



Siljan kommune

Helse 2016-19

Kommunestyrets vedtak
31. mars 2016





Helse 2016-19

1. Innledning	2
2. Planarbeidet	2
3. Overordnede mål og føringer	3
4. Utviklingstrekk	4
5. Status i helsetjenesten i Siljan	5
6. Mål	6
7. Hjemmesykepleien	7
8. Siljan sykehjem	8
9. Bofellesskapet og avlastningsboligen	9
10. Psykisk helse og rus	10
11. Flyktninger og helse	11
12. Rehabilitering og habilitering	12
13. Fysioterapitjenesten	14
14. Demens	15
15. Kreft	16
16. Legetjenesten	17
17. Tilbud og aktiviteter knyttet til frivillige lag og foreninger	18
18. Frivillighetssentral	18
19. Nytt navn for Siljan sykehjem	19
20. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi.	19
21. Interkommunalt samarbeid	19
22. Lederutvikling	20
23. Omsorgslønn	20
24. Avlastning	20
25. Brukerstyrt personlig assistent	21
26. Vedlegg	22

1. Innledning

Helsetjenestene sitt ansvarsområde er omfattende og rører ved et bredt spekter av brukergrupper og tjenester. Siljan kommune står foran vesentlige forandringer innen helsetjenesten kommende år. Alderssammensetning i samfunnet endrer seg. Vi lever lengre, vi blir flere eldre. Sykehus strukturene endre seg. Familiestrukturen endrer seg, mobiliteten øker, vi endrer kostvaner og aktivitetsnivå. De kommunale helse og omsorgstjenesten skal yte gode tjenester i et samfunn i stadig endring. Fremtidens kommunale helse og omsorgstjenester skal sikre helhetlige og samordnete tjenester som omfatter helsefremmende og forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorene og i samarbeid med brukeren selv. Mer aktiv behandling der pasienten bor i kommunen.

I Siljan kommune har vi lagt til grunn følgende visjon for helse og omsorgstjenesten:

Innbyggerne i Siljan kommune opplever å få gode helse og omsorgstjenester i alle livsfaser.

Formålet med planarbeidet er å klargjøre dagens situasjon i Siljan kommune, hva slags utfordringer kommune står ovenfor og hva slags strategi, mål og tiltak kommune bør velge for kommende år. Planen skal sørge for at tjenesten er forberedt på å møte fremtidige utfordringer når det gjelder behov, oppgaver og organisering. Gjennom arbeidet med økonomiplan, de årlige budsjettene og virksomhetsplaner skal intensjonene i planen realiseres.

De sentrale områdene i planen er:

- a) Satse på god faglig ledelse, kvalitetsutvikling, kompetanse og rekruttering
- b) Tidlig innsats, aktiv omsorg og brukermedvirkning
- c) Yte tjenester på et best mulig omsorgsnivå (BEON)
- d) Hverdagsrehabilitering.
- e) Delta i interkommunale samarbeid om løsning av oppgaver
- f) Velferdsteknologi
- g) Ny sykehjemsavdeling

2. Planarbeidet

I henhold til økonomiplan 2015-18 skal det utarbeides en helseplan/omsorgsplan for virksomheten. Det har vært nedsatt en gruppe bestående av helsesjef Øyvind Lovald, pleie og omsorgsleder Merete Borgeraas, boveileder Anne Grete Øksenholt, ledende helsesekretær Kari Røed Røsholt, sjeffysioterapeut Kristin Sørensen, kreftsykepleier Ranveig Skilbred, demenskoordinator Kari N. Sæthre og samhandlingsleder Heidi Vasdal. Tillitsvalgte har vært invitert til aktiv deltakelse i alle møtene som har blitt avholdt, samt at de aktivt har blitt utfordret til å gi faglig innspill i planarbeidet. Tillitsvalgte har vært representert ved: hovedtillitsvalgt fagforbundet Anne Tove Jahnsen, hovedtillitsvalgt sykepleierforbundet Bodil Selvåg Holtan, hovedtillitsvalgt FO Torun Bredvei Steinsholt, hovedtillitsvalgt fra legeföreningen Charlotte Sanhueza.

Det har vært avholdt i alt 4 møter i plangruppa. Sekretær for planarbeidet har vært Heidi Vasdal.

3. Overordnede mål og føringer

Tjenesteområdet helse og omsorg er i stor grad styrt av nasjonale føringer og lokale valg. Innholdet og utformingen av helse og omsorgsplanen er tuftet på nasjonale og kommunale føringer.

3.1 Nasjonale føringer

Den kommunale helse og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for økt livskvalitet og mestring. Kommunen skal sørge for helhetlig tekning med forebygging, tidlig intervensjon til diagnose, behandling habilitering og rehabilitering slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Helse og omsorgssektoren skal sees i sammenheng med de andre samfunnssektorer i kommunen.

Viktig rammer og forutsetninger er blant annet gitt i St. melding 47 Samhandlingsreformen, St. melding 26 primærhelsemeldingen og i forskrift om habilitering og rehabilitering.

Vedlegg 1 Nasjonale føringer

3.2. Lover og forskrifter

Det er mange særlover/forskrifter/rundskriv som en må følges med hensyn til planlegging og drift av helse og omsorgstjenesten. Oversikten over aktuelle lover forteller noe om kompleksiteten innenfor helseforvaltningen til kommunene.

Vedlegg 2 Lovverk

3.3 Regionale avtaler

Siljan kommune har iverksatt flere tiltak for å sikre god samhandling med sykehuset. De viktigste er samarbeidsavtalene som formaliserer hvordan sykehus og kommunen skal samhandle. Kommuner og sykehus samhandlet før samhandlingsreformen også, men nå er rutiner og prosesser formalisert og satt i system på en helt annen måte enn tidligere. Det er etablert grupper på ulike nivå, både på overordnet nivå for å administrere avtalene og samarbeidet, og på operativt nivå for faglig samarbeid. Dessuten har kommune i Grenland og sykehuset Telemark felles koordinator for å følge opp samhandlingsarbeidet.

3.4 Andre førende planer

- a) Økonomiplan/årsbudsjett
- b) Kompetanseplan
- c) Integreringsplan
- d) Folkehelseplan
- e) Rus og psykiatriplan
- f) Kvalitetssikring og interkontroll

4. Utviklingstrekk

4.1 Folketallsutvikling i Siljan

Tallene fra statistiske sentralbyrå viser et svakt økende antall eldre både for aldersgruppen 67-79 og fra 80 og eldre frem til 2020 for deretter å stige relativt bratt fra år 2025-40. En vet at med stigende alder følger et større behandlingsbehov både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Antall eldre i aldersgruppen 67-79 (statistisk sentralbyrå 2015 middels nasjonal vekst)

2016	2020	2025	2030	2040
283	299	343	345	376

Antall eldre 80 år og eldre (SSB 2014, middels nasjonal vekst)

2016	2020	2025	2030	2040
111	113	128	181	218

Framskrivningen viser at statistisk sett vil det bli en betydelig økning i antall eldre frem mot 2040.

Utviklingen av tallet på personer i den eldste delen av befolkningen er viktig når man skal antyde behov for omsorgstjenester i årene fremover. Vel så viktig kan faktorer som levealder, helsetilstand, forventinger/krav, boforhold, samlivsmønster og uformell omsorg bidra til at utviklingen vil avvike fra hva den demografiske utviklingen alene skulle tilsi.

Vedlegg 3. Statistikk

4.2 Nasjonale utviklingstrekk

Som en følge av den økte levealderen og endret sammensetning i befolkningen blir det forespeilet at tallet på mennesker med demens trolig vil doubles de neste 35 år. Likeledes vil antall personer med en eller annen kreftlidelse øke kraftig.

Dette skaper store utfordringer for helse og omsorgstjenesten og stiller krav til planlegging av fremtidige tjenestetilbud.

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de siste 20 årene fått tilført mange nye oppgaver og hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper. Samhandlingsreformen, sykehjems reformen, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming og opptrappingsplan for psykisk helse står som viktige milepæler i denne utviklinga. Disse har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå. En økning i aktiviteten i spesialisthelsetjenesten, og omlegging av driften til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har også medført at flere oppgaver enn tidligere i stor grad blir løst i kommunehelsetjenesten.

Det vil trolig bli flere brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Fremtidens brukere vil ha andre behov og utfordringer og trolig andre ressurser til å mestre de. Innbyggere og brukere vil i større grad vektlegge individuelle verdier, opplevelser og prestasjoner fremfor kollektive løsninger. Mange vil ha høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre økonomi. Vi må derfor anta at deres

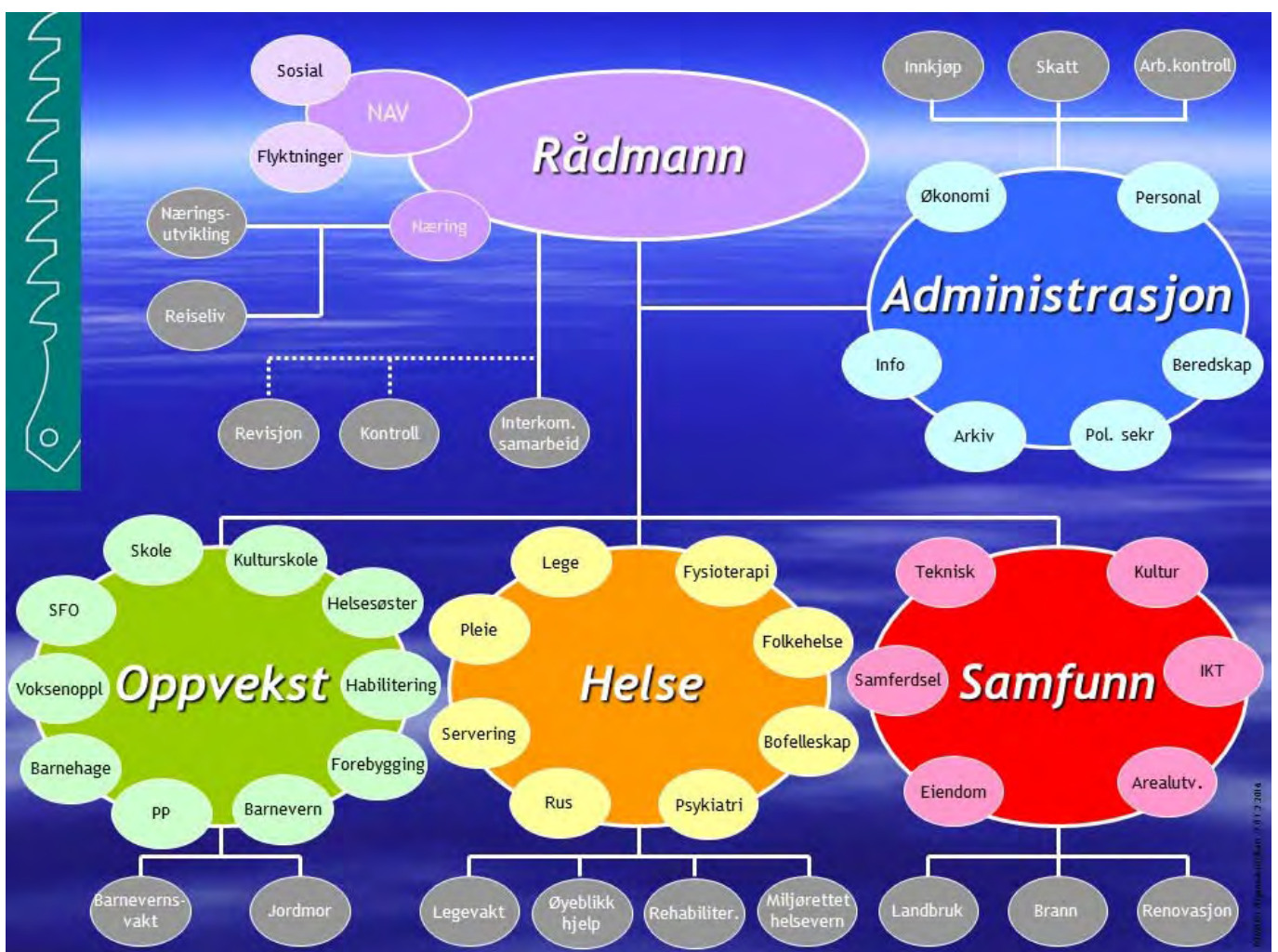
forventninger til kommunen som tjenesteyter vil bli påvirket av dette. Dette gjelder faglig innhold, grad av medvirkning, tjenestenivå og hva slags arena tjenesten skal ytes på. Den medisinsk-teknologiske utviklingen har vært omfattende de siste tiårene. En utvikling som også er forvente å fortsette. De eldre sin helse blir stadig bedre og levealderen forventes fortsatt å øke.

En annen utfordring er at tallet på yngre brukere øker. Flere får stilt diagnose og har mer komplekse og sammensatte behov, aldersbæreevnen blir dårligere færre vil ha barn og andre omsorgspersoner som støtte. Det er en tydelig vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problem. En av tre mottakere av hjemmetjenester i norske kommuner er under 67 år. De yngste gruppene er mer ressurskrevende enn de eldre og tar imot 62 prosent av ressursene. Andre faktorer en ser konturene av er antall personer med rusproblemer ofte knyttet opp mot psykiske lidelser er stigende. Det blir flere en husholdninger, ensomhet er en stor utfordring samt at antall flyktninger er betraktelig økende.

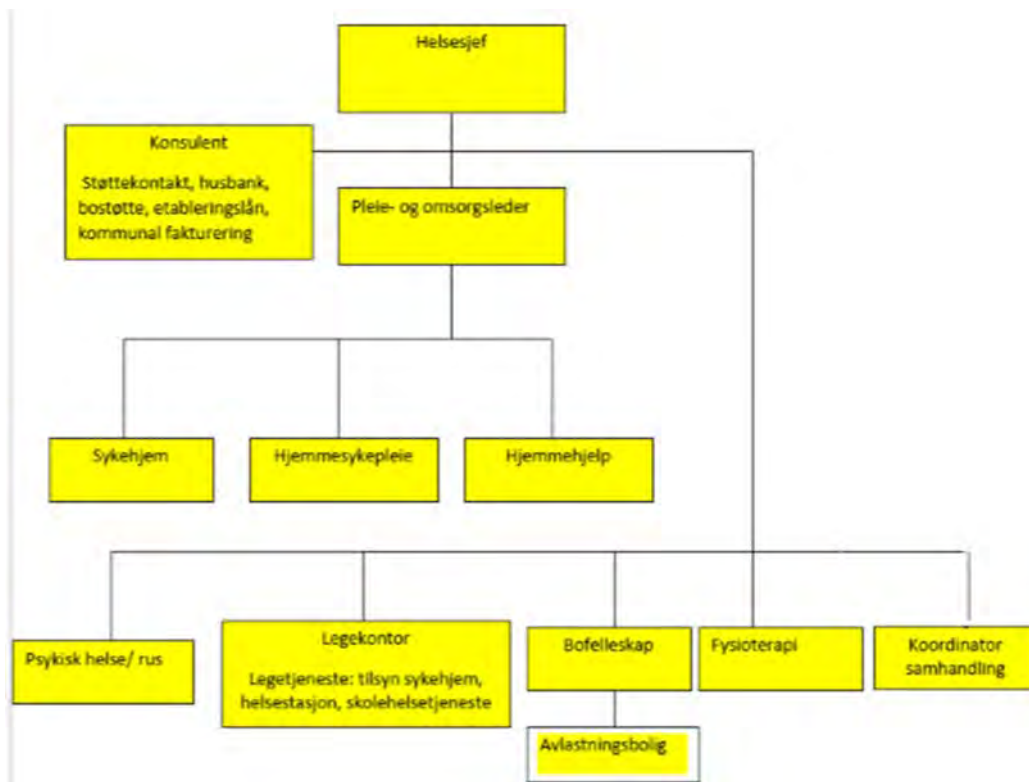
5. Status i helsetjenesten i Siljan

5.1 Dagens organisering

Tjenesteområdene Siljan kommune



Avdeling helse



6. Mål

Innbyggerne i Siljan kommune opplever å få gode helse og omsorgstjenester i alle livsfaser.

6.1 Hovedmål

- Alle innbyggerne skal få nødvendig forebyggende tjenester, rehabilitering, behandling, pleie og omsorg.
- Tjeneste skal være i tråd med nasjonale føringer.
- Siljan kommune avdeling Helse skal være en god arbeidsplass med trygge tjenesteytere.

6.2 Delmål

- Sikre god brukermedvirkning
- Fokus på forebyggende arbeid.
- Individuell tilpasning og samordning av tjenestene.
- God kontroll og kvalitet på tildeling av tjenester.
- En organisasjon og lederstruktur som støtter opp om brukerens behov for koordinerte tjenester som gir effektiv bruk av tilgjengelige ressurser.
- Satsning på kompetanse og fagutvikling.
- Innbyggerne og brukerne har et avklart forventingsbilde til hvilke tjenester som ytes.

7. Hjemmesykepleien

7.1 Situasjonsbeskrivelse

Hjemmesykepleie ytes til innbyggere i alle aldre med svært differensierte og tidvis komplekse tjenestebehov. Dette stiller krav til en variert og faglig god kompetanse innen rehabilitering, psykisk helse og rus, geriatri, palliasjon og somatikk.

Kommunen har blitt tilført nye og store oppgaver gjennom ulike forvaltningsreformer de siste tiårene. Kommunen er pålagt å ta imot utskrivningsklare pasienter med større behov for behandling og rehabilitering enn det som var vanlig tidligere. Hjemmetjenesten omfatter mange forskjellige oppgaver. Tverrfaglighet og stor grad av fleksibilitet er nødvendig for at vi skal lykkes. I Siljan jobber hjemmetjenesten og sykehjemmet integrert slik at vi til enhver tid kan sette inn personalet der det er størst behov.

Tjenesten består av;

- a) Hjemmesykepleie
- b) Praktisk bistand/hjemmehjelp, tjenesten omfatter blant annet bistand til renhold, handling, klesvask m.m.
- c) Omsorgsboliger, kommunen har 10 leiligheter i nær avstand til sykehjemmet. Beboere i omsorgsleilighetene mottar hjelp fra hjemmetjenesten etter behov.
- d) Matombringning er et viktig tilbud til de som ønsker å bo i eget hjem lengst mulig.
- e) Trygghetsalarmer, trygghetsalarm er viktig for å bidra til en trygg hjemmesituasjon.
- f) Inn på tunet, dagtilbud for hjemmeboende personer med demens.
- g) Forebyggende tverrfaglig hjemmebesøk til innbyggere over 80 år.
- h) Hverdagsrehabilitering.
- i) Felles natt tjeneste mellom sykehjem, hjemmetjenesten og bofellesskapet.

7.2 Mål

- | | |
|-------|--|
| 7.2.1 | Økt kompetanse innen hverdagsrehabilitering/hjemme rehabilitering og forebygging. |
| 7.2.2 | Økt kompetanse innen psykisk helse og rus. |
| 7.2.3 | Videreføre kompetanse innen palliasjon og kreftomsorg |
| 7.2.4 | Omorganisering av natt tjenesten. |
| 7.2.5 | Velferdsteknologiløsning for å gi hjemmeboende mulighet til å bo hjemme lengst mulig. |
| 7.2.6 | Effektivisere og kvalitetssikre den ansattes arbeid mot bruker slik at den ansatte kan gjøre seg oppdatert og dokumentere utført helsehjelp på stedet. |
| 7.2.7 | Etablere hverdagsrehabiliteringsteam. |

7.3 Tiltak

Nr.	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
7.3.1	Hospitering på rehabiliterings institusjon	Helse	2016	0
7.3.2	Videre utdanning av sykepleier innenfor rus/psykiatri på høgskole nivå	Helse	2016-2018	20.000
7.3.3	Videreutdanning kreft Sykepleier på høgskolenivå		2017-2019	20.000
7.3.4	Omorganisering av nattjenesten	Helse	2019	600.000
7.3.4	Videreutdanning i rehabilitering på fagskole/høgskolenivå	Helse	2017-2019	20.000
7.3.5	Velferdsteknologi	Helse	2017	10.000
7.3.6	Innkjøp av Cos Doc +	Helse	2016	30.000

8. Siljan sykehjem

8.1 Situasjonsbeskrivelse

Sykehjemmet har langtidsplasser for personer med omfattende og varig omsorgsbehov, korttidsplasser for personer med behov rehabilitering pleie og omsorg i kortere perioder.

Sykehjemmet har totalt 20 plasser. I likhet med hjemmetjenesten stilles det nye krav til å kunne ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten på kort varsel. Det stilles også stadig økte krav til oppdatert kompetanse innenfor mange ulike fagområder for å ivareta pasientene på forsvarlig måte.

Sykehjemmet tar imot hjemmeboende på korttidsopphold med behov for utredning/behandling, avlastning og rehabilitering. Sykehjemmet operer ikke med ventelister.

Ansatte jobber fleksibelt mellom sykehjemmet og hjemmetjenesten. De fleste pasientene på sykehjemmet har en form for demenslidelse. Kommunen har god og bred spesialkompetanse innen demensomsorg som medvirker til å gi denne gruppen et godt tilbud. I takt med den økte levealderen vil vi få flere pasienter med demens. Sykehjemmet har en egen enhet for pasienter med demens. Denne enheten er ikke spesielt tilrettelagt for denne pasientgruppen. Det er derfor behov for en ny avdeling.

Sykehjemmet har ikke definerte rehabiliteringsplasser. Forskning viser at for å få best utbytte av rehabilitering, er det en forutsetning med egne plasser og eget personale med spesialkompetanse. Pasienter som er aktuelle for rehabilitering er f.eks. pasienter med kroniske lidelser som diabetes, hjerte-/karlidelser, KOLS og ulike nevrologiske lidelser. Videre rehabilitering etter brudd og planlagte ortopediske operasjoner.

Kommunen har fra høsten 2015 fått tilført økte fysioterapiressurser. Det betyr at vi nå har muligheter til å drive med rehabilitering på en mer strukturert måte. utfordringene innenfor dette fagområdet er fremdeles store.

Siljan kommune har ikke ansatt egen ergoterapeut. Dette er lovpålagt fra 2020.

Avdelingen har de siste 2 år hatt sterkt fokus på arbeidsmiljø, kompetanse og etisk refleksjon.

8.2. Mål

- 8.2.1 Egnet demensavdeling.
- 8.2.2 Økt bemanning for drift av ny avdeling.
- 8.2.3 Dagsenter for flere ulike brukergrupper med hovedvekt på forebygging, aktivitet og rehabilitering.
- 8.2.4 Tilpassede rehabiliteringsplasser.
- 8.2.5 Økt kompetanse innenfor rehabilitering og kroniske sykdommer.
- 8.2.6 Etablere rehabiliteringsteam.

8.3 Tiltak

Nr.	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
8.3.1	Bygge ny demensavdeling	Helse/samfunn	2017	Økonomiplan
8.3.2	Økt bemanning ny avdeling	Helse	2017-2020	Økonomiplan
8.3.3	Dagsenter for ulike brukergrupper	Helse	2019	50.000
8.3.4	Ansette ergoterapeut	Helse	2020	250.000
8.3.5	Opprettelse av døgnrehabiliteringsplasser	Helse	2017	0
8.3.6	Hospitering innenfor diabetes, Kols, nevrologi, ortopedi og hjerte/kar	Helse	2016	0

9. Bofellesskapet og avlastningsboligen

9.1 Situasjonsbeskrivelse

Bofellesskapet er tilegnet brukere med behov for individuelt tilpasset boalternativ der en ordinær kommunal bolig ikke dekker behovet for den enkelte. Bofellesskapet er organisert med 24 timers døgnbemanning. Det er 3 kommunale utleieleiligheter og 1 leilighet til avlastning. Alle leilighetene er bygget opp som selvstendig ordinære leiligheter.

I tillegg er et avlastningstilbud lokalisert i en annen bolig. Dette avlastningstilbudet er organisatorisk organisert under Bofellesskapet. I begge tilbudene er det fellesområder hvor det er tilbud om ulike tilpassede aktiviteter, både som sosial trening og ADL-ferdigheter. Der lages det også fellesmåltider, hvor beboerne er med på å bestemme menyen og aktivt kan delta i å lage måltidet.

I Bofellesskapet jobbes det med miljøskapende arbeid tilpasset den enkelte beboer. Det er stor grad av brukermedvirkning og individuell tilpasning ut ifra beboers sammensatte hjelpebehov og ønsker. Det er fokus på å gi beboerne en god og meningsfylt hverdag.

9.2 Mål

- 9.2.1 Gi beboerne mulighet til å ha et best mulig liv etter de forutsetningene hver enkelt har.
- 9.2.2 Økt kompetanse innenfor flere fagområder.

9.3 Tiltak

Nr.	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
9.3.1	Opprettholde miljøarbeidet	Helse	2016-19	0
9.3.2	Veiledning / hospitering av ansatte	Helse	2016-19	0

10. Psykisk helse og rus

10.1 Situasjonsbeskrivelse

Rus og psykisk helse er ofte kombinerte lidelser. Denne gruppen gir kommunen store utfordring å definere, kartlegge og igangsette relevante tiltak. Det kan være vanskelig å skille mellom psykiske lidelser og rusrelatert problematikk. Ofte ser en at det er en sammenblanding mellom rus og psykiske lidelser såkalt dobbeltdiagnose relatert problemstilling. Innenfor rusfeltet er mangel på rett kompetanse en stor utfordring. I kommunen har det vært jobbet godt med strakstiltak og løsninger for enkeltindivider der og da. Det har vært mer mangel på langsiktig planlegging og forebyggende arbeid. Ansvaret for rus har inntil 2015 ligget på NAV kontoret i kommunen mens psykisk helsearbeid har ligget på helseavdelingen. Nå som dette er samlet i en virksomhet er forutsetningen bedre tilstede for å gi bedre samordnede tiltak. I henhold til økonomiplan 2016-19 blir rusarbeidet styrket med ½ stilling ruskonsulent fra høsten 2016. Bedre samordnede tiltak og økt kompetanse bør gi bedre tjenestetilbud til brukergruppen.

En annen utfordring er egnede boliger med oppfølging. Statistisk er om lag 10% av alle med alvorlige rusproblemer uten fast bolig. Vanskelige boforhold bidrar også til tilbakefall etter rusbehandling/ innleggelse innenfor psykisk helsevern. I St. melding 26, fremtidens primærhelsetjeneste er psykisk helse/ rusarbeidet viet en sentral plass. Det legges blant annet opp til å sette dette fagområdet inn i samhandlingsreformen på lik linje som for somatiske pasienter med blant annet betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som kommunen ikke kan skaffe et relevant behandlingstilbud til.

Det fremmes også krav til kommunene at det skal etableres akutt døgnplass for rus/ psykiatri som det er innenfor somatikken. Det vurderes muligheten til å benytte avlastningsleiligheten i bofellesskapet til en akuttdøgnplass i samarbeid med Distrikts Psykiatrisk Senter sykehuset Telemark.

Bolig, oppfølging og arbeid henger sammen. Derfor fordres det gode samarbeidslinjer mellom de enkelte virksomhetene i kommunen. Spesielt helseavdeling og det lokale NAV kontoret er sentrale samarbeidspartene. Kommunens organ koordinerende enhet er her helt sentralt. Kommunen har 6 omsorgsboliger sentralisert i sentrum. Disse boligene er tradisjonelt bebodd av eldre med omsorgsbehov. Derfor kan det være fornuftig å etablere en bolig sentralt i kommunen til dette formål.

10.2 Mål

- 10.2.1 50 % stilling ruskonsulent.
- 10.2.2 Etablering av akutt døgnplass psykisk helse/rus i nært samarbeid med distrikts psykiatrisk senter ved sykehuset Telemark
- 10.2.3 Etablere en bolig/ leilighet tilrettelagt for etterverns arbeid innen psykisk helse/rusrelatert virksomhet.
- 10.2.4 Etablere rus/psykisk helse team

10.3 Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
10.3.1	50 % stilling som ruskonsulent	Helse	2016	250.000
10.3.2	Akutt døgnplass	Helse	2017	200.000
10.3.3	Etablere boliger for rus og psykiatri	Helse	2019	0
10.3.4	Etablere rus /psykiatri team	Helse	2017	0

11. Flykninger og helse

11.1 Situasjonsbeskrivelse

Alle innbyggere i Siljan kommune skal ha likeverdige helse- og omsorgstilbud. Det har i 2015 vært en sterk økning av antall flykninger til Norge. Dette medfører en betydelig endring for helse- og omsorgstjenesten i kommune Norge.

Det er grunn til å tro at det er spesielle utfordringer i å sikre at innvandrere i kommunen får et likeverdig helse- og omsorgstilbud. Det avhenger både av at innvandrere får kunnskap til å nyttiggjøre seg de tilbudene som er og at ansatte i helse- og omsorg har kompetanse i flerkulturell forståelse slik at innvandrere blir møtt på en god måte. Språk, kommunikasjon og bruk av tolk er svært viktig for å sikre at informasjon blir forstått. Tjenesteyter og den som organiserer tjenesten har ansvar for at all formidlet informasjon blir forstått. Dette sikrer pasientens rett til informasjon og samtykke til helsehjelp, informert samtykke.

Det ligger informasjon på Helsedirektoratet sine hjemmesider som er oversatt til mange forskjellige språk. Denne informasjonen blir brukt på legekantoret for å informere/opplyse innvandrerne. Antall etableringer av flykninger i kommunen har økt betraktelig det siste året. Dette spesielt grunnet situasjonen i Syria. I flere år har kommunen mottatt flykninger, og har erfaring med dette. Det mer spesielle ved nåværende situasjonen er at mange er mer direkte preget av krigshandlinger. Derfor bør virksomheten tilegne seg mer flerkulturell kompetanse. Det vises også til kommunens integreringsplan 2013.

11.2 Mål

- 11.2.1 Utarbeide internkontrollrutine for bruk av tolk
- 11.2.2 Informere innvandrerne om helsetjenesten
- 11.2.3 Økt kompetanse.
- 11.2.4 Gode integreringsmulighet med blant annet tilbud om økt fysisk aktivitet i samarbeid med avdeling Helse og avdeling Oppvekst.

11.3 Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
11.3.1	Utarbeide internkontrollrutine i bruk av tolk	Helse	2016	0
11.3.2	Oversette Helses informasjonsbrosjyre Til aktuelle språk	Helse og Oppvekst	2016	0
11.3.3	Kompetanseheving Innenfor flerkulturelt arbeid	Helse	2017	10.000
11.3.4	Styrke samarbeid med voksenopplæringen	Helse/ Oppvekst.	2016	0

12. Rehabilitering og habilitering

12.1 Situasjonsbeskrivelse

Siljan kommune har en rehabiliteringsplan og habiliteringsplan fra 2000. Dette kapitelet er en revidering av denne planen.

Definisjon av rehabilitering - habilitering:

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

Målgruppe for habilitering: Personer med funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander før 18 år. Både barn og voksne kan ha behov for habilitering i livsløpsperspektiv.

Målgruppe for rehabilitering: Målgruppen for rehabilitering kjennetegnes ved behovet for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom, skade eller lyte.

Habilitering

Habiliteringstjenesten er lagt under avdeling Oppvekst. De har blant annet ansvaret for støttekontakt og avlastning 0-18 år. Helsesøster er også organisert i oppvekst. Andre helsetjenester er organisert i Helse.

Rehabilitering voksne

Hjemmebasert tjenester- hverdagsrehabilitering. Ukentlig samarbeid mellom lege, fysioterapeut og hjemmetjenesten/sykehjemmet, ukentlig. Faste tverrfaglige samarbeidsmøter hver 14 dag.

Hverdagsrehabilitering startet som et prosjekt i 2014 og etableres som et fast tilbud fra 2016.

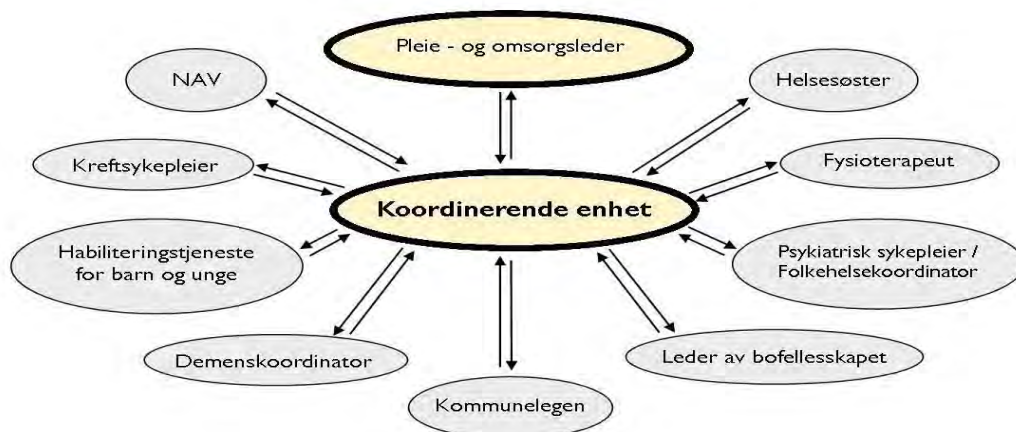
Døgnrehabilitering på sykehjem.

Fysioterapeut, sykepleier og lege har faste legemøter hver uke. Sykehjemmet har tilbud om plasser for enkel rehabilitering.

Koordinerende enhet

KE ble opprettet i 2012 og omfatter alle aldersgrupper. Samhandlingsleder er koordinator. KE består av representanter fra avdeling Helse, Oppvekst og NAV; helsesøster, habiliteringstjenesten, pleie og omsorgsleder, kreftsykepleier, psykiatrisk sykepleier, demens sykepleier, hjemmetjenesten, boveileder, sjeffysioterapeut, saksbehandler.

KE behandler søknader fra personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Oppretter individuellplan, koordinator, ansvarsgrupper og tildeler omsorgsboliger.



12.2 Mål

- 12.2.1 Etablere døgnerhabiliteringsplasser på sykehjemmet
- 12.2.2 Forankre døgnerhabiliteringsplasser administrativt/politisk
- 12.2.3 Forankret hverdagsrehabilitering administrativt/politisk
- 12.2.4 Dagerhabilitering.

12.3 Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
12.3.1	Utbygging sykehjem	Samfunn/Helse	2017	Økonomiplan
12.3.2	Omdefinere 6 sykehjemsplasser til rehabiliteringsplasser i eksisterende sykehjem	Helse	2018	100.000
12.3.3	Økt kompetanse rehabilitering	Helse	2017	20.000
12.3.4	Etablere rehabiliterings team	Helse	2017	0
12.3.5	Politisk forankring av hverdagsrehabilitering og døgnerhabilitering	Helsesjef	2017	0

13. Fysioterapitjenesten

13.1 Situasjonsbeskrivelse

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Fysioterapeuten har innsikt i funksjon hos frisk og syke og om hvordan fysiske, psykiske og sosiale faktorer bidrar til helse og sykdom.

Fysioterapitjenesten har egne lokaler i avdeling Helse. Tjenesten består av 2,6 årsverk hvorav 1,6 kommunal stilling, 60 % privatpraktiserende fysioterapeut og 40 % privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Tjenesten samarbeider med alle områdene i avdeling Helse og avdeling Oppvekst.

Sentrale oppgaver innen fysioterapi:

- a) Forebyggende helsearbeid voksne og barn
- b) Observasjon, undersøkelse, behandling og veiledning
- c) Helsestasjonsvirksomhet
- d) Skolehelsetjeneste
- e) Opplysningsvirksomhet
- f) Habilitering
- g) Rehabilitering
- h) Hjelpemidler
- i) Hverdagsrehabilitering
- j) Tverrfaglig samarbeid
- k) Hjemmebesøk
- l) Gruppetrening

13.2 Mål

- 13.2.1 Pådriver for å etablere døgnrehabiliteringsplasser/hverdagsrehabilitering og dagrehabilitering.
- 13.2.2 Ha fokus på forebygging barn, unge ved opprettelse av tverrfaglig samarbeidsmøter/rutiner med helsestasjon og skolehelsetjenesten.
- 13.2.3 Videreføre fallforebyggende gruppe og etablere andre trimgrupper.
- 13.2.4 Tiltak flykninger, nevnt under kapittel flykninger.

13.3 Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
13.3.1	Informasjon/opplæring til ansatte og tverrfaglige møter	Helse	2016	0
13.3.2	Trimgrupper for voksen, tverrfaglig samarbeid med ulike yrkesgrupper	Helse	2016	15.000
13.3.3	Samarbeidsmøter helsestasjon og fysioterapiavdelingen	Helse/oppvekst	2016	0

14. Demens

14.1 Situasjonsbeskrivelse

Siljan kommune har siden begynnelsen av 2000 fokusert på ivaretagelse av personer med demens. Kommunen har i flere år hatt egen demenskoordinator i 75 % stilling. Dette har vært nyttig i forhold til å kunne utvikle tiltak for personer med demens og ivaretagelse av pårørende. Det har også vært nyttig i forhold til å ha konstruktiv opplæring av personell som skal ivareta denne pasientgruppe.

Status for demensomsorgen

- a) Tilrettelagt demensavdeling i sykehjemmet med plass til 6 pasienter.
- b) Demensteam med prosedyre for lege/ demenskoordinator ang. utredning av demens og oppfølging.
- c) Oppfølging av pårørende.
- d) Årlig tverrfaglig forebyggende 80 års besøk.
- e) Kompetanseheving av 12 medarbeidere – helsefagarbeidere, sykepleier og aktivitør – har gjennomført demensomsorgen ABC – 2 år – ferdig desember 2015.
- f) Deltagelse i demensnettverket i Telemark.
- g) Dagtilbud Inn på tunet - 2 dager i uken.
- h) Undervisning internt og eksternt.
- i) Formalisert samarbeid med Skien kommune om pårørende skole våren 2016.

14.2 Mål

Personer med demens har, som alle andre, både behov for og rett til å delta i ulike fellesskap. Mange lever med demens i mange år, og enkelte får demens på et tidspunkt de fremdeles er i arbeid og har forsørgeransvar. Demens er derfor noe som angår hele samfunnet, og som også arbeidslivet må ha kunnskap om og forholde seg til.

Målet er at Siljan kommune kan gi muligheter til samfunnsdeltakelse for alle, stiller krav til utformingen av det fysiske miljøet, til tenkemåte, holdninger og politisk prioritering. Nasjonal demensplan 2020 bygger på en tanke om at vi så langt som mulig bør søke løsninger som kompenserer og reduserer følgene av demens, og som kan fungere bra både for mennesker med og uten nedsatt funksjonsevne. Siljan kommune ønsker å stekke seg mot en mere demensvennlig kommune, med høyt fokus på at å bo hjemme er best.

- 14.2.1 Ny demensavdeling
- 14.2.2 Demensomsorgen ABC – miljøbehandling – 1 års gruppestudie.
- 14.2.3 Kompetanseheving av 12 medarbeider.
- 14.2.4 Økt kompetanse for å gjøre kommunen mer demensvennlig
- 14.2.5 Arbeid for at pårørendeskole mellom Skien og Siljan blir et varig tilbud
- 14.2.6 Større fokus på velferdsteknologiske løsninger
- 14.2.7 Videreutvikling av demensteam.

14.3 Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
14.3.1	Demensavdeling	Helse	2017	Økonomiplan
14.3.2	Demens omsorgens ABC modul miljøarbeid	Helse	2016	20.000
14.3.3	Studietur til De Hogeweyk Nederland	Helse	2016	50.000
14.3.4	Etablere varig drift av pårørendeskole	Helse	2016	5.000
14.3.5	Videreutvikle demensteam	Helse	2016	0

15. Kreft

15.1 Situasjonsbeskrivelse

Kreftsykdom innebærer ofte sammensatte problemstillinger og krever en god organisering og kompetanse for å ivareta denne delen av helsetjenesten. Med et godt møte mellom kreftpasient, pårørende og helsetjenesten med god kompetanse, legges et viktig grunnlag for kvaliteten i kreftomsorgen. Avdeling Helse har ansatt sykepleier med videre utdanning i kreftsykepleie.

Kreftsykepleiers arbeidsoppgaver:

- a) Samtaler med kreftpasient og pårørende
- b) Medisinsk oppfølging
- c) Veiledning og undervisning av øvrig personale
- d) Samarbeide med spesialisthelsetjeneste, fysioterapitjenesten, fastlege, NAV, hjemmesykepleien og andre relevante samarbeidspartnere.
- e) Del av interkommunalt nettverk for kreftsykepleiere

Det er viktig at kommunen til enhver tid har spesialkompetanse innenfor kreftomsorg. Innenfor denne planperioden bør det utdannes ytterligere en sykepleier innenfor dette spesialfeltet.

15.2 Mål

15.2.1 Kompetanseheving innenfor kreftomsorg på høyskolenivå

15.2.2 Økt kompetanse innenfor kreftomsorg

15.2.3 Opprette tverrfaglig krefteam

15.3. Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
15.3.1	Videreutdanning i kreftomsorg, høgskolenivå	Helse	2017	50.000
15.3.2	Kompetanseheving Hospitering	Helse	2016	0
15.3.3	Opprettelse av krefteam	Helse	2016	0

16. Legetjenesten

16.1 Situasjonsbeskrivelse

Siljan legekantor er samlokalisert med avdeling Helse. Det er i alt tilsatt 2 leger ved kontoret. 80% av stillingen er privatpraktiserende fastlege og 20% av stillingen er offentlig kommunelege. I den kommunale delen har legene blant annet ansvaret for smittevern, helsestasjon, skolehelsetjeneste, tilsynslegefunksjon ved sykehjem og akutt beredskap. Legene inngår i vaksamarbeid med Skien interkommunale legevakt. Det er to årsverk helsesekretærer ved kontoret.

Oppgaveoverføringen til kommunen fra spesialisthelsetjenesten forventes å øke i årene fremover. Legetjenesten har en stor betydning for å lykkes med nasjonale føringer som blant annet fremgår i St.meld. 47 samhandlingsreformen og St. meld 26 primærhelsemeldingen. Medisinske tiltak, utredning og behandling som tidligere ble utført på sykehuset skal nå mer utføres i kommunen. Herunder etablering av psykologtjeneste i kommunene som blir lovfestet fra 2020. Dette fremhever viktigheten av gode samhandlingsrutiner mellom fastlegen, sykehjem og hjemmetjenesten. Det er faste tverrfaglige møter med legen en gang pr uke. Dette gjelder både sykehjemmet, fysioterapi og hjemmesykepleien. En kommunelege er deltager i Koordinerende enhet en gang pr mnd.

16.2 Mål

- 16.2.1 Opprettholde den gode tilgjengeligheten for befolkningen. God samhandling mellom legetjenesten og de andre faggruppene.
- 16.2.2 Inngå interkommunalt samarbeid om den samfunnsmedisinske legetjenesten i kommunen.
- 16.2.3 Etablere psykologtjeneste i kommunen

16.3 Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
16.3.1	Økt fokus på samhandling	Helse	2016	0
16.3.2	Inngå interkom. samarbeid samfunnsmedisin	Helse	2017	50.000
16.3.3	Interkommunalt samarbeid/kjøp av tjeneste	Helse	2020	200.000

17. Tilbud og aktiviteter knyttet til frivillige lag og foreninger

17.1 Situasjonsbeskrivelse

Frivillige lag og foreninger tilbyr aktiviteter til befolkningen. Avdeling Helse har en mer koordinerende rolle ved disse aktivitetene. Finansiering og gjennomføring besørger lag og forening selv eller ved egenbetaling av de som deltar. Sanitetsforeningen, Pensjonistforeningen, pensjonister fra avdeling helse/sykehjemmet stiller opp som medhjelpere ved ulike arrangementer.

Blant annet arrangeres det:

- a) Bingo hver uke
- b) Fredagskafe med diverse arrangementer og konserter.
- c) Som et fallforebyggende tiltak har avdeling Helse inngått et samarbeide med Lions- om utdeling av sandsekker til innbyggere over 80 år.
- d) Røde Kors frivillighetslag har salg fra kiosktrolle på sykehjemmet hver uke. De er besøksvenner, både med og uten hund inne på sykehjemmet og i private hjem. Hjelper til ved arrangementer ved sykehjemmet.
- e) Siljan ungdomsskole bidrar blant annet med MOT til å glede – dagen. De har også julebakst med beboerne.
- f) Barnehagen kommer på besøk gjennom året og med faste arrangementer som Lucia-tog.

17.2 Mål

17.2.1 Fortsette tilbudet med Fredagskafe ved sykehjemmet

17.3 Tiltak

Nr	Tiltak	Ansvar	Tid	Kostnad
17.3.1	Videreføring av fredagskafe ved sykehjem	Pensjonistforening og avdeling Helse	2016-19	25.000

18. Frivillighetssentral

Etablering av frivillighetssentral i kommunen er etterspurt fra politisk hold. Senest i utvalg for helse under budsjettbehandlingen av årsbudsjett 2016.

Gjennom et samspill med frivillige organisasjoner og ved å legge til rette for frivillig engasjement kan det lokale tjenestetilbudet og den enkeltes interesse og ønske for samfunnsengasjement styrkes. Gjennom frivillig arbeid kan folk delta i meningsfylt og samfunnsnyttig virksomhet. Frivillige organisasjoner yter et viktig bidrag til samfunnet, både gjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet innsats. Verdien av denne innsatsen er stor. Frivillig virksomhet er i endring, blant annet på grunn av moderniseringsprosesser og en generell individualisering i samfunnet.

Frivillighetssentralen er en mulighet for personer som har lyst til å bli kjent med nye mennesker, gi og ta imot en håndsraking, skape eget nettverk i nærmiljøet, treffe mennesker i samme situasjon, bidra med kunnskaper og erfaringer til glede for andre, sette i gang nye aktiviteter som kan bidra til et enda bedre miljø.

Tradisjonelt har frivillighetsarbeidet lokalt i kommunene vært drevet av organisasjoner som Røde Kors, Lions, Pensjonistforbundet, Sanitetskvinnene osv. Da med et sterkt innslag av hjelpearbeid innenfor helse/ pleie og omsorgsområdet. Slik samfunnet nå har utviklet seg ser en frivillighetsarbeidet i et mye bredere perspektiv, koblet opp mot generelt folkehelsearbeid. Det blir derfor viktig å signalisere tydelig at frivillighetsarbeidet/ frivillighetssentral ikke kun er et rent helsefaglig området. Tvert om, her er idretten, kultur mangfoldet, kort sagt alle samfunnsaktører likeverdige i en slik setting. Det kan derfor være fornuftig å tuft organiseringen av en frivillighetssentral på andre krefter en på det det rent helsefaglige. Rådmannen har derfor initiert en videre utredning av en frivillighetssentral i regi av avdeling samfunn ved kulturleder. En må der vurdere lokalisering, organisering og økonomi.

Tiden for å etablere en frivillighetssentral i kommunen synes å være riktig for kommende år nå da engasjementet for dette er sterkt både lokalt og politisk. Samtidig har Røde Kors etablert seg med egen lokal organisasjon, turistforeningen det samme med turlag samt at idretten står sterkt i kommunen. Utfordringen blir å finne et egnet sted å holde til sentralt i kommunen. Basert på erfaring fra andre frivillighetssentraler vil det være fornuftig å tilsette en koordinator eksempelvis i halv stilling. Dette vil også kunne utlede diverse statlige tilskudd for delfinansiering.

19. Nytt navn for Siljan sykehjem

Da sykehjemmet nå dekker betydelig flere oppgaver en tidligere ser en behov for å endre navnet på virksomheten. Både avdeling Helse og avdeling Oppvekst er samlokalisert i bygget. Navnet bør gjenspeile nåværende og fremtidig drift. Det organiseres en navnekonkurranse der innbyggerne inviteres til å komme med forslag til nytt navn på Siljan sykehjem.

20. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Bruk av IKT i helse og omsorgstjenesten er i en voldsom utvikling for tiden. Det gjelder alt fra elektroniske pasientjournaler til medisinsk oppfølgingsverktøy. Flere og flere tar i bruk elektroniske kommunikasjonsløsninger og i løpet av få år vil over 90 % være databrukere. Utfordringen på dette området blir å møte befolkningens ønsker og behov for e. Kommunikasjon med kommunale enheter og tjenestepersonell. Det vil også bli økte forventninger og krav til helse og omsorgs data, bruk av trådløs kommunikasjon i dokumentasjonsarbeidet og økte krav til informasjonsbehandling. Kommunens oppgave blir å være oppdatert på de muligheter som finnes eller kommer, planlegge hvilke løsninger man vil satse på ut fra befolkningens behov. Det må skapes rom for å ta i bruk og drifte forskjellige løsninger når de er vel utprøvd og har vist seg å gi den effektiviseringsgevinsten man har forventninger om.

21. Interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid er viktig for å opprettholde/bygge et sterkt fagmiljø. Siljan kommune er allerede del av flere interkommunale samarbeid innenfor flere fagområder. Både med nabokommunene og sykehuset Telemark.

22. Lederutvikling

Ledelse i helseavdelingen må ta innover seg nye fremtidige utfordringer. Pasienten og brukeren skal oppleve helse og omsorgstjenester av høy kvalitet som er helhetlige og koordinerte, ikke som enkeltstående leverandører i en oppdelt tjeneste. Dette stiller høye krav til ledelse og styring i en stor og stadig mer kompleks sektor. Samhandlingsreformen er gjennomført. Den var en mer retningsreform som staket ut kursen for fremtidens helsetjenester. I St. meldingen 26, fremtidens primærhelsetjenester gir denne samhandlingsreformen et mer innhold.

Ledelse blir der omtalt som en viktig fremtidig faktor for på best mulig måte å utvikle den fremtidige tjenesten og løse de fremtidige helseutfordringer på en kvalitetsmessig god måte. Det er behov for ledere med god lederkompetanse og tilgang på god helse- og sosialfaglig kompetanse. Det blir viktig med mer fokusering på faglig utvikling og god internkontroll/ kvalitetssikring av de tjenester som blir utført. Eksempelvis blir det viktig å tilegne seg god kunnskap om innbyggernes helsetilstand for god helseplanlegging med eget kommunalt helseregister, benytte, tolke og planlegge vil bli et viktig fagområde i seg selv. Legge til rette for mer teambasert tjenesteutføring, legge til rette for kompetanseheving, toveis veiledningsplikt, utvikle samhandlingstiltak med andre aktører/ sektorer vil være førende. Det blir derfor viktig i vår helseavdeling å legge til rette for å styrke fagledelsen og for fagledere, fjerne oppgaver som er mer merkantilt preget over til merkantilt personell. Dette må også sees i sammenheng med åpningen av en ny sykehjems fløy som vil kreve betydelig faglig god ledelses oppfølging og utvikling sammen med den øvrige tjenesteproduksjonen i avdelingen.

23. Omsorgslønn

Omsorgslønn er en lovpålagt tjeneste. Hovedformålet med omsorgslønnsordningen er å bidra til beste mulig omsorg for de som trenger hjelp i dagliglivet, og for å gjøre det mulige for private omsorgsyter å fortsette med omsorgsarbeidet. Kommunen vurderer nivået på omsorgslønnen og gis til omsorgsyter som vurderes å ha særlig tyngende arbeidsoppgaver.

Kommune har registret en økning i antall søknader om omsorgslønn, en økning som forventes å fortsette og som må sees i sammenheng med BPA brukerstyrt personlig assistanse.

24. Avlastning

Retten til avlastningstiltak er lovpålagt om omfatter personer eller familier som har særlig yngende omsorgsarbeid. Avlastning skal gjøre det mulig for omsorgsyter å opprettholde gode familierelasjoner, bevare sosiale nettverk og gi mulighet for nødvendig og regelmessig fritid og ferie. Både den som gir og den som mottar avlastning skal tas med i planlegging jfr. Bestemmelse om brukermedvirkning.

Avlastnings kan gis i både private hjem og i særskilte kommunale tiltak. Det skal ikke betales for avlastningstjenester. Det er derfor viktig å skille mellom avlastning etter sosialhelsetjenesteloven og korttidsopphold i institusjon etter kommunalhelsetjenesteloven.

I kommunen er denne tjeneste organisert både som privat avlastning og avlastning i institusjon. Det er også her registrert en økning i antall søknader.

25. Brukerstyrt personlig assistent

Brukerstyrt personlig assistent (BPA) er en alternativ organisering av praktisk og personlig bistand til personer med nedsatt funksjonsevne som har behov for omfattende tjenester for å mestere dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Ordningen ble lovpålagt fra 01.01.2016.

BPA innebærer at brukeren påtar seg arbeidslederrollen og selv definerer innholdet og organisering av de oppgaver som skal utføres. Innen de timerammer som kommuns vedtak om praktisk og person bistand angir, kan brukeren i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper(e), hva assistent(e) skal gjøre, hvor og til hvilken tid hjelpen skal gis. Målet med BPA er å bidra til at funksjonshemmede får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sin funksjonshemming. Tjenesten skal være en del av de samlede kommunale pleie og omsorgstjenesten og knyttes til person.

Siljan kommune har ingen for tiden ingen som har BPA

26. Vedlegg

26.1 Nasjonale føringer vedlegg 1

Nasjonal Helse og omsorgsplan 2011-2015

I nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015 (Meld.ST 16 (2010-2011)) legger regjeringen den politiske kursen for helse og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet de neste 4 årene. Lik tilgang til gode og likeverdige helse – omsorgstjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted skal fortsatt være de viktigste målsetningene i den norske velferdsmodellen.

Samhandlingsreformen

I juni 2009 la regjeringen frem St. melding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen *Rett behandling – på rett tid – til rett sted*

Regjeringen fremmet 5 hovedbegrep for å møte dagens og fremtidens utfordringer:

- a) Klarer pasientroller
- b) Ny fremtidig kommunerolle
- c) Etablering av økonomiske intensiv
- d) Spesialisthelsetjenesten utvikles slik at den i større grad kan brukes til spesialisert kompetanse.
- e) Legge til rette for tydelige prioriteringer

Stortingsmeldingen ble fulgt opp med to nye lover som ble gjort gjeldende fra 1 januar 2012. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (helse og omsorgsloven) og Lov om folkehelsearbeid (folkehelselova)

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

I St. melding nr. 25 (2005-2006) «*Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer*» ble det pekt på fem langsiktige strategier for å møte fremtidens omsorgsutfordringer;

- a) Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- b) Kapasitet og kompetanseheving
- c) Samhandling og medisinsk oppfølging
- d) Aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold
- e) Partnerskap med familie og lokalsamfunn

I omsorgsplan 2015 blir strategiene konkretisert i ulike tiltak og planen løfter fram fire hovedsaker;

- ✓ 10 000 (seinere øke til et mål om 12 000) nye årsverk
- ✓ 12 000 nye omsorgsplasser
- ✓ Demensplan 2015
- ✓ Kompetanseløft 2015

Demensplanen skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet til personer med demens og deres pårørende. Målsetningen er bl.a. at kommunene i 2015 skal kunne gi ett dagaktivitetstilbud til personer med demens. Målet er å innføre ei lovfesta plikt for kommunene til å tilby dagtilbud til personer med demens når tilbudet er videre bygd ut.

Det er vedtatt ei samla styrking av tiltak i Omsorgsplan 2015 for å øke kompetansen om aktiv omsorg, ernæring, nevrologiske lidelser og demens, og til utvikling av ei ny opplæringspakke innen ledelse, samt ekstra midler til den kulturelle spaserstokken og investeringstilskott til omsorgsplasser.

St.melding 26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Godkjent i statsråd 7. mai 2015

Med denne meldingen tar regjeringen et viktig skritt for å skape pasientens helsetjeneste. Regjeringen vil iverksette flere tiltak, noen med effekt på lang sikt og andre mer lang sikt. Tiltakene som pekes ut er i samsvar med samhandlingsreformen og tar denne videre. Regjeringen vil komme tilbake til de ulike tiltakene i det enkelt års statsbudsjett.

Det er flere områder som regjering ønsker å styrke:

- a) **Team**, legge til rette for samhandling og samordning på tvers av dagens deltjenester. Regjeringen ønsker en mer strukturert tilnærming til grupper av brukere, basert på funksjon og behov uavhengig av diagnose.
- b) **Nye arbeidsformer** – proaktivitet og forebygging, Etablering av team gjør det mulig å arbeide annerledes enn før.
- c) **Bedre tilgjengelighet**, nye måter å jobbe på vil øke tilgjengeligheten til tjenester for dem som i utgangspunktet har god helse, men får en helsemessig utfordring.
- d) **Mer og bredere kompetanse**. Flere brukere med større og faglig sett mer komplekse behov har betydning for kompetansebehovet i hele den kommunale omsorgs og omsorgstjenesten. Det vil være behov for høyere kompetanse i alle ledd. Regjeringen vil innføre kompetansekrav i helse og omsorgstjenesteloven.
- e) **Ledelse**, tjenesten trenger et lederløft. Det er behov for flere ledere, men fremfor alt for ledere med god lederkompetanse og tilgang til solid helse – og sosialfaglig
- f) **Kompetanse**. Tydeliggjøre kommunens plikt til interkontroll. Samarbeide med spesialisthelsetjenesten om et topplederutdanningstilbud.
- g) **Data for forvaltning og tjenesteutvikling**.
- h) **Ny teknologi**, teknologi vil være en av bærebjelkene i fremtidens helse og omsorgstjeneste.
- i) **Barn og unge**. Regjeringen har allerede starte arbeid for at barn i Norge skal få bedre oppvekstvilkår og bli møtt med kompetente og koordinerte tjenester med tilstrekkelig kapasitet.
- j) **Psykisk helse og rus**. Regjering vil styrke tjeneste tilbudet til person med psykiske helseutfordringer og rusproblemer. I meldingen beskrives veien videre når det gjelder krav om øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regjeringen vil klargjøre den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgntilbudet også når det gjelder brukere med psykisk helse- rusproblemer.
- k) **Opplæring og rehabilitering**. Mange brukere opplever i dag at rehabiliteringstilbudet ikke er godt nok. Rehabilitering er en tankegang som må gjennomsyre alle ledd og deltjenester i de kommunale helse og omsorgstjeneste. Regjeringen ønsker å synliggjøre kommunens plikt til opplæring av pasienter og pårørende.
- l) **Øyeblikkelig hjelp**. Flere kommuner særlig i distriktene har utfordringer knyttet til å skaffe nødvendig kompetanse til denne tjenesten. Godt samarbeide mellom tjenestene kan bidra til å etablere alternativ til innleggelse i sykehus eller et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.
- m) **Vold og overgrep**. Seksuelle overgrep og vold er et alvorlig folkehelseproblem. Regjeringen vil forsterke arbeidet for å utvikle tjenesten på dette området, tydelig gjøre ansvar i lov øke kompetansen og gjøre de kommunale helse og omsorgstjenestene inkludert fastleger og legevakt, bedre i stand til å avdekke og bekjempe slike overgrep.

- n) **Omsorg.** I denne meldingen beskriver regjeringen nye tiltak for å styrke kapasiteten, kvalitet og kompetansen i sykehjem, hjemmetjenester og dagtilbud.
- o) **En helhetlig tjeneste-** pasienten helsetjeneste. Legge til rette for å se virkemidler for hele den kommunale helse og omsorgstjenesten i sammenheng. Bygge ned organisatoriske skille.

Innovasjon i omsorg; NOU 2011

Mandatet til utvalget knyttet til innovasjon har vært å arbeid med ny teknologi, arkitektur, nye boformer, brukermedvirkning, egenmestring og forskning og utvikling.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten – *og bedre skal det bli!* (2005-2015) har pekt på kjennetegn til tjenester med god kvalitet.

- a) Er virkningsfulle
- b) Er trygge og sikre
- c) Involverer brukere og gjør en i stand til å påvirke
- d) Er samordnet og preget av kontinuitet
- e) Utnytter ressurser på en god måte
- f) Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Forskrift om en verdig eldreomsorg

Forskriftene om en verdig eldreomsorg tredde i kraft den 1.januar 2011 og har som mål å sikre at eldreomsorgen blir tilrettelagt på en slik måte at dette bidrar til en verdig og meningsfylt alderdom. «Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- b) Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider
- c) Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
- d) Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- e) Lindrende behandling og en verdig død.
- f) Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- g) Faglig forsvarlig oppfølging av leger og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen
- h) Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.»

26.2 Lover vedlegg 2

Lover:

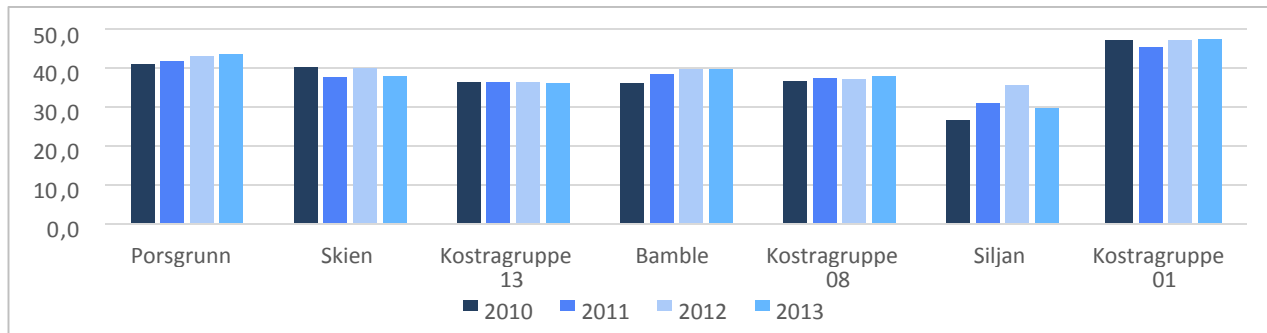
- a) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m
- b) Lov om folkehelsearbeid
- c) Lov om pasient og brukerrettinger
- d) Lov om helsepersonell
- e) Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- f) Forvaltningsloven
- g) Lov om sosial tjenester i NAV
- h) Lov om helsemessig og sosial beredskap
- i) Lov om planlegging og byggesaksbehandling

Forskrifter m.m:

- a) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- b) Forskrift om en verdig eldreomsorg
- c) Forskrift om fastlegeordningen i kommunen
- d) Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
- e) Forskrift om pasientjournal
- f) Forskrift om interkontroll i sosial og helsetjenesten
- g) Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten
- h) Forskrift om legemiddelhåndtering

26.3 Statistikk vedlegg 3

Mottakere av hjemmetjenester



Figur 1 Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbyggere (Kilde: SSB)

Figuren viser hvor stor andel tjenestemottakere Siljan har i forhold til de andre Grenlands-kommunene og i forhold til snittet av kommunegruppa si. Det er interessant å merke seg at andelen tjenestemottakere er betydelig lavere i Siljan enn i sammenligningskommunene. Selv om andelen er lav, har den økt fra 2010 til 2013.

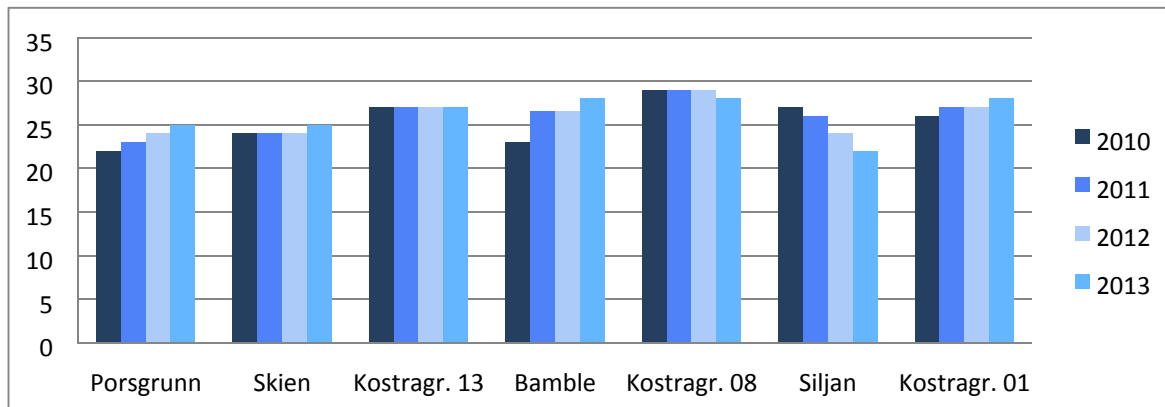
Hjemmesykepleie pr uke

	2010	2011	2012	2013
Porsgrunn	10,2	10,2	10,4	10,4
Skien	13,5	9,6	9,6	10,9
Kostragruppe 13	9,4	9,6	9,8	10,2
Bamble	9,5	12,4	12,3	14,1
Kostragruppe 08	11,2	11	11,6	11,5
Siljan	1,2	0,7	2,7	3,9
Kostragruppe 01	8,5	9,1	9,2	9,8

Figur 2: Kilde: SSB Tabell 2 Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr bruker utenfor institusjon

Tabellen viser gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke. Tabellen viser samme tendens som figuren ovenfor, nivået i Siljan er betydelig lavere enn i sammenligningskommunene. Og vi ser at kommunen har hatt en relativ stor økning i gjennomsnittlige tildelte timer fra 2010 til 2013.

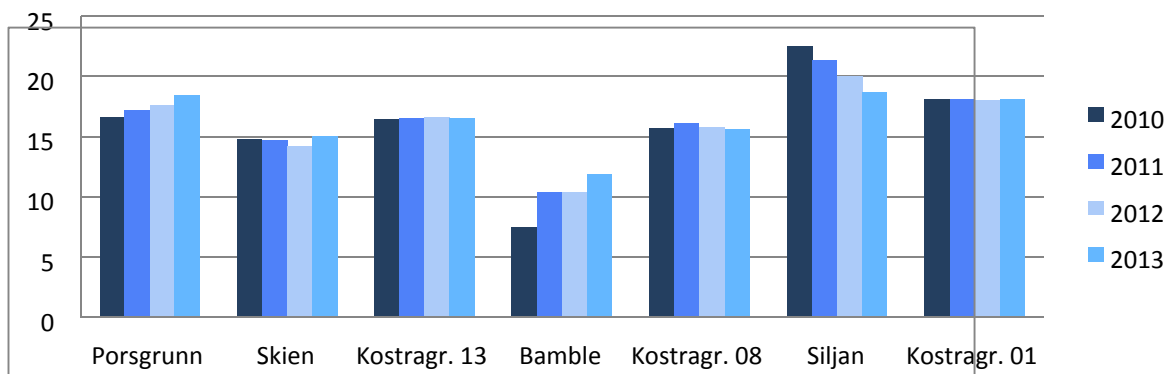
Plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig for befolkning over 80 år



Figur 3 Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen 80 år og over (Kilde: SSB) Tall for Bamble i 2011 og 2012 er korrigert. Kilde Bamble kommune.

Blant Grenlandskommunene har Siljan færrest plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i forhold til den delen av befolkningen som er 80 år og eldre. Siljan har også færre plasser enn snittet av kommunegruppa si. Når figuren viser at andelen plasser har gått ned siden 2010, skyldes ikke det at kommunen har redusert antall plasser, men at antall innbyggere over 80 år har økt.

Plasser i institusjon av innbyggere over 80 år.



Figur 4 Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over. (Kilde: SSB) Tall for Bamble 2011 og 2012 er korrigert. Kilde Bamble kommune.

Hvis vi bare ser på institusjonsplasser isolert, kommer Siljan bedre ut i sammenligningen. Siljan har flest institusjonsplasser. Sammenligningskommunene har større grad basert sitt tilbud på omsorgsboliger med heldøgns bemanning, enn hva Siljan har gjort, og har samlet flere plasser for innbyggere som trenger heldøgnsomsorg enn hva Siljan har.

Kapasitet på korttidsplasser er viktig for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Kommunen har stort fokus på å kunne ta i disse pasientene. Hjemmeboende i kommunen kan også ha behov for korttidsopphold av ulike årsaker (avlastningsopphold mm.). Siljan kommune har ikke økt kapasiteten på korttidsplasser/sykehjemsplasser etter reformen. Det kan ha påvirket tilbudet til de hjemmeboende. Kommunen mener at det ikke har blitt vanskeligere å få

korttidsopphold etter at samhandlingsreformen ble innført, men det kan være at noen som er inne på korttid kan bli sendt hjem fordi det kommer noen fra sykehuset som trenger plassen mer. Kommunen har ikke døgnrehabiliteringsplasser. Kommunen er, ifølge kommunefysioterapeuten, avhengig av å kjøpe tjenester dersom de får pasienter med slike behov.

Bruk av korttidsplasser

	2014	2013	2012	2011
Antall korttidsopphold	26*	26	14	20
Opphold per plass per år	8,67	4,34	2,34	3,34

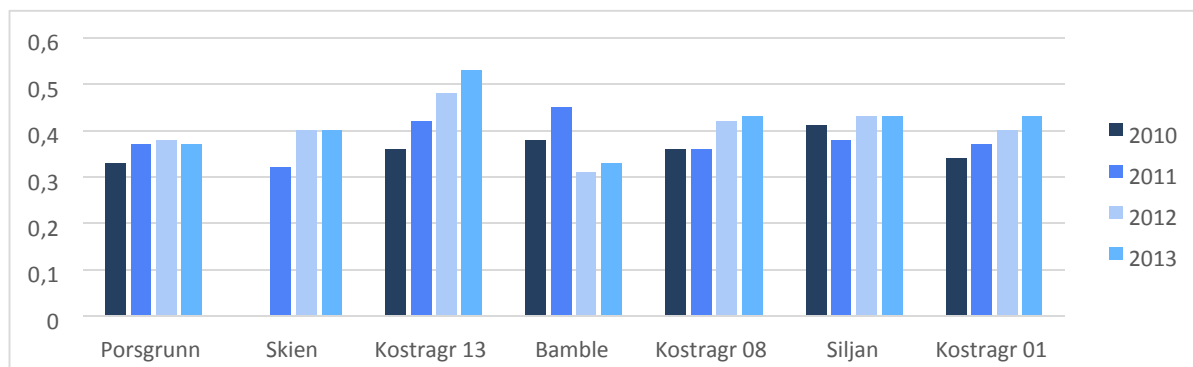
Figur 5) Tall per 13. juni dvs. ca. et halvt år

Tabellen viser at antallet korttidsopphold har variert i perioden 2010 til 2014. Det har vært en økning siden 2012, særlig i første halvår i 2014. Dette kan skyldes tilfeldige variasjoner, men det kan også skyldes at kommunen har tatt imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Konsekvensen av at kommunen har hatt flere korttidsopphold, kan være at pasientene i snitt har fått kortere tid per opphold.

Lege og fysioterapidekning

En viktig forutsetning for å kunne gjennomføre intensjonene i samhandlingsreformen er tilstrekkelig og god kvalitet og kapasitet på helsetjenesten.

Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem



Figur 6 Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem (Kilde: SSB, tall for Skien i 2013 er hentet fra Skien kommune, tall for Skien 2010 er feil) (Kilde: SSB)

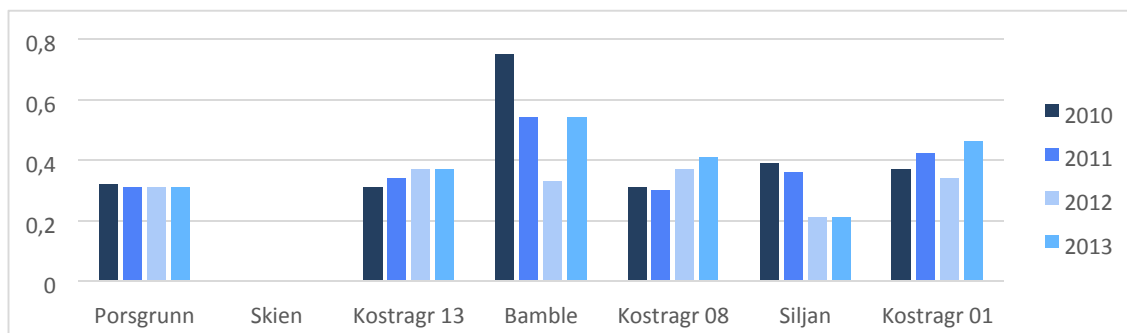
I 2013 har Siljan høyere legedekning på sykehjemmet enn de andre grenlandskommune. Legedekningen er på samme nivå som snittet av egen kommunegruppe.

Legedekning i Siljan

	2010	2011	2012	2013
Porsgrunn	10,0	10,7	10,8	10,9
Skien	8,0	8,3	9,3	10,2
Kommunegruppe 13	8,8	8,9	9,3	9,6
Bamble	8,0	8,0	8,6	*
Kommunegruppe 8	8,8	8,6	9,0	9,2
Siljan	8,3	8,2	8,2	8,3
Kommunegruppe 1	10,0	10,1	10,5	10,7

Figur 7. Siljan har lavere legedekning enn Skien og Porsgrunn, men høyere enn Bamble. Siljan har også lavere legedekning enn snittet av egen kommunegruppe. Legedekningen i Siljan har vært stabil i perioden 2010 til 2013.

Timer til fysioterapi pr uke pr beboer i sykehjem



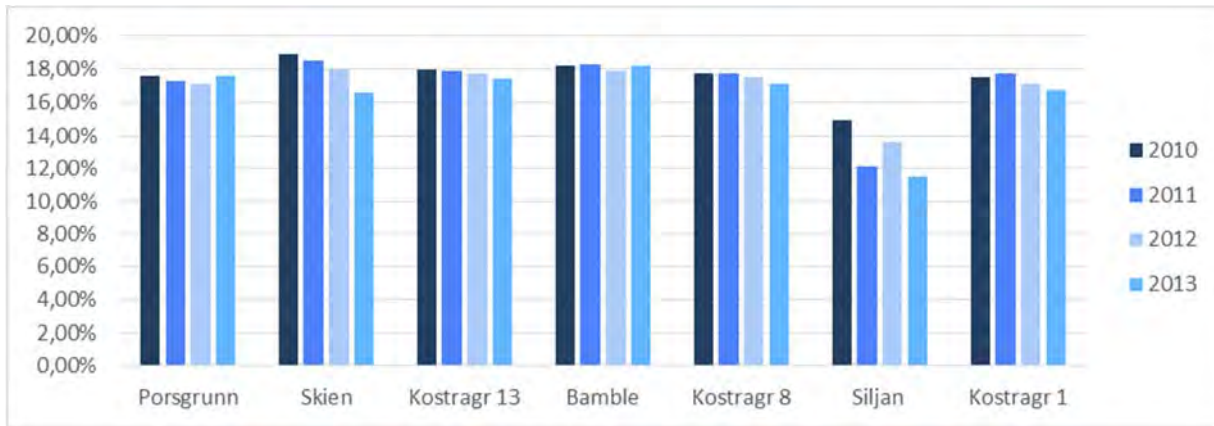
Figur .8 5 Timer til fysioterapi pr uke pr beboer i sykehjem (Kilde: SSB, tall for Skien er feil og er derfor tatt ut)

I 2013 har Siljan lavest antall timer til fysioterapi pr uke pr beboer i sykehjem av alle Grenlandskommunen. Siljan ligger også betydelig lavere enn snittet av egen kommunegruppe. Det var en markant nedgang i antall timer fysioterapi pr uke fra 2011 til 2012. Kommune fysioterapeuten mener det skyldes flere oppgaver etter samhandlingsreformen. Fra 1.9.2015 ble fysioterapitjenesten i Siljan styrket med 60 %.

Kompetanse og bemanning

Figuren under viser hvor mange «hender» som jobber med pleie og omsorg sett i forhold til den delen av befolkningen som er over 67 år.

I 2013 har Siljan lavest bemanning av de fire Grenlandskommune. Kommunen har også en betydelig lavere bemanning enn snittet av sin kommunegruppe. I forhold til den andelen av befolkningen som er 67 år eldre er bemanningen redusert fra 2010 til 2013.



Figur 9 Årsverk i brukerrettet tjeneste pleie og omsorg i prosent av innbyggere 67 år og eldre (Kilde: SSB)

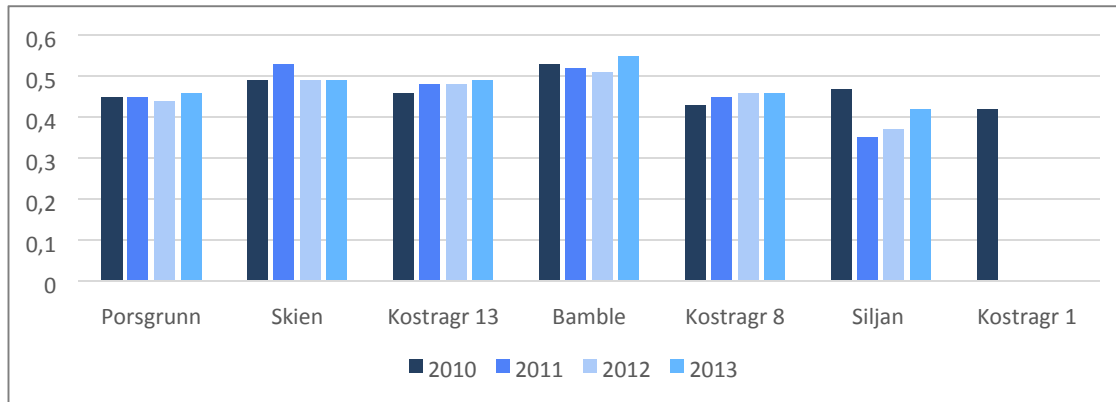
Kommunene egne tall viser en økning på ca 5 årsverk pr. juni 2015, figuren er basert på tall pr. 31.12.2013, og omfatter alle ansatte som jobber innenfor pleie og omsorg. På det tidspunktet var økningen i årsverk inne nok til å holde tritt med økningen i antall eldre. Den relativt sett lave bemanningen i Siljan må ses i sammenheng med nivået på pleie og omsorgstjenester, og at også det er lavere i Siljan enn hva det er i sammenligningskommunene.

Stilling	Årsverk 2010	Årsverk 2014
Psykiatrisk helsearbeider	0,8	0,8
Sykepleier- sykehjemmet	7,41	9,93
Sykepleier - hjemmetjenesten	4,37	3
Hjelpepleier - sykehjemmet	6,01	8,87
Hjelpepleier - hjemmetjenesten	2,3	2,9
Assistenter	3,39	4,05
Lege	0,40	0,40
Fysioterapeut	1	1
Sum	25,68	30,95

Figur 10. 6 Årsverk - utvikling Kilde: Siljan kommune

Årsverk pr mottaker av pleie og omsorgstjenester

Figuren under viser hvordan nivået på årsverk er i forhold til antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester.



Figur 11 Årsverk per mottaker av pleie- og omsorgstjenester ekskl sykefravær (Kilde: SSB)

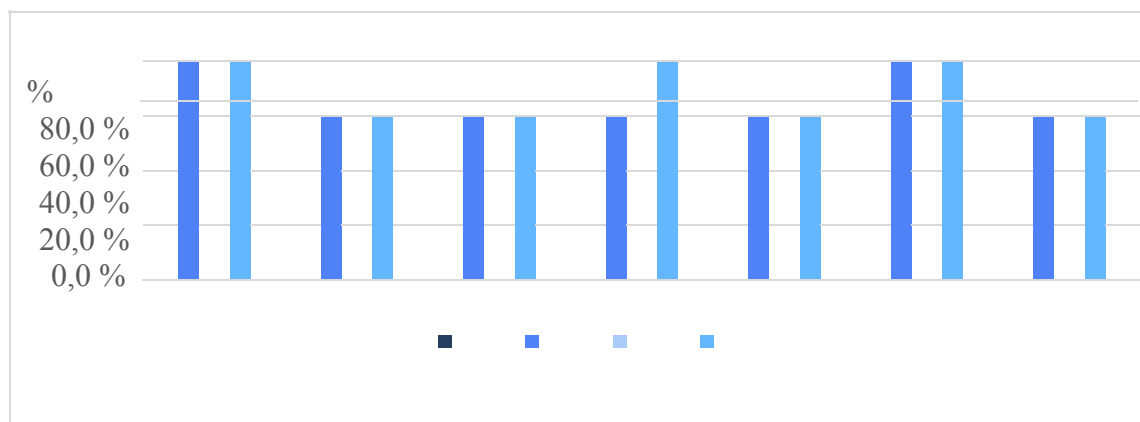
Siljan kommune har lavere bemanning i forhold til antall tjenestemottakere enn de andre Grenlandskommunene. Vi har ikke sammenligningstall som viser snittet av kommunegruppa i 2013. Bemanningen i Siljan har variert i denne perioden. Den var på sitt høyeste i 2010, med en betydelig nedgang i 2011. I perioden fra 2011 til 2013 har det vært en jevn stigning. Dette betyr at Siljan har en relativt lav bemanning i pleie- og omsorgstjenester, også sett i forhold til antallet mottakere av slike tjenester.

Behovet for kompetanse har endret seg etter samhandlingsreformen. Dette har medført at det oppretta to nye sykepleierårsverk, og leder av koordinerende enhet har tatt videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering.

Siljan kommune har kompetanseplaner med konkrete tiltak for kompetanseheving for ansatte i helseavdelingen¹. Eksempel på tiltak er videreutdanning i aldring og eldreomsorg og fagkurs om livsstilsrelaterte sykdommer/kroniske sykdommer som KOLS og diabetes.

Kommunen har søkt om tilskudd fra fylkesmannens midler til opplæring og kompetanseheving for personell i helse- og omsorgstjenesten, for å finansiere noen av opplæringstiltakene.

Antall ansatte i brukerrettet tjeneste med fagutdanning



Figur 12 Andel ansatte i brukerrettet tjeneste med fagutdanning fra videregående skole eller høyskole/universitet (Kilde: SSB)

I grove trekk viser figuren hvor mange helsefagarbeidere og sykepleiere som kommunen har. Andre utdanningsgrupper kan også inngå, men disse to gruppene er de største. Andelen ansatte med fagutdanning har variert i Siljan. I 2013 er andelen litt lavere enn Porsgrunn, som har høyest andel ansatte med fagutdanning.

Antall ansatte med høyskole/universitet

Tabell 7 Andel ansatte i brukerrettet tjeneste innen pleie og omsorg med utdanning fra høyskole/universitet

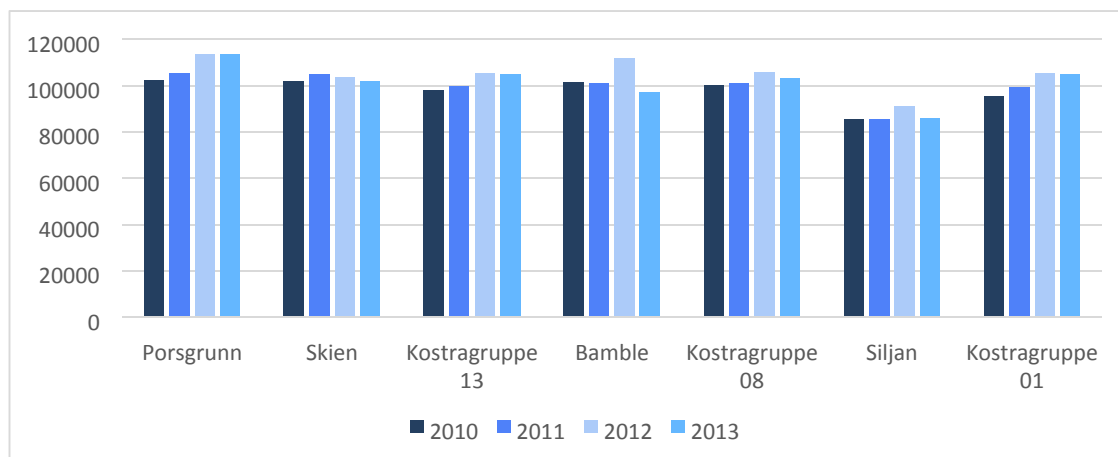
	2010	2011	2012	2013
Porsgrunn	29,30 %	31,11 %	32,75 %	35,53 %
Skien	30,14 %	30,38 %	29,77 %	31,07 %
Kommunegruppe 13	32,04 %	32,51 %	33,90 %	34,82 %
Siljan	33,42 %	34,33 %	34,35 %	39,39 %
Kommunegruppe 1	27,32 %	27,59 %	28,49 %	28,96 %
Bamble	26,61 %	26,72 %	28,68 %	32,29 %
Kommunegruppe 8	31,95 %	32,80 %	33,97 %	34,68 %

Figur 13 Kilde: SSB

Tabellen viser andel ansatte med utdanning fra høyskole/universitet, dvs. i hovedsak sykepleiere. Denne andelen er høyere i Siljan enn i de andre sammenligningskommunene, og andelen har økt, særlig fra 2012 til 2013.

Økonomi

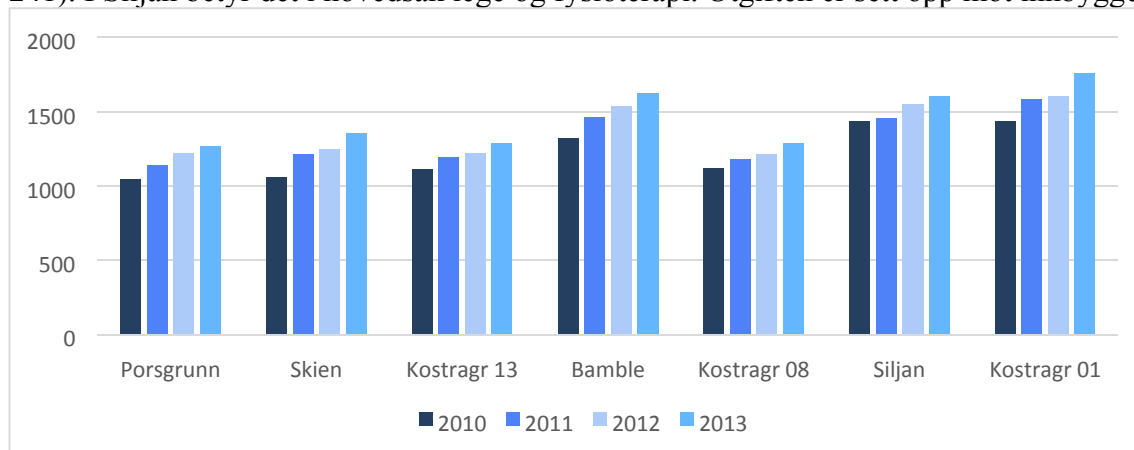
Figuren under viser kommunenes utgifter til pleie og omsorg fordelt på innbyggere som er 67 år og eldre. Utgifter til pleie og omsorg omfatter utgifter til hjemmetjenester, sykehjem og aktivisering av eldre og funksjonshemmede.



Figur 14 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr innbygger 67 år og eldre (Kilde SSB)

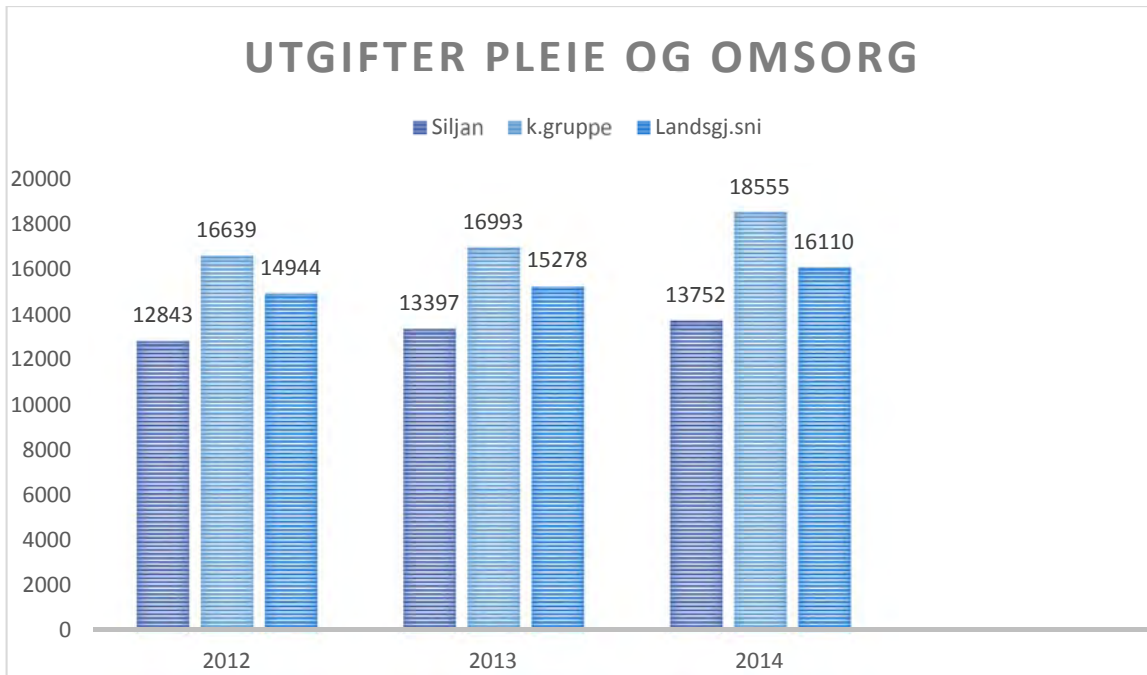
Sett i forhold til den delen av befolkningen som er 67 år og eldre bruker Siljan mindre på pleie og omsorg enn de andre Grenlandskommunene og også mindre enn snittet av egen kommunegruppe. Utgiftsnivået i Siljan har vært relativt stabilt fra 2010 til 2013. Dette står i motsetning til snittet av Siljans kommunegruppe, som har hatt en klar økning i utgiftsnivået i samme periode.

Figuren nedenfor viser kommunens utgifter til diagnose, behandling og rehabilitering (funksjon 241). I Siljan betyr det i hovedsak lege og fysioterapi. Utgiften er sett opp mot innbyggertallet.



Figur 15 Nto. driftsutg til diagnose, behandling og rehabilitering per innbygger (Kilde: SSB)

Siljan har høyere utgifter enn sammenligningskommunene på dette området, og utgiftene har økt i perioden 2010 til 2013.



*Diagrammet viser netto driftsutgifter pleie og omsorg/innbyggere i alt)*1000*

Tabellen viser at Siljan ligger noe under både kommunegruppen og landsgjennomsnittet i antall kroner til helse og omsorg.