



RO ressurscenter for omstilling i kommunene
med utvikling av omsorgstjenesten som spesialområde

Fusa kommune

Helse, rehabilitering og omsorg - Analyse

RO – september 2009

INNHALD

1.	OPPDRAG OG MANDAT	4
2.	METODE	4
3.	POSITIVE INNTRYKK AV HELSE, REHABILITERING OG OMSORG	5
4.	TENESTEMOTTAKARAR I FRAMTIDA	5
4.1	Sentrale føringar og trekk ved utviklinga	5
4.2	Nye oppgåver for kommunane	5
4.3	Universell utforming	6
4.4	Aktiv omsorg og brukarstyring	6
4.5	Kommunikasjon og samhandling	6
4.6	Levekår og utvikling av folketalet i Fusa kommune	7
5.	RESSURSBRUK	8
6.	OMRÅDE FOR UTVIKLING OG ENDRING	23
6.1	Nivå og dimensjonering av omsorgstenesta	23
6.2	Kvalifisering av tenestetildeling og sakshandsaming	25
6.3	Samhandling	25
6.4	Samlokalisering av BFV og legetenesta	26
6.5	Leiarskap og medarbeidarskap	26
6.6	Kompetanse og interkommunalt samarbeid	27
7.	RO SI TILRÅDING	28

1. Oppdrag og mandat

Fusa kommune har gitt RO oppdraget med å bistå kommunen i arbeidet med Velferdsplanen. Bistanden inneber å utarbeide ein analysedel som kan kvalitetssikre fakta og beskrive situasjonen i dag i tenestene. Kommunen ønskjer å leggje funna i analysen og tilrådingane til grunn for sitt arbeid med Velferdsplanen.

2. Metode

Oppdraget er og blir gjennomført etter følgjande steg og metode:

1. Foranalyse

Her analyserer RO tilgjengeleg statistikk som gjeld helse, rehabilitering og omsorg i Fusa kommune. Dette gjeld data frå KOSTRA, årsmelding, planar, og andre aktuelle vedtak.

2. Kartlegging og idéinnhenting i organisasjonen

I denne fasen besøkte to rådgivarar kommunen i to dagar. Rådgivarane gjennomførte eit intervju-/møteprogram med individuelle og gruppevise samtalar med leiarar, sentrale fagpersonar, tillitsvalde, verneombod, fagpersonane i rådmannen sin stab innanfor økonomi, personal og IKT, og rådmannen.

Formålet var å kartlegge situasjonen i dag som utfyllande informasjon i tillegg til funn frå fase ein, og å leggje til rette for idéinnhenting om helse, rehabilitering og omsorg i Fusa kommune i framtida.

Rådgivarane vitja og fleire av driftseiningane, sjukeheim, bukollektiv osv.

RO analyserer dei funna som er gjort i fase ein og to. Denne analysen blir framstilt i dette dokumentet.

3. Presentasjon av RO sin analyse

Rådgivarar frå RO skal bruke to dagar i Fusa saman med dei mest sentrale aktørane som skal føre planarbeidet vidare internt i organisasjonen. Dette for å gi meir av bakgrunnsstoffet for RO sin analyse, peike på nasjonale utviklingstrekk, trekke fram døme på resultat frå FOU og forskning som gjeld utfordringar innanfor helse, rehabilitering og omsorg i framtida.

Desse dagane vil kunne gi innspel til sentrale punkt i den komande Velferdsplanen, i tillegg til RO sin analyse.

4. Bistå i kvalitetssikring av Velferdsplanen

Rådgivar ved RO går igjennom planen og melder tilbake på innhald – synspunkt, idéar, korrigeringar, dersom noko er direkte misvisande. Arbeidet går for seg i RO sine lokale.

3. Positive inntrykk av helse, rehabilitering og omsorg

Den informasjonen som RO har etter samtalar med informantar i kommunen, etter analyse av offentleg tilgjengeleg statistikk osv, kan tyde på at tenestene innan helse, rehabilitering og omsorg har

- god kvalitet og godt omdøme
- kompetente og engasjerte medarbeidarar
- medarbeidarar som opplever variasjon i arbeidsoppgåvene
- tilgang til kompetanse som trengst i ulike situasjonar
- moglegheit for kompetanseutvikling og vidareutdanning
- god samhandling og godt arbeidsmiljø
- nok plassar for heildøgns omsorg

Det er eit sterkt ønskje både hos medarbeidarar og leiarar om ei teneste som legg vekt på førebygging og rehabilitering. Individretta og heilskapleg tenesteyting er eit anna ønskje. RO viser elles til forslag til visjon og overordna mål for Fusa kommune. Måla om Fusa kommune som nytenkjande og lærande organisasjon, om at tenestene skal vere individuelt tilpassa og ressurseffektive, samt at det skal leggjast vekt på helsefremjande og førebyggjande arbeid, er etter RO si meining, gode formuleringar og heilt i tråd med nasjonale føringar dei seinare åra.

4. Tenestemottakarar i framtida

4.1 Sentrale føringar og trekk ved utviklinga

St.meld. nr. 25 ”Mestring, muligheter og mening” Framtidens omsorgsutfordringar blei lagt fram hausten 2006. Tiltaka i meldinga blir oppsummert i Omsorgsplan 2015. Fylkesmennene har i 2009 eit særleg fokus på å sette Omsorgsplan 2015 på den kommunale dagsorden med omsyn til strategi og plan for å møte utfordringane i framtida. Dette arbeidet er no starta i Fusa kommune gjennom arbeidet med Velferdsplanen. Parallelt blir det arbeidd med Oppvekstplan for kommunen. Det er difor viktig at Velferdsplanen som omhandlar helse, rehabilitering og omsorg, blir sett i samanheng med Oppvekstplanen.

Helse- og omsorgstenestene i kommunane blir utfordra i takt med endringar i samfunnet elles. Utfordringane er ein konsekvens av følgjande endringar:

- veksten av tenestemottakarar er størst i aldersgruppa under 67 år
- ei verdimeisig forskyving der eldre legg større vekt på individuelle løysingar og verdiar, framfor kollektive løysingar og verdiar
- om 10-15 år vil vi få ein vekst i behova som følgje av at talet på eldre vil auke betrakteleg
- morgondagen sine yngre og eldre tenestemottakarar vil vente nye løysingar på sine tenestebehov
- rekruttering og kampen om arbeidskrafta

4.2 Nye oppgåver for kommunane

St. meld.nr. 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen”, som blei lagt fram i juni 2009, beskriv ei ny rolle for kommunane gjennom meir vekt på meistring og førebygging. Dette inneber fokus på følgjande tilhøve:

- overføring av oppgåver frå sjukehus til kommunen
- nye tenester i kommunen, førebygging framfor behandling
- effektive og koordinerte tenester mellom ulike nivå for pasientar som treng behandling
- færre innleggingar i sjukehus, raskare ut til oppfølging i kommunen
- kommunane må samarbeide

4.3 Universell utforming

Prinsippet om universell utforming er innarbeidd i Plan- og bygningslova. Dette inneber at universell utforming skal ivaretaast i planlegging og utforming.

For å møte utfordringane bør helse- og omsorgstenesta skape heilskaplege tenestelenker som kan bidra til større inkludering og deltaking i samfunnet. Dette gjeld skule, arbeid og sosial aktivitet. Dette inneber krav til universell utforming av bustad, kommunikasjon og omgavnad, og utvikling av brukarstyrte ordningar.

4.4 Aktiv omsorg og brukarstyring

Statens helsetilsyn meiner at utfordringane må møtast med vidareutvikling av andre arbeidsformer, kompetansesamansetting og tiltak. (Statens helsetilsyn 7/2006).

Når det gjeld eldre tenestemottakarar, utfordringane knytt til den demografiske utviklinga, er det naudsynt å endre syn på tenestemottakarane: frå passive mottakarar til aktive bidragsytarar som ønskjer å bu i eigen bustad og klare seg sjølve så lenge som mogleg.

Med omsyn til tenestene til menneske med demens, har helse- og omsorgsdepartementet utarbeidd ein demensplan 2015, "Den gode dagen". Forbetringsområda innan demensomsorga er tilbod om dagaktivitet, tilpassa butilbod og auka kunnskap og kompetanse innan fagområdet.

Grunnleggjande prinsipp for tenester til menneske med demens er:

- aktiv omsorg
- tilrettelagt buform og kvardag

Stortingsmelding 25 viser til at det er den sosiale og kulturelle delen av eit liv som blir minst påakta i tenestene i dag. Difor blir det lagt vekt på at tenestene må få meir preg av aktiv omsorg og eit tydelegare partnarskap med familie og lokalsamfunn på individnivå. Tenestene i dag og i framtida må sikre at sosialtenestelova sitt formål "å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre", blir oppfylt.

Dette krev større grad av brukarmedverknad og brukarstyring enn tilfellet er i dag. Organisering av tenestene som brukarstyrt personleg assistanse og andre utviklingstiltak som set tenestemottakaren og tenesteytaren i ein god dialog for å finne fram til ein meningsfull dag, der oppleving av meistring og sjølvstende er utgangspunktet.

4.5 Kommunikasjon og samhandling

Undertittelen i Samhandlingsreforma er "Rett behandling – på rett sted – til rett tid". Fokuset i behandlinga blir sett på koordinerte tenester og førebygging og at det er kommunikasjon og

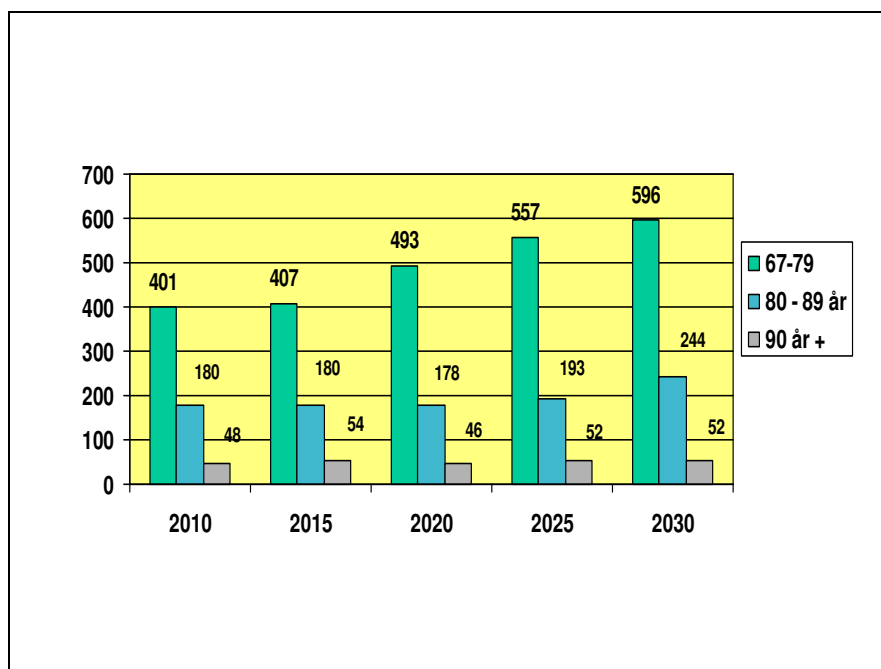
samhandling mellom ledda i tenestelenka frå førebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Dette krev evne til oppgåvefordeling mot felles mål og evne til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte.

På kommunenivå krev dette ei klargjering av kva funksjon og rolle sjukeheimen skal ha i tiltakslenka. Dette vil krevje nytenking og ny vurdering både internt i kommunen, og eksternt med tanke på eit eventuelt samarbeid med andre kommunar i nærleiken.

4.6 Levekår og utvikling av folketalet i Fusa kommune

Når det gjeld indeksen for levekår i Fusa kommune, er denne på 2,7, medan den for gjennomsnittet for kommunegruppa er 5,4, gjennomsnitt fylket 4,3 og gjennomsnitt landet er 4,6. Dette tyder at talet på blant anna arbeidsledige, talet på mottakarar av sosialhjelp, uføre, tiltak i barnevernet og mottakarar av grunn-/og hjelpestønad er låge. Dette indikerer at Fusa kommune har gode levkår.

Figur 1: Utvikling av folketalet, 67 år og eldre i Fusa kommune



Fusa kommune hadde i 2008 ein auke i folketalet på 32 innbyggjarar. Per 1.1.09 var folketalet i kommunen 3791. Figur 1 viser framskriving av folketalet for aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og over 90 år. Gruppa 80 år og eldre vil halde seg nokolunde stabil fram mot 2025, medan auken i gruppa 67-79 år er størst mellom 2015 og 2020.

Framskrivinga av folketalet kan indikere at Fusa kommune har god tid til å førebu seg til eldrebølgja. Kommunen har i 2009 etablert 16 nye plassar for menneske med demens. Utfordringane i demensomsorga er å skape ei teneste som både er kvalitativt god og kostnadseffektiv. Eit anna spørsmål er om Fusa kommune i framtida vil få større utfordringar innan rus-omsorg, psykisk helsevern, sosialteneste og barnevern, enn det kommunen har i dag.

5. Ressursbruk

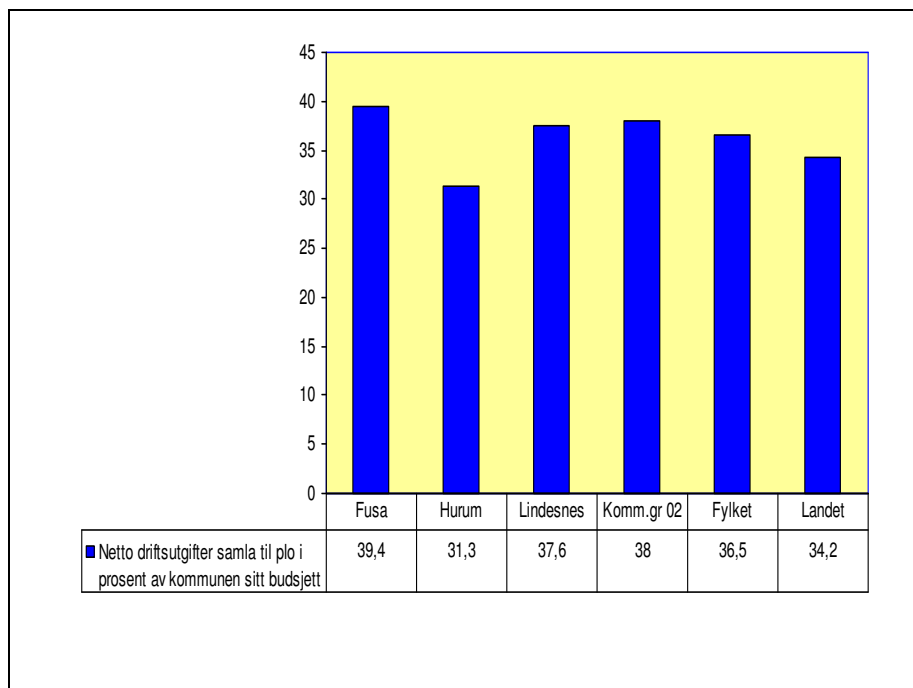
Kommunestyret i Fusa gjorde i desember 2008 følgjande vedtak:

” Fusa kommune skal i 2009 gjennomgå drifta for heile organisasjonen med tanke på effektivisering, samordning og interkommunalt samarbeid. Mål for innsparinga med verknad for budsjettåret 2010 er minst 2,5 millionar kroner.”

I oppdraget som RO har, er det ikkje eksplisitt noko krav om å vise effektivitetsgevinst. Det er likevel naudsynt å dimensjonere tenestene innan helse, rehabilitering og omsorg for framtida ut frå ei berekraftig økonomisk ressursramme.

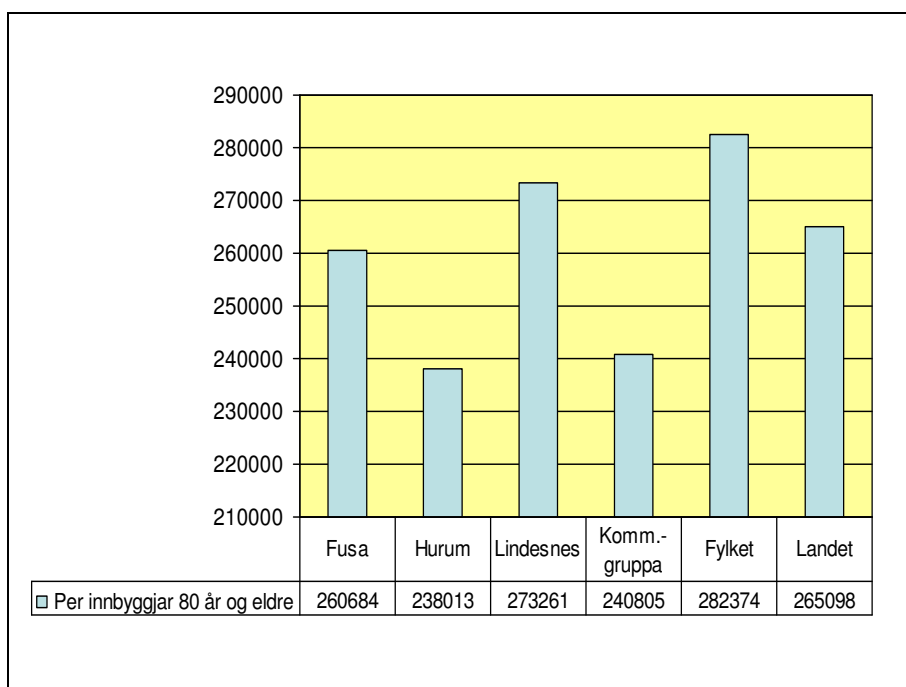
RO presenterer i det følgjande ein analyse av KOSTRA-tal for Fusa kommune. Tala er kommunen sine innrapporterte tal frå rekneskapen for 2008 til KOSTRA (oppretta tal per 18.08.09). I samanlikninga er, i tillegg til gjennomsnitt for kommunegruppe, fylket og landet, kommunane Hurum og Lindesnes valde i samanlikninga. Kommunane i samanlikninga er valde fordi dei har ein heimetenesteprofil, medan Fusa kommune har ein institusjonsprofil. Data frå KOSTRA er ingen fasit, men brukbar til å stille spørsmål for oppklaring.

Figur 2: Netto driftsutgifter til omsorg i prosent av kommunen sitt totale budsjett



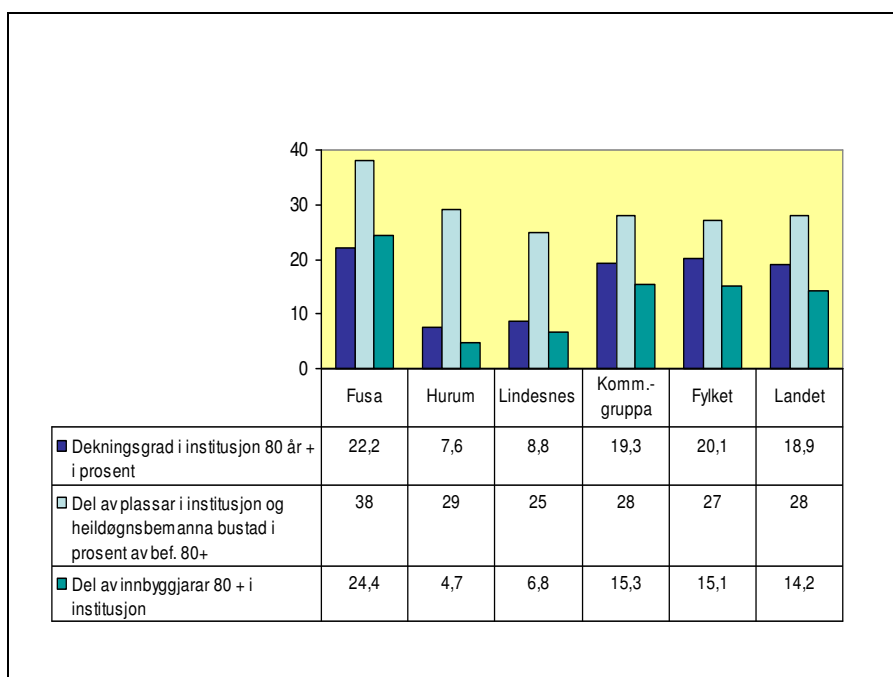
Fusa kommune bruker prosentvis mest av kommunen sine totale netto driftsutgifter til omsorg i samanlikninga (figur 2).

Figur 3: Netto driftsutgifter til omsorg i kroner per innbyggjar 80 år og over, per år



Når det gjeld netto driftsutgifter per innbyggjar over 80 år, ligg Fusa kommune like under gjennomsnittet for landet (figur 3). Dette indikerer at Fusa kommune har mange innbyggjarar over 80 år (5,9 prosent), fleire enn gjennomsnittleg.

Figur 4: Dekningsgrad av plassar for heildøgns teneste og del av 80+ i institusjon



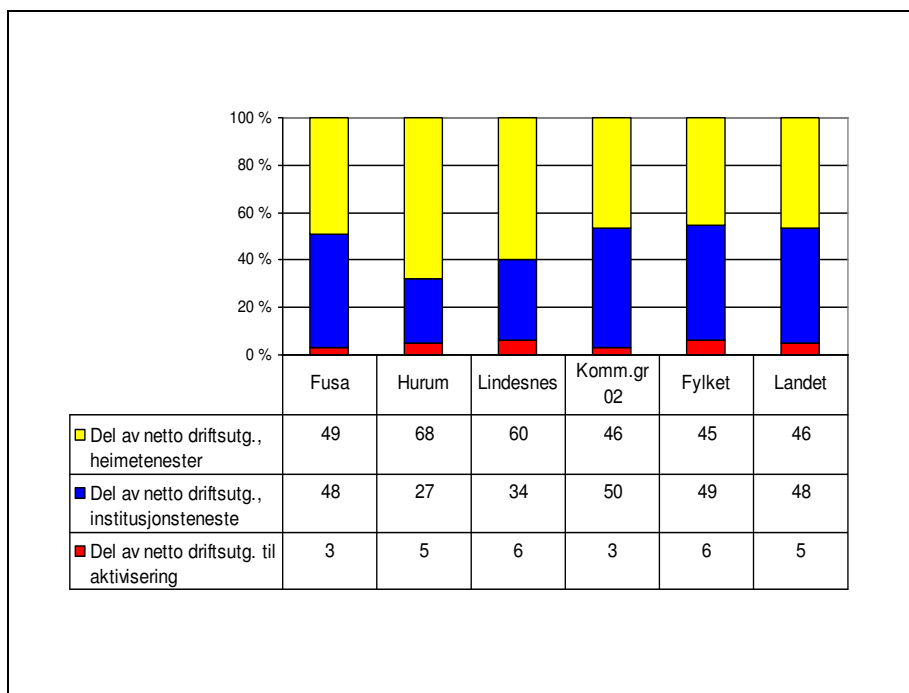
Figur 4 viser dekningsgrad av plassar i institusjon i forhold til talet på personar 80 år og eldre busett i kommunen, og del av plassar i institusjon og bustad med heildøgns bemanning i prosent av innbyggjarar 80 år og over, samt talet på innbyggjarar 80 år og eldre

som bur på institusjon. Talet på heildøgns plassar og institusjonsplassar i Fusa er høgt i samanlikninga, høgst av alle. Dette inneber ein kostbar profil på tenestene, da kommunen tek på seg større utgifter for drifta enn naudsynt. Stortingsmelding 25 (2005 – 2006) viser til 2 forskningsrapportar som dokumenterer kostnader og kvalitet i kommunar med heimetenesteprofil, samanlikna med kommunar med institusjonsprofil. Dersom heildøgns omsorg blei gitt i omsorgsbustader organisert i bufellesskap, ville dei kommunale utgiftene bli lågare.

Når det gjeld heildøgns plassar som skal rapporterast til KOSTRA, inneber heildøgns bemanning at det er minst ein tilsett til stades i bygningen/bufellesskapet heile døgnet. Ein meir rett prosent for Fusa kommune per 31.12.08 er 36 prosent og ikkje 38 prosent. Dette endrar ikkje at Fusa kommune har den høgaste dekninga av heildøgns plassar i samanlikninga.

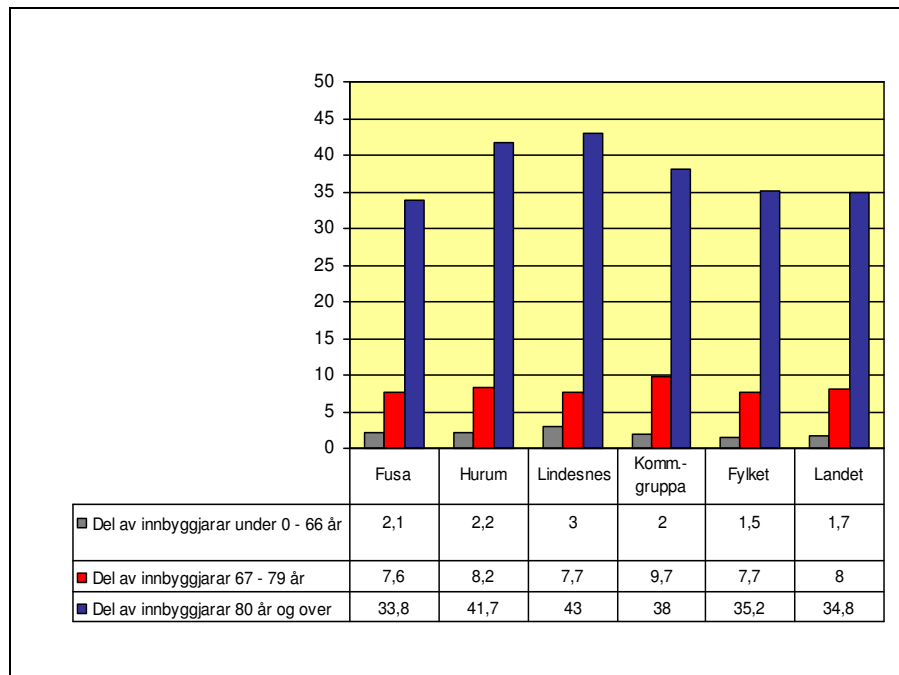
Talet på innbyggjarar 80 år og eldre som bur på institusjon, er og høgt i samanlikninga. Dette kan forståast slik at det er lett å få tenester i institusjon i Fusa kommune. Når det gjeld del av innbyggjarar 80+ i institusjon, gir dei rapporterte data frå Fusa kommune sitt rekneskap 24,4 prosent, medan dei korrekte data ville gitt 19,6 prosent. Den nye prosenten endrar ikkje at har Fusa kommune har den største delen av 80+ på institusjon i samanlikninga.

Figur 5: Fordeling av netto driftsutgifter mellom heimetenester, institusjonstenester og aktivisering



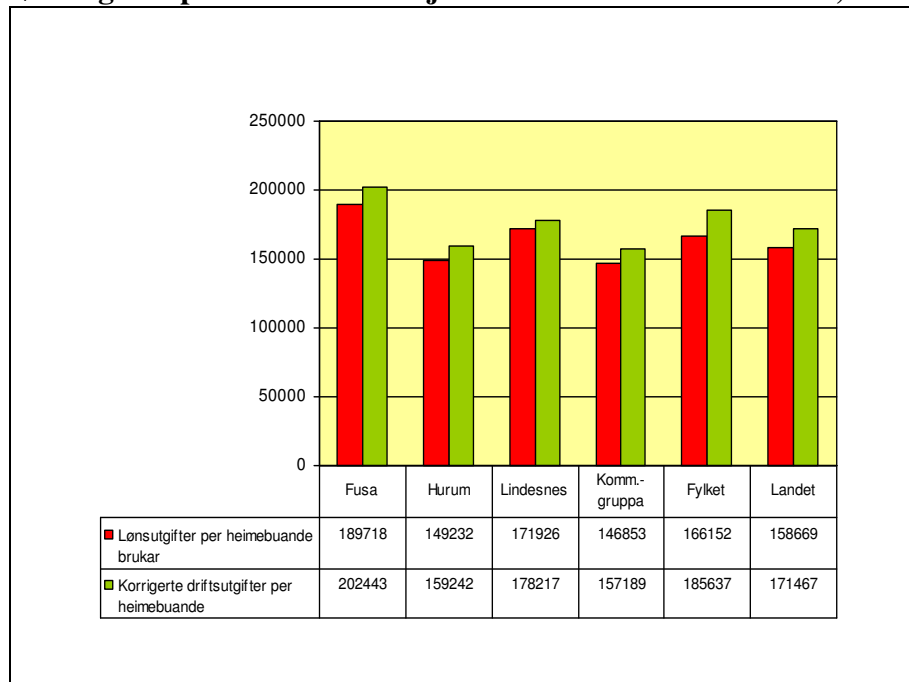
Når det gjeld fordeling av netto driftsutgifter mellom heimeteneste, institusjonsteneste og aktivisering, indikerer Fusa kommune sin profil at kommunen prioriterer behandling framfor aktivitet og tilbud på dagtid. Fusa kommune har stor ressursinnsats både i heimetenesta og institusjonstenesta.

Figur 6: Mottakarar av kjernetenester til heimebuande i ulike Aldersgrupper, i prosent



Mottakarar av heimetenester 80 år og eldre er låg i samanlikninga. Dette er naturleg med utgangspunkt i figur 4 som syner at 24,4 (19,6) prosent av 80+ bur på institusjon. Dette kan indikere tidleg flytting til institusjon i staden for opptrapping av tenesteomfanget i heimetenesta.

Figur 7: Lønsutgifter per mottakar av kjernetenester til heimebuande, i kroner

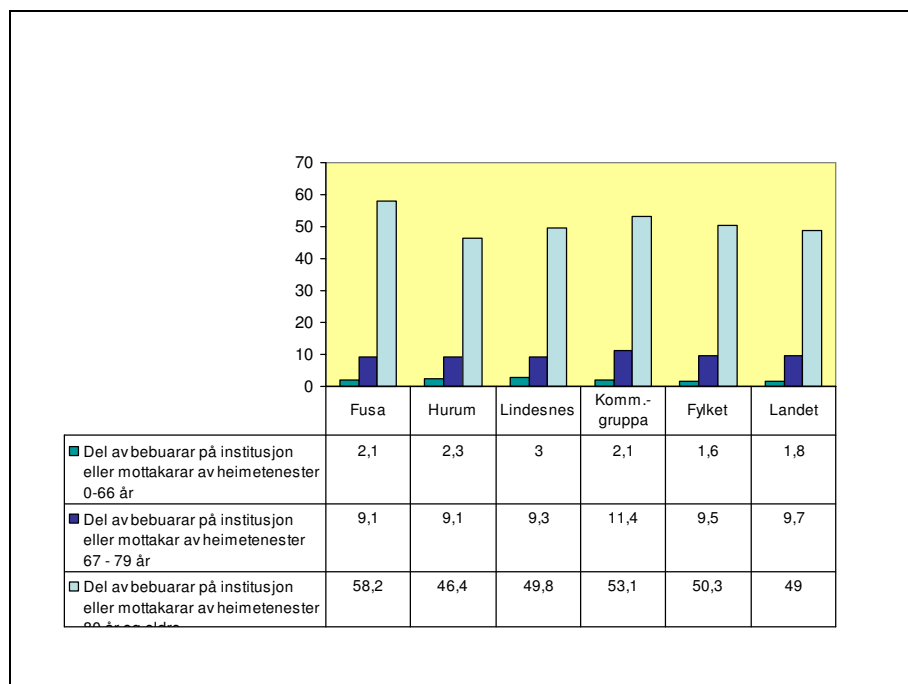


Når dei eldre med store hjelpebehov i hovudsak får sitt tilbod i institusjon, kunne ein forvente at utgiftene til heimebuande brukarar kunne vere låg per mottakar. Figur 7 tyder ikkje på det. Det kan vere fleire årsaker til dette bildet, mellom anna:

- Fusa kan ha fleire yngre brukarar med store behov for tenester enn andre kommunar
- Kommunen er raus i tildeling av hjelp, også i heimetenesta. Dei som får tildelt hjelp, får mykje hjelp
- Store geografiske utfordringar i tillegg til tilsette med topp ansiennitet og derav toppløn, kan og forklare bildet i figur 7

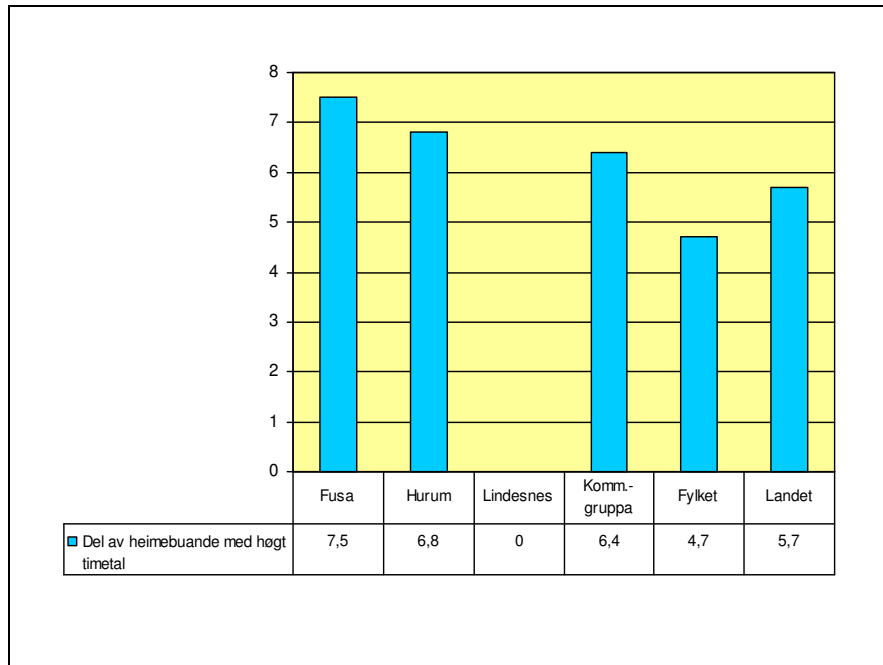
RO finn ikkje indikasjonar i indeks for levekår som skulle tyde på at Fusa kommune skulle ha behov for å bruke så mykje ressursar til tenestene i omsorg som det tala viser.

Figur 8: Del av bebuarar i institusjon eller mottakarar av heimetenester i aldersgruppene 0-66 år, 67 – 79 år og 80 år og eldre målt i prosent.



Fusa kommune gir prosentvis fleire innbyggjarar tenester enn kommunane i samanlikninga. Det sama gjeld Fusa kommune samanlikna med gjennomsnittet for kommunegruppa, fylket og landet. At 6 av 10 innbyggjarar over 80 år i Fusa har ein reell trong for hjelp frå den kommunale tenesteorganisasjonen, kan ikkje tolkast ut frå indeksen for levekår. Forklaringa ligg mest truleg i ein raus tildelingspraksis, eller eit høgt nivå på tenestene totalt sett. Dette kan vere ein god situasjon for kommunen sine innbyggjarar, men kan vere ei utfordring for dei tilsette og for ressursramma.

Figur 9: Del av heimebuande tenestemottakarar med høgt timetal



Når vi samanliknar Fusa kommune sin omsorgsprofil med Hurum kommune sin omsorgsprofil (figur 5), kunne ein forvente at Fusa kommune hadde lågare del av heimebuande tenestemottakarar med høgt timetal enn Hurum kommune. Ei mogleg forklaring finn vi kan hende i figur 10: Ressurskrevjande tenester. Denne syner at Fusa kommune har større utgifter til ressurskrevjande tenester enn Hurum kommune.¹

¹ I definisjonen som er gitt i samband med innføringa av toppfinansieringsordninga av ressurskrevjande tenester, er dette personar med store hjelpebehov og som mottar omfattande helse-, sosial-, pleie- og omsorgstenester frå kommunen. Dette gjeld blant anna menneske med utviklingshemming, med fysisk funksjonsnedsetting, med rusmiddelmissbruk, med psykiske problem.

Figur 10: Ressurskrevjande tenester

	Fusa	Hurum	Lindesnes
Ressurskrevjande tenester	7	5	1 eller 2 tenestemottakarar, informasjon difor ikkje offentleg
Netto utgifter i kroner	10.347.000	7.205.000	
Eigenandel ved innslagspunktet	5.600.000	4.000.000	
Netto driftsutgifter over innslagspunktet	4.747.000	3.205.000	
Kommunal del i kroner	712.000	481.000	
Øyremerka tilskot	4.035.000	2.724.000	

Kjelde: Helsedirektoratet. Ressurskrevjande tenester, utbetaling 2009

Barnevernet er organisert i eininga "Barn, familie og velferd" (BFV). Ansvarsområda i eininga er: PPT, barnevern, psykisk helsearbeid barn/unge, økonomisk sosialhjelp, edruskapsvern, helsesøsterteneste og jordmorteneste.

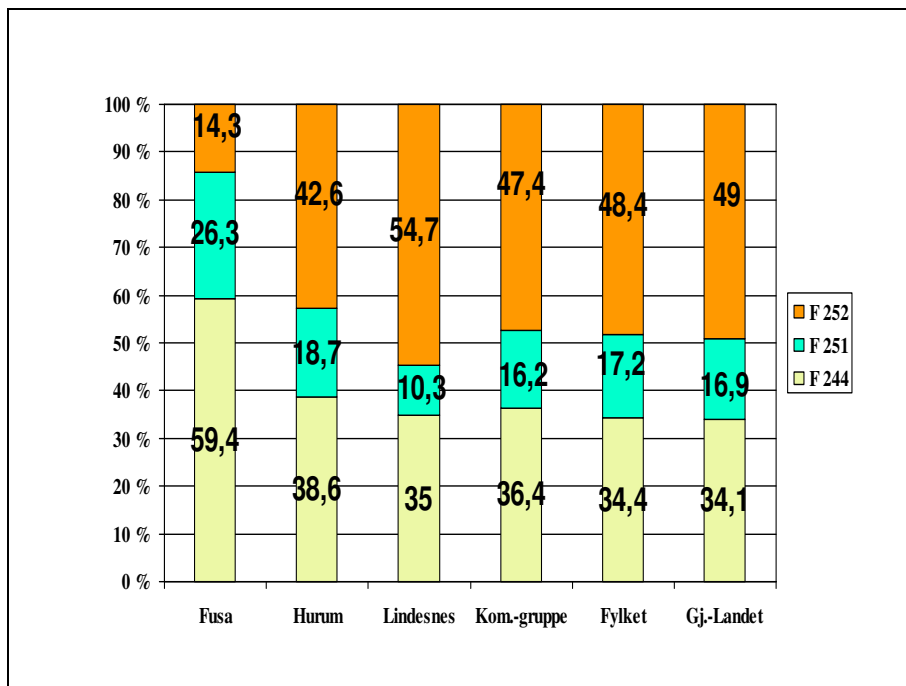
Fusa kommune har låge netto driftsutgifter til barnevern i prosent av netto kommunale driftsutgifter, 1,2 prosent samanlikna med gjennomsnitt kommunegruppe (2,5 prosent) og gjennomsnitt fylket (3,4 prosent). Det same gjeld netto driftsutgifter per barn i barnevernet i kroner.

Prosent av barn 0-17 år med undersøking i forhold til innbyggjarar 0-17 år, er i Fusa kommune 1,9 prosent, medan gjennomsnittet for kommunegruppa, fylket og landet, i same følgd er 3,2, 2,8 og 3 prosent.

Når det gjeld undersøkingar som fører til tiltak i prosent, ligg Fusa kommune høgst i samanlikninga med 66,7 prosent, medan gjennomsnitt kommunegruppe har 55,2 prosent og gjennomsnitt fylket har 50,4 prosent. Dette kan indikere at kommunen er raskt inne med tiltak. Talet på barn med undersøking eller tiltak per årsverk er lågt (12,3 prosent) for Fusa kommune samanlikna med gjennomsnitt kommunegruppe (19,7 prosent) og gjennomsnitt fylket (18,8 prosent). Dette kan indikere låg belastning på barnevernskompetansen eller at tenesta samhandlar om tiltak i andre sektorar som barnehage og skule.

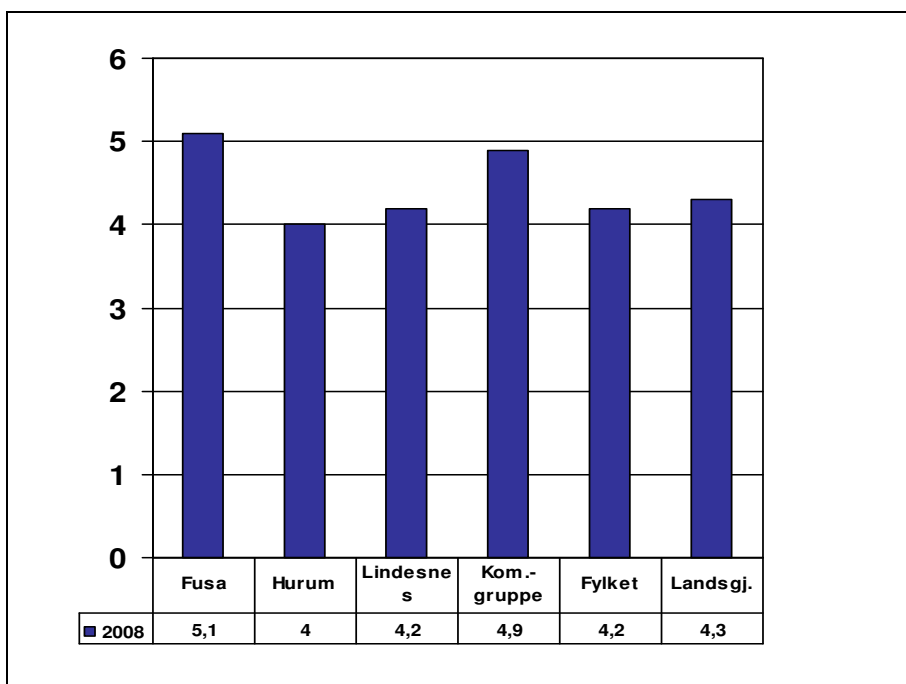
Fusa kommune ligg nest høgst i samanlikninga når det gjeld årsverk helsesøster per 10.000 innbyggjarar 0-5 år, med 74,6. Talet for gjennomsnitt kommunegruppe er 74,9 og gjennomsnitt fylket er 53,8.

Figur 11: Ressursfordeling mellom sakshandsaming (f.244), netto driftsutgifter til barn i opprinneleg familie (f.251) og netto driftsutgifter til barn som bur utanfor sin opprinnelege familie (f. 252)

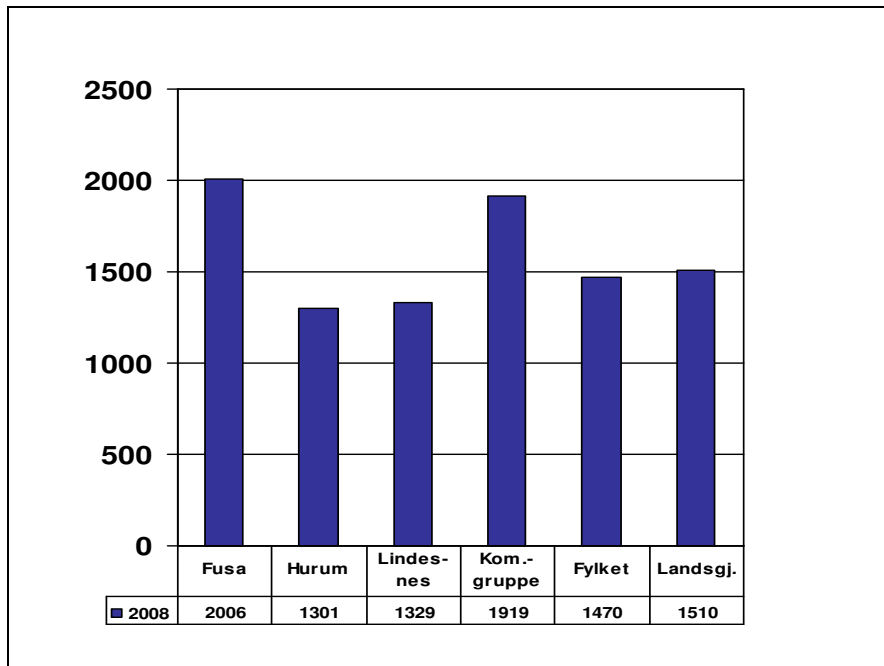


Figur 11 viser at Fusa kommune bruker større del av ressursane til barn i opprinneleg familie enn til tiltak utanfor opprinneleg familie.

Figur 12: Netto driftsutgifter kommunehelse i prosent av samla netto kommunale driftsutgifter

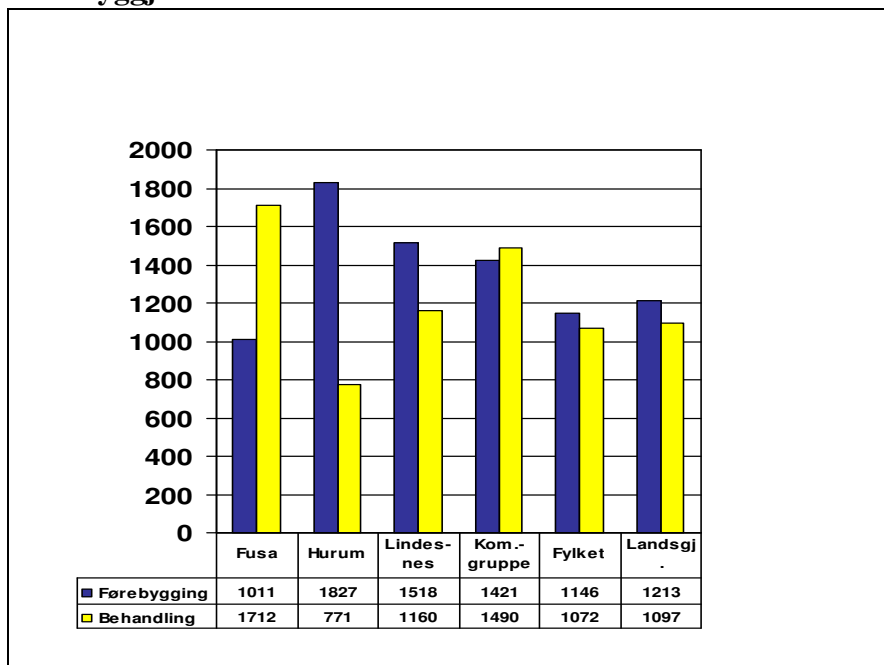


Figur 13: Netto driftsutgifter per innbyggjar i kroner, kommunehelseteneste



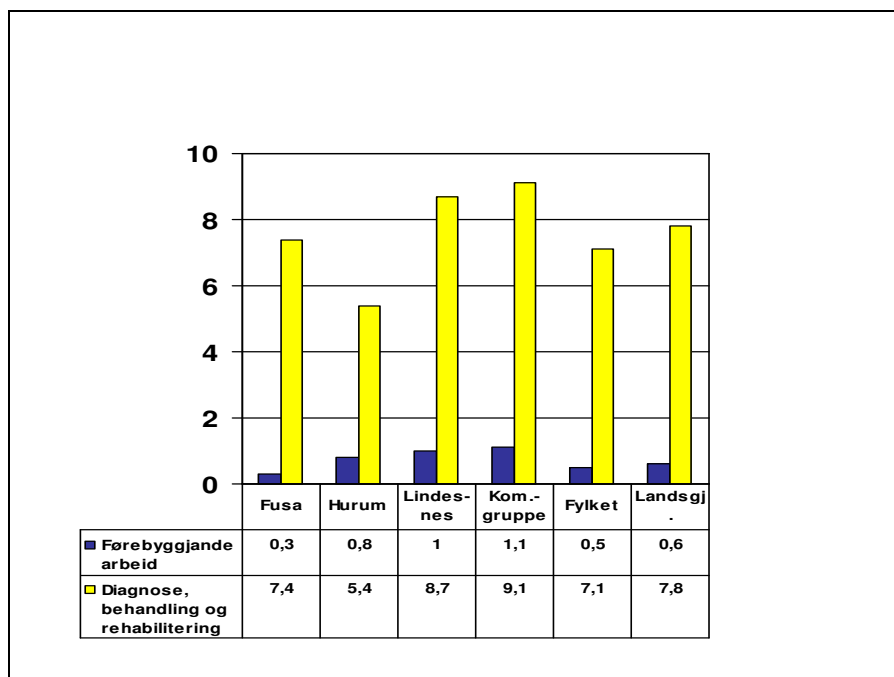
Fusa kommune har dei høgste utgiftene til kommunehelse i samanlikninga både når det gjeld netto driftsutgifter per innbyggjar (figur 13) og når det gjeld netto driftsutgifter i prosent av totale netto driftsutgifter i kommunen (figur 12).

Figur 14: Netto driftsutgifter til førebygging, skule og helsestasjon per innbyggjar 0 – 20 år og netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering per innbyggjar

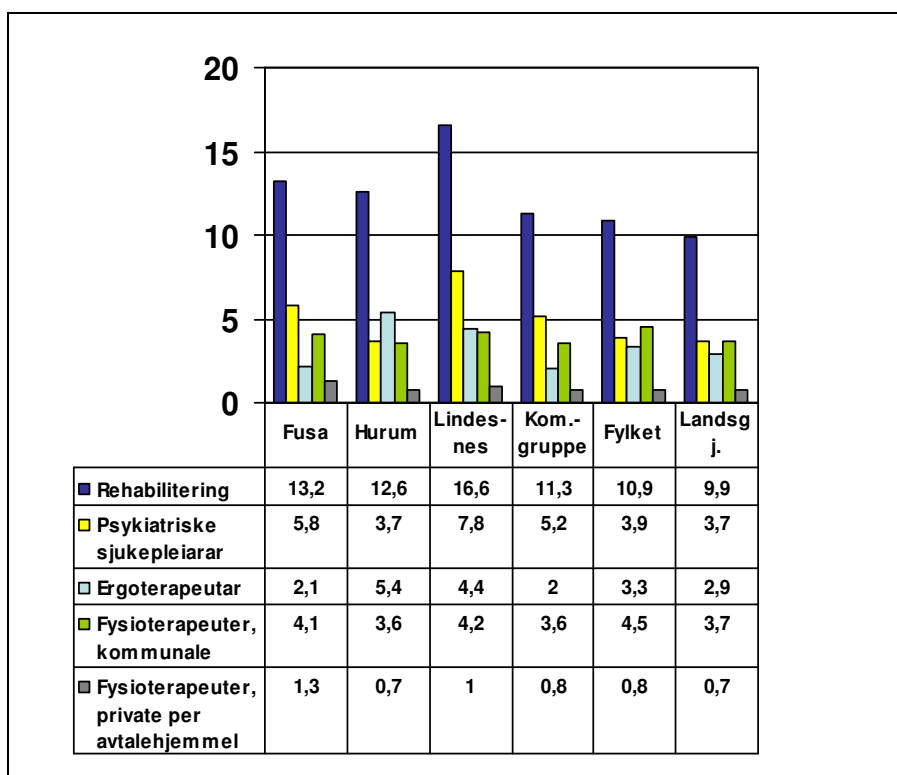


Figur 14 og 15 viser at hovudvekta i helsetenesta ligg på diagnose, behandling og rehabilitering og i mindre grad på førebyggjande arbeid.

Figur 15: Årsverk legar per 10.000 innbyggjarar, kommunehelseteneste førebygging og diagnose/behandling/rehabilitering



Figur 16: Re-/habilitering årsverk per 10.000 innbyggjar (k-helse + plo)



Når det gjeld årsverk innan re-/habilitering samla i kommunehelse og omsorg, har kommunen større dekning på alle områder vist i figur 16 samanlikna med kommunegruppa. Dette gjeld og Fusa samanlikna med Hurum, bortsett frå ergoterapeutar.

Psykisk helsearbeid er delt på to ulike einingar, psykisk helsearbeid barn/unge i BFV og psykisk helse i eininga rehabilitering. Ansvarsområde i eininga Rehabilitering er: fysioterapi, ergoterapi, vaktmeistertenesta og psykisk helse.

Psykisk helseteam arbeider ut frå rehabiliteringsperspektivet i oppfølging av menneske med psykiske plager. Det blir og lagt vekt på tenestemottakarane sine ressursar og meistring av eigen sjukdom eller funksjonsnedsetting. Tenesta gir dagsentertilbod 3,5 dag for veka.

Den største utfordringa innan psykisk helsearbeid kan synast å vere haldningane til psykiske problem hos befolkninga generelt. Det er framleis mange myter om psykiske plager. I så måte har psykiatrireforma vore viktig gjennom å bidra til meir kunnskap om psykiske problem. Det trengst framleis kontinuerleg arbeid for opplysning om og forståing av kva psykiske plager er. Opplysningsarbeidet gjeld ikkje berre innbyggjarane generelt, men og fagfolk i andre delar av helse- og omsorgstenestene.

Det er særleg viktig at spesialistane innan dei ulike fagområda i eininga rehabilitering tar ansvar for å rettleie andre tenesteytarar som til dagleg møter tenestemottakaren. Dette er eit arbeid som må settast i system, både med omsyn til kompetanse og organisering av arbeidstid.

Fusa kommune må rekne med auka utfordringar, både innan psykiatri og rus, ikkje minst på grunn av lettare tilgang til legemidlar på internett.

Figur 17 gir eit bilde av korleis øyremerka midlar er disponert i Fusa kommune, samanlikna med Hurum og Lindesnes, gjennomsnittet for Hordaland og landet. Når det gjeld årsverk, har Fusa kommune størst satsing på aldersgruppa over 18 år, medan Hurum kommune har størst satsing på aldersgruppa 0-17 år. Spørsmålet blir om Fusa kommune skal framskrive profilen på psykisk helsearbeid slik den er i dag eller om det skal satsast på meir førebygging.

Figur 17: Disponering av øyremerka midlar til helsearbeid i kommunane, resultat 2007

Årsverk per 10.000 innb.	Til bustad 18+	Til aktivitetstilbod 18+	Andre årsverk 18+	Psykosos. arbeid 0-17 år	Andre årsverk førebygging 0-17 år
Fusa	8,54	4,62	4,45	2,11	2,64
Hurum	3,91	1,59	6,16	11,31	7,07
Lindesnes	3,49	7,13	5,82	5,36	7,15
Fylket	7,88	2,17	1,52	6,25	6,17
Landet	7,47	2,40	2,60	6,78	6,26

Kjelde SSB: Hjulet

Figur 18: Del av innbyggjarar med utviklingshemming

	Fusa	Hurum	Lindenes	Gj.snitt landet
Del av innbyggjarar med utviklingshemming 0-15 år i prosent av sum 0-15 år	0,58	0,86	0,92	0,49
Talet på innbyggjarar med utviklingshemming 0-15 år	5	16	9	4739
Del av innbyggjarar med utviklingshemming 16 år og eldre i prosent av sum 16 år og eldre	0,64	0,56	0,49	0,43
Talet på innbyggjarar med utviklingshemming 16 år og eldre	19	40	18	16302
Gjennomsnitt i prosent	0,63	0,62	0,58	0,44

Kjelde: Kriteriedata 2009 - kommunane

Fusa kommune har større del av innbyggjarar med utviklingshemming enn gjennomsnittet for landet. Tenesta til menneskje med utviklingshemming er organisert under heimetenesta. Den største utfordringa i tenesta til menneskje med utviklingshemming er å leggje til rette for eit differensiert aktivitetstilbod på dagtid.

I tillegg er det behov for å sjå meir heilskapleg på tenestene til menneske med utviklingshemming, slik at tenestemottakarane opplever meistring og struktur.

Organiseringa av tenestene til menneske med utviklingshemming er i dag lagt under heimetenester. Dette er det ulike meiningar om. Enkelte informantar meiner at denne tenesta bør organiserast som eigen eining. Det blir og hevda at det bør vere ein fagleiar i kvart bufellesskap.

Det som er viktig ut frå RO si vurdering, er ein gjennomgang av korleis desse tenestene fungerer i praksis ut frå dei enkeltvedtaka som tenestemottakarane har. Tilsette i desse tenestene bør trekkast med i utviklinga av tilbodet både med tanke på den daglege tenesteytinga og innhald i aktivitetstilbodet på dagtid. Ei eventuell endra organisering bør vurderast ut frå brukarane sine behov, behovet for rettleiing og opplæring i tenesta og korleis tilgjengelege ressursar best kan nyttast for å skape ei kvalitativt god nok teneste.

Vurdering av IPLOS-tala for Fusa kommune

Brukarar av heimetenester og institusjonstenester etter behov for bistand. Tabell 1 er basert på IPLOS-tal innrapportert til SSB våren 2009.

Tabell 1: IPLOS-tal for Fusa og ”gjennomsnitt landet”

Tenestetype	I alt i %	Lite bistandsbehov		Middels til stort bistandsbehov		Omfattande bistandsbehov		Uoppgitt bistandsbehov	
		Landet	Fusa	Landet	Fusa	Landet	Fusa	Landet	Fusa
I alt	100	40,5	36,6	30,3	29,9	21,8	20,5	7,3	12,9
Berre heimesjukepleie	100	50,2	44,8	29,3	31,0	6,2	3,4	14,4	20,7
Berre praktisk bistand	100	66,7	73,1	16,4	7,7	8,7	3,8	8,3	15,4
Både heimesjukepleie og praktisk bistand	100	33,9	36,0	45,3	34,0	19,0	22,0	1,9	8,0
Institusjon: Korttid	100	17,0	24,0	40,1	52,0	34,3	12,0	8,6	12,0
Institusjon: langtid	100	3,4		22,0	22,2	73,2	77,8	1,4	

Tala i tabell 1 er basert på at fleire kommunar har sendt inn IPLOS-tal til SSB. Tala er sendt inn våren 2009. Dei kommunane som fekk godkjent kvalitet av SSB, har fått ei tilbakemelding. I tilbakemeldinga inngår data frå eigen kommune, samt data frå dei andre kommunane. Det er såleis ikkje alle kommunar i Noreg som inngår i den samanlikninga som RO har gjort. Denne samlinga av kommunar blir tidvis omtala som ”landsgjennomsnittet” i den vidare vurderinga av tabell 1.

Det er rimelig å anta at det kan vere feil i talmaterialet som er brukt i tabell 1. Vidare er det to andre moment som må takast med i vurderinga. I tabell 1 er det ei kolonne for uoppgitte bistandsbehov. Dette kan innverke på samanlikninga og tolkinga som blir gjort. I vurderingar av tenestemottakarar med kognitiv svikt eller tenestemottakarar med psykiske problem blir ofte bistandsbehovet underestimert, når ein bruker IPLOS som grunnlag for ei funksjonsvurdering.

Når ein ser IPLOS-tala for institusjon og IPLOS-tala for kombinasjonen heimesjukepleie og praktisk bistand i samanheng, rad: *i alt (alle brukarar og alle tenester vurdert under eitt)*, har Fusa kommune om lag same profil som ”landsgjennomsnittet”.

Tabell 1 rad 3: (*Berre praktisk bistand*) viser at Fusa kommune i stor grad prioriterer tenestemottakarar med lite bistandsbehov. 73,1 prosent av tenestemottakarane i Fusa

kommune som mottar berre praktisk bistand, har lite bistanndsbehov mot "landsgjennomsnittet", der det er 66,7 prosent med lite bistanndsbehov som mottar berre praktisk bistand. Samstundes er det i Fusa kommune 7,7 prosent tenestemottakarar med middels til stort bistanndsbehov som mottar berre praktisk bistand. På "landsbasis" er det 16,4 prosent av tenestemottakarane med middels til stort bistanndsbehov som mottar berre praktisk bistand. Når det gjeld tenestemottakarar med omfattande bistanndsbehov, er det 3,8 prosent som mottar berre praktisk bistand i Fusa kommune, mot 8,7 prosent på "landsbasis". Det er nærliggjande å tru at terskelen for å få praktisk bistand er låg i Fusa kommune. Dette kan og indikere at når behovet for bistand er middels til stort eller omfattande, så blir kombinasjonen praktisk bistand og heimesjukepleie tildelt.

For tenestemottakarar som mottar kombinasjonen² heimesjukepleie og praktisk bistand, går det fram av tabell 1 at 36 prosent av tenestemottakarar som mottar denne kombinasjonen i Fusa, har lite bistanndsbehov, medan tilsvarende for "landsgjennomsnittet" er 33,9 prosent. For tenestemottakarar med middels til stort bistanndsbehov er tala for Fusa lågare enn "landsgjennomsnittet", i same følgd 34 og 45,3 prosent av tenestemottakarane mottar kombinasjonen heimesjukepleie og praktisk bistand.

Når det gjeld tenestemottakarar som har omfattande bistanndsbehov, er det 22 prosent av dei i Fusa kommune som mottar kombinasjonen heimesjukepleie og praktisk bistand. "Gjennomsnittet for landet" viser at 19 prosent av dei som mottar den aktuelle kombinasjonen av tenester, er tenestemottakarar med omfattande behov for tenester. Dette kan tolkast som at Fusa kommune i sterkare grad enn "landsgjennomsnittet" prioriterer tenestemottakarar med omfattande behov for tenester.

IPLOS-data for tenestemottakarar som er innlagt på institusjon, er inndelt i tenestemottakarar som er innlagt på korttidsopphald, og tenestemottakarar som er innlagt på langtidsopphald. For tenestemottakarar som er innlagt på korttidsopphald, viser tabell 1 at tenestemottakarar i Fusa som har lite tenestebehov, prioriterast over landsgjennomsnittet. For tenestemottakarar som har middels til stort bistanndsbehov, viser tabellen at kommunane (40,1) som inngår i samanlikningsgrunnlaget, prioriterer prosentvis desse lågare enn det som er tilfellet i Fusa kommune (52 prosent). Terskelen for å få korttids plass i Fusa synes låg. Fusa kommune prioriterer brukarar med middels til stort bistanndsbehov høgare enn kommunane som inngår i samanlikninga, medan brukarar med omfattande bistanndsbehov kan synest å få sine tenester i institusjon. Dette kan indikere at terskelen for å få langtids plass er lågare i Fusa enn det som er tilfellet for "landsgjennomsnittet".

Når det gjeld tenestemottakarar som er innlagt på langtidsopphald, viser IPLOS-tala for tenestemottakarar som har middels til stort bistanndsbehov, at Fusa kommune (22,2 prosent) ligg omtrent på "landsgjennomsnittet" (22 prosent). Når det gjeld tenestemottakarar som har omfattande bistanndsbehov, går det fram av tabell 1 at kommunar som inngår i samanlikningsgrunnlaget (73,2), i mindre grad enn Fusa (77,8) prioriterer desse tenestemottakarane.

² Kombinasjonen heimesjukepleie og praktisk bistand gis ofte til tenestemottakarar med meir omfattande tenestebehov (både medisinske behov og behov for praktisk bistand).

Tabell 2: Gjennomsnittleg tal på timar i veka til heimesjukepleie og praktisk bistand etter vedtak. Direkte tid til brukar. Alder og behov for bistand

Alder	I alt		Lite bistandsbehov		Middels til stort bistandsbehov		Omfattande bistandsbehov		Uoppgitt bistandsbehov	
	Landet	Fusa	Landet	Fusa	Landet	Fusa	Landet	Fusa	Landet	Fusa
I alt	8,8	8,9	2,3	1,2	8,3	4,5	40,1	67,0	3,5	2,1
0-17 år	15,0		4,9		15,9		33,4		10,8	
18-49 år	18,5	21,7	2,8	0,8	13,1	6,5	76,6	100	4,7	1,0
50-66 år	12,5	14,3	2,1	0,9	9,6	3,0	50,5	94,6	3,6	5,5
67-79 år	5,6	6,3	2,3	1,1	6,7	1,8	22,6	42,7	2,3	0,8
80-89 år	4,4	3,0	2,1	1,5	6,0	5,4	13,8	8,5	2,3	0,6
90 år og eldre	6,4	1,8	2,6	1,3	7,9	3,1	17,1		3,3	
Uoppgitt alder	4,0								4,0	

Når det gjeld gjennomsnittleg timar per veke til heimesjukepleie og praktisk bistand etter vedtak i alt, ligg Fusa kommune omtrent på "landsgjennomsnittet". Ser ein på heile lina I alt, prioriterer Fusa kommune dei med størst behov når det gjeld brukarretta tid. Med omsyn til tenestemottakarar i aldersgruppene 18-49 år og 50-66 år, har Fusa kommune gjennomsnittleg fleire timar i direkte tid til brukar enn "landsgjennomsnittet". Samstundes har ikkje Fusa kommune oppgitt timar til aldersgruppa 0-17 år, medan "landsgjennomsnittet" er på 15 timar per veke. I aldersgruppa 80 år og eldre er det få som får kombinasjonen heimesjukepleie og praktisk bistand. Mange i denne aldersgruppa får sine tenester i institusjon.

Tabell 2 kan indikere ein profil på tenestetildeling i heimetenesta som er riktig med omsyn til mest direkte tid til brukar, der behovet er størst. Om vi ser tabell 1 og 2 i samanheng, kan det indikere at kommunen er raus både med tildeling av timar i heimetenesta og at det er lett å få institusjonsplass i Fusa kommune.

6. Område for utvikling og endring

6.1 Nivå og dimensjonering av omsorgstenesta

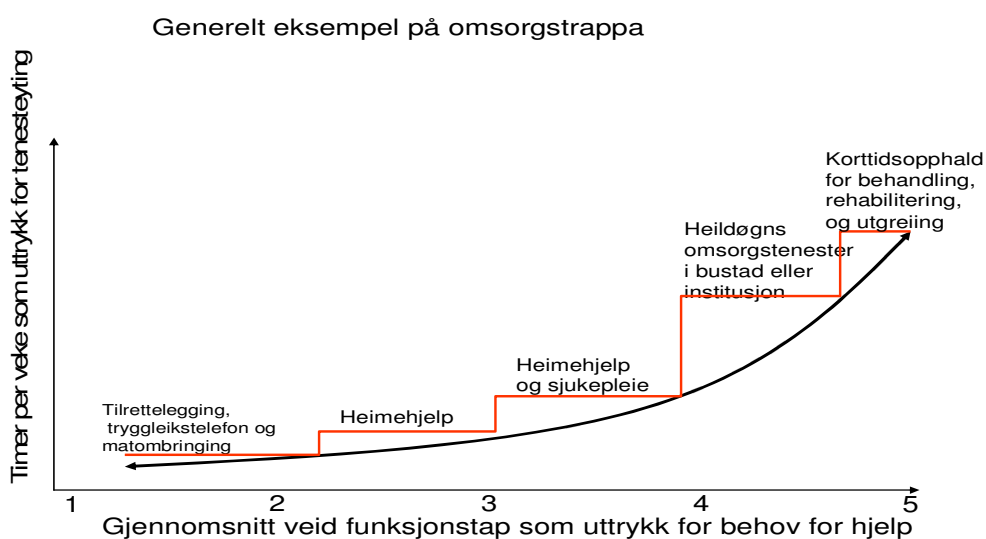
Innrapporterte rekneskapstal for 2008 frå Fusa kommune til KOSTRA viser at kommunen har ein dekningsgrad av plasser for heildøgns teneste 38 prosent av innbyggjarar 80 år og eldre, medan gjennomsnittet for landet er 28 prosent. Skilnaden på kommunar som har ein heimetenesteprofil på omsorgstenesta og dei som har ein institusjonsprofil, slik Fusa har, er kva rolle og funksjon som institusjonen eller sjukeheimen er tillagt.

I 1999 la Kvaase-utvalet fram ei utgreiing: ”Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester”. Resultatet av høyringa gav størst oppslutnad om sjukeheimen som medisinsk institusjon for korttidsopphald. Ei utgreiing for Helse- og omsorgsdepartementet i 2005, gjennomført av Lars-Erik Borge og Marianne Haraldsvik i Senter for Økonomisk forskning, viser at heimetenesteorienterte kommunar driv meir ressurseffektivt, enn kommunar som har høg dekningsgrad av institusjonsplassar, utan at dei kunne påvise dårlegare kvalitet i tenesta.

Fusa kommune treng å ta stilling til kva rolle og funksjon sjukeheimen skal ha i helse, rehabilitering og omsorg i framtida. Denne problemstillinga blir og aktivert gjennom Samhandlingsreforma (St.meld.nr. 47), i høve til kva oppgåver som skal flyttast frå spesialisthelsetenesta til kommunane og kva følgjer dette får for organiseringa internt i helse, rehabilitering og omsorg i den einskilde kommune. I meldinga ligg det og ei forventing om at kommunane skal samhandle om tilbod innan førebygging og behandling.

Vidare er det behov for å klargjere balansen mellom heimetenesta og institusjonstenesta. Dette er ein føresetnad for teneste på riktig nivå til rett tid og dermed effektiv ressursutnytting. Dette kan best illustrerast gjennom følgjande framstilling av omsorgstrappa.

Figur 18: Omsorgstrappa



Det er tre kritiske forhold i omsorgstrappa :

- a) Talet på tenestemottakarar som har små behov. Dersom terskelen for å få teneste blir svært låg, vil mange få tenester. Resultatet blir auka utgift for kommunen.
- b) Når behovet for tenester aukar, og tenesta ikkje er dimensjonert for å makte dette i heimetenesta, vil institusjonsplass vere einaste alternativet, sjølv om behovet for det nivået på tenesta ikkje er til stades.
- c) For mykje standardisert tilbod i institusjonen gjer at alle får det same og det blir ikkje noko av den individuelle tilpassinga av tenesta, og tenesta kan bli ressurskrevjande.

Gjennom informasjonssøket i Fusa kommune fekk rådgivar frå RO inntrykk av at omsorgsbustad med heildøgns teneste blei sett på som eit steg før institusjonsplass, og ikkje som eit alternativ til institusjonsplass, slik målet med omsorgsbustad med heildøgns teneste er. Eit anna prinsipp som er viktig i denne samanhengen, er kven som skal flyttast når det gjeld tilpassing av rett tenestenivå, tenestemottakaren eller tenesteytaren. For å oppnå tenleg bruk av ressursar og kompetanse, er det tenesteytaren som må flyttast dit det er bruk for slik kompetanse og kapasitet.

Tenestene til menneske med funksjonsnedsetting blir beteikna som gode, bortsett frå mangel på differensierte aktivitetstilbod på dagtid. Fusa kommune har ei godt drive ASVO-bedrift og det bør takast opp forhandlingar med denne om å kjøpe tenester på dagtid. Dette kan gi gode løysingar fordi ASVO-bedrifta har utstyr, og kan leggje til rette fasilitetar som møter behovet hos brukarar som ikkje fyller kravet til inntening, som krava til den ordinære ASVO-drifta er.

Tilbodet til menneskje med utviklingshemming må henga saman. Dette gjeld jobb, fritid, helse osv. Det er og viktig å hugse at dette er ulike individ som treng individuelt tilpassa tenester. Uønska åtferd kan ofte vere resultat av ei teneste som ikkje treffer det reelle behovet og som manglar faste rammer for dei som treng det.

Dagtilbod i helse- og omsorgstenesta er eit viktig bidrag til kvaliteten i tenesta. Det er likevel avgjerande korleis dette blir drive. Det finst døme på at aktiv omsorg ikkje berre tyder dagsenteraktivitet, men at tilsette i ein avdeling legg om rutine og arbeidsmåten slik at dei som bur der får ei aktiv omsorg ut frå eigne ønskjer og behov. Dette krev at leiarane tek grep. Grep som gir tryggleik for tilsette til å sette ut i livet det dei ofte går med tankar om, men ikkje ser er mogleg på grunn av rutinar og tradisjonell sjukehusenkning.

Når det gjeld rehabilitering, fekk RO innspel på at plassane i denne tenesta bør brukast meir målretta. Meir målretta inneber at det er ei klar målsetting med opphaldet. Målet med rehabiliteringsplass bør i hovudsak vere at tenestemottakarane skal tilbake til eigen heim eller til eit meir tilpassa tilbod. Dette er ei utfordring som krev styring, både med tanke på bruken av plassane og med tanke på å overføre kunnskap og arbeidsmetodar til heile tenestefeltet. Målet for kommunen er ikkje berre å ha plassar for rehabilitering, men og å sørge for at ideologien og tenesteytinga i heile tenesta tar utgangspunkt i rehabiliterande tenesteåtferd.

Det arbeidet som kommunen har gjennomført med eigne og statlege midlar til psykisk helsearbeid, bør vidareførast. Det er likevel naudsynt å vurdere tiltaka og bruk av kompetanse i den totale helse- og omsorgstenesta. Erfaringane som psykisk helseteam har gjort, er viktig å byggje vidare på i utviklinga av ei teneste som kan møte større utfordringar i framtida enn i dag.

6.2 Kvalifisering av tenestetildeling og sakshandsaming

Den viktigaste ressursstyringa av økonomi og personell skjer i arbeidet med tenestetildeling. Det er i sakshandsaminga av tenestetildelinga at bruken av ressursane blir bestemt, samstundes som balansen i tiltakslenka blir varetatt. Når presset på langtidsplass blir stort, kan dette ha si årsak i at ressursane i heimetenesta er for låge eller at det ikkje er tradisjon for å flytte ressursane dit det er behov for dei.

Rettstrygd for brukarane er knytt til enkeltvedtaka og korleis tildelt teneste blir utført i praksis. Det er difor viktig å sette fokus på dette arbeidet både gjennom kvalitetssikring av IPLOS-registrering og bruken av IPLOS i sakshandsaminga. Dette arbeidet er i gang og bør slutførast og bli gitt den plassen i organisasjonen som er naudsynt både for kvaliteten i tenestene og økonomistyringa i tenesta.

Det er og viktig å sjå alle tenestene som ein person skal ha, i samheng. Retten til individuell plan har sitt utgangspunkt i tenestemottakarane sitt ønskje om ei individuell, koordinert og heilskapleg teneste.

6.3 Samhandling

Samhandlinga i tenestene blir beskrive som stort sett tenleg. Det er enklast å samhandle internt i tenesteeiningane. Felles elektronisk journal gir betre informasjonsflyt og felles rutinar for medikamenthandtering gir betre kvalitetssikring. Det er likevel eit ønskje om at det blir meir system på felles tid til faglege drøftingar, slik at medarbeidarane opplever at det og er ein del av tenestytinga. Dei grunnleggjande verdiane for tenestene er ROMSLEG. Sjølv om desse er i bruk i det daglege, blir det etterlyst tid til refleksjon over korleis desse verdiane kjem til syne i praksis og kva dette krev av tenesteåferd i møte med brukarane når tenesta skal utførast.

Når det gjeld samhandling mellom dei ulike tenestene, er det noko vanskelegare. Dette handlar om kor lett det er å kome i kontakt med andre einingar og om forståing av kvarandre sine synspunkt. Dette varierer mellom dei ulike einingane. Tverrfagleg samarbeid vil alltid vere utfordrande fordi det er ekspertar på kvar sine område som møtest og som best ser sine eigne løysingar. Dette krev samling om målet med det tverrfaglege samarbeidet: tenesta til den einskilde brukaren.

Ei anna utfordring i samhandlinga mellom dei ulike einingane er kampen om ressursane. Kven sitt budsjett skal belastast når det er fleire som skal bidra til ei heilskapleg teneste til den einskilde brukaren. Konfliktpå leiarnivå kan og gjere den tverrfaglege samhandlinga vanskeleg.

Eit godt sjekkpunkt for samhandlingskulturen i ein kommuneorganisasjon, kan vere å finna korleis barnevern, skolehelseteneste og PP-teneste i praksis arbeider saman med barnehage og skule. Dersom desse instansane fungerer som tilvisingsinstansar, og blir oppfatta som ekstern spisskompetanse som ein kan tilvise utfordring til, kan det vere ein indikasjon på at reell samhandling om teneste til individet ikkje er god nok. Dersom kompetansen og tilsette i barnevern osb. er å finne der ungane er, i barnehagen, i klasserommet, i fritidsaktivitet osb, er det eit godt teikn på reell samhandling rundt tenesta til den einskilde ungen. RO meiner at Fusa kommune har noko utviklingsarbeid framfor seg for å bli enda betre på metodar for reell samhandling for å skape heilskap i tenestene til den einskilde innbyggjaren.

Samhandling med spesialisthelsetenesta synest å fungere tilfredsstillande.

Samhandlinga med brukarane og pårørande blir nemnd som god. Dette er eit område som vil variere frå relasjon til relasjon. Nokre finn tonen og andre slit både med å innfri krav frå pårørande og å ha tryggleik nok, når det gjeld kva som er godt nok i tenesteytinga. Grad av partnerskap med pårørande og andre nærpersonar til tenestemottakar vil og vere avgjerande for korleis tenesteytar opplever samhandlinga. Godt partnerskap med pårørande gir betre kvalitet og dermed større tryggleik for tenesteytaren.

Eit trekk som går igjen, er ønskje frå tilsette om ei meir individretta og aktiv omsorg. Tilsette opplever tidspress og ønskjer seg fleire tilsette. Rådgivar frå RO ser dette og som behov for endring av fokus i tenesteytinga og endra arbeidsmåtar. Dette krev refleksjonstid sett i system slik at tilsette kan reflektere over eiga tenesteåtfærd og over kva som gir kvalitet og meistring i kvardagen for den einskilde tenestemottakaren.

6.4 Samlokalisering av BFV og legetenesta

Fusa kommune har etter RO si vurdering, lukkast med organiseringa av eininga ”Barn, familie og velferd” (BFV). Ved å samordna dei ulike fagområda i eininga blir den ein viktig og tenleg reiskap for førebygging og tidleg intervensjon på helsestasjon, barnehage og skule osv. For å gjere denne eininga meir robust, vil ei samlokalisering vere eit riktig tiltak. Det kan og tenkjast at legetenesta og burde inkluderast i denne eininga. Dette må vurderast i arbeidet med Velferdsplanen, ut frå lokalisering og eigna bygning.

Vidare må det avklarast legedekning på institusjonen, den er relativt låg i Fusa kommune. Det er og viktig at legar frå andre land får språkopplæring som gjer dei kvalifiserte i møte med pasientane.

Helsefremjande arbeid og psykisk helsevern er arbeid som krev samordning og samhandling. Dette gjeld ikkje berre innan helse, rehabilitering og omsorg, men og innan andre sektorar som for eksempel barnehage og skule.

6.5 Leiarskap og medarbeidarskap

Organisasjonskartet for Fusa kommune viser at det er stor skilnad på leiartettleiken innan barnehage/skule og helse/rehabilitering/omsorg. Det er åtte einingsleiarar på barnehage/skule og tre på helse/rehabilitering/omsorg.

I ein organisasjonsmodell som Fusa kommune har vald, er det avgjerande at einingsleiarane opplever at dei har ein leiar. I ein slik modell er det lett at einingsleiarane blir sittande åleine med avgjerdene, fordi dei har fått rådmannen si mynde over økonomi og personell. Dette gjeld spesielt når det er fleire einingsleiarar som skal bli samde om tiltak eller bruk av ressursar på tvers av einingane. Leiaravtalane er ofte utforma med stor vekt på å halde dei økonomiske rammene som det viktigaste teiknet på at du er ein god leiar. Dette blir ofte eit hinder i samhandling og i å utøve fleksibilitet mellom samarbeidande einingar. Det er her rådmannen som kommunen sin øvste leiar, har oppgåva å vere prosessrettleiar i den tverrfaglege samhandlinga på tvers av einingane til beste for kommunen som ei bedrift. Dette vil vere limet mellom einingsleiarane og rådmannsnivået som fremjar lojalitet og kreativitet i

leiarskapet i ein kommune som arbeider for god livskvalitet for innbyggjarane i berekraftige lokalsamfunn.

Samhandlinga med tillitsvalde er og ein føresetnad for godt leiarskap. Det er viktig at tillitsvalde blir med i endringsprosessar og i viktige avgjerder, slik at dei opplever å vere medarbeidarar og ikkje berre som ein instans for høyring. Samhandlinga med tillitsvalde bør gjennomførast etter fastlagt møteplan, det er da samhandlinga fungerer best.

Møtestrukturen og innhaldet i møta er avgjerande for korleis leiarskapet blir utøvd. Formålet med møta må vere klart, om ikkje, så kan møte avlysast. Når formålet med møtet er klart, vil og innhaldet bli meir målretta. Det er viktig å arbeide med møtestrukturen og møteforma, for slik å unngå slitasje på leiarane og tilsette som saknar leiaren sin stadig vekk.

6.6 Kompetanse og interkommunalt samarbeid

Fusa kommune har i dag god kompetanse på dei fleste område innan helse, rehabilitering og omsorg. På nokre område er behovet for slik kompetanse så liten i kommunen at det er vanskeleg å halde denne vedlike eller å opparbeide slik kompetanse. I denne samanhengen kan det vere tenleg å søke samarbeid med andre kommunar. Men samarbeidet må ha eit klart formål, anten økonomisk eller fagleg, eller begge delar. Utgangspunktet må vere å gjere tenesta meir robust til å møte dei utfordringane som kommunen har.

Når samhandlingsreforma skal gjennomførast i praksis, vil det krevje at mindre kommunar samhandlar med andre kommunar og helseføretaka om utforming av eit tenestetilbod som skal gi eit betre helsetilbod for innbyggjarane og at dei kan få naudsynt behandling nærast mogleg.

Fusa kommune gir i dag gode tilbod for etter- og vidareutdanning, noko som bidreg til stabile arbeidstakarar. Det er og viktig at internundervising blir følgd opp slik at tilsette opplever auka kunnskap og utvikling på eigen arbeidsplass.

Utprøving av andre ordningar for arbeidstid er eit viktig bidrag til å kunne møte utfordringar i framtida. Erfaringar med arbeidstid som tar omsyn til både brukarbehov og tilsette sitt ansvar på andre livsområde, viser at dette gir betre arbeidsmiljø og mindre sjukefråvær. Det er og viktig at gjennomførte utviklingsprosjekt blir evaluert og avslutta eller implementert i den daglege tenestytinga.

7. RO si tilråding

Ut frå ei samla vurdering vil RO gi slik tilråding:

- Fusa kommune bør klargjere balansen mellom heimetenesta, institusjonstenesta og aktivitetstilbod gjennom å avklare følgjande funksjonar i tenesta:
 - rolle og funksjon som sjukeheimen skal ha
 - disponeringa av omsorgsbustadene
 - rehabiliteringa si rolle i det totale tenestetilbodet
 - utvikling av dagtilbod eller endre innhald i den daglege tenesteytinga
- RO tilrår at Fusa tek ei drøfting, både fagleg og politisk, på om det tenestenivået tenestene i dag har innan helse, rehabilitering og omsorg er rimelig i tråd med kva krav lovverket har gitt. RO er redd for at den rause tildelingspraksis som i dag, ut frå alle data, kjenneteikner tenestene, ikkje er foreinleg med kva kommunen kan ha ressursar til i åra framover.
- Kvalifisere tenestetildelinga og sakshandsaminga. Ei ryddig sakshandsaming og tenestetildeling er viktig ut frå fire omsyn:
 - rettstrygd for tenestemottakarane
 - økonomistyring
 - disponering og dimensjonering av korttidsplassar, plassar for avlastning og for heildøgns plassar
 - samordna vedtak
- Samlokalisering av BFV og legetenesta.
- Aktivitetstilbod bør utviklast ut frå eit meistringsperspektiv, førebyggingsperspektiv og ein dag med mening.
- Kravet til samhandling aukar, og det er dei tilsette i møte med brukarane som byggjer omdøme om kvalitet i tenesta. Difor bør tilsette få tid til refleksjon over eiga tenesteåtfærd. Dette må settast i system, slik at det blir ein naturleg del av den daglege tenesteytinga.
- Leiarskap og medarbeidarskap. Innan dette området er det naudsynt å sjå på formålsteneleg møtestruktur. Det er viktig at denne strukturen støtter opp om primæroppgåva i tenestene, slik at plan- og avgjerdsarbeid ikkje blir eit hinder for ressurseffektiv tenesteyting.
- I St.meld nr 47: Samhandlingsreformen blir det forventat at kommunane samhandlar om å byggje opp kompetanse for å takle meir krevjande helsetenester. Dette krev forplikande og interkommunale løysingar.

RO ble etablert som en selvfinansierende, ideell og selvstendig stiftelse i 1989. Senteret er stiftet av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund. I stiftelsens styre sitter representanter for stifterne, brukerorganisasjoner og frivillige, humanitære organisasjoner. Bakgrunnen for opprettelsen av senteret var at Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund ønsket et alternativt konsulent- og rådgivningsfirma som skulle bistå kommunene i utvikling av kommunenes omsorgstjenester. Etter hvert nytter kommunene RO som ekstern konsulent innenfor både helse-, sosial- og omsorgstjenesten. Flere kommuner benytter også senterets kompetanse og metoder i forbindelse med omstilling og utvikling innenfor helheten i det kommunale tjenestefeltet. RO er lokalisert i Stjørdal i Nord-Trøndelag.

ROs målsettinger

Anspore til fornyelse av kommunale tjenester med brukerne i sentrum.

Bidra til utvikling av tjenester som brukerne opplever som helhetlige, vinklet mot forebygging, individretting og medvirkning, og som ivaretar brukernes krav til rettssikkerhet.

Anspore kommunene til å utvikle organisasjonen, arbeidsmåter og tjenester som gir en effektiv ressursbruk.

Bistå kommunene med å rekruttere, beholde og utvikle tverrfaglig kompetanse, samt en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom ulike faggrupper og personer i organisasjonen.

Bistå kommunene med å identifisere egne muligheter for å yte tjenestene i tråd med intensjoner i lovverk og ut fra egne prioriteringer og mål.

Rådgi kommunene i utvikling av arbeidsmiljø og ledelsesfunksjoner.