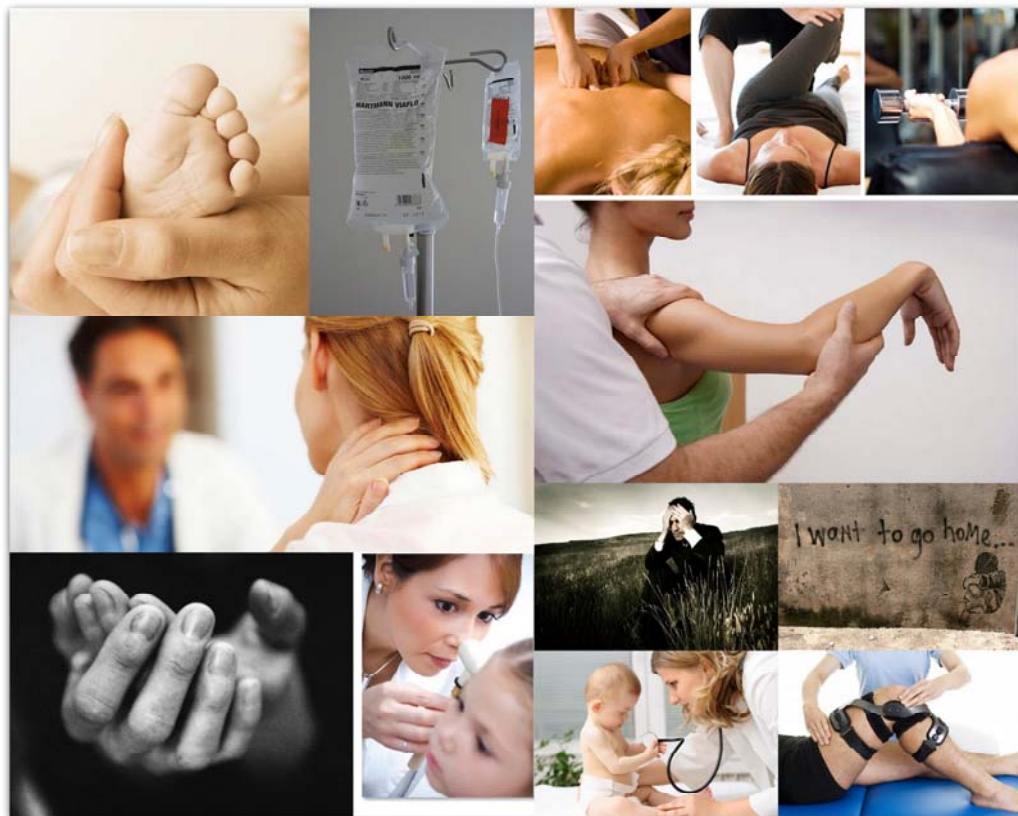


Kommunedelplan

HELSE, OMSORG OG SOSIAL



2013-2022

Saman om gode tenester

Innhald

| | |
|--|----|
| 1. Innleiing | 4 |
| 2. Om planarbeidet..... | 5 |
| 3. Overordna mål og føringar | 7 |
| 3.1 Nasjonale føringar | 7 |
| 3.1.1 Lover og forskrifter | 7 |
| 3.1.2 Viktige rammer og føresetnader | 8 |
| 3.2 Kommunale planar og andre kommunale føringar | 12 |
| 3.3 Kjenneteikn på tenester som lykkast | 13 |
| 4. Utviklingstrekk..... | 15 |
| 4.1 Folketalsutvikling og alderssamansetting..... | 15 |
| 4.2 Utvikling i demens | 16 |
| 4.3 Andre utviklingstrekk..... | 17 |
| 5. Status i helse-, omsorg og sosialtenesta i Osterøy..... | 20 |
| 5.1 Dagens organisering | 20 |
| 5.2 Talgrunnlag (KOSTRA)..... | 21 |
| 6. Framtidige helse-, omsorg- og sosialtenester i Osterøy..... | 24 |
| 6.1 Kva skal kjenneteikna helse- og omsorg- og sosialstenesta i åra framover | 24 |
| 6.2 Hovudutfordringar..... | 25 |
| 6.3 Korleis møte utfordringane – strategi | 26 |
| 6.3.1 Dei sentrale grepa: | 27 |
| 7 Mål og føresetnader | 28 |
| 7.1 Visjon | 28 |
| 7.2 Mål..... | 28 |
| 7.3 Føresetnader | 29 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 7.4 Satsingsområda | 34 |
| 8 Gjennomføring av tiltaka | 47 |
| 9 Vedlegg | 47 |

1. Innleiing

Helse- og omsorgstenesta sitt ansvarsområde er omfattande og rører ved eit breitt spekter av brukargrupper og tenester. Osterøy kommune står føre vesentlege utfordringar innan helse-, omsorg- og sosialsektoren komande år. Alderssamansettinga i samfunnet endrar seg. Me lever lengre, me blir fleire eldre. Familiestrukturane endrar seg, mobiliteten aukar, me endrar kostvanar og aktivitetsnivå. Kommunen har relativt få brukarar under 67 år som får omfattande bistand frå heimetenesta. Osterøy kommune har i mange år, statistisk sett hatt ein lågare institusjonsdekning enn andre kommunar. Det har vært eit mål å kunna gje flest mogleg tilpassa tenester i eigen heim. Dei kommunale helse- omsorg og sosialtenestene skal yte gode tenester i eit samfunn i stadig endring.

Framtidas kommunale helse- omsorg og sosialtenester skal sikre heilskaplege og samordna tenester som omfattar helsefremmande og førebyggjande tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorane og i samarbeid med brukarane sjølve.

I Osterøy har me lagt til grunn fylgjande visjon for helse- og omsorgstenestene;

«helse i alt me gjer»

Føremålet med planarbeidet er å klargjere dagens situasjon for tenestene i Osterøy kommune, kva slags utfordringar kommunen står framfor og kva slags strategiar, mål og tiltak kommunen bør velje for komande år. Planen skal syta for at tenesta er førebudd og har kunnskap til å møte framtidige utfordringar når det gjeld behov, oppgåver og organisering. Gjennom arbeidet med økonomiplanen, dei årlege budsjetta og temaplanane skal intensjonane i planen realiserast. Temaplanane skal òg sikre at dei organisatorisk måla om ei heilskapleg teneste, kan oppfyllest.

For å lykkast er det naudsynt å:

- Felles (heilskapleg) innsats basert på felles og klåre mål.
- Høg grad av fleksibilitet gjennom samarbeid og samhandling.
- Alle (tilsette, innbyggjarar og politikarar) er kjende med verdigrunlaget og forstår tydinga av dette.
- God intern og ekstern kommunikasjon.
- Tenestene har som mål å forbetre seg kontinuerleg.
- Sikre ein effektiv bruk av tilgjengelege ressursar.
- Måla skal vere realistiske og målbare.
- Tydeleg struktur.
- Synleg og tydeleg leiing.
- Kva leiing er og korleis leiing skal utøvast er gjort tydeleg – leiarutvikling med utgangspunkt i tenestene sine utfordringar.

Dei sentrale grepa i planen er;

- Auka satsing på folkehelse, tidleg innsats og aktiv omsorg.
- All tenesteyting skal støtte opp under brukaren sine eigne ressursar, kvardagsrehabilitering.
- Yte tenester på best mogleg omsorgsnivå.
- Satse på kvalitetsutvikling, kompetanse, rekruttering og behalde tilsette.
- Delta i interkommunalt samarbeid om løysing av oppgåver der dette er naudsynt og eller ynskeleg.
- Gjennomgang av organisasjonsstrukturen for å sikre heilskapleg styring og prioritering, inklusiv gjennomgang av leiarstruktur.
- Gjennomgang av rutinar og system for tildeling av tenester for å sikre ein heilskapleg vurderings- og tildelingspraksis.
- God informasjon om tenestetilbodet.
- Etablere ein saumlaus praksis mellom sektorane der dette er naudsynt på system- og individnivå.
- Etablere eit gjensidig godt samarbeid med frivillige.
- Etablere ei forståing for at stadig forbetring er naudsynt.

2. Om planarbeidet

Planen er utarbeidd på bestilling frå kommunestyret gjennom vedtatt planprogram (sjå vedlegg 1). Ambisjonen har vore å gjennomføre ein planprosess som tek utgangspunkt i kommunen sin ståstad per i dag og som klargjer kva slags utfordringar og mål kommunen bør velje for komande år.

Osterøy kommune har inngått avtale om prosessbistand frå Ressurssenter for omstilling av kommunane (RO). Bistanden har omfatta;

- Skaffe fram kunnskapsgrunnlag.
- Utforma og gjennomføra dei naudsynte prosessar mot fagleg og administrativt miljø fram mot politiske vedtak.
- Skrive den innleiande delen av planen; dvs. tema som omfattar nasjonale føringar, kommunale planar og andre kommunale føringar, folketalsframskriving, utvikling og trendar og status for tenesta.
- Utforming av strategi, mål og tiltak er skjedd saman med oppnemnt prosjektgruppe og styringsgruppe.

Arbeidet har vore prosjektorganisert med eiga prosjektgruppe og styringsgruppe.

Prosjektgruppa har bestått av:

Mette Fauskanger (PA) - Sektorleiar
Inger Fosslund - Spesialrådgjevar
Cecelie Eriksen - Heimetenesta
Jartru Reigstad - Osterøytunet
Cecilie Meyer - Rus/Psyk (vara Kjersti Øksnes)
Geir Johannessen - Sone midtre
Anne Sidsel Hoel - Leiar KE/ Ergo / Fysio.
Vigleik Kalland - Leiar NAV
Solveig Brandsdal - Konsulent funksjonshemma
Anita Sørtveit – Kommuneoverlege
Kristin Ruud Myking - Folkehelsekoordinator
Vibeche F Levsen - Leiar Familiens hus
Linn Agate Blindheim – Rus/psykisk helse
Ingvar Rostad – RO
Astrid Ahmer Pedersen, einingsleiar sone sør og Rita Hellevang einingsleiar somatisk avdeling
Osterøytunet deltok i prosjektgruppa i sluttfasen.

Styringsgruppa har bestått av;

Mette Fauskanger (PA) - Sektorleiar
Ingvar Rolstad (PL) – RO
Inger Fosslund - Spesialrådgjevar
May Britt Hernes - Leiar Plan
Anne S Jørgensen - NSF
Randi Eikeland - Fagforbundet
Aage Clausen - Eldrerådet
Oddvar Melchersen - Rådet for funksjonshemma
Siren Tyssebotn - Politikar FRP
Ingvald Ådland - Politikar H
Nina B Nyheim - Politikar AP

Det har vore gjennomført 7 dag-samlingar med prosjektgruppa og 3 med styringsgruppa. Prosjektgruppa vil tilrå at det blir etablert temabaserte arbeidsgrupper for utgreiing av temaplanar der dette er ynskeleg.



Bilde frå arbeid i prosjektgruppa

3. Overordna mål og føringar

Tenesteområda helse- omsorg og sosial er i stor grad styrt av nasjonale føringar og lokale val. Innhald og utforming av helse- omsorg og sosialplanen er såleis tufta på nasjonale, regionale og kommunale føringar.

3.1 Nasjonale føringar

Sentrale rapportar og meldingar beskriv utfordringar kommunane vil stå ovanfor innan helse- og omsorgstenesta som følgje av demografisk og epidemiologisk¹ utvikling. Fokus på vekst i antal eldre, auking i kroniske lidingar, sosiale problem blant barn og unge og satsing på tiltak for å betre folkehelsa. Regjeringa har gjennom stortingsmeldingar omtala desse utfordringane. Samhandlingsreforma blei behandla av Stortinget våren 2011. 1. januar 2012 tråtte ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og ny lov om folkehelsearbeid i kraft. Denne planen tar omsyn til nye krav og forslag i den utstrekning me har oversikt.

3.1.1 Lover og forskrifter

Det er mange særlover/forskrifter/rundskriv mv. ein må følgje med omsyn til planlegging og drift av helse- omsorg og sosialtenesta. Oversikta over nokre aktuelle lover fortel om kompleksiteten innan helseforvaltninga til kommunen.

Lover:

¹ Epidemiologi er læren om befolkningshelse, sykdommers forløp, årsak og konsekvens, utbredelse og demografi.

- Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m.
- Lov om folkehelsearbeid.
- Lov om pasient- og brukarrettigheter.
- Lov om helsepersonell.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Forvaltningsloven.
- Lov om sosiale tjenester i NAV.
- Lov om helsemessig og sosial beredskap.
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plandelen).

Forskrifter m.m.:

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- Forskrift om en verdig eldreomsorg.
- Forskrift om fastlegeordninga i kommunane.
- Forskrift for sjukeheim og buform med heildøgns omsorg og pleie.
- Forskrift om pasientjournal.
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenesta.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene.
- Forskrift om legemiddelhandtering.

3.1.2 Viktige rammer og føresetnader

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 (Meld. St. 16 (2010-2011) legg regjeringa den politiske kursen for helse- og omsorgstenesta og folkehelsearbeidet dei neste fire åra. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstenester, uavhengig av personleg økonomi og bustad, skal fortsatt vera den viktigaste målsetjinga i den norske velferdsmodellen. I planen er det m.a. lagt vekt på:

- Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal utviklast vidare slik at den gjev brukarane gode moglegheiter for auka livskvalitet og meistring, og slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonane om førebygging og tidleg innsats.
- Kommunane skal sørgje for heilskapleg tenking med førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, slik at heilskaplege pasientforløp i størst mogleg grad kan ivaretaast innanfor Beste Effektive OmsorgsNivå (BEON).
- Helse- og omsorgssektoren skal sjåast i samanheng med dei andre samfunnssektorane der kommunen har ansvar og oppgåver.
- Fastlegeordninga skal utviklast slik at stat og kommune får betre styringsmoglegheiter. Det skal leggjast til rette for meir forpliktande samarbeid mellom fastlegane og kommunen. Forskrift om fastlegeordninga skal reviderast. Det skal innførast nasjonale kvalitets- og

funksjonskrav med rapporteringskrav.

Samhandlingsreforma

I juni i 2009 la Regjeringa fram St. meld. nr. 47 (2008 – 2009); Samhandlingsreforma – Rett behandling – på rett stad – til rett tid.

Regjeringa fremja 5 hovudgrep for å møta dagens og framtidens utfordringar i St.meld. 47 (2008-2009):

- Klarare pasientrolle.
- Ny framtidig kommunerolle.
- Etablering av økonomiske insentiv.
- Spesialisthelsetenesta skal utviklast slik at den i større grad kan bruka sin spesialiserte kompetanse.
- Leggje til rette for tydelegare prioriteringar.

Stortingsmeldinga vart fylgt opp med to nye lovar som vart gjort gjeldande frå 1. januar 2012; Lov om kommunale helse- og omsorgstenester (helse- og omsorgstenestelova) og Lov om folkehelsearbeid (folkehelseelova).

I den framtidige helse- og omsorgstenesta er kommunane tiltenkt ei ny rolle gjennom auka fokus på førebygging av sjukdomar, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging. Samhandlingsreforma har eit fokus på auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid. Dette skal dempe vekst i bruk av sjukehusstenester ved at ein større del av helsetenestene vert ytt av kommunehelsetenesta – med føresetnad om like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet. Kommunane og helseføretaka er pliktige til å samarbeide, og det skal inngåast lovpålagte samarbeidsavtalar på ei rekkje område. Pasientar skal òg få betre oppfølging ved at dei vert gjeven brukarmedverknad i tenestetilbodet. Kommunane skal sørgje for koordinatorar for pasientar med behov for langvarige og samansette tenester. Vidare har kommunane fått ei betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar frå sjukehus med ein døgnats på kr 4000,-. Det er òg innført kommunal medfinansiering av 20 pst. av utgiftene til sjukehusopphald og poliklinisk behandling (med unntak av kirurgi, fødselar, nyfødmedisin, psykisk helsevern og rus). Innan 2016 vert òg kommunane pålagt å etablere eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Dette gjeld dei tenestene det er forsvarleg at kommunane gjev, i hovudsak forverring av kjente lidningar der behandlinga er kjent på førehand.

Folkehelsearbeid handlar om å skapa gode oppvekstvilkår for born og unge, førebyggje sjukdom og skadar, og å utvikla eit samfunn som fremjar fellesskap, tryggleik, inkludering og deltaking for alle innbyggjarane i kommunen. Dette krev systematisk og langsiktig innsats både i og utanfor helsetenesta, og på tvers av sektorar og forvaltningsnivå. Ny folkehelselov føreset at kommunen skal bruke alle sine sektorar for å fremje folkehelse, ikkje berre helsesektoren. Kommunen skal

fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet eigna for å møte kommunen sine egne helseutfordringar. Kommunen skal dokumentera helseskadelege faktorar, drøfte helseutfordringane og planleggje for førebygging av desse. Lova presiserer òg kommunen sitt ansvar for å leggje til rette for eit godt og tilpassa fysisk miljø for alle (universell utforming).

Kommunen vil etter kvart òg få ansvaret for øyeblikkeleg hjelp døgnopphald-tilbod til menneskje med psykiske og/eller rusrelaterte problem. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med korleis økonomiske virkemidlar kan innførast også for brukarar med psykiske og/eller rusrelaterte problem.

For å sikre betre tilgjengelegheit til tenestene og betre utnytting av ressursane, er det naudsynt å fullføre omstillingsprosessen innan psykisk helsevern, som blei satt i gong under opptrappingsplanen for psykisk helse. Distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal vere eit tydeleg forankringspunkt i det heliskaplege behandlingstilbodet på spesialistnivå. Utviklinga av gode akuttfunksjoner og ein tydeleg plass for DPS i den akuttmedisinske kjeda, er viktig for å nå dette målet. I den vidare utviklinga av tilbodet er polikliniske tenester, ambulante funksjoner og tilbod om brukarstyrte plasser, sentrale element. (Frå nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015))

I tråd med måla i samhandlingsreforma bør det utviklas meir lokalbaserte tenester for rusmiddelavhengige. Avtalar mellom kommunar og helseføretak vil leggje til rette for heilskapleg, samansette og samanhengande behandlingsskjeder. (Frå nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015))

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

I St. meld nr. 25 (2005-2006) «*Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringar*» vart det peika på fem langsiktige strategiar for å møte omsorgsutfordringar i framtida:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale forhold
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

I omsorgsplan 2015 blir strategiane konkretisert i ulike tiltak og planen lyftar fram fire hovudsaker:

- 10 000 (seinare auka til eit mål om 12 000) nye årsverk
- 12 000 nye omsorgsplassar
- Demensplan 2015
- Kompetanseløftet 2015.

Demensplanen skal bidra til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet til personar med demens

og deira pårørande. Målsettinga er mellom anna at kommunane i 2015 skal kunne gje eit dagaktivitetstilbod til personar med demens. Målet er å innføra ei lovfesta plikt for kommunane til å tilby dagtilbod til personar med demens når tilbodet er bygd ut.

Det er vedteke ei samla styrking av tiltak i Omsorgsplan 2015 for å auke kompetansen om aktiv omsorg, ernæring, nevrologiske lidingar og demens, og til utvikling av ei ny opplæringspakke innan leining, samt ekstra midlar til den kulturelle spaserstokken og investeringstilskot til omsorgsplassar.

Innovasjon i omsorg; NOU 2011:11

Mandatet til utvalet knytt til innovasjon har vore å arbeide med ny teknologi, arkitektur, nye buformar, brukarmedverknad, eigenmestring og forskning og utvikling. Utvalet har fem framlegg:

- Næromsorg; auka medverknad frå frivillig verksemd, nye eigar- og driftsformar med større vekt på brukarstyrde ordningar, samvirkeløysningar og sosialt entrepenørskap. Nye arbeidsmetodar og faglege tilnærmingar med fokus på aktiv omsorg, kvardagsrehabilitering, kultur og deltaking.
- Teknoplan 2015 – teknologistøtte til omsorg.
- Nye rom – Framtidas bustadløysingar og nærmiljø.
- Eit nasjonalt program for kommunal innovasjon i omsorg.
- Omsorgsfeltet som næring.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta

Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta ...*Og betre skal det bli!* (2005-2015) har peika på kjenneteikn ved tenester med god kvalitet;

- Er verknadsfulle.
- Er trygge og sikre.
- Involverer brukarar og gjer dei i stand til å påverke.
- Er samordna og prega av kontinuitet.
- Utnyttar ressursane på ein god måte.
- Er tilgjengelege og rettferdig fordelt.

Forskrift om ei verdig eldreomsorg

Forskrift om ei verdig eldreomsorg tredde i kraft den 1. januar 2011 og har som mål å sikre at eldreomsorga vert tilrettelagt på ein slik måte at dette bidreg til ein verdig, trygg og meningsfull alderdom. I § 3 står det om innhaldet i tenestene:

«Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legges til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpassa hjelp ved måltider
- Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
- Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- Lindrende behandling og en verdig død.
- Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorga skal bidra til habilitering og rehabilitering.
- Faglig forsvarlig oppfølging av lege og anna relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlinga
- Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.»

3.2 Kommunale planar og andre kommunale føringar

Interkommunalt samarbeid – Helsehus i Nordhordland

Osterøy kommune deltek saman med dei andre kommunane i Nordhordland, Gulen kommune, Haraldsplass Diakonale Sjukehus og Helse Bergen i eit forprosjekt som har som føremål å utgreie ei samlokalisering av lokalmedisinske tenester i eit Helsehus i Nordhordland. Målet er å gje tenestemottakarane i regionen eit godt helsetilbod i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma.

Ein rapportversjon frå forprosjektet er ute til høyring i Helseutvalet, rådmannsutvalet og fagråd for kommunelegar.

Rapporten forsøker å svare på fylgjande spørsmål med tilrådingar frå arbeidsgruppa:

- Er det behov for og realistisk å byggje eit felles helsehus for dei ni kommunane i Nordhordland?
- Kva omfang og innhald tilrår arbeidsgruppa i helsehuset?
- Kva bør kommunane samarbeide om i eit felles regionalt helsehus?
- Kva synergieffektar finst ved ei slik samlokalisering av dei mest aktuelle interessentane?
- Korleis skal ein realisere bygging av eit helsehus i regionen?
- Kva vil det koste å finansiere bygging og drift av eit slikt helsehus? Kva vil det koste kvar enkelt kommune, og er det realistisk?
- Kva tidshorisont er det tale om for å ha eit ferdig bygg på plass, og kva føresetnader må vere på plass før ein kan starte opp eit byggjeprojekt?

Osterøy kommune står her ovanfor mange viktige val, både på kort og på lang sikt. Det som er viktig er at dei vedtak som vert fatta i samband med helse- og omsorgsplanen, og eit eventuelt framtidig samarbeid om eit Helsehus, bidreg til å sikre gode tilbod til innbyggjarane i kommunen.

3.3 Kjenneteikn på tenester som lykkast

Ressurssenter for omstilling i kommunane (RO) samanfatta i 2007 (sjå figur 3.3) viktige kjenneteikn ved kommunar som har lykkast med å få til tenester av høg kvalitet (definert som fornøgde brukarar og tilsette, få avvik frå tilsyn og god økonomisk drift):

En tjeneste som er gjennomsyret av fokus på forebygging, tilrettelegging og mestring.

Behovsvurdering, enkeltvedtak og oppfølging av vedtakene i den daglige tjenesteytingen retter oppmerksomheten på mulighetene og motivasjonen for mestring hos den enkelte tjenestemottaker. I tillegg har kommunen økt satsing på fysisk tilrettelegging, sosial trening, nettverksbygging og varierte meningsfylte aktivitetstilbud.

God omsorg definert som målrettet og systematisk forskjellsbehandling.

Alle tilbys tjenester ut i fra en grundig og individuell vurdering av den enkeltes særskilte behov og ressurser.

Ansatte med god evne til kommunikasjon.

Dette betyr ansatte som er gode på å møte behovene hos den enkelte, utøve sitt faglige skjønn i det daglige møtet, motivere og skape positiv stemning, samt begrunne på en trygg måte både et ja og et nei. Dette forutsetter trygge kompetente fagpersoner som har et avklart verdigrunnlag som styring for sin daglige atferd.

Nærværende og tydelig lederskap.

Tydelige ledere med handlingsrom. Ledere som ser medarbeideren, som er nær og har klare forventninger til tjenesteatferd. Som berømmer forslag til nye arbeidsformer og viser stolthet over det en lykkes med. Feil læres av og veiledning er systematisert.

En visjonær organisasjon med tydelige mål.

Her finner vi ledere med visjoner om framtid og medarbeidere som våger å tenke nye tanker. En organisasjon som jobber målretta for å nærme seg visjonene.

Tydelig forventningsavklaring mot befolkningen.

Tjenestene er beskrevet på en slik måte at innbyggerne skjønner hva som kan forventes av hjelp og støtte og hva som skal kjennetegne måten tjenesten skal ytes på.

Sykepleierne er lett tilgjengelig for hele tjenesten, men er gitt spesielt ansvar for sykehjemsfunksjonen.

Sykepleiefaglig kompetanse er medisinsk spisskompetanse utviklet for å mestre en oppgradert helsetjeneste.

Sykehjemets korttidsfunksjon er prioritert framfor sykehjemmet som boform.

Disse kommunene klarer "brasene" med stadig raskere utskrivningstakt fra sykehus. I tillegg unngås "unødvendige" sykehusinnleggelses, særlig av eldre som ellers får hjemmebaserte tjenester.

Omsorgsboligene er i hovedsak bygd som bofellesskap.

I disse kommunene utgjør bofellesskap arenaen for tjenestemottakerne med de største behov for tjenester gjennom hele døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærmet lik som ved nybygde sykehjem. Bofellesskap nyttes også som arena for tilrettelagt tilbud for innbyggere med demens.

Arbeidsformene fra sykehjem er ikke overført inn i bofellesskapene.

Daglige rutiner, arbeidsmåter, arbeidsplaner, grad av samhandling med pårørende etc. er forskjellig fra sykehjem. Vedtakene er individualisert og tjenestebeskrivende.

Har kvalifiserte bestillere med budsjettansvar.

Kommunene har samlet forvaltningsoppgavene på få hender, oppkvalifisert disse slik at faglig skjønn utøves på et tryggere grunnlag, rettsikkerheten for tjenestemottakeren søkes bedre ivaretatt, etc. Bestillerne samhandler godt med de som utfører tjenestene, uten at tjenesteyterne mister fleksibiliteten.

God samhandling med den kommunale legetjenesten.

Kommunene har avtaler med fastlegene i forhold til beboerne i bofellesskapene, både som tilbud til beboerne og i forhold til veiledning av ansatte. Legesamarbeidet er en kritisk suksessfaktor i forhold til korttidsfunksjonen som dekkes av sykehjemmet.

Åpner for nye kompetansegrupper inn i tjenesten.

Tilsetter kulturarbeidere, miljøterapeuter, sosialarbeidere, pedagoger, etc. Øker mangfoldet av kompetanse for å gi bredde i tilbudet og for å møte andre typer behov sammenlignet med tidligere.

Kontinuerlig internopplæring med utgangspunkt i beste praksis.

Bevissthet på å spre de gode erfaringene, lære av egen og andres suksess. Det å fokusere på ønsket praksis fører til mer av det samme.

Figur 3.3

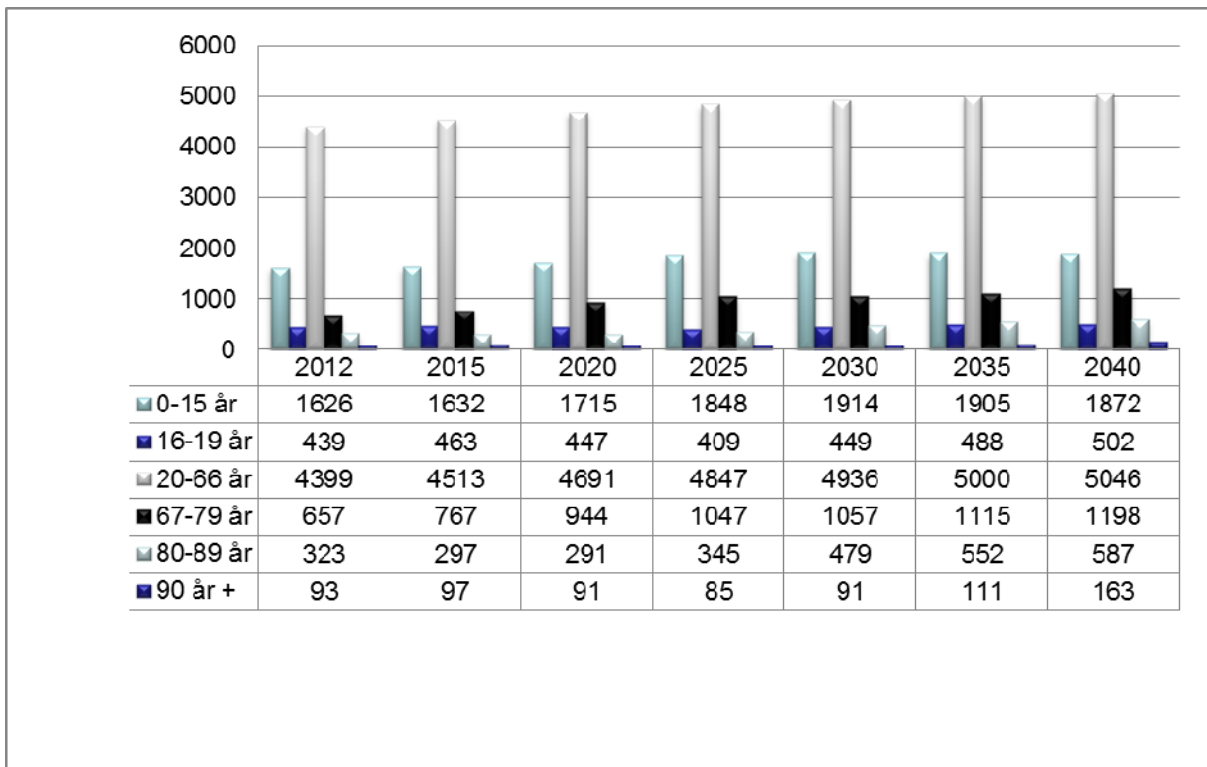
4. Utviklingstrekk

4.1 Folketalsutvikling og alderssamansetting

I nasjonale utgreiingar er det peika på at framtidig auke i talet på brukarar og redusert tilgang til arbeidskraft, ei dobbel demografisk utfordring, vil utfordre helse- og omsorgstenestene. Me må forvente at denne utviklinga òg vil vere tilfelle for Osterøy kommune.

Osterøy kommune hadde per 1. januar 2012 7.521 innbyggjarar. Prosentdelen eldre over 80 år i Osterøy utgjer ved årsskifte 2011/2012 5,4 prosent. Gjennomsnittet for kommunegruppa (gr.11)er 5,5 prosent. Fylkessnittet 4,4 prosent og landssnittet utanom Oslo 4,5 prosent.

Data er henta frå Statistisk Sentralbyrå (SSB) sine berekningar og det er i framskrivingane teke utgangspunkt i middels nasjonal vekst (MMMM). Figur 4.1 viser framskrivingar fram til år 2040 for ulike aldersgrupper.



Figur 4.1; Framskrivning av befolkningsutviklinga i Osterøy kommune – kjelde; SSB, Middels nasjonal vekst.

Framskrivninga viser at statistisk sett vil det bli ein auke i befolkninga i åra framover. I planperioden viser framskrivinga at talet på barn mellom 0-15 år aukar. Talet på ungdomar mellom 16-19 år får ein liten auke. Det vert òg ein auke i talet på innbyggjarar i yrkesaktiv alder (20-66 år). I aldersgruppa 67-79 år aukar talet med vel 390 personar fram til år 2025 og med heile 541 personar fram til år 2040. Aldersgruppa 80 år og eldre synar å ha ein nedgang med 34 personar fram mot 2020. Deretter sterk vekst med heile 334 personar fram mot 2040. Auken

synast å vere sterkast mellom 2025 og 2040. Berre i denne perioden vil auken vere på 320 personar. Størst auke kjem i aldersgruppa over 90 år.

Basert på SSB sin befolkningsframskriving for Osterøy, vil andelen i yrkesaktiv alder bli mindre sett i forhold til resten av befolkninga. Andelen innbyggjarar i yrkesaktiv alder utgjer i dag 59 prosent medan prognosen for år 2000 er 57 prosent. Andelen eldre over 67 år vil i same periode auke frå 14 prosent til 16 prosent.

Sjølv om erfaringar, så langt, viser at det er dei aller eldste som er hovudutfordringa, viser ny forskning, at det er ein tydeleg vekst av pleie- og omsorgsbehov blant personar under 67 år. I fleire kommunar blir det meld at mottakarar av omsorgstenester under 67 år, står for over 50 prosent av den totale ressursbruken. I perioden frå 1992 til 2004 auka delen mottakarar av kommunale pleie- og omsorgstenester under 67 år frå 17 prosent til 29 prosent av totale mottakarar. Senter for omsorgsforskning Nord-Norge har nylig utgitt en rapport² der dei har sett på ulike behov eller skilnaden i tenestebehov/kostnad mellom yngre og eldre brukarar i heimetenesta. Bakgrunnen for prosjektet er den store veksten av yngre brukarar og at eldre brukarar, sjølv om dei utgjer størstedelen (i antal), synast å få ein stadig mindre del av ressursane. Sitat frå samandraget «*Yngre brukere sammenlignes med funksjonsfriske personer på deres egen alder – og hva som oppfattes som et verdig og akseptabelt liv for dem. Pleietrengende eldre sammenlignes ikke med funksjonsfriske eldre på samme alder*».

I Osterøy er andelen ressurskrevjande brukarar (mottar meir enn 35,5 timar per veke) som bur i eigen bustad, ikkje vesentleg høgare enn i ein rekkje andre kommunar. Medan andelen heimetenestemottakarar over 67 år med omfattande bistandsbehov er høgare.

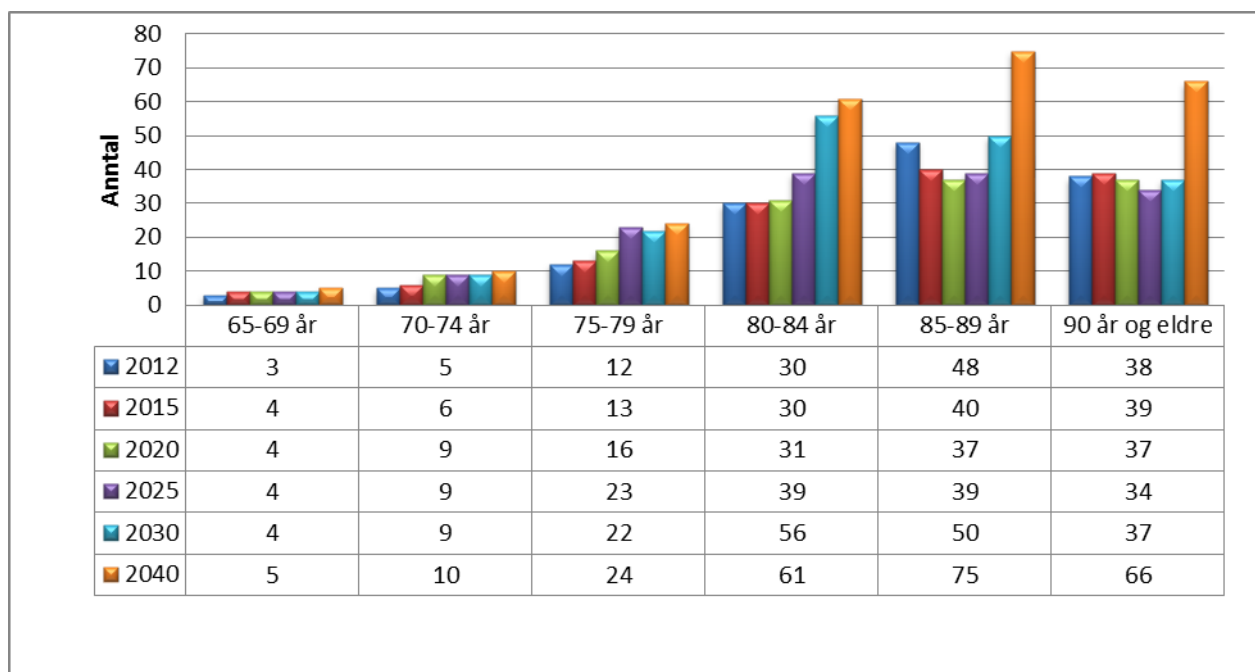
Ved sida av ei utvikling der fleire yngre synest å bli mottakarar av tenester, vil utviklinga av talet på personar i den eldste delen av befolkninga også vere ein viktig faktor når ein skal antyde behovet for omsorgstenester i åra framover. Vel så viktig kan faktorar som levealder, helsetilstand, forventningar/krav, butilhøve, samlivsmønster, uformell omsorg og anna frivillig innsats bidra til at utviklinga vil avvike frå kva den demografiske utviklinga åleine skulle tilseie. Etter som den prosentvis største aukinga kjem i aldersgruppa 67-79 år, kan det vere mykje å «hente» ved å sette i verk ulike tiltak ovanfor denne gruppa, der dei fleste i ein tidleg fase vil vere friske.

4.2 Utvikling i demens

Som følge av auka levealder og endra alderssamansetjing i befolkninga, vert det førespegla at talet på menneske med demens truleg vil doblast dei neste 35 år (føresett at det ikkje blir oppdaga behandlingsformar som kan utsette eller redusere sjukdommen). Dette vil skape store utfordringar for helse- og omsorgstenestene og stille krav til planlegging av det framtidige tenestetilbodet. Demenssjukdomane handlar om den sjukdomsråka, så vel som familiar og

² Senter for omsorgsforskning – rapportserie nr. 3-2012

andre pårørende sine opplevingar og erfaringar. Basert på internasjonale studiar av demens og befolkningsframskriving kan vi framskrive talet på tilfelle av demens i Osterøy kommune, jf. figur 4.2. Framskrivinga viser ein estimert auke på i alt 12 personar fram til år 2025 og heile 105 personar fram til 2040.



Figur 4.2; Prevalens³ av demens i befolkninga i Osterøy

4.3 Andre utviklingstrekk

Kommunane har ansvaret for tenestetilbodet til alle med behov for helse- og omsorgstenester, uavhengig av alder eller diagnose. Den kommunale helse- og omsorgstenesta har dei 20 siste åra fått tilført mange nye oppgåver og hatt ein stor tilvekst av nye brukargrupper.

Samhandlingsreforma, sjukeheimsreforma, reforma for menneske med psykisk utviklingshemming og opptrappingsplan for psykisk helse står som viktige milepælar i denne utviklinga. Desse har lagt grunnlaget for eit omfattande tenestetilbod på lokalt nivå. Ein auke i aktiviteten i spesialisthelsetenesta, og omlegging av drifta til meir dagbehandling og poliklinisk verksemd, har også ført til at fleire oppgåver enn tidlegare i stor grad blir løyst av kommunehelsetenesta. I tillegg til at det i framtida vil bli fleire brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester, er det også sannsynleg at brukarane i framtida vil ha andre behov og utfordringar – og truleg andre ressursar til å meistre dei. Innbyggjarar og brukarar vil i større grad vektleggje individuelle verdiar, opplevingar og prestasjonar framfor kollektive løysingar. Mange vil ha høgare utdanning og vere meir ressurssterke. Vi må difor anta at deira forventningar til kommunen som tenesteyter vil bli påverka av dette. Dette gjeld fagleg innhald, grad av medverknad, tenestenivå og kva slags arena tenesta skal ytast på. Den medisinsk-

³ Antall tilfeller med sykdom delt på antall individer i gruppen eller befolkningen til enhver tid.

teknologiske utviklinga har vore omfattande dei siste tiåra. Ei utvikling som er venta å fortsette. Eldre si helse blir stadig betre og levealderen blir forventet fortsatt å auke.

Ei anna utfordring er at talet på yngre brukarar aukar, fleire får stilt diagnose og har meir komplekse og samansette behov, aldersbæreevna vert dårlegare (færre vil ha barn og andre omsorgspersonar som støtte) og det er ein tydelig vekst i yngre brukarar med nedsett funksjonsevne og eit større spekter av helsemessige og sosiale problem. Ein av tre mottakarar av heimetenester i norske kommunar er under 67 år. Dei yngste gruppene er meir ressurskrevjande enn dei eldre og mottek 62 prosent av ressursane⁴.

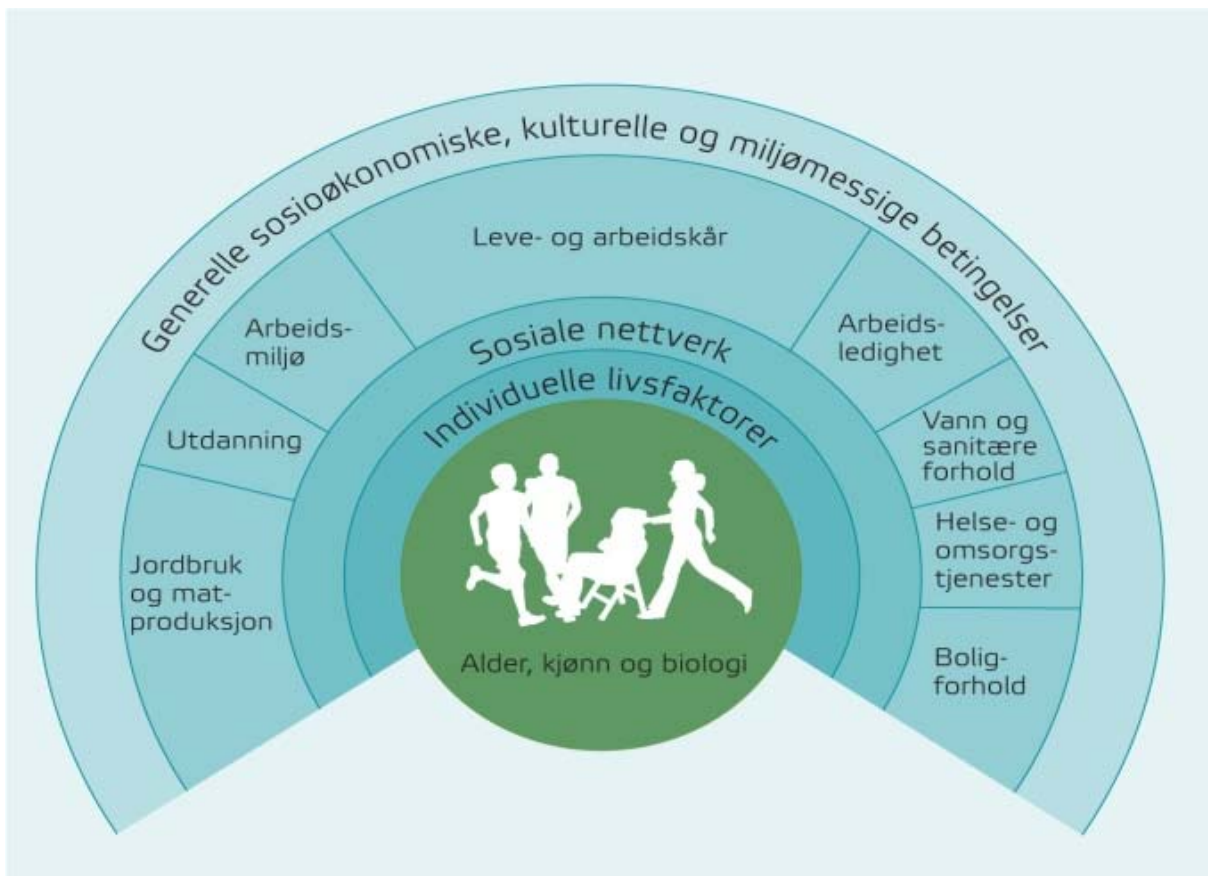
Særleg dei siste ti åra har helseforskjellane i landet auka, det gjeld både fysisk og psykisk helse, og både barn og vaksne. Utjamning av sosiale helseforskjellar er difor ei viktig målsetjing i folkehelsearbeidet. Lange sjukemeldingar aukar risikoen for seinare uførepensjon. Etter uføretrygding er det ofte mindre sjanse for å kome tilbake til arbeidslivet igjen. Årsakane til sjukefråveret og uførepensjon er ofte samansette. Det er difor viktig å tolke arbeidsløyse, sjukefråveret og uføre i lys av kunnskap om lokale forhold.

Frå folkehelseprofilen 2012 til Osterøy kommune kan ein og trekkje fram fylgjande;

- Andelen uføretrygda i aldersgruppa 18-66 år er lågare enn landsnittet, men høgare enn fylkessnittet.
- Andelen arbeidsledige er likt med landsnittet, men høgare enn fylkessnittet.
- Andelen med grunnskule som høgaste utdanningsnivå for aldersgruppa 30-39 år er høgare enn fylkes- og landsnittet
- Fråfall i vidaregåande skule er lågare enn fylkes- og landsnittet i 2009-2010.
- Sjukehusinnleggingar grunna Kols for personer over 45 år er mindre enn landsnittet, men høgare enn fylkessnittet.
- Del av fødte med høg fødselsvekt er høgare enn fylkes- og landsnittet.
- Bruk av legemidlar til behandling av type-2 diabetes, blodglykosesenkande midlar, ekskl. insulin er lågare enn fylkes- og landsnittet. I midlertid er det ein klar stigning frå 2007 der andelen var 25,5 prosent per 1000 innbyggjarar og for 2010 30,7 prosent.
- Røyking blant kvinner ser ut til å vere eit større problem enn elles i landet, vurdert etter prosentdelen gravide som røykjer ved første svangerskapskontroll. Vi har ikkje tal for resten av befolkninga.

For nærare forklaringar, sjå folkehelseinstituttets heimeside: <http://khs.fhi.no>

⁴ Kostnadsbilder i pleie- og omsorgssektoren. KS-FoU. Rapport fra RO, april 2007.



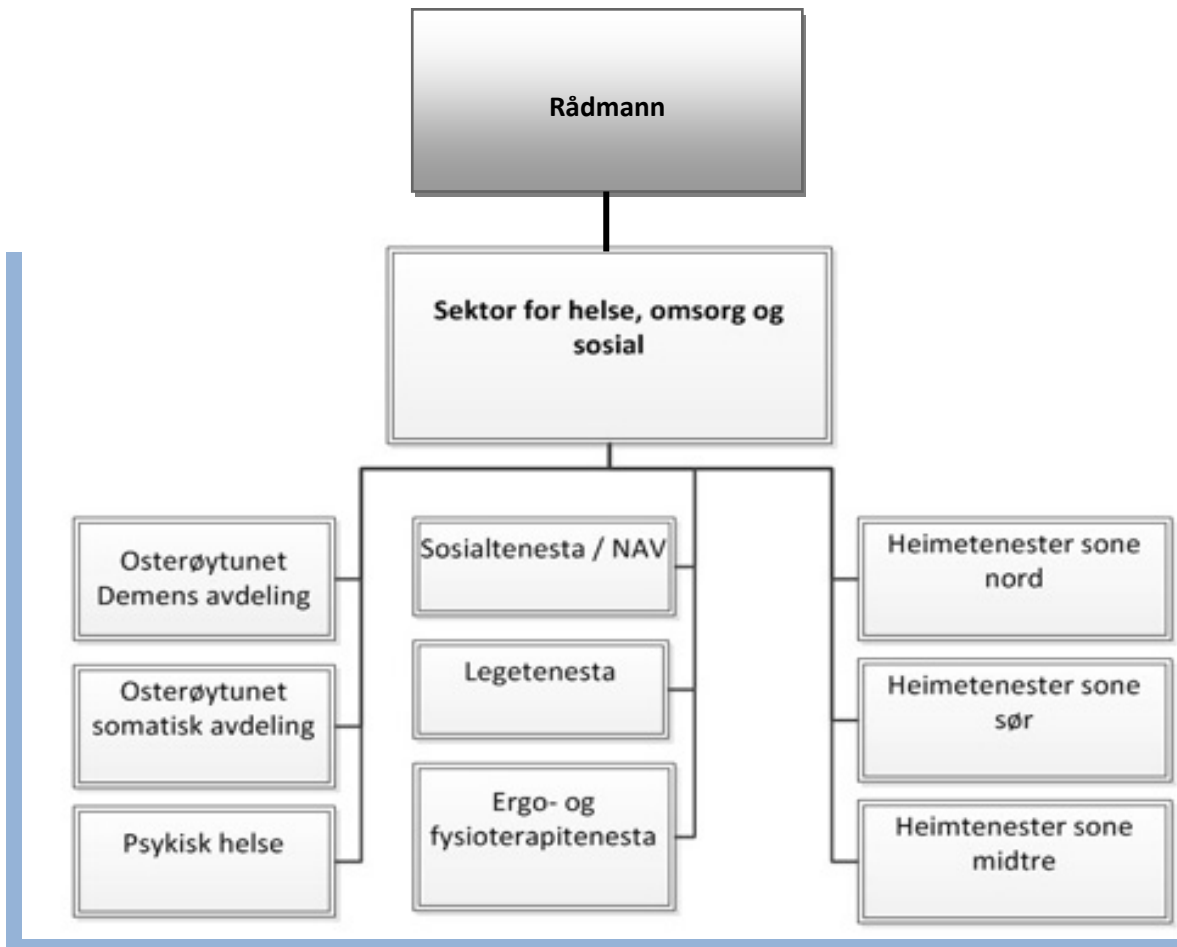
Figur 4.3

Figur 4.3 viser kva faktorar som kan påverke helsa til den enkelte. Helse- og omsorgstenesta utgjer ein liten del av eit samla folkehelsearbeid.

5. Status i helse-, omsorg og sosialtenesta i Osterøy

5.1 Dagens organisering

Figur 5.1 viser organisasjonskartet for sektor helse, omsorg og sosial:



Figur 5.1

Kommunen er organisatorisk inndelt i tre sektorar med kvar sin sektorleiar. Desse inngår i rådmannen si leiargruppe. Osterøy kommune som organisasjon skal framstå heilskapleg, det vil seie at alle har plikt til å gi hjelp, støtte og kompetanse til heile organisasjonen. Figuren over viser ein sektor - helse, omsorg og sosial, medan samfunnsmedisinsk eining og koordinerande eining er organisert som ein funksjon i stab og er sektorovergripande.

Nivå 1: Rådmannen.

Nivå 2: Sektorleiinga.

Sektor for helse, omsorg og sosial.

Sektor for oppvekst, undervisning og kultur.

Sektor for miljø og teknikk.

Sektorleiinga har ansvar for samordning og koordinering innan sektoren, samt å vere

bindeleddet mellom rådmannen og einingane for å sikra at heile organisasjonen fungerer og vert opplevd som ein samla heilskap.

Sektorleiinga har delegert mynde jfr. vedtatt delegeringsmal.

Nivå 3: Einingsleiinga.

Einingsleiinga har fokus på drift og tenesteproduksjon.

5.2 Talgrunnlag (KOSTRA)

I følge innrapporterte rekneskapstal for 2011 til Statistisk sentralbyrå (SSB)/KOSTRA, brukte Osterøy kommune 33,9 prosent av kommunen sine netto driftsutgifter til pleie og omsorg (i 2009 var andelen 38,5 prosent). Fordelinga av desse utgiftene er 45,1 prosent til institusjonsdrift, 51,4 prosent til heimeteneste, inkludert tenestene til menneske med utviklingshemming, og 3,5 prosent til aktivisering/støttetenester i 2011. Dette tilseier at Osterøy har ein heimetenesteorientert tenesteprofil.

Kommunen brukte 4 prosent av samla netto driftsutgifter til helseformål og 2,1 prosent gjekk til sosialtenesta (sjå figur 5.2.1).

PRIORITERING: samanlikning av tenesteområda sin andel av samla (kommunen)netto driftsutgifter

| | 2011 | 2010 | 2009 | Forandring 2009-2011 (%) |
|------------------------|------------|----------|------------|--------------------------|
| Pleie og omsorg | 33,9 | 38,3 | 38,5 | -4,6 |
| Helse | 4 | 4,2 | 4,3 | -0,3 |
| Sosial | <u>2,1</u> | <u>2</u> | <u>2,7</u> | <u>-0,6</u> |

Figur 5.2.1: Kjelde KOSTRA 2011

Kommentar: Figuren viser ein reduksjon av tenesteområda sin del av kommunen sine samla netto driftsutgifter i perioden 2009- til 2011.

Oppdragsgjevar har valt å samanlikne eigen kommune med kommunane Meland, Sund, Radøy, Fræna, samt eigen kommunegruppe (gr.11), fylket og landet utanom Oslo.

Behovsprofil per 31.12.2011

| Kommune | Osterøy | Meland | Sund | Radøy | Fræna | Kommunegr 11 | Fylket | Landet u. Oslo |
|-------------------------------------|---------|--------|------|-------|-------|--------------|--------|----------------|
| Folkemengd i alt | 7521 | 7036 | 6409 | 4952 | 9484 | - | - | - |
| Andel innb. 0-15 år | 21,3 | 24,6 | 23,1 | 20,3 | 20,9 | 19,6 | 20,5 | 20,1 |
| Andel innb. 16-24 år | 12,3 | 11,9 | 12 | 11,3 | 12,1 | 11,9 | 12,4 | 12 |
| Andel innb. 25-66 år | 52,3 | 54 | 54,3 | 54,3 | 53,8 | 53 | 54,4 | 54,4 |
| Andel innb. 67-79 år | 8,7 | 6,4 | 7,3 | 9,2 | 9 | 10 | 8,2 | 9 |
| Andel innb. 80 år og eldre | 5,4 | 3 | 3,2 | 4,8 | 4,2 | 5,5 | 4,4 | 4,5 |
| Andel einsleige innb. 80 år og over | 65,1 | 71,1 | 63,2 | 72,3 | 71,1 | 66,7 | 64,6 | 65,6 |
| Andel arbeidsledige 16-24 år | 1,4 | 1,3 | 2,3 | 1,3 | 3,7 | 1,9 | 1,7 | 1,9 |
| Andel arbeidsledige 25-66 år | 1,7 | 1,6 | 1,7 | 1,9 | 2 | 1,8 | 1,7 | 1,8 |

Figur 5.2.3: Kjelde KOSTRA 2011

Kommentar: Figuren over viser prosentvis del av innbyggjarar i dei ulike aldersgruppene, samt del av arbeidsledige i aldersgruppa 16-24 år og 25-66 år.

| Personell | | | | | | | | |
|--|---------|--------|------|-------|-------|---------------|--------|---------------|
| | Osterøy | Meland | Sund | Radøy | Fræna | Kommune gr 11 | Fylket | Landet u Oslo |
| Andel årsverk i brukerretta tenester (plo) m/fagutdanning | 63 | 82 | 80 | 73 | 77 | 73 | 73 | 73 |
| Andel årsverk i brukerretta tenester (plo) m/fagutdanning frå høgskule/universitet | 26 | 33 | 36 | 23 | 30 | 29 | 34 | 31 |
| Legetimer pr. uke pr beboer i sykehjem | 0,48 | 0,5 | 0,36 | 0,42 | 0,49 | 0,33 | 0,45 | 0,39 |
| Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem | 0,23 | 0,05 | 0,38 | 0,32 | 0,07 | 0,26 | 0,37 | 0,32 |
| Årsverk helsesøstre pr. 10 000 innb 0-5 år (forebygging) | 56,4 | 52,8 | 51,2 | 69,4 | 67,6 | 66,5 | 56,1 | 57,8 |
| Årsverk til rehabilitering pr. 10 000 innb (khelse+plo) | 13,7 | | 9,7 | 17 | 6,9 | 10,8 | 11,6 | 10,6 |
| Legeårsverk pr. 10 000 innb, kommunehelsetj | 10,1 | 11 | 8,9 | 11 | 9 | 10,4 | 9,2 | 9,6 |
| Fysioterapiårsverk pr. 10 000 innb, kommunehelsetj | 8,6 | 6,4 | 3,2 | 10,4 | 5,8 | 9 | 8,6 | 8,6 |
| Årsverk i sosialtjenesten pr. 1000 innb | 0,4 | 0,65 | 1,01 | 0,44 | 0,53 | 0,78 | 1,3 | 0,95 |
| Årsverk av psykiatriske sykepl pr. 10 000 innb (khelse+plo) | 8 | | 2,9 | 8,5 | 3 | 4,5 | 4,1 | 4,2 |

Figur 5.2.4: Kjelde KOSTRA 2011

Kommentar: Figur 5.2.4 viser den prosentvise personellsituasjonen innan dei ulike tenesteområda.

| Dekningsgrader | | | | | | | | |
|--|---------|--------|------|-------|-------|--------------|--------|----------------|
| | Osterøy | Meland | Sund | Radøy | Fræna | Kommunegr 11 | Fylket | Landet u. Oslo |
| Mottakarar av heimetenester pr. 1000 innb 0-66 år (%) | 1,2 | 1,3 | 1,4 | 1,2 | 2,2 | 2,4 | 1,5 | 1,9 |
| Mottakarar av heimetenester pr. 1000 innb 67-79 år (%) | 5,5 | 11,5 | 7,2 | 6,6 | 8,6 | 8,2 | 71 | 7,7 |
| Mottakarar av heimetenester pr. 1000 innb 80 år og over (%) | 28,5 | 41,7 | 27,5 | 32,4 | 37,7 | 36,8 | 34,1 | 34,5 |
| Plasser i institusjon i % av innb 80 år og over | 16,8 | 17,1 | 20,4 | 26,1 | 19,6 | 17,1 | 21,7 | 18 |
| Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bustad i % av bef 80 år og over | 21 | 23 | 31 | 34 | 39 | 29 | 29 | 28 |
| Andel sosialhjelpsmottakarar i fht innbyggjarar (%) | 2,3 | 3 | 2,8 | 2,8 | 2,6 | 2,6 | 2,3 | 2,4 |
| Andel sosialhjelpsmottakere i alderen 20-66 år, av innb 20-66 år (%) | 3,7 | 4,5 | 4,2 | 4,3 | 4,1 | 4 | 3,5 | 3,7 |

Figur 5.2.5: Kjelde KOSTRA 2011

Kommentar: Figuren over viser ulike dekningsgrader / del av innbyggjarar som er mottakarar av ulike tenester.

| Bruksratar og brukarsamansetting innan PLO | | | | | | | | |
|--|---------|--------|------|-------|-------|--------------|--------|---------------|
| | Osterøy | Meland | Sund | Radøy | Fræna | Kommunegr 11 | Fylket | Landet u Oslo |
| Andel hjemmetj mottakarar i % med omfattande bistandsbehov, 0-66 år | 49,4 | 32,5 | - | - | 23,5 | 19,8 | 21,7 | 19 |
| Andel hjemmetj mottakarar med omfattande bistandsbehov, 67-79 år | 16,7 | 21,2 | - | - | 13,7 | 12,8 | 12,4 | 12,2 |
| Andel hjemmetj mottakarar i % med omfattande bistandsbehov, 80 år og over | 23,5 | 17 | - | - | 17,4 | 11,6 | 9,7 | 11,6 |
| Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr. uke, praktisk bistand | 6,9 | 4,1 | 11,5 | 5,9 | 14 | 8,4 | 6,7 | 7,4 |
| Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr. uke, hjemmesykepleie | 13,1 | 8,8 | 3 | 5,1 | 2,3 | 4,8 | 6,1 | 4,7 |
| Gjennomsnittlig antall timer tildelte timer i uken. Brukarar utanfor institusjon | 14,2 | 12,3 | 9,5 | 8,1 | 12,4 | 10,5 | 10,2 | 10 |

Figur 5.2.6: Kjelde KOSTRA 2011

Kommentar: Figuren 5.2.6 viser nokre bruksratar og brukarsamansettinga innan pleie og omsorg ved årsskifte 2011/2012.

6. Framtidige helse-, omsorg- og sosialtenester i Osterøy

Osterøy kommune har fire verdiar som skal vere styrande for utøving av arbeidet i kommunen og særleg i samhandlinga mellom medarbeidarane. Dette er:

Verdiar;

- *Respekt*
- *Omsorg*
- *Tydeleg*
- *Ærleg*

6.1 Kva skal kjenneteikna helse- og omsorg- og sosialstenesta i åra framover

Følgjande skal kjenneteikna helse - og omsorg- og sosialstenesta i Osterøy kommune i åra framover⁵

Hovudmål;

- *Osterøy kommune skal gjennom planperioden levera gode og samordna tenester innan helse-, omsorg og sosial til innbyggjarane i kommunen.*
- *Gjennom tverrsektoriell innsats i eit folkehelseperspektiv skal me samarbeida under fana; «**Helse i alt me gjer**».*
- *Syta for at tenesta er budd og kunnig til å møte framtidige utfordringar når det gjeld behov, oppgåver og organisering*

⁵ Kjenneteikna i følgje vedtatt planprogram.

Generelle mål;

- Tenestene skal ha best mogleg kvalitet innafor kommunen si økonomiske ramme
- Tenestene skal ha ein heilskapleg tilnærming
- Tilsette i Osterøy kommune skal visa fleksibilitet og vere villig til å yta tenester der deira kompetanse til ei kvar tid trengs.
- Medverka til at brukaren i størst mogleg grad kan ivareta eige liv og helse.
- Fremja folkehelse og førebyggja helseproblem.
- Tilby brukaren individuelt tilpassa og samordna tenester på lågast og best mogleg nivå.
- Betra kvaliteten på tenestene gjennom auka medverknad frå brukarane.
- Samhandla godt internt i organisasjonen, og i lag med aktørar, m.a. ved hjelp av eit godt dokumentert system for internkontroll.
- Sikra god rekruttering og stabilisering av personell ved å skapa spanande og attraktive arbeidsplassar.
- Syta før at det i kommunen finns naudsynt kompetanse til å kunna handtera noverande og framtidige utfordringar.
- Medverka til sosial likskap gjennom fokus på universell utforming av tenestene.
- Helse, omsorg og sosial skal vera ein sektor prega av kontinuerlig utvikling.

6.2 Hovudutfordringar

Osterøy kommune har som grunnelement at alle tenester skal byggja på prinsippet om «hjelp til sjølvhjelp». Det betyr at innbyggjarane sjølve har ansvar for eige liv.

Fyrste hovudutfordring er å etablere og praktisere dei ulike tenestetilboda, slik at ein oppnår god nok balanse mellom dei ulike tenestene og i størst mogleg grad kunne gje samordna, individuelt tilpassa og koordinerte tenester. Dette legg som føresetnad;

- gjennomgang av dagens tildelingspraksis
- all tenestyting skjer i tett dialog med brukar og eventuelt den pårørande
- etablere forståing for ei tenestyting der kompetanse kan nyttast på tvers av einingar

Andre hovudutfordring er å sikre ein innsats på tvers av sektorane innan førebyggjande og helsefremmande arbeid. Dette legg som føresetnad:

- etablering av ei felles organisatorisk forståing hos tenesteytarar og innbyggjarar

Tredje hovudutfordring er å sikre at Osterøy kommune har ein organisasjon som er i stand til, på ein effektiv og kvalitativ måte, å løyse dei oppgåver som skal løysast. Dette ligg som føresetnad:

- etablere ein kunnskapspraksis hos leiarar
- etablere ei forståing for viktigheita av å arbeide med kontinuerleg forbetring. Gjeld på system- og individnivå

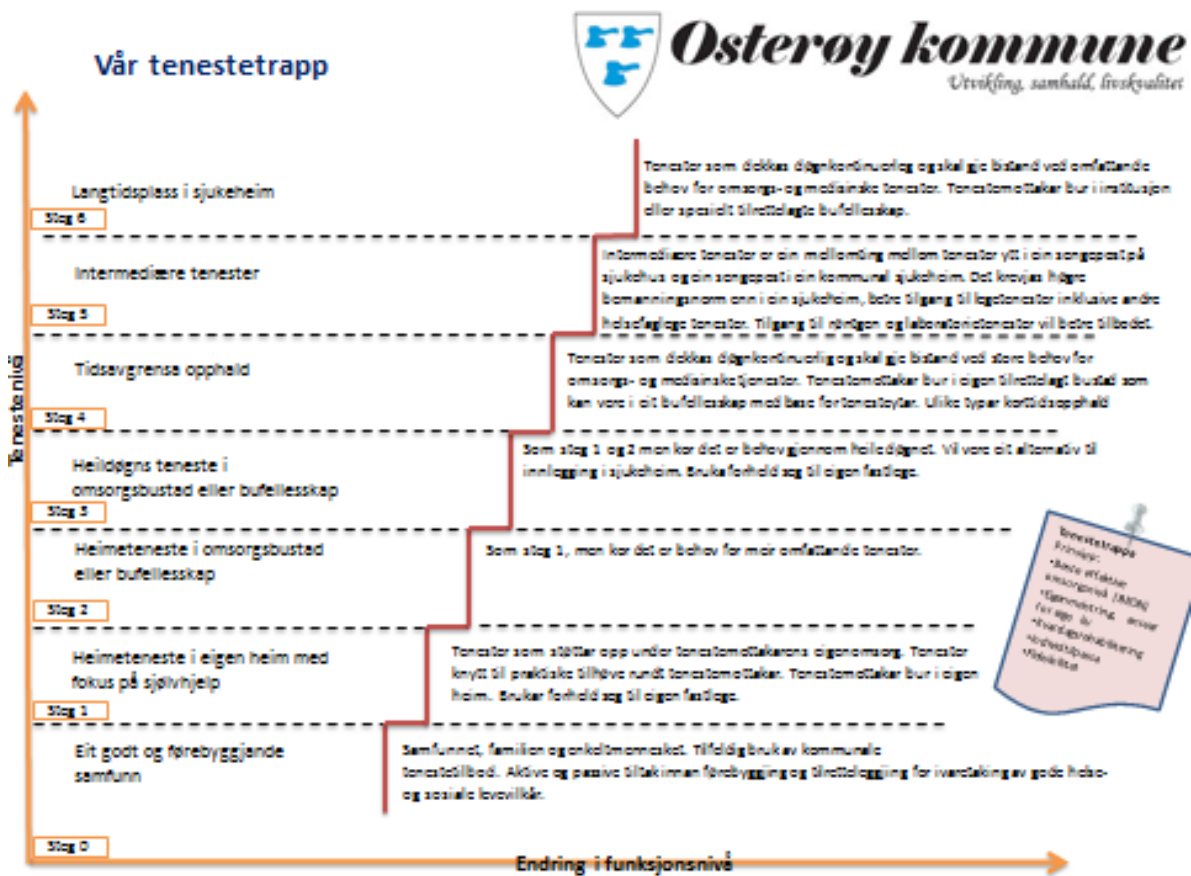
Fjerde hovudutfordring er å etablere ei forståing om at den enkelte har eit ansvar for eigen situasjon. Dette legg som føresetnad:

- ein god dialog med innbyggjarane og brukarane
- forståing hos tilsette og politikarar

6.3 Korleis møte utfordringane – strategi

Osterøy kommune anser at menneskjer som har behov for helse – og omsorgstenester ikkje er like. Alle må vurderast individuelt, og tenestetilbodet må tilpassast den enkelte. Behovet for hjelp og bistand vil for nokon vere relativt enkelt og lite, medan det for andre er snakk om omfattande og samansette tenestebehov. Tenestetilbodet må reflektere den einskildes behov, og tenestetrappa viser til ein samanheng der stigande behov møttas med stigande tenestetilbod. I tillegg inneheld tenkinga, knytt til tenestestrappa, ei forståing av at ulike tenester (eller deltenester innan helse- og omsorgsområdet), utgjer dei ulike stega i trappa. Nokre tenestetypar er innretta hovudsakleg mot innbyggjarar med eit lite bistandsbehov, nokon mot dei som har store bistandsbehov, medan andre tenestetypar kan vere innretta slik at dei både betener menneskjer med store og små bistandsbehov.

Dette har vi illustrert i figur 6.3.



Figur 6.3: tenestetrappe

6.3.1 Dei sentrale grepa:

- Auka satsing på folkehelse/førebygging, tidleg innsats og aktiv omsorg.
- Yte tenester på fagleg og effektivt best mogleg tenestenivå (BEON).
- Satse på kvalitetsutvikling, kompetanse, rekruttering og behalde tilsette/fagkompetanse.
- Delta i interkommunalt samarbeid om løysing av oppgåver.
- Gjennomgang av organisasjonsstrukturen for å sikre heilskapleg styring og prioritering, inklusive gjennomgang av leiarstruktur.
- Gjennomgang av rutinar og system for tildeling av tenester.
- Klarstille sjukeheimen si framtidige rolle og behovet for intermediære tenester.
- God informasjon om tenestetilbodet.
- Sikre gode samarbeidsrutinar med frivillige lag, organisasjonar mv.

7 Mål og føresetnader

7.1 Visjon

Innbyggjarane i Osterøy kommune opplever å få gode helse-, omsorg- og sosialtenester i alle livsfasar.

Visjonen er tufta på organisasjonens grunnprinsipp; respekt, omsorg, tydeleg og ærleg.

7.2 Mål

- Alle innbyggjarane skal få naudsynte førebyggjande tenester, rehabilitering, behandling, pleie- og omsorg.
- Tenestene skal vera i tråd med nasjonale og kommunale føringar.
- Tenestene skal vere individuelt tilpassa og heilskapleg. Brukarmedverknad skal sikrast.
- Osterøy kommune skal vera ein god arbeidsplass med trygge tenesteytarar.
- Fokus på førebyggjande arbeid i alle kommunale tenester.
- Fortsatt satse på heimebasert tenester.
- Gje brukarane tilbod om individuell tilpassing og samordna tenester på best mogleg effektive omsorgsnivå (BEON).
- God kontroll og kvalitet på tildeling og utøving av tenester.
- Brukarane skal sikrast reell brukarmedverknad.
- Vedlikehalda og styrke tilbodet innan psykisk helse og rus.
- Det tas omsyn til lokale forhold.
- Ein organisasjons- og leiarstruktur som støttar opp om brukaranes behov for heilskaplege tenester og som gjev ein effektiv bruk av tilgjengelege ressursar.
- Sikre kommunen eit godt omdøme blant anna gjennom ei satsing på kompetanseutvikling slik at ein har tilstrekkeleg og nødvendig fagkompetanse.
- Innbyggjarar og brukarar har eit avklara forventningsbilete til kva slags tenester som ytes.

7.3 Føresetnader

Tiltak for å møte framtidige tenestebehov / utfordringar

Heilskapleg brukar-/pasientforløp

Kommunen sitt mål er å sikre at avgrensingar og oppsplitting ikkje hindrar kontinuiteten i tenesteutøvinga som er naudsynt for at brukarar av våre tenester får dei tenestene som dei treng og som er avtalt. Våre tenester skal innrettast slik at mottakarane sine behov for koordinerte tenester blir ivaretekne der dette er naudsynt. Alle som har behov for individuell plan får tilbod om dette. For å sikre eit heilskapleg brukarløp har vi ei teneste som aktivt samarbeider med brukaren om utforming av tenesten. Kommunen har ei viktig rolle med å legge til rette for førebygging og til oppbygging av døgnplassar for å unngå sjukehusinnleggingar.

Osterøy kommune utgreier i samarbeid med andre kommunar i Nordhordland mogligheita for etablering av felles helsehus.

Gjennomgang av organisasjonsstrukturen

Foreta ein gjennomgang av organisasjons- og leiarstrukturen med mål om at denne skal støtte opp om brukarane sine behov for heilskaplege tenester og som samstundes gjev ein effektiv bruk av tilgjengelege ressursar.

Utgreie samarbeid om interkommunal legevakt

Osterøy kommune bør utgreie moglighetene for å inngå i eit interkommunalt legevaktsamarbeid. Interkommunal legevakt må sjåast i samanheng med etablering av eit eventuelt interkommunalt helsehus.

Vurdering av tenestenivå – utarbeide kvalitetsstandardar

Avklare kva kvalitetsnivå tenestene skal ligge på, gjennomgå tildelingspraksis og for å sikre at tenestene blir tilgodesett dei med størst behov. Så langt det er forsvarleg skal det ytast nødvendig helse- og omsorgsteneste i heimen til den det gjeld. Ved utarbeiding av kvalitetsstandardar må ein klargjere nivå på tenestetilbodet, som m.a. er avgjerande for ressursbruk. Kvalitetsstandardar må vedtakast politisk og vil vere grunnlaget for tenesteskildringar.

Gjennomgang av rutinar og system for tildeling av tenester

For å få ei teneste som over tid er best mogleg berekraftig er det avgjerande å gje rett nivå på tenestene ut frå den enkelte sitt behov – korkje meir eller mindre. Prinsipp ved tildeling av tenester skal vere å setje fokus på høg grad av eigenmestring/sjølvhjelp. Det må gjerast ein gjennomgang av rutinar og system for sakshandsaming knytt til vurdering og tildeling av

tenester – både for å sikre ei god og forsvarleg behandling og ein eins praktisering i kommunen.

Utgreie behovet for ytterlegare bygging av omsorgsbustader

Som del av dette bør ein finne status med omsyn til kva bygningsmasse kommunen allereie har med sikte på betre utnytting/optimalisering av bygningsmassen og vurdering av nybygg. Ved vurdering av behov må det takast omsyn til alle gruppene som treng og fyller kriteria for å få tildelt ein bustad. Det er viktig å tenkje samlokalisering for å kunna nytta personell på best mogleg måte. Samstundes bør ein leggje opp til ein naturleg gruppering av bustader ved bygging, som tek omsyn til skjerming og moglegheiter for at brukarar kan treffe likesinna. Brukargrupper kan til dømes vere menneskje med nedsett funksjonsevne, menneskje med psykiske problem, funksjonsfriske menneskje som har behov for tryggleik i kvardagen mv.

Samla informasjonsstrategi

Kvalitetsstandardar og tenesteskildringar er grunnlaget for ny og samla informasjonsstrategi, blant anna presentert i ein informasjonsfolder. Tydeleg informasjon om kva tenester innbyggjarane kan få, kva som vert forventa av brukaren sjølv, korleis ein går fram for å få tenester, klagerett mv. er særskild viktig i høve forventningane til innbyggjarane og for å sikre ei kvalitativ god forvaltning.

Vidareutvikle demensomsorg

Fokus på opplæring og kompetanseheving innan demensomsorg – både i heimetenesta, i institusjon og hos ulike samarbeidspartnarar. Fast, stabil bemanning på demensavdelinga og god kontakt med pårørande gjennom likemannsarbeid, kunnskapsutveksling og pårørandeskule. Gjennom interkommunalt samarbeid kan kommunen utvikle ulike dagtilbod, og demensteamet kan få større fagleg breidde.

Brukarmedverknad

Alle tenestene må fokusera på brukarmedverknad/brukarstyrt teneste. Brukarar må få ta del i sin eigen kvardag. God kommunikasjon med brukar og pårørande, gode tiltaksplanar og bruk av individuell plan er viktige verkemiddel. På systemnivå skal m.a. brukarråd og andre brukarorganisasjonar/-representantar sikrast medverknad i utforminga av helse-, omsorg- og sosialtilbodet i kommune.

Koordinerande eining

Alle kommunar er pålagt å ha ei koordinerande eining for rehabilitering og habilitering. Det bør utgreiast ei vidareutvikling av dagens koordinerande eining, der alle som treng hjelp kan vende seg; «ei dør inn». Brukarar skal oppleve tenestetilbodet som samordna, koordinert og individuelt tilpass. Mange har i dag problem med å finne ut kven ein skal ta kontakt med, kva slags tilbod kommunen har mv. Eininga må og syte for ein fast kontaktperson for pasientar som

treng koordinerte tenester.

Styrke psykisk helse- og rusarbeid

Vidareføring av eksisterande tilbod og greie ut nye tilbod for ulike brukargrupper i kommunen.

Vidareutvikle Familiens hus

Evaluerer dagens ordning og organisering med mål om å vidareutvikle eit tilbod.

Legeteneste og ergo-/fysioterapiteneste

Legetenesta og ergo- og fysioterapitenesta er viktige funksjonar for å sikre at kommunen greier å møte krava i samhandlingsreforma. Vi ser òg at timetalet til desse tenestene på sjukeheimen må vurderast. Ressursane må sjåast i samheng med sjukeheimen si framtidige rolle. Ein bør vidare vurdere den totale ressursen.

Styrking av IKT-området

Vurdera dataparken og utstyr. Dette for å sikra tilgjengelege maskinar og minimum av ventetid når dei skal nyttast. Dette vil sikre dokumentasjon. Ein plan for naudsynte investeringar og opplæring i bruken innan IKT bør utarbeidast.

Interkommunalt samarbeid

Samstundes med dette planarbeidet er det no utarbeidd ein rapport (31.8.2012) vedrørande felles Helsehus i Nordhordland. Dei beslutningane som tas i samband med dette, vil få konsekvensar for korleis kommunen skal innrette sine helse- og omsorgstenester.

Tiltak knytt til å styrke førebyggjande og helsefremmande arbeid

Alle kommunale tenester skal ha fokus på førebyggjande arbeid. Aktiv omsorg vil fordre tilrettelegging av dagleglivets aktivitetar, måltider, sosiale og kulturelle forhold. Dette vil utfordre tenestene med tanke på å opne opp for ulike yrkesgrupper. Aktiv omsorg vil også stille krav til brukarane av tenestene, ved at dei skal ansvarleggjerast og aktivt ta del i eige liv. Ved å utvikle samspelet mellom innbyggjarane/brukarar og kommunen om rehabilitering og førebygging vil kommunen arbeide for og fasthalde og styrke dei fysiske, sosiale og kognitive evna til den enkelte. Målet er at den enkelte skal vere sjølvhjelpen lengst mogleg.

Kvardagsrehabilitering vil her vere eit grunnleggjande grep. Vidareføring og vidareutvikling av førebyggjande arbeid og tidleg innsats med fokus på lågterskeltilbod. Ofte er det små tiltak som skal til for å betre ein situasjon; til dømes matombringning, dagtilbod, turgrupper mv. Fokus på førebyggjande arbeid i alle sektorar og tenester, samt sikre eit system for tverrfagleg samarbeid. Kommunen skal synleggjere kva som finst både av kommunale og frivillige ressursar og tilbod.

Legge til rette for fysisk aktivitet

Leggje til rette for fysisk aktivitet gjennom idrettsanlegg, turstiar, gang- og sykkelveggar. Samarbeide med frivillige omkring konkrete tilbod om fysisk aktivitet.

Fokus på ernæring og kosthald

Fokus på ernæring og sunt kosthald i kommunale institusjonar (barnehage, skule, sjukeheimen). Utarbeide eit opplegg for brukarar av helse- og omsorgstenestane for å sikre god ernæringsstatus.

Legge til rette for frivillig innsats og samspel

Samspel mellom frivillige aktørar må prege framtidig tenesteyting. Støtte opp om dei frivillige aktivitetane i kommunen for å gje innbyggjarane moglegheit til å ta vare på eiga helse og meistre eigen kvardag. Dette gjeld både fysisk, psykisk og sosialt.

Tilbod om heimebesøk

Ein annan viktig førebyggjande strategi er å kome i dialog med dei som i dag ikkje er brukarar av tenester men som treng info/hjelp for å klare seg lengst mogleg på eiga hand.

Alle innbyggjarar over ein nærare bestemt alder (eks. 65-70 år) bør få tilbod om heimebesøk for informasjon og tilbod om bistand til tilrettelegging av eigen bustad med vidare.

Universell utforming

For å sikre tilgjenge og likeverd for alle innbyggjarane tilrår ein at prinsippet om universell utforming skal liggje til grunn i alle kommunale planprosessar og i praktisk tenesteyting i kommunen. I ny folkehelselov er det lagt stor vekt på kommunen sitt ansvar for å leggje til rette for eit godt og tilpassa fysisk miljø for alle.

«Universell utforming inneber at tilgjenge for menneskje med redusert funksjonsevne i størst mogleg grad må løysast gjennom ordinære, generelle tiltak som ein naturleg del av produktdesign, arkitektur, planlegging og service.» – Jf. St. meld. nr. 40 (2002 – 2003), nedbygging av funksjonshemmande barrierar.

Tiltak knytt til kompetanseutvikling, rekruttering og personalpolitikk

Det skal gjerast greie for aktuelle tiltak knytt til kompetanseutvikling, rekruttering og personalpolitikk. Desse tiltaka skal m.a. bidra til at kommunen aukar talet på fagutdanna, redusera deltidspromblematikken, gje fornøgde tilsette og gje kommunen eit godt omdømme.

Leiarutvikling

Kommunen skal sikre gode leiarar som involverar, inkluderar og myndiggjer medarbeidarane. Moment i dette vil til dømes vere tettare oppfølging av leiarane gjennom rettleiing, opplæring i økonomistyringssystem, sjukefråværsoppfølging og å klargjere leiarrolla. Særs viktig er det òg å etablere gode rutinar for ivaretaking av nytilsette leiarar.

Bruk av kompetanse

Ei stor utfordring dei neste 10-15 åra vil vere å sikre naudsynt kompetanse. Fleksibel bruk av kompetanse for å sikre rett kompetanse til rett tid på rett stad, er naudsynt for å møte behovet til pasientane og må utgreiast.

Kompetanseplan

Det må gjennomførast ei kompetansekartlegging som grunnlag for å utarbeide ein strategisk kompetanseplan. Kompetanseplanen skal vere retningsgjevande for kva kompetanse kommunen har behov for. Kompetanseplanen bør årleg rullerast med konkrete rekrutteringsstrategiar innanfor dei ulike tenesteområda, samt dokumentere effekten av igangsetting av kompetansetiltak.

Bruk av alternative turnusar

Våge å prøve ut alternative turnusar i fleire deler av tenesta. Det kan vere langvakter, oljeturnus, 3 – 3 turnus mv. Dette må planleggast i tett samarbeid mellom tilsette, tillitsvalde og vernetenesta. Bruk av alternative turnusar må òg evaluerast for å sjå på effekten på faktorar som brukartilfredsheit, overtidsbruk, sjukefråver og reduksjon av vakante vakter. Ved alternative turnusar bør det sjåast på heile organisasjonen. Dette for å gjere det mogleg at tilsette som ynskjer å auke stillingstorleiken, kan få høve til det.

Tilrettelegging for studentar, elevar og lærlingar

Kommunen skal leggje til rette for mottak og oppfølging av studentar, elevar og lærlingar. Ein tilsett, for eksempel ein fagsjukepleiar, bør ha eit ekstra ansvar for forbetningsarbeid og oppfølging av lærlingar, elevar og studentar. Kommunen bør bevisst satse på å skaffe fleire læringplassar innan helse- og omsorgstenesta dei komande åra. Dette er tiltak som også kan bidra til å få opp talet på tilsette med fagutdanning.

Stimulere til fagskuleutdanning og vidareutdanning

Tilsette skal stimulerast til å ta fagutdanning i helse- og sosialfag eller vidareutdanning slik at dei kan fordjupe seg i dei fagområda som kommunen har behov for.

Systematisk og kontinuerleg forbetningsarbeid

Tenesta skal drive systematisk og kontinuerleg forbetningsarbeid tufta på kunnskapsbasert praksis; gjere arbeid med forbetring av tenesta om frå "skippertak" til å bli ein naturleg del av det daglege arbeidet. Kommunen vil i tillegg satse på lærande og kompetansehevande nettverk.

Redusere uynskt deltid og auka andelen faste stillingar

Utgreie grep for å redusere uynskt deltid og auka andelen i faste stillingar; legge til rette for kombinasjonsstillingar (arbeide på fleire einingar), ved ledige stillingar vurdere å auke stilling til deltidstilsette, leggje nye turnusar mv. (må sjåast i samanheng med bruken av alternative turnusar).

Betre utnytting av velferdsteknologi

Klarstille kva som finst av velferdsteknologi og utgreie behovet for å ta dette i bruk. Ved bygging av nye omsorgsbustader bør det leggjast til rette for "smarthus", der teknologi nyttast til overvaking av ljor, varme, dørar, vindauge og varsling ved fall, brann mv.

7.4 Satsingsområda

Kommunedelplanen for helse-, omsorg og sosial tar utgangspunkt i dagens situasjon og kva tiltak som er viktig å forsterka eller setja i verk utforming av tenestane fram mot 2022. Planen har blant anna fokus på folkehelse, heilskapleg pasientforløp, aktiv omsorg, tryggleik, samarbeid med frivillige og familie, dokumentasjon, organisering og tenester til personar med demenssjukdom og andre samansette sjukdommar.

- Folkehelse og fokus på eigenmeistring.
- Innbyggjarane skal møtast med tenester i naudsynt omfang og med god kvalitet og service.
- Innbyggjarane skal setjast i fokus når tenestene vert utforma.
- Tenestene skal være fornyingsorienterte.

Folkehelse

Innleiing

Formålet med folkehelselova er å bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse, og utjamnar sosiale helseforskjellar. Lova pålegg kommunen å identifisere eigne folkehelseutfordringar, fastsetja overordna mål og strategiar for folkehelsearbeidet og om naudsynt sette i verk tiltak.

Osterøy kommune skal etablere ein forståing/fundament som styrkjer folkehelsearbeidet. Dette krev langsiktig og systematisk arbeid og involverer og ansvarleggjer heile kommuneorganisasjonen. Omgrepet **“helse i alt me gjer”** betyr at folkehelseiltak, førebygging, helsefremjing og aktiv omsorg skjer på tvers av sektorar og forvaltningsnivå. Det vil seinare bli klarstilt om det skal utarbeidast ein eigen plan for folkehelsearbeidet.

Utfordring

- Innhenta data for å kartleggje folkehelse i Osterøy kommune.
- Utarbeide stillingsomtale av folkehelsekoordinatorstillinga.
- Rapporteringsrutinar og dokumentasjon av data.
- Evaluering av data ut frå et helseperspektiv og korleis bruke slike data i eit tverrfagleg arbeid.
- Formalisere samarbeid med frivillige organisasjonar.
- Formidla folkehelseinformasjon ut i befolkninga.
- Alle tilsette må forstå si rolle/sine oppgåver i folkehelsearbeidet.
- Osterøy er i rask endring og folkehelsearbeid tar tid.
- Dess meir informasjon ut til folk dess høgare forventningar.
- Vanskeleg å nå dei i befolkninga som treng det mest.

Hovudmål

- Kommunen skal bidra til at kvar einskild innbyggjar skal kunna ta hand om og fremja eiga helse.

Resultatmål

- Me har kartlagt folkehelsa i kommunen.
- Me set i verk tiltak i samsvar med lokale utfordringar.
- Me har eit formalisert samarbeid internt og eksternt.
- Me skal motivera frivillige lag og organisasjonar til å inkludera innbyggjarar med fleirkulturell bakgrunn.
- Me informerer om gode folkehelseiltak.

Rehabilitering og habilitering

Innleiing

Osterøy kommune sitt mål er å bidra til at brukarar av helse- omsorg og sosiale tenester oppnår best mogleg funksjons- og mestringssevne, sjølvstende og moglegheit for deltaking i det Osterøy samfunnet har å by på. All rehabilitering og habilitering⁶ skal so langt som mogleg skje på den

⁶ Rehabilitering kan defineras som tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gje naudsynt assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg

enkeltes premisser. Osterøy kommune har som mål at ingen i utgangspunktet skal vere passive mottakarar av tenester. Målet er at kommunen saman med brukeran og eventuelt pårørande arbeider for å styrkje / betre evna til eigenmeistring med mål om å utsette tidspunktet for auka bistand/hjelp.

Utfordring

- Etablere modellar for systematisk arbeid i høve ulike brukargrupper.
- Fokus på ressursane til den enkelte brukar.
- Holdningsarbeid.
- Sikre tverrfagleg arbeid i høve ulike brukargrupper.
- Resultatevaluering.

Hovudmål

- At brukar gjennom motivasjon og habilitering/rehabilitering skal nå sitt optimale meistrings-/funksjonsnivå ut frå eigne målsettingar.
- Brukaren er delaktig i eiga rehabilitering/habilitering.
- Osterøy kommune som organisasjon har eit tverrfagleg fokus på rehabilitering og habilitering.
- Brukar, eventuelt i samarbeid med pårørande, arbeider for å styrkje / betre evna til eigen meistring med mål å utsetje tidspunkt for(auka) bistand / hjelp.
- Me har som mål at alle tenester skal støtte opp under brukarane sine eigne ressursar og føresetningar, det vil seie hjelp til sjølvhjelp.
- Me har eit tverrfagleg fokus på rehabilitering/habilitering.

Resultatmål

- Me utarbeidar modellar og implementering for systematisk arbeid i høve ulike tenestemottakarar. Dette gjeld òg tverrfagleg arbeid.
- Me legg til rette for meistring og myndiggjering av tenestemottakarar.
- Me har system for gode evalueringsrutinar.
- Me syt for rett tiltak til rett tid med rett kompetanse.
- Alle ledd er kjende med kva kvardagsrehabilitering går ut på.

Dagtilbod og aktivitetstilbod

Innleiing

For mange brukarar og familiar vil eit godt dagtilbod gje ei avveksling og moglegheit for ein meningsfull kvardag. Eit dagtilbod vil for nokre òg bidra til at dei får oppretthalde sosial omgang med andre. Eit godt dagtilbod vil også betre situasjonen for mange pårørande.

funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. Mens omgrepet habilitering blir reservert for tiltak til barn og unge med funksjonshemmingar som er medfødde eller som dei har fått seinare.

Utfordring

- Målretta arbeid med inkluderande arbeidsliv.
- «Lediggang er roten til alt illt».
- Geografi og kommunikasjon.
- Manglande lovfesting.
- Fleire kan stå lengre i varig tilrettelagt arbeid.
- Arbeid mot ordinært arbeid.
- Sosialt vanskelegstilte.
- Mellombels aktivisering/dagtilbod/utprøving under arbeidsavklaring.
- Tilrettelegging for sjølvaktivisering.
- Samarbeid med frivillige organisasjonar /personar.
- Frivillig sentral/Friskliv.

Hovudmål

- Me har tilpassa dag-/aktivitetstilbod og arbeid til dei som treng det.
- Me arbeidar målretta med inkludering i arbeidslivet
- Me har tilrettelagde tilbod for personar med rusproblem, psykiske problem, personar med fysiske og psykiske funksjonshemmingar, eldre og personar med demenssjukdom.
- Me samarbeider med NAV, bedrifter, organisasjonar og frivillige

Resultatmål

- Me har oversyn og har etablert eit differensierte dag-, aktivitets- og produksjonstilbod.
- Me har eit produksjonsretta tilbod til dei som ynskjer det.
- Me samarbeidar godt med frivillige / private.
- Eksisterande tilbod skal utviklast vidare.
- Me arbeidar systematisk for å sikre tilpassa arbeidsplassar i det ordinære arbeidslivet.
- Me arbeidar systematisk med holdningsarbeid i høve inkluderande arbeidsliv.

Koordinerte tenester

Innleiing

Mange brukarar i helse-, omsorg- og sosialtenesta har behov for koordinerte tenester i den forstand at tenestene vert ytt frå ulike tenestestader og ofte også over ein kortare eller lengre tidsperiode. Det er difor viktig å sjå heilskapen og syte for lik forståing av kva som er målet med dei tenestene som skal svare på brukaren sitt behov for koordinerte tenester.

Dårlige koordinerte tenester kan føre til dårlig kvalitet og lite effektiv ressursbruk.

Utfordring

- Rutinar for tildeling av tenester.
- Å veta om kvarandre – forvaltning – kven gjer kva når?
- Fagsystemet.

- Mangelfull dokumentasjon og evaluering.
- Informasjon ut mot befolkninga (elektronisk + munnleg).
- Koordinere tenestane mellom ulike sektorar.
- Utfordring å sjå brukarane sine ressursar + familien sine og frivillige ressursar .

Hovudmål

- Brukaren sine behov for tenester skal sjåast i ein samanheng

Resultatmål

- Me brukar individuell plan (IP) i alle sektorar.
- Tilsette i alle sektorar skal kunne vere koordinator i IP.
- Me har ein godt fungerande koordinerande eining.
- Alle sektorar skal delta i undervisning i koordinator-rolla med omsyn til IP.

Dei kommunale oppgåvene NAV har ansvar for. (Økonomisk sosialhjelp, Husbanklån/tilskot, gjeldsrådgeving og kvalifiseringsprogrammet.)

Innleiing

Etter etableringa av NAV, kan me sjå at me har fått ein synergieffekt i samband med samordninga av trygdekontor, sosialkontor og arbeidskontor. Dette gjennom å få folk i arbeid og aktivitet, samt over på andre ytingar. NAV Osterøy har ei særskild satsing på personar under 25 år.

Me har hatt ei auke på antal sosialhjelpsmottakarar, men ligg under samanliknbare kommunar. Me kan sjå ei auke på gjeldsarbeid, og støtte til å disponera folk sin økonomi.

Utfordring

Å få folk i arbeid er eit svært viktig tiltak for å redusera fattigdom og sosiale skilnader i kommunen. Sosialhjelp er meint å vere eit kortvarig sikkerheitsnett, og dei statlege satsane er lave, for å motivere til aktivitet. Annan statleg inntektssikring, som arbeidsavklaringspengar og uførepensjon, kan føre til at folk blir verande i ein låginntektssituasjon. Det er difor viktig å motivere for å få flest mogleg ut i den ordinære arbeidsmarknaden for å førebyggje fattigdom og sosiale skilnader. Dette blir ei utfordring når me ser at det er mange ungdommar som ikkje fullfører vidaregåande skule, og desse kan stilla svakare på arbeidsmarknaden. Det blir viktig å arbeide metodisk i tråd med gjeldande retningslinjer for oppfylging i NAV, og syte for aktiv bruk av verkemiddelapparatet både i stat og kommune. Vidare må ein ha eit tett samarbeid med vidaregåande skule og andre hjelpeinstansar. Kommunen har ansvar for kvalifiseringsprogrammet, og med dei gode resultat vi ser av dette programmet, vil det vere viktig å vidareføre dette. For å unngå at born opplever sosial ekskludering som fylgje av foreldra sin økonomi, er det viktig at kommunen fortsatt fylgjer dei statlege satsane for sosialhjelp, og at

ein har fokus på borna sitt behov ut frå ei individuell vurdering.

Hovudmål

- Redusere fattigdom og sosiale skilnader.
- Born skal ikkje oppleve sosial ekskludering som fylgje av foreldra sin økonomi.
- Få fleire i arbeid og aktivitet, færre på stønad.
- Ein velfungerande arbeidsmarknad.

Samarbeid mellom kommunen, familien og frivillige organisasjonar innanfor satsingsområda i HOS-planen

Resultatmål

- NAV har eit formalisert samarbeid med vidaregåande skule og aktuelle hjelpeinstansar i kommunen for å førebyggje fråfall frå vidaregåande skule.
- NAV arbeidar for å nå målet om å få folk i arbeid og aktivitet.
- Kvalifiseringsprogrammet er eit kommunalt tiltak spesielt retta mot ungdom.
- NAV deltek i interkommunalt samarbeidsprosjekt for gjeldsrådgjeving.
- Me følgjer dei statlege satsane for sosialhjelp vidare.
- Me brukar bustøtte som eit verkemiddel for å jamne ut sosiale skilnader.

Samarbeid med familie og frivillige

Innleiing

Osterøy kommune ser at eit godt gjensidig samarbeid med familie og frivillige vil vere ein betydeleg ressurs også i framtida. Kommunen skal difor leggje til rette for dette. Denne innsatsen skal ikkje erstatte våre lovpålagde oppgåver, men bidra til å oppretthalde eller auke kvaliteten på tilbodet til den enkelte. Difor vil ei viktig oppgåve være å stimulere til dette.

Utfordring

- Holde «liv» i laga.
- Oppdatert oversikt over frivillige organisasjonar.
- Teieplikta / personvernet.
- Fråskriving av ansvar / forståing av felles ansvar.
- Trekke i same retning.
- Tid og prioritering.
- Historie, tradisjonar, kultur.
- Informasjonsformidling.

Hovudmål

- Samarbeid mellom kommunen, familie og frivillige organisasjonar innanfor satsingsområdene i HOS-planen

Resultatmål

- Me har eit system for oppdatering av heimesida.
- Me har utgreia mogligheita for etablering av ein frivilligsentral.
- Me har utarbeidd samarbeidsavtalar mellom kommunen og frivillige organisasjonar.

Legetenesta

Innleiing

Allmennlegetenesta er regulert av fastlegeforskrifta og er ein viktig del av kommunen si totale helseteneste. Ein god allmennlegeteneste har stor betydning for innbyggjarane når det gjeld å få fastlege, smittevern, førebyggjande helsetenester, legeteneste i sjukeheimen, behov for akutt medisinsk behandling, mv.

Regjeringa vedtok 29.8.2012 ei ny forskrift om fastlegeordninga for kommunane. Den nye forskrifta syner kva som er kommunen sitt ansvar og kva som er fatlegane sitt ansvar.

Utfordring

- To legekantor.
- Einskapleg legeteneste.
- Tverrfaglig samarbeid.
- Dagens informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT).
- Antal heimlar – kartleggje behov.
- Legevaktorganiseringa.
- Tilpassing til fastlegeforskrifta.

Hovudmål

- Tilby gode legetenester til kommunen sine innbyggjarar og dei som til ei kvar tid oppheld seg i kommunen.

Resultatmål

- Me skal greie ut organiseringa av legetenesta.
- Me skal halde fram arbeidet med å etablere gode arenaer for samarbeid med allmennlegane.
- Me skal kartleggja organisering av legevakta.

Forvaltning og dokumentasjon

Innleiing

Osterøy kommune skal sikre brukarane av våre tenester trygge tenester. Kommunen vil arbeide systematisk med sikkerheit og kvalitetsforbetrande tiltak. I samband med ny helse- og omsorgslov er skilje mellom helse-, omsorg- og sosialtenesta, slik dei var i 2011, oppheva. Kommunen ser for seg at kravet om dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysningar vert forsterka og skal skje elektronisk. Me legg som føresetnad at det etter kvart vil kome sentrale funksjonskrav og standardar og ei sertifisering av programvare. Kommunen skal ha eit fagsystem for alle faggrupper. Alle som mottek helse-, omsorg- og sosialstenester skal ha vedtak, med mindre anna er bestemt.

Me veit at kravet til dokumentasjon vil auke. Sjølv om avvik ikkje bør førekoma, ser me på avvik som noko positivt i den forstand at dette er noko me skal lære av, slik at situasjonen som har ført til avvik ikkje oppstår igjen.

For å sikre fagleg og økonomisk effektive tenester skal me vurdere organisering av vedtaksmyndigheita.

Utfordring

- Ulik vurdering, ser behov ulikt.
- Ikkje alltid heilskapleg.
- Ikkje god nok samhandling på tvers – internt og eksternt.
- Tid til dokumentasjon.
- Leiing som fylgjer opp.

Hovudmål

- Me har samla vedtaksmyndigheita. Denne skal også fungera som ein “postkasse” ovanfor innbyggjarane, spesialisthelsetenesta og andre samarbeidspartnarar.
- Me har eit sett av tenester som gjer at brukaren opplever å verte optimalt ivaretekne i f.h.t. hjelpebehov.
- Me skal leggje til rette for koordinerte (saumlause) tenester i aktivt samarbeid med brukaren og eventuelt pårørande.
- Me tek i vare forvaltningsoppgåvene på ein profesjonell og kommunikativ god måte.
- Me tek i vare habiliteten til dei som har ansvar for forvaltningsoppgåvene.

Resultatmål

- Me skal greie ut om forvaltninga skal vere ein utskild avdeling og korleis koordinerande eining kan knytast opp mot denne.
- Alle som mottek tenester ytt av helse-, omsorg- og sosialtenesta, skal ha vedtak om kva tenester som skal ytast. Tenesta er prega av høg fagleg kompetanse og er individuelt tilpassa.
- Me har eit tverrfagleg samansett team for saksutgreiing, med ein koordinator som leiar.
- Alle har fått opplæring i, og kan bruke fag- og kvalitetssystema.

- Me brukar IPLOS⁷ aktivt.
- Me har utarbeidd standardar (rutinar) for å oppfylle kravet om dokumentasjon.
- Me evaluerer alle vedtak minimum ein gong per år, eller ved endring av behov.

Organisering/drift

Innleiing

Osterøy kommune har ein organisasjon som er inndelt i ulike verksemder. Utfordringa er å arbeide mot felles mål. Dette gjeld på system- og individnivå. Denne planen vil utfordre dagens innretning ved at dei ulike tenesteområda må arbeide mykje tettare, for eksempel i samband med den førebyggjande innsatsen og det å sikre eit heilskapleg pasientforløp. Skal vi som kommune lykkast, må me tenkje og handle heilskapleg. Prosessane (tenestene) må sjåast på tvers og ikkje stykkevis og delt.

Innan helse-, omsorg- og sosial vil me trengja tilgang til nytt personell, samstundes som me skal ha fokus på å behalde dei tilsette me har så lenge som mogleg. me må difor arbeide aktivt med kompetanseheving, rekruttering, ressursutnytting gjennom å arbeide smartare. Og vere viljuge til å forsøkje nye arbeidstidsordningar, gjere det meir mogleg å auke stillingsstorleikane. Me har som mål at tilgjengeleg kompetanse skal kunna nyttast til beste for den enkelte brukar. Noko som fordrar ein større fleksibilitet enn det som er situasjonen i dag. Eit anna forhold er å tydeleggjere kva som er kommunale oppgåver og kva som ikkje er det.

Leiing og arbeidsmiljø vil ha stor betydning for vårt omdømme, det å vere attraktiv for nye medarbeidarar, trivsel, med så lågt sjukefråver som mogleg og ikkje minst behalde dei tilsette me har i dag. Fokus på godt arbeidsmiljø er noko me har felles ansvar for. Osterøy kommune skal difor ha fokus på forhold som bidreg til dette.

God leiing er viktig for ei kvalitativ god teneste og berekraftig drift. Difor vil kommunen sørgje for at leiarane vert gjeve moglegheit til å utøve leiing slik me ynskjer det. Kommunen ser på leiing som den viktigaste enkeltfaktoren i gjennomføringa av denne planen. For at me skal sikre eigarskap til planen, er det naudsynt at me informerer aktivt innbyggjarane, tilsette, politikarar og samarbeidspartnarar.

Utfordring

- Ressursutnytting (gjeld både personell, fag og økonomi).
- Mangel på fagkompetanse.
- Leiing – mogligheit til leiing.
- Manglande heilskapleg blick, ulik vurderingspraksis og system.
- Fagutvikling.

⁷ IPLOS er et nasjonalt register med data som beskriver bistandsbehov til de som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som ytes. IPLOS har som mål å sikre en entydig forståelse og lik registrering av IPLOS-opplysningene uavhengig av hvem som registrerer og hvor registreringen skjer. Den inngår som en del av den ordinære saksbehandlingen.

Hovudmål

- Me har ein innovativ organisasjon som er førebudd og har kunnskap for å møte dagens og morgondagens behov for tenester innafør gjeldande økonomiske rammer.
- Me har ein organisasjon som arbeider tverrfagleg innan og mellom sektorane for å møte utfordringane.
- Me skal, ovanfor innbyggjarar, samarbeidspartnarar og brukarar, framstå heilskapleg.
- Me skal ha fokus på dei faktorane som bidreg til godt og utviklande arbeidsmiljø.
- Me skal ha ein aktiv rekrutteringsplan.
- Me har leiing som er tydelege og involverande.
- Me har vedtak som er tydelege i forhold til kva som er kommunen sitt ansvar.

Resultatmål

- Me har kartlagt organisasjonsstrukturen og har etablert system for gode oversikter.
- Me ser på leiing som eige fag.
- Me har ein organisasjon som er tilpassa organisasjonens mål.
- Me har system for innovasjon / kontinuerleg utvikling.
- Me har lik forvaltningspraksis innanfor pleie- og omsorgstenesta.
- Me har etablerte samarbeidsarenaer for tverrfaglig samhandling på tvers av sektorane.
- Me har evaluert organisasjonen.
- Me har avklart leiartettleiken og tydeleggjort kva ansvar som er tillagt dei ulike leiarfunksjonane.
- Våre tilsette kjenner innhaldet i helse-, omsorg- og sosialplanen og kva som skal til for at planen kan gjennomførast.
- Me informerer aktivt om innhaldet og kva betyding planen vil ha for kommunen sine innbyggjarar.
- Me har fokus på fagleg og økonomisk effektivitet.
- Me har som mål at flest mogleg, og som ynskjer det, skal ha tilbod om heile stillingar.
- Me har turnusar som tek i vare behovet for fleksibilitet og gjer det mogleg å auke stillingsandelar.
- Me har tilrettelagt for aktiv brukarmedverknad.
- Me skal gjennomføre brukarundersøkingar annan kvart år.

Demensomsorg og andre samansette behov

Innleiing

Ei stor målgruppe for Osterøy kommune er dei som har eller vil utvikle demenssjukdom. Osterøy kommune skal fortsatt arbeide for å gje denne målgruppa, og deira pårørande, eit differensiert og trygt tilbod. Kommunen skal difor sikre god kunnskap om demenssjukdomar og ulike

behandlingsformar. Kommunen skal arbeide med opplysning, informasjon og opplæring. Målgruppa vil vere eigne tilsette, brukarar og deira pårørande og lokalsamfunnet.

Osterøy kommune skal arbeide for å sikre innbyggjarar med demenssjukdom og andre lidningar eit godt tilbod slik at dei kan bu i opprinneleg bustad lengst mogleg, kommunen skal leggja til rette for gode heimetenester, avlastning og dagtilbod m.v. Ved Osterøytunet er det eit butilbod for dei som ikkje kan verte buande i opprinneleg bustad eller i omsorgsbustad. Statistisk (førekomst av demens) reknar vi med at i aldersgruppa 65-69 år finn me ein førekomst av demenssjukdom hos 0,9 prosent. I aldersgruppa 70-74 år 2,1 prosent, i aldersgruppa 75-79 år 6,1 prosent, i aldersgruppa 80-84 år 17,6 prosent, i aldersgruppa 85-89 år 31,7 prosent og for dei over 90 år 40,7 %. (Sjå figur 4.2.som viser forventa vekst i kommunen).

Utfordring

- Personar med demenssjukdom, autismespekter, rus og psykiatri.
- Personar med samansette diagnosar.
- Eldre utviklingshemma.
- Barn og unge med nedsett funksjonsevne eller mistanke om det.
- Psykogeriatri.
- Kunne sikre tidleg diagnose og intervensjon.
- Ei utfordring å få etablert tverrfaglege team.
- Folkeopplysning om demens og andre lidningar.
- Dagtilbod og aktivitet.
- Etablere eit felles system for kartlegging, intervensjon, tverrfagleg arbeid i høve til barn og unge med nedsett funksjonsevne, skader, rus og psykiatri.
- Sikra eigna butilbod.
- Samarbeid med pårørande og interessegrupper.
- Førebudd og tilstrekkeleg kunnskap i høve oppgåver som vert overført frå spesialisthelsetenesta.

Hovudmål

- Kommunen har kompetente og tilstrekkelege tenester til personar / grupper med særskilte utfordringar

Resultatmål

- Me har prognosar for framtidig behov, både i høve til tenester, kompetanse og etablering/tilpassing av tenester
- Me har eit system for tverrfagleg tilnærming og tidleg intervensjon.
- Me har eigna butilbod.
- Me har dag og aktivitetstilbod.

- Me informerer og har tilbod om opplæring til brukarar, pårørande og innbyggjarane.

Rett teneste til rett tid med rett kompetanse

Innleiing

Rett teneste til rett tid med rett kompetanse er ein føresetnad for at våre brukarar skal kunne oppleve tryggleik. For å sikre dette er det også naudsynt at vår organisering er tilpassa dette. Dette for å sikra eit pasientforløp utan brot i overgangane og betre ressursbruk.

Utfordring

- Manglande system for samhandling på tvers av sektorane og einingane.
- Geografi.
- Driftsmessige utfordringar
 - Høgt arbeidspress
 - Prioritering innanfor stramme rammer
 - Avslutte tenester
- Holdnings- og kulturendringar.
- Sikre tilgang til rett kompetanse.

Hovudmål

- Heilskaplege tenester til rett tid, på rett stad med rett fagleg kompetanse.

Resultatmål

- Me har etablert eit system for iverksetting av tiltak tverrfagleg og på tvers av sektorane.
- Me har eit system for fleksibel bruk av kompetanse.
- Me har funksjonelle arbeidsverky.
- Me har gode kompetanseplanar.
- Me nyttar individuell plan som verky for det systematiske arbeidet med tenestemottakarar.

Tidleg intervensjon

Innleiing

Tidleg intervensjon betyr at me som organisasjon skal kunne identifisere og gje tilbod om bistand der me «ser» at helseproblem kan eller har oppstått. Tidleg intervensjon gjer oss større moglegheit til å handtere eit problem på eit så tidleg tidspunkt at problemet vert redusert eller forsvinn.

Utfordring

- Vanskeleg å nå dei som har eller vil få eit behov for tenester.

- Holdningsendring: frå reparasjon til førebygging.
- Utveksling av kunnskap tverrfagleg.
- Skape relasjonar på tvers av tenestoområder/sektorar.
- Tid og prioritering.
- Folkeopplysning.

Hovudmål

- Førebyggje utvikling av sjukdom/skade og fremje god folkehelse.

Resultatmål

- Me har utvikla tverrfaglege samarbeidsfora og fora på tvers av sektorane (gjeld eksisterande og nye).
- Me har eit mål om å redusere sjukefraveret.
- Me skal arbeide for at folk kjem raskare tilbake i arbeid.
- Me skal arbeide for at fleire fullfører vidaregåande skule.
- Me skal arbeide for å redusere kostnadane v/spesialundervisning i pedagogisk tilrettelegging i skulen.
- Me skal arbeide for å redusere antal arbeidsledige.

Kompetanse og rekruttering

Innleiing

Tilsette fagleg og personleg kompetanse er ein viktig ressurs og ein føresetnad for at me skal kunne yta dagens og morgondagens brukarar gode tenester. Kommunen vil få fleire og nye oppgåver, oppgåver som krev ny kompetanse. Slik kompetanse må sikrast ved å utdanne eigne tilsette og eller rekruttere nye. Behovet for nye tilsette vil auke på grunn av at tilsette vil slutte, samstundes som behovet for tenester vil auke.

Utfordring

- Halde på tilsette.
- Være attraktiv.
- Rekruttere på lang sikt.
- Utdanne eigne og gje dei jobb.
- Stillingsstorleik.
- Tenke og handle alternativt.
- Heilskapleg personalpolitikk.
- Kompetanseplan.

Hovudmål

- Har den kompetansen me treng for å løysa dei oppgåvene me skal, til ei kvar tid.

Resultatmål

- Me har ein oppdatert (kontinuerleg) kompetanseplan.
- Me skal vere ein attraktiv arbeidsgjevar.
- Me bruker tilsette sin kompetanse fleksibelt og om naudsynt på tvers av sektorane.
- Me har ein heilskapleg personalpolitikk.

8 Gjennomføring av tiltaka

Ei rekkje av tiltaka vil måtta utgreiast nærare både i høve administrative og økonomiske konsekvensar. Gjennomføringskrafta i dei ulike tiltaka vil avhenge av årlege budsjett og handlingsplan.

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Vedteke planprogrammet (Heradstyresak 22/12)

Vedlegg 2: Definisjonar og forklaringar:

- Kommunegruppe: Statistisk sentralbyrå (SSB) har på bakgrunn av blant anna folkemengda og økonomiske rammetingingar kategorisert kommunane i 16 grupper. Grupperingen er meint som eit hjelpemiddel til å foreta fornuftige samanlikningar av kommunar.
- IPLOS er eit nasjonalt register med data som beskriv bistanndsbehov til dei som søker om eller mottek kommunale helse- og omsorgstenester og kve tenester som ytes. IPLOS har som mål å sikre ein eintydig forståing og lik registrering av IPLOS-opplysningane uavhengig av kven som registrerer og kvar registreringa skjer. Den inngår som en del av den ordinære saksbehandlinga.
- Rehabilitering kan defineras som tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider og å gje naudsynt assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. Mens omgrepet habilitering blir reservert for tiltak til barn og unge med funksjonshemmingar som er medfødde eller som dei har fått seinare. Dette inneber eit målretta arbeid for å byggje opp og støtte funksjonar, samspel og livskvalitet hos barn og unge med funksjonshemmingar.

Vedlegg 3: Litteratur / kjelde:

- Prop.91L: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Prop.90L: Lov om folkehelsearbeid.
- Prop.115S: Kommuneproposisjon 2012.
- St.meld.nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreforma.
- St.meld.nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening.

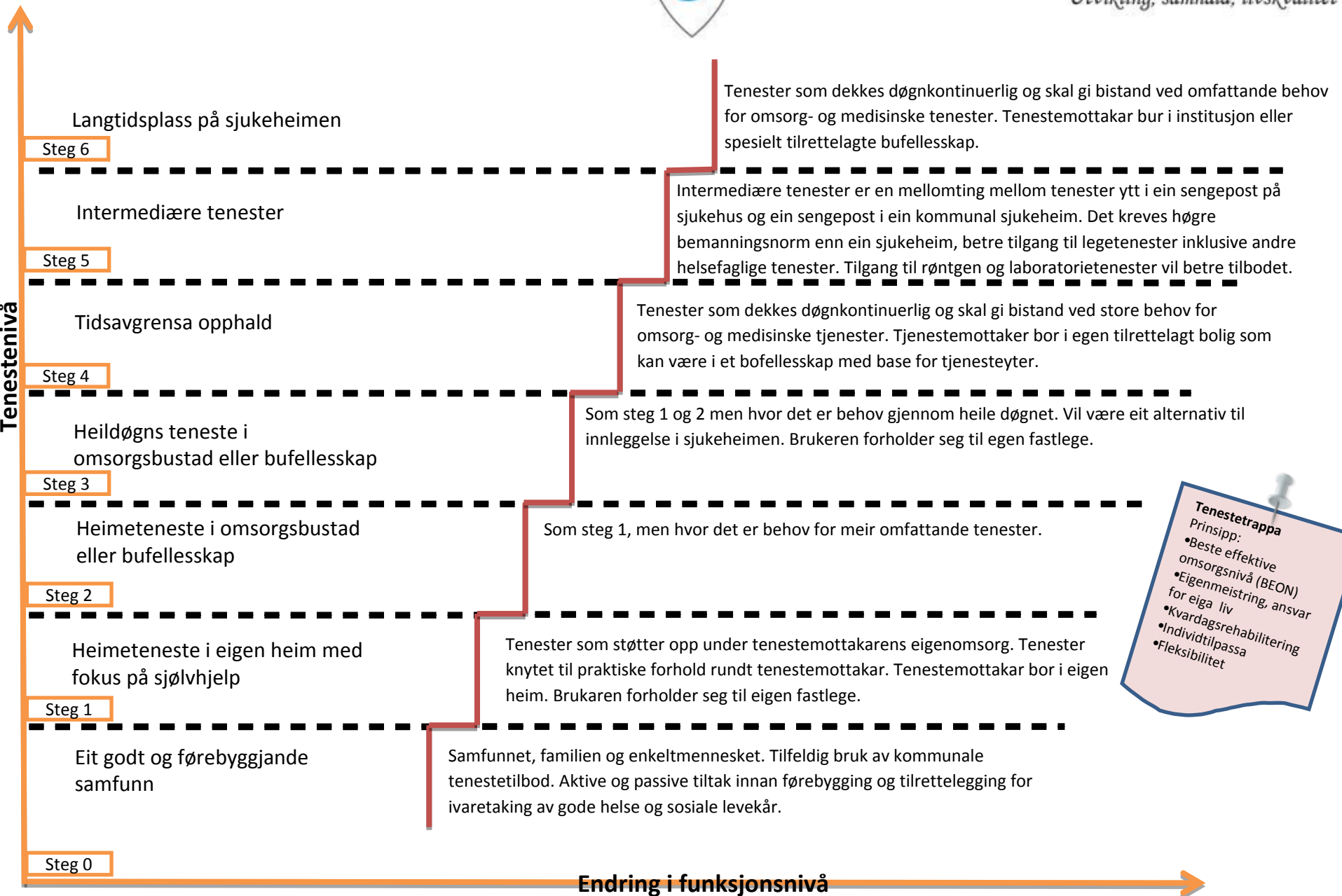
- St.meld.nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale Helseforskjeller.
- St.meld.nr.7 (2008-2009). Et nyskapende og bærekraftig Norge.
- Meld.St.16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.
- NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.
- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste.
- St.meld.nr.21 (1998-99) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.
- Prioriteringer i kommunehelsetjenesten: Rapport, IS-1453. Helsedirektoratet, 2007.
- Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2010. Rapport. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Folkehelse rapporten 2010. Helsetilstanden i Norge 2010. Folkehelseinstituttet.
- Utviklingsstrategi for helsestasjons- og Skolehelsetjenesten. IS-1798. Helsedirektoratet, 2010.
- Veileder for kommunale frisklivsentraler. IS-1896. Helsedirektoratet, 2011.
- Regjeringens strategi for forebygging. Departementene, 2009.
- Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2010. IS-1874. Helsedirektoratet.
- De nye hjemmetjenestene, langt mer enn eldreomsorg. Ivar Brevik. NIBR rapport 2010:2.
- Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011. Rundskriv IS-1/2011. Helsedirektoratet.
- Familiens hus, et tverrfaglig lavterskeltilbud. Universitetet i Tromsø, 2008.
- Helsetilstanden i Norge, folkehelse rapport 2010. Folkehelseinstituttet.
- Helse og omsorgsmelding 2010 – Helsetilsynet og Fylkesmannen i Hordaland.
- Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Rapport IS-1846. Helsedirektoratet. 2010.
- Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren. TF-rapport nr. 280. Telemarksforskning. 2011.
- I gode og onde dager. Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. KS FoU-prosjekt nr. 094020. 2011.
- Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene. Sintef rapport A16806. 2010.
- Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen. Østlandsforskning. ØF-rapport 11/2009.
- Botilbud til mennesker med demens. Kunnskapscenteret. Rapport nr. 11-2009.
- Eldres boligpreferanser. NIBR. Notat 2009:107.
- Smarthusteknologi. Helsedirektoratet. Veileder IS-1216.
- Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe. Helse- og omsorgsdepartementet. 2011.
- Eldres boligpreferanser. NIBR. Notat 2009:107.
- Ulykker i Norge. Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009 – 2014. Departementene 2009.
- Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Veileder IS-1201. Helsedirektoratet 2004.
- Eldreomsorg under press. Kommunens helse- og omsorgstilbud til eldre. FaFo rapport 2011:12.

Vår tenestetrapp



Osterøy kommune

Utvikling, samhold, livskvalitet



Tenestetrappa
Prinsipp:

- Beste effektive omsorgsnivå (BEON)
- Eigenmeistring, ansvar for eiga liv
- Kvardagsrehabilitering
- Individtilpassa
- Fleksibilitet