



Utredning av helse-, velferds- og omsorgstjenestene

Kunnskapsgrunnlag 1.desember 2024
Harstad kommune

Forord

Agenda Kaupang har bistått Harstad kommune med en tjenestegjennomgang innenfor helse-, velferds- og omsorgstjenestene. Formålet har vært både økt innsikt i tjenestene, samt bistand til å identifisere tiltak for å sikre utvikling av bærekraftige helse- og omsorgstjenester i tråd med endringer i samfunnsoppdraget og innbyggernes behov, innenfor rammen av fag, folk og penger.

Arbeidet har blitt utført i samarbeid med kommunen i høsten 2024. Vi takker for konstruktivt og godt samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon og deltakelser i arbeidet. En særlig takk til de som har bistått med koordinering av arbeidet.

Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Øystein Neegaard, Salman Khalil, Kristin Brænden, Hege Askestad, Einar Stephan og Lisbet Kjøniksen, med førstnevnte som ansvarlig konsulent.

Denne rapporten utgjør delrapport 1 og inneholder en oppsummering av analysene som er gjennomført. Det er viktig at analysegrunnlaget leses i sin helhet, slik at enkeltfunn ikke tas ut av sin sammenheng. Analysene av kommunens dimensjonering og prioriteringer innen pleie og omsorg, samt analyse av hjemmetjeneste samt helse (funksjon 241) foreligger i egne dokumenter. Hovedfunnene fra disse analysene er kort oppsummert i denne delrapporten.

Desember 2024, Skøyen

Agenda Kaupang AS

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag med hovedfunn
2. Bakgrunn mandat og metode
3. Kunnskapsgrunnlag og analyser
 - 3.1 Demografi og befolkningsutvikling
 - 3.2 Dokumentanalyser og intervjuer
 - 3.3 KOSTRA – økonomianalyser
 - 3.4 Pleie og omsorgsanalysen
 - 3.5 Gjennomgang av turnus og pleiefaktor
- institusjon og heldøgns omsorg for eldre
 - 3.6 Helseanalysen
 - 3.7 Hjemmesykepleieanalysen
 - 3.8 Digitalisering og velferdsteknologi



1. Sammendrag av kunnskapsgrunnlaget

Oppsummering av våre funn i analysene

Harstad kommune har et betydelig økonomisk omstillingsbehov og Agenda Kaupang har gjennomført en gjennomgang av tjenestene innen helse, velferds- og omsorgstjenestene. Målet med arbeidet er både å få innsikt i egen tjenesteproduksjon, men også tiltak for å redusere driftskostnadene i tjenestene og som sikrer bærekraftig drift fremover. Det har også vært fokus på å redusere forventet økte kostnader som følge av demografisk utvikling og da særlig mange flere i de eldste aldersgruppene. Kunnskapsgrunnlaget inneholder en oppsummering av arbeidet som er utført i fase 1: Kartlegging og analyse.

Et sentralt område i denne gjennomgangen har vært analysene av de ulike brukergruppene innen for pleie- og omsorgstjenestene. KOSTRA-analyser viser høye utgifter til pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester og viser at det er relativt stort innsparingspotensiale. Det har vært en viktig del å bryte ned regnskapet ytterligere for å finne ut av hvilke spesifikke deler av tjenestene som er dyrere enn andre kommuner.

Analysen viser at mye av kommunens ressursene er knyttet opp til de tyngste trinnene i innsatstrappen. Dette gjelder særlig innenfor brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*, men også til de to andre brukergruppene.

I 2023 gikk rundt 73 % av utgiftene til pleie og omsorgstjenestene til brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*. Hovedvekten av utgiftene til denne gruppen ble benyttet til ulike institusjonstilbud (40,4 %). 9 % ble benyttet til boliger med mulighet for døgn tjenester.

I underkant av 24 % av utgiftene i 2023 omhandlet ulike tjenester til hjemmeboende. Kommunens utgifter til pleie- og omsorgstjenester til denne målgruppen er høyere enn snittet. Dette gjelder både utgifter til institusjon, boliger med mulighet for døgn tjenester og ulike tjenester til hjemmeboende

20 % av utgiftene var relatert til tjenester til mennesker med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser. Hovedvekten av utgiftene ble benyttet til tjenester til voksne. Utgiftene til både barn og unge, samt voksne, var lavere enn snittet i sammenlikningskommunene. Samme år gikk 7 % av de totale pleie- og omsorgsutgiftene til tjenester for personer med psykiske helseplager eller rusrelaterte lidelser, også hovedsakelig til voksne. Disse utgiftene var lavere enn snittet for sammenlikningskommunene. Kommunen førte i tillegg 7,5 millioner kroner til tjenester innen psykisk helse og rus på funksjon 241 (helse). Det er variasjoner i hvordan kommuner fører slike utgifter, og KOSTRA-veilederen gir begrenset veiledning. En samlet analyse av pleie, omsorg og helse viser at Harstad fortsatt har noe lavere bruttodriftsutgifter enn snittet.

En analyse av hjemmetjenestene i kommunen viser at Harstad har syv enheter som yter hjemmetjenester. Et sentralt mål er ansikt-til-ansikt-tid (ATA-tid), som angir andelen av total tid helsepersonell bruker direkte med brukerne. For Harstad er ATA-tiden god, med 59,9 %. Kommunen har en yngre brukerprofil og en lav andel eldre mottakere med omfattende behov sammenlignet med andre kommuner. Samtidig er det en høy andel brukere med få timer utmålt tjeneste.

Helsetjenestene ført under KOSTRA-funksjon 241 er vesentlig høyere enn sammenlikningskommunene. Dette skyldes i hovedsak høye utgifter til legetjenesten. Kommunen har også høyere utgifter til fysio- og ergotjenester. Kommunens utgifter til legevakt var lavere enn det vi så i snittet for sammenlikningskommunen.

Gjennomgang av turnus og bemanningsnivå på institusjon og heldøgnsboliger for eldre viser at ressursbruken ligger over nivået i andre kommuner. Det er identifisert skalelemper og ineffektiv ressursfordeling, som blant annet skyldes strukturelle forhold. Kommunen har fått presentert en budsjettmodell som det skal jobbes videre med.

Informasjon fra ansatte innen helse, omsorg og velferd viser at flere opplever at dagens organisering fungerer bedre enn tidligere, men det er fortsatt rom for forbedringer. Spesielt fremheves utfordringer knyttet til samhandling i komplekse saker der brukere mottar tjenester fra flere enheter. Dette oppleves som tidkrevende og krevende å koordinere.

Intervjuene avdekker også et tydelig forventningsgap mellom hva tjenestene kan levere innenfor dagens rammer og hva innbyggere, politikere og enkelte ansatte forventer. Dette bidrar til økt press på tjenestene og fører til at flere komplekse og krevende saker i kommunen blir mer krevende å løse.

Samtidig står kommunen overfor en betydelig økning i behovet for tjenester, mens de økonomiske og personalmessige rammene ikke strekker til. Det er spesielt krevende å rekruttere kvalifisert fagkompetanse, noe som har resultert i en stor avhengighet av vikarbyrå. Denne situasjonen skaper utfordringer med å sikre kontinuitet og kvalitet i tjenestene.

Harstad har tatt i bruk velferdsteknologi og ser gevinster av dette. De har relativt god IKT- infrastruktur, gode planer og har god kompetanse i ulike deler av organisasjonen. Likevel opplever kommunen å ikke ha utnyttet potensialet godt nok i bruk av velferdsteknologien og ser behov for å få det bedre integrert i tjenestene. Et av våre funn knyttet til dette er nært knyttet opp til punktene over i forhold til samarbeid i organisasjonen, manglende beslutninger og et forventningsgap i forhold til ansvarsforhold. Teknologier som elektroniske medisindispensere og digitalt tilsyn er underutnyttet.

Kommunen har store utfordringer i forhold til rekruttering og er og har vært avhengig av vikarbyrå ved en del enheter og har høy andel midlertidig ansettelser. Dette påvirker både kontinuiteten, kvaliteten i tjenesteproduksjonen og trolig også arbeidsmiljøet uten at vi har undersøkt dette nærmere. Vi ser at sykefraværet er høyere enn i andre kommuner.

En av største utfordringene også fremover vil være å sikre nok arbeidskraft til å møte behovene. Allerede nå sliter kommunen med å rekruttere og beholde ansatte, og dette problemet vil mest sannsynlig forsterke seg i årene som kommer, med økt konkurranse om kvalifisert arbeidskraft.

For å møte disse utfordringene, mener ansatte, at det er behov for tydelig strategisk ledelse som kan sikre en mer felles retning og prioriteringer. En strategisk tilnærming er nødvendig for å tilpasse tjenestene til den demografiske utviklingen, samtidig som ressurser utnyttes mer effektivt og kompetansebehovet ivaretas. Dette innebærer å utvikle bærekraftige løsninger som balanserer brukernes behov med de økonomiske og personalmessige rammene.



Viktigste funn fra analysene

Harstad kommune..

1. gir tjenester til færre innbyggere
2. har høye utgifter til pleie- og omsorgstjenester
3. har en høyere andel med tilbud i sykehjem, og flere i bolig med heldøgns omsorg, og utgiftene til dette er høye
4. har høyere andel som mottar hjemmesykepleie og praktisk bistand
5. har få relevante boformer for den demografiske utviklingen
6. har høyere prioritering av årsverk i hjemmesykepleien og høyere kapasitet per hjemmesykepleiemottaker
7. har relativt høy ansikt-til-ansiktstid i hjemmesykepleien, til tross for mange småoppdrag
8. gir tjenester til færre mottakere med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse og har lavere utgifter
9. gir tjenester til færre voksne med psykiske og rusrelaterte lidelser og lavere utgifter
10. har ikke spesielt høy bruk av teknologi og teknologistøtte i helse- og omsorgstjenestene
11. har hatt en samlet nedgang i årsverk med helsefaglig bakgrunn
12. har høy andel variabel lønn av lønnsbudsjettet i en rekke virksomheter
13. har høye utgifter til diagnose, behandling, og re-/habilitering (KOSTRA 241). Dette skyldes i hovedsak utgifter til fastlegeordningen.

.. i forhold til sammenliknbare kommuner



2. Bakgrunn, mandat og metode

Bakgrunn for prosjektet

2.1 Bakgrunn, mandat og metode

Harstad kommune står i dag overfor en situasjon der driften ikke er i økonomisk balanse. Kommunens økonomiske utfordringer er komplekse og påvirkes av flere faktorer.

Sammenlignet med andre kommuner av tilsvarende størrelse, har Harstad et høyere driftsnivå, særlig innenfor helse- og omsorgssektoren. Dette innebærer at kommunen bruker mer ressurser på disse tjenestene enn det som er vanlig i lignende kommuner.

Samtidig står kommunen overfor betydelige demografiske utfordringer, hvor en stadig økende andel eldre innbyggere legger ekstra press på både prioriteringer og organiseringen av tjenestetilbudet.

Målet med utredningen er å:

- ▶ identifisere effektive tiltak som vil bidra til å redusere driftskostnadene i tjenestene
- ▶ redusere forventet økning i kostnader som følge av demografisk utvikling
- ▶ sikre bærekraftige tjenester av tilstrekkelig kvalitet for innbyggerne.
- ▶ implementere tiltakene i organisasjon og tjenester



Metode og prosjektorganisering

2.1 Bakgrunn, mandat og metode

Agenda Kaupang har gjennomført arbeidet i Harstad etter en metodikk med en kombinasjon av kvalitative (f.eks. intervjuer og fokusgrupper) og kvantitative metoder (analyser). Det er foretatt noen befaringer på en del av de ulike tjenestestedene med døgnbemanning.

Vår valgte tilnærming innebærer å benytte metoder som i størst mulig grad belyser spørsmålene som ønskes besvart. Vi har gjort dette ved å kombinere kvantitative metoder for datainnsamling og analyse med subjektiv kunnskap fra intervjuer hvor vi kartlegger ansattes erfaringer, opplevelser og refleksjoner.

Fordelen med å kombinere kvalitative og kvantitative metoder er at vi utnytter styrkene til ulike metoder for å belyse spørsmålene på en grundig måte. Kvantitative metoder kan brukes til å identifisere styrker og svakheter og mulige sammenhenger mellom en rekke ulike forhold. Kvalitative metoder kan på sin side bidra til innsikt i hvordan og hvorfor noe skjer, og hvordan det oppleves av deltakerne i en bestemt kontekst. Dette er spesielt verdifullt i sammenhenger hvor formålet er å foreslå praksisnære tiltak. Kvalitative metoder kan også brukes til å identifisere hittil ukjente prosesser og sammenhenger.

Gjennomgangen baserer seg på intervjuer med et utvalg informanter. Vi tar forbehold om at ikke alle relevante stemmer er hørt i datainnsamlingen. Arbeidet har ikke inkludert å innhente erfaringer fra brukere eller øvrige innbyggere. Vi anbefaler kommunen at dette gjøres i det videre arbeidet.

Våre kvantitative analyser bygger hovedsakelig på tilgjengelige data fra SSB, KOSTRA, kommunenes egen rapportering, kommunale regnskapsdata og beregninger av Agenda Kaupang.

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt i tre faser og er gjennomført i perioden fra september 2024 og skal avsluttes i februar 2025. Arbeidet har blitt fulgt av en oppnevnt prosjektgruppe og styringsgruppe i Harstad kommune.



Figur: Aktiviteter og faser i arbeidet. Delanalysen innebærer resultat fra fase 1).

Kommunale helse og omsorgstjenester

2.1 Bakgrunn, mandat og metode

Kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering på tvers av sektorer. De kommunale tjenestene må organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

Kommunale helse- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) med forskrifter. De mest sentrale forskrifter er Kvalitetsforskriften, Verdighetsgarantien og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. I tillegg er det en rekke sentrale styringsdokumenter som har stor betydning for innbyggerne, tjenestene og kommunene:

- Regjeringens «eldrereform» Fellesskap og mestring – Bu trygt heime (Meld. St. 24 (2022–2023))
- Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har medført et utvidet ansvar for kommunene, og medfører at kommunene i større grad må sørge for en mer helhetlig tenkning der forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk og behandling vektlegges.
- Andre sentrale nasjonale styringsdokumenter er NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg, Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, og Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste

Samfunnsdelen i kommuneplanen er et verktøy for kommunens helhetlige planlegging. Samfunnsdelen skal brukes til å forme og gi retning for kommunene i årene fremover. Planen beskriver utfordringer og fastsetter langsiktige mål og strategier. Gjeldende budsjett og økonomiplan inngår også i de kommunale styringsdokumentene.

Flere kommuner har i tillegg egne temaplaner som f.eks. Oppvekstplan, Helse- og omsorgsplan osv. Harstad har en egen [kommunedelplan for helse, omsorg og velferd](#). Denne omtales kort i kap 3.2 i denne delrapporten.



Bilde: eksempler på styringsdokumenter som har betydning for kommunens innretning av helse- og omsorgstjenester



3. Kunnskapsgrunnlag og analyser

I vår tilnærming har vi lagt vekt på å få innsikt i prioritering av de kommunale helse-, velferds- og omsorgstjenester. Erfaringen er at tilgjengelige data fra SSB og KOSTRA ikke gir tilstrekkelig informasjon for å kunne sammenlikne prioritering og dimensjonering på tjenestenivå. Agenda Kaupang har derfor utviklet flere modeller som gjør det mulig å få frem data som gir innsikt om ulike brukergrupper på tjenestenivå innenfor helse, velferd og omsorgstjenestene.

Vi har sammenliknet aktuelle tjenesteområder i Harstad kommune med andre relevante kommuner. En vil se i kunnskapsgrunnlaget at det er noe ulikt hvilke kommuner vi sammenligner med. Dette kommer av at noe av materialet vårt har begrensninger i form av at vi ikke bruker nasjonale tall, men data vi har samlet inn fra flere kommuner. Derfor vil det forekomme at det ikke er helt gjennomgående hvilke kommuner vi sammenligner med.

Pleie og omsorgsanalysen er den analysen som her tillegges størst vekt da den er mest dyptgående. Analysen bygger på data fra Agenda Kaupangs egenutviklede database. Data som presenteres er korrigert for forskjeller i behov i kommunene for å kunne foreta en sammenlikning på tvers av kommuner. Forskjellene kan blant annet omhandle ulik alders-sammensetning, størrelse på kommunene, beliggenhet, geografi osv.

Formålet med analysene er å få nødvendig innsikt i kostnadsnivå og dimensjoneringen av ulike helse, velferds- omsorgstjenester i kommunen. I Harstad er det gjort flere kartlegginger og analyser for å få innsikt i og kunnskap om tjenestenivå, kapasiteter og profilvalg innen helse- og mestringsområdet. Fullstendige resultater fra analysene er dokumentert i egne separate vedlegg. Hovedkonklusjoner blir gjengitt i dette kapittelet.

Kunnskapsgrunnlaget er utarbeidet i den hensikt at Harstad kommune kan ha et felles dokument som viser status på både styrker og svakheter med dagens drift innenfor disse tjenesteområdene. For å kunne utarbeidet målrettede og treffsikre tiltak er vi avhengig av å være enige om fakta og grunnlaget for å sette inn tiltak. Vi trenger et felles ståsted.



3.1 Demografi og befolkningsutvikling

Befolkningssammensetningen i Harstad er i endring

Basert på SSBs befolkningsframskrivinger, forventes Harstad å oppleve en nedgang i folketallet fram mot 2050. Dette skyldes en kombinasjon av lavere fødselsrater, økende antall eldre, og netto utflytting ref. figuren under.

Samtidig ventes det at alderssammensetningen i befolkningen endres betydelig:

- Barn og unge under 17 år: Antallet i denne gruppen forventes å synke betraktelig, som følge av lavere fødselstall og demografiske trender. Dette vil også kunne påvirke behovet for tjenester som barnehager og skoler.
- Yrkesaktive (18–64 år): Gruppen yrkesaktive ventes å bli mindre, noe som kan påvirke arbeidsmarkedet og skattegrunnlaget i kommunen. Dette er en konsekvens av at flere eldre går ut av arbeidsstyrken, kombinert med lav innflytting.
- Eldre (65 år og oppover): Antallet eldre forventes å øke kraftig, noe som fører til en høyere andel av befolkningen i denne aldersgruppen. Det er særlig innenfor den eldste aldersgruppen økningen vil være høyest. Dette skaper økt etterspørsel etter helsetjenester og eldreomsorg, og stiller kommunen overfor betydelige økonomiske og organisatoriske utfordringer.

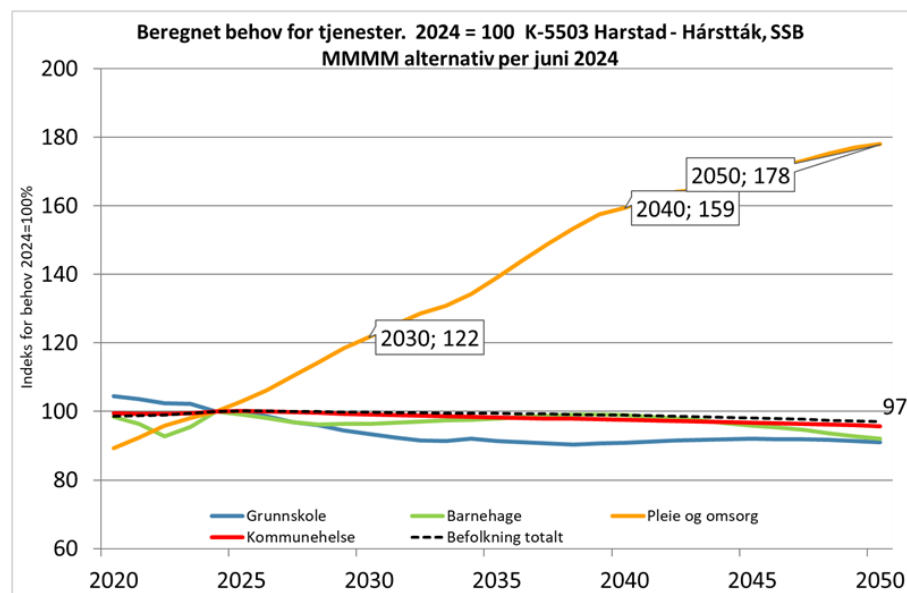
Endring i alderssammensetningen påvirker behovet for kommunale tjenester, fordi ulike aldersgrupper har ulike behov for tjenester. Framskrivningene indikerer et behov for strategisk planlegging for å møte en aldrende befolkning og redusert barneandel i kommunen

K- 5503 Harstad – Hårsttåk	2024	2025	2030	2040	2050	Endring 2024 – 2050	
Innbyggere 0-17 år	4 832	4 845	4 605	4 495	4 405	- 427	- 8,8 %
Innbyggere 18-49 år	9 993	9 858	9 774	9 356	8 631	- 1 362	- 13,6 %
Innbyggere 50-66 år	5 388	5 377	5 177	4 877	5 143	- 245	- 4,6 %
Innbyggere 67-79 år	3 547	3 586	3 548	3 606	3 407	- 140	- 4 %
Innbyggere 80-89 år	1 130	1 195	1 629	1 926	2 067	937	82,9 %
Innbyggere 90 år og over	228	232	267	521	665	427	191,7 %
Sum innbyggere	25 056	25 093	25 000	24781	24 318	- 738	-2,9 %

Kilde: SSB MMMM alternativ per juli 2024, tabell 11288

Behovet for tjenester øker

Agenda Kaupangs har gjort en beregning av framtidig behov for kommunale tjenester i Harstad kommune. Beregningene tar utgangspunkt i utviklingen av befolkningen i ulike aldersgrupper, og sammenhengen mellom demografi og behov slik det er beskrevet av de demografiske kriteriene i det statlige inntektssystemet. Beregningene er et uttrykk for hvordan behovet endrer seg dersom man legger dagens tjenestestandard til grunn og fremskriver endringene i befolkningen fremover. Inntektssystemet til kommunene er i endring og i praksis vil utviklingen av de økonomiske rammene også inneholde andre forhold enn demografi. Likevel er demografi per i dag den mest vektete komponenten. For hver av delsektorene grunnskole, barnehage, pleie og omsorg, og befolkningen samlet, er det laget en indeks hvor nivået i 2024 er satt til 100. Det betyr at figuren under gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenliknet med 2024 som et nullpunkt lagt til 100 prosent.



Kilde: SSB, Grønt hefte (teknisk beregningsutvalg) og Agenda Kaupang. Figuren viser framtidig behov for tjenester i Harstad kommune som helhet om tjenestene leveres i samme omfang i framtiden som i dag per aldersgruppe. Framskrivningen er basert på SSB sitt MMMM alternativ (juni 2024).

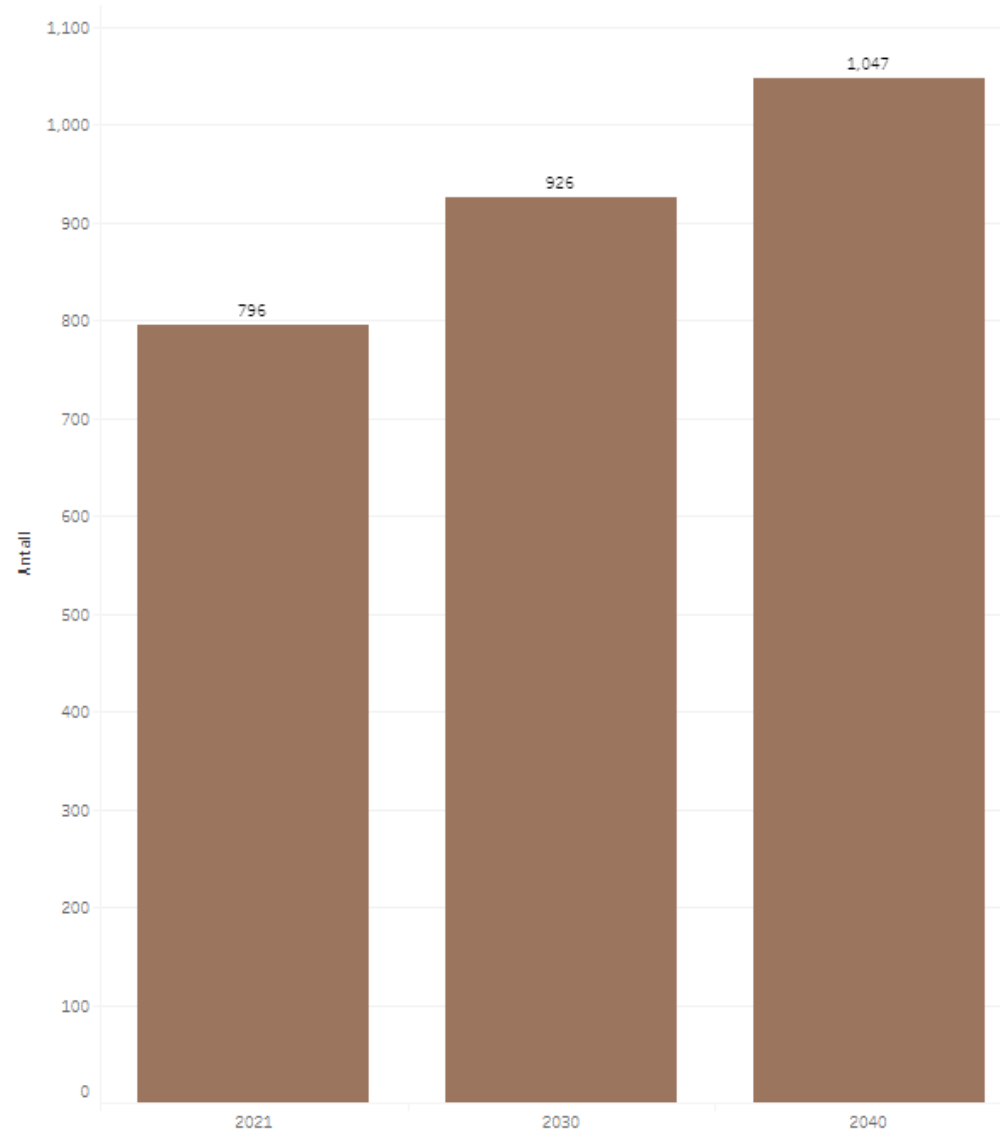
Figuren viser at behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt jevnt de siste årene frem til 2024, og at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil fortsette å øke kraftig i tiden fremover. Hovedårsaken er økning i innbyggere over 80 år. I 2024 var andel over 80 år 5,2 %. I 2040 vil andel over 80 år utgjøre 11,2 % av befolkningen. Som følge av økt andel over 80 år vil andel mennesker med demenssykdom øke. I 2024 er det beregnet at det er 553 personer med demenssykdom i Harstad. I 2040 kan man forvente at rundt 1034 personer vil ha en demenssykdom.

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

Endring i demografien medfører en vesentlig forventet økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester. Analysene viser at dersom kommunen ivaretar innbyggernes behov for pleie- og omsorgstjenester fremover på samme måte som i 2024, vil dette medføre nesten doubling fra dagens nivå frem mot 2050. En slik vekst vil utfordre kommunen som helhet. Staten vil normalt finansiere kommuners behovsvekst, men det er usikkert om denne veksten fullfinansieres i fremtiden. En ting er pengene, en helt annen ting er menneskene man er avhengig av for å kunne utføre tjenestene. Analyser viser at dersom kommunen viderefører dagens dekningsgrad og tjenestepraksis vil det, som følge av demografiske endringer, være behov for 59 % flere årsverk i tjenestene i 2040 sammenliknet med nivået i 2024. Behovet vil øke ytterligere frem mot 2050.

Sterk økning i behov for årsverk ved videreføring av dagens praksis

Årsverk. 2021, 2030 og 2040. Harstad



Basert på tilgjengelige data ([Tjenestebehov - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)) har fremskrevet behovet for årsverk innen forhjemmetjenesten og institusjonstjenesten. Vi har også, ved hjelp av nasjonale data (PAI-registeret) beregnet hvor mange personer Harstad vil kunne få behov for fremover. Framskrivningen tar utgangspunkt i praksis for 2021, da dette er siste tilgjengelige publiserte data. Flere nasjonale rapporter peker på at behovet for pleie- og omsorgstjenester har økt mer enn demografiske utvikling skulle tilsi. Dette skyldes blant annet at mye av økningen skyldes yngre tjenestemottakere.

Det betyr at data i figuren til venstre kan være for lav, og at behovet for årsverk vil kunne være høyere enn det som fremkommer i analysen.

Analysen viser at:

- ▶ I 2030 vil det kunne være behov for 130 flere årsverk enn i 2021 (summen av utvalgte tjenester)
- ▶ I 2040 vil behovet kunne utgjøre 251 flere årsverk (summen av utvalgte tjenester) enn i 2021. Legger vi gjennomsnittlig stillingsstørrelse til grunn for framskrivningen (72 %, for turnusarbeidere) vil dette gi et behov for over 349 nye ansatte.

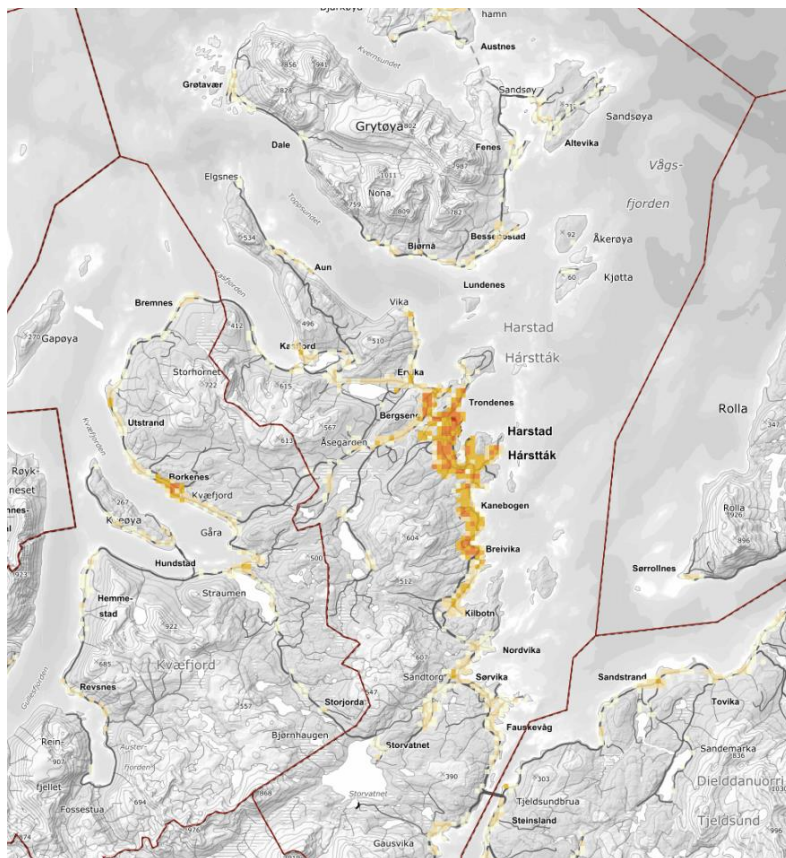
Av erfaring vet vi at mange av dagens ansatte både i institusjonstjenesten, og i hjemmetjenesten har relativ høy alder. Dette indikerer at avgangen utover i perioden vil kunne øke, og medføre et større behov for nyrekruttering enn det som fremkommer i fremskrivningen.

Kilde: [Tjenestebehov - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/statistikk-om-heltid-og-stillingsstorrelse/>

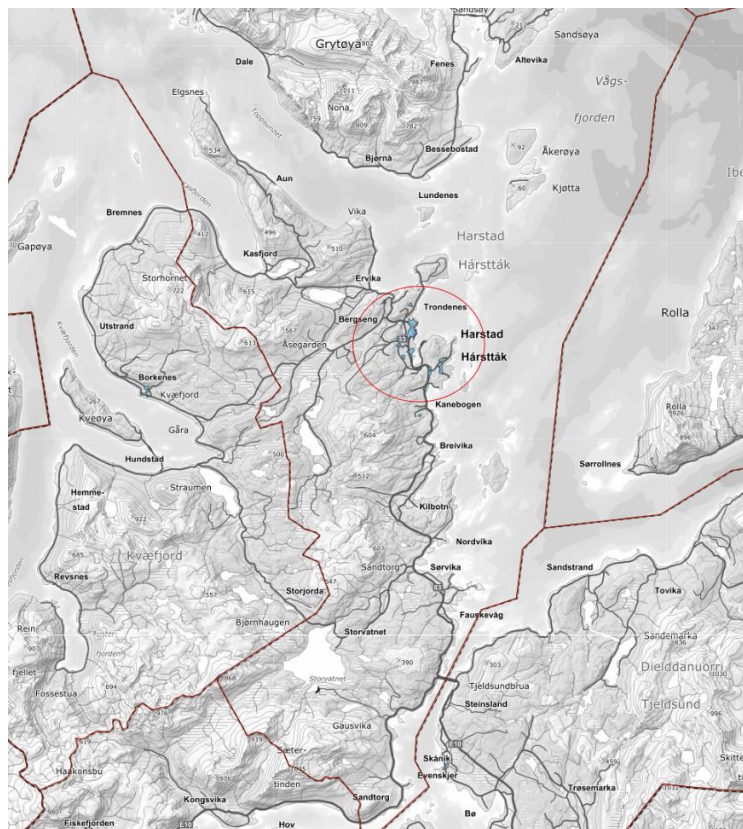
De fleste av grunnkretsene med høy andel over 80 år ligger langt fra servicetilbud og sentrumsfunksjoner – kan redusere evnen til å klare seg selv?

Gode boliger med nærhet til handels- og servicesoner styrker eldre innbyggers muligheter til å klare seg selv og leve gode og selvstendige liv. I kartutsnittene under fra SSB (kart.ssb.no) ser vi at den største konsentrasjonen av innbyggere bor i Harstad og Kanebogen (venstre kartutsnitt), men det finnes også mange innbyggere som bor i kommunen for øvrig. I det midtre kartutsnittet viser vi det SSB definerer som handels- og servicesoner i Harstad. Her ser vi flere soner rundt Harstad, men ingen andre steder i kommunen. Det siste kartutsnittet viser hvor andelen er størst av personer over 80 år. Vi ser at det i liten grad er knyttet til handels- og servicesonene. En spredt bosetning med opphopning av eldre utenfor handels- og servicesoner vil bidra til større press på tjenestene i Harstad i dag og ikke minst i framtiden. For å møte framtidsutfordringene anbefales det derfor klart å bruke boligpolitiske virkemidler og tettstedsutvikling for å møte framtidsutfordringene på en bærekraftig måte.

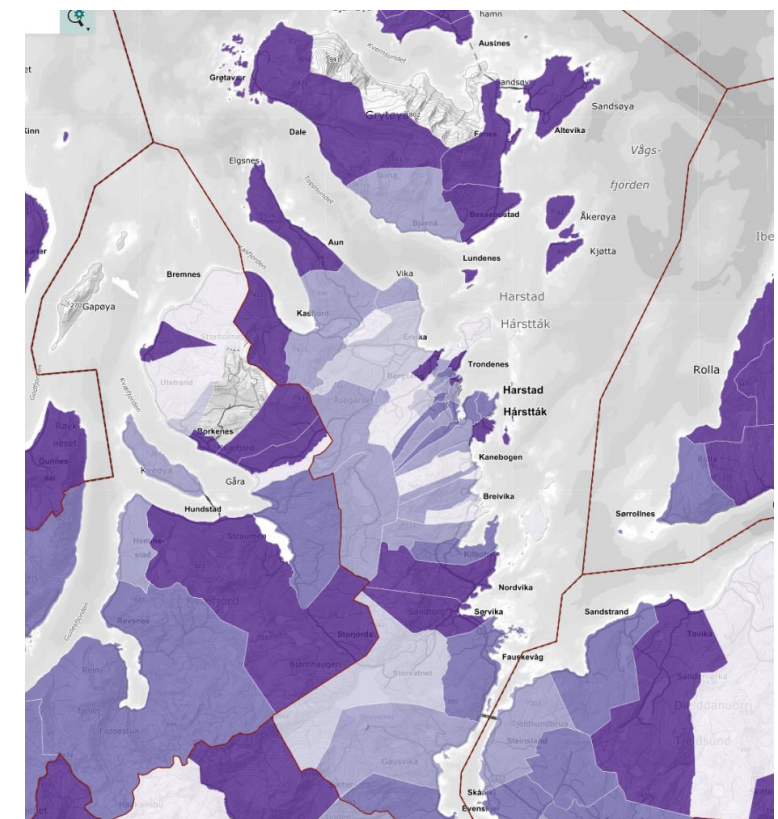
Befolkningskonsentrasjon
25.096 innbyggere SSB 2024



Handels og servicesoner
SSB 2023 (blått)



Andel over 80 år per grunnkrets, SSB 2023



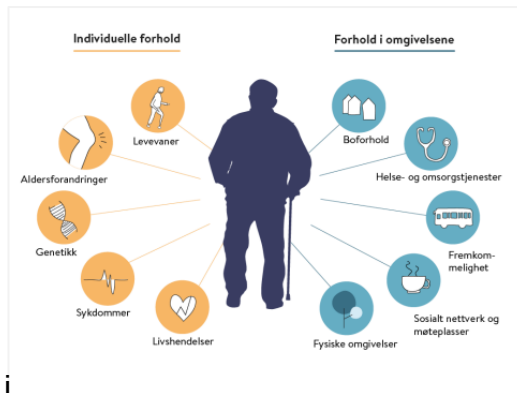
Endringer i demografien medfører redusert tilgang på arbeidskraft

Økt levealder

I Perspektivmeldingen fra 2017 reises det spørsmål om friskere aldring. Litteraturen gir ikke noe entydig svar på sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er i hovedsak tre hypoteser (like stor, eller større, økning i antall år med sykkelighet, forkortet sykkelighet og flere «friske» år og flere «syke» år). Data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag kombinert med tall fra SSB viser at leveår uten hjelpebehov etter fylte 70 år økte med om lag fire år i perioden 1995-2017, mens år med hjelpebehov gikk litt ned (kilde: FHI).

Med andre ord ser det ut til at økningen i forventet levealder også følges av flere funksjonsfriske år (begge kjønn). Mange eldre fungerer godt i dagliglivet, og de nye forskningsfunnene tyder på at eldre kan leve selvstendige liv ved stadig høyere alder.

På grunn av den sterke økningen i antall eldre, forventes også en økning i utvikling av demenssykdom, men internasjonale studier indikerer at demensinsidens har gått ned innad i aldersgruppene de siste par tiårene (Christensen et al., 2013; Langa et al., 2017).

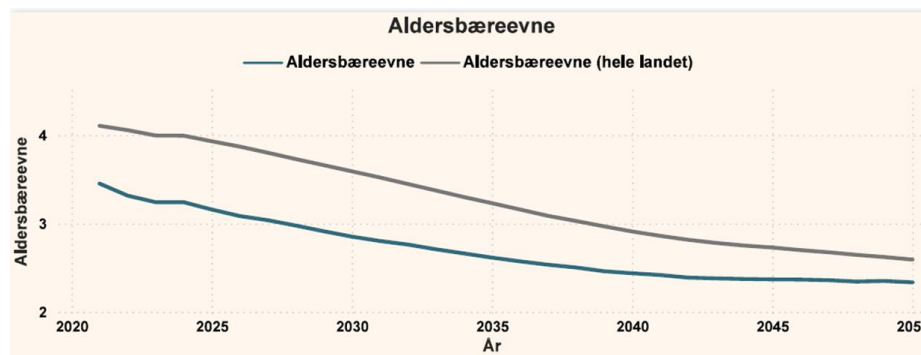


Figur: Hva påvirker Eldres helse?: Kilde: <https://www.fhi.no>

Redusert tilgang på arbeidskraft

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen vil det bli en nedgang i tilgangen på arbeidskraft og mulige frivillige omsorgsytere. Økt vekst i antall eldre og økt antall yngre brukere av omsorgstjenesten, kombinert med nedgang i andelen personer i yrkesaktiv alder, skaper utfordringer.

Norge har en høy yrkesaktivitet, men studier viser at det er et potensial i å redusere andel ansatte i deltidsstillinger. Dette ser vi også må være mulig for Harstad kommune.



Figur: Aldersbæreevnen. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antallet eldre (67+ år), kilde SSB og Agenda Kaupang

I figuren over vises en framskrivning av aldersbæreevne, det vil si forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen i Harstad kommune. En slik framskrivning er interessant både med tanke på framtidens økonomiske bæreevne, og for utviklingen av velferdstilbud og helse- og omsorgstjenestene.

I 2022 var det ca. 3,5 personer i yrkesaktiv alder per eldre i Harstad. Frem mot 2040 reduseres koeffisienten for aldersbæreevne i Harstad til 2,61. Dette er lavere enn det vi ser er snittet for landet.

Endringene i demografien medfører at det blir færre yrkesaktive per eldre. Dette har både betydning for verdiskapingen, for den framtidige finansieringen av pensjoner og velferdstilbud, og for dimensjonering og utforming av framtidens omsorgstjenester. Det er imidlertid forventet at innbyggerne mellom 67 og 80 år vil være mer ressurssterke, ha bedre økonomi, bedre boforhold, høyere utdanning og bedre helse enn tidligere generasjoner og ønsker å ta et større ansvar for egen helse (Ældre/Sagen 2001, Barstad 2006).

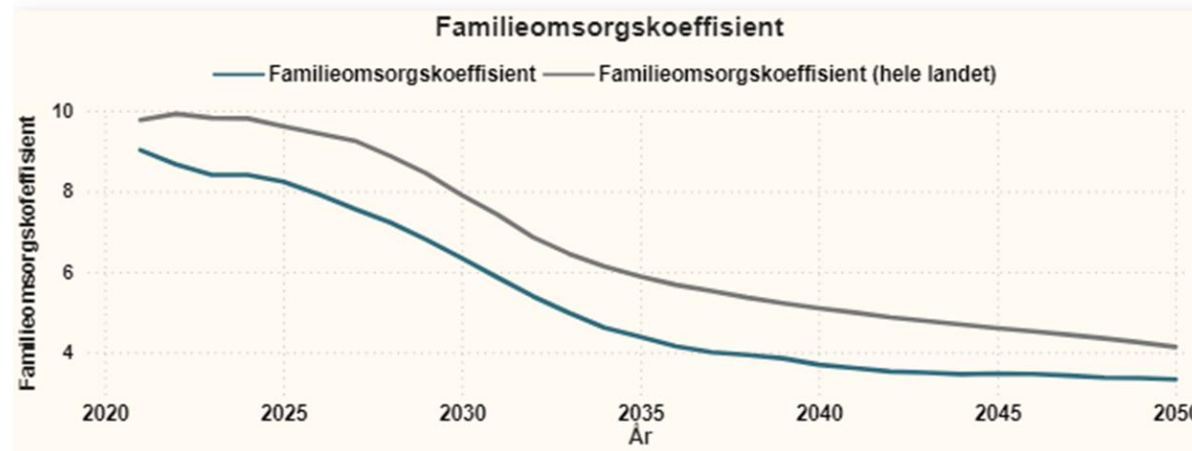
Endringer i demografien medfører redusert tilgang på potensielle omsorgsytere

Færre potensielle omsorgsytere

Endringene i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsytere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre. Familieomsorgskoeffisienten indikerer antall potensielle omsorgsytere (innbyggere 50-66 år) per eldre (85+). Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50-66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien. I figuren under har vi sett på hvordan dette forholder seg i Harstad og landet for øvrig, og hvordan det vil kunne utvikle seg frem mot 2050.

Som det fremkommer i figuren er det i 2024 ca. 9 personer i aldersgruppen 50-66 år pr. eldre i alderen 85 år og over i Harstad. Tallet forventes å reduseres fremover. Framskrivningen viser at det i 2040 vil være 4,39 personer i aldersgruppen 50-66 år per eldre i alderen 85 år og over. Dette er lavere enn hva vi ser på landsbasis hvor familieomsorgskoeffisienten i 2024 var på 9,7. I 2040 vil den kunne falle ned mot 4,5.

Familieomsorg har vært, er og vil være en viktig funksjon fremover. Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre. Ettersom antall potensielle omsorgsytere vil reduseres fremover som følge av demografiske endringer, vil dette både ha betydning for den enkelte omsorgstrengende og for offentlig sektor, herunder kommunen.

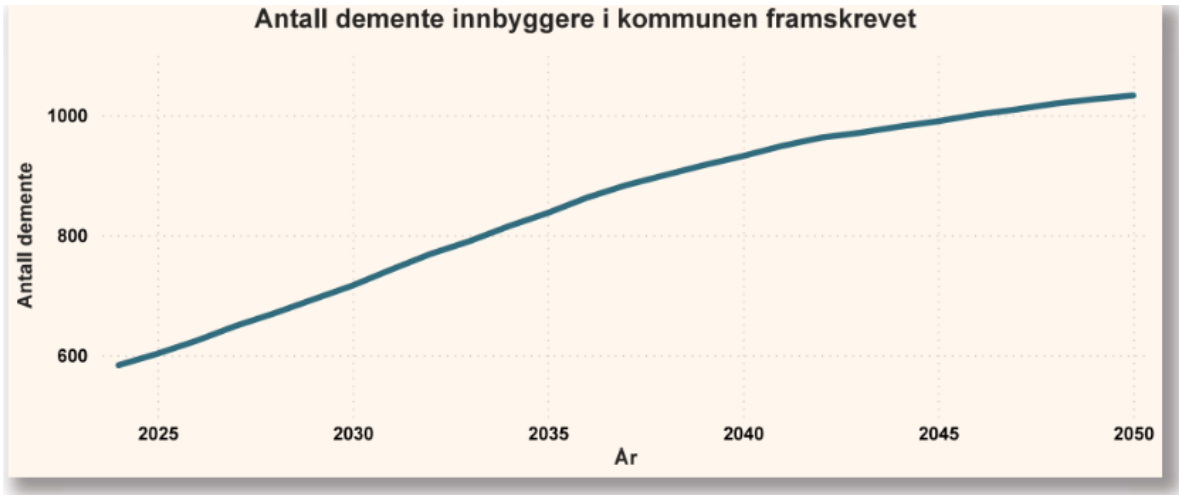


Figur: Aldersbæreevnen. Familieomsorgskoeffisient. Antall omsorgsytere (50-66 år) pr. antall eldre (85+ år), kilde SSB og Agenda Kaupang

Endringer i demografien medfører økt forekomst av demenssykdom

Fremskrevet antall som er i et demenssykdomsforløp i kommunen

Endringer i demografien med flere eldre vil innebære flere demente. Hunt-4 studien som er en av verdens største befolkningsundersøkelser og en viktig kilde til kunnskap om livsstil, livskvalitet, levekår og helse i Norge, viser forekomsten av demenssykdom i befolkningen i Trøndelag fylke. Dersom vi antar at dette er representativt for resten av landet noe det er grunn til å mene kan vi bruke dette til å fremskrive forekomsten i hver av landets kommuner. Når vi legger dette til grunn vil det være 837 personer med demenssykdom i Harstad kommune allerede i 2035 som er en økning på 43,3 % fra dagens anslag på 584 personer i Harstad kommune.



Figur: Antall demente i Harstad fremskrevet.
Kilde SSB, Hunt-4 og Agenda Kaupang

Detaljert framskrivning fordelt på aldersgrupper

Tabellen viser fordeling i Harstad kommune i de ulike alderskategoriene som vi deler framskrivningen inn i. Som vi ser av datamaterialet vil det ikke være flere forekomster i aldersgruppen 23-79 år, men den store økningen kommer i aldersgruppene 80-89 år og 90 år og eldre.

Basert på disse framskrivningene vil forekomsten av personer over 80 år i Harstad kommune nesten doble seg de kommende 25 årene frem mot 2050. Dette er viktig informasjon i forhold til å planlegge for et aldersvennlig samfunn og rett nivå på tjenester fremover.

Ar	23-66 år	67-79 år	80-89 år	90+	Totalt
2024	9	201	265	110	584
2025	9	205	277	112	603
2026	9	208	297	111	625
2027	9	208	314	118	649
2028	9	206	334	121	670
2029	9	204	356	125	694
2030	9	205	375	128	716
2031	9	204	397	133	743
2032	9	206	413	141	769
2033	9	210	425	147	790
2034	9	211	437	158	815
2035	9	207	450	171	837
2036	9	206	460	188	863
2037	9	205	465	206	884
2038	8	205	462	225	900
2039	8	206	462	241	917
2040	8	208	465	251	932
2041	8	209	468	263	949
2042	8	210	477	268	963
2043	8	210	485	267	971
2044	8	211	490	272	981
2045	8	213	483	287	990
2046	8	211	484	299	1001
2047	8	211	483	309	1010
2048	8	207	490	315	1019
2049	8	205	493	321	1027
2050	8	203	502	320	1033



3.2 Dokumentanalyser og intervjuer

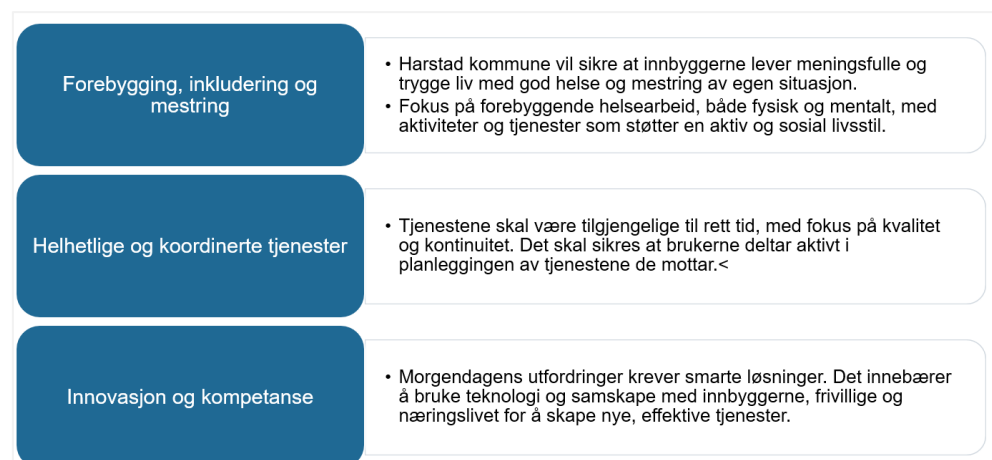
Planer og dokumenter

Vi har sett på følgende overordnede planer og dokumenter i Harstad kommune:

- Kommunedelplan for helse, omsorg og velferd 2023 – 2030
- KOSTRA-analyse av helse og omsorgssektoren (BDO)
- Forvaltningsrevisjonsrapport – Folkehelsearbeid
- Driftsanalyse og omstillingsplan for helse og omsorg (PWC)
- Behovsplan heldøgns omsorgsplasser og omsorgsboliger
- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Harstad 2022
- Strategi for e-helse og velferdsteknologi 2023-2027

Hovedmålene for fremtidens helse- og omsorg

Når vi forsøker å oppsummere alle planene og dokumentene sitter vi igjen med følgende gjennomgående målformuleringer for Harstad kommune:



Kommunedelplan for helse, omsorg og velferd 2023 – 2030

Utfordringer: En betydelig økning i antall eldre vil sette press på tjenestene, kombinert med redusert tilgang til helsepersonell. Det er behov for 250 ekstra årsverk innen 2035, samtidig som antall personer i arbeidsfør alder reduseres

Styrker: Planen fokuserer på innovasjon og teknologi, samt samskaping mellom aktører for å finne nye løsninger. Det er også lagt vekt på forebygging som en nøkkel for å dempe etterspørselen etter tynge omsorgstjenester

Tiltak: Bedre koordinering av tjenester, bruk av velferdsteknologi og fokus på å redusere utenforskap og fremme mestring blant innbyggerne. Det er også foreslått å styrke forebyggende tiltak som aktivitetsprogrammer og rehabilitering

Behovsplan for heldøgns omsorgsplasser og omsorgsboliger

Utfordringer: Harstad står overfor en aldrende befolkning, med en betydelig økning i antall eldre, spesielt de over 80 år, som vil øke behovet for omsorgsplasser. Det er forventet behov for 250 ekstra enheter innen 2035

Styrker: Kommunen har utviklet strategier for å holde folk lengst mulig i egne hjem ved hjelp av tilrettelegging, teknologiske løsninger og forebyggende arbeid. Det fokuseres på å utvikle aldersvennlige boliger som tilrettelegger for selvstendig liv

Tiltak: Bygging av 110 nye omsorgsplasser innen de neste fem årene, særlig for eldre, samt et sterkere fokus på forebyggende tiltak som aktivitetssentre og rehabilitering

Behovsplan for heldøgns omsorgsplasser og omsorgsboliger

Utfordringer: Harstad står overfor en aldrende befolkning, med en betydelig økning i antall eldre, spesielt de over 80 år, som vil øke behovet for omsorgsplasser. Det er forventet behov for 250 ekstra enheter innen 2035

Styrker: Kommunen har utviklet strategier for å holde folk lengst mulig i egne hjem ved hjelp av tilrettelegging, teknologiske løsninger og forebyggende arbeid. Det fokuseres på å utvikle aldersvennlige boliger som tilrettelegger for selvstendig liv

Tiltak: Bygging av 110 nye omsorgsplasser innen de neste fem årene, særlig for eldre, samt et sterkere fokus på forebyggende tiltak som aktivitetsentre og rehabilitering

Driftsanalyse og omstillingsplan fra PwC

Utfordringer: Harstad har høyere driftskostnader innen helse og omsorg enn sammenlignbare kommuner. Dette skyldes delvis høyt tjenestevolum og ineffektiv ressursutnyttelse. Blant annet tildeles mange timer til yngre brukere, og tjenestene kan være for «rause» sammenlignet med andre kommuner

Styrker: Kommunen har allerede startet en omstillingsprosess med mål om å skape balanse i økonomien. Forbedret kvalitet i vedtaksprosessen er identifisert som et fokusområde, sammen med bedre ressursstyring

Tiltak: Fokus på reduksjon i vedtaksvolum, systematisk evaluering av vedtak knyttet til helse- og omsorgstjenester og tiltak for å effektivisere ressursbruken gjennom blant annet bedre styring av ansattressurser og teknologibruk

Forvaltningsrevisjonsrapport – Folkehelsearbeid

Utfordringer: Harstad møter utfordringer med å ivareta folkehelsearbeidet fullt ut i tråd med regelverket. En stor andel innbyggere har helseutfordringer knyttet til levevaner som inaktivitet og dårlig kosthold, og det er et behov for sterkere fokus på forebygging

Styrker: Harstad har en organisert folkehelseavdeling som jobber systematisk med folkehelse, inkludert frisklivssentraler og forebyggende tiltak. Kommunen har god oversikt over helsetilstanden, men det er rom for å forbedre tiltakene mot de identifiserte utfordringene

Tiltak: Økt bruk av oversiktsdokumenter i planprosesser, bedre koordinering av folkehelsearbeid på tvers av enheter og tiltak rettet mot sosial ulikhet og inaktivitet

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Utfordringer: Sosiale helseforskjeller, fysisk inaktivitet og psykiske plager er store utfordringer i Harstad. Det er også økende ensomhet blant eldre, og en betydelig del av befolkningen står utenfor arbeidslivet

Styrker: Kommunen har gode verktøy for å kartlegge helseutfordringer og bruke denne innsikten til å skape langsiktige planer for å forbedre folkehelsen. Samtidig har Harstad en relativt god levealder sammenlignet med nasjonalt gjennomsnitt

Tiltak: Styrke tiltak mot sosiale helseforskjeller, som å øke deltakelsen i utdanning og arbeid, samt legge til rette for flere sosiale møteplasser og aktiviteter for å forebygge ensomhet og inaktivitet

KOSTRA-analyse av helse- og omsorgssektoren (BDO)

Utfordringer: Harstad har høye kostnader per bruker sammenlignet med andre kommuner i KOSTRA-gruppe 13. Spesielt hjemmetjenestene har utfordringer knyttet til ressursbruk, med stor variasjon i effektivitet mellom avdelinger

Styrker: Kommunen har gjort en rekke analyser for å avdekke hvorfor kostnadene er høye, og det er identifisert flere tiltak for å forbedre effektiviteten. Det er allerede gjort mye arbeid for å redusere forskjellene mellom tjenestene

Tiltak: Effektivisering av hjemmetjenester, fokus på økt ansikt-til-ansikt-tid og en bedre aktivitetsbasert finansiering. Det anbefales også en gjennomgang av tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne

Revisjon av ressursbruk i helse og omsorg

Utfordringer: I perioden 2011-2013 hadde Harstad høyere ressursbruk innen pleie- og omsorgstjenester enn sammenlignbare kommuner. Spesielt hjemmetjenester var kostnadskrevende

Styrker: Kommunen har klart å redusere utgiftene noe, blant annet gjennom færre sykehjemsplasser og effektivisering av ressurskrevende tjenester

Tiltak: Fortsatt fokus på kostnadsreduksjon gjennom bedre ressursutnyttelse og bruk av teknologi. Videre skal det jobbes med å sikre at ressursene tildeles på riktig nivå i omsorgstrappen

Strategi for e-helse og velferdsteknologi 2023-2027

Utfordringer: Behovet for å utvikle mer bærekraftige og effektive måter å yte helsehjelp på er forsterket. For å møte dette vil e-helse og velferdsteknologi være sentralt

Mål: Digitale løsninger skal være en integrert del av helse-, omsorg- og velferdstjenesten, og en naturlig del av oppgaveløsningen i tjenesten.

Fem strategiske mål:

1. Aktiv medvirkning i egen og næres helse
2. Enklere arbeidshverdag
3. Helsedata til fornying og forbedring
4. Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling
5. Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Sentrale forutsetninger for å lykkes: Økonomi (tilstrekkelige midler til investeringer og drift/vedlikehold), responscenter/organisering, ledelsesforankring og kompetanseheving

Hovedutfordringer i Harstad kommunes helse- og omsorgssektor

1. Demografisk utvikling og økt press på tjenestene: Den mest gjennomgående utfordringen i alle dokumentene er Harstads aldrende befolkning. Prognoser viser en betydelig økning i antall eldre, spesielt de over 80 år, som vil sette press på helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer i følge dokumentene:

- ▶ Behov for flere omsorgsplasser: Det er forventet behov for rundt 250 nye heldøgns omsorgsplasser og omsorgsboliger innen 2035
- ▶ Økt press på arbeidsstyrken: Samtidig som behovet for helsearbeidere øker, vil antallet personer i yrkesaktiv alder reduseres med omtrent 5 % i samme periode
- ▶ Flere personer med aldersrelaterte sykdommer: Forventet økning i sykdommer som demens, samt fysiske og psykiske helseplager som følge av aldring

2. Høy ressursbruk og lav effektivitet: En annen sentral utfordring er ressursbruken som er høyere enn i sammenlignbare kommuner. Dette gjelder spesielt innen hjemmetjenester, der Harstad har en høy andel brukere og et stort tjenesteomfang. Dokumentene peker på flere grunner til dette:

- ▶ Høy tjenestetildeling: Harstad tildeler flere tjenester og flere timer per bruker enn sammenlignbare kommuner, spesielt til yngre brukere
- ▶ Ineffektiv ressursbruk: Variasjon i ansikt-til-ansikt-tid og ineffektiv ressursutnyttelse i hjemmetjenestene
- ▶ Mangler i systematisk evaluering: Både vedtak og ressursstyring er lite systematisk evaluert, noe som fører til ineffektivitet og unødvendig høyt ressursbruk

3. Sosiale helseforskjeller og levevaner: Harstad står også overfor utfordringer knyttet til sosiale helseforskjeller og ugunstige levevaner som inaktivitet, dårlig kosthold og økende psykiske plager blant unge. I tillegg er ensomhet en økende utfordring, spesielt blant eldre og ungdom.

Muligheter og løsninger fremover

Teknologi og innovasjon: Det er bred enighet om at teknologi vil være en viktig del av løsningen på utfordringene. Velferdsteknologi, digitale helsetjenester og teknologiske løsninger som overvåkning og trygghetssystemer kan bidra til å redusere presset på helsepersonell og gjøre innbyggerne mer selvstendige. Dette inkluderer:

- ▶ Bruk av velferdsteknologi: Økt bruk av teknologi for å muliggjøre at flere eldre kan bo hjemme lengre, som sensorer, trygghetsalarmer og digitale helseverktøy
- ▶ Innovative samarbeidsformer: Økt samarbeid mellom offentlige, private og frivillige aktører for å skape nye, bærekraftige tjenester

Forebygging og egenmestring: Forebyggende tiltak som fremmer helse, fysisk aktivitet og sosial deltakelse er sentrale virkemidler for å redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester på lang sikt. Det foreslås blant annet:

- ▶ Lavterskel aktivitetssentre: For å stimulere til sosial deltakelse og egenomsorg
- ▶ Tiltak mot inaktivitet: Fremme fysisk aktivitet i befolkningen, spesielt blant unge og eldre

Bedre ressursstyring og organisering: Effektivisering av ressursbruken og en bedre styring av arbeidskraften i helse- og omsorgssektoren vil være essensielt for å håndtere fremtidens utfordringer. Dette kan gjøres gjennom:

Strengere vedtaksprosess: Redusere unødvendig ressursbruk ved å justere tildeling av tjenester og standardisere vedtaksprosesser

I forbindelse med arbeidet ble det i tillegg til kvantitative analyser også gjennomført intervjuer med et utvalg informanter (ca. 20-25) fra ulike tjenester innen helse, omsorg og velferd. Kartleggingsintervjuene ble gjennomført via Teams som gruppeintervjuer. Det ble også gjennomført intervju med kommunedirektør og kommunalsjef i forkant av fokusgruppene. Det er også foretatt noen spesifikke intervjuer knyttet til velferdsteknologi. Informantene som har deltatt har fått tilsendt utarbeidet intervjuguide i forkant av samtalene som utgangspunkt for intervjuet. Tema i intervjuguiden var:

- ▶ Nåværende situasjon
- ▶ Samhandling
- ▶ Ressurser og økonomi
- ▶ Organisering og bemanning
- ▶ Innføring og bruk av teknologi og velferdsteknologi

Informantene fikk mulighet til å si noe om hva man opplever at en får til på en god måte per i dag, og hva som oppleves som hovedutfordringer og som må håndteres bedre fremover.

Oppsummeringen baserer seg på intervjuer med et utvalg informanter. Vi tar forbehold om at ikke alle relevante stemmer er hørt i datainnsamlingen. I denne gjennomgangen har vi ikke hentet inn data fra brukere eller brukerrepresentanter.

Om dagens situasjon:

Hva er bra?

Respondentene uttaler at: det er stort helsefaglig fokus og det er de stolte av! Vi gir gode tjenester og får ofte gode tilbakemeldinger fra brukere og pårørende om dette. Flere mener at det er dedikerte og dyktige medarbeidere som er villige til å gjøre en ekstra innsats for å møte behovene i tjenestene.

Harstadhjelpa og flere lavterskeltilbud blir trukket frem som gode eksempler på vellykkede prosjekt som er pågående eller gjennomført. Innad på de ulike enhetene synes vi at arbeidet fungerer bra og at vi er gode til å samarbeide. Vi synes vi er ganske gode på å forebygge og jobbe i samarbeid med lokalsamfunnet på forebyggendeaktivitet. Det blir også pekt på at det er gode støttefunksjoner i organisasjonen med høy kompetanse.

Utfordringer i nåsituasjonen

Respondentene uttaler at: det er noen negative og krevende saker i media. Dette tar mye fokus og energi, men kan også virke ødeleggende for omdømmet til kommunen. Det er mange enheter har store utfordringer knyttet til bemanning både i forhold til å beholde og rekruttere. Det er høyt sykefravær, flere uttaler at de opplever at økt arbeidspress, oppgitthet, slitasje mv. som faktorer som påvirker dette. Høy arbeidsbelastning og slitne ansatte skaper et vanskelig arbeidsmiljø enkelte plasser. Det er variasjoner mellom enhetene her. Svært høy bruk av vikarbyrå i flere enheter/avdelinger. Det er en sårbarhet grunnet personavhengighet, sykefravær og mangel på stedfortredere. Uklarhet rundt beslutningslinjer skaper frustrasjon blant ansatte. Beslutninger blir ofte hengende mellom enheter og nivåer uten oppfølging. Det er et forventningsgap – både ansatte, politikere, innbyggere (brukere og pårørende) har høye forventninger både realistiske og urealistiske. Flere påpeker også at bemanningssituasjonen også gjør at utgifter og budsjett ikke går opp og at det er krevende gi tjenester i forhold til gitt økonomisk ramme og forutsetninger. Det er for lite samarbeid og kommunikasjon mellom enheter fører noen ganger til ineffektivitet. Det påpekes også at brukere med komplekse behov som gjør at det er behov for sammensatte tjenester fra flere utfordrer organisasjonen og at en ikke får til samspillet mellom enhetene på en god måte i flere slike saker.

De ansatte trekker også frem behovet for en tydelig felles retning med omforente planer og ambisjoner, god lederforankring.

Samhandling

Det beskrives at endringsmeldinger, omkamper og «drakamper» mellom saksbehandlere og utførerenheter skaper ineffektivitet i kommunen og utfordrer samhandlingen. Det er for liten samhandling mellom enhetene før første vedtak, noe som kan føre til dårlig dialog mellom enheter og AKT. Uklarhet rundt "hvem som gjør hva" forsterkes av gamle kulturer og urealistiske forventninger, noe som en del ganger fører til oppgaveskyvning. Det er særlig de komplekse sakene som utfordrer tjenestene. Dette kommer til syne som uklarheter i hvem som gjør hva og hvem som har ansvar og tar ansvar. Det at tjenestene gis på mange arenaer blir også trukket frem som en utfordring i forhold til samhandlingen og at det oppleves som at det er mangel på arenaer til å samhandle. Manglende samhandling og rolleavklaringer trekkes også frem som en utfordring for digitalisering og bruk av velferdsteknologi. Der er et samspill mellom digitaliseringsenheten, sektor og IKT-drift er en viktig forutsetning for å lykkes.

Ressurser og økonomi

Økonomien utfordrer tjenesten og lederne i sektoren. For eksempel trekkes det frem at det ikke er midler til velferdsteknologi noe som kunne ha medført redusert behov for årsverk. Kommunen styrer på årsverk, ikke på budsjetttramme noe som uttales at gir et mindre handlingsrom for ledere som av og til gir seg utslag i at en ikke kan ansatte folk, må leie inn. Dette medfører at man mister fagkompetanse og kontinuitet og at ufaglærte kommer med stillingskrav. Det oppleves også som utfordrende at det er politiske vedtak (inkl enkeltsaker) som det ikke tilføres midler til men økte forventninger og arbeidsoppgaver til tjenestene. Politikerne kan også stoppe vedtatte tiltak dersom de medfører ubehag f.eks. gjennom enkeltsaker i media. Det er en økning av sykehjemsplasser, selv om man har besluttet å prioritere tjenester og tiltak som medfører at flere kan bo hjemme lengre. Flere uttaler også at det er manglende involvering i budsjettprosessene og forståelse for de ulike vedtakene.

Organisering og bemanning

Dagens organisering har et godt fundament, og ansatte viser stort engasjement til tross for utfordringer. Omorganiseringer gjort i 2018 har ført til forbedringer, med støtte til dagens struktur. Det pekes på at det er for lite kommunikasjon mellom kommunedirektør/kommunalsjefsleddet og enhetene som svekker en helhetlig styring av sektoren. Det er viktig å understreke at dette gjelder både fra øverste ledelse og til øverste ledelse. Det kommer tydelig frem i intervjuene at en samlet strategisk retning og tydelige prioriteringer helt fra politisk ledelse og gjennom hele organisasjonen og ut til enhetene savnes. Det oppleves fra mange at prosjekt og arbeid innen for sektoren er for fragmentert og lite koordinert selv om det er flere gode eksempler på godt arbeid med gode resultater.

Det er relativt stor variasjon i størrelse og funksjonalitet mellom enheter. Dette gjelder både avdelingsstørrelser, egnethet for bygg, lokasjoner mv. Det er mange tjenestesteder noe som flere mener er med på å gjøre det vanskelig å ha oversikt i organisasjonen samlet. Det kommer tydelig frem at det er mest fokus på egen tjeneste. Et annet funn er beslutningsutfordringer. Det er virker som det er uklart hvilke myndighet som er delegert til de ulike lederne og i de komplekse sakene komme dette til syne og da også i samarbeid med AKT. Det uttales at beslutninger blir hengende i lufta.

Det er krevende å skaffe kvalifisert bemanning og vi har mye innleie fra vikarbyrå. Det er noe bedre nå enn tidligere, men fremdeles høyt og relativt mye bruk av midlertidighet. Det er også ujevnt lederspenn og til tider mange ansatte under hver leder.



3.3 KOSTRA-analyser

Oppsummering av de viktigste funnene

Nøkkeltall

Et godt driftsresultat, lav netto lånegjeld og mye fondsreserver er viktige tegn på sunne kommunale finanser. En sunn og bærekraftig kommuneøkonomi tilsier overskudd på over 1,75%, netto lånegjeld på under 75%, og reserver på over 10%.

Overordnet økonomianalyse for Harstad gir følgende viktige styringstall for 2023.

Netto driftsresultat	Netto lånegjeld	Disposisjonsfond
-2,8 %	130,8 %	11,8 %

Harstad hadde et positivt driftsresultat på 1,6% i 2021 og et enda bedre resultat med 3,5% i 2022, men en tydelig forverring til 2023 hvor det ble et driftsresultat på -2,8 %.

Lånegjelden er også høy og en stor økning fra 2022 til 2023. Vi ser også at kommunen her en rekke store investeringer også i 2024 og planlagt inn i 2025 som kommer til å gjøre at dette forverres ytterligere. Vi mener det er stor grunn til å få kontroll på lånegjelden i forhold til en bærekraftig økonomi. Kommunen har et disposisjonsfond på 11,8 % etter 2023 som er over målet på 10%, men det er grunn til å tro at den utfordrende driften i 2024 vil tære på dette fondet og det ble redusert en god del fra 2022 til 2023 også.

Utgiftsnivået i kommunen

Kostnadsnivået, samt den fremtidige befolkningsutviklingen og befolkningssammensetningen, er nært knyttet til kommunens beregnede utgiftsbehov. Utgiftsbehovet gir en indikasjon på faktisk ressursbruk mot det kommunen objektivt sett har «behov for». Utgiftsbehovet gir også en mulighet til å se hvilke sektorer kommunen kan vente seg de største utfordringene i årene fremover.

Beregnet utgiftsbehov per kommune per tjeneste							
Tjeneste	1806 Narvik	1833 Rana	4624 Bjørnafjorden	4647 Sunnfjord	5402 Harstad	5403 Alta	Gruppe 09
Administrasjon	96,3 %	95,4 %	96,2 %	97,3 %	95,3 %	97,3 %	95,9 %
Barnehage	91,9 %	87,2 %	107,1 %	108,1 %	97,2 %	113,1 %	100,1 %
Barnevern	88,6 %	88,9 %	98,2 %	95,7 %	93,8 %	112,5 %	99,5 %
Grunnskole	90,3 %	94,1 %	119,0 %	111,7 %	94,0 %	109,6 %	104,3 %
Helse	103,5 %	100,5 %	103,1 %	102,7 %	100,2 %	100,1 %	98,9 %
Landbruk	67,3 %	78,2 %	86,0 %	288,7 %	60,6 %	84,7 %	103,6 %
Pleie og omsorg	120,5 %	115,4 %	96,1 %	100,4 %	107,9 %	95,9 %	101,3 %
Sosial	83,3 %	80,6 %	73,9 %	75,1 %	86,9 %	82,8 %	88,2 %
Utgiftsbehov totalt	102,3 %	100,3 %	102,7 %	103,1 %	99,6 %	102,3 %	100,5 %

Kommunale regnskaper må korrigeres for ulikheter i utgiftsbehov før sammenligning. Ulik befolkningssammensetning, sosiodemografiske forhold og geografi/bosettingsmønster gjør at kommuner har ulikt utgiftsbehov med hensyn til å gi et likeverdig tjenestetilbud. Kommunene kompenseres/trekkes for slike kostnadsforskjeller gjennom inntektssystemets kostnadsnøkler, basert på hvor dyre eller billige kommunene er å drive. Forskjeller i beregnet utgiftsbehov synliggjøres gjennom kostnadsindekser, hvor en indeksverdi over 100 % indikerer at kommunen er mer kostnadskreven enn landsgjennomsnittet.

Teoretisk innsparingspotensial

Når vi korrejerer for behov og regner om tjenestene til pris per innbygger avdekker vi et teoretisk innsparingspotensial sett i forhold til KOSTRA-gruppen og andre sammenliknbare kommuner.

Innsparingspotensial sammenliknet med kommunene i utvalget						
Tjeneste	1806 Narvik	1833 Rana	4624 Bjørnafjorden	4647 Sunnfjord	5403 Alta	Gruppe 09
Administrasjon	-26 mill.	-434 mill.	53 mill.	30 mill.	43 mill.	19 mill.
Barnehage	-12 mill.	-3 mill.	-5 mill.	-22 mill.	-1 mill.	-1 mill.
Barnevern	-6 mill.	20 mill.	12 mill.	13 mill.	-19 mill.	10 mill.
Bolig	-6 mill.	-19 mill.	3 mill.	-8 mill.	-43 mill.	-9 mill.
Brann	-8 mill.	2 mill.	3 mill.	4 mill.	-2 mill.	7 mill.
Grunnskole	-14 mill.	52 mill.	98 mill.	23 mill.	-17 mill.	40 mill.
Helse	25 mill.	32 mill.	45 mill.	46 mill.	-13 mill.	45 mill.
Kirke	-3 mill.	-1 mill.	0 mill.	-5 mill.	-4 mill.	-1 mill.
Kultur	-7 mill.	11 mill.	25 mill.	8 mill.	11 mill.	11 mill.
Landbruk	-2 mill.	0 mill.	-1 mill.	0 mill.	-3 mill.	-1 mill.
Plan- og byggesak	16 mill.	3 mill.	5 mill.	2 mill.	1 mill.	4 mill.
Pleie og omsorg	-1 mill.	125 mill.	101 mill.	111 mill.	-206 mill.	109 mill.
Samferdsel	-24 mill.	-25 mill.	-9 mill.	-31 mill.	7 mill.	-4 mill.
Sosial	-8 mill.	9 mill.	9 mill.	21 mill.	-60 mill.	4 mill.
Totalt	-75 mill.	-229 mill.	339 mill.	192 mill.	-307 mill.	234 mill.

Tabellen over viser mulig innsparingspotensial i Harstad kommune sammenliknet med kommunene som er med i vårt utvalg her. Mulig innsparingspotensial er markert med et positivt tall og er markert med gult. Harstad er ikke vist i tabellen og er satt til å være 0 på alle punkt. Tabellen viser at Harstad har et innsparingspotensial på totalt 234 millioner kroner sammenliknet med KOSTRA-gruppe 9. Ser vi på pleie og omsorg er innsparingspotensialet på hele 109 millioner kroner, og det er kun Alta som har høyere utgifter enn Harstad.

Innsparingspotensial i pleie og omsorg

Tabellen nedenfor viser innsparingspotensial fordelt per KOSTRA-funksjon innen pleie og omsorg. Institusjonstjenester har det største innsparingspotensialet, med 67 millioner kroner, etterfulgt av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, med 27 millioner kroner, sammenliknet med KOSTRA-gruppe 9.

Sammenliknet med de øvrige kommunene i utvalget, så ser vi at funksjon 253 helse- og omsorgstjenester i institusjon, og funksjon 261 institusjonslokaler, som de områdene med størst innsparingspotensial.

Innsparingspotensial						
Funksjon	1806 Narvik	1833 Rana	4624 Bjørnafjorden	4647 Sunnfjord	5403 Alta	Gruppe 09
234 Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse mv.	2 mill.	4 mill.	-9 mill.	-10 mill.	0 mill.	-2 mill.
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	-13 mill.	37 mill.	129 mill.	89 mill.	-11 mill.	67 mill.
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	-3 mill.	67 mill.	-42 mill.	34 mill.	-213 mill.	27 mill.
256 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	8 mill.	4 mill.	6 mill.	-1 mill.	3 mill.	5 mill.
261 Institusjonslokaler	5 mill.	12 mill.	17 mill.	0 mill.	15 mill.	12 mill.
Totalt	-1 mill.	125 mill.	101 mill.	111 mill.	-206 mill.	109 mill.

Kommuneindeksen 2024

Hva er god styring av kommuner og hva kan vi lære av de beste?

Kommuneindeksen sammenligner kommunens resultater de tre siste årene. Hypotesen er at kommunene med de beste resultatene er de kommunene som er best styrt. De har kanskje noe interessant å lære bort.

Kommuneindeksen legger vekt på kommunens rolle som tjenesteprodusent. 90% av utgiftene går til svært lovstyrte oppgaver som produsent av velferdstjenester til innbyggerne. Kommunene må klare å levere gode tjenester i tilstrekkelig omfang uten å miste kontrollen over økonomien. Vi sammenligner derfor tjenestekvalitet, kostnadsnivå og finanser.

Kostnader, kvalitet og finanser teller likt i Kommuneindeksen. Kostnader og kvalitet teller likt i indeks for effektivitet. Alle kommuner teller likt. Indeksen for hver indikator er avstanden fra kommunegjennomsnittet, ålt i standardavvik.

Oppsummering av funnene i Kommuneindeksen

Hvilke kommuner får mest og best velferd ut av hver krone?

- Liten/ingen sammenheng mellom kommunestørrelse og kvalitet
- Liten/ingen sammenheng mellom kostnader og kvalitet
- Liten sammenheng mellom inntektsnivå og finanser
- En viss sammenheng mellom sentralitet og god styring
- Flertallet av kommunene med god styring i år hadde det også i fjor

Hva er god styring av kommuner og hva kan vi lære av de beste?

- Fokus på effektiv drift og kunsten å levere tjenester med god kvalitet med lave kostnader
- God ledelse og hardt arbeid er nødvendig for å skape gode resultater i kommunene. Det er ikke nok med mye penger eller flaks.

Agenda Kaupang håper kommuneindeksen for enkeltkommuner kan være til nytte for kommuneledere som vil forbedre resultatene.

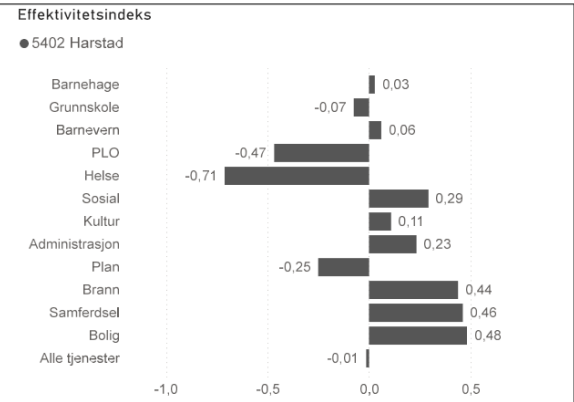
- Hva gjør kommunen for å levere bedre kvalitet? Hvordan vri tjenesten til mer tidlig innsats?
- Hvordan rekruttere tilstrekkelig kompetanse framover?
- Hvordan sikre en helhetlig boligutvikling som gjør de eldste innbyggerne mer selvhjulpne?

Harstad rangeres som nummer 289 i Kommuneindeksen 2024

Utvikling siste tre år				
Region	2021	2022	2023	
5402 Harstad				
Rang kommuneindeks	249	220	289	
Rang kvalitet	149	240	265	
Rang kostnad alle tjenester	213	194	201	
Rang finans	273	201	310	
Rang effektivitet	203	196	207	
Kommuneindeks	-0,13	-0,04	-0,26	
Indeks kvalitet	0,05	-0,07	-0,10	
Indeks kostnad alle tjenester	0,04	0,14	0,07	
Indeks finans	-0,49	-0,20	-0,76	
Indeks effektivitet	0,04	0,03	-0,01	

Rang i sammenlikningskommunene					
Region	Rang kommuneindeks	Rang kvalitet	Rang kostnad	Rang finans	Rang effektivitet
1804 Bodø	171	110	146	227	136
1806 Narvik	278	221	229	276	231
5037 Levanger	158	53	56	308	35
5401 Tromsø	279	97	184	332	171
5402 Harstad	289	265	201	310	207
5403 Alta	301	227	294	239	291
Gruppe 09	135	141	92	222	89

Finansielle nøkkeltall siste tre år				
Region	2021	2022	2023	
5402 Harstad				
Indeks finans	-0,49	-0,20	-0,76	
Disposisjonsfond i prosent	0,14	0,15	0,12	
Netto driftsresultat i prosent	0,02	0,03	-0,03	
Netto lånegjeld i prosent	1,14	1,15	1,31	

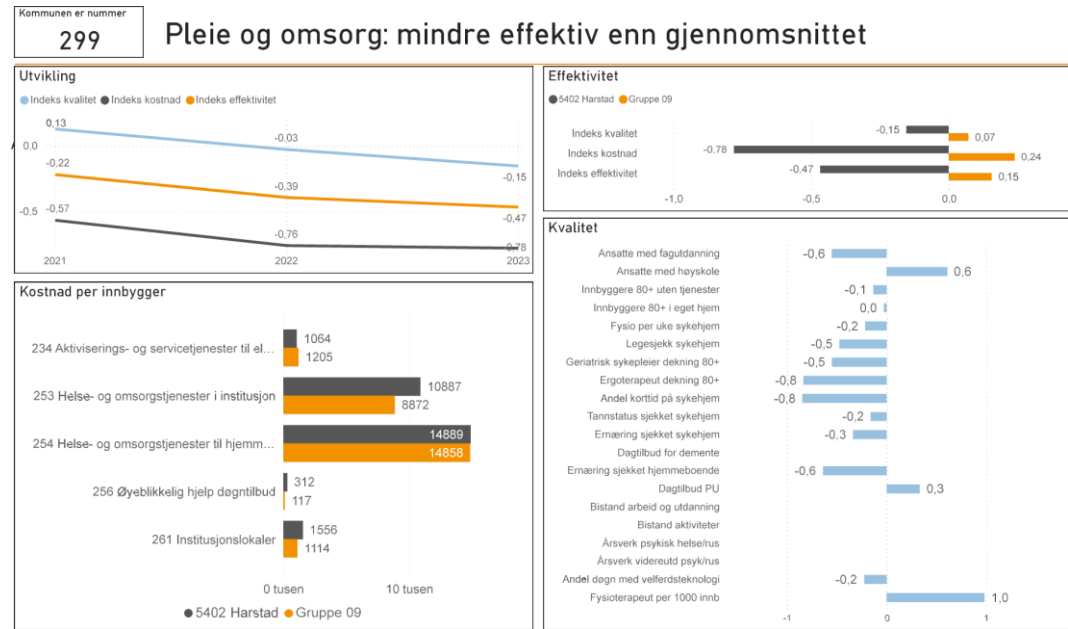


Figurene ovenfor viser hovedoppsummeringen av kommuneindeksen 2024 for Harstad kommune. Øverst til venstre finner vi de ulike indeksene og utvikling over tid rangering og også måltallet for standardavvik for de ulike indeksene. Vi ser at utviklingen har vært særlig negativ knyttet til kvalitet, mens kostnadsbildet har vært relativt stabilt sett i forhold til snittet. Vi ser i figuren nederst til venstre at samtlige kommuner vi har sammenlignet med, med unntak av Alta, gjør det bedre enn Harstad samlet sett. På indikatoren kvalitet er alle bedre enn Harstad mens både Narvik og Alta har høyere kostnader. I forhold til da effektivitet blir Harstad de noe dårligere enn Bodø og Tromsø, men noe bedre enn Narvik og Alta. Levanger er i en klasse for seg på alle områder med unntak av finanser som de er veldig dårlige på.

Vi ser at det er både Pleie og omsorg og Helse som Harstad i effektivitetsindeksen nederst til høyre skårer relativt svakt på. Dette kommer hovedsakelig av høye kostnader.

Kommuneindeksen 2024

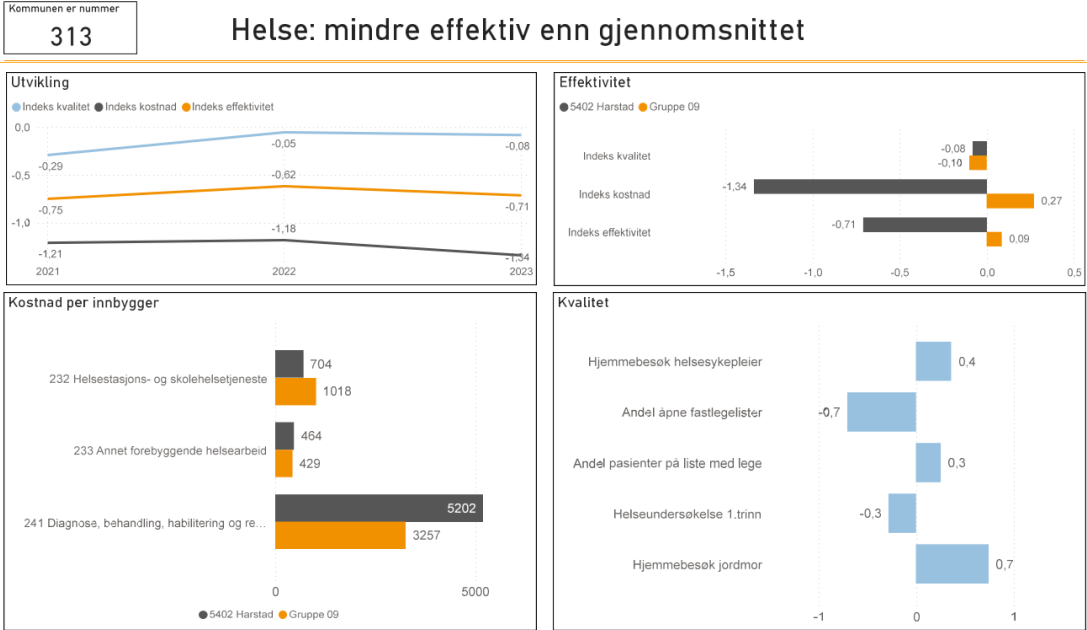
Kommunen er nummer 299 på pleie og omsorg



Kvalitetsmessig har det vært en nedgang siste 3 årene i vår måling. Fra å være litt over snittet ligger Harstad litt under snittet. Samtidig har også kostnadsbildet godt fra høye kostnader til svært høye kostnader og nå med et standardavvik på 0,78 noe som gir at Harstad er blant de 10 % dyreste i landet på pleie og omsorg sett i forhold til kostand per innbygger.

Dette gir samlet at effektiviteten er mindre enn gjennomsnittet og relativt lav.

Harstad rangeres som nummer 312 på Helse i kommuneindeksen 2024



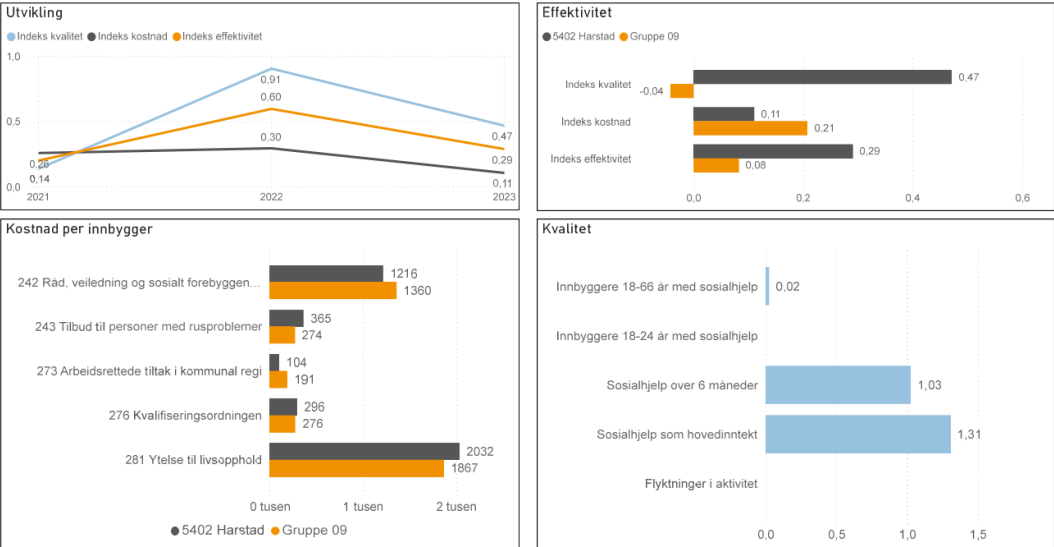
For helse har det vært en liten økning i kvalitet fra 2021 til 2023, men kostnadene har gått fra veldig høye til svært høye per innbygger. Dette gjelder KOSTRA-funksjon 241 spesielt som blant annet inneholder legetjenestene i kommunen som andre analyser viser at har svært høye kostnader i Harstad.

Kommuneindeksen 2024

Kommunen er nummer 96 på sosial

Kommunen er nummer
96

Sosial: mer effektiv enn gjennomsnittet

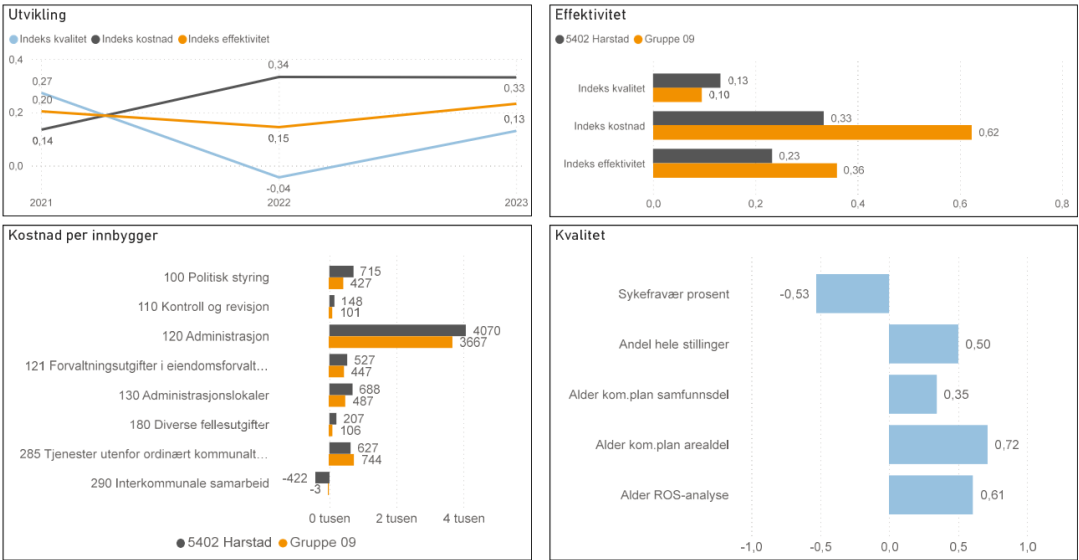


Sosial er et av områdene hvor kommunen gjør det relativt godt på kommuneindeksen. Både kostnadene og kvaliteten er bedre enn snittet for landet som gir at kommunen har bedre effektivitet enn mange andre.

Harstad rangeres som nummer 134 på Administrasjon

Kommunen er nummer
134

Administrasjon: mer effektiv enn gjennomsnittet



Også på administrasjon er både kvaliteten og kostnadene bedre enn snittet for landet. Også her er kvaliteten høy, men det er en viktig indikator som er negativ og det er høyt sykefravær. Vi har valgt å ha dette som en styringsindikator på administrasjon og mener dette ligger til kommunens øverste ledelse å styre.



3.4 Pleie- og omsorgstjenesteanalyse

Oppsummering av de viktigste funnene

Utvikling over tid- pleie og omsorg

Andel eldre har økt i Harstad siste årene og vil fortsette å øke fremover. Den overordnede økonomiske situasjonen er krevende for kommunen, og medfører at kommunen har mindre ressurser å bruke enn andre kommuner.

I Agenda Kaupangs Kommuneindeks så rangeres Harstad på en 289. plass samlet sett. I forhold til landsgjennomsnittet finner vi at Harstad har: *lavere kvalitet, lavere kostnader og svake finanser.*

Harstad sine utgifter til pleie- og omsorg er høyere enn tilhørende KOSTRA-gruppe og flere av sammenlikningskommunen vi har benyttet i vårt arbeid. Harstad har hatt en utgiftsvekst siden 2015 ref. figuren under:

Figuren viser at utgifter til pleie- og omsorgstjenester korrigert for kommunal deflator viser en vekst fra 2015 til 2023 på 200 mill. kroner. Veksten fra 2022 til 2023 er 51,5 mill. kroner.

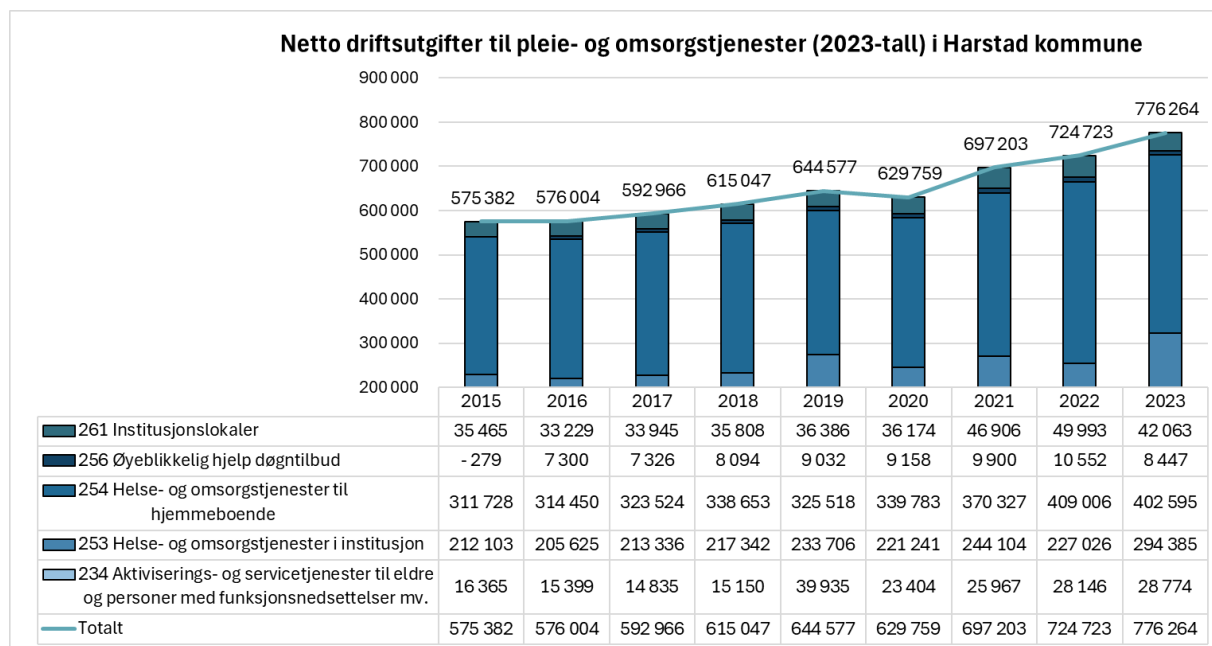
Det har vært en økning innen alle tjenestene, men utgifter til institusjon har økt mest:

- ▶ Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende har økt med 31 % i tidsperioden
- ▶ Helse- og omsorgstjenester i institusjon har økt med 36 % i tidsperioden.

Nasjonale data viser at hovedvekten av landets øvrige kommuner også har hatt en utgiftsøkning. Årsaken til dette er ulike, men må sees i sammenheng med økte og endrede oppgaver til kommunene, i kombinasjon med økning i andel eldre (fra 2015 til 2023 har Harstad hatt en vekst i innbyggere over 80 år på 16,5 %. Den generelle befolkningsveksten var på 0,9 %). Nasjonale data viser samtidig at utgifter til yngre tjenestemottaker har økt i perioden.

Utviklingen i tjenesteprofil for Harstad fra 2015-2023 (kilde: SSB) viser at Harstad har hatt en økning i tjenestene samlet sett:

- ▶ Andel tjenestemottakere med ulike tjenester i eget hjem har hatt en økning
- ▶ Boliger med bemanning er økt i perioden
- ▶ Andel tjenestemottakere med langtidsopphold i institusjon har økt i hele perioden
- ▶ Andel med korttidsopphold ligger omtrent på samme nivå som i 2015.



Figur: Utvikling i nettodriftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester, Kilde: SSB og Agenda Kaupang

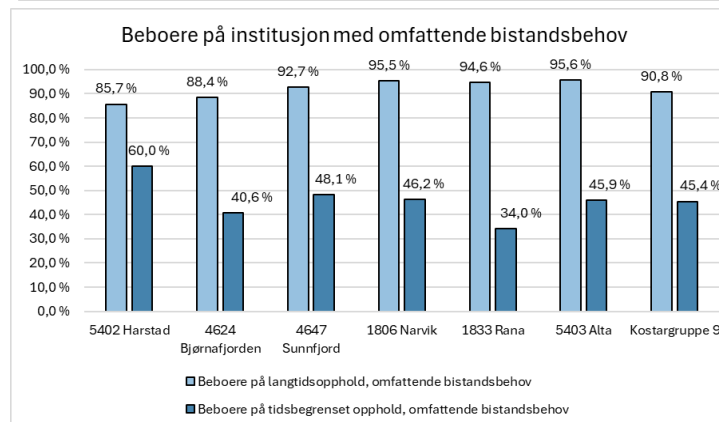
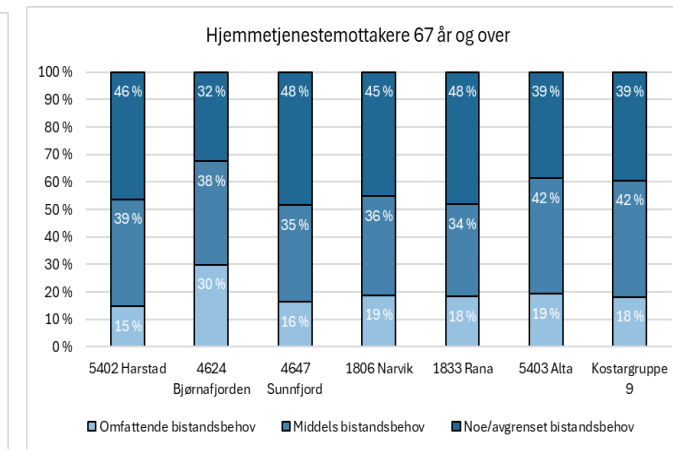
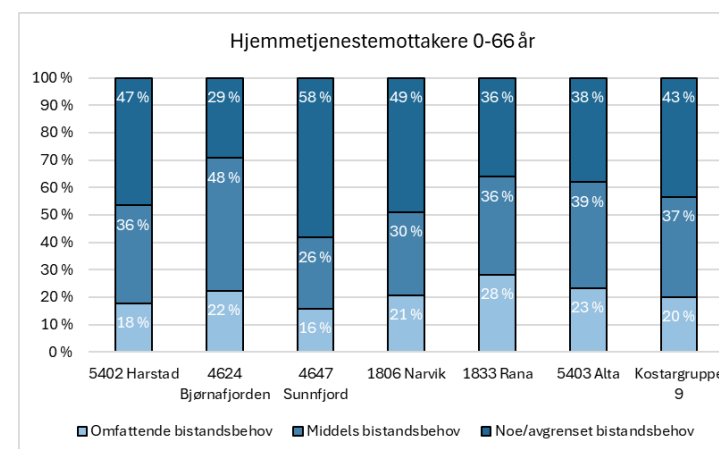
Tjenestemottakere har ulike bistandsbehov

Tjenestemottakere i helse- og omsorgstjenesten har ulike bistandsbehov. Bistandsbehov forstår vi som en beskrivelse av tjenestemottakeres/pasientens behov for hjelp og avhenger av vedkommende funksjonsnivå, både fysisk og psykisk. Bistandsbehov varierer fra tjenestemottaker til tjenestemottaker og ulike faktorer som f.eks. pasientens alder, helsetilstand, funksjonsevne spiller inn.

Definisjonen og måling av bistandsbehov iht. IPLOS (Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk) kan være viktig kunnskap både for å kunne si noe om forventet ressurs- og tjenestenivå og for å sikre at tjenestemottakerne får «riktig» tilbud. IPLOS gjøres for å foreta en funksjonsvurdering av tjenestemottaker innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne skal utføres minimum hver 6. måned eller ved behovsendringer. Basert på skår av 15 funksjonsvariabler rangeres hver tjenestemottaker i en av fire kategorier: *lite/avgrenset bistandsbehov*, *Middels til stort bistandsbehov*, *Omfattende bistandsbehov* eller *ikke grunnlag for å beregne bistandsbehov*.

Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) publisert i KOSTRA inneholder data om bistandsbehovene til tjenestemottakerne i ulike kommuner. Vi har hentet ut data fra Harstad og noen utvalgte sammenlikningskommuner. Data som er benyttet bygger på vurderingsverktøyet IPLOS. Vi erfarer at funksjonskartleggingen beskriver relativt godt det somatiske ressurs- og utfordringsnivået for beboerne/tjenestemottakere. IPLOS er imidlertid ikke nødvendigvis like egnet for å fange opp de kognitive utfordringene. En annen mulig utfordring med IPLOS-kartleggingen er at vurderingene tas av mange og ulike tjenesteutøvere. Kartleggingen innebærer stor grad av skjønnsmessige vurderinger og det kan gjøre at ulike personer skårer ulikt. Når data benyttes er det derfor viktig å kjenne til disse mulige usikkerhetsmomentene.

Nasjonale tilgjengelige data (2023) viser at Harstad ikke har flere tjenestemottakere vurdert til å ha *omfattende bistandsbehov* enn sammenlikningskommunene, med unntak av tidsbegrenset opphold på institusjon. Data fremkommer i figurene under. 18 % av tjenestemottakerne med hjemmetjenester under 66 år er vurdert å ha *omfattende bistandsbehov* i Harstad. For aldersgruppen 67 år og over er andelen rundt 15 %. På korttidsopphold er 60 % av beboerne vurdert å ha *omfattende bistandsbehov*, dette er høyere enn sammenlikningskommunene. For beboere på langtidsavdelinger er tallet 85,7 %. Tabellene under viser hvordan dette er i Harstad og utvalgte sammenlikningskommuner.



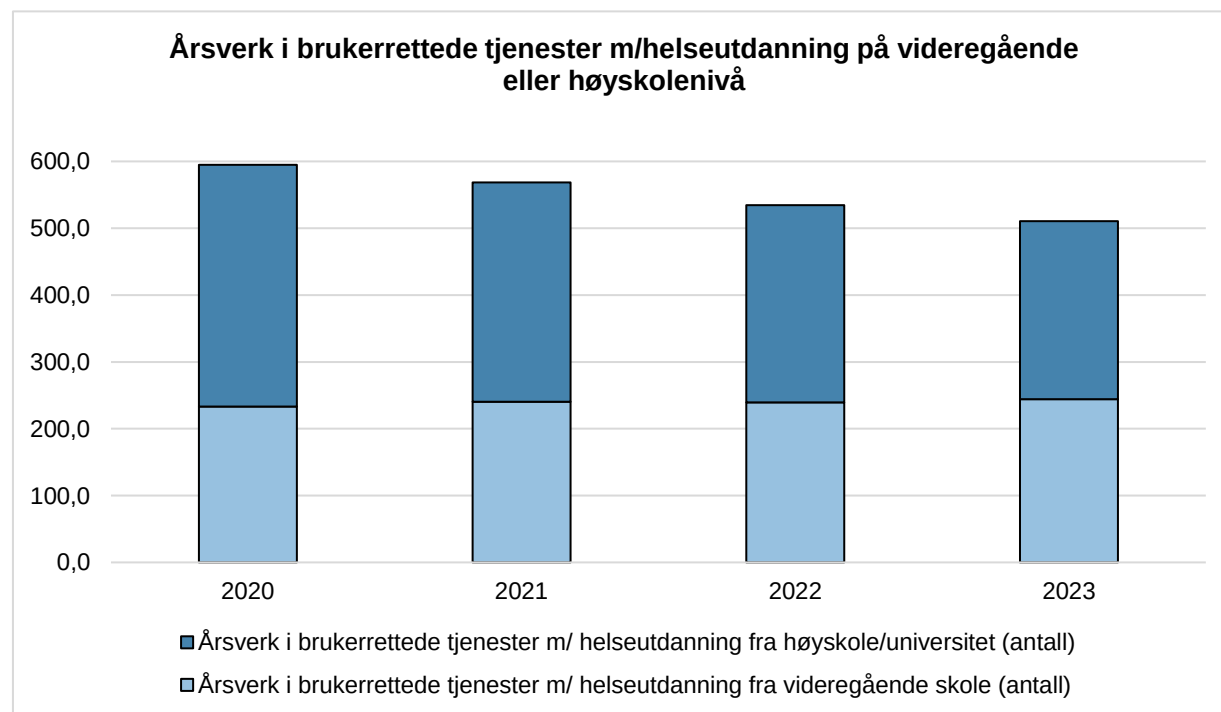
Figurer: Vurdert bistandsbehov for tjenestemottakere , Kilde: SSB-tabell 12292 (for 2023) og Agenda Kaupang

Lavere andel ansatte med helsefaglig bakgrunn

Harstad opplever, som mange andre kommuner, utfordringer med å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse. Demografisk utvikling, med sterkt økning i andel eldre og lavere andel yrkesaktive per eldre er ventet å forsterke utfordringene fremover.

Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023: 4) viser at det vil bli stor mangel på kvalifiserte helsearbeidere fremover. Kommisjonen understreker at det er nødvendig å intensivere arbeidet med omstilling om vi skal sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i tiden fremover.

Nasjonale data viser at Harstad i perioden fra 2020 og frem til 2024, har hatt en nedgang i årsverk med helseutdanning på videregående- og høyskolenivå. Data fra 2023 viser en samlet nedgang i ansatte med helseutdanning sammenliknet med tidligere år. Data fremkommer i figuren under.



Figur: Årsverk med kompetanse, Kilde: SSB tabell 12292 og Agenda Kaupang

Analyse av pleie og omsorg: Metode

3.4 Pleie- og omsorgstjenesteanalyse

I Agenda Kaupangs database foreligger det detaljerte oversikter over ulike kommuners prioritering av pleie- og omsorgstjenester (PLO). Dette er tall som ikke finnes i KOSTRA. For å svare ut mandatet for dette arbeidet har det vært nødvendig å se på totalutgiftene ført under det som i KOSTRA benevnes som pleie- og omsorgstjenester og innbefatter tjenester som: Støttekontakt, omsorgsstønning, avlastning, helsehjelp utenfor institusjon, praktisk bistand - opplæring/hjemmehjelp, tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse, institusjonstjenester (sykehjem, barnebolig, avlastning i institusjon), kommunale arbeids- og aktivitetstilbud.

For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i kommunen har vi sammenliknet Harstad med kommuner vi har kjennskap til og hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling og analyser. Gjennomsnittet for referansegruppen kalles i analysene «Snittet av 14 utvalgte kommuner» og består av Halden, Asker, Lier, Lom, Tønsberg, Skien, Fyresdal, Kvinesdal, Vindafjord, Kristiansund, Ulstein, Sula, Volda og Verdal. Det er vår oppfatning at disse kommunene er relativt nær et «nasjonalt snitt» og derfor kan brukes til en vurdering av kommunen mot landet for øvrig.

Sammenligningene omhandler antall brukere og utgifter per bruker for likartet tjeneste. I analysene tar vi utgangspunkt i både brutto og netto driftsutgifter for kommunene.

Analysen som er gjennomført bruker tre brukerkategorier:

- ▶ *Mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelser*
- ▶ *Mennesker med psykiske helseplager/rusrelaterte sykdommer*
- ▶ *Andre brukere, hovedsakelig eldre*

Analysene er behovskorrigert for ulik demografi, sosiale forhold og geografi. Agenda Kaupang benytter seg av behovsberegningen som staten har beregnet, til bruk i inntektssystemet for kommunene (utgiftsutjevningen).

Formålet med analysen er å få en dypere kunnskap om ulike brukergrupper, tjenesteprofil og ressursbruk knyttet til enkelttjenester.

I denne rapporten gjengis en kort oppsummering om kommunens prioritering og dimensjonering av tjenester til ulike brukergrupper. Analysen som er gjort for alle de tre brukergruppene er utformet som selvstendige rapporter og oversendt kommunen sammen med hovedrapporten.



Bilde: Rapport- Analyse av kostnader og tjenesteprofil til ulike brukergrupper innen pleie og omsorgstjenesten

Analyse av pleie og omsorg: Oppsummering

3.4 Pleie- og omsorgstjenesteanalyse

Analysen viser at Harstad brukte 30 377 kroner i netto driftsutgifter per innbygger (justert for et utgiftsbehov på 107,6% av landsnittet) og en samlet ressursbruk på 0,8 milliarder kroner i 2023, (i analysen har vi justert opp sats for arbeidsgiveravgift til 14,1 prosent). Analysen innenfor pleie og omsorg, og overordnede KOSTRA analyser viser at Harstad har høyere utgifter enn snittet av tilhørende KOSTRA gruppe. Harstad har også høyere utgifter enn snittet av sammenlikningskommuner i denne analysen.

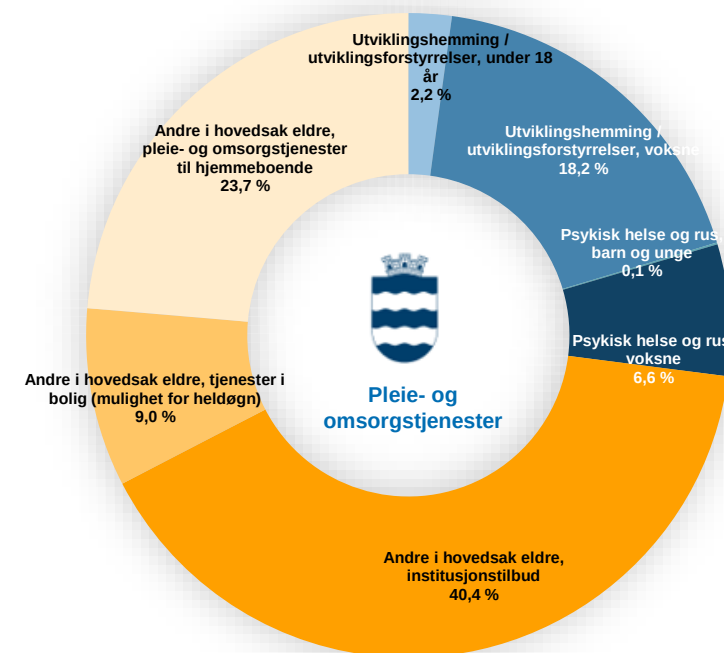
Analysen viser at mye av kommunens ressursene er knyttet opp til de tyngste trinnene i innsatstrappen. Dette gjelder særlig innenfor brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*, men også til de to andre brukergruppene.

I 2023 gikk rundt 73 % av utgiftene til pleie og omsorgstjenestene til brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*. Hovedvekten av utgiftene til denne gruppen ble benyttet til ulike institusjonstilbud (40,4 %). 9 % ble benyttet til boliger med mulighet for døgn tjenester. I underkant av 24 % av utgiftene i 2023 omhandlet ulike tjenester til hjemmeboende.

I 2023 ble ca. 20 % av utgiftene ført under tjenester benevnt som pleie og omsorg brukt på tjenester til mennesker med utviklingshemning og utviklingsforstyrrelser. 7 % av de totale utgiftene innenfor pleie og omsorg ble benyttet til mennesker med psykiske helseplager/rusrelaterte sykdommer. Data fremkommer i figuren til høyre.

Det er viktig å presisere at tjenestemottakere innenfor alle de tre brukergruppene også mottar andre kommunale tjenester som for eksempel fastlegetjenester, rehabiliterende helsetjenester, sosialtjenester mv. Disse tjenestene omfattes ikke av KOSTRA-funksjonene innen pleie og omsorg, og inngår derfor ikke i denne analysen.

Fordeling av pleie- og omsorgskostnader i Harstad kommune

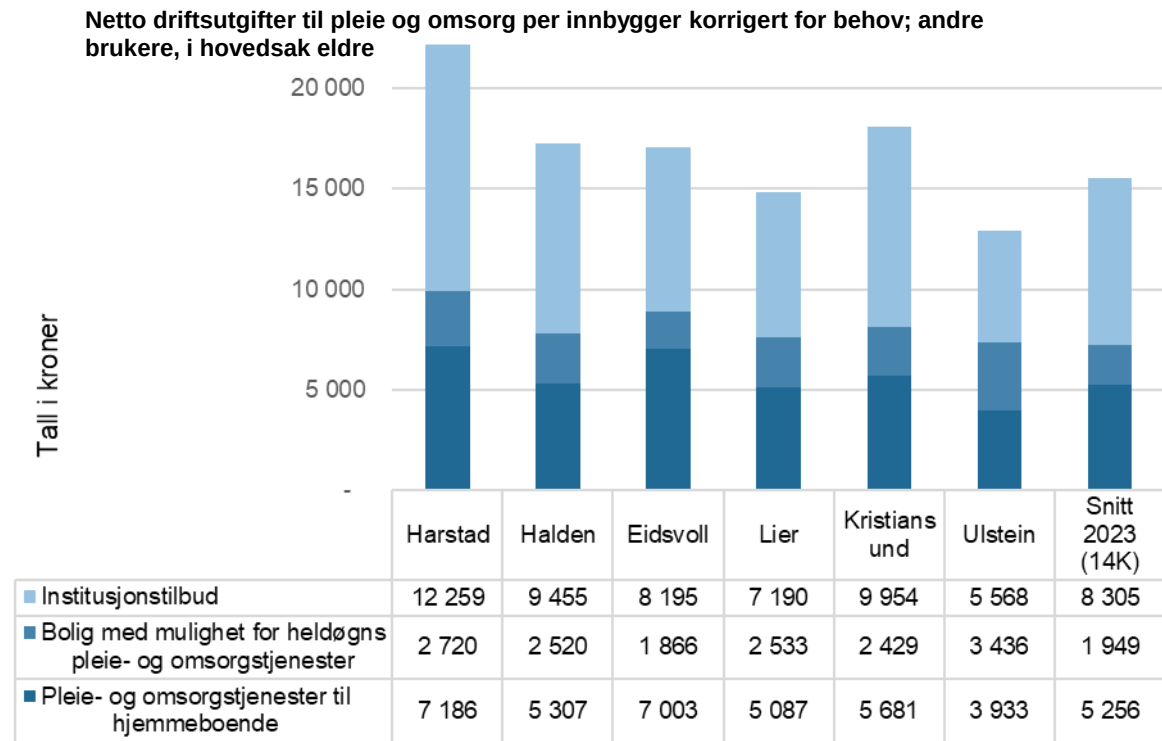


Figuren viser hvor stor andel innenfor kommunes utgifter ført under tjenester definert som PLO i KOSTRA ([Kommune-Stat-RApportering](#)) er ført på ulike brukergrupper. Kilde: SSB, kommunens kartlegging/regnskap 2023 og Agenda Kaupang.

Analyse av pleie og omsorg: Tjenester til Andre brukere, hovedsakelig eldre

I 2023 ble 73 % av Harstad kommune sine utgifter til pleie og omsorg brukt på brukergruppen «Andre, i hovedsak eldre». Hovedvekten av utgiftene til denne målgruppen gikk til ulike institusjonstilbud (40,4 %).

Analysen viser at Harstad har en høyere andel innbyggere med tjenester enn sammenlikningskommune. Kommunens utgifter til denne målgruppen er høye, høyest blant sammenlikningskommunene. Kommunen har høyere utgifter til tjenester til hjemmeboende, institusjon og tjenester i bolig med mulighet for døgntjenester. Data fremkommer i figuren under:



Figur:Utgifter fordelt på tjenester, kilde: kommunens rapportering 2023 og Agenda Kaupang.

Harstad sine utgifter til hjemmeboende (ref. figuren) omhandler blant annet ambulante hjemmetjenester (høyere enn snittet), tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse (lavere enn snittet), omsorgsstønad (lavere enn snittet), støttekontakt (høyere enn snittet) og aktivitetssenter (høyere enn snittet).

Analysene viser at Harstad har en høyere dekningsgrad for ulike døgntjenester totalt sett. Dette skyldes både høyere dekningsgrad i institusjon (17,48) og bolig med døgntjenester (7,65). Andel plasser avsatt til ulike korttidstilbud er lavere i Harstad enn i snittet for referansekommunene.

Harstad har en enhetskostnad for institusjon på ca. 1,44 mill kr. Dette er høyere enn snittet i sammenlikningskommunene. Enhetskostnader for boliger med døgntjenester er svakt under snittet, kr. 0.73 mill. kr. En gjennomgang av regnskapet og data om årsverk/plasser viser at pleiefaktor for sykehjemmene i kommunen varierer. Harstad bruker i sum flere årsverk til dette enn det vi ser i sammenlikningskommuner (dag og kveldsvakter). Vi ser også at kommunen har en relativ høy andel årsverk på natt i institusjonene, sammenliknet med andre. En annen medvirkende årsak til høyere kostnader er at kommunens utgifter per årsverk er høye. Dette skyldes blant annet bruk av rekrutteringstilskudd, men også bruk av vikarbyrå. Høy bruk av variabel lønn, som overtid spiller også inn.

Beregning av bemanningsfaktor for heldøgntilbudene i bolig viser at bemanningen varierer, og at denne alene ikke kan forklare den noe forhøyede enhetskostnaden. Arbeidet har vist at kommunen har høy bruk av variabel lønn og høye kostnader til dette, og at dette sammen med den planlagte bemanningen er viktige årsaker til noe høyere enhetskostnader enn snittet.

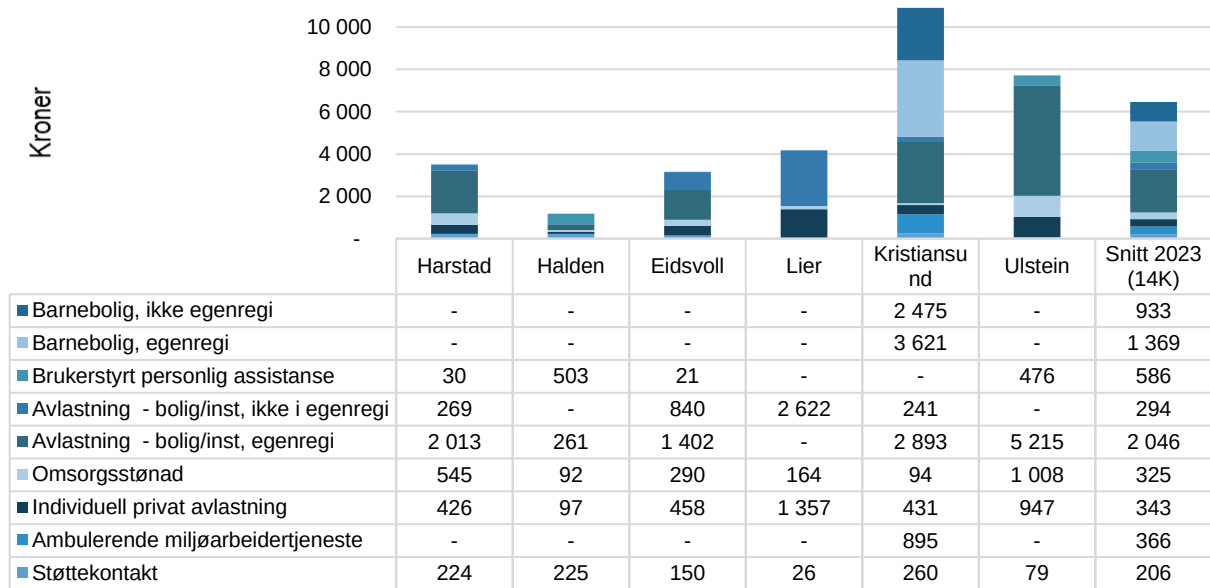
Analyse av pleie og omsorg: Tjenester til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse

I 2023 ble i underkant av 27 % av Harstad kommune sine utgifter til pleie og omsorg brukt på brukergruppen «mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse». Hovedvekten av utgiftene til denne målgruppen gikk til voksne (18 %).

Harstads nettodriftsutgifter (per innbygger korrigert for behov) til ulike pleie og omsorgstjenester til både barn og unge, og voksne er lavere enn snittet i referansekommunene.

Analysene våre viser at Harstad hadde en lavere andel tjenestemottakere i alderen 0-17 år med ulike pleie- og omsorgstjenester enn snittet. Analysene indikerer også at de som får tjenester ikke synes å få spesielt mange tjenester (samtidige tjenester) sammenliknet med snittet av sammenlikningskommunene. Hovedvekten av utgiftene til barn og unge omhandler avlastning. Men kommunen har også utgifter til andre tjenester. Data fremkommer i figuren under.

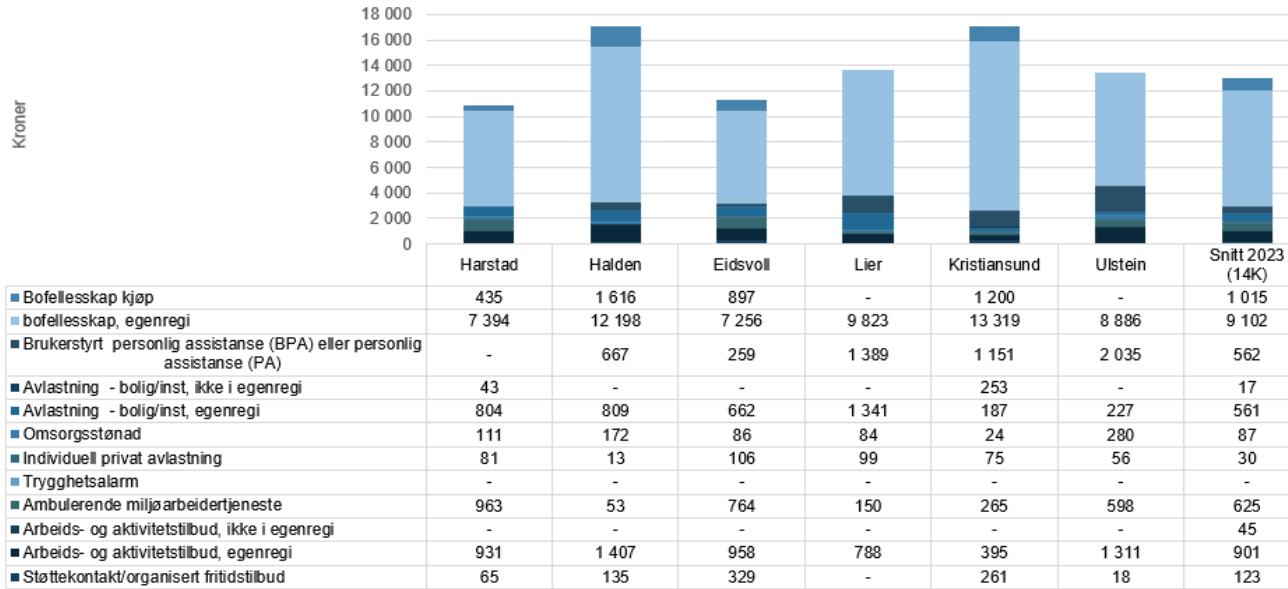
Bruttodriftsutgifter for brukergruppen mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser (ikke fratrasket tilskudd ressurskrevende tjenester) til barn og unge per innbygger 0-17 år



Figur: Utgifter (brutto) fordelt på tjenester, kilde: kommunens rapportering 2023 og Agenda Kaupang.

Hovedvekten av utgiftene til voksne er relatert til tjenester i samlokaliserte boliger. Utgiftene er lavere enn snittet. Harstad har også utgifter til tjenester organisert som BPA, avlastning i bolig, individuell avlastning mv. Data fremkommer i figuren under:

Bruttodriftsutgifter for brukergruppen mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser (ikke fratrasket tilskudd ressurskrevende tjenester) til voksne per innbygger 18-67 år



Kilde: SSB, kommunenes kartlegging/regnskap og Agenda Kaupang

Analysene har vist at Harstad har relativt lave refusjoner fra staten. Dette medfører noe reduserte nettodriftsutgifter (og lavere enn det som fremkommer i figurene over). Høye eller lave utgifter må sees i sammenheng med volum (antall) og enhetskostnader. Analysen viser at Harstad har høyere enhetskostnader til avlastning i bolig og til omsorgsstønad, øvrige enhetskostnader er lavere enn snittet. Enhetskostnadene til voksne er høyere i bolig i egen regi, samt til individuell avlastning, arbeid- og aktivitet og ambulerende tjenester. Øvrige tjenester har lik eller lavere enhetskostnad enn snittet i referansekommunene.

Analyse av pleie og omsorg: Tjenester til mennesker med psykisk helse og rusrelaterte behov

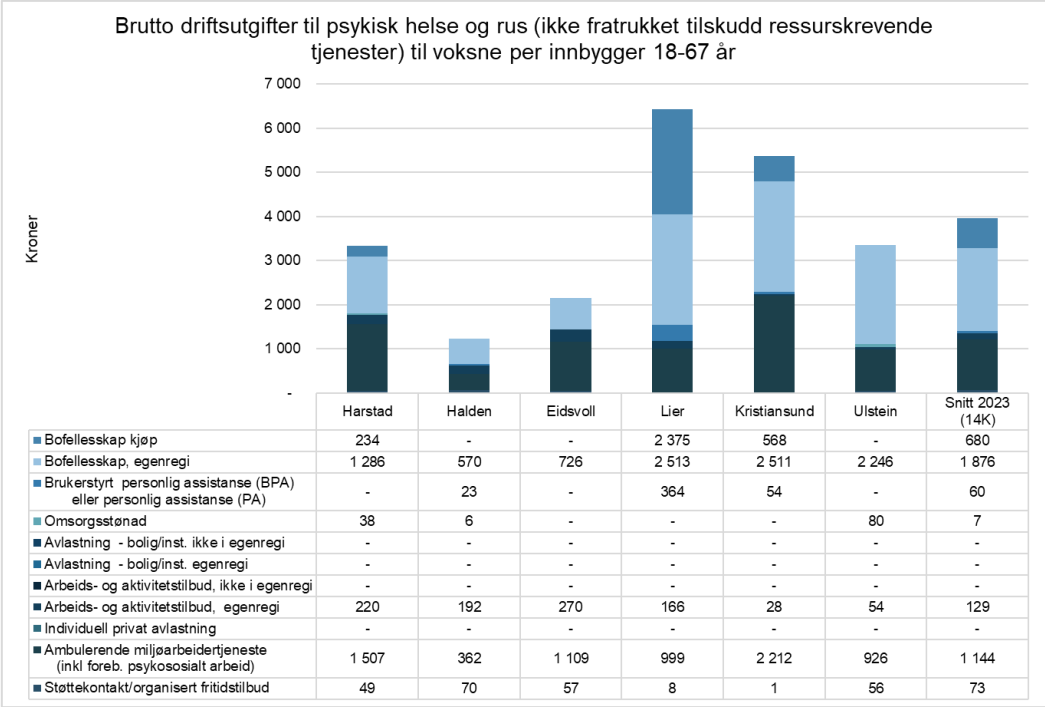
Analysene våre viser at utgiftene til denne målgruppen også varierer mellom kommunene. I 2023 ble 7 % av Harstad kommune sine utgifter til pleie og omsorg brukt på tjenester til brukergruppen «mennesker med psykisk helse og rusrelaterte behov». Hovedvekten av utgiftene til denne målgruppen gikk til tjenester til voksne.

Harstad har ført en del av utgiftene for tjenestene til denne målgruppen på funksjon 241 (Helse). Ser vi analysene innen PLO og Helse i sammenheng ser vi at utgiftene i Harstad fortsatt er lavere enn snittet.

Analysen innen PLO viset at Harstad har noen utgifter til pleie- og omsorgstjenester til barn og unge med psykiske helse og/eller rusrelaterte utfordringer. Kommunens utgifter er lave i sammenlikningen og var knyttet til ulike forebyggende tjenester.

Analysene viser at kommunens utgifter til voksne innenfor målgruppen var lavere enn det vi ser for snittet. Harstad har utgifter til ulike tjenester. Mye av ressursene er relatert til tjenester i bolig, og ulike ambulante tjenester. Data om utgifter til ulike tjenester for mennesker med psykisk helse og rusrelaterte behov over 18 år fremkommer i figuren til høyre.

Figuren under viser at kostnadene varierer mellom kommunene og det er også store variasjoner mellom de ulike tjenestene. Harstad hadde vesentlig lavere utgifter pr innbygger korrigert for behov enn sammenlikningskommunene. Høye eller lave utgifter må sees i sammenheng med volum (antall) og enhetskostnader. Analysene har vist at Harstad ikke har mange tjenestemottakere samlet sett.



Figur: Utgifter (brutto) fordelt på tjenester, kilde: kommunens rapportering 2023 og Agenda Kaupang.

Som det fremkommer av figuren har Harstad vesentlig lavere bruttodriftsutgifter til tjenester i bolig enn sammenlikningskommunene. Kommunens utgifter til ambulerende tjenester inkl. helsehjelp og forebyggende psykososiale tjenester er høyere enn det vi ser for snittet av sammenlikningskommunene. Harstad har også utgifter til omsorgsstønad, arbeid- og aktivitetstilbud samt støttekontakt.



3.5 Gjennomgang av turnus og pleiefaktor

- Institusjon og heldøgns bolig for eldre

Gjennomgang av turnus og pleiefaktor

I arbeidet med budsjettmodellen ble det gjennomført en grundig gjennomgang av turnusplaner ved flere av avdelingene, med fokus på pleiefaktor, kompetansesammensetning og ressursbruk. Gjennomgangen viste flere områder med potensiale for forbedring, blant annet at det er rom for å tilpasse turnusene bedre for å redusere avviket mellom kalkulerte og det faktiske antallet årsverk.

Videre ble det identifisert muligheter for en bedre sammensetning og fordeling av plasser mellom avdelingene, samt nærmere vurdering av avvikling eller omstrukturering av enkelte plasser for å redusere kostnadene og øke effektiviteten.

Heldøgnsbemannede boliger

Heldøgnsbemannede boliger med små enheter har en betydelig innvirkning på ressursbruk og økonomi. I Harstad kommune er det identifisert en avdeling med 10 boliger. Dette gir en skalaulempe i turnus og er direkte fordyrende for driften. Turnusstørrelsen er større enn det antallet beboere og tjenestebehovet tilsier. En reduksjon i hele vakter vurderes heller ikke direkte realiserbart uten å måtte se på samdrift med andre tjenester.

Gjennomgangen tilsier at flere av beboerne i Harstad kommune kan ha et pleiebehov som nærmer seg nivået for sykehjem, men det faktiske pleiebehovet er ikke undersøkt nærmere. Dette ser ut til å medføre et behov for økt pleiefaktor og høy grunnbemanning, noe som igjen bidrar til økte kostnader.. Heldøgnsbemannede boliger skal i utgangspunktet være et alternativ til sykehjem med lavere ressursbruk.

Sykehjem

Harstad kommune har en enhetskostnad for institusjon på omtrent 1,4 millioner kroner, noe som er høyere enn gjennomsnittet for sammenligningskommunene i brupergruppeanalysen. Kommunen drifter flere plasser, og disse plassene er mer kostnadskrevende. Dette kan skyldes flere faktorer, blant annet en høyere pleiefaktor og høy bruk av variabel lønn.

Enkelte av avdelingene, for eksempel skjermede plasser eller rehabiliteringsplasser stiller høye krav til faglighet og spesialisert kompetanse. Gjennomgangen identifiserte muligheter for å samle bestemte typer plasser på én lokasjon, noe som kan bidra til mer målrettet ressursbruk og bedre utnyttelse av kompetanse.

Helsehus

Gjennomgangen av Helsehuset tok utgangspunkt i antall plasser etter ferdigstillelse av det nye bygget, samt en vurdering av den nødvendige økningen i budsjettet for å kunne drifte dette på en bærekraftig måte. Analysen avdekket en differanse mellom det foreslåtte budsjettet og de reelle driftskostnadene basert kalkulerte årsverk og videreføring av dagens pleiefaktor.

Kommunen må fortsette arbeidet med å vurdere den optimale sammensetningen av plasser ved de ulike avdelingene. Dette inkluderer en grundig gjennomgang av ressursbruken og en vurdering av hvordan plassene kan organiseres for å få en mer bærekraftig drift.

Bemanning og bemanningsnivåer

Budsjettmodellen til Agenda Kaupang

Et av områdene kommunen ønsket bistand til å vurdere, var bemanningsnivået. For å belyse dette, ble det gjennomført to heldagssamlinger med gjennomgang av Agenda Kaupangs budsjettmodell, der bemanningstallene for Harstad kommune ble sammenlignet med et gjennomsnitt av bemanningsnivået i et utvalg kommuner. Sammenligningen tok utgangspunkt i institusjoner og boliger med døgntjenester for eldre.

Effektiv bemanningsplanlegging er avgjørende for å sikre en bærekraftig økonomi i kommunens pleie- og omsorgstjenester. Dette handler om å balansere behovet for tilstrekkelig bemanning for å dekke beboernes bistandsbehov med de gitte økonomiske rammene. Bemanning utgjør en betydelig del av driftskostnadene, og det er derfor viktig å identifisere potensielle områder for optimalisering.

Analyse av bemanningsnivået viser at bemanningsfaktoren i Harstad kommune ligger over nivået til kommunene i sammenlikningsgrunnlaget.

Det kan være flere årsaker til et høyere bemanningsnivå:

- ▶ Forskjeller i bemanningssammensetning
- ▶ Organisatoriske forhold
- ▶ Begrensninger knyttet til bygningsmassen
- ▶ Varierende bistandsbehov blant beboerne
- ▶ Størrelse og inndeling av bogrupper

Hovedfunn

Gjennomgangen viser at det faktiske antallet årsverk brukt i Harstad kommune er høyere enn de beregnede verdiene fra budsjettmodellen. Det totale avviket mellom kalkulert og rapportert antall årsverk utgjør 17,3. Dette avviket gjelder dag- og kveldsvakter, mens nattvakter ikke er inkludert i beregningsgrunnlaget. Analysen viser at Harstad kommune benytter betydelige ressurser på nattbemanning.

Tabellen nedenfor viser forskjellen mellom kalkulerte og faktiske årsverk ved ulike enheter i Harstad kommune:

Virksomhet	Kalkulert antall årsverk (d/k)	Rapportert antall årsverk (d/k)	Avvik antall årsverk (d/k)
Bergsodden	59,5	62,8	-3,2
Bjarkøy	13,4	16,2	-2,8
Kveldsol	17,5	17,3	0,2
Slottet	31,0	37,6	-6,6
Stangnes	32,5	36,8	-4,3
Heggen	18,4	22,4	-4,0
Olavsgården	22,2	19,9	2,3
Bergseng	19,8	18,7	1,1
Sum	214,3	231,7	-17,3

Tabell: Avvik mellom kalkulerte og rapporterte årsverk.

De kalkulerte årsverkene er basert på analyser, erfaringer fra andre kommuner og empiriske data.

Flere av de bemannede boligene og institusjonene i Harstad sliter med å rekruttere personell med helsefaglig kompetanse. Det betyr at de har sett det som nødvendig med særskilte rekrutteringstillegg og i tillegg leie inn personell når egenrekruttering har vært mulig. Dette gjør at årsverkskostnaden har vært høyere enn det den ellers ville vært. Harstad har derfor en høyere ressursbruk som skyldes både flere og dyrere årsverk.



3.6 Helseanalysen

Analyse av kommunens utgifter til diagnose, behandling og re-/habilitering (KOSTRA 241)

Helsetjenester i KOSTRA omfatter tre tjenestefunksjoner; 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 233 Annet forebyggende helsearbeid og 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering. I denne analysen gjør vi et dypdykk i funksjon 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering.

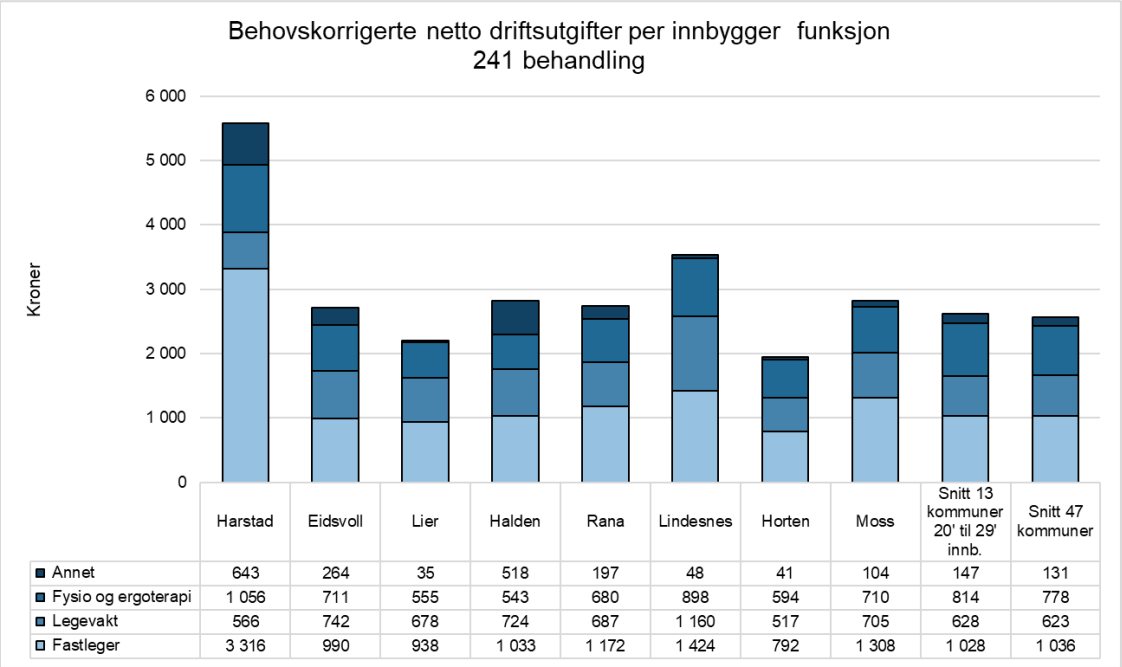
I Agenda Kaupangs egenutviklede database deler vi opp ressurser benyttet til diagnose, behandling, re-/habilitering for å få innsikt som ikke finnes i KOSTRA. For å få et mest mulig korrekt bilde av den totale ressursituasjonen i kommunen har vi foretatt en enkel sammenligning med kommuner hvor vi har gjennomført tilsvarende datainnsamling de siste årene.

Sammenligningen omhandler ressursbruken innen KOSTRA-funksjon 241 (diagnose, behandling og re-/habilitering). I analysene våre har vi behovskorrigert for ulik demografi, sosiale forhold og geografi. Agenda Kaupang bruker behovsberegningen som staten har beregnet, til bruk i inntektssystemet for kommunene (utgiftsutjevningen).

Formålet med dette arbeidet er å få bedre innsikt i tjenesten og på den måten legge grunnlaget for utvikling av strategier og tiltak.

Data fra KOSTRA viser at Harstad har høyere utgifter enn tilhørende KOSTRA-gruppe. Våre analyser viser det samme bildet. Harstad har høyere utgifter til diagnose, behandling og re-/habilitering (funksjon 241) enn snittet av kommunene som benyttes i sammenlikningen (se figuren for ytterligere detaljer):

- ▶ Utgifter til fastlegetjenesten er vesentlig høyere enn snittet
- ▶ Utgifter til legevakt er lavere enn snittet
- ▶ Harstad sine utgifter til fysio- og ergoterapi er høyere enn snittet
- ▶ Andre utgifter ført på 241 er i hovedsak knyttet til Norsk pasientskadeerstatning, overgrepsmottak og fengselshelsetjeneste (der det er aktuelt). Utgiftene i Harstad er høyere enn snittet. Harstad, som flere andre kommuner, har også ført utgifter til psykisk helsetjenester på 241 på ca. 7,5 mill. kroner. KOSTRA-veilederen er ikke entydig i hvor disse utgiftene skal føres og andre kommuner vil hovedsakelig føre disse på funksjon 254 for regnskapsåret 2023.



Figur; Utgifter ført på KOSTRA funksjon 241 fordelt på ulike tjenester, kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang



3.7 Hjemmetjenesteanalysen

Oppsummering av de viktigste funnene

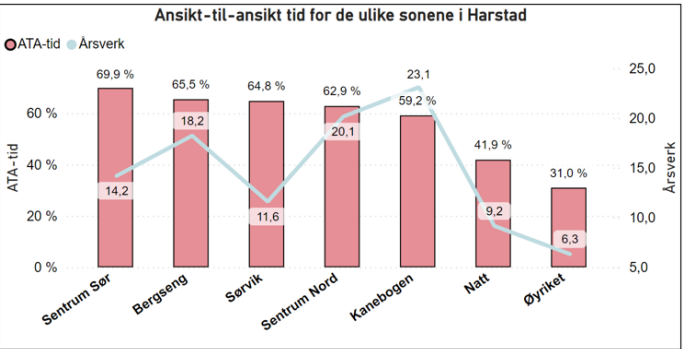
Oppsummering av analyse av hjemmetjenester

Agenda Kaupang har en egenutviklet analyse av kommunenes profil på bruk av hjemmesykepleie. Analysen baserer seg på innrapporterte vedtakstimer og faktisk leverte timer per uke hjemmesykepleie per tjenestemottaker, aldersgrupper av mottakere, sonetilhørighet og årsverk(utøvende) per sone. Analysen gir innsikt i kommunens tjenesteprofil på hjemmesykepleie, blant annet timefordelingen, ulikhet mellom soner og sammenligningskommuner og ansikt-til ansikt-tid.

Harstad har flere enheter som yter hjemmetjenester til kommunens innbyggere:

- ▶ Bergseng
- ▶ Kanebogen
- ▶ Øyrikt
- ▶ Sentrum Nord
- ▶ Sentrum Sør
- ▶ Sørvik
- ▶ Natt

Kartleggingen viser at det er 610 tjenestemottakere som får hjemmesykepleie ukentlig, og det leveres totalt 2 183 timer per uke. I hjemmetjenesten skilles det mellom direkte og indirekte brukertid. Ved å se på antall leverte/planlagte timer sammenliknet med antall tilgjengelige timer (årsverk x arbeidstimer) kan vi estimere tid til direkte brukertid (ATA-tid). Faktorer som tid til administrative oppgaver og lange geografisk avstander kan bidra til lavere ATA-tid, men organisering har også en betydning. ATA-tid for de ulike enheten fremkommer i figuren under.

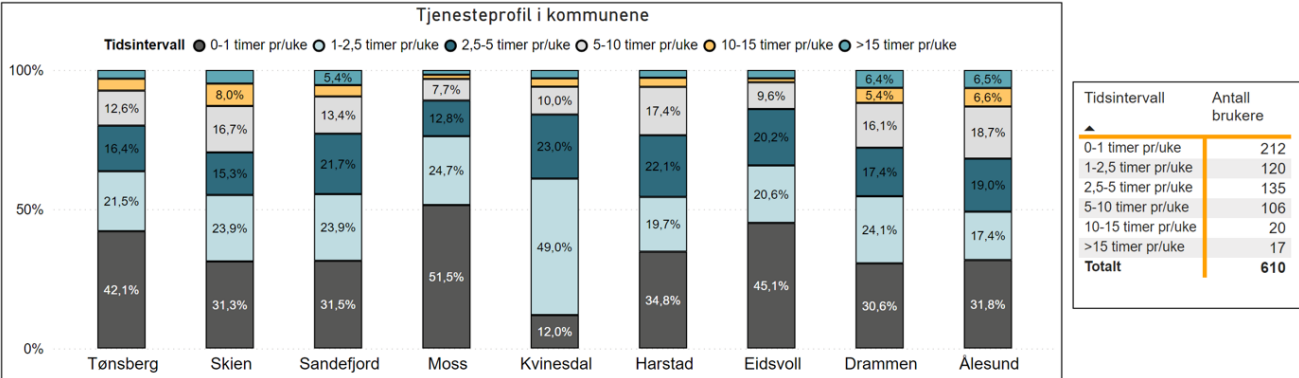


ATA tid Harstad	ATA tid Harstad uten natt-tjenesten
59,9 %	61,6 %

ATA-tid i andre kommuner:
Tønsberg 40,6 %
Sandefjord: 56,6 %
Eidsvoll: 42,5 %
Moss: 34,5 %

Analysen viser at:

- ▶ Den samlede ATA-tiden for Harstad er på 59,9 %, mens sone Øyrikt skiller seg ut med en betydelig lavere ATA-tid på 31 %. ATA-tiden er en sentral indikator for både brukerkontinuitet og produktivitet i tjenestene.
- ▶ Harstad har den laveste andelen eldre mottakere med omfattende bistandsbehov (alle aldre) blant kommunene i utvalget.
- ▶ Tjenesteprofilen viser at en stor andel av brukerne, 54 %, mottar mindre enn 2,5 timer hjemmesykepleie per uke.
 - ▶ Disse står for kun 14 % av det totale timeforbruket.
- ▶ Harstad har en lavere andel mottakere blant de eldste (+90 år) og en relativt høy andel i aldersgruppen 75-79 år sammenlignet med kommune i utvalget.
- ▶ Sonene i Harstad viser betydelige forskjeller i aldersprofilen til mottakerne av hjemmetjenester. Kanebogen og Sentrum Nord har flest eldre mottakere, mens Øyrikt har svært få mottakere totalt.
- ▶ Det er også variasjon i tjenestebehov mellom sonene. Sentrum Nord har flest mottakere med lavt behov (0-1 timer per uke), mens Kanebogen og Sentrum Sør har flere med moderat behov (2,5-10 timer per uke) Mottakere med omfattende behov (> 15 timer per uke) er få i alle soner.



Figur; hjemmetjenesteanalyse, kilde: Beregninger gjort av Agenda Kaupang – profil tidsintervall timer per uke



3.8 Digitalisering og velferdsteknologi

Dagens bruk av velferdsteknologi

Kommunen har tatt i bruk ulike velferdsteknologier og rapporterer at de har fått hentet ut gevinster gjennom bruk av disse. Det er primært trygghetsalarmer, digitalt tilsyn, GPS og medisineringsstøtte som er tatt i bruk til nå. Eksempler på konkrete gevinster som trekkes frem er utsatte sykehjemsopphold gjennom bruk av GPS. Gjennom samarbeid med pårørende på bruk av GPS for hjemmeboende der de pårørende mottar signalene har man også testet ut nye måter å samarbeide med innbyggerne.

Harstad har i tillegg anskaffet en felles plattform for velferdsteknologi som er integrert med elektronisk pasientjournal. Det kan bidra til å spare tid gjennom redusert behov for dobbeltføring av informasjon. Kommunen har tatt i bruk helhetlig tjenestemodell (som de også har vært med på å utvikle) og har jobbet med å fordele ansvar mellom de ulike aktørene som er involvert.



Figur: Helhetlig tjenestemodell fra KS

Det er tegnet opp tjenestekart for de sentrale teknologiene med oversikt over flyt, oppgaver og aktører. Ved en gjennomgang av tilsendte tjenestekart er det fortsatt noen uavklarte ansvarsoppgaver i kartene. Videre er det gjort konkrete beregninger på gevinster for flere av løsningene.

Planer fremover

Velferdsteknologi trekkes frem som et av seks satsningsområder i kommunens overordnede digitaliseringsstrategi. Kommunen har også en strategi for e-helse og velferdsteknologi for 2023-2027 som identifiserer en rekke ulike prosjekter og tiltak i årene fremover. Blant annet står innføring av nasjonale løsninger som ny elektronisk pasientjournal (2025/2026), Sentral forskrivningsmodul (2024) og Pasientens legemiddelliste (2027) oppført som tiltak.

Det pågår for tiden et prosjekt for etablering av et responscenter for mottak av signaler fra velferdsteknologiske løsninger. I dag går signalene og meldingene til de ansatte i tjenestene. For utvalgte teknologier går signalene videre til legevaktssentralen dersom de ikke besvares. Målet med etablering av et responscenter er å ivareta koordinering og oppfølging.

Dagens bruk av velferdsteknologi

I tabellen nedenfor oppsummeres tall over teknologi i bruk hentet fra digitaliseringsteamet og IKT-drift i september 2024 med unntak av tallet på trygghetsalarmer.

Teknologi	Antall i drift	Kommentarer fra kommunen
GPS	49	Hjemmeboende: 33 stk - håndteres av pårørende Institusjon: 16 stk.
Medisineringstøtte	49	3 varianter: Evondos: 24 stk, Dignio Pilly: 11 stk. og Dignio Medido: 14 stk. Kommentar: Gammel avtale. Ny avtale er forhandlet fram, men ikke gjort avrop pga. manglende økonomi. Tidligere hadde de også teknologien på institusjon, men nå er de kun hos hjemmeboende. Estimert potensielt volum: 320 medisindispensere.
Nattugla – digitalt tilsyn	42	Fordeling: 7 hos hjemmeboende, 35 på institusjon og 10 på lager Med kameraene som er i drift ble det 23.9.24. utført 86 tilsyn.
Sensorikk knyttet til trygghetsalarmer		Har få sensorer i avtalene: • Doro mBox (sengekontroll-enhet, radiosender, signalforsterker og døralarm) • Bevegelsessensor • Gulvalarm • Stolalarm Det finnes en rekke andre sensorer, men teknologiene har frem til nå ikke vært prioritert eller testet ut.
Trygghetsalarmer	521	Informasjon hentet fra rapporteringen til brukergruppeanalysen

Kommunen har også tatt i bruk elektroniske nøkler

Organisering

I arbeidet med digitalisering og teknologi er det et samspill mellom tjenestene, digitaliseringsteamet og IKT-drift. I tillegg har bygg og eiendom blant annet ansvar for pasientvarslingsanleggene.

Helse-, velferds- og omsorgstjenestenes ansvar

Helse-, velferds- og omsorgstjenestene har ansvaret for selve bruken av teknologien i tjenestene og tjenesteutvikling gjennom å ta i bruk nye løsninger. Det er enhetslederne som har systemeierskap for løsningene. Tidligere var det en ansatt i digitaliseringsenheten som hadde systemeierskap for alle systemene til sektoren.

Digitaliseringsteamet

Alle digitaliseringsrådgiverne i kommunen er samlet i et tverrfaglig digitaliseringsteam. Dette teamet er plassert i Enhet for organisasjon. Enheten har 7 ansatte, og det er fire dedikerte rådgivere som jobber med e-helse og velferdsteknologi. Flere av dem har erfaring fra tjenestene og har helsefaglig bakgrunn.

Digitaliseringsteamets oppgave er å støtte tjenestene og bistå i implementering og utvikling. Teamet er samlokalisert med IKT-drift. Når det gjelder arbeidsfordeling har digitaliseringsteamet ansvar for det tjenestenære - sluttbrukerløsningene, velferdsteknologien etc.

Kommunen er vertskommune for digitaliseringsnettverket i Troms og Finnmark. En av rådgiverne er delvis utleid til dette nettverket og kommunens digitaliseringsleder er også leder for nettverket. Kommunen deltar også i andre nettverk knyttet til e-helse og velferdsteknologi, blant annet i regi av KS.

IKT-drift

Kommunen har et IKT-samarbeid med lbestad kommune og Dyrøy kommune. Totalt har de 15 ansatte som betjener de tre kommunene. IKT-drift har ansvaret for den underliggende infrastrukturen som nettverk, brannmur, sikkerhet etc. De har også ansvaret for digitalt tilsyn.

Hvordan oppleves denne ansvarsfordelingen?

Dagens situasjon med ansvarsdeling også for support gjør at det ikke blir «én vei inn» for brukerne når de har utfordringer med teknologien. I noen tilfeller er det spørsmål om selve utstyret og tjenesten som digitaliseringsenheten kan bistå med å hjelpe til med og rette, andre ganger handler det om underliggende feil som IKT-drift kan bistå med å rette. Hjelpemiddeltjenesten er også involvert for noen av teknologiene og i tillegg henvises det til support fra den enkelte teknologileverandør.

Tilbakemeldingene er at det ser ut til å fungere greit i dag og at man får løst problemene når de oppstår. Men det stilles spørsmål om hvordan det vil fungere dersom man ønsker bruken av velferdsteknologi da det vil sette tjenestene under større press.

Eksempel på rutine for feil på digitalt tilsyn:

Nattugla	- Alle feil eller tilgangsstyring	Meld på mail til: IKT@harstad.kommune.no . Gjennomfør fysisk tilsyn. Ved feil på enheten ivaretas det av Hjelpemiddeltjenesten.
----------	-----------------------------------	--



IKT-drift og infrastruktur

Kommunen drifter og vedlikeholder egen infrastruktur og drifter i serverrom lokalt. IKT-drift står både for egen drift for å dekke kommunens behov, samt drift vegne av kommunene i IKT-samarbeidet. I dialog med kommunen forteller de at de opplever at infrastrukturen de har er en «moderne og grei løsning», og de har høy oppetid på systemene.

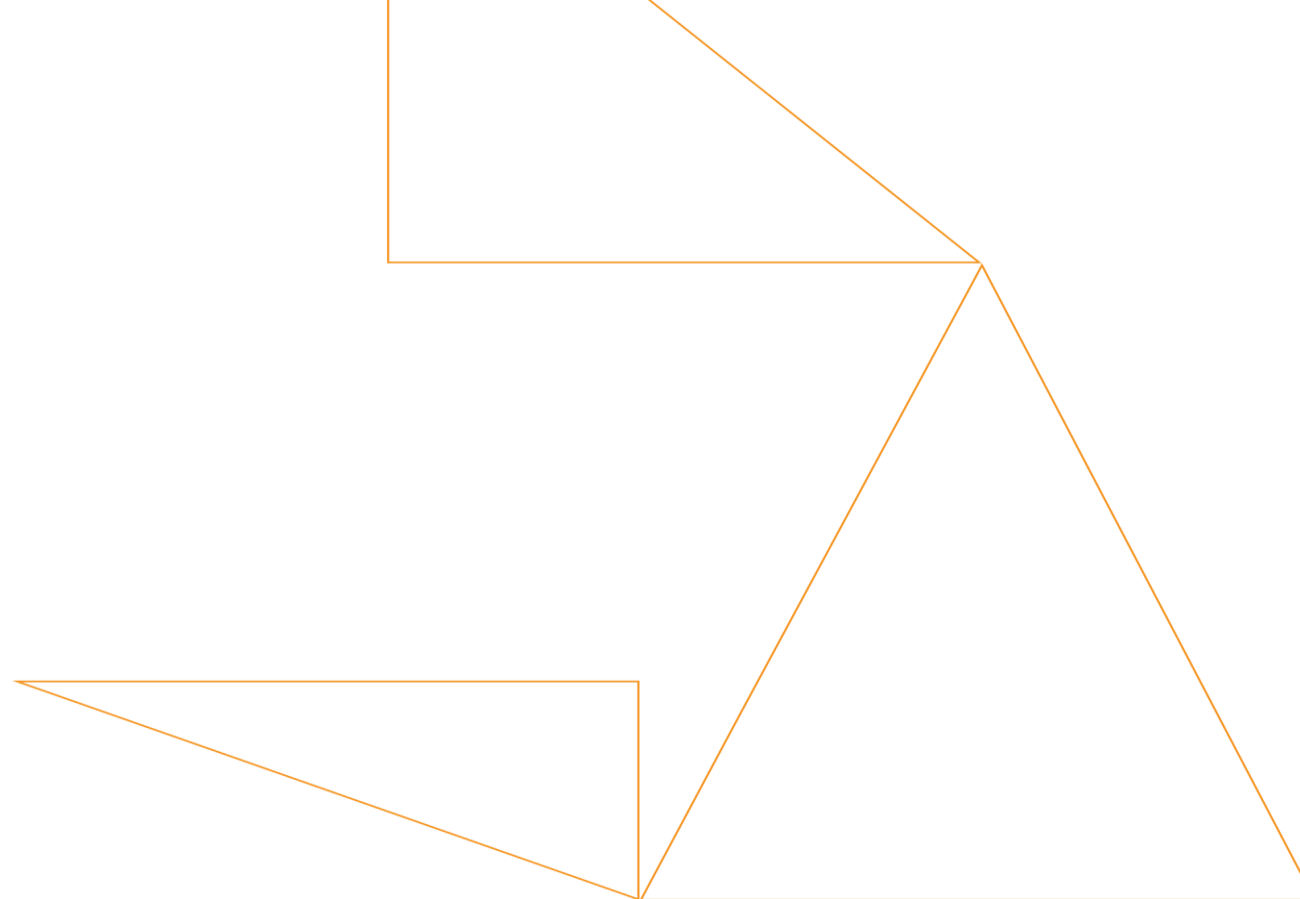
Kommunen forteller at de ikke har bygd ut infrastruktur for velferdsteknologi på institusjonene. De skal innføre ny pasientvarsling og oppgraderinger av infrastruktur ved sykehjemmene fremover, og det er satt av 15 millioner til dette. Ett sykehjem er oppe med ny løsning nå og målet er at prosjektet skal være ferdig i løpet av 2026. Det er noe usikkerhet knyttet til dette tidspunktet. Det nye helsehuset vil få bedre løsninger med blant annet redundans i nett.

Beredskap

Kommunen har IKT Beredskapsvakt knyttet til sentral infrastruktur, som er tilgjengelig 24/7. Vaktordningen går på rulling og den som har beredskapsvakt følger opp sentral infrastruktur som servere, nettverk, brannmurer og sikkerhet. Vekten følger ikke opp velferdsteknologi, og det er derfor ikke brukerstøtte eller support tilgjengelig utenfor dagtid mandag til fredag.

Tekniske feilmeldinger for utvalgt utstyr går til legevaktsentralen når drift ikke er bemannet, men de har kun kapasitet til å håndtere de medisinske meldingene. De kan ikke løse det tekniske når noe underliggende ikke fungerer.

Dagens driftssituasjon der man ikke har tilgjengelig support for velferdsteknologi på kveld, natt og helg gjør at man må ta høyde for at løsningene ikke fungerer og at det kan ta tid å få ordnet det. Dersom det er noe galt med den underliggende infrastrukturen som for eksempel at feil skyldes nettverksbortfall dekkes det av vaktordningen, men om det er feil på selve løsningene vil det måtte vente til ordinær arbeidstid. Dette stiller krav til å ha en plan B og mulighet for å kunne gjennomføre tilsyn, medisinalutdeling og lignende manuelt.



OPPDRAUGSGIVER: Harstad kommune

PROSJEKT NUMMER: 102

RAPPORTENS TITTEL: Utredning av helse-, velferds- og omsorgstjenestene

ANSVARLIG KONSULENT: Øystein Neegaard

KVALITETSSIKRET AV: Lisbet Kjøniksen

FOTOGRAFI I RAPPORT: Øystein Neegaard (forside), Shutterstock.com

DATO: 1.12.2024



Kunnskapsgrunnlag utarbeidet av Agenda Kaupang

AGENDA
KAUPANG

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