på det	3	64	2	46
Ja føler meg ganske trygg på det	1	10	1	66
Nei føler meg ikke helt trygg på det		1	2	23
Nei er svært utrygg på det		1		4
Vet ikke	1	1	1	4
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

<i>Føler du at kommunens tilbud om hjelp og tjenester gir nok trygghet i hverdagen, slik helsesituasjonen er nå, eller oppleves hverdagen som utrygg?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Føler tryggheten som svært god med dagens tilbud	3	58	2	36
Føler tryggheten som god med dagens tilbud	1	8	4	69
Føler delvis utrygghet med dagens tilbud	1	9		26
Føler at hverdagen er svært utrygg med dagens tilbud		1		5
Vet ikke		1		7
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

Eneste kommentar som kom inn til revisjon gikk på utrygghet som en følge av svært mange ulike pleiere. Dette skapte utrygghet både i forhold til problematikken rundt mange ansikter, men også i forhold til kjennskap til bruker. Personen som gav denne tilbakemelding mente mange små stillinger var årsak til problemet.

Sammenlikning med øvrige kommuner

Resultat for samtlige kommuner under et (fordeling i prosent):

<i>Føler du deg trygg på at du/den du er pårørende til får de tjenestene du er blitt lovet?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Ja føler meg svært trygg på det	84	32
Ja føler meg ganske trygg på det	13	46
Nei føler meg ikke helt trygg på det	1	16
Nei er svært utrygg på det	1	3
Vet ikke	1	3
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>Føler du at kommunens tilbud om hjelp og tjenester gir nok trygghet i hverdagen, slik helsesituasjonen er nå, eller oppleves hverdagen som utrygg?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Føler tryggheten som svært god med dagens tilbud	76	25
Føler tryggheten som god med dagens tilbud	11	48
Føler delvis utrygghet med dagens tilbud	12	18
Føler at hverdagen er svært utrygg med dagens tilbud	0	3
Vet ikke	1	5
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

<i>Bedrekommune.no 2006 (skala 1-4)</i>	<i>Lav-høy</i>	<i>Snitt</i>	<i>Vennesla</i>
<i>Hvor fornøyd er du med...</i>			
Antall timer du får hjelp	2,8 – 4,0	3,4	3,5

Vurdering og konklusjon

I forhold til de kriteriene vi har brukt, er det ikke spesifisert eller gjort definisjoner av hva trygghet er. Vi har derfor valgt å forholde oss til opplevd trygghet hos bruker og hos pårørende.

Ser vi først på hele området under ett fremkommer det at 2% av brukerne og 19% av de pårørende uttrykker usikkerhet om i hvilken grad lovede tjenester faktisk blir gitt.

I Vennesla svarer to av seks pårørende, som har besvart skjema, negativt på om de føler seg trygge på at brukeren får tjenestene han eller hun har blitt lovet. Ingen av brukerne har svart negativt på spørsmålet.

For alle kommunene samlet er det 12% av brukerne og 21% av de pårørende som svarer at graden av opplevd trygghet i hverdagen er delvis utrygg eller svært utrygg.

I Vennesla føler en av brukerne seg delvis utrygg, mens ingen av de pårørende har svart noe annet enn at det oppleves svært god eller god trygghet.

Undersøkelsen fra bedrekommune.no viser at brukerne i Vennesla er marginalt mer fornøyd med antall timer de får hjelp enn brukerne i de øvrige kommunene.

Vår konklusjon er at vi ikke ut fra den informasjonen vi har på dette området, kan se at det er avvik mellom de kriteriene vi har brukt og de svarene vi har fått fra bruker- og pårørendeundersøkelser i Vennesla kommune.

2.3 Medbestemmelse og respekt

Revisjonskriterier

Medbestemmelse

Kvalitetsforskriftens § 3 sier at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og evt. pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming og endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene. Videre i samme forskrift står det at: ”Kommunen skal også ha prosedyrer som sikrer at brukeren opplever selvstendighet og styring av eget liv”

I Veileder IS 1502 ”.....og bedre skal det bli” s. 23 står det blant annet:

- ”Brukerne skal involveres og gis reell innflytelse i egen sak og i organisering og drift av tjenestene generelt. Dette er en bærebjelke i nasjonal helseplan og de styrende dokumenter for sosialtjenesten (bl.a. Rundskriv I -1/93 til lov om sosiale tjenester) De må høres, deres kunnskap må anerkjennes, og deres valg må ha betydning”
- ”Tjenesten eller behandlingen skal få en faglig forsvarlig og menneskelig god tjeneste som er koordinert. Tjenesten eller behandlingen skal utformes i samarbeid med brukeren og tilpasses den enkeltes behov og ønsker”

I Veileder IS 1201, ”Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene” s. 23 står det blant annet: ”Brukermedvirkning er sentralt i kvalitetsforskriften både for å ivareta respekten for det enkelte mennesket og for å bedre innholdet i pleie- og omsorgstjenestene”

I Veileder IS 1162 ”.....og bedre skal det bli!” s. 23 står det blant annet: ” Brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte

konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedring av systemet”

Respekt

Kvalitetsforskriftens § 3 sier at kommunen skal utarbeide prosedyrer som søker å sikre at brukere opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet.

I Rundskriv U-7/2003 ang. ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, står det følgende: ”I formålsbestemmelsen (§1) er respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett tatt inn på linje med respekt for egenverd og livsførsel. Dette er gjort for å fremheve at også personer med behov for pleie- og omsorgstjenester fra det offentlige har en grunnleggende rett til å bestemme over eget liv, og at tjenestene i størst mulig grad må utformes i samsvar med dette” og videre i samme rundskriv: ”I tredje kulepunkt er det lagt vekt på tjenestemottakers rett til aktiv selvbestemmelse, ved at den tidligere formuleringen om at brukeren ”tas med på råd” er erstattet med at brukeren ”medvirker”.”

I Veileder IS 1502 ”.....og bedre skal det bli” s. 29 står det blant annet:

”Det arbeider mer enn 350 000 utøvere i helse- og sosialtjenesten i Norge. Uavhengig av politikk, eierstruktur eller økonomi, er det utøverne som er bærebjelken i tjenestene. Ingen tjeneste blir bedre enn det den enkelte utøver yter i møtet med brukeren. Et stort antall klager fra brukere dreier seg om hvordan utøveren har oppført seg overfor den som mottar tjenester. Det påhviler derfor utøveren et selvstendig ansvar for å utvikle sin evne til å møte brukeren på en empatisk og respektfull måte”

Vi har fokusert på følgende:

- opplevd grad av medbestemmelse og respekt hos brukere og pårørende

Fakta

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Er du fornøyd med hvordan du/den du er pårørende til, blir tatt med på råd om de tjenestene som er tildelt?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja, har stor innflytelse og medbestemmelsesrett	1	30	2	44
Ja, har noe innflytelse og medbestemmelsesrett	1	20	1	49
Nei, har liten innflytelse og medbestemmelsesrett	2	15	2	22
Nei, har ingen innflytelse og medbestemmelsesrett		5		11
Vet ikke|	1	7	1	17
Totalt	5	77	6	143

De spurte pårørende og de spurte brukerne ser rimelig likt på i hvilken grad bruker blir tatt med på råd rundt tjenestene.

Som det fremkommer av tabellen har to pårørende og to brukere vist til at det er liten innflytelse og medbestemmelsesrett. Dette bør sees i forhold kommentar gitt av en bruker om at personen var svært glad for at ting ble bestemt på dennes vegne.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>I hvilken grad føler du at du/den du er pårørende til, blir møtt med respekt og verdighet av pleierne?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Stor grad av respekt og verdighet	3	66	4	102
Middels grad av respekt og verdighet	2	8	2	34
Liten grad av respekt og verdighet		1		3
Ingen grad av respekt og verdighet				
Vet ikke		2		4
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

Ingen av de spurte har uttrykt at det er liten eller ingen grad av respektfull og verdig behandling.

Kommentarer fra brukere

- Er veldig godt fornøyd med at tingene blir bestemt for meg
- Skulle ønske pleierne hadde mer tid.
- Alle er så greie!
- Store forskjeller mellom pleierne i forhold til respekt og verdig behandling.

<i>Bedrekommune.no 2006 (skala 1-4)</i>	<i>Lav-høy</i>	<i>Snitt</i>	<i>Vennesla</i>
<i>Hvor fornøyd er du med...</i>			
medvirkning om når du skal motta hjelp?	2,8 – 3,8	3,4	3,7
medvirkning om hvilken hjelp du skal få?	2,9 – 3,8	3,4	3,6
personalets høflighet?	3,2 – 4,0	3,8	3,8
personalets vennlighet?	3,3 – 4,0	3,8	3,8
hvor flinke personalet er til å lytte på dine synspunkter?	3,1 – 4,0	3,6	3,6
personalets omsorg for deg?	3,1 – 4,0	3,6	3,8

Fordeling alle kommuner

Resultat for samtlige kommuner under ett (prosentvis fordeling):

<i>Er du fornøyd med hvordan du/den du er pårørende til, blir tatt med på råd om de tjenestene som er tildelt?</i>	<i>Antall brukere</i>	<i>Antall pårørende</i>
Ja, har stor innflytelse og medbestemmelsesrett	40	31
Ja, har noe innflytelse og medbestemmelsesrett	26	34
Nei, har liten innflytelse og medbestemmelsesrett	19	15
Nei, har ingen innflytelse og medbestemmelsesrett	6	8
Vet ikke	9	12
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

<i>I hvilken grad føler du at du/den du er pårørende til, blir møtt med respekt og verdighet av pleierne?</i>	<i>Antall brukere</i>	<i>Antall pårørende</i>
Stor grad av respekt og verdighet	86	71
Middels grad av respekt og verdighet	10	24
Liten grad av respekt og verdighet	1	2
Ingen grad av respekt og verdighet		
Vet ikke	3	3
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Vurdering og konklusjon

Revisjonen har valgt å fokusere på opplevd medbestemmelse og respekt hos brukere og pårørende.

For alle kommunene sett under ett viser vår undersøkelse ikke noe stort avvik mellom synspunktene til brukere og pårørende i forhold til å bli tatt med på råd om tjenestene. Et flertall mener de blir tatt med på råd mens en ganske stor gruppe sier at så ikke skjer.

Situasjonen i Vennesla skiller seg ikke i stor grad fra situasjonen i området totalt. Halvparten av brukerne som har gjort seg opp en mening føler de blir tatt med på råd. Den andre halvdelens svarer nei til dette. De pårørende har tilnærmet samme oppfatning som brukerne.

Det store flertallet opplever stor eller middels grad av respekt og verdighet i omsorgen når vi ser på hele området. I Vennesla har ingen svart at graden av respekt og verdighet ikke er tilfredsstillende.

I brukerundersøkelsen fra bedrekommune.no kommer Vennesla ut likt eller over gjennomsnittet i score på samtlige spørsmål.

Ut fra brukernes opplevde grad av medbestemmelse og respekt kan revisjonen ikke se avvik mellom kriteriene vi har benyttet og situasjonen i Vennesla kommune.

2.3.1 Håndtering av klager

Revisjonskriterier

Pasientrettighetsloven § 7-1 og §7-2 viser til at klager i første omgang skal fremmes for den som yter helsehjelpen med krav om at rettighetene i henhold til loven skal bli oppfylt. Der så ikke skjer eller medhold ikke gis kan klagen fremmes til helsetilsynet i fylket.

Vi har fokusert på følgende:

- kommunens rutiner for håndtering av klager

Fakta

Klager på tjenestene registreres i hver enhet og enhetsleder har ansvar for behandling av klager. Kommunen fører ikke statistikk over antall klager.

Vurdering

Revisjonen har ikke spurt brukere eller pårørende om deres erfaringer med å fremme klager på tildeling eller tjenester.

Kommunen har faste rutiner for klager, der disse behandles i aktuell enhet. Dette er i tråd med pasientrettighetsloven.

Etter revisjonen mening burde det vært en nyttig form for styringsinformasjon for både enheten og kommunene å føre statistikk over antall klager.

2.3.2 Terminalfase

Revisjonskriterier

Kvalitetsforskriftens § 3 sier at kommunen skal utarbeide prosedyrer som sikrer en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

I Inst.S.nr. 52 til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, vedr. dok. 8:104 står det ”Alle skal ha rett til å dø der de selv ønsker det. Tilgang på helsepersonell med spesialkompetanse i palliativ (lindrende) behandling i kommunene, samt at det opprettes palliative enheter, er av stor betydning for verdig avslutning av livet”

Vi har fokusert på følgende:

- hvilke tilbud som finnes i kommunen til personer som befinner seg i den avsluttende fase av livet og pårørende til disse.

Fakta

I utsendt faktaark til kommunene har revisjonen bedt om kommentarer på hvilke særlige tilbud som finnes til døende og deres pårørende. Vennesla kommune viser til at ekstra hjelp settes inn der døende ønsker å være hjemme. Det tilbyes avlastning for pårørende og pårønderom i sykehjemmet.

Sammenlikning med øvrige kommuner

Også i de øvrige kommunene omfattet av undersøkelsen har vi sett at kommunen er fleksibel med tjenesten slik at de som ønsker det kan dø hjemme.

Tiltak som nevnes i kommunene omfattet av undersøkelsen er:

- pårønderom i sykehjem
- ekstra ressurser som settes inn i hjemmet der dette er ønskelig
- egne team eller senter for palliativ behandling
- leilighet knyttet til sykehjem for den døende med familie.

Vurdering:

Revisjonen har ikke gjennomført spørreundersøkelse målrettet mot pårørende der personen de var pårørende til er gått bort. Det er slik sett vanskelig å trekke noen konklusjon i dette avsnittet.

Ut fra hva de øvrige kommunene omfattet av undersøkelsen har svart ser Vennesla ut til å ha tilsvarende tilbud. Det vurderes som positivt at man har tilrettelagt med egne rom for pårørende i sykehjemmet.

2.4 Forutsigbarhet

2.4.1 Oppmøte – avtalte tidspunkt

Revisjonskriterier

Kvalitetsforskriftens §3 sier at kommunen skal utarbeide prosedyrer som søker å sikre at brukere opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, samt at brukeren skal kunne følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold.

Veileder IS 1201, Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, side 7 sier at ”Tjenestene skal leveres til rett tid”.

Vi har fokusert på følgende:

- Kommunens prosedyrer som nevnt i forskriften
- Brukere og pårørendes opplevde grad av punktlighet

Fakta

Vennesla kommune har ikke gjort egne definisjoner av begrepet forutsigbarhet. Kommunen opplyser til revisjonen at bruker skal bli varslet dersom tjenesteyter er betraktelig forsinket. Ved innvilgelse av tjenester blir et tilnærmet tidspunkt for ankomst til bruker tatt inn i kontrakten.

I tjenestebeskrivelsen for hjemmetjeneste som finnes på Vennesla kommunes nettsider opplyses det at hjemmesykepleien ikke kan gi noe bestemt tidspunkt for besøket, men at beskjed vil bli gitt telefonisk ved større forsinkelser.

Kommunen fører ikke noen statistikk for punktlighet.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Kommer pleierne til avtalt tid?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja, alltid	3	27	2	34
Ja, stort sett		20	3	82
Av og til	2	16	1	14
Nei, sjeldent eller aldri		6		6
Vet ikke		8		7
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

<i>Blir det gitt beskjed ved forsinkelser ?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja, alltid		3	1	13
Ja, stort sett		2	2	34
Av og til	2	8		17
Nei, sjeldent eller aldri	1	21	2	37
Har ikke opplevd forsinkelser	2	36		6
Vet ikke		7	1	36
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

En av fem spurte brukere og to av seks spurte pårørende oppgir at det sjelden eller aldri blir gitt beskjed ved forsinkelser. Samtidig viser to brukere til at de aldri har opplevd forsinkelser. En bør her ta hensyn til at det nok er individuelle forskjeller på hva som oppfattes som en uakseptabel forsinkelse og at revisjonens utgangspunkt på 30 min nok kan være vanskelig å se i forhold til en forsinkelse som oppstod for en tid tilbake.

<i>Sammenlikning med øvrige kommuner</i>		
<i>Resultat for samtlige kommuner under et (fordeling i prosent):</i>		
<i>Kommer pleierne til avtalt tid?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Ja, alltid	35	24
Ja, stort sett	26	57
Av og til	21	10
Nei, sjeldent eller aldri	8	4
Vet ikke	10	5
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>Blir det gitt beskjed ved forsinkelser ?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Ja, alltid	4	9
Ja, stort sett	3	24
Av og til	10	12
Nei, sjeldent eller aldri	27	26
Har ikke opplevd forsinkelser	47	4
Vet ikke	9	25
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

<i>Bedrekommune.no 2006 (skala 1-4)</i>	<i>Lav-høy</i>	<i>Snitt</i>	<i>Vennesla</i>
<i>Hvor fornøyd er du med...</i>			
Personalet kommer til rett tid?	2,9 – 3,9	3,4	3,6
Informasjon dersom det oppstår forsinkelser?	2,6 – 3,9	3,3	3,4
At personalet holder det de lover?	3,1 – 4,0	3,6	3,7

Vurdering og konklusjon

Vi har valgt å se kriteriene for dette punktet opp mot opplevd punktlighet

Ser vi på hele området omfattet av undersøkelsen under ett fremkommer det at et flertall av både brukere og pårørende mener pleierne alltid, eller stort sett alltid, kommer til avtalt tid. 8 % av brukerne og 4 % av de pårørende føler at de sjelden eller aldri kommer til avtalt tid. Nesten halvparten av de spurte brukerne oppgir at de aldri har opplevd forsinkelser.

I Vennesla mener flertallet av både brukere og pårørende at pleierne kommer til avtalt tid. To av fem brukere har svart ”av og til”.

Når forsinkelser først oppstår har to av seks pårørende svart at det sjelden eller aldri blir gitt beskjed ved forsinkelser. Tre av fem brukere har svart ”av og til” eller sjelden eller aldri.

Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har rutiner for varsling ved for sen ankomst og at tilnærmet tidspunkt for ankomst av hjelpen er tatt med i kontrakten med bruker. Statistikk over punktlighet hadde gitt kommunen god styringsinformasjon og burde vært tilgjengelig.

Det er vanskelig å vurdere hvor man skal legge listen for hva som er godt nok ut fra våre kriterier. Resultatene fra Vennesla avviker ikke i negativ retning sett i forhold til alle kommunene sett under ett og det er heller ikke kommet inn spesielt negative kommentarer. Resultatene fra bedrekommune.no trekker i samme retning som revisjonens egne funn.

2.4.2 Personer å forholde seg til

Revisjonskriterier

I Veileder IS 1201, ”Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene” s. 40 står det om ”Egen kontaktperson/primærsykepleier el.l.”, og ”Antall personer som yter hjelp til brukeren skal begrenses mest mulig. Hvor mange ulike ansikter må vedkommende forholde seg til?” Dette er imidlertid bare eksempler på punkter som kan være med på å sikre forutsigbarhet.

Vi har fokusert på følgende:

- kommunens rutiner for å begrense antall personer som yter tjenesten
- om kommunen praktiserer system med kontaktperson/primærkontakt
- brukere og pårørendes opplevelse av dette

Fakta

Vennesla kommune opplyser at alle brukere av hjemmesykepleie får tildelt en primær og sekundærsykepleier. Oppgavene er å stå for kartlegging av behov og se til at de foretas en helthetsvurdering. Kontaktpersonene skal også være nettverkskoordinator for brukeren og fungere som pårørendekontakt.

Revisjonen har også bedt kommunene om en uttalelse på rutiner/regelverk som måtte foreligge for å begrense antall ansikter bruker møter. Kommunen viser i sitt svar til at de er svært bevisst på denne problematikken og at det forsøkes ivaretatt i det daglige. Det er ikke nedfelt egne rutiner eller retningslinjer rundt dette.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Har du/den du er pårørende til en egen kontaktperson eller primærsykepleier å forholde deg til?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja og er svært godt fornøyd med ordningen	1	5	1	13
Ja og er fornøyd med det	1	3	2	27
Ja og er ikke noe særlig fornøyd med ordningen			1	5
Ja og er misfornøyd med ordningen				1
Nei, men skulle gjerne hatt en slik løsning	1	13		36
Nei, og føler heller ikke spesielt behov for slik løsning	2	54		35
Vet ikke		2	2	26
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

Resultatene fra samtalen med brukere viser at et flertall av de spurte ikke er klar over at det har en kontaktperson eller primærsykepleier. Ordningen ser derimot ut til å være bedre oppfattet av de pårørende. Også i en del andre kommuner har vi registrert usikkerhet hos både brukere og pårørende rundt hvorvidt de har en primærkontakt.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Synes du det er for mange forskjellige pleiere som kommer hjem til deg/den du er pårørende til?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 komuner</i>
Nei, er svært godt fornøyd slik det fungerer	2	44	1	17
Nei, er godt fornøyd slik det fungerer	1	12	4	60
Ja, er litt misfornøyd slik det fungerer	1	14	1	36
Ja, er svært misfornøyd slik det fungerer	1	7		18
Vet ikke / ikke besvart				12
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

Kommentarer fra brukere

- De har små stillinger og de blir mange å forholde seg til. Hadde en dag seks personer inne hos meg.

Flertallet både blant brukere og pårørende er fornøyd i forhold til hvor mange ulike ansikter bruker har å forholde seg til.

Det ble kommentert at brukere som er oppegående og kan snakke greit får flere vikarer hjem til seg enn mer reduserte brukere. Revisjonen antar dette skyldes et forsøk fra kommunen på å skåne de tyngste brukerne fra å måtte forholde seg til mange personer.

<i>Sammenlikning med øvrige kommuner</i>		
<i>Resultat for samtlige kommuner under ett (fordeling i prosent):</i>		
<i>Har du/den du er pårørende til en egen kontaktperson eller primærsykepleier å forholde deg til?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Ja og er svært godt fornøyd med ordningen	6	9
Ja og er fornøyd med det	4	19
Ja og er ikke noe særlig fornøyd med ordningen	0	3
Ja og er misfornøyd med ordningen	0	1
Nei, men skulle gjerne hatt en slik løsning	17	25
Nei, og føler heller ikke spesielt behov for slik løsning	70	24
Vet ikke	3	18
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>Syntes du det er for mange forskjellige pleiere som kommer hjem til deg/den du er pårørende til?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Nei, er svært godt fornøyd slik det fungerer	57	12
Nei, er godt fornøyd slik det fungerer	15	42
Ja, er litt misfornøyd slik det fungerer	18	25
Ja, er svært misfornøyd slik det fungerer	9	13
Vet ikke / ikke besvart	1	8
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Vurdering og konklusjon

Kommunene er ikke pålagt å bruke egen kontaktperson eller primærsykepleier, men det er nevnt som et moment i veilederen og vi har vurdert dette til å være en faktor i forhold til det med forutsigbarhet sammen med brukere og pårørendes oppfatning. Det vurderes derfor som positivt at Vennesla kommune har et system med primær og sekundærsykepleier.

For kommunene sett under ett ser vi at de pårørende i større grad enn brukerne ønsker seg en ordning med kontaktperson. Hele 70% av brukerne ser ikke behov for dette. Av de som har en slik ordning er det kun 3% som ikke er fornøyd.

Brukere i Vennesla deler seg tilnærmet på midten i spørsmålet om det er for mange ulike pleiere som kommer hjem til bruker, mens flertallet av de pårørende er godt fornøyd slik det fungerer.

Ser vi hele området under ett kommer det frem at brukerne vi har spurt virker mindre bekymret over antall ulike pleiere enn de pårørende. Det pekes i de fleste kommunene særlig på ferier og helger som en tid med mange ukjente pleiere. Brukerne i Vennesla er slik sett noe mer misfornøyd med antall ulike ansikter de møter enn brukerne i de andre kommunene.

Revisjonen har forståelse for at kommunen forsøker å skåne de tyngste brukerne fra å måtte forholde seg til mange ulike ansikter. Det er derimot lite heldig dersom dette medfører at de som er mer oppegående opplever svært mange ulike mennesker inn i sitt private hjem.

Revisjonen vil likevel råde kommunen til bedre å kommunisere ut ordningen med primærkontakt overfor brukere og pårørende. I tillegg vil vi tilrå å formalisere det man i dag gjør for å begrense antall ansikter i form av skriftlige rutiner.

2.5 Aktivisering

Sosialtjenestelovens §4-3 sier at ”De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp, etter § 4-2 bokstav a-d”

Sosialtjenestelovens § 4-2 sier at: ” De sosiale tjenestene skal omfatte

- praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrk personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker
- avlastingstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.
- Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker
- Lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid”

Sitat fra stortingsmelding nr. 25 s. 98 ” Regjeringen vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. En slik satsing vil kreve større tverrfaglig bredde i omsorgssektoren, med større vekt på sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Kommunen har plikt til å yte sosiale tjenester. Det innebærer blant annet å oppfylle det individuelle hjelpebehovet den enkelte har, og som utløser rett til tjenester etter lov om sosiale tjenester §4-3. Det vil si at kommunen har plikt til å yte et adekvat tjenestetilbud til de som ikke kan dra omsorg for seg selv eller er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp til å greie dagliglivets gjøremål.

Begrepet dagliglivets gjøremål må i denne sammenhengen forstås som mer enn rene omsorgsoppgaver. Dette gjelder også mulighet til å ta del i dagaktiviteter innen et visst omfang. Det fremgår også av formålsparagrafen hvor det står at loven skal bidra til at den enkelte får mulighet til en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre.

Etter forskrift om kvalitet i omsorgstjenestene er det ytterligere presisert at tjenester etter loven skal dekke grunnleggende behov. Grunnleggende behov skal etter forskriften dekkes gjennom tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter”

2.5.1 Trim eller annen fysisk aktivitet

Revisjonskriterier

I Rundskriv I – 5/2007 – Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud, står det blant annet: ”.....kreve større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på kulturtiltak, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid”

Sitat fra St.melding nr. 25 side 102: ”For hjemmeboende eldre bør tilbud om fysisk aktivitet gjerne bestå av et tilpasset treningsprogram til bruk for egentrening eller med instruktør, for å styrke muskler og grunnleggende motoriske ferdigheter”

Vi har fokusert på følgende:

- kommunens tilbud til hjemmeboende brukere
- brukere og pårørendes vurdering av tilbud om trim eller annen aktivitet

Fakta

Vennesla kommune viser overfor revisjonene til tilbud om fysisk aktivitet som finnes på dagsenteret i form av aktiviteter, fysio- og ergoterapi.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Tilbud om trim eller annen aktivitet?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja, svært fornøyd	1	8		5
Ja, godt		9	2	18
Ja, kunne vært bedre	1	9		6
Ja, for lite eller dårlig		2		3
Nei, men ønsker	1	10		29
Nei, og ønsker ikke	2	35	2	48
Vet ikke / ikke besvart		4	2	34
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

De av brukerne som har kommet med kommentarer har vist til at de mottar aktivisering i form av fysioterapi mens pårørende har nevnt tilbud om trim og rehabilitering. Ønske om mer fysioterapi ble nevnt.

Sammenlikning med øvrige kommuner

Resultat for samtlige kommuner under et (fordeling i prosent):

<i>Tilbud om trim eller annen aktivitet?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Ja, svært fornøyd	10	3
Ja, godt	12	13
Ja, kunne vært bedre	12	4
Ja, for lite eller dårlig	3	2
Nei, men ønsker	13	20
Nei, og ønsker ikke	45	34
Vet ikke / ikke besvart	5	24
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Vurdering og konklusjon

Nær halvparten av brukerne vi har spurt i alle kommunene sett under et ønsker ikke noe tilbud om trim eller fysisk aktivitet. Tilsvarende tall for de pårørende er på 34%. Mest interessant er det her å se på tallene for dem som ikke har noe tilbud og ønsker dette samt dem som vurderer tilbudet de får til å være for dårlig. For alle kommunene er det 16% av brukerne og 22 % av de pårørende som svarer dette. I tillegg er det relativt mange brukere som mener tilbudet kunne vært bedre.

I Vennesla er det en av fem spurte brukere som ønsker et tilbud som ikke får dette mens ingen av de pårørende har uttrykt dette. Vi har dermed ikke funn som tyder på at det ikke blir gitt et tilbud som krevd i kriteriene vi har benyttet.

2.5.2 Tilbud om aktiviteter, kultur og dagsenter

Revisjonskriterier

Forskriftens §3 sier at kommunen skal utarbeide prosedyrer som søker å sikre at brukeren får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

I Veileder IS 1201 s. 41 står det ”Tilbud om dagaktivitet, tilrettelagt dagtilbud” og videre samme side ”Alle skal ha et fritidstilbud hvis de ønsker det”

I Rundskriv I-5/2007 står det blant annet:

- ”Regjeringen understreker samtidig kommunenes plikt til å bidra til at mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp også får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre....”

- ”Et godt utbygd dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester i mange tilfeller kan bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Slike tilbud kan også være avgjørende avlastingstiltak for nære pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon”
- ” sosialtjenesten skal etter sosialtjenesteloven §3-1 arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. Dette innebærer ikke at kommunen alltid selv skal iverksette generelle aktivitetstiltak som fritidsklubber eller eldresenter, men at kommunen pålegges å ta aktivt del i arbeidet med å iverksette slike tiltak og bidra til at de er en naturlig del av ethvert lokalsamfunn.”

St.melding nr. 25 sier blant annet at:

- ”Dagtilbud gir avveksling, meningsfull aktivitet, sosial omgang og ikke minst normal døgnrytme for brukere”
- ”tilbud om dagsenter og kortidsopphold”
- ”Lovgivningen gir personer med behov for omsorgstjenester rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre”
- ”Tjenestemottakerne skal sikres et aktivt liv”
- ”bistand til å utnytte vanlig aktivitetstilbud eller utforming av særlige aktivitetstilbud som en del av tjenestetilbudet”
- ”Etablere velferds og aktivitetstiltak for eldre personer med nedsatt funksjonsevne og andre som har behov for det”
- ”kommunen har ansvar etter sosialtjenesteloven om å etablere velferds- og aktivitetstiltak for eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det”
- ”Kulturtiltak, musikk og den kulturelle spaserstokk er nevnt som eksempler”
- ”Hvilke forebyggende aktiviserings- og velferdstiltak kommunene tilbyr, som eldresenter mv, varierer ut fra lokale behov og forutsetninger. Enkelte kommuner driver selv slike tiltak mens andre tilbyr tiltak i samarbeid med andre, gjerne lokale frivillige organisasjoner. Tilbudene varierer derfor mye både i omfang og utforming. Departementet vurderer det derfor som lite hensiktsmessig å konkretisere hvilken form tiltakene skal ha,
- ”Eldresenter er et godt eksempel på allmennforebyggende tiltak som motvirker ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning”

I Innstilling S.nr. 52, dokument nr. 8:104, Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen står det: ”Alle som ønsker det skal få delta på dag- eller aktivitetstilbud” og videre ”Tilhørighet og mening med livet knyttes i stor grad opp til samvær med andre. I en slik sammenheng spiller eldresenter en stor og sentral rolle. Oppsøkende virksomhet for å fange opp isolerte eldre,, Generere og koordinere frivillig innsats er blant oppgaver som eldresentrene med tilhørende koordinatore kan fylle. Det vil gi eldre mennesker mulighet til å treffe andre...”

Vi har fokusert på følgende:

- Hva som finnes i kommunen av tilbud om aktivisering
- Brukere og pårørendes vurdering av tilbudet.

Fakta

Revisjonen har i utsendt faktaark til kommunen bedt om tilbakemelding på hva som finnes av aktivitetstilbud til eldre. Det ble da fra kommunens side vist til ulike tilbud beskrevet på kommunens hjemmesider som finner sted i kommunens dagsykehjem.

Dagsykehjemmet har som målsetting å gi et dagtilbud for slik å kunne forebygge økt hjelpebehov, la brukere bo hjemme så lenge som mulig og å avlaste pårørende. Tjenesten gies etter søknad til brukere som av helsemessige grunner ikke lenger kan bruke de øvrige tilbudene i kommunen. Tjenesten omfatter transport, aktiviteter og måltider.

Kommunen har også vist til at det finnes et dagsenter, men tilbudet her er rettet mot andre brukergrupper enn eldre.

Vennesla kommune har ikke noe tilbud i regi av frivillighetsentral pr i dag. Ulike humanistiske og kirkelige organisasjoner tilbyr derimot noen av de samme tjenestene.

Revisjonen har spurt brukere og pårørende om hvor fornøyd de er med det aktivitetstilbudet som blir gitt. Aktivitetstilbud er da beskrevet som tilbud om aktiviteter på dagtid av type eldretreff, dagsenter, aktivitetsstue, felles middager med mer.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Hvor fornøyd er du med det aktivitetstilbudet du/den du er pårørende til, får?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Svært godt fornøyd	2	15	2	13
Godt fornøyd		13		50
Litt fornøyd		6	1	14
Misfornøyd		6		8
Ønsker ikke tilbud om aktiviteter	3	35		35
Vet ikke		2	3	23
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

Som det fremkommer av tabellen ønsker et flertall av de spurte brukerne ikke noe slikt tilbud. De to som benytter tilbudet beskriver det som svært godt.

Det ble ikke gitt kommentarer i samtale med brukere eller på skjema fra pårørende rundt tilbud om aktiviteter.

Sammenlikning med øvrige kommuner

Resultat for samtlige kommuner under et (fordeling i prosent):

Hvor fornøyd er du med det aktivitetstilbudet du/den du er pårørende til, får?	Andel brukere	Andel pårørende
Svært godt fornøyd	19	9
Godt fornøyd	17	35
Litt fornøyd	8	10
Misfornøyd	8	6
Ønsker ikke tilbud om aktiviteter	45	24
Vet ikke	3	16
Totalt	100	100

Vurdering og konklusjon

Vi har forsøkt å vurdere de faktiske tilbudene samt brukere og pårørendes oppfatning mot kriterier for dette punktet.

For kommunene sett under ett svarer nær halvparten av de spurte brukerne at de ikke ønsker noe tilbud om aktiviteter og kun 8% at de er lite fornøyd med tilbudet som gis. Dette støttes til en viss grad av de pårørende der 25% svarer at det ikke er ønskelig med noe tilbud.

I Vennesla har over halvparten av brukerne vi har snakket med ikke noe ønske om aktiviteter. De to som har gjort seg opp noen mening er fornøyd. De pårørende som har gjort seg opp en mening er ikke misfornøyd, men "vet ikke"-andelen er stor.

Vennesla har tilbud om aktiviteter i dagsykehjem, men har ikke noen frivillighetssentral. Revisjonen vurderer det som positivt med dagsykehjemmet og da særlig at det er en pakke som inkluderer transport.

Tjenesten ytes kun etter søknad og det er slik fare for brukere med behov ikke får muligheten til å delta ettersom tilbudet er beregnet for brukere som ikke er i stand til å nyttegjøre seg andre tilbud som finnes i kommunen.

Ut fra vår spørreundersøkelse ser det likevel ikke ut til å foreligge et udekket behov for aktiviteter hos de eldre. Dette kan skyldes at de eldre ikke har behov for aktivisering fra kommunens regi, men kan også skyldes et tilbud som er lite tilpasset målgruppen.

2.5.3 Sosial kontakt og transport

Revisjonskriterier

Kvalitetsforskriftens §3 sier at kommunen skal utarbeide prosedyrer som sikrer at brukeren får dekket sine sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

I IS 1201, veileder, kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, side 7, står det ”Tjenestene skal være tilgjengelige”

I St.melding nr. 25 s. 103 står det ”Fylkeskommunene organiserer transporttjeneste (TT ordningen) for personer som vanskelig kan bruke ordinære kollektive transportmidler. Ordningen fungerer stort sett som en taxibasert individuell dør til dør transport..... TT transport prioriteres ut fra lokale forhold, innen rammen av de fylkeskommunale budsjetter. Derfor varierer tilbudet mellom fylkene”.

Vi har fokusert på følgende:

- brukere og pårørendes vurdering av om tjenesten tilpasses slik at bruker kan ha sosial kontakt med familie, venner og andre
- hva som finnes av transporttilbud i kommunen
- brukere og pårørendes vurdering av transporttilbud
- hvilke transporttilbud brukere og pårørende opplyser at blir benyttet.

Fakta

I spørsmålet under har vi spurt om hvordan det legges til rette for at bruker fortsatt kan opprettholde kontakt med familie, venner og annet. Eksempelvis kan spørsmålet omfatte om det gies hjelp til forberedelser og om det er fleksibilitet i når hjelperne kommer dersom bruker har andre aktiviteter.

Vennesla kommune viser til ordning med drosjetransport, TT-kort og elektriske kjøredoninger som tiltak for å bedre mobiliteten til eldre brukere. Kjøredoningene har begrensninger i forhold til transport over lengre strekninger.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Legges det til rette slik at du/den du er pårørende til, kan ha sosial kontakt med familie, venner og andre?</i>	<i>Antall brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Ja det legges svært godt til rette for kontakt	3	23	2	17
Ja det legges godt til rette for kontakt	1	22	2	40
Det legges bare delvis til rette for kontakt		3		16
Det legges ikke til rette, eller i svært liten grad til rette for kontakt	1	6	1	28
Ønsker ikke at det skal legges til rette		10	1	29
Vet ikke		13		13
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

Det er grunn til å tro at de pårørende har tolket dette spørsmålet noe ulikt og man skal derfor utvise forsiktighet ved vurdering av resultatet.

Kommentarer fra brukere

- Vanskelig å få hjelp...

TT-ordningen

TT-ordningen er en transporttjeneste for funksjonshemmede som ikke kan benytte ordinært rutegående transporttilbud. Ordningen er ment å komme i tillegg til transporttjenester som faller inn under folketrygden samt tilbud om transport knyttet til avlastning i institusjoner med mer. Tilbudet er ikke rettighetsbasert. Omfang fastsettes i fylkeskommunens ordinære budsjett.

Søknadene skal prioriteres strengt ut fra søkers funksjonsevne (se nærmere kriterier i reglementet). Kommunen har anledning til å innhente supplerende opplysninger fra andre sakkyndige med kjennskap til søkeren for eksempel innen dagtilbud, skole, hjemmetjenester og lignende.

Søknaden blir behandlet av helse- og sosialadministrasjonen i kommunen/ evt. en kommunal nemnd som sender melding om vedtak til den enkelte søker. De fleste kommuner samler opp søknader og behandler disse samlet pr. kvartal.

Det er satt et øvre tak på antall brukere i hver kommune tilsvarende 2 % av folketallet. Enkelte kommuner har derfor venteliste til ordningen.

Fra spørreundersøkelsen:

<i>Hva slags tilbud har du/den du er pårørende til når det gjelder transport?</i>	<i>Antall Brukere Vennesla</i>	<i>Antall brukere alle 14 kommuner</i>	<i>Antall pårørende Vennesla</i>	<i>Antall pårørende alle 14 kommuner</i>
Svært godt tilbud	4	34		8
Godt tilbud	1	25	2	15
Bare delvis tilbud		2		10
Ingen eller svært lite tilbud		3	1	16
<Vet ikke/ønsker ikke tilbud / ikke svart		13	3	94
<i>Totalt</i>	<i>5</i>	<i>77</i>	<i>6</i>	<i>143</i>

Mange pårørende har svart i kategorien vet ikke/ønsker ikke tilbud/ikke svart. Dette skyldes at spørsmålet er blitt misforstått.

<i>Hvordan skjer transporten?</i>	<i>Brukere Vennesla</i>	<i>Pårørende Vennesla</i>
Familie	3	
Drosje	3	4
Ansatte		
Annet		
Ikke svart		2
<i>Totalt</i>	<i>6*</i>	<i>6</i>

Årsaken til at det er flere svar enn antall spørreskjema for pårørende, er at noen har oppgitt flere måter som transport skjer på.

Sammenlikning med øvrige kommuner

Resultat for samtlige kommuner under et (fordeling i prosent):

<i>Legges det til rette slik at du/den du er pårørende til, kan ha sosial kontakt med familie, venner og andre?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Ja det legges svært godt til rette for kontakt	30	12
Ja det legges godt til rette for kontakt	29	28
Det legges bare delvis til rette for kontakt	4	11
Det legges ikke til rette, eller i svært liten grad til rette for kontakt	8	20
Ønsker ikke at det skal legges til rette	13	20
Vet ikke	16	9
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

<i>Hva slags tilbud har du/den du er pårørende til når det gjelder transport?</i>	<i>Andel brukere</i>	<i>Andel pårørende</i>
Svært godt tilbud	45	6
Godt tilbud	33	10
Bare delvis tilbud	3	7
Ingen eller svært lite tilbud	4	11
Vet ikke/ønsker ikke tilbud / ikke svart	15	66
<i>Totalt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Vurdering og konklusjon

For alle kommunene i undersøkelsen sett under ett ser vi at et flertall av brukerne mener det legges godt eller svært godt til rette for sosial kontakt med familie, venner og andre. Tilsvarende tall for de pårørende er noe lavere. Situasjonen i Vennesla ser ut til å være tilnærmet lik den for alle kommunene sett under ett.

For alle kommunene ser vi at brukerne er langt mer positive enn de pårørende når vi spør om en vurdering av tilbudet om transport. Den samme trenden gjelder også for Vennesla kommune.

Brukerne trekker frem familie og drosje som hovedkilde til transport.

Av totalt 11 personer revisjonen har forespurt er det bare en som har svart at det er "ingen eller lite" tilbud om transport. Selv om det er vanskelig å konkludere, siden andelen pårørende som ikke har svart er høy, finner ikke revisjonen avvik mellom kriteriene vi har benyttet og situasjonen i Vennesla kommune.

2.6 Revisjonens anbefalinger

Innenfor de områdene som er vurdert i denne undersøkelsen har revisjonen ikke funnet at tjenestetilbudet ikke er i henhold til krav i lov og forskrift. Anbefalingene under er tiltak som etter revisjonens vurdering kan være med å styrke kommunens pleie- og omsorgstjenester, uten at det betyr at dagens praksis ikke er i henhold til krav i revisjonskriteriene som er lagt til grunn i undersøkelsen.

- Kommunen bør kartlegge årsakene til høyt sykefravær i hjemmetjenestene og sette inn tiltak dersom dette skulle vise seg å være påkrevd.
- Ordningen med primærkontakt bør kommuniseres bedre ut til brukere og pårørende.
- Kommunen opplyser at de i dag søker å begrense antall pleiere brukere møter. Revisjonen vil anbefale at dette blir formalisert i form av rutiner og retningslinjer.
- Kommunen bør etablere et aktivitetstilbud til hjemmeboende eldre brukere som ikke krever vedtak etter søknad. Kommunen bør søke å trekke med brukere som av ulike årsaker foretrekker å sitte hjemme fremfor å delta på trim eller aktivitetstilbud. Mange uttrykker at de ikke ønsker slike tilbud. Dette kan både ha sin årsak i brukers helsesituasjon, men også i at tilbudet er lite tilpasset målgruppen.
- Etter revisjonen mening burde det vært en nyttig form for styringsinformasjon for både enheten og kommunene å føre statistikk over antall klager, vikarbruk samt punktlighet i forhold til oppmøte hos bruker.

3 Vedlegg, herunder kommunens tilbakemelding

3.1 Vedlegg 1: Kommunens tilbakemelding

Kristiansand Revisjonsdistrikt IKS
Serviceboks 417
4604 KRISTIANSAND S

Vår ref.: (oppgis ved henv.)
07/04482-4 / _;F20;&40

Deres ref.:

Vennesla, 02.10.2008

Svar på høring vedr. forvaltningsrevisjonsrapport "Kvalitet i hjemmetjenesten."

Det vises til ovenfor nevnte revisjonsrapport, datert 09.09.08.

Vi vurderer rapporten som grundig, interessant og nyttig i vårt arbeid med å gi gode og riktige tjenester til innbyggerne.

Rapporten stemmer i all hovedsak med vår oppfatning av kvaliteten i hjemmetjenestene i kommunen.

Forvaltningsrevisjonen viser at vi har noen forbedringsområder vi vil ta tak i, samtidig som vi ser at brukerne og de pårørende stort sett er fornøyde med de tjenestene som tilbys.

Vi vil kommentere følgende punkter:

1. På side 7 i rapporten står følgende: "Vennesla kommune svarer på spørsmål fra revisjonen at det er lett å rekruttere kvalifiserte ansatte". Det presiseres at dette utsagnet gjelder sykepleiere i faste stillinger. Vi vil også gjerne nevne at vi har hatt store utfordringer når det gjelder å rekruttere ledere til hjemmesykepleien.
2. På samme side står det at kommunen oppgir at det er et minimalt antall av årsverkene som blir utført av vikarer. Det presiseres at det i perioder brukes en del vikarer både eksterne, og ved at fast ansatte tar ekstra vakter.
3. Kriterier for å få trygghetsalarm (s. 12):brukeren eller pårørende melder behov for slik alarm. Behovet blir skjønnsmessig vurdert av saksbehandler i hjemmetjenesten. De som får avslag på kommunal trygghetsalarm får tilbud om å kjøpe en. De som kjøper egen alarm tar del i kommunens ordninger og rutiner for melding via trygghetsalarm.

4. På side 16 står "Fagenhet for pleie og omsorg" omtalt. Riktig navn på enheten som tildeler omsorgsbolig / tilrettelagt bolig i nedre del av Vennesla er "Enhet for hjemmetjeneste og rehabilitering" i øvre del av bygda ivaretas denne oppgaven av Hægelsheimen.
5. På side 17 står det at søknader om plass vurderes av et tiltaksteam. Begrepet som brukes er "inntaksteam". Teamet ledes av leder for "Enhet for hjemmetjeneste og rehabilitering"
6. Angående rehabilitering i Vennesla kommune er det riktig slik det rapporteres i Kostra at kommunen ikke har heldøgns plasser avsatt til rehabilitering. Kommunen har likevel et rehabiliteringsteam som dels jobber i sykehjemmene og dels hjemme hos brukerne.

Vi avventer den endelige rapporten, og vil takke revisjonen for en god analyse av hjemmetjenestene i Vennesla som vi vil benytte i vårt videre arbeid.

Med vennlig hilsen

Kristin Eidet Robstad
tjenestesjef

Kopi til:

3.2 Vedlegg 2: Kilder

Generelle kilder

- Lov av 19.11.82, nr 66 om helsetjenesten i kommunen (kommunehelsetjenesteloven)
- Lov av 13.12.91, nr 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven)
- Lov av 30.03.84, nr 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) §3.1 ledd
- Lov av 02.07.99, nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Forskrift av 20.12.02, nr 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften)
- Forskrift av 21.12.00, nr 1385 om pasientjournal (journalforskriften)
- Forskrift av 27.06.03, nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften)
- Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten (Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet, 2004)
- IS-1502, Veileder fra sosial- og helsedirektoratet 2007 ”Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? og bedre skal det bli!”
- IS-1201, Veileder fra sosial- og helsedirektoratet 2004, ”Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene”
- IS-1162, Veileder fra sosial- og helsedirektoratet 2005 ”..... og bedre skal det bli!, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten”
- Rundskriv I-6/2006, Helse- og omsorgsdepartementet, ”Presisering av regelverk for egneandelsbetaling for sosiale tjenester”
- Rundskriv I-5/2007 , fra regjeringen, ”Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud”
- Rundskriv U/7-2003, fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Stortingsmelding nr. 25, ”Mestring, muligheter og mening”
- Diverse artikler og publikasjoner fra www.ks.no
- Tall og statistikk fra www.ssb.no
- Dokument nr. 8:104, 2006-2007, om innføring av verdighetsgaranti i eldreomsorgen
- Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen, inst. S.nr. 52, 2007-2008, om innføring av verdighetsgaranti i eldreomsorgen
- www.bedrekommune.no
- Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten, mellom regjeringen og KS, fra 19.6.2006
- Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet – mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, fra 21.6.2007
- Diverse artikler og publikasjoner på www.shdir.no, blant annet artikkel fra 19.4.05 ”Kvalitet i tjenesten – Indikatorer fro å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene”

Kommunespesifikke kilder

Risør

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Risør kommune
- www.risor.kommune.no
- Utskrifter fra fagsystem for hjemmetjenesten i Risør kommune
- Folder: "Risør kommunes verdier – Verdidokument"

Grimstad

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Grimstad kommune
- www.grimstad.kommune.no
- Diverse utskrifter, oversikter, ansvarsopplisting/fordeling, og interne retningslinjer og prosedyrer innen hjemmetjenesten i Grimstad kommune
- Vedtak i helse-og sosialutvalget den 11.10.05 "Kriterier og standard på tjenester innen hjemmetjenesten i Grimstad kommune"
- Avtale mellom hjemmetjenesten Berge Grimstad kommune, fastlege og vitusapotek, Grimstad

Arendal

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Arendal kommune
- www.arendal.kommune.no
- Utskrifter fra fagsystem for hjemmetjenesten i Arendal
- Videreutvikling av omsorgstjenesten i Arendal, vedtatt av Arendal bystyre 8.mars 2007
- Strategiplan for utvikling av omsorgstjenestene 2006-200, Arendal kommune, vedtatt i bystyret 24.november 2005
- Saksfremlegg, Arkivsaksnr. 07/6427, løpenr. 53583/07, "Heltid/deltid statusrapport pr. 12.10.07"
- Brosjyre/Folder fra Tjenestekontoret i Arendal kommune,

Gjerstad

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Gjerstad kommune
- www.gjerstad.kommune.no
- Informasjon fra fagsystem for hjemmetjenesten i Gjerstad

Vegårshei

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Vegårshei kommune
- www.vegarshei.kommune.no
- Utskrift fra fagsystem for hjemmetjenesten i Vegårshei kommune
- Brosjyren ”Service erklæring, pleie og omsorgsavdelingen, Åpen omsorg, institusjonen og kjøkken/vaskeri/renhold”
- Diverse utskrifter og oversikter over interne retningslinjer og prosedyrer innen hjemmetjenesten i Vegårshei kommune

Tvedestrand

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Tvedestrand kommune
- www.tvedestrand.kommune.no
- Utskrift fra fagsystem for hjemmetjenesten i Tvedestrand kommune
- Diverse utskrifter og oversikter over interne retningslinjer og prosedyrer innen hjemmetjenesten i Tvedestrand kommune

Froland

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Froland kommune
- www.froland.kommune.no
- Utskrift fra fagsystem for hjemmetjenesten i Froland kommune
- Diverse utskrifter og oversikter over interne retningslinjer og prosedyrer innen hjemmetjenesten i Froland kommune

Lillesand

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Lillesand kommune
- www.lillesand.kommune.no
- Diverse utskrifter og oversikter over interne retningslinjer og prosedyrer innen hjemmetjenesten i Lillesand kommune
- Heftet ” Standard for tjenester i Pleie- og omsorgstjenesten i Lillesand kommune, hjemmebaserte tjenester”
- Heftet ”Omsorgsboliger er et tilbud Lillesand kommune har for eldre og yngre funksjonshemmede”

- Heftet "Standard for tjenester i Pleie- og omsorgstjenesten i Lillesand kommune, Syke- og aldershjemsavdelingene"
- Utskrift fra fagsystem for hjemmetjenesten i Lillesand kommune

Birkenes

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Birkenes kommune
- www.birkenes.kommune.no
- Informasjon fra fagsystem for hjemmetjenester i Birkenes kommune

Åmli

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Diverse møter, samtaler og e-poster med ansatte i Åmli kommune
- www.amli.kommune.no
- Retningslinjer for tildeling av hjelp, K 02/026, fra kommunestyret 25.04.02, Arkivsaksnr. 02/00217, arkivkode 049 F19
- Diverse utskrifter og oversikter over interne retningslinjer og prosedyrer innen hjemmetjenesten i Åmli kommune

Kristiansand

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Kristiansand kommunes internettsider: www.kristiansand.kommune.no
- Intranettsidene til Kristiansand kommune.
- Oppfølgingsspørsmål pr telefon og e-post med ansatte i kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere"
- Telefonintervju med enkelte pårørende
- Gjennomførte samtaler med brukere

Vennesla

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Vennesla kommunes internettsider: www.vennesla.kommune.no
- Oppfølgingsspørsmål pr telefon og e-post med ansatte i kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere

Songdalen

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Songdalen kommunes internettsider: www.songdalen.kommune.no
- Oppfølgingsspørsmål pr telefon og e-post med ansatte i kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Telefonintervju med enkelte pårørende

- Rapport fra Agenda Utredning & Utvikling: ”Songdalen kommune – Kostnadsgjennomgang” Rapport om potensialet for innsparing og bedre bruk av ressursene 2007
- Veileder for saksbehandling til tiltaksteamet i Songdalen kommune datert 25.11.1999.
- Plan for helse- og omsorgstjensten Songdalen kommune 2007 - 2010

Søgne

- Faktaark med vedlegg, utfylt av kommunen
- Søgne kommunes internettsider: www.sogne.kommune.no
- Oppfølgingsspørsmål pr telefon og e-post med ansatte i kommunen
- Mottatte spørreskjema fra pårørende til brukere
- Gjennomførte samtaler med brukere
- Telefonintervju med enkelte pårørende
- Årsmelding 2006 – enhet for hjemmetjenester

3.3 Vedlegg 3: Definisjoner Kostra-indikatorer

I denne rapporten er det benyttet en rekke indikatorer fra Kostra. Definisjonene på disse følger i dette vedlegget.

Hjemmetjeneste

Andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester

Indikatoren viser dekningen av hjemmetjenester for personer 80 år og over i prosent av tilsvarende aldersgruppe i kommunen, men tar ikke hensyn til alderssammensetningen av hjemmetjenestemottakerne eller hvilken type tjeneste de mottar.

Andel innbyggere 80år og over som mottar hjemmetjenester=(mottakere av hjemmetjenester 80 år og over / innbyggere 80 år og over pr. 31.12.) *100

Teller= Personer i aldersgruppene 80-84, 85-89 og 90 år og over som er registrert som mottakere av hjemmetjenester pr 31.12. Data hentet fra skjema 6 pkt 5a.

Nevner= Innbyggere i kommunen 80 år eller eldre pr 31.12. Data er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk.

Andel mottakere som får både praktisk bistand og hjemmesykepleie

Indikatoren viser mottakere som får både praktisk bistand og hjemmesykepleietjenester i prosent av alle mottakere av hjemmetjenester. Indikatoren tar ikke hensyn til alderssammensetningen blant mottakerne, mengden tjenester den enkelte får eller hvor lenge de har mottatt disse tjenestene.

Andel brukere som får både praktisk bistand og hjemmesykepleie=(Mottakere av både praktisk bistand og hjemmesykepleie / Mottakere av hjemmetjenester i alt)*100

Teller= Mottakere av hjemmetjenester registrert i kategorien "både praktisk bistand og hjemmesykepleie", alle aldersgrupper. Data er hentet fra skjema 6 pkt.5a.

Nevner= Mottakere av hjemmetjenester i alt.Data er hentet fra skjema 6 pkt.5a.

Andel hjemmeboere med høy timeinnsats

Data er hentet fra pkt 5 og 6 i KOSTRA skjema 6 og gjelder summen av spesielt ressurskrevende hjemmetjenestemottakere (hjemmesykepleie + praktisk bistand)i kommunen, definert som mottakere som krever mer enn 35,5 timer/uke sett i forhold til hjemmetjenestemottakere totalt.

Institusjon

Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over

Plasser i institusjon i alt= plasser i institusjon registrert pr 31.12 i rapporteringsåret i sykehjem, aldershjem eller boform med heldøgns omsorg. Beboere i barneboliger eller

avlastningsboliger er ikke inkludert. Data er hentet fra skjema 5 pkt 2 og 5.

Beregning:

$((\text{"Plasser i institusjoner"})/(\text{"Antall 80 år og over"}))*100$

Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester

Indikatoren viser plasser i institusjoner i prosent av alle mottakere av pleie- og omsorgstjenester ved utgangen av rapporteringsåret. Plasser i barneboliger og avlastningsinstitusjoner inngår i beregningene, og det er korrigert for utleie over kommune-/bydelgrenser.

$\text{Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester} = (\text{plasser i alt} / (\text{plasser i alt} + \text{mottakere av hjemmetjenester i alt}))*100$

Teller=plasser i institusjon registrert pr 31.12 i rapporteringsåret. Data er hentet fra skjema 5 pkt 2.

Nevner=plasser i institusjon + mottakere av hjemmetjenester i alt pr 31.12 i rapporteringsåret. Data er hentet fra skjema 5 pkt. 2 og pkt. 5 og skjema 6 pkt 5.

Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon

Indikatoren viser dekningsgraden i institusjoner for personer 80 år og over i prosent av tilsvarende aldersgruppe i befolkningen. Det tas ikke hensyn til om beboeren er innbygger i kommunen eller ikke. Dekningsgraden vil dermed kunne vise et for høyt tall i kommuner som selger plasser til andre kommuner.

$\text{Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon} = (\text{Beboere på institusjon 80 år og over} / \text{innbyggere 80 år og over})*100$

Teller=Personer i aldersgruppene 80-84,85-89 og 90 år og over som er registrert som beboere på institusjon pr 31.12. Data er hentet fra skjema 5, pkt 6.

Nevner=Innbyggere 80 år og over. Data hentet fra SSBs befolkningsstatistikk

Andel innbyggere 90 år og over som er beboere på institusjon

Indikatoren viser institusjonsdekningen målt i prosent for aldersgruppen 90 år og over, men tar ikke hensyn hvorvidt beboeren faktisk er hjemmehørende i kommunen eller ikke.

$\text{Andel innbyggere 90 år og over som er beboere i institusjon} = (\text{Heldøgnsbeboere i institusjon 90 år og over} / \text{Innbyggere 90 år og over pr. 31.12.})*100$

Teller= Heldøgnsbeboere i aldersgruppene 90 år og over i institusjon pr 31.12. Data er hentet fra skjema 5 pkt 6.

Nevner= Innbyggere 90 år og over. Data er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk.

Andel beboere 80 år og over i institusjon

Indikatoren viser beboere som er 80 år eller eldre i prosent av alle beboere i institusjoner ved utgangen av rapporteringsåret.

Andel beboere 80 år og over i institusjoner=(Beboere pr. 31.12. 80 år og over i institusjoner / beboere pr. 31.12. i kommunale institusjoner)*100

Teller= Beboere i aldersgruppene 80-84,85-89,90+ pr 31.12. Data er hentet fra skjema 5, pkt 6.

Nevner= Beboere i alt pr 31.12. Data er hentet fra skjema 5 pkt 6.

Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)

Indikatoren viser antall beboere i prosent av antall plasser i institusjoner (sykehjem, aldershjem boform m/ heldøgns omsorg) totalt i kommunen. Ekskludert barneboliger og avlastningsinst.

Teller: antall beboere på institusjon i kommunen (KOSTRA skjema 5 spml 6)* 100

Nevner: antall plasser i institusjon lokalisert i kommunen (KOSTRA skjema 5 spml 2).

Boliger til pleie- og omsorgsformål

Andel kommunalt eide omsorgsboliger

Indikatoren viser kommunalt eide omsorgsboliger i prosent av den totale mengden omsorgsboliger kommunen disponerer.

Andel kommunalt eide omsorgsboliger=(kommunalt eide omsorgsboliger/omsorgsboliger i alt)*100.

Teller=Omsorgsboliger bygget med oppstartingsstilskudd fra Husbanken som kommunen eier. Data er hentet fra Husbanken f.o.m. 2005-årgangen.

Nevner=Alle omsorgsboliger i kommunen som er bygget med oppstartingsstilskudd fra Husbanken. Data er hentet fra skjema 13.

Andel beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 80 år og over

Indikatoren viser personer 80 år og over som er registrert som beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål ved utgangen av året i prosent av personer som bor i boliger til pleie- og omsorgsformål totalt.

Andel beboere i bolig 80 år og over=(beboere i bolig 80 år og over / beboere i bolig i alt)*100

Teller= Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål, aldersgruppene 80-84, 85-89 og 90 år og over.Pr 31.12 i rapporteringsåret. Data er hentet fra skjema 6 pkt.8

Nevner=Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål, alle aldersgrupper.Pr 31.12 i rapporteringsåret. Data er hentet fra skjema 6 pkt.8

Andel beboere i bolig med heldøgns bemanning

Indikatoren angir andel beboere i bolig m/ heldøgns bemanning i forhold til beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål totalt.

Heldøgns bemanning innebærer at det er minst én ansatt tilstede i bygningen/bofellesskapet hele døgnet.

Data hentes fra KOSTRA skjema 6, p 8.

Beregning: ("Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning")
/("Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål i alt")*100

Ressursbruk pleie- og omsorg

Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter

Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av netto driftsutgifter i alt=(Netto driftsutgifter til funksjon 234,253,254,261,262/Netto driftsutgifter i alt)*100.

Teller=Netto driftsutgifter(kontoklasse 1,art(010-480)+art590+art([(600-895)-728]. Funksjon 234,253,254,261,262.Data er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Nevner=Netto driftsutgifter(kontoklasse 1,art(010-480)+art590-art(600-895). Alle tjenestefunksjoner. Data er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Fra 2002 inngår ikke funksjon 262 (botilbud utenfor institusjon) i beregningene. F. 262 er nå en del av f. 265 (kommunalt disponerte boliger).

Netto driftsutgifter pleie og omsorg pr innbygger 80 år og over

Indikatoren viser driftskostnadene til pleie og omsorg målt i kroner pr innbygger 80 år og over i kommunen etter at egenbetaling for tjenestene og øremerkete tilskudd fra staten og evt. andre direkte inntekter er trukket fra. De resterende utgiftene må dekkes av kommunens skatteinntekter, rammeoverføringer fra staten mv.

Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr innbygger 80 år og over= (Netto driftsutgifter til funksjonene 234+253+254+261+262 / antall innbyggere 80 år og over pr. 31.12) * 1000

Teller= Netto driftsutgifter(kontoklasse 1, artene(010-480)+a590-artene [(600-895)-728]. Funksjonene 234,253,254,261,262. Data fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Nevner= innbyggere 80 år og over hentet fra SSBs befolkningsstatistikk.

Teller multiplisert med 1000 gir indikator i kroner.

Fra 2002 inngår ikke funksjon 262 (botilbud utenfor institusjon) i beregningene. F. 262 er nå en del av f. 265 (kommunalt disponerte boliger).

Fordeling av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester – hjemmeboende brukere

Indikatoren viser driftskostnadene til kjernetjenester overfor hjemmeboende brukere i pleie og omsorg i prosent av totale driftskostnader i pleie og omsorg

Netto driftsutgifter til kjernetjenester overfor hjemmeboende brukere i prosent av netto driftsutgifter til pleie og omsorg
(Netto driftsutgifter til funksjon 254/Netto driftsutgifter til funksjon 234,253,254,261)*100.

Teller= netto driftsutgifter (kontoklasse 1, art (010-480)+art 590+art ([600-895]-728] Funksjon 254.Data er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Nevner=Netto driftsutgifter(kontoklasse 1,art(010-480)+art590-art(600-895). Funksjoner 234,253,254,261. Data er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Fordeling av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester – institusjoner

Indikatoren viser driftskostnadene til institusjoner i pleie og omsorg i prosent av totale driftskostnader i pleie og omsorg

Netto driftsutgifter til institusjoner i prosent av netto driftsutgifter til pleie og omsorg
(Netto driftsutgifter til funksjon 253,261/Netto driftsutgifter til funksjon 234,253,254,261)*100.

Teller= netto driftsutgifter (kontoklasse 1, art (010-480)+art 590+art ([600-895]-728] Funksjon 253,261.Data er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Nevner=Netto driftsutgifter(kontoklasse 1,art(010-480)+art590-art(600-895). Funksjoner 234,253,254,261. Data er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Ressursbruk, enhetskostnader

Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av kommunale pleie- og omsorgstjenester

Indikatoren viser driftsutgiftene inkludert avskrivninger ved egen tjenesteproduksjon korrigert for dobbeltføringer som skyldes viderefordeling av utgifter(internkjøp) mv. Indikatoren viser dermed enhetskostnadene ved den aktuelle tjenesten.

Korrigerte brutto driftsutgifter pr.bruker av kommunale pleie og omsorgstjenester=(Korrigerte driftsutgifter til funksjonene 234,253,254,261,262 / (mottakere av hjemmetjenester pr 31.12 + antall plasser i kommunale institusjoner pr 31.12)) *1000

Teller= Korrigerte brutto driftsutgifter(kontoklasse 1, art(010-290)+a420+a590-a690-a710-a729-a790), funksjonene 234, 253,254,261,262. Dataene er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner

Nevner= Mottakere av hjemmetjenester, pkt 5 skjema 6 + totalt antall plasser i kommunale institusjoner, pkt 2 skjema 5

Teller multiplisert med 1000 gir indikator i kroner.

Beregning:

$$\left(\frac{\text{"Korrigerte brutto driftsutgifter, pleie og omsorg"}}{\text{"Mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester"}}\right) * 1000$$

Fra 2002 inngår ikke funksjon 262 (botilbud utenfor institusjon) i beregningene. F. 262 er nå en del av f. 265 (kommunalt disponerte boliger). Fra 2004 inngår funksjon 234, slik at tallene for 2004 ikke er direkte sammenlignbare tidligere år.

Øvrige tall fra Kostra

Andel beboere på tidsbegrenset opphold

Indikatoren viser heldøgnbeboere som er skrevet inn for korttidsopphold i prosent av alle innskrevne heldøgnbeboere pr 31.12.

$$\text{Andel heldøgnbeboere på korttidsopphold} = \frac{\text{Heldøgnbeboere innskrevet for korttidsopphold}}{\text{heldøgnbeboere innskrevet i alt}} * 100$$

Teller=Heldøgnbeboere innskrevet for korttidsopphold pr 31.12. Data er hentet fra skjema 5 pkt.7.

Nevner= Heldøgnbeboere innskrevet i alt pr 31.12. Data er hentet fra skjema 5 pkt 7.

Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold

Indikatoren viser antall plasser avsatt til tidsbegrenset opphold (tidl. korttidsplasser) i prosent av antall plasser i institusjon totalt (sykehjem, aldershjem, boform m/ heldøgn omsorg). Det er ikke korrigert for evt. utleie. Ikke inkludert barneboliger og avlastningsinst.

Teller: antall plasser avsatt til tidsbegrenset opphold (KOSTRA skjema 5 p 3) * 100

Nevner: antall plasser totalt lokalisert i kommunen (KOSTRA skjema 5 p 2)

Andel plasser avsatt til rehabilitering / habilitering

Indikatoren viser plasser i skjermede enheter i prosent av alle institusjonsplasser i kommunen pr 31.12

$$\text{Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering} = \frac{\text{plasser avsatt til rehabilitering/habilitering}}{\text{Institusjonsplasser lokalisert i kommunen i alt}} * 100$$

Teller= Plasser avsatt til rehabilitering/habilitering. Data er hentet fra skjema 5 pkt 3.

Nevner= Institusjonsplasser lokalisert i kommunen i alt (både private og kommunale). Data er hentet fra skjema 5, pkt 2.

Andel plasser i skjermet enhet for aldersdemente

Indikatoren viser plasser i skjermede enheter i prosent av alle institusjonsplasser i kommunen pr 31.12

Andel plasser i skjermet enhet for aldersdemente= (Plasser i skjermet enhet for aldersdemente/Institusjonsplasser lokalisert i kommunen i alt)*100

Teller= Plasser i skjermet enhet for aldersdemente. Data er hentet fra skjema 5 pkt 3.

Nevner= Institusjonsplasser lokalisert i kommunen i alt (både private og kommunale). data er hentet fra skjema 5, pkt 2.

Netto driftsutgifter til aktivisering pr innbygger 67 år og over

Indikatoren viser driftskostnadene målt i kroner pr innbygger 67 år og over etter at egenandeler og øremerkete tilskudd fra staten og ev. andre direkte inntekter er trukket fra. De resterende utgiftene må dekkes av kommunens skatteinntekter, rammeoverføringer fra staten mv.

Netto driftsutgifter til aktivisering pr. innbygger 67 år og over=(Netto driftsutgifter,funksjon 234 / innbyggere 67 år og over pr. 31.12)*1000

Teller=netto driftsutgifter(kontoklasse 1, art(010-480)+a590-art[(600-895)-728]. Funksjon 234. Data er hentet fra kommuneregnskapet i 1000 kroner.

Nevner= Innbyggere 67 år og over. Data er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk.

Teller multiplisert med 1000 gir indikator i kroner.

Andel årsverk med fagutdanning i brukerrettet tjeneste

Andel avtalte årsverk i brukerrettet tjeneste av personer med fagutdanning.

Teller:Avtalte årsverk av sysselsatte i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester (KOSTRA-funksjon 234, 253 og 254) med relevant fagutdanning

Nevner:Avtalte årsverk totalt av sysselsatte i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester (KOSTRA-funksjon 234, 253 og 254) , inkl. årsverk av personer uten spesifisert utdanning eller yrke.

Begrepsavklaringer

Avtalte årsverk:

Ansatte som har inngått skriftlig arbeidsavtale om ansettelse utover 1 uke uavhengig av stillingsstørrelse registreres i NAVs Arbeidstaker-arbeidsgiverregister (Aa-reg). Både personer med fravær og deres eventuelle vikarer inngår i avtalte årsverk med sin avtalte arbeidstid.

Personell med fagutdanning:

Helse- og sosialfaglige utdanninger defineres gjennom Sosial- og helsedirektoratets og Statistisk sentralbyrås arbeid med register for helse- og sosialpersonell. I tillegg er enkelte andre fagutdanninger inkludert fordi de er relevante ut fra tjenestemottakerens behov (f. eks. pedagog).

Brukerrettede funksjoner:

Med brukerrettede funksjoner menes arbeid utført av de som jobber direkte med mottakere av helse- og sosialtjenestene i kommunene, samt de som saksbehandler og fatter vedtak om helse- og sosialtjenester. Her omfattes ansatte innen pleie- og omsorgstjenester i kommunene innen KOSTRA-funksjon 234 (aktivisering av eldre og funksjonshemmede), 253 (institusjoner for eldre og funksjonshemmede) og funksjon 254 (pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende). Årsverk av personer uten spesifisert utdanning eller yrke inkluderes i nevneren fordi det antas at disse utøver brukerrettede funksjoner.