



PLAN FOR HELSE OG OMSORG
EVJE OG HORNNES KOMMUNE
2013 – 2021

HANDLINGSPLAN FRA 2013 – 2016

Forlenget fra 2016-2018

Ad hoc-utvalg for utarbeidelse av plan for helse og omsorg
August 2013

Vedtatt i kommunestyret 26.09.13 (PS 61/13)
Planperioden utvidet til 2016-2018, adm.vedtak nov. 2016

Innhold

DEL 1 MÅL OG STRATEGIER FREM MOT 2021.....	5
DEL 2 – HANDLINGSPROGRAM FRA 2013 - 2016	7
1 Hovedutfordringer i Evje og Hornnes kommune	7
2 Brukere og pårørende sine rettigheter og plikter	8
3 Samhandling – styrke tverrfaglig internt arbeid og ekstern samhandling	9
4 Forebygging	11
5 Folkehelse.....	15
6 Ledelse.....	17
7 Kompetanse og rekruttering	18
8 Bosted og institusjon.....	19
9 Dag og aktivitetstilbud.....	20
10 Frivillighet.....	21
11 Arbeidslivsrettede tiltak	22
12 Velferdsteknologi og e-helse.....	24
DEL 3 – HANDLINGSPLAN, SKJEMATISK	26
DEL 4 – FAKTADEL OG TILLEGGSINFORMASJON	30
1 Statlige og kommunale føringer for helse og omsorgstjenestene	30
2 Organisering av tjenestene og utviklingsbilde for Evje og Hornnes kommune	35
3 Samhandling – tverrfaglig internt samarbeid og ekstern samhandling	40
4 Forebygging	42
5 Folkehelse.....	44
6 Ledelse.....	46
7 Kompetanse og rekruttering	47
8 Bosted og institusjon.....	48
9 Dag- og aktivitetstilbud	49
10 Frivillighet.....	50
11 Arbeidslivsrettede tiltak	51
12 Velferdsteknologi og e-Helse	52

Innledning, mandat og anbefaling

Innledning

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.12. Vi fikk samtidig nye lover for helse og omsorg og folkehelse og i sum medfører dette store forpliktelser og endringsbehov for kommunen. Det er økte krav til tjenestelevering, men også bestilling om god ressursutnyttelse. Samhandlingsreformen peker på utfordringer rundt koordinering av tjenester, lite fokus på å begrense og forebygge sykdom, demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet. Reformen påpeker også at politiske prioriteringer bør knyttes til helhetlige pasientbehov og ikke til delbehov som gjør seg gjeldende innenfor de ulike ansvarsområdene. Kommunen mangler et styringsdokument der politiske prioriteringer konkretiseres, satsningsområder identifiseres og tiltak foreslås. Mange av oppgavene er dessuten for krevende til at vi kan løse dem alene, og interkommunalt helsesamarbeid er nødvendig.

Kommunestyret besluttet i oktober 2012 å opprette et ad hoc-utvalg som skal lage et utkast både til en langsiktig plan og handlingsplaner i et kortere perspektiv. Kommuneplanens samfunnsdel må ligge til grunn for det arbeidet som gjøres.

Vedtak med mandat:

Kommunestyret fattet i møte 26.oktober 2012, sak 78/12 Utarbeide plan for helse og omsorg – oppnevning av ad-hoc utvalg, følgende vedtak:

Vedtak:

Det nedsettes et politisk og faglig ad-hoc utvalg bestående av 6 politiske og inntil 6 administrative representanter, samt sekretær. Kommunestyret velger de politiske representantene:

Siv Anita Bærheim(Kristelig Folkeparti)

Svein Arne Haugen(Arbeiderpartiet)

Solveig Kristine Kallhovd (Tverrpolitisk bygdaliste)

Finn Bjørn Rørvik(Høyre)

Torhild Hornnes(Senterpartiet)

Brian J. Desmond(Fremskrittspartiet)

Administrative representanter og sekretær utpekes av rådmannen. Sekretær innkaller til første møte, og utvalget konstituerer seg selv. Utvalget kan kalle inn andre deltakere etter behov. Mandat for arbeidet er:

- *utarbeide forslag til plan for helse og omsorg som beskriver dagens situasjon, peker på utfordringer og angir mål og strategier for ønsket utvikling frem mot 2021*
- *utarbeide forslag til handlingsplaner for ulike områder, inklusive plan for legetjenesten, med varighet fra 2013 – 2016 og peke på økonomiske konsekvenser*
- *ta hensyn til interkommunalt helsesamarbeid /LMT og ha et helhetlig perspektiv i planen*
- *definere «helse»-begrepet i vår kommune*
- *la folkehelseaspektet gjennomsyre hele planen*

Utvalget legger fram forslaget for rådmannen senest 1.juni 2013.

Rådmannen pekte ut følgende administrative representanter til arbeidet:

Åsulv Horverak (kommuneoverlege)

Lena Verdal Vittali (enhetsleder helse og familie)

Hallstein Kvamme Homdrum (enhetsleder pleie og omsorg)

Maryon Søyhagen (folkehelsekoordinator)

Katrine Homdrum (rådgiver helse og omsorg)
Lillian Bjorå Andersen (sekretær)

Finn Bjørn Rørvik har ledet planarbeidet. Når det gjelder mandatet, har det blitt noen endringer. På bakgrunn av rapport om økt selvforsørgelse ble det i kommunestyret den 16.11.12, besluttet at tiltak nr. 10, «Utrede etablering av SLT-modellen i samarbeid med politiet» skulle tillegges vårt mandat. I etterkant har dette vist seg som omfattende, og utredningen vil bli ivaretatt utenom planarbeidet. Administrasjonen vil utrede og komme med egen sak på dette. Det ble i kommunestyremøte den 14.12.12 vedtatt at bruk av omsorgsteknologi, samt forebyggende arbeid og foreldreveiledning knyttet til helsestasjon, også skulle med i planen. Etter utvalgets vurdering favner opprinnelig mandat allerede temaene og de er dermed ivaretatt. Mandatet hadde bestilling om å inkludere et forslag til plan for legetjenesten. Drøfting i utvalget og samarbeidsmøter med fastlegene, har resultert i en beslutning om at plan for legetjenesten utarbeides i samarbeidsutvalget. Det er fastlegenes og kommunens faste møtepunkt. Legenes bidrag inn mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten omtales imidlertid der det er relevant i denne planen.

«Helse»-begrepet

Vi er i mandatet bedt om å definere «helse»-begrepet i vår kommune. Helse kan forstås på mange måter og det finnes mange ulike definisjoner av begrepet. Våre nye lovverk definerer ikke helsebegrepet, men bruker det hyppig i forhold til hvordan kommunene skal tilstrebe helse i befolkningen. Det er av betydning at kommunens ledelse og innbyggere har en felles oppfatning av helsebegrepet. Ad hoc-utvalget har valgt å beskrive helse på følgende måte:

God helse vil si at innbyggerne opplever trygghet, mening og verdi i eget liv. De bør i størst mulig grad selv ta ansvar for å mestre utfordringene de står overfor. Det er nødvendigvis ingen motsetning mellom det å leve med sykdom, og det å kunne oppleve et godt og meningsfullt liv.

Oppbygging av planen

Det har vært avholdt 8 møter i ad-hoc utvalget. Innbyggere og fagmiljøer har fått komme med innspill, og det er også avholdt et ressursmøte med fagmiljøer som har kommet med innspill.

Planen er delt i 4 deler.

Del 1 inneholder en overordnet del med mål og strategier for ønsket utvikling frem mot 2021.

Del 2 inneholder et handlingsprogram fra 2013 – 2016.

Del 3 inneholder en skjematisk handlingsplan, med direkte kobling til tiltakene i del 2.

Del 4 inneholder en faktadel og tilleggsinformasjon.

Det er lagt opp til at fagmiljøene selv må lage arbeidsplaner for gjennom tiltak å oppnå de resultatmål som står under de forskjellige handlingsområdene. Planen skal være et styrende dokument for «hvor de skal med sine tjenester». Det er viktig at de selv sorterer oppgaver og til en viss grad beslutter hva de må gjøre mer av og hva de må gjøre mindre av, for å nå skisserte mål. Ad-hoc utvalget vurderer at det vil gi dem eierskap til og ansvar for en helhetlig utvikling i kommunen.

DEL 1 MÅL OG STRATEGIER FREM MOT 2021

Kommuneplanens samfunnsdel gjelder fra 2010 til 2021 og er denne planens overordnede dokument. Føringerne ivaretar god styring og retning også innenfor helse og omsorgstjenesten.

Folkehelseperspektivet skinner gjennom, og mål og tiltak konkretiseres i handlingsprogrammet fra 2013 til 2016. Samfunnsdelen er bygd opp med fire hovedtemaer: levekår, kultur og fritid, næringsutvikling og regionsenter Evje. Spesielt levekår og kultur og fritid er relevante i arbeidet med plan for helse og omsorg. Temaene er delt inn i status (særpreget), utfordringer og handling, og har følgende slagord: «Mangfold gir muligheter» og «Et godt og variert fritidstilbud til ALLE».

Når det gjelder levekår i Evje og Hornnes kommune, synliggjør samfunnsdelen det vi også i dag ser av fylkesmannens kommunebilde. Vi har en svak befolkningsvekst, god barnehagedekning og høye elevtall i grunnskolen. Pleie- og omsorgstjenestene er godt utbygd og gjør at vi kan tilby et tilnærmet like godt tilbud til hjemmeboende som på institusjon. Det er god kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Frivillig innsats og dugnadsånd står sterkt, og vi har et rikt organisasjons- og idrettsliv.

Det skisseres likevel utfordringer på flere områder som søkes løst i form av tre hovedgrep:

- *Tidlig innsats for å legge til rette for at alle skal føle trygghet og tilhørighet*
- *Tilrettelegging for at alle skal få hjelp til å mestre hverdagens utfordringer*
- *Frivillighet med fokus på å ta vare på det frivillige arbeidet i kommunen*

Kultur og fritid særpreges i Evje og Hornnes kommune av et sterkt fokus på barn og unge, og kommunen tilbyr en unik og moderne øvingsarena knyttet til Furuly flerbrukshus. Evje har vært arena for store arrangementer, både regionale og nasjonale. Utfordringer som er relevant for helse og omsorgsplanen er foreslått løst gjennom å legge til rette for «mangfold og kvalitet». I det ligger et mål om å tilby aktiviteter innen kultur og idrett som er tilgjengelig for alle, er helsefremmende og av høy kvalitet. Kommunen bør vektlegge arenaer som skaper aktivitet og tilhørighet, med fokus på kompetanse hos «driverne» av aktivitetene.

Samhandlingsreformen viser retning mot å hindre og begrense utvikling av sykdom. Reformen har også fokus på sosiale ulikheter i helse, og folkehelseloven stiller strenge krav til innsats rundt dette. Det er viktig at kommunen har mål som samsvarer med reformen for at vi skal lykkes. Samfunnsdelen peker på tidlig innsats som et av sine hovedgrep. Tilrettelegging for at alle skal få hjelp til å mestre vektlegges også. Samfunnsdelen tydeliggjør kommunens ansvar, og er på den måten helt i tråd med nasjonale føringer. Lavterskeltilbud vurderes som en viktig strategi med tanke på forebygging og folkehelsearbeid. Det er aktiviteter og tilbud som henvender seg til mange og lista for å delta må være lav. Miljøet rundt tilbudene bør være inkluderende og favne brede lag av befolkningen. Samfunnsdelen har under kultur og fritid fokus på dette.

Kommuneplanens samfunnsdel peker under Regionsenter Evje på viktigheten av vekst og utvikling, nettopp for å skape et regionsenter. Kommunen har mål om å jobbe aktivt for å beholde og skape flere etableringer av offentlige tjenester som kan betjene regionen. Tradisjonsrik og nyskapende næring med fokus på kompetansearbeidsplasser fremheves også som en målsetting. Kompetansebygging og rekruttering vil være viktig i årene som kommer, og det er fokus på dette i et næringsutviklingsperspektiv i kommuneplanen. Utfordringene innenfor helse og omsorgstjenestene er mange, og kompetanse må både skaffes og beholdes.

Nasjonale føringer understreker betydningen av det frivillige arbeidet som utføres i dag, men peker samtidig på at innsatsen må økes betraktelig. Det offentlige må samspille med frivillige og sette inn

tiltak for å rekruttere og beholde dem. Kommuneplanens samfunnsdel fremholder frivillighet som et av hovedgrepene innenfor temaet levekår og følger dermed nasjonale mål og strategier.

Handlingsområdene i planen vil gå i dybden på punktene nevnt over. Vi vil belyse hvordan vi innenfor tidsperioden 2013 – 2016 vil forsøke å nå skisserte mål i form av ulike tiltak. I tillegg vil planen ta for seg utfordringer knyttet til psykiske lidelser og rus blant barn og unge. Arbeidslivsrettede tiltak for den store andel arbeidsuføre som kommunen har, vil også bli omhandlet. I tillegg vil velferdsteknologi og e-helse bli behandlet som et eget handlingsområde.

Parallelt med planarbeidet i helse og omsorg har det i et ad-hoc utvalg vært arbeidet med en boligpolitisk handlingsplan. Formålet med planen er å bidra til en mer helhetlig og samkjørt boligpolitikk i fremtiden, også for det boligsosiale arbeidet. Hensikten er å få et godt styringsverktøy, og at planen skal føre til handling og utvikling. Planen ble vedtatt 27.09.13.

Det foreligger egen kommunedelplan for idrett, friluftsliv, fysisk aktivitet og folkehelse som rulleres årlig. Planen vil i noe grad overlape denne planen, men i hovedsak vurdere anlegg og fellesarenaer for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv. Denne planen vil dermed bli et supplement til plan for helse og omsorg.

DEL 2 – HANDLINGSPROGRAM FRA 2013 - 2016

1 Hovedutfordringer i Evje og Hornnes kommune

Evje og Hornnes kommune har mange av de samme utfordringer for framtidens helse og omsorgstjenester som landet for øvrig. Samhandlingsreformen gir utfyllende beskrivelser av hvilke hovedutfordringer vi har, og hvilke grep som vurderes som nødvendige. Både spesialist- og kommunehelsetjenesten må jobbe for å lykkes med helhetlige pasientforløp, ha større fokus på å begrense og forebygge sykdom, samt planlegge for endrede sykdomsbilder og demografisk utvikling. Rett type tjeneste må ytes på rett nivå, til rett tid og med tilstrekkelig kompetanse. Det krever endrede samhandlingsrutiner i den kommunale organisasjonen og mellom kommunen og andre aktører.

Endrede levekår har ført til økt levealder. Flere eldre med mer komplekse sykdomsbilder må tas hånd om i kommunene. For Evje og Hornnes kommune kommer tilveksten først etter 2020. Mange vil trenge tidsavgrensede opphold på institusjon, flere enn i dag vil trenge permanent institusjonsopphold og mange vil trenge tilrettelagt bolig. Det er utfordringer knyttet til boliger for flere brukergrupper. Fysisk inaktivitet fører blant annet til overvekt og sykdomsutvikling. Det totale nivå på hverdagsaktivitet har gått ned, og det er en utfordring å demme opp for denne utviklingen. Ytterligere nedgang i aktivitet bør forhindres og fokus på fysisk aktivitet i skolen er viktig.

Evje og Hornnes kommune har ekstra utfordringer knyttet til levekår og frafall fra arbeidslivet. Kostra-tall viser at antall sosialhjelpsmottakere er økende, og at personalressursene brukes mer til sosialhjelp enn til rådgivning. Det er utarbeidet en rapport om økt selvforsørgelse. Den konkluderer med en rekke tiltak for å bedre situasjonen, og det er i etterkant opprettet et ad hoc-utvalg for å utarbeide en boligpolitisk handlingsplan.

Kommunens folkehelseprofil viser at vi ikke skiller oss fra landet for øvrig, når det gjelder drop-out i skolen. Nasjonalt vurderes tallene likevel som høye. I forbindelse med overgang fra grunnskole til videregående skole, er det i vår kommune svært få som faller fra. Nesten alle fortsetter i videregående skole. For elever som har startet et videregående løp, er tall for drop-out mer usikre. Setesdal videregående skole, avdeling Hornnes, melder om lavt frafall. Kommunens ungdom spres derimot på videregående skoler i hele fylket, og vi har ikke tallmateriale på hvordan det går med disse.

Kommunen har utfordringer når det gjelder økning av kompetanse på flere områder. Vi trenger variert, nok og riktig type kompetanse for å løse utfordringene. Samlokalisering og kompetanseutvikling er viktig for å øke rekrutteringsmulighetene og lage robuste fagmiljøer. For å nyttiggjøre oss kompetansen best mulig, trenger vi systemer og rutiner for internt for å kunne flytte personellressurser og kompetanse. På den måten vil vi raskt kunne møte brukernes behov.

Samhandlingsreformens krav til ny kommunerolle og vår kommunes spesielle utfordringer, forutsetter endringer og er en krevende øvelse. Det økonomiske handlingsrommet fremover vil ikke bli større, og kommunen må prioritere mellom satsningsområdene. Framtidens helse- og omsorgstjenester forutsetter både ansvarliggjøring og myndiggjøring i forhold til egen helse og livssituasjon. Det gjelder blant annet ansvar for å skaffe seg et arbeid eller fritidstilbud, for å oppsøke lege om man er syk eller tilpasse/endre bolig etter funksjonsevne. Mange av diskusjonene i planprosessen har handlet om hvor grenseganger for bistand går, samt nivå på tjenestetilbud.

2 Brukere og pårørende sine rettigheter og plikter

Brukergrupper: Alle

Aktører: Alle

A: Aktuelt

Det er viktig at både brukere og pårørende er fornøyd med helse- og omsorgstjenestene de mottar fra kommunen, og at de opplever å bli godt tatt i mot av tjenesteapparatet. God informasjon om tjenestetilbud og hvilke rettigheter og plikter brukere og pårørende har, er derfor svært viktig. Stadig utvidete bruker- og pasientrettigheter utfordrer kommunen med tanke på forutsigbarhet og ressursutnyttelse. Evje og Hornnes kommune legger til grunn at innbyggerne i utgangspunktet må ta ansvar for egen helse.

B: Resultatmål

- Brukere og pårørende er godt informert om hvilke rettigheter og plikter de har i møte med helse- og omsorgstjenester som kommunen har ansvar for.
- Brukere og pårørende opplever at de blir tatt på alvor av helse- og omsorgspersonell i Evje og Hornnes kommune.
- Vi tilbyr tjenester av høy faglig kvalitet som i størst mulig grad er tilpasset den enkeltes behov, og som samtidig sørger for god ressursutnyttelse i kommunen.
- Brukere deltar og medvirker til gode og helhetlige løsninger, innenfor det nivå av tjenester som kan forventes.

C: Tiltak

1. Sørge for at korrekt og lettfattelig informasjon om brukere og pårørende sine rettigheter og plikter er tilgjengelig på internettsidene til kommunen, på servicekontoret, på institusjoner, ved omsorgsboliger og i tilknytning til andre helsetjenester.
2. Bevisstgjøre ansatte i helse- og omsorgssektoren og servicekontoret på deres viktige rolle som informasjonskilde for brukere og pårørende.
3. Sørge for at ansatte har gode kunnskaper om hvilke rettigheter og plikter som gjelder for dem som søker om, planlegger å søke om, eller som mottar helse- og omsorgstjenester fra Evje og Hornnes kommune.

D: Økonomiske konsekvenser

Innenfor eksisterende budsjettammer.

3 Samhandling – styrke tverrfaglig internt arbeid og ekstern samhandling

Brukergrupper: Alle.

Aktører: Kommunale helse- og omsorgstjenester, fengselshelsetjenesten, NAV, spesialisthelsetjenesten, fastleger, skoler og barnehager, koordinerende enhet.

A: Aktuelt

Ett av hovedmålene med Samhandlingsreformen er å koordinere tjenestene bedre, og behandlingsskjeden skal oppleves helhetlig for pasienten/brukeren. Det forutsetter at kommunen legger til rette for samarbeid for å oppnå økt tverrfaglig samarbeid internt i kommunen, mellom kommuner, med andre helseaktører, frivillige og i form av forpliktende samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Fastlegeforskriften pålegger kommunen å tilrettelegge for samarbeid, for å sikre god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. I følge forskriften skal fastlegene ha en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere. De er også tilpliktet spesifikke oppgaver i kommunehelsetjenesten, blant annet tilsynslegefunksjon i sykehjem og fengsel, veiledningsansvar for turnuslege, samt helsestasjonsarbeid.

Evje og Hornnes kommune ønsker å legge til rette for god samarbeidskultur, der fagfolk møtes på tvers av sine fagfelt med pasienten i fokus. Tverrfaglig samhandling der faggruppene samtidig satser på forebyggende tiltak har god effekt, og gruppetiltak er ressursbesparende. Lederne av alle tjenesteområder uttrykker behov for å samarbeide internt og ser på det som viktig for å lykkes.

Kommunen har signert 11 bindende avtaler med Sørlandet Sykehus HF. Avtalene regulerer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og er forpliktende for begge parter. I kjølvannet av avtalene er det opprettet mange faggrupper og utvalg på Agder, som skal jobbe med problemstillinger og rutiner med tanke på bedre samhandling og oppgavefordeling. Setesdalskommunene forsøker så langt mulig å finne regionale løsninger, for å utnytte ressursene godt. Evje og Hornnes kommune deltar i interkommunale helseprosjekter. Lokalmedisinske tjenester Setesdal (LMT) ble opprettet 01.01.13 er en viktig samhandlingsaktør for kommunen.

Ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten er det ansvarlig lege som definerer når en pasient er ferdig behandlet og dermed utskrivningsklar. Kommunen har plikt til å ta i mot pasienten og gi et forsvarlig tilbud innen avtalt tidsfrist. Brytes denne avtalen, må kommunen finansiere innleggelsen med 4505,- kroner pr. døgn (sats for 2016). Så langt har ordningen omfattet somatiske pasienter, men fra 2018 er den også skissert å gjelde for pasienter innenfor rus og psykiatri. Dersom kommunen skal lykkes med å ta i mot pasientene, vurdere dem til rett omsorgsnivå og yte forsvarlige tjenester, forutsettes betydelig grad av samarbeid mellom tjenestene i kommunen og mellom forvaltningsnivåene.

Fastlegen plikter å informere om, og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og koordinator i kommunen, dersom en pasient har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Alle kommuner har etter Helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å opprette koordinerende enhet. Den skal være kommunens kontaktpunkt i situasjoner der pasienter/brukere har behov for sammensatte tjenester. Enheten skal om nødvendig sørge for at det igangsettes arbeid med individuell plan (IP). I Evje og Hornnes kommune er ergoterapeut tillagt et overordnet ansvar for individuelle planer og også funksjonen «koordinerende enhet».

B: Resultatmål

- Vi har fokus på pasienter/brukere som trenger det mest, og tenker primært tidlig intervensjon og forebygging i kommunale tjenester.
- Vi håndterer flere, og andre pasientgrupper lokalt som følge av reformen.

- Vi har effektive og forsvarlige rutiner for gjensidig kommunikasjon og informasjonsoverføring mellom partene, både internt og eksternt.
- Pasienter/brukere opplever sammenhengende helsetjenester der koordinering blir ivaretatt.
- Pasienter/brukere med behov for kommunale helsetjenester etter utskrivning fra SSHF får forsvarlige tilbud uten forsinkelser.
- Intern samhandling er effektiv, ved at det foreligger gode arenaer og kultur for samspill mellom tjenestene.
- Vi har et tett samarbeid med Lokalmedisinske tjenester Setesdal (LMT) og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til interne samhandlingsparter.

C: Tiltak

1. Behandle søknader om helse- og omsorgstjenester i et tverrfaglig tildelingsteam og fatte vedtak i etterkant. Bruke koordinerende enhet aktivt til å formidle kontakt og utpeke koordinatorene til Individuell Plan (IP) der det er nødvendig.
2. Videreføre tverretattlig samarbeid gjennom modell for Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak (SLT).
3. Opprette nødvendige samhandlingsarenaer for tverrfaglig samarbeid.
4. Følge opp forpliktelsene i samhandlingsavtalene med Sørlandet Sykehus HF.

D: Økonomiske konsekvenser

Innenfor eksisterende budsjettammer.

4 Forebygging

Brukergrupper: Alle

Aktører: Helsestasjon og skolehelsetjenesten, barn og unge, barnehage og skole, fysioterapeut, ergoterapeut, fastlege, omsorgstjenesten, koordinerende enhet, drift og forvaltningstjenesten

A: Aktuelt

I tråd med samhandlingsformen skal ressursbruken i helse og omsorgssektoren i langt større grad rettes mot forebyggende arbeid. Det er ønskelig å hindre utvikling av sykdom der det er mulig, og begrense omfang av hjelpebehov der sykdom allerede foreligger. Dette er i et langsiktig perspektiv god samfunnsøkonomi. Samfunnet preges av «nye» sykdomsbilder, også kalt livsstilsykdommer, og befolkningsrettede gruppetiltak må suppleres med tiltak rettet mot risikogrupper. Helse og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, ved ytelse av helse og omsorgstjenester. Det skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Fastlegeforskriften peker også på fastlegens plikt til å arbeide forebyggende.

Alle som yter helse og omsorgstjenester, må med andre ord tenke forebyggende uansett hvilke pasienter/brukere de bistår. Forebyggende arbeid må imidlertid foregå langt utover disse tjenesteområdene og involvere mange av kommunens enheter (barnehage, skole, teknisk, kultur osv.). Det vil ofte være glidende overganger mellom det vi kaller forebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Styrket samarbeid mellom fagområder og forvaltningsnivåer, gode kartleggings- og arbeidsmetoder, økt koordinering og tverrfaglighet er avgjørende for å fange opp situasjoner tidlig. Noen fagpersoner vil arbeide primært med barn og unge, mens andre i all hovedsak bistår eldre pasienter/brukere. Uansett alder vil tidlig innsats være viktig. Problematisk oppvekstforhold, psykiske problemer, spillavhengighet og rus er ofte faktorer som fører til en uønsket utvikling. En utvidet samhandling mellom fagpersoner og tjenesteområder vil kunne bidra til helhetlige og gode tilbud, og forhåpentligvis også til å løse vanskelige situasjoner. Målrettet veiledning og støtte til både foreldre og barn/unge vil være viktig i forhold til å støtte opp om ønsket utvikling. Tidlig innsats handler både om innsats på et tidlig tidspunkt og innsats i det utfordringer oppstår eller avdekkes.

Riktig kosthold har stor innvirkning på helse og trivsel og kan bidra til at folk i alle aldre holder seg friske. Overvekt og fedme er en økende helseutfordring og rammer alle aldersgrupper. Familiære forhold spiller inn, og det er derfor viktig å iverksette tiltak så tidlig som mulig for hele familien. Helsestasjonen er en viktig aktør når det gjelder å gi kostholdsveiledning. Ansatte i barnehager vil parallelt kunne bidra med å utvikle gode matvaner sammen med barna. Det gjøres allerede en stor innsats på området. Eldre, både hjemmeboende og på institusjon, skal ha en tilfredsstillende ernæringsstatus og ansatte i tjenestene må være bevisst på sitt veiledningsansvar. Riktig kost og ernæring hos eldre er spesielt viktig for å unngå blant annet uttørking og forvirringstilstander. Fastlegen har også et ansvar for å fange opp risikopasienter og sørge for tiltak. Inaktivitet er nært knyttet til overvekt og fedme. Fokus på fysisk aktivitet vil foruten bedre fysisk helse, kunne ha mange bieffekter både når det gjelder vekt, trivsel og psykisk helse. Kommunens barnehager og skoler er opptatt av fysisk aktivitet, og kartlegging viser at det er gode tilbud innenfor gitte rammer.

Overgangen fra barn til voksen er en sårbar tid, og noen ungdommer sliter psykisk i denne perioden. Kommunens fagmiljøer og skoler har pekt på økende utfordringer rundt psykiske helseproblemer hos unge. Det er viktig at samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og skolen fungerer godt, slik at vanskelige situasjoner oppdages. Tidlig identifikasjon av, og målrettet innsats mot symptomer på psykiske helseproblemer hos barn og unge, kan i et langsiktig perspektiv forhindre utvikling av psykisk sykdom og økt bistandsbehov. Lavterskeltilbud og selvhjelpstiltak kan ved lettere psykiske lidelser i alle aldre, kunne forebygge en negativ utvikling. For personer med alvorlig psykisk sykdom,

vil dagtilbud som oppleves meningsfulle og gir rom for sosialt fellesskap, kunne virke forebyggende og gi økt livskvalitet.

Når det gjelder rusmiddelbruk blant barn og unge, er det viktig at kommunen fortsetter å ha fokus på holdningsskapende arbeid. Rusavhengighet har store negative konsekvenser langt utover det enkelte individ. Det er en klar sammenheng mellom foreldres holdninger til rus og ungdommens bruk av rusmidler. Forebyggende arbeid kan forhindre eller utsette bruk av alle typer rusmidler blant barn og unge. Kommunen har nylig vedtatt en interkommunal ruspolitisk handlingsplan. Tiltak i handlingsdelen er med bakgrunn i kommunens behov. Det er viktig med gode rutiner for arbeid med rus og rusavhengige personer, i alle aldersgrupper og på alle tjenestenivåer. SLT-modellen har fokus på lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak med barn og unge opptil 20 år som målgruppe.

Skole og utdanning er vesentlig for hvordan folk klarer seg, og for utvikling av kunnskap, ferdigheter og holdninger for å kunne mestre livene sine og for å kunne delta i arbeid og i fellesskap i samfunnet. Skolene arbeider med utvikling av et fysisk og psykososialt miljø som fremmer elevenes helse, trivsel, tryggleik og læring. Det er fokus på tidlig innsats og tilpassa opplæring, og for å gi elevene et godt grunnlag for videre utdanning, samt for å hindre frafall fra videregående skole (drop-out).-Godt samarbeid og samspill mellom skole og andre samarbeidsparter i form av for eksempel praksisarbeidsplasser, kan bidra til opplegg som løser eleven gjennom et løp.

Med bakgrunn i «omsorgstrappa», som bygger på BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå), ønsker Evje og Hornnes kommune å tilrettelegge for at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig. Det forutsetter en godt utbygd hjemmetjeneste som tenker forebyggende. Fysisk aktivitet og balansetrening for eldre, kan føre til færre bruddskader og dermed redusert hjelpebehov. Helsefremmende hjemmebesøk tilbys «friske eldre» på 78 år. Kommunen får mulighet til å informere og kartlegge eldre innbyggere som ennå ikke er kjent for hjelpeapparatet, men som på et senere tidspunkt kanskje vil ha behov for tjenester. Mange eldre har behov for kunnskap om helsefremmende tiltak, om helse og omsorgstjenestene, om frivilligsentralen, aktivitetssenteret, tilgang til strøsand osv. Avlastningstilbud i form av dagtilbud og/eller tidsbegrenset opphold i institusjon, kan være avgjørende for om pårørende makter krevende omsorgsoppgaver. Det er god erfaring med denne type tiltak i kommunen og en styrking av tilbudet vil være ønskelig, spesielt for personer med demens. I følge fastlegeforskriften skal fastlegen sørge for oppdaterte legemiddellister til sine pasienter, og i et forebyggende perspektiv er dette viktig. Feilmedisinering og bivirkninger er årsak til mange unødige fall og sykehusinnleggelses. Svært mange eldre mottar bistand fra hjemmetjenesten til medisinbehandling, og de er avhengig av kommunikasjon med fastlegen både for å sikre at riktige medisiner blir gitt, og for å kunne gi tilbakemelding om evt. bivirkninger.

Det er viktig at også eldre er aktive i den grad de evner det. Fysisk aktivitet, lek, humor, sosialt samvær og annen form for stimuli har god helsebringende effekt. Musikkbasert miljøbehandling og aktivitetsplan er iverksatt i institusjonsomsorgen og har til hensikt å fremme aktivitet. Tiltakene tar utgangspunkt i den enkelte, aktivitetene gjøres systematisk og de dokumenteres. På denne måten kan både helsepersonell, frivillige og pårørende bidra med for eksempel høytlesning, turgåing og musikklytting.

Samhandlingsreformen peker på demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet som en av hovedutfordringene fremover. Samfunnsøkonomisk er det viktig å unngå at personer faller utenfor arbeidslivet av helsemessige årsaker. Det er viktig at arbeidstakere kommer raskt tilbake i arbeid. Fastlegeforskriften pålegger fastlegene et stort ansvar når det gjelder oppfølging av sykmeldte. De skal bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig. Det innebærer et tett samarbeid med arbeidsgivere om hvilke tilpasningsmuligheter det enkelte arbeidssted har og forutsetter dialog.

Evje og Hornnes kommune har kontinuerlig flyktninger under oppfølging. Det er ulike behov i denne gruppen som hos alle andre innbyggere, men de fleste har ekstra utfordringer knyttet til språk og kulturforskjeller. Mange har også ekstra helseutfordringer som følge av sin flyktningstatus, som kan være av både fysisk og psykisk karakter. På bakgrunn av dårlig språk og ulike kulturer, vil det være ekstra viktig å sørge for at informasjon blir forstått, og et tett samarbeid mellom flyktningetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester vil i denne sammenheng være helt nødvendig. Flyktninger med sammensatte problemstillinger vil ofte ha behov for kontakt med flere helse- og omsorgstjenester og flyktningetjenesten vil kunne fungere som et bindeledd.

B: Resultatmål

- Generelt: Vi jobber aktivt for å forebygge og begrense sykdom i alle aldersgrupper.
- Vi identifiserer, vurderer, iverksetter tiltak overfor barn og unge med mål om å fremme ønsket utvikling. Tiltakene følges opp av de ansvarlige og kvalitetssikres i form av evaluering.
- Vi arbeider bevisst i skolehelsetjenesten med rusforebyggende tiltak, identifisering av psykiske helseproblemer og forebygging av drop-out i skolen.
- Vi fremmer god ernæringspraksis i våre tjenester og har fokus på fysisk aktivitet gjennom hele livsløpet.
- Vi legger til rette for hjelp til selvhjelp og setter tidlig inn tiltak for å avverge mer omfattende hjelpebehov, både når det gjelder somatiske og psykiske tilstander.
- Vi tilrettelegger for en aktiv alderdom og stor grad av egenomsorg, uavhengig av bosted.
- Det foregår tette samarbeid mellom tjenesteområder med mål om helhetlige tilbud og forebyggende innsats.
- Det foregår et godt samarbeid mellom fastlege, ansatt og arbeidsgiver ved oppfølging av sykmeldte.
- Det foregår et godt samarbeid mellom flyktningetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester, særlig med tanke på ekstra informasjonsbehov og opplæring.

C: Tiltak

1. Følge nasjonalt vaksinasjonsprogram for barn.
2. Sikre tverrfaglig samarbeid gjennom modell for tidlig innsats i barnehagen.
3. Videreutvikle samarbeidet med barn og unge og deres foreldre/pårørende, og gi veiledning med tanke på økt mestring for begge parter.
4. Videreutvikle gode samarbeidsarenaer mellom helsepersonell, barnehage/skole, videregående skole og kulturarbeider ungdomsklubb, og videreføre rusforebyggende tiltak, fange opp psykiske helseproblemer tidlig og forebygge drop-out i skolen.
5. Følge nasjonale retningslinjer for sunt kosthold og videreutvikle ernæringskompetansen blant ansatte både i helse- og omsorgstjenestene og i barnehager og skoler.
6. Videreutvikle lavterskeltilbud til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, med mål om økt livskvalitet og mestring.
7. Videreføre avlastningstiltak til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid.
8. Videreutvikle helsefremmende hjemmebesøk til eldre og tilby aktiviteter/dagtilbud.
9. Videreutvikle samarbeidsarenaer mellom helse- og omsorgstjenestene, også fastlegen, ved oppfølging av felles pasienter/brukere.
10. Sikre at fastlegene er godt informert om hvilke muligheter arbeidsgivere har for tilrettelegging ved spørsmål om sykmelding og legge til rette for tidlige dialog mellom fastlege og arbeidsgiver.
11. Sørge for at nødvendig informasjonsbehov til flyktninger blir ivaretatt gjennom samarbeid mellom flyktningetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester.
12. Sikre at strøsand er lett tilgjengelig.

D: Økonomiske konsekvenser
Innenfor eksisterende budsjettammer.

5 Folkehelse

Brukergrupper: Alle

Aktører: Alle

A: Aktuelt

Det er en nasjonal utfordring at bare 20 % av befolkningen tilfredsstillende anbefalingene om minimum 30 minutter fysisk aktivitet daglig. Alle barn og unge bør være i variert fysisk aktivitet i minst 60 minutter daglig, for å sikre god helse og en normal utvikling. Overvekt og fedme er et økende problem i alle aldersgrupper. For å imøtekomme disse utfordringene, må folkehelsearbeidet ha fokus på helsefremmende tiltak for alle innbyggerne i kommunen. Vi kan legge til rette for, og skape gode møteplasser for aktivitet og trivsel og dermed øke innbyggernes mulighet til å være fysisk aktive.

Det foregår i Evje og Hornnes kommune mye frivillig arbeid som bør videreføres og utvikles. Frivillige organisasjoner yter et betydelig bidrag til det helsefremmende arbeidet, spesielt rettet mot barn og unge. Kommunens idrettslag har medlemstall som utgjør ca. 1/3 av innbyggertallet, og Otrahallen er dermed en sentral møteplass for mange. I tilknytning til hallen er det lokalisert et helse- og treningssenter som appellerer til mange aldersgrupper. Spesielt unge og eldre benytter seg av tilbudet, som vurderes som et godt bidrag i det helsefremmende arbeidet. Barnehager og skoler har tilbakemeldt at de har stort fokus på fysisk aktivitet, med mål om å inkludere alle. Det vurderes som en utfordring at noen barn og unge ikke finner seg til rette i etablerte organiserte aktiviteter, og nytenkning må til. Det er et mål at flest mulig skal oppleve mening og mestring, med tanke på god helse og trivsel.

Ungdata er en levekårsundersøkelse om hvordan det er å være ung i Agder, og i den enkelte kommune i de to fylkene. Evje og Hornnes kommune har gjennomført Ungdata i ungdomsskolen og i videregående skole i Setesdal i 2012, 2014 og 2016. Undersøkelsen er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser, og dekker helheten av ungdoms liv med et bredt spekter av temaområder (foreldre og venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold). Resultat for 2016 viser at ungdommene mener at de har et godt oppvekstmiljø. De opplever å ha et godt forhold til foreldrene, de har venner de kan betro seg til og de trives på skolen. De er fornøyd med helse, og er i mindre grad plaget av ensomhet og depressivt stemningsleie. Ser vi resultatet for disse to indikatorene over tid (2012-2016), så ser vi en positiv utvikling i forhold til at andelen ungdommer som svarer at de er plaget av ensomhet og depressivt stemningsleie går ned. Ungdom opplever at foreldrene bryr seg om dem. Resultatene viser en positiv utvikling i ungdomsmiljøet, og de primærforebyggende tiltak som er satt i verk må holde fram.

Folkehelsebarometerets målinger i folkehelseprofilen siste 4 år, viser at Evje og Hornnes kommune på de fleste indikatorer ligger på linje med resten av landet. Statistikken viser at det er små variasjoner og mye er bra. Vi har noen negative utslag når det gjelder antall uføretrygdde under 45 år, andelen barn i lavinntektsfamilier, samt dødelighet grunnet lungekreft og KOLS. Vi har også en større andel enslige forsørgere, men utviklingen er positiv i forhold til at andelen minker.

I følge Folkehelseloven har kommunen ansvar for å fremme folkehelse innenfor sine ansvarsområder, samt legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Kommuneoverlegen har ansvar for miljørettet helsevern, det vil si å føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Det er i tråd med gjeldende forskrift utarbeidet et oversiktsdokument over folkehelsen i kommunen. Dokumentet holdes årlig oppdatert og

danner grunnlag for arbeidet med samfunnsdelen i kommuneplanen. Evje og Hornnes kommune har, og skal fortsatt ha folkehelse som et viktig satsningsområde.

B. Resultatmål

- Vi har stort fokus på aktivitet og lek i barnehage og i SFO.
- Elever i barne- og ungdomsskolen er i fysisk aktivitet daglig og det arrangeres jevnlig fellesaktiviteter med fokus på aktivitet.
- Barn og unge opplever trygghet, tilhørighet og trivsel i oppveksten.
- Vi tilbyr inkluderende aktiviteter der den enkelte verdsettes, med mål om egenmestring.
- Kommunen støtter opp om frivillige aktører som bidrar med helsefremmende arbeid.
- Vi har gode uteområder som fremmer fysisk aktivitet og som samtidig er sosiale møteplasser.

C: Tiltak

1. Videreføre arbeidet med, og fokus på fysisk aktivitet i barnehager, skoler og i SFO.
2. Videreutvikle trygge miljø som legger til rette for tilhørighet og trivsel for barn og unge i oppvekst.
3. Vurdere alternative aktivitetstilbud til grupper som ikke naturlig oppsøker etablerte tilbud.
4. Videreutvikle samarbeid mellom administrative enheter i kommunen og frivillige organisasjoner om aktivitets-, idretts-, og trivselstiltak for barn og unge.
5. Tilrettelegge for møteplasser og ivareta gående og syklende i samfunnsplanleggingen (se for øvrig kommunedelplan for idrett, friluftsliv, fysisk aktivitet og folkehelse for andre tiltak).

D: Økonomiske konsekvenser

Innenfor eksisterende budsjetttrammer.

Kommunedelplan for idrett, friluftsliv, fysisk aktivitet og folkehelse vil synliggjøre evt. andre kostnader.

6 Ledelse

Brukergrupper: Alle

Aktører: Ledere

A: Aktuelt

God ledelse er avgjørende for å nå målene i Samhandlingsreformen. Evje og Hornnes kommune må i planperioden utnytte eksisterende ressurser enda bedre enn det vi gjør i dag. Et strategisk grep for effektiv bruk av ressurser, er å skape robuste fagmiljø og gode fellesarenaer. Vi må jobbe tverrfaglig og ha arbeidsmetodikk, samhandlingssystemer og rutiner som bidrar til at hjelpen kommer raskt ut til pasienten/brukeren. Når det gjelder situasjoner der pasienter/brukere har et omfattende hjelpebehov, vil Evje og Hornnes kommune tilstrebe løsninger der personalressursene kan virke til beste for flere pasienter/brukere i et fellesskap.

Det er en lederoppgave å implementere rutiner og arbeidsmetodikk som medfører effektiv bruk og prioritering av de samlede tilgjengelige ressursene. Lederne må også sørge for å implementere rutiner for å avgi spesialisert kompetanse når andre tjenesteområder eller avdelinger trenger den til aktuell pasient/bruker. Det vurderes som viktig at styringslinjene i organisasjonen fungerer godt, slik at ledere og mellomledere arbeider i samme retning for gode løsninger.

B: Resultatmål

- Vi har effektiv tjenesteyting der lederne har felles forståelse av hvordan ressursene utnyttes og prioriteres best mulig.
- Vi har felles kultur i organisasjonen for samhandling og styringslinjer som fungerer.
- Vi har systemer for ressurs- og kompetanseflyt, som implementeres fortløpende.
- Vi planlegger langsiktig i forhold til pasient/bruker sine behov, med ledere som er bevisst på å jobbe tverrfaglig og på tvers av enheter og nivå.
- Vi har gode styringsdata til bruk i drift og til evaluering av de tjenester vi yter.

C: Tiltak

1. Øke lederkompetansen blant ledere og mellomledere i helse og omsorg tjenesten, i form av tilpasset lederopplæring.
2. Videreutvikle-samarbeidsrutiner og systemer for ressurs- og kompetanseflyt.
3. Videreutvikle kvalitet- og internkontrollsystem for felles rutiner på tvers av avdelinger og enheter, og sørge for at lederne implementerer systemene i organisasjonen.
4. Ha fokus på innhenting av styringsdata til bruk i planleggingsarbeid.

D: Økonomiske konsekvenser

Innenfor eksisterende budsjetttrammer.

7 Kompetanse og rekruttering

Brukergrupper:

Aktører: Ledere, fagforeninger, aktører som tilbyr utdanning

A: Aktuelt

Evje og Hornnes kommune har mye kompetanse i organisasjonen. Vi har i flere år hatt fokus på å øke kompetansen og satse på utdanning. De fleste ansatte har en fagutdanning på et eller annet nivå. Samhandlingsreformen utfordrer oss når det gjelder kompetanse. Vi må planlegge for nye kommunale oppgaver som krever mer spesialisert kompetanse, samt ha et bevisst forhold til rekruttering. Det vil være viktig at kompetansen spres på døgnet, slik at vi er godt rustet med fagfolk både dag, kveld, natt og helg. Turnusordninger må basere seg på dette prinsippet. Eldre arbeidstakere som ønsker å stå lenger i arbeidslivet, vil være en viktig ressurs fremover. Det er viktig å legge til rette for å beholde denne kompetansen.

Kartleggingen som ble foretatt i forbindelse med forarbeidet til lokalmedisinske tjenester i Setesdal, viste blant annet at kommunen trenger mer kompetanse. Vi har store utfordringer knyttet til forebygging av livsstilssykdommer og også mangelfull kompetanse når det gjelder rusarbeid. Bedre kunnskap om forebyggende arbeid og tidlig intervensjon, vil på alle områder være avgjørende for å lykkes med ønsket «venstreforskyvning». Det ble i kartleggingen vurdert som hensiktsmessig å tenke ambulante fagteam med nedslagsfelt i hele regionen. Vi vil ha behov for mange faggrupper i tiden som kommer og det vil være nødvendig med fleksibel bruk av kompetansen.

Lokalmedisinske tjenester Setesdal (LMT) ble etablert 01.01.13, med Evje og Hornnes som vertskommune. Det gir oss mulighet til utvidet samarbeid med spesialisthelsetjenesten og dermed grunnlag for kompetanseøkning. Klyngedannelse av fagfolk innenfor ulike helse og omsorgstjenester, vil kunne tiltrekke seg ytterligere kompetanse og dermed virke rekrutterende.

B: Resultatmål

- Vi har, og vi utvikler kompetansearbeidsplasser for å heve den faglige kompetansen og forenkle rekruttering.
- Ansatte har høy kompetanse og fagmiljøene legger til rette for utvikling.
- Personalressurser flyter på tvers av enheter for optimal utnyttelse av kompetansen.
- Fagfolk innenfor helse og omsorgstjenestene.

C: Tiltak

1. Videreutvikle kompetanseplaner innenfor tjenesteområdene som samsvarer med kommunens overordnede kompetanseplan.
2. Videreføre at ansatte uten utdanning kan skaffe seg formell utdanning/fagbrev.
3. Sørge for kurs og opplæring av ansatte for å kunne håndtere reformens nye krav til kommunene (KOLS, diabetes, rehabilitering, ernæring osv.).
4. Organisere internundervisning på tvers av enheter, slik at fagfolk kan dele kompetanse.
5. Sikre at kompetanse brukes der den trengs mest, ved at personalressurser flyter i organisasjonen ut fra behov.

D: Økonomiske konsekvenser

Innenfor eksisterende budsjettammer.

8 Bosted og institusjon

Brukergrupper: Brukere med behov for bolig/institusjon fra 18 år og oppover som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, eller som har særskilte hjelpe- og/eller vernetiltak

Aktører: Helse- og omsorgstjenesten, NAV

A: Aktuelt

Det er utarbeidet en boligpolitisk handlingsplan, som omfatter boligsosiale utfordringer. Planen vurderer boligbehov for brukergrupper innen NAV, boliger for flyktninger, tilpassede boliger for unge med funksjonsnedsettelse og omsorgsboliger både med og uten bemanning. Fra 2017 er kommunene forespeilet å måtte ta et større ansvar for utskrivningsklare pasienter med rus- og psykiske lidelser.

Evje og Hornnes har behov for boliger til mange brukergrupper, og det vurderes som nødvendig at boligbehovet dekkes gjennom en kombinasjon av boliger i det private og offentlige markedet. Når det gjelder institusjonsplasser vurderes det ikke til å være behov for ytterligere utbygging før etter 2021. I følge prognoser fra SSB vil antall personer med demens på landsbasis øke frem mot 2020. Det er dermed noe usikkerhet knyttet til økt omsorgsbehov, evt. institusjonsbehov, for denne gruppen.

Kommunen har som mål at innbyggerne selv tar ansvar for å tilrettelegge for bolig i egen alderdom. Noen trenger omsorgsbolig, men mange trenger en tilrettelagt bolig med praktiske løsninger for egen livssituasjon. Bred og god kompetanse i hjemmetjenesten vil bidra til at pasienter/brukere kan rehabiliteres og bo hjemme lengst mulig. Det er i tråd med begrepet «omsorgstrappa», som vi har beskrevet tidligere. Omsorg bør skje på best mulig omsorgsnivå (BEON), og ressursmessig vil institusjonsopphold være dyrest. Vi tilrettelegger boligen vår helt naturlig i andre faser av livet, og kommunen må skape en forventning om at dette også gjelder for alderdommen. For kommunen er det viktig å legge til rette for at eldre skal eie sin egen tilrettelagte bolig, både planmessig og reguleringsmessig.

For noen av gruppene gjelder det likevel at kommunen har spesielle plikter i lovverket for å medvirke til å fremskaffe boligløsninger. Det gjelder for dem som ikke selv kan ivareta sine interesser i boligmarkedet eller har særlige hjelpe- og/eller vernetiltak. For noen av disse har kommunen også et ansvar for å yte et tjenestetilbud. Samlokalisering av boliger er nødvendig for å kunne yte kvalitativt gode tjenester. Vi kan utvikle robuste og gode fagmiljø og lage spennende og varierte arbeidsplasser. Med gode kompetansearbeidsplasser vil kvaliteten på tilbudene til brukerne øke og dessuten tar kommunen ansvar for god ressursutnyttelse.

B: Resultatmål

- Vi har samlokalisert boliger for personer som har særlige hjelpe- og/eller vernetiltak for god ressursutnyttelse, både med tanke på kompetanse og fleksibel bruk av personell.
- Vi har tilstrekkelig antall omsorgsboliger, også heldøgnsbemannede boliger, i forhold til reelt behov.
- Vi har tilstrekkelig antall institusjonsplasser i forhold til reelt behov.
- Vi har tilrettelagt for at flest mulig bor hjemme lengst mulig.

C: Tiltak

1. Utarbeide boligpolitisk handlingsplan – se denne for aktuelle tiltak

D: Økonomiske konsekvenser

1. Boligpolitisk handlingsplan vil synliggjøre evt. kostnader.

9 Dag og aktivitetstilbud

Brukergrupper: Eldre, personer med demens, personer med funksjonsnedsettelse, personer med nevrologiske lidelser, rus og psykiatri

Aktører: Helse og omsorgstjenesten, NAV, fastleger

A: Aktuelt

Kommunen har i dag flere ulike typer dagtilbud både til eldre, for personer med psykiske lidelser og/eller rus og fysisk og psykisk utviklingshemmede. Aktivitetene tilbys i ulike lokaler. For å opprettholde disse tilbudene vil det være nødvendig å se på flerbruk av lokaler. Dagtilbudene kan tilpasses de ulike brukergruppens behov, for på den måten å utnytte lokalene best mulig.

Dagtilbud for eldre er lokalisert til aktivitetssenteret ved Evjeheimen og er et lavterskeltilbud. Brukerne kommer stort sett fra Evjeheimen og omsorgsboligene, og kommunen tilbyr transporttjeneste. Det er ønskelig med et mer aktivt tilbud som kan favne flere. Kafeteriaen ved Evjeheimen er åpen alle dager og tilbyr matservering for beboere og besøkende. Dette tilbudet har utviklet seg til å bli en naturlig møteplass.

Dagtilbud for personer med demens er lokalisert til Hornnesheimen og det fattes vedtak om tildeling av opphold. Kommunen tilbyr transporttjeneste og henter brukere både fra egne hjem og fra Evjeheimen. Det har vært en gradvis økning i etterspørsel etter hvert som tilbudet er blitt kjent, blant annet gjennom demensteamet, og det vil være behov for et utvidet tilbud.

Dagtilbud for personer med psykiske lidelser og/eller rus er nå lokalisert til Soltun. Målet med tilbudet er å tilby møteplasser og sosial trening, og samtidig få anledning til observasjon og forebygging. Brukerne er ideelt sett aktive deltakere som føler eierskap til dagtilbudet.

Dagtilbud for psykisk og fysisk utviklingshemmede tilbys i dag ved Setpro a/s. Kommunen har en person ansatt i 80 % stilling for å drive tilbudet, som ytes til de svakeste (VTA) og til brukere med behov for personbistand.

B: Resultatmål

- Vi har tilrettelagte dagtilbud med vekt på sosialt fellesskap og aktivisering.
- Vi benytter samme dagsenter til flere brukergrupper og sørger på den måten for god ressursutnyttelse.
- Vi har både fellesområder og avskjermede områder til bruk for dagsenter.

C: Tiltak

1. Videreføre og -utvikle dagtilbud for personer med demens ved Hornnesheimen.
2. Videreføre og - utvikle dagtilbud til ulike brukergrupper i tilknytning til Evjeheimen.
3. Videreutvikle dagtilbud ved Setpro.

D: Økonomiske konsekvenser

Innenfor eksisterende budsjettammer

10 Frivillighet

Brukergrupper: Alle

Aktører: Kommunens ulike enheter i samspill med frivilligsentral, idrettslag, organisasjoner, innbyggere med flere

A: Aktuelt

Frivillig arbeid er en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv og en forutsetning for å beholde gode helse- og omsorgstjenester fremover. Familieomsorgen omtales som den usynlige omsorgen, men vil ha avgjørende betydning i møte med fremtidens utfordringer. Kommunene må spille på lag med det sivile samfunn. Utvalget for rapporten «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11) omtaler dette arbeidet som «den andre samhandlingsreformen». Det handler om å mobilisere ressurser og sette samspillet med familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i sentrum for oppmerksomheten.

Evje og Hornnes kommune peker i kommuneplanens samfunnsdel på at vi skal ta vare på og styrke det frivillige arbeidet ved å synliggjøre og verdsette det. Vi har et rikt organisasjonsliv og frivillighet og dugnadsånd står sterkt i kommunen. Idrettslaget har svært høye medlemstall og vi har mange organisasjoner som tilbyr ulike aktiviteter. Kommunen har også en frivilligsentral, som viser både vilje og mulighet til å spille mer med de offentlige tjenester. De meddeler at det er en stor interesse fra både ungdom, voksne og pensjonister som ønsker å bidra med ulike oppdrag.

God organisering og planlegging er viktig for å utløse frivillighet. Samhandlingsreformen understreker kommunenes rolle i forebyggende arbeid. Brukere skal mestre sin livssituasjon, og kreativt og fruktbart samarbeid med frivillige organisasjoner vil kunne bidra til realisering av de helsepolitiske målene.

B: Resultatmål

- Det er godt samspill mellom det offentlige tjenesteapparat og sivilsamfunnet.
- Frivillig arbeid er godt synlig og verdsatt i Evje og Hornnes kommune.
- Innbyggere som ønsker å bidra med frivilligarbeid blir inkludert og tatt vare på.
- Frivillige og kommunen samarbeider om folkehelseiltak for innbyggere i alle aldre.

C: Tiltak:

1. Involvere frivilligsentralen og andre frivillige i større grad ved utforming av ulike tilbud, for eksempel til deltakelse i kommunale oppgaver/tjenester som ikke er lovpålagt.
2. Samspille med pårørende i utforming av helhetlige hjelpetilbud og sørge for nødvendig opplæring/veiledning til å kunne bidra.
3. Støtte opp om og inngå avtaler med organisasjoner/enkeltpersoner, slik at det frivillige arbeidet blomstrer og sikrer deltakelse og kontinuitet.

D: Økonomiske konsekvenser:

Innenfor eksisterende budsjettammer.

11 Arbeidslivsrettede tiltak

Brukergrupper: Dette tilbudet omhandler brukere som ikke passer inn i de ordinære tjenestetilbudene/tiltakene, blant annet ungdom som av ulike årsaker ikke mestrer overgangen til et selvstendig og økonomisk uavhengig liv, unge med funksjonsnedsettelse og flyktninger.

Aktører: Lærere, Nav, flyktingtjeneste, spesialpedagogressurser, barnevern, PPT, fastleger, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, psykisk helse og rus, 2.linjetjenesten (BUP m.fl.), arbeidsliv, arbeidsmarkedsbedrifter.

A: Aktuelt

Liten eller ingen tilknytning til arbeidslivet er med på å forsterke andre problemer, det være seg økonomiske, sosiale og/eller helsemessige problemer. Når nevnte problemer så vokser seg store nok, kan veien tilbake til stabil tilknytning til arbeidslivet bli lang og krevende. Det blir en ond sirkel og til slutt er det vanskelig å si hva som oppstod først; om brukeren er uten jobb på grunn av ulike problemer, eller om problemene er et resultat av å være uten jobb.

Det er nasjonalt og lokalt fokus på ungdom som ikke mestrer overgangen til et selvstendig og økonomisk selvhjulpent liv. Frafallet kan vise seg allerede i ungdomsskolen, det blir forsterka gjennom videregående skole, og flere makter ikke stå i arbeid eller tiltak etter skolealder. Ungdom i risikosona har gjerne stort fravær i ungdomsskolen, sosiale problemer som kontaktvansker, uro, tilbaketrekking og lave skolefaglige prestasjoner. Frafallet bidrar til sosial ulikhet og helseforskjeller. Vi ser et stigende antall unge stønadsmottakere og uføre enn i landet forøvrig.

Videre ser vi også utfordringer blant flyktninger i kommunen. Flyktingtjenesten arbeider for at både ungdommer og voksne i løpet av de første 5 årene de er bosatt i kommunen skal klare å forsørge seg selv. Dette gjøres gjennom helårlige heldags introduksjonsprogram i 2-3 år for gruppa i alderen 18-55 år etterfulgt av tilbud om skole, praksis eller jobb. Ved overgangen fra introduksjonsprogram til arbeidsliv, har flyktingtjenesten tett samarbeid med NAV for de som har behov for arbeidstrening eller kvalifisering. Det er likevel et behov for flere arbeidsrettede tiltak og en mer variert tiltaksmeny som er tilrettelagt for mennesker fra andre kulturer og annen språkbakgrunn enn norsk, både i og etter introduksjonsprogrammet. Vi ser at det kreves tettere oppfølging av fremmedspråklige i overgangen til arbeid enn mange arbeidsrettede tiltak er beregnet for, og det trengs en forståelse og tålmodighet for kulturelle og språklige forskjeller.

Det er behov for ulike tiltak til ulike grupper, også til de som har betydelige hjelpebehov og som ikke passer inn i eksisterende tilbud og tiltaksstruktur. «Grønn omsorg», dvs. aktivitet og arbeid på gård tilpasset den enkeltes behov, kan være en mulighet. Det er individuelle tiltak som evt. må utformes i samarbeid med NAV. Det er i tillegg behov for flere arbeidstiltaksplasser.

B: Resultatmål

- Enhetene i kommunen samarbeider på tvers for helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.
- Helse- og omsorgstjenestene mobiliserer det fulle potensial i alle aldersgrupper for å sikre at de i arbeidsfør alder er arbeidsføre, og at eldre er funksjonsfriske lengst mulig.
- All ungdom, alle flyktninger og andre med særskilte behov har et tilbud å gå til, enten det er skole, arbeid eller arbeidslivrettet aktivitet.
- Tiltakene bidrar til mestring og et selvstendig liv.
- Tiltakene er differensierte og fleksible. Oppfølging, samhandling og koordinering fungerer godt.

- Kommunen har flere aktører som prioriterer oppfølging av ungdom, flyktninger og andre grupper med behov, for eksempel ved at aktører inngår et samarbeid med organisasjoner, frivillige, arbeidsliv og tiltaksyttere.
-

C: Tiltak

1. Behovet for etablering av et lavterskeltilbud, evt. gruppetilbud, til brukere som ikke passer inn i allerede eksisterende arbeidslivsrettede tiltak eller aktivitetstilbud er vurdert og tiltak iverksatt. Prosjektet «Aktiv i Evje og Hornnes kommune» startet opp i 2014 og det er bevilget midler frem til sommeren 2017. Prosjektet har gitt resultater og en videreføring **og videreutvikling** er ønskelig.
2. Opprettholde og videreutvikle allerede eksisterende samarbeid med Setpro.

D: Økonomiske konsekvenser

1. Det er avsatt prosjektmidler til drift av Aktiv Evje og Hornnes ut juli 2017. Det jobbes nå for en videreføring, hvor man ønsker en fast drift av tiltaket fra august 2017. Dette er fremmet i budsjettforslaget fra administrasjonen i Evje og Hornnes kommune.
2. Innenfor eksisterende budsjetttrammer.

12 Velferdsteknologi og e-helse

Brukergrupper: Alle

Aktører: Ansatte i helse og omsorgssektoren, IKT ansatte, systemansvarlige

A: Aktuelt

Helsedirektoratet beskriver at det overordnede målet for bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren er å understøtte de helsefaglige arbeidsprosessene. Gode tjenester i hele pasientforløpet skal sikres. I samhandlingsreformen omtales elektronisk kommunikasjon som den «normale» måten å kommunisere på og skal erstatte dokumentasjon i papirversjon. Det innebærer at all dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk mellom tjenesteytere. Der det er mulighet for elektronisk kommunikasjon mellom tjenesteytere og pasienter/brukere skal denne formen brukes. Tjenesteytere skal ha tilgang på dokumentasjon i elektronisk form, det skal kunne sendes elektroniske meldinger i helse og omsorgssektoren og det skal tilbys brukervennlige nett-tjenester til pasienter/brukere.

I skjæringspunktet mellom færre arbeidsplasser og flere hjelpetrequende, blir velferdsteknologi et virkemiddel for personer som trenger hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det gjelder spesielt for eldre, personer med kroniske lidelser og personer med ulik grad av funksjonsnedsettelse. Hensikten med teknologiske virkemidler er å understøtte og forsterke brukernes trygghet, bidra til økt egenmestring, medbestemmelse og livskvalitet. Velferdsteknologi omfatter mange former for teknologi, som kroppssensorer, overvåkningssensorer, smarthusteknologi, robotteknologi og kommunikasjonsteknologi. Utvidet bruk av telemedisin og interaktive løsninger i pasientoppfølging, vil kunne virke tids- og transportbesparende både for behandlere og pasienter/brukere.

Evje og Hornnes kommune betjenes i dag av Setesdal IKT, som er interkommunalt drevet. Det er et nært samspill mellom IKT-ansatte og tjenesteytere. Lokalmedisinske tjenester Setesdal er plassert i Evje og Hornnes kommune og systemansvarlig for IKT helse og omsorg sørger for igangsetting og implementering av gode fellesløsninger i regionen. I sum har kommunen dermed gode muligheter for målrettet arbeid både med tanke på å nyttiggjøre seg velferdsteknologiske muligheter og å utvikle e-helse.

B: Resultatmål

- Velferdsteknologiske løsninger brukes i pasientoppfølgingen og blir vurdert brukt i det helhetlige pasientforløpet.
- Velferdsteknologiske løsninger blir vurdert ved bygging av nye boliger innenfor helse og omsorgssektoren.
- Dokumentasjon og informasjonsutveksling foregår elektronisk mellom tjenesteytere og der det er mulig, mellom tjenesteytere og pasienter/brukere.
- Elektroniske verktøy brukes i pasientoppfølgingen.
- IKT og internettbaserte løsninger brukes i kompetanseutvikling og -utveksling, og i opplæring.

C: Tiltak

1. Vurdere nytteeffekt av teknologi i pasientsituasjoner der det er hensiktsmessig (sensorer/interaktiv oppfølging m.m.).
2. Vurdere smarthusteknologi ved nybygging/ombygging i omsorgsboliger, samt informere pasienter/brukere om muligheter i eget hus.
3. Videreutvikle bruk av elektronisk meldingsutveksling både internt i kommunehelsetjenesten og med eksterne parter.

4. Videreutvikle løsninger som tilrettelegger for elektronisk kommunikasjon fra pasienter/brukere (henvendelser, søknader, timebestilling m.m.).
5. Bruke IKT og internettbaserte løsninger aktivt i opplæringsøyemed og i møtevirksomhet, både internt, regionalt og med eksterne aktører.

D: Økonomiske konsekvenser

Innenfor eksisterende budsjettammer.

DEL 3 – HANDLINGSPLAN, SKJEMATISK

Det er lagt opp til at fagmiljøene selv må lage arbeidsplaner for gjennom tiltak å oppnå de resultatmål som står under de forskjellige handlingsområdene. Planen skal være et styrende dokument for «hvor de skal med sine tjenester». Det er viktig at de selv sorterer oppgaver og til en viss grad beslutter hva de må gjøre mer av og hva de må gjøre mindre av, for å nå skisserte mål. Ad hoc-utvalget vurderer at det vil gi dem eierskap til og ansvar for en helhetlig utvikling i kommunen.

Noen av tiltakene er gjennomført og det er da bemerket i tabellen under.

De fleste tiltakene er imidlertid løpende tiltak som det jobbes med kontinuerlig og det er derfor ikke fastsatt tidsfrist.

	Område / tiltak	Tidsfrist	Ansvarlig
2	Brukere og pårørende sine rettigheter og plikter		
2.1	Sørge for at korrekt og lettfattelig informasjon om brukere og pårørende sine rettigheter og plikter er tilgjengelig på internettsidene til kommunen, på servicekontoret, på institusjoner, ved omsorgsboliger og i tilknytning til andre helsetjenester.	Vår 2014 Gj.ført	Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
2.2	Bevisstgjøre ansatte i helse- og omsorgssektoren og servicekontoret på deres viktige rolle som informasjonskilde for brukere og pårørende.	Vår 2014 Gj.ført	Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
2.3	Sørge for at ansatte har gode kunnskaper om hvilke rettigheter og plikter som gjelder for dem som søker om, planlegger å søke om, eller som mottar helse- og omsorgstjenester fra Evje og Hornnes kommune	Vår 2014 Gj.ført	Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
3	Samarbeid – tverrfaglig internt samarbeid og ekstern samhandling		
3.1	Behandle søknader om helse- og omsorgstjenester i et tverrfaglig tildelingsteam og fatte vedtak i etterkant.	Høst 2013 Gj.ført	Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
3.2	Bruke koordinerende enhet aktivt til å formidle kontakt og utpeke koordinatorene til Individuell Plan (IP) der det er nødvendig.		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere (Alle melde saker)
3.3	Videreføre tverretatlig samarbeid gjennom modell for Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak (SLT)		Fagleder helsestasjon
3.4	Opprette nødvendige samhandlingsarenaer for tverrfaglig samarbeid.		Involverte enhetsledere
3.5	Følge opp forpliktelsene i samhandlingsavtalene med Sørlandet Sykehus HF.		Rådmann
4	Forebygging		
4.1	Følge nasjonalt vaksinasjonsprogram for barn.		Fagleder helsestasjon
4.2	Sikre tverrfaglig samarbeid gjennom modell for tidlig innsats i barnehagen.		

4.3	Videreutvikle samarbeidet med barn og unge og deres foreldre/pårørende, og gi veiledning med tanke på økt mestring for begge parter.		Fagleder helsestasjon
4.4	Videreutvikle gode samarbeidsarenaer mellom helsepersonell, barnehage/skole, videregående skole og kulturarbeider ungdomsklubb, og videreføre rusforebyggende tiltak, fange opp psykiske helseproblemer tidlig og forebygge drop-out i skolen.		Involverte enhetsledere avdelings- og fagledere
4.5	Følge nasjonale retningslinjer for sunt kosthold og videreutvikle ernæringskompetansen blant ansatte både i helse- og omsorgstjenestene og i barnehager og skoler.		Involverte enhetsledere Avdelings- og fagledere
4.6	Videreutvikle lavterskeltilbud til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, med mål om økt livskvalitet og mestring.		Enhetsleder HF Fagleder psykisk helse/rus
4.7	Videreføre avlastningstiltak til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid.		Enhetsledere PLO, HF
4.8	Videreutvikle helsefremmende hjemmebesøk til eldre og tilby aktiviteter/dagtilbud.	Høst 2014 Gj.ført	Enhetsleder PLO
4.9	Videreutvikle samarbeidsarenaer mellom helse- og omsorgstjenestene, også fastlegen, ved oppfølging av felles pasienter/brukere.		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
4.10	Sikre at fastlegene er godt informert om hvilke muligheter arbeidsgivere har for tilrettelegging ved spørsmål om sykmelding og legge til rette for tidlig dialog mellom fastlege og arbeidsgiver.		Fastleger Enhetsledere PLO, HF
4.11	Sørge for at nødvendig informasjonsbehov til flyktninger blir ivaretatt gjennom samarbeid mellom flyktningetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester.		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
4.12	Sikre at strøsand er lett tilgjengelig.	Høst 2013 Gj.ført	Enhetsleder drift og forvaltning
5	Folkehelse		
5.1	Videreføre arbeidet med, og fokus på fysisk aktivitet i barnehager, skoler og i SFO.		Involverte enhetsledere
5.2	Videreutvikle trygge miljø som legger til rette for tilhørighet og trivsel for barn og unge i oppvekst.		Involverte enhetsledere
5.3	Vurdere alternative aktivitetstilbud til grupper som ikke naturlig oppsøker etablerte tilbud.		Involverte enhetsledere
5.4	Videreutvikle samarbeid mellom administrative enheter i kommunen og frivillige organisasjoner om aktivitets-, idretts-, og trivselstiltak for barn og unge.		Involverte enhetsledere
5.5	Tilrettelegge for møteplasser og ivareta gående og syklende i samfunnsplanleggingen (se for øvrig kommunedelplan for idrett, friluftsliv, fysisk aktivitet og folkehelse for andre tiltak).		Ansvar fordelt i annen kommunedelplan
6	Ledelse		
6.1	Øke lederkompetansen blant ledere og mellomledere i helse- og omsorgstjenesten i form av tilpasset lederopplæring.	Høst 2013 Gj.ført	Enhetsledere PLO, HF
6.2	Videreutvikle samarbeidsrutiner og systemer for ressurs- og kompetanseflyt.	Vår 2014 Gj.ført	Enhetsledere PLO, HF
6.3	Videreutvikle kvalitet- og internkontrollsystem for felles rutiner på tvers av avdelinger og enheter, og sørge for at lederne implementerer systemene i organisasjonen.		Enhetsledere

6.4	Ha fokus på innhenting av styringsdata til bruk i planleggingsarbeid.		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
7 Kompetanse og rekruttering			
7.1	Videreføre kompetanseplaner innenfor tjenesteområdene som samsvarer med kommunens overordnede kompetanseplan.		Enhetsledere PLO, HF
7.2	Videreføre at ansatte uten utdanning kan skaffe seg formell utdanning/fagbrev.		Enhetsledere PLO, HF
7.3	Sørge for kurs og opplæring av ansatte for å kunne håndtere reformens nye krav til kommunene (KOLS, diabetes, rehabilitering, ernæring osv.).		Enhetsledere PLO, HF
7.4	Organisere internundervisning på tvers av enheter, slik at fagfolk kan dele kompetanse.		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
7.5	Sikre at kompetanse brukes der den trengs mest, ved at personalressurser flyter i organisasjonen ut fra behov.		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
8 Bosted og institusjon			
8.1	Utarbeide boligpolitisk handlingsplan – se denne for aktuelle tiltak		Ansvar fordelt i egen plan
9 Dag og aktivitetstilbud			
9.1	Videreføre og -utvikle dagtilbud for personer med demens ved Hornnesheimen.		Enhetsleder PLO Avdelingsleder HH
9.2	Videreføre og - utvikle dagtilbud til ulike brukergrupper i tilknytning til Evjeheimen.		Enhetsleder PLO, HF Avdelings- og fagledere
9.3	Videreutvikle dagtilbud ved Setpro.		Enhetsleder HF Fagleder habilitering
10 Frivillighet			
10.1	Involvere frivilligsentralen og andre frivillige i større grad ved utforming av ulike tilbud, for eksempel til deltakelse i kommunale oppgaver/tjenester som ikke er lovpålagt.		Involverte enhetsledere Folkehelsekoordinator
10.2	Samspille med pårørende i utforming av helhetlige hjelpetilbud og sørge for nødvendig opplæring/veiledning til å kunne bidra.		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
10.3	Støtte opp om og inngå avtaler med organisasjoner/ enkeltpersoner, slik at det frivillige arbeidet blomstrer og sikrer deltakelse og kontinuitet.		Enhetsledere
11 Arbeidslivsrettede tiltak			
11.1	Behovet for etablering av et lavterskeltilbud, evt. gruppetilbud, til brukere som ikke passer inn i allerede eksisterende arbeidslivsrettede tiltak eller aktivitetstilbud er vurdert og tiltak iverksatt. Prosjektet «Aktiv i Evje og Hornnes kommune» startet opp i 2014 og det er bevilget midler frem til sommeren 2017. Prosjektet har gitt resultater og en videreføring og videreutvikling er ønskelig.	Høst 2013 Gj.ført	Enhetsleder NAV Enhetsleder HF Fagleder flyktning
11.2	Opprettholde og videreutvikle allerede eksisterende samarbeid med Setpro.		Enhetsleder HF Fagleder habilitering
12 Velferdsteknologi og e-helse			

12.1	Vurdere nytteeffekt av teknologi i pasientsituasjoner der det er hensiktsmessig (sensorer/interaktiv oppfølging m.m.).		Enhetsledere PLO, HF Avdelings- og fagledere
12.2	Vurdere smarthusteknologi ved nybygging/ombygging i omsorgsboliger, samt informere pasienter/brukere om muligheter i eget hus.		Involverte enhetsledere
12.3	Videreutvikle bruk av elektronisk meldingsutveksling både internt i kommunehelsetjenesten og med eksterne parter.		Enhetsledere PLO, HF
12.4	Videreutvikle løsninger som tilrettelegger for elektronisk kommunikasjon fra pasienter/brukere (henvendelser, søknader, timebestilling m.m.).		Enhetsledere PLO, HF
12.5	Bruke IKT og internettbaserte løsninger aktivt i opplæringsøyemed og i møtevirksomhet, både internt, regionalt og med eksterne aktører		Involverte enhetsledere

DEL 4 – FAKTADEL OG TILLEGGSINFORMASJON

1 Statlige og kommunale føringer for helse og omsorgstjenestene

Nasjonale føringer og lovverk er lagt til grunn i planarbeidet. I tillegg har vi kommuneplanens samfunnsdel som gir klare føringer for lokale prioriteringer. Kommunens plikt til å yte helse- og omsorgstjenester er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven og lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), som erstatter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Loven trådte i kraft 01.01.12 samtidig med ny Folkehelselov. De nye lovene er en oppfølging av St. melding 47, Samhandlingsreformen, som også trådte i kraft 01.01.12. Reformen og de nye lovene medfører store forpliktelser og endringsbehov for kommunen. Det er økte krav til tjenestelevering, men også bestilling om god ressursutnyttelse.

St. melding 47 - Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen peker på utfordringer knyttet til koordinering av tjenester, for lite fokus på å begrense og forebygge sykdom og den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet. Hovedutfordringene har med andre ord både et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av å skape en bærekraftig utvikling, der en god helse- og omsorgstjeneste skal gjøres bedre. Lik tilgang til gode og likeverdige helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsstaten. Det skisseres fem hovedgrep som løsning på nevnte hovedutfordringer:

1. Klarere pasientrolle – helhetlige pasientforløp og «ansvar for egen helse».
2. Ny fremtidig kommunerolle – forebygge mer / tidlig innsats og oppfølging med fokus på helhetlige pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå (BEON), samt større grad av tverrfaglig samarbeid.
3. Etablering av økonomiske incentiver – kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter.
4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse – riktig oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer – tilstrebe et koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene med mål om helhetlige pasientforløp.

I tillegg fremheves utvikling av IKT-systemer og utvikling av forsknings-, utdannings- og personalpolitikk som viktig supplement for å nå målene i reformen.

Samhandlingsreformen er en retningsreform og er tenkt gjennomført ved hjelp av nye lover for helse- og omsorgstjenester og folkehelse. Ny fastleggeforskrift understreker legenes rolle i arbeidet med helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene. Fastlegene skal ha en aktiv rolle både når det gjelder forebyggende tiltak og koordinering av tjenester. På bakgrunn av sin henvisningsmyndighet, har de også en viktig «portnerfunksjon» for å regulere bruken av spesialisthelsetjenester. Reformen understreker at politiske prioriteringer bør knyttes til helhetlige pasientbehov, og ikke til delbehov som gjør seg gjeldende innenfor de ulike ansvarsområdene. Mange av oppgavene er krevende å løse alene og kommunene oppfordres til å vurdere interkommunale helsesamarbeid. Kommunene har blant annet krav på seg om å kunne tilby kommunal øyeblikkelig hjelp i form av døgntilbud innen 01.01.16. Det ligger også nasjonale føringer om styrking av kommunale tilbud innen rus og psykiatri.

St. meld 16 – Nasjonal helse og omsorgsplan (2011 – 2015)

Nasjonal helse- og omsorgsplan legger den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet frem mot 2015. Utgangspunktet for planverket er at det regnes som et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helsetjenester til hele befolkningen. Målet er en reduksjon i sosiale helseforskjeller og flest mulig gode leveår for alle. Gode helsetjenester skal bli bedre og oppleves som effektive, trygge og tilgjengelige for befolkningen. Kommunen og lokalmiljøet ansees som den viktigste arenaen for folkehelsearbeid og regjeringen vektlegger tverrsektorielt samarbeid i kommunen, samt samarbeid på tvers regionalt og nasjonalt, for å lykkes.

Nasjonal plan for helse og omsorg samspiller nært med Samhandlingsreformen. Alle innbyggere skal sikres et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. En aktiv folkehelsepolitikk og en trygg og moderne helse- og omsorgstjeneste skal danne grunnlag for en friskere befolkning.

I kapittel 5 omtales fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester og kommunenes ansvar for å øke kunnskapen og bevisstheten om helse, levevaner og egenmestring i befolkningen. Regjeringen ønsker god geografisk fordeling av legene, økt kompetanse i omsorgstjenestene (Kompetanseløftet 2015), samt større fokus på forskning og kunnskapsbasert praksis i den kommunal helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. Regjeringen ønsker gjennom Omsorgsplan 2015 å fremme en rekke tiltak for å styrke omsorgsfeltet. Det gjelder både i forhold til eldre og personer med demens, psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet. Kommunene skal også ha et større ansvar når det gjelder habilitering og rehabilitering, samt god tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Lokalmedisinske sentre fremheves som en mulig organisering, når det gjelder å ivareta behov i distriktene. Spesialisthelsetjenester kan legges nærmere der folk bor og dessuten medføre en samlokalisering av fagfolk. Fagmiljøene og kompetansen blir større og rekrutteringsmulighetene øker.

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Kommunens plikter i helse- og omsorgssektoren er samlet i lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Lovverket er i all hovedsak profesjonsnøytralt. Tidligere lovverk (kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven) stilte krav om at kommunen selv måtte ansette ulike profesjonsgrupper. Fokus er nå endret til at kommunen skal levere faglig forsvarlige tjenester, ved å benytte den kompetanse de mener skal til for å nå målsetningen. Det gir kommunen en større frihet til å organisere sine tjenester i forhold til sitt «sørge-for» ansvar. I det ligger kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til innbyggerne (§ 3-1), og et ansvar for å planlegge, utføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at innholdet og omfanget av tjenestene er i samsvar med regelverket. Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for alle pasient- og brukergrupper, og begrepene «pasient» og «bruker» erstatter det tidligere tjenestemottakerbegrepet.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (§ 3-2):

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester (herunder skole- og helsestasjonstjeneste)
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner
4. Utredning, diagnostisering og behandling
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

6. Andre helse- og omsorgstjenester: helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt), plass i institusjon (herunder sykehjem) og avlastningstiltak.

Kommunen har blant annet også ansvar for å tilby omsorgslønn, bolig til vanskeligstilte, brukerstyrt personlig assistanse og helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning (kap.9) er en direkte videreføring av Sosialtjenestelovens kapittel 4A.

Samarbeid og samhandling (§ 3-4):

Det nye lovverket stiller tydeligere krav til samarbeid og samhandling enn tidligere lovverk. Kommunen skal legge til rette for samhandling når det er nødvendig for å tilby tjenester etter loven. Det gjelder samhandling både mellom deltjenester internt i kommunen og med eksterne samhandlingsparter. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommunen, regionale helseforetak og stat, for at helse- og omsorgstjenesten i landet skal virke som en enhet.

Samarbeid mellom kommunen og det regionale helseforetak (kap.6):

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket. Det er gjensidig forpliktende avtaler på mange områder, til sammen 11 obligatoriske delavtaler. I tillegg kan partene frivillig inngå avtaler utover dette. Avtalene skal vedtas av kommunestyret. Det er krav til at pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget, og pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene. Formålet med avtalene er å sikre at tjenesteyterne samarbeider og koordinerer tjenestene slik at pasienten mottar en helhetlig tjeneste. Hensikten er også å hindre unødvendige sykehusinnleggelse og for tidlig utskrivning av pasienter fra sykehus. Avtalene forplikter partene og skal klargjøre gråsoner i ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet (kap.7):

Kommunen har plikt til å tilby en koordinator og utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med langvarige og koordinerte tjenester. I tillegg skal kommunen opprette en koordinerende enhet, som har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, samt oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Lov om folkehelse

Den nye folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid på en forsvarlig måte.

Foruten å arbeide målrettet for å fremme befolkningens helse, skal kommunen ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og danne grunnlag for kommunens mål, strategier og tiltak for å møte utfordringene. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og ansvaret for folkehelsearbeidet er i nytt lovverk lagt til kommunen som sådan. Tidligere lå ansvaret hos helsetjenesten, etter Kommunehelsetjenesteloven.

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) har som formål å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomiske trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Det er mål om helhetlige og samordnede tjenestetilbud og dessuten skal loven virke forebyggende når det gjelder sosiale problemer.

Kommunen har plikt til å yte stønad til livsopphold for vanskeligstilte, kunne tilby midlertidig botilbud, samt plikt til gjennom opplysning, råd og veiledning å bidra til forebygging, og evt. løsning av sosiale problemer. Dette ansvaret lå tidligere i sosialtjenesteloven.

Fastlegeforskriften

Fastlegeforskriften skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid. Det er kommunens ansvar å organisere en fastlegeordning med tilstrekkelig antall leger til å kunne gi innbyggerne et forsvarlig tilbud. Individuelle avtaler skal inngås med alle fastlegene som deltar i ordningen. Kommunen skal også sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og ulike samarbeidsparter.

Fastlegene skal dekke alle allmennlegeoppgaver til sine listeinnbyggere og søke å ha oversikt over deres helsetilstand, være tilgjengelige for alle typer henvendelser i åpningstiden, også øyeblikkelig hjelp og evt. foreta hjemmebesøk, ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle ved behov og tilby individrettede forebyggende tiltak. I tillegg har fastlegen et ansvar for å henvise til spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, koordinere legemiddelbehandlingen til listeinnbyggere, samt følge opp sykemeldte for å bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes.

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Lov om pasient- og brukerrettigheter regulerer pasienter og brukere sine rettigheter. Formålet med loven er å sikre befolkningen lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, samt fremme tillitsforholdet mellom partene. Rettighetene skal fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Rettighetene er å anse som motsvar til pliktene i lovverk som regulerer tjenesteyting til befolkningen, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Tildeling av helse- og omsorgstjenester skal skje med hjemmel i lov og gjelder for alle pasient- og brukergrupper. Omfang og nivå fastsettes ut fra en helhetsvurdering av situasjonen, og pasient eller bruker har ikke rett på en bestemt type tjeneste. Loven presiserer videre rett til medvirkning og informasjon, pasienters rett til å samtykke til helsehjelp, rett til journalinnsyn, barns særlige rettigheter, samt klageadgang i § 7-2.

Kommuneplanens samfunnsdel

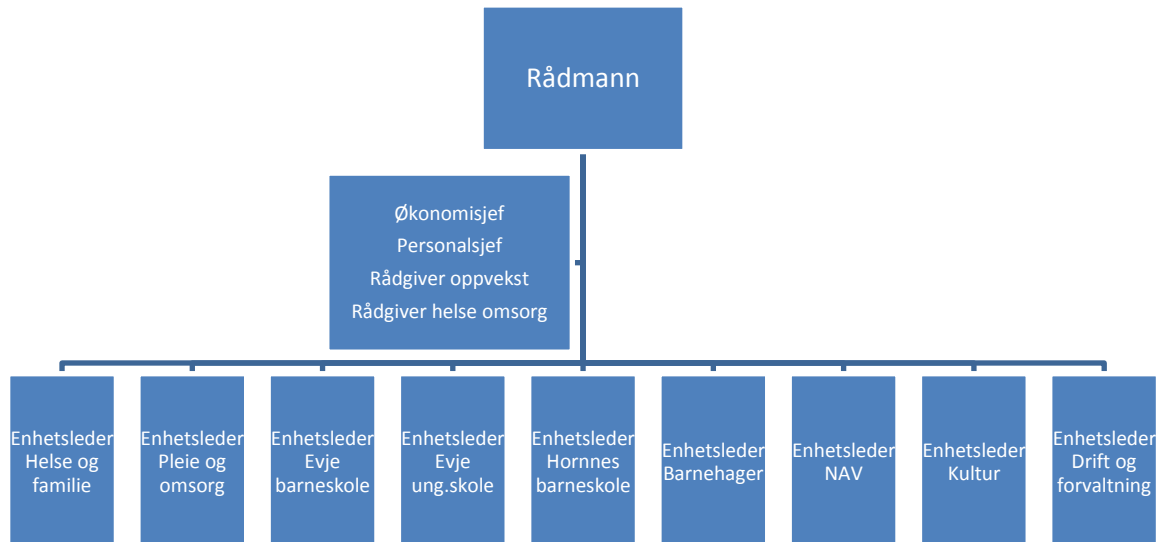
Evje og Hornnes kommune ligger i et krysningspunkt mellom øst og vest, sør og nord og har ambisjoner om å være et pulserende regionsenter i Agder. Åpenhet, trygghet, engasjement og utvikling er de verdier regionsenteret bygger på. Kommuneplanens samfunnsdel (2010-2020)

skisserer fire satsningsområder: levekår, kultur og fritid, næringsutvikling og regionsenter Evje. Målet for satsningen på nevnte områder er å skape et mangfold i samfunnet, økt bolyst, gode opplevelser og møteplasser, et mangfold av aktiviteter og et sterkt regionsenter gjennom utvikling av Evje sentrum.

Levekår og kultur og fritid gir særlig føringer for planleggingen innen helse- og omsorgssektoren. Tiltakene på området levekår retter seg mot tidlig innsats, tilrettelegging for å mestre hverdagen og frivillighet. Innenfor kultur og fritid retter de tiltakene seg mot identitet, lokalhistorie og kultur, forutsigbarhet og samarbeid med frivillige, mangfold og kvalitet når det gjelder aktiviteter, samt fokus på barn og unge. Næringsutvikling og regionsenter har også betydning for helse og omsorg, da de peker på kompetanse-arbeidsplasser og spesialfunksjoner som ressurser for regionen. Satsningsområdene har stor betydning for de mål og strategier helse- og omsorgssektoren skisserer i et langsiktig perspektiv, og danner bakteppe for denne planen.

2 Organisering av tjenestene og utviklingsbilde for Evje og Hornnes kommune

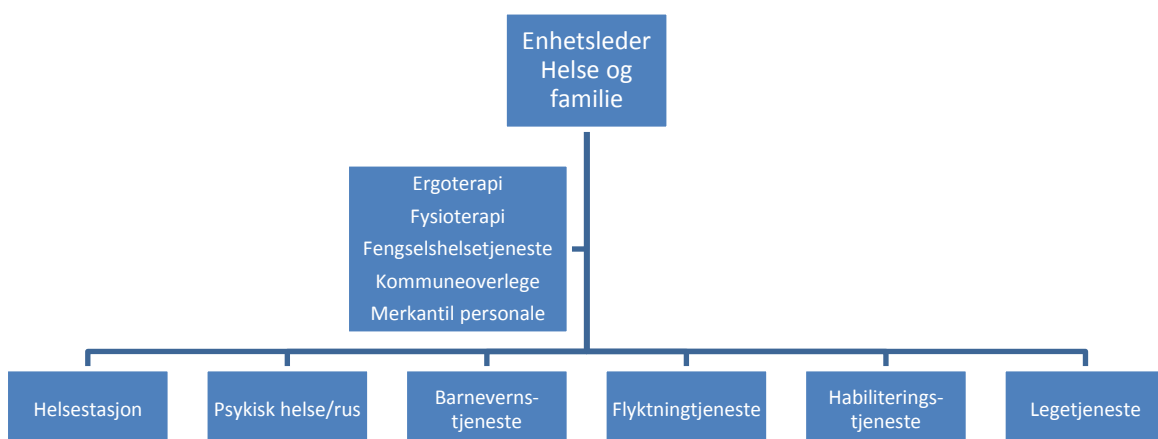
Organisasjonskart – 2-nivå modellen i Evje og Hornnes kommune



Rådmannen er kommunens administrative leder og har 9 enhetsledere til å drifte de ulike tjenesteområdene. I tillegg vil interkommunal helseenhet (Lokalmedisinske tjenester Setesdal) bli egen enhet fra august 2013. Økonomisjef, personalsjef og to rådgivere er organisert i stabsfunksjon.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Helse og familie:



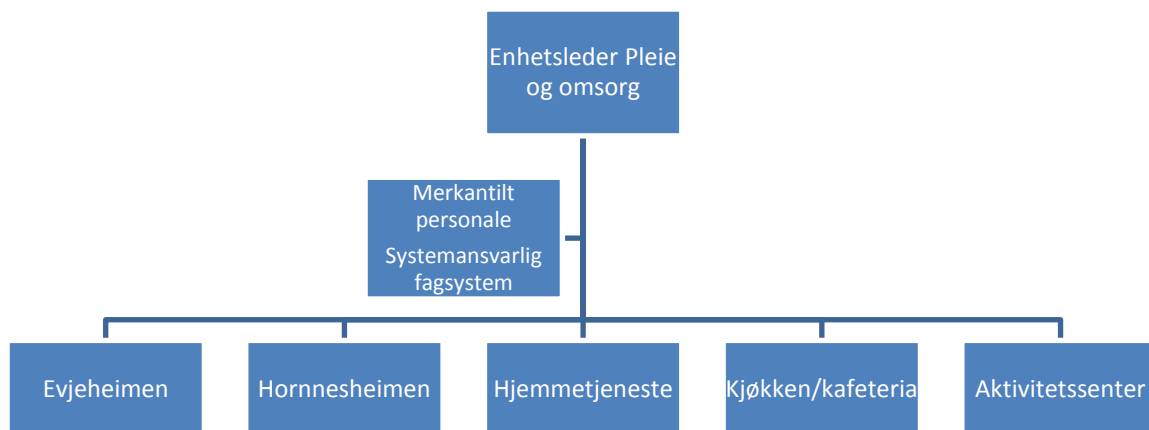
Enhet for helse og familie er organisert som vist over, med støttefunksjoner og avdelinger underlagt enhetsleder. Avdelingene har egne fagledere med ansvar for tjenestene i avdelingen, for avdelingsbudsjett, samt ansvar for personaloppfølging. Noen av lederne har saksbehandlingsansvar i

forbindelse med tildeling av tjenester etter søknad. Enhetsleder har et overordnet ansvar når det gjelder hovedbudsjett, ressurstildeling, tilsetning, rekruttering, permisjoner og liknende.

Enheten er sammensatt av mange forskjellige fagområder. Flere av dem har stort fokus på forebygging og rehabilitering/habilitering både på individ- og systemnivå. Kommuneoverlege, ergoterapi- og fysioterapitjeneste er organisert under enhetsleder for helse og familie, men arbeider også i enhet for pleie og omsorg på tvers av avdelinger og fagområder. Legetjenesten er organisert med kommunalt ansatt hjelpepersonell og tre privatpraktiserende fastleger. Kommunen yter i tillegg driftstilskudd til private fysioterapeuter.

Enhet for helse og familie hadde ved utgangen av 2012 totalt 38,75 årsverk, fordelt på 48 kvinner og 2 menn. Det var en økning på 9 årsverk i løpet av året, på grunn av flere nytilsetninger i voksenopplæring for fremmedspråklige og i flykningtjenesten. Ellers er det stor grad av stabilitet i personalgruppa. Enheten har mye kompetanse både på generalist- og spesialistnivå. Sykefraværet har gått litt ned, men noen langtidssykemeldinger trekker fremdeles opp sykefraværsprosenten.

Pleie og omsorg



Enhet for pleie og omsorg er organisert som vist over, med støttefunksjoner og avdelinger underlagt enhetsleder. Evjeheimen, Hornnesheimen og hjemmetjenesten har egne avdelingsledere, med faglig ansvar for tjenestene i avdelingen, for avdelingsbudsjettet, samt ansvar for personaloppfølging. Saksbehandling ivaretas også på dette nivået, på bakgrunn av søknader som er behandlet i tverrfaglige team. Enhetsleder har et overordnet ansvar når det gjelder hovedbudsjett, ressurstildeling, tilsetning, rekruttering, permisjoner og liknende.

Institusjonene hadde i 2012 ingen korridorpasienter og det er god balanse mellom innleggelser og utskrivelser. Hjemmetjenesten betjener hjemmeboende både i omsorgsboliger og privathjem. Det dreier seg om helsetjenester i hjemmet, som hjemmesykepleie og praktisk bistand. Trygghetsalarm, ulike boligtilbud, dagsenter og matombringning tildeles som supplerende tjenester for å dekke brukernes behov.

Pleie og omsorgstjenesten hadde ved utgangen av 2012 totalt 61 årsverk fordelt på 90 kvinner og 7 menn. Antall årsverk var uforandret gjennom året, og personellsituasjonen er stabil. Andelen menn er fremdeles lav, og det oppfattes som utfordrende å få til en økning. Enheten har høy kompetanse.

Det er svært få ufaglærte og mange har høgskoleutdanning. Sykefraværet holder seg relativt stabilt, til tross for god sykefraværsoppfølging. Dette oppleves som en utfordring, da mye av fraværet skyldes årsaker som ligger utenfor arbeidsplassen.

NAV

Leder av lokalt NAV-kontor er kommunalt ansatt og utgjør en av rådmannens enhetsledere. Tjenesten ivaretar både statlige og kommunale ytelser. Den kommunale delen utgjør 2 faste og 0,25 midlertidige årsverk, som er besatt av tre kvinner. Det har de siste 3-4 årene vært en økning i antall søknader om økonomisk sosialhjelp, hjelp til å skaffe bolig, gjeldsrådgivning, økonomistyring og diverse råd og veiledning. Personellressursene blir i all hovedsak benyttet til saksbehandling og oppfølging, og deltakelse i forhold til kvalifiseringsprogram blir ikke prioritert.

Utviklingsbilde for Evje og Hornnes kommune

Befolkningsutvikling

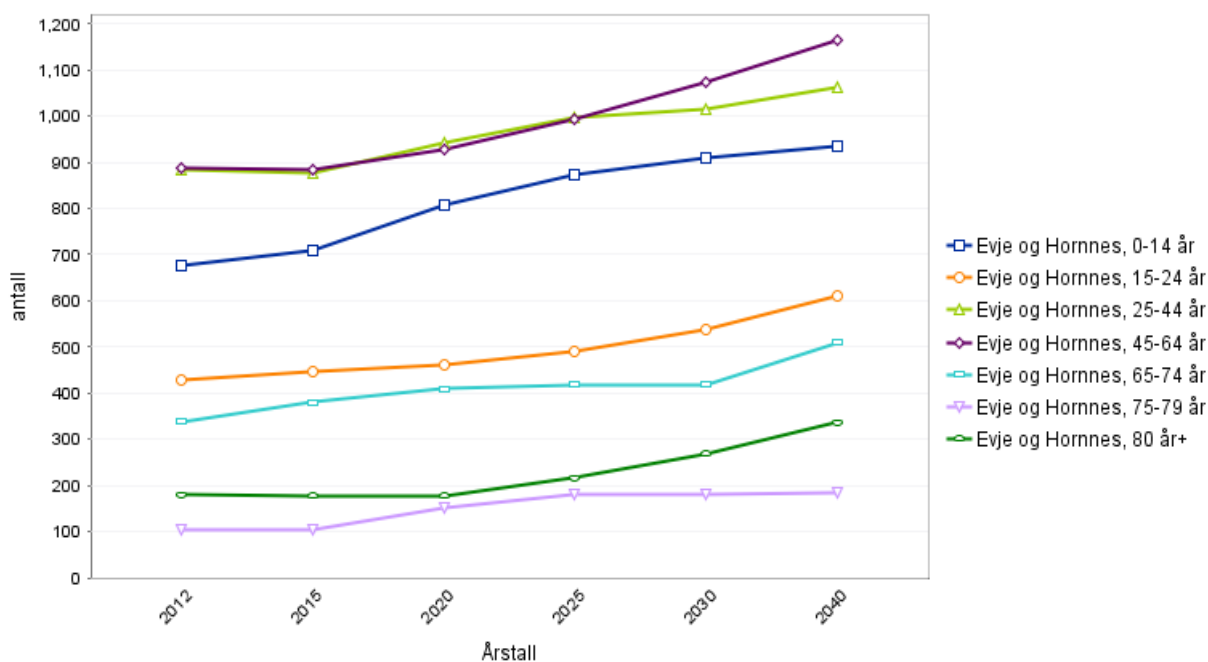
Tallmaterialet som gjengis er hentet fra Folkehelseinstituttets kommunehelsestatistikk og viser aldersfordelingen blant innbyggerne i Evje og Hornnes kommune for 2012, samt beregnet befolkningsutvikling fremover. Statistikken viser at vi ikke skiller oss vesentlig ut fra landet for øvrig. Vi har prosentvis noen flere eldre innbyggere (fra 65 år og oppover). Beregnet befolkningsutvikling frem mot 2030 følger utviklingen på landsbasis, men også her med noen flere eldre.

Befolknings sammensetning for Evje og Hornnes i 2012 – andel i prosent sammenliknet med landet for øvrig:

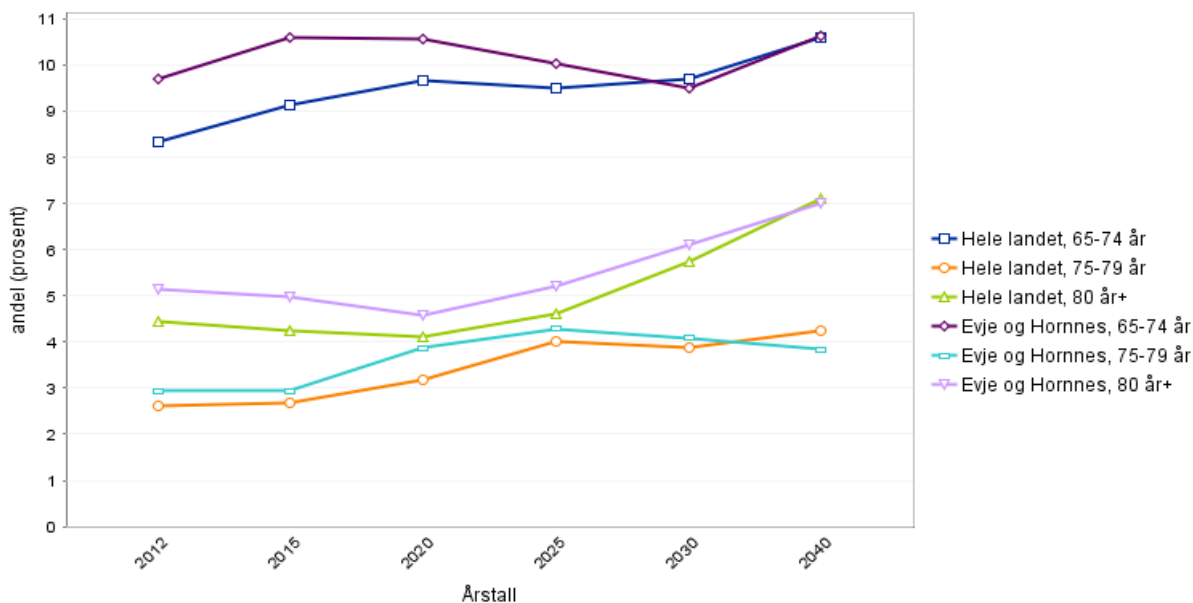
2012	0-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65-74 år	75-79 år	80 år +
Landet	18,5	13,1	27,5	25,4	8,3	2,6	4,4
Evje/Hornnes	19,3	12,3	25,3	25,4	9,7	2,9	5,1

Beregnet befolkningsutvikling i Evje og Hornnes kommune 2012 – 2030:

År	0-14 år	15-24 år	25-44 år	45-64 år	65-74 år	75-79 år	80 år +	Totalt
2012	675	429	883	887	339	103	180	3496
2015	709	447	876	884	380	105	178	3579
2020	806	462	942	929	410	150	178	3877
2030	910	538	1016	1072	418	180	269	4403
2040	936	609	1063	1163	510	184	336	4801



Utvikling for innbyggere over 65 år i Evje og Hornnes kommune og landet for øvrig:



Fylkesmannens kommunebilde for Evje og Hornnes kommune

Det utformes årlig et dokument for hver kommune, som på et overordnet nivå gjengir Fylkesmannens inntrykk av kommunene i fylket. Dokumentet omtales som Fylkesmannens kommunebilde og er et viktig element i styringsdialogen mellom kommunen og Fylkesmannen i Aust Agder. Kommunebildet har fokus på forhold hvor kommunen har et handlingsrom eller utviklingspotensial.

Når det gjelder innholdet er det spesielt kapittelet om tjenesteyting og velferdsproduksjon som har relevans for denne planen. Kapittelet tar for seg barnehage, grunnskole, kommunehelse, pleie og

omsorg, sosialtjenesten og barnevern. Kommunebildet baserer seg på tilgjengelig statistikk, og for kommunehelsekapittelet er Folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet lagt til grunn for Fylkesmannens tilbakemelding. Temaområdene i Folkehelseprofilen er valgt ut fra et forebyggingspotensial og omhandler befolkningen, levekår, miljø, skole, levevaner og helse og sykdom. Evje og Hornnes kommune følger nasjonal statistikk på en rekke områder, uten at det nødvendigvis er positivt. Det sier oss imidlertid at vi har de samme utfordringene i vår kommune som i resten av landet.

Under levekår bemerkes at vi har flere personer i husholdninger med lav inntekt enn i landet for øvrig, og vi har også en høyere andel uføretrygdede under 45 år i kommunen. 10.klassinger trives i følge statistikken dårligere på skolen enn det som er vanlig i resten av landet. Videre bemerkes at flere personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, blant annet angst og depresjon, enn i resten av landet. Forekomsten av hjerte- og karsykdom og diabetes type 2 ser derimot ut til å være lavere enn i landet for øvrig.

Under sosialtjenesten bemerkes at Evje og Hornnes kommune har hatt en økning i sosialhjelp. Andelen fattige barn og barn i familier med sosialhjelp er høyere enn i landet for øvrig. Når det gjelder barnevern, har kommunen hatt en stor økning i meldinger men ikke tilsvarende økning i henleggelse.

3 Samhandling – tverrfaglig internt samarbeid og ekstern samhandling

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 3.

Samhandling og tverrfaglig samarbeid er nøkkelord både i nasjonale og lokale føringer. Samhandlingsreformen og nye lovverk har stort fokus på dette. Økt samhandling og tverrfaglig samarbeid vurderes fra Helse- og omsorgsdepartementet som forutsetninger for å lykkes med å levere gode helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Det er en målsetning at pasienter og brukere skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av nivåene og internt i kommunen. Helse- og omsorgstjenesteloven stiller blant annet krav til kommunene om å opprette koordinerende enhet, og signaliserer på den måten at samarbeid og samhandling mellom fagmiljøer er nødvendig.

Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 krever at kommunen inngår samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket, her Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF). Evje og Hornnes kommune har inngått de 11 obligatoriske avtalene som er spesifisert i § 6-2. I tillegg er delavtale 12 og 13 inngått mellom partene.

Del-avtale	Avtaler mellom Sørlandet Sykehus Helseforetak (SSHF) og Evje og Hornnes kommune
	Overordnet samarbeidsavtale (OSA)
1	Oppgave- og ansvarsfordeling
2	Om samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende omsorgstjenester til pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester.
3	Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
4	Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd.
5	Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
6	Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
7	Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
8	Samarbeid om jordmortjenester.
9	Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
10	Samarbeid om forebygging.
11	Akuttmedisinsk kjede og omforente beredskapsplaner.
12	Håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer
13	Styringsdata og analyser

Avtalene ble utarbeidet høsten 2012 og våren 2013. Pasient- og brukerrepresentanter deltok sammen med representanter fra sykehuset og kommunene i faggruppene som jobbet frem avtaleutkast. Agder er delt inn i 5 regioner: Lindesnes, Lister, Knutepunktet, Østre Agder og Setesdal. Hver region hadde deltakelse i alle de 13 faggruppene som utarbeidet forslag til avtaler. Gjeldende avtaler er imidlertid signert av hver enkelt kommune og SSHF, slik at avtalene er bindende mellom to parter.

Avtalepartene plikter årlig å gjennomgå avtalene, og de kan sies opp med ett års frist. SSHF og kommunene på Agder har gjennom Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS) blitt enige om å

ha en egen koordinerende arbeidsgruppe for avtaler mellom kommunene på Agder og SSHF. Arbeidsgruppa har deltakelse fra hver region, fra SSHF, fra tillitsvalgte organisasjoner og fra brukerorganisasjonene, og evaluerer og reviderer avtalene på vegne av kommunene.

Avtalene mellom kommunene og SSHF har resultert i flere faggrupper og -utvalg på Agder. De fleste gruppene har deltakelse fra alle regionene og helseforetaket. Det arbeides i gruppene med flere aktuelle problemstillinger med tanke på god samhandling mellom nivåene til beste for pasienter og brukere. Eksempel på prosjekt / faggrupper / fagutvalg:

- Prosjekt kompetanseoverføring (delavtale 6)
- Behandlingslinjer KOLS (delavtale 2)
- Legemiddellister som fungerer mellom nivåene (faggruppe - delavtale 1)
- Akuttmedisinsk kjede (delavtale 11)
- Beredskap (delavtale 11)
- Analyse og styringsdata (delavtale 13)
- IKT-Forum (delavtale 9)
- Medisinsk fagutvalg (delavtale 4)
- Fagutvalg e-Helse og Velferdsteknologi (delavtale 9)
- Koordinerende faggruppe for delavtalene

Økonomiske incentiver er ett av hovedgrepene i Samhandlingsreformen for å få til endring. Kommunen er nå pålagt å finansiere 20 % av kostnadene når innbyggere er innlagt i somatiske avdelinger i Spesialisthelsetjenesten. Mange innleggelseser går via kommunal legevakt og sykehusets egne leger. Det er anslått at ca. en fjerdedel av innleggelsene skjer via fastlege. Statistiske data er mangelfulle og det jobbes kontinuerlig med å få ut bedre tall på området. Kunnskap om pasientstrømmen vil gi kommunen mulighet til å sette inn tiltak der svakheter avdekkes. Foreløpig har kommunen liten påvirkning på medfinansieringskostnadene. Utskrivningsklare pasienter i sykehus skal tas hånd om i kommunehelsetjenesten når de er meldt kommunen. Manglende mottak av pasient resulterer i merkostnader for kommunen på 4000,- kroner pr. døgn.

Lokalmedisinske tjenester Setesdal (LMT Setesdal) ble opprettet den 01.01.13, som følge av flere år med interkommunale helseprosjekter i Setesdal. Evje og Hornnes kommune er sentralisert vertskommune for virksomheten. LMT Setesdal består av leder/koordinator, systemansvarlig IKT helse og omsorg, psykolog, ruskonsulent, demenskoordinator og sykepleier tilknyttet kardiologtjeneste. Det foreligger allerede gode samarbeid med Spesialisthelsetjenesten, og det er ønskelig med styrking på flere områder i form av prosjekter. LMT vil være en viktig samarbeidsaktør for kommunalt ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Lokalt i kommunen og i tråd med nasjonale føringer, er det behov for økt tverrfaglig samarbeid. En del pasienter og brukere har kompliserte og sammensatte problemstillinger som krever oppfølging fra ulike faggrupper. Tjenestene må koordineres og kommunen skal i følge Helse- og omsorgstjenesteloven bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Det betyr blant annet at fagmiljøene må ha kjennskap til hverandres tjenester og samordne ved behov. Gode arenaer for samarbeid finnes allerede, og fagmiljøene har dermed mulighet for kreativt å benytte dem til beste for brukerne.

4 Forebygging

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 4.

Helsetilstanden i den norske befolkningen har aldri vært bedre enn i dag. Likevel faller flere og flere ut av arbeidslivet, utvikler kroniske sykdommer og opplever manglende sosial integrering. Sykdomsbildet er i endring med stadig flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. KOLS, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer i vekst. For lite fokus på å begrense og forebygge sykdom skisseres i Samhandlingsreformen som en av tre hovedutfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester. Det har vært fokus på å behandle symptomer og drive reparasjonsarbeid, noe som i dag vurderes som både dyre og kortsiktige løsninger. Måltrettet innsats knyttet til barn og unges oppvekstvilkår og omgivelser vil dermed være av stor betydning i et forebyggingsperspektiv. Reformen signaliserer klare forventninger om endring og fokus på nye oppgaver. Det utgjør et betydelig omstillingsarbeid for kommunen. Tradisjoner og kulturer for samarbeid og samhandling både internt i kommunens helse- og omsorgstjeneste og med spesialisthelsetjenesten, må endres.

Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning og i størst mulig grad ivareta bistandsbehov etter BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå). Kommunal sektorinndeling medfører ofte at få aktører jobber med «hele mennesket». Ulike instanser yter tjenester og har hver for seg kontakt for eksempel med eleven, barneverns klienten, ungdommen med psykiske problemer eller rusproblem og voksne med ulike oppfølgingsbehov. Samhandling og informasjonsutveksling uten hinder av taushetsplikt er dermed nødvendig i arbeidet med å skape god helse og forebygge sykdomsutvikling hos innbyggerne. Utfordringer i helse- og omsorgssektoren kan imidlertid ikke løses i sektoren alene. Alle sektorer må være fullverdige deltakere og innarbeide tiltak i egne planverk, slik at forebygging gjennomføres i alle ledd. Kommuneplanens samfunnsdel er tverrsektoriell og understreker viktigheten av å ta tak i problemene tidlig.

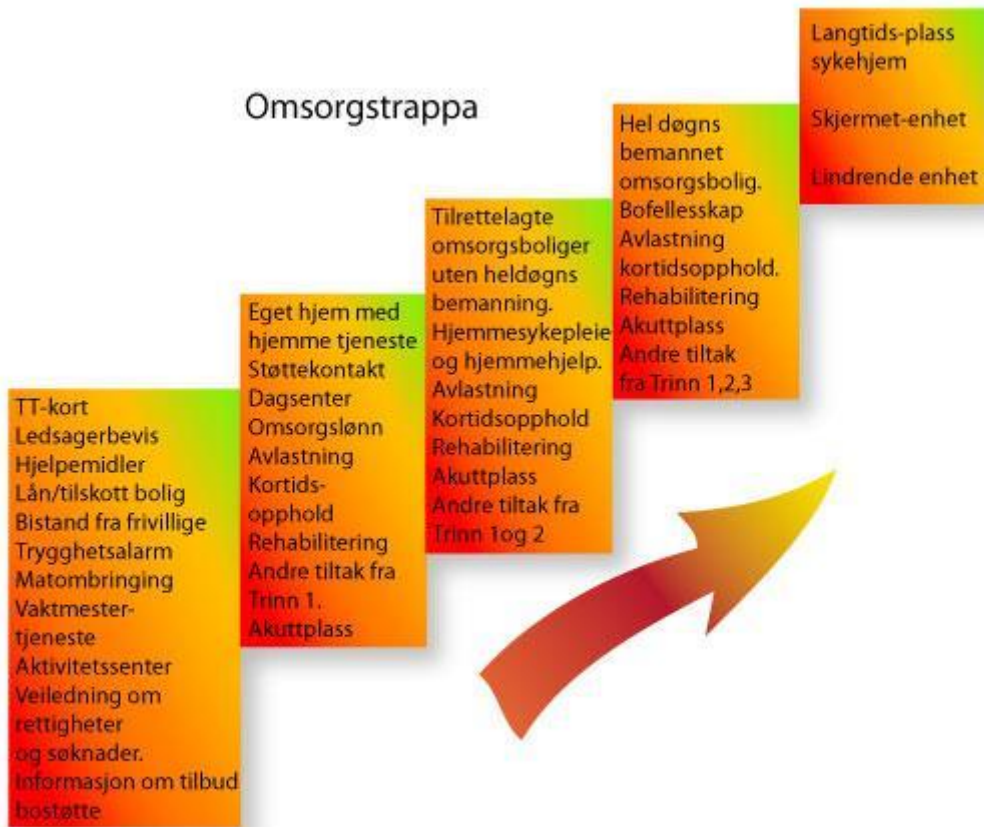
Det skal forebygges «fra vugge til grav» med mål om best mulig helse for den enkelte. Forebygging av livsstilssykdommer forutsetter fokus på kosthold, aktivitet og trivsel. Fysisk og psykisk helse henger sammen og påvirker hverandre gjensidig. Det er avgjørende at både fagfolk internt i sektorer og mellom sektorer samarbeider, og at det opprettes gode arenaer for veiledning og oppfølging av innbyggerne. Det vil være behov for ulike nivå på tilbudene, alt fra informasjonsarbeid og lavterskeltilbud til tett oppfølging ved sammensatte problemstillinger.

Kvello-modellen

Evje og Hornnes kommune vedtok våren 2012 å anvende Kvello-modellen, som handler om målrettet tidlig innsats for barn i barnehager og skoler. For at barn og foreldre skal få mest mulig helhetlig tilbud til beste for barns oppvekst og utvikling, kreves det at barnehagene og skolene samarbeider med andre tjenester i kommunen. Tverrfaglig og helhetlig tenkning står sentralt. Målet er å kvalitetssikre tilbudet slik at vi tidligst mulig ser de barna som trenger hjelp, samt iverksette tiltak og forebygge på et tidlig tidspunkt i barns liv. De som har behov for det skal få forpliktende, samlet og koordinert hjelp.

Omsorgstrappa

Evje og Hornnes kommune ønsker å tilrettelegge for at innbyggerne skal kunne bo hjemme lengst mulig. Vi har tatt utgangspunkt i modellen omsorgstrappa, som bygger på BEON-prinsippet. Det betyr at vi forsøker å etablere tiltak som i stor grad er selvaktiviserende og som tar utgangspunkt i brukerens eget hjemmemiljø. Innstasen på de laveste trinnene styrkes, for å hindre eller utsette tiltak på et høyere trinn.



(Illustrasjonseksempel fra Narvik kommune, funnet på nett)

5 Folkehelse

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 5.

Samhandlingsreformens fokus på forebygging henger tett sammen med folkehelsearbeid. Ny folkehelselov trådte i kraft 01.01.12. Det er kommunen som sådan, og ikke en bestemt sektor som har ansvaret for å fremme befolkningens helse. Tidligere lå dette under helsetjenestenes ansvarsområde.

Kommunal sektorinndeling kan medføre at få aktører jobber med hele mennesket. Ulike instanser yter tjenester og har kontakt med eleven, barneverns klienten, ungdommen med psykisk lidelse eller rusproblem, samt voksne med ulike oppfølgingsbehov. Det er nødvendig med samhandling og informasjonsutveksling uten hinder av taushetsplikt, i arbeidet med å skape god helse og forebygge sykdomsutvikling hos innbyggerne. Kommunale aktører «tvinges» derfor gjennom nytt lovverk til å samarbeide og folkehelse tanken er ment å gjennomsyre alt planarbeid. Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne i størst mulig grad blir i stand til å ivareta egen helse og livsstil.

Folkehelseloven bygger på fem prinsipper:

- Utjevning av sosiale helseforskjeller
- Helse i alt vi gjør (tverrsektorielt fokus)
- Bærekraftig utvikling (sikre grunnleggende behov over tid)
- Føre-var prinsippet (reduere risiko og fremme helse)
- Medvirkning (empowerment)

Nasjonale mål for folkehelsearbeidet er:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har lengst levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med helse og trivsel og reduserte helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i befolkningen

I tråd med Folkehelseloven peker Helse- og omsorgsdepartementet i folkehelsemeldingen på samarbeidet med frivillige organisasjoner som svært viktig. De vurderes til å ha stor betydning for det norske demokratiet og den enkeltes mulighet til å delta og øve innflytelse. Vi har i Norge lange tradisjoner for samarbeid mellom myndigheter og frivillige organisasjoner, og samarbeidet skal, i følge meldingen videreutvikles og styrkes for å møte de nye folkehelseutfordringene som ensomhet, psykiske plager, inaktivitet og sosiale helseforskjeller gir. Frivillige organisasjoner vil kunne bidra med erfaringsbasert kompetanse og nyskapende løsninger.

På bakgrunn av nevnte nasjonale føringer, hviler det et stort ansvar på kommunen. Folkehelseloven pålegger kommunen å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen, samt de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Folkehelseinstituttet utgir hvert år en folkehelseprofil for hver kommune, for å bistå kommunene i dette arbeidet. Profilen belyser tema som er relevante og kommenterer trekk ved den enkelte kommunes folkehelse, basert på statistikk. Den suppleres med et «folkehelsebarometer» og gir dermed kommunen en pekepinn på hvordan det står til med helsen blant egne innbyggere, sammenliknet med tallmateriale i landet for øvrig. Det er en forutsetning at datagrunnlaget er tilstrekkelig og tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold. Følgende tema ble kommentert i årets folkehelseprofil: om befolkningen, levekår, miljø, skole, levevaner og helse og sykdom.

Fylkesmannen i Aust-Agder utarbeider et kommunebilde for kommunen hvert år. Det gjengir fylkesmannens inntrykk av kommunen og ansees som et viktig element i styringsdialogen mellom kommunen og fylkesmannen. Dokumentet har fokus på forhold hvor kommunen har et handlingsrom

eller utviklingspotensial, og inneholder et eget kapittel om tjenesteyting og velferdsproduksjon. Det tar for seg status innenfor områdene barnehage, grunnskole, kommunehelse, pleie og omsorg, sosialtjenesten og barnevern. Informasjonen er blant annet bygd på statistikk fra folkehelseinstituttet, og fylkesmannen avrunder hvert område med å skissere et utfordringsbilde.

Kompetansesenter rus – region sør har gitt ut rapporten «Ung i Setesdal - 2012» som bygger på en Ungdata-undersøkelse utført i Bykle, Valle, Bygland og Evje og Hornnes kommune høsten 2012. Den ble gjennomført i skoletiden blant skoleungdommer på 8. – 10.trinn, samt på alle videregående skoler i regionen. Interkommunal ruskonsulent i Setesdal var i samarbeid med skolene ansvarlig for gjennomføring av undersøkelsen. Den inneholder en obligatorisk grunnmodul, samt et sett med valgfrie, forhåndsdefinerte spørsmål som kommunen kan velge fra. Ungdata vurderes som et godt egnet verktøy med tanke på å skaffe seg grunnlagsinformasjon for plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebygging på lokalt nivå.

6 Ledelse

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 6.

Samhandlingsreformen omtales som en retningsreform. Den staker ut ny kurs og forutsetter endring. Helse- og omsorgstjenestene skal videreutvikles til det bedre, og oppgaver som spesialisthelsetjenesten tidligere har utført skal kommunene nå ta hånd om.

Ansatte med ulik faglig bakgrunn forventes å utføre nye oppgaver, og en del «gamle» oppgaver må trolig gjøres på en annen måte eller vil falle bort. Med unntak av legevakt stiller Helse- og omsorgstjenesteloven ikke profesjonskrav til utøvelsen av tjenester. Det stilles krav om at de må være faglig forsvarlige, men utover det har kommune frihet til selv å velge hvordan de vil organisere tjenestene. Reformen og nytt lovverk gir dermed kommunen større frihet, samtidig som kravet til tydelig ledelse på alle nivå og godt samspill mellom ulike tjenesteområder og profesjoner skjerpes. Annet lovverk kan imidlertid stille kompetansekrav i forhold til gitte oppgaver.

Som tidligere beskrevet har Evje og Hornnes kommune en to-nivå modell, der rådmannen leder 9 enhetsledere. Enhet for helse og familie har 6 fag- og avdelingsledere og enhet for pleie og omsorg har 3 avdelingsledere. I tillegg har vi leder for NAV kommune. Det er mye kompetanse innenfor fagområdene og av stor betydning at denne kompetansen kommer pasienter og brukere til gode uavhengig av organisering.

Det brukes ulike fagsystemer for dokumentasjon i tjenestene. Bruk av elektronisk meldingsutveksling utvides imidlertid stadig og gir økt rom for samhandling. Felles rutiner for dokumentasjon vil styrke grunnlaget for samhandling, og dessuten gi godt grunnlag for å kunne hente ut styringsdata til bruk i planlegging og i forbindelse med evaluering. Det vurderes til å være behov for tydelig ledelse innenfor alle fagområdene, og kompetansen hos lederne bør styrkes. Endring av arbeidsoppgaver og deling både av kompetanse og ressurser, stiller økte krav til avdelings- og fagledere. De har nøkkelroller i dette omstillingsarbeidet, og utfordres på å finne balansen mellom faglig skjønn i tjenestetildelingen og tildelte rammer fra politisk hold. Hensiktsmessig bruk av styringslinjene er avgjørende for kommuneledelsens mulighet til å implementere og følge opp nye rutiner.

7 Kompetanse og rekruttering

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 7.

Samhandlingsreformen stiller nye og endrede krav til kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken. Kommunene får et økt ansvar for befolkningens helse og det skal forebygges i langt større grad enn tidligere. Helhetlige pasientforløp skal sikres ved at ulike fagprofesjoner samarbeider internt i kommunen, men også ved at de samhandler med spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle samarbeidspartner ved behov. Nødvendig kompetanse fremheves som en av hovednøkklene i dette utviklingsarbeidet, og den må være tilgjengelig når behovet foreligger. Lokale forhold vil være avgjørende for hvilke løsninger som velges, men interkommunale samarbeid anbefales i reformen. Kompetanse på spesialiserte områder kan med fordel virke over kommunegrensene, og lokalmedisinske sentre, fagteam og lærings- og mestringstilbud skisseres som mulige løsninger.

Evje og Hornnes kommune har mye fagkompetanse fordelt på ulike fagområder. Vi har sykepleiere med spesialisering på mange felt og mye generalistkompetanse. Sammenliknet med andre kommuner, er vi godt rustet kompetansemessig til å håndtere fremtidige utfordringer i kommunehelsetjenesten. Kartleggingen i forbindelse med de interkommunale helseprosjektene i Setesdal avdekket manglende kompetanse når det gjelder «nye» områder for kommunen. Vi ser behov for mer kompetanse knyttet til kroniske tilstander som KOLS og diabetes, og dessuten økt kompetanse innen ernæring, rehabilitering, rus og forebygging for mange yrkesgrupper. Økt kompetanse innen friskliv-, lærings- og mestringstilbud vurderes også som viktig. Trolig vil opplæring innen nevnte områder kunne foregå interkommunalt, evt. ved hjelp av e-læring og nettbasert undervisning. På bakgrunn av reformens krav til endring av kommunens rolle, vurderes det også til å være behov for tilpasset lederopplæring i organisasjonen.

Totalt sett har vi mye kompetanse til rådighet i kommunen. Fagmiljøene jobber innenfor ulike avdelinger og i utgangspunktet med ulike brukergrupper. Tradisjonelt forblir både kompetanse og ressurser innenfor egen avdeling. Reformens krav til samarbeid og samhandling, og ikke minst kompetanse, gir lokale utfordringer knyttet til kompetansereflyt og kompetansedeling. Fleksibel bruk av kompetanse og personalressurser vurderes som helt nødvendig for å lykkes med omstillingen i kommunens helse- og omsorgstjenesten.

Samlokalisering av fagmiljøer viser seg å ha god effekt når det gjelder å rekruttere ytterligere kompetanse. Våre helsetjenester er organisert under ulike avdelinger og enheter. De fleste er kommunale, men noen aktører er private. Evje og Hornnes kommune er vertskommune for LMT Setesdal og de interkommunalt ansatte fagpersonene oppholder seg dermed i vår kommune. Evjeklinikken er en privat aktør som har tilhold i kommunen og er dermed en mulig samarbeidspart. Forskning viser at klynger av fagfolk, både offentlige og private, gir synergieffekter i form av kompetanseøkning- og utveksling. Fagmiljøene blir mer robuste, rekruttering forenkles og miljøene blir mer attraktive i forsknings- og utdanningssammenheng.

8 Bosted og institusjon

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 8.

I helse- og omsorgstjenesten er det etablert et prinsipp om at helsehjelpen skal utføres på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet). Samhandlingsreformen legger føring for dette også når det gjelder en del tjenester som tidligere foregikk i spesialisthelsetjenesten. Kommunen er ansvarlig for å yte faglig forsvarlige tjenester uavhengig av hvor pasient/bruker oppholder seg i kommunen. Det betyr at helse- og omsorgstjenesten må ha tilgang på fagkompetanse i alle deler av tjenestene.

Kommunen orienterer seg etter en tiltakskjede eller omsorgstrapp når det gjelder grad av bistand. Tjenester ytes primært i egen bolig med en forebyggende tilnærming. Den enkelte innbygger har ansvar for å skaffe seg en bolig. Kommunen har som mål at innbyggerne også i alderdommen tar dette ansvaret, og eventuelt tilrettelegger boligen sin for å kunne motta tjenester. Avhengig av hvor hjelpetrengende en pasient/bruker er, tilbys ulike former for botilbud. Langtidsopphold i institusjon er ment for de aller dårligste.

I følge Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (§ 27) har kommunen plikt til å skaffe midlertidig botilbud til dem som ikke klarer det selv. Det er ingen regelmessighet i behov og NAV skaffer ofte bolig gjennom det private markedet.

Evje og Hornnes kommune disponerer etter ombygging/utbygging i 2013 følgende boligmasse til sine helse- og omsorgstjenester:

Bosted / institusjon	Plasser
Evjeheimen (for rehabiliterings- og langtidspasienter)	27 institusjonsplasser fra 01.09.13
Hornnesheimen (for personer med demens)	8 institusjonsplasser
Omsorgsboliger i tilknytning til Evjeheimen	25 omsorgsboliger 3 omsorgshybler
Omsorgsboliger Hovslagerveien (for personer med funksjonsnedsettelse)	7 omsorgsboliger + 1 avlastningsbolig fra 01.01.14
Omsorgsboliger i Tingberget (for personer med psykiske lidelser og/eller rus)	4 omsorgsboliger
Trygdeboliger (disponible for helse- og omsorgstjenesten)	7 trygdeboliger på Evje 7 trygdeboliger på Hornnes

9 Dag- og aktivitetstilbud

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 9.

Ett av hovedgrepene i Samhandlingsreformen er å «venstreforskyve» innsatsen i helse- og omsorgssektoren. Det vil si at ressursene generelt skal settes inn tidlig for å hindre eller begrense sykdomsutvikling og skape god helse i befolkningen. Aktivitetstilbud til grupper som allerede har behov for, eller som står i fare for å få behov for helse- og omsorgstjenester, tilhører denne type innsats. Reformen peker på lavterskel- og gruppetiltak som gode virkemidler. Tilgjengelighet til lavterskeltilbud for utsatte grupper vil kunne forebygge utvikling av unødige akutsituasjoner. Nasjonal helse- og omsorgsplan peker på dagtilbud til personer med demens som et viktig forebyggende tiltak. Aktiv omsorg og større innsats i forhold til personer med angst og depresjoner nevnes spesifikt. Dette bygger opp under satsing på lavterskel- og gruppetiltak, slik Samhandlingsreformen også påpeker.

Evje og Hornnes kommune har dagtilbud til ulike brukergrupper, lokalisert på ulike steder. Tilbudene er i varierende grad i bruk og det har så langt vært lite sambruk av lokaler. Fagmiljøene uttrykker ønske om bedre dagtilbud, om mer aktive tilbud og bedre tilgjengelighet. Det gjelder både for eldre innbyggere, personer med demens, personer med psykiske lidelser og/eller rus og i rehabiliteringssammenheng. Lavterskel- og gruppetilbud vil kunne erstatte individuell oppfølging, og på den måten nå flere brukere med behov for helse- og omsorgstjenester.

Dagtilbud for eldre er lokalisert til aktivitetssenteret ved Evjeheimen. Det er åpent 3 dager pr. uke, fra kl. 10 – 13. Brukerne kommer stort sett fra Evjeheimen og omsorgsboligene og kommunen tilbyr transporttjeneste på tirsdager. Ansatte ved aktivitetssenteret legger i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut til rette for det tilbudet som gis. Det fattes ikke vedtak om tilbudet.

Dagtilbud for demente er lokalisert til Hornnesheimen. Det gis tilbud 3 dager pr uke, fra kl. 9.30 – 15 for inntil 2 brukere pr. dag. Kommunen tilbyr transporttjeneste og henter brukere både fra Evjeheimen og fra egne hjem. Det må søkes om tjenesten og tidsbegrenset vedtak fattes etter vurdering i tverrfaglig inntaksteam i kommunen. Ansatte ved Hornnesheimen tar hånd om brukerne når de er der.

Dagtilbud for personer med psykiske lidelser og/eller rus er lokalisert i Soltun. Det gis tilbud en dag og en kveld pr. uke. Målgruppen er personer med psykiske lidelser og/eller rus som bor hjemme og har behov for å komme seg ut av en isolert tilværelse. Det fattes ikke vedtak om tilbudet. Ansatte i psykisk helsetjeneste og rus følger opp brukerne som benytter seg av tilbudet.

Dagtilbud for psykisk og fysisk utviklingshemmede tilbys i dag ved Setpro a/s. Tidligere fulgte ansatte i Hovslagerveien brukerne. Kommunen har nå omprioritert i ny turnus, slik at en ansatt drifter tilbudet på Setpro i 80 %. Tilbudet ytes til de svakeste (VTA) og til brukere med behov for personalbistand. Det fattes vedtak om tilbudet.

10 Frivillighet

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 10.

Rapporten «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11) etterlyser en mer systematisk tenkning og utvikling av politikk for samhandling mellom kommune og sivilsamfunn. Frivillig arbeid er en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv og en forutsetning for å beholde gode helse- og omsorgstjenester fremover. Familieomsorgen omtales som den usynlige omsorgen, men vil ha avgjørende betydning i møte med fremtidens utfordringer. Kommunene må spille på lag med det sivile samfunn. Utvalget for rapporten «Innovasjon i omsorg» omtaler dette arbeidet som «den andre samhandlingsreformen». De beskriver det som svært utfordrende at stadig flere innbyggere bare forholder seg som forbrukere til de kommunale tjenestetilbudene, og ikke ser at dette er fellesskapsordninger som alle har et ansvar for.

Rapporten hevder at knapt 5 % av dagens drift i omsorgssektoren er drevet som ideell virksomhet og skisserer en målsetning om ca. 25 % ideell drift innen 2020. Det handler om å mobilisere ressurser og sette samspillet med familien, det sosiale nettverket og lokalsamfunnet i sentrum for oppmerksomheten. Det forutsetter god organisering og planlegging. Helse- og omsorgstjenesteloven (§3-10) påpeker at helse- og omsorgssektoren skal legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene. Det understreker at kommunen både har en rolle og et ansvar for å samspille med sivilsamfunnet for å løse fremtidige helse- og omsorgsoppgaver. Samhandlingsreformen har stort fokus på forebyggende arbeid. Kreativt og fruktbart samarbeid med frivillige organisasjoner gir kommunen et handlingsrom for å oppnå skisserte mål.

Kommuneplanens samfunnsdel peker på at vi skal ta vare på og styrke det frivillige arbeidet ved å synliggjøre og verdsette det. Vi har et rikt organisasjonsliv, og frivillighet og dugnadsånd står sterkt i kommunen. Idrettslaget har svært høye medlemstall og mange frivillige aktører. Det er lange tradisjoner for deltakelse i denne type ideell virksomhet, og den utgjør et vesentlig bidrag til forebyggende og helsefremmende arbeid. Mange ulike organisasjoner er involvert i frivillig arbeid og innsatsen retter seg mot brukergrupper i alle aldre.

Evje og Hornnes frivilligsentral ble opprettet i 1999. Sentralen støttes økonomisk av kommunen i tillegg til statlige midler. Driften er basert på frivillig innsats fra innbyggere i alle aldre, og i følge daglig leder er det stor interesse fra både ungdom, voksne og pensjonister om å bidra. Innsatsen rettes mot alle samfunnsgrupper som har behov for bistand til forskjellige oppdrag. Eksempler på oppdrag er praktisk hjelp rundt boliger for eldre, matutkjøring fra Evjeheimen, besøksordning, kjøreturer med eldre, følge-, hente- og bringetjeneste, småbarnstreff osv.

Evje og Hornnes kommune har gode muligheter for å finne kreative løsninger på differensierte bistandsbehov til innbyggerne. Vi har allerede mange frivillige aktører med vilje til å bistå i lokalsamfunnet. Det gjelder innsats både i forhold til yngre og eldre befolkningsgrupper. Familie og pårørende er også en betydelig samfunnsmessig ressurs og viktige partnere for tjenesteytere i helse- og omsorgssektoren.

11 Arbeidslivsrettede tiltak

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 11.

Det er nasjonal satsing på å forebygge langvarig ledighet og passivitet hos unge mennesker i starten av yrkeskarrieren. Ungdom er en prioritert gruppe hos NAV og det er innført mange tiltak som retter seg spesielt mot denne gruppen. Evje og Hornnes kommune har ifølge statistikken flere uføretrygdede under 45 år enn landet for øvrig og fokus på arbeidslivsrettede tiltak er viktig. Både arbeidsledighet og -uførhet er belastende for den enkelte, for omgivelsene og for samfunnet.

Samhandlingsreformen peker på at den demografiske utviklingen med store forskyvninger fra yrkesaktive til ikke-yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, er en stor utfordring med tanke på å bevare og videreutvikle landets sentrale velferdsordninger. Regjeringen gjennomfører derfor en pensjonsreform og en NAV-reform, i tillegg til Samhandlingsreformen og er opptatt av at utfordringene i helse- og omsorgssektoren møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger. Ett av fem hovedgrep, klarere pasientrolle, understreker at helsepolitikken må legge til rette for at befolkningen kan ta ansvar for egen helse. Et annet hovedgrep, ny fremtidig kommunerolle, peker på nytteverdien av å hindre eller utsette sykdomsutvikling, både i et pasient- og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Økt mestringsevne vil kunne medføre at færre personer helt, eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis på grunn av helsemessige problemer. Det skal legges vekt på at personer kommer raskt tilbake til arbeidslivet etter sykdom og ny fastlegeforskrift støtter opp under legens plikt til følge opp sykmeldte med mål om å unngå eller utsette varig uførhet lengst mulig. Dette er i tråd med NAV-reformens målsetting.

12 Velferdsteknologi og e-Helse

Tilleggsinformasjon til handlingsområde 12.

Hensiktsmessig bruk av IKT er i følge Samhandlingsreformen en sentral forutsetning for å nå målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Teknologien skal understøtte de helsefaglige arbeidsprosessene for å sikre gode tjenester i hele pasientforløpet. Elektronisk kommunikasjon omtales i reformen som den «normale» måten å kommunisere på og skal erstatte dokumentasjon i papirversjon.

Rapporten «Innovasjon i omsorg» peker på at omsorgssektoren i likhet med andre aktører må ta i bruk teknologi som har vært tilgjengelig i lang tid. Samarbeid med forskning og næringsliv vurderes som viktig. Sektoren må forbedre kvaliteten på sine tjenester ved bruk av teknologi. Målet vil primært være større grad av egenomsorg og -mestring, trygghet (også for pårørende), deltakelse i brukernettverk og informasjonsmuligheter for brukerne.

Rapporten viser til en dansk analyse som anslår at opp mot 20 % av omsorgsoppgavene kan løses ved bruk av teknologi. Det gjelder spesielt oppgaver knyttet til reiser, møter, saksbehandling, rapportering, samhandling, administrasjon og ressursforvaltning. Løsninger her kan blant annet være økt bruk av nettbasert kommunikasjon ved søknader og informasjon, billedbasert kommunikasjon ved møter, helhetlige intern- og saksbehandlingssystemer, telemedisin og automatiserte prosedyrer for medisindosering.

Kommunene i Setesdal har i flere år samarbeidet om interkommunale helseprosjekter. IKT Helse var ett av dem og gikk over nesten 3 år (2010-2012). Prosjektarbeidet danner grunnlag for mye av den satsning regionen har gjort på IKT-området. Setesdal IKT ble opprettet i 2011 og er et interkommunalt selskap. Ansatte betjener hele Setesdal, og det foreligger en bevissthet rundt å skape fellesløsninger der det er mulig. Kommunen benytter i dag stort sett de samme fagprogrammene. Det forenkler driften og gir oss i flere sammenhenger økonomiske fordeler med tanke på felles opplæring og deling av kompetanse.

Lokalmedisinske tjenester Setesdal (LMT Setesdal) ble opprettet 01.01.13, som følge av de ulike interkommunale helseprosjektene i regionen. LMT Setesdal er plassert i Evje og Hornnes kommune, og systemansvarlig for IKT helse og omsorg sørger for igangsetting og implementering av fellesløsninger i regionen. Internt i organisasjonen har vi systemansvarlige som samarbeider nært med LMT Setesdal. Det har våren 2013 vært stort fokus på bredding av elektroniske meldinger mellom spesialisthelsetjenesten og pleie og omsorgstjenesten (prosjekt KomUt). Både Evje og Hornnes kommune og resten av Setesdal mottar nå ulike meldingstyper fra SSHF og kan også sende spesifikke meldinger. Kommunen har med andre ord gode muligheter for å arbeide målrettet både med tanke på å nyttiggjøre seg velferdsteknologiske muligheter og å utvikle e-Helse.

Det er opprettet fagutvalg for Velferdsteknologi og e-Helse på Agder, i tillegg til IKT Forum som har eksistert en stund. Begge utvalgene er initiert av Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS) og er samarbeidsforum mellom kommunesammenslutningene (regionene) på Agder og Sørlandet Sykehus Helseforetak. Systemansvarlig for IKT helse og omsorg i LMT Setesdal deltar i begge og holder seg dermed oppdatert og har påvirkningsmulighet i forhold til retning og satsning.

Kildehenvisning til de mest brukte dokumenter i planarbeidet:

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven),

http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelse*&&

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven),

<http://lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>

Lov om sosiale tjenester i NAV, <http://lovdata.no/all/hl-20091218-131.html>

Fastlegeforskriften, <http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20120829-0842.html>

St. meld. Nr. 47, 2008- 2010, *Samhandlingsreformen, rett behandling på rett sted*

St. meld. Nr. 25, 2006 – 2007, *Mestring, muligheter og mening (Omsorgsplan 2015)*

Folkehelseinstituttet: Folkehelseprofil 2013, Evje og Hornnes kommune:

<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>

NOU 2011:11: Innovasjon i omsorg, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>

Fylkesmannens kommunebilde, Evje og Hornnes kommune 2012

Kommuneplanen for Evje og Hornnes kommune, samfunnsdelen