

Tjenesteanalyse
for
helse- og omsorgstjenesten i Nes kommune



1.	Innledning	3
1.1.	Satsninger, innretninger, profil	3
1.2.	Målsetninger for tjenesten.....	3
1.3.	Bakgrunn	3
1.4.	Om tjenesten.....	4
2.	Kommunens innbyggere	5
2.1.	Alderssammensetning.....	5
2.2.	Behov, levekår og folkehelse.....	6
2.3.	Konklusjon	6
3.	Ressursanalyse	8
3.1.	Behov for tjenester.....	8
3.2.	Prioritering og ressursinnsats.....	9
3.3.	Dekningsgrader og kapasitet.....	9
3.4.	Produktivitet og enhetskostnad	9
3.5.	Konklusjon	10
4.	Kvalitetsanalyse.....	11
4.1.	Brukerundersøkelse	11
4.2.	Objektive kvalitetsindikatorer	13
4.3.	Konklusjon	14
5.	Samhandlingsreformen.....	15
6.	Medarbeidere	16
6.1.	Medarbeiderundersøkelsen	16
6.2.	Kompetanse.....	16
6.3.	Sykefravær.....	17
6.4.	Konklusjon	17
7.	Tjenesteprofil	18
7.1.	Vurdering av resultateffektivitet.....	18
8.	Oppfølging og forbedringstiltak.....	20

1. Innledning

Nes kommune forventes å møte flere store utfordringer innen helse og omsorg i årene som kommer. Både innenfor den tradisjonelle eldreomsorgen, habiliteringstjenestene og innenfor psykisk helse/rusomsorg vil det være nødvendig å utarbeide en strategisk plan for hvordan kommunen skal møte de nye/endrede behovene.

Tjenestetilbudet til eldre er godt bygd for de behovene som er i 2015, men utfordringene er at andel innbyggere over 67 år forventes å øke betydelig fra 2025, samtidig som andel innbyggere i alderen 20-67 år vil bli lavere. Det blir derfor viktig å planlegge tjenesteutviklingen i kommunen slik at det er mulig å møte de utfordringene som forventes å komme. En utbygging av forebyggende tjenester vil være nødvendig for å kunne redusere behov for mer omfattende helse og omsorgstjenester.

Kommunen har også mange yngre brukere med omfattende tjenestebehov innen gruppene tjenester til utviklingshemmede og psykisk helsetjeneste/rusomsorg. Disse forventes å ha et langvarig løp som tjenestemottakere og der tjenestebehovet forventes å øke heller enn å avta.

1.1. Satsninger, innretninger, profil.

Nes kommune er en «hjemmebasert kommune» der institusjonstjenester kun ytes i form av ulike tidsavgrensede opphold. Øvrige omsorgstjenester ytes som hjemmetjenester enten i pasientens opprinnelige hjem eller i omsorgsboliger med eller uten heldøgns bemanning. Det har gjennom flere år vært satset på utbygging av tjenestene til eldre. Det er i 2015 tilstrekkelig kapasitet for ulike typer boliger for denne aldersgruppen og bygningsmassen er relativt nybygd/nyrenovert med moderne og hensiktsmessige løsninger.

Det vil fremover satses på en utbygging av tjenestetilbudet til brukere < 67 år, og spesielt til brukere innen psykisk helse/rusomsorg, da det forventes at det her vil komme økte behov som kommunen ikke er rustet til å håndtere innenfor dagens tilbud.

1.2. Målsetninger for tjenesten

Visjonen for enhet Helse og omsorg er:

Vår kompetanse – din mestring!

For helse og omsorgstjenestene i Nes er det satt følgende hovedmål i 2015:

«Enheden har som mål å utvikle en helhetlig, effektiv og produktiv offentlig tjeneste som sikrer samsvar mellom tjenestene og de faktiske behov». Visjon og mål gjenspeiles i virksomhetsplanen for enheten. I forbindelse med tjenestenes vridning mot egenmestring endrer vi vår visjon til «Vår kompetanse - din mestring!»

1.3. Bakgrunn

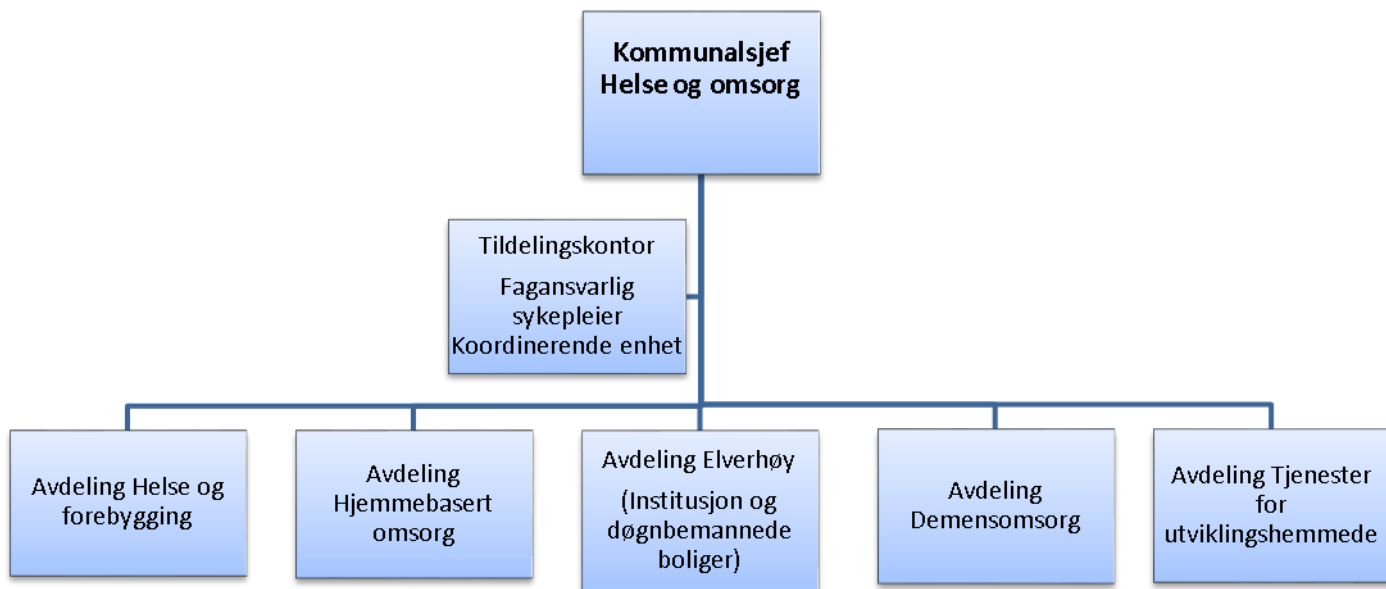
Helse og omsorgstjenestene i Nes gjennomførte en omorganisering i 2014 der enhetene Helse og Pleie og omsorg ble slått sammen til enhet helse- og omsorg (HO). I denne prosessen ble ansvar for noen brukergrupper endret. Psykisk helse/rusomsorg, som tidligere var en egen avdeling i PLO, ble etter omorganiseringen en del av avdeling helse og forebygging. Det var også utskiftninger i ledergruppen i samme periode. I etterkant av omorganiseringen er det planlagt å utarbeide en strategisk helse- og omsorgsplan.

Ved å delta i Effektiviseringsnettverket ønsker vi å få økt kunnskap og forståelse av helse og omsorgstjenestene i egen kommune, få tilført ny kunnskap samt utveksle kunnskap og erfaringer med andre kommuner i nettverket.

Ved å utarbeide en tjenesteanalyse vil vi kunne få økt forståelse for egen tjenesteproduksjon, få fokus på styrker og utfordringer og se sammenhenger. Dette vil være nyttig når vi skal utarbeide en strategisk helse- og omsorgsplan.

1.4. Om tjenesten

Organisering av tjenesten



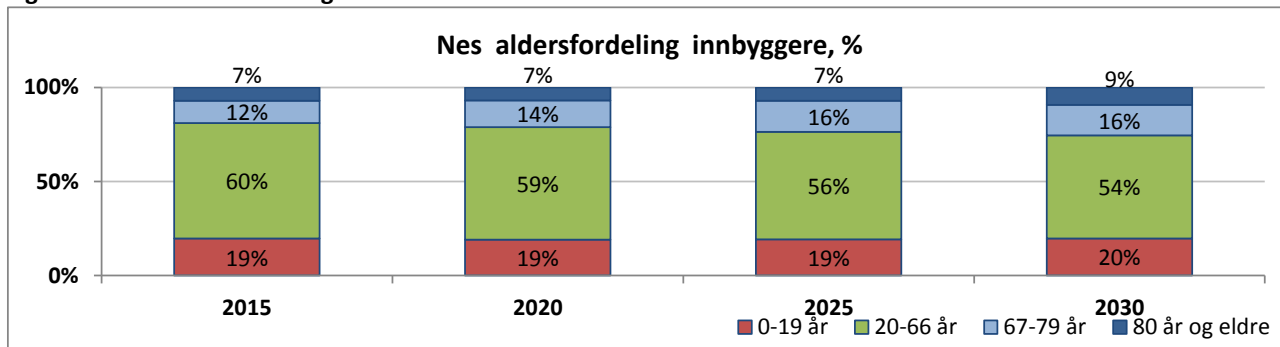
Helse og omsorgsenheten ledes av Kommunalsjef helse og omsorg og er organisert i 5 avdelinger som hver ledes av en avdelingsleder. De 5 avdelingene er

- Avdeling Helse og forebygging. Avdelingen har ansvar for legetjenester, helsestasjon, jordmor, ergo-/fysioterapi, rusomsorg og psykisk helsetjeneste til barn og voksne.
- Avdeling Hjemmebasert omsorg. Avdelingen yter hjemmetjenester som hverdagsrehabilitering, praktisk bistand, omsorgslønn og helsetjenester i hjemmet. Brukergruppen består i hovedsak av tjenestemottakere >67år
- Avdeling Demensomsorg. Avdelingen yter tjenester i 3 bokollektiv (26 plasser) for personer med demenssykdom.
- Avdeling Elverhøy Avdelingen yter tjenester i institusjon (13 plasser), døgnbemannede omsorgsboliger (21 boliger), dagopphold for eldre samt kjøkken og vaskeritjenester som er felles for institusjon, døgnbemannede boliger og bokollektivene.
- Avdeling for utviklingshemmede. Avdelingen yter tjenester i 15 døgnbemannede boliger samt tjenester som omsorgslønn, avlastning og støttekontakt til hjemmeboende brukere i målgruppen.

2. Kommunens innbyggere

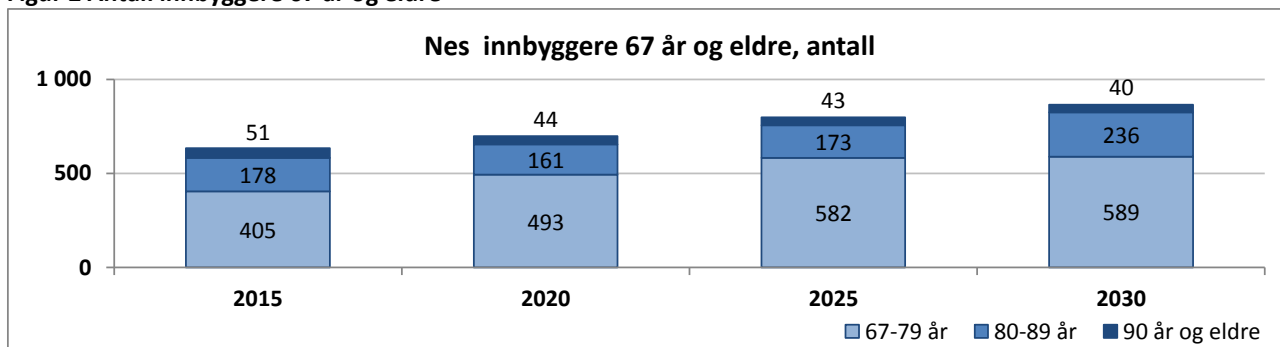
2.1. Alderssammensetning

Figur 1 Alderssammensetning



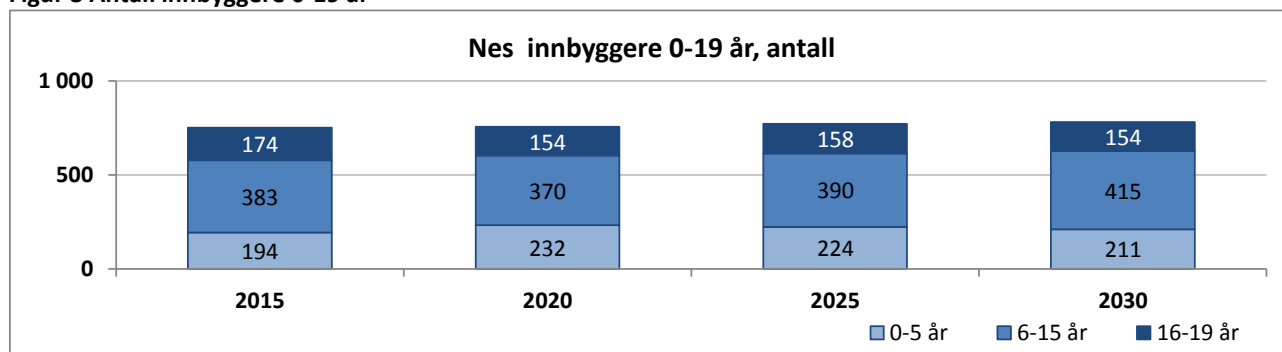
Aldersframskrivning viser at det ikke forventes vesentlig økning i aldersgruppen 0-19 år de neste 15 årene frem mot 2030. Andelen innbyggere i Nes i aldersgruppen 20-66 år forventes å synke med 10 % samme periode, og i 2030 vil 25 % av kommunens innbyggere være over 66 år. Dette vil kunne gi utfordringer for kommunen med flere eldre som kan ha behov for tjenester samtidig som det blir færre i yrkesaktiv alder til å yte tjenester. Forebyggende arbeid for å bidra til å redusere fremtidige tjenestebehov og effektivisering av tjenesteytingen bør prioriteres for å kunne møte utfordringene.

Figur 2 Antall innbyggere 67 år og eldre



Aldersframskrivningen for Nes kommune viser at det vil bli færre eldre over 80 år frem mot 2020. Gruppen innbyggere i Nes >67 år forventes å øke i antall frem mot 2030, og økningen vil være størst i aldersgruppen 80-90 år. Det blir viktig å forberede denne økningen av antall eldre innbyggere i kommunen gjennom ulike folkehelseiltak, forebyggende tiltak og rehabilitering for å bidra til å gjøre de eldre innbyggerne i stand til å klare seg lengst mulig selv eller med så lite kostnadskrevenende tiltak som mulig.

Figur 3 Antall innbyggere 0-19 år

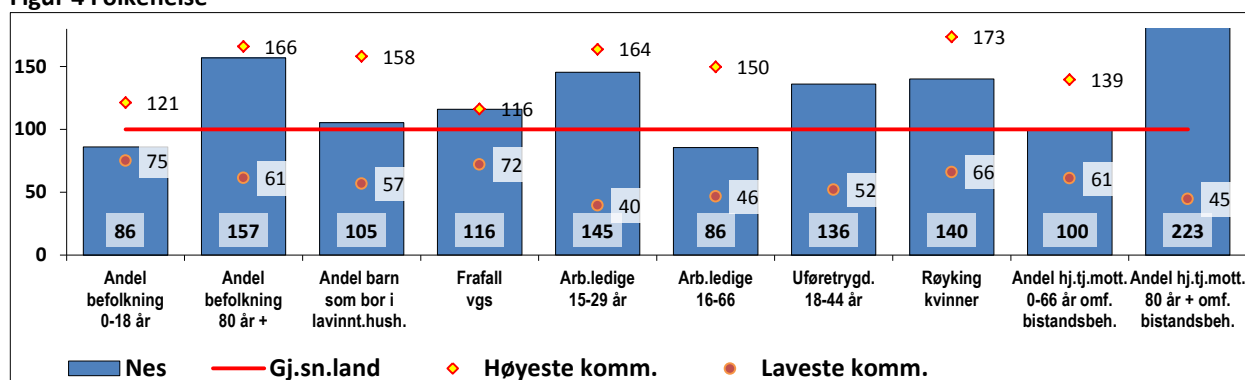


Det forventes liten økning i antall barn/ungdom (0-19 år) i tiden frem mot 2030. Helsetjenestetilbudet for denne aldersgruppen er relativt godt dimensjonert i forhold til dagens behov, og det forventes ikke at det vil være behov for en utbygging av disse tjenestene.

Kommunen har i dag flere barn/unge som har funksjonsnedsettelse som tilsier at de vil få behov for tilrettelagt botilbud og en del tjenester i løpet av denne perioden. Tilgang på egnede boliger og utbygging av tjenestetilbudet til denne gruppen vil derfor være påkrevd.

2.2. Behov, levekår og folkehelse¹

Figur 4 Folkehelse



Som det fremgår av figur 4, har Nes kommune utfordringer innenfor folkehelse og levekår. Kommunen har høyere andel innbyggere med sosioøkonomiske problemer enn landsgjennomsnittet. Spesielt aldersgruppen 16-30 år viser seg å være utsatt, med relativt høyt frafall fra videregående skole, og andelen uføretrygdede ligger godt over landsgjennomsnittet for denne aldersgruppen. Når kommunen samtidig har lavere andel innbyggere < 18 år og høyere andel av befolkningen > 80 år, forventes dette å gi økende utfordringer for kommunen frem mot 2030.

2.3. Konklusjon

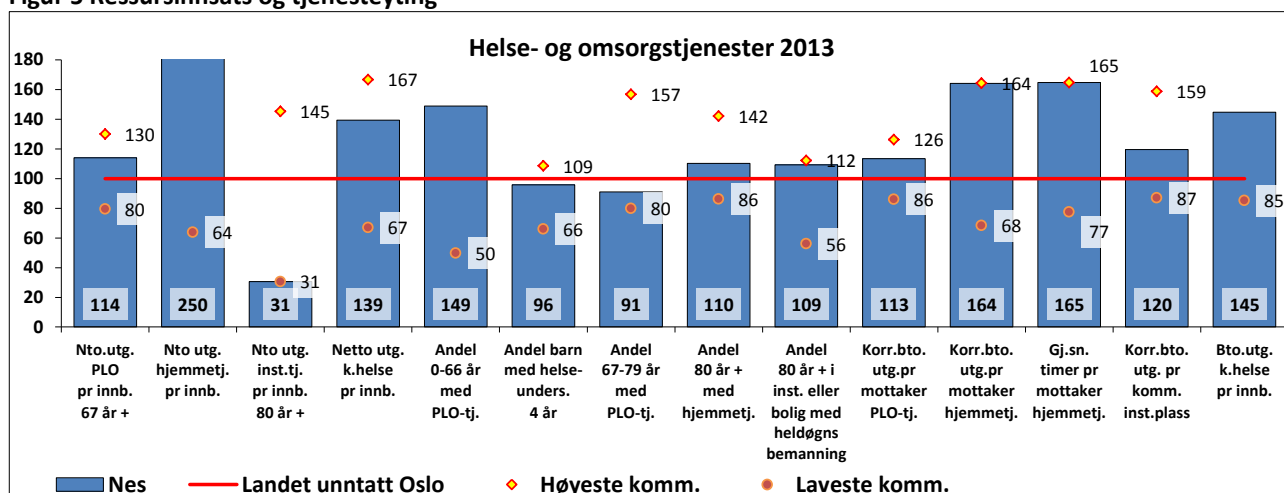
Nes kommune er i dag en kommune med høyere andel eldre enn landsgjennomsnittet, og aldersframskrivningen tilsier andelen innbyggere > 67 år vil øke fram mot år 2030. Samtidig er det i dag relativt mange yngre arbeidsledige og uføretrygdede < 44 år som det bør jobbes aktivt med. Det er også en noe lavere andel innbyggere < 18 år enn landsgjennomsnittet. Dette tilsier at mens gruppen eldre med

¹ Kilde: Folkehelseprofil og KOSTRA, tall for 2013

forventet tjenestebehov er økende, vil ikke gruppen yrkesaktive innbyggere øke tilsvarende, og dette vil påvirke rammene for kommunale tjenester, også innenfor helse og omsorg.

3. Ressursanalyse

Figur 5 Ressursinnsats og tjenesteyting²



Nes kommune er en «boliggjort» kommune der sykehjemmet kun har tilbud om ulike typer tidsbegrensede opphold. Dette gjenspeiles også i figur 5 der det fremgår at nettoutgift for hjemmetjenester pr. innbygger er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet og nettoutgift for institusjon pr. innbygger er tilsvarende lavere enn landsgjennomsnittet.

Den høye andelen av innbyggere med PLO tjenester i gruppen 0-66 år finner vi i hovedsak innenfor områdene psykiatri/rus og tjenester til utviklingshemmede, der Nes kommune har relativt mange med til dels stort tjenestebehov. Disse tjenestene er ofte av lang varighet og for mange av disse tjenestemottakerne vil det være behov for tjenester livet ut.

Andelen mottakere av PLO tjenester < 80 år er litt lavere enn landsgjennomsnittet mens andelen tjenestemottakere > 80 år er litt høyere enn landsgjennomsnittet. Når vi så finner at korrigert brutto utgift pr. mottaker av hjemmetjenester og gjennomsnittlig antall timer pr. mottaker er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet, tyder det på at mange av de som mottar hjemmetjenester får mye tjenester hver. Dette samsvarer med at Nes kommune gir de pasientene som i andre kommuner ville fått tilbud om langtidsopphold i institusjon, heller tilbud om tilrettelagt, døgnbemannet bolig med hjemmetjenester. Disse pasientene har ofte behov for mye tjenester.

Netto utgifter til helsetjenester ligger forholdsvis høyt. Sammenlignet med kommunegruppe er utgiftene imidlertid nær gjennomsnittet og kapasitet på legetjeneste og helsestasjonstjeneste er i samsvar med dette. Utgiftene i 2013 er noe høyere enn tidligere fordi kommunen har bokført et tap på refusjonskrav som gjelder for tre år.

3.1. Behov for tjenester

Jf. Fig. 4 har Nes kommune andel mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 0-66 år med omfattende tjenestebehov på samme nivå som landsgjennomsnittet. For disse brukerne vil det ofte være behov for mange ulike tjenester fra ulike avdelinger/ enheter og samarbeid med andre ikke-kommunale samarbeidsparter. Koordinering og IP er oftest en del av tjenestetilbudet til disse tjenestemottakerne. Tid som medgår til koordinering og arbeid med IP registreres ikke som tidfestet tjeneste i pasientjournalssystemet, og den tiden som medgår til dette arbeidet blir ikke synlig gjort i statistikker. Dette

² Kilde: KOSTRA, tall for 2013

medfører at gjennomsnittlig antall tjeneste timer pr mottaker for disse brukerne vil vises som lavere enn hva den enkelte tjenestemottaker får.

3.2. Prioritering og ressursinnsats

Figur 4 viser at nettoutgiftene i 2013 for pleie- og omsorgstjenester pr. innbygger for innbyggere over 67 er 114 % av landsgjennomsnittet. For helsetjenester er nettoutgiftene pr innbygger på 139 % av landsgjennomsnittet.

Som det fremgår av figuren, har Nes kommune valgt å prioritere hjemmetjenester. Pasienter som i andre kommuner ville hatt langtidsopphold i institusjon, får her tilbud om tilrettelagt bolig med hjemmetjenester. Denne brukergruppen har stort sett et omfattende tjenestebehov, noe som bidrar til at nettoutgift for hjemmetjenester pr innbygger er svært mye høyere enn landsgjennomsnittet (250 %) og nettoutgifter for institusjonstjenester pr. innbygger > 80 år kun 31 % av landsgjennomsnittet.

Kommunen har en høy andel tjenestemottakere av PLO-tjenester < 67 år (149 % av landsgjennomsnittet). I denne gruppen finner vi relativt mange med et omfattende tjenestebehov. Ressursbruken på denne brukergruppen har fått økt fokus etter et omfattende tilsyn fra Fylkesmannen i 2013. I etterkant av tilsynet har kommunen tilført økte ressurser/omprioritert ressurser for å dekke denne brukergruppens behov for rettighetsfestede tjenester.

3.3. Dekningsgrader og kapasitet

Dekningsgrad for brukere > 67 år: Kommunen har i dag god kapasitet på plasser/tilrettelagte boliger for denne brukergruppen, og ved fleksibel bruk av plasser/boliger forventes det at kapasiteten her vil være tilstrekkelig i årene fremover. Det er imidlertid usikkert hvor vidt dagens kapasitet vil kunne dekke behov for plasser/boliger så langt frem som mot 2030. Det vil imidlertid være nødvendig å planlegge for hvordan/hvor kommunen skal tilby tjenester til enkelte grupper som f. eks. eldre personer med utviklingshemming eller yngre personer med demensdiagnose.

Dekningsgrad for brukere < 67 år: Det er underdekning av tilrettelagte boliger for tjenestemottakere med store omsorgsbehov i denne aldersgruppen, og det er kjent i dag at flere av dagens tjenestemottakere som fortsatt bor hjemme vil få behov for tilrettelagt, bemannet bolig frem mot år 2030.

Kommunen har pr. d.d. ingen miljøtjeneste for hjemmeboende med behov for slike tjenester. For om mulig å unngå at dette behovet blir dekket av tjenester på høyere nivå enn nødvendig, bør miljøtjenester for hjemmeboende vurderes opprettet.

3.4. Produktivitet og enhetskostnad

Produktivitet viser hvor mye vi produserer for en gitt ressursinnsats. Produktivitet måles ved å dele kroner som er brukt på antall produserte enheter, eller ved å dele på antall brukere. De fem siste søylene i figur 5 viser brutto utgifter pr mottaker.

Helsetjenester: Korrigerte brutto utgifter pr innbygger av helsetjenester er på hele 145 % av landsgjennomsnittet. Netto utgifter er noe mindre fordi det ytes tjenester til flere enn egne innbyggere både gjennom fastlegeordningen og ved lege- og jordmorvakt der kommunen har vært vertskommune. Høye utgifter til helsestasjon og skolehelsetjeneste kan delvis forklares med at tjenesten dekker psykisk helse for barn og ungdom.

Sammenlignet med kommunegruppe og andre kommuner i regionen ligger utgiftene til helsetjenester på omtrent samme nivå.

PLO tjenester: Korrigerte brutto utgifter pr. mottaker av PLO tjenester er 113 % av landsgjennomsnittet. For hjemmetjenester er gjennomsnittlig antall timer pr mottaker 165 % av landsgjennomsnittet og korrigerte brutto utgifter pr. mottaker av hjemmetjenester er 164 % av landsgjennomsnittet. Dette kan forklares med den tjenesteprofilen kommunen har, der også eldre med svært omfattende tjenestebehov får tjenester i form av hjemmetjenester.

Korrigerte brutto utgifter pr. institusjonsplass i 2013 var 120 % av landsgjennomsnittet. Det er noe usikkert hva som var årsaken til at dette var så høyt i 2013. For 2014 var tilsvarende utgifter 104 % av landsgjennomsnittet.

3.5. Konklusjon

Nes kommune er en «boliggjort» kommune der det ytes hjemmetjenester i alle avdelinger i helse- og omsorgsenheten. De fleste andre kommuner har fortsatt tjenesten langtidsopphold i sykehjem, noe som gir en annen kostnadsfordeling mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester. Dette gjør at for noen av disse tjenestene er det vanskelig å finne kommuner som vi naturlig kan sammenligne vår ressursinnsats med.

Kommunen har et godt utbygd tjenestetilbud for eldre, og det forventes å være tilstrekkelig utbygd for forventede behov frem mot år 2030. Utfordringene nå og i de nærmeste årene fremover er at tjenestetilbudet per i dag for brukere < 67 år vurderes å være utilstrekkelig dimensjonert. Her vil det være behov for å øke ressursinnsatsen og øke/endre tjenestetilbudet med bl.a. en oppbygging av miljøtjenester for hjemmeboende brukere.

I 2013 var nettoutgiftene pr. mottaker av PLO tjenester og helsetjenester noe høyere enn landsgjennomsnittet. I 2014 ble det gjennomført en organisasjonsendring med forventning om at dette skal redusere kostnader. Det gjenstår å se hvilket utslag dette gir når regnskapet for 2015 er klart.

Ressursbruken innen PLO tilstrebes å samsvare med behov/vedtak. Det er en utfordring å klare å bemanne med rett/tilstrekkelig kompetanse der det er vedtak som krever spesiell kompetanse. Dette gjelder spesielt vedtak etter Kap. 9 – bruk av tvang. For å tilstrebe at bemanning er i samsvar med vedtak også ved sykdom, ferier og annet fravær, har dette medført betydelige merutgifter i form av overtids- og forskyvning av vakt kostnader.

4. Kvalitetsanalyse

4.1. Brukerundersøkelse

Det ble gjennomført brukerundersøkelser i alle avdelinger i Helse og omsorg høsten 2014. Det ble benyttet undersøkelse fra Bedrekommune.no. Resultatene fra denne undersøkelsen er grunnlag for tabeller og analyser her.

Resultatene fra undersøkelser presenteres for ansatte, de som deltok i undersøkelsen og politikere (Helse- og sosialutvalget) i mars/april.

Resultat fra avdeling Hjemmebasert omsorg:

Brukertilfredshet hjemmetjeneste dvs. helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand

Side	Snitt Nes	Snitt Norge	Høyest kommune	Lavest kommune
Resultat for brukeren	5,4	5,1	5,8	4,4
Brukermedvirkning	4,2	4,4	5,7	3,2
Respektfull behandling	5,1	4,7	5,7	3,5
Tilgjengelighet	5,4	4,9	5,8	4,1
Informasjon	4,9	4,8	5,8	3,6
Helhetsvurdering	5,7	5,2	5,9	4,6
Snitt totalt	5,1	4,9	5,8	3,9

Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av intervju og med en svarprosent på 53 %.

Hva er *spesielt* bra: De ansatte behandler brukerne med respekt, det tar kort tid fra søknad til pasient får tjenesten, ansatte kommer til avtalt tid, det er lett å få kontakt per telefon, tjenesten pasientene får hjemme gjør at de føler seg trygge, pasientene vet hvordan de skal gå fram ved klage. Alt i alt er pasientene fornøyde med den hjemmesykepleien de får.

Hva kan bedres: at pasientene er mer delaktige når det utarbeides planer som angår dem, at nye ansatte viser legitimasjon og at pasientene vet hva som står i vedtaket.

Resultat fra avdeling Elverhøy og avdeling Demensomsorg:

Brukertilfredshet – beboere i institusjon og bokollektiv for demente

	Snitt Nes	Snitt Norge	Høyest kommune	Lavest kommune
Resultat for beboeren	5,1	5,0	6,0	3,8
Trivsel	5,3	5,3	6,0	4,2
Brukermedvirkning	4,7	4,7	5,9	3,5
Respektfull behandling	5,6	5,5	6,0	4,6
Tilgjengelighet	5,1	5,0	6,0	3,7
Informasjon	4,8	4,9	6,0	3,0
Helhetsvurdering	5,5	5,5	6,0	4,4
Snitt totalt	5,2	5,1	6,0	3,9

Av totalt 44 mulige svar, var det 29 som svarte på undersøkelsen (66 %). For beboere i bokollektivene var det pårørende som mottok spørreskjema, og for beboere i avdeling Elverhøy ble det benyttet intervju for de pasientene som ønsket å delta i undersøkelsen. Svarene er samlet for begge avdelinger. Det ser vi gir større utfordringer med å følge opp resultatene etter undersøkelsen. Dette vil derfor endres ved senere brukerundersøkelser.

Hva er bra: Undersøkelsen viser at pasientene opplever at de blir behandlet med respekt og at de trives. Hva kan bedres: Pasient/pårørende må involveres mer i utarbeidelse av planer for den enkelte pasient. Informasjon om tjenesten den enkelte får og hvordan man kan klage på tjenestene/tjenestetilbudet kan forbedres.

Resultat fra avdeling Helse og forebygging – Psykisk helsetjeneste og ruomsorg:

Brukertilfredshet – Psykisk helsetjeneste/ruomsorg for personer > 18 år

Side	Snitt Nes	Snitt Norge	Høyest kommune	Lavest kommune
Bakgrunnsspørsmål	-	-	-	-
Tilgjengelighet	3,5	3,6	4,0	2,7
Informasjon	2,9	3,1	3,7	2,5
Personalets kompetanse	3,8	3,6	4,0	2,9
Samarbeid med andre tjenester	3,8	3,6	4,0	2,8
Brukermedvirkning	3,4	3,5	3,9	2,8
Respektfull behandling	3,7	3,8	4,0	2,8
Resultat for brukeren	3,5	3,4	3,9	2,6
Helhetsvurdering	3,6	3,6	4,0	2,9
Snitt totalt	3,5	3,5	3,9	2,8

Brukerundersøkelsen for psykisk helsetjeneste fikk 12 svar av 49 planlagte. Dette gir en svarprosent på 24. Selv om det er en lav svarprosent er alle svar like viktige og er uttrykk for den konkrete brukers oppfatning. Det er likevel begrenset hvor mye tallene kan brukes til å generalisere hele brukergruppen.

På en skala fra 1 til 4 er snittet totalt i Nes for alle dimensjoner 3,5. Snittet er det samme som for hele landet, og det er små utslag på de ulike dimensjonene.

Hva er bra: Nes scorer høyt på personalets kompetanse og på samarbeid med andre tjenester. Hva kan bedres: Lavest score er det på informasjon og brukermedvirkning. Dette gjelder spesielt informasjon om rettigheter og klagemuligheter og om hvordan brukeren blir hørt ved ønske om endringer.

Resultat fra avdeling Utviklingshemmede:

Brukertilfredshet – utviklingshemmede v/ pårørende

	Snitt Nes	Snitt Norge	Høyest kommune	Lavest kommune
Selvbestemmelse	3,6	4,2	5,1	1,8
Trivsel	4,1	4,6	5,5	3,0
Trygghet	4,7	5,1	6,0	3,0
Brukermedvirkning	2,4	4,1	5,5	2,0
Respektfull behandling	4,9	4,9	5,7	3,9
Informasjon	4,7	4,7	5,8	3,0
Helhetsvurdering	4,5	4,7	5,5	3,0
Snitt totalt	4,1	4,6	5,6	2,8

I brukerundersøkelsen er 15 pårørende\ verger til utviklingshemmede som bor i bolig med heldøgns omsorg som er spurt, 6 stykker av disse har besvart, en svarprosent på 40 %. Det lave antallet svar gjør at et enkelt svar gir store utslag, og det er vanskelig å bruke tallene generelt. Nes scorer 4,1 som er noe under landsgjennomsnittet på 4,7. Undersøkelsen viser at vi scorer lavere på brukermedvirkning og helhetsvurdering, en forklaring på det er at det ikke alltid er pårørende/ verger med og beslutter for beboer da de fleste av beboerne har samtykkekompetanse på flere områder og kan samtykke for seg selv.

Hva er bra: Trygghet, informasjon og respektfull behandling scorer vi best på. Dette kan forklares med at vi har en veldig stabil personalgruppe med mye realkompetanse.

Hva kan bedres: Resultatene viser at avdelingen ikke har klart å følge godt nok opp nettverksmøter og finne arenaer for møter med pårørende/verger, og hvor vi diskuterer og blir enig om mål og tiltak. Dette har hatt sammenheng med lite ressurser, sykdom og vakanser i avdelingen. Vi må ha dette som et prioritert område i framtiden og samtidig videreføre arbeidet med Individuelle planer.

Brukertilfredshet – helsestasjon

Brukerundersøkelsen for helsestasjonen fikk 6 svar av 40 planlagte. Dette gir en svarprosent på 15. Selv om det er en lav svarprosent er alle svar like viktige og er uttrykk for den konkrete brukers oppfatning. Det lave antallet svar gjør at et enkelt svar gir store utslag, og det er vanskelig å bruke tallene generelt.

På en skala fra 1 til 6 er snittet totalt i Nes for alle dimensjoner 5,1. Snittet er det samme som for hele landet, og det er små utslag på de ulike dimensjonene.

4.2. Objektive kvalitetsindikatorer

Lege i institusjon:

Institusjonen består av 13 korttidsplasser. Det er 20 % lege i institusjon. Det er helt nødvendig og vurderes som marginalt ift. den pasientflyten vi har på korttidsavdelingen på Elverhøy. Vi drifter 2 Ø-hjelps plasser og ved siden av noen avlastningsopphold er det rehabilitering og medisinsk behandling som ytes. Vi har med svært få unntak tatt imot alle pasienter som har blitt meldt utskrivningsklare fra sykehus samme dag som de ble meldt. I tillegg har mange pasienter unngått sykehusinnleggelse ved at de har fått ØH-plass på sykehjemmet.

Avvik Medisinhåndtering - hjemmebasert omsorg og sykehjem.

Det ble i perioden september – desember (4 mnd.) registrert alle avvik knyttet til medisinhåndtering. Kartleggingen ble gjennomført i 3 avdelinger i HO. Det ble registrert 8 % avvik i medikamenthåndtering i disse avdelingene. Avvikene var fordelt på alle områdene i legemiddelhåndteringen. Ingen av avvikene i Nes førte til skade for pasienten.

De andre kommunene som deltok i samme undersøkelse, varierte fra 1,9-4,1 % avvik. I følge denne kartleggingen har Nes noen flere avvik enn i andre kommuner som deltok i kartleggingen. Det er ikke kjent om andre kommuner har registrert avvik for hele eller deler av legemiddelprosessen og dette gjør at sammenligning mellom deltakerkommunene noe usikker.

Det er grunn til å tro at deltakerkommunene har registrert avvik ulikt på totalt antall pasienter. Nes har tatt med alle pasienter som mottar tjenester knyttet til medikamenthåndtering i denne gruppen samt registrerte avvik i alle ledd av legemiddelhåndteringen. Det er uklart hvordan andre kommuner har registrert avvik for dette området. Dette gjør at avvikprosenten ikke er direkte sammenlignbar.

I sykehjem (korttidsavdelingen) ble det i samme periode registrert 4,4 % avvik. Dette er på samme nivå som de fleste andre deltakerkommunene i samme gruppe.

Fall i hjemmetjenester og sykehjem

Det ble i samme periode kartlagt registrerte fall i en avdeling med 47 døgnbemannede boliger og i korttidsavdelingen med 13 plasser. Ingen av de registrerte fallene i denne perioden medførte skade på pasient.

I hjemmebasert omsorg er meldte avvik knyttet til fall 1,5 %. Pasientene som har deltatt i denne kartleggingen har omsorgsbehov som for de fleste tilsvarer pasienter som har langtidsopphold i institusjon i de fleste andre kommuner. Avviksprosentsen må derfor sies å være lav. I institusjon var det registrert avviksprosent på 0,4 % knyttet til fall i kartleggingsperioden. Dette er betydelig lavere enn andre kommuner som deltok i samme undersøkelse. Det kan være flere faktorer som bidrar til at fallforekomsten i institusjon er så lav. Avdelingen er bygd i 2011 og er godt tilrettelagt for å redusere fallfare (god belysning, bevisst fargevalg, tilstrekkelig plass for bruk av forflytningshjelpemidler etc.).

4.3. Konklusjon

Måling av objektive kvalitetsindikatorer viser at helse- og omsorgstjenestene har en tilfredsstillende kvalitet innen områdene fall/fallforebygging og legetjenester i institusjon nå, men legetjenesten er i grenseland for hva som er tilstrekkelig til pasientgruppen som får tjenester i korttidsavdelingen. For medikamenthåndteringen er antall avvik i kartleggingsperioden ikke urovekkende høyt. For medikamenthåndtering i hjemmetjenesten er det vanskelig å sammenligne seg med andre kommuner da det er noen metodiske feilkilder (se 4.2). Det vil være viktig å fortsette arbeidet med å kvalitets sikre medisinhåndteringen i HO.

Det er flere faktorer som medvirker til å høyne kvaliteten på tjenestene i HO. Omsorgstjenestene fikk nytt, felles medisinrom i 2011. Ved å flytte deler av medikamenthåndteringen bort fra vaktrom/arbeidsrom inne i avdelingene og erstatte det med et nytt, hensiktsmessig medisinrom antas det at feil i medisindosetter er redusert. Det gjennomføres risikovurdering knyttet til medikamenthåndtering regelmessig. Det er også svært lav «turnover» i helsepersonellgruppen og et godt samarbeid mellom de fleste fastlegene og omsorgstjenesten, noe som bidrar til kvalitativt gode tjenester.

Brukerundersøkelsen som ble gjennomført i 2014 viser at brukermedvirkning er et forbedringsområde i de ulike avdelingene i HO og det må derfor iverksettes tiltak for å øke brukermedvirkning i tjenesteytingen. Helse og omsorg har ikke hatt system for å gjennomføre brukerundersøkelser før 2014, det er derfor ikke data fra tidligere undersøkelser som er egnet som sammenligningsgrunnlag for resultatene fra brukerundersøkelsen i 2014.

5. Samhandlingsreformen

Før innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 valgte Nes kommune å bygge ut en ny korttids- og rehabiliteringsavdeling med 13 plasser. Andel sykepleierstillinger i avdelingene ble økt ved omgjøring av stillinger og det er ett tett/godt samarbeid mellom PLO og kommunens fastleger. Nødvendige prosedyrer var utarbeidet i forkant av innføring av samhandlingsreformen, og berørte avdelinger i PLO var godt forberedt på forventede endringer ved innføring av reformen.

Utskrivningsklare pasienter

Nes kommune har til nå ikke hatt behov for å ha «overliggere» på sykehus, og det vurderes at kapasiteten i kommunen for å ta i mot meldte, utskrivningsklare pasienter fra sykehus er tilstrekkelig innen somatikk. Det er noe usikkerhet knyttet til om kommunen har tilstrekkelig kapasitet innen psykisk helsetjeneste/rusomsorg når samhandlingsreformen også skal omfatte denne brukergruppen fullt ut. Kommunen har elektronisk meldingsutveksling med fastleger og primærpsykiatri. Dette gjør at kommunikasjonen mellom helse- og omsorg og helseforetakene er godt kvalitetssikret.

Ø-hjelp

Kommunen har samarbeidsavtale med øvrige 5 kommuner i Hallingdal om kommunale ø-hjelpsplasser (KAD-plasser) lokalisert i Hallingdal lokalmedisinske tjenester (HLT) i Ål kommune. Disse plassene benyttes i dag i svært liten grad av Nes kommune. I stedet benyttes de to legestyrte plassene i korttidsavdelingen på Elverhøy for mange av disse pasientene.

Det er ikke utarbeidet retningslinjer for hvilke pasienter som skal benytte KAD-plassene i HLT og hvilke pasienter som skal legges inn akutt i egen kommune. Dette fører til at KAD plassene i HLT ikke utnyttes optimalt ift. Kostnader per d.d.

Erfaringer

Etter innføring av samhandlingsreformen ser vi at

- Behovet for breddekompetanse har økt
- Behovet for tverrfaglig /tverrsektorielt samarbeid er økende
- Behovet for psykisk helsetjeneste/rusomsorg er økende og medfører behov for økt kompetanse og tjenestevolum.
- Samhandlingsreformens føringer for økt satsning på forebygging og folkehelsearbeid har ikke tidligere vært høyt prioritert i kommunen. Det arbeides nå med å øke innsatsen på folkehelsearbeid i kommunen.
- Kommunen har startet med hverdagsrehabilitering, og det forventes at det vil kunne gi økt egenmestring og redusert behov for tjenester for noen tjenestemottakere.
- Eldre pasienter som utskrives fra sykehus, har ofte et korttidsopphold på sykehjemmet før de kommer hjem. Det bør vurderes om flere pasienter kan dra direkte hjem etter sykehusopphold. Kapasiteten for hjemmetjenesten må i så fall tilpasses et eventuelt økt behov. Kommunen har svært få reinnleggelser i sykehus for pasienter som mottar plo-tjenester. Dette kan tyde på at terskelen for innleggelser i lokalt sykehjem er lav, og det bør vurderes om den er for lav i dag.
- Det blir stadig viktigere å ha gode rutiner for pasientrulling i sykehjemmet for å unngå at korttidsopphold blir unødvendig lange.

Konklusjon

Nes kommune var godt forberedt for innføring av samhandlingsreformen i 2012, og det har vært få/ingen utfordringer knyttet til pasientforløpet som følge av reformen. Kommunen bør imidlertid utnytte KAD plassene i HLT bedre da kommunen uansett må betale for disse plassene. Det vil også være behov for å vurdere om pasientforløpet internt i kommunen er optimalt eller om flere pasienter kan reise tidligere hjem fra korttidsopphold eller direkte hjem etter sykehusopphold.

6. Medarbeidere

6.1. Medarbeiderundersøkelsen

Medarbeiderundersøkelse 2013

Side	Snitt Nes 2013	Snitt Norge	Snitt PLO	HOS	Høyest kommu	Lavest kommune
Organisering av arbeidet	4,6	4,5	4,4	4,7	5,1	3,9
Innhold i jobben	5,1	5	5	5,3	5,5	4,6
Fysiske arbeidsforhold	4,3	4,2	4,4	3,6	4,9	3,8
Samarbeid og trivsel med kollegene	5,1	5,1	5,1	5,6	5,6	4,7
Mobbing, diskriminering og varsling	5,1	5,1	4,9	5,2	5,6	4,6
Nærmeste leder	4,4	4,6	4	4,3	5,4	4,1
Medarbeidersamtale	4,8	4,8	4,5	5,2	5,4	4,4
Overordnet ledelse	3,7	3,9	3,3	3,4	4,6	3,1
Faglig og personlig utvikling	4,3	4,4	3,9	5	5,3	3,9
Systemer for lønns- og arbeidstidsor	4,5	4,1	4,3	4,8	4,8	3,3
Stolthet over egen arbeidsplass	5	4,8	4,8	5,1	5,4	3,9
Helhetsvurdering	4,7	4,6	4,6	4,9	5	4,2
Snitt totalt	4,6	4,6	4,4	4,8	5,2	4

Medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført i 2013. Det ble benyttet medarbeiderundersøkelse fra Bedrekommune. No, og resultatene fra denne undersøkelsen er benyttet som bakgrunn for kommentarene her.

Det ble definert mål/tiltak for forbedringstiltak i etterkant av undersøkelsen i de ulike avdelingene i HO, og arbeidet for å nå målene ble fulgt opp i avdelingene. Undersøkelsen viser at de ansatte i helse og omsorg var mest fornøyd med innholdet i jobben og samarbeid og trivsel med kollegene og minst fornøyd med overordnet ledelse og nærmeste leder. I de to årene fra denne undersøkelsen ble gjennomført har det i HO vært gjennomført en omorganisering og det er ansatt nye ledere i mange av lederstillingene. Det har også vært utskiftning av rådmann i denne perioden. Det er planlagt ny medarbeiderundersøkelse i 2015, og effekten av disse endringene kan gi endrede resultater i neste medarbeiderundersøkelse. Det er også metodiske utfordringer slik medarbeiderundersøkelsen er satt opp fra bedrekommune.no, da det kan være en utfordring for den som svarer å definere hvem som er nærmeste og øverste leder i en stor organisasjon.

6.2. Kompetanse

Andel årsverk med fagutdanning 2013

	Nes	Kostragr. 2	Buskerud	Landet
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	64	77	72	74
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	34	45	44	41
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	29	31	28	34

Tabellen viser at andelen ansatte i HO med utdanning fra høyskole /universitet er 29 %. I denne gruppen skilles det ikke mellom helsefaglig og annen høyere utdanning. I tillegg til høyskoleutdannet helsepersonell teller den også bl.a. pedagoger og sosionomer og andelen ansatte med helsefaglig høgskoleutdanning er derfor noe lavere enn 29 %.

Mange ansatte, både fagarbeidere og høyskoleansatte, er > 55 år. Det kompetansetapet som HO får etter hvert som flere av dagens ansatte pensjonerer seg, kan bli krevende å erstatte. Når vi da ser at HO har lavere andel fagutdannede personell enn andre sammenlignbare kommuner, forventes det at det vil bli store utfordringer i årene framover i arbeidet med å erstatte kompetanse og ikke minst å klare å øke andelen ansatte med fagutdanning. Det bør utarbeides en kompetanseplan/rekrutteringsplan der tiltak

som tilrettelegging for kompetanseheving av ansatte, stimulere ansatte til å delta i tilbud om desentrale høgskoleutdanninger, mulighet for støtteordninger mot bindingstid kan være aktuelle tema. Det vurderes omgjøring av assistentstillinger til fagstillinger ved turnover i disse stillingene.

6.3. Sykefravær

Sykefraværet i helse og omsorg i 2014 var 5,2 % og er en reduksjon på ca. 3 % fra 2013. Dette er betydelig lavere fraværsprosent enn det vi finner i samme tjenesteområder i andre kommuner.

Avdelingsledere har arbeidet med ansattes holdninger til fravær/nærvær og i nært samarbeid mellom avdelingsledere og ansatte ved dialog og tilrettelegging har fravær på grunn av sykdom blitt redusert. Det er viktig at dette arbeidet videreføres slik at sykefraværet fortsatt forblir lavt.

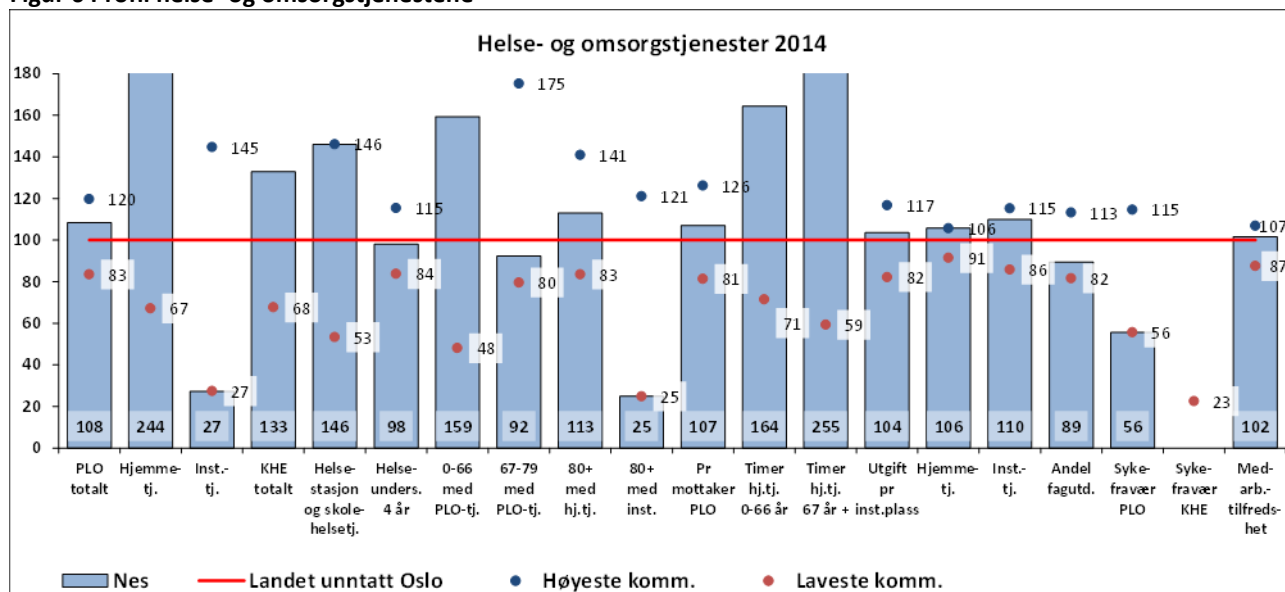
6.4. Konklusjon

Tilfredse medarbeidere ansees som svært viktig for å ha høy kvalitet på tjenesteytingen. Resultatene fra medarbeiderundersøkelsen i 2013 viser at HO i Nes har et snitt totalt som er likt med landsgjennomsnittet. Helse og omsorgstjenestene i kommunen har også hatt et stadig lavere sykefravær de siste årene. Dette bidrar til stabilitet og kontinuitet i tjenesteytingen.

Kommunen står overfor store utfordringer i rekruttering av personell med riktig/tilstrekkelig kompetanse. Etter innføring av Samhandlingsreformen er de faglige utfordringene i tjenesteytingen endret, og det blir mer og mer behov for høy faglig kompetanse i omsorgstjenestene. Med mange ansatte som forventes å gå av med pensjon de neste 10 årene og en relativt lav andel ansatte med fagutdanning, vil det være nødvendig å starte arbeidet nå for å hindre at andelen ansatte med fagutdanning blir kritisk lav litt frem i tid.

7. Tjenesteprofil

Figur 6 Profil helse- og omsorgstjenestene



7.1. Vurdering av resultateffektivitet

Nes kommune har gjennom flere år satset på å utvikle tjenestetilbudet til eldre og eldreomsorgen vurderes nå som godt utbygd med nye/nyrenoverte bygg for tjenesteyting til denne brukergruppen. Dette bidrar til økt bruker- og medarbeidertilfredshet. Kommunen har høyere andel innbyggere >80 år som mottar tjenester i institusjon/bolig med heldøgns bemanning enn landsgjennomsnittet (109 % jfr. figur 5). Det bør vurderes hvor vidt innslagspunktet for å få tilbud om bolig med heldøgns bemanning er på riktig nivå.

Nes kommune har en høyere ressursbruk for helse- og omsorgstjenester totalt enn landsgjennomsnittet. Kommunen har en høyere andel enn landsgjennomsnittet av tjenestemottakere i gruppen 0-66 år med omfattende tjenestebehov (149 %) og disse brukerne mottar langt flere timer hjemmetjenester enn landsgjennomsnittet for denne aldersgruppen (164 %). Gruppen tjenestemottakere < 67 år er kostnadskrevene selv om kommunen får refundert deler av kostnadene for særlig ressurskrevene brukere mellom 16 og 67 år.

Gjennom brukerundersøkelse (2014) ser vi at tjenestemottakerne gir uttrykk for en høy brukertilfredshet. Det fremgår av besvarelsene at brukermedvirkning er et forbedringsområde i flere avdelinger i HO. Brukermedvirkningen styrkes nå bl.a. gjennom kommunens deltakelse i læringsnettverket Gode pasientforløp (KS) og ved å innføre hverdagsrehabilitering som tjeneste.

Medarbeiderundersøkelse(2013) viser en medarbeidertilfredshet som ligger så vidt over landsgjennomsnittet. Det er planlagt ny medarbeiderundersøkelse høsten 2015.

Helse- og omsorgstjenestene i Nes har de siste årene hatt betydelig lavere sykefravær enn landet for øvrig. Dette bidrar både til lave vikarkostnader og til god kontinuitet i tjenesteytingen.

Det ble vedtatt i 2014 at tjenestebeskrivelsene skal revideres i 2015 for å definere nivå på tjenestene. Arbeidet med å utarbeide/revidere tjenestestandardene er i gang og forventes å ferdigstilles høsten 2015. PLO tjenestene tilstrebes gitt etter BEON prinsippet og de nye/reviderte tjenestestandardene må sees som

en del av arbeidet med å definere hva kommunen mener er «godt nok» for våre tjenestemottakere. I utarbeidelsen av tjenestestandarder vil fokus på egenmestring være sentral.

I samsvar med enhetens mål og visjon, skal helse og omsorgstjenestene yte faglig forsvarlige tjenester og omsorgsfull hjelp som så langt mulig bidrar til egenmestring med fokus på hvilke aktiviteter som er viktige for den enkelte tjenestemottaker

Kommunen har godt utbygde tjenester for eldre med behov for tilrettelagt bolig med heldøgns bemanning, og brukerundersøkelser viser at brukertilfredsheten er høyere enn landsgjennomsnittet. For HO samlet sett er det behov for økt utbygging av tilrettelagte boliger for ulike brukergrupper. For fleksibel og god utnyttelse av disse boligene, vil det være viktig at de lokaliseres og utformes slik at de kan benyttes fleksibelt og tildeles til beboere uavhengig av alder og diagnose så lenge boligen ansees for egnet ut fra den enkeltes behov.

8. Oppfølging og forbedringstiltak

Som en oppfølging og konkretisering av vurderinger og konklusjoner er det utarbeidet en oversikt over hvilke forbedringstiltak vi vil iverksette/foreslå iverksatt

- Utarbeide en strategisk helse og omsorgsplan
- Utarbeide rekruttering- og kompetanseplan
- Fullføre arbeidet med utarbeidelse/revisjon av tjenestestandarder
- Utbygging av tj./plasser/boliger til ressurskrevende brukere/avlastningstiltak for fleksibel bruk for ulike pasientgrupper
- Øke ressursene til forebyggende arbeid
 - Endre fokus fra hjelpekultur til mestringskultur
 - Videreutvikle tilbudet om hverdagsrehabilitering
- Videre utbygging av dagaktivitetstilbud til ulike brukergrupper.
- Arbeide for samlokalisering av HO-tjenestene
- Ta i bruk velferdesteknologi.
- Videreføre arbeidet med «Gode pasientforløp»
- Stimulere til økt frivillighetsarbeid i som supplement til helse og omsorgstjenestene.
- Stimulere til utbygging av sentrumsnære boliger med universell utforming