

Strategiplan for Helse- og omsorg

2021-2031

Del 1: Status, utviklingstrekk og
tenestebehov

Vedteke i Høyanger kommunestyre xx.xx.2021



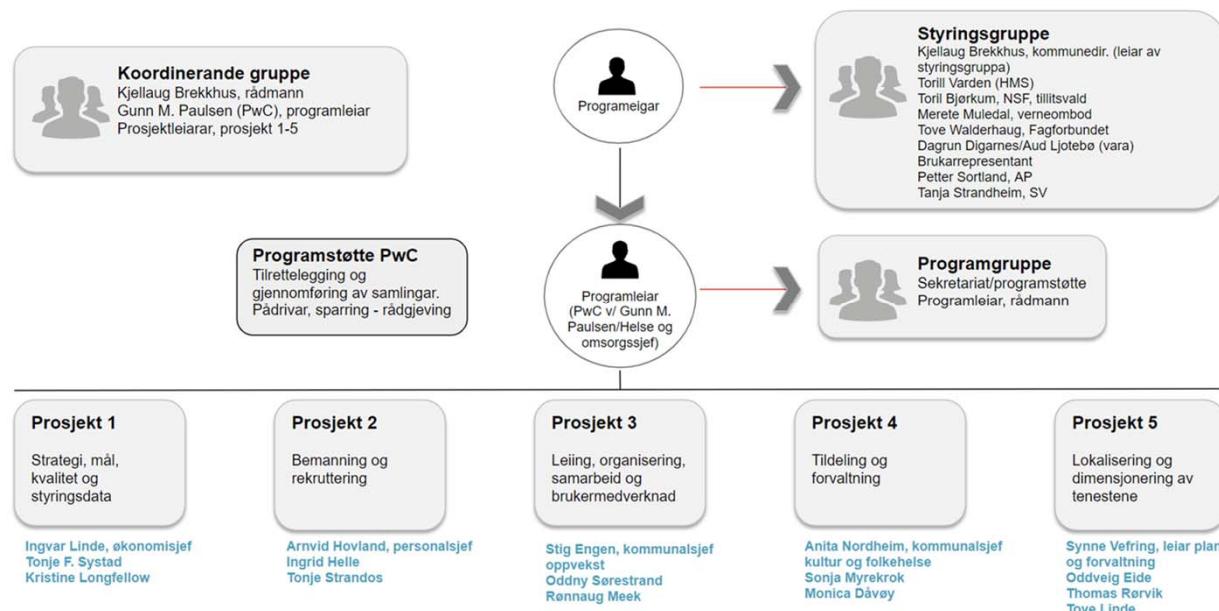
Forord

Høyanger kommune står ovanfor store demografiske endringar dei komande åra og talet på eldre innbyggjarar vil auke vesentleg. Det er difor viktig at det vert staka ut ein kurs for alle tenestene, og at det vert lagt ein heilskapleg plan for helse- og omsorgssektoren.

Føremålet med denne planen er å klargjere kva for utfordringar Høyanger kommune står ovanfor og kva tiltak som må settast i verk på kort og lengre sikt for å møte desse utfordringane. Planperioden er frå 2021 til 2031.

Helse- og omsorgsplanen er i to delar. Del 1 er eit fagleg kunnskapsgrunnlag som handlar om status for tenesteyting i kommunen, utviklingstrekk og framtidige tenestebehov, samt tenesteutviklinga fram mot 2031. I del 2 er det gjort framlegg til tiltak for helse- og omsorgssektoren i planperioden.

Arbeidet med planen har hatt følgande prosjektorganisering:



Arbeidet med planen har føregått i perioden januar og februar 2021. Det har vore brei involvering via styringsgruppa med representantar frå politikk og administrasjon, brukarrepresentantar og tillitsvalde. Alle har vore involverte i heile planprosessen. Det har også vore tett dialog underveis i prosessen med Utval for helse og omsorg, Ungdomsrådet og Rådet for eldre og personar med nedsett funksjonsevne.

Det er gjort framlegg om høyringsrunde i perioden mars-april 2021.

Innhold

1 Innleiing

1.1 Samandrag	5
1.2 Nasjonale føringer og sentrale rapportar for helse- og omsorgssektoren	6
1.3 Planstruktur for helse- og omsorgssektoren 2021-2031	8

2 Status

2.1 Dagens helse- og omsorgsteneste	10
2.2 Folkehelseprofil	21

3 Utviklingstrekk og framtidig tenestebehov

3.1 Innbyggjarstatistikk, reiseavstandar og folketalsutvikling	24
3.2 Framtidig tenestebehov helse og omsorg	27

4 Utviklingstrekk fram mot 2031

4.1 Kvalitet og styringsdata	37
4.2 Leiing, samarbeid og organisering	39
4.3 Tildeling og forvaltning, koordinerande eining	41
4.4 Dimensjoner og lokalisering av tenestene	44
4.4.1. Sjukeheim	
4.4.2. Heimetenester	
4.4.3 Nedsett funksjonsevne	
4.4.4. Psykisk helse og rus	
4.4.5. Fysio, ergo og dagsenter	
4.4.6. Legetenesta	
4.4.7. Helsestasjon og jordmorteneste	
4.4.8. Mat og ernæring	
4.4.9. Kultur, folkehelse og tidleg førebygging	
4.4.10. Frivilleheit	
4.5 Bemannning og rekruttering	
4.6 Brukarmedverknad	60
4.7 Digitalisering og velferdsteknologi	62
	63

1

Innleiing

1.1 Samandrag

Tenester innanfor helse - og omsorgssektoren skal følge innbyggjarane i alle fasar av livet., heilt frå svangerskapsomsorg til omsorg i livets siste fase.

Tenestene må organiserast, dimensjonerast og innrettast slik at det blir gode tilbod til innbyggjarane gjennom heile livet. Dette krev samarbeid med andre sektorar i kommunen som t.d skule og barnevern, og det krev samarbeid med frivillelege lag og organisasjonar.

Tett kontakt med barn og unge er viktig for å kunne gi rett teneste til rett tid. For å lukkast må kommunen evne å sjå heile mennesket i si oppfølging og tenestetildeling. Førebygging og tidleg innsats vil vere sentralt.

Aktivisering av frivillelege lag og organisasjonar, pårørande og tenestemottakarane vil vere viktig inn i dette arbeidet.

Framskrivningar viser at det vil bli krevande å fylle stillingar i helse- og omsorgssektoren med kvalifisert personell. Det er spådd mangel på både sjukepleiarar og helsefagarbeidarar.

For ein liten distriktskommune vil desse nasjonale utfordringane slå endå sterkare ut.

Høyanger kommune leverer gode tenester innanfor helse- og omsorgssektoren. På ein del område leverer nok kommunen tenester over landsgjennomsnittet. Den demografiske utviklinga gjør at det ikkje vil vere økonomisk berekraftig å levere tenester etter same modell og på same nivå framover. Tenestene må endrast og tilpassast framtidige brukarbehov og økonomiske rammevilkår.

År	2020	2025	2030	2035	2040
Talet på personar over 80 år					
	264	303	355	412	455
Behov for sjukeheimsplassar med dagens løysing					
	63	71	83	96	106

1.2 Nasjonale føringar og sentrale rapportar for helse- og omsorgssektoren i kommunen

Dei siste ti åra har det kome fleire stortingsmeldingar som tek føre seg organisering og utvikling av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Temaet for meldingane er noko ulikt, men fellestrekka frå alle er at dei stiller ei forventing til auka effektivitet, auka kvalitet, betre brukartilpassing og betre samhandling mellom tenester. Stortingsmeldingane gir kommunane rettleiing i korleis ein bør utvikle og tilpasse helse- og omsorgstenestene for å møte "eldrebølgen". Stortingsmeldingane bør vere førande for korleis kommunane utviklar tenestetilbodet sitt i åra som kjem.



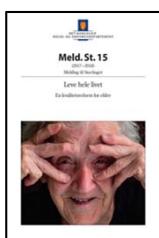
Samhandlingsreformen (2008-2009)

Betre samhandling bør vere eit av helse- og omsorgssektoren sitt viktigaste utviklingsområde framover. Regjeringa ønsker å sikre ei framtidig helse- og omsorgsteneste som svarar på pasienten sitt behov for koordinerte tenester samstundes som den svarar på dei store samfunnsøkonomiske utfordringane. Den viktigaste berebjelken i den norske velferdsmodellen skal framleis vere lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstenester, uavhengig av personleg økonomi og bustad



Primærhelsemeldingen (2014-2015)

Primærhelsemeldinga legg opp til meir teambasert organisering av helsetenestene gjennom primærhelse- og oppfølgingsteam, samt meir samarbeid med omkringliggende kommunar. Den legg også føringar for at kommunane må få på plass meir helse- og sosialfagleg kompetanse ved å etterutdanne helsepersonell utan fagkompetanse, samt gi leiatar meir leiarkompetanse. Fokuset må endrast frå behandling til førebygging i dei kommunale helsetenestene i åra som kjem



Kvalitetsreformen "Leve hele livet" (2017-2018)

Kvalitetsreforma skal vere basert på fire grunnpilarar og ønske om å jamne ut variasjon basert på tilfeldige hendingar: 1) God ernæring: Til dømes å skape gode middagssituasjonar der tidspunkt, ernæring og samkjensle er viktig, 2) Aktivitet: Tilstrekkeleg aktivitet i kvardagen som skal skape trivsel og meistring, 3) Riktig helsehjelp til riktig tid skal skape god balanse mellom pårørande og kommunane sin innsats og 4) Samkjensle: Arbeidet med kvalitetsreforma skal involvere fagmiljø, interesseorganisasjonar, KS og andre aktørar



SINTEF: Er smått alltid godt i demensomsorgen? (2016)

Ein av dei største gevinstane ved å nytte mindre einingar med oppfølging, er at behovet for sjukeheimslass blir utsett. Kommunane må fokusere på kva for eit butilbod, tenestetilbod og teknologi som kan støtte opp om denne effekten. SINTEF peikar på følgande tiltak som sentrale for å utsette institusjonalisering av eldre: - Samlokalisere ulike butilbod, - Opprette fleire dagtilbod for dei som ikkje bur på institusjon, - Gjere det attraktivt for pårørande og frivillede å delta som ressurs og - Skape gode områdekvalitetar og tilgang til uteområde. Rapporten viser til forskingsbasert konsensus om at å sette den einskilde i stand til å gjere nytte av eigne ressursar maksimalt, og bygge meistringsfølelse, gir best livskvalitet. Dei fysiske omgjevnadane må støtte opp under dette



Folkehelsemeldinga “Gode liv i eit trygt samfunn” (2018-2019)

Folkehelsemeldinga følgjer opp delar av kvalitetsreforma “Leve hele livet”. Hovudtrekka i utfordringsbiletet er i all hovudsak dei same som i 2015. Folkehelsearbeidet må vere langsiktig, og mange element frå den førre meldinga blir vidareført og forsterka. Folkehelsemeldinga legg særskild vekt på å forsterke innsatsen på 1) tidleg innsats for born og unge, 2) førebygging av einsemd og 3) mindre sosiale ulikskapar i helse.



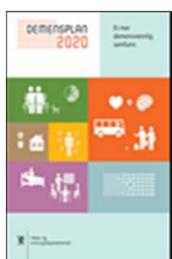
Nasjonal strategi for frivilleg arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)

Strategien skal legge tilrette for frivilleg innsats som bidreg til inkluderande lokalsamfunn der flest mogleg i alle aldrar kan leve aktive og meiningsfulle liv, og føre til mindre einsemd og utanforskap gjennom å leggje til rette for aktivitetar og fellesskap med andre. KS skal hjelpe kommunar med å utvikle ein lokal frivilligheitspolitikk, og vil starte opp eit kommunenettsverk for frivilleheit innan helse- og velferd. Føremålet er å synliggjere gode samarbeidsformer mellom frivilleheita og kommunesektoren.



Mestre hele livet – regjeringa sin strategi for god psykisk helse (2017-2022)

Folkehelsekoordinatorfunksjonen i kommunar og fylker skal utviklast gjennom skulering i psykisk folkehelsearbeid. Program for folkehelsearbeid gjennomførast frå 2017 til 2027, og rettar seg i særleg grad mot born og unge. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har ansvar for å medverke med kompetansestøtte til kommunane. Dei skal bygge opp kunnskap og kapasitet kring psykisk helse og livskvalitet i forvaltinga, kommunar, andre sektorar og frivilleg innsats.



Demensplan 2020 – eit meir demensvenlig samfunn

Regjeringa har fremja eit forslag til endring av helse- og omsorgstenestelova som fastset ei plikt for kommunane til å tilby eit dagaktivitetstilbod til heimebuande personar med demens, gjeldande frå 1. januar 2020. Kommunar oppfordrast til å lage lokale demensplanar, og det er primært kommunenane sitt vanlege tenestetilbod som skal legge til rette for menneske med demens, både fagleg, organisatorisk og bygningsmessig. Statsforvaltaren skal medverke til gjennomføring av Demensplan 2020, og rettleie kommunane til å lage lokale planar.

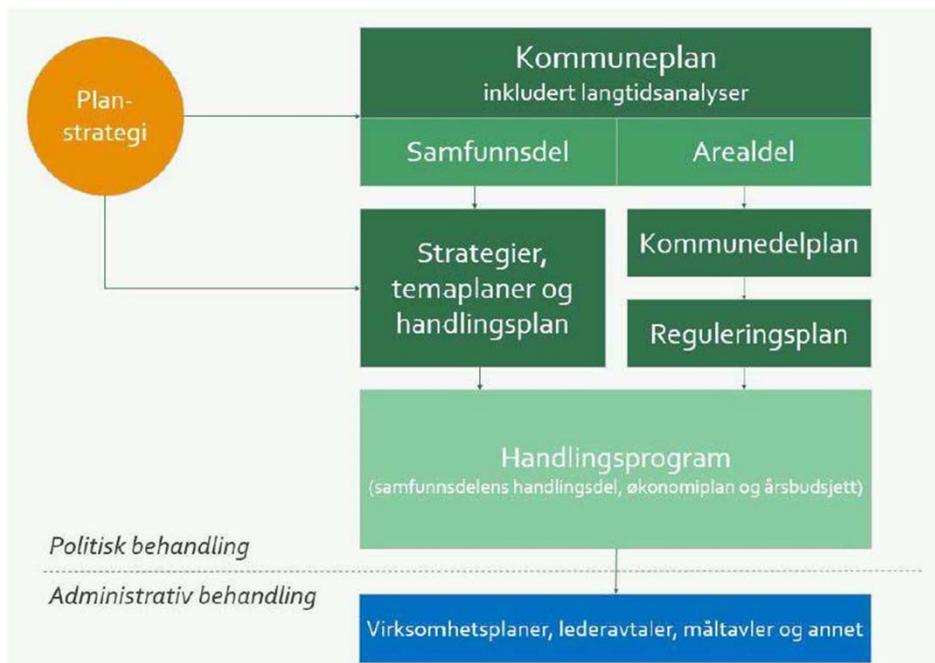


Omsorg 2020 – Regjeringa sin plan for omsorgsfeltet 2015-2020

Planen omfattar prioriterte område i regjeringsplattforma, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstenestene, samstundes som den følger opp Stortinget si handsaming av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Det skal leggast tilrette for ein langsiktig omstettingsprosess som kan sikre nyskaping og utvikling av nye og forbetra løysingar i omsorgssektoren. Forenkling, fornying og forbetring av offentleg sektor er eit av regjeringa sine hovudsatsingsområde. Ein føresetnad for fornying og innovasjon i omsorgssektoren er communal handlefridrom til å utvikle fag, leiing, ny teknologi og nye organisasjonsformer.

1.3 Planstruktur for helse- og omsorgssektoren 2021-2031

Planen blir ikkje handsama som kommunedelplan, men i kommunen sin planstrategi under "Strategiar, temaplanar og handlingsplan" og får status som strategiplan.



Helse og omsorgsplan 2021-2031

Demensplan	Vold i nære relasjoner	Bustadpolitisk plan
Smittevernplan og pandemiplan	Habiliterings- og rehabiliteringsplan	Helsemessig- og sosial beredskapsplan
Psykisk helse og rus	Plan for bruk av velferdsteknologi	Strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan

2

Status

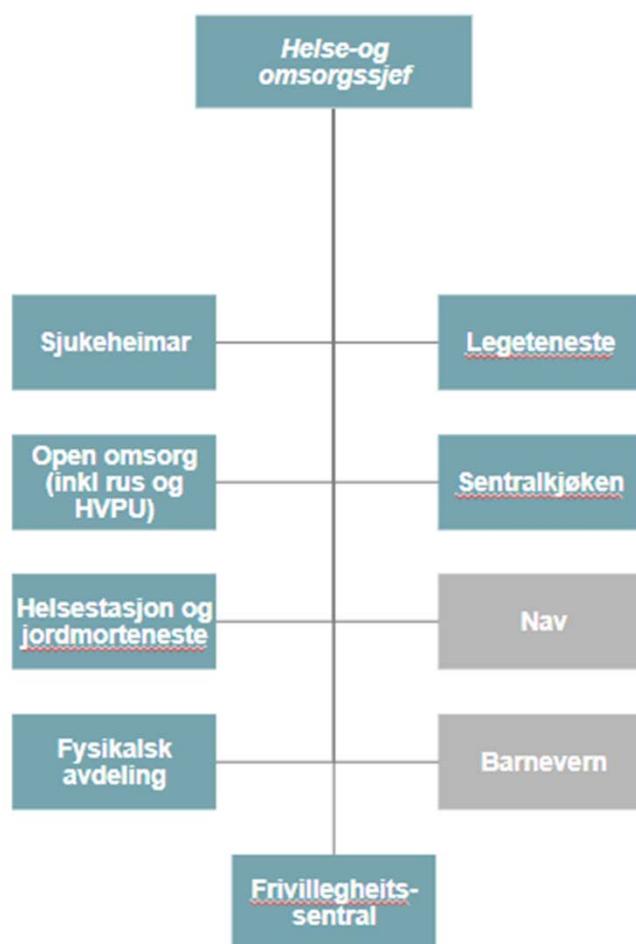
2.1 Dagens helse- og omsorgsteneste

Organisering

Helse- og omsorgssektoren i Høyanger kommune vert leia av Kommunalsjef helse- og omsorg og omfattar pr 1.1.2021 desse einingane: sjukeheimar, heimetenesta, helsestasjon og jordmorteneste, fysikalsk avdeling, psykiatri og rus, legeteneste og støttetenester.

Barnevern og NAV inngår også i helse- og omsorgstenester, men er ikkje omtala i denne planen.

Figur 1: Organisering av omsorgstjenestene i Høyanger kommune pr. 1.1.2021

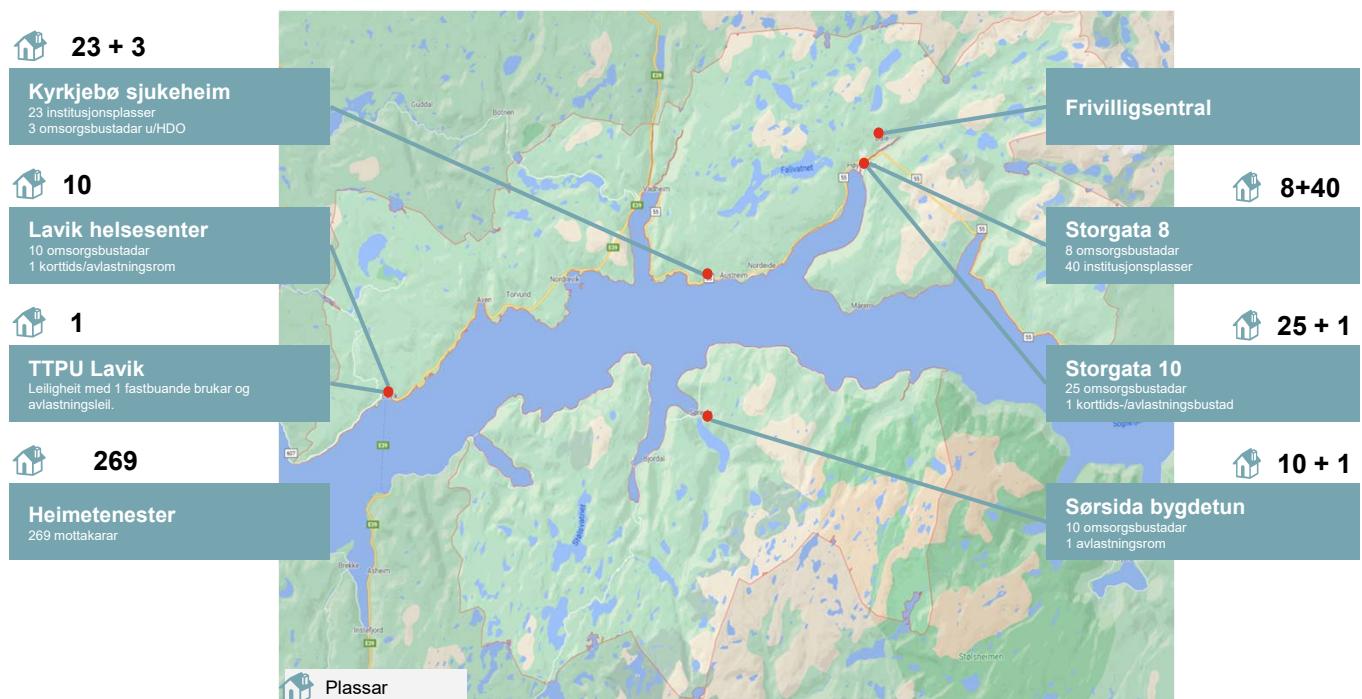


Kart over institusjonar, omsorgssenter, basar for heimesjukepleie og andre ressursar innan helse og omsorg i Høyanger

Dimensjonering

Tal frå 2020 viser at Høyanger kommune har 63 institusjonsplassar (Høyanger sjukeheim og Kyrkjebø sjukeheim), 36 omsorgsbustader med heildøgnsomsorg (Storgata 8 & 10, Kyrkjebø, Sørsida bygdetun og Lavik helsesenter) og 269 mottakarar av heimebaserte tenester.

Figur 2: Plassering av omsorgstjenestene i Høyanger kommune pr. 1.1.2021



Helse- og omsorgsektoren i Høyanger kommune

Helse- og omsorgsektoren i Høyanger kommune er ein sektor som har mange brukarar, sysselset mange menneske og har den største budsjettlovinga i kommunen. Sektoren leverer tenester i heile kommunen.



Organisering

Sektoren er organisert med ein helse og omsorgssjef og ni einingar med kvar sin einingsleiar under helse og omsorgssjefen.



Personale

174 årsverk samla i helse og omsorgsektoren i Høyanger kommune

For å ha tilstrekkeleg fagutdanna helsepersonell, har det over fleire år vore naudsynt å kjøpe tenester frå vikarbyrå.



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 151,2 MNOK

Rekneskap 2020: 150,0 MNOK

Avvik: +183' NOK



Sjukefråvær

2020: Korttidsfråver: 4,0% Langtidsfråver: 6,4%



Talet på tenestemottakarar

Høyanger har årleg 269 tenestemottakarar inkludert omsorgsbustader, derav 233 tenestemottakarar som mottek heimetenester i private heimar.

174

Årsverk samla

+ kr 183'

Mindreforbruk 2020

269

Tenestemottakarar
Flest tenestemottakarar i
Høyanger

Sjukeheim

Kommunen sine sjukeheimar har tilbod om behandling, opptrening, og hjelp til daglege gjeremål i kort eller lang tid, til dei som ikkje klarer seg heime på grunn av sjukdom, skade eller normal aldring. Bebuarane på sjukeheim har hjelpe-/pleiebehov som er så omfattande at det ikkje er hensiktsmessig å ta vare på desse i eigen heim. Sjukeheimsopphald kan ha ulik lengde og blir gitt som fleire typar tenester. Kommunen har åtte korttidsplassar på Høyanger sjukeheim. Fire av desse er for tida ikkje i bruk grunna mangel på bemanning. I snitt er det 94 prosent belegg på sjukeheimspllassane. Høyanger kommune tar imot pasientar frå Helse Førde når dei er utskrivingsklare. Dersom det er behov for oppfølging blir det tildelt tenester frå kommunen.



Organisering

Høyanger kommune har to sjukeheimar, lokalisert på Kyrkjebø og Høyanger. Det er kort geografisk avstand mellom sjukeheimane.



Personale

61 årsverk samla på Kyrkjebø og Høyanger sjukeheimar



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 47,6 MNOK

Rekneskap 2020: 46,8 MNOK

Avvik: +854' NOK



Sjukefråvær

Kyrkjebø sjukeheim

2020: Korttidsfråver: 3,3 % Langtidsfråver: 5,1%

Høyanger sjukeheim

2020: Korttidsfråver: 4,7 % Langtidsfråver: 2,6 %



Talet på tenestemottakarar / dekningsgrad

Det er 8 (4) korttidsplassar og 56 langtidsplassar totalt. Beleggsprosent er om lag 94, og dekningsgrad eks omsorgsbustader, er 23%.

Høyanger har fire korttidsplassar i drift. I tillegg ei Kommunal akutt døgnseng (KAD-seng) i interkommunalt samarbeid i Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt.

I 2019 hadde Høyanger 61 pasientar innlagde i KAD-seng (14,9 innlagde per 1000 innbyggjarar) med snitt liggetid 1,8 døgn.

61

Årsverk samla

+ kr 854'

Mindreforbruk 2020

63

plassar
23 plassar på Kyrkjebø
40 plassar i Høyanger

Open Omsorg

Open omsorg har ansvar for all helsehjelp og praktisk bistand i heimen, og gir tilbod til tenestemottakarar både i private heimar og i omsorgsbustader. Heimesjukepleien gjev hjelp og rettleiing til heimebuande, eldre, sjuke eller personer med funksjonsnedsetting. Praktisk bistand blir gitt gjennom heimehjelp til personar som er avhengige av hjelp i kvarldagen grunna sjukdom, funksjonsnedsetting, alder eller andre årsaker. Open omsorg har også ansvar for tryggleiksalarmar.



Organisering

Høyanger kommune har tre basar for heimetenester; Høyanger, Lavik og Sørsida. Det er tre einingsleiarar for heimetenesta i kommunen.



Personale

Høyanger: 26 årsverk

Lavik: 15,4 årsverk

Sørsida: 7,9 årsverk



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 39,9 MNOK

Rekneskap 2020: 40,5 MNOK

Avvik: -586 NOK



Sjukefråvær

Høyanger:

2020: Korttidsfråver: 5,2 % Langtidsfråver: 9,8 %

Lavik:

2020: Korttidsfråver: 3,6 % Langtidsfråver: 6,7 %

Sørsida:

2020: Korttidsfråver: 2 % Langtidsfråver: 0 %



Talet på tenestemottakarar

Høyanger har 269 tenestemottakarar inkludert omsorgsbustader, der 233 tenestemottakarar mottek heimetenester i private heimar (2020-tal)

49,3

Årsverk samla

- kr 586'

Meirforbruk 2020

269

Tenestemottakarar
Flest tenestemottakarar i
Høyanger

PUH-tenesta

PUH-tenesta har lokasjon på nordsida i Høyanger Kommune, i Lavik og i Høyanger, og er ein del av open omsorg på desse stadane.

PUH har samla 10 vaksne brukarar (ein med avlastningsvedtak), der fire brukarar bur i omsorgsbustad og fem barn med avlastningstilbod. Tenestemottakarar i PUH mottek også tenester som støttekontakt og omsorgsløn.



Organisering

Leiaren for open omsorg i Lavik og Høyanger har også ansvaret for PUH-tenesta på desse stadane.



Personale

PUH Høyanger: 10 årsverk
PUH Lavik: 6,8 årsverk



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 12,6 MNOK
Rekneskap 2020: 17,0 MNOK
Avvik: - 4 456 NOK



Sjukefråvær

PUH Høyanger:

2020: Korttidsfråver: 5,8 % Langtidsfråver: 7,4 %

PUH Lavik:

2020: Korttidsfråver: 3,7 % Langtidsfråver: 17,7 %



Talet på tenestemottakarar

15 tenestemottakarar

16,8

Årsverk samla

- kr 4 456'

Meirforbruk 2020

15

Tenestemottakarar

Psykisk helse og rus

Personale som jobbar spesifikt med psykisk helse og rusomsorg er organisert i open omsorg i Høyanger. Det er fire tilsette der to av dei har spesialutdanning innan psykisk helse. Tenesta gir hjelp til heimebuande med psykisk liding, og til kommunen sine innbyggjarar som er kome i ein vanskeleg livssituasjon. Hjelpa kan vere støttesamtalar, medisinhandsaming, råd og rettleiing, både for den sjuke og pårørande. Kommunen har dagsentertilbod for psykisk helse og rus på Dale.



Organisering

Lokalisert ved open omsorg i Høyanger.
Dagsenter på Dale



Talet på tenestemottakarar

77tenestemottakarar av psykisk helse og rus



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 2,3 MNOK
Rekneskap 2020: 2,0 MNOK
Avvik: +291' NOK



Sjukefråvær

Eininga er for lita til å oppgje sjukefråver



Behandlingsoversikt

22 pasientar – milde og kortvarige problem
12 pasientar – kortvarige alvorlige problem
43 pasientar – alvorlege og langvarige problem

2,7

Årsverk

+ kr 291'

Mindreforbruk 2020

77 tenestemottakarar
kan vere stor variasjon
gjennom året

Fysioterapi, ergoterapi og dagsenter

Dei kommunale fysioterapeutane brukar i hovudsak tida si på eldre og barn. Ergoterapeuten brukar mykje av tida si på hjelpemiddelformidling. Dagtilbod og aktivisering er ikkje ein lovfesta rett, men frå 01.01.20 er det lovfesta for kommunane å ha dagaktivisering tilbod for demente.

Fleire kommunar har dei siste åra teke i bruk arbeidsmåten "kvardagsrehabilitering" i rehabilitering til heimebuande. Kvardagsrehabilitering inneber eit grunnleggande tankesett om å sleppe hjelparolla og ikkje overta det tentestmottakaren kan klare sjølv. Høyanger kommune har ikkje kome i gong med kvardagsrehabilitering. Årsaka til dette er mangel på ressurs, i hovudsak mangel på ergoterapeut.



Organisering

Fysio- og ergoterapi er organisert i eining for fysikalsk og dagsenter. Hjelpemiddelsentralen er organisert i same eining. Dagsenteret for eldre er lokalisert i Høyanger og har to tilsette.



Talet på tilsette

Fysioterapi: 6 årsverk
Ergoterapi: 1 årsverk



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 5,3 MNOK
Rekneskap 2020: 4,7 MNOK
Avvik: +535' NOK



Sjukefråvær

2020: Korttidsfråver: 4,1% Langtidsfråver: 0 %



Talet på konsultasjonar

Ergoterapeutar: Konsultasjons- og hjelpemiddelbistand: 1160 pr. år.
Kommunale fysioterapeutar: Konsultasjons- og hjelpemiddelbistand: 1818 pr. år.
Fysioterapitimar per veke per bebuar på sjukeheim: 0,24 (2020-tal)

6,9

Årsverk

+ 535' NOK

Mindreforbruk 2020

2970

Konsultasjonar/hjelpemiddelbistand i 2020

Legetenesta

Høyanger kommune har 5,5 fastlegeheimlar med kommunal stillingsandel, i tillegg til 50 % kommuneoverlege/samfunnsmedisiner, 40 % kommunal lege (sjukeheim og helsestasjon) og LIS1-lege (2020 tal) Legane tek del i 44-delt interkommunal legevakt med åtte andre kommunar. I tillegg deltek Høyanger i prosjekt om legevaktsatelitt, med sjukepleiardekning frå kommunen.

Gjennomsnittleg legedekning i landet i kommunar med 2000 til 4999 innbyggjarar er 11,5 årsverk per 10.000 innbyggjarar. Høyanger ligg på snittet for legedekning samanlikna med kommunar av same storleik i fylket. Dette passar med tal frå Helsedirektoratet, som viser at fastlegedekninga i Vestland er nest høgst av alle fylka i landet.



Organisering

Legekontor lokalisert i Høyanger. Legane har utestasjon i Lavik og på Sørsida til saman tre dagar i veka. Samarbeid med Helse Førde om Legevaktpilot/Legevaktssatelitt.



Talet på pasientar

Storleik på listene til fastlegane varierar frå 300 til 900.



Økonomiske nøkkelta

Budsjett 2020: 15,8 MNOK

Rekneskap 2020: 14,0 MNOK

Avvik: + 1 814' NOK



Sjukefråvær

2020: Korttidsfråver: 1,2 % Langtidsfråver: 4,6 %



Andre relevante tall

Tal personar på venteliste (pr feb. 2021): 96, men det er 513 ledige plassar

9,3

Årsverk

+kr1 814'

Mindreforbruk 2020

513

tilgjengelege pasientplassar
på fastlegelister

Helsestasjon og jordmorteneste

Helsestasjon, skulehelseteneste og jordmorteneste er eit lovpålagt helsetilbod til alle barn og unge i alderen 0-20 år og til gravide som går til svangerskapskontroll på helsestasjonen. Tenesta vektlegg ressursar som fremjar helse og positiv utvikling hjå barn, unge og familiær. Høyanger har fire helsesjukepleiarar tilsett i til saman 2,9 årsverk. 0,4 årsverk er for tida vakant ut frå mangel på stillingsressurs. Kommunen har ei jordmor i 70 prosent stilling. Ho driv svangerskapskontrollar og barselomsorg for gravide. Talet på fødslar var 14 i 2019 og 15 i 2020. Tettstaden har ein dramatisk nedgang i fødde barn, og kommunen har hatt negativt fødselsoverskot kvart år sidan 2002.



Organisering

Det er to utespasjonar og fire skular utanfor Høyanger sentrum, noko som gir mykje reiseverksemd for helsesjukepleiarane. I følge tilrådd normering frå Helsedirektoratet i 2016 bør det vere 3,5 helsesjukepleiarårsverk per 1000 elevar på barneskulen; 1,8 på ungdomsskulen og 1,3 på vidaregåande skule.



Sjukefråvær

Eininga er for lita til å oppgje sjukefråvær



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 2,8 MNOK

Rekneskap 2020: 3,1 MNOK

Avvik: -362' NOK



Fødslar

15 fødslar i 2020.



Relevante KOSTRA-tal

Tal barn i kommunen som er undersøkt av

helsestasjon/skulehelsetenesta (KOSTRA) (Talet på barn i parentes):

Heimebesøk nyfødde: 73,3% (22)

8-vekerskontroll: 93,3% (28)

2 årskontroll: 91,4 % (37)

4-årskontroll: 66,7 % (32)

1. klasse: 100% (30)

4,9

Årsverk

- 362'

NOK
Meirforbruk 2020

149

Registrerte aktivitetar i
2020

Mat og ernæring

“Leve heile livet” er ei reform for auka matglede. Maten skal vere tilpassa den einskilde sitt behov og serverast i ei hyggeleg ramme. Eldre bør få meir høve til å velge kva dei vil ete, når dei vil ete og om dei vil dele et godt måltid med andre. Det er viktig å arbeide for systematisk oppfølging av ernæringsstatus hos bebruarane i institusjon og kunne vektlegge omgjevnadane ved måltida.



Organisering

Det kommunale kjøkkenet er lokalisert i underetasjen på sjukeheimen i Høyanger. Kommunen har hatt kok-kjøl kjøkken sidan 2002



Personale

Det er tilsett fire kokkar og ein sjåfør i deltidsstilling. Totalt 4,9 årsverk



Økonomiske nøkkeltal

Budsjett 2020: 1,9 MNOK

Rekneskap 2029: 0,90 MNOK

Avvik: + 1 008' NOK



Sjukefråvær

Eininga er for lita til å oppgje sjukefråvr



Talet på tenestemottakarar

Det vert servert frukost, lunsj, kake og varmmat på dagsenteret for eldre, for å betre ernæringsstatus hos heimebuande. Det er også mogeleg for heimebuande å kjøpe måltid frå det kommunal kjøkenet.

4,9

Årsverk

+1 008'

NOK

Mindreforbruk 2020

3

Utviklingstrekk og
framtidig tenestebehov

3.1 Innbyggarstatistikk, reiseavstandar og folketalsutvikling

Høyanger har pr tredje kvartal 2020 4067 innbyggjarar. Basert på SSB sine prognosar (middelalternativet) vil det samla innbyggartalet reduserast med omlag 7% fram til 2040. Talet på eldre over 80 år er venta å auke frå 264 i dag til 455 i 2040. Dette tilsvrar nærast ei dobling av talet på eldre. I 2040 vil faktisk 12 prosent av alle innbyggjarar i Høyanger kommune vere 80 år eller eldre. Denne aldersgruppa har tradisjonelt hatt størst bruk av kommunale pleie- og omsorgstenester. Over halvparten av alle over 80 år mottek slik teneste. Ei dobling av talet på eldre vil difor medføre ei stor auke i behovet for kommunale pleie- og omsorgstenester.

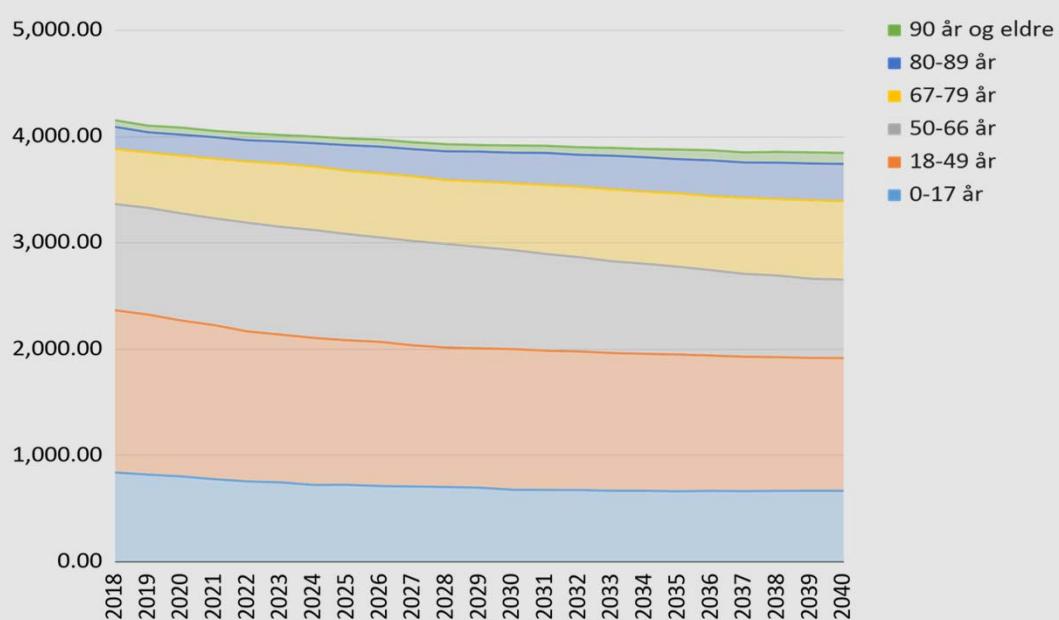
Samstundes som den eldste delen av befolkninga aukar, er det venta at talet på innbyggjarar i arbeidsfør alder (18-66 år) vil gå ned med over 16 prosent. Medan det i dag er omlag 3 300 innbyggjarar i alderen 18-66 år, vil dette verte redusert til 2 600 innbyggjarar i 2040.

I 2020 vil det vere 12,4 innbyggjarar i arbeidsfør alder per innbyggjar over 80 år i Høyanger kommune. Dette vil bli redusert til 6,7 innbyggjarar i 2030, og ned til 5,8 i 2040. I praksis tilsvrar dette ei halvering av talet på innbyggjarar i arbeidsfør alder per person over 80 år dei neste 20 åra.

Konsekvensen av ein slik vekst i andelen eldre, samstundes som andel innbyggjarar i arbeidsfør alder blir mindre, kan vere at det påverkar omfanget på tenester ein kan tilby den einskilde i kommunen, og ikkje minst korleis tenestene skal ytast i framtida.

Figur 3: Framskrive befolkninga i Høyanger kommune

Framskrive alderssamansetting i Høyanger kommune, basert på SSB sitt middelalternativ (MMMM)



Historisk endring i befolkninga i Høyanger kommune

Årstal	Endringar gjennom året						Innbyggjarar per 31.12
	Innbyggjarar per 1.1	Fødseloverskot	Innflyttaroverskot	Innvandraroverskot	Samla tilvekst gjennom året		
2005	4 502	6	-65	3	-54	4 448	
2006	4 448	-9	-29	8	-28	4 420	
2007	4 420	-15	-43	16	-46	4 374	
2008	4 374	-26	-47	27	-47	4 327	
2009	4 327	-6	-108	41	-71	4 256	
2010	4 256	-5	-8	34	24	4 280	
2011	4 280	-14	-73	23	-64	4 216	
2012	4 216	7	-26	25	6	4 222	
2013	4 222	-11	-59	31	-39	4 183	
2014	4 183	-17	-36	39	-14	4 169	
2015	4 169	-20	-99	110	-8	4 161	
2016	4 161	-11	-117	157	29	4 190	
2017	4 190	-17	-100	79	-36	4 154	
2018	4 154	-5	-76	18	-63	4 091	
2019_4	4 091	-9	-94	3	-100	3 991	

Utvikling i tal innbyggjarar i arbeidsfør alder (18-66 år) (blå), per person over 80 år (oransje)

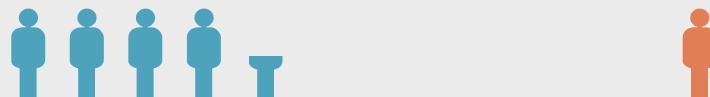
2020



2030



2040

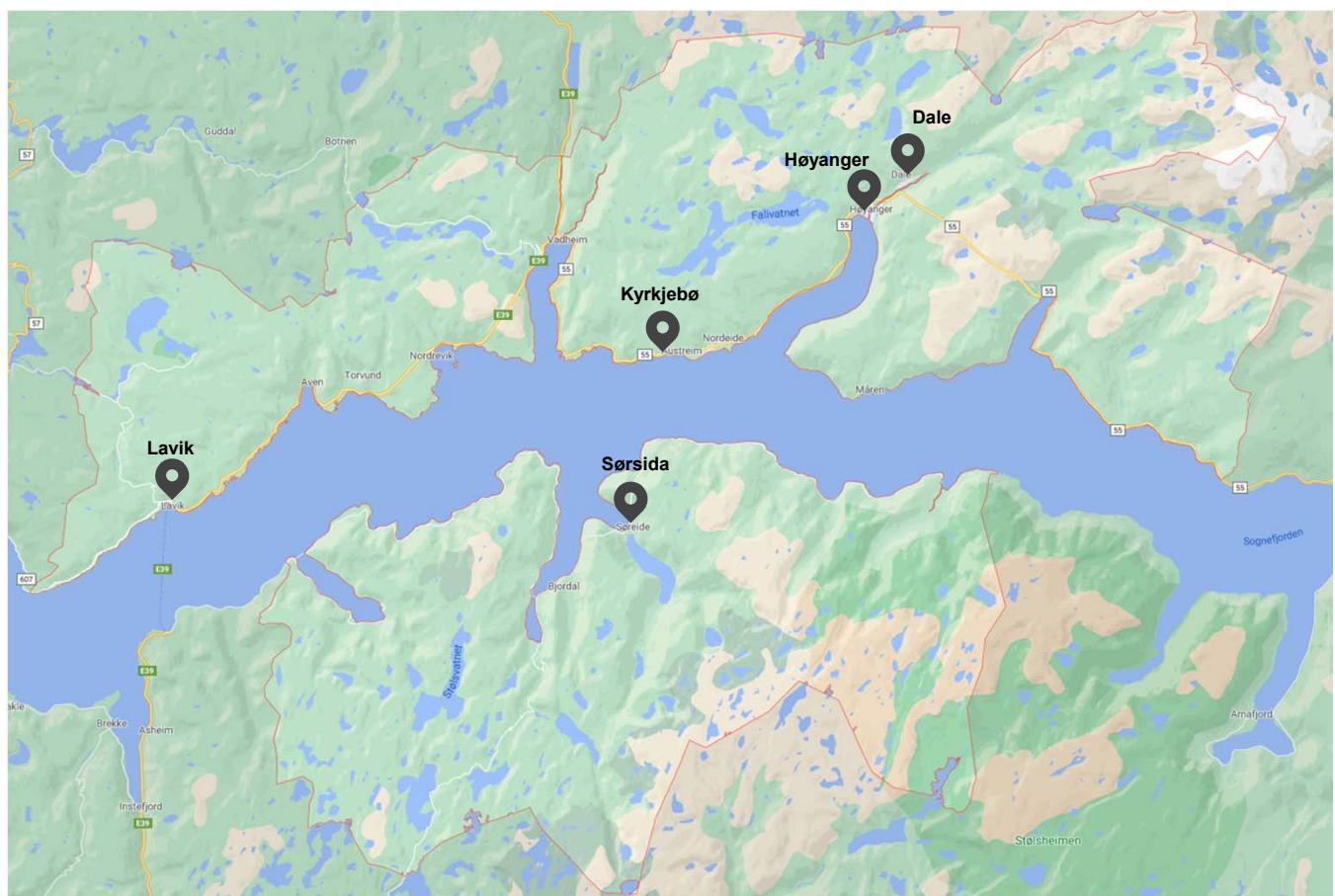


Reiseavstandar i Høyanger kommune

Det er lange reiseavstander i Høyanger kommune. I oversikta under viser vi nokre av køyreavstandane.

Under 30 minutters reisetid		Over 1 time reisetid	
Høyanger- Kyrkjebø	14	Høyanger- Bjordal	1t, 46
Høyanger - Nessane	20	Bjordal -Lavik	1t, 11
30-50 minuttar reisetid		Østerbø-Lavik	1t, 16
Høyanger- Lavik	46	Østerbø - Kyrkjebø	1t, 46
Lavik - Kyrkjebø	35	Østerbø-Høyanger	1t, 42
		Bjordal- Kyrkjebø	1t, 41

Figur 4: Køyreavstandar i Høyanger kommune



3.2 Framtidig tenestebehov helse og omsorg

I kjølvatnet av St.meld.29 (2013) og Morgendagens omsorg og NOU 2011:11 (Innovasjon og omsorg), vart det innført ei dreiling frå institusjon til omsorgsbustad med HDO. Hovudtesen er at eldre sjuke kan få mange av sine tenester i eigen bustad, og Regjeringa auka tilskota til omsorgsbustader til nivået over sjukeheim. Dette forsterka argumentet om å velge omsorgsbustader i staden for institusjon i Noreg.

Vi har framskrive ulike scenarier som representerer ulike vegval for Høyanger kommune si framtidige organisering av HDO-tilbodet. Desse scenaria viser korleis talet på tenestemottakarar og kostnader til tenestene vil utvikle seg dersom ein gjer endringar. Kvart av scenaria kan fungere som eit målbilete for kommunen si vidare planlegging av bygningsmasse, organisering og dimensjonering av butilbodet. Val av scenario gjev ein indikasjon på kor mange HDO-plassar kommunen har behov for dei neste åra, medrekna sjukeheims plassar og omsorgsbustader med heildøgns omsorg.

Nullalternativet

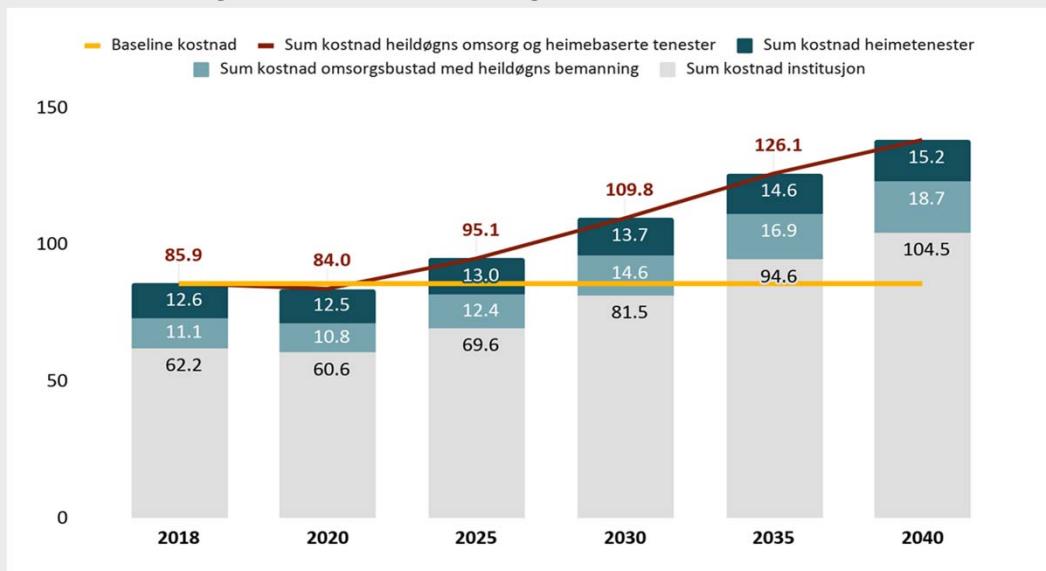
Dette alternativet beskriv korleis økonomi og talet på tenestemottakarar vil utvikle seg dersom tenesta vert drive på same måte som i dag, med same tilbod og organisering av tenesta. I praksis innebør denne modellen at kriteria for å tildelast sjukeheims plass, omsorgsbustad eller heimesjukepleie skal vere som i dag, og at omfang på tenestene vert auka tilsvarende med at talet på eldre og tenestebehovet aukar. Ei slik løysing vil gi behov for 43 nye sjukeheims plassar og 24 nye omsorgsbustader med HDO i 2040, altså totalt 166 HDO-plassar i kommunen 2040 (mot 99 i dag). Talet på tenestemottakarar i heimetenesta vil auke frå 223 i dag til 270 i 2040. Samla vil auken i tenestetilbodet gje svært store økonomiske konsekvensar. Dersom tenestene videreførast som i dag og kun vert tilpassa det auka behovet, vil dette medføre ei kostnadsauke på heile kr 24 mill. pr. år i 2030 og kr.52,5 mill. pr. år i 2040. Dette er ei auke på høvesvis 28% og 61% samanlikna med dagens nivå.

Føresetnader i modellen:	Nullalternativet
Andel institusjon av HDO-tilbodet	64 %
Andel omsorgsbustad av HDO-tilbodet	36 %
Dekningsgrad:	36,5%
Kostnad per institusjonsplass:	983,219
Kostnad per plass i omsorgsbustad:	312,000
Kostnad per time heimetenester:	373 kr

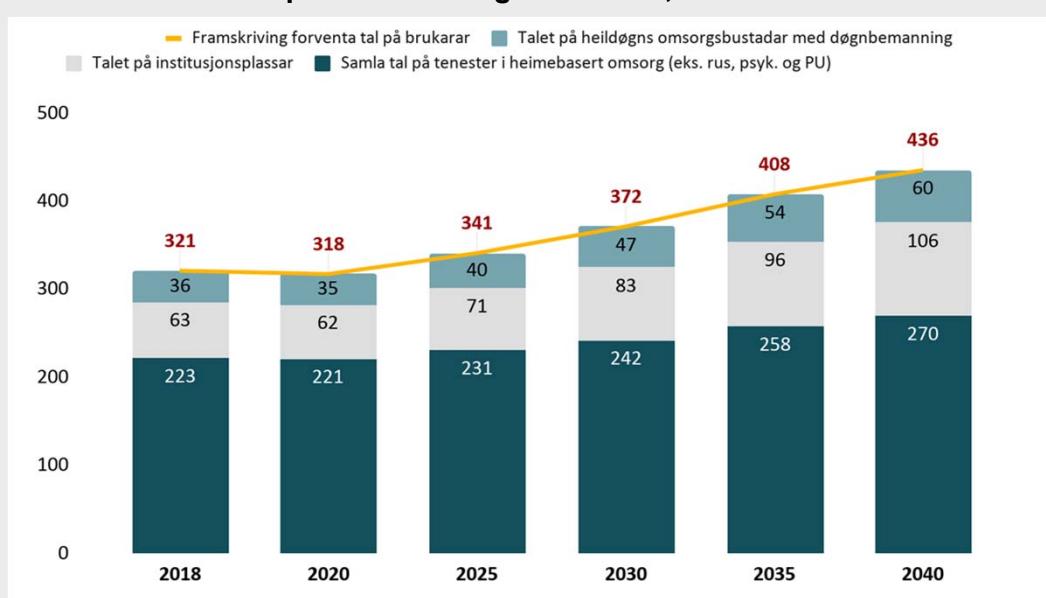
Nullalternativet:

Vidare drift med same tenester og tildeling som i dag

Forventa utvikling i kostnader til omsorgstenester, 2018-2040, i mill.kr.



Forventa behov for kapasitet i omsorgstenestene, 2018-2040



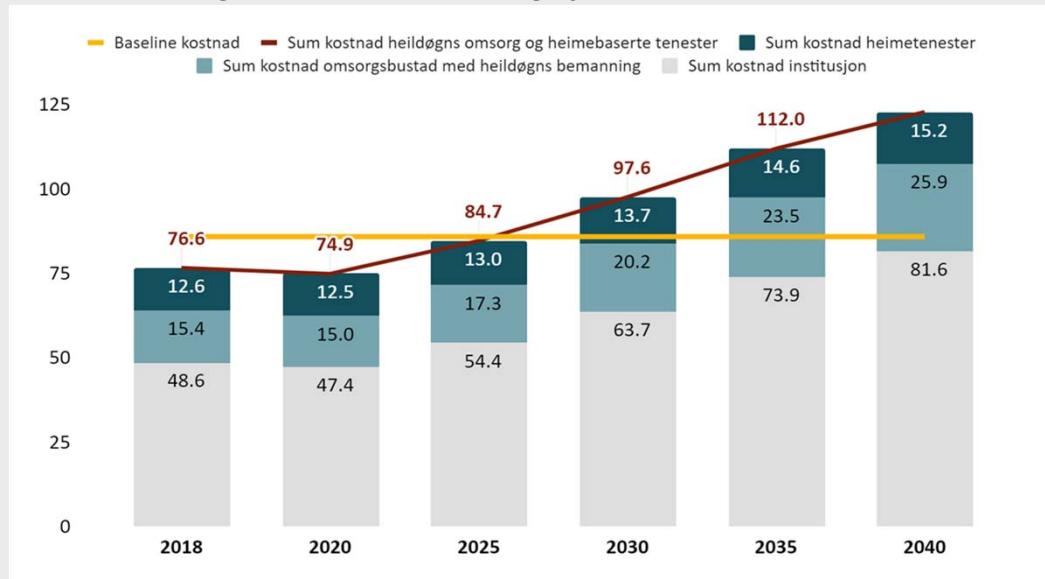
Scenario 2

Scenario 2 beskriv ein overgang frå institusjon til omsorgsbustader med heildøgnsbemanning (HDO). Av dei som bur på sjukeheim i dag vil 14% i dette alternativet bu i ein omsorgsbustad dei leiger, som juridisk sett vil vere den private bustaden til den einskilde. HDO-bustadane vil ha døgnbemanning og sikre bebruarane tilgang til hjelp frå heimesjukepleie etter behov. Ein slik modell gjev behov for totalt 83 sjukeheimslassar og 83 omsorgsbustader i 2040 (ein auke på høvesvis 20 sjukeheimslassar og 47 omsorgsbustader med HDO samanlikna med i dag). Her er det samla HDO-tilbodet på same nivå som i nullalternativet, og denne modellen gir ei kostnadsauke på *kr. 12 mill. pr. år i 2030 og kr. 37 mill. pr. år i 2040* samanlikna med dagens kostnader. Dette er ei auke på høvesvis 14% og 43% samanlikna med dagens nivå. Det er derimot noko lågare enn 0-alternativet, ettersom kostnadene til institusjon går ned. Utgifter til heimeteneester er uendra.

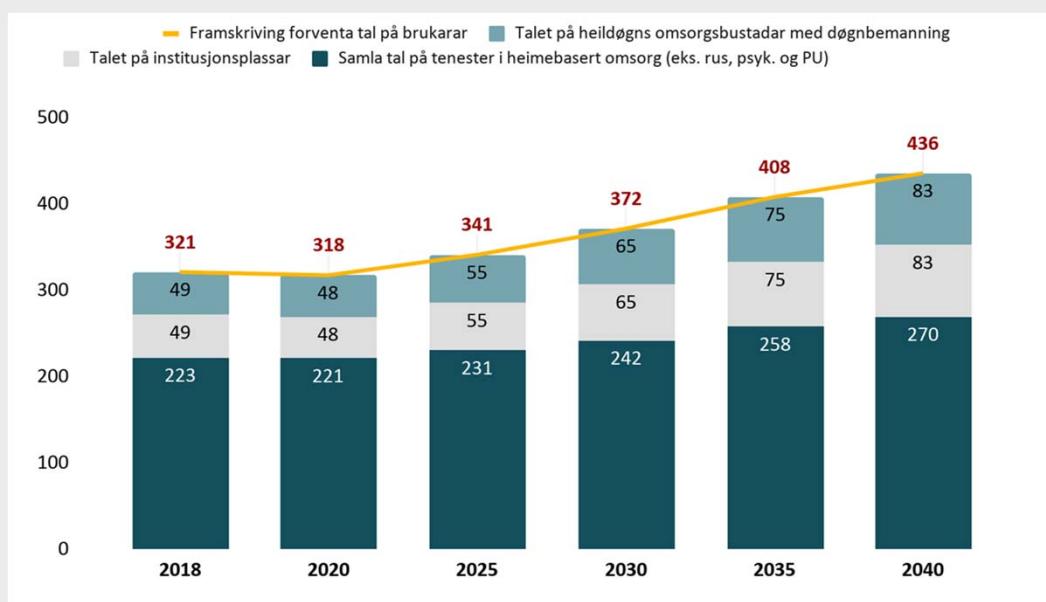
Føresetnader i modellen:	Nullalternativet
Andel institusjon av HDO-tilbodet	50 %
Andel omsorgsbustad av HDO-tilbodet	50 %
Dekningsgrad:	36,5%
Kostnad per institusjonslass:	983,219
Kostnad per plass i omsorgsbustad:	312,000
Kostnad per time heimeteneester:	373 kr

Scenario 2: Ingen endring i dekningsgrad (36,5 %). Endring i fordeling av HDO-plassar (50 % I/50 % O)

Forventa utvikling i kostnader til omsorgstjenester, 2018-2040, i mill.kr.



Forventa behov for kapasitet i omsorgstjenestene, 2018-2040



Scenario 3

Scenario 3 beskriv ei nedjustering i dekningsgrad frå 36,5% til 20%. Dette tyder at ein i større grad nyttar korttidsplassar i institusjon, og tilboden rettast meir mot mellombelse behov til tenestemottakarar (t.d. rehabilitering etter sjukehusopphald). Dei som må bli buande på sjukeheim over lengre tid er t.d. tenestemottakarar med tvangsvedtak på grunn av demens. Desse må ha eit tilbod på institusjon ettersom kommunen ikkje har ikkje lov til å utøve tvang (t.d. i form av låste dører) i private bustader. Ei slik løysing gir behov for færre tal på institusjonsplassar enn det ein har i dag (58 plassar i 2040 mot dagens 63). Talet på tenestemottakarar i heimetenestene vil derimot auke med 15% i 2040 (til totalt 345) samanlikna med 223 i dag.

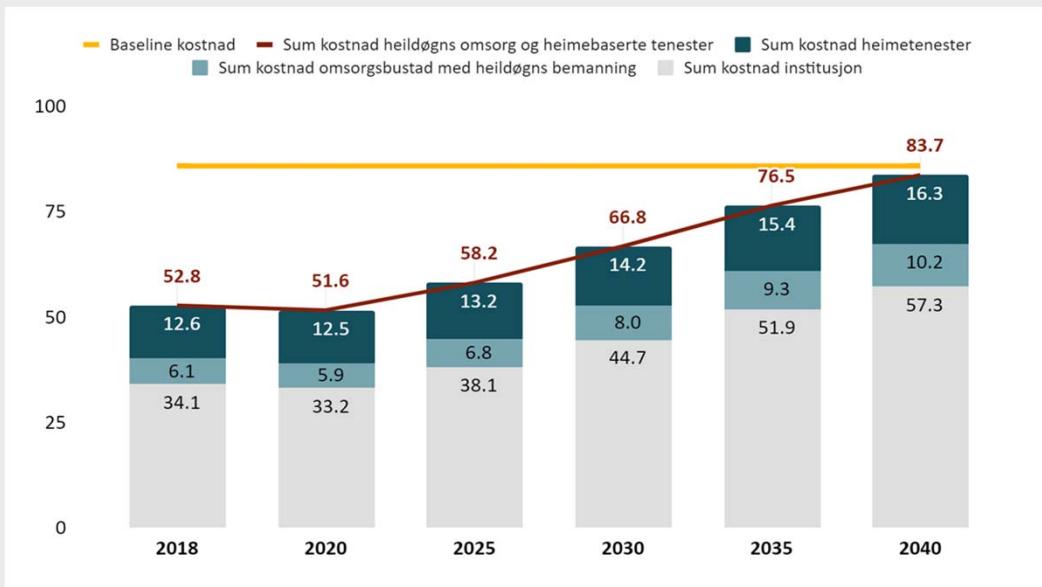
Ei nedjustering i dekningsgrad frå 36,5% til 20% vil gje ein kostnadsreduksjon på *kr. 19 mill. pr. år i 2030 og kr. 2 mill. pr. år i 2040* samanlikna med dagens kostnader. Dette er ein reduksjon på høvesvis 22% og 2% samanlikna med dagens nivå, og skuldast at utgifter til institusjon og omsorgsbustad med HDO vert redusert. Utgifter til heimetenester aukar, men dette er eit tenestetilbod som er mindre kostbart å drive enn HDO-tilboden.

Dette er ein svært ulik tenestemodell samanlikna med det kommunen er kjend med i dag.

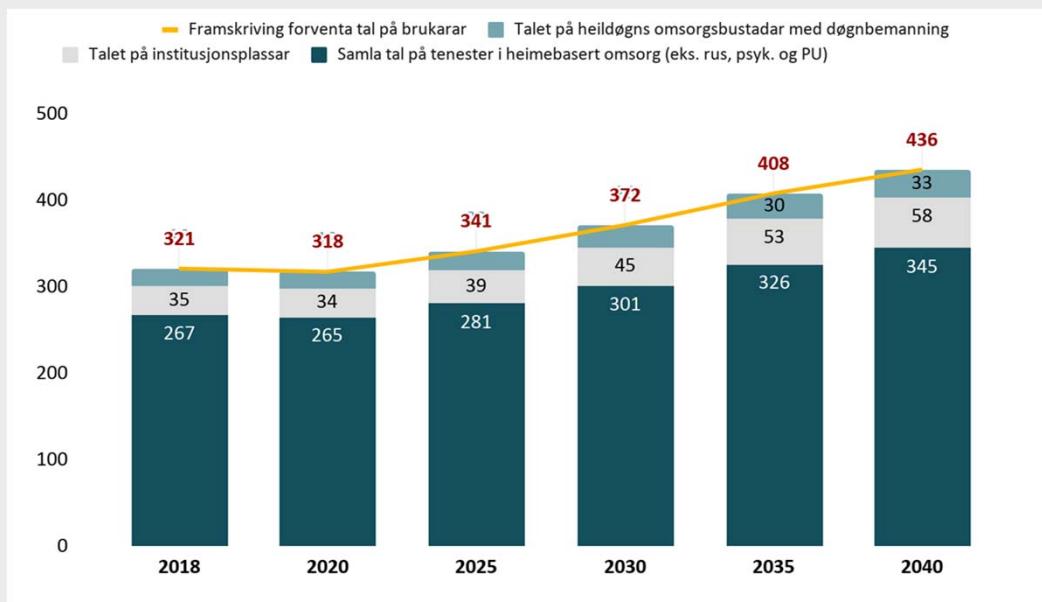
Føresetnader i modellen:	Nullalternativet
Andel institusjon av HDO-tilboden	64 %
Andel omsorgsbustad av HDO-tilboden	36 %
Dekningsgrad:	20 %
Kostnad per institusjonsplass:	983,219
Kostnad per plass i omsorgsbustad:	312,000
Kostnad per time heimetenester:	373 kr

Scenario 3: Omfattende endring i dekningsgrad (20 %). Inga endring i fordeling av HDO-plassar (64 % I/36 % O)

Forventa utvikling i kostnader til omsorgstjenester, 2018-2040, i mill.kr.



Forventa behov for kapasitet i omsorgstjenestene, 2018-2040



Scenario 4

Scenario 4 beskriv ei nedjustering i dekningsgrad frå 36,5% til 20%, samt fordeling mellom HDO-plassar i institusjon og omsorgsbustad på 50/50. Dette tyder at ein i større grad nyttar korttidsplassar i institusjon, og tilbodet rettast meir mot tenestemottakarar med mellombelse behov (t.d. rehabilitering etter sjukehusopphald).

I tillegg vil det vere ein overgang frå institusjon til omsorgsbustader med heildøgnsbemannning (HDO). Av dei som bur på sjukeheim i dag vil 14% i dette alternativet bu i ein omsorgsbustad dei leiger, som juridisk sett vil vere den private bustaden til den einskilde. HDO-bustadane vil ha døgnbemannning og sikre bebruarane tilgang til hjelp frå heimesjukepleie etter behov.

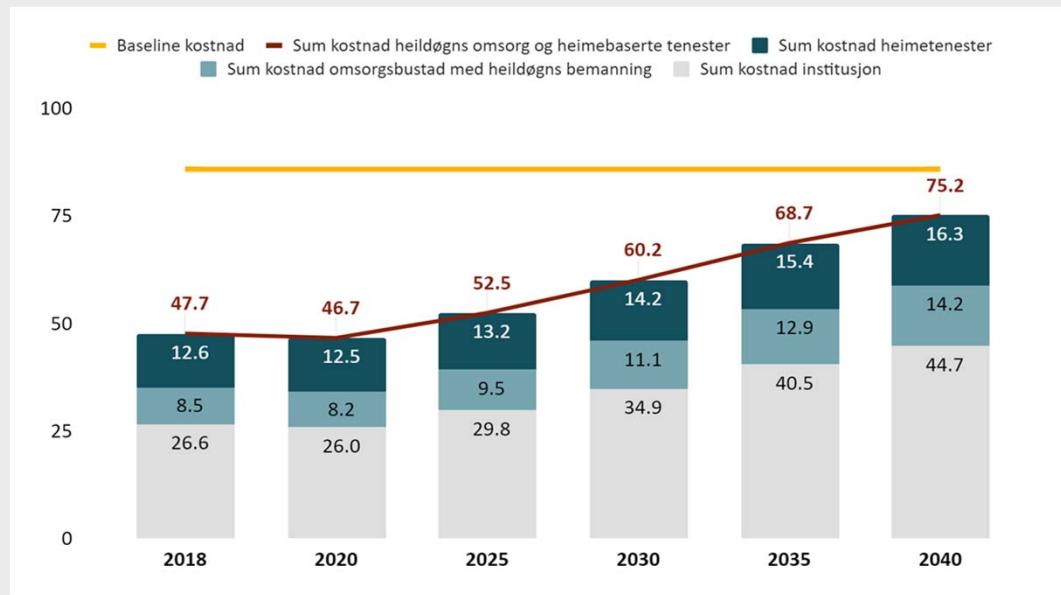
Ei slik løysing gir behov for færre tal på institusjonsplassar enn det ein har i dag (46 plassar i 2040 mot dagens 63). Talet på tenestemottakarar i heimetenesta vil derimot auke med 55% i 2040 (til totalt 345) samanlikna med 223 i dag.

Dette scenariet vil gje ein kostnadsreduksjon på *kr. 26 mill. pr. år i 2030 og kr. 11 mill. pr. år i 2040* samanlikna med dagens kostnader. Dette er ein reduksjon på høvesvis 30% og 12% samanlikna med dagens nivå, og skuldast at utgifter til institusjon og omsorgsbustad med HDO vert reduserte. Utgifter til heimetenester aukar, men dette er eit tenestetilbod som er mindre kostbart å drive enn HDO-tilbodet.

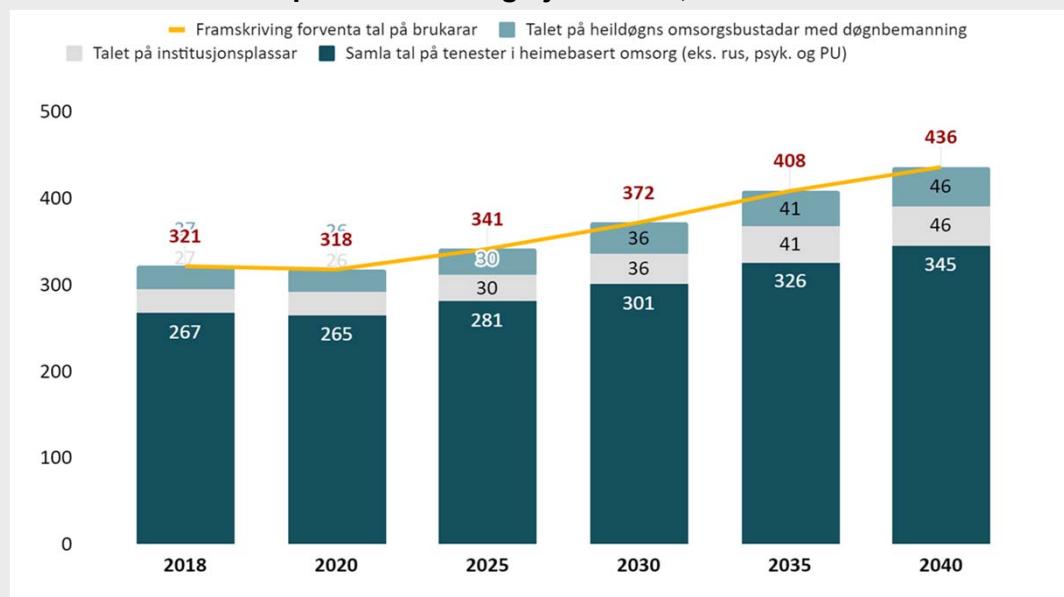
Føresetnader i modellen:	Nullalternativet
Andel institusjon av HDO-tilbodet	50 %
Andel omsorgsbustad av HDO-tilbodet	50 %
Dekningsgrad:	20 %
Kostnad per institusjonsplass:	983,219
Kostnad per plass i omsorgsbustad:	312,000
Kostnad per time heimetenester:	373 kr

Scenario 4: Omfattende endring i dekningsgrad (20 %). Endring i fordeling av HDO-plassar (50 % I/50 % O)

Forventa utvikling i kostnader til omsorgstjenester, 2018-2040, i mill.kr.



Forventa behov for kapasitet i omsorgstjenestene, 2018-2040



4

Utviklingstrekk fram
mot 2031

4.1 Kvalitet og styringsdata



Sentrale og lokale mål

Styringsinformasjonen bør vere samansett av eit utval data som er relevante for leiarane å følgje i den daglege drifta. Informasjonen bør vere relatert til eige ansvarsområde med indikatorar som gjer det mogleg å utføre naudsynte endringar i drifta. Informasjonen som kan hentast fram vil vere avhengig av kva system og rutinar for registrering Høyanger kommune har, men nokre dømer på aktuelle data er:

- Tal på vedtak
- Fast og variabel løn sett opp mot budsjett
- Andre økonomidata som registrerast jamnleg
- Bruk av overtid, gjerne per avdeling
- Kort- og langtidssjukefråver per avdeling
- Produktivitet (eksempelvis faktisk medgått tid i heimetenesta sett opp mot tildelt tid)
- Belegg i institusjonstenesta og i kommunal akuttseng
- Tenestekvalitet (eksempelvis avviksstatistikk og status kvalitetsindikatorer)
- Statistikk for gjennomførte medarbeidar- og pårørandesamtalar

Ei måltavle, helst i form av et “digitalt dashbord”, bør settast opp slik at styringsinformasjonen blir henta inn meir eller mindre samstundes som den blir registrert i det aktuelle fagsystemet. Dashbordet må difor kunne hente informasjon frå mange ulike system. Døme på eit slikt system er Power BI fra Microsoft.



Utfordningsbilete

Helsedirektoratet utarbeider årleg ei rekke nasjonale kvalitetsindikatorar, der alle kommunar og fylker vert samanlikna. Føremålet er å bidra til openheit og få innsikt i kvalitet i helsetenestene. Direktoratet definerar god kvalitet ut frå om tenestene er:

- Verknadsfulle
- Trygge og sikre
- Involverar tenestemottakar
- Samordna og prega av kontinuitet
- Utnyttar ressursar
- Tilgjengelege og rettferdig fordelt

Dei nasjonale kvalitetsindikatorane for kommunale helse- og omsorgstenester tyder på at Høyanger har tenestekvalitet på høgde med eller betre enn snittet i landet. Desse indikatorane nyttast imidlertid ikkje i kommunen sitt helse- og omsorgsarbeid.

Vidare, nyttar ikkje kommunen styringsdata aktivt. Analyse og bruk av styringsdata er viktig både for å fange opp avvik og unormalitetar og sikre god styring av tenestene. Eit døme på data som må oppdaterast jamnleg, og i takt med endra brukarbehov, er IPLOS-score. Vidare, må det vere same kjelder som nyttast i oversikt over tilsette, tenestemottakarar, tilgjengelege plassar m.m. og ein må sikre at denne informasjonen er tilgjengeleg på tvers av einingar og avdelingar.

4.1 Kvalitet og styringsdata



Utviklingsretning kvalitet

- Bruk av nasjonale kvalitetsindikatorar innførast i Høyanger kommune og det skal settast ambisjonsnivå for desse. Kommunen skal også velje seg ut nokon indikatorar for forbetring

Utviklingsretning styringsdata

- Leiinga i helse-og omsorgstenesta skal utøve meir aktiv styring med drifta. Det bør velgast ut nokre parameter for månadleg oppfølging



4.2 Leiing, organisering og samarbeid



Sentrale og lokale mål

God leiing er avgjerande for å skape helse- og omsorgstenester av høg kvalitet i ei heilskapeleg og koordinert teneste. Det krevast god leiing på alle nivå og tydelege leiings- og styringslinjer, frå øverste leiing, dvs. kommunestyret og rådmann, til leiarar i utøvande einingar. Leiing i kommunane er nær knytta til lokalpolitisk leiing og balansen mellom nasjonale oppmodingar og lokale vedtak og moglegeite krev forståing for politiske prosessar. Samstundes er leiarrolla fagleg utfordrande og krev kunnskap om blant anna innhaldet i tenestene, tenestemottakarane sine behov og folkehelsekunnskap.

Dersom sektoren skal kunne arbeide smartare og bruke ressursane bedre i åra som kjem, er det heilt naudsint med godt leiarskap og at ein i større grad ser løysingar i eit heilskapeleg perspektiv, på tvers av verksemder, einingar og sektorar. God leiing handlar generelt om å sette mål og sørge for at ein oppnår ønska resultat. Det handlar om å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tiltak som får tenestene til å utvikle seg på ein god måte og det handlar om personal- og organisasjonsleiing. I dette inngår systematisk arbeid med kvalitet og pasienttryggleik, som er eit ansvar for leiarar på alle nivå i tenesta.



Utfordningsbilete

Helse- og omsorgstenestene i Høyanger kommune vil i åra som kjem få ein vesentleg auke i talet på tenestemottakarar, samt utfordringar med å rekruttere nok sjukepleiarar og helsefagarbeidarar. Samstundes vil kompleksiteten og krava til samhandling auke. I praksis tyder dette at framtidige arbeidsprosessar vil få fleire og hyppigare koplingar mellom grenseflatene, og at tenestene difor vil utfordrast på å framstå meir heilskapelege. Det vil vere behov for at leiarane er i stand til å utvikle helse- og omsorgstenestene i tråd med nye arbeidsmetodar og nye måtar å yte tenester på.

Helse- og omsorgssjefen har i dag ei leiargruppe på 12 einingsleiarar. Til saman er det omlag 220 medarbeidarar under desse. Det er stor forskjell i storleik på einingane målt i tal på tilsette, frå Høyanger sjukeheim med om lag 70 tilsette til eining for fysioterapi og dagsenter med seks tilsette og frivilligsentralen med fire tilsette. Organiseringa er fagbasert og kan fungere godt med tanke på å styrke fag og samarbeid internt i kvar eining. Organiseringa underbygger i mindre grad samarbeid og utnytting av ressursar på tvers av einingar.

Ei mindre leiargruppe under kommunalsjefen vil truleg fremje samarbeid og ressursutnytting på tvers. For dei største einingane vil det då vere behov for eit formelt leiarnivå under einingsleiarnivå for at ikkje kontrollspenn skal bli for stort for einingsleiar. Dette vil tydeleggjere leiarlinjene, styrke operativt leiarskap og legge til rette for godt arbeidsmiljø nær der tenestene vert utøvd.

4.2 Leiing, organisering og samarbeid



Utviklingsretning

- Høyanger kommune skal vurdere organisasjonsmodellen sin med omsyn til auka kompleksitet og auka krav til samhandling i åra som kjem. Organisasjonsmodellen skal støtte framtidige arbeidsprosessar og heilskapelege tenester innan helse og omsorg i kommunen.
- Leiarane i helse og omsorgssektoren skal jobbe vidare for å utvikle tydelegare leiing, klare ansvarsområde for leiarar og ein omforent leiingskultur.
- Helse- og omsorgssektoren skal jobbe systematisk med kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik og brukarmedverknad



4.3 Tildeling og forvaltning

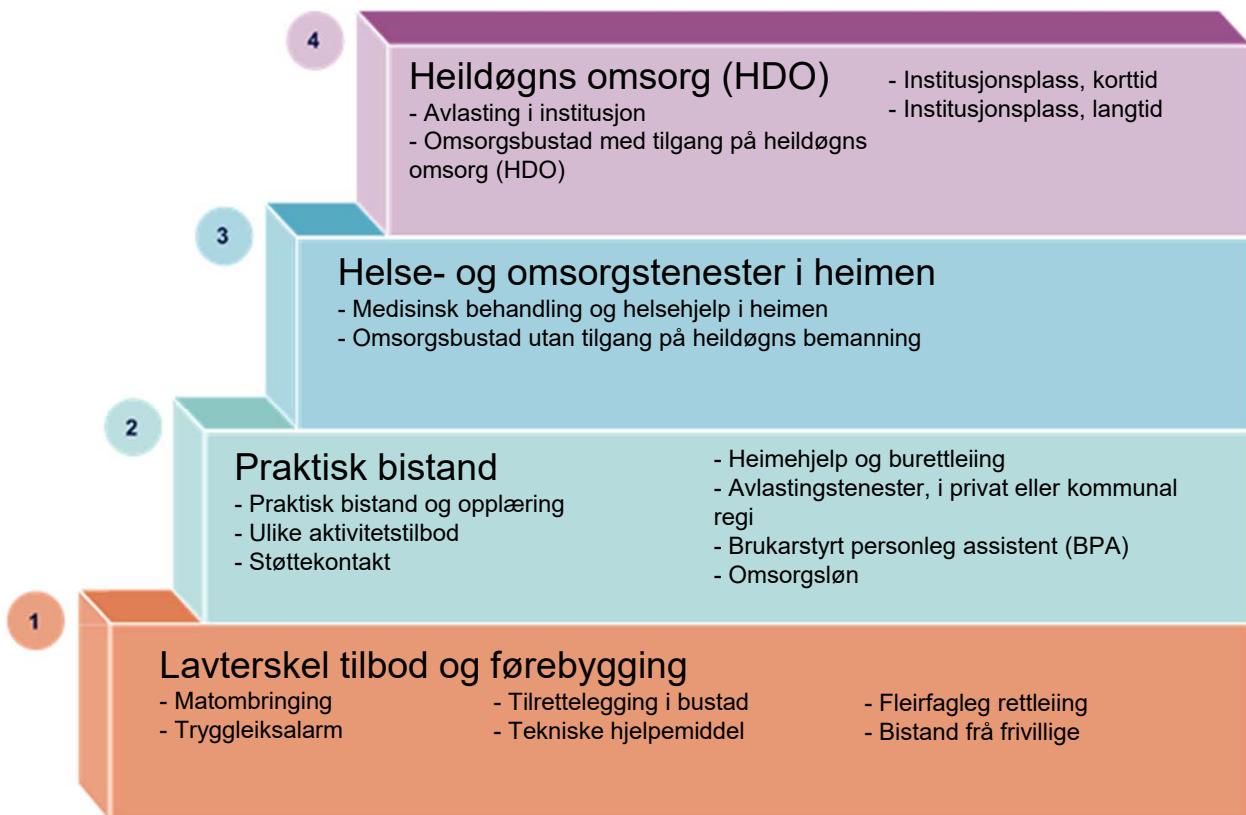
Tenester tilpassa brukarbehev - omsorgstrappa

Kommunar jobbar etter BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).

Dette inneber tidleg innsats for å medverke til at kvar einskild tenestemottakar får nytte eigne ressursar og er sjølvstendige så lenge som mogleg, - til dømes ved å bu heime i eigen bustad.

Kvar innbyggjar vert vurdert individuelt og tenestetilboden vert tilpassa behova til den einskilde. Omsorgstrappa viser omsorgstenester på ulike trinn, der det er ein samanheng mellom aukande behov og auka tenestetilbod. I praksis er det ikkje tette skilje mellom dei ulike trinna. Ein og same tenestemottakar kan ta imot tenester som er plassert på ulike trinn i trappa. Samstundes kan det vere mange tenestemottakarar på same trinn som har ulike bistandsbehov.

- Trinn 1** inneheld tenester som har eit standardisert preg og som ikkje er knytt direkte til tenesteyting frå menneske til menneske
Trinn 2 inneheld personleg tenesteyting knytt til praktiske forhold, såkalla praktisk bistand
Trinn 3 inneheld personleg stell og medisinsk behandling i heimen, dvs helse- og omsorgstenester i heimen / heimesjukepleie
Trinn 4 inneheld heildøgns omsorgstenester



4.3 Tildeling og forvaltning

Kommunen har ansvar for at personar som oppheld seg i kommunen, får tilbod om naudsynte helse- og omsorgstenester. Målet for sakshandsaminga og tildeling av helse- og omsorgstenester er at tenestemottakarane skal få tilbod om dei riktige tenestene til rett tid, og i riktig omfang.

Tildeling av tenester i Høyanger blir utført i eit tiltaksteam som er samansett av einingsleiarar i helse- og omsorgstenesta og kommuneoverlege. Kommunen har skriftlege rutinar og prosedyrar for vurdering og tildeling av tenester. Teamet møtast ein gong i veka og handsamar 700-800 søknader per år. Saksutgreiing blir gjort av tilsette i tenesta. Kommunen har koordinerande eining som har ansvar for det overordna arbeidet med individuell plan og for opplæring og rettleiing av koordinatorar.



Sentrale og lokale mål

Alle tenestemottakarar i helse- og omsorgstenester skal ha heilskaplege pasientforløp og koordinerte tenester. I tildeling av tenester skal ein sikre god sakshandsaming og sørge for likeverdig handsaming av søknadar.

Gjennom tenestetildeling skal ein også sikre riktig tenestenivå for tenestemottakarane og sørge for likskap i tenestetildelinga i kommunen, slik at alle innbyggjarar uavhengig av alder, tenestebehov og bustad, vil få lik tilgang på helse- og omsorgstenester.

For pasientar og tenestemottakarar med behov for langvarige og koordinerte tenester etter helse- og omsorgstenestelova, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- og omsorgstenestelova § 7-2. Dette gjeld uavhengig av om pasienten eller tenestemottakaren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for naudsynt oppfølging av den einskilde tenestemottakar.

Høyanger kommune ønsker å styrke oppfølging av tiltaksteam og koordinerande eining, samt vurdere tildelingspraksisen mot kommunar vi kan samanlikne oss med, for å sikre riktig bruk av omsorgstrappa. Fokus på tenestemottakarane si eigenmestring, kvardags-rehabilitering og bruk av velferdsteknologiske hjelpemiddel må difor aukast og må gjenspeilast i tenestetildelinga.



Utfordringsbilete

Forvaltningsoppgåvene har over tid blitt fleire og meir komplekse. Når tal eldre innbyggjarar i kommunen aukar, aukar også tal søknadar om helse- og omsorgstenester. I tillegg ser ein at tal saker som omhandlar barn og unge og demenspasientar aukar. Ein ser også utfordringar knytt til at mange bur i gamle bustader som er lite tilrettelagt for pleie- og omsorgsføremål.

Analyse av nøkkeltal viser at Høyanger tildeler fleire helse- og omsorgstenester enn samanliknbare kommunar. Den demografiske utviklinga i Høyanger kommune fører tillegg til auka press på helse- og omsorgstenestene og det vil i framtida ikkje vere mogleg å oppretthalde same tenestenivå som i dag.

4.3 Tildeling og forvaltning



Utviklingsretning

- Eigenmeistring og kvardagsrehabiliteringstankegangen skal vere grunnpilaren ved vurdering av søknad om helse- og omsorgstenester. Gjennom å kartlegge tenestemottakar sitt rehabiliteringspotensiale og motivasjon, samt viktigheita av auka eigenmeistring, skal tenestene søke å legge inn tilbod lågt i omsorgstrappa og fokusere på å auke den einskilde tenestemottakar sitt sjølvstende.
- Velferdsteknologiske hjelpemiddel skal inngå i kommunen sitt tenestetilbod i langt større grad enn i dag.
- Intern organisering av tildelingspraksis skal vurderast. Kapasiteten må dimensjonerast slik at det blir gitt tilstrekkelege tenester til fleire brukarar utan at ressursane blir auka tilsvarende, og kompetanse knytt til nye måtar å yte tenester på må styrkast slik at kommunen blir i stand til å handtere den demografiske utviklinga i åra som kjem.
- Innbyggjarane i Høyanger kommune skal motta tenester på det nivået dei har behov for. Overordna målsetting er at innbyggjarane skal bu heime, i eigen bustad, så lenge som mogleg. For å oppnå dette må kommunen sitt tilbod om korttidsplassar driftast på ein måte som bidrar til at folk bur lengst mogleg heime. Dette inneber blant anna at tilsette skal ha fullt fokus på rehabilitering, eigenomsorg og meistring hos den einskilde tenestemottakar/pasient, slik at ein unngår institusjonalisering og at kommunen «tek over» ansvaret for tidleg

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.1 Sjukeheim



Sentrale og lokale mål

Som det går fram av helse- og omsorgstenestelova, skal kommunen tilby opphold i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgnstenester dersom dette etter ei helse- og omsorgsfagleg vurdering er det einaste tilbodet som kan sikre pasienten eller tenestemottakar naudsynte og forsvarlege helse- og omsorgstenester. Det er opp til kvar kommune korleis ein organiserer tilbodet om heildøgnssomsorg, men det er einskilde tilfelle som juridisk sett set krav om institusjon/sjukeheimspllass. Eit eksempel er pasientar som motsett seg naudsynt helsehjelp. I følge pasient- og brukarrettigheitslova kan pasientar leggast inn ved helseinstitusjon og haldast tilbake der, dersom det er naudsynt for å få gjennomført helsehjelpa, men slik type tvang kan kun gjennomførast i institusjon/sjukeheim. Juridisk sett reknast omsorgsbustader med eller utan heildøgnssomsorg som tenestemottakar sin eigen heim, medan sjukeheim er ein institusjonspllass eigd av kommunen.

Nasjonale trendar viser at tal institusjonspllassar byggast ned til fordel for omsorgsbustader med og utan heildøgnsbemannning. Samstundes vil levealderen auke, tenestene i heimen vil byggast ut og det vil bli lagt større vekt på meistring og at eldre skal oppleve det trygt å bu i eigen bustad.



Utfordningsbilete

Høyanger har to institusjonar med kort geografisk avstand mellom. Pleiefaktor og bemanningsfaktor er ulik, der Kyrkjebø har høgare pleiefaktor enn Høyanger. Det kan vere reelle grunnar til skilnaden. Mellom anna har korttidspllassar ofte lågare pleiefaktor enn langtidspllassar og skjerma einingar har ofte høg pleiefaktor. Døgnrytmeplan og bemanning bør likevel vurderast for å sjå om det er grunnlag for å utjamne skilnaden. Samarbeid mellom avdelingar internt på kvar sjukeheim ser ut til å fungere godt. Samarbeid mellom dei to sjukeheimane med bruk av personell på tvers kan med fordel styrkast.

Høyanger har fire korttidspllassar i drift. I tillegg ei Kommunal Akutt Døgnseng (KAD-seng) i interkommunalt samarbeid i Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt. Høyanger hadde i 2019 61 pasientar innlagde i KAD-seng (14,9 innlagde per 1000 innbyggjarar) med snitt liggetid 1,8 døgn. Dette gir 111 liggedøgn i 2019, altså i snitt ein pasient i KAD-seng kvart tredje døgn. Det vil seie ca 33 prosent belegg. Dette er under snittet i landet for beleggsprosent i KAD-seng som i 2018 var 41 prosent.

Høyanger kommune har per idag få eldre i omsorgsbustader, dette gjeld både med og utan heildøgnsbemannning. Dette fører til at mange eldre bur på sjukeheim sjølv om dei i utgangspunktet kunne klart seg med eit lågare pleie- og omsorgsnivå.

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.1 Sjukeheim



Utviklingsretning

- På kort sikt skal Høyanger kommune på sjå på moglegheitene for å slå saman dei to sjukeheimane til ei organisatorisk eining med felles einingslei ar. Dette for å legge til rette for auka grad av samarbeid og eventuell utjamning av bemanning
- På lang sikt skal Høyanger kommune sjå nærrare på moglegheitene for å slå saman dei to institusjonane til ein geografisk lokasjon.
- Kommunen skal sjå på tiltak for å utnytte kapasitet i KAD-seng
- Innbyggjarane i Høyanger kommune skal motta tenester på det nivået dei har behov for. Overordna målsetting er at innbyggjarane skal bu heime, i eigen bustad, så lenge som mogleg. For å oppnå dette må kommunen sitt tilbod om korttidsplassar driftast på ein måte som bidrar til at folk bur lengst mogleg heime. Dette inneber blant anna at tilsette skal ha fult fokus på rehabilitering, eigenomsorg og meistring hos den einskilde tenestemottakar/pasient, slik at ein unngår institusjonalisering og at kommunen «tek over» ansvaret for tidleg.



4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.2 Heimetenester

Heimetenester er helsehjelp og/eller anna type bistand som blir gitt heime hos tenestemottakar, uavhengig av kvar og kva type bustad tenestemottakaren bur i. Kommunen vurderer etter søknad fra innbyggaren hjelpebehovet hos den einskilde, og i samarbeid med søker sjølv og/eller pårørende, tildelast tenester etter behov.



Sentrale og lokale mål

Politiske føringar tilskir at eldre skal ha mogleheit til å bu heime lengst mogleg, uansett hjelpebehov. Målet er at tenestene skal bidra til at fleire kan bu heime lenger og at tenestemottakar sitt behov skal vere styrande.



Utfordringsbilete

Høyanger kommune har fleire brukarar av heimetenester enn i samanliknbare kommunar. Kostratal kan tyde på at mange av brukarane har lite hjelp. Dette kan tyde på raus tildeling av heimetenester eller at registreringane ikkje er korrekte. Det er aldersgruppa under 80 år som har fleire brukarar av heimetenester. Aldersgruppa over 80 år har færre brukarar enn snittet i landet i heimetenesta, men fleire enn snittet som bur på institusjon.

Talet på brukarar i heimetenesta vil auke i åra framover og brukarane vil ha større omsorgsbehov enn i dag. Dette kjem som følge av aldrande befolkning og av at fleire får omsorg i eigen heim framfor i institusjon. Dette vil kreve meir av heimetenesta når det gjeld ressursutnytting og fagkompetanse. I og med at fleire eldre skal bu heime, vil det vere fleire som vel å bu heime i bustader som ikkje er tilrettelagt for pleie- og omsorgsføremål. Geografien i Høyanger kommune er også utfordrande, sidan det er store avstandar internt i kommunen. I dag har Høyanger kommune tre basar for heimetenester; Høyanger, Lavik og Sørsida.

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.2 Heimetenester



Utviklingsretning

- For å styrke samarbeid på tvers av einingane, skal Høyanger kommune sjå på moglegitene for å slå saman dei tre einingane til ei organisatorisk eining med felles einingsleiar.
- Kapasiteten og kompetansen i heimetenesta må byggast ut i takt med aukande etterspurnad etter tenester.
- Kvardagsmeistring og kvardagsrehabilitering som arbeidsmetode skal videreutviklast og skal vere førande for tenesteyting i heimetenesta.
- Praksis for registrering av tildelt tid og faktisk tidsbruk per brukar skal forbetrast. På sikt kan dette vere viktige styringsdata.
- Innbyggjarane i Høyanger kommune skal motta tenester på det nivået dei har behov for. Overordna målsetting er at innbyggjarane skal bu heime, i eigen bustad, så lenge som mogleg. For å oppnå dette må kommunen sitt tilbod om korttidsplassar driftast på ein måte som bidrar til at folk bur lengst mogleg heime. Dette inneber blant anna at tilsette skal ha fullt fokus på rehabilitering, eigenomsorg og meistring hos den enkelte tenestemottakar/pasient, slik at ein unngår institusjonalisering og at kommunen «tek over» ansvaret for tidleg

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.3 Nedsett funksjonsevne



Sentrale og lokale mål

I NOU 2016:17 «På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming» føreslår regjeringa følgande åtte løft som naudsynte for at personar med nedsett funksjonsevne skal få oppfylt sine menneskerettar på lik linje med andre: 1) sjølvråderett og rettstryggleik, 2) likeverdig og inkluderande opplæring, 3) arbeid for alle, 4) god helse og omsorg, 5) eigen heim, 6) kompetanse og kunnskap, 7) koordinerte tenester og 8) målretta styring. Kvart av dei åtte løfta inneheld fleire tilrådde tiltak som saman skal bidra til betring.

Høyanger kommune har fokus på desse tilrådingane i arbeidet med å sikre gode helse- og omsorgstenester til innbyggjarar med funksjonsnedsetting.



Utfordningsbilete

Dei fleste med nedsett funksjonsevne som har trong for praktisk bistand i Høyanger, bur i private bustader. Kommunen har framskrive behov for 14 nye omsorgsbustader for dei med funksjonsnedsetting dei nærmaste åra. Det er uklart korleis dette skal organiserast.

Stiftelsen Fafo gjorde i 2016 en undersøking av samlokaliserte bustader og store bufellesskap for personar med nedsett funksjonsevne, der dei gjekk gjennom forskning samt perspektiv og erfaringar frå fem kommunar (Halden, Lørenskog, Meløy, Sandnes og Trondheim)*. Bakgrunnen for undersøkinga var ei bekymring for at kommunane bygger "mini-institusjonar" der mange med tenestebehov er samla på ein plass.

Spørsmålet som vart undersøkt var om dette kan bidra til å undergrave ansvarsreforma si målsetting om integrering og normalisering. I rapporten viser dei til at det ikkje er eksplisitte føringar eller råd relatert til samlokalisering eller tal einingar lokalisert i same område. Rapporten viser også til eit inntrykk av at kravet om inkludering og deltaking er noko tona ned over tid. I rapporten vert det vist til Husbanken sitt regelverk som grunngjeving for dette synet. Husbanken (HB 8.F.7 kap 4.5) tilrår at bufellesskap for personar med nedsett funksjonsevne ikkje har fleire enn maksimalt åtte einingar rundt ei personalbase.

Studien frå Fafo viser ein tendens til at talet på bustader i same bueining er aukande. Kommunane sitt argument for større bueiningar er først og fremst knytt til ressursutnytting, større fagmiljø og betre arbeidsforhold for dei tilsette, og at dette fører til betre kvalitet i tenestene. Det vil variere i kva grad ein kan utnytte ressursane betre ved samlokalisering. Ein-til-ein brukarar skal uansett ha kontinuerleg bemanning, og vedtak knytt til den einskilde brukar styrer kor mykje du kan nytte ressursane på tvers. Sjølv der brukar har vedtak om 1:1 bemanning har fleire kommunar likevel samlokalisert ut frå omsyn til arbeidsmiljø for personalet og ut frå ressurssituasjonen.

*<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/rapporter/fafo-rapport.pdf>

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.3 Nedsett funksjonsevne



Utviklingsretning

- Høyanger kommune skal i si planlegging av tenester til personar med nedsett funksjonsevne sjå nærare på fordelar ved samlokalisering av nye omsorgsbustader på éin geografisk stad i kommunen
- Det må lagast ein plan for utbygging av omsorgsbustader. Framskrivingar knytta til brukergruppa skal leggast til grunn for utbygginga.
- Det skal leggast til rette for at innbyggjarar med funksjonsnedsetting skal ha like moglegheiter for arbeids- og aktivitetstilbod.



4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.4 Psykisk helse og rus



Sentrale og lokale mål

Regjeringa har som mål at fleire skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at dei sosiale skildnadane i psykisk helse skal reduserast. Samstundes vil dei legge til rette for å fange opp dei som treng hjelp, og iverksette målretta tiltak for den einskilde som er i ein sårbar situasjon, før dei utviklar lidingar. For dei som utviklar psykiske lidingar, skal tenestene vere tilgjengelege, gode og koordinerte. Med denne strategien ønsker regjeringa også å synliggjøre meiningsa av det helsefremmande og førebyggande arbeidet, som er ein viktig del av både folkehelsearbeidet og kommunen sine psykiske helsetenester. Også innan rusfeltet er dei overordna måla heilskafelege, tilgjengelege og individuelt tilpassa tenester. Målsettinga er god tilgang til oppfølging og behandling, deltaking i arbeid/aktivitet, bedre livskvalitet, god bustad og eit sosialt liv. Gjennom å innføre krav om psykologkompetanse i dei kommunale helse- og omsorgstenestene, vil regjeringa bidra til ei naudsynt kompetanseheving i kommunen sine psykisk helse- og rustenester og samstundes gje kommunane eit viktig verkty i folkehelsearbeidet.



Utfordringsbilete

Psykisk helsearbeid og rusførebyggande arbeid er eit nasjonalt satsingsområde. Omlag ein sjettedel av den vaksne befolkninga har til ei kvar tid eit psykisk helseproblem og/eller rusproblem, og dette er forventa å auke framover. Angst og depresjon er dei vanlegaste lidingane. Redusert livskvalitet, auka dødstal, sjukefråver og uførepensjon er blant dei viktigaste følgene av psykiske helseproblem og rusmiddelproblem. Helsedirektoratet har i den nasjonale rettleiinga "Sammen om mestring" fra 2014 peika på utfordringar og moglegheiter i lokalt psykisk helsearbeid og rusførebyggande arbeid. Det er ei forventing frå nasjonale myndigheter at kommunar og helseføretak videreutviklar og betrar tenestetilbodet innan psykisk helse og rusførebygging.

Arbeid med psykisk helse og rusførebygging vil vere ein viktig del av helse- og omsorgstenestene også framover. Dei tilsette som jobbar med psykisk helse og rusomsorg jobbar kun på dagtid. For anna personell som arbeidar kveld og i helg kan det bli usikkerheit sidan dei ikkje kjenner brukarane like godt.

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.4 Psykisk helse og rus



Utviklingsretning

- Personar som står i fare for å utvikle eit rusproblem og/eller ei psykisk lidning skal fangast opp og hjelpast tidleg. Psykisk helse og rus skal vere ein del av folkehelsearbeidet med fokus på så tidleg innsats som mogleg.
- Høyanger kommune skal vidareutvikle arbeid med psykisk helse og rus ved å styrke undervisning og opplæring av øvrig personell i heimetenesta
- Meir rettleiing for tilsette i open omsorg knytt til psykiatriske pasientar som ein går til utanom psykiatritenesta
- Styrke det tverrfaglege samarbeidet mellom skulehelsetenesta og psykiatritenesta



4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.5 Fysio, ergo og dagsenter



Sentrale og lokale mål

Eldre skal ha moglegheit til å vere mest mogleg sjølvhjelpe, også når dei mottek helse- og omsorgstenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering og eigenomsorg før det vert iverksett tiltak som kompenserar for tap av funksjonsevne. Kvardagsrehabilitering er eit førebyggande og rehabiliterande tankesett som vektlegg den einskilde si meistring i kvardagen, uansett funksjonsnivå. Tenestemottakaren skal støttast og rettleiast til sjølv å kunne meistre aktivitetane i dagleglivet i størst mogleg grad. Kvardagsrehabilitering kan både gje auka sjølvstende i daglege aktivitetar, forbetra funksjonsevna og utsette ytterlegare funksjonsfall. Velferdsteknologiske løysningar som bidrar til å oppretthalde livskvalitet, sjølvstende og meistring er viktige verkemiddel.



Utfordringsbilete

Dei kommunale fysioterapeutane brukar i hovudsak tida si på eldre og barn. Ergoteraputen bruker mykje av tida si på hjelpemiddelformidling. Private fysioterapeutar er organisert under fysio og er ein del av behandlingstilbodet.

Ein må ha nok ressursar til optimalisering av kvardagsrehabilitering. Talet på eldre innbyggjarar dei komande åra fører i seg sjølv til utfordringar knytta til oppfølging. I tillegg krev best mogleg kvardagsrehabilitering ei endring av det grunnleggande tankesettet i tenestene, der helsepersonell går frå å vere hjelparar som overtar oppgåver, til å bli rettleiarar som tilrettelegg for eigenomsorg og meistring. Det føreset også ei felles forventningsavklaring mellom tenestemottakar, pårørande og utøvar i tenesta, om kva den einskilde tenestemottakar sjølv skal stimulerast til å meistre og kva som er kommunen si oppgåve.



Utviklingsretning

- Høyanger kommune vil sette i gang eit utprøvingsprosjekt for kvardagsrehabilitering. Prosjektplan, målformulering og evalueringskriterie må på plass før prosjektstart. Prosjektet skal legge til rette for brukarinvolvering og involvering av medarbeidarar i heimetenesta. Etter prosjektperioden vil det vere naturleg å tenke seg at kvardagsrehabilitering blir ivaretake av heimetenesta eller som ein del av eining for spesialiserte helstenester.
- For å styrke samarbeid på tvers av heimetenesta og terapeutane, og for å ta ut potensialet i kvardagsrehabilitering bør ein vurdere å slå saman eining for fysioterapi og dagsenter med heimetenesta eller saman med spesialiserte helstenester.
- Dagsenterfunksjonen vil bli endå viktigare framover. Det blir difor viktig å vidareutvikle denne funksjonen

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.6 Legetenesta



Sentrale og lokale mål

Fastlegeordninga skal sikre at alle får naudsynte allmennlegetenester av god kvalitet til rett tid og at personar som er busett i Noreg skal få ein fast allmennlege å forhalde seg til. Kommunen har det overordna ansvaret for å sikre ei forsvarleg og god allmennlegeteneste til alle som oppheld seg i kommunen. Det er eit mål at fastlegeordninga i Høyanger kommune, kapasitetsmessig skal vere tilpassa innbyggjarane sine behov, samt at legetenesta skal vere mest mogleg stabil og ein attraktiv arbeidsplass for legar.



Uttfordningsbilete

Det er god service til innbyggjarane å ha desentralisert fastlegeteneste, men reisetida går av tid som elles kunne vore brukt til pasientbehandling. Utedagar krev at legane er villege til å ha reisedagar, og at reisedagane blir oppretthalde også i periodar med sjukdom og fråver.

Framskrivningar av behov for legar syner at det ikkje vil bli mangel på legar i framtida. Noko av grunnen er at mange ungdomar tek utdanning i utlandet og ønsker jobb i Noreg når dei er ferdig utdanna. Det er derimot mangel på fastlegar, men med stimuleringstiltak, som til dømes stipend for medisinstudentar og legar som kjem frå Høyanger, kan gjere det lettare å rekruttere legar til kommunen i framtida.



Utviklingsretning

- Høyanger kommune vil vurdere om utedagane til legetenesta kan trappast ned. I samband med dette vil velferdsteknologi som kan hindre lang reiseveg vere eit av tiltaka som vurderast.
- Kommunen vil også vurdere stimuleringstiltak for rekruttering av legar i framtida. Dette vil vere ein del av ein felles rekrutterings- og kompetanseplan for helse og omsorg i Høyanger kommune.

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.7 Helsestasjon og jordmorteneste



Sentrale og lokale mål

Tilbodet i svangerskapsomsorga, helsestasjon og skulehelseteneste har som primær oppgåve å drive helsefremmende og førebyggande arbeid til gravide, sped- og småbarn, samt skulebarn i grunnskule og videregående skule. Helsestasjon har god oppslutning i befolkninga og helsesjukepleiar har ofte ein relasjon til barnet og familien. Helsesjukepleiar er som regel godt kjend med forholda og vilkåra omkring den einskilde familie, noko som har betydning for den heilsapelege oppfølginga.



Utfordningsbilete

Dei fleste barn og unge i Noreg trivast og har god psykisk helse. Undersøkingar av livskvalitet viser at det store fleitalet er fornøgde med liva sine. Samstundes er det mange som får diagnostisert psykiske lidinger i løpet av barndom og ungdomstid, og for ein del representerer det langvarige eller livslange tilstandar. Angst, depresjon og åtferdsproblem er dei hyppigast forekommande lidingane i barne- og ungdomsåra.

Lang reiseveg til spesialistar og andre tiltak medfører at mange vel vekk, eller ventar for lenge med å ta imot behandling og oppfølging. I praksis ser kommunane at fleire og fleire barn og unge som er henvist til spesialisthelsetenestene blir tilrådd vidare oppfølging i kommunehelsetenesta. Dersom dette blir normal praksis, føreset det at kommunen er rusta til å gje denne typen oppfølging, gjennom at det blir tatt høgde for at verksemder som helsestasjon og skulehelseteneste, som tidlegare har hatt hovudfokus på førebyggande og helsefremmende tenester, også skal drive med andre typer oppgåver.

I Høyanger kommune er det to utestasjonar av helsestasjon i kommunen og difor svært mykje reiseverksemd for helsesjukepleiarane.



Utviklingsretning

- Høyanger kommune vil sjå nærmere på utrekningar knytta til bemanning i helsestasjon for å vurdere om kommunen har tilrådd bemanning, og om det er grunnlag for å endre bemanning.
- Kommunen vil vurdere å redusere tal på utedagar og utestasjonar for å redusere reisetid.
- For å betre samarbeid med legetenesta og for å jamne ut storleiken på einingane vil ein også vurdere å slå saman helsestasjon og jordmortenesta med legetenesta i ei eining.

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.8 Mat og ernæring



Sentrale og lokale mål

Mat og måltid er eit av hovudområda for reforma «Leve hele livet», kvalitetsreforma for eldre som presenterast i Stortingsmelding 15. God mat er grunnleggande for god helse og livskvalitet heile livet. Målet er å skape gode måltidsopplevelingar og redusere underernæring. Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, luktar godt og smakar godt. Maten skal vere tilpassa den einskilde sine behov og serverast i ei hyggeleg ramme. Mange eldre meinat at gode måltid er ein av kvardagen sine viktigaste hendingar. Eldre bør få større moglegheit til å velge kva dei vil ete, når dei vil ete og dele eit godt måltid med andre.



Utfordringsbilete

Mat og måltid blant eldre har i dei seinare åra blitt sett på dagsordenen i Noreg. Likevel ser det ut til å vere eit stort gap mellom tilrådd praksis og utøvd praksis i tenestene. Mange eldre er feil- eller underernært og langt frå alle eldre får ivaretatt sitt grunnleggande behov for mat, ernæring og gode måltidsopplevelingar.

Oppsummert er hovudutfordringane i Noreg:

- Manglande systematisk oppfølging
- Manglande sosialt fellesskap og lite vektlegging av omgjevnadane for måltida
- Få måltid og lang nattfaste
- Lite mangfold og valfridom
- Lang avstand mellom produksjon og servering

Høyanger kommune har eit kommunalt kjøkken som er lokalisert i kjellaren på sjukeheimen i Høyanger. Kommunen har hatt kok-kjøl kjøkken sidan 2002. Det er gjennomført fleire brukarundersøkingar med positive resultat men det er nokre år sidan sist det var gjennomført. Samarbeid mellom tenestene er sagt å fungere godt.



Utviklingsretning

- Ordninga med kommunalt sentralkjøkken vil vurderast i samråd med brukarrepresentantar og tilsette
- Vurdere om tenesta er rigga for framtidas krav og forventningar

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.9 Kultur, folkehelse og tidleg førebygging

Tidleg innsats og førebygging av sjukdom, funksjonssvikt og sosiale problem vert viktigare enn nokon gong når ein skal møte dei utfordringane som helse- og omsorgstenesta står ovanfor i åra som kjem. Tidleg innsats og førebygging skjer på ulike måtar og i ulikt omfang. Førebyggande arbeid kan delast inn i tre nivå:

1. Primærforebygging som inneber å styrke helsa og hindre at det oppstår sjukdom, skade eller lyte
2. Sekundærforebygging som inneber å stoppe sjukdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall
3. Tertiærforebygging inneber å hindre forverring og sikre best mogleg meistring og liv med den helsevikten ein har

Ein kan arbeide med førebygging gjennom ein meir aktiv tilnærming til dei som er i risikosona for å utvikle sjukdom eller redusere funksjonsnivået sitt, eller som allereie har redusert funksjonsevne. God opplæring, rettleiing og støtte av tenestemottakarar er i tillegg viktig for å unngå forverring og kunne mestre livet med sjukdom. Dette kan blant anna skje ved opplysing, råd og rettleiing.

Folkehelsearbeid er samfunnet sin innsats for å påverke faktorar som direkte eller indirekte fremmar befolkninga si helse og trivsel, førebygger psykisk og somatisk sjukdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrugslar. Folkehelsearbeid er i tillegg arbeid for ei jamnare fordeling av faktorar som direkte eller indirekte påverkar helsa. Folkehelse er eit ansvar i alle sektorar og på alle forvaltningsnivå, dvs. kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheter.



Sentrale og lokale mål

Sentrale målsettingar for folkehelsearbeidet er:

- Utvikle eit samfunn som legg til rette for positive helseval og sunn livsstil
- Fremme tryggleik og medverknad for den einskilde, samt gode bу- og oppvekstsvilkår
- Førebygge sjukdom og skadar



Utfordningsbilete

Effekten av førebyggande arbeid er vanskeleg å måle. Det har blitt utført studiar på einskilde område og for einskilde brukargrupper, men på eit overordna nivå er det ikkje mogleg å konkludere med at auka innsats i førebygging vil resultere i mindre behov for helse- og omsorgstenester. Arbeid med førebygging og folkehelse er ikkje mindre viktig av den grunn.

Det er eit rikt kultur og folkehelsearbeid i Høyanger, og det er godt lagt til rette for fysisk aktivitet og kulturtiltak. Det er tilbod til alle aldersgrupper. Kommunen er oppteken av å jamne ut sosiale forskjellar og har difor tilbod til innbyggjarane innan idrett, kultur og anna til sponsa prisar eller utan kostnad for den einskilde. Dette har vore mogleg i tid med god kommuneøkonomi.

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.9 Kultur, folkehelse og tidleg førebygging



Utviklingsretning

- Tiltak som førebyggande heimebesøk, treningsgruppe/arena og sosiale møteplassar med ulikt innhald, må etablerast og byggast ut.
- Høyanger kommune bør halde fram det gode folkehelsearbeidet som pågår per i dag.
- Folkehelse og førebygging må innarbeidast som ein integrert del av alle sektorar i kommunen.
- Det bør vurderast etablering av frisklivssentral

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.10 Frivilleheit

På helse- og omsorgsområdet er det eit stort behov og potensial for å ta i bruk samfunnet sine samla ressursar for å behalde og utvikle eit godt velferdssamfunn: ressursane som ligg hos brukarane sjølv, familiane deira og sosiale nettverk, i nærmiljøet og i lokalsamfunnet.

Frivilleig sektor har spelt, og spelar fortsatt, ei viktig rolle i oppbygginga av velferdssamfunnet i Noreg. Frivilleig sektor har vore med i utviklinga av velferdstenester og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet og har vist veg for det som seinare har blitt naturlege oppgåver for velferdsstaten. Frivilleige og frivilleige organisasjoner sin innsats er mangfaldig. Eksempel på innsatsen innanfor helse- og omsorgsfeltet er besøksvenner, turgrupper, kulturelle aktivitetar, rusmiddelførebyggande arbeid, rusbehandling, måltidsfellesskap og matkurs, informasjonsarbeid, likepersonasarbeid og omsorg ved livets slutt.



Sentrale og lokale mål

Folkehelselova § 4 slår fast at kommunane har eit ansvar for folkehelsearbeid og for at kommunen samarbeider med frivilleig sektor. Kommunane bør tilrettelegge for frivilleig sektor og utvikle ein eigen frivilleigheitspolitikk. Eit godt samarbeid mellom offentleg sektor og sivilsamfunnet er sentralt for ei god samfunnsutvikling. Dei demografiske utfordringane som kommunane i Noreg møter i åra som kjem, gir nye moglegheiter for å utvikle samarbeidet mellom offentleg og frivilleig sektor, møte nye behov med nyskapande aktivitetar og engasjere enda fleire til frivilleig innsats.

Kommunen bør få fram at kvar einskild innbygger har eit ansvar for å halde seg aktiv og legge forholda tilrette for sin eigen alderdom så langt det er mogleg. Kommunen sitt ansvar er å legge tilrette for aktivitet, for innsats frå pårørande og frivilleige, for rettleiing, førebyggande tiltak og for fagleg gode helse- og omsorgstenester til dei som fyller vilkåra for slike tenester.



Utfordningsbilete

Det er lite samarbeid mellom frivilleige og helse- og omsorgstenestene i Høyanger. Årsaka til dette kan vere fleire. Trøndelagsforskning har i ei studie frå 2014 undersøkt dei viktigaste hemmande og fremmande faktorane for samarbeid mellom frivilleig sektor og kommunale pleie- og omsorgstenester*. Her kjem god kommunikasjon og forventningsavklaring mellom kommune og dei frivilleige fram som den viktigaste fremmande faktoren. Rapporten trekk fram faste møteplassar og samarbeidsutval eller koordinator frå kommunen som aktuelle tiltak som legg til rette for dette. Det er derimot ei aukande mengde spreke pensjonistar i åra som kjem, så moglegheita for å rekruttere fleire frivilleige er god. Dette er likevel avhengig av at det er ein koordinatorfunksjon for den frivilleige innsatsen.

4.4 Dimensjonering og lokalisering av tenestene

4.4.10 Frivilleheit



Utviklingsretning

- Pårørende og frivillege er ein stadig viktigare ressurs og det må jobbast for at denne ressursen skal bli sett meir i system, for eksempel i form av eksisterande lokale lag og foreiningar.
- Høyanger kommune skal utarbeide mål for samarbeid med frivillege. Aktuelle tiltak kan til dømes vere å organisere arbeidet under kultur og folkehelse.
- Vurdere vidareutvikling av frivillegsentralen



4.5 Bemanning og rekruttering



Sentrale og lokale mål

Høyanger kommune ønsker å vere ein attraktiv arbeidsplass for nyutdanna sjukepleiarar og anna helsepersonell. Kommunen skal ha fokus på kompetanseutvikling internt, og ønsker å behalde medarbeidarar i helse- og omsorgssektoren så lenge som mogleg. I tillegg er det ei målsetting at tilgjengelege ressursar blir nytta på ein mest mogleg hensiktsmessig måte, blant anna ved å bruke helsefagarbeidarar framfor sjukepleiarar der dette er mogleg.



Utfordringsbilete

Å rekruttere tilsette med naudsynt kompetanse og vidarutvikle kompetansen hos eigne medarbeidarar vil, forutan økonomi, bli ei av dei største utfordingane i helse og omsorg dei neste 10 åra. Behovet for tal tilsette aukar radikalt i takt med befolkningsutviklinga samstundes som krav til behandling, rehabilitering og habilitering av stadig meir kompliserte tilstandar krev meir spesialisert kunnskap. I same 10 årsperiode vil mange tilsette gå av med pensjon. Ein er no inne i ei tid der sjukdomsbilete hos tenestemottakarane i helse- og omsorg utviklar seg betydeleg, noko som gir behov for meir spesialisert kompetanse.

Kva som krevst av grunnleggande ferdigheiter og kompetanse, uavhengig av fag, endrar seg også raskt. Det er umogleg å seie eksakt kva type kompetanse det er behov for om 10 år. Dette gjeld særskilt digital kompetanse og evne til å bruke digitale verktøy av ulik art. Det er ikkje gjort reelle målingar av den digitale modnaden i helse og omsorg, men eit betydeleg tal tilsette opplev ein del av dei digitale verktøy som krevande og klarar ikkje å utnytte potensialet i desse. Det framstår difor eit tydeleg behov for grunnleggande kompetanseheving på digitalisering og bruk av digitale verktøy.

Å lukkast med rekruttering av rett kompetanse krev målretta og strukturert innsats. I tillegg til å lukkast med rekruttering av nye tilsette, er det også viktig å behalde eksisterande medarbeidarar og vidareutvikle deira kompetanse i tråd med kommunen sine behov. Høyanger kommune helse og omsorg har i dag ingen eigen kompetanse-, eller rekrutteringsplan. Dette vil vere eit viktig verktøy som skal prioriterast i løpet av kort tid. Samstundeser det viktig å erkjenne at arbeid med gode rekrutterings- og kompetansetiltak kostar. Om kommunen er villeg til å investere i dette no, vil det derimot gje rikeleg avkastning i eit 10-årsperspektiv.

Dei tenestene som vil få størst utfordingar med rekruttering vil vere heimetenesta og sjukeheim/institusjon. Om det ikkje blir gjort betydelege endringar i måten helse- og omsorgstenestene leverast på, vil det altså vere behov for å rekruttere eit svært høgt tal nyttilsette dei neste 10 – 20 åra.

4.5 Bemanning og rekruttering

Høyanger kommune er ikkje åleine om å få utfordringar med rekruttering i åra som kjem. Det er gjort ei rekke framskrivingar av behov for helsepersonell i helse- og omsorgstenestene. Statistisk sentralbyrå si siste framskriving viser at det først og fremst er sjukepleiarar og helsefagarbeidarar som vil mangle framover. I 2035 vil det ifølge framskrivingane mangle 28.000 sjukepleiarar og 18.000 helsefagarbeidarar i Norge. Det er imidlertid knytt stor usikkerheit til framskrivingane -først og fremst fordi det ikkje er kjent i kva grad helsetilstanden betrar seg når levealderen aukar. Det er også usikkert korleis omfanget av ubetalt pleie- og omsorgsarbeid i heimen vil utvikle seg og om det framleis vil finne stad ein standardvekst målt ved årsverk per brukar.

Samstundes ser dessverre interessa for å arbeide i helsesektoren ut til å gå nedover. I 2019 gjekk tal søkerar på helsefaglege bachelorutdanninger ned med 4,8%, altså 1880 færre søkerar. Nedgangen var størst på sjukepleiarstudiet som hadde 2948 færre søkerar enn året før, ein nedgang på 18,7%. Undersøkingar blant avgangsstudentar viser også at det er få sjukepleiarstudentar som ønsker å jobbe i kommunal eldreomsorg. I 2017 svara kun 21% av studentane at dei kunne tenke seg å jobbe på sjukeheim eller i heimesjukepleie. Vi ser likevel lyspunkt ved at det forl 2021 ser ut til at det er ein auke i tal søkerar til helsefaglege utdanninger

Høyanger må som andre kommunar innstille seg på at det vil vere vanskeleg å rekruttere fagfolk til helse og omsorg i framtida. Det er særleg sjukepleiarar og helsefagarbeidarar som vil bli vanskeleg å rekruttere. Ved å endre oppgåvedeling frå sjukepleiarar til helsefagarbeidarar kan rekrutteringsbehovet dempa st. Til dømes vil behov for årsverk for sjukepleiarar gå ned med 10 prosent dersom 10 prosent av oppgåvene til sjukepleiarane kan overførast til helsefagarbeidarane. Samlokalisering og reduksjon av tal på nattevakter kan spare årsverk på natt og dermed også bidra til å redusere rekrutteringsbehov.



Utviklingsretning

- Det utarbeidast ein eigen rekrutterings- og kompetanseplan for helse og omsorg. Planen må inkludere ei detaljert oversikt over kva type kompetanse Høyanger kommune vil ha behov for i helse- og omsorgstenestene fram mot 2031. Planen må også inkludere tiltak for korleis kommunen skal utvikle naudsynt kompetanse internt, korleis behalde eksisterande medarbeidarar lengst mogleg og korleis kommunen skal lukkast med å rekruttere nye medarbeidarar.
- Det skal iverksettast tiltak for å kartlegge korleis kommunen kan nytte dei ressursane som til ei kvar tid er tilgjengelege på best mogleg måte. Dette inkluderer vurdering av kven som skal ta ulike arbeidsoppgåver, bruk av heiltid/deltidsstillingar og vikarar, samt sjå på mogleghetene for innovasjon i tenestene som møter endringar i tenestemottakarane sine behov framover.

4.6 Brukarmedverknad



Sentrale og lokale mål

Pasientar og brukarar har rett til å medverke ved utforming og gjennomføring av eigne helse- og omsorgstenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven

§ 3-1. Stortingsmeldinga "Fremtidens primærhelseteneste - nærlhet og helhet" fra 2015 gjer nærmere greie for at helse- og omsorgstenestene i framtida skal vere pasientane og brukarane sine tenester. Hovudregelen er at "inga beslutning om meg som pasient skal takast utan meg". Brukarane skal i større grad få påverke eigen kvar dag gjennom meir valfridom og eit større mangfold av tilbod. Erfaringane til brukarar av tenestene og den kunnskapen dei har må inkluderast for å få til dette. Kravet om brukarmedverknad er også sentralt i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene.

Pasient-, brukar- og pårørandeorganisasjonar skal vere viktige samarbeidspartar for utforming av folkehelsearbeid og helse- og omsorgstenester på systemnivå. Pasientane og tenestemottakarane sine behov skal inngå i grunnlaget for utvikling av tenestene, og kvaliteten på tenestene skal vurderast også ut i frå pasientane sine perspektiv. God brukarmedverknad er også naudsynt i samband med innovasjons- og utviklingsprosjekt med bruk av teknologi, slik det blant anna er vektlagt i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg.



Utfordningsbilete

Brukarundersøkingar er ein vanleg måte å hente inn kunnskap om kva brukarar meiner er viktig for tenesta. Brukarundersøkingar er ikkje gjennomført i Høyanger den siste tida, og kommunen har ingen oppdatert systematisk kunnskap om kva brukarane ser som viktig for god kvalitet. Brukarerfaringar blir ikkje nytta systematisk i arbeid med å utvikle tenestene. Det vil vere naudsynt å styrke brukarmedverknad for å kunne gjennomføre gode endringsprosessar i helse- og omsorgstenestene.



Utviklingsretning

- Høyanger kommune skal vidareutvikle brukarmedverknad ved å sette tydelege mål for brukartilfredsheit i utvikling av tenestene. Det skal gjennomførast jamnlege brukarundersøkingar for å evaluere oppnåing av måla.
- Det skal opprettast eit brukar- og pårørandeutval på driftsnivå der tenestene utøvast.

4.7 Digitalisering og velferdsteknologi

Digitalisering handlar om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbetre, slik at ein kan tilby nye og betre tenester som er enkle å bruke, effektive, og pålitelege. Digitalisering handlar om langt meir enn overgangen frå analoge, manuelle system til digitale løysingar, men denne overgangen er, i dei aller fleste tilfelle, samstundes naudsynt for at verksemder skal kunne forenkle og forbetre arbeidsprosessane sine.

Med velferdsteknologi meinast først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til auka tryggleik, sosial deltaking, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Velferdsteknologi skal bidra til å styrke den einskilde si evne til å klare seg sjølv i kvardagen til tross for sjukdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsett funksjonsevne.

Bruk av velferdsteknologiske løysingar opnar fleire moglegheitsrom. Tryggleikskapande teknologiar som tryggleiks- og fallalarm, sensorar, elektroniske låsar mv. kan skape trygge miljø for tenestemottakarar, og gje ei tryggleikskjensle for pårørande og tilsette.

Meistringsteknologiar som medisindispensarar, digital kalender, treningsapparat mv. kan støtte tenestemottakarar til å ivareta eiga helse og kvardagsrutiner, samt bidra til aktivitet, trening og meistring av daglege gjeremål og avtalar. Helseteknologi som muliggjer avansert medisinsk utgreiing og behandling kan lette arbeid for tilsette vedrørende helserapportering og behandling. Velvereteknologi som videokommunikasjon kan førebygge einsemd ved å forenkle moglegheit for sosial kontakt og oppretthalding av relasjonar.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) knytter begrepet velferdsteknologi opp mot behovet for å satse på innovasjon og velferdsteknologi til fordel for tenestemottakarar og personell i helse- og omsorgstenestene. Ny teknologi skal gje tenestemottakarane nye moglegheiter til å leve sjølvstendig og meistre kvardagen. Med telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi kan helse- og omsorgstenestene forbetre, forenkle og effektivisere verksemda (Meld. St.16 (2010-2011)). Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet (2013-2020) vart etablert som satsing fordi velferdsteknologiske løysingar kan bli eit viktig verktøy i møte med framtidige demografiske utfordringar. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er eit samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som skal bidra til at fleire kommunar tek i bruk velferdsteknologi.



Sentrale og lokale mål

I Velferdsprogrammet (2013 – 2015) heiter det at "velferdsteknologi skal vere ein integrert del av kommunal helse- og omsorgsteneste innan 2025".

Høyanger kommune skal jobbe aktivt med digital transformasjon, både gjennom felles kompetanseheving for leiarar og tillitsvalde og gjennom konkrete utviklingsprosjekt. Satsing på velferdsteknologi føreset ei samstundes satsing på tenesteinnovasjon, og gir eit behov for ein pådrivar som både legg til rette for velferdsteknologiske løysingar og stimulerer til kommunal tenesteinnovasjon. Helsedirektoratetråder kommunar frå å iverksette satsing på velferdsteknologi dersom dei ikkje settast i stand til å gjennomføre naudsynte tenesteinnovasjon samstundes.

4.7 Digitalisering og velferdsteknologi



Utfordringsbilete

Bruk av velferdsteknologiske løysingar innanfor helse og omsorg i Høyanger kommune omhandler i dag primært tryggleiksskapande teknologiar som elektroniske dørlåsar, falltryggleiks, epilepsi- og sengealarmar. Mykje av samhandlinga, enten med tenestemottakar eller andre einingar, skjer gjennom fysiske møter. Det er behov for å vidareutvikle tilrettelagte tekniske moglegheiter i sektoren. Ny teknologi set nye krav til personal-samansettinga i helsetenesta. Rett og godt samsvar mellom oppgåver og kompetansesamansetting legg føringar på utviklinga av tenestetilbodet på lang sikt. Det vil til dømes bli større behov for teknikarar for å kunne handtere og vedlikehalde medisinsk-teknisk utstyr. Ifølge Helsedirektoratet vil det difor vere viktig å identifisere verknaden av teknologisk utvikling for å betre kunne planlegge personal- og kompetansebehovet.



Utviklingsretning

- Velferdsteknologiske hjelpemiddel skal inngå i kommunen sitt tenestetilbod i langt større grad enn i dag
- Digitalisering skal nyttast i så stor grad som mogleg. I arbeidet med digital transformasjon bør behovet for ein heilskapeleg digitaliseringsstrategi vurderast.

