



Konsulentoppdrag Rana kommunes helse- og omsorgsavdeling 2022

KS- presentasjon 22. juni 2022

Hege Askestad

Bakgrunn

- ▶ Rana-samfunnet står ved et veiskille med økt optimisme. Ny flyplass og etablering av nye arbeidsplasser er forventet å gi vekst, særlig knyttet til slutten av økonomiplanperioden. Rana kommune har klart å omstille seg og kjennetegnes nå av god økonomisk styring og en robust økonomisk situasjon. Samtidig utfordres kommunens bærekraftsbalanse med økt gjeld, høyt investeringsbehov, høyt driftsnivå innenfor noen tjenesteområder og demografiske utfordringer.
- ▶ Budsjettet og økonomiplanen er stramt innrettet for å dempe risiko og begrense ubalansen i den økonomiske bærekraften.



Mål



- ▶ Behov for en analyse og utvikle forslag til tiltak for effektivisering og organisering av Rana kommunes helse- og omsorgsavdeling. Hovedmål med oppdraget er å bistå ledelsen i arbeidet med omstilling og innovasjon, med økt kompetanse innenfor følgende lederoppgaver:
- ▶ Finne tiltak som vil gi ca. 29 mill. kr i kostnadsreduksjon i planperioden 2022–2025, der ca. 7 mill. kr realiseres gjennom fastsatte tiltak for budsjettåret 2022, i henhold til vedtatt budsjett og økonomiplan for perioden.
- ▶ Se på tjenesteorganiseringen og foreslå alternative tjenestestrukturer som ivaretar kommunens samfunnsoppdrag ovenfor innbyggerne, tjenesteutvikling, bærekraft og hensiktsmessig ressursbruk.
- ▶ Dimensjonering av et nytt sykehjem (bygging av nytt sykehjem i inneværende valgperiode – fremskyndelse).
- ▶ Tilgang på ansatte og strategisk oppgavefordeling samlet for helse og omsorg

Oppdraget omhandler en identifisering av tiltak som kan iverksettes for å nå hovedmålene. Konsekvensene med det enkelte tiltak skal beskrives.

Metode og prosjektorganisering av arbeidet

- ▶ Arbeidet var organisert som et prosjekt i tre faser, med oppstart medio mars med ferdigstilling av rapport 1.juli.
- ▶ Arbeidet har vært organisert som et prosjekt med Kommunaldirektør Ann Jorid Virik som prosjekteier. Monica Westvik Musum har vært intern prosjektleder.
- ▶ Prosjektgruppe:
 - ▶ Prosjekteier
 - ▶ Prosjektledere
 - ▶ Fagsjefer innen helse- og omsorgsavdelingen,
 - ▶ Økonomirådgiver
 - ▶ Representanter for tillitsvalgte



Et utenforblikk på kommunen- hva ser vi?

- ▶ En kommune med mål om befolkningsvekst
- ▶ En kommune med folkehelseutfordringer - lav skår på folkehelsebarometeret
- ▶ Den **økonomiske** situasjonen i Rana er god, men høyt utviklingsambisjoner og investeringsnivå utfordrer det økonomiske handlingsrommet. I denne konteksten er det viktig å **sikre** at utviklingen av tjenestene må stå i forhold til det økonomiske handlingsrommet og at **ressursene** gir størst mulig **kvalitet** og velferd **for innbyggerne**.
- ▶ Rana har **noe høyere inntekter** enn snittet for tilhørende kommunegruppe. Det betyr at Rana har mer å bruke enn tilhørende KOSTRA-gruppe.
- ▶ Rana har en del midler på disposisjonsfond og dermed **evne** til å møte uforutsette økonomiske utfordringer og behov
- ▶ Endringer i **demografien** medfører at det er forventet at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil få en vesentlig økning fremover. Dette vil **utfordre kommunen som helhet**.
 - ▶ Den **eldre andelen** av befolkningen **øker**. Det medfører at midler må omdisponeres mellom tjenestene som følge av endret behov (demografi)
 - ▶ Det er **usikkert** om veksten fullfinansieres i fremtiden. En ting er pengene, en helt annen ting er menneskene man er avhengig av for å kunne utføre tjenestene.



Nasjonale føringer, endringer i demografi mv. medfører endringer for hele kommunen

- ▶ De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i **kontinuerlig vekst** i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter, bør **tjenestene** ytes slik at de **støtter opp** under og **utløser ressurser** hos brukerne, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet. Å bare **bygge ut dagens** tjenestetilbud i takt med den demografiske utvikling vil **ikke** være tilstrekkelig for å møte de nye eldregenerasjonene.
- ▶ Samfunnsoppdraget endres. En **større del** av de samlede tjenestene skal **ytes i kommunene. Folkehelsearbeidet** og de **forebyggende** tjenestene skal **styrkes**. Endringene i samfunnsoppdrag medfører behov for **endrede tjenester, arbeidsformer og arbeidsdeling**, og behov for økt **samhandling** og **brukerinvolvering**. For å få til dette er det **behov** for en **felles oppfatning** av hva **samfunnsoppdraget** er.
- ▶ **Store bærekraftutfordringer.** Dagens tjeneste er i for liten grad utformet til å møte dagens og morgendagens behov. Veksten i behov for tjenester kan overgå muligheten for å utdanne og rekruttere personell og samfunnets evne til å betale. **De utfordringer velferdssamfunnet står overfor kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av.** Kilde: Melding. St.29 omsorg



Meld. St. 29

(2012–2013)

Melding til Stortinget

Morgendagens omsorg



Meld. St. 26

(2014–2015)

Melding til Stortinget

Fremtidens primærhelsetjeneste
– nærhet og helhet



Meld. St. 15

(2017–2018)

Melding til Stortinget

Leve hele livet
En kvalitetsreform for eldre



Nasjonale føringer, endringer i demografi mv. medfører endringer for hele kommunen

- ▶ De kommunale tjenestene er viktige, og blir i årene fremover stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.
- ▶ Kommunene må gjøres i stand til å **oppfylle nasjonale føringer**, herunder samhandlingsreformens intensjoner om mer **koordinerte** og **helhetlige pasientforløp**, mer **forebygging** og **tidlig innsats**, flere tjenester **nær der brukerne bor**, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Samtidig må kommunen sikre innretninger som medfører at innbyggerne som trenger **mer omfattende** og **ressursintensive tjenester** får dette.



Meld. St. 29

(2012–2013)

Melding til Stortinget

Morgendagens omsorg



Meld. St. 26

(2014–2015)

Melding til Stortinget

Fremtidens primærhelsetjeneste
– nærhet og helhet



Meld. St. 15

(2017–2018)

Melding til Stortinget

Leve hele livet
En kvalitetsreform for eldre

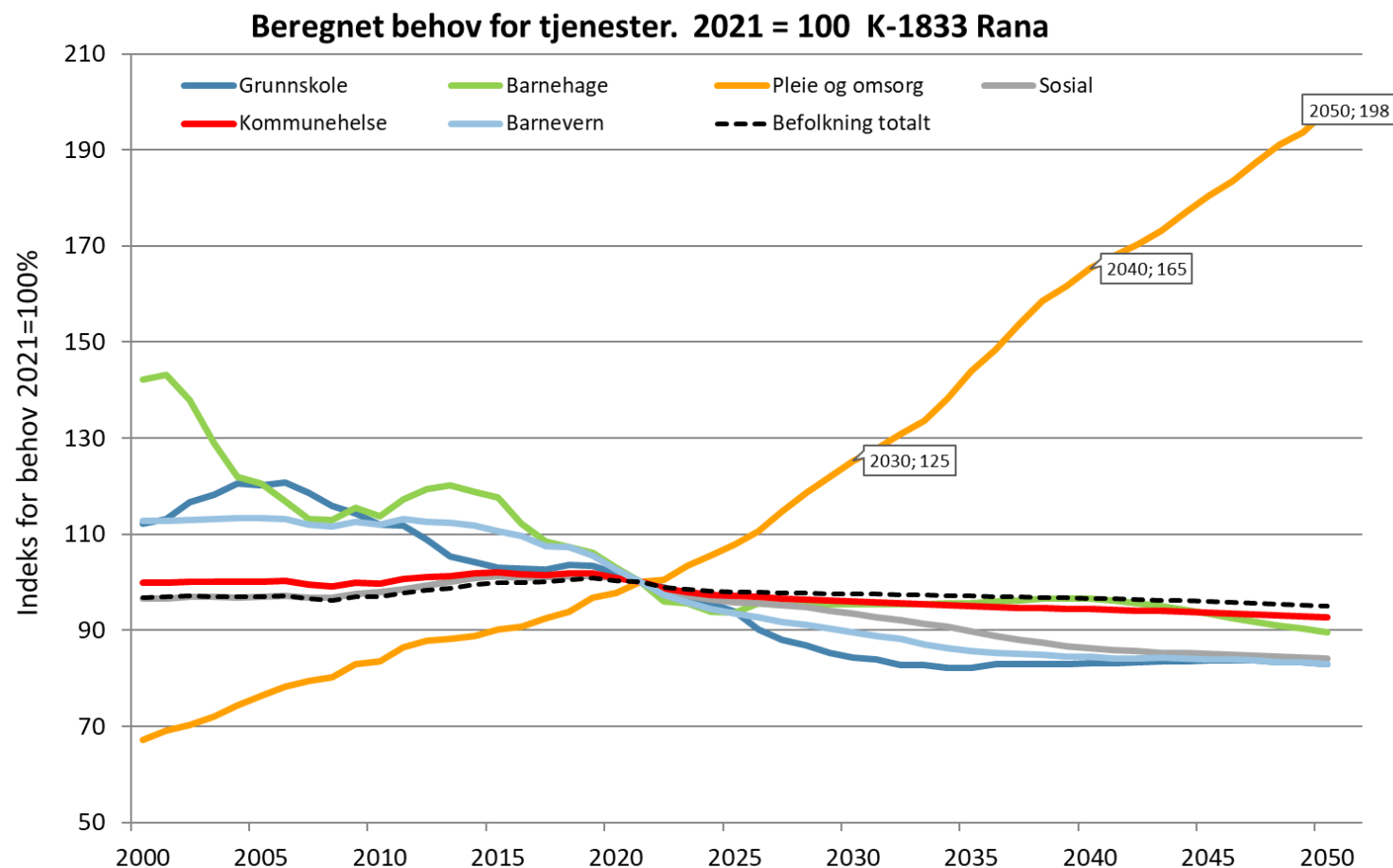


Kan vi ikke bare fortsette som før?

Pleie- og omsorgsområdet vil måtte forvente en **kostnadsøkning** på **25 %** i 2030 om tjenestene utføres i samme omfang som i dag. I 2040 forventes det at **veksten** er på **65 %** mot dagens nivå. Dette forklares i stor grad med forventet vekst i den eldre delen av befolkningen.

Samtidig som andel eldre øker reduseres andel yrkesaktive. Tilgang på potensielle omsorgsyter reduseres også som følge av færre yngre voksne per innbygger over 80 år. Dette utfordrer kommunen ytterligere.

Mye av fokuset rettes gjerne mot pleie- og omsorgssektoren når andel eldre øker fremover. For å lykkes i planleggingen for fremtiden kreves det imidlertid at hele kommunen bidrar for å skape et mer aldersvennlig samfunn, i godt samarbeid med næringsliv, kulturliv, frivillige lag/organisasjoner og andre



Løser man fremtidens behov for pleie- og omsorgstjenester som i dag, vil det medføre et stort behov for nye heldøgnsstilbud

Dekningsgrad 2021- plasser, boliger og brukere (andre brukere, hovedsakelig eldre)

Utvikling i plasser, boliger og brukere med dagens dekningsgrad 2040:



17,19 % dekningsgrad sykehjemsplasser 80+ (245 plasser)



11,65 % dekningsgrad omsorgsboliger med mulighet for heldøgntjenester 80+ (166 plasser)



19 % dekningsgrad for brukere med ulike hjemmetjenester 67+ (898 tjenestemottaker)



17,19 % dekningsgrad sykehjemsplasser 80+. medfører behov for 211 nye plasser.

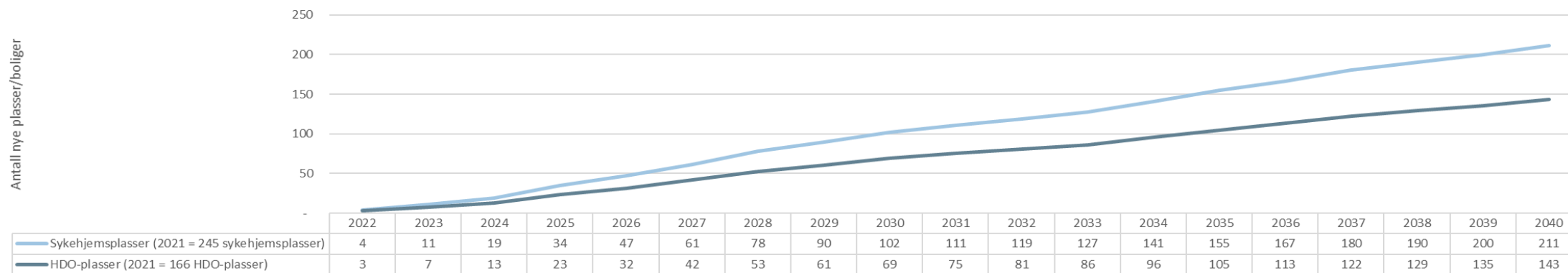


11,65 % dekningsgrad omsorgsboliger med heldøgnsbemanning 80+. medfører behov for 143 nye boliger.



19 % dekningsgrad for brukere med ulike hjemmetjenester 67+, vil medføre økning på 380 mottakere

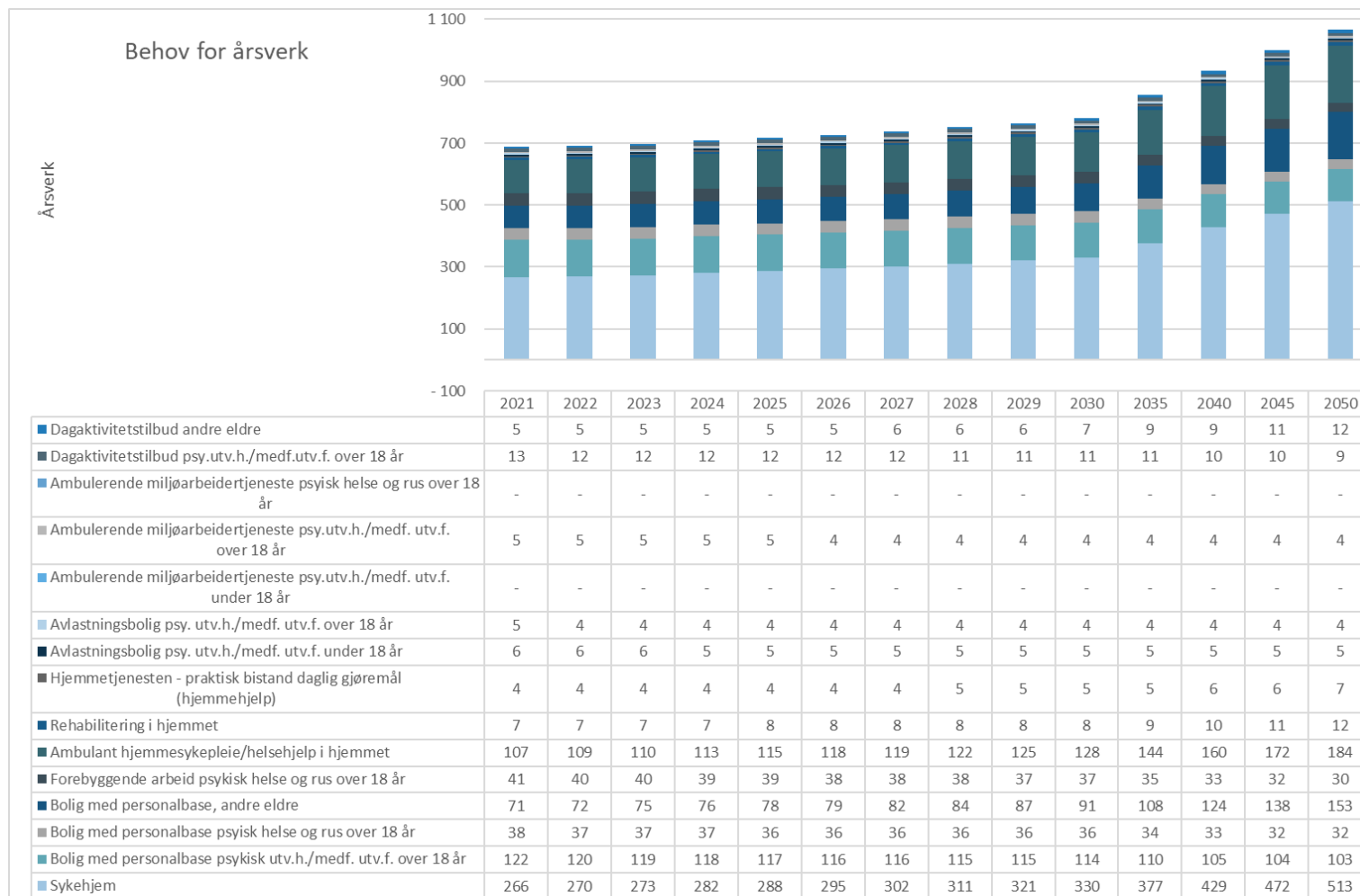
Behov for nye plasser, ved samme dekningsgrad som i 2021 for K-1833 Rana



Kilde: SSB, Rana kommune og Agenda Kaupang

Penger vil ikke løse utfordringen.

Behov for nye årsverk ved videreføring av dagens praksis og tjenestenivå vil utgjøre den største utfordringen for kommunen



Figuren viser behov for nye årsverk innenfor ulike tjenester dersom kommunen viderefører dagens tjenestepraksis:

- Kommunens samlede behov for nye årsverk er stor. Den største økningen skjer innenfor sykehjemstjenesten.
- Dersom kommunen viderefører dagens dekningsgrad og tjenestepraksis vil det være behov for rundt 90 årsverk mer i 2030. I 2040 vil behovet øke med ytterligere 152 årsverk.
- Pr juni 2022 er det 257 ansatte i helse og omsorg over 55 år og som kommer til å bli pensjonister ila få år og som må erstattes. Disse kommer i tillegg.

Kilde: SSB, kommunens rapportering og Agenda Kaupang.

Eldre lever lenger, har flere ressurser og klarer seg lengre uten hjelp

- ▶ I 1995 kunne en 70-åring forvente å leve i 12 år. Av disse 12 årene var **åtte selvhjulpne**, mens **fire** var med **hjelpebehov**.
- ▶ To tiår senere hadde gjennomsnittlig levealder økt til 15 år, hvorav **12 var selvhjulpne** og **kun tre** var med **hjelpebehov**

Kilde: FHI ([gjengitt i aftenposten 27.mai 2021](#))

Den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi den har **bedre helse** og kan møte alderdommen med helt **andre ressurser** enn tidligere generasjoner.

De nye eldre har både **høyere utdanning**, **bedre økonomi**, **bedre boforhold** og **bedre funksjonsevne** enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også **mer teknologivante** og **vil bestemme** mer på egenhånd (Stortingsmelding nr. 29).



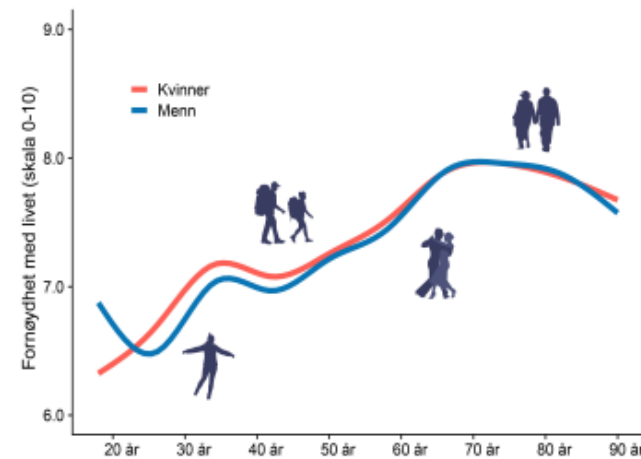
Robuste innbyggere- viktig for den enkelte, og for kommunen



I utformingen av kommunens tilbud og tjenester, kan et nyttig spørsmål være om alle kommunens innbyggere har mulighet til å oppleve "hverdagsgledens fem", jf. figuren over. Dette er aktiviteter som bidrar til god livskvalitet og psykisk helse. De kan brukes av enkeltmennesker for en bedre hverdag, men også som temaer for planarbeidet i kommunen.

Å ha det godt og fungere godt

Livskvalitet omfatter både objektive faktorer som økonomi, boforhold og deltakelse i samfunnet, og subjektive faktorer som glede, mening, engasjement og tilfredshet. Opplevelse av trygghet, fellesskap, utvikling og påvirkningsmuligheter er viktig for livskvaliteten. Det man gjør i hverdagen har stor betydning, og «hverdagsgledens fem» som inkluderer det å knytte bånd, være fysisk aktiv, fortsette å lære, være oppmerksom til stede og å gi til andre, bidrar positivt til livskvaliteten.



Fornøydhet med livet på en skala fra 0 til 10 der 10 er «svært fornøyd». KILDE: Folkehelseinstituttets Folkehelseundersøkelser i fylkene, 2021

Hva er kvalitative gode tjenester?

- ▶ Tjenester som **virker**
- ▶ Mulighet til å involveres og ha innflytelse: ***hva er viktig for deg-*** skal legges til grunn for all tjenesteyting
- ▶ Egne ressurser skal nyttes
- ▶ Trygge og sikre tjenester
- ▶ Tjenester som er **samordnet** og preget av **kontinuitet**
- ▶ Likeverdige tjenester
- ▶ God samlet **utnyttelse** av ressursene

*Basert på Stortingsmelding nr. 10-
dimensjoner for kvalitet*



Vi står i et skifte- som vil få konsekvenser for oss alle

Internasjonale betraktninger

- ▶ Den hverdagen og den virkeligheten Norge nå står overfor har våre naboland møtt for mange år siden. **Krevende økonomi, endringer i demografi, sosiale utfordringer i form av økte og endrede behov** mv.
- ▶ Dette har tvunget frem ny dynamikk, **andre prioriteringer og andre måter å blant annet yte og drifte offentlige tjenester på**. Ikke minst har dette handlet om helse- og omsorgstjenester, forebygging, kommunalt selvstyre mv..

Nasjonale betraktninger

- ▶ Norge står foran **et skifte** i forhold til tilgjengelige økonomiske og velferdsmessige ressurser. Dette vil påvirke landet, kommunene og ikke minst oss som innbygger og ansatte.
- ▶ Dette innebærer at hver kommune **må gjøre grep for å skape bærekraft** i egen drift i årene fremover
- ▶ Dette vil rokke ved hele velferdsstaten vår, og vil påvirke hvilke tjenester vi kan forvente å få i fremtiden, og ikke minst hvilket nivå disse tjenestene skal eller kan ha. Økt fokus på forebygging og tverrfaglighet på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå slik at flere kan ta et større ansvar for egen helse og livssituasjon. **Fremtidens sykehjem og boliger med mulighet for døgntjenester skal beholdes de som ikke er i stand til å klare seg med andre tjenester.**

Rana er i behov av en godt dimensjonert omsorgstrapp. Tildeling av tjenester må bygge på BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå)

De utfordringer velferdssamfunnet står overfor kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av. Kilde: Morgendagens omsorg. Melding. St.29



«Hva er viktig for deg?»



Endringer i demografien tilsier at kommunen har behov for å «vokse smartere»

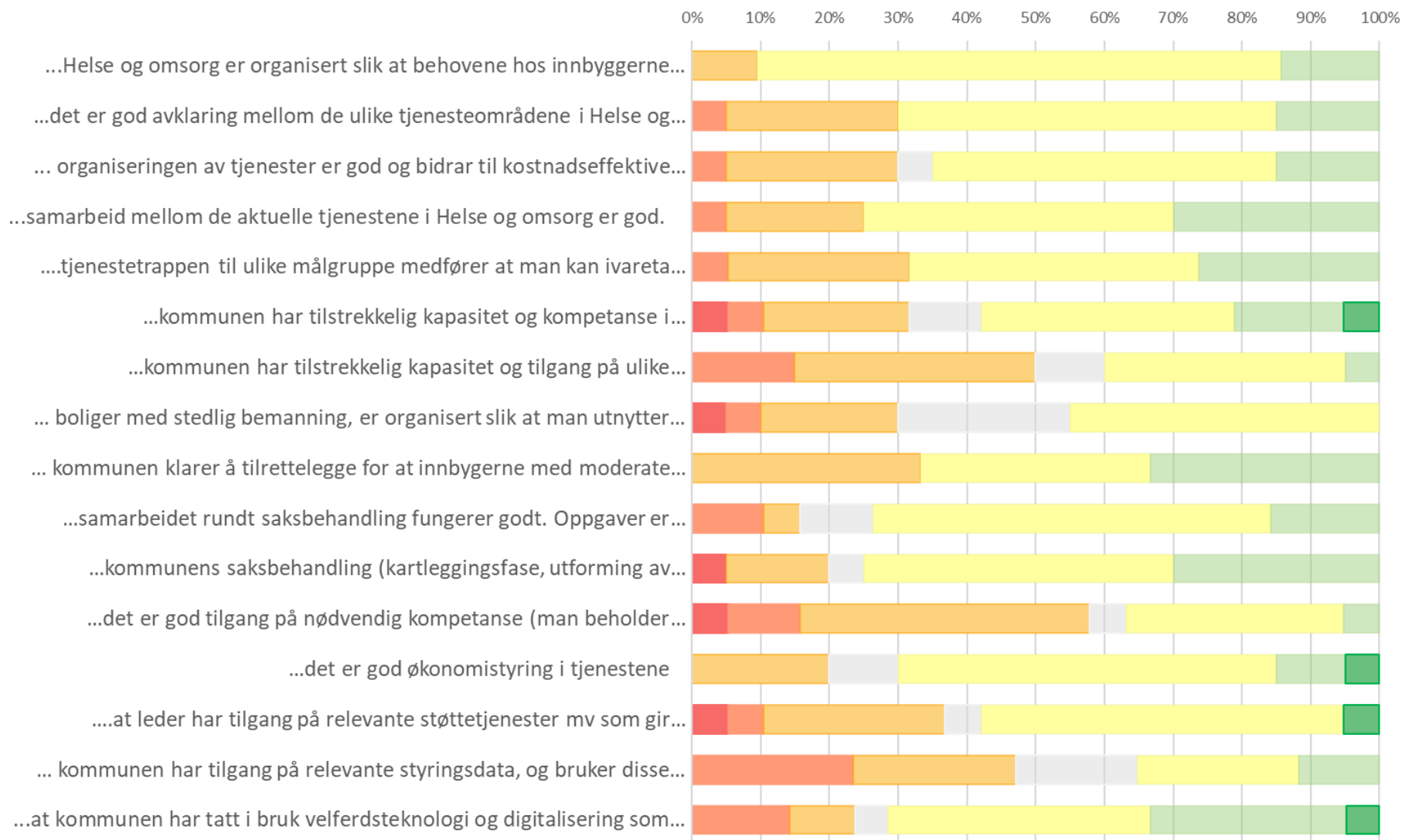


- ▶ Sikre at innbyggere gis mulighet til å være aktiv og deltakende i eget liv og fortsette å bo i eget hjem så lenge som mulig, til tross for funksjonsnedsettelse og hjelpebehov
- ▶ Styrke innbyggere i planlegging for egen alderdom gjennom god informasjon og forebyggende arbeid
- ▶ Styrke samarbeidet med pårørende og frivillige
- ▶ Utforske og ta i bruk teknologi med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen i innbyggernes liv
- ▶ Utvikle tjenester og kapasitet i omsorgstrappen som medfører at behovet for institusjon og heldøgns tilbud reduseres
- ▶ Sikre driftsoptimale enheter og avdelinger som muliggjør god ivaretagelse av fag, personal og økonomi

«Å vokse smartere» vil kreve en **helhetlig tilnærming** og et tett **samarbeid** mellom politikk og administrasjonen og kommunens innbyggere.

Oppsummering; Hva viser analysene og hva er de viktigste funnene?

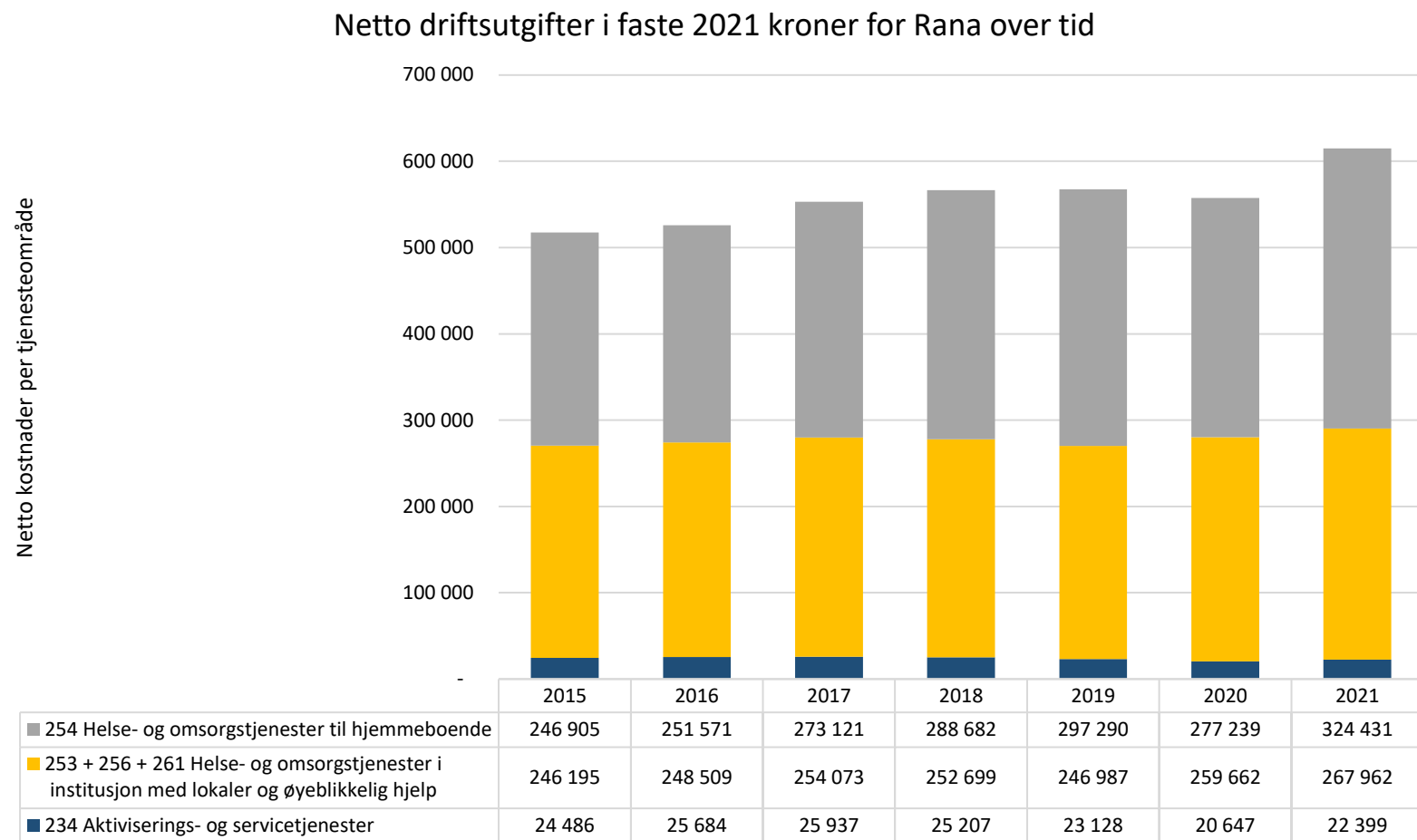
Kvalitative data viser at det er behov for tydeligere mål/retning, økt samhandling, utvikling av tjenester i tråd med BEON og gode strukturer



Oppsummering fra intervjuer med ledere, nøkkelpersoner i tjenestene mv.

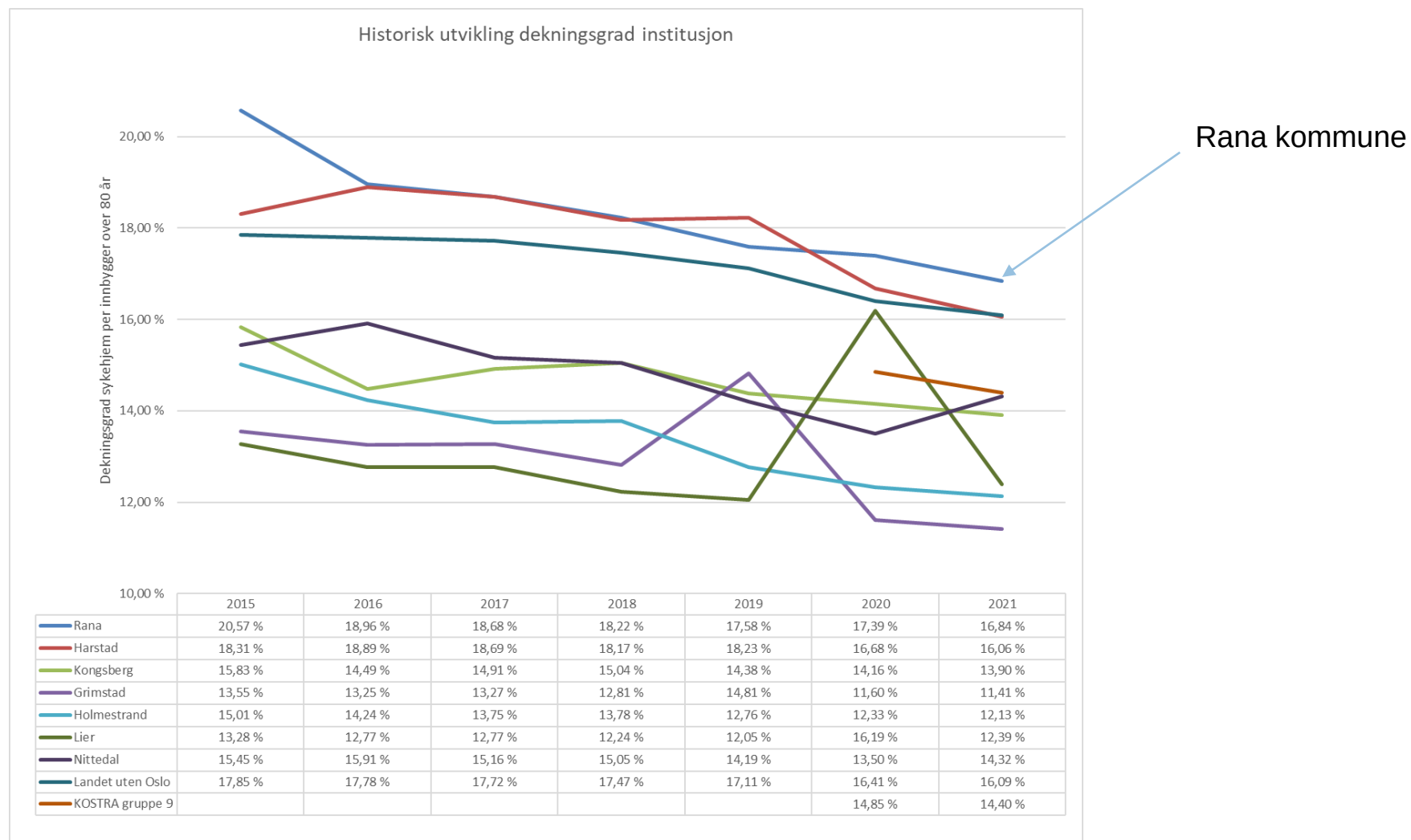
Svarskala fra 1 (i svært liten grad) til 6 (helt enig). Det var også mulig å benytte svaralternativet «vet ikke».

Rana sine utgifter til pleie og omsorg har økt

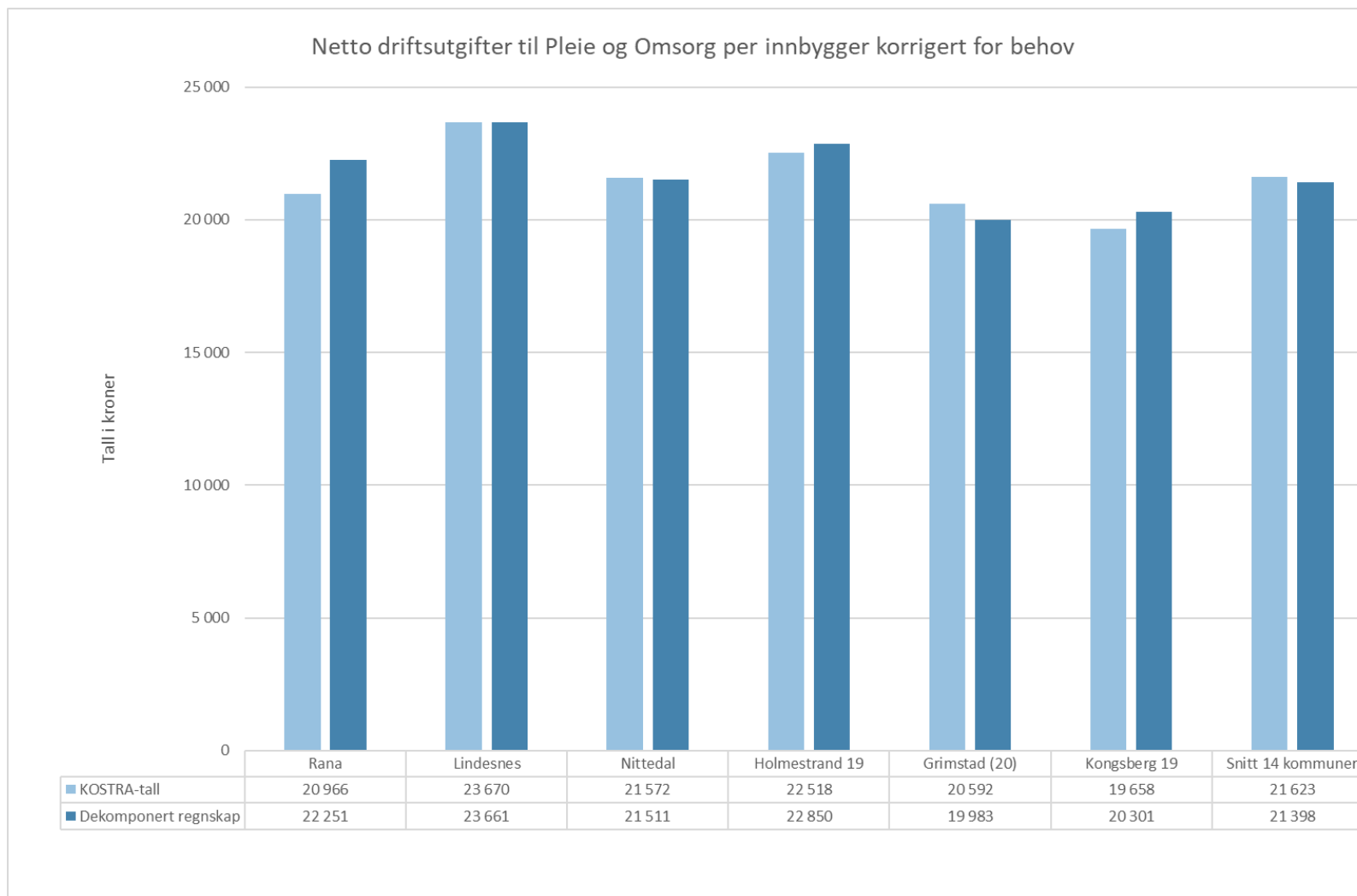


Kommunen har klart å dreie noe av ressursbruken, men Rana har fortsatt en høy prioritering av institusjonstjenester (44 % av totale utgifter PLO).

Dekningsgraden i Rana har gått ned, i tråd med trenden. Dekningsgraden er likevel noe høy



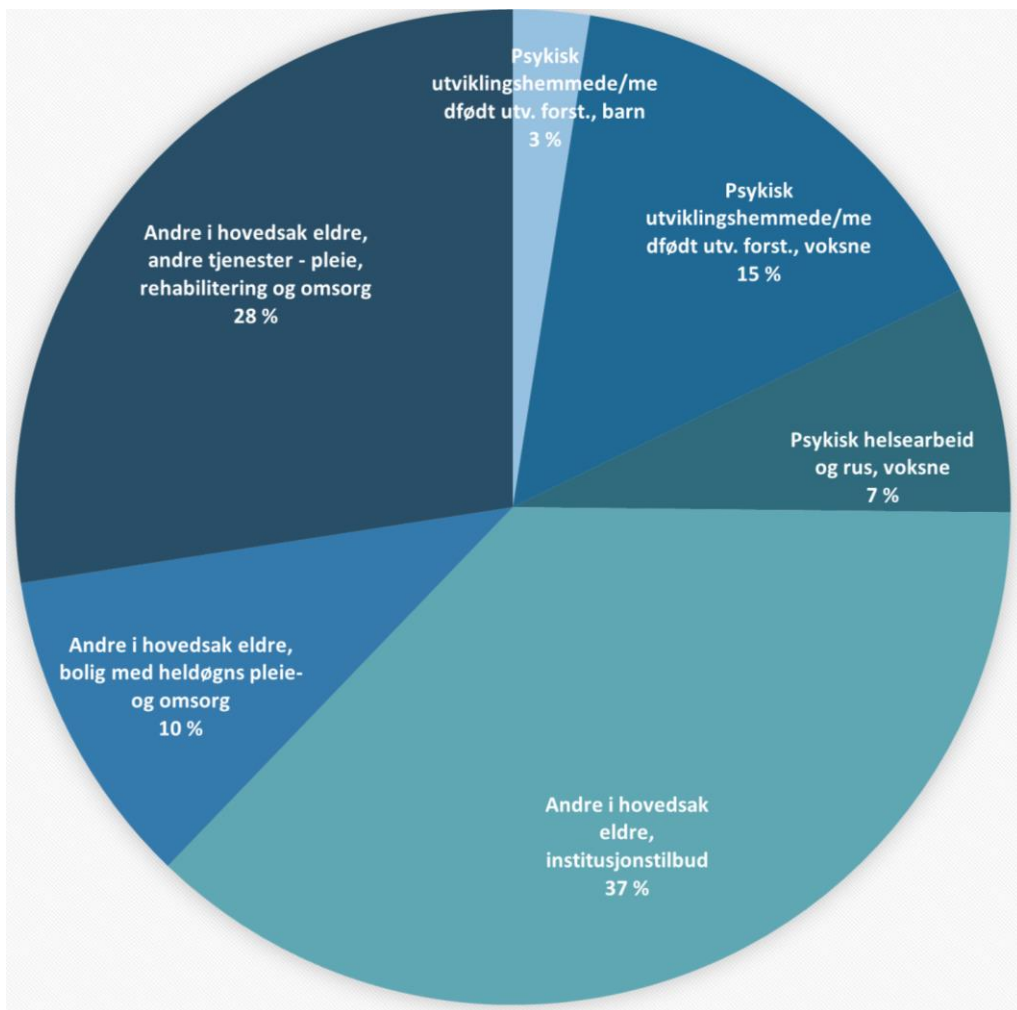
Ranas utgifter til pleie og omsorg er noe høyere enn snittet



- ▶ Utgiftene (netto) i dekomponert regnskap i Rana for 2021, ført under pleie og omsorg i KOSTRA er korrigert (mørkeblå søyle), er noe høyere enn snittet i referansegruppen.
- ▶ KOSTRA-tall er lavere enn dekomponert regnskap etter gjennomgang med Agenda Kaupang. Det er gjort justeringer i kommunes regnskap som helhet, men også føringen innenfor PLO-begrepet. Rettingene er gjort med bakgrunn i av KOSTRA-veiledere.
- ▶ Data fra KOSTRA viser at utgiftene til pleie og omsorg i Rana har økt siden 2020.

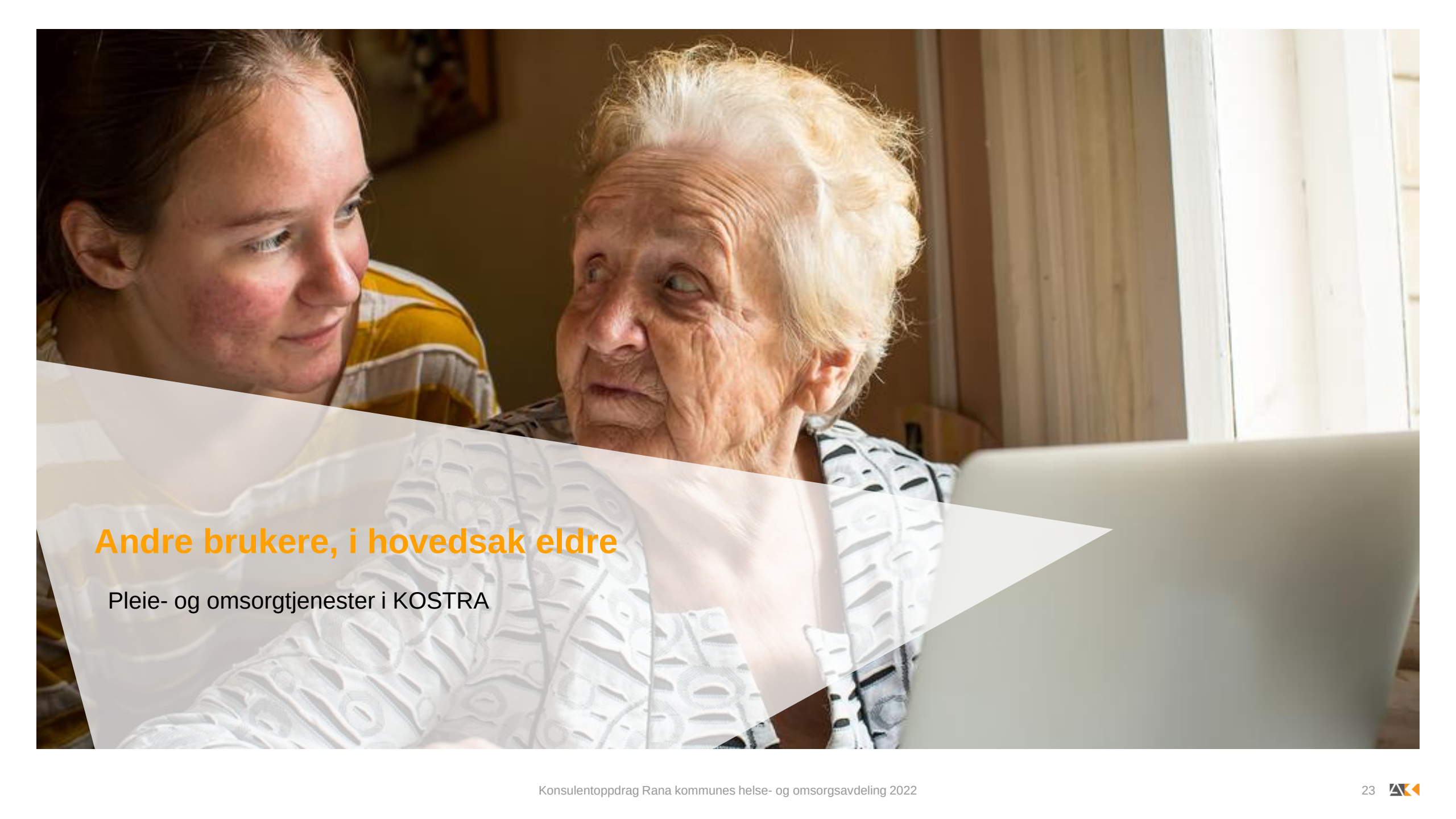
Kilde: SSB, kommunens regnskap og Agenda Kaupang

Hovedvekten av netto driftsutgifter i Rana kommune benyttes på brukergruppen *Andre, i hovedsak eldre*



Kilde: SSB, kommunens regnskap 2021 og Agenda Kaupang

- ▶ I underkant av 75 % av Rana kommune sine utgifter til pleie og omsorg (2021) ble brukt på brukergruppen «Andre, i hovedsak eldre». Rundt 38 % av utgiftene til denne målgruppen gikk til ulike institusjonstilbud.
- ▶ 18 % av utgiftene innen PLO gikk til «Mennesker med psykisk utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser». Hovedvekten ble benyttet til voksne (14 %).
- ▶ Rundt 7 % av de totale utgiftene innen PLO ble benyttet til «Mennesker med psykiske helseplager/rusrelaterte sykdommer». Ressursene omhandler kun tjenester innen pleie- og omsorgsbegrepet. Rana har ført mye av ressursinnsatsen sin på andre KOSTRA-funksjoner enn det vi ser er tilfelle i andre kommuner. Dette kan medføre at andre kommuner har utgifter ført under PLO som Rana har ført på andre områder.



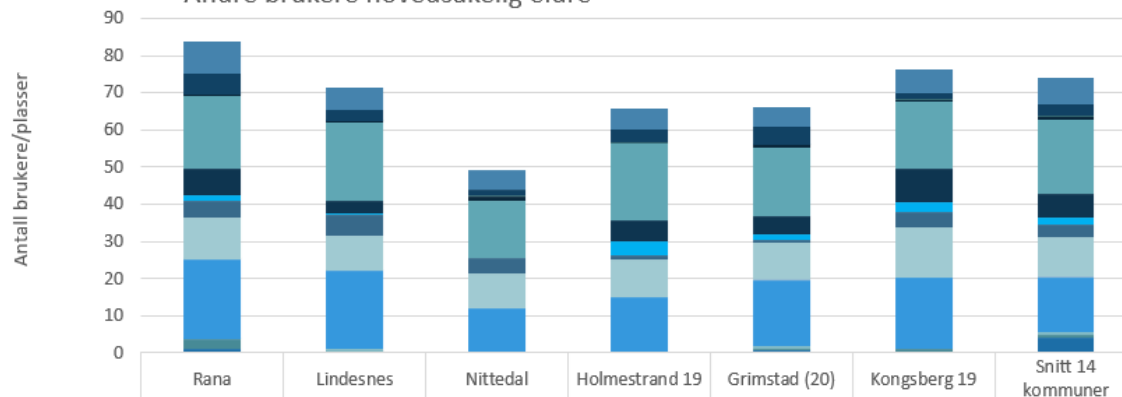
Andre brukere, i hovedsak eldre

Pleie- og omsorgstjenester i KOSTRA

Rana har en høyere andel innbyggere med tjenester

Brukere/plasser per 1000 innbyggere totalt per innbygger justert for behov fordelt per type tjeneste.

Andre brukere hovedsakelig eldre



■ Sykehjem	8,4	6,2	5,4	5,7	5,0	6,4	7,2
■ Bolig med heldøgns pleie- og omsorg eldre	5,7	2,8	1,3	3,3	4,9	1,3	3,0
■ Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og personlig assistanse (PA)	0,2	0,2	0,7	0,5	0,3	0,5	0,6
■ Omsorgstønad	0,3	0,2	1,0	0,0	0,6	0,4	0,6
■ Hjemmesykepleie	19,3	21,1	15,5	20,6	18,5	18,0	20,2
■ Matombringing	7,3	3,4	0,0	5,7	4,9	9,1	6,1
■ Støttekontakt/organisert fritidstilbud	1,3	0,5	0,0	3,7	1,3	2,7	2,1
■ Arbeids- og aktivitetstilbud/andre dagtilbud (Ikke NAV tilbud)	4,7	5,5	4,2	1,3	1,0	3,9	3,4
■ Praktisk bistand	11,3	9,5	9,2	9,9	9,7	13,7	10,4
■ Digitalt tilsyn	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5
■ Trygghetsalarm	21,4	20,8	12,0	15,1	17,7	19,3	14,6
■ Varslings og lokaliseringsteknologi	0,1	0,7	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7
■ Elektronisk medisineringsstøtte	2,3	0,2	0,0	0,0	0,4	0,9	0,9
■ Rehabilitering i hjemmet	1,2	0,3	0,0	0,0	0,7	0,0	4,1

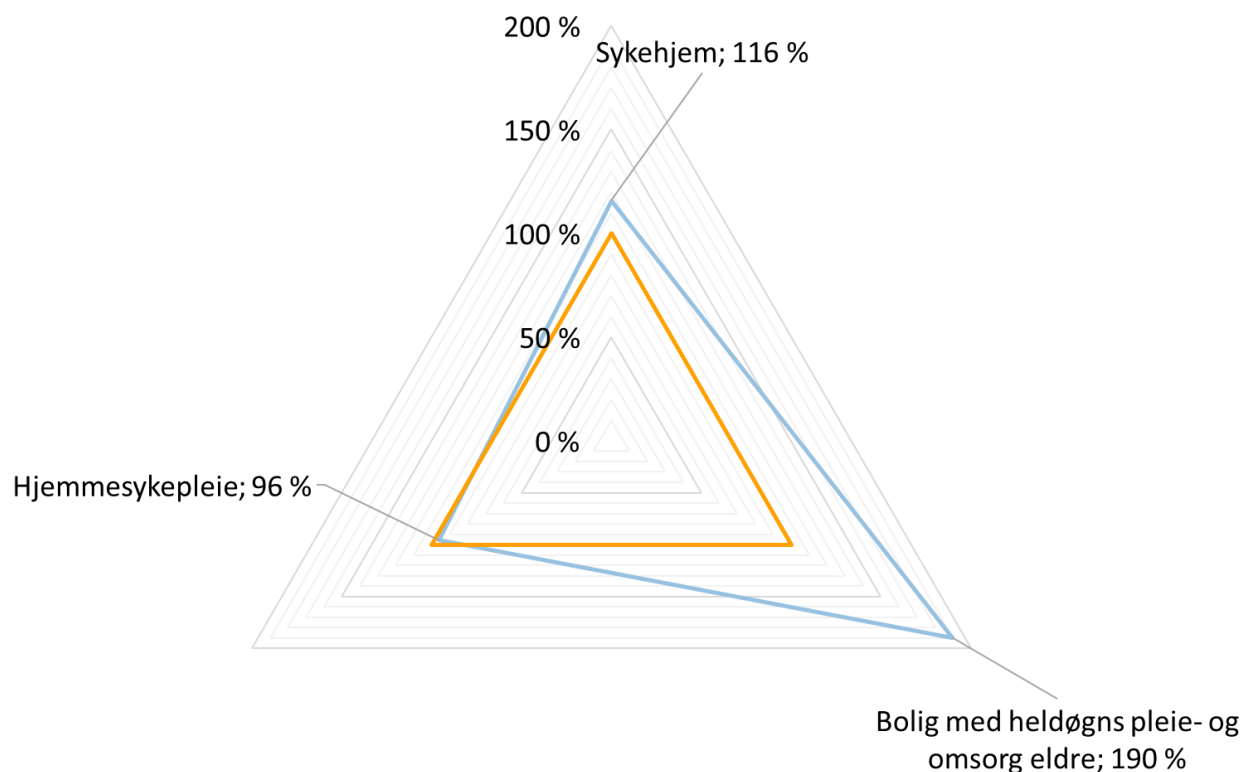
- ▶ Andel tjenestemottakere med rehabilitering i hjemmet er lavere enn det man ser for snittet.
- ▶ Rana kommune har en høyere andel med elektronisk medisineringsstøtte og trygghetsalarm enn snittet. Andel brukere med digitalt tilsyn, varslings- og lokaliseringsteknologi er lavere enn snittet.
- ▶ Andel tjenestemottakere med praktisk bistand i Rana er svakt høyere enn snittet. Andel med aktivitetstilbud er imidlertid høyere enn snittet.
- ▶ Rana har en lavere andel tjenestemottakere med støttekontakt. Det samme gjelder omsorgstønad. Andel med matombringing er høyere enn snittet.
- ▶ Andel brukere som mottar hjemmesykepleie/ helsehjelp utenfor institusjon i Rana er svakt lavere enn snittet.
- ▶ Andel brukere i boliger med mulighet for heldøgntjenester er høyere enn snittet. Det samme gjelder andel med tjenester i sykehjem.

Kilde: SSB, kommunens rapportering og Agenda Kaupang.

Rana har færre tjenestemottakere med ordinære hjemmetjenester og flere med ulike heldøgntjenester

Andel av innbyggere med tjenester i forhold til referansegruppen (100%)

— Antall tjenestemottakere i Rana mot referansegruppen



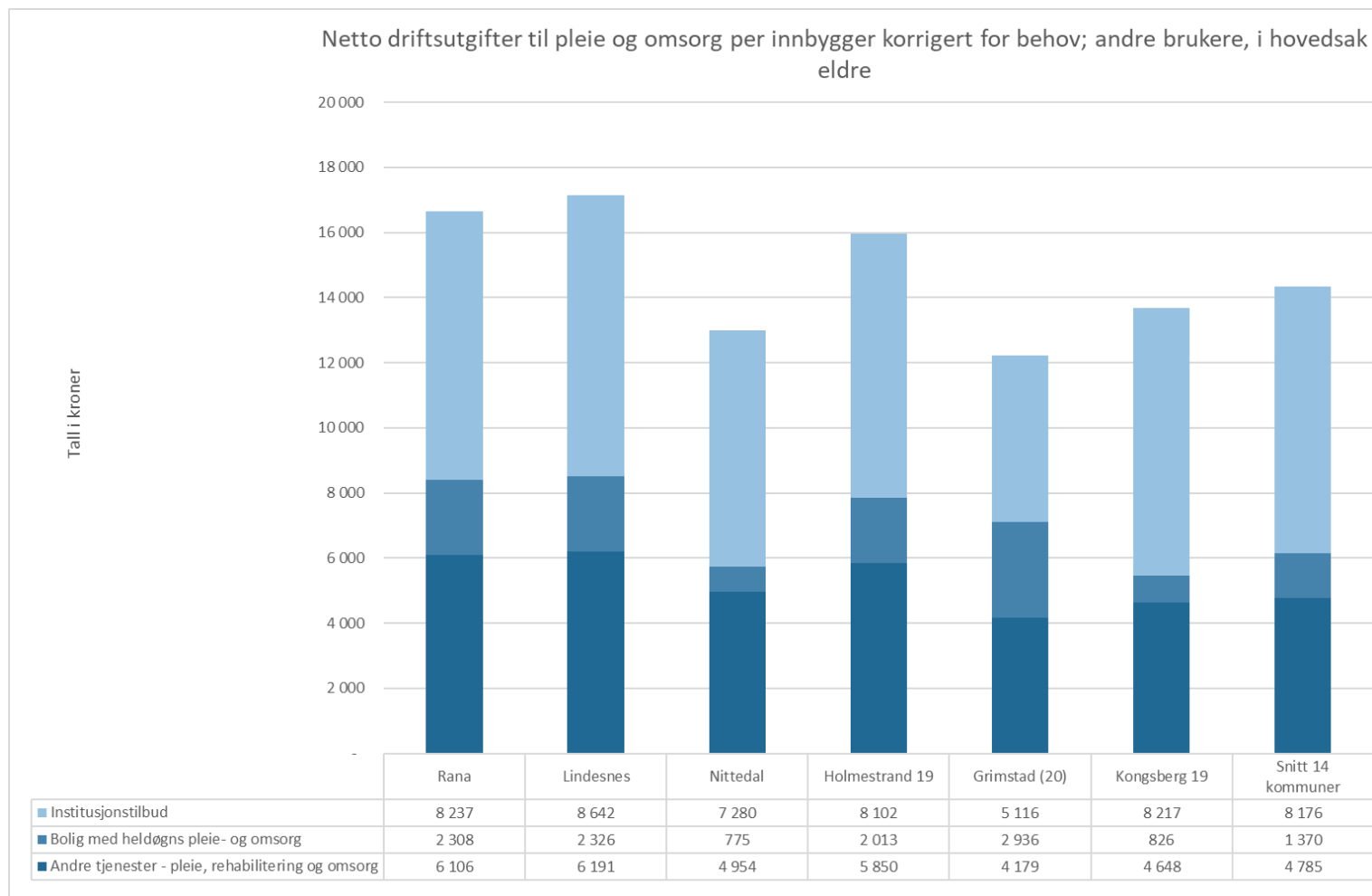
For å indikere om Rana har en annen tjenesteprofil enn referansekommunene måles det antall brukere i forhold til referansegruppen for sykehjem, hjemmesykepleie og boliger med mulighet for døgntjenester.

Figuren viser praksis i Rana kommune sammenliknet med snittet i referansegruppen:

- ▶ Andel tjenestemottakere med hjemmesykepleie er lavere enn snittet (96 %).
- ▶ Andel tjenestemottakere med tilbud om bolig med mulighet for døgntjenester er 90 % høyere enn snittet.
- ▶ Rana kommune tildeler tjenester i institusjon til 16 % flere enn snittet.

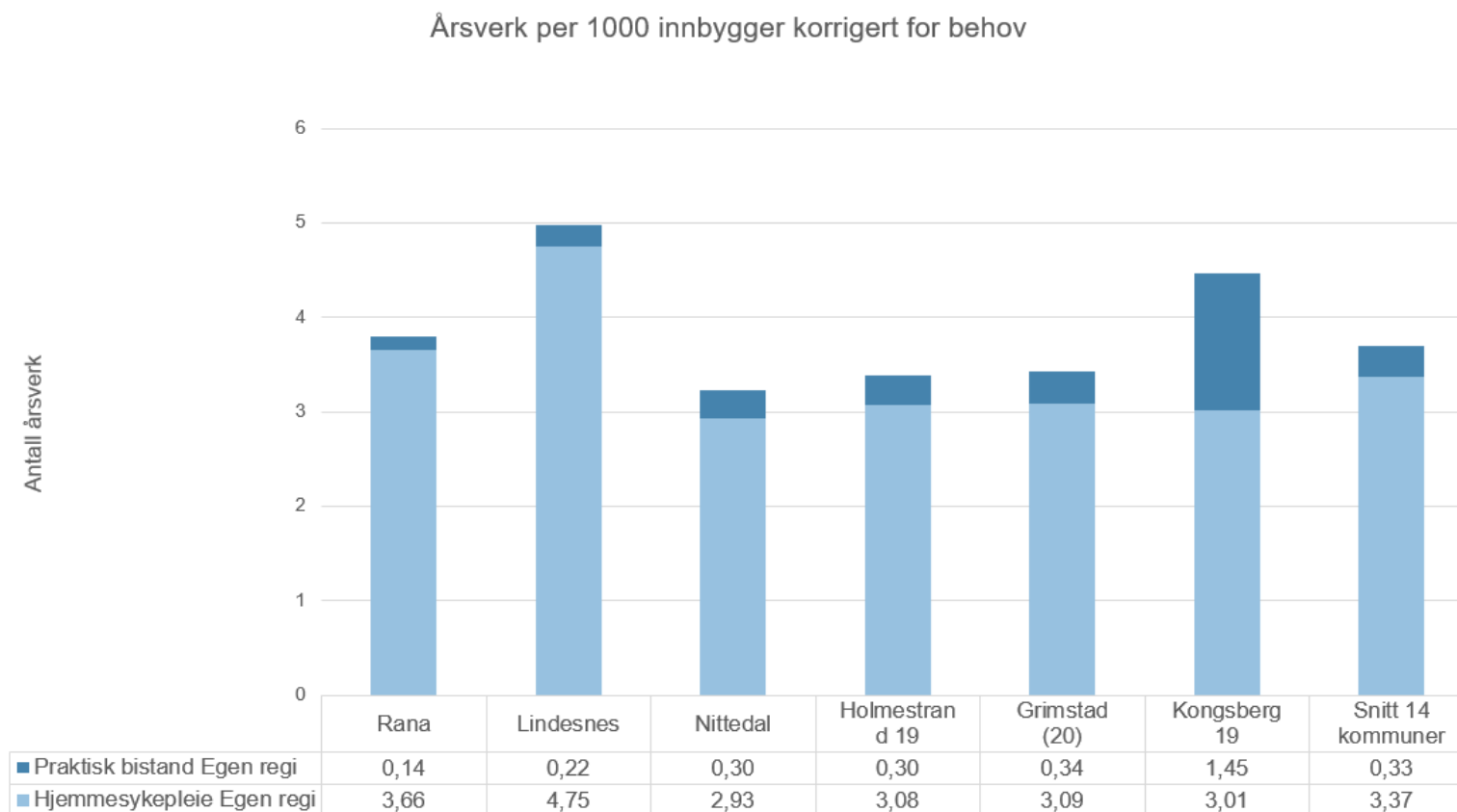
Kilde: SSB, kommunens rapportering 2021 og Agenda Kaupang.

Kommunens utgifter er høyere enn snittet. Hovedvekten er knyttet til ulike heldøgntjenester



- ▶ Kommunens utgifter til brukergruppen «Andre brukere, hovedsakelig eldre» varierer mellom kommunene. Ranas utgifter (netto) er høyere enn snittet. Kommunen har en del refusjoner fra ressurskrevende tjenester. Dette reduserer kommunens egeninnsats (netto driftsutgifter).
- ▶ Rana sine utgifter til hjemmeboende fremstilt som «andre tjenester – pleie, rehabilitering og omsorg» i figuren omhandler blant annet hjemmesykepleie, hjemmehjelp, støttekontakt, aktivitetstilbud, rehabilitering i hjemmet, velferdsteknologi, tjenester organisert som BPA mv. Kommunens utgifter er høyere enn snittet.
- ▶ Rana sine utgifter til boliger med mulighet for heldøgn er høye, og i øvre sjiktet i vår sammenlikningen.
- ▶ Kommunens utgifter til institusjon er høyere enn snittet.

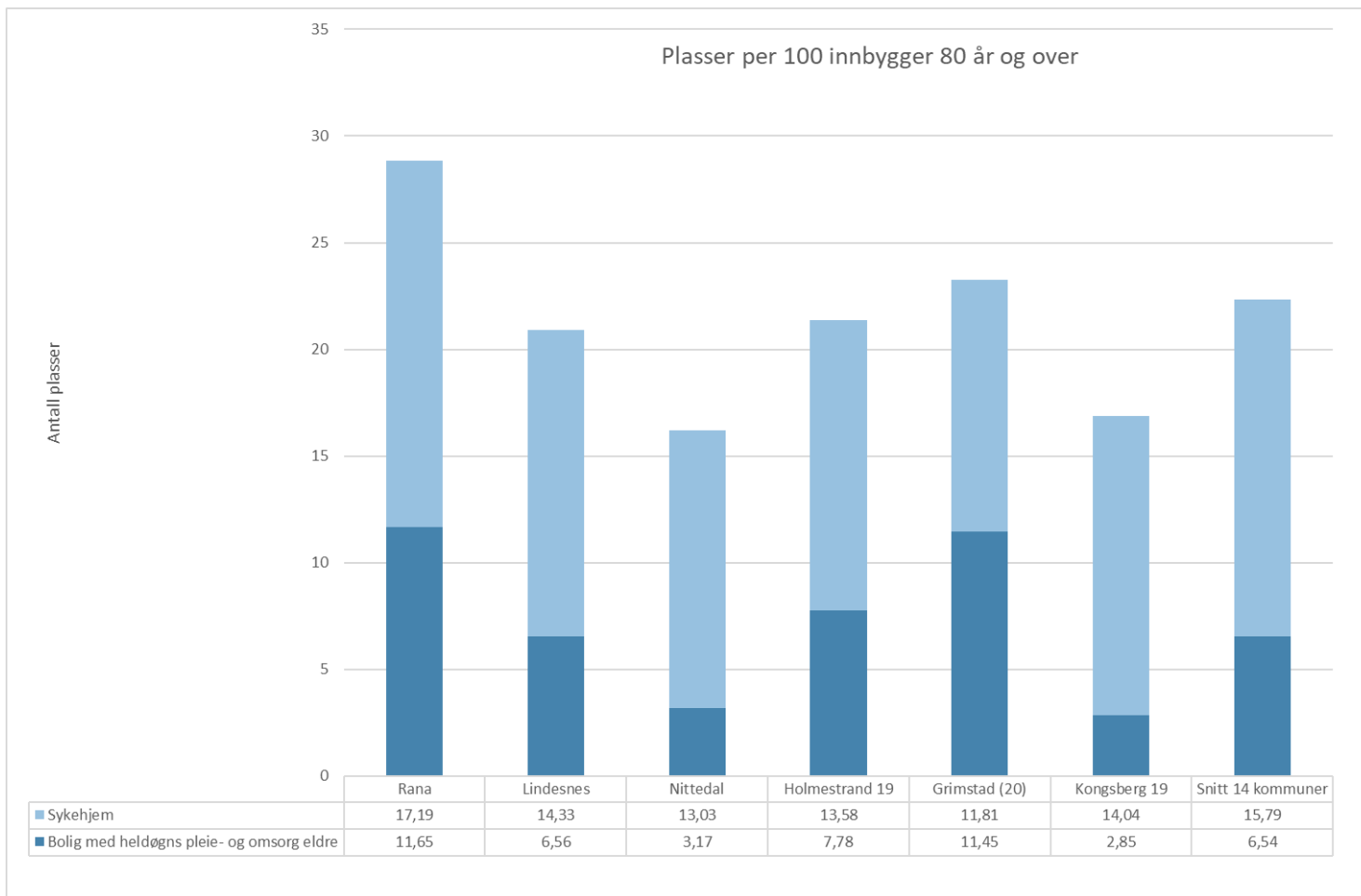
Rana har en høyere prioritering av årsverk i hjemmetjenesten enn snittet



- ▶ Figuren viser årsverk til ambulant hjemmesykepleie/ helsehjelp utenfor institusjon og praktisk bistand – hjemmehjelp.
- ▶ Det er ulik prioritering av årsverk mellom kommunene. Rana har en svakt høyere prioritering av årsverk til hjemmesykepleie/helsehjelp utenfor institusjon. Årsverk til praktisk bistand er lavere enn snittet i referansegruppen.

Kilde: SSB, kommunens rapportering og Agenda Kaupang.

Rana kommune har en høyere dekningsgrad samlet sett



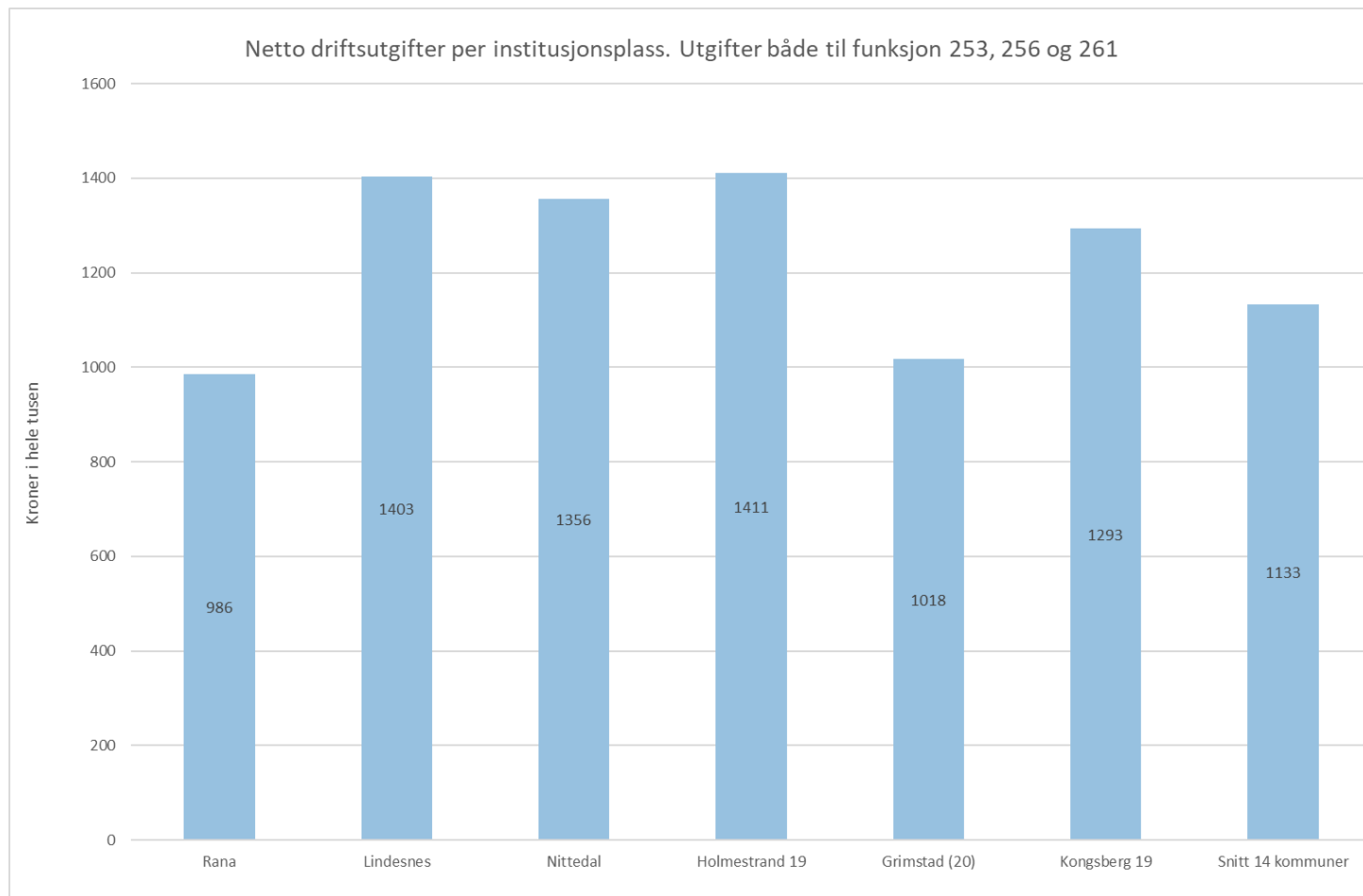
- ▶ Samlet dekningsgrad varierer mellom kommunene.
- ▶ Samlet dekningsgrad i Rana kommune er høyere enn snittet, og høyest i sammenlikningen. Dette skyldes både høyere dekningsgrad innenfor institusjonstjenesten (basert på 245 plasser), samt høyere dekningsgrad innenfor tilbud om boliger med mulighet for døgn tjenester (basert på 166 plasser).

Vi erfarer:

- ▶ Flere kommuner jobber med å vri tjenestene og ressursinnsatsen fra institusjon til mer rehabilitering og hjemmebaserte tjenester. I tillegg til å tenke kapasitet og kompetanse i ambulante hjemmetjenester inngår også tilbud om boliger med mulighet for døgn tjenester i dette arbeidet.

Kilde: SSB, kommunens rapportering og Agenda Kaupang.

Rana sine enhetskostnader i institusjon er lavere enn snittet



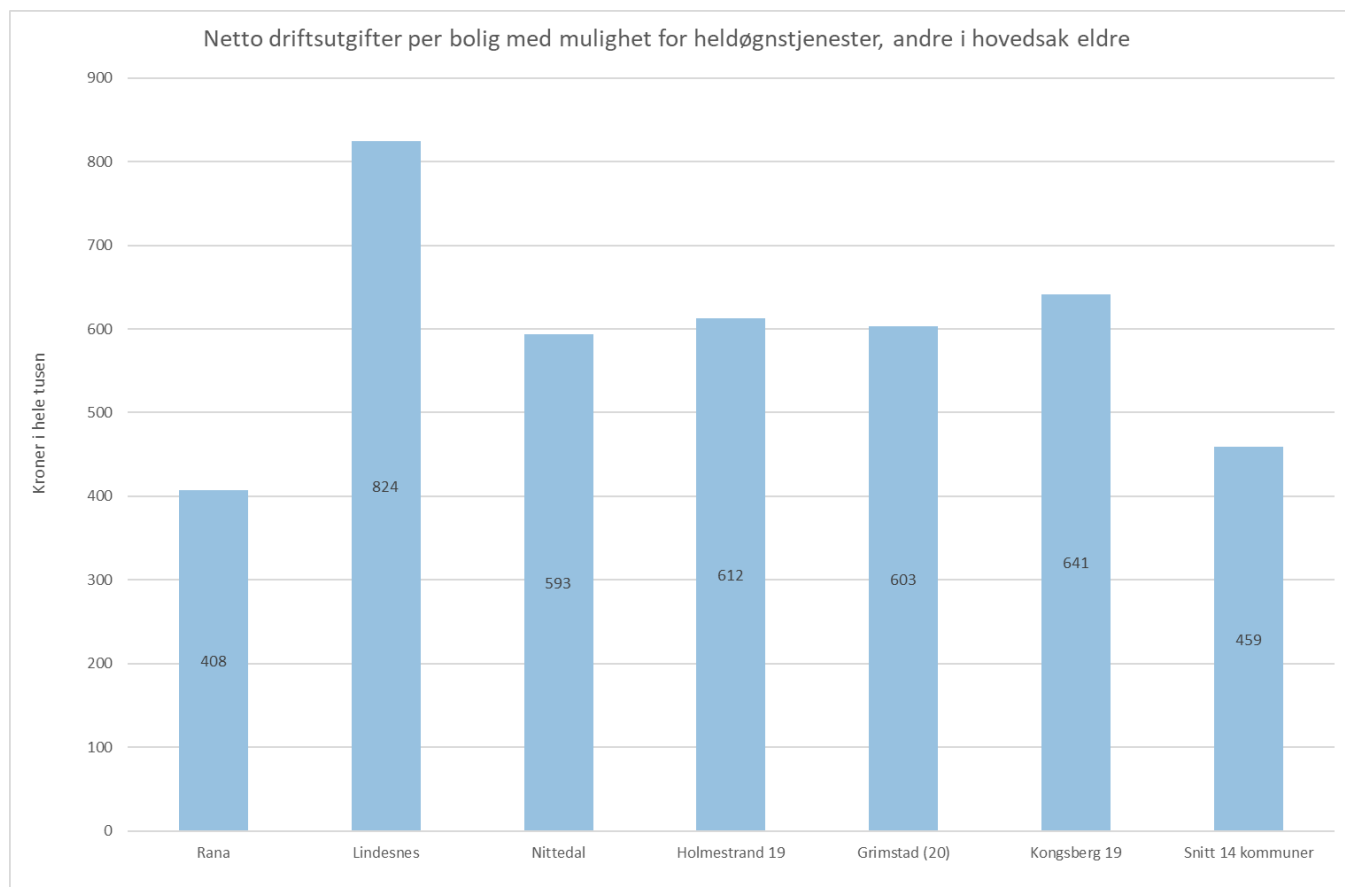
- ▶ Enhetskostnader i institusjon varierer mellom kommunene.
- ▶ Rana sine utgifter per institusjonsplass er lavere enn snittet i referansegruppen.
- ▶ En forklaring på forskjeller i enhetskostnad er ulike dekningsgrad. Lavere plasser per innbygger på institusjon vil ofte gi høye enhetskostnader. Vi har tidligere vist at Rana har høy dekningsgrad. Den lavere enhetsprisen er derfor forventet.
- ▶ Kommunen har beboere på sykehjem som kommunen får refusjon for (ressurskrevende tjenester). Dette reduserer nettodriftsutgifter for kommunen.

Erfaring:

- ▶ I tillegg til bemanning har også organiseringen av tjenesten, lokalisering og type plasser erfaringsmessig stor betydning for enhetskostnaden.

Kilde: kommunens rapportering, regnskap og Agenda Kaupang.

Ranas enhetskostnader for boliger med mulighet for heldøgntilbud er lavere enn snittet



- ▶ Enhetskostnader varierer mellom kommunene.
- ▶ Enhetskostnadene i Rana kommune er lave. Ettersom kommunen har flere plasser er det rimelig at Rana har lavere enhetskostnader enn snittet. Som vi har vist tidligere er kommunens samlede utgifter til dette formålet høye.

Erfaringer:

- ▶ Flere kommuner satser mer på ulike omsorgsboliger samtidig som man reduserer dekningsgraden i sykehjem. Skal denne strategien lykkes er man avhengig av å ha driftsoptimale bygg og gode størrelser på avdelingene. Lokalisering (antall lokasjoner) i tillegg til en tydelig nivellering av tjenestenivået i boligene har også en stor betydning.

Kilde: kommunens rapportering, regnskap og Agenda Kaupang. Kommuner uten dette tilbudet fremkommer med tallverdien 0 da det ikke finnes et slikt tilbud.

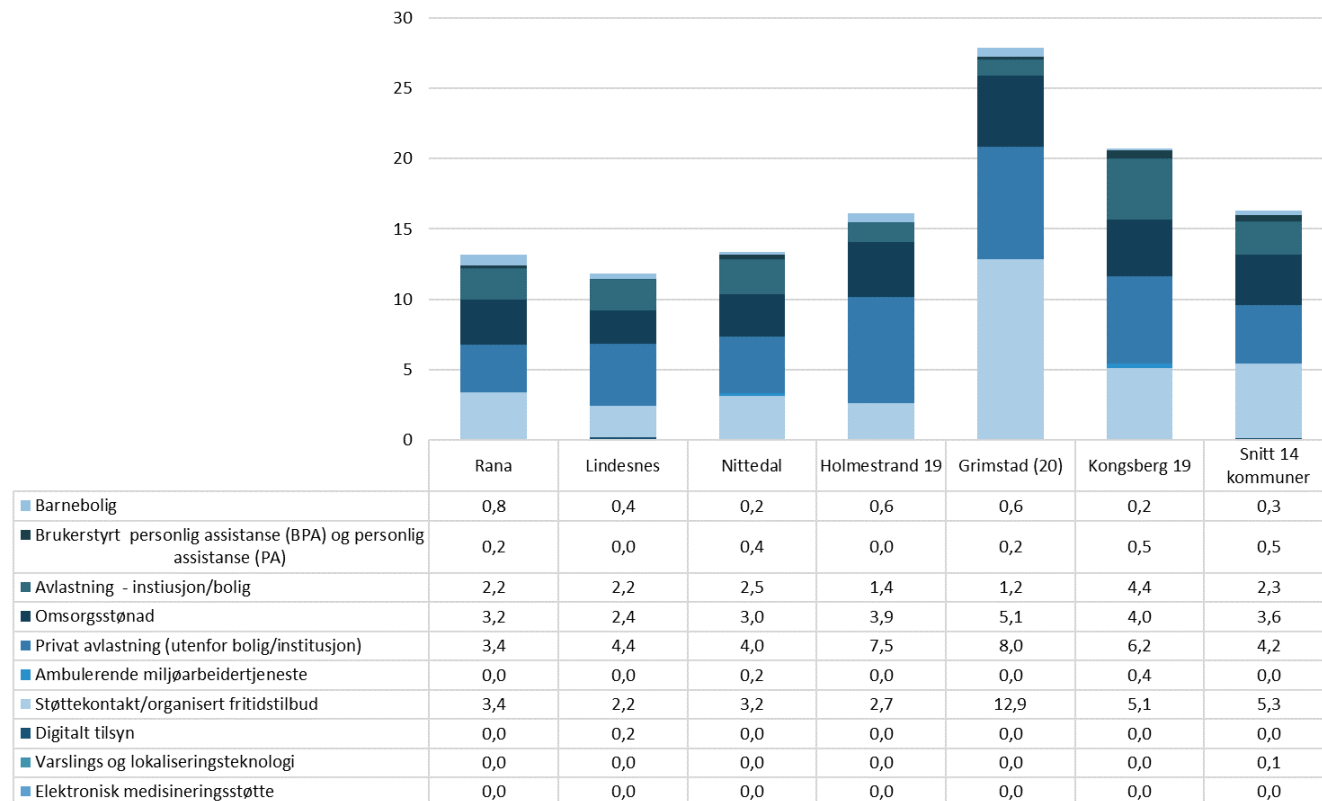


Mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser

Pleie- og omsorgstjenester i KOSTRA

Rana har en noe lavere andel innbyggere som får tjenester enn snittet og tildelingen av tjenester er ikke spesielt bred

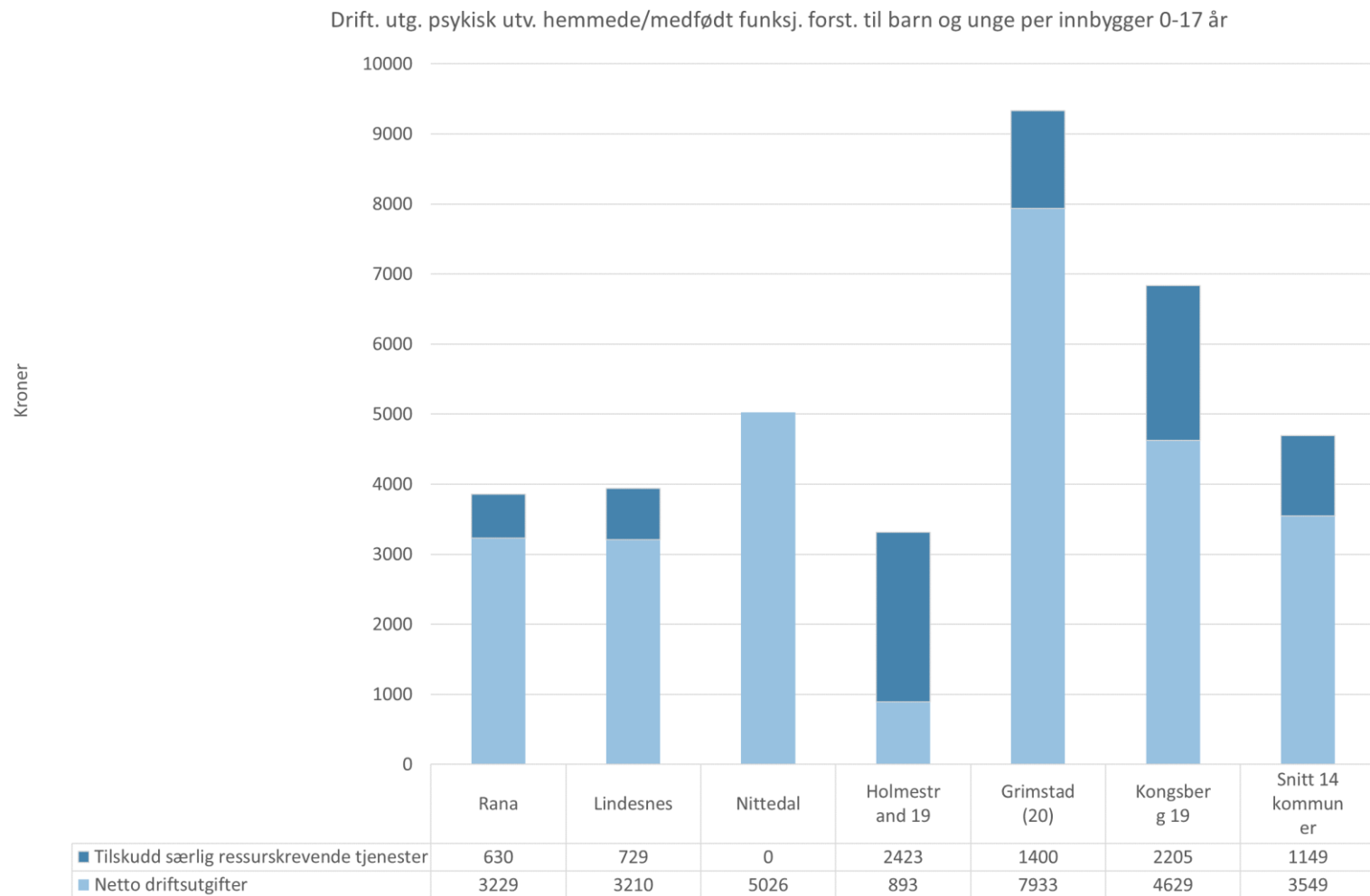
Brukere/plasser per 1000 innbyggere 0-17 år fordelt per type tjeneste. Psykisk utviklingshemmede/medf. utv. forst., barn og unge



- ▶ Andel brukere og tjenesteprofil innenfor brukergruppen varierer.
- ▶ Rana har ikke spesielt mange tjenestemottakere sammenliknet med snittet. Figuren her indikerer at kommunens tildeling av tjenester ikke er særlig bred.
- ▶ De færreste kommuner har oppgitt å ha tjenestemottakere med ulike velferdsteknologiske løsninger. Dette gjelder også for Rana.
- ▶ Tjenestemottakere i Rana med støttekontakt er lavere enn snittet. Rana har som mange av øvrige kommuner i sammenlikningen ikke oppgitt å ha tjenestemottakere med ambulerende miljøarbeidertjeneste innenfor denne målgruppen.
- ▶ Rana har en lavere andel mottakere med privat avlastning enn snittet. Det samme gjelder for omsorgsstønad.
- ▶ Andel mottakere med avlastning i bolig er også lavere i Rana enn for snittet.
- ▶ Tjenester tildelt som BPA er svakt lavere i Rana enn i snittet.
- ▶ Andel mottakere med tjenester i barnebolig er høyere i Rana enn i snittet for referansegruppen.

Kilde: kommunens rapportering og Agenda Kaupang.

Rana har lavere driftsutgifter til målgruppen

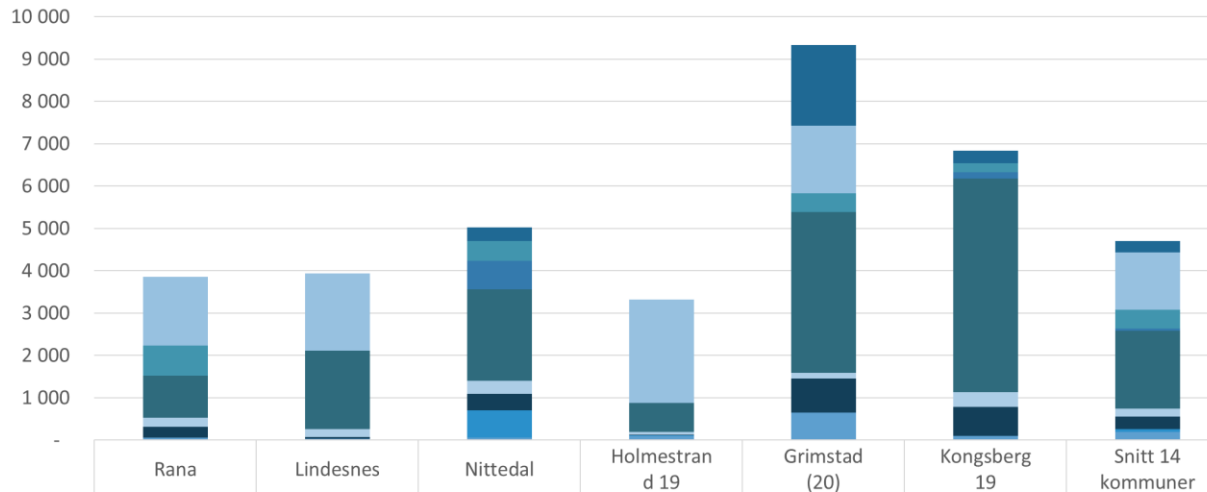


Kilde: SSB, kommunens kartlegging/regnskap og Agenda Kaupang

- ▶ Utgifter og refusjoner til tjenester innenfor brukergruppen varierer.
- ▶ Rana kommune har lavere bruttoutgifter knyttet til barn og unge enn snittet. Refusjonen kommunen har mottatt fra staten for denne målgruppen (Ressurskrevende tjenester) er ikke spesielt høy, men medfører noe lavere nettodriftsutgifter for kommunen.

Rana sine bruttoutgifter er lavere enn snittet. Hovedvekten av utgiftene benyttes på barnebolig og avlastning i bolig

Drift. utg. psykisk utv. hemmede/medfødt funksj. forst. (ikke fratrasket tilskudd ressurskrevende tjenester) til barn og unge per innbygger 0-17 år



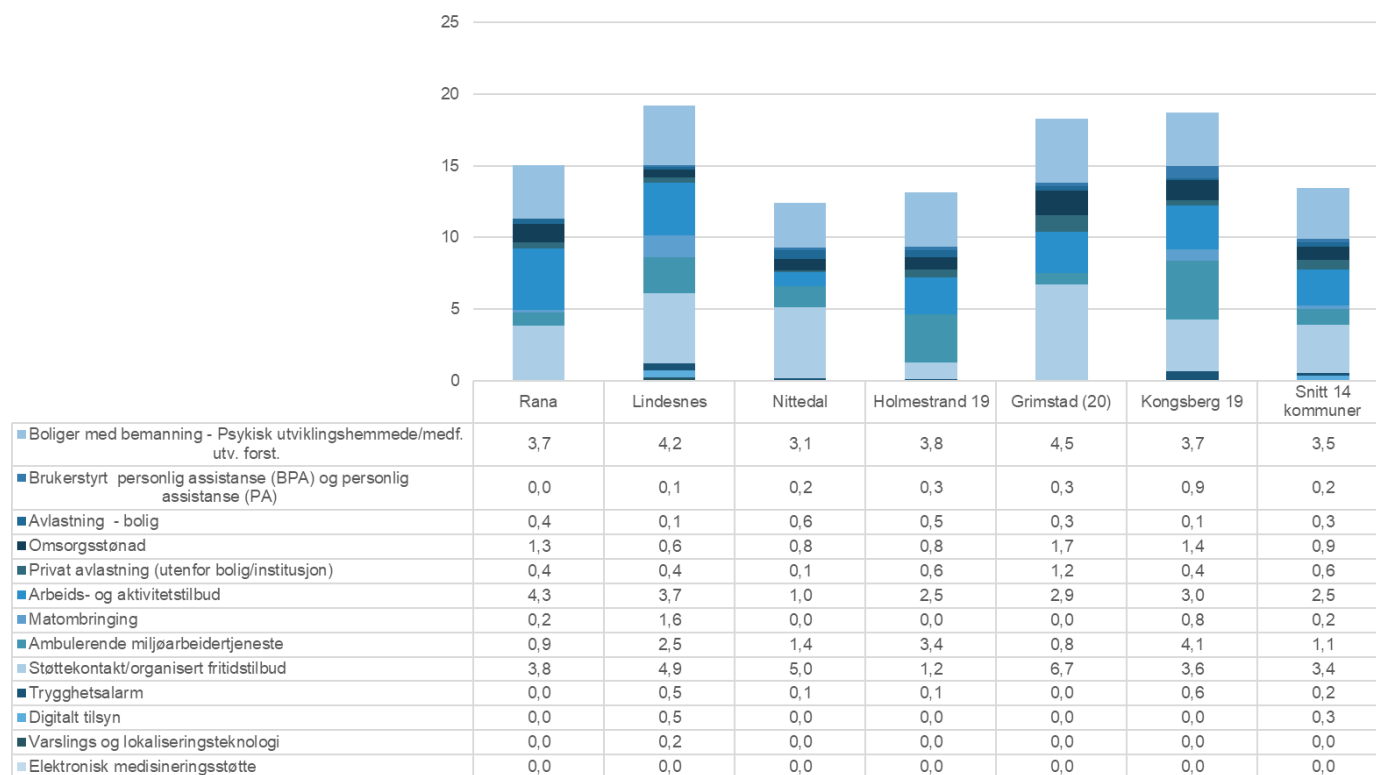
■ Barnebolig driftet av andre	-	-	326	-	1 904	298	264
■ Barnebolig egen regi	1 624	1 830	-	2 439	1 596	-	1 353
■ Brukerstyrt personlig assistanse	716	-	474	-	449	211	443
■ Avlastning - bolig Ikke i egen regi	-	-	670	-	-	150	61
■ Avlastning - bolig Egen regi	992	1 845	2 151	681	3 799	5 048	1 833
■ Omsorgsstønad	218	195	311	73	132	350	191
■ Privat avlastning (Oppdragsavtaler)	255	31	397	14	808	675	287
■ Ambulerende miljøarbeidertjeneste	-	-	633	6	-	-	75
■ Støttekontakt	54	39	64	104	646	102	190

- ▶ Kommunenes bruttoutgifter varierer.
- ▶ Rana kommune har lavere bruttoutgifter enn snittet.
- ▶ Kommunens utgiftene til støttekontakt er lave. Dette gjelder også utgifter til privat avlastning.
- ▶ Ranas sine utgifter til omsorgsstønad er høyere enn i snittet.
- ▶ Kommunens utgifter til avlastning i bolig er lavere enn snittet i referansegruppen.
- ▶ Utgifter til tjenester organisert som BPA er i 2021 høyere enn i snittet.
- ▶ Kommunens utgifter til barnebolig er på nivå med snittet når vi ser utgifter til kjøp og tjenester i egen regi i sammenheng. Analysen viser at Rana har tilbud i egen regi, og ingen kjøp.

Kilde: SSB, kommunens kartlegging/regnskap og Agenda Kaupang

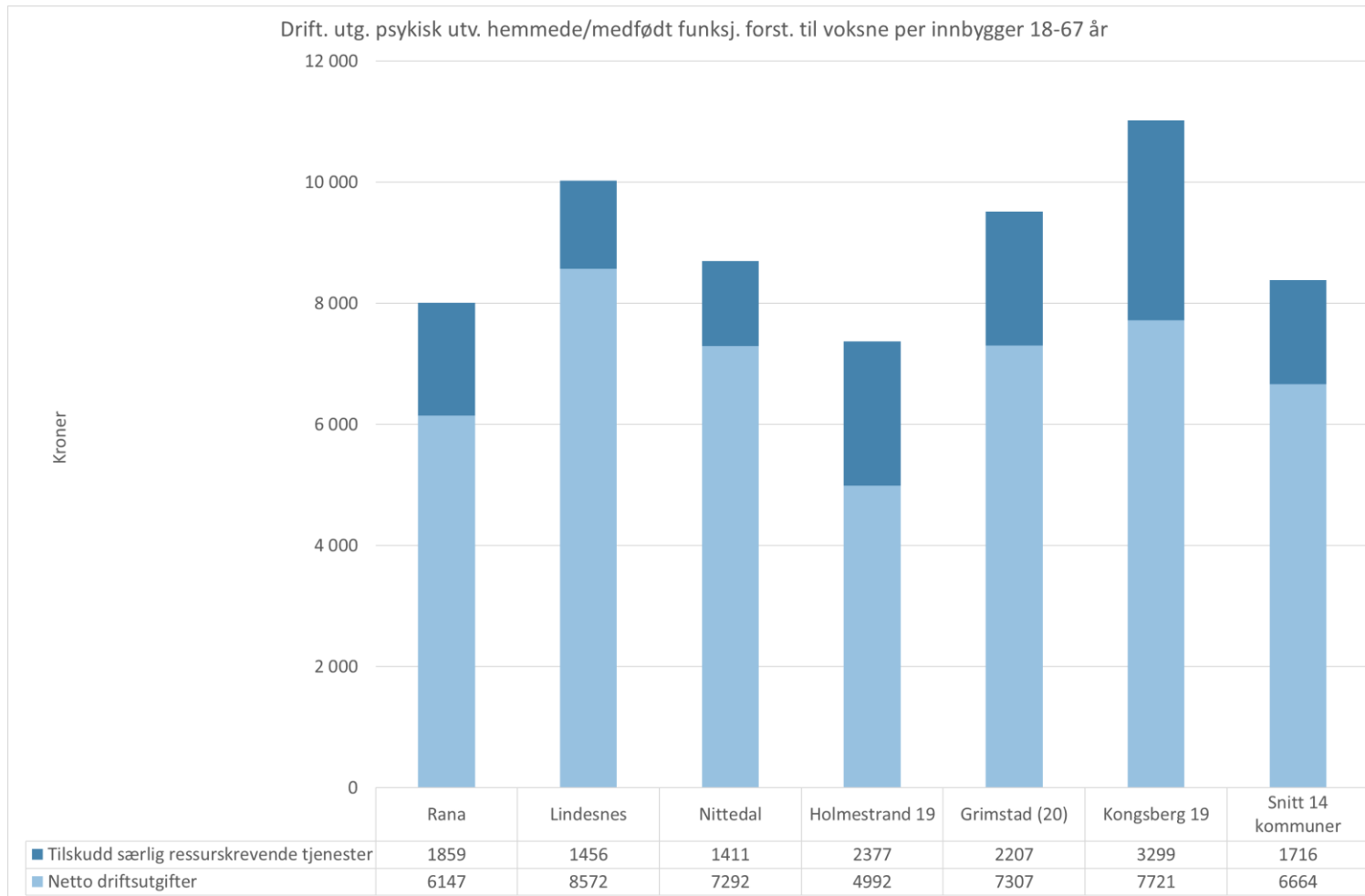
Rana har ikke spesielt mange tjenestemottakere. Tjenestetildelingen synes å være noe breiere enn i snittet

Brukere/plasser pr. 1000 innbyggere 18-67 år fordelt pr. type tjeneste. Psykisk utviklingshemmede/medf. utv. forst. over 18 år



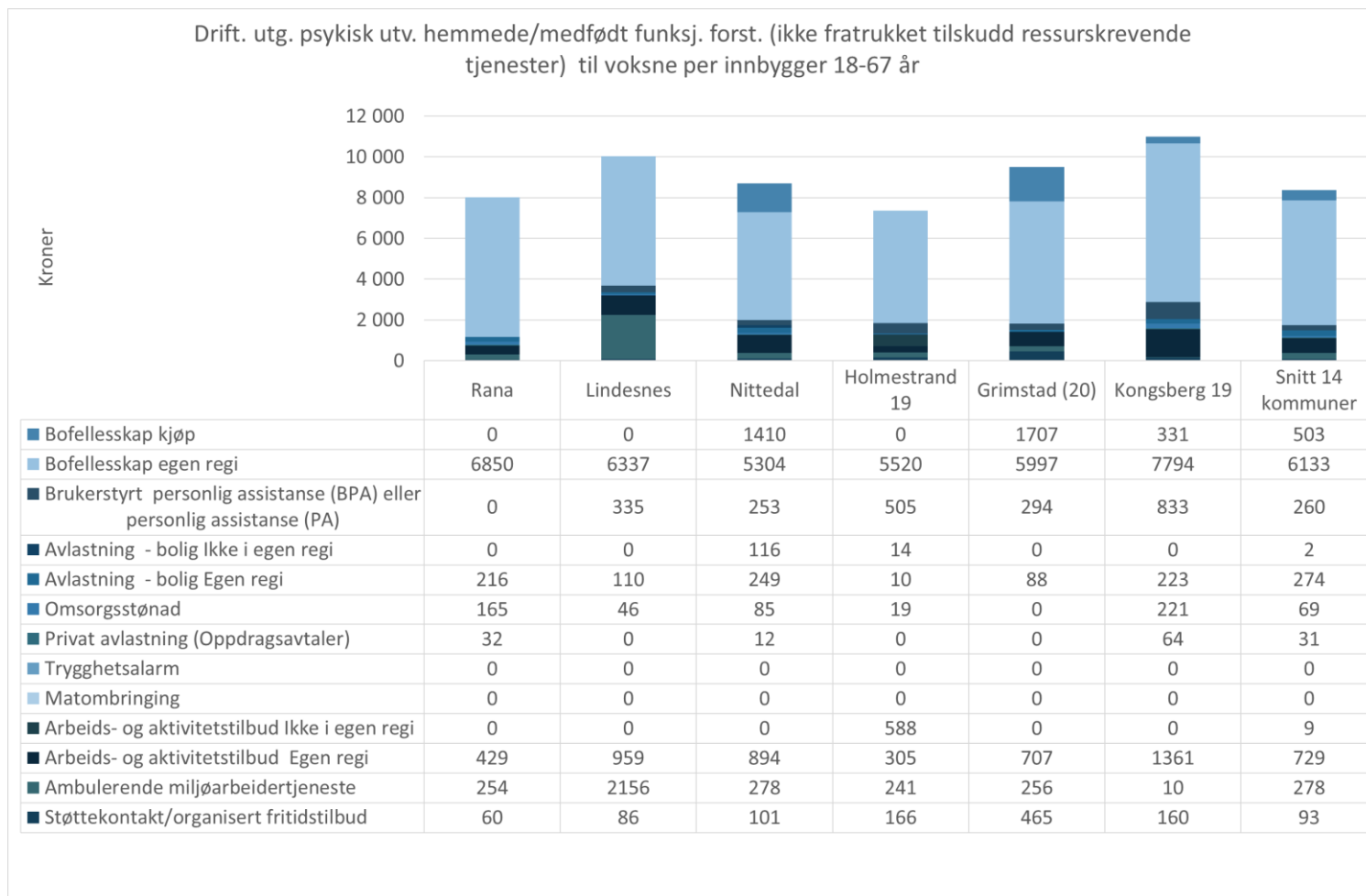
- ▶ Andel brukere innenfor ulike tjenester varierer.
- ▶ Rana har ikke spesielt mange tjenestemottakere. Summen av totale tjenester, slik det fremkommer i figuren, viser at Rana har en noe bredere tildeling enn i snittet.
- ▶ Kun et fåtall kommuner har oppgitt å ha tjenestemottakere med ulike velferdsteknologisk løsninger. Rana har ikke oppgitt å ha dette.
- ▶ Andel med støttekontakt er høyere i Rana enn snittet. Andel med ambulerende miljøarbeidertjeneste er lavere enn snittet.
- ▶ Andel tjenestemottakere med arbeids- og aktivitetstilbud er høyere i Rana enn i snittet.
- ▶ Andel tjenestemottakere med privat avlastning er lavere enn snittet, mens andel med omsorgstønad er høyere i Rana enn i snittet. Det samme gjelder også avlastning i bolig. Her har Rana svakt flere tjenestemottakere sammenliknet med snittet.
- ▶ Rana kommune har ikke oppgitt å ha tjenestemottakere med tjenester organisert som BPA.
- ▶ Andel tjenestemottakere i Rana kommune med tjenester i bolig med bemanning er svakt høyere enn snittet.

Rana kommune har bruttoutgifter svakt under snittet



- ▶ Utgifter til denne målgruppen varierer. Det gjør også tilskudd i form av refusjon til ressurskrevende tjenester.
- ▶ Rana har svakt lavere bruttodriftsutgifter enn snittet. Kommunens refusjoner fra staten gjør at kommunens nettodriftsutgifter reduseres noe, på nivå under snittet for referansegruppen.

Bruttoutgifter i Rana er svakt under snittet. Hovedvekten brukes på tjenester i bolig



- ▶ Utgiftene til denne målgruppen varierer.
- ▶ Rana sine utgifter til støttekontakt er svakt lavere enn snittet. Det samme gjelder kommunes utgifter til ambulante tjenester.
- ▶ Kommunens utgifter til arbeids- og aktivitetstilbud i egen regi er lavere enn snittet.
- ▶ Kommunens utgifter til omsorgsstønad er høyere enn snittet.
- ▶ Utgifter til privat avlastning er på nivå med snittet. Kommunens utgifter til avlastning i bolig er noe lavere enn snittet og kommunen har dette kun i egen regi.
- ▶ Hovedvekten av utgiftene er knyttet til tjenester i boliger med heldøgns bemanning. Rana sine samlede utgifter er høyere enn snittet i referansegruppen. Andel brukere er, som tidligere vist, svakt høyere enn snittet.

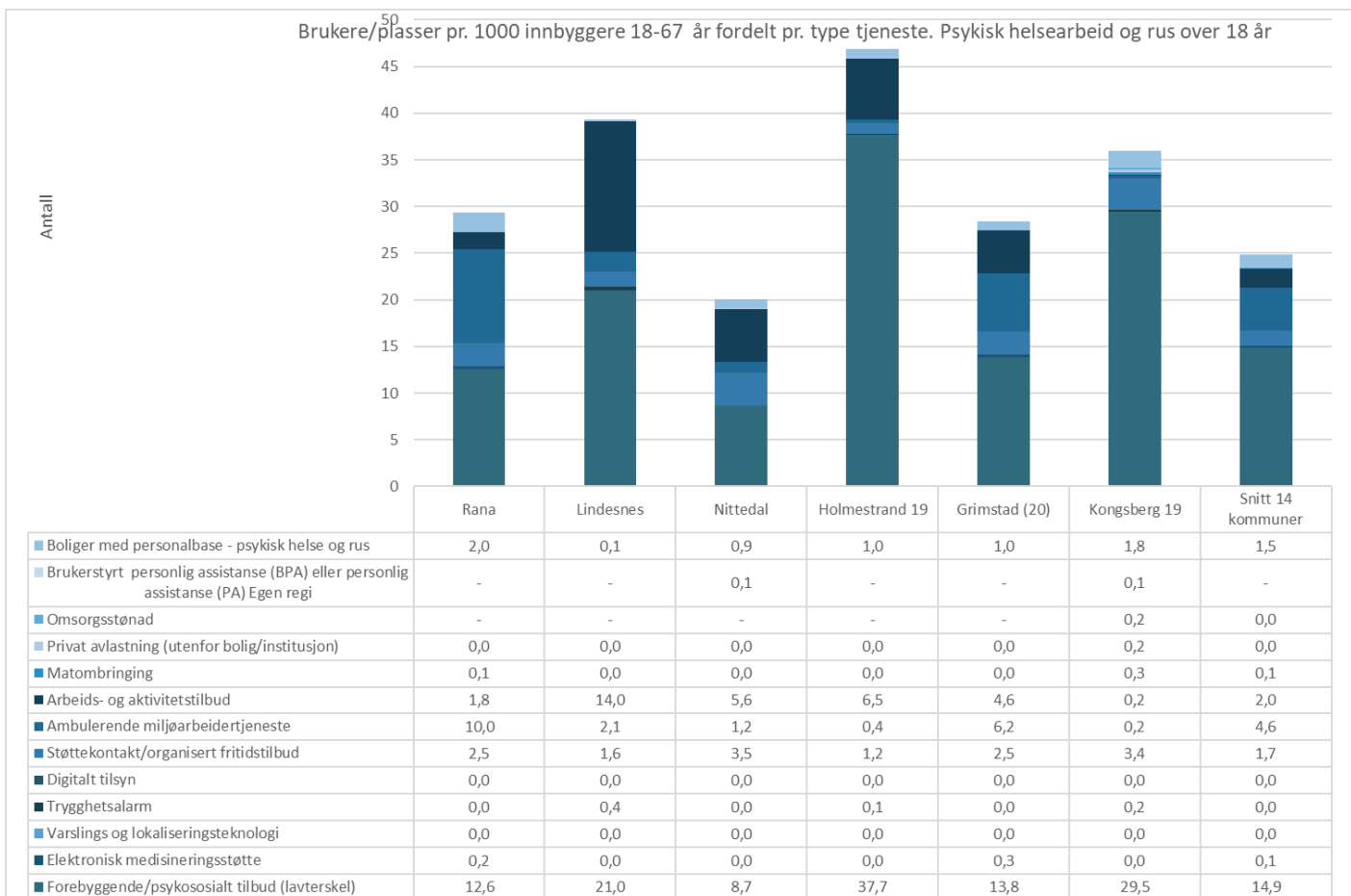
Kilde: SSB, kommunens kartlegging/regnskap og Agenda Kaupang

The background of the slide features a dark, moody photograph of three women in profile, facing right. They are positioned in a row, with the woman on the left being the most prominent. A large, white, geometric shape, resembling a stylized triangle or a torn piece of paper, overlays the lower-left portion of the image. The text is placed within this white area.

Psykisk helse og rus

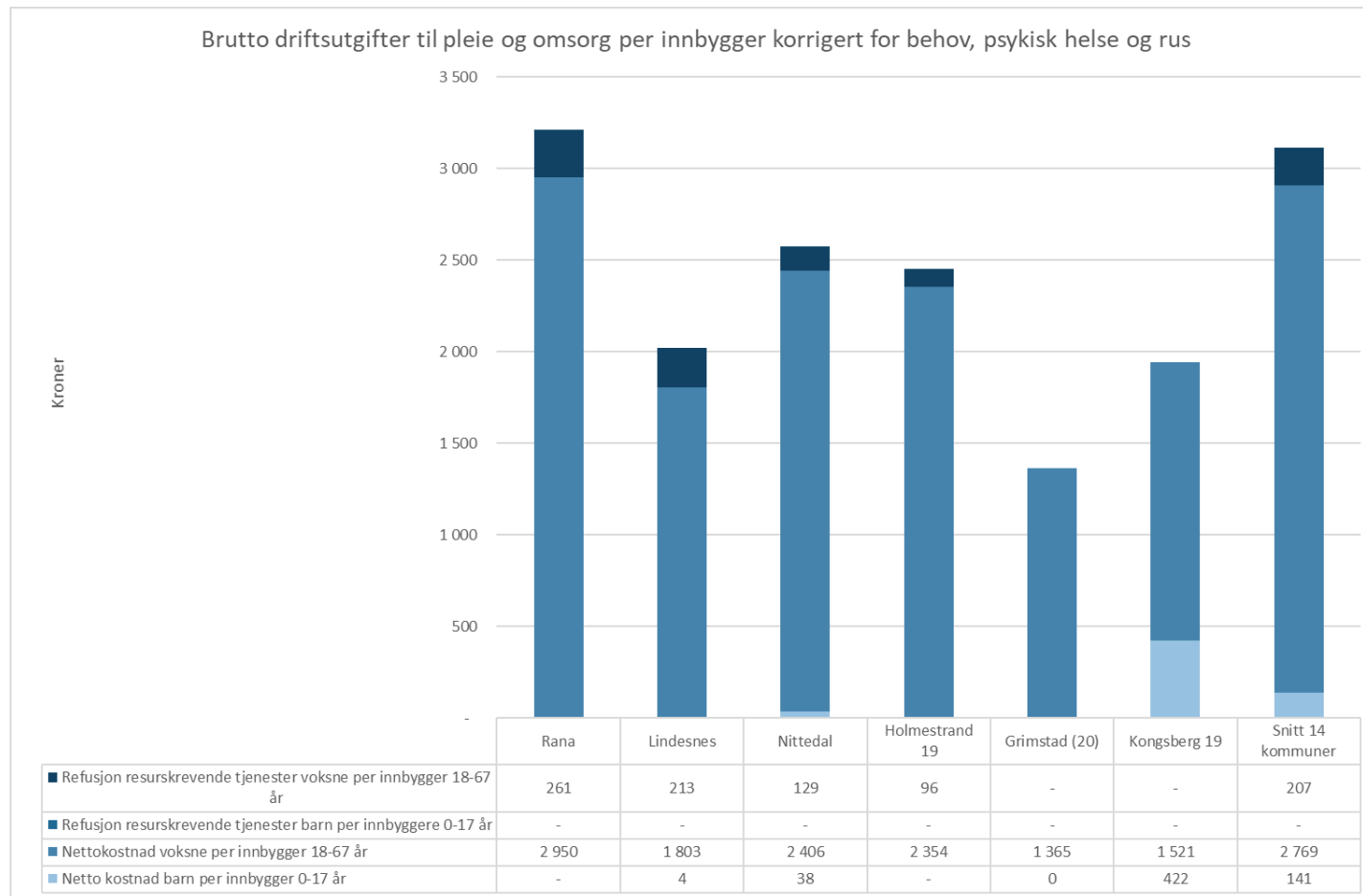
Pleie- og omsorgstjenester i KOSTRA

Rana har flere tjenestemottakere over 18 år enn snittet. Hovedvekten av tjenestemottakerne mottar ulike forebyggende psykososiale tjenester



- ▶ Hovedvekten av tjenestemottakerne i Rana kommune mottar ulike forebyggende psykososiale tjenester og ambulante miljøarbeidertjenester - andelen er vesentlig høyere enn i snittet (samlet).
- ▶ De færreste kommunene i sammenlikningen har oppgitt å ha tjenestemottakere med ulike velferdsteknologiske løsninger, Rana har dette.
- ▶ Rana kommune har flere med støttekontakt enn snittet.
- ▶ Rana har svakt færre tjenestemottakere med aktivitets- og arbeidstilbud enn snittet.
- ▶ De færreste kommuner har oppgitt å ha tjenester organisert som BPA overfor denne målgruppen. Rana har heller ikke dette. Dette gjelder også omsorgsstønad.
- ▶ Andel brukere i bolig med tjenester er høyere i Rana enn snittet, og høyest blant sammenlikningskommunene.

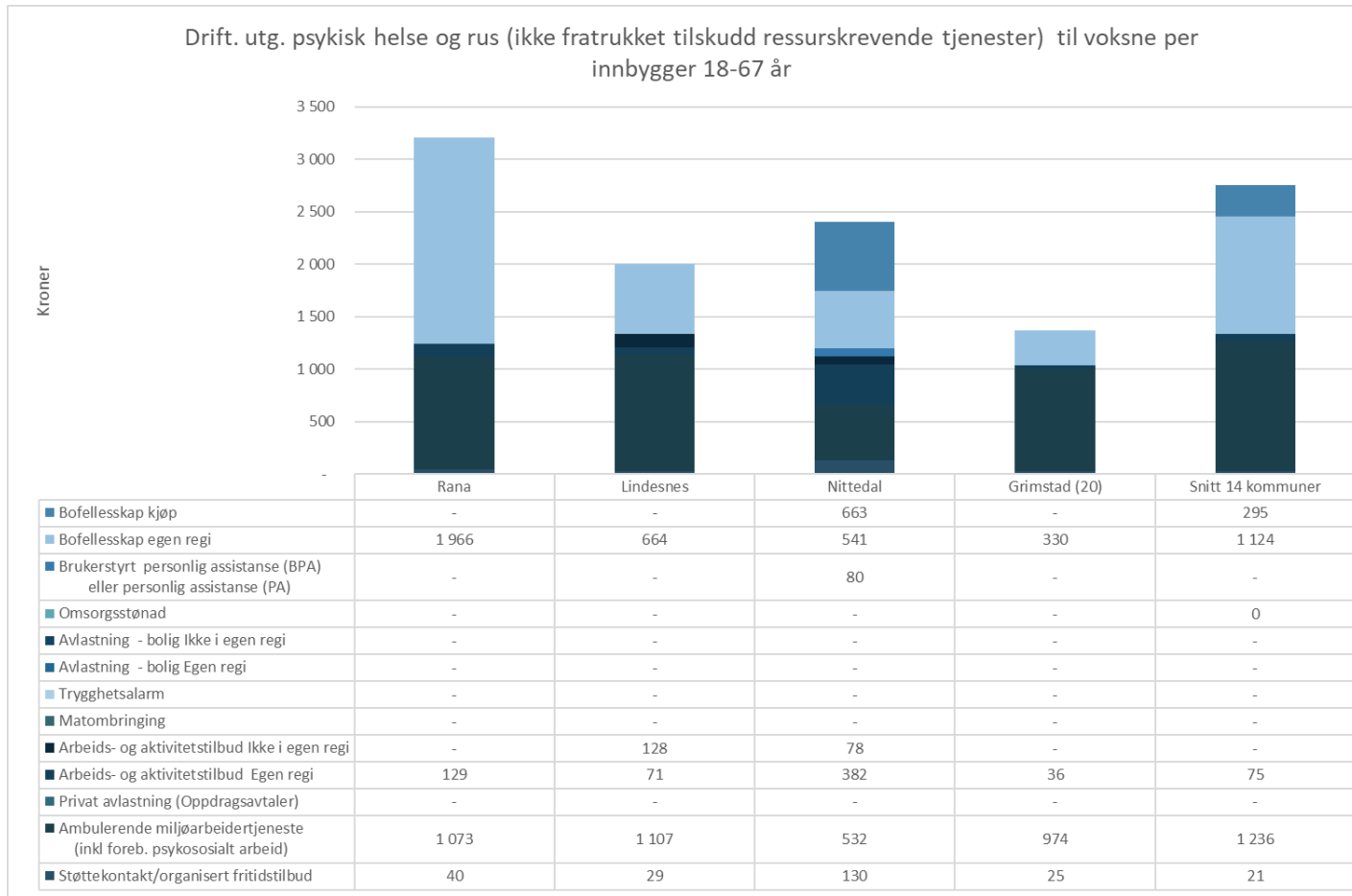
Rana sine bruttoutgifter ført under PLO i KOSTRA er svakt høyere enn snittet



- ▶ Utgifter til brukergruppen varierer.
- ▶ Rana har svakt høyere bruttodriftsutgifter enn snittet. Refusjonen fra staten medfører at kommunens nettoutgifter blir lavere enn snittet i referansegruppen. I Rana er det regnskapsført en del utgifter på andre KOSTRA funksjoner. Det gjør at sammenlikningskommunene har med utgifter som ikke Rana har med.
- ▶ Ikke alle kommunene i sammenlikningen har oppgitt å ha utgifter til barn og unge innenfor denne målgruppen. Noen kommuner har dette, men ettersom det er så lave utgifter fremkommer det med verdi 0 eller - i våre analyser. Rana har ikke oppgitt å ha utgifter til barn og unge.
- ▶ Helse og NAV inngår ikke i denne analysen. Dette er kommunale tjenester som ofte tilbys til brukere i denne målgruppen.

Kilde: SSB, kommunens kartlegging/regnskap og Agenda Kaupang

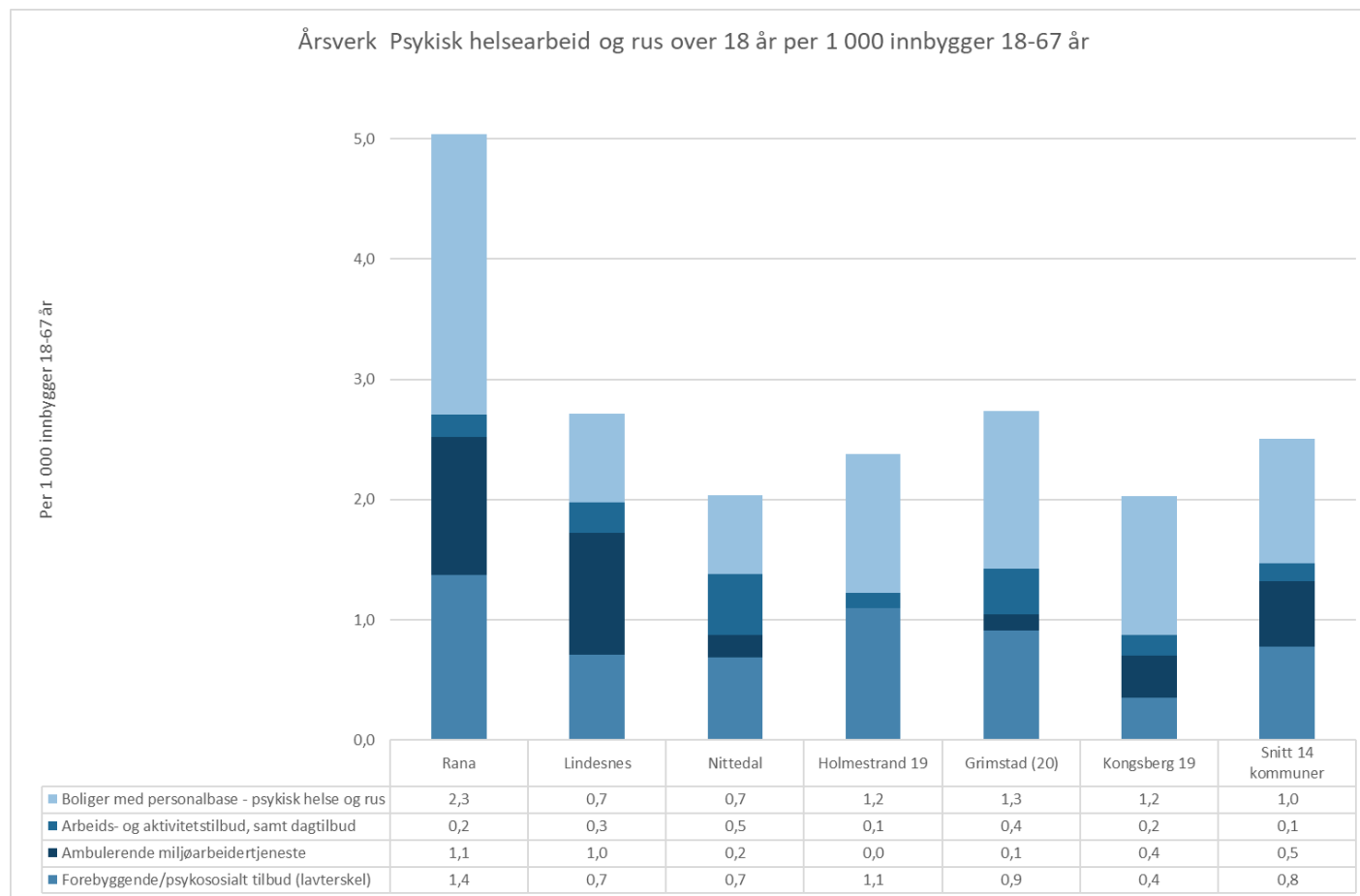
Rana sine bruttoutgiftene er høyere enn snittet, hovedvekten brukes på tjenester i bolig



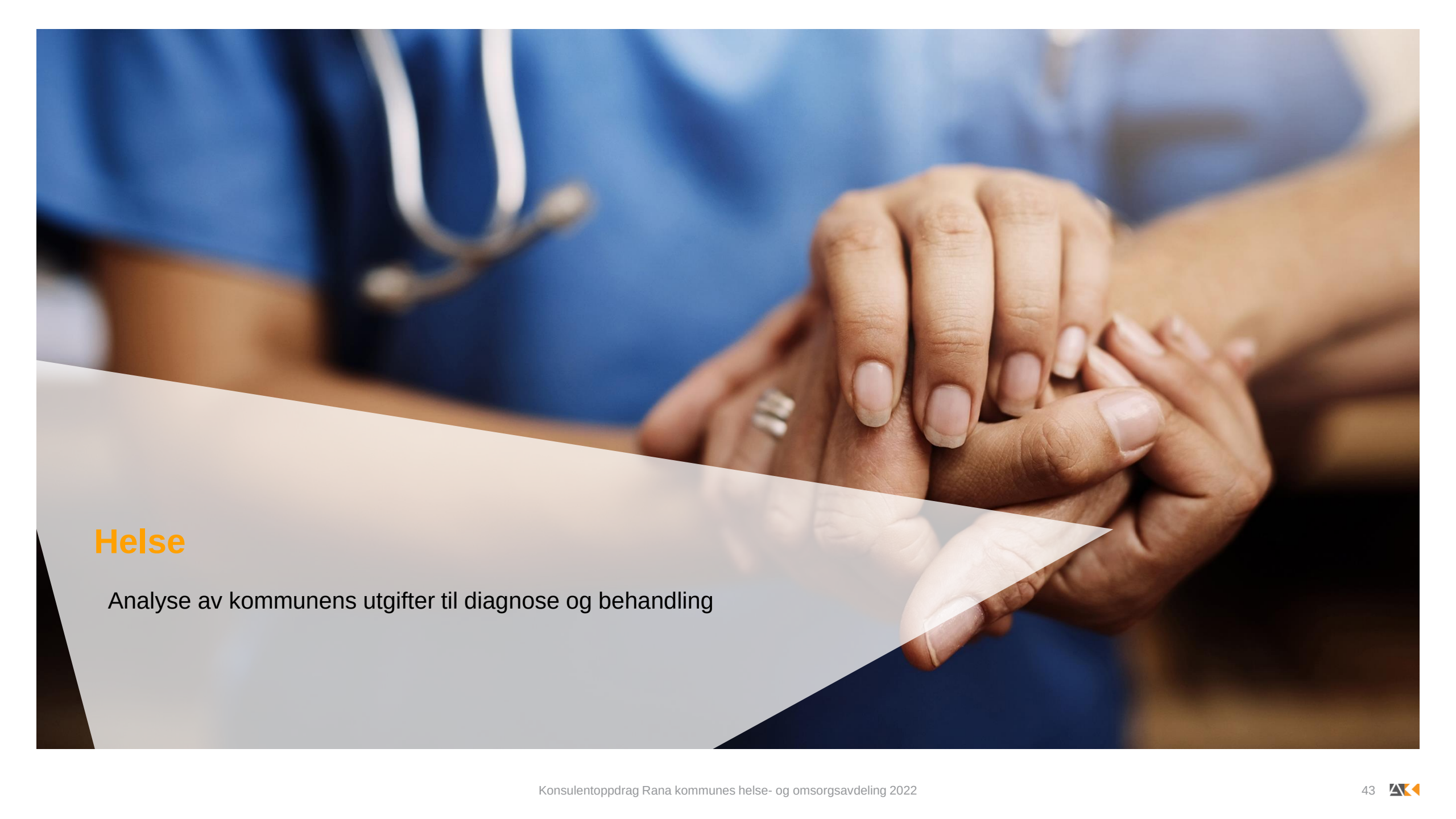
- ▶ Utgiftene varierer mellom kommunene både når man ser på utgiftene samlet sett, men også innenfor ulike deltjenester.
- ▶ Rana sine utgifter til støttekontakt er høyere enn for snittet.
- ▶ Kommunens utgifter til ambulerende miljøarbeidertjenester inkl. forebyggende psykososialt arbeid er lavere enn snittet. Vi ser at årsverk som er oppgitt ikke stemmer overens med utgiftene som er identifiserte. Det kan indikere at man har tatt med tjenestemottakere og årsverk i denne analysen samtidig som utgiftene ligger et annet sted. Vi har flyttet 5.5 mill. kroner fra funksjon 241 til 254.
- ▶ Utgifter til arbeids- og aktivitetstilbud i Rana er noe høyere i Rana enn i snittet. Vi har tidligere vist at andel tjeneste-mottakere er høyere enn snittet.
- ▶ Kommunens samlede utgifter til tjenester i bolig er høyere enn snittet. Vi har vist at kommunen har flere tjenestemottakere enn snittet.

Kilde: SSB, kommunens kartlegging/regnskap og Agenda Kaupang

Rana kommune benytter flere årsverk enn snittet i referansegruppen til denne brukergruppen samlet sett



- ▶ Årsverksinnsatsen variere mellom kommunene. I figuren fremkommer kun årsverk på tjenester i egen regi.
- ▶ Rana kommune benytter flere årsverk enn snittet i referansegruppen til denne brukergruppen samlet sett. I gjennomgangen av regnskapet har vi ikke klart å identifisere alle utgiftene til de innrapporterte årsverkene. Dette skyldes kommunens regnskapsføring. Kommunen fører en del av aktiviteter på andre funksjoner, det gjør at årsverkene som fremstilles her ikke er kostnadsført under PLO i KOSTRA.
- ▶ Årsverksinnsatsen på forebyggende/psykososialt arbeid og ambulerende miljøarbeidertjeneste er høyere i Rana sammenliknet med snittet.
- ▶ Årsverk til arbeid- og aktivitetstilbud er svakt over nivå med snittet i referansegruppen.
- ▶ Rana benytter flere årsverk i bolig med mulighet for døgntjenester enn snittet. Rana har flere tjenestemottakere med slike tilbud enn snittet.



Helse

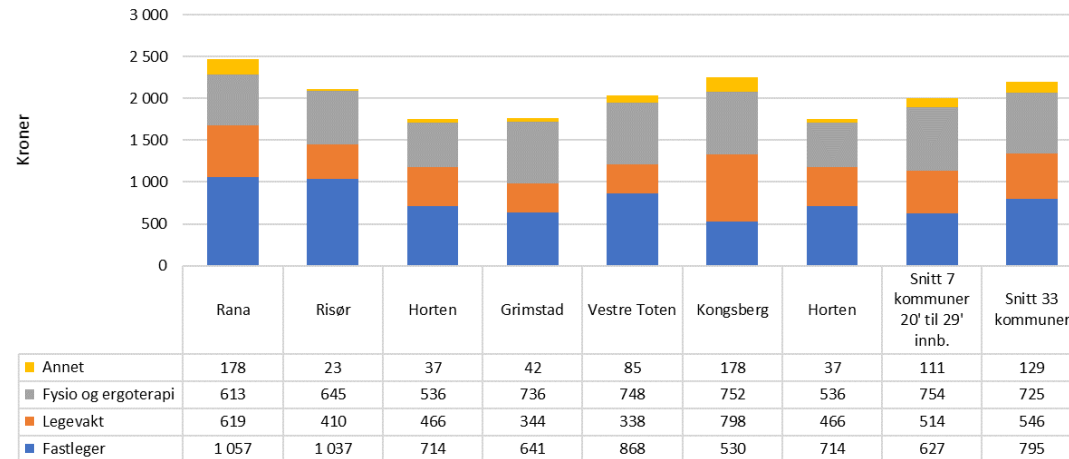
Analyse av kommunens utgifter til diagnose og behandling

Kommunen har høye utgifter ført under Helse (funksjon 241)

- ▶ Rana har høye utgifter knyttet til diagnose og behandling.
- ▶ Utgifter til fastleger og legevakt er særlig høye sammenlignet med øvrige kommuner.
- ▶ Utgiftene til fysio- og ergoterapi er noe lavere enn snittet. Kommunen bruker mer ressurser på driftsavtaler med private enn øvrige kommuner, og mindre ressurser i egen regi.
- ▶ Andre utgifter ført på 241 er i hovedsak knyttet til Norsk pasientskadeerstatning og behandling i utlandet. I Rana ligger det også utgifter til psykisk helse.

Vi har korrigert regnskapsført netto driftsutgift fra 85 mill. kroner. Utgiftene er redusert med 5,5 mill. kroner til psykisk helse og 10,6 mill. kroner korona-utgifter ført på 241. Disse er korrigert til henholdsvis 254 og 233 i regnskapet.

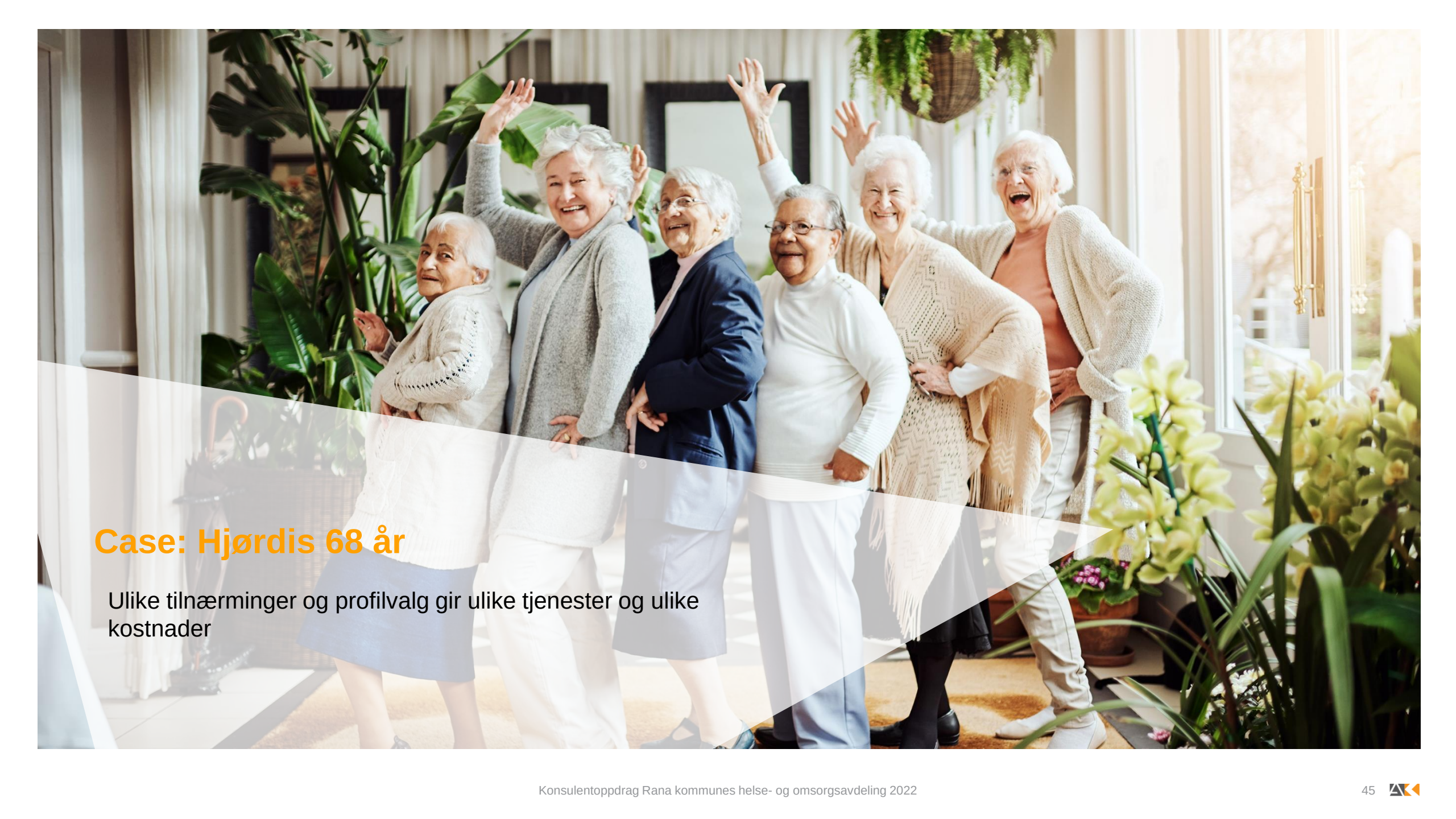
Behovskorrigerte netto driftsutgifter per innbygger funksjon 241 behandling



Kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang. For å få sammenliknbare tall korrigerer vi arbeidsgiveravgiften opp til 14,1 % for alle utgifter vi har tatt med i analysen, noe som utgjør 3,6 mill. kroner i økte utgifter

	Beløp (1000 kr)
	2021
	Netto driftsutgifter på funksjon/tjenesteområde
1833 Rana	
(Fylkes-)Kommunekonsern	
241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering	85 016





Case: Hjørdis 68 år

Ulike tilnærminger og profilvalg gir ulike tjenester og ulike kostnader

Normalforløp

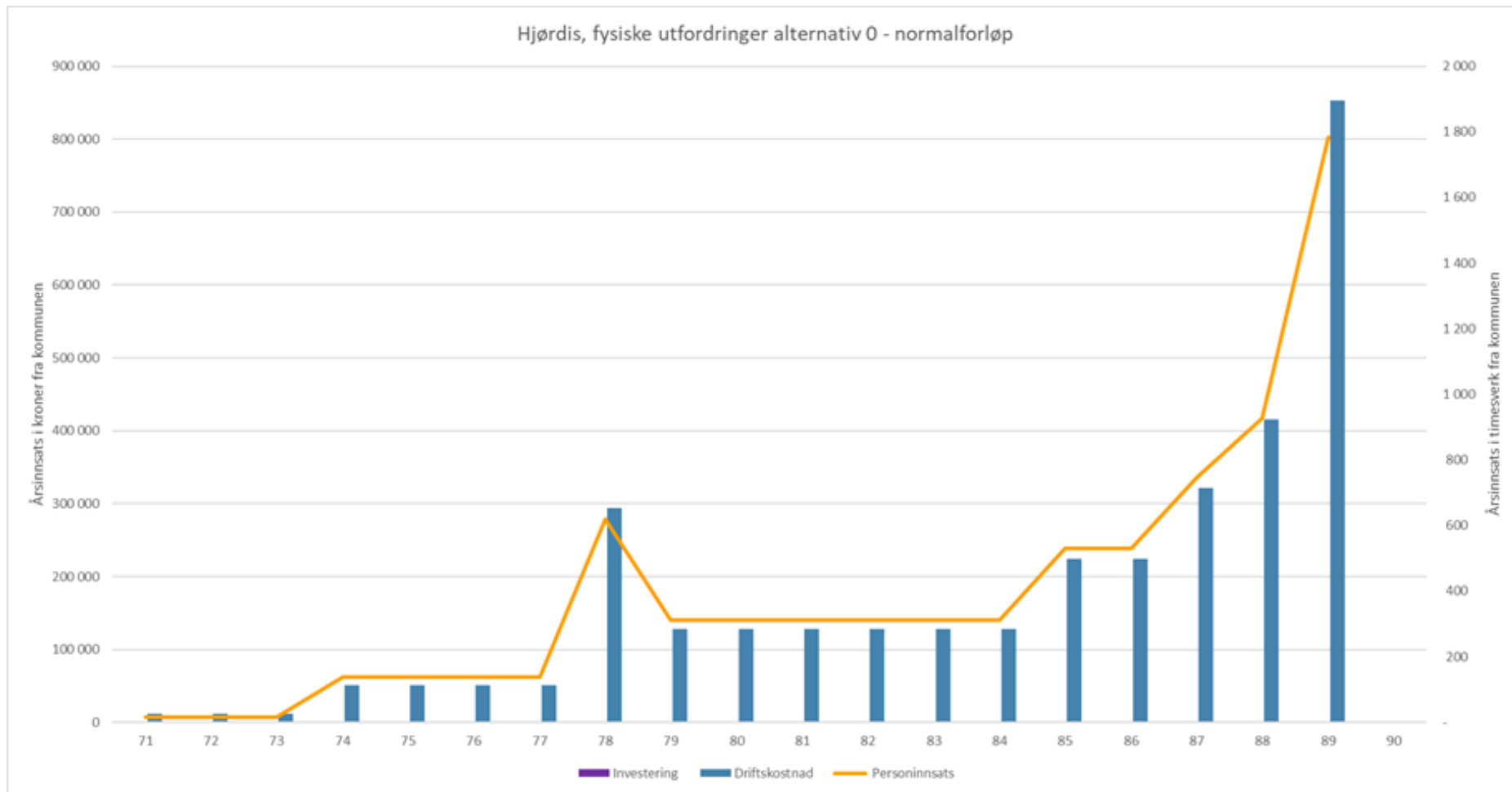
I dette eksemplet vil vi presentere **Hjørdis** som i alderdommen begrenses av fysiske- og psykiske helseutfordringer. Vi viser i **eksemplet** et «**normalforløp**» og senere et alternativt **proaktivt** og et **reaktivt** alternativ med forskjellene mellom disse som en konsekvens av personens sine valg av boform. Vi vil vise hvordan mulighet til egenmestring vil kunne styrkes ved hjelp av virkemidler som:

- ▶ Enkle personlige tilpasninger i egen bolig
- ▶ Byggtekniske tilpasninger i egen bolig
- ▶ Hjørdis er 68 år, enslig og bor i en uegnet bolig. Boligen setter noen begrensninger for Hjørdis. I en alder av 71 år får hun praktisk bistand fra kommunen på 30 minutter hver annen uke og installert en trygghetsalarm slik at det skal føles tryggere å bo alene.
- ▶ Tre år senere er behovet for tjenester økende. Kommunen øker derfor bistanden med 1 time psykiatrisk sykepleier hver annen uke. Hjørdis føler seg utrygg og utløser trygghetsalarmen stadig oftere. En gang i uken reiser hjemmetjenesten ut for å melde ut alarmene.
- ▶ Som 78 åring får Hjørdis slag. Hun får ett rehabiliteringsopphold i 8 uker som gjør at hun gjenerobrer delvis mobiliteten til nivået før slaget. Hjemmetjenesten besøker henne nå to timer i uken.
- ▶ Som 85 åring er behovet for hjelp mer omfattende. Hjemmesykepleie er nå hos henne 4,5 timer i uken.
- ▶ Som 87 åring er helseutfordringene ganske omfattende og hun har derfor besøk av hjemmesykepleie 1 timer per dag. (øvrige tjenester som tidligere).
- ▶ Som 88 åring er hjemmetjenesten også innom henne 15 minutter hver natt
- ▶ Som 89 åring flytter hun inn på sykehjem og opplever et fint år der



Normalforløp– ressursbruk

- ▶ Basert en normal ressursbruk forventes det at Hjørdis vil koste kommunen 3,3 millioner kroner til pleie og omsorg eller 4,8 årsverk (7 614 timer) fra hun er 71 til 89 år (Kalkulasjon utført av Agenda Kaupang)

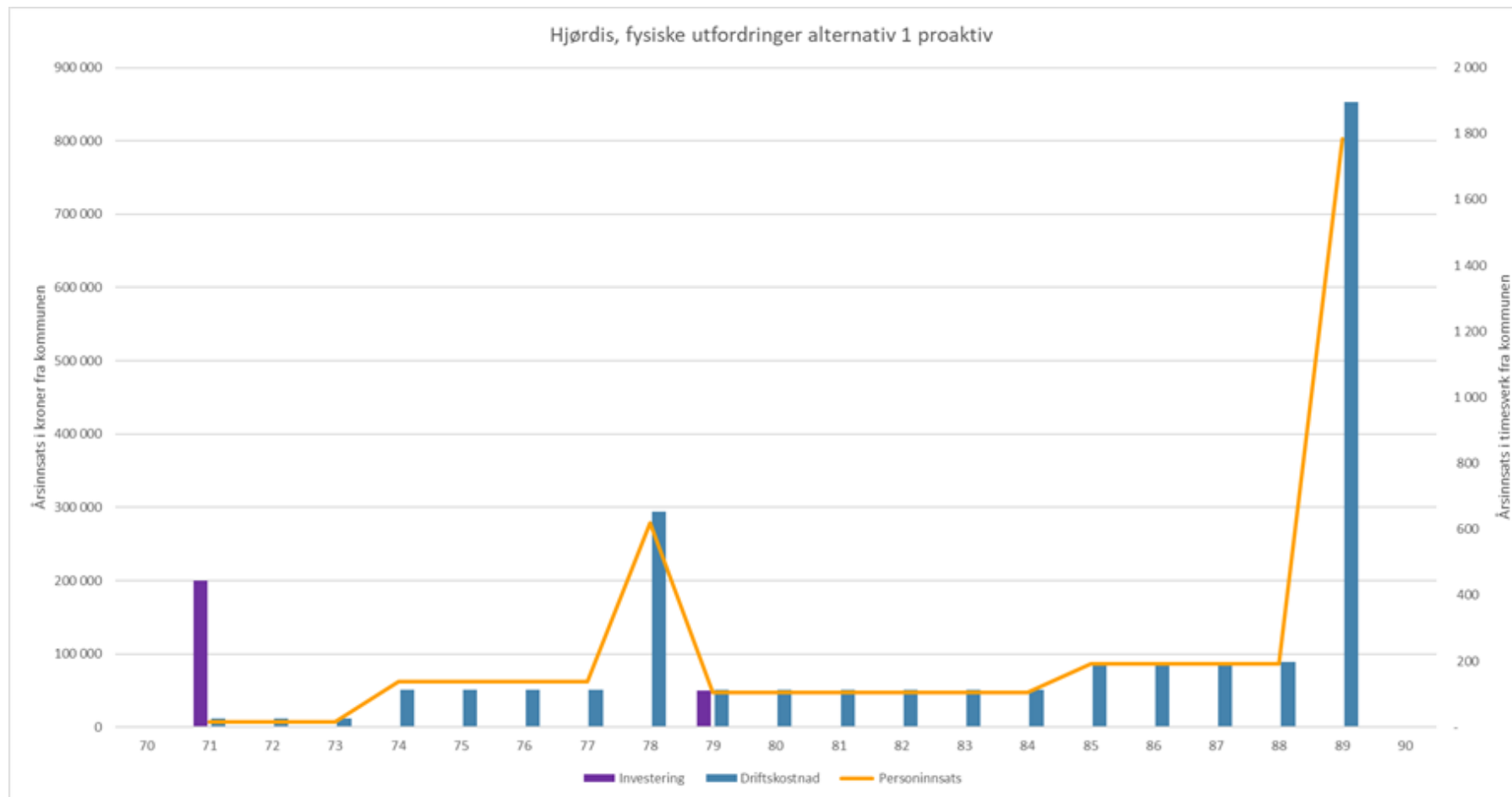


Proaktivt forløp

- ▶ Trappen opp til Hjørdis sitt hus er uhensiktsmessig. Hjørdis får derfor bistand fra pårørende til å bygge en trappefri adkomst til huset. På badet fjerner de det gamle badekaret og setter inn en mer praktisk dusj. Investeringene koster samlet 200.000 kroner. Hjørdis har en god økonomi og derfor ikke behov for å lånefinansiere oppgraderingen. Fra hjelpemiddelformidlingen i kommunen får hun tilbud om flere forskjellige andre hjelpemidler som gjør hverdagen lettere.
- ▶ Huset er tungdrevet. Hjørdis får hjelp av hjemmehjelpen i huset (30 minutter hver annen uke) og leier inn hjelp til stell i hagen ved behov. Hun får også oppfølging av psykiatrisk sykepleier og en trygghetsalarm fra kommunen.
- ▶ Som 78 åring får Hjørdis slag. Hun får ett rehabiliteringsopphold i 8 uker som gjør at hun gjenerobrer store deler av mobiliteten, men frykter sin egen framtid i boligen. Hun sjekker med kommunens boligrådgiver, men de har ingen bolig som de kan tilby som hun ønsker å bo i, men kan fortelle om et nytt borettslag som er under etablering hvor de har tilvisningsavtale. Hjemmesykepleien er hos henne 1 time hver uke. Rådgiveren fra kommunen forteller om mulighet til flyttehjelp fra frivillighetssentralen og startlån som en mulig finansieringskilde. Rådgiveren fortalte om mulighetene for tilskudd til prosjektering og installering av heis, men Hjørdis så ikke dette som aktuelt i dagens bolig.
- ▶ 79 år flytter hun inn i det nye borettslaget og i en egnet leilighet. I tilknytning til boligen finnes det også sosiale arenaer. Hjørdis føler seg mer trygg og tjenestebehovet for hjemmesykepleie halveres.
- ▶ Som 85 åring blir aktivitetsnivået stadig mindre som følge av svekket allmenhelse. Ettersom aktivitetsnivået faller, forfaller også den fysiske formen og hjemmetjenesten er derfor oftere å se i hennes leilighet, nå med 2 timer i uken.
- ▶ Som 89 åring er tjenestebehovet såpass omfattende at et sykehjemstilbud vurderes. Leiligheten ligger imidlertid såpass nært hjemmetjenestens base at de heller blir enige om en høy innsats fra hjemmesykepleie i hennes siste leveår.

Proaktivt forløp– ressursbruk

- ▶ Basert en normal ressursbruk forventes det at Hjørdis vil koste kommunen 2,0 millioner kroner til pleie og omsorg eller 2,8 årsverk (4 400 timer) fra hun er 71 til 89 år (Kalkulasjon utført av Agenda Kaupang)

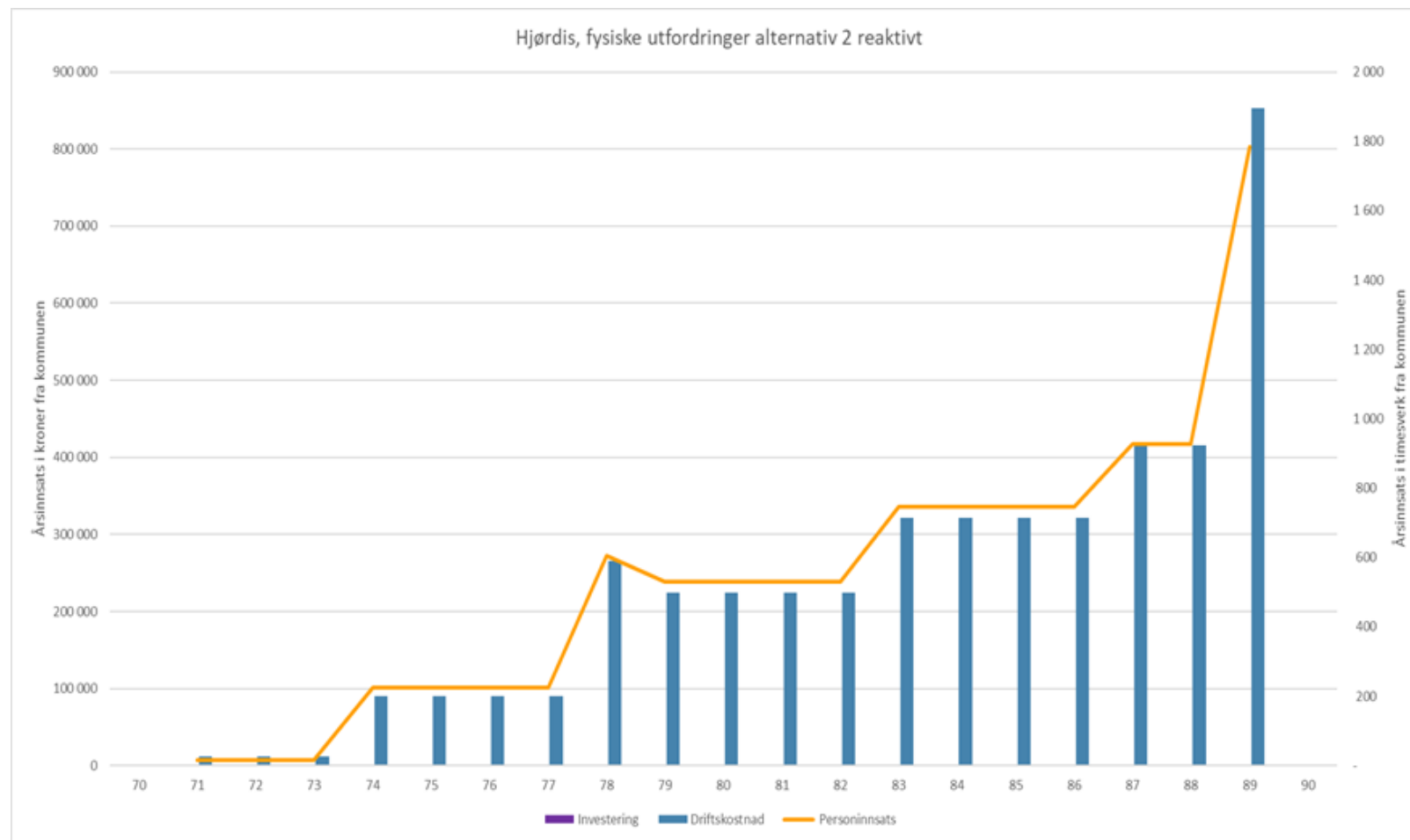


Reaktivt forløp

- ▶ Huset setter store begrensninger for Hjørdis. I en alder av 71 får hun praktisk bistand fra kommunen med 30 minutter hver annen uke og installert en trygghetsalarm slik at det skal føles tryggere å bo alene.
- ▶ Tre år senere er behovet for tjenester økende. Kommunen øker derfor bistanden med 1 time psykiatrisk sykepleier hver annen uke. Hjørdis føler seg utrygg og utløser trygghetsalarmen stadig oftere. En gang i uken reiser hjemmetjenesten ut for å melde ut alarmene. Utryggheten gjør at hjemmetjenesten har behov for jevnlig å se til henne (1 time per uke).
- ▶ Som 78 åring får Hjørdis slag. Hun får et kort rehabiliteringsopphold i 2 uker som gjør at hun gjenerobrer delvis mobiliteten til nivået før slaget. Hjemmetjenesten besøker henne nå 4,5 timer i uken.
- ▶ Som 83 åring er helseutfordringene ganske omfattende og hun har derfor besøk av hjemmesykepleie 1 timer per dag. (øvrige tjenester som tidligere).
- ▶ Som 87 åring er hjemmetjenesten også innom henne 15 minutter hver natt.
- ▶ Som 89 åring flytter hun inn på sykehjem og opplever et fint år der.

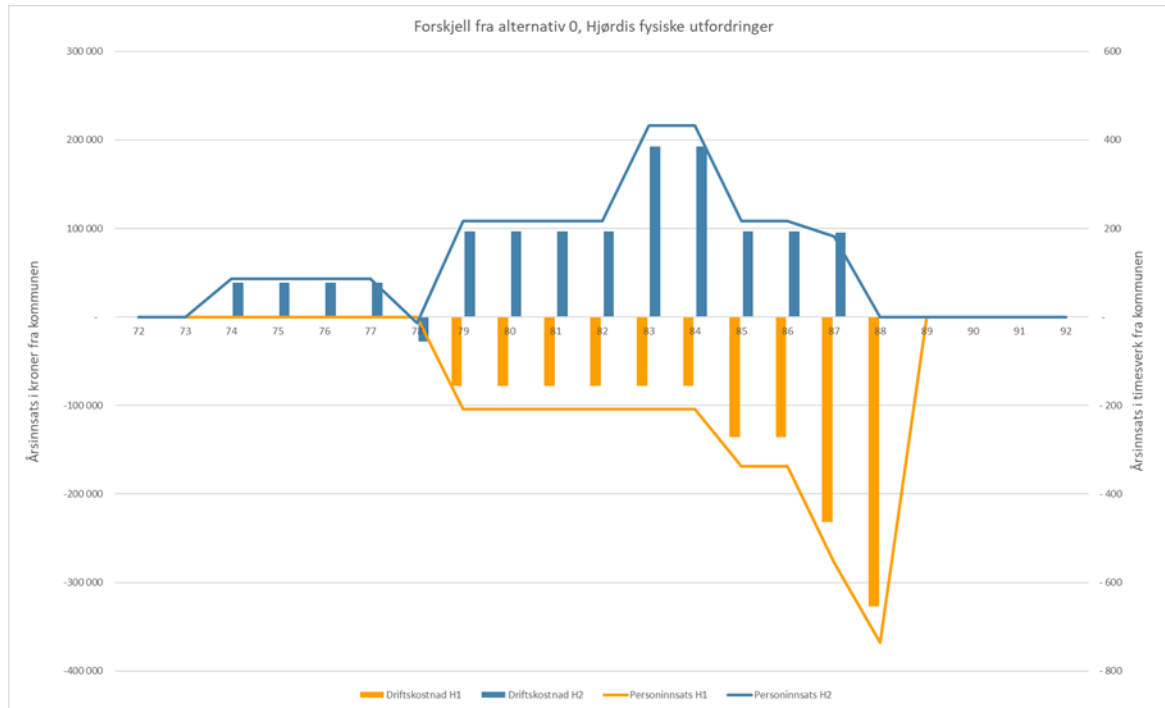
Reaktivt forløp– ressursbruk

- ▶ Basert en normal ressursbruk forventes det at Hjørdis vil koste kommunen 4,5 millioner kroner til pleie og omsorg eller 6,4 årsverk (10 292 timer) fra hun er 71 til 89 år (Kalkulasjon utført av Agenda Kaupang)



Ulike forløp gir ulik ressursinnsats

- ▶ Proaktivt forløp 2,0 mill / 2,8 årsverk
- ▶ Normalforløp 3,3 mill / 4,8 årsverk
- ▶ Reaktivt forløp 4,5 mill / 6,4 årsverk



- ▶ I hvilken grad opplever du at Rana er mest pro- eller reaktiv for våre «Hjørdis»-er?
- ▶ Hvilke tiltak er nødvendig for at vi skal kunne være mer proaktiv i møte med Hjørdis?
- ▶ Hva skal til for å endre denne praksisen og gjøre Rana styrket i møtet med Hjørdis i framtiden?

Våre anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester

- ▶ Skal kommunen lykkes er det avgjørende med en helhetlig tilnærming, tydelig eierskap og et tett samarbeid mellom politikk og administrasjonen og kommunens innbyggere
- ▶ Sikre at innbyggere bor i **universelt utformede boliger** med livsløpsstandard, i nærområder hvor innbyggeren kan benytte seg av private og offentlige tjenestetilbud som hindrer funksjonsfall og styrker mestringsevnen
- ▶ Sikre et mangfoldig **kulturtilbud** til alle ved blant annet etablering av sosiale møteplasser og inkludering av eldre i lokalsamfunnet og dets aktiviteter
- ▶ **Styrke innbyggere** i planlegging for egen alderdom gjennom god informasjon og forebyggende arbeid
- ▶ **Sikre** ressurser i **tidlig innsats** slik at innbyggere får dekket sitt behov på beste effektive omsorgsnivå
- ▶ **Godt dimensjonert omsorgstrapp** for ulike brukergrupper basert på en uttalt strategi og prioritering. For å få til dette **må** kommunen **vri ressursinnsatsen** (lavere dekningsgrad i institusjon og heldøgnstilbud)
- ▶ Tildeling av helse- og omsorgstjenester i tråd med **BEON-prinsippet** (forutsetter reelle valgmuligheter)
- ▶ Godt **samarbeid** med frivillige lag, organisasjoner, stiftelser, næringsliv og kulturliv satt i system
- ▶ Kommunen må videreutvikle og bygge videre på gode erfaringer innenfor innføring og bruk av **velferdsteknologi** og **digitalisering** med formål om økt selvstendighet, trygghet, mestring og minst mulig inngripen.

Våre anbefalinger og sentrale grep for å ivareta økte framtidige behov for helse- og omsorgstjenester forts.

- ▶ Sikre nødvendig **lederstøtte** innenfor fag, personal og økonomi
- ▶ Sikre **driftsoptimale enheter** og avdelinger som muliggjør god ivaretagelse av fag, personal og økonomi
- ▶ Tiltak for å få opp **nærvær**, **heltidskultur** og tilstrekkelig **kompetanse** vil være viktig både for kvaliteten, men også for økonomien. Det finnes dessverre ingen raske løsninger for å få til dette. ledelse, gode strukturer og arbeid med de rådende kulturene er områder som har betydning.
- ▶ Sikre behov for **koordinering** og **samhandling** generelt, men særlig overfor tjenestemottakere som er i behov av samtidige tjenester fra flere tjenesteområder
- ▶ **Videreføre samarbeid** og **samhandling** mellom tjenesteområder. Dette er vesentlig for å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester. En videreføring og videreutvikling av et slikt samarbeid og samhandling vil kreve at man utvikler kulturer og strukturer som understøtter dette.
- ▶ Omstilling skjer ikke av seg selv, men krever **aktiv endringsledelse**. Omstilling kan føre til endringer i ansvar og oppgavefordeling mellom enheter og personer, og kan oppleves som krevende for dem som blir berørt. Det er derfor viktig å ha en forståelse av hvilke utfordringer virksomheten vil stå overfor når endringer skal besluttet og gjennomføres. Endringsledelse handler om å forholde seg til endringer som en forutsigbar og håndterlig prosess som kan planlegges og styres.

Mange av tiltakene i denne gjennomgangen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren. For å lykkes i planleggingen for fremtiden kreves det at hele kommunen tar eierskap og bidrar. 



AGENDA KAUPANG

Agenda Kaupang bidrar til omstilling og utvikling av offentlig sektor. Vi bistår ledere og medarbeidere med faktabaserte beslutningsgrunnlag og effektivisering av prosesser. Agenda Kaupang gjennomfører analyser og rådgiving innen ledelsesutvikling, styring, økonomi, organisasjonsutvikling og digitalisering.