

UTKAST HELSE- OG OMSORGSPLAN 2019-2024

Innhold

1	Bakgrunn og forankring	5
1.0	Innledning.....	5
1.1	Planens hensikt.....	5
1.2	Overordnet strategi	5
1.3	Verdigrunnlag	6
1.4	Kommunens ansvar	7
2	Lovgrunnlag og nasjonale føringer	7
2.1	Helse- og omsorgstjenesteloven	7
2.2	Kvalitetsforskriften	7
2.3	Folkehelseloven.....	8
2.4	Stortingsmelding 47 (2008-2009): Rett behandling, på rett sted, til rett tid	8
2.5	Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)	8
2.6	Stortingsmelding 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening.....	8
2.7	Stortingsmelding 16 (2014-2015): Framtidens helsetjeneste, trygghet for alle	8
2.8	Stortingsmelding 10 (2012-2013): God kvalitet, trygge tjenester.....	8
2.9	Stortingsmelding 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg	9
2.10	Kompetanseløftet 2020.....	9
2.11	Stortingsmelding 26 (2014-2015): Framtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet	9
2.12	Stortingsmelding 34 (2012-2013): Folkehelsemeldingen «God helse- felles ansvar»	9
2.13	Pasientsikkerhetsprogrammet: I trygge hender 24-7, strategi (2014-2018)	9
2.14	Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).....	9
3	Dagens situasjon.....	10
3.2	Tjenestetilbudet i institusjon og hjemmetjeneste	10
3.2.1	Avlastningsopphold i sykehjem	10
3.2.2	Korttidsopphold i sykehjem (utredning og behandling).....	10
3.2.3	Rehabiliteringsopphold i sykehjem	10
3.2.4	Langtidsopphold i sykehjem.....	10
3.2.5	Langtidsopphold i omsorgsbolig (hjemmetjeneste).....	10
3.2.6	Hjemmesykepleie	11
3.2.7	Hjemmehjelp	11
3.3	Andre helsefaglige ansvarsområder	11

3.3.1	Kommunelege	11
3.3.2	Legekantor.....	11
3.3.3	Legevakt.....	11
3.3.4	Fysioterapi	11
3.3.5	Psykisk helsevern og folkehelse	11
3.3.6	Helsesøster- og jordmørtjenester	12
3.4	Andre tjenester innen helse- og omsorg.....	12
4	Personalsituasjonen i helse- og omsorg.....	12
4.1	Stillingshjemler og yrkesgrupper helse- og omsorg	12
4.2	Framtidige utfordringer i personalsituasjonen	13
5	Samhandlingsreformen	13
5.1	Bakgrunnen til Samhandlingsreformen.....	13
5.2	Konsekvenser av Samhandlingsreformen	13
5.2.1	Samarbeidsavtaler	14
5.2.2	Journal og informasjonssystemer.....	14
5.2.3	Kompetanse.....	14
5.2.4	Tjenesteutvikling	14
5.3	Interkommunalt samarbeid.....	15
5.3.1	Øyeblikkelig hjelp/ kommunal akutt døgnoophold (KAD)	15
5.4	Hva betyr dette for Kvitsøy?.....	15
6	Demografi og tjenesteprofil	16
6.1	Fremtidige behov	16
6.2	Framskrevet befolkningsvekst i Kvitsøy	17
6.3	Hva kan påvirke disse tallene	17
7	Strategier i helse- og omsorg mot 2030	17
7.1	Akuttberedskap	18
7.2	Kompetanse og kompetanseheving	18
7.3	Rekruttering.....	18
7.4	Demens.....	19
7.5	Habilitering/Rehabilitering	19
7.6	Psykisk helse	19
7.7	Palliasjon.....	20
7.8	Velferdsteknologi	20
7.9	Andre tjenester.....	20
7.10	Rogfast.....	20
8	Konklusjon	21

Referanseliste..... 22

1 Bakgrunn og forankring

1.0 Innledning

Foreliggende Helse- og omsorgsplan for Kvitsøy kommune skal revideres i 2018. Kommunen skal også i inneværende år utarbeide ny Kommuneplan. Ny revidert Helse- og omsorgsplan vil derfor implementeres i Kommuneplanen.

I forbindelse med Kommuneplanrulleringen er innbyggerne i kommunen på ulike måter invitert til å bidra med egne meninger og oppfatninger av hvordan kommunen skal drives. Dette er på best mulig måte prøvd å implementere i Helse- og omsorgsplanen.

Kvitsøy kommune har ansvar for å planlegge, utforme og organisere tjenester til alle innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester. Foreliggende plan omhandler innbyggernes behov for disse tjenestene, hvordan tjenestene er lagt opp i dag og hvordan de bør legges opp i framtida. Planen viser også til nasjonale føringer for den retning og krav helse- og omsorgstjenester forventes å ha.

Planen skal sette kommunen i stand til å møte utfordringer i helse- og omsorgssektoren, sett i lys av befolkningsutvikling og den øvrige samfunnsutviklingen. Tjenestetilbudet skal være faglig forsvarlig, og bygge på likeverdsprinsippet. Alle har rett på et likeverdig tilbud om helsetjeneste uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Et viktig prinsipp i Kvitsøy kommune sin tjenesteprofil er å tilrettelegge tilbudet med størst mulig grad av egenhjelp, og mulighet til å kunne bo i eget hjem så lenge det er mulig. Forebygging i form av hjemmetjenester og forskjellige typer korttidsopphold skal prege tjenestetilbudet i størst mulig grad.

1.1 Planens hensikt

Planens hensikt er å sikre at kommunen oppfyller sin plikt etter Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven, forskrifter og meldinger, og er forberedt til å gi innbyggerne det tjenestetilbudet det er behov for.

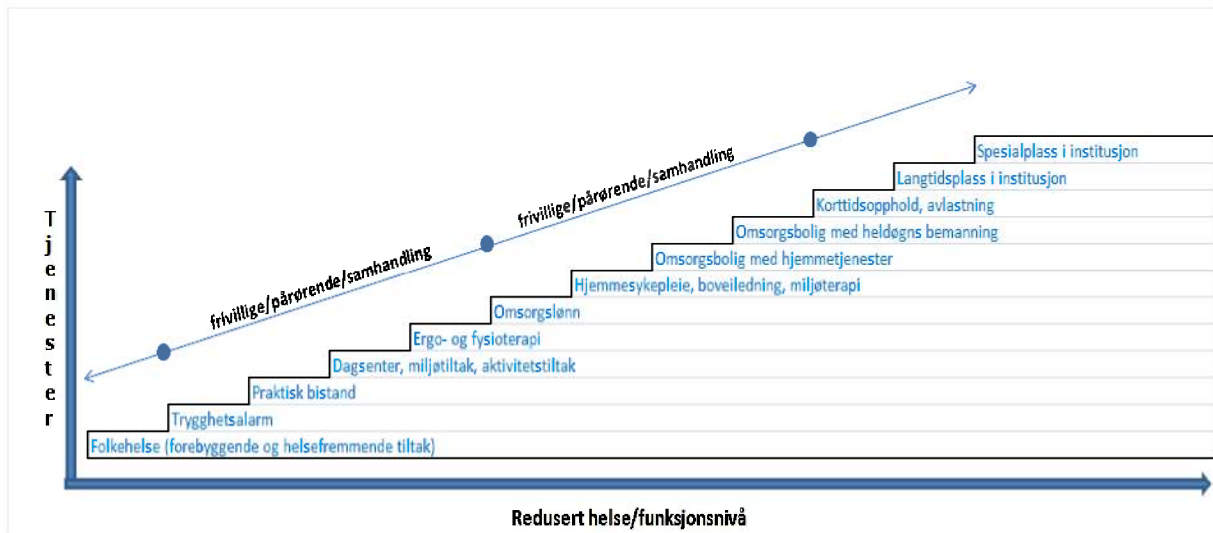
Helse- og omsorgsplanen har et politisk og administrativt grunnlag for planlegging av en langsiktig og bærekraftig utvikling av alle helsetjenester i Kvitsøy kommune.

1.2 Overordnet strategi

Planens overordnede strategi er å sikre at den enkelte tjenestemottaker i Kvitsøy kommune mestrer eget liv mest mulig selvstendig både fysisk, kognitivt og sosialt i samspill med kommunens tjenester. Kommunen yter tjenester etter LEON- prinsippet.

LEON står for «Lavest effektive Omsorgsnivå». Ved å ha ulike nivå av tjenestetilbud vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte har. Tilbudene differensierer seg ved at tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (eksempelvis trygghetsalarm) til et stort hjelpebehov (eksempelvis langtidsplass i institusjon). Målet er at brukeren skal opprettholde størst mulig grad av selvhjelpenhet og livskvalitet, og at reduksjon i funksjonsnivå skal kunne bedres ved at de rette hjelpetiltakene settes inn.

Kvitsøy kommune har ikke så mange brukere at prinsippet praktiseres i alle ledd til enhver tid. LEON illustrerer likevel en målsetting om å tilby tjenester på et lavest mulig nivå. Dette åpner også for brukermedvirkning, slik at deltakelse og medbestemmelse i egen hverdag sikres.



1.3 Verdigrunnlag

Ansatte skal kjenne til og etterleve tre grunnleggende holdninger og verdier:

Trygghet, Ærlighet og Respekt

Med **Trygghet** menes at:

- Vi er åpne og modige i kommunikasjonen
- Vi er åpne for å gi tilbakemelding
- Vi skaper tillit ved å lytte

Med **Ærlighet** menes at:

- Vi snakker med og ikke om hverandre
- Vi sier vår ærlige mening
- Vi bevarer roen og gir rett informasjon til rett tid

Med **Respekt** menes at:

- Vi godtar hverandre som vi er
- Vi tar alle på alvor
- Vi er inkluderende

1.4 Kommunens ansvar

Planen omhandler tjenester tatt av helse- og omsorgstjenesteloven (hol). Kommunens ansvar omfatter nødvendige helse- og omsorgstjenester, som ikke hører til under stat eller fylkeskommune, til alle pasient- og brukergrupper, jf. hol § 3-1.

Hovedvekten av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (hol § 3-2) er følgende:

- Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder skolehelsetjeneste og helsestasjon
- Svangerskaps- og barselomsorg
- Hjelp ved ulykker og akutsituasjoner, herunder legevakt, heldøgns akuttberedskap, Nødmeldtjeneste og psykososial beredskap og oppfølging
- Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordningen
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - Helsetjenester i hjemmet
 - Personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt
 - Plass i institusjon, herunder sykehjem
 - Avlastningstiltak

Folkehelseloven, Smittevernloven, beredskapsplanlegging og sosialtjenesteloven er ikke en del av planen. Kvitsøy kommune har demensplan, folkehelseplan og psykiatriplan som foreligger som egne planer.

2 Lovgrunnlag og nasjonale føringer

Kommunen står overfor en rekke lover, forskrifter og føringer for helse- og omsorgstjenesten. Kapittelet beskriver noe av omfanget kommunene har å forholde seg til innen helseomsorgen.

2.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunen skal sørge for at personer som bor og oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasienter og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller funksjonsnedsettelse.

2.2 Kvalitetsforskriften

Kvalitetsforskriften skal bidra til å sikre at tjenestemottakere får ivaretatt grunnleggende behov, at dette gjøres med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. For å bygge opp under selvstendighetsaspektet, skal tjenesten fokusere på den enkeltes evne til å mestre, samtidig som tjenesten skal gi trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie. Det stilles krav til prosedyrer som synliggjør hvordan dette ivaretas.

2.3 Folkehelseloven

Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Målet med loven er å gjøre noe med de ulike påvirkningsfaktorene i samfunnet som kan ha innvirkning på folkehelsen. Folkehelsearbeid handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Arbeidet retter seg ikke mot enkeltindivider med identifisert risiko, men heller mot befolkningen eller deler av befolkningen. Det er krav om at kommunen skal ha oversikt over helseutfordringene, og drøftingen rundt disse utfordringene skal være grunnlag for planstrategier. Kommunen har også plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

2.4 Stortingsmelding 47 (2008-2009): Rett behandling, på rett sted, til rett tid

Gjennomføring av samhandlingsreformen preger i stor grad utviklingen i tjenestene. Følgende hovedutfordringer trekkes frem:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne

2.5 Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Kommunen skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer at den enkelte bruker får et verdig og meningsfylt liv i samsvar med individuelle behov.

2.6 Stortingsmelding 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening

Hensikten med stortingsmeldingen er å gi oversikt over framtidige omsorgsutfordringer, og å fastlegge strategier for å møte disse. Nye brukergrupper stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse. Demografisk utvikling vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet, og det må iverksettes tiltak for å unngå knapphet på tjenesteytere.

2.7 Stortingsmelding 16 (2014-2015): Framtidens helsetjeneste, trygghet for alle

Meldingen belyser omleggingsbehov for å sikre helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Tjenestene skal være effektive, trygge og tilgjengelige. Ventetider skal være akseptable uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Gjennom bedre kartlegging, registrering og systematisk arbeid skal faglighet og kvalitet få større oppmerksomhet i alle ledd i helse- og omsorgstjenesten.

2.8 Stortingsmelding 10 (2012-2013): God kvalitet, trygge tjenester

Målet for kvalitets- og sikkerhetsarbeidet er et mer brukerorientert tilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.

2.9 Stortingsmelding 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg

Meldingen legger vekt på hvordan vi skal utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi. Dette gjennom nye faglige metoder og arbeidsformer, og endringer av organisatoriske og fysiske rammer.

2.10 Kompetanseløftet 2020

Kompetanseløftet har som formål å bidra til en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste, og å sikre at sektoren har nok og kompetent bemanning.

2.11 Stortingsmelding 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet

De kommunale tjenestene blir stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Pasientens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av tjenestene. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, forebygging og tidlig innsats. Meldingen må sees i sammenheng med melding om kommunereform og folkehelsemeldingen.

2.12 Stortingsmelding 34 (2012-2013): Folkehelsemeldingen «God helse- felles ansvar»

Meldingen løfter fram fem sentrale prinsipper: Utjevning, Helse i alt vi gjør, Bærekraftig utvikling, Førevar, Medvirkning.

Folkehelsearbeidet handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge og forebygge sykdom og skader. Videre handler det om å utvikle et samfunn som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse for alle innbyggere i kommunen.

2.13 Pasientsikkerhetsprogrammet: I trygge hender 24-7, strategi (2014-2018)

Målsetting om å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten.

2.14 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Opptappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Kommunene skal settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggere der de bor etter hvert som kommunene overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Planen skal også bidra til å et styrket brukerperspektiv og bedre kvaliteten i tjenestene. Dette fordrer endringer i arbeidsformer og kompetanse.

3 Dagens situasjon

Kapittelet beskriver Kvitsøy kommunes organisering i helse- og omsorg, og hva kommunen er ansvarlig for.

3.2 Tjenestetilbudet i institusjon og hjemmetjeneste

Kvitsøy sykehjem består av 10 plasser fordelt på langtid- korttid og rehabiliteringsplasser. Disse gis ved vedtak. Vedtaksteamet består av sykepleiere, og leder for helse- og omsorgstjenesten. Teamet møtes en gang i uken. Kommunen tilbyr også hjemmehjelp to dager i uken. Dette er behovsprøvd.

3.2.1 Avlastningsopphold i sykehjem

Dette er hovedsakelig et tilbud til pårørende som har daglig belastende omsorgsarbeid. Bruker kan tildeles plass på sykehjemmet for en periode på noen dager til noen uker, og gir således pårørende en friperiode. Tjenesten er vederlagsfri, med unntak av egenandel på blant annet medisiner og legeutgifter.

3.2.2 Korttidsopphold i sykehjem (utredning og behandling)

Tilbudet er til brukere som for en periode trenger ekstra oppfølging utover det hjemmesykepleie kan gi. Dette kan være relatert til fysiske, psykiske eller sosiale forhold. Dette er et tidsbegrenset opphold.

3.2.3 Rehabiliteringsopphold i sykehjem

Dette er også et korttidsopphold. Formålet er i hovedsak å rehabilitere brukeren til å bli selvhjulpent nok til å kunne reise hjem, dette kan være med oppfølging av hjemmesykepleie. Tjenesten er aktuell for brukere som har vært innlagt på sykehus, og som trenger videre opptrening og veiledning i egenomsorg før hjemreise. Tjenesten er tilknyttet fysio- og ergoterapitjeneste.

3.2.4 Langtidsopphold i sykehjem

Langtidsopphold defineres som et mer enn 2 måneder sammenhengende opphold. Tilbudet gjelder brukere hvis helsetilstand krever jevnlig medisinsk behandling og sykepleiefaglig oppfølging. Langtidsopphold i sykehjem representerer høyeste nivå av pleie- og omsorgstjenester.

3.2.5 Langtidsopphold i omsorgsbolig (hjemmetjeneste)

En omsorgsbolig er brukerens egen bolig som leies av kommunen, hvor beboer anses som hjemmeboende. Det er ikke lenger en målsetting at beboer skal tilbake til sitt opprinnelige hjem. Brukeren skal heller få hjelp til å beholde dagens funksjonsnivå, og til å ivareta sine daglige gjøremål gjennom personlig og praktisk bistand. Det er ingen krav til bemanning, men brukeren får et hensiktsmessig og permanent botilbud, med tjenester ut fra individuelle behov. Bruker betaler husleie og strøm, samt vederlagsbelagte tjenester.

3.2.6 Hjemmesykepleie

Begrepet hjemmesykepleie har ingen klar definisjon. Tilbudet er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven, og faller inn under kategorien nødvendig helsehjelp som et lovpålagt tilbud til befolkningen. Tjenestens innhold er praktisk bistand, pleie og omsorg og sykepleiefaglig tilsyn og oppfølging.

3.2.7 Hjemmehjelp

Hjemmehjelp er også en lovpålagt kommunal tjeneste, men er hjemlet i Sosialtjenesteloven og dermed ikke definert som helsetjeneste. Et annet ord for hjemmehjelp er praktisk bistand, et begrep som kanskje i større grad forklarer innholdet i denne tjenesten. Dette gjelder praktisk hjelp for å greie dagliglivets gjøremål av praktisk art som renhold av bolig og hjelp til klesvask.

3.3 Andre helsefaglige ansvarsområder

3.3.1 Kommunelege

Kommunelegen i Kvitsøy er ansatt i 80 % stilling, og er tilgjengelig både som kommunelege og som tilsynslege på sykehjemmet. Kommunelegen er også medisinfaglig ansvarlig for oppfølging av helsestasjon, planarbeid, miljørettet helsevern, legevaktsordning og medisinsk beredskap.

3.3.2 Legekontor

Kvitsøy har eget legekontor som har åpent tre dager i uka. Det er tilknyttet legesekretær i 50% stilling. De dagene legen er fraværende på legekontoret, har innbyggerne prioritet på Randaberg medisinske senter.

3.3.3 Legevakt

Kvitsøy kommune har legevaktsamarbeid med Rennesøy, Finnøy og Hjelmeland. Beboere med behov for hjelp kontakter legevakt på 116117. Legevakt og AMK kontakter bakvakt på kombisenteret ved behov.

3.3.4 Fysioterapi

Kvitsøy kommune er tilknyttet en fysioterapeut med 40 % driftsavtale. Fysioterapeut er i tillegg ansatt i en 10% stilling som fordeles i kommunen på sykehjem, skole og barnehage.

3.3.5 Psykisk helsevern og folkehelse

Det er ansatt helse- og sosialkonsulent i 100% stilling. Stillingen knyttes opp mot oppfølgingsarbeid i psykisk helsearbeid, psykososialt kriseteam, sosialt arbeid, folkehelse og flyktningarbeid. Stillingen er også knyttet opp mot skolen, og psykososialt arbeid her.

Kvitsøy tilbyr de tjenestene som er regulert av helse- og omsorgstjenesteloven på en grei måte. I tillegg tilbys tilbud om trygghetsalarm og middagsombringning, som ikke er lovpålagt.

3.3.6 Helsesøster- og jordmortjenester

Kvitsøy kommune har helsesøster tilknyttet kommunen i 20 % stilling, og helsesøster er i kommunen en dag i uken. Denne tjenesten fungerer som en samarbeidsavtale med Randaberg. Dersom beboere trenger jordmor, må de reise til Randaberg.

3.4 Andre tjenester innen helse- og omsorg

Sosialtjenesteloven § 4 sier at de sosiale tjenestene i kommunen skal omfatte praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse til dem med særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming eller alder. Loven omfatter også avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste, og omsorgslønn til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid.

4 Personalsituasjonen i helse- og omsorg

Det stilles stadig større behov til høy faglighet innen helse. Vi lever lengre, og har et mer sammensatt sykdomsbilde. Dette fordrer kompetanse og rekruttering av tilstrekkelig kompetente medarbeidere. Kapitlet viser ansattssituasjonen, og beskriver utfordringer kommunen kan møte på.

4.1 Stillingshjerner og yrkesgrupper helse- og omsorg

	Ansatte	Årsverk
2	Helse- og omsorgssjef + fagsykepleier	1,20
4	Sykepleiere	3,80
6	Helsefagarbeidere	4,43
6	Ufaglærte	1,95
2	Kokk/Kjøkkenhjelp	1,0
1	Renhold	0,40
1	Hjemmehjelp	0,27
22	SUM	13,05
1	Kommunelege	0,80
1	Legesekretær	0,50
1	Fysioterapeut (driftstilskudd)	0,40
	Fysioterapeut (kommunalt)	0,10
2	Miljøarbeider	0,50
1	Helse- og sosialkonsulent	1,0
1	Helsesøster (innleie Randaberg)	0,20

Stillinger per okt. 2018

4.2 Framtidige utfordringer i personalsituasjonen

Fordelingen av yrkesgrupper i kommunen er greit fordelt og fungerer slik situasjonen er i dag. Framtiden vil stille høyere krav til helsepersonell. Både fordi kommunen får mer ansvar, og fordi sykdomsbildet til brukerne er endret (Menon publikasjon, 2018). Sykepleierne har bakvakt i sin turnusordning, noe som kan bli krevende i travle perioder. Bakvaksordningen må fordeles på en slik måte at det alltid er en sykepleier tilgjengelig. Ved sykdom eller andre uforutsette hendelser kan dette bli sårbart.

Det er et ønsket mål at alle har helsefagutdannelse. Videreutdannelse innen demens og palliasjon har de siste årene hatt fokus. Dette har resultert i at flere har blitt kurset innen disse feltene. Dette hjelper både på å bygge kompetanse, og å møte brukerne på en bedre måte. Det er også et mål at det blir gitt kursing innen ulike områder som HLR (hjerne-lungeredning), sår og smittehåndtering.

På bakgrunn av sårbarheten som finnes i bemanningssituasjonen og stadig økende krav, vil det være av betydning både å beholde en stabil bemanning samtidig som en har fokus på framtidig rekruttering.

5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformer er utslagsgivende på mye av tjenestene kommunene i dag forplikter seg til å imøtekomme. Kapittelet beskriver hva samhandlingsreformen innebærer, og konsekvensene av dette.

5.1 Bakgrunnen til Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012, og ble regjeringens forslag om hvordan spesialist- og primærhelsetjenesten skulle organiseres for å møte helse- og omsorgstjenestens behov (St. Meld. 47 (2009)). Hovedmålet med reformen er å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet. Forebygging, tidlig intervensjon, diagnostisering, behandling, rehabilitering og helhetlige pasientforløp vektlegges. Både samhandlingsreformen, nasjonale planer og nye lovkrav tilsier at tjenestetilbudet i stor grad skal løses i kommunen, der brukeren bor. Tjenestetilbudet skal være preget av brukermedvirkning, og utformes i nært samarbeid mellom bruker og deres pårørende. Kommunen skal også tilrettelegge for gode rammer for utvikling av god folkehelse. Tidlig innsats, forebygging og mestring står sentralt i dette arbeidet. Kompleksiteten i oppgavene som skal ivaretas av kommunen stiller krav både til kapasitet og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten.

5.2 Konsekvenser av Samhandlingsreformen

Innføring av samhandlingsreformen har bidratt til at en må tenke mer fleksibelt og tverrfaglig i kommunen. Pasienter og brukere skal motta nødvendig bistand i sitt eget lokalmiljø, og prioriteringene må skje i samsvar med lokale forutsetninger og behov. Disse prioriteringene handler om å best mulig nytte ressursene innenfor en tjeneste, og at tjenestene skal være av god kvalitet. Samhandlingsreformen bidrar også til større utfordring på rehabiliteringsfeltet. Pasienter med komplekse forløp blir tidligere utskrevet, og rehabilitering skal skje i nærmiljøet. Dette medfører krav til høyere kompetanse i kommunen, og økte kostnader til utstyr.

Helsestasjon- og skolehelsetjenester er definert som satsningsområder i samhandlingsreformen, slik at utviklingsforstyrrelser og sykdom hos barn og unge kan oppdages i tidlig fase. Økende tendens til passivitet, og overvekt hos barn og unge, vil kreve tidlig innsats og forebyggende tiltak i familien.

Samhandlingsreformen har gitt kommunene større ansvar, og det har blitt uttrykt flere bekymringer i kjølvannet av reformen (Grinsmo, 2015). En av bekymringsmeldingene er utskrivningsklare pasienter som skrives ut tidligere, og som lider av flere kroniske sykdommer. Dette har også ført til økt trykk på spesialisering av tilbud og personell (ibid).

5.2.1 Samarbeidsavtaler

Alle kommuner og helseforetak har inngått samarbeidsavtaler som virkemiddel for gjennomføring av samhandlingsreformen. Dette hjelper med å skape forpliktelse og avstemme ansvarsområder. Samarbeidsavtalene gjelder alle fagområder. Den overordnede intensjonen med samarbeidsavtalene er bedre kvalitet på tjenestene til pasienter og brukere. Kvalitet kan i denne kontekst forstås som:

- Tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak
- Tjenester som utføres er i tråd med LEON- prinsippet
- Forutsigbare pasientforløp uten unødige brudd

5.2.2 Journal og informasjonssystemer

Gode IKT verktøy skal gi kvalitetssikring av tjenester, bidra til pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk. Helhetlige pasientforløp mellom ulike helse- og omsorgstjenester i kommune- og spesialisthelsetjenester forutsetter at nødvendig dokumentasjon følger pasienten i alle ledd. Formålet er å sikre nødvendig dokumentasjon og informasjonsflyt for å yte gode helse- og omsorgstjenester, samtidig som informasjonssikkerhet og taushetsplikt ivaretas.

5.2.3 Kompetanse

Kompetanse kan defineres som kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger som gjør den enkelte i stand til å utføre aktuelle arbeidsoppgaver i tråd med definerte målsetninger. I sammenheng med økt tjenestebehov vil det i årene framover også være økt behov for ansatte med ulik helsefaglig bakgrunn. Kompetanseløft 2020 har som formål å bidra til en sterk helse- og omsorgssektor, og sikre nok og kompetent bemanning.

Ny faglig tilnærming og nye arbeidsmetoder vil også være nødvendig for å dekke framtidens behov. Tjenesteyterne må ha god kunnskap om hvordan ressursene til den enkelte kan mobiliseres, og å kunne etablere et godt samarbeid mellom kommunen, frivillige, lokalsamfunnet og pårørende. En systematisk og langsiktig kompetanseutvikling kan være et virkemiddel for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

5.2.4 Tjenesteutvikling

Helsedirektoratet definerer velferdsteknologi som «teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet» (wikipedia). I forbindelse med tjenesteutvikling har velferdsteknologi fått mye oppmerksomhet de senere år. Velferdsteknologi skal styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, gi støtte til

pårørende og bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologi skal ifølge nasjonale føringer være en integrert del av kommunale helse- og omsorgstjenester innen 2020 (Helsedirektoratet).

5.3 Interkommunalt samarbeid

Helse- og omsorgstjenestene skal tilpasses brukernes individuelle behov. Dette innebærer krav både til endring og fleksibilitet i tjenestetilbudet. Krav og et helsefremmende fokus gjør at helse- og omsorgstjenester i noen grad må ytes før et helseproblem har oppstått. En del av det å være tjenesteyter innebærer også det å vise respekt og omsorg til brukernes pårørende.

En helse- og omsorgstjeneste er ofte ledd i en større kjede som involverer flere aktører. Evne til samarbeid og koordinering mellom ulike ledd i kjeden kan være avgjørende for resultatet. Det kan være uklare grenseoppganger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er like lovkrav for helse- og omsorgstjenester i alle Norges kommuner. Interkommunale samarbeid skal yte tjenester etter disse lovkravene, og ikke være en erstatning for spesialisthelsetjenesten. Et godt interkommunalt samarbeid kan bidra til mer robuste, fleksible og varierte tjenester. Tjenesten kan både dele på kompetanse fra en større arbeidsstab, sambruke utstyr og lokaler og bli mindre sårbar ved fravær og turnover. Innbyggerne vil på denne måten kunne få like tjenester uavhengig av kommunetilhørighet.

5.3.1 Øyeblikkelig hjelp/ kommunal akutt døgnoophold (KAD)

Fra 2016 har kommunene plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp i form av en kommunal akutt seng. Kvitsøy har inngått et interkommunalt samarbeid med Randaberg kommune om denne løsningen. Generelt sett har disse sengene vært dårlig utnyttet, og har nok ikke hatt den effekten en skulle ønske i forhold til øyeblikkelig hjelp- innleggelse på sykehus. Verken helsepersonell eller leger har ikke brukt denne muligheten i den grad det var tenkt. Denne plikten omfatter også etter hvert rus og psykiatri, men det har vært vanskelig å definere hvilke pasienter som faktisk kan gjøre bruk av denne type døgnoophold.

5.4 Hva betyr dette for Kvitsøy?

Foreliggende plan sier noe om utfordringene kommunen møter med ulike krav fra nasjonale retningslinjer og lovverk. Dette viser behov for hvilke konkrete tiltak som må settes i verk for å takle framtid utfordringer. Utfordringer knyttet både til nødvendige lokaliteter så vel som kompetanse har konsekvenser også for Kvitsøy.

Kvitsøy kommune kan i dag sies å ha full sykehjemsdekning. Det er stort sett mulig å ta imot pasienter som sendes hjem fra sykehus fra første dag, og å umiddelbart kunne gi den enkelte bruker det behovet han til enhver tid har. Per dags dato er det ingen yngre brukere som eksempelvis har behov for avlastningsbolig, eller brukerstyrt assistent (PBA). Dette er utfordringer kommunen har sluppet å måtte forholde seg til. Dersom dette blir aktuelt i framtiden må en se på muligheter for å håndtere dette på best mulig måte.

Kvitsøy kommune benytter seg av elektroniske fagsystem til saksbehandling og dokumentasjon i pasientjournal. Det er fortsatt mangler i elektronisk kommunikasjon og dokumentasjon mellom ulike

tjenester i kommunen, og mellom kommunen og helseforetak. Mye handler også om oppretting og oppfølging av interne prosedyrer og ansattes generelle dataferdigheter.

Kvitsøy kommune har, spesielt om sommeren, ferierende som trenger helsehjelp. Hol § 3-1 viser at kommunen har et «sørge for» ansvar i å gi alle personer som oppholder seg i kommunen nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette er utfordrende dersom det er syke pasienter som trenger mye og krevende behandlinger.

Hjemmesykepleie er i dag en integrert del av sykehjemmet. Dersom det etter hvert blir flere og sykere brukere å ta seg av i befolkningen, vil det bli utfordrende å håndtere like gode helsetjenester som dagens tilbud. Personer som lever med varig sykdom eller funksjonsnedsettelse, skal få rehabiliteringstilbud og bistand til egenmestring. I tråd med samhandlingsreformens føringer utgjør dette tjenester som gis før, etter eller i stedet for behov for spesialisthelsetjenester. Dette vil kunne føre til at en trenger å se på muligheten til å dele hjemmesykepleie og sykehjemmet, og å ansette flere helsearbeidere med reell kompetanse. Dette ses ikke på som en aktualitet per dags dato.

Et annet viktig aspekt er å ta i bruk velferdsteknologi slik at en kan løse noen av oppgavene på mer effektive måter enn i dag. Det legges opp til at kommunene skal tenke innovativt (Opptappingsplan habilitering og rehabilitering s.31). Kvitsøy er i oppstartsfasen på dette feltet, og bør i første omgang starte i det små med eksempelvis digital løsning på trygghetsalarm. Kommunen er også såpass liten at det vil være unaturlig å forvente det samme som i større kommuner. Likevel er dette et felt en skal holde øynene åpne og følge mulighetene, samtidig som en ser på kost- nytte aspektet.

Kommunens tjenesteprofil sier noe om å tilrettelegge til størst mulig grad av egenhjelp, noe som innebærer muligheten for at den enkelte kan få bo i eget hjem så lenge det er mulig. Noen ønsker også å bo hjemme i den avsluttende fase av livet. Dette vil kreve både personell og kompetanse.

Det er ikke avsatt eget egnet rom på sykehjemmet til palliasjon tilrettelagt pasienter i den avsluttende fase. Dersom det skulle oppstå behov for palliativ behandling anses det som mulig å iverksette tiltak for å oppnå dette.

Kvitsøy kommune har flere interkommunale samarbeid med Randaberg kommune. Dette er gunstig for kommunen, og fungerer tilfredsstillende.

6 Demografi og tjenesteprofil

Norge vil få en betydelig eldre befolkning. Fram mot 2060 er det anslått en dobling av personer over 67 år (kilde: SSB). Kapittelet tar for seg en forventet utvikling i Kvitsøy, og konsekvensene dette vil ha for fremtidige helsetjenester.

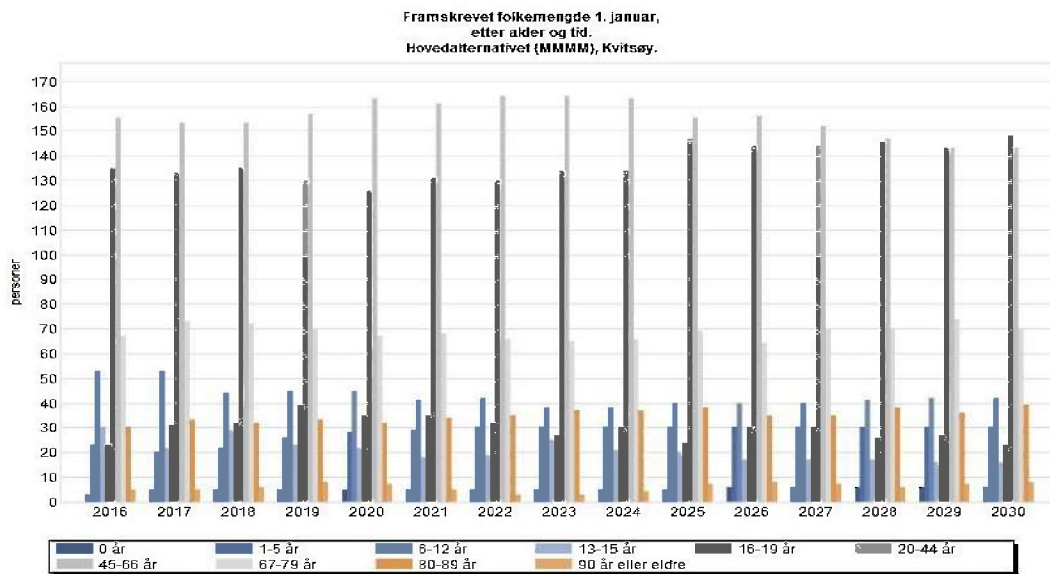
6.1 Fremtidige behov

En betydelig gruppe eldre vil ha behov for helse- og omsorgstjenester, i tillegg til et økt behov også hos den yngre del av befolkningen. Dette gjelder særlig innenfor områdene rus og psykiatri. Samtidig vil kroniske sykdommer som hjerte/kar, KOLS, diabetes og kreft føre til en økning brukere av helse- og omsorgstjenesten også i Kvitsøy i årene framover. Nasjonale føringer har et forebyggende og helsefremmende fokus. Mobilisering av brukerens egne ressurser framholdes både som det beste for den enkelte bruker, og for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Kommunen må ha et forebyggende fokus i alle deler av helsetjenesten. Justeringer av innhold kan virke vanskelig å

vurdere over lengre tid, og det vil derfor være mer relevant å ha et stadig fokus både på demografi så vel som behov på kortere sikt.

6.2 Framskrevet befolkningsvekst i Kvitsøy

Befolkningsveksten i Kvitsøy kan være vanskelig å forutsi, men tall fra SSB viser en negativ befolkningsvekst på 20 personer fram mot 2030, og en ytterligere nedgang i folketallet fram mot 2040 (kilde: SSB).



Kilde: Statistisk sentralbyrå

6.3 Hva kan påvirke disse tallene

Politisk er det åpnet for en maks befolkningsøkning på totalt 700 personer i Kvitsøy. Med utbygging og tilflytting er det ikke umulig at innbyggertallet kan stige med 150 personer.

Et moment en likevel må ta med seg er den planlagte byggingen av Rogfast som vil gjøre Kvitsøy landfast. Hva dette vil gjøre med befolkningsøkningen i kommunen er det fremdeles vanskelig å si noe om. Boplikt kan også ha noe å si for befolkningsveksten.

Befolkningsveksten vil imidlertid begrense seg noe selv med tanke på at kommunen rent arealmessig ikke vil ha plass til en eksplosiv utbygging.

Det er grunn til å tro at befolkningsveksten ikke vil ha avgjørende betydning for helse- og omsorgstjenesten i Kvitsøy kommune.

7 Strategier i helse- og omsorg mot 2030

Kapitlet tar for seg ulike satsingsområder innen helse- og omsorg som beboerne i Kvitsøy kommune selv ser som viktige. Dette er kanskje ikke en utfyllende liste, men bygger på

tilbakemeldinger fra folkemøter, eldreråd, personalmøter, møter i samarbeidsutvalg og politiske tilbakemeldinger fra workshop.

7.1 Akuttberedskap

Kvitsøy har i dag en samarbeidsavtale med Rennesøy, Finnøy og Hjelmeland om legevaksordning. Båten, Rygerdoktorer, ligger til kai på Finnøy og driftes i en turnus med leger i de ulike Ryfylkekommunene. Kommunelegen i Kvitsøy har ansvar for det administrative rundt ordningen. Det er jevnlig samarbeidsmøter mellom kommunene på ledernivå, og tilrettelegging av gode løsninger er av stor viktighet for alle parter. Dette samarbeidet fungerer godt, og det er viktig for innbyggerne at dette samarbeidet videreføres trygt og forutsigbart. Finnøy og Rennesøy vil slås sammen med Stavanger kommune fra 1.januar 2020. Alle detaljer rundt dette er en del av samtalene i samarbeidsmøtene, og vil vektlegges i tiden framover.

Kvitsøy disponerer en helsebil som fungerer som «first responder» og transport både akutt og som syke transport. Ordningen er fullfinansiert gjennom tilskudd fra Helse Vest. Det er igjen prøvd å se på muligheten for å samkjøre helsebilen med turnus på sykehjemmet. Dette har ikke praktisk latt seg gjøre, men det er flere gevinster ved denne tilnærmingen. Det vil både bli mer forutsigbart, samtidig som det vil ha en synergieffekt ved at faglærte kjører bilen. Slik ordningen fungerer nå har kommunen ansvaret for å organisere et døgkontinuerlig tilbud ved hjelp av sjåførere som oppdragstakere på helsebilen.

7.2 Kompetanse og kompetanseheving

Kvitsøy ønsker å ha en helsesektor med høy faglig kompetanse. Ansatte må kunne håndtere og ha kunnskap som ivaretar den enkelte bruker. Etter hvert som brukere lever lengre og med mer sammensatte sykdommer vil dette kreve en kompetanseheving. Det er viktig for kommunen å følge med i denne utviklingen for å kunne ivareta fag og kunnskap. Kursing innen ulike områder er et lavterskel tilbud for å nå dette målet. Hospitering mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er også et årlig etablert tilbud vi kan gjøre oss nytte av. Det er mye å lære av hverandre, og utveksling av erfaring er viktig lærdom. Tilrettelegging og mulighet til videreutdanning er veletablert i kommunen. Kriterier for å søke utdanningsstipend er beskrevet i kommunens personalhåndbok (Personalhåndbok Kvitsøy kommune s.27).

7.3 Rekruttering

Helse- og omsorgstjenesten i Kvitsøy er sårbar, og kommunen er helt avhengig av å ha kvalifiserte medarbeidere. Derfor er det også viktig å ha fokus på rekruttering. Kvitsøy kommune har en raus personalpolitikk, og lønnsnivået er bra sammenlignet med andre kommuner. Dette er viktige faktorer både for å beholde, og å rekruttere medarbeidere. Viktigheten av å beholde ansatte over tid skal ikke undervurderes. Det er også viktig å være der studentene er, slik at en kan få rekruttert allerede før utdanningsforløpet er gjennomført. Samarbeidsavtaler med utdanningsinstitusjoner for å knytte til seg lærlinger og studenter kan være en god måte å rekruttere på.

7.4 Demens

Det har vært stort fokus på demens, og regjeringen kom i 2015 med Demensplan 2020. Målet med planen er å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet (Demensplan 2020 s. 7). Slik situasjonen på Kvitsøy er i dag klarer kommunen å oppnå dette målet. Det har over tid vært stilt spørsmål om Kvitsøy burde bygge en egen demensavdeling. Slik som framskrivningen av folketallet ser ut, er det ikke sikkert det vil bli behov for å bygge ut en egen demensavdeling i fremtiden heller. Dagens situasjon heller mer i retning av å finne gode løsninger på arealet som allerede disponeres. Dersom det på sikt likevel skulle bli aktuelt å utvide arealet, vil dette kunne gjøres inn mot biblioteket.

Et annen mål ved planen er at alle med demens skal møtes med forståelse og respekt, og tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i egne ønsker, interesser og vaner (ibid). For å nå dette målet er det viktig at alle som jobber med de demente har kunnskap og forståelse for å jobbe med denne gruppen, og nøkkelen ligger i kompetanse hos de ansatte. De fleste ved sykehjemmet har gjennomgått kurs i ABC demens. Både videreutdanning og kurs relatert til demens bør flagges høyt. De demente skal også få bo hjemme så lenge som mulig, og dette må også legges til rette for. Regjeringen har i disse dager et høringsnotat ute om lovfesting av plikt for kommunene å tilby dagaktivitetstilbud for demente. Kvitsøy har allerede et velfungerende dagaktivitetstilbudet til hjemmeboende personer med demens. Dette tilbudet gjelder ikke bare personer med demens, men har blitt et flott tilbud til eldre i kommunen hvor også demente kan komme.

7.5 Habilitering/Rehabilitering

Kommunen er etter hvert forventet å overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at brukere med funksjonsnedsettelse, uansett alder, i stor grad skal ivaretas i kommunen. Dette vil igjen kreve økt kapasitet, faglighet og kompetanse, så vel som endrede arbeidsformer. For Kvitsøy kommune vil flere brukere med store behov kreve både personell og økt kunnskapsnivå. Det vil også kreves samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Manglende kompetanse ses på som en utfordring for å kunne tilby brukere et kvalitativt godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud (Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering s. 8). Planen må derfor ses i sammenheng både med kompetanseløftet 2020, velferdsteknologi og folkehelse.

7.6 Psykisk helse

Dette feltet har hatt fokus også i Kvitsøy kommune de siste årene, og kommunestyret bevilget ekstra penger til dette formålet i inneværende års budsjett. Det er også satt av penger til revisjon innen psykisk helse som pågår i skrivende stund. Psykisk helse har også hatt stort fokus nasjonalt de senere år, og en økende andel sliter med utfordringer innen områdene psykisk helse og rus. Kvitsøy kommune må også ta inn over seg denne trenden, og i større grad enn tidligere kanskje måtte håndtere alvorlige lidelser knyttet til suicidalfare og voldsfare. Forebyggende tjenester til personer med lette til moderate plager, virker til dags dato tilstrekkelig. Kvitsøy kommune har samarbeid med Randaberg kommune innen dette feltet.

Det er også et krav å få være tilknyttet psykolog innen 2020. Dette kan enten løses med å ansette egen psykolog, eller samarbeid med andre kommuner. Det framstår mest aktuelt for Kvitsøy å få til et interkommunalt samarbeid med dette.

7.7 Palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom i livets slutfase. Lindring av smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt for å bidra til best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Mange kreftpasienter har også andre sykdommer, som medfører komplekse behandlingsforløp. Flere kommuner har egne palliative senger. Det er i dag ikke tilrettelagt for egne palliative senger på sykehjemmet i, men det vil være mulig å på kort tid legge til rette for dette dersom behovet skulle melde seg. Omkring 15 % dør hjemme. Helsedirektoratet har laget anbefalinger til at alle skal få være hjemme så mye og så lenge som mulig mot livets slutt (Helsedirektoratet, 2018). Dette vil kreve opplæring av ansatte, utvikling av interne prosedyrer og gode samspill med bruker og pårørende.

7.8 Velferdsteknologi

Bruk av velferdsteknologi kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester, og kan også gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunen (Helsedirektoratet). Kvitsøy kommune har ikke vært proaktive i endringsprosessene innen velferdsteknologi. Mye av grunnen til det har vært at kommunen har for få brukere til å få økonomisk utbytte av løsningene. Kommunen har blant annet tidligere sett på elektronisk medisineringsstøtte, og konkludert med at det ikke ville ha kostnadsbesparelse, snarer tvert i mot. Løsninger som elektroniske dørlåser, lokaliseringsteknologi (GPS) og digitale tilsyn er muligheter som en til dags dato ikke har sett behov for. Digitale trygghetsalarmer bør innføres da de analoge alarmene vi bruker i dag begynner å bli utdatert. Velferdsteknologi er et område med stort fokus, som kommunen plikter å følge med på. Vi må tørre å være framoverlent i tanken på fremtidens muligheter, samtidig som å la Kvitsøy beholde sitt preg.

Kvitsøy vurderer å være med i et Ryfylkesamarbeid innen velferdsteknologi. Fylkesmannen har også etterspurt et slikt samarbeide. Foreløpig er det mest aktuelle å ha gode samarbeidsavtaler med større kommuner.

7.9 Andre tjenester

Det er også fremmet ønske om andre tjenester på Kvitsøy. Ordningen med husmorvikar ønskes tilbake, eller at en integrerer dette inn i en utvidet tjeneste i hjemmesykepleien. Muligheten for bruk av TT kort på Kvitsøy er også nevnt. I en verden som blir stadig mer digitalisert bør det også være mulighet til løsninger hvor bl. annet legetimer kan bestilles på nett.

7.10 Rogfast

Det vil bli fastlandsforbindelse til Kvitsøy via Rogfast i 2026. Konsekvenser i forhold til dette kan være vanskelig å forutsi for helse- og omsorgstjenesten. I arbeidsperioden fram til 2026 vil arbeidere oppholde seg hovedsakelig rundt arbeidsområdet som ligger noe utenfor sentrumskjernen. Dersom det skulle oppstå ulykker forventes det at Kvitsøy sin akuttberedskap klarer å håndtere dette tilfredsstillende.

Når fastlandsforbindelsen er et faktum vil det ta flere år før en eventuell tilflytning gjør store inngrep i lokalsamfunnet. En ser det derfor som lite sannsynlig at Rogfast får store innvirkninger på helsesektoren i planperioden.

8 Konklusjon

Store utfordringer er lagt til kommunal sektor, og flere vil komme. Gapet mellom kommunens ressurser og forventningen fra omgivelsene vil bli enda større i fremtiden. Vi blir eldre, vi lever lengre med kroniske og sammensatte sykdommer, og det er lagt opp til brukermedvirkning i alle ledd. Samhandlingsreformen er kommet for å bli, og representerer et ønske om å yte de beste helsetjenestene som er mulig. Som kommune må en ta innover seg den utviklingen som skjer i samfunnet for øvrig, og tilrettelegge for å gi den enkelte et godt og trygt helsetilbud. Kvitsøy kommune har på flere områder vært forskånet noen utfordringer som andre kommuner opplever. Det vil dermed ikke si at en i framtiden ikke vil oppleve de samme utfordringene. Føre-var prinsippet, og forebygging heller enn behandling er viktig. Kvitsøy har i dag gode samarbeidsavtaler som fungerer godt, og har klart å hele tiden holde følge med de krav som har kommet. Rekruttering og kompetanse vil bli svært viktig framover, og bør holdes høyt oppe i de kommende årene. Krav og økonomi følges ikke alltid, og det er derfor av vesentlig betydning å alltid tenke kost-nytte i alle ledd av helsetjenesten. Det er svært krevende å spare penger innen helsesektoren, og kanskje bør heller ikke det være et hovedmål for sektoren. Derfor er det av avgjørende betydning å heller ha fokus på rette prioriteringer innen helse- og omsorgstjenestene i Kvitsøy kommune.

Basert på dagens demografi og de endringene vi ser i kommunen og i de føringene som treffer oss, vil det være behov for fortsatt og ekstra satsing innenfor:

- Akuttberedskap
- Demens
- Habilitering/Rehabilitering
- Palliasjon
- Psykisk helse
- Kompetanseheving og rekruttering
- Velferdsteknologi

Kvitsøy kommune kan være stolt over sine helse- og omsorgstjenester. Få kommuner i Norge kan gi et tilsvarende faglig og individrettet tilbud både kvalitativt og kvantitativt. Dette ønsker vi å fortsette med, men samtidig er det viktig å stadig tenke kost- nytte effekt av prioriteringene vi velger.

I årene framover må vi ta i bruk alle de virkemidler vi har for å gi best mulig helse for alle.

Referanseliste

- Demensplan 2020 (2015). *Et mer demensvennlig samfunn (2015-2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om Folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29).
- Grinsmo A. (2015). Samhandlingsreformen- hva nå? *Tidsskrift For Den Norske Legeforening 2015: 135:1528*.
- Helsedirektoratet, 2016. *Kompetanseløft 2020*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og Omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV 2011-06-24-30).
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) (FOR-2003-06-27-792).
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Rett behandling, på rett sted, til rett tid (2008-2009)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening (2005-2006)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
- Meld. St. 16 (2011-2015). *Framtidens helsetjeneste, trygghet for alle (2011-2015)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet, trygge tjenester (2012-2013)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg (2012-2013)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26: *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet (2014-2015)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34: *Folkehelsemeldingen « God helse- felles ansvar » (2012-2013)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Menon-Publikasjon (2018) *Bemanning, kompetanse og kvalitet- status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Rapport 2018: 51.
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Pasientsikkerhetsprogrammet: *I trygge hender 24-7, strategi (2014-2018)*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Verdighetsgarantien (2010). Forskrift om verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426).

