

Virksomhetsanalyse for sektor bistand og omsorg

April 2019



Innhold

| | |
|--|----|
| 1. Innledning..... | 3 |
| 2. Bistand og omsorg: tenke langt – handle nå..... | 7 |
| 3. Programområde Pleie og omsorg..... | 8 |
| 3.1 Utfordringsbilde | 8 |
| 3.1.1 Behovsutvikling | 8 |
| 3.1.2 Viktigste satsninger og utviklingsprosesser..... | 11 |
| 3.1.3 Utfordringer fremover..... | 12 |
| 3.2 Analyse og ressurser..... | 13 |
| 3.2.1 Utvikling i utgifter, inntekter, årsverk og sykefravær..... | 13 |
| 3.2.2 Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner og egenutvikling over tid | 16 |
| 3.2.3 Utvikling i langsiktige indikatorer | 21 |
| 3.3 Handle nå – omstilling 2022 – omstilling i PLO med kvalitet og bærekraft | 22 |
| 4. Programområde Helse og sosial..... | 23 |
| 4.1 Utfordringsbilde | 23 |
| 4.1.1 Behovsutvikling | 23 |
| 4.1.2 Viktigste satsninger og utviklingsprosesser..... | 27 |
| 4.1.3 Utfordringer fremover..... | 28 |
| 4.2 Analyse og ressurser..... | 29 |
| 4.2.1 Utvikling i utgifter, inntekter, årsverk og sykefravær..... | 29 |
| 4.2.2 Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner og egenutvikling over tid | 33 |
| 4.2.3 Utvikling i langsiktige indikatorer | 40 |
| 4.3 Handle nå – omstilling 2022 – omstilling i HESO med kvalitet og bærekraft..... | 41 |

1. Innledning

«Tenke langt – handle nå» har gjennom hele siste planperiode vært et sentral tema og rettesnor for våre aktiviteter. Det langsiktige er avgjørende for å sette kommunen i stand til å møte endrede behov, forventninger og krav til morgendagens tjenester. Innsikt og forståelse for endringer i behov og rammevilkår er avgjørende. Skal vi lykkes med dette er dagens prioriteringer og valg avgjørende. Det er slik vi skaper utvikling og eierskap til det som møter brukere, innbyggere og næringsliv i fremtiden.

«Bærum 2035» viser utfordringsbildet og behovet for langsiktig strategisk tilnærming til kommunens aktiviteter og tjeneste. Trangere økonomiske rammer i offentlig økonomi, klimautfordringer, demografiske endringer med høyere andel eldre og færre yrkesaktive per pensjonist, og endrede krav til kompetanse i arbeidslivet – er noen av de utfordringer fremtidens kommune må møte.

Gjennom «Tenke langt» peker vi til strategiske satsninger og grep som legger til rette for at kommunen møter disse på en god og forutsigbar måte. Kommuneplan 2018–2035 viser til fire hovedmål for den langsiktige utviklingen av bærumssamfunnet:

1. *Bærekraftige tjenester som gir innbyggerne mulighet for økt selvhjelpenhet, mestring og læring*
2. *Balansert samfunnsutvikling – mangfoldig, grønn og urban*
3. *En innovativ og endringsdyktig organisasjon med gjennomføringskraft*
4. *Dialog og medvirkning for bedre løsninger*

«Handle nå» er nettopp de handlinger, planer og aktiviteter som gjennomføres med bakgrunn i vedtatt handlingsprogram. *Omstilling med kvalitet og bærekraft* og *Ett Bærum* er to viktige budskap for aktivitetene i 2019.

Omstilling med kvalitet og bærekraft

Handlingsprogrammet for 2019–2022 peker tydelig på behovet for omstilling. Gjennom omstilling med kvalitet og bærekraft adresseres et langsiktig arbeid for å ta vare på kommunens økonomiske handlingsrom. Det skal vi gjøre gjennom å utnytte mulighetene som ligger innenfor rammene av forsvarelige tjenester, digitalisering, og innovasjon. Omstilling med kvalitet og bærekraft vil handle om å utvikle og forbedre våre tjenester slik at vi kan møte de utfordringer vi vet kommer. Vi skal tenke på fremtiden når vi gjør våre valg.

I 2019 skal vi legge til rette for omstillingene som kommer i årene fremover. For å sikre at arbeidet skal ha en helhetlig tilnærming vil det bli gjennomført analyser knyttet til fremtidig tjenestebehov, omstillingspotensiale og analyser av kommunens økonomiske fremtidige handlingsrom totalt sett. Arbeidet med «Digitalt førstevalg» og «Fremtidens arbeidsliv» vil bidra til å legge til rette for at organisasjonen er beredt til å møte morgendagens forventninger, krav og endringer.

Ett Bærum

Innbyggerne forventer å oppleve en samordnet kommune, som er tilgjengelig og møter brukere med helhetlige tjenester. Dette fordrer tverrfaglig samarbeid internt i kommunen, sømløse tjenester og

god dialog med innbyggere og brukere. *Ett Bærum* handler om møtet mellom innbyggere og kommune, og hvordan kommunen er innrettet for dette møtet. *Ett Bærum* bygger på felles visjon og mål, tydelige rammer og omforent retning, og er en forutsetning for kvalitet.

Sammen om velferd har som mål å etablere enhetlige og mer sammenhengende tjenester innen velferdsområdet. *Ett Bærum* handler i praksis om sømløse tjenester. Overganger mellom tjenester kan skape sårbarhet og utrygghet. Dette kan motvirkes av gode samarbeidsrelasjoner mellom tjenester, som for eksempel utarbeidelsen av felles rutiner for overgangen mellom barnehage og skole. Organisering av tjenestene i ny Kommunegård vil kunne bidra til å styrke samordningen på tvers. *Ett Bærum* er også en forutsetning for lyktes med digitalt førstevalg

Ett Bærum fordrer at medarbeidere i kommunens tjenester samarbeider med sine brukere og innbyggerne. Brukerkompetansen er viktig for utvikling av tjenestene, blant annet derfor prioriterer vi dialog og samarbeid mellom bærumssamfunnet, lokalsamfunnene og kommunen.

Bærum er en kommune med mange nasjonaliteter og mange innflyttere. Inkludering og mangfold i bærumssamfunnet er viktige verdier i *Ett Bærum*.

På veien til fremtidens kommune

I Bærum har vi lyktes med tydeliggjøring av vårt langsiktige utfordringsbilde gjennom målrettet satsning på:

- velferdstjenester som trenger nye løsninger og nye tankemåter
- samfunnsutvikling som utvikler gode bysamfunn
- klimaklok kommune
- digital transformasjon og innovativ kommune
- innbyggerorientering
- en bevisst og aktiv aktørrolle
- videreutvikling av en endringsrettet og moderne kommuneorganisasjon

En systematisk tilnærming til disse temaene vil ruste oss til å møte de utfordringer vi vet vil komme og for å gjøre Bærum til en enda bedre kommune.

Bærekraftig velferd

Bærum kommune har gode velferdstjenester. Videreutvikling av tjenestene skal være basert på kunnskap og dokumentasjon, effektiv drift, teknologi og brukermedvirkning. Hovedgrepene innenfor velferd er forebygging og tidlig innsats, mestring og selvhjelpenhet, og effektive tjenester. Digitalisering og ny teknologi er viktige innsatsfaktorer i fremtidens velferd; det gjelder både skole, barnehage og innen helse og omsorg. Mer robuste enheter og sambruk er viktige strukturelle grep. Utvikling av gode lokalsamfunn som tilrettelegger for relasjoner og nettverk på tvers av alder og sosial bakgrunn er også viktig.

Sammen om velferd, Pleie og omsorg 2024 og *Digital skolehverdag* er noen av omstillingene som skal bidra til fremtidsrettet og bærekraftig velferdstilbud for innbyggere og brukere.

Integrering av flyktninger og innvandrere, og inkludering av mennesker som i dag står utenfor arbeidsmarkedet, er av stor betydning for nå- og fremtidens velferd og har høy prioritet i Bærum, gjennom Globale Bærum, Bærum arbeidssenter og Nav.

Balansert samfunnsutvikling – gode bysamfunn

Helhetlig bypolitikk for attraktive og levende samfunn på Fornebu, Sandvika og langs kollektivtraseene, i tråd med arealstrategien, skapes i god dialog med innbyggere, sivilsamfunn og utbyggere. Målet er å utvikle en bypolitikk som forener høyere utnyttelse med god og variert arkitektur, byrom og grønne lunger. Bypolitikken skal bidra til å bygge opp under stedenes identitet, som gir grunnlag for mangfoldig byliv og gir mulighet for det kortreiste liv. Kultur og næring skal være en sentral kraft i by- og stedsutviklingen. En voksende befolkning og mer fortetting ved knutepunktene krever også sterkere vern av de overordnede blågrønne strukturer (elver, sjø og parker) og viktige naturverdier i kommunen.

Bærum kommune er og må fortsatt være en aktiv aktør og pådriver for nødvendige samferdselsløsninger; som Fornehubanen, E18 og elferge-forbindelse mellom Oslo og Fornebu, samt ny E16 og Ringeriksbane.

Klimaklok kommune

Klimastrategi 2030 og det flerårige programmet *Klimaklok* bidrar til å sette klimautfordringene tydelig på dagsorden og til å nå målsetningene om klimagassreduksjon i Bærum kommune. Handlingsplanen med nærmere 70 tiltak følges planmessig opp. Kommunen skal feie for egen dør med mer energieffektive bygg, knutepunktutvikling i planarbeidet, fossilfri kommunal bilpark og arbeidet for å forhindre matsvinn ved institusjonene våre, er noen eksempler. Klimamålene skal nås ved å involvere og mobilisere alle deler av bærumssamfunnet; enkeltpersoner, barn og unge særskilt, næringsliv, organisasjoner og folkevalgte. Det handler om grønn mobilitet, kildesortering, forbruk og gjenbruk. Det handler om små og større tiltak i hverdagen for å redusere Bærums klimafotavtrykk.

Klimastrategien skal revideres i løpet av 2019 og tidlig 2020, med høyere ambisjoner for å redusere klimagassutslipp.

En innovativ og kunnskapsbasert kommune

Systematisk innovasjonsarbeid bidrar til nye løsninger som møter morgendagens utfordringer, og gir næring til kommunens omstillingsarbeid. Ny innovasjonsstrategi vektlegger blant annet innovasjonskompetanse, deling og gevinstrealisering. Forskning og innovasjon er tett knyttet sammen, og i Bærum utvikles kunnskapskommunene i et tett samarbeid med næringsliv, akademia og kommune. Kommunen har derfor innledet samarbeid med utdanningsinstitusjoner, blant annet NTNU – som også omfatter doktorgradssamarbeid.

Bærum er en av få kommuner som har etablert et eget Innovasjons- og forskningsfond som understøtter et kunnskapsbasert utviklingsarbeid spesielt innenfor velferdsområdet, som for eksempel utviklingen av demenslandsbyen.

Frivillighet og innbyggersamarbeid

Fremtidens utfordringer krever at kommunen, i tillegg til rollen som tjenesteyter, også tilrettelegger for at innbyggere, sivilsamfunn og næringsliv kan bidra til en god samfunnsutvikling. Innbyggersamarbeid, frivillighet og samskaping er forutsetninger for en bærekraftig arbeidsdeling mellom kommunen og samfunnet for øvrig.

2022 er frivillighetsåret. Kommunen skal utvikle en strategi og en felles plattform for samarbeid i bærumsamfunnet med vekt på ny giv for frivilligheten, styrking av eksisterende samarbeid og utvikle nye arenaer. Kommunen skal også etablere nye kanaler for innspill og medvirkning, med blant annet innbyggerpanel og interaktiv kommune-innbyggerdialog.

En administrativ grunnmur

Den administrative «grunnmuren» omfatter kommunens overordnede virksomhetsstyring, organisering, arbeidsgiverpolitikk, ledelse og utvikling, som sikrer effektiv og hensiktsmessig administrativ praksis og rutiner som er kjent, omforent og praktisert i hele organisasjonen. Og kultur som underbygger og ivaretar felles verdier i *Ett Bærum*.

Kommunen har startet forberedelsene til arbeidet med ny kommuneplan. Bærum legger stor vekt på langsiktig og helhetlig plan og styring, med *Langsiktig driftsanalyse og investeringsplan* (LDIP) som trekker linjer for kommunen i et 20-årsperspektiv.

I tillegg inngår strategisk viktige områder som eiendomsvirksomheten og digitaliseringen i kommunens administrative grunnmur. Eiendomsvirksomheten er sentral i produksjon av velferdstjenester og i samfunnsutviklingen. Eiendomsutvikling har også en viktig rolle som katalysator og strategisk virkemiddel i by-, steds- og boligutvikling, som for eksempel nye Oksenøya senter på Fornebu.

Forventningene til digitalisering av kommunale tjenester, automatisering og selvbetjening er store. Innbyggere og bedrifter skal ha tilgang på enkle, brukervennlige og sikre digitale tjenester for dialog, selvhjelp, mestring, læring, involvering og medvirkning. Målet er at alle skal møte «ett Bærum» – en felles digital plattform.

Bærum i verden

Som Norges femte største kommune ønsker Bærum å markere seg sterkere i prosesser som direkte og indirekte påvirker utviklingen av bærumsamfunnet. Dette innebærer utvikling av sterkere aktørrolle i samarbeid med andre regionale, nasjonale og private aktører. Dette omfatter arbeid med nye Viken og regionbyene, hovedstadssamarbeid og tettere tilknytning til Europa.

2. Bistand og omsorg: tenke langt – handle nå

Det er nå vi kan forberede oss på en fremtid vi vet vil komme. Da er det viktig å forstå og kjenne til hvilke utviklingstrekk som vil påvirke hverdagen for våre innbyggere, rammene for kommunens virksomhet og hvordan den store verden vil påvirke Norge og vår region. Befolkningsvekst, demografisk utvikling, nye krav og nye oppgaver til kommune, og ikke minst en digital transformasjon. Bærum vil tenke nytt om utvikling av fremtidens velferdstjenester.

Velferdstjenestene har samlet seg om tre felles innsatser:

Tidlig innsats – Det handler om å gi rett hjelp til rett tid og bidra til å utsette og redusere behov. Kommunen skal vite at tjenestene har effekt.

Selvhjulpenhet og mestring - Det handler om å gi innbyggere mulighet til å være sjef i eget liv. Kommunen skal bidra til at innbyggere i størst mulig grad klarer seg selv, blant annet gjennom bruk av digitale løsninger og ny teknologi.

Effektive tjenester - Det handler om å utvikle tjenestene i et innbyggerperspektiv. Hvis tjenestene er effektive for innbyggerne er de også effektive for kommunen. Kommunen skal samordne tjenester, skape en tydeligere dør inn og sørge for nødvendig koordinering.

Prosjekt *Sammen om velferd* er et av flere grep for å møte fremtidens utfordringer og muligheter. Rådmannen har hatt en gjennomgang av kommunens tjenestetilbud. Innsikt så langt viser at vi har mange og varierte tilbud til innbyggere i hele livsløpet. Tjenestene har høy kvalitet og mange er fornøyd med våre tilbud. Samtidig fremstår tjenestene som uoversiktlige, både for innbyggere og for medarbeidere, det er for liten sammenheng mellom tjenestene og vi måler i for liten grad effekt av den innsatsen vi retter mot barn, familier og voksne i Bærum kommune.

Rådmannen vil jobbe videre med utgangspunkt i ulike målgrupper og involvere både innbygger og medarbeider i å se tjenestene i et innbyggerperspektiv - hva er behovet og i fremtiden? Det er nødvendig å utvikle nye arbeidsmodeller og utvikle en plan for omstilling av tjenestetilbud.

Foreløpig arbeider rådmannen med utgangspunkt i følgende målgrupper:

- Barn og familier med flere risikofaktorer – fra svangerskap til barnet er 2 år
- Barn og unge med familier som trenger tverrfaglig oppfølging i skole
- Barn og familier med fattigdomsutfordringer
- Innbygger med sammensatte psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer

Omstillingen frem mot 2024 handler om å forberede en fremtid vi vet vil komme. Innenfor hvert kommunalområdet skal det legges planer som beskriver de viktigste grepene. Samtidig skal vi utvikle felles strategier og innsats innen flere områder, blant annet:

- Folkehelse og inkluderende nærmiljøer
- Innbyggersamarbeid og frivillighet

3. Programområde Pleie og omsorg

Sentrale tjenester innen programområdet er hjemmebaserte tjenester og bo- og behandlingssentre med langtids-, korttids- og dagaktivitetsplasser for eldre. Hjemmebaserte tjenester yter pleie- og omsorgstjenester til alle aldersgrupper og omfatter ambulerende tjenester og omsorgsboliger med heldøgns bemanning for eldre. I tillegg kommer Regionalt aktivitetssenter, dagtilbud og omsorgsboliger med og uten heldøgns bemanning for mennesker med utviklingshemming. Området inkluderer også ulike avlastningstjenester for innbyggere i alle aldre, omsorgstønad og brukerstyrt personlig assistanse.

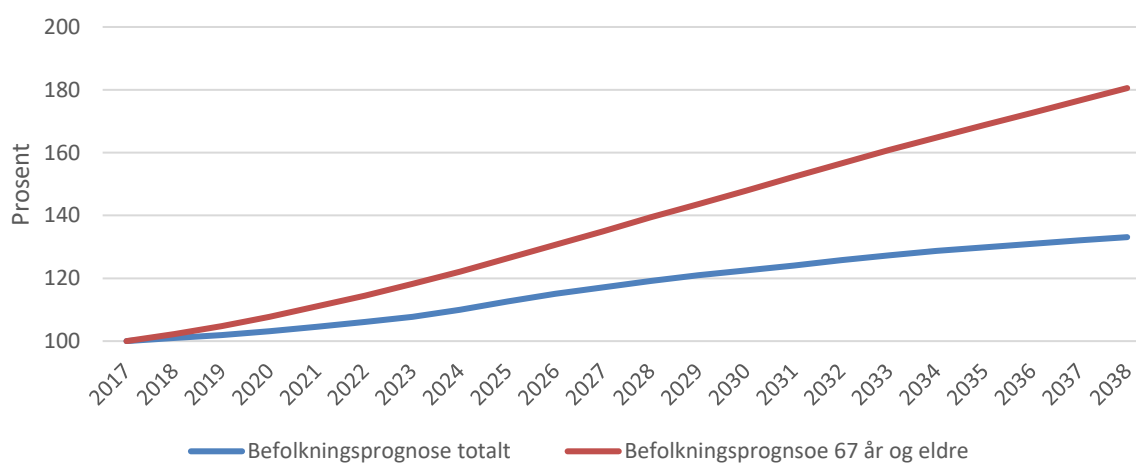
3.1 Utfordringsbilde

3.1.1 Behovsutvikling

Forventet befolkningsutvikling

Figurene under viser forventet befolkningsutvikling i Bærum kommune fra 2018 til 2038. Fremstillingen viser prosentvis vekst fra antall innbyggere per 31.12.17.

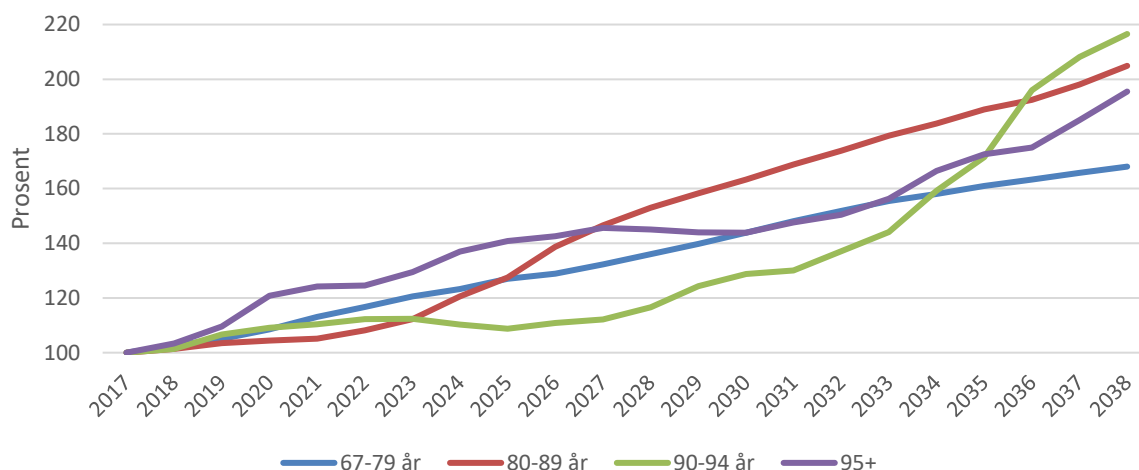
Figur 1: Befolkningsprognose



Kilde: KOMPAS 2018

Figur 1 viser at totalt antall innbyggere forventes å øke med 33 prosent i perioden 2018-2038. Dette tilsvarer ca. 41 500 personer. I aldersgruppen 67 år og eldre forventes det en økning på 80 prosent i samme periode, noe som tilsvarer ca. 14 500 personer. Aldergruppen 67 år og eldre er sentral i forhold til behov for eldreomsorg. Den demografiske utviklingen gir store utfordringer fremover da tjenester til denne aldersgruppen ikke kan forventes finansiert tilsvarende dagens finansiering. Dette vil føre til endringer og omstilling av tjenestene.

Figur 2: Befolkningsprognose sentrale aldersgrupper i forhold til behov for eldreomsorg



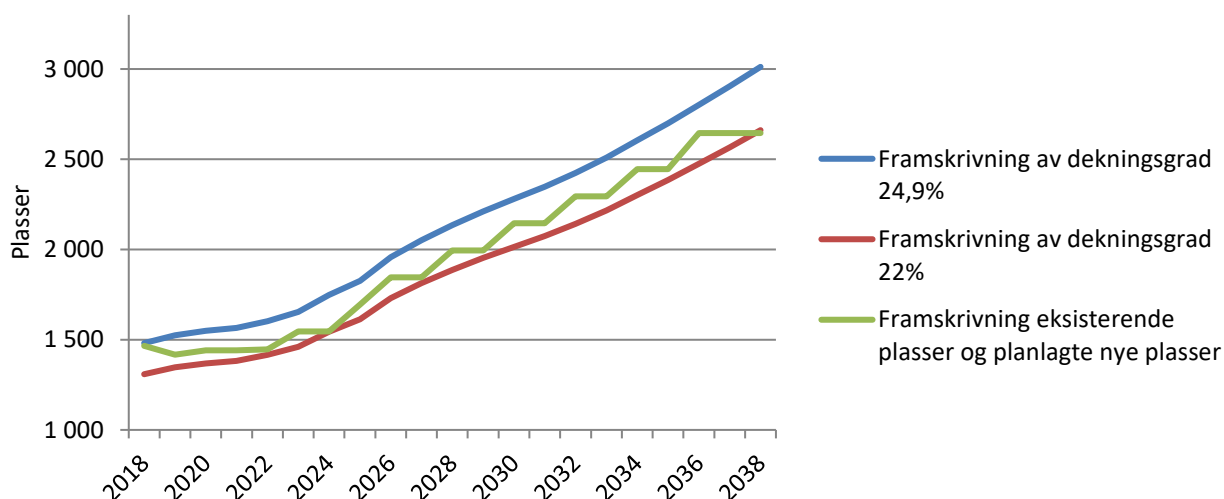
Kilde: KOMPAS 2018

Figur 2 viser forventet befolkningsutvikling i de sentrale aldersgruppene i forhold til behov for eldreomsorg. Aldersgruppen 67-79 år forventes å stige jevnt fremover. Aldersgruppen 80-89 år vil stige svakt de nærmeste 3-4 årene, før den stiger kraftig fra 2022. Aldersgruppen 90-94 år vil være relativt stabil frem til ca. 2027, deretter kommer en kraftig vekst. Gruppen av de eldste eldre (95+) forventes å stige gjennom hele perioden, tidvis kraftig. Rundt 2034 vil kommunen ha dobbelt så mange innbyggere over 90 år som i dag.

Oversikt over behov for plasser

Behovsanalyse for bo- og behandlingssentre, omsorgsboliger og velferdsboliger 2017-2036 beskriver behovet for boliger basert på dagens tilbud (2016) og forventet befolkningsutvikling.

Figur 3: Behov for plasser med heldøgns omsorg til eldre

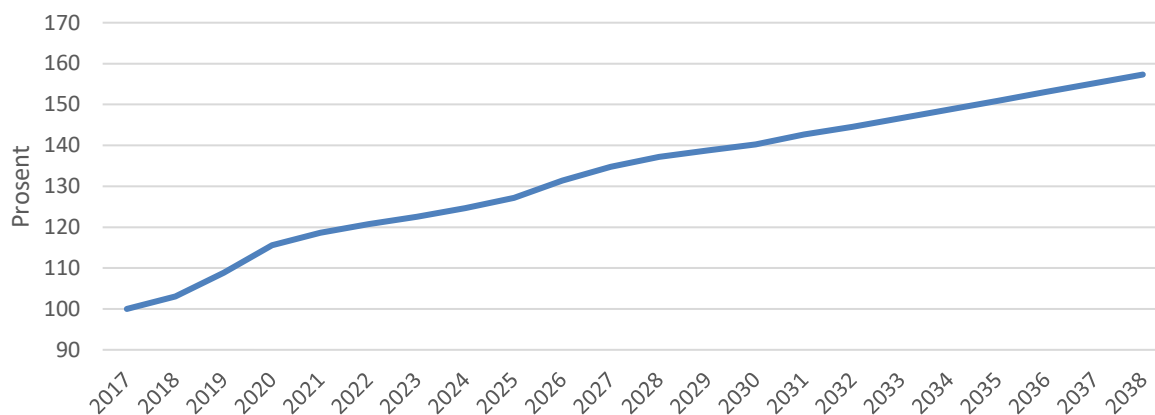


Kilde: Behovsplan 2017-2036, oppdatert med ny befolkningsprognose og planlagte plasser

Figur 3 tar utgangspunkt i de oppgitte dekningsgradene for plasser med heldøgns omsorg til eldre og er oppdatert med befolkningsprognosen (KOMPAS 2018). Dekningsgraden er definert som antall plasser per innbygger over 80 år. I tillegg er det lagt inn eksisterende plasser og planlagte plasser i

perioden. Figuren viser at antall plasser med heldøgns omsorg må øke kraftig i kommende 20 års periode. Skulle dagens dekningsgrad videreføres er behovet i 2038 cirka 1 550 flere plasser enn i dag. Ved en dekningsgrad på 22 prosent er behovet noe lavere, men utgjør fortsatt cirka 1 350 plasser. Eksisterende og planlagte nye plasser frem til 2038 gir en dekningsgrad på 21,9 prosent i 2038, og utgjør cirka 1 150 plasser.

Figur 4: Behov for boenheter til mennesker med utviklingshemming¹

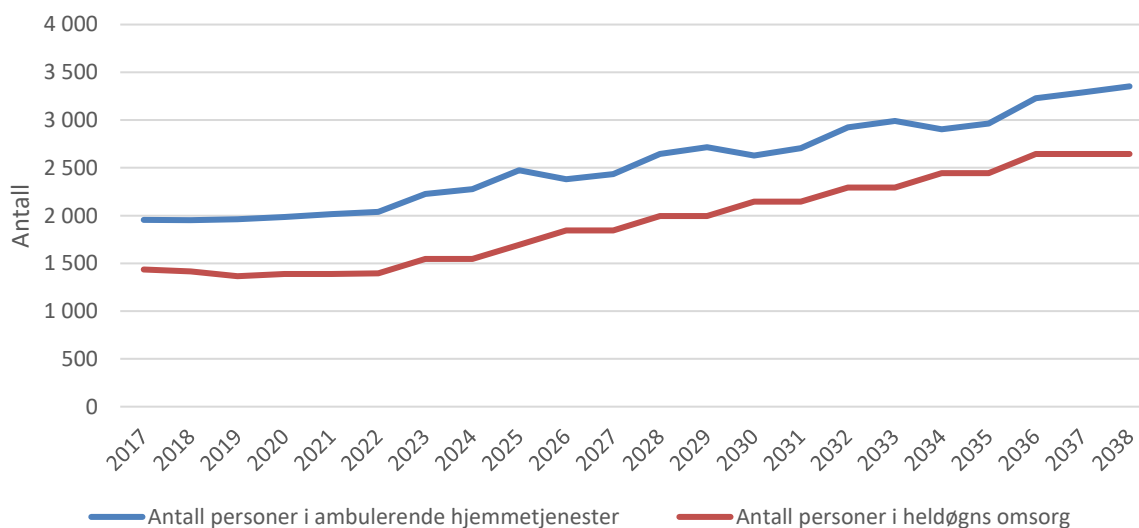


Kilde: Behovsplan 2017-2036

Det fremgår av figur 4 at boligbehovet øker kraftig. Figuren viser hvordan boligbehovet til mennesker med utviklingshemming prosentvis forventes å utvikle seg frem mot 2018. I 2038 vil det være behov for 57 prosent flere boliger enn i dag, noe som tilsvarer ca. 180 boenheter.

Behov for ambulerende hjemmetjenester

Figur 5: Behov for ambulerende hjemmetjenester



Kilde: KOMPAS 2018, behovsanalyse, dekningsgrad ambulerende hjemmetjenester

¹ Beregningen vist i figur 3 tar utgangspunkt i følgende:

- Eksisterende antall brukere med utviklingshemming i bolig
- Kartlagte behov, øvrige brukere ved fylte 22 år
- Gjennomsnittlig frafall blant de som allerede har bolig (3 personer pr. år). Bruker-gruppen er gjennomsnittlig relativt ung og det er økende levealder

Figur 5 viser hvordan behovet er for ambulerende hjemmetjenester basert på dagens dekningsgrad i de ulike aldersgruppene og befolkningsprognose (KOMPAS 2018). Behovet for ambulerende hjemmetjenester påvirkes i tillegg av hvor mange plasser vi har i bo- og behandlingssenter og omsorgsboliger for eldre. Behovet er derfor korrigert for planlagte nye plasser med heldøgns omsorg. Figuren viser at utviklingen i behovet for ambulerende hjemmetjenester forventes å holde seg stabilt frem mot 2022, hvor det så forventes at antall brukere øker med 72 prosent frem mot 2038, gitt at brukernes behov for tjenester ikke endrer seg fra dagens behov og at tjenestene ikke endres.

Samlet sett viser eksisterende analyser av forventet befolkningsutvikling og det derav følgende behov for tjenester, at Pleie og omsorg står overfor betydelige utfordringer. Hvordan dette håndteres omtales ytterligere i kapittel 3.1.3.

Endringer i regelverk

Gjeldende regelverk er viktig for Bærum kommunes muligheter for prioriteringer innenfor pleie- og omsorgstjenester.

- Husbanken gir fra 2019 investeringstilskudd til bo- og behandlingssenter og omsorgsboliger over to poster i statsbudsjettet. Dette gjelder investeringstilskudd til rehabilitering og investeringstilskudd til netto tilvekst av plasser. Denne endringen betyr at vi vil også fortsatt vil kunne søke om investeringstilskudd til rehabilitering av plasser og ikke kun til plasser som gir netto tilvekst. Dette er positivt for Bærum kommune som har flere bygg som har store behov for rehabilitering.
- Det har kommet inn en endring i Helse og omsorgstjenesteloven § 3.6, denne gir pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid en rettighet til opplæring og veiledning. Dette betyr at kommunen må styrke/ organisere tilbudet til denne gruppen.
- Ny bestemmelse om lørdags- og søndagstillegg i Hovedtariffavtalen fra 1.1.2019. Dette er et konkret tiltak som skal stimulere ansatte til å arbeide flere helgetimer. Brukerne har behov for gode tjenester hele uken gjennom. Derfor er det viktig med stabil bemanning med rett kompetanse også i helgene. Avtalen gir også et bedre grunnlag for å tilby medarbeidere større og hele stillinger. Størrelsen på helgetillegget er avhengig av hvor mange helgetimer den enkelte har i løpet av kalenderåret. Det er usikkert hva den økonomiske konsekvensen av denne bestemmelsen vil bli.

5.1.2 Viktigste satsninger og utviklingsprosesser

Pleie og omsorg har gjennomført en rekke satsninger i 2018 som har bidratt til å forbedre og videreutvikle tjenester i tråd med kommunens målsetninger.

- Forsøksordning med utvidet åpningstid på helg og kveld ved dagaktivitetssenteret på Valler vil gi oss innsikt i innbyggerens behov og tiltak som gjør at de kan bo lenger hjemme.
- Det er opprettet brukerpanel i ambulerende tjeneste, og sentralt brukerråd ved bo- og behandlingssentrene
- Ambulerende hjemmebaserte tjenester deltar i LIVE@HomePath som er et forskningsprosjekt rettet mot hjemmeboende personer med demens. Målet er å utvikle en struktur som kan avlaste

og bedre livskvaliteten til pårørende, bedre livskvaliteten til personer med demens og samtidig være samfunnsøkonomisk bærekraftig.

- Visningsarena for frihet og velferdsteknologi er etablert ved Atri-X og Emma MeDLiv. Begge tiltak har fått stor oppmerksomhet både i og utenfor kommunen. Flere innbyggere oppsøker selv visningsarenaene og tar i bruk teknologien.
- Friskus er en digital møteplass for aktivitet og frivillighet som prøves ut på ti omsorgsboliger og bo- og behandlingssenter. Friskus kan benyttes av pårørende og er et tiltak for å øke pårørendeomsorgen.
- Unikt-konseptet videreutvikles i tråd med «Leve hele livet» (Stortingsmelding 15).
- Carpe Diem demenslandsby har i samarbeid med Høyskolen i Innlandet (HINN) et forskningsprosjekt kalt Demsam. Dette skal gi oss kunnskap om muligheter og begrensninger ved bruk av tjenstedesign
- Som et av tiltakene i «Brobyggerprogrammet» er Temakvelder for pårørende til personer med utviklingshemming blitt en integrert del av tjenestetilbudet.
- Pårørende omsorgen er styrket med økt satsing på pårørende opplæring/ støtte for flere grupper (psykisk helse/rus) i regi av Atrium ressurscenter.
- Reviderte retningslinjer og rutiner for kontraktsoppfølging er tatt i bruk. Det er fokus på risikovurdering i forhold til lønn- og arbeidsvilkår og kvalitet i tjenesten. Den store andelen konsulentbruk i hele markedet har fått Bærum Kommune til å endre praksis i sin oppfølging av alle leverandører av heldøgns helse- og omsorgstjenester. Det er stilt strengere krav i kontrakt for å stimulere til redusert bruk av konsulenter, et kontraktfestet krav om maks 25% konsulenter og løpende oppfølging om oppfyllelse av kravet.
- Massiv markedsføring av CAN (Centro Assistencial Nourego) samt omlegging av rutiner har vist resultat, og beleggsprosent for 2018 var 87 %.

3.1.3 Utfordringer fremover

Som beskrevet i kapittel 3.1.1 står *Pleie og omsorg* overfor en betydelige utfordringer knyttet til befolkningsutvikling og finansiering av fremtidens tjenester. Bærum kommune har konkretisert disse utfordringene ytterligere.

Bærum kommune står overfor det vi kaller «omstillingsutfordringen». Med den demografiske veksten vil det bli en utfordring å sikre en langsiktig strategisk omstilling av tjenestene. Utfordringene består av å balansere behovet for budsjettbalanse med den forpliktelse kommunen har til å levere effektive tjenester med god kvalitet, godt arbeidsmiljø og lavt sykefravær, og dermed møte brukernes behov på en faglig forsvarlig måte.

For å lykkes med en slik omstilling vurderer Bærum kommune at vi samtidig i enda høyere grad må lykkes med implementeringen av nye tjenester og konkrete redskaper i tjenestene, for eksempel frihets- og velferdsteknologiske løsninger. Samtidig må vi se på våre styrings- og ledelsesprosesser og vurdere om disse har de riktige insitamentene slik at de bidrar til kommunes mål.

Dette stiller samtidig store krav til et godt samarbeid med medarbeidere om løsninger, endringer og kompetanse. Og det stiller krav til samarbeid med de viktigste aktørene utenfor tjenestene. Dette

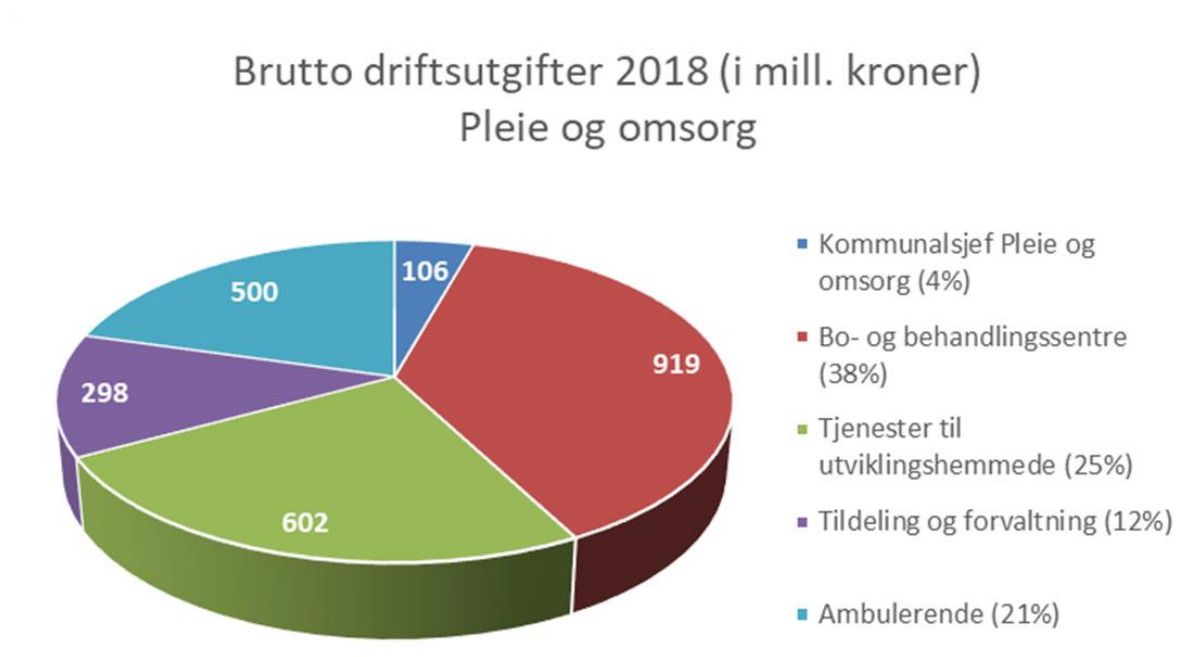
handler om samarbeid med brukere og pårørende, med spesialisthelsetjenesten, med frivillige organisasjoner, og med private leverandører.

3.2 Analyse og ressurser

3.2.1 Utvikling i utgifter, inntekter, årsverk og sykefravær

3.2.1.1 Driftsutgifter og inntekter

Figur 6: Fordeling av områdets driftsutgifter 2018



Figur 6 viser fordelingen av brutto driftsutgifter mellom tjenestene under kommunalsjef for Pleie og omsorg.

- Kommunalsjef Pleie og omsorg utgjør 4 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter fellesutgifter for kommunalsjefområdet og Enhet for Helseinformatikk.
- Tildeling og forvaltning utgjør 12 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter tildelingskontoret, brukerstyrt personlig assistanse, kjøp av plasser og tjenester, omsorgslønn, avlastning demente, arbeidskjøring, Altea og utskrivningsklare pasienter.
- Ambulerende utgjør 21 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter tjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie til hjemmeboende og i omsorgsboliger.
- Bo- og behandlingssentre utgjør 38 prosent. Inkludert her er bo- og behandlingssentre, storkjøkenet og dagaktivitetsplasser og omsorgsboliger som er knyttet til bo- og behandlingssentrene.

- Tjenester til mennesker med utviklingshemming utgjør 25 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter tjenestene praktisk bistand, praktisk bistand opplæring og hjemmesykepleie til hjemmeboende i omsorgsboliger, avlastnings- og barneboliger, dagaktivitetstilbud for utviklingshemmede og Regionalt aktivitetssenter.

Tabell 1: Utgifts- og inntektssammenheng for området - regnskapstall

| Mill. kr | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Andel av brutto driftsutgifter 2018 |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
| Brutto driftsutgifter | 2 250,3 | 2 274,5 | 2 285,7 | 2 430,0 | |
| - Herav lønn | 1 824,7 | 1 823,5 | 1 800,3 | 1 865,4 | 77 % |
| - Herav andre driftsutgifter | 425,6 | 451,0 | 485,4 | 564,5 | 23 % |
| - Herav kjøp av tjenester | 169,3 | 209,7 | 237,4 | 304,5 | |
| Brutto driftsinntekter | 536,7 | 511,2 | 505,5 | 516,5 | |
| Netto driftsutgifter | 1 713,6 | 1 763,3 | 1 780,2 | 1 913,5 | |

Økningen i driftsutgiftene i perioden 2017 til 2018 henger sammen med befolkningsutviklingen og økt behov for pleie og omsorgstjenester, i tillegg til lønns- og prisvekst, økte pensjonskostnader og lærlinger. Fra 2017 er det en økning i driftsutgiftene som i hovedsak gjelder kjøp av tjenester som omfatter kjøp av plasser, økt bruk av private leverandører i fritt brukervalg ambulerende tjenester og brukerstyrt personlig assistanse.

Tabell 2: Driftsinntekter - regnskapstall

| Driftsinntekter, mill. kr | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | samlede driftsinntekter 2018 |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------------------|
| Driftsinntekter, sum | -536,7 | -511,2 | -505,5 | -516,5 | |
| - Herav salgsinntekter | -221,3 | -233,0 | -240,2 | -236,9 | 46 % |
| - Herav brukerbetaling | -185,8 | -185,4 | -190,7 | -190,6 | |
| - Herav refusjoner | -299,5 | -259,0 | -259,9 | -274,7 | 53 % |
| - Herav ressurskrevende brukere | -129,8 | -123,7 | -116,9 | -142,2 | |
| - Herav sykelønnsrefusjon | -92,3 | -84,8 | -94,2 | -79,6 | |
| Årlig vekst i % | | -4,7 % | -1,1 % | 2,2 % | |

Refusjon ressurskrevende har økt fra 2017 til 2018. Årsaken er refusjon knyttet til barne- og avlastningsboligene samt kjøp av plasser, som ble overført til kommunalsjefsområdet i 2018. Redusert sykelønnsrefusjon må sees i sammenheng med lavere langtidsfravær.

3.2.1.2 Årsverksutvikling per tjenesteområde

Tabellen under viser ressursinnsats i årsverk de fem siste årene. Ressursinnsats tar utgangspunkt i sum årsverk i arbeid basert på fastlønn, variabel lønn og overtid, fratrukket registrert fravær. Tallene gjelder et årlig snitt og ikke tall per desember.

Tabell 3: Ressursinnsats målt i antall årsverk

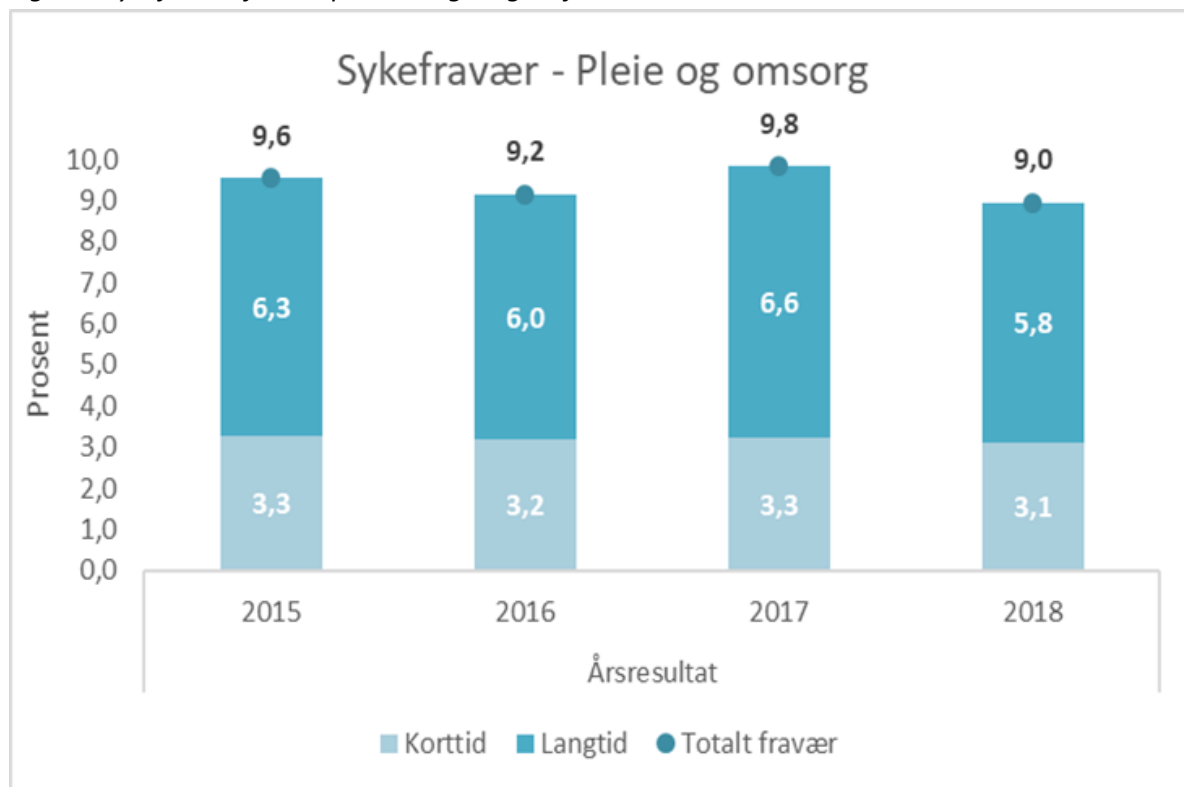
| Ressursinnsats per tjenesteområde | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Prosentvis endring 2017/2018 |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| Kommunalsjef Pleie og omsorg | 21 | 17 | 11 | 14 | 19 | 35,1 % |
| Bo- og behandlingssentre | 1 040 | 1 064 | 1 055 | 1 056 | 1 008 | -4,5 % |
| Tjenester til utviklingshemmede | 718 | 731 | 733 | 717 | 729 | 1,6 % |
| Tildeling og forvaltning | 82 | 80 | 75 | 60 | 58 | -2,2 % |
| Ambulerende | 544 | 540 | 531 | 519 | 500 | -3,7 % |
| Sum årsverk | 2 406 | 2 433 | 2 405 | 2 365 | 2 314 | |
| Årlig endring i % | | 1,1 % | -1,1 % | -1,7 % | -2,2 % | |

Kilde: Lønn- og personalsystem

Tabellen viser ressursinnsats i årsverk de fem siste årene. Ressursinnsats tar utgangspunkt i sum årsverk i arbeid basert på fastlønn, variabel lønn og overtid, fratrukket registrert fravær. Tallene gjelder et årlig snitt, og ikke tall per desember. Antall årsverk har vært gradvis redusert siden 2014. Årsaken til dette er vedtatte innsparingskrav i perioden. Fra 2017 til 2018 har det vært en reduksjon på 51 årsverk. Endring på kommunalsjefsområdet må sees opp mot endring på Tildeling og forvaltning. Hovedårsakene til endringene i årsverk i bo- og behandlingssentre er nedleggelse av 28 plasser ved Kolsås bo- og behandlingssenter fra 1.12.2018, nedleggelse av 32 plasser ved Dønski bo- og behandlingssenter fra 1.1.2019. I tjenester til mennesker med utviklingshemming har det vært en økning i antall brukere, samt endring av behov hos tjenestemottakere. Bærum kommunale dagtilbud har økt kapasiteten. Innenfor ambulerende tjeneste har det vært en større forskyvning av brukere fra kommunal til privat leverandør, samt økt direkte brukertid som følge av elektroniske låser. I 2017 ble det sentralisert stab- og støttefunksjoner som reduserte antall årsverk i Pleie og omsorg.

3.2.1.3 Sykefraværsutvikling for området

Figur 7: Sykefravær fordelt på kort- og langtidsfravær



Kilde: Lønn- og personalsystem

Det har vært tett oppfølging for å redusere sykefraværet, og fra 2017 til 2018 har det vært en positiv utvikling, både korttid- og langtidsfraværet er redusert.

3.2.2 Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner og egenutvikling over tid

Programområde Pleie og omsorg omfatter 5 delområder. Delområdene følger KOSTRA-definisjoner for pleie og omsorgstjenester som er felles for alle kommuner. Inndelingen er definert etter tjenestekområdet og avviker fra den organisatoriske inndelingen under kommunalsjefene. Like KOSTRA-definisjoner for alle kommuner gjør det mulig å sammenlikne tjenester og ressursinnsats mellom kommunene på tross av ulik organisering. Indikatorene er ikke korrigert for forskjeller i utgiftsbehov. Delområdene er som følger; 234 aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 253 helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, 256 tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene og 261 institusjonslokaler.

Tidsseriebrudd i tall fra 2016 til 2017

I 2017 endret Bærum regnskapspraksis og administrative utgifter som kan knyttes til tjenesteproduksjonen ble overført fra administrasjonsfunksjonen til tilhørende tjenestefunksjoner. Dette har bidratt til et tidsseriebrudd fra 2016 til 2017, og tallene viser en større økning i driftsutgifter til tjenestekområdet Pleie og omsorg enn det som kan knyttes til aktivitetsutvikling.

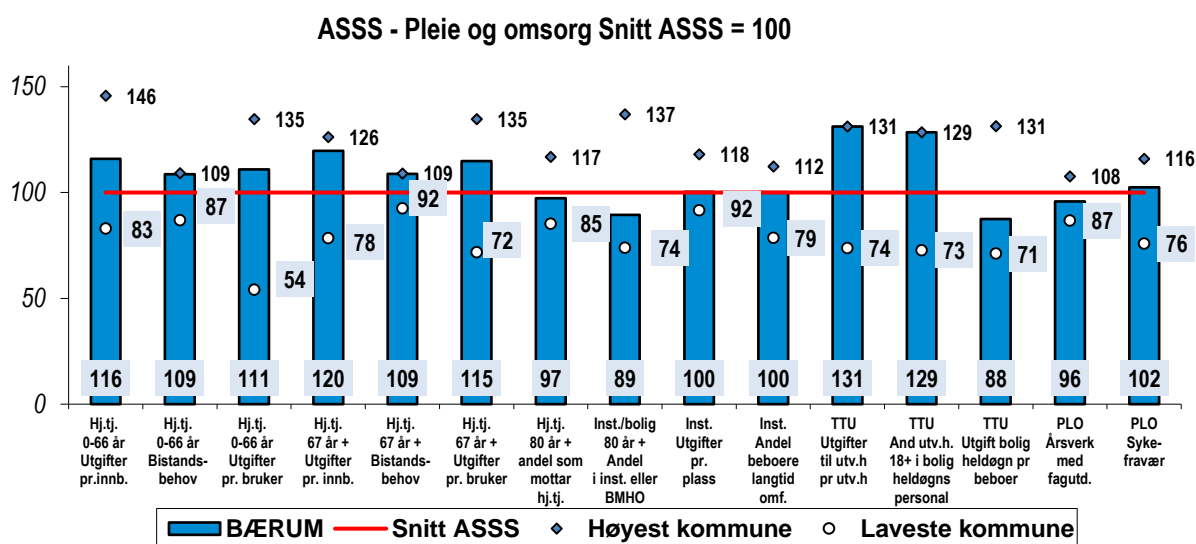
I mai 2017 innførte Bærum kommune nytt dokumentasjonssystem (EPJ), og IPLOS-rapporteringen for 2017 ble gjort i det nye dokumentasjonssystemet. I forhold til tidligere IPLOS-rapportering er det nå gjort noen justeringer som gjelder tjenestekoder som inngår/ikke inngår i IPLOS-rapporteringen i det nye dokumentasjonssystemet. Dette får konsekvens i innrapportering 2017 i form av en økning av antall brukere og lavere gjennomsnittlig antall tildelte timer. IPLOS –rapportering for 2018 innenfor institusjonstjenester og hjemmetjenester forventes bli sammenlignbare med 2017.

Tidsseriebrudd i tall fra 2014 til 2015

Fra 2015 ble det foretatt en ny aldersinndeling av Pleie og omsorgstjenestene i KOSTRA og ASSS-tallene. Dette gjør at det ikke er mulig å få de samme indikatorene for hjemmetjenester (over og under 67 år) lenger tilbake enn til 2015. Egenutvikling over tid blir derfor begrenset til 2015 – 2017.

Tjenesteprofil for Pleie og omsorg

Figur 8: Utvalgte indikatorer fra tjenesteprofil Pleie og omsorg



Kilde: ASSS

Bærum kommune har høyere ressursbruk enn snitt ASSS til hjemmetjenester, både når det gjelder netto utgifter per bruker og netto utgifter per innbygger. Brukerne i Bærum har det høyeste bistandsbehovet i ASSS kommunene, og ligger over snittet i antall tildelte timer per uke. Bærum har en lav dekningsgrad av andel innbyggere 80 år og eldre som mottar hjemmetjenester, eller som er beboer på institusjon eller i bolig med heldøgns bemanning. Dette tyder på mange eldre klarer seg på egenhånd og de som mottar tjenester får mye tjenester.

Bærum har en lav andel registrerte utviklingshemmede i befolkningen sett i forhold til ASSS kommunene. Av registrerte utviklingshemmede har Bærum kommune 30 prosent høyere dekningsgrad av omsorgsboliger enn ASSS snittet. Utgiftene til døgnbemannede boliger ligger 14 prosent under ASSS snittet. Høy dekningsgrad innenfor boliger med heldøgnsbemanning medfører høy *Utgift per utviklingshemmet*. Bærum har en lav andel registrerte utviklingshemmede i alderen 0-16 år. Hovedtjenesten til denne brukergruppen er i hovedsak avlastningstjenester som har en lavere kostnad. Lav andel utviklingshemmede under 16 år, medfører en høyere *Utgift per utviklingshemmet*.

Bærum kommune ligger på ASSS snitt angående utgifter til institusjon, og Bærum ligger på samme bistandsbehov som ASSS snittet.

Enhetskostnader, utvikling siste tre år

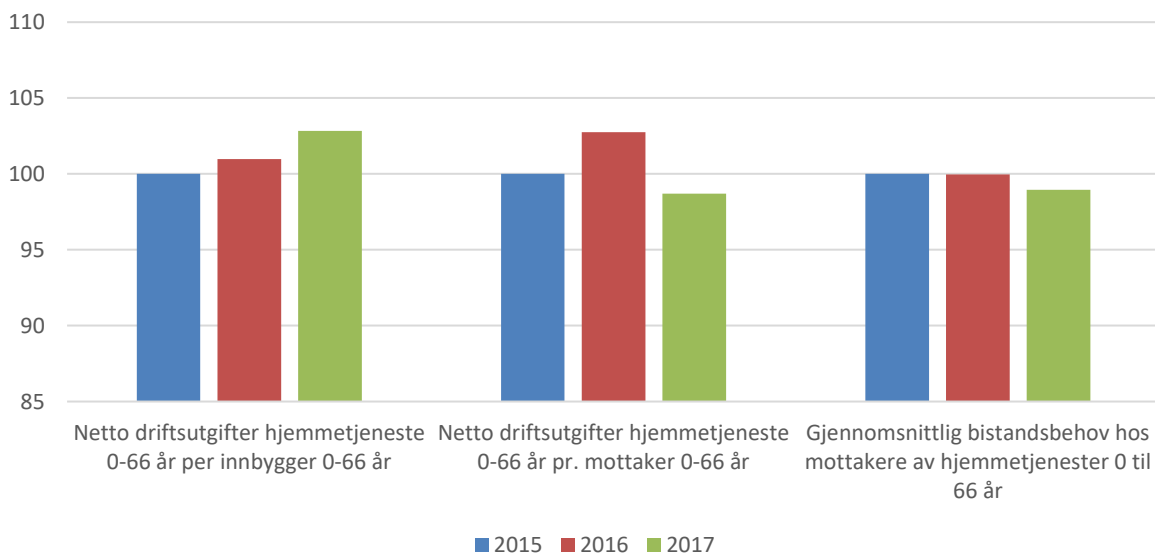
KS bruker tall fra IPLOS² for å beregne flere av nøkkeltallene, og noe av dette bestilles fra SSB og kan ikke hentes direkte fra KOSTRA. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne seg med Asker kommune. Vi har derfor valgt å ikke ta med Asker i denne analysen.

Figurene som viser egenutvikling er indekserte, og viser utvikling med utgangspunkt i 2015 (100). Regnskapstallene for 2015 og 2016 vises i 2017-kroner.

Hjemmetjenester

Hjemmetjenester omfatter følgende tjenester; praktisk bistand og opplæring, brukerstyrt personlig assistent, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn, hjemmesykepleie og psykisk helsetjenester. Det er her ikke skilt på kommunalsjefsområde, men gjelder hele kommunen.

Figur 9: Utvalgte indikatorer hjemmetjenester 0-66 år



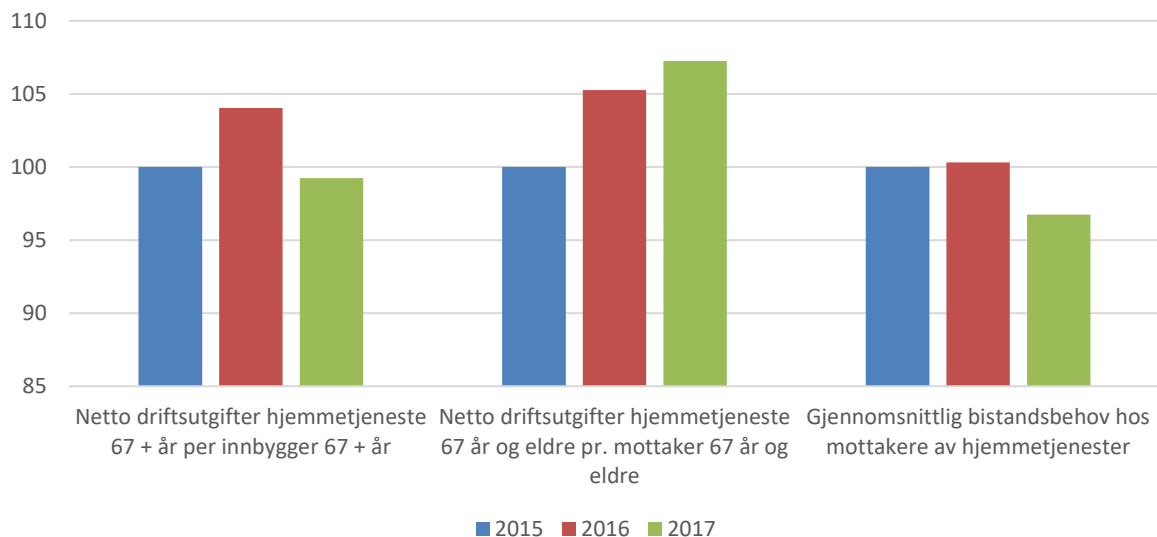
Kilde: ASSS, KOSTRA

Bærum kommune har i tidsintervallet 2015-2017 hatt en økning av *Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 0-66 år* på 212 kroner per innbygger 0-66 år. Dette tilsvarer en økning på 2,8 prosent. På samme variabel har Bærum redusert utgiftene med 5 355 kroner per mottaker som tilsvarer 1,3 prosent. Endringene fra 2016 til 2017 påvirkes av KOSTRA-justeringen av utgifter til sentrale støtteenheter i 2017 og har medført en større økning i driftsutgifter per innbygger og en mindre utgiftsreduksjon per mottaker sammenlignet med tidligere år. Endring i IPLOS-rapporteringen medfører også noe

² IPLOS er et landsomfattende pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk. IPLOS-registret inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Formålet er å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten. (Kilde: Helsedirektoratet)

endring i fordeling av utgiftene i 2017 til brukergruppene over og under 67 år. Bistandsbehovet har vært relativt stabilt i perioden, men 2017 tallene påvirkes også av IPLOS-rapporteringen da det fra 2017 også innrapporteres brukere som kun har fysio- og ergoterapitjenester som ikke var med i tidligere IPLOS-rapportering.

Figur 10: Utvalgte indikatorer hjemmetjenester 67 år og eldre



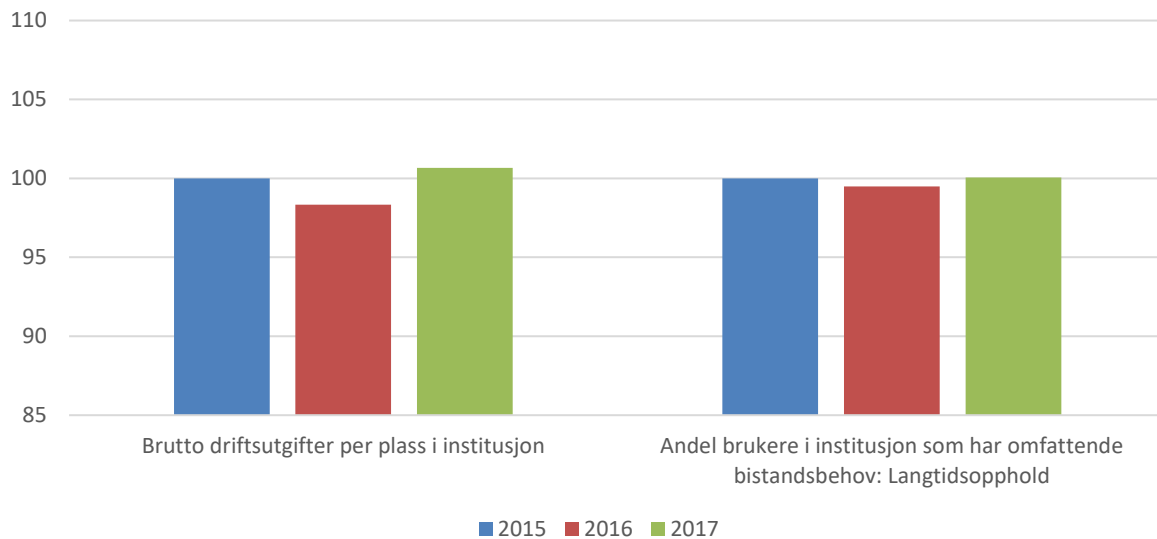
Kilde: ASSS, KOSTRA

Bærum kommune har i tidsintervallet 2015-2017 hatt en liten nedgang på *Netto driftsutgifter hjemmetjeneste 67 år og eldre* på 145 kroner per innbygger. Dette tilsvarer en reduksjon på 0,8 prosent. På samme variabel har Bærum økt utgiftene med 9 515 kroner per mottaker, noe som tilsvarer en økning på 7,3 prosent. Endringene fra 2016 til 2017 påvirkes av KOSTRA-justeringen av utgifter til sentrale støtteenheter i 2017 og har medført en mindre nedgang i driftsutgifter per innbygger og en større utgiftsøkningen per mottaker sammenlignet med tidligere år. Endring i IPLOS-rapporteringen medfører også noe endring i fordeling av utgiftene i 2017 til brukergruppene over og under 67 år. Bistandsbehovet har vært relativt stabilt i perioden, men 2017 tallene påvirkes også av IPLOS-rapporteringen da det fra 2017 også innrapporteres brukere som kun har fysio- og ergoterapitjenester som ikke var med i tidligere IPLOS-rapportering.

Institusjon

Institusjon omfatter her følgende tjenester; sykehjem, barneboliger, avlastningsboliger, døgnopphold samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, servicefunksjoner som husøkonom, kjøkken, kantine/kiosk, vaskeri, aktivtør, renhold, drift og vedlikehold av institusjonslokaler. Det er her ikke skilt på kommunalsjefsområde, men gjelder hele kommunen.

Figur 11: Utvalgte indikatorer institusjon

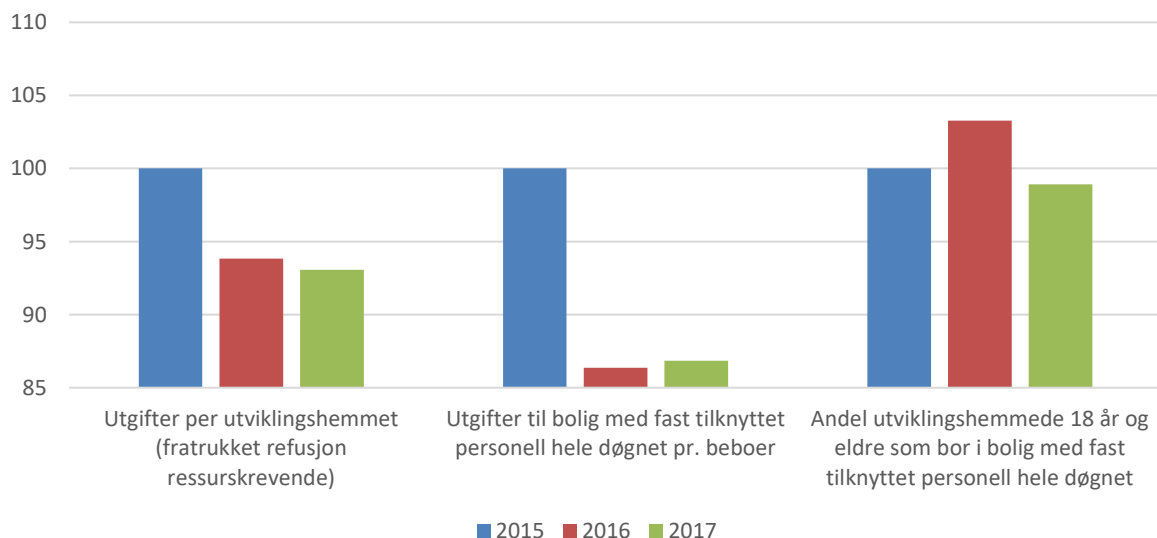


Kilde: ASSS, KOSTRA

Brutto driftsutgifter per plass i institusjon (kroner) har økt med 0,7 prosent fra 2015-2017. Totalt sett har Bærum kommune hatt en nedgang i utgiftene i institusjon, men KOSTRA-justeringen av utgifter til sentrale støtteenheter i 2017 har medført en utgiftsøkning sammenlignet med tidligere år. I tidsintervallet 2015-2017 har andel beboer på langtidsplasser i institusjon med omfattende bistandsbehov har vært stabilt.

Tjenester til mennesker med utviklingshemming

Figur 12: Utvalgte indikatorer tjenester til mennesker med utviklingshemming



Kilde: ASSS

Utgifter pr utviklingshemmet er redusert fra 2015 til 2017, dette utgjør ca 0,08 mill. per bruker. Dette tilsvarer en nedgang på 6,9 prosent. Når det gjelder *Utgifter til bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet* har Bærum hatt en nedgang fra 2015 til 2017 0,22 mill. som tilsvarer 13,2 prosent.

I perioden har det vært en omstilling hvor det har vært opprettet større enheter og mindre enheter har vært lagt ned. Dette har medført lavere enhetskostnad i boliger med heldøgnsbemanning og utgifter pr bruker.

Bærum kommune her hatt en liten nedgang i Andel utviklingshemmede 18+ som bor i bolig med heldøgnsbemanning fra 2015 til 2017. Nedgangen er på 1,1 prosent.

Andre nøkkeltall

Tabell 4: Andre relevante nøkkeltall

| | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|--------|--------|--------|
| Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning | 66,4 % | 69,5 % | 70,9 % |
| Hjemmebaserte tjenester, andel med privat utfører | 1,7 % | 7,8 % | 11,0 % |
| Andel innbyggere 80 år og eldre som mottar hjemmetjenester | 31,3 % | 31,5 % | 28,4 % |

Kilde: KOSTRA, dokumentasjonssystem Bærum kommune

Andelen med fagutdanning i Pleie og omsorg i Bærum kommune har hatt en økning på 5 prosent poeng fra 2015 til 2017. Pleie og omsorg har de siste årene tilrettelagt for å heve kompetansen hos medarbeidere, dette er et arbeid vi fortsetter med.

Andelen med private aktører som utfører hjemmebaserte tjenester har økt fra 2 prosent i 2015 til 11 prosent i 2017. I 2018 har andelen økt til ca. 30 prosent.

Andel innbyggere 80 år og over som ikke mottar tjenester i hjemmet reduseres. Utviklingen om at en mindre andel av innbyggere over 80 år ser vi også i kapittel 5.2.3 *Utvikling i langsiktige driftsindikatorer* der andel innbyggere 80 år som ikke er beboer i bolig med heldøgnsbemanning eller i institusjon også reduseres.

3.2.3 Utvikling i langsiktige indikatorer

Tabell 5: Utvikling i langsiktige indikatorer

| KPI 10 år | Målsetting 2019–2028 | 2014 Utgangså | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Årlig trend siste 3 år (snitt pr. år) |
|--|----------------------|------------------|--------|--------|--------|------|---|
| Pleie og omsorg | | | | | | | |
| Andel innbyggere 80+ som er beboere i bolig med heldøgns bemanning eller på institusjon | ↓ | 18,6 % | 18,1 % | 17,6 % | 16,1 % | - | |
| Andel innbyggere 80+ som ikke mottar tjenester i hjemmet eller har heldøgns plass | ↑ | 53,0 % | 50,6 % | 50,9 % | 55,5 % | - | |
| Gjennomsnittlig antall plasser pr. institusjon | ↑ | 54 | 55 | 59 | 59 | 60 | ↑ 2 |
| Gjennomsnittlig antall brukere pr. bofellesskap for mennesker med utviklingshemming | ↑ | 5,8 | 5,8 | 8,0 | 8,0 | 8,0 | ↑ 1 |
| Utviklingshemmede, utgifter til bolig med fast tilkn. pers. hele døgnet pr. beboer (mill. kr.) | ↓ | 1,8 | 1,6 | 1,4 | 1,4 | - | |

Kilde: KOSTRA, ASSS, antall plasser i institusjon og omsorgsboliger

Måleindikatorerne viser at Pleie og omsorg beveger seg i riktig retning. Andel innbyggere 80+ som er beboere i bolig med heldøgns bemanning eller på institusjon går ned mens andel innbyggere 80+ som ikke mottar tjenester øker. Dette er i tråd med målsetninger.

Gjennomsnittlig antall plasser per institusjon og gjennomsnittlig antall brukere per bofellesskap øker. Utgifter til bofellesskap i kroner per utviklingshemmede i bolig over 18 år går ned.

3.3 Handle nå – omstilling 2022 – omstilling i PLO med kvalitet og bærekraft

Høsten 2018 startet ledergruppen i Pleie og omsorg et omstillingsarbeid omtalt som «Pleie og omsorg 2024». Noen av hovedutfordringene *Pleie og omsorg* står overfor nå og de neste 10 årene, er beskrevet i kapittel 5.1.3. På bakgrunn av disse hovedutfordringene har ledergruppen formulert følgende mål for omstillingsarbeidet:

1. «I 2024 er tjenestene i *Pleie og omsorg* tilpasset innbyggernes behov, kommunes ressurser og den faglige utviklingen.»
2. «I 2024 har vi tjenester med høy kvalitet som bidrar til mestring og selvhjelpenhet blant innbyggerne.»

For å omstille og endre *Pleie og omsorg* på en måte som gir de ønskede gevinster legges det opp til en tilnærming i flere faser.

Omstillingsarbeidet følger Bærum kommunes grunnleggende prosjektmetodikk. Det betyr at omstillingsarbeidet etter foranalyse inneholder følgende faser:

- En konseptfase hvor formålet er å avklare behov, ordnet beskrive og velge hvilke endringer vi ønsker å gjennomføre, utarbeide effektmål og resultatmål, gjennomføre interessentanalyse, beskrive konkrete produkter og aktiviteter, utarbeide en prosjektplan med milepæler som kan følges i implementeringen, beskrive organisering og budsjett på en tilstrekkelig operativ måte, og gjennomføre en risikovurdering.
- En planleggingsfase som konkretiserer innholdet fra konseptfasen og legger til rette for implementering/gjennomføring.
- En gjennomføringsfase som grunnleggende handler om å utføre de planer man har lagt
- En avslutningsfase som handler om å avslutte, evaluere og ferdiggjøre de endringer man har gjennomført
- En gevinstrealiseringsfase hvor de gevinster, økonomiske og kvalitetsmessige, synliggjøres.

På kort sikt vil det i tillegg til omstillingsarbeidet «Pleie og omsorg 2024», arbeides videre med å effektivisere tidligere vedtatte innsparinger. Hele omstillingsarbeidet «Pleie og omsorg 2024» må gjennomføres, før Pleie og omsorg tidligst i 2024 kan starte arbeidet med å ta ut gevinster. Dette arbeidet krever ressurser i form av årsverk og til innkjøp av analyser. Rådmannen vil i løpet av våren 2019 forberede en orienteringssak som orienterer ytterligere om innholdet i «Pleie og omsorg 2024».

4. Programområde Helse og sosial

Tjenestene innen Helse og sosial retter seg mot ulike brukergrupper, både tjenester som retter seg mot den allmenne befolkningen og tjenester som retter seg mot spesielle brukergrupper. Hovedtyngden av tjenestene retter seg mot personer med særskilte behov i aldersgruppen 18-66 år. Tjenestene innen Helse og sosial faller ikke under kommunens ordning med demografiskompensasjon. Mange tjenester øker ikke like direkte som følge av økt befolkningsvekst slik som i skole, barnehage og pleie og omsorg. Samtidig vil, over tid, økt befolkning og endringer i den demografiske sammensetningen øke behovet også for disse tjenestene.

4.1 Utfordringsbilde

4.1.1 Behovsutvikling

Figur 13: Historisk og forventet utvikling i antall innbyggere i aldersgruppen 18-66 år



Kilde: Kompas 2018

Figuren over viser historisk og forventet utvikling i antall innbyggere i aldersgruppen 18-66 år fra 2014 til 2018 fram til 2023. I årene 2014 til 2018 har befolkningen i aldersgruppen økt med i gjennomsnitt cirka 1,2 prosent per år.

Den demografiske befolkningsutviklingen, samtidig med økonomiske begrensninger og mindre tilgang på arbeidskraft, kan medføre store utfordringer i fremtiden. Kommuneplanens samfunnsdel beskriver hovedgrepene for å møte disse utfordringene for alle velferdstjenestene.

For helse og sosial innebærer dette særlig økt satsning på å forebygge og redusere behov for helse- og omsorgstjenester, og samtidig tilby effektive tjenester til de som har behov for hjelp. Tjenestene skal rettes mot de grupper som trenger det mest og være tverrfaglig. Tilbudene som videreføres skal

ha dokumenterbar effekt. Målet er økt selvhjelpenhet og mestring og å utsette behovet for tjenester.

For ergo- og fysioterapitjenesten innebærer disse målene at det forebyggende arbeidet skal styrkes, samtidig som den demografiske utviklingen med flere eldre skaper økte behov for behandling og tilrettelegging for å kunne bo hjemme lengst mulig. Det er gjort flere effektiviseringsgrep i tjenesten og Kostra-tallene viser at Bærum de siste årene har dekket merbehovene innenfor rammen. Flere ASSS-kommuner har på samme tid styrket sine ergo- og fysioterapiressurser. Bærum, ligger ifølge tall fra 2017 10 prosent under gjennomsnittet, hva gjelder antall årsverk ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. På samme tid ligger Bærum på gjennomsnittet hva gjelder årsverk fysioterapeuter. Tjenesten opplever kapasitetsutfordringer, særlig i forhold til formidling av hjelpemidler, et behov som har økt som følge av strategien om at flere skal bo hjemme lenger.

På tross av sterk befolkningsvekst har antall oppmøtte på legevakten holdt seg stabil de tre siste årene. Dette innebærer at veksten er kompensert med effektiviseringstiltak innenfor rammen, primært ved at antall pasienter med lav hastegrad er redusert, i tråd med strategien om «*en legevakt for alle, men ikke for alt*». Det er usikkert i hvilken grad dette er tilstrekkelig i forhold til fremtidig befolkningsvekst og det pågår utviklingsarbeid i forhold til lokale legevakter og digitale tjenester. For 2019 og 2020 gjøres det så langt ingen endringer i forhold til vertskommuneansvaret for Askers befolkning. Organisering av legevaktssamarbeidet med nye Asker etter 2020, er foreløpig ikke avklart.

Samarbeidet og vertskommuneansvaret for Asker og Bærum krisesenter fortsetter, og det utarbeides en ny samarbeidsavtale med nye Asker etter 2020.

Ved beskrivelse av behovsutviklingen, er det i virksomhetsanalysen valgt å fokusere på tre brukergrupper hvor økningen i behov har vært størst de siste årene. Disse tre gruppene utgjør cirka 70 prosent av Helse og sosial sitt totale budsjett.

- Sosialhjelpsmottakere
- Brukere innen psykisk helse og rus
- Flyktninger

Sosialhjelpsmottakere

Bærum har lave dekningsgrader hva gjelder utbetaling av sosialhjelp per innbygger og dette henger sammen med de sosioøkonomiske forholdene i kommunen. En undersøkelse fra Proba samfunnsanalyse i 2017 viser at Bærum hadde cirka 3 prosent lavere utgifter til økonomisk sosialhjelp enn det som var kommunens antatte behov, korrigert for sosioøkonomiske forhold. Tall fra SSB viser også at innbyggerne i Bærum totalt sett mottar lavere statlige ytelser (12 prosent) sammenlignet med resten av landet (20 prosent).

Figur 14: Historisk og forventet utvikling i antall sosialhjelpsmottakere



Kilde: Acos sosial

Figuren over viser utviklingen i antall sosialhjelpsmottakere fra 2014 til 2018, framskrevet ut neste handlingsprogramperiode. Det har vært en gjennomsnittlig økning i antall mottakere på cirka 6,9 prosent fra 2017 til 2018 og med 26,2 prosent i perioden 2014-2018. Dette er langt høyere enn befolkningsveksten i alderen 18-66 år som utgjør 4,8 prosent i samme periode, noe som betyr at dekningsgraden er stigende.

Framskrivningen ut HP-perioden gjenspeiler snittet av årlig økning i årene 2014-2018. Dette betyr en økning på 313 mottakere fra 2018-2023. Gitt dagens gjennomsnittlige utbetaling per år på cirka 120 000 per mottaker, betyr dette en økning i sosialhjelpsutgiftene på cirka 38 millioner i 2023 sammenlignet med 2018-nivået. Mottakerne i tabellen skiller ikke mellom de som får sosialhjelp som hovedinntekt og de som kun mottar supplerende sosialhjelp, men det kan påpekes at for 2018 er 33 prosent langtidsmottakere som mottar sosialhjelp som hovedinntekt. Andelen har steget fra 32 prosent i 2016 og 2017.

Årsaken til økningen er sammensatt og vil bli nærmere belyst i senere kapittel. Generelt sett påvirkes behovet for sosialhjelp av eksterne faktorer som blant annet arbeidsmarkedet, endring i lovverk, bosetting av flyktninger og innvandring med flere. Bærum har også en økning i utbetaling per mottaker, noe som blant kommer av økende stønadslengde og høye boligpriser.

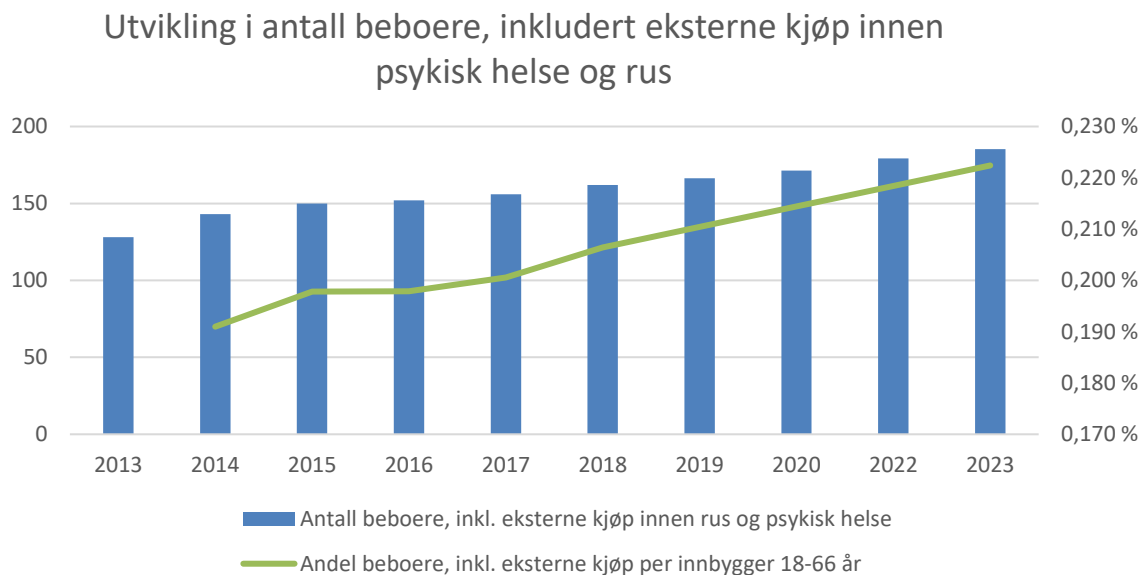
Brukere innen psykisk helse og rus

Helse og sosial har 145 boenheter innen psykisk helse og rus inndelt i ulikt omsorgsnivå, hvor det høyeste nivået er våken bemanning 24/7. Brukere med store omfattende hjelpebehov, og brukere i behov av andre rammer (for eksempel avstand til aktivt rusmiljø, besøksforbud til pårørende, atferd med preg av vold og trusler) dekkes langt på vei kjøpt av eksterne omsorgsplasser.

Samhandlingsreformen med overføring av oppgaver til kommunene, Vestre Viken HF sin strategi med omstilling fra døgnetil ambulant oppfølging og endring i regelverk ved at kommunene fra 2019

har ansvar for utskrivningsklare pasienter også innen psykisk helse og rus har medført en økning i behovet for tjenester til brukere med store og sammensatte behov. 10 nye boliger på det høyeste nivået, ferdigstilles i 2020 (Lindelia) og vil dekke behovet for mange av disse brukerne.

Figur 15: Beboere, inkludert eksterne kjøp innen psykisk helse og rus

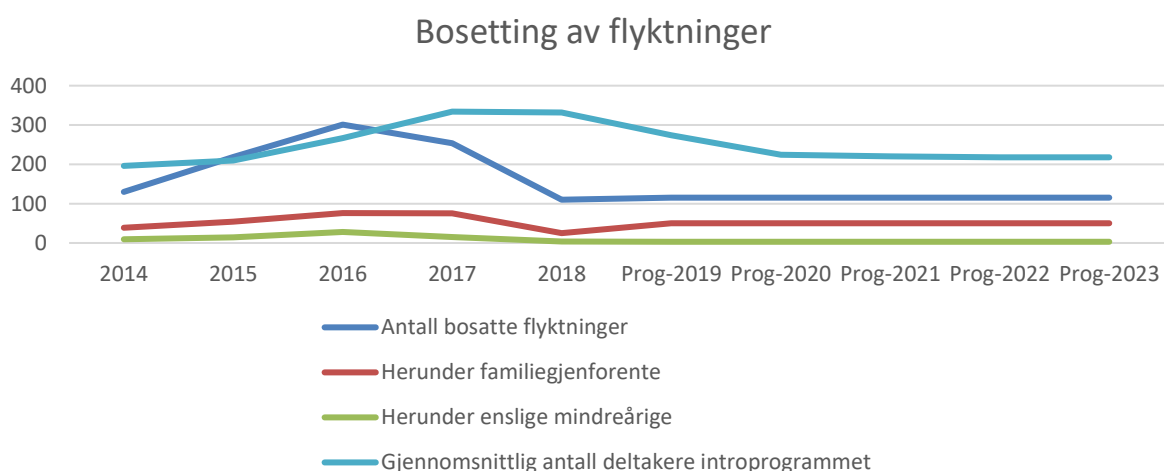


Kilde: Egne oversikter

Figuren viser utviklingen i antall beboere, inkludert eksterne kjøp innen psykisk helse og rus. Det har vært en økning i behovet for tjenester til brukere med store og sammensatte behov innen psykisk helse og rus og figuren viser at dekningsgraden er stigende. Tjenesten melder økt behov for døgnbaserte omsorgstjenester til eldre brukere innenfor psykisk helse og rus. Framskrivningen for HP gjenspeiler økningen i årene 2014-2018. Dette belyses senere i analysen.

Bosetting av flyktninger

Figur 16: Bosetting av flyktninger og antall deltakere i introduksjonsprogrammet



Kilde: Egne oversikter

Figuren over viser utviklingen i bosatte flyktninger, samt antall deltakere i introduksjonsprogrammet, fra 2014 til 2018. Framskrivningen for HP-perioden baserer seg på tilsvarende bosetting av flyktninger som for 2019. Dette grunnlaget er det knyttet usikkerhet til, blant annet grunnet forhold kommunen ikke selv rår over, hovedsakelig flyktningssituasjonen i verden og antall familiegjenforente.

Figuren viser videre at bosettingen har økt kraftig frem til 2016, med en nedgang de to siste årene. Den viser også utviklingen i gjennomsnittlig antall deltakere i introduksjonsprogrammet som har steget frem til 2018, med en utflating i løpet av året. Dette viser at behovet for tjenester til integrering etter en høy bosetting, vedvarer noen år i etterkant. Økt bosetting av flyktninger øker også behovet for andre kommunale tjenester, som utbetaling av sosialhjelp, kommunal bostøtte, arbeidsrettede tiltak, kommunale boliger med mer for denne målgruppen. Dette gjelder også utover perioden kommunen mottar integreringstilskudd for (5 år). Senere i analysen vil dette bli belyst nærmere.

4.1.2 Viktigste satsninger og utviklingsprosesser

Bærum kommune står overfor en demografisk utvikling. Dette utfordrer tjenestene til langsiktig strategisk omstilling for å kunne levere bærekraftige tjenester med høy kvalitet også i fremtiden. I tråd med strategien om å tenke langt og handle nå, legger Helse og sosial grunnlaget for den omstillingsprosessen kommunen står ovenfor. I 2018 har fokuset blant annet vært på følgende områder:

Flyktninger

Hele 67,9 prosent av flyktningene er kommet i jobb eller utdanning etter introduksjonsprogrammet, en økning fra 53 prosent i 2017 og 46 % i 2016. Det vil være et kontinuerlig fokus for å opprettholde og videreutvikle resultatene, samtidig må tjenestene omstille seg til nye flyktninggrupper og lavere bosettingstall.

Sosialhjelp

- Sysselsettingsgraden for alle innvandrere i Bærum (66,9%) er høy sammenliknet med resten av landet og det skiller lite mot sysselsettingsgraden mot nordmenn (69,8) i Bærum. Samtidig er kommunens innvandrерandel høyere (21,2%) enn for eksempel Asker (20,3%). Landet forøvrig er 17,3%.
- Det er opprettet et mottakskontor på NAV som vurderer alle andre muligheter før sosialhjelp gis.
- Økt innsats og bruk av jobbspesialister til ungdom, flyktninger og mennesker med psykisk helse og rusutfordringer

Psykisk helse og rus

- Tildelingstid og tomgangsleie i omsorgs- og velferdsboligene er redusert og det vil arbeides videre med dette inn i kommende handlingsprogramperiode.
- Det er etablert døgntelefon for kommunale boliger og tilgjengeligheten er økt ved samlokalisering av boligbistand og oppfølgingstjenestene.
- Det er etablert FACT team (Fleksibelt oppsøkende behandlingsteam) i samarbeid med spesialisthelsetjenesten for innbyggere med alvorlig psykisk lidelse og eventuelt rusproblemer.

- Det er etablert KAD (Kommunale akutte døgnplasser), mottaksplasser og omsorgsplasser innen psykisk helse og rus.

Helsetjenester

- Lavterskeltilbud er samordnet og effektivisert.
- Nærledelse ved Asker og Bærum legevakt er styrket og satsning på forebygging av vold og trusler er økt. Telefonberedskapen styrkes.
- Fastlegetilgjengeligheten styrkes ved etablering av flere nye hjemler.

4.1.3 Utfordringer fremover

I kapittel 4.1.1 er det redegjort for merbehov knyttet til deler av tjenestene innen Helse og sosial grunnet demografivekst og andre eksterne forhold. Dette utgjør bakteppet i forhold til det utfordringsbildet sektoren står ovenfor. Hovedutfordringen er å redusere behovet for tjenester, samtidig som behovet øker i kraft av vekst og demografiendringer i befolkningen. Effekten av forebygging og tidlig innsats vil i mange tilfeller ikke kunne tas ut før om flere år og i enkelte tilfeller vil det koste mer i en periode å innføre nye løsninger før gevinstene kan tas ut. Allikevel er dette avgjørende grep å gjennomføre nå, før den forventede demografi-utviklingen inntreffer for fullt. Løsningene utvikles gjennom godt samarbeid med ansatte, brukere, frivilligheten og spesialisthelsetjenesten. Implementering av nye løsninger krever ledelse, medarbeiderskap og endringskompetanse.

Hovedutfordringene innen Helse og sosial er:

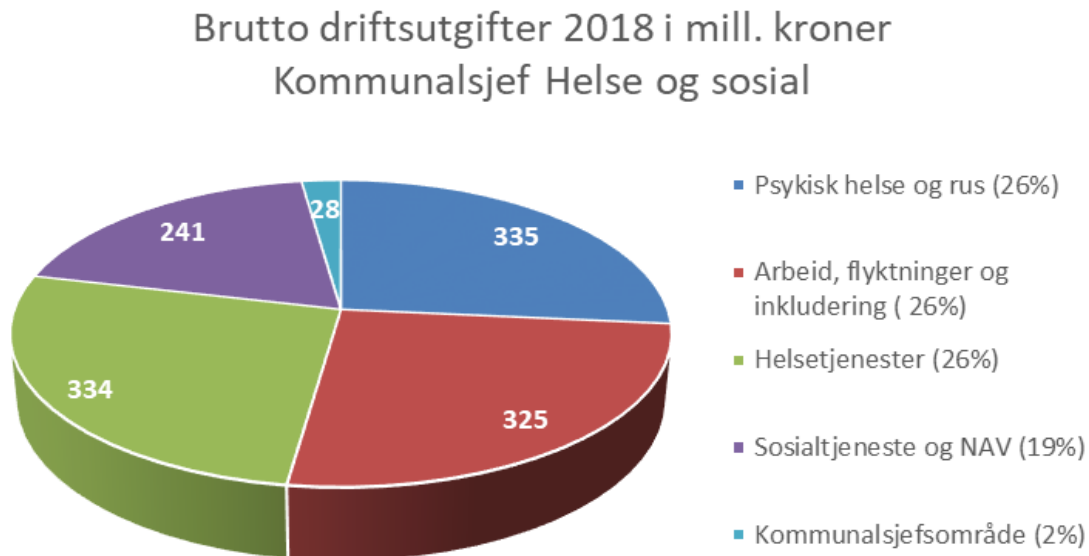
- Stigende utbetaling av økonomisk sosialhjelp, både økning i stønadslengde og antall klienter.
- Et høyt antall lavinntektsfamilier i kommunen med sosialhjelp som hovedinntektskilde.
- Stadig økende behov for tjenester til personer med sammensatte behov innen psykisk helse og rus.
- Et samfunn i endring med færre jobber for mennesker med lavt utdanningsnivå og/ eller «hull i CV'en». Dette fører til behov for lengre kvalifiseringsløp for vanskeligstilte på arbeidsmarkedet. Mange innvandrere, særlig kvinner, står utenfor arbeidslivet. Spesielt flyktninger kan mangle den formelle kompetansen arbeidslivet etterspør.
- Folkehelseprofilen for 2018 viser at de fleste i Bærum kommune har god helseatferd og god helse, men viser også sosiale helseforskjeller. Forskjellene er større enn i landet som helhet. Kommunens eget oversiktsarbeid viser at det er forskjeller mellom grupper og geografisk område i kommunen.
- De flyktingenære tjenestene må tilpasse seg et lavere bosettingsnivå, samtidig som enhetskostnader og kvalitet i tjenestene skal opprettholdes og utvikles.
- Tilgjengelighet til allmennlegetjenester må styrkes.

4.2 Analyse og ressurser

4.2.1 Utvikling i utgifter, inntekter, årsverk og sykefravær

4.2.1.1 Driftsutgifter og inntekter

Figur 17: Fordeling av områdets driftsutgifter 2018



Kilde: Epos økonomi

Figuren viser fordeling av brutto driftsutgifter på Helse og sosial i 2018, fordelt på de ulike tjenesteområdene. Psykisk helse og rus består av tjenestene Henvendelse og Oppfølging psykisk helse og rus, inkludert Boligbistand, boliger med stasjonær bemanning for målgruppen, samt kjøp av eksterne plasser til personer med omfattende behov innen psykisk helse og rus.

Arbeid, flyktninger og inkludering består av flyktning-områdene som Flyktningkontoret, Voksenopp-læringscenteret og Botiltak for enslige mindreårige flyktninger. I tillegg inngår her tjenesteområdet Arbeid og aktivitet.

Helsetjenester omfatter Friskliv og mestring med fysio- og ergoterapitjenesten og kommunalt fastle-gekontor, Seniorsentrene, Asker og Bærum legevakt, Folkehelsekontoret, Helsetjenester ved Ila feng-sel, samt Asker og Bærum krisesenter.

Til slutt omfatter Helse og sosial den kommunale delen av NAV, i tillegg til et budsjett som ligger sen-tralt hos kommunalsjef og seksjonsledere.

Tabell 1: Utgifts- og inntektssammensetning for området - regnskapstall

| Mill. kr | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Andel av brutto driftsutgifter i 2018 |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------------------|
| Brutto driftsutgifter | 1 127,4 | 1 212,2 | 1 285,3 | 1 348,0 | |
| - Herav lønn | 609,2 | 634,1 | 668,4 | 699,8 | 52 % |
| - Herav Introduksjonsstønad | 32,0 | 42,2 | 54,6 | 54,1 | |
| - Herav Kvalifiseringsstønad | 31,3 | 27,4 | 30,1 | 30,7 | |
| - Herav andre driftsutgifter | 454,9 | 508,6 | 532,2 | 563,4 | 42 % |
| - Herav kjøp av tjenester | 71,2 | 91,0 | 84,8 | 95,5 | |
| Brutto driftsinntekter | 282,5 | 317,1 | 357,4 | 320,3 | |
| Netto driftsutgifter | 844,9 | 895,1 | 927,9 | 1 027,7 | |

Kilde: Epos økonomi

Tabellen viser utvikling i lønn, andre driftsutgifter og brutto driftsinntekter. Det har vært en gjennomsnittlig økning i lønnsutgiftene på cirka 4,7 prosent årlig i perioden. Dette skyldes hovedsakelig at lønn til deltakere på introduksjonsprogrammet først har hatt en høy vekst, for deretter å gå marginalt ned fra 2017 til 2018. Dette endres i takt med bosetting av flyktninger og deltakelse i programmet. Utbetaling av kvalifiseringsstønad til deltakere på kvalifiseringsprogrammet har hatt motsatt utvikling, med en liten reduksjon det første året, til en økning fra 2016 til 2018.

Økt lønn fra 2017 til 2018 skyldes også at det i 2018 ble opprettet krisesentertilbud for menn, samt at Helse og sosial startet opp ny institusjon innen psykisk helse og rus ved Rudsdalen Bo- og behandlingssenter med 6 institusjonsplasser og 6 korttidsplasser, inkludert 2 kommunale akutte døgnplasser (KAD). Til slutt kan deler av lønnsøkningen fra 2017 til 2018 forklares med at det i 2018 har blitt regnskapsført en større andel pensjonsutgifter sammenlignet med 2017.

Andre driftsutgifter, har økt mellom 4,6 og 11,8 prosent årlig i perioden. Helse og sosial har noen tjenester som endrer seg i takt med eksterne forhold, som blant annet bosetting av flyktninger, arbeidsmarked med flere. Økningen i perioden skyldes hovedsakelig følgende elementer:

1. kjøp av eksterne plasser innen rus og psykiatri (gjennomsnittlig 13,7 prosent per år i perioden)
2. utbetaling av sosialhjelp (gjennomsnittlig 8 prosent)
3. kommunal bostøtte (29,3 prosent)
4. etableringsutgifter til flyktninger (gjennomsnittlig 2,4 prosent, hvor det har vært høy økning fra 2015 til 2016 og deretter en påfølgende nedgang i tråd med redusert bosetting)

Utvikling i brutto driftsinntekter omtales under neste tabell.

Tabell 2: Inntekter - regnskapstall

| Driftsinntekter, mill. kr | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Andel av samlede driftsinntekter i 2018 |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---|
| Driftsinntekter, sum | - | - | - | - | |
| | 282,5 | 317,1 | 357,4 | 320,3 | |
| - Herav salgsinntekter | -47,4 | -47,1 | -49,5 | -51,3 | 16 % |
| - Herav refusjoner | - | - | - | - | 65 % |
| | 201,5 | 234,7 | 265,0 | 208,4 | |
| - Herav Ressurskrevende brukere | -27,6 | -36,5 | -32,5 | -33,3 | |
| - Herav sykkelønsrefusjon | -25,2 | -24,3 | -27,0 | -26,8 | |
| Årlig vekst i % | | 12,3 % | 12,7 % | -10,4 % | |

Kilde: Epos økonomi

Tabellen viser utvikling i driftsinntekter innen Helse og sosial. Den viser gjennomsnittlige økte inntekter på cirka 12,5 prosent fra 2015 til 2017, med en påfølgende nedgang på 10,4 prosent fra 2017 til 2018. Utviklingen gir et godt bilde av at flere av tjenestene under Helse og sosial er tilskudds-finansierte. Dette gjelder hovedsakelig aktivitet ved Voksenopplæringssettret og Botiltak for enslige mindreårige flyktninger, hvor inntektene påvirkes av endringer i bosetting av flyktninger, i tillegg til størrelsen på annen innvandring til kommunen. Dette stiller store krav til virksomhetenes evne til kontinuerlig og rask tilpasning til omgivelsene. Økningen i inntekter fra 2015 til 2017 skyldes hovedsakelig økt norsk-tilskudd og tilskudd til enslige mindreårige. Nedgangen fra 2017 til 2018 på 50 millioner skyldes at tilskuddet for enslige mindreårige, som tidligere gikk direkte til tjenesten Botiltak for enslige mindreårige flyktninger, nå er flyttet sentralt i kommunen på lik linje med integreringstilskuddet.

4.2.1.2 Årsverksutvikling per tjenesteområde

Tabell 3: Årsverk- ressursinnsats

| Ressursinnsats | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Prosentvis endring 2017/2018 |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|
| Helsetjenester | 197,6 | 197,7 | 205,0 | 207,6 | 203,5 | -2,0 % |
| Arbeid, flyktninger og inkludering | 209,1 | 201,5 | 206,1 | 211,8 | 195,2 | -7,9 % |
| Psykisk helse og rus | 207,2 | 202,0 | 196,3 | 193,5 | 196,7 | 1,7 % |
| Kommunalsjefsområde | 5,2 | 9,5 | 8,1 | 8,6 | 9,4 | 9,5 % |
| Sosialtjeneste NAV | 73,0 | 73,5 | 70,9 | 76,7 | 76,1 | -0,8 % |
| Sum årsverk | 692,1 | 684,1 | 686,5 | 698,2 | 680,9 | -2,5 % |
| Årlig endring i % | | -1,1 % | 0,3 % | 1,7 % | -2,5 % | |

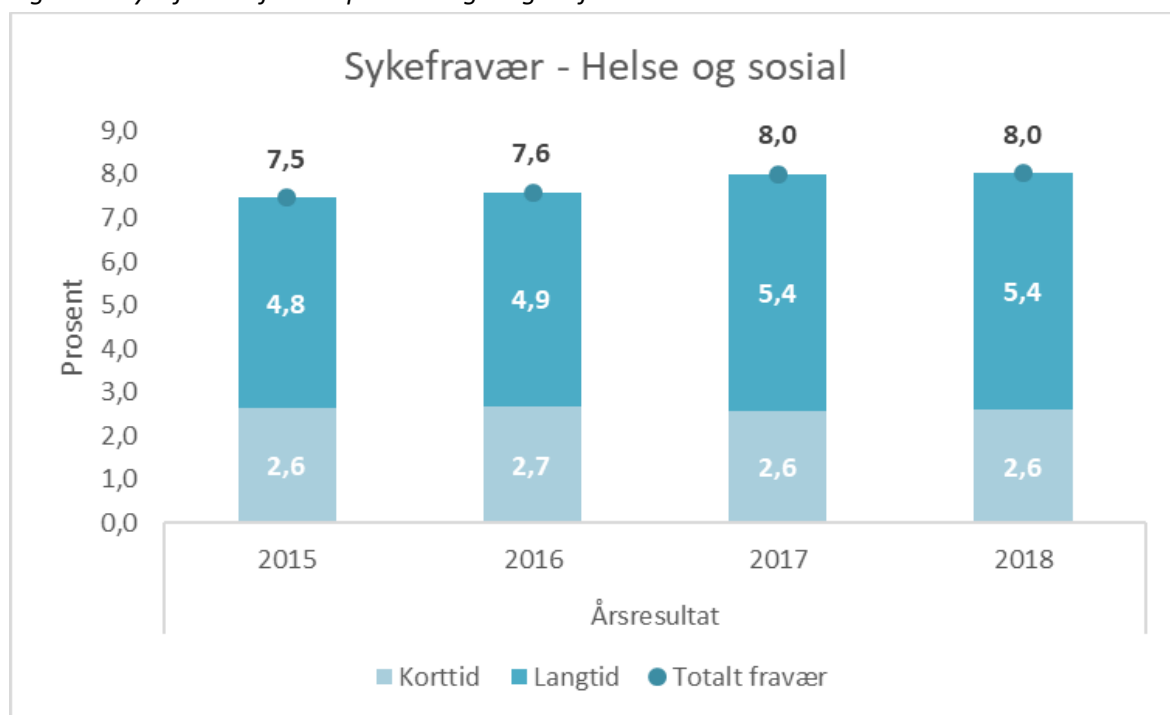
Kilde: Bærum kommune lønn og personal

Tabellen viser ressursinnsats i årsverk de fem siste årene. Ressursinnsats tar utgangspunkt i sum årsverk i arbeid basert på fastlønn, variabel lønn og overtid, fratrukket registrert fravær. Totalt sett har ressursinnsatsen på Helse og sosial gått ned, men det er variasjoner mellom områdene. Spesielt har

det vært en nedgang fra 2017 til 2018 på området Arbeid, flyktning og inkludering. Dette henger sammen med nedgang i bosetting av flyktninger og vil reduseres ytterligere i 2019. Innen psykisk helse og rus, har det først vært en reduksjon som følge av tidligere HP tiltak og effektivisering, med en påfølgende økning fra 2017 til 2018. Antall årsverk er fortsatt lavere enn 2014, og de nye årsverkene er i tråd med den statlige opptrappingsplanen for området og i tråd med rådmannens strategiske dreiningen av innsatsen. Kommunalsjefsområdet har hatt en liten økning fra 2017 til 2018 som blant annet skyldes en styrking på Folkehelseområdet. Nedgangen i antall årsverk på Helsetjenester er gevinster ved samordning og effektivisering av lavterskeltilbud i Helse og sosial. Helse og sosial mottar store tilskudd fra stat og fylkeskommune og ansetter som følge av det flere midlertidige engasjementer knyttet til prosjekter på statlige midler. Dette er blant annet en forklaring på økningen i ressursinnsatsen i NAV mellom 2016 og 2017. Dette gjelder også andre områder.

4.2.1.3 Sykefraværsutvikling for området

Figur 18: Sykefravær fordelt på kort- og langtidsfravær



Kilde: Lønn og personal

Sykefraværet i Helse og sosial i 2018 var på nivå med 2017 og det var ikke nødvendigvis de samme tjenestene som hadde høyt fravær i 2018 som i 2017. Det er ulike utfordringer og årsaker til fravær i de ulike tjenestene. Det jobbes kontinuerlig og målrettet mot å redusere fraværet i berørte tjenester, samt å forebygge fravær. Dette er et satsningsområde fremover.

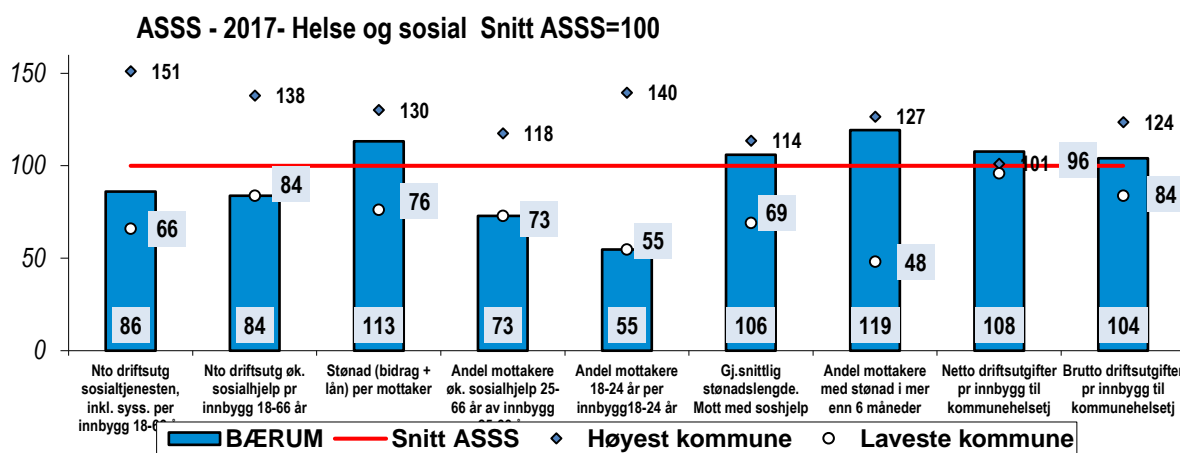
4.2.2 Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner og egenutvikling over tid

Sammenliknet med gjennomsnittet i ASSS, har Bærum generelt lave utgifter til både økonomisk sosialhjelp og øvrige sosiale tjenester. I analysen prognostiseres det økte utgifter til økonomisk sosialhjelp, hovedsakelig grunnet økte boutgifter og økt stønadslengde. På tross av økningen, viser analyser KS har gjort (2017), at Bærum også etter korrigering av sosioøkonomiske forhold, har lavere utgifter til sosiale tjenester enn beregnet behov.

Bærum ligger noe over ASSS snittet hva gjelder kommunehelsetjeneste, noe som primært skyldes satsningen på skolehelsetjenesten. Tjenesten ligger til Oppvekst – barnehage.

Det er økende behov for tjenester til mennesker med store og sammensatte behov innen psykisk helse og rus.

Figur 19: Tjenesteprofil Helse og sosial, 2017-tall



Kilde: ASSS

Bærum kommune har generelt lave utgifter til sosiale tjenester sammenlignet med gjennomsnittet i de øvrige ASSS-kommunene. Kun to kommuner, Trondheim og Tromsø, ligger lavere enn Bærum hva gjelder netto driftsutgifter per innbygger. Lave dekningsgrader henger sammen med gode sosioøkonomiske forhold i kommunen. Tabellen viser at Bærum ligger 13 prosent over gjennomsnittet i ASSS hva gjelder utbetaling av stønad per mottaker. Dette henger sammen med at kommunen også ligger over gjennomsnittet i forhold til gjennomsnittlig stønadslengde for mottaker med sosialhjelp som hovedinntektskilde og andel mottakere med stønad i mer enn 6 måneder. Dette blir belyst senere i analysen.

Bærum kommune ligger henholdsvis 8 og 4 prosent over gjennomsnittet hva gjelder netto og brutto driftsutgifter per innbygger til kommunehelsetjenester. Dette omfatter både driftsutgifter til forebyggende helsetjenester, til diagnose, behandling og rehabilitering, samt driftsutgifter til helsestasjoner og skolehelsetjenester. Skolehelsetjenesten faller utenfor Helse og sosial sitt ansvarsområde og er området som står for den største økningen fra 2015 til 2017.

Tabell 4: Utvikling kostra-indikatorer over tid

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|--|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|
| | Bærum | ASSS-snitt | Bærum | ASSS-snitt | Bærum | ASSS-snitt | Bærum | ASSS-snitt |
| 2018-kroner | | | | | | | | |
| Netto driftsutgifter økonomisk sosialhjelp pr. innbygger 18-66 år | 1450 | 1933 | 1 581 | 1 903 | 1 665 | 1 959 | 1 712 | 2 042 |
| <i>Prosentvis endring</i> | | | 9,0 % | -1,5 % | 5,3 % | 2,9 % | 2,8 % | 4,3 % |
| Andelen sosialhjelpsmottakere 25-66 år i forhold til innbyggere 25-66 år | 2,4 | 3,4 | 2,5 | 3,4 | 2,5 | 3,5 | 2,6 | 3,6 |
| <i>Prosentvis endring</i> | | | 4,2 % | 0,0 % | 0,0 % | 2,9 % | 4,0 % | 2,9 % |
| Andel med sosialhjelp som hovedinntekt og mottak i 6 mnd eller mer (alle aldre) | 20,9 % | 20,0 % | 23,4 % | 21,4 % | 24,1 % | 20,7 % | 26,3 % | 22,0 % |
| <i>Prosentvis endring</i> | | | 12,0 % | 7,0 % | 3,0 % | -3,3 % | 9,1 % | 6,3 % |
| Stønad per mottaker av økonomisk sosialhjelp | 58 249 | 52868 | 58 317 | 52 528 | 57 448 | 51 563 | 59 844 | 52 858 |
| <i>Prosentvis endring</i> | | | 0,1 % | -0,6 % | -1,5 % | -1,8 % | 4,2 % | 2,5 % |
| Gjennomsnittlig stønadslengde for mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde | 6,1 | 6,3 | 6,5 | 6,3 | 6,7 | 6,3 | 6,9 | 6,5 |
| <i>Prosentvis endring</i> | | | 6,6 % | 0,0 % | 3,1 % | 0,0 % | 3,0 % | 3,2 % |

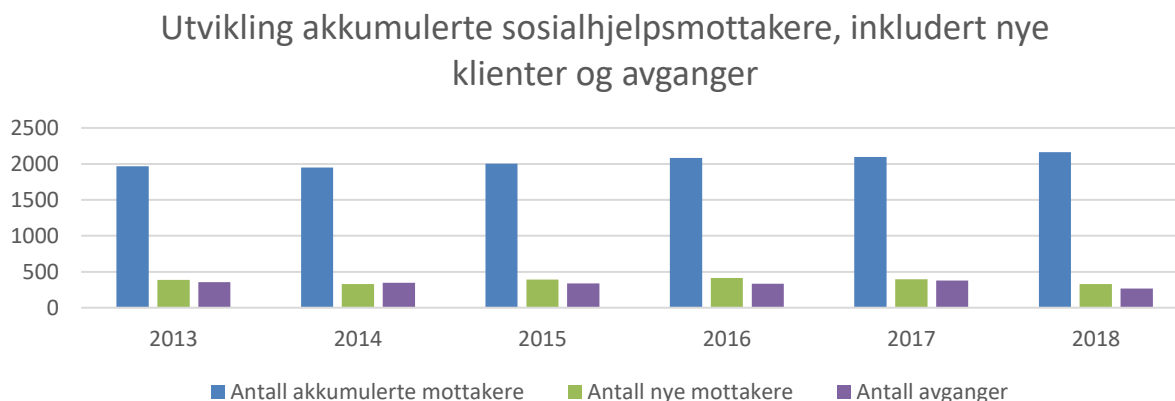
Kilde: ASSS

Tabellen ovenfor viser utviklingen i ulike indikatorer fra 2014 til 2017. Bærum har hatt en høyere vekst i flere av indikatorene som berører sosialhjelps-området enn gjennomsnittet i ASSS. Til tross for dette har kommunen fortsatt lave dekningsgrader og generelt lave ytelser per innbygger, både hva gjelder kommunale og statlige ytelser.

Bærum har de senere årene hatt stor fokus på å få mottakere med de største mulighetene til å komme i arbeid, utdanning eller andre tiltak, bort fra sosialhjelp. Blant annet har det vært opprettet et mottakskontor som skal vurdere alle andre muligheter før sosialhjelp gis og det er gjort en målrettet satsning mot yngre klienter. Dette fører til at en større andel av de gjenværende klientene i Bærum er klienter med et mer sammensatt utfordringsbilde, noe som gir økning i indikatorene:

- andel sosialhjelpsmottaker med sosialhjelp som hovedinntekt
- gjennomsnittlig stønadslengde
- utbetalt stønad per mottaker.

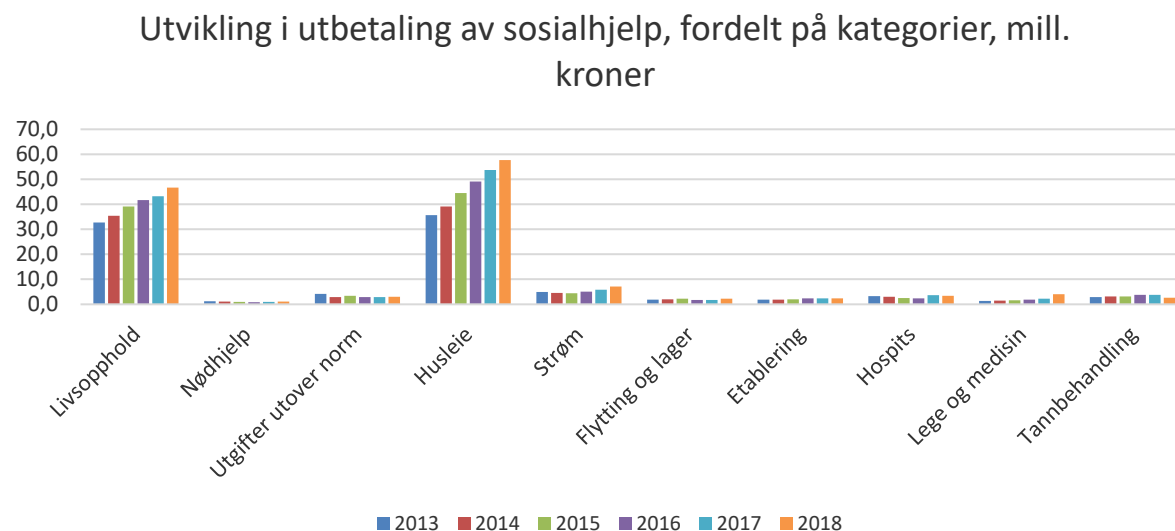
Figur 20: Utvikling akkumulerte sosialhjelpsmottakere, inkludert nye klienter og avganger



Kilde: Egne Acos sosial

Figuren over viser utvikling i antall unike sosialhjelpsmottakere, antall nye mottakere og antall mottakere som har sluttet å motta sosialhjelp i løpet av året. Tallet på antall avganger er jevnt over noe lavere enn antall nye klienter. Dette gjelder totalt antall mottakere, både hovedmottakere og de som kun får supplerende sosialhjelp.

Figur 21: Utvikling i utbetaling av sosialhjelp, fordelt på kategorier



Kilde: Acos sosial

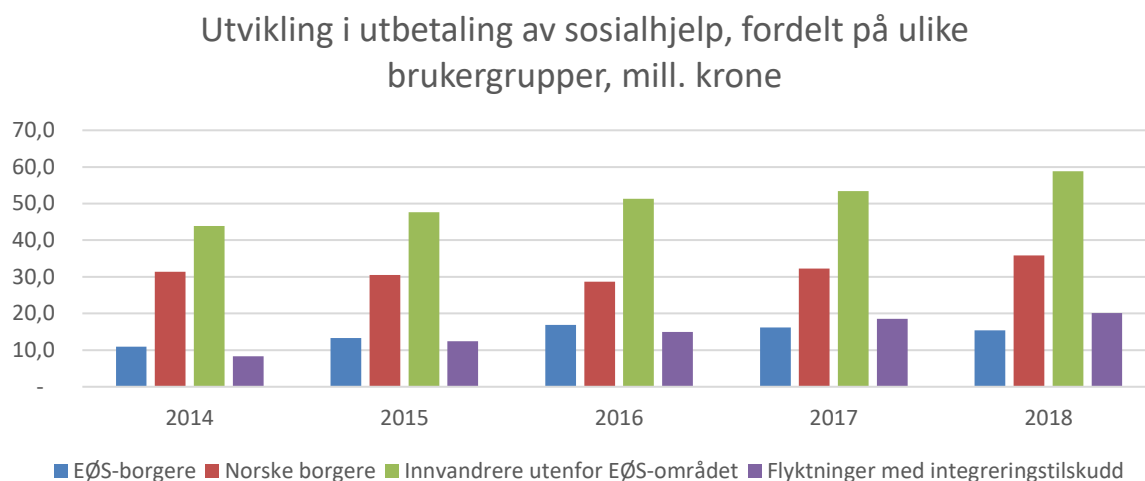
Figuren over viser utviklingen i årlig utbetaling av sosialhjelp fra 2013 til 2018, fordelt på ulike sosialhjelpskategorier. Livsopphold og husleie er i alle år de største kategoriene og i 2017 utgjør disse to cirka 104 millioner, hvilket er over 80 prosent av de totale sosialhjelpsutbetalingene. Den største veksten har vært i sosialhjelp til husleieutgifter, hvilket henger sammen med en sterk vekst i boligprisene, samt leieprisene på boliger i Bærum kommune.

En undersøkelse gjort av Nordea viser en gjennomsnittlig økning i kvadratmeterprisen på boliger i Bærum på 10,4 prosent årlig de senere årene. SSB sin leiemarkedsundersøkelse fra desember 2018

viser også at årlig leie for en toroms utleiebolig i Oslo og Bærum ligger 33 prosent høyere enn landsgjennomsnittet for 2018.

Bærum kommune ligger over gjennomsnittet hva gjelder utbetaling av sosialhjelp per mottaker (enhetskostnaden). Samtidig har også økte bostøtter som følge av gjengs leie påvirket utbetaling av sosialhjelp. Dette skyldes blant annet at flyktninger i noen tilfeller får utbetalt sosialhjelp i noen måneder før de mottar kommunal bostøtte.

Figur 22: Utvikling i utbetaling av sosialhjelp, fordelt på brukergrupper

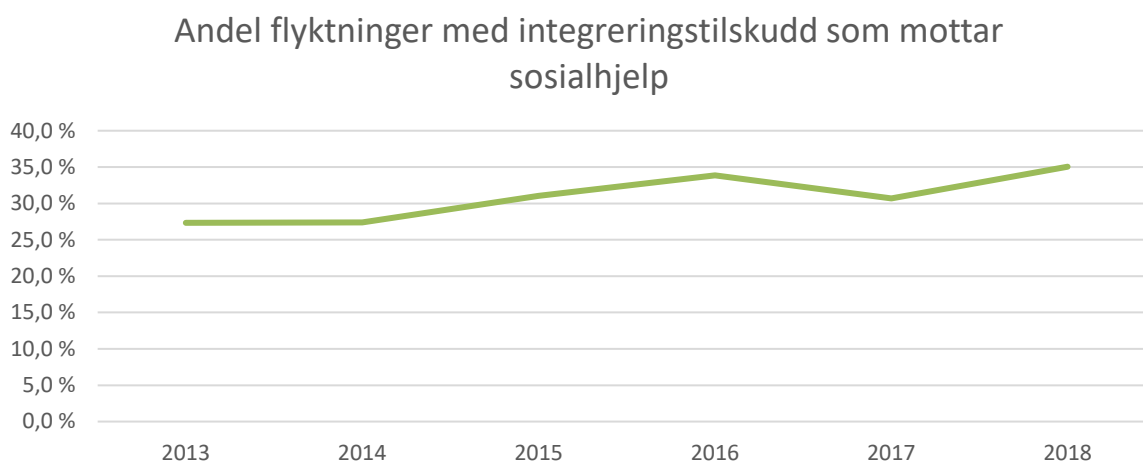


Kilde: Acos sosial

Den største gruppen sosialhjelpsmottakere er innvandrere utenfor EØS-området (inkludert flyktninger uten integreringstilskudd, det vil si de som har bodd i Norge i 5 år eller mer). Denne kategorien stod i 2018 for cirka 45 prosent av all utbetaling av sosialhjelp i kommunen, hvilket utgjør i underkant av 59 millioner. I perioden 2014 til 2018 er flyktninger med integreringstilskudd den kategorien sosialhjelpsmottakere med desidert størst økning på 142 prosent, tilsvarende en økning på cirka 12 mill. i perioden. Dette henger sammen med den økte bosettingen av flyktninger i samme periode. Utbetaling av sosialhjelp til flyktninger omfatter både utbetaling av supplerende sosialhjelp til flyktninger i introduksjonsprogrammet og utbetaling av sosialhjelp som hovedinntekt til flyktninger etter avsluttet program, men som kommunen fortsatt mottar integreringstilskudd for. Dette er nærmere analysert under.

Fra 2017 til 2018 har gruppen innvandrere utenfor EØS-området økt mest. Også gruppen Norske borgere har hatt en økning det siste året. Det arbeides fortløpende med å finne årsakssammenhenger til dette.

Figur 23: Andel flyktninger med integreringstilskudd i målgruppen som mottar sosialhjelp



Kilde: Beregningsutvalget for flyktninger

Kommunen mottar integreringstilskudd i 5 år etter at flyktingen er bosatt i kommunen. Figuren over viser at andelen flyktninger med integreringstilskudd som mottar sosialhjelp, sett i forhold til den totale gruppen flyktninger i tilsvarende målgruppe har økt. Dette gjelder uavhengig av om det er deltakelse i introduksjonsprogram og om det er supplerende sosialhjelp eller sosialhjelp som hovedinntekt. NAV rapporter at flyktingene har et økt behov for supplerende sosialhjelp til bortgifter og livsopphold, i tillegg til introduksjonsstønad som flyktingen mottar under deltagelse i program.

NAV har gjort undersøkelser for å få mer kunnskap om sosialhjelpsavhengigheten til flyktninger 5 år etter bosetting, altså når kommunen ikke lenger mottar integreringstilskudd:

Tabell 5: Utbetaling av økonomisk sosialhjelp til flyktninger bosatt i perioden 2010-2013

| Bosettingsår | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---------|--------|---------|---------|
| Antall personer som er 18+ på måletidspunktet | 70 | 80 | 82 | 90 |
| Herav antall som mottar sosialhjelp på målingstidspunktet | 12 | 14 | 20 | 28 |
| Andel som mottar sosialhjelp på målingstidspunktet | 17,1 % | 17,5 % | 24,4 % | 31,1 % |
| Antall med sosialhjelp som hovedinntektskilde på målingstidspunktet | 6 | 9 | 12 | 22 |
| Andel med sosialhjelp som hovedinntektskilde på målingstidspunktet | 8,6 % | 11,3 % | 14,6 % | 24,4 % |
| Utbetalt sosialhjelp på målingstidspunktet | 104.875 | 79.550 | 253.790 | 275.846 |

Målingstidspunkt for de som ble bosatt i 2010-2012 er april 2018 og for bosatte i 2013 er målingstidspunktet februar 2019.

Tabellen viser at det er få flyktninger som mottar sosialhjelp som hovedinntekt fem år etter bosetting, men at andelen er stigende.

Fra 1. januar 2018 er regelverket knyttet til AAP (Arbeidsavklaringspenger) endret. Makstiden for stønadslengde er redusert fra fire til tre år, i tillegg er vilkårene for stønaden innskjerpet. Konsekvenser av endringene vil ikke inntreffe før 2021. Bærum startet i 2018 med å registrere hvor mange som gikk over til sosialhjelp fra AAP. For 2018 utgjør dette 10 prosent. Bærum har i dag cirka like mange personer i ordningen som Asker, til tross for at kommunen har vesentlig flere innbyggere. Dette skyldes at

NAV Bærum allerede i flere år har arbeidet systematisk med unntakssaker vedrørende AAP. Fra 2016 til i dag er antall personer på AAP cirka halvert.

Psykisk helse og rus

Kommunen har mål om at brukerne skal oppleve økt selvhjulpenhet og mestring. Helse og sosial jobber aktivt for at brukerne skal være sjef i eget liv og klare seg selv i større grad, blant annet ved å legge til rette for at brukere kan flytte til et lavere omsorgsnivå. Innen psykisk helse kan vi grovt sett kategorisere boligene slik:

- Brukerne bor i egne boliger (privat eller kommunal) og mottar ambulant oppfølging av oppfølgingstjenestene innen rus og psykisk helse
- Brukerne bor i en kommunal bolig med stasjonær bemanning, med eller uten nattbemanning
- Kommunen kjøper eksterne plasser til et fåtall brukere med omfattende og sammensatte behov.

Tabell 6; Nøkkeltall kjøp av plasser innen rus og psykisk helse

| Kjøp av plasser rus og psykisk helse | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Gjennomsnittlig antall brukere per år | 13 | 16 | 19 | 19 | 24 |
| Brutto driftsutgifter per år, 2018-kr | 48 407 228 | 60 805 201 | 77 070 771 | 71 201 192 | 80 626 758 |
| Brutto driftsutgifter per plass per år, 2018-kr | 3 723 633 | 3 800 325 | 4 056 356 | 3 747 431 | 3 359 448 |
| Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per døgn | 23 | 24 | 28 | 27 | 25 |

Kilde: Egne oversikter

Tabellen viser at gjennomsnittlig antall brukere Helse og sosial på eksterne plasser innen rus og psykiatri for, har økt. Det er store forskjeller i hvor mange vedtakstimer brukerne er tildelt, avhengig av sykdomsbildet. Overordnet er gjennomsnittlig antall vedtakstimer per døgn relativt stabile, med en liten reduksjon fra 2017 til 2018. Dette skyldes at det i 2018 ble kjøpt tjenester til flere brukere med lavere antall vedtakstimer. Tre brukere på eksterne plasser ble i løpet av fjoråret flyttet ut i egen bolig eller til en kommunal bolig med stasjonær bemanning. De nye brukerne som kom til i løpet av fjoråret har langt høyere antall vedtakstimer per døgn og følgelig er antall timer per bruker forventet å øke i 2019. Nye brukere kommer fra Oppvekst barnehage i kraft av å bli voksne. I tillegg kommer nye brukere fra spesialisthelsetjenesten og pleie og omsorg som følge av akutt eller forverring av sykdom, tilflytting til kommunen, samt fra kriminalomsorgen.

Helse og sosial har som mål å gi oppfølging i egne tilbud i kommunen. Dette gjelder ikke alle som det i dag kjøpes eksternt plass til da det for enkelte også er andre individuelle hensyn. Per i dag er det ikke et tilstrekkelig antall egnede boliger med heldøgns bemanning.

Boliger med stasjonær bemanning skal endres i tråd med nye behov. Per i dag har kommunen ni boenheter med våken heldøgns bemanning og dette er planlagt økt (Lindelia). Dette vil på kort sikt koste mer, men vil gi økonomiske effekter på sikt ved at kommunen selv gir tilbud til enkelte av brukerne som det i dag kjøpes eksternt tilbud til.

Tabell 7: Nøkkeltall Boliger med stasjonær bemanning innen rus og psykisk helse

| Boliger innen rus og psykiatri | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Antall beboere per 31.12 | 129 | 130 | 133 | 132 | 137 |
| Netto driftsutgifter, 2018 kroner | 101 622 679 | 95 407 447 | 98 844 467 | 100 040 448 | 104 280 524 |
| Antall vedtakstimer | | | | 126 399 | 131 764 |
| Netto driftsutgifter per beboer, 2018-kr | 787 773 | 733 903 | 743 191 | 757 882 | 761 172 |
| Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per beboer per år | 0 | 0 | 0 | 958 | 962 |

Kilde: Egne oversikter

Kommunen har per i dag 11 boliger (145 boenheter) innen rus og psykiatri med bemanning. Dette inkluderer en nyopprettet institusjon, Rudsdalen Bo- og behandlingssenter, med blant annet 6 institusjonsplasser, hovedsakelig for eldre brukere med lidelser innen rus og/eller psykiatri, i tillegg til somatiske lidelser.

Tabellen viser at antall beboere har hatt en liten økning i perioden. Det påpekes at oversikten viser antall beboere per 31.12 hvert år og at det derfor kan være variasjon som skyldes inn- og utflyttinger i løpet av året. Det er knyttet usikkerhet til vedtakstimerne før 2016. Fra 2017 til 2018 har antall vedtakstimer økt marginalt. Det er store forskjeller mellom beboerne i forhold til antall vedtakstimer. Det legges derfor til rette for at beboere med lavt antall vedtakstimer kan flytte over i egne boliger med ambulerende bemanning. Dette vil frigjøre kapasitet i de bemannede boligene til nye brukere og til brukere i eksterne plasser. En forutsetning her er den pågående omstillingen av ambulant oppfølging av brukerne til et 24/7-tilbud. Dreiningen vil føre til at gjennomsnittlig vedtakstimer pr beboer og enhetskostnaden i boliger med stasjonær bemanning vil øke. Det samme vil enhetskostnaden i de ambulante tjenestene. Samtidig vil dette på sikt gi økonomiske gevinster i tråd med kommunes mål om selvhjelpenhet og mestring ved at flere brukere kan få tjenester på et lavere omsorgsnivå og merbehov som følger av befolkningsvekst reduseres.

Tabell 8; Nøkkeltall ambulerende tjenester innen rus og psykisk helse

| Rus og psykisk helse ambulerende | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Vedtakter totalt | 33 829 | 32 505 | 28 604 | 29 397 | 35 307 |
| Antall brukere | 557 | 544 | 539 | 595 | 966 |
| Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per bruker per år. | 61 | 60 | 53 | 49 | 37 |
| Direkte brukertid Total m/tilgjengelige timer | 53,7 % | 53,8 % | 48,2 % | | |
| Direkte brukertid Total m/reelle timer | 57,8 % | 57,4 % | 51,5 % | | |

Kilde: Egne oversikter

Tabellen viser at både antall brukere og antall vedtakstimer i ambulerende tjenester har hatt en liten nedgang fra 2014 til 2016, med en påfølgende økning de to siste årene. Økningen fra 2016 til 2018 skyldes at det fra 2017 også ble tildelt vedtak rustjenesten. Helårseffekten er først synlig fra og med 2018. Samtidig er det knyttet noe usikkerhet til antall vedtakstimer i 2018, da ikke alle brukerne er

registrert med et konkret antall timer i vedtaket grunnet overgang til nytt fagsystem. Dette gjennomgås og korrigeres. Tabellen viser også at innføring av vedtak på rustjenester, har gitt en nedgang av gjennomsnittlig antall vedtakstimer per bruker per år fra 2017 til 2018, dette forklares ved at brukersammensetningen er endret til nå å være både psykisk helse og rus, mens det tidligere kun var psykisk helse.

4.2.3 Utvikling i langsiktige indikatorer

Den langsiktige utviklingen må følges. For å måle effekten av omstillingstiltak innenfor aktuelle områder er det i LDIP 2019–2038 (sak 027/18, kommunestyret 4.4.2018) presentert utvalgte måltall. Dette er tall for langsiktig utvikling som oppdateres årlig og som kan revideres ut i fra endringer i langsiktige mål og strategier.

Figur 12: Langsiktige driftsindikatorer

| KPI 10 år | Målsetting 2018–2027 | Utgangsårs 2014 | 2015 | 2018 | Trend siste 3 år |
|--|----------------------|-----------------|------|--------|------------------|
| Helse og sosial | | | | | |
| Andel beboere i boliger med stasjonær bemanning, inkludert eksterne kjøp ift. antall brukere innen psykisk helse | ↓ | | | 14,3 % | |
| Andel flyktninger i arbeid eller utdanning etter endt introduksjonsprogram | ↑ | 49 % | 48 % | 68 % | ↑ 20,0 % |
| Gjennomsnittlig stønadslengde for sosialhjelpsmottakere med sos.hj. som hovedinntektskilde (mnd.) 1) | ↓ | 6,1 | 6,5 | 7,1 | ↑ 0,6 |

1) Tallet som står i 2018-kolonnen, er foreløpig kostra-tall.

Kilde: Egne oversikter

Helse og sosial ønsker å redusere andel beboere i boliger med stasjonær bemanning, inkludert eksterne kjøp av plasser for personer med utfordringer innen rus og psykiatri, sett i forhold til totalt antall brukere innen psykisk helse. Dette jamfør overgang til lavere omsorgsnivå, som er belyst tidligere i analysen. På grunn av ny praksis ved tildeling av rus-tjenester, er ikke tallene med 2018 sammenlignbare med tidligere år.

Det har vært en stor økning i overgang til arbeid eller utdanning etter endt introduksjonsprogram som et resultat av en stor tverrfaglig innsats på området, samarbeid med frivilligheten og med næringslivet. Bærum kommune ble i 2018 tildelt prisen for beste bosettings- og integreringskommune for sitt arbeid på feltet.

Tabellen viser også foreløpig 2018 kostra-tall for gjennomsnittlig stønadslengde for sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde. Denne har hatt en økning siden 2015. Det foreløpige tallet viser at stønadslengden har økt fra 6,9 til 7,1 måneder fra 2017 til 2018.

4.3 Handle nå – omstilling 2022 – omstilling i HESO med kvalitet og bærekraft

Helse og sosial har i tidligere kapitler skissert de utfordringene sektoren står ovenfor i forhold til økte behov i ulike brukergrupper. Årsaker er analysert og i dette kapitlet beskrives det hvordan Helse og sosial arbeider med utfordringsbildene i tråd med vedtatte strategiene for velferdsområdet.

Det gjøres flere grep, men følgende er hovedgrepene (beskrives ytterligere etterfølgende):

1. Redusere utviklingen og merbehovet for sosialhjelp ved:
 - Økt innovasjonskraft sammen med næringslivet for et inkluderende og mangfoldig arbeidsliv
 - Økt dialog og samarbeid med næringslivet for å kvalifisere brukere til deres behov
 - Utvikling av kommunen som en mangfoldig og inkluderende arbeidsgiver
2. Redusere merbehov innen psykisk helse og rus ved:
 - Systematisk dreining av tjenestetilbudet
 - Utvikle nye og bedre styringsindikatorer
 - Øke direkte brukertid
3. Øke digitaliseringstakten:
 - Innføring av flåtestyring av tjenestebiler og mobil omsorg innen psykisk helse og rus.
 - Aktuelle velferdsteknologiske løsninger skal testes og rulles ut i psykisk helse.
 - Bærum kommune er en av 5 pilotkommuner som sammen med KS og Arbeids- og velferdsdirektoratet utvikler digitale søknad- og dialogtjenester for sosialhjelpsmottakere på nav.no.
 - Digital søknads- og saksbehandling av startlån.
 - Virtuell trening innen friskliv og mestring.
4. Redusere sykefravær
 - Økt lederoppfølging og fokus på nærværarbeid i samarbeid med blant annet Bedriftshelse-tjenesten på avdelinger med høyt fravær.
5. *Sammen om velferd*
 - Nye arbeidsmodeller for arbeid med lavinntektsfamilier og for innbygger med sammensatte psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer utvikles.
6. Økt egenbetaling
 - Helse og sosial vil i 2019 kartlegge tjenestene med tanke på om det er hensiktsmessig og mulig å innføre egenbetaling for flere av tjenestene.
7. Tilgjengelige allmennlegetjenester
 - Pasientenes helsetjeneste, med respekt for individets oppfatning av sykdom og skade, er førende i arbeidet for tilgjengelige allmennlegetjenester.
 - Tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse, innovasjon og utvikling, og samarbeid og samhandling legges til grunn for utvikling av tjenestene.
 - Kommunens nye utdanningsansvar for spesialisering av leger i allmenntilleggsmedisin, samfunns- og arbeidsmedisin implementeres.

1. Redusere merbehov innen økonomisk sosialhjelp

Det er tidligere skissert utfordringer knyttet til økte utbetalinger av økonomisk sosialhjelp de siste årene og det er i kapittel 4.2.2 analysert ulike årsaker til denne utviklingen. For å imøtekomme en fremtid hvor flere personer er avhengige av økonomisk sosialhjelp eller andre former for statlige eller kommunale ytelser, har Helse og sosial fokus på tiltak som reduserer behovet og gjør brukerne selvhjulpne, hovedsakelig i form av overgang til arbeid.

Flere av tjenestene i kommunen jobber tett sammen i ulike typer prosjekter for å møte utfordringene og endringene i samfunnet. Her beskrives noen av tiltakene og initiativene for et økt inkluderende og mangfoldig arbeidsliv nærmere:

Helse og sosial har gjennom initiativet «Globale Bærum» erfart hvordan samspillet med frivilligheten og næringslivet gir økt innovasjonskraft i forhold til samfunnsutfordringer. Røde kors, næringslivet og Bærum kommune, etablerte i 2018 prosjektet med et overordnet mål om å bidra til at 1000 innvandrere kommer i ordinært arbeid i løpet av tre år. Helse og sosial erfarer at det er ytterligere potensiale i samarbeidet med næringslivet, også for andre målgrupper enn innvandrere, for eksempel mennesker med «hull i CV'n» og mennesker med utviklingshemming. Her gjøres det flere initiativer, blant annet ved økt satsning på bruk av jobbspesialister og bruk av metodikken «Supported employment – SE». Mange prosjekter er etablert og etableres, blant annet avholdes det våren 2019 en arbeidsmesse sammen med organisasjonen «Helt med» for å stimulere til arbeid i ordinær virksomhet for mennesker med funksjonshemminger. «Lyset i hverdagen» er etablert som et tilbud til unge med rusutfordringer og «Steget og steget +» er et tverrfaglig tilbud for ungdom og mennesker over 30 år, som har sammensatte utfordringer og står langt unna arbeid. Samarbeid med Fontenehus og andre aktører videreutvikles.

Eksempel på gode samarbeidsprosjekter er «Arbeid fra dag 1», et trekantsamarbeid mellom Flyktningkontoret, NAV og Voksenopplæringscenteret for introduksjonsdeltagere. Ønsket om jobb og en matching opp mot kandidatens ressurser er en forutsetning for suksess.

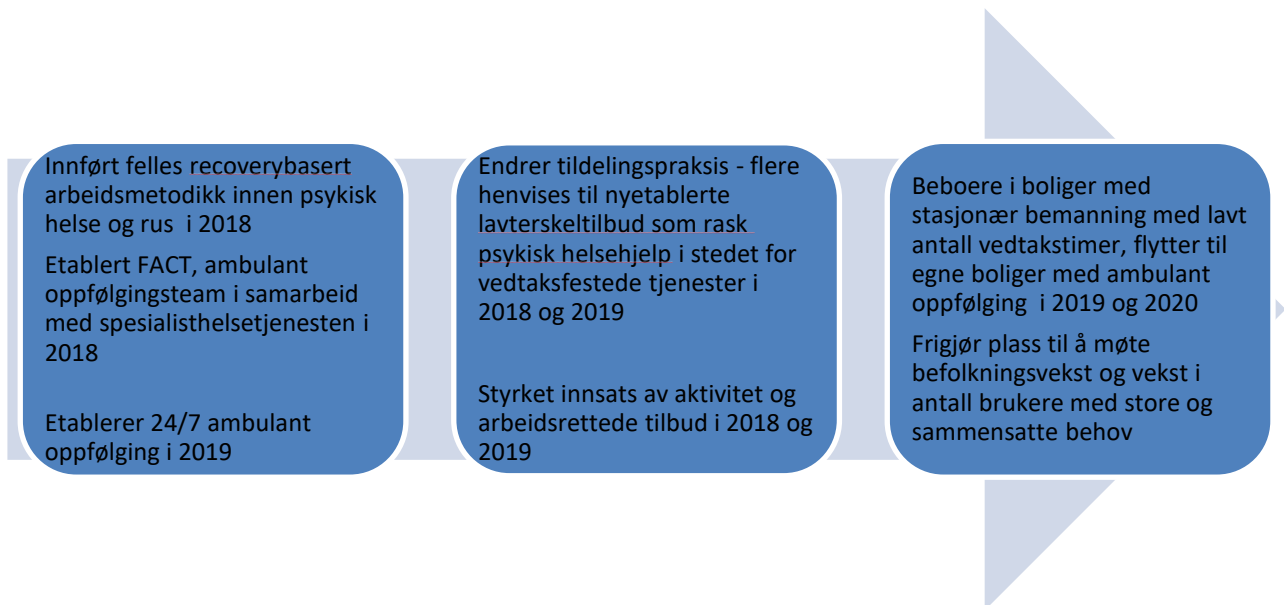
Det arbeides med økt dialog og samarbeid med næringslivet for å kvalifisere brukere til næringslivets faktiske behov. Dette er blant annet gjort gjennom Bussprosjektet; Initiert og ledet av Voksenopplæringscenteret. Deltakerne er i hovedsak i introduksjons- eller kvalifiseringsprogrammet og får bransjeopplæring på norsk. NAV bidrar med bistand til nødvendige kjøretimer og oppkjøring med kjøreskole. Alle deltakerne får jobb hos Nobina eller Nettbuss når de har tatt sertifikatet.

Innen forberedende byggfag har Voksenopplæringscenteret i samarbeid med Rud videregående skole arrangert Byggfagkurs hvor det gis norskopplæring med bransjenorsk samtidig med innføring i diverse områder av byggfag.

Bærum kommune er en stor arbeidsgiver og har mange oppgaver. Kommunen har en tradisjon for å tenke innovativt og ta nye grep. Bærum kommune som arbeidsgiver legger allerede til rette for et inkluderende arbeidsliv, blant annet gjennom IA avtalen og gjennom tilrettelegging av praksissteder. I kommunens «Arbeidsgiverstrategi mot 2035», er et av innsatsområdene under «Mangfold og inkludering» er «å rekruttere, utvikle og ta i bruk kompetansen hos innvandrere med høyere utdanning, særlig til nøkkel- og lederstillinger». Innsatsen er også fulgt opp i HP 2019-2023.

2. Psykisk helse og rus

Det gjøres flere grep for å frigjøre kapasitet på de deler av tjenesten med høyest ressursinnsats og enhetskostnad, slik at kommunen selv kan tilby tjenester for enkelte av brukerne som det i dag kjøpes eksternt tilbud til og slik at kommunen kan møte fremtidige behov som følge av befolkningsvekst og andre endringer.



Som vist tidligere i kapittel 4.2.2, arbeider Helse og sosial med å legge om til et 24/7-tilbud innen ambuleringer tjenester. Det er jobbet aktivt med å implementere recoverytenkning og metodikk i møtet med brukere slik at han eller hun i større grad opplever å være sjef i eget liv og å kunne klare seg på et lavere omsorgsnivå enn i dag. Videre har Helse og sosial samordnet, effektivisert og kunnskapsbasert flere av lavterskeltilbudene og tilbyr nå tjenester til flere innbyggere med færre årsverk under innsatsen «Rask psykisk helsehjelp». Det jobbes også med endring i tildelingspraksis ved at flere henvises til eller vurderes for lavterskeltilbud, før det innvilges vedtaksfestede tjenester. Videre er også innsatsen på aktivitet og arbeidsrettede tilbud styrket, for eksempel gjennom Fontenehuset og økt bruk av jobbspesialister.

For å kunne se effektene av dreiningen og samtidig påse et riktig nivå på tjenestene, er det viktig med gode styringsindikatorer. Det ble i HP 2014-2017 satt mål om direkte brukertid, både i ambuleringer tjenester og Boliger med stasjonær bemanning innen psykisk helse og rus. Målet for ambuleringer tjenester ble satt til 50 prosent og i Boliger med stasjonær bemanning var målet 65 prosent direkte brukertid. Ambulerende tjenester har i perioden 2014 til 2016 akkurat ligget over dette målet. men etter at tjenester innen rus også er vedtaksfestet, er det vanskelig å sammenligne tallene for 2017 og 2018. Kartlegging viser at antall vedtakstimer innen rus ikke er godt nok dokumentert, slik at 2017 og 2018 tall ikke er pålitelige nok. Profil er innført som fagsystem også for denne gruppen og ansatte er kurset. Fra og med 2019 skal tjenesten kunne måle direkte brukertid. Det jobbes videre med å finne et korrekt nivå på direkte brukertid for ambuleringer tjenester innen psykisk helse og rus for å få godstyringsverktøy til oppfølging av tjenesten. Helse og sosial vil fremover effektivisere direkte brukertid for området psykisk helse og rus.

3. Digitalisering

Helse og sosial har et stort gevinst potensiale i økt digitalisering av tjenestene og bruk av velferdsteknologi og det pågår prosesser på flere områder:

- Digital samhandling, personlogistikk og arbeidsflyt (SPA) for bedre og mer effektiv samhandling mellom tjenestesteder og på tvers av tjenestesteder, vil frigjøre tid som går med til manuelle, administrative oppgaver.
- Innføring av flåtestyring av tjenestebilene og mobil omsorg innen psykisk helse og rus.
- Bærum kommune er en av 5 pilotkommuner som sammen med KS og Arbeids- og velferdsdirektoratet utvikler digitale søknad- og dialogtjenester for sosialhjelpsmottakere på nav.no.
- Digital søknads- og saksbehandling av startlån.
- Bruk av videokommunikasjon i oppfølging av beboere i form av regelmessige videosamtaler igangsettes. Dette kan både frigjøre tid for ansatte ved å redusere reisebehov, gi hyppigere oppfølging av brukere som trenger det og skape bedre samhandling på tvers av tjenester ved å effektivisere møter. Dette vil gjøre det lettere å samhandle med spesialisthelsetjenesten der det er behov for samhandling rundt brukere med sammensatte behov.
- Utvikling av digitale legevaktstjenester, herunder selvregistrering, digital legemiddelkurve og digital samhandling.
- Virtuell trening innen friskliv og mestring.
- Aktuelle velferdsteknologiske løsninger skal testes og rulles ut i psykisk helse.
- Helse og sosial samarbeider med flere sosiale entrepenører. Der er det inngått et FOU samarbeid med NYBY hvor det piloteres ulike løsninger for å koble brukere og frivilligheten sammen og en aktiviteskalender for seniorer er testet ut i seniorsentrene.

4. Sammen om velferd

Bærum kommunes prosjekt «Sammen om velferd», skal sammen med andre innsatser og utviklingsløp, bidra til å nå kommunens hovedmål om bærekraftige tjenester, og arbeidet vil pågå fram til 2020. Helse og sosial har erfaring med hvordan en kunnskapsbasert gjennomgang og tilnærming til lavterskeltjenester har gitt et tilbud som er mer tilgjengelig og benyttes av flere innbyggere enn tidligere, på tross av en samtidig reduksjon i antall årsverk. Det er et potensiale i å gjøre liknende øvelser sett på tvers av velferdsområdene, særlig i forhold til de sårbare overgangene fra ungdom til voksenlivet og i forhold til de innbyggerne våre med sammensatte behov som har behov for omfattende koordinerte tjenester.

NAV Bærum deltar i et nasjonalt forskningsprosjekt «*HOLF*» (helhetlig oppfølging av lavinntektsfamilier). Prosjektet skal evaluere effektene av en ny modell NAV har utviklet for å forbedre oppfølgingen av lavinntektsfamilier i tråd med Regjeringens satsning: «Barn som lever i fattigdom». Hensikten med modellen er å motvirke fattigdom og dets konsekvenser gjennom koordinerte tjenester som understøtter familiens økonomi, forbedrer familiens arbeids- og boligsituasjon og øker barnas sosiale deltakelse. Sluttrapport er forventet sommeren 2019. Allerede nå er erfaringene svært gode og målgruppen er tatt inn som en av de prioriterte kritiske gruppene i Sammen om velferdsprosjektet. Her vurderes det hvordan metodikken kan breddes for å nå flere barn og deres familier.

En annen prioritert gruppe i Sammen om velferdsprosjektet er mennesker med store psykiske helseutfordringer og/eller rusproblematikk. Med utgangspunkt i tjenstedesign som metode, skal brukere deres kartlegges. Tjenstedesign har til hensikt å sikre god innsikt og utforske et reelt brukerperspektiv. Det tas utgangspunkt i blant annet brukere i FACT team, brukere som det i dag kjøpes eksterne botilbud til og brukere med rusutfordringer i NAVs rusteam.

5. Redusere sykefraværet

Helse og sosial har som mål å redusere det totale sykefravær til under 7,0 prosent. De siste to årene har det totale fraværet ligget på 8 prosent. Økningen har hovedsakelig vært i forbindelse med langtidsfraværet. Allikevel er det en utfordring med korttidsfraværet, spesielt i de tjenester hvor alt fravær må erstattes. På flere steder er budsjettene for innleie av korttidsfravær for lave og for høyt fravær fører dermed til merforbruk i tjenestene. Det jobbes kontinuerlig ute på tjenestene med å redusere både kort- og langtidsfraværet og Helse og sosial ser et forbedringspotensialet i forhold til dette som vil kunne gi økonomiske gevinster.

6. Økt egenbetaling

Helse og sosial har flere områder med egenbetaling av tjenester og potensialet er trolig større. Det vil i løpet av 2019 bli foretatt en gjennomgang for å kartlegge om det er hensiktsmessig og mulig å innføre egenbetaling for flere av tjenestene innen Helse og sosial.

7. Tilgjengelige allmennlegetjenester

Plan for legetjenesten i Bærum kommune 2017-2020 definerer fire satsningsområder:

- tilgjengelighet
- kvalitet og kompetanse
- innovasjon og utvikling
- samarbeid og samhandling

Det overordnede målet er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Det arbeides for økt tilgjengelighet, kvalitet og kapasitet i leveransen av legetjenester.

Samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for et langt tettere samarbeid mellom fastlegene, kommunen og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er oppgavene tillagt fastlegene i utvikling, med en tydeligere koordineringsrolle, som en konsekvens av nye statlige føringer. Effektiv og målrettet bruk av kvalitetsindikatorer og kvalitetssystemer, skal bidra til mer kunnskapsbasert praksis og bedre kvalitet i legetjenestene.

Kommunen har fra 1.3.2019 ansvar for spesialisering av leger i allmenntillegger, samfunns- og arbeidsmedisin implementeres. Alle kommunalt ansatte leger og fastleger kartlegges og følges opp i henhold til nytt regelverk.