



Aurland kommune

Kommunedelplan for helse og omsorg

2014-2025

*Aurland –
det naturlege valet*

Innhald

1	Innleiing	3
1.1	Prosess.....	4
1.2	Kommunen sitt ansvar for helse og omsorgstenester	5
2	Utfordringar og mogelegheiter	6
2.1	Oppsummering av status/hovudutfordringa	7
2.2	Dei sentrale grepa	7
2.3	Kommunebarometeret.....	7
2.4	Helse og omsorgstrappa.....	8
3	Visjon, mål og utviklingsprogram	11
3.1	Visjon og målsettingar	11
3.2	Fire utviklingsprogram.....	11
3.2.1	Førebygging og helsefremjing	12
3.2.2	Innhaldet i tenestene	13
3.2.3	Økonomi og bærekraft	16
3.2.4	Samhandling	17
3.3	Oppfølging av planen	18
4	Handlingsprogram 2014-2017.....	19

1 Innleiing

Kommuneplan for Aurland sin samfunnsdel (2007-2019) og arealdel (2008-2020), syner mål og satsingsområde for utvikling av kommunen. Eit av ni overordna mål er "god tenesteyting". I kommuneplanen har kommunen sagt at det som kjenneteiknar eit godt tenestetilbod er

- a. God tilpassing til innbyggjarane sitt behov
- b. Effektivitet
- c. Kvalitetsbevisste og motiverte medarbeidarar
- d. God organisasjonskultur

I kommuneplanen er folkehelse, tilbod til eldre, universell utforming og barn og unge omtala særskilt.

St.melding 47 "Samhandlingsreforma" er den nyaste av ei rekke reformer og policyendringar i forholdet mellom stat og kommune på helse og omsorgsområdet. Utviklinga har sidan 1980-tallet vore ei desentralisering og ei avinstitusjonalisering. Det har stegvis blitt meir fokus på heimebasert omsorg og på brukarperspektivet. Konsekvensar av politikken er at kommunane sidan 1980-tallet har fått mange fleire og meir spesialiserte oppgåver. Dette set krav til kommunane både i høve til *personell, rekruttering, økonomi og planlegging* (Framtidas omsorgsbilete, rapport 1/2009, Disch og Vetvik). På nokon område er dei kommunale oppgåvene så krevjande i høve til personell, rekruttering, økonomi og planlegging at kommunar vel interkommunale løysingar.

Etter to år med samhandlingsreforma har kommunen gjort seg ein del erfaringar.

Helse- og omsorgstenesta sitt ansvarsområde er omfattande og rører ved eit breitt spekter av brukargrupper og tenester. Aurland kommune står føre nye og fleire utfordringar innan helse- og omsorgssektoren i dei komande åra. Alderssamansetjinga i samfunnet endrar seg. Vi lever lengre, vi blir fleire eldre. Familiestrukturane endrar seg, mobiliteten aukar, vi endrar kostvanar og aktivitetsnivå. Dei kommunale helse- og omsorgstenestene skal yte gode tenester i eit samfunn i stadig endring.

Formålet med planarbeidet er å klargjere dagens situasjon for tenestene i Aurland kommune, kva slags utfordringar kommunen står ovanfor og kva slags strategiar, mål og tiltak kommunen bør velje for kommande år. Planen skal syta for at tenesta er budd og kunnig til å møte framtidige utfordringar når det gjeld behov, oppgåver og organisering. Gjennom arbeidet med økonomiplanen, dei årlege budsjetta og verksemdplanane skal intensjonane i planen realiserast. Kommunedelplanen inneheld konkrete mål for tenestetilbodet og prioriteringar for planperioden. På denne måten vil kommunen i større grad vere budd til å møte framtidige utfordringar og kommunen kan i større grad få til ei ynskt utvikling på tenestetilbodet til innbyggjarane.

Kommunedelplanen blir handsama etter plan og bygningslova §11-2, med ein langsiktig del og ein handlingsdel. Langsiktig del skal rullerast kvart 4 år, medan handlingsdelen vert i lag med rulling av kommunedelplanen sin handlingsdel, rullert kvart år.
--

1.1 Prosess

I møte 28.02.13 sak 004/13 gjorde kommuneplannemnda vedtak om oppstart og høyring av planprogram for kommunedelplan for helse og omsorg. I samsvar med plan- og bygningslova vart oppstart av planarbeidet kunngjort på heimeside og i lokalavisa, samt at berørte myndigheiter, lag, organisasjonar og partar vart tilskrivne med invitasjon til å komme med merknader til planprogrammet. Planprogrammet låg ute til høyring i perioden 16.03.13 til 19.04.13. Kommuneplannemnda vedtok planprogrammet i møte 06.06.13, sal 011/13.

Arbeidet med ein heilskapleg plan for helse og omsorgstenestene i kommunen starta som eit interkommunalt prosjekt for kommunane Aurland, Lærdal og Årdal. Dette blei vedteke av kommunestyret i møte 10.02.11, sak 006/11. Ressurssenteret for omstilling i kommunane (RO) vart innleigd som prosjektleiar. I denne fasen vart det gjort ein analyse helse- og omsorgstenestene i kommunen og det var ei brei medverknad av tilsette og folkevalde i dette arbeidet.

Analysen var ute på høyring frå 17.07.12 til 31.08.12. Planutkastet vart ikkje lagt fram for endeleg godkjenning, og det vart i staden tilrådd at kommunen utarbeidde ein kommunedelplan for helse og omsorg etter vilkår i plan og bygningslova.

Eit debatthefte med 9 spørsmål vart sendt til aktuelle partar og lagt ut på heimesida 15.03.13. Frist for innspel var 10.05.13. Gjennom debatthefte ynskte kommunen å legge til rette for ei breiare innbyggjarmedverknad og tilbakemelding på nokre bestemte tema.

Dei mål og strategiar som vart føreslegne i analysen frå 2012, er langt på veg vidareført i kommunedelplanen. Desse har også vore utgangspunkt for utarbeiding av handlingsprogrammet til kommunedelplanen.

Ei prosjektgruppe med tenesteleiar for pleie og omsorg Kari Voldum, soneleiar i heimetenestene Inger Lise Dale, assisterande rådmann Norunn Haugen og Nav leiar Guri Olsen har utarbeidd planutkastet. Seinare har konsulent for funksjonshemma Marianne Øren tiltredt prosjektgruppa i Guri Olsen sitt fråvær. Prosjektgruppa si rolle har vore å konkretisere mål og strategiar på kort og lang sikt, samt å føreslå konkrete tiltak i handlingsprogrammet til kommunedelplanen. Rådmann har hatt prosjektansvaret.

Dette skal kjenneteikne helse- og omsorgstenestene i Aurland i åra framover:

- ✓ *Fleksibilitet blant personell, ressursar vert brukt på tvers*
- ✓ *Samhandling på alle nivå*
- ✓ *Individuelle behov blir definert tydeleg*
- ✓ *Brukarane og pårørande blir møtt med verdighet, respekt og tryggleik*
- ✓ *Markedsføring av tilbod*
- ✓ *Serviceinnstilt personell*
- ✓ *Motiverte samarbeidspartnarar*
- ✓ *Fag- og kompetanseutvikling*
- ✓ *Kvardagsrehabilitering*
- ✓ *Tidleg innsats, individuelt tilpassa og fleksibel teneste*
- ✓ *Forebygging inn i alle tenester*
- ✓ *Tidleg intervensjon*
- ✓ *Rus/psykisk helse er satsningsområde*
- ✓ *Klare organisatoriske strukturar som støtter opp om god ressursbruk og koordinerte tenester*
- ✓ *Samhandlar med nabokommunar der det viser seg å ha ein gevinst*
- ✓ *Alle forstår verdien av andre sitt arbeid*
- ✓ *God politisk forankring*
- ✓ *Har vridt ressursbruken fra behandling til førebygging*

Stikkorda er utarbeidd av folkevalde, tilsette, tillitsvalde og leiarar i arbeidet med status- og analysenotatet i 2011-2012.

1.2 Kommunen sitt ansvar for helse og omsorgstenester

St.melding 25 (2005-2006) Framtidas omsorgsutfordringar oppsummerar regjeringa sin strategi for å møte omsorgsutfordringane i framtida. Gjennom meldinga blir kommunane oppmoda til å ta tak i omsorgsutfordringane og utvikle strategiske og handlekraftige planar. Arbeid med ein heilskapleg kommunal plan for helse og omsorgsområdet med tydelege mål og strategiar blir kommunen sitt verktøy for å møte omsorgsutfordringane lokalt.

Samhandlingsreforma er *ei retningsreform* for helse- og omsorgsområdet. Reforma er under innføring og blir følgt opp med både juridiske, økonomiske og strukturelle grep frå regjeringa. I 2012 kom ny helse- og omsorgstenestelov og ny folkehelselov. Kommunane har fått nye oppgåver og eit medfinansieringsansvar i spesialisthelsetenesta, og det er blitt lovpålagt å formalisere samarbeidet mellom kommunar og spesialisthelsetenesta i samarbeidsavtaler. Aurland kommune har i dag inngått meir enn ti slike samarbeidsavtaler med helseføretaket som skal regulere samhandlinga på ulike område.

- ✓ *Målsettinga med samhandlingsreforma er betre samhandling, bærekraftig utvikling*
- ✓ *Klarare pasientrolle*
- ✓ *Ny framtidig kommunerolle*

- ✓ Etablering av økonomiske insentiv
- ✓ Specialisthelsetenesta skal utviklast slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- ✓ Legge til rette for tydelegare prioriteringar

Lover

- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- ✓ Lov om folkehelsearbeid
- ✓ Lov om pasient og brukerrettigheter
- ✓ Lov om helsepersonell
- ✓ Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- ✓ Forvaltningsloven
- ✓ Lov om sosiale tjenester i NAV
- ✓ Lov om helsemessig og sosial beredskap
- ✓ Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plandelen)

Forskrifter

- ✓ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- ✓ Forskrift om en verdig eldreomsorg
- ✓ Forskrift om fastlegeordningen i kommunene
- ✓ Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
- ✓ Forskrift om pasientjournal
- ✓ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- ✓ Forskrift om legemiddelhåndtering
- ✓ Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunen sitt ansvar i høve til helse og omsorgstjenester er å sørge for at kommunen yter fagleg forsvarlege tenester til innbyggjarar med behov for slike tenester. Det er faglege vurderingar som må ligge til grunn for om tenestetilbodet er godt nok. Dersom brukar opplever at tenestetilbodet ikkje er godt nok, kan brukar etter pasient- og brukarrettighetslova, klage på tenestetilbodet. Fylkesmannen er klageinstans.

2 Utfordringar og mogelegheiter

Status og analysenotatet (høyringsutkastet juli 2012) syner demografiske utviklingstrekk i Aurland, status for helse og omsorgstjenestene i Aurland og gjev ei vurdering av effektivitet og prioritering gjennom ein analyse av KOSTRA tal og ei samanlikning med andre kommunar. Det er i tillegg utarbeidd framlegg til ein eigen visjon og målsettingar for tenestetilbodet og lista opp mange alternativ til tiltak som kan bidra til å realisere målsettingane.

2.1 Oppsummering av status/hovudutfordringa

Oppsummert kan fylgjande hovudpunkt trekkast fram i høve status i Aurland kommune samanlikna med nasjonale trendar/nasjonale føringar og andre kommunar.

- ✓ Vi nyttar ein større del av det totale kommunebudsjettet på pleie- og omsorg enn både kommunegruppa og landet elles
- ✓ Vi har ein lågare produktivitet i pleie- og omsorgstenestene
- ✓ Vi har ein institusjonsorientert tenesteprofil
- ✓ Vi kan stille spørsmål ved om tildeling av tenester er tilstrekkeleg tilpassa behova til brukarane; jf. relativt mykje tenester til dei med avgrensa og mindre bistandsbehov
- ✓ Vi har ein høg del innbyggjarar 80 år og eldre
- ✓ Vi får ein lågare del innbyggjarar i yrkesaktiv alder
- ✓ Vi får truleg ei auke i tal yngre brukarar og brukarar med samansette behov
- ✓ Vi har hatt ein låg lege- og fysioterapidekning i sjukeheimen
- ✓ Vi har for tette «skott» mellom dei ulike deler av tenestene som har same målgruppe
- ✓ Vi får utfordringar knytt til rekruttering av tilstrekkeleg fagpersonell

2.2 Dei sentrale grepa

Punkta nedanfor er dei strategiske grepa som vart tilrådd i analysen (høyringsutkastet 2012):

- Auka satsing på førebygging, tidleg innsats og aktiv omsorg
- Yte tenester på best mogleg omsorgsnivå (BEON)
- Ha ei satsing på heimebaserte tenester
- Satse på kvalitetsutvikling, kompetanse og rekruttering
- Sikre tilstrekkeleg med korttids plassar og tryggleiksbasar
- Delta i interkommunalt samarbeid om løysing av oppgåver
- Gjennomgang av organisasjonsstrukturen for å sikre heilskapleg styring og prioritering
- Sikre god kontroll og kvalitet på tenestetildelingar
- God informasjon om tenestetilbodet
- Etablering av ei koordinerande eining

2.3 Kommunebarometeret

Kommunebarometeret er ei rangering, og ikkje ei vurdering av kommunen sitt tenestetilbod. Kommunebarometeret er utarbeidd av Kommunal Rapport. Analysen i kommunebarometeret 2013 er basert på endelege Kostra tal for 2012, samt andre kjelder.

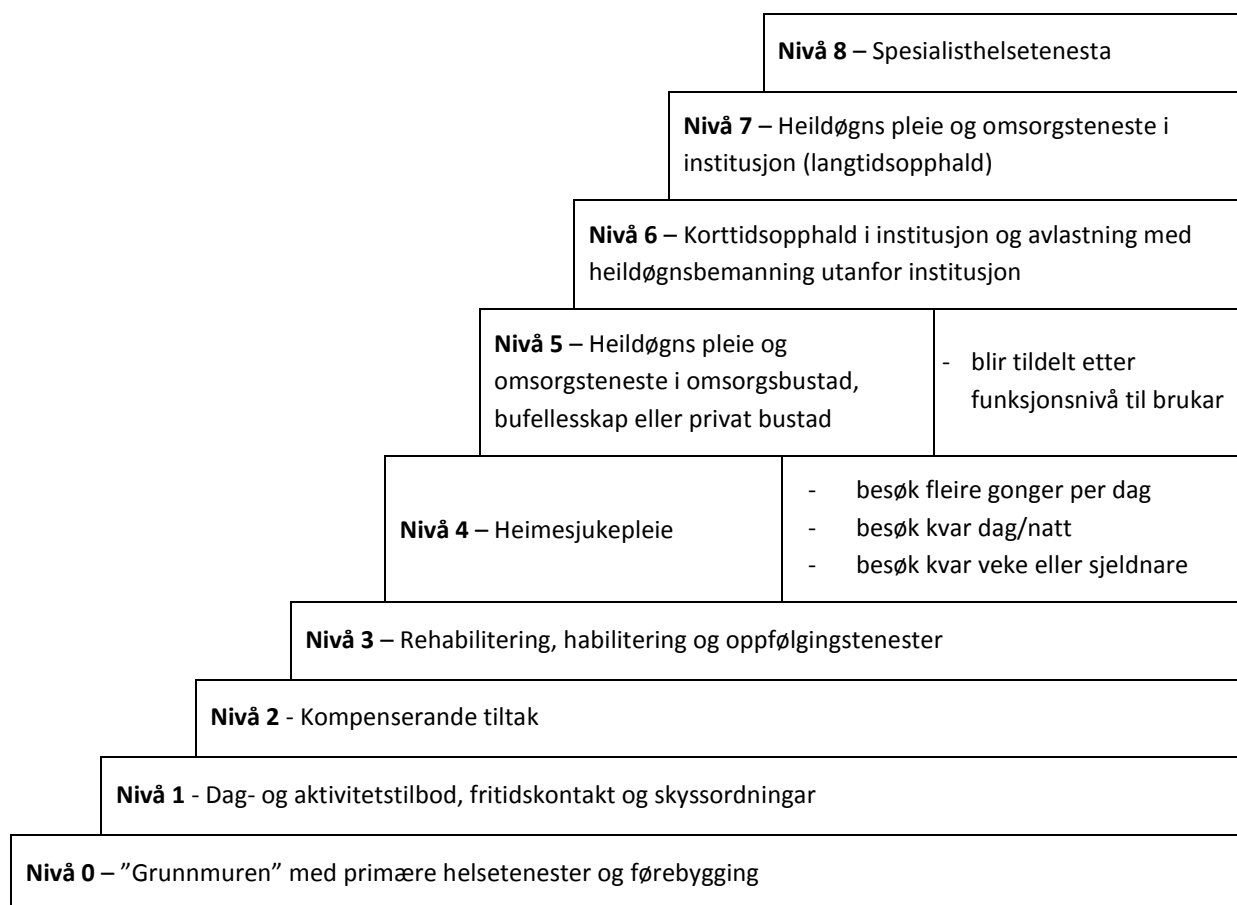
Aurland har ekstremt store inntekter, og skal ligge i topp på det aller meste, unntatt enhetskostnader. Slik er det ikke – både innen pleie og omsorg, barnevern og delvis sosialhjelp (der vi mangler en del tall) ligger kommunen langt etter de beste. Ellers er det stort sett gode tall, ikke minst innen grunnskole, økonomi og kultur. Enhetskostnadene er svært høye, men det er ganske typisk for rike kommuner. Får kommunen nok igjen for den ekstra innsatsen? I totaltabellen justerer vi for korrigert inntekt, unnlater vi å gjøre det tilsier nøkkeltallene en plass blant de 60 beste i landet.

Det går også an å måle kommunen mot egne nøkkeltall tidligere år. Da ser vi at blant de tallene som har endret seg det siste året, er det en klar overvekt av nøkkeltall som har blitt dårligere. Nasjonalt er utviklingen klart positiv, altså langt bedre enn i Aurland. Dette bidrar også til fallet på tabellen.

(Utdrag frå Kommunebarometeret 2013)

2.4 Helse og omsorgstrappa

Helse og omsorgstrappa blir av mange nytta til å illustrere ulike nivå for helse og omsorgstenester. Trappa illustrerer heilskapen i tenestetilbodet og syner samanhengar og tiltakskjeder.



Helse og omsorgstrappa

Tidlegare har kommunane ofte lagt til grunn at tenester skal tildelast etter eit LEON-prinsipp (lågaste effektive omsorgsnivå). Nyare tenking er at tenester skal tildelast etter eit BEON-prinsipp (beste effektive omsorgsnivå). BEON-prinsippet inneber at tenester blir gitt på beste mogeleg omsorgsnivå, med fokus på brukar sine eigne ressursar og at hjelpa skal vere hjelp til sjølvhjelp. Denne førebyggjande tenkinga er meir kostnadseffektiv for kommunen og i tråd med nasjonale føringar. Brukar skal oppleve at tildelte tenester skal hindre nye behov og ha eit klart fokus på å oppretthalde eigne funksjonar så lenge som muleg, slik at brukar kan meistre, leve og bu i eigen bustad, eller i omsorgsbustad.

Omtale av dei ulike stega i omsorgstrappa:

Nivå 0 – "Grunnmuren" med primære helsetenester og førebygging

Primærhelsetenesta omfattar fysioterapitenesta, ergoterapitenesta, legetenesta, legevakt, tenester knytt til helsestasjonen, samfunnsmedisin med smittevern, miljøretta helsevern og førebyggjande helsetenester. Førebyggjande helsetenester inkluderer både sjukdomsførebygging og helsefremming. Informasjonsarbeid er ein del av grunnmuren i tenestetilbodet.

Mål: innbyggjarane skal ha tilgang på hjelp til å halde seg friske og begrense sjukdom, hjelp til utredning og diagnostikk ved mistanke om sjukdom, hjelp ved akutte situasjonar og naudsynt behandling og oppfølging. Primære helsetenester og førebygging skal stimulere til eigenomsorg.

Nivå 1 - Dag- og aktivitetstilbod, fritidskontakt og skyssordningar

Dag- og aktivitetstilbod omfattar både lågterskel, tenester tildelt etter behov, og der målgruppa er definert (t.d. dagtilbod til heimebuande demente). Lågterskel tilbod kan vere i regi av frivillege lag og organisasjonar, kommunale tilbod og eventuelt tilbod i regi av private.

Mål: kultur, aktivitetar og trivsel skal vere ein del av kvardagen til innbyggjarane.

Nivå 2 - Kompenserande tiltak

Døme på kompenserande tiltak t.d. praktisk bistand og opplæring, heimehjelp, omsorgslønn, brukarstyrt personleg assistanse, omsorgsbustad, hjelpemiddel, tryggleiksalarm, matombringning og rådgjeving i høve til bustadtilpassing

Mål: å yte tenester og hjelp til personar som etter lov har krav på kompenserande tiltak i heimen. Kommunen skal ha gode rutinar for kartlegging av behov, tildeling av tenester, koordinering og evaluering av tenestene til kvar brukar.

Nivå 3 – Rehabilitering, habilitering og kommunal oppfølgingstenester

Tenester på dette nivået skal vere tverrfaglege tenester som inneber støtte i livet, knytt til dagleglivet sine funksjonar, som hygiene, matlaging, sosiale ferdigheiter og rehabilitering. Hjelp til å handtere og meistre psykiske vanskar skal vere ein del av oppfølgingstenesta.

Mål: å bidra til at fleire kan meistre å bu heime, eller i omsorgsbustad utan heildøgns pleie og omsorgstenester.

Nivå 4 - Heimesjukepleie

Tenesta omfattar primært oppfølging i høve til diagnose, medisiner og ulike typar medisinsk oppfølging. Tenesta må ha stor grad av fleksibilitet for å ivareta brukarane.

Mål: heng tett saman med målsettingar for nivå tre. Heimesjukepleie skal vere hjelp ved kort eller langvarig sjukdom, og skal arbeid førebyggjande for å fremme helse og eigenomsorg.

Nivå 5 – Heildøgns pleie og omsorgsteneste i omsorgsbustad, bufellesskap eller privat bustad

Tenester på dette nivået blir tildelt som heimebaserte tenester etter funksjonsnivå til brukar. Lova likestillar institusjon og bustad med heildøgns omsorgstenester. Formelt har ein brukar i dag ikkje rett til sjølv å velje korleis hjelpebehovet skal dekkast, eller korleis tenestetilbodet skal organiserast. Dersom brukaren har behov for eit døgntilbod kan kommunen tilby dette i brukaren sin heim, i omsorgsbustad, i bufellesskap eller på sjukeheim. Lovkravet er at tenesta er forsvarleg i høve til hjelpebehovet, og at tenestetilbodet ikkje openbart er urimeleg for brukaren. Dette tyder likevel ikkje at brukarmedverknad skal setjast til side.

Mål: Brukar skal oppleve at dei tenestene som blir gitt på dette nivået bidreg til å oppretthalde god livskvalitet, tryggleik og meistring i kvardagen.

Nivå 6 – Korttidsopphald i institusjon

Tenester på dette nivået omfattar ø-hjelpsenger, avlastning, vurdering, rehabilitering, medisinsk behandling, vekselpheie, terminalpleie og avlastning med heildøgnsbemanning utanfor institusjon

Mål: å stette behov for midlertidige institusjonstenester og avlastning utanfor institusjon for å hindre/utsetje behov for langtids plass, samt medverke til å sikre heimebuande trygghet og gi pårørande avlastning.

Nivå 7 – Heildøgns pleie og omsorgsteneste i institusjon (langtidsopphald)

Tilbod om institusjonsplass er eit tilbod som fyrst blir tildelt når behov for døgntilbod pleie med høg grad av medisinske utfordringar inntreir.

Mål: at brukar skal oppleve å motta medisinsk behandling, pleie, trening, og omsorg i eit miljø som er prega av livskvalitet, aktivitet, trygghet og respekt. For å styrke dei eldre sin identitet og oppleving av eigenverd er det viktig at dei får bruke egne ressursar og hjelp til å minnst tidlegare opplevingar.

Nivå 8 – Specialisthelsetenesta

Kommunen kan påverke innbyggjarane sitt forbruk av specialisthelsetenester gjennom god førebygging og ved å legge til rette for langsiktig rekruttering av fastlegar og ei fagleg robust legevaktordning. Tiltak på nivå lengre nede i omsorgstrappa vil og kunne redusere behovet for specialisthelsetenester. På den andre sida er det viktig at kommunen har primærhelsetenester som sikrar tidleg diagnose og tilvising til behandling på sjukehus for å hindre utvikling av sjukdom og hindre varig tenestebehov.

Mål: hindre unødvendige innleggingar i sjukehus og samstundes sikre at dei som har behov for specialisthelsetenester får tilbod om slik behandling.

3 Visjon, mål og utviklingsprogram

3.1 Visjon og målsettingar

Visjon:

Aurland - det naturlege valet!

Kommunen sine verdier:

Menneske i sentrum, tradisjon og kulturhistorie, langsiktig berekraftig utvikling, samt lokal ressursutnytting og foredling.

Mål for kommunale tenester:

Godt tenestetilbod er kjenneteikna ved

- God tilpassing til innbyggjarane sitt behov
- Effektivitet
- Kvalitetsbevisste og motiverte medarbeidarar
- God organisasjonskultur

Mål for helse og omsorgstenestene:

Framtidas helse- og omsorgstenester i Aurland kommune skal sikre heilskaplege og samordna tenester som omfattar helsefremmande og førebyggjande tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av einingane og i samarbeid med brukarane sjølve. Kommunen sine verdier skal vise att i møte med innbyggjarane.

Framtidas helse- og omsorgstenester i Aurland kommune skal møte omsorgsutfordringane på ein måte som er forsvarleg og som stettar krav i lov og forskrift, men som er bærekraftig i høve til kommunen sin økonomi, tilgang på personell og kompetanse.

3.2 Fire utviklingsprogram

Kommunen skal møte framtidas utfordringar innanfor helse og omsorgsområdet med fire utviklingsprogram. Dei fire utviklingsprogramma byggjer på dei sentrale grepa som blir tilrådd i status- og analysenotatet og dei hovudutfordringane som er trekt fram i analysen. Avgrensing av tema er gjort som ein del av arbeidet med planprogrammet og har vore utgangspunktet for prosjektgruppa sitt arbeid med planen. Dei fire utviklingsprogramma som kommunen skal ha i denne planperioden er **(1) Styrke det førebyggjande og helsefremjande arbeidet, (2) Arbeid med innhald i tenesta, (3) Økonomi og bærekraft og (4) Samhandling og brukarmedverknad.**

3.2.1 Førebygging og helsefremjing

Førebygging og helsefremjing	
Mål	- færre skader og ulykker - sjukdomsførebygging - færre unge arbeidsledige - mindre overvekt blant barn - auka fysisk aktivitet i alle aldersgrupper - større deltaking i samfunnet (deltaking for alle)
Strategi	- Aktivitetar i høve til folkehelse på kvar tenesteeining - Fokus på universell utforming og folkehelse i arealplanlegginga, samt råd og rettleiing i høve til bustadtilpassing - Førebyggje ulykker og skader blant barn og unge, og eldre - Redusere eksponering for radongass - Samarbeid med frivillige lag og organisasjonar om helsefremjande arbeid - Tidleg innsats i høve til barn og unge sine levevanar, utdanning og trivsel - Frisklivstiltak*

***Frisklivstiltak** – innbyggjarar som fell utanfor arbeidslivet, organiserte aktivitetar i regi av frivillige lag og organisasjonar, og som er i høgrisikogruppe for livstilssjukdomar, og som har trong for å endre levevanar er i målgruppa for frisklvsaktivitetar. Frisklvsaktivitetar er fortrinnsvis vere strukturert oppfølging av personar med behov for å endre helseåtfærd, primært fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt.

Måloppnåing:

Det er aktuelt å samarbeide med andre kommunar om frisklivstilbod. Særleg er det aktuelt å samarbeide om kursaktivitetar. Frisklvsaktivitetar i regi av private kan og vere aktuelt.

Det er utfordrande å måle førebygging. Gevinst av førebygging er venta å gje resultat i framtida, men det kan gå ei lang stund før førebygging som blir gjort blant barn og unge i dag viser igjen i statistikken. Førebygging av skadar og ulykker er venta å kunne gje raskare målbare resultat. Det blir arbeidd med ein eigen kommunedelplan for fysisk aktivitet og folkehelse. I den planen blir skal kommunen sine mål og strategiar for folkehelse konkretiserast. Strategiar for førebygging og helsefremjing i denne planen må også inngå som ein del av folkehelsearbeidet i kommunen.

3.2.2 Innhaldet i tenestene

Innhald i tenestene	
Mål	Tenester blir gitt på beste effektive omsorgsnivå, med fokus på brukar sine eigne ressursar og at hjelpa skal vere hjelp til sjølvhjelp. Brukar skal oppleve at tildelte tenester skal hindre nye behov og ha eit klart fokus på å oppretthalde eigne funksjonar så lenge som muleg. Rett fagkompetanse er avgjerande for å gjennomføre strategiane.
Strategi	- Primære helsetenester - Kompetanse - Aktiv omsorg - Rehabilitering - kommunal oppfølgingsteneste - Effektiv bruk av korttids plassar - Omsorgsbustader

Primære helsetenester:

- God stabil legedekning
- Fysioterapikompetanse både i behandling etter tilvising, rehabilitering og i førebyggjande tiltak. Fysioterapi og ergoterapikompetanse skal i større grad vere ein del av heile pasientforløpet (før, i staden for og etter behandling i sjukehus). I høve til førebygging kan fysioterapeutane bidra i oppstart og gjennomføring av mellom anna trening for eldre.
- Kommunen opplever at det er fleire innbyggjarar med psykiske diagnoser som har behov for kommunale tenester. Kommunen må vidareutvikle tenester for behandling og oppfølging av psykiske lidningar.
- Helsestasjonen skal i større grad vere ein pådrivar for førebyggjande arbeid i kommunen og samarbeide med skular, barnehagar, barnevern og PPT om det førebyggjande arbeidet

Kompetanse

- rekruttering - motivere unge til å velje utdanning innan helse og omsorgsfag
- fagkompetanse
- fagutvikling
- ressursjukepleie

Aktiv omsorg:

Aktiv omsorg er i St.meld 25 skildra som ein **hovudstrategi for omsorgstenestene i framtida**, og dei sentrale styresmaktene vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som heilt sentrale

og grunnleggjande element i eit heilskapleg omsorgstilbod. Ordninga med støttekontaktar, dagtilbod for ulike grupper t.d. Inn på tunet –tenester, dagtilbod for demente og den kulturelle spaserstokken er døme på tiltak som passar under denne strategien. Samarbeid med andre tenesteeiningar, private og frivillege lag og organisasjonar er viktig for å få dette til.

Tilrettelagt transport og fungerande skyssordningar er viktige virkemiddel for å legge til rette for deltaking. Kommunen har fått tilskot til oppstart av serviceskyss hausten 2014.

Rehabilitering:

- **Rehabilitering i sjukeheim -rehabilitering blir i forskrift og lov definert som "tidsavgrensa**, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet". Rehabilitering vil ikkje seie "å gjere frisk", men hovudmålsetjinga med rehabilitering er *deltaking og meistring*. Aurland kommune deltek i eit prosjekt i regi av Fylkesmannen; tilsyn og læring med fokus på "rehabilitering av pasientar i sjukeheim". Læringstilsynet viser at fokus på pasientforløpet er viktig. Ergoterapi- og fysioterapikompetanse er viktig for å kunne gje forsvarleg rehabilitering i tillegg til anna helsefagleg kompetanse som er naudsynt for medisinsk rehabilitering og behandling.
- **Heimebaserte tenester med satsing på kvardagsrehabilitering –** kvardagsrehabilitering byggjer på prinsippet om å oppspore framfor å behandle og rehabiliter i staden for å kompensere, samt å motivere til å ta grep i eige liv. Metoden går kort fortalt ut på å trene personar med eit potensiale, til å bli meir sjølvhjelpne. Mykje ressursar kan bli sett inn tidleg for å redusere konsekvensar av vidare problemløp. Ein slik måte å tenkje på kan bidra til at fleire av innbyggjarane kan greie oppgåver sjølve – med hjelp av trening og tilrettelegging. Rehabilitering må inngå i ein tverrfagleg arbeidsstruktur, der dei fagtilsette arbeider i fellesskap ut mot brukar, enten rehabilitering føregår på helsetunet eller i brukar sin eigen heim.

Kommunal oppfølgingsteneste:

Kommunen har i dag tilbod om oppfølging av personar med psykiske diagnosar og rusavhengige. Det er og eit lågterskel tilbod desse gruppene. Oppfølgingstenesta skal inkludere desse tenestene og kunne gje oppfølging i høve til rusproblem, psykiske lidningar, motivasjon og meistring, individuell oppfølging av barn og unge og eventuelt hjelp ved andre livsstilsutfordringar. Det må avklarast kva rolle oppfølgingstenesta kan ha i frisklivsarbeidet i kommunen, og om oppfølgingstenesta også skal ha langvarig oppfølging av brukarar og fungere som miljøteneste. Oppfølgingstenesta skal samarbeide tett med spesialisthelsetenesta, andre kommunale tenester og brukar/pårørande for å kunne gje målretta og god individuell oppfølging. Oppfølgingsteneste skal tildelast etter vedtak.

Oppfølgingstenesta sitt lågterskel tilbod skal avgrensast til oppfølging som varer t.d. mindre enn to veker.

Effektiv bruk av korttidsplassar:

Det er ikkje planlagt ein auke i talet på langtidsplassar i institusjon, men bufellesskapet i gamle delen av Aurland alders og sjukeheim er planlagt renover og tilrettelagt for heildøgns pleie og omsorgsteneste. Det blir naudsynt å auke talet korttidsplassar for å realisere strategien.

Omsorgsbustader:

Kommunen skal ha omsorgsbustadar som kan nyttast fleksibelt ut i frå behov i ulike brukargrupper. Nye omsorgsbustadar må vurderast i samband med etterbruk av Vangen/Dalen og opparbeiding av Furuly.

Måloppnåing:

Planlegging og utforming av ein eigen kommunedelplan er ein av føresetnadene for god kvalitet på helse og omsorgstenestene. Innføring av eit kvalitetssystem med kvalitetsindikatorar i tillegg til ein oppdatert plan, kan vere eit verktøy for betre overordna styring og kontroll. Det er utvikla ni nasjonale kvalitetsindikatorar for å måle kvalitet på pleie og omsorgstenester som blir ytt av kommunane. Indikatorane er basert på tal frå registrering i KOSTRA:

- ✓ Legetimar i sjukeheim
- ✓ Fysioterapi
- ✓ Einerom i sjukeheim
- ✓ Einerom m/ bad/wc
- ✓ Fagutdanning totalt
- ✓ Fagutdanning vidaregåande skule
- ✓ Høgskuleutdanning
- ✓ Andel utan sjukefråver
- ✓ Korttidsplassar

Desse indikatorane viser mål på kvalitet – og er ein del av arbeidet med oppfølging av St.meld 45 (2003) "Betre kvalitet i dei kommunale pleie og omsorgstenestene". På sikt er det ei målsetjing å utvikle nasjonale indikatorar som "belyser kvalitet på bredden i tjenestetilbodet". IPLOS vil vere ei viktig kjelde til å utvikle indikatorar i denne samanhengen. Kommunen kan i ei eiga utviklingsmelding for helse og omsorg definere lokale mål for dei ni nasjonale kvalitetsindikatorane.

3.2.3 Økonomi og bærekraft

Økonomi og bærekraft	
Mål	Strategiar vedtekne i planen skal redusere framtidige utgifter til helse og omsorgstenester. Strategiane omtala i dette utviklingsprogrammet skal gje netto reduksjon på 2 millionar.
Strategi	- Gjennomgang av rutine for tildeling av tenester - Redusere kjøp av tenester frå private - Interkommunalt samarbeid - Redusere kostnader til drift av institusjon - Innovasjon

Kjøp av tenester frå private:

For å redusere kjøp av tenester frå private må kommunen vurdere å tilby tenester i eigen regi eller kjøp av tenester frå andre kommunar. Samlokalisering og samdrift av tiltak kan gje synergjar. Føresetnader for å kjøp av tenester frå private skal vere faglege og kostnadmessige vurderingar.

Interkommunalt samarbeid:

Fagleg innhald og kostnader skal vere ein del av ei vurdering om interkommunalt samarbeid.

Innovasjon:

Innovasjon i helse og omsorgstenestene inneber både bruk av IKT, telemedisinske løysingar, velferdsteknologi og nye måtar å organisere arbeidet på.

Måloppnåing:

Ei satsting på førebygging framfor behandling skal indirekte bidra til reduserte tenestebehov og reduserte utgifter. Dei strategiane som er føreslegne i dette utviklingsprogrammet skal gje direkte innsparingar eller auka inntekter på til saman 3 millionar. Innovasjon gjennom teknologi og nye måtar å organisere arbeidet på kan vere ein føresetnad for sikre god utnytting av tilgjengeleg fagpersonale framover.

3.2.4 Samhandling og brukarmedverknad

Samhandling	
Mål	Samhandling skal vere målretta arbeid med utgangspunkt i brukar sine behov.
Strategi	- Tverrfagleg samarbeid - Samarbeid med spesialisthelsetenesta - Interkommunalt samarbeid - Brukarmedverknad - Endra tenestemeny NAV - Innovasjon

Tverrfagleg samarbeid:

System og rutinar for samarbeid og formelle møteplassar for å drøfte konkrete saker og koordinere tenester. Tverrfagleg vurdering av behov skal i større grad ligge til grunn for tenestetildelinga.

Samarbeid med spesialisthelsetenesta:

Oppfølging av delavtaler med helseføretak og utvikling av gode pasientforløp. Dette handlar om å få til saumlause tenester som er sentrale føringar i samhandlingsreforma.

Interkommunalt samarbeid:

Samarbeid med andre kommunar er aktuelt på mange område. I utgreiing av samarbeid skal både nærleik til tenestene, kostnader og faglege innhald vurderast. Som ein del av Sogn LMS etablerar vi no interkommunal legevaktsentral, legevakt, kommunale akutte døgnplassar (KAD) og kreftkoordinator.

Brukarmedverknad:

Brukar skal ta del i eigen kvardag. Brukarundersøkingar skal gjennomførast jamnleg og vere ein del av kvalitetsarbeidet i tenestene.

Endring av kommunal tenestemeny i NAV:

Kommunal tenestemeny i Nav blir endra, slik at fokuset i Nav blir meir retta mot arbeid og aktivitet. Dette er i tråd med tilrådingar frå ei lokal evaluering som vart gjennomført i 2010 og nasjonale evalueringar av NAV. Omstillinga skal skje i samarbeid med tilsette og tilsette sine representantar.

Innovasjon:

Innovasjon i helse og omsorgstenestene inneber både bruk av IKT, telemedisinske løysingar, velferdsteknologi og nye måtar å organisere arbeidet på.

Måloppnåing:

Felles forståing av målsettingar, og god rolleforståing er ein føresetnad for god samhandling. Dette må ligge til grunn for samhandling på tvers av fag og nivå. Innovasjonstenking er eit verktøy for betre samhandling mellom nivå, på tvers av fag og i høve til brukar.

3.3 Oppfølging av planen

Mål og strategiar og tiltak i overordna planar må innarbeidast i tenestene sine fagplanar, verksemdplanar og årsplanar. Overordna planar, lover og forskrifter legg føringar for kva som skal vere prioriteringane på kvart tenesteområde. Dersom overordna planar fører til endringar i tenestetilbodet skal tenesteerklæringa oppdaterast og leggjast fram for folkevald organ som referatsak.

Handlingsprogrammet skal rullerast kvart år og tiltak skal innarbeidast i kommuneplanen sin handlingsdel, i økonomiplanen og gjort bindande i budsjettet.

4 Handlingsprogram 2014-2017

Dei tiltak som blir prioritert i dette handlingsprogrammet er i hovudsak tiltak som gjeld struktur, organisering, samhandling og kompetanse.

Tiltak/prosjekt	Kostnad 2014	Kostnad 2015	Kostnad 2016	Kostnad 2017	Finansiering	Oppstart
Utviklingsprogram: Førebygging og helsefremming						
Strategiar blir konkretisert i kommunedelplan for fysisk aktivitet og folkehelse						2014
Gjennomføring av kompetanseprogram for universell utforming for tilsette og folkevalde		100000			Ekstern/fond/ mellombels	2015
Gjennomføre tiltak i kommunedelplan for veg og trafikktryggleik						2014
Gjennomføre målingar i alle kommunale bygg og lage plan for naudsynte tiltak						2014
Utarbeide frivilligmelding		50000			Ekstern/fond/ mellombels	2015
Oppfølging av tiltak i rusmiddelpolitisk handlingsplan					Jf. auka fysioterapi ressurs	2014
Heimebesøk eldre				200000	Rammeauke	2017
Kurs i livstilsendring/andre frisklivsaktivitetar		150000	150000	150000	Rammeauke	2015
<i>DELSUM</i>		<i>300000</i>	<i>150000</i>	<i>350000</i>		
Utviklingsprogram: Innhald i tenestene						
Auke kapasitet fysioterapi	Mellomb. finans. i budsj. 2014	450000	450000	450000	Rammeauke	2014
Auke kapasitet skulehelseteneste og jordmorteneste		100000	100000	100000	Rammeauke	2015
Vidareutdanning i "Aktiv omsorg" for tilsette		200000			Ekstern/fond/ mellombels	2015
Prosjektstilling rehabilitering (2 år) og deltaking i effektiviserings-nettverk for kvardagsrehabilitering		600000	600000		Ekstern/fond/ mellombels	2015
Bemanningsplan og rekruttering						2014
Definere tal korttids plassar						2014
Definere tal langtids plassar						2015
Definere bruk omsorgsbustader og klargjere investeringsbehov og allereie vedtekne investeringsplanar						2014
Uvikle kvalitetsstandard og kvalitetsindikatorar for tenestene				500000	Ekstern/fond	2017

Tiltak/prosjekt	Kostnad 2014	Kostnad 2015	Kostnad 2016	Kostnad 2017	Finansiering	Oppstart
Oppfølging av tiltak i "Demensplan" Utviding av dagtilbod til demente	tilskot	200000	200000	200000	Rammeauke	2014
Aktivitetar på dagtid -lågterskel tilbod for yngre personar som mottok ytingar frå NAV (prøveperiode 3 år)	50000	100000	100000	50000	Ekstern/fond/ mellombels	2014
Ressurssjukepleie –kan fordelast på fleire fagområde			400000	400000	Rammeauke	2016
DELSUM	50000	1650000	1850000	1700000		
Utviklingsprogram: Økonomi og bærekraft						
Legge fram sak om auka betalingssatsar helse og omsorgstenestene		-250000	-250000	-250000	Rammereduksjon	2015
Vurdere avtaler med private om kjøp av tenester		-500000	-150000	-2000000	Rammereduksjon	2015
Redusert kommunalt medfinansiering av spesialisthelsetenester		-200000	-400000	-500000	Rammereduksjon	
Vurdere kostander ved drift av Aurland helsetun (personale og bygg)			-1000000	-1000000	Rammereduksjon	2015
DELSUM		-950000	-1800000	-3750000		
Utviklingsprogram: Samhandling og brukarmedverknad						
Etablere utviklingsteam for helse og omsorg (HUT) med tenesteleiar for helse og førebygging, tenesteleiar for pleie og omsorg og NAV leiar						2014
Endring av kommunal tenestemeny i NAV og ansvarsfordeling mellom NAV, helse og førebygging og pleie, rehabilitering og omsorg						2014
Auke kompetanse på tverrfagleg samarbeid		100000			Ekstern/fond/ mellombels	2015
Definere koordinatorrolla og forankre koordinerande eining	50000				Ekstern/fond/ mellombels	2014
Gjennomføre brukarundersøkingar		50000		50000	Ekstern/fond/ mellombels	2015
Sogn LMS (ø-hjelp, levevaksentral og legevakt)	i budsjett	1600000	1600000	1600000	Rammeauke/ mellombels	2014 og 2015
Etablere telemedisinske løysingar og utarbeide strategi for innovasjon i helse og omsorgstenesta		150000		50000	Ekstern/fond/ mellombels	2016
DELSUM	50000	1900000	1600000	1700000		
TOTALSUM	100000	2900000	1800000	0		

Referanser:

Grimsmo, Anders: "Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen", NTNU 2009, lasta ned 06.03.14 https://www.google.no/search?sourceid=navclient&hl=no&ie=UTF-8&rlz=1T4ADRA_noNO486NO487&q=anders+grimsmo+samhandlingsreformen

5 Vedlegg - status og analysenotat helse og omsorg 17.07.2012



- det naturlege valet

Status og analysenotat Helse og omsorg



Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) juli 2012

Innhald

Innholdsfortegnelse

1.	Innleiing	4
2.	Om planarbeidet	5
3.	Overordna mål og føringar	5
3.1	Nasjonale føringar	6
3.1.1	Lover og forskrifter	6
3.1.2	Viktige rammer og føresetnader	6
	Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015.....	6
	Samhandlingsreforma	7
	St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening	8
	Innovasjon i omsorg; NOU 2011:11	9
	Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetenesta	9
	Forskrift om ei verdig eldreomsorg	9
3.2	Regionale føringar	10
3.3	Kommunale planar og andre kommunale føringar	10
	Interkommunalt samarbeid – Sogn lokalmedisinske senter	10
	Kommunale planar	11
3.4	Kjenneteikn på tenester som lykkast	11
4.	Utviklingstrekk.....	13
4.1	Folketalsutvikling og alderssamansetjing.....	13
4.2	Utvikling i demens	14
4.3	Øvrige utviklingstrekk.....	15
5.	Status i helse- og omsorgstenesta i Aurland	16
5.1	Dagens organisering	16
5.2	Dagens tenesteyting.....	17

Pleie, rehabilitering og omsorg	17
Helse- og førebygging.....	17
NAV Aurland	17
5.3 Talgrunnlag (KOSTRA).....	18
Dimensjonering	18
Tenestetildeling;.....	20
Produktivitet.....	22
Lege- og fysioterapidekning	22
Fagutdanna.....	23
5.3 Oppsummering av status.....	23
6 Framtidige helse- og omsorgstenester i Aurland	25
6.1 Kva skal kjenneteikna helse- og omsorgstenesta i åra framover	25
6.2 Hovudutfordringar.....	25
6.3 Korleis møte utfordringane – strategi	27
Framtidig helse- og omsorgstrapp i Aurland kommune.....	28
Dei sentrale grepa:	28

1. Innleiing

Helse- og omsorgstenesta sitt ansvarsområde er omfattande og rører ved eit breitt spekter av brukargrupper og tenester. Aurland kommune står føre vesentlege utfordringar innan helse- og omsorgssektoren komande år. Alderssamansettinga i samfunnet endrar seg. Vi lever lengre, vi blir fleire eldre. Familiestrukturane endrar seg, mobiliteten aukar, vi endrar kostvanar og aktivitetsnivå. Dei kommunale helse- og omsorgstenestene skal yte gode tenester i eit samfunn i stadig endring

Framtidas kommunale helse- og omsorgstenester skal sikre heilskaplege og samordna teneste som omfattar helsefremmande og førebyggjande tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorane og i samarbeid med brukarane sjølve.

I Aurland har vi lagt til grunn fylgjande visjon for helse- og omsorgstenestene;

«Eit godt liv for alle»

Formålet med planarbeidet er å klargjere dagens situasjon for tenestene i Aurland kommune, kva slags utfordringar kommunen står ovanfor og kva slags strategiar, mål og tiltak kommunen bør velje for kommande år. Planen skal syta for at tenesta er budd og kunnig til å møte framtidige utfordringar når det gjeld behov, oppgåver og organisering. Gjennom arbeidet med økonomiplanen, dei årlege budsjetta og verksemdplanane skal intensjonane i planen realiserast.

Dei sentrale grepa i planer er:

- Auka satsing på førebygging, tidleg innsats og aktiv omsorg
- Yte tenester på best mogleg omsorgsnivå (BEON)
- Ha ei satsing på heimebaserte tenester
- Satse på kvalitetsutvikling, kompetanse og rekruttering
- Sikre tilstrekkeleg med korttidsplassar og tryggleiksbaser
- Delta i interkommunalt samarbeid om løysing av oppgåver
- Gjennomgang av organisasjonsstrukturen for å sikre heilskapleg styring og prioritering
- Sikre god kontroll og kvalitet på tenestetildelingar
- God informasjon om tenestetilbodet.
- Etablering av ei koordinerande eining

2. Om planarbeidet

Planen er utarbeidd i eit samarbeidsprosjekt mellom kommunane Årdal, Lærdal og Aurland (Åla – kommunane). Ambisjonen har vore å gjennomføre ein planprosess som tek utgangspunkt i kommunanes ståsted per i dag og som klargjer kva slags strategiar, mål og tiltak kommunane bør velje for kommande år.

Kommunane i ÅLA-samarbeidet har inngått avtale om prosessbistand frå Ressurssenter for omstilling av kommunane (RO). Bistanden har omfatta:

- ✓ Framskaffe kunnskapsgrunnlag
- ✓ Utforma og gjennomføre dei naudsynte prosessar mot fagleg, administrativt og politisk miljø i kvar av dei tre kommunane fram mot dei naudsynte politiske vedtak.
- ✓ Skrive dei innleiande delane av dei tre planane; dvs. tema som omfattar nasjonale føringar, kommunale planar og andre kommunale føringar, folketalsframskriving, utvikling og trendar og status for tenesta.
- ✓ Utforming av strategi, mål og tiltak er skjedd saman med fagfolk, politikarar, tillitsvalde og brukarrepresentantar.

Helse- og omsorgsleiarane i dei tre samarbeidskommunane (Kari Voldum; Aurland, Rigmor Svanberg; Årdal og Margun Thue; Lærdal) har saman med prosjektleiar frå RO utgjort ei interkommunal prosjektgruppe.

Det har vore gjennomført eit arbeidsseminar med kommunestyret i Aurland, tilsette i helse- og omsorgssektoren, tillitsvalde og brukarrepresentantar. Tema på dette arbeidsseminaret var mellom anna ein gjennomgang av statlege føringar på helse- og omsorgsområdet samt status og utfordringar for tenesta i Aurland kommune. Vidare vart det i grupper arbeid med følgjande spørsmål;

- ✓ kva skal kjenneteikna helse- og omsorgstenesta i åra framover (jf. kap. 6.1)
- ✓ kva slags konsekvensar får det for tenesta
- ✓ kva områder er det viktig å arbeide vidare med

Ut i frå fokusområda på fyrste arbeidsseminar vart det utforma mandat for lokale arbeidsgrupper som arbeidde vidare med å konkretisera målsetjingar og tiltak for komande planperiode. I Aurland vart det etablert tre arbeidsgrupper med representantar frå fagmiljøa, administrasjon, tillitsvalde og brukarar. Det vart til slutt gjennomført ei felles arbeidssamling med alle leiarane i dei lokale arbeidsgruppene der ein gjekk gjennom, samordna og prioriterte forslaga frå gruppene.

3. Overordna mål og føringar

Tenesteområda helse- og omsorg er i stor grad styrt av nasjonale føringar og lokale val. Innhald og utforming av helse- og omsorgsplanen er såleis tufta på nasjonale,

regionale og kommunale føringar.

3.1 Nasjonale føringar

3.1.1 Lover og forskrifter

Det er mange særlover/forskrifter/rundskriv mv. ein må følgje med omsyn til planlegging og drift av helse- og omsorgstenesta. Oversikta over nokre aktuelle lover fortel om kompleksiteten innan helseforvaltninga til kommunen;

Lover:

- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- ✓ Lov om folkehelsearbeid
- ✓ Lov om pasient og brukerrettigheter
- ✓ Lov om helsepersonell
- ✓ Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- ✓ Forvaltningsloven
- ✓ Lov om sosiale tjenester i NAV
- ✓ Lov om helsemessig og sosial beredskap
- ✓ Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plandelen)

Forskrifter m.m.:

- ✓ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- ✓ Forskrift om en verdig eldreomsorg
- ✓ Forskrift om fastlegeordningen i kommunene
- ✓ Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
- ✓ Forskrift om pasientjournal
- ✓ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- ✓ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- ✓ Forskrift om legemiddelhåndtering

3.1.2 Viktige rammer og føresetnader

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 (Meld. St. 16 (2010-2011)) legg regjeringa den politiske kursen for helse- og omsorgstenesta og folkehelsearbeidet dei neste fire åra. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstenester, uavhengig av personleg økonomi og bustad, skal fortsatt vera den viktigaste målsetjinga i den norske velferdsmodellen. I planen er det m.a. lagt vekt på;

- ✓ Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal utviklast vidare slik at den gjev brukarane gode moglegheiter for auka livskvalitet og meistring og slik at den i

større grad kan oppfylle ambisjonane om førebygging og tidleg innsats.

- ✓ Kommunane skal sørgje for heilskapleg tenking med førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, slik at heilskaplege pasientforløp i størst mogleg grad kan ivaretakast innanfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).
- ✓ Helse- og omsorgssektoren skal sjåast i samanheng med dei andre samfunnssektorane der kommunen har ansvar og oppgåver.
- ✓ Fastlegeordninga skal utviklast slik at stat og kommune får betre styringsmoglegheiter. Det skal leggas til rette for meir forpliktande samarbeid mellom fastlegane og kommunen. Forskrift om fastlegeordninga skal revideras. Det skal innførast nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med rapporteringskrav.

Samhandlingsreforma

I juni i 2009 la regjeringa fram St. meld. nr. 47 (2008 – 2009); Samhandlingsreforma – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Regjeringa fremma 5 hovudgrep for å møte dagens og framtidas utfordringar i St.meld. 47 (2008-2009):

- ✓ Klarere pasientrolle
- ✓ Ny framtidig kommunerolle.
- ✓ Etablering av økonomiske insentiv.
- ✓ Spesialisthelsetenesta skal utviklast slik at den i større grad kan bruke si spesialiserte kompetanse
- ✓ Legge til rette for tydelegare prioriteringar

Stortingsmeldinga vart følgt opp med to nye lovar som vart gjort gjeldande frå 1. januar 2012; Lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) og Lov om folkehelsearbeid (folkehelselova).

I den framtidige helse- og omsorgstenesta er kommunane tiltenkt ei ny rolle gjennom auka fokus på førebygging av sjukdomar, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging. Samhandlingsreforma har eit fokus på auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid. Dette skal dempe vekst i bruk av sjukehusenester ved at ein større del av helsetenestene vert ytt av kommunehelsetenesta – med føresetnad om like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet. Kommunane og helseforetaka er pliktig til å samarbeide, og det skal inngås lovpålagte samarbeidsavtalar på ei rekkje områder. Pasientar skal òg få betre oppfølging ved at dei vert gjeven brukarmedverknad i tenestetilbodet. Kommunane skal sørgje for koordinatorar for pasientar med behov for langvarige og samansette teneste. Vidare har kommunane fått ei betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar frå sjukehus med ei døgnset på 4000,- per døgn. Det er og innført kommunal medfinansiering av 20 pst. av utgiftene

til sjukehusopphald og poliklinisk behandling (med unntak av kirurgi, fødsler, nyfødtsmedisin, psykisk helsevern og rus). Frå 2016 vert og kommunane pålagt å etablere eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Dette gjeld dei tenestene det er forsvarleg at kommunane gjev, i hovudsak forverring av kjente lidingar der behandlinga er kjent på førehand.

Folkehelsearbeid handlar om å skapa gode oppvekstvilkår for born og unge, førebyggje sjukdom og skadar, og å utvikla eit samfunn som fremjar fellesskap, tryggleik, inkludering og deltaking for alle innbyggjarane i kommunen. Dette krev systematisk og langsiktig innsats både i og utanfor helsetenesta, og på tvers av sektorar og forvaltningsnivå. Ny folkehelselov føreset at kommunen skal bruke alle sine sektorar for å fremme folkehelse, ikkje berre helsesektoren. Kommunen skal fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet eigna for å møte kommunen sine eigne helseutfordringar. Kommunen skal dokumentere helseskadelege faktorar, drøfte helseutfordringane og planlegge for førebygging av desse. Lova presiserer og kommunen sitt ansvar for å legge til rette for eit godt og tilpassa fysisk miljø for alle (universell utforming).

St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening

I St. meld nr. 25 (2005-2006) «*Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer*» vart det peika på fem langsiktige strategiar for å møte framtidens omsorgsutfordringar;

- ✓ Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- ✓ Kapasitet og kompetanseheving
- ✓ Samhandling og medisinsk oppfølging
- ✓ Aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold
- ✓ Partnerskap med familie og lokalsamfunn

I omsorgsplan 2015 blir strategiane konkretisert i ulike tiltak og planen lyftar fram fire hovudsaker;

- ✓ 10 000 (seinare auka til eit mål om 12 000) nye årsverk
- ✓ 12 000 nye omsorgsplassar
- ✓ Demensplan 2015
- ✓ Kompetanseløftet 2015.

Demensplanen skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet til personar med demens og deira pårørande. Målsetjinga er bl.a. at kommunane i 2015 skal kunne gje eit dagaktivitetstilbod til personar med demens. Målet er å innføre ei lovfesta plikt for kommunane til å tilby dagtilbod til personar med demens når tilbodet er vidare bygd ut.

Det er vedteke ei samla styrking av tiltak i Omsorgsplan 2015 for å auke kompetansen om aktiv omsorg, ernæring, nevrologiske lidningar og demens, og til utvikling av ei ny opplæringspakke innan leining, samt ekstra midlar til den kulturelle spaserstokken og investeringstilskot til omsorgsplassar.

Innovasjon i omsorg; NOU 2011:11

Mandatet til utvalet knytt til innovasjon har vore å arbeide med ny teknologi, arkitektur, nye buformer, brukarmedverknad, eigenmestring og forskning og utvikling. Utvalet har fem framlegg;

- ✓ Næromsorg; auke medverknad frå frivillig verksemd, nye eigar- og driftsformar med større vekt på brukarstyrte ordningar, samvirkeløysningar og sosialt entrepenørskap. Nye arbeidsmetodar og faglege tilnærmingar med fokus på aktiv omsorg, kvardagsrehabilitering, kultur og deltaking.
- ✓ Teknoplan 2015 – teknologistøtte til omsorg
- ✓ Nye rom – Framtidas bustadsløysningar og nærmiljø
- ✓ Eit nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg
- ✓ Omsorgsfeltet som næring

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetenesta

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...*Og bedre skal det bli!* (2005-2015) har peika på kjenneteikna til tenester med god kvalitet;

- ✓ Er verknadsfulle
- ✓ Er trygge og sikre
- ✓ Involverer brukarar og gjerd ei i stand til å påverke
- ✓ Er samordna og prega av kontinuitet
- ✓ Utnyttar ressursane på ein god måte
- ✓ Er tilgjengelege og rettferdig fordelt

Forskrift om ei verdig eldreomsorg

Forskrift om ei verdig eldreomsorg tredde i kraft den 1. januar 2011 og har som mål å sikre at eldreomsorga vert tilrettelagt på ein slik måte at dette bidreg til ein verdig, trygg og meningsfull alderdom. I § 3 står det om innhaldet i tenestene:

«Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legges til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- ✓ En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- ✓ Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider
- ✓ Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
- ✓ Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- ✓ Lindrende behandling og en verdig død.

- ✓ Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- ✓ Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen
- ✓ Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.»

3.2 Regionale føringar

Partnerskap for folkehelse; Aurland Kommune har inngått ein avtale om "Partnerskap for folkehelse" med Sogn og Fjordane fylkeskommune. Intensjonen er å få eit sterkare fokus på folkehelsearbeidet i kommunen. Dei satsingsområda partnerskapsavtalen inneheld er skader og ulukker, rusførebygging, kultur og helse, levande og inkluderande lokalsamfunn, fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og psykisk helse.

3.3 Kommunale planar og andre kommunale føringar

Interkommunalt samarbeid – Sogn lokalmedisinske senter

Aurland kommune deltek saman med dei øvrige kommunane i Sogn i eit prosjekt som har som føremål å etablere eit lokalmedisinsk senter (Sogn lokalmedisinske senter) for å gje tenestemottakarane i regionen eit godt helsetilbod i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma.

Prosjektarbeidet starta våren 2011 og forstudien avsluttast våren 2012. Forstudien skal kartlegge og avklare;

- ✓ Kva tenester ynskjer kommunane å ta hand om sjølv?
- ✓ Kva oppgåver er eigna for samhandling?
- ✓ Korleis samarbeide med spesialisthelsetenesta?
- ✓ Kva kompetanse- og ressursbehov har kommunane

Prosjektgruppa tilrår samarbeid omkring følgjande oppgåver;

Pasientretta oppgåver;

- ✓ Observasjonssenger/akuttsenger
- ✓ Interkommunal legevakt
- ✓ Rehabiliteringssenger
- ✓ Etablere nye polikliniske tenester i samspel med spesialisthelsetenesta
- ✓ Ulike teknologiske løysingar
- ✓ Lærings- og meistringstenester
- ✓ Førebygging av kronisk sjukdom

Systemoppgåver;

- ✓ Samfunnsmedisinske oppgåver
- ✓ standardiserte pasientforløp

- ✓ IKT
- ✓ Ambulerande team/fagnettverk
- ✓ Rekruttering og opplæring

Det er lagt opp til politisk handsaming i den einiskilde kommune kring vidare deltaking i neste fase av prosjektet.

Kommunale planar

Kommunen har og ein rekke andre kommunale planar som har konsekvensar for helse- og omsorg;

- Strategisk handlingsdel med økonomiplan 2012 – 2015
- Kommuneplanen 2007 – 2019 - samfunnsdelen
- Kommunedelplan for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet 2005 - 2017
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008 – 2012
- Smittevernplan
- Plan for habilitering og rehabilitering (revidert 2009)
- Psykiatriplan 2006 – 2010
- Plan for helse- og sosialberedskap (revidert 2010)
- Handlingsplan for demensomsorga

Dei ulike planane må gjennomgåast for å sikre at måla i denne helse- og omsorgsplanen er i samsvar med andre mål og planvedtak i kommunen.

3.4 Kjenneteikn på tenester som lykkast

Ressurssenter for omstilling i kommunane (RO) samanfatta i 2007 viktige kjenneteikn som ofte finnast ved kommunar som lykkast med å få til tenester av høg kvalitet (definert til fornøgde brukarar og tilsette, få avvik frå tilsyn og god økonomisk drift):

En tjeneste som er gjennomsyret av fokus på forebygging, tilrettelegging og mestring.

Behovsvurdering, enkeltvedtak og oppfølging av vedtakene i den daglige tjenesteytingen retter oppmerksomheten på mulighetene og motivasjonen for mestring hos den enkelte tjenestemottaker. I tillegg har kommunen økt satsing på fysisk tilrettelegging, sosial trening, nettverksbygging og varierte meningsfylte aktivitetstilbud.

God omsorg definert som målrettet og systematisk forskjellsbehandling.

Alle tilbys tjenester ut i fra en grundig og individuell vurdering av den enkeltes særskilte behov og ressurser.

Ansatte med god evne til kommunikasjon.

Dette betyr ansatte som er gode på å møte behovene hos den enkelte, utøve sitt faglige skjønn i det daglige møtet, motivere og skape positiv stemning, samt begrunne på en trygg måte både et ja og et nei. Dette forutsetter trygge kompetente fagpersoner som har et avklart verdigrunnlag som styring for sin daglige atferd.

Nærværende og tydelig lederskap.

Tydelige ledere med handlingsrom. Ledere som ser medarbeideren, som er nær og har klare forventninger til tjenesteatferd. Som berømmer forslag til nye arbeidsformer og viser stolthet over det en lykkes med. Feil læres av og veiledning er systematisert.

En visjonær organisasjon med tydelige mål.

Her finner vi ledere med visjoner om framtid og medarbeidere som våger å tenke nye tanker. En organisasjon som jobber målretta for å nærme seg visjonene.

Tydelig forventningsavklaring mot befolkningen.

Tjenestene er beskrevet på en slik måte at innbyggerne skjønner hva som kan forventes av hjelp og støtte og hva som skal kjennetegne måten tjenesten skal ytes på.

Sykepleierne er lett tilgjengelig for hele tjenesten, men er gitt spesielt ansvar for sykehjemsfunksjonen.

Sykepleiefaglig kompetanse er medisinsk spisskompetanse utviklet for å mestre en oppgradert helsetjeneste.

Sykehjemmets korttidsfunksjon er prioritert framfor sykehjemmet som boform.

Disse kommunene klarer "brasene" med stadig raskere utskrivningstakt fra sykehus. I tillegg unngås "unødvendige" sykehusinnleggelser, særlig av eldre som ellers får hjemmebaserte tjenester.

Omsorgsboligene er i hovedsak bygd som bofellesskap.

I disse kommunene utgjør bofellesskap arenaen for tjenestemottakerne med de største behov for tjenester gjennom hele døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærmet lik som ved nybygde sykehjem. Bofellesskap nyttes også som arena for tilrettelagt tilbud for innbyggere med demens.

Arbeidsformene fra sykehjem er ikke overført inn i bofellesskapene.

Daglige rutiner, arbeidsmåter, arbeidsplaner, grad av samhandling med pårørende etc. er forskjellig fra sykehjem. Vedtakene er individualisert og tjenestebeskrivende.

Har kvalifiserte bestillere med budsjettansvar.

Kommunene har samlet forvaltningsoppgavene på få hender, oppkvalifisert disse slik at faglig skjønn utøves på et tryggere grunnlag, rettsikkerheten for tjenestemottakeren søkes bedre ivaretatt, etc. Bestillerne samhandler godt med de som utfører tjenestene, uten at tjenesteyterne mister fleksibiliteten.

God samhandling med den kommunale legetjenesten.

Kommunene har avtaler med fastlegene i forhold til beboerne i bofellesskapene, både som tilbud til beboerne og i forhold til veiledning av ansatte. Legesamarbeidet er en kritisk suksessfaktor i forhold til korttidsfunksjonen som dekkes av sykehjemmet.

Åpner for nye kompetansegrupper inn i tjenesten.

Tilsetter kulturarbeidere, miljøterapeuter, sosialarbeidere, pedagoger, etc. Øker mangfoldet av kompetanse for å gi bredde i tilbudet og for å møte andre typer behov sammenlignet med tidligere.

Kontinuerlig internopplæring med utgangspunkt i beste praksis.

Bevissthet på å spre de gode erfaringene, lære av egen og andres suksess. Det å fokusere på ønsket praksis fører til mer av det samme.

4. Utviklingstrekk

4.1 Folketalsutvikling og alderssamansetjing

I nasjonale utgreiingar er det peika på at framtidig auke i talet på brukarar og redusert tilgang til arbeidskraft, ei dobbel demografisk utfordring, vil utfordra helse- og omsorgstenestene. Denne utviklinga vil og vere tilfelle for Aurland kommune.

Aurland kommune hadde per 1. januar 2012 1.712 innbyggjarar. Kommunen har hatt ei svak befolkningsreduksjon dei siste åra, med ei reduksjon på netto 91 innbyggjarar (om lag 5 prosent) sidan 2002. Prosentdelen eldre over 80 år i Aurland utgjer 6,8 prosent og er høgare enn både gjennomsnittet for kommunegruppa (4,7 prosent) og landet (4,5 prosent).

Data er henta frå Statistisk Sentralbyrå (SSB) sine berekningar og det er i framskrivingane teke utgangspunkt i middels nasjonal vekst (MMMM). Figur 4.1 viser framskrivingar fram til år 2040 for ulike aldersgrupper.

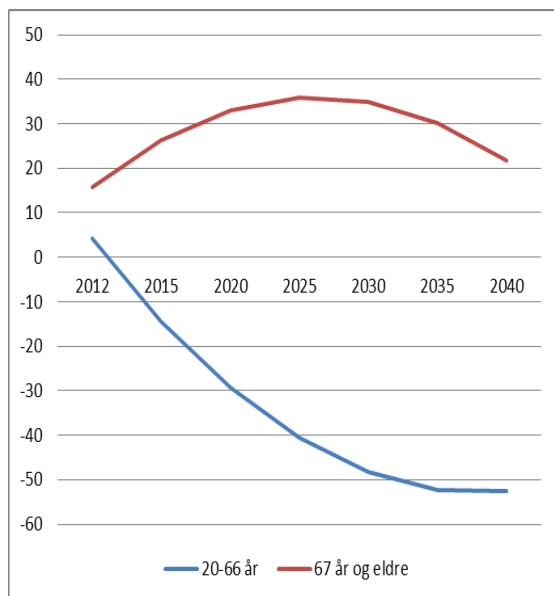
	2012	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-15 år	299	293	274	267	268	264	253
16-19 år	93	77	78	76	69	68	68
20-66 år	1013	1012	980	953	910	851	804
67-79 år	168	193	235	252	262	280	285
80 år eller eldre	117	109	107	115	141	163	179
Sum	1690	1684	1674	1663	1650	1626	1589

Figur 4.1; Framskriving av befolkningsutviklinga i Aurland kommune – kjelde; SSB

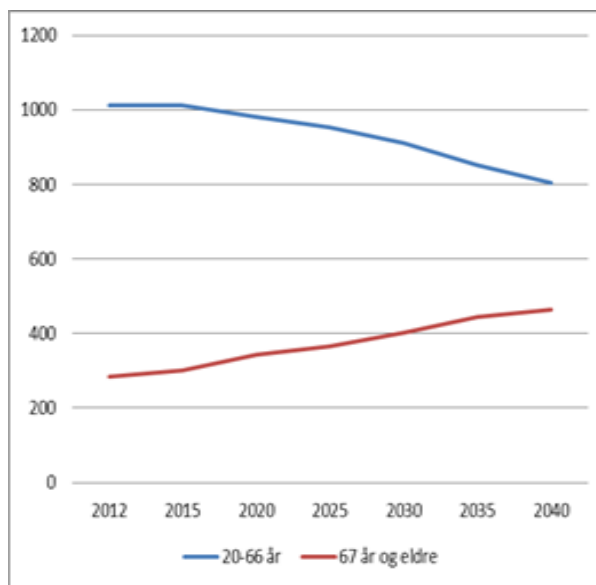
Framskrivinga viser at statistisk sett fortsett nedgangen i innbyggjartalet og dei neste åra. Det blir ein nedgang i alle aldersgrupper med unntak av aldersgruppa 67 – 79 år som får ein vekst på om lag 40 prosent (67 personar) fram til år 2020. Eldre over 80 år vil få ei relativt stor auke frå år 2025 og framover,

Basert på SSB sin befolkningsframskriving blir framtida i Aurland slik at andelen i yrkesaktiv alder blir mindre sett i forhold resten av befolkninga. Andelen innbyggjarar i yrkesaktiv alder utgjer i dag 60 prosent medan andelen er venta å falle til 57 prosent i år 2025. Pleie- og omsorg står framfor eit generasjonsskifte dei komande åra. 14 tilsette er 61 år eller eldre i 2011. Om få år vil Aurland kommune ha bruk for å erstatte mange helsefagarbeidarar i turnus.

Figur 4.2 og 4.3 illustrerer endringsrate og framskriving av befolkninga for gruppa i yrkesaktiv alder versus eldre over 67 år.



Figur 4.2; Endringsrate i aldersgruppene 20 – 66 og 67 år og eldre



Figur 4.3; Framskriving av befolkninga i aldersgruppene 20 – 66 og 67 år og eldre

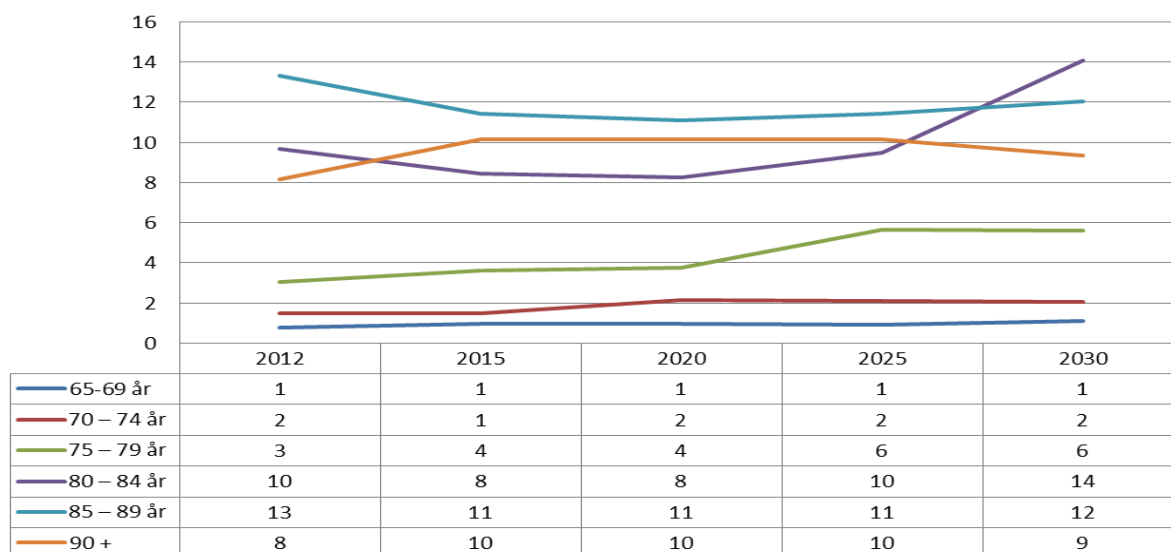
Sjølv om erfaringar så langt, viser at det er dei aller eldste som er hovudutfordringa, viser forsking i det siste, at det er ein tydeleg vekst av pleie- og omsorgsbehov blant personar under 67 år. I fleire kommunar meldast at mottakarar av omsorgstenester under 67 år, står for over 50 prosent av den totale ressursbruken. I perioden frå 1992 til 2004 auka delen mottakarar av kommunale pleie- og omsorgstenester under 67 år frå 17 prosent til 29 prosent av totale mottakarar..

Utviklinga av talet på personar i den eldste delen av befolkninga er viktig når ein skal antyde behovet for omsorgstenester i åra framover, men vel så viktig kan faktorar som levealder, helsetilstand, forventningar/krav, butilhøve, samlivsmønster og uformell omsorg bidra til at utviklinga vil avvike frå kva den demografiske utviklinga aleine skulle tilseie.

4.2 Utvikling i demens

Som følgje av auka levealder og endra alderssamansetjing i befolkninga, vert det førespegla at talet på menneske med demens truleg vil doblast dei neste 35 år. Dette vil skape store utfordringar for helse- og omsorgstenestene og stille krav til planlegging av det framtidige tenestetilbodet. Demenssjukdomane handlar om den sjukdomsråka, så vel som familiar og andre pårørande sine opplevingar og erfaringar. Basert på internasjonale studiar av demens og befolkningsframskriving kan vi framskrive talet på tilfelle av demens i Aurland i dei ulike aldersgruppa, jf. figur 4.4.

Antall estimerte demente i Aurland kommune for utvalgte aldersgrupper, 2012-2030



Figur 4.4; Prevalens av demens i befolkninga i Aurland kommune

4.3 Øvrige utviklingstrekk

Kommunane har ansvaret for tenestetilbodet til alle med behov for helse- og omsorgstenester, uavhengig av alder eller diagnose. Den kommunale helse- og omsorgstenesta har dei siste 20 år fått tilført mange nye oppgåver og hatt ein stor tilvekst av nye brukargrupper. Samhandlingsreforma, sjukeheimsreforma, reforma for menneske med psykisk utviklingshemming og opptappingsplan for psykisk helse står som viktige milepælar i denne utviklinga. Desse har lagt grunnlaget for eit omfattande tenestetilbod på lokalt nivå. En auke i aktiviteten i spesialisthelsetenesta, og omlegging av drifta til meir dagbehandling og poliklinisk verksemd, har også medført at fleire oppgåver enn tidlegare i stor grad blir løyst i kommunehelsetenesta

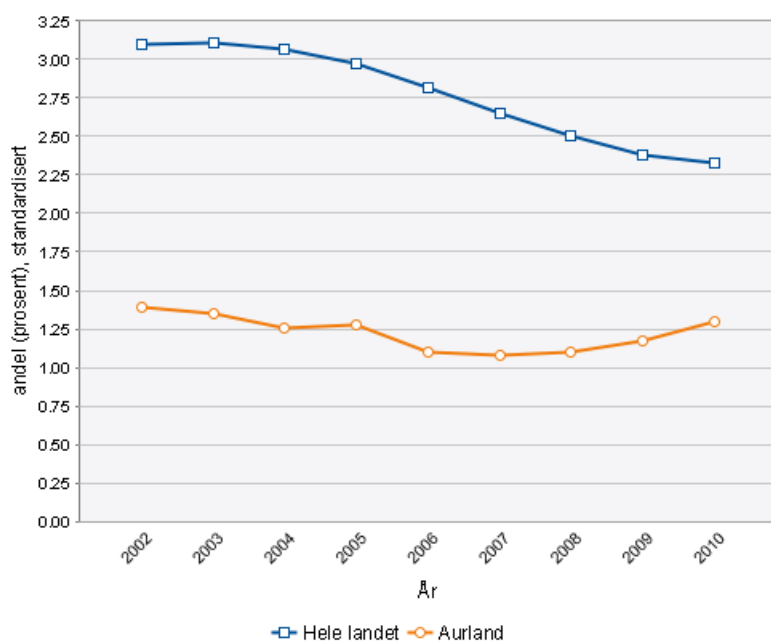
I tillegg til at det i framtida vil bli fleire brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester, er det og sannsynleg at framtidas brukarar vil ha andre behov og utfordringar – og truleg andre ressursar til å meistre dei. Innbyggjarar og brukarar vil i større grad vektleggje individuelle verdiar, opplevingar og prestasjonar framfor kollektive løysningar. Mange vil ha høgare utdanning og vere meir ressurssterke. Vi må derfor anta at deira forventningar til kommunen som tenesteyter vil bli påverka av dette. Dette gjeld fagleg innhald, grad av medverknad, tenestenivå og kva slags arena tenesta skal ytes på. Den medisinsk-teknologiske utviklinga har vore omfattande dei siste tiåra. Ei utvikling som og er vente å fortsette. Eldre si helse blir stadig betre og levealderen forventas fortsatt å auke.

Ei anna utfordring er at talet på yngre brukarar aukar, fleire får stilt diagnose og har meir komplekse og samansette behov, aldersbæreevna vert dårlegare (færre vil ha born og andre omsorgspersonar som støtte) og det er ein tydelig vekst i yngre

brukarar med nedsett funksjonsevne og eit større spekter av helsemessige og sosiale problem. Ein av tre mottakarar av heimetenester i norske kommunar er under 67 år. Dei yngste gruppene er meir ressurskrevjande enn de eldre og mottek 62 prosent av ressursane¹.

Særleg dei siste ti åra har helseforskjellane auka, det gjeld både fysisk og psykisk helse, og både barn og vaksne. Utjamning av sosiale helseforskjellar er derfor ei viktig målsetjing i folkehelsearbeidet. Lange sjukemeldingar aukar risikoen for seinare uførepensjon. Etter uføretrygding er det ofte mindre sjanse for å kome tilbake til arbeidslivet igjen. Årsakene til sjukefråveret og uførepensjon er ofte samansette. Det er derfor viktig å tolke arbeidsløyse, sjukefråveret og uføre i lys av kunnskap om lokale forhold.

Figur 4.5 viser prosentdelen uføretrygda under 45 år i Aurland kommune samanlikna med landet (treårig glidande gjennomsnitt, standardisert for alder og kjønn). Året 2010 betyr her eit gjennomsnitt for perioden 2008-2010. Prosentdelen uføretrygda er lågare enn elles i landet, men har vore aukande dei siste åra.



Figur 4.5; Uføretrygda under 45 år i Aurland kommune; 2002 – 2010

5. Status i helse- og omsorgstenesta i Aurland

5.1 Dagens organisering

Aurland kommune er organisert i ein to-nivå modell med 8 tenesteeiningar.

¹ Kostnadsbilder i pleie- og omsorgssektoren. KS-FoU. Rapport fra RO, april 2007.

Tenesteeininga pleie, rehabilitering og omsorg og tenesteeining for helse- og førebygging har ein felles tenesteleiar. NAV Aurland har ein eiga leiar.

5.2 Dagens tenesteyting

Pleie, rehabilitering og omsorg

Tenesteeining for pleie, rehabilitering og omsorg sitt ansvarsområde omfattar deler av kommunen sitt arbeid etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester, lov om sosiale tenester og kommunalt fatta vedtak på området.

Aurland helsetun har sjukeheimsavdeling, rehabilitering/korttidsavdeling og skjerma eining for demente. Ved Aurland helsetun er det 24 plassar, 3 avdelingar med 8 brukarar ved kvar avdeling. Kvar avdeling har sin faglege leiar.

Heimebasert omsorg omfattar heimesjukepleie, spesielt tilrettelagde heimetenester, praktisk bistand (heimehjelp), omsorgsbustader, tiltak innanfor ordninga brukarstyrd personleg assistanse, matombringning, trygghetsalarmar, ressursjukepleie i kreftomsorg, demensteam og dagtilbod for heimebuande demente. Dagtilbodet er for heimebuande personar som har fått diagnose eller er under utgreiing. Me har plass til 4-5 brukarar på måndagar og torsdagar.

Pleie og omsorgstenestene disponerer for øvrig 9 omsorgsbustader, 9 aldersbustader, 5 psykiatribustader, 4 omsorgsbustader i tenesta for psykisk utviklingshemma og eit bufellesskap for eldre med 5 plassar.

Helse- og førebygging

Tenesteeining for helse og førebygging omfattar legekontor, psykisk helsearbeidar, jordmor, helsesyster, ergoterapi, fysioterapi og merkantil. Legevakt er organisert i interkommunal avtale.

Kommunelegetenesta i Aurland har to faste legar. Kommunelege I og kommunelege II. I tillegg har kommunen vanlegvis turnuskandidat. Kommunelege I er kommunen sin medisinsk-faglege rådgjevar og ansvarleg for smittevern og miljøretta helsevern i kommunen.

NAV Aurland

NAV/Sosiale tenester omfattar fylgjande:

Råd og rettleiing, økonomisk sosialhjelp, rusproblematikk, gjeldsordning, husbankordningane/ bustønad, midlertidig husvære, avlastning, støttekontakt, omsorgslønn, ledsagarkort for funksjonshemma, brukarstyrd personleg assistent

5.3 Talgrunnlag (KOSTRA)

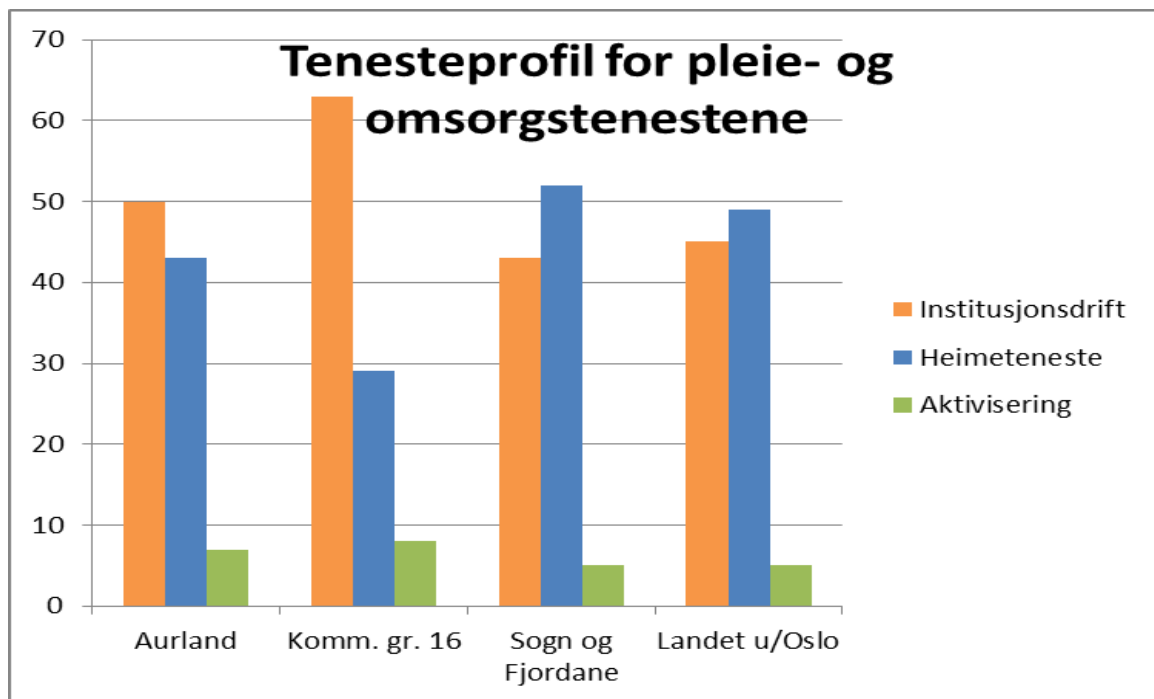
Dimensjonering

Eit sentralt spørsmål er om pleie- og omsorgstenesta er riktig dimensjonert, dvs. har kommunen tilstrekkeleg dekning av heildøgns pleie- og omsorgstilbod og er det ei hensiktsmessig vekting mellom institusjonsplassar, omsorgsbustader med heildøgns tenestetilbod og heimetenester. Erfaringar viser at ei hensiktsmessig avklaring av dette spørsmålet legg klare føringar for korleis tenestetilbodet samla kan utviklast. I St.meld. nr. 25 (2005/06) er det lagt vekt på dette punktet;

”En av de viktigste organisatoriske grep for å få bedre ressursutnyttelse er å få til en optimal balanse mellom sykehjem, omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester.”

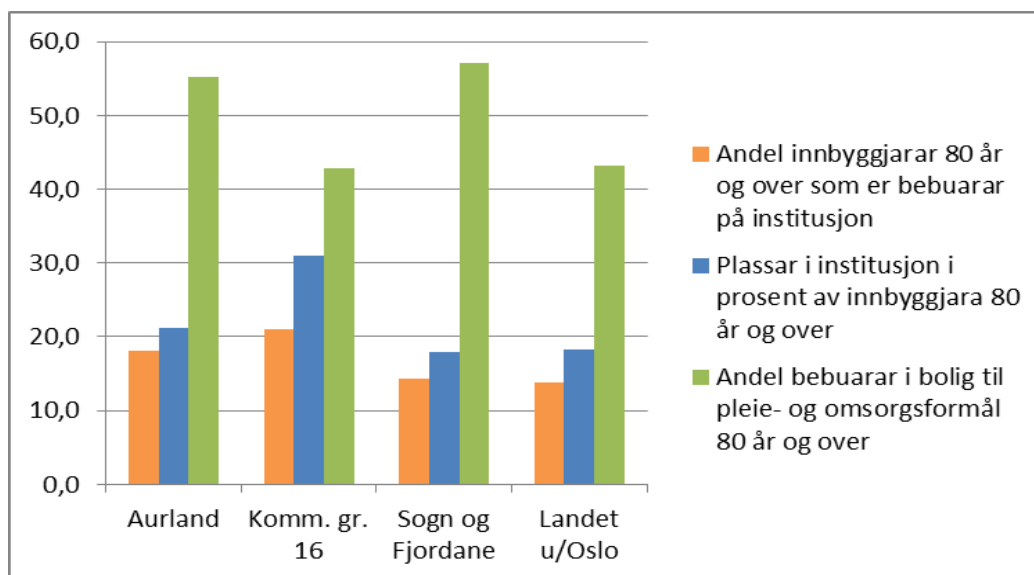
I følge innrapporterte rekneskapstal for 2011 til KOSTRA, brukte Aurland kommune 32,5 prosent av kommunen sine totale netto driftsutgifter til pleie og omsorg. Dette er høgare enn kommunegruppe 16 (25,3 pst.) men ligg på om lag same nivå som fylket og landet utanom Oslo.

Av utgifta som nyttas til pleie- og omsorg går 50 prosent til institusjonsdrift, 43 prosent til heimeteneste og 7 prosent til aktivisering/støttetenester, jf. figur 5.1. Dette tilseier at Aurland har preg av å ha ein institusjonsretta tenesteprofil.



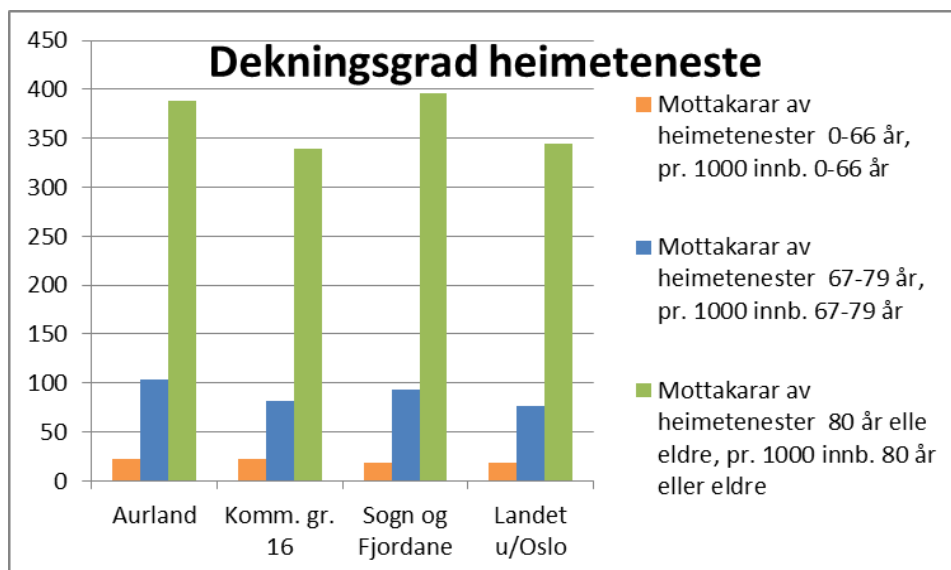
Figur 5.1; Andel netto driftsutgifter i kroner per innbyggjar fordelt på pleie- og omsorgstenesten sine tre hovudområder

Kommunen har ein større dekningsgrad på institusjonsplassar enn både fylket og landet elles, men mindre enn kommunegruppa. I tillegg har kommunen ein betydeleg høgare del eldre over 80 år buande i omsorgsbustader (55 pst. i Aurland og 43 pst. i kommunegruppa).



Figur 5.2; Dekningsgrad, KOSTRA 2011

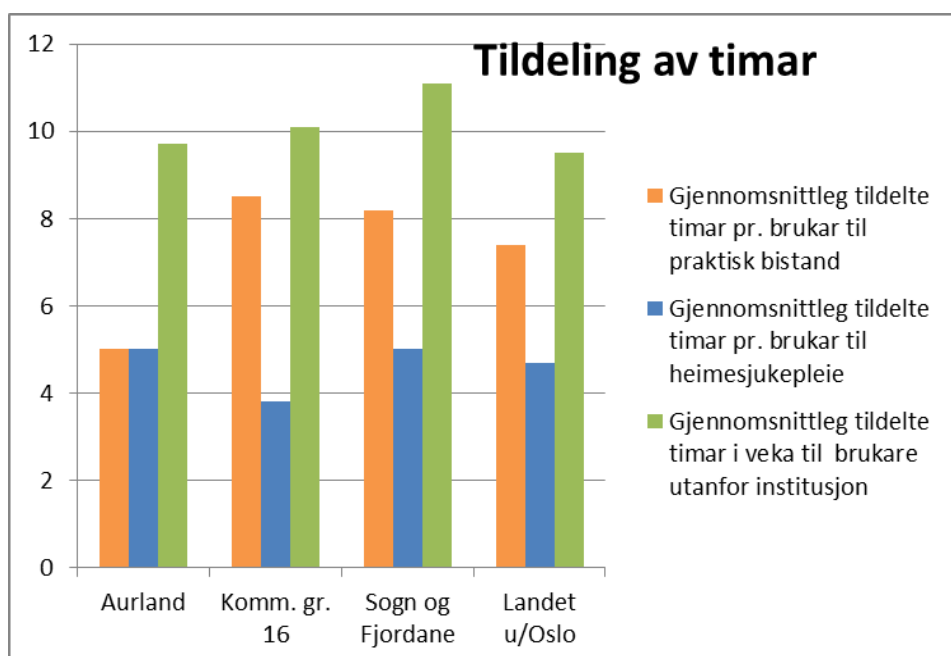
Figur 5.3 viser at Aurland kommune har ein høgare dekningsgrad av heimetenester for alle aldersgruppene enn dei ein samanliknar med.



Figur 5.3; Mottakarar av heimetenester i ulike aldersgrupper

Tenestetildeling;

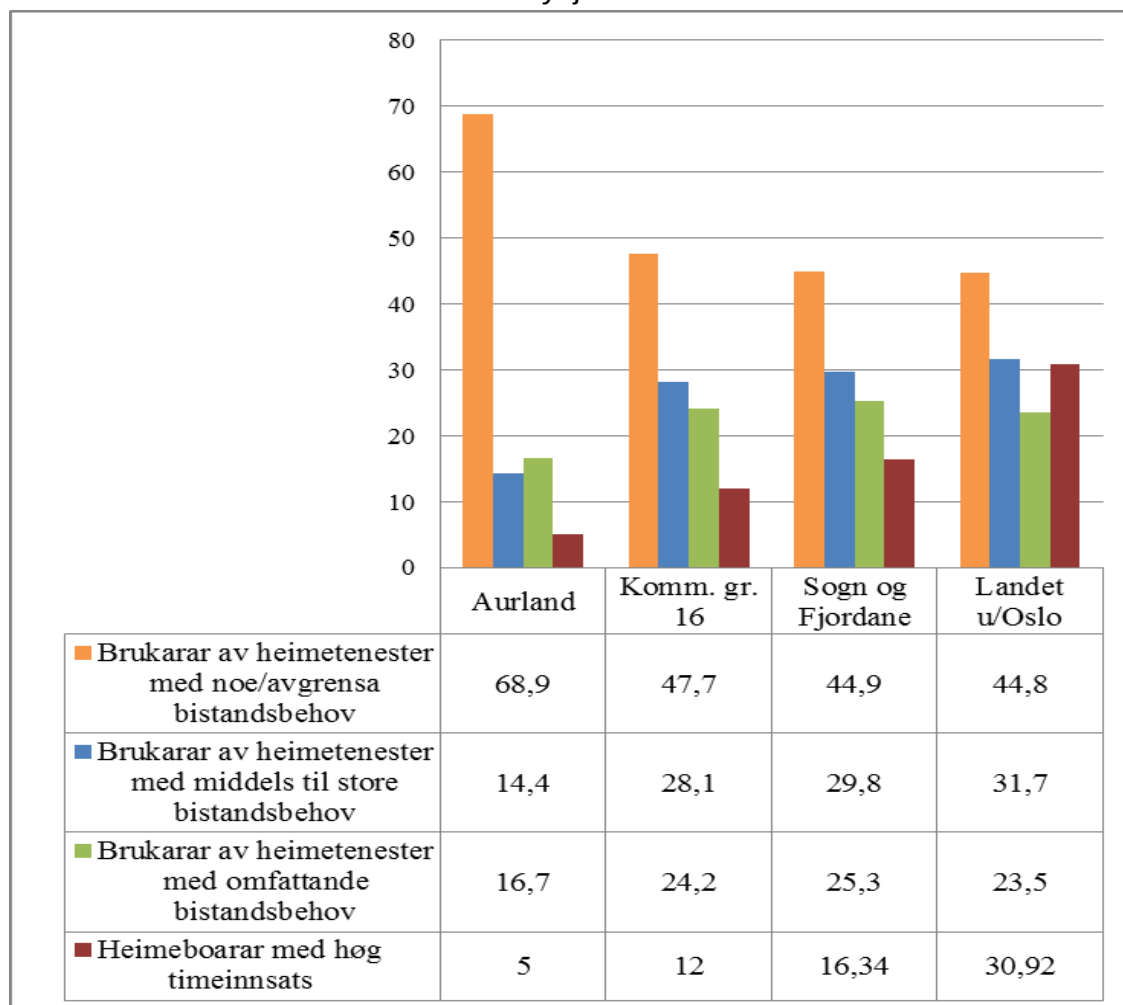
Figur 5.4 viser at Aurland tildeler færre timar samanlikna med både kommunegruppa, fylket og landet både når det gjeld praktisk bistand (inkl. heimehjelpstenester) og heimesjukepleie. I Aurland får brukarar i snitt 5 timar i praktisk bistand per veke medan snittet i kommunegruppa er 8,5 timar.



Figur 5.4; Gjennomsnittleg antal timer per veke per brukar for ulike teneste - 2011

Ser vi på hjelpebehovet til mottakarane av heimetenester i Aurland, viser figur 5.5 at

ein større andel av heimetenestemottakarane har eit avgrensa eller middels hjelpebehov. Aurland kommune har og færre mottakarar av heimetenester som får meir enn 35,5 timer per veke sett i høve til heimetenestemottakarar totalt. Ein kan ut frå dette stille spørsmål ved tenestetilbodet er tilstrekkeleg spissa opp mot dei med størst behov eller om tenesta er for mykje «smurt utover».

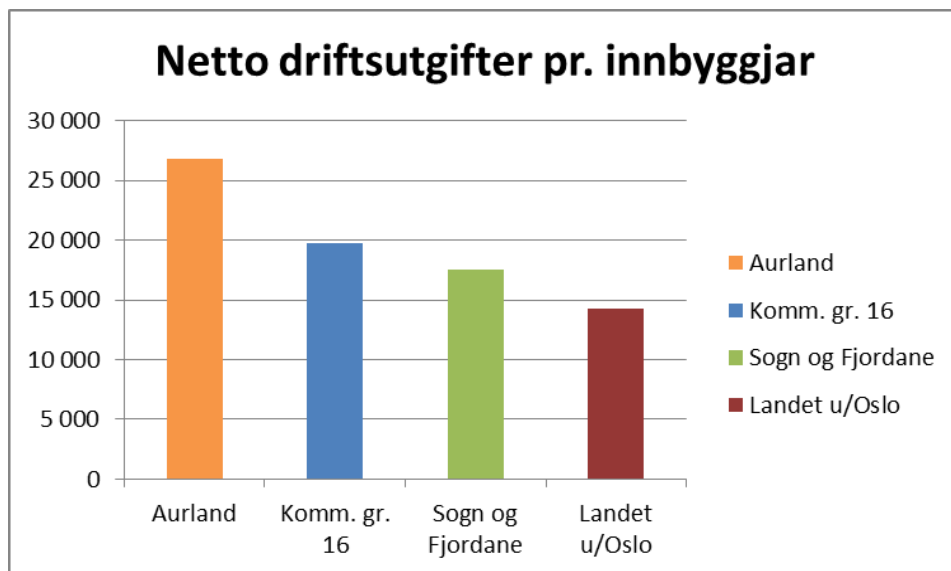


Figur 5.5; Brukarane sitt hjelpebehov – KOSTRA 2010 tal

Til vanleg er det ein klar samanheng mellom heimetenestene og sjukeheimen sin funksjon i kommunane. Kommunar som har svakt utbygde heimetenester, eller kommunar som prioriterer heimetenestene slik at "mange brukarar får litt hjelp", kompenserer dette ved at ein har ei relativt høg institusjonsdekning. Årsakene til dette er som følgjer; ei heimeteneste som gir lite omfang av tenester til mange, framfor å konsentrere ressursane overfor eit mindre tal personar, maktar i liten grad å bygge opp eit tilfredsstillande tilbod overfor heimebuande med større hjelpebehov. Ei slik heimeteneste kan gi eit faglig godt og tilfredsstillande tilbod til personar med mindre hjelpebehov, men evner i mindre grad å gi eit tilfredsstillande tilbod til personar med omfattande funksjonstap. Terskelen for overføring til sjukeheim blir med andre ord lågare.

Produktivitet

Aurdal har eit markant høgare nivå på netto driftsutgifter pr. innbyggjar til pleie- og omsorgstenester enn både kommunegruppa, fylket og landet utanom Oslo, jf. fig. 5.6. Aurland nyttar og meir av det totale kommunebudsjettet på pleie- og omsorg (32,5 pst.) enn kommunegruppa (25,3 pst.).



Figur 5.6; Netto driftsutgifter pleie- og omsorg per innbyggjar

Korrigerte brutto driftsutgifter er eit uttrykk for produktivitet i tenesta. Det vil si forholdet mellom produsert mengde av tenester og omfanget av innsatsfaktorar som er blitt forbrukt under produksjonen. Korrigerte brutto driftsutgifter per mottakar av kommunale pleie- og omsorgstenester viser den gjennomsnittlege brutto kostnaden per brukar av tenester i Aurland kommune. Aurland har dei høgaste korrigerte brutto driftskostnadene i samanlikninga og har 24 prosent lågare produktivitet enn landet utanom Oslo, jf. figur 5.7

	Aurland	Komm.gr. 16	Sogn og Fjordane	Landet u/Oslo
Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker – plo	411 709	390 818	347 036	330 482

Figur 5.7; Korrigerte brutto driftsutgifter. KOSTRA 2011

Lege- og fysioterapidekning

Ei viktig føresetnad for å kunne gjennomføre intensjonane i Samhandlingsreforma er tilstrekkeleg kapasitet og god kvalitet på helsetenesta. Figur 5.8 under viser at både legedekninga og fysioterapitilbodet ved sjukeheimen er dårlegare enn samanlikna med andre kommunar. Kvar sjukeheimsbebuar får i snitt 15 minuttar legetilsyn og 13

minutt fysioterapi per veke. Dekningsgraden målt i legeårsverk og fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggjar er bra samanlikna med dei andre. Reforma tydeleggjer eit auka krav til både lege- og fysioterapidekninga i kommunehelsetenesta.

	Aurland	Komm.gr. 16	Sogn og Fjordane	Landet u/Oslo
Legeårsverk per 10 000 innbyggjar	17,5	17,2	11,8	9,6
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggjar	11,7	11,6	9,8	8,4
Legetimar per veke per bebuar i sjukeheim	0,25	0,4	0,29	0,39
Fysioterapitimar per veke per bebuar i sjukeheim	0,23	0,48	0,29	0,31

Figur 5.8 – Relevante KOSTRA-tal 2011

Fagutdanna

Andelen fagutdanna i brukarretta teneste ligg på 70 prosent i 2011 mot 67 prosent i 2010. Dette er en noko mindre del enn kommunegruppa og landet utanom Oslo.

5.3 Oppsummering av status

Oppsummert kan fylgjande hovudpunkt trekkast fram i høve status i Aurland kommune samanlikna med nasjonale trendar/nasjonale føringar og andre kommunar.

- ✓ Vi nyttar ein større del av det totale kommunebudsjettet på pleie- og omsorg enn både kommunegruppa og landet elles
- ✓ Vi har ein lågare produktivitet i pleie- og omsorgstenestene
- ✓ Vi har ein institusjonsorientera tenesteprofil
- ✓ Vi kan stille spørsmål ved om tildeling av tenester er tilstrekkeleg tilpassa brukaranes behov; jf. relativt mykje tenester til dei med avgrensa og mindre bistandsbehov
- ✓ Vi har ein høg del innbyggjarar 80 år og eldre
- ✓ Vi får ein lågare del innbyggjarar i yrkesaktiv alder
- ✓ Vi får truleg ei auke i tal yngre brukarar og brukarar med samansette behov
- ✓ Vi har hatt ein låg lege- og fysioterapidekning i sjukeheimen

- ✓ Vi har for tette «skott» mellom dei ulike deler av tenestene som har same målgruppe
- ✓ Vi får utfordringar knytt til rekruttering av tilstrekkeleg fagpersonell

6 Framtidige helse- og omsorgstenester i Aurland

6.1 Kva skal kjenneteikna helse- og omsorgstenesta i åra framover

Følgjande skal kjenneteikna helse- og omsorgstenesta i Aurland kommune i åra framover²;

- ✓ *Fleksibilitet blant personell, ressursar vert brukt på tvers*
- ✓ *Samhandling på alle nivå*
- ✓ *Individuelle behov definerast tydeleg*
- ✓ *Brukarane og pårørande møtes med verdighet, respekt og tryggleik*
- ✓ *Markedsføring av tilbod*
- ✓ *Serviceinnstilt personell*
- ✓ *Motiverte samarbeidspartnere*
- ✓ *Fag- og kompetanseutvikling*
- ✓ *Kvardagsrehabilitering*
- ✓ *Tidleg innsats, individuelt tilpassa og fleksibel teneste*
- ✓ *Forebygging inn i alle teneste*
- ✓ *Tidleg intervensjon*
- ✓ *Rus/psykisk helse er satsningsområder*
- ✓ *Klare organisatoriske strukturar som støtte opp om god ressursbruk og koordinerte teneste*
- ✓ *Samhandler med nabokommuner der det viser seg å ha ein gevinst*
- ✓ *Alle forstår verdien av andre sitt arbeid*
- ✓ *God politisk forankring*
- ✓ *Har vridd ressursbruken fra behandling til førebyggjing*

6.2 Hovudutfordringar

Fyrste hovudutfordring er å få på plass overordna visjon og målsetjingar for tenesta.

Andre hovudutfordring er å etablere og praktisere ei helse- og omsorgstrapp, slik at ein oppnår god balanse mellom dei ulike stega og i størst mogleg grad kan gje individuelt tilpassa og koordinerte tenester. Følgjande må avklarast;

² Kjenneteikna vart utforma av politikarar, tilsette, tillitsvalde og brukarrepresentantar på fyrste arbeidssamling.

- ✓ Kva skal helse- og omsorgstrappa i Aurland innehalde?
- ✓ Korleis fortsette å styrke dagens modell med heimebaserte tenester og tilrettelagde bustader?
- ✓ Korleis sikre tilstrekkeleg institusjonsplassar med vekt på korttids og rehabilitering?
- ✓ Behov for tilbod knytt til eks demensomsorg, ulike type dagtilbod, omsorgsbustader, rehabilitering mv?
- ✓ Korleis sikre ein god kontroll og kvalitet på tenestetildelinga?
- ✓ Korleis tilpassa tenestetilbodet dei gjeldande økonomiske rammer?
- ✓ Korleis kan organisasjonsstrukturen støtte opp om behovet for koordinerte tenester og ein riktig bruk av ressursane?
- ✓ Korleis sikre ein god samhandling mellom dei ulike einingane i kommunen?
- ✓ På kva måte kan IKT støtte opp?
- ✓ Korleis sikre brukarinnverknad/brukarstyrte tenester?
- ✓ Kva slags informasjonsstrategi fordrer dette?

Tredje hovudutfordring er å styrkje det førebyggjande og helsefremmande arbeidet. Følgjande må avklarast;

- ✓ Kommunen skal fastsette overordna mål og strategiar for folkehelsearbeidet basert på dei lokale helseutfordringane, og skal iverksette nødvendige tiltak.
- ✓ Kva skal dei prioriterte tiltaka vere i Aurland?
- ✓ Spesielle grupper som bør prioriterast?
- ✓ Tiltak knytt til førebygging av sjukdom/skade gjennom heile livsløpet.
- ✓ Korleis tenkje førebyggjande arbeid på alle nivå i helse- og omsorgstrappa
- ✓ Korleis skal folkehelsearbeidet organiserast i kommunen?
- ✓ Korleis samarbeida med frivillige lag og organisasjonar?

Fjerde hovudutfordring er knytt til tiltak innan kompetanseutvikling, rekruttering og personalpolitikk - både for å behalde tilsette og rekruttere nye medarbeidarar. Følgjande må avklarast;

- ✓ Kva type kompetanse har kommunen bruk for og evt. avvik i høve dagens

kompetanse?

- ✓ Korleis sikre at kommunen har den nødvendige kompetanse i åra framover?
- ✓ Ikkje lenger krav til profesjonar i samhøve med lova, men at tenesta skal vere forsvarlege; korleis bruke tilgjengeleg kompetanse?
- ✓ På kva vis kan ein tenkje seg at innovasjon og velferdsteknologi kan bidra i åra framover?
- ✓ Moglege tiltak med alternative turnusar, sjukefråværsoppfølging, leiiarutvikling mv.?
- ✓ Korleis sikre eit godt omdømme?

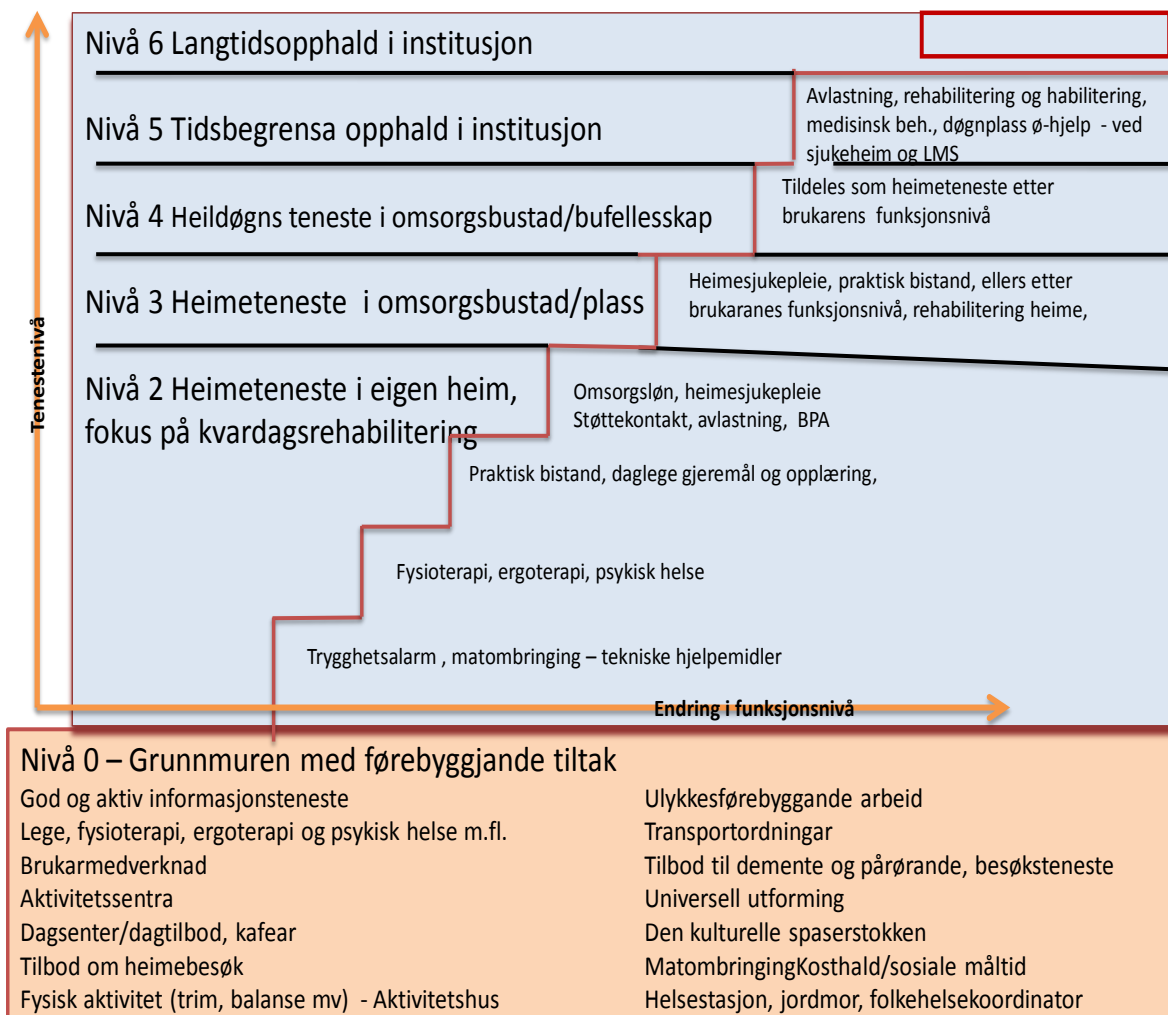
6.3 Korleis møte utfordringane – strategi

Overordna strategi for å møte utfordringane er å etablera ei helse- og omsorgstrapp med fylgjande steg;

0. Gunnmuren – førebyggjande tiltak
2. Heimeteneste i eigen heim
3. Heimeteneste i omsorgsbustad eller bufellesskap
4. Heildøgnssteneste i omsorgsbustad eller bufellesskap
5. Tidsavgrensa opphald i institusjon
6. Langtidsopphald i institusjon

Helse- og omsorgstrappa er eit nasjonalt begrep der alle nivå i sektoren vert vist gjennom trappetrinn. Modellen viser utviklinga frå enkle tiltak nedst i trappa, og oppover til meir omfattande tiltak øvst i trappa. Brukarar kan ofte vere i fleire trinn av trappa samstundes, med ulike kombinasjonar av teneste.

Framtidig helse- og omsorgstrapp i Aurland kommune



Dei sentrale grepa:

- Auka satsing på førebygging, tidleg innsats og aktiv omsorg
- Yte tenester på best mogleg omsorgsnivå (BEON)
- Ha ei satsing på heimebaserte tenester
- Satse på kvalitetsutvikling, kompetanse og rekruttering
- Sikre tilstrekkeleg med korttidsplassar og tryggleiksbase
- Delta i interkommunalt samarbeid om løysing av oppgåver
- Gjennomgang av organisasjonsstrukturen for å sikre heilskapleg styring og prioritering
- Sikre god kontroll og kvalitet på tenestetildelingar
- God informasjon om tenestetilbodet.
- Etablering av ei koordinerande eining