

Aurland kommune

Gjennomgang av pleie, rehabilitering og omsorg

Rapport frå RO - mai 2015



RO

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal
Sentralbord: 74 83 97 99

www.ro.no

Innhold

1. Oppdraget	3
2. Utfordringane – RO si tilråding – forslag til effektivisering.....	3
2.1 Utfordringsbilde.....	3
2.2 RO si tilråding.....	4
2.3 Moglege effektiviseringstiltak på kort sikt	5
2.4 Moglege tiltak for effektivisering på sikt.....	6
3. Kva påverkar ressursutnytting og tenestekvalitet.....	8
3.1 Innretning og profil i omsorgstenesta	8
3.2 Omsorgstrappa	9
3.3 Ressursstyring.....	9
4. Kvantitativ analyse.....	10
4.1 Demografi, aldersbereevne og familiekoeffisient	10
4.2 KOSTRA-statistikk for pleie- og omsorgstenesta	12
4.3 Aurland kommune si innretning av PRO-tenestene	18
4.4 Ressurs- og driftsanalyse sjukeheim.....	20
4.5 Bemanning og pleiefaktor	23
4.6 Kompetanse og rekruttering	23
4.7 Turnus og arbeidstid.....	25
4.8 Heiltidskultur	26
4.9 Sjukefråvær.....	27
4.10 Leing og administrasjon.....	29
5. Kvalitativ analyse	30
5.1 Ein organisasjon mogen for endring.....	30
5.2 Framtidig omsorgstrapp og forvaltningspraksis.....	30
5.3 Ei berekraftig PRO-teneste	33

1. Oppdraget

Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) har hatt oppdraget med gjennomgang av pleie, rehabilitering og omsorg (PRO-tenesta) i Aurland kommune. Oppdraget er eit analysearbeid for å sjå kva potensiale for innsparing som ligg i struktur, organisering og tenestenivå for pleie og omsorg.

Aurland kommune si bestilling er todelt. For det første skal gjennomgangen vise kva handlingsrom kommunen har, for å møte framtidige utfordringar i PRO-tenesta. Dette handlar om korleis kommunen skal drifte PRO-tenesta, og kva funksjon sjukeheimen og heimebasert omsorg skal ha i den framtidige tenesta. Dette handlar og om framtidige investeringsutgifter med omsyn til omsorgsbustader og anna tilrettelegging av omsorgsarenaene.

For det andre ønskjer Aurland kommune innspel til korleis kommunen kan effektivisere drifta av PRO-tenesta på kort og lang sikt. Effektivitet i sosialøkonomisk forstand tyder å oppnå ei høg verdiskaping samstundes som ein ikkje nyttar mykje ressursar. (Busch, Johnsen og Vanebo, 2012). Verdiskaping i PRO-tenesta inneber at brukaren får assistanse/bistand til det som er viktig for hans/hennar kvardag og livskvalitet. Produktivitet er omfanget av tenester som kommunen får skapt for den ressursinnsatsen han set inn.

Når det gjeld effektivitet i denne samanhengen, ønskjer Aurland kommune å redusere ressursbruken i PRO-tenesta på ein slik måte at handlingsrommet vert stort nok til å møte framtidige utfordringar og omstillingar. Samstundes ønskjer Aurland kommune å gi innbyggjarane som treng det, kvalitativt gode tenester i samspel med brukar, brukar sitt nettverk og samfunnet elles.

2. Utfordringane – RO si tilråding – forslag til effektivisering

Helse- og omsorgstenesta i Aurland kommune skal i framtida møte utfordringane med forsvarlege tenester som stettar krav i lov og forskrift, og er berekraftige i høve til kommunen sin økonomi, tilgjenge til personell og kompetanse.¹

2.1 Utfordringsbilde

Utfordringsbildet i PRO-tenesta i Aurland kommune kan kort skildrast slik:

- Retning for utvikling av omsorgstenesta er uklar. I ein kommune med gode inntekter som Aurland, vert det høg aktivitet, og akutte problem kan løysast med meir pengar. Dette har gått utover etableringa av, og samling om ein tydeleg teneste- og organisasjonsutvikling innan PRO-tenesta².
- Kommunen har brukt fondsmidlar til å saldere årsbudsjett. Når det i tillegg vert gjort vedtak som øyremerker bruk av fondsmidlar i for stort omfang, kan dette føre til ein usunn kommuneøkonomi i framtida.
- Kommunen bruker ein tredel av kommunen sitt totale netto driftsbudsjett til pleie og omsorg. Samanlikna med KOSTRA-gruppe 16, bruker Aurland kr 8 700,- meir per justert innbyggjar til pleie og omsorg.³
- Innbyggjarane opplever flaskehalsar i omsorgstenesta i overgangen mellom heimebaserte tenester og institusjonstenester. Dette gjeld ved behov for fleire timar bistand og ved utskrivning frå korttids plass til heimebaserte tenester. I 2015 resulterte dette i oppretting av 3 nye institusjonsplassar innanfor same bemanning. Dette handlar om dimensjonering av

¹ Kommunedelplan for helse og omsorg 18.09.2014. Aurland – det naturlege valet.

²Jf. Kommunekompasset Evaluering av Aurland 2015

³ Ureviderte KOSTRA-tal per 09.04.2016.

plassar for heildøgns tenester og institusjonen sin rolle og funksjon i den framtidige PRO-tenesta.

- Kommunen har hatt auke i talet på yngre tenestemottakarar med omfattande tenestebehov. Kommunestyret har vedtatt investeringsramme på 18 mill. kroner til nybygg i Skjerdalsvegen 28. Dette føreset tilskot frå Husbanken. Nybygget skal innehalde ein personalbase for spesialomsorga i kommunen, for å frigjere omsorgsbustader, og for å vareta krav til forsvarleg arbeidsmiljø for tilsette.
- I gjennomgangen av PRO-tenesta fikk RO eit klart bilde av at det er behov for meir målretta samarbeid med tenestemottakar, tenestemottakaren sitt nettverk, frivillige, og pårørande. Behovet for samarbeid gjeld og internt i tenesta, mellom avdelingar og på tvers av nivå i kommunen og med samarbeidspartar.

2.2 RO si tilråding

Retning for utvikling av PRO-tenesta må vedtakast. Sjølv om Aurland kommune har gode inntekter, kan ikkje akutte problem lenger løysast med meir pengar. Det må etablerast ein tydeleg teneste- og organisasjonsutvikling innan PRO-tenesta. Samstundes må kommunen gjennomføre ei forventningsavklaring med innbyggjarane og informere om tiltak som sikrar ein sunn økonomi for ei berekraftig PRO-teneste⁴.

Aurland kommune må gjennomføre dei nødvendige tiltaka for å tilpasse aktiviteten til vedteken økonomisk ramme. Dette må gjerast med systematisk, med god leiing og involvering av tilsette og andre omsorgsressursar i kommunen. Prosjekt spesialomsorg og prosjekt kvardagsrehabilitering er moglege tiltak for å auke engasjement og kompetanseheving i samla teneste.

Flaskehalsane i PRO-tenesta kan fjernast gjennom balanse i omsorgstrappa mellom dei ulike stega. Dette inneber bygging av nye omsorgsbustader. Vidare skal endring av sakshandsamingsfunksjonen bidra til meir målretta tenestetildeling i starten, og i overgangen mellom heimebaserte tenester og institusjonstenester. Dette handlar om institusjonen si rolle og funksjon i den framtidige omsorgstenesta, satsing på heimetenester og plassar med heildøgns tenester.

Utfordringane i spesialomsorga må møtast med eit grunnlagsarbeid som set fokus på innhaldet i tenesta. På denne bakgrunnen må vedtaka gjennomgåast for å sjå på den direkte brukarretta tida og omfang av behov for tilsyn, som to ulike storleikar. Gjennom dette arbeidet kan kommunen finne fram til tenleg og ressurseffektiv organisering av tenesta og av arbeidstida. Det er viktig i denne samanhengen at bemanninga ikkje handlar om å fylle turnusen eller om å bemanne bustaden, men handlar om ei bemanning som møter det reelle behovet hos brukaren.

Det bør leggjast vekt på at spesialomsorga er ein arena for viktig læring som og bør kome resten av PRO-tenesta til gode. Det er mykje ny og aktuell kunnskap om nye arbeidsmåtar og innsikt i arbeidet med menneske med ulike utfordringar. Arbeidsplassen som læringsarena gir engasjement og kan slik tiltrekkje seg kompetanse og arbeidskraft.

RO vil og peike på behovet for oversikt og system i ressursbruken, både for den daglege drifta, og for framtidig planlegging for nye tenestemottakarar.

Med fokus på og innsats i gjennomføringa av dei tiltaka som RO forslår i kap. 2.3, vil kommunikasjon og samhandling om felles oppgåve verte eit verkemiddel til engasjement, fagleg påfyll og handlekraft for å skape ei berekraftig PRO-teneste i Aurland kommune.

⁴ Kommunekompasset Evaluering av Aurland kommune 2015

I dette arbeidet er det særst viktig at heile organisasjonen dreg lasset saman. Dette vil krevje medvit om brukarperspektivet i tenestetildeling, ressursinnsats og resultat over tid.

2.3 Moglege effektiviseringstiltak på kort sikt

2.3.1 Bemanning, kompetanse, arbeidstid og administrativ organisering

Gjennom å vise til pleiefaktoren ved Aurland helsetun (0,91/0,99), og forholdet mellom direkte og indirekte brukarretta tid i heimebasert omsorg, meiner RO at kommunen har eit handlingsrom med omsyn til effektivisering/kostnadsreduksjon.

Ein gjennomgang av turnusane både med omsyn til vakante stillingar, helgebemanning, fordeling av kompetanse og omfang av deltidsstillingar, styrker RO si oppfatning av at det er rom for effektivisering. Dette gjeld også spesialomsorga. Effektiviseringa krev likevel eit grunnlagsarbeid frå kommunen si side, med å få etablert alternative arbeidstidsordningar for tenesta. RO erfarer at mange kommunar er i gang med slikt arbeid nett no.

Dersom RO tar utgangspunkt i at helsetunet har ein pleiefaktor på 0,91, og denne vert redusert til 0,70 (som tidlegare er nemnt som ein mogleg "norm"), vil dette kunne utgjere 5,8 årsverk. Dette kan sjåast på som "handlingsrommet", når det gjeld kostnadsreduksjon ved helsetunet. Rekna om til eit årsverk til kr 500 000,- utgjir dette kr 2 900 000,-.

Å etablere føreseielege og robuste arbeidstidsordningar med mål om ein heiltidskultur, vil også gi eit "handlingsrom" i form av betre utnytting av ressursane. Storleiken på denne er vanskeleg å slå fast, men RO meiner at ein kostnadsreduksjon som nemnt i avsnittet over, vil vere innan rekkjevidde, dersom endrings- og utviklingsarbeidet vert gjort på ein god måte.

RO har peika på at administrasjons- og leiarressursen er høg i PRO-tenesta. Det er etter RO si oppfatning, rom for effektivisering og kostnadsreduksjonar. RO anbefalar at tenesta går igjennom oppgåvefordeling, arbeidsmåtar og reduksjon/bortfall av enkelte oppgåver. Den administrative organiseringa må tuftast på denne gjennomgangen, og val av organisering må støtte opp om kjerneoppgåva i PRO-tenesta. Dette vart og drøfta i arbeidsgruppa med konstruktive forslag som i gjennomføringa må forankrast i mål og retning for PRO-tenesta.

RO vil vere forsiktig i sitt anslag og antyde eit "handlingsrom" på kr. 500 000 (+/-) avhengig av den vurdering tenesta sjølv gjer.

2.3.2 Driftsutgifter Aurland helsetun

RO har i ressurs- og driftsanalysen peika på at helsetunet har relativt høge kostnader til vask av tøy, mat og andre driftsutgifter. Overtidskostnadane er også høge sett i lys av den høge pleiefaktoren og det låge sjukefråværet. Dersom RO tar utgangspunkt i sjukeheimane i samanlikninga, og føreset at helsetunet kan nøye seg med same driftskostnad som dei andre, kan det vere mogleg å effektivisere kostnadane med kr. 500 000 – kr. 1 000 000. Dette er å betrakte som eit anslag ("handlingsrom") og ikkje eit konkret forslag om kostnadskutt.

2.3.3 Prosjekt spesialomsorg

I gjeldande Kommuneplan sin handlingsdel med økonomiplan, ligg det ei forventning om ein reduksjon kr på 3,4 mill. knytt til spesialomsorga. Aurland yter ressurskrevjande tenester til relativt mange innbyggjarar. Dette inneber store enkeltvedtak som i sum utgjir ca. 45,38 årsverk. Av desse årsverka driftar kommunen sjølv 14,1 årsverk, frå 1. juni 2016. RO anbefalar at kommunen vurderer det reelle behovet for direkte brukarretta tenesteyting og behovet for tilsyn, som to ulike storleikar.

På denne måten kan kommunen lettare finne den optimale organiseringa av arbeidskrafta som trengst. Det er og viktig å ha fokus på innslagspunktet for å søke om statleg tilskot, alt under kr 1 081 000,- pluss 20 prosent av det som er over, er kommunen si utgift.

Spesialomsorga handlar ikkje berre om økonomi, den handlar i hovudsak om å støtte menneske i å meistre eigne liv. Dette inneber ein praksis som fokuserer på personen og er ressursorientert, samstundes med at tilsette får fagleg påfyll og tid til refleksjon over eiga teneståtferd.

RO anbefaler at Aurland kommune starter eit "nybrotsarbeid" gjennom å møte utfordringane innan spesialomsorga med innovativ tenking og tenestedesign, for å målrette tenestene og kvaliteten i tenesteytinga. Ei kvalitativ god teneste er og ei ressurseffektiv teneste.

2.3.4 Sakshandsaming og tenestetildeling på kort sikt

Aurland kommune er i gang med å betre rutinane i sakshandsaming. Dette arbeidet er viktig i økonomisk samanheng for å sikre ressurseffektiviteten. RO anbefaler å etablere eit tverrfagleg team som har hand om all sakshandsaming og tenestetildeling, jf. Rapport forvaltningsrevisjon pleie og omsorg 2014/15.

2.3.5 Økonomisk tilpassing på kort sikt

Samla sett meiner RO at det er rom for ei effektivisering i kostnadsområde kr 4 000 000 – kr 4 500 000,-, på relativt kort sikt. Dette er likevel avhengig av at kommunen gjennomfører endrings- og utviklingsarbeid på ein profesjonell og fagleg god måte. Forankring, involvering, medverknad og handlekraft er nøkkelord i denne samanhengen.

I intervju, samtalar og i arbeidsmøter kom det fram påstandar om at det finns mange planar og at det er mykje som er bestemt, men at det ikkje skjer noko.

Til hjelp for å redusere ressursbruken både ved institusjonen og i heimebasert omsorg, kan ei fast økonomisk ramme som utgangspunkt for endringsarbeidet vere ein nødvendig framgangsmåte for å tenkje annleis om korleis tenestene skal driftast. Med dette meiner RO at den økonomiske ramma som vert vedteke at PRO- tenesta i kommunen skal koste, skal vere grunnlaget for endringane. Dette er ein innovativ måte å gå fram på som har vist seg nyttig, ikkje berre gjennom reduserte utgifter, men og i auka kvalitet på tenestene og betre arbeidsmiljø for leiarar og tilsette.

2.4 Moglege tiltak for effektivisering på sikt

2.4.1 Strukturelle tiltak - omsorgsbustader – utbetring og/eller nybygg

Aurland kommune bør starte planlegginga av omsorgsbustader for å sikre ei gradvis opptrapping av framtidige tenester. RO fikk inntrykk av at dette er eit ønske som mange deler og ønskjer snarleg realisert.

I dette arbeidet må det og liggje ei vurdering av bruken av den gamle sjukeheimsdelen, både når det gjeld bygningsstandard, FDV-kostnader, planløyning og bruksområde. Når det gjeld omfang av omsorgsbustader utan heildøgns teneste, må dette sjåast i samanheng med bustadmarknaden og den ordinære bustadbygginga i kommunen og kommunen sin bustadsosiale handlingsplan.

Kommunen vil få utgifter til investering i omsorgsbustader. Husbanken administrerer investeringstilskotet til omsorgsbustader og sjukeheimar. Investeringstilskot frå Husbanken kan givast til bygging/utbetring av plass i institusjon, omsorgsbustad, fellesareal i eksisterande omsorgsbustader og døgnomsorgsplassar for øyeblikkeleg-hjelp. Når kommunen skal stå som eigar, vert det gitt tilskot på:

- Anleggskostnader per bueining i omsorgsbustad eller sjukeheim, er kr 3 060 000,- i 2016.
- Dei maksimale satsane for tilskot er kr 1 377 000,- for ein omsorgsbustad og kr 1 683 000 for ein sjukeheimplass.

Husbanken hjelper også kommunane og andre aktørar med å få god kvalitet på prosjekta.

2.4.2 Aurland helsetun sin funksjon i PRO-tenesta

RO vil anbefale at Aurland kommune skaper ei PRO-teneste der Aurland helsetun gir tidsavgrensa opphald for behandling, rehabilitering og utgreiing for tenestemottakarane. Fram til 2020 vil helsetunet og drifte dei åtte institusjonsplassane for menneske med demens. RO vil rå til at tenestemottakarane kan bu i eigen bustad livet ut og få den bistanden dei treng der. For at dette skal vere mogleg, må Aurland helsetun visareutvikle den kompetansen og kvaliteten som er nødvendig for behandling, rehabilitering og utgreiing.

2.4.3 Sakshandsaming og tenestetildeling på lang sikt

Som tidlegare nemnt, er sakshandsaming og tenestetildeling viktig for ressursbruken i PRO-tenesta. Aurland kommune erause i si tildeling av tenester. Eit viktig tiltak i denne samanhengen er å fremje innbyggjardialogen og legge til rette for dialogen med brukarane om utvikling av det kommunale tenestetilbodet⁵.

Sakshandsaming og tenestetildeling handlar og om å omsette enkeltvedtak til praktisk tenesteyting. Dette krev godt samarbeid mellom sakshandsamar og leiarane i verksemda. Organisering av arbeidskraft, kompetanse og arbeidstid er viktige faktorar for ei berekraftig PRO-teneste.

2.4.4 Prosjekt kvardagsmeistring

Det bør etablerast eit konkret prosjekt i kvardagsmeistring, der intensjonen er å fokusere på brukaren sine ressursar og deltaking i kvardagslege gjeremål. Brukaren skal vere aktiv deltakar, og ikkje passiv tenestemottakar. Kvardagsmeistringa må innehalde tidsavgrensa prosessar med klare mål og verkemiddel. Kvardagsrehabilitering som arbeidsmetode, inngår i prosjektet. Prosjektet bør gjennomførast av eit tverrfagleg team, der det vert lagt vekt på verdiforankring og integrering av felles verdiar. Kommunar som har gjennomført tilsvarende prosjekt, kan og dokumentere økonomisk gevinst gjennom mindre behov for bistand. Prosjekt "Meistring i kvardagen" kan utviklast gjennom periodar med planlegging, utprøving og vidareutvikling.

2.4.5 Prosjekt spesialomsorg

Dette er eit arbeid som også på sikt kan gi gode resultat. Det er viktig at spesialomsorga finn si form og sin plass i organisasjonen.

2.4.6 Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2025

Kommunedelplanen for helse og omsorg 2014-2025, som vart vedteken i kommunestyret 18. september 2014, viser til fire utviklingsprogram som kommunen skal arbeide med i planperioden:

- Styrke det førebyggjande og helsefremjande arbeidet.
- Arbeid med innhald i tenesta.
- Økonomi og berekraft.
- Samhandling og brukarmedverknad.

⁵ Kommunekompasset – evaluering av Aurland – 2015. KS-k rapport 24/2015

Kommunedelplan for helse- og omsorg 2014-2025 og RO sine tilrådingar vil saman danne utgangspunktet for nytenking og kompetansomobilisering i gjennomføringa av nødvendige tiltak for endring og tilpassing til kommunen sine rammevilkår.

Prioritering av tiltak for å få ein god start på endringsprosessen er nødvendig. Alle i organisasjonen må involverast i arbeidet med dei tiltaka som er nødvendige, for ei framtidig berekraftig PRO-teneste. I arbeidet og gjennomføringa av endringsprosessane, er det avgjerande at dette skjer gjennom felles innsats i heile organisasjonen.

3. Kva påverkar ressursutnytting og tenestekvalitet

3.1 Innretning og profil i omsorgstenesta

Innretning av tenestene handlar om samanheng i tiltakskjeda, overgangane mellom dei ulike tenestenivåa, og kven som får tenester i kommunen, og i kva omfang tenestene vert gitt. Dette handlar om kommunen sin forvaltningspraksis og terskel for tildeling av tenester.

Det er tre hovud-utfordringar når det gjeld tildelingspraksis. Den første utfordringa er terskel for tildeling av tenester. Når denne er låg, vert det mange som får. Dette er kostnadsdrivande. Den andre utfordringa er når heildøgns teneste vert tildelt, før det reelle behovet er til stades. Det kan vere fleire årsaker til dette. Det kan skuldast låg kapasitet i heimebasert omsorg eller mangel på omsorgsbustader, der det er mogleg med gradvis opptrapping av tenestene ut frå det reelle behovet. Med stadig raskare utskrivningstakt frå sjukehus, er det viktig at sjukeheimen vert prioritert til korttidsfunksjonen, framfor sjukeheimen som buform. Slik kan kommunen unngå "unødvendig" sjukehusinnlegging, særleg av eldre som elles får heimebaserte tenester.

Omsorgsbustadene bør i hovudsak byggjast som bufellesskap, slik at bufellesskapa utgjer arena for tenestemottakarane med dei største behova, for tenester gjennom heile døgnet. Nærleik til personell og til fellesarena er tilnærma lik som ved nybygde sjukeheimar. Bufellesskap kan nyttast som arena for tilrettelagte tilbod for innbyggjarar med demens.

Terskel for tildeling av tenester er viktig for økonomistyringa, og om tildelte teneste svarar til faktisk ytt teneste. Vedtakstimane i brukaren sitt enkeltvedtak, er timar til direkte brukarretta tid. Direkte brukarretta tid er oppgåver saman med brukar. Indirekte brukarretta tid er tid til planlegging, samarbeid, dokumentasjon og kontakt med samarbeidspartar. Dette er oppgåver som er naudsynte for best mogleg kvalitet i den direkte brukarretta tida.

Det er det reelle behovet for bistand/assistanse hos brukarane som skal møtast. Jamleg evaluering av om tenestene treffer det reelle behovet, er naudsynt for å avdekkje område, der tenesteomfanget kan reduserast eller erstattast av andre meir målretta tenester med betre effekt for brukaren si helse og livskvalitet.

Med dei demografiske utfordringane som Noreg ventar frå 2025/2030, kan det verte nødvendig å mobilisere samfunnet sine samla omsorgsressursar, ressursar hos brukarane sjølv, deira familie og sosiale nettverk, nærmiljøet og lokalsamfunnet, ideelle verksemder og næringsliv.

Tenestenivå og dimensjonering av plassar med heildøgns teneste, heng saman med omfang og kapasitet i heimebasert omsorg, bruken av korttids plassar og tilgjenge til nattenester. Samansettinga av tenestetrappa/omsorgstrappa er avgjerande for dimensjoneringa av PRO-tenesta, handlingsrommet for tenestenivået og balansen mellom dei ulike trinna, slik at heilskap og fleksibilitet i tenesta vert best mogleg.

3.2 Omsorgstrappa

Det er dei interne prioriteringane som vert gjort i PRO-tenesta, som i stor grad avgjer om tenestene er ressurseffektive eller ikkje. Dette vert omtala som *tenestetrappa eller omsorgstrappa*, ut frå at tenestemottakarane helst skal få sitt tilbod på rett nivå i kommunen sitt samla tenestetilbod. Di *høgare i trappa* tilbodet er, di meir ressursar (økonomisk og fagleg) krev det. Det betyr at dersom nokre tenestemottakarar får eit tilbod som ligg over det reelle behovet, vil kommunen bruke sine samla ressursar på ein måte, som gjer at nokon får eit tilbod som ikkje er godt nok, fordi andre får "for mykje". Eventuelt inneber det at kommunen samla sett, bruker meir ressursar enn nødvendig på PRO-tenestene.

Institusjonen si rolle og funksjon i den totale tenestekjeda er svært avgjerande for å unngå at det oppstår flaskehalsar i omsorgstenesta. Ein viktig føresetnad er å skilje behandlingfunksjonen frå bufunksjonen. Dette inneber ei tydeleg målsetting for korttidsopphaldet og målretta arbeid for behandling, rehabilitering eller utgreiing. Med ei framtidig satsing på heimebasert omsorg, krev dette endring i tankesett og arbeidsmåtar som byggjer opp om brukaren sine verdiar og livskvalitet, jf. Omsorg 2020. Tilbod om avlastning kan givast i omsorgsbustad

3.3 Ressursstyring

Det er behov for strukturar, som er tenlege og funksjonelle for oppgåveløysinga i PRO-tenesta. Strukturane må gjere det mogleg for organisasjonen å takle utfordringar knytt til systemorientering, medvit om utvikling og endring, og refleksjon. Grunnlaget må alltid vere ei forståing av primæroppgåva og korleis organisasjonen skal arbeide for å realisere denne.

Organiseringa av driftseiningane har innverknad på grad av målretta bruk av ressursar, både økonomi og personell. Dette inneber fokus på bemanningsnivå og korleis kompetansen i tenestene er fordelt, og om kompetansen vert brukt, der det er behov for slik kompetanse. Dette heng saman med organisering av arbeidstid. Organisering av arbeidstida må vareta brukarane sine behov, tilsette sine rettigheter, jf. lov og avtaleverk, god ressursutnytting og økonomistyring.

Leiing av tenestene, evne til kulturbygging og funksjonelle administrative system er sentrale element i ein kostnadseffektiv organisasjon. Eit forsvarleg leiarspenn og funksjonell ansvarsfordeling må sikre tid til leiing, både på strategisk nivå og verksemdsnivå. I organiseringa av tenesta må det takast omsyn til kva oppgåver som er viktige, for å oppnå forsvarleg tenesteyting i tråd med lov og avtaleverk.

Tenleg styringsinformasjon må vere lett tilgjengeleg og dokumentert. Utviklinga innan helse og omsorg krev meir oppfølging av elektroniske kommunikasjons- og meldesystem, samt dokumentasjonssystem, enn tidlegare. Dette inneber kapasitet for å sikre naudsynt drift og effektive brukarsnitt av omsyn til pasientsikkerheita og kvaliteten i vekslingfelt mellom ulike tenester og ulike tenestenivå. For god økonomistyring trengst det tenlege styringsdata. Samanhengen mellom økonomiske og faglege variablar må og vurderast, når det gjeld styringsdata, for å sikre kvalitet og forsvarleg tenesteyting.

Administrative funksjonar må blant anna sjåast i samheng med organisering og storleik på stab/støttefunksjonar, og kva plassering i organisasjonen som er mest tenlege, både med omsyn til bruk av ressursar og funksjon ut frå dei oppgåvene som skal løysast.

4. Kvantitativ analyse

Dette kapitlet omtalar demografisk utvikling i Aurland kommune frå 2016 til 2040 (4.1). Kapittel 4.2 omhandlar kommunen sitt utgiftsbehov, prioritering og produktivitet ut frå KOSTRA-tal . Dei KOSTRA-tala som RO har analysert, er Aurland kommune sine innrapporterte rekneskapstal for 2012, 2013 og 2014. Kapittel 4.3 omhandlar kommunen si innretning av pleie-, rehabilitering- og omsorgstenesta.

4.1 Demografi, aldersberekne og familiekoefisient

Den demografiske utviklinga i Aurland kommune kan gi eit bilde av korleis kommunen bør innrette PRO-tenesta for å møte framtidige behov for omsorgstenester. Framskriving av folketal handlar og om aldersberekne og familieomsorgskoefisient:

- Framskriving av folketallet viser korleis utviklinga i dei ulike aldersgruppene kan utvikle seg.
- Aldersberekne er forholdet mellom dei yrkesaktive og innbyggjarar 67 år eller eldre, og er av interesse for finansiering av pensjonar, velferdstilbod og helse- og omsorgstenester.
- Familieomsorgskoefisienten er forholdet mellom talet på personar i alderen 50-66 år og personar over 85 år. Familieomsorgskoefisienten er eit uttrykk for talet på potensielle familieomsorgsgivarar og eldre som treng omsorg.

Ved å framskrive folketal, aldersberekne og familieomsorgskoefisienten kan kommunen danne seg eit bilde av korleis omsorgstenesta bør dimensjonerast for å møte framtidig behov for PRO-tenester i Aurland.

Tabell 4.1-1 *Framskriving av folketal for ulike aldersgrupper, samt total-folketalet i Aurland kommune (tal vist for 5-års periodar over intervallet 2016-2040).*

	2016	2020	2025	2030	2035	2040
0-19 år	348	337	336	333	345	343
20-66 år	1047	1032	1019	986	934	908
67-79 år	208	239	258	269	296	301
80-89 år	84	83	87	122	138	141
90 år eller eldre	32	29	25	25	27	41
<i>Totalt tal innbyggjarar</i>	1719	1720	1725	1735	1740	1734

Kilde: Befolkningsframskriving (SSB 2015, alternativ MMMM)

I 2016 er 7 prosent av innbyggjarane i Aurland kommune 80 år eller eldre. Framskrivinga av folketallet viser at auken i aldersgruppa 90 år eller eldre skjer først frå 2035 til 2040, med ein auke på 9 personar. Dette er den aldersgruppa der det er størst førekomst av demenssjukdom (41%). Dersom førekomsten av demenssjukdom held seg på same nivå som i dag, vil talet på personar med demens auke i aldersgruppa 90 år eller eldre med 3 personar innan 2040.

Aldersgruppa 67-79 år aukar i same tidsrommet med 93 personar. Dersom prognosen slår til, kan denne aldersgruppa vere ein potensiell arbeidskraftreserve. Aldersgruppa 80-89 år aukar med 57

personar. Dersom prognosen slår til, vil førekomsten av demens også auke i desse aldersgruppene, jf. tabell 4.1-2.

Talet på personar med demens aukar med aukande alder. Ut frå statistiske tal har RO gjort eit estimat av talet på personar som statistisk kan få diagnosen demens i perioden 2016 – 2040. Dersom førekomst av demens vert på same nivå som i dag, vil auken av personar med demens i Aurland kommune, først skje mellom 2020 og 2030.

Aurland kommune har i dag ein avdeling for menneske med demens på 8 plassar ved Aurland helsetun. Heimebuande med demens har dagtilbod 3 dagar i veka frå kl. 0900 - 1500.

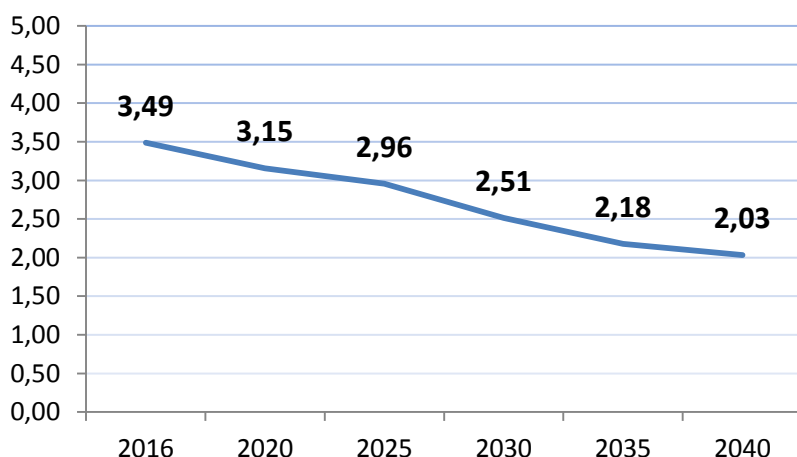
Tabell 4.1-2 Demens i ulike aldersgrupper⁶ (framskriving 2015 – 2040 (grunnlag SSB, alternativ MMMM))

Alder	Førekomst (%)	Tal tilfelle 2016	Tal tilfelle 2020	Tal tilfelle 2030	Tal tilfelle 2040
65-69 år	1	1	1	1	1
70-74 år	2	2	2	2	2
75-79 år	6	3	3	5	7
80-84 år	18	8	8	15	15
85-89 år	32	11	11	12	18
90 år eller eldre	41	13	12	10	16
Sum		38	37	45	59

Aldersbereevne

Ut frå framskrivinga av folketalet i Aurland kommune, vil talet på yrkesaktive i forhold til personar over 67 år reduserast frå 3,49 i 2016 til 2,03 i 2040 (figur 4.1-1). Dette krev medvit omkring kompetansmobilisering og strategi for kompetanseutvikling og rekruttering av framtidig arbeidskraft. Arbeidet med mobilisering av kompetanse og rekruttering er eit kontinuerleg arbeid, både når det gjeld vedlikehald av kompetanse, nytenking og kompetanseoverføring frå dei som sluttar i jobben. Å møte lærlingane på ein forventningsfull og bekreftande måte, er godt rekrutteringsarbeid.

Figur 4.1-1 Aldersbereevne i Aurland kommune 2016-2040



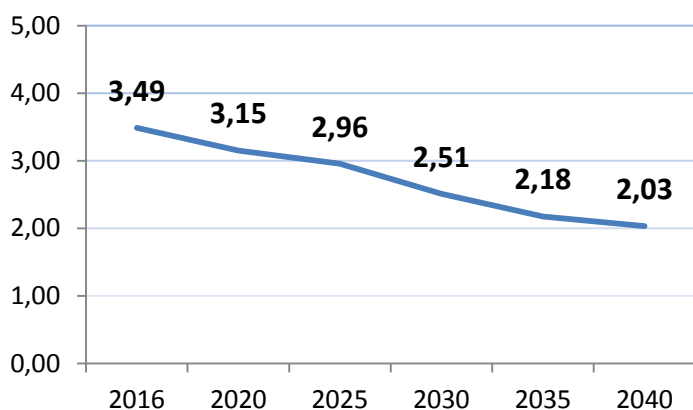
⁶ Kilde: Engedal 2009, Helsedirektoratet 2014.

Familieomsorgskoeffisient

Figur 4.1-2 framstiller utviklinga av familieomsorgskoeffisienten for Aurland kommune i perioden 2016 til 2040. Frå 2016 til 2040 minkar familieomsorgskoeffisienten, og det vert 1,46 færre til å yte familieomsorg til kvar eldre som treng omsorg.

I møte med utfordringane innan helse og omsorg i framtida, vert det nødvendig å mobilisere dei samla omsorgsressursane i samfunnet. Dette gjeld i første rekkje tenestemottakarane. Ressursane i deira familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, er ein omsorgsreserve som kommunen kan kome til å trenge i framtida. Frivillige er eksponentar for nye måtar å tenkje offentleg velferd på.

Figur 4.1-2 Familieomsorgskoeffisienten i Aurland kommune 2016-2040



4.2 KOSTRA-statistikk for pleie- og omsorgstenesta

Dei KOSTRA-tala som RO har analysert, er Aurland kommune sine innrapporterte rekneskapstal for 2012, 2013 og 2014. Når RO har brukt ureviderte tal for 2015, er dette opplyst.

4.2.1 Aurland kommune sitt utgiftsbehov, prioritering og produktivitet

Utgiftsbehov

Inntektssystemet for kommunane som vert omtala i "Grønt hefte", viser statlege overføringar til kvar enkelt kommune. Som grunnlag for statlege overføringar, ligg utrekningar av dei ressursane ein kommune treng, for å utføre lovpålagte oppgåver. Dette vert kalla kommunen sitt *utgiftsbehov*. Utgiftsbehovet vert utrekna i prosent av landet sitt utgiftsbehov, som alltid er 100 eller 1 i tabellane.

Eit anna omgrep i inntektssystemet er *justert innbyggjar*. Justert innbyggjar betyr at tala er justert i høve til ulike faktorar, som alderssammansetning, levekår, avstandar og ei rekkje andre kjenneteikn. På denne måten vert innbyggjartalet justert, slik at det kan samanliknast med andre kommunar og KOSTRA-gruppa.

Tabell 4.2-1 Aurland kommune sitt utgiftsbehov

	Indeks innb. 23- 66 år	Indeks innb. 67- 79 år	Indeks innb. 80- 89 år	Indeks innb. ≥ 90 år	Indeks reiseavst. i kommunen	Indeks dødelegheit PU over 16 år	Indeks	Berekna utgiftsbehov
Aurland	0,98	1,14	1,59	2,07	1,66	0,84	1,15	1,24
K16	0,96	1,14	1,19	1,30	2,24	1,01	1,22	1,38

Kilde: Grønt Hefte 2016

Aurland kommune har eit berekna utgiftsbehov på 1,24, som inneber at utgiftsbehovet er 0,24 større enn gjennomsnittet for landet, som er 1,0. Samanlikna med KOSTRA-gruppe 16 som har eit gjennomsnitt på 1,38, så har Aurland kommune eit utgiftsbehov som er 0,14 lågare enn KOSTRA-gruppe 16.

Prioritering

Justert for kommunen sitt utgiftsbehov bruker Aurland kommune 8 743,- kroner meir i netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstenester per innbyggjar, enn KOSTRA-gruppe 16 (tabell 4.2-2). Dersom netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstenester låg på same nivå som for KOSTRA-gruppe 16, ville Aurland kommune kunne redusert netto driftsutgifter med vel 15 mill. kroner totalt.

Tabell 4.2-2 Prioritering av pleie- og omsorgstjenesten. Samanlikning av netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstenester per innbyggjar og per justert innbyggjar

	Netto driftsutgifter per innbyggjar (i kr)			Endring frå 2012 til 2014		Netto driftsutgifter per justert innbyggjar (2014)
	2012	2013	2014	Kr	Prosent	
Aurland	31 149	32 323	36 196	5047	16,20	29 094
K16	21 660	21 205	28 085	6425	29,66	20 351
Landet (/u Oslo)	15 268	15 524	16 045	777	5,09	13 690

Kilde: KOSTRA konserntal for pleie og omsorg på nivå 2 (SSB, 2012-2014)

Bistandsbehovet

Når det gjeld behovet for bistand i pleie og omsorg, viser innrapporterte IPLOS-tal frå kommunen, at Aurland har fleire tenestemottakarar med noko/avgrensa behov, enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 16. Aurland kommune har færre tenestemottakarar med omfattande bistandsbehov, enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 16. Nye søknader om bistand i 2015, var 33 søknader, mot 30 søknader i 2014.

Tabell 4.2-3 Del av brukarar - bistandsbehov i pleie- og omsorgstenesta. Prosent.

Aurland	2012	2013	2014
Noko/ avgrensa	66	64	54
Middels/ stort	17	20	29
Omfattande	17	17	17
K16			
Noko/ avgrensa	0	46	48
Middels/ stort	79	31	30
Omfattande	21	23	23

Over halvparten av tenestemottakarane i omsorgstenesta i Aurland har noko/avgrensa behov for bistand. Dette kan indikerer at terskelen for å få omsorgstenester, er låg. Tidleg innsats kan vere viktig for auka sjølvstende. Om dette skjer eller ikkje, er avhengig av målet med tenestene. Når

tenestene vert tildelt ut frå kva kommunen tradisjonelt gir, er det stor fare for at tenestene vert tilvenning til meir teneste, i staden for auka sjølvstende.

Nesten ein tre-part av tenestemottakarane vert vurdert til middels/stort bistasbehov. Det er og ein kraftig auke frå 2014 til 2015 i denne funksjonsgruppa. Kva denne auken skuldast er ikkje openbar.

Gruppa med omfattande tenestebehov er på same nivå frå 2012 til 2014. Denne funksjonsgruppa utgjer ein seksdel av dei som får omsorgstenester i Aurland. Når det gjeld gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 16, er det ein større del av dei som får omsorgstenester, som har omfattande behov.

I 2015 brukte Aurland kommune 32,2 prosent av netto driftsbudsjett til pleie og omsorg av kommunen sitt totale netto driftsbudsjett, (ureviderte tal per 09.04.2016). I tabell 4.2-4 er Aurland samanstillt med KOSTRA-gruppe 16 og landet utanom Oslo.

Tabell 4.2-4 Prioritering – netto driftsutgifter til PRO-tenestene (ureviderte KOSTRA-tal per 09.04.2016)

	Aurland	KOSTRA-gr. 16	Landet u/Oslo
Netto driftsutgifter i prosent av kommunen sine totale netto driftsutgifter	32,2	27,8	30,9
Institusjon - del av netto driftsutgifter til pleie og omsorg	41,1	56,1	44,4
Tenester til heimebuande - del av netto driftsutgifter til pleie og omsorg	50,5	36,9	50,3
Aktivering, støttetjenester - del av netto driftsutgifter til pleie og omsorg	8,4	7	5,3

Aurland bruker større del av netto driftsutgifter av omsorgsressursane til aktivisering/støttetjenester, enn KOSTRA-gruppe 16 og landet utanom Oslo. Fordelinga mellom heimebasert omsorg og institusjonsomsorga, samsvarar med landet utanom Oslo. Ein stor del av netto driftsutgifter til tenester til heimebuande er netto driftsutgifter til spesialomsorga.

Produktivitet

KOSTRA bruker korrigerede brutto driftsutgifter per brukar/plass som mål på produktivitet. Korrigeringa er at driftsutgiftene, inkludert avskrivning ved eigen tenesteproduksjon, er korrigert for dobbeltføringar på grunn av vidarefordelinga av utgifter/innkjøp mv. per brukar. Indikatoren viser dermed kostnaden per eining eller produktiviteten ved den aktuelle tenesta. Normalt vil slike variasjonar følgje talet på årsverk per brukar.

Tabell 4.2-5 Produktivitet i institusjonsdrift. Korrigerede brutto driftsutgifter per kommunal plass i institusjon (Ureviderte tall per 09.04 2016)

	2012	2013	2014	2015*
Aurland	1 168 792	1 170 625	1 272 625	1 076 037
K16	0	1 055 419	1 157 562	1 077 849
Landet (u/Oslo)	955 590	984 522	1 039 336	1 024 333

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg på nivå 2 (SSB, 2012-2014).

Når det gjeld korrigerede brutto driftsutgifter per kommunal plass i institusjon, ligg Aurland kommune på gjennomsnittet av KOSTRA-gruppe 16, (tabell 4.2.5). Grunnlaget for korrigerede brutto driftsutgifter

per kommunal plass i institusjon på 1 076 037, er ikkje reduksjon i kommunen sine utgifter, men at kommunen med samme utgiftsramme drifter 3 institusjonsplassar meir enn i 2012-2014. Dette inneber at produktiviteten sett i KOSTRA-samanheng er betre, men det er ikkje gjort endringar i kostnadane til drift av institusjonen. (Sjå sjukeheimsanalysen kap. 4.4)

Gjennomsnitt ADL-score på institusjonen i 2015 var 3.36. Den individuelle skåren varierte frå 1,93 til 4,50. I 2015 var det 25 utskrivingar frå institusjon. Av desse var det 19 utskrivingar frå korttidsplass, og 6 utskrivingar frå langtids plass.

Tabell 4.2-6 Produktivitet i heimebasert omsorg. Korrigerede brutto driftsutgifter per mottakar av heimetenester (i kr) (Ureviderte tall per 09.04 2016)

	2012	2013	2014	2015*
Aurland	227 522	209 876	227 126	226 796
K16	178 954	172 878	225 754	240 998
Landet (/u Oslo)	214 853	223 077	239 788	237 179

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie og omsorg, nivå 2 (SSB, 2012-2014).

Når det gjeld korrigerede brutto driftsutgifter per mottakar av heimetenester, bruker Aurland kommune vel 14 000,- kroner mindre enn KOSTRA-gruppe 16, (tabell 4.2.-6). I heimebasert omsorg var det totalt 93 personar som mottok heimetenester i 2015. I 2015 var gjennomsnittet på talet på timar i heimebasert omsorg før langtids plass, på 9,6 timar per veke, varierende frå 2 timar per veke til 24 timar per veke.

Spesialomsorga

Spesialomsorga gir tenester til menneske med utviklingshemming, menneske med rusproblematikk og menneske med psykiske problem.

Alle kommunar som yter særleg ressurskrevjande helse- og omsorgstenester til enkeltmottakarar, kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knytt til desse tenestene⁷. Tilskotet vert forvalta av Helse- og omsorgsdepartementet og er bevilga over Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettkapittel 575, post 60. Innslagspunktet for 2015 er 1 081 000,- kroner per tenestemottakar. Refusjonsbeløpet er 80 prosent av lønnsutgifter over innslagspunktet. Aurland kommune yter ressurskrevjande tenester til 12 innbyggjarar.

Aurland kommune organiserer tenester til yngre brukarar på ulike måtar avhengig av bistandsbehov, brukaren sine egne ønsker og kommunen sin kapasitet. Dette kan vere heildøgns omsorg i privat eller kommunal bustad, privat eller offentleg regi, avlastning i institusjon, avlastning utanfor institusjon og brukarstyrt personleg assistanse (BPA).

Det er alltid ei utfordring når det gjeld omfanget i tildeling av tenester, å skilje tenestebehovet frå korleis bemanninga skal organiserast. Det er viktig at kommunen vurderer det reelle behov for direkte brukarretta tenesteyting og behovet for tilsyn, som to ulike storleikar. På denne måten kan

⁷ Rundskriv IS-4/2016 - Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene.

kommunen lettare finne den optimale organiseringa av arbeidskrafta som trengst. I Aurland kommune er det ikkje skild tydeleg nok mellom desse funksjonane, noko som kan ha konsekvensar for ressursbruken i spesialomsorga.

Når det gjeld kvaliteten i tenesteytinga, er det avgjerande for ressursinnsatsen kva verdigrunnlag tenestene vert tildelt og ytt etter. Ei tydeleg individuell målsetting er viktig både for tenestetildelinga og evalueringa undervegs i tenesteytinga. Det bør vere fokus på kvalitet på ein slik måte at arbeidsmåtar vert endra, når det er behov for det. Samarbeidet med brukar, brukar sitt nettverk og lokalsamfunnet vil kunne utløyse ressursar som bidreg til helse og livskvalitet. Samarbeidet med NAV er særskild viktig for dei som mottar tenester frå NAV og heimebasert omsorg. Det er nødvendig i arbeidet med å betre kartlegging, at brukarmedverknaden vert reell, ut frå ei målretta tildeling av bistand. Kommunen arbeider no med meir formaliserte prosedyrar og rutinar for praksis i tenestetildeling.

Utgangspunktet for regjeringa sin politikk, er ei individuell og konkret tilnærming til den enkelte sin situasjon og behov. Politikken inneber også at personar med behov for bistand, ikkje skal behandlast som ei gruppe, men som individ med respekt for ulikheit og likeverd. Dette vert understreka i lovgivinga gjennom kravet om enkeltvedtak for tildeling av tenester, ut frå eit individuelt vurdert behov for bistand. Sjølv om personar med behov for bistand bur i bufellesskap, mottar dei ikkje felles tenester med mindre dei sjølve ønskjer å få tenestene saman med andre som bur i bufellesskapet. Målet er framleis at menneske med behov for bistand skal kunne leve og bu sjølvstendig, og ha eit aktivt og meningsfullt tilvære i lag med andre⁸.

Etter ansvarsreforma og deinstitusjonaliseringa innan psykisk helsevern har betringsperspektivet, recovery, vokal fram. Recovery-orientert praksis rettar merksemda mot det som er viktig for den enkelte, korleis kriser og problem kan handterast, og kva som gjer det mogleg å oppleve meistring. Det skjer mykje nybrottsarbeid innan helse- og omsorgstenestene, difor er det viktig at Aurland legg vekt på ei kvalitativt god spesialomsorg (om det er det den skal heite i framtida). Ein krevjande og utviklande arbeidsplass med god leiing, er det beste trekkplasteret for rekruttering av kompetanse og arbeidskraft.

I forvaltningsrevisjonen⁹ er det føreslått konkrete oppfølgingspunkt for å understøtte effektiv ressursutnytting, og for å sikre at tenestene vert tildelt på "rett nivå", både i høve til eit fagleg skjøn og i høve til brukar sine egne behov og ønskjer. RO ser det som viktig at tiltaka vert knytt til kvaliteten på tenesta, tverrfagleg samarbeid og koordinerte heilskaplege tenester.

Forholdet mellom direkte og indirekte brukarretta tid

Ei kostnadseffektiv teneste er ei teneste som treffer det reelle behovet hos brukarane, der fokus er ei målretta tenesteyting. RO har sett på grad av effektivitet, når det gjeld forholdet mellom direkte og indirekte brukarretta tid. Det finst ingen standard for fordelinga mellom direkte brukarretta tid og indirekte brukarretta tid. RO erfarer frå andre kommunar at det vert brukt ei 60/40-fordeling¹⁰ i heimebaserte tenester. Denne fordelinga vil likevel variere mellom ulike yrkesgrupper og kommunar, avhengig av ulike forhold som geografi og organisering.

⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

⁹ Rapport frå KPMG Forvaltningsrevisjon "Pleie og omsorg" Aurland kommune 2014/15

¹⁰ PwC 2012, Moss kommune *Pris per brukertime – hjemmabaserte tenester*.

Spørsmål som kommunen må ha svar på, omkring fordeling av direkte og indirekte brukarretta tid, kan vere:

1. Kan fordelinga innebere at indirekte oppgåver som planlegging, dokumentasjon og samhandling, må skje i den direkte brukarretta tida?
2. Dersom det er rom for indirekte oppgåver fordi brukarane ikkje har behov for direkte tenester, kan dette innebere behov for ny kartlegging og vedtak ut frå det reelle behovet til brukaren?
3. Kan fordelinga indikere ineffektiv organisering av tenestene og lite innhald i tenesta?

Tabell 4.2-8 viser forholdet mellom direkte brukarretta tid og indirekte brukarretta tid i heimebasert omsorg, sone 1 og 2, (tal per 31.des.2015). Forholdet mellom direkte og indirekte brukarretta tid i sone 1 og 2 er 65,5 prosent brukarretta tid og 34,5 prosent indirekte brukarretta tid. Dette er bra. Tabell 4.2.8 viser og talet på årsverk og talet på tilsette i heimebasert omsorg og spesialomsorg.

Tabell 4.2-8 Heimebasert omsorg – forholdet mellom direkte brukarretta tid og indirekte brukarretta tid per 31. des. 2015

Eining/soner (april 2016)	Årsverk minus adm.	Arbeidstimar per veke	Talet på vedtakstimar per veke	Direkte brukarretta tid %	Indirekte brukarretta tid %	Talet på tilsette minus adm.
Sone 1 og 2	15,1	536,05	351	65,5	34,5	25
Vetleli (pu)	8,4	298,20				13
Vårdraum (pu og psykiatri)	2,9	102,95				8
BPA	2,0	71,00				
Ressurskrevjande tenester samla	45,38	1610,99	1611*			
Ressurskrevjande tenester i eigen regi	14,1	500,55				
Årsverk private leverandører og annan kommune	31,28	1110,44				

*Aurland kommune har vedtak på 1611 timar per veke til ressurskrevjande tenester. I det blå feltet har RO gjort om desse timane til årsverk og arbeidstimar per veke, ut frå eit veketimetall på 35,5 timar. Kommunen kjøper tenester frå private leverandører som svarer til 31,28 årsverk, per mai 2016 driftar kommunen sjølv 14,1 årsverk av desse timane, da rekna ut frå årsverk i Vetleli og Vårdraum.

4.3 Aurland kommune si innretning av PRO-tenestene

På oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet har RO gjennomført ein studie av mønster i innretninga av norske kommunar sine omsorgstenester¹¹. RO nyttar metoden frå dette arbeidet til å samanlikne Aurland kommune sin tenesteprofil med andre kommunar. Samanlikninga skjer etter dimensjonane institusjonsteneste – heimeteneste, høg – låg dekningsgrad for yngre og eldre, og høgt – lågt nivå på tenestene.

Det er kjent at norske kommunar har svært ulike strategiar for sine omsorgstenester. Ved å gjennomføre ein analyse av tenesteprofil, vil kommunen skåre frå 1 til 10 samanlikna med dei andre kommunane på 8 faktorar. Profilen beskriv kommunen sin grad av:

- Institusjonsorientering – heimetenesteorientering .
- Eldreomsorg – omsorg for yngre aldersgrupper.
- Dekningsgrad – tenesteintensitet /maksimumskapasitet.
- Tilgjenge til sjukeheimplass, langtids plass – korttids plass.

Tenesteprofilen gir grunnlag for refleksjon over kva område som bør prioriterast i ei framtidsretta PRO-teneste, og kva funksjonar Aurland helsetun skal vareta.

Tenesteprofilen viser innretninga av omsorgstenesta, og ikkje ressursbruken i tenesta. Med andre ord, handlar tenesteprofilen om kven som får omsorgstenester i Aurland kommune. Kommunane er delt inn i ti grupper (decil), og plassert i gruppene etter kven dei gir tenester til i kommunen. Når ein kommune kjem i gruppe ein, betyr det at kommunen er blant dei kommunane som gir minst tenester. Når kommunen kjem i gruppe ti, betyr det at kommunen høyrer til den gruppa av kommunar som gir mest tenester.

RO viser tenesteprofilen for Aurland både for 2014 (figur 4.3-1) og figur 4.3-2 med tilgjenge til institusjonsplass for 2015. Dette for å vise endringane frå 2014 til 2015, når det gjeld tilgjenge til korttids plassar ved helsetunet. Frå å høyre til gruppe 6 i 2014 til ei endring som plasserer kommunen i gruppe 1, som inneber at Aurland kommune er blant dei kommunane i Noreg som har lågast tilgjenge til korttids plass. Informantane som rådgivarane frå RO intervjuar, kunne bekrefte at korttids plassane i praksis ofte vart langtids plassar. I 2015 hadde Aurland kommune 25 utskrivningar frå sjukeheimen. Av dette var det 19 utskrivningar frå korttids plassar. Tilgjenge til korttids plass handlar om kor ofte ein korttids plass vert ledig i løpet av eit år.

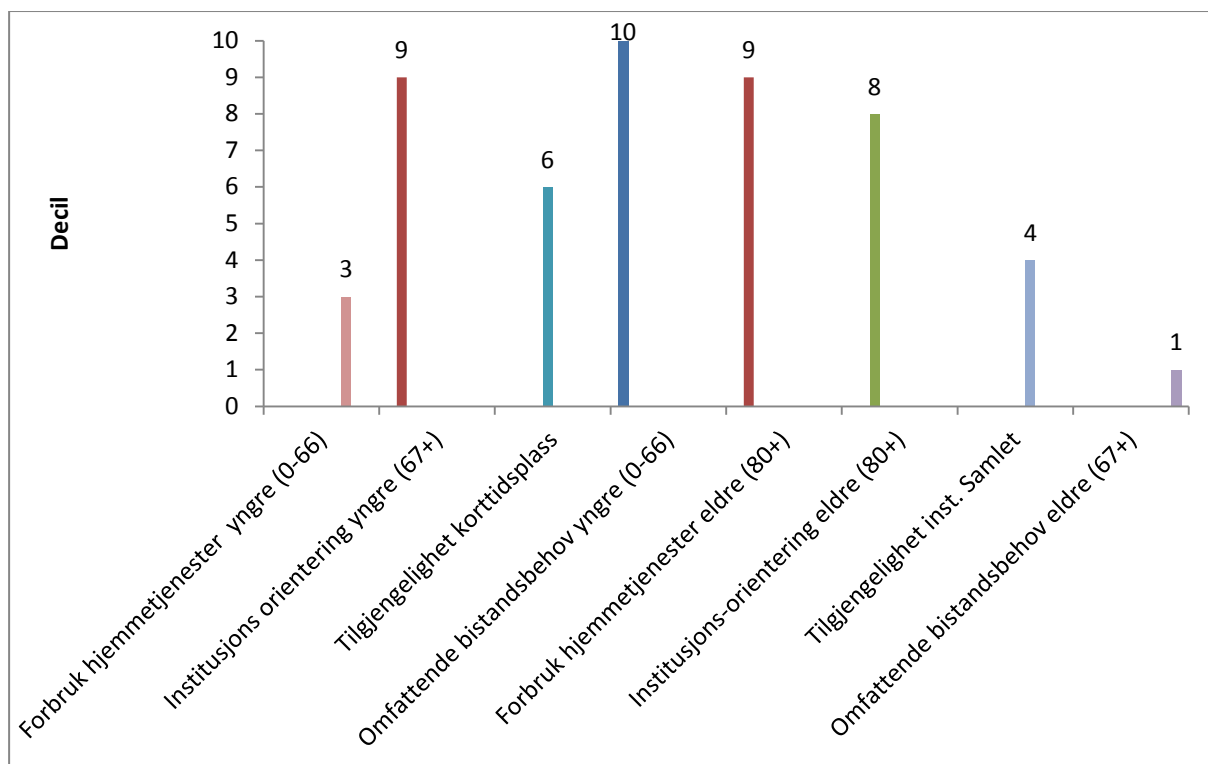
Grad av tilgjenge til korttidsplass seier noko om samarbeidet mellom institusjonen og heimebasert omsorg. Når behov for institusjonsplass oppstår, er hovudspørsmålet om det er ledig plass. Meir viktig enn talet på plassar, er spørsmålet om korleis plassane vert brukt, kva funksjonar sjukeheimen fyller i den samla omsorgstenesta i kommunen.

Aurland kommune er i den gruppa av norske kommunar som gir nest mest institusjonstenester til innbyggjarane. Kommunen er i den gruppa som gir mest tenester til yngre brukarar (0-66 år) med omfattande bistandsbehov. Når det gjeld forbruk av heimetenester, ligg kommunen i gruppe 3 for yngre brukarar og i gruppe 9 når det gjeld eldre.

Konklusjonen er at Aurland tildeler både heimetenester og institusjonstenester til mange.

¹¹ Ivar Brevik og Lars Nygård: Mønstre og mangel på mønstre i innretning av de kommunale omsorgstenestene, notat 2013:104

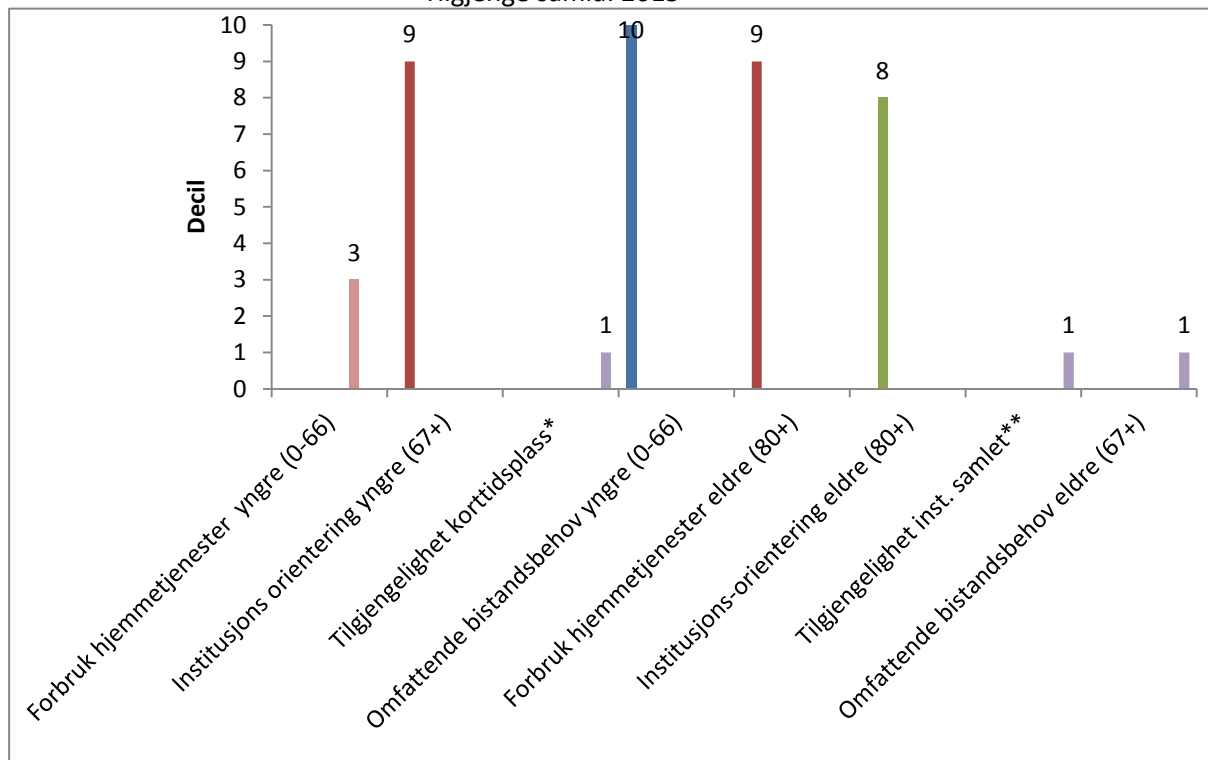
Figur 4.3-1 Tenesteprofil Aurland 2014



Figur 4.3-2 Tenesteprofil Aurland kommune 2014

NB: * Tilgjenge korttidsplass: 2015

** Tilgjenge samla: 2015



Omsorgsplassar i Aurland

Aurland kommune har 24 institusjonsplassar. I 2015 hadde kommunen 27 plassar, 3 i den gamle sjukeheimsdelen. Aurland helsetun vart bygd i 2000, og kommunen har bindingstid på å bruke plassane til institusjonsdrift, fram til 2020, gjennom tilskot frå Husbanken. I tillegg har kommunen 4 omsorgsbustader med heildøgns tenester (HDO-plass)(jf. KOSTRA 2014).

Ein omsorgsbustad med heildøgns teneste (HDO-plass) er ein bustad der du får tenester etter behov, der du kan bu livet ut.

Når det gjeld omsorgsbustader utan heildøgns tenester, har Aurland kommune 28 bustader.

I heimebasert omsorg var det 103 personar som mottok tenester per 31.12.2015.

Tabell 4.3-2 Omsorgsplassar i Aurland

	Institusjonsplassar	Omsorgsbustader med heildøgns teneste (HDO-plass)	Omsorgsbustader utan heildøgns tenester
Aurland sjukeheim	24		
I den gamle sjukeheimsdelen	3		9
Flåm			8
Vårdraum			6
Vetleli		4	
Bufellesskap i den gamle sjukeheimsdelen			5
Sum	27	4	28

4.4 Ressurs- og driftsanalyse sjukeheim

Aurland sjukeheim vert samanlikna med andre sjukeheimar frå 6 kommunar. Utvalet er sjukeheimar som har same tenestetilbod som Aurland helsetun. Kriteriet for utvalet av sjukeheimar i samanlikninga er dimensjonen av tenesta, uttrykt i talet på plassar.

Tabellen under viser viktige kjenneteikn ved drifta av sjukeheimen i Aurland og sjukeheimane som er brukt i samanlikninga. I den grad tal stammar frå tidlegare rekneskap enn 2014 er dei justert etter SSB sin konsumprisindeks.

Tabellen viser store variasjonar i kostnader. Variasjonane viser at handlingsrommet kan vere betydeleg innan dei fleste områda. I det vidare vert hovudfunn frå analysen/tabellen omtala.

Tabell 4.4-1 Ressurs- og driftsanalyse av pleie- og omsorg i sjukeheim, ei samanlikning av Aurland helsetun og utvalde sjukeheimar frå fem kommunar (2014-tall).

Sykehjem	Aurland helsetun	G1	Q2	R1	M1	H1	P2	Gj.snitt
Antall plasser	27	39	32	30	28	26	24	29,4
Samlet sykefravær (i prosent)	4,7	8,4	8,4	10,6	9,85	14,02	7,0	9,00
Brutto lønnsutgifter pr. plass pr. år brukerrettet	544 372,56	548 908,27	606 470,34	910 652,13	651 643,63	687 223,26	641 888,42	655 879,80
Kostnader mat pr. plass pr. år	83 740,74	37 686,81	51 971,78	84 441,00	106 350,16	92 273,38	82 298,42	76 966,04
Vask av tøy pr. plass pr. år	27 951,78	11 036,85	14 624,19	28 241,17	16 082,04	31 938,13	10 479,92	20 050,58
Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år	11 222,22	19 677,90	15 990,41	19 784,77	9 687,38	25 474,04	21 906,17	17 677,55
Andre driftsutgifter pr. plass pr. år	40 848,15	19 839,41	26 599,56	55 835,43	26 426,26	24 266,64	14 095,38	29 701,55
Direkte brukerrettet innsats i prosent av totalen	76,87	86,15	84,74	82,87	80,43	79,80	83,29	82,02
Overtid pr. plass pr. år	16 449,26	10 686,90	10 575,59	34 917,93	15 177,66	39 031,19	12 727,96	19 938,07
Variabel lønn i prosent av totalen	15,15	26,99	24,01	26,48	15,52	38,37	34,05	25,80
Antall administrative årsverk ledelse (styrer, avdelingsleder)	1,4	1,8	1,5	1,0	1,0	1,7	1,0	1,34

Sjukefråvær

Sjukefråværet blant tilsette på sjukeheimen i Aurland skil seg positivt frå dei andre sjukeheimane i samanlikninga. Sjukefråværet er likevel så pass høgt, at det vil krevjast god planlegging og gode rutinar for å unngå at fråværet skal føre til store utgifter til vikarinneleige og overtid.

Brutto lønnsutgifter per plass per år brukarretta

I forhold til brutto lønnsutgifter per brukarretta plass (per år), er det stor variasjon mellom sjukeheimane i samanlikninga. Aurland helsetun ligg lågt i forhold til dei andre. Dette kan skyldast at talet på bebuarar er auka frå 24 til 27 utan at den faste bemanninga er auka tilsvarande. Ein låg del av tilsette med sjukepleiarutdanning, kan også vere utslagsgivande.

Kostnader mat per plass per år

Kostnader til mat rekna per plass varierer mykje frå sjukeheim til sjukeheim, men Aurland helsetun ligg her over gjennomsnittet. Kommunen har inntekter frå sal av mat frå institusjonskjøkkenet på om lag kr 500 000,- per år. I samanlikninga er verken produksjonsutgiftene eller inntektene for sal av mat, teke med i kostnader mat per plass per år

Vask av tøy per plass per år

Variasjonane i RO sitt materiale er store, men Aurland helsetun ligg også her over gjennomsnittet.

Medisinsk forbruksmateriell pr. plass pr. år

Variasjonane er også her store. Aurland helsetun ligg i det nedre sjiktet.

Andre driftsutgifter pr. plass pr. år

Aurland ligg i det øverste sjiktet. Dette vert grunnive blant anna med ein ekstraordinær kostnad til inventar og utstyr og utskifting av madrassar.

Direkte brukarretta innsats i % av totalen

Brukarretta innsats kan seiast å vere verksemda sin primære funksjon, medan funksjonar elles (tøy, forbruksmateriell osv.) kan reknast som sekundære funksjonar. Ut frå denne synsvinkelen er det eit mål at størst mogleg del av samla driftsutgifter, er innanfor brukarretta innsats. Aurland helsetun har ein brukarretta innsats i prosent av samla driftsutgifter, som ligg klart under dei andre sjukeheimane i samanlikninga. Dette skuldast blant anna at ein større del av ressursen vert brukt på leing.

Overtid per plass per år

Ei planlagt verksemd skal svært sjeldan måtte leige inn vikarar som krev overtid. Overtid skal normalt berre vere nødvendig i ekstraordinære situasjonar, der det viser seg at inngåtte avtalar må gjerast om i siste liten. I sjukeheimsanalysen vert overtid målt som overtid i kroner per døgnplass. Samanlikna med sjukeheimane i samanlikningskommunane, har Aurland ein kostnad som ligg litt under gjennomsnittet. Ein kunne ha forventa at denne kostnaden var lågare, sett i lys av ein relativt høg pleiefaktor¹² og eit lågt sjukefråvær.

Variabel lønn i % av totalen

Samanlikna med dei andre sjukeheimane har Aurland helsetun variable lønnsutgifter under gjennomsnittet. Dette er ikkje overraskande sett i lys av det låge fråværet og den relativt høge pleiefaktoren.

Talet på administrative årsverk leing

Samanlikninga gir også tal for leiarressurs ved sjukeheimane. I tabellen kjem dette fram som absolutte tal, og må derfor sjåast i samanheng med storleiken på sjukeheimen, for å kunne gi noko meining. Storleiken på sjukeheimane i denne tabellen går fram av talet på pasientar eller plasser. Ut frå dette kan ei mogleg samanlikning verte talet på plasser per leiar. Lågast «leiertettleik» har sjukeheim R1 med 30 plassar per leiar. Gjennomsnittleg "leiertettleik" er 21,9 plassar per leiar. Aurland helsetun har den nest høgaste "leiertettleiken" med 19,2 plasser per leiar.

Oppsummering

På bakgrunn av oppgitte rekneskapstal meiner RO, at det er mogleg å redusere driftskostnader ved Aurland helsetun. Tabell 4.4 viser sjukeheim som vert drifta med vesentlege lågare kostnader enn Aurland Helsetun. Dette gjeld dei fleste postane. Spesielt kostnader til vask av tøy, mat og andre driftsutgifter. Leiarressurs og pleiefaktor¹³ er relativt høge og kan gi rom for effektivisering.

RO rår kommunen å vurdere effektivisering innan dei områda, der Aurland helsetun har større kostnader enn gjennomsnittet.

Vidare vil RO tilrå å vurdere effektiviseringstiltak når det gjeld bemanning. Dette kan gjerast ved å revurdere arbeidstidsordningane ved sjukeheimen, samt praksis for innleige og vikarbruk (variabel lønn og overtid). Bemanningsbehov, kompetansefordeling, arbeidsmåtar og organisering av arbeidet bør også vurderast nærare.

¹² Årsverk brukerrettet per sykehjemsbeboer/pasient

¹³ Omtales nærare i kapittel 4.5

Leiarstruktur og leiarressurs bør vurderast. Leiarressursen må svare til dei leiaroppgåvene som vert definert i stillinga. Det bør vurderast om enkelte av leiarane sine daglege oppgåver kan forenklast og/eller fordelast på annan måte.

Endring av rutinar, arbeidsmåtar, oppgåvefordeling og bruk av eksisterande datasystem, vert tilrådd.

4.5 Bemanning og pleiefaktor

Pleiefaktor er eit tal som angir forholdet mellom talet på registrerte årsverk i pleien og talet på bebuarar eller pasientar. Dersom det er 20 årsverk i ein institusjon som har 20 pasientar, er pleiefaktoren 1,0. Dersom det er 18 årsverk i den same institusjonen, er pleiefaktoren 0,9.

I ein rapport¹⁴ etter ein forvaltningsrevisjon definerer kommunerevisjonen i Oslo omgrepet slik:

“Pleiefaktor er en måleenhet for forholdet mellom registrerte årsverk til pleie og beboerne på institusjon. Det finnes ikke standard for pleiefaktor i sykehjem, verken i lov eller forskrift. I følge en rapport fra Helsetilsynet i 2000, refereres det til en allment brukt norm på ca. 0,70”.

RO registrerer at det er stor forskjell på pleiefaktor i sjukeheimane. Dei sjukeheimane som RO har vurdert dei siste åra, har hatt ein pleiefaktor mellom 0,65 og 1,15.

Låg eller høg pleiefaktor seier ikkje nødvendigvis noko om kvaliteten på dei tenestene som vert ytt på institusjonen, så lenge denne faktoren er nokolunde rundt gjennomsnittet. Forskning har heller ikkje påvist direkte samanheng mellom pleiefaktor og kvalitet.

RO har fått oppgitt at Aurland helsetun har ein bemanningsplan med 24,7 årsverk, og at disse årsverka sørgjer for pleien til 27 bebuarar. Helsetunet har i tillegg 2 lærlingar.

Dersom vi nyttar 24,7 årsverk og 27 bebuarar, vil dette gi ein pleiefaktor på 0,91. Dersom vi inkluderer lærlingane, er pleiefaktoren 0,99.

Ut frå det som RO har sagt ovanfor, så viser dette at Aurland helsetun har ein pleiefaktor som ligg godt over «landsgjennomsnittet», og det som vert referert som Helsetilsynet sin «norm» på ca. 0,7».

RO fikk ytringar både i intervjuet og på arbeidssamlingane som støtter moglegheitane til å utnytte ressursane betre ved sjukeheimen. Informantane la særleg vekt på meir samarbeid på tvers, betre «hjelpeskultur», betre bruk av fagsystem og ressursystem og betre rutinar med omsyn til innleige av vikar. I intervjuet var det ikkje i første rekkje fokus på dimensjonering av bemanninga. Fokuset var meir på vikarbruk, kompetanseutvikling, personalleing, fagleing og samarbeid.

4.6 Kompetanse og rekruttering

Kompetanse og rekruttering påverkar ressursutnyttinga og tenestekvaliteten. Kravet til kommunane sin kompetanse aukar i takt med utviklinga i demografi og auka forventningar til dei kommunale tenestene frå innbyggjarane og statleg myndigheit. Hilsen og Tønder (2013)¹⁵ forstår både rekruttering av nyttilsette og læring og mobilisering av kompetanse på arbeidsplassen som tiltak som, dersom gjennomført på den rette måten, fell inn under kategorien kompetanseutviklande tiltak. Mobilisering inneber tiltak for å realisere organisasjonen sine ressursar på best mogleg måte.

¹⁴ Kvalitet i sykehjem. Langerud sykehjem. Oslo kommune, kommunerevisjonen. Rapport 8/2005. Lokalisert på: <http://www.kommunerevisjonen.oslo.kommune.no/getfile.php/kommunerevisjonen/Internett/Dokumenter/dokument/forvxrevrapp/Rapport%20nr%208.pdf>

¹⁵ FAFO v/Anna Inga Hilsen og Anne Hagen Tønder, februar 2013, "Saman om" kompetanse og rekruttering – en kunnskapsstatus. Notat for programmet «Saman om ein betre kommune».

Kompetanse er uttrykk for heilskapen av kunnskap, ferdigheiter, haldningar og evne som gjer ein person i stand til å fylle konkrete funksjonar, og utføre dei tilhøyrande oppgåvene i tråd med definerte krav og mål. Denne forståinga gjeld både formell kompetanse/utdanning og annan kompetanse som gjer arbeidstakaren i stand til å meistre arbeidet og sikre god kvalitet på tenestene som vert utført.

Hilsen og Tønder (2013) peikar på at det vil vere eit stort behov for faglærte og for personar med høgare utdanning i kommunesektoren i åra framover. Samtidig betyr dei demografiske endringane i folketalet, at tilgangen på nyutdanna arbeidskraft ikkje vil vere stor nok til å erstatte dei som går over i pensjon. Kompetanseutvikling for dei arbeidstakarane ein allereie har, vert derfor stadig viktigare. Dei hevdar vidare at kompetanseutvikling og rekruttering må sjåast i samanheng og at det må vere moglegheit for etter- og vidareutdanning og for læring i det daglege arbeidet. Alt dette vil vere viktige rekrutteringstiltak.

Hilsen og Tønder (2013) peikar på at samarbeid med skolar og utdanningsinstitusjonar kan vere ein viktig måte å kome i kontakt med og rekruttere nye medarbeidarar. I fagopplæringa har også lærlingordninga eit utviklingspotensial som rekrutteringsordning.

Kompetanseutvikling handlar om å dekkje kompetansebehov gjennom medviten rekruttering av nyttilsette, og samtidig utvikle og behalde dei arbeidstakarane ein allereie har. Dermed vert det sentralt at alle medarbeidarar vert involverte i løpande lærings-aktivitet, og at dette vert planlagt og følgd opp i kommunen si arbeidsutforming og årsplanar.

RO ser av tabell 4.6.1 at Aurland kommune skil seg ut i forhold til eigen KOSTRA-gruppe og landet elles, ved å ha mange ufaglærte og få personar med høgskuleutdanna.

Tabell 4.6.1 Prosentfordeling av fagutdanning i brukerretta tenester (2014)

	<i>Fagutdanning fra VGS</i>	<i>Fagutdanning fra Høgskole/Universitet</i>	<i>Ufaglært</i>
Aurland	44,0	26,0	30,0
K16	44,0	31,0	25,0
Landet (/u Oslo)	41,0	34,0	25,0

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie- og omsorg på nivå 2, ikke konsern (SSB, 2011-2013).

Aurland kommune har vedtatt ein overordna Kompetanse- og rekrutteringsplan 2011-2015 (KS-sak 026/10). Planen er mogen for revisjon og fleire av informantane oppgir at det er eit stort forbetningspotensiale, både når det gjeld involvering i planarbeidet og i den operative mobiliseringa og utviklinga av kompetansen i tenesta.

Det er avgjerande for ei effektiv drift framover, å arbeide med eigen kompetanse og sørge for ei stabil rekruttering, der ny kompetanse må skaffast. Arbeidet med utvikling av eigen kompetanse og rekruttering i framtida heng nøye saman med styrking av heiltidskultur og gode arbeidstidsordningar/turnusar som sørger for rett kompetanse på rett stad til rett tid.

RO anbefaler at kommunen arbeider meir målretta og resultatorientert med sin kompetanseplan. Med kompetanseplan meiner RO plan for rekruttering, plan for kompetansetiltak, kompetanseutvikling og mobilisering, samt læringsmiljø og kompetansedelning. Involvering og gjennomføring vert etterlyst av fleire informantar.

I intervjuet har RO gjennomført, vert det understreka kor viktig det er å rekruttere fagfolk i framtida. Informantane er elles meir opptekne av kompetansemobilisering og utvikling. Fleire legg vekt på at det er eit forbettringspotensiale med omsyn til fagutvikling, deling av kompetanse, læringsmiljø og samhandling.

4.7 Turnus og arbeidstid

Det er etablert eigne turnusar for helsetunet, heimebasert omsorg (sone 1 og sone 2), Vårdrum, Vetleli og kjøkkenet. Det er tradisjonelle turnusar med mange tilsette på deltid. Bemanninga vert vurdert av RO til å vere romsleg, samanlikna med anna verksemd RO har vore inne i. Dette gjeld både helsetunet og heimebasert omsorg.

Ledige stillingar, mykje deltid og tradisjonell turnus gjer i seg sjølv drifta sårbar med omsyn til kompetanse og kontinuitet overfor brukarar, pasientar og tilsette.

Gjeldande arbeidstidsordning synest ikkje å vere robust og føreseieleg. Bemanning i helg og fordeling av kompetanse er ei utfordring. I Vetleli (pu bufellesskap) er det etablert ordning med langvakter i turnus, og det skal prøvast ut med langvakter på helg ved Vårdrum (pu+psykiatri) frå 01.06.16. Det er og diskusjonar i heimesjukepleien om ein skal prøve langvakter på helgene der.

Kor godt ein greier å bemanne helg og kor godt ein greier å bruke kompetansen riktig, heng saman med kva arbeidstidsordningar som er valt. Ei føreseieleg og robust arbeidstidsordning skal vareta fleire behov. Den skal vareta bebuarane sine behov for kvalitet og kontinuitet, dei tilsette sine behov, jf. lov og avtaleverk, og den skal vere ressurseffektiv og innanfor gjeldande økonomiske ramme.

RO anbefalar at gjeldande arbeidstidsordning vert teke opp til vurdering, og at det vert gjort forsøk med alternative arbeidstidsordningar. RO har god kjennskap til forsøk med bruk av lange vakter i pleie- og omsorgstenestene, og vil spesielt anbefale å vurdere ei slik ordning.

Med langturnus vert det meint, eit breitt spekter av arbeidstidsordningar, der arbeidstakarane jobbar lange vakter fleire dagar i strekk, etterfølgt av fri-periodar. I arbeidstidslitteraturen vert omgrepet «komprimert arbeidstid» brukt (Olberg 2010). Mange av langvaktturnusane som er innført i pleie- og omsorgssektoren dei siste åra, er sett opp med to vaktskifte i døgnet. Dei mest komprimerte langturnusvariantane, inklusiv heildøgnturnus, har dei mest tilfredse medarbeidarane og desse er nesten berre tilsett på heiltid. Desse turnusane er også gode for brukarane. Langturnus som berre vert nytta i helg, har ikkje like stor positiv effekt. Ein del av desse turnusane skil seg frå det Arbeidsmiljølova slår fast, når det gjeld arbeidstid, og krev ei meir omstendeleg sakshandsaming før dei kan godkjennast.

Dei fleste alternative arbeidstidsordningar kan også vere gode verkemiddel for å redusere omfanget av uønskja deltid blant tilsette med fag- og høgskuleutdanning. Det er elles store skilnader mellom dei ulike arbeidstidsordningane når det gjeld potensiale for heiltidsstillingar og når det gjeld reduksjon av det som måtte vere av uønskja deltid, sett frå eit teneste- og brukarperspektiv.

4.8 Heiltidskultur

Bemanninga i PRO-tenestene i Aurland er som følgjer:

Tabell 4.7-1 Bemanning (heiltid/deltid) *Inkl. små helgestillingar ** Eksklusive 2 lærlingar

	Årsverk	Ansatte	Heltidsansatte
Heimebasert omsorg sone 1 og sone 2	15,1	25*	4 (16,0 %)
Aurland helsetun	24,7**	51*	9 (17,6 %)
Kjøkken	2,9	4	1 (25 %)
Vetleli (pu)	8,4	13	1 (7,7 %)
Vårdraum (pu og psykiatri)	2,9	8*	0 (0 %)
Vårdraum (pu og psykiatri) (etter 01.06.2016)	5,7	?	?

Som det går fram av tabell 4.7-1, er dette ei teneste som i stor grad vert prega av deltidstilsetningar.

I ein rapport frå programmet "Saman om ein betre kommune"¹⁶ er det teke opp korleis faktoren heiltidskultur kan påverke ressursutnytting og tenestekvalitet.

«Både partene i arbeidslivet og myndighetene er enige om å normalisere heltidsarbeid, og redusere omfanget av deltid. Dette fører til at arbeidstakerne ikke lenger er alene om å definere «uønsket deltid». Dette følger av at både arbeidsgiverinteresser og brukerinteresser kan oppfatte deltid som uønsket der ansatte har ment at det har vært ønsket. I et arbeidsgiverperspektiv gir deltidsstillinger muligheter for såkalt numerisk fleksibilitet. Det betyr at arbeidskraften tilpasser seg variasjoner i arbeidsbehovet og varierer arbeidstid og arbeidsmengde deretter. Ulempen er at små stillinger kan skape problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Arbeidsplasser som ikke kan tilby hele stillinger, svekker både bransjen og fagets omdømme blant fremtidige utdannings- og arbeidssøkere. De små stillingene stjeler også ressurser fra ledere og erfarne kollegaer som kunne ha vært brukt mer produktivt. For å unngå disse ulempene kan arbeidsgivere fremme den såkalte funksjonelle fleksibiliteten, eksempelvis ansatte som varierer arbeidsoppgaver og arbeidstid slik at jobbinnholdet varierer.»

Forholdet mellom arbeidstid og tenestekvalitet har lenge stått i skuggen av spørsmålet om arbeidstakarrettigheter og arbeidsgivar sine fastlønnsutgifter. I debatten den siste tida, er også kvalitetsperspektivet kome fram, det kanskje viktigaste argumentet for å utvikle nye arbeidstidsordningar i pleie- og omsorgssektoren. I Fafo-rapporten Heltid-deltid – en kunnskapsstatus (2013)¹⁷, vert det hevda at:

«Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Mange av brukerne har behov for stabile

¹⁶ KR D Saman om ein betre kommune, Deloppdrag 1 – Gjennomgang av kommunenes årsrapportering 2012, pulje 1, rapport 19. mars 2013.

¹⁷ Leif E. Moland, Heltid-deltid – en kunnskapsstatus, Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport 2013:27.

tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem. En virksomhet som satser på heltidsstillinger har lettere for å trekke til seg kompetent arbeidskraft og holde på den. Den vil ha lettere for å utvikle gode fagmiljøer, og for å legge opp en tjeneste «med bruker i sentrum». Dermed sikres både kompetent arbeidskraft og en mer brukervennlig anvendelse av arbeidskraften.»

Rapporten viser til tiltak for å redusere omfanget av små stillingar og uønskja deltid. Dei fleste tiltaka for å gi tilsette større stillingar i helse- og omsorgssektoren, er sette i verk utan organisatoriske grep. Det vil seie utan å endre organiseringa av arbeidet, fordeling av arbeidsoppgåver eller organisering av arbeidstida. Utan å gjere noko med desse rammevilkåra for deltidstrukturen, har dette ikkje ført til anna enn sporadiske resultat for enkelte tilsette. Tiltak utan organisatoriske endringar har, f.eks. vore å tilby auka formal- eller realkompetanse til tilsette for blant anna å kunne få nye arbeidsoppgåver eller gå inn i nye roller.

Jobbing på tvers av tenestestader er ein annan måte å nytte dei tilsette sine ressursar meir fleksibelt på, ved å auke den tilsette si oppgåvebreidde. Svært mange kommunar oppgir å ha forsøkt kombistillingar som ledd i arbeidet med å redusere uønskja deltid. Men det har ikkje gitt nemneverdige resultat. Mange leiarar opplever at tilsette ikkje vil ha større stilling (likevel), dersom det føreset ulike former for kombijobbing. Tilbod om opplæring og kompetanseutvikling og leiarar med gode motivasjonsevne kan kome godt med i ein slik situasjon.

I desember 2015 gjennomførte Aurland kommune ei undersøking blant tilsette om uønskja deltid. Resultatet av undersøkinga viste at det først og fremst er innan pleie og omsorg, at det er mange som ønskjer auka stillingsprosent/heiltid.

Kommunen har eit arbeidskraftpotensiale som ikkje vert utnytta eller som vert utnytta på ein kostnadsdrivande og lite føreseieleg måte.

Stort omfang av deltidstillinger har mange negative konsekvensar, både for brukarane, den tilsette sjølv, kollegaer og for leiinga.

RO kan ikkje uttale seg om i kor stor grad det er jobba aktivt for å etablere ein heiltidskultur i tenesta. I fleire av intervjua RO har gjennomført, vert det ytra klare ønske om å arbeide meir målretta med å få etablert ein heiltidskultur.

RO vil peike på at det å etablere ein heiltidskultur er særskild viktig for å kunne yte gode tenester og for å sikre framtidig rekruttering til dei mest sårbare tenestene i kommunen. Dessutan gir det ut frå erfaring betre kvalitet og større kostnadseffektivitet.

4.9 Sjukefråvær

Ein annan viktig faktor som påverkar ressursutnyttinga og tenestekvaliteten, er sjukefråværet. Forsking på sjukefråvær / nærvær viser at det er mykje kunnskap om risikofaktorar, altså kva for faktorar som kan bidra til å skape sjukefråvær, og noko om kva som bidreg til å skape helsefremjande arbeidsplassar. Det som det er minst kunnskap om, er kva for effekt ulike tiltak har på sjukefråvær/ nærvær. Det er likevel liten tvil om at høgt fråvær/ lågt nærvær bidreg til at ressursane ikkje vert utnytta optimalt og at tenestekvaliteten vert påverka.

Fråværs- og nærværs-arbeid er ein kontinuerleg prosess som det må haldast tak i, og den må vere godt forankra på alle nivå i organisasjonen. Det vert utført mykje og godt sjukefråværs-arbeid i

norske kommunar, men Odeen m.fl. (2013)¹⁸ hevdar at ein kanskje heller burde fokusere på langsiktige tiltak som bidreg til helse og jobbtilfredshet, framfor å teste ut ulike reiskap for å oppnå ein rask reduksjon i sjukefråværet.

Sjukefråvær er eit komplekst felt, der løysingar må finnast på ulike nivå og arenaer. Samtidig tydeleggjer forskinga at mange av risikofaktorane er knytt til trekk ved arbeidet og forhold på den enkelte arbeidsplass.

Enkelte studiar anslår at så mykje som 40-50 % av langtidsfråværet er arbeidsrelatert (Osborg, Ose m.fl. 2006)¹⁹. I tillegg viser forskinga at arbeidsmiljøfaktorar generelt forklarar meir enn individuelle livsstilsfaktorar. Arbeidsmiljøfaktorar betyr mindre for sjukemeldte sin tilbakekomst til arbeid di lengre ein person er fråverande frå jobb. Mange av desse faktorane ser også ut til å bidra til dårleg psykisk helse. (Major m.fl. 2011:1)²⁰

Det er få studiar som undersøker leiinga sin direkte effekt på medarbeidarane si helse, men mange undersøkingar viser til leiarskapet sin indirekte effekt på medarbeidarane si helse (Lise Lien 2013).

Tabell 4.9-1 Sjukefråvær i PRO-tenesta 2015 og 2016

	2015	Pr 11.03.2016
Heimebasert omsorg , sone 1 og sone 2, Heimesjukepleie	9,2%	4,4%
Heimebasert omsorg , sone 1 og sone 2, Praktisk hjelp	6,5%	5,1%
Aurland helsetun inkl. kjøkken	5,7%	3,3%
Vetleli	9,1%	1,6%
Vårdraum	6,1%	1,0%

Fråvær kostar. Kostnadene er knytt til innleige av vikarar og dei konsekvensar dette har for brukaren, tilsette og leiarar. Kostnadene aukar, kvaliteten søkk, og heile situasjonen vert mindre føreseieleg. Fråvær fører ofte til skeiv kompetanse og slik fører fråvær til meirbelastning på kollegaer og leiarar.

Terskelen for innleige og rutine som vert følgt, er avgjerande for kor store kostnader som er knytt til fråvær. Det er etter RO sin oppfatning, grunnlag for å hevde at terskelen for innleige er noko ulik i Aurland, og at det er rom for effektivisering med omsyn til rutinar for innleige og bruk av fagsystemet.

¹⁸ Odeen, M., Magnussen, L.H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H.R. og Tveito, T.H. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. Occupational Medicine 2013; 63:7-16. Advance Access publication 5 December 2012 doi: 10.1093/occmed/kqs 198.

¹⁹ S. Osborg Ose, H. Jensberg, R. Eidsmo Reinertsen, M. Sandsund og J.M. Dyrstad (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SINTEF Helse Gruppe for arbeid og helse

²⁰ Major, E.F., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.

4.10 Leing og administrasjon

Etter RO si oppfatning er ressursane som er sett av til leing og administrasjon i tenesta, relativt høge. Oversikt over leing og administrasjon i PRO-tenesta går fram av tabell 4.10-1.

Tabell 4.10-1 Administrative årsverk i omsorgssektoren i Aurland

	Einingsleiar	Avdelingsleiar	Administrasjon
Pleie, rehabilitering og omsorg	1		2
Aurland sjukeheim		1,2	
Kjøkken		1	
Sone 1		1	
Sone 2		1	
Spesialomsorg²¹			
Sum	1	4,2	2

Det er nyleg vedteke at tenester som NAV tidlegare har hatt ansvar for, skal overførast til PRO-tenesta. Spesialomsorga står også framfor endringar med det første. Dette medfører fleire arbeidsoppgåver og funksjonar, og vil få innverknad både på leiingsfunksjonar og på administrative prosessar.

Det vil etter RO si oppfatning, vere tenleg å vurdere både leiarressurs, organisering og administrasjon i samband med nemnde endringar og nye oppgåver.

I pleie- og omsorgssektoren i Noreg er det eit kjent fenomen at leiarar bruker ein vesentleg del av tida si til å ringje etter vikarar og sørgje for at den daglege drifta går rundt. Det er etter RO si oppfatning, mogleg for PRO-tenesta å effektivisere leiarfunksjonane ved å standardisere rutinane for innleige, nytte fagsystema fullt ut, redusere talet på deltidsstillingar og etablere robuste og føreseielege arbeidstidsordningar.

²¹ Delt mellom sone 1 og sone 2.

5. Kvalitativ analyse

Datagrunnlaget for den kvalitative analysen er henta frå:

- Intervju og samtalar med eit utval av tilsette, tenesteleiarar, politisk og administrativ leiing, aktuelle nøkkelpersonar i organisasjonen, tillitsvalde og representantar frå eldrerådet.
- Eit personalmøte den 13. april for tilsette i pleie og omsorg.
- Arbeidet i oppnemnd arbeidsgruppe, representativt samansett frå dei ulike fagområda, leiarnivå, tillitsvalde og andre aktuelle funksjonar innan pleie og omsorg.
- Strategisamling/Økonomiplanseminar i samband med starten av arbeidet med rullering av kommuneplanen sin handlingsdel med økonomiplan 2017 – 2020. Målgruppe for dagen var politikarar, leiarar og tillitsvalde og verneombod.

5.1 Ein organisasjon mogen for endring

Gjennom intervju kom det fram tre tydelege behov i organisasjonen Aurland kommune. Det første behovet som RO fikk klare indikasjonar på, er at Aurland kommune er ein organisasjon som er mogen for endring. Det er mange som tenkjer endring på fleire nivå i organisasjonen, men akutte hendingar, strakstiltak, uklare avgjerdsvegar og god økonomi bidreg til å utsette å gjennomføre dei naudsynte endringstiltaka.

Det andre behovet er ønsket om meir samarbeid internt i avdelingane, mellom avdelingane, på tvers av nivå i kommunen og med samarbeidspartar. Det er særleg behov for eit samarbeid mellom politisk og administrativ leiing når det gjeld retning for utvikling av PRO-tenesta. Dette krev samarbeid om prioritering og gjennomføringskraft.

Det tredje behovet er felles grunnhaldning og fagleg påfyll. Dei til dels store endringane som skjer i PRO-tenestene, krev at den interne dialogen fungerer i organisasjonen. Dette er viktig både for kompetanseheving, arbeidsmåtar og tenesteåtfærd.

Informantane som rådgivarane frå RO snakka med, var samstemte om at det er behov for felles fagleg påfyll for grunnhaldning og kvalitet i tenesteytinga. Det vart framheva at einigheit om utviklingsretning i PRO-tenesta ville lette samarbeidet i vekslingsfeltet mellom dei ulike nivåa i tenesta og samarbeidet om heilskaplege tenesteforløp.

5.2 Framtidig omsorgstrapp og forvaltningspraksis

I arbeidsgruppa vart det arbeid med framtidig omsorgstrapp og tenestetildeling i tillegg til gjennomgang av analysane.

Framtidig omsorgstrapp

Tanken med å framstille tiltaka i omsorgskjeda som ei tenestetrapp, er at det må vere flytande overgangar mellom dei ulike trinna. Korttidsopphald er ei teneste som er uavhengig av om ein har tenester frå før eller ikkje. Korttidsopphald inneber behandling, rehabilitering eller utgreiing for å takle eigen livssituasjon, eller for vidare behandling på eit anna nivå. Målet er å yte tenester som gir personen støtte til å meistre kvardagen i eigen heim, både for dei med størst behov for lindring og pleie, og dei som treng assistanse gjennom heile livet.

Tabell 5.2-1 illustrerer tre alternativ for framskriving av behovet for plassar med heildøgns tenester i Aurland kommune, med utgangspunkt i prosent av innbyggjarar 80 år eller eldre.

Ein omsorgsbustad med heildøgns teneste (HDO-plass) er ein bustad der du får tenester etter behov, der du kan bu livet ut. Kommunane kan setje saman heildøgns plassar, både av institusjonsplassar og

HDO-plassar. Det er kommunen sjølv som vel kombinasjonen. Dekningsgrad er rekna ut frå plassar per innbyggjar 80 år eller eldre.

Når det gjeld omfang av omsorgsbustader utan heildøgns teneste, må dette sjåast i samanheng med den ordinære bustadbygginga og bustadsosial handlingsplan.

Dersom kommunen vel å satse på same dekningsgrad som i 2015, vil kommunen trengje 9 nye institusjonsplassar i 2030 og 16 nye 2040. Behovet for HDO-plassar vil vere 8 i 2030 og 11 i 2040, etter alternativ 1. I 2016 har kommunen 4 HDO-plassar og 27 institusjonsplassar.

Alternativ 2 er ei framskriving til 2020. Fram til da har Aurland kommune ei bindingstid på 20 år, for at plassane skal driftast som institusjonsplassar, slik tilskotet frå Husbanken var tufta på, i samband med bygging av 24 institusjonsplassar i 2000. Dette inneber at kommunen i alternativ 2 treng 10-11 HDO-plassar, minus dei 4 HDO-plassane som kommunen har.

Alternativ 3 er ei framskriving frå 2020 til 2040, da kommunen kan avgjere sjølv korleis plassar med heildøgns tenester skal setjast saman. Her fungerer plassane ved sjukeheimen som korttidsplassar for behandling, rehabilitering og utgreiing. Tilbod om avlastning vert gitt i omsorgsbustad. I alternativ 3 treng kommunen 28 HDO-plassar i 2030 og 39 i 2040.

Tabell 5.2-1 Tre alternativ for framskriving av plassar med heildøgns tenester

Framskrivning av folketal (80+) og plassar med heildøgns tenester i 3 ulike alternativ	2015	2020	2030	2040
Innbyggjarar 80+	116	112	147	182
Alternativ 1 – som i 2016*				
Plassar institusjon + HDO 28 % av 80+	32	31	41	51
Plassar institusjon 22 % av 80+	27	26	33	40
Konsekvens: Utbygging institusjonsplassar	3	2	9	16
Konsekvens: Behov HDO-bustader	5	5	8	11
Alternativ 2 – fram til 2020**				
Plassar institusjon + HDO 30 % av 80+	35	34		
Plassar institusjon	24	24		
Konsekvens: Behov HDO-bustader	11	10		
Alternativ 3 – etter 2020***				
Plassar institusjon + HDO 30 % av 80+			44	55
Plassar institusjon			16	16
Konsekvens: Behov HDO-bustader			28	39

*Ureviderte KOSTRA-tal 2015 per 9.april 2016.

**Bindingstid for tilskot til 24 institusjonsplassar frå Husbanken i 2000.

***Kommunen avgjer sjølv samansetting av plassar i institusjon og HDO-bustader.

Ei utgreiing på oppdrag frå KS²² om dekningsgrad av heildøgns omsorg, er ei av anbefalingane at planlegginga på nasjonalt nivå bør primært rettast mot ein reduksjon av institusjonsplassar, og ikkje ein auke. Grunngevinga er at det er ei slik utvikling på gang, der tenestene i heimen vert bygd ut, at det vert lagt vekt på meistring, og at eldre skal ta ansvar for eigen bustad.

²² VID vitenskaplige høgskole/Agenda/Kaupang (april 2016): Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad med undertittel Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester

Bu-tilbod til eldre er 50 prosent høgare i Noreg enn i resten av Norden. Samanlikninga mellom dei nordiske landa gir ein indikasjon på at det er mogleg å etablere eit tilbod med lågare dekningsgrad også i Noreg. I anbefalingane heiter det vidare at for kommunane, vil vere viktigast å fokusere på det samla behovet for bustader som skal byggjast i kommunal regi, og sørge for at bustadane er eigna til fleksibel bruk. Og at eit skilje mellom eigenskapar ved bustaden og vedtak gitt til brukarane, kan vere eit viktig grep som grunnlag for meir presis kommunal planlegging.

Gode bustader for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi. Mange kommunar ser heildøgntilbodet i samanheng med andre tilbod til eldre. Erfaringane viser at sentrumsnære bustader, er attraktive for personar over 50 år. Det er viktig at bygging av omsorgsarenaer, i privat eller kommunal regi, vert sett i samanheng med kommunen sitt ordinære bustadbyggeprogram og bustadsosial handlingsplan.

I forslag til revidert statsbudsjett 2016, foreslår regjeringa ny investeringsordning for heildøgns plassar frå 2019, når det gjeld tilskot frå Husbanken. Endringa inneber at det berre vert gitt investeringstilskot som gir netto tilvekst til heildøgns omsorgsplassar, at det totale talet på heildøgns plassar i kommunen skal auke. For å sikre at kommunar som fortsatt har behov for å modernisere eksisterande bygningsmasse, skal ha moglegheit til det, vil regjeringa gradvis fase inn den nye ordninga i budsjetta for 2017 og 2018.

Tabell 5.2-2 Framtidig dimensjonering av plassar med heildøgns tenester i Aurland

	2016	2020	2030	2040
Innbyggjarar 80+	116	112	147	182
Plassar institusjon	24	24	16	16
Omsorgsbustader	10	10	28	39
Sum 30% av 80+	34	34	44	55

Framtidig omsorgstrapp er bygd opp i samsvar med Helse- og omsorgstenestelova (figur 5.2-1). Når det gjeld behovet for tilrettelagte bustader, er dette også avhengig av kapasiteten i heimebasert omsorg, kvardagsrehabilitering, samarbeid med frivillige og bruk av velferdsteknologi.

Figur 5.2-1 Framtidig omsorgstrapp



Forvaltningspraksis og tenestetildeling

Enkeltvedtaket er brukaren si rettssikkerheit. Det er innhaldet og kvaliteten i enkeltvedtaket som gir brukaren rett til å få assistanse/bistand. Kvaliteten på grunngevinga i enkeltvedtaket gir brukaren grunnlaget for å klage, både når det gjeld omfang av tildelte tenester, organisering av tenesta og mangel på medverknad i utforminga av tenesta og i sjølve tenesteytinga. Økonomisk sett er det gevinst i å treffe brukaren sitt reelle behov for bistand i tenestetildelinga. Når tenesta møter det reelle behovet, kan dette hindre mistilpassing og/eller utfordrande åtføring.

Når det gjeld tildeling av tenester, skal dette byggje på kartlegging av brukaren sitt behov for bistand. Dette gjeld assistanse til personlege gjeremål, assistanse i sosiale situasjonar og ikkje minst aktivitet ut frå interesser som gir mening og oppleving av meistring. Enkeltvedtaket skal innehalde grunngeving for kvifor omfang og innhald i tenesta vert gitt. Kartlegging av funksjonsnivå (IPLOS) og samarbeid med brukar/pårørande er viktig av omsyn til å treffe det reelle behovet for assistanse og individuelt retta utforming av assistansen. Det må leggjast vekt på det overordna målet med bistanden for å oppnå den nødvendige fleksibiliteten i tenesteytinga. Når vedtaka vert for detaljerte, vert rommet for fleksibilitet i tenesteytinga lett for lite for nødvendige tilpassingar, både når det gjeld livet til brukaren, familiesituasjonen og årstider.

Aurland kommune har starta arbeidet med å betre søknadsprosessen, kartlegging av behov og rutinar og føringar for tildeling, på bakgrunn av revisjonsrapport 2014/2015. Det er inntaksnemnda som handsamar innkomande søknader frå innbyggjarane som har behov for PRO-tenester.

Inntaksnemnda har følgjande samansetting:

- Tenesteleiar/PRO-leiar i kommunen
- To soneleiarar, som har ansvar for heimebaserte tenester
- To avdelingsleiarar, som har ansvar for dei tre avdelingane ved sjukeheimen
- Fysioterapeut
- Tilsynslege
- Sekretær

Ved behov er også ergoterapeut med i arbeidet.

Det er særleg to forhold som arbeidsgruppa la vekt på: Ei grundig kartlegging og systematisk evaluering av utvikling i tenestebehovet og om enkeltvedtaket samsvarar med faktisk ytt teneste. I kartlegginga vart det understreka, at å identifisere brukaren sitt nettverk og å finne det reelle behovet for bistand/assistanse, er avgjerande for innhaldet i tenesta. Dette inneber ei omlegging av arbeidsmåten i samtalanene og kartlegginga av behovet, med større fokus på brukaren sin heilskapelege situasjon og vurdering ut frå eit ressursperspektiv. I utforminga av tenesta vert det viktig å samarbeide med brukar og brukar sitt nettverk, når brukar ønskjer det.

Med stadig raskare utskrivningstakt frå sjukehus, er det viktig at sjukeheimen vert prioritert til korttidsfunksjonen framfor sjukeheimen som buform. Slik kan kommunen unngå "unødvendig" sjukehusinnlegging, særleg av eldre som elles får heimebaserte tenester.

5.3 Ei berekraftig PRO-teneste

Innhaldet i strategisamlinga (økonomiplanseminaret) var utfordringar sett frå politisk ståstad, den økonomiske situasjonen i kommunen ut frå KOSTRA 2014, og RO sin presentasjon av analysar og førebelse funn i gjennomgangen av PRO-tenesta. Det vart vidare gjennomført drøftingar i grupper og plenum med følgjande problemstilling:

- A. Kva grep tar vi for å drive kostnadseffektive tenester av god kvalitet?
 - Når det gjeld nivå og terskel for tildeling av tenester?
 - For å få bort flaskehalsar i tenesta?

Når det gjeld nivå og terskel for tildeling av tenester, er signala frå seminaret at terskel for tildeling av tenester må hevast, eller bli meir målretta mot brukaren sitt reelle behov. Dette gjeld ved første tildeling og i overgangen mellom heimebaserte tenester og institusjonstenester. Føremålet med tenestene og evaluering av tenestene undervegs må vektleggjast. Vidare er det viktig for tenestenivået, at kommunen har tilrettelagte bustader (HDO-plassar) som gjer det mogleg å auke tenesta etter kvart som behovet aukar.

Eit anna innspel er organiseringa av heimebasert omsorg i team, både av omsyn til køyreavstand og færre tenesteytarar per brukar. Tverrfagleg samarbeid og samarbeid med pårørande og frivillige vert og nemnd som viktige omsorgsressursar.

For å ha nok korttidsplassar, er det viktig at korttidsopphaldet har ei tydeleg målsetting som er kjend både for dei som yter tenestene og tenestemottakar sjølv. Tilsette i PRO-tenesta si haldning og kompetanse er viktig for engasjement og motivasjon i tenesta. Ein attraktiv arbeidsplass er også den beste enkeltfaktoren i rekrutteringsarbeidet.

B. Kva grep tar vi for å møte framtida si omsorgsteneste?

- Samarbeid med brukar, pårørande og andre samarbeidspartar.
- Tidleg innsats/kvardagsrehabilitering.
- Velferdsteknologi.
- Bustad og buform.

Det skal leggjast meir vekt på helsefremming og førebygging, med von om mindre behov for behandling seinare. Helsefremjande og førebyggjande arbeid inneber aktsemd, tidleg innsats og samspel med personen som treng assistanse. I utviklinga av PRO-tenesta er det utvikla mange ulike metodar for brukarmedverknad, som individuell plan, ulike former for brukardialog og nettverksmøte med brukar i førarsetet. Temaet brukarmedverknad vert meir aktuelt, etter som prognosane viser auke i talet på dei som treng tenester, og nedgang i talet på dei som skal yte PRO-tenester. Samspelet med ho eller han som treng bistand, er avgjerande for å målrette tenesta og auke meistringa i kvardagen.

Kvardagsrehabilitering inneber å utløyse personen sin motivasjon og eigne ressursar gjennom kartlegging av interesser og ønske for eiga meistring. Slik vert det lettare å gi rett hjelp til større grad av sjølvstende og betre livskvalitet. Tenkinga og verdiane bak organiseringa av tenestene som brukarstyrt personleg assistanse (BPA), er eit tenleg fundament for å tenkje nytt om korleis hjelpa kan ytast. I BPA sitt verdigrunnlag vert det engelske ordet empowerment brukt. Empowerment i denne samanhengen inneber å ta styring over dei faktorane som er helsefremjande eller gjer frisk.

Velferdsteknologi – ein ny ressurs. Hagen-utvalet definerer velferdsteknologi slik:

- Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidreg til auka tryggleik, sikkerheit, sosial deltaking, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkelte si evne til å klare seg i kvardagen, til tross for sjukdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsett funksjonsevne.
- Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørande og elles bidra til å forbetre tilgjenge, ressursutnytting og kvalitet på tenestetilbodet.
- Velferdsteknologiske løysningar kan i mange høve førebyggje behov for tenester og innlegging i institusjon.

Velferdsteknologien vil ikkje åleine vere avgjerande for omsorgstenesta si evne til å møte framtida. Ei ny og framtidsretta omsorgsteneste vil også krevje større fagleg breidde med sterkare vekt på aktivisering, rehabilitering og nettverksarbeid. I nettverksarbeidet møter det offentlege dei frivillige som ein viktig ressurs.

Det er mange praktiske problem som melder seg, når det offentlege skal samarbeide med frivillige. Korleis skal kommunen sikre at motivasjonen hos menneske som ikkje får lønn for sin innsats, og som kan slutte utan varsel, kan vare ved. Så er det uroa for kvalitetssikringa av tenestene, som er kommunen sitt ansvar, og spørsmålet om dei frivillige fortrenger lønna arbeidskraft.

Det er viktig å halde fast ved at frivillig innsats er tufta å engasjement hos dei som ønskjer å gjere ein forskjell for brukarane og tenesta, ikkje på økonomisk vinning. Frivillige er eksponentar for ein ny måte å tenkje offentleg velferd på. *"Ut med tanken om å hjelpe. I stedet skal vi skape verdi sammen"*, uttalar ekspert i offentlig innovasjon, Christian Bason i Danmark. Han meiner at framsynte leiarar har slept vi-åleinevite-tenkinga, og samarbeider meir med borgarane om korleis dei skal støttast til å ha det livet, dei gjerne vil. Dermed vert borgarane meir sjølvhjelpne, og kommunen sparer pengar.

Å lukkast med å utløyse den frivillige ressursen, handlar om å skape gode overordna rammer og om å vere i ein kontinuerleg og likeverdige dialog med dei frivillige. Det er viktig å anerkjenne og å rose, men enda viktigare kontinuerleg å halde fokus på det som er meininga med det heile.

Ei berekraftig PRO-teneste er ei teneste som møter verkelege menneske med verkelege løysingar²³.

²³ Fritt etter ordførar Noralv Distad i økonomiplanseminaret 13.april 2016.