



KOMMUNEDELPLAN

FOR

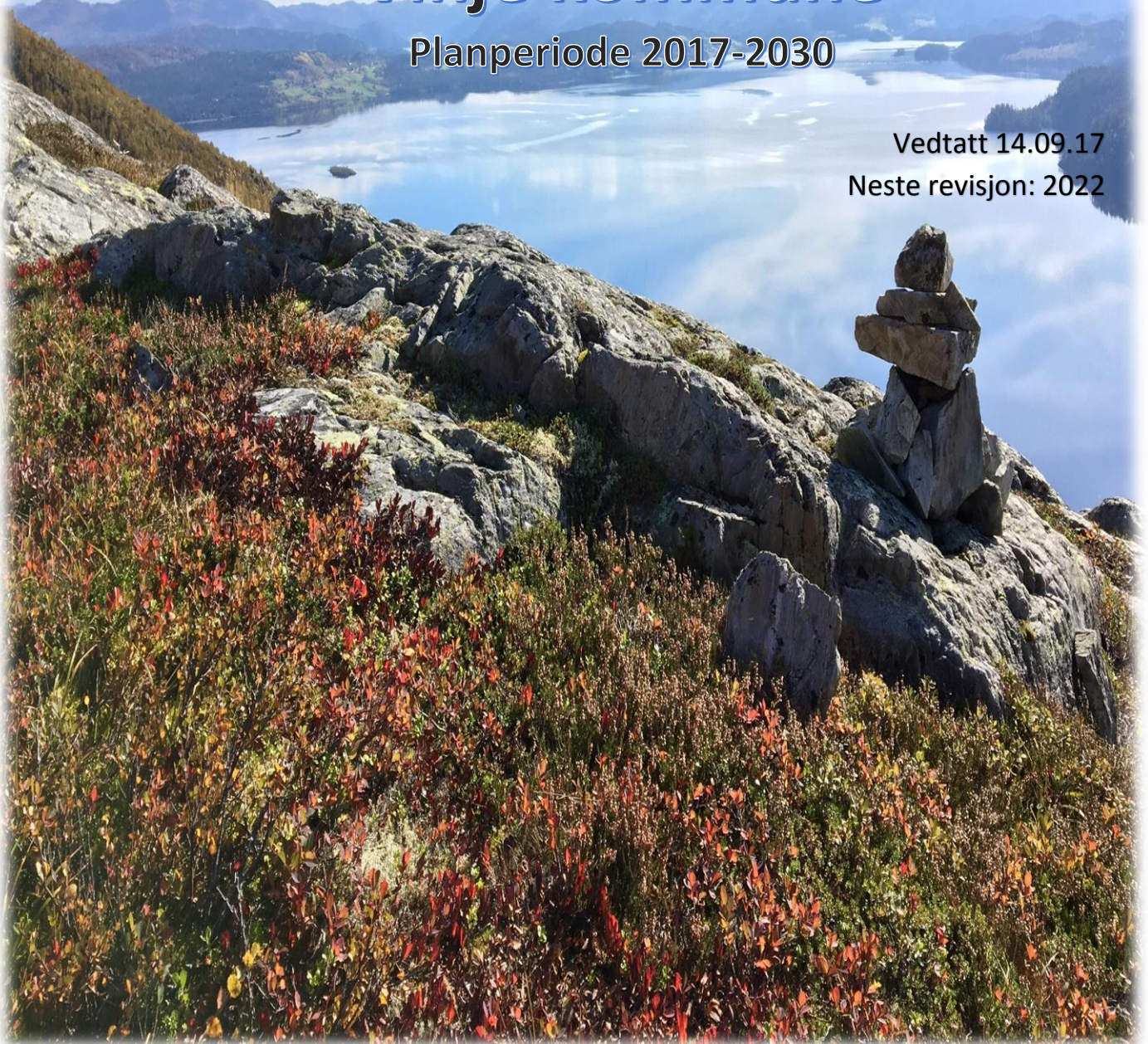
HELSE OG OMSORG

Vinje kommune

Planperiode 2017-2030

Vedtatt 14.09.17

Neste revisjon: 2022



Innhald:

Føreord	4
Kortversjon av innhaldet i planarbeidet	6
DEL 1 OM PLANEN	7
1.1 Planarbeidet	7
1.2 Planens tidsperspektiv	7
1.3 Bakgrunn og forankring	7
1.4 Planens føremål	8
1.5 Planens omfang og avgrensingar	9
1.6 Nasjonale rammer, mål og føringar	10
1.7 Lokale rammer, mål og føringar	11
DEL 2 OM TENESTENE	12
2.1 Organisasjonskart	12
2.2 Omsorgstrappa	13
2.3 Lokal tenesteskildring	14
2.3.1 Tenester for Born og unge i Vinje	14
2.3.2 Tenester for Psykisk helse og rus i Vinje	15
2.3.3 Demensomsorg i Vinje	17
2.4 Samarbeid mellom kommune og organisert / uorganisert frivillig arbeid	18
DEL 3 OM SATSINGSOMRÅDA	20
3.1 Planens satsingsområde	20
3.1.1 Satsingsområdet Meistring og deltaking	22
3.1.1.1 Rehabilitering og habilitering	23
3.1.1.2 Lærings- og meistringstilbod	24
3.1.1.3 Digitale verkty	24
3.1.1.4 Velferdsteknologi	25
3.1.2 Satsingsområdet Samordning av tenester	26
3.1.2.1 Mål, strategiar og tiltak Samordning av tenester	27
3.1.3 Satsingsområdet Born og unge	28
3.1.3.1 Mål, strategiar og tiltak Born og unge	29
3.1.4 Satsingsområdet Psykisk helse- og rusarbeid	30
3.1.4.1 Mål, strategiar og tiltak Psykisk helse- og rusarbeid	31
3.1.5 Satsingsområdet Demensomsorg	32
3.1.5.1 Mål, strategiar og tiltak Demensomsorg	33
3.1.6 Satsingsområdet Kompetanseutvikling og rekruttering	34
3.1.6.1 Mål, strategiar og tiltak Kompetanseutvikling og rekruttering	36

DEL 4 LOKALE RAMMER FOR TENESTEUTVIKLING.....	37
4.1 Tenesteorganisering og økonomi	37
4.2 Interkommunalt samarbeid	38
4.3 Areal og arealbehov	39
4.3.1 Mål, strategiar og tiltak Areal og Arealbehov	41
Etterord.....	42
VEDLEGG	43
1. Lov om kommunale helse – og omsorgstenester (2011), utdrag	43
2. Oversyn over tenestemråde, Vinje Helse og omsorg 2017	44
3. Lokal statistikk, sjukeheim og tenester knytt til heimebuande for perioden 2006-2016.....	46
4. Statistikk økonomi helse- og omsorgstenester Vinje.....	48
5. Foketalsframskrivingar for Vinje	49
6. Prosjektorganisering	50
7. Planprosess	51
8. Metodar og opplegg for innspel og medverknad	55
KJELDER.....	57

Føreord

Vinje kommune, ved eining for Helse og omsorg, har utarbeidd utkast til Kommunedelplan for Helse og omsorg. Vinje kommunestyre er planmyndigheit og oppdragsgjevar.

Dette dokumentet skal, i tråd med føringar for kommunalt planarbeid i Plan- og bygningslova, leggjast ut for høyring og offentleg ettersyn. Etter høyringsperioden skal endeleg plan leggjast fram for politisk handsaming og godkjenning i juni 2017.

Helse- og omsorgstenestene i Vinje vart samla i ei eining i 2013, og det er ikkje tidlegare laga eit samla plandokument for helse- og omsorgstenestene i kommunen.

Kommunale helse- og omsorgstenester har fått utvida ansvar og nye oppgåver. Samhandlingsreforma «*Rett behandling-på rett sted-til rett tid*» er ei etappereform som har lagt grunnlag og staka ut kursen for ei ny oppgåvefordeling, ny tenesteutvikling, og for eit nytt brukarperspektiv. Tenester skal i større grad ystast der folk bur. Det betyr nye brukargrupper, nye ansvarsområde, nye kompetansebehov og nye kvalitetskrav. Parallelt med dette gjev det demografiske bilete oss utfordringar knytt til ei stadig veksande gruppe eldre. For å løyse samfunnsoppdraget må ein sjå på nye måtar å organisere arbeidet på, og nye måtar å utnytte ressursar på.

Primærhelsemeldinga «*Nærhet og helhet*» fylgjer opp Samhandlingsreforma, og legg føringar for korleis kommunale helse- og omsorgstenester kan utviklast for å møte dagens og framtidens utfordringar. Meldinga omhandlar tiltak som skal legge til rette for fleirfaglege og heilskaplege kommunale tenester, der brukarperspektivet skal stå i fokus.

Kommunale omsorgstenester, i den form me kjenner det, har eksistert i 40 år. Like lenge har Vinje Helsecenter som kommunal base for tenestene bestått. Men på desse åra er tenestene om lag 6-dobla i sitt omfang, og omsorgstenestene er i dag ikkje lenger einstyddane med eldreomsorg. Tenestemottakarar under 67 år er ei veksande gruppe, og stadig fleire brukarar med samansette og langvarige behov får sine tenester i kommunen. Men også dei som har kortvarige, alvorlege problem skal få hjelp i det kommunale tenesteapparatet, døme på dette er legevakt og kommunale akutte døgnseger. Samla sett har dette stilt stadig nye krav til kompetanse, kvalitet og drift.

Helse- og omsorgstenestene er ein av grunnpilarane i det kommunale tenesteapparatet, og rommar tenester til alle innbyggjarane, i ulike livsfasar, og med varierende tenestebehov. Tenestene skal førebyggje, rettleie, hindre, oppdage, behandle og lindre. Kompetanse og kvalitet er fundamentet i tenestene, og den menneskelege ressursen er vårt viktigaste verkty. Mange av tenestene er i dag døgnkontinuerlege, og helse- og omsorgstenestene utgjør ein stor utgiftspost i det kommunale budsjettet. Samstundes må ein ikkje misse perspektivet på at sektoren bidreg vesentleg til verdiskaping i eit lokalsamfunn, og til befolkninga si helse og velferd.

Eit breitt tenesteområde, der dei fleste oppgåver er lovpålagte og forskriftsstyrte, og der mykje av tenesteutføringa er knytt til autorisert personell, kan lett bli svært omfattande å skildre i eit plandokument. I arbeidet med planen har det difor vore avgjerande å velje tema og satsingsområde knytt til det overordna utfordringsbiletet. Planinnhaldet skal ha i seg omsynet til fagleg forsvarlegheit, samordning av ansvar og oppgåver, organisering og tenesteutvikling, berekraftig ressursbruk, føreseieleg tenesteutvikling og eit tydeleg brukarperspektiv.

Planen har **4 hovuddelar**, der del 1 gjev innføringar i rammer for planarbeidet, og skildrar føringar og utfordringar knytt til innhald og utvikling av kommunale helse- og omsorgstenester.

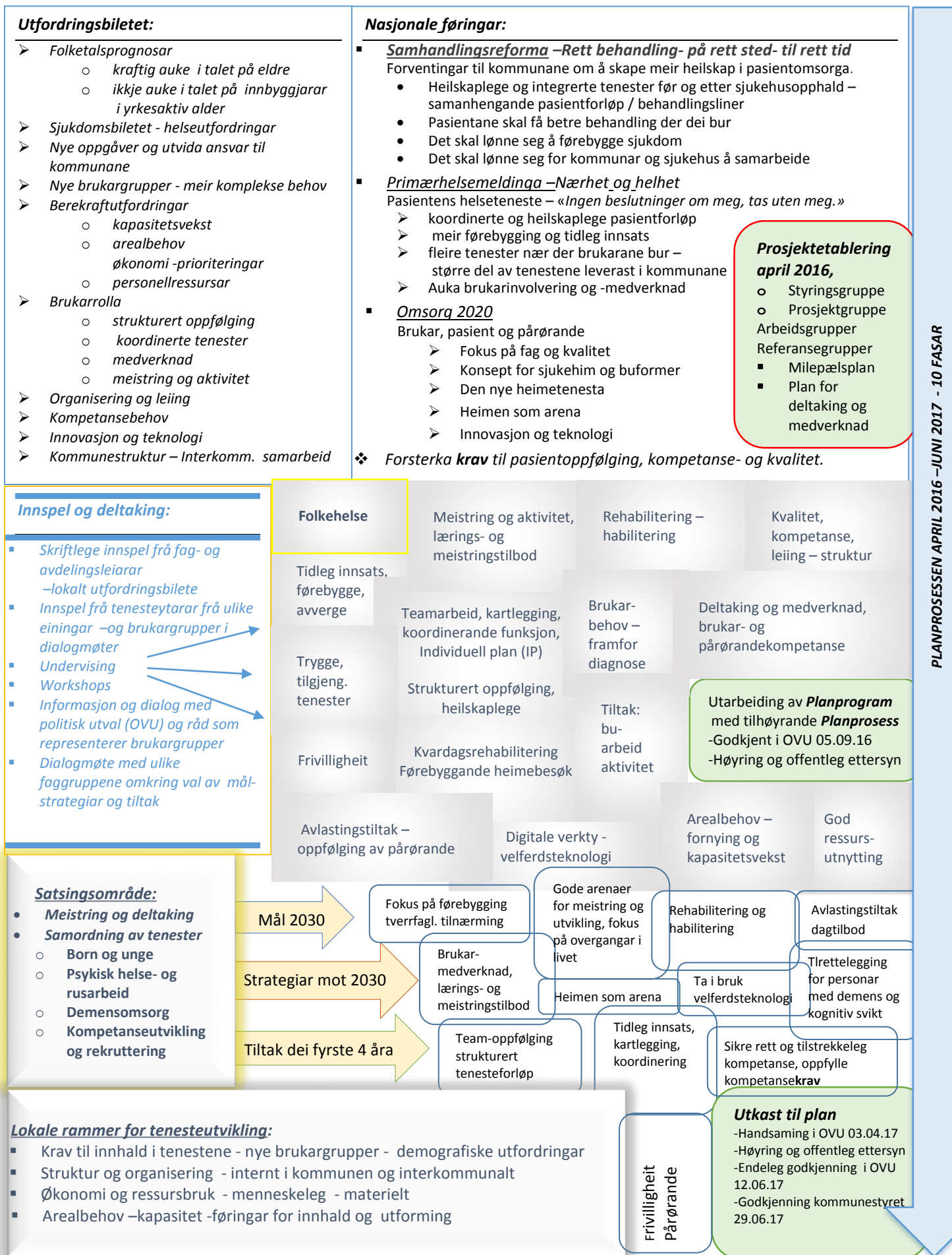
Del 2 er ei skildring av lokale tenester, med statusskildring av tenester til dei brukargruppene som er direkte knytt til tre av satsingsområda i planen.

Del 3 skildrar dei **6 satsingsområda**, der to av desse er overordna og førande for all tenesteutforming. Denne delen er, saman med del 4, den dynamiske delen av planen. Her vert **mål, strategiar og tiltak** som er knytt til satsingsområda skjematisk framstilt.

Del 4 skildrar lokale rammer for tenestene, med vektlegging på arealbehov, organisering og struktur for tenestene. Til arealbehov er det også laga eit skjema for mål, strategiar og tiltak.

Gjennom val av mål, strategiar og tiltak vert grunnlaget for tenesteutvikling, prioriterings- og endringstiltak lagt. Strategiar og tiltak skal gjerast verkelege i verksemdsplanar, mål- og kvalitetsarbeid og tenesteutforming i eininga. Tiltaka er tidfest til neste 4-årsperiode, og i revisjonsarbeidet av planen er det eit mål at strategiar og tiltaka skal vidareutviklast eller kvitterast ut som oppfylte, samstundes som nye blir implementert.

Dei fleste strategiar og tiltak skildrar ei fagleg retning for tenestene som er knytt til kvalitetskrav og nasjonale føringar for tenesteinnhald. Andre strategiar og tiltak vil takast opp att og utgreiast i politiske enkeltsaker knytt til område og tema der kommunen må gjere val omkring organisering, tenesteutforming, arealbehov og ressursbruk. På den måten håpar ein å oppnå at planen blir ei plattform for framtidig tenesteutvikling og eit dynamisk verkty for planlegging og leiing, både for politikk og fag i Vinje kommune.



Innspel og deltaking:

- Skriftlege innspel frå fag- og avdelingsleiarar –lokalt utfordringsbilete
- Innspel frå tenesteytarar frå ulike einingar –og brukargrupper i dialogmøter
- Undervising
- Workshops
- Informasjon og dialog med politisk utval (OVU) og råd som representerer brukargrupper
- Dialogmøte med ulike faggruppene omkring val av mål-strategiar og tiltak

Folkehelse	Meistring og aktivitet, lærings- og meistringstilbod	Rehabilitering – habilitering	Kvalitet, kompetanse, leing – struktur
Tidleg innsats, førebygge, avverge	Teamarbeid, kartlegging, koordinerande funksjon, Individuell plan (IP)	Brukar-behov – framfor diagnose	Deltaking og medverknad, brukar- og pårørndekompetanse
Trygge, tilgjeng. tenester	Strukturert oppfølging, heilskaplege	Tiltak: bu-arbeid aktivitet	
Frivillighet	Kvardagsrehabilitering Førebyggande heimebesøk		
Avlastingstiltak – oppfølging av pårørnde	Digitale verktøy - velferdsteknologi	Arealbehov – fornying og kapasitetsvekst	God ressurs-utnytting

Satsingsområde:

- Meistring og deltaking
- Samordning av tenester
 - Born og unge
 - Psykisk helse- og rusarbeid
 - Demensomsorg
 - Kompetanseutvikling og rekruttering

Mål 2030

Strategiar mot 2030

Tiltak dei fyrste 4 åra

Fokus på førebygging tverrfagl. tilnærming

Brukar-medverknad, lærings- og meistringstilbod

Team-oppfølging strukturert tenesteforløp

Gode arenaer for meistring og utvikling, fokus på overgangar i livet

Heimen som arena

Tidleg innsats, kartlegging, koordinering

Rehabilitering og habilitering

Ta i bruk velferdsteknologi

Sikre rett og tilstrekkeleg kompetanse, oppfylle kompetansekrav

Avlastingstiltak dagtilbod

Tilrettelegging for personar med demens og kognitiv svikt

Lokale rammer for tenesteutvikling:

- Krav til innhald i tenestene - nye brukargrupper - demografiske utfordringar
- Struktur og organisering - internt i kommunen og interkommunalt
- Økonomi og ressursbruk - menneskeleg - materielt
- Arealbehov –kapasitet -føringar for innhald og utforming

Frivillighet Pårørnde

Utkast til plan

- Handsaming i OVU 03.04.17
- Høyring og offentlig ettersyn 12.06.17
- Godkjenning kommunestyret 29.06.17

PLANPROSSEN APRIL 2016 –JUNI 2017 - 10 FASAR

6

DEL 1

OM PLANEN

1.1 Planarbeidet

Me har valt å prosjektorganisere planarbeidet med prosjektgruppe, styringsgruppe og to referansegrupper. Stabsnivået i helse og omsorgseininga og kommuneoverlegen har utgjort prosjektgruppa. Denne gruppa har hatt ansvaret for å utarbeide planprosess, planprogram, metodar for deltaking og medverknad, og sjølve plandokumentet. Plankoordinator har hatt ansvar for framdrift, rammer for planinnhald, utforming og skriftleg framstilling av plandokumentet. Helse- og omsorgssjef er planansvarleg, og har representert eininga også i styringsgruppa.

Plan- og bygningslova sine rammer og føringar for kommunalt planarbeid er vektlagt i prosessen, ikkje minst krav om deltaking og medverknad. Gjennom arbeidsøkter og dialogmøter er det innhenta innspel frå tilsette i eiga eining, andre einingar i kommunen og brukargrupper. Innsamla brukarinnspel knytt til arbeidet med Kommuneplanens samfunnsdel er også nyttiggjort. Tverrfagleg og breitt engasjement er på denne måten vektlagt i utarbeiding av mål, strategiar og tiltak knytt til dei valde satsingsområda.

Planarbeidet har sett fokus på kommunen sitt samfunnsoppdrag, viktige nasjonale føringar og utfordringar knytt til tenesteorganiseringa, både i og på tvers av einingane i kommunen. Arbeidet har skapt brei deltaking, og bidrege til å heve kompetansen i høve til plan- og målarbeid. Kunnskap om innhaldet i tenestene er styrkt, og det er sett i gang prosessar knytt til å bygge struktur og tenestutvikling som gjer oss betre rusta til møte morgondagens oppgåver og ansvar.

Planarbeidet har bestått av **10 fasar**, og nådde sin fyrste større milepæl i utarbeiding og politisk godkjenning av Planprogrammet. Dette dokumentet var med på å setje rammer for planen, skildre utfordringar og tema, og syne ei retning for planutforminga. Planprogrammet vart lagt ut til høyring, og i tida etter høyringsfristen har arbeidet med å utforme mål, strategiar og tiltak for satsingsområda hatt hovudfokus.

For detaljert skildring av:

- Prosjektorganisering, sjå vedlegg 6
- Planprosess, sjå vedlegg 7
- Metodar og opplegg for innspel og medverknad, sjå vedlegg 8

1.2 Planens tidsperspektiv

Helse og omsorgsplanen skal ha eit tidsperspektiv **fram mot 2030**.

Nasjonale føringar, medisinske og teknologiske endringar, nye oppgåver, endring i brukargrupper og nye kompetansebehov vil setje kontinuerleg krav til kommunen som tenesteytar. Difor må planen vere eit styringsverktøy som krev justering i takt med samfunnsutviklinga. Prosjektgruppa har vektlagt dette i planoppbygginga. Planen skal også henge i hop med anna planverk i kommunen, og planen skal **reviderast kvart 4. år**.

1.3 Bakgrunn og forankring

Kommunestyret skal minst éin gong i kvar valperiode, og seinast innan eitt år etter konstituering, utarbeide og vedta ein kommunal *planstrategi*. Planstrategien er eit overordna politisk styringsverktøy der ein vedtek kva planoppgåver som skal ha prioritet i kommunestyreperioden.

Kommunen skal ha ein samla *kommuneplan* som omfattar ein *samfunnsdel* med handlingsdel, og ein arealdel. Kommuneplanen sin samfunnsdel skal danne grunnlaget for einingane sine planar og tenesteproduksjon, og vere eit

verktøy for tilrettelegging i høve til ynskt samfunnsutvikling. Helse- og omsorgsplan for Vinje kommune er ei prioritert planoppgåve.

Helse- og omsorgsplanen er å sjå på som ein delplan til kommuneplanen sin samfunnsdel, og skal i likskap med denne samordnast med anna kommunalt planverk og kommunen sin økonomiplan for dei næraste 4 åra.

Andre relevante kommunale planar:

- *Kompetanseplan (årleg revidering)*
- *Bustadpolitisk plan (2015-2018)*
- *Bustadsosial handlingsplan (2011-2016)*
- *Handlingsplan mot vald i nære relasjonar (2016-2019)*
- *Plan for Helse -, sosial og smitteberedskap (årleg revidering i tråd med overordna planmal)*
- *Plan for Miljøretta helsevern (under utarbeiding)*
- *Alkoholpolitisk handlingsplan*

Folkehelseperspektivet skal vere eit berande prinsipp i alt kommunalt planarbeid, og helse og omsorgstenestene har ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden og kva faktorar som påverkar folkehelsa. Dette oversiktsbiletet skal kvart 4. år samlast i eitt dokument. Oversiktdokumentet skal identifisere både folkehelseutfordringar og ressursar, og skal inngå som grunnlag for utarbeiding av planstrategi, kommuneplan og tenesteretning.

Helse og omsorgsplanen skal også ha forankring i **nasjonale planar og styringsverktøy**. *Samhandlingsreforma* (Meld. St. 47 (2008-2009) har gjeve kommunane eit utvida samfunnsoppdrag, der fleire tenester skal leverast der pasienten bur, og det skal utviklast eit betre samspel mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Likedan legg nasjonale føringar til grunn at ein skal utvikle pasienten sitt helsevesen der pasienten skal ha ei meir aktiv rolle i si eiga behandling, og medverke sterkare i utforminga av tenestene.

1.4 Planens føremål

Føremålet med planen er:

- å ha eit overordna styringsverktøy for helse og omsorgssektoren som sikrar oppfylging av juridiske plikter, og er i tråd med nasjonale og lokale føringar og framtidens utfordringsbilete.
- å skissere ei retning for tenestene som sikrar framtidens rette og pasientorienterte tenester i tråd med kommunen sitt samfunnsoppdrag.
- å synleggjere utfordringar og peike ut satsingsområde og strategiar.
- å sikre eit effektivt og forpliktande samarbeid mellom politikk, administrasjon og tenesteytande nivå.
- å syte for deltaking og medverknad frå tilsette og innbyggjarar i arbeidet med å utforme eit styringsverktøy for Vinje kommune sine helse og omsorgstenester dei neste 10-15 åra.
- å sikre ei tenesteutvikling som legg auka vekt på:
 - *kvalitetsforbetring*
 - *helsefremjande og førebyggjande arbeid*
 - *habilitering og rehabilitering*
 - *auka brukarmedverknad, -deltaking og meistring*
 - *strukturerte og koordinerte behandlingsforløp*
 - *tverrfagleg tilnærming til innbyggjarane sine behov.*

1.5 Planens omfang og avgrensingar

Helse og omsorgstenestene i Vinje kommune har om lag 45 % av dei kommunalt tilsette i si eining, og rommar både førebyggjande, behandlande, rehabiliterande og lindrande tenester. Dei tilsette møter innbyggjarane i alle fasar av livet, frå svangerskap og fødsel til død. Med dette bakteppet vil ein helse- og omsorgsplan lett kunne bli omfattande og nærast uhandterleg som eit dynamisk verktøy for å skildre tenesteutvikling og prioriteringar.

Helse- og omsorgssektoren rommar tenester som i stort mon er lovpålagte tenester, og krav til kompetanse, kvalitet og tenesteutforming er styrt av lovverk, forskrifter og nasjonale føringar. Likedan er tenesteutøvarane for ein stor del tilhøyrande faggrupper som i kraft av sin profesjon og autorisasjon har eit tydeleg definert ansvar og mandat som ikkje let seg regulere i kommunale planar.

Med dette grunnlaget har ein valt **satsingsområde** som det er viktig å skildre ei ynskt tenesteutvikling i høve til. Dette er knytt til fagområde og brukargrupper der det kommunale ansvaret er utvida, og område som nasjonale føringar tilrår kommunane å rette fokus mot og planlegge for. Det betyr likevel ikkje at ein ikkje har fokus på kvalitet, tenesteutvikling og prioritering også innanfor tenesteområde som ikkje særskilt er nemnt i planen.

Nasjonale føringar tilrår kommunane å ha eigne delplanar for einskilte tenesteområde, men me har valt å la større tema og tenesteområde som **demensomsorg, rehabilitering og habilitering, psykisk helse- og rusproblem, kompetanse og rekruttering** inngå i Helse og omsorgsplanen, og ikkje splitte opp desse temaområda i eigne delplanar. Dette er valt av di me ser behovet for eit dokument som samla skildrar utfordringsbilete og satsingsområde for eininga, samstundes som me gjennom ei samla framstilling har von om å bryte ned silotenking, og ha eit forsterka fokus på tverrfagleg og fleirfagleg tilnærming til innbyggjarane sine behov.

Me har heller ikkje valt å lage ein eigen delplan for folkehelsearbeidet. Argumentet for dette er at folkehelseperspektivet skal vere grunnpilaren i alt planarbeid, og gjennomsyre planlegging og tenesteutforming i alle einingar og delar av samfunnet. Folkehelsearbeidet er difor forankra på rådmannsnivå i Vinje kommune.

I det demografiske utfordringsbiletet ligg også forventa auke i innvandring. Men me har valt å ikkje skildre utfordringar knytt til oppfølging og integrering av innvandrarak som eit eige område.

Innvandrarak er inga homogen gruppe, og dei helserelaterte utfordringane varierer som hjå den øvrige befolkninga. Men med bakgrunn i det me kjenner av faktorar som aukar sårbarheit for den fysiske og psykiske helsa, bør ein vere spesielt oppmerksom på born og unge, einslege mindreårige, kvinner i fertil alder og eldre innvandrarak. Dei kommunale tenestene må erkjenne og vere medvitne på at ein treng tverrfagleg kompetanse på innvandrarak sine særskilte behov, risikoområde og helseutfordringar. Målet er at Vinje skal kunne skape reelt likeverdige, kjende og godt tilgjengelege tenester også til innbyggjarar med ein annan landbakgrunn.

Ved inngangen til 2017 har Vinje 365 innvandrarak og norskfødde med innvandrarakforeldre. Dette utgjer nær 10 % av innbyggjartalet i kommunen. Mange av desse er arbeidsinnvandrarak, primært frå aust-europeiske land.

Planen skildrar også utfordringar knytt til **organisering, økonomi, arealbehov og frivilligheit**.

For å løyse lovpålagte oppgåver og helseutfordringar må me sjå på nye måtar å løyse oppgåvene på, både innom og på tvers av kommunegrenser. Difor set også planen fokus på behovet for å vurdere **interkommunale løysingar** når krav til tenesteutforming og tenesteyting gjer samarbeid føremålstenleg.

1.6 Nasjonale rammer, mål og føringar

Samhandlingsreforma er ei retningsreform, der ansvaret for enkelte oppgåver og brukargrupper i helsevesenet over tid blir overført frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Parallelt er lovverk styrkt, med den intensjon å tydeleggjere dei plikter kommunane har overfor sine innbyggjarar, og dei rettar pasient og brukar har i høve til helsetenester.

Helse og omsorgsplanen skal ha forankring i lov, forskrift og nasjonale føringar som skildrar ansvar, oppgåver, kvalitet, kompetanse- og tenesteutvikling for kommunale helse- og omsorgstenester.

Utdrag av førande lover og forskrifter for helse- og omsorgstenestene:

- **Lov om kommunale helse- og omsorgstenester** pålegg kommunen å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at tenestene sitt omfang og innhald er i samsvar med krav fastsett i lov eller forskrift.
- **Helsepersonellova** skal bidra til tryggleik for pasientar, kvalitet i tenestene og tillit til helsepersonell og tenestene.
- **Pasient- og brukarrettighetslova** skal sikre folkesetnaden sine rettar, og lik tilgang i høve til tenestene.
- **Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenestene** har som føremål å bidra til fagleg forsvarlege tenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik. Leiaransvaret er tydeleggjort; i det også plikta til å planlegge og ha oversikt.

Meld. St. 47 "Samhandlingsreforma" har fylgjande mål:

- Auka livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetenesta gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid.
- Dempa vekst i bruk av sjukehusenester ved at ein større del av helsetenestene vert ytt av kommunehelsetenesta – under føresetnad av like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet – til det beste for pasientane.
- Meir heilskaplege og koordinerte tenester til brukarar av helsetenestene gjennom forpliktande samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.
- Å sikre ei berekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursane.

Meld. St. 26" Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet" fylgjer opp Samhandlingsreforma, og set fylgjande mål for framtidens helse – og omsorgstenester:

- Yte betre koordinerte pasientforløp og heilskaplege tenester
- Bidraga til meir og betre førebygging med heimen som arena
- Vere meir brukarorienterte
- Bidraga til pasientnære tenester

«Primærhelsemeldinga» karakteriserer morgondagens kommunale helse- og omsorgstenester slik:

- Har god tilgjengelegheit
- Har førebygging, forhindring og tidleg innsats i fokus
- Har fokus på meistring gjennom opplæring og strukturert oppfølging
- Har fokus på aktive og deltakande brukarar
- Innrettar seg i tråd med utviklinga i sjukdomsbiletet, fag, teknologi og samfunnsutviklinga elles
- Tek innover seg at oppfølging skjer i kommunane, og at meir komplekse oppgåver er overført til kommunane
- Organiserer tenestene annleis - jobbar på ein annan måte
- Oppfyller kompetansebehov og – krav
- Har god og auka leiartettleik

1.7 Lokale rammer, mål og føringar

Kommunen sine helse- og omsorgstenester skal bidra til god helse og førebygge sjukdom. Målet er flest mogleg gode levekår for alle, og reduserte sosiale helseforskjellar i befolkninga. Det krev heilskapleg og førebyggjande tenking i alt folkehelsearbeid og all tenesteyting.

Verksemdsplanen for Helse og omsorg Vinje kommune har fylgjande mål:

"Helse- og omsorgstenestene skal evne å tilpasse seg endra krav og føresetnader som fylgje av den utvikling som skjer i tenestene."

Det overordna kvalitetsmålet for tenestene er at dei skal vere:

- verknadsfulle
- trygge og sikre
- samordna og prega av kontinuitet
- tilgjengelege og rettferdig fordelt
- involvere brukarar til deltaking og medverknad
- ha god ressursutnytting

Desse kvalitetsmåla er det mogleg å planlegge teneste utifrå, og treffer godt - sett i høve til både nasjonale og lokale mål for tenesteutvikling.

Helse- og omsorgstenestelova pålegg kommunen å yte tenester til innbyggjarane gjennom heile livsløpet. Men den kommunale helse- og omsorgstenesta skal ikkje berre yte helsetenester i tradisjonell forstand, men også fremje sosial tryggleik, betre levevilkåra for vanskelegstilte, bidra til likeverd og likestilling, førebygge sosiale problem og sikre at den einskilde får moglegheit til å leve og bu sjølvstendig, og til å ha eit aktivt og meningsfylt tilvære i fellesskap med andre. Dette synleggjer det tverrsektorielle ansvaret kommunen har for å skape god folkehelse.

Til grunn for planen sitt føremål ligg *Kommuneplanens samfunnsdel sine mål og visjonar:*

I 2035 :

- er samfunnet i Vinje inkluderande og engasjerande
- er Vinje kommune ein brukarvenleg kommune
- har Vinje eit utbyggingsmønster som styrkjer busetnaden og skapar trivelege sentrum
- skal flest mogleg, uavhengig av alder og funksjonsnivå, bu heime så lenge som mogleg.
- har barn og unge trygge oppvekstvilkår og gode, utfordrande leike- og meistringsarenaer
- er det god tilgang til friluftsområde og eit godt friluftstilbod både for innbyggjarar og besøkande
- har tilsette i Vinje kommune rett og oppdatert kompetanse
- er Vinje ein aktuell kommune for lokalisering av kompetansearbeidsplassar

Eining for Helse og omsorg Vinje kommune

Helse- og omsorgssjef
Ass. Helse- og omsorgssjef
Kommuneoverlege - Smittevernoverlege

Fagrådgjevarar
Kontor for tenestetildeling og koordinering
Konsulentar

Legeavdeling
Fastlegar
**Interkomm.
legevakt**

**Psykisk helse
og rus**
Bruli
omsorgsbustader
dagtilbod

**Jordmor-
teneste**
**Interkomm.
vaktordning**

Sjukeheim
langtidsplassar
korttidsplassar
dagtilbod
**Interkomm. ø.hjelpse
(KAD-senger)**

Fysioterapi
Ergoterapi

Helsesystemteneste
helsestasjon
skulehelseteneste
ungdomshelsestasjon
smittevern

**Heimetenester
Rauland**
omsorgssenter
omsorgsbustader,
heimetenester

**Heime-tenester
Åmot**
heimetenester
dagtilbod
døgnteneste

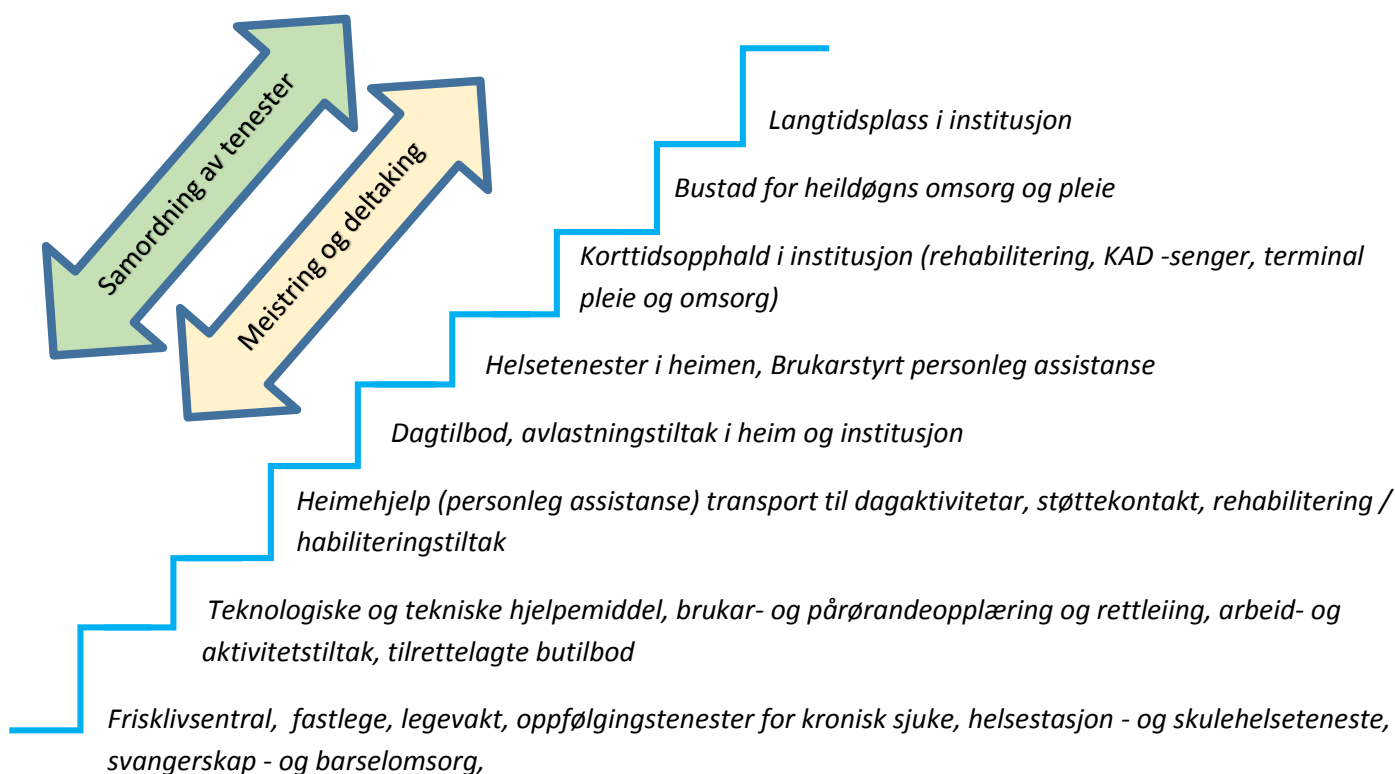
**Heimetenester
Øvre Vinje**
Norheimstunet
omsorgsbustader
heimetenester
dagtilbod

**Tenester for
funksjonshemma**
Svingen og Reini
omsorgsbustader

Tenester med gul ramme har døgntekontinuerleg drift

2.2 Omsorgstrappa

Å skildre tenestetilbodet i kommunen knytt i hop som ei kjede eller ei trapp, kan illustrere ein samanheng mellom tenestene, der aukande behov vert møtt med aukande tenestetilbod. Men det er viktig å forstå ei slik visuell framstilling av tenestene slik at det i praksis ikkje eksisterer tette skilje mellom trinna. Ein og same tenestemottakar kan motta tenester som er plassert på ulike trinn i trappa samstundes, og innan same trinn i trappa vil det til ei kvar tid finnast menneskje med store ulikskapar i bilstandsbehov.



Kommunen skal syte for ei heilskapleg tenking der førebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging utgjer eit heilskapleg pasientforløp. Tenesteyting skal ha basis i prinsippet om **beste effektive omsorgsnivå (BEON)**.

Ei tilrettelegging av tenestetilbodet som medfører at sjukdomsutvikling vert hindra eller utsett, er bra både for folk si helse og meistringskjensle, og for samfunnet sin økonomi.

Strategiar og tiltak i helse- og omsorgstenestene skal bli målt på det som blir gjort av tverrfagleg og brukarstyrt arbeid på tvers av trinna i trappa, og ikkje berre det som blir gjort på kvart trinn.

2.3 Lokal tenesteskildring

Me har i planen valt å setje fokus på seks satsingsområde, der tre av desse er direkte knytt mot definerte pasient- og brukargrupper. Me har difor valt å prioritere desse områda i høve til gje ei skildring av innhaldet i lokale tenester. Som organisasjonskartet illustrerer, så er tenesteområda i eininga samansette og mange. Det vil difor bli for omfattande å skildre alle, men den delen av planen som skildrar det enkelte satsingsområde vil likevel gje eit bilete av delar av heilskapen.

For samla oversyn over dei område helse- og omsorgstenestene i Vinje har ansvar for, sjå vedlegg 2

2.3.1 Tenester for Born og unge i Vinje

Tal på fødsjar og elevar i grunnskulen i Vinje 2016 (årsrapport VHO 2016)

Fødsjar i Vinje 2016:	Rauland: 25	Åmot: 14	Haukeli -Edland: 6		Totalt: 45 Snittet dei 5 tidlegare åra er på 39
Elevar i Vinje-skulane 2016:	Rauland: 137	Åmot: 161 + 26 vaksenopplæring	Edland: 88	Øyfjell: 41	Totalt: 453

Folketalsframskrivingar for Born og unge Vinje	2016	2030	2040
0-5 år	197	196	188 ↓
5-15 år	414	459	452
15-20 år	237	222	242
0-20 år	848	877	882
20-30 år	457	406	421 ↓

Kjelde: SSB, for utfyllande folketalsprognose, sjå vedlegg

- Helsesystemtenesta 0-5 år :** Denne tenesta er knytt til *helsestasjonane* i dei tre distrikta, og både helsesystem, lege og fysioterapeut er knytt til helsestasjonsarbeidet. Ein samarbeider strukturert med tenesta for Psykisk helse og rus og med jordmor. Jordmortenesta har fått auka sin ressurs i tråd med nasjonale føringar om auka vekt på tidleg heimebesøk etter fødsel. Ved sida av rutinemessige undersøkingar i tråd med nasjonal vegleiar for tenesta, er også nettverkskapande tiltak, teamarbeid og foreldrerettleiing vektlagt.
- Helsesystemtenesta 5-20 år:** Denne tenesta er definert som *skulehelsetenesta*, og er ein tverrfagleg teneste der helsesystem, avd. for Psykisk helse og rus og fysioterapeut deltek systematisk. I tillegg arbeider helsesystem tett saman med skulens personell, elevane sjølve og føresette. Helsesystem har fast trefftid ved alle skulane, og deltek i tverrfagleg samarbeid, både på system – og individnivå. Helsesystem har i mange høve ein koordinerande funksjon i høve til å fylgje opp elevar med særskilte behov. Helsesystem deltek også i undervising, prosjektarbeid og teamarbeid.
- Helsesystemtenesta 16-24 år:** Denne tenesta er definert som *Helsestasjon for ungdom*. Dette er eit førebyggjande lågterskeltilbod, med opningstid på ettermiddagen. Lege er også tilgjengeleg ein ettermiddag i månaden. I tillegg kan helsesystem kontaktast på telefon og SMS utanfor opningstid.

Helsesystemtenesta arbeider også med **smitteverntiltak**, og har ansvar for barne-, reise- og yrkesvaksinerings.

Helsesystemtenesta er ein teneste som har langt tradisjon for å arbeide tverrfagleg og teambasert, og har god kompetanse på tilrådde metodar for førebygging, rettleiing og behandling, både mot born –unge, føresette og samfunn.

Barneteamet i Vinje er eit tverrfagleg team som arbeider system- og individretta med tidleg innsats, og har som mål å møte behov på beste effektive nivå.

Ungdomsteamet i Vinje er eit ressurs- og kompetanseteam på tvers av faggrupper i kommunen. Temaets oppgåve er å ta i mot bekymringsmeldingar, og koordinere og organisere tiltak og oppfølging.

Helsesystemtenesta samarbeider med Barnevern, BUP, familiekontor, PP-tenesta, rehabiliteringstenesta, SLT-koordinator, NAV og politi. Dette arbeidet føregår i etablerte team, eller individretta når behov oppstår.

Helsesystemtenesta deltek også i psykososialt krisearbeid når born og unge er råka av kriser.

Helsesystemtenesta er eit lågterskeltilbod som når **alle** born og unge i skulealder, og deira foreldre. Dette gjev unike moglegheiter, men også ansvar og plikter knytt til å førebyggje, rettleie, fremje helse og trivsel, avdekke risiko, plikt til å melde frå, koordinere og fylgje opp. Alle tenestene til born og unge er gratis, og born og foreldre kan ta kontakt med tenestene utan tilvising og timeavtale.

2.3.2 Tenester for Psykisk helse og rus i Vinje

Opptappingsplanen for Psykisk helse for perioden 1998 – 2008 medførte at kommunane på slutten av nittitalet fekk den fyrste store satsinga på denne brukargruppa, og i Vinje vart den fyrste stillinga som psykiatrisk sjukepleiar oppretta.

I tenesteutforminga er førebygging og lågterskeltilbod vektlagt. Det tyder mellom anna at ein ikkje treng tilvising frå lege for å kome i kontakt med tenestene. Vinje har i dag i overkant av 200 personar over 18 år registrerte som brukarar av tenestene. Dette er eit høgt tal, særleg med omsyn til at folkehelsestatistikken som syner bruk av psykopharmaka ikkje indikerer at det står dårleg til med den psykiske helsa i Vinje. Born og unge i Vinje er også klassifisert som velfungerande. Så brukarstatistikken må også tolkast som eit bilete på at tidleg tverrfagleg innsats og førebyggjande tiltak er vektlagt i tenestene.

Området psykisk helse og rus er blant dei største helseutfordringane vi har, og har stor merksemd nasjonalt. Helse- og omsorgstenestene har frå 2016 blitt utvida til også å omfatte rusfeltet, -både førebyggjande del og oppfølging av rusbrukarar. Dessutan skal oppfølging av somatiske lidningar hjå personar med psykisk helse- og rusproblem få større merksemd. Dette står opp under Samhandlingsreforma sin intensjon om heilskaplege og brukarnære tenester. Med basis i folkehelseperspektivet er også sal- og skjenkeløyvingar lagt til dette tenesteområdet.

Tenestene i Vinje er delt i to hovudgrupper:

- **Born og unge:** Psykisk helseteneste for born og unge arbeider tett saman med helsesystemtenesta, og er ein aktiv del av skulehelsetenesta. Oppfølging skjer ved individuell oppfølging og gruppeaktivitet. Samarbeid med foreldre, skule, barnevern og spesialisthelsetenesta ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), Barne- og ungdomsklinikk (BUK) og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk (UPS) er viktig. Mykje av innsatsen er av førebyggjande karakter, men det er også born og unge som har behov for individuell oppfølging over tid. Organisert arbeid i lokalt tverrfagleg teamarbeid, som Barneteam og Ungdomsteam har som føremål å fange opp og hjelpe i tidleg fase, og dermed hindre negativ utvikling over tid.
- **Vaksne over 18 år:** Personar med store psykiske helseproblem har gjerne tenester frå fleire aktørar. Spesialisthelsetenesta, ved Distrikts psykiatrisk senter (DPS) med viktig fagkompetanse, heimesjukepleie, lege og psykisk helseteneste er sentrale. Delar av tenesta er organisert som ambulerande tenester som fylgjer opp brukarar i eigen heim. Nokon kjem til samtale hjå tenesteapparatet. Mange har langvarige tenester, men det er og ein del som har behov for bistand i samband med kriser i livet der tenestene kan avsluttast etter ei tid. **Bruli**, som opna i 2011 og har åtte bueiningar, gjev butilbod til personar som har behov for eit omsorgstilbod ut over det ein kan gje i eigen heim. Bruli er bemanna med personell dag og kveld, i tillegg har dei som er i behov

for det tilsyn frå nattpatruljen i heimetenesta i Åmot.

Fleire brukarar av tenestene har i tillegg til butilbod, eller uavhengig av dette tilbod om **brukarstyrd seng ved DPS**. Det betyr at ein kan legge seg inn i spesialisthelsetenesta når ein sjølv kjenner behov for det utan tilvising. For dei som har slikt tilbod, er dette viktig.

Bu-, arbeids- og aktivitetstilbod er basiselement i oppfølginga av den einskilde, og kommunen sitt bustadsosiale arbeid rettar seg mellom anna mot brukarar som har vanskar med å kome seg inn i bustadmarknaden, av samansette grunnar. Bistand til å vera i, eventuelt kome i arbeidsaktivitet, er viktig for å oppleve meistring og auka livskvalitet. For dei som har varig uførestønad er arbeidstilbod ved til dømes Vinje vekst, eller andre verksemdar viktige element i tiltaka kring den enkelte. Kommunen har også varig tilrettelagte arbeidsplassar (VTA-plassar).

Det er organisert **dagtilbod** to dagar i veka. Her samlast brukarar som ynskjer dette for mellom anna sosialt fellesskap og felles måltider. Musikkterapi er også eit tilbod her.

Ikkje alle tenester er individbaserte. Det finst også tilbod som er organiserte som **gruppeaktivitetar**. Døme på dette er utegruppe (turgruppe) og angstgruppe. Gruppetilbod kan vere gunstig, både som ramme for oppfølging, for meistingsopplevingar, - men også som ein gevinst for kommunen i høve til effektivitet, av di ein når fleire. Gjennom Frisklivssentralen blir det gjeve tilbod om KID-kurs; eit **meistringskurs** for dei som opplever mildare depresjonsplager.

Psykosialt kriseteam er ein del av Vinje kommune sin beredskapsplan, og leining av teamet er lagt til tenester for Psykisk helse og rus.

Å ha **tilstrekkeleg lokal kompetanse** er avgjerande for god oppfølging, og for å redusere risiko for uynskte hendingar. Personar med valds- og åtferdsproblem, og med alvorlege og samansette problem er særleg utfordrande for tenestene, særleg i små distriktkommunar. Samarbeidet med politi er godt, men lang utrykkingstid medfører at kommunen sjølv må sikre vaktordningar slik at det er tilstrekkeleg tilgang på personell ved akutte hendingar.

Frå 2017 har kommunane fått ansvaret for å gje tilbod om **kommunale akutte døgnplassar (KAD-senger)** også for personar med psykisk helse- og rusproblem. Dette er organisert som ein interkommunal teneste, der Vinje er vertskommune for 2 sengeplassar for Tokke og Vinje ved Vinje sjukeheim.

Brukartal tenester for psykisk helse og rus Vinje 2016 (årsrapport VHO 2016)

Tal på brukarar totalt 18-100 år	219
Brukarar som har behov kommunen ikkje kan dekkje:	1
Brukarar som ein samarbeider med DPS om	21
Brukarar med tilgang til brukarstyrd seng ved DPS	8
Brukarar som krev stor tverrfagleg innsats	21
Brukarar med rus- og avhengigheitsproblematikk	16
Brukarar som bur i bustad med stasjonær bemanning delar av døgnet:	8
Brukarar som nyttar dagtilbodet:	8-12
Interkommunale akutt døgnsenger Vinje sjukeheim	2
Hendingar der psykososialt kriseteam vart aktivt	6

2.3.3 Demensomsorg i Vinje

Vinje kommune etablerte allereie i 1984 **skjerma eining** for demente. Avdelinga hadde sjukepleiefagleg geriatri-kompetanse, og denne ressursen vart i mange år nytta til å bygge kompetanse på tvers av avdelingar, og mot heimebuande demente og deira pårørande. Ein har i mange år arbeidd aktivt med å bygge ei god demensomsorg, bygd på ressursar og behov hjå brukar og pårørande, og sidan 1980-talet har ein gjeve pårørande opplæring og støtte, hatt tilbod om avlasting og dagtilbod for demente.

I 2003 etablerte kommunen eit **kommunalt demensteam**, og frå 2008 delte to sjukepleiarar stillinga som demenssjukepleiar. Gjennom prosjektstøtta deltaking i «Modellkommuneprosjektet» i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, opparbeidde Vinje kommune mykje kunnskap innom fagfeltet. Demensomsorg vart i denne perioden meir strukturert, og organisert som eit eige tenestetilbod, med etablering av pårørandeskule, dagtilbod, fagleg vegleiing og samarbeid med fastlegar og med spesialisthelsetenesta/ alderspsykiatrisk avdeling om demensutgreiing.

Denne historia kjem oss til gode ved at me har mange medarbeidarar med solid grunnkompetanse, og i alle tre heimetenedistrikt har me demenskontaktar, som er fagpersonar med særleg kunnskap om demens.

I 2017 har Vinje sjukeheim ei skjerma eining for demente med 7 plassar, og ei eining for personar med samansette behov, totalt 13 plassar for demente. I Åmot tilbyr me personar med demens eit tilrettelagd **dagtilbod** 2 dagar i veka. Tilsvarende er planlagt opna ved Rauland omsorgssenter og ved Norheimstunet i løpet av fyrste halvår 2017. Både ved sjukeheimen og omsorgssentra vert det tilbydd regelmessige **avlastingsopphald for heimebuande demente** i tett samarbeid med pårørande. Slike ordningar bidreg til at personar med demens kan bu lenger i eigen heim, samstundes som overgangen til endra tenestebehov vert lettare.

Risiko for å utvikle demens aukar med alder, og nasjonale kunnskapskjelder på dette fagområdet reiknar at 15 % av personar over 75 år og 20 % over 80 år har ei demensdiagnose. Vinje kommune har ikkje diagnosemateriale som gjev oss eit eksakt bilete på kor mange personar i Vinje som har ei demensdiagnose, men med bakgrunn i nasjonale tal for faktisk og forventa omfang vil ein for Vinje kunne anslå fylgjande:

Statistisk forventa tal på personar over 80 år i Vinje med ei demensdiagnose:

Tala er basert på SSB sine Folketalsprognoser for denne aldersgruppa	2017	2030	2040
Forventa tal på personar over 80 år med demensdiagnose:	Ca 40	Ca 60	Ca 80

I denne framstillinga er det viktig å merke seg at demens rammar også yngre personar, så biletet syner berre ei forventa retning i høve til omfang av demenssjukdom knytt til ei aldersbestemt gruppe. Demens kan oppstå som følgje av annan sjukdom, og sjukdomsforløpet kan variere frå 2-3 år til 8-10 år. Difor er det vanskeleg å ha eit eksakt bilete på det totale omfang, både i tal og kva det vil inneber for den totale tenesteytinga.

2.4 Samarbeid mellom kommune og organisert / uorganisert frivillig arbeid



Helse- og sosialdepartementet, KS og Frivillighet Norge har utarbeidd *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)*. Her blir det lagt spesielt vekt på å førebygge og redusere einsemd gjennom tiltak som aukar inkludering og trivsel. Tanken er å bruke ressursane som ligg hjå brukarane sjølve, deira familiar og sosiale nettverk, i nærmiljøet og i lokalsamfunn. Frivillighet Norge og KS tar til orde for at det må utviklast ein frivilligheitspolitikk i kommunane som gjev dei frivillige føreseielege rammer og betre vilkår.

Gjennom ulike lag, organisasjonar og uorganiserte frivillige, har me ein lang tradisjon for frivillig innsats i Noreg. I åra som kjem vil frivillig innsats vere eit viktig bidrag innan helse og omsorg. Samhandlingsreforma gjev stor merksemd til kommunen si rolle, både i det førebyggjande arbeidet og i høve til tiltak som skal medverke til at pasientar og brukarar meistrar sine livssituasjonar. Dette er område der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjonar kan medverke til betre realisering av dei helsepolitiske måla. Den positive effekten av frivillig innsats har to sider. Den bidreg til å bygge og styrke sosiale band, som dermed hindrar isolasjon, og erfaringane med å hjelpe andre gjev ei oppleving av å ha eit meningsfullt liv. Desse viktige sosiale sidene i eit menneske sitt liv kan dei frivillige ta i vare på ein betre måte enn helse og omsorgstenestene, men kommunen kan vere ein medspelar i utviklinga av ulike tilbud. Spesielt vil frivillig arbeid ha viktige bidrag å gje når det gjeld drift innan aktivitetstiltak og sosiale møteplassar.

Lov om Folkehelsearbeid, utdrag:

§ 4 ... Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, utdrag:

§ 3-10 Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner:

... Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Folkehelsearbeidet er eit ansvar på tvers av sektorar og samfunnsområde. Svært mykje av det som verker inn på helse i folkesetnaden skjer utanfor helsesektoren. Gode levekår og sosial inkludering er fundamentet for å nå målet om fleire leveår med god helse og reduserte helseforskjellar.

Samarbeid mellom frivillige organisasjonar og myndigheiter er avgjerande for å vidareutvikle folkehelsearbeidet, og for å møte dei berekraftutfordringar som kommunane vil stå overfor.

Nasjonale føringar vektlegg at frivillig arbeid skal stø opp under sosiale tiltak og meningsfulle hobby- og aktivitetstiltak. Det er naturleg å vektlegge dette også lokalt.

Frivillige organisasjonar møter mange me ikkje når gjennom offentlege tilbod og tenester. Helse og omsorg vil samarbeide med kommunen sin frivilligsentral om å knyte kontakt med frivillige lag, organisasjonar og andre som vil gjere ein frivillig innsats. Det blir gjort mykje godt frivillig arbeid i tettstader og grender i kommunen. Gjennom møter med lag og organisasjonar vil ein få oversikt over eksisterande frivillig arbeid, og kunne drøfte korleis ein saman kan dekke ulike behov og utvikle det frivillige arbeidet i kommunen. Det må etablerast lokalt tilpassa knutepunkt for frivillig arbeid rundt i lokalsentra.

Frivillige oppgåver kan vere etterspurte tiltak som kommunen ikkje gjev, og avgrensa oppgåver som dei overtek frå omsorgstenestene. Det frivillige arbeid kan ha ansvar for å drive enkelte tiltak, men kommunen må ha ansvaret for heilskapen i omsorgstenestene.

DEL 3

OM SATSINGSOMRÅDA

3.1 Planens satsingsområde

I utarbeiding av planen, og ved val av satsingsområde har me vektlagt det overordna nasjonale målet om å **skape pasienten sitt helsevesen**. Kommunen og spesialisthelsetenesta skal saman, og kvar for seg vektlegge ei tenesteutvikling som sikrar at pasient og brukar får trygge, heilskaplege, koordinerte og individuelt tilpassa tenester.

Pasientgrupper med store og samansette behov skal oppleve tilgjengelege og **samordna tenester**. Basis for tenestene skal vere **meistring og deltaking**. Kommunen skal vektlegge førebygging og tidleg innsats, lågterskeltilbod og teambasert oppfølging på alle nivå.

Å legge til rette for gode oppvekstvilkår, og god fysisk og psykisk helse for **born og unge** er fundamentet i kommunen sine tenester. Ein god barndom vil ha stor verdi for den einskilde sitt ungdoms- og vaksenliv, og for samfunnet. Difor vil kommunen gjennom tidleg innsats, god oppfølging og tverrfagleg arbeid ha fokus på gode tenester til denne gruppa.

Psykisk helse- og rusarbeid skal lyftast fram og sidestillast med kommunen sitt ansvar for somatiske sjuke. Dette er understøtta av Samhandlingsreforma si overføring av nye oppgåver knytt til denne pasientgruppa frå 2017.

Folketalsframskrivingar slår fast at fordelinga mellom dei ulike aldersgruppene dei neste åra vil utfordre tenester og samfunn. Eldrebølga vil utfordre kommunane på fleire område, både i høve til prioriteringar og behov. Demens er eit av dei tyngste og største helseproblema, og førekomst aukar med alder. Talet på eldre vil medføre at **demensomsorg** i aukande grad blir sett på dagsorden. Men nasjonale handlingsplanar ynskjer ikkje utvikling av ei særomsorg, det er primært kommunen sitt ordinære tenestetilbod som skal legge til rette for menneske med demens, både faglig, organisatorisk og bygningsmessig.

Kunnskap og kvalitet er ein av grunnpilarane i helse og omsorgstenestene. Nye, meir komplekse og spesialiserte oppgåver i primærhelsetenesta, eit forsterka fokus på leiing, kvalitet og tenesteutvikling utfordrar kommunane på å skaffe oversikt over noverande og framtidig behov for **kompetanse og rekruttering**, og lage system som sikrar rett kunnskap på rett nivå til rett tid.

I arbeidet med å velje tema og tenesteområde som planen skal skildre, har me vektlagt fylgjande faktorar:

- Nasjonale føringar
- Lokal kunnskap om tenesteområda og utfordringsbilete
- Erkjenning av breidde og kompleksitet i oppgåver kommunane står overfor
- Demografiske utfordringar
- Sjukdomsbilete -brukargrupper
- Innspel og medverknad frå tenesteutøvarar og brukargrupper

Fylgjande satsingsområde er valt:

- ❖ **Meistring og deltaking**
- ❖ **Samordning av tenester**
 - **Demensomsorg**
 - **Born og unge**
 - **Psykisk helse- og rusarbeid**
 - **Kompetanseutvikling og rekruttering**

Meistring og deltaking er det berande temaet som skal gjennomsyre tenking innanfor all tenesteutvikling dei neste åra. Difor er dette lyft opp som eit overordna satsingsområde i planen. Brukarkompetanse, rett til medverknad, og fokus på meistring og aktivitet skal medverke til auka livskvalitet og betre ressursutnytting.

Samordning av tenester er også valt som eit tenesteoverbyggande tema, og tek opp i seg ei erkjenninga av at mange pasientgrupper opplever tenestene som fragmenterte og lite heilskaplege. Strukturert oppfølging, teamarbeid og tenester basert på brukaren sine behov skal styre kvalitetsarbeid og tenesteutvikling.

Til 5 av satsingsområda har me valt å lage eit skjema for målskildring, strategiar og tiltak. Tilsvarande skjema er også laga for området arealbehov. Føremålet med dette er:

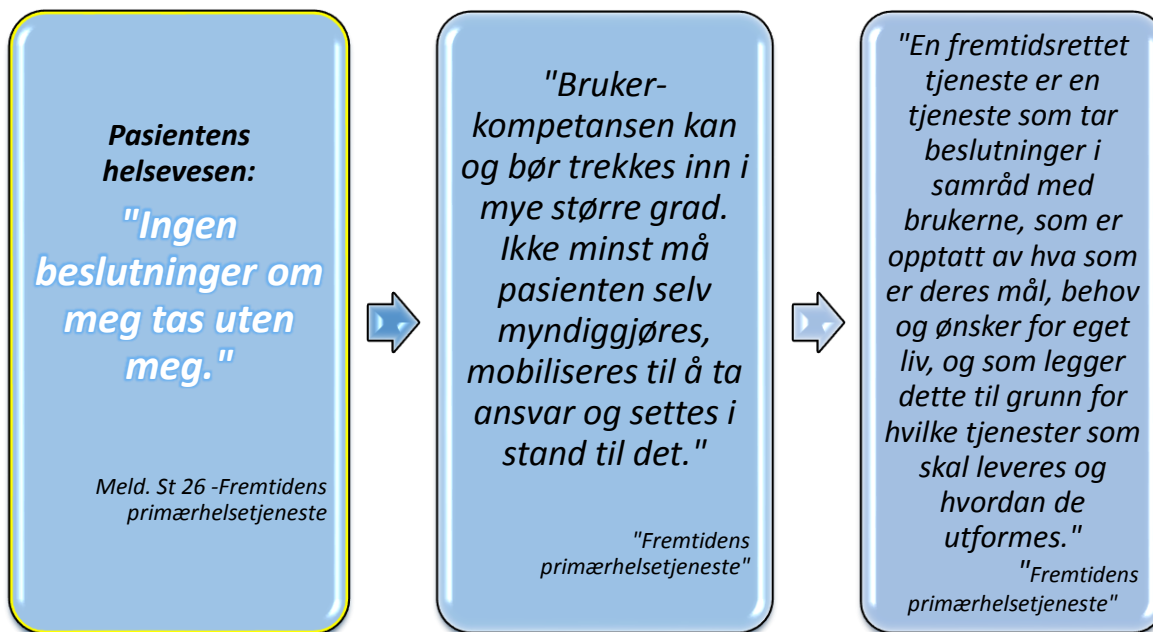
- **Måla** skal vere visjonære og overordna, syne retninga, og famne heile planperioden
- **Strategiar** skal skildre føremålstenelege handlingar for å nå mål, ein «angrepsmåte»
- **Tiltaka** er ei ytterlegare konkretisering av prioriterte handlingar for å nå eit mål i løpet av dei neste 4 åra.

Gjennom val av mål –strategiar og tiltak vert grunnlaget for tenesteutvikling, prioriterings- og endringstiltak lagt.

Strategiar og tiltak skal takast opp att og gjerast verkelege i verksemdsplanar, mål- og kvalitetsutviklingsarbeid i eininga. I revisjonsarbeidet av planen er det eit mål at strategiar og tiltaka skal vidareutviklast eller kvitterast ut som oppfylte, samstundes som nye blir implementert.

Enkelte stragetiar og tiltak vil også takast opp att og utgreiast i politiske enkeltsaker knytt til område og tema der kommunen må gjere val omkring organisering, tenesteutforming, arealbehov og ressursbruk.

3.1.1 Satsingsområdet Meistring og deltaking



«... Selv mener jeg at brukerkompetansen min i seg selv er medisins for meg Kronikere har ervervet seg stor kompetanse for sitt liv, og det må helsearbeidere ta på alvor i behandlingsforløpet slik at fagkompetanse og brukerkompetanse sammen kan utvikle et kreativt og helsefremmende forløp ...»
«Synspunkt» Telemarksavisa 25.08.16

Eit levande velferdssamfunn skal hjelpe innbyggjarane til å utnytte sine eigne ressursar best mogleg - den største omsorgsressursen ligg ofte hjå brukarane sjølve. Aktivisering og hjelp til sjølvhjelp kan bidra til kvalitativt betre resultat for brukarane, og betre utnytting av samfunnet sine samla ressursar.

Mykje kan tyde på at morgondagen sine brukarar vil ha høgare forventningar og krav til offentlege tenester, samtidig som dei vil ha større evne og vilje til sjølv å ta ansvar og vere sjølvstendige og sjølvhjelpete.

Den nye brukarrolla fordrar ei helse- og omsorgsteneste som i større grad enn tidlegare kartlegg og forstår brukaren sine behov, gjev brukarane informasjon og støtte slik at dei kan delta aktivt i avgjerder som vedkjem dei, og som set folkesetnaden i stand til å ta eit større ansvar for eiga helse og framtid.

Folkehelsearbeid handlar både om å redusere risiko for sjukdom og om å fremje livskvalitet og trivsel. I folkehelsearbeidet er fylgjande fem prinsipp rådane: utjamne sosiale helseforskjellar, helse i alt me gjer, berekraftig utvikling, føre-var og medverknad.

I føremålet til Helse- og omsorgstenestelova blir det slått fast at kommunen sitt ansvar er å førebygge, behandle og legge til rette for meistring av sjukdom, skade, liding og nedsett funksjonsevne. Vidare pålegg lova kommunen eit ansvar for helsefremjande og førebyggjande arbeid, her under opplysning, råd, opplæring og rettleiing. Pasient- og brukarrettighetslova slår fast at tenestetilbodet så langt som mogleg skal utformast i samarbeid med pasient og brukar. Det skal leggast stor vekt på kva pasienten og brukaren meiner ved utforming av tenestetilbod.

Å involvere brukarane og gje dei moglegheit til å påverke, er definert som eit av basiselementa i kvalitetsomgrepet. Tenestnivå, profesjon og system bør tilpasse seg brukaren sine behov, ikkje omvendt. Dersom tenestene vert utvikla med utgangspunkt i kva som er viktig for brukaren, så vil tenestene treffe betre. Dette vil medverke til auka effektivitet, høgare kvalitet og betre ressursutnytting.

Dagens arbeidsformer fører til at mange brukarar med kronisk sjukdom og med store og samansette behov ikkje får tett nok oppfølging, eller god nok opplæring til eigenmeistring. Manglande systematikk i kommunal tverrfagleg kartlegging rammer mange brukargrupper. Når brukarar ikkje blir fanga opp i tide, aukar risikoen for dårlegare eigenmeistring og funksjonsfall som kunne vore unngått.

Systematisk førebyggjande heimebesøk hjå eldre er eit tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunen sitt ansvar for det førebyggjande helse- og omsorgsarbeidet. Tidleg innsats kan hindre negativ utvikling av helsetilstand, funksjonsevne og sosiale tilhøve. Samtidig kan ein få kartlagt butilhøve og behov for endring av helse- og omsorgstenester i nær framtid. Ved å koma tidlegare til og ved betre oppfølging, vil brukarane få betre liv, og samfunnet vil vinne på det.

3.1.1.1 Rehabilitering og habilitering

Kommunen skal ha generell oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering. Alle som bur eller oppheld seg i kommunen skal få tilbod om naudsynt utreiing og oppfølging.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Habilitering er relatert til funksjonsnedsetting som skuldast medfødde og tidleg erverva tilstander, og består ofte av fleire prosessar gjennom heile livsløpet. **Rehabilitering** er tenester og støtte til brukarar i form av strukturerte tiltak over ein tidsperiode for å vinne attende tapte funksjonar. Tenester innan habilitering og rehabilitering skal medverke til at pasient og brukar kan trene opp og vedlikehalde ferdigheiter og evne til meistring. Målet er å kunne leve eit mest mogleg sjølvstendig liv ut frå eigne føresetnader og ynskje.

Kvardagsmeistring er egna som ein overordna tenkemåte i arbeidet med å utvikle ei ny og styrkt brukarrolle.

Kvardagsrehabilitering tek utgangspunkt i brukaren sine eigne ynskje, eigen heim og nærmiljø. Brukarar oppnår betre funksjonsnivå og livskvalitet når dei daglege aktivitetar kan meistrast.

Status i Vinje:

Innføringa av Samhandlingsreforma har medført at kommunane har overteke mykje av rehabiliteringsansvaret etter sjukehusopphald. Gjennom samarbeid med Sjukehuset Telemark Helseføretak og Skien kommune i prosjektet «Saman om det gode rehabiliteringsforløp» (2016) har Vinje kommune arbeidd systematisk med å styrke overgangar mellom tenestene. Målet er at pasienten opplever forløpet frå utskriving frå sjukehus, via døgnbasert rehabilitering ved kommunen si korttidsavdeling, og attende til eigen heim eller institusjon/ omsorgssenter som ei samanhengande kjede.

*For å sikre ein rehabiliteringsprosess med klare mål og gode overgangar, vert det no utarbeidd ei lokal **Metodebok for Rehabilitering** i Vinje. Det er også, som eit resultat av lokalt prosjekt, utarbeidd ei **Metode for Kvardagsrehabilitering**.*

3.1.1.2 Lærings- og meistringstilbod

Føremålet med lærings- og meistringstilbod er at pasientar, brukarar og pårørande skal:

- få informasjon, kunnskap og hjelp til å handtere sjukdom og helseforandringar
- førebygge eller hindre utvikling av sjukdom og funksjonsnedsetting
- gje støtte til endring av levevanar for å fremje fysisk og psykisk helse
- stø opp under pasient og brukar sin eigen læringsprosess

Sterkere brukarinvolvering kan skje på minst tre nivå:

- Individuelt i høve til å kunne påverke eigen livssituasjon og tenestetilbod
- På gruppenivå i høve til å møte, dele erfaringar og stå saman med andre i same situasjon
- På kommune- og samfunnsnivå gjennom pasient- og brukarrepresentasjon

Ulike lærings- og meistringstilbod:

- Tilbod knytt til bestemte fasar i livet
- Tilbod knytt til spesielle diagnosar
- Tilbod knytt til livsstilsendring
- Tilbod til pårørande

Kjelde: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og meistring innen helse

Staus i Vinje:

Vinje kommune var ein av dei fyrste kommunane i landet som etablerte Frisklivssentral for meir enn 30 år sidan. Dette er eit veldrive, desentralisert lågterskeltilbod.

Frisklivssentralen har som mål å medverke til å styrke brua mellom helsetenesta og det breie folkehelsearbeidet. Målgruppa er dei som har auka risiko for, eller som har utvikla sjukdom, og treng støtte til å endre levevanar og meistre helseutfordringar. Tilboda ved Frisklivssentralen er ein del av det samla lærings- og meistrings-tilbodet i kommunen.

Døme på tverrfaglege lærings- og meistringstilbod i Vinje:

- «Trening på resept» -2 kurs i året
- «Bli stø på foten» -fallførebygging
- «Bra mat» -livsstilsendring
- «Røykeslutt» –livsstilsendring
- Ryggundervising i skulane
- Foreldrerettleiingskurs
- Kurs i meistring av depresjon (KID-kurs)
- Læring- og meistringskurs:
 - ✓ Kreft
 - ✓ Diabetes
 - ✓ Kols

3.1.1.3 Digitale verkty

Teknologi vil bli viktig i framtidens helse- og omsorgsteneste. Moderne IKT-løysingar vil i større grad medverke til at innbyggjarane og pasientane kan ta aktive val rundt eiga helse, og gje dei betre moglegheit til å påverke eige helsetilbod. Samtidig vil IKT som verkemiddel medverke til betre kvalitet, forskning, betre styring og planlegging, og meir effektive kommunal helse- og omsorgstenester.

Nye digitale løysingar vil vidareutvikle arbeidsprosessane til helsepersonellet slik at dokumentasjon, samhandling, rapportering og registrering blir enklare, og at kunnskapsgrunnlaget for styring, kvalitetsforbetring og forskning blir meir tilgjengelege. Samtidig skal brukarane oppleve tenestene som tilgjengelege og samordna.

Tilgang til eigne helseopplysningar, og moglegheit for å utføre helserelaterte oppgåver på internett er viktig for å gje innbyggjarane ein enklare kvardag og moglegheit til reell medverknad. Pasientar skal kunne delta i utforming av eige tenestetilbod, vere i dialog med sine behandlarar og finne relevant informasjon om eigen situasjon og behandlingsstadar.

Helsenorge.no er etablert som den nasjonale plattformen for innbyggjartenester, der enkelte tenester allereie er tilgjengelege gjennom «**Min Helse**». Sektorens nye pasient- og innbyggjarretta tenester skal byggjast her, og eksisterande tenester skal på sikt leggjast inn.

Helsenorge.no skal:

- gjere det enklare å finne fram til og velje behandlar
- gje tilgang til eigne helseopplysningar
- gje tilbod om sjølvbetenings- og sjølvhjelpsmoglegheiter
- gje informasjon og råd om god helse og livsstil, symptom, sjukdom, behandling og rettigheter

I 2016 vart Direktoratet for e-helse oppretta, og 1.mars 2017 vart milepælen om innføring av **kjernejournal** for heile landet nådd, og dermed også for vårt geografiske område.

Meld. St. nr 9 (2012-2013) «**Én innbygger – én journal**» syner retning, og definerer dei overordna måla for IKT-utviklinga i helse- og omsorgssektoren:

- *Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukaropplysningar gjennom heile behandlingsforløpet, uavhengig av kor i landet pasienten og brukaren blir sjuk eller får behandling. Avgjerdestøtte skal inngå i journalsystemet.*
- *Innbyggjarane skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tenester.*
- *Data skal vere tilgjengeleg for kvalitetsforbetring, helseovervaking, styring og forskning. Innrapportering skal skje mest mogleg automatisk og vere ein integrert del av arbeidsprosessane.*

3.1.1.4 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi meiner ein teknologisk assistanse som blant anna medverkar til auka tryggleik, og styrkjer den enkelte si evne til å klare seg sjølv i kvardagen. Bruk av velferdsteknologi inngår i paradigmeskiftet frå omsorgskultur til eigenmeistringskultur. Bruk av trygging- og meistringsteknologi kan gje heimebuande i alle aldersgrupper og pasientar ved helseinstitusjonar ei oppleving av å ha råderett over eige liv, bidra til å avverje farefulle situasjonar, auke brukar sin tryggleik, og avlaste pårørande for uro.

Det er også ein aukande bruk av mobil helseteknologi (m-helse). Til dømes gjev helseappar på mobiltelefon og nettbrett moglegheit til overvaking av eigen helsetilstand ved hjelp av sensorteknologi.

Ny teknologi kan bidra til meir fleksible tenester, og vere eit supplement til dei menneskelege ressursar som alltid vil vere den berande faktoren i helse- og omsorgstenestene. Gevinstar kan målast i form av betre kvalitet på tenestene, spart tid og unngåtte kostnader.

Hovudmålet er at velferdsteknologi skal vere ein integrert del av tenestetilbodet i helse- og omsorgstenestene innan 2020.

Status i Vinje:

Vinje kommune har, etter tilrådingar gjeve frå Nasjonalt velferdsteknologiprogram, arbeidd systematisk for å prøve ut og implementere trygging- og meistringsteknologi. Dette arbeidet fordrar praktisk samarbeid på tvers av tenester og einingar, der teknisk drift, IT, sjukeheim, heimetenester og ergoterapi er sentrale bidragsytarar. Som resultat kan bebuarar ved Vinje sjukeheim som har kognitiv svikt no nytte lokalisering- og sporingsteknologi i form av vandrealarm og/ eller GPS-sendar for å kunne bevege seg fritt og trygt innanfor og utanfor sjukeheimsbygningen. I heimetenestedistriktet i Øvre Vinje prøvar me i 2017 ut bruk av elektroniske medisindispenserar, slik at heimebuande som er avhengige av å ta medikament til rett tidspunkt i størst mogleg grad klarar å gjere dette sjølv. Den overordna målsettinga er å bidra til at den einskilde opprettheld funksjonsevne og kan leve eit sjølvstendig liv, og førebyggje og utsetje behov for kompenserte heimetenester.

3.1.2 Satsingsområdet Samordning av tenester

"Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»

(Meld.St.47- "Samhandlingsreforma")



"Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.

Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.»

Samhandlingsreforma

Målet for all tenesteyting er at tenestemottakaren skal oppleve tenestene som tilgjengelege, trygge, heilskaplege og koordinerte.

Kommunale helse- og omsorgstenester skal vere utforma etter brukaren sine behov, mål og ressursar, og ikkje etter den einskilde si diagnose. Førebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging skal opplevast som godt koordinerte tenester der brukar- og pårørande er aktive deltakarar.

For å kunne møte morgondagens utfordringar krev det endring i arbeidsformer og arbeidsdeling. Nasjonale føringar vektlegg auka fokus på samhandling i og mellom tenester og nivå, og ei tenestorganisering som står opp under og utløyser alle dei ressursar som ligg i og rundt brukaren sjølv og i samfunnet elles. Morgondagens helse og omsorgstenester må ha auka fokus på førebygging og rehabilitering, aktiv oppfølging og gode forløp.

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester har rett til å få utarbeidd ein individuell plan (IP) dersom personen sjølv ynskjer det. Ein Individuell plan skal sikre at den einskilde brukar sine behov for tenester skal styre tenestene si utforming og samansetning. Ein individuell plan skal utarbeidast saman med brukar, og fungere som eit dynamisk verkty som definerer ynskje, behov og mål, og som plasserer ansvar og oppgåver. Dei ulike faggruppene sitt koordinerande ansvar er også forsterka, både i lov, forskrift og nasjonale føringar.

Krav om delavtaler om samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta er viktige element i Samhandlingsreforma. Dette skal sikre brukarar eit fagleg forsvarleg og heilskapleg tenesteforløp i overgangar mellom dei ulike nivåa. Avtalen skal også sikre overføring av kunnskap og plikt til rettleiing mellom tenestnivåa.

Kommunen skal også ha ein koordinerande funksjon som skal syte for at tenester til alle brukar- og pasientgrupper blir sett i samanheng, og at det er kontinuitet i tiltaka over tid, uavhengig av kven som har ansvaret. Denne funksjonen skal bidra til at dei ulike tenesteytarane samarbeider ved planlegging og organisering av helse- og omsorgstenestene, og legge til rette for brukarmedverknad.

Koordinerings- og tildelingskontoret vil ha ei sentral rolle i å sikre heilskaplege og koordinerte tilbod til pasientar og brukarar med behov for tenester frå fleire fagområde, nivå og sektorar, og skal ha merksemd retta mot alle pasient- og brukargrupper.

I planlegging og utføring av tenestene må framsyntheit, tidleg planlegging og gode forløp stå sentralt. Informasjon må delast mellom tenestetilbydarane for at forløp skal henge saman, og hol i tilbodet, og dermed i tenesteforløpa, må tettast. Dette fordrar struktur og god utnyttig av kompetanse på alle nivå i tenestene.

SAMORDNING AV TENESTER		
MÅL for 2030	STRATEGIAR fram mot 2030	PRIORITERTE TILTAK for dei neste 4 åra
<ul style="list-style-type: none"> • Tenestemottakaren får eit heilskapleg, lett tilgjengeleg, godt koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod ▪ Tenestemottakaren har ei aktiv rolle i si eiga behandling ▪ Brukar- og pårørandekompetansen blir verdsett og nytta ▪ Teamarbeid er ei berande arbeidsform ▪ Tenestene er lokalisert for å stimulere til samhandling, kompetansebygging og samordning av tenester ▪ Vinje kommune har avtaler med spesialisthelsetenesta som sikrar heilskaplege tenesteforløp ved overgangar mellom nivåa ▪ Vinje kommune legg til rette for at eit breitt spekter av førebyggjande og kliniske oppgåver kan utførast i kommunen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me vil vidareutvikle koordineringsfunksjonen kommunen har ansvar for, slik at tenestene blir sett i ein systematisk samheng og at det er kontinuitet i tiltaka over tid ▪ Me vil systematisere kartlegging av behov, og planlegge og organisere tenestene basert på brukar- og pårørandemedverknad, både på individ- og systemnivå ▪ Me vil synleggjere samarbeidslinjer og ansvar mellom, i og på tvers av avdelingar og einingar ▪ Me vil bygge system og samarbeidsmodellar som bidreg til heilskaplege tenester, med fokus på pasienten sine behov framfor diagnose ➤ Me vil lage gode rutinar for å sikre kvalitet, pasienttryggleik og gode forløp i og ved overgangar mellom tenestenivåa ➤ Me vil delta aktivt i interne og eksterne prosjekt og prosessar som bidreg til å utvikle samordna tenesteforløp ➤ Me vil implementere digitale verkty som styrkjer samhandling og god oppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me vidareutviklar: <ul style="list-style-type: none"> ○ standardiserte tenesteforløp ○ rutinar for kartlegging av behov ➤ Me inviterer brukaren med i forbetningsarbeidet, både gjennom brukarundersøkingar og evaluering av tiltaksplanar ➤ Me vektlegg teamarbeid som framtidig arbeidsform: <ul style="list-style-type: none"> ○ Me tek i bruk primærhelseteam som arbeidsform knytt til fastlegen sitt koordinerande ansvar for oppfølging av pasientar med langvarig /kronisk sjukdom ○ Me organiserer det tverrfaglege tilbodet til brukarar med store og samansette behov i oppfølgingsteam ○ Me byggjer vidare på teambaserte tenester retta mot born og unge ➤ Me informerer om retten til koordinator og individuell plan, og brukar dette som eit dynamisk verkty i arbeidet med å skape eit koordinert og målretta tenestetilbod ➤ Me vektlegg vidareutvikling av kvalitativt gode og føremålstenlege system for informasjonsutveksling og oppfølging, både verbalt og elektronisk ➤ Me utviklar møteplassar og fora som stimulerer til samhandling og tverrfagleg kompetansebygging ➤ Me nyttar spesialisthelsetenesta sine ambulante behandlingsteam for å sikre kompetanseoverføring og god oppfølging



Dei viktigaste tenestetilboda retta mot born og unge, ved sida av skule og utdanning, er dei helsefremjande og førebyggjande tenestene og den tidlege innsatsen som blir ytt gjennom helsestasjons- og skulehelsetenesta. Gode oppvekstvilkår er grunnleggjande element, og ei god investering i eit framtidig berekraftig samfunn.

Primærhelsemelding slår fast at dei fleste norske born og unge lever gode og trygge liv, og har god fysisk og psykisk helse, samanlikna med andre vestlege land. Ungdataundersøkinga syner at ungdom, både på landsnivå og i Vinje, er veltilpassa.

Likevel er psykiske plager blant born og unge ein av dei store samfunns- og helseutfordringane fordi konsekvensane for den einskilde er så store. Enkelte born veks opp under risikable tilhøve i familiar prega av vald, rus, omsorgssvikt og alvorleg psykisk sjukdom. Nokon born vert utsett for mobbing og sosial utestenging frå medelevar som ein del av kvardagen.

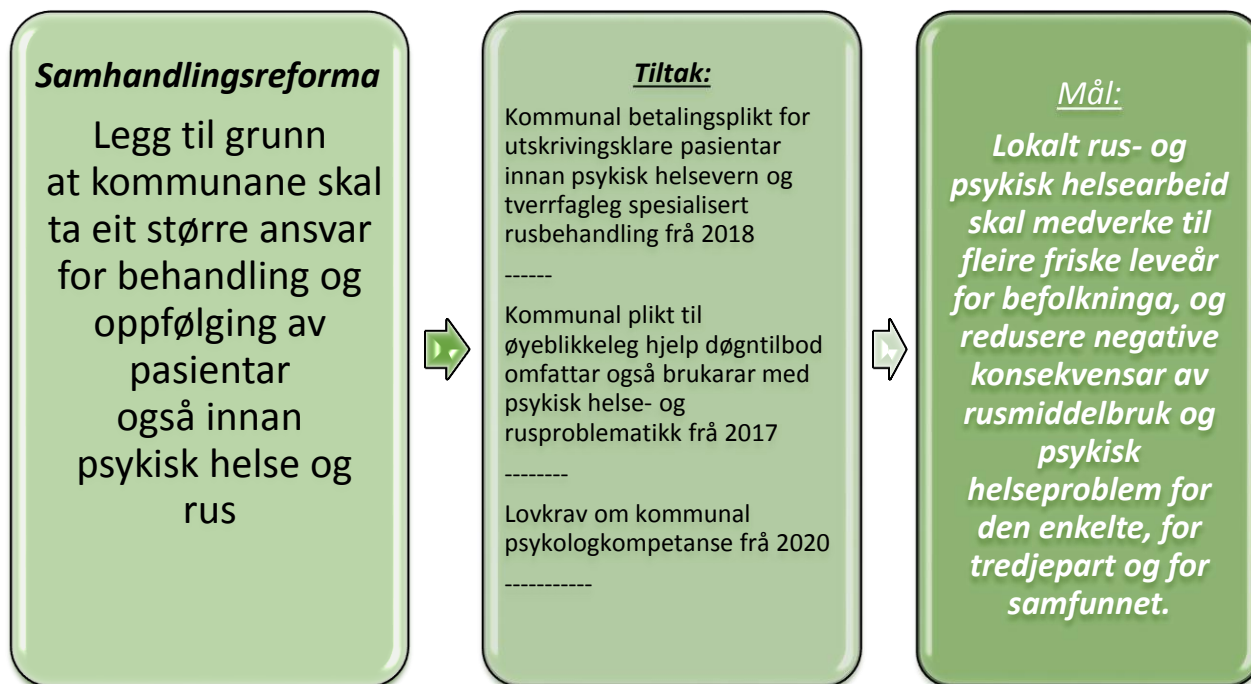
Born og unge som har ei funksjonsnedsetting eller kronisk sjukdom må sikrast livskvalitet og moglegheiter på lik line med den øvrige folkesetnaden. For at utsette born og unge skal få den hjelpa dei treng, må utfordringar, risiko og hjelpebehov bli avdekt så tidleg som mogleg, og tilbod og tenester sjåast i ein samanheng. Det krev kompetente fagfolk med kunnskap om *når* og *korleis* ein skal handle, og ein organisasjon som står opp om tverrfagleg samarbeid, og bidreg til klargjering av ansvar og roller. Dette fordrar struktur og koordinering, og eit tydleg barne- og ungdomsperspektiv i all kommunal planlegging.

Helsepersonell pliktar også å ivareta mindreårige barn som pårørande. Dette fordrar kunnskap om kva følgjer sjukdom eller rusavhengigheit hjå foreldre kan få for born.

Brukarperspektivet er ein grunnstein i det tverrfaglege helsearbeidet for born, unge og deira familiar. Også born har rett til medverknad, både på system- og individnivå. Born, unge og føresette sit inne med kunnskap og røynsle som er avgjerande for at offentlige tenester og tilbod skal bli treffsikre og verknadsfulle.

3.1.3.1 Mål, strategiar og tiltak Born og unge

BORN OG UNGE		
MÅL for 2030	STRATEGIAR fram mot 2030	PRIORITERTE TILTAK for dei neste 4 åra
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Born og unge i Vinje kommune har god fysisk og psykisk helse, og trygge oppvekstvilkår med gode arenaer for meistring og utvikling ▪ Me har synlege og godt tilgjengelege tenester der tiltaka er prega av kontinuitet ▪ Born og unge sine eigne røynslar og synspunkt vert vektlagt i all tenesteutvikling ▪ Foreldre og føresette kjenner seg trygge i sine roller, og er involverte som individ og gruppe ▪ Me har ein ungdomshelsestrategi som sikrar fokus på overgangar i barne- og ungdomstida ▪ Me har god beredskap ved behov for rask innsats ▪ Me har system som sikrar strukturert og tverrfagleg oppfølging av born og unge med stort behov for fleirfaglege tenester, og sårbare grupper med samansette problem ▪ Vald og overgrep vert avdekt, meldt og fylgt opp, og utsette vert høyrd ▪ Me har rutinar og system som sikrar at munnleg informasjon om tenestene blir understøtta av skriftleg materiale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me vil ha auka fokus på born og unge sine behov og rettar i all tenesteyting ▪ Me vil arbeide systematisk for at born og unge får hjelp til å sjå verdien av meistring og eigenomsorg, og tek ansvar for eiga helse ▪ Me vil vektlegge førebyggjande arbeid, og ha fokus på tidleg innsats på alle nivå ▪ Me vil vidareutvikle arenaer for tverrfagleg arbeid, både på system- og individnivå ▪ Me vil tydeleggjere det koordinerande ansvaret hjå tilsette som jobbar tverrfagleg med born og unge ▪ Me vil arbeide systematisk og tverrfagleg for å <ul style="list-style-type: none"> ▪ førebygge, avdekke og etterspørje vald i nære relasjonar og overgrep ▪ førebygge rusmisbruk ▪ styrke born og unge si psykiske helse ▪ førebygge og fange opp risiko for sjølvskading ▪ Me vil medverke til styrking av frivillig innsats for born og unge på tvers av samfunnslag og generasjonar ▪ Me vil etablere foreldrerettleiing som eit permanent lågterskel-tilbod. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me arbeider målretta med informasjon, rettleiing og kunnskapsformidling i <ul style="list-style-type: none"> ○ Samtalegrupper ○ Teamarbeid ○ Media ➤ Me arbeider med å gjere tenestene synlege og tilgjengelege gjennom <ul style="list-style-type: none"> ○ Utvikling av ein digital tenesteguide ○ Utvikling av rutinar som sikrar betre tilgjenge til fastlegen for ungdom ➤ Me arbeider for å etablere godt fungerande tverrfaglege tiltakskjeder når hendingar oppstår ➤ Alle som møter born og unge sitt daglege virke vågar å stille vanskelege spørsmål ➤ Me arbeider tverrfagleg med å hindre utanforskap og utestenging gjennom <ul style="list-style-type: none"> ○ nettverkbygging og inkludering, ○ Samarbeid med frivillige ➤ Me etablerer gode rutinar for tildeling, oppfølging, og koordinering av tenester ➤ Me arbeider i barne- og ungdomsteam på tvers av einingar ➤ Me arbeider strukturert i oppfølginga av born og familiar med store og samansette behov ➤ Me har eit medvite fokus på born og unge sin rett til å delta og bli høyrd på alle nivå ➤ Me har rutinar som sikrar at foreldre og føresette er informert og deltakande der det er rett og naudsynt for å kunne oppfylle foreldrerolla ➤ Me arbeider tverrfagleg med å styrkje foreldrerolla gjennom rettleiing på individ- og gruppenivå



Omlegginga av psykisk helsevern har medført at kommunane har fått større ansvar for fleire brukarar med omfattande psykisk helse- og rusproblematikk, og med tilsvarende stort behov for kommunal kompetanse og heilskaplege tenester. Det er viktig å merke seg at denne utviklinga er ynskt og rett, både sett frå eit fagleg, etisk og økonomisk perspektiv. Det er eit mål at ingen menneske skal leve liva sine i spesialisthelsetenesta, og kommunane har eit lovpålagt ansvar for å yte forsvarlege helse- og omsorgstenester til brukarar med psykiske helse- og / eller rusproblem på lik line med behov for helsehjelp til fysiske plager.

Det er høg førekomst av rusmisbruk blant personar med psykiske lidingar, og mange med rusmiddelproblem har i tillegg ei psykisk lidning. Redusert livskvalitet, auka dødelegheit, sjukefråver og uførepensjon er blant dei viktigaste følgene av slike vanskar, og menneske med alvorleg psykisk helse- og rusproblem får i dag i for liten grad samanhengande og koordinerte tenester.

Kommune- og spesialisthelsetenesta har eit felles ansvar for å bygge gode brukar- og pasientforløp. Det er likevel kommunen som skal ta hovudansvar for å ha tenestetilbod til personar med psykiske helse- eller rusmiddelproblem av mildare og kortvarig karakter, samt kortvarige alvorlege problem.

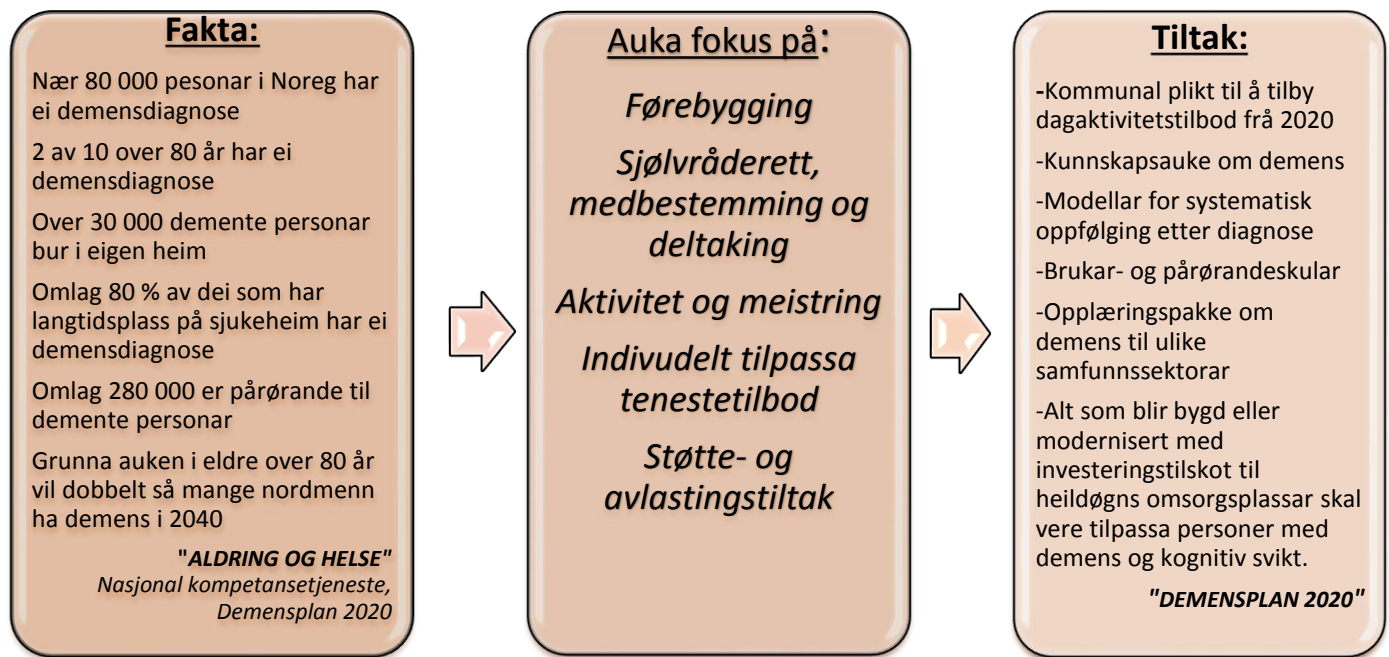
Førebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgåver for den kommunale helse- og omsorgstenesta. Dette inneber å drive aktivt informasjonsarbeid og ha lett tilgjengelege tenester som består av eit variert utval av godt koordinerte lågterskeltilbod.

Tenestene må organiserast og utformast i eit brukar- og mestringsperspektiv. Auka brukarmedverknad fordrar at alle tenester og utøvarar har ei systematisk tilnærming til samarbeidet med brukaren, både i den enkelte brukar sin behandlingsprosess, men også i utvikling av helse- og omsorgstenestene på systemnivå. Fokus må flytast frå diagnose til moglegheiter og meistring, der auka livskvalitet er det overordna målet. Pårørande er ein ressurs, og bør møtast som ein samarbeidspart, og samtidig sikrast naudsynt støtte og avlastning. Born som pårørande til personar med psykisk helse- og rusproblem skal ivaretakast ut frå sine eigne behov.

3.1.4.1 Mål, strategiar og tiltak Psykisk helse- og rusarbeid

PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID		
MÅL for 2030	STRATEGIAR fram mot 2030	PRIORITERTE TILTAK for dei neste 4 åra
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me førebyggjer og reduserer psykiske vanskar og rusproblem ▪ Menneske med psykiske vanskar og rusproblem har aktive liv og opplever meistring ▪ Tenestene har fokus på brukaren sine ressursar og behov framfor diagnose ▪ Tenestene er kjende, lett tilgjengeleg og fleksible ▪ Personar med samansette behov får strukturert og individuelt tilpassa oppfølging ▪ Me har brukarstyrte tilbod der ambulante og aktivt oppsøkande tenester inngår • Psykologkompetanse inngår i kommunen sitt tenestetilbod • Vinje kommune har saman med spesialisthelsetenesta avtaler som skildrar rutinar og tilnæringsmåtar ved tenesteforløp knytt til ulike problem og lidningar • Vald og overgrep vert avdekt, meldt og fylgt opp, og utsette vert høyrd • Me nyttiggjer oss erfaringskompetanse og brukar- og pårørandeøynsle i tenesteutforming og kvalitetsarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me vil utvikle tenesteforløp som vektlegg betring av livskvalitet for den enkelte ▪ Me vil sikre brukarmedverknad, både på individ- og systemnivå ▪ Meir vil utvikle brukarstyrte tenester ▪ Me vil arbeide systematisk og målretta for å tilpasse omgjevnadene slik at brukar kan oppleve meistring og ta ansvar for eige liv ▪ Me vil utvikle <i>teambaserte tenester</i> der pasienten sine samla helseutfordringar blir sett under eitt ▪ Me vil gjennom kompetansebygging og tverrfagleg arbeid utvikle rutinar på systemnivå for å førebygge, avverje, avdekke, varsle og følgje opp vald og overgrep ▪ Me vil vurdere interkommunalt samarbeid omkring: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Brukarar med store behov ✓ «Rask psykisk helsehjelp» ✓ Oppsøkande tenester ✓ Gruppebaserte behandlingstilbod ▪ Me vil ta i bruk velferdsteknologiske løysingar for å trygge den einskilde, og styrke deltaking og meistring ▪ Me vil arbeide tverrfagleg for å sikre born sine rettar som pårørande 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me arbeider systematisk for at brukaren skal oppleve meistring og deltaking, og har tverrfagleg fokus på: <ul style="list-style-type: none"> ○ bustad ○ aktivitet / arbeid, ○ å hindre fråfall i skulen, ○ sosial inkludering ○ personleg økonomi ○ praktisk hjelp i heimen ○ bruk av velferdsteknologi ➤ Me innfører rutinar som sikrar at personar som oppsøker lege med: <ul style="list-style-type: none"> ○ problematisk bruk av rusmiddel, også blir spurt om si psykiske helse ○ angst, depresjon, søvnløysse og diffuse somatiske plager blir spurt om traumerøynsler, alkoholvanar og annan rusmiddelbruk ➤ Me organiserer det tverrfaglege tilbodet til brukarar med store og samansette behov i oppfølgingsteam og tilbyr individuell plan og koordinator ➤ Me oppfyller tiltaksdelen i lokal Handlingsplan mot vald i nære relasjonar ➤ Me utviklar rutinar som skildrar tiltak ved endring hjå brukar, både på tenestenivå og i form av individuelle planar ➤ Me arbeider målretta for å informere, oppmuntre og hjelpe brukarane til å oppnå kontakt med brukar-organisasjonar, sjølvhjelpsgrupper, og digitale sjølvhjelpsportalar ➤ Me utarbeider ein heilskapleg ruspolitisk handlingsplan innan 2020

3.1.5 Satsingsområdet Demensomsorg



Demenssjukdommar artar seg ulikt, men eit fellestrekk er at demens påverkar heile livssituasjonen, både for dei som er sjuke og for deira pårørande. Endringar i å oppfatte, kjenne att og vedgå, og endringar i personlegdom og kjensleliv gjer det vanskeleg å fungere i kvardagen. I tillegg medfører demenssjukdomar varierende grad av fysisk funksjonsfall, og den demente vil til slutt bli heilt avhengig av hjelp. Demens er ein progredierande og dødeleg sjukdom.

Sjølvm om aldring og arv er dei viktigaste disponerande faktorane for Alzheimers sjukdom og demens, synest ulike risikofaktorar knytt til livsstil også å auke risiko for demensutvikling.

Personar med demens vil i startfasen av sjukdommen kunne vere deprimerte, engstelege og trekke seg tilbake. Etterkvart vil endringar i personlegdom og veremåte bli tydlegare, og mange opplever at den grunnleggande tryggleiken i livet blir borte. Tap og sorg er ofte dominerande kjensler, både for den ramma og pårørande. Mange, både dei som har fått demens og deira næraste, opplever at god informasjon og støtte i fasen like etter diagnosen er til stor hjelp. Vidare vil tilrettelagte aktivitetar bidra til innhald og meistring i kvardagen, samstundes som pårørande opplever dette som ei god avlasting. Dei næraste treng individuelt tilpassa avlastingstiltak for å kunne stå i tunge omsorgsoppgåver. Auka kompetanse i tenesteapparatet, og informasjon til dei som får diagnosen og deira pårørande, men også spreiking av kunnskap om temaet i samfunnet elles, blir ei viktig satsing. Ein treng å bygge kompetanse tverrfagleg og breitt, slik at ein kan utvikle godt koordinerte tenesteforløp som har kunnskap på fleire område, både omkring diagnose, meistring, aktivitet, teknologi, ernæring og omsorg.

Betre metodar for utgreiing og diagnostisering, systematisk oppfølging av personar råka av demens og deira pårørande, samt betre tenester til personar som bur heime er viktige nasjonale satsingsområde.

Ei av dei største utfordringane me kan vente oss som følge av auka levealder og endra alderssamansetting, er at talet på personar med demens truleg vil bli dobla dei næraste 20-30 åra. Dei fleste av dei som får ei demensdiagnose vil ha behov for ulike tenester i eigen heim eller sjukeheim i løpet av sjukdomsperioden, og deira næraste vil trenge avlasting og støtte.

Det vil bli naudsynt med endringar både når det gjeld kompetanse og tenestene si organisering og fysiske utforming.

Nokre demenstilstandar og sjukdomsforløp medfører åtferdsendring med behov for særleg forsterka skjerming. Demensutvikling i ung alder er også svært utfordrande, både for dei som er ramma og for tenestene. Slike tilfelle stiller krav til tilbod som det kan vere vanskeleg å møte for ein kommune på Vinje sin storleik.

3.1.5.1 Mål, strategiar og tiltak Demensomsorg

DEMENSOMSORG		
MÅL for 2030	STRATEGIAR fram mot 2030	PRIORITERTE TILTAK for dei neste 4 åra
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me er ein kommune som har kunnskap om og tek omsyn til personar med kognitiv svikt. ▪ Personer med demens og deira pårørnde er involvert i avgjersler som gjeld dei, og dei er med og utformar eige tenestetilbod ▪ Me har gode system for å sikre tidleg utgreiing og diagnostisering ved mistanke om demens ▪ Me har utvikla gode pasientforløp med systematisk oppfølging etter diagnostisert demens ▪ Personar med demens bur heime så lenge det er mogleg ▪ Personer med demens har tilrettelagte butilhøve og omgjevnader ▪ Personar med demens lever aktive liv så lenge som mogleg, og pårørnde får støtte og avlasting 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me vil styrke kunnskap om demens i lokalsamfunnet ▪ Me vil drive systematisk opplysning, råd og rettleiing til demente brukarar og pårørnde ▪ Me vil vektlegge sjølvråderett, brukarinvolvering og deltaking frå demente brukarar og deira pårørnde på både system- og individnivå ▪ Me styrkjer det medisinske og helsefagleg tilbodet til personar med demens ▪ Me vil utvikle ein lokalt tilpassa modell for oppfølging etter diagnose, med basis i nasjonale føringar ▪ Me vil legge til rette for personar med kognitiv svikt i utvikling av bustader og institusjonsbaserte tenester ▪ Me vil stimulere til at innbyggjarane tek ansvar for å legge til rette for aldring og funksjonssvikt i og rundt eigen heim ▪ Me vil bidra til å utvikle strukturert samarbeid om demensomsorg med frivillige ▪ Me vil ta i bruk velferdsteknologiske løysingar for å gje demente personar og deira pårørnde større fridom og auka livskvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me utviklar system for førebyggjande heimebesøk med fokus på tidleg innsats i høve til førebygging og diagnostisering ➤ Me etablerer rutinar for tidleg innsats, diagnostisering og oppfølging etter diagnose ➤ Me utviklar strukturert samhandling i tenestetilbodet til demente og deira pårørnde ➤ Me etablerer lærings- og meistringstilbod for demente og pårørnde ➤ Me har demenskoordinator og definerte roller som demenskontaktar i kvart distrikt ➤ Me etablerer primærhelseteam og oppfølgingsteam for personar med demens der det er føremålstenleg ➤ Me gjev tilbod om koordinator og individuell plan til alle demente ➤ Me har seniortilbod i alle distrikta ➤ Me etablerer desentraliserte dagaktivitetstilbod for heimebuande demente innan 2020 ➤ Me tilbyr individuelt tilpassa støtte- og avlastingstiltak for pårørnde, både på dag- og døgnbasis ➤ Me dimensjonerer og tilpassar institusjon, bustader og dagplassar i tråd med forventa behov ➤ Me prøvar ut og tek i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi, og elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn

3.1.6 Satsingsområdet Kompetanseutvikling og rekruttering



Kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene er avhengig av medarbeidarane sine teoretiske kunnskar, praktiske ferdigheiter, evne til samhandling og samarbeid, og verdibaserte haldningar. God kompetanse på rett nivå, på rett stad, til rett tid er føresetnad for effektive og gode tenester.

Regjeringas **Kompetanseløft 2020** har som mål at kommunane skal kunne møte behova til brukarar med samansette behov, og samtidig legge til rette for meir fagutvikling, innovasjon, kunnskapsbasert praksis og forskning i tenestene. Gjennom lov og forskrift blir det innført kompetansekrav til helse og omsorgstjenestene i kommunane. Krava er minstekrav for dei kvalifikasjonane kjernekompetansen i kommunen må ha. Kommunane blir også utfordra i høve til auka krav om spesialisering. Det er ikkje berre behov for personell med meir kompetanse, men delvis også med annan kompetanse, og evne og vilje til å arbeide på nye måtar. Utdanningssystemet er i endring for å møte desse behova. Helse og omsorgstjenestelova krev at kommunar og sjukehus inngår samarbeidsavtaler med retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og for faglege nettverk og hospitering.

Lovfesting av krav til kompetanse i kommunane vil medføre organisatoriske og ressursmessige utfordringar, både i form av rekruttering og økonomi.

Rekrutteringsevne er avgjerande for at kommunen skal meistre oppgåvene i åra som kjem. Vårt omdøme som ein kommune med god kompetanse, god kvalitet og vilje og evne til utvikling i helse og omsorgstjenester er viktig for å vere attraktiv som arbeidsplass. For å vere ein attraktiv arbeidsgjevar ynskjer me å legge til rette for, og stimulere personell til vidareutdanning og naudsynte kurs.

Kompetansenivå kommunale helse- og omsorgstjenester:

Helsefagleg kompetanse	Vinje	Landet
Fagutdanning totalt	89%	75%
Høgskule / universitet	34%	35%
Andel vidaregåande skule	54%	40%

Kjelde: helsenorge.no 2015

I nasjonal samanheng ligg Vinje høgt i høve til fagutdanna arbeidskraft. Dette er eit resultat av ei langsiktig satsing på kompetanse og kompetanseheving sidan 90- talet. Som fylgje av nye oppgåver, og dermed endra krav til kompetanse, har også talet på høgskuleutdanna auka frå 2013 og framover. I institusjon og heildøgns omsorgstilbod utgjer helsefagarbeidaren grunnpilaren i bemanninga. Ved å tilby læreplassar kan kommunen sikre ny rekruttering til yrket. Tilstrekkelege læreplassar i helsefaget er difor eit viktig grep for å erstatte avgang i sektoren.

Forventa erstatningsbehov og utdanningsnivå, Vinje -basert på fødselsår og avgangsalder 65 år:

Forventa avgangsåar:	Fagutdanning eller lågare:	Høgskule/ universitet:	Total avgang:
2015-2020	14	5	19
2021-2025	18	8	26
2026-2030	18	13	31
2031-2035	29	15	44

Kjelde: Agressorrapport februar 2017. Totalt: 251 tilsette

Fram i tid må me forvente at rekrutteringsevna vår går ned grunna lågare folkesetnadstal i aldersgrupper i yrkesaktiv alder, og eit auka behov for arbeidskraft på alle nivå i helsetenestene. Strategiar og tiltak for å behalde og rekruttere blir difor svært viktige. Om ein skal prioritere mellom kva for oppgåver kommunen i framtida skal løyse sjølv og ikkje, må konsekvens ved tap av kompetanse vurderast.

Heiltidsval er lyft fram som ei politisk målsetjing, og for yrkesgrupper som ikkje jobbar turnus er det realistisk å nå eit slikt mål. Ei rekke utgreiingar på nasjonalt nivå peikar derimot på store utfordringar med fulltidsstillingar knytt til turnusarbeid i helse – og omsorgssektoren. Gjennomsnittleg stillingsstorleik for fast tilsette i turnusstillingar ved dei fire største avdelingane i Helse og omsorg i Vinje var 64% i 2016. Turnusordningar krev mange tilsette for å dekke heile døgnet, noko som gjev utfordringar i høve til stillingsstorleik. Samstundes bidreg store stillingar til kontinuitet, og legg grunnlag for kvalitet i tenestene. Me vil ha fokus på å legge til rette for å auke stillingar der dette er mogeleg.

Døgnskcontinuerlege tenester krev mange vikarar gjennom heile året, særleg knytt til avvikling av sommarferie. Då er det om lag 75 vikarar i tenestene. Å ha tilstrekkeleg rekrutteringsevne er sentralt også her. Nokre tenester kan me tidvis vere avhengige av å kjøpe, dette gjeld primært sjukepleiarteneseter og legeteneseter.

Krava til tenestene utfordrar leiing på alle nivå, noko som krev fokus på leiarkompetanse. Frå 2017 er det forskriftsfesta krav til leiing og kvalitetsforbetring av tenestene. Dette vil vere eit prioritert område i åra som kjem.

3.1.6.1 Mål, strategiar og tiltak Kompetanseutvikling og rekruttering

KOMPETANSEUTVIKLING OG REKRUTTERING		
MÅL for 2030	STRATEGIAR fram mot 2030	PRIORITERTE TILTAK for dei neste 4 åra
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me yter fagleg forsvarleg helsehjelp i alle fasar av livsløpet ▪ Me møter innbyggjarane våre med kunnskapsbaserte tenester og godt fagleg skjønn ▪ Me har fokus på kvalitet, kunnskap og etisk refleksjon i all tenesteyting ▪ Me er ein leiande distriktskommune i å utvikle god og tverrfagleg kompetanse ▪ Me byggjer tenestene våre på nasjonale føringar og krav til kvalitet og kompetanse ▪ Me har gode system for fagleg utvikling og kunnskapsspreiing i alle avdelingar ▪ Me har god og kompetent leiing på alle nivå i eininga ▪ Me sikrar god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfagleg personell 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me vil utvikle meistringsorienterte leiarar som legg til rette for relevant kompetanseutvikling blant sine medarbeidarar ▪ Me vil utgreie modellar for interkommunalt samarbeid innanfor funksjonar og tenester der slikt samarbeid er føremålstenleg ▪ Me vil vere offensive og aktive og satse på kompetansebygging mellom tenester og nivå ▪ Me vil særleg auke kompetanse innan demensomsorg, rehabilitering, psykisk helse- og rusarbeid og valdsførebygging ▪ Me vil etablere og utvikle tverrfaglege team som er gjensidig avhengig av kvarandre si kompetanse for å yte helsetenester til brukarar med samansette og langvarige behov. ▪ Me vil arbeide for at dei som ynskjer heiltidsstilling skal få tilbod om dette ▪ Me vil rekruttere og arbeide for å behalde rett kompetanse ▪ Me vil sikre tilstrekkeleg med lærlingplassar for helsefagarbeidar lokalt for å dekke opp framtidig rekrutteringsbehov ▪ Me vil arbeide målretta med kompetansebygging og kvalitetsutvikling gjennom <ul style="list-style-type: none"> ○ internundervisning, ○ kompetanseplanar ○ kvalitetssirklar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Me oppdaterer årleg eininga sin kompetanseplan i tråd med lokale behov, nasjonale kompetansekrav og teknologisk og fagleg utvikling. ➤ Me utarbeider og gjennomfører halvårige planar for internundervisning i alle avdelingar. ➤ Me brukar den enkelte medarbeidar sin kompetanse medvite, både som bidrag til internundervisning og for å utvikle gode rutinar og prosedyrar. ➤ Me tek aktivt i bruk brukarar og pårørande sin erfaringskompetanse ➤ Me hospiterer internt og eksternt ➤ Me nyttar e-læringskurs og deltek i læringsnettverk ➤ Me styrkjer vår kompetanse omkring bruk av individuell plan og opplæring og rettleiing av koordinator. ➤ Me spreier på ein systematisk måte erfaringar og kunnskap som vi tileignar oss gjennom prosjekt knytt til velferdsteknologi. ➤ Me arbeider systematisk med etisk refleksjon på avdelingsnivå ➤ Me kartlegg ynskje om auke av stilling kvart 2. år <ul style="list-style-type: none"> ○ Lyser ut stillingar internt ○ Prioriterer dei som ynskjer større stillingar internt ➤ Me tilset kommunepsykolog, og bidreg til utgreiing av modellar for interkommunalt samarbeid ➤ Me rekrutterer eller vidareutdannar diabetessjukepleiar og demenskoordinator

DEL 4

LOKALE RAMMER FOR TENESTEUTVIKLING

4.1 Tenesteorganisering og økonomi

Helse- og omsorgstenestene er lovpålagte, og det er kommunen si plikt å syte for dei tilbod og ordningar som fylgjer av Helse og omsorgstenestelova og anna lovverk. Helse- og omsorgstenestene er også arbeidsintensive, og sysselset om lag halvparten av dei som er tilsett i kommunen. Lønsumgifter utgjør dei alt vesentlege utgiftene i sektoren.

Tenester og kvalitetskrav utfordrar, og vil utfordre kommunen sin økonomi i åra som kjem. Dei neste ti-åra er det venta at talet på mottakarar av helse- og omsorgstenester vil auke betydeleg, og med det vil ressursbehovet auke. Moderne teknologi blir tatt i bruk for å motverke noko av effekten, men vil ikkje kunne erstatte menneskeleg ressursinnsats. Parallelt er det venta at kommuneøkonomien blir strammare.

For kommunen betyr dette at ein i planperioden vil stå overfor val om ein skal allokere kommunen sine samla ressursar, og med det nytte større del til helse- og omsorgstenester, kor og korleis ein skal organisere og drive tenester, kva kommunen skal løyse sjølv, og kva for oppgåver ein ynskjer å kjøpe av andre. Kvar ny teneste, institusjonsplass eller bustad med fast bemanning inneber varige, nye driftskostnader.

I Vinje har me hatt høg del døgnplassar og godt utbygde tenester for alle aldersgrupper. Det har me framleis - sjølv om me år for år leverar fleire og meir omfattande tenester enn tidlegare. Dette blir synleggjort i form av aktivitetstal, redusert liggetid i sjukeheim, auka omfang av heimetenester, registrert høgare pleie- og omsorgsbehov osv.

Dagens drift i relativt små einingar gjev avgrensa rom for å hente ut stordriftsfordelar. Kommunen sin geografi og spreidd busetnad inneber at tenestene vil bruke relativt store ressursar i form av både tid og pengar på køyring, ikkje minst av di det er venta at ein større del av tenestene vil bli gjeve i eigen heim. Framveksten av ny, tryggleiksskapande teknologi er venta å kunne erstatte enkelte tenester, men fordrar også ny kunnskap og nye ressursar. Auka kompetansebehov inneber auka lønskostander. Fleire brukarar inneber utvida tilbod, ikkje minst i høve til heildøgn omsorgsplassar og døgnkontinuerlege tenester.

Korleis ein organiserer og lokaliserer tenester har konsekvens for effektivitet og ressursbruk. Tenester som er organisert slik at dei legg til rette for samarbeid har større mogelegheit for å vere effektive enn tenester som ikkje har slik organisering. Det er stadig oftare ikkje lenger slik at ein tenesteytar aleine kan levere dei tenestene brukaren treng. Nasjonale føringar tilrår meir teambasert tenesteyting og fleirfagleg tilnærming for å skape heilskap og kontinuitet, og for å bygge sterke kompetansmiljø. Samarbeid fordrar for enkelte område samlokalisering.

I Vinje er tenestene i stor grad desentraliserte. Kjerneoppgåver som heildøgns omsorgstilbod, legekantor og helsestasjon er organisert til tre stader i kommunen. Slik organisering av tenestetilbodet i ein kommune med under 4000 innbyggjarar er å sjå som eit verdival. Kommunen har stor geografi, lange avstandar og spreidd busetnad. Tidlegare diskusjonar om sentralisering av einskilde tenestekområde har skapt stor debatt.

Å drive tenester i fleire delar av kommunen er ressurskrevjande. Tenester må ha ei minimumsbemanning og minimumsstandard for teknisk og medisinsk utstyr for at kommunen skal oppfylle lovens krav om å vere forsvarlege. Organiseringa slik vi kjenner den i dag krev at ein skal innfri dette kravet på fleire stader samstundes for dei same tenestene.

Kommunen kan velje å halde fram med å organisere tenester som i dag, føresett at ein har tilstrekkeleg økonomi til å finansiere dette.

Det er naturleg å gjere vurderingar i høve til kommunen sin interne organisering i samband med vurdering av eventuelle interkommunale samarbeid.

4.2 Interkommunalt samarbeid

Kommunane sitt ansvar blir gradvis større, og tenestetilbodet kommunane skal tilby innbyggjarane breiare. Kommunereforma underbygger dette med ynskje om større kommunar. Både Samhandlingsreform og Kommunereform har som underliggende argument at kommunane er for små til å kunne løyse alle oppgåver aleine.

Folkehelselova og Helse og omsorgstenestelova gjev kommunen oppgåver i spennet frå generell førebygging til relativt spesialiserte helse- og omsorgstenester som krev tverrfagleg innsats.

Samhandling mellom kommune og spesialisthelsetenesta er styrkt gjennom lovpålagte avtaler, faglege nettverk og elektroniske verkty for å effektivisere samhandling. Det er framleis potensiale for å utvikle dette vidare.

Endringane i helse- og omsorgstenestene krev at kommunane gjer vurderingar i høve til korleis ein skal ivareta kommunen sitt ansvar på beste måte. Desse vurderingane kan gjere kommunesamarbeid aktuelt.

Eventuelle samarbeidsløysingar kan ha utgangspunkt i faglege, kompetansemessige eller økonomiske vurderingar. Det kan vere pasient- eller brukargrupper som er så små at kommunen ikkje greier å bygge tilstrekkeleg kompetanse kring tilbodet, eller der tilbod lokalt synest urimeleg kostnadskrevjande. Det kan og vere krav kommunen skal innfri, og der behovet for kompetanse ikkje tilseier at ein treng heile stillingar aleine for å dekke krav eller innfri behov, eller der kommunen ved å slå seg saman med andre kan gje innbyggjarane eit tilfredsstillande tilbod lokalt.

Det er etablerte kommunesamarbeid på fleire område allereie i dag. Tokke- Vinje legevakt, Øyeblikkeleg hjelp døgnplass Tokke-Vinje, felles beredskapsvakt for jordmor i Vest-Telemark og Barnevernssamarbeidet i Vest-Telemark er døme på dette.

Vurdering av eventuelle kommunesamarbeid bør ta opp i seg spørsmålet om tenesteområdet kan handterast for heile regionen, eller om det er geografiske eller andre tilhøve som tilseier at delar av regionen samarbeider. Kva form samarbeidet skal ha, må avklarast. Det må og sikrast gode avtaler kommunane imellom i høve til samarbeid og oppgjersordningar.

Om ein vel ein å inngå kommunesamarbeid, eller kjøpe tenester av andre, vil likevel alltid kommunen ha det juridiske ansvaret. «Sørge-for- ansvaret» kommunen har kan ikkje overlatast til andre. Kommunen må sikre tilstrekkeleg kontroll av dei tenester ein vel å inngå samarbeid om eller kjøpe, slik at dei tenestene innbyggjarane mottek er av den kvalitet kommunen ynskjer. Den administrative konsekvensen av dette må ein ta høgde for i planlegging av slike løysingar. Det er gjerne slik at når tenester ikkje er lokalisert i eigen kommune, blir eigartilhøvet til oppgåva endra, og det kan bli vanskelegare å ha tilstrekkeleg oversikt over tenesteinnhald, prioriteringar og ressursbruk. Ei anna utfordring ved interkommunale samarbeid kan vere at oppgåvefelt og kompetansmiljø som er viktige for kommunen forsvinn lokalt.

Å vurdere nøye kva for oppgåver ein ynskjer å ha ansvaret for i eigen kommune, anten aleine eller på vegne av fleire, er difor viktig. Likeeins er det viktig å sikre at det ikkje blir skapt nytt byråkrati og unødige skiljeliner mellom fagområde internt i kommunen. Kva form kommunesamarbeidet skal ha, om det skal vere vertskommunesamarbeid eller andre samarbeidsformer, jf. Kommunelova, bør drøftast i kvart einskild tilfelle.

I 2017 er desse tema på dagsordenen i regionen:

- Psykisk helse og rus, inkludert psykologstilling (krav 2020)
- Legevakttenester i Vest-Telemark
- Vertskommunesamarbeid jordmortenester.

Det er venta at nye område blir trekt fram, i erkjenning av at kommunane i nokon tilfelle er for små eller sårbare i høve til å inneha kompetanse til å kunne gje eit godt tenestetilbod. Det kan og vere aktuelt å samarbeide om einskilte fagområde, som følgje av at oppgåva krev kompetanse den einskilte kommune ikkje treng eige sjølv.

Målet må vere at innbyggjaranes sine behov for helse- og omsorgstenester blir ivareteke på ein trygg og kvalitativt god måte.

4.3 Areal og arealbehov

Helse- og omsorgstenestene har verksemd i mange bygg i alle dei tre distrikta i kommunen.

Bygningsmassa er av varierende kvalitet og alder. Det vil vere behov for investeringar i perioden fram mot 2030, både i nybygg og i rehabilitering av eksisterande bygg.

Dei bygningane helse og omsorgstenestene har verksemd i skal tilfredsstille mange og særskilte krav, dette i høve til bufunksjon, behandlingfunksjonar og som arbeidsplassar. Bygningane må vere tilpassa dei oppgåver som skal løysast i det enkelte bygg. Krav til areal og utforming er nært knytt til oppgåveløysing.

Kommunen har høg dekningsgrad av plassar til heildøgns omsorg når ein ser det samla talet av plassar i omsorgssenter, sjukeheim og Svingen. Isolert sett er talet på *sjukeheimplassar* på nasjonalt nivå, og ikkje spesielt høgt. Fram mot 2030 vil det vere behov for å utvikle fleire, men også plassar med ny utforming for at me skal kunne lyfte tenestetilbodet vidare i takt med endra krav og mogelegheiter. Omsorgsplassar tilrettelagte for ulike brukargrupper, og fleksibel bruk som gjer bruk av teknologi mogeleg, og som har tilstrekkeleg areal for hjelpemiddel, vil vere viktig. Tilrettelegging for menneske med kognitive vanskar skal vere tilfredstilt i alle bygg.

Helse- og omsorgsbygg blir nytta til behandlingsaktivitetar, undervisning, møteplassar, arbeidsplassar og som butilbod.

Tenestene er arbeidsintensive, og har drift heile eller delar av døgnet. Det betyr at dette også er store arbeidsplassar med tilhøyrande krav til fasilitetar for tilsette.

Kontorareal, areal knytt til servicefunksjonar, areal for behandling i grupper, undervisningsareal, garderobefasilitetar med vidare må ha plass i bygget. Bygga må og vere tilrettelagt for utstrekt bruk av teknologi.

Fleksibilitet over tid er stikkord for framtida, og erfaring syner at ein lett kan undervurdere arealbehov.

Vinje Helsesenter i Åmot opna i 1976, og har passert 40 år. Bygget fyller mange viktige funksjonar og fungerer nært opp mot det ein kan kalle eit kommunalt lokalmedisinsk senter. Mange fagfunksjonar er samla på ein plass, noko som gjev gode mogelegheiter for tverrfagleg samarbeid til beste for brukarar. At til dømes legetenester, fysioterapi og ergoterapi er lokalisert til same bygg som sjukeheimsfunksjonen, er funksjonelt, og bidreg til å sikre samarbeid og raskt tilgjengelege tenester ved behov. Dei siste åra har ein erfart at Helsesenteret sine areal er blitt for små, og at funksjonalitet ikkje lenger er optimal. Utforming set grenser for kva ein kan oppnå i høve til fleksibel bruk av areal, aktivitetar, effektiv ressursutnytting med meir. Dette gjeld alle delar av bygget. Det er behov for å gjere omfattande oppgradering og utbygging for å tilpasse bygget framtidas behov. Tomt og byggets utforming avgrensar mogelegheiter. Arealplanarbeid knytt til Åmot Vest vil ta omsyn til behovet for å utvide areal.

Legeavdelinga har tre lokasjonar. For hovudkontoret i Åmot er status at areala er blitt for små. Areal skal også tilfredsstille behova ei **interkommunal legevakt** har, samt ivareta behov for tryggleik for personalet.

Moderne helsetenester har fokus på andre arbeidsmåtar enn før. Gruppeaktivitetar, opplæringsaktivitetar og sterkt fokus på tverrfagleg samarbeid stiller krav til areal og utforming av dette. Krav til dokumentasjon og digital kommunikasjon stiller krav til at tilsette har tilpassa arbeidsplassar. At tenestene har særlege krav knytt til å handtere personopplysningar gjer til at ein må ta omsyn til dette ved til dømes utforming av kontorareal.

<p>Koordinerings- og tildelingsfunksjonen er ein funksjon kommunen har plikt til å ha, og inneber utvikling av ein <i>tenestetorgfunksjon</i> for helse-, omsorg- og serviceordningar. Kommunen skal syte for gode pasientforløp og individuelt tilpassa tenester. Kommunen skal også hjelpe innbyggjarar slik at dei kan gjere tiltak på eigne vegne for å meistre situasjonen sin best mogeleg. Dette inneber at innbyggjarane må vite kor dei skal vende seg, og bygget må ha ein tydeleg inngang inn til tenesteapparatet. Ein slik servicefunksjon stiller krav til utforming av areal.</p>
<p>Rauland omsorgssenter er bygd i 1979. Bueiningane er små og stort sett uendra frå den tid. Det er trong for å tilpasse desse til framtida sine behov. Utviding av areal per bueining vil redusere talet på bueiningar. Plassering av omsorgssenteret gjev mogelegheiter for å utvikle området vidare, med etablering av fleire omsorgsbustader på området.</p>
<p>Norheimstunet er bygd i fleire trinn. Dagens eldresenter med fire frittståande bueiningar blei oppført på 1980-talet. I 2002 opna omsorgssenteret med 8 plassar. Seinare er det bygd til tre bustader i privat eige. Endra krav til fasilitetar for tilsette har medført at det må gjerast endringar i bygget. Dette påverkar den totale funksjonaliteten. Omsorgssenteret er ikkje tilstrekkeleg tilrettelagt for personar med orienteringsvanskar.</p>
<p>I tilknytning til omsorgssentra på Rauland og ved Norheimstunet må det vere avsett tilstrekkeleg areal for- tilsette, og dei oppgåver dei har. Møterom og arbeidsplassar er viktige element her, i tillegg til garderobefasilitetar.</p>
<p>Bruhl opna i 2011. Bygget tilfredsstillar bygningsmessige krav, men er i for liten grad tilpassa drift slik den har utvikla seg som base for tenestene knytt til psykisk helse og rus. Ein del av manglane kan kompensast for ved å sjå bygget i samanheng med ei utviding ved Vinje Helsecenter.</p>
<p>Svingen opna i 2015, og er eit moderne bygg som tilfredsstillar dagens krav til omsorgsbustader.</p>

I diskusjonar om utvikling av helse- og omsorgstenester blir det gjerne fokusert sterkt på sjukeheimplassar. Det er viktig og naturleg. Vinje vil ha behov for å utvide talet på slike plassar over tid i takt med endringar i demografi. Den viktigaste arenaen for helse- og omsorgstilbod i framtida vil likevel vere eigen heim. All utvikling forsterkar heimen som den viktigaste arena for utvikling i tenester. Dette krev at heimen er tilrettelagt. Førebyggjande heimebesøk til eldre kan vere eit verkemiddel for å fange opp behov og gje hjelp til å tilrettelegge. Husbanken sine verkemiddel bør nyttast i dette arbeidet.

For Vinje byr denne utviklinga på nokre særlege utfordringar. Spreidd busetnad set grenser for kor mykje og kor ofte ein kan gje tenester i alle delar av kommunen. Å legge til rette for sentrumsnære bu-alternativ som gjer det mogeleg å kunne bu i eigen heim sjølv om ein har omfattande hjelpebehov, vil vere ei viktig bustadpolitisk satsing. Samarbeid med det private næringslivet med tanke på bustadbygging er ein naturleg veg å gå.

Framtida sine helse- og omsorgstenester utfordrar kommunen på mange måtar. Utvikling krev at me flyt fokus frå diagnose til behov, og i større grad let dette styre korleis me utviklar tenester og nyttar tilgjengelege institusjonsplassar og bustader.

<p>Nytt konsept for sjukeheim og omsorgsbustader:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ «Smått er godt». Små bufellesskap og avdelingar i staden for tradisjonelle institusjonsløyisingar. ▪ Eit tydeleg skilje mellom <i>buform</i> og <i>tenestetilbod</i>, der tenestetilbod og ressursinnsats er knytt til den einskilde sine behov. ▪ Eit tydeleg skilje i utforminga av langtidsplassar og korttidsplassar ▪ Et tydelig skilje mellom privat areal, fellesareal, offentleg areal og tenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsføremål. ▪ Bustadløyisingar som er tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi, og har alle nødvendige bufunksjonar innanfor privatarealet -tilrettelagt både for bebuar og pårørande. ▪ Ei omsorgsteneste med buformer og bygg som er ein integrert del av nærmiljøet i tettstader og bydelar, der dei offentlege areala er delt med den øvrige folkesetnaden. 	<p>Kjelde: «Morgendagens omsorg»- Meld.St.29</p>
---	--

4.3.1 Mål, strategiar og tiltak Areal og Arealbehov

AREAL OG AREALBRUK		
MÅL for 2030	STRATEGIAR fram mot 2030	PRIORITERTE TILTAK for dei neste 4 åra
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vinje kommunen har differensierte butilbod tilpassa ulike behov. ▪ Me ser heimen som den viktigaste arena for tenesteyting ▪ Me har sentrumsnære bustader som eit bu-alternativ og som eit bidrag til å kunne bu lenger i eigen heim ▪ Me har institusjonstilbod som vektlegg behandlings- og korttidsfunksjonen ▪ Me har institusjonstilbod som ivaretek krav til utforming av langtidsplassar som ein heim ▪ Me har funksjonelt utforma omsorgsbustader tilrettelagt for aktivitet og meistring, og for personar med nedsett funksjonsevne og kognitiv svikt ▪ Vinje helsesenter tilfredsstillar krav og behov som blir stilt til bygget som: <ul style="list-style-type: none"> - base for tenestene - arbeidsplass - publikumsmottak - behandlingsstad - undervising og samhandling - sjukeheim med ulike funksjonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Me vil fylgje utvikling i arealbehov, og justere behov for utbygging i takt med endringar i demografi, nye krav og nytt innhald i tenestene • Me vil legge vekt på at helse- og omsorgsbygg skal kunne nyttast fleksibelt, og at utforminga skal bidra til å fylle ulike funksjonar, teknologi og viktige behov, både hjå brukarar og tilsette • Me vil legge til rette for at alle bygg har <i>fellesareal</i> for bruk til ulike føremål, og at mål om meistring og aktivitet er vektlagt i utforminga • Me vil vidareutvikle Vinje helsesenter som hovudbase for tenestene, og gjennomføre om- og utbygging i samsvar med krav til funksjonane bygget skal fylle • Me vil planlegge for auka behov, og planlegg vekst i kapasitet slik: <i>Vinje helsesenter</i>: 7 nye sjukeheimplassar <i>Rauland omsorgssenter</i>: 6-8 nye bueiningar <i>Norheimstunet</i>: 3 nye bueiningar • Me vil arbeide for at det er tilstrekkeleg tilgang til sentrumsnære bustader og omsorgsbustader i Åmot • Me vil arbeide strukturert og på tvers av einingar for god bustadpolitisk- og bustadsosial planlegging 	<p>Me planlegg «nye» Vinje helsesenter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tilpassa areal for ulike fagfunksjonar der fokus er retta mot effektiv oppgåveløysing. ○ Legeavdeling og areal for interkommunal legevakt der omsyn til sikkerhet og funksjonell oppgåveløysing er ivaretatt ○ Tilstrekkeleg med arbeidsplassar for ulike fagfunksjonar ○ Tilrettelagte areal for tverrfagleg samarbeid, der behov for møte- og undervisingsareal er ivaretatt ○ Eit inngangsparti med servicefunksjon og der: ○ Sjukeheimens bu- og opphaldsareal er tilrettelagt for demente ○ Korttidsfunksjonen er vektlagt og tilrettelagt for dei funksjonar den skal fylle ○ Bygget er tilrettelagt for utvida bruk av teknologi der åtkomst og inngang til bygget er vektlagt ○ Arbeidet er samordna med arbeid knytt til arealplan for Åmothaugen Vest. <p>Me rehabiliterer Rauland omsorgssenter ved å:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utarbeide ein heilskapleg plan for kapasitetsvekst og fornying i tråd med dagens krav til omsorgsbustader ○ Legge til rette for opphaldsareal som møtestad med plass for aktivitetar <p>Me tilpassar Norheimstunet ved å:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utarbeide heilskapleg plan for utvikling av senteret, inklusive plan for uteareal og tilvekst i talet på bueiningar ○ Legge til rette for opphaldsareal som møtestad med plass for aktivitetar ○ Legge til rette for teknologi slik at bygget blir eigna for personar med kognitiv svikt <p>Me vil utforme Bruli slik at dei tilsette sin tryggleik er ivaretatt</p> <p>Me vil etablere eit funksjonelt lokalt hjelpemiddellager</p>

Etterord

Målet for planarbeidet har vore å utforme eit dynamisk overordna styringsverktøy for Helse- og omsorgseininga som sikrar oppfyljing av juridiske plikter og kvalitetskrav, og som er i tråd med nasjonale og lokale føringar, og framtidens utfordringsbilete. Planen skal vere eit reiskap for tenesteutforming, mål- og kvalitetsarbeid i eininga, samt bidra til at fag og politikk har ei felles plattform for tenesteutvikling som sikrar framtidsretta og pasientorienterte tenester i tråd med kommunen sitt samfunnsoppdrag.

God folkehelse er viktig for den enkelte og for samfunnet. Folkehelsearbeid er samfunnet sin innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremjar folkesetnaden si helse og trivsel, samt arbeidet for å skape ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa vår.

Samstundes er det individuelle ansvaret for eige liv, helse og meistring avgjerande. Å stimulere til gode val, ha fokus på førebygging, tidleg innsats og god oppfølging er basiselement i kommunal tenesteyting.

Målet på kva som er eit godt liv er individuelt. Og sjølv om medisinske framsteg, betring i levekår, gode offentlege tenester og gode velferdsordningar har gjeve oss føresetnader for å kunne leve gode liv, så er det framleis både ytre og indre faktorar i den einskilde sitt liv som verkar saman. For å illustrere dette, så har me valt å avslutte planen med sitat frå 3 personar som på kvar sitt vis, og truleg med ein god porsjon tilfeldigheter, har oppnådd eit godt og langt liv.

Utdrag frå reportasjen «I år blir 1000 nordmenn over 100»

«Aftenposten» 28.mai 2016

«Oppskrift» på eit godt og langt liv frå personar som har passert 100 år:

*” Gå, gå, gå tran,
havregrøt, sju ulike frukter,
lite salt, ikkje melk, ikkje potet,
dyrefett er ikkje bra -
Folk er jo mer opplyste nå
enn i gamle dager.”*

*” Hardt arbeid, snille unger,
mye fisk og lite søtsaker, så
har jeg aldri bannet, røkt
eller drukket -
- Et lyst sinn er viktig, og jeg
har forsøkt å være et
omsorgsmenneske.”*

*” Jeg er veldig optimistisk, og
da har du mye glede i livet. -
Jeg tror ikke jeg gjør noe
usunt lenger, og jeg bekymrer
meg ikke for noe leve best
mulig og treffe flest mulig
hyggelige mennesker -”*

VEDLEGG

1. Lov om kommunale helse – og omsorgstenester (2011), utdrag

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremjende og forebyggende tenester, herunder:
 - a. helseteneste i skular og
 - b. helsestasjonsteneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heildøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk naudmeldeteneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetenester i heimen,
 - 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.

§ 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 3-10. Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten

2. Oversyn over tenesteområde, Vinje Helse og omsorg 2017

Tenesteområde – vising til lovheimel:

- ✓ Legetenester (Hol §3-2.4)
- ✓ Legevakt Tokke/Vinje (Hol §3-2.3)
- ✓ Røntgen - lokalt tilbud og i samarbeid med STHF – ikkje lovpålagt som kommunal teneste
- ✓ Helsestasjonsteneste (Hol 3-2, 1 b)
- ✓ Skulehelseteneste (Hol 3-2, 1 a)
- ✓ Helsestasjon for ungdom - lokalisert til Åmot (- tverrfaglege team; småbornsteam, skulehelseteam, ungdomsteam) (Hol 3-2,1)
- ✓ Reisevaksinasjon - ikkje lovpålagt
- ✓ Frisklivssentral: Lærings og meistringstilbod: Frisklivsresept (oppfylgingsprogram), BraMat-kurs, KID-kurs (meistring av lettare depresjon), røykesluttkurs, treningstilbod utsette grupper. (Folkehelseloven, Hol 3-2 mv)
- ✓ Jordmorteneste, oppfølging under svangerskap og i barseltid. (Hol 3-2,2)
- ✓ Oppfølging kronikargrupper: KOLS-sjukepleie, DIA-sjukepleie, Demenssjukepleie.
- ✓ KAD-plass Tokke / Vinje Helse og omsorgstenestelova § 3-5
- ✓ Sjukeheim med ulike tilbod (Hol §3-2.6 c)
- ✓ Heimetenester inkludert omsorgsbustad med og utan heildøgns bemanning (Hol §3-2.)
- ✓ Avlastningstiltak (Hol 3-2.6 d)
- ✓ BPA (brukarstyrd personleg assistent, støttekontakt, omsorgsløn (Hol 3-2.6.b)
- ✓ Rus: førebyggjande arbeid og oppfølging av rusmisbrukarar, inkludert tvangstiltak (Hol 3-2 og kap 10)
- ✓ Forvaltning av alkohollov og alkoholforskrift.
- ✓ Folkehelsearbeid og førebyggjande helsearbeid inklusive oversyn over helsetilstanden i befolkninga (Folkehelseloven §5 , Hol §3-3)
- ✓ Miljøretta helsevern
- ✓ Smittevern (smittevernlova)
- ✓ Bustadsosialt arbeid – bustader til vanskelegstilte (Hol 3-7)
- ✓ Individuelle plan, koordinator og koordinerande eining (§§7-1 – 7-3)
- ✓ Kommunen har oppnemnd høyrsekontakt - som og koordinerar aktivitet iht ambulerande audiografteneste frå sjukehus. Kommunen har oppnemnd synskontakt.

Tenester med krav til enkeltvedtak:

jf. Forvaltningslova og særlover som Helse- og omsorgstenestelova (Hol), Lov om pasient- og brukarrettigheter (Pbrl)

- ✓ Langtidsopphald i sjukeheim - jf Helse og omsorgstenestelova §3-2 6 c)
- ✓ Korttidsopphald i sjukeheim med formål om rehabilitering, behandling, utgreiing el (Hol §3-2)
- ✓ Avlastningsopphald i sjukeheim (Hol §3-2)
- ✓ Dag og nattopphald i sjukeheim (Hol §3-2)
- ✓ Sjukepleietenestar i heimen heimesjukepleie, psykisk helsetenestetilbod, avlastningstilbod mm. (omfattar eigen heim og tilrettelagt bustad/omsorgsbustad) (Hol 3-2 6 a)
- ✓ Praktisk bistand i heimen - heimehjelp (omfang som over) (Hol 3-2 6 a)
- ✓ Praktisk bistand og opplæring - td. butrening (omfang som over) (Hol 3-2 6 a)
- ✓ BPA - brukarstyrd personleg assistent (Hol 3-8, Pbrl §2-1 d)
- ✓ Matombringing; - middag til heimebuande. (Hol 3-2 6 a)

- ✓ Tvangstiltak overfor rusavhengige og gravide rusavhengige jf Helse og omsorgstenestelova §§10 -2 og 10-3 jf §10 -6
- ✓ Tvangstiltak jf Helse og omsorgstenestelova kap 9: Bruk av tvang og makt som ledd i tenester etter § 3-2 nr. 6 a- d til personer med psykisk utviklingshemning
- ✓ Tvangstiltak jf. Pasient og brukerrettighetslova kap 4A: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.
- ✓ Velferdsteknologiske løysingar på individnivå, td tryggleiksalarm og GPS (Pbrl § 4-6 a.) Vedtak om bruk av tekniske innretningar for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstenester til pasient eller brukar over 18 år som ikkje har samtykkekompetanse. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling blir regulert av § 4-6. Reglane i § 4-1 til § 4-3 gjeld tilsvarande for vurdering av samtykkekompetansen til brukar.
- ✓ Tildeling av omsorgsbustad (Hol §3-7); omfattar Norheimstunet, Rauland omsorgssenter, bustader ved Vinje helsesenter, Bueingar ved Vestli, Svingen bufellesskap og Bruli.
- ✓ Tildeling av kommunal bustad med heimel i Helse og omsorgstenestelov (ordinær bustad) (Hol §3-7)
- ✓ Tildeling av barnebustad (Hol 3-2, som institusjon)
- ✓ Støttekontakt - alle aldersgrupper (Hol 3-2 6b)
- ✓ Omsorgsløn (Hol §3-6)
- ✓ Ledsagerbevis funksjonshemma - ikkje rett etter lov, kommunen vedtek
- ✓ Parkeringsløyve funksjonshemma - ikkje rett etter lov, kommunen vedtek
- ✓ Dagtilbod - ulike grupper (somatikk, demens, psykisk helse, funksjonshemma)
- ✓ Aktivitets- og arbeidstiltak til personar med nedsett funksjonsevne (varig trygdeytning) - jf delegasjon
- ✓ Tildeling av koordinator - td. kreftsjukepleie, Kolskoordinator jf. Hol 7-2)
- ✓ Individuell plan. (Hol §7-1)
- ✓ Vederlag for helse og omsorgsteneste (Hol §11-2)

3. Lokal statistikk, sjukeheim og tenester knytt til heimebuande for perioden 2006-2016

All statistikk har teljedato 31.12. i det aktuelle året. Grått fyll i ruta symboliserer *markant endring*:

Institusjon Vinje sjukeheim. Heildøgnsbebuarar -alle typar opphald

Aldersfordeling	2006	2008	2010	2012	2014	2016
0-66 år	0	0	1	3	1	4
67-79	18	10	12	7	9	9
80-89	12	21	17	14	15	11
90+	11	7	10	5	6	10
Sum	41	38	40	29	31	34

Det er eit aukande tal yngre i institusjon. Dette er knytt til korttidsopphald og KAD-opphald. Me ser større aldersspreiing på korttidsopphald som fylgje av overføring av oppgåver frå 2. linetenesta til kommunen og etablering av KAD-plassar

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Antal Utskriving etter korttidsopphald sjukeheim	95	120	110	112	92	98
Tal innleggelsar KAD-plass (Ny teneste frå des. 2013)					60	85

Heimetenester; mottakarar av heimesjukepleie og/eller praktisk bistand (heimehjelp)

Aldersfordeling	2006	2008	2010	2012	2014	2016
0- 66år	23	49	26	28	41	116
67 -79	34	44	32	37	43	59
80-89	53	67	57	50	48	68
90+	20	30	15	17	17	24

Personar som bur i omsorgsbustad og mottek tenester, er definerte som heimebuande og ligg i tala over. Dette gjeld bebuarar ved Norheimstunet, Rauland omsorgssenter, Reini, Svingen (tidl. Sandehus og Vestli), Bruli.

Tenester relatert til rus er med i tala frå 2016. I perioden 2012 til no er det arbeidd med å auke kvaliteten i statistikk i denne tenesta. Tala viser no eit rett bilete.

Tal på registrerte heimebuande brukarar med aktive tenester per 31.12, fordelt på geografi

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Rauland	52	52	57	57	57	58
Øvre	49	47	46	47	48	51
Åmot	47	47	51	54	61	84

Tal på registrerte brukarar med aktive tenester Psykisk helse/rus (vaksne over 18 år)

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Psyk helse/rus	25	33	67	53	77	96

Andre tenester knytt til heimebuande

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Avlastning	4	7	4	4	5	12
Støttekontakt	5	24	17	14	13	57
Omsorgsløn	8	17	6	5	3	9
BPA brukarstyrd personleg assistent	0	1	0	3	4	3
Individuell plan – IP				9	20	25

4. Statistikk økonomi helse- og omsorgstenester Vinje

Utgifter omsorgstenester Vinje, prosent

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Netto driftsutgifter av kommunens samla driftsutgifter	39,4	41,9	43,2	39,9	37,7	40,6
Fordelt slik:						
Institusjon	51	44	43	43	41	45
Heimeteneste	49	54	54	55	50	43
Aktivering, støttetjenester	0	2	3	2	9	12

Kjelde ssb.no.

Endringane i siste del av perioden skuldast gjennomgang av KOSTRA for rett føring i samband med organisasjonsendring i 2013, i tillegg til vekst på enkelte områder, til dømes støttekontakt.

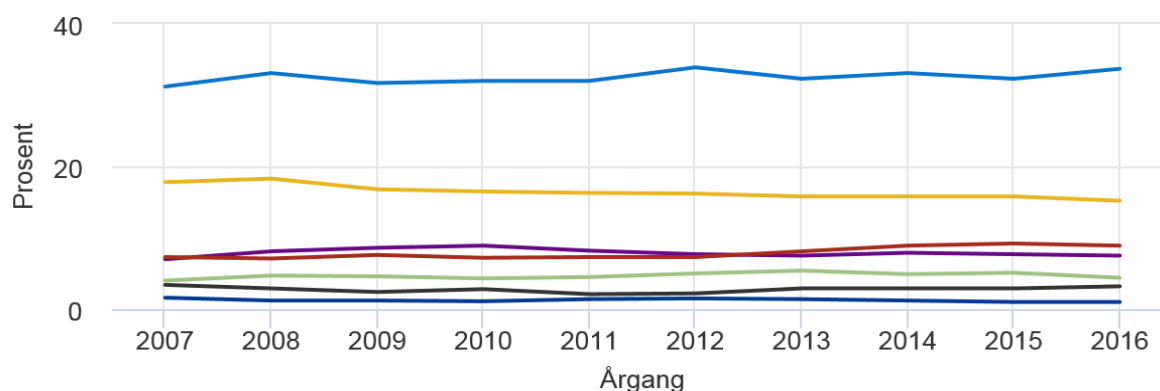
Utgifter helsetenester Vinje, prosent

	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Netto driftsutgifter av kommunens samla driftsutgifter	7,5	7,3	10,1	8,5	8,5	9,0

Kjelde ssb.no

Statistikken er basert på innrapporterte KOSTRA-tal. Utgifter frå fleire einingar påverkar resultatet. I tillegg til at administrative utgifter blir fordelt på tenesteområde, er også støttetjenester som reinhaldstenester, kjøkkentjenester, tekniske tenester ført mot desse KOSTRA-funksjonane.

Utgifter etter utvalgte områder

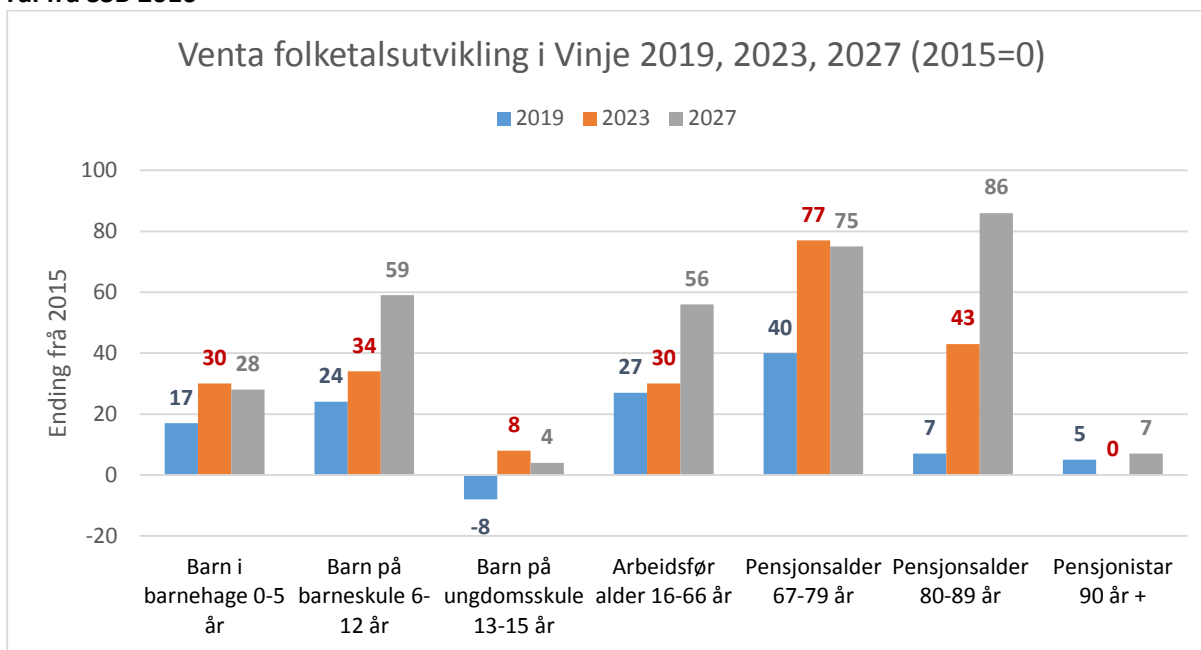


- Brutto driftsutgifter, administrasjon og styring, i prosent av tot.brt. driftsutg., konsern
- Brutto driftsutgifter, barnehage, i prosent av totale brutto driftsutgifter, konsern
- Brutto driftsutgifter, grunnskoleopplæring, i prosent av totale brutto driftsutgifter, konsern
- Brutto driftsutgifter, helse og omsorg, i prosent av totale brutto driftsutgifter, konsern
- Brutto driftsutgifter, sosialtj., i prosent av totale brutto driftsutgifter, konsern
- Brutto driftsutgifter, barnevern, i prosent av totale brutto driftsutgifter, konsern
- Brutto driftsutg, vann, avløp, renov./avfall, i prosent av tot brutto driftsutg, konsern
- Brutto driftsutgifter, kultur, i prosent av totale brutto driftsutgifter, konsern

Kilde: Kommuneregnskap, Statistisk sentralbyrå

5. Foketalsframskrivingar for Vinje

Tal frå SSB 2016



Faktiske tal - og forventa utvikling, aldersgrupper Vinje

	2016	2030	2040
0-5 år	197	196	188 ↓
5-15 år	414	459	452
15-20 år	237	222	242
0-20 år	848	877	882
20-30 år	457	406	421 ↓
30-65 år	1661	1746	1748
65-80 år	563	673	786
80 år +	198	304	379
Totalt	3727	4006	4216
Eldre over 65 år	20 % av totalen	24 % av totalen	28 % av totalen
Eldre over 80 år	ca 5% av totalen	ca 8 % av totalen	ca 9 % av totalen

Lokalt utforma tabell, basert på tal frå «Telemarksbarometeret»

6. Prosjektorganisering

☐ Styringsgruppe:

- Rådmann Jan Myrekrok
- 2 repr frå formannskap (Øystein Høgetveit, Kjellfrid Neset)
- Hovudtillitsvald for NSF, Liv Heidi Negarden
- Helse- og omsorgssjef Kari Dalen
- Teknisk sjef Åge verpe
- 2 repr. frå Råd for eldre og menneskje med nedsett funksjonsevne (Ragnfrid Bakken, Asbjørn A. Arnevik)

*Prosjektarbeidet har vore
inndelt i 10 fasar*

☐ Prosjektgruppe:

- Helse- og omsorgssjef Kari Dalen - planansvarleg
- Ass. Helse- og omsorgssjef Alv Dag Brandal
- Fagrådsgjevar Anne Marie T. Loftsgarden – plankoordinator

- ### ☐ - Fagrådsgjevar Astrid Marie Kvaal
- Kommuneoverlege Rune Aa. Lystad

☐ Arbeidsgrupper:

- Etablert ved behov med basis i utvida avd.leiargruppe



Kommunedelplan Helse- og omsorg Vinje kommune, planprosess

Faser:	Milepølar:	apr 2016	mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	jan 2017	febr	mars	april mai	juni	
Fase 1:	Prosjektorganisering etablert															
	Oppstartsmøte prosjektgruppe	19.04														
	Informasjon om planarbeidet til avdelingsleiarar og fagleiarar	19.04														
Fase 2:	Oppstart planarbeidet <ul style="list-style-type: none"> • koordinator lagar fyrste utkast til planprogram, gjennomgang i prosjektgruppa • Medlemmane i prosjektgruppa skildrar utfordringsbilete knytt til valde tema –basert på nasjonale føringer, demografiske data og lokalt utfordringsbilete 		26.05													
Fase 3:	Innspel og medverknad <ul style="list-style-type: none"> • Avd.leiarar/ fagleiarar vert utfordra på skildring av no - situasjonen for eige tenesteområde <ul style="list-style-type: none"> ➢ Metodikk - <i>vedl 1</i> • Innspel frå avd.leiarar/ fagleiarar m.o.t. satsingsområde <ul style="list-style-type: none"> ➢ Bruk av involverande Metodikk - <i>vedl 2</i> • Innspel og medverknad frå brukarorganisasjonar • Innspel og medverknad frå andre einingar (born –unge, kultur, NAV) 	19.04		10., 14., 20., 21. og 22. 06.		16.-17.aug.										

Faser:	Milepæl:	april 2016	mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	januar 2017	februar	mars	Apr mai	juni	
Fase 4:	Val av satsingsområde, endeleg utforming av planprogram <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektgruppa startar skriveprosessen, jobbar med planutforminga • Prosjektgruppa godkjenner planprogrammet • Styringsgruppa godkjenner planprogrammet 															
Fase 5:	Planprogrammet til politisk godkjenning i OVU						05.09									
	Høyring <ul style="list-style-type: none"> ➤ Open høyring 							8 veker, frist 08.11.								
Fase 6:	Val av mål og strategiar Arbeid i grupper sett saman med bakgrunn i framlegg til satsingsområde. Fokus på fylgjande tenesteområde: <ul style="list-style-type: none"> • Born og unge • Psykisk helse og rus • Rehabilitering og rehabilitering • Demensomsorg • Behandling – oppfølging • Læring og meistring • Koordinering og tildeling • Heimetenester • Buformer • Teknologi • Kompetanse • Eitvillighet <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bruk av involverande metodikk – vedl. 3 								Workshop 09.11. « Born og unge », Workshop 23.11. « Psykisk helse og rusproblem » Workshop 29.11. « Samordning av tenester »							

Faser:	Milepælar:	apr 2016	mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	jan 2017	febr	mars	April mai	juni		
Fase 7:	Samkøyring av arbeidet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prosjektgruppa ▪ Styringsgruppa 																
	Ferdigstilling av planutkastet <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektgruppe v koordinatør • Kvalitetssikring av innhaldet i planutkast <ul style="list-style-type: none"> ○ Gjennomgang i avdelingsgruppa ○ Gjennomgang i brukargrupper 																
Fase 8:	Politisk godkjenning av planutkast OVU Høyring																
Fase 9:	Ferdigstille endeleg plan, gjennomgang av planutkast i eininga <ul style="list-style-type: none"> ○ Metode: presentasjon og dialog i personalmøter <ul style="list-style-type: none"> • Ansvar: koordinatør 																
Fase 10:	Politisk godkjenning																

Skrivefrist
prosjektgruppa til
A.M.I.: 03.03.

OVU 03.04.

Høyring 7 veker
07.04. - 29.05.

12.06.OVU
29.06.
Komm.

Møteplan:

	april 2016	mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	jan 2017	febr	mars	april mai	juni
Styringsgruppa														
Prosjektgruppa	19.04.	26.05.	21.06.		22.08. 25.08.	01.09.	04.10	15.11. 22.11. (kompetans Rekrutt.) 28.11. (areal- behov)	14.12. 01.12. , 08.12.	10.01. 17.01.	14.02.	02.03. 21.03.		
Arbeidsgrupper /avd.leiarmøter / fagleiarar i eininga	19.04.				16. - 17.08.			Workshop 09.11.x2, 23.11, 29.11.					Veke 10, 25.04	
Møte med øvrige einingar (barnehagar, skule, kultur, NAV		Rektor gruppa: 19.05.	Born - unge: 10.06. Kultur: 20.06. Barnehagestyra r og rektorar: 21.06. NAV: 22.06. 20.06. (OVU)									Møte m frivillige. veke 10		
Politiske møter						05.09. (OVU) Dialog- møte 20.09.	17.10. (OVU)		05.12. (OVU)				03.04 (OVU)	12.06.OVU 29.06.Komm styre
Brukar- Pårandegrupper			14.06.		12.09.	28.09.						31.03.		
Planforum		03.05.							05.12			14.03.		

8. Metodar og opplegg for innspel og medverknad

For å sikre deltaking og medverknad frå innbyggjarar og kommunalt tilsette, hadde me våren 2016 samtalar med følgjande grupper. Me nytta ein enkel form for IGP metodikk for å få fram breidde og nyansar i synspunkt og innspel:

- **I** = individuell refleksjon.
- **G** = rekkeframlegg i gruppa ; ein og ein legg fram eitt og eitt innspel, gå rundar til alle innspel er tatt med.
- **P** = open drøfting i plenum.

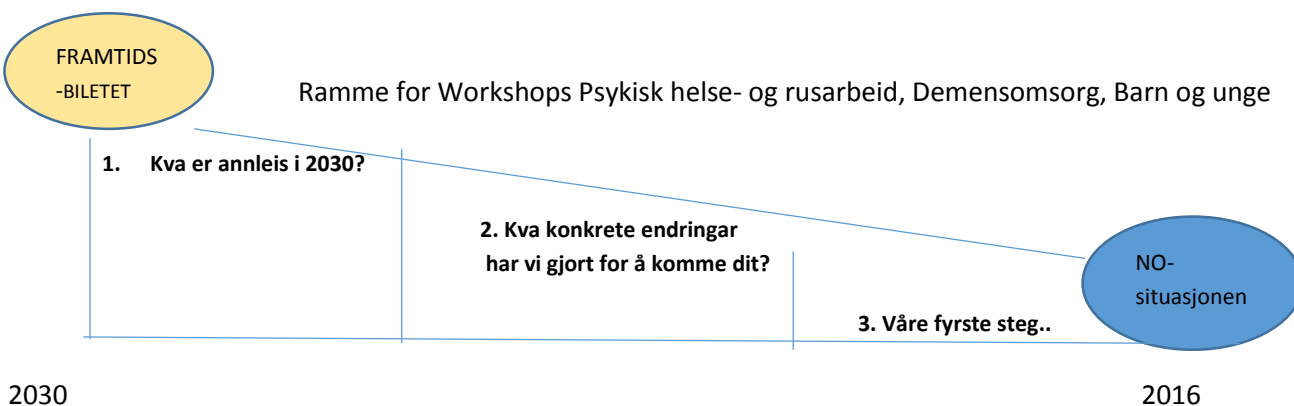
Dels har me nytta «soloppgåve» til den individuell refleksjonen, dvs ei spørsmålsstilling formulert som ei ufullstendig setning plassert i bilete av ei sol , med stråler som gir plass for mangfaldig å fullende setninga.

Me stilte følgjande spørsmål til desse gruppene:

Avdelingsleiarane i Vinje Helse og Omsorg	<i>Kva er viktige utfordringar for tenesteområda til Vinje Helse og Omsorg?</i>	<i>Ansvar:</i>
Helsetenester for barn og unge	<i>Kva er dei viktigaste satsingsområda innan arbeidet med born og unge dei neste åra?</i> <i>Kva strategiar bør vi velje for å oppnå</i> - <i>tidleg innsats?</i> - <i>auka teamarbeid?</i> - <i>koordinert oppfølging?</i>	<i>Anne Marie / Astrid</i>
6 skuleelevar i 9.klasse frå skulane i Rauland, Edland og Åmot (Referansegruppe)	<i>Det som er viktig for at eg har det bra er....?</i> <i>Korleis kan kommunen (skule, helsetenester, bygningar og uteareal) legge til rette slik at det blir lett for born og unge å ta vare på helsa si?</i>	<i>Anne Marie / Astrid</i>
Rektorar og barnehagestyrarar	<i>Korleis kan vi samarbeide endå betre på tvers av einingar for å fremje god psykisk helse og gi god foreldrestøtte?</i>	<i>Anne Marie</i>
Eining for kultur inkludert Frivilligsentralen	<i>Kva slags område kan frivillige og offentlege samarbeide på?</i>	<i>Anne Marie / Astrid</i>
NAV	<i>Kva felles utfordringar har NAV og Helse- og omsorgstenestene?</i>	<i>A.M. / Astrid</i>
Rådet for eldre og menneske med nedsett funksjonsevne	<i>Presentasjon av planarbeidet, informasjon om utfordringsbiletet - nasjonale føringar og krav.</i>	<i>Anne Marie</i>

Representantar frå prosjektgruppa har totalt hatt **18 samlingar og møter med tilsette og brukargrupper**. I tillegg hadde avdelingsleiarane i eininga ei dags-samling der Satsingsområda i planen var eitt av fleire tema.

Hausten 2016 gjennomførde me Workshops i høve til å utforme **MÅL –STRATEGIAR –TILTAK** knytt til dei ulike satsingsområda, i alt 4 samlingar med totalt ca 60 deltakarar frå ulike avdelingar i eininga.



Metode: IG(P) og «gule» lappar

Opplegg:

Psykisk helse- og rusarbeid, Demensomsorg, Born og unge

Tid	Innhald/ metode	Føremål / spørsmålsformulering	Ansvar
5 min	Velkomen. Fortelje at akkurat desse personane er invitert i kraft av sine roller og plassering i organisasjonane Presentere føremål med økta.	Bidra til å utforme mål og strategiar , både for dei neste 4 åra og for heile planperioden fram til 2030. Gjennom val av strategiar og mål vert grunnlaget for tenesteutvikling, prioriterings- og endringstiltak lagt.	Anne Marie + Astrid
30 min	Innleiing	Presentere eit framtidsscenarie fram mot 20130, og utfordre til saman å legge føringar for ei retning for ynskt utvikling innom satsingsområdet psykisk helse og rus fram mot 2030.	Anne Marie
10 min 20 min	«Back-casting» <i>Frå mål til handling</i> Med IG(P) og «gule» lappar: Individuell tenking: skrive konkrete setningar i presens m/ tusj på lappar Rekkeframlegg: Etter tur henge ein og ein lapp på «modell» teikna på flip Drøfting i gruppa	Spørsmål 1 (på powerpoint): Etter å ha høyrte AM si innleiing – Kva ser du for deg er annleis i 2030? Ver så konkret som mogleg - kva ville vi ha sett viss vi hadde kome på besøk/ sett ein film om Vinje kommune i 2030? Kva gjer di avdeling/ etat? Kva gjer andre avdelingar/ faggrupper på nye måtar? Korleis føregår samarbeid og samhandling i organisasjonen og mellom kommunen, andre kommunar og spesialisthelsetenesta?	Astrid (+ AM)
10 min 15 min	Individuell tenking: skrive konkrete setningar i presens m/ tusj på lappar Rekkeframlegg: Etter tur henge ein og ein lapp på «modell» teikna på flip Drøfting i gruppa	Spørsmål 2 (på powerpoint- nytt bilete) Kva konkrete endringar har vi gjort for å koma dit?	Astrid (+AM)
15 min	I fellesskap i gruppa/ plenum	Spørsmål 3 (på powerpoint- nytt bilete): Kva er dei første stega vi har tatt for å komme dit?	Astrid (+AM)
	Oppsummering		Anne Marie

Metode: «Tenestereise»

Opplegg:

Samordning av tenester

Tid	Innhald/ metode	Føremål	Ansvar
Kl 9 – 9.40	Velkomen. Innleiing	Presentere eit framtidsscenarie fram mot 2030, og utfordre til saman å legge føringar for ei retning for mål og strategiar , for heile planperioden fram til 2030 og konkret for dei neste 4 åra.	Anne Marie
9.50	Intro gruppearbeid/ tenestereise	Forklare metoden tenestereise, dele i grupper, introdusere gruppeleiarar og caseoppgåver. Presisere hensikt: Å kartlegge tildeling og samordning av tenester for brukarar med samansette og langvarige behov for å avdekke utfordringar og identifisere strategiar og tiltak for å forbetre strukturert oppfølging i framtida (2030)	Astrid
10-11	Tenestereise gruppevis; gruppene står ved sitt lange flipark, gruppeleiar fordeler lappar og passar på at lappar vert produsert og hengt opp fortløpande.		Astrid Anne Marie Alv Dag
11-11.30	Oppsummering frå gruppene (10 minutt til kvar gruppe)	Legge vekt på dei rosa lappane (ufordringar og moglegheiter)	Astrid
11.30	Diskusjon Takk for innspel!		Anne Marie Astrid

KJELDER

- Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid»
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste «Nærhet og helhet»
- Meld. St. 19(2014-2015) Folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter»
- Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger –én journal»
- Demensplan 2020
- Meld. St. 29 (2012-2013) ”Morgendagens omsorg”
- Forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)
- Veileder om folkehelsearbeid i kommunen -Helsedirektoratet
- Rundskriv I-2 2016 Om forebyggende hjemmebesøk i kommunen - Helse og omsorgsdepartementet
- Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020) - Helse- og omsorgsdepartementet
- Veileder for kommunale frisklivssentraler -Helsedirektoratet
- Psykisk helse og rus -Helsedirektoratet.no
- Veileder i lokal psykisk helsearbeid og rusarbeid –«Sammen om mestring» -Helsedirektoratet
- Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten –Helsedirektoratet
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator – Helsedirektoratet
- Psykisk helsevern for barn og unge –prioriteringsveileder -Helsedirektoratet
- Barns rett til medvirkning, Organisasjonen Voksne for barn
- Nasjonalt velferdsteknologiprogram –rapport IS 2557
- Befolkningsframskrivninger SSB (Statistisk sentralbyrå)
- Telemarksbarometeret
- Aldring og helse –nasjonal kompetansetjeneste
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse
- Helsenorge.no
- Frivillighet Norge
- Fagsystemet Profil
- Agresso
- Aftenposten
- Telemarksavisa
- Vest Telemark blad