



*Fusa Kommune*  
Analyse av helse- og  
omsorgssektoren

15 august 2014

**pwc**

# ***Forord***

Denne rapporten er resultatet av oppdrag PwC har utført for Fusa kommune i perioden fra april 2014 til august 2014. Rapporten gir en økonomisk analyse av helse- og omsorgssektoren, med prioritering av mulige tiltak for å redusere kostnadene i Fusa kommune i henhold til oppdragsbeskrivelsen.

Arbeidet er utført av Morten Areklett og Lene Fagerlid, med sistnevnte som prosjektleder.

Grunnlaget for rapporten er gjennomgang av bakgrunnsdokumentasjon, arbeidsmøter og KOSTRA-tall. De involverte parter har stilt opp og bidratt til evalueringen på en konstruktiv måte. Konklusjoner og anbefalinger er diskutert med administrasjonen (rådmann og enhetsledere i helse og omsorg), men de har ikke påvirket hvilke tiltak som skal tas med i den endelige rapporten og eventuelle konsekvenser av disse.

Berit Fløisand har vært oppdragsgiver hos Fusa kommune og har koordinert det praktiske arbeidet med gjennomføring av arbeidsmøter, tilgang til dokumenter og andre praktiske oppgaver. Vi takker Fusa kommune for et spennende oppdrag og et godt samarbeid underveis.

Bergen, 15. august 2014



Morten J. Areklett

Oppdragsansvarlig partner

# Innhold

---

Forord	2
1. Sammendrag	5
1.1. Fusa kommune	5
1.2. Oppdragsbeskrivelse	5
1.3. Organisering av helse- og omsorgsområdet	6
1.4. Viktigste funn	6
1.5. Bruk av rapporten	7
2. Metode	8
2.1. Dokumentstudier	8
2.2. KOSTRA-tall	8
2.3. Arbeidsmøter	9
2.4. Intervjuer/samtaler	10
3. Analyser	11
3.1. Helse og omsorg	11
3.1.1. Organisering av helse og omsorg i Fusa	11
3.1.2. Kostnadsbilde	11
3.1.3. Brukere	19
3.1.4. Ansatte	19
3.1.5. Kostnadsdrivere	19
3.2. Institusjon	20
3.2.1. Organisering	20
3.2.2. Kostnadsbilde	20
3.2.3. Brukere	22
3.2.4. Ansatte	22
3.3. Hjemmetjenesten	23
3.3.1. Organisering	23
3.3.2. Kostnadsbilde	23
3.3.3. Brukere	26
3.3.4. Ansatte	26
3.4. Helse, familie og velferd	28
3.4.1. Organisering	28
3.4.2. Kostnadsbilde	28
3.4.3. Brukere	32
3.4.4. Ansatte	32
3.5. Kvalitet i Helse- og omsorgstilbudet	32

---

4. Vurdering	34
4.1. Oppsummering analyser	34
4.2. Forslag til tiltak	34
4.2.1. Bedre utnyttelse av sykehjemsplasser	34
4.2.2. Samlokalisering av mennesker med nedsatt funksjonsevne	35
4.2.3. Samorganisering med ressurser fra oppvekst	36
4.2.4. Fleksibel bemanning mellom enhetene	36
4.2.5. Reisetid hjemmetjenesten	37
4.2.6. Reduksjon sykefravær	38
4.2.7. Faste/midlertidige ansatte	38
4.2.8. Kostnader til transportmidler	38
4.2.9. Arbeidstid	39
4.2.10. Bruk av teknologi	39
4.2.11. Rett registrering praktiske tjenester i hjemmet	40
4.2.12. Oppsummering	40
5. Konklusjon	42

---

# 1. Sammendrag

## 1.1. Fusa kommune

Fusa kommune har ca. 3.800 innbyggere (2013) og er dermed definert som en liten kommune i mange sammenhenger. Med utgangspunkt i at kommunen er liten, er det få innbyggere som skal "betale" for de tjenester som tilbys. Dette innebærer at det i mange sammenhenger vil være relativt sett dyrere kostnader per innbygger enn det som er typisk i større kommuner. Dette er en naturlig del av den kommunestrukturen som finnes i Norge i dag. Vi har i vår rapport ikke tatt stilling til kommunestruktur og eventuell effekt av kommunesammenslåing med omliggende kommuner. Slike analyser vil være mer omfattende enn en rapport av denne type vil kunne omfatte. Kommunen har organisert tjenestetilbudet i flere ulike sektorer, hvor vi i vår rapport har vurdert helse- og omsorgsområdet.

## 1.2. Oppdragsbeskrivelse

Kostnadene ved tjenesteproduksjonen i Fusa kommune er for høy i forhold til inntektsgrunnlaget, og det har for budsjettprosessen 2014 blitt innarbeidet forslag til innsparingskrav på minst 15 millioner kr med konsekvensvurdering. I denne forbindelse ønsket formannskapet i Fusa kommune ekstern bistand til gjennomføring av analyser for å se på muligheter for innsparing av kostnader innen en rekke områder knyttet til:

- Gjennomgang av kommuneadministrasjonen
- Kostnadsstyringsprosjekt på innkjøpsområdet
- Kostnadsstyring/besparelsesanalyse for helse- og omsorgsområdet
- Kostnadsstyring/besparelsesanalyse for skole- og oppvekstområdet

PwC fikk oppdraget med å bistå i analyser knyttet til Kostnadsstyring/besparelsesanalyse for helse- og omsorgsområdet.

Bakgrunnen for tilbudet fra PwC var følgende vedtak i kommunestyre 035/15, med etterfølgende utlysning av behov for ekstern kompetanse:

*"Fusa Kommune har ein utfordrande økonomisk situasjon som berre kan løysast gjennom godt samarbeid mellom kommunestyret, tilsette og innbyggjarar i fellesskap. Kommunestyret har som mål at:*

- *Kommunen skal ha overskot i rekneskap kvart år.*
- *Fusa kommune skal framleis vera blant dei beste kommunane når det gjeld tenesteproduksjon.*
- *Folketalet skal auka."*

En utfordring i forbindelse med reduksjon i kostnader i sektoren er å finne balansen mellom hva en kan gjennomføre uten at det går utover eksisterende tjenestetilbud, og hva en eventuelt kan få til ved mindre eller større endringer i tjenestetilbudet.

Kommunen skal gjennomføre flere ulike analyser for mulighet til innsparing av kostnader (jfr. avsnitt over). Slik vi ser det vil det være naturlig å vurdere de ulike områdene mot hverandre etter at en har gjennomført analysene. Dette innebærer at en ikke nødvendigvis vil hente ut de besparelser en ser muligheter for innenfor hvert enkelt område. Vi oppfatter det slik at det er det politiske system som skal prioritere de ulike tiltakene basert på fremlagte analyser fra de ulike delprosjektene beskrevet over.

### **1.3. Organisering av helse- og omsorgsområdet**

Helse- og omsorgssektoren i Fusa er organisert direkte under rådmannen, med tre hovedansvarsområder, "Institusjon", "Hjemmetjenesten", "Helse, familie og velferd". For hvert hovedansvarsområde er det egen enhetsleder. Lederne sitter sammen i en ledergruppe som møtes ca. to ganger i måneden, og som har muligheten til å samordne tiltak og ressurser ved behov.

Institusjonsdriften er i dag knyttet til sykehjemmet i Eikelandssosen, Fusa Bu- og Behandlingscenter (FBBS). I dag har de 40 plasser og 53,3 årsverk. Sykehjemmet er delt inn i demensavdeling med 16 plasser, langtidsavdeling med 12 plasser, korttidsavdeling med 11 plasser og Øyeblikkelig Hjelp (ØH) med én plass. Korttidsavdelingen og ØH-sengen gjør at de må ha høy kompetanse og beredskap, og demensavdelingen innebærer en del ressurskrevende pasienter.

Hjemmetjenesten består av hjemmetjenester til omsorgsboliger, hjemmetjenester i hjemmet samt dagsenterdrift, og er organisert i to områder – Baldersheim og Eikelandssosen, pluss tiltak for funksjonshemmede. Området Eikelandssosen var tidligere delt i områdene Eikelandssosen og Fusa, men nå er dette samlet under ett område. Under enhetsleder er det tre avdelingsledere, og hjemmetjenesten har 58,9 årsverk. Det er fire dagsentertilbud, inkludert dagsenter for tiltak for funksjonshemmede.

Helse, familie og velferd omfatter tjenesteområdene Barnevern, Rehabilitering, PPT, Helsestasjon- og skulehelsetenesta, Sosiale tenester, Nav, Psykisk helseteneste, Legekontor, Flykningeteneste og Tenestekontor, og utgjør ca. 30 årsverk. De ulike ansvarsområdene leverer et bredt spekter av tjenester til innbyggerne i Fusa kommune.

Tjenestekontoret ble opprettet i 2013 og står for selve saksbehandlingen rundt tildeling av tjenester etter Lov om helse- og omsorgstjenester. De lager fremlegg til vedtak, men fullmaktene for tildeling er de samme som budsjettfullmaktene, dvs. at selve godkjenningen av vedtak ligger hos enhetslederne.

### **1.4. Viktigste funn**

Fusa kommune har de siste årene jobbet med kostnadstilpasninger i helse- og omsorgssektoren. De overordnede analysene av KOSTRA-tall for helse- og omsorgssektoren indikerer imidlertid at kostnadsnivået i Fusa kommune er noe høyt i forhold til de kommunene det sammenlignes mot i denne rapporten. Dette gjelder spesielt for institusjon og hjemmetjenesten (pleie og omsorg i KOSTRA). Vår gjennomgang av detaljbudsjetter innenfor de ulike enhetene i helse- og omsorgssektoren indikerer videre at det innen flere områder vil være mulig å redusere kostnader.

Basert på samtaler med enhetslederne i helse- og omsorgssektoren mener vi at det foreligger muligheter for å effektivisere driften av helse- og omsorgssektoren, og mener dermed at det er et potensial for innsparinger ved å se på organiseringen av tjenestetilbud, ressurser og kompetanse. Våre viktigste anbefalte tiltak går på bedre samorganisering av ressurser på tvers av enhetene, bedre samordning av tjenester, bedre utnyttelse av sykehjemsplasser og bruk av omsorgsboliger samt tiltak for reduksjon av sykefraværet.

Tabellen under viser en oppsummering av våre foreslåtte tiltak, med tilhørende vurdering av vanskelighetsgrad i forhold til gjennomføring, vurdert effekt på brukere samt estimert besparelse.

Tiltak	Vanskelighetsgrad	Effekt på bruker	Estimert kostnadsbesparelse
4.2.1 Bedre utnyttelse av sykehjemsplasser	Middels	Liten - Middels	0,8 - 1 mill kr
4.2.2 Samlokalisering av mennesker med nedsatt funksjonsevne	Middels - høy	Middels - høy	0,5 mill kr
4.2.3 Samordning med ressurser fra oppvekst	Lav	Liten	0,2 - 0,4 mill kr
4.2.4 Fleksibel bemanning mellom enhetene	Lav	Liten	1 mill kr
4.2.5 Reisetid hjemmetjenesten	Lav	Liten	0,008 mill kr
4.2.6 Reduksjon sykefravær	Lav - middels	Liten	0,8 mill kr
4.2.7 Faste/midlertidig ansatte	Middels	Liten	0,3 - 0,5 mill kr
4.2.8 Kostnader til transportmidler	Lav	Liten	0,1 mill kr
4.2.9 Arbeidstid	Lav	Liten	ikke vurdert
4.2.10 Bruk av teknologi	Lav	Liten	ikke vurdert
4.2.11 Rett registrering praktisk tjenester i hjemmet	Lav	Liten	ikke vurdert
<b>SUM ESTIMERT KOSTNADSBESPARELSE</b>			<b>4 - 4,7 mill kr</b>

De fleste av våre anbefalte tiltak vil kunne gjennomføres uten at det får vesentlige konsekvenser av betydning for brukerne.

## ***1.5. Bruk av rapporten***

Denne rapporten er utarbeidet for Fusa kommunes interne bruk i forbindelse med kommunens organisasjonsgjennomgang i samsvar med avtale datert april 2014.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer med Fusa kommunes ansatte, dokumentasjon som Fusa kommune har gjort tilgjengelig for oss, samt data hentet ut fra Statistisk Sentralbyrå sin KOSTRA-database. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi inntår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis. Når det gjelder offentlig tilgjengelig statistikk fra KOSTRA kan det være varierende kvalitet på dataene og på registreringspraksis mellom kommunene. PwC har ikke gjort noen egen kvalitetssikring av de nøkkeltall og rådata som hentes ut fra KOSTRA-databasen. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Fusa kommunes virksomhet. Rapporten inneholder materiale som er konfidensielt for Fusa kommune og PwC.

Fusa kommune har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med forretningsvilkårene som er vedlagt avtalen mellom partene. Rapporten og/eller informasjon fra rapporten skal ikke benyttes for andre formål eller distribueres til andre uten skriftlig samtykke fra PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Fusa kommune eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller engasjementsbrevet.

PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til rapporten samt ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

---

## 2. Metode

I vårt arbeid har vi valgt å benytte følgende metoder:

- Dokumentstudier
- Analyser av KOSTRA-tall
- Arbeidsmøter med kommuneledelsen og tillitsvalgte innen helse- og omsorgsavdelingen
- Intervjuer med lederne i helse- og omsorgsavdelingen

Nedenfor gis en kort beskrivelse av de valgte metodene.

### 2.1. Dokumentstudier

Vi har gjennomgått dokumenter innenfor følgende kategorier:

- Årsrapporter
- Budsjettdokument
- Kvartalsrapporter

Tilgang til dokumenter i forbindelse med denne evalueringen har vært basert på utlevering av dokumenter på forespørsel, samt bruk av offentlig tilgjengelige dokumenter. Som følge av endringer i organisering de siste årene, spesielt i enhet for helse, familie og velferd, har vi lagt mest vekt på budsjett- og regnskapsdokumenter for de siste to årene.

### 2.2. KOSTRA-tall

Som et første ledd i analysearbeidet har vi foretatt en sammenligning basert på KOSTRA-tall fra Statistisk sentralbyrå. Fusa kommune tilhører KOSTRA kommunegruppe 1 (K1), dvs. kommunegruppen for små kommuner målt i innbyggertall og kommuner som har middels bundne kostnader per innbygger og lave frie, disponible inntekter. Det er 25 kommuner i denne gruppen.

Fokuset for vår tilnærming har vært en avviksanalyse hvor vi har foretatt en sammenligning av Fusa kommune mot snittet for K1 samt mot et utvalg av kommuner fra andre deler av landet som kan være en referanse for kostnadsbruken i Fusa kommune. Valget av referansekommuner ble gjort på bakgrunn av referansekommuner benyttet av Agenda Kaupang i deres analyser for skole- og oppvekstområdet. Dette ble vurdert hensiktsmessig for at man skal kunne ha muligheten til å gjøre en helhetlig vurdering av analysene innen de ulike områdene, og å se disse mot hverandre.

Vi har i våre analyser sett på nøkkeltall innen KOSTRA-gruppene Pleie og Omsorg (Hjemmetjenester, institusjon og aktivisering), Sosialtjeneste, Kommunehelse og Barnevern. Vi har i første omgang sett på tall fra 2013, og videre har vi på enkelte områder sett på utviklingen de siste fem årene.

Tall fra KOSTRA grupperes hovedsakelig i tre hovedområder:

- Kommunens prioritering av sine ressurser



- Kommunens dekningsgrader (behovsdekning)
- Kommunens produktivitet

Vi har sett på både brutto- og nettokostnader, men ved bruk av bruttokostnader har vi brukt såkalte "Korrigerede brutto driftsutgifter", definert som: *"Korrigerede brutto driftsutgifter viser driftsutgiftene inkludert avskrivninger ved egen tjenesteproduksjon korrigert for dobbeltføringer som skyldes viderefordeling av utgifter (internkjøp) mv. Indikatoren viser dermed enhetskostnadene ved den aktuelle tjenesten"*.

Det kan være varierende kvalitet på dataene og på registreringspraksis mellom kommunene. PwC har ikke gjort noen egen kvalitetssikring av de nøkkeltall og rådata som hentes ut fra KOSTRA-databasen. Analyser er basert på kvaliteten på tilgjengelige datagrunnlag.

Analyser basert på KOSTRA-tall gir ikke entydige svar på årsakene til forskjeller mellom kommuner eller utviklingen innen en kommune. De sier heller ikke noe om kvaliteten på ulike tjenester. De gir imidlertid et grunnlag for å identifisere ressursbruk ved tjenesteproduksjon i forhold til andre kommuner og for å identifisere ressursbruksutviklingen innad i kommunen. Det vil alltid være lokale forhold som påvirker kostnadsbildet slik at en ikke alltid kan lese sammenligninger bokstavelig i forhold til hva som er mulig å oppnå. Dette innebærer likevel ikke at en ikke kan se til andre kommuner med hensyn til kostnadsbruk. Små kommuner, som Fusa er definert som, vil bli sterkt påvirket av "tyngre" enkeltsaker. Her vil det spesielt kunne være utfordringer forbundet med sammenligning med andre kommuner så lenge en ikke har gått inn i tallene i de sammenlignbare kommunene.

## **2.3. Arbeidsmøter**

I prosjektet ble det etablert en prosjektgruppe som skulle bistå PwC med fakta gjennomgang, samt være en sparringspartner i diskusjon om mulige tiltak.

Prosjektgruppen har bestått av følgende personer:

Fra Fusa kommune: Berit Føisand - Rådmann  
Gro Elisabeth Almas - Hjemmetjenesten  
Svanhild Pehrson - Helse, familie og velferd  
Gerd Syvertsen - Fusa Bu- og Behandlingscenter  
Marita Osebakken – Fagforbundet  
Jorunn Gjøen – NSF (Norsk Sykepleierforbund)

Fra PwC: Morten J Areklett - Partner  
Lene Fagerlid - Prosjektleder

Det har blitt avholdt 3 arbeidsmøter med ledelsen og tillitsvalgte ved helse- og omsorgsenhetene.

Det første arbeidsmøtet hadde fokus på kompetansedeling, med mål om å få en forståelse av organiseringen av sektoren i Fusa kommune, samt de utfordringer en har. NSF hadde forfall på første møte.

I det andre arbeidsmøtet hadde vi en gjennomgang av de nøkkeltall og analyser som var gjort basert på KOSTRA-, regnskaps- og budsjettall, med påfølgende diskusjoner og synspunkter på hvorvidt analysene reflekterte virkeligheten, og hvorfor situasjonen kunne være slik som analysene indikerte.

Det tredje arbeidsmøtet fokuserte på gjennomgang av foreløpig utkast til rapport, med fokus på verifisering og korrigerende av faktaopplysninger samt gjennomgang om diskusjoner rundt foreslåtte tiltak.

---

I etterkant av prosjektmøtene har vi hatt to gjennomganger med enhetsledere og rådmann ifb med kvalitetssikring av fakta.

Prosjektgruppens representanter fra Fusa kommunen har vært viktige bidragsyttere til rapporten. Imidlertid har de ikke påvirket hvilke deler av tiltak som er tatt inn i rapporten eller de konklusjoner som er anbefalt.

## ***2.4. Intervjuer/samtaler***

I tillegg til arbeidsmøter har det blitt gjennomført oppfølgingssamtaler med hver enkelt enhetsleder (som nevnt over i punkt 2.3) for å få mer inngående informasjon om og forståelse av de ulike enhetene, og for å kunne diskutere spesifikke utfordringer som ikke nødvendigvis var hensiktsmessig å ha som tema på fellesmøter. Samtalene har vært nyttige og dialogen oppfattes som åpen og løsningsorientert.

## 3. Analyser

### 3.1. Helse og omsorg

#### 3.1.1. Organisering av helse og omsorg i Fusa

Helse- og omsorgssektoren i Fusa kommune er organisert direkte under rådmannen, med tre hovedansvarsområder. For hvert hovedansvarsområde ("Institusjon", "Hjemmetjenesten", "Helse, familie og velferd"), er det egen enhetsleder. Lederne sitter sammen i en ledergruppe som møtes ca. to ganger i måneden.

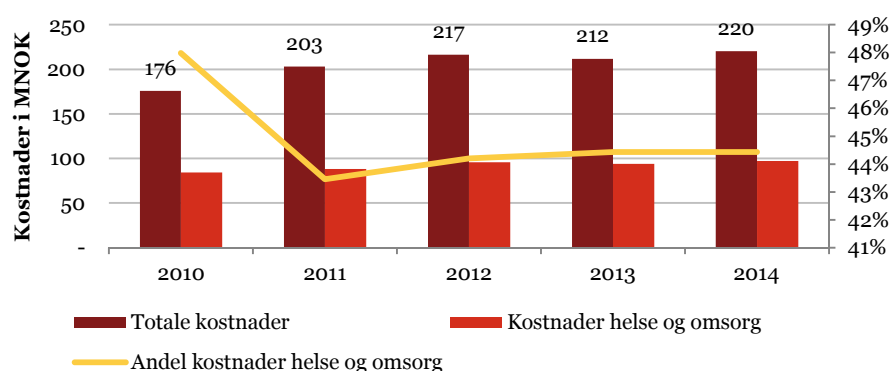
Slik vi oppfatter det er det liten grad av ressursutnyttelse på tvers av de ulike enhetene. Med dette mener vi at selve utførelsen av oppgaver gjøres innenfor de enkelte enhetene, med de ressursene som er tilgjengelige i denne enheten, og i mindre grad på tvers av enhetene. Dette vil kunne være en fordel i enkelte tilfeller, men kan også sees på som utfordrende dersom en ønsker å utføre gjennomgående tiltak i sektoren. Skillet mellom enhetene kan også i enkelte tilfeller sees på som unaturlige. Spesielt fremstår organiseringen av tjenestetilbudet til mennesker med nedsatt funksjonsevne som lite hensiktsmessig, hvor dette splittes i to forskjellige enheter avhengig av om brukerne er over eller under 18 år.

Tjenestekontoret ble opprettet i 2013 og står for selve saksbehandlingen rundt tildeling av tjenester. De formulerer vedtak som følger behandling og tildeling i henhold til budsjettfullmaktene dvs. at selve godkjenningen av vedtak ligger hos enhetene. Tjenestekontoret består av 4 ansatte fra de ulike enhetene, som har en brøkdel av sine stillinger innenfor tjenestekontoret. Problemstillinger knyttet til tildeling av tjenester mot mulige rammer vil ofte kunne være utfordrende for sektoren. Målet med opprettelsen av tjenestekontoret var å samordne tiltak og kunne se på tvers av enhetene. Det arbeides fortløpende med å videreutvikle tjenestekontoret for å tilpasse tjenestetilbudet til behovet.

#### 3.1.2. Kostnadsbilde

Budsjetterte netto driftsutgifter til helse og omsorg utgjorde ca. 44 % av nettobudsjettet for Fusa kommune<sup>1</sup> i 2013. Denne andelen har vært stabil de siste tre årene, og er også budsjettert til å være 44 % i 2014.

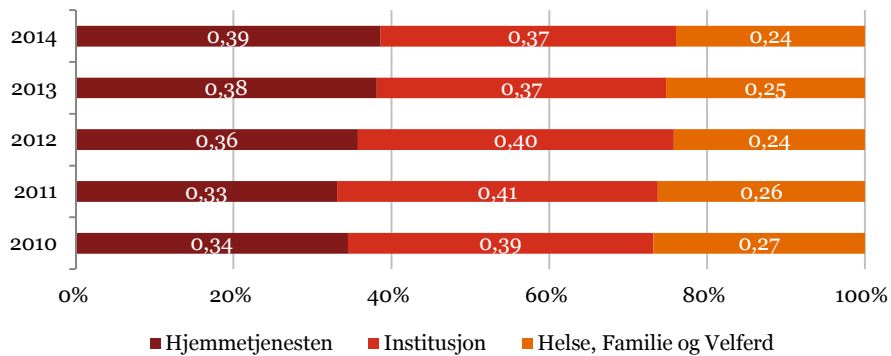
**Kostnader og andel helse- og omsorg i %**



<sup>1</sup> Handlingsplan Fusa Kommune Økonomiplan 2011-2017, årsbudsjett 2014, årsregnskap Fusa Kommune 2010-2013

Budsjettet for helse- og omsorgssektoren utgjorde ca. 94,1 millioner kr netto i 2013. Denne summen er budsjettert til å stige til 97 millioner kr i 2014. Vi ser av figuren under at fordelingen i budsjettet for 2014 mellom de tre enhetene forventes å være tilnærmet lik fordelingen for budsjettet i 2013. Institusjonens kostnadsandel forventes tilnærmet uendret, kostnadsandelen for hjemmetjenester forventes å øke noe, og andelen for helse, familie og velferd forventes noe redusert.

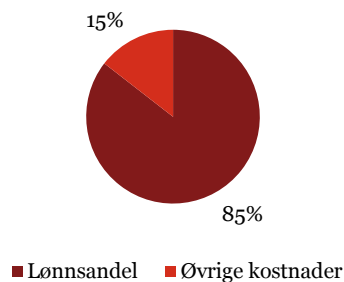
### Kostnadsfordeling helse og omsorg over tid



Det har ikke vært store variasjoner i fordelingen mellom enhetene over tid. Vi ser at det har vært en mindre reduksjon i andelen til Institusjon og Helse, familie og velferd, og en økning i andelen til Hjemmetjenesten. Kostnadene til helse- og omsorgssektoren har steget fra 84,3 millioner kr i 2010 til budsjetterte 97 millioner kr i 2014, og kostnadene til Hjemmetjenesten har vokst raskere enn i de andre sektorene.

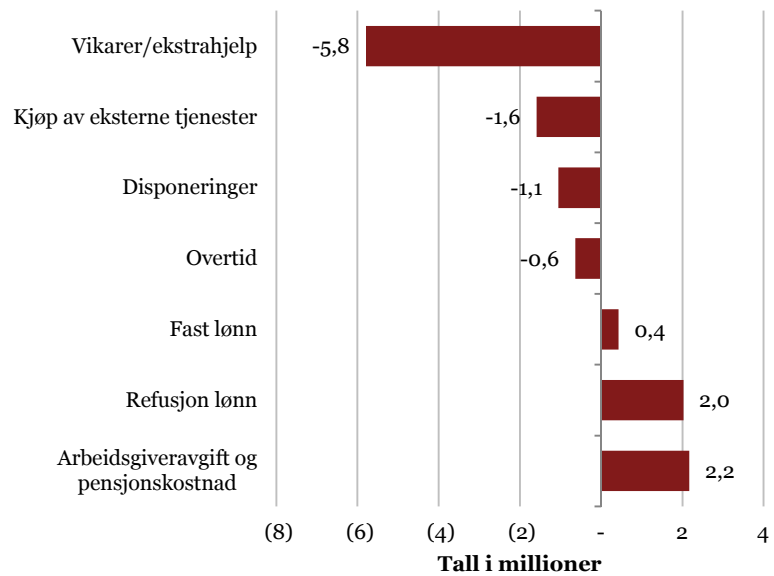
Bruttokostnader til helse og omsorg i Fusa på 114 millioner kr i 2013 utgjorde ca. 42 % av de totale brutto kostnadene, som var på 273 millioner kr. Av kostnadene i helse og omsorg på 114 millioner kr var 85 % (98 millioner kr) lønnskostnader.

### Lønnsandel helse og omsorg



Faktiske kostnader i Fusa kommune for helse og omsorg ble ca. 4,5 millioner kr høyere enn budsjett for 2013. Av dette utgjør 1,6 millioner kr merforbruk innen personal- og vikarkostnader. Pensjonskostnadene avviker positivt med ca. 2 millioner kr slik at det reelle merforbruket eks. pensjon er på ca. 3,6 millioner kr. Det største avviket var økt bruk av vikarer, som ble 5,8 millioner kr høyere enn budsjettet (inkludert "Kjøp av tjenester fra private"). I sum steg vikarbruken med ca. 2 millioner kr sammenlignet med 2012. Avviket i vikarkostnader skyldes delvis budsjettmetodikk og hjemmelsbudsjettering (en budsjetterer fastlønn i stedet for planlagt vikarbruk). Videre er bruken av vikarer i stor grad knyttet til rekrutteringsvanskeligheter.

### Helse og omsorg - Avvik mot budsjett 2013



Vi observerer også at faktiske pensjonskostnader ble lavere enn budsjettert, samt at refusjon lønn ble høyere enn budsjettert. Dette bidro til at det totale avviket mot budsjett ble mindre. Økt refusjon bidro delvis til å finansiere det økte vikarforbruket.

Organisering av vikarer ved fravær er normalt et krevende arbeid for sektoren. God planlegging av inndekking av langtidsfravær samt god samhandling med øvrige avdelinger ved korttidsfravær vil ofte kunne utgjøre en forskjell i kostnadsbildet.

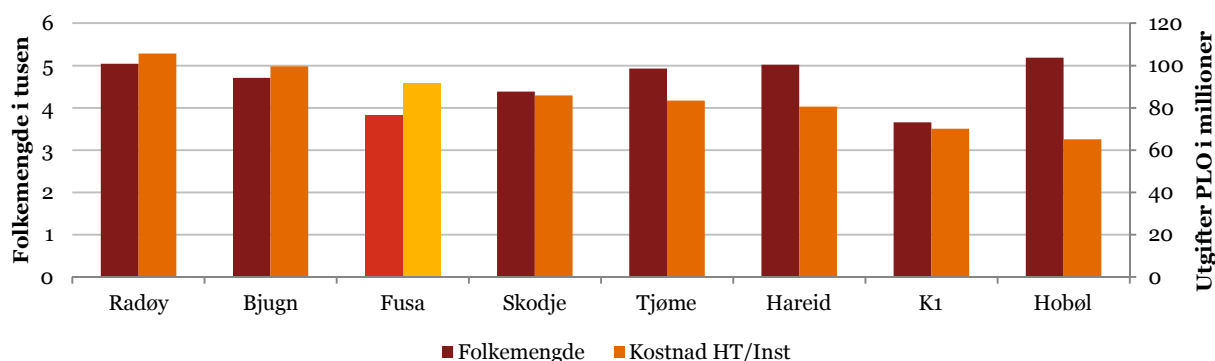
#### 3.1.2.1. Helse og omsorg i KOSTRA

I KOSTRA er "Pleie og omsorg" (PLO) definert som hjemmetjenester, institusjon og aktivisering, og omfatter derfor ikke alle tjenestoområdene som ligger under helse- og omsorgssektoren i Fusa kommune. Tjenestoområdene som i Fusa kommune inngår i "Helse, familie og velferd" (HFV), er delt opp i andre områder i KOSTRA, bl.a. barnevern, sosialtjenester og kommunehelse. I denne rapporten vil derfor grafer basert på KOSTRA under dette avsnittet (Pleie og omsorg) utelukkende bestå av institusjons-, hjemmetjeneste- og aktiviseringskostnader.

Aktiviseringskostnader utgjør bare en liten del av de totale kostnadene i PLO for kommunene som inngår i denne undersøkelsen, i snitt 5 % for alle kommunene i perioden 2007 - 2013, og mellom 3 % og 4 % for Fusa kommune i samme periode. Av denne grunn konsentrerer vi analysen om de største kostnadsområdene, som er hjemmetjenesten og institusjon.

Av kommunene som er med i undersøkelsen, har Fusa kommune lavest antall innbyggere, om en ser bort fra K1-snittet. Likevel hadde Fusa de tredje høyeste utgiftene knyttet til PLO i 2013. Dette medfører at Fusa kommune hadde de høyeste kostnadene til PLO per innbygger i denne undersøkelsen. Brutto driftsutgifter til PLO utgjorde 23 900 kr per innbygger i 2013. Dette er nesten 5 000 kr høyere enn K1-snittet på 19 000 kr. Dersom Fusa kommune hadde vært på K1 snittet ville dette medført en betydelig besparelse.

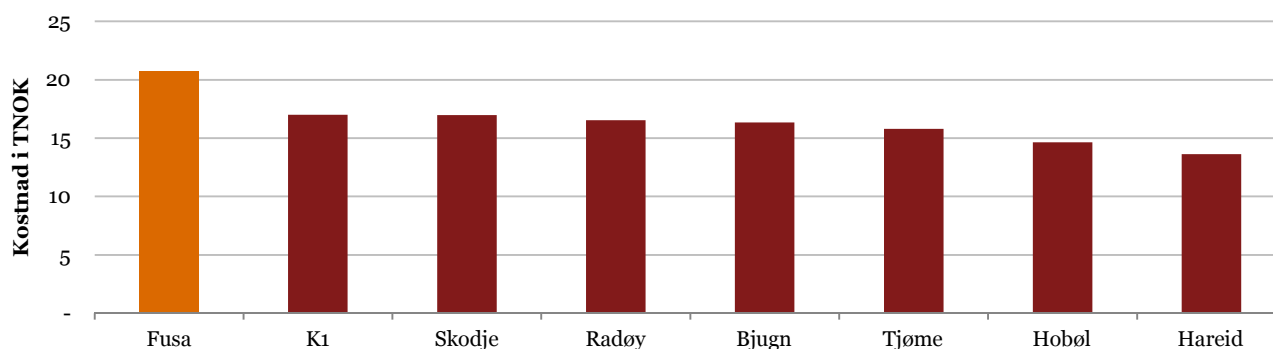
## Folkemengde og brutto driftsutgifter i kr til PLO



Ettersom kommunene får refundert utgifter sentralt, vises nettokostnader i de påfølgende figurene.

Ifølge KOSTRA-tall utgjorde netto driftskostnader til PLO ca. 20 700 kr per innbygger i Fusa kommune i 2013. Snittet for K1-kommunene er ca. 17 000 kr, og snittet for referansekommunene i sammenligningen er ca. 16 000 kr. Forskjellen mellom Fusa og snittet for K1-kommunene er ca. 22 %.

## Netto driftsutgifter PLO per innbygger



Dersom Fusa kommune hadde ligget på det samme nivået i kostnader per innbygger som snittet for K1-kommunene, ville dette utgjort en årlig besparelse på ca. 14,0 millioner kr, regnet ut ved forskjellen i kostnad per innbygger mellom K1 og Fusa kommune, multiplisert med de 3 829 innbyggerne (2013) i Fusa kommune.

For at kommunesektoren skal kunne gi et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne sine, må en ta hensyn til slike strukturelle kostnadsforskjeller når de økonomiske rammene for den enkelte kommune blir fastsatt. Eksempler på slike forskjeller i kostnader er ulik aldersfordeling eller reiseavstand innenfor kommunen. For å oppnå en rimelig utligning av de økonomiske forutsetningene, blir òg inntektene utlignet. Når en skal sammenligne kostnader mellom de ulike kommunene, kan det være hensiktsmessig å justere grunnlagene med den indeksen som brukes til å dekke inn for denne type strukturforskjeller.

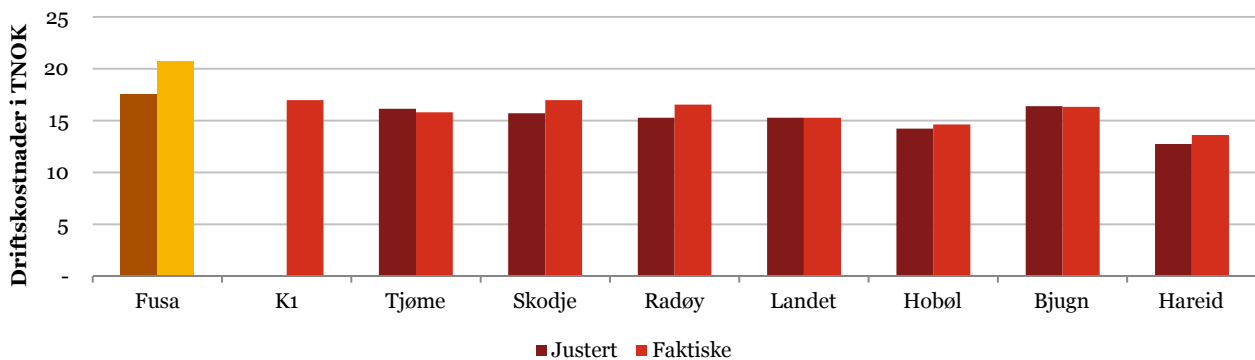
Landsgjennomsnittet for netto driftsutgifter per innbygger lå på 15 278 kr per innbygger. Fusa kommune lå dermed på et nivå som var 36 % over landsgjennomsnittet, noe som var vesentlig høyere enn det indeksberregnede utgiftsnivået man kan forvente at Fusa kommune skal ha i forhold til landsgjennomsnittet, på 18 %.<sup>2</sup>

Ved å justere samtlige kommuner i utvalget i forhold til det indeksberregnede utgiftsnivået finner vi at snittet for netto driftskostnad til PLO per innbygger i øvrige kommuner i undersøkelsen var på 15 100 kr. Dette er et

<sup>2</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/grontheft/gront-hefte.html?id=547024>

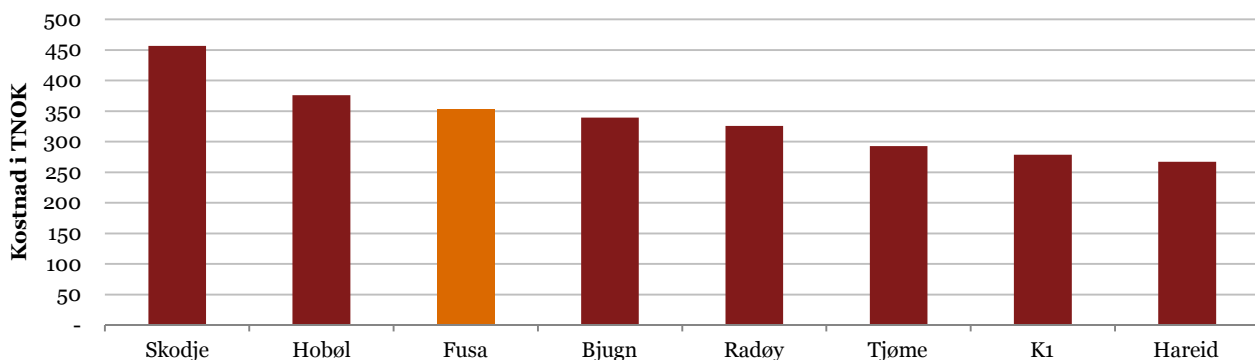
vesentlig lavere beløp enn den justerte kostnaden på 17 600 kr i Fusa kommune, men forskjellen mellom Fusa kommune og de øvrige kommunene er mindre etter justering. Basert på justerte tall finner vi at dersom Fusa kommune hadde ligget på det samme nivået i kostnader per innbygger som snittet for de øvrige kommunene, ville dette utgjort en årlig besparelse på ca. 10,0 millioner kr. Det må imidlertid understrekes at det vil være forskjeller i de ulike kommunene som er brukt i analysen som ikke nødvendigvis kommer frem i kostnadsanalysene, slik at en ikke kan forutsette at en slik innsparing kan hentes ut i Fusa. Slike eventuelle forskjeller er ikke analysert og anses å ligge utenfor rammen av denne rapporten.

### Netto driftskostnader PLO per innbygger 2013, justert og faktisk



Grafen under indikerer at Fusa kommune også lå noe over snittet når det gjelder kostnad per mottaker av hjemmetjenester og beboere på institusjon i 2013. Dette kan skyldes at en høyere andel av pleietrengende i Fusa kommune får institusjonsplass, noe som i de fleste tilfeller er dyrere enn hjemmetjenester. Ettersom Fusa kommune lå ca. 8 600 kr over snittet for øvrige kommuner, ville potensiell innsparing i forhold til snitt i øvrige kommuner være ca. 2,0 millioner kr. I forhold til snittet for K1-kommunene var Fusa hele 74 000 kr dyrere, noe som ville utgjort 16,7 millioner kr dersom en hadde vært på samme nivå som for gjennomsnittet (før indeksjustering av tall). Tar en høyde for indeksreguleringen vil Fusa "merkostnad" reduseres til ca kr 46.000 pr bruker.

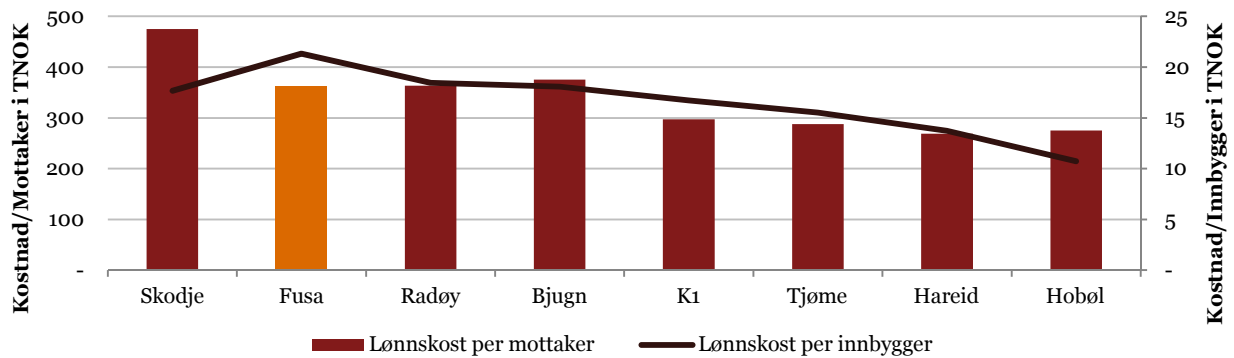
### Netto driftsutgifter PLO per mottaker



Fusa kommune lå litt over snittet for referansekommunene i undersøkelsen når det gjelder lønnskost per mottaker i 2013, og et stykke over K1-snittet. Videre ser vi at Fusa kommune lå høyest når det gjelder lønnskostnader til PLO per innbygger. Dette samsvarer med forskjellen i totale kostnader per innbygger vi fant innledningsvis, og er naturlig ettersom lønnskostnader utgjør en så stor del av totale kostnader. Dersom Fusa kommune hadde ligget på nivå med snittet for K1 når det gjelder lønnskostnader per mottaker, ville dette

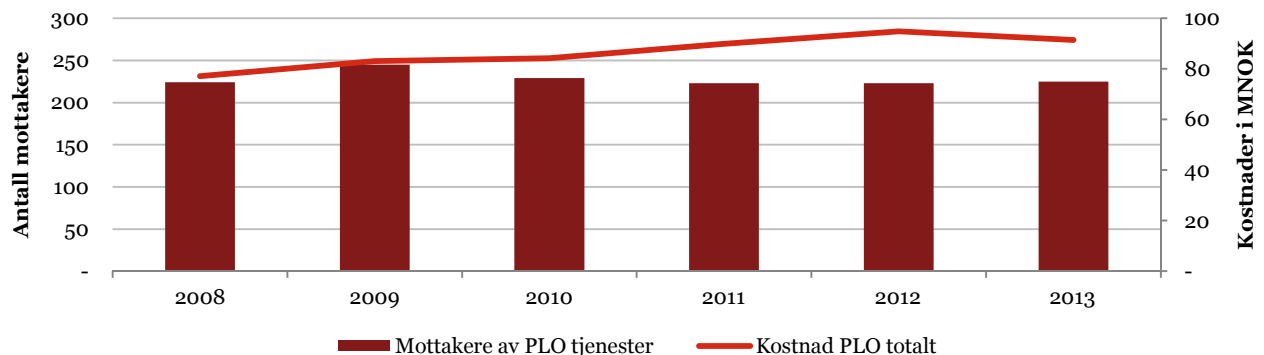
medført en besparelse på ca. 14,8 millioner kr. Analyser viser også at det har vært en lønnsvekst utover inflasjon, i tillegg til at det har blitt rekruttert flere ansatte.

### Lønnskostnader i PLO per mottaker og innbygger



KOSTRA-statistikk viser at selv om antall mottakere av PLO-tjenester i sum har vært relativt stabil de siste årene, har de totale brutto driftsutgiftene steget med 20 % utover inflasjonen mellom 2008 og 2013.

### Mottakere av PLO-tjenester og kostnad i Fusa, 2008-2013



Veksten i lønnskostnader utover inflasjon i Fusa kommune har vært på 20 % i perioden, noe som i stor grad forklarer den totale kostnadsveksten på 19 %. Den høye veksten er ikke unaturlig, og forklares ved at sykepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere hadde en reallønnsvekst på 11,2 % fra 2008 til 2013<sup>3</sup> (2,5 % per år). En økning i antall årsverk på 6 % i den samme perioden gir en forventet økning i totale kostnader på ca. 18 %, noe som ikke er veldig langt fra lønnskostnadsveksten på 20 %.

Veksten i antall årsverk i perioden på 6 % er blant den laveste i undersøkelsen. Kun Hobøl kommune og Hareid kommune hadde lavere vekst i antall årsverk enn Fusa kommune. Snittet for K1-kommunene hadde til sammenligning en vekst i årsverk på 8 % i samme periode.

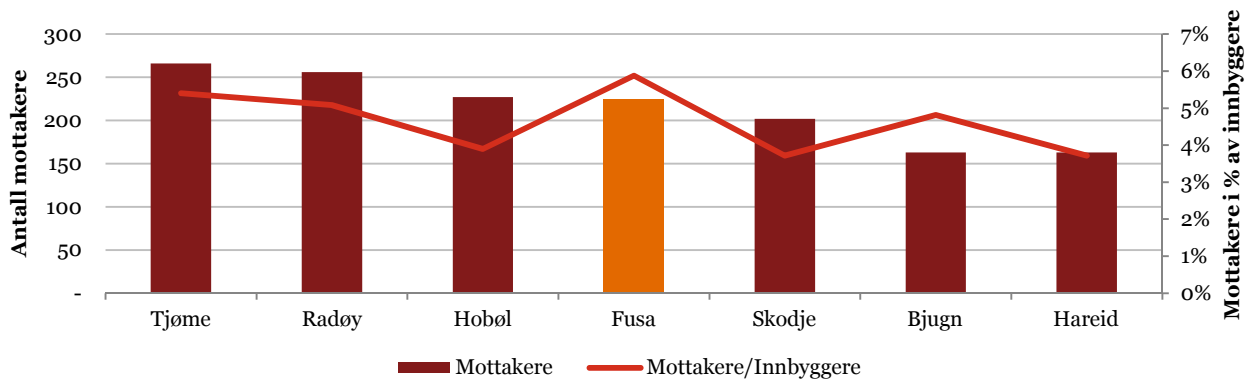
Sammenlignet med referansekommunene i undersøkelsen ser vi at Fusa kommune har hatt den laveste veksten i brutto driftskostnader totalt sett, samtidig som de har hatt et stabilt antall mottakere. I andre kommuner har veksten i kostnadene vært større enn i Fusa kommune, selv med en reduksjon i antall mottakere.

<sup>3</sup> Statistisk sentralbyrå



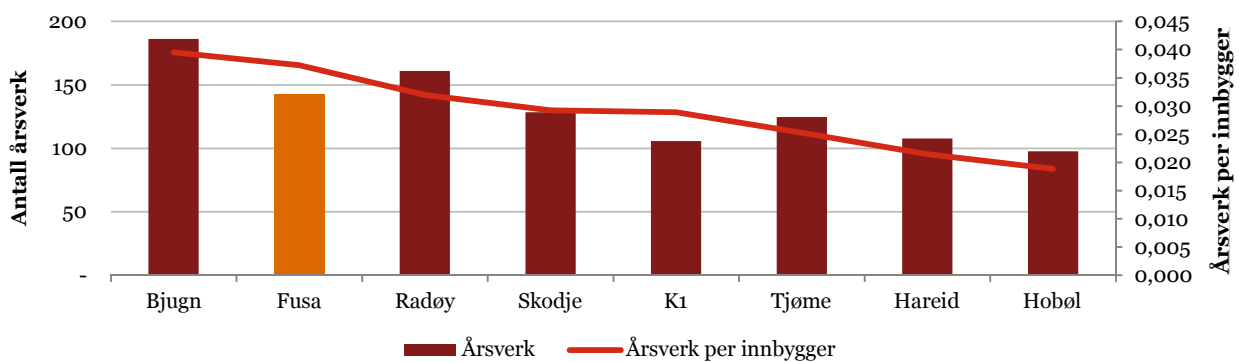
Figuren under viser at Fusa kommune i 2013 hadde det tredje høyeste antall mottakere av PLO-tjenester sammenlignet med referansekommunene i undersøkelsen, og dermed var en klart større andel av befolkningen i Fusa kommune mottakere av PLO-tjenester. Av befolkningen i Fusa kommune mottok 5,87 % enten hjemmetjenester eller var beboer på institusjon. Snittet blant referansekommunene var 4,8 %. Fusa lå med andre ord 22 % over snittet for sammenligningsgruppene, noe som kan indikere en lavere terskel for tildeling av tjenester i Fusa kommune i forhold til referansekommunene.

### Mottakere av PLO-tjenester totalt og i % av innbyggere



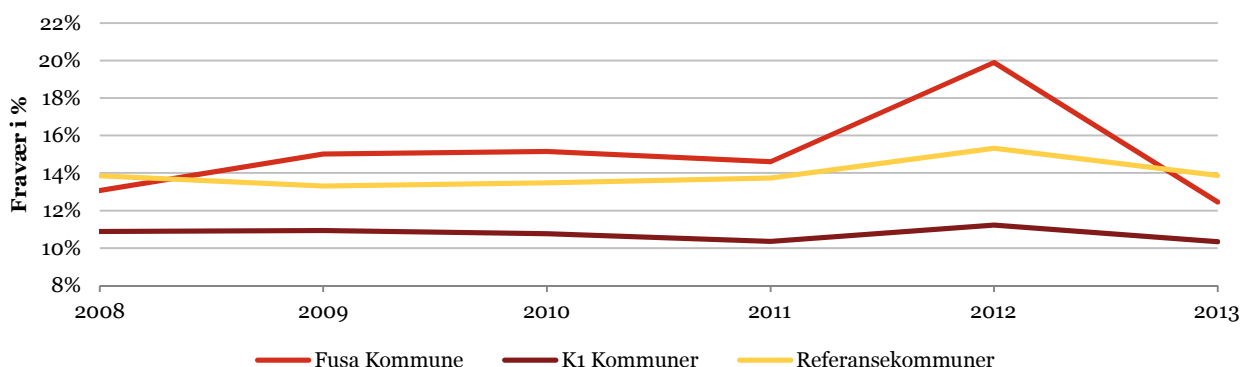
Fusa kommune hadde også det tredje høyeste antallet årsverk i 2013 sammenlignet med de andre referansekommunene, og samtidig hadde de nest flest årsverk per innbygger. Dette gjør at lønnskostnader per innbygger i PLO-sektoren er den høyeste blant kommunene i sammenligningen.

### Antall årsverk og årsverk per innbygger, PLO



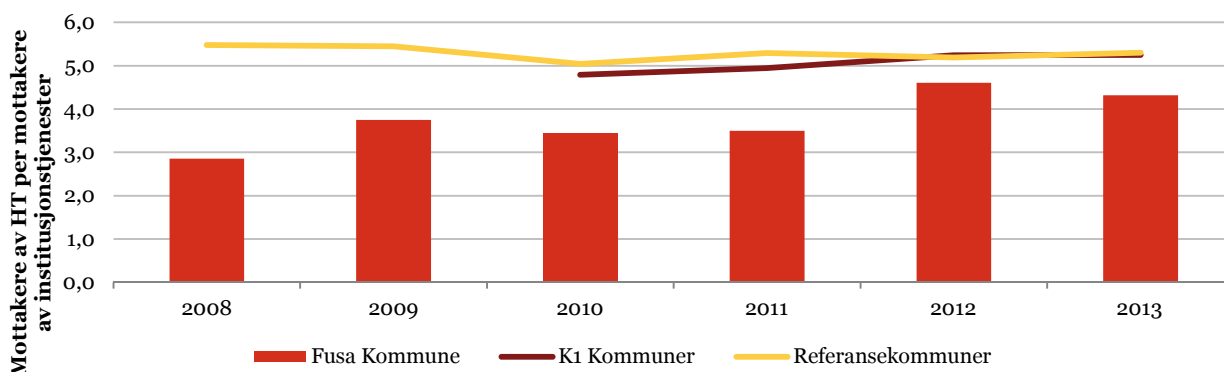
Fra KOSTRA-tall finner vi at fraværet i PLO-sektoren generelt er høyere i Fusa kommune enn K1-snittet og snittet for referansekommunene i undersøkelsen. Fraværet i Fusa kommune var på nesten 20 % i 2012 ifølge KOSTRA-tallene, og falt med over 7 prosentpoeng til 12,5 % i 2013. Det kan se ut som at 2012 var et unntaksår (eller det kan skyldes varierende kvalitet/nøyaktighet på rapportering).

## Fravær i PLO



En del av forklaringen på den høye totale kostnaden per innbygger kan skyldes både en komparativt eldre befolkning enn K1- og referansekommunene og at Fusa kommune har en relativt større andel av brukere på institusjon i forhold til hjemmetjeneste. Kommuner med en større andel av sine PLO-mottakere på institusjon vil sannsynligvis ha høyere kostnader knyttet til PLO. Miksen for Fusa kommune, K1-snippet og snittet for referansekommunene i denne undersøkelsen er vist i figuren under. Merk at KOSTRA-databasen bare inneholdt tall for K1 fra og med 2010.

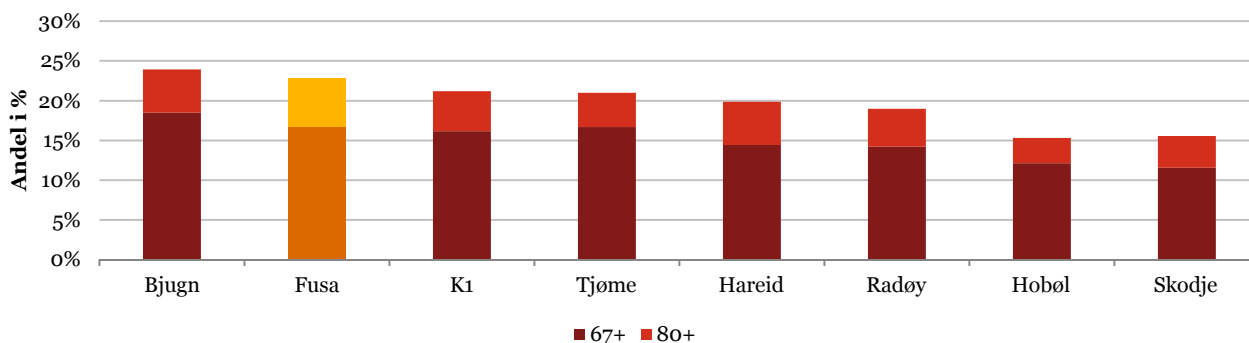
## Miks mellom mottakere av HT og beboere i institusjon



Tabellen viser forholdet mellom antall mottakere av hjemmetjenester og beboere på institusjon. Et høyt tall tilsier en større andel hjemmetjenestemottakere i forhold til beboere på institusjon. Vi ser at Fusa kommune generelt ligger lavere enn snittet for både referansekommunene i undersøkelsen og K1-snippet, men at forskjellen er avtagende. Ettersom figuren tyder på at det er Fusa kommune som nærmer seg de øvrige kommunene, betyr dette at Fusa kommune er blitt mer hjemmetjenesteorientert enn institusjonsorientert de siste årene. Det var likevel en forskjell av en viss størrelse i 2013 som kan bidra til å forklare de relativt høye kostnadene til PLO per innbygger i Fusa kommune.

Tabellen under viser at Fusa kommune i 2013 var kommunen med høyest andel av innbyggere over 80 år. Bjugn hadde størst andel av befolkning over 67 år. Innbyggere over 80 kan være ressurskrevende, og av den grunn er det naturlig at Fusa kommune bruker mer penger per innbygger til pleietjenester. Fusa kommune hadde en befolkningsandel over 80 år på ca. 6 %. Tilsvarende tall for Bjugn kommune og K1 kommunene var 5,4 % og 5 %.

### Andel av befolkningen fra 67-79 år og andel fra 80+ år (2013)



### 3.1.3. Brukere

Bruken av tjenester varierer stort i livsløpet. Der typisk barn har behov for helsetjenester knyttet til helsestasjonen, vil eldre kunne ha behov for hjemmetjenester eller institusjonsplass. Mennesker med nedsatt funksjonsevne vil ha behov for vesentlige tjenester gjennom hele livsløpet. Mye av tjenestetilbudet som tilbys er dekket av lovregulerte krav.

Basert på samtaler med enhetslederne i helse og omsorg forstår vi det slik at utviklingen er at det har blitt flere brukere med store behov for hjelp. Dette skyldes at det kommer stadig nye brukere til, samtidig som at terskelen for hjelp er blitt hevet. Resultatet er at de som mottar hjelp er mer pleietrengende enn før.

### 3.1.4. Ansatte

De ansatte i helse- og omsorgssektoren ved Fusa kommune er i stor grad knyttet til egen enhet, og det er liten grad av ressursutnyttelse på tvers av de ulike enhetene. Det samarbeides i den utstrekning at man har dialog hver dag om hvorvidt man har ressurser som kan dekke inn fravær ved andre enheter, og videre samarbeides det i større grad på natt. På natt har institusjon og hjemmetjenester felles base, og dette gjør det lettere å benytte ressursene på tvers. Slik organiseringen er i dag, er det imidlertid vanskeligere å få til ressursutnyttelse på tvers av enhetene på dagtid. Ressursene har ikke opplæring innen de andres områder, kjenner ikke til rutiner osv. I tillegg dekker hjemmetjenesten et stort spekter av tjenester, og ressursene flyttes mye internt på avdelingene, hvilket gjør at de allerede må ha kompetanse på mange områder.

Fusa kommune er en IA-bedrift og strekker seg langt for å tilrettelegge arbeidsplassene for sine ansatte. Dette medfører at det i stor grad tilrettelegges for at ansatte skal kunne utføre visse typer arbeid hvor de ellers ville blitt helt sykemeldt. En konsekvens av slik tilrettelegging kan være at man risikerer økt belastning på de ansatte som ikke får tilrettelagte arbeidsoppgaver, med påfølgende økt risiko for høyere sykefravær og behov for å leie inn ekstrahjelp og vikarer.

### 3.1.5. Kostnadsdrivere

Den vesentlige driveren av kostnadene er personalkostnader. Dette innebærer at når en skal gjennomføre tiltak, vil det være kostnader knyttet til personell som er naturlig å vurdere. Endringer/reduksjon i kostnader vil kunne oppnås både ved reduksjon av ansatte og ved å organisere de ansatte på en annen måte. Kostnader til sykefravær er tradisjonelt sett betydelige innen denne sektoren, og da spesielt korttidsfravær som ikke gir lønnsrefusjon.

## 3.2. Institusjon

### 3.2.1. Organisering

Institusjonsdriften er i dag knyttet til sykehjemmet i Eikelandssosen, Fusa Bu- og Behandlingscenter (FBBS). I dag har de 40 plasser og 53,3 årsverk. Sykehjemmet er delt inn i demensavdeling med 16 plasser, langtidsavdeling med 12 plasser, korttidsavdeling med 11 plasser og Øyeblikkelig Hjelp (ØH) med én plass. Korttidsavdelingen og ØH-sengen gjør at de må ha høy kompetanse og beredskap, og demensavdelingen innebærer en del ressurskrevende pasienter.

I 2008 ble demensavdelingen inkludert i institusjonsdriften etter at aldershjemmet ble lagt ned. Dette lå tidligere under hjemmetjenesten. Sykehjemmet fikk dermed et totalt antall plasser på 48, og en topp på antall syke. I denne perioden hadde de inne flere pasienter enn de hadde plasser til.

I 2012 kuttet de 3,8 årsverk (assistent og hjelpepleiere) og la ned 8 plasser. Kutt i årsverk ble løst naturlig ved å la være å ansette nye etter hvert som folk gikk av med alderspensjon.

På sykehjemmet drives i tillegg produksjonskjøkken som også leverer middag til kjøp for hjemmeboende. Leveranse til hjemmeboende er med på å danne grunnlag for økonomisk fornuftig drift.

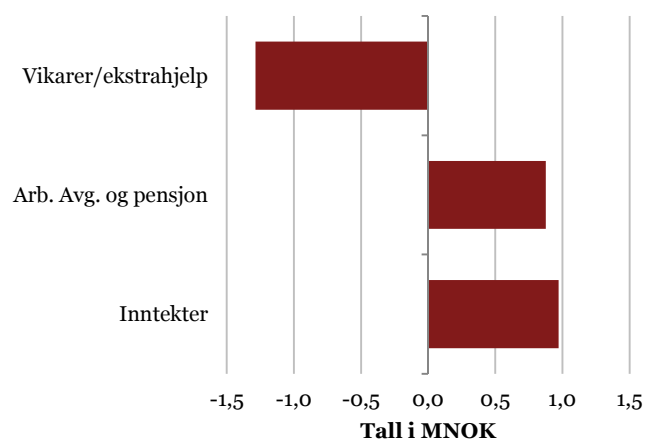
Det er vedtatt å bygge om de 12 langtidsplassene til 10 omsorgsboliger. Arbeidet har vært i stillstand i ca. 1 år pga. manglende kapasitet på teknisk avdeling/prosjektledelse. Administrasjonen regner med at denne ombyggingen vil gi billigere institusjonsdrift, og estimerer en årlig besparelse på ca. 50 000 kr per plass. Videre vil dette medføre at de kan søke refusjon for særlig ressurskrevende brukere under 67 år.

### 3.2.2. Kostnadsbilde

Kostnadssammensetningen i institusjon minner i stor grad om den for PLO generelt. I budsjettet for 2013 utgjorde lønnskostnader ca. 36,5 millioner kr, eller 87,5 %, av totale brutto driftsutgifter på 41,0 millioner kr. Hele 61 % var faste lønnskostnader. Vikarbruken utgjorde ca. 15 %, eller 5,5 millioner kr.

Institusjonstjenesten i Fusa kommune leverte nesten 1 millioner kr bedre enn budsjettet i 2013, selv om kostnaden til vikarbruk var ca. 1,3 millioner kr høyere enn budsjettet. Avviket på vikarbruk henger sammen med budsjettmetodikk av vikarkostnader. De positive bidragene var reduserte kostnader til arbeidsgiveravgift og pensjon samt ca. 1,0 millioner kr i økte inntekter i forhold til budsjett. Økte inntekter skyldes at de tok inn gjestepasienter pga. ledig kapasitet, og fikk betalt for dette.

Institusjon - Avvik mot budsjett 2013

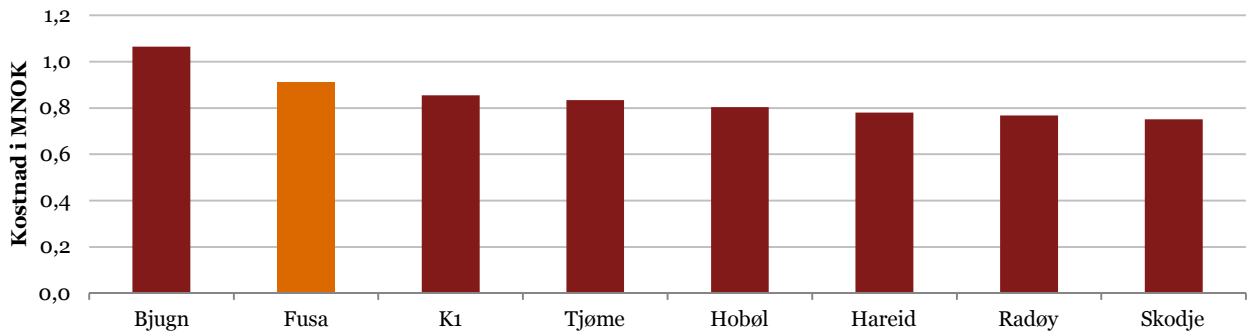


### 3.2.2.1. Institusjon i KOSTRA

Kostnader knyttet til institusjon i KOSTRA inkluderer FBBS og avlastningstilbud i enhet Helse, familie og velferd.

Netto driftsutgifter til institusjon per beboer i Fusa kommune var 910 000 kr i 2013. Fusa kommune var den kommunen med nest høyest institusjonskostnad per beboer i undersøkelsen, og forskjellen til K1-snittet var 56 000 kr per beboer.

#### Netto driftsutgifter institusjon per beboer



Brutto driftsutgifter per beboer i Fusa kommune var på 1,0 millioner kr, mens snittet for referansekommunene og for K1-snittet var på ca. 1,0 millioner kr. Dette tilsier at institusjonstjenesten i Fusa kommune er gjennomsnittlig effektiv, og at forskjellen mellom netto- og bruttokostnad per beboer skyldes forskjeller i inntekt/refusjoner per institusjonsplass mellom kommunene. System for inntekter fra beboere er sentralt fastsatt og er ikke påvirkbar fra institusjonen.

Det faktiske antall plasser opplyst av Fusa kommune er lavere enn det som fremkommer i KOSTRA-tallene, noe som kan tyde på forskjellig definisjon av institusjon eller at det er forskjellig bruk av antall beboere/antall plasser. For sammenligningens skyld er antall beboere fra KOSTRA benyttet i analysen i dette kapitlet.

Fusa kommune var som tidligere nevnt den kommunen med færrest antall innbyggere i denne undersøkelsen (2013). Likevel hadde Fusa kommune det tredje høyeste antallet beboere i institusjon. Dette medfører at Fusa kommune hadde den nest høyeste andelen beboere på institusjon av samtlige kommuner i undersøkelsen, marginalt bak Radøy kommune. Begge kommunene hadde ca. 1,1 % av innbyggerne sine på institusjon.

På grunn av store endringer og feil i rapportering i 2008, har vi sett på utviklingen for institusjon i perioden 2009-2013. KOSTRA-tall viser at Fusa kommune har kuttet antall plasser i institusjon fra 52 i 2009 til 41 i 2013. En interessant observasjon er at brutto driftsutgifter per beboer har steget med 31 %, mens de totale bruttokostnadene kun steg med 18 % i perioden. Netto har kostnaden per beboer steget med 36 %, mens de totale netto kostnadene kun har steget med 7 %. Dette kan tyde på at selv om Fusa kommune har redusert antall plasser, kan det fremdeles være et potensial for effektivisering igjen. I forhold til de andre kommunene i undersøkelsen er det kun Bjugn kommune som i prosentvis større grad enn Fusa har redusert antall institusjonsplasser i analyseperioden. Samtidig har nettokostnadene per beboer i Bjugn kommune steget, det samme som observert i Fusa kommune.

	Antall plasser	Vekst i bruttokost per beboer	Endring i nettokost per beboer
<b>Fusa</b>	-21 %	31 %	36 %
<b>Tjøme</b>	28 %	4 %	-2 %
<b>Radøy</b>	4 %	16 %	4 %
<b>Skodje</b>	7 %	-14 %	-14 %
<b>Bjugn</b>	-41 %	38 %	37 %
<b>Hobøl</b>	38 %	-14 %	-17 %
<b>Hareid</b>	-10 %	7 %	-1 %

Tabellen viser endring fra 2009-2013.

Når det gjelder antall brukere med omfattende bistandsbehov i institusjon skilte ikke Fusa kommune seg nevneverdig ut i forhold til snittet for K1 eller snittet for referansekommunene i 2013. Fusa kommune hadde en andel på ca. 76 % (1 % av totale beboere i institusjon) i 2013, mot snitt for K1-gruppene på ca. 74 % og snitt for referansekommunene på ca. 72 %.

Antall lege- og fysioterapeuttimer per beboer i institusjon i Fusa kommune ligger også rundt gjennomsnittet i undersøkelsen, og skiller seg ikke nevneverdig fra K1- og referansekommunene. I forhold til K1-snittet tilbyr Fusa kommune litt flere legetimer, men også litt færre fysioterapitimer.

Antall årsverk i institusjon har vært relativt stabilt i analyseperioden og kun variert mellom 51 og 57 årsverk. Det var et relativt stort fall fra 2012 til 2013, hvor antall årsverk falt fra 57 til 52. Ettersom antall årsverk var 51 i 2008, betyr dette en beskjeden økning på kun 1 årsverk i perioden når vi ser på perioden totalt sett.

### 3.2.3. Brukere

Brukere ved institusjon varierer gjennom året som følge av sammensetningen av tilgjengelige senger. Variasjon i korttidsposten vil variere mer enn langtidsposten. Korttidsposten har opphold som varer mellom 2-8 uker, avhengig av behov og det tilbudet som kan tilbys utenfor institusjon. Det er god dialog om flytting av brukere fra korttidsplasser til hjemmetjenesten.

### 3.2.4. Ansatte

På sykehjemmet er de nede i 1 sykepleier på dag noen ganger, hvor denne sykepleieren gjerne er avdelingsleder. Det kan til tider være vanskelig å få tak i nok sykepleiere. Dette medfører krevende ressursplanlegging i forbindelse med oppsett av turnus og endringer i denne på grunn av fravær.

## 3.3. Hjemmetjenesten

### 3.3.1. Organisering

Hjemmetjenesten består av hjemmetjenester til omsorgsboliger, hjemmetjenester i hjemmet, samt dagsenterdrift, og er organisert i to områder – Baldersheim og Eikelandsosen, pluss tiltak for funksjonshemmede. Området Eikelandsosen var tidligere skilt i Eikelandsosen og Fusa, men nå er dette samlet under ett område. Under enhetsleder er det tre avdelingsledere, og hjemmetjenesten har 58,9 årsverk. Det er fire dagsentertilbud, inkludert dagsenter for tiltak for funksjonshemmede. I Eikelandsosen har de ett lokale som benyttes som dagsenter for eldre tre dager i uken, og som dagsenter for demente tre dager i uken. På Baldersheim er det også dagsenter for eldre to dager i uken, i tillegg til at dagsenter for psykisk utviklingshemmede nå er lokalisert på Baldersheim. Dagsenter for psykisk utviklingshemmede var tidligere også lokalisert i Eikelandsosen, men på grunn av dårlig innelima måtte dette flyttes til lokaler på Baldersheim. Dette medfører blant annet at man ikke får benyttet ressurser i tiltak for funksjonshemmede optimalt.

Videre har hjemmetjenesten omsorgsboliger i Eikelandsosen, på Baldersheim og på Fusa. Disse er ikke bemannet. Brukerne får hjelp etter enkeltvedtak. Under tiltak for funksjonshemmede har de to omsorgsboligkomplekser som ligger så langt fra hverandre at de ikke får benyttet ressurser på tvers.

Etter en omorganisering i 2012/2013 hvor man skulle kutte ca. 1,5 millioner kr, har det blitt kuttet en avdelingslederstilling, en dagvakt og en kveldsvakt. I tillegg ble det kuttet en halv stilling i avdeling for funksjonshemmede og kuttet 20 % hjemmehjelpsstilling. I denne sammenheng slo man sammen de to avdelingene (områdene) Eikelandsosen og Fusa. Endringer i organisering kan medføre utfordringer. Logistikkmessig har man imidlertid sett god effekt av sammenslåingen ettersom man har fått utnyttet ressurser og kompetanse bedre. Dette har også redusert sårbarheten.

Brukere i tiltak for funksjonshemmede er organisert under hjemmetjenesten dersom de er over 18 år. Dette tilsvarer "Avlastning" i enhet for Helse, familie og velferd dersom brukerne er under 18 år. Tiltak for funksjonshemmede er organisert i mange boenheter, som gjør det krevende for lederen å følge opp. Man har også sett en økning i brukerbehovet i denne avdelingen, samtidig som det er vanskelig å få rekruttert kvalifisert personell.

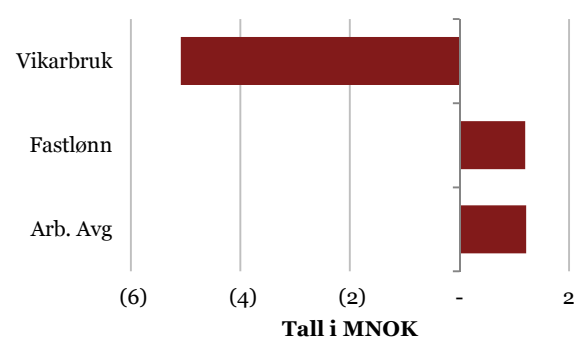
### 3.3.2. Kostnadsbilde

Kostnadene i hjemmetjenesten i Fusa kommune er nesten utelukkende lønnskostnader (tilsvarende som for øvrige kommuner). Hele 91 % eller ca. 41,5 millioner kr av de totale ca. 45,5 millioner kr i kostnadene til hjemmetjenesten i 2013 var lønnskostnader. Fastlønn utgjorde ca. 24,5 millioner kr, mens arbeidsgiveravgift og pensjon utgjorde ca. 8,7 millioner kr og vikarhjelp ca. 8,0 millioner kr. Dersom man inkluderer posten "Kjøp av eksterne tjenester" under vikarhjelp, beløp vikarbruken seg til totalt ca. 9,3 millioner kr i 2013.

Som for institusjon viser det seg at det hovedsakelig er vikarbruken som skaper det største avviket mot budsjett. Vikarbruk, inkludert kjøp av eksterne tjenester, var ca. 5,0 millioner kr mer enn budsjettet.

Redusert fastlønn og arbeidsgiveravgift motvirket budsjettsprekken med en positiv effekt på ca. 2,4 millioner kr.

Hjemmetjenesten - Avvik mot budsjett 2013

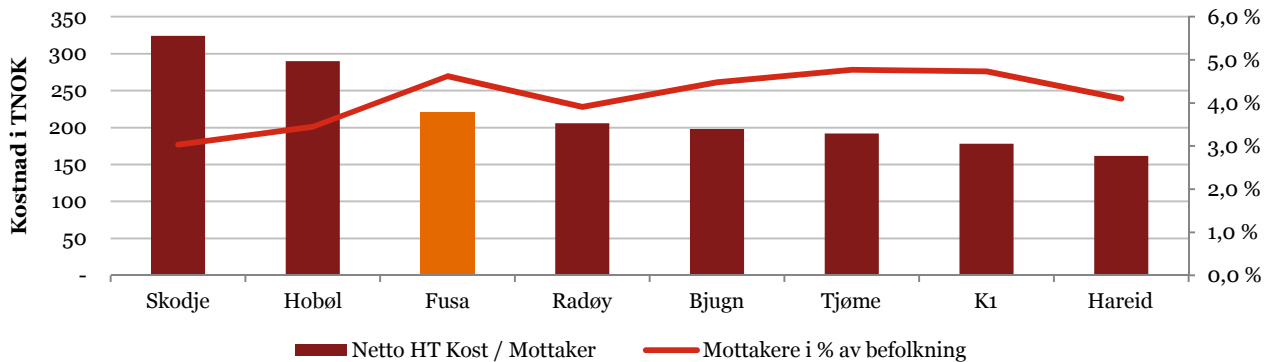


### 3.3.2.1. Hjemmetjenesten i KOSTRA

KOSTRA-statistikk viser at Fusa kommune lå på nivå med snittet når det gjelder netto driftsutgifter per mottaker av hjemmetjenester i 2013, selv om Fusa kommune var kommunen med de tredje høyeste utgiftene per mottaker i undersøkelsen med sine 221 000 kr per mottaker. Til sammenligning var K1-snittet per mottaker 178 000 kr, mens den dyreste kommunen, Skodje kommune, hadde en kostnad per mottaker på over 300 000 kr.

Det kan tenkes at det er dyrere å drive hjemmetjenester i Fusa kommune med sine 378 kvadratkilometer i areal, men både Skodje kommune og Hobøl kommune som hadde høyere kostnader per mottaker enn Fusa kommune, har et areal på henholdsvis 120 og 140 kvadratkilometer. Den eneste kommunen som er større i areal enn Fusa kommune i undersøkelsen, er Bjugn kommune med sine 383 kvadratkilometer, og denne kommunen hadde noe lavere enhetskostnad enn Fusa kommune.<sup>4</sup> Vi vet at Fusa kommune har brukere i "ytterkantene" som mottar hjelp, noe som med på å øke kostnadsnivået. Vi har ikke sammenlignet bosetting i de øvrige kommunene i analysen.

#### Netto driftskostnad per mottaker og mottakere i % av befolkning



Vi har sett at det i 2013 var en høyere andel av innbyggerne i Fusa kommune som var mottakere av PLO-tjenester enn i K1- og referansekommunene. Vi så at andelen beboere på institusjon i prosent av befolkningen var høy i Fusa kommune sammenlignet med de andre kommunene, men til tross for dette finner vi ikke at Fusa har en relativt sett lavere andel mottakere av hjemmetjenesten. Vi ser at også andelen mottakere av hjemmetjenester i prosent av befolkningen, var høy. Tjøme kommune lå marginalt foran Fusa kommune, og det samme gjorde K1-snittet.

Kostnaden per mottaker av hjemmetjenester i Fusa kommune var ca. 260 000 kr (brutto) i 2013, noe som bare var 10 000 kr over snittet for referansekommunene i undersøkelsen. I forhold til snittet for K1-kommunene på 196 000 kr kunne man sagt at det ville være et stort potensiale for innsparing. Dersom Fusa kommune med sine 177 mottakere ifølge KOSTRA hadde ligget på nivå med K1-snittet, ville dette medført en besparelse på ca. 11,2 millioner kr. Dette kan en imidlertid ikke automatisk legge til grunn for gjennomføring av tiltak. Det kan være at K1-kommunene er gjennomsnittlig mye mindre enn Fusa kommune. Det er naturlig at kommuneareal påvirker kostnaden, og vi ser at når det gjelder kostnad per mottaker i Tjøme kommune og Hareid kommune, ligger disse lavt i forhold til de andre referansekommunene, og disse er de minste kommunene med henholdsvis 32 og 82 kvadratkilometers areal.

Justert med samme faktor som for inntektsutjevning, er forskjellen i kostnad per mottaker mellom Fusa kommune og K1-snittet ca. 43 000 kr. En eventuell justert innsparing i forhold til K1-snittet vil derfor beløpe

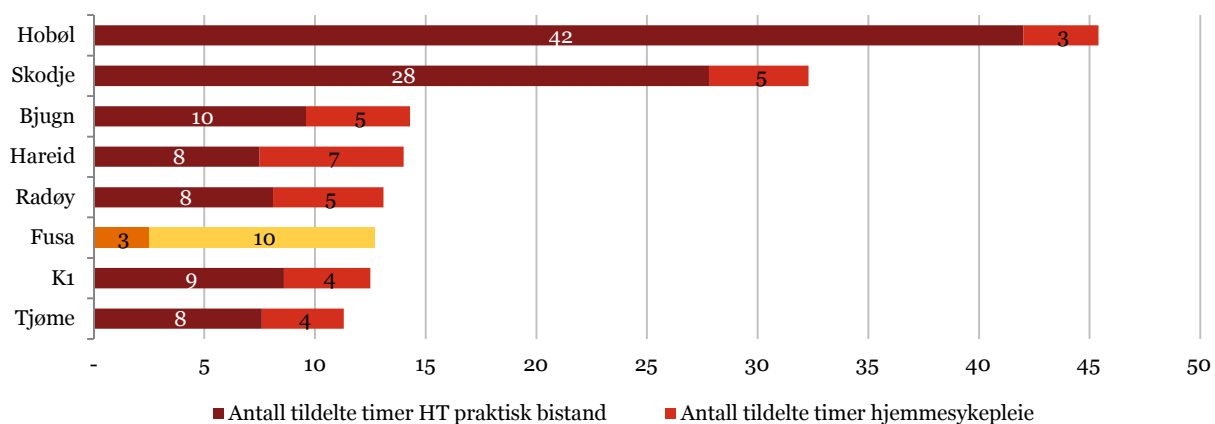
<sup>4</sup> <http://www.statkart.no/Kunnskap/Fakta-om-Norge/Arealstatistikk/Oversikt/>



seg til ca. 7,6 millioner kr. I forhold til de øvrige sammenligningskommunene kommer Fusa vesentlig bedre ut etter utjevning, med et kostnadsnivå per mottaker på ca. 18 600 kroner mindre enn sammenligningskommunene.

En potensiell forklaring på forskjellen i kostnad per mottaker kan være det ulike tilbudet i de forskjellige kommunene. Av grafen under ser vi KOSTRA-tall for antall tildelte timer per mottaker i hjemmetjenesten per uke i 2013. Vi ser at det er et visst samsvar mellom høyt antall tildelte timer og kostnad per mottaker i grafen ovenfor, med unntak av Hareid kommune og Fusa kommune. Fusa kommune lå tredje høyest når det gjelder kostnad per mottaker, men tredje lavest når det gjelder antall tildelte timer i hjemmetjenesten per mottaker per uke. En potensiell forklaring på det relativt lave antallet tildelte timer til en relativt høy kostnad per mottaker, kan være det store arealet i kommunen. Men sammenlignet med Bjugn kommune, som er større enn Fusa, så ser vi at Bjugn klarer å levere 2 timer mer hjemmetjeneste enn Fusa, til en lavere kostnad per mottaker.

### Antall tildelte timer i hjemmetjenesten per uke



Ifølge KOSTRA leverer Fusa kommune en mye større andel hjemmesykepleie kontra praktisk bistand i forhold til K1- og referansekommunene. Fusa kommune tilbyr desidert flest hjemmesykepleietimer, og en substitusjon av disse til praktisk bistand kan medføre en besparelse, dersom de overnevnte tallene er reelle. Vi vet imidlertid at det er en del ulik praksis i registrering av praktisk bistand og at en del timer som er praktisk bistand i Fusa kommune, registreres som hjemmesykepleie fordi arbeidet utføres av hjemmesykepleien for å få effektiv ressursutnyttelse. Her arbeides det med endring i registreringsrutiner for å få mer reelle tall innrapportert fra Fusa kommune til KOSTRA. Av figuren ser vi at både Hobøl kommune og Skodje kommune tilbyr en større mengde timer praktisk hjelp. Den store forskjellen mellom disse to kommunene og de øvrige referansekommunene gjør at vi mistenker "feil" i KOSTRA-rapporteringen, men timeantallet for disse kommunene har også vært høyt i tidligere år.

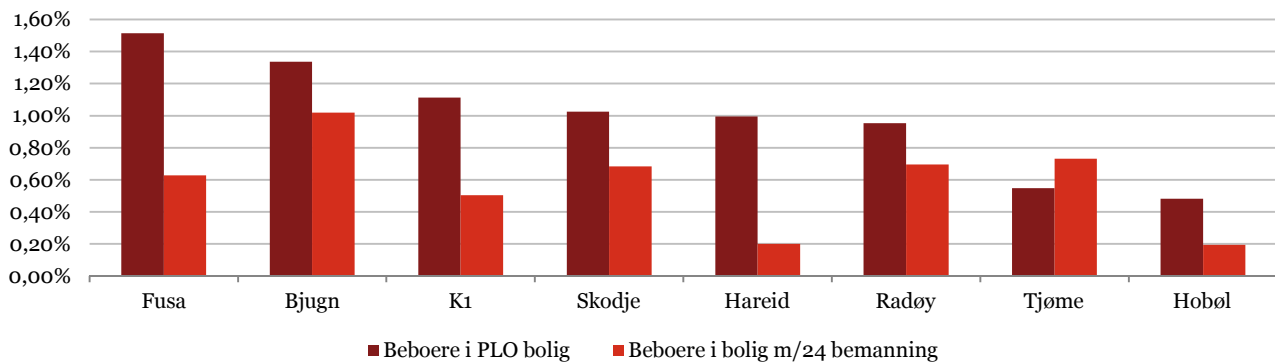
KOSTRA-tallene viser at praktisk bistand i Fusa kommune var billigere for brukerne enn i sammenligningskommunene i 2013. Fusa kommune var den kommunen i undersøkelsen som tok nest minst betalt per bruker for hjemmetjenester, med 1.265 kr i snitt. Snittet i undersøkelsen var på ca. 2.400 kr, og den høyeste prisen ble tatt i Skodje kommune, med 4.400 kr.

Det har vært et stabilt antall mottakere av hjemmetjenester i Fusa kommune i perioden 2008 til 2013. Produktiviteten har steget med 1 time i samme periode, noe som tilsvarer 8 %, mens kostnadene har steget med 20 %. Ettersom over 90 % av kostnadene i hjemmetjenester er lønn, er dette tallet som forventet, da det består både av økt produktivitet, reallønnsvekst og økning i antall årsverk. Antall årsverk steg med 5 % i perioden, og sammen med lønnsveksten på 11 % og produktivitetsveksten på 8 % gir dette en forventet kostnadsøkning på ca. 26 %, noe som er høyere enn den faktiske kostnadsveksten på 20 %.

Vi kan ikke ut fra KOSTRA-tall se at Fusa kommune i større grad enn andre kommuner har mottakere med omfattende behov i hjemmetjenesten. Andelen av hjemmetjenestemottakere som var definert som mottakere med behov for omfattende bistand, var 16 % i Fusa i 2013, noe som var lavere enn gjennomsnittet blant referansekommunene på 19 %, og bare ett prosentpoeng høyere enn gjennomsnittet av K1-kommunene.

Fusa kommune hadde i 2013 flest beboere i boliger som mottok hjemmetjenester i prosent av innbyggertallet i forhold til K1- og referansekommunene, og lå ca. på nivå med snittet når det gjelder antall beboere i bolig med 24 timers bemanning.

### Beboere i bolig i forhold til innbyggertall



### 3.3.3. Brukere

Man har sett en utvikling i brukerbehovet mot flere brukere med store behov for hjelp. Dette skyldes en kombinasjon av at det kommer stadig nye brukere til, og at terskelen for hjelp er blitt hevet. I forbindelse med budsjettkutt i 2013 ble det gjort tiltak som gikk på å se på tilbudet som gis og å heve terskelen for hjelp. Resultatet er at de som mottar hjelp er mer pleietrengende enn før. Man ser også at det vil bli en økning fremover i brukere som ikke er refusjonsberettiget. Det ligger noen vedtak som skal iverksettes i nær fremtid.

Økningen i brukerbehovet har også medført økte utfordringer rundt forventningene. De ansatte rekker ikke over alle samtidig, f eks ved at mange ønsker hjelp i samme tidsrom.

Man ser utfordringer for noen få brukere i forbindelse med tilpasning av tjenestetilbudet. Det er nasjonale føringer for hvor og hvordan tjenester skal leveres, herunder at brukernes synspunkter skal vektlegges. I den grad brukerne ønsker å være hjemme i stedet for å få et tilbud på sykehjemmet, blir dette tatt hensyn til så lenge det vurderes faglig forsvarlig at de får hjelp i hjemmet. Det blir imidlertid ikke bemannet opp for å håndtere at brukere ikke vil på sykehjem.

Når det gjelder brukere i tiltak for funksjonshemmede, så har man også her sett en økning i behovet. Brukerne er videre samlet i mange boenheter som gjør det krevende å følge opp med de ressursene man har. Det ene bofellesskapet gir ikke mulighet for tilsyn til alle leiligheter, slik at man ikke har mulighet til felles tilsyn med brukerne.

### 3.3.4. Ansatte

De ansatte i område 2 har nå felles oppmøte i Eikelandsosen før de reiser ut til brukerne. Etter sammenslåingen av områdene Fusa og Eikelandsosen forsøkte man å holde på oppmøte i Fusa i helgene for de som skulle jobbe

der. Dette medførte imidlertid utfordringer i forhold til koordinering av arbeid og ressurser, mulighet til å få gitt viktige beskjeder, komplisering av medikamenthåndtering osv. Nå møter derfor alle i Eikelandsosen før de kjører ut, selv om dette innebærer ekstra reisetid. De ansatte i område 1 har oppmøte på Baldersheim.

Tidligere kutt har medført at en har tatt bort 1 av 4 stillinger på kveldsvakt. Hver ansatt har ca. 20 tilsyn på en kveldsvakt. Man prøver å utnytte dagvaktene effektivt slik at når det er mindre å gjøre på ettermiddagen, så forbereder man mat osv. for at kveldsvakten skal rekke over alt. På grunn av den ene stillingen som ble kuttet, måtte nattevakten begynne halv åtte i stedet for kvart på ti, og dermed gå av vakt tidligere (halv seks). Dette har medført en del utfordringer ettersom det bare er en person igjen på vakt tidlig på morgenen når det er hyppigst utløsning av trykghetsalarmer.

Nattevaktene består av en sykepleier og en hjelpepleier, hvorav den ene nattevakten er knyttet opp mot ressurskrevende brukere. På grunn av ulike bofellesskap som krever mye ressurser, hvorav flere brukere krever mer enn én person, kan man ikke kjøre alene. Et stort antall oppdrag gjør også at det er vanskelig for én bil å skulle rekke over alt. Dette medfører at nattevaktene deler seg og kjører hver for seg store deler av natten. Nattevaktene assisterer også på sykehjemmet ved behov eller som vikar på Torsnes bofellesskap.

Man har kuttet ned til at det er ca. 8 ansatte på jobb hver dag i område 2 (Fusa og Eikelandsosen). Av disse jobber 6 på dagtid, 2 på kveld, og i tillegg er det 2 på natt. Hjemmehjelpen kommer i tillegg på dagtid 4 dager i uken. Fra april 2013 dekker de også Fusahalvøya med 2-3 hjelpere innenfor den bemanningskvoten som tidligere var brukt bare på sone Eikelandsosen.

Overtidsbruken går langt utover det overtidsbudsjettet som man har. Bruk av vikarbyrå er ikke optimalt, ettersom man får nødvendig kompetanse "på papiret", men ikke alltid nødvendig real(lokal)kompetanse. Det er vanskelig å erstatte egne ansatte med ukjente vikarer, spesielt siden brukerne er avhengig av å ha faste ansatte som kommer, men selvsagt også siden de ikke har kjennskap til organisasjon og rutiner osv. Rekruttering til vakanser og engasjement er generelt en stor utfordring. I 2013 ble det foretatt nedbemanning. En kunne da ikke gi økning i stillinger til faste ansatte på grunn av mulig omplassering av personale fra andre avdelinger/enheter. Av samme grunn fikk man heller ikke lyst ut stillinger. Det ble stående flere vakante stillinger, og man måtte bruke vikarbyrå for å få tjenesteproduksjonen til å gå rundt.

De ansatte kjører leasingbiler fra kommunen. Leasingavtalen er ikke fremforhandlet sentralt, og her ser man behov for å få bistand til forhandling og styring av leasingkostnader. Drift og vedlikehold av kjøretøy utgjør en vesentlig post i regnskapet, og her har man et avvik mot budsjett på ca. kr 250 000 i 2013. Det oppleves at man har unødvendig høye kostnader knyttet til vedlikehold av transportmidler.

## **3.4. Helse, familie og velferd**

### **3.4.1. Organisering**

Helse, familie og velferd omfatter tjenestoområdene Barnevern, Rehabilitering, PPT, Helsestasjon- og skolehelsetjenesten, Sosiale tjenester, Nav, Psykisk helsetjeneste, Legekontor, Flykningetjeneste og Tjenestekontor. Totalt er det 14 ulike budsjettenheter og utgjør ca. 30 årsverk.

Organiseringen av tjenestene i Helse, familie og velferd er forankret etter modellen Familiens Hus. Familiens Hus er i Fusa definert som en tverretattlig kommunal samhandlingsmodell, der kommunens primære helse- og omsorgstjenester rettet mot barn, unge og deres familier er samordnet og delvis, samlokalisert.

Tjenestetilbudet skal være forankret lokalt. Modellen innebærer et forpliktende samspill mellom personer som skal sørge for koordinerte og helhetlige tjenester ut fra brukerne sine behov for tjenester.

Ifølge enhetsleder kan en se god effekt av samarbeid og organisering innad i enheten, men en ser også klart behov for ytterligere samhandling med de andre enhetene, spesielt på omfattende avlastningstjenester med personell i turnus, hvor det er viktig at dette løses best mulig med brukeren i sentrum.

Budsjettområde sosiale tjenester omfatter sosiale tjenester i henhold til Helse- og omsorgsloven og Lov om sosiale tjenester i Nav. Dette innebærer blant annet økonomisk sosialhjelp, avlastning i og utenfor institusjon, støttekontakt og kvalifiseringsprogrammet. I tillegg dekker det driften av Nav-kontoret kommunal del.

Helse, familie og velferd har flere omfattende avlastningssaker med personell i turnus. De har ytterligere avlastningssaker i private hjem, og disse er mindre kostnadskrevende, hvor de ansatte er oppdragstakere.

Når det gjelder psykisk helsetjeneste ble dette opprettet med midler tilført fra staten i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette inkluderer både hjemmebaserte tjenester og dagsenterdrift. Her har man overtatt en kommunal bolig hvor man har kontor og dagsenter hver onsdag og annenhver mandag og.

Brukere av psykisk helsetjeneste vil ofte kunne ha andre tilbud og tjenester fra kommunen som gjerne ligger under hjemmetjenesten. Organiseringen i dag synes å ha liten grad av koordinering av det totale tjenestetilbudet til hver enkelt bruker, på tvers av enhetene.

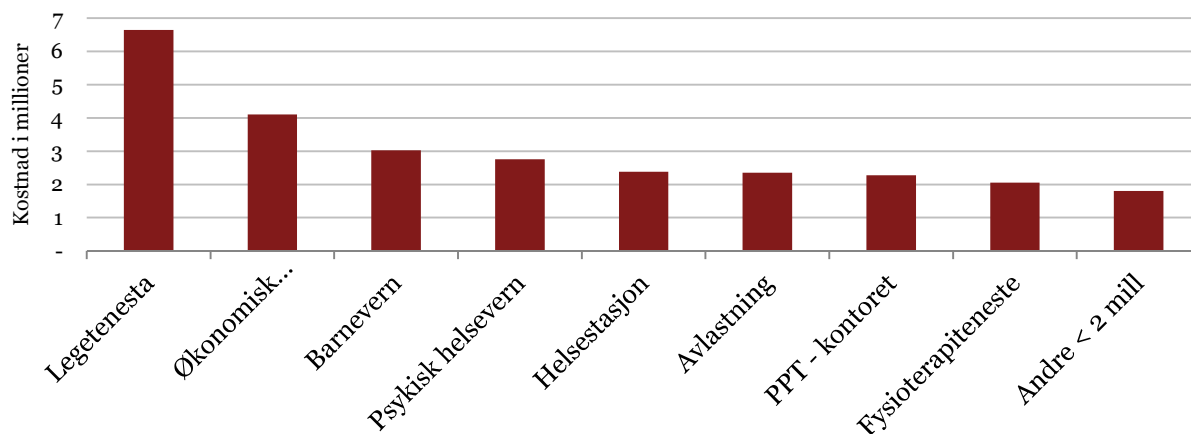
Legetjenesten i Fusa kommune omfatter drift av legekontoret, inkludert hjelpepersonell, legevaktordning, kommuneoverlege, tilsynslege i sykehjem og lege i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det er fire private leger tilknyttet legetjenesten. Legene deltar i kommunens legevakt. Fusa er tilknyttet legevaktsentralen i Os kommune og betaler en 50 % -stilling for dette. Legevakten i Fusa kommune er sårbar og avhenger i stor grad av at legene selv ønsker å gå legevakt. Det er 4-delt vaktbelastning, noe som regnes som høyt, og det er én person på vakt, enten hjemme eller på legevakten. På natten er det bare øyeblikkelig hjelp som gis.

Helsestasjonen består av jordmor 30 %, helsesøstre 290 % og tilsynslege 25 %. Det har vært foretatt en styrking av helsestasjonen jfr. opptrappingsplanen for psykisk helse barn og unge, og i tråd med samhandlingsmodellen Familiens hus.

### **3.4.2. Kostnadsbilde**

De ulike underavdelingene i helse, familie og velferd er vist med tilhørende bruttokostnad i 2013 i figuren under. De totale bruttokostnadene for HFV i 2013 var på ca. 24,3 millioner kr. Av disse kostnadene var 73 % eller ca. 17,7 millioner kr lønnskostnader.

## HFV - Kostnadsfordeling per avdeling



Under samleposten "Andre < 2 mill" finner vi bustadtiltak, ambulerende vaktmestertjeneste, ergoterapi, tjenestekontoret og edruskapsvern. Til sammen beløper kostnaden til disse avdelingene seg til ca. 1,8 millioner kr i 2013.

Legetjenesten (uten inntekter fra driftstilskudd) i kommunen er den mest ressurskrevende avdelingen, med kostnader på ca. 6,7 millioner kr i 2013. Dette utgjør ca. 27 % av de totale kostnadene i avdelingen. Kommunen beholder basistilskuddet til legene, hvilket disse tallene ikke reflekterer, ettersom denne inntekten ikke er lagt inn i budsjettet for enheten.

Deretter følger økonomisk sosialhjelp med ca. 4,1 millioner kr eller ca. 17 % av kostnadene. De resterende 56 % av kostnadene, eller ca. 13,5 millioner kr, fordeler seg på de andre 12 avdelingene under helse, familie og velferd.

Dersom vi ser sosiale tjenester og avlastning under ett, utgjør denne posten omtrent like mye som legetjenesten, med ca. 26,5 % (ca. 6,5 millioner kr).

Tilsynslegestillingen ved FBBS er i dag delt på to leger med henholdsvis 40 % og 15 % stillinger. Disse har frem til nå vært ført på legekantoret, men skal overføres til FBBS (KOSTRA-funksjon 253). Videre skal det overføres 25 % stilling til helsestasjonen (KOSTRA-funksjon 233 - lege i helsestasjon og skolehelsetjeneste), som også har vært ført på legekantoret. Dersom vi baserer oss på estimerte tall for budsjett 2014 gitt av enhetsleder, ville dette medført en reduksjon på legetjenesten på totalt ca. 1,0 millioner kr, med en tilsvarende økning i kostnadene til institusjon og helsestasjon på hhv ca. 700 000 kr og ca. 285 000 kr. En reduksjon på 1,0 million kr i budsjett for legetjenesten medfører at sosiale tjenester og avlastning sett under ett, utgjorde den største posten i budsjettet for 2013.

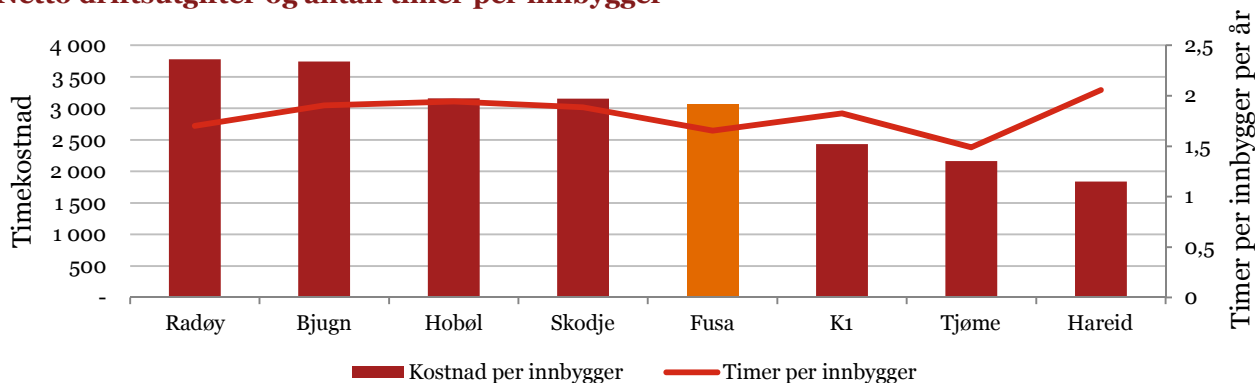
### 3.4.2.1. Helse, Familie og Velferd i KOSTRA

Vi har benyttet KOSTRA-tall til å sammenligne de tre største avdelingene under Helse, familie og velferd i Fusa kommune; legetjenesten, økonomisk sosialhjelp og barnevern.

## Legetjenesten

KOSTRA-tall fra 2013 viser at Fusa kommune ikke lå blant de dyreste når det kommer til netto driftsutgifter til legetjenesten per innbygger i kommunen. Radøy kommune og Bjugn kommune var de to dyreste kommunene på dette punktet. I figuren under er funksjon 232 Skolehelsetjenesten, 233 Forebyggende og 241 Diagnose, behandling og rehabilitering inkludert.

### Netto driftsutgifter og antall timer per innbygger



Ifølge KOSTRA produserer Fusa kommune legetimer til en kostnad på 1.854 kr per time. Dette er tredje høyest i undersøkelsen, kun Radøy kommune og Bjugn kommune ligger høyere. En forenklet analyse hvor vi antar en lineær sammenheng mellom antall timer og kostnad per innbygger, tilsier at Fusa kommune på dagens produksjonsnivå burde ha lagt 14 % lavere kostnadsmessig per innbygger. Dette tilsvarer ca. 860 000 kr. Dersom vi nedjusterer kostnadene til legetjenesten med ca. 1,0 million kr i hht. feilføringene beskrevet over, vil Fusa kommune dermed ligge litt under forventet nivå.

Funksjon 241 er den største funksjonen og står for over 90 % av produksjonen av legetimer i Fusa kommune med sine 158 produserte timer per uke. De andre funksjonene produserer 8 legetimer hver, 16 til sammen per uke. Nettokostnad og antall timer produsert per innbyggere for funksjon 241 følger i stor grad figuren for hele legetjenesten. Sammenlignet med andre K1- og referansekommuner har Fusa kommune likevel den nest høyeste timekostnaden knyttet til diagnose, behandling og rehabilitering. Kun Radøy kommune har en høyere kostnad enn Fusa kommune per time produsert i funksjon 241.

Ettersom Fusa kommune produserer legetimer til en kostnad nær snittet per innbygger, kan dette indikere at den relativt høye timekostnaden skyldes et lavere timeantall enn hva som kunne ha vært produsert.

Utviklingen i nettokostnadene for legetjenesten i Fusa kommune har steget med 24 % fra 2008 til 2013. I det samme tidsrommet steg effektiviteten bare med 1 %, målt i produserte timer per innbygger. Vi vet ikke i hvilken grad bemanningen i legetjenesten i Fusa kommune har endret seg i perioden, men sett i lys av tilsvarende analyse for hjemmetjeneste og institusjon, er ikke en kostnadsvekst på 24 % i perioden overraskende.

Dersom vi justerer kostnadene til funksjon 241 i henhold til reduksjonen på ca. 1,0 million kr beskrevet ovenfor, vil Fusa kommune ligge nærmere det antatte produksjonsnivået basert på kostnad per innbygger

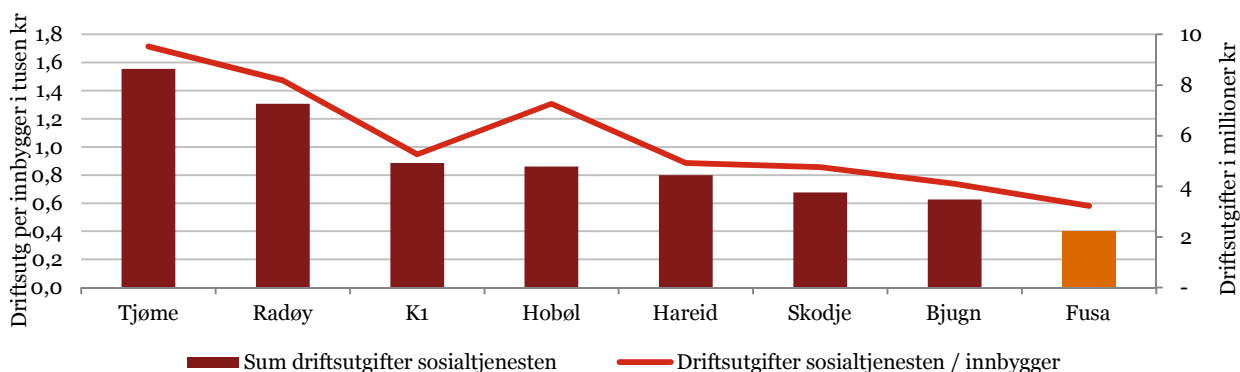
Dersom vi nedjusterer kostnadene til legetjenesten med ca. 1,0 million kr, vil ny total timekostnad for legetjenesten i Fusa kommune bli 1.696 kr, noe som er rett over snittet for de andre kommunene (1.639 kr per time), men fortsatt et stykke over snittet for K1-gruppen på 1.333 kr. For funksjon 241 blir timekostnaden redusert til 1.627 kr per time, noe som er høyere enn snittet for referansekommunene (1.391 kr per time) og snittet for K1-kommunene (1.089 kr per time).

## Økonomisk sosialhjelp

Fusa kommune hadde de laveste driftsutgiftene til økonomisk sosialhjelp per innbygger og totalt sett i undersøkelsen i 2013. Fusa kommunes totale netto driftsutgifter på ca. 2,2 millioner kr til sosialtjenester var ca. halvparten av snittet for K1- og referansekommunene i undersøkelsen. Per innbygger i Fusa kommune utgjorde dette 582 kr, noe som var ca. halvparten av snittet av referansekommunene i undersøkelsen, og mindre enn halvparten av gjennomsnittet i K1-kommunene.

Det var også klart færre sosialhjelpsmottakere i Fusa kommune enn i K1- og referansekommunene. Bare 0,57 % av innbyggerne i Fusa kommune var mottakere av sosialhjelp i 2013. Til sammenligning var snittet blant referansekommunene 2,12 % og gjennomsnittet for K1-kommunene var 2,25 % i 2013.

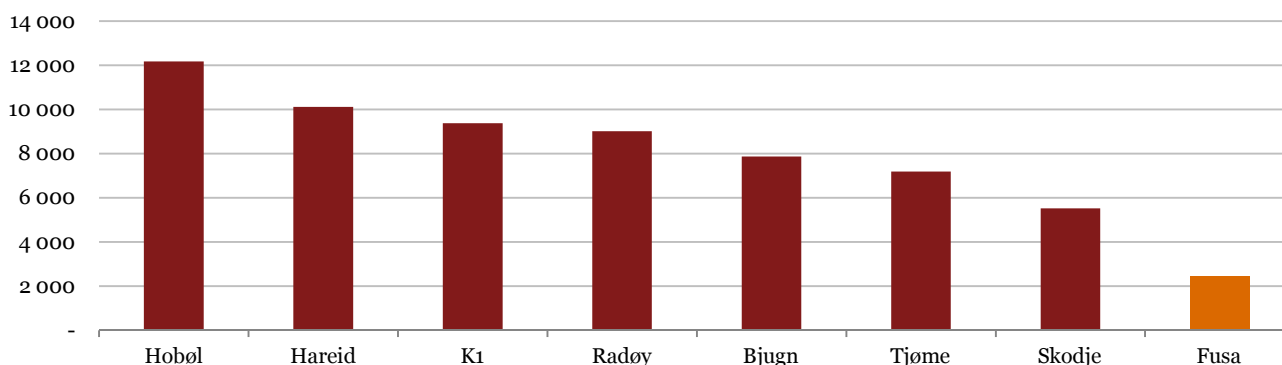
### Driftsutgifter økonomisk sosialhjelp



## Barnevern

KOSTRA-tall viser at Barnevernet i Fusa kommune er drevet med økonomisk effektivitet. Det er svært lave kostnader per barn i kommunen sammenlignet med K1-kommunene og referansekommunene i undersøkelsen. Fusa kommune opplyser at det er få omsorgs- og akutt plasseringer av barn. Slike plasseringer er svært kostnadskrevende for kommunene. At Fusa har få plasseringer av barn, kan blant annet skyldes sterkt fokus på forebyggende arbeid og mål om tidlig innsats og riktige tiltak. Barneverntjenesten har totalt 280 % stilling, i tillegg til at enhetsleder er barnevernadministrativ leder. Alle stillinger, utenom en 80 % stilling, er fullfinansiert fra Staten gjennom nasjonal satsing på styrking av kommunale barneverntjenester.

### Barnevern: Kostnad per barn i kommunen



### 3.4.3. Brukere

Brukerne er spredt i hele kommunen for de fleste avdelingene i Helse, familie og velferd, og behovet er veldig ulikt sammensatt.

### 3.4.4. Ansatte

Som følge av at Helse, familie og velferd er en enhet bestående av mange ulike tjenesteområder og –mottakere, er sammensetningen av de ansatte tilsvarende varierende. Dette medfører at samhandling mellom avdelingene innen enheten på noen områder er mindre enn mulighetene for samhandling med avdelinger i de andre enhetene i helse- og omsorgssektoren.

Flere avdelinger krever spesialkompetanse som har vært vanskelig å rekruttere.

## 3.5. Kvalitet i Helse- og omsorgstilbudet

I forbindelse med vår gjennomgang av Helse- og omsorgsområde i Fusa kommune har vi ikke vurdert konkrete parametere for kvalitet i tjenesten.

Kommunebarometeret viser at Fusa kommune scorer høyt på flere av indikatorene for kvalitet.



# Pleie og omsorg

ELDREOMSORG	KB 2010	KB 2011	KB 2012	KB 2013	KB 2014	2010	2011	2012	2013	2014
<b>TILBUD:</b> Andel av innbyggerne over 80 år som får tjenester (5 % vekt i sektoren)	4,2	3,7	4,0	3,4	3,5	121	148	116	187	170
<b>TILBUD:</b> Andel innbyggere over 80 år som får tjenester, snitt siste fire år (2,5 %)		4,2	4,2	3,9	3,7		114	121	132	152
<b>BEHOV:</b> Andel av alle brukere som har omfattende behov for bistand (5 %)	3,1	3,5	2,4	2,1	2,4	284	267	341	371	344
<b>BEHOV:</b> Andel av brukere med omfattende behov, snitt siste fire år (5 %)		2,8	3,0	2,7	2,5		315	298	328	342
<b>HJEMMESYKEPLEIE:</b> Snitt tildelte timer per uke (10 %)	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	15	23	18	14	12
<b>PRAKTISK BISTAND:</b> Snitt tildelte timer per uke (5 %)	3,0	2,2	2,2	1,9	1,5	186	258	288	318	354
<b>SYKEHJEMSPASSER:</b> Andel av innbyggere over 80 år som faktisk har en sykehjemsplass (10 %)	4,0	3,9	3,7	2,4	3,6	105	124	147	307	162
<b>KORTTIDSPASSER:</b> Antall dager per opphold på én korttidsplass siste år (gjennomstrømming) (5 %)				5,1	4,1				152	232
<b>UTSKRIVNINGSKLARE:</b> Liggedøgn på sykehus, utskrivningsklare pasienter, per 10.000 innb. (5 %)		6,0	6,0	6,0	6,0		1	1	1	1
<b>ENEROM:</b> Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad/wc (10 %)	5,2	5,1	5,7	5,7	5,7	182	245	190	184	202
<b>LEGE OG FYSIOTERAPI:</b> Tid per uke per beboer i sykehjem (15 %)	3,5	3,8	3,2	3,7	3,1	108	98	143	113	149
<b>FAGUTDANNING:</b> Andel av brukerrettede årsverk som er fagutdannet (20 %)	4,4	4,0	4,6	4,3	4,4	131	170	130	140	134
<b>ÅRSVERK PER MOTTAKER:</b> Både hjemmetjeneste og institusjon (2,5 %)	3,7	4,3	4,6	3,9	4,0	133	90	58	107	101

Årstallene henviser til det året Kommunebarometeret er publisert.

Kommunebarometeret 2014 

(NB! Hjemmesykepleie og Praktisk bistand i hjemmet er feilregistrert, og gir dermed nødvendigvis ikke et korrekt bilde)

Økt kvalitet i Helse og omsorgstjenesten vil kunne koste penger. I vurdering av oppnådd resultat må en vurdere hvilke kostnader dette har hatt.

Kvalitet kan deles inn i ulike nivå:

- Faglig forsvarlig kvalitet: Hva er minimum for det som en allment mener er forsvarlig
- Levert kvalitet: Hvilken kvalitet er det i nåværende leveranse
- Ønsket kvalitet: Hvilken kvalitet ønsker interessentene at leveransen skal være på

Ønsket kvalitet kan avvike mellom de ulike interessentene.

Det vil ofte være slik at ønsket kvalitet er over levert kvalitet. Dette må ikke oppfattes og presenteres som at kommunen ikke leverer forsvarlig kvalitet.

Slik vi oppfatter forholdene i kommunene, er kvaliteten på leverte tjenester i hovedregel over det som anses forsvarlig. Spørsmålet i forbindelse med vurdering av tiltak er om det er områder der en har mulighet til å endre tilbudet slik at en kan redusere ressursbruken uten at en går på bekostning av laveste forsvarlig kvalitetsnivå.

# 4. Vurdering

## 4.1. Oppsummering analyser

De overordnede analysene av KOSTRA-tall for helse- og omsorgssektoren indikerer at kostnadsnivået i Fusa kommune er noe høyt i forhold til K1- og referansekommunene. Dette gjelder spesielt for institusjon og hjemmetjenesten (pleie og omsorg i KOSTRA). Sammenlignet med de andre kommunene har utviklingen i brutto kostnader til pleie og omsorg de siste fem årene vært lavere enn hos de andre kommunene, men til tross for dette ligger de fremdeles høyt både når det gjelder kostnader per innbygger og per mottaker når vi ser på 2013-tall. Det er mange faktorer som kan være med på å forklare hvorfor Fusa kommune ligger høyt i forhold til K1- og referansekommunene. Vi ser for eksempel at Fusa kommune har en relativt sett eldre befolkning, samt at Fusa kommune har en relativt sett større andel av mottakere av pleie- og omsorgstjenester på institusjon. Videre bidrar store avstander i Fusa kommune til at mye av arbeidstiden går med til reisetid, og dette vil være en kostnadsdriver. Vi har imidlertid også sett på justerte tall for pleie- og omsorgssektoren i forhold til det indeksberegnede utgiftsnivået, og vi ser at også etter justering ligger Fusa kommune relativt sett høyt i forhold til de andre kommunene. Dette kan tyde på at det fremdeles foreligger muligheter for innsparing.

Basert på analysene av KOSTRA-tall relativt sett mot de sammenlignede kommunene, kan det se ut til at det største potensialet for innsparing hos Fusa kommune ligger i hjemmetjenesten. KOSTRA-tallene er imidlertid overordnet og utsatt for svakheter, og vil være usikre i forbindelse med vurdering av innsparingstiltak. Det er derfor viktig å se disse i sammenheng med de møter/samtaler vi har hatt med ledelsen om mulighetsområdet i kommunen. De tiltak vi belyser under er derfor basert på antakelser fra KOSTRA, men justert for de møter/samtaler vi har hatt med ledelsen om mulighetsområdet i kommunen.

Det fremkommer fra samtaler med enhetsledere fra kommunen at det tidligere har vært en relativt lav terskel for tildeling av tjenester. Dette kan også til en viss grad understøttes med analyser av KOSTRA-tall, hvor vi ser at Fusa kommune har en relativt større andel av innbyggere som er mottakere av pleie- og omsorgstjenester, samt at Fusa kommune har relativt høye kostnader per innbygger. På generell basis vil en innstramning av tildelte tjenester (herunder også avslutning av tidligere tildelte tjenester når behovet endres) medføre redusert behov for bemanning. Dette er en også bevisst på i Fusa kommune, og det har det siste året vært jobbet med å øke terskelen for tildeling av tjenester. Det er mulig at man ennå ikke har sett effektene av disse tiltakene fullt ut, ettersom de ikke er reflektert i 2013-tallene som vi har lagt til grunn for våre analyser.

Basert på samtaler med enhetslederne i helse- og omsorgssektoren mener vi at det er muligheter for å effektivisere driften av helse- og omsorgssektoren, og dermed er potensial for innsparinger, ved å se på organiseringen av tjenestetilbud, ressurser og kompetanse.

## 4.2. Forslag til tiltak

### 4.2.1. Bedre utnyttelse av sykehjemsplasser

Basert på analyser og samtaler med kommunen forstår vi at det er varierende belegg på sykehjemmet, og at snittbelegget er litt lavere enn antall plasser tilsier. Dette er ikke en økonomisk gunstig situasjon og medfører at det er muligheter for innsparinger. Slik vi vurderer situasjonen i dag, vil det være mulig med en reduksjon i antall årsverk på ca. 0,5-1 årsverk. Dette vil medføre en årlig besparelse på ca. 0,3– 0,5 millioner kr.

En mulig løsning er å redusere antall plasser på sykehjemmet og dermed ha færre ansatte. En konsekvens av dette kan være at brukerne må vente lenger på plass og at hjemmetjenesten får økt arbeidsbelastning.

Alternativt kan man beholde fleksibiliteten og benytte seg av de 0,5 – 1 årsverkene i andre typer aktiviteter de dagene det ikke er fullt belegg. Dette innebærer at man kan bruke ressursene til å dekke inn for fravær, eller at de brukes i hjemmetjenesten. Det er variasjon i postene, både i ØH-seng og i korttidsposten, mens det i budsjettet er tatt høyde for ordinær drift med fullt belegg. Det vil derfor være mulig å hente ut en viss gevinst basert på at man vet at det kommer til å være ledig kapasitet.

Et tredje alternativ vil kunne være å flytte brukere inn på sykehjemmet for å redusere belastningen i hjemmetjenesten og for å utnytte ledige plasser på sykehjemmet. Dette forutsetter imidlertid at man har ressurskrevende brukere i hjemmetjenesten som kan flyttes inn, og at dette medfører at man faktisk får frigjort tid og ressurser i hjemmetjenesten og dermed oppnår en reell innsparing.

Selv om sykehjemsplasser er dyrere enn hjemmebasert pleie, vil en oppnå besparelser ved å utnytte ledig kapasitet på sykehjemmet. Vi anbefaler at en endrer praksis til at kommunen bestemmer nivå og sted på tjenesten i større grad enn det vi opplever i dag. Dette kan medføre endringer i kriteriene for prioritering ved tildeling av plass på sykehjemmet.

Til slutt vet vi at kommunen planlegger en ombygging av langtidsplassene på sykehjemmet til omsorgsboliger. Basert på estimater fra kommunen legges det til grunn en antakelse om årlig besparelse på ca. 50 000 kr per plass. For de 12 langtidsplassene vil dette utgjøre en årlig besparelse på ca. 0,6 millioner kr.

Total potensiell besparelse ved bedre utnyttelse av sykehjemsplasser vurderes dermed til å være 0,8 – 1,0 millioner kr.

#### ***4.2.2. Samlokalisering av mennesker med nedsatt funksjonsevne***

Det er i dag flere brukere i ulike boenheter som bor alene, både innenfor hjemmetjenesten og innenfor Helse, familie og velferd. Drift av et tilbud til enkeltbrukere i egne boenheter, kontra drift av bofellesskap der brukerne er samlet, kan være ressurskrevende.

Dersom man hadde hatt muligheter til å samle brukerne i bofellesskap, ville man blant annet kunne redusert ressursbruken på natt. En nattevaktstilling utgjør ca. 2 årsverk og vil kunne medføre en besparelse på mellom 0,5 – 1,0 millioner kr. Den totale besparelsen vil imidlertid avhenge av hvor stor andel av lønnskostnadene en får refundert eller evt. mister refusjon på.

Vi anbefaler kommunen at man ser på muligheten for/legger til rette for samlokalisering av brukere med denne type behov i egne boenheter i fremtiden.

En videre anbefaling vil være å organisere tjenestetilbudet til denne gruppen under én og samme avdeling. I dag er organiseringen gjort i tiltak for funksjonshemmede under hjemmetjenesten dersom brukeren er over 18 år, og i avlastning under Helse, familie og velferd dersom brukeren er under 18 år. Avlastningssakene blir også liggende i Helse, familie og velferd selv om brukerne etter hvert blir eldre enn 18 år. Da går de ikke over til hjemmetjenesten, og tiltak for funksjonshemmede, som kanskje ville vært mer naturlig basert på skillet på 18 år for nye brukere. Vi ser det som en fordel både faglig og kostnadmessig at tjenestetilbudet organiseres i én avdeling i stedet for at man skal kjøre dobbelt opp med kompetanse på dette området. Ved å unngå deling på flere avdelinger i kommunen vil en kunne hente ut synergier knyttet til kompetansebygging, ressursutnyttelse og administrasjon.

Ved dagens organisering er hver avdeling også mer sårbar for variasjon i ressursene. En samorganisering vil dermed kunne bli positiv både for brukerne og for de ansatte. Brukerne vil få et større støttespillerapparat og et mer enhetlig tilbud, mens de ansatte vil kunne få en mer fleksibel hverdag med mer opplevd kompetanse å

støtte seg på, samt muligheter til å dekke inn for eventuell sykdom. Man vil dermed kunne få en bedre økonomisk utnyttelse av ressursene.

Total potensiell besparelse ved samorganisering bør kunne utgjøre ca. 0,5 millioner kr årlig.

### **4.2.3. Samorganisering med ressurser fra oppvekst**

Brukere med rett på tilsyn vil i dag motta tjenester fra både Oppvekst og Helse og omsorg. En må vurdere om samordning av ressurser mellom de to ulike områdene vil kunne redusere det totale behovet for ressurser. Dette vil si en omgjøring av vedtak til å bli økt avlastning. Dersom Helse og omsorg har ansvaret for brukeren, også i den tiden Oppvekst i dag har ansvar, vil en kunne koordinere ressursene på en bedre måte, samt at en da kan vurdere om en har rett på statlig refusjon av lønnskostnader i henhold til gjeldende refusjonsregler.

Dersom en bruker er syk en dag han eller hun skulle vært på skolen, så vil assistentene fremdeles tilhøre skolesektoren. Dermed vil helse og omsorg måtte få inn en vikar som kan være hjemme med brukeren den tiden denne skulle vært på skolen. Dersom assistenten hadde fulgt brukeren og tilhørt Helse og omsorg, ville samme ressurs kunne fulgt brukeren, enten denne er hjemme eller på skolen, og en ville således ikke hatt bruk for ekstra ressurser dersom brukeren ikke skal på skolen.

Hvis vi legger til grunn en 100 % assistentstilling med en kostnad på 0,5 millioner kr og at brukeren er borte fra skolen en dag, estimerer vi en total kostnad på ca. 4 000 kr per dag forbundet med overtid/ekstrahjelp for den ressursen som må være hjemme med brukeren. For å estimere total årlig kostnadsbesparelse ved å flytte assistenten over fra Oppvekst til Helse og omsorg, må man da vite hvor mange fraværsdager og hvor mange brukere man kan legge til grunn i året.

Dersom man flytter assistenten 100 % over i helse- og omsorgssektoren, vil en også ha en mulighet for kostnadsbesparelser i form av refusjoner dersom forutsetningene for dette er oppfylt. Forventet innsparing dersom forutsetninger for refusjoner ligger til grunn, vil være ca. 0,4 millioner kr per årsverk.

En slik samordning og omgjøring av vedtak til økt avlastning er allerede gjennomført i ett tilfelle, samt at det skal gjennomføres ett i 2014. Det er allerede innarbeidet kutt i budsjett på 0,4 millioner kr i forbindelse med dette. Her anbefaler vi at dette innføres som standard praksis når man har ressurskrevende brukere.

Legger man til grunn en innsparing på 0,5 årsverk, estimerer vi en årlig besparelse på 0,2 – 0,4 millioner kr.

### **4.2.4. Fleksibel bemanning mellom enhetene**

I dag utføres oppgaver primært innenfor de enkelte enhetene med de ressursene som er tilgjengelige i denne enheten. Det samarbeides i den utstrekning at man har dialog hver dag om hvorvidt man har ressurser som kan dekke inn fravær ved andre enheter, og videre samarbeides det i større grad på natt. Slik organiseringen er i dag, er det imidlertid vanskeligere å få til ressursutnyttelse på tvers av enhetene på dagtid. Ressursene har ikke opplæring på de andres områder, kjenner ikke til rutiner osv. I tillegg dekker hjemmetjenesten et stort spekter av tjenester, og ressursene flyttes mye internt på avdelingene, hvilket gjør at de allerede må ha kompetanse på mange områder.

Vår vurdering er imidlertid at det foreligger muligheter for bedre utnyttelse av ressurser på tvers av enhetene ved å innføre mer organisert samhandling. Dette innebærer at man i større grad kan dekke inn fravær i andre enheter når det er behov. Det er viktig at dette er et tilbud som organiseres som en del av den daglige driften og

som innarbeides i turnusen for de ansatte som ønsker å jobbe i en slik ordning. Dette vil bare gjelde en del av bemanningen, og passer for ansatte som ønsker variasjon i arbeidet.

Ved å innføre mer organisert fleksibel bemanning vil man i større grad enn før ha muligheter til å dekke inn for hverandre ved fravær. Det vil være det totale behovet for sektoren som er i fokus. Dette vil kunne medføre reduserte kostnader knyttet til sykefravær. I tillegg til at dette kan være effektivt kostnadsmessig, vil det også kunne oppfattes positivt for de ansatte som vet at de har flere ressurser å trekke på ved fravær. En negativ effekt som man må vurdere, er at terskelen for å melde fravær kan bli lavere når den ansatte vet at det er enklere å løse utfordringen ved fravær for de som er igjen på avdelingen.

Hos en del andre kommuner er institusjon og hjemmetjenesten organisert i samme enhet, med gode resultater. Brukere av tjenestene fra institusjon og i hjemmetjenesten er de samme, det varierer bare hvor de mottar tjenesten til enhver tid.

En kvantifisering av potensialet for innsparing fra dette tiltaket er vanskelig, men vi mener at det bør være en målsetting å kunne hente inn totalt 2 årsverk, basert på at man også kan oppnå en reduksjon av vikarbruk som følge av dette. Dette betyr en total årlig innsparing på ca. 1 million kr.

Tjenestetilbudet til alle brukerne bør koordineres overordnet. På denne måten vil en lettere kunne se hvordan en skal utnytte ressursene best mulig. Her må en også sette fokus på hva som er lovpålagt og hva som er ønsket utover dette.

For å kunne si noe mer om eventuelle muligheter for besparelser her, vil det kreves en mer detaljert kartlegging.

#### **4.2.5. Reisetid hjemmetjenesten**

Kommunen har relativt store avstander til brukerne av hjemmetjenestene. God organisering av besøk og logistikk er viktig for å drive kostnadseffektivt, og dette er et fokusområde for kommunen i dag. Vi ser imidlertid at det er noen områder hvor det kan være muligheter for effektivisering.

De ansatte har nå felles oppmøte i Eikelandsosen før de reiser ut til brukerne. Etter sammenslåingen av områdene Fusa og Eikelandsosen forsøkte man å holde på oppmøte i Fusa i helgene for de som skulle jobbe der. Dette medførte imidlertid utfordringer i forhold til koordinering av arbeid og ressurser, mulighet til å få gitt viktige beskjeder, komplisering av medikamenthåndtering osv. Nå møter derfor alle i Eikelandsosen før de kjører ut, selv om dette innebærer ekstra reising.

Vi anbefaler at en vurderer å gjeninnføre praksis med oppmøte der de ansatte skal jobbe, uavhengig av hvilket område de jobber i. Dette forutsetter selvsagt at man har lokaler som kan benyttes til oppmøte, samt at man har en overordnet felles organisering av ressursene. Man kan også ha noen biler stående i Fusa, slik at de ansatte slipper å reise tur-retur Eikelandsosen når de skal jobbe i Fusa. Dette kan også gjøres for kveldsvakter.

De ansatte bruker typisk en del tid på å skrive og lese rapporter. Dette er også et område hvor man kan se på muligheter for effektivisering. Det kan for eksempel tenkes at noen har ansvar for å levere nødvendige beskjeder til de ansatte, for eksempel via telefon, i stedet for at man krever fysisk oppmøte, og at de ansatte ikke trenger å bruke tid på å lese gjennom hele rapporten om morgenen. Eller det kan tenkes at man kan bruke eventuelle roligere perioder i løpet av dagen til å lese rapporter, slik at man sparer mer tid om morgenen. Det trenger heller ikke å være slik at alle skal være til stede for rapportskrivningen mot slutten av dagen.

Dersom man kan spare bare en ½ time hver dag per hjemmehjelp, fordelt på 2 hjemmehjelper per dag, på bedre tidsstyring og mer effektiv reisetid, så utgjør dette 12,5 % av et årsverk. Legger vi til grunn lønnskostnader på 0,6 millioner kr per årsverk, utgjør dette ca. 75 000 kr i sparte kostnader.

#### **4.2.6. Reduksjon sykefravær**

Høyt fravær er en vesentlig kostnad i arbeidsintensive organisasjoner. Vi har sett at dette også er tilfellet for helse- og omsorgssektoren i Fusa kommune. Man har oppnådd en stor reduksjon i sykefravær og annet fravær fra 2012 til 2013, men samlet fravær er fortsatt relativt høyt. Spesielt korttidsfravær er krevende for kommunen, ettersom en ikke får refundert sykepenger for korttidsfravær. Investeringer i hjelpemidler og andre trivselstiltak vil ofte kunne medføre redusert fravær.

Analyser viser at langtidsfravær over en viss tid reduser sannsynligheten for å komme tilbake i jobb betydelig. Langtidsfraværende vil gjerne legge beslag på en stillingshjemmel og dermed kunne hindre permanent rekruttering. På denne måten vil en over tid kunne bli tvunget inn i dyrere vikarløsninger, i motsetning til om man kunne rekruttere fast ansatte. Et forslag til reduksjon av kostnader knyttet til denne problemstillingen vil kunne være å øke antall hjemler slik at forsøker å få faste ansatte til slike typer stillinger.

Basert på samtaler med kommunen vet vi også at kommunen har et godt tilrettelagt arbeid for sykemeldte, noe vi vurderer som svært positivt. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at det er en balansegang her, hvor det kan påløpe en del ekstra kostnader knyttet til ansatte som ikke jobber 100 %. Dette medfører at en må ha ekstra ressurser inn i tillegg for å kunne gjøre den resterende andelen av jobben.

Våre vurderinger er at en bør jobbe mot en reduksjon i sykefraværet på 1-2 % -poeng. En reduksjon i sykefraværet på 1 % -poeng vil kunne utgjøre ca. 0,8 millioner kr i reduserte kostnader.

#### **4.2.7. Faste/midlertidige ansatte**

Vi har sett at vikarbruk og kostnader til vikarer generelt er høye i helse- og omsorgssektoren. Normalt vil vikarer naturlig nok koste mer enn fast ansatte. En stor del av vikarkostnader i 2013 vet vi har vært knyttet til spesielle tilfeller med ressurskrevende brukere, men basert på trenden med en stadig økende andel ressurskrevende brukere, vil det kunne være hensiktsmessig å vurdere å øke den faste bemanningen for å dekke inn behovet for vikarer fremover.

Før en eventuelt gjennomfører tiltak som omfatter å øke faste stillinger utover normalbehovet, må en også vurdere muligheten for å tilpasse turnus for fast ansatte til det behovet en har i dag for vikarer. Vi vet også at rekruttering er en utfordring for kommunen, og det at man klarer å rekruttere passende personell, er en forutsetning for å kunne gjennomføre et slikt tiltak.

Vikarkostnader utgjør ca. 15 millioner kr per år. Legger en til grunn at vikarkostnader er 20 % dyrere enn fastlønn, vil en overføring av vikarkostnad til fast lønn kunne utgjøre en besparelse på ca. 0,1 millioner kr per stilling.

Vi mener at kommunen bør ha en målsetting om å kunne øke den faste bemanningen med ca. 3-5 årsverk, og på denne måten kunne redusere kostnadene i forhold til bruk av vikarer med 0,3 – 0,5 millioner kr.

#### **4.2.8. Kostnader til transportmidler**

Vi har sett at kostnader til leasing, drift og vedlikehold av kjøretøy utgjør en vesentlig post i regnskapet til hjemmetjenesten, og at det oppleves at man har unormalt høye kostnader forbundet med vedlikehold av kjøretøy. Basert på samtaler med kommunen vet vi også at det jobbes med å prøve å øke forståelsen av dette



---

blant de ansatte. Det bør være en prioritert oppgave å spare kostnader til vedlikehold. Dette kan gjøres uten at det får noen negative effekter for brukerne.

Vi vil anbefale kommunen å gjennomgå sine leasingavtaler for å se at de får de beste tilbudene. Videre ligger det et potensial for innsparing ved å redusere kostnader til drift og vedlikehold knyttet til kjøretøyene gjennom å tenke smart ved anskaffelse av drivstoff, samt behandle kjøretøy på en bedre måte for å slippe unødvendig vedlikehold.

Her mener vi det bør være en målsetting å kutte kostnader på rundt 0,1 millioner kr.

#### **4.2.9. Arbeidstid**

For de fleste ansatte i helse og omsorg organiseres arbeidstiden i en turnus med dag, kveld, natt og helg. Organisering av bemanning på natt og helg er ofte krevende. En kan også se tilfeller der en ikke har behov for tjenester på deler av dagtid. Løsningen på dette kan være at man ser på organiseringen av arbeidstiden, herunder at en tenker utover egen enhet.

Innføring av lengre vakter vil kunne medføre en lettere planlegging av turnus. Denne ordningen har Fusa kommune i dag i Tiltak for funksjonshemmede under hjemmetjenesten. En kan også vurdere om en slik ordning kan være hensiktsmessig ved andre avdelinger og enheter.

Bruk av "Nordsjøturnus" der en jobber lenger når en først er på jobb, for deretter å ha mer fri, vil for mange oppleves som positivt og kan lette planleggingsarbeidet. Økonomisk sett vil en kunne hente inn gevinst ved at det blir lettere å planlegge helg, og at en dermed kan få mindre behov for ekstrahjelp/vikarer ved hull i turnus/korttidsfravær.

Innføring av kortvakter, der ansatte bare jobber vakter ned til 2-4 timer, vil kunne gi en økonomisk gevinst for kommunen. Slike typer vakter vil kunne oppleves negativt for den ansatte, men kan i enkelte tilfeller kompenseres ved at øvrige områder i kommunen vil kunne ha behov for den resterende arbeidstiden.

Dette er tiltak som gjerne henger sammen med en del av de andre tiltakene. Her må man evt. gå gjennom det konkrete behovet for brukere i kommunen og se på hva en har behov for av ressurser, mer enn hva en har av ressurser og hva de kan gjøre.

#### **4.2.10. Bruk av teknologi**

Basert på samtaler med kommunen forstår vi at det til en viss grad benyttes teknologiske hjelpemidler i dag. Eksempler på dette er trygghetsalarm og alarm ved fravær fra bopel. Bruk av teknologi har ikke vært fokus i våre møter med kommunen, og dette er et omfattende område. Vi vil likevel anbefale å ha en proaktiv holdning til bruk av teknologi og å følge med på hva som finnes av teknologiske hjelpemidler. Det finnes i dag mye ny teknologi som gjør det mulig å følge opp brukere både i institusjon og hjemmetjenesten på en effektiv måte og som vil kunne medføre reduksjon i behovet for bemanning og/eller muligheter for bedre koordinering av ressurser. Spesielt dersom ny teknologi kan tas i bruk der det i dag er store avstander, vil en kunne oppnå besparelser.

Bruk av teknologi kan også omhandle hjelpemidler for de ansatte, som for eksempel smarttelefoner eller nettbrett som gjør at man kan lese rapporter der man er, i stedet for å være avhengig av å kjøre inn til felles gjennomgang av rapporter.

### 4.2.11. Rett registrering praktiske tjenester i hjemmet

Pga feilregistrering mellom hjemmetjenester og praktiske tjenester i hjemmet vil kommunene risikere å tape inntekter. En bedret praksis rundt denne registreringen vil kunne gi en begrenset økt inntekt. Denne mulige inntektsøkningen er ikke tatt med i rapporten.

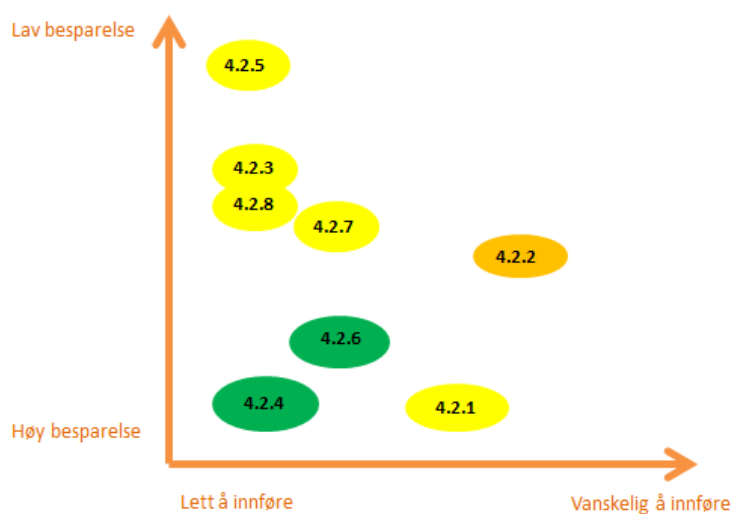
### 4.2.12. Oppsummering

Tabellen under viser en oppsummering av de foreslåtte tiltakene med tilhørende vurdering av vanskelighetsgrad i forhold til gjennomføring, vurdert effekt på brukere samt estimert kostnadsbesparelse.

Tiltak	Vanskelighetsgrad	Effekt på bruker	Estimert kostnadsbesparelse
4.2.1 Bedre utnyttelse av sykehjemsplasser	Middels	Liten - Middels	0,8 - 1 mill kr
4.2.2 Samlokalisering av mennsker med nedsatt funksjonsevne	Middels - høy	Middels - høy	0,5 mill kr
4.2.3 Samordning med ressurser fra oppvekst	Lav	Liten	0,2 - 0,4 mill kr
4.2.4 Fleksibel bemanning mellom enhetene	Lav	Liten	1 mill kr
4.2.5 Reisetid hjemmetjenesten	Lav	Liten	0,008 mill kr
4.2.6 Reduksjon sykefravær	Lav - middels	Liten	0,8 mill kr
4.2.7 Faste/midlertidig ansatte	Middels	Liten	0,3 - 0,5 mill kr
4.2.8 Kostnader til transportmidler	Lav	Liten	0,1 mill kr
4.2.9 Arbeidstid	Lav	Liten	ikke vurdert
4.2.10 Bruk av teknologi	Lav	Liten	ikke vurdert
4.2.11 Rett registrering praktisk tjenester i hjemmet	Lav	Liten	ikke vurdert
<b>SUM ESTIMERT KOSTNADSBESPARELSE</b>			<b>4 - 4,7 mill kr</b>

Det er viktig å huske på at gjennomføring av noen av disse tiltakene vil kunne medføre at man får en automatisk effekt innen andre tiltak. For eksempel vil en innføring av fleksibel bemanning mellom enhetene kunne bidra til en reduksjon i vikarbruken. Som nevnt vil også punkt 4.2.9 som går på tilrettelegging av turnuser og arbeidstid, gjerne henge sammen med en gjennomføring av andre tiltak, som for eksempel fleksibel bemanning og samorganisering med ressurser fra oppvekst.

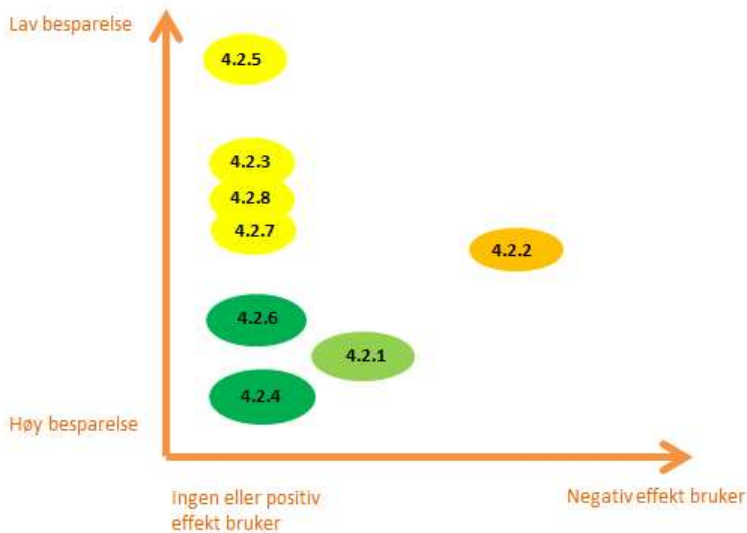
I figuren under har vi sammenstilt tiltakene langs de to dimensjonene estimert besparelse og vanskelighetsgrad knyttet til innføring.





Vi ser at de to tiltakene som kommer best ut er tiltak 4.2.4 Fleksibel bemanning mellom enhetene og tiltak 4.2.6 Reduksjon av sykefravær.

I figuren under har vi gjort en tilsvarende sammenstilling av tiltakene langs de to dimensjonene estimert besparelse og effekt på bruker. Vi ser at også ved denne grupperingen er det tiltak 4.2.4 og tiltak 4.2.6 som kommer best ut. Men her kommer også tiltak 4.2.1 Bedre utnyttelse av sykehjems plasser litt bedre ut.



De fleste av våre anbefalte tiltak vil kunne gjennomføres uten at det får betydelige konsekvenser for brukerne.

Til slutt er det viktig at fokuset er på at tjenestetilbudet til alle brukere koordineres overordnet og på tvers av de ulike enhetene. På denne måten vil en lettere kunne se hvordan en skal utnytte ressursene best. Her må en også sette fokus på hva som er lovpålagt og hva som er ønsket utover dette.

Før en eventuell gjennomføring av foreslåtte tiltak vil det være nødvendig med en mer detaljert konsekvensanalyse. Vi har i vårt prosjekt ikke hatt anledning til å foreta en fullverdig konsekvensanalyse av de tiltak som er fremmet.

---

## 5. Konklusjon

Fusa kommune har de siste årene jobbet med kostnadstilpasninger i helse- og omsorgssektoren. Slik vi ser det er det imidlertid fremdeles potensial for å redusere kostnader.

Nøkkeltall fra KOSTRA viser at deler av kostnadsnivået i kommunen er høyt sammenlignet med andre kommuner. Det er imidlertid viktig å huske på at med så få innbyggere som det er i K1-kommunene, vil dette være nøkkeltall som kan gi et feilt bilde av innsparingsmuligheter basert på hva andre kommuner har av kostnader.

Vår gjennomgang av detaljbudsjetter innenfor de ulike enhetene i helse- og omsorgssektoren indikerer at det innen flere områder vil være mulig å redusere kostnader. Fokus på samhandling, organisering av tjenestetilbud og sykefravær indikerer videre at det foreligger potensial for forbedring.

De fleste punktene beskrevet under kapittel 4 kan gjennomføres uten at dette skal få konsekvenser av betydning for brukerne.

I forbindelse med reduksjon av kostnader bør Fusa kommune vurdere om det er noe av tjenestetilbudet som ikke er lovpålagt. Tar en bort eller reduserer slike tilbud, må en vurdere om dette vil kunne medføre at flere vil få et behov som vil falle inn under det som vil være lovpålagt. En kan med andre ord ikke bare se på lovpålagt eller ikke lovpålagt.

Når Fusa kommune har besluttet hvilke tiltak som skal gjennomføres, og disse skal innarbeides i budsjettene, er det viktig at det foretas konsekvensanalyser i forkant. Vi har i vårt prosjekt ikke hatt anledning til å foreta en fullverdig konsekvensanalyse av de tiltak som er fremmet.

PwC vil kunne bistå ved behov dersom noen av punktene ønskes ytterligere belyst.