



Sogndal kommune

God helse og omsorg
vårt felles ansvar

PLAN FOR HELSE OG OMSORG

2014 - 2022



Innhold

1. Innleiing	3
2. Nasjonale føringar	4
2.1 Stortingsmeldingar og NOU-ar	4
2.2 Nytt lovverk	8
2.3 Økonomiske verkemiddel	11
2.4 Økonomiske rammevilkår set grenser	11
3. Kommuneplan 2010 - 2022	12
4. Folkehelseprofil	13
5. Ressursinnsats og tenester	14
5.1. Helsetenesta	14
5.2 Pleie- og omsorgstenesta	19
5.3. Kommunale bustader til omsorgsføremål	22
6. Organisering, samhandling og planbehov	26
7. Visjonen for helse- og omsorgstenesta	32
8. Handlingsdelen 2015- 2018	33

1. Innleiing

Kunnskap om korleis helse- og omsorgstenestene har utvikla seg i fortid er viktig når vi skal utforma dei framtidige tenestene. Tenestene er til dels forma av det til ei kvar tid rådande sjukdomsbilete og av dei medisinske muligheitene, og dels av den allmenne samfunnsutviklinga.

Dei fleste som bur i Noreg i dag er friske og har god helse, men det er store ulikskapar både i helse og forbruk av helsetenester knytt til mellom anna sosioøkonomisk status, kjønn og kulturell bakgrunn.

Hjerte- og karsjukdomar, kreft og kroniske luftvegssjukdomar er årsak til to tredeler av alle dødsfall. På grunn av betre førebygging og behandling av smittsame sjukdomar, betre behandling av akutt sjukdom og aukande levealder har pasientar med kroniske sjukdomar vorte den største pasientgruppa i helsevesenet. Dei dominerande sjukdomsgruppene er no hjerte- og karsjukdomar, kreft, diabetes, luftvegssjukdomar, muskel- og skjelettsjukdomar, ulukker og psykiske lidingar.

Førebyggjande helseteneste var det viktigaste enkelttiltaket fram til andre verdskrigen. Etter 1945 kom nye legemiddel, m.a. mot infeksjonar, og moderne teknologi har revolusjonert både medisinsk og kirurgisk behandling.

Helsetenesta er basert på ein likskaps- og fellesskapsideologi, der desentralisering og ei sterk primærhelseteneste er sentrale element. Økonomisk vekst er avgjerande for omfanget av helse- og omsorgstenester. Utdanningsrevolusjonen kombinert med fleire formelle rettar har endra forholdet mellom tenesteytar og brukar.

Det er gjennomført fleire helsepolitiske reformer. Samhandlingsreforma oppsummerer dei viktigaste utfordringane slik: behov for meir førebyggjande arbeid, behov for breiddekompetanse og heilskapelege tenester og sikring av ei berekraftig helse- og omsorgsteneste i møte med framtidens sjukdomsbilete og befolkningssamansetnad.

Tilbodet i spesialisthelsetenesta er viktig for det samla helsetilbodet til innbyggjarane. Denne planen inneheld omtale av dei kommunale helse- og omsorgstenesten og ikkje av spesialisthelsetenesta.

Kommunen skal yte gode helse- og omsorgstenester til innbyggjarane, Gode fagfolk i utviklande arbeidsfellesskap er avgjerande for å få dette til. Å motta helse- og omsorgstenester er ein rett, men kan og vere krevjande. Respekt og verdigheit er nøkkelord for å yte gode tenester. God kommunikasjon mellom innbyggjarane, medarbeidarane, administrasjon og pårørande er ein føresetnad for gode løysingar.

2. Nasjonale føringar

2.1 Stortingsmeldingar og NOU-ar

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



omsorgsutfordringer peikar på fem viktige utfordringar når det gjeld framtidige helseutfordringar:

- nye yngre brukargrupper
- fleire eldre med hjelpebehov
- knapp tilgang på fagpersonell og frivillige omsorgspersonar
- manglande samhandling og medisinsk oppfølging
- mangel på aktivitet og dekking av psykososiale behov.

Meldinga skisserer fem langsiktige strategiar for å møte desse utfordringane:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitets- og kompetanseauke
- samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold
- partnerskap med familie og lokalsamfunn
- ta i bruk ny teknologi.

I *Omsorgsplan 2015* er strategiane konkretiserte i ulike tiltak. Planen inneheld m.a. ein eigen kompetanse- og rekrutteringsplan, *Kompetanseløftet 2015*, og ein eigen plan for demensomsorga, *Demensplan 2015*.

St.meld. 47 (2009-2010) Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma byggjer på ei overordna målsetjing om å redusera sosiale helseskilnader, og at alle skal ha eit likeverdig tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, lønn, etnisk bakgrunn og den enkelte sin livssituasjon.

Måla med reforma er:

- Auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid.
- Dempa veksten i sjukehusenester ved at ein større del av helsetenestene vert ytt av kommunehelsetenesta – med like god eller betre kvalitet samt kostnadseffektivitet.
- Meir heilskapelege og koordinerte tenester gjennom forpliktande samarbeidsavtalar og avtalte behandlingssløp.
- Sikra ei berekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren gjennom effektiv ressursbruk.

Kommunane skal ha eit samordna tilbod, gjerne i samhandling med andre kommunar, som omfattar både førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging slik at ein i størst mogeleg grad kan ivareta eit heilskapeleg pasientløp. Omsorgstrappa illustrerer at tenestetilbodet går frå å dekkja små hjelpebehov (lågterskeltilbod) og til

omfattande hjelpebehov (døgntilbod). Når ein har tenestetilbod på ulike nivå, vil tilbodet kunna tilpassast behovet til den enkelte.

Det er og eit sentralt poeng at kommunane skal sjå helse- og omsorgstenesta i samanheng med utviklinga på andre samfunnsområde der kommunane har ansvar og oppgåver.

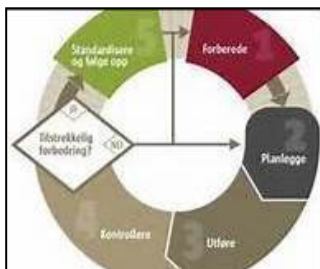
Dei viktigaste strategiske grepa som ligg i dette er:

- Å ha ei helse- og omsorgstrapp med fleire nivå, slik at vi får god balanse mellom dei ulike tenestnivå og at vi evnar å gje individuelt tilpassa tenester.¹
- Å styrkja det førebyggjande arbeidet i lokalsamfunnet og på alle nivå i omsorgstrappa.
- Å satsa på helsefremjande og førebyggjande arbeidet, samt habilitering og rehabilitering, som skal gje auka livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetenesta.
- Auka brukarmedverknad som skal gje betre tenestekvalitet og auka oppleving av meistring hjå den enkelte.
- Å tilpassa tenestetilbodet til framtidig inntektsnivå.

Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tenester

Meldinga har ei brei tilnærming til kvalitet, tenestene skal:

- Vera verknadsfulle.



- Vera trygge og sikre.
- Involvera brukar og leggja til rette for medverknad frå brukar.
- Vera samordna og prega av kontinuitet.
- Utnytta ressursane på ein god måte.
- Vera tilgjengelege og rettferdig fordelte.

Målet er eit meir brukarorientert tilbod, auka satsing på systematisk kvalitetsarbeid, betre tryggleik for pasientane og færre uønska hendingar. For å få dette til skal det satsast på tiltak som ein meir aktiv pasient- og brukarrolle, strukturar som støttar kvalitetsarbeidet, kvalitetsarbeid i tenestene, openheit om kvalitets- og pasienttryggleik og betre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

¹) Sogndal kommune si omsorgstrapp, sjå vedlegg 1.

Meld. St.9 (2012-2013) En innbygger- en journal



I denne meldinga om digitale tenester drøftar regjeringa dei store utfordringane knytt til informasjonsteknologi i helse og omsorgstenesta, og presenterer ein samla strategi for betre endringsevne og legg til rette for meir heilskapleg utvikling av IKT-system.

Innovasjon i omsorg – NOU 2011:11



I mandatet er det lagt vekt på at utvalet særleg skal arbeida med:

- Ny teknologi.
- Arkitektur og nye buformer.
- Brukarmedverknad og eigen meistring.
- Forsking og utvikling.

Hagen-utvalet har utgreidd nye grep og løysingar for å møte omsorgsutfordringane i eit tidsperspektiv som går utover *Omsorgsplan 2015* med særleg fokus på ny teknologi, alternative bu- og organisasjonsformer, nye faglege metodar og arbeidsformer, forskning, innovasjon og næringsmuligheiter. Vidare er det lagt vekt på at framtidens tenestetilbod i tråd med *Omsorgsplan 2015* skal ha ein meir aktiv profil som stimulerer til sterkare brukarmedverknad, eigenmeistring og aktiv deltaking frå den einskilde, familien og det sosiale nettverket.

Utvalet sine hovudforslag er:

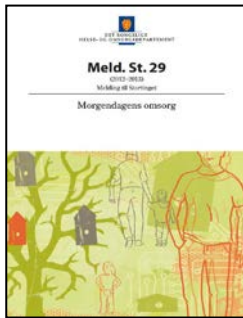
Næromsorg – Den andre samhandlingsreforma rettar blikket mot familie og lokalsamfunn og er basert på næromsorg, medborgarskap og samproduksjon. Reforma inneheld m.a.:

- Nye arbeidsmetodar og faglege tilnærmingar med større vekt på aktiv omsorg, kvardagsrehabilitering, gruppemetodikk, kultur og trivsel.
- Ein ny og moderne pårørande politikk.
- Ei omsorgsteneste som organiserer seg inn mot familie og nærmiljø, med satsing på heimetenester, opne institusjonar og nettverksarbeid.

Teknoplan 2015 er ein tre stegs plan for spreiding og praktisk bruk av velferdsteknologi som går inn i *Omsorgsplan 2015*. Første steg i planen er å vidareutvikla tryggleiksalarmen til ein tryggleikspakke som inkluderer tilrettelegging for smarthus.

Nye rom – framtidens bustadløysingar og nærmiljø. Utvalet føreslår eit nytt konsept der høg bustandard og tenestetilbod kan kombinerast på ulike måtar og stimulera til eit mangfald av løysingar.

Meld. St.29 (2012-2013) Morgendagens omsorg



Meldinga byggjer på *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg* og skal leggja grunnlaget for ein framtidsretta politikk for dei kommunale omsorgstenestene fram mot dei store demografiske utfordringane sektoren står framfor i tiåra frå 2025.

Omsorgsplan 2020

Bodskapen i *Omsorgsplan 2020* er at med tanke på dei demografiske utfordringane som ventar for fullt om 10 -15 år, så bør vidare vekst organiserast slik at han støttar opp om og utløyser alle ressursar som ligg hjå brukar, familie og sosiale nettverk, i nærmiljø og lokalsamfunnet, i ideelle organisasjonar og næringsliv som tek sin del av samfunnsansvaret. Dette vil krevje omstilling av den faglege aktiviteten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfagleg samarbeid, førebygging, tidleg innsats og rehabilitering.

Samtidig som *Omsorgsplan 2015* er i ferd med å bli gjennomført er arbeidet med å laga ein ny plan, *Omsorgsplan 2020*, starta. For å skap ein gradvis overgang/kontinuitet vert element av *Omsorgsplan 2020* som har ein meir innovativ innretning enn *Omsorgsplan 2015*, lagt inn i denne.

I første fase av programperioden er det lagt vekt på tiltak som støttar pårørande og styrkjer samspelet mellom helse- og omsorgstenestene og pårørande:

- Fleksible avlastningsordningar.
- Pårørandestøtte, informasjon, opplæring og rettleiing.
- Samspel og samarbeid.
- Forbetring av ordninga med omsorgsløn.
- Forsking og utvikling.

I neste fase skal ein greia ut spørsmål om endringar i økonomiske kompensasjonsordningar.

Den framtidige omsorgstenesta skal skapa tenestetilbodet saman med brukarane, samhandla med pårørande, ta i bruk velferdsteknologi og mobilisera lokalsamfunnet på nye måtar. Nye arbeidsmetodar og samspel med familie og nettverk vil samla stilla store krav til endring i kompetanse og rekruttering, og bety nye måtar å organisera tenestene på. Tre område peikar seg ut som nokon av omsorgstenestene sine viktigaste utfordringar og muligheiter: Aktiv omsorg, kvar dagsrehabilitering og omsorg og død.

Morgondagens omsorgsomgjevnad

Bruk av velferdsteknologi og universell tilpassing vil gjera det lettare å ta imot omsorgstenester i eigen heim, og korleis framtidige sjukeheimar og omsorgsbustader vert utforma vil bety mykje både for tenesteytinga og for samspelet med pårørande og lokalsamfunnet. I meldinga er det lagt vekt på dette:

- Smått er godt – små bufellesskap og avdelingar.
- Eit tydeleg skilje mellom buform og tenestetilbod, tenestetilbod og ressursinnsats skal knytast til den enkelte sine behov.
- Eit tydeleg skilje mellom privatareal, fellesareal, offentleg areal og tenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsføremål.
- Buløysingar som er tilrettelagde for bruk av ny velferdsteknologi og som har alle nødvendige bufunksjonar innafør privatarealet.

- Ei omsorgsteneste med buformer og lokale som er ein integrert del av nærmiljøet der dei offentlege areala vert delt med resten av befolkninga.

Velferdsteknologiprogrammet

Auka bruk av velferdsteknologi skal vera med å

- Gjera det lettare for brukarane å meistra eigen kvardag.
- Gje brukarane og pårørande større tryggleik.
- Leggja til rette for å delta i brukarnettverk og ha løpande kontakt med kvarandre og med hjelpeapparat.

Kompetanse

Nye arbeidsmetodar og samspel med familie og nettverk vil stilla store krav til endring i kompetanse og rekruttering og bety nye måtar å organisera tenestene på. Det er behov for omstillingsarbeid som har fokus både på det pleiefaglege arbeidet og som tek i bruk breiare tverrfagleg kompetanse på rehabilitering og sosialt nettverksarbeid.

Kompetanseløftet 2015 skal sikra tilstrekkeleg, stabil og kompetent bemanning i omsorgssektoren, helsefagarbeidarar. Omsorgsplan 2020 vil ha fokus på å heva det faglege kompetansenivå, auka delen som har høgskuleutdanning og leggja til rette for internopplæring. Nytt innhald og ny fagleg tilnærming vil og krevja at kommunane må vurdera innretning og organisering av tenestene sine, både internt og i relasjon til andre.

2.2 Nytt lovverk

Samhandlingsreforma er ei retningsreform som skal innførast gradvis. Det er eit førande prinsipp å desentralisera det vi kan, og sentralisera det vi må. For å nå måla er det teke i bruk eit breitt sett av verkemiddel. I 2012 fekk vi fleire nye lover, lov om folkehelsearbeid (folkehelselova), lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) og lov om pasient- og brukarrettar.

Lov om folkehelsearbeid

Folkehelselova skal medverka til ei samfunnsutvikling som styrkjar folkehelsa og utjamnar sosiale ulikskapar i helse og levekår. Ansvaret for folkehelsearbeid er lagt til kommunen (ikkje helsetenesta).

Det er krav om at kommunane skal ha god oversikt over helsetilstanden/ utfordringar hjå innbyggjarane og påverknadsfaktorar, krav om politisk forankring av mål og strategiar og som er eigna til å møte desse utfordringane, samt å setja i verk tiltak.

Figuren viser faktorar som påverkar helsa. Desse går frå personlege eigenskapar som alder og kjønn til samfunnstilhøve som kultur, bu- og nærmiljø, utdanning og sosiale nettverk. Dei faktorane som ligg bak kan fremja helse, eller det motsette: auka risikoen for sjukdom



Faktorar som påverkar helse, Whitehead og Dahlgren

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester

Kommunane sitt lovmessige ansvar for å yta helse- og omsorgstenester er nedfelt i helse- og omsorgstjenestelova som vart sett i verk 01.01.2012. Lova tydeleggjer kommunane sitt overordna ansvar for helse- og omsorgstenesta utan at kommunane vert pålagde bestemte måtar å organisera tenestene på. Det tidlegare skiljet som var mellom helse- og omsorgstenester, er oppheva, tenestene har no felles regelverk og felles klage- og tilsynsinnsans. Samanlikna med tidlegare lovverk er kommunane sine plikter i all hovudsak vidareførde, men pliktene er utforma meir overordna og profesjonsnøytralt.

Eit grunnleggande trekk ved lova er at det vert stilt tydelegare krav til samarbeid og samhandling. Kommunen skal leggja til rette for samhandling dersom dette er naudsynt for å tilby tenester etter lova. Døme er samhandling mellom ulike deltenester internt i kommunen, eller samhandling med andre tenesteytarar. Det er lovpålagt å ha samarbeidsavtalar mellom kommune og regionalt helseføretak. Lova pålegg partane å inngå samarbeidsavtalar som m.a. skal hindra at utskrivingsklare pasientar vert liggjande på sjukehus, og som sikrar at pasientar får eit tilbod om behandling i kommunen dersom behandlinga er like god eller betre enn på sjukehus.

Ein viktig intensjon i lova er m.a. garantien for nødvendig helsehjelp, krav om individualitet i vurdering og tildeling av tenester, og at hjelpa skal innrettast slik at ho byggjer opp under den einskilde sine ressursar til å meistra eige liv.

§ 3-1 viser kommunen sitt overordna ansvar for helse- og omsorgstenester:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

§ 3-2 er ei opplisting av kva kommunane har ansvaret over for:

1. *Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder*
 - a. *helsetjeneste i skoler og*
 - b. *helsestasjonstjeneste*
2. *Svangerskaps- og barselomsorgstjenester*
3. *Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:*
 - a. *legevakt,*
 - b. *heldøgns medisinsk akuttberedskap*
 - c. *medisinsk nødmeldetjeneste*
4. *Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning*
5. *Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*
6. *Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:*
 - a. *helsetjenester i hjemmet,*
 - b. *personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt*
 - c. *plass i institusjon, herunder sykehjem og*
 - d. *avlastningstiltak.*

§ 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

Kommunen har og ansvar for m.a. å tilby tenester som omsorgsløn, bustad til vanskelegstilte, brukarstyrt personleg assistent og helse og omsorgsteneste til innsette i fengsel.

Lova stiller krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav til helse- og omsorgstenestene, jf lova §4.2).. For Sogndal kommune representerer denne planen ei lokalpolitisk handsaming av kvalitetskrave til helse- og omsorgstenestene i kommunen.

Lov om pasient- og brukarrettar

Føremålet med lova er å sikra befolkninga lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gje pasientar og brukarar rettार i høve til helse – og omsorgstenester. Lova skal vera med å fremja tillitsforholdet mellom pasient/brukar og helse- og omsorgstenesta, fremja sosial tryggleik og ivareta respekten for den einskilde pasient/brukar sitt liv, integritet og menneskeverd.

Tildeling av helse- og omsorgstenester skjer med heimel i denne lova, og lova omfattar alle pasient- og brukargrupper, det vil seia personar med behov for tenester på grunn av nedsett funksjonsevne, somatisk sjukdom/skad, psykiske vanskar/lidingar, rusmiddelproblem og sosiale problem. Omfanget og nivået skal fastsetjast individuelt ut frå ei totalvurdering, tenestemottakar har altså ikkje krav på ei bestemt teneste.

Lova gir vidare rett til individuell plan for pasientar og brukarar som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester.

Lova gir rett til medverknad og informasjon, rett til samtykke (gjeld pasient, ikkje brukar), rett til journalinnsyn, rett til å stå på liste hjå fastlege, barn sin rett til medverknad og partsrettar for barn og rett til vedtak ved særleg tyngjande omsorgsarbeid.

2.3 Økonomiske verkemiddel.

Frå 01.01.12. har kommunane fått delvis betalingsansvar for behandling av medisinske diagnosar i spesialisthelsetenesta.² Samtidig er det forventa at kommunane styrkjer innsatsen i behandling av ulike pasientgrupper som alternativ til sjukehusinnlegging. Kommunane har og fått betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar frå første dag, kr 4 000 per døgn. Med bakgrunn i avtale med Helse Førde HF om ØH- senger mottek kommunen 1,6 mill. kroner til denne ordninga. Det er og ei rekkje øyremerkta tilskot som kan kommunane kan søkja på.

2.4 Økonomiske rammevilkår set grenser

Nasjonale framskrivingar viser at det er avgrensa rom for standardvekst i helse- og omsorgstenesta. Omgrepet standardvekst er i denne samanhengen auka bruk av personell per klient. Etter 2020 vil den sterke veksten i talet på personar over 80 år krevja betydeleg vekst i behovet for arbeidskraft, og dette er uavhengig av om veksten skjer i privat eller offentleg sektor. Samtidig vil ein langt mindre del av befolkninga vert yrkesaktive skattebetalarar sett opp mot ein vekst i andelen som treng tenester. I eit offentleg finansiert helsevesen vil det og vera slik opplevd behov vera langt større enn kva som er samfunnsøkonomisk forsvarleg å imøtekoma. Sjølv utan standardvekst må rundt 30 prosent av ungdomskulla fram mot 2030 velja ei utdanning innafor helse- og sosialfag dersom det skal vera tilstrekkeleg arbeidskraft.

²) Denne ordninga kan bli avvikla i løpet av denne stortingsperioden.

3. Kommuneplan 2010 - 2022

Det er gjennom ei årrekke utvikla ein Sogndalsmodell som legg ramme for kommunen som samfunn og organisasjon, jf. Kommuneplan 2010 – 2022 – samfunnsdelen, side 2.

Kommunen sin visjon er **fleire innbyggjarar og auka trivsel i Sogndal**

Vi ønskjer å byggja vidare på verdien **“gjennom samarbeid får vi ting til”**.

Dette ønskjer vi å kommunisera gjennom kortforma **“bli med på laget!”**

Måla for helse og omsorgstenesta er å fremja folkehelse og satsa på og leggje tilhøva til rette for eit verdig liv for alle uavhengig av funksjonsevne.

Strategiane er m.a å:

- styrkja brukarmedverknad,
- arbeida for å fremja økonomisk og sosial tryggleik,
- betre levekår for vanskelegstilte og å førebyggja sosiale problem,
- god samhandling mellom brukarorganisasjonane og frivillige/nærmiljø,
- god kvalitet i tildeling av tenester
- arbeida for kulturelle og sosiale tilbod som stimulerer til aktivitet, meistring og eigeansvar til eldre og funksjonshemma.

4. Folkehelseprofil

Folkehelseprofilen er eit verktøy som raskt gir eit overordnet bilete av folkehelseutfordringane i kommunen. Profilane vert utarbeidde av Folkehelseinstituttet og er eit bidrag til kommunane sitt arbeid med å skaffa seg oversikt over helsestanden i befolkninga og viktige påverknadsfaktorar. jf. Lov om folkehelsearbeid. Folkehelsebarometeret har i dag 34 faste indikatorar som viser korleis kommunen avvik frå landsnittet og fylkessnittet.

Folkehelse og levekår

Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Sogndal
Om befolkningen	1 Befolkningsvekst	1,8	0,46	1,3	prosent	
	2 Befolkning under 18 år	23	23	22	prosent	
	3 Befolkning over 80 år, framskrevet	4,2	5,4	4,1	prosent	
	4 Personer som bor alene	17	15	18	prosent	
	5 Innvandrere og norskf. med innv.foreldre	8,4	8,9	14	prosent	
Levekår	6 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	88	84	83	prosent	
	7 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	6,4	7	9,5	prosent	
	8 Inntektsulikhet, P90/P10	2,4	2,4	2,7	-	
	9 Arbeidsledige, 15-29 år	1,1	1,5	2,2	prosent	
	10 Uføretrygdede, 18-44 år	1,7	2,2	2,5	prosent (a,k*)	
	11 Barn av enslige forsørgere	11	12	16	prosent	
Miljø	12 Personskader, behandlet i sykehus	17	17	13	per 1000 (a,k*)	
	13 Miljørettet helsevern, bhg og skoler	-	-	-		
Skole	14 Trives på skolen, 10. klasse	92	87	84	prosent (k*)	
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	4,7	7,1	8,9	prosent (k*)	
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. klasse	22	29	26	prosent (k*)	
	17 Frafall i videregående skole	20	19	25	prosent (k*)	
Levevaner	18 Røyking, kvinner	10	14	15	prosent (a*)	
	19 Overvekt inkl. fedme, menn	25	30	25	prosent	
Helse og sykdom	20 Forventet levealder, menn	79,4	78,6	77,5	år	
	21 Forventet levealder, kvinner	85,0	83,8	82,3	år	
	22 Psykiske sympt. og lidelser, primærh.tj.	78	111	136	per 1000 (a,k*)	
	23 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	98	106	131	per 1000 (a,k*)	
	24 Hjerte- og karsykdom, primærh.tj.	85	104	104	per 1000 (a,k*)	
	25 Kolesterolsenkende legemidler, brukere	75	79	79	per 1000 (a,k*)	
	26 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	19	18	18	per 1000 (a,k*)	
	27 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	23	29	33	per 1000 (a,k*)	
	28 Kreft totalt, nye tilfeller	554	560	565	per 100 000 (a,k*)	
	29 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	101	82	77	per 100 000 (a,k*)	
	30 KOLS og astma, legemiddelbrukere	74	79	99	per 1000 (a,k*)	
	31 Lungekreft og KOLS, dødelighet	23	35	39	per 100 000 (a,k*)	
	32 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	243	266	255	per 1000 (a,k*)	
	33 Hoftebrudd, behandlet i sykehus	2,2	2,2	2,1	per 1000 (a,k*)	
	34 Vaksinasjonsdeknning, MMR, 9-åringer	96,4	95,2	94,4	prosent	

I oversikten er nøkkeltal i kommunen og fylket samanlikna med landstal. Tala i kolonna til venstre er alders- og kjønnskorrigerte, i kolonna til høgre er nøkkeltaka utan korrigering for skilnad i kjønn og alder. Den raude loddrette lina i midten viser gjennomsnittet for landet.

- Grøn verdi betyr at me svært sikkert kan seia at kommunen ligg betre an enn landsnivå.
- Raud verdi betyr at me svært sikkert kan seia at kommunen ligg dårlegare enn landsnivået
- Gul verdi fortel at me ikkje sikkert kan seia om kommunen ligg dårlegar eller betre an enn landsnivået.

Barometerer viser at kommunen med unntak for 2 av måla har god skåre når det gjeld levekår og helseutfordringar.³

³ St.meld. nr 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller – helseforskjellmeldinga slår fast at sjølv om den norske folkehelsa er god, så skjuler gjennomsnittstal store og systematiske skilnader mellom inntekts-, utdannings- og yrkesgrupper.

5. Ressursinnsats og tenester

5.1. Helsetenesta

Helsetenesta omfattar helsestasjon og skulehelsetenesta, anna førebyggjande helsearbeid, allmennlegetenesta, fysio- og ergoterapitenesta (behandling, habilitering og rehabilitering).

Produktivitet/einingskostnadhelse, Nøkkeltal Kostra.

Helsetenesta	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Kostragr. 8
Br.driftsutg. pr innb. ⁴ Kr.	2 642	2 720	3 013	2 404

Prioritering. Nøkkeltal Kostra

Førebyggjande helsetenester ⁵	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Kostragr. 8
Helsestasjon og skulehelsetenesta per innb. 0-20 år, kr.	1 888	2 251	2 233	1 846

Helsestasjon og skulehelsetenesta

Helsestasjon og skulehelsetenesta skal gje eit heilskapleg førebyggjande og helsefremjande tilbod til gravide og til born og unge frå 0 -20 år ved å førebyggja sjukdom og skade og ved å fremja god fysisk og psykisk helse.

Den første kontakten startar ved svangerskapsomsorga, og held fram med jamn oppfølging av borna på helsestasjon. Skulehelsetenesta er ei vidareføring av det førebyggjande arbeidet som skjer på helsestasjon. Tenesta har både individretta- og grupperetta tiltak, og tiltak retta mot nærmiljø. Oppgåvene omfattar heimebesøk, råd og rettleiing, opplysningsverksemd, vaksiner og oppfølging av born og unge. Det heilskaplege perspektivet på førebygging betyr stor grad av tverrfagleg samarbeid. Oppgåvene til helsestasjonstenesta har endra seg over tid til å fokusera meir på borna si psykiske helse.

Kommunen skal og ha eit tilbod om skulehelseteneste ved den vidaregåande skulen, i tillegg har tenesta eit tilbod om helsestasjon for ungdom opp til 20 år som er busette i kommunen. Dette er lågterskeltilbod der ungdom kan treffa helsesøster utan å tinga time.

Det er fødd mellom 90 og 100 born årleg i vår kommune. Alle får tilbod om heimebesøk innan 2 veker etter at dei kjem heim, og alle får tilbod om 12 kontrollar i løpet av dei fire første leveåra. Helsesøstrene deltek ein kveld på kvart svangerskapskurs. Det er stor fokus på mor si helse den første tida etter fødselen, og på korleis familien har det saman. Framover vil det bli auka fokus på foreldrerollen i høve til psykiske lidingar, rusmisbruk, vald og andre overgrep.

Helsesøstrene deltek i ulike fora og møte, t.d. på foreldremøte i barnehagen og ansvarsgruppemøte, og dei har koordinatorrolle i mange saker.

⁴) Brutto driftsutgifter kommunehelsetjenesten pr innbygger, konsern = (Brutto driftsutgifter funksjon 232, 233, 241/folkemengde i alt)*1000.

⁵) Netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skulehelsetjeneste pr. innbygger 0-20 år, konsern = (Netto driftsutgifter, funksjon 232/innbyggere 0-20 år)*1000

Det er fast kontortid 1,5 – 2 dagar i veka på dei tre største skulane i kommunen, og 2 – 3 dagar per halvår på dei minste skulane. Alle born får tilbod om førskuleundersøking ved 5-års alderen hjå helsesøster og lege. I løpet av grunnskulen har helsesøstrene kontakt med elevar og foreldre gjennom skjema om helseopplysningar, tilbod om samtale, klasseundervisning, vaksiner, målretta undersøkingar og foreldremøte.

Helsestasjon for ungdom er eit utanom skuletid tilbod for ungdom 13 – 19 år. Tenesta er gratis, og ein treng ikkje tinga time.

Helsesøster på vidaregåande skule har 80 prosent stilling der halve stillinga er prioritert til «ope» kontor. Fleire har veldig samansette problem som krev tett oppfølging av helsesøster, ev. lege. Ein del vert vist vidare til 2.linjetenesta. Helsesøster og skulelege brukar årleg vel 200 timar til gruppeundervisning og møte. Helsesøster har i mange år brukt mykje av tida si til det førebyggjande psykisk helse programmet VIP. I samråd med skulen vart VIP avslutta våren 2013.

Tenestene brukar profesjonell tolk til i overkant av 200 konsultasjonar årleg.

Anna førebyggjande helsearbeid

Prioritering. Nøkkeltal Kostra

Førebyggjande helsetenester ⁶	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Kostragr. 8
Anna førebyggjande helsearbeid per innbyggjar, kr.	10	123	59	100

Helsestasjon for unge vaksne (HUV) er eit samarbeidsprosjekt mellom høgskulen, Studentsamskipnaden i Sogn og Fjordane og kommunen. Her er det tilsett helsesøster i 30 prosent stilling og lege i 4 prosent stilling. Lønsumgiftene vert dekkja av SISOF. Tenesta omfattar konsultasjonar som gjeld seksuell helse.

Helsestasjonstenesta deltek i kommunen sitt folkehelsearbeid, m.a. når det gjeld oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar etter folkehelseleva § 5.

Anna førebyggjande arbeid kan vera kontrollar/screening, opplysningskampanjar, helsestasjon for eldre og helsestasjon for innvandrarar.

Sogn frisklivssentral

Ein frisklivssentral er eit lågterskel tilbod til innbyggjarane innafor helseatferdsområda fysisk aktivitet, kosthald og tobakk. Sentralen skal primært gje tilbod om hjelp til å endra levevanar. Dette skjer både gjennom individuelle motivasjonssamtalar og gruppetilbod som er sett saman på tvers av diagnosar.

Sogn frisklivssentral vart opna i mars 2013, og er ein felles frisklivssentral for kommunane Leikanger, Luster og Sogndal. Arbeidet med å få til ein felles sentral har vore ei sentral oppgåve i det interkommunale prosjektet *Folkehelse og førebyggjande helsearbeid i Sogn*. Frisklivssentralen samarbeider med frivillige organisasjonar og private aktørar om nettverks- og aktivitetstilbod.

⁶) Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse pr. innbygger, konsern = (Netto driftsutgifter, funksjon 233/ folkemengde i alt)* 1000.

Stadig fleire får kroniske sjukdommar og/eller nedsett funksjonsevne. Eit kommunalt lærings- og meistringssenter er eit tilbod for å sikra tidleg intervensjon mot sjukdomsutvikling, og som skal ha fokus på at pasientar, brukarar og pårørande skal få informasjon, kunnskap og hjelp til å takla langvarig sjukdom og helseutfordringar. Tilbodet gjeld større diagnosegrupper som t.d. diabetes, muskel- og skjelettlidingar, overvekt/fedme, angst og depresjon.

Ein frisklivssentral og eit lærings- og meistringssenter heng nært saman både når det gjeld innhald og målgruppe, og som ei forlenging av det interkommunale samarbeidet om folkehelse og førebyggjande helsearbeid, har vi eit delprosjekt som handlar om Sogn frisklivssentral kan vidareutviklast til og å bli eit lærings- og meistringssenter innafor sentrale felt, t.d. psykisk helse, overvekt og pårørande støtte ved demens.

Kvardagsrehabilitering.

Samhandlingsreforma har som mål å førebyggje meir, behandle tidlegare og samarbeida betre, og dette er og nokre av dei viktigaste elementa i kvardagsrehabilitering.

Kvardagsrehabilitering handlar ikkje så mykje om fleire ressursar, men om å bruke eksisterande ressursar på ein betre måte ved å byggja på kompetanse og gode haldningar. Det handlar om å setja fokuset på kva som er viktige aktivitetar i brukar sitt liv **no** slik at han kan vera **aktiv** i eige liv, framfor å spørje: Kva treng du hjelp til? Det handlar om korleis brukar kan oppretthalda og styrkja fysiske, sosiale og kognitive evner og utsetja aldersbetinga funksjonstap. Kvardagsrehabilitering vil ikkje erstatta ordinær rehabilitering.

Oppsettet under viser skilnaden på dagens tradisjonelle heimeteneste og behandling og kvardagsrehabilitering.

Heimeteneste	Kvardagsrehabilitering
Tek utgangspunkt i måla som er formulert ut frå lovverk og brukar sine rettar	Tek utgangspunkt i måla som er sett saman med brukar
Fokus: Tenesteyter løyser oppgåver for brukar	Fokus: Brukar skal klare oppgåver heilt eller delvis sjølv
Tid: Tidsforbruket er konstant, ev. aukande over tid	Tid: Krev mykje tid i starten, etter kvart mindre inntil brukar ideelt avsluttar tenesta

Gevinstar:

- Auka kompetanse og motivasjon hjå personalet. Utarbeida gode verktøy til systematisk bruk i behandling av pasient/brukar.
- Pasient/brukar skal oppleva auka fokus på å trenast på daglege gjeremål og arbeida etter eiga målsetjing.
- Leiarane vil oppleva auka motivasjon blant dei tilsette og omkring "nye" arbeidsoppgåver og faglege utfordringar.
- Meir effektiv tenesteyting.

Behandling - diagnose og rehabilitering

Prioritering. Nøkkeltal Kostra

Diagnose, beh. og rehab. ⁷	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Kostragr. 8
Nto.dr.utg. per innbyggj, kr.	1 214	1 190	1 247	1 288

Legetenesta

Fastlegeordninga skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetenester av god kvalitet til rett tid, og at innbyggjarane får ein fast allmennlege. Kommunen skal syta for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om nødvendige allmennlegetenester, jf. helse- og omsorgstjenestelova § 3-1 og § 3-2 første ledd. Kommunen skal organisera fastlegeordninga og syte for at personar som ynskjer det, får tilbod om fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Kommunen skal syta for tilstrekkeleg tal fastlegeheimlar. Kommunen skal syte for at innbyggjarane i kommunen får nødvendig informasjon om fastlegeordninga. Kommunen skal syta for at befolkninga får eit forsvarleg tilbod av allmennlegetenester, i samsvar med fastsette kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordninga, jf. kapittel 4. Kommunen skal syta for at det arbeidast systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukartryggleik, jf. helse- og omsorgstjenestelova § 4-1 og § 4-2. Kommunen skal inngå ein individuell avtale med alle legar som skal delta i fastlegeordninga. Avtalen skal blant anna regulera opningstid, listetak, lokalisering og eventuelle andre legeoppgåver som fastlegen skal utføra på vegne av kommunen. Avtalen bør regulera korleis fastlegen kan bidra i kommunen sitt folkehelsearbeid.

Sogndal kommune har 9 fastlegeheimlar i tillegg til turnuslege, alle lokaliserte ved Sogndal legesenter. I overkant av 8300 personar har fastlege i Sogndal. Talet på konsultasjonar er kraftig aukande. På få år er talet konsultasjonar nesten dobla. Mogelege forklaringar kan vera at me har unge legar som kanskje har ein litt anna praksis enn legar som har praktisert lenge, legane har vore meir stabile og at pasientane av den grunn brukar fastlegen meir og/eller at samfunnsutviklinga er slik at mange no søker lege for problemstillingar ein tidlegare ikkje tok kontakt med lege for, kanskje gjeld dette særleg førebyggjande arbeid.

Rekruttering og stabilisering av legar har vore ei utfordring dei siste åra. 2013 har i så måte markert eit skilje frå tidlegare år der me har sett at stabiliteten er svært god og at ein i tillegg har klart å rekruttere lege til ny heimel. Kontoret satsar på å rekruttera ved å tilby god fagleg opplæring og oppfølging.

Legevaktsamarbeidet med Leikanger fungerer godt. Legane er nógde med vaktbelastninga slik ho er no (14-delt) og ynskjer ikkje å gå inn i eit meir omfattande vaktamarbeid. Drifta av legevaktsenesta er ikkje heilt tilfredsstillande utan hjelpepersonell på kveld, natt og helg med unntak av kl. 10-15 på laurdagar.

⁷) Netto driftsutgifter til funksjon 241 pr. innbyggjer, konsern = (Netto driftsutgifter, funksjon 241/ folkemengde i alt)* 1000.

Fysioterapi

Den kommunale fysioterapitenesta skal yte førebyggjande og kurative tenester, habilitering og rehabilitering for alle aldersgrupper. Tenesta har 2 kommunale stillingar som arbeider både med førebygging, behandling og rehabilitering, ei stilling har ovudarbeidsområde barn og unge/habilitering, ei anna stilling har hovudarbeidsområde vaksne og eldre/rehabilitering og er knytt opp mot Sogndal omsorgssenteret.

Rehabiliteringsforskrifta definerer habilitering og rehabilitering som tidsavgrensa planlagde prosessar med mål og verkemiddel, der fleire fagfolk samarbeider om bistand til brukaren si eiga innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Koordinatorfunksjon knytt til vaksne og eldre ligg til kommunefysioterapeut på omsorgssenteret medan barnefysioterapeuten har ansvar for barn og unge.

Tal behandlingstimar er auka frå 2240 i 2010 til 3095 i 2012.

Sogndal kommune har god kompetanse på fysioterapi. Vi har spesialist innan barnerehabilitering, slag, psykomotorisk, fysioterapi, manuellterapi, rehabilitering/geriatri, helsepsykologi (spesielt nyttig i frisklivssentralar og kvardagsrehabilitering.) og lymfødembehandling. Ein fysioterapeut tek vidareutdanning i psykomotorisk fysioterapi.

Dekningsgrad fysioterapiteneste og legeteneste. Kjelde SSB: Nøkkeltal Kostra

Dekningsgrad	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Kostragr. 8
Legeårsverk per 10 000 innb. ⁸	10,9	10,7	12,6	9,2
Fysioterapiårsverk per 10 000 innb. ⁹	8,8	8,6	8,5	9,1

Ergoterapi

Ergoterapitenesta yter oppgåver innafor førebygging, behandling og rehabilitering. Sentrale oppgåver er å kartleggja bustad/arbeidsplass/skule/barneshage med tanke på tilrettlegging/utbetningsarbeid slik at brukarane kan nytta ordinære tilbod lengst mogeleg.

Både tenesteeining helse og sosial og tenesteeining og pleie og omsorg yter fysioterapi-tenester. Ergoterapitenesta er organsiert i pleie og omsorgstenesta.

Når det gjeld re-/habilitering, så er Kostrainformasjonen så ufullstendig at vihar valt å ikkje ta det med.

⁸) Legeårsverk pr 10000 innbyggere=(Årsverk av leger til funksjon 232, 233, 241, 253 og 120/ Antall innbygger pr 31.12)*10 000.

⁹) Indikatoren viser dekning av fysioterapeuter til funksjonene 232 (forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste), 233 (forebyggende arbeid, helse og sosial), 241 (diagnose, behandling, rehabilitering), 253 (pleie i institusjon) og 120 (administrasjon) målt i antall beregnede årsverk pr.10 000 innbyggere

5.2 Pleie- og omsorgstenesta

Pleie og omsorgstenesta omfattar ulike former for aktivisering, helse- og omsorgstenester til heimebuande, institusjonstenester og butilbod i institusjonen.

Prioritering. Nøkkeltal KOSTRA.

Omsorgstenesta	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Gruppe 8
Nto.driftsutg. til pleie og omsorg i prosent av samla nto. driftsutg. ¹⁰	32,7	33,4	31,3	28,7
Nto.driftsutg. pleie og omsorg per innbyggjar,kr.	14 209	15 385	14 838	13 886

Personell. Nøkkeltal Kostra

Omsorgstenesta	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Gruppe 8
Årsverk i brukarretta tenester med fagutdanning,prosent.	64	69	74	77

Dag- og aktivitetstilbod til eldre og personar med redusert funksjonsevne

Dag- og aktivitetstenesta arbeider primært med førebygging, dvs tiltak som gjer det mogeleg for individ og utsette grupper å delta i sosiale aktivitetar, og som styrkjer meistringsperspektivet, evna til å utvikla seg og ta i bruk egne ressursar.

Nøkkeltal Kostra

Aktivisering og støttetjenester	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Kostragruppe 8
Del av nto.dr.utg. plo ¹¹	7,7	6,7	5,2	5,7

Tenestene innafor dette området er:

- Eldresenter og dagsenter for heimebuande
- Aktivitetar for personar med utviklingshemming m.m.
- Aktivisering av born med funksjonshemming utover aktivisering knytt til grunnskuleundervising
- Andre dagaktivitetstilbod
- Transporttenester
- Støttekontakt
- Matombringing
- Velferdsteknologiske innretningar som tryggleiksalarmar
- Vask av tøy for heimebuande
- Ferietilbod og andre velferdstiltak for eldre og funksjonshemma
- Frivilligsentral
- Frisør og fotpleie til eldre og personar med redusert funksjonsevne.

¹⁰) Tjenester til hjemmeboende (f254) - andel av netto driftsutgifter til plo,

¹¹) Aktivisering, støttetjenester (f234) - andel av netto driftsutgifter til plo

Eit satsingsområde i Demensplan 2015 er å auka kapasiteten og heva kvaliteten på dagaktivitetstilbodet. Målsetjinga er at kommunane innan 2015 skal kunna tilby eit dagaktivitetstilbod, og dagaktivitetstilbodet vil bli lovfesta, truleg frå 2016. Forsking viser at tilbodet bør gjelda minst 3 dagar i veka for å kunna avlasta pårørande.

Per i dag er det i kommunen om lag 20 personar som har fått demensdiagnose som er utan tilbod om dagaktivitet. Vi har heller ikkje særskilt tilrettelagde aktivitetstilbod for yngre brukarar som har fått ein demensdiagnose.

Det er likevel ei rekkje tilbod på omsorgssenteret:

- Opphald på aktivitetssenteret – dette er eit tilbod som føreset vedtak/tilvising (både som førebyggjande tiltak og som avlastning).
- Trimgrupper på føremiddag to dagar i veka.
- Trimgrupper med rettleiing på ettermiddagstid to dagar i veka.
- Ulike opne vedtak i samarbeid med Frivilligsentralen to dagar i veka
- Skulevegen 7 C: Sitje- og taudans
- Fysisk aktivitet med innadørs ” trim-løyper

Når det gjeld tilbodet til yngre brukarar, så har kommunen aktivitetstilbod på Barka og på industriområdet på Kaupanger, og kommunen kjøper ein del tenester frå andre. Fysisk aktivitet er og ein viktig del av aktivitetstilbodet. Rådmannen sett ned ei arbeidsgruppe som skal greie ut korleis aktivitetstilbodet for personar som er psykisk utviklingshemma og innafor rus/psykisk helse i i kommunal regi kan utviklast vidare slik at ein større del av tilbodet vert gjeven i grupper og i eigen regi.

Deldøgnsomsorg

Deldøgnstenester omfattar hjelp, pleie og omsorg som vert ytt til personar som bur i eigen heim, medrekna tenester til eldre og funksjonshemma i kommunale omsorgsbustader, alt frå dei som er utan fast bemanning til fast bemanning deler av døgnet (inntil 24 timar).

Nøkkeltal Kostra

Tenester til heimebuande	Sogndal 2011	Sogndal 2012	Sogndal 2013	Gruppe 8
Heimetenesta sin del av nto. driftsutg. til plo., prosent. ¹²	65,8	66,9	68,8	55,3

Dei viktigaste brukargruppene i bustadar som har fast bemanning deler av døgnet, er brukarar innafor tenestområdet psykisk helse og rus, personar som har ei alvorleg psykisk utviklingshemming og eldre.

Tenestene omfattar:

- Praktisk bistand, daglige gjøremål og opplæring i daglige gjøremål.
- Brukerstyrt personlig assistent.
- Avlastning utenfor institusjon.
- Omsorgslønn og brukarstyrt personleg assistent (PBA)..
- Pleie og omsorg utafor institusjonen (heimesjukepleie og vedtak om bistand som ein del av det psykiske helsearbeidet).

¹²) Tjenester til hjemmeboende (f254) - andel av netto driftsutgifter til plo,

Praktisk bistand heimehjelp er tilrettelegging og rettleiing i praktiske gjeremål, eigenomsorg og personleg stell. Bistanden skal bidra til at den enkelte kan bu heime lengst mogeleg og førebyggja behov for andre tenester. Dette er betalingstenester. Praktisk bistand – opplæring i daglege gjeremål er gratisteneste. Det er utfordringar knytt til dette, t.d. kvar går grensa mellom praktisk bistand med eigenbetaling og opplæring? Kor lenge kan vi nytta opplæring?

Heildøgns pleie og omsorg

Det er ingen eintydig definisjon av kva som ligg i omgrepet heildøgnsomsorg. Vi har valt å dela tilbodet inn i tre kategoriar:

- Sjukeheim
- Heildøgnsomsorg i omsorgsbustader med base
- Heildøgnsomsorg i skjerma avdeling, bufellesskap.

For at ein bustad skal reknast som heildøgnsbemanna, må det vera tilknytt fast personale heile døgnet, det er ikkje tilstrekkeleg at heimetenestene har tilsyn med bustaden.

Sjukeheim er heildøgns omsorgstilbod som vert ytt i institusjonen. Eit slikt tilbod vert av mange oppfatta som eit høgare trinn i omsorgstrappa enn omsorg i omsorgsbustader med heildøgnsomsorg, men dette er ikkje noko som følgjer av statlege føringar eller eintydige forskningsresultat. Tilbod om omsorgsbustader/bufellesskap vert regulert av husleigelova, ei eiga forskrift, vederlagsforskrifta gjeld for heildøgnsomsorg i sjukeheim.

Omfanget av sjukeheimplassar og omsorgsbustader¹³ med heildøgns pleie og omsorg omfattar desse tilboda:

Skulevegen 7 A– institusjonsdelen	33 einingar / 37 plassar
Skulevegen 7 C – 32 fellesskapsbustader	32 einingar
Stedjevegen 27 og 29	<u>10 einingar</u>
	75 einingar

Langtidsopphald ved institusjonen er knytt til brukarar som har alvorleg somatisk helsesvikt og/eller demens, og som har omfattande behov for medisinsk pleie og omsorg. I tillegg til døgnopphald inkluderer tilbodet også dag- og nattopphald, samt tidsavgrensa opphald knytt til rehabilitering og avlastning. Fordeling av korttids- og langtidsplassar på institusjonen er flytande, ca halvparten av plassane vert nytta til langtidsopphald. Langtidsopphald i fellesskapsbustadane er tilbod til personar som har demens og/eller andre kognitive lidningar.

Stedjevegen 27 og 29 er omsorgsbustader med tilbod som sikrar dei som bur der, tenester heile døgnet. Ressursmengde og kva type kompetanse som trengst i bustadane, vert bestemt av dei individuelle behova som dei har, som bur der.

Det er eit mål at vi skal utvikla tenesta slik at vi reduserer behovet for omsorgsbustader og institusjonsplassar. I denne samanhengen vil viktige tiltak vera meir førebygging, tidleg innsats og utprøving av nye løysingar knytt til velferdsteknologi, nye buformer og organisering.

¹³) I omgrepet omsorgsbustad ligg det at bustaden må tilfredsstillast ei rekkje krav til fysisk utforming når det gjeld kvalitet og tilgjenge

5.3. Kommunale bustader til omsorgsføremål

Kommunen har i alt 76 kommunale bustader som er disponerte til omsorgsføremål. Ein omsorgsbustad er ein bustad som er tilpassa orienterings- og rørslehemma. Bustaden skal kunna vera arena for omfattande og samansette teneteyting, og vi har fått oppstartstilskot frå Husbanken til å byggja bustaden

Skulevegen 9 *	Var bygde før ordninga med tilskot frå Husbanken vart etablert.	18 bustader
Skulevegen 7 B	Skal rivast, vil bli opppattbygd for å få	12 bustader
Fjærland omsorgssenter	Omsorgsbustader	4 bustader
Fossatunet 1 B	Omsorgsbustader	10 bustader
Leighgota 3	Omsorgsbustader, bemanna på føremiddag	13 bustader
Stedjevegen 25 – 29	10 omsorgsbustader for PU, heildøgnsomsorg (HDO). 6 bustader er bemanna dag og kveld, psykiatri.	19 bustader (6+13)
SUM		76 bustader ¹⁴

*Skulevegen 9 har 18 bueiningar. Tilbodet vart bygd før ordninga med oppstartstilskot frå Husbanken var etablert.

Sogndal kommune er teken opp i Husbanken sitt bustadsosiale utviklingsprogram. Programmet skal setja kommunane i best mogeleg stand til å gjennomføra ein heilskapleg og lokalt tilpassa politikk for dei som stiller svakt på bustadmarknaden. Hovudmålet er at fleire vanskelegstilte på bustadmarknaden skal ha eigna bustad. Programmet vektlegg følgjande punkt:

- auka førebygging og arbeid for å hindra at folk vert bustadlause
- auka bustadsosial aktivitet i kommunane
- auka bustadsosial kompetanse i kommunane

5.4. Utbygging av Sogndal helse- og omsorgssenter (SHOS)

Kommunen planlegg utbygging av Sogndal helse- og omsorgssenter. Mål med utbygginga er:

- å auka arealet for helse- og omsorgstenester i samsvar auke i tal innbyggjarar og forventet auke i tal eldre
- å samlokalisera helse- og omsorgstenestene i kommunen for å vidareutvikla eit sterkt fagmiljø
- å leggja til rette for å løysa nye kommunale helse- og omsorgsoppgåver som følgje av samhandlingsreforma og andre nasjonale føringar.

¹⁴) Raunehaug busenter og Fjærland busenter er to private utleigebedrifter som då dei vart etablerte, fekk oppstartstilskot frå Husbanken.

6. Befolkningsutvikling og utvikling i brukargrupper og brukarbehov

Folketalet i Sogndal er aukande. Utviklinga sidan 2005 har vore slik:

	2005	2010	2014
Folketal	6 794	7 035	7 623

I 2013 utgjorde innvandrarak og norskfødde med innvandrarakforeldre 8,4 prosent av befolkninga, tilsvarande tal for fylket og landet var høvesvis 8,9 og 14 prosent. Det er 2700 studentar som er knytt til Høgskulen sine studietilbod i Sogndal, og i tillegg er kommunen vertskommune for store deler av det vidaregåande skuletilbodet i regionen, og det betyr mange unge hybelbuarar i kommunen. I kommunen er det eit og privat desentralisert asylmottak med ca. 170 bebuarar, asylsøkjarakane er ikkje med i befolkningsstatistikken.

Folkemengde per 01.01.2014 og framskriving til 01.01.2015, 2020, 2025 og 2040.

Framskriving av etter MMM- alternativet. Kjelde:SSB

Aldersgruppe	2014	2015	2020	2025	2030	2040
0-5 år	548	578	698	772	773	732
6-15 år	936	987	1019	1131	1292	1335
16-19 år	413	393	415	430	431	566
20-66 år	4 701	4720	5102	5383	5637	5999
67 år +	1 025	1079	1214	1355	1518	1870
SUM	7 623	7757	8448	9071	9651	10502

Prognosen for folketalsutvikling viser at vi får ein jamn auke i folketalet i perioden.

Dei seinare åra har den kommunale omsorgstenesta utvikla seg frå å vera i hovudsak ei eldreomsorg til å omfatta nye grupper av yngre mottakarar. Nasjonale tal viser at dei fleste som får omsorgstenester er over 80 år, men den sterkaste auken har vore i aldersgruppa under 67 år. Helsemessig er denne gruppa sett saman av to store og to mindre grupper. Den eine store gruppa er menneske med somatiske lidningar, og her dominerer MS, hjerneslag og hovud- og ryggskader. Dei med psykiske lidningar utgjør den andre store gruppe. To mindre grupper er menneske med utviklingshemming og personar med rusproblem. Samtidig med denne utviklinga har ein stadig meir kunnskapsbasert arbeidsmarknad distansert personar som ikkje har dei ressursar som er forventa i høve aktiv deltaking i arbeidslivet. Sjølv med tilrettelagt undervisning på skulen er mange ikkje kvalifiserte for eit ordinært arbeidsliv. Avstanden mellom desse personane sine føresetnader og arbeidskrav til arbeidstakarar i ordinære verksemdar vert stadig større. Dessutan vert det stadig fleire personar med ulike diagnosar som lettare kognitiv funksjonsnedsetting, ulike syndrom, autisme, psykisk utviklingshemming, tilpassings vanskar/personlegheitsforstyrning og psykiatri/rus. Desse utviklingstrekk har auka behovet for meningsfulle kommunale aktivitetstilbod.

Barn og ungdom med samansette problemstillingar

Når det gjeld barn og unge med samansette problemstillingar, så har vi lite data på kommunenivå. Fråfall i vidaregåande skule er ein indikator som vert nytta til å seia noko om barn og ungdom si helse. Vår kommune har lågare fråfall enn landsnivå, men vi ligg over fylkesgjennomsnittet.¹⁵

Når det gjeld personar i alder 18 – 44 år som er uføretrygda, så utgjer dei 1,7 prosent, for fylket 2,2 prosent og for landet 2,5 prosent¹⁶.

Talet på uføretrygda i aldersgruppa 18 – 24 år og 25 -29 år i perioden frå 2009 til 2013

År	18-24	25-29	SUM
2013	6	8	14
2012	8	6	14
2011	7	6	13
2010	8	4	12
2009	9	3	12

Personar med psykiske lidningar

Når det gjeld omfanget av psykiske symptom og lidningar, så er det lågare enn landsnivå, vurdert etter data frå fastlege og legevakt, psykiske lidningar. I mars 2014 har kommunen registrert 68 brukarar fordelt i private bustader og eitt bufellesskap. Det er behov for fleire bufellesskap og fleire bustader for dei som ikkje sjølve greier å koma inn på bustadmarknaden. Det er og behov for andre butilbod, t.d. psykogeriatriske senger, gjerne som eit interkommunalt tilbod.

Auken i nye grupper av yngre tenestemottakarar som mottek omsorgstenester og den generelle utviklinga i arbeidsmarknaden gjer at det er stort behov for aktivitets-/enkle jobbtilbod – må kunna samlast sentralt, men med eigne ressursar. NAV har ikkje lenger eit ansvar når det t.d. er innvilga uføretrygd, gjerne frå fylte 18 år. Då er det eit kommunalt ansvar å ha meiningsfulle aktivitetstilbod.

Eldre

Eldre over 65 år inndelt i 10 årsgrupper per 01.01.2014 og framskriving til 01.01. 2015, 2020, 2025, 2030 og 2040. Kjelde:SSB.

	2014	2015	2020	2025	2030	2040
65-69 år	409	415	390	415	421	529
70-79 år	430	477	642	717	730	851
80-89 år	286	270	267	328	458	536
90-99 år	66	72	79	75	80	154
100 år og eldre	2	1	5	3	6	8
SUM	1 193	1 235	1 383	1 565	1 695	2 078

Framskrivinga viser at auken i talet eldre fram til 2020 vil vera moderat. Veksten i gruppa eldre i denne perioden er i hovudsak knytt til gruppa yngre eldre. Framskrivinga viser og at den store utfordringa i høve til omsorgsbehov relatert til alder skjer først rundt 2025.

¹⁵) Kjelde: Folkehelseprofiler 2013 og 2014.

¹⁶)Alders- og kjønnsstandardiserte verdiar, gjennomsnittet for 2008 – 2010.

Nasjonale IPLOS- tal¹⁷ viser at det dei seinare åra har vore ein auke i forbruket av pleie- og omsorgstenester til personar under 67 år. Det vil likevel vere ein samanheng mellom auke i talet på eldre og behovet for pleie- og omsorgstenester. Tal eldre over 80 år er stabilt fram til 2020. Etter det aukar talet eldre over 80 år med i gjennomsnitt 11,8 per år og frå 2025 til 2030 med i gjennomsnitt 27,6 per år.

Tabellen viser kor mange personar i ulike aldersgrupper i Sogndal kommune som har demens gitt same førekomst som ligg til grunn i Demensplan 2015.

	Førekomst ¹⁸ .	2014	2015	2020	2025	2030	2040
65-69 år	0,9	3,7	3,7	3,5	3,8	3,8	4,7
70-74 år	2,1	5,2	5,8	7,9	7,5	8,1	9,7
75-79 år	6,1	11,0	11,8	15,7	21,5	20,4	22,8
80-84 år	16,5	27,2	26,3	26,8	36,4	50,5	53,7
85-89 år	30,6	37,0	36,4	33,1	34,5	48,6	65,6
90 +	41,0	28,0	29,7	34,3	31,8	35	66,1
Sum		112,1	113,7	121,3	135,5	166,4	222,6

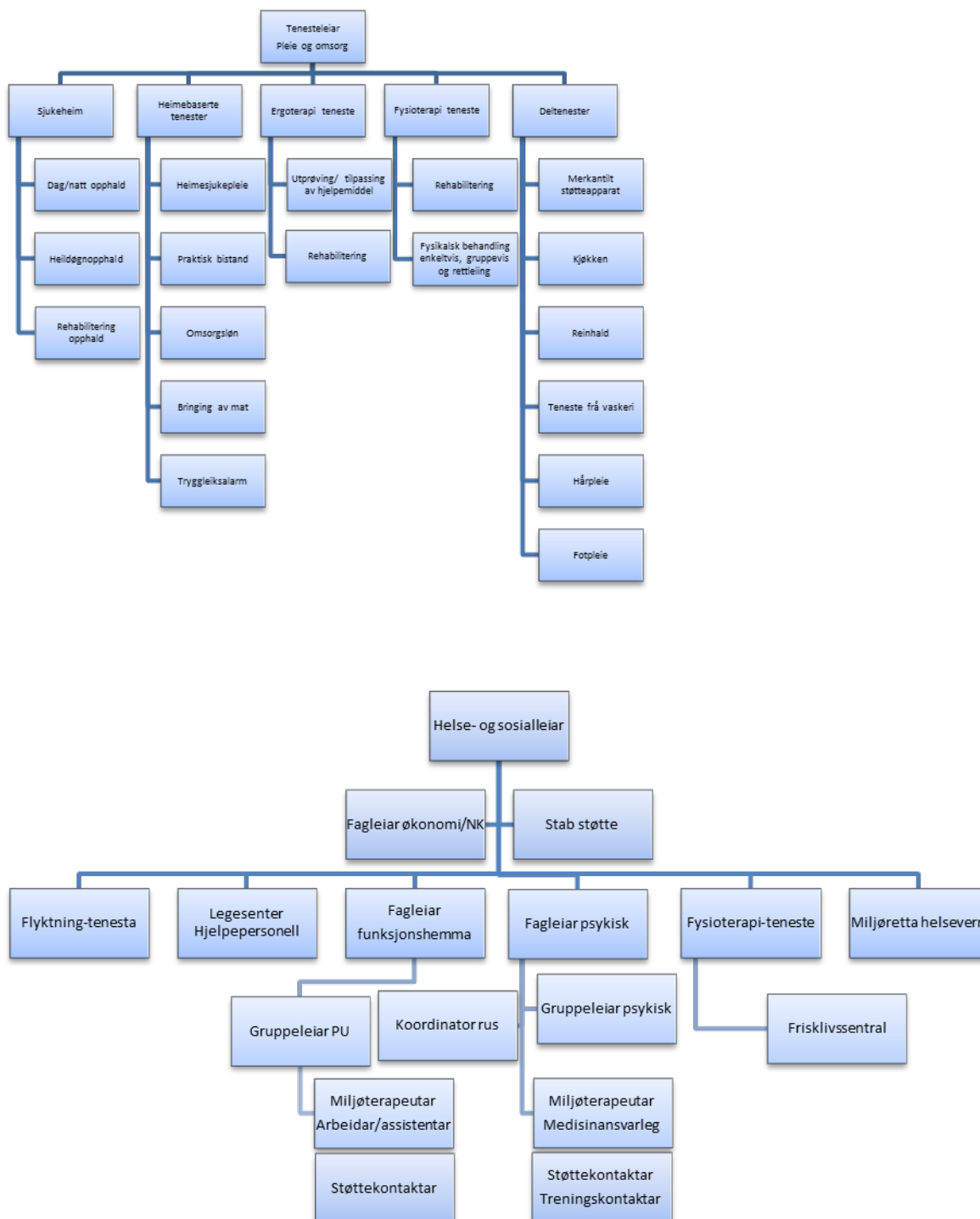
Tabellen viser at kommunen i 2020 vil ha 121 personar som har demens, ein auka på 9 i høve til i dag. Fram til 2030 vil talet på personar med demens auka med 54 personar eller knapt 50 prosent.

¹⁷ IPLOS er eit nasjonalt register med data som viser ressursbruk og hjelpebehov til dei som søker eller mottek nærmare definerte tenester. Samanstilling av IPLOS-tal med tal for befolkning, årsverk, utgifter m.m., som kan samanliknast med gjennomsnittsverdiar for t.d. kommunegrupper, er viktige tenesteindikatorar.

¹⁸ I Demensplan 2015 er det vist til at nasjonal forskning viser at aldersgruppa 65-69 år reknar ein at det i underkant av 1 prosent som har demens, i aldersgruppa 80 – 84 er denne prosentsatsen auka til 17,6, og frå 90 år og oppover reknar ein med at 40,5 prosent utviklar ein demensjukdom.

6. Organisering, samhandling og planbehov

Sogndal kommune er organisert i ein to- nivå modell med rådmann og to kommunalsjefar og 12 tenesteeiningar. Tenestene har delegert fagleg, økonomisk og administrativt ansvar. Stabs- og støttefunksjonar er økonomi og personal, fag og utvikling og tenestetorg/ IKT.



Helsestasjon og skulehelsetenesta er organisert i eininga *Barn og unge*.

Tverrfagleg organisering og intern samhandling.

Helse og omsorgsgruppa (HOG)

Deltakarane i helse og omsorgsgruppa (HOG-gruppa) er rådmann, tenesteleiar pleie og omsorg, tenesteleiar helse og sosial, kommuneoverlege og rådgjevar helse. Føremålet med HOG-gruppa er intern samordning mellom tenesteområde innan helse og omsorg og strategiske drøftingar av utvikling av helse- og omsorgstenestene i kommunen.

Koordinerande eining

Tenestene i helse- og omsorg er samla i eit tverrfagleg re-/habiliteringstilbod som ligg til to koordinerande einingar, ei for barn og ei for vaksne. Dei koordinerande einingane skal ha

- melding om behov
- einingane skal leggja til rette for nødvendig utgreiing før ein set i verk re-/habilitering.
- einingane skal sørgja for formidling av nødvendige hjelpemiddel og skal tilretteleggja miljø rundt den einskilde.

Tverrfagleg samarbeidsgruppe

TSG – tverrfagleg samarbeidsgruppe – er eit samarbeidsorgan som har møte kvar veke for å handsama tildeling av pleie og omsorgstenester. Føremålet er å sikra at søknader om tenester vert handsama likt ut frå gjeldande lovverk og sikra at dei instansar som er naudsynte vert kontakta slik at brukaren får dei tenestene han er tent med.¹⁹

Tenesteleiar pleie og omsorg, tenesteleiar helse og sosial og soneleiarar i heimebaserte tenester deltek fast. Koordinator for psykisk helse, rehabiliteringskoordinator og ergoterapeut deltak annakvar veke, TSG handsamar søknader om heimehjelp, heimesjukepleie, støttekontakt, omsorgsløn, personleg assistent, alarmtelefon, matombringning, transportordning, parkerings- og fylgjekort, tildeling av omsorgsbustad og opphald i institusjonen.

Rådgjevarteneste for bustadtilpassing

Rådgjevartenesta er eit rådgjevande organ som har ein viktig funksjon ved tilpassing av bustad for funksjonshemma, både ved nyetablering og ved endringa av eksisterande bustad. Organet er og informant til funksjonshemma om tilpassing av bustad og om kva verkemiddel Husbanken rår over. Gruppa har tre medlemmer, ein frå sosialavdelinga, på helse og sosial, ein frå plan og næring og ein ergoterapeut.

Utvikling av fagkompetanse

Utvikling i andel årsverk i prosent i brukareta tenester med fagutdanning åra 2009, 2010, 2011 og 2012.

		2010	2011	2012	2013
Landet	Fagutdanning totalt	72	73	74	75
Sogn og Fj.	Fagutdanning totalt	70	71	71	72
Sogndal	Fagutdanning totalt	63	64	69	74

Indikatoren, andelen med fagutdanning, seier noko om formell kompetanse hjå personalet. Det ligg som ein føresetnad at det er ein samheng mellom kvaliteten på tenesta og tenesteytar sin fagkompetanse. Kompetanse er ein viktig føresetnad for å nå måla i

¹⁹)Sogndal kommune, prosedyre 2.7.2.1 Møte, tverrfagleg samarbeidsgruppe, TSG.

kvalitetsstrategien om tenester som er verknadsfulle, trygge og sikre. Vi ser at andelen fagkompetanse i Sogndal kommune har auka sterkt dei siste åra, og er for første gang over fylket og nær snittet i landet.

Følgjande generelle tiltak har vore viktige for å utvikle kompetansen:

- Opplæringspakke for ufaglærde
- Grunnopplæring for vikarar
- Grunnopplæring/veiledning for støttekontaktar
- Opplæring smittevern/hygiene, kosthald og ernæring.
- Opplæring frivillige
- Opplæring/retteleiing for personell som utfører frivillig arbeid.

Utvikling av internkontroll.

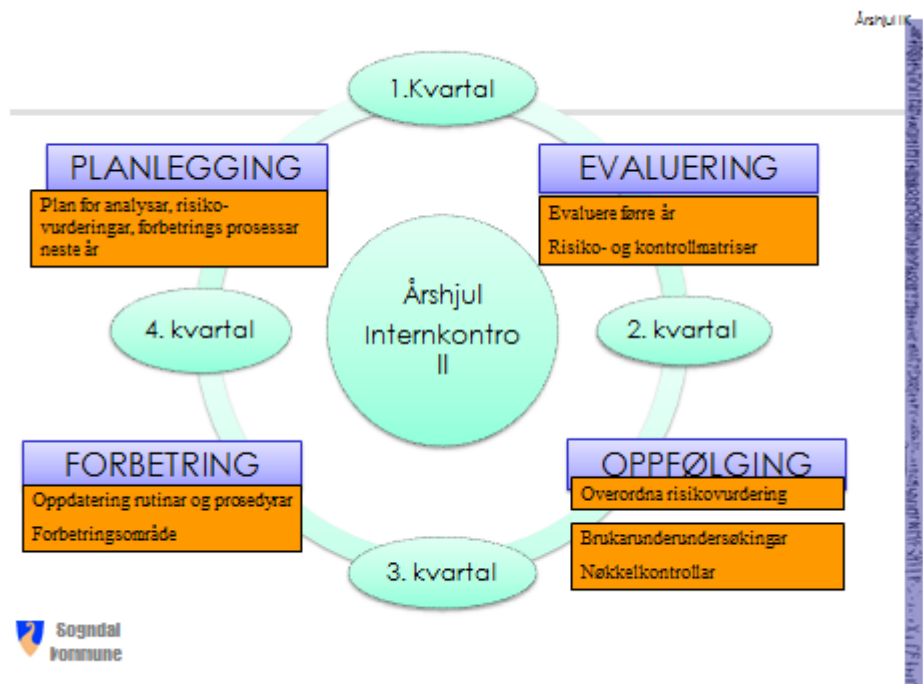
SKK- Sogndal kommunes kvalitetssystem er eit kvalitetssystem for alle område i kommunen. Nabokommunane Balestrand, Luster og Leikanger har same systemet som oss.

Kvalitetssystemet inneheld oversyn over prosedyrar (både faglege og administrative prosedyrar), reglement, handbøker og planar. Nokon prosedyrar er felles for heile kommunen, andre er felles for t.d. oppvekst, helse og omsorg, medan andre kan omfatte berre ei eining. Det er lagt vekt på at prosedyrane skal vera enkle å bruka og lett å søkja opp.

SKK inneheld også modul for risiko- og sårbarheitsanalysar og det vert gjennomført overordna risiko- og sårbarheitsanalyse for kvar tenesteeining.

SKK skal og nyttas til å melde avvik-internt som eksternt, og t.d. rådmannen kan når som helst halde seg oppdatert om omfanget og innhaldet i avvika på kvar eining.

Det er utvikla følgjande årshjul for internkontrollarbeidet i kommunen:



Kommunen er i ferd med å innarbeide kvalitetssystemet i heile organisasjonen og opplæring av leiarar og medarbeidarar skjer kontinuerleg.

Samlokalisering av funksjonar

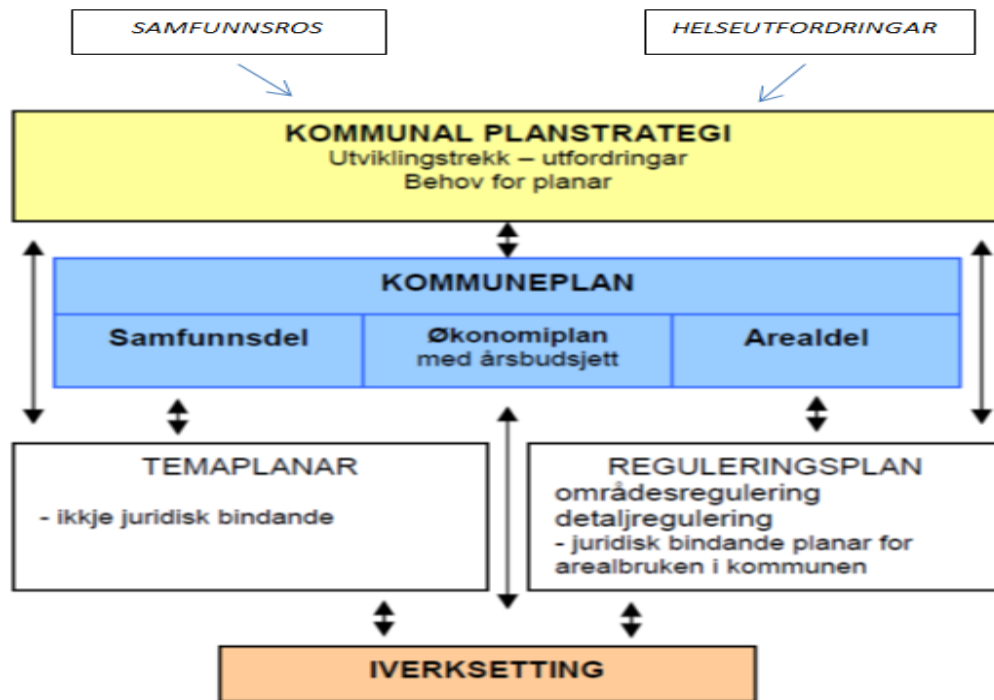
Sikring av kompetente og gode fagmiljø er kanskje den viktigaste føresetnaden for gode helse- og omsorgstenester i kommunen. Eit godt fagmiljø vil vera avhengig av at fleire medarbeidarar arbeider i lag. Medarbeidarar som arbeider i lag gjev rom for kollegarettleing, fungeringar ved fråvær og fagleg vidareutvikling gjennom internseminar m.v. Innan helse er det viktig at helsestasjon, lege-, jordmor- og laboratorieteneste er samlokaliserte.

Kommunestyret har i vedteke romprogrammet for utbygging av Sogndal helse- og omsorgssenter lagt til grunn at flest moglege kommunale helsetenester skal samlokalisert i Sogndal helse- og omsorgssenter. I tillegg vil driftstilskota til private legar og fysioterapeutar verta lagde til Sogndal helse- og omsorgssenter. Dette sikrar eit godt fagmiljø og gjev grunnlaget for gode helsetenester i kommunen. Kommunen vil styrkja dei samla helsetenestene ved ikkje å opna opp for lokalisering av kommunale stillingar eller driftstilskot til private helsetenester andre stader i kommunen. Slik vil kommunen styrkja samlokalisering av helsetenestene i kommunen. Kommunen er positiv til lokalisering av fleire helsetenester til Sogndal omsorgssenter dersom private aktørar eller spesialistehelsetenesta ønskjer det.

Store delar av omsorgstenestene vil også vera lokalisert til Sogndal helse og omsorgssenter. Dette bidreg også til eit godt fagmiljø for omsorgstenestene og nærleik mellom brukarane av omsorgstenester ved Sogndal omsorgssenter og eit godt helsetilbod. I tillegg vil ein stor del av omsorgstenestene bli ytt i eigen heim.

Planbehov og planrevisjon innan helse og omsorg

Plansystemet i kommunen kan illustrerast på følgjande måte:



I kvar kommunestyreperiode skal kommunestyret vedta ein planstrategi. Planstrategien er ein plan for planlegging, der kommunestyret gjer eit vedtak om kva planar som kommunestyret skal vedta i gjeldande kommunestyreperiode. Planlegginga er eit verktøy for å bidra til den ønskja samfunnsutviklinga, der kommunestyret gjennom planvedtaka sine synleggjer kva som er ønskja utvikling. Ei god samfunnsplanlegging er tufta på at:

- planlegginga føregår på dei mest relevante områda
- planlegginga er realistisk, dvs. at planane kan verta gjennomført i praksis
- det er samheng i plansystemet mellom grunnlagsdokument/fakta, overordna planar, meir detaljerte planar og iverksetting
- læringssløyfa mellom vedteken plan, evaluering/endra praksis og revidert plan fungerer.

Status for planar innan helse og omsorg

Innafor helse og omsorg er dei overordna strategiane vedtekne i samfunnsdelen av kommuneplanen. Arealbehovet til noverande og framtidige helse- og omsorgslokalitetar er sett av i arealdelen av kommuneplane og i reguleringsplanar. Dei økonomiske ramme for drifta av helse- og omsorgsteneste vert fastsett i økonomiplan i lag med handlingsdelen/resultatmåla for desse tenestene. Kommunestyret har vedteke fleire temaplanar innanfor helse og omsorg:

Plan for pleie og omsorgstenesta til eldre i Sogndal kommune

Plan for Psykisk helse 2007 -2010

Ruspolitisk handlingsplan 2012-2016

I tillegg er det laga administrative planar innan m.a. folkehelse, førebyggjande helsearbeid og helsestasjon. Det er også vedteken fleire beredskapsplanar for heile kommunen og innan helse og omsorg. Fleire andre temaplanar er relevante for helse- og omsorg, t.d. trafikktryggingssplan, plan for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv.

Framtidig plansystem inn helse og omsorg

Med bakgrunn i vilkåra for god planlegging vil planlegginga innafør helse og omsorg vert lagd opp slik:

Oversikt over helseutfordringane skal vera eit grunnlagsdokument for planstrategien og med det all planlegging i kommunen. Kommunen er etter § 5 i folkehelselova pliktig til å ha ein skriftleg oversikt over helsetilstanden for innbyggjarane og dei positive og negative faktorane som verkar inn på denne. Denne oversikta skal lagast kvart fjerde år, i tillegg til ei årleg oppdatering over folkehelsa. Kommunane Luster, Leikanger og Sogndal har som del av prosjektet folkehelse og førebyggjande laga ein mal for dette oversiktdokumentet over folkehelsa. Det er rådmann som er ansvarleg for å fremja dette oversiktdokumentet som eit av grunnlagsdokumenta for planstrategien. Neste planstrategi vil bli handsama våren 2016.

Etter lov om kommunal beredskap skal kommunen lage ein heilskapleg risiko- og sårbarheitsanalyse og vurdere sannsynet for uønska hendingar (kommune-ROS). Å avdekka dei områda der risikoen for uønska hendingar er størst vil også vera eit viktig grunnlagsdokument for den kommunale planlegginga. Kommune-ROSen, som inkluderer risikovurdering innan helse og omsorg, vil liggje føre i som eit grunnlagsdokument for planstrategien. Denne vil bli handsama i kommunestyret våren 2016.

I folkehelselova heiter det at «*Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.*» Å gjennomføre folkehelsetiltak gjeld såleis heile den kommunale verksemda, og er ikkje avgrensa til helse- og omsorgsområda. Folkehelseomsyn må såleis integrerast i all kommunal planlegging og omtalast i kommuneplan og temaplanar.

Mål og strategiar innan helse og omsorg vil på vanleg måte bli teke inn i kommuneplanen (samfunnsdelen og arealdelen).

Med denne overordna helse- og omsorgsplanen vil det ikkje vera trong for andre temaplanar innan helse og omsorg. Den årlege oppfølginga av helse og omsorgsplanen vert gjort i økonomiplanen gjennom resultatmål og løyvingar. Det sikrar ein god oppfølging og iverksetting av helse- og omsorgsplanen. Denne temaplanen innan helse og omsorg bør reviderast ein gong i kvar kommunestyreperioden.

7. Visjonen for helse- og omsorgstenesta

Visjonen vår er:

God helse og omsorg - vårt felles ansvar

Dette skal vi nå ved å satsa på:

Helsefremjande og førebyggjande arbeid

Helse- og omsorgstenesta skal leggja til rette for at innbyggjarane tek ansvar for eiga helse så langt dei kan og så lenge dei kan

Behandling:

Vi vil gje behandlingstilbod i eigen kommune så langt det er fagleg forsvarleg

Omsorg:

Vi skal yta trygge omsorgstenester for dei som treng det

Dei viktigaste strategiane for å nå desse hovudmåla er:

- Å styrkja det helsefremjande og førebyggjande arbeidet i lokalsamfunnet og på alle nivå i omsorgstrappa.²⁰
- Å ha ei helse- og omsorgstrapp med fleire nivå, slik at vi får god balanse mellom dei ulike tenestenivå og at vi evnar å gje individuelt tilpassa tenester.
- Å satsa på helsefremjande og førebyggjande arbeidet, samt habilitering og rehabilitering, som skal gje auka livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetenesta.
- Auka brukarmedverknad som skal gje betre tenestekvalitet og auka oppleving av meistring hjå den enkelte.
- Å tilpassa tenestetilbodet til framtidig inntektsnivå for kommunen.
- Behalda tilsette og aktivt rekruttera nye i samsvar med behovet innan helse- og omsorg.
- Arbeida framtidsretta og endra tenestene i tråd med sentrale føringar og tilrådingar.

²⁰) Sogndal kommune si omsorgstrapp, sjå vedlegg 1.

8. Handlingsdelen 2015- 2018

Den årlege økonomiplanen viser korleis dei kommunale ressursane vert fordelte mellom ulike kommunale oppgåver og prioriteringar kommunestyret gjev til administrasjonen i form av resultatmål. Denne handlingsdelen gir signal om eller viser kva tiltak som bør vurderast i det årlege budsjett- og økonomiplanarbeidet i perioden 2015 – 2018. Nokre tiltak er prioriteringar som kan gjerast innafør gjeldande budsjetttramme, medan andre krev budsjettendringar. Nokre av tiltaka er generell og tverrgåande, medan andre er meir konkrete. Tiltaka er knytt til den overordna strategien for å nå visjonen.

Helse- og omsorgstenesta skal leggja til rette for at innbyggjarane tek ansvar for eiga helse så lenge og så langt dei kan

- Vi skal ha eit aktivt folkehelsearbeid som når alle grupper i samfunnet og folkehelse skal integrerast i all kommunal planlegging
- Utbygginga av Sogndal helse- og omsorgssenter legg til rette for å gje tilbod i eigen kommune for nye kommunale oppgåver som følgje av samhandlingsreforma og andre nasjonale føringar. Tilbodet om øyeblikkeleg hjelp vil bli vidareført. Samlokalisering og nye lokalitetar for kommunal og privat fysioterapiteneste legg til rette for å utvikle og utvide tilbodet innan rehabilitering.
- Vi skal etablera eit interkommunalt lærings- og meistringssenter som er eit tilbod for å sikra tidleg intervensjon mot sjukdomsutvikling, og som skal ha fokus på at pasientar, brukarar og pårørande skal få informasjon, kunnskap og hjelp til å takla langvarige helseutfordringar. Tilbodet skal etablerast som ein del av Sogn frisklivssentral. Første året vert drifta av lærings- og meistringstilbodet finansiert av prosjektmidlar. Aktuelle tema i starten er:
 - Psykisk helse: KID kurs (depresjonsmeistring)
 - Pårørande kurs innan demens og diabetes
 - Barn og unge: Overvektsproblematikk
- Vi skal innføra kvardagsrehabilitering i heimetenesta med fokus på kvardagsmeistring. Dette krev endring i haldningar og nye metodar i det daglege arbeidet i heimetenesta. Det stiller og andre forventningar til innbyggjarane når det gjeld eigeninnsats og ansvar for eige liv. Vi skal starta med eit to-årig prosjekt der målet er å utvikla kompetanse og ny praksis i eigen organisasjon.
- Vi skal arbeida for sikra eit variert arbeids- og sysselsettingstilbod til personar som ikkje er i ordinært arbeid.
- Vi skal delta i Husbanken sitt bustadsosiale utviklingsprogram og m.a. styrkja den kommunale bustadrådgevingstenesta slik at folk kan bu lengst mogeleg heime sjølv om helsa sviktar.
- Brukarar og pårørande skal til ei kvar tid vera godt informerte om kva rettar og plikter dei har i møte med helse- og omsorgstenestene som kommunen har ansvar for. Brukarane skal medverka til gode og heilskaplege løysingar. Kommunen skal syta for

at rett og lettforståelig informasjon om brukar- og pårørande sine rettar og plikter er tilgjengelege på kommunen si nettside, i tenestetorget og på den enkelte tenestestad.

- Vi vil utvikla allmennlegetenesta som ein viktig del av samhandlingsreforma. Rammevilkåra nasjonalt skal utviklast i ei retning som sikrar kommunen god styring med denne tenesta. Kommunen har no ei stabil legeteneste, med lite bruk av vikarlegar. Det bør også sikrast for framtida. Det er likevel ønskeleg at allmennlegane tek spesialitetsutdanning, sjølv om dette i ein periode gjev behov for auka bruk av vikarar. Det bør også gjerast ein samla gjennomgang av korleis vi nyttar dei kommunale deltidstillingane på legesida.
- Omsorgsplan 2020 vil ha fokus på å heva det faglege kompetansenivå, auka delen som har høgskuleutdanning og leggja til rette for internopplæring. Nytt innhald og ny fagleg tilnærming vil og krevja at kommunen vurderer korleis vi arbeider og organiserer tenestene våre.

Vi vil gje behandlingstilbod i eigen kommune så langt det er fagleg forsvarleg

- Utbygging av Sogndal helse- og omsorgssenter legg til rette for å gje tilbod om behandling i eigen kommune for nye kommunale oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma. Tilbodet om ø-hjelp vil bli vidareført. Vidare legg samlokalisering av og nye lokalitetar for kommunal og privat fysioterapiteneste til rette for å utvikla og utvida tilbodet innan rehabilitering.
- Fysioterapitenesta bør ha høg prioritet dersom det vert rom for auka ressursar til helsetenesta.
- For å styrkja samhandlinga med spesialisthelsetenesta vil vi ta i bruk telemedisin. Dette vil bli prøvd ut på Sogndal legesenter, og det vil bli lagt til rette for utvida bruk ved utbygging av Sogndal helse – og omsorgssenter.
- Psykisk helse skal etter kvart omfattast av samhandlingsreforma på lik linje med somatikken. Når dei nasjonale rammene for dette er klarlagde, vil kommunen etablere behandlingstilbod også for denne gruppa.

Vi skal yta trygge omsorgstenester for dei som treng det

- Sogndal helse- og omsorgssenter skal stå ferdig i 2017. Utbygginga vil gje fleire institusjonsplassar og omsorgsbustader, og leggje til rette for utbygging av omsorgstenestene i tråd med endra demografi. Utbygging vil også innehalde dagsenter, noko som gjev grunnlag for utvikling av omsorgstilbodet til heimebuande.
- Vi skal styrkja demensomsorga med betre tiltak til pårørande og laga ein plan for aktivitetstilbodet for heimebuande demente.
- Vi skal leggja til rette for bruk av omsorgsteknologi.

Sogndal kommune si helse- og omsorgstrapp

Nivå 1: Individ- og grupperetta førebyggjande tiltak

Nivå 2: Praktisk bistand

Nivå 3: Dag- og aktivitetstilbod

Nivå 4: Rehabiliteringstilbod

Nivå 5: Heimesjukepleie

Nivå 6: Heildøgnsomsorg, korttidstilbod

Nivå7: Heildøgnsstilbod, langtidsopphald

						Nivå 7 Heildøgnsomsorg, langtidstilbodtilbod	Heildøgnsomsorg i omsorgsbustader med base	Heildøgndopphald i institusjon	Heildøgns-opphald i skjerma avdeling, bufellesskap
					Nivå 6 Heildøgnsomsorg, korttidstilbod	Avlastning i institusjon	Tryggleiksplassar	Korttidsopphald Rehab.	Ø-hjelp Terminalomsorg
				Nivå 5 Heimesjukepleie	Heimesjukepleie				
			Nivå 4 Rehabiliterings- tenester	Arbeidsretta rehabilitering	Ergoterapi	Fysioterapi	Individuell plan	Rehab. Korttidsopphald	
		Nivå 3 Dag- og aktivitets- tilbod	Avlastning utafor institusjon	Dagopphald i institusjonen	Bu- og aktivitetstilbod for menneske som er psykisk utviklingshemma	Dagtilbod for menneske med psykisk utviklingshemming, kognitive vanskar, lågterskeltibod psykiske lidingar	Støttekontakt	Mat, måltid og kafebesøk	
	Nivå 2 Praktisk bistand	Heimehjelp/ Praktisk bistand	Brukarstyrt personleg assistent	Praktisk bistand – opplæring daglege gjeremål	Buretteiarteneste og butilbod til personar med psykiske lidingar og rus	Miljøarbeidarteneste	Omsorgsløn	Transport teneste for funksjonshemma TT-ordninga	Kvardagsrehabilitering
Nivå 1 Individ- og grupperetta førebygg- tiltak	Informasjon	Kultur og sosiale møteplassar, serviceskyss	Tryggleiksalarm	Læring/ meistring, korleis leva godt med endra helse	Matombringning	Tekniske hjelpemiddel	Helsestasjon og skulehelsetenesta	Legetenesta	Tilrettelagd bustad,
Nivå 0 Grunnmuren Eige ansvar for liv og helse	Generell info og retteleiing	Korleis leva og bu sjølvstendig når behova endrar seg	Fastlegen – rådgjevar	Kosthald – kva gir god helse	Fysisk aktivitet – styrkjer både fysisk og psykisk helse	Sosialt <ul style="list-style-type: none"> • fellesskap • frivilligheit 	Bustad – tilpassa til endra behov	Brukarorganisasjonar – læra om eiga helse/-utfordringar Frivilligsentral	Kulturtilbod, universell utforming

LEON står for Lavest Effektive Omsorgsnivå, BEON Beste Effektive Omsorgsnivå

Prinsipp

- Lågaste effektive omsorgsnivå
- Meistring/førebygging
- Individuell tilpassing/fleksibilitet
- Brukarane kan ofte vera i fleire trinn samstundes, med ulik kombinasjon av tenester

Avtalar mellom Sogndal kommune og helseføretaket

Rammeavtale mellom helseføretaket og kommunane

Avtalen avklarar avklarar føremål og prinsipp for samhandlingsaktiviteten på eit overordna nivå, i tillegg til avklaring av samhandlingsorgan, kva område det skal utarbeidast nærare delavtalar på, brukar- og tilsettemedverknad, oppfølging av avvik og handtering av usemje. Avtalen skal evaluerast årleg.

+

1. *Delavtale om partane sitt ansvar for helse- og omsorgstenester*

Delavtalen avklarar det rettslege utgangspunktet for ansvarsdelinga generelt og på viktige område og inneber ei forplikting til vidare avklaringar på område der ansvaret kan vere uklart og/eller område der det er kritisk viktig med god samhandling.

2. *Pasientar med behov for koordinerte tenester*

Avtalen omhandlar tiltak for pasientar som gjerne har samansette lidingar og/eller har behov for oppfølging over tid og av både spesialist- og kommunehelsetenesta. Dette vil i stor grad dreie seg om pasientar og brukarar som har rett til individuell plan, koordinator og tenester frå koordinerande eining.

3. *Delavtale tilvising/innleggjing*

Avtalen skal sikre ansvarsavklaring, god planlegging og god informasjonsoverføring ved tilvising og innlegging i sjukehus.

4. *Tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp*

Kommunane sitt ansvar for øyeblikkeleg hjelp utvida til også å omfatte kommunalt tilbud om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp frå 01.01.16. Delavtalen fastlegg ein del prinsipp for etablering av slike tilbod. Det må i tillegg inngåast ein meir konkret avtale («særavtale») med enkeltkommunar/kommunegrupper.

5. *Utskriving*

Delavtalen for utskrivning av pasientar innan somatikk inneheld konkrete føresegner i høve varslingsprosedyrar, kommunikasjon og utskrivingsrutinar, tilpassa til nye forskrifter om utskrivingsklare pasientar frå 01.01.12. For psykisk helse/rus gjeld inntil vidare tidlegare inngått delavtale om tilvising og utskrivning.

6. *Kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling*

Gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er sentrale samhandlingselement og heilt avgjerande for å sikre gode tenester og pasientforløp. Specialisthelsetenesten har også ei lovpålagt rettleingsplikt overfor kommunane, jf § 6-3 i spesialisthelsetenestelova.

7. *Forsking og utdanning*

Delavtalen skal legge til rette for at det blir utvikla felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, og forking og innovasjon som understøtter intensjonane i samhandlingsreforma.

8. *Svangerskaps-, fødsels-, barselomsorgstenester*

Delavtalen omhandlar m.a. korleis tverrfagleg samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåa skal ivaretakast, korleis utviklinga av ei desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels og barselomsorg skal gjennomførast og korleis følgetjenesta skal sikrast, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.

9. *IKT-løysingar lokalt*

Samarbeid om IKT-løysingar og utviklinga av IKT-system lokalt er svært viktig for å få til god samhandling, og avtalen omhandlar nokre prinsipp for dette samarbeidet og aktuelle tiltak.

10. Førebygging

For å møte helse- og omsorgsutfordringane i framtida er det m.a. behov for større innsats for å førebyggje og fremme helse. Avtalen om samarbeid om førebyggjande tiltak skal bidra til å avklare aktuelle satsingsområde og samarbeidstiltak.

11. Delavtale om den akuttmedisinske kjeda

Delavtalen avklarar det rettslege utgangspunktet for ansvarfordelinga og inneber ei forplikting til vidare avklaringar av ansvarsdeling og aktuelle tiltak for å sikre god samhandling på dette viktige området.

12. Delavtale kreft/lindrande behandling

Avtalen inneber etablering og drift av nettverk der m.a. ressursjukepleiarar i kommunane deltek. Den skal sikre kompetanseoverføring og gode metodar i behandling og omsorg.

13. Delavtale psykisk helse

Avtalen skal sikre ansvarsavklaring og legge til rette for heilskaplege tenestetilbod innan psykisk helse.

14. Delavtale "møteplassen" for habilitering/rehabilitering

Ordninga er retta mot "koordinerande eining" i kommunane, og inneber etablering av nettverk og erfaringsutveksling.

Utviklingsprosjekt mellom helseføretak og kommunane

- Samhandlingsbarometeret
- Betre praksis for utskrivingsklare pasientar - fase 2
- Telemedisin Sog og Fjordane, fase 1 og 2
- Kompetanseutvikling gjennom gjensidig hospiteringsordning
- Pasientløp for hjerneslagspasientar som treng oppfølging av spesialisthelsetenesta og i kommunen etter akuttfasen
- Meldingsløftet Sogn og Fjordane
- Folkehelse og forskning/"ActiveSmarter Kids"

Interkommunale prosjekt

Folkehelse og førebyggjande helsearbeid i Sogn

Andre samarbeidsavtalar

- Tannhelse
- Kriminalomsorgen Region Vest – prosess

Sentrale dokument

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

St.meld. 47 (2009-2010) Samhandlingsreformen

Meld. St. 10(2012-2013) God kvalitet – trygge tenester

Meld. St.9 (2012-2013) En innbygger – en jorurnal

Innovasjon i omsorg - NOU 2011:11

Meld. St.29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

Lov om folkehelsearbeid, vedteke 24.06.2011 nr.29

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., vedteke 24.06.2011 nr 30

Lov om pasient- og brukerrettigheter, sist endra 2013 – 06-21