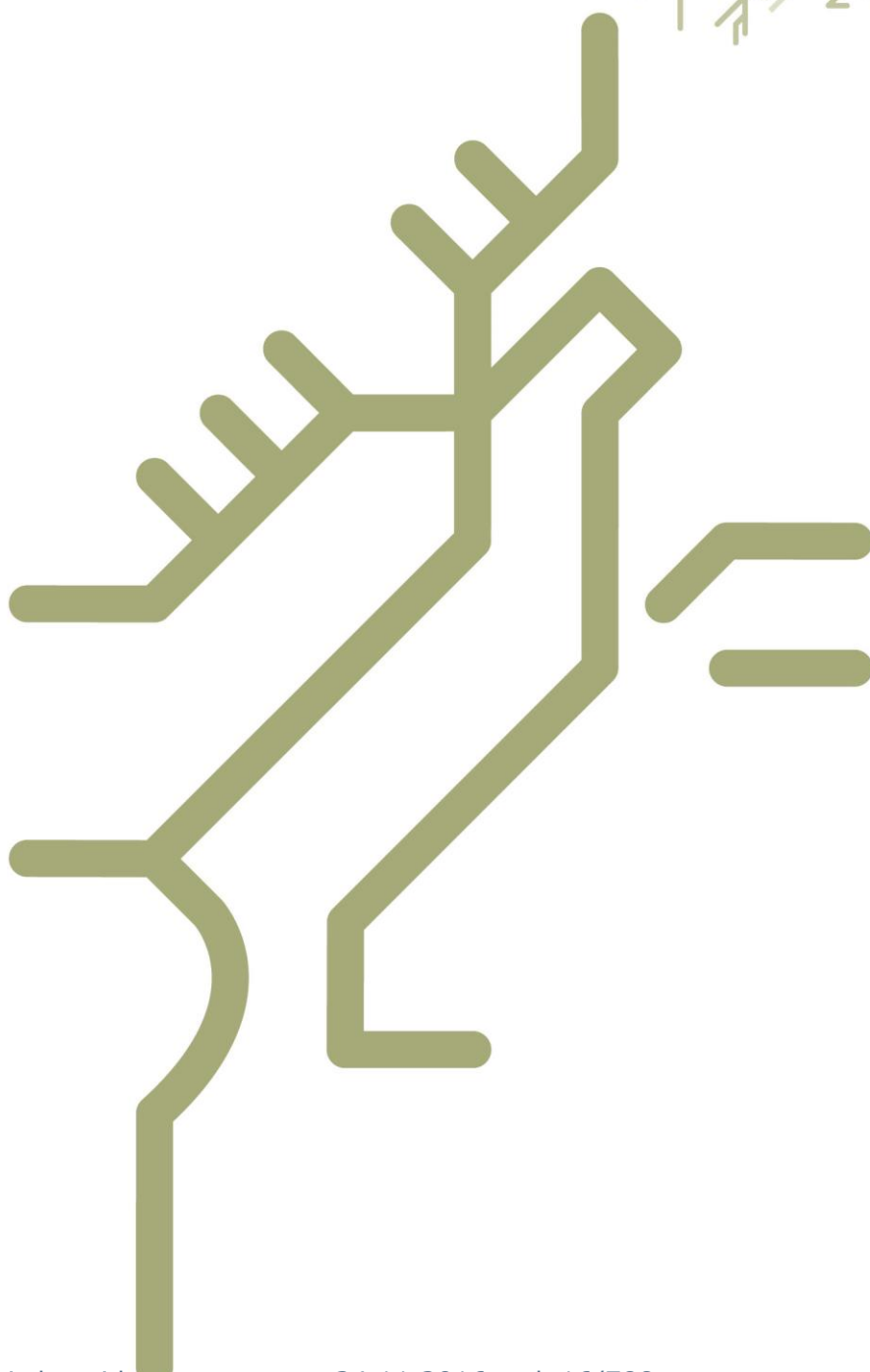




Rendalen kommune

Helse- og omsorgsplan 2016 – 2026



FORORD

Kommunale helse- og omsorgstjenester har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Demografisk utvikling tilsier at tjenestene må organiseres annerledes fremover også i Rendalen for å kunne møte dagens og fremtidens utfordringer, og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester, på en bærekraftig måte. *Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* fokuserer på at brukerne skal være i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenester, slik at alle ressurser hos brukerne selv, deres familie og øvrige nettverk, samt frivillig innsats kan benyttes. Dette er i tråd med budskapet i *stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg*, som vektlegger samspillet med samfunnets samlede ressurser.

Det er på bakgrunn av helse- og omsorgstjenesteloven som tro i kraft fra 1. januar 2012 og påfølgende nye nasjonale føringer, viktig at det utarbeides en plan, samtidig som konsekvenser av samhandlingsformen i Rendalen kommune er vektlagt i helse- og omsorgsplan 2016-2026.

Helse- og omsorgsplan 2016-2026 er forankret i planstrategien til Rendalen kommune, og kommer i forlengelsen av kommuneplan, samfunnsdelen, som ble vedtatt i 2015.

Planen har et langsiktig og overordnet perspektiv og skal sikre at kommunen oppfyller sin plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunen er forberedt til å gi innbyggerne det tjenestetilbudet det til enhver tid er behov for. Det er utarbeidet mål og strategier for planperioden.

Den skal årlig utarbeides konkrete tiltak i samsvar med planens satsningsområder. Dette skal gjøres i forbindelse med arbeid med kommunens handlingsprogram og budsjettarbeid og i enhetens årlige virksomhetsplaner. Oppfølging av planen, gjennom disse tiltakene, skal inngå i en årlig tilstandsrapport/årsmelding felles for helse og omsorg. Tilstandsrapporten skal fungere både som en årlig statusrapport, en kvalitetssikring av tjenestetilbudet, som en evaluering av helse- og omsorgsplanen og som et grunnlagsdokument til budsjettprosessen.

En bred folkehelsesatsning i alle samfunnssektorer er en viktig forutsetning for å sikre livskvalitet og gode liv for Rendalen kommunes innbyggere. Enkeltpersoner må i fremtiden ta større ansvar for egen helse og helse- sosial og omsorgstjenestene skal understøtte brukernes egne ressurser og mestring.

Satsningsområder, mål, strategier og tiltak i helse- og omsorgsplan 2016-2026 gir føringer for andre temaplaner og strategier i helse og omsorg i Rendalen.

1	Bakgrunn og forankring	5
1.1	Planens hensikt	5
1.2	Overordnet strategi	5
1.3	Planens innhold og oppbygging	5
1.4	Lovgrunnlag og nasjonale føringer	7
1.5	Sammenheng med annet planverk i kommunen	9
1.6	Samhandlingsreformen	10
2	Dagens situasjon	12
2.1	Overordnet organisering	12
2.2	Organisasjonens verdigrunnlag	12
2.3	Dagens organisering i helse og omsorg	13
3	Hvordan kommunen oppfyller sin plikt	14
3.1	Informasjon og koordinering	14
3.2	Forebyggende, rehabiliterende og behandlende tiltak	15
3.3	Kommunal bolig	18
3.4	Dagtilbud	19
3.5	Tjenester i hjemmet	19
3.6	Institusjon og døgkontinuerlige tjenester	20
4	Utfordringsbilde	22
4.1	Konsekvenser av samhandlingsreformen i kommunen	23
4.2	Kompetanse og tjenesteutvikling	26
4.3	Særskilte utfordringer	27
4.4	Interkommunalt samarbeid	29
4.5	Demografi, tjenesteprofiler og prioriteringer	30
5	Mål og strategier i helse og omsorg mot 2026	31
5.1	Hovedmål	31
5.2	Brukerens ressurser og medvirkning	32
5.3	Organisering og utvikling av tjenester	32
5.4	Kompetanse	34
5.5	Helhetlig oversikt over tjenestetilbudet	35
5.6	Prioriterte tiltak første 4-årsperiode	36
5.6.1	Et utvidet helse- og botilbud for voksne	36
5.6.2	Interkommunalt samarbeid	36
5.6.3	Brukerdialog og samspill med nærmiljøet	37
5.6.4	Kompetanseutvikling	37
5.6.5	Faglige team med ambulant virksomhet	37
5.6.6	Hverdagsrehabilitering	38
5.6.7	Innovasjon- /Velferdsteknologi	38

5.6.8	Folkehelse	38
5.6.9	Forebyggende hjemmebesøk	39
5.6.10	Demens	39
5.6.11	Integreringsarbeid	40
5.6.12	Psykisk helse og rus	40
6	Prosess og videre arbeid	41
6.1	Prosess	41
6.2	Oppfølging av planen	41

1 BAKGRUNN OG FORANKRING

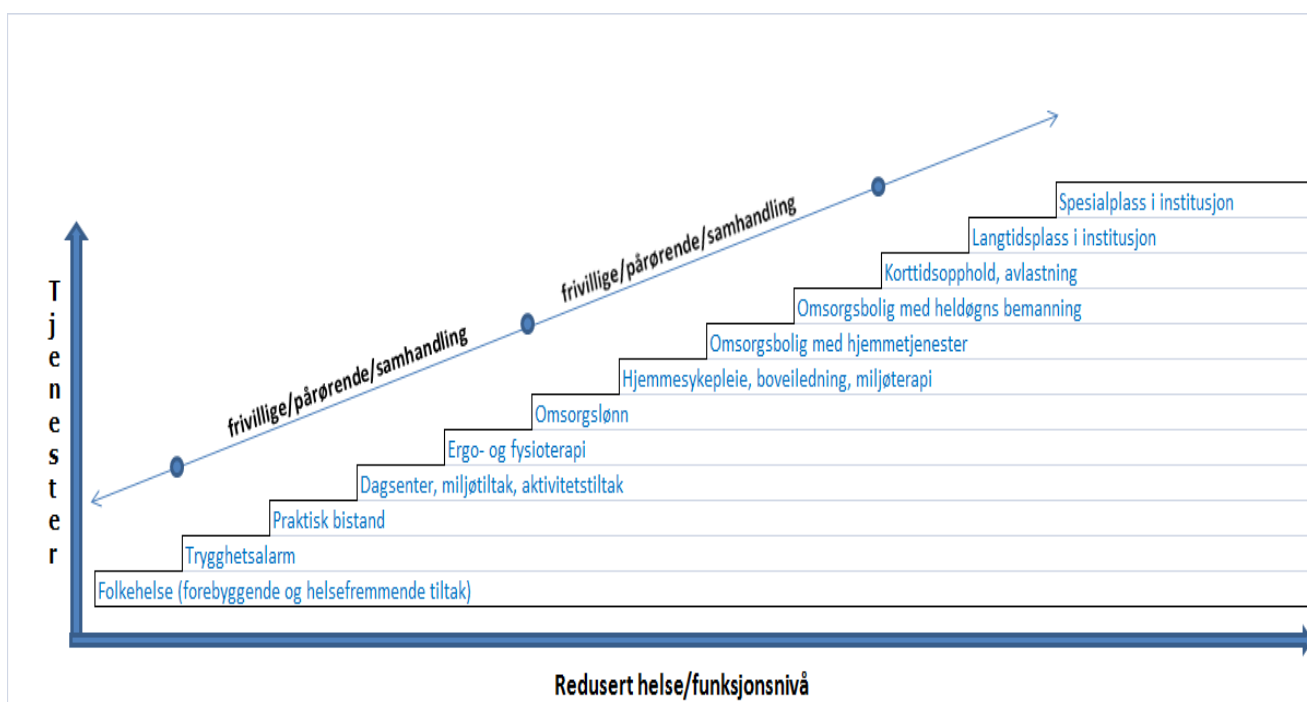
Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) tro i kraft 1. januar 2012 og krav til kommunen i forbindelse med samhandlingsreformen har hatt stor innvirkning i daglig drift. Kommunen har fått betydelig større ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid i alle deler av helse- og omsorgstilbudet, samt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Økende krav til kommunen og endringer i hvordan vi må organisere tjenestetilbudet for å imøtekomme disse kravene, har medført at behovet for en helse- og omsorgsplan har aktualisert seg. Dagens situasjon og utfordringsbilde med et lokalt perspektiv er grunnlaget for planens mål og strategier. Dette er nært knyttet til lovgrunnlag, nasjonale føringer og lokale prioriteringer i kommunens øvrige planverk.

1.1 PLANENS HENSIKT

Planens hensikt er å sikre at kommunen oppfyller sin plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven og at kommunen er forberedt til å gi innbyggerne det tjenestetilbudet det til enhver tid er behov for. Planen skal synliggjøre en langsiktig strategi for hvordan kommunen hensiktsmessig kan benytte sine ressurser i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

1.2 OVERORDNET STRATEGI

Planens overordnede strategi er å sikre at den enkelte tjenestemottaker i Rendalen kommune mestrer eget liv mest mulig selvstendig, både fysisk, kognitivt og sosialt i samspill med kommunale tjenester. Vi forplikter oss til å tilpasse miljøet rundt den enkelte bruker og yte tjenester etter *Beste Effektive Omsorgs Nivå* (BEON-prinsippet). Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskel, primærforebygging) til stort hjelpebehov (heldøgns tjeneste). BEON-prinsippet går i korte trekk ut på at tjenester gis på lavest mulig nivå med fokus på brukerens egne ressurser.



1.3 PLANENS INNHOLD OG OPPBYGGING

Planen omhandler *tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven* (hol). Kommunens ansvar omfatter nødvendige helse- og omsorgstjenester, som ikke hører under stat eller

fylkeskommune, til alle pasient- og brukergrupper, jf. hol § 3-1.

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

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder skolehelsetjeneste og helsestasjon
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og akuttssituasjoner, herunder legevakt, heldøgns akuttberedskap og nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordningen
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a) Helsetjenester i hjemmet
 - b) Personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt
 - c) Plass i institusjon, herunder sykehjem
 - d) Avlastningstiltak

Folkehelseloven¹, smittevernloven², beredskapsplanlegging³ og sosialtjenesteloven⁴ er ikke en del av planen. Kommuneplanens samfunnsdel omtaler status og strategier for folkehelsearbeidet i kommunen. Helse- og omsorgsplan for Rendalen kommune har et langsiktig og overordnet perspektiv. Dette innebærer at planen i hovedsak ikke inneholder detaljerte beskrivelser om tjenester i de enkelte enheter og avdelinger i kommunen. Det vil benyttes samlebegreper for enkelte tjenester fra ulike enheter med samme lovgrunnlag. Eksempelvis benyttes begrepene **praktisk bistand** og **bo- og miljøarbeidertjenester** vekselvis som samlebegreper, utledet fra lovgrunnlaget i hol § 3-2 nr. 6, bokstav b. Begrepene vil således henvise til ulike tjenester i avdeling psykisk helse og rus, tjenester i bemannede omsorgsboliger, samt tjenester i enhet for tilrettelagte tjenester. Noen tjenester er imidlertid så nært knyttet til planens satsningsområder, mål og strategier at de vil få mer detaljert oppmerksomhet.

Primærforebyggende tiltak iverksettes før sykdom eller skade har oppstått.

Sekundærforebygging består i å begrense det som allerede har oppstått.

Tertiærforebygging er ofte synonymt med rehabilitering eller sosiale tiltak; Sykdom eller skade er allerede oppstått, men det tilrettelegges for god livskvalitet. Uten folkehelseovens perspektiv vil planen hovedsakelig benytte begrepet *forebygging* om tjenester som utsetter behov for mer kostnadskrevenende tjenester, som også bidrar til å mobilisere brukerens egne ressurser og økt egenmestring.

Rehabiliterende og behandlende tiltak handler om å bedre forutsetningene for god helse ved å fremme trivsel, velvære og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Utfordringer og strategier knyttet til utredning, diagnostisering og behandling, samt sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, omfattes her.

Tjenestene er videre inndelt i 6 hovedkategorier, som skal synliggjøre en inndeling hvor tjenestene gradvis blir mer og mer omfattende. I denne sammenhengen henviser begrepet *omfattende* til bistands- og bemanningsbehov. Samlekategorien *forebyggende, rehabiliterende og behandlende* tiltak omfatter altså tjenester som ikke favnes av KOSTRAs definisjon på hjemmetjenester, og som er mindre omfattende enn institusjon og døgnkontinuerlige tjenester. De 6 hovedkategoriene er følgende:

1. Informasjon og koordinering
Tjenester som inngår er individuell plan og koordinator.
2. Forebyggende, rehabiliterende og behandlende tiltak
Tjenester som inngår er innsatsteam, demensteam, pårørendeskole, psykisk helsetjeneste, rustjeneste, avlastning, støttekontakt, fysioterapi, ergoterapi, helsestasjon, skolehelsetjeneste, jordmor, matombringing, trygghetsalarm, omsorgslønn, fastleger og psykologer.

1 Lov om folkehelsearbeid

2 Lov om vern mot smittsomme sykdommer

3 Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap

4 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

3. Kommunal bolig
Tjenester som inngår er kommunale utleieboliger.
4. Dagtilbud
Tjenester som inngår er Rendalen dagaktivitetstilbud og dagsenter for eldre.
5. Tjenester i hjemmet
Begrepet **hjemmetjenester** omfatter her, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. bo- og miljøarbeidertjenester, øvrig praktisk bistand i omsorgsbolig og private hjem, samt brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Dette samsvarer med KOSTRA⁵ sin definisjon av begrepet.
6. Institusjon og døgnkontinuerlige tjenester
Tjenester som inngår er heldøgns-bemannede omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

1.4 LOVGRUNNLAG OG NASJONALE FØRINGER

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.

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.

Folkehelseloven

Formålet med folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Kommunen skal i henhold til loven fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Folkehelseloven, med merknader og forskrifter, gir de viktigste formelle rammene for folkehelsearbeidet. Den pålegger kommunen som helhet ansvaret for folkehelsearbeidet. Loven beskriver hvordan arbeidet skal bygge på en oversikt over folkehelseutfordringer i kommunen, og at kommunen ut fra oversikten skal analysere og vurdere sammenhenger, vurdere kommunens hovedutfordringer, sette mål for disse, og planlegge tiltak.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Habilitering og rehabilitering skal bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Forskriften skal styrke samarbeidet mellom bruker, kommunens tjenesteytere og på tvers av forvaltningsnivå.

5 KOSTRA står for KOmune-STat-RApportering

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.

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

Regjeringens omsorgsmelding fra 2006 beskriver fremtidens omsorgsutfordringer: 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. Hensikten med stortingsmeldingen er å gi oversikt over framtidige hovedutfordringer og fastlegge strategier for å møte dem.

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

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

Stortingsmelding 16: Framtidens helsetjeneste, trygghet for alle (2011-2015)

Meldingen belyser behovet for en omlegging for å sikre helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Tjenester skal være effektive, trygge og tilgjengelige innen akseptable ventetider - uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etniske bakgrunn og livssituasjon. Faglighet og kvalitet må få større oppmerksomhet i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten gjennom bedre kartlegging, registrering og systematisk arbeid.

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

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

Stortingsmelding 29: Morgendagens omsorg (2012-2013)

Det legges vekt på å utvikle og innarbeide nye og framtidssrettede løsninger. Helse- og omsorgstjenestenes brukere skal få bedre muligheter til å klare seg mest mulig selvstendig i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Tiltak skal iverksettes på følgende områder:

- Morgendagens omsorg – et innovasjonsprogram frem mot 2020
- Morgendagens omsorgstjenestebrukere – et ressursorientert perspektiv
- Morgendagens omsorgsfellesskap – med pårørendeprogram og nasjonal frivillighetsstrategi
- Morgendagens omsorgstjeneste – med faglig omstilling og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid
- Morgendagens omsorgsomgivelser – med utvikling og implementering av velferdsteknologi

HelseOmsorg21 (2014)

Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi som vektlegger behov for systematisk innovasjon i de kommunale tjenestene gjennom målrettet satsning på kvalitets- og kompetanseutvikling de neste tiårene.

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

Målsetting med programmet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten, i tråd med HelseOmsorg21. Det vektlegges å øke forbedringsarbeid for pasientsikkerhet, styrke brukerorienteringen og videreutvikle pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Per i dag er det få nasjonale kvalitetsindikatorer i kommunene. Den enkelte kommunes deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet skal være frivillig, men det er et uttalt mål at tiltak skal innføres innen 2018.

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

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.

Stortingsmelding 34: Folkehelsemeldingen "God helse – felles ansvar" (2012-2013)

Fem prinsipper for folkehelsearbeid som står sentralt i denne meldingen er:

- Utjevning
- Helse i alt vi gjør
- Bærekraftig utvikling
- Føre - var
- Medvirkning

Folkehelsearbeid handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og å utvikle et samfunn som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse for alle innbyggere i kommunen. Dette krever systematisk og langsiktig innsats både i og utenfor helsetjenestene, og på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet for å møte kommunens egne spesifikke helseutfordringer. Kommunen skal også dokumentere helseskadelige faktorer, drøfte helseutfordringene og planlegge hvordan man skal forebygge disse. Loven presiserer også kommunens ansvar for å legge til rette for et godt fysisk tilpasset miljø for alle (universell utforming).

1.5 SAMMENHENG MED ANNET PLANVERK I KOMMUNEN

Kommuneplanens samfunnsdel (2015 - 2026)

Kommuneplanen er Rendalens overordnede styringsdokument med føringer for langsiktig planlegging av lokalsamfunnet og skal ivareta kommunale, regionale og nasjonale interesser. Samfunnsdelen tar stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for utviklingen av kommunen som samfunn og kommunen som organisasjon, og gir retningslinjer for hvordan dette skal gjennomføres.

Planen følges opp gjennom utarbeiding av *handlingsprogrammet* hvert år. Frem mot 2027 skal det rettes innsats mot å utvikle et helsefremmende lokalsamfunn og ta imot mange nye innbyggere. Innbyggerne skal ha gode muligheter til en sunn livsstil, oppleve mangfold i aktivitetstilbud, samt oppleve et lokalsamfunn og et tjenestetilbud som gir trygghet, mestring og tilhørighet. Demografisk utvikling i kommunen gir nye og økende utfordringer med hensyn til tjeneste- og velferdstilbudet. Kommuneorganisasjonen må være attraktiv som arbeidsplass, ha kompetente medarbeidere og ledere, samt ha tilgang på ansatte med riktig kompetanse i tida framover. Tjenestene må utvikles med stadig økende krav om brukermedvirkning. Kommunens evne til utvikling, tilpasning og god ressursutnyttelse er sentralt.

Temaplaner og strategidokumenter i helse og omsorg

Helse- og omsorgsplan skal ha gjensidig påvirkning på andre temaplaner, strategier og administrative fag- og tjenesteplaner i helse og omsorg i Rendalen.

Boligsosialt arbeid

Planen skal gi økt kunnskap om situasjonen til vanskeligstilte på boligmarkedet i kommunen og sikre en boligmasse som er tilpasset målgruppens behov. Hovedmål er at alle innbyggere i Rendalen skal disponere en egnet bolig med tilfredsstillende standard, uavhengig av økonomiske, fysiske, helsemessige eller sosiale forutsetninger. Planen legger føringer for prioriteringer når tiltak skal iverksettes på dette området.

Tjenestene i psykisk helse og rus

Rendalen kommune er ansvarlig for tjenester til brukere med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet skal være lett tilgjengelig og mobilisere brukers egne ressurser i tett samarbeid med interne og eksterne instanser. Formålet er å gi retning for utviklingsarbeid og synliggjøre prioriterte tiltak innenfor tjenesteområdet. Her er det utarbeidet en interkommunal plan som ser disse tjenestene i sammenheng.

Strategi for velferdsteknologi

Strategi for velferdsteknologi angir retning og legger grunnlag for videre arbeid med velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Med dagens ressursbruk og organisering av tjenester, vil vi ha for få menneskelige ressurser til å dekke tjenestebehovet i framtiden. Velferdsteknologi handler om løsninger som bidrar til at enkeltindividet kan få mulighet til å mestre eget liv mest mulig selvstendig. Dette skal være et supplement til ordinære tjenester, gi trygghet for pasient/bruker og pårørende, samt bidra til å utsette behovet for mer ressurskrevende tjenester.

Demensplan - Det profesjonelle medmenneske (2016-2026)

Det utarbeides en demensplan for Rendalen kommune. Planen skal angi teorigrunnlag og satsningsområder for personer med demens i Rendalen, deres pårørende og personalet som skal utøve tjenesten de neste ti årene. Planen tar utgangspunkt i *det helhetlig personorienterte pasientforløp*.

1.6 SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen ble lansert i *stortingsmelding 47 (2009)* med regjeringens forslag om hvordan spesialist- og primærhelsetjenesten skal organiseres for å møte dagens og fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester. Reformen ble iverksatt 1. januar 2012, parallelt med ny helse- og omsorgstjenestelov. Hovedmål med reformen er å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet. Samhandlingsreformen knyttes både til pasientperspektiv og samfunnsøkonomisk perspektiv. Forebygging, tidlig intervensjon, diagnostisering, behandling, rehabilitering og helhetlige pasientforløp skal vektlegges. Det er økende oppmerksomhet på helhetlige pasientforløp og at tjenester mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten må være koordinerte og samkjørte. Brukers egne ressurser skal benyttes på best mulig måte. En vellykket samhandlingsreform forutsetter likeverdighet og balanse i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Helhetlig pasientforløp

I et helhetlig pasientforløp er tjenestene fra kommunen og spesialisthelsetjenesten koordinert slik at de møter pasientens behov på en faglig forsvarlig og hensiktsmessig måte. Målet er god

kvalitet, uavhengig av hvem som har ansvaret for de ulike tjenestene. En systematisk gjennomgang av ulike pasientforløp kan avdekke og beskrive brudd i forløpet, og kan gi viktige innspill til utvikling av tjenestene. Brudd i pasientforløp kan defineres som manglende, utilstrekkelig eller uhensiktsmessig tjenestetilbud og svikt i oppfølgingen, på bakgrunn av uklar ansvars- og oppgavefordeling og/eller svikt i informasjonsflyt. Avtaleverket mellom kommuner og helseforetak skal bidra til å ivareta helhetlig pasientforløp.

Helhetlige pasientforløp handler i stor grad om organisering, kunnskap og handlingskompetanse. Mange uhensiktsmessige hendelser kan skje i overgang mellom ulike tjenester og behandlingsnivåer. God ledelse er avgjørende for å kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Prosedyrer må være godt innarbeidet gjennom systematiske opplæringstiltak for ansatte, med påfølgende systematisk oppfølging fra ledelsen. Den enkelte ansatte har ansvar for å følge gjeldende prosedyrer og tilegne seg kunnskap som kreves for å ta del i forbedringsarbeid. I tillegg er tilstrekkelig internkontroll og rett prioritering av ressurser nødvendig for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kommunen bør også ha helhetlige systemer på tvers av tjenester, med tydelige kanaler for deling av nødvendig informasjon og avklart ansvarfordeling.

2 DAGENS SITUASJON

Kapittelet beskriver Rendalen kommunes overordnede organisering, organisasjonens verdigrunnlag og dagens organisering i helse og omsorg. Det fremkommer hva de ulike enhetene er ansvarlige for i dagens situasjon.

2.1 OVERORDNET ORGANISERING

Kommunen er organisert med to resultatnivå; rådmannen og enhetene, som kommunestyret gir rammer og oppdrag til. Rådmannen kan delegerer sin myndighet videre i organisasjonen dersom kommunestyret ikke bestemmer noe annet. Organisasjonen er inndelt i enheter med ansvar for tjenesteproduksjon. Enhetsleder skal ha kompetanse og myndighet til å drive virksomheten sammen med sine medarbeidere, med fokus på innbyggernes behov for tjenester.

Rådmannen og virksomhetsledere betegnes som rådmannsgruppa, og fremstår samlet og med samme myndighet innad i organisasjonen. Rådmannens stab skal bidra til riktig beslutningsgrunnlag for politisk og administrativ ledelse og bistå ledelsen i å ivareta sitt eieransvar for kommunale virksomheter, samt bistå i enhetenes tjenesteutvikling. I samsvar med kommuneloven er rådmannen administrativt ansvarlig for det som skjer i administrasjonen og tjenesteapparatet.

2.2 ORGANISASJONENS VERDIGRUNNLAG

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

Raushet, engasjement og åpenhet

Med **ÅPENHET** menes at

- vi viser åpenhet i forvaltningen og legger til rette for å imøtekomme krav om innsyn
- vi tilstreber åpenhet i hvordan vi bruker kommunens ressurser og hvordan virksomheten utøves, slik at forventningsgapet mellom hva kommunen tilbyr og innbyggerne ønsker er minst mulig
- vi legger til rette for informasjon og dialog slik at innbyggerne er kjent med kommunens rolle og ansvar
- vi tar en aktiv rolle overfor media og gjennom egne kanaler slik at vi kan formidle god informasjon til omverden
- vi vet at måten vi kommuniserer på vegne av kommunen på, påvirker kommunens omdømme

Med **RAUSHET** menes at

- vi snakker sant og ikke tilslører, dette er grunnlaget for en åpen og deltagende debatt
- vi frykter ikke resultatene av debatt og meningsbrytning
- alle ansatte kan som privatpersoner fritt ytre seg om alle kommunale forhold som ikke er taushetsbelagt eller unntatt offentlighet

Med **ENGASJERENDE** menes at

- vi etterstreber en god digitale kommunikasjon, implementerer sosiale medier slik at vi kan nå fram til alle våre målgrupper.
- vi kjenner våre målgrupper, slik at vi kan skape engasjement gjennom tilpasset informasjon
- vi bruker riktige kanaler for å nå fram til målgruppene
- vi forstår medienes rolle i samfunnet

- Alle ansatte har en plikt til å bidra til engasjement basert på våre verdier.

2.3 DAGENS ORGANISERING I HELSE OG OMSORG

Helse- og omsorg er ansvarlig for og driver tjenesteproduksjon organisert innenfor følgende områder:

- Helsetjenester i hjemmet- personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring
- Sjukehjem-/institusjonstjenester
- Kjøkken-/vaskeri
- Kommunelege-/helsetjenester
- Helsesøster-/stasjon, skolehelsetjeneste,
- Jordmor
- Psykiatri/rustjenesten
- Folkehelse-/frisklivskoordinator
- Barnevern
- Tjenesten for funksjonshemmede
- Aktivitetssenteret-/Dagaktivitetstilbud
- Ergoterapi og fysioterapi
- Ulike botilbud
- Sosiale tjenester som husbankens bostøtte, låne- og tilskuddsordninger.

Brukere av tjenestene er i alle aldersgrupper.

På Rendalen sjukehjem er det fom. 01.01.2017 24 plasser, hvorav 8 plasser i skjermet avdeling for demente, 8 i vanlig pleieavdeling, 6 i kombinert tilrettelagt for demente/pleieavdeling og 2 i korttids/avlastning/rehabilitering. På sjukehjemmet er det også innredet et palliativt rom som er tilrettelagt for pasienter som er i en avsluttende fase. Under sykehjemmet organiseres et produksjonskjøkken som i tillegg til mat til sykehjemmets pasienter og hjemmeboende, også påtar seg oppdrag for private og bedrifter.

Tjenesteproduksjonen i regi av Helse- og omsorg skal betjene de mål som sektoren har ansvaret for. Et av målene er å sikre at den enkelte tjenestemottaker får mulighet til å leve og bo selvstendig. Videre skal den enkelte tjenestemottaker sikres et aktivt og meningsfylt liv og en tilværelse i fellesskap med andre. En verdig avslutning på livet, som ivaretar den enkeltes individuelle behov, skal også ivaretas.

Enhetens hovedformål er å forebygge helseproblemer og å bistå med diagnostisering og behandling til de som likevel blir syke. Til de som må leve med varig sykdom eller funksjonsnedsettelse, gir vi rehabiliteringstilbud og bistand til egenmestring. Sammenfattet utgjør dette tjeneste som gis før, istedenfor eller etter, behov for spesialisthelsetjenester, i tråd med samhandlingsreformens føringer. I praksis innebærer det et bredt sammensatt tjenestetilbud.

- Innenfor institusjonsområdet gis det tilbud om **rehabiliteringsopphold, andre korttidsopphold og avlastning, langtidsopphold.**
- **Interkommunal akutt døgnplass (KAD)** ivaretas gjennom et samarbeid med Fjellhelse, og består av 2 plasser på Tynset sykehus.
- **Helse- og omsorgstjenester til personer med nedsatt funksjonsevne** gis i brukers hjem, bofellesskap/omsorgsbolig - Rendalen har til sammen 42 ulike boenheter utenom institusjon.
- **Dagaktivitetsopphold** er et tilbud til hjemmeboende som har behov for sosialt samvær og aktivitet. Målet er at tilbudet skal gi opplevelse av økt helse- og livskvalitet og bidra til at en skal kunne bo lengst mulig i eget hjem.
- Tjenestetilbudet innenfor **hjemmebaserte tjenester** omfatter helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, trygghetsalarm og matombringning.
- **Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)** er en ordning som er særlig tilrettelagt for mennesker med omfattende funksjonsnedsettelse. I prinsippet omfatter ordningen de

samme tjenestene som ordinære helse- og omsorgstjenester – praktisk bistand som hjelp til stell, pleie, måltider, fritidsaktiviteter og alle andre nødvendige hverdagslige gjøremål.

- Ved særlig tyngende omsorgsoppgaver kan det tildeles **omsorgslønn**.
- **Kjøkkenet** på sjukehjemmet produserer og leverer mat til kommunens institusjoner, kok/kjølt middag til hjemmeboende og kommunal catering.
- **Tildelingsteamet** saksbehandler og tildeler vedtak om helse- og omsorgstjenester.
- Det formidles **Husbankens låne- og tilskuddsordninger**, bostøtte og startlån til kjøp og utbedring, samt saksbehandler og tildeler kommunens utleieboliger.
- **Friskliv-/Folkehelsekoordinator** som foruten å drifte Rendalen Friskliv arbeider systematisk og målrettet på områder i kommunen hvor det er behov for helsefremmende innsats.
- **Tjenesten for funksjonshemmede** har ansvar for tilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming.
- **Ergoterapeut** jobber med å fremme helse ved hjelp av terapeutisk bruk av arbeidsutstyr, hjelpemidler, egenomsorg og aktiviteter.
- **Fysioterapeut**; 1 fysioterapeut på driftstilskudd og en hel stilling som kommunefysioterapeut, hvor både forebyggende, kurativt og rehabiliteringsarbeid inngår.
- **Psykisk helse-/rustjeneste** – Enheten yter oppgaver til voksne etter helse- og omsorgstjenesteloven. Statlige føringer varsler opptrapping på rusområdet.
- **Helsestasjon** – Enheten er delt inn i barn 0-5 år, barn 6-20 år, helsestasjon for ungdom (HFU), svangerskapsomsorg, helsestasjon for flyktninger, reisevaksinasjon og smittevern. Helsestasjonens oppgaver styres av helse og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven, smittevernloven og kjønnslemlestelsesloven med tilhørende forskrifter. Det foreligger en rekke statlige anbefalinger og veiledere for driften.
- **Jordmor** – det kjøpes tjenester fra Sykehuset Innlandet Tynset tilsvarende 10% stilling
- **Legevakt** – legevakta er interkommunal og ligger lokalisert på Tynset sykehus, og drives i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, og en detaljert pliktregulering i akuttmedisinforordningen.
- **Kommunehelsetjeneste forøvrig** – Interkommunalt miljørettet helsevern, kommuneoverlege, kommuneleger, frisklivssentral yter oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven.
- **Barnevern** Enheten yter tjenester i henhold til Barneverntjenesteloven, og er lokalisert på Tynset som vertskommune i et interkommunalt samarbeid.

NAV Rendalen

NAV Rendalen er en egen virksomhet i kommunen og skal bidra til at kommunens innbyggere kommer i arbeid eller aktivitet. NAV Rendalen bistår brukere med råd, veiledning og informasjon om de ulike velferdsordningene, samt tildeling av økonomisk stønad og støttekontakt, hvor ansvaret er fordelt mellom Rendalen kommune og staten. NAV Rendalen samarbeider med brukere, arbeidsgivere og samarbeidspartnere internt og eksternt, slik at flest mulig kan være i arbeid og aktivitet og bli selvhjulpne. Det er innført aktivitetsplikt for sosialhjelpsmottakere og det forutsetter et tett samarbeid innenfor de kommunale enhetene. Kommunens flyktningetjeneste er organisert innenfor NAV.

3 HVORDAN KOMMUNEN OPPFYLLER SIN PLIKT

Kapitlet beskriver hvordan kommunen oppfyller sin plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven og hovedinnholdet i tjenestene. Tjenestene er inndelt i 6 hovedkategorier som skal synliggjøre at bistands- og bemanningsbehovet gradvis blir mer og mer omfattende. Det benyttes samlebegreper for tjenester fra ulike enheter med samme lovgrunnlag. Planens innhold og oppbygging i første kapittel inneholder mer informasjon om dette.

3.1 INFORMASJON OG KOORDINERING

Informasjon og koordinering skal bidra til å utjevne sosiale forskjeller og bidra til at den enkelte innbygger kan benytte egne ressurser og mestre eget liv mest mulig selvstendig. Innbyggere må bevisstgjøres sitt ansvar for egenomsorg ved å benytte hjelpemidler, teknologiske muligheter og

frivillige omsorgsressurser. Informasjon og opplysning er en viktig del av det helsefremmende arbeidet.

Individuell plan og koordinator

En individuell plan skal være et hjelpemiddel slik at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, får et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det opprettes en ansvarsgruppe med en koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet. Koordinator har ansvar for fremdrift i arbeidet med individuell plan og skal bidra til at tjenestetilbudet blir helhetlig og individuelt tilpasset.

Koordinerende team

Tildeler personlig koordinator og har det overordnede ansvaret for å ha oversikt over de som har koordinator og individuell plan jfr. Forskrift og veileder om habilitering- og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Tildelingsteam

Teamet saksbehandler søknader om helse- og omsorgstjenester i kommunen, og jf. § 3.7 i hol.

Omsorgslønn

Det er mye hjelp, pleie og tilsyn som utføres i hjemmet av brukers nære pårørende. På tross av offentlige tjenester og støtteordninger, vil samfunnet være avhengige av denne typen innsats. Personer som yter særlig tyngende omsorgsarbeid kan motta omsorgslønn fra kommunen, dersom omsorgsarbeidet er av langvarig karakter og går vesentlig utover det som ansees som vanlig omsorgsarbeid.

3.2 FOREBYGGENDE, REHABILITERENDE OG BEHANDLENDE TILTAK

Verdens helseorganisasjon (WHO) har mål om å redusere tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer og diabetes) med 25% innen 2025, og Norge har forpliktet seg til å følge opp dette.

Kommunen har fått et større ansvar for forebyggende og helsefremmende tjenester gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og samhandlingsreformen. Det kan være utfordrende å identifisere effekt av forebyggende tiltak. Det kan ta tid fra tiltak iverksettes før resultatene melder seg, og i mange tilfeller vil resultatet kun være at noe *ikke skjedde*, ved at sykdom eller skade *ikke inntraff*. Arenaer bør ideelt sett være alle steder der kommunens innbyggere lever og oppholder seg.

Folkehelse

Det er en offentlig oppgave å legge til rette for at den enkelte kan ta vare på egen helse. Dette deles mellom de forskjellige offentlige etater og gjøres på flere måter, blant annet gjennom informasjon, kunnskap, holdningsarbeid, primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og samspill med frivilligheten gjennom lag og foreninger. Kommune har også gjennom samhandlingsreformen fått et større ansvar for å forebygge sykdom, samt gi mennesker med lidelser veiledning og hjelp til å mestre et liv med sykdom. Det siste punktet vil bli stadig viktigere siden flere overlever alvorlig sykdom og flere lever lengre med kroniske lidelser.

Rendalen kommune skal:

- Tilrettelegge for en bedret folkehelse
- Implementere folkehelsetenkning i alle planer og tiltak som kan gi effekt.
- Sammen med frivillige lag og foreninger motivere den enkelte innbygger til å ta hovedansvar for egen helse.
- Ha fokus på en bedret folkehelse og forebygge bedre, slik at de med livsstilssykdommer, funksjonsnedsettelse og de eldre får muligheten for et bedre liv og med større mulighet for en verdig alderdom.

Ta i bruk velferdsteknologi for å skape en tryggere og bedre hverdag med økt mestring for de med funksjonsnedsettelser og de eldre. Tilrettelegge for en aktiv hverdag i barnehage og skole med fysisk aktivitet, mestring og lek.

Psykisk helse og rus

Det er utarbeidet en nasjonal veileder «Sammen om mestring» for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Rendalen kommune tilbyr tjenester til voksne med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet, samt råd og veiledning til pårørende. Mål for alle tjenester er økt selvstendighet og livskvalitet. Det fokuseres på å mobilisere brukers egne ressurser gjennom bistand til en meningsfull hverdag og en trygg bostedssituasjon. Kommunen har flere lavterskeltilbud i tillegg til lovpålagt helsehjelp, praktisk bistand og opplæring.

Avlastning

Avlastning gis til de som har et omfattende omsorgsarbeid, og som skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner, beholde sosialt nettverk og gi omsorgsyteren nødvendig ferie og fritid, slik at utmatting forhindres. Kommunen yter avlastning i institusjon.

Demensteam og pårørendeskole

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer hjernen og dens funksjoner. I 2006 opprettet Rendalen kommune demensteam med en leder og legeressurs. Demensteamet støtter pårørende, bidrar til kartlegging og veileder personal i institusjon og hjemmetjeneste. Det finnes dagtilbud en dag pr uke for personer med demenssykdom. Rendalen sjukehus har egen avdeling med 8 plasser for personer med demens. Vi har gjennomført et opplegg med pårørende for noen år tilbake, og vil gjennomføre et nytt opplegg med pårørendeskole rettet mot denne gruppen.

Støttekontakt

En støttekontakt skal bidra til en meningsfull fritid, som kan innebære sosialt samvær og bistand til ulike fritidsaktiviteter. Per i dag er ordningen organisert med oppdragstakere.

Omsorgslønn

Det er mye hjelp, pleie og tilsyn som utføres i hjemmet av brukers nære pårørende. På tross av offentlige tjenester og støtteordninger, vil samfunnet være avhengige av denne typen innsats. Personer som yter særlig tyngende omsorgsarbeid kan motta omsorgslønn fra kommunen, dersom omsorgsarbeidet er av langvarig karakter og går vesentlig utover det som ansees som vanlig omsorgsarbeid.

Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand slik at brukeren oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell

oversikt over behov i kommunen. Koordinerende enhet skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud til innbyggere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Legene har en viktig rolle i rehabiliteringsarbeid ved å kjenne til, informere om og henvise til ulike tjenestetilbud. Direkte kjennskap til pasientene, som hjemmeboende kronikere, er et viktig bidrag for å planlegge tjenestetilbudet.

Fysioterapi og ergoterapi

Fysioterapeuter og ergoterapeuter gir tjenester til innbyggere i alle aldersgrupper, både hjemme og i institusjon. Arbeidet innebærer ofte tett tverrfaglig samarbeid med andre (ansvarsgrupper, individuell plan, sykehjem, dagsenter, helsesøster, lege, skole, NAV, hjelpemiddelsentralen, Sykehuset Innlandet mv.) og fordrer stor grad av fleksibilitet. Fysioterapi skal bidra til bedring og vedlikehold av funksjonsevne og stimulere til egenomsorg, motivasjon og mestringsevne. Ergoterapitjenester er til innbyggere som av ulike grunner har vansker med selvstendig utførelse av daglige aktiviteter, og har behov for funksjonstrening, tilrettelegging, rådgivning eller tekniske hjelpemidler.

Innsatsteam og hverdagsrehabilitering

I *stortingsmelding 29: Morgendagens omsorg (2012-2013)* er hverdagsrehabilitering et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne. Helse- og omsorgstjenester har tradisjonelt hatt hjelperollen i fokus. En god effekt av hverdagsrehabilitering fordrer at vi jobber med en systematisk holdnings- og kulturendring for at den enkelte innbygger mest mulig selvstendig skal kunne bruke egne ressurser for å mestre sitt eget liv. I tillegg kan hverdagsrehabilitering redusere behov for praktisk bistand i hjemmet og utsette behov for sykehjemsplass mv. Innsatsteamet eller hverdagsrehabiliteringsteamet tilbyr tverrfaglig rehabilitering til brukere etter utskrivelse fra sykehus eller som forebyggende tiltak for å kunne fortsette å bo i eget hjem, i tett samarbeid med hjemmetjeneste og institusjon. Det arbeides ut fra brukerens egne mål, og tiltak skal være tidsavgrenset og systematisk. Hverdagsrehabilitering er en innsats som ytes i innbyggers eget hjem eller lokalmiljø. Formålet er å utvikle, gjenvinne eller beholde ferdigheter som er avgjørende for selvstendighet i dagliglivet. Målgruppen for hverdagsrehabilitering er hjemmeboende brukere med rehabiliteringspotensiale, som er motiverte og som har hatt/står i fare for et funksjonsfall. Hverdagsrehabilitering benyttes som metode i flere enheter.

Friskliv

Frisklivssentralen gir tilbud til personer som ønsker å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Det gjennomføres både individuelle samtaler, som bygger på prinsipper for motiverende samtale, og gruppetilbud både innendørs og ute i naturen. Det er fokus på å endre tanke- og handlingsmønster. Rendalen gir også tilbud om friskliv til barn og unge med veiledning og tilpasset aktivitet. Friskliv skal bidra til livsstilsendring, sosialt miljø, bedre selvtillit, mer overskudd, aktivitetsglede og mestringsopplevelser.

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og barselomsorg

Forebyggende tjenester i kommunen som skolehelsetjenester, helsestasjon, samt svangerskaps- og barselomsorgstjenester, er nasjonale satsningsområder for å bidra til en bedre helse i befolkningen. Barn og unge med levekårsutfordringer, sosiale problemer, helseutfordringer, vanskelige hjemmesituasjoner og språkutfordringer må fanges opp på et tidlig tidspunkt for å forebygge manglende kompetanseoppnåelse i skolen og framtidige utfordringer i forbindelse med arbeidsliv. God foreldreveiledning er også viktig for å sikre barn og ungdom gode oppvekstvilkår. Det å ha et nettverk og muligheter for utvikling av sosial kompetanse, er også viktig forebyggende arbeid. Smittevern og reisevaksinering er en del av helsestasjonsarbeidet

Matombringning

Behov for mat og drikke varierer med kjønn, alder og fysisk aktivitet. Et godt kosthold er av

avgjørende betydning for helse og trivsel for alle aldersgrupper. Sykdom og ensomhet kan gi nedsatt matlyst og tygge/svelge-problemer kan gjøre det vanskelig å innta mat med normal konsistens. Matombringning er et tilbud til hjemmeboende personer som på grunn av sykdom, alder eller andre årsaker ikke er i stand til å ivareta sitt ernæringsbehov.

Trygghetsalarm

Trygghetsalarm er et tiltak for personer med sykdom eller funksjonssvikt, som av ulike grunner føler seg utrygge alene, eller fordi det kan oppstå situasjoner med behov for akutt hjelp. Alarmen formidler kontakt med helsepersonell som rykker ut hele døgnet hvis alarmen går. Rendalen kommune har per i dag en analog løsning, men det skal snarlig utredes et digitalt alternativ i tråd med kommunens planer for velferdsteknologi.

Fastleger

Fastleger gir tilbud om utredning, behandling og annen relevant oppfølging av både psykiske og kroppslige skader, sykdommer og lidelser. Kommunen skal være pådriver for legetjenestens samarbeid med andre tjenesteområder og bidra til å sikre kapasitet og kvalitet i samhandling mellom fastleger, legevakt, sykehus og andre helse- og omsorgstilbud i kommunen. Det gjennomføres jevnlig samarbeidsmøter med fastlegene. Å tilrettelegge for et forpliktende samarbeid mellom fastleger og kommunen kan bidra til at pasienter og brukere får en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Rendalen legekantor har to fastlegehjemler og en turnuskandidat, samt sykepleierressurs 2 stillinger.

3.3 KOMMUNAL BOLIG

Det er fastsatt nasjonale mål og prioriterte innsatsområder for det boligsosiale arbeidet i perioden 2014-2020:

Alle skal ha et sted å bo; hjelp fra midlertidig til varig bolig og hjelp til å skaffe egnet bolig.

Alle med behov for tjenester, skal få hjelp til å mestre boforholdet; forhindre utkastelser og gi oppfølging og tjenester i hjemmet.

Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv; sikre god styrking og målretting av arbeidet, stimulere til nytenkning og sosial innovasjon og planlegge for gode bomiljøer.

Det er et langsiktig og overordnet mål at innbyggerne i Rendalen skal disponere en egnet bolig med tilfredsstillende standard, uavhengig av økonomiske, fysiske, helsemessige eller sosiale forutsetninger. Egnede bolig vil ofte være en forutsetning for at andre tjenester kan være hensiktsmessige, og vil kunne være et vesentlig ledd i å mestre hverdagen. Det vil også i denne forbindelse være vesentlig å gi bistand til egenmestring og på sikt en normalisering av bosituasjonen, slik at kommunal bolig ikke blir en varig løsning.

Rendalen eier kommunale utleieboliger, som tildeles etter interne retningslinjer. Utleieboliger tildeles også brukere med behov for helse- og omsorgstjenester i egnet bolig, men her skjer tildelingen etter enkeltvedtak hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Husleieloven regulerer leieforholdet.

Bostøtte og startlån

Dersom husstanden har lave inntekter og høye bostgifter, kan det søkes om bostøtte. Kommunen kan gi startlån til personer som har langvarige boligfinansieringsproblemer til kjøp av bolig, utbedring/tilpasning av bolig og refinansiering av dyre lån slik at husstanden kan bli boende i boligen.

Rendalen aktivitetssenter

Et viktig samfunnshensyn er at enkeltmennesket i utgangspunktet skal klare seg med minst mulig offentlig bistand, men struktur og innhold i hverdagen kan ofte være et avgjørende element. Tilbud om en meningsfull aktivitet på dagtid, som er tilrettelagt etter dine behov og forutsetninger, vurderes som et viktig ledd i å mestre eget liv. Kommunale dagtilbud kan bidra til å skape flere mulige kontaktpunkter mellom innbyggerne og kommunen, og behov for øvrige kommunale tjenester kan identifiseres tidlig. Det vil således være mulig for kommunen med tidlig innsats og forebygging av mer ressurskrevende tjenester. Innbyggere med ulike former for risikofatferd kan oppnå daglig kontakt og meningsfulle aktiviteter i et trygt miljø. Dette er et ledd i å bidra til et tryggere lokalsamfunn.

Onsdagstreffen er et lavterskeltilbud for personer med utfordringer innen psykisk helse og rus, hvor man kan møte andre sosialt og i tillegg delta på meningsfulle aktiviteter. *Onsdagstreffen* har sterkt fokus på folkehelse, brukervedvirkning, sunt kosthold og fysisk aktivitet. Brukerne er med på å foreslå aktiviteter og turmål, og å ta i bruk lokalsamfunnet.

Aktivitetssenter / dagsenter for eldre / demente

Hovedmålet er å bidra til en meningsfull hverdag for den enkelte som et forebyggende tiltak for å kunne utsette ressurskrevende helse- og omsorgstjenester og kunne fortsette å bo i eget hjem. Målgruppen er hovedsakelig eldre med redusert evne til å ta godt vare på seg selv i hjemmet. Dagsenter for eldre skal gi brukerne deltagelse i et sosialt fellesskap med tilpassede aktiviteter, bidra til trivsel og økt mestring i hverdagen. Ferdigheter kan opprettholdes og trenes på dagsenteret. Aktivitetssenteret har dagtilbud til denne gruppen 2 dager i uken. Tilbudet er lokalisert på Otnes.

Vi har dagtilbud en dag i uken til personer med kognitiv svikt/demens.

Frivilligsentralen

Frivilligsentralen er kort sagt en møteplass som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet - noen trenger hjelp og andre ønsker å hjelpe. Frivilligsentralen finansieres ved hjelp av statlige og kommunale midler, og Rendalen kommune yter for 2016 kr. 95.000,- til drift av Frivilligsentralen. Driften av Frivilligsentralen vil fom. 2017 bli et kommunalt ansvar, hvor midlene til dette kommer i rammetilskuddet.

3.5 TJENESTER I HJEMMET

Tjenester i hjemmet er tiltak for å behandle sykdom, gi nødvendig praktisk bistand og opplæring, tilrettelegge for egenmestring og bidra til at alle innbyggere skal kunne bo lengst mulig i sitt eget hjem. Hjemmetjenester omfatter langt mer enn de ordinære pleie- og omsorgstjenestene praktisk bistand og opplæring og helsetjenester i hjemmet. Området omfatter også brukerstyrt personlig assistanse, bo- og miljøarbeidertjenester på timebasis i eget hjem og bemanning i omsorgsbolig av ulikt omfang. Hjemmetjenester i Rendalen ytes til innbyggere i alle aldersgrupper og til målgrupper med sykdom, funksjonsnedsettelse, utviklingshemming og utfordringer innenfor områdene psykisk helse og rus.

Hjemmebaserte tjenester

Enheten drifter tjenester som helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og opplæring, kommunale utleieboliger med tjenester, omsorgsboliger og trygghetsalarmer. I tillegg gir enheten praktisk bistand, helsetjenester, formidling av tekniske hjelpemidler, habilitering, rehabilitering og hverdagsrehabilitering.

Matombringning og trygghetsalarm

Beskrevet tidligere

Tjenesten for funksjonshemmede

Enheten drifter bo- og miljøarbeidertjenester og avlastning i omsorgsboliger og miljøarbeidertjenester på timebasis til mennesker med psykisk utviklingshemming eller annen medfødt/tidlig ervervet funksjonsnedsettelse.

Praktisk bistand og opplæring

Tjenesten innebærer praktisk hjelp til rengjøring, handling eller personlig stell til de som ikke kan dra omsorg for seg selv grunnet alder, funksjonsnedsettelse eller sykdom.

Helsetjenester i hjemmet

Helse- og omsorgstjenester til personer i alle aldersgrupper med sykdom eller funksjonsnedsettelse i eget hjem, og er døgnbemannet. Tjenesten håndterer akutte situasjoner via trygghetsalarm/alarmtelefon 24/7.

Brukerstyrt personlig assistanse

Personer med langvarig behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester kan få innvilget tjenestene organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Fra 1. januar 2015 ble dette rettighetsfestet.

Rettigheten gjelder for personer under 67 år, med et tjenesteomfang på minst 25 timer pr uke, med mindre kommunen kan dokumentere at slik organisering vil medføre vesentlig økt kostnad for kommunen. Brukerstyrt personlig assistanse skal bidra til at personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand skal få leve et selvstendig og aktivt liv, hvor bruker er arbeidsleder og organiserer sin egen assistentordning. Det er for tidlig å si hvilken innvirkning rettighetsfestingen har.

3.6 INSTITUSJON OG DØGNKONTINUERLIGE TJENESTER

Institusjon og døgnkontinuerlige tjenester er mest omfattende, sett både i forhold til brukers bistandsbehov og kommunens bemanningsbehov, og dermed kostnadsnivå. Rendalen kommune har ikke høy ressursinnsats på døgnkontinuerlige tjenester sammenliknet med andre, men er dimensjonert relativt bra mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester.

Heldøgnsbemannede omsorgsboliger

En omsorgsbolig er tilrettelagt med livsløpsstandard for personer med store funksjonsnedsettelse. I en heldøgns-bemannet omsorgsbolig er brukeren å betrakte som hjemmeboende, men bor i nær tilknytning til heldøgns tilgang på tjenesteytere for å dekke sine bistandsbehov. Tjenester som ytes er tilsyn, praktisk bistand og opplæring, helsetjenester, tilrettelegging, råd og veiledning i dagliglivets gjøremål. Det inngås leiekontrakt om boforholdet, og det betales husleie.

Avlastning i heldøgns-bemannet bolig

Bruker har et så omfattende bistandsbehov til dagliglivets gjøremål at han/hun er avhengig av tilsyn og oppfølging hele døgnet. Avlastning skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner, beholde sosialt nettverk og gi omsorgsyteren nødvendig ferie og fritid, slik at utmatting forhindres. Tjenesten ytes per i dag rullerende i enkelte heldøgns-bemannede boliger for utviklingshemmede.

Sykehjem

Langtidsplass på sykehjem er et tiltak for personer med behov for varig heldøgns pleie og omsorg, medisinsk behandling og tverrfaglig oppfølging. Dersom flere skal kunne bo lenger hjemme, har dette direkte sammenheng med tilstrekkelig kapasitet på korttidsplasser i sykehjem. Korttidsplassene er et ledd i et fleksibelt helse- og omsorgstilbud som brukes til kartlegging av behov og habilitering/rehabilitering for å opprettholde funksjonsnivå og bedre livskvalitet. Korttidsplasser benyttes også slik at pårørende kan få nødvendig avlastning.

Omsorgstjenestens oppgaver er å kompensere for funksjonssvikt. Kapitlet 4 beskriver konsekvenser av samhandlingsreformen og behov for kompetanseheving og tjenesteutvikling som følge av dette. Det er særskilte utfordringer blant annet knyttet til kronisk syke, utviklingshemmede, rus og psykiatri, palliasjon, demens, som bidrar til langvarige og ressurskrevende tjenestetilbud. Kommunen må også ta stilling til hvilke oppgaver som skal løses lokalt og hvilke som best kan løses i interkommunale samarbeider. Demografi, tjenesteprofiler og prioriteringer viser tjenestebehovet, og mulig behov for årsverk, dersom kommunen opprettholder dagens dekningsgrad og ikke gjør justeringer i dagens tjenestetilbud.

Kommunen stilles overfor en rekke utfordringer for å oppfylle sin plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven og hvordan kommunen skal gi innbyggerne det tjenestetilbudet det til enhver tid er behov for. En SWOT-analyse kan belyse behov for tjenesteutvikling. Målet må være å opprettholde det kommunen er god på i dag (styrker), iverksette tiltak på de områder det er avdekket forbedrings-potensialer (svakheter), være åpne for alternative måter å organisere og løse oppgaver (muligheter) og å unngå det som kan true en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i kommunen

Gapet mellom kommunens ressurser og forventningene fra omgivelsene vil bli enda større i fremtiden, og dette kan beskrives på ulike måter.

«Forventningene, kritikken, og det negative bildet den etterlater er i ferd med å bli velferdsstatens største problem» Leif Arne Heløe i boka «Velferd på avveier»

«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag».

«Sees, gripes og brukes mulighetene, er en helt annen framtid mulig!» Kåre Hagen, 2012

Styrker

Rendalen kommune gir forsvarlige helse- og omsorgstjenester

Det er dannet grunnlag for oversikt over framtidens utfordringsbilde, basert på demografisk utvikling

Det er iverksatt kompetansehevende tiltak

Ny organisering av helse- og omsorgstjenesten bidrar til en bedre samhandling og ressursutnyttelse

God balanse mellom institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester

Størrelsen på kommunen gir gode muligheter for oversikt og samhandling

*

Svakheter

For få egnede boliger for enkelte brukergrupper

Fortsatt behov for mer helhetlig samarbeid på tvers for å unngå fragmenterte tjenester-/pasientforløp

Bedre den systematiske kartleggingen av brukers egne ressurser og tilrettelegging for brukermedvirkning

Forebyggende fokus må forankres bedre i langsiktig planlegging og økonomiplan

Funksjonaliteten i journalsystemer kan bedres, samt oppfølging av interne prosedyrer.

Muligheter

Styrke hjemmetjenester med forebyggende fokus, som ambulerende team og bredere innsatsområde for hverdagsrehabilitering

Styrke kommunens palliasjonskompetanse

Bedre systematikk i samhandling mellom helse- og omsorgsenhetene i kommunen og helseforetak

Tilrettelegge for økt samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Utvikling og implementering av velferdsteknologiske løsninger

Systematisk tilnærming for å kartlegge brukers egne ressurser, samt nettverk

Etablere faste samarbeider med frivillige organisasjoner og aktører i lokalmiljøet

Øke helhetlig tverrfaglig samarbeid i enhetene, fra ledernivå og helt ut

Utrede om heldøgns bemannede omsorgsboliger kan være et reelt alternativ til langtidsplass på sykehjem

Trusler

Kulturforskjeller mellom kommunen og helseforetak

Tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell parallelt med befolkningsvekst og tjenestebehov

Tilstrekkelig kapasitet i lokaler hvor tjenester ytes parallelt med befolkningsvekst og tjenestebehov

Høyt sykefravær i enkelte tjenester

Forventet vekst og økt andel eldre i gruppen 80+

Forventet vekst i tjenestebehov hos den yngre del av befolkningen med kroniske sykdommer, livsstilsrelaterte plager og annet som gir fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse – disse er det vanskeligere å framskrive behov for, og tjenestebehovene har lang varighet

4.1 KONSEKVENSER AV SAMHANDLINGSREFORMEN I KOMMUNEN

Kommunen har ansvar for flere helse- og omsorgstjenester enn tidligere, da pasienter og brukere primært skal motta nødvendig bistand i sitt eget lokalmiljø. Kommunen er best i stand til å prioritere i samsvar med lokale forutsetninger og behov. Disse prioriteringene handler om å få

best mulig utbytte av ressursene innenfor en tjeneste og samtidig at alle tjenester skal ha god kvalitet. Pasienter skrives ut fra sykehusene raskere enn før, og kommunen må yte tjenester til en målgruppe som er sykere og som har mer komplekse utfordringer. Det medfører krav til høyere kompetanse i kommunen og økte kostnader til utstyr.

Reformens mål om tidlig innsats, bedre koordinering og samarbeid mellom alle involverte aktører i et pasientforløp, oppleves som nødvendig og riktig fokus. Innføring av samhandlingsreformen i Rendalen har gradvis bidratt til en mer fleksibel behovsorientering og tverrfaglig samarbeid.

Utskrivningsklare pasienter

Pasienter på sykehjem er sykere enn forut for samhandlingsreformen. Det må gjennomføres stadig flere kompetansekrevene og tidkrevende tekniske prosedyrer, som intravenøs behandling mv. Det er forventninger om tjenester med høyere kvalitet og større behov for informasjon til pårørende. Flere etiske beslutninger er også overført til kommunene, knyttet til videre behandling eller ikke når terminale pasienter skrives ut fra sykehuset. Det helhetlige personorienterte pasientforløpet er et satsningsområde for å bidra til at eldre kan bo i eget hjem så lenge det er hensiktsmessig og forsvarlig.

Hjemmetjenester er også i endring; hvordan det jobbes, hvem som er mottakere og hvilken kompetanse som kreves av tjenesten. I tillegg til å bistå den aldrende delen av befolkningen, ytes tjenester i økende grad også til barn og unge med alvorlige og varige lidelser. Dette er ofte ressurskrevende pasientforløp, som krever stor grad av koordinering og samarbeid på tvers.

Helsetjenester i hjemmet har daglige oppdrag til mennesker med rusavhengighet og/eller psykiske lidelser. Innen alderspsykiatri blir det også stadig flere brukere. Tjenester som ytes nå er i langt større grad medisinsk behandling og pleie. Sykere pasienter som skrives ut til hjemmet, stiller nye krav til tekniske prosedyrer som intravenøs behandling, respirator, hostemaskin mv. Dette er behandling som fordrer tilstedeværelse og gir behov for høyere bemanningsfaktor enn tradisjonelle punktbesøk.

Brukerens eget nettverk og frivillige i lokalmiljøet er derfor viktige støttespillere. Det er også økende behov for å yte praktisk bistand ut over tradisjonelle praktisk bistand og opplæringstjenester. En endring i hva tjenesten skal omfatte, og hvordan dette skal organiseres, kan bidra til at den enkelte kan bo lenger hjemme i eget hjem. Et stadig viktigere tema for alle helse- og omsorgstjenester er å skape mestring og trygghet for brukerne, og samtidig trygge pårørende på at det tilbudet som gis er forsvarlig. Hverdagsrehabilitering er et eksempel på en metode og en faglig tilnærming som kan avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å gjenopprette eller øke funksjonsnivå, slik at bistandsbehovet reduseres.

Samhandlingsreformen bidrar også til stadig større utfordringer på rehabiliteringsfeltet, da pasienter med komplekse forløp blir utskrevet tidligere, og rehabilitering skal foregå i nærmiljøet. Helsestasjon- og skolehelsetjenester er definert som satsningsområder i samhandlingsreformen, slik at utviklingsforstyrrelser og sykdom hos barn og unge kan oppdages i en tidlig fase. Flere henvises til helsesøster for oppfølging av lettere psykiske plager. Økende tendens til passivitet, og påfølgende overvekt hos barn og unge, vil kreve tidlig innsats og forebyggende tiltak i familien.

Samarbeidsavtaler

Alle kommuner og helseforetak har inngått samarbeidsavtaler som et viktig virkemiddel for gjennomføring av samhandlingsreformen, ved å skape forpliktelser og avstemme ansvarsområder. Samarbeidsavtalene gjelder alle fagområder. Den overordnede intensjonen med samarbeidsavtalene er bedre kvalitet på tjenestene til pasienter og brukere. I denne kontekst kan kvalitet forstås som:

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

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 spesialisthelsetjeneste, forutsetter at nødvendige helseopplysninger følger pasienten i alle ledd. Formålet er å sikre nødvendig dokumentasjon og informasjonsflyt for å yte gode helse- og omsorgstjenester, samtidig som informasjonssikkerhet og taushetsplikten ivaretas. Det benyttes elektroniske fagsystemer til saksbehandling og dokumentasjon i pasientjournal. Det er fortsatt mangler i elektronisk kommunikasjon og dokumentasjon mellom de ulike tjenestene i kommunen, og mellom kommunen og helseforetak. Funksjonaliteten i journalsystemene er ikke godt nok tilpasset dagens behov, men mye handler også om oppretting og oppfølging av interne prosedyrer og ansattes generelle dataferdigheter. Dette har betydning for samhandling, pasientforløp, kvalitet og effektivitet.

4.2 KOMPETANSE OG TJENESTEUTVIKLING

Kompetanseheving

I sammenheng med økt tjenestebehov vil det i årene fremover også være økt behov for ansatte med ulik helsefaglig bakgrunn. I tillegg til å rekruttere flere ansatte med riktig kompetanse, er det behov for å arbeide systematisk med kompetanseheving av alle ansatte for å møte nye behov.

Kompetanse kan defineres som kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør den enkelte i stand til å utføre aktuelle arbeidsoppgaver i tråd med definerte målsettinger.

Regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan skal bidra til å sikre tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning. Det er fokus på å øke andel med høgskoleutdanning, legge til rette for internopplæring, skape større faglig bredde og fokus på tverrfaglig samarbeid. Fagutdanning er en viktig faktor for tjenester av god kvalitet. Det er igangsatt flere tiltak sentralt for å sikre at utdanningene samsvarer med tjenestenes behov. Systematisk samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner kan bidra til gode rekrutteringsmuligheter.

Rendalens arbeidsgiver- og organisasjonsplattform beskriver at en systematisk oppbygging av de ansattes kompetanse skal kunne lede til kommunale tjenester av god kvalitet. Arbeidsgiver skal fortløpende kartlegge de ansattes kompetanse og analysere kommunens kompetansebehov. Det skal utvikles en overordnet kompetansestrategi for å ivareta dette.

Helse- og omsorgsenhetene i Rendalen har i mange sammenhenger ulikt kompetansebehov, og dermed ulike grunnlag for prioritering av kompetansehevende tiltak. Fellesnevneren er at det er behov for å rekruttere flere ansatte med helsefaglig kompetanse og at det må utvikles gode strategier på å beholde den kompetansen vi har behov for. Overordnede forutsetninger er at kompetanseutvikling skal føre til tjenester av god kvalitet og at det legges til rette for at kompetansen brukes og kommer til nytte.

I tillegg til økt andel ansatte med helsefagarbeider- eller høgskoleutdanning og ulike spesialiseringer, er det behov for å arbeide systematisk med kompetanseheving av alle ansatte uten formell kompetanse for å sikre en minimumsstandard.

Det vil også være nødvendig med nye faglige tilnærminger og nye arbeidsmetoder enn i dag for å kunne dekke behovene fremover. Tjenesteytere må ha god kunnskap om hvordan ressursene til den enkelte innbygger kan mobiliseres, samt hvordan 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. Sterkere vektlegging av tidlig innsats, aktivisering, hverdagsrehabilitering, samt andre forebyggende tiltak er vesentlige faktorer for å lykkes.

Tjenesteutvikling

Tjenestetilbud må utvikles i takt med innbyggernes behov for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Utvikling av tjenestetilbudet må ses i sammenheng med brukerperspektivet og ha fokus på forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og helhetlige koordinerte tjenester. Forebyggende arbeid bør foregå i tilknytning til hjemmet for å benytte brukers egne ressurser og nettverk best mulig. Den enkelte må stimuleres til mest mulig grad av selvstendighet og selvhjelpenhet. Kommunen må ha et mangfold av tjenester slik at tilbudet kan tilpasses den enkelte bruker på riktig nivå.

Forskning, innovasjon og velferdsteknologi

Stortingsmelding 26: Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (2014-2015) peker på at utfordringene i helse og omsorg i årene fremover er mange, og av ulik karakter. De er knyttet til brukerorientering, ledelse, rekruttering, kompetanse, organisering, arbeidsformer, tilgjengelighet, roller og ansvar. Det foreligger for lite data som kan benyttes til tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og forskning. *HelseOmsorg21-strategien* beskriver store forsknings- og innovasjonsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Delavtale 5 mellom Sykehuset Innlandet og kommunene omhandler forskning og innovasjon, og det skal etableres et samarbeidsforum.

I forbindelse med tjenesteutvikling har velferdsteknologi fått mye oppmerksomhet i de senere årene. Velferdsteknologi bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og aktivitet, og styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi skal styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, gi støtte til pårørende eller bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologi skal være en integrert del av kommunale helse- og omsorgstjenester innen 2020, jf. nasjonale føringer. I Rendalen kommune er det i et samarbeid kommunene i Fjellregionen, og velferdsprosjektet i Folldal, planer om å utvikle og legge grunnlag for implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.

4.3 SÆRSKILTE UTFORDRINGER

Kronisk syke

Kroniske sykdommer som kreft, hjerte/kar, diabetes og kols utgjør en hoveddel av sykdom og tap av livskvalitet i samfunnet. Det synes å være en økning i helse- og omsorgstjenester også i de lavere aldersgrupper de senere år. Kommunen utarbeider en folkehelseoversikt som skal gi oversikt over helsetilstand og faktorer som kan påvirke folkehelsen i Rendalen.

Psykisk helse og rus

Det er en økende del av befolkningen som har utfordringer innenfor områdene psykisk helse og rus, med bistandsbehov av ulik grad. Kommunen må i større grad enn tidligere håndtere alvorlige lidelser knyttet til suicidalfare og voldsfare. Forebyggende tjenester til

barn og unge og tilbudet til voksne med lette til moderate plager, er ikke tilstrekkelig utbygd i kommunene. Dette gjelder også helhetlig oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblematikk. Det er i tillegg mangler ved det akuttmedisinske tilbudet på kveld og natt. Det er særdeles utfordrende å skaffe egnede boliger til målgruppen og sikre tett nok oppfølging. Kommunene skal ivareta en større del av de samlede oppgavene også på dette området i årene fremover, men per i dag er det for uklart hva som forventes av kommunene og det er behov for å tydeliggjøre ansvarsfordelingen.

Psykisk utviklingshemming

Det er beregnet en økning av ressurskrevende brukere frem mot 2026. Personer med utviklingshemming lever stadig lenger, på lik linje med resten av befolkningen. Det kan se ut som om aldersrelaterte sykdommer inntreffer på et tidligere tidspunkt. Det vil i årene fremover være større behov for å yte tjenester til somatisk syke eldre med utviklingshemming. I tillegg er det de senere år en økning i multifunksjonshemmede i alle aldersgrupper. Endrede og nye brukerbehov skal møtes ved å tilpasse drift i boligene, utbygging av kapasitet og fagutvikling.

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt til personer med psykisk utviklingshemming

Statlige føringer stiller krav til å tilrettelegge for individuelle behov og å ha så få ansatte som mulig til å yte tjenester til hver enkelt bruker. Dette er for å ivareta kontinuitet og faglig forsvarlighet. Kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven regulerer bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming. Formålet er å unngå eller redusere bruken av tvang og hindre at personer utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade. Det medfølger konkrete vilkår for bruk av tvang og fylkesmannen må godkjenne vedtak. Det er krav om at minst 2 tjenesteytere må være til stede og spesifikke kompetansekrav for å gjennomføre tvangstiltak. Dette innebærer særskilte behov for høy andel ansatte med høgskoleutdanning i tjenesten.

Habiliteringstjenesten

Habiliteringstjenesten i kommunen arbeider for at mennesker med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger skal få systematisk, samordnet og tverrfaglig oppfølging. I målgruppen er blant annet utviklingshemmede med ulike tilleggsproblematikk. Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet har oppgaver som utredning, diagnostisering, funksjonskartlegging, råd og veiledning i en intensiv og avgrenset periode. Målet er å bedre funksjonsevne, helse og livskvalitet.

Demens

Ansvar for utredning og diagnostisering av demens ligger i primærhelsetjenesten. Tidlig utredning er viktig for å gi pasient, pårørende og hjelpeapparat en realistisk mulighet til planlegging og iverksetting av nødvendige tiltak. Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å gi et godt tilbud til personer med demens. Med et godt samarbeid mellom aktører som fastlege, korttids plass på sykehjemmet, demensteam, dagaktivitetssenter, hjemmetjenester, fysioterapeut og ergoterapeut, kan pasient og pårørende oppleve at hverdagen er trygg og bærer preg av kontinuitet. Pårørende er i de fleste tilfeller ektefeller og barn, og deres behov og belastning varierer. Å være omsorgsperson for en person med demens øker risikoen for helseskader. Demensteam, pårørendeskole og avlastende tjenester etter behov skal bidra til å forebygge dette. Demensomsorg skal ivareta brukerens mulighet og evne til å bo lengst mulig i eget hjem, med mestring og livskvalitet, samt ivareta pårørendes behov.

Palliasjon/kreftomsorg

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av smerter og andre plagsomme symptomer, står sentralt for å bidra til best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Dagens kreftbehandling medfører at flere lever lenger med sin sykdom. Mange kreftpasienter har også andre sykdommer, som medfører komplekse behandlingsforløp. Kommunen skal sørge for en tverrfaglig arena for palliasjon og åndelig omsorg, som skal bidra til kompetanseheving innenfor feltet.

Flerkulturelt samfunn

God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasienter, brukere og deres pårørende er nødvendig for å yte forsvarlig helse- og omsorgstjenester. Språkforståelse og kulturelle faktorer må tas med i vurderinger for å legge til rette for reell brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene.

Samtykkekompetanse og medvirkning

Som hovedregel kan helsehjelp bare gis når pasienten samtykker til helsehjelpen. Det er en grunnleggende rettighet å selv kunne velge, men det må undersøkes om pasienten forstår konsekvensene av ikke å ta imot helsehjelpen. I den forbindelse er det vesentlig å kunne vurdere personens samtykkekompetanse, og det kan i mange tilfeller være faglig krevende. Om pasienten ikke er samtykkekompetent, skal verge eller partsrepresentant bistå pasienten i beslutningen. Medvirkningsretten må tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov, og helsepersonell må gi tilpasset informasjon slik at pasienten blir i stand til å ivareta sine egne interesser. 19

4.4 INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at helse- og omsorgstjenestene skal tilpasses brukernes individuelle behov. Dette innebærer at tjenestebehov stadig er i endring og gjør at tjenestetilbudet må være fleksibelt. Krav om forebyggende og helsefremmende fokus, gjør at helse- og omsorgstjenester i noen grad må ytes *før* et helseproblem har oppstått. En del av å være tjenesteyter innebærer også det å vise respekt og omsorg til brukernes pårørende.

En helse- og omsorgstjeneste er ofte et ledd i en større kjede, som involverer flere aktører. Evne til samarbeid og koordinering mellom de enkelte ledd i kjeden, kan være helt avgjørende for resultatet. Mange oppgaver vil ha uklare grenseoppganger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er like lovkrav for helse- og omsorgstjenester i alle Norges kommuner. Interkommunale samarbeider skal yte tjenester etter disse lovkravene og ikke være en erstatning for spesialisthelsetjenesten.

Et godt interkommunalt samarbeid kan bidra til en robust, fleksibel og variert tjeneste. Tjenesten kan både dele på kompetanse fra en større arbeidsstab, sambruke utstyr og lokaler og den kan bli mindre sårbar ved fravær og turnover. Innbyggerne vil således kunne få like tjenester uavhengig av kommunetilhørighet.

Imidlertid kan ulike styringskulturer og prioriteringsbehov i hver kommune føre til ressurskrevende forhandlingsprosesser i etablering og endring av et interkommunalt samarbeid. I noen tilfeller kan et samarbeid gi den enkelte kommune manglende oversikt og tilgang på informasjon om tjenesteinnhold- og omfang, tjenesteutvikling og ressursbruk. Dette kan bidra til at interne samordnings- og prioriteringsmuligheter svekkes. En annen utfordring kan være at oppgavefelt og kompetansemiljø forsvinner lokalt.

Jo mer komplekst et tjenestebehov er, jo viktigere er det med styring av tjenesten. Det er nødvendig med kvalitetssikring både for å sikre at tjenestene skal være forsvarlige og at tjenestene innehar den kvaliteten og de prioriteringer som Rendalen kommune ønsker. De enkle og standardiserte tjenestebehovene er lettere å styre og kan passe i et interkommunalt samarbeid, såfremt kommunene har stor grad av felles interesser/strategier for tjenestene og at det utformes tydelige kriterier for tjenestens innhold, omfang og evaluering.

Øyeblikkelig hjelp/kommunal akutt døgnopphold (KAD)

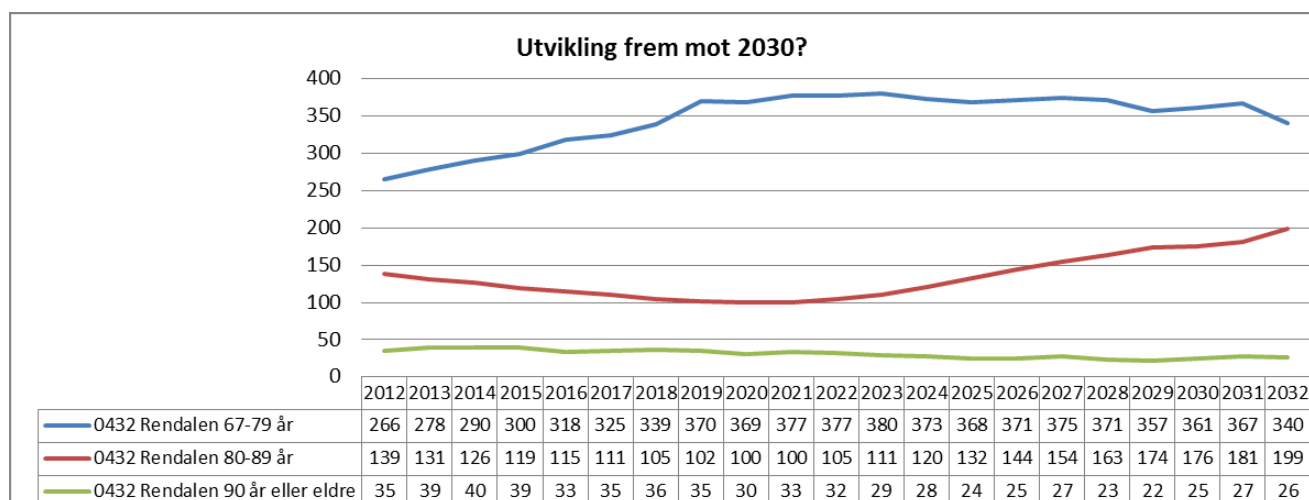
Kommunene har plikt fra 2016 til å tilby øyeblikkelig hjelp/kommunal akutt døgnopphold. Fra 2017 inkluderer plikten også området psykisk helse og rus. Rendalen har inngått et interkommunalt samarbeid med 4 kommuner i Fjellregionen om et slikt tilbud, da med lokalisering og samarbeid med Tynset sjukehus. Det samme er under planlegging for gruppen psykiatri og rus og da i samarbeid med DPS Tynset. Gjeldende avtale om interkommunalt samarbeid dekker imidlertid kun tilbud til somatiske pasienter. Det er for tidlig å trekke konklusjoner om dette tiltaket har ønsket effekt i forhold til øyeblikkelig hjelp-innleggelse i sykehus. Vi har foreløpig lite erfaringsgrunnlag om KAD, men har i andre sammenhenger konkludert med at kommunen vil bygge opp mest mulig av tjenestetilbudet lokalt fremfor tilbud i interkommunale samarbeider.

4.5 DEMOGRAFI, TJENESTEPROFILER OG PRIORITERINGER

Norge vil få en betydelig eldre befolkning, med en anslått dobling av personer over 67 år frem mot 2060. Behovet for helsehjelp øker særlig fra 80 år og de nærmeste årene vil en betydelig gruppe eldre ha behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det forventet økte behov hos den yngre delen av befolkningen, særlig innenfor områdene rus og psykiatri.

Forventet levealder anslås å øke. Nedgang i dødelighet er en vesentlig faktor som har bidratt til kraftig befolkningsvekst. Kroniske sykdommer som kreft, hjerte/kar-sykdommer, diabetes og kols, samt andre forhold som gir fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse, gir store utfordringer og vil føre til en økning av antall brukere av helse- og omsorgstjenester i Rendalen i årene fremover.

Figur 3: Framskrivning av befolkning i Rendalen, aldersfordelt.



Alle nasjonale føringer peker på viktigheten av tjenester med forebyggende og helsefremmende fokus, samt viktigheten av å mobilisere brukerens ressurser, både til beste for den enkelte bruker og for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Rendalen har en relativt aldrende befolkning, og man ser en økning i tjenestebehov hos den yngre delen av befolkningen de senere år.

Med en styrking av hjemmetjenesten og justering i hva den skal inneholde, samt vektlegging av forebyggende fokus i alle deler av helse og omsorg, kan det bidra til å utsette behovet for mer omfattende tjenester.

5 MÅL OG STRATEGIER I HELSE OG OMSORG MOT 2026

5.1 HOVEDMÅL

Rendalen kommune sine innbyggere skal uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekt og ressurser sikres god tilgang på individuelt tilpassede kommunale helse-, sosiale-, rehabiliterings-, og omsorgstjenester av høy kvalitet, slik at de kan bo hjemme så lenge som mulig.

- Kommunen skal tilrettelegge et helhetlig helse- og omsorgstilbud for brukerne.
- Helse- og omsorgstilbudet skal være effektivt og holde høy kvalitet
- Barn og unge skal ha gode oppvekst og omsorgsvilkår
- Brukerne skal gis muligheten til å leve et selvstendig og aktivt liv.
- Brukerne skal møtes med respekt, oppleve den trygghet de ønsker og gis den valgfrihet de trenger.
- Kompetanseheving gjennom utdanning og fagutvikling skal stå sentralt for å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.
- Rendalen sykehjem skal kunne dekke Rendalen kommunes plikt til å tilby døgnbemannede institusjonsplasser jfr. gjeldende lovverk.
- Sikre at kommunens innbyggere har et helhetlig kvalitetsmessig godt og kunnskapsbasert heldøgns omsorgs- og behandlingstilbud.
- Rendalen sjukehjem har tilstrekkelig bemanning og kompetanse slik at alvorlige avvik unngås.
- Fokus på en bedret folkehelse og forebygging.
- Raskt bygge opp kompetanse om tilgjengelig velferdsteknologi og tilby dette til brukerne, med utgangspunkt i den enkeltes behov, slik at brukerne føler trygghet og øker sin mestring og aktivitet i hverdagen. Dermed kan brukerne klare seg selv hjemme lenger og det bidrar også til økt trygghet hos pårørende.

Analyse av dagens situasjon og utfordringsbilde er grunnlaget for utvalgte satsningsområder, mål og strategier i dette kapittelet.

5.2 BRUKERENS RESSURSER OG MEDVIRKNING

Et viktig samfunnshensyn er at enkeltmennesket i utgangspunktet skal klare seg med minst mulig offentlig bistand. Tjenesteytere må ha god kunnskap om hvordan ressursene til den enkelte innbygger kan mobiliseres. Hverdagsrehabilitering er et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne. En god effekt av hverdagsrehabilitering fordrer at det jobbes med en holdnings- og kulturendring for at den enkelte tjenestemottaker mest mulig selvstendig skal kunne bruke egne ressurser for å mestre sitt eget liv.

Alle har rett til å leve et verdig liv og medvirkning er et viktig samfunnsdemokratisk prinsipp. Å få innflytelse i beslutningsprosesser og utforming av eget tjenestetilbud, er en del av menneskeverdet. En reell mulighet til medvirkning krever at brukerne får tilstrekkelig informasjon, veiledning og opplæring. Det innebærer at tjenesteytere må være bevisste på dette i samhandlingen.

Nye digitale tjenester på nett vil i større grad bidra til at innbyggerne og pasientene kan ta aktive valg og gi bedre mulighet til å påvirke eget tilbud.

En av hovedstrategiene nasjonalt er å satse på partnerskap med familie, frivillige og lokalsamfunn. Gode samarbeider er en betydelig ressurs for helse og omsorg, dersom vi legger til rette for dette. Denne innsatsen skal ikke erstatte de lovpålagte oppgavene, men bidra til å opprettholde eller øke kvaliteten og sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Mål:

- Helse- og omsorgstjenester planlegges og gjennomføres med fokus på brukernes ressurser.

Strategier:

- Bevisstgjøre innbyggerne på eget ansvar for egenomsorg i kontakt med tjenesteapparatet.
- Gi informasjon, veiledning og opplæring for å gi innbyggerne et godt grunnlag for egenomsorg.
- Utvikle en systematisk tilnærming for å kartlegge brukernes egne ressurser, muligheter og mestring, avtale hva brukers nettverk kan bidra med og avklare pårørendes forventninger.
- Utforme tjenestetilbudet i samspill med frivillig innsats, aktører i lokalmiljøet og brukernes eget nettverk; ressursorientert fokus i tjenesteyting for å ivareta brukernes ressurser og mulighet for hverdagsmestring ved å gi riktig bistand med fleksibilitet i tjenesteyting.
- Tilrettelegge for sosiale møteplasser, gjerne knyttet til fysisk aktivitet.
- Bidra til et aktivt lokalmiljø med organisert frivillig innsats. Friske eldre og andre med restarbeidsevne kan bidra med praktisk bistand til hjemmeboende («ambulerende vaktmestertjenester») og sosiale stimuli.

5.3 ORGANISERING OG UTVIKLING AV TJENESTER

Tjenestetilbud må utvikles i takt med innbyggernes behov for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Utvikling av tjenestetilbudet må ses i sammenheng med brukerperspektivet og ha fokus på forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og

helhetlige koordinerte tjenester. Bred innsats i hjemmet og god kapasitet på korttidsplasser må prioriteres for å unngå eller utsette mer ressurskrevende tjenester. Kommunen må nå frem til personer som i for liten grad etterspør tjenester og rette ressursene mot dem med de største behovene, der sykdomsutvikling kan forhindres gjennom oppfølging, opplæring og rehabilitering. Kommunen skal tilby innbyggerne en meningsfull aktivitet på dagtid og sørge for enkel tilgang til tjenesteapparatet.

Organisatorisk fragmentering av tjenester reflekterer ikke brukernes behov. Mange har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Fragmentering av tjenester kan forsterkes ytterligere av at tjenestene også er fysisk atskilt, med få eller ingen formelle møtearenaer. Fysisk nærhet har i flere studier kunnet vise til bedre samhandling. Tverrfaglig ambulerende team kan bidra til mer koordinerte tjenester, større bredde i tjenestetilbudet og god arbeidsdeling mellom tjenesteytere, og dermed bedre bruk av samfunnets samlede ressurser. Det er på nasjonalt nivå ønskelig med en tilnærming til grupper av brukere, basert på funksjon og behov, og uavhengig av diagnose.

Hverdagsrehabilitering handler om forebygging og rehabilitering på brukerens premisser: *Hva er det viktig for deg?* For mange er det viktigste å mestre hverdagsaktiviteter. Metoden er basert på intensiv innsats i oppstarten, med gradvis avvikling etter som funksjonsnivået bedres. Hverdagsmestring er både et rehabiliterende og et helsefremmende tankesett. I KS-rapporten *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner* beskrives kommuners erfaring med hverdagsrehabilitering. Rapporten presenterer en modell for registrering og dokumentasjon av ressursinnsats og brukerresultater før, under og etter rehabiliteringsprosessen. Et helhetlig pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten vil sette bedre fokus på hverdagsrehabilitering på et tidligere tidspunkt, og brukeren, samt pårørende, vil få en tidligere innsikt på hverdagsmestring. Helhetlige pasientforløp mellom de ulike helse- og omsorgstjenester i kommune- og spesialisthelsetjeneste, forutsetter at nødvendige helseopplysninger følger pasienten i alle ledd.

Formålet er å sikre nødvendig dokumentasjon og informasjonsflyt for å yte gode helse- og omsorgstjenester, samtidig som informasjonssikkerhet og taushetsplikten ivaretas.

Mål: Tjenestetilbudet er helhetlig, samordnet og fleksibelt.

Strategier:

- Sørge for enkel tilgang til tjenester ved kontinuerlig oppdatert informasjon om helse og omsorg på kommunens nettsider.
- Sikre systematisk samhandling og mer tverrfaglig samarbeid mellom de ulike helse- og omsorgsenhetene i kommunen og helseforetak, for å bidra til effektive og faglig forsvarlige tiltak og helhetlige pasientforløp.
- Bidra til tydelig grenseoppgang og koordinering av tjenester til barn og unge, som omfattes av flere lovverk.
- Bidra til tydeliggjøring av ansvar og forventninger til kommunen på området psykisk helse og rus.
- Organisere tjenestetilbud i grupper fremfor 1:1 når det er hensiktsmessig.
- Opprettholde og videreutvikle arenaer for sosial trening og meningsfylte aktivitetstilbud, både for en meningsfull dag for brukerne, men også som forebyggende tiltak for mer ressurskrevende tjenester.

Mål: Tjenesteutvikling bidrar til å sikre riktig kapasitet på alle tjenestenivå.

Strategier:

- Tilrettelegge og videreutvikle tjenester som bidrar til at innbyggerne kan få bo i eget hjem så lenge det er hensiktsmessig og forsvarlig, i tråd med strategi for velferdsteknologi og kunnskapsbasert praksis.
- Forankre tjenester med forebyggende og helsefremmende fokus i langsiktig planlegging og økonomiplan.
- Styrke hjemmetjenester med forebyggende og helsefremmende fokus; Samle flere faggrupper for en bredere innsats i hjemmet.
- Styrke palliativt team med økt kompetanse innenfor palliasjon og med kreftsykepleier
- Utvide samhandlingsarenaer med fastleger for å kvalitetssikre innbyggernes helsetjenestetilbud.
- Øke kapasiteten på korttids-, rehabiliterings- og avlastningsplasser.
- Bygge opp tjenestetilbudet i helse og omsorg mest mulig lokalt for nødvendig kvalitetssikring av komplekse tjenestebehov og beholde/utvikle kompetanse.
- Utrede om heldøgns bemannede omsorgsboliger kan være et reelt alternativ til langtids plass på sykehjem.
- Sørge for en bygningsmasse som har kapasitet og funksjonalitet i tråd med endringer i behov hos kommunens innbyggere.

5.4 KOMPETANSE

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell i grunn-, videre- og etterutdanning. Rendalens arbeidsgiver- og organisasjonsplattform beskriver at en systematisk oppbygging av de ansattes kompetanse skal kunne lede til kommunale tjenester av god kvalitet. Kommuneorganisasjonen må være attraktiv som arbeidsplass, ha kompetente medarbeidere og ledere, samt ha tilgang på nok ansatte med riktig kompetanse i tida framover.

Regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan skal bidra til å sikre tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning. Det er fokus på å øke andel med høgskoleutdanning, legge til rette for internopplæring, skape større faglig bredde og fokus på tverrfaglig samarbeid.

Kunnskapsbasert praksis blir stadig viktigere for å kunne levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og kvalitet i tjenestene har direkte sammenheng med tjenesteyteres kvalifikasjoner, kunnskap og holdninger. Det er nødvendig med nye faglige tilnærminger og nye arbeidsmetoder enn i dag for å kunne dekke behovene fremover, og dette påvirker tjenesteyterne. Alle ledd i tjenestene må samhandle mer, og brukerne og deres nettverk må møtes på en ny måte.

Kunnskapsbasert praksis er en syntese av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap.

Mål:

Ansatte i helse og omsorg har riktig kompetanse og det arbeides systematisk med kompetanseheving av alle ansatte for å møte nye behov.

Strategier:

- Kompetanse som helsefagarbeider er et minimumskrav ved rekruttering.
- Det er behov for å arbeide systematisk med kompetanseheving av alle ansatte uten formell kompetanse for å sikre en minimumsstandard. Grunnleggende ferdigheter innenfor profesjonalitet, relasjoner, rolleforståelse, lojalitet, holdninger og fleksibilitet skal defineres.
- Kommunen skal være en attraktiv arena for studenter og lærlinger, være en pådriver for samarbeid med relevante utdanningsinstitusjoner og aktivt rekruttere gode kandidater.
- Det skal årlig lages kompetanseplaner med fokusområder og konkrete tiltak jf. vedtatte faglige satsningsområder i styringsdokumenter.
- Helse og omsorg skal ha gode systemer for opplæring, veiledning og oppfølging.
- Høy faglig bevissthet og godt lederskap skal bidra til god omdømmebygging.
- Alle ansatte skal få god opplæring og informasjon, slik at de er i stand til å utføre sine arbeidsoppgaver effektivt og med god kvalitet etter gjeldende lovverk, statlige føringer og lokale prosedyrer.
- Hver enkelt ansatt skal oppleve et eierforhold til sine oppgaver, arbeidsplassens fagideologi og retningslinjer.
- Kompetanseutvikling skal føre til god kvalitet i tjenestene og det skal legges til rette for at kompetansen brukes og kommer til nytte.

5.5 HELHETLIG OVERSIKT OVER TJENESTETILBUDET

For å kunne gjøre de rette prioriteringene av kommunens ressurser, må kommunen ha helhetlig oversikt over tjenestetilbudet. En tilstandsrapport skal utvikles og denne skal fungere både som en årlig statusrapport, en kvalitetssikring av tjenestetilbudet, som en evaluering av helse- og omsorgsplanen og som et grunnlagsdokument til budsjettprosessen.

Tilstrekkelig internkontroll og dokumentasjon er avgjørende for å kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester og for å kunne ha helhetlig oversikt over tjenestetilbudet. Kommunen er pålagt gjennom lov å drive systematisk kvalitetsforbedring og dette innebærer også å undersøke om tjenestene er hensiktsmessige, sett med brukernes øyne, med brukerdialog og pårørendeundersøkelser. I organisasjonen må prosedyrer må være godt innarbeidet gjennom systematiske opplæringstiltak for ansatte, med påfølgende systematisk oppfølging fra ledelsen. Den enkelte ansatte har ansvar for å følge gjeldende prosedyrer og tilegne seg kunnskap som kreves for å ta del i forbedringsarbeid. Kommunen bør ha helhetlige systemer på tvers av tjenester, med tydelige kanaler for deling av nødvendig informasjon og avklart ansvarfordeling

Mål:

- Helse og omsorg kan planlegge og kvalitetssikre tjenestetilbudet i tråd med befolkningens utvikling og tjenestebehov.

Strategier:

- Helse- og omsorgsplan følges opp og evalueres i en årlig tilstandsrapport, i nær tilknytning med utarbeidelse av handlingsplan og budsjettarbeid.
- Helse og omsorg skal sikre brukerdialog og brukermedvirkning i tjenestene gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser.
- Helse og omsorg sikrer tilstrekkelig internkontroll og dokumentasjon for å oppnå kvalitetssikring, kvalitetsforbedring, kontinuerlig utvikling og forsvarlige tjenester.
- Prosedyrer innarbeides gjennom systematiske opplæringstiltak for ansatte, med

- påfølgende systematisk oppfølging fra ledelsen.
- Helse og omsorg videreutvikler systemer på tvers av tjenester, med tydelige kanaler for deling av nødvendig informasjon og avklart ansvarsfordeling.

5.6 PRIORITERTE TILTAK FØRSTE 4-ÅRSPERIODE

På bakgrunn av de satsingsområder, målsettinger og strategier som er lagt til grunn for å utvikle helse- og omsorgstjenestene videre, er følgende aktiviteter og prosjekter prioritert for gjennomføring i kommende fireårsperiode. Dette skal initieres i fellesskap for tjenestene. I tillegg skal det velges tiltak opp mot planens strategier hvert år.

Det er en offentlig oppgave å legge til rette for at den enkelte kan ta vare på egen helse. Dette deles mellom de forskjellige offentlige etater og gjøres på flere måter, blant annet gjennom informasjon, kunnskap, holdningsarbeid, primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og samspill med frivilligheten gjennom lag og foreninger. Kommunen har også gjennom samhandlingsreformen fått et større ansvar for å forebygge sykdom, samt gi mennesker med lidelser veiledning og hjelp til å mestre et liv med sykdom. Det siste punktet vil bli stadig viktigere siden flere overlever alvorlig sykdom og flere lever lengre med kroniske lidelser.

5.6.1 Et utvidet helse- og botilbud for voksne

Kommunen vil ha behov for lokaler til korttidsplasser, rehabilitering og avlastning. Det er behov for å utvide botilbudet til demente som ikke lenger kan være i hjemmet og til utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, med større vekt på palliativ omsorg. Videre vil gruppen innenfor rus og psykiatri ha behov for et bedre utbygd tilbud.

Det kommer i tillegg nye forventninger til primærhelsetjenesten som det kan være formålstjenlig å samlokalisere med heldøgns- beredskap og høy faglig kompetanse. Denne utredningen skal inneholde; hvilke tjenester skal bygges opp og lokaliseres i et felles bygg og hvilken kompetanse er nødvendig.

Det er fom. 1.1.2017 frigjort en avdeling på Rendalen sjukehus, og det skal nå vurderes å gjøre om disse institusjonsrommene om til annet egnet botilbud, og som en fremtidig del av et mulig omsorgstun.

Det nye botilbudet må tilrettelegges for de behov beboeren måtte ha. Dette uavhengig av alder, diagnose og funksjonshemming. Alle leilighetene må være universelt utformet og ha mulighet for å kunne tilrettelegges i forhold til velferdsteknologi, syn/hørsel og bevegelsehjelpemidler.

5.6.2 Interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid innenfor legevakt, barnevern, øyeblikkelig hjelp innenfor somatikk og psykiatri er viktige områder hvor et interkommunalt samarbeid er nødvendig for å sikre lovpålagte tjenester og gode tjenestetilbud til innbyggerne i kommunen.

I planperioden er det forventet at det vil bli økte samarbeidsløsninger på flere områder også innenfor helse- pleie- og omsorg og innenfor det som omhandler kompetanse, jf. pkt. 5.6.4.

5.6.3 Brukerdialog og samspill med nærmiljøet

Helse- og omsorgstjenesten skal i samarbeid utvikle en systematisk tilnærming for å kartlegge brukernes egne ressurser, muligheter og mestring, samt avstemme brukers og pårørendes forventninger og hvilke ressurser som er viktig i brukers omgangskrets. Det er vesentlig å få til et mer omfattende og mer forpliktende samarbeid med frivillige organisasjoner. Det skal også videreutvikles et system for innhenting av brukers tilbakemelding til tjenesten som bidrag til tjenesteutvikling, herunder pårørendeopplæring.

Vi har gode erfaringer med å ha møter med frivillige- og brukerorganisasjoner, og at vi sammen har dialog og finner gode løsninger på de utfordringene og mulighetene kommunen har framover.

5.6.4 Kompetanseutvikling

Mål og strategier i *Helse- og omsorgsplan 2016-2026* vil videre danne grunnlaget for årlige kompetanseplaner i helse- og omsorgsenhetene i kommunen, som skal utarbeides i forbindelse med arbeid med handlingsprogram og virksomhetsplaner. Dette vil gi et bedre grunnlag for å søke om statlige midler til kompetanseutvikling og bidra til mer målrettet og langsiktig satsing på rett kompetanse for helse og omsorg i Rendalen framover.

I tråd med kompetanseplan bør lærlinger innenfor Helse- og omsorg økes, samtidig som flere voksne ansatte kvalifiserer seg til fagarbeidere. KS har satt av midler til dette som kommunene kan søke på, og dette gjelder både nye lære plasser og kvalifisering av voksne ansatte til fagarbeidere. Kompetente medarbeidere er også en forutsetning for å få best mulig kvalitet på tjenestetilbudet i kommunen. Fjellregionen har innenfor Fjellhelse fått kr 800.000,- til prosjektet «Kompetanseheving og rekruttering av fagfolk med riktig kompetanse i kommunene i Fjellregionen», et prosjekt vi skal jobbe med fremover.

5.6.5 Faglige team med ambulant virksomhet

I samarbeidet med spesialisthelsetjenesten ser vi at det fungerer godt med ambulante tjenester. De bidrar til bedre tilbud til den enkelte og økt kompetanse i primærhelsetjenesten. Også lokalt har vi nå gode erfaringer med både demensteam og tildelingsteam. Denne arbeidsformen skal videreutvikles i første rekke innenfor områdene kreftomsorg og palliasjon. Organisering og arbeidsformer skal gjennomgås med bakgrunn i de erfaringer vi har så langt.

Legge til rette for etablering av mer ambulant behandling i form av flerfaglige ambulante team der spesialisthelsetjenesten- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider sammen på en måte som styrker tjenestetilbudet, bedrer koordineringen og sikrer kompetanseoverføring mellom nivåene, slik det er beskrevet i St.meld nr. 26 – Fremtidens primærhelsetjeneste.

5.6.6 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er tidsbegrenset rehabilitering, hvor opptrening i daglige gjøremål skjer hjemme hos den enkelte bruker.

Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie eller praktisk bistand ikke gis før den det gjelder har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Den enkeltes hverdagsmestring vektlegges før passive eller kompensierende tilbud.

Mestring er sentralt i hverdagsrehabilitering, og hverdagsmestring som et tankesett vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå.

Mestringsteamet, er et tverrfaglig sammensatt som foretar systematisk kartlegging, og i samarbeid med den enkelte bruker utarbeides det mål for hva den synes er viktig å mestre i din hverdag. Det er basert på en intensiv innsats i oppstarten. Intensiteten av treningen vil gradvis avta i takt med bedring av aktivitetsfunksjon.

Hverdagsrehabilitering er et rehabiliterende og et helsefremmende tankesett, og er et satsningsområde innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Hverdagsrehabilitering er nært knyttet opp til pasientforløp som er:

- identifisering av kritiske overganger i pasientforløpet,
 - utvikling av systemer for å sikre at informasjon om og oppfølging av pasienten/brukeren skjer trygt i overgangene
 - fokus på at det er brukerens definering av hva som er viktig i for han/henne («Hva er viktig for deg?») som skal være grunnlaget for innsats
- utvikling og organisering av et pasientforløp som har ledet frem til en konkretisering av tiltak og tjenester som kan iverksettes lokalt for å oppnå samhandlingsreformens intensjoner.

5.6.7 Innovasjon- /Velferdsteknologi

Økt bruk av velferdsteknologi er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å realisere viktige verdier for brukere og tjenestene. Det å ta i bruk velferdsteknologi vil bety at det skapes en tryggere og bedre hverdag med økt mestring for de med funksjonsnedsettelse og de eldre. Gjennom innføring av velferdsteknologi vil Rendalen kommune yte bedre tjenester. Vi ønsker å sikre bedre trygghet ikke bare for de som trenger tjenester men også for deres pårørende.

Gjennom velferdsteknologiprojektet i Folldal, vil Rendalen, sammen med andre kommunene i Fjellregionen innføre utprøvde løsninger innen feltet med sannsynlig oppstart i 2017.

5.6.8 Folkehelse

Tilrettelegge for en bedret folkehelse implementere folkehelsetenkning i alle planer og tiltak som kan gi effekt sammen med frivillige lag og foreninger motivere den enkelte innbygger til å ta hovedansvaret for egen helse. Ha fokus på en bedret folkehelse og forebygge bedre, slik at de med livsstilssykdommer, funksjonsnedsetting og de eldre får muligheten for et bedret liv og med større mulighet for en verdig alderdom.

Rendalen kommune har oppnevnt en *folkehelsegruppe* som skal presentere en oversikt over utfordringer knyttet til folkehelse og sosiale forhold seneste innen 1. kvartal 2017. Oversikten skal bidra til hensiktsmessige prioriteringer og beslutninger på politisk og administrativt nivå. Forskrift om oversikt over folkehelsen tydeliggjør bredden i dokumentet. Her er det snakk om helse i bred forstand, der alt som påvirker evnen til å mestre hverdagen til befolkningen er relevant. Dokumentet skal peke på viktige faktorer ved helse og trivsel i Rendalen, og inneholde en vurdering av hva som er hovedutfordringene våre.

5.6.9 Forebyggende hjemmebesøk

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd tydeliggjør kommunens ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Disse oppgavene inngår som en del av de nødvendige helse- og omsorgstjenestene etter § 3-1 og forsvarlig helsehjelp etter § 4-1. Ved å legge til rette for økt innsats tidlig i utviklingsforløpet av sykdom og sosiale problemer, herunder forebygging og tidlig intervensjon, kan man forhindre en negativ utvikling av helsetilstand, funksjonsevne og sosiale forhold. Samtidig kan man få kartlagt befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester i nær fremtid.

Forebygging i helse- og omsorgstjenestene innebærer at kommunen iverksetter tiltak på riktig tidspunkt i et utviklingsforløp av sykdom, funksjonstap eller sosiale problemer sett opp mot hva som er mest effektivt for å redusere lidelse og oppnå best mulig helse, levekår og funksjonsevne. Bestemmelsen sier ikke noe om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at blir iverksatt, men gir tjenesten anledning til å utvise nytenking og kreativitet med sikte på å finne frem til formålstjenlige virkemidler tilpasset spesielle befolkningsgrupper og lokale behov. Siktemålet med prosjektet er å få belyst omfanget av forebyggende hjemmebesøk i kommunene, og om hjemmebesøk bidrar til bedre trygghet og helse for eldre, at flest mulig kommuner skal etablere ordninger med forebyggende hjemmebesøk, og at besøkene skal bygge på erfaringer og forskningsbasert praksis.

Bestemmelsen må også ses i sammenheng med kommunens oppgaver i folkehelsearbeidet, herunder særlig folkehelseeloven § 5.

Helse- og omsorgsdepartementet anser forebyggende hjemmebesøk som et sentralt praktisk og konkret verktøy i kommunenes forebyggende arbeid, som kan føre til at flere kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i egen hverdag, og dermed økt livskvalitet.

For å kunne danne et grunnlag for forebyggende hjemmebesøk i årene som kommer, er det behov for mer kunnskap om hvordan man arbeider med forebyggende hjemmebesøk i dag, samt å se hvilken betydning dette har for målgruppen.

Helsedirektoratet vil i løpet av 2016 utarbeide en veileder om forebyggende hjemmebesøk, og som kommunene kan bruke i dette arbeidet.

5.6.10 Demens

Ny nasjonal demensplan – Demensplan 2020 - kom i desember 2016, hvor dokumentet forteller noe om utfordringer personer med demens og deres pårørende står overfor, og hvordan utfordringene skal løses (strategier og tiltak). Vi ønsker å følge opp med en lokal fagplan/demensplan, og at denne utarbeides ila. 2017.

Demensplan 2020 har som mål at pårørendeskoler og samtalegrupper skal være tilgjengelig i hele landet. Vi har gjennomført dette tidligere, men ønsker å igangsette dette i samarbeid med Demensforeningen.

Oppstart av prosjekt SAM-AKS III skjer i november 2016, og er et prosjekt for samhandling mellom Alderspsykiatrisk avdeling Sykehuset Innlandet og Rendalen kommune. Målet er bedre utredning og behandling av pasienter med kognitiv svikt i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester.

5.6.11 Integreringsarbeid

Nye ting skjer kontinuerlig både nasjonalt og internasjonalt som får betydning og innflytelse på arbeidet med integrering. For å lykkes til fulle med integreringsarbeid må integreringsperspektivet gjennomsyre alt fra naboskap til næringsutvikling, og være sektorovergripende og forankret i befolkningen. Integreringsplanen har derfor et utviklingspotensial i denne retningen, ved eventuell seinere revisjon. Integreringsplanen vil for øvrig ha tidsbegrenset relevans, og vil måtte evalueres og rulleres

5.6.12 Psykisk helse og rus

Fra 2017 skal pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer få øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen. For somatiske pasienter ble øyeblikkelig hjelp døgnoophold et lovpålagt tilbud i 2016. Bakgrunnen for å innføre plikten for personer som har psykisk helse- og /eller rusmiddelproblemer er at denne gruppen ikke skal diskrimineres, men ha lik tilgang til helsetjenester når det er behov for det.

Etablering av ø-hjelps senger i kommunene skal etableres i samarbeid med DPS Tynset og det er opprettet en arbeidsgruppe som skal arbeide med samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet om et helhetlig og sømløst psykiatritilbud i Nord Østerdal.

Tidlig innsats i kommunen

Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Tilbudet gir også mulighet til å komme tidligere inn i forløpet.

Det stilles følgende krav til døgntilbudet:

- Tilbudet som etableres i kommunen skal være bedre eller like godt for pasienten som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Tilbudet skal etableres med den allmenntilmedisinske og øvrige kompetansen som finnes i kommunen.

Samarbeid med helseforetak

Øyeblikkelig hjelp døgnoophold en del av kommunens sørge- for-ansvar. Samarbeidsavtalen mellom kommunene og helseforetak skal som et minimum beskrive kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold, retningslinjer for utskrivning og innskrivning av pasienter og gjensidig kunnskapsoverføring.

Psykolog

Et sentralt virkemiddel innfor rus-/og psykiatriområdet, er å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene ved at kommunen skal ha knytte til seg psykolog fom. 1 1 2020. Målet er at de kommunale psykologene i større grad skal arbeide mer system- og samfunnsrettet i tillegg til helsefremmende og forebyggende. Gjennom målrettet satsing på lokalt folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende tjenester reduserer kommuner behovet for spesialisthelsetjenester for sine innbyggere, samtidig som økt kompetanse gjør at lett tilgjengelig og faglig sterke tjenester kan gis uten ventetid i brukernes nærmiljø. Slik som planene foreligger nå, kan dette tilbudet bli opprettet ved et samarbeid med de andre kommunene i regionen.

Ruskonsulent

Rendalen kommune har fått prosjektmidler til å opprette en 100% stilling som ruskonsulent i 2017, og denne skal gjennom dialog og motivasjon medvirke til at mennesker med psykiske lidelser og eller et rusproblem får en best mulig hverdag. Samtidig skal en ruskonsulent bistå enkeltpersoner med oppfølging og behandling, samt igangsetting og oppfølging av daglige gjøremål og ulike aktiviteter. Veiledning av foreldre, skole med tanke på problematikk og tilrettelegging er også et område.

6 PROSESS OG VIDERE ARBEID

6.1 PROSESS

Helse- og omsorgsplan er utarbeidet med medvirkning fra ansatte og brukerorganisasjoner innenfor helse og omsorg i Rendalen.

6.2 OPPFØLGING AV PLANEN

Helse- og omsorgsplan for Rendalen kommune har et langsiktig og overordnet perspektiv. Det er utarbeidet mål og strategier for planperioden. Den enkelte enhet skal årlig utarbeide konkrete tiltak i samsvar med planens satsningsområder. Dette skal gjøres i forbindelse med arbeid med kommunens handlingsprogram og enhetens årlige virksomhetsplaner.

Oppfølging av planen, gjennom disse tiltakene, skal inngå i en årlig tilstandsrapport for helse og omsorg. Tilstandsrapporten skal fungere både som en årlig statusrapport, en kvalitetssikring av tjenestetilbudet, som en evaluering av helse- og omsorgsplanen og som et grunnlagsdokument til budsjettprosessen. Tilstandsrapporten er under utvikling.