



Helse- og omsorgstjenestene i «nye Lindesnes kommune»

RAPPORT 4. FEBRUAR 2018

MANDAL, LINDESNES OG MARNARDAL KOMMUNE

OPPDRAGSGIVER: Mandal, Lindesnes og Marnardal kommune

RAPPORT NR: R1020197

RAPPORTENS TITTEL: Helse- og omsorgstjenestene i «nye Lindesnes kommune»

ANSVARLIG KONSULENT: Rune Holbæk

KVALITETSSIKRET AV: Per Schanche

FORSIDEBILDE: Shutterstock.com

DATO: 04.02.2018

Forord

Agenda Kaupang har bistått Marnardal, Lindesnes og Mandal kommune med å lage en framtidig helsemodell for «nye Lindesnes kommune». Fokuset i gjennomgangen har vært på organisering, kostnadsnivå og framtidige behov inkludert behov for nybygg. Arbeidet har blitt utført i nær dialog med ledere og sentrale ansatte i helse- og omsorgstjenestene i Marnardal, Lindesnes og Mandal kommune.

Prosjektet har vært organisert med en styringsgruppe med de tre kommunalsjefene i Helse og velferd, høsten 2017. Vi takker for konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse på intervjuer, på arbeidssamlingen på Lindesnes Havhotell 10–11. oktober og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til Jon Buestad i Lindesnes som har vært kontaktperson, og som har bidratt til koordinering av arbeidet.

Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Rune Holbæk, Hege Askestad, Per Schanche og Astrid Nesland, med førstnevnte som ansvarlig konsulent.

Stabekk 4. februar 2018
Agenda Kaupang

Innhold

1	Sammendrag	5
2	Mandat og metode	12
2.1	Mandat	12
2.2	Metode og prosjektorganisering.....	12
3	Demografi og framtidig behov	15
3.1	Demografisk utvikling	15
3.2	Fremtidig behov for tjenester	17
3.3	Fremtidig behov for årsverk	18
3.4	Utvikling av tilbudet til personer med demens	19
4	Saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester	23
4.1	Dagens organisering	24
4.2	Profesjonell saksbehandling er avgjørende for kvalitet og styring.....	25
4.3	Dimensjonering/årsverk til saksbehandling.....	27
4.4	Tildelingsutvalg	30
4.5	Oppsummering saksbehandling	31
4.6	Saksbehandling og tildeling av tjenester i «nye Lindesnes kommune» - ulike alternativer...	31
4.7	Agenda Kaupangs anbefaling	35
5	Boligtrapp - en helhetlig boligpolitikk for eldre.....	36
5.1	Formål og metode	36
5.2	Plasser og dekningsgrader	37
5.3	Boligtilbud for eldre i de nordiske landene	39
5.4	Korttidsplassenes betydning	41
5.5	Fremtidig behov for døgnplasser	42
5.6	Alternative utviklingsbaner	44
5.7	«nye Lindesnes» bør videreføre planene om å bygge et felles helsebygg med korttidsplasser og omsorgsboliger	46
5.8	Rendyrk hele Lindesnes omsorgssenter som omsorgsboligsenter og samlokaliserer langtidsplassene på sykehjem i Mandal og Marnardal	47
5.9	Grep som «nye Lindesnes» bør gjennomføre for at flere eldre skal kunne klare seg selv lengst mulig aktive i egen bolig	48
5.10	Organisering av hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenesten i den nye kommunen....	52
5.11	Organisering av rehabilitering med fysio- og ergoterapitjenesten	57
6	Helse og omsorgstjenester til brukergruppen psykisk utviklingshemmede mv.	60
6.1	Dagens tjenestetilbud for målgruppen	60
6.2	Sammenlikning med andre – omsorgsprofil.....	61

6.3	<i>Anbefalinger for videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene i «nye Lindesnes kommune».....</i>	67
6.4	<i>Organisering av tjenestene i den nye kommunen</i>	69
7	Tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusarbeid	73
7.1	<i>Dagens tjenestetilbud i de tre kommunene.....</i>	74
7.2	<i>Framtidige behov for ulike boliger til personer med psykiske helse- og rusproblemer.....</i>	75
7.3	<i>Organisering av tjenestene i den nye kommunen</i>	76

1 Sammendrag

Agenda Kaupang har bistått Marnardal, Lindesnes og Mandal kommune med å lage en framtidig helsemodell for «nye Lindesnes kommune». Fokuset i gjennomgangen har vært på organisering, kostnadsnivået på tjenestetilbudet og framtidige behov inkludert behov for nybygg,

Basert på vår vurdering på disse områdene, ønsker kommunen anbefalinger til organisering av helse- og omsorgstjenesten i «nye Lindesnes kommune» som vil fremme effektivitet og kvalitet, og ta nødvendig hensyn til framtidige utfordringer (morgendagens tjenester og behov). Tjenester innen barn og unge, legetjenester, barnevern og sosiale tjenester har ikke vært en del av denne gjennomgangen med unntak av tjenester til barn og unge med psykisk utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelser.

Konklusjonene i den eksterne analysen

- ▶ «nye Lindesnes kommune» blir fra 01.01.2020 en stor kommune i norsk sammenheng, med ca. 23 000 innbyggere (pr. 01.01.2017)
- ▶ Helse og omsorg er totalt sett den største sektoren i den nye kommunen med ca. 600 årsverk bare innen pleie- og omsorgstjenestene. Gjennomgangen viser at pleie og omsorg er et prioritert område og at «nye Lindesnes kommune» i 2016 ville hatt forholdsvis høye utgifter ført under pleie og omsorg i KOSTRA, sammenlignet med kommuner med tilsvarende størrelse.
- ▶ Pleie- og omsorgstjenestene i «nye Lindesnes» yter tjenester til alle typer brukere, i henhold til bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. Brukerne kan grovt sett deles inn i tre grupper:
 - Eldre, fysisk funksjonshemmede og somatisk syke under 67 år (76 % av driftsutgiftene)
 - Mennesker med psykisk utviklingshemming mv. (19 % av driftsutgiftene)
 - Mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser (5 % av driftsutgiftene)
- ▶ Kommunene har noe ulik profil på omsorgstrappen til de ulike brukergruppene. Lindesnes og Marnardal satser enda mer på hjemmebasert omsorg enn Mandal foreløpig har klart.
- ▶ Andelen av nettoutgiftene som blir brukt på institusjon er i 2016 på 39 %, noe som er betydelig lavere enn landet som helhet, hvor andelen av de totale kostnadene innen pleie og omsorg lå på 44 %. For landet som helhet har andelen blitt redusert hvert år siden 2009. I de kommunene som satser mest på hjemmebasert omsorg i Norge, er andelen som blir brukt på institusjon på rundt 20 %.
- ▶ «nye Lindesnes kommune» har relativt høye utgifter knyttet til hjemmetjenester. Dette skyldes blant annet en høy satsing på omsorgsboliger med heldøgns bemanning i Lindesnes (6% av netto driftsutgifter). Analysene viser høy prioritering av ambulante hjemmetjenester til eldre og somatisk syke i alle tre kommunene, og andel årsverk innenfor den ambulante hjemme-tjenesten i «nye Lindesnes» ligger over gjennomsnittet i sammenlikningskommunene.
- ▶ «nye Lindesnes kommunes» samlede brutto driftsutgifter, ført under pleie og omsorg i KOSTRA til barn og unge (psykisk utviklingshemmede mv.), er relativt lave i forhold til sammenlikningskommunene. Hovedvekten av utgiftene overfor denne brukergruppen er knyttet til avlastning i bolig. Andel brukere totalt sett innenfor denne brukerkategorien er lavere enn snittet i sammenlikningskommunene.
- ▶ «nye Lindesnes kommune» sine brutto driftsutgifter til psykisk utviklingshemmede over 18 år er også lavere enn snittet i sammenlikningskommunene. Analysene viser at det er store forskjeller på kostnadsnivået mellom de tre kommunene. Utgiftene til denne brukergruppen er i hovedsak knyttet til tjenester i boligene. Marnardal har høye utgifter til dette formålet, mens både Lindesnes og Mandal har lavere utgifter enn sammenlikningskommunene. Utgiftene til dag- og

aktivitetstilbud ligger i det øvre sjiktet. Andel brukere totalt sett innenfor denne brukerkategorien ligger tilnærmet snittet for sammenlikningskommunene.

- Det er en stor variasjon i hva de tre kommunene bruker av utgifter på tjenester innen psykisk helse og rus, definert som pleie og omsorg i KOSTRA. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til voksne, fordi utgiftene til barn er overført til helsestasjon for Lindesnes i 2017. Hovedvekten av brukerne mottar ulike ambulante og forebyggende tiltak, og kun en liten andel mottar bistand i form av tjenester i bolig med personell.
- Folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet for 2017 viser at «nye Lindesnes» vil ha utfordringer når det gjelder høy andel unge uføretrygdede, kvinner som røyker, høy forekomst av unge og andre med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten, høy bruk av antibiotika og lav vaksinasjonsdekning.
- Alle tre kommunene scorer pr. i dag veldig bra på nasjonale kvalitetsindikatorer i «Kommunebarometeret» på pleie og omsorg, og tilsvarende dårlig innen helsetjenestene. Lindesnes kom i 2017 på 7. plass innen pleie og omsorg, Marnardal på 38. plass og Mandal på 86. plass, av over 420 kommuner.

Nytenkning i helse og omsorg er nødvendig for å møte framtidens behov

- Statistisk sentralbyrå (SSB) antar at folketallet i «nye Lindesnes» vil øke med ca. 20 % fram til 2040, til over 27 400 innbyggere. Alderssammensetningen vil endre seg mye, med betydelig flere av de eldste eldre (over 80 år). Prognosene viser en økning i antall eldre over 67 år, på 42 % fram til 2030. Det er beregnet at 733 personer vil ha en type demenssykdom i 2040. Dette er nesten en dobling fra dagens estimerte antall.
- Demografiske endringer gjør at tjenestebehovet i pleie og omsorg er forventet å øke med ca. 93 % fram til 2040, basert på en videreføring av dagens praksis. De øvrige store sektorene i kommunen, som barnehage og grunnskole, er forventet å ha en vekst på ca. 7 %.
- Tjenestebehovet i pleie og omsorg vil øke med ca. 14 % fram mot 2024 dersom dagens praksis videreføres. Tilsvarende tall for grunnskole og barnehage er under 5 %.
- I dag er det ca. 600 årsverk i pleie og omsorg. I 2030 vil det være behov for rundt 900 årsverk og i 2040 mer enn 1000 årsverk med dagens dekningsgrad.
- I «nye Lindesnes» hadde 12,7 % av alle eldre over 80 år plass på sykehjem i 2016. For landet som helhet var tilsvarende andel på 13,6 %.
- I 2016 tilbød «nye Lindesnes» boliger med bemanning hele døgnet til 4,6 % av alle eldre over 80 år. For landet som helhet var tilsvarende andel på 3,6 %.
- Dekningen i de tre kommunene for heldøgns omsorgsplasser til eldre over 80 år er totalt på linje med landet som helhet.
- Med en videreføring av dagens dekningsgrad på omsorgsplasser, med heldøgns omsorg til 211 innbyggere, vil det i 2040 være et behov for et tilsvarende tilbud til 442 brukere.
- Skal «nye Lindesnes kommune» klare å møte de framtidige utfordringer på en bærekraftig måte, må kommunen vri innsatsen ytterligere til mer hjemmebasert omsorg og ha riktige tjenester og tilstrekkelig kapasitet i hele omsorgskjeden. Dette betyr økt satsing på hjemme-sykepleie, aktivitetstilbud og flere tilrettelagt boliger med mulighet for heldøgns bemanning.
- Samhandlingsreformen og primærhelsemeldingen fører til at flere av innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester skal ivaretas i kommunene. «nye Lindesnes» har de siste årene fått ansvaret for nye pasientgrupper og brukere med mer komplekse behov for rehabilitering. Denne utviklingen er forventet å øke de nærmeste årene og vil stille store krav til organisering, samhandling og prioritering av ressurser.
- Agenda Kaupangs analyser fra gjennomgangen i Lindesnes kommune i 2017 viser at «nye Lindesnes kommune» allerede innen få år vil få en sterk økning i behov for ulike typer boliger til

mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. Dette er brukere som vil ha behov av tjenester i bolig, dag-, aktivitet-, arbeid- og avlastningstilbud. Det gjør at kommunen må tenke smart fremover, og at arbeidet med å rigge fremtidige helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen må igangsettes og prioriteres.

- Befolkningsveksten i «nye Lindesnes» er de første årene størst i aldersgruppen 67–79 år. Dette gir både mulighet for flere ressurser inn i det frivillige arbeidet og vil utfordre dagens tradisjonelle tankesett og tjenestetildeling. Behovet for godt forebyggende og helsefremmende arbeid for denne aldersgruppen vil øke dersom kommunen skal hindre at «de unge eldre» skal belaste omsorgstjenestene mer enn nødvendig. Veksten i denne aldersgruppen vil også gi et økt behov for kurative tjenester innen muskel/skjelettlidelser. Samtidig vil behovet for rehabiliterende tjenester øke i takt med økende antall eldre.

Effektiviseringspotensial

En høy prioritering av tidlig innsats og ulike tjenester til hjemmeboende er helt avgjørende for å møte framtidens behov, for at flere skal mestre eget liv og klare seg selv i egen bolig, i tråd med prinsippet om beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet).

«nye Lindesnes» bør framover tilby en større del av sitt heldøgntilbud i form av omsorgsboliger med personalbase og fellesareal for å unngå å bygge flere sykehjemsplasser i kommunen. Boligene bør ha en lavere enhetskostnad enn dagens sykehjemsplasser på ca. kr 953 000 (netto driftsutgifter i 2016 for «nye Lindesnes kommune»), for eksempel maksimalt kr 700 000 pr. plass. En bred satsing på innføring av velferdsteknologi og utnyttelse av synergier med den ambulante hjemmetjenesten kan innebære et bedre tilbud til den enkelte og innsparinger for kommunen. Anbefalingen vår er at en del av utbyggingen skjer i form av et nytt helsebygg i Mandal med alle korttidsplassene for behandling og rehabilitering i den nye kommunen, legekantor, legevakt, ambulansestasjon og sykepleiepoliklinikk med fokus på behandling og rehabilitering.

Bemanningsutgiftene utgjør erfaringsmessig 80–90 % av de totale driftskostnadene ved en heldøgns omsorgsplass, jf. KOSTRA 2016. Måten man kan benytte bemanningen og kompetansen på vil derfor være helt avgjørende for de årlige driftskostnadene og bør være helt avgjørende for kommunens valg av framtidige løsninger.

I tillegg bør kommunen utvikle en mer tverrfaglig rehabiliteringskultur med utgangspunkt i hjemmetjenesten. På denne måten vil kommunen kunne redusere behovet for tjenester høyt i omsorgstrappen og unngå for stor vekst i hjemmebaserte tjenester ved å utvikle vedtak hvor brukerne selv kan få hjelp til å mestre eget liv.

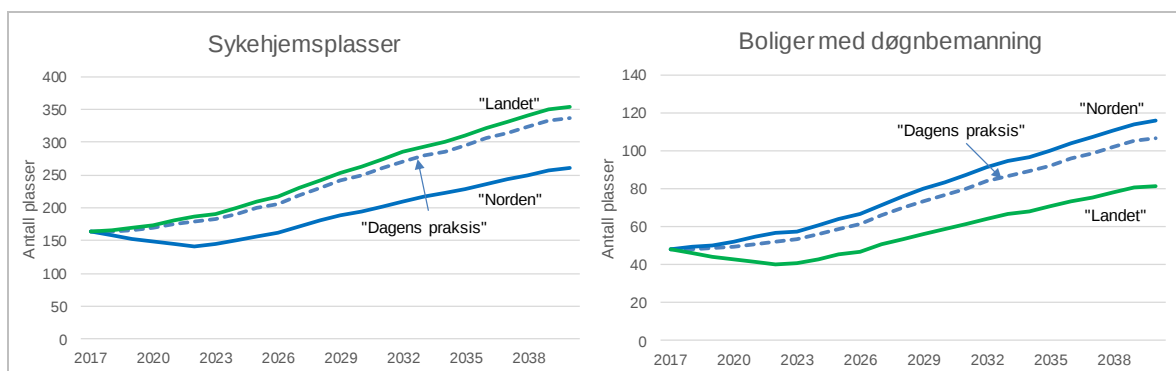
Skal den nye kommunen klare å utnytte ressursene bedre innen tjenester til mennesker med utviklingshemning, er det behov for å se bygg og tjenestetilbudet mer i sammenheng. Videre kan det være nødvendig å redusere antall driftsenheter med smådriftsulemper. Et styrket dag- og aktivitetstilbud vil kunne redusere kommunens samlede utgifter.

Ved å samle alle helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer i en felles døgnbasert virksomhet, tror vi at den samlede ressursbruken vil kunne benyttes mer effektivt til å møte veksten i behov de nærmeste årene. Målet med denne satsingen er å unngå at behovet for boliger med heldøgns bemanning vokser slik at hovedparten av ressursene kan gå til tidlig innsats, forebygging og lavterskeltilbud.

Oppsummeringen av våre anbefalinger til nybygg for de ulike brukergruppene i «nye Lindesnes»

1) Planlegg en framtidig dekningsgrad fram mot 2040 basert på det «nordiske» alternativet

Vi anbefaler at «nye Lindesnes kommune» planlegger en framtidig dekningsgrad fram mot 2040 basert på det «nordiske» alternativet i beregningene våre, utdypet i eget kapittel i denne rapporten. Her er det lagt til grunn en samlet dekning for korttids- og langtidsplasser sykehjem på 9,3 % i 2022. For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 5 % i 2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av Norden. Dekningen som vi anbefaler på sykehjem i 2022 er på linje med de kommunene i Norge med lavest dekning i 2016. I alternativ «Norden» vil det ikke bli behov for flere langtidsplasser på sykehjem før om ti år.



Figur 1-1 Fremskrevet antall personer med tilbud på sykehjem og i boliger med døgnbemanning for 2017–2040 i tre ulike alternativ

Denne anbefalingen om å satse på nordisk nivå på dekningsgraden for innbyggerne over 80 år framover skiller seg fra tilsvarende utredninger gjort for Mandal¹ og Lindesnes kommune vinteren 2016 og våren 2017. Her var anbefalingene en høyere total dekningsgrad på henholdsvis 20 % i Mandal og 18 % for Lindesnes. Våre nye, litt tøffere anbefalinger, skyldes i all hovedsak at utviklingen stadig går i retning av å vri innsatsen ytterligere mot hjemmebaserte tjenester og fordi «nye Lindesnes» vil ha større handlingsrom, buffer og stordriftsfordeler når det gjelder dagens totale bygningsmasse. «nye Lindesnes kommune» bør i tillegg jobbe aktivt for å styre innbyggernes forventninger mot at de selv har ansvaret for å skaffe sin egen tilpassede bolig. Vi tror en slik helhetlig strategi fram mot 2040 vil kunne redusere behovet for sykehjemsplasser. Samtidig vil det skape en vekst i behovet for flere omsorgsboliger og seniorvennlige leiligheter/«plussleiligheter» med mulighet for personalbase og heldøgns bemanning. Denne utbyggingen bør skje i tett samarbeid med aktører i det private markedet.

Nye Lindesnes kommune bør i årene fremover satse på å gi gode hjemmebaserte tjenester, samlokalisere korttidsplassene for behandling og rehabilitering og bygge flere boliger med mulighet for heldøgns bemanning. På denne måten vil behovet for sykehjemsplasser og investeringer framover holdes på et lavt nivå (Alternativ Norden). Behovet for plasser tilrettelagt for heldøgns bemanning øker sterkest etter 2025, når de store etterkrigskullene etter hvert blir over 80 år.

Ved inngangen til 2017 er det i bruk 163 plasser på sykehjem og 47 plasser i boliger med heldøgns bemanning. I 2030 vil det med det nordiske alternativet totalt være behov for 278 plasser.

2) Bygg bokollektiv på Vigeland

Agenda Kaupangs analyser fra Lindesnes viser at kommunen allerede innen få år vil få en sterk økning i behov for ulike typer boliger til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser.

¹ Situasjonsrapport helse og omsorg i Mandal kommune, januar 2017

Dette er brukere som vil ha behov av tjenester i bolig, aktivitets-, arbeids- og avlastningstilbud. Det gjør at kommunen må tenke smart fremover, og at arbeidet med å rigge fremtidige helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen må igangsettes og prioriteres. Vi anbefaler at det i samarbeid med kommunene legges til rette for at det bygges et bokollektiv for minimum 8 personer på Vigeland, med personalbase.

3) Bygg et Helsebygg i Mandal som samler alle korttidsplassene i den nye kommunen

Anbefalingen vår er at en del av utbyggingen av framtidig behov for institusjonsplasser og omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning, skjer i form av et nytt helsebygg i Mandal. Vi anbefaler at alle korttidsplassene for behandling og rehabilitering i den nye kommunen, legekontor, legevakt, ambulansestasjon og sykepleiepoliklinikk med fokus på behandling og rehabilitering, legges til dette helsebygget. Vi tror en slik satsing vil redusere behovet for å bygge langtidsplasser i årene etter 2025. Anbefalingene fra rapporten vinteren 2016 var på minimum 36 korttidsplasser og 40 omsorgsboliger, alternativt 44 korttidsplasser og 48 omsorgsboliger.

4) Rendyrk hele Lindesnes omsorgssenter som omsorgsboligsenter og samlokaliserer langtidsplassene på sykehjem i Mandal og Marnardal

Når vi ser det på det samlede behovet til «nye Lindesnes kommune», anbefaler vi at man snarest mulig rendyrker hele Lindesnes omsorgssenter som omsorgsboligsenter og samlokaliserer langtidsplassene på sykehjem i Mandal og Marnardal.

Anbefalingene fra sist utredning i Lindesnes kommune² var å bygge ut omsorgssenteret i et medium alternativ med 20 nye heldøgns omsorgsplasser og ny base for hjemmetjenesten og aktivitetssenter i tre etasjer. «Isaksen-tomten» ved rundkjøringen benyttes til nybygg og utvidelse av virksomheten på Lindesnes omsorgssenter. I og med at den kraftige veksten først kommer i 2030-2040 og helsebygget med korttidsplasser og omsorgsboliger bør bygges snarest mulig, anbefaler vi at et eventuelt nybygg først er innflyttingsklart fra 2030. Vi tenker fortsatt at LOS kan ha et utvidet tjenestetilbud og omsorgsboliger til mennesker med demens i alle faser av sykdomsforløpet, både når det gjelder ordinære omsorgsboliger og bofelleskap med personell, avlastningsplasser for pårørende og dag- og aktivitetstilbud.

Vi mener videre at «nye Lindesnes kommune» bør bygge opp et kompetansesenter for somatiske langtidsplasser og skjermede demensplasser i dagens sykehjemslokaler i Mandal og Marnardal når nytt helsebygg tas i bruk. Marnardal har pr i dag en institusjon som er godt tilrettelagt for personer med demens med egen sansehage. Sykehjemmet i Mandal må bygges om slik at det sikrer hensiktsmessig drift for å kunne ivareta de aktuelle pasientgruppene. Lokalene for avdeling 2 og 3 er de mest bemanningseffektive enhetene, og bør videreføres. De andre lokalene vurderes å være lite egnede for effektiv drift, spesielt i forhold til behovet for nattevakter og at videre drift i dagens bygningsmasse vil kreve betydelige oppgraderinger og investeringer.

5) Mandal kommune bør «kjøpe» ubrukt kapasitet av institusjonsplasser på Marnardal omsorgssenter allerede fra 2018 og under hele byggeprosjektfasen av nytt helsebygg

6) «nye Lindesnes kommune» bør bygge opp et felles boligtilbud med personell tilstede hele døgnet for personer med psykiske helseplager

De tre kommunene har pr. i dag ikke et tilbud om bolig med heldøgns bemanning for denne brukergruppen, noe som er ganske uvanlig for kommuner med samme størrelse som «nye Lindesnes». Mandal har pr. 31.12.2016 12 boliger uten bemanning, men med personalbase 300 meter fra boligene. Dersom behov for boliger med bemanning hele døgnet oppstår, bør disse 12

² Lindesnes kommune - Grunnlagsdokument for plan kommunale boliger og helsebygg 2018–2028

boligene bemannes opp i «Nye Lindesnes kommune» for å sikre stordriftsfordeler, et godt fagmiljø og effektiv drift. Personalbasen bør utnyttes til å betjene ambulante brukere.

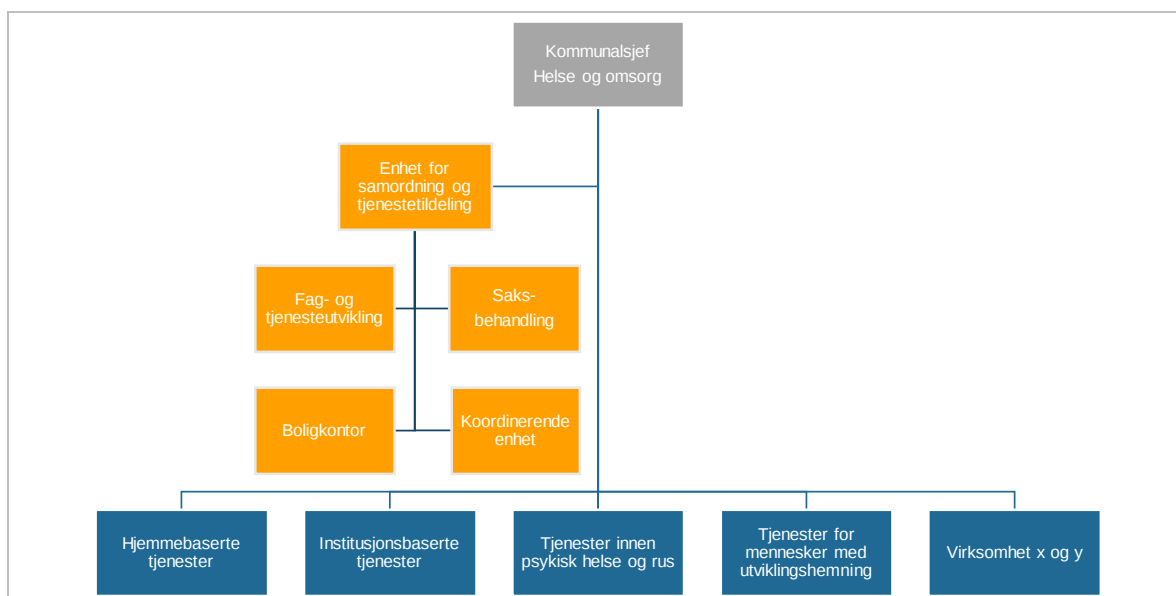
Aktivitetstilbudet for psykisk syke bør etableres ett sted i den nye kommunen. Lavterskeltilbud som for eksempel tiltak i regi av Friskliv og mestring, KID/KIB-kurs etc. bør prioriteres videre.

Anbefalinger til tjenesteorganisering av helse- og omsorgstjenestene i «nye Lindesnes kommune»

I mandatet er Agenda Kaupang bedt om å gi anbefalinger til organisering av helse- og omsorgstjenesten i «nye Lindesnes» kommune som vil fremme effektivitet og kvalitet, og ta nødvendig hensyn til fremtidige utfordringer. Hovedstrategien for å møte morgendagens behov for tjenester bør være å legge til rette for at personer med behov for helse- og omsorgstjenester kan bo hjemme lengst mulig og sørge for at det framover bygges demensvennlige boliger, som en del av en helhetlig boligpolitikk for eldre, framfor flere institusjonsplasser. I figuren og punktene nedenfor oppsummerer vi hovedtrekkene i vårt helhetlige forslag til ny organisasjonsmodell for å underbygge en slik strategisk satsing. Ulike forslag med vår detaljerte anbefaling finnes under beskrivelsene av de enkelte brukergruppene i denne rapporten.

Kjerneoppgavene i NAV, barnevernstjenesten, helsetjenestene og tjenester til barn og unge er ikke blitt vurdert og er ikke en del av mandatet i denne utredningen (virksomhet x og y).

Uavhengig av valg av modell anbefaler vi en kommune på «nye Lindesnes» sin størrelse å profesjonalisere og sentralisere mottak og behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester ved å etablere en felles enhet for samordning og tjenestetildeling som også inkluderer koordinerende enhet og boligforvaltning og fag- og tjenesteutvikling. Denne enheten mener vi bør plasseres direkte under kommunalsjef helse- og omsorg.



Figur 1-2 Anbefalt organisasjonsmodell i helse og omsorg

Enhet for samordning og tjenestetildeling

Anbefalingen er å samle all saksbehandling og tildeling av tjenester innen Helse og omsorg i en felles enhet. Dette inkluderer ledelse av kommunens tildelingsutvalg bestående av sentrale ledere i den nye kommunen. Enheten bør også ivareta funksjonen som koordinerende enhet i kommunen. I tillegg anbefaler vi den nye kommunen å legge forvaltningsoppgaver knyttet til kommunale

boliger, inkludert omsorgsboliger og husbankens virkemidler, inn under samme funksjon som håndterer saksbehandling og tildeling av helse og omsorg. Enheten bør også ha overordnet ansvar for fag- og tjenesteutvikling, systematisk kvalitetsforbedring og utviklingsarbeid innen fagområdet. Dette inkluderer drifts- og lederstøtte når det gjelder effektive fagsystemer, oppfølging av sentrale styringsindikatorer og bistand til vridningen til mer hjemmebasert omsorg gjennom en bred innføring av velferdsteknologiske løsninger og hverdagsrehabilitering. Dette er i stor grad slik dagens Lindesnes kommune allerede har organisert sin tjeneste. Vi anbefaler å legge faglige rådgivere og stabsfunksjoner i helse og omsorg inn som en egen avdeling.

Hjemmebaserte tjenester

- ▶ Arbeidslag som egne fagteam innen geriatri/somatikk, palliasjon og demens
- ▶ Korttidsplasser for behandling og rehabilitering
- ▶ Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud til somatisk syke og personer med psykiske helseproblemer og rusproblematikk
- ▶ Egen rehabiliteringsavdeling i hjemmetjenesten som ivaretar innbyggernes behov for rehabilitering og som inkluderer fysio- og ergoterapitjenesten, hjelpemiddellager og hjelpemiddelformidling. Avdelingen skal samarbeide med de øvrige tjenestene om å yte helsefremming og hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, rehabilitering i hjemmet, dag-/døgntilbud i institusjon.
- ▶ Omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning
- ▶ Dag- og aktivitetstilbud
- ▶ Frisklivs- og mestringstilbud («Frisklivsentral»)

Institusjonsbaserte tjenester

- ▶ Langtidsplasser til somatisk syke og personer med demens
- ▶ Faste rullerende avlastningsplasser, med fokus på pårørende for personer med demens
- ▶ Matproduksjon og kafédrift («sørge for ansvar»)
- ▶ Vaskeritjenester («sørge for ansvar»)

Tjenester for psykisk helse og rus til voksne over 18 år

- ▶ Psykisk helsetjeneste inkludert psykolog for voksne brukere
- ▶ Døgnbaserte hjemmetjenester til målgruppen
- ▶ Omsorgsboliger med stedlig bemanning
- ▶ «Housing First» – egen metodikk for å bosette bostedsløse
- ▶ Trygghetsplass – brukerstyrt seng
- ▶ Dag- og aktivitetstilbud («Inn på Tunet», «Fyrlyset», «Jobben» mv)

Tjenester for mennesker med utviklingshemning

Samle alle helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemning-/utviklingsforstyrrelser, uavhengig av alder, i en felles virksomhet. Dette vil si avlastning, tjenester i bolig (inkludert barnebolig), ambulerende miljøarbeidertjeneste, dag- og aktivitetstilbud mv.

2 Mandat og metode

2.1 Mandat

Agenda Kaupang skal bistå Marnardal, Lindesnes og Mandal kommune med å lage en framtidig helsemodell for «nye Lindesnes» kommune.

- ▶ Oppdragsgiver ønsker en rapport som viser en anbefalt modell for framtidig organisering av helse- og omsorgstjenestene fram til 2040, med fokus på de første 10 årene.
- ▶ Fokuset i gjennomgangen skal være på organisering, kostnadsnivå på tjenestetilbudet og framtidige behov, inkludert behov for nybygg.

Tjenester innen barn og unge, legetjenester, barnevern og sosiale tjenester har ikke vært en del av denne gjennomgangen.

2.2 Metode og prosjektorganisering

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt i tre hovedfaser høsten 2017:

- ▶ Fase 1 – kartleggingsfasen
- ▶ Fase 2 – ekstern analyse
- ▶ Fase 3 – utarbeidelse av forslag til organisasjonsmodeller

Dette prosjektet har omfattet kartlegging, analyser og vurderinger samt en utviklingsfase av ulike modeller for ny tjenestestruktur og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Gjennomføring av vedtatte forslag til endringer ligger utenfor prosjektet.

Denne rapportens innhold er kvalitetssikret og utviklet i samarbeid med en egen styringsgruppe, som har hatt fire møter i løpet av høsten 2017. Resultatet av analysene ble presentert på en arbeidssamling på Lindesnes Havhotell 10–11. oktober, med over 50 sentrale ledere og tillitsvalgte i helse- og omsorgstjenestene i de tre kommunene.

Styringsgruppen har hatt fire møter høsten 2017 og har bestått av:

- ▶ Heidi Henanger Haven, kommunalsjef helse og velferd i Mandal.kommune
- ▶ Kjell Rune Olsen, konstituert rådmann i Marnardal kommune
- ▶ Jon Buestad, helse- og omsorgssjef i Lindesnes kommune
- ▶ Rune Holbæk, rådgiver Agenda Kaupang

Fase 1 – kartleggingsfasen

I kartleggingsfasen har vi dannet oss et bilde av status i driftssituasjonen ved helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Kartleggingen har inkludert besøk på sykehjemmene, i boligene og lokaler som benyttes til formål innenfor helse og omsorg i «nye Lindesnes» kommune.

Det er gjennomført enkle kartleggingsintervju med berørte ledere og ressurspersoner i tjenestene. Registerdata, regnskapstall og data innhentet gjennom intervjuer danner grunnlaget for våre vurderinger og anbefalinger i analyse- og tiltaksfasen.

Denne rapporten er basert på følgende datakilder

- ▶ *KOSTRA, tilrettelagt i databasen til Agenda Kaupang:* Situasjonen i «nye Lindesnes» er sammenlignet med andre kommuner. Utvalget av kommuner er ellers gjort i dialog med styringsgruppen

- ▶ *Informasjon fra aktuelle tilgjengelige statistikker*
- ▶ *Agenda Kaupangs egen detaljanalyse for pleie- og omsorgstjenestene (database):* Utvalget av kommunene i denne analysedelen baserer seg på kommuner Agenda Kaupang har arbeidet med tidligere
- ▶ *Skriftlig informasjon fra kommunen:* regnskap 2016, budsjett 2016, økonomiplan og årsmelding
- ▶ *Muntlig informasjon fra ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester:* Det er foretatt intervjuer med sentrale ledere og ressurspersoner i kommunene kombinert med befaringene

Fase 2 – ekstern analyse

Denne delen av arbeidet er gjort som en ekstern ekspertvurdering. Agenda Kaupang har evaluert kommunens tjenester med vekt på kostnadsnivå, organisering og tjenesteprofil.

- ▶ *Kostnadsnivå:* Netto driftskostnader for pleie og omsorg i «nye Lindesnes» i 2016 er sammenlignet med andre kommuner i KOSTRA. Vi har behovskorrigert regnskapene slik staten gjør det ved tildeling av rammetilskudd i statsbudsjettet. Vi har grovsjekket regnskapet før analyse (pensjonsføring, administrasjonsutgifter, tilskudd til ressurskrevende tjenester). Kostnadsforskjeller er forsøkt forklart ved å sammenligne volum/dekningsgrad, enhetspris og egenbetaling. Vi har dessuten fordelt nettoutgiftene mellom de tre store brukergruppene, for å få et mer presist bilde enn det som framkommer når alle brukerne ses under ett. Tjenestene til eldre, mennesker med psykisk utviklingshemming og mennesker med psykisk og/eller rusrelaterte lidelser er i stor grad uavhengig av hverandre, og bør analyseres hver for seg. Vi har også sett på kvalitet i tjenesten, basert på 2017-data samlet inn i Kommunekompasset fra Kommunal Rapport, eneste samlede og årlige kvalitetsmåling av kommunale tjenester for tiden
- ▶ *Organisering:* Helse- og omsorgstjenesten bør ha en organisering som fremmer effektivitet og nytenkning og sikrer «en dør inn» til kommunens tjenestetilbud
- ▶ *Tjenesteprofil:* Kommunen bør ha en profil på tjenestene i tråd med LEON-prinsippet (lavest effektivt omsorgsnivå). Det vil si hjemmebasert og mestringsorientert. Vi har innhentet data om kommunens omsorgstrapp for hver brukergruppe. Vi har sammenlignet dagens tilbud med de behov kommunen sannsynligvis står overfor i årene framover, spesielt veksten i antall eldre

Analysene vi benytter ligger i eget vedlegg til denne rapport - analyser av dagens tjenesteprofil og framtidig behov for tjenester i Lindesnes, Mandal og Marnardal som utgangspunkt for en presis dialog.

Fase 3 – utarbeidelse av forslag til organisasjonsmodeller

Basert på analysen og våre vurderinger, se eget vedlegg til denne rapporten, har Agenda Kaupang utarbeidet forslag og anbefalinger til nye organisasjonsmodeller som vil fremme effektivitet og kvalitet, og ta nødvendig hensyn til fremtidige utfordringer. Utredningen har resultert i en rapport som er kvalitetssikret av styringsgruppen.

Begreper brukt i rapporten

- *Heldøgns omsorg:* Statistikken utarbeidet av SSB omfatter tilbud i institusjon og boliger med personell hele døgnet. Tilbud gitt i private hjem, av stiftelser og i boliger med en beboer blir ikke regnet med. Statistikken bygger på SSB sine krav til personalbase, som ikke er de samme som tilsvarende krav fra Husbanken. Offisiell statistikk gir altså ikke utfyllende bilde.
- *Omsorgsboliger:* Boliger hvor kommunene har mottatt tilskudd fra Husbanken. Det finnes ikke offentlig statistikk etter denne definisjonen.
- *Boliger med bemanning:* SSB bruker dette begrepet, som omfatter boliger med og uten tilskudd fra Husbanken. Det skilles mellom boliger med bemanning hele eller deler av døgnet. For kommunen vil det være viktig med baser med mulighet for en fleksibel bemanning som kan tilpasses hvordan brukernes behov varierer over tid.
- *Egen bolig:* Boliger som beboeren selv eier. Beboerne kan motta hjemmetjenester.

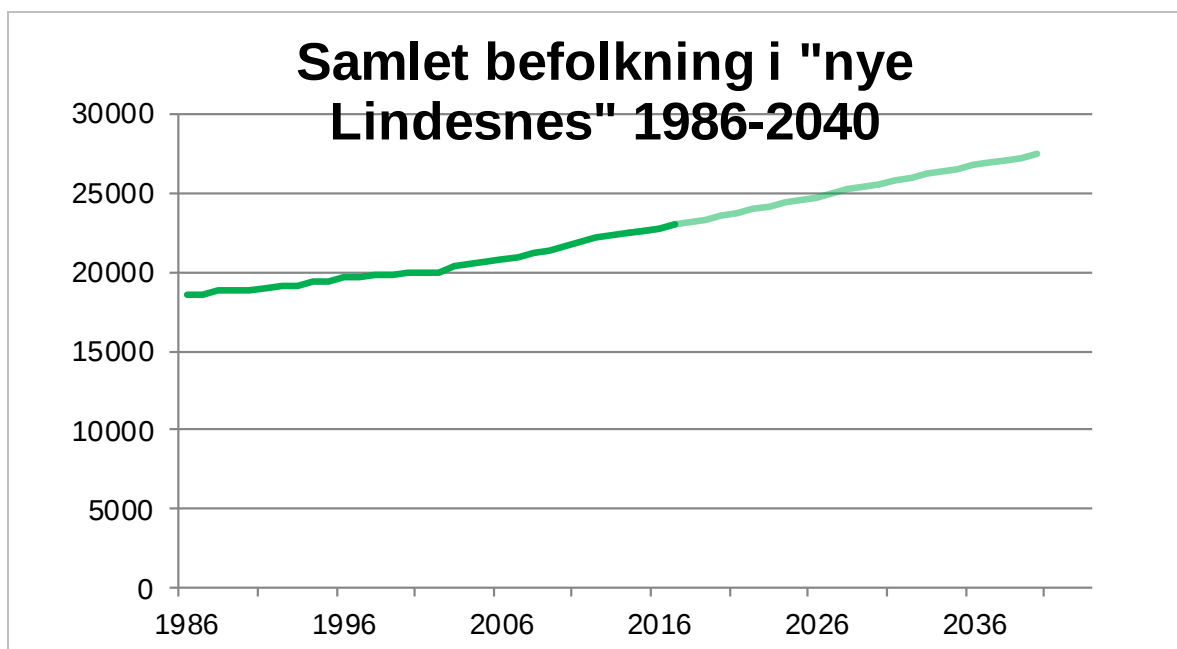
3 Demografi og framtidig behov

3.1 Demografisk utvikling

Figurene som følger viser registrert utvikling for perioden 1986–2016 og fremskrevet utvikling for perioden 2016–2040. Framskrivningen er utarbeidet av SSB. Denne framskrivningen bygger på en videreføring av registrerte trender for flytting, og for dødelighet og fruktbarhet.

Flyttingen til kommunen er blant annet avhengig av antall boliger som blir bygget. Framskrivningen til SSB omfatter ingen analyse av fremtidig boligbygging eller hvordan boligbyggingen påvirker flyttingen for ulike aldersgrupper. En økning i boligbyggingen vil kunne gi høyere innflytting enn i framskrivningen til SSB. Andre faktorer som vil kunne gi ytterligere befolkningsvekst, enn prognosene tilsier er ny veiutbygging av E39 og nytt Agder fengsel i Mandal fra 2020 med 96 plasser inkludert administrasjon.

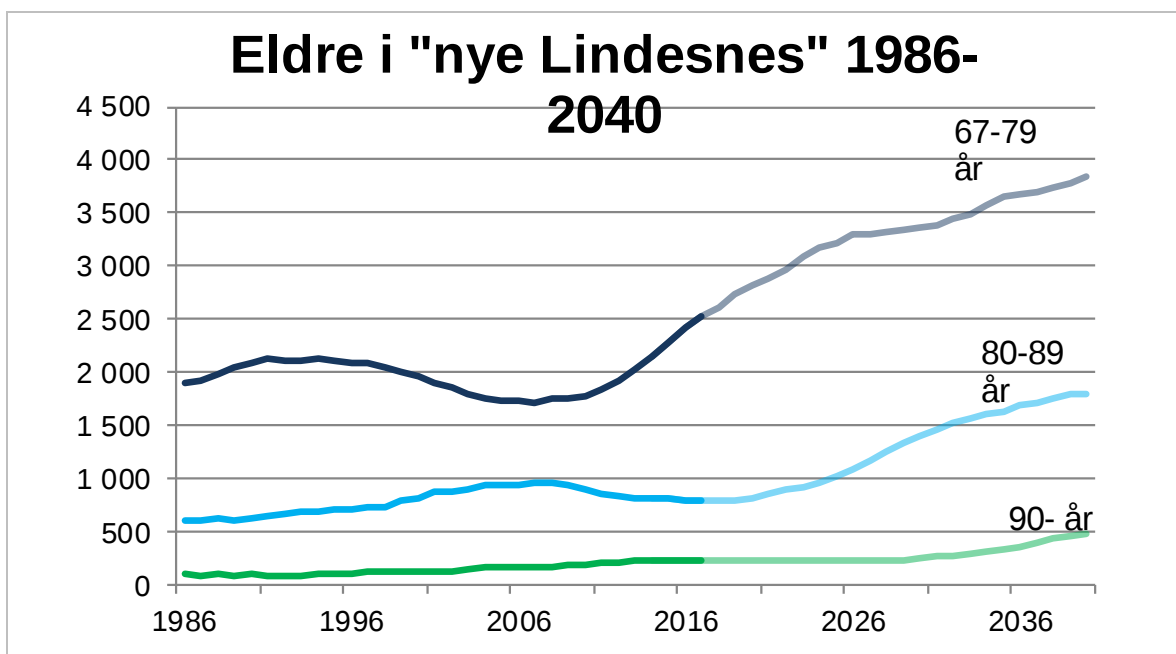
Resultatene for den nye kommunen er vist i figuren under.



Figur 3-1 Antall personer i «nye Lindesnes» 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2017 og fremskrevet utvikling 2017–2040. Kilde: Alternativ MMM til SSB

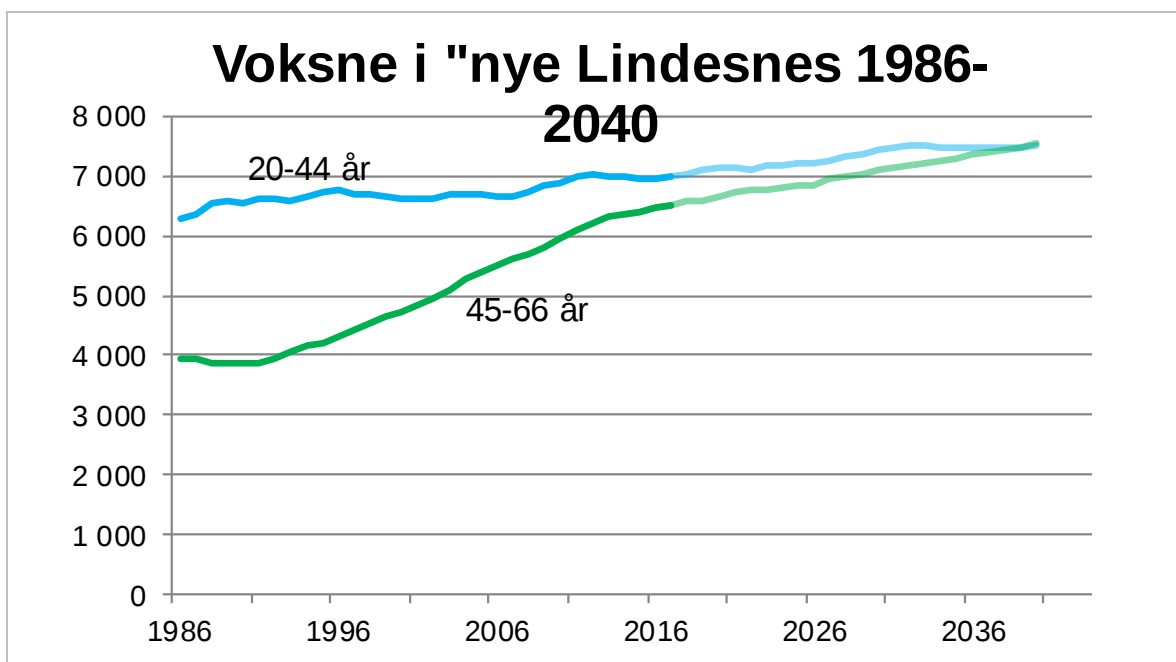
Ved inngangen til 2017 bodde det rundt 23 000 personer i «nye Lindesnes», jf. figuren over. Siden 1986 har folketallet økt med rundt 4 500 innbyggere. Framskrivningen til SSB viser at «nye Lindesnes» kommune vil få en ytterligere økning på rundt 4 500 nye innbyggere innen 2040.

Utviklingen for de eldre innbyggerne er vist i neste figur.



Figur 3-2 Antall eldre over 67 år i «nye Lindesnes» 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2017 og fremskrevet utvikling 2017–2040. Kilde: Alternativ MMM til SSB

«Nye Lindesnes kommune» vil få en sterk vekst for alle de eldste aldersgruppene i perioden frem til 2040, jf. figuren over. For tiden er det gruppen mellom 67 og 79 år som vokser sterkest. Antall eldre over 80 år får en relativt sterk vekst på 2020-tallet, og veksten blir mer enn doblet frem til 2040. På 2030-tallet vil det bli en vekst i gruppen over 90 år.



Figur 3-3 Antall voksne mellom 20 og 66 år i «nye Lindesnes» 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2017 og fremskrevet utvikling 2017–2040. Kilde: Alternativ MMM til SSB

De siste 30 årene har det vært en økning i antall voksne mellom 45 og 66 år, mens det har vært en mer moderat økning for voksne mellom 20 og 44 år (jf. figuren over). I 2040 vil størrelsen på de to gruppene være på samme nivå.

Flyttingen til kommunen er blant annet avhengig av antall boliger som blir bygget. Framskrivningen til SSB omfatter ingen analyse av fremtidig boligbygging eller hvordan boligbyggingen påvirker flyttingen for ulike aldersgrupper. En økning i boligbyggingen vil kunne gi høyere innflytting enn i framskrivningen til SSB.

3.2 Fremtidig behov for tjenester

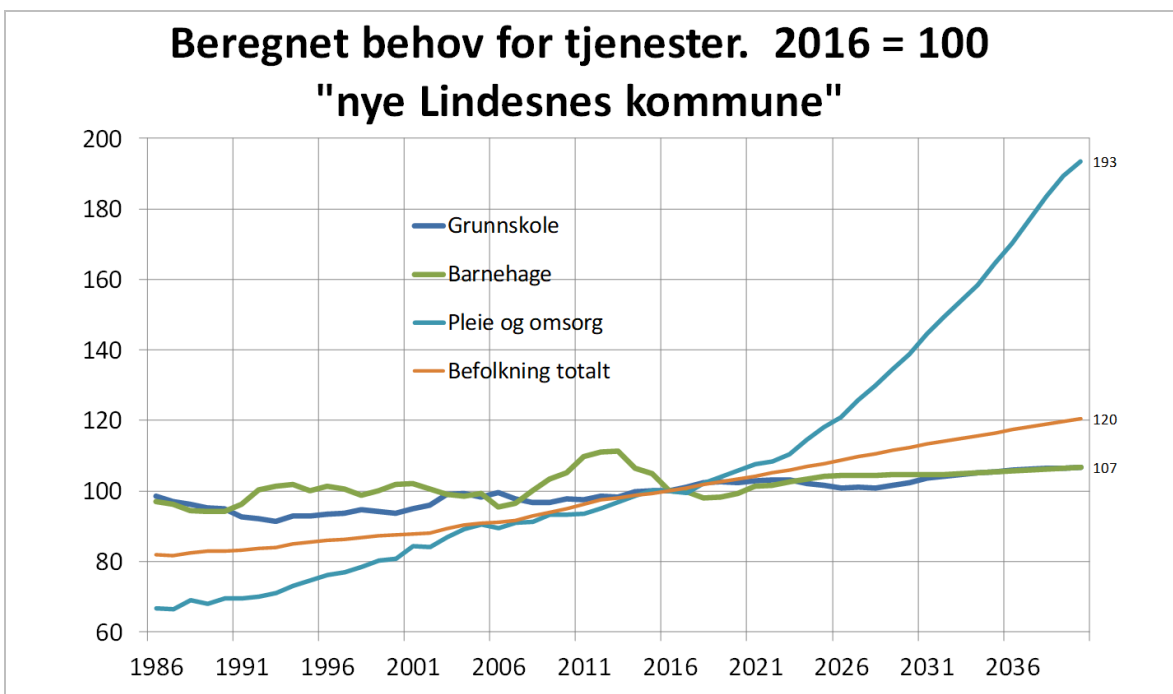
Behov for barnehage, grunnskole og pleie og omsorg

I dette kapitlet blir økonomiske effekter for kommunen nærmere beskrevet. Beskrivelsen tar utgangspunkt i utviklingen i antall eldre i kommunen som er av sentral betydning for behovet for tjenester innen pleie og omsorg.

Det er foretatt en grov beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i «nye Lindesnes» kommune. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, og sammenhengen mellom demografi og behov slik det er beskrevet av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.

Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens standard til grunn og bare gjør endringer som følge av endringer i befolkningen. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi pr. i dag den mest sentrale komponenten, og det vil være nyttig med en oversikt over hvor mye denne komponenten alene betyr.

For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2017 er satt til 100. Det betyr at figuren nedenfor gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2017. Behovet i årene fremover er beregnet ved hjelp av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet.



Figur 3-4: Beregnet behov for tre utvalgte tjenestesektorer (2016=100) i «nye Lindesnes kommune»

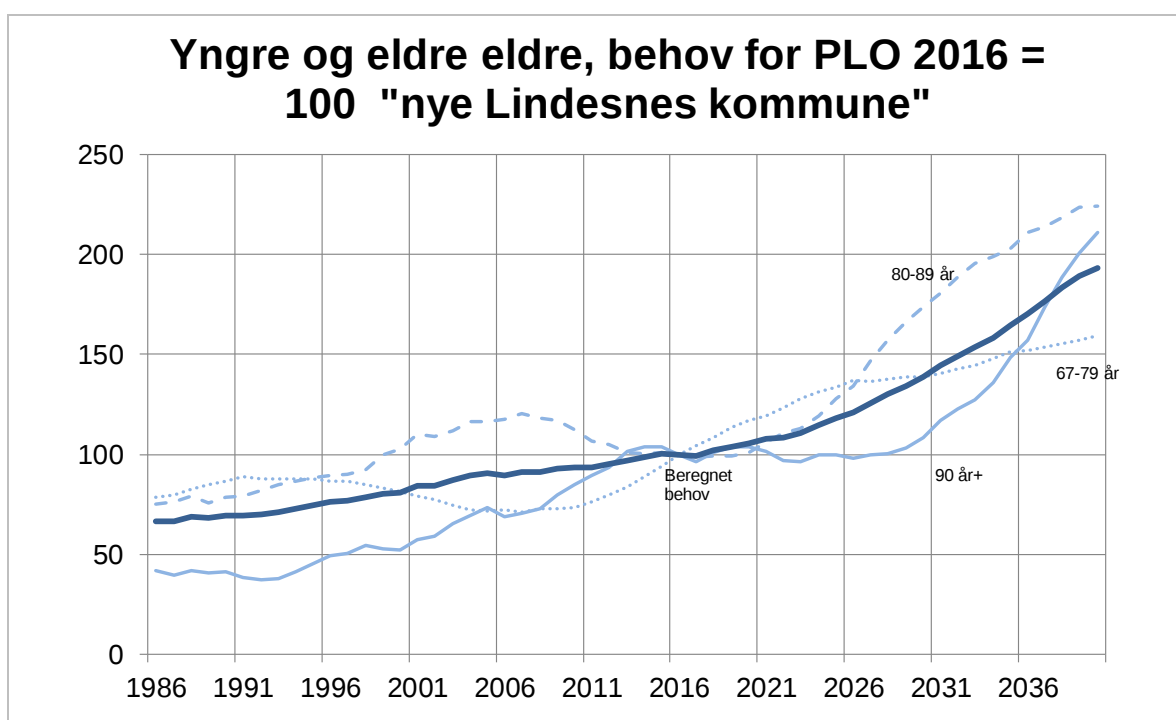
«Nye Lindesnes kommune» er i vekst og alle sektorene har derfor vekst i behovet de nærmeste årene. Veksten vil imidlertid være klart størst for pleie- og omsorgstjenester med en økning av

behovet på 93 % frem til 2040. Også i perioden fra 1988 og frem til i dag har det vært en betydelig økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester.

Framskrivningen som er skissert i figuren baserer seg på historiske tall og forventet utvikling i alderssammensetning og befolkning i kommunen. Erfaringen er at behovet for skoler, barnehage og helsetjenester er noe mer komplisert å estimere enn behovet for pleie og omsorg. Dette henger sammen med større usikkerhet knytting til ut/innflytting i yngre alder og familier med barn, enn flyttemønsteret til den eldre befolkningen.

Analysen viser at de øvrige tjenesteområdene er «avhengige» av at pleie og omsorg løser sine oppgaver på en effektiv måte, ettersom behovet for disse tjenestene er forventet å øke så kraftig.

Figuren nedenfor viser den beregnede økningen i pleie- og omsorgstjenester sammen med utviklingen av de eldste aldersgruppene. Utviklingen av antall eldre er av særlig betydning for disse tjenestene.



Figur 3-5: Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2016=100) i «nye Lindesnes kommune» og utvikling av tre aldersgrupper eldre som sentral del av grunnlag for beregning av behovet

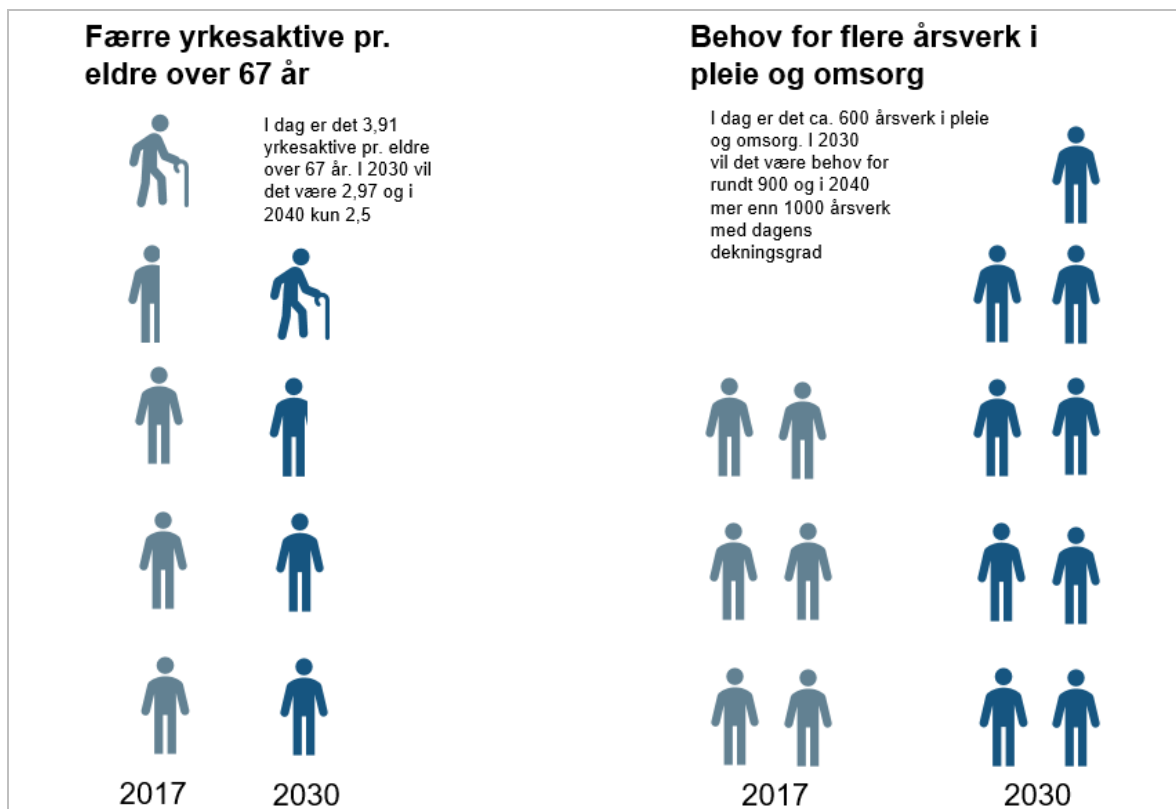
«Nye Lindesnes kommune» vil få en sterk vekst for alle de eldste aldersgruppene i perioden frem til 2040, jf. figuren over. De nærmeste årene vokser aldersgruppen mellom 67 og 79 år raskest. Antall eldre over 80 år får sterkere vekst fra rundt 2025, og blir mer enn doblet frem til 2040. Utviklingen er et uttrykk for at de store etterkrigskullene gradvis blir eldre.

Den nye kommunens økonomiske planlegging bør ta hensyn til utviklingen i tjenestebehovet.

3.3 Fremtidig behov for årsverk

I figuren nedenfor sammenstiller vi hovedtrekket i befolkningsendringene i «nye Lindesnes kommune» i 2030 og behovet for helse- og omsorgspersonell i samme periode. I dag er det ca. 600 årsverk i pleie og omsorgstjenestene i de tre kommunene, ifølge KOSTRA. I 2030 vil det være behov for rundt 900 årsverk og i 2040 mer enn 1000 årsverk, med dagens dekningsgrad og prognosene til SSB. Dette skjer samtidig som det blir færre yrkesaktive pr. eldre innbygger i «nye

Lindesnes», noe som vil gi en betydelig rekrutteringsutfordring av kompetent helsekompetanse i årene framover.



Figur 3-6 Beregnet behov for årsverk i pleie- og omsorg i «nye Lindesnes» fram til 2030/2040

Når det gjelder framtidig behov for sykehjemsplasser og boliger med mulighet for heldøgns bemanning fram mot 2040, er det gjort mer detaljerte beregninger av dette i kapittel 5.

3.4 Utvikling av tilbudet til personer med demens

Demens – hva er det?

Demens er et syndrom kjennetegnet av:

- ▶ Svikt i kognitive funksjoner, som hukommelse, orienteringsevne, forståelse, abstrakt tenkning og vurderingsevne
- ▶ Sviktende emosjonell (følelsesmessig) kontroll
- ▶ Sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets aktiviteter

Symptomene varierer fra pasient til pasient. Hos rundt 80 % er hukommelsessvikt første symptom, mens demens hos andre kan starte med språkproblemer (afasi), personlighetsforandring eller orienteringsvansker. Det er vanskelig å stille diagnosen tidlig i forløpet. Mange forskjellige sykdommer kan føre til demens. De to vanligste er Alzheimers sykdom, der hjernecellene av hittil ukjente årsaker ødelegges, og vaskulær demens, som kan skyldes tilstopping eller forsnævring av hjernens blodårer.

Det antas at 50–60 % av demenstilfellene skyldes Alzheimers sykdom og om lag 25 % vaskulær demens, mens de øvrige tilfellene forårsakes av en rekke forskjellige sykdommer. De fleste tilfeller av demens utvikler seg gradvis og fører etter hvert til en fullstendig hjelpeløshet.

Sykehuset Innlandet (2015)³ har foretatt en kartlegging av tjenester, kostnader og sykdomsforløp for rundt 2 000 personer med demens i Norge. Resultatet viser at gjennomsnittlig sykdomsvarighet var på 8,1 år som forskerne har valgt å dele i tre stadier:

1. Fra symptomdebut til diagnose (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
2. Fra diagnose til innlegging på institusjon (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
3. På institusjon (gjennomsnittlig varighet 2,1 år)

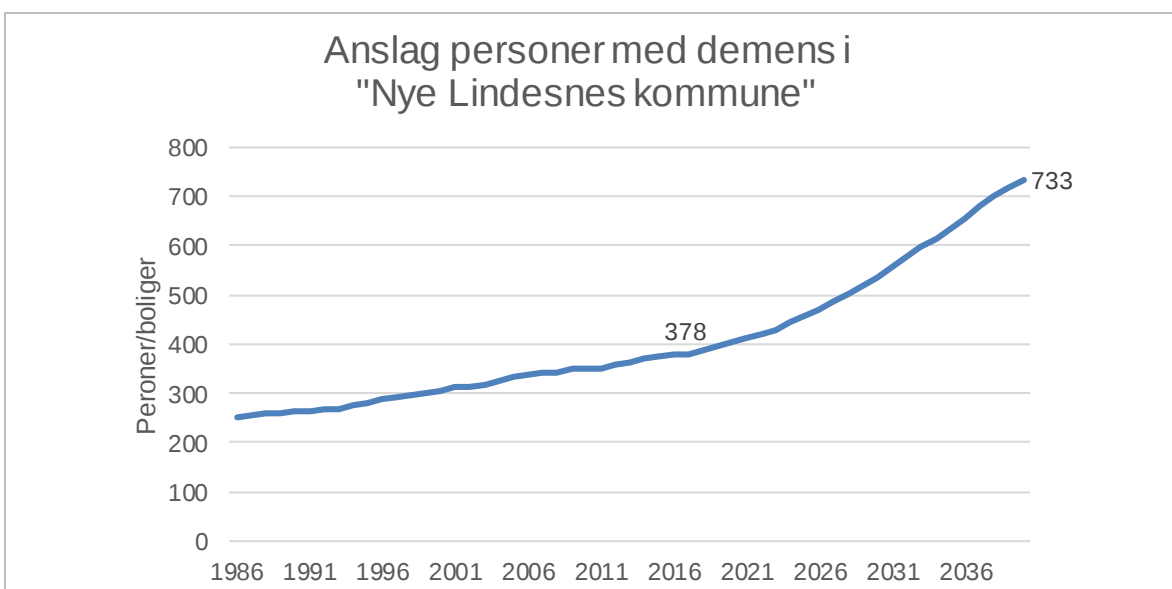
Sannsynlig antall personer med demens i «nye Lindesnes» kommune

Det foreligger ingen norske studier av forekomsten av demens i befolkningen (prevalens). Derimot er det foretatt ulike internasjonale studier av forekomsten av demens i ulike aldersgrupper slik det er vist i tabellen under. Felles for studiene er at forekomsten av demens øker med alderen. Studiene viser også at det er en betydelig andel av eldre med demens. Ellers viser studiene nokså store forskjeller i andelen med demens i de ulike aldersgruppene. Disse forskjellene illustrerer usikkerheten knyttet til en nøyaktig tallfesting av antall mennesker med demens.

Tabell 3-1: Anslått forekomst av demens i ulike aldersgrupper. Kilde: Bærum kommune

Aldersgruppe	Andel personer med demens		
	Lancet 2005	Rotterdam-studien	Prince 2013
60–64 år	0,9		1,6
65–69 år	1,5	0,9	2,6
70–74 år	3,6	2,1	4,3
75–79 år	6,0	6,1	7,4
80–84 år	12,2	17,6	12,9
Over 85 år	24,8		
85–89 år		31,7	21,7
Over 90 år		40,7	43,1

Forekomsten av demens fra Prince-studien er brukt til å anslå antall personer med demens i «nye Lindesnes kommune». Resultatet av disse beregningene er vist i figuren under.



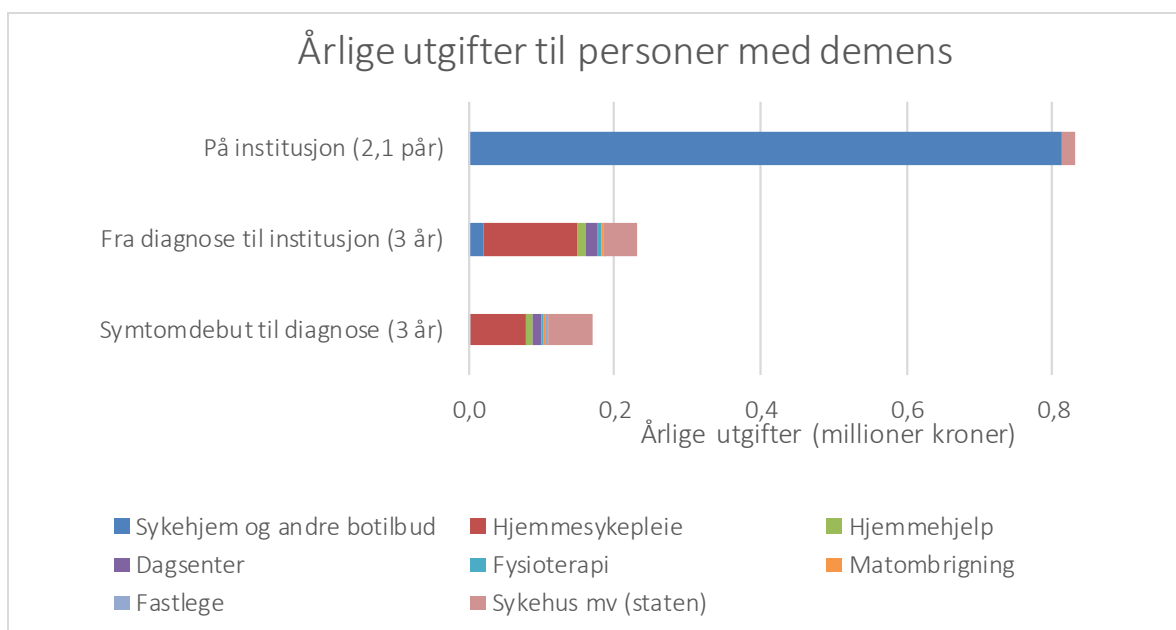
Figur 3-7 Anslag for antall personer med demens-sykdom i «nye Lindesnes» kommune 1986–2040 basert på Prince-studien og framskrivningen til SSB (MMMM)

³ Sykehuset Innlandet (2015). «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)». Utført av Alderspsykiatrisk forskningssenter

Det er anslått at rundt 378 personer har en demenssykdom i «nye Lindesnes» i 2017, jf. figuren over. I perioden fra 1986 til 2017 har antall personer med demenssykdom økt med rundt 250 personer. I 2040 vil det anslått være rundt 730 personer med demenssykdom i kommunen. Dette er nesten dobbelt så mange som i dag. Nye medisiner kan bidra til å redusere forekomst/tjenestebehov. På den annen side vil redusert dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft øke forekomsten av demenssykdom. Fysisk aktivitet blir ansett å være et viktig forebyggende tiltak.

Utgifter til demensomsorgen i norske kommuner

Resultatet av framskrivningen blir sett i sammenheng med en bred kartlegging som Sykehuset Innlandet har foretatt av et normalt demensforløp, og tilbudet som blir gitt til denne gruppen. Studien fra Sykehuset Innlandet har også kartlagt tjenester og utgifter knyttet til de tre fasene av sykdomsforløpet. Kartleggingen viser tilbudet som ble gitt da kartleggingen ble foretatt. Resultatet av kartleggingen er vist i figuren under.



Figur 3-8: Årlige utgifter til personer med demenssykdom, fordelt på tre stadier i sykdomsforløpet. Kilde: Bearbeidet av Agenda Kaupang på grunnlag av Sykehuset Innlandet (2015)

Tilbudene til personer med demenssykdom blir nærmere kommentert i det følgende:

- ▶ **Hjemmesykepleie og hjemmehjelp:** I de to første fasene av forløpet var det flest personer med demens som mottok disse tjenestene. Halvparten av personer med demens fikk hjemmesykepleie. Siste måned før innleggelse på sykehjem mottok pasienter med demens fire timer hjemmesykepleie i uken
- ▶ **Dagsenter:** Rundt 20 % av personer med demens benyttet et dagsenter
- ▶ **Sykehjem og andre boformer:** Utgiftene til sykehjem i den siste fasen på rundt 2 år var tjenesten med klart høyest utgifter. Det var 30 % av personer med demens som bodde i omsorgsbolig. Tilsvarende andel for bokollektiv var på 5 %
- ▶ **Sykehus mv.:** I de to første fasene av forløpet blir en vesentlig del av tilbudet gitt av spesialisthelsetjenesten

I tillegg gjør pårørende en betydelig innsats. Forskerne har kartlagt at 90 % av personer med demenssykdom mottar hjelp fra pårørende. I den andre fasen «fra diagnose til institusjon», ytes det i gjennomsnitt mellom 60 til 85 timer hjelp i måneden fra pårørende. I den tredje fasen på institusjon faller bistanden fra pårørende til 7 timer i måneden.

Kartleggingen til forskerne viser hvilke tilbud som var vanlig i norske kommuner for noen år siden. Signalene i «*Demensplan 2020*» viser at statlige myndigheter har ambisjoner om å styrke tilbudet til personer med demens. Det er med andre ord behov for et mer omfattende tilbud enn kartleggingen over viser.

4 Saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester

Det er ulikt hvordan kommunene ivaretar oppgaver knyttet til saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Uansett valg av modell er vurderingen at saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er et område som må profesjonaliseres på lik linje med mange andre områder innen pleie og omsorg.

Utgangspunktet for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenestene er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Kommunalt ansatte som arbeider med saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester, forvalter et stort ansvar på vegne av myndighetene, og tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenestene.

Saksbehandling av søknader om kommunale helse- og omsorgstjenester er et krevende fagfelt, hvor flere perspektiver skal vektlegges samtidig. Profesjonell saksbehandling av høy kvalitet er avgjørende for kommunen og dens mulighet til å styre sine utgifter. Kommunale helse- og omsorgstjenester er et knapphetsgode som skal forvaltes i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale standarder. Lav kvalitet og feil saksbehandling har konsekvenser for den enkelte bruker, men også for kommunen.

Erfaring viser at det stadig blir mer utfordrende og spesialiserte saksbehandlingsprosesser. Dette medfører at flere og flere kommuner spesialiserer denne tildelingsfunksjonen, men organiseringen av dette arbeidet kan være ulike:

- ▶ Noen kommuner har en organisering og ansvarsdeling som medfører at saksbehandlingsoppgavene er fordelt på ulike funksjoner/roller og ansvarsområder. Flere kommuner har valgt å opprette egne saksbehandler-/tildelingskontor, noen har valgt en organisering som medfører et skille mellom tildeling og utførelse (bestiller utfører modell). Noen få har innført innsatsstyrt finansiering, hvor det følger penger med vedtakene som fattes. Organiseringen er ulik, og erfaringene er også ulike.
- ▶ Kommuner som har valgt å ha egne saksbehandlere, men ikke et eget saksbehandlerkontor, trekker frem nærhet til tjenestene og felles ledelse som en viktig forutsetning for å ivareta saksbehandling, tildeling og god utnyttelse av kommunens ressurser.
- ▶ Noen kommuner, som f.eks. Oslo, har gått vekk fra felles saksbehandling/tildelingskontor for kommunen. De har opprettet saksbehandlerkontor med egne ledere og saksbehandlere underlagt avdelingsdirektørene innenfor deltjenester i helse og omsorg. Bakgrunnen er blant annet å sikre nærhet til tjenestene og felles ledelse, samtidig som man ivaretar behov for dedikerte medarbeidere med ansvar for saksbehandling og tildeling. Fordelene med en slik organisering er knyttet til felles ledelse og profesjonalisering av saksbehandling, samtidig som man har en nærhet og mulighet for dialog med tjenestene. Noe av utfordringene har vært at noen av «avdelingene» har blitt små, og dermed sårbare ved fravær. Videre at mindre avdelinger også gjør det sårbart i forhold til å ha tilstrekkelig kompetanse til å ivareta alle oppgavene som ligger til avdelingen. Dette kan f.eks. omhandle inngåelse og kjøp av eksterne tilbud, juridisk kompetanse mv.
- ▶ Andre kommuner har valgt å opprette egne saksbehandling-/tildelingsenheter med ansvar for all saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Formålet har vært å skille ansvar for tildeling og utførelse av tjenestene, samt å øke profesjonaliseringen. Kommuner som har denne organiseringen opplever at man øker profesjonaliseringen, samt sikrer innbyggerne

likere behandling og økt kvalitet på saksbehandlingen. En viktig forutsetning for å få til dette er jevnt dialog med tjenestene og et avklart felles ansvar for å utnytte kommunens ressurser på en best mulig måte. Flere kommuner har utfordringer med at skille mellom «bestiller» og «utfører» oppgavene. I tillegg er det flere kommuner som opplever at dette skille har medført et økt volum på tjenestene, uten at ressursene er økt tilsvarende. Dialog mellom tjenestene og «utførerne», og et felles ansvar for de økonomiske ressursene er viktige forutsetninger for å forhindre dette.

4.1 Dagens organisering

Kommunene Marnardal, Lindesnes og Mandal har ulik innretning på saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester. I det følgende redegjøres det kort for hvordan dette ivaretas i de ulike kommunene.

Marnardal

Saksbehandling innen helse og omsorg er lagt til en egen enhet, organisert under Helse og omsorgsleder. Enheten har i tillegg til saksbehandling også funksjon som koordinerende enhet i kommunen. Det er 0,5 årsverk knyttet til saksbehandling, og saksbehandler har ansvar for alle søknader om helse- og omsorgstjenester. Oppgaver som er lagt til saksbehandler/enheten er:

- ▶ Saksbehandling
- ▶ Koordinerende enhet (opprette koordinatorene og veiledningsansvar)
- ▶ Ansvar for IPLOS rapporteringer
- ▶ PLO meldingsansvarlig i kommunen
- ▶ Kommunale tildelingskriteriene og tjenestebeskrivelsene i Helse og omsorg
- ▶ Ansvar for kjøp av tjenester (Enhetsleder og kommunal helse og omsorgsleder)

Saksbehandler har vedtaksmyndighet på alle hjemmetjenester og ikke lovpålagte tjenester. Vedtak som omhandler; Institusjonstjenester, korttidsplasser, langtidsplasser, avlastning privat og i institusjon, PA/BPA og tjenester til ressurskrevende brukere, drøftes og avklares med enhetsleder.

Enheten er lokalisert på Marnardal omsorgssenter.

Lindesnes

All saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester er lagt inn under enhet for forvaltning og utvikling. Enheten ble etablert i 01.01.2017 og har ansvar for følgende funksjoner:

- ▶ Koordinerende enhet
- ▶ Saksbehandling
- ▶ Forvaltning
- ▶ Boligkontor
- ▶ Resepsjon
- ▶ Fagutvikling
- ▶ IP-koordinering
- ▶ Velferdsteknologi
- ▶ Systemansvar Profil
- ▶ IPLOS ansvar

Enheten har totalt 5,7 årsverk, hvor 1,8 årsverk er knyttet til saksbehandling. I tillegg til en enhetsleder i 100 % stilling har enheten følgende stillinger;

- ▶ Fagutvikler inkludert helsefremmende hjemmebesøk (80%)
- ▶ Systemansvarlig IP og koordinator (60%)
- ▶ Systemansvarlig IPLOS og Profil (20%)
- ▶ Ressurs innen velferdsteknologi (30%)

► Merkantil (100%)

Saksbehandlerne er utgangspunktet generalister, men innenfor psykisk helse, rus og habilitering har en av saksbehandlerne hovedansvaret. Enhetsleder har vedtaksmyndighet.

Enheten er lokalisert ved Lindesnes omsorgssenter.

Mandal

Mandal kommune innførte høsten 2013 en bestiller-utførerorganisering innen helse- og omsorgstjenesteområdet. Avdeling for behovsvurdert tjenestetildeling (ABT) er bestilleren i modellen, og de ulike tjenestestedene er utførerne. ABT har i hovedsak ansvaret for saksbehandlingen etter helse- og omsorgstjenesteloven, mottar søknader på de ulike tjenestene og fattet enkeltvedtak. ABT har følgende oppgaver:

- Koordinerende enhet
- Overordnet ansvar for Individuell plan
- Saksbehandling
- Kjøp av sykehjemsplasser (delegert myndighet fra Mandal sykehjem)

Avdelingen utgjør 7,75 årsverk inkludert leder i 100 % stilling. Saksbehandlerne er inndelt i to team. Et team har ansvar for eldre og somatikk. Mens det andre teamet har ansvar for mennesker med utviklingshemming og rus/psykiatri. Som følge av sykdom og fravær de 2 siste årene har man måtte dele på oppgaver/ansvar og noen saksbehandlere behandler nå alle type saker. Alle saksbehandlerne har vedtaksmyndighet. Alle vedtakene gjennomgås og signeres av en saksbehandler og en annen med bemyndigelse.

Avdeling for behovsvurdert tjenestetildeling er lokalisert på Spiggeren 6, på Malmø.

4.2 Profesjonell saksbehandling er avgjørende for kvalitet og styring

Profesjonalisering og tydeliggjøring av ansvar for saksbehandlingsoppgaver er avgjørende for kvaliteten på saksbehandlingen og styring av «knappegoder». Skal kommunen klare å vri tjenestene mot mer forebygging og tidlig innsats har saksbehandlere en sentral rolle for å tildele tjenester i tråd med BEON-prinsippet.

Alle kommunen i «nye Lindesnes» har profesjonalisert saksbehandlingen innen helse og omsorg, men har løst det noe ulikt. Marnardal benytter en stilling tilsvarende 0,5 årsverk til saksbehandling. Vedkommende som har denne funksjonen har også andre oppgaver i tillegg til saksbehandlerrollen. I Lindesnes er det 1,8 årsverk avsatt til saksbehandling. Oppgavene er fordelt på to personer som har dette som sine primæroppgaver. Mandal har 7,75 årsverk til saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester, og har opprettet en bestiller og utførermodell.

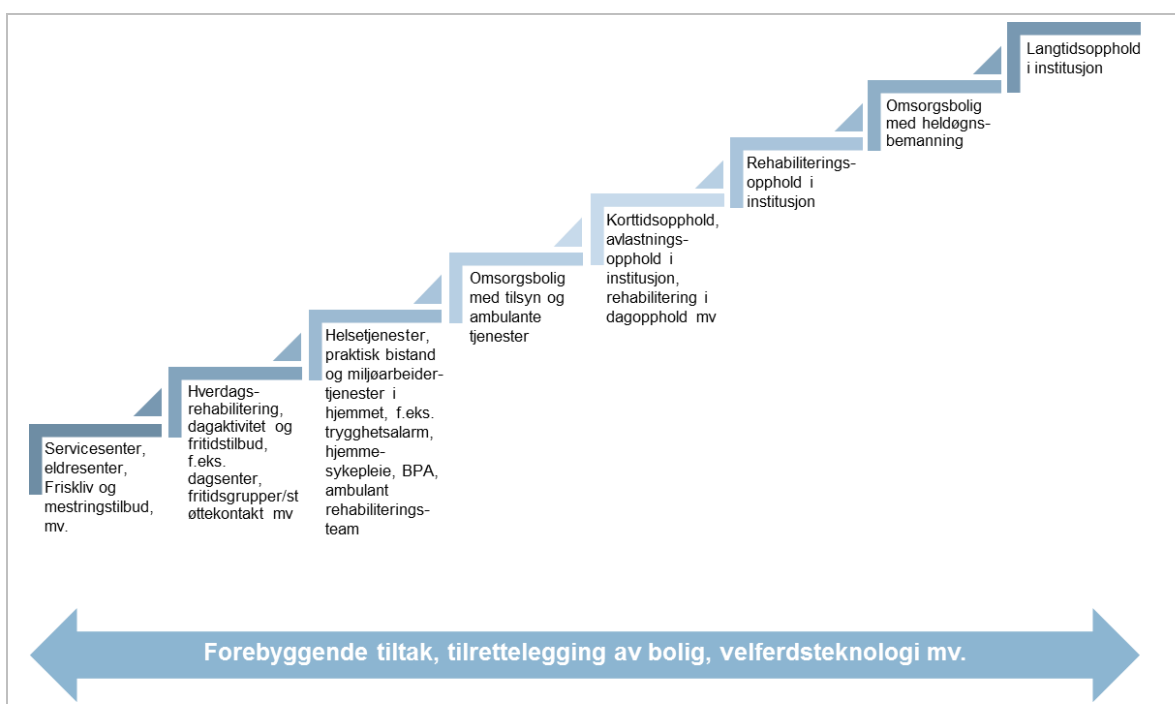
En gjennomgang av KOSTRA 2016 og detaljgjennomgang innen pleie og omsorg viser at de tre kommunene har ulik profil innen pleie og omsorg. Mandal prioriterer institusjonstjenester høyere enn både Marnardal og Lindesnes. I Mandal ble 35 % av utgiftene innen pleie og omsorg, i 2016, benyttet til institusjonstjenester. Dette er rundt 10 % mer enn i både Marnardal og Lindesnes. Analysene viste videre at kostandnivået pr. innbygger korrigert for behov var lavest i Lindesnes med kr 16 384 og høyest i Marnardal med kr 17 467. Mandal sine utgifter lå på kr 16 934 pr. innbygger korrigert for behov.

I anledning arbeidet med å rigge fremtidens helse og omsorgstjenester i «nye Lindesnes» kommune ble det gjennomført en samling med sentrale leder, nøkkelpersoner og hovedtillitsvalgte. Saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester var et av temaene som ble gjennomgått. Innspillene som kom inn var blant annet knyttet til:

- ▶ Harmonisering av tjenestene – «like tjenester i bygd og by»
- ▶ Bærekraftige HO tjenester
- ▶ Sikre første trinnet i omsorgstrappen
- ▶ Avklare fagsystem
- ▶ Avklare kvalitetssystem
- ▶ Felles tjenestebeskrivelse og tildelingskriterier
- ▶ Samlokalisering av saksbehandlingen

Saksbehandling og tildeling av tjenester må skje i tråd med BEON-prinsippet

En av de viktigste forutsetningene for god økonomisk styring av kommunale helse- og omsorgstjenester, er at kommunen har en tjenestestruktur som legger til rette for at tjenester kan tildeles og utføres på Beste Effektive Omsorgs Nivå (BEON). BEON-prinsippet er det samme som Laveste Effektive Omsorgs Nivå (LEON). Prinsippet kan fremstilles som vist i figuren under.



Figur 4-1: BEON-prinsippet

Tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet krever at tildelingsansvarlig har god oversikt over de ulike tiltakene i tjenestekjeden, og alltid sørge for at tiltak på lavere nivå i tjenestekjeden er prøvd ut før mer omfattende tiltak settes inn. Innføring av hverdagsrehabilitering har i mange kommuner medført at behov for rehabilitering og egenmestring blir vurdert først. Flere kommuner opplyser at en slik venstreforskyvning har medført at flere brukere kan klare seg med et minimum av tjenester over lengre tid, og at man unngår/utsetter behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå uten at dette oppleves som dårligere kvalitet for brukerne, heller tvert imot.

Helse- og omsorgstjenestene består av mange ulike deltjenester til flere ulike brukergrupper. Når en skal drøfte styring av tiltakskjeden og prioritering av tjenester, bør en skille mellom det som kalles "bestilling i stort" og "bestilling i smått". Med "bestilling i smått" mener vi kommunenes ansvar for å tildele enkelttjenester i henhold til lovfestede rettigheter. Med "bestilling i stort" mener vi kommunens ansvar for å bestille rett type og mengde tjenester med rett kvalitet, på et overordnet nivå. Denne delingen mellom systemnivå og individnivå kan vises i neste tabell.

Tabell 4-1: Deling mellom system- og individnivå

Forvaltning		Tjenesteproduksjon
Bestilling i stort (systemnivå)	Overordnet planlegging og vurdering av kommunens samlede behov i forhold til ressurstilgang. Fastsettelse av kvalitetsstandarder, tildelingskriterier og budsjett.	Utforme tjenesten slik at den imøtekommer de krav som er satt. Etablere nye tilbud, dersom det er etterspørsel/behov for det.
Bestilling i smått (individnivå)	Behandling av søknader. Faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få. Tildeling av tjenester gjennom enkeltvedtak.	Yte tjenesten til den enkelte bruker ut fra det vedtak som er fattet hos bestillerenheten.

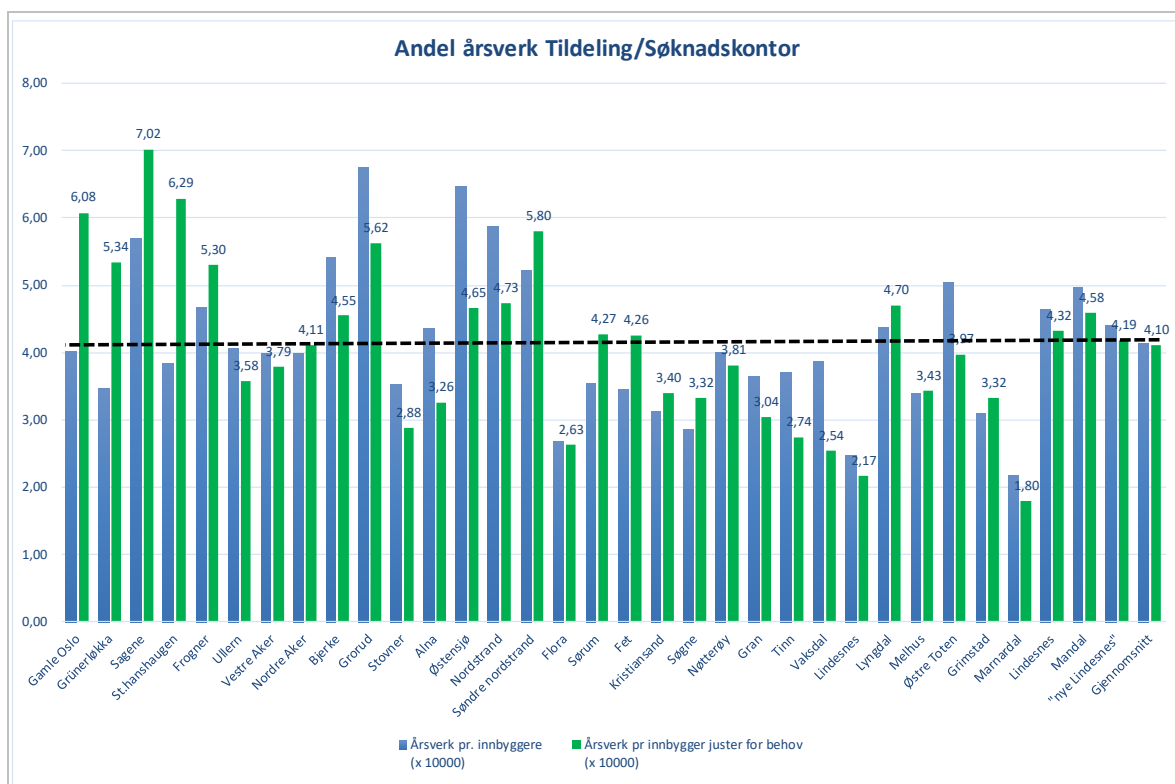
Den overordnede planleggingen og vurdering av kommunens samlede behov, omhandler dimensjonering av sykehjemsplasser, omsorgsboliger med og uten bemanning mv. I dette ligger en målstyrt politikk, som bør være tett knyttet opp mot BEON-prinsippet. Når det gjelder behandling av søknader ("bestilling i smått"), faglig og juridisk vurdering av hvilke tjenester den enkelte skal få, er det viktig at dette er knyttet til den overordnede strukturen.

Det er behov for å sikre samsvar mellom de økonomiske rammene for helse- og omsorgstjenestene, kriteriene for tildeling av tjenester og standarden på tjenestene. Dette er et politisk ansvar, men det er administrasjonens oppgave å sørge for at avveininger mellom de tre størrelsene tydeliggjøres og gjøres til gjenstand for politisk debatt. Dersom de økonomiske rammene strammes inn, må kriteriene for tildeling og standarden på tjenesten justeres deretter. Dette innebærer i klartekst at færre brukere kan tildeles tjenester, og/eller at bistanden som ytes til den enkelte må reduseres.

Kommunens mulighet til økonomisk styring og tildeling av tjenester henger nøye sammen med type tjenester og kapasitet på tjenester i kommunens omsorgstrapp. Som vi viser i figur 4-1 vil kommunens dimensjonering og prioritering av ulike tjenester og omfang ha stor betydning for utgiftene innen helse og omsorg. I dette ligger det hvordan kommunen klarer å utvikle og styre tjenester som innebærer at man unngår og utsetter behov for mer omfattende tjenester og tiltak på et høyere omsorgsnivå. Kommunens saksbehandling og tildeling av helse og omsorgstjenester har en avgjørende rolle.

4.3 Dimensjonering/årsverk til saksbehandling

Agenda Kaupang har arbeidet med flere kommuner med tildelings-/søknadskontor i perioden 2014–2017. I dette arbeidet har vi kartlagt ressurser avsatt til saksbehandling, samt årsverk knyttet til de ulike tildelings-/ søknadskontorer. I forbindelse med arbeidet knyttet til «nye Lindesnes kommune» har vi innhentet data fra de tre kommunene. Tallene fremkommer i neste figur. Vi har også her lagt inn tall for «nye Lindesnes kommune»:



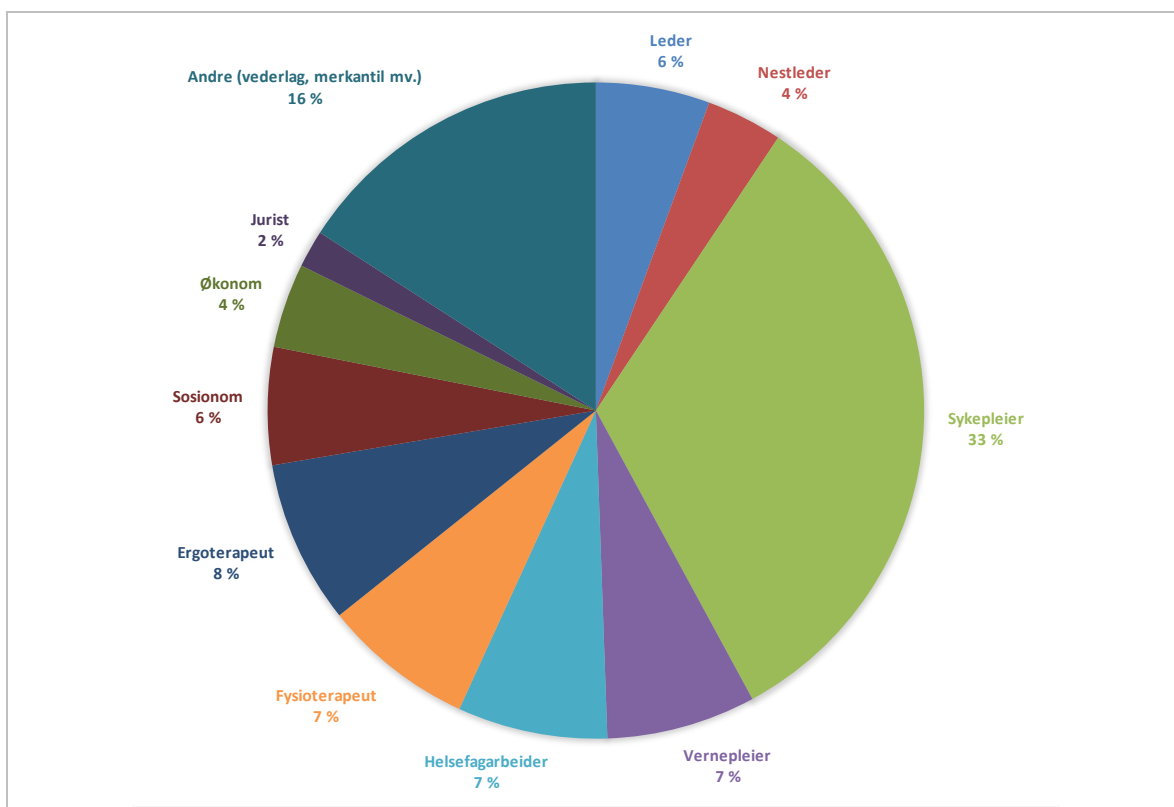
Figur 4-2 Årsverk i ulike tildelings-/søknadskontorer, kartlagt fra 2014-2017

Figuren viser hvordan årsverk varierer mellom kommunene/bydelene. Snittet i sammenligningen er på ca. 4,10 årsverk pr. 10 000 innbyggere når vi ser dette i forhold til årsverk justert for behov. Det er viktig å presisere at oppgaver som er lagt til de ulike kontorene, varierer. Noen har mer ren- dyrkede modeller, andre har innført innsatsstyrt finansiering hvor «bestiller» ivaretar hovedvekten av oppgavene knyttet til dette. Noen kontorer ivaretar også «utføreroppgaver». Oppgaveporteføljen varierer, og det gjør at sammenligningen blir noe krevende. Sammenligningen kan allikevel si noe om hvordan ressurser til dette arbeidet prioriteres i de ulike kommunene/bydelene.

Figuren viser at Marnardal ligger noe under snittet med 1,8 årsverk pr. 1 000 innbygger korrigert for behov. Lindesnes ligger over snittet med 4,32 årsverk pr. 1 000 innbygger korrigert for behov. Mandal ligger også over snittet med 4,58 årsverk pr. 1 000 innbygger korrigert for behov. Slår vi sammen ressursene som pr. i dag benyttes til saksbehandling og tildeling for de tre kommunene ser vi at «nye Lindesnes» vil få 4,19 årsverk pr. 1 000 innbygger korrigert for behov⁴. Dette er på nivå med snittet i sammenlikningen. Grunnlaget som er lagt inn utgjør 10,05 årsverk totalt for de tre kommunene, og på nivå med snittet i kommunene/bydelene.

Våre gjennomganger av en rekke kommuner og bydeler viser at kompetansesammensetningen varierer. Hovedvekten av de som jobber med saksbehandling og tildeling innen helse og omsorgstjenester har en bakgrunn innen helse, hovedsakelig knyttet til sykepleie. Dette ser vi også er tilfelle i de tre kommunene. I figuren under har vi sammenfattet kompetansesammensetningen i søknadskontorene i alle bydelene i Oslo kommune (2014).

⁴ I figuren er det lagt inn 0,5 årsverk for Marnardal. Lindesnes er lagt inn med 1,8 årsverk saksbehandlere og andel av leder tilsvarende 0,5 årsverk. For Mandal er det lagt inn 7,75 årsverk. Når vi slår sammen ressursene har vi tatt ut 0,5 årsverk fra Lindesnes, og kun benyttet saksbehandlingsressursene.



Figur 4-3 kompetansesammensetning, søknadskontor bydeler i Oslo: kilde Agenda Kaupang og bydelene 2014

Figuren over viser at hovedvekten av ansatte har en bakgrunn fra helse, med ulike profesjonsbakgrunn. I tillegg viser figuren at en liten andel ansatte har kompetanse innen økonomi og juss. Ingen av kommunene i «nye Lindesnes» har egne ressurser innen juss, økonomi eller kontroll. Vurderingen vår er at kompetanse innen juss, økonomi, og lov om offentlig anskaffelser mv., inkludert controller-kompetanse, er nødvendig for at denne enheten skal kunne ivareta oppgaver og ansvaret de er pålagt. Hvorvidt man må ansatte egne økonomer/controllerer og jurister, eller om man kan knytte til seg dette fra kommuneorganisasjonene må være opp til kommunen å vurdere.

Flere kommuner blant annet Røyken og Lier, har valgt å legge forvaltningsoppgaver knyttet til kommunale boliger inkludert omsorgsboliger og husbankens virkemidler inn under samme funksjon som håndterer saksbehandling og tildeling av helse og omsorg. Dette som et viktig virkemiddel for å kunne styre helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet. Vår vurdering er at det kan være smart å se tildeling av omsorgsboliger, og forvaltning av Husbankens virkemidler i sammenheng med tildeling av ordinære helse og omsorgstjenester. Et tiltak for å få dette til kan være å samle disse funksjonene under en felles organisering, tilknyttet de som saksbehandler og tildeler øvrige helse og omsorgstjenester.

Noen kommuner har valgt å legge det overordnede ansvar for fag- og tjenesteutvikling, systematisk kvalitetsforbedring og utviklingsarbeid innen fagområdet under samme enhet som har ansvar for saksbehandling og tildeling. Dette inkluderer drifts- og lederstøtte for å ivareta behov for effektive fagsystemer, oppfølging av sentrale styringsindikatorer og bistand til vridningen til mer hjemmebasert omsorg gjennom en bred innføring av velferdsteknologiske løsninger og hverdagsrehabilitering. Dette er viktige elementer for priå kunne styre helse- og omsorgstjenester i tråd med BEON-prinsippet. Dette er i stor grad slik dagens Lindesnes kommune allerede har organisert sin tjeneste. Vår vurdering er at det kan være smart å samle faglige rådgivere og

stabsfunksjoner i helse og omsorg i en avdeling tilknyttet enheten som har ansvar for saksbehandling og tildeling.

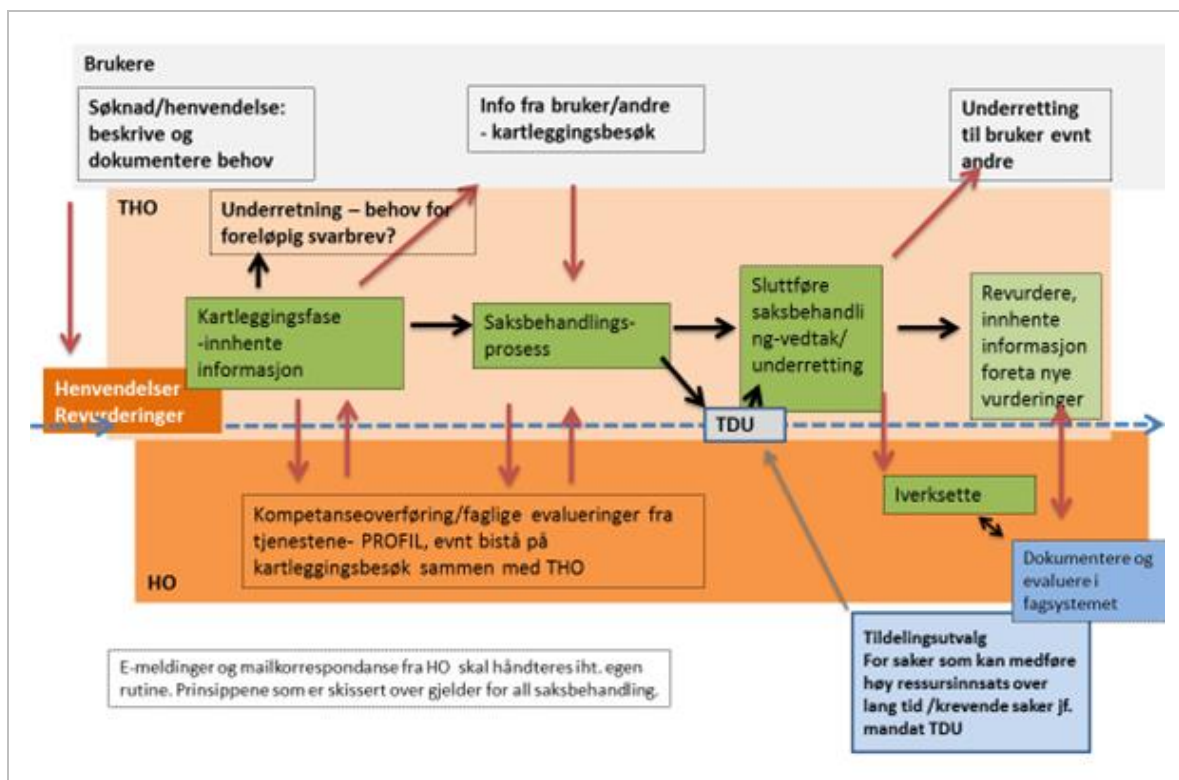
4.4 Tildelingsutvalg

Styring av de krevende sakene i «nye Lindesnes» kommune

Agenda Kaupang har god erfaring med å etablere tildelingsutvalg for tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner for å bedre å utnytte ressursene og for å sikre nødvendig samhandling knyttet til kompliserte saker. I arbeidet med å harmonisere tjenesten i «nye Lindesnes» kommune kan opprettelsen av et Tildelingsutvalg være et viktig virkemiddel. Mange kommuner velger å opprette to tildelingsutvalg:

- Tildelingsutvalg for saker som omfatter institusjon, hjemmesykepleie og boform med heldøgns bemanning og øvrige tjenester til i hovedsak eldre
- Tildelingsutvalg for saker som omfatter institusjon, hjemmesykepleie og boform med heldøgns bemanning, avlastning og BPA for brukere innenfor psykisk helse, rus og funksjonshemmede

Mål med tildelingsutvalget er å samordne og sikre tildeling av tjenester i henhold til BEON-prinsippet og sikre effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser. Et tildelingsutvalg skal kun behandle saker som vurderes som kostnadskrevende og komplekse. Dette kan f.eks. være saker hvor man er usikker på hvilket nivå man bør legge seg på. F.eks. avklaring av om pasienten bør ha tilbud i institusjon korttid/langtid, eventuelt om pasienten kan ivaretas i hjemmet med hjemmetjenester mv. Saker som omhandler langtidsplass i institusjon, BPA, omsorgslønn, avlastning og boform med heldøgns bemanning, er saker som ofte vil være aktuelle for vurdering i tildelingsutvalget (TDU).



Figur 4-4 Forslag til flytskisse for saksbehandling og tildeling av tjenester inkludert tildelingsutvalg

Et tildelingsutvalg kan bestå av:

- ▶ Leder for tildelings-/tjenestekontoret
- ▶ Leder for hjemmetjeneste/sykehjem/funksjonshemmede mv. etter behov/saker
- ▶ Aktuell saksbehandler tildelings-/tjenestekontoret
- ▶ Person med juridisk kompetanse innen helse- og omsorgstjenester
- ▶ Person med medisinsk faglig kompetanse
- ▶ Leder av tildelings-/tjenestekontoret bør ha delegert vedtaksmyndighet fra rådmannen og være ansvarlig for at søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i tråd med BEON-prinsippet, samt en effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser innenfor helse og omsorg
- ▶ Ledere fra utføreenhetene bør ha en rådgivende funksjon i TDU, og er medansvarlige for at søknader om helse- og omsorgstjenester behandles i tråd med BEON-prinsippet, samt å sikre en effektiv utnyttelse av kommunens samlede ressurser innenfor helse og omsorg.
- ▶ Saksbehandler har ansvar for å vurdere behov for behandling i TDU. Vedkommende har ansvar for å melde inn og forberede saken, samt legge frem saken for TDU. Saksbehandler har ansvar for fullført saksbehandling og følger opp saken etter vurdering i TDU.

TDU erstatter ikke behovet for løpende dialog mellom saksbehandlere og tjenesteutøvere. Dette er også visualisert i figuren over.

4.5 Oppsummering saksbehandling

Gjennomgangen vår viser at kommunene har gjort mange gode og viktige grep for sikre kvalitet på saksbehandling og tildeling.

Kommunene Marnardal, Lindesnes og Mandal kommune har alle profesjonalisert saksbehandlingen innen helse og omsorg. Analysene viser at ressursinnsatsen variere. Gjennomgangen tyder på at dette fungerer, men at alle tre kommunene har noen utfordringer knyttet til blant annet: sårbarhet ved fravær, økt arbeidspress i perioder med sykdom, manglende juridisk kompetanse mv.

På workshopen med ledere og ansatte ble det uttalt at man fortsatt ønsket profesjonelle saksbehandlere innen helse og omsorg. Behovet for harmonisering av tjenester og tildeling av tjenester i tråd med BEON-prinsippet var forutsetninger for å få til mer fremtidsrettede helse og omsorgstjenester i «nye Lindesnes kommune». Samlokalisering av saksbehandlerressursene ble trukket frem som en viktig suksessfaktor for å få dette til.

I neste kapittel gjør vi kort rede for hvordan kommunen i fremtiden kan organisere arbeidet med saksbehandling og tildeling innen Helse og omsorg i «nye Lindesnes kommune».

4.6 Saksbehandling og tildeling av tjenester i «nye Lindesnes kommune» - ulike alternativer

I vurderingen av fremtidig organisering har vi gjennomgått tre ulike måter å organisere saksbehandling og tildeling innen helse og omsorgstjenester i «nye Lindesnes kommune». Det er foretatt vurderinger av fordeler og ulemper med alle tre modellene.

4.6.1 Alternativ 0 – videreføre dagens praksis (Distriktsmodell)

Alternativ 0 – videreføre dagens praksis innebærer at oppgaver knyttet til saksbehandling og tildeling vil være fordelt som i dag ute på «distrikter» (de gamle kommunene) i «nye Lindesnes kommune».

Fordeler og ulemper ved alternativ 0

Fordeler

- ▶ Det er en praksis som er kjent
- ▶ Nærhet og dialog med leder og tjenesten gjør at man raskt kan finne løsninger og ivareta definerte behov
- ▶ Kjennskap til tjenestene gjør at man kan finne «smarte» løsninger

Ulemper

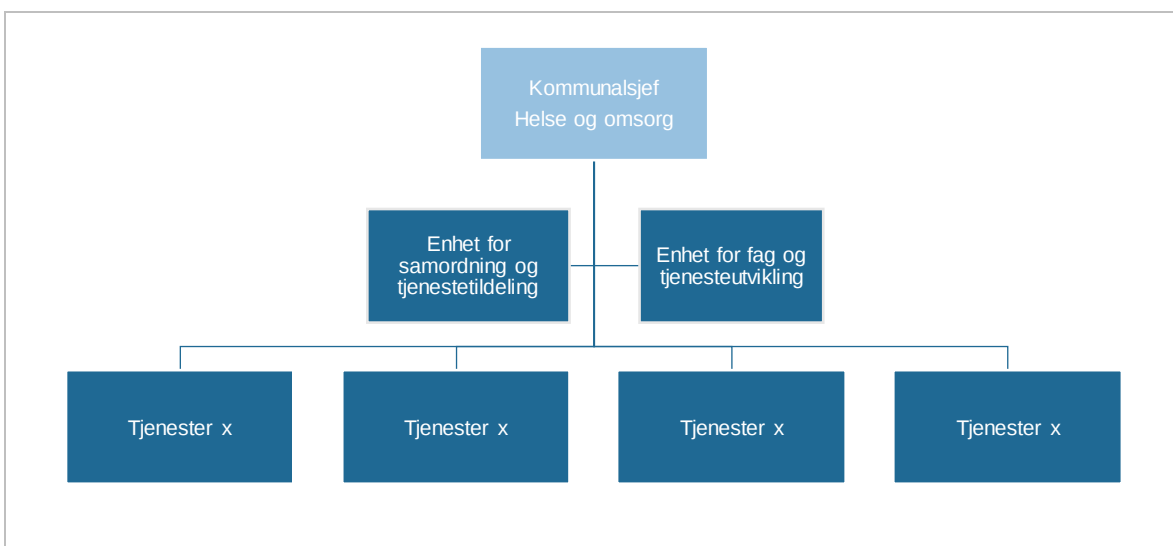
- ▶ Ulik organisering
- ▶ Vanskelig å ivareta saksbehandling som er mer omfattende en ordinær saksbehandling. Dette som følge av at man sjelden jobber med tilsvarende saker og ikke opparbeider seg kompetanse
- ▶ Sårbart ved fravær da det i hovedsak er en person som ivaretar dette i hver virksomhet
- ▶ Sikrer ikke en dør inn, og heller ikke nødvendigvis lik praksis og likebehandling/harmonisering av tjenester i ny kommune
- ▶ Ikke enhetlig oversikt over behov og kapasitet og kan gjøre at behovet for strategisk styring/-prioritering og utvikling (bestilling i stort) blir vanskeligere å ivareta
- ▶ Utfordrende og ressurskrevende å sikre opplæring og kompetansedeling/kompetanseheving

4.6.2 Alternativ 1 – etablere et felles tildelingskontor for alle tjenestene, inkludert koordinerende enhet

Alternativ 1 – etablere et felles tildelingskontor for alle tjenestene innen Helse og omsorg, inkludert koordinerende enhet, i en ny enhet: «Enhet for samordning og tjenestetildeling» Helse og omsorg i «nye Lindesnes kommune».

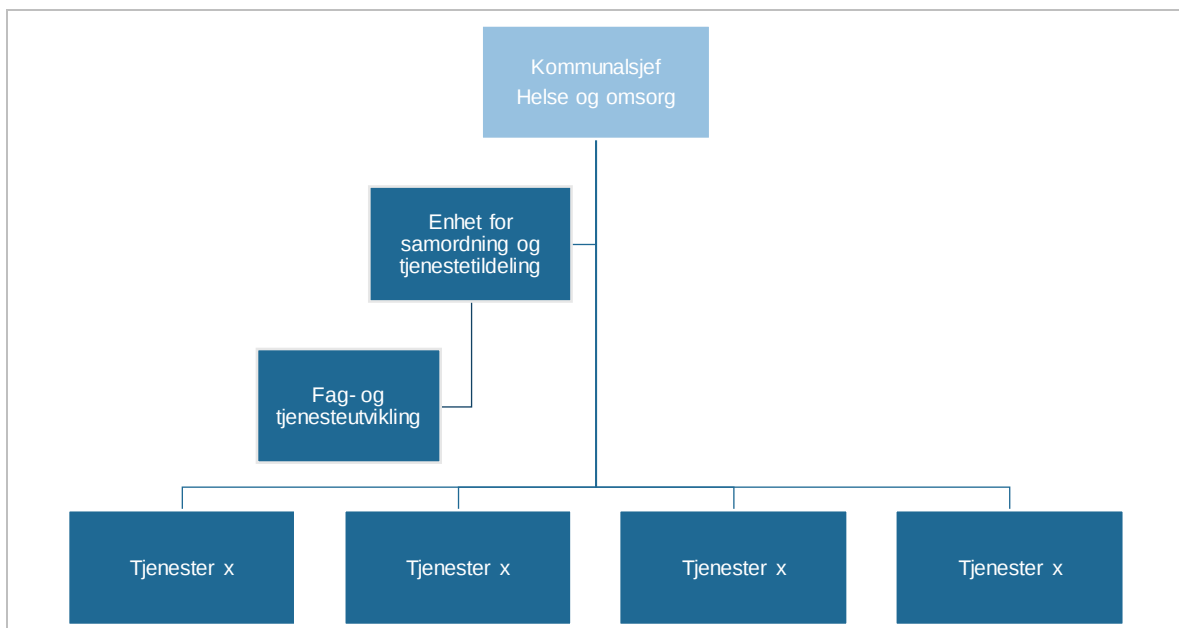
Organisatorisk plassering

Avdelingen kan ligge organisatorisk under Kommunalsjef, som en «stabsfunksjon» jf. figuren under:



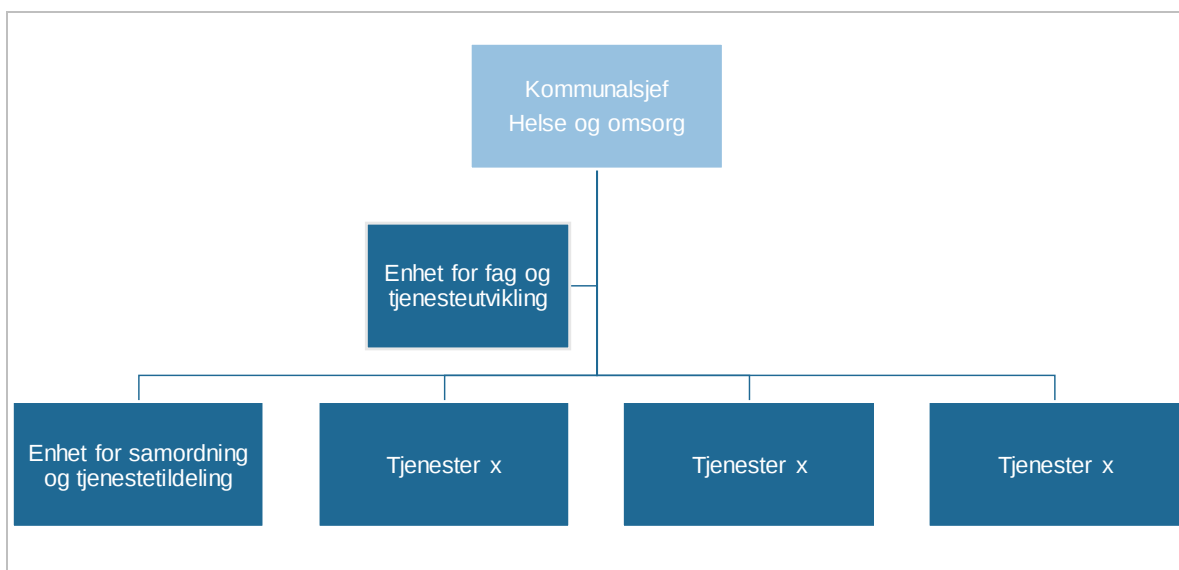
Figur 4-5 Eksempel på organisering direkte underlagt kommunalsjef med skille mellom saksbehandling og fag- og tjenesteutvikling

Alternativt kan saksbehandling og fag- og tjenesteutvikling organiseres under samme ledelse, som vist i figuren nedenfor. Dette er tilsvarende modell som dagens organisering i Lindesnes og Grimstad kommune.



Figur 4-6 Eksempel på organisering direkte underlagt kommunalsjef med saksbehandling og fag- og tjenesteutvikling under samme ledelse

En slik funksjon kan også ligge som en virksomhet i «linjen» jf. figuren under:



Figur 4-7 Eksempel på organisering hvor fag- og tjenesteutvikling er direkte underlagt kommunalsjef mens saksbehandling ligger som en egen enhet i linjen

Fordeler og ulemper ved alternativ 1

Fordeler

- ▶ Sikrer «en dør inn» for Helse og omsorg i «nye Lindesnes kommune»
- ▶ Samlet og økt kompetansemiljø kan medføre økt kvalitet på saksbehandling og økt profesjonalisering
- ▶ Økt kvalitet og profesjonalisering kan medføre økt likebehandling og ivaretagelse av rettsikkerheten til innbyggerne
- ▶ Sikre tjenester i tråd med BEON ved at man har kjennskap til «hele» omsorgstrappen, og ikke bare fragmenter

- ▶ En felles saksbehandler og tildelingsfunksjon kan medføre riktigere prioritering av knappe goder (unngå bukken og havresekken), og dermed styring av tjenestene og prioriteringene
- ▶ En felles saksbehandler og tildeling kan utrede «alle» behovene for helse- og omsorgstjenester og sikre helhetlige tjenester og nødvendige pasientforløp. Unngå «gråsoneproblematikk» og diskusjon mellom ulike tjenester om hvor «bruker» hører hjemme
- ▶ En felles saksbehandler og tildelingsfunksjon kan sikre oversikt over behov og kapasitet som kan benyttes for å sikre strategisk utvikling og prioritering (bestilling i stort)

Ulemper

- ▶ Økt byråkratisering og avstand mellom de som yter tjenestene og de som saksbehandler og tildeler. Avstand mellom dem som saksbehandler og innbyggerne
- ▶ Økt konfliktpotensialet ved at andre enn tjenesteyterne foretar vurderinger og tilrådninger.
- ▶ Sterkt fokus på rettigheter uten at det foreligger tilsvarende vurdering av de økonomiske rammene og ressurstilgang i tjenestene

4.6.3 Alternativ 2 – ha egne dedikerte saksbehandlere i tjenestene

Alternativ 2 innebærer at saksbehandlingen og tildelingen flyttes ut på virksomhetene, under virksomhetsleder.

Fordeler og ulemper ved alternativ 2

Fordeler

- ▶ Nærhet og dialog med leder og tjenesten gjør at man raskt kan finne løsninger og ivareta definerte behov (begreper som ikke-byråkratiserende blir brukt av flere for å beskrive fordelene ved dette)
- ▶ Kjennskap til tjenestene gjør at man kan finne «smarte» og effektive løsninger
- ▶ Kjennskap og nærhet til bruker gjør at man kan finne raske løsninger

Ulemper

- ▶ Sårbart ved fravær da det i hovedsak er 1–2 personer som ivaretar dette i hver virksomhet, og vil kunne medfører at man må bruke mer ressurser enn i dag
- ▶ Sikrer ikke en dør inn, og heller ikke nødvendigvis lik praksis og likebehandling
- ▶ Ikke ansvar for tjenester ut over egen avdeling. Kan medfører at brukere med behov for tjenester fra flere tjenesteområder ikke får behovene ivaretatt (gråsoner/silotenkning)
- ▶ Ikke enhetlig oversikt over behov og kapasitet, og det kan gjøre at behovet for strategisk styring/prioritering og utvikling (bestilling i stort) blir vanskeligere å ivareta
- ▶ Sikrer ikke en dør inn, og heller ikke nødvendigvis lik praksis og likebehandling/harmonisering av tjenester i ny kommune
- ▶ Utfordrende og ressurskrevende å sikre opplæring og kompetansedeling/kompetanseheving

4.7 Agenda Kaupangs anbefaling

Vår anbefaling er at ansvar for saksbehandlingen og tildeling innen Helse og omsorg samles i en felles virksomhet i den nye kommunen, alternativ 1. Formålet bør være å øke profesjonaliseringen, likebehandlingen og øke kvaliteten på saksbehandlingen.

Opprettelsen av et felles tjenestekontor må ikke medføre unødvendig byråkratisering. I dette ligger det å avklare hvilke tjenester som er vedtaksbaserte og hvilke tjenester som det ikke skal fattes vedtak om. En viktig forutsetning for å lykkes er å sikre dialog med tjenestene, og et avklart felles ansvar for å utnytte kommunens ressurser på en best mulig måte. Dialog mellom tjenestene og utføreren, og et felles ansvar for de økonomiske ressursene, er viktige forutsetninger for å forhindre dette. Koordinerende enhet bør ligge i denne virksomheten.

En samlokalisering innebærer at man må avklare hvor en slik virksomhet skal være lokalisert. Vurderingen vår er at et slikt kontor bør ligge sentralt, med lett ankomst for kommunens innbyggere.

Ansatte som berøres av endringene må holdes orientert og få delta i prosessen med å etablere en felles virksomhet. Arbeidet bør starte opp i god tid før selve implementeringen.

Pr. i dag har de tre kommunene ulike pasientsystem og kvalitetssystemer. Et felles pasientsystem og kvalitetssystem er en viktig forutsetning for å få til en felles helse- og omsorgstjeneste i «nye Lindesnes kommune».

5 Boligtrapp - en helhetlig boligpolitikk for eldre

5.1 Formål og metode

I det følgende blir det beskrevet hvordan vi har gjort framskrivninger av den såkalte «boligtrappa» fram mot 2040

Boligpolitikk og boligtrapp

Det er vanlig å sortere helse- og omsorgstjenestene i en omsorgstrapp. De laveste trinnene i omsorgstrappen er ulike former for forebyggende arbeid og de øverste trinnene er sykehjem eller tilsvarende tjenester med høy bemanning. Sorteringen danner grunnlag for en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg.

Det har også blitt vanlig å bruke begrepet *boligtrapp*, som forteller hvor brukerne av tjenester bor. Utviklingen av en differensiert boligtrapp er altså kjernen i utviklingen av en helhetlig *boligpolitikk for eldre*. Et differensiert botilbud kan gi flere et godt alternativ til institusjon som kan bidra til at brukerne kan være aktive i eget liv og bo lengst mulig i eget hjem.

Husbanken gir tilskudd til *omsorgsboliger med heldøgns omsorg*. Kommunen tilbyr også boliger til eldre uten døgnbemanning. Dessuten er det vanlig at eldre kjøper eller leier boliger med mange av de samme egenskapene som en omsorgsbolig.

Data fra kommunen

For å kunne kartlegge boligtrappen, har kommunen selv kartlagt hvordan dagens brukere fordeles på ulike plasser på sykehjem, kommunale botilbud og i egne hjem. Brukerne blir også fordelt på tre aldersgrupper: 0–67 år, 67–79 år og over 80 år.

Agenda Kaupang har fått tilsendt kommunens regnskap for 2016 for å kunne beregne aktuelle enhetskostnader.

I tillegg bygger vår analyse på en framskrivning av befolkningen. Vi har i våre analyser benyttet mellomalternativet (MMMM) til SSB, hvor det er lagt til grunn middels utvikling i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring.

Framskrivning av kommunens boligtrapp

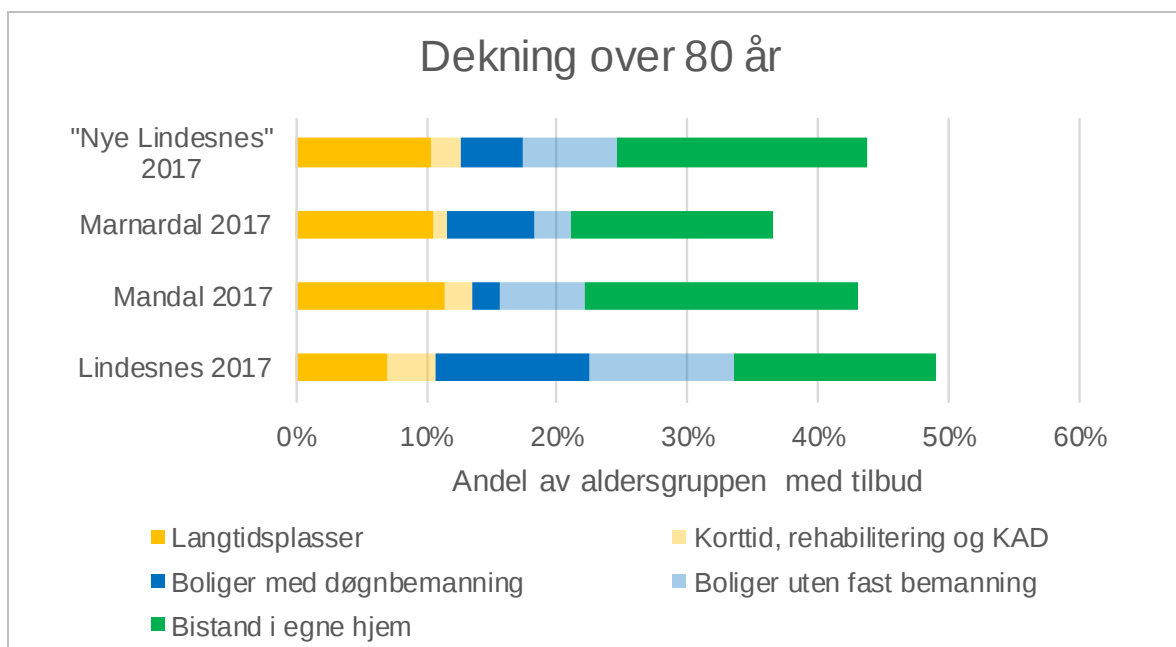
De kommunale dataene blir bearbeidet av Agenda Kaupang. Dagens boligtrapp blir belyst med statistisk informasjon på et mer detaljert nivå enn det som finnes i offentlig statistikk. Dekningsgrader og enhetskostnader blir sammenliknet med andre kommuner i databasen til Agenda Kaupang. På overordnet nivå blir situasjonen i kommunen sett i sammenheng med situasjonen og utviklingen i Norge, og ellers i Norden.

Videre blir det foretatt en framskrivning av tilbudet, gitt at sammensetningen av tilbudet fortsetter på dagens nivå. Framskrivningen vil være egnet til å illustrere effekten av demografiske endringer. En slik framskrivning vil være godt egnet som en referanse for å vurdere mulige fremtidige endringer som kommunen bør gjennomføre. En vurdering av alternative utviklingsbaner ligger imidlertid utenfor arbeidet som gjennomføres i denne omgang.

5.2 Plasser og dekningsgrader

Boligtrappen for eldre over 80 år i de tre kommunene

Dagens boligtrapp for gruppen over 80 år i de tre kommunene er vist i figuren under. Boligtrappen vil være uttrykk for praksisen for tildeling i den enkelte kommune, som igjen vil henge sammen med hva kommunen kan tilby av sykehjem og ulike botilbud.



Figur 5-1 Andelen over 80 år med pleie- og omsorgstjenester 2017 fordelt etter hvor brukerne bor i tre kommuner per 31. desember 2017

I Lindesnes var det 10,7 % av eldre 80 år som var på sykehjem ved inngangen til 2017, jf. figuren over. Andelen er lavere enn de to andre kommunene og lavere enn tilsvarende andel for landet på 13,6 %. Vårt inntrykk er at behovet for sykehjem i Lindesnes har blitt redusert som følge av et godt utbygd tilbud med boliger med døgnbemanning og en bevisst bruk av korttidsplassene.

Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Et slikt tilbud har mye å bety for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lengre i eget hjem.

Sammensetningen av boligtrappen i de tre kommunene er altså noe ulik, slik figuren viser. I «nye Lindesnes» vil det være naturlig å etablere en tildeling basert på de samme kriteriene for hele kommunen. På sikt vil altså boligtrappen trolig bli lik for de tre tidligere kommunene.

I det følgende drøfter vi utviklingen av boligtrappen i den nye kommunen. Drøftingen tar utgangspunkt i det samlede tilbudet og dekningsgradene for de tre kommunene.

Beskrivelse av tilbudet i Nye Lindesnes ved inngangen til 2017

I det følgende blir det gitt en mer detaljert beskrivelse av tilbudet enn det som er rapportert i KOSTRA. Beskrivelsen bygger på utfylling av et skjema som kommunen har gjort i dette prosjektet.

Ved inngangen til 2017 var det 163 personer som hadde plass på sykehjem i de tre kommuner, jf. tabellen under. Av disse var 130 brukere av langtidsplass og 33 brukere av korttidsplass, i rehabilitering, kommunal akutt døgnplass (KAD) m.m. Kommunene ga tilbud i 48 boliger med

døgnbemanning, og 119 boliger uten fast bemanning. 759 av 1 089 brukere fikk bistand i egne hjem.

Tabell 5-1 Antall personer med pleie- og omsorgstjenester i «nye Lindesnes» kommune 31. desember 2016. Kilde: Lindesnes kommune, Mandal kommune og Marnardal kommune

	Lindesnes	Mandal	Marnardal	I alt
Langtidsplasser	15	101	14	130
Korttid, rehabilitering og KAD	8	24	1	33
Boliger med døgnbemanning	25	16	7	48
Boliger uten fast bemanning	28	82	9	119
Bistand i egne hjem	221	504	34	759
I alt	297	727	65	1 089

Tilbudet 31. desember 2016 er i tabellen under fordelt på tre aldersgrupper:

Tabell 5-2 Antall personer med pleie- og omsorgstjenester fordelt på tre aldersgrupper (under 67 år, 67–79 år og over 80 år) i «nye Lindesnes» kommune per 31. desember 2016. Kilde: «nye Lindesnes» kommune

	Lindesnes	Mandal	Marnardal	I alt	Dekning
<i>Under 67 år</i>					
Langtidsplasser	0	4	0	4	0,0 %
Korttid, rehabilitering og KAD	0	4	0	4	0,0 %
Boliger med døgnbemanning	0	0	0	0	0,0 %
Boliger uten fast bemanning	1	20	4	25	0,1 %
Bistand i egne hjem	145	280	13	438	2,3 %
I alt	146	308	17	471	2,4 %
<i>67-79 år</i>					
Langtidsplasser	0	17	3	20	0,8 %
Korttid, rehabilitering og KAD	0	5	0	5	0,2 %
Boliger med døgnbemanning	0	1	0	1	0,0 %
Boliger uten fast bemanning	3	15	2	20	0,8 %
Bistand i egne hjem	43	76	5	124	4,9 %
I alt	46	114	10	170	6,7 %
<i>Over 80 år</i>					
Langtidsplasser	15	80	11	106	10,4 %
Korttid, rehabilitering og KAD	8	15	1	24	2,3 %
Boliger med døgnbemanning	25	15	7	47	4,6 %
Boliger uten fast bemanning	24	47	3	74	7,2 %
Bistand i egne hjem	33	148	16	197	19,3 %
I alt	105	305	38	448	43,8 %

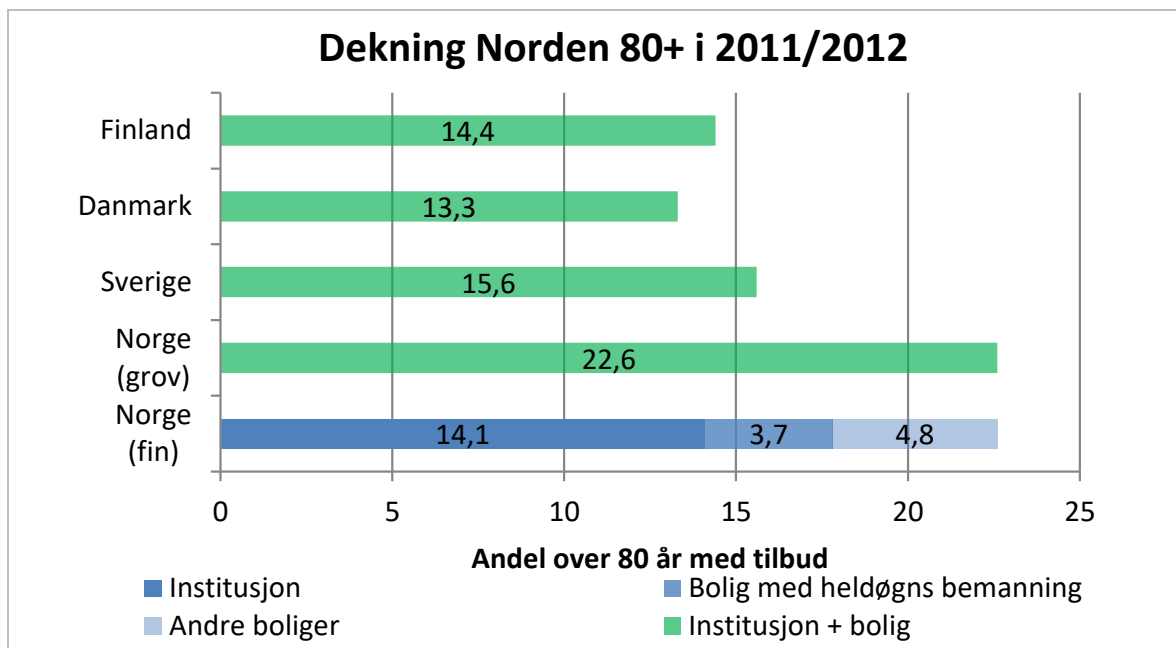
Ved inngangen til 2017 var 130 av de 163 pasientene på sykehjem over 80 år, jf. tabellen over. Det betyr at 12,7 % av alle eldre over 80 år hadde plass på sykehjem. For landet som helhet var tilsvarende andel på 13,6 %.

I 2016 tilbød de tre kommunene boliger med bemanning hele døgnet til 4,6 % av eldre over 80 år. For landet som helhet var tilsvarende andel på 3,6 %.

Dekningen i de tre kommunene for heldøgns omsorgsplasser til eldre over 80 år er altså på linje med landet som helhet.

5.3 Boligtilbud for eldre i de nordiske landene

Det er foretatt en sammenlikning av botilbudet til eldre i de nordiske landene i figuren under.



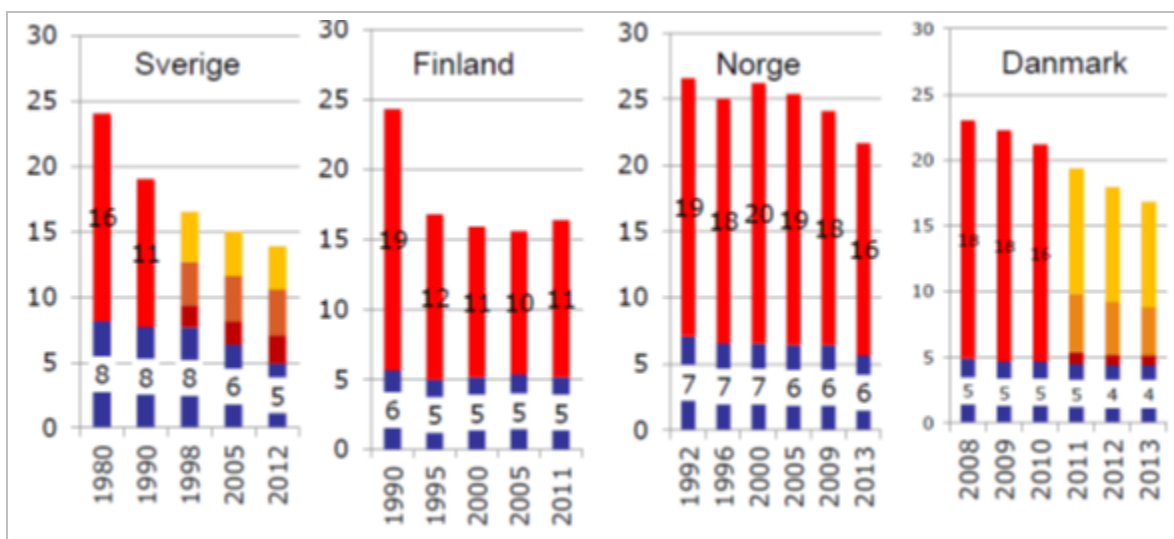
Figur 5-2 Andel over 80 år med tilbud om institusjon og boliger med bemanning, hele eller deler av døgnet

I Norge blir det også tilbudt omsorgsboliger uten heldøgns bemanning. I 2011 var det 4,8 % av eldre over 80 år med et slikt tilbud (jf. figuren over). Dette året var det 14,1 % med tilbud på sykehjem og 3,7 % for omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Den samlede dekingen var altså på 22,6 %.

I de andre nordiske landene blir det ikke utarbeidet statistikk som gir mulighet til å skille ut heldøgnsstilbudet. Derfor er det bare foretatt en sammenlikning av den samlede dekningsgraden for ulike botilbud.

I de tre andre landene varierer denne dekingen mellom 13,3 % i Danmark og 15,6 % i Sverige. Tilbudet i Norge er med andre ord langt mer omfattende enn det som er vanlig i de andre nordiske landene.

Videre blir det gitt en oversikt over langsiktige utviklingstrekk for omfanget ulike botilbud og for hjemmetjenester i de andre nordiske landene. Dette blir gjort med utgangspunkt i andelen av befolkningen over 65 år med ulike tilbud. Disse andelene er naturlig nok lavere enn andelen av befolkningen over 80 år presentert tidligere i avsnittet.



Figur 5-3 Dekning for aldergruppen over 65 år over tid for hjemmetjenester og ulike botilbud for eldre i Sverige, Finland, Danmark og Norge. Fargeforklaring: Blått=institusjon og omsorgsbolig, Rødgule nyanser=hjemmetjenester. Kilde: Lagt frem av Szebehely på konferanse arrangert av Helse- og omsorgsdepartementet og KS 4. juni 2015

Det er store variasjoner i omfanget av tilbudet i de nordiske landene. Tilbudet er mest omfattende i Norge og minst omfattende i Sverige. I alle de fire landene går utviklingen i retning av at det er en lavere andel av befolkningen som får et tilbud. Utviklingen gjelder både institusjon og ulike hjemmetjenester.

Den lave dekningen i Sverige og Danmark for institusjon og boliger med døgnomsorg ser ut til å skyldes at politikken på nasjonalt nivå har vært annerledes enn i Norge. Sverige og Danmark avvirket sine institusjoner i eldreomsorgen fra omkring 1990 (Daatland og Otnes 2015)⁵. Tilbudet til eldre har blitt boliggjort på noe av den samme måten som HVPU-reformen i Norge for funksjonshemmede på 1990-tallet.

I Danmark ble institusjonene gjort om fra «pleiehjem» til «ældreboliger» og etter hvert også «plejeboliger». De sistnevnte har såkalt tett pleiemiljø, og er bemannet og utstyrt som pleiehjem, men normalt med høyere boligstandard enn de tidligere pleiehjemmene. Eldre- og pleieboligene var fra da av juridisk og økonomisk regulert som boliger, og beboerne ble regnet som borgere og leietakere, ikke som pasienter eller klienter.

Norge har hatt et eget investeringstilskudd til utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger gjennom et investeringstilskudd hvor kommunene får dekket opp mot 70 prosent. Tilskuddet har gitt en sterk stimulans til satsing på utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Sverige og Danmark har ikke hatt tilsvarende incentiver. Produktivitetskommisjonen (2016)⁶ peker på at tilskuddet kan ha bremsert utviklingen av hjemmebaserte tjenester:

«Satsingen på heldøgns omsorg kan gå på bekostning av utbygging av hjemmebaserte tjenester og nye teknologiske løsninger som trolig kan gi både en bedre og rimeligere eldreomsorg for noen brukere.»

⁵ Daatland, S. O., K. Høyland og B. Otnes (2015): "Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for older People". Journal of Housing For the Elderly. Volume 29, Issue 1–2, 2015.

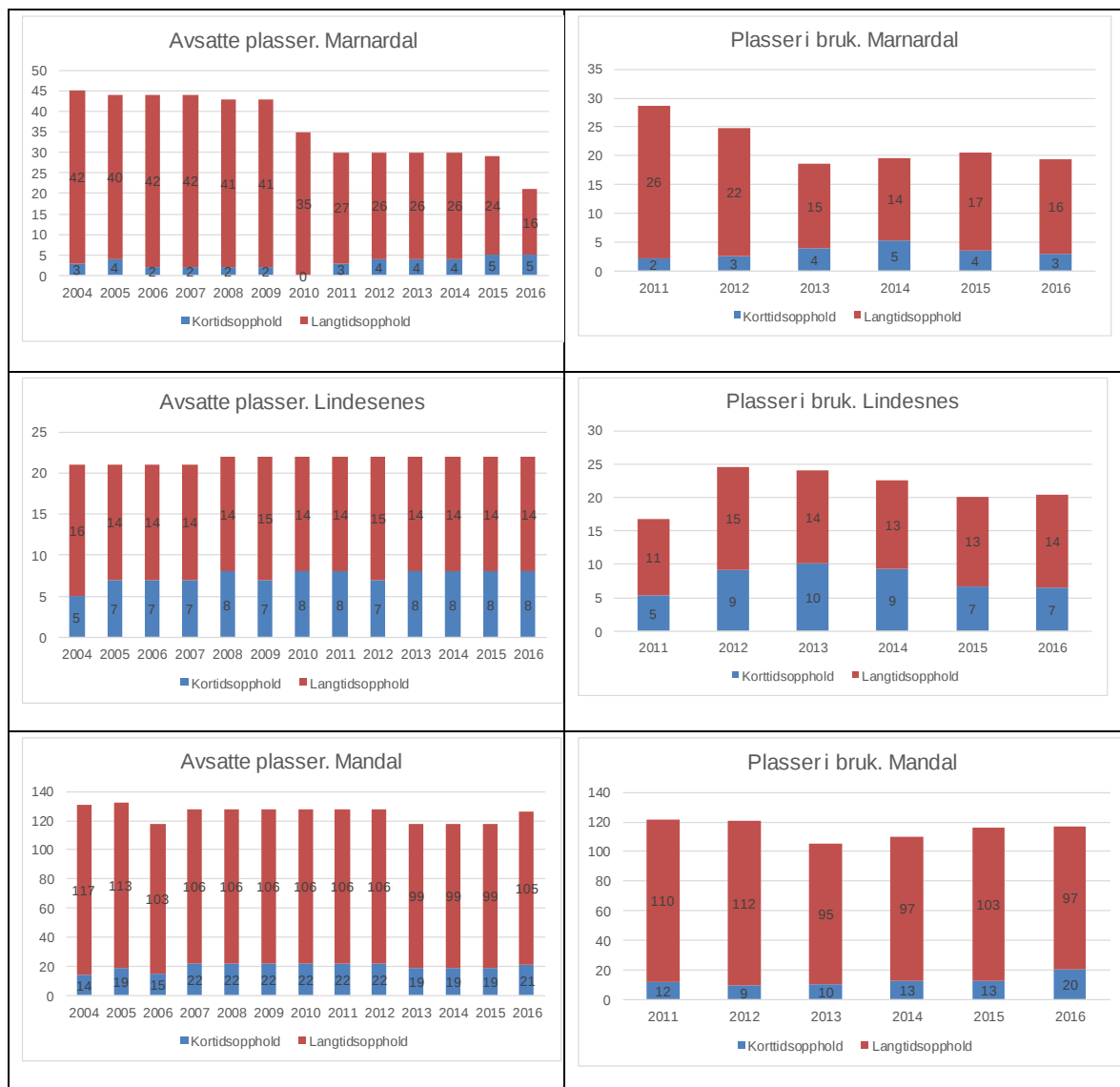
⁶ Produktivitetskommisjonen (2016): «Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi Produktivitetskommisjonens andre rapport». Norges offentlige utredninger 2016:3

Vi har utarbeidet en fremskrivning hvor vi har lagt til grunn at nivået for dekningen i Lindesnes kan komme ned på et nordisk nivå (jf avsnitt 5.6). Fremskrivningen innebærer at det er mulig å styrke hjemmetjenesten slik at behovet for sykehjem blir redusert. Utviklingen i kommuner som Stjørdal, Fjell, Os og bydel St. Hanshaugen viser at det også i Norge er mulig å gjennomføre tilsvarende endringer som i Danmark og Sverige i løpet av noen år.

5.4 Korttidsplassenes betydning

Utviklingen for ulike type sykehjemsplasser er vist i figuren under. Den viser at det samlede antallet sykehjemsplasser i de tre kommunene har blitt redusert.

Tabell 5-3 Avsatte sykehjemsplasser 2004-2016 og sykehjemsplasser i bruk 2011-2016. Kilde: Kostra og egne beregninger



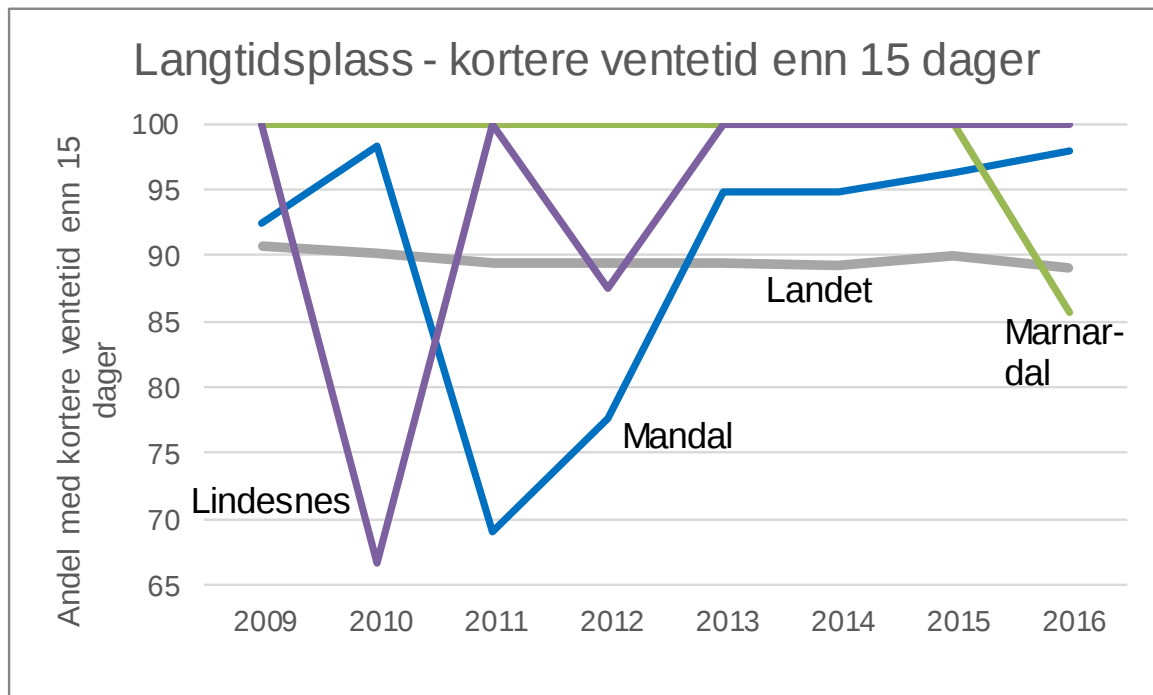
Det har blitt flere korttidsplasser i de tre kommunene (jf figuren over venstre). Noen av korttidsplassene fungerer imidlertid ikke som planlagt (jf figuren over høyre).

Korttidsplass i sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopp-

trening eller avlastning. Et slikt tilbud har mye å bety for pasientflyten innenfor pleie- og omsorgstjenesten, og er en viktig del av en tiltakskjede for å dempe behovet for sykehjemsplasser og gi brukerne mulighet til å bo lengre i eget hjem. Det er derfor viktig at kommunen har nok slike plasser, og at det blir fulgt opp at plassene fungerer som forventet.

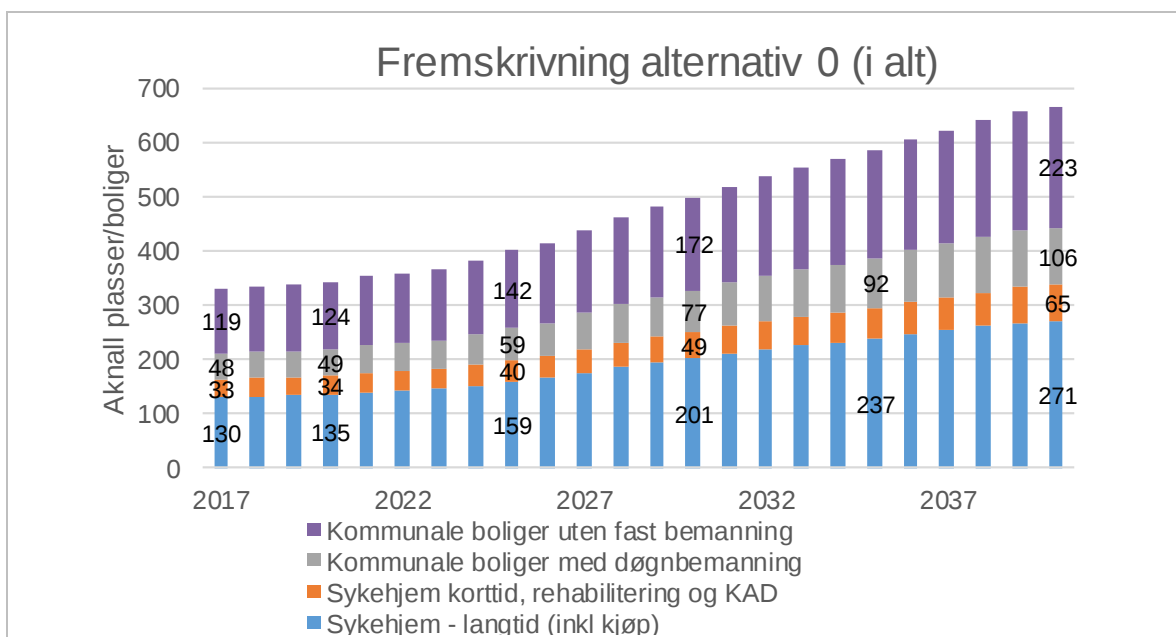
Sammenliknet med landet er ventetiden på langtidsplass i 2016 på sykehjem på et brukbart nivå sammenliknet med landet (jf figuren under). Det ser altså ut til at kommunene har tilstrekkelig med langtidsplasser til tross for at antallet slike plasser har blitt redusert.

Tabell 5-4 Andel brukere med vedtak om langtidsplass på sykehjem med ventetid kortere enn 15 dager.



5.5 Fremtidig behov for døgnplasser

Vi har beregnet hvor mange plasser «nye Lindesnes» har behov for framover dersom dagens dekning videreføres (jf. tabell 5-2) og utviklingen i befolkningen blir som beskrevet i avsnitt 3.1. Beregningene er ment som referanse for å vise effekten av planlagte endringer i tilbudet. Resultatene av beregningene i et slikt «nullalternativ» er vist i figuren under

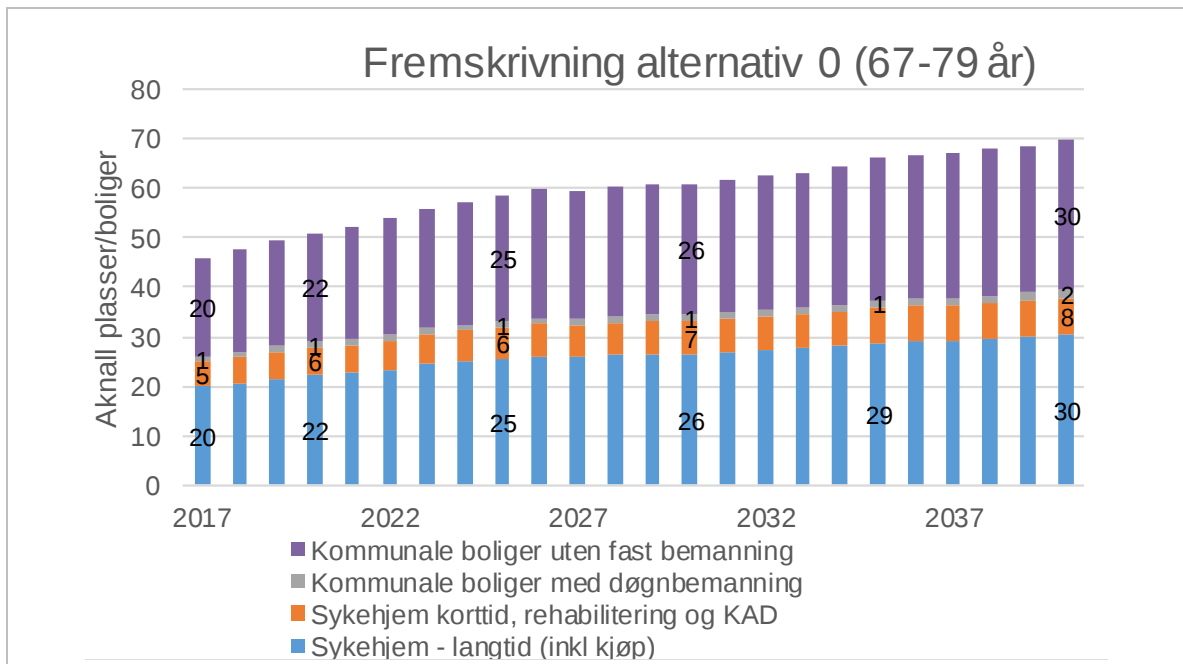


Figur 5-4 Beregnet behov for plasser med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader for tre aldersgrupper

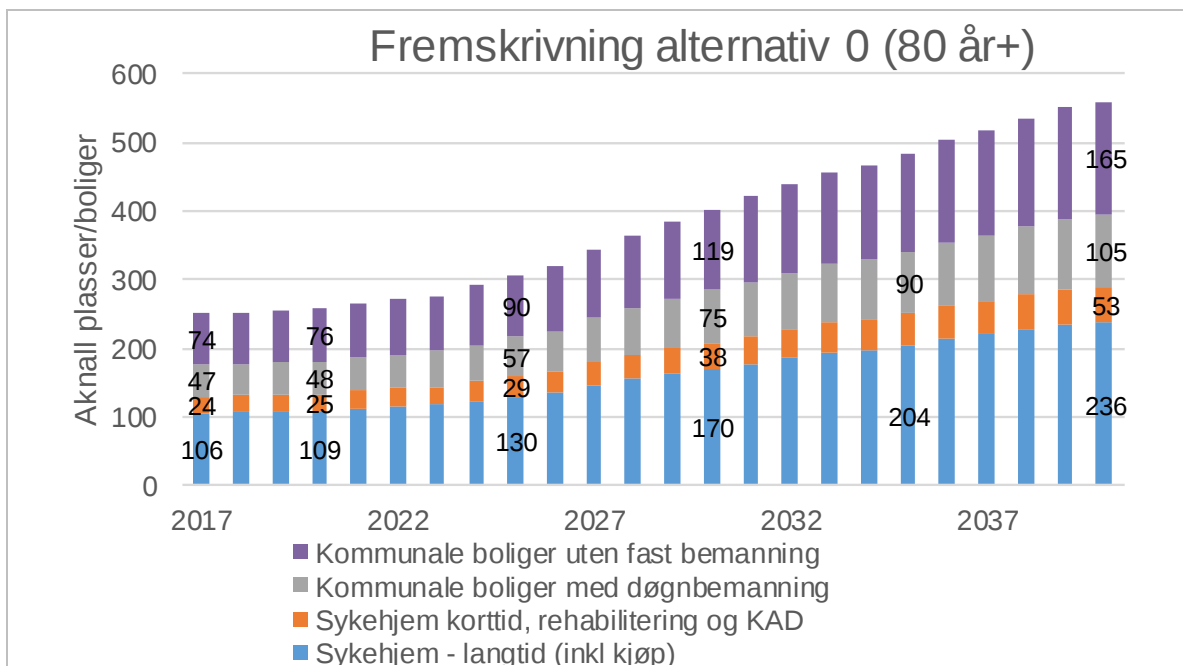
Med en videreføring av dagens dekningsgrad på omsorgsplasser med heldøgns bemanning, vil det i 2040 være et behov for et slikt tilbud til 336 brukere. Dette er litt over dobbelt så mye som de 163 plassene som er i bruk i dag. I 2022 er det beregnede behovet på tilnærmet samme nivå som i dag, fordi antall eldre over 80 år ikke øker noe særlig i denne perioden.

Skal nye Lindesnes klare å møte de framtidige utfordringene med en slik sterk vekst i behov på en bærekraftig måte, må kommunen vri innsatsen ytterligere til mer hjemmebasert omsorg og ha riktige tjenester og tilstrekkelig kapasitet i hele tjenestekjeden. For kommunen betyr dette økt satsing på hjemmetjenester, dag- og aktivitetstilbud og flere tilrettelagte boliger med mulighet for personell tilstede hele eller deler av døgnet, jf. avsnitt 5.8.

De to figurene under viser det totalt beregnede behovet for plasser i aldersgruppen 67–79 år og over 80 år. Resultatene av beregningene illustrerer den demografiske utviklingen i de to gruppene, og at den yngste gruppen bruker en større andel korttidsplasser enn den eldste gruppen.



Figur 5-5 Beregnet behov for plasser for eldre 67–79 år med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader



Figur 5-6 Beregnet behov for plasser for eldre over 80 år med heldøgns bemanning 2017–2040 med dagens dekningsgrader

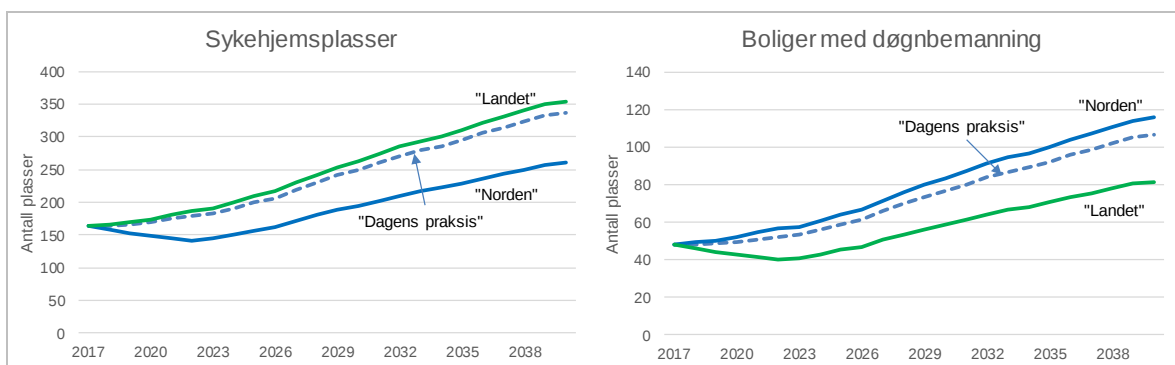
5.6 Alternative utviklingsbaner

Det blir her lagt frem en alternativ framskrivning av behovet for plasser på sykehjem og boliger med døgnbemanning. Også denne framskrivningen bygger på fremskrevet befolkning i kommunen for aldersgruppene under 67 år, 67–79 år og over 80 år. For de to yngste aldersgruppene er det lagt til grunn konstante dekningsgrader i årene fremover. Antall plasser er beregnet ved å multiplisere dekningsgrader og antall personer i de tre aldersgruppene.

For gruppen over 80 år er det lagt til grunn tre alternative dekningsgrader:

- **Alternativ 1 «Dagens praksis»:** Utgangspunktet er dekningen i 2017. Alternativet er ment som en referanse for et eller flere alternativer med endret praksis. Resultatene er beskrevet i kapittel 5.5.
- **Alternativ 2 «Som landet»:** Det er lagt til grunn en samlet dekning for korttids- og langtids-plasser sykehjem på 13,5 % i 2022. For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 3,3 % i 2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av landet.
- **Alternativ 3 «Norden»:** Det er lagt til grunn en samlet dekning for korttids- og langtids-plasser sykehjem på 9,3 % i 2022. For boliger med døgnbemanning er det lagt til grunn en dekning på 5 % i 2022. Det samlede nivået for døgntilbudet blir omtrent på linje med det som er vanlig i resten av Norden. Dekningen på sykehjem er på linje med kommunene i Norge med lavest dekning i dag.

Resultatene av beregningene for utviklingen i døgntilbudet er vist i figuren under



Figur 5-7 Fremskrevet antall personer med tilbud på sykehjem og i boliger med døgnbemanning for 2017–2040

Alternativet «landet» illustrerer at en redusert satsning på boliger med døgnbemanning vil kunne øke behovet for sykehjemsplasser, jf. figurene over. Det er imidlertid relativt små forskjeller mellom dagens praksis og det som er vanlig ellers i landet.

I alternativet «Norden» vil det ikke bli behov for flere sykehjemsplasser før om ti år. Behovet for sykehjem vil kunne holdes nede ved å tilby noe flere boliger med døgnbemanning og en systematisk satsing på styrking av de hjemmebaserte tjenestene også på andre områder. En slik strategi vil altså kunne dempe behovet for fremtidige investeringer. Det vil være nødvendig med mer grundige analyser for å si noe om hvordan de hjemmebaserte tjenestene bør styrkes.

Tabell 5-5 Detaljert oversikt over behovet for antall plasser i de tre ulike alternativene

"nye Lindesnes kommune"	2017	2020	2024	2030	2040
Sykehjem					
Alternativ 0	163	169	190	250	336
Alternativ "Norden"	163	148	150	195	260
Alternativ "Landet"	163	174	199	263	355
Kommunale boliger med døgnbemanning					
Alternativ 0	48	49	56	77	106
Alternativ "Norden"	48	52	60	83	116
Alternativ "Landet"	48	42	43	59	81
Totalt heldøgns plasser "Norden"	211	200	211	278	375

Konklusjon: Nye Lindesnes kommune bør i årene fremover satse på å gi gode hjemmebaserte tjenester og bygge flere boliger med mulighet for heldøgns bemanning, slik at behovet for sykehjemsplasser og investeringer kan holdes på et lavt nivå. Behovet for plasser tilrettelagt for heldøgns bemanning øker sterkest etter 2025, når de store etterkrigskullene etter hvert blir over 80 år.

5.7 «nye Lindesnes» bør videreføre planene om å bygge et felles helsebygg med korttidsplasser og omsorgsboliger

Dagens tre institusjoner med mulig utvidelse vil ikke alene kunne dekke behovene for antall plasser tilrettelagt for heldøgns bemanning på en effektiv og framtidsrettet måte. Vår anbefaling er derfor at «nye Lindesnes kommune» satser på å bygge et felles helsebygg på Orelunden samlokalisert med flere omsorgsboliger.

Definisjon av helsebygg som er benyttet i dette prosjektet er et sentrumsnært bygg med viktige kommunale og private helsetilbud for kommunens innbyggere. Hensikten med denne type helsebygg er blant annet å oppnå gevinster som redusert behov for sykehjemsplasser, effektive driftsenheter, hensiktsmessig samlokalisering av tjenester, tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid og stordriftsfordeler på drift.

Formålet med å etablere et helsebygg sentralt i Mandal er å bidra til at alle innbyggere i den nye kommunen, uavhengig av alder, får et godt sentrumsnært service- og behandlingstilbud, hvor fokuset på tilbudet er forebyggende behandling, rehabilitering og tidlig innsats for å kunne klare seg selv/mestre eget liv uten videre bistand. Fremtidens helse- og omsorgstjenester gir behov for mer samlokalisering og samhandling. Helsebygget vil derfor kunne inngå i en helhetlig tjenesteutvikling til beste for innbyggerne i hele den nye kommunen.

Prognosene for befolkningsvekst og andel eldre i befolkningen tilsier en kraftig vekst i behov for pleie- og omsorgstjenester fram mot 2040, og et helsebygg med et tverrfaglig tjenestetilbud vil kunne hjelpe «nye Lindesnes kommune» til å møte framtidens behov på en trygg og forsvarlig måte.

Helsebyggprosjektet bør starte snarest mulig og minimum inneholde framtidens korttidsplasser for behandling/rehabilitering, hovedbase for hjemmesykepleien, legekantor, legevakt og ambulanse-tjenesten, ulike lavterskeltilbud som f.eks. friskliv og mestring. I tillegg bør et nytt helsebygg samlokaliseres med flere omsorgsboliger med personalbase, for å sikre stordriftsfordeler og møte framtidens behov for boliger med mulighet for heldøgns bemanning.

Når man skal planlegge hvilke institusjonsplasser den nye kommunen trenger for framtiden, er vår anbefaling å øke andel korttidsplasser av totalt antall sykehjemsplasser til om lag 25 %. Dette er en viktig forutsetning for å kunne redusere det totale behovet for heldøgns omsorgsplasser. I tillegg bør man fysisk skille korttidsopphold for behandling og rehabilitering fra avlastningsopphold for pårørende og behov for skjerming ved langt kommet demenssykdom. Vi tror en slik satsing vil redusere behovet for å bygge langtidsplasser i årene etter 2025. Anbefalingene fra rapporten vinteren 2016 var på minimum 36 korttidsplasser og 40 omsorgsboliger, alternativt 44 korttidsplasser og 48 omsorgsboliger.

Helsebygg på Orelunden – hva bør det inneholde?

- ▶ Korttidsplasser - Behandling og rehabilitering
- ▶ Omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning
- ▶ Legevakt med observasjonssenger og kommunal øyeblikkelig hjelp døgnetenhet (ØHD)
- ▶ Den nye enheten for samordning og tjenestetildeling
- ▶ Hovedbase for hjemmebaserte tjenester (inkludert innsatsteam/hverdagsrehabilitering)
- ▶ Sykepleiepoliklinikk med fokus på behandling og rehabilitering
- ▶ Parkeringsplasser for hjemmesykepleien, pasienter og pårørende
- ▶ Fastlegokantor
- ▶ Fysioterapi og ergoterapi (inkludert treningsrom)
- ▶ Kafè med anretningskjøkken
- ▶ Frivilligsentralen

- ▶ Friskliv og mestringstilbud
- ▶ Møteplasser for frivillige organisasjoner, likemannsarbeid
- ▶ Møterom for felles kompetanseheving
- ▶ Lager og utleveringssted for aktuelle hjelpemidler
- ▶ Ambulanse (Helseforetaket)

Fordeler med anbefalt løsning er:

- ▶ Møter framtidens behov
- ▶ God økonomisk investering for framtiden
- ▶ Gode statlige finansieringsordninger for «nye korttidsplasser»
- ▶ Brukervennlig tilbud med «alt» på ett sted
- ▶ Gode faglige synergier for brukerne og de ansatte
- ▶ Fleksibel og helhetlig organisatorisk modell
- ▶ Bidrar til et godt sentrumstilbud i Mandal sentrum

Ulemper med anbefalt løsning

- ▶ Stort drifts- og investeringsbudsjett
- ▶ Flerdelt løsning med et felles helsebygg og ytterligere tre institusjonsbygg
- ▶ Vanskeligere å rekruttere til andre tjenestesteder i den nye kommunen

5.8 Rendyrk hele Lindesnes omsorgssenter som omsorgsboligsenter og samlokalisere langtidsplassene på sykehjem i Mandal og Marnardal

Når vi ser det på det samlede behovet til «nye Lindesnes kommune», anbefaler vi at man snarest mulig rendyrker hele Lindesnes omsorgssenter som omsorgsboligsenter og samlokalisere langtidsplassene på sykehjem i Mandal og Marnardal.

Anbefalingene fra sist utredning i Lindesnes kommune⁷ var å bygge ut omsorgssenteret i et medium alternativ med 20 nye heldøgns omsorgsplasser og ny base for hjemmetjenesten og aktivitetssenter i tre etasjer. «Isaksen-tomten» ved rundkjøringen benyttes til nybygg og utvidelse av virksomheten på Lindesnes omsorgssenter. I og med at den kraftige veksten først kommer i 2030-2040 og helsebygget med korttidsplasser og omsorgsboliger bør bygges snarest mulig, anbefaler vi at et eventuelt nybygg først er innflyttingsklart fra 2030. Vi tenker fortsatt at LOS kan ha et utvidet tjenestetilbud og omsorgsboliger til mennesker med demens i alle faser av sykdomsforløpet, både når det gjelder ordinære omsorgsboliger og bofelleskap med personell, avlastningsplasser for pårørende og dag- og aktivitetstilbud.

Vi mener videre at «nye Lindesnes kommune» bør bygge opp et kompetansesenter for somatiske langtidsplasser og skjermede demensplasser i dagens sykehjemslokaler i Mandal og Marnardal når nytt helsebygg tas i bruk. Marnardal har pr i dag en institusjon som er godt tilrettelagt for personer med demens med egen sansehage. Sykehjemmet i Mandal må bygges om slik at det sikrer hensiktsmessig drift for å kunne ivareta de aktuelle pasientgruppene. Lokalene for avdeling 2 og 3 er de mest bemanningseffektive enhetene, og bør videreføres. De andre lokalene vurderes å være lite egnet for effektiv drift, spesielt i forhold til behovet for nattevakter og at videre drift i dagens bygningsmasse vil kreve betydelige oppgraderinger og investeringer.

Dette gir seg utslag i høye kostnader pr. kvm. og enhetskostnader på ca. kr 900 000 pr. plass. Ved å rive disse byggene, og på sikt bygge et tilbygg til avdeling 2 og 3, vil man kunne sikre mer driftsoptimale løsninger. Vi har beregnet et mulig innsparingspotensial på bemanning på

⁷ Lindesnes kommune - Grunnlagsdokument for plan kommunale boliger og helsebygg 2018–2028

tilsvarende antall plasser på 2–3 nattevakter hver natt (3 nattevakter tilsvarer 5,1 årsverk = ca. 4 mill. kr årlig).

5.9 Grep som «nye Lindesnes» bør gjennomføre for at flere eldre skal kunne klare seg selv lengst mulig aktive i egen bolig

Først og fremst mener vi at «nye Lindesnes kommune» bør utarbeide en helhetlig boligpolitikk for eldre som legger til rette for at flere skal kunne bo i sin egen bolig hele livet. «nye Lindesnes kommune» bør jobbe aktivt for å styre innbyggernes forventninger mot at de selv har ansvaret for å skaffe sin egen tilpassede bolig. I Melhus kommune i Trøndelag har de kalt en slik tilsvarende strategi «100 år i egen bolig - aktiv i eget liv». Vi tror en slik helhetlig strategi fram mot 2040 vil kunne redusere behovet for sykehjemsplasser. Samtidig vil det skape en vekst i behovet for flere omsorgsboliger og seniorvennlige leiligheter/«plussleiligheter» med mulighet for personalbase og heldøgns bemanning. Denne utbyggingen bør skje i tett samarbeid med aktører i det private markedet.

En større andel av den framtidige dekningsgraden av heldøgns omsorgsplasser, i forhold til antall innbyggere over 80 år fram mot 2040, bør etter vår mening være plasser i omsorgsboliger med personalbase.

Lag en boligpolitikk for eldre

Bygging av sykehjem og omsorgsboliger innebærer betydelige investeringer for «nye Lindesnes kommune». Byggingen er også av stor betydning for driftsutgiftene i årene som kommer. Det er viktig å se utbygging i kommunal og privat regi i sammenheng.

I Norge har det vært en betydelig økning i antall personer over 50 år som kjøper ny bolig. Mange ønsker seg lettstilte sentrumsnære boliger med mulighet for sosial kontakt. Bygging av flere slike boliger reduserer behovet for et kommunalt botilbud til denne gruppen.

Bygging av gode seniorboliger i privat regi kan bidra til at flere eldre kan ta ansvar for egen egnet bolig. Ofte kan det være lurt å flytte inn i slik bolig før funksjonene faller som følge av økt alder.

Noen eldre har ikke nok egenkapital til å kjøpe en ny egnet bolig. Det bør derfor være mulig å leie boliger. Kommunen kan gi råd til eldre om hva som finnes av støtteordninger i kommunal og statlig regi, og kanskje også hjelpe til med å ta opp lån på det private markedet.

Erfaringen fra andre kommuner har vist at det er viktig for eldre å kunne være sosiale og aktive. Eldre flytter ofte til boliger i sentrum for å få dekket disse behovene.

Byggingen av slike boliger kan gjøres i dialog med private utbyggere. Som planmyndighet kan kommunen stille krav om for eksempel fellesarealer og vaktmestertjenester inkludert i husleien, slik at boligene er egnet for å utvikle gode fellesskapsløsninger for eldre. Det er også mulig å vurdere om kommunen skal etablere personalbaser i private bygg, slik enkelte kommuner har gjort.

For personer med demens kan universell utforming og tilpasning av omgivelsene bidra til å eliminere eller redusere forhold som virker funksjonshemmede.

En spørreundersøkelse blant innbyggerne i «nye Lindesnes» kan gi informasjon om hvor i den nye kommunen eldre ønsker å bo og hvilke funksjoner eldre ønsker i nærheten av boligen. En slik undersøkelse vil kunne være et nyttig grunnlag for dialogen med private utbyggere.

Legg til rette for at personer med demens kan bo hjemme lengst mulig

I de første fasene av et demensforløp er hjemmebaserte tjenester mest aktuelt for personer med demens. En hovedstrategi bør være at en større del av tilbudet skal gis på de nederste trinnene i omsorgstrappen.

En slik generell vridning av tilbudet vil være fornuftig for personer med demens. I tillegg kan man tenke seg noen tiltak spesielt rettet mot personer med demens. Eksempler på tiltak:

- ▶ Pårørendeskole og pårørendegrupper, samt arrangere temakvelder om demens for pårørende og frivillige
- ▶ Å utvikle tilbudet og kapasiteten på ulike avlastningstiltak for pårørende
- ▶ God kapasitet og gode aktivitetstilbud på dag- og kveldstid og i ferier til alle hjemmeboende tjenestemottakere med demens i samarbeid med frivillige, inkludert økt satsing på blant annet turgrupper, «Inn på tunet» mv.
- ▶ Etablere et dementeam/demenslag i den ambulante hjemmetjenesten med ansvaret for alle vurderinger og vedtak på tjenester til nye brukere
- ▶ Velferdsteknologi som kan bidra til trygghet og mestring av hverdagsaktiviteter og avlastning for pårørende

Styrket hjemmetjeneste med bruk av fagteam

Tilbudet til hjemmeboende blir i mange kommuner styrket gjennom organisering av fagteam i den hjemmebaserte tjenesten, økt tverrfaglig samarbeid og ved å ansette flere fysio- og ergoterapeuter. Det er også vanlig med en større grad av spesialisering, slik at kan gi et faglig bedre tilbud til brukere på spesielle behov. Eksempler på slike grupper av mennesker med demenssykdom, kreft, kols, palliativ omsorg, mv.

Kommunene ansetter flere sykepleiere og andre høyskoleutdannede i hjemmetjenester. Det er ikke uvanlig om at disse tjenestene har som mål at 50 prosent skal ha høyskoleutdanning. Undersøkelser har vist at høy utdanning kan bidra til økt kvalitet og reduserte kostnader, kilde Telemarksforskning.

Etablere egen rehabiliteringsavdeling i hjemmetjenesten

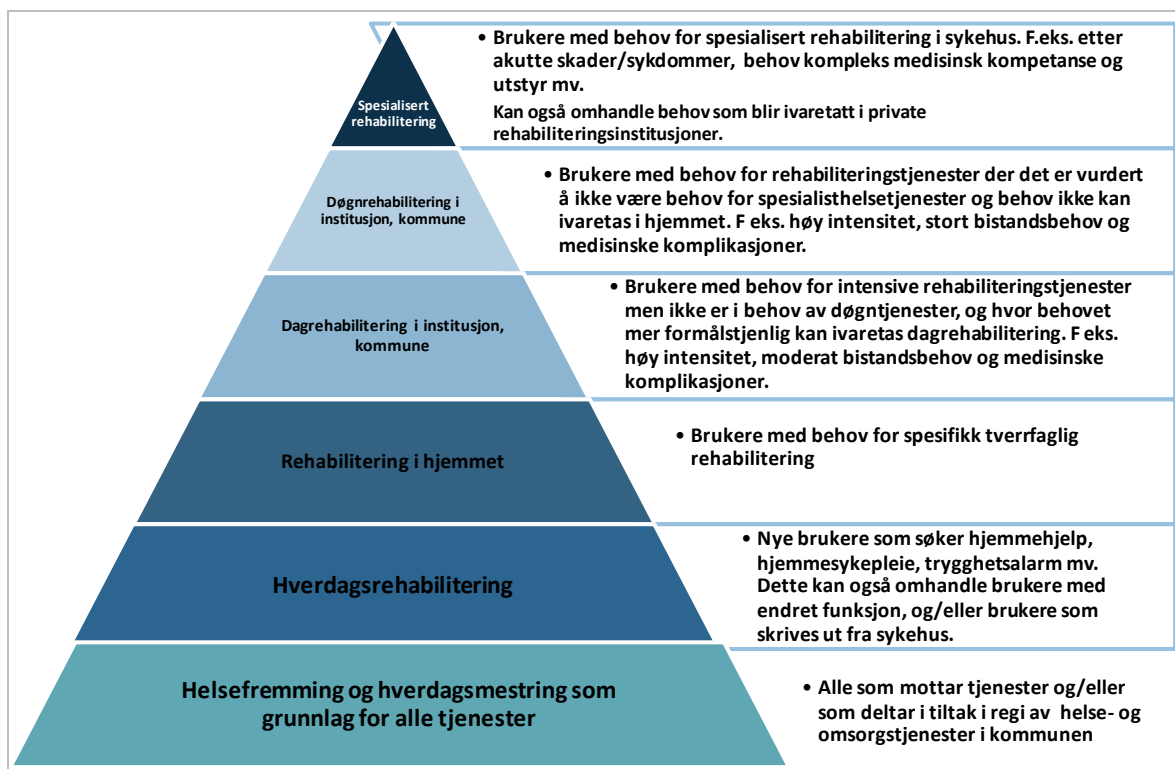
Den demografiske utviklingen med en økning i antall eldre, er blant annet et utslag av bedre helse, vi lever lenger og befolkningen har tilsvarende økt antall funksjonsfriske år. Foreløpig ser det ut til at antall år med redusert funksjon ikke har økt. Det er likevel slik at kommunene må ha en aktiv politikk fremover for å forebygge store utfordringer knyttet til demografiske endringer.

At personer bosatt i «nye Lindesnes kommune» får varig behov for praktisk bistand og omsorgstjenester, utgjør en stor utgift for kommunen. Det er derfor vesentlig for en kommune å ha så gode og virkningsfulle tiltak som mulig for å holde behov for hjelp og omsorgstjenester så lavt som mulig. Dette gjelder helsefremmende og forebyggende tiltak for innbyggere som ennå ikke har hatt noen funksjonstap, målrettede tiltak til personer i risikosoner og rehabilitering og opptrening på ulike nivå for innbyggere som har opplevd et fall i funksjon.

Samhandlingsreformen, og etterfølgende planer som primærhelsemeldingen og opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, viser behov for dreining av tjenestene mot mer forebygging og tidlig innsats i kommunene. Reformen utfordrer helse- og omsorgstjenesten sitt tradisjonelle tankesett og tilnærming. De samme dokumentene presiserte kommunenes ansvar for rehabilitering. Forskrift om rehabilitering, habilitering og individuell plan og koordinator, samt opptrappingsplan for rehabilitering, vektlegger at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for rehabilitering, uten å definere et klart skille. Den videre satsingen og utviklingen innen rehabilitering vil for det meste skje i kommunene. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt være en viktig aktør, særlig

knyttet til rehabiliteringsforløp i tidlig fase, og overfor brukergrupper med omfattende medisinske behov. Rehabiliteringsbehov for de mest vanlige og største gruppene skal i økt grad i varetas i kommunene.

Illustrasjonen under viser hvilke nivåer man har i et rehabiliteringstilbud, og antall brukere som har behov for de ulike nivåene. Alle har nytte av forebyggende innsats og hverdagsmestring, mange har nytte av hverdagsrehabilitering, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering. I tillegg til å forebygge hendelser som fører til funksjonsfall og eventuell sykehusinnleggelse, vil det være viktig for en kommune å bidra til at innbyggere som har hatt behov for spesialisthelsetjeneste kommer tilbake til så god funksjon som mulig i etterkant.



Figur 5-8 Rehabiliteringspyramiden etter modell fra Kristiansand kommune. Pyramiden skisserer forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

Et viktig mål er at alle innbyggere opplever størst mulig grad av mestring av hverdagen på egne premisser. Det er viktig å avdekke eventuelle funksjonssvikt tidlig, og deretter raskt starter opp rehabiliteringstiltak på rett nivå. Brukermedvirkning og helhetlige pasientforløp må ligge til grunn. Den enkelte bruker må være med å bestemme over egne (rehabiliterings)-tilbud, både i planlegging, gjennomføring, evaluering eller avslutning.

Rehabilitering er å bidra til at brukeren opprettholder eller forbedrer funksjonsnivå. Det innebærer reell trening/opptrening av funksjoner, men også tilrettelegging, god ernæring, sosial trening, hverdagsaktiviteter mv. Det er derfor helt nødvendig at hele støtteapparatet rundt brukeren jobber sammen med brukeren for at vedkommende skal nå sine mål og helhetlige tjenester. Rehabiliteringstiltak er mye mer enn tiltak fra helse- og omsorgssektoren. Det er også helt grunnleggende at selve opptreningen som brukeren får hjelp til (fysisk trening, trening på hverdagsaktiviteter, språklig, sosial eller kognitiv trening), doseres slik at brukeren oppnår effekt. Dette gjelder alle deler av rehabiliteringspyramiden.

Det foreligger dessverre hverken nasjonalt eller lokalt gode tall og dokumentasjon på hvordan kommunene lykkes med sin rehabilitering, men opptrappingsplanen påpeker tydelige mangler

generelt i landet. Det går både på intensitet og tilgang til opptrening, som fysioterapi, ergoterapi og logoped, men også på samhandling og organisering til samlede kraftfulle tiltak for brukeren. Det anbefales generelt å samle rehabilitering til tydelige og robuste enheter der opptrening og mestring for brukeren er hovedfokus.

Styrket dag- og aktivitetstilbud reduserer behovet for sykehjem og andre tjenester

For å lykkes med strategien om at flere skal bli boende i eget hjem bør «nye Lindesnes» satse mer på dag- og aktivitetstilbud. Et godt utbygd og differensiert dag- og aktivitetstilbud er viktig både for den enkelte bruker, men også et viktig tiltak for pårørende.

Vi har anslått at antall personer med demens vil øke fra rundt 380 i 2016 til over 730 i 2040 (jf figur 3.7). Studiet fra Sykehuset Innlandet i 2015 viste at rundt 20 % av personer med demens benyttet et dagsenter. Dette tilsier at «nye Lindesnes» har et tilbud til denne målgruppen, som trolig allerede i er for lavt dimensjonert. Det er derfor nødvendig å bygge flere plasser. Et slikt tilbud kan det være fornuftig å etablere i nærheten av boliger med muligheter for døgnbemanning.

Husbanken gir inntil 55 prosent utmåling av tilskudd der det etableres egne lokaler for dagaktivitetstilbud i tilknytning til allerede eksisterende omsorgsboliger. Det er en forutsetning at dagaktivitetstilbudet omfatter beboerne i omsorgsboligene, men tilbudet kan også benyttes av andre som har et slikt behov. Veiledende størrelse på lokaler til dagaktivitetstilbud er 10 kvm per bruker.

Flere kommuner planlegger å gi et dagtilbud også i helgene og har funnet ut at slike tilbud fører til at eldre kan klare seg hjemme lengre. Tidligere har det vært vanlig å kun gi et dagtilbud på hverdager.

Det bør ses på muligheten for at ansatte på dagsenteret henter brukerne og at turen blir sett på som en del av dagtilbudet. Andre kommuner har gode erfaringer med å organisere turer og andre aktiviteter utenfor selve omsorgssenteret.

Oppsummering av viktige grep for å lykkes framover er:

- ▶ Gode hensiktsmessige boliger for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi
 - Den nye kommunen bør redusere antall kommunalt eide omsorgsboliger fram mot 2020 og satse på tilrettelegging og bygging av «plussbolig-konsepter» i samarbeid med private aktører
- ▶ Behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester, bør i størst mulig grad ivaretas i omsorgsboliger med mulighet for heldøgns bemanning og personalbase
 - Bygge ut en kapasitet som utgjør en dekningsgrad på minimum 5 % av andel eldre innbyggere over 80 år i 2022
 - Bør på kort sikt, 2018–2022, etablere midlertidige personalbaser i to–tre av dagens omsorgsboliger uten bemanning i de tre kommunene, men primært bygge større komplekser for å sikre effektive bemanningsløsninger og fellesarealer med dag- og aktivitetstilbud
 - På lang sikt bør den nye kommunen rendyrke hele Lindesnes omsorgssenter som omsorgsboligsenter og samlokalisere institusjonsdriften i Mandal og Marnardal
- ▶ Videreutvikling av hjemmebaserte tjenester og ny organisering for å kunne ta imot veksten i behov og sikre bedre ressursutnyttelse
 - Samlokalisere basene for å unngå smådriftsulemper og sårbar drift
 - Etablere arbeidslag innen geriatri/somatikk, palliasjon og demens
 - Ta ansvaret for driften av korttidsplassene inkludert rehabilitering, lindrende behandling
 - Etablere egen rehabiliteringsavdeling i hjemmetjenesten som ivaretar innbyggernes behov for rehabilitering og som inkluderer fysio- og ergoterapitjenesten, hjelpemiddellager og hjelpemiddelformidling. Avdelingen skal samarbeide med de øvrige tjenestene om å yte

helsefremming og hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, rehabilitering i hjemmet, dag-/døgnrehabilitering i institusjon.

- Ansvar for omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning
- Ansvar for dag- og aktivitetstilbud for eldre brukere
- Vurdere samorganisering med frisklivs- og mestringstilbud («Frisklivsentral»)
- ▶ Bygge ut kapasiteten på dag- og aktivitetstilbudet for alle brukergruppene
- Vurdere en sterkere grad av samlokalisering av ulike brukergrupper for vedtaksbaserte tilbud
 - Aktuelle lokasjoner kan være utvidelse av arbeidstilbudet på Vigeland og dag- og aktivitetstilbudet på Hesland (dagens lokasjoner for mennesker med psykisk utviklingshemming i Lindesnes og Mandal), eller utvidelse av dagens dagtilbud på Orelunden, Lindesnes Omsorgssenter og Marnardal omsorgssenter
- Inkludere flere frivillige og private aktører i dette arbeidet
- Etablere kveldsåpne tilbud

Vi mener en slik strategisk satsning er såpass viktig at man bør vurdere å gjennomføre en egen informasjonskampanje til alle innbyggerne om hva «nye Lindesnes kommune» konkret vil satse på framover.

5.10 Organisering av hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenesten i den nye kommunen

Vår kartlegging har vist at kommunen bør organisere hjemmebasert omsorg på en enda mer enhetlig måte enn i dag for å kunne møte veksten i framtidige behov og sikre best mulig ressursutnyttelse av de totale økonomiske ressursene som er tilgjengelig. Det er spesielt aldersgruppen 67–79 år som vokser kraftig de nærmeste årene. Denne målgruppen er svært viktig for hjemmebasert omsorg, og veksten i denne aldersgruppen vil utfordre dagens kapasitet og arbeidsmetodikk betydelig. Basert på en slik vurdering har vi derfor ikke valgt å utrede et 0-alternativ, som er en videreføring av dagens modell med en samlokalisering av hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester i tre distrikter.

5.10.1 Alternativ 1 – en felles hjemmebasert tjeneste og en felles institusjonstjeneste for hele kommunen

Etter vår mening er det å samle alle dagens tre hjemmetjenester i en felles organisatorisk hjemmetjeneste, og alle de tre institusjonene i en felles institusjonstjeneste, et veldig aktuelt alternativ i en ny organisasjonsmodell.

Følgende funksjoner kan ligge under en felles framtidsrettet hjemmebasert tjeneste

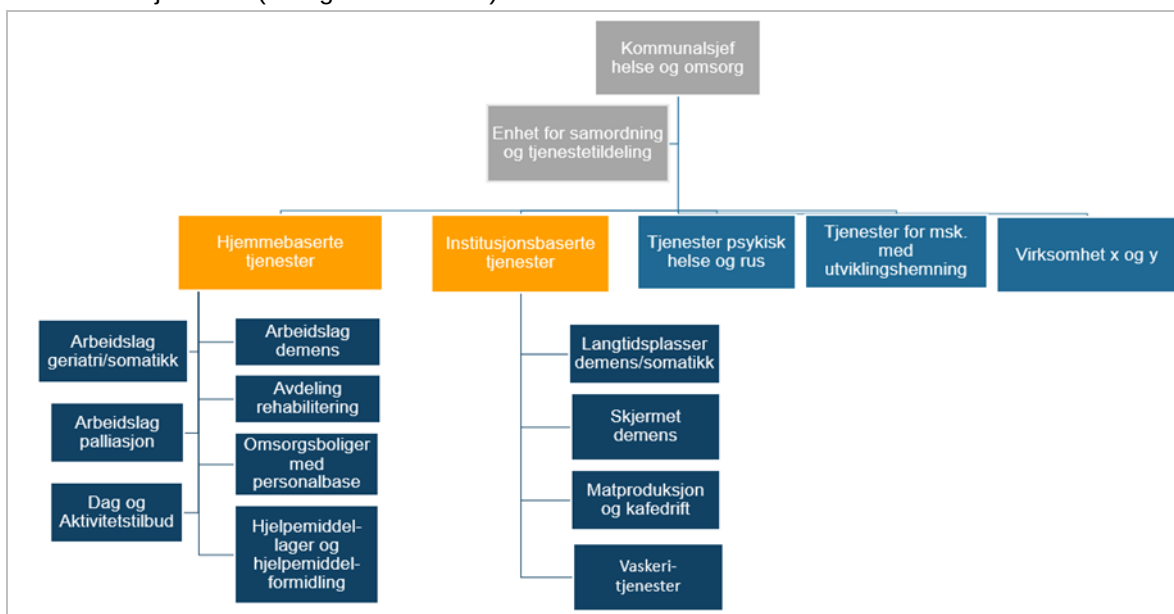
Hjemmebaserte tjenester

- ▶ Ambulerende hjemmetjenester: arbeidslag innen geriatri/somatikk, palliasjon og demens som inkluderer hjemmesykepleie og praktisk bistand. Vi har i dette alternativet valgt å flytte ressursene til psykisk helse og rus inn under en egen enhet sammen med resten av tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus i den nye kommunen
- ▶ Korttidsplasser med fokus på behandling og rehabilitering i tett samarbeid med ambulante hjemmebaserte tjenester
 - Spesialisert rehabilitering/døgnrehabilitering bør foregå på ett sted i kommunen
 - Spesialplasser for lindrende behandling (palliative plasser)
 - Plasser tilrettelagt for å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- ▶ Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud til somatisk syke og personer med psykiske helseproblemer og rusproblematikk (primært behandling i inntil 3 døgn)

- ▶ Hverdagsrehabiliterings- og hjemmerehabiliteringsteam og dagrehabilitering som inkluderer tverrfaglig kompetanse som fysioterapi, ergoterapi, ernæringsfysiologi, kompetanse på syn og hørsel mv.
- ▶ Eget innsatsteam som tar imot alle nye brukere (inkludert utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten)
- ▶ Hjelpemiddellager og hjelpemiddelformidling, inkludert velferdsteknologiske løsninger og ambulerende vaktmester
- ▶ Omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning
- ▶ Dag- og aktivitetstilbud (inkludert tilbud til personer med demens)
- ▶ Frisklivs- og mestringstilbud («Frisklivsentral»)

Følgende tjenester og funksjoner kan ligge under en felles framtidsrettet institusjonstjeneste

- ▶ Langtidsplasser til somatisk syke og personer med demens
- ▶ Faste rullerende avlastningsplasser, med fokus på pårørende for personer med demens
- ▶ Trygghetsplasser for brukere i hjemmetjenesten og deres pårørende
- ▶ Matproduksjon og kafédrift («sørge for ansvar»)
- ▶ Vaskeritjenester («sørge for ansvar»)



Figur 5-9 Alternativ 1 – en felles hjemmetjeneste og en felles institusjonstjeneste for hele kommunen

Fordeler og ulemper ved alternativ 1 for hjemmebasert omsorgstjeneste

Fordeler

- ▶ Gir muligheten for en mer helhetlig satsing på mestring og hjemmebasert omsorg som kan bidra til å redusere behovet for langtidsplass på sykehjem
- ▶ En felles dør inn til hjemmebasert omsorg i «nye Lindesnes kommune»
- ▶ Lettere å sikre felles praksis og tjenestetildeling uavhengig av hvor du bor i den nye kommunen
- ▶ Gir mulighet for å styrke/rendyrke arbeidslagsmodellen med fagteam på tvers av kommunen innenfor viktige satsingsområder uten at det går utover samarbeidet på tvers
- ▶ Større fleksibilitet og flere ressurser samlet under en felles strategisk ledelse, spesielt i forhold til fokuset på forebygging, hverdagsrehabilitering og demensomsorg til hjemmeboende og deres pårørende
- ▶ Felles enhetlig ledelse med flere virkemidler og verktøy inn i en felles hjemmebasert tjeneste som vil sikre at flere innbyggere kan klare seg selv i egen bolig hele livet

- ▶ Tett samarbeid med korttidsavdelingen for å sikre gode og helhetlige pasientforløp for mange av brukerne
- ▶ Mulighet for økt samdrift og utnyttelse av ressurser og kompetanse. F.eks. vil man kunne benytte ressurser på dagtid til å dekke noe av behovet for økt kapasitet på dag- og aktivitetstilbudet
- ▶ Med de sentrale faggruppene rundt brukeren samlet i samme enhet, vil man kunne lykkes bedre med reel tverrfaglig innsats og helhetlige tilbud, dedikert for å løfte brukernes funksjonsnivå
- ▶ Med hele rehabiliteringspyramiden på ett sted vil man lettere kunne velge rehabilitering på riktig nivå for den enkelte bruker. Man vil også kunne endre type innsats ved forbedret funksjon hos brukeren
- ▶ En organisering av fysio- og ergoterapitjenesten i hjemmetjenesten vil lette overføring av tankesettet og arbeidsformen innen rehabilitering og mestring til den øvrige hjemmetjeneste, slik at hele tjenesten kan vris til et mestre-selv fokus fremfor hjelpe-deg fokus
- ▶ Overlater utviklingen av tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus til en egen spesialisert enhet som får ansvaret for denne brukergruppen gjennom hele pasientforløpet og hele døgnet/uken

Ulemper

- ▶ Lederspenet i hjemmetjenesten blir svært stort
- ▶ Kan være en utfordring å få rehabiliteringstankesettet løftet tydelig nok fram innen en tjeneste som har lang tradisjon på omsorgsfull hjelp og pleie
- ▶ Det vil også være utfordrende å finne gode løsninger for rehabilitering inne på institusjon: rehabiliteringspersonellet vil måtte «lånes ut» til institusjonstjenesten
- ▶ Ny organisering av psykisk helse og rus vil kreve nye samarbeidsrutiner og tydelig tjenestetildeling og ansvarsfordeling

Ytterligere fordeler og ulemper ved alternativ 1 for institusjonsbaserte tjenester

Fordeler

- ▶ Felles overordnet ledelse og stedlige ledere for hver enkelt institusjon gir mindre lederspenet med færre ansvarsområder og mulighet for å fokusere på livsgledesertifisering, pårørende-arbeid, sykefraværsoppfølging, heltidskultur mv.
- ▶ Mulighet for å utvikle en mer differensiert institusjonstjeneste og tilpasse tjenestetilbudet etter kommunens samlede behov
- ▶ Vil kunne utnytte kommunens felles kapasitet innenfor institusjon på en god måte

Ulemper

- ▶ Kan gi mindre fleksibilitet i tjenestetilbudet i forhold til dagens kommuneorganisering
- ▶ Dersom man velger å ha stedlige ledere for hver av institusjonene, medfører denne organisasjonsmodellen ett ledernivå til i institusjonsbaserte tjenester i forhold til dagens situasjon

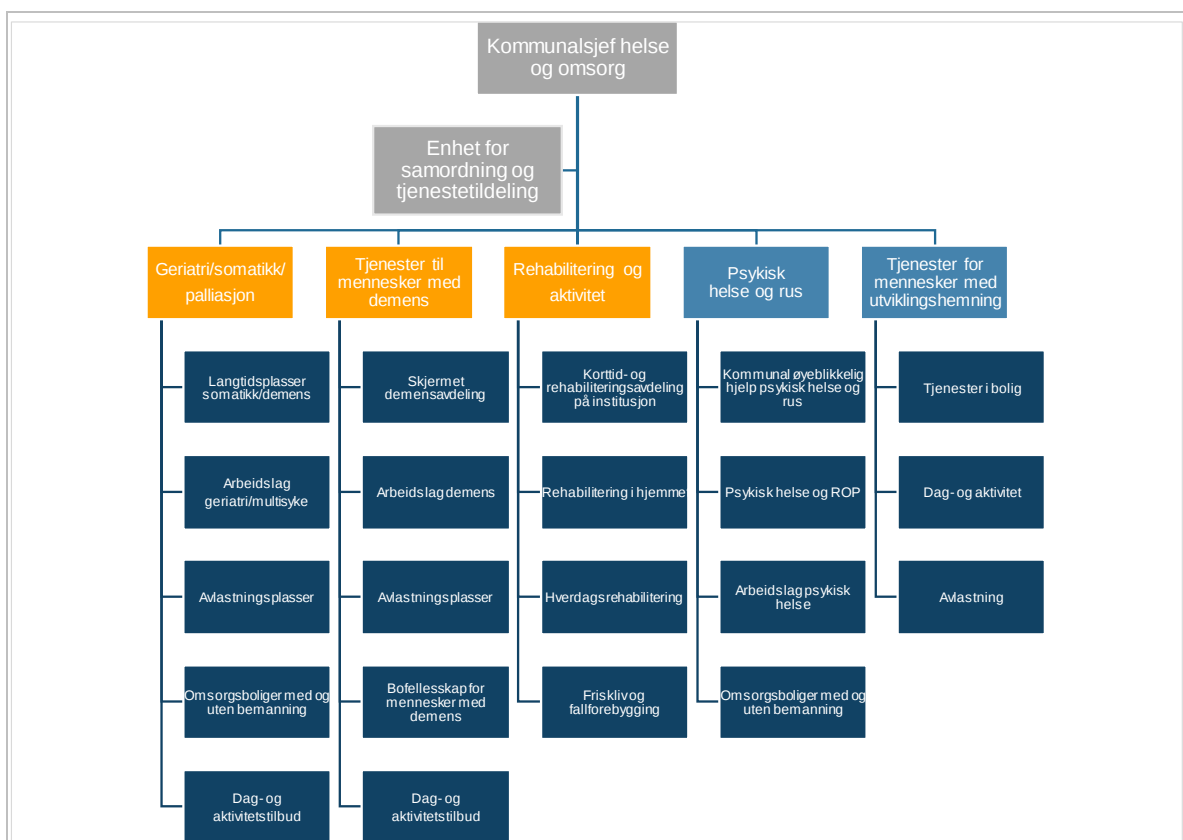
5.10.2 Alternativ 2 – «A–Å tjenester for ulike brukergrupper/behov for tjenester»

En annen aktuell organisasjonsmodell kan være å organisere hele kommunens helse- og omsorgstjenester ut i fra en funksjonsinndeling overfor de store brukergruppene med behov for helse- og omsorgstjenester. Innenfor hver av disse nye virksomhetene ser man for seg å tilby «A–Å tjenester», slik som forebyggende tjenester, dag- og aktivitetstilbud, hjemmebaserte tjenester, avlastningstilbud og heldøgns omsorgstjenester mv. Dette vil i så fall være å rendyrke modellen som allerede er valgt ovenfor tjenestene til mennesker med psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser i alle de tre kommunene. Aktuelle store brukergrupper i en slik modell kan for eksempel være:

- ▶ Geriatri/somatikk/palliasjon
- ▶ Tjenester til mennesker med demens
- ▶ Rehabilitering og aktivitet
- ▶ Psykisk helse og rus
- ▶ Tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemning

I en slik modell vil det sannsynligvis være hensiktsmessig med en funksjonsinndeling av de tre ulike sykehjemmene i kommunen. Dette kan for eksempel være:

- ▶ Helsebygg med alle korttidsplassene for behandling, rehabilitering og øyeblikkelig hjelp i Mandal
- ▶ Avlastnings- og langtidsplasser for demens med skjermingsbehov i Marnardal
- ▶ Avlastnings-, korttids og langtidsplasser innen geriatri/somatikk/palliasjon ved Lindesnes omsorgssenter



Figur 5-10 Alternativ 2 – «A–Å tjenester for ulike brukergrupper/behov for tjenester»

Fordeler og ulemper ved alternativ 2

Fordeler

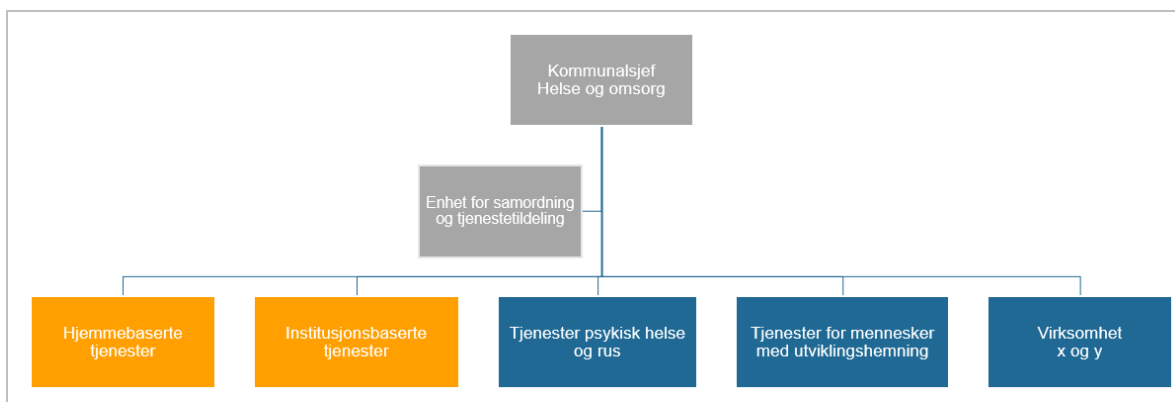
- ▶ Bygger videre på noen av prinsippene i en «distriktsmodell», som kan ligne noe på dagens kommuneorganisering med samarbeid mellom hjemmebasert og institusjonsbasert tjeneste
- ▶ Vil kunne tilby et helhetlig og differensiert tjenestetilbud til de store brukergruppene
- ▶ Effektiv organisering overfor utfordringen med demens. I 2040 er det anslått at det vil være nesten 740 personer med demens i den nye kommunen
- ▶ Gode erfaringer fra tilsvarende modell innen Tjenesten til funksjonshemmede og innen Tjenesten til psykisk helse og rus

Ulemper

- ▶ Stor organisatorisk endring
- ▶ En slik rendyrket funksjonsinndeling kan gjøre det for sårbart med bemanning og kompetanse, spesielt i den ambulante hjemmetjenesten
- ▶ Alle virksomhetene vil måtte drive med alle tjenester, mister stordriftsfordeler innen institusjonsdrift, ambulante tjenester, dag- og aktivitetstilbud
- ▶ Flere brukergrupper vil falle utenfor disse hovedgruppene og det kan bli vanskelig å avklare hvor disse hører hjemme
- ▶ Mestrings- og rehabiliteringskompetansen kan bli for atskilt fra resten av organisasjonen
- ▶ Lite utprøvd organisasjonsmodell i Norge
- ▶ Kan gi stort lederspenn med mange ulike ansvarsområder
- ▶ Vanskeligere modell og budsjettere realistisk i forhold til og styre økonomisk

5.10.3 Agenda Kaupangs anbefaling

Basert på våre erfaringer og drøftinger i prosjektet, anbefaler vi at «nye Lindesnes kommune» organiserer tjenestetilbudet i en felles hjemmebasert tjeneste og en felles institusjonstjeneste for hele den nye kommunen, slik figuren nedenfor illustrerer.



Figur 5-11 Anbefalt organisasjonsmodell for hjemmetjenester og institusjonstjenester

Vi anbefaler at man samlokaliserer hele hjemmetjenesten med en felles hovedbase og i større grad teamorganiserer tjenesten for å kunne ta imot veksten i behov og sikre bedre ressursutnyttelse enn dagens organisering medfører.

I en slik organisasjonsmodell anbefaler vi at følgende funksjoner blir lagt under de enkelte virksomhetene.

Hjemmebaserte tjenester

- ▶ Arbeidslagsmodellen med egne fagteam innen geriatri/somatikk, palliasjon og demens
- ▶ Korttidsplasser for behandling og rehabilitering
- ▶ Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud til somatisk syke og personer med psykiske helseproblemer og rusproblematikk
- ▶ Egen rehabiliteringsavdeling i hjemmetjenesten som ivaretar innbyggernes behov for rehabilitering, og som inkluderer fysio- og ergoterapitjenesten, hjelpemiddellager og hjelpemiddelformidling. Avdelingen skal samarbeide med de øvrige tjenestene om å yte helsefremming og hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, rehabilitering i hjemmet, dag/døgnrehabilitering i institusjon.
- ▶ Omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning
- ▶ Dag- og aktivitetstilbud («Inn på Tunet», «Fyrlyset», «Jobben», mv.)
- ▶ Frisklivs- og mestringstilbud («Frisklivsentral»)

Institusjonsbaserte tjenester

- ▶ Langtidsplasser til somatisk syke og personer med demens
- ▶ Faste rullerende avlastningsplasser, med fokus på pårørende for personer med demens
- ▶ Matproduksjon og kafédrift («sørge for ansvar»)
- ▶ Vaskeritjenester («sørge for ansvar»)

5.11 Organisering av rehabilitering med fysio- og ergoterapitjenesten

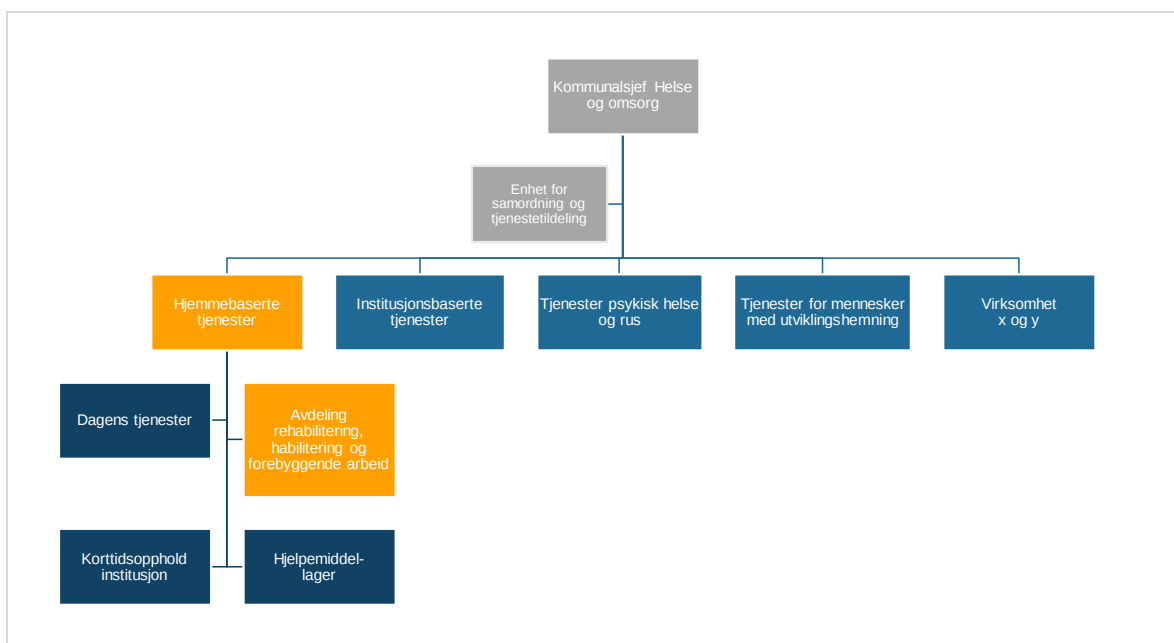
Vi har påpekt at det er behov for et løft innen rehabilitering, og at det i størst grad handler om å få til reelt tverrfaglig og helhetlig innsats i alle deler av en rehabiliteringspyramide. Dette er utfordringer som hverken løses eller hindres av organisasjonsmodeller, men det kan likevel være hensiktsmessig å vurdere organisatoriske grep for å fasilitere en slik utvikling. Et sterkt og robust rehabiliteringsmiljø er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

5.11.1 Alternativ 1 – en egen rehabiliteringsavdeling i hjemmetjenesten som dekker all rehabilitering for alle brukergrupper

Dette alternativet innebærer å flytte fysioterapeutene og ergoterapeutene til hjemmetjenesten, og etablere en egen rehabiliteringsavdeling i denne tjenesten. Denne avdelingen vil ha ansvaret for alle rehabiliteringsbrukerne. Det vil si hele rehabiliteringspyramiden, både hjemme og opptrenings-tilbudet til de som er på rehabiliteringsavdelingen på institusjon. Følgende tjenester vil inngå i en slik avdeling:

- ▶ Fysio- og ergoterapitjenesten
- ▶ Hjelpemiddellager og hjelpemiddelformidling
- ▶ Hverdagsrehabiliterings- og hjemmerehabiliteringsteam
- ▶ Dagrehabilitering på institusjon
- ▶ Rehabilitering/opptrening på institusjon

En slik modell kan illustreres som vist i figuren nedenfor.



Figur 5-12 En egen rehabiliteringsavdeling i hjemmetjenesten som dekker all rehabilitering for alle brukergrupper

Fordeler

- Med en slik modell vil man få et sterkt fagmiljø, dedikert for å løfte brukernes funksjon.
- Med de sentrale faggruppene rundt brukeren samlet i samme enhet, vil man kunne lykkes bedre med reelt tverrfaglig innsats og helhetlige tilbud.
- Med hele rehabiliteringspyramiden ett sted, vil man lettere kunne velge rehabilitering på riktig nivå for den enkelte bruker, og også kunne endre type innsats ved forbedret funksjon hos brukeren.
- En organisering i hjemmetjenesten vil lette overføring av tankesettet og arbeidsformen innen rehabilitering og mestring til den øvrige hjemmetjeneste, slik at hele tjenesten kan vris til et mestre-selv fokus fremfor hjelpe-deg fokus.

Ulemper

- Faren ved en slik modell, er at det fortsatt kan være en utfordring å få rehabiliteringstankesettet løftet tydelig nok fram innen en tjeneste som har lang tradisjon på omsorgsfull hjelp og pleie.
- Det vil også være utfordrende å finne gode løsninger for rehabilitering inne på institusjon, rehabiliteringspersonellet vil måtte «lånes ut» til institusjonstjenesten.
- Det vil være utfordrende for fysioterapeuter og ergoterapeuter som arbeider med barn å oppleve tilhørighet.

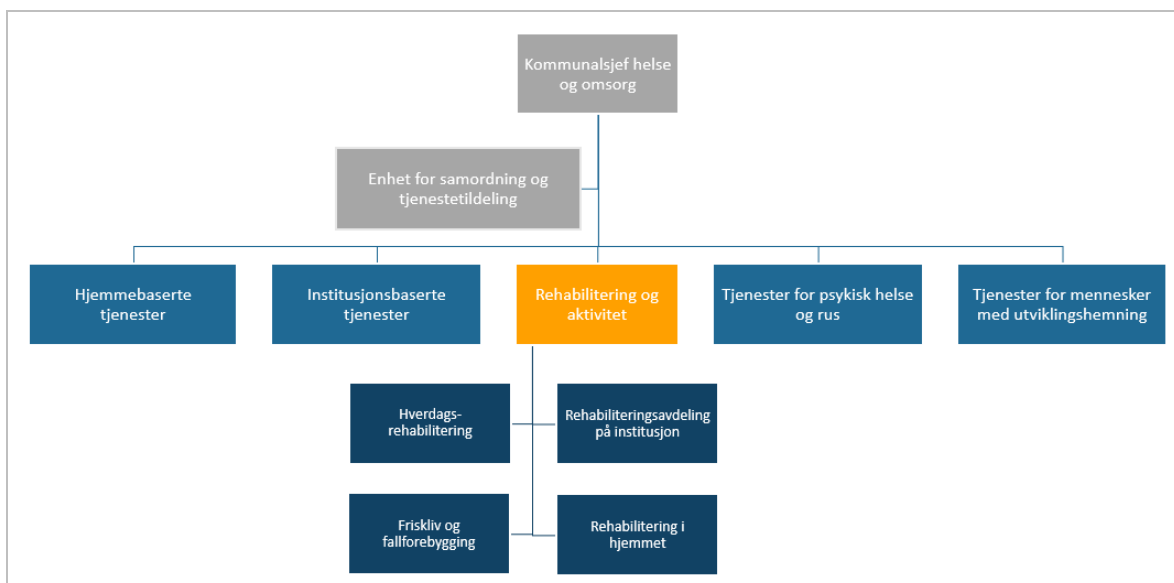
5.11.2 Alternativ 2 – en felles rehabiliteringsenhet som dekker all rehabilitering

En annen måte å samle rehabiliteringsmiljøet på, er å etablere et eget tjenesteområde for rehabilitering. Et slikt tjenesteområde kan inneholde de samme tjenestene som i modellen over, samt frisklivssentralen:

- Fysio- og ergoterapitjenesten
- Hjelpemiddellager og hjelpemiddelformidling
- Hverdagsrehabiliterings- og hjemmerehabiliteringsteam
- Dagrehabilitering på institusjon
- Rehabiliteringsavdeling på institusjon

► Frisklivssentralen

Dette innebærer å flytte ansatte fra nåværende hjemmetjeneste inn i en slik enhet, som da ivaretar hele brukeren: både opptrening, behov for sykepleietjenester og praktisk bistand. Enheten vil også ivareta rehabiliteringssengene på institusjon. Dette kan illustreres som figuren under.



Figur 5-13 Organisasjonskart rehabilitering og aktivitet som egen organisatorisk enhet

Fordeler

Denne modellen har mange av de samme fordelene som i alternativ 1:

- Man får et sterkt og samlet rehabiliteringsmiljø og legger til rette for mulighet til riktig rehabiliteringstiltak ut fra brukerens behov og kontinuitet i rehabiliteringsforløpet
- Dessuten vil man ved å plassere frisklivssentralen her få en kontinuitet fra forebygging til rehabilitering

Ulemper

- Stor organisatorisk endring ved at mange i nåværende hjemmetjeneste må flyttes
- Utfordrende å overføre rehabiliteringstankesettet til resten av hjemmetjenesten
- Også i denne modellen kan man risikere at de som jobber med barn mister fagtilhørighet

5.11.3 Agenda Kaupangs anbefaling

Agenda Kaupang anbefaler at det gjøres grep for å styrke rehabiliteringen i «nye Lindesnes kommune». For å kunne ha en fremtidsrettet tjeneste er det vesentlig at man har virkningsfulle tiltak i hele rehabiliteringspyramiden. Styrkingen bør muligens skje med styrket ergoterapiressurser, men først og fremst ved å etablere reelt tverrfaglig samarbeid.

Vi anbefaler at man legger til rette for det ved å gjøre organisatoriske grep, i tillegg til å jobbe med en samarbeidskultur. Modellen vi anbefaler, er å etablere en rehabiliteringsavdeling i eksisterende hjemmetjeneste. Avdelingen bør ha ansvaret for alle rehabiliteringspasienter, i hele forløpet, og både fysioterapi, ergoterapi, sykepleie, praktisk bistand og hjelpemidler. At en slik avdeling også har et spesielt fokus på velferdsteknologi, er naturlig. For å kunne styrke den tverrfaglige innsatsen, og fokus på rehabilitering, må det legges vekt på tydelig og rehabiliteringsfaglig sterk ledelse. Agenda Kaupang vil også anbefale at «nye Lindesnes kommune» evaluerer effekten av sine rehabiliteringsløp, for eksempel ved å ta i bruk KS sitt verktøy utviklet for nettverkene innen hverdagsrehabilitering.

6 Helse og omsorgstjenester til brukergruppen psykisk utviklingshemmede mv.

Hvordan kommunen organiserer helse og omsorgstjenestene til denne brukergruppen varierer. Det er også noen forskjeller i hvilke tjenester som ytes, og omfanget på tjenestene. Dette ser vi også at er tilfelle i de tre kommunene Mandal, Lindesnes og Marnardal.

Vi vil her kort redegjøre for tilbudet til denne brukergruppen i de tre kommunene. Videre vil vi komme med anbefalinger til hvordan kommunen kan videreutvikle tjenestene til denne brukergruppen, i tillegg til forslag om organiseringen av tjenestene for denne brukergruppen i den nye kommunen. Vi legger til grunn at saksbehandling og tildeling skjer i en felles saksbehandlerenhet, jf. kapittel 4 om saksbehandling.

6.1 Dagens tjenestetilbud for målgruppen

6.1.1 Mandal

Ansvar for helse- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen er lagt til Enhet Miljøterapeutiske tjenester. I tillegg til dette har også enheten en avdeling med ansvar for deltjenester innen psykisk helse og rus.

Avdelingen som yter tjenester til denne brukergruppen er fordelt på flere avdelinger. Avdelingene varierer i størrelse og utgjør samlet rundt 64 årsverk. Hovedvekten av årsverkene er knyttet til tjenester i bolig. Kommunen har 4 samlokaliserte boliger på ulike plasser i Mandal, hvor det tilrettelegges med tjenester. Den minste boligen utgjør 2 boenheter, og den største utgjør 11.

Mandal kommune har en ny avlastningsbolig med 8 plasser, inkludert en plass til barnebolig.

Pr. 31.12.2016 var det totalt 96 personer som mottok ulike helse og omsorgstjenester. 78 voksne og 18 barn. 11 av disse kommer inn under ordningen ressurskrevende tjenester. 26 brukere mottar tjenester tilknyttet bolig med bemanning. 27 har ambulerende tjenester. 22 har tilbud om dag- og aktivitetstilbud. 13 personer har tilbud om avlastning i bolig, hvorav 7 er barn/ungdommer.

6.1.2 Lindesnes

Ansvar for helse- og omsorgstjenester overfor denne brukergruppen er lagt til enhet Helse og habilitering.

Pr. 31.12.2016 ble det benyttet i overkant av 30 årsverk. I overkant av 19 årsverk benyttes i bolig. 3,2 årsverk benyttes til avlastning i bolig, ca. 2 årsverk benyttes til ambulante tjenester og i underkant av 5,5 årsverk benyttes til dag- og aktivitetstilbud.

Lindesnes har 14 kommunale boliger som benyttes til formålet. Boligene ligger sentralt på Vigeland. I tillegg yter kommunen tjenester i 4 enheter hvor brukere eier egen bolig. Kommunen har en avlastningsenhet med 3 plasser. Kommunen har også et eget arbeidstilbud for denne målgruppen.

Pr. 31.12.2016 var det totalt 33 personer som mottok ulike helse og omsorgstjenester. 26 voksne og 7 barn. 3 av disse kommer inn under ordningen ressurskrevende tjenester. 18 brukere mottar

tjenester tilknyttet bolig med bemanning. Ingen brukere er registrert med ambulerende tjenester. 13 har tilbud om dag- og aktivitetstilbud. 5 personer har tilbud om avlastning i bolig, hvorav 2 er barn-/ungdommer.

Lindesnes har gjennomført en framskrivning av nye behov for boliger og tjenester overfor denne målgruppen. Analysen viser at behovet for boliger og tjenester øker. Kommunen har registrert 19 nye brukere som vil være i behov av tjenester og bolig fremover. 5 av brukere er vurdert å ville eie egne boliger. Allerede innen 2 år er det 3 personer som er vurdert å ha behov for bolig. De øvrige behovene gjør seg gjeldene utover i perioden.

6.1.3 Marnardal

Kommunen har samlet ansvar for dagsenter, bofellesskap, ambulerende miljøarbeidertjeneste, støttekontakt, avlastning privat og avlastning i bofellesskapet i en enhet Habilitering, organisert i Helse og omsorg.

Avdelingen har tre enheter lokalisert i sentrum hvor man tilrettelegger med tjenester i bolig, dag- og aktivitet, samt avlastning. En av boligene er relativ ny. Habilitering utgjør ca. 26 årsverk inkludert leder. ca. 3,6 av årsverkene benyttes på dag- og aktivitetssenteret.

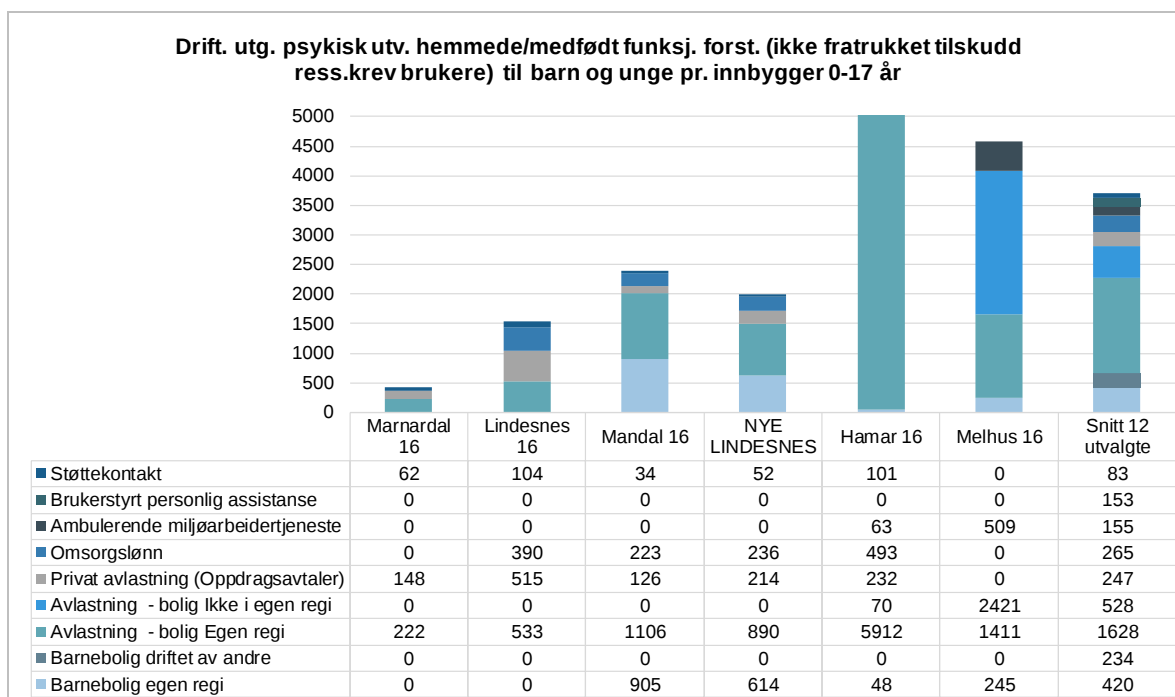
Pr. 31.12.16 var det totalt 19 personer som mottok ulike helse og omsorgstjenester. 5 av disse kommer inn under ordningen ressurskrevende tjenester. 10 brukere mottar tjenester tilknyttet bolig med bemanning. 11 brukere har dag- og aktivitetstilbud. 3 brukere har VTA-tilbud eller arbeidspraksis.

6.2 Sammenlikning med andre – omsorgsprofil

Agenda Kaupangs analyse innen pleie og omsorg (vedlegg) viser at de tre kommunene, Mandal, Lindesnes og Marnardal har en noe ulik profil på tilbudet overfor de ulike brukergruppene. Forskjellen omhandler andel brukere totalt sett og innenfor de ulike tjenestene. I tillegg handler det om forskjeller i utgiftsnivå, totalt sett og innenfor ulike tjenester. Dette ser vi også er tilfelle når det gjelder tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. Vi vil i det følgende kort foreta en oppsummering av analysen som omhandler tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser.

Pleie og omsorgstjenester til barn og unge

Utgiftene til denne brukergruppen er hovedsakelig knyttet til avlastning i bolig, i tillegg til avlastningstiltak i privat regi, støttekontakt, omsorgslønn mv., jf. figuren under.

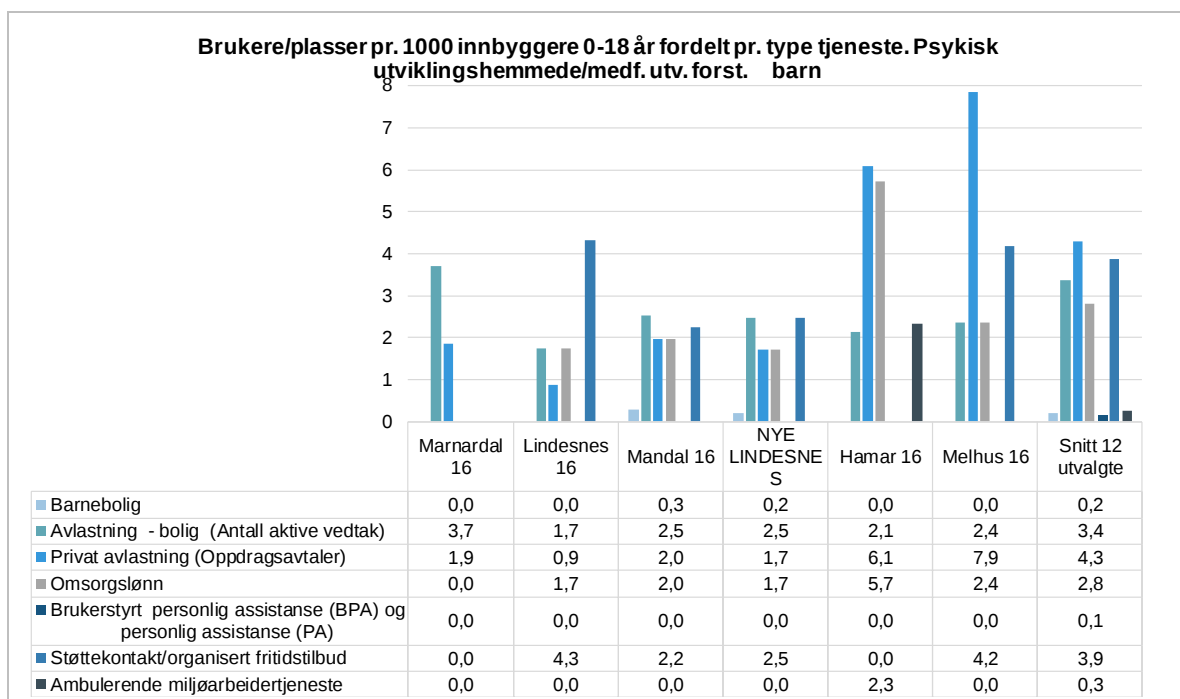


Figur 6-1 bruttodriftsutgifter fordelt på tjenester korrigert for innbyggere 0–17 år

Figuren viser at de tre kommunene har svært ulike utgifter til denne målgruppen pr. innbygger i alderen 0–17 år. Marnardal har laveste utgifter blant sammenlikningskommunene. Utgiftene her er knyttet til avlastning og støttekontakt. Utgiftene i Lindesnes er noe høyere enn i Marnardal, men lavere enn de øvrige sammenlikningskommunene. Utgiftene her er knyttet til avlastning, støttekontakt og omsorgslønn. Utgiftene i Mandal er høyere enn i både Marnardal og Lindesnes, men lavest blant de øvrige sammenlikningskommunene. Utgiftene her er knyttet til avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og barnebolig. Figuren viser at utgiftene til barnebolig er høyest i sammenlikningen.

Av de tre kommunene er det kun Mandal som har oppgitt å ha brukere innenfor kategorien som kommer inn under ordningen med ressurskrevende tjenester. Våre analyser viser at Mandal får en relativ liten refusjon, og at dette ikke medfører at nettodriftsutgiftene endres betraktelig sammenliknet med det som fremkommer i figuren over.

Årsaken til at utgiftene varierer må sees i sammenheng med antall brukere, brukernes behov og organiseringen av tjenestetilbudene. Denne analysen innebærer ikke en vurdering av brukernes behov eller organiseringen av tjenestene, men foretar en sammenlikning av antall brukere på tjenestenivå, jf. figuren under.

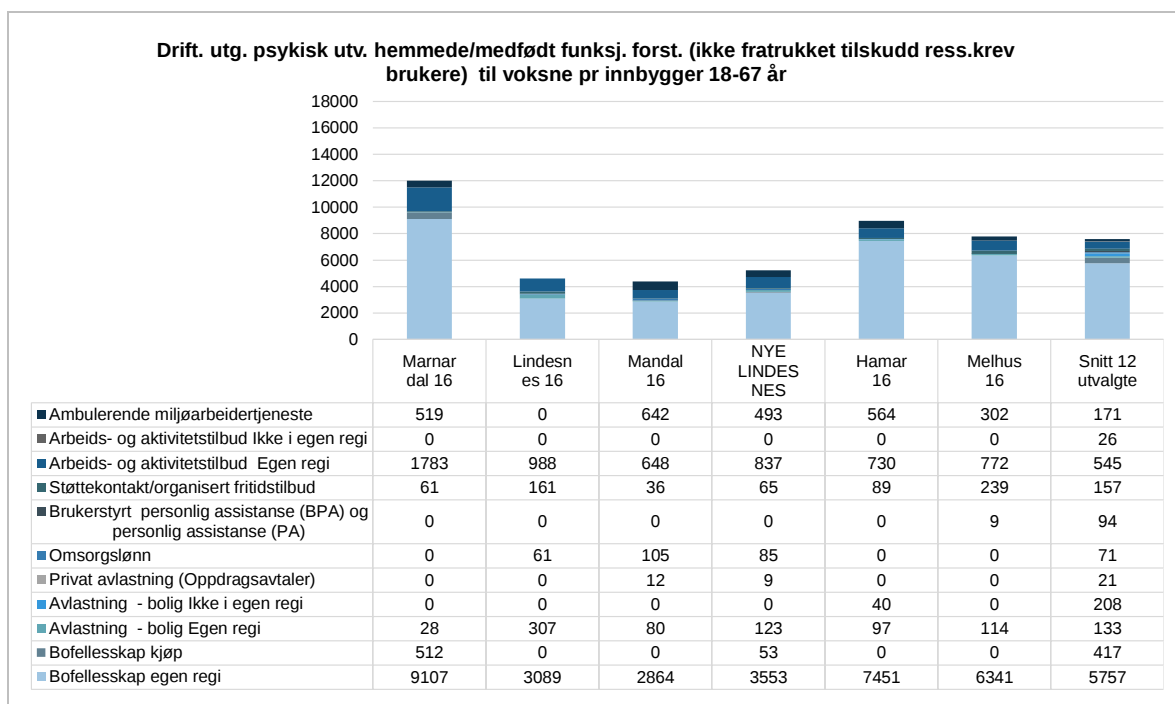


Figur 6-2 andel barn og unge med pleie og omsorgstjenester

Figuren viser variasjon i antall brukere mellom kommunene og på ulike tjenestenivå. Hovedvekten av brukeren finner vi innenfor ulike avlastningstiltak. Her ser vi at Marnardal har flest brukere pr. 1 000 korrigerende innbygger som får avlastning i bolig. Andel barn og unge som får avlastning i privat regi varierer, og ligger lavere i Marnardal, Lindesnes og Mandal enn snittet i 12 utvalgte kommuner. Av de tre kommunene er det kun Mandal som har oppgitt å ha tilbud om barnebolig. Både Lindesnes og Mandal har oppgitt å ha brukere med omsorgslønn, og andelen er lav i sammenlikningen. Marnardal har ikke oppgitt å ha barn og unge med støttekontakt. Lindesnes og Mandal har dette, og andelen i Lindesnes er høy i sammenlikningen.

Pleie og omsorgstjenester til voksne

Utgiftene til denne brukergruppen er hovedsakelig knyttet til tjenester i bolig, i tillegg til dag- og aktivitetstilbud, avlastning, støttekontakt, omsorgslønn mv., jf. figuren under.



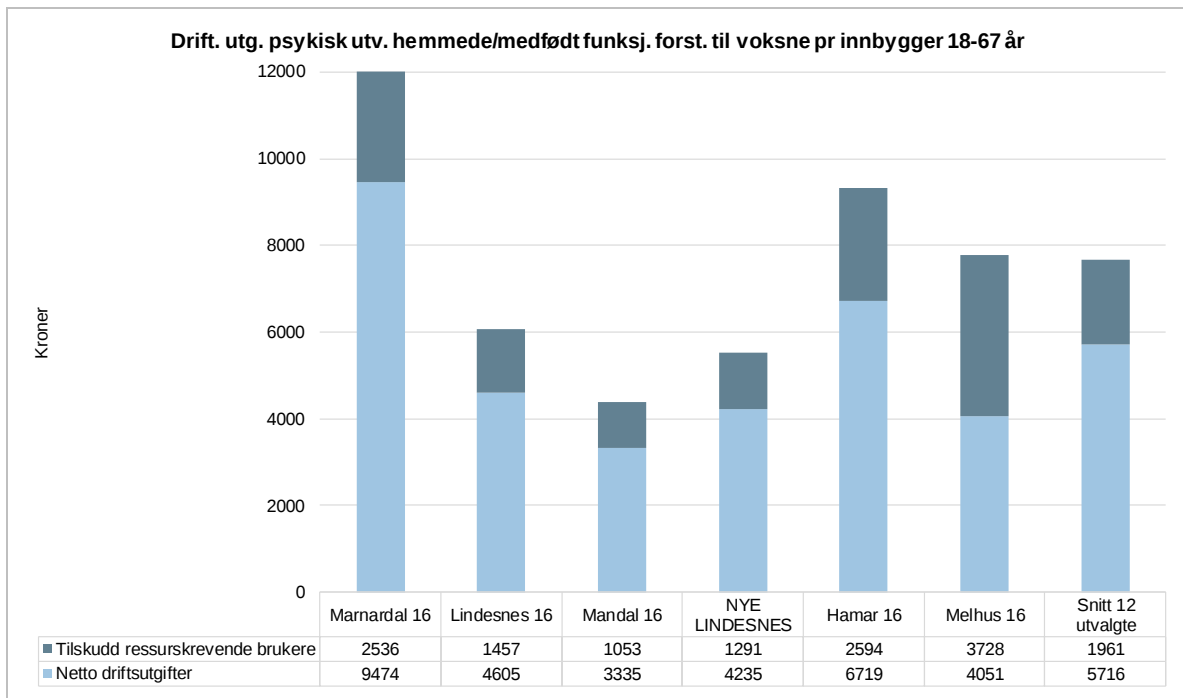
Figur 6-3 Bruttodriftsutgifter fordelt på tjenester korrigert for innbyggere 18-67 år

Figuren viser at de tre kommunene har svært ulike utgifter til denne målgruppen pr. innbygger i alderen 18–67 år. Marnardal har høyest utgifter blant sammenlikningskommunene. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til tjenester i bolig, dag- og aktivitetstilbud og ambulerende tjenester. Marnardal har også noen utgifter til støttekontakt og avlastning overfor denne brukergruppen. Utgiftene til bolig og dag- og aktivitetstilbud er høyest i sammenlikningen.

Utgiftene i Lindesnes til dette formålet ligger i det lavere sjiktet. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til tjenester i bolig, dag og aktivitetstilbud og avlastning i bolig. Kommunen har også noen utgifter til støttekontakt og avlastning overfor denne brukergruppen. Utgiftene til bolig ligger lavt i sammenlikningen, men utgiftene til avlastning i bolig samt dag- og aktivitetstilbud ligger i det øvre sjiktet i sammenlikningen.

Utgiftene i Mandal ligger rett under Lindesnes og lavest i sammenlikningen. Hovedvekten av utgiftene er også her knyttet til tjenester i bolig, ambulerende tjenester, avlastning og dag- og aktivitetstilbud. Kommunen har også noen utgifter til støttekontakt og avlastning overfor denne brukergruppen. Utgiftene til bolig ligger lavt i sammenlikningen, mens utgiftene til ambulante tjenester ligger høyt. Utgiftene til dag- og aktivitetstilbud ligger over snittet for 12 utvalgte kommuner og Lindesnes, men lavere enn Marnardal. Mandal har høyest utgifter til omsorgslønn blant sammenlikningskommunene.

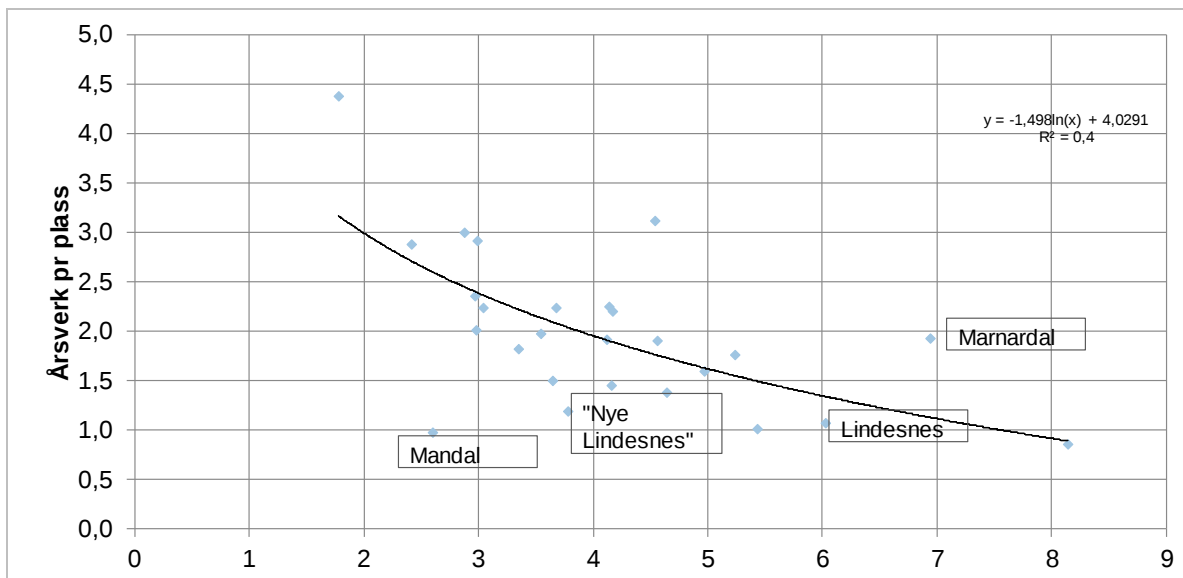
Alle de tre kommunene har oppgitt å ha brukere innenfor kategorien som kommer inn under ordningen med ressurskrevende tjenester. Våre analyser viser at Marnardal får en relativ stor refusjon, og at dette medfører at nettodriftsutgiftene reduseres noe, men utgiftene er fortsatt høye. Lindesnes og Mandal har noe lavere refusjon, men også lavere utgifter jf. figuren under.



Figur 6-4 Nettodriftsutgifter etter refusjon fra staten - ressurskrevende tjenester

Årsaken til at utgiftene varierer må sees i sammenheng med antall brukere, brukernes behov og organiseringen av tjenestetilbudene. Denne analysen innebærer ikke en vurdering av brukernes behov eller organiseringen av tjenestene.

I neste figur har vi foretatt en analyse av plasser og årsverk i boliger. Figuren viser plasser pr. 1 000 innbyggere 18–67 år, det vil si innbyggerne i målgruppen. Dataene er hentet fra ca. 30 kommuner.

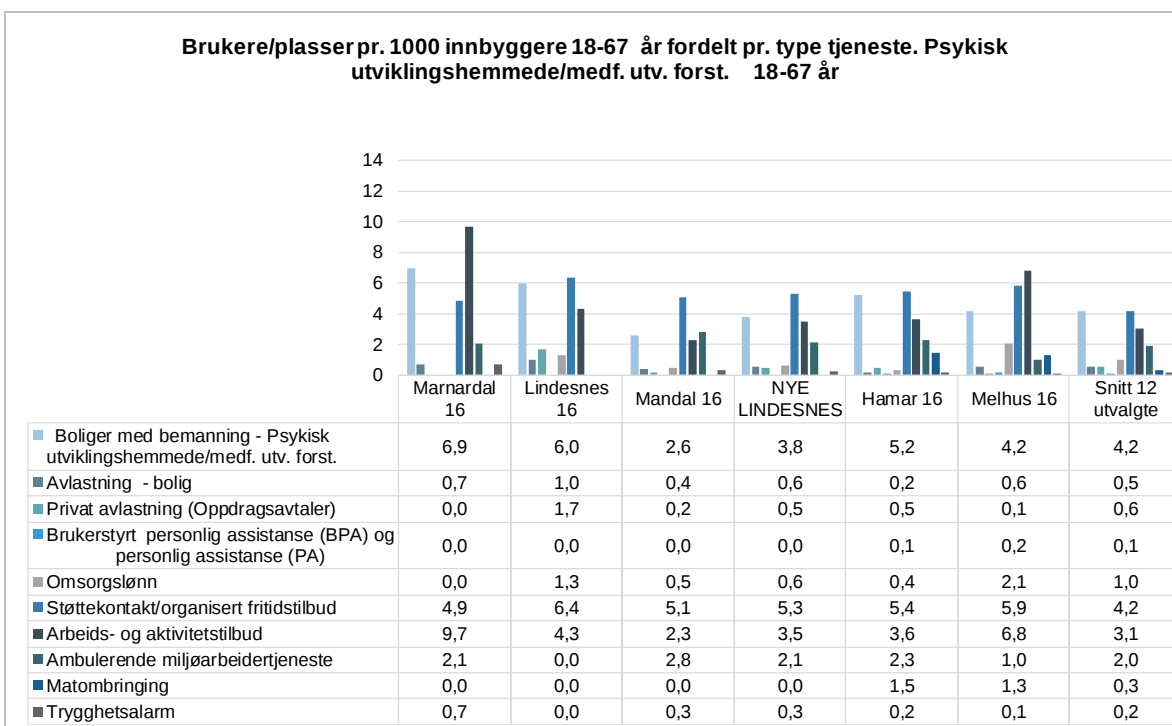


Figur 6-5 Andelen plasser pr. 1 000 relevante innbyggere 18–67 år, det vil si innbyggerne i målgruppen, og andel årsverk pr. plass.

Det fremgår av figuren en svak statistisk sammenheng mellom andel plasser og andel årsverk pr. plass. Kommuner med lav andel boliger for formålet, har gjennomgående høyere bemanning pr. bruker enn det vi ser i kommuner med høy andel plasser. Dette kan henge sammen med at de brukerne som får et slikt tilbud, er de som har høyest omsorgsnivå og et omfattende behov for tjenester. For de kommunene som har mange plasser avsatt til dette formålet, vil det oftest være en større variasjon i brukergruppen, og behov for tjenester vil variere, fra lette behov til svært omfattende behov.

Figuren viser at både Mandal og Lindesnes ligger lavere på årsverk når vi ser dette i forhold til andel plasser til brukergruppen. Marnardal ligger høyt på årsverk. Figuren over viser en variasjon, hvor noen kommuner har lavere andel årsverk pr. plass, og noen høyere. Dette henger selvsagt sammen med brukernes behov, men de bygningsmessige strukturene for boliger, dagtilbud mv. spiller også inn her.

Årsaken til at utgiftene variere må sees i sammenheng med antall brukere, brukernes behov og organiseringen av tjenestetilbudene. Denne analysen innebærer ikke en vurdering av brukernes behov eller organiseringen av tjenestene, men foretar en sammenlikning av antall brukere på tjenestenivå, jf. figuren under.



Figur 6-6 Andel voksne i alderen 18-67 år med pleie- og omsorgstjenester

Figuren viser variasjon i antall brukere mellom kommunene og på ulike tjenestenivå. Hovedvekten av brukerne finner vi innenfor dag- og aktivitet, støttekontakt og tjenester i boliger. Marnardal har flest brukere som mottar dag- og aktivitetstilbud. Dette er høyest i sammenlikningen. Kommunen har også flere brukere med tjenester i bolig enn de andre kommunene. Analysen viser videre at kommunen ligger jevnt med de øvrige på andel brukere med støttekontakt, avlastning i bolig og ambulerende tjenester. Lindesnes har flest brukere innenfor støttekontakt og tjenester i bolig. Andel brukere er høyest i sammenlikningen. Lindesnes har også flere med dag- og aktivitetstilbud, privat avlastning og omsorgslønn enn de øvrige kommunene. Mandal har færrest brukere i bolig, men flere med ambulante tjenester i sammenlikningen. Mandal har også noe lavere andel brukere med avlastning i bolig, privat avlastning, støttekontakt, arbeid- og aktivitetstilbud enn

sammenlikningskommunene. Mandal har flere mottakere av omsorgslønn enn snittet for 12 utvalgte kommuner.

De oppsummerende analysene har vist at de tre kommunen har ulik innretning og tjenesteprofil. I det videre arbeidet vil det være viktig å finne tiltak for å harmonisere tjenestene, og å tilby kostnadseffektive tjenester med riktig kvalitet iht. BEON-prinsippet. I neste kapittel kommer vi med noen anbefalinger på hva kommunene kan gjøre for å oppnå dette.

6.3 Anbefalinger for videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene i «nye Lindesnes kommune»

Analysene viser at de tre kommunene har noe ulik profil og prioritering av helse- og omsorgstjenester overfor brukergruppen psykisk utviklingshemmede mv. Vi anbefaler at tjenestetilbudene til målgruppen harmoniseres og sees mer i sammenheng. Vi har anbefalt en felles saksbehandler og tilder innen helse- og omsorgstjenesten i «nye Lindesnes kommune». Dette tenker vi er et viktig tiltak for å sikre innbyggerne likeverdige tjenester, og et viktig tiltak for å sikre brukerne «en dør inn».

Anbefalinger – boliger

Det er viktig at den nye kommunen har ulike boligtilbud for brukergruppen. Noen ønsker å eie egen bolig. Mange har ikke denne muligheten og må ha hjelp av kommunen til dette. Uavhengig av eierform er vår erfaring av det er noen prinsipper som må ligge til grunn for utforming av boliger. Dette omhandler størrelsen på boligen, brukersammensetning, fysisk utforming mv. Basert på dette, og analysene som er gjort i forbindelse med dette oppdraget, har vi følgende anbefalinger for «nye Lindesnes kommune»:

- ▶ Etablere/videreføre enheter som har gode fagmiljø og som er effektive (bør unngå å ha enheter med mindre enn 12 årsverk). Det er viktig at nye og endrede behov sees i sammenheng med eksisterende tilbud i de tre kommunene. Enheter som er små, har driftsulempen eller som vurderes som lite egnet for formålet, bør vurderes avviklet eller benyttes til andre formål.
- ▶ Gjennomgangen av boliger i Mandal 2015 viste at kommunen hovedsakelig hadde en god organisering og samdrift som medførte effektiv drift. Mandal har en organisering som medfører at ansatte i bolig også server ambulanter brukere. Dette tenker vi er viktig for å sikre et tilstrekkelig fagmiljø, større stillinger og redusert sårbarhet, og at muligheten til å utnytte ressursene blir bedre enn om man f.eks. hadde flere turnusgrupper, og fordelte oppgaver og ansvar på flere driftsenheter. Analysene viser også at Mandal har lavere utgifter pr. korrigerte innbygger til dette formålet enn kommuner vi sammenlikner med. Dette gjaldt både for 2014 og for 2016.
- ▶ Boligene i Lindesnes vurderes også som egnet for videreføring. Analysene viser at de har lavere utgifter til dette enn sammenlikningskommunene. Samtidig viser analyser som Lindesnes har gjennomført at de er i behov av flere boliger. Vi anbefaler at behovet for nye boliger sees i sammenheng med behovet for boliger i de to andre kommunene. Dette arbeidet bør ikke avvente til 2020.
- ▶ Marnardal har 10 boliger hvor hovedvekten av boligene er nye/nyrenovert. Kommunens utfordring er knyttet til å rekruttere og beholde ansatte med høyskolekompetanse. Analysene viser at Marnardal har høye utgifter til bolig tjenester. Vår vurdering er at dette må sees i sammenheng med at kommunen har små driftsenheter, og til tross for samdrift mellom boliger og dag- og aktivitetstilbud er ikke dette tilstrekkelig for å få til en effektiv drift. Vurderingen er at boligene som benyttes til ressurskrevende brukere og hvor det er et særlig behov for høyskolekompetanse, stedlig bemanning 24/7 bør vurderes avviklet, og sees i sammenheng med i behov/kapasitet i Lindesnes og Mandal.
- ▶ Når det gjelder «spesialtilbud», som f.eks. innebærer bruk av tvang og makt (sterkboliger), anbefaler vi kommunene å se på muligheten av å etablere felles boliger for denne målgruppen. Erfaringen er at det i slike tilbud er behov for spesialisert kompetanse, noe som kan være

krevende å få til dersom man har mange enheter. De samme anbefalingene gjelder for barnebolig. Mange kommuner velger å organisere avlastning og barnebolig i en felles avdeling, slik som Mandal har gjort.

- ▶ Analyser i Lindesnes viser at det er flere innbyggere som snart er i behov av et boligtilbud. Tilsvarende analyser er ikke gjort i Marnardal eller Mandal. Anbefalingen er at kommunene bør starte arbeidet med å se behovene for bolig på tvers av nåværende kommunegrenser. Nye byggeprosjekter må inkludere alle de tre kommunene. Det er viktig at kommunen har dialog og et samarbeid med de som ønsker å bygge selv, slik at man i størst mulig grad kan sikre driftsoptimale løsninger.
- ▶ Arbeidet med å planlegge framtidige behov må også innbefatte en gjennomgang av eksisterende boliger, for å se om noen av boligene kommunene pr. i dag eier kan omdisponeres til dette formålet. Dette arbeidet må også innbefatte en vurdering av om eksisterende boliger kan selges, slik at kommunen får inntekter som kan benyttes til nye investeringer/byggeprosjekter.

Anbefalinger – ambulante tjenester

Det er viktig at kommunen sikrer at de som kan bo utenfor samlokaliserte boliger også sikres tilstrekkelig helse- og omsorgstjenester. Dette, sammen med bruk av velferdsteknologi og f.eks. dag- og aktivitetstilbud, kan redusere presset på boliger med stedlig bemanning. Det er viktig at tilbudet har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, og god organisering. Basert på dette, og analysene som er gjort, har vi følgende anbefalinger for «nye Lindesnes»:

- ▶ «Nye Lindesnes» må videreutvikle tjenester som sikrer at de som er i behov av helse- og omsorgstjenester, og som ønsker å bo i egen leilighet utenfor samlokaliserte boliger, får dette.
- ▶ Mandal og Lindesnes har gode erfaringer med å benytte personalet i bolig til å yte ambulante tjenester. En slik organisering kan med fordel videreføres inn i «nye Lindesnes».

Anbefalinger – dag-, aktivitet- og arbeidstilbud

Dag- og aktivitetstilbud, inkludert arbeidstilbud, er viktige tjenester for denne brukergruppen. Det er viktig at kommunen har tilstrekkelig kapasitet samt differensierte tilbud, som ivaretar brukergruppens behov for slike tjenester. Erfaring fra gjennomganger i en rekke kommuner viser at manglende kapasitet og differensiering av disse tilbudene medfører et økt press på tjenester i bolig, og et høyere kostnadsnivå samlet sett. Dette er hverken bra for bruker eller kommunen. På bakgrunn av dette har vi følgende anbefalinger for «nye Lindesnes»:

- ▶ Man bør satse videre på tilbudet i Mandal og Lindesnes, men se på muligheten av å spisse tilbudene enda mer
- ▶ Det kan f.eks. være slik at tilbudet i Lindesnes rettes mot de som er i behov av et arbeidstilbud og at tilbudet i Mandal sentrerer seg om de som er i behov av dag- og aktivitetstilbud
- ▶ Kapasiteten på tilbudene må utredes slik at de som pr i dag får sitt tilbud i Marnardal, får et godt tilbud. Man må også se på om det er store «ungdomskull» som innen kort tid vil være i behov av dag/aktivitet og arbeidstilbud
- ▶ Utrede behovet for transporttjenester

Anbefalinger – avlastning i bolig

Avlastning er et viktig tiltak for pårørende. Avlastning ytes til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid og skal gjøre det mulig å opprettholde omsorgen. Det er ikke bare rene avlastnings-tiltak som kan ha en avlastende effekt. Tjenester som f.eks. hjemmesykepleie, praktisk bistand, dag- og aktivitetstilbud mv. kan også fungere som avlastning. Det er derfor viktig at kommunen sikrer at man har ulike tjenester, og at man sammen med omsorgsyter finne de tjenestene som medfører reell avlastning for den enkelte.

I tillegg til tjenester og tiltak som kan ha avlastende effekt har de fleste kommuner også tilbud som omhandler avlastning i bolig for denne målgruppen. Lindesnes og Mandal har dette. Tilbudet i

Marnardal beskrives som lite egnet for formålet og foreslått avviklet. På bakgrunn av dette har vi følgende anbefalinger:

- ▶ Vurderingen er at behovet for avlastning i bolig bør samles i en felles driftsenhet
- ▶ Mandal har bygget en ny avlastningsbolig og beskriver å ha noe ledig kapasitet som bør benyttes til å dekke behov i de øvrige kommunene. Før kommunesammenslåing kan dette f.eks. løses ved at Marnardal og Lindesnes kjøper dette av Mandal
- ▶ Dersom behovet overstiger kapasiteten bør man se på muligheten av å utvide dagens arealer på Avlastningsboligen i Mandal. Dersom dette vurderes å være tilstrekkelig kan en løsning være å skille avlastning for barn/unge og voksne. Det vil da være behov for å etablere et annet egnet avlastningstilbud for voksne/eldre i den nye kommunen. Mange kommuner velger å se lokaliseringen av et slikt tilbud sammen med lokalene som benyttes til dag- og aktivitetstilbud. Pr. i dag har Mandal en samdrift mellom dag- og aktivitetstilbud og 2 boenheter. En vurdering videre kan være å flytte boligene og benytte arealene til avlastning. Det vil da medføre at man må etablere et nytt egnet botilbud til de to som må flytte ut. Dette arbeidet må også inkludere en vurdering av om Mandal, Lindesnes og Marnardal har andre brukere med tilsvarende behov/problematikk som man bør vurdere å etablere et nytt felles botilbud for. En større samlokalisering av flere brukere innenfor denne kategorien kan medføre at kommunen klarer å etablere et større fagmiljø knyttet til denne brukergruppen

Anbefalinger øvrige helse og omsorgstjenester

I tillegg til tjenesten nevnt over er det flere tjenester som er aktuelle for denne brukergruppen. Dette kan f.eks. være:

- ▶ støttekontakt, fritid med bistand
- ▶ helsehjelp utenfor institusjon (hjemmesykepleie)
- ▶ avlastning utenfor bolig
- ▶ tjenester organisert som personlig assistent
- ▶ mv.

Det er viktig at den nye kommunen har tilbud som omhandler tjenestene nevnt over. Dette er imidlertid ikke tjenester som man kan samorganisere eller som medfører behov for kommunale lokaler mv. Det videre arbeidet må inkludere en vurdering av hvordan kommunen kan sikre at de som er i behov av disse tjenestene får dette, og at tjenestene som ytes er av riktig kvalitet og kostnadseffektive. Ansvar for saksbehandling og tildeling samles i en felles enhet. Organiseringen av tilbudene må sees i sammenheng med neste kapittel hvor vi drøfter og kommer med anbefalinger på hvordan kommunen kan organisere tjenestene for brukergruppen psykisk utviklingshemming mv.

6.4 Organisering av tjenestene i den nye kommunen

Uavhengig av hvilken struktur og modell kommunen velger å ha, er kommunen pålagt å ivareta behov for helse- og omsorgstjenester for alle som er i behov av dette. Dette innebærer at kommunen både må ivareta behov for veiledning, avlastning, støttekontakt, hjemmetjenester og andre hjelpetiltak ut fra konkret vurdering, i samråd med bruker/pårørende.

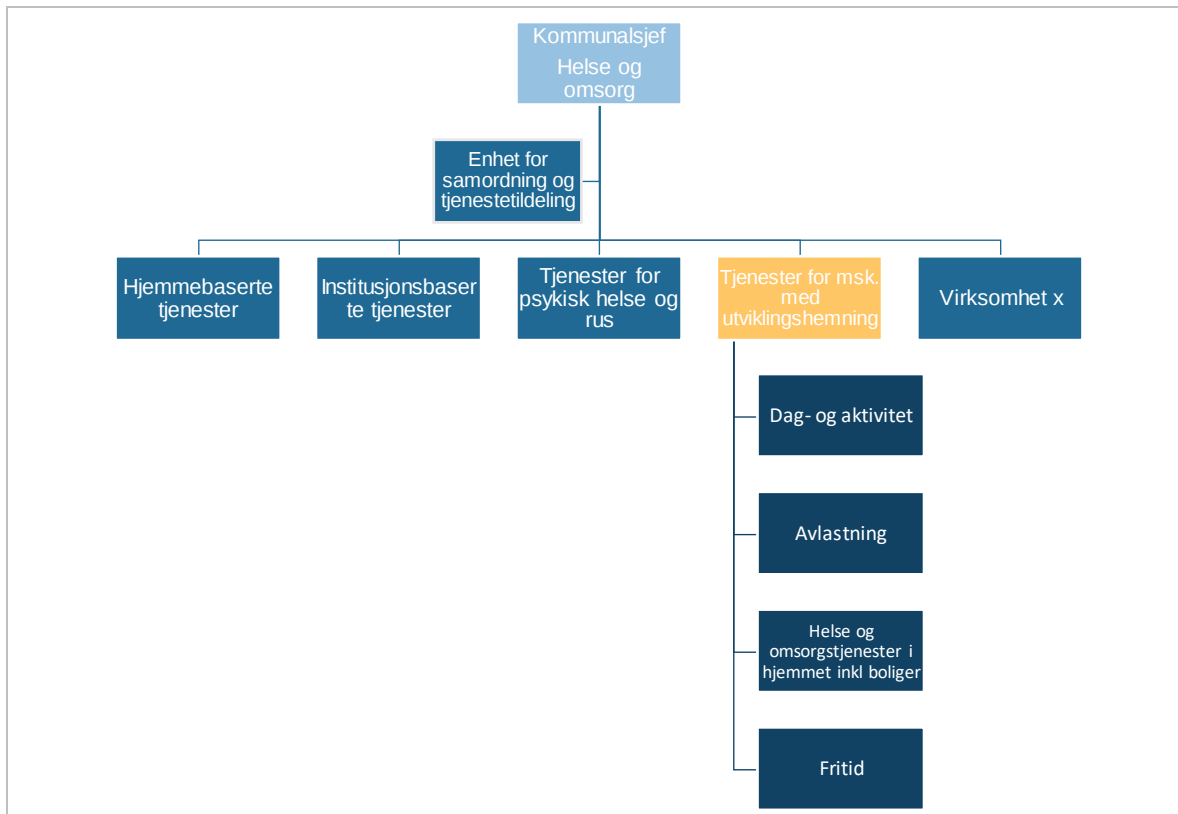
I det følgende vil vi presentere to ulike modeller vi tenker kan være hensiktsmessige måter å organisere tjenestene på. I begge forslagene ligger det inne at oppgaver knyttet til saksbehandling er profesjonalisert. Valg av modell for å ivareta dette vil imidlertid kunne ha konsekvenser. Dette er redegjort for i kapittelet som omhandler saksbehandling og tas derfor ikke med igjen her.

6.4.1 Alternativ 0 – videreføre dagens organisering

Alternativ 0 innebærer at dagens organisering videreføres. Ettersom tre kommuner skal danne ny kommune er dette alternativet derfor ikke vurdert som et reelt alternativ.

6.4.2 Alternativ 1 – samorganisere tjenester til målgruppen i en felles virksomhet i Helse og omsorg

Alternativ 1 innebærer å samorganisere tjenester til målgruppen i en virksomhet i Helse og omsorg. Dette medfører at tjenester som pr. i dag er organisert under andre enheter i de ulike kommunene samorganiseres i en felles enhet i den nye kommunen. En slik modell kan illustreres som under.



Figur 6-7 Eksempel på organisering i alternativ 1

Fordeler og ulemper ved alternativ 1

Fordeler

- ▶ Enhetlig ansvar samlet på en virksomhet
- ▶ Mulighet for å se behovene for tjenester for målgruppen i en større sammenheng
- ▶ Mulighet for langsiktig planlegging både når det gjelder bestilling i smått og bestilling i stort
- ▶ Mulighet for økt samdrift og utnyttelse av ressurser og kompetanse. F.eks. vil man kunne benytte ressurser i bolig til å dekke noe av behovet for økt kapasitet på dag- og aktivitets-tilbudet
- ▶ Færre overganger for brukere/familier med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- ▶ Mulighet for å kunne ha større og færre driftsenheter f.eks. innen avlastning
- ▶ Færre ansatte å forholde seg til for brukerne/pårørende
- ▶ Fleksibel bruk av tilbudene
- ▶ Lettere å omdisponere økonomiske midler/ større potensial for god ressursutnyttelse
- ▶ Enhetlig ledelse og ett felles fagområde
- ▶ Kan gi muligheter for et større tjenestespekter, ved å se behov og ressurser mer i sammenheng

Ulemper

- ▶ Enheten vil utgjøre mange årsverk og avdelinger/enheter, og blir en av de største virksomhetene i kommunen. Det kan medføre at kontrollspennet til virksomhetsleder blir stort.
- ▶ Mange brukere og familier har behov for at det samarbeides godt med øvrige hjelpeinstanser som f.eks. helsestasjon og barnevern
- ▶ Stat i staten – hovedvekten av alle tjenester til utviklingshemmede skal leveres fra samme enhet, kan bli sterke skott mot de andre tjenesteområdene som brukerne er avhengig av

6.4.3 Alternativ 2 – delt ansvar for helse og omsorgstjenester basert på alder.

Alternativ 2 innebærer at ansvar for tjenestene kan fordeles på to enheter i Helse og omsorg, eller at man legger enheten som skal yte helse og omsorgstjenester til voksne under Helse og omsorg, og tjenester til barn og unge inn under «oppvekstsektoren». Da får «oppvekstsektoren» ansvar for å yte omsorgstjenester for barn og unge frem til fylte 21 år (til og med videregående). Helse og omsorg vil ha ansvar for helse- og omsorgstjenester for de over 21 år (etter endt videregående), og har ansvar for fritidstilbud, dag- og aktivitetstilbud, avlastning og ambulerende miljøarbeider-tjeneste, tjenester i bolig mv.

Fordeler og ulemper ved alternativ 2

Fordeler

- ▶ Mange brukere og familier har behov for et tett samarbeid med øvrige hjelpeinstanser som f.eks. helsestasjon og PPT. Et enhetlig ansvar hvor tjenestene til barn og unge sees i sammenheng med øvrige tjenester til denne målgruppen kan gi viktige synergier
- ▶ Ved å benytte aldersgrensen 21 år, eller frem til endt videregående skole, vil man i større grad følge utviklingen hos befolkningen. Få brukere får økte eller endrede behov for helse- og omsorgstjenester ved fylte 18 år. Endringene kommer stort sett i forbindelse med avslutning av videregående skole
- ▶ Mulighet for langsiktig planlegging både når det gjelder bestilling i smått og bestilling i stort overfor de ulike aldersgruppene
- ▶ Mulighet for økt samdrift og utnyttelse av ressurser og kompetanse. Ettersom «nye Lindesnes» blir en relativ stor kommune vil det være mulig å etablere robuste fagmiljøer, samt sikre samdrift mellom f.eks. barnebolig og avlastning, samt samdrift mellom dag- og aktivitetstilbud og boligene.

Ulemper

- ▶ Utfordringer med å sikre gode og effektive overganger når brukere skal over i ny enhet/fagområde. Overgangen vil innebære nye personer for brukerne å forholde seg til, nye systemer, andre tjenester mv.
- ▶ Skille på alder kan vanskeliggjøre behov for langsiktig planlegging og dimensjonering
- ▶ Smådriftsulemper f.eks. ved at kommunen må etablere flere avlastningsenheter i tillegg til å kjøpe flere boliger som følge av manglende kapasitet

6.4.4 Agenda Kaupangs anbefaling

Vår anbefaling er at ansvar for tjenester til denne målgruppen samorganiseres i en felles tjeneste (Alternativ 1) innen helse og omsorg i «nye Lindesnes kommune». Formålet med samorganiseringen er å sikre et mer enhetlig ansvar for tjenestene for en målgruppe som er i behov av langvarige og koordinerte tjenester i den nye kommunen. Vurderingen er at det er behov for å se helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen mer i sammenheng, og for å sikre likere prioritering og effektive tjenester. Før man eventuelt gjør organisatoriske grep som innebærer at ansvaret og ressursene flyttes, må man sikre seg at virksomheten har en organisering som

ivaretar behov for ledelse, styring og utvikling. Gjennomgangen av dagens organisering viser at dette ikke blir ivaretatt godt nok med dagens ressursbruk og organisering. En samorganisering som beskrevet her vil medføre at en enhet får et stort ansvar for flere områder, tjenester, årsverk og ressurser samlet sett. Det er viktig at man sikrer at enheten har tilstrekkelige ressurser til ledelse og stab/støttefunksjoner.

7 Tjenestetilbudet innen psykisk helse- og rusarbeid

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Depresjon og angst er de mest vanlige psykiske lidelsene i den norske befolkningen, og sammen med muskel/skjelettlidelser de viktigste årsakene til helsetap hos kvinner og menn.⁸

En del mennesker klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats og med støtte fra familie og nettverk. Andre har behov for hjelp fra det offentlige.

Kommunen har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering, behandling og bistand. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.⁹ Helsedirektoratet har utviklet en nasjonal veileder for dette arbeidet, «Sammen om mestring».¹⁰ Der legges det særlig vekt på at psykisk helse og rus må sees i sammenheng og at brukeren er den viktigste aktøren.

Veilederen skisserer gode bruker- og pasientforløp gjennom 3 ulike hovedforløp som gir noe ulike tiltak og tilnæringsmåter:

- ▶ Hovedforløp 1 omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige
- ▶ Hovedforløp 2 omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
- ▶ Hovedforløp 3 omfatter langvarige alvorlige problemer/lidelser

Veilederen påpeker at det i målgruppen for tjenestene er mange som har vanskeligheter med å oppsøke hjelp. Kommunene må derfor drive aktivt informasjonsarbeid og ha lett tilgjengelige tjenester, ofte i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, samt tilby et variert utvalg av lavterskeltilbud. Psykologkompetanse bør inngå i kommunens tjenestetilbud. Det bør være brukerstyrt tilbud, ambulante og aktivt oppsøkende tjenester. Det påpekes at det innen psykisk helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming.

Pilotprosjektet *Rask psykisk helsehjelp* ble startet i 2012 for at kommuner skulle tilby befolkningen lavterskeltilbud for angst og depresjon. Det er et kommunalt tjenestetilbud for voksne (over 16 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg. Målet med Rask psykisk helsehjelp er å øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker og mottar profesjonell hjelp. Hjelpen skal være lett tilgjengelig, gratis og det kreves ikke legehenvising. Hjelpen gis av tverrfaglige team som inkluderer psykolog.

Rekruttering av flere psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en av regjeringens satsinger for å styrke kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige arbeidet innen psykisk helse og rus, og vold- og traumefeltet. Det er etablert en tilskuddsordning for å stimulere kommunene til å knytte til seg psykologer.

⁸ <https://www.fhi.no/nyheter/2016/hvilke-sykdommer-betyr-mest-for-nor/>

⁹ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid#-hva-er-kommunens-ansvar?>

¹⁰ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Stange kommune har opprettet det de kaller *Stangehjelpen*, som er et gratis helsetilbud for alle i Stange kommune innen psykisk helse. Det er et lavterskeltilbud uten henvisning, uten venteliste eller vedtak. De som henvender seg får rask hjelp. Tilbudene er både enesamtaler, gruppetilbud og kurs. Senteret er åpent på dagtid.

Regjeringen har fastsatt følgende nasjonale mål og prioriterte innsatsområder for det boligsosiale arbeidet i Bolig for velferd, Nasjonal Strategi 2014-2020:

- ▶ Alle skal ha et godt sted å bo - hjelp fra midlertidig til varig bolig
 - hjelp til å skaffe en egnet bolig
- ▶ Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet
 - forhindre utkastelser
 - gi oppfølging og tjenester i hjemmet
- ▶ Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv
 - sikre god styring og målretting av arbeidet
 - stimulere til nytenkning og sosial innovasjon
 - planlegge for gode bomiljøer

7.1 Dagens tjenestetilbud i de tre kommunene

De tre kommunenes samlede utgifter til psykisk helse- og rusarbeid ligger på et mellomnivå, og hovedvekten av utgiftene er knyttet til forebyggende, psykososial og hjemmebaserte tjenester.

- ▶ Det er en stor variasjon i hva de tre kommunene bruker av utgifter på tjenester innen psykisk helse og rus, definert som pleie og omsorg i KOSTRA. Hovedvekten av utgiftene er knyttet til voksne, fordi utgiftene til barn er overført til helsestasjon for alle kommunene fra 2017
- ▶ Hovedvekten av brukerne mottar ulike ambulante og forebyggende tiltak, og kun en liten andel mottar bistand i form av tjenester i bolig med personell
 - Pr. i dag er det kun Mandal som har et tilbud om 12 boliger med personalbase 300 meter fra boligene for denne brukergruppen.
 - Tjenestene i Lindesnes og Marnardal gir uttrykk for at dersom et slikt behov oppstår, bør dette etableres kun ett sted i den nye kommunen for å sikre stordriftsfordeler, et godt fagmiljø og effektiv drift.

Folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet for 2017 viser at «nye Lindesnes» har utfordringer når det gjelder høy andel unge uføretrygdede i alderen 18–44 år, og høy forekomst av unge og andre med psykiske lidelser i primærhelsetjenesten.

Gjennomgangen i Mandal i 2016 viste at det er gjort mange grep for å sette kommunen i stand til å ta et større ansvar for denne brukergruppen. Samtidig ser vi at det er behov for å sikre et differensiert tjenestetilbud i tråd med BEON-prinsippet også for denne brukergruppen.

- ▶ Kommunen bør se på hvordan man både kan utnytte de samlede ressursene som pr. i dag benyttes, samtidig som man må ta hensyn til hvilke tjenester kommunen er ment å ivareta fremover for denne brukergruppen
- ▶ Alle tre kommunene har flere brukere med tjenester i form av forebyggende/psykososialt tilbud og arbeids- og aktivitetstilbud enn snittet i referansegruppen. Videreutviklingen av tjenestetilbudet bør fokusere på aktiviteter som fremmer helse og mestring. Psykisk helse i Mandal kommune har de siste tre årene gjennomført to KID/KIB kurs året i samarbeid med Lindesnes kommune. Kommunene planlegger det samme lavterskeltilbudet i 2018. Det er minst 10 deltakere påmeldt hver gang og med stor gjennomføringsfrekvens.

Psykisk helseteam i Mandal, Lindesnes og Marnardal jobber primært med kognitiv behandling og oppfølging på dagtid.

- ▶ Ansatte med tilstrekkelig kompetanse gjennom hele døgnet er en viktig forutsetning for å kunne yte tjenester med riktig kvalitet

- Kommunen bør iverksette tiltak for å enten øke andel ansatte med relevant kompetanse, og/eller se på alternative måter å organisere og ivareta behov for helsetjenester i hjemmet for denne målgruppen, slik at man får ivaretatt behovene på en bedre måte enn i dag.
- Ett tiltak kan være å se på hvordan man bedre kan utnytte ressursene/kompetansen man har, i dette ligger det også å vurdere om flere skal jobbe turnus.

Mandal Kommune har valgt å ta i bruk Housing First-metoden for å øke bosetting og redusere antall bostedsløse med rus og psykisk helseutfordringer¹¹. Mål og intensjon er økt bosetting og økt bostabilitet blant personer med vedtak på kommunal bolig og utfordringer innen rus og psykisk helse. Deltakerne i prosjektet er bostedsløse og/eller de har en historie med ustabile boforhold og gjentatte flyttinger. Det har også vært et mål å bidra til økt trygghet og stabilitet for beboerne på vedtak fra NAV i de midlertidige boligene på Orelunden. Erfaringene fra Mandal viser at dette er en arbeidsform som sikrer gode samarbeidsarenaer med aktuelle samarbeidspartnere.

Kommunene har etablert et kommunalt akutt døgntilbud (KAD) psykisk helse og rus fra 01.01.2017 på den interkommunale legevakten i Mandal sammen med de somatiske KAD-sengene. Her er innbyggerne sikret forsvarlig legedekning. På lang sikt bør dette ligge samlokalisert med øvrig KAD-tilbud og legevakt i et framtidig helsebygg.

7.2 Framtidige behov for ulike boliger til personer med psykiske helse- og rusproblemer

Vi anbefaler en videreføring av dagens tjenesteprofil med økt satsing på ambulerende miljøarbeid og forebyggende helsearbeid som skal istandsette brukerne til å eie/leie egen bolig i størst mulig grad.

- Tabellen nedenfor viser at en videreføring av dagens praksis for aldersgruppen 18–66 år tilsvarer 11 % vekst fra dagens nivå fram mot 2040 både når det gjelder årsverk, budsjettramme og antall brukere i samme periode
 - 3 % vekst fra dagens nivå fram til 2024
 - Årsverksbehovet med dagens praksis er 33,9 årsverk i 2040 for voksne, 18-66 år

Tabell 7-1 Framskrevet antall innbyggere og årsverksbehov med dagens praksis fram mot 2040

Aldersgrupper	2017	2018	2020	2024	2028	2034	2040
0-17 år	5 305	5 285	5 318	5 424	5 394	5 515	5 610
18-30 år	3 637	3 684	3 648	3 533	3 606	3 625	3 692
31-66 år	10 475	10 537	10 708	11 034	11 367	11 724	11 983
Over 67år	3 529	3 646	3 864	4 349	4 807	5 471	6 126
Totalt	22 946	23 152	23 538	24 340	25 174	26 335	27 411
Totalt 16-66 år	14 112	14 221	14 356	14 567	14 973	15 349	15 675
Årlig forventet vekst fra 2017		101 %	102 %	103 %	106 %	109 %	111 %
Årsverksbehov med dagens praksis (2016)	30,5	30,8	31,0	31,5	32,4	33,2	33,9

- Analysene viser at kommunene pr. i dag ikke har et tilbud om bolig med heldøgns bemanning for denne brukergruppen. Mandal har pr. 31.12.2016 12 boliger uten bemanning, men med personalbase 300 meter unna
 - Dersom behov for boliger med bemanning hele døgnet oppstår, bør disse 12 boligene bemannes opp i «Nye Lindesnes kommune» for å sikre stordriftsfordeler, et godt fagmiljø og effektiv drift

¹¹ Sluttrapport Prosjekt Housing First 01.12.2016

- Analysene viser at mange kommuner med samme størrelse som «nye Lindesnes» har et botilbud med mulighet for heldøgns bemanning
- ▶ Aktivitetstilbudet for psykisk syke bør etableres ett sted i den nye kommunen
 - Lavterskeltilbud som for eksempel tiltak i regi av Friskliv og mestring, KID/KIB-kurs etc. bør prioriteres videre
- ▶ En ny tomannsbolig kan bygges ut som «sterk-enhet for brukergruppen rusavhengige uten mulighet for å skaffe seg egen leilighet», ved behov kan denne bygges på ledig kommunal tomt i Farmoveien 14-18 på Vigeland
 - En «nødbolig» for «sterkbruk» og kortvarige opphold for brukergruppen rusavhengige uten fast bopel kan etableres i en av boenhetene i Farmoveien 14-18
- ▶ Elveveien 8 (Gamleveien) på Vigeland med 2 boliger for psykisk syke + en «nødbolig» selges, eller benyttes til annet formål av «nye Lindesnes kommune»
 - Plasseringen av «nødboligen» sammen med boliger for psykisk syke fungerer ikke hensiktsmessig
- ▶ Behovet for kommunale akutt døgnopphold for psykisk helse og rus bør ligge samlokalisert med interkommunal legevakt i Mandal og kommunal akutt døgnenhet for somatisk syke

7.3 Organisering av tjenestene i den nye kommunen

En mer helhetlig organisering av tjenestene til psykisk helse og rus i «nye Lindesnes kommune» er nødvendig for å sikre denne målgruppens behov for helse- og omsorgstjenester i framtiden. Vår vurdering er at et mer målstyrt arbeid, i tråd med BEON-prinsippet, er et av de viktigste forholdene for å få til dette. Det betyr økt fokus på mestring, forebygging og lavterskeltilbud. Videre at brukere som trenger ambulante tjenester og oppfølging for å kunne bo i eget hjem får dette hele døgnet, ved behov. Aktivitets- og arbeidstilbud overfor denne brukergruppen er også viktige tiltak og må inngå i det videre utviklingsarbeidet. Kommunen må samtidig sikre at de som er i behov av mer omfattende tjenester som boliger med mulighet for heldøgns bemanning får dette.

Det er alltid en fare for at en samling av tjenestene vil medføre en «særomsorg» eller spesialiserte tjenester. Dette tror vi imidlertid kan imøtekommes med en enhetlig ledelse og styring av ressursene til tjenestene sammen med felles tildeling av alle helse- og omsorgstjenester.

Uavhengig av hvilken struktur og modell kommunen velger å ha, er kommunen pålagt å ivareta behov for helse- og omsorgstjenester for alle som er i behov av dette. Dette innebærer at kommunen både må ivareta behov for veiledning, avlastning, støttekontakt, hjemmetjenester og andre hjelpetiltak ut fra konkret vurdering, i samråd med bruker/pårørende.

Som en del av dette oppdraget skal man vurdere alternative måter å organisere tjenestene. I det følgende vil vi presentere tre ulike modeller vi tenker kan være hensiktsmessige måter å organisere tjenestene på. I alle forslagene ligger det inne at oppgaver knyttet til saksbehandling er profesjonalsert og lagt til *Enhet for samordning og tjenestetildeling* i modellen.

7.3.1 Alternativ 0 – videreføre dagens organisering - distriktsmodellen

Alternativ 0 innebærer at ansvar for tjenestene blir fordelt på flere distrikter som vil tilsvare de tre kommunene som i dag, men med enda tettere tverrfaglig samarbeid og at tildeling av tjenester på forløp 2 og 3 skal håndteres av *Enhet for samordning og tjenestetildeling* i modellen.

Fordeler og ulemper ved alternativ 0

Fordeler

- ▶ Lite endring
- ▶ Stabil faggruppe

- ▶ Små enheter gir god oversikt for brukerne som kjenner tilbudet
- ▶ Mindre reiseavstand til brukerne og til tjenestetilbudet
- ▶ Enklere å beholde høy spisskompetanse på den enkelte brukers behov
- ▶ Ingen av kommunene har etablert omsorgsboliger med personell tilstede hele døgnet

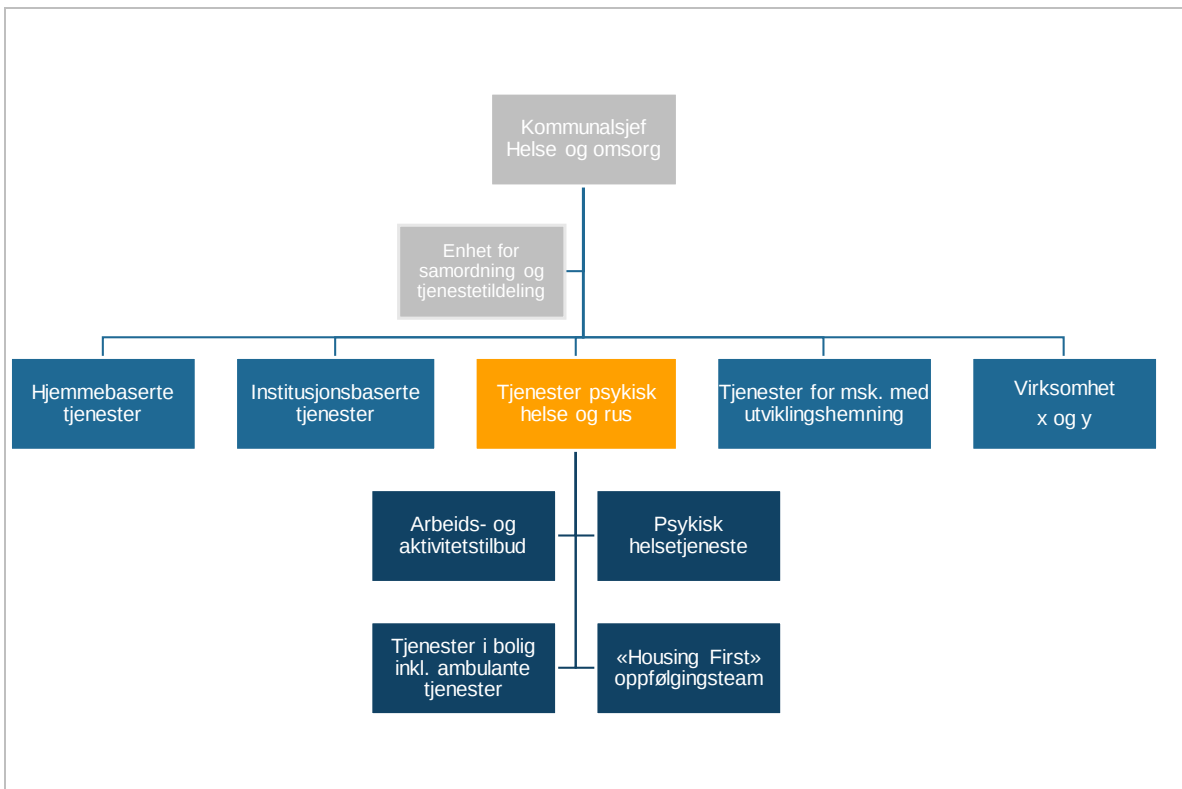
Ulemper

- ▶ Ikke en felles dør inn til tjenestetilbudet, framstår forvirrende for spesialisthelsetjenesten og samarbeidspartnere
- ▶ Ikke en modell som gjør den nye kommunen godt nok forberedt på å møte framtidens behov
- ▶ Organiseringen i flere enheter gir ikke god nok oversikt eller en enhetlig praksis
- ▶ For mange lignende aktiviteter, flere aktiviteter kan kjøres felles
- ▶ Oppnår ikke effektiv økonomisk drift og stordriftsfordeler
- ▶ Sårbare og små kompetansemiljøer som ikke lett vil kunne tilby døgnbaserte tjenester
- ▶ For statisk og lite endring inn i en ny kommune
- ▶ Ulikt tilbud på ambulante hjemmetjenester, avhengig av hvor du bor
- ▶ Ingen organisatorisk rød tråd for tiltakstjenesten for innbyggerne

7.3.2 Alternativ 1 – samorganisere alle tjenester innen psykisk helse og rus til innbyggere over 18 år i en felles virksomhet

Alternativ 1 innebærer at ansvar for helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer over 18 år blir samlet i en felles virksomhet som skal tilby hjemmebaserte tjenester hele døgnet. Dette vil si lavterskel- og mestringstilbud, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud, ambulerende miljøarbeidertjeneste, helsehjelp i hjemmet inkludert tjenester i omsorgsboliger og tilrettelagte boliger til brukergruppen.

En slik modell kan illustreres som under.



Figur 7-1 Eksempel på organisering i alternativ 1

Fordeler og ulemper ved alternativ 1

Fordeler

- ▶ Økt fokus på helhetlig forløp
- ▶ Bedre kompetanseoverføring og større tverrfaglig forståelse for hele mennesket
- ▶ Økt samhandling og forståelse
- ▶ Lettere å tenke tidlig innsats for å unngå det mest ressurskrevende nivået som er bolig med heldøgns bemanning
- ▶ Mulighet for å dreie flere ressurser til forebyggende innsats og gruppetilbud
- ▶ Styrker faglig vurdering og sikrer nødvendig kompetanse i møte med de mest ressurskrevende brukerne
- ▶ Større turnusgruppe
- ▶ Dersom det er behov for å etablere et felles bofellesskap med heldøgns bemanning kan dette betjene flere ambulante brukere og alarmtelefon med økte ressurser
- ▶ Bedre strategisk ledelse og møtearenaer
- ▶ Vil benytte de samme faglige verktøyene – lettere å bli enige om felles metodikk
- ▶ Mer spissede og avgrensede ansvarsområder med fokus på psykisk helse og rus
- ▶ Lettere å samarbeide på tvers for de ansatte i virksomheten

Ulemper

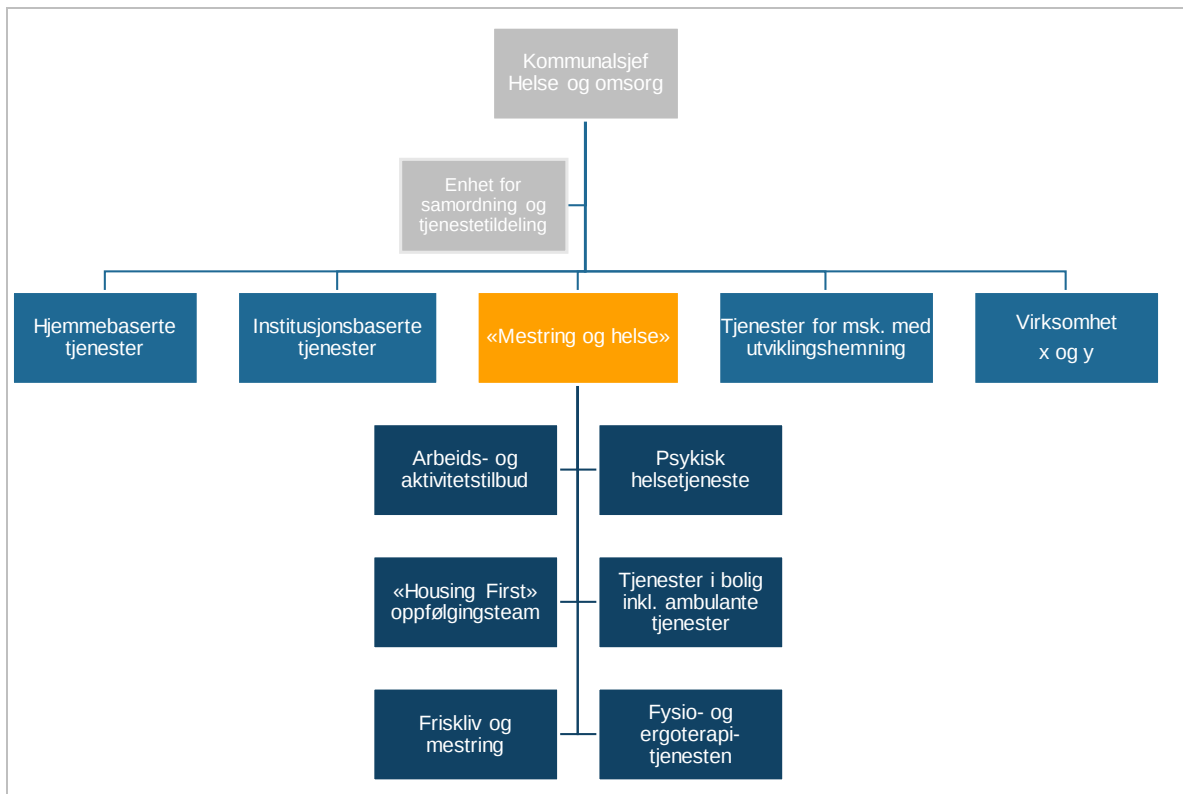
- ▶ Kan bli en stor og uoversiktlig virksomhet
- ▶ Større reiseavstand til brukerne og til tjenestetilbud

7.3.3 Alternativ 2 – samle alle tjenester innen psykisk helse og rus i en «Mestring og helse»-virksomhet

Alternativ 2 er tilsvarende alternativ 1, inkludert fysio- og ergoterapitjenesten og et enda mer friskliv og mestringfokus. Dette innebærer at ansvar for helse- og omsorgstjenestene til mennesker med psykisk helse og rusproblemer over 18 år, samles i en ny felles virksomhet, «Mestring og helse», i Helse og omsorg. Dette vil si lavterskel- og mestringstilbud, dag-, arbeids- og aktivitetstilbud, ambulerende miljøarbeidertjeneste, helsehjelp i hjemmet inkludert tjenester i omsorgsboliger og tilrettelagte boliger til brukergruppen.

Frisklivs- og mestringstilbud («Frisklivsentralen») har som formål om å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom hos innbyggerne i kommunen. Alternative steder å organisere dette tilbudet er under kultursektoren, i hjemmebaserte tjenester, i en egen helse- og mestringsenhet eller direkte plassert under kommunalsjef.

En slik modell kan illustreres som under.



Figur 7-2 Eksempel på organisering i alternativ 2

Fordeler og ulemper ved alternativ 2 er i stor grad like som for alternativ 1

Fordelene og ulempene ved alternativ 2 er tilsvarende som for alternativ 1 bortsett fra tilleggsdimensjonen som samorganiseringen med fysio- og ergoterapitjenesten og Friskliv- og mestringsfokusets skaper.

Fordeler

- ▶ Mulighet for å dreie flere ressurser til forebyggende innsats og gruppetilbud
- ▶ Styrker faglig vurdering og sikrer nødvendig kompetanse i møte med de mest ressurskrevende brukerne
- ▶ Bedre strategisk ledelse og møtearenaer
- ▶ Vil benytte de samme faglige verktøyene – lettere å bli enige om felles metodikk
- ▶ Mer spissede og avgrensede ansvarsområder med fokus på psykisk helse og rus
- ▶ Lettere å samarbeide på tvers for de ansatte i virksomheten
- ▶ Trenger kunnskapen til fysio- og ergoterapeutene for å øke satsingen på mestrings- og frisklivstilbud til målgruppen
- ▶ Samarbeider allerede tett på flere arenaer med fysio- og ergoterapitjenesten
- ▶ Boveiledningstjenesten kan utvides til flere brukergrupper, helseutfordringer og andre utfordringer
- ▶ Økende behov for forebygging inn mot livstilsutfordringer som overvekt, motivasjon for endringsarbeid

Ulemper

- ▶ Enda mer differensiert virksomhet enn i alternativ 1
- ▶ Fysio- og ergoterapitjenesten har mange lovpålagte oppgaver, men kan bli i en skvis
- ▶ Usikkert om dagens ressurser innen fysio- og ergoterapi er stor nok til å hente ut flere synergier, med spesielt fokus på forebygging

- ▶ Skjevfordeling i fokus på mestring og frisklivstilbud til andre målgrupper enn psykisk helse og rus med fysio- og ergoterapitjenesten i samme virksomhet
- ▶ Kan miste dyktig kvalifiserte medarbeidere med lang ansiennitet dersom de må jobbe turnus
- ▶ Størrelsen og mange ulike faggrupper kan virke krevende for det psykososiale arbeidsmiljøet
- ▶ Kan bli behov for flere nye møtearenaer
- ▶ Krever bedre informasjonsflyt til de ansatte

7.3.4 Agenda Kaupangs anbefaling

En fremtidsrettet organisering av tjenestene til psykisk helse og rus i «nye Lindesnes kommune» er nødvendig for å få til tjenester med høy kvalitet og lave kostnader. Vår vurdering er at en av de viktigste forutsetningene for å få til dette er et målstyrt arbeid i tråd med BEON-prinsippet. Det betyr at brukere som kan klare seg i eget hjem med ambulant bistand eller oppfølging av forebyggende psykososialt tilbud, bør få det.

Det er alltid en fare for at samling av tjenestene vil medføre en «særomsorg» eller spesialiserte tjenester. Dette tror vi imidlertid kan imøtekommes med en enhetlig ledelse og styring av ressursene til tjenestene sammen med felles tildeling av alle helse- og omsorgstjenester.

Vår anbefaling er å samorganisere alle tjenester innen psykisk helse og rus til innbyggere over 18 år gjennom hele døgnet i en felles virksomhet under felles Kommunalsjef for Helse og omsorg. Dette tilsvarer alternativ 1 og inkluderer følgende tjenester:

- ▶ Psykisk helsetjeneste inkludert psykolog for voksne brukere
- ▶ Døgnbaserte hjemmetjenester til målgruppen
- ▶ Omsorgsboliger med stedlig bemanning
- ▶ «Housing First» – egen metodikk for å bosette bostedsløse
- ▶ Trygghetsplass – brukerstyrt seng
- ▶ Dag- og aktivitetstilbud («Inn på Tunet», «Fyrlyset», «Jobben» mv)