

Helse- og omsorgsplan

Kommunedelplan 2013-2040

Ulvik herad

EIT ORD

Eit ord
- ein stein
i ei kald elv.
Ein stein til –
Eg lyt ha fleire steinar
skal eg koma yver.

(Frå Dropar i Austavind, 1966, Olav H. Hauge)

Innhald

1 Samandrag	3
2 Grunnlaget for planen	4
2.1 Nasjonale føringar	5
2.2 Helse og omsorg i framtida.....	7
2.3 Samanheng med anna planverk	8
2.4 Tilgjenge og brukarmedverknad	8
3 Helse- og omsorgstenesta i Ulvik mai 2013.....	10
3.1 Tenestetilbodet	10
3.2 Utgiftsbehov	12
3.3 Framskrivning av folketalet	14
3.4 Behov for plassar med heildøgns bemanning.....	16
4 Målområde for tenesteutvikling.....	18
4.1 Bygningsmessige forhold - investering, nybygg, samlokalisering.....	18
4.2 Samhandlingsreforma, kompetanse og samhandling	20
4.3 Utvikling av tenestene	21
4.4 Organisasjon og leiing.....	21
5 Tiltak og strategiar	22
5.1 Bygningsmessige forhold - investeringar, nybygg, samlokalisering	22
5.1.1 Investering i bygg - utgreiing som grunnlag for avgjerd i heradstyret.....	22
5.1.2 Institusjonskjøkkenet ved sjukeheimen	22
5.2 Samhandlingsreforma, kompetanseutvikling og samhandling	22
5.2.1 Medarbeidarskap og kompetanseutvikling	23
5.2.2 Nettverk og dialog	23
5.2.3 Ny kompetanse og mobilisering av taus kompetanse.....	23
5.3 Utvikling av tenestene	23
5.3.1 Samarbeid med frivillige og andre tenester – helsefremjande samarbeid	23
5.3.2 Brukarmedverknad og organisering av tenestetilbod	23
5.4 Organisasjon og leiing	24
5.4.1 Tildeling av tenester - sakshandsaming.....	24
5.4.2 Leiarutvikling	24
6 Underordna planar og implementering	24

1 Samandrag

Helse- og omsorgsplanen 2013-2040 er ein kommunedelplan, som er forankra i verdigrunnlaget, mål og strategiar i kommuneplanen (samfunnsdelen) for 2009-2020, vedteken 17.02.2010.

RO (Ressurssenter for omstilling i kommunene) har hjulpt Ulvik herad med utarbeiding av helse- og omsorgsplanen gjennom leing av ei arbeidsgruppe og gjennomføring av to forankringsseminar, i tillegg til å ha ført planen i «penn».

Grunnlaget for helse- og omsorgsplanen er nye føringar og oppgåver som heradet har fått gjennom samhandlingsreforma og utvikling av framtidige helse- og omsorgstenester, økonomisk, demografisk og kvalitativt. Ny lovgiving, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og større grad av samhandling internt og eksternt gir signal om å tenkja nytt om innhald og utforming av tenestene. Brukarmedverknaden er og styrkt i den nye lovgivinga. Gjennom Folkehelseleva har heradet fått ansvar for førebyggjande og helsefremjande arbeid, noko som inneber at heile heradet har eit felles ansvar for å fremja folkehelse. Det ligg og ei forventning her om at kvar og ein tek ansvar for helsa si.

Ulvik herad samarbeider med andre herad i Hardangeregionen. Vidare er Voss kommune ein viktig samarbeidspart gjennom etablering av øyeblikkeleg-hjelp – plassar for Ulvik. Eit herad på Ulvik sin storleik har behov for gode samarbeidsrelasjonar til naboherad med omsyn til å kunna etablere robuste tenester innan ulike fagområde. Eitt eksempel er arbeidet med utgreiing av legetenester, legevakt og samarbeid om kommuneoverlege.

Eit anna viktig område for samarbeid og samhandling er utvikling av kompetanse. Plassar for behandling før, i staden for og etter sjukehusopphald treng høg fagleg kompetanse. Utviklinga innan demens gir og utfordringar med omsyn til kompetanse.

Den største utfordringa som Ulvik herad står overfor er spørsmålet om kva som skal gjerast med noverande sjukeheim. Sjukeheimen er bygd i 1974 og er ikkje tilpassa standardkrav til areal og utforming av rom for tenestemottakarar og støttestruksjonar ved institusjonen, korkje i dag eller for framtida.

Husbanken administrerer investeringstilskot til omsorgsbustader og sjukeheimar og kan gi hjelp til kommunane og andre aktørar med å få god kvalitet på prosjekta. Det bør gjennomførast ei vurdering av kostnader, framtidig funksjonalitet og kapasitet ved behov for heildøgns plassar frå 2025/40. Utgreiinga bør visa konsekvensar for heile helse- og omsorgstenesta.

Vidare bør det utgreiast kostnader, funksjonalitet og kapasitet ved å samlokalisera heile helse- og omsorgstenesta i eit helsesenter på den tomte der det var planlagt eit rehabiliteringssenter. I denne utgreiinga ligg og vurdering av lokala i Semtrumsbygget med tanke på framtidige behov for helsetenester.

Fram til 2025 vil det ikkje vera auke i talet på personar over 80 år i Ulvik. Dette gir heradet tid til å planleggja for å møta utfordringane etter 2025. Det er likevel nødvendig å erkjenne at sjukeheimen i dag ikkje svarer til dei krava som gjeld, med omsyn til areal og utforming.

Uansett om heradet skal byggja nytt eller om sjukeheimen skal byggjast om til den standarden som gjeld i 2013, må det vurderast kva som er den beste løysinga for å møta framtidige behov for

tidsmessig utforming og behov for heildøgns plassar. Vurderinga må også sjåast i samanheng med den totale utviklinga i heradet, både når det gjeld utvikling i folketal, økonomisk berekraft i heradet og helse og omsorg si rolle og funksjon som ein utviklande og spanande arbeidsplass som trekkjer til seg kompetanse og arbeidskraft, både til Ulvik og til Hardangerregionen.

Som ei vidareføring av helse- og omsorgsplanen slik den her ligg føre, må det difor setjast ned ei eiga hurtigarbeidande plangruppe som skal greia ut spørsmåla over.

2 Grunnlaget for planen

Samhandlingsreforma er sett i verk og gir nye føringar og oppgåver for helse- og omsorgstenesta. Helse- og omsorgsplanen er ein delplan av kommuneplanen (samfunnsdelen) for 2009-2020, vedteken 17.02.2010.

Heradsstyret i Ulvik vedtok samrøystes i sak HST-010/13, den 17.04.2013 fylgjande:

- 1) Under føresetnad av at RO opprettheld sitt tilbod på utarbeiding av helse- og omsorgsplan for Ulvik, jf tilbod dagsett 08.03.2013, evt med utsett frist for ferdigstilling, vert det løyvd kr. 270 00 inkl. mva. dekkja av disposisjonsfondet.
- 2) I ljøs av samhandlingsreforma skal planen ta opp spørsmål kring investeringar/nybygg i høve til framtidig behov hjå pasientgrupper ved institusjon. Vidare skal planen seia noko om samlokalisering med
 - Fysioterapi
 - Legestasjon
 - Helsestasjon
 - m.m.

Det er arbeidd med planen på to frontar. Arbeidsgruppa har arbeidd med innhaldet i planen, under leiing av rådgivarane frå RO, og det er arrangert to forankringsseminar med tilsette og inviterte eksterne samarbeidspartar. Planarbeidet i arbeidsgruppa er gjennomført i tre fasar:

- i) Skildring av status/forståing av situasjon og utfordringar
- ii) Effektive gruppeprosessar
- iii) Grunnlag for politisk vedtak

Arbeidsgruppa som har arbeidd med utforminga av helse- og omsorgsplanen, er følgjande:

- Jon Oppedal, rådmann
- Harald Johnsen, helse- og sosialleiar
- Karin Fleten, pleie- og omsorgsleiar
- Unni Solem, kommuneoverlege
- Kjartan Fjelde, leiar i råd for funksjonshemma
- Ragnvald Fleten, leiar i kommunalt eldreråd
- Gry Vikør, tillitsvald NSF
- Annlaug Brandstveit, tillitsvald Fagforbundet

Undervegs i arbeidet vart det klart at helse- og omsorgsplanen må ha eit lengre perspektiv enn 2020 (7 år) av omsyn til den demografiske utviklinga for å kunne seia noko om investeringsbehov/nybygg når det gjeld behov hjå den delen av innbyggjarane som aukar mest (80 år og eldre). I den samanheng er utviklinga innan den delen av innbyggjarane som utgjer arbeidskrafta avgjerande for orleis heradet skal møta utfordringane innan helse og omsorg. I planen ser arbeidsgruppa med støtte frå forankringsseminaret den 30.05.2013, utviklingstrekka fram mot 2040.

2.1 Nasjonale føringar

Love og forskrifter

Love og forskrifter legg føringar og set rammer for helse- og omsorgstenestene i kommunane. I tillegg kjem utgreiingar (NOU) og meldingar til Stortinget som skildrar verdigrunnlaget og retninga for utvikling av tenestene.

Samhandlingsreforma og samhandling i praksis

I juni i 2009 la regjeringa fram St. meld. nr. 47 (2008 – 2009): "Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid".

Samhandlingsreforma gir kommunane ei ny rolle gjennom eit auka fokus på førebygging og helsefremjande arbeid. Dette skal dempa vekst i bruken av sjukehusenester ved at ein større del av helsetenestene vert ytt av kommunehelsetenesta med føresetnad om like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet.

Gjennom dei økonomiske verkemidlane i samhandlingsreforma har kommunane fått ansvar for kommunal medfinansiering av 20 pst. av utgiftene til sjukehusopphald og poliklinisk behandling. Kommunane har fått overført 20% av tilskotet til sjukehusdrift og skal betale tilbake til sjukehusa 20% av kostnadene knytt til behandling i sjukehus etter nærare definerte kriterie. Vidare har kommunane fått betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar som kommunane ikkje har kapasitet til eller av andre grunnar ikkje kan ta imot. Ansvar for behandling og finansiering av kirurgi, fødslar, nyfødde medisiner, psykisk helsevern og rus ligg førebels til spesialisthelsetenesta. Ansvar for rus og psykiatri skal seinare overførast til kommunane. Frå 2016 skal alle kommunar ha etablert eit øyeblikkeleg-hjelp døgntilbod. Dette gjeld dei tenestene det er forsvarleg at kommunane gir, i hovudsak forverring av kjente lidingar der behandlinga er kjent på førehand. For Ulvik sin del vil dette tilbodet verta gjennomført hausten 2013 etter ein vertskommunemodell med Voss som vertskommune og elles i samarbeid med Voss lokalsjukehus.

Dei overordna mål og verdigrunnlaget frå Opptappingsplanane for psykisk helse og rus vert framleis lagt til grunn for regjeringa sin politikk overfor kommunane innan tenesteområde psykisk helse og rus (Meld.St.30 (2011-2012) "Se meg!")

Frå og med 2013 er størsteparten av dei øyremerkta tilskota til kommunalt rusarbeid innlemma i rammetilskotet til kommunane. Det vert forventa at kommunane opprettheld og vidarefører kompetansen som er opparbeidd gjennom tiltaka i Opptappingsplanane, og sikrar vidare drift av tiltak som har vist seg effektive. Dette er særskilt viktig med bakgrunn i gradvis innføring av kommunal medfinansiering innan psykisk helse- og rusfeltet. (IS-1/2013 rundskriv: Nasjonale mål og prioriteringar)

Kommunane og helseføretaka er pliktige til å samarbeida og det er inngått lovpålagte samarbeidsavtalar på viktige samarbeidsområde. Nye avtalar er under utarbeiding. Eit heilskapleg pasientforløp er eitt av måla med samhandlingsreforma. Denne samhandlinga gjeld samhandling med tenestemottakar, mellom tenestenivå, mellom tenester innan kommunane og med andre aktuelle samarbeidspartar. Lova om pasient- og brukarrettar inneber sterkare brukarmedverknad/brukarstyring i tildeling og utforming av tenestetilbodet.

Folkehelselova – samhandling mellom kommune og lokalsamfunn

Folkehelsearbeid handlar om å skapa gode oppvekstvilkår for barn og unge, førebyggja sjukdom og skadar og å utvikla eit samfunn som skal stimulera til fellesskap, gi trygge rammer, inkludering og deltaking for alle innbyggjarane i kommunane. Dette krev systematisk og langsiktig innsats både i og utanfor helsetenesta, på tvers av sektorar og forvaltningsnivå. Ny folkehelselov føreset at heradet skal bruka alle sine sektorar for å fremja folkehelse, ikkje berre helsesektoren. Heradet skal gjennom sitt førebyggjande arbeid freista å jamna ut og fjerna dei økonomiske og sosiale faktorane som fører til ulik fordeling av helse i folket.

Gjennom Stortingsmelding om folkehelse: "God helse – fellesansvar" ynskjer regjeringa å styrka helsestasjon - og skulehelsetenesta, meir fysisk aktivitet og betre merking av mat.

(Meld. 34 "Folkehelsemeldinga" (2012-2013))

Innovasjon i helse og omsorgstenestene

Tiltaka og løysingane som vert brukt i dag, kan ikkje utan vidare nyttast i framtida. Kvar tid har sine utfordringar og krev sine løysingar. Å produsera god omsorg skjer i ein samspelsituasjon og kvaliteten vert skapt der og då. Dette inneber ein strategi som gjer alle relevante aktørar til medprodusentar i utviklinga av helse og omsorgstenester. Dette krev eit mangfald av arenaer for samarbeid og samhandling der dialogen skapar drivkraft og læring.

I St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) "Mestring, muligheter og mening" vert det peika på langsiktige strategiar for å møte utfordringane i framtida innan omsorg; blant anna aktiv omsorg med vekt på kultur og sosiale tilhøve og partnerskap med familie og lokalsamfunn. På grunnlag av denne meldinga vart Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011– 2015 med delplanane: Demensplan 2015, Nevroplan 2015 og Kompetanseløftet 2015, utarbeidd.

"Morgendagens omsorg" Meld.St.29 (2012-2013) set tidlegare utgreiingar og meldingar inn i ein framtidig samanheng, m.a. "Innovasjon i omsorg": NOU 2011:11 og NOU 2011: 17 "Når sant skal sies om pårørendeomsorg".

Anna grunnlagsmateriale for meldinga er fagrapporten om implementering av velferdsteknologi i dei kommunale helse- og omsorgstenestene fram mot 2030 (Helsedirektoratet 2012). Vidare kan Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) og velferdsteknologi gjera ein skilnad for helse- og omsorgstenestene i framtida, Meld.St. 23 (2012-2013) "Digital agenda for Norge (IKT) for vekst og verdiskaping" og Meld.St. 9 (2012-2013) "Éin innbyggjar og éin journal".

"God kvalitet – trygge tjenester, om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten" handlar om eit meir brukarorientert helse- og omsorgstilbod, ein meir aktiv pasient- og brukarrolle, meir systematisk utprøving av nye metodar for behandling og betre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon, Meld.St. 10 (2012-2013).

Omsorg i framtida handlar om å tenkja annleis om det me ser. Meldinga til Stortinget er ei melding om å kunne bruka ressursane på nye måtar, og å sjå kva som er mogeleg gjennom nye metodar og arbeidsformer.

Viktige tiltak i meldinga er:

- Eit innovasjonsprogram fram mot 2020
- Eit program for ein aktiv og framtidretta pårørandepolitikk 2014-2020

- Ein nasjonal strategi for frivillig arbeid i helse- og omsorgssektoren
- Fagleg omlegging med større vekt på kvardagsrehabilitering, aktivitet og miljøterapi
- Eit nasjonalt program for velferdsteknologi
- Fornya og byggja ut sjukeheimar og omsorgsbustader, m.a. ved å vidareføra investeringsordninga etter 2015

2.2 Helse og omsorg i framtida

Mottakarar av helse- og omsorgstenester i framtida

Helse- og omsorgstenesta skal ha eit heilskapleg syn på tenestemottakarane. Dei har ikkje berre sjukdom og problem, men og ressursar dei skal bruka til å meistra eige liv og ta del i fellesskapet. Viktige område for nytenking er former for organisasjon, kommunikasjon og arbeidsmetodar, i tillegg til ny teknologi og universell utforming.

Helse- og omsorgsfellesskap i framtida

Med dei demografiske utfordringane som Noreg ventar frå 2025/2030, kan det verta nødvendig å mobilisera samfunnet sine samla omsorgsressursar, ressursar hjå brukarane sjølve, deira familie og sosiale nettverk, nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle verksemder og næringsliv.

Helse- og omsorgstenesta i framtida

Kultur, måltid, aktivitet og trivsel er grunnleggjande element i eit heilskapleg tenestetilbod. Stikkord som aktiv omsorg og kvardagsrehabilitering er sentrale i helse- og omsorgstenestene, som prosjekt i dag og som praksis i framtida. Den faglege omstillinga i helse- og omsorgstenesta er knytt til at ein legg endå sterkare vekt på rehabilitering, tidleg innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøbehandling, rettleiing av pårørande og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. For å skapa denne omstillinga trengst større fagleg breidde med fleire faggrupper og auka vekt på tverrfagleg arbeid og samhandling.

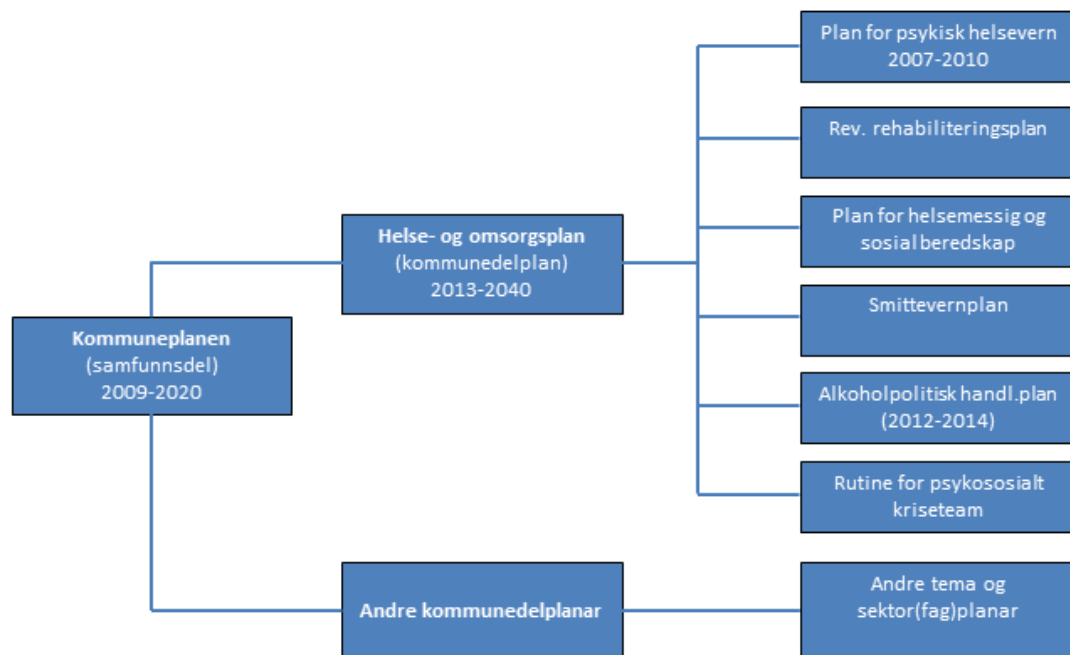
Arena for helse- og omsorgstenester i framtida

Bruk av velferdsteknologi og universell tilpassing gjer det enklare å ta i mot omsorgstenester i eigen heim og å delta i samfunnet. Utforminga av sjukeheimar og omsorgsbustader set også rammer for tenesteytinga. Regjeringa signaliserer at dei vil vidareføra tilskotsordninga i Husbanken til bustader for tenesteyting også etter 2015. Dette gjeld både sjukeheimsplassar og omsorgsbustader (Meld.St. (2012-2013)).

Det skal utgreiast om ordninga også kan tilpassast og gi rom for utbygging av Tryggleiksbustader. Tryggleiksbustader er bustader med smarthusteknologi, resepsjon og hotellservice, der leigetakarane kan få dekkja ulike behov for praktisk tilrettelegging. Ved bygging av omsorgsbustader kan smarthusteknologi vurderast.

2.3 Samanheng med anna planverk

Figur 2.3.1 Helse- og omsorgsplanen 2013-2040 i kommuneplansystemet



Helse- og omsorgsplanen er ein delplan av kommuneplanen for 2009-2020. Dei strategiar, mål og rammeverk for styring som vert lagt fram i kommuneplanen, gjeld for leiing, utforming og gjennomføring av tenestene i helse- og omsorgsområdet.

Ulvik vedtok i samband med kommuneplanen for 2009-2020 ein overordna visjon for heradet, etter ein omfattande prosess med m a ein eigen "visjonsverkstad" med heradstyret og administrasjonen:

"Ulvik herad skal vera ein stad for mangfald, opplevingar og utvikling".

Den verdimesseige samanhengen mellom visjon og målsetjing skal takast omsyn til i den nye helse- og omsorgsplanen. I praksis betyr det at helse- og omsorgstenester skal ytast med eit mangfald som gir opplevingar og utvikling for brukarar av tenestene i heradet. Det er ei overordna målsetjing å gi eit tilpassa og framtidsretta tilbod om helse og omsorgstenester som skal styrka den enkelte si evne til eigenomsorg. Tenestetilbodet skal vera fleksibelt og robust nok til å møte framtidige behov. Det heiter vidare i kommuneplanen for 2009-2020:

«...Ulvik herad skal yta god service og vera ein moderne, effektiv og utviklingsorientert kommune med evne til endring og vilje til utprøving av nye modellar og metodar i takt med skiftande utfordringar.»

2.4 Tilgjenge og brukarmedverknad

I eit lite lokalsamfunn vil det alltid vera både fordelar og ulemper ved sjølve storleiken; det som i den eine samanhengen vert opplevd som eit nært og lett tilgjengeleg tenesteapparat, vil i andre samanhengar verta opplevd som utilstrekkeleg eller lite kompetent, ha lite mangfald eller er avgrensa i omfang. Det som den eine dagen verkar oversiktleg og innan trygg kontroll i helse- og omsorgstenesta, kan den neste dagen opplevast som eit problem fordi det t d krev hjelp frå utanforstående eller er ei ny problemstilling som krev ei ny teneste som må byggast opp frå grunnen

av. Det grunnleggjande i ideen om "tilgjenge" som grunnprinsipp er likevel at Ulvik skal kunne handtera sin eigen storleik, både innbyggjartal, talet på tilsette, omfanget av tenestetilbodet, sentral busetnad av tenestemottakarane m m, og sjå på det som ein fordel ved både å reindyrka det positive med å vera liten, men samstundes vera medviten om dei utfordringar som fylgjer med situasjonen. Helse- og omsorgstenesta skal arbeida kontinuerleg med skulering av tilsette, synleggjering av tenestetilbod og rammer, dynamisk organisering av tilbodet og ha fokus på dei grunnleggjande verdiane om tilgjenge.

I eit notat frå Rokkansenteret, 2011 (Dag Arne Christensen) vert det omtala kva som påverkar kor nøgd ein er med kommunen sitt velferdstilbod. Det sentrale der er at kvaliteten har større verdi enn omfanget av tenester. Fellesnemnaren som kan nyttast om desse kvalitetane er *tilgjenge*.

I arbeidsgruppa har det kome fram ei rekkje moment frå måten helse- og omsorgstenesta i Ulvik vert drifta, og som kan seiast å ha "tilgjenge" som fellestrekk. Ulvik er ein kommune med vel 1100 innbyggjarar og dei aller fleste bur relativt nært sentrum og dermed også til det tenestetilbodet som finst i heradet. Omgrepet tilgjenge kan definerast på fleire måtar og setjast i nær samanheng med måten tenestene i Ulvik er organisert:

Tilgjenge som geografisk storleik:

Sentralisert busetnad i heradet gjer helse- og omsorgstenestene lett tilgjengelege og gjer det lettare å arbeida med førebyggjande tiltak.

Tilgjenge som verdi:

Brukarane og deira representantar skal møtast på ein venleg, raus og respektfull måte. Tilgjenge i denne samanhengen er at innbyggjarane oppsøker tenesta fordi ho er imøtekomande.

Tilgjenge som kompetanse:

Det er eit høgt kompetansenivå (spesialiseringsnivå) i Ulvik og det skal vera eit sterkt fokus på mobilisering av tilgjengeleg kompetanse for dei som treng helse- og omsorgstenester. Det å gjera kompetanse tilgjengeleg for alle vil også vera viktig for samarbeid med andre tenestemråde i heradet og med eksterne instansar.

Tilgjenge som evne til konstruktiv tilpassing:

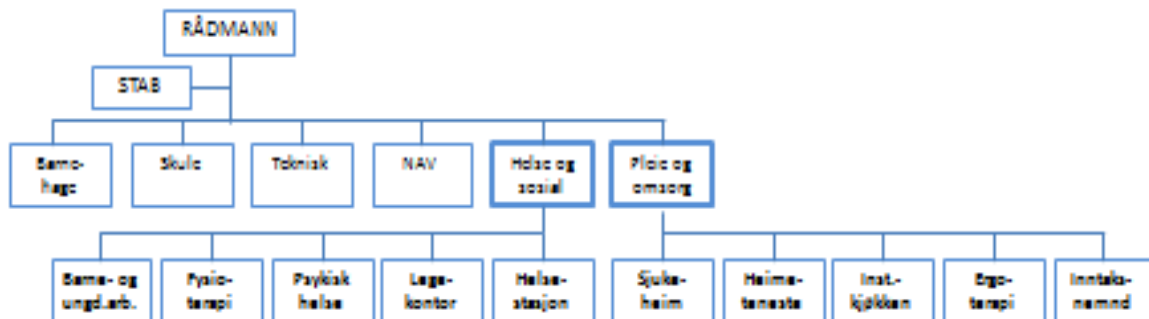
Helse- og omsorgstenesta i Ulvik skal vera dynamisk og tilpassa seg endringar i behovet hjå innbyggjarane og hjå tenestemottakarane. Evne og vilje til omstilling og nytenking skal prega organiseringa og kvaliteten i tenestene. Evne til konstruktiv tilpassing handlar også om samhandling i Hardangerregionen for felles løysingar og utvikling både i Ulvik herad og i Hardangerregionen.

Brukarmedverknad

Regjeringa legg vekt på aktivitet, deltaking og meistring som heilt sentrale element i helse- og omsorgstenesta i dag og i framtida. Det er difor viktig å styrka og synleggjera brukarane sitt medborgar- og medverknadsansvar og den enkelte sine ressursar til sjølv å påverka eige liv og eiga helse. Berre sterk brukarmedverknad kan utløysa verdiar som deltaking, sjølvstende og normalisering. Meld.St.29 (2012-2013). Brukarmedverknad er ein rett som skal sikra at tenestene vert utforma i samarbeid mellom den det gjeld og heradet. Kjernen i brukarmedverknad er at den enkelte kjenner sin eigen situasjon best og veit kva som skal til for ein betre livssituasjon. Prinsippet er lovfesta og gjeld på alle trinna i tenesteutforminga og tenesteytinga.

3 Helse- og omsorgstenesta i Ulvik mai 2013

Figur 3.1 Ulvik herad – organisasjonskart



3.1 Tenestetilbodet

Den samla helse- og omsorgstenesta sitt overordna mål er å tilby tenester i det omfang og til den kvalitet som går fram av krava i lovverk og nasjonale føringar, til den kostnad og etter dei rammer som heradstyret har vedteke. Helse- og omsorgstenesta i Ulvik yter eit breitt spekter av tenester til innbyggjarane i heradet og omfattar alle helse-, sosiale- og omsorgstenester for barn og vaksne. Den samla helse- og omsorgstenesta i Ulvik omfattar fylgjande tenester:

Helse- og sosialavdelinga

Administrativ leiing av eining helse og sosial med fylgjande avdelingar:

- Legekontor
- Helsestasjon/jordmorteneste
- Dag- og aktivitetstilbod/psykiatrisk sjukepleie
- Barne- og ungdomsmedarbeidar (40 % stilling)
- Kommunalt tilplikta fysioterapiteneste (14,2 timar pr. veke)
- Bustønad/husbanken sine støtteordningar.

Kontoret har ansvar for

- alle tenester etter Helse- og omsorgstenestelova som etter avtale ikkje er overført til lokalt NAV-kontor eller som ligg til eining pleie og omsorg – m.a. støttekontakt, omsorgsløn og BPA.
- for saker etter serveringslova og alkohollova og er
- sekretariat for Rådet for funksjonshemma i Ulvik og
- koordinator for psykososialt kriseteam

Totalt 7,85 stillingar fordelt på 10 tilsette.

Administrasjonen ligg sentralt plassert både for brukarane av tenestene og i høve til dei andre tenestemråde i eininga og heradet si sentrale leiing.

Pleie- og omsorgstenesta

Avdeling pleie og omsorg har følgjande tenester:

- Inntaksnemnd
- Tverrfagleg gruppe
- Ulvik sjukeheim og Institusjonskjøkken, utkøyring av middag
- Dag-/Nattopphald
- Heimesjukepleie
- Heimehjelp
- Dagavdeling for personar med demens
- Dagsenteret Arbeidsstova
- Tryggleiksalarm
- Ergoterapi.
- Fysioterapi
- Omsorgsbustad i Brakanestunet/Trygdebustad i Prestegarden:
- Kommunalt hjelpemiddellager:
- Høyrseltekniske hjelpemiddel:
- Synstekniske hjelpemiddel:

Avdelinga har m.a. ansvar for

- Tildeling av tenester etter helse- og omsorgstenestelova knytt til behovet for nødvendig helsehjelp
- Tildeling og omfang av hjelpebehov vert vurdert ut i frå søkjar sitt funksjonsnivå, egne ressursar og helsetilstand.
- Tiltaka vert vurdert under vegs med tanke på å avslutta, vidareføra eller auka opp tiltak.
- Samarbeid med spesialisthelsetenesta før, under og etter sjukehusopphald

Avdeling pleie og omsorg har 34,75 stillingar, inkludert pleie- og omsorgsleiar, og har omsorgsbasen sin lokalisert ved kommunal institusjon, Ulvik sjukeheim.

Samarbeidsløysingar

Barnevern.

Ulvik herad har overført alt barnevernsfagleg arbeid til Hardanger Barnevernstjeneste gjennom ein vertskommuneavtale. Hardanger Barnevernstjeneste er eit interkommunalt barnevern med følgjande herad som medlemmer: Odda (vertskommune), Jondal, Ullensvang, Eidfjord og Ulvik.

Det er oppretta faste samarbeidsorgan mellom heradet og barnevernstenesta – gjennom tverrfaglege samarbeidsmøte og styringsgruppe på rådmannsnivå. Det er p t ikkje aktuelt å vurderer endringar i denne ordninga.

NAV.

Lokalt NAV-kontor har m.a. følgjande ansvar:

- Økonomisk sosialhjelp
- Økonomisk rettleiing/gjeldsrettleiing og gjeldstingingar
- Flyktingearbeid
- Rusarbeid (individuelle hjelpetiltak)
- Bustad for vanskelegstilte/skaffe mellombels husvære.

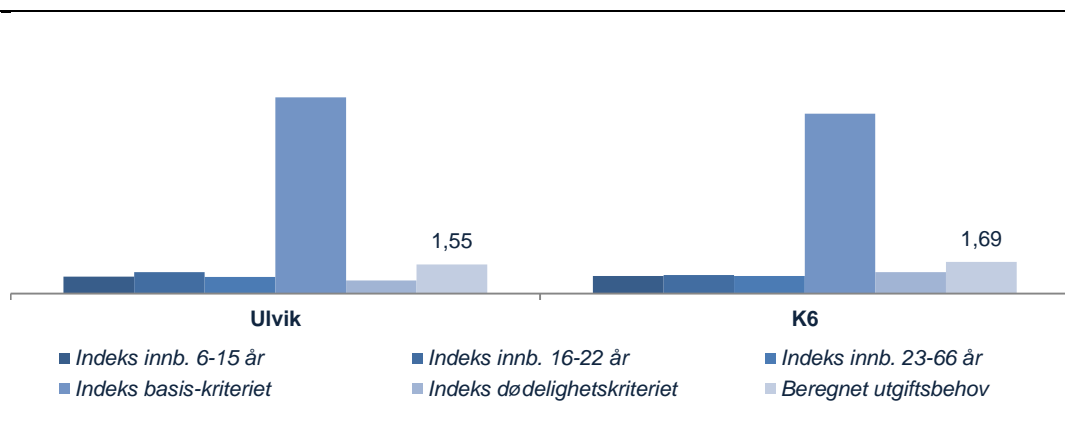
NAV-kontoret ligg sentralt plassert saman med resten av helse- og sosialtenester og heradet sin administrasjon.

3.2 Utgiftsbehov

Inntektssystemet for kommunane som vert omtala i "Grønt hefte", viser statlege overføringar til kvar enkelt kommune. Som grunnlag for statlege overføringar, ligg utrekningar av dei ressursane ein kommune treng for å utføra lovpålagte oppgåver. Dette vert kalla kommunen sitt *utgiftsbehov*. Utgiftsbehovet vert utrekna i prosent av landet sitt utgiftsbehov, som alltid er 100 eller 1 i tabellane.

Eit anna omgrep i inntektssystemet er *justert innbyggjar*. Justert innbyggjar betyr at tala er justert i høve til ulike faktorar, som alderssamansetjing, levekår, avstandar og ei rekkje andre kjenneteikn. På denne måten vert innbyggjartalet justert, slik at det kan samanliknast med andre kommunar og kommunegruppa.

Figur 3.2.1 Utrekna utgiftsbehov for kommunal helseteneste, Ulvik herad samanlikna med gjennomsnittet av kommunane i KOSTRA-gruppe 6 (K6) (Grønt hefte, 2013-tall)



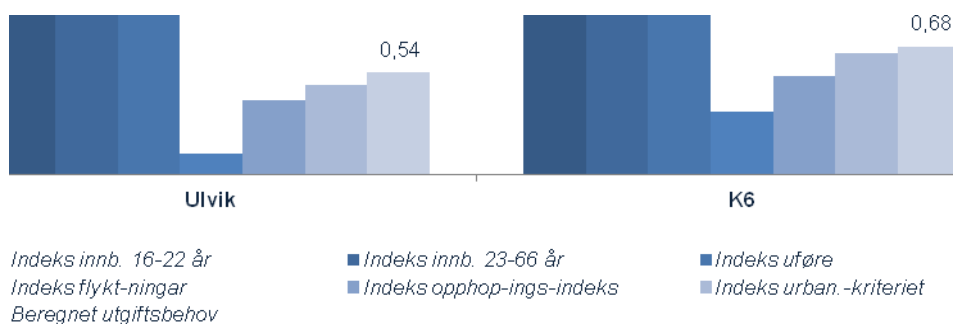
Tabell 3.2.1

	Indeks innbyggjarkriterier			Indeks basiskriteriet	Indeks dødelighetskriteriet	Beregnet utgiftsbehov
	6-15 år	16-22 år	23-66 år			
Ulvik	0,91	1,15	0,9	10,47	0,7	1,55
KOSTRA-gruppe 6 (K6)	0,94	0,99	0,94	9,61	1,14	1,69

Kommentar til figur 3.2.1 og tabell 3.2.1:

Utgiftsbehovet til kommunehelsa i Ulvik er utrekna til 155. Det vil sei at Ulvik herad sitt utgiftsbehov ligg 55 prosent over landet sitt gjennomsnittlege utgiftsbehov. Kommunegruppe 6 sitt utgiftsbehov ligg 69 prosent over landsgjennomsnittet, som er høgare enn Ulvik sitt behov.

Figur 3.2.2 Utrekna utgiftsbehov for sosialtenester i Ulvik herad samanlikna med gjennomsnittet av kommunane i KOSTRA-gruppe 6 (K6) (Grønt hefte, 2013-tall)



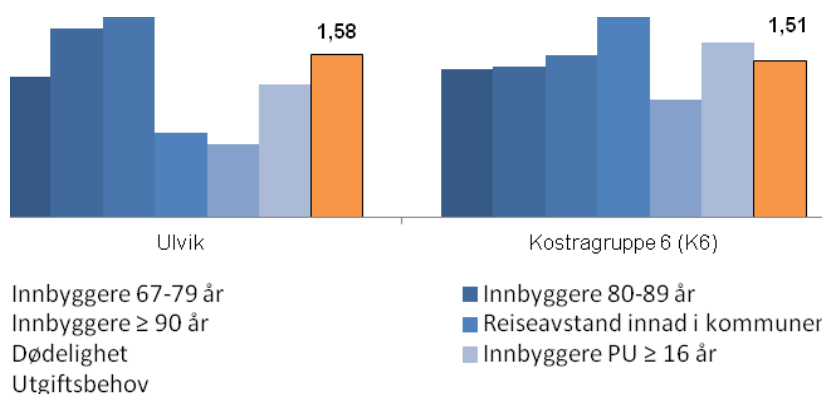
Tabell 3.2.2

	Indeks innbyggjarkriterier 16-22 år	Indeks innbyggjarkriterier 23-66 år	Indeks uføre	Indeks flyktningar	Indeks opphoping	Urban kriteriet	Beregnet utgiftsbehov
Ulvik	1,15	0,90	0,92	0,11	0,40	0,48	0,54
KOSTRA-Kostragruppe 6 (K6)	1,03	0,96	1,10	0,33	0,52	0,64	0,68

Kommentar til figur 3.2.2 og tabell 3.2.2:

Utgiftsbehovet i Ulvik herad til sosialtenesta er utrekna til 54 prosent av gjennomsnittet for landet. KOSTRA-gruppe 6 har eit utgiftsbehov på 68, som er høgare enn Ulvik sitt behov.

Figur 3.2.3 Utrekna utgiftsbehov for pleie- og omsorgstenester i Ulvik herad samanlikna med gjennomsnittet for kommunane i KOSTRA-gruppe 6 (K6), (Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2013)



Tabell 3.2.3

	Innbyggjarar			Reiseavstand innan kommunen	Dødeleg- heit	Innbyggjarar PU ≥ 16 år	Utgiftsbehov (PLO)
	67-79 år	80-89 år	≥ 90 år				
Ulvik	1,36	1,83	2,52	0,82	0,70	1,29	1,58
Kostragruppe 6 (K6)	1,43	1,46	1,57	3,10	1,14	1,70	1,51

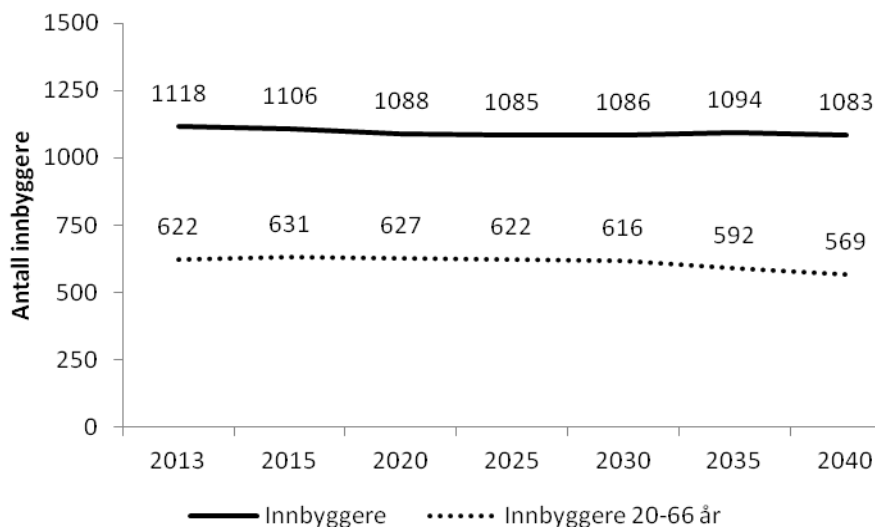
Kommentar til figur 3.2.3 og tabell 3.2.3.

Utgiftsbehovet til pleie- og omsorg i Ulvik herad er utrekna til 158 (1,58) – det vil sei at Ulvik herad sitt utgiftsbehov ligg 58 prosent over landet sitt (gjennomsnittlige) utgiftsbehov. Kommunegruppe 6 sitt utgiftsbehov ligg 51 prosent over landsgjennomsnittet. Ulvik ligg her litt høgare enn snittet for kommunegruppa.

Dersom ein kommune har høgt utgiftsbehov i ein sektor, kan ein venta at kommunen brukar ein større del av sine ressursar til denne sektoren. For Ulvik herad er det ein viss samanheng, men ikkje når det gjeld tal for kommunegruppe 6. Av andre opplysningar i KOSTRA (ureviderte tal per 26.03.2013) går det fram at Ulvik herad i 2012 brukte 32,9 % av sine samla netto driftsutgifter til pleie og omsorg. Tilsvarende tal for landsgjennomsnittet var 31,5 % og for kommunegruppa 37,4 %

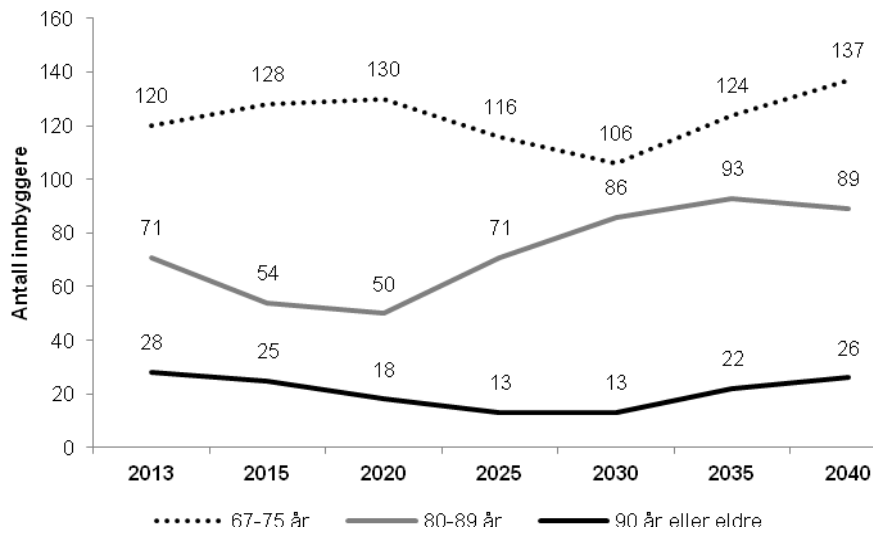
3.3 Framskriving av folketalet

Figur 3.2.4 Framskriving av det talet innbyggjarar i Ulvik herad, frå 2013 til 2040, og for innbyggjarar 20-66 år, med føresetnad middels nasjonal vekst.



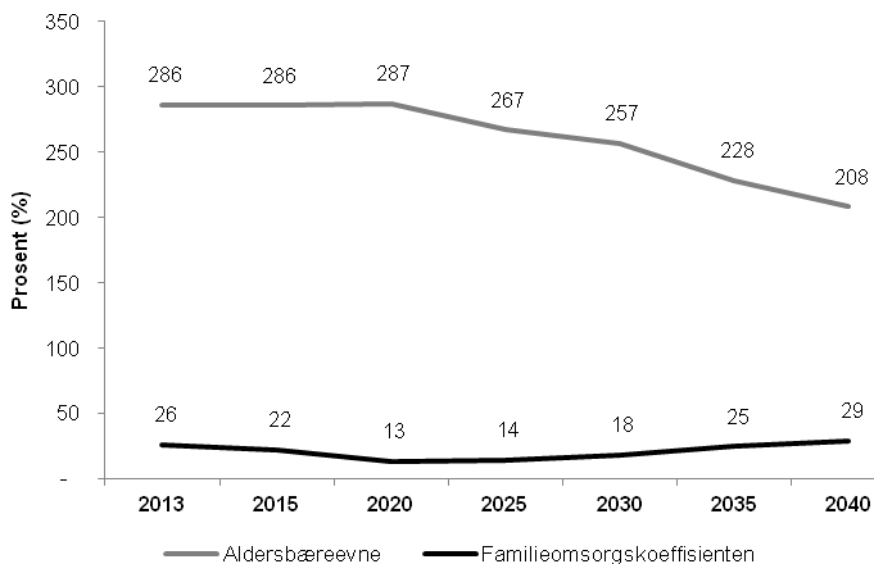
Kommentar: Dersom prognosen slår til, vil folketalet totalt sett gå ned. Prognosen for innbyggjarar 20-66 år viser same tendens, men med større prosentvis nedgang frå 2030 til 2040.

Figur 3.2.5 Framskrivning av talet på innbyggjarar i aldersgruppene 67-75 år, 80-89 år og 90 år eller eldre for Ulvik herad 2013-2040 med føreasetnad om middels nasjonal vekst



Kommentar: Prognosen for utviklinga av folketallet viser at talet på personar over 80 år vil vera det same i 2030 som det er i 2013. Fram mot 2025 vil talet på personar over 80 år og eldre ha ein reduksjon frå 99 til 84 personar, som er ein reduksjon på 15 personar.

Figur 3.2.6 Utrekning av aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient for Ulvik herad, tal vist for 5-års periodar frå 2013 til 2040, framskrive med alternativ middels nasjonal vekst



Figur 3.2.4 Utrekning av aldersberegning og familiekoeffisient for Ulvik herad, tal vist for 5- års periodar frå 2013 til 2040, framskrive med alternativ middels nasjonal vekst

	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040
16-66 år	693	683	683	665	658	636	616
67 år eller eldre	242	239	238	249	256	279	296
Aldersberegning	286	286	287	267	257	228	208
85 år eller eldre	61	54	34	37	47	59	67
50-66 år	237	244	252	259	257	240	229
Familieomsorgs- koeffisienten	26	22	13	14	18	25	29

Kommentar: Aldersberegninga viser forholdet mellom dei yrkesaktive (16-66 år) og den eldre delen av innbyggjarane (67 år og eldre). Aldersberegninga er t d av interesse for finansiering av pensjonar, velferdstilbod og helse- og omsorgstenester. Aldersberegninga tek ikkje omsyn til omfanget av personar i yrkesaktiv alder som av ulike årsaker står utanfor arbeidsmarknaden.

Familieomsorgskoeffisienten seier kor mange eldre personar (85 år og eldre) det er per 100 personar i aldersgruppa 50 – 66 år. Når ein har valt desse to aldersgruppene, er det fordi ein meiner at eldre over 85 år vil ha dei største omsorgsbehova, medan aldersgruppa 50-66 år omfattar dei eldste sine barn og desse er dermed dei næraste pårørande. Endringar i alderssamansetjinga i folket er avgjerande for kor mange familieomsorgsgivarar dei aller eldste kan støtta seg på.

3.4 Behov for plassar med heildøgns bemanning

Ulvik herad har pr mai 2013 ikkje omsorgsbustader med heildøgns bemanning og sjukeheimen stettar korkje krava til areal og utforming av pasientromma eller utforming av rom til støttefunksjonar etter dagens krav. Dei er likevel ikkje ulovlege i bruk.

Ulvik sjukeheim vart bygd i 1974. Av 21 rom har 8 av romma eigne bad. Ei utbetring med bad til alle pasientrom til dagens standard med areal og utforming vil føra til reduksjon i talet på pasientrom.

I 2013 er alle 21 plassane med heildøgns teneste, institusjonsplassar. I mai 2013 har kommunen 17 omsorgsbustader. Bustadene er bygd av og eigd av Ulvik Bustadstifting. Ulvik herad har avtale med Ulvik bustadstifting om bruk og tildeling av bustadene. Dei som har fått tildelt omsorgsbustad må søkja hjelp gjennom ordinære heimetenester på lik line med andre heimebuande. Omsorgsbustad i seg sjølv gir ikkje rettskrav på tenester. I tillegg eig kommunen 4 trygdebustader lokalisert ved sida av sjukeheimen. Som framtidig omsorgsarena bør heradet kunne tilby omsorgsbustader med heildøgns bemanning, anten med felles areal eller som bufellesskap. Kor mange av det totale talet på plassar med heildøgns bemanning som skal driftast som institusjonsplassar eller som skal driftast som omsorgsbustader, er ei vurdering som bør gjerast i samband med utgreiing av investeringsbehov og framtidig lokalisering av omsorgsarenaene. Desse to buformene har ulik betalingsordning for pasient/brukar.

Ulvik herad har god styring og bruk av sine korttids plassar. Dette syner også at det er godt samarbeid mellom institusjonstenesta og open omsorg. Ulvik herad bruker 3 plassar av 21 institusjonsplassar til korttids plassar. Dei 18 andre plassane vert brukt til langtidsopphald.

Bruken av korttids plassar og grad av tilgjengelege korttids plassar er ein nøkkelfaktor for å få god samanheng i tenestetrappa i helse og omsorg. Mangel på sirkulasjon i korttids plassane fører til

kø-danning mellom dei ulike nivåa i tenestekjeda. Mangel på korttidstilbod kan også føra til at heradet kjem seint i gang med rehabilitering. Det er ikkje talet på korttidsplassar åleine som er avgjerande, men korleis desse plassane vert brukt og at dei vert sett i samanheng med resten av det tilbodet heradet har.

Utskrivingsklare pasientar frå sjukehus i 2012 var 45 personar og Ulvik herad har teke i mot alle. Pr 13. mai 2013 er 28 pasientar melde til kommunen frå sjukehus. Når det gjeld øyeblikkeleg-hjelp-plassar, vert dei drifta i samarbeid med Voss kommune i ein vertskommunemodell f o m september 2013.

Tabell 3.4.1 viser framskriving av behovet for plassar med heildøgns bemanning med grunnlag i prognose for utviklinga av talet på innbyggjarar 80 år og eldre frå 2013 til 2040. Utrekninga er gjort for tre alternativ: Dekningsgraden som Ulvik har i dag, 22,1 % av 80+, dekningsgraden 25 % av 80+ som vart brukt i samband med sentrale føringar på 1990-talet og landsgjennomsnittet for 2012 i KOSTRA (29 % av 80+).

Tabell 3.4.1 Behov for plassar med heildøgns bemanning, dvs institusjonsplassar og omsorgsbustader med heildøgns bemanning

	2013	2020	2025	2030	2040
80+	99	68	84	99	115
Plassar 22,1 % av 80+	21	16	19	21	26
Plassar 25 % av 80+	25	17	21	25	29
Plassar 29 % av 80+	29	20	25	29	34

Ulvik herad vil fram til 2020 greia seg med 21 plassar med heildøgns bemanning etter alle tre alternativa. Med same dekningsgrad som i 2013 vil heradet ha nok plassar fram til 2025/2030. Dersom heradet skulle ha same dekningsgrad som landsgjennomsnittet, ville heradet ha bruk for 8 fleire plassar i 2013 og 13 fleire plassar i 2040, under føresetnad av at prognosen for folketalet 80 år og eldre slår til. Med 25 % av 80+ ville heradet trenge 4 fleire plassar i 2013 og 8 fleire plassar i 2040.

Når me ser framskriving av folketalet i samanheng med talet på heildøgns plassar og Ulvik herad sin praksis i bruken av korttidsplassar, inneber dette at Ulvik herad vil ha nok plassar for heildøgns teneste med 21 plassar fram til 2025. Dersom prognosen slår til, vil heradet først etter 2025 ha behov for fleire plassar med heildøgns teneste ut frå dei erfaringane som heradet har med kapasiteten i 2012. Dette kan løysast t d med døgnbemanna omsorgsbustader. Her har ein ikkje teke høgde for ei særskilt tilflytting til Ulvik av eldre personar som søker eit omsorgstilbod.

4 Målområde for tenesteutvikling

Det vert lagt vekt på *endringskompetanse* som strategi for at Ulvik herad skal klara å møte utfordringane i framtida med fleksible og målretta tenester for innbyggjarane. Dette vert nemnd spesifikt i kommuneplanen for 2009-2020:

"Ulvik herad skal yta god service og vera ein moderne, effektiv og utviklingsorientert kommune med evne til endring og vilje til utprøving av nye modellar og metodar i takt med skiftande utfordringar."

Når det gjeld folkehelseprofilen 2013 for Ulvik, viser den at heradet ligg om lag på same nivå som landet. Med omsyn til omfanget av psykiske symptom og lidningar, ligg heradet under landsnivået. I tillegg forvaltar Ulvik herad ein større erfaringsressurs, eldre over 80 år, enn elles i landet.

Dei fire målområda for tenesteutvikling innan helse og omsorg er:

- Bygningsmessige forhold - investering, nybygg, samlokalisering
- Samhandlingsreforma – kompetanse og samhandling
- Utvikling av tenestene
- Organisasjon og leing

4.1 Bygningsmessige forhold - investering, nybygg, samlokalisering

Interkommunalt legekontor – arealbehov

Med bakgrunn i eit fellesprosjekt i regi av Hardangerrådet er det planlagt interkommunalt samarbeid og ny organisering av både folkehelsearbeidet, legevakta og allmennlegetenesta. Målet er å få meir robuste tenester i herada i Hardanger og Voss kommune. Ulvik har delteke i dette arbeidet og vedteke politisk ei nyordning av legevakta. Eit arbeid er i gang med å vurdere korleis eit tett samarbeid mellom legekontora i Ulvik, Granvin og Eidfjord kan etablerast og driftast. Ein del av samarbeidet inneber også felles kommuneoverlege for dei tre herada.

Dersom basekontoret for legetenesta i Ulvik og Granvin vert lagt til Ulvik, vil det verta behov for utviding av kontorlokala. Noverande lokale i Sentrumsbygget er ueigna for slik utviding. På sikt vil det vera behov for å finna nye lokale til legekontor. Eit anna alternativ er helsesenter for både lege, helsestasjon, fysioterapi m fl.

Institusjon og omsorgsbustader – utbetring og/eller nybygg

Den største utfordringa som Ulvik herad står overfor, er spørsmålet om kva som skal gjerast med noverande sjukeheimsbygg. Sjukeheimen er bygd i 1974 og er ikkje tilpassa krava til areal og utforming av rom for tenestemottakarar ved institusjonen, korkje i dag eller for framtida. I rettleiar for omsorgsbustader og sjukeheim "Rom for trygghet og omsorg" skriv Husbanken fylgjande om generelle krav til omsorgsbustader. I teksten går det fram at dette også gjeld sjukeheimar:

«Uavhengig av boligtype og brukerguppe anbefaler Husbanken at byggene generelt skal være planlagt med tanke på bevegelsehemmede, orienterings- og miljøhemmede. De skal ha en bygningsmessig standard som gjør at de bruker lite energi til oppvarming. Omsorgsplan 2015 legger spesiell vekt på tilrettelegging for personer med demens. Samtidig må det sørges for nødvendig tilpasning til de ulike brukergruppene. Det må også tas høyde for at boligene og sykehjemmene skal være arena for omfattende tjenesteyting. Derfor er hensynet til arbeidsmiljø for eventuelt personale

viktig. For å forhindre brann skal alle bygninger plasseres i risikoklasse 6 og dessuten utstyres med boligsprinkling.

Husbanken administrerer investeringstilskotet til omsorgsbustader og sjukeheimar. Investeringstilskot frå Husbanken kan gjevast til bygging/utbetring av plass i institusjon, omsorgsbustad, fellesareal i eksisterande omsorgsbustader og døgnomsorgsplassar for øyeblikkeleg-hjelp. Når heradet skal stå som eigar, vert det gitt tilskot på:

- 30 % av godkjende anleggskostnader til omsorgsbustad med fellesareal, avgrensa oppover til 840 000,- kr pr bustad
- 40 % av godkjende anleggskostnader for plass i institusjon, m a i ordinære eller palliative einingar på sjukeheim og døgnomsorgsplassar for øyeblikkeleg-hjelp, avgrensa oppover til 1 120 000,- kr pr plass
- Inntil 40 % av godkjende anleggskostnader til fellesareal for eksisterande omsorgsbustader for å oppnå heildøgns teneste og lokale for tilbod om dagaktivitet

For 2013 vert tilskotet gitt ut frå ein anleggskostnad på maksimalt 2,8 mill kroner per sjukeheimplass eller omsorgsbustad.

Husbanken hjelper også kommunane og andre aktørar med å få god kvalitet på prosjekta.

Helse- og omsorgssenter – samlokalisering

Ved å etablere ulike tenester i eit felles helse- og omsorgssenter kan fylgjande område for moglege synergieffekt skildrast slik:

Kompetanse: Med ulike faggrupper samla kan det gjerast det lettare å arbeida tverrfagleg og å bruka kompetansen der slik kompetanse trengst, meir målretta. Tverrfagleg samarbeid aukar kvaliteten for pasientar/brukarar med samansette behov. Eit større fagmiljø aukar både kunnskapsgrunnlaget og erfaringsgrunnlaget innan aktuelle fagområde.

Fleksibilitet: Med fleire medarbeidarar i ei samlokalisert helse- og omsorgsteneste kan fleksibiliteten verta større. Gjennom samarbeid vil medarbeidarane få kjennskap til kvarandre sine arbeidsområde og -oppgåver. Dette kan opna opp for nytenking og nye arbeidsmåtar/samarbeidsformer som kan inspirera til felles problemløysing.

Koordinering: Koordinering av ulike oppgåver kan gi større høve til å styra ressursbruken både når det gjeld bruk av ressursar og utnytting av felles ressursar. Koordinering av fleire funksjonar kan gi synergieffekt med omsyn til rasjonell oppgåveløysing, og bruk av rett kompetanse på rett stad. Nybygg vil kunne føra til meir økonomisk drift, reduserte vedlikehaldsutgifter og utgifter til straum/oppvarming.

Utgreiing

Det bør gjennomførast ei vurdering av kostnader, framtidig funksjonalitet og kapasitet ved sjukeheimen med utgangspunkt i behovet for heildøgns plassar frå 2025/40. Utgreiinga bør visa konsekvensar for heile helse- og omsorgstenesta.

Vidare bør det utgreiast kostnader, funksjonalitet og kapasitet ved å samlokalisera heile helse- og omsorgstenesta i eit helsesenter på den tomta der det var planlagt eit rehabiliteringssenter. I denne utgreiinga ligg og vurdering av lokala i Sentrumbygget med tanke på framtidige behov.

Fram til 2025 vil det ikkje vere auke i talet på personar over 80 år i Ulvik. Dette gir heradet tid til å planleggja for å møte utfordringane etter 2025. Det er likevel nødvendig å erkjenne at sjukeheimen i dag ikkje svarer til dei krava som gjeld i 2013, med omsyn til areal og utforming,

Arbeidsgruppa og forankringsseminara har identifisert fylgjande utviklingsbehov:

Nybygg eller rehabilitering av sjukeheimen – samlokalisering av helsetenestene i Ulvik – sentral, god tomt til sjukeheim – helsesenter og sjukeheim i lag – trivelegare uteplass på skulen – gang- og sykkelsti – sjukeheim som stettar framtidige krav – utbygd institusjon med alle fasilitetar/"avdelingar" – avklaring institusjon – plan for gjennomgangsbustader – helse- og omsorgssenter

4.2 Samhandlingsreforma, kompetanse og samhandling

Det er høg fagleg kompetanse i Ulvik. Dette betyr at både den formelle og uformelle kompetansen dekker mange ulike område og samtidig er "spesialisert" ved at det er mange helsefagutdanna både på universitets-, høgskule- og fagarbeidarnivå i tillegg til vidareutdanningar. Dette gjeld innan både helse-, pleie- og omsorgsområdet. Arbeidsgruppa og forankringsseminara har identifisert mange deltenester som i dag anten ikkje finst eller det er behov for å utvikla vidare framover. Det er sentralt at ein slik oversikt finst i helse- og omsorgstenesta og at denne vert lagt til grunn når det skal setjast konkrete mål for arbeidet i tenesta. Det er ein føresetnad for eit herad på Ulvik sin storleik at behovet for nye tenester vert sett i samheng med prinsippa i samhandlingsreforma og at potensielle tenestesamarbeid med andre nærliggande herad vert vurdert før ei evt lokal satsing med tilhøyrande investeringar.

Samhandlingsreforma med tilhøyrande lovverk legg eit ansvar på Ulvik herad om vilje og evne til å samarbeida med spesialisthelsetenesta, i første omgang for somatisk helseteneste og i neste omgang også for psykisk helsevern- og rustenesta. Den viktigaste kompetansen som kan mobiliserast i eit herad på Ulvik sin storleik, er nettopp *samhandlings-* og *samarbeidskompetansen* – både som tankesett og som praktisk handling.

Ny interkommunal legevakt på Voss skal innførast frå januar 2014 (kl. 1600 til kl. 0800). Dette kan medføra endringar for sjukeheimen/pleie- og omsorgstenesta som ikkje vil ha lege like tilgjengeleg utanom arbeidstid som i tidlegare lokal legevakt. For å sikra sjukepleiarane råd frå lege som kjenner pasientane, dei legetenestene dei treng, er det sett i gang arbeid med klargjering av nye rutinar (t.d. rutinar ved dødsfall, lokal lege tilgjengeleg på telefon for sjukepleiarane). Akutttilbodet vert sikra gjennom ambulansetenesta og akutførstehjelpar i brannvernet i tillegg til at vaktlege på Voss skal rykkja ut til større hendingar. Kommunane i Hardanger og Voss er og i dialog med helseføretaka (Helse Bergen og Helse Fonna) for ROS-analysar med omsyn til akuttberedskapen gjennom ei arbeidsgruppe som skal konkludera før Hardangerbrua opnar i august 2013.

Arbeidsgruppa og forankringsseminara har identifisert fylgjande utviklingsbehov:

Tannhelsetenesta – aktivtør på sjukeheimen – psykiatritenesta – legevakt/ambulanseteneste – utbygging/meir satsing på heimetenester (moglegheit til å bu heime lenger og utbygging av omsorgsbustader) – differensiering av tenestene i institusjon ("fleirbrukssenger"; demens,

rehabilitering, yngre osv.)- utbygging av frivilligsentralen – besøksteneste – møteplassar for både unge og eldre saman med fokus på helse, trivsel og trening - døgnbemanna omsorgsbustader – aktivitetstilbod til dei som har falle ut av arbeidslivet – rus/psykiatri – butilbodet til psykisk utviklingshemma (ansvarsavklaringar)

4.3 Utvikling av tenestene

Arbeidsgruppa og forankringsseminara har hatt eit sterkt fokus på folkehelse- og førebyggingsperspektiv. Ein plan for utviklinga av helse- og omsorgstenesta må ha nær tilknytning til samfunnet rundt og nærmiljøet sin innverknad på det samla tenestetilbodet. Helse- og omsorgstenesta i Ulvik skal difor leggjast til rette som ein naturleg del av heradet sin samla folkehelseprofil og sjåast i samanheng med kommuneplanen sin samfunnsdel. Helse- og omsorgstenesta er underlagt dei same overordna målsetjingar og strategiar som dei andre tenestemråda i heradet og det er i seg sjølv eit særskilt behov for tenesteutvikling som nettopp tek inn over seg dette.

Når det gjeld folk si helse og livskvalitet utgjer helse og omsorgstenesta om lag 10% her.

Det ovanneemde "tilgjenge-prinsippet" (del 2.4) skal difor gjelda som verdi for utviklinga av helse- og omsorgstenesta og leggjast til grunn for utviklingsarbeidet i planperioden.

Å mobilisera kompetanse for samarbeid er i seg sjølv helsefremjande.

Arbeidsgruppa og forankringsseminara har identifisert fylgjande utviklingsbehov:

Ungdomsarbeid (møteplassar, aktivitet, samarbeid med andre offentlege institusjonar o l) – sentrumsutvikling (tilgjengelegheit, universell utforming o l) – trafikksikringsarbeid (gang- og sykkelsti) – frivillegheitsmobilisering og samarbeid med lag og organisasjonar (Haugesenteret, idrettslag/idrettshallutbygging, Hjeltnes vidaregåande skule) – førebyggjande perspektiv på rus/psykiatritenesta – aktivt samarbeid med NAV (arbeidstilbod, rettleiing ol)

4.4 Organisasjon og leiing

Utvikling er alltid eit spørsmål om leiing, og dette gjeld i høgste grad utvikling av kommunale tenester. Det er ein tett og bindande samanheng mellom organisering, administrasjon og tenesteutføring i praksis. Kommunale tenester har tradisjon for endring og omstilling og det er eit kontinuerleg behov for endringsvilje og -evne også i helse- og omsorgstenesta i Ulvik. Dette betyr at det må setjast fokus på å skapa ein så god struktur som mogeleg som vert administrert etter eit planverk som er kjent for alle aktørane og der den direkte tenesteutøvinga er føremålstenleg og ynskt av innbyggjarane i heradet.

Kompetanse i vid forstand er å utløyse åtferds- og handlingspotensiale hjå medarbeidarane.

Leiarane si evne til å mobilisera den kompetansen som finst i organisasjonen er viktig for å skapa resultat og kvalitet i helse- og omsorgstenesta.

Dokumentasjon og kvalitetssikring bør utviklast som god styringsreiskap for effektiv ressursutnytting og styring, både når det gjeld økonomi og personell.

Arbeidsgruppa og forankringsseminara har identifisert fylgjande utviklingsbehov:

Utarbeiding av kompetanseplan – rutinebeskriving/kvalitetssystem – utvikle beskriving av leiingsfunksjonane (avdelingsleiarane)

5 Tiltak og strategiar

5.1 Bygningsmessige forhold - investeringar, nybygg, samlokalisering

5.1.1 Investering i bygg - utgreiing som grunnlag for avgjerd i heradstyret

Med utgangspunkt i framskriving av folketalet og behov for plassar med heildøgns bemanning i tillegg til standard og areal for institusjon, omsorgsbustader og legekontor, skal det utgreiast eit grunnlag for avgjerd i heradstyret.

Utgreiinga må innehalda:

- Tilstandsrapport over dei aktuelle bygningane til helse og omsorgsføremål. Utgreiinga skal visa årlege driftskostnader (FDV-kostnader) og kostnad per kvm for full renovering/ombygging og tilpassing til standard i 2013.
- Utgreiing av investeringskostnad ved å byggja nytt samlokalisert helse- og omsorgssenter i Ulvik. Det skal leggjast vekt på sambruk og god utnytting av areal.
- Husbanken sin rettleiar for tilskot til investeringar til sjukeheimplassar og omsorgsbustader skal liggja til grunn for utarbeiding av dei ulike alternativa
- Utgreiinga skal vurdere konsekvensane for heradet sin økonomi og tenestekapasitet i tidsrommet 2013- 2040.
- Utgreiinga skal ta omsyn til den totale utviklinga i heradet, både når det gjeld økonomisk berekraft i heradet og utviklinga av helse- og omsorgstenesta i Ulvik og i Hardangerregionen.

Utgreiinga skal drøfta helse og omsorg si rolle og funksjon som ein utviklande og spanande arbeidsplass, som trekkjer til seg kompetanse og arbeidskraft, både til Ulvik og til Hardangerregionen.

5.1.2 Institusjonskjøkkenet ved sjukeheimen

Institusjonskjøkkenet yter i dag service til sjukeheimen og matombringinga med ernæringsrik mat. Kunnskap om ernæring og maten sin plass i helse- og omsorgstenesta er viktig kompetanse i tenesta og utviklinga av tenestene.

I Ulvik er det fleire kjøkken med profesjonelle som lagar mat. Det bør vurderast om eit samarbeid kan gi næringsutvikling i heradet og/eller Hardangerregionen.

5.2 Samhandlingsreforma, kompetanseutvikling og samhandling

Kompetanseomgrepet har i seg to perspektiv; som formell og fagspesifikk (f eks sjukepleiar, ergoterapeut o l) og som eit tankesett for handlingar (f eks evne til samarbeid, tilgjenge, o l). Utvikling av kompetanse vil alltid handla om å kombinera perspektiva og den viktigaste kompetansen ein liten kommune har, er evna til å søkja samarbeid (og vera tilgjengeleg for samarbeid) om utfordringar som ikkje kan løysast på kommunalt nivå. I Ulvik er det sentralt at alle tilsette handlar etter denne grunnleggjande haldninga. Utvikling av kompetanse handlar difor meir om å mobilisera samhandling og samarbeid enn om å kompensera akutte problemstillingar med vidareutdanning og kursing. Kompetanseutvikling i Ulvik handlar om utvikling av det å vera tilgjengeleg, fleksibilitet, samarbeidsevne – og vera medviten om status i heile helse- og omsorgstenesta for å skapa løysingsorienterte endringar og tilpassingar.

5.2.1 Medarbeiderskap og kompetanseutvikling

Leiinga i helse- og omsorgstenesta skal syta for eit utviklande medarbeiderskap og at haldninga til kompetanseutvikling fokuserer på samarbeid og samhandling som grunnleggjande tankesett og som kan konkretiserast i praktisk handling.

5.2.2 Nettverk og dialog

Det er ei leiaroppgåve å oppretthalda og utvikla nettverk og utviklande dialog med samarbeidspartane i Hardangerregionen, både med andre herad og spesialisthelsetenesta, for å leggja til rette for at Ulvik har tilgang til nødvendig fagkompetanse.

5.2.3 Ny kompetanse og mobilisering av taus kompetanse

Leiinga skal arbeida med å skaffa Ulvik den kompetansen som er nødvendig og som finst i nettverket av tilgjengelege samarbeidsinstansar; i andre herad i Hardangerregionen eller i spesialisthelsetenesta. For strategisk kompetansestyring skal det utarbeidast ein strategisk kompetanseplan for Ulvik, kanskje i samarbeid med dei andre herada i Hardangerregionen.

5.3 Utvikling av tenestene

Det generelle målet for alt arbeid i helse- og omsorgssektoren er at det skal verka helsefremjande for alle innbyggjarane i Ulvik. Dette krev god oversikt over behov for tenester for å kunne verka konkret førebyggjande i arbeidet. Kravet er at personar med sjukdom eller funksjonsnedsetjing, skal få tenester av god fagleg kvalitet. I dette ligg at Ulvik skal kunne tilby heilskaplege helse- og omsorgstenester (legeteneste, institusjonsplassar, tilpassa butilbod og meningsfulle aktivitetar) til dei innbyggjarane som har eit rettskrav på tenester.

5.3.1 Samarbeid med frivillige og andre tenester – helsefremjande samarbeid

Frivilligsentralen i Ulvik skal utviklast, både når det gjeld kapasitet og det å vera tilgjengeleg.

Helse- og omsorgstenesta skal ta initiativ til eit utvida samarbeid med skule og barnehage for å utvikla eksisterande eller utvikla nye arenaer der fleire generasjonar kan møtast. Tiltaka for dette målet kan vera informasjonsarbeid og konkrete, praktiske handlingar for at samhandling/samvær på tvers av generasjonane finn stad.

Ulvik er open for å samarbeida med NAV. NAV er ein sentral instans i alt førebyggjande og helsefremjande arbeid. Spesielt gjeld dette utvikling av arbeids- og aktivitetstilbod til utsette grupper.

Universell utforming skal sikra at bygningar og møteplassar er tilgjengelege for personar med nedsett funksjonsevne. Dette gjeld i planlegging og praktisk utforming av bygg og møteplassar, samt utvikling av lågterskeltilbod i tenesta. Alle tenester og offentlege utbetringar/tilvekst skal ha universell utforming og gjerast tilgjengelege for alle innbyggjarane uavhengig av sjukdom eller funksjonsvanskar.

5.3.2. Brukarmedverknad og organisering av tenestetilbod

Organisering av tildelte tenester som brukarstyrt personleg assistanse (BPA) der tenestemottakaren er arbeidsleiar og kvalitetssikrar for sin eigen assistanse, har gitt tenestetottakarar innhald og styring i eigen kvardag med auka livskvalitet som resultat. Helsedirektoratet utlyser ressursar til opplæring av arbeidsleiarar og assistentar i ei BPA-ordning.

Det skal utgreiast om nye omsorgstiltak etter modell av Grøn omsorg (Inn på tunet) er aktuelle for Ulvik herad. Dette kan vera gjennom kontakt med aktuelle gardsbruk eller andre friluftsansenaer for å leggja til rette for utviklande og/eller opplevingsbaserte aktivitetar for ulike brukargrupper, t d samvær med dyr for menneske med demens eller andre funksjonsvanskar.

5.4 Organisasjon og leiing

Organisasjonsutvikling og leiing heng nøye saman. Strukturering, administrering og leiing av helse- og omsorgstenesta skal utviklast og støtta opp om dei endringar og evt omstillingar som må gjennomførast i tråd med endringar i behovet for tenester. Det ligg i den grunnleggjande "tilgjengeverdien" i helse- og omsorgstenesta at leiar driv nært medarbeidarskap og har oversikt over behov og ynskje, både hjå tilsette og i befolkninga generelt. Det er sentralt at struktur og system understøttar denne verdien og at leiarane får høve til aktivt å vidareutvikla tenesta gjennom praktisk handling i samarbeid med tilsette.

Når det gjeld økonomistyring, er det særleg to faktorar som er viktig i tenesta. Den eine faktoren er terskelen for tildeling av tenester og den andre er organisering av arbeidstid (turnus).

5.4.1 Tildeling av tenester - sakshandsaming

Terskel for tildeling av tenester er viktig for økonomistyringa. Kvaliteten på tildeling av helse- og omsorgstenester skal kontinuerleg utviklast. Dette inneber at terskelen for tildeling av tenester skal definerast, og at både dei faglege og dei økonomiske kriteria vert gjennomgått og gjort gjeldande.

For god økonomistyring trengst det tenlege styringsdata. IPLOS- og KOSTRA-registrering skal utviklast og kvalitetssikrast gjennom rutinar for både tildelingspraksis, tenesteyting og avviksrapportering. Dette skal samla sett syta for betre samanheng mellom økonomiske og faglege variablar.

Organisering av arbeidstida må vurderast av omsyn til flest mogelege heile stillingar og arbeidstid tilpassa brukarbehov og tilsette sitt ansvar på andre arenaer. Tenestene treng tilsette som meistrar både jobb og privatliv.

5.4.2 Leiarutvikling

Det vert stilt store krav til leiarane i helse- og omsorgstenesta for å møte utfordringane i framtida, som tverrfagleg kompetanseheving, kommunal planleggjing og utvikling av kvalitativt gode tenester og rett ressursutnytting i verksemda. Leiarane treng kompetanse for å leia komplekse organisasjonar med krav til tverrfagleg samarbeid, medarbeidarskap og samspel mellom herad og spesialisthelsetenesta. Leiarar bør få tilbod om leiarutviklingsprogram/-kurs.

6 Underordna planar og implementering

Det generelle strategiske grunnlaget for implementering av planen skal vera *mobilisering av kompetanse*, og det skal leggjast vekt på involvering av og deltaking frå alle tilsette. Helse- og omsorgsplanen er bygd opp gjennom ei delt forståing av status og dei målområda og strategiane som kom fram under arbeidet i arbeidsgruppa og forankringsseminara. Dette samarbeidet skal dyrkast vidare i arbeidet med å implementera og konkretisera tiltak i verksemdsplanar i framtida. Målområda og strategiane i helse og omsorgsplanen skal vere grunnlaget for leiing, tenesteyting og resultat av tenesteyting. Strategiane som er nedfelt i helse- og omsorgsplanen, er i fleire samanhengar langsiktig med eit tidperspektiv fram mot 2040.

Referanseliste

- [LOV-2011-06-24-29](#) Folkehelseloven. Folkehelsearbeid (folkehelseloven) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- [LOV-2011-06-24-30](#) Helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- [LOV-2006-06-16-20](#) Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]
- [LOV-1999-07-02-63](#) Pasient- og brukerrettighetsloven – pasrl. Pasient- og brukerrettighetsloven
- [LOV-2013-06-07-29](#) Endringslov til pasient- og brukerrettighetsloven mv. Pasient- og brukerrettighetsloven mv. (styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.) (endringslov)
- [LOV-1999-02-07-64](#) Helsepersonelloven
- [St.meld. nr 47 \(2008-2009\)](#) Samhandlingsreformen
- [Meld.St.30 \(2011-2012\)](#) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
- [Meld.St. 29 \(2012-2013\)](#) Morgendagens omsorg
- [Meld.St.16 \(2011-2015\)](#) Nasjonal helse- og omsorgsplan med Demensplan 2015 og Nevroplan 2015
- [St.meld. nr 25 \(2005-2006\)](#) Mestring, muligheter og mening
- [Helsedirektoratet](#): Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013 (Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene frå Helsedirektoratet)
- [Statistisk sentralbyrå](#): Befolkningsstatistikk og KOSTRA-statistikk
- [Folkehelseinstituttet](#): Folkehelseprofiler for kommunene
- [Husbanken](#): Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem