

Vedlegg til J.post ID: 17/72691 28.3.2017

Virksomhetsanalyse for sektor bistand og omsorg

Virksomhetsanalysen utgjør første fase i arbeidet med Handlingsprogram 2018–2021 og danner grunnlaget for temamøter i hovedutvalgene og det kommende arbeidet med tiltak. Virksomhetsanalysene konkretiserer de overordnede føringer fra kommunens hovedmål, via hovedgrep og delmål for sektoren til viktige innsatser pr. programområde. Dokumentet fremmes som orienteringssaker i hovedutvalgene og i formannskapet.

Sektorens hovedgrep og delmål:

Mestring og økt selvhjulpenhet

- gi alle brukere mulighet til å utnytte og utvikle sine ressurser med sikte på økt selvhjulpenhet og opplevelse av mestring
- ha tjenester som bygger på reell medvirkning og som tar utgangspunkt i den enkelte brukers behov og ressurser
- stimulere til økt fysisk og sosial aktivitet hos grupper som risikerer redusert funksjonsevne

Forebygging og tidlig innsats

- hindre eller redusere utvikling av helseplager
- dreie ressursene mot utsatte grupper som står i fare for å utvikle langvarige og alvorlige helseplager
- drive målrettet forebyggende arbeid basert på forskningsbasert kunnskap om tilstand, årsaker og om dokumenterte effekter av tiltak

Effektive tjenester

- sikre en effektiv struktur og profil på tjenestene
- utvikle og ta i bruk velferdsteknologiske løsninger
- ha koordinerte helse- og omsorgstjenester
- digitalisere administrative prosesser

Arbeidsdeling og samarbeid

- bruke forskning og innovasjon som grunnlag for tjenesteutvikling og samarbeide med brukere, ansatte, næringslivet og andre eksterne aktører for å finne nye løsninger
- ha en bærekraftig arbeidsdeling mellom offentlige helsetjenester og det sivile samfunn
- styrke familieomsorgen
- formidle informasjon som avklarer forventninger om tjenestetilbudets kvalitet og omfang

Folkehelse og levekår

- ha fokus på folkehelse og kunnskap om hvordan de ulike sektorer påvirker folkehelsen og kan fremme sunne levevaner i befolkningen
- prioritere innsats som reduserer sosiale helseforskjeller og sørge for at folkehelseinnsatsen når de med høyest helserisiko
- forebygge ulykker og skader, redusere helseskadelig støy



Innhold

1. Innledning	2
1.1 Utfordringsbildet samlet for Bærum kommune	2
1.2 Kommunens visjon og hovedmål	3
1.3 Overordnet økonomisk handlingsrom	3
1.4 Status medarbeidere	10
2. Beskrivelse av sektor BISTAND OG OMSORG	12
3. Sektorens hovedgrep og delmål for å møte kommunens hovedmål og utfordringer	13
4. Viktige innsatser og endring av ressursbruken per område	14
4.1 Pleie og omsorg	14
4.1.1 Hva er oppnådd/gjort i 2016	14
4.1.2 Hva skal oppnås/gjøres innenfor handlingsprogramperioden 2018–2021	16
4.2 Helse og sosial	19
4.2.1 Hva er oppnådd/gjort i 2016	19
4.2.2 Hva skal oppnås/gjøres innenfor handlingsprogramperioden 2018–2021	20
5. Økonomi, nøkkeltall og behov	26
5.1 Pleie og omsorg	26
5.1.1 Økonomi og nøkkeltall	26
5.1.2 Rapportering på vedtatte HP-tiltak	37
5.1.3 Behovsutvikling	40
5.1.4 Aktuelle oppfølgingspunkter	42
5.2 Helse og sosial	43
5.2.1 Økonomi og nøkkeltall	43
5.2.2 Rapportering på vedtatt HP-tiltak	59
5.2.3 Behovsutvikling	62
5.2.4 Aktuelle oppfølgingspunkter	63

1. Innledning

Virksomhetsanalysen utgjør første fase i arbeidet med handlingsprogram 2018–2021 og danner grunnlaget for temamøter i hovedutvalgene og det kommende arbeidet med tiltak.

Virksomhetsanalysene konkretiserer de overordnede føringer fra kommunens hovedmål, via hovedgrep og delmål for sektoren til viktige innsatser per programområde.

Dokumentet fremmes som orienteringssaker i hovedutvalgene og i formannskapet.

Kapitel 2 og 3 beskriver sektoren og sektorens vedtatte hovedgrep og delmål fra kommuneplanen. Kapitel 4 oppsummerer viktige innsatser og endringsbehov basert på sektorens hovedgrep og delmål, samt utfordringer og resultater av analysen i kapittel 5. Dette gir foreløpige forslag til viktige innsatser for arbeidet i HP-perioden. Kapitel 5 erstatter deler av årsrapport, og gir en resultatvurdering og analyse av virksomheten.

1.1 Utfordringsbildet samlet for Bærum kommune

Hovedtrekkene i det langsiktige utfordringsbildet er:

- Befolkningsvekst og vedlikeholdsetterslep krever store investeringer i sosial infrastruktur. De 10 første årene i investeringsplanen legges det opp til å investere henholdsvis 4,6 milliarder og 1,4 milliarder kroner i skole og barnehager.
- Antall eldre over 80 år vil øke kraftig. Økningen blir markant fra 2022. De kommende 5 årene antas veksten å være drøye 1 prosent i gjennomsnitt per år, mens den de påfølgende 15 årene av 20-årsperioden vil vokse med nesten 4 prosent i gjennomsnitt per år. Det blir færre yrkesaktive per pensjonist i perioden 2017–2035.
- Arbeidskraftbehovet kan etter hvert bli vanskelig å dekke, spesielt innen pleie- og omsorgsykker. Samtidig blir det relativt sett færre i alderen 50–65 år til å yte omsorg for hjemmeboende eldre. Dette forsterker utfordringsbildet for kommunen.
- Økende klimautfordringer krever at kommunen må ta nødvendige miljøsyn i planlegging, utbygging, og drift av tjenester.
- Selv om det er en viss usikkerhet i utviklingen, tilsier dagens flyktningsituasjon at Bærum i årene fremover trolig må ta høyde for å bosette et langt høyere antall flyktninger enn det vi gjorde frem til 2015. Det må skaffes boliger, etableres nye former for bo-løsninger og samarbeidet med frivillige må styrkes. Kommunen må fremskaffe praksisplasser for å få flyktninger raskere i arbeid.
- Den teknologiske utviklingen i samfunnet gjør det mulig å løse oppgavene på nye måter, men stiller også krav og forventninger til kommunen om digitalisering og investering i teknologi – samt effektivisering og omstilling som følge av dette.

Områdene som her er beskrevet er ikke uttømmende. Utfordringsbildet er dynamisk og vil endres i løpet av planperioden.

For å møte disse utfordringene og samtidig sikre en sunn økonomi, vil det fortsatt være nødvendig med et systematisk omstillingsarbeid. Hovedstrategien for dette HP er derfor stø kurs videre fra forrige HP; Tenke langt og handle nå.

Vedtatte rammer for programområdene inklusive omstillingstiltakene er utgangspunktet for arbeidet med handlingsprogram 2018–2021. Det kan bli behov for endringer som følge av endrede rammebetingelser, nærmere gjennomgang av vedtatte tiltak og eventuelle merbehov.

1.2 Kommunens visjon og hovedmål

Kommunens visjon er:

Sammen skaper vi fremtiden: mangfold – raushet – bærekraft

Sammen er visjonens viktigste budskap. Visjonen angir også noen kvaliteter som vi ønsker skal prege bærumssamfunnet: – *mangfold*: å sette pris på og respektere forskjellighet – *raushet*: følelsen av et fellesskap, noe som er større enn oss selv – *bærekraft*: å tenke på fremtiden når vi gjør våre valg, de unges begrep.

Visjonen er et løfte om medvirkning og involvering til næringsliv, innbyggere, organisasjoner, frivillighet og kommunen i utviklingen av bærumssamfunnet.

<https://www.baerum.kommune.no/politikk-og-samfunn/barum-2035/visjon/>

Som kommunens svar på det langsiktige utfordringsbildet som trekkes opp er det behov for felles mål og strategier for Bærum kommune. Følgende langsiktige hovedmål frem mot 2035 ligger til grunn for kommunens arbeid:

- Bærekraftige tjenester som gir innbyggerne mulighet for økt selvhjelpenhet, mestring og læring.
- Balansert samfunnsutvikling som er mangfoldig, grønn og urban.
- En innovativ og endringsdyktig organisasjon med gjennomføringskraft.
- Bærum kommune skal legge dialog og medvirkning til grunn for utvikling av bedre løsninger.

1.3 Overordnet økonomisk handlingsrom

Bærum har i dag en sunn økonomi og et moderat gjeldsnivå sammenlignet med andre kommuner. Økonomien vil imidlertid bli utfordret fremover gjennom økt investeringsaktivitet som følge av forventet befolkningsvekst og mulige strammere økonomiske rammer. Noen hovedstørrelser (tall fra regnskap 2016)

- Sum driftsinntekter 9,8 mrd.
- Sum driftsutgifter 8,6 mrd.
- Netto renteutgifter 0,14 mrd.
- Avdragsutgifter 0,37 mrd.
- Investeringsaktivitet 1,1 mrd.
- Netto lånegjeld 6,0 mrd.

Befolkningsutvikling

Tabellen viser Bærums befolkning per 31.12.2016 og forventet vekst 5 og 10 år fremover, fordelt på aldersgrupper

Aldersgruppe	Tall pr. 31.12 2016	Forventet vekst			
		5 år	%	10 år	%
0-5 år	9 462	360	3,8 %	1 268	13,4 %
6-15 år	16 924	646	3,8 %	1 365	8,1 %
16-22 år	10 479	99	0,9 %	885	8,4 %
23-66 år	69 603	3 267	4,7 %	9 356	13,4 %
67-79 år	11 732	1 801	15,3 %	3 553	30,3 %
80-89 år	4 502	221	4,9 %	1 716	38,1 %
90+ år	1 306	1 360	104,1 %	1 454	111,3 %
Samlet	124 008	7 755	6,3 %	19 597	15,8 %

Faktisk befolkning per 31.12.2016 var 124 008 personer. Det forventes en vekst i alle aldersgrupper, og prognosen viser en betydelig vekst i den eldre del av befolkningen. Fra 2022 forventes en sterk vekst i befolkning over 80 år. De eldste aldergruppene er mer ressurskrevende enn de yngre aldersgruppene. Veksten antas primært å komme fra Bærums egne innbyggere som blir eldre. Veksten i aldersgruppen 16–66 år er lavere, og det betyr færre arbeidstakere per pensjonist og dermed færre til å sikre samme velferdsnivå som i dag. Denne utviklingen er ikke unik for Bærum, men gjelder hele Norge.

Sunn økonomi

Tabellen viser kommunes vedtatte nøkkeltall (måltall) for sunn økonomi

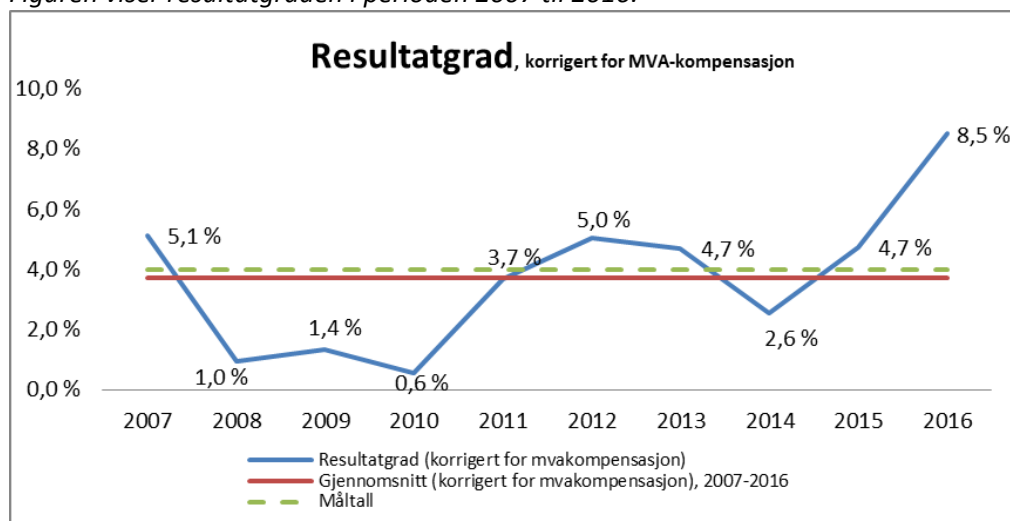
Resultatmål	
Resultatgrad	4 % (minimum 3 %)
Bufferfondet	100 mill. på slutten av handlingsprogramperioden
Egenkapitalfinansiering	50 % (minimum 40 %)
Likviditetsreserve	300 mill.

Nøkkeltallene for sunn økonomi skal indikere hvorvidt kommunens samlede økonomi på sikt utvikler seg i riktig retning, og sier noe om kommunens handlefrihet i kommende år. Oppnåelse av målkravene gir rom for nødvendige investeringer fremover og gjør kommunen robust i forhold til fremtidige økonomiske svingninger.

Utviklingen i de viktigste nøkkeltallene:

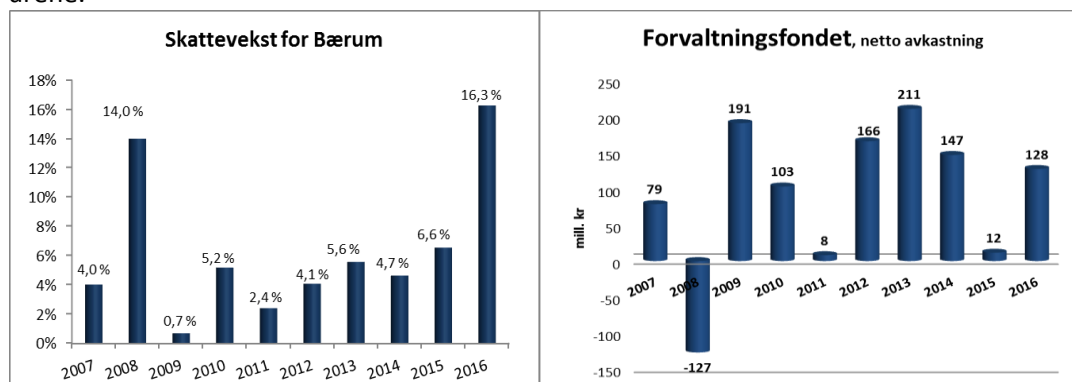
Resultatgrad (netto driftsresultat av sum driftsinntekter)

Figuren viser resultatgraden i perioden 2007 til 2016.



Figuren over viser utviklingen i resultatgraden de ti siste årene. Frem til 2014 ble MVA-kompensasjonen for investeringer ført i driftsregnskapet, deretter i investeringsregnskapet. For å få sammenlignbare størrelser er dette forholdet korrigert for i figuren over. Måltallet (rød linje) for resultatgraden er 4 prosent og minimum 3 prosent. Gjennomsnittet (grønn stiplet linje) de ti siste årene har vært 3,7 prosent, som viser at en resultatgrad på 4 prosent er realistisk.

Resultatgraden har variert fra 0,6 prosent i 2010 til 8,5 prosent i 2016, som er unormalt høyt. Og det er særlig to hovedstørrelser som skiller seg ut når resultatgraden skal vurderes – skatteinntektene og avkastningen fra Bærum kommunes forvaltningsfond (BKFF). Figurene under viser utviklingen i disse størrelsene de ti siste årene.



Skatteinntektene er kommunens klart største inntektskilde og utgjør godt over 55 prosent av kommunens samlede inntekter. En god skatteinngang er derfor vesentlig for et godt resultat. I kommende handlingsprogramperiode legges det opp til en gjennomsnittlig skattevekst på om lag 4,2 prosent. Dette er lavere enn hva som har vært tilfelle de siste årene og skyldes i hovedsak en forventet lavere vekst i antall skatteyttere i kommende 4 års periode.

For å bedre budsjettbalansen er det gjennomført flere innstramminger de siste årene. Likevel har veksten i driftsutgiftene i de fleste av de siste ti årene vært høyere enn veksten i driftsinntektene. Dette skyldes først og fremst høy vekst i utgiftene til lønn og pensjon samtidig som veksten i de frie inntektene har vært moderat. Av

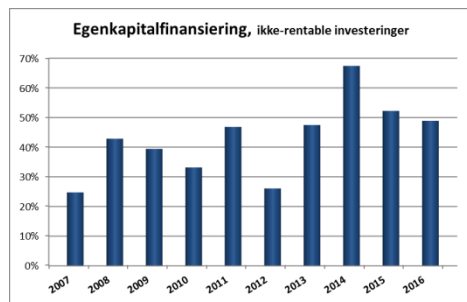
kommunes samlede driftsutgifter utgjør lønnsutgiftene den største andelen med i overkant av 65 prosent. Skatt og overføring av rammetilskudd fra staten (frie inntekter) utgjør cirka 70 prosent av kommunens samlede driftsinntekter.

Bufferfond

Bufferfondet er kommunens salderings- og reservefond. Målsettingen er at fondet skal være 100 mill. i slutten av handlingsprogramperioden. De ti siste årene har bufferfondet variert mellom 230 og 430 mill. Gjennomsnittet for perioden har vært i overkant av 330 mill.

Egenkapitalfinansiering (ikke-rentable investeringer)

Figuren viser egenkapitalfinansieringen for de ikke-rentable investeringene i perioden 2007–2016



Figuren viser at måltallet (50 prosent) for egenkapitalfinansiering av de ikke-rentable investeringene først har blitt innfridd de siste årene i perioden. Rådmannen legger opp til at måltallet skal innfris i hele kommende handlingsprogramperiode. Dette ses som realistisk, til tross for økningen i investeringsaktivitet, og er nødvendig for å holde gjeldsnivået nede.

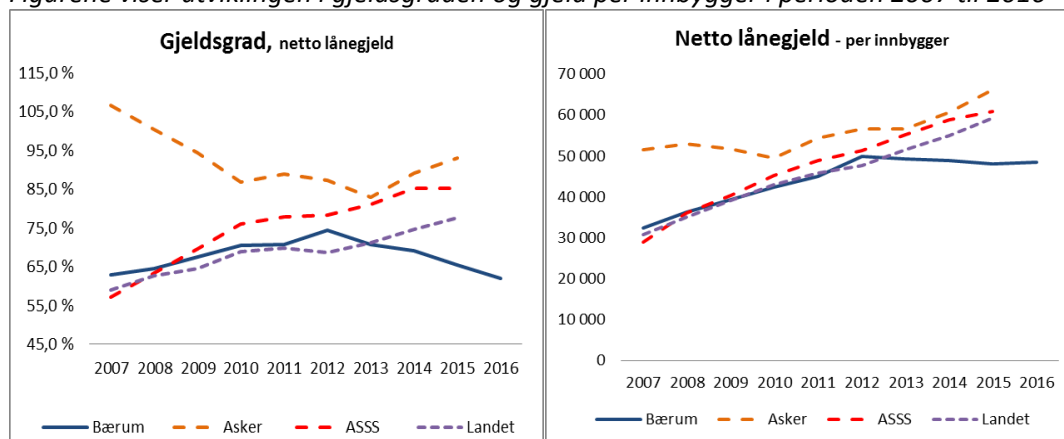
Gjeldsnivået bør holdes på et slikt nivå at avdragsutgiftene holdes nede og at fremtidige renteoppenger ikke får for store konsekvenser for kommuneøkonomien. Samtidig er det viktig at kravet til

egenkapitalfinansiering ikke blir så høyt at omstillingsbehovene i tjenestene blir for krevende.

Gjeld og gjeldsgrad

Netto lånegjeld steg mer enn inntektene i perioden 2007 til 2012, og resulterte i en stigende gjeldsgrad (lånegjeld som andel av driftsinntektene) som vist i figuren under. De siste fire årene har trenden snudd og gjeldsgraden er falt fra om lag 75 prosent (2012) til 62 prosent (2016). Dette skyldes flere forhold. Høyere egenkapitalfinansiering enn i foregående år og forsinkelser i investeringer har medført lavere låneopptak og lavere-gjeldsvekst. Samtidig har det vært noe større vekst i driftsinntektene.

Figurene viser utviklingen i gjeldsgraden og gjeld per innbygger i perioden 2007 til 2016



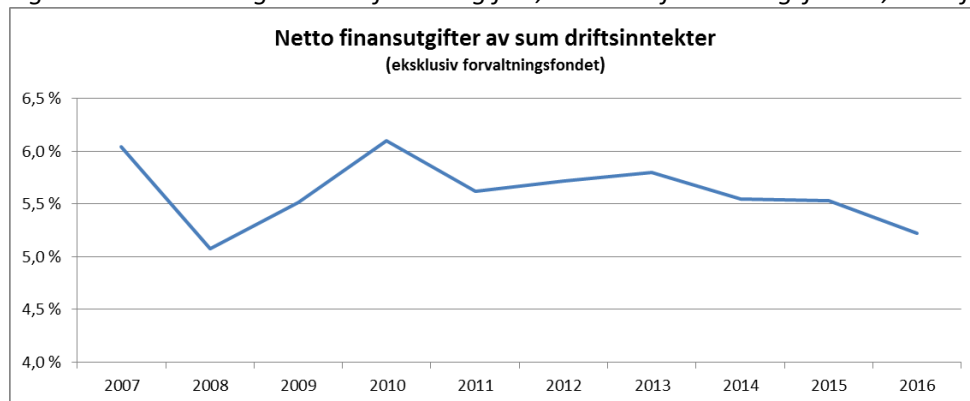
Netto lånegjeld per innbygger har i samme periode nominelt steget fra 32 000 kroner i 2007 til nær 49 000 kroner i 2016 (se figur). Netto lånegjeld i 2016 er moderat sammenlignet med landsgjennomsnittet for norske kommuner, Asker og kommunene i ASSS-nettverket. Det gjelder enten det måles per innbygger og i forhold til sum driftsinntekter.

Til tross for en egenkapitalfinansiering på 50 prosent for de ikke-rentable investeringene, vil gjeldsgraden komme opp mot 90 prosent i den kommende handlingsprogramperioden, forutsatt det innteks- og investeringsnivået som ligger til grunn i LDIP 2018–2037.

Riksrevisjonen definerer nivået for høy lånegjeld til 75 prosent av inntektene. Gjeld mellom 65 og 75 prosent defineres som moderat. KS mener at et nivå over 100 prosent må unngås av hensyn til risikoeksponering. Bærums gjeldsgrad antas å øke til rett i underkant av 100 prosent i neste 10 års periode. Det er under forutsetning av at kommunen klarer å gjennomføre investeringene i den takten som planene legger opp til.

Finansutgifter og inntekter

Figuren viser utviklingen netto finansutgifter, eksklusiv forvaltningsfondet, sett i forhold til sum driftsinntekter

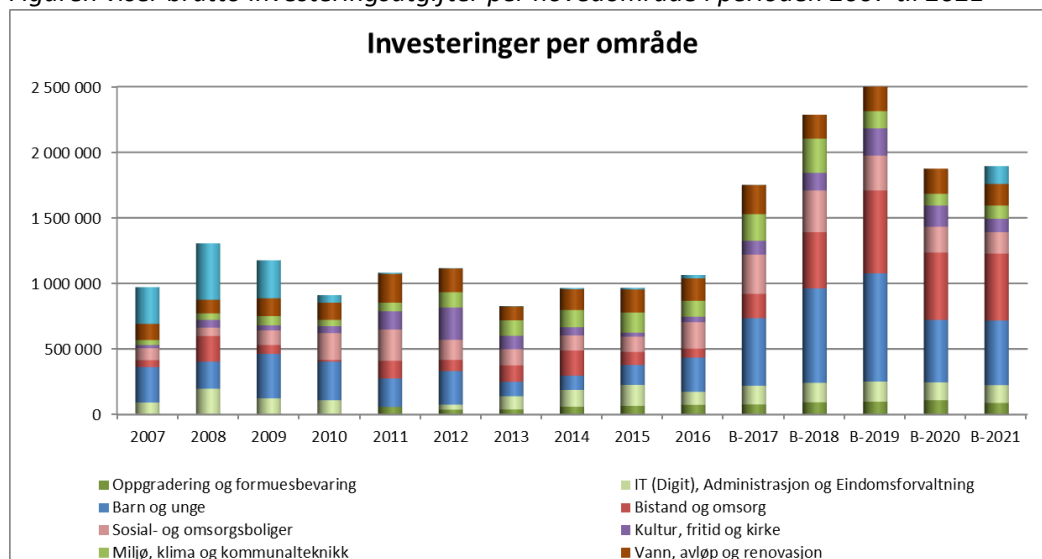


Konsekvens av høyere gjeldsnivå er at netto finansutgifter (eksklusive avkastningen av forvaltningsfondet) vil utgjøre en stadig større andel av driftsinntektene, og økonomien vil bli meget sårbar for renteøkninger. Netto finansutgifter består av både renter og avdrag. Den største usikkerheten er renteutgiftene. Rentenivået i dag er rekordlavt og det er usikkerhet knyttet til hvordan renten vil bevege seg på sikt.

Kommunens netto finansutgifter har de siste årene tilsvart 5 til 6 prosent av inntektene, når forvaltningsfondet holdes utenom. Finansutgiftenes andel av inntektene ventes å øke til 7 prosent i handlingsprogramperioden og deretter nå en topp ved 8 prosent, gitt forutsetninger i LDIP 2018–37.

Investeringer

Figuren viser brutto investeringsutgifter per hovedområde i perioden 2007 til 2021



Figuren over viser at det er investert og skal investeres mye i skoler og barnehager. Perioden 2007–2009 er preget av utbyggingen på Fornebu. Det legges opp til et omfattende investeringsprogram i neste handlingsprogramperiode. Fra et gjennomsnitt på 1 mrd. de ti siste årene viser rådmannens forslag til langsiktig investeringsplan 2018–2037 at gjennomsnittet i perioden 2018–2027 vil stige til om lag 2,1 mrd.

Fornebu er organisert som eget område. Dette medfører at skoler, barnehager, idrettsanlegg m.m. på Fornebu plasseres under område Fornebu og ikke det aktuelle programområde. De største foreslåtte enkeltstående prosjektene i perioden 2017–2021 (basert på rådmannens forslag til investeringsplan i LDIP 2018–2037):

Skole (uten skoleutbyggingen på Oksenøya som er en del av område Fornebu):

- Ballerud barneskole – ny 4 parallell
- Bekkestua ungdomsskole – utvidelse
- Gommerud ungdomsskole – utvidelse
- Emma Hjorth barneskole, utvidelse
- Eikeli eller Eiksmarka barneskole, utvidelse
- Levre barneskole, ny 4 parallell
- Bekkestua barneskole, ny 4 parallell

Barnehager (uten Nansenparken barnehage og barnehagen på Oksenøya, som er en del av område Fornebu):

- Barnehage – omstrukturering område Sandvika/Tanum – 200pl
- Jarenga barnehage – 160 pl
- Barnhage – permanent avlastningsbarnehage, østre Bærum

Pleie og omsorg:

- Berger omstrukturering og utvidelse, (150 plasser)
- Vallerhjemmet (76 plasser)
- Lindelia BBS (131 plasser)
- Bofellesskap for mennesker med demens

Kultur og idrett (uten idrettsanleggene på Oksenøya som er en del av område Fornebu):

- Ny Nadderud stadion

Fysisk planlegging (by-og stedsutvikling):

- Sandvika byutvikling
- Elvepromenaden, Sandvika

-
- Kadettangen/Sandvika fjordpark
 - By og stedsutvikling øvrige

Fornebu:

- Oksenøya – utbygging sosial infrastruktur
 - Skole
 - Barnehage
 - Fleridrettshall
 - Kunstgressbane
 - Parkeringskjeller
- Nansenparken barnehage
- Fornebu gravplass

I tillegg kommer investeringene på VAR området, omsorgs- og velferdsboliger, IT-området og oppgradering og i perioden 2017 til 2021.

LDIP 2018–2037 bygger på en prioritering av utbyggingsområdene og styrt ressursbruk som er essensiell for å ha en bærekraftig kommuneøkonomi. Om ikke gjelden skal stige for mye vil likevel en større andel av driften måtte gå med til å finansiere investeringene enn hva som har vært nødvendig de ti siste årene. Dispensasjonen som ble gitt slik at utbyggerne på Fornebu kan gi bidrag til sosial infrastruktur, vil være med å bedre kommuneøkonomien i en svært krevende periode, men bidraget vil først komme etter at sosial infrastruktur er bygget ut.

Prioritering av utbyggingsområdene

Siden kommunen i stor grad får dekket økte driftskostnader knyttet til økning i antall innbyggere, er det kostnadene til investeringene for å tilrettelegge for boligbygging som er utfordringen. Det er altså ikke antall boliger, men åpning av nye boligfelt med tilhørende behov for etablering av sosial infrastruktur – som må styres for å begrense innvirkningene på kommunens drift. I et kommunaløkonomisk perspektiv er det derfor gunstig med en klar tidsmessig (sekvensiell) prioritering av de største utbyggingsområdene. Da unngås parallelle investeringer og det begrenser risikoen for at nye kommunale bygg ikke blir tatt i bruk fullt ut med påfølgende relativt kostbar drift. De investeringer som gjøres bør derfor utnyttes maksimalt ved at områdene bygges ut med boliger så raskt som mulig før nye områder åpnes for utbygging. Nye innbyggere vil på den måten være med å finansiere det etablerte tilbudet.

En bærekraftig kommuneøkonomi innebærer at investeringer og boligutbygging bør prioriteres der hvor

- kommunen i størst mulig grad kan benytte eksisterende teknisk og sosial infrastruktur
- kommunen kan få ekstern finansiering
- investeringer legger til rette for mange prosjekter slik at risikoen er lavest mulig om boligmarkedet i en periode skulle få en markant nedgang
- det er utbygd kollektivtransport som bane eller tog

Omstillingsbehov

De store utfordringene kommunen står ovenfor medfører behov for omstilling.

I vedtatt handlingsprogram for 2017–2020 er innsparingsbehovet opp mot 300 mill. i 2020. Med det investeringsbehovet som skisseres i LDIP 2018–2037 vil innsparingsbehovet øke utover i perioden. Særlig i årene etter 2021 hvor investeringene er høye vil sannsynligvis innsparingsnivået måtte økes sammenlignet med nivået i 2015.

Nivået påvirkes imidlertid av mange forhold. Hvordan investeringene styres i forhold til rekkefølge, inntektsforutsetningene, utviklingen i sysselsetting/arbeidsledighet og sentrale føringer.

Utviklingen vil stille store krav til økonomisk effektivitet og omstilling i hele perioden.

1.4 Status medarbeidere

I januar 2016 vedtok Kommunestyret en revidert arbeidsgiverstrategi «Arbeidsgiverstrategi mot 2035». Strategien peker på fire områder som skal gjøre kommunen til en attraktiv arbeidsgiver:

- Godt lederskap
- Medarbeidere med riktig kompetanse
- Mangfold og inkludering
- Innovasjon og omstilling

Turnover er lav. Den er redusert fra 13 til 8,3 prosent i løpet av de siste 5 år. Det er rekordstor søkning til ledige stillinger. Det er lettere å finne gode kandidater til stillinger, selv om det på enkelte områder kan være utfordringer. Sykefraværet er redusert, men målet er ytterligere nedgang. Seniortiltakene er evaluert og avvirket, og ny livsfasepolitikk er vedtatt. Innovasjon er satt tydelig på dagsorden. Kunnskapssenteret er etablert med sitt tilbud om høyskoleutdanning som kommunen trenger i et langsiktig perspektiv.

Per 01.01.2017 har kommunen 7 368 årsverk fast ansatt, fordelt på 9 427 personer. I tillegg er det 2 761 personer som er timelønnede. Av faste årsverk er 73,9 prosent er kvinner og 26,1 prosent menn. Nasjonalt er fordelingen i kommunal sektor 22 prosent menn og 78 prosent kvinner.

Nøkkeltall: Årsverksutvikling fordelt på programområder

Årsverksutvikling	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016
Grunnskole	2106	2099	2125	2163
Barnehage	958	1003	972	928
Pleie og omsorg	1998	2031	2084	2057
Kommunehelse	652	647	636	646
Tekniske	584	577	579	640
Øvrige	939	930	932	935
Alle	7237	7288	7328	7369

Her rapporteres antall faste årsverk.

Nøkkeltall: Sykefravær

Sykefravær 2014–2016

ÅR/fravær i prosent	2014	2015	2016	Måltall 2016
Korttidsfravær	2,7	2,7	2,6	
Langtidsfravær	4,9	4,6	4,6	
Totalt fravær	7,6	7,3	7,2	7,3

Alle kommunalsjefområdene ligger nå under 9,2 prosent i sykefravær, og fem av områdene ligger under 7 prosent i 2016. Størst nedgang i sykefravær har Eiendom med 0,7 prosentpoeng, etterfulgt av Pleie og omsorg, Barn og unge, Barnehager og Kommunaltekniske tjenester.

Fraværet rapporteres fordelt på korttidsfravær (egenmeldt og legemeldt fravær i de første 16 kalenderdagene) og langtidsfravær (over 16 dager eller mindre enn 16 dager siden sist fravær).

Ønsket resultat for sykefraværet for 2016 var 7,3 prosent for kommunen som helhet. I forbindelse med behandling av Handlingsprogramperioden 2013–2016 besluttet Kommunestyret å redusere sykefravær med et prosentpoeng. Målet er at kommunen har under syv prosent sykefravær i 2017.

Utvikling av sykefravær siste årene har hatt en positiv trend.

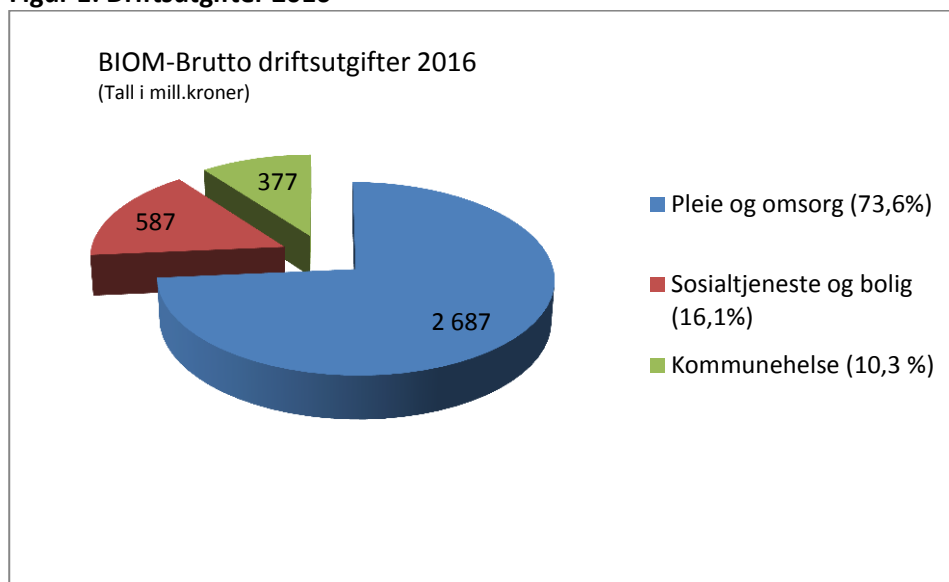
2. Beskrivelse av sektor BISTAND OG OMSORG

Tjenestene innenfor Bistand og omsorg retter seg mot personer i alle aldre som har pleie- og omsorgsbehov, utviklingshemming eller psykiske lidelser. I tillegg ivaretar sektoren innbyggernes behov for fysiske og psykiske helsetjenester. Sosialtjeneste og bolig har et primært ansvar for å bedre levekårene for vanskeligstilte, fremme overgang til arbeid, bidra til sosial og økonomisk trygghet og sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig.

Tjenestene innenfor Bistand og omsorg skal fremme innbyggernes helse og mestringsevne slik at de kan klare seg selv og være uavhengige av det offentlige hjelpeapparat lengst mulig, men samtidig sikre at de som har behov for og rett på tjenester kan motta nødvendige tjenester av høy kvalitet.

Figuren under viser fordeling av brutto driftsutgifter på områdene innen sektor Bistand og omsorg. Pleie og omsorg har den største andelen av budsjettet med 73,6 prosent, Sosialtjeneste og bolig en andel på 16,1 prosent, mens Kommnehelse har en andel på 10,3 prosent.

Figur 1: Driftsutgifter 2016



Kommunalsjef for Pleie og omsorg har ansvar for det meste av KOSTRA-området Pleie og omsorg. Kommunalsjef for Helse og sosial har også ansvar for deler av dette budsjettet, dette gjelder psykisk helse og seniorsentrene. Det samme gjelder for kommunalsjef for Barn- og ungdomstjenester som har en andel av budsjettet knyttet til avlastningskjeden. Beskrivelse av virksomheten i kapittel 4 og 5 tar utgangspunkt i en inndeling per kommunalsjef.

3. Sektorens hovedgrep og delmål for å møte kommunens hovedmål og utfordringer

Kommuneplanens samfunnsdel beskriver hovedgrepene for Sektor bistand og omsorg (BIOM). Felles for sektorens hovedgrep er at de skal forebygge og redusere behov for helse- og omsorgstjenester, og samtidig effektivisere tjenestene til de som har behov for hjelp. Sektorens hovedgrep innrettet som bidrag til å nå hovedmålet om bærekraftige tjenester. Bedre løsninger finner vi først og fremst ved medvirkning fra brukere, pårørende og ansatte. Dialog og medvirkning er også en forutsetning for økt selvhjulpenhet, mestring og læring. Hovedmålene om innovasjon og medvirkning er derfor viktige faktorer for å lykkes. Lokalisering av kommunale boliger og formålsbygg er viktige elementer i en balansert samfunnsutvikling.

I BIOM handler økt selvhjulpenhet og mestring om å redusere behovet for tjenester. En frisk og aktiv befolkning har mindre behov for tjenester. Når behovet for tjenester oppstår, bør tjenestens hovedfokus være å hjelpe brukeren til å få tilbake hele eller størst mulig del av funksjonsnivået som er tapt. Teknologi kan både gi trygghet og redusere behovet for hjelp.

Det offentlige kan ikke dekke alle behov alene, det forutsettes arbeidsdeling. De ulike bidragsytere i dagens velferdssamfunn, må styrkes. Det offentlige kan ikke bære veksten i behov alene.

Når kommunen skal være tjenesteyter, må tjenesteytingen skje på en effektiv måte. Effektive tjenester forutsetter riktig sammensetning av tjenester, slik at behovene kan dekkes på laveste effektive omsorgsnivå som fortsatt er et viktig prinsipp. I tillegg er det en forutsetning for effektive tjenester, at de fysiske og økonomiske rammer tjenestene ytes innenfor, er rasjonelle. Kravet om effektive tjenester gjelder både for de tjenester kommunen selv utfører, og de tjenester kommunen kjøper av private utførere.

Folkehelse og levekår er et prioritert område, først og fremst fordi det handler om innbyggernes livskvalitet, men også fordi det påvirker behovet for offentlige tjenester. For å påvirke risikofaktorene for dårlig helse så tidlig som mulig, må alle sektorer i kommunen bidra i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. For å få til det må kommunen være god på forebygging og tidlig innsats, og det må legges sterkere til rette for at den enkelte selv kan ta ansvar for eget liv. I tillegg må det tas høyde for at helse og levevaner påvirkes av bakenforliggende faktorer som den enkelte ikke selv har valgt.

Forebygging og tidlig innsats må forstås både som innsats på et tidlig tidspunkt i livet, men også som tidlig inngripen i et sykdomsforløp eller når andre potensielle tjenestebehov oppstår, uavhengig av alder. Arbeidet overfor risikogrupper og de som allerede har et helseproblem foregår innenfor helsetjenesten, som forebyggende helsearbeid, mens det primærforebyggende arbeidet ut mot befolkningen i hovedsak foregår i andre sektorer, som barnehage, skole, arbeidsliv, fritidssektoren og familiearenaen. Effekten av forebyggende arbeid og tidlig innsats er størst når den settes inn i tidlig alder.

Sektorens hovedgrep skal bidra til at kommunens hovedmål nås. Kommuneplanen inneholder delmål innenfor hvert hovedgrep.

Tiltak i handlingsprogrammet vil være tiltak for å nå ett eller flere delmål. På denne måten vil det være en sammenheng mellom kommunens 4 hovedmål og de enkelte tiltak i handlingsprogrammet.

4. Viktige innsatser og endring av ressursbruken per område

4.1 Pleie og omsorg

4.1.1 Hva er oppnådd/gjort i 2016

Velferdsteknologiske løsninger som bidrar til effektivisering

- Det er installert nye pasientvarslingssystemer i tre av våre bo- og behandlingssentre og ett i omsorgsboliger. Utrullingen av nye pasientvarslingssystemer fortsetter i 2017. Pasientvarslingssystemer med ny teknologi bidrar til økt kvalitet for beboerne og reduserer samtidig behovet for nattevakter. For beboere betyr det at de kan sove uforstyrret gjennom natten, sensorer vil varsle dersom de har behov for bistand.
- Bærum kommune har bidratt med utprøving og testing i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet. I 2016 har Bærum kommune samarbeidet med Asker kommune om anskaffelse av nye digitale trygghetsalarmer. I denne anskaffelsen inngår også elektronisk dørlås til alle tjenestemottakere, samt røyk- og brannvarsling. Det er også muligheter for individuelt å tilby ulike sensorer som fallsensor, dørsensor, lokaliseringsteknologi (GPS) og medisineringsstøtte. Implementeringen skjer første halvår 2017.

Kompetanseheving

- Totalt har 21 ansatte gjennomført videregående opplæring som helsefagarbeider, 31 ansatte gjennomført fagskoleutdanning innen demens og målrettet miljøarbeid, 18 ansatte gjennomført sykepleierutdanning eller vernepleierutdanning (inkludert autorisering) og 10 høyskoleutdannede har gjennomført videreutdanning. 77 deltakere har gjennomført norskopplæring gjennom året, noen ansatte har deltatt på flere kurs. Hovedsatsningen knyttet til norskopplæring fremover er e-læringskurs for å ha større fokus på skriftlige ferdigheter.

Sykefravær

- Alle ledere i Pleie og omsorg arbeider med å redusere sykefraværet i størst mulig grad. Ledernes fokus er fortsatt på de syv tiltakene som gjennomgangen av sykefravær i Pleie og omsorg (BIOM-sak 19/15, møte 07.04.2015) beskriver for å sørge for et mest mulig målrettet sykefraværsarbeid. Spesielt tiltak 1: kunnskaps- og erfaringsutveksling, tiltak 2: prioritert innsats, tiltak 3: nærledelse/medarbeiderskap og tiltak 6: fysisk arbeidsmiljø har hatt stort fokus ved de forskjellige tjenestestedene.

Mer robust struktur

- Hospice Stabekk er utvidet fra 11 til 22 pasientrom, alle med tilhørende pårønderom, og er nå landets største Hospice. Dette gir mulighet til å følge opp flere pasienter som har behov for palliativ pleie og omsorg.

«En dør inn»

- En forutsetning for helhetlige livsløp er én dør inn i kommunens tjenester. Derfor er et arbeid for å skape helhetlige livsløp for mennesker med utviklingshemming og deres familier, *brobyggingsprosjektet*, igangsatt. Det er utarbeidet ti konkrete tiltak for å skape helhetlige livsløp for målgruppen. Disse tiltakene skal prøves ut i 2017. *Brobyggingsprosjektet* har bred tverrfaglig involvering, både fra brukere, pårørende, medarbeidere og eksterne aktører. Ulike former for dialog er praktisert i innsiktsfasen av prosjektet for å forstå mer av dagens situasjon, mens både dialog og nye former for medvirkning er brukt i

konseptutviklingsfasen av prosjektet for å lage løsninger som gir helhetlig livsløp. Dialogen med og medvirkning fra ulike aktører har vært helt avgjørende for utformingen av løsningene.

Tjenestetilbud til mennesker med utviklingshemming

- Det er avviklet seks små ressurskrevende enheter til mennesker med utviklingshemming. Dette er gjort gjennom at enhetene er bygget om og utvidet eller erstattet av større enheter, og erfaringene har i stor grad vært positive.
- Bygging av 6 nye leiligheter og rehabilitering av 4 leiligheter i Damveien ble ferdigstilt høsten 2016.

Demens

- Arbeidsmetoden KOSMOS er implementert ved de fleste bo- og behandlingssentrene. KOSMOS står for Kommunikasjon, Smertebehandling, Medikamentgjennomgang, Organisering av aktiviteter og Sikkerhet. Gjennom tilrettelagte aktiviteter, samtaler, gjennomgang av medikamenter, smertevurdering og smertebehandling, bidrar KOSMOS til bedre kvalitet og pasientsikkerhet for både beboere og pårørende.

Bofellesskap for personer med demens – landsbykonseptet

- Oppdraget på byggeprosjektet er lagt ut på anbud med frist februar 2017.

Tiltak for økt mestring og selvhjulpenhet

- Det er lagt økt vekt på å tilrettelegge for mestring og selvhjulpenhet. Tildelingspraksis er endret slik at det legges tydelig vekt på å få frem brukers mestringspotensiale. Hverdagsmestring er innført som arbeidsmetode i hjemmebaserte tjenester. Hverdagsrehabilitering er implementert i tre av fem distrikter. En evaluering høsten 2016 viser at hverdagsrehabilitering reduserer den totale ressursbruken, og at størstedelen av effekten opprettholdes etter 12 måneder. Evalueringen er basert på et begrenset antall deltakere i pilotprosjektet. Det vil bli utført en utvidet analyse av de innsamlede dataene hva gjelder funksjons- og omsorgsnivå for brukerne som var med i pilotprosjektet. Analysen er ferdig sommeren 2017.

Brukerdialog og medvirkning

- Det har vært dialog med flere pårørendegrupperinger for kommende brukere/beboere innen området boliger og tjenester til mennesker med utviklingshemming. Det har vært en stor samling i regi av den ene grupperingen (politikere, kommunalsjef, husbanken med fler). Dette har vært fulgt opp av flere møter mellom grupperingen og kommunen. Det har også vært møter med to andre pårørendegrupperinger. Dialogen har omhandlet kommunens planer for bygging av boliger fremover, beliggenhet, utforming og mulighet for valg mellom eie og leie.
- Det er gjennomført dialogmøte med brukere som har benyttet kommunens rehabiliteringssenter i Altea. Det ga nyttig kunnskap som benyttes i det videre arbeidet for videreutvikling av tilbudet.

Andre resultater

- Regionalt aktivitetssenter har tatt i bruk et online bookingsystem slik at gjester kan sjekke tilgjengelighet og foreta booking på internett.
- Middagsserveringen er flyttet til klokken 16.00 ved de fleste bo- og behandlingssentre. De resterende institusjonene vil endre middagstid tidlig i 2017.

4.1.2 Hva skal oppnås/gjøres innenfor handlingsprogramperioden 2018–2021

Tiltak for økt mestring og selvhjulpenhet

Arbeidet med å redusere behovet for kommunale tjenester må videreføres, gjennom blant annet å prioritere tildelingspraksis og arbeidsmetoder som vektlegger brukerens egen mestring og selvhjulpenhet. Hjemmerehabilitering videreføres som metode og tildelingspraksis skal i større grad legge vekt på hverdagsmestring. Mestrings- og motivasjonskonsept med tilrettelagte treningstilbud tilbys ved omsorgsboliger og dagsentre, og pleie og omsorg skal ha et aktivt samarbeid med Bærum frisklivs- og mestringssenter.

Målrettet bruk av teknologi vil øke muligheten for mestring og selvhjulpenhet. Bruk av velferdsteknologi på områder hvor det kan oppnås forbedret kvalitet og effektiviseringsgevinster må økes. Fokus vil være å gå fra relativt små forsøk til å bredde ut teknologibruk i store deler av tjenesten.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

<input checked="" type="checkbox"/> Selvhjulpenhet	<input type="checkbox"/> Arbeidsdeling	<input checked="" type="checkbox"/> Effektive tjenester	<input type="checkbox"/> Folkehelse og levekår	<input checked="" type="checkbox"/> Forebygging og tidlig innsats
--	--	---	--	---

Gjennomgang og tilpasning av tjenestetilbud til mennesker med utviklingshemming

Det er i neste tiårsperiode forventet opp mot en dobling i antall tjenestemottakere. I Bærum får en større andel av mennesker med utviklingshemming tilbud utenfor foreldrehjemmet enn gjennomsnittet av ASSS. Det vil være vanskelig for kommunen å møte økningen i brukergruppen i årene som kommer med samme nivå på døgnbemannet tjenestetilbud. Gjennomsnittskostnadene per bruker er også høye i Bærum, noe som tilsier at ressursbruken må reduseres. Et viktig element i dette er å avvikle små ressurskrevende enheter og øke størrelse på boliganleggene.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

<input type="checkbox"/> Selvhjulpenhet	<input type="checkbox"/> Arbeidsdeling	<input checked="" type="checkbox"/> Effektive tjenester	<input checked="" type="checkbox"/> Folkehelse og levekår	<input type="checkbox"/> Forebygging og tidlig innsats
---	--	---	---	--

Utrede og etablere en mer robust struktur på tjenestetilbudet

Et bærekraftig tjenestenivå (omfang av ytelser) og struktur på tjenestetilbudet, innebærer blant annet at forholdet mellom institusjon, omsorgsbolig og ambulerende hjemmebaserte tjenester, justeres for å tilpasse virksomheten til endrede økonomiske rammer. Det er viktig å basere endringene på faktiske erfaringer og best mulig analyse og kunnskap om både den økonomiske effekt og om hvilke konsekvenser endringene vil ha for brukerne. Teknologi vil være et viktig verktøy for å øke produktivitet og kvalitet på tjenestene. Dette gir grunnlag for nye analyser av dagens driftsenheter og driftskonsepter med tanke på en effektiv drift. Tjenesteprofilen vil kunne endres for i enda større grad kunne støtte opp rundt innbyggernes mestring for å sikre bærekraftige pleie og omsorgstjenester i fremtiden.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

<input checked="" type="checkbox"/> Selvhjulpenhet	<input checked="" type="checkbox"/> Arbeidsdeling	<input checked="" type="checkbox"/> Effektive tjenester	<input type="checkbox"/> Folkehelse og levekår	<input type="checkbox"/> Forebygging og tidlig innsats
--	---	---	--	--

Dialog og arbeidsdeling

I årene som kommer endres demografien slik at behovet for tjenester innen bistand og omsorg vil øke. Det medfører økte krav til styring og ressursutnyttelse i tjenestene, og det vil være behov for en klarere avgrensning av hva som skal være kommunale oppgaver. En bærekraftig arbeidsdeling mellom kommunen og sivilsamfunnet kan bare skapes gjennom dialog med brukere og innbyggere.

Et konkret eksempel på brukerinvolvering er Unikt-konseptet som vil bidra til å styrke og utvikle brukermedvirkning og dialog i kommunens bo- og behandlingssentre. Sammen med brukere og pårørende skal ledelse og ansatte ved hvert sykehjem sørge for felles tiltak som bidrar til økt trivsel og livskvalitet.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

Selvhjulpenhet	X	Arbeidsdeling	Effektive tjenester	Folkehelse og levekår	X	Forebygging og tidlig innsats
----------------	----------	---------------	---------------------	-----------------------	----------	-------------------------------

Tenke langt og handle nå – investeringer

Satsning på demensomsorg fortsetter i handlingsprogramperioden. Det gjelder både kompetanseheving, fysisk tilrettelegging av plasser, avlastning og utforming av tjenestetilbud.

Vedtak i hovedutvalgssak 98/16, behandlet i møte 16.11.2016, *Behov for plasser med heldøgns pleie- og omsorgstjenester* innebærer at kommunens plantall er 22 plasser per 100 innbygger over 80 år. Behovet kan splittes i langtidsplasser for personer med demens og korttidsplasser.

Landsbykonsept planlegges realisert i nytt anlegg med 158 plasser på Dønski. Den fysiske utformingen planlegges langt på vei slik det er gjennomført i Nederland. Det arbeides med driftskonsept tilpasset norske forhold. Det er lagt til grunn for arbeidet at løsningen som velges skal gi et bedre tilbud til brukerne, samtidig som driftskostnadene reduseres i forhold til tradisjonelt institusjonstilbud. Også de øvrige investeringene i institusjonsplasser vil i denne handlingsperioden erstatte utdaterte, urasjonelle og nedslitte institusjoner og gi institusjonsplasser tilpasset morgendagens standard, teknologiløsninger og brukerbehov.

Behovsanalysen viser at kommunen har behov for å øke antall boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. Samtidig med volumøkning, er det nødvendig å sikre tilrettelagte bygg som gir effektiv drift.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

X	Selvhjulpenhet	X	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	X	Folkehelse og levekår	Forebygging og tidlig innsats
----------	----------------	----------	---------------	----------	---------------------	----------	-----------------------	-------------------------------

Klimaklok kommune

Klimapanelet peker på at «De arealene vi ikke bygger er de mest klimavennlige». Nye investeringer er delvis knyttet til nødvendige erstatninger av små og utidsmessige bygg. Nybygg etableres som større enheter med tilbud til flere brukere i samme bygg. Dette gir muligheter for økt arealeffektivitet og vesentlig høyere standarder for energieffektivitet enn tilfellet er for de bygg som erstattes.

Samarbeid og avhengigheter på tvers

Pleie og omsorg er avhengig av samarbeid med andre kommunalsjefsområder for å oppnå sektorens hovedgrep. Størst avhengighet er det til Eiendom, DigIT og Helse- og sosial i forhold til driftseffektive og klimakloke bygg, velferdsteknologi og teknologisk infrastruktur, hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

4.2 Helse og sosial

4.2.1 Hva er oppnådd/gjort i 2016

Fra tjenesteyting/-utfører til tilrettelegging

Antall avsluttede vedtak i løpet 2016 i oppfølgingstjenestene psykisk helse og rus var på 35 prosent av alle vedtak. Dette er en effekt av blant annet målrettet innsats mot identifisering av hjelpebehov, samt en strammere tildelingspraksis.

Boligsosiale virkemidler

Ventelisten til velferdsboligene er betydelig redusert og ved årsskiftet var det 16 personer som ventet på bolig. De som står på venteliste, er brukere med behov for bo-utfordringer som krever en tilpassede boliger.

Aktivitetsplikt for mottakere av sosialhjelp

Det er gode resultater når det gjelder aktivitetsplikt for ungdom under 30 år. Per 31. desember 2016 hadde 65 prosent av ungdom som mottar økonomisk sosialhjelp vedtak om aktivitet.

Fra fragmentert/overlappende til samordnet/helhetlig tjenesteyting og Fra behandling til forebygging

Helse og sosial har i 2016 samordnet flere av sine tjenester for og i større grad kunne tilby mer helhetlige og tilgjengelige tjenester til innbyggerne. Blant annet ble Friskliv og mestring opprettet som nytt tjenestested 1. august 2016. Dette skal bidra til en helhetlig, behovsrettet og samordnet profil på forebyggende og helsefremmende tiltak, samt lavterskeltilbud. Tjenesten inneholder blant annet et frisklivstilbud, kommunale fastleger, psykologtilbud, samt ergo- og fysioterapitjenester og tilbudene skal være i tråd med føringer i primærhelsemeldingen.

Som et av flere tiltak for å nå resultatmålet om færre pasienter med lav hastegrad på Asker og Bærum legevakt, er det i samarbeid med Asker kommune igangsatt en gjennomgang av kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Fokus er på ansvars- og oppgavefordeling mellom fastlegene og Asker og Bærum legevakt. Gjennomgangen skal sikre et grunnlag for at kommunens samlede legetjenester skal utfylle hverandre på en optimal måte og sikre grunnlag for videreutvikling av legevakten

Strukturelle endringer/tilpasninger og effektivisering av tjenesteyting

Det innføres enkeltvedtak for alle rehabiliteringstjenester første halvdel av 2017. For Rustjenesten vil det fattes vedtak om oppfølging fra og med sommeren 2017 og det er overført en stilling til Tildelingskontoret for gjennomføring av dette. Hverdagsrehabilitering er evaluert og innført i 3 av 5 distrikter.

Gjennomgang av ressursbruken

Ressursbruken på de områder hvor Bærum ligger høyt sammenlignet med de øvrige ASSS kommunene gjennomgås. Det har spesielt vært arbeidet med ressursbruken og enhetskostnader på Flyktningskontoret, samt forebyggende helsetjenester (herunder lavterskeltilbud). Arbeidet vil fortsette også utover neste Handlingsprogramperiode med å se på andre områder som ligger høyt sammenlignet med de øvrige kommunene.

Fra stasjonær til ambulante tjenester

Etterslep på velferdsboliger er innhentet og fremskaffelse av boliger har samtidig økt ved bosetting av flyktninger. Antall boliger med bemanning har er ikke økt tilsvarende. Tjenestene er i dreining fra boliger med fast bemanning til boliger med fleksibel oppfølging.

I tillegg skal det gradvis innføres ambulant 24/7 oppfølging, videreføring og økt bruke av Housing-first og videre arbeid med hverdagsmestring.

Fra egenregi til ekstern tjenesteutøving og/eller frivillighet

Medvirkningsprosesser i nærmiljøutviklingen på Rykkinn og Fornebu har bidratt til oppstart av to nye frivillighetssentraler, samt arbeid med en parselhage på Rykkinn. Krafftak for frivillighet er gjennomført og tjenestene har fått en økt forståelse av hva som skal til for å innlemme frivillig innsats som supplement til dagens tjenester.

Folkehelse, inkludering og mangfold

Bosetting av flyktninger har blitt gjennomført i henhold til vedtak, med noen færre ordinære bosettinger og noen flere familiegjenforente. Enhetskostnadene er redusert. Et større utviklingsarbeid er gjennomført i flyktningarbeidet, og flyktningene selv har bidratt til økt forståelse og ny innsikt. Det er definert klare kvalitetsmål. Flyktninger og innvandrere skal sees som en ressurs for Bærumssamfunnet og inkluderes best gjennom stabil bolig, arbeid/utdanning og tilhørighet i helsefremmende nærmiljø.

NAV viser til gode resultater i forbindelse med bosatte flyktninger 5 år etter endt introduksjonsprogram. En gjennomgang av sosialhjelpsporteføljen i juni 2016, viste at kun to flyktninger bosatt i 2008, 13 bosatt i 2009, og 11 bosatt i 2010, mottok økonomisk sosialhjelp.

4.2.2 Hva skal oppnås/gjøres innenfor handlingsprogramperioden 2018–2021

Helse og sosial utarbeidet ved forrige Handlingsprogram 2017–2020 viktige innsatsområder med et langsiktig perspektiv – tenke langt og handle nå. Noen av disse innsatsområder videreføres i neste handlingsprogramperiode.

Følgende prioriterte innsatsområder vektlegges i handlingsprogramperioden 2018–2021:

Økt mestring og selvhjulpenhet

Arbeidet med å utvikle morgendagens bærekraftige velferdstjenester videreføres i kommende handlingsprogramperiode. Tiltak for å opprettholde funksjons- og selvhjelps nivå og opptrening som metode må være gjennomgående for helse- og sosialtjenestene. Tjenestene skal således medvirke til at individet selv i størst mulig grad skal kunne mestre egen livssituasjon, som innebærer å ha noe å leve av, leve i og leve for. Vektlegging av brukernes egen mestring og forsterket innsats i en periode skal bidra til å utsette og redusere behov for kommunale tjenester. Dreiningen får betydning for den tradisjonelle omsorgsrollen– fra tjenesteutøver til tilrettelegger.

Pilotprosjektet i hverdagsrehabilitering i Rykkinn distrikt kan vise til svært gode resultater og hverdagsrehabilitering vil være innført i alle distrikter i løpet av første halvår 2017. Hverdagsmestring innføres som metode og tankesett i alle tjenestene og vektlegges i forsterket gra innen Psykisk helse.

«Sjef i eget liv» skal gi individet mulighet til å leve et liv som er helsefremmende, deltagende og meningsfylt. Det blir viktig å spørre bruker «Hva er viktig for deg. Brukerne opplever selvbestemmelse og selvstyring er avgjørende for å finne mening og innsikt i eget liv.

Velferdsteamet (Biom og Baun) vil jobbe sammen om en tydeliggjøring kvalitets og resultatmål i en mer helhetlig kontekst for hele velferdsområdet.

X	Selvhjulpenhet	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	Folkehelse og levekår	Forebygging og tidlig innsats
---	----------------	---------------	---	---------------------	-----------------------	-------------------------------

Forebygging og tidlig innsats

Økt satsing på forebygging og tidlig innsats samt lavterskeltilbud, vil kreve nye arbeids- og samarbeidsformer og i noen tilfeller nytt tjenesteinnhold. Dette vil kreve større faglig bredde, en samhandlingskultur som sikrer god tverrsektoriell medvirkning og personell med helsefremming, rehabilitering og forebygging som fagfelt. Samarbeid om tidlig innsats involverer mange sektorer eller områder, som barnehage, skole, helsestasjon, barnevernstjenesten, fritidstilbud, foreldrene, barna og familiens private nettverk.

Erfaringer og kartlegginger viser at forebyggende innsatser og tiltak brukes mye, andre mindre, og innenfor velferdsområdet eksisterer det også flere tilbud som overlapper hverandre. Det er behov for en mer målrettet innsats innenfor området. For å få til dette kreves en tydeligere presisering av hva som er tidlig innsats, behov og kunnskap om hvilke tiltak som har dokumentert effekt.

Som en konsekvens av kommunens satsning på helse og friskliv skal eksisterende tilbud innenfor forebygging, helsefremmende tiltak og lavterskeltilbud restruktureres. Dette gjøres kunnskapsbasert og det utvikles et datagrunnlag for hvilke innsatser som gir effekt på folkehelse. Nytt tjenesteområdet Friskliv og mestring er opprettet og tjenesteområdet skal videreutvikle og styrket tverrfaglig forebyggende innsats.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

X	Selvhjulpenhet	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	X	Folkehelse og levekår	X	Forebygging og tidlig innsats
---	----------------	---------------	---	---------------------	---	-----------------------	---	-------------------------------

Arbeidsdeling, frivillighet og sosialt entreprenørskap

Økte forventninger og tiltagende knapphet på ressurser gjør det nødvendig å involvere flere aktører ved tilrettelegging av kommunens tjenester. Arbeidsdeling mellom kommunen og det øvrige samfunnet er en viktig forutsetning for å kunne imøtekomme fremtidens behov for tjenester. Innbyggernes ferdigheter, erfaring og kunnskap er i denne sammenheng en viktig ressurs.

Helse – og sosial skal gjennom å vektlegge dialog, samarbeid og samskaping med innbyggerne og andre samfunnsaktører, skape velferd på nye måter. Virksomheten skal tilrettelegge for frivillig engasjement samt etablere en kultur/struktur som anerkjenner og videreutvikler den ressurs som frivillighet og samarbeid med eksterne aktører representerer. Det legges blant annet til rette for bruk av sosialt entreprenørskap som skal bidra til å løse utfordringer i sosiale og samfunnsmessige forhold.

Nye frivillighetssentraler på Rykkinn og Fornebu og parsellhage på Rykkinn er resultater av medvirkningsprosesser og skal bidra til gode møteplasser.

Det er behov for bedre koordinering av frivillig innsats samt utvikling av et tydelig system for mottak av henvendelser fra frivillige, ildsjeler, organisasjoner, næringsliv med mer. I tillegg skal det arbeides med å videreføre og videreutvikle medvirkning og dialog i tjenesteutviklingen som for eksempel *Nabodialog i bomiljøer*.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

Selvhjelpenhet	X	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	Folkehelse og levekår	Forebygging og tidlig innsats
----------------	----------	---------------	----------	---------------------	-----------------------	-------------------------------

Arbeid og aktivitet

Arbeid er en vesentlig forutsetning for mestring og livskvalitet. Aktivitets- og arbeidstilbudene skal styrkes, og det skal være økt fokus på arbeid og aktivitet i alle tjenesteområder. Det er behov for et mer samordnet og helhetlig aktivitets- og arbeidstilbud. Målet er bedre mulighet for koordinering av de ulike tilbudene og som gir større handlingsrom i forhold til den enkelte brukers funksjonsnivå og utviklingspotensialer. Eksterne aktører vil i denne sammenheng være et viktig supplement til kommunal drift.

Fontenehus Bærum er en viktig satsning i handlingsprogramperioden og tilbudet skal supplere eksisterende tilbud. Andre viktige innsatser er blant annet:

- Videreføre arbeid med IPS (individuell jobbstøtte)
- Aktivitetsplikt for unge sosialhjelpsmottakere ved blant annet «Steget» på Bjørnegård aktivitetscenter
- Flere oppgaver og nye arbeidsplasser på Bærum arbeidssenter, tilbudet skal omfatte flere målgrupper.
- Frelsesarmeens Jobben og Steget ansees som et viktig supplement til kommunale tjenester, likeledes «Ung i jobb», Aurora verksted og ARBA. Villa Walle fremheves også som et godt utviklet brukerstyrt tilbud.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

X	Selvhjelpenhet	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	Folkehelse og levekår	Forebygging og tidlig innsats
----------	----------------	---------------	----------	---------------------	-----------------------	-------------------------------

Integrering og mangfold

Ressurser som ligger i et mangfoldig samfunn skal synliggjøres, og utfordringer knyttet til utenforskap skal forebygges. Arbeidet må sees i sammenheng med både folkehelse, frivillighet og kultur.

I 2017 er det vedtatt at kommunen skal bosette til sammen 190 flyktninger, eksklusive inntil 100 familiegjenforeninger. Av disse er 25 enslig mindreårige flyktninger. Kommunen mottok i mars 2017 en ny anmodning om å redusere bosettingen fra 25 til 15 enslige mindreårige, det vil si en total bosetting på 175 flyktninger, eksklusive familiegjenforeninger. Anmodningen blir behandlet politisk i april 2017. Prognoser for ankomster av flyktninger til Norge er usikre og kan raskt endres.

Gjennom utviklingsarbeidet «Et større Vi», hvor flyktningene selv har bidratt til økt forståelse og ny innsikt, er det utviklet klare kvalitetsmål. God måloppnåelse når det gjelder andel flyktninger i arbeid og utdanning er overordnet. Og Bærum har satt seg ambisiøse mål. 60 prosent skal være i arbeid eller utdanning rett etter

avsluttet introduksjonsprogram, og 70 prosent et år etter avsluttet program. Etter 5 år vil målet være 90 prosent

De øvrige kvalitetsmålene skal bidra til et mer effektivt løp for flyktningene, et mer individuelt tilrettelagt kvalifiseringsløp samt forsøk med «i arbeid fra dag en»

Det er inngått et felles partnerskap med IMDi, Husbanken og NAV, som skal oppsummeres i slutten av 2017. Formålet med partnerskapsamarbeidet er å tilrettelegge for og utvikle et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til flyktninger i introduksjonsfasen, ved offensiv og nyskapende bruk av virkemidler. Utvikle et forpliktende samarbeid som bidrar til å oppnå felles resultatmål.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

X	Selvhjulpenhet	X	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	Folkehelse og levekår	Forebygging og tidlig innsats
---	----------------	---	---------------	---	---------------------	-----------------------	-------------------------------

Rett bolig til rett tid, på rett sted

De boligsosiale virkemidlene skal bidra til økt bo-evne for vanskeligstilte og trygge bomiljøer. Kommunen har lyktes med å innhente etterslep for velferdsboliger og det er fremskaffet boliger i tråd økt bosetting av flyktninger. Rett bolig til rett tid og på rett sted blir en vesentlig innsats i handlingsprogramperioden. Det skal utvikles nye bo-konsepter og mindre enheter (firemannsboliger) til de mest utsatte. Tjenestene dreies ytterligere fra boliger med fast bemanning til boliger med mer fleksibel oppfølging. Når flest mulig skal bo i egen bolig med fleksibel oppfølging, vil det være behov foren gradvis opptrapping til 24/7 tilgjengelighet i oppfølgingstjenestene.

Beboer-oppfølging og tilgjengelig tjenester blir avgjørende for å bidra til økt bo-evne og skape gode bomiljøer. Tjenesteområdet Henvendelser skal levere et tilgjengelig tilbud og en tydelig dør inn til tjenestene innen psykisk helse og rus. Ett telefonnummer, en mail og en skranke innføres. Beboer-oppfølgingen skal ta opp i seg metodikk og tankesett i Housing-First og i hverdagsmestring.

Strategien fra leie til eie videreføres og det er behov for styrket oppfølging av brukere som har fått innvilget startlån. Brukerne skal gis anledning til å kjøpe kommunal bolig når dette er hensiktsmessig.

Det er i 2017 igangsatt et eget prosjekt Skytterdalen. Det legges blant annet opp til opprustning og oppfriskning av innvendig og utvendig arealer, medvirkningsprosesser for beboere, frivillig innsats og sosialt entreprenørskap. Visjonen er å skape et bomiljø beboerne kan være stolte av.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

X	Selvhjulpenhet	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	Folkehelse og levekår	Forebygging og tidlig innsats
---	----------------	---------------	---	---------------------	-----------------------	-------------------------------

Velferdsteknologi og digitale tjenester

Fremtidige bærekraftige tjenester krever en omlegging av hvordan kommunen tilrettelegger og tilbyr sine tjenester. Det handler om endringer hvor bruk av velferdsteknologi og digitale tjenester vil være viktige faktorer. Det er behov for å tilføre ny kunnskap og implementere digitale og teknologiske løsninger som kan

bidra til økt mestring og selvhjulpenhet for brukerne. Dette vil skape effektive tjenester og I tillegg vil helsepersonell få frigjort ressurser til de pasientene som trenger det mest.

Det skal i handlingsplanperioden gjøres forsøk med bruk av Virtuell boligoppfølging etter modell fra Århus kommune. Videre skal hjelpemiddelutlånet sees i sammenheng med velferdsteknologi og tjenesteområdet psykisk helse og rus skal prøve ut nye teknologiske løsninger.

Digitale innbyggertjenester i NAV utvikles gradvis i samarbeid med flere andre kommuner, KS og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Nye EPJ system innføres på Legevakten og i pleie- og omsorgstjenestene.

Denne innsatsen skal bidra til å nå følgende sektormål:

X	Selvhjulpenhet	Arbeidsdeling	X	Effektive tjenester	Folkehelse og levekår	Forebygging og tidlig innsats
---	----------------	---------------	---	---------------------	-----------------------	-------------------------------

Folkehelse og klima

Kommunen satser stort på samferdsel, utbygging, utdanning og innenfor helse- og sosial blant annet på forebygging og tidlig innsats. Felles for disse satsninger er at de sammen og hver for seg bidrar til et mer klimavennlig samfunn.

I denne sammenheng er folkehelsearbeidet en innsats for å opprettholde, bedre og fremme folks helse, og dessuten redusere faktorer som kan medføre helseisiko. Helseatferd betegner atferd som kan forbedre eller opprettholde livsstil, helse og levekår. Mangelfull eller dårlig helseatferd har ofte betydning for livsstil og levekår. Helseatferd og klimaatferd vil dermed påvirke hverandre.

Helse – og sosial har som målsetting å iverksette tiltak som vil medvirke til en sunn livsstil og god folkehelse som dermed direkte og/eller indirekte kan medvirke til forbedring av klima/miljø.

Utvikling av helsefremmende nærmiljøer med utforming av fysiske omgivelser, samspill i trafikken og tilrettelegging av aktiv gåkultur, vil være et viktig bidrag innenfor folkehelse og klima.

Miljørettet helsevern skal i 2017 utforme en handlingsplan for bedre luftkvalitet. Tjenestene i Helse og sosial skal i handlingsprogramperioden jobbe med å ta i bruk av digitale løsninger for å redusere forflytning, i større grad ta i bruk syker/el-syker og el bilder i nødvendig forflytning samt innføre tiltak for å redusere bruk av papir.

Samarbeid og avhengighet på tvers av sektorene

For å lykkes i å skape bærekraftige tjenester i årene fremover, vil samarbeid mellom alle velferdstjenestene være vesentlig og helt nødvendig. Tidlig innsats, og selvhjulpenhet og mestring er områder som har direkte innvirkning på utforming av alle velferdstjenester. Det skal utvikles et felles veikart for begge områder.

Helsefremmende nærmiljøer preget at integrering og mangfold, skapes i et samarbeid med mellom lokale krefter og ildsjeler, et bredt spekter av kommunale tjenester, og næringsliv og organisasjoner. Plan og kultur vil være viktige bidragsytere.

Fremskaffelse av riktige bolig til rett tid, på rett sted må gjøres i et samarbeid med Eiendom. Og bedre utnyttelse av kommunens eksisterende boligmasse må koordineres opp mot flere av velferdsområdene.

Digitale innbyggertjenester og velferdsteknologi skal utformes i samarbeid med enhet for digitalisering og IT, og inngå som en del av kommunens vedtatte strategi.

Investeringer

Det arbeides med å ivareta brukere med store og sammensatte behov, hvor det er planlagt å bygge nye boligkonsepter. Lindelia vil være et slikt boligkonsept som planlegges å være i drift fra 2020. Det er en målsetting å redusere kjøp av plasser, men det vil være enkelte brukere som ansees å være best ivaretatt (faglig og økonomisk) ved valg av løsning utenfor kommunen. Det er i tillegg behov for konsepter for brukere med tidlig aldring og omfattende, alvorlige og vedvarende psykiske lidelser. Disse brukerne har behov for både pleie- og omsorg. Omsorg i forhold til somatiske helseplager er mest fremtredende. Deres utstrakte behov for tjenester vil bedre kunne dekkes i omsorgsboliger eller et mer institusjonsliknende tilbud. Det må vurderes nærmere hvilken lokalitet som er egnet for etablering av et slikt tilbud.

Antall leietakere i ordinære velferdsboliger med et stort behov for en bedre tilpasset løsning er for stort og utgjør en av hovedutfordringene i årene som kommer. Anslagsvis 40–80 leietakere burde tildeles en annen bolig enn de har i dag, både av hensyn til dem selv og naboer/nærområde. Per i dag har kommunen svært lav ventelister etter kommunale boliger, men de som venter har behov for tilpassede boliger og bomiljøer.

Bosetting av flyktninger løses ved samarbeid med det private leiemarkedet, ombruk av boliger/anlegg i sin tid bygget til andre målgrupper og formål, kjøp av flere boliger i markedet og ved leietakerskifte i eksisterende kommunale velferdsboliger. Dette er virkemidler som fungerer godt og som i sum har gitt løsning for de høye bosettingstallene for årene 2015 og 2016. Boligtilfanget for 2017 vurderes å kunne gi dekning for de som bosettes dette året.

Kommunale boliger kan skaffes ved innkjøp av enkeltstående boliger eller større boligprosjekter, omdisponeringer av kommunens eksisterende boligmasse eller ved å utnytte turnover i velferdsboligene ved at brukere flytter ut. Det arbeides med effektivisering med økt gjennomstrømning som resultat. For å dekke boligbehovet forutsettes det utvikling av nye bo-konsepter, omdisponering av allerede eksisterende boligmasse, økt antall flyktninger som finner bolig selv og effektiviseringstiltak for gjennomstrømning i de kommunale boliger.

5. Økonomi, nøkkeltall og behov

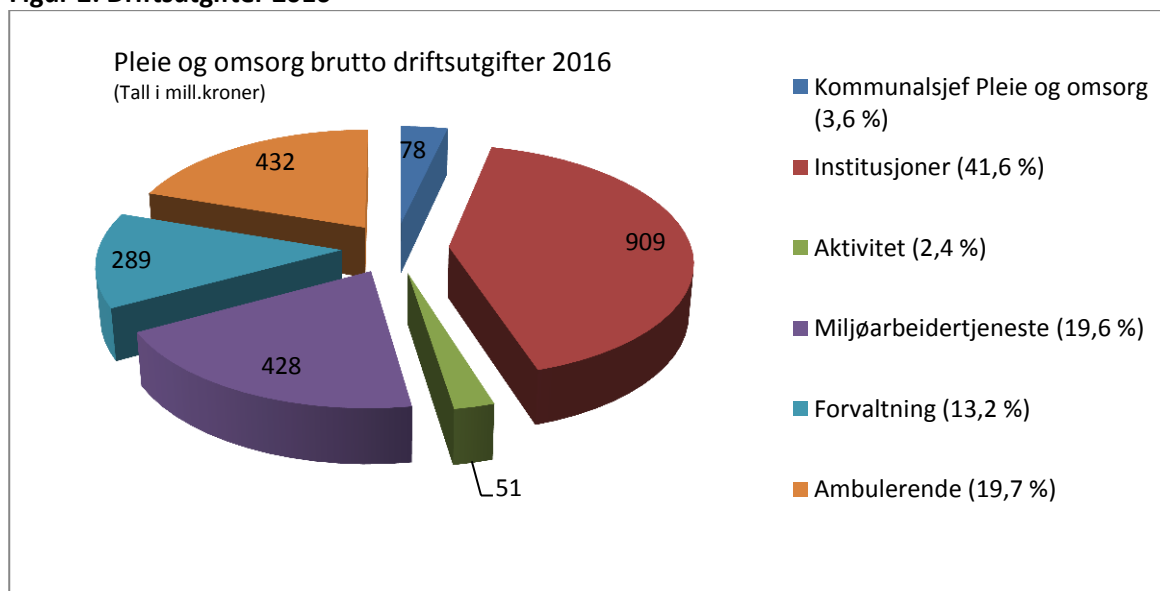
5.1 Pleie og omsorg

Programområde Pleie og omsorg omfatter 5 delområder; 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. Delområdene følger KOSTRA-definisjoner for pleie og omsorgstjenester som er felles for alle kommuner. Inndelingen er definert etter tjenesteområdet 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.

5.1.1 Økonomi og nøkkeltall

5.1.1.1 Driftsutgifter og inntekter

Figur 2: Driftsutgifter 2016



Kilde: Kommunens regnskap

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

- Kommunalsjef pleie og omsorg utgjør 3,6 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter fellesutgifter for kommunalsjefområdet og avsatt budsjett til knyttet til velferdsteknologi.
- Forvaltning utgjør 13,2 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter tildelingskontoret, kontorfellesskapet, brukerstyrt personlig assistanse, private leverandører ambulerende tjenester til hjemmeboende, kjøp av plasser og tjenester, omsorgslønn, avlastning demente, trygghetsalarm, arbeidskjøring, Altea og utskrivningsklare pasienter.
- Hjemmebaserte tjenester, ambulerende utgjør 19,7 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter tjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie til hjemmeboende og omsorgsboliger.
- Helse og omsorgstjenester i institusjon utgjør 41,6 prosent. Inkludert her er bo- og behandlingssentre, storkjøkkenet og dagsentrer og omsorgsboliger som er knyttet til bo- og behandlingssentrene.

- Hjemmebaserte tjenester, samlokaliserte boliger utgjør 19,6 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter tjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie til hjemmeboende i samlokaliserte boliger.
- Aktivitet utgjør 2,4 prosent av driftsutgiftene. Området omfatter dagaktivitetstilbud for utviklingshemmede og Regionalt aktivitetssenter.

Tabell 1: Utgifts- og inntektssammensetning for området, regnskapstall

Mill. kr	2013	2014	2015	2016	Andel av brutto driftsutgifter
Brutto driftsutgifter	1 968	2 068	2 114	2 188	
– Herav lønn	1 641	1 708	1 712	1 746	80 %
– Herav andre driftsutgifter	327	360	402	442	20 %
Herav andre kjøp av tjenester *)	74	90	91	70	
Herav fra andre (private)	38	46	57	73	
Herav private helsetjenester	24	19	40	41	
Herav andre private tjenester	3	4	7	34	
Brutto driftsinntekter	438	476	499	475	
Netto driftsutgifter	1 530	1 592	1 615	1 713	

) inkludert kjøp av vikartjenester art 127

Kilde: Kommunens regnskap

Økningen i driftsutgiftene i perioden 2015 til 2016 henger sammen med befolknings-utviklingen og økt behov for pleie og omsorgstjenester, i tillegg til lønns- og prisvekst. Fra 2015 er det en økning i driftsutgiftene på 40 mill. som i hovedsak er knyttet opp til en økning i bruk av private leverandører i fritt brukervalg ambulerende tjenester og brukerstyrt personlig assistanse som nå er rettighetsfestet. Økt bruk av private leverandører til ambulerende tjenester fører ikke til økte utgifter samlet sett. Kjøp av plasser ligger på samme nivå som i 2015. Bruk av vikarbyrå er redusert med 8 mill. fra 2015. Pleie og omsorg er 80 prosent av brutto driftsutgiftene knyttet til lønn.

Tabell 2: Inntekter, regnskapstall

Driftsinntekter, mill. kr	2013	2014	2015	2016	Andel av samlede driftsinntekter
Driftsinntekter, sum	437,9	475,7	499,1	474,5	
Herav brukerbetaling langtidsopph. – inst	147,2	154,0	160,1	160,0	34 %
Herav brukerbetaling korttidsopph. – inst	7,3	8,0	7,3	7,4	2 %
Herav brukerbetaling hjemmebaserte tj.	5,8	5,4	5,2	5,1	1 %
Herav salg Storkjøkken	24,0	25,8	26,9	28,7	6 %
Herav statlig refusjon for ressurskrevende tj.	108,7	109,8	113,3	109,2	23 %
Herav andre statlige refusjon	17,2	22,9	29,6	14,1	3 %
Herav sykelønnsrefusjon	70,4	85,6	87,7	82,4	17 %
Herav salg plasser i Altea til andre kommuner	6,2	7,5	7,2	5,0	1 %
Herav MVA-kompensasjon	20,0	22,0	22,0	24,0	5 %
Herav andre driftsinntekter	31,2	34,7	39,9	38,5	8 %
<i>Årlig vekst</i>		38	23	-25	
<i>Årlig vekst i %</i>		8,6 %	4,9 %	-4,9 %	

Kilde: Kommunens regnskap

De største inntektene under Pleie og omsorg er brukerbetaling for langtidsopphold i bo- og behandlingssenter, statlig refusjon for ressurskrevende tjenester og sykelønnsrefusjoner. Andre driftsinntekter inneholder blant annet salg i kafe/kantine ved bo- og behandlingssentrene.

Til tross for helårseffekt av netto 4 plasser var det ingen økning i brukerbetaling for langtidsopphold i institusjon fra 2015 til 2016. I mange år har det vært en årlig realøkning i vederlag per plass pga. vekst i beboernes inntektsgrunnlag. Realveksten i vederlag per plass har stoppet opp. Brukerbetaling for hjemmebaserte tjenester viser en svak nedgang de siste årene. Det kan antas strengere tildelingspraksis og økt privat kjøp av praktisk bistand har medført redusert brukerbetaling, samt at Smart matleveranse gir reduserte bistandsbehov og dermed redusert brukerbetaling.

Statlig refusjon for ressurskrevende tjenester har hatt en nedgang i 2016. Dette skyldes i hovedsak en økning av innslagspunktet med 50 000 kroner utover lønnsvekst.

Nedgangen i andre statlige refusjoner er knyttet til tilskuddsordningen for etablering av kommunale akutte døgnplasser, hvor kommunen mottok 15,5 mill. i 2015. I 2016 ble midlene overført til kommunene gjennom økt rammeoverføring.

Sykelønnsrefusjoner, som også inkluderer refusjon knyttet til foreldrepermisjon, er redusert med 6 prosent fra 2015. Foreldrepenger er redusert med 1,9 mill. fra 2015. Sykelønnsrefusjon er redusert med 3,4 mill. Årsaken er at langtidsfraværet har gått ned i 2016.

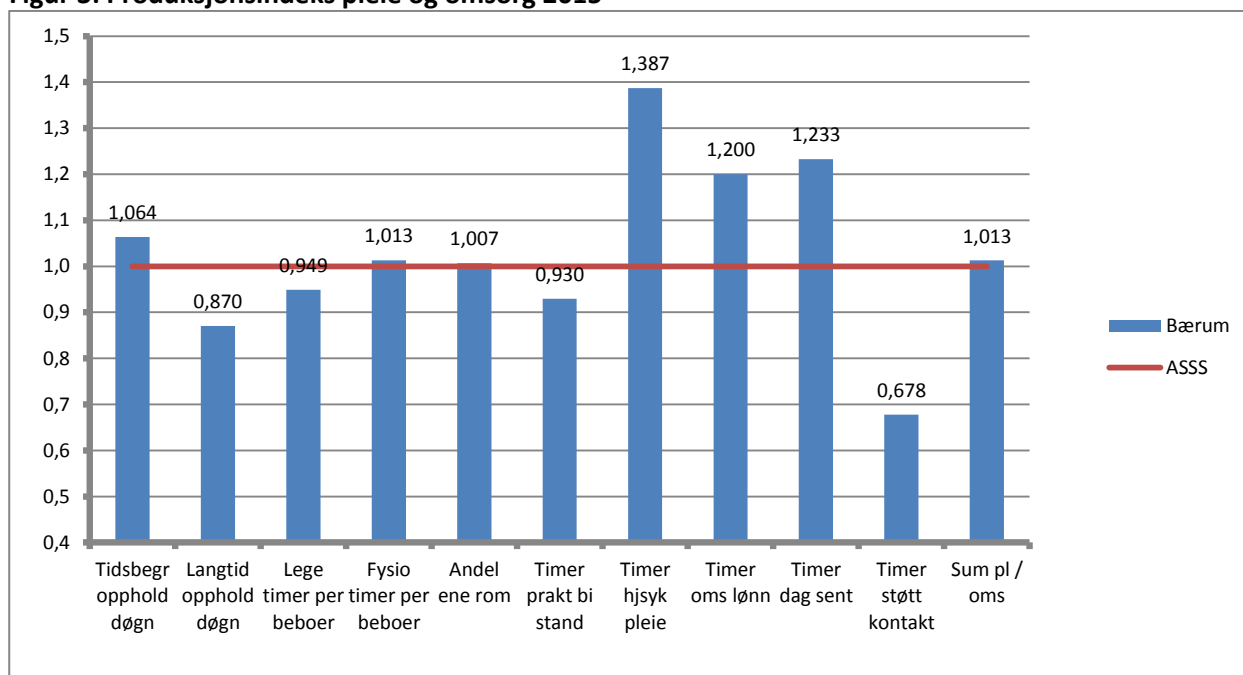
5.1.1.2 Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner

Produksjonsindeks

Produksjonen innenfor pleie og omsorg måles ved hjelp av indikatorene:

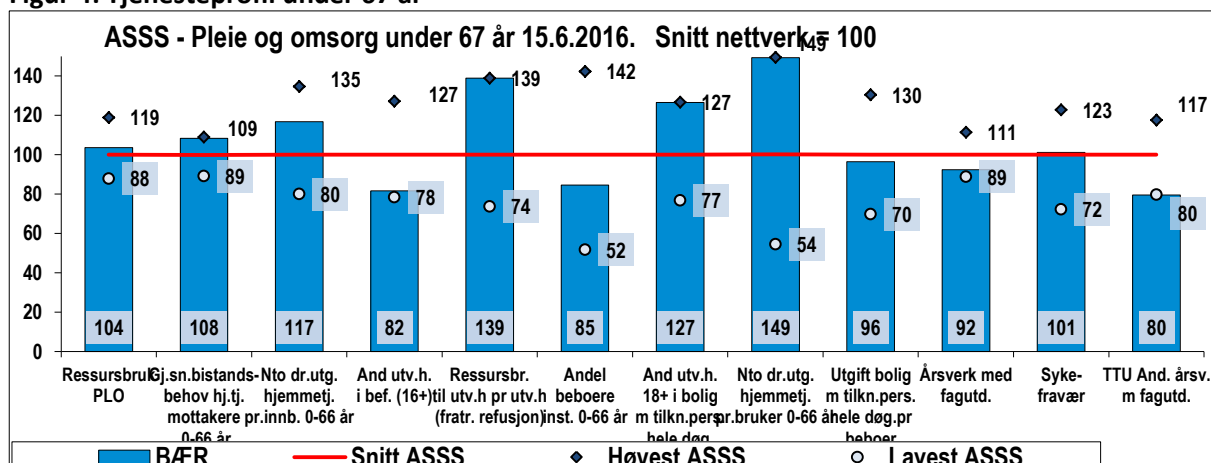
- Oppholdsdøgn tidsbegrenset opphold i institusjon
- Oppholdsdøgn langtidsopphold i institusjon
- Legetimer per uke F253 i forhold til antall sykehjemsbeboere
- Fysioterapeuttimer per uke F253 i forhold til antall sykehjemsbeboere
- Andel enerom i institusjon
- Timer praktisk bistand i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Timer hjemmesykepleie i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Timer omsorgslønn i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Timer dagsenter F234 i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Timer støttekontakt F234 i forhold til behovskorrigert innbyggertall

Figur 3: Produksjonsindeks pleie og omsorg 2015



Figuren over viser Bærums score på kriteriene som inngår i produksjonsindeksen for pleie og omsorg. Produksjonsindeksen er 1,3 prosent over ASSS-gjennomsnittet i 2015 mot 2,6 prosent høyere i 2014.

Figur 4: Tjenesteprofil under 67 år

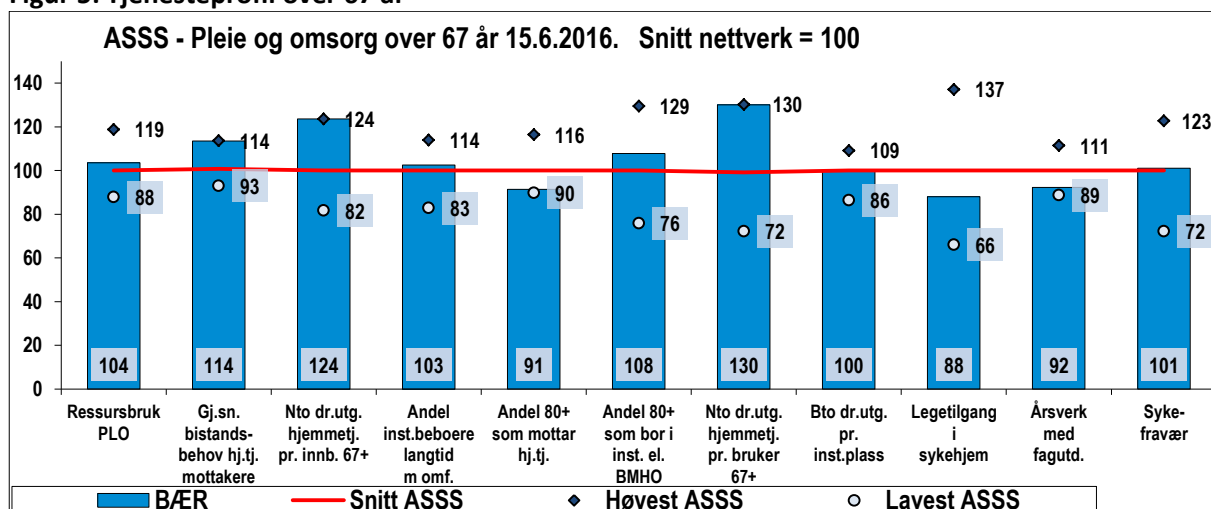


Innbyggere under 67 år

Tjenesteprofilen under 67 år viser at Bærum har en stor variasjon i indikatorene i forhold til ASSS snittet.

Bærum har en utgift per tjenestemottaker som er 49 prosent over gjennomsnittet blant ASSS-kommunene. Høy ressursbruk per bruker kan knyttes til en relativt høy terskel for å få tjenester. Dette fører til en lav dekningsgrad men flere vedtakstimer per uke per tjenestemottaker. Bærum har mange ressurskrevende brukere (både barn og andre under 67 år) med heldøgnsbemanning i hjemmet. Tjenestemottakere under 67 år har et gjennomsnittlig bistandsbehov som er 8 prosent høyere enn gjennomsnittet og er blant de høyeste av ASSS-kommunene. Bærum har en lav andel registrerte utviklingshemmede i befolkningen. Av registrerte utviklingshemmede bor en høy andel i døgnbemannede boliger. Bærum ligger høyest blant ASSS-kommunene på utgifter per utviklingshemmet.

Figur 5: Tjenesteprofil over 67 år



Innbyggere 67 år og eldre

Tjenesteprofilen viser at Bærum ligger rundt eller over gjennomsnittet på de fleste av indikatorene. Dette kan skyldes at andel innbyggere over 90 år ligger Bærum en god del over snittet i ASSS. I denne gruppen har cirka 84 prosent av befolkningen tjenester fra kommunen. Til gjengjeld skårer Bærums innbyggere gjennomgående bedre på levekårsindekser og har god helse sammenliknet med resten av landet.

Netto driftsutgifter til hjemmetjenester per innbygger ligger 25 prosent over ASSS snittet. Netto driftsutgifter per hjemmetjenestebruker ligger 30 prosent over snittet. Dette er høyeste i ASSS nettverket. Indikatorene for dekningsgrad viser at Bærum ligger blant de laveste ASSS-kommunene når det gjelder andel 80 år og eldre som mottar hjemmetjenester. Det vil si at mange eldre klarer seg på egenhånd og de som mottar tjenester får mye. Bærum har relativt lav dekningsgrad og tjenestemottakerne har et bistandsbehov som er 14 prosent høyere enn gjennomsnittet i ASSS, noe som er høyest i nettverket. Tallene indikerer at Bærum i mindre grad gir tjenester til personer med små behov, enten på grunn av tildelingspraksis og/eller brukerbetalingsordning (selvkost for små tjenestevolumer). Dette bidrar til å dra opp kostnaden per bruker.

På indikatoren Brutto driftsutgifter per institusjonsplass ligger Bærum på snittet.

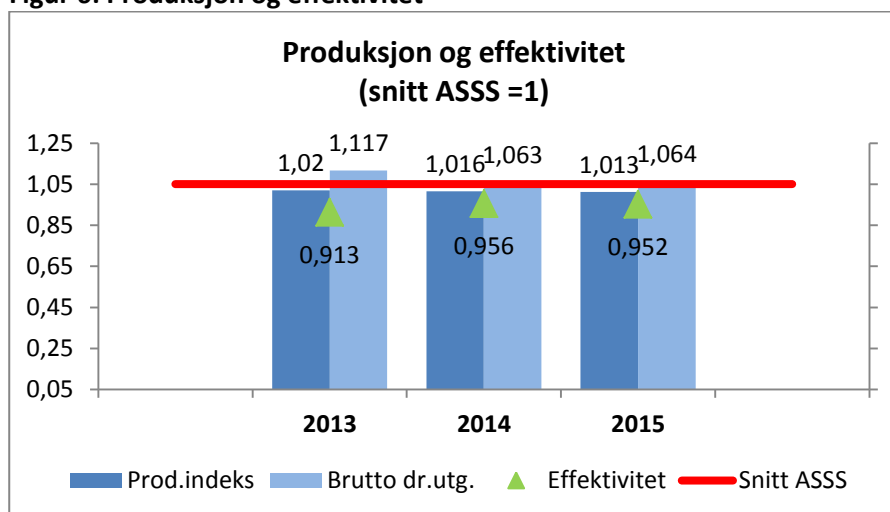
Ressursbruksindikator

Ressursbruksindikatoren viser hvor mye ressurser den enkelte kommune bruker på en tjeneste sett i forhold til gjennomsnitt for ASSS-kommunene. Utgiftene er korrigert for forskjeller i utgiftsbehov, basert på kostnadsnøkkel i inntektssystemet for kommunene. En ressursbruksindikator *høyere* enn 1 viser at kommunen bruker mer ressurser på tjenesten enn ASSS-gjennomsnittet. En indikator *lavere* enn 1 viser at kommunen bruker mindre ressurser på tjenesten enn ASSS-gjennomsnittet.

Ressursbruksindikatoren viser at Bærum bruker 3,6 prosent mer penger på pleie- og omsorgstjenester enn ASSS-gjennomsnittet når utgiftene blir sett i forhold til beregnet utgiftsbehov. Bærum har en ressursbruksindikator på 1,036, det høyeste i ASSS nettverket er på 1,188. Det laveste er på 0,878.

5.1.1.3 Produktivitet og effektivitet

Figur 6: Produksjon og effektivitet



I ASSS-sammenheng måles effektivitet som forholdet mellom produksjonen (målt ved som produksjonsindeksen) og brutto driftsutgifter. Brutto driftsutgifter er korrigert for forskjeller i beregnet utgiftsbehov, pensjonsutgifter og arbeidsgiveravgift.

I forhold til gjennomsnittet for kommunene i ASSS-nettverket har Bærum 4,8 prosent lavere effektivitet. Dette indikerer at Bærum får noe mindre ut av ressursene i pleie og omsorg enn gjennomsnittet i de største kommunene. Lave dekningsgrader fører til høye enhetskostnader per bruker. Kommunens prioritering av ressurser rettet mot de med størst behov for pleie- og omsorgstjenester har ført til færre brukere med lave behov og flere potensielle brukere som løser sine små behov uten hjelp fra kommunen. Kommunen har allikevel effektiviseringspotensial innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

5.1.1.4 Driftsindikatorer

Nøkkeltall i dette underkapitlet viser hvordan tjenestene utvikler seg i forhold til volum og kvalitet på tjenesten, med fokus på viktige innsatsfaktorer som årsverk, kompetanse og sykefravær.

Pleie- og omsorgstjenestene retter seg mot personer i alle aldre som har pleie- og omsorgsbehov. Tjenestene omfatter bo- og behandlingssentre, tjenester til personer i omsorgsboliger (tidligere bolig med service) og i omsorgsboliger for mennesker med utviklingshemming, hjemmehjelp og hjemmesykepleie til eldre og personer med funksjonshemming. Avlastning i og utenfor institusjon, korttidsopphold, tilbud i aktivitetssentre, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, støttekontakt, tilbud i dagsenter samt forebyggende tjenester som rehabilitering i institusjon inngår også i tjenestetilbudet.

Tabell 3: Nøkkeltall: Tjenester i institusjon

Tjenester i institusjon	Antall personer mottatt tjeneste				Antall plasser			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Langtidsopphold i bo- og behandlingssenter	1 075	1 072	1 096	1 091	764	774	780	779
Tidsbegrenset opphold i bo- og behandlingssenter	950	850	815	877	133	127	127	138
Tidsbegrenset opphold Altea (rehabilitering)	214	205	203	205	25	23	23	30
Tidsbegrenset opphold rehabilitering	167	186	193	162	22	22	22	22
Mottaksplasser	444	571	556	408	20	18	10	10
Akutt-/Krise-/Legevaktsplasser i bo- og behandlingssenter	192	196	273	555	3	5	15	15
Trygghetsplass i bo- og behandlingssenter	199	250	198	152	14	9	9	9
Dagopphold i bo- og behandlingssenter og omsorgsboliger for eldre	387	399	419	427	108	108	108	118
Dagopphold rehabilitering	83	72	75	76	10	10	10	10

Nedgangen på en langtidsplass fra 2015 skyldes enkeltkjøp av ekstern plass. Hospice Stabekk har i 2016 utvidet med 11 plasser. Ved Altea er det en nedgang av utleide plasser, og ved utgangen av 2016 disponerte kommunen 30 plasser. Mottaksplassene er fordelt med 6 plasser på Dønski bo- og behandlingssenter og 4

plasser på Solvik bo- og behandlingssenter. Ved Dønski bo- og behandlingssenter er det også 15 kommunale akutte døgnplasser. Ved Henie Onstad er det 9 trygghetsplasser. Økningen på 10 dagsenterplasser skyldes at dagopphold for yngre personer med demens er tatt med inn i tallene.

Antall plasser for tidsbegrenset opphold rehabilitering ved Lønnås er uendret. Alle dagsenterplassene tilpasses for mennesker med demens ved hjelp av statlige tilskudd. Det har samlet sett vært en økning i antall personer som har vært på de forskjellige korttidsplassene, hvorav den største økingen har vært en dobling av antall personer på kommunale akutte døgnplasser. Årsaken er helårseffekt av vekst i antall plasser i 2015.

Tabell 4: Nøkkeltall: Gjennomsnittlig botid

Gjennomsnittlig botid	Antall døgn ved avsluttet tjeneste			
	2013	2014	2015	2016
Langtidsplass i institusjon	746	759	819	834
Omsorgsbolig	1 147	1 474	1 236	*

* utgår – vanskelig pga. omlegging tjenestetype og mange flyttinger mellom boliger

Gjennomsnittlig botid på langtidsplasser har økt noe i 2016 og er nå i overkant av 2 år og 3 måneder. I omsorgsboligene har det i 2016 vært gjennomført mange flyttinger fra små enheter til større enheter. Dette gjør at det er vanskelig å få ut riktig gjennomsnittlig botid.

Tabell 5: Nøkkeltall: Gjennomsnittlig botid tidsbegrenset opphold

Gjennomsnittlig liggetid korttidsplasser	Antall døgn ved avsluttet tjeneste			
	2013	2014	2015	2016
Ordinære korttidsplasser (TOU)	26,2	25,5	27,6	25,0
Akuttsplasser*	7,3	6,5	6,9	6,7

* Mottaksplasser og kommunale akutte døgnplasser

På tidsbegrenset opphold skiller vi mellom ordinære korttidsplasser og akuttsplasser. Akuttsplassene omfatter mottaksplasser og kommunale akutte døgnplasser. Oppholdstid på akuttsplassene ligger stabil rundt 7 døgn de siste årene og er i tråd med målet på 7 dager. For de ordinære korttidsplassene har det vært en reduksjon i liggetid på 2, 6 døgn fra 2015 til 2016. Det er fremdeles er for lang oppholdstid på ordinære korttidsplasser i forhold til målet på 18 døgn.

Tabell 6: Nøkkeltall: Tjenester til hjemmeboende

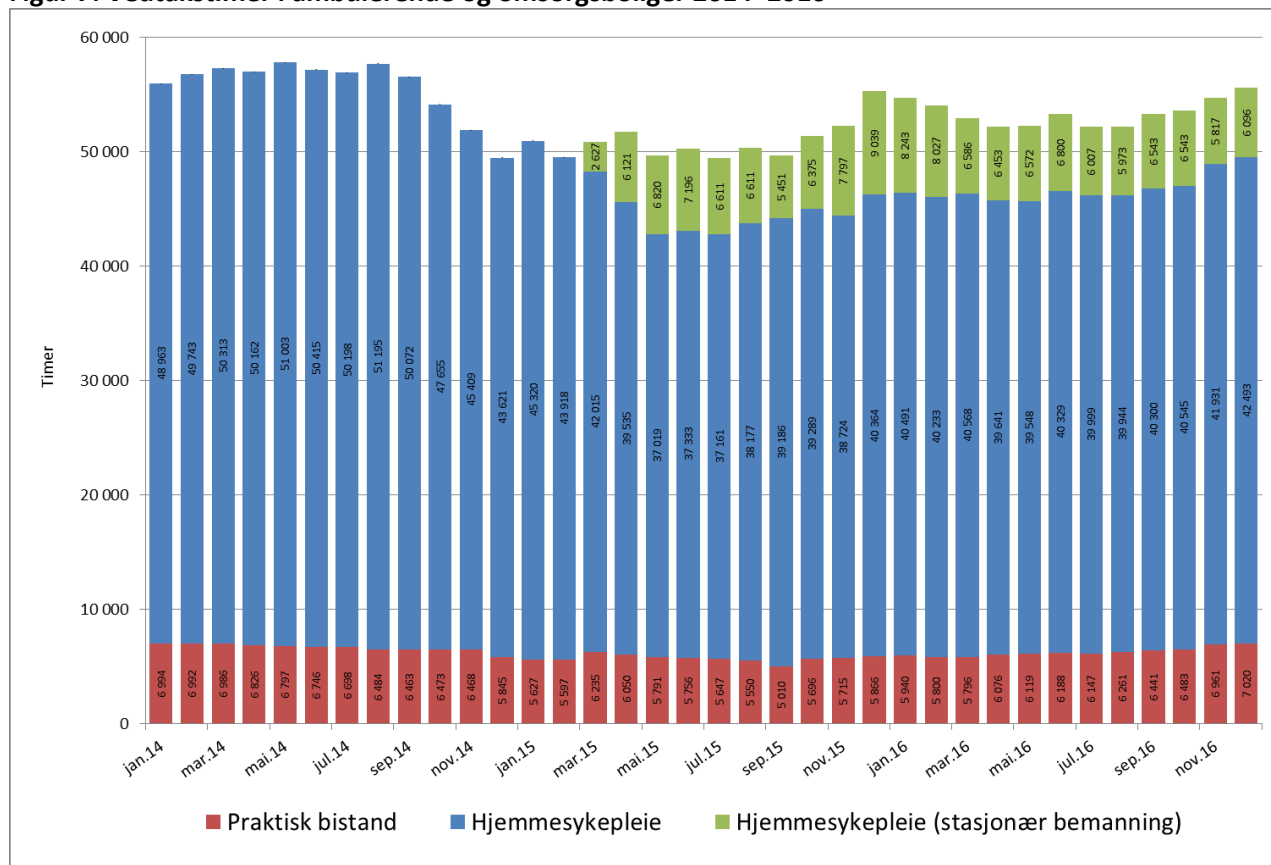
Tjenester til hjemmeboende	Antall personer som har mottatt tjenester			
	2013	2014	2015	2016
Omsorgsbolig	499	516	551	*
Praktisk bistand	2 108	2 051	1 986	1 982
Hjemmesykepleie	3 484	3 506	3 521	3 565
Praktisk bistand, opplæring (samlokaliserte boliger)	289	288	294	312
Trygghetsalarm	2 050	2 080	2 082	2 095
Støttekontakt	571	581	560	504
Brukerstyrt personlig assistanse	110	108	124	141
Omsorgslønn	207	207	259	302
Avlastning demente	127	153	188	172

** grunnet endring av tjenestetypen bolig med service til omsorgsbolig, samt flyttinger fra små enheter til større enheter, er datagrunnlaget for 2016 usikkert og tallet er derfor ikke oppgitt i tabellen*

Det har vært en økning fra 2015 i antall personer som har mottatt brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, hjemmesykepleie, praktisk bistand opplæring og trygghetsalarm. Det er ingen store endringer og økningen er i tråd med den demografiske utviklingen. I 4-årsperioden ser vi imidlertid en dreining. Antall mottakere av praktisk bistand og hjemmesykepleie er ganske stabilt, men antall mottakere av brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn og avlastning for demente har økt med henholdsvis 28 prosent, 46 prosent og 35 prosent. Økt antall personer som har mottatt brukerstyrt personlig assistanse har økt hver måned siden høsten 2015 og har sammenheng med rettighetsfesting av tjenesten. Økningen i antall med avlastning for demente er et resultat av siste års satsing. Det er usikkert om antall som mottar omsorgslønn skyldes en reell vekst. Vi vet at flere mottakere av denne tjenesten har et eller flere opphold av tjenesten i løpet av året, for eksempel ved korttidsopphold i institusjon. Dette medfører at den samme mottakeren telles flere ganger.

Det har vært en nedgang i antall personer som har mottatt praktisk bistand og støttekontakt.

Figur 7: Vedtakstimer i ambulerende og omsorgsboliger 2014–2016



Vedtaksstimene økte betydelig ved utgangen av 2013 og utover i 2014. Høsten 2014 ble det igangsatt en gjennomgang og oppdatering av alle vedtak i tråd med endringer i behov, noe som resulterte i en nedgang i vedtakstimene. Gjennomgangen viste at det ofte var estimert for mange timer i vedtak i henhold til faktisk forbruk. Timene har etter nedgangen høsten 2014 holdt seg på et stabilt nivå frem til siste kvartal 2015. Gjennom 2015 ble det arbeidet regelmessig med vedtakstimene og dette har fortsatt i 2016. I 2015 ble det opprettet en ny tjeneste «STAS». Dette er et hjemmesykepleievedtak hvor det er en stasjonær bemanning hos pasienten.

Tabell 7: Fordeling privat og kommunal leverandør hjemmebaserte tjenester

	2016
Bærum kommune	83,8 %
Private leverandører	16,2 %

Fordeling vedtakstimer 4. kvartal 2016

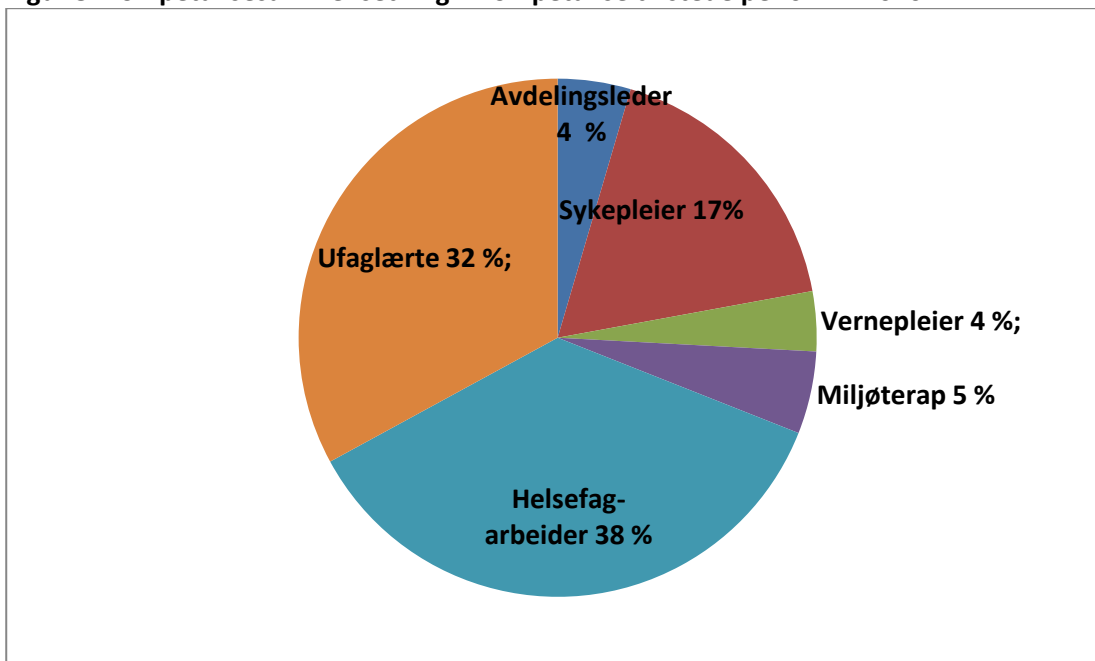
Vedtaks timer for 4. kvartal 2016 viser en fordeling mellom kommunal og privat leverandør på henholdsvis 84 prosent og 16 prosent. Andel vedtakstimer i ambulerende tjeneste som utføres av private leverandører har steget gjennom 2016.

Tabell 8: Utviklingen i sykefravær

Sykefravær	2013	2014	2015	2016
I alt	10,1 %	10,1 %	9,6 %	9,2 %
Korttids	3,3 %	3,1 %	3,3 %	3,2 %
Langtids	6,7 %	7,0 %	6,3 %	6,0 %
Årlig endring		0,0 %	-0,6 %	-0,4 %

Sykefraværet i Pleie og omsorg har de to siste årene gått ned. Alle ledere jobber kontinuerlig med å redusere sykefraværet. Fraværet ligger over nivå for gjennomsnittet i kommunen.

Figur 8: Kompetansesammensetning – kompetanse til stede per 01.12.2016



Kilde: Notus

Figuren viser samlet kompetansesammensetning for faktisk tilstedeværelse for ambulerende tjenester, institusjonstjenesten og samlokaliserte boliger. I samlokaliserte boliger er 59 prosent faglærte, hvor cirka halvparten har en 3-årig høyskoleutdanning. Institusjonstjenesten og ambulerende tjeneste har 70 prosent faglærte, herav har noe under halvparten en 3-årig høyskoleutdanning.

5.1.2 Rapportering på vedtatte HP-tiltak

Nedenfor en gjennomgang av tiltak fra vedtatt Handlingsprogram 2016–2019 som innebærer en økt aktivitet eller en innsparing. Rådmannen har gått gjennom alle tiltak som har effekt i 2016, samt tiltak fra forrige virksomhetsanalyse som ikke ble gjennomført som planlagt i 2015.

Gjennomførte tiltak:

Tiltak som ikke ble gjennomført i 2015, men som er gjennomført i 2016:

- **Avvikle små og lite rasjonelle boenheter** – Beboere ved Løkka bo- og behandlingssenter har flyttet til Solvik bo og behandlingssenter, og beboere fra Høyrabben omsorgsbolig og Gamle Lommedalsvei omsorgsbolig har flyttet til Gamle Drammensvei omsorgsbolig. Tiltaket var forsinket og fikk først full effekt i 2016. Beregnet besparelse var 4,8 mill.
- **Nye behov til yngre brukere** – Oppstart av nye boliger var noe forsinket i forhold til planlagt oppstart i 2015. Ved utgangen av 2015 gjenstod det igangsetting av drift av 14 leiligheter. Dette ble igangsatt i 2016.
- **Administrative reduksjoner, Kultur og fritid** – Regionalt aktivitetssenter beregnet å øke sin inntjening ved å modernisere kafeèn og gjestehuset. Rehabiliteringen av Emma kafè ble ferdigstilt i november 2015 og inntjeningen i 2016 er økt. Emma gjestehus har tatt i bruk et online bookingsystem slik at gjester kan sjekke tilgjengelighet og foreta booking på internett.
- **Kultur, aktivitet og livsglede på sykehjem og omsorgsboliger** – midlene har bidratt til økte aktiviteter innen sang, musikk og hverdagsaktiviteter ved våre bo- og behandlingssentre og omsorgsboliger.
- **Forebygging, redusert vekst i tjenestetildeling HP 15–18** – gjennom økt mestring og selvhjelpenhet var det beregnet en besparelse på 2,9 mill. i 2015 og 1,9 mill. i 2016 og utover. Tiltaket er gjennomført som planlagt.
- **Etablere handlepatrolje** – Beregnet besparelse var 4,9 mill. fra 2015. Beregningen var basert på at kommunen skulle kjøpe inn dagligvarer fra grossist, etablere eget lager og storkjøkkenet kjøre matvarene ut til hjemmeboende. I tiltaket lå det 3,0 mill. i forventet avanse på matvarene ved at kommunen kjøpte varer fra vår leverandør til lavere priser enn gjennomsnittspris i butikk, som bruker skulle betale. Etter at tiltaket ble vedtatt har konseptet endret form til det kommunen kaller Smartmat. Faktisk besparelse i tiltaket var 2,0 mill. lavere enn beregnet. I HP 2017–2020 er gjenstående effekt erstattet av andre nye tiltak.

Nye tiltak og tidligere vedtatte tiltak med økt effekt i 2016:

- **Merbehov brukerstyrt personlig assistanse** – tidligere vedtatt reduksjon på 1,9 mill. ble vedtatt kompensert. Økt budsjett er innarbeidet.
- **Administrative reduksjoner HP 16–19, Reduksjon ved tildelingskontoret** – økt arbeidsmengde som følge av flere innbyggere er blitt ivare tatt gjennom effektiviseringstiltak. Beregnet besparelse var 1,0 mill.
- **Administrative reduksjoner HP 16–19, Reduksjon kompetansemidler** – Det var tidligere avsatt 6,5 mill. per år til kompetanseheving innen Pleie og omsorg. Gjennom aktiv søking på statlige tilskuddordninger er reduksjon av egen avsetning til kompetanseheving gjennomført. Som forutsatt er kr. 3,0 mill. er spart i 2016.

- **Strammere tildelingspraksis i hjemmebaserte tjenester** – budsjettstyring og regnskapsrapportering er basert på en forutsatt besparelse (inkludert tidligere vedtatte innsparinger) på 5,0 mill. i 2016. Denne er forutsatt økende til 17 mill. i 2019.
- **Strukturelle grep og redusert enhetskostnad i samlokaliserte boliger for personer med utviklingshemming** Det er etablert tre større enheter og kostnadene er som forutsatt redusert med kr. 10 mill.
- **Utsatt vekst i dekningsgrad** – Besparelse på 7,8 mill. gjennom utsatt vekst i dekningsgrad i bo- og behandlingssentre er utført.
- **Hospice Stabekk utvides til palliativ enhet** – ombyggingen av de tidligere omsorgsboligene ble ferdigstilt og tatt i bruk i 2016 med en besparelse på 1,0 mill. Hospice Stabekk har nå 22 korttidsplasser.
- **Forsinket oppstart av tjenester i nye boliger** – Oppstart av tjenester i nye boliger ble forsinket i 2015, men er gjennomført i 2016.
- **Administrative reduksjoner HP 14–17** – er gjennomført med en besparelse på 0,7 mill.
- **Bedre utnyttelse av dagsenterkapasitet** – Lommedalen dagsenter er lagt ned med en besparelse på 1,7 mill.
- **Nytt bofellesskap for personer med demens som erstatning for eksisterende plasser** – Tiltaket ble vedtatt i HP 2014–17 med en beregnet besparelse på 5,5 mill. fra 2016. Tiltaket har siden da endret form og i HP 2016–2019 ble det vedtatt et nytt tiltak *Bofellesskap for personer med demens*. Tiltaket fra HP 2014–2017 er ikke gjennomførbart og er i HP 2017–2020 erstattet med andre nye tiltak.

Status øvrige tiltak

Tiltak: Egenandel på alle korttidsplasser

Status: Ikke gjennomført

Kommentar: Det ble innført egenandel i en kort periode på mottaksplassene i 2014. Ved etablering av kommunale akutte døgnplasser i 2015 valgte rådmannen å avslutte egenbetalingen på mottaksplassene. Begrunnelsen var likebehandling av plassene, da det ikke er egenbetaling på kommunale akutte døgnplasser. Forventet økning i egenbetaling var 0,9 mill. I forvaltningsrevisjonen av Samhandlingsreformen avgitt 10.01.2017 påpekes kommunens manglende egenbetaling på mottaksplassene. Dersom egenbetalingen gjeninnføres vil vi kunne få effektivert cirka 0,5 mill. av tiltaket. Resterende effekt på cirka 0,4 mill. bør erstattes av et supplerende tiltak.

Tiltak: Velferdsteknologi, redusere behov for våkne nattvakter

Status: Påbegynt

Kommentar: Tiltaket er forsinket. Det tar betydelig lengre tid enn planlagt å bytte ut pasientvarslingsanleggene grunnet kapasitet hos Eiendom. Beregnet besparelse var 1,0 mill. i 2015, økende til 2,0 mill. i 2016. I HP 16–19 ble det beregnet en ytterligere effekt med 0,7 mill. i 2016, økende til 4,9 mill. i 2019. Det er installert fire nye pasientvarslingsanlegg. Ved en omsorgsbolig har det vært mulig å redusere nattbemanning med effekt fra august. Effekten er som forutsatt, men fremdriften forsinket. I 2016 er 0,7 mill. av totalt 2,7 mill. effektivert, og det vil heller ikke i 2017 bli helårseffekt på grunn av kapasitetsutfordringer.

-
- Tiltak:** Administrative reduksjoner, HP 15–18
Status: Påbegynt
Kommentar: Beregnet besparelse var 19,6 mill. i 2015 og økende til 20,6 mill. i 2016. Tiltaket består av en rekke elementer som bl.a. reduksjon av merkantile, vaskeri, renhold, kjøkken, pleiepersonell og avdelingsledere. I 2015 ble kun 12 mill. effektivisert. I bo- og behandlingssentre var vedtatt besparelse 8,4 mill. i 2016. Effekten av tiltaket i bo- og behandlingssentre økte i 2016 fra 2015, men av vedtatt besparelse på 8,4 mill., er kun 6,1 mill. realisert. I ambulerende tjeneste var vedtatt besparelse 5,6 mill. Av dette er 2,7 mill. realisert. Det har i 2016 vært arbeidet med å gjennomføre tiltaket. Gjenstående effekt på 5,2 mill. er ikke gjennomførbart og bør erstattes av et supplerende tiltak.
- Tiltak:** Bofellesskap for personer med demens
Status: Påbegynt
Kommentar: Skisseprosjekt og byggeprogram basert på beslutningen om å bygge etter landsbykonsept er ferdigstilt. Prosjektet er planlagt etter inspirasjon fra nederlandske de Hogeweyk og gir plass til 158 beboere i tillegg til et dagaktivitetssenter for 10–12 personer. Det er utarbeidet et driftskonsept med sikte på effektivisering av omsorgstjenestene. Utvikling av tilbud og aktiviteter samt arbeid med strategi for frivillig arbeid, pågår. Prosjektet forventes ferdigstilt sommeren 2020. Det er allerede vedtatt en beregnet innsparing på 18,7 mill. fra 2019. Effekten kan ikke nås før etter ferdigstilling.
- Tiltak:** Administrative reduksjoner HP 2016–2019, Redusere sykefravær i institusjonstjenesten
Status: Ikke gjennomført
Kommentar: Tiltaket hadde en beregnet besparelse på 3,0 mill. ved en nedgang på 0,95 prosentpoeng i sykefraværet. Sykefraværet på korttid er ikke redusert, og tiltaket er dermed ikke effektivisert. Arbeidet med å redusere sykefraværet fortsetter, men en besparelse på 3,0 mill. anses ikke som realistisk, og bør erstattes av supplerende tiltak.
- Tiltak:** Administrative reduksjoner HP 2016–2019, Elektronisk nøkkelsystem i ambulerende tjeneste
Status: Påbegynt
Kommentar: Tiltaket har en beregnet besparelse på 0,6 mill. i 2016, økende til 6,6 mill. i 2019. Ved effektivisering av tiltaket viste det seg at det ikke var mulig å oppnå ønsket effekt før alle brukere med nøkkel fikk installert elektronisk lås, da ansatte likevel måtte bruke tid til nøkkelhåndtering for brukere som ikke hadde elektronisk lås. Det ble derfor siste kvartal i 2016 investert i elektronisk lås til alle brukere ved avdelingen. Beregnet besparelse på 0,6 mill. ble derfor ikke effektivisert. For 2017 forventes det full effekt av tiltaket.
- Tiltak:** Administrative reduksjoner HP 2016–2019, Effektivisering av vaskeri og renhold i institusjonstjenesten
Status: Påbegynt
Kommentar: Beregnet besparelse var 2,0 mill. og var basert på en reduksjon av årsverk ned til utarbeidet bemanningsnorm for renhold og vaskeri i institusjonstjenesten. Tiltaket må også sees i sammenheng med tiltaket administrative reduksjoner i HP 15–18 hvor det også ble vedtatt

reduksjoner på dette området. Tiltaket er ikke effektivert i 2016, men det vil arbeides videre med å få effektivert tiltaket.

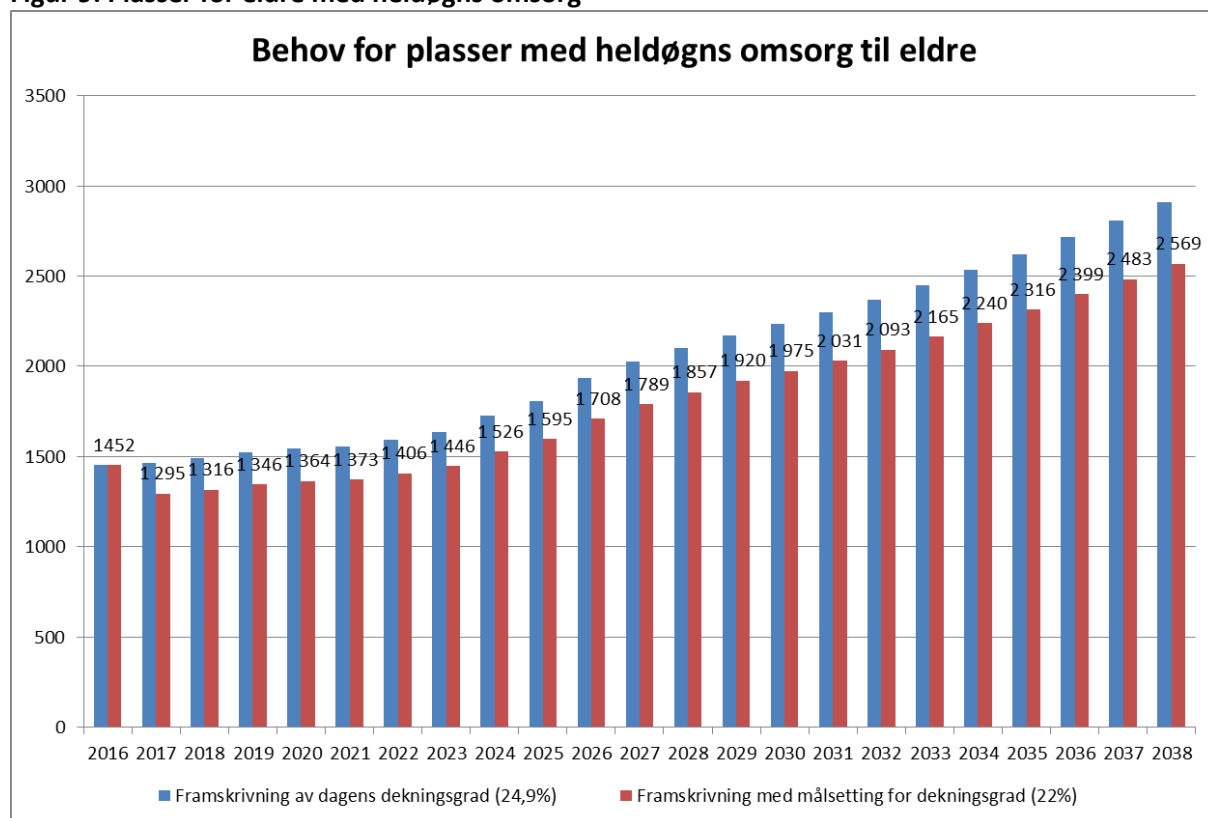
Tiltak: Administrative reduksjoner HP 2016–2019, Effektivisering i hjemmebaserte tjenester
Status: Påbegynt
Kommentar: Beregnet besparelse var 1,3 mill. og besto av flere små tiltak som inndragning av ubesatte merkantile deltidsstillinger og utgiftsreduksjoner ved omsorgsboligene. Ved omsorgsboligene er 0,6 mill. ikke effektivert. Det arbeides videre for å oppnå full effekt av tiltaket i 2017.

Tiltak: Administrative reduksjoner HP 2016–2019, Effektivisering transport dagsenter
Status: Ikke igangsatt
Kommentar: Tiltaket har en beregnet besparelse på 1,5 mill. fra 2017. Det viser seg at dette ikke er gjennomførbart og tiltaket bør erstattes av et supplerende tiltak.

5.1.3 Behovsutvikling

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

Figur 9: Plasser for eldre med heldøgns omsorg

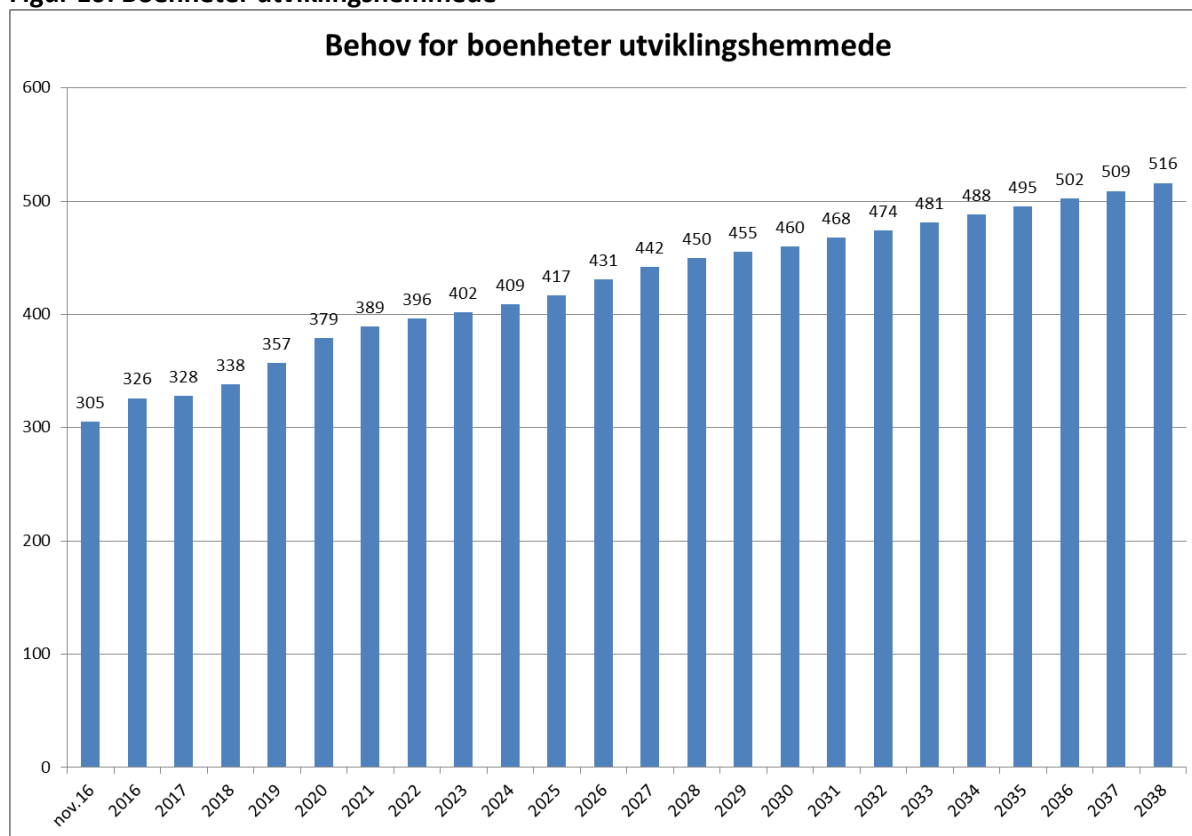


Kilde: Behovsplan 2017–2036

Figuren tar utgangspunkt i de oppgitte dekningsgrader for plasser med heldøgns omsorg til eldre og oppdaterer dette for befolkningsprognosen (KOMPAS 2016). Figuren viser at antall plasser med heldøgns

omsorg må øke kraftig i kommende 20 års periode. Skulle dagens dekningsgrad videreføres er behovet i 2036 ha cirka 1 300 flere plasser enn i dag. Ved en dekningsgrad på 22 prosent er behovet noe lavere, men utgjør fortsatt cirka 1 000 plasser. Behovsanalysen legger til grunn at dekningsgraden gradvis reduseres til cirka 22 prosent, det vil si at kommunen trenger en nettoøkning på cirka 1 000 plasser i 2036 i forhold til i dag.

Figur 10: Boenheter utviklingshemmede



Kilde: Behovsplan 2017–2036

Figuren viser hvordan boligbehovet til mennesker med utviklingshemming samlet sett forventes å utvikle seg i løpet av analyseperioden.

Beregningen vist i figuren 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 per år). Bruker-gruppen er gjennomsnittlig relativt ung og det er økende levealder.

Det fremgår av figuren at boligbehovet øker kraftig. I 2036 vil det være behov for cirka 200 flere boliger enn i dag. Fra 2016 til 2021 er det i gjennomsnitt behov for 17 boliger per år. Samlet sett viser figuren noe lavere behov i slutten av analyseperioden enn i forrige behovsanalyse. Dette skyldes at brukergruppen og behov nå er nærmere kartlagt

5.1.4 Aktuelle oppfølgingspunkter

Resultatgjennomgangen foran viser at de aller fleste tiltak er gjennomført med den effekten som var forventet. Når en del tiltak ikke er gjennomført har dette sammenheng med følgende forhold:

- Enkelte investeringer blir forsinket på grunn av kapasitet.
- En del av tiltakene er sammensatt av mange enkelttiltak. Rådmannen ser at det i noen slike sammensatte tiltak, ikke har vært tilstrekkelig gjennomføringskraft knyttet til alle enkeltelementer.
- Rådmannen har lagt lista relativt høyt når det gjelder forventet effekt av enkelttiltak. Dette fører noen ganger til at ambisjonen ikke nås. Rådmannen mener allikevel det er viktig å tørre å sette høye ambisjoner å strekke seg etter. Dette fører til at vi noen ganger ikke når forventet effekt, men gir allikevel bedre samlet effekt enn å sette lave, nærmest selvoppyllende ambisjoner.

Institusjonstjenesten og ambulerende tjeneste har flere tiltak som ikke er gjennomført eller har den effekten som var beregnet. Manglende effektuering av tiltak og driftsresultatet for 2016 viser at det er behov for en kostnadsgjennomgang av tjenesten for å sikre at det er mulig å redusere kostnadene ytterligere.

Tabell 9: Ikke realiserbare innsparinger

Tiltak	Vedtatt innsparing	Ikke gjennomførbart
Egenandel på alle korttidsplasser	0,9	0,4
Administrative reduksjoner HP 15–18	20,6	5,2
Administrative reduksjoner HP 16–19, redusere sykefravær i institusjonstjenesten	3,0	3,0
Administrative reduksjoner HP 16–19, Effektivisering transport dagsenter	1,5	1,5
Sum		10,1

Gjennomgangen viser at det er 10,1 mill. av vedtatte innsparinger som ikke er realiserbare. Disse tiltakene bør erstattes av supplerende tiltak i HP 2018–2021.

Full drift av Dønskiveien 39–47 (demenslandsbyen) ligger foreløpig 2 år etter opprinnelig planlagt oppstart, og Lindelia ligger cirka 1,5 år etter opprinnelig planlagt oppstart. Dette skaper utfordring for vedtatt besparelse på 18,7 mill. fra 1.1.2019, økende til 23 mill. i 2020. Det vil være svært krevende å finne et midlertidig tiltak i denne størrelsen.

Pleie og omsorg har en inntektssvikt på brukerbetalingene for langtidsopphold, korttidsopphold og praktisk bistand. Inntektene er redusert de siste årene. Lavere inntekter per plass fører til økte nettoutgifter per plass. Dette vil over tid føre til en økning av demografiskompensasjonen.

Tallene fra KOSTRA for pleie og omsorg omfatter mange deltjenester til forskjellige brukergrupper innen samme funksjon. Det arbeides nå i ASSS nettverket om en felles inndeling av 4.siffer under F254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende ved å skille ambulerende tjenester og tjenester i bolig. Det kan gi et annet grunnlag til å analysere dataene dersom kvaliteten av data i inndelingen er tilfredsstillende.

5.2 Helse og sosial

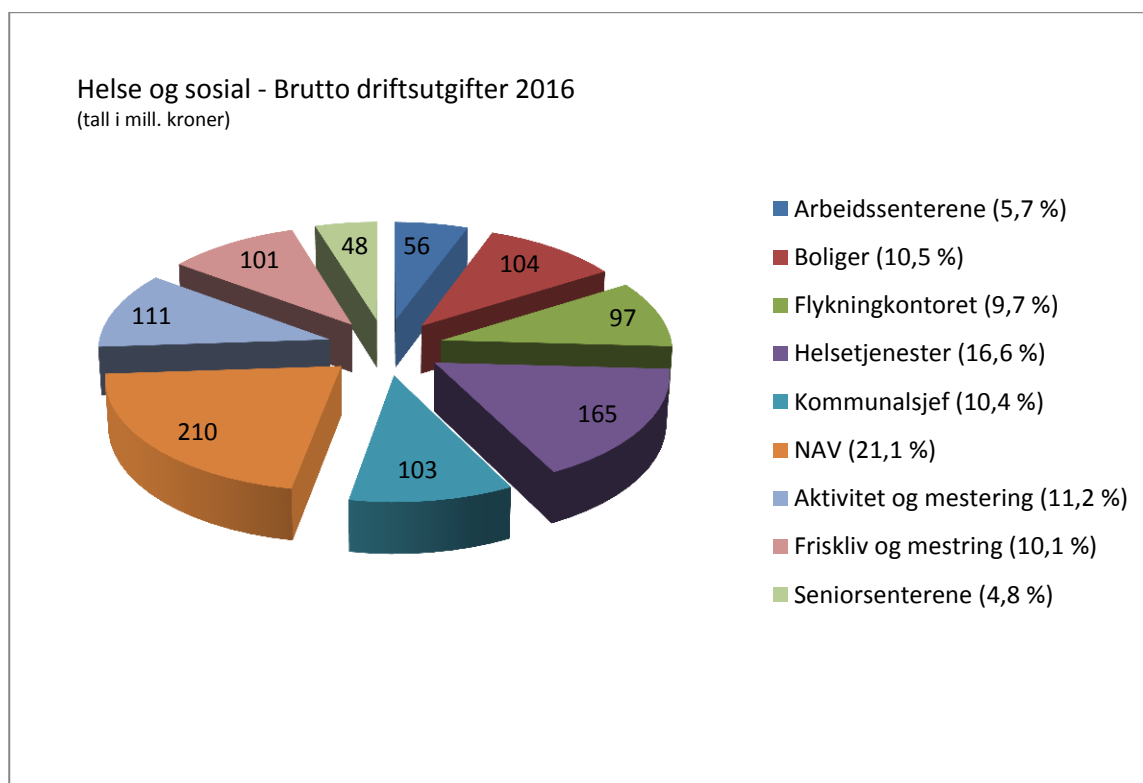
Området Helse og sosial omfatter tjenester innenfor tre ulike programområder:

- Programområde 32 Pleie og omsorg – tre resultatområder: 234 Aktivisering- og servicetjenester ovenfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon og 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.
- Programområde 33 Sosialtjeneste og bolig – åtte resultatområder: 330 kvalifiseringsprogrammet, 331 råd og veiledning og sosialt forebyggende arbeid, 332 kommunalt disponerte boliger, 333 økonomisk sosialhjelp, 334 tilbud til personer med rusproblemer, 335 bistand til etablering og opprettholdelse av egen bolig, 336 kommunale sysselsettingstiltak og 337 introduksjonsordningen.
- Programområde 36 kommunehelse – to resultatområder: 362 forebyggende arbeid og 363 diagnose, behandling og rehabilitering.

5.2.1 Økonomi og nøkkeltall

5.2.1.1 Driftsutgifter og inntekter

Figur 11: Driftsutgifter Helse og sosial 2016



Helse og sosial er et fragmentert område med mange tjenester og ulike kostrafunksjoner. Området består i stor grad av lovpålagte tjenester som kun til en viss grad kan påvirkes.

Sosialtjenesten i NAV utgjør 21,1 prosent av bruttoutgiftene i Helse og sosial, hvor utbetaling av økonomisk sosialhjelp er den største utgiften i tillegg til utbetaling av kvalifiseringsstønad. Disse stønadene er svært regelstyrt og konjunkturavhengig, blant annet av arbeidsledigheten. Utbetaling av økonomisk sosialhjelp har

økt med 10 prosent fra 2014 til 2015, og med 9,2 prosent fra 2015 til 2016, noe som er godt synlig på Helse og sosial sitt regnskap for disse årene.

Helsetjenester står også for en betydelig del av brutto driftsutgiftene med 16,6 prosent. Tjenesten består fra og med høsten 2016 av Asker og Bærum legevakt, Helsetjenester ved Ila fengsel, Asker og Bærum krisesenter, samt Folkehelsekontoret som blant annet omfatter fastlegetjenesten, vaksinasjon, skjenkebevilling og miljørettet helsevern.

Kommunen har ni boliger innen psykisk helse med til sammen 120 boenheter. I tillegg har kommunen to boliger innen rus, som sammen med Housing First og natthjemmet har 33 boenheter. Disse danner til sammen tjenesten Bolig. Det er kun en bolig som har døgnbemanning, mens et ambulerende natt-team arbeider på tvers av de øvrige boligene. Brukerne får tildelt leilighet og et vedtak om tjenester av Tildelingskontoret.

Aktivitet og mestring består av Boligkontoret, Rustjenesten, Sosialfaglige tjenester, samt Psykisk helse øst og vest. De største driftsutgiftene ligger på Boligkontoret i form av bistand til å etablere/opprette egen bolig. Deler av utgiftene må sees mot tilsvarende inntekter fra Husbanken. Gjennom 2016 har dette tjenestestedet blitt inndelt i to tjenestesteder: Tjenestestedet Henvendelser for boliger, psykisk helse og rus som skal gi tjenester uten vedtak og innbefatter avdelingen Boligkontoret, som nå heter Boligbistand, og deler av Rustjenesten og hele Sosialfaglig tjenester som utgjør avdelingen Tidlig innsats. Dette tjenestestedet skal arbeide etter «en dør inn» prinsippet. Tjenestestedet Oppfølgingstjenester psykisk helse og rus som innbefatter resten av det gamle tjenestestedet Aktivitet og mestring, og gir tjenester etter vedtak fra Tildelingskontoret. Tjenestestedet har to avdelinger som heter henholdsvis Oppfølgingstjenester psykisk helse og rus Øst og – Vest.

Flyktningkontoret arbeider både med etablering og introduksjon av flyktninger, i tillegg til at migrasjonshelse er knyttet til tjenesten. Det har de siste to årene vært bosatt langt flere flyktninger enn tidligere år, blant annet ble det i 2016 bosatt 309 flyktninger, inkludert 36 enslige mindreårige. Til sammenligning ble det i 2014 bosatt 130 flyktninger inkludert 9 enslige mindreårige. Dette, i tillegg til at kommunen har hatt høye kostnader på området sammenlignet med andre kommuner, har ført til at det har vært stor fokus på denne tjenesten i 2015 og 2016. Det har vært gjennomført flere store prosjekter for å samordne og effektivisere tjenesten. Flyktningkontoret står for 9,7 prosent av brutto driftsutgiftene innen Helse og sosial.

Bærum arbeidssentre er den største tilbyderen av arbeidsrettede tiltak i kommunen. Arbeidssentrene står for 5,7 prosent av driftsutgiftene og nytt i 2016 er at Bjørnegård aktivitetssenter har blitt innlemmet i tjenesten som ett ledd i å samle arbeid og aktivitetsrelaterte tjenester. Tjenesten har over tid tatt i mot et økt antall arbeidstakere samtidig som nettodriftsutgiftene har blitt redusert på grunn av økte inntektskrav.

Friskliv og mestring (gamle opptrening og rehabilitering) ble 1. august 2016 opprettet som et nytt tjenestested innen Helse og sosial. Tjenesten består av fysio- og ergoterapitjenesten, Hjelpemiddelutlånet, Senter for mestring og forebygging, samt Bærum helse og friskliv med blant annet det kommunale fastlegekontoret. Tjenesten har også ansvar for tilrettelegging og utbetaling av driftstilskudd til de private fysioterapeutene med driftsavtaler. Det ble i 2015 gjennomført et prosjekt i forhold til hverdagsrehabilitering med svært gode resultater. Hverdagsrehabilitering ble i 2016 implementert i ordinær drift i 3 av 5 distrikter.

Tabell 10: Utgifts- og inntektssammenheng for området, regnskapstall

Mill. kr	2013	2014	2015	2016	Andel av brutto driftsutgifter
		1 003			
Brutto driftsutgifter	988 678	296	933 105	994 648	
<i>Herav lønn</i>	<i>519 039</i>	<i>522 215</i>	<i>524 395</i>	<i>544 215</i>	<i>54,7 %</i>
<i>Herav utbetaling av introduksjonsstønad</i>	<i>27 125</i>	<i>30 206</i>	<i>32 010</i>	<i>42 180</i>	<i>4,2 %</i>
<i>Herav utbetaling av kvalifiseringsstønad</i>	<i>29 073</i>	<i>25 907</i>	<i>31 329</i>	<i>27 423</i>	<i>2,8 %</i>
<i>Herav andre driftsutgifter</i>	<i>469 639</i>	<i>481 081</i>	<i>408 710</i>	<i>450 434</i>	<i>45,3 %</i>
<i>Herav kjøp av tjenester *)</i>	<i>69 948</i>	<i>66 853</i>	<i>80 543</i>	<i>103 246</i>	<i>10,4 %</i>
<i>Herav utbetaling av økonomisk sosialhjelp</i>	<i>90 018</i>	<i>94 529</i>	<i>103 941</i>	<i>113 522</i>	<i>11,4 %</i>
<i>Herav etableringsstønad til flyktninger</i>	<i>6 120</i>	<i>7 148</i>	<i>9 022</i>	<i>14 035</i>	<i>1,4 %</i>
<i>Herav kommunal bostøtte</i>	<i>2 794</i>	<i>8 263</i>	<i>12 464</i>	<i>17 113</i>	<i>1,7 %</i>
<i>Herav utbetaling av driftstilskudd til leger/fysio</i>	<i>76 579</i>	<i>79 751</i>	<i>80 989</i>	<i>83 862</i>	<i>8,4 %</i>
<i>Herav kommunal medfinansiering (samh.ref)</i>	<i>105 408</i>	<i>110 120</i>	<i>1 226</i>	<i>0</i>	<i>0,0 %</i>
<i>Herav kjøp av omsorgsplasser psykiatri</i>	<i>48 552</i>	<i>43 601</i>	<i>56 301</i>	<i>73 261</i>	<i>7,4 %</i>
Brutto driftsinntekter	191 499	176 299	182 536	206 418	
Netto driftsutgifter	797 179	826 997	750 569	788 231	

Årsaken til nedgangen i brutto og netto driftsutgifter mellom 2014 og 2015 skyldes bortfall av medfinansieringsordningen (Samhandlingsreformen).

Helse og sosial har en relativt lav lønnsandel på 54,7 prosent. Introduksjonsstønad til flyktninger og kvalifiseringsstønad hos NAV regnskaps føres som lønnsutgifter. Dersom vi trekker ut disse utgiftene, vil lønnsandelen synke til 47,7 prosent.

Det er i tabellen tatt frem noen av utgiftene som er spesielle for området, som økonomisk sosialhjelp, etableringsstønad til flyktninger, kommunal bostøtte, utbetaling av driftstilskudd til leger og fysioterapeuter, samt kjøp av omsorgsplasser innen psykiatri.

Tabellen viser at det har vært en stor økning i sosialhjelp, både fra 2014 til 2015 og fra 2015 til 2016. Dette vil omtales senere i analysen.

Dersom vi ser på lønnskostnadene, så er det en økning på i underkant av 20 millioner kroner. Litt over 10 mill. av økningen skyldes økt utbetaling av introduksjonsstønad på grunn av økt bosetting av flyktninger. Det har i tillegg vært ansatt to personer både på *Boligkontoret* og på *Flyktningkontoret* for å ta i mot og etablere flyktningene, årsverkene hadde halvårseffekt i 2016. Det har vært opprettet flere prosjektstillinger med statlig finansiering og også Lysaker asylmottak har ført til en økning i lønnskostnadene i 2016. Stillingene har blitt finansiert med statlige tilskudd eller refusjoner.

Tabellen viser at Helse og sosial har økte øvrige brutto driftsutgifter på i overkant av 40 mill. Økningen består av økte etableringsutgifter til flyktningene på 5 mill., økt utbetaling av økonomisk sosialhjelp på 9,6 mill., økt utbetaling av kommunal bostøtte på 4,6 mill., økt utbetaling av basistilskudd leger og driftstilskudd fysioterapeuter på til sammen 2,9 mill. og økt kjøp av eksterne plasser innen psykiatri på 20 mill. Dersom vi ser bort i fra ovennevnte utgiftsøkninger, så er det en nedgang på andre driftsutgifter på resten av området.

Tabell 11: Utgifts- og inntektssammenheng for området, regnskapstall

Driftsinntekter, mill. kr	2013	2014	2015	2016	Andel av samlede driftsinntekter
Driftsinntekter, sum	191 494	176 023	182 537	206 418	
Herav brukerbetaling/salgsinntekter	32 342	31 332	35 023	39 744	19,3 %
Herav refusjon fra staten	57 435	51 229	49 472	59 771	29,0 %
Herav refusjon ressurskrevende brukere	34 744	25 865	27 588	37 271	18,1 %
Herav refusjon andre kommuner	17 275	18 210	18 645	22 228	10,8 %
Herav refusjon fra andre (private)	855	729	666	996	0,5 %
Herav MVA-kompensasjon	9 553	10 383	10 802	11 037	5,3 %
Herav sykkelønsrefusjon	18 270	21 389	20 529	21 157	10,2 %
Herav internsalg	2 567	1 038	3 167	0	0,0 %
Herav andre statlige overføringer	18 453	15 848	16 645	14 214	6,9 %
<i>Årlig vekst</i>		-15 471	6 514	23 881	
<i>Årlig vekst i %</i>		-8 %	4 %	13 %	

Totalt sett har netto driftsinntektene økt fra 2015 til 2016 med 13 prosent. Økningen består hovedsakelig av økt refusjon ressurskrevende brukere innen psykiatri, økt refusjon og statlig tilskudd ved NAV, samt tilskudd til Lysaker asylmottak.

Nedgangen i Refusjon fra staten fra 2012 til 2013 skyldes endring i måten å føre midler fra Husbanken på. Fra 2015 til 2016 økte den statlige refusjonen igjen. Økningen er knyttet til ekstratilskudd for funksjonshemmede flyktninger.

Nedgangen fra 2013 til 2014 i refusjon for ressurskrevende brukere skyldes blant annet en nedgang i bruttokostnader i forbindelse med kjøp av plasser. Det har ikke vært en nedgang i antall brukere, men snarere at hver bruker har vært billigere på bruttonivå. Fratrasket refusjonen, så har netto utgiftsnivå var stabilt. Økningen fra 2015 til 2016 var på hele 35 prosent. Økningen skyldes at antall brukere har økt. Dette gjenspeiles også i en økning i utgiftsnivået.

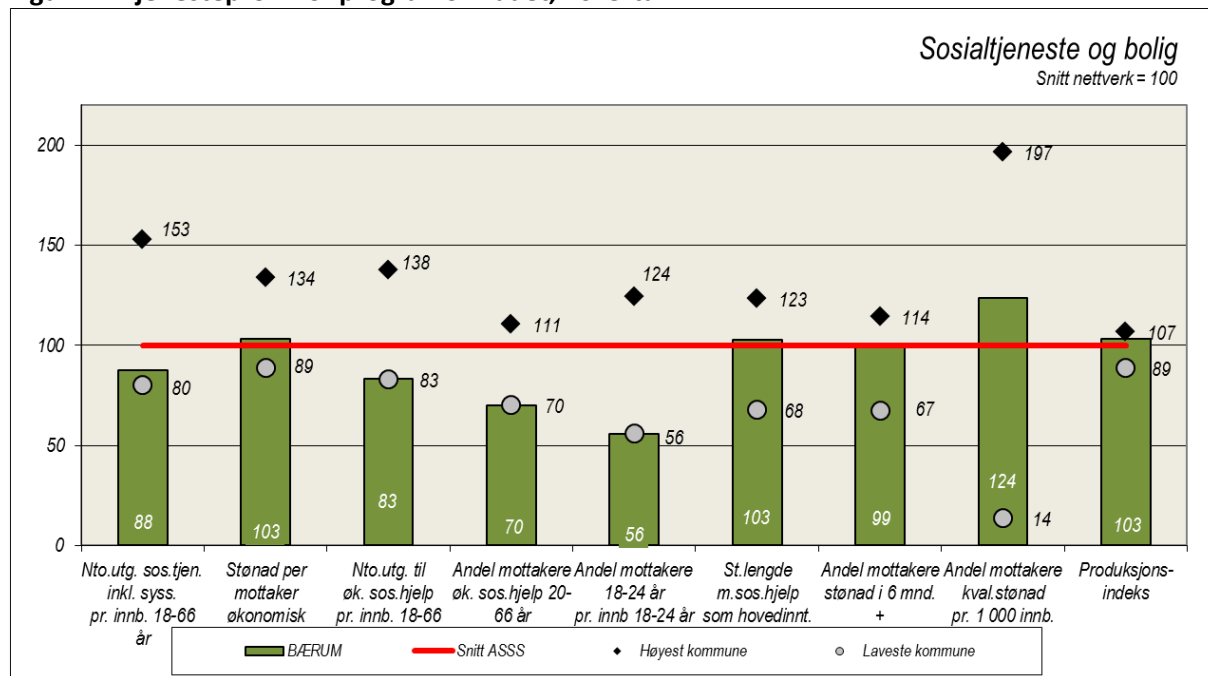
Refusjon fra andre kommuner gjelder kommunens samarbeid med Asker i forbindelse med Legevakten og krisesenteret. Dette er interkommunale samarbeid hvor Bærum driver tjenesten og fakturerer Asker for driften.

Det er store refusjoner fra staten som hovedsakelig kommer fra HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) og den statlige delen av NAV. Refusjonene som blant annet Folkehelsekontoret, Legevakten, NAV sosial og Flyktningkontoret mottar, henger sammen med tilsvarende utgifter. Kommunen mottar også refusjon fra helsedirektoratet for å drifte helsetjenestene ved Ila fengsel.

5.2.1.2 Ressursbruk sammenlignet med andre kommuner

Sosialtjeneste og bolig (programområde 33)

Figur 12: Tjenesteprofil for programområdet, 2015-tall



På de aller fleste av styringsindikatorerne i tjenesteprofilen ligger Bærum lavest, under eller nært gjennomsnittet for ASSS-kommunene. Dette har vært gjeldende over tid og henger sammen med de sosioøkonomiske forholdene i kommunen.

- Bærum ligger, som tidligere år, under gjennomsnittet til ASSS-kommunene i netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger 18–66 år. Bærum hadde en høyre økning i utgiftene per innbygger fra 2014 til 2015 sammenlignet med gjennomsnittet. Fra å ligge 15 prosent under på 2014-tallene, så har kommunen nærmet seg de øvrige kommunene og ligger 12 prosent under gjennomsnittet i 2015. Det er fortsatt bare Sandnes og Tromsø, i tillegg til Asker som ligger lavere enn Bærum.
- Brutto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp per mottaker ligger fortsatt noe høyere enn gjennomsnittet. I tillegg har Bærum hatt en høyere økning fra 2014, sammenlignet med gjennomsnittet. Bærum har, i tillegg til Oslo, den høyeste økningen i stønad per mottaker. Dette henger sammen med at Bærum også har hatt den høyeste økningen i stønadslengde for mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde. Dette er en av kostnadsdriverne i forhold til hvor mye en mottaker i gjennomsnitt mottar av sosialhjelp per år. Bærum har i flere år ligget under både gjennomsnittet og Asker hva gjelder stønadslengde, men har spesielt det siste året hatt en kraftig økning som gjør at kommunen nå ligger over. Dette henger blant annet sammen med stigende arbeidsledighet, noe som gjør at det blir enda vanskeligere å få sosialhjelpsmottakerne i arbeid. I tillegg arbeider Bærum hardt med å få ut de «letteste» mottakerne, noe som igjen gjør at de man sitter igjen med er langtidsklientene.

I tallene til Bærum er det korrigert for at kommunen fører etableringsutgiftene til flyktningene på funksjon 281 (økonomisk sosialhjelp). Dette fordi kommunen har en særordning hvor det er Flyktningkontoret som utbetaler etableringsstønad. Dette gjør at stønaden ikke regnes som sosialhjelp og at flyktningene dermed ikke kan regnes som sosialhjelpsmottakere. For å få et korrekt forhold mellom utbetaling av sosialhjelp og antall mottakere, så har kommunen korrigert for utgiftene.

- Når det gjelder andel mottakere av økonomisk sosialhjelp 20–66 år av antall innbyggere i samme aldersgruppe, er Oslo høyest og Bærum er lavest. Noe av forklaringen er at i Bærum telles flyktninger bare med dersom de mottar supplerende sosialhjelp i tillegg til etableringsstønad. Også korrigert for dette ligger Bærum langt under gjennomsnittet for ASSS, men noe mindre enn de 42 prosentene under som figuren viser.
- På indikatoren andel mottakere 18–24 år per innbygger i samme aldersgruppe, ligger Kristiansand høyest og Bærum lavest. Her ligger Bærum hele 44 prosent under gjennomsnittet, mens kommunen for 2014 tallene lå 42 prosent under. Nedgangen skyldes at Bærum har fått færre sosialhjelpsmottakere i denne aldersgruppen (Nedgang fra 324 til 304 mottakere fra 2014–2015). Bærum har over tid hatt veldig gode resultater i forhold til de yngste sosialhjelpsmottakerne. Dette er en bevisst satsing fra kommunen sin side. Det er lagt inn mye ressurser mot denne gruppen, da dette er mottakere som vil forbli i systemet i mange år dersom de ikke blir selvhjulpne. Kommunen har vært flinke til å søke mye eksterne midler til målgruppen og driver flere prosjekter med statlige midler. Etter vedtak i kommunestyret, ir kommunen også tilskudd til blant annet "Ung i jobb" prosjektet som har bidratt til å hjelpe denne målgruppen ut i arbeid og/eller utdanning. Når aktivitetsplikten ovenfor mottakere under 30 år blir innført fra og med 1. januar 2017, vil Bærum være en foregangskommune som har drevet med dette allerede en tid. Allikevel ønsker kommunen å forsterke denne satsningen ytterligere ved at det skal ansettes to engasjementer i 2017 som skal arbeide med aktivitetsplikt for alle mottakere under 30 år.
- Andel mottakere av kvalifiseringsstønad per 1 000 innbygger har gått ned, både reelt og i forhold til gjennomsnittet. Dette skyldes at det har vært færre aktuelle kandidater til ordningen. Antall deltakere på kvalifiseringsordningen må sees i sammenheng med antall sosialhjelpsmottakere og kommunen arbeider aktivt med å få de sosialhjelpsmottakerne som tilfredsstillter kravene til kvalifiseringsordningen, over på dette.
- Produksjonsindeksen viser at Bærum har en produksjon som er cirka 3 prosent over gjennomsnittet av de øvrige kommunene. Dette er likt med hva 2014-tallene viste. Nærmere analyse av produksjon og effektivitet, kommer senere i dette kapitlet.

Tabell 12: Enhetskostnader Introduksjonsordningen, utvikling siste tre år

Enhetskostnader introduksjonsordningen	2013			2014			2015		
	Bærum	ASSS- snitt	Asker	Bærum	ASSS- snitt	Asker	Bærum	ASSS- snitt	Asker
Antall bosatte flyktninger per 1 000 innbyggere	0,8	1,1	0,8	0,8	1,3	1,1	1,3	1,7	1,2
%-vis endring				0,0 %	18,2 %	37,5 %	62,5 %	30,8 %	9,1 %
Netto driftsutgifter introduksjonsordningen per innbygger 18–66 år	570	630	401	658	690	402	693	782	399
%-vis endring				15,4 %	9,5 %	0,2 %	5,3 %	13,3 %	-0,7 %
Brutto driftsutgifter introduksjonsordningen per mottaker	211	164	130	239	175	147	218	174	140
%-vis endring				13,3 %	6,7 %	13,1 %	-8,8 %	-0,6 %	-4,8 %

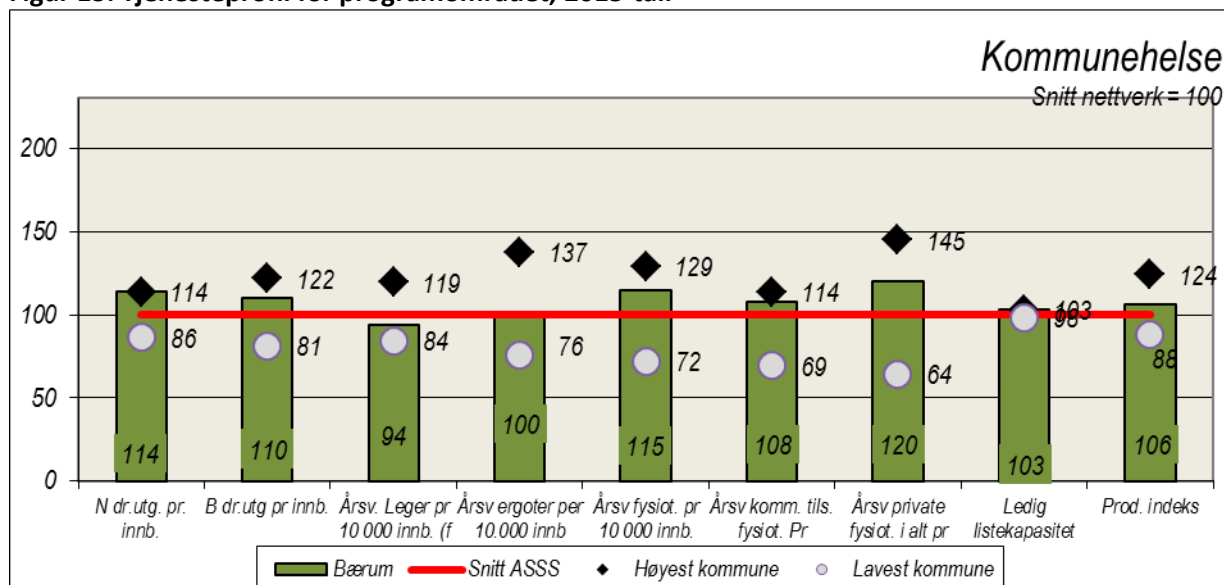
Tabellen viser at Bærum ikke hadde noen vekst i bosetting av flyktninger per 1 000 innbyggere fra 2013 til 2014, men en enorm vekst fra 2014 til 2015 på 62,5 prosent. Det påpekes at tallene er uten familiegjenforente. Den store veksten skyldes både en økning i det ordinære bosettingsvedtaket for 2015, samtidig som kommunen på slutten av 2014 vedtok å bosette 40 ekstra flyktninger over to år, hvor i praksis alle ble bosatt først i 2015.

Tallene viser at Bærum har hatt vekst i netto driftsutgifter til introduksjonsordningen, både fra 13–14 og fra 14–15. Veksten fra 13–14 tilsier at intro-ordningen ble dyrere selv om ikke bosettingen økte. Dette var også det første året hvor Bærum ble med i Beregningsutvalgets kartlegging av utgifter til bosetting og integrering av flyktninger. Fra slutten av 2014 fikk kommunen satt et spesielt fokus på kostnadsutviklingen på feltet. Bærum hadde en langt lavere økning av utgiftene fra 14–15, tross økt bosetting. Tallene viser også at Asker, til tross for stor økning i antall bosatte flyktninger, har klart å holde utgiftene til introordningen nede.

Tallene viser at Bærum har en enhetskostnad per mottaker som er høyere enn både gjennomsnittet og Asker, til tross for en nedgang på 8,8 prosent fra 2014–2015. Dette henger sammen med at Bærum har hatt dyrere utgifter til introduksjonsordningen og at deltakerne også har vært lengre i ordningen enn gjennomsnittet. I tillegg vil regnskapsføringspraksis spille stor rolle her. Vi vet at Bærum for 2015 fører en stor del av etableringsutgiftene på denne funksjonen, mens mange andre kommuner fører disse på funksjon råd og veiledning sosiale tjenester. Fra og med 2016, har også Bærum startet med det, noe som trolig vil være synlig i neste års tall. Det er i tillegg store forskjeller mellom kommunene, hvor Tromsø har de desidert høyeste utgiftene (25 prosent over Bærum), mens Oslo og Stavanger ligger lavest (hele 57 prosent under Bærum). Oslo er et eksempel på en kommune som fører store deler av utgiftene på råd og veiledning sosiale tjenester og har svært lave utgifter på dette området.

Kommunehelse (programområde 36)

Figur 13: Tjenesteprofil for programområdet, 2015-tall



- Figuren viser både at Bærum har netto driftsutgifter per innbygger som er høyest av alle ASSS-kommunene. Bærum har hatt en marginal økning fra 2014 til 2015 og ligger nærmere gjennomsnittet enn tidligere. Fra å ligge 16 prosent over i 2014, ligger kommunen nå 14 prosent over. Tilsvarende utvikling har det vært for brutto driftsutgifter per innbygger. Bærum lå i 2014 11 prosent over gjennomsnittet, mens dette for 2015 er redusert til 10 prosent over. Drammen har høyere brutto driftsutgifter per innbygger enn Bærum.

Hovedforklaringen til Bærums høye utgifter er at Bærum bruker mye mer enn gjennomsnittet på forebyggende helsetiltak. Blant annet Senter for mestring og forebygging (Semfo) styrket. Det arbeides nå med å samle lavterskeltilbudene i kommunen etter «en dør inn» prinsippet og det forventes å se en effektivisering på området som først vil være synlig i 2017-tallene.

- Bærum har over tid ligget lavere enn gjennomsnittet i årsverk leger per 10 000 innbyggere. Bærum har både fra 2013–2014 og fra 2014–2015 hatt en reell økning i antall legeårsverk og også en økning i forhold til gjennomsnittet. Fra å ligge 8 prosent under gjennomsnittet i 2014, ligger Bærum 6 prosent under i 2015. Dette er en bevisst satsning fra kommunens side. Det har i flere år vært et mål i Handlingsprogrammet å øke antall fastleger, da dette gir et bedre tilbud til innbyggerne, i tillegg til at det forhåpentligvis bidrar til mindre press på legevakten.
- Bærum har hatt en liten økning i antall årsverk ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. Dette skyldes innføring av hverdagsrehabilitering. De øvrige sammenligningskommunene har økt mer enn Bærum og fra å ligge over gjennomsnittet i årsverk ergoterapeuter i 2014 og tidligere, så ligger Bærum med 2015-tallene på gjennomsnittet.
- Det har vært en liten nedgang i antall årsverk fysioterapeuter per 10 000 innbyggere for Bærum. Dette gjelder i forhold til private fysioterapeuter. Totalt sett ligger Bærum fremdeles 15 prosent over gjennomsnittet hva gjelder årsverk fysioterapeuter. Kommunen har tradisjonelt ligget høyt over gjennomsnittet, men har de siste 3–4 årene nærmet seg gjennomsnittet. Gjennomsnittet i ASSS har også gått ned, men Bærum har redusert mer enn gjennomsnittet.

- Fastlegenes ledige listekapasitet har hatt en liten økning i Bærum og det kan ha sammenheng med økning i antall fastleger. Dette gir større valgfrihet til innbyggerne.
- Produksjonsindeksen viser at Bærum har en produksjon som ligger cirka 6 prosent over gjennomsnittet av ASSS-kommunene. Dette er en marginal økning fra 2014-tallene. En nærmere analyse av produksjon og effektivitet, kommer senere i dette kapitlet.

5.2.1.3 Produktivitet og effektivitet

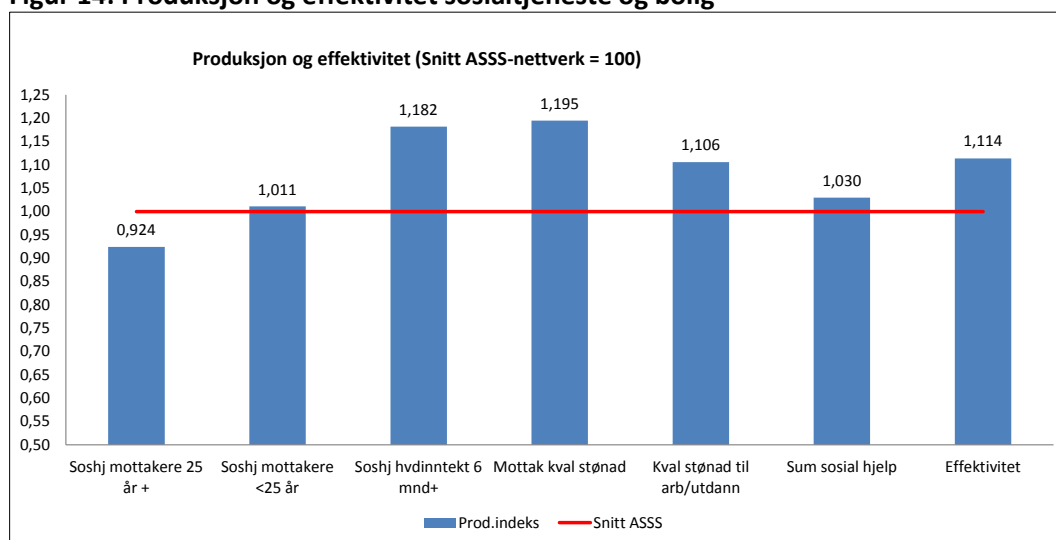
Sosialtjeneste og bolig

Produktivitet og effektivitet

Produksjon innenfor sosiale tjenester måles ved hjelp av indikatorene:

- Antall sosialhjelpsmottakere 25 år og over i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Antall sosialhjelpsmottakere 18–24 år i forhold til behovskorrigert innbyggertall (NB: Høyt antall gir lav produksjon). Årsaken til dette er at det legges til grunn at et lavt antall unge mottakere, blant annet kommer av en bevisst innsats mot denne målgruppen.
- Antall sosialhjelpsmottakere som har hatt sosialhjelp som hovedinntekt i 6 måneder eller mer i forhold til behovskorrigert innbyggertall (NB: Høyt antall gir lav produksjon). Det antas at det er nødvendig å legge inn mye innsats i å redusere denne andelen.
- Antall mottakere av kvalifiseringsstønad i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Andel deltakere i kvalifiseringsprogrammet som går til arbeid, skole eller utdanning

Figur 14: Produksjon og effektivitet sosialtjeneste og bolig



Figuren over viser at Bærum har en produksjon som ligger 3 prosent over gjennomsnittet i ASSS. Dette er på nivå med slik det var også for 2014-tallene. Bærum har netto driftsutgifter til sosiale tjenester som er 7,5 prosent under gjennomsnittet. Kommunen har dermed en beregnet effektivitet innen sosialtjeneste og bolig som ligger 11,4 prosent over gjennomsnittet.

Bærum ligger under gjennomsnittet hva gjelder sosialhjelpsmottakere over 25 år. Dette betyr at vi har lavere antall mottakere enn de sammenlignbare kommunene og at vi dermed har lavere «produksjon». Dette vil også

kunne tolkes positivt ved at Bærum arbeider systematisk med å redusere antall mottakere. Når det gjelder andel mottakere under 25 år, så ligger Bærum så vidt over gjennomsnittet og i motsetning til forrige indikator, så betyr det at vi også her har færre mottakere. Årsaken til at lav andel gir høy produksjon i dette tilfellet, er at det man bruker nettopp det argumentet med at det bevisst er arbeidet med å få antallet nede og at det i seg selv indikerer en høy produksjon.

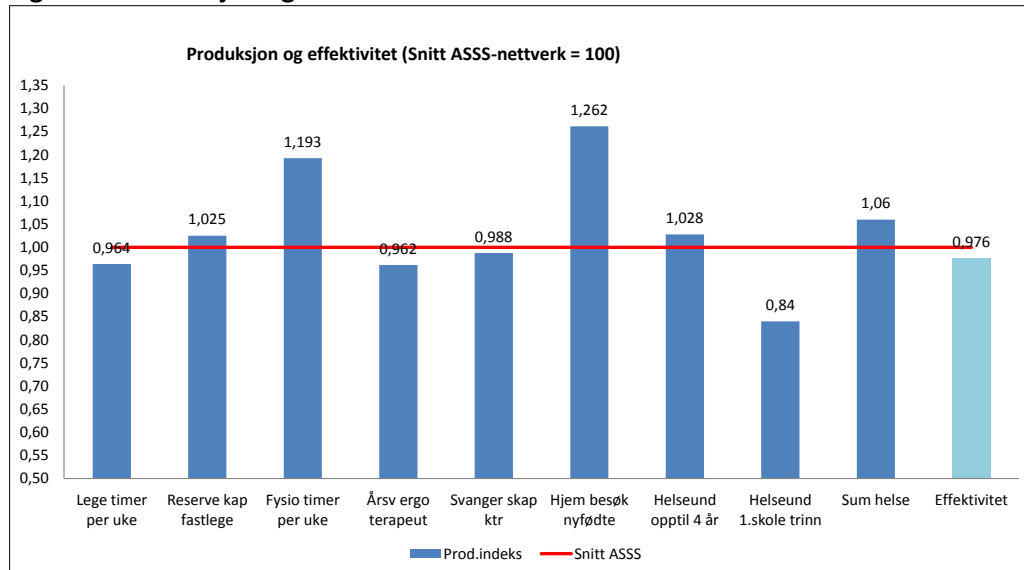
Hva gjelder sosialhjelpsmottakere med hovedinntekt 6 måneder eller mer, så er tanken at høyt antall mottakere indikerer lav produksjon. Det betyr at Bærum som ligger over gjennomsnittet har en relativt lav andel mottakere med hovedinntekt 6 måneder eller mer, til tross for en økning fra 2014 til 2015. Både hva gjelder mottakere av kvalifiserings-stønning og resultater etter Kvalifiseringsperioden, så har Bærum over tid ligget høyt. Bærum er den kommunen med nest høyest antall mottakere av kvalifiseringsstønning, etter Oslo.

Kommunehelse

Produksjonen av helsetjenester måles ved hjelp av indikatorene:

- Timer per uke av leger i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Reservekapasitet fastlege
- Timer per uke av fysioterapeuter i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Årsverk av ergoterapeuter i forhold til behovskorrigert innbyggertall
- Antall nyinnskrevne gravide møtt til svangerskapskontroll i forhold til fødte barn i året
- Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst
- Andel barn som har fullført helseundersøkelse opp til 4 års alder
- Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utg. av 1. skoletrinn

Figur 15: Produksjon og effektivitet kommunehelse



Bærum har en produksjon som er cirka 6 prosent over gjennomsnittet. Til sammenligning var dette tallet 5,7 prosent for 2014. Brutto driftsutgifter til helsetjenester har også hatt en liten økning fra 2014–2015 i forhold til gjennomsnittet. Fra å ligge 8,3 prosent over i 2014, så ligger Bærum 8,6 prosent over i 2015. Dette betyr at effektiviteten, som måles ved å se produksjonen opp mot driftsutgiftene, er uendret fra 2014 til 2015, hvor Bærum ligger cirka 2,4 prosent under gjennomsnittet.

De største endringene i produksjonen er at antall legetimer har økt, samt at det har vært en liten økning i andelen hjemmebesøk for nyfødte. Helseundersøkelser på 1. trinn har for øvrig hatt en nedgang. Kommunen

ligger lavt på innsatsen de første leveårene og dette er et område som ønskes styrket. Allikevel er det gjennomført en risikoanalyse på helsestasjonene, hvor det kom frem at Bærum har en forsvarlig helsestasjonstjeneste, til tross for at kommunen ikke oppfyller fagprogrammet i veilederen fullt ut.

5.2.1.4 Driftsindikatorer

Psykisk helse

Tabell 13: Nøkkeltall Boliger Psykisk helse

Enhetskostnader boligene	2013	2014	2015	2016
Antall beboere	115	111	112	109
Netto driftsutgifter, fratrukket refusjon ressurskrevende brukere	78 651 165	75 347 221	70 157 497	71 147 564
Antall vedtakstimer	142 660	128 413	126 273	142 426
Netto driftsutgifter per beboer	683 923	678 804	626 406	652 730
Netto driftsutgifter per vedtakstime	551	587	556	500
Antall vedtakstimer per beboer	1 241	1 157	1 127	1 307

Tabellen viser at netto driftsutgifter har økt med cirka 1 mill. fra 2015 til 2016, det utgjør en økning på 1,4 prosent, som i realiteten betyr en realnedgang. Dette må sees i sammenheng med en betydelig økning i utgifter til kjøp av plasser (se tabell nedenfor).

Det har vært en økning i netto driftsutgifter per beboer, som henger sammen med at antall beboere har blitt redusert uten at lønnsutgiftene har blitt redusert tilsvarende. Antall vedtakstimer per beboer har økt med hele 16 prosent fra 2015 til 2016. Tjenesten mener beboernes behov skal kunne dekkes med færre timer og arbeider med å justere ned både tjenestevolum og vedtakstid og skal som følge av HP-tiltak fra 2016 kunne ta ut en innsparing på 3 mill. i 2017 stigende til 6 mill. i 2019. Tjenesten har allerede i 2016 effektivert den første innsparingen på 2 mill.

Tjenesten har fortsatt fokus på følgende:

- Å redusere vikarbruken ved og ikke leie inn vikarer ved sykefravær der det ikke er nødvendig
- Å justere ned bemanningen på røde dager
- Det har vært større fokus på å sikre korrekt tildeling av vedtak i forhold til brukernes behov og i henhold til lovverket
- Større fokus på rett beboer på rett nivå til rett tid i henhold til brukerbehov/funksjonsnivå

Det har vært 10 utflyttinger fra Boligene i 2016, inkludert ett dødsfall. Av disse har 2 flyttet til høyere omsorgsnivå, det vil si til kjøp av ekstern leverandør, sykehjem, sykehus og omsorgsbolig boliger med bemanning.

Tabell 14: Nøkkeltall Kjøp av plasser innen Psykisk helse

Enhetskostnader boligene	2013	2014	2015	2016
Netto driftsutgifter, fratrukket refusjon ressurskrevende brukere	24 710 546	24 204 834	33 702 181	40 432 626
Gjennomsnittlig antall plasser	13	13	16	19
Netto driftsutgifter per plass	1 900 811	1 861 910	2 106 386	2 128 033

Kommunen har noen få brukere med svært sammensatte og komplekse behov innen psykisk helse, som gjør at det er nødvendig med kjøp fra eksterne leverandører. Tabellen over viser at kommunen over de siste årene har kjøpt om lag 13–16 slike plasser. I 2016 har dette tallet økt til 19 plasser i gjennomsnitt for hele året. Per 31. desember 2016 kjøpte kommunen plasser for 19 brukere, mens tre brukere har i løpet av året gått ut av tjenesten samtidig som kommunen kjøper for tre nye.

Når vi sammenligner enhetskostnaden for kjøp av eksterne plasser med enhetskostnaden for en beboer i en kommunal bolig med fast bemanning, så viser tabellen at kommunen betaler langt mer per bruker ved eksterne kjøp. Det presiseres at de brukerne kommunen kjøper plass til, har omfattende vedtak og er på høyeste omsorgsnivå.

Det er et mål at kommunen i større grad skal dekke behovet i egne tiltak. Dette for å få mer kontroll på tildeling av vedtakstimer og utnytte kapasitet i kommunens egne boliger. Det er gjennomført en kostnadsanalyse innen psykisk helse, som viser at Bærum ligger høyt i ressursbruk sammenlignet med andre kommuner. Det er foretatt en gjennomgang av alle de kommunale boligene, og flere beboere er i dag flyttet til et lavere omsorgsnivå. For å imøtekomme nye behov er det planlagt å bygge to boligkompleks på høyeste omsorgsnivå. Boligene planlegges ferdigstilt i 2020 og 2021.

Tabell 15: Nøkkeltall psykisk helse ambulerende

Vedtakstimer psykisk helse ambulerende	2013	2014	2015	2016
Vedtakstimer totalt	39852	33829	32505	28604
Antall brukere	592	557	544	539
Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per bruker per år.	67	61	60	53
Direkte brukertid	60,1 %	57,8 %	57,4 %	51,5 %
Antall brukere med avsluttede vedtak			170	193

Tabellen viser at 170 brukere ble utskrevet av tjenesten i 2015, dette utgjør cirka 31 prosent. I 2016 gikk 193 brukere ut av tjeneste og det utgjør 35 prosent av total brukergruppe.

Nedgangen i antall vedtakstimer mellom 2013 og 2014 skyldes hovedsakelig at det ble foretatt en opprydding i gamle vedtak. Dette har skjedd parallelt med en nedbemanning i tjenesten på bakgrunn av et innsparingstiltak fra 2012. Det har også vært en nedgang fra 2015 til 2016. Dette skyldes blant annet økt innsats til å identifisere hjelpebehovet. I tillegg har tildelingspraksisen har blitt strammere ved at Tildelingskontoret er strengere ved tildeling, i tillegg til at vedtakene følges tettere opp og justeres raskere i tråd med endringer i behov.

Når man beregner hvor mange timeverk tjenesten har tilgjengelig per år og ser dette opp mot antall vedtakstimer per år, vil man kunne si noe om hvor stor andel direkte brukertid det er i tjenesten, det vil si hvor mye av arbeidstiden som i gjennomsnitt benyttes til å oppfylle vedtakene som er tildelt.

Det er ønskelig å følge utviklingen av hvor mange som avslutter sine vedtak innen rus og psykisk helse. Hensikten er å følge med på dreiningen av disse tjenestene hvor målet er selvstendigjøring og mestring.

Tjenesten har som mål (fra HP 2012–2015) å oppfylle en direkte brukertid på minst 50 prosent. Tabellen viser at tjenesten i hele perioden har ligget over målet på 50 prosent. Dette skyldes at det har vært en nedgang i antall vedtakstimer samtidig som det ikke har vært en tilsvarende reduksjon i antall årsverk.

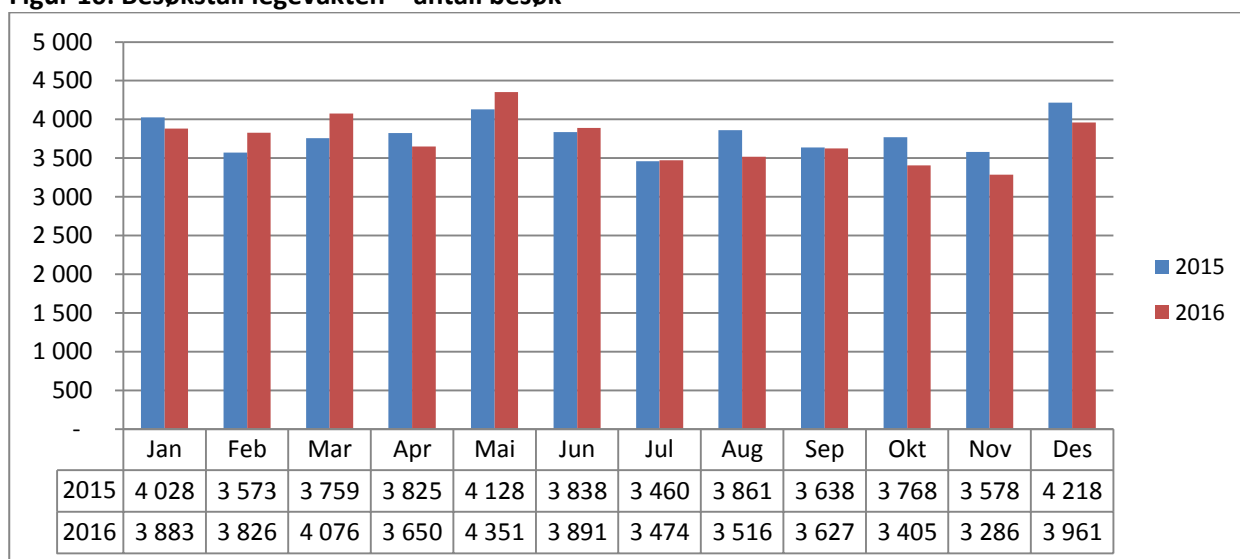
Kommunehelse

Tabell 16: Nøkkeltall: Asker og Bærum legevakt

Enhetskostnader Legevakten	2013	2014	2015	2016
Antall innbyggere	118 588	120 685	122 348	123 990
Netto driftsutgifter eks husleie Legevakten, inkl. legevaktsbilen	22 381 911	24 238 355	25 070 282	25 982 237
Netto driftsutgifter per innbygger	189	201	205	210
%-vis endring		6,4 %	2,0 %	2,3 %

Tabellen viser at netto driftsutgifter per innbygger har holdt seg relativt stabilt i perioden. Økningen mellom 2013 og 2014 skyldes i hovedsak en økning i pensjonsutgiftene i hele kommunen. For Legevakten utgjorde dette i overkant av 1 mill. Fra 2014 til 2016 har økningen vært lavere enn økningen i konsumprisindeksen. Dette til tross for at økningen også omfatter prosjektet «Telefonsiling» som har som formål å redusere de ikke-akutte henvendelsene på Legevakten. Dette illustrerer at Legevakten, som er en allmenn tjeneste for hele befolkningen i kommunen, står ovenfor et effektiviseringskrav og behov for tilpasning som øker i takt med befolkningsøkningen.

Figur 16: Besøkstall legevakten – antall besøk



Tabellen viser at det er relativt stabilt besøk fra måned til måned og også når vi sammenligner 2015 og 2016. Totalt sett er det en liten nedgang fra 49 050 konsultasjoner i 2015 til 48 716 i 2016. Dette utgjør en nedgang på 1,6 prosent. Det er ikke en merkbar nedgang i konsultasjoner med lav hastegrad, som er et av målene i Handlingsprogrammet for 2016–2019. Andelen konsultasjoner med lav hastegrad har snarere økt fra 33 prosent i 2015 til 34 prosent i 2016.

Sosialtjeneste og bolig

Tabell 17: Nøkkeltall Tilrettelagt arbeid

Enhetskostnader tilrettelagt arbeid	2013	2014	2015	2016
Antall tilrettelagte arbeidsplasser Bærum arbeidssentre (inkl. plasser som er delvis statlig finansierte)	127	121	124	128
Netto driftsutgifter	24 361 101	22 067 008	21 130 912	20 257 877
Netto driftsutgifter per arbeidsplass	191 820	182 372	170 411	158 265

Antall tilrettelagte arbeidsplasser består av alle plasser hos Bærum arbeidssentre. Dette er både kommunale plasser, varig tilrettelagte plasser med delvis statlig finansiering (VTA), arbeidspraxis plasser og arbeidstreningsplasser. Tallene fra 2012 og 2013 inneholder også 14 aktivitetsplasser på Hegnatun, som den gang lå under arbeidssentrene.

Korrigert for de 14 plassene på Hegnatun som i 2014 ble overført til Pleie og omsorg, så viser tabellen en økning i antall arbeidstakere i hele perioden.

Tabellen viser at det har vært en nedgang, både i totale netto driftsutgifter og netto driftsutgifter per arbeidsplass. Dette skyldes stadig høyere krav til inntjening, samt at tjenesten har økt antall plasser uten å øke antall arbeidsledere.

Tabell 18: Nøkkeltall Introduksjonsordningen, Flyktninger

Enhetskostnader Flyktningkontoret, unntatt Migrasjonshelse	2012	2013	2014	2015	2016
Kostnader Intro-ordningen, fratrukket stønad til deltakerne, husleie og merkantil støtte	12 866 002	14 567 000	15 193 040	15 779 101	18 570 602
Gjennomsnittlig antall aktive introdeltakere	167	178	196	210	267
Enhetskostnader, justert til 2014-kroner	82 050	84 620	77 516	72 960	65 620

Tabellen viser en nedgang i gjennomsnittlig netto driftsutgifter per introduksjonsdeltaker fra 2013 til 2016. Nedgangen skyldes at Flyktningkontoret har økt bosettingen uten å øke bemanningen. Fra 2014 til 2016 har bosettingen nærmest blitt tredoblet. Det har også vært en stor økning i gjennomsnittlig antall deltakere på introduksjonsprogrammet, men veksten der er lavere sammenlignet med antall bosatte. Dette skyldes både at det kun er de voksne flyktningene som deltar i programmet, samt at mange har blitt bosatt på slutten av året i 2016 og dermed ikke rukket å starte på introduksjonsprogrammet.

Målet for 2016 har vært å nærme seg en enhetskostnad på 60 000, målt i 2014-kroner. Dette gikk ikke helt av flere årsaker. Blant annet var en av forutsetningene i prognosen at gjennomsnittlig antall programdeltakere skulle være 275, istedenfor 267 som det endte med. I tillegg har det vært en økning i utgifter til transport av flyktningene, samt kurs til deltakerne utover det som lå til grunn i prognosen. Det antas at enhetskostnadene vil komme ned mot 60 000 kroner i 2017 etter at flere har startet i programmet.

Det har i løpet av 2016 vært ansatt to personer (med halvårseffekt) som arbeider med etablering av flyktningene. Dette er nødvendig for å kunne ta i mot det store antall flyktninger som også forventes i 2017. I tillegg vil det være nødvendig å styrke antall programrådgivere noe, men dette følges nøye opp slik at antall deltakere per programrådgiver tilfredsstillende de målene som er fastsatt i Handlingsprogrammet for 2017–2020.

Tabell 19: Introduksjonsavdelingen

Årsverk introduksjonsavdelingen	2013	2014	2015	2016
Antall programrådgivere	10,55	11,15	10,54	10,46
Gjennomsnittlig antall deltakere introprogrammet	178	196	210	267
Gjennomsnittlig antall deltakere per programrådgiver	17	18	20	26

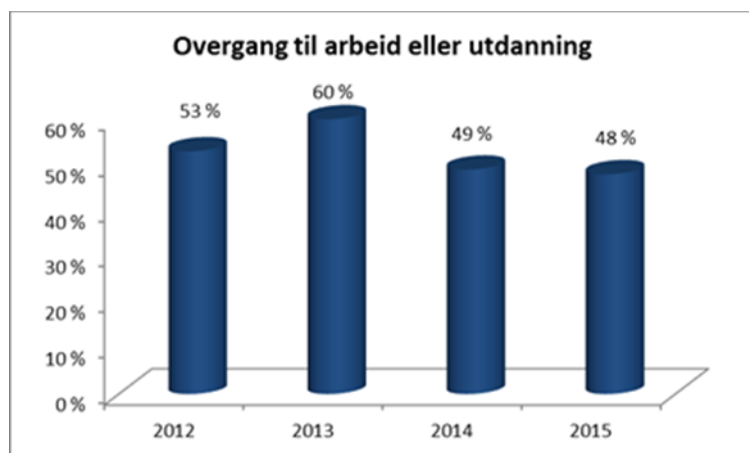
Tabellen viser at Bærum har hatt en økning i antall deltakere som følges opp per programrådgiver. Målet fra Handlingsprogrammet for 2016–2019 om 22,5 deltakere per rådgiver, ble nådd tidlig i 2016 og resultatet endte på et gjennomsnitt på 26. I Handlingsprogrammet for 2017–2020 er målet satt til 25 deltakere per programrådgiver.

Tjenesten vil følge nøye opp hver måned hvor mange deltakere hver programrådgiver følger opp da det vil kunne variere mye i takt med hvor mange nye som til enhver tid kommer inn i programmet. Det blir viktig med en kontinuerlig vurdering av effektivitet sett mot resultater og forsvarlighet i tjenesten.

Tabell 20: Nøkkeltall Migrasjonshelse

Enhetskostnader Migrasjonshelse	2013	2014	2015	2016
Totale kostnader	6 870 795	6 888 269	6 266 415	6 005 011
Antall bosatte, eks enslige mindreårige	127	121	205	273
Enhetskostnad per bosatt, 2014-kroner	54 101	56 928	29 681	20 754

Tabellen viser at enhetskostnaden på migrasjonshelse har hatt en kraftig nedgang fra 2014 til 2016. Dette skyldes både en stor økning i antall bosatte, samtidig som de totale kostnadene har gått ned på bakgrunn av innsparing. Det vil i 2017 bli gjort en gjennomgang av oppgaver og ressurser i tjenestetilbudet.

Figur 17: Resultater rett etter avsluttet introduksjonsordning

Figuren viser utviklingen på måloppnåelse når det gjelder overgang til arbeid eller utdanning for deltakere i introduksjonsprogram rett etter avsluttet program i årene fra 2012 til 2015.

I data fra nasjonalt introduksjonsregister (NIR), medregnes kun deltakere i den såkalte «rett og plikt» gruppen og ikke personer i «kan» gruppen. Forskjellen vil noen ganger medføre et mindre utslag på prosent for måloppnåelse. I 2014 ville den for eksempel ha vært på 51 prosent i følge NIR, mens intern beregning i Bærum viser 49 prosent.

Nedgangen i måloppnåelse de siste årene skyldes flere ulike faktorer. Det kan være økt grad av helsebelastninger og annen problembelastning hos den enkelte deltaker, utfordringer med å fremskaffe relevante og tilstrekkelig antall praksisplasser, færre stillinger i arbeidslivet med moderate språkkrav, barrierer i kvalifisering og arbeidsliv for personer med ingen eller liten skolebakgrunn.

Tabell 21: Resultater flere år etter endt introduksjonsordning

2015	1 år etter	2 år etter	3 år etter	4 år etter	5 år etter
I arbeid/utdanning 1–5 år etter endt introduksjonsprogram	57 %	74 %	49 %	70 %	70 %

Tabellen viser status i 2015 for de flyktningene som ble avsluttet programmet henholdsvis 1 til 5 år tidligere. Foruten en nedgang i kohorten som ble avsluttet 1 og 3 år tidligere, så er det jevnt over gode resultater på over 70 prosent i arbeid og/eller utdanning. Statistikken viser at Bærum ligger noe over de øvrige store kommunene hva gjelder resultater på lang sikt.

Tabell 22: Årsverk

Ressursinnsats	2013	2014	2015	2016
Årsverk	590	572	574	566
Årlig vekst		-18	2	-8
Årlig vekst i %		-3,1 %	0,3 %	-1,4 %

Tabellen over viser fordelingen og utviklingen av årsverk, målt i ressursinnsats, innen Helse og sosial. Trenden er at det har vært en jevn nedgang i årsverk og dette skyldes hovedsakelig omstillinger innenfor tjenestene.

Tabell 23: Utvikling i sykefravær

Sykefravær	2014	2015	2016
Alt	7,4 %	7,5 %	7,6 %
Korttids	2,5 %	2,7 %	2,7 %
Langtids	4,9 %	4,8 %	4,9 %
Årlig endring		0,1 %	0,0 %

Sykefraværet i Helse og sosial har ligget relativt stabilt i årene 2014–2016. Sykefraværet i Helse og sosial ligger marginalt over gjennomsnittet i Bærum kommune (7,1) og per november 2016, ligger fraværet på måltallet fra HP 2016–2019.

Det er imidlertid store forskjeller på sykefravær mellom tjenestene i Helse og sosial, hvor det er spesielt i tjenestene med tunge arbeidsoppgaver, slik som for eksempel boligene innen psykiatri, som har det høyeste fraværet. Alle sykmeldte følges opp etter kommunens reglement.

5.2.2 Rapportering på vedtatt HP-tiltak

Gjennomførte tiltak

- **Tilpasning av tjenestevolum og vedtakstid i Psykisk helse boliger** – Effektuert nedgang i volum antall boenheter med 3 enheter per 31.12.2016. Det har gjennom året vært foretatt en rutinemessig gjennomgang av vedtak i forhold til alle beboerne.
- **Økte salgsinntekter seniorsentrene** – Tiltaket er gjennomført og salgsinntekten er økt.
- **Tilbakeføring av seniorbussen** – Tiltaket ble iverksatt 1. mai 2016, hvor det ble innledet et samarbeid med Turistforeningen. Tiltaket heter Turbussen og vil bli videreført i 2017.
- **Barnefamilier og enslige ved NAV i leide boliger kjøper egne boliger med startlån** – Per 31.12.2016 har 12 familier søkt startlån og 11 fått innvilget lån. Ni familier har kjøpt bolig med startlån og av disse familiene mottar i dag ingen økonomisk sosialhjelp.
- **Administrative tiltak Helse og sosial** – Tiltak er gjennomført etter planen
- **Ung i jobb** – Tilskudd til Ung i jobb ble videreført av kommunestyret.
- **Dekning av merbehov personalkantinen** – Det ble i 2016 tilført 0,7 mill. for å dekke forventet merforbruk i personalkantinen. Kantinen gikk i 2016 i balanse etter tilførsel av midler.
- **Økt behov bosetting av flyktninger** – Det ble i økonomimelding I tilført 13,7 mill. i forbindelse med økt bosetting av flyktninger. Bosettingen ble gjennomført i henhold til planen på Flyktningkontoret, med noen færre ordinære bosettinger og noen flere familiegjenforente. På grunn av bosetting sent på året, viser regnskapet et mindreforbruk på cirka 1,8 mill.
- **Økt behov økonomisk sosialhjelp** – Det ble i økonomimelding I tilført 10,0 mill. til økt behov for økonomisk sosialhjelp. Regnskapet viser et mindreforbruk på NAV på 0,9 mill., herunder merforbruk på økonomisk sosialhjelp og mindreforbruk på drift av kontoret i form av merinntekter fra Staten.
- **Økt behov for kommunal bostøtte** – Det ble i økonomimelding I tilført 8,3 mill. for å dekke merbehov for kommunal bostøtte. Det har både vært en økning i antall mottakere og gjennomsnittlig bostøtte per måned per mottaker. Regnskapet viser et mindreforbruk på 0,5 mill. knyttet til utbetaling av økonomisk bostøtte i 2016.
- **Etablering av Fontenehus i Bærum** – Det ble etter kommunestyrebehandling av Handlingsprogrammet vedtatt å overføre 0,2 mill. i 2016 til utredelse av Fontenehus. Midlene ble i desember overført som stiftelseskapital til Stiftelsen Fontenehuset i Bærum. Fontenehuset vil åpne i Vinmonopolet sine gamle lokaler 1. april 2017.
- **Innføring av lovpålagt digitalt nødnett Legevakten** – Ble innført i henhold til planen. For øvrig viser brev fra Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett at driftsutgiftene for kommunene vil bli betydelig dyrere enn det de har vært. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i økonomimelding I, 2017.

Status andre tiltak

Tiltak: Økte inntekter Bærum arbeidssentre

Status: Delvis gjennomført

Kommentar: Bærum arbeidssentre har ikke klart å øke inntektene tilsvarende 1,0 mill. i 2016. Arbeidssentrene har de siste to årene mistet flere store kontrakter og arbeider for å skaffe flere inntektsbringende prosjekter. Tross dette, så viser regnskapstallene at arbeidssentrene i 2016 går med mindreforbruk på grunn av lavere utgifter til både drift og lønn. Lave driftsutgiftene henger sammen med lave salgsinntekter.

Tiltak: Bedre samordning av oppfølgingstjenestene
Status: Delvis gjennomført
Kommentar: Tiltaket vil få full effekt i 2017 etter at ny organisasjon innen rus og psykisk helse er på plass. Tjenestene på området har i 2016 gått i balanse ved å holde stillinger ledig, samt å begrense vikarbruk ved sykefravær og seniortid.

Tiltak: Behovsprøving av sosialstønad ved mer enn to barn
Status: Delvis gjennomført
Kommentar: Det er cirka 60 familier med mer enn to barn som mottar sosialhjelp. Det arbeides med behovsprøving, kombinert med andre tiltak (statlige tiltak). Fra 1. oktober 2016 ble det ansatt to personer som arbeider spesielt mot barnefamilier for å gi disse en enda tettere oppfølging. De viktigste tiltakene for å begrense sosialhjelp til barnefamilier er å fokusere på foreldrenes inntektsgivende aktiviteter. Tiltaket vil imidlertid ikke isolert sett føre til en innsparing på 1,0 mill. Sett i sammenheng med at det har vært en generell økning i behov for sosialhjelp og at dette ble kompensert i økonomimelding I 2016, er det per dags dato ikke merbehov på NAV.

Tiltak: Samordning og behovsretting av lavterskeltilbud innen helse og psykisk helse, herunder bortfall av samhandlingsreformen
Status: Delvis gjennomført
Kommentar: Til sammen ble det i Handlingsprogrammet for 2014–2017 og for 2016–2019, vedtatt å sette i gang tiltak for å effektivisere lavterskeltilbudene innen helse og psykisk helse på til sammen 3,1 mill. i 2016, stigende til 8,1 mill. i 2019. Nytt tjenestested Friskliv og mestring var på plass høsten 2016 og tiltakene vil først få full effekt i 2017. Kommunehelse gikk i balanse i 2016. Dette ble blant annet løst ved å holde stillinger ledige ved blant annet langtidsfravær.

Status tiltak som ble meldt som ikke eller delvis gjennomført ved forrige virksomhetsanalyse

Tiltak: God ressursutnyttelse og andel direkte brukertid
Status: Delvis gjennomført
Kommentar: Tiltaket er foreløpig gjennomført i henhold til ambulerende psykisk helsetjenester. Det har foreløpig ikke vært gjort noe på dette området hva gjelder boligene innen psykisk helse. Det innføres i 2017 et nytt fagsystem som skal gi tjenestene et bedre verktøy for analyse.

Tiltak: Oppstart drift Åsterud
Status: Delvis gjennomført
Kommentar: De første beboerne flyttet inn i Åsterud boliger høsten 2016. Boligene vil være i full drift i løpet av våren 2017.

Tiltak: Kommunal bostøtte
Status: Ikke gjennomført
Kommentar: Analyser viser at både andel av de som mottar kommunal bostøtte, samt gjennomsnittlig utbetaling per måned har økt mer enn forutsatt. Dette betyr at størrelsen på innsparingen ikke har vært realistisk. Utvikling i utbetaling av kommunal bostøtte og økonomisk sosialhjelp

påvirkes av økt arbeidsledighet og økte boligpriser. Den negative utviklingen i kommunal bostøtte har vært merkbar og det ansees som urealistisk med innsparing på 8 mill. i 2016. Det ble i økonomimelding I 2016 tilført 8,3 mill. for å dekke merbehovet for kommunal bostøtte. Styrkingen gjelder for hele HP-perioden.

Tiltak: Administrative tiltak sosialtjeneste og bolig

Status: Gjennomført

Kommentar: Planlagt nedgang i antall deltakere i 2016 er nå gjennomført.

Viktig innsats: Etablere en mer helhetlig ledelse av feltet psykisk helse og rus

Status: Gjennomført

Kommentar: Mot slutten av 2014 ble seksjonsleder for psykisk helse og rus ansatt i en ny stilling. I 2015 og 2016 er det arbeidet med en ny organisasjonsstruktur som skal ivareta tydelig og helhetlig ledelse og organisering med tre tjenestoområder. Ny organisasjon vil være iverksatt i løpet av våren 2017.

Viktig innsats: Brukerdialog

Status: Gjennomført

Kommentar: Arbeidet med å implementere nye metoder for medvirkning og dialog, ble i 2016 gjennomført. Nærmiljøprosjektene på Rykkinn og Fornebu representerer en arena for utprøving av nye metoder for medvirkning. Arbeidet følges opp videre i 2017.

Viktig innsats: Legevakten

Status: Påbegynt

Kommentar: Det ble i 2015 igangsatt et prosjekt med telefonsiling på legevakten. Dette ble i 2016 videreført i normal drift på tross av at det ikke hadde ønsket effekt jamfør resultatmålet om færre pasienter. Årsaken til det var endrede forskriftskrav om en responstid på to minutter for 80 prosent av henvendelsene. Som et av flere tiltak for å nå resultatmålet, er det i samarbeid med Asker kommune igangsatt en gjennomgang av kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Fokus er på ansvars- og oppgavefordeling mellom fastlegene og Asker og Bærum legevakt. Gjennomgangen skal sikre et grunnlag for at kommunens samlede legetjenester skal utfylle hverandre på en optimal måte og sikre grunnlag for videreutvikling av legevakten. Rådmannen vil også i HP 2018–2021 foreslå ytterligere tiltak for å nå resultatmålet.

Viktig innsats: Fra fragmentert/overlappende til samordnet og helhetlig tjenesteyting

Status: Gjennomført

Kommentar: Det ble i 2015 gjennomført en kartlegging av alle lavterskeltilbudene til mennesker med psykiske helsevansker og i HP 2016–2019 ble det vedtatt en omstrukturering og optimalisering av lavterskel-tilbudene innen psykisk helse/helse etter prinsippet «en dør inn». Friskliv og mestring ble opprettet som nytt tjenestested 1. august 2016. Dette skal bidra til en helhetlig, behovsrettet og samordnet profil på forebyggende og helsefremmende tiltak, samt lavterskeltilbud.

5.2.3 Behovsutvikling

Helse og sosial er et tjenesteområde som i mindre grad påvirkes direkte av en befolkningsøkning. Allikevel er det noen tjenester innen Helse og sosial som retter seg mot hele befolkningen eller en aldersgruppe. For eksempel påvirkes både Legevakten og Folkehelsekontoret av en økning i hele befolkningen. Fysio- og ergoterapitjenesten i Helse og sosial påvirkes av en økning i den voksne befolkningen, spesielt de eldre og aktivitetsnivået i Seniorsentrene avhenger av utviklingen i befolkningen over 67 år. Helse- og sosialtjenestene får ikke justert sine budsjetter på grunnlag av en modell for demografiskompensasjon og enkelte tjenester, merker større pågang til sine tjenester.

Helse og sosial er et område som i hovedsak gir tjenester til de vanskeligstilte i kommunen. Det er vanskelig å forutse en økning i for eksempel personer med psykisk helse lidelser og selv om det ikke er en direkte sammenheng mellom antall personer med lidelser innen for eksempel psykisk helse, så vil en befolkningsøkning over tid normalt føre til et større antall personer med slike lidelser.

I tillegg til økt behov som følge av en befolkningsvekst, er deler av helse- og sosialtjenestene i større grad avhengig av eksterne faktorer, som for eksempel utviklingen i arbeidsmarkedet og boligprisene. Bærum har tradisjonelt hatt lav arbeidsledighet sammenlignet med sammenlignbare kommuner. De siste par årene har NAV merket en økning i arbeidsledigheten, som igjen har ført til en økning i utbetaling av både økonomisk sosialhjelp og kommunal bostøtte. Dette er faktorer som i neste omgang også kan føre til en økning i rus- og psykisk helselidelser og også behov for kommunale velferdsboliger.

Den store økning i bosetting av flyktninger påvirker utgiftene i hele kommunen og spesielt i Helse og sosial som har ansvar for bosetting, integrering og helsetjenester til flyktningene. Det er vanskelig å spå utviklingen i lengre tid fremover.

Ny behovsplan for bo- og behandlingssentre, omsorgsboliger og velferdsboliger 2017–2036 viser at det ved planperiodens utløp, er behov for cirka 40 flere boenheter/plasser til psykisk helse og rus enn i dag. I denne forbindelse, gjøres det noen strategiske grep for å imøtekomme fremtidens behov. Det er arbeidet frem en boligtrapp som tydeliggjør tjenestekjeden fra frittliggende velferdsboliger i den ene enden, til omsorgsboliger med døgnbemanning i den andre. Boligtrappen skal både gi kommunen en oversikt over de boliger de til enhver tid har og sikre korrekt plassering av mottaker i forhold til eget funksjonsnivå. I tillegg omstilles bo- og oppfølgingstjenestene i retning av mindre stasjonær bemanning i boligene til mer ambulant oppfølging. Tanken bak dette er å etablere mer fleksible tjenester som utnytter ressurser ved at innsatsen rettes mot der behovet oppstår.

Det forventes at behovet for velferdsboliger vil stige med cirka 300 flere enheter enn kommunen i dag har ved slutten av analyseperioden 2036. I et så langt tidsperspektiv er det selvfølgelig en rekke forhold som vil påvirke den reelle etterspørsel etter kommunal bolig, som for eksempel utviklingen i antall innvandrere og flyktninger, generelle konjunkturer, prisutviklingen for boliger og type boliger som bygges i boligmarkedet (om det bygges flere boliger enn i dag tilrettelagt for eldre, for personer med lavere inntekter etc. vil behovet for kommunale boliger bli lavere enn det ellers vil bli). Anslaget for velferdsboliger må betraktes som et svært grovt anslag.

5.2.4 Aktuelle oppfølgingspunkter

Dette kapitlet skal gi en oversikt over de utfordringer som fremgår av analysen av økonomi og nøkkeltall og avvik på tiltak. Dette gjelder både drift og investeringer, se forrige virksomhetsanalyse.

Gjennomgangen av status i tjenester og økonomi viser både utfordringer og handlingsrom kommunen bør ta tak i. Oppsummert viser dette følgende: Av tiltak i handlingsprogrammet for 2016 antas det at Helse og sosial klarer å effektivisere sine innsparinger i 2017. Det er viktig å sette i gang tiltakene så raskt som mulig i 2017 slik at de får full effekt. Allikevel antas det farten inn i 2017 er noe høy på enkelte områder innen Helse og sosial. Som tidligere nevnt, så vil det fortsatt være store utfordringer å få dekket inn kjøp av eksterne plasser innen psykisk helse. Kommunen kjøper ved inngangen av året plasser til 19 brukere, men har i utgangspunkt kun et budsjett til cirka 14 brukere. En nedgang i antall brukere vil kun gi effekt dersom det skjer tidlig på året før innslagspunktet på vel 1,1 mill. slår inn. Etter det refunderer staten såpass store deler av utgiftene at effekten ikke blir så stor.

I tillegg har det de siste to årene vært utfordringer med for lavt budsjett på Asker og Bærum legevakt. Dette skyldes blant annet at prosjektet «Telefonsiling» ble videreført i normal drift i 2016 uten å få kompensert for lønnsutgiftene knyttet til dette. Per i dag ser det ut til at dette kan være en utfordring som følger videre inn i 2017.

Tall fra januar 2017 viser at arbeidsledigheten i Bærum ligger marginalt lavere enn fjoråret. Prognoser tilsier at nivået, både i Bærum og i landet for øvrig, fortsatt vil ligge høyt også i 2017. Fortsatt høy arbeidsledighet vil trolig også i 2017 prege utviklingen i sosialhjelp og kommunal bostøtte. Innføring av aktivitetsplikt vil forhåpentligvis bidra til å dempe deler av den negative utviklingen. Foreløpig er det kun aktivitetsplikt for mottakere under 30 år.

Det ble i desember fattet vedtak i kommunestyret om å bosette 190 flyktninger inkludert inntil 25 enslige mindreårige. I tillegg ble det vedtatt å sette et tak på antall familiegjenforente på 100 flyktninger. Pågangen etter bosetting av familiegjenforente er stor og det antas dermed at Bærum skal bosette 290 flyktninger i 2017. Dette vil fortsatt kreve et fremtidsrettet og innovativt utviklingsarbeid som skal omfatte blant annet språkopplæring gjennom arbeid, individuelt tilpasset oppfølging, økt samarbeid med frivillige og effektiv organisering av flyktningarbeidet.

Det ble i desember 2016 påbegynt et arbeid med gjennomgang av Asker og Bærum kommuners øyeblikkelig hjelp tilbud, herunder fastlegetjenesten og Asker og Bærum legevakt. Saken behandles politisk i mars 2017. Formålet med gjennomgangen er å se nærmere på kommunenes håndtering av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp med fokus på ansvars- og oppgavefordelingen mellom Legevakten og fastlegene. Gjennomgangen er et kunnskaps- og beslutningsgrunnlag for utarbeidelse av mål og tiltak for at kommunene skal kunne ivareta behov for øyeblikkelig hjelp på en mer effektiv og koordinert måte enn i dagens situasjon, inkludert videreutvikling av legevakten.

Kommunen må sørge for bedre sammenheng mellom tilgjengelige boligtyper og nye behov. Å skaffe egnede boliger til beboere innen psykisk helse, sørge for mer effektiv og fleksibel bruk av ressurser og arbeide for rett tilbud til rett tid, vil være en utfordring i årene fremover. Samhandlingsreformen stiller nye krav, blant annet ansvaret for utskrivningsklare pasienter og opprettelse av øyeblikkelige hjelpeplasser innen psykisk helse og rus.

Før kommunen får bygget sine planlagte akseboliger til personer med store, sammensatte omsorgsbehov, vil det fortsatt være nødvendig å kjøpe plasser av eksterne leverandører. Det har de siste par årene vært en større pågang til slike tilbud. Dette har ført til et omfattende merforbruk innenfor dette området psykisk helse og rus. Tildelingskontoret vil fortsette å arbeide med å sikre korrekte vedtak for de brukerne kommunen kjøper eksterne plasser for.