

SYKKYLVEN

Helse- og omsorgsplan 2012-2020

Sykkylven kommune



1.	INNLEIING	2
	Mandat og tilråding	2
2.	PLANFØRESETNADER	5
3.	STATUS OG UTFORDRINGAR.	7
	Historisk utvikling.....	7
	Utfordringar fram mot 2020	9
4.	OMSORGSTRAPPA	12
5.	FAKTA - PROGNOSE	14
6.	SATSINGSOMRÅDE	23
	Folkehelse - Satsingsområde 1	23
	Koordinerte tenester – satsingsområde 2	25
	Habilitering og rehabilitering – satsingsområde 3	27
	Heimebasert omsorg - Satsingsområde 4.....	29
	Rusomsorg - Satsingsområde 5	30
	Psykisk helsearbeid - Satsingsområde 6	32
	Demensomsorg - Satsingsområde 7	33
	Tenesteyting på institusjon – Satsingsområde 8.....	35
	Kompetanse – Satsingsområde 9.....	37
7.	Strategiar og tiltak	39

1. INNLEIING

Vi vil med denne planen gi ei samla oversikt over dagens situasjon og gi råd for vidare utvikling av omsorgstenestene i Sykkylven kommune. Dei kommunale helse- og omsorgstenestene skal ytast i høve til dei krava styresmaktene gir i form av lover, føresegner og retningslinjer. I tillegg skal tenestene vere i tråd med nasjonale og lokale visjonar og målsetting. Gjennom St.meld. nr 25 (2005-2006) «*Mestring, muligheter og mening - fremtidas omsorgsutfordringer*» oppmodar Staten til at det skal ligge føre lokale omsorgsplanar og legg viktige føringar for utforminga av omsorgstenesta.

I 2009 gjennomførte Ressurssenter for omstilling i kommunane (RO), på oppdrag frå Sykkylven kommune ei evaluering av pleie- og omsorgstenestene. Sykkylven kommune ønska å bruke evalueringa frå RO til å vurdere korleis kommunen kan organisere pleie- og omsorgstenestene sine på ein kvalitativ og økonomisk rasjonell måte. Kommunen ynskjer å innrette tenestene etter LEON-prinsippet og fagleg standard for pleie- og omsorgstenestene i Noreg.

Mandat og tilråding

Sykkylven kommunestyre gjorde i sak 59/09 vedtak om at omsorgsplan for Sykkylven kommune skal utarbeidast.

Som ei oppfølging av RO-rapporten er det naturleg og nødvendig at ein utarbeider ein omsorgsplan for Sykkylven kommune (kommunedelplan). Ein slik plan vil ha som siktemål å vurdere tenestene på kort og lengre sikt, med analyser av behov for dimensjonering av tilbod på dei ulike omsorgsnivåa. Ein ser då føre seg å vurdere behova før og etter 2025, då endring i alders samansetjinga blant innbyggjarane vert tydeleg ved at talet på eldre over 80 år aukar betydeleg etter 2025.

Det vart gitt slike føringar til prosjektgruppa i det vidare arbeidet:

- Levekårs utvalet har vedteke at målgruppa i denne planen er innbyggjarane i alle aldrar som har behov for omsorgstenester.
- Ein lagar ein plan med utgangspunkt i tenkinga kring LEON-prinsippet. (Lavaste Effektive Omsorgs Nivå.)
- Planprogrammet vil bli politikarane sitt reiskap for å definere omfanget av arbeidet/planen.
- Førebyggjande helseaspektet bør vere med. Mellom anna korleis stimulere og leggje til rette for at eldre kan ta vare på seg sjølv lengst mogleg.
- Ein må vurdere utfordringane fram til 2030 for å fange opp auken av eldre over 80 år.
- Samhandlingsreforma sine krav/behov/utfordringar.

Rådmannen sette ned ei prosjektgruppe til arbeidet med Omsorgsplan i april-2010. Under planprosessen har det vore endringar i samansettinga av medlemmer i plangruppa. Gruppa består no av fagfolk frå dei ulike einingane i kommunen.

Ole-Johan Lillestøl - Rådmann (Leiar)
Margit A. Overå - prosjektleiar
Beate W. Eiken - Einingsleiar Buas
Solfrid H. Utgård - Einingsleiar Heimetenestene Distrikt
Linda Hovland – Konst. Einingsleiar Barne- og familietenesta
Lars Petter Vemøy - Folkehelsekoordinator
Sudarshan Bhatia - Kommuneoverlege
Njell Hoftun - Samfunnsplanleggar

Planen skal ha status som kommunedelplan, og arbeidet vert underlagt reglane i plan- og bygningslova.

Planen skal omfatte fagområde pleie og omsorg, funksjonshemming, folkehelse, psykisk helsearbeid, rusomsorg, legeteneste, ergoterapi- og fysioterapiteneste.

Forståing av mandatet

Sykkylven kommune står føre store utfordringar innan helse- og omsorgssektoren komande åra. Alderssamansettinga i samfunnet endrar seg. Vi lever lenger, vi blir fleire eldre. Familiestrukturen endrar seg, mobiliteten aukar, vi endrar kostvanar og aktivitetsnivå. Ein skal og ta hensyn til ulike kulturelle utfordringar i tenesteytinga.

Omsorgsplanen har alle innbyggjarane, uansett alder, som målgruppe. Det er den enkelte brukar og brukargruppe sine behov for helse- og omsorgstenester som bestemmer kva tenester kommunen skal prioritere og utvikle. Tenestebehova har endra seg over tid i kommunehelsetenesta.

Ein vesentleg intensjon i kommunehelse- og sosialtenestelovene er kravet om individuell vurdering og tildeling av hjelp, og at hjelpa skal innrettast slik at kvart einskild menneske får høve til å meistre eige liv. For å byggje opp under personen sitt sjølvstende, skal tenesta fokusere på den einskilde si evne til meistring samstundes som tenesta skal gje tryggleik for naudsynt hjelp, tilsyn og omsorg.

Alle har grunnleggjande ansvar for eiga helse, for å skaffe seg bustad og personleg økonomi.

Førebygging løner seg, sjølv om effektane ikkje alltid er lett å måle. Ved ei større satsing på dette vil det på sikt vere ein gevinst å hente når det gjeld ressursar brukt til pleie og omsorg. Ei slik satsing krev at politisk og administrativ leiing har tru på effekten av førebygging og rehabilitering, og har vilje og mot til å satse. Ei satsing krev vilje til prioritering, førebygging er omfattande og ein kan ikkje gjere alt på ein gong. Det vert viktig å prioritere og gjennomføre dette på ein skikkeleg måte.

Det er ei auke i tal personar som treng spesialiserte omsorgstenester i kommunen. Sykkylven kommune skal alltid levere lovpålagte tenester. Dette skal gjerast på ein organisatorisk, kvalitetsmessig og kostnadseffektiv måte, slik at disponible ressursar blir til nytte for dei som treng det. Samtidig må ein spele på lag med frivillige- og kommersielle aktørar når det er hensiktsmessig.

Alle ynskjer eit trygt og verdig liv, spesielt når helsa sviktar. Ei viktig føresetnad for tryggleik er forutsigbarheit. Alle tilsette i tenesta skal møte tenestemottakarane med respekt for den einkilde sin integritet, eigenverd og livsførsel. Brukarane av tenesta skal forvente å bli møtt av fagfolk med høg fagkompetanse og høvvisk framferd.

Medverknad

Innbyggjarane sine behov, kunnskap og meiningar skal ligge til grunn for omsorgsplanen. I planarbeidet var det viktig med brei deltaking frå befolkninga. Det vart halde arbeidsmøte med Eldrerådet, Rådet for funksjonshemma og Levekårsutvalet, samt eit ope folkemøte der vi inviterte ulike frivillige lag og organisasjonar. Dei tilsette i helse og omsorgstenesta har uttalt seg via sine fagorganisasjonar og det ope folkemøte. Einingsleiarane i helse og omsorgstenesta har vore med og gitt viktige bidrag i heile planprosessen.

Omsorgsplanen skal nyttast for å møte framtidige utfordringar i helse- og omsorgssektoren. Kommunen ser det som naturleg å samarbeide med ulike lag og organisasjonar i det vidare arbeidet for å utvikle tenesteytinga.

2. PLANFØRESETNADER

Statlige føringar for omsorgstenesta

Lovkrav

Kommunen sine lovmessige forplikningar til å yte omsorgstenester er i hovudsak nedfelt i kommunehelsetenestelova med tilhøyrande føresegnar. Kommunen må også oppfylle krava i ei eiga kvalitetsføresegn som er heimla i begge desse lovene. Tildeling av omsorgstenester er enkeltvedtak etter reglane i forvaltningslova med tilhøyrande formkrav til sakshandsaming og klagehandsaming.

Stortingsmeldingar

Stortingsmeldingane *Framtidas omsorgs utfordringar*, 2005-2006, og *Samhandlingsreforma*, 2009 gjev viktige føringar for utvikling av omsorgstenestene framover. Hovudpunkta frå desse meldingane vert her omtala.

Stortingsmeldinga inneheld 3 delplanar:

Omsorgsplan 2015

Kompetanseløftet 2015

Demensplan 2015

Nevroplan 2015

Planane løftar fram tre hovudprosjekt - nye omsorgsplassar, ei langsiktig investeringsordning i Husbanken med målsetting om at det skal giast investeringstilskott til nye sjukeheimplassar og omsorgsbustadar i perioden 2008-2015.

Fleire årsverk med auka kompetanse, det er i same periode behov for svært mange nye årsverk i omsorgstenesta med større fagleg breidde og stor grad av fagutdanning.

Ein eigen plan som set fokus på personar med demens og deira pårørande. Planen tar for seg behovet for utbygging av tilpassa bustadtilbod, dagtilbod og auka kunnskap om denne gruppa av tenestemottakarar.

Samhandlingsreforma, 2009, Stortingsmelding nr 47.

Samhandlings utfordringa har vore kjent gjennom mange tiår. Det har vore eit fortløpande utviklingsarbeid for å møte utfordringane.

Det er brei einigheit i det norske samfunn om at det offentlege skal ta ansvar for at befolkninga får tilbod om gode og likeverdige helse- og omsorgstenester uavhengig av kvar ein bur, økonomi, sosiale og etiske forhold. Med utgangspunkt i dette vert det i dag levert helse- og omsorgstenester av høg standard, og for fleirtalet av pasientar og brukarar fungerer tenestene godt.

Samhandlingsreforma er ei kommunehelsereform, der målet med reforma er å styrke samhandlinga mellom primær- og spesialisthelsetenesta, for å bruke ressursane meir effektivt.

Dagens og framtidens helse- og omsorgs utfordringar står i fokus i reforma. Hovud utfordringane er knytt både til eit pasientperspektiv og eit samfunnsøkonomisk perspektiv. Vurdert i forhold til begge perspektiva byggjer stortingsmeldinga på at betre samhandling bør vere eit av helse- og omsorgssektoren sine viktige utviklingsområde framover.

Det er mange forhold som er med på å skape samhandlingsproblem i helse- og omsorgstenesta. Vi bør forstå alle faktorane som er med på å skape problema, men når vi skal finne fram til tiltaka er det viktig å identifisere dei mest grunnleggande årsakene.

Stortingsmeldinga skisserer følgjande utfordringar:

1. Pasientane sitt behov for koordinerte tenester vert ikkje svart på godt nok - fragmenterte tenester.
2. Tenestene vert prega av for liten innsats for å avgrense og førebygge sjukdom.
3. Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbildet gir utfordringar som vil kunne true samfunnet si økonomiske bereevne.

Hovudgrep for å takle utfordringane:

1. Tydlegare pasientrolle:

- Pasientmedverknad
- Heilskaplege pasient forløp
- Koordinering av tenester

2. Ny kommunerolle:

- Auke ansvar i det førebyggjande helsearbeidet
- Fleire og nye helsetenester skal i større grad handterast i kommunane.

Denne stortingsmeldinga seier at hovedgrepet for å fremme betre samhandling er ei rekke mindre forslag til endring som i sum vil ha god effekt.

3. STATUS OG UTFORDRINGAR.

Historisk utvikling

Den moderne kommunale helse- og omsorgstenesta vaks fram på 1970-talet, og vart tilført nye store oppgåver gjennom forvaltningsreforma på 1980- og 1990-talet. Kommunehelsetenestelova, sjukeheimsreforma og reforma for menneske med psykisk utviklingshemming står som viktige milepælar i denne utviklinga, og har lagt grunnlag for eit omfattande tenestetilbod på lokalt nivå til alle innbyggjarane i kommunen uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre forhold.

Kommunehelsereforma vart gjennomført med lov om helsetenester i kommunen frå 1984. Reforma førte til at kommunen fekk det samla ansvaret for all primærhelseteneste og vart samordna med sosialtenesta. Sjukeheimsreforma overførte ansvaret for sjukeheimar frå fylkeskommunalt til kommunalt nivå i 1988. Ansvarsreforma for menneske med psykisk utviklingshemming i 1991, førte til nedlegging av institusjonar i det fylkeskommunale HVPU (Helsevern for psykisk utviklingshemming) og overførte ansvaret for tenestetilbodet til kommunen.

Det har og kome fleire andre reformer "i det stille". Det psykiatriske sjukehustilbodet har gått frå langtidsinstitusjon til korttid og poliklinikk - dette som ein del av "Opptappingsplan for psykisk helse", opptappingsplanen har gitt kommunen eit større ansvar for personar med psykiske lidingar.

Det somatiske helsetilbodet endra og karakter frå langtidsopphald til meir poliklinisk behandling og kortare liggetid på sjukehuset.

Innan rusomsorga merkar ein ei endring der utviklinga går mot at kommunen får eit større ansvar for å gi tilbod til personar med rusproblem.

Samhandlingsreforma legg også vekt på at helsevesenet si utfordring skal løysast i kommunen. Kommunen vil få ein enda større del av helseoppgåvene.

Reformene har mellom anna medført ei auke i tal yngre ressurskrevjande teneste mottakarar til kommunen. Som følgje av dette har det oppstått behov for fleire tilsette i omsorgstenesta med samansett kompetanse, og behovet for endring i organisering av tenestene har tvinga seg fram.

I dag ser ein at sjukehusa effektiviserer og skriv ut pasientar tidlegare enn før, som får konsekvensar for kommunen. Kommunen må då ta ansvar for ei aukande gruppe menneske som framleis treng oppfølging og behandling etter utskrivinga. Dette fører til at omsorgstenesta treng fleire tilsette med rett kompetanse ut frå behova til tenestemottakaren. For å gi ei best mogleg omsorgsteneste i kommunen er det heilt nødvendig med gode samarbeid med andre instansar både innan kommunen og utanfor.

Tal årsverk i pleie og omsorgstenesta i Sykkylven har i perioden 2007 til 2011 auka frå 173 til 195. Tal sjukeheims plassar har auka frå 30 til 34 i same periode. Tal bustadar med heildøgns bemanning 94 plassar. Tal omsorgsbustadar har gått frå 90 til 88. Tal mottakarar av heimebasert omsorg har i same perioden vore omlag 420 brukarar. Endringa er at mange av dei har fått eit meir omfattande bistandsbehov.

Organisering av helse og omsorgstenesta

Helse og omsorgstenesta i Sykkylven er organisert i følgjande sjølvstendige driftseiningar, direkte under rådmannen via kommunalsjefen:

Driftseining	Avdelingar	Tal årsverk
Barne- og familie tenesta	<ul style="list-style-type: none"> • Helsestasjon • Jordmor • Barnevern • Psykisk helseteam • PPT • Flyktningstenesta • Frivilligheitsentralen • Psykolog 	35 årsverk
NAV	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialtenesta i Nav • Rus-koordinator 	4 årsverk
Butenestene	<ul style="list-style-type: none"> • Krikane bustader • Klokkehaugen / Myhremarka bustader • Ura bustader • Haugbukta dagsenter for funksjonshemma • Avlastingsbustad 	35 årsverk
Heimetenestene	<ul style="list-style-type: none"> • Heimetenestene Distrikt 1 • Heimetenestene Distrikt 2 • Hjelpemiddel 	30 årsverk
Bu- og aktivitetssenter (BUAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Heimeteneste sone 1 • Heimeteneste sone 2 • Heimeteneste sone 3 • Korttids-/rehabilitering avdeling • Skjerma avdeling • Dagsenter for eldre • Institusjonskjøkken • Jettegryta kafe` 	88 årsverk
Rådmannens ansvar	<ul style="list-style-type: none"> • Legeteneste (kommunale oppgåver) • Fysioterapiteneste (kommunale oppgåver) • Rådgjevar helse/omsorg 	6 årsverk
Til saman		

Sykkylven kommune var igjennom ei større ombygging og omorganisering av pleie og omsorgstenestene i 2004 til 2006. Sykkylven bu- og aktivitetssenter stod ferdig i 2004, med til saman 120 plassar med heildøgns omsorg fordelt på institusjonsplassar og omsorgsbustader. Sykkylven kommune gjorde endringar som skulle møte

framtidige utfordringar i tenesta både økonomisk og drifts messig. Ikkje mange kommunar hadde tatt det steget som vår kommune valde og gjere. Kommunen auka talet på omsorgsbustadar med heildøgns bemanning reduserte talet på institusjonsplassar ved det nye senteret. Dei seinare åra ser ein at andre kommunar som Sula og Giske har gjort dei same grepa.

Sykkylven kommune arbeider vidare med prosessen med å gi gode tenester til innbyggjarane og ser behovet for ulike endringar i tenesteytinga framover. Samhandlingsreforma gir kommunen fleire og nye oppgåver som skal løysast lokalt og i samarbeid med andre.

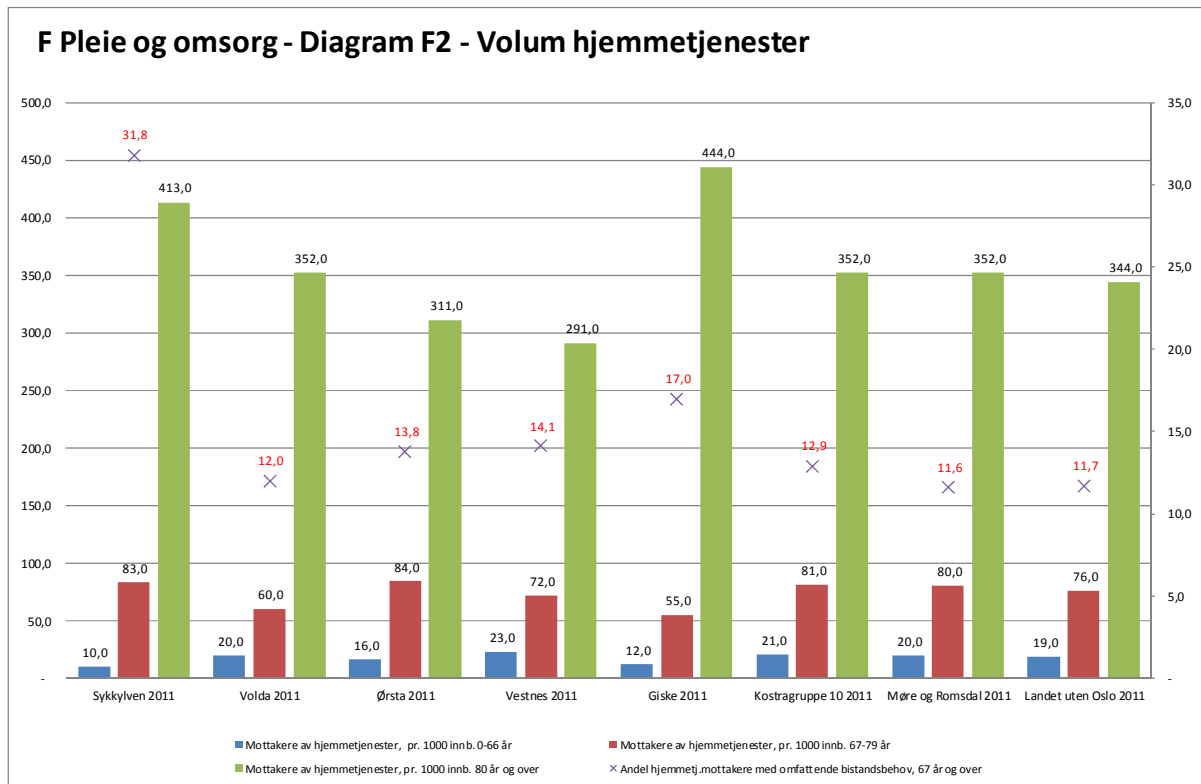
Utfordringar fram mot 2020

Omsorgsplanen skal gi oversikt og leggje til rette for ei heilskapleg styring av tenestene helse- og omsorg, og legge grunnlag for vidareutvikling av tenestetilbodet i Sykkylven kommune.

Kommunen har ansvar for viktige tenester til sjuke, eldre og funksjonshemma, og for å drive førebyggjande helsearbeid. Det omhandlar heimebasert teneste, institusjon, helsestasjon, psykiatritenester, rusomsorg, legeteneste, aktiviseringstiltak og førebyggjande tenester.

Dei overordna utfordringane for kommunen er å ta dei grepa som bidrar til at satsingsområda på ein rett måte fungerer i samanheng med kvarandre, samstundes at drifta er i samsvar med tildelte ressursar.

For å møte morgondagens omsorgsutfordringar er regjeringa sin hovudstrategi å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har framføre oss til ei gradvis utbygging av tenestetilbodet, og til å planleggje og betre den raske veksten i omsorgsbehov som vert forventet frå omkring 2020. Einskilde kommunar vil møte dei demografiske utfordringane tidlegare enn dette. Det er mogeleg allereie no å begynne ei gradvis utbygging og gjere investeringar i førebyggjande tiltak, kompetanse, teknologi, tekniske hjelpemiddel, bustader og anlegg.



Nye brukargrupper

Tal omsorgstrengende under 67 år vil auke, og fleire av desse har behov for svært kostnadskrevjande tenester grunna behov for samansette og langvarige tenester. Eit større spekter av helsemessige og sosiale problem vil krevje anna fagleg kompetanse og eit heilskapleg livsløpsperspektiv på omsorgstilbodet. Tabellen viser at Sykkylven kommune har fleire brukarar av heimeteneste med omfattande tenestebehov samanlikna med kontrollgruppene. Dette er i trå med at ein ynskjer at flest mogleg skal få hjelpa i eigen heim.

Aldring

I Noreg vert talet på eldre over 80 år nærast fordobla dei neste 35 åra. Den sterkaste tilveksten skjer først i 2020. Dette gir store utfordringar på mange plan. Folketalet i Noreg vart meir enn fordobla i førre hundreår. Forlenga levealder og store fødselskull frå 1945 til 1960 fører til at talet på eldre vert betydeleg høgare i åra som kjem. Tal på personar over 67 år blir meir enn fordobla frå 2000 til 2050. Det største omsorgsbehovet er i alderen over 80 år.

Stortingsmeldinga legg til grunn at tal eldre med omsorgsbehov vil auke kraftig om ca 15 år, og peikar på utfordringane i demensomsorga som eit hovudtema. Samstundes vil den nye generasjonen av eldre ha betre helse og meir ressursar i form av høgare utdanning og betre økonomi.

Knappe ressursar

Det vil bli ei auke i tal eldre i kommunen utan at det blir ei auke i tilgangen på arbeidskraft og potensielle omsorgsyttarar. Tilgangen på helse- og omsorgspersonell er såleis ein kritisk faktor for å lukkast i den framtidige omsorgstenesta. Viser til tabell Prognose folketal på side 19.

Medisinsk oppfølging

Det er behov for ei betre medisinsk og tverrfagleg oppfølging av omsorgstenestene sine mottakarar både i heimetenestene, bebuarar i omsorgsbustad og i sjukeheim. Dette gjeld særst menneske med kroniske og samansette lidingar, demens sjukdom, psykiske lidingar, rus problem og andre med behov for koordinerte tenester frå både spesialisthelsetenesta, og den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Aktiv omsorg

Stortingsmeldinga slår fast at dagens pleie- og omsorgsteneste er gode på behandling og pleie, medan mange undersøkingar peikar på hjelp i dagleglivet, måltid, aktivitetar, sosiale og kulturelle forhold som svake punkt i dagens omsorgstilbod. Dette er oppgåver som krev større fagleg breidde i tenesteytinga. Omsorgstilbodet kan betre dekkje dei psyko sosiale behova og kan gi ein meir aktiv profil.

I samhandlingsreforma er det stort fokus på kommunen si rolle, både i det førebyggjande arbeidet og tiltaka som ein set i verk for at innbyggjarane skal meistre sitt liv. Dette er område der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjonar kan bidra til betre realisering av det helsepolitiske målet.

4. OMSORGSTRAPPA

Som grunnlag for vurdering av tenester. LEON-prinsippet, lavaste effektive omsorgsnivå.

BRUKAR				Trinn 5 Langtids- opphald på institusjon
Høg grad av eigen mestring			Trinn 4 Tilrettelagt bustad	
		Trinn 3 Pleie og omsorg i heimen Heimesjukepleie Omsorgsløn	Omsorgsbustad Anna kommunal bustad Bemanna bustad	
	Trinn 2 Hjelp i eigen heim, ulike timetenester. Praktisk bistand Støttekontakt BPA	<u>Tiltak utanfor heimen</u> Tidsavgrensa opphald på institusjon		<u>Heimebuande -</u> Tidsavgrensa opphald på institusjon - utredning - behandling - habillitering - rehabilitering - avlastning - anna
Trinn 1 Meistring og tryggingstiltak i eigen heim Tilrettelegging med utstyr og hjelpemiddel	<u>Dag opphald og andre tiltak utanfor heimen</u>			
Tryggleiksalarm Rehabilitering Matombringning	Dagsenter Institusjon Dagopphald			

Omsorgstrappa er eit omgrep som ofte vert nytta for å illustrere samanhengen mellom brukaren sine behov på den eine sida og kommunen si tenesteyting på den andre sida. Illustrasjon av omsorgstrappa har vist seg som eit godt verkemiddel for å få fram korleis deltenestene påverkar kvarandre og kvifor det må vere samheng mellom funksjonstap og volum av tenesteyting.

Omsorgstrappa inneheld ulike nivå for å dekke befolkninga sine omsorgsbehov. Nivå 6 er det mest omfattande og kostnadskrevjande tilbodet, medan nivå 1 er førebyggjande/hjelp til sjølvhjelp og det minst kostnadskrevjande nivå. Aktivitetar som rehabilitering vil kome inn på alle nivå.

For å yte ei god omsorgsteneste til innbyggjarane må kommunen tilby tenester på alle nivåa. Kor mykje teneste ein skal tildele på dei ulike nivåa kan variere mykje i ulike kommunar. Nokre kommunar har satsa på mange institusjonsplassar og mindre

omsorgsbustader/heimetenester (institusjonsorientering), medan andre kommunar har mange omsorgsbustader/mykje heimeteneste og mindre institusjonsplassar, Sykkylven kommune er ei av desse.

Brukarundersøkingar syner ingen store skilnader i kor nøgde ein er med tenesta ut frå om det er ein institusjonsorientert eller heimetenesteorientert modell i kommunen. Med bakgrunn i dette er det truleg dimensjoner inga av tenestene på dei ulike nivåa og forholda mellom dei som er avgjerande for brukarane si oppleving av tenesteytinga i høve behovsdekking. Ynskjer ein mindre langtidsplassar i institusjon (Nivå 6) så må ein samtidig auke tenestene på tilgrensande nivå som omsorgsbustader med heildøgns bemanning (Nivå 5) og korttidsplassar i institusjon (Nivå 5). Det er såleis viktig å få til ein god balanse mellom dei ulike trinna i omsorgstrappa.

Sjølv om tenestene vert beskrivne som ulike «trinn i trappa», så er tenesteytinga i verkelegheita mykje meir fleksibel og samansett. Trinna er i realiteten delvis overlappende, og tenestetilbodet til den enkelte tenestemottakar er i stor grad individuelt tilpassa og ikkje så standardisert som biletet av omsorgstrappa kan gje inntrykk av. Det er viktig å byggje opp omsorgsteneste i Sykkylven kommune på ein slik måte at vi kan yte hjelp til den enkelte ut frå individuelle behov.

Det som er grunnleggjande for val av modell, er brukarperspektivet. Brukarundersøkingar kring i landet t.d. i Trondheim i 2006, syner at når dei eldre får redusert helse ynskjer dei at basis for omsorgstenestene skal vere tenester i eigen heim og evt. omsorgsbustad gjerne med personalbase og høve til sosialt fellesskap. Dei same funna gjorde ein nyleg i Ålesund i ei spørjeundersøking i samband med rullering av deira omsorgsplan.

Dette tilseier at kommunen må ha ei godt utbygd heimeteneste med høg fagleg standard som gir nok tenester til rett tid og leggje til rette for sosiale aktiviteter. I tillegg må fokus på helsefremjande og førebyggjande arbeid vere stort.

Det må vere rett og naudsynt kompetanse på alle trinn i omsorgstrappa slik at brukaren sine behov for tenester vert dekt.

5. FAKTA - PROGNOSE

Faktagrunnlag for vurdering av behov for omsorgstenester.

God omsorg oppstår i samspelet mellom personell, og mellom personell og brukar. Omsorgstenestene står i dag overfor utfordringar knytt til:

Utvikling i folketalet og alder som grunnlag for omsorgsbehovet. Folketalsframskrivinga og demografi er faktorar som påverkar etterspurnaden av omsorgstenester. Det var befolkningsvekst i Sykkylven kommune i 2010.

Statistikk syner at dei eldre vert friskare, ein 70-åring har betre helse i dag enn det han hadde for nokre tiår sidan. Dei eldre har mykje ressursar og livsvisdom som er nyttig både for yngre generasjonar og for samfunnet å få del i. Eit samfunn er rikare når dei har dei eldre sine ressursar å dra nytte av. Det gjeld å ta vare på dei på den beste måten. Motsett kan vi seie at det er ei fallitterklæring for velferdssamfunnet om vi ikkje maktar å ta vare på våre eldre på skikkeleg vis.

Demografisk utvikling

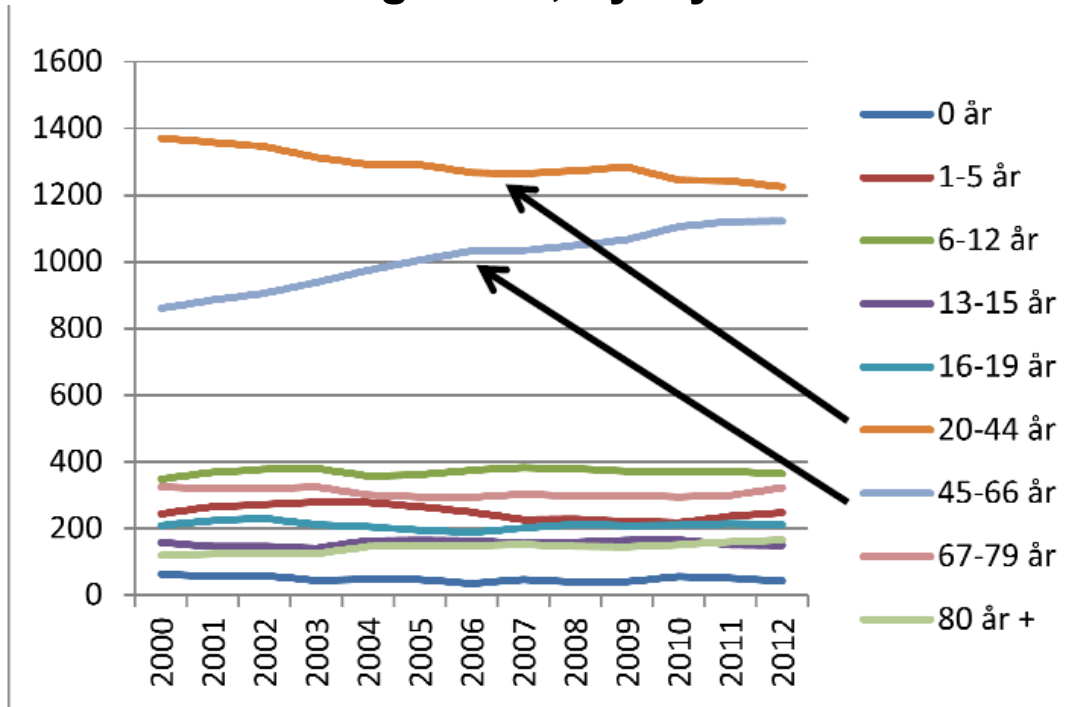
Ei viktig utfordring i forhold til framtidig omsorgsteneste, er korleis befolkings utviklinga blir i tida framover.

Per oktober 2011 bur det 7662 innbyggjarar i Sykkylven, kommunen har hatt liten befolkningsvekst dei siste åra, og den lave veksten vil fortsette i åra framover.

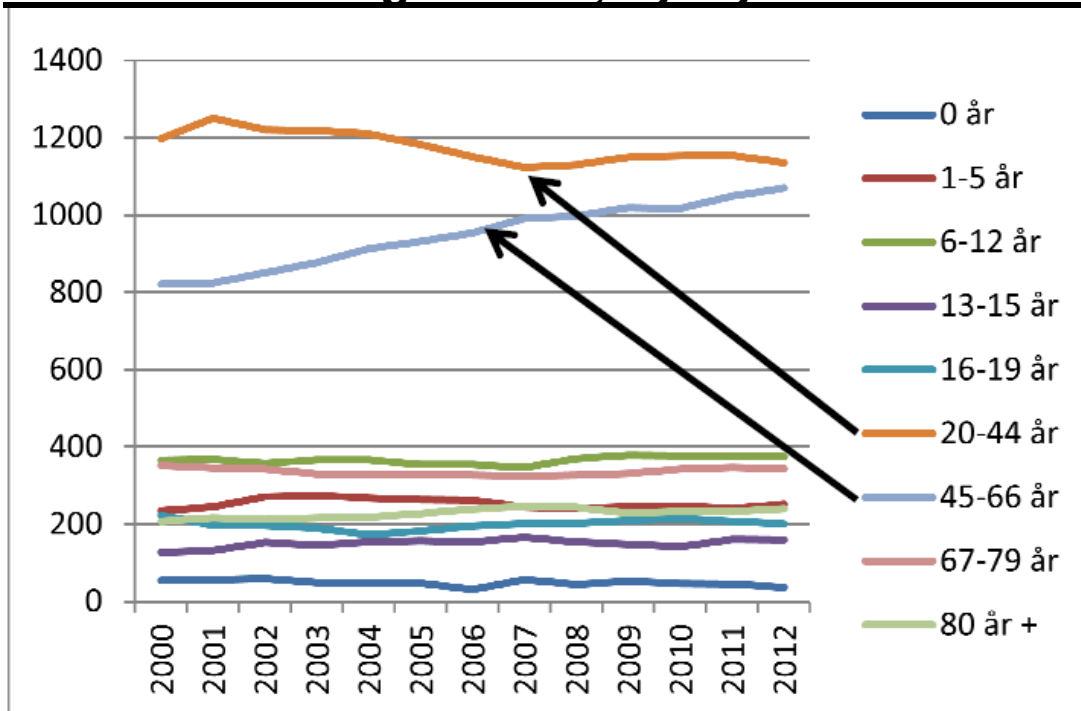
Levealderen i Noreg er blant dei høgste i verda og aukar fortsatt. Levealderen til menn var 71 år i 1970 og vel 78,2 år i 2007. Kvinner har auka levealderen frå vel 77 år til 82,7 år i same periode. Dette heng saman med redusert dødelegheit av hjerte- og karsjukdomar gjennom mange år. Lav spedbarnsdødelegheit bidrar og til ei gunstig dødelegheit utvikling.

Prosentdelen eldre over 80 år i Sykkylven kommune er høgare enn landsgjennomsnittet. Forventa levealder for menn er høgare enn landsgjennomsnittet i vår kommune.

Folketalsutvikling menn, Sykkylven 2000-2012



Folketalsutvikling kvinner, Sykkylven 2000-2012



Forventa levealder ved fødselen

Endringar i forventa levealder kan indirekte seie noko om befolkninga si helse og levekår, om kvaliteten i helsetenesta, medisinsk utvikling samt endringar i befolkninga sine levevaner og livskvalitet. Dette er alle viktige aspekt ved ei bærekraftig samfunnsutvikling.

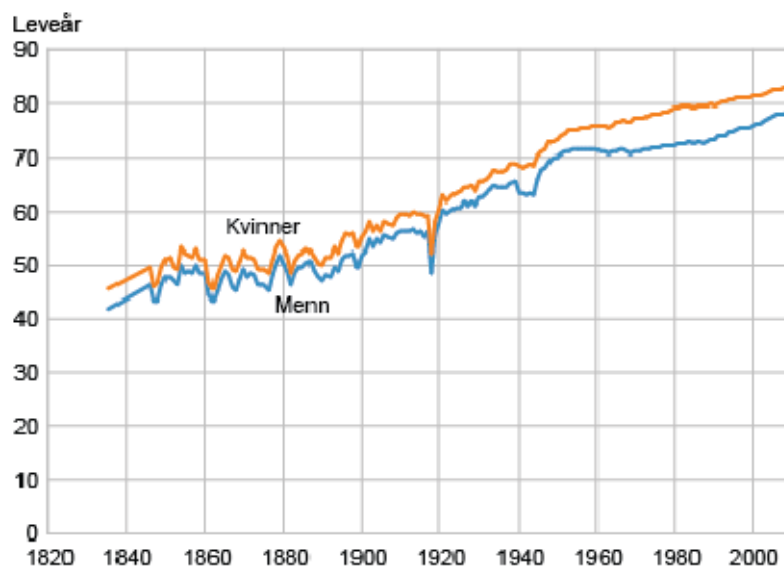
I løpet av dei 25 siste åra har den forventa levealderen i Noreg auka med nesten 6 år for menn og vel 3 år for kvinner. Forskjellen mellom menns og kvinners levealder minka i denne perioden med vel 2,5 år.

Ei viktig årsak til auka levealder er at dødelegheita blant spedbarn og barn har minka. Dei siste åra har nedgangen i dødelegheit blant eldre, det vil seie personar over 60 år, også bidratt betydeleg til auka levealderen og til at delen eldre i befolkninga aukar.

I befolkningsframskrivningene er det forutsett at forventa levealder for nyfødde vil auke til mellom 81,9 og 88,9 år for menn og mellom 84,4 og 92,2 for kvinner i 2060. Befolkningsframskrivningene viser at vi på lang sikt vil få en betydelig eldre befolkning.

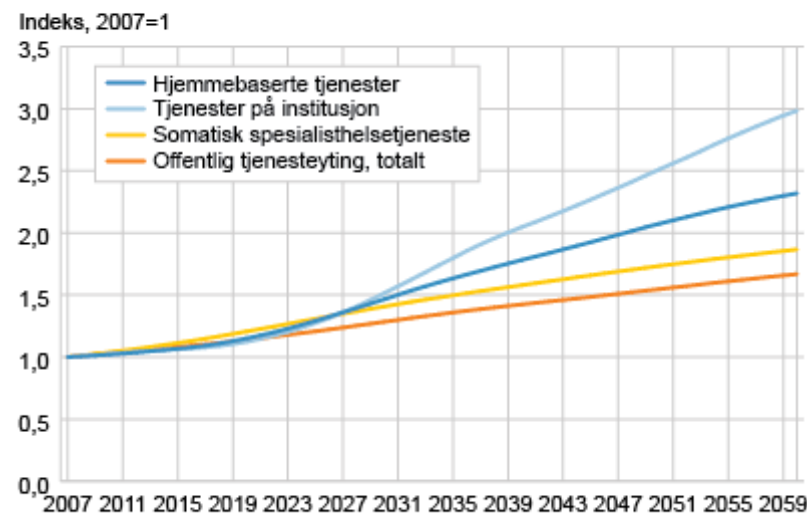
At vi lever lenger er en positiv utvikling, men høgare levealder representerer også store framtidige utfordringar med tanke på pensjoner og helse- og omsorgstenester. Innanfor eldreomsorga vil sysselsettingsbehovet måtte meir enn doblast fram til 2060, dersom standard og dekningsgrad skal behaldast, som følgje av at befolkninga vert eldre. Anslått vekst i spesialisthelsetenesta er også betydelig.

Figur 2. Forventet levealder ved fødselen. 1825-2010

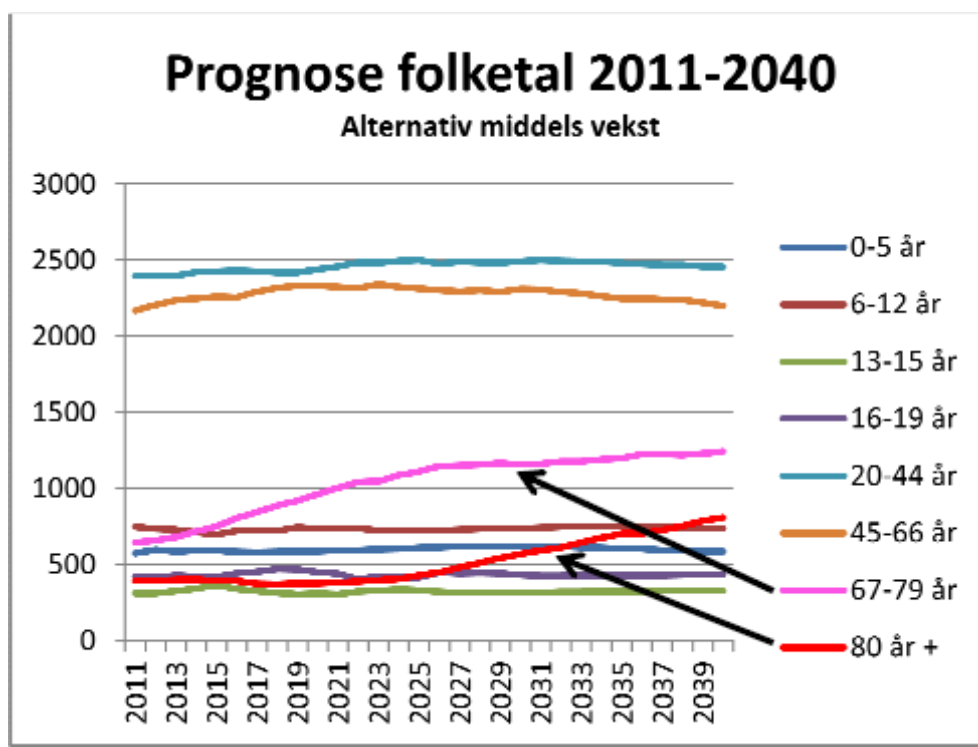


Kilde: Statistisk sentralbyrå (2011a) og Brunborg (2004).

Figur 3. Vekst i sysselsettingsbehov i offentlig tjenesteyting totalt og for ulike helse- og omsorgstjenester. Referansebane med konstant dekningsgrad og standard. 2007-2060. Indeks, 2007=1



Kilde: Holmøy og Nielsen (2008).



Framtidas eldre

Grappa over 80 år vil vekse som følge av at dei store barnekulla etter krigen vert pensjonistar. Dette er pensjonistar som vil ha ein annan livsstil enn den vi finn hos dagens pensjonistar. Dei vil generelt sett både ha høgare utdanning, fleire ressursar og betre helse enn dagens eldre. I større grad enn dagens eldre vil dei og vere vande med og forvente å kunne bestemme over eige liv. Dette som eit resultat av at

dei har levd i eit omskifteleg samfunn som har gitt fleire moglegheiter til val og stilt større krav til fleksibilitet. Prosentdelen eldre over 80 år er i Sykkylven kommune høgare enn landsgjennomsnittet.

Folkehelse

Folkehelsearbeid i Sykkylven kommune er eit livslangt individuelt lagarbeid og alle skal bidra. Med alle meinast både offentleg, privat og frivillig sektor. Folkehelsearbeid skal inngå som ein viktig del av kommunen si verksemd i alle einingar og forankrast i det kommunale planverket.

Ei viktig utfordring som kommunen må finne ei god løysing på er korleis ein skal møte eit stadig aukande behov for førebyggjande arbeid. Godt førebyggjande arbeid kan gi befolkninga betre helse og spare kommunen for høge utgifter dersom ein kan motverke og utsette behov for omfattande omsorgstiltak.

Førebyggjande arbeid er å kartleggje og overvake, fjerne, redusere og beskytte mot faktorar som kan føre til sjukdom, skade, psykiske og sosiale problem hos kvart enkelt menneske, eller gruppe av befolkninga.

Helsefremmande arbeid er å setje i gang tiltak som har som mål at ein person eller ei befolkning kan bli betre rusta til å tåle vanskelege situasjonar eller skadelege påverknadar, samt oppleve betre livskvalitet og betre helse. Grensa mot førebyggjande arbeid er flytande.

Folkehelsearbeid er samfunnet sin totale innsats for å oppretthalde, betre og fremme folkehelsa. I dette ligg nødvendigeita av å styrke verdiar som gir det enkelte individ og gruppe moglegheit for ansvar, deltaking, solidaritet, meistring og kontroll over eige liv og situasjon.

Å gi liv til åra samstundes som det leggst år til livet er ein grunnleggjande føresetnad for at omsorgstenesta skal svare til forventningane framtidige brukarar. Det er viktig å skape gode føresetnadar for at den enkelte skal kunne ta ansvar for eiga helse. Det er viktig å satse på førebygging for å møte ein situasjon som elles vil gi sterk behovs auke og raske endringar i omsorgstenesta om få år. Folkehelsearbeidet er ein viktig faktor for at befolkninga skal ha god helse. I dag utgjør førebygging 3 % av det totale helsebudsjettet (Kilde: Helsedirektoratet).

Utviklingstrekk i folkehelsa

Over halvparten av dei vaksne har ein sjukdom eller skade. Til tross for sjukdom, skavanker og funksjonshemmingar seier 8 av 10 at dei har god helse. Sidan midten av 1980-tallet er det færre eldre som har funksjonsvanskar og helsa til godt vaksne menn har betra seg. En del sjukdommar aukar i utbreiing. Det gjeld i hovudsak muskel- og skjelettlidingar, nokre kreftformer, og psykiske plager særlig blant unge. De nemnde lidingane er blant hovudårsakene til sjukefråvera blant arbeidstakarar og uføretrygding.

Fleire overvektige

Éin av fire nordmenn over 16 år var overvektige i 2008. Delen overvektige nordmenn har auka med 7 prosentpoeng det siste tiåret. Fleire menn er overvektige, og tal

overvektige har auka sterkare blant menn enn blant kvinner. I 2008 var knapt en tredel av alle menn, og en femdel av alle kvinner, overvektige. I tillegg har en femdel av befolkninga det som kallast "noe overvekt". Settast grensa for overvekt ved BMI på 25 eller høgare, er fire av ti nordmenn overvektige. Éin av ti nordmenn har fedme. Det har vore lite endring i overvekt blant kvinner sidan 2002.

Mindre søtsaker og sukkerhaldig drikke blant ungdommen

Overvekt og fedme førekjem også blant ungdom i alderen 16-24 år, og tal overvektige har i perioden 1998-2008 gått opp frå 7 til 12 prosent. Nokre trekk ved dei unge sine levevanar har hatt ei gunstig utvikling i dei tre siste åra. Dei unge drakk mindre sukkerhaldige drikke i 2008 enn i 2005, og dei ete mindre søtsaker. Det er likevel ikkje færre unge med overvekt. Dette til tross for at det er litt fleire som mosjonerer kvar veke, og litt færre som svarte at dei aldri mosjonerer. Men det var heller ikkje nokon auke i talet unge med fedme frå 2005 til 2008. Det er lite endring i dei unge sitt kosthald - omtrent like mange et frukt og grønsaker samt drikker mjølkeprodukt ein eller fleire gongar om dagen. Mange unge drikk frukt- eller grønsaksjuice dagleg, men få unge et fisk eller sjømat kvar dag, samanlikna med andre aldersgrupper.

Sunnare kosthald blant vaksne

Medan 10 prosent av dei yngre et fisk eller sjømat kvar dag, er det over 20 prosent av dei over 45 år som et fisk eller sjømat dagleg. Vaksne drikk ikkje sukkerhaldige drikker så ofte som yngre. Det har vore lite endring i tal vaksne som at søtsaker daglig. I 2008 var det ingen skilnad mellom ungdom og vaksne. Fleire eldre enn yngre et frukt, bær og grønsaker dagleg, medan ungdommen altså har et forsprang på dei vaksne når det gjelder tal som drikk juice. I alle aldersgrupper var det fleire som åt frukt og bær daglig i 2008 enn i 2005. Tal som åt grønsaker daglig, var uendra eller litt lavare i 2008 enn i 2005.

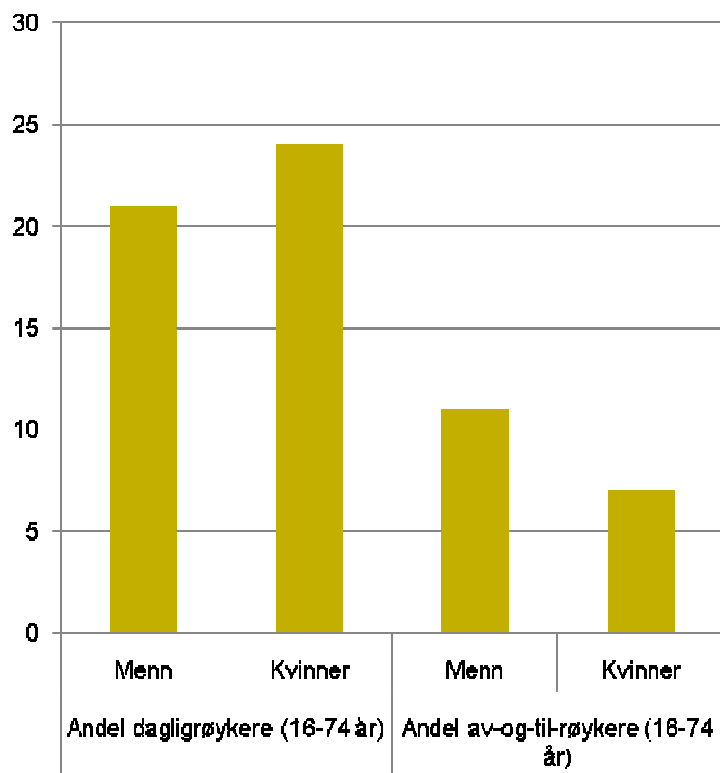
Mindre røyk og meir snus blant dei unge

Tendensen til at unge i aldersgruppa 16-24 år røyker mindre, fortsette i 2010. 10 prosent av unge menn og 14 prosent av unge kvinner røykte daglig, medan røyking av og til var vanligast blant unge menn. Til gjengjeld auka snusbruken blant unge. Kvar fjerde unge mann brukte snus daglig, mot 8 prosent av unge kvinner.

Ser ein på heile aldersgruppa 16-74 år, var nivået på snusbruken nokon lunde stabilt. 7 prosent brukte snus daglig – 12 prosent for menn og 2 for kvinner. Dei som brukte snus av og til, var uendra på 4 prosent.

Tal røykarar var klart høgast i Finnmark i perioden 2006-2010. Der svarte 31 prosent i aldersgruppa 16-74 år at de røykte daglig, og 9 prosent av og til. Nord-Trøndelag hadde den nest lavaste delen daglege røykarar, med 18 prosent, og Oslo låg lavast, med 16 prosent. Til gjengjeld hadde hovudstaden den høgaste andelen av dei som røykte av og til, med 12 prosent. Til samanlikning var snittet for hele landet 10 prosent, mens det for dagleg røyking var 21 prosent i perioden.

Røykevanar, Møre og Romsdal



Fleire mosjonerer, og færre er heilt passive

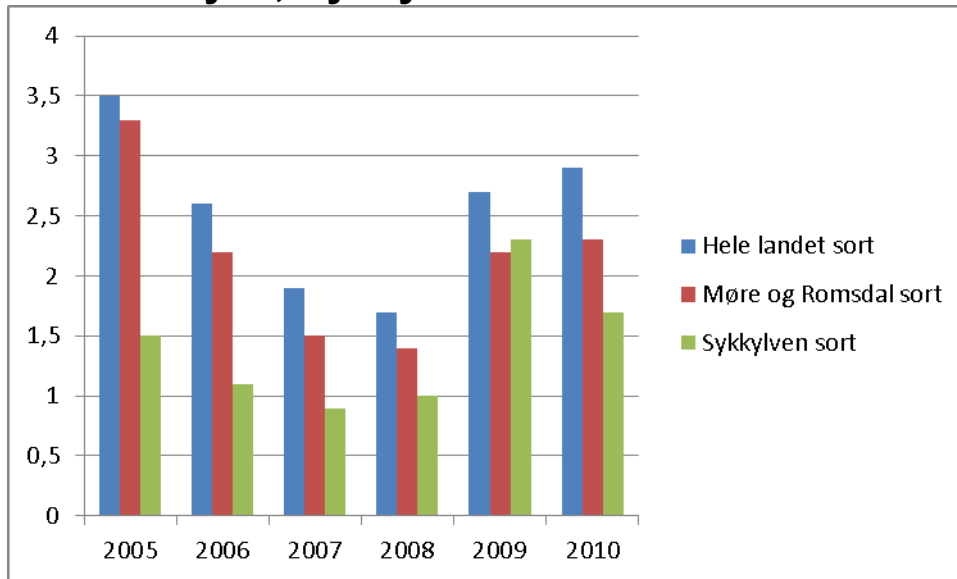
Også blant vaksne var det litt fleire som svarte at de mosjonerer kvar veke eller oftare i 2008 samanlikna med 2005. Andel mosjonistar har auka i alle aldersgrupper. Unntaket er kvinner i alderen 25-44 år. Andel som seier at dei aldri mosjonerer, har gått litt ned i alle grupper.

Arbeidsstatus

Statistisk sentralbyrås levekårsundersøking frå 2005 viser at personar som står utanfor arbeidslivet, er det høgare andel som har betydelege psykiske plager, er daglege røykarar og overvektige og lite fysisk aktive, samanlikna med yrkesaktive.

Store arbeidsløysa i 2009, kan forklarast med finanskrisa i Norge.

Arbeidsløyse, Sykkylven



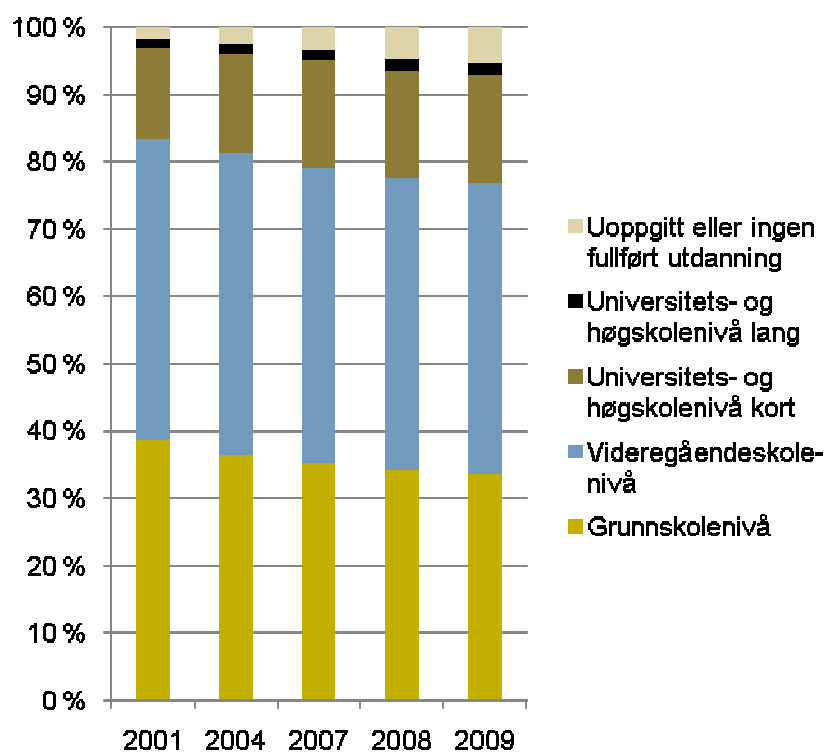
Utdanning og helse

Utdanning og helse har ein samanheng. Lavast utdanning har høgast dødelegheit. Jo lavare utdanning, jo høgare skårar menn og kvinner på risikofaktorar for hjerte- og karsjukdommar.

Dei fleste grupper i samfunnet har fått betre helse i løpet av dei 30 siste åra. Men helsegevinsten er størst for dei som alt hadde den beste helsa - dei med lang utdanning, god inntekt og som levde i parskap. Helsegevinsten har ikkje auka like mykje for dei med lav utdanning og inntekt. Difor har skilnaden i helse auka, særleg dei ti siste år.

I Sykkylven er det fleire personar med grunnskule som høgaste utdanning samanlikna med landet elles.

Utdanningsnivå, Sykkylven



6. SATSINGSOMRÅDE

Omsorgsplanen har 9 satsingsområde som vurderast å vere viktige i møte med dei framtidige utfordringane i helse- og omsorgstenesta i kommunen vår. Den nye helse- og omsorgslova, føringane frå stat og samhandlingsreforma ligg til grunn for dei satsingsområda planen omhandlar.

Samhandlingsreforma legg opp til at kommunen får nye roller, ein vil då få ei tydlegare rolle i pasientforløpet. Kommunen skal handtere oppgåver som dei ikkje har hatt før i nært samarbeid med spesialisthelsetenesta.

Den framtidige kommunerolla vil krevje ei tydeleg politisk utforming med omsyn til innhald, fagutvikling, kvalitet, kompetanse, utdanning mm. Satsingsområda er:

1. Folkehelse
2. Koordinering av tenester
3. Habillitering og rehabilitering
4. Heimebasert omsorg
5. Rusomsorg
6. Psykisk helsearbeid
7. Demensomsorg
8. Omsorgs på institusjon
9. Kompetanse

Folkehelse - Satsingsområde 1

"Ei god folkehelse "

«Ei god folkehelse er avhengig av at ulike faktorar som kan påverke helsa vår er i samspel:

- *Alder, kjønn og biologi (arvelige faktorar)*
- *Individuelle faktorar (Kosthald, fysisk aktivitet, alkoholvaner, tabakksvaner, legemiddelbruk)*
- *Sosialt nettverk*
- *Levekår (jordbruk og matproduksjon, utdanning, arbeidsmiljø, arbeidsledigheit, vatn og sanitære forhold, helse- og omsorgstenester, bustadforhold, infrastruktur)*

Alle desse faktorane verkar både positivt og negativt inn på individet si helse. «(Dahlgren & Whitehead 1991).

Folkehelseloven § 2:

A. Folkehelse:

Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkninga

B. Folkehelsearbeid:

«Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»

I samhandlingsreforma er førebygging eit sentralt element. Med utgangspunkt i dei framtidige helseutfordringane er det behov for å styrke dei førebyggjande helsetenestene i kommunen. Målsettinga vil vere å nytte og vidareutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, motvirkar, risiko for funksjonstap med bortfall frå skule og arbeidsliv, og som påverkar individet si eigenmeistering og reduserer risikoen for sjukdomsutvikling.

Slik vil vi ha det:

Sykkylven - den beste folkehelsekommunen.

Ein god folkehelsekommune der folk både som individ og kollektivt tek større ansvar for eiga helse.

Med det meiner ein:

Fysisk aktivitet førebyggjer ei rekkje sjukdommar og er ei kjelde til glede, livsutfolding og positive meistrings opplevingar. Den einskilde har ansvar for eiga helse og vil stå ansvarleg for vala sine. Men befolkninga si helse er også ein konsekvens av utviklingstrekk, fysiske omgjevnader og politiske val som er utanfor den einskilde si rekkjevidde. Sjukdomsbiletet speglar samfunnsutviklinga, og dei kåra vi lever under. Samfunnet kan og bør påverke individuelle val gjennom å informere, tilføre kunnskap og påverke haldningar.

Folkehelsearbeid inneber å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til betre helse. Dei negative påverknadsfaktorane verkar helsenedbrytande, enten det er ting vi et og drikk, eller det eksisterer i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. Positive faktorar handlar om styrkande faktorar i miljøet rundt oss.

Folkehelsearbeidet har fokus på den fysiske og psykiske helsa, blant anna gjennom påverknad av levevanar og levekår. Det er viktig å legge tilrette for opplevingar av meistering, god kjensle av menneskeverd, tryggleik og respekt.

Hovudstrategiar i folkehelsearbeidet vil vere

- å skape gode føresetnader for å kunne ta vare på eiga helse
- bygge alliansar for folkehelse gjennom samarbeid med frivillig sektor
- førebyggje meir for å reparere mindre innan helsetenesta
- utvikle ny kunnskap

Då må vi:

1. Arbeide for helsefremmande samhandling i kommunen, som gjer det lett for innbyggjarane å ta val som fremmar god fysisk og psykisk helse.
2. Folkehelse som ein del av alt planverk. Mål og strategiar for folkehelse utfordringane skal forankrast i planprosessane etter plan- og bygningslova.
3. Kommunen skal tileigne seg kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innverknad på innbyggjarane si helse.
4. Styrke tilbodet om fysisk aktivitet i heile kommunen, meir tilgjengelege område for funksjonshemma, vidareutvikle etablerte friluftsområde, fleire gang og sykkelveggar, merking av turstiar.
5. Innbyggjarane få tilbod om auka kunnskap om kosthald, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk og livsstilsjukdommar.

Noko vi oppnår ved:

1. Å etablere ein frisklivssentral.
2. Byggje gang og sykkelveggar.
3. Oppmerking av turstiar.
4. Å preparere skiløyper.
5. Halde kurs for ulike aldersgrupper i kosthald, rusmiddelbruk og livsstilsjukdommar.
6. Meir tilgjengelege friluftsområder for funksjonshemma.
7. Arrangere «Fjøre til fjells».
8. Støtte frivillige lag og organisasjonar økonomisk i deira førebyggjande arbeidet.
9. Legge til rette for fysisk aktivitet for eldre menneske vinterstid i eigna lokale.
10. Årlege folkehelsearrangement i samarbeid med frivillige lag og organisasjonar.
11. Utarbeide ein folkehelseplan

Effekt:

Fleire kan gjere positive val for si eiga helse.

Økonomiske konsekvensar:

Tiltaka har økonomiske konsekvensar for fleire einingar i kommunen. I enkelte høve vil ein også kunne få tilskot frå fylket.

Koordinerte tenester – satsingsområde 2

«God koordinering, forvaltning og leiing av tenestene»

I Lov om kommunale helse og omsorgstenester § 7-3 Kommunen skal ha ei koordinerande eining for habilitering- og rehabiliterings verksemd. Denne eininga skal ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnemning, opplæring og veiledning av koordinator etter § 7-1 Kommunen skal utarbeide ein individuell plan for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester etter lova

her. Kommunen skal samarbeide med andre tenesteytarar om planen for å bidra til ei heilheitleg tilbod for den enkelte.

Samhandlingsreforma peikar på pasienten sitt behov for koordinerte tenester. Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstenestene sine evne til oppgåvefordeling seg imellom for å nå eit felles mål, samt evne til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte. Godt koordinerte tenester betyr også god og effektiv ressursbruk.

Slik vil vi ha det:

Brukarar som opplever møte med eit koordinert og oversiktleg tenesteapparat, der brukarmedverknad vert sikra.

Med det meiner ein:

I Sykkylven kommune skal brukarar av helse og omsorgstenester oppleve ei fagleg koordinert teneste der ulike fagfelt samarbeider til det beste for tenestemottakaren, der ein har løysingar med ei adresse for hen vendingar på tvers av einingar og nivå.

Samhandling står fram som ei av hovudoppgåvene til koordinerande eining, og målet er å sikre koordinerte tenester til dei som treng det. I tillegg skal den vere eit gjensidig kontaktpunkt for samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunen.

Samhandlingsreforma vektlegg behovet for meldingsutveksling og samhandling elektronisk om reforma skal lukkast. Helsesektoren må kombinere arbeidet med innføring av elektronisk samhandling med organisasjonsutvikling og endring av samarbeids rutine for å oppnå forventa effekt og kvalitet i tenesta. Dette vere seg internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartar.

Formålet med koordinerande eining for habillitering og rehabilitering er å sjå til at brukarar som har behov for tenester frå fleire ulike aktørar skal ta imot eit heilskapleg tenestetilbod.

Då må vi:

Målet med koordinerande eining er å gjere tenestene meir heilskaplege og koordinerte for brukarane. Dette er å sjå på som berebjelken i samhandlingsreforma på kommunalt plan.

Noko vi oppnår ved å:

1. Koordinere dei ulike tenestene.
2. Å utvikle og kvalitetssikre rutine for utarbeiding av individuell plan.
3. Å oppnemne, lære opp og veilede koordinatorar.
4. Utarbeide plan og strategi for det koordinerande arbeidet.

Effekt:

Rett teneste til rett tid. Til det beste for brukar og ressursbruken til kommunen.

Økonomiske konsekvensar:

Det vil ha konsekvensar for opplæringsramma i einingane og felles opplæringsmidler at ein skal utvikle og kvalitetssikre rutine og gi personale opplæring.

Habilitering og rehabilitering – satsingsområde 3

"Gode habiliterings- og rehabiliteringsforhold"

I forskrift om habilitering og rehabilitering kap. 2 § 3 står det:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

I kap 3 § 5 står det: «Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.»

I samhandlingsreforma har kommunen fått større ansvar for brukarar av desse tenestene. I denne reforma vert det lagt sterkare vekt på førebygging, understøtting av pasienten si eigen meistring, tidleg intervensjon og lavterskeltilbud, dette er oppgåver som alt ligg under det kommunale ansvaret.

Når pasienten si meistrings evne i eige liv er den sentrale målsettinga på mange av helse- og omsorgssektoren sine område, vil det vere samspelet mellom spesialisthelsetenestene og kommunale helsetenester som legg til rette for meistring. Kommunen blir den sentrale koordinatoren i dette arbeidet.

Slik vil vi ha det:

«Eit verdig liv på eigne premissar.»

Med det meiner ein:

Habiliterings omgrepet vert nytta i høve til den innsatsen og dei prosessane som er knytt til brukarar med medfødde eller tidleg påførte skader.

Rehabilitering handlar om innsatsen og dei prosessane som er knytt til brukarar med seinare påførte sjukdomar og skader.

I Sykkylven kommunen sitt ansvar for habillitering og rehabilitering, står det at det skal utarbeidast ein plan for dette arbeidet.

- Kommunen har eit fagleg ansvar for habillitering og rehabilitering i all tenesteyting, kvar teneste skal tilpasse eit koordinert heilskapleg tilbod for den enkelte brukar.
- Kommunen skal ha ei generell oversikt over behov for habillitering og rehabilitering.
- Kommunen skal sørge for at alle som bur eller oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynt utgreiing og oppfølging ved behov for habillitering og rehabilitering.
- Det kommunale helsetenestetilbodet skal integrerast i eit samla tverrfagleg habilliterings- og rehabiliteringstilbod.

Rehabiliteringsteneste er viktig i tenesteytinga til heimebuande, bebuarar i omsorgsbustad og på institusjon.

Kommunen vil få eit aukande tal rehabiliteringspasientar, grunna kortare liggetid på sjukhus, det vere seg yngre menneske med kroniske sjukdommar, aukande tal kreftpasientar, hjerneslag og andre skader. Rehabiliteringstenesta vert slik utført på fleire arena. Ein vil i framtida legge vekt på at mykje av rehabiliteringstenesta må skje i heimen til den enkelte.

Habiliteringstenesta har for det meste butenestene, psykisk helseteam, helsestasjon, PPT, psykolog teneste, ulike dagtilbod og Nav som sitt arbeidsfelt. Tenesta er i tett samarbeid med spesialisthelsetenesta, andre fagfelt i kommunen som skule- og barnehagesektorane.

Då må vi:

1. Ha nok plassar til pasientar med behov for rehabilitering.
2. Brukarane skal oppleve ei koordinert teneste som er samordna, koordinert og individuelt tilpassa.
3. Yte tenester som ut frå eit heilskapsperspektiv gir mennesker med nedsett funksjonsevne livskvalitet og meistring i kvardagen.
4. Tenestemottakarar skal få rehabilitering oppfølging i eigen heim.

Noko vi oppnår ved å:

1. Etablere tverrfaglig rehabiliteringsteam.
2. Opprette ergoterapeutstilling.
3. Styrke den kommunale fysioterapitenesta.
4. Vidareutvikle koordinerande eining.
5. Etablere interkommunale samarbeid.

Effekt:

1. Fleire vil oppleve meistring av eige liv.
2. Kommunen yter gode faglege tenester.

Økonomiske konsekvensar:

Tiltaka har økonomiske konsekvensar for fleire einingar i kommunen. Det kan gjelde både stillingsheimlar og opplæring/samarbeid med andre.

Heimebasert omsorg - Satsingsområde 4

"Ei aktiv helse- og omsorgsteneste tufta på heimebasert omsorg"

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester seier i kap. 3, § 3-1 «Kommunen skal sørge for at personer som opphelde seg i kommunen, tilby nødvendige helse- og omsorgstenester.

Kommunens ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, derunder personer med somatiske eller psykisk sjukdom skade eller liding, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.»

I samhandlingsreforma er førebygging eit viktig element. Med utgangspunkt i dei framtidige helse utfordringane er det behov for å styrke dei førebyggjande helsetenestene i kommunen. Målsettinga vil vere å nytte og vidareutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, motverkar, risiko for funksjonstap med bortfall frå skule og arbeidsliv, og som påverkar individet si eigen meistring og reduserer risikoen for sjukdomsutvikling.

Heimebasert omsorg er og ein del av dette arbeidet.

Slik vil vi ha det:

Personar med behov for pleie- og omsorgstenester skal bu lengst mogleg i eigen heim.

Med det meiner ein:

Sykkylven kommune satsar tungt på den heimebaserte tenesteytinga, og legg vekt på tiltak som har til hensikt å gjere det mogeleg for personar å bu i eigen heim. Det vil seie å sette inn helsefremmande og førebyggjande tiltak som bygg opp under den enkelte si eigenomsorg, deira sosiale liv og samt støtte til den næraste pårørande. Tenesta har fokus på brukarmedverknad, der det visast respekt for brukaren sin sjølv bestemmelse rett, eigenverdi og livsførsel.

Heimeteneste skal ytast til heimebuande på ein slik måte at den einskilde får hjelp til å klare seg sjølv. Ein vil fokusere på rehabilitering og tilrettelegging for å støtte opp under eigen meistring av livet.

Heimebasert omsorg vert gitt i eigen bustad, i omsorgsbustadar og i bustad med heildøgns bemanning. Tenesta vert gitt i form av praktisk bistand, heimesjukepleie, personleg assistent, omsorgsløn, formidling av hjelpemiddel og heimevaktmeister.

Heimebasert omsorg vil i åra framover stå overfor mange nye og vidareutvikling i eksisterande oppgåver. Tenesta får fleire brukarar med samansette hjelpebehov. Grunnen til dette er kortare liggetid på sjukehus, komplekse problemstillingar som krev spesialkompetanse, terminal pleie der ein legg til rette for avslutting av livet i heimen, fleire unge personar har samansette hjelpebehov og fleire eldre får demenssjukdom.

Då må vi:

1. Etablere eit differensiert tilbod til heimebuane.
2. Yte rett teneste til rett tid. Profesjonalisere sakshandsaminga i helse og omsorgstenesta.

3. Utvikle system som sikrar ei god samordning av ressursar og tiltak i ulike deltenester.
4. Utvikle bruken av Individuell plan som verktøy.
5. Brukarar som det er aktuelt for, skal kjenne til ordninga med Brukarstyrt Personleg Assistent (BPA).
6. Vi skal fokusere på rehabilitering til tenestemottakarar i eigen heim.

Noko vi oppnår ved:

1. Å gi korttids- og avlastingstilbod.
2. Å ha nok tilrettelagte bustadar.
3. Å ha nok bustadar med heildøgns bemanning.
4. Å drive oppsøkande verksemd ift behov for hjelpemiddel og utbetring i heim.
5. Å vidareutvikle sakshandsamar kontoret.
6. Å tileigne seg nødvendig kompetanse for å gi rett teneste til heimebuande.

Effekt:

Fleire kan bu heime lenger.

Økonomiske konsekvensar:

Dette kan gi både drifts- og investeringsmessige konsekvensar.

Rusomsorg - Satsingsområde 5

"Ei god rusomsorg"

Kommunen skal sikre nødvendig tilbod av tenester som kan bidra til stimulering av eiga læring, motivasjon, auka funksjons- og meistrings evne, likeverd og deltaking. Lov om kommunale helse- og omsorgstenester seier i kap. 3 § 3-2 pkt 5 At Kommunen skal oppretthalde den sosialfagleg tilnærming for å sikre ei heilheitleg oppfølging av menneske med psykiske lidingar og rusmiddelavhengige. Kommunen skal gjennom informasjon og oppsøkande verksemd arbeide for å førebyggje og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmiddel, og spreie kunnskap om skadeverknadar ved slik bruk.

I Samhandlingsreforma seier ein at den forventa veksten i behov for helsetenester i størst mogleg grad må finne si løysing i kommunen. Det vert gitt ei beskriving og drøfting av oppgåver som er å betrakte som ei oppbygging av eksisterande oppgåver, utvikling av nye tenestetilbod og flytting av oppgåver frå spesialisthelsetenesta. I rusomsorga vil dette innebere kommunale tilbod innan førebygging, tidleg intervensjon, lavterskel tilbod, forsterka butilbod, ambulante team.

Slik vil vi ha det:

I Sykkylven kommune vil ein arbeide for å avgrense skadeverknadar av ulike former for rusmisbruk i høve einskildindivid, familie og lokalsamfunn.

I Sykkylven kommune vil ein arbeide for å gi ettervern til rusavhengige i ein rehabiliteringsprosess med siktemål å lette tilpassinga til aktivitetar, sysselsetting og mestre eige liv.

Med det meiner ein:

All statistikk viser at drikkemønsteret i Noreg nærmar seg det europeiske. Salet av brennevin er no aukande, og i tillegg vert det kjøpt vin som aldri før. Det er viktig å vere bevisst denne trenden, og at den truleg og gjeld for Sykkylven.

Fleire polutsal, meir øl i butikkar, fleire skjenkestadar, og lengre opningstider er med på å flytte grenser for kva som er akseptabel norm for forbruk.

Folkehelseperspektivet må vere utgangspunktet for rusomsorga i kommunen. For å nå målet om å redusere dei negative helsemessige og sosiale konsekvensane av rusmiddelbruk, må vi ha ei tilnærming som er retta mot befolkninga som heilskap.

Skulen er ein nasjonal satsingsarena i det rusførebyggjande arbeidet der ein fokuserer på arbeid for å utvikle gode rammevilkår der barn og unge kan utvikle ein identitet knytt til meistring og meining, tilhøyring og deltaking.

Koordinering, rettleiing, opplæring, informasjon og tverrfagleg samarbeid er ein føresetnad og skal stå sentralt i kommunen sitt arbeid for å nå måla. Problem knytt til alkohol og narkotika føreset tverrfagleg samarbeid med primær- og sekundærtenesta for å kunne motivere til gode val.

Det er viktig å sikre integrering av planen i heile kommuneorganisasjonen. Bruk av rusmidlar er ikkje berre eit problem for rusmisbrukaren, men i hovudsak eit problem for familien, nærmiljøet og samfunnet elles.

Ettervern vil vere ei av mange viktige oppgåver kommunen må arbeide meir med. Det vanskelegaste er ikkje å bli rusfri, utfordringa er å leve eit rusfritt liv. Det er etter institusjonsopphald at arbeidet med ettervern startar. Eit godt ettervern skal hjelpe den enkelte tilbake til samfunnet. Heilskapstenking, samhandling og koordinering av tenester er ein føresetnad for å lukkast med ettervern.

Då må vi:

1. Førebyggje alle typar rusmiddelmissbruk
2. Tilby rådgjeving, hjelp og behandling for personar med rusmiddelproblem og deira pårørande.
3. Utarbeide ruspolitisk handlingsplan.
4. Etablere eit godt koordinert etterverns tilbod i kommunen

Noko vi oppnår ved å:

1. Gjennomføre haldningsskapande arbeid i samarbeid med heim og skule.
2. Tilby barn og ungdom aktivitetar i rusfritt miljø.
3. Gi tilbod om behandlings- og omsorgstiltak som skal spele på lag med frivillige organisasjonar, grupper og einskildpersonar.
4. Etablere fast teneste som rus-koordinator i kommunen.

5. Behandle skadeverknader av rusmisbruk ved å sørge for god og rask formidling til behandlingstilbod og god oppfølging etter behandling.

Effekt:

Fleire vil vere motiverte til å gjere gode val ift bruk av rusmiddel.
Eit godt ettervern vil få rusavhengive tilbake til eit normalt samfunnsliv.

Økonomiske konsekvensar:

Dette vil medføre økonomiske konsekvensar for fleire einingar.

Psykisk helsearbeid - Satsingsområde 6

«Vi arbeider for at den enkelte skal meistre eige liv»

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester seier i kap. 3, § 3-1 «Kommunen skal sørge for at personer som oppheld seg i kommunen, tilby nødvendige helse- og omsorgstenester.

Kommunens ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, derunder personer med somatiske eller psykisk sjukdom skade eller liding, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.»

Kommunen sitt lovfesta ansvar i psykisk helsearbeid er å tilby helsefremmande og førebyggjande tenester, kartleggje hjelpebehov til den enkelte tenestemottakar og yte tenester ut frå den enkelte sine individuelle behov.

Kommunen pliktar å samhandle mellom deltenestene, og andre tenesteytarar om dette er nødvendig for å tilby tenesta som er omfatta av lova.

I Samhandlingsreforma seier ein at den forventade veksten i behov for helsetenester i størst mogleg grad skal gjennomførast i kommunen. Det vert gitt ei beskriving og drøfting av oppgåver som er å betrakte som ei oppbygging av eksisterande oppgåver, utvikling av nye tenestetilbod og flytting av oppgåver frå spesialisthelsetenesta. I psykisk helsearbeid vil dette innebere kommunale tilbod innan førebygging, tidleg intervensjon, lavterskel tilbod, forsterka butilbod, ambulante team.

Slik vil vi ha det:

Kommunen si psykiatriteneste skal vere med å gi gode tenester til innbyggjarar gjennom førebyggjande, omsorgsgivande og behandlande tiltak. Tiltaka skal ha fokus på brukarmedverknad, integrering og normalisering.

Med det meiner ein:

Psykisk helsearbeid er i stadig endring. Krav om individuelle løysingar og brukarmedverknad set store krav til fleirfagleg kompetanse og samordning. På same

måte er behovet for å kunne leve fullverdige liv slik ein sjølv ynskjer det, i prinsippet like sjølvsagt anten ein har ein psykisk sjukdom eller ikkje.

Personar som har behov for psykisk helsehjelp i korte eller lengre periodar av livet, skal få dette gjennom ei kvalifisert tilrettelagt psykiatriteneste i kommunen.

Då må vi:

1. Etablere eit differensiert tilbod til brukarar av psykiatritenesta i kommunen..
2. Gi rett teneste til rett tid. Profesjonalisere sakshandsaminga i helse og omsorgstenesta.
3. Utvikle system som sikrar ei god samordning av ressursar og tiltak i ulike deltenester.
4. Utvikle bruken av Individuell plan som verktøy.

Noko vi oppnår ved å:

1. Fokusere på førebyggjande psykososialt arbeid i helsestasjon og skulehelsetenesta
2. Oppretthalde helsestasjon for barn og ungdom.
3. Vidareutvikle PPT – pedagogisk psykologisk teneste.
4. Samhandle med barnevern tenesta
5. Vidareutvikle psykisk helseteam/-dagsenter tilbod.
6. Bruke psykologteneste
7. Samhandle med NAV/sosialtenesta og ruskoordinator

Effekt:

Rett teneste til rett tid. Til det beste for brukar og ressursbruken til kommunen.

Økonomiske konsekvensar:

Dette vil få økonomiske konsekvensar for fleire kommunale einingar.

Demensomsorg - Satsingsområde 7

"God demensomsorg"

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester seier i kap. 3, § 3-1 «Kommunen skal sørge for at personer som oppheld seg i kommunen, tilby nødvendige helse- og omsorgstenester.

Kommunens ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, derunder personer med somatiske eller psykisk sjukdom skade eller lidning, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.»

I samhandlingsreforma vert det lagt til grunn at den forventta veksten i behov i ei samla helseteneste i størst grad må finne si løysing i kommunen. Kommunen skal sørge for ei heilheitleg tenking med forebygging, tidleg inngripsjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging slik at heilheitlege pasientforløp kan ivaretaast innanfor beste effektive omsorgsnivå.

Slik vil vi ha det:

Personar med demenssjukdom skal ha eit tilrettelagt bu- og aktivitetstilbod,

Med det meinast:

Menneske med demenssjukdom skal oppleve ein mest mogleg meiningsfull kvardag, åleine og i fellesskap med andre.

Ein av dei største omsorgs utfordringane vi står overfor som følgje av auka levealder og endra alderssamansetning i befolkninga, er talet på menneske med demenssjukdom. Talet vil sannsynlegvis fordoble seg i løpet av 35 år. Den sterkaste veksten vil skje om 10-15 år.

Personar med demenssjukdom er aukande også i kommunen vår. Tilboda til desse personane er ikkje gode nok i dag. Denne brukargruppa krev ei individuell godt tilrettelagt teneste. Her er tid svært avgjerande. Dei er ofte fysisk friske, men må ha mykje hjelp/tilrettelegging ved daglege gjeremål, måltid o.l.

Demensteamet (demenskoordinator) som består av to geriatriske sjukepleiarar, 2 x 10 % stilling og fastlegane er ei vellukka ordning. Ei av oppgåvene er å "fange opp" personar der det er misstanke om ein demenssjukdom, kartlegge og utrede dei i forhold til behovet for behandling og andre helsetenester. Men ein ser at det trengst meir ressursar for å kunne gi ei enda betre teneste, både til brukar og pårørande. Det vanskelege arbeidet er å gi rett teneste til den enkelte brukar. Kommunen manglar tilbod som denne brukargruppa har behov for. Erfaringar som er gjort, tyder på at god rådgjeving og veiledning av pårørande kan utsette tidspunkt for institusjonsinnlegging for personen med demenssjukdom. Men dette åleine er ikkje nok.

Dagsenter for personar med demenssjukdom har ein ikkje Sykkylven. Dette er eit tilbod som det haster med å få på plass. Dersom ein kan gi tilbod til 6-8 personar med demenssjukdom daglig, vil dette kunne utsette behovet for å kome til institusjon/heildøgs bustad med inntil 2 år for kvar enkel brukar. Dagsenter for personar med demenssjukdom krev personale med spesialkompetanse innan fagfeltet.

Sykkylven kommune har i dag ei skjerma avdeling med 13 institusjonsplassar for personar med demenssjukdom. Dette er plassar til personar med demenssjukdom som har behov for forsterka skjerming. Mange personar med demenssjukdom har ikkje behov for dette og vil kunne bu i omsorgsbustad med heildøgns bemanning. Kommunen har bufellesskap i heimebasert omsorg som blir brukt i demensomsorga. Erfaringar viser at vi treng fleire plassar som er tilrettelagt for denne brukargruppa.

Då må vi:

1. Opprette dagtilbod for personar med demenssjukdom.
2. Etablere eit godt fungerande demensteam, som arbeider med personar med demenssjukdom og pårørande.
3. Nok tilrettelagte bu-tilbod for personar med demenssjukdom

4. Nok fagkompetanse i demensomsorga.

Noko vi oppnår ved å:

1. Opprette eit dagsenter for heimebuande personar med demenssjukdom.
2. Auke ressursane i Demensteamet
3. Omdefinere eksisterande bustadar og/eller bygge fleire institusjon-/ heildøgns plassar tilrettelagt for personar med demenssjukdom, gjeld både i utforming av bustad, uteområde og nok tilsette med fagkunnskap om demens.
4. Kommunen må vere pådrivar til at personalet tar utdanning/vidareutdanning på fagfeltet.
5. Vidareutvikle avlastingstilbod til pårørande.

Effekt:

1. Fleire personar med demenssjukdom kan bu lenger i eigen bustad.
2. Personar med demenssjukdom får eit meir verdig liv.
3. Personar med demenssjukdom som treng døgnteneste får tilbod om tilrettelagt bustad.
4. Pårørande får tilstrekkeleg avlasting frå tyngande omsorgsoppgåver.

Økonomiske konsekvensar:

Dette vil ha økonomiske konsekvensar for fleire einingar i kommunen. Dette gjeld både drift og investering. I enkelte høve kan det søkjast tilskot frå fylket.

Tenesteyting på institusjon – Satsingsområde 8

"Institusjon med fokus på behandling"

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester seier i kap. 3, § 3-1 «Kommunen skal sørge for at personer som oppheld seg i kommunen, tilby nødvendige helse- og omsorgstenester.

Kommunens ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, derunder personar med somatiske eller psykisk sjukdom skade eller lidning, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.»

I Samhandlingsreforma seier ein at den forventa veksten i behov for helsetenester i størst mogleg grad må finne si løysing i kommunen. Det vert gitt ei beskriving og drøfting av oppgåver som er å betrakte som ei oppbygging av eksisterande oppgåver, utvikling av nye tenestetilbod og flytting av oppgåver frå spesialisthelsetenesta. I institusjon vil dette innebere tilbod før, i staden for og etter sjukehusopphald som døgnplassar for observasjon, etterbehandling, lindrande behandling, rehabilitering og habilitering.

Slik vil vi ha det:

Institusjon – sikre tryggleik og eit kvalitativt godt tilbod i nærleiken av heimen i staden for innlegging på sjukehus.

Med det meiner ein:

Sykkylven kommune skal utvikle institusjonstenesta si i retning av behandling, rehabilitering, lindrande behandling. Dette kan vere korttidsopphald mellom sjukehus og eigen bustad. Institusjonen vil og vere langtidsopphald, og opphald ved livets slutt. Kommunehelsetenesta skal styrkast slik at viktige helsetenester kan løysast lokalt. Kommunen må førebu seg på dei utfordringane som kjem. Dei nye oppgåvene vil krevje robuste fagmiljø som kan møte dei.

Samhandlingsreforma vil truleg medføre at Sykkylven kommune vil samarbeide tett med nabokommunane for å etablere institusjonsfunksjonar som utgjer eit alternativ for mange som i dag må få behandling på sjukehus. Tal på sjukeheimplassar må framover sjåast i samheng med realiseringa av samhandlingsreforma og utvikling av interkommunale tenester.

I Sykkylven kommune har vi i dag 34 institusjonsplassar, som vert nytta av pasientar med ulike behov. Institusjonen vert nytta til langtids-, korttids- og avlastingsopphald. Det har tidvis vore for få institusjonsplassar i forhold til behovet, som har vore ei utfordring i ytinga av gode nok tenester, nok personale, kompetanse osv.

Då må vi:

1. Sikre at vi kan levere nok institusjonsteneste.
2. Etablere eit tilbod i sjukeheim slik at sjukehusinnlegging kan unngåast.
3. Styrke legetenesta i sjukeheim og den heimebaserte omsorga.
4. Fortsette å ha palliative sengeplassar i institusjonen.

Noko vi oppnår ved å:

1. Sikre nok plassar med heildøgns teneste.
2. Auke kompetanse til fagutdanna og ufaglærde i institusjon for å handtere nye oppgåver som skal løysast i kommunen.
3. Auke ressursen til tilsynslege for å sikre ei fagleg forsvarleg teneste.
4. Jobbe mot å ha ledig sengeplass for palliativ behandling og pleie.
5. Auke fokuset på rehabilitering i pleietenesta i institusjon.
6. Bruke ergoterapi/fysioterapi aktivt i rehabiliteringsarbeidet på institusjon.
7. Koordinere rehabiliteringstenesta mellom institusjon og den heimebaserte tenesta.
8. Opprette kommunalt legesenter og kommunal lege ved institusjonane.

Effekt:

Redusere tal innleggingar på sjukehus.

Fleire er i stand til å bu i eigen heim etter opphald på institusjon.

Økonomiske konsekvensar:

Dette vil få økonomiske konsekvensar både på drift og investering.

Kompetanse – Satsingsområde 9

«Eit kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetenesta»

Helsepersonellova seier i kap. 2, § 4 «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlege og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå helsepersonellens kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

«Med helsehjelp meinast ei kvar handling som har førebyggjande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande, rehabiliterande eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.»

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester seier i kap. 3, § 3-1 «Kommunen skal sørge for at personer som oppheld seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstenester.

Kommunens ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper, derunder personer med somatiske eller psykisk sjukdom skade eller lidning, rusmiddelproblem, sosiale problem eller nedsett funksjonsevne.»

I samhandlingsreforma er eit av hovudgrepa å gi kommunen større ansvar i pasient forløpet. Kommunen skal få fleire og nye helsetenester som skal handterast i kommunen. Det vil slik verte ei forskyving av ansvar frå sjukehusa og ut til kommunane. Dei nye oppgåvene vil krevje ny kompetanse til kommunane.

Slik vil vi ha det:

Sykkylven kommune skal ha tilstrekkeleg og rett kompetanse til å handtere dagens og framtidige omsorgsoppgåver.

Med det meiner ein:

Å rekruttere og behalde personale er en viktig føresetnad for god kvalitet på pleie og omsorgstenesta i kommunen. For å lukkast med det framtidige helse- og omsorgsarbeidet er vi avhengige av å ha rett kompetanse for å utføre oppgåvene.

I dei ulike fagområda innan helse- og omsorg sektoren vil ein ha behov for både meir og ny kompetanse. Dette vere seg i pleie og omsorg, habilliteringstenesta og rusomsorga.

Samhandlingsreforma peikar på muligheita for å nytte framtidige tilgjengelege ressursar annleis enn vi gjer i dag. I den samanheng vert det viktig og sjå på behovet for ulike helsepersonell grupper framover og tiltak som kan i verksettast for å møte framtidige behov for kompetanse. Samhandlingsreforma legg vekt på at skal vi lukkast med reforma må det arbeidast med helsepersonalet sin kompetanse i sektoren.

Samhandlingsreforma vektlegg behovet for meldingsutveksling og samhandling elektronisk om reforma skal lukkast. Helsesektoren må kombinere arbeidet med

innføring av elektronisk samhandling med organisasjonsutvikling og endring av samarbeids rutinar for å oppnå forventa effekt og kvalitet i tenesta. Dette vere seg internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartar. Kompetansekrav rettar seg mot mellom anna brukarar av pasientjournal-system, velferdsteknologi og meldingsutbreiing. Dette skal bidra til betre informasjonsflyt og betre kvalitet på tenestene.

Då må vi:

Sikre nok kompetanse til framtidige helsetenester i kommunen.

Noko vi oppnår ved å:

1. Utarbeide kompetanseplan for helse og omsorgssektoren.
2. Motivere tilsette til å utdanne/vidareutdanne seg.
3. Tilby helsepersonale stillingsprosenten som er tenleg for den enkelte for å stå i arbeid.
4. Gjere kommunen attraktiv for tilflytting. Dette vere skuletilbod, barnehageplassar, hus tomter. etc.
5. Organisere helsetenestene slik at kompetansen vert brukt på rett måte i tenesteytinga.
6. Ha nok legeteneste i kommunen.
7. Å skaffe kompetanse som vi manglar i kommunen.
8. Gi økonomiske støtteordningar til ulike utdanningar.
9. Tilby lærlingplassar i helsefag.
10. Tilby interne kurs/opplærings program.
11. Tilby medfinansiering av helsefagarbeidarar, ufaglærde vaksne, få tilbod om utdanning.
12. Kommunen vere med i interkommunale nettverk innan ulike fagfelt.

Effekt:

Innbyggjarane får gode helsetenester i kommunen.

Økonomiske konsekvensar:

Dette får økonomiske konsekvensar både gjennom opplæring og oppretting av stillingsheimlar.

7. Strategiar og tiltak

Med bakgrunn i utfordringane har ein formulert mål og strategiar som resulterer i mange tiltak. Dei tiltaka ein vil prioritere gir grunnlag for ei oversikt over investeringar som også fører til driftsutgifter.

Prioriteringar av desse kostnadane må kome i ein konkret handlingsplan.