



VESTNES KOMMUNE



OMSORGSPLAN 2020



Foto: Kjartan Holseter



Foto: Rigmor Gjelstenli



Foto: Siri Halvorsen

**Vedteke i Vestnes kommunestyre den 12.juni 2014,
sak: 46/2014**

Innhold:

1. Innleiing	side	3
2. Lovgrunnlag og nasjonale føringar	side	4
3. Visjon og mål for tenestene i Vestnes kommune	side	7
4. Oversikt over administrativ organisering av tenestene	side	8
5. Omsorgstrappa - Oversikt over Vestnes kommune sine omsorgstenester	side	9
6. Vestnes kommune – demografisk utvikling	side	16
7. Styrke og utfordringar i planperioden	side	25
8. Førebygging og folkehelse, samarbeid med frivillige	side	26
9. Bygningsmessige forhold ved institusjonane	side	27
10. Alternative buformer for framtida	side	30
11. Særlege forhold vedk demensutvikling- demensplan	side	31
12. Særlege forhold vedk rus, psykiatri og unge med bistandsbehov	side	35
13. Utfordringar og løysingar innan IKT og tenesteutvikling	side	37
14. Kompetanse i framtidige omsorgstenester	side	39
15. Framtidig bruk av velferdsteknologi i omsorgstenestene	side	41

1 Innleiing

Bakgrunn

- Vestnes kommunestyre vedtok gjeldande "Omsorgsplan 2015" den 11.desember 2008.
- I "Kommunal planstrategi for Vestnes kommune 2012-2015" som vart behandla av kommunestyret den 28. juni 2012, vart det vedteke at omsorgsplanen skulle rullerast i 2013.
- Vestnes kommunestyre gjorde så den 7. februar 2013 vedtak om prosess og mandat for utarbeiding av omsorgsplan.
I vedtaket heiter det:

Mandat/gjennomføring av planarbeid:

Vestnes kommunestyre vedtek at planarbeidet med Omsorgsplan 2013 – 2017 skal gjennomførast slik:

1. Helse- og omsorgsutvalet skal stå for utarbeiding av omsorgsplanen og kjem med innstilling til kommunestyret mars 2014.
2. Aktuelle råd og organisasjonar blir invitert til dialog med Helse- og omsorgsutvalet.
3. MANDAT:
 - a) Planen skal ha hovedfokus på utfordringane Samhandlingsreforma stiller kommunen overfor, og korleis desse skal møtast på kort og lang sikt. Av tema kan nemnast: førebyggande arbeid, interkommunalt samarbeid, samarbeidsavtale med HF, medfinansiering, kortare liggetid i sjukehus, auka ansvar for rehabilitering, framtidig ansvar for øyeblikkeleg hjelp (døgntilbod). For evt framlegg til førebyggande tiltak bør det takast utgangspunkt i Folkehelseplanen for Vestnes som vart vedteken av kommunestyret i september 2012.
 - b) Utvalet skal vurdere forholdet mellom heimetenester og institusjonsplassar, samt evt gi innspel til alternative buformer, m.a. vurdere behovet for fleire omsorgsbustader. Utvalet skal også kome med framlegg om kva type institusjonsplassar det behov for (t.d. "ordinære", kort tids plassar, avlastning, spesialplassar), samt vurdere i kva grad tiltak i heimetenestene kan redusere behovet for institusjonsplassar og sikre at den einskilde kan få hjelp til å leve og bu sjølvstendig.
 - c) Utvalet skal kome med framlegg om ulike alternativ til lokalisering av nye institusjonsplassar. Etter vedtak i investeringsbudsjett for 2013 har utvalet til disposisjon kr 200.000 til denne delen av arbeidet.
4. Tiltaksdelen i planen skal vere realistisk og berekraftig i forhold til kommunens økonomi, og kostnader ved nye tiltak skal bereknast for økonomiplanperioden.
5. Planen skal utarbeidast som temaplan. Planen skal sendast til offentleg høyring. Utvalet sjølv avgjer elles korleis medverknad skal gjennomførast.

Avgrensing av planarbeidet:

Med bakgrunn i at Vestnes kommune er ein stor vertskommune etter HVPU- reforma, har Helse – og omsorgsutvalet vurdert det slik at det skal utarbeidast ein delplan til Omsorgsplanen, for Bu- og habiliteringstenestene. Denne delplanen må ta omsyn til:

- Tenesteyting i vertskommuneoppdraget kommunen har teke på seg
- Tenesteyting til andre innbyggjarar i kommunen med habiliteringsbehov, fort kortare eller lengre periodar av livet.
- Best mogleg nytting av ressursar og kompetanse.
- Bidra til at kommunen kan gje individuelt tilpassa og heilskaplege/ koordinerte tenester til rett tid, på rett nivå og med rett kompetanse.

Det meste av denne planen vil og gjelde tenester til innbyggjarar med eit habiliteringsbehov.

2 Lovgrunnlag og nasjonale føringar

Det har skjedd store endringar sidan førre plan vart utarbeidd, og dette pregar mandatet som kommunestyret har gjeve.

Den grunnleggande helse og omsorgslovgivinga vart endra i 2011 ved at : **Lov om helsestenestene i kommunane (kommunehelsestenestelova)** av 19.nov.1982 og **Lov om sosiale tenester m.v. (sosialtenestelova)**. av 13.des.1991 vart slegne saman til **Lov om Kommunale helse- og omsorgstenester mm (helse og omsorgstenestelova)** LOV-2011-06-24-30. Den nye lova freistar å inkorporere begge lovene og definerer eit vidare helse og omsorgsomgrep.

Lova sitt formål, §1-1, er særlig å:

1. *forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,*
2. *fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,*
3. *sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,*
4. *sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,*
5. *sikre samhandling og at tjenestetilbuddet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbuddet er tilpasset den enkeltes behov,*
6. *sikre at tjenestetilbuddet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og*
7. *bidra til at ressursene utnyttes best mulig.*

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Samhandlingsreforma og påfølgjande lovendringar legg grunnlaget for all planlegging i kommunane.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Denne stortingsmeldinga la grunnlaget for samhandlingsreforma.

I meldinga blir hovudutfordringane i helse- og omsorgstenestene skissert slik:

- **Brukarane sine behov for koordinerte tenester vert ikkje ”besvart” godt nok.**

Ofte er det brukaren sjølv eller pårørande som må ivareta den praktiske koordineringa mellom tenestenivåa. Det kan medføre unødige belastningar, forsinkingar og auka ventelister, det er dårleg offentleg ressursforvaltning.

- **Tenestene er prega av for liten innsats for å begrense og førebygge sjukdom.**

Behandlinga skjer ofte i spesialisthelsetenestene når dei kroniske sjukdomane har kome langt. Helsetenestene har sterkt fokus på behandling av sjukdom og seinkomplikasjonar, og har for lite fokus på førebygging og helsefremmande tiltak.

- **Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbiletet gir utfordringar som vil kunne true samfunnet si økonomiske bereevne.**

Det er dei same manglar og svakheiter både i høve dei samfunnsøkonomiske utfordringane og dei meir pasientretta/ brukarretta utfordringane.

Samhandlingsreforma

Samhandlingsreformen vart gjennomført frå 1. januar 2012.

Lovgrunnlaget for reforma finn ein i **Lov om helse- og omsorgstenester av 24. juni 2011**. Samhandlingsreforma skal ha eit sterkt fokus på førebygging og folkehelse, og lovgrunnlaget vart lagt i **Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011**.

**Målet for reforma er betre samhandling til beste for innbyggjarane
- førebygge meir, behandle tidlegare og samhandle betre.**

Reforma etablerte fleire økonomiske incentiv for å kunne snu helse- og omsorgstenestene mot meir førebyggande tiltak:

- Innførte kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta
Kommunane må dekke 20% av kostnadene ved ein del innleggningar (ein del unntak)
- overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasientar ved sjukehusa til kommunane (betale døgnpris for utskrivningsklare pasientar)

Demensplan 2015

Revidert handlingsprogram for perioden 2012–2015

Lagt fram av Helse- og omsorgsdepartementet, 17.11.2011.

I 2007 la Noreg, som det første land i verda, fram ein eigen plan for tenestetilbodet til menneske som er ramma av demens. I åra framover vil stadig fleire ramma av sjukdommen. Difor vart Demensplan 2015 «Den gode dagen» oppdatert med eit revidert handlingsprogram. Planen skal sikre eit godt og verdig tenestetilbod gjennom tre hovudgrep: Eit styrka aktivitetstilbod på dagtid, auka kunnskap og kompetanse i omsorgstenesta og i samfunnet elles, samt utbygging av tilrettelagde omsorgsbustader og sjukeheimar.

"Morgendagens omsorg" - Meld.St.29 (2012-2013)

Meldinga har tre hovudsiktemål:

1. Få kunnskap om, leite fram, mobilisere og ta i bruk samfunnet sine samla omsorgsressursar på nye måtar.
2. Utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglege metodar og endringar av organisatoriske og fysiske rammer.
3. Støtte og styrke kommunane sine forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet.

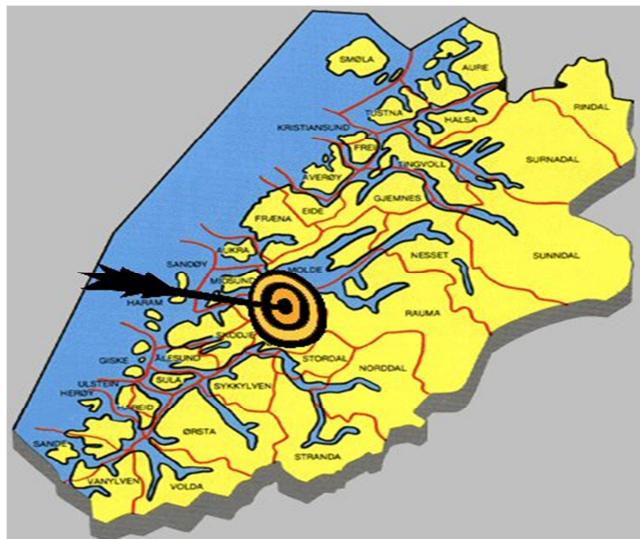
Folkehelsemeldinga – Meld.St. 34 (2012-2013)

Regjeringa sine mål for folkehelsearbeidet er at:

- Noreg skal vere mellom dei tre landa i verda som har høgst levealder.
- Befolkinga skal oppleve fleire leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskellar.
- Vi skal skape eit samfunn som fremmer helse i hele befolkninga.

3 Visjon og mål for tenestene i Vestnes kommune

“Vestnes midt i blinken”



Mål for omsorgstenestene:

Vestnes kommune sine innbyggjarar skal lengst mogeleg få kunne leve og bu sjølvstendig og ha eit aktivt tilvære i fellesskap med andre.

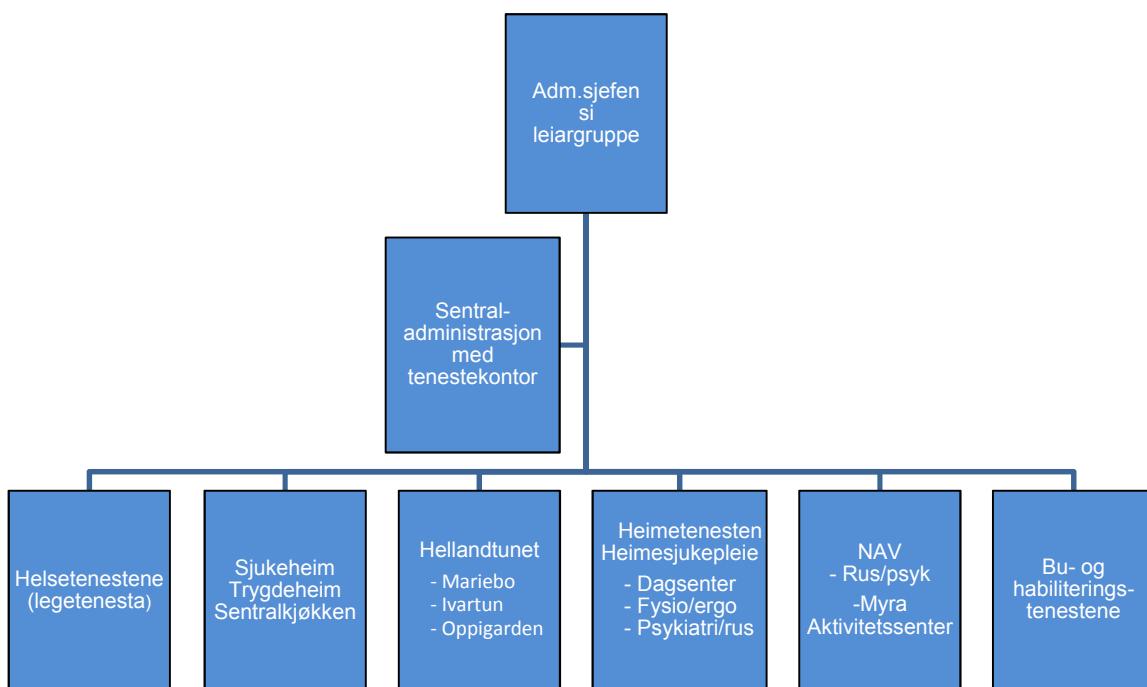
Kva kan kommunen sin visjon ha å seie for omsorgstenestene?

Tenestene skal vere Midt i blinken ved at dei er **TREFFSIKRE**:

Treffsikre i den forstand at tenesta etter ei individuell vurdering skal vere på **rett nivå, vere innvilga til rett tid og bli gitt med rett kompetanse**

Vestnes kommune sine tenester skal vere tufta på brukarmedverknad og høg etisk kompetanse hos dei tilsette.

4 Oversikt over administrativ organisering på området



Helse- og omsorgstenestene er organisert som dei andre sektorane med driftseiningar leia av driftsleiar direkte underlagt adm.sjefen.

Til skilnad frå oppvekstsektor og teknisk sektor har førebels ikkje helse- og omsorg kommunalsjef i administrasjonssjefen si leiargruppe. Dette har vore etterlyst av fleire; både politikarar og administrative leiarar.

I sentraladministrasjonen vart det i 2013 etablert eit tenestekontor. Tenestekontoret vil kunne svare på spørsmål, gi rettleiing og ta imot søknader om helse- og omsorgstenester.

Fagpersonell behandler søknaden, driftsleiar fattar vedtak.

Tenestekontoret har ansvar for informasjon, kartlegging og saksbehandling av helse- og omsorgstenester

- for alle over 18 år
- unntak personar med utviklingshemming der Bu- og habiliteringstenesta fattar vedtak
- for dei under 18 år der Barne- og ungdomstenesta fattar vedtak.

Tenestekontoret mottek meldingar om pasientar som er innlagt i sjukehus, og tek imot melding om ferdigbehandla / utskrivingsklare pasientar. Tenestekontoret fungerer som koordinerande eining for personar over 18 år, med unntak av personar med utviklingshemming der Bu- og habiliteringstenestene er koordinerande eining. Alle kommunar skal ha ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering som skal ha det overordna ansvaret for arbeidet med individuell plan, og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar.

For å oppnå ei tverrfagleg og saumlaus teneste vert søknader om bistand behandla i fagråd som er samansett av fagfolk frå alle einingane som er med i den administrative organisasjonsmodellen som det er vist til ovanfor. Denne organiseringa freistar å oppnå synergieffekter ved å nytte dei faglege og økonomiske ressursane, med eit løysingsfokus for den einskilde.

5 Tenestetrappa – Oversikt over Vestnes kommune sine omsorgstenester

Tenestene kan beskrivast ut frå administrativ struktur i kommunen.
Like vanleg er det å sjå på dei samla tenestene med utgangspunkt i ei

Tenestetrapp

Det har vore eit prinsipp at tenester skal gjevast ut frå LEON-prinsippet.
LEON = Lavaste Effektive OmsorgsNivå.

Ved innføring av samhandlingsreforma har eit nytt omgrep blitt nytta:
BEON = Beste Effektive OmsorgsNivå.

Sjå Vestnes kommune - MIDT i BLINKEN:

Rett teneste – til rett tid – på rett stad – med rett kompetanse!

Grunnlag for begge prinsippa:

Det er lovfesta at hjelpe tilbodet skal gjevast ut frå individuelle behov.
I helse- og omsorgstenestelova § 3-1 heiter det:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Behovet for hjelp vil for dei fleste utvikle seg frå å vere relativt enkelt til sidan å bli meir omfattande. For andre som vert ramma av ulukke og/eller alvorleg og brå sjukdom, kan hjelpebehovet vere omfattande og samansett frå første dag.
For einskildmennesket kan altså hjelpebehov og tilbod endre seg over tid. Endringa kan vere av permanent karakter, eller midlertidig, til det verre eller til det betre. Dette gjer også at tenestetilbodet må vere fleksibelt og godt organisert.

For dei fleste brukarar av offentlege tenester kan ein difor gjennom livet ha behov for tenester på fleire av trinna i omsorgstrappa. Omsorgstrappa illustrerer korleis tilboda i ei kommune må differensierast.

Utfordringar med tenestetrappa:

Helse- og omsorgsutvalet vil påpeike følgjande:

Tenestetrappa gjer greie for tenestene i eit hierarktisk system, og ei av forutsetningane er at det er god samanheng i tenestene, at tenestene samhandlar internt, og at tenesteytinga går på tvers av driftseiningar, budsjett og administrative inndelingar.

For å få gode tenester må dei i størst mulig utstrekning vere saumlause, og brukarane må oppleve kommunen som ein samla tilbydar av tenester.

OMSORGSTRAPPA

FOR VESTNES KOMMUNE

- Langtidsopphald i institusjon
- Skjerma eining/demensavd.
- Palliativt rom

- Korttidsopphald i institusjon:
 - utredning/behandling
 - rehabilitering
 - avlastningsopphald
 - rullerande avlastning
- Heildøgns tenester i heimen

- Dagsenter / avlastning på dagsenter / Myra
- Heimesjukepleie
- Omsorgsbustad
- Demensteam
- Korttidsopphald / rehabilitering
- Praktisk bistand
- Brukarstyrt personleg assistent (BPA)
- Omsorgsløn

- Fysioterapi / kvardagsrehabilitering
- Ergoterapi
- Heimehjelp / praktisk bistand
- Støttekontakt
- Rehabiliteringsteam
- Fotterapi
- Middagsombringning frå sentralkjøkkenet

- Frisklivsentral
- Frivilligsentral
- Frivillige lag og organisasjoner og kyrkja
- Tryggleiksalarm
- Legetenester/helsestasjon
- Krisesenter
- Heimevaktmeisterteneste / hjelpemiddel
- Transporttenesta for funksjonshemma
- Kulturtild

Trinn 1 i trappa

Kyrkja og frivillige organisasjonar arrangerer sosiale treff og kyrkja yter diakonalt arbeid etter behov. **Kulturskulen** er aktiv når det gjeld å tilby tenester til institusjonane.

Transporttenesta for funksjonshemma er tildeling av "drosjelappar" for ein viss sum pr år. Det er fylket som fastset talet på brukarar i kvar kommune.

Frivilligsentralen

Frivilligsentralen har ulike sosiale arrangement, bistår med skyss til kulturarrangement, gir hjelp til mindre vaktmeistertenester, skaffar besøksvenn, og arrangerer lettare turar. Vestnes Frivilligsentral skal bidra til å gjere Vestnes kommune til ein endå betre stad å bu ved å kartlegge, synleggjere og ta i bruk dei frivillige ressursane i kommunen. Vestnes Frivilligsentral skal fungere som møteplass og brubyggjar mellom menneske, frivillige organisasjonar og det offentlege.

Frisklivssentralen

Etablert i Vestnes i 2013.

Frisklivssentral: Tilbod for personer med høg risiko for å utvikle livsstilssjukdommar.

Frisklivssentralen gir hjelp til å endre levevanar knytt til fysisk aktivitet, kosthald og tobakk, samt kurs i mestring av angst og depresjon.

Heimevaktmeister: Det er tilsett 1,4 årsverk med heimevaktmeister fordelt på 2 personar.

Heimevaktmeisterordninga er ei praktisk teneste for å køyre ut og hente inn ulike hjelpemiddel som t.d. rullestol, tryggleiksalarmer, sjukehusseeng, toalettstol og dusjstol. Vaktmeistrane er med på tilpassing og utprøving i lag med ergoterapeut. Dei utfører også småreparasjonar på utstyr /hjelpemiddel.

Heimevaktmeister har også ansvar for leasingbilane som heimetenestene nyttar (servise og dekkskift).

Tryggingsalarm

Heimevaktmeistrane har ansvar for 158 tryggleiksalarmer. Dei monterer alarmane og utfører kontroll 2 ganger pr år. Brukaren ber tryggingsalarmen på seg for å kunne tilkalle hjelp i akutte situasjonar. Tryggingsalarmen er knytt til ein vaksentral, som formidlar kontakt vidare til heimesjukepleia. Det er stort sett heimesjukepleien som rykkjer ut heile døgeret dersom alarmen går.

Eldre, funksjonshemma og andre som kan kjenne seg utsatt for utsikt ved å bu aleine får alarm.

Trinn 2 i trappa

Sentralkjøkkenet:

Sentralkjøkkenet er tilrettelagt for produksjon av både varm og kald matproduksjon, og leverer i dag ut varm middag til alle institusjonane, dag/eldresenter og etter behovsprøving til dei som bur heime. Totalt produserer ein i dag omlag 250 porsjonar middag m/suppe eller dessert yrkedagane. Ca 130 porsjonar vert utlevert på helg. Kaffimat lager ein til ca halvparten dagleg. Mellom 70 – 110 personar, som bur heime mottek middag dagleg gjennom veka – i overkant av 20 på laurdag / søndag. Ut frå ressursar i sentralkjøkkenet / lav bemanning helg, klarer ein ikkje å halde same produksjonen på helg som på kvardagane.

Utkøyringa i veka vert utført av Dagsenter Strandbo (klienttiltak), og på helg er det eit privat firma som har oppdraget. Sentralkjøkkenet fungerer dessutan som avdelingskjøkken for sjukeheimen med all tørrmat og oppvask. Sentralkjøkkenet har etablert eit HACCP-basert IK-Mat system (Mattilsynet innførte nytt Hygienereglement 01.03.2010), og står no framføre store utfordringar i høve lovpålagt merking av all mat som vert servert. Vi skal frå og med desember 2014 kunne oppgi kva maten innehold (nye felles merkeregler i EU og Norge)

Heimehjelp/ praktisk bistand

Etter Helse- og omsorgstenestelova kan dei som har eit hjelpebehov av reint praktisk eller personleg art få innvilga hjelp til noko husarbeid. Vedkommande må vere omsorgstrengande eller heilt avhengig av praktisk eller personleg hjelp. Praktisk bistand kan gjevast i ulik grad, og på fleire nivå på omsorgstrappa.

Støttekontakt

Kan tildelast etter Helse- og omsorgstenestelova til personar som av ulike grunnar treng hjelp til ei meiningsfull fritid. Det går ofte på å kunne delta i sosialt samvær og delta på ulike fritidsaktivitetar.

Rehabilitering

kan gjevast på ulike nivå; alt frå enklare rådgjeving frå ergoterapeut og fysioterapeut til forholdsvis krevjande tiltak i sjukeheim på det høgste trinnet i omsorgstrappa.

Vestnes kommune har eit **rehabiliteringsteam** der fysioterapeut, ergoterapeut og sjukepleiar arbeidar tverrfagleg kring den enkelte brukar. Rehabiliteringsteamet samarbeider med sjukehusa, behandlingsinstitusjonane i fylket, og dei ulike einingane i kommunen.

Fysioterapitenesta i Vestnes har både kommunalt tilsette og privatpraktiserande fysioterapeutar. Vestnes kommune har eigen **ergoterapeut**. Han/ho skal hjelpe menneske som på grunn av sjukdom, skade eller anna funksjonsnedsetjing har vanskar med fungere i kvardagen. Ergoterapi inneber mellom anna: trening av daglege gjeremål , kompensering for tapt funksjon med tekniske hjelpemiddel, tilrettelegging for aktiv fungering i heimen.

Vestnes kommune har også tilsett eigen **fotterapeut** som gir hjelp både til heimebuande og institusjonsbeboarar.

Tekniske hjelpemiddel - utlån

Personar med medfødte tilstander, erverva skade, eller redusert funksjonsevne på grunn av sjukdom får, ut frå individuell vurdering, låne tekniske hjelpemiddel for ein kortare eller lengre periode. Ny teknologi montert i heimen kan vere eit supplement til den menneskelege omsorga og gjere at den hjelpetrengande kan kjenne seg trygg og godt ivaretatt for å kunne bu lengst mogeleg i eigen heim. På dette feltet har eit auka fokus og ei sterkt utvikling bidrige til mykje nytt og framtidsretta. I dag kan teknologien t.d gi hjelp til å kunne styre både lys, varme, vindu, dører, komfy, tv og kunne minne på medisin, døgnrytme og mat. I tillegg kan kontakt med andre kompletterast gjennom bruk av teknologi. Dette er hjelpemiddel som hjelper, "styrer og erstattar" ved funksjonsnedsetting.

Fysioterapi

Tenesta er ein del av helsetilbodet i kommunen og blir gjeven i samband med førebyggjande helsearbeid og ved behandling av sjukdom eller skade. Tenesta kan hjelpe til med mellom anna:

- undersøkingar
- funksjonsutgreiingar / motorisk vurdering
- utforming og oppfølging av tiltak
- behandling
- gruppetrening
- opplæring og fagleg undervisning

Fysioterapitenesta i Vestnes har både kommunalt tilsette og privatpraktiserande fysioterapeutar. Det er tilsett 2 kommunale fysioterapeutar, i tillegg til 3 -100 % driftsavtaler for privat praktiserande fysioterapeutar fordelt på 5 fysioterapeutar. Dei kommunalt tilsette fysioterapeutane har kontor i Helland sentrum, Aktivitetsbygget 1. etasje. Elles har dei kontor på ulike stader i Vestnes.

Ergoterapi

Ergoterapi skal hjelpe menneske til å fungere i kvardagen når dei har problem med å klare daglege gjeremål på grunn av sjukdom, skade eller anna funksjonsnedsetjing. Ergoterapi inneber mellom anna:

- trening av daglege gjeremål eller andre oppgåver
- tilpassing av aktivitetar, f.eks. arbeidsvanar
- kompensering for tapt funksjon med tekniske hjelpemiddel
- tilrettelegging for aktiv fungering i heim, barnehage, skole og arbeidsplass
- rettleiing, informasjon og undervisning

Kommunen vil gjere ei undersøking og ei fagleg vurdering av behovet for ergoterapi. Det er tilsett 1-100 % stilling som ergoterapeut.

Dag-aktivitetstilbod:

Ein sosial treffstad som skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevingar og meiningsfulle kvardagar. Kommunen har mange ulike tilbod, tilrettelagt med tanke på kva brukarar det gjeld, og deira behov.

Fysisk aktivitet, fellesskap, matlagning, og sosialt samvær er ofte rammer rundt innhald i kvardagen som gjev god livskvalitet.

Individuelt tilpassa aktivitetar er avgjerande for å kunne oppleve meistring, det gjeld i alle aldrar. f.eks. personar med utfordringar innan psykiatri og rus, og personar med fysisk funksjonshemmning.

Aktivitetssenteret - dagtilbod til heimebuande eldre

Tresfjord trygdeheim – dagsenter både for pasientar i institusjon i heimebuande i bygda.

Myratun dagsenter - dagtilbod til heimebuande med demenssjukdom.

Myra Aktivitetssenter – dagtilbod rus/psykisk helse/samansette behov - med auka fokus på unge som står utan skule/arbeid/aktivitet - dagtilboden organisert frå Nav - Vestnes

Trinn 3 i trappa

Kommunalt demensteam:

Det består i dag av ein sjukepleiar frå Oppigarden og ein hjelpepleiar frå heimetene. Demensteamet har vore i gang med kartlegging/ tidleg oppfølging av heimebuande med demenssjukdom i over 2 år no.

Viser til kap 11 - demensplan

Heimesjukepleie

Tenesta vert ytt for å dekke kravet til nødvendig helsehjelp.

Aktuelle tiltak gjennom heimesjukepleia er:

- Personleg hjelp, observasjon, råd og rettleiing
- Bistand til administrering av medisin
- Sårbehandling
- oppfølging av ernæringstilstand

Tilrettelegging og tilpassing av hjelpemiddel kan gi hjelp til sjølvhjelp. Spesielt i rehab-fasen er motivasjon og tid viktige faktorar for å nå målet for tenesta. Når ein utfører pleie og stelleoppgåver har ein også høve til å observere sjukdomsutvikling og eventuelle biverknader av medisin. Stelle- og pleieoppgåver til personar som er i ei demensutvikling er særskrevjande.

Vestnes kommune har eigne kreftsjukepleiarar som i samarbeid med spesialisthelsetenesta gir pasientar god oppfølgjing i heimen. Dette gjer at kreftpasientar kan bu heime sjølv om sjukdommen er alvorleg. Mange får også bu heime i sluttfasen av livet.

Vestnes kommune har ikkje eigen diabetessjukepleiar. Dette er p.t. kompensert ved eit prosjektsamarbeid med Rauma kommune. Gjennom prosjektet har tilsette i Vestnes har fått rettleiing og undervisning. Utfrå sjukdomsbiletet i samfunnet bør Vestnes for framtida ha eigen diabetessjukepleiar.

Medikamenthandtering

Legen forordnar resept og medisin, medan heimesjukepleia ofte får i oppdrag å sørge for at medisin blir henta på apoteket, istandgjort, kontrollert og bringa ut til rett tid. Det er legen som vurderer kven som er i stand til å administrere medisinen sin sjølv. Heimetenestene har utarbeidd eigne retningslinjer for medikamenthandtering i tråd med regelverk på området. I dag har heimetenestene ansvar for medikamenthandtering til ca 120 personar. Medisin bringast ut og bli tatt til rett tid.

Motivasjon /støttesamtalar/mat

Sjukdomsutvikling og aldring gjer at det er stort behov for daglege besøk og støttesamtalar i løpet av ei veke . Demens og psykiske lidingar kan ofte føre til redusert matlyst. God og næringsrik mat er viktig for å kome til krefter, og mange strevar med dårlig matlyst. Derfor vert også tilbereding av tørr mat også ei helseoppgåve når ein ser det i samanheng med observasjon og oppfølgjing.

BPA-Brukarstyrt personleg assistent:

Ei ordning der den hjelpetrengande ofte sjølv har eit hovudansvar for organisering av tenesta. Vi forventar ein auke i etterspurnaden av slike tenester. BPA nyttast ofte på trinn 3, på ei tid dei er betre istrand til å medverke i ordninga sjølv.

Omsorgsløn:

Lønn til personar som har eit særleg tyngande omsorgsarbeid. Utfrå søknad og vurdering kan slik løn bli gitt. Vestnes kommune nyttar Sosial- og helsedepartementet sitt Rundskriv I-42/98 som framleis er gjeldande for omsorgslønn.

Omsorgsbustad

Vi har totalt 38 husvære i Senior Plaza og Aktivitetssenteret

Etterspurnaden er stor etter omsorgsbustad i Vestnes. Tenestetilbodet varierer stort frå tryggleik og trivsel ved å bu samlokalisert, til nokre timar heimehjelp og vidare til omfattande pleie og omsorgstenester på linje med sjukeheimstilbod. Etter kvart er det mange som har omfattande behov for tenester.

Ein **omsorgsbustad** med husbankfinansiering er tilpassa rørslehemma og ofte lagt til rette slik at bebuaren skal kunne ta imot heldøgns omsorg. Bustaden er bebuaren sin eigen heim, og heimetenester blir tekne imot på same vilkår som for andre heimebuande.

Trinn 4 i trappa

Avlastning og korttidsopphald i institusjon. For heimebuande kan det vere avgjerande for å kunne å bu heime at ein periodevis

har tilbod om plass i institusjon. Dette kan vere korttidsopphald, t.d. etter sjukehusopphald, eller avlastningstilbod som kan gi pårørande litt pusterom. Ein har no ein auka fokus på bruken av korttidsopphald.

Vedtak om **avlastningsopphald** vert gjeve for å gi omsorgspersonar avlastning. Alt etter behov kan ein ha tilbod om faste rullerande avlastningar, eller ein kan søke og få innvilga etter meir individuelle ynskjer og behov.

Vedtak om **korttidsopphald** vert gjeve ut frå tenestemottakaren sine behov. Det kan vere ulike observasjons- og utredningsbehov, samt behov for rehabilitering.

Ved korttidsopphald får ein også vurdert medisinering, ernæringstilstand eller anna behov for rehabilitering etter ulike skade-/ sjukdomstilstandar. Ein tenker ofte på rehabiliteringsopphald etter sjukehusinnlegging, men ein kan og bør like gjerne tenke opphold for å unngå sjukehusopphald. For mange gamle er det ei belastning å kome på sjukehus.

Heimetenestene

Omfattande tiltak i heimen på trinn 4:

Vi har ein del omsorg med omfattande tiltak heime hos brukaren. Tilbod med eit høgt timetal vert utført i heimen, ofte i omsorgsbustad. Det er to hjelpeordningar som er alternative til "ordinær" heimeteneste. Dette er ordninga med "Brukarstyrt personleg assistent" og "Omsorgsløn":

Trinn 5 i trappa

Heimeteneste og institusjonsomsorg:

På dette trinnet i omsorgstrappa vert det gitt hjelp til dei sjukaste heimebuande og heildøgns omsorg i institusjon. Det kan vere ulik oppfatning om heildøgns omsorg berre skal gjelde for institusjonsomsorg, eller om det også kan femne om omsorgsbustader der det blir gitt hjelp heile døgnet for dei med størst hjelpebehov.

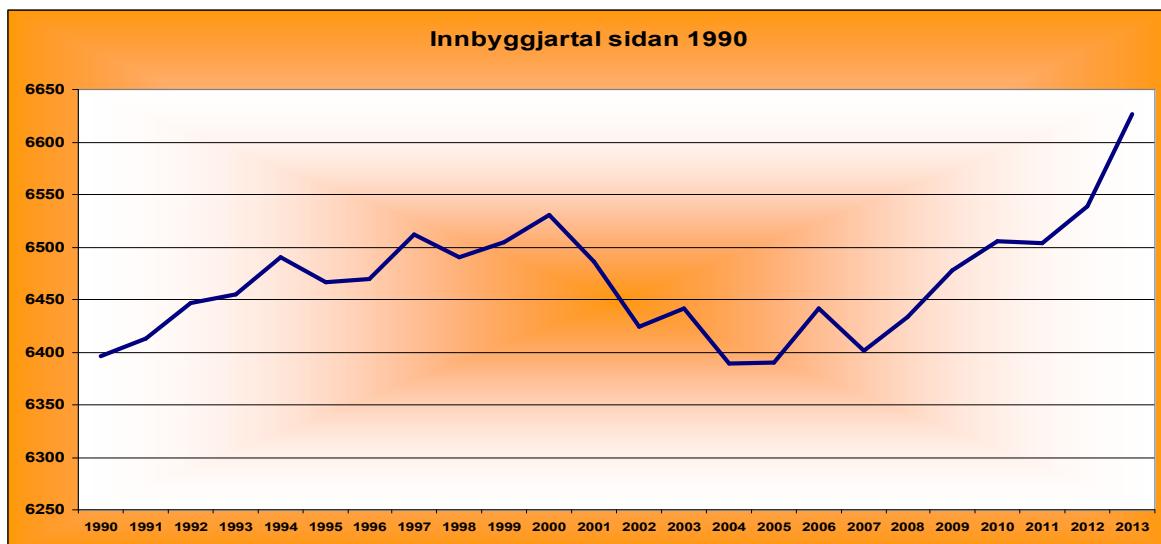
Det finst ingen nasjonal eller allment akseptert definisjon her. Med heildøgns omsorg kan det vere eit spenn frå ein situasjon der det er nokon på vakt i bygninga (t.d. omsorgsbustader) heile døgnet, til ein situasjon der det er fleire tenesteytarar saman med brukaren kontinuerleg. Dette kan gjelde både institusjon og omsorgsbustad.

Ein kan ofte sjå at dess yngre brukarane er, dess vanlegare er det å gi heildøgns omsorg i omsorgsbustad, medan det for eldre brukarar er vanlegare å gi institusjonsplass ved behov for heildøgns omsorg. Det kan hende at dette kan endre seg i framtida.

Vestnes kommune har bygd opp eit tilrettelagt tilbod for alvorleg sjuke og døyande; eit såkalla palliasjonsrom. Vestnes kommune har over tid hatt fokus på kreftomsorg, gjennom samarbeidsprosjekt mellom Heimetenesta og Vestnes sjukeheim. Prosjektet er gjennomført m.a. via prosjektmidlar frå Helsedirektoratet. Det er lagt vekt på internundervisning på dette feltet. Tidlegare har palliasjon/ lindring mykje vore knytta til kreftomsorg. Det er i dag meir snakk om lindring på tvers, og gjeld lindring uavhengig av diagnose. Opphald i palliasjonsrommet kan gjevast både som avlastning til pårørande i kortare periodar og som eit tilbod til døyande.

6 Vestnes kommune – demografisk utvikling

- Innbyggjartal pr. 01.01.13 var 6.626
Av dette er 46 beboarar ved Vestnes asylmottak som har fått opphaldsløyve i Norge, men enno ikkje fått tildelt bustadkommune.
- Dette var ein auke på 87 siste året.
- Det er 216 fleire menn enn kvinner.



- Fram til år 2000 var det ein liten vekst i folketalet, det stoppa opp og nedgang til 2007.
- Etter det har folketalet auka att. Noko av denne auken har samanheng med at det asylmottaket er beboarar som har fått opphaldsløyve i Norge, men enno ikkje er tildelt bustadkommune.

Ser ein over ein periode på 10 og 20 år (fram til 2012) har utvikling i folketalet vore som følgjer:

Auke i %	Siste 10 år	Siste 20 år
Vestnes kommune	1,8	1,5
Gj. snitt Møre og Romsdal	5,2	7,5
Landsgjennomsnitt	10,2	16,6

- Vestnes har hatt ein svært liten auke i folketalet samanlikna med snittet i Møre og Romsdal og landsgjennomsnitt.
- Nedgang i fødselstal og ikkje minst ei netto utflytting internt i Norge er årsak til år med nedgang i folketal og også årsak til at folketalet ikkje har auka meir.
- Siste åra har det vore stor innflytting frå utlandet og det er grunnen til at folketalet no aukar litt att.

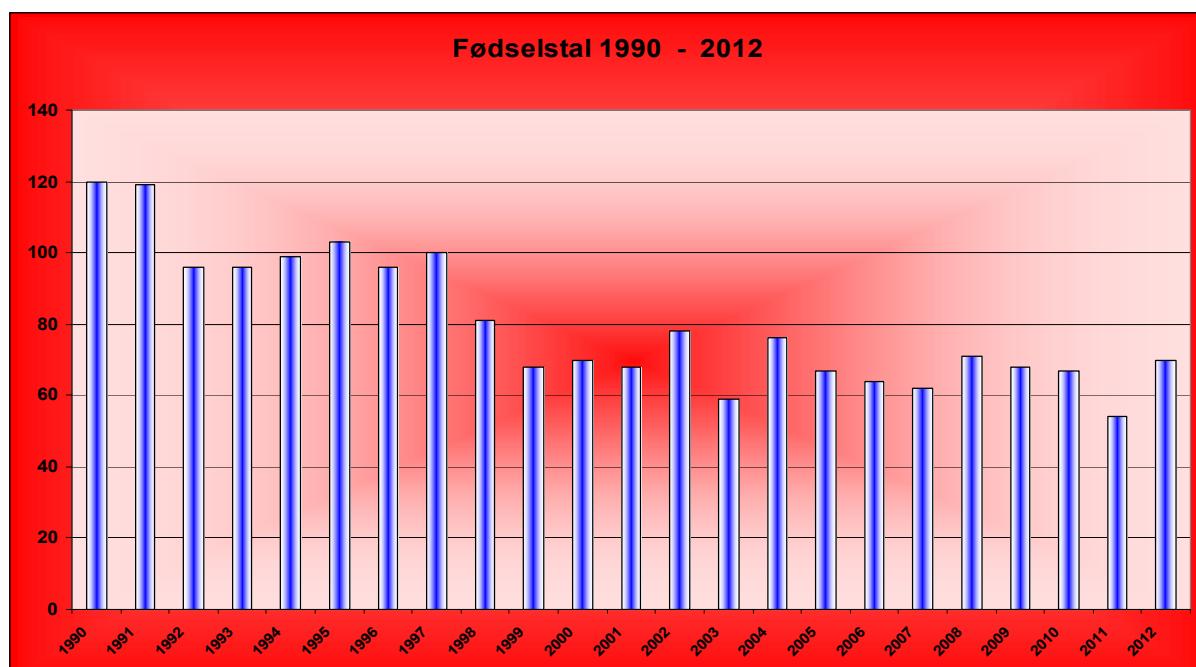
Fødselstalet

Fødselstalet i ein kommune har stor innverknad på utviklinga i kommunen og det tilbodet kommunen må gje og planlegge for framtida.

Først og fremst har det betydning for barnehage, grunnskule, SFO og barne og ungdomstenestene. Det kan også ha relevans for planlegging på heilt andre område, som t.d. i ein omsorgsplan

År	1990	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	2012
Antall	120	119	96	96	99	103	96	100	81	68	70	68	78	59	76	67	64	62	71	68	67	54	70

* Dette er antal born under 1 år i aktuell år. I all hovudsak samstemmer dette med fødselstalet, men til- og fråflytting kan ha ei mindre påverkning.

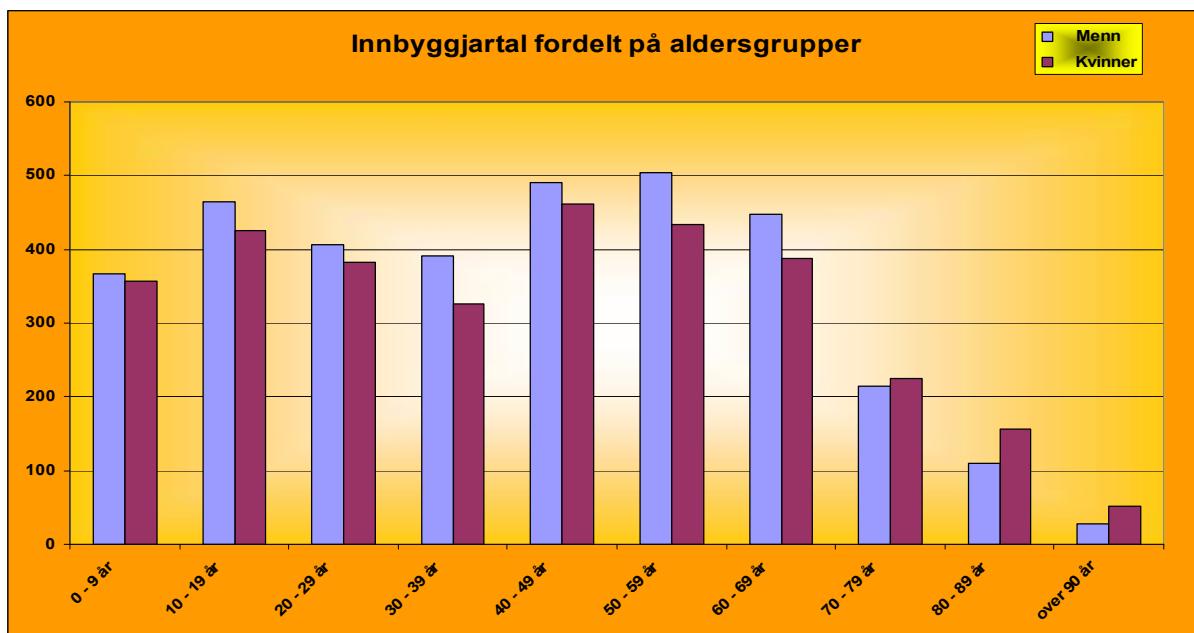


Oppsummering

- Åra 1990 og 1991 var dei åra med høgst fødselstalet på lenge i kommunen.
- I mange år etterpå låg fødselstalet på rundt 100 pr. år. I 1998 kom det ein reduksjon, og sidan har fødselstalet hatt eit snitt på under 70, med 2011 som lågast med 54 fødde.
- Det store kulla frå tidleg på 1990 talet er no gått ut av ungdomsskulen og nye kull på 70 kjem inn. Det fører til at barnetalet i grunnskulen vert redusert fra 1000 elevar til snart under 700 elevar.
- Dersom fødselstalet auar, noko vi sjølv sagt ynskjer, vil ein ganske umiddelbart merke det på auka behov for barnehageplassar.

Innbyggjartal fordelt etter kjønn og alder pr 2013

Årsklasse	Menn	Kvinner	Totalt
0 - 5 år	216	204	420
6 - 15 år	399	397	796
16 - 19 år	216	181	397
20 - 66 år	2 121	1 885	4 006
67 - 79 år	332	331	663
80 - 89 år	109	156	265
over 90 år	28	51	79
	3 421	3 205	6 626



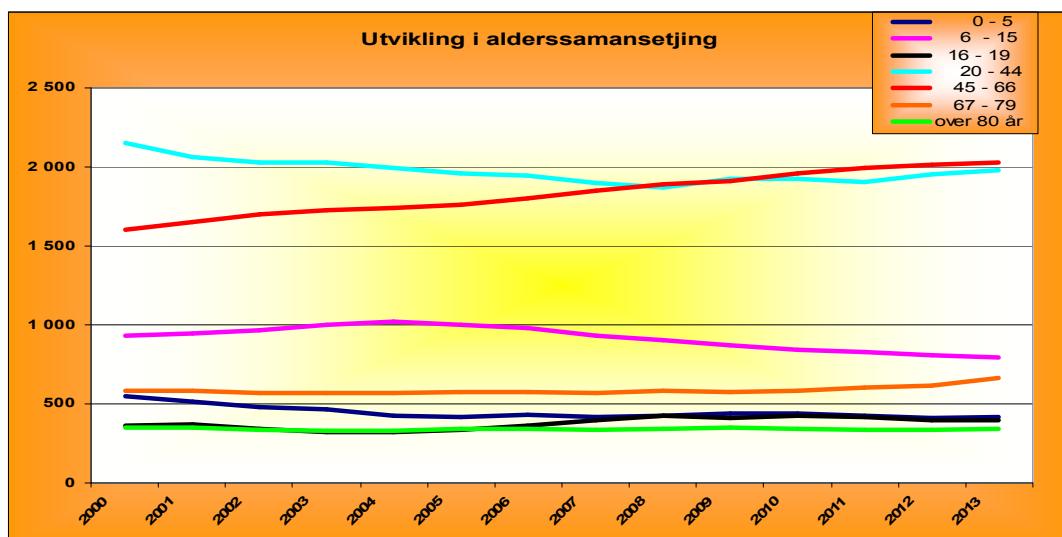
Oppsummering

- I barneskulealder er det om lag likt med jenter og gutter.
- Frå 16 år ser vi at det vert færre jenter enn gutter. Det kan tyde på at fleire jenter i den alderen flyttar frå kommunen.
- Fram til om lag 70 år er det fleire menn enn kvinner.
- I dei elste aldergruppene er det flest kvinner. Det gjenspeglar nok også at det gjennomsnittleg levealder er høgst blant kvinner.
- I yrkesaktiv alder (20 – 67 år) er det over 10 % fleire menn enn kvinner.

Aldersamansetjing

Alderssamansetjinga har hatt følgjande utvikling siden år 2000:

År	0 - 5	6 - 15	16 - 19	20 - 44	45 - 66	67 - 79	over 80 år	. Sum
2000	546	934	361	2 151	1 604	585	349	6 530
2001	514	947	372	2 065	1 652	584	352	6 486
2002	482	965	341	2 029	1 702	571	334	6 424
2003	466	999	321	2 027	1 729	569	331	6 442
2004	424	1 019	319	1 992	1 738	568	329	6 389
2005	417	1 002	336	1 958	1 759	577	341	6 390
2006	433	980	363	1 947	1 800	574	345	6 442
2007	418	934	399	1 894	1 850	568	339	6 402
2008	425	901	425	1 873	1 888	579	343	6 434
2009	435	872	411	1 926	1 909	577	348	6 478
2010	436	842	425	1 923	1 959	580	341	6 506
2011	426	827	415	1 903	1 994	601	338	6 504
2012	414	809	396	1 954	2 014	615	337	6 539
2013	420	796	397	1 978	2 028	663	344	6 626



Oppsummering

- I aldersgruppene under 15 år har det har vore stor reduksjon.
- Det som kanskje er like bekymringsfullt er at ant. innbyggjarar i aldergruppa 20 – 44 år er mykje redusert. I denne gruppa er det no 1038 menn og 940 kvinner, dvs. nesten 10 % færre kvinner. Reduksjonen her har nok også samanheng med redusert fødselstal i perioden.
- I aldersgruppene 45 – 80 år aukar befolkninga mykje, over 20 % sidan år 2000. Dette er ei aldergruppe der flyttinga er liten og vi må rekne med at auken fortsetter i kommande år. Etterkvart vil dette føre til behov for auka helse- og omsorgstenester.
- Talet på innbyggjarar over 80 år har vore stabilt.

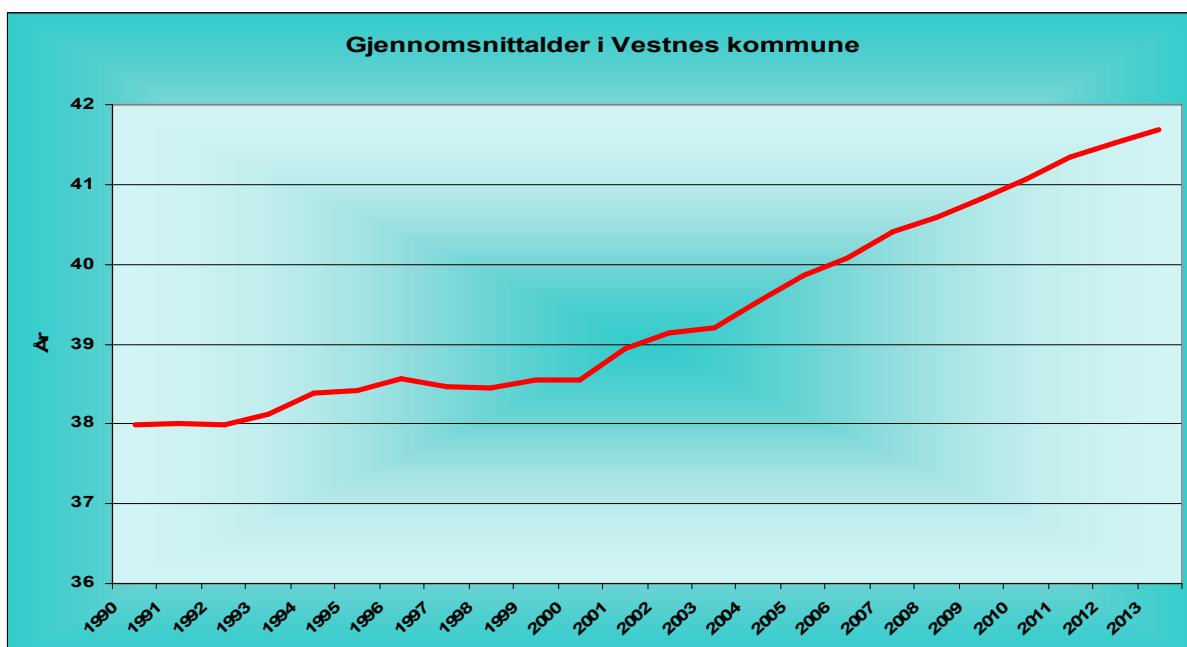
Gjennomsnittsalder

Utvikling i gjennomsnittsalderen i kommunen gjev viktige signal om "helsetilstanden" til kommunen.

Er snittalderen konstant eller synkande er det eit positivt tegn som viser ein kommune som er i utvikling og som ofta også har auke i innbyggjartal.

Aukar snittalderen kan det være tegn på stagnasjon og tilbakegang, det skjer ei forgubbing av befolkninga.

Uansett kva retning snittalderen har er det signal som vi må bruke i den langsiktige planlegginga av kommunen sine tenester.



Oppsummering

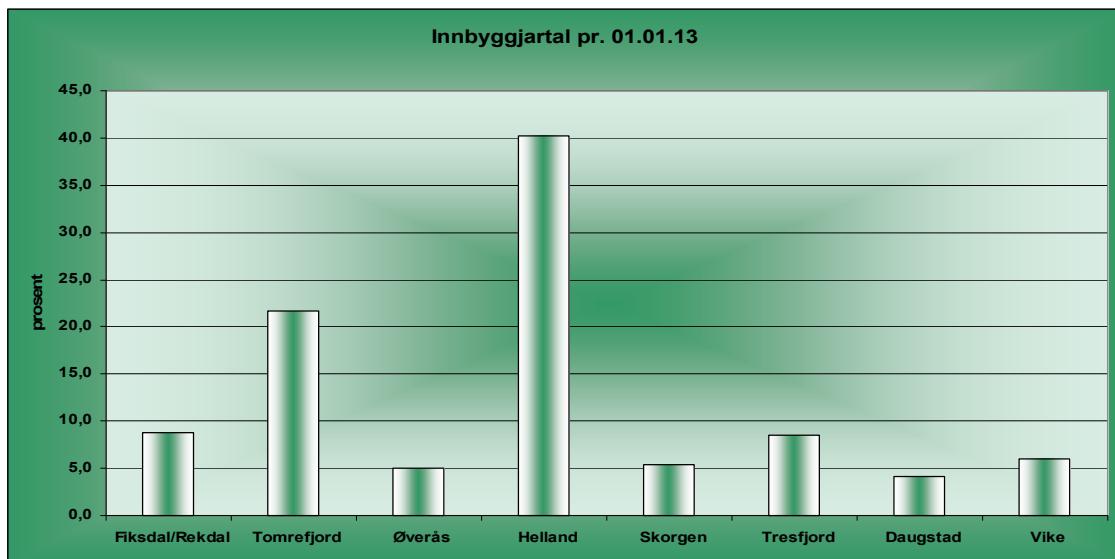
- I 1990 var gjennomsnittsalderen blant alle innbyggjarane i kommunen knapt 38 år.
- I åra fram til 2013 er den auka med 3,7 år til 41,7 år ved inngangen til 2013. Dette er ein auke på 0,16 pr. år.
- Auken var ikkje så stor på 90 talet, det er først frå år 2000 at gjennomsnittsalderen har vore stor. Frå år 2000 og fram til i dag har den auka med 3,2 år, eller 0,25 pr. år. Dette er mykje.
- Auken i gjennomsnittsalderen har m.a. samanheng med nedgang i fødselstal/barnetal og nedgang i den vaksne befolkninga under 45 år.
- Dette er eit alvorleg signal for kommunen si framtid og forhold vi må ta med i den vidare planlegginga av kommunen sine tenester i kommande år.

Busetjingsmønster

Befolkinga bur spredd i heile kommunen, men likevel med Helland og Tomrefjord som dei klart største bygdene.

Folketal er fordelt slik på dei einskilde krinsane:

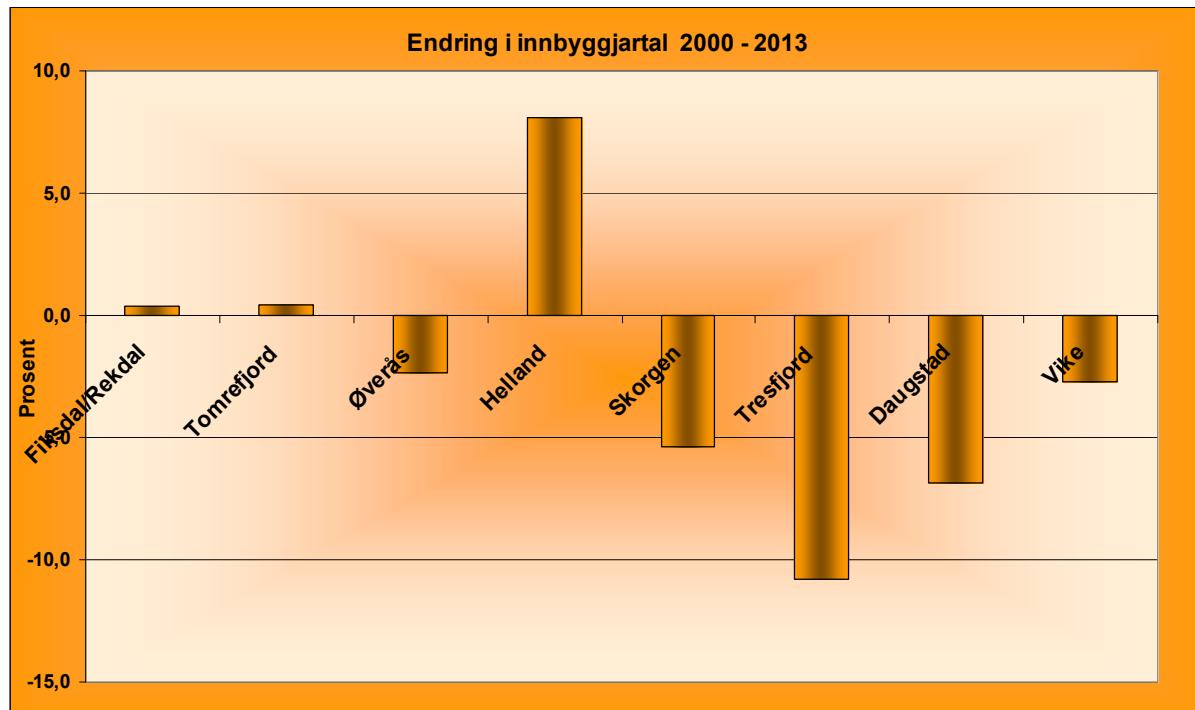
Skulekrets/ år	2000	2010	2011	2012	2013	andel	%	Endring 00 - 13 i %
Fiksdal/Rekdal	583	586	585	582	585	8,8		0,3
Tomrefjord	1 428	1 394	1 370	1 407	1 434	21,6		0,4
Øverås	339	311	323	335	331	5,0		-2,4
Hlland	2 467	2 605	2 618	2 618	2 667	40,3		8,1
Skorgen	373	347	352	342	353	5,3		-5,4
Tresfjord	630	590	596	589	562	8,5		-10,8
Daugstad	291	255	260	267	271	4,1		-6,9
Vike	408	416	398	392	397	6,0		-2,7
Adr. ikkje oppgitt	11	2	2	7	26	0,4		
	6 530	6 506	6 504	6 539	6 626	100,0		1,5



Oppsummering

- Helland krins er den klart største med over 40 % av innbyggjarane i kommunen. Andelen som bur i Helland er aukande.
- I Helland og Tomrefjord bur over 60 % av innbyggjarane i kommunen.

Endring i busetjingsmønster



Oppsummering

- Innbyggjartalet i den vestre del av kommunen, Rekdal, Fiksdal, Tomrefjord og Øverås har vore helt stabilt sidan år 2000.
- Helland krins har auka med 200, eller 8,1 %. Heile auken i innbyggjartal i kommunen sidan år 2000 er komme i Helland krins.
- Det som er meir spesielt, og negativt, er at heile den austre del av kommunen har nedgang i innbyggjartal.
- Tresfjord har ein nedgang på nesten 11 %. Dette er mykje på så kort tidsperiode.
- Vi ser ein klar trend i busettingsmønsteret i kommunen. Helland aukar, stabilt i vestre del av kommunen og ein klar reduksjon i austre del. Det vert spennande å sjå om Tresfjordbrua vil ha noko innverknad på busettingsmønstret og den trenden som har vore siste åra.

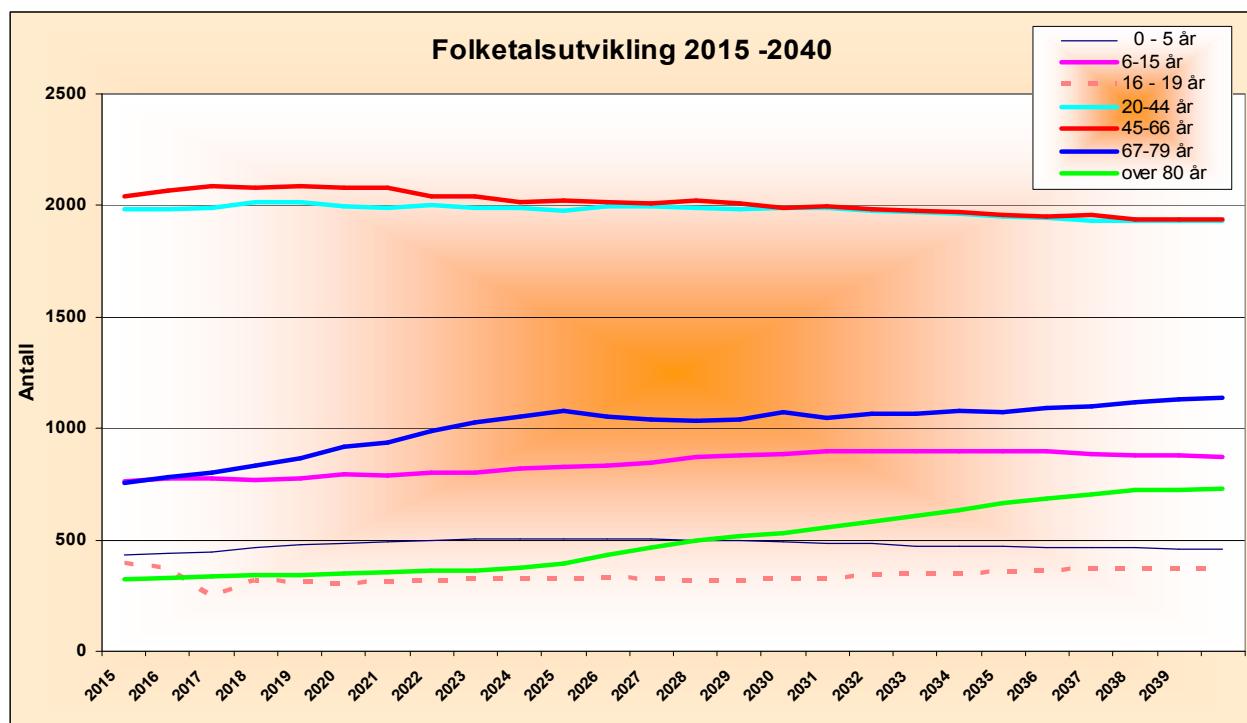
Prognose for folketalsutvikling 2015 - 2040

Statistisk sentralbyrå utarbeidar prognosar for folketalsutvikling.

Prognosene for utvikling i folketal er eit av kriteria kommunane bør bruke i framtidsplanlegginga.

Prognosene viser folketal fordelt på aldersgrupper og byggjer på middels nasjonal vekst, som er den mest vanlege forutsetninga.

Ar	I alt	0 - 5 år	6-15 år	16-19 år	20-44 år	45-66 år	67-79 år	over 80 år
2015	6 688	431	764	391	1 980	2 040	756	326
2016	6 738	438	772	366	1 981	2 067	784	330
2017	6 673	444	774	248	1 987	2 086	801	333
2018	6 826	468	771	318	2 015	2 079	832	343
2019	6 873	476	776	310	2 015	2 087	867	342
2020	6 921	484	793	303	1 997	2 081	915	348
2021	6 952	491	790	310	1 992	2 078	938	353
2022	7 004	498	800	314	2 002	2 040	988	362
2023	7 045	502	803	321	1 987	2 041	1 027	364
2024	7 082	504	819	326	1 990	2 014	1 055	374
2025	7 120	505	825	325	1 976	2 019	1 077	393
2030	7 273	489	887	320	1 990	1 987	1 073	527
2035	7 375	469	896	358	1 954	1 959	1 073	666
2040	7 432	461	869	370	1 930	1 939	1 135	728
Endring i tal og %		30 7,0	105 13,7	-21 -5,4	-50 -2,5	-101 -5,0	379 50,1	402 123,3



Oppsummering

- **Prognosen viser ein liten jamn vekst i folketalet i Vestnes kommune.** Dette byggjer på forutsetninga om generell vekst i folketalet i landet og er nok den mest usikre delen av prognosene. Her er det heilt avhengig av utviklinga lokalt.
- **Det er forventa liten endring i innbyggjartalet under 20 år.** Det vil ligge rimeleg stabilt.
- **Talet på vaksne i aldersgruppa 20 – 44 år vil og være stabilt, kun ein mindre nedgang.** Dette er den aldersgruppa som etablerer seg og stiftar familie. Det hadde vore ynskjeleg at denne gruppa auka, helst mykje.

For gruppene under 44 år kan nok både lokale og meir sentrale forhold spele inn slik at utviklinga kan bli noko anna. Her vil moglegheitene for arbeid, barnehagertilbod, utbygging av infrastruktur i regionen og økonomiske forhold generelt spele inn.

Klarer vi å legge forholda til rette slik at unge flyttar tilbake til kommunen og etablerer seg, vil det kunne påverke både barnetal og utviklinga elles.

- **Det er aldersgruppa over 67 år, dvs. pensjonistane, som aukar og det svært mykje.** For gruppa over 80 år er det meir enn ei fordobling. Denne delen av prognosene er nok også den mest sikre.
- **Auken i eldre må vi ta omsyn til når vi planlegg kommunen sitt tenestetilbod i åra som kjem.** Det er i den sektoren at behovet vil auke kraftig.

7 Styrke og utfordringar i tenestene

Samhandlingsreforma

Reforma stiller kommunane overfor ein del utfordringar:

- Kortare behandlingstid i sjukehus.
- Auka krav til kva typer medisinske tilstandar som skal behandlast i kommunen
- Førebuing til at ein frå 2016 får ansvar for kommunal ø-hjelp døgnopphald

Utfordringar av økonomisk og systemisk art:

- Økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasientar
- Medfinansiering av sjukehusinnlegggingar og ein del poliklinisk behandling
- Systemansvar for å følgje opp statens krav til IKT-løysingar som skal samhandle med andre delar av hjelpeapparatet.

Styrken til Vestnes kommune er at mange, både tilsette og leiarar, har vore aktive og motiverte for å møte dei krava som samhandlingsreforma stiller kommunen overfor. Vi har fått på plass eit tenestekontor som tek imot meldingar om utskrivingsklare pasientar, som behandler søknader om bistand, og som stettar kravet om å vere ei koordinerande eining i kommunen.

Det vil gå for langt å kome inn på alle sidene ved samhandlingsreforma. Reforma har på mange måtar “gått seg til”.

Dei store utfordringane som gjenstår er:

1. Innlemming av rus og psykiatri (sjå kap om dette temaet i kap 11)
2. Kommunalt ansvar for **ø-hjelp døgnopphald** frå 2016

I Helse- og omsorgslova § 3-5 heiter det:

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.¹

Kommunen må i løpet av 2014 avgjere korleis dette tilbodet skal organiserast og tilretteleggast. Det ser pr. i dag ut til at dei fleste kommunar går inn i eit interkommunalt samarbeid om dette. Ofte ser vi at denne tenesta er kopla mot legevakttenesta. denne saka må behandlast av Vestnes kommunestyre som eiga sak.

Vi vil vidare i planen omtale nokre av dei hovudutfordringane vi står overfor:

- **KAP 8:** Førebyggande tiltak, **folkehelse**, samarbeid med frivillige
- **KAP 9:** **Bygningsmassen**, (institusjonar, dagsenter, heimeteneste, kontor
- **KAP 10:** **Alternative buformer for framtida**
- **KAP 11:** Er tenestetilbodet innan **demensomsorga** forsvarleg og framtidsretta?
- **KAP 12:** Er tenestetilbodet innan **rus og psykiatri** forsvarleg og framtidsretta?
- **KAP 13:** Kan vi møte dei utfordringane vi blir stilt overfor innan **IKT** ?
- **KAP 14:** Korleis løyser vi **kompetanseutfordringane**?
- **KAP 15:** Har vi nok fokus på framtidige løysingar innan **velferdsteknologi**?

8 Førebygging og folkehelse

Vestnes kommunestyre vedtok i september 2012 "Temaplan for folkehelsearbeidet i Vestnes kommune". Omsorgsplanen bygger på denne temaplanen når det gjeld folkehelsearbeid og førebygging. Fleire av tiltaka i planen er gjennomførte; m.a. oppretting av Frisklivsentral og oppretting av stilling som folkehelsekoordinator.

Sist tilgjengelege **folkehelsestatistikk (2014)** seier dette om Vestnes kommune:

Styrke:

1. Andel som dør av lungekreft og KOLS er lavare enn i landet som helheit.
2. Hjerte- og karsjukdom ser ut til å vere mindre utbreidd enn i landet som helheit, vurdert etter sjukehusinnleggingar.
3. Andel uføretrygda i alderen 18-44 år er lavare enn landet som helheit.

Utfordring:

1. Andelen born og unge med overvekt/fedme er høgare enn i landet elles (tall fra obligatorisk veging og måling på 3. og 8. trinn).
2. Andel eldre over 80 år i 2020 er estimert til å vere høgare enn i landet som helheit
3. Overvekt ser ut til å vere meir utbreidd enn i landet som helheit, vurdert etter andel menn med KMI > 25 kg/m² på sesjon.
4. Andelen med psykiske symptom og lidingar er høgare enn i landet som helheit, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
5. Sjukdommar og plager knytta til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å vere meir utbreidd enn i landet som helheit, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.
6. Talet på kvinner i Vestnes som røyker ligg over gjennomsnittet for fylket
7. Sjukefråveret er høgare enn i landet som helheit.

Helse- og omsorgsutvalet vil ha fokus på følgjande satsingsområde:

Viser til side 8 der tilboda i kommunen på det lavaste trinnet i omsorgstrappa er omtala.

- Friluftsområde: Vestnes kommune har satsa på helsefremmende tiltak ved utbygging av turstiar og parkeringsområde ved turstiar. Dette arbeidet må det fokuserast vidare på gjennom arealplanarbeidet i kommuneplanen.
- Frivilligcentral og samarbeid med frivillige skal vere kommunen sin hovudarbeidsmåte.
- Det bør prioriterast å arbeide for å få oppretta ein "Helsestasjon for eldre" som eit lavterskelttilbod til denne gruppa. Dette mellom anna for å motverke einsemd og lettare psykiske plager.
- Kommunen sine tilsette og politikarar skal i ord og handling vise stor respekt og støtte til lag og organisasjoner som vil bidra på sjølvstendig grunnlag i arbeidet for å fremme folkehelsa.
- Auka kunnskap om førebygging og kvardagsrehabilitering hos politikar, leiarar og tilsette i helse og omsorgssektoren
- Utvikle førebyggjande tiltak til born og unge med overvekt/ fedme og deira foreldre (interkommunalt samarbeidsprosjekt Vestnes/Rauma)
- Utvikling av tilbod til personar som står i fare for eller som har utviklet diabetes type 2 (interkommunalt samarbeidsprosjekt Vestnes/Rauma)

9 Bygningsmessige forhold ved institusjonane

Tenestene som er omhandla i denne planen har følgjande bygg:

Aktivitetssenteret, ferdigstilt i 2002, huser kontor til heimetenesta, fysioterapi, ergoterapi, fotterapi, dagsenter, rehabiliteringsavdeling med 7 pl (no brukt som korttidsavdeling), i tillegg til to omsorgshusvære i same etasje. 5 husvære for menneske med psykiske lidinger. Stor del av 3.etg er uteleid til fylkeskommunen si tannhelseteneste.

Senior Plaza vart bygt i 2002 og har 31 omsorgshusvære.

Bygget inneholder 31 tilrettelagte omsorgsbustader med nær tilknyting til aktivitetssenteret og sjukeheimen. 10 husvære med 1 soverom og 21 husvære med to soverom

Hellandtunet: Mariebo, Oppigarden og Ivartun

Mariebo og Oppigarden er institusjonar med tilrettelagte plassar for personar med demens, totalt 16 plassar. 1plass er definert til avlastning, og 1plass til utredning.

For å få plass ved institusjonane skal ein vere under utredning for demens eller ha fått diagnosen.

Avdelingane består av eigne rom m/ dusj/ wc og felles stue/kjøkken for 8 personar.

I tillegg til vaskerom og kontor /arb rom. Mariebo og Oppigarden arbeider etter "smått er godt" prinsippet. Det tek ein utgangspunkt i eit lite fysisk miljø, med få stabile personar ikking seg.

Veranda og uteområdet er godt tilrettelagt for å kunne nyttast, med fin sansehage, kvileplassar, blomster, rennande vatn, opplagte gangvegar og lysthus.

I same område er dagsenteret Myratun

Målet er å sikre ein god livskvalitet og tryggleik for personar med demens.

Ivantun er sjukeheim for menneske med utviklingshemming.

**Ovanfornemnde institusjonar er bygde og/eller nyrenoverte ved starten av 2000 talet.
Dei er såleis i god stand, og blir difor ikkje bygningsmessig omtala meir.**

Vestnes sjukeheim

Sjukeheimen post 2 og 3 vert i dag drive med 38 plassar.

I tillegg er det kommunalt vedtak på bruk av 3-4 plassar på korttidsavdelinga i aktivitetssenteret, organisert under post 2.

Defineringa av plassar i sjukeheimen er slik: 5 korttidsplassar: 2 avlastningsplassar, 2 rehabiliteringsplassar og 1 palliativt rom /m eige bad/wc. I tillegg kjem plassane ved korttidsavdelinga ved aktivitetssenteret.

Institusjonen vart teken i bruk i 1982 og er forholdsvis nedsliten. Mange av romma er små utan tilfredstillande bad og toalett. Ved tusenårrsskiftet førelåg det mange planar for nybygg og oppgraderingar av kommunal bygningsmasse. Bygga som er omtala ovanfor vart prioriterte. Det same gjeld legesenter, helsestasjon og sentralkjøkken.

Det var også lagt planar for ombygging av sjukeheimen. Etter planane skulle både post 2 og 3 ombyggast med tanke på meir moderne drift med enkeltrom med toalett og bad. Imidlertid vart desse planane ikkje gjennomførte grunna manglende finansiering.

Kommunen starta oppgradering av sjukeheimen i 2008 i tråd med politiske vedtak.

Følgjande vart gjennomført: 8 større og betre tilrettelagde pasientrom (3 rom + palliasjonsrommet i post 3 og 4 pasientrom i post 2) . Hovudbad og dusjrom vart renoveret. Stova vart ombygt for å betre kunne legge til rett for daglege gjeremål og aktivitetar, m.a. arbeidssituasjon kring matservering.

Det vart lagt til rett for at det i personalrom/ arbeidsrom kan nyttast data som arbeidsverktøy, i tråd med vedtekne fagprogram for pleie og omsorg i kommunen.

Golvbelegg vart skifta i korridorar og stove. Nokre lagerrom skulle byggast om med tanke på lagring av utstyr og hjelpemiddel. Dette vart ikkje gjennomført.

Seinare kom det ytterlegare branntekniske krav i høve overrislingsanlegg i institusjonen. Dette vart utført samtidig med anna ombygging.

30 pasientrom er ikkje renovert sidan opning av sjukeheimen i 1982. Det er berre utført flikking / måling av vegger og reperasjonar av golvbelegg.

1 av romma i kvar avdeling har dusj på rom.

Sentralkjøkkenet:

Vart ombygt i 2003. Der er nokre bygningsmessige utfordringar også knytta til sentralkjøkkenet. Dette gjeld vass-skade rundt kokesone, og arbeidet knytta til dette kan gjere at kjøkkenet må stenge ein periode under reparasjon. Sjå elles side 11 for orientering om sentralkjøkkenet sin funksjon.

Tresfjord Trygdeheim

Institusjonen vart teken i bruk i 1962. Arkitektfirmaet Kosberg kom med ei vurdering av bygninga i midten av 90-talet. Konklusjonen var at bygningskroppen/konstruksjonen vanskeleggjer ombygging til ein moderne institusjon. Utfrå dette har det berre blitt gjort oppgraderingar tilpassa dette faktum.

Ei arbeidsgruppe nedsett av administrasjonssjefen kom med ei vurdering sommaren 2008. Konklusjonane gjekk på to forhold:

Utbettingar det er behov for dersom institusjonen skal brukast i eit 5års-perspektiv:

- **Golvbelegg:** bør skiftast i storparten av hovedetasjen, både pasientrom og gangar
Dette er utført: Golvbelegg skifta i korridør, fellesstuer og kontor i hovUdetg.
- **Pasientromma,** mange av romma bør malast og få ein generell oppussing
Vert gjennomført alt etter vaktmelsterressurs
- **Alarmanlegg,** må utskiftast. *Ikkje gjennomført / Ligg no i investeringsbudsjett 2014*
- **Ei. anlegg,** feste ledningAr og supplere kontakter så langt det let seg gjøre utan omfattande tiltak/kostnad.
Vert teke fortløpande alt etter vaktmelsterressurs
- **Bad / hovudtg.** *Gjennomført*

Utbettingar det er behov for dersom institusjonen skal brukast i eit 10års-perspektiv:

- **Nytt ventilasjonsanlegg.** Dette er omfattande og kostbart tiltak. *Ikkje gjennomført.*
- **Bad m/dusj på pensjonærromma.** Dei fleste romma har berre eit lite toalett. Skal trygdeheimen brukast i ein lengre periode er utviding av toalett til bad m/dusj eit av tiltaka som må gjerast. Reint praktisk går det truleg å få til ved at ein tek vekk ein liten kjøkkenkrok på pasientromma og reduserer gangareal. *Ikkje gjennomført.*
- **Elektrisk anlegg,** det må nok til ei større utbedring av det elektriske anlegget inkl. alarmanlegg og bedra belysning på pasientromma. *Ikkje gjennomført.*
- **Utskifting av vindu.** *Ikkje gjennomført.*

- **Golvbelegg og maling**, golvbelegga skiftast og mykje innvendig maling.
- **Generell opprusting**, i tillegg til det som er nemnt ovanfor må det gjerast mykje generell vedlikehald/oppussing, også ein del på varme og vassanlegget.
- **Tak og utvendig bygning**. Har ikkje vurdert tak og utvendig anlegg, truleg må det gjerast tiltak her også.
- **Sprinkling av bygget**. Kostbart. Ikkje gjennomført.
- **Avløp / vannledningsnett**. Var delvis med i arbeidsgruppa si vurdering. Må med ved framtidig bruk av institusjonen. Ikkje utført.
- **Fellesbad i uetg**. Må utbedrast . Ikkje utført.
- **Lekkasje tak nordre fløy** (vatnet renn i vegg / skap)
- **Lekkasje vindu/glass- byggerstein i trappeoppgang (hovudinngang)**

Forhold mellom bruk av institusjon og tilbod i heimen

Vestnes kommune har i dag ein dekningsgrad på institusjonsplassar som er over 20 % sett i forhold til innbyggartalet på personar over 80 år.

Om ein i framtida skal gå utfrå talet på innbyggjarar 80+ er usikkert. Leveralder aukar stadig og helsa til innbyggjarane blir betre. Dette vil i framtida kanskje kunne muliggjere at innbyggjarane kan bu lenger i eigen heim. Nye løysingar innan velferdsteknologi og nye arbeidsmåtar vil kanskje ytterlegare gjere innbyggjarane i stand til å bu lenger heime.

I Vestnes har vi i dag:

Tresfjord Trygdeheim	26 plassar
Vestnes sjukeheim	38 + 3-4 plassar
Oppigarden	8 plassar
Mariebo	8 plassar
Igartun	12 plassar

Helse- og omsorgsutvalet si vurdering:

Det må vurderast om Vestnes sjukeheim er egna som framtidig moderne sjukeheim.

Kan vi ved ombygging og renovering få ein moderne sjukeheim?

Det må også vurderast om det kan/bør føretakast ombyggingar for å bruke bygget annleis enn i dag. Det kan t.d. vurderast om bygget kan renoverast og byggast om til bufellesskap for eldre med bistandsbehov. Bufellesskap er samansett av små bueiningar med meir fellesareal enn det som er vanleg ved omsorgshusvære.

Det må også vurderast om kapasiteten i bygget kan utvidast ved å utnytte loftsetasjen til institusjonsplassar, bueiningar og/eller fellesareal.

Desse forholda gjer at utvalet ikkje finn å kunne svare fullt ut på kommunestyret sitt mandat, pkt 3b.

Kommunen må leige inn ekstern ekspertise til dette utgreiingsarbeidet.

Helse- og omsorgsutvalet vurderer Tresfjord trygdeheim som “ein god stad å bu” og ein “heim” der omsorg-, pleie og tryggleik er god og forsvarleg.

Likevel er dette ikkje ein institusjon for framtida.

Institusjonen bør nedbyggast gradvis. Det må utarbeidast ein eigen plan for nedbygging. Denne planen må samordnast med bruk av våre andre institusjonsplassar og utvikling/bygging av nye plassar. Når Tresfjord trygdeheim vert nedlagt, må han anten kompenserast ved nye institusjonsplassar, nye typer bufellesskap, eller ein kombinasjon , “ein pakke” av ulike omsorgsformer kombinert med moderne velferdsteknologi.

10 Alternative buformer for framtida

I møte med omsorgsutfordringane i framtida blir det naudsynt å mobilisere samfunnet sine samla omsorgsressursar og sjá nærmare på oppgåvefordelinga mellom omsorgsaktørane. Dei offentlege omsorgstenestene har vore i kontinuerlig vekst i fleire tiår. Dei demografiske utfordringane gjer at vi må mobilisere alle dei ressursane som ligg hos brukarane sjølve, pårørande, sosiale nettverk, lokalsamfunnet i ideelle organisasjonar og næringslivet slik at alle tek sin del av samfunnsansvaret. Det vil kreve omstilling av den faglege verksemda, med større vekt på nettverksarbeid, tverrfagleg samarbeid, førebygging, tidlig innsats og habilitering- /rehabilitering. Det forutset også at innbyggjarane tek ansvar for best mulig tilrettelegging av eigen bustad, og at vi i fellesskap legg til rette dei fysiske omgjevnadene slik at dei blir tilgjengelige for alle og for alle generasjonar.

Det føregår ei spanande utvikling i den kommunale pleie- og omsorgstenesta, der to ulike tradisjonar er i ferd med å smelte saman. På den eine sida liknar romma i moderne sjukeheimar meir på fullverdige omsorgsbustader. På den andre sida blir moderne omsorgsbustader nytta både som supplement og alternativ til sjukeheim.

Framtida vil nok by på eit mangfald av buformer der følgjande moment blir vesentlege:

- Individuelt: Tenestetilbod og ressursinnsats blir knytta til den einskilde innbyggar sine behov uavhengig av buform.
- Eit tydeleg fysisk og juridisk skilje i areal: Eit tydeleg fysisk og juridisk skilje mellom privat areal, fellesareal, offentleg areal og tenesteareal i alle bygg med helse- og sosialtenesteformål.
- Eit fagleg og organisatorisk skilje mellom helsetenester på den eine sida og matservering, kulturaktiviteter og andre servicetenester på den andre sida.
- Privatareal med naudsynte bufunksjonar: Bustadløysingar som har tilgang til alle naudsynte bufunksjonar (bad/toalett, kjøkkenkrok, soveplass og oppholdsareal) innanfor privatarealet.
- Velferdsteknologi: Bustader som har infrastruktur tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi

Helse- og omsorgsutvalet vil ha fokus på følgjande satsingsområde:

I den vidare planlegginga av institusjonsbygg, omsorgsbustader og alternative buformer må Vestnes kommune har fokus på nytenkjing.

I planlegginga må vi ha ei brei tilnærming med fokus på fysiske, teknologiske, kulturelle, sosiale og helsemessige forhold.

Mest sannsynleg vil ein stor del av framtidige buløysingar ha meir fokus på brukarstyring og private initiativ. Kommunane kan her få ei endra rolle. Frå å planlegge, bygge, etablere og drifta, kan kommunane meir bli ein tilretteleggar.

11 Særlege forhold vedk demensutvikling - demensplan

Regjeringa sin "Demensplan 2015" er ein delplan av "Omsorgsplan 2015". Her blir kommunane rådd til å ha ein eigen demensplan. Dette for å ha fokus på tenestetilbodet tilpassa det aukande talet på personar med demens. Kommunane skal ha hovedfokus på:

- Demensplan
- Demensteam
- Dagaktivitetstilbod
- Pårørandesatsing

Stortingsmelding nr 25 "Mestring, muligheter og mening" peiker på kor viktig det er å styrke heile tiltakskjeda frå heimetester og avlastning for pårørende, til tilbod frå spesialisthelsetenesta. I St.m nr.25 heiter det elles: "En helhetlig plan for en styrket demensomsorg skal vektlegge tiltak som kan gis før det er aktuelt med et heldøgnstilbud og sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde".

Fylkesmannen godkjenner at Vestnes kommune let demensplanen bli ein del av omsorgsplanen, og då i eige kapittel

Førekomst av demens:

I dag er det ca 70 000 menneske med demens i Norge. Ca 10 000 personar vert ramma årleg, og det er den tredje mest kostbare sjukdommen i landet. Ein reknar ca 4 pårørende til kvar dement, slik at talet på pårørende dreier seg om ca 250 000. Det er rekna med at førekomsten av demens er 15 % av personar eldre enn 75 år og 2-3% av personar i alderen 65- 75.

Ut i frå dette kan ein rekne at det i dag er ca 90 demente i Vestnes kommune. Ein kan forvente ein auke av talet på demente personar i Vestnes på 116 % fram mot 2040. Dette gjeld dersom ein ikkje i mellomtida finn ein tilstrekkelig god behandling av demens sjukdommen.

Estimert tal på personar over 75 år med demens fram til år 2040:

År 2011	År 2020	År 2025	År 2030	År 2040
80	89	112	141	166

I tillegg kjem tala på personar med demens under 75 år som også er aukande.

Definisjon på demens:

Demens er: "en irreversibel kronisk progredierende svikt i intellektuelle, emosjonelle og viljemessige funksjoner". Kjennetegnet er nedsatt hukommelse, svekket orienterings-, lærings-, kommunikasjon-, tenke- og vurderingsevne. En del utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft, hemningsløshet, aggressivitet og mangel på empati. Andre symptomer er angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig adferd.

Mennesker med demens er ingen ensartet gruppe. God demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelle tiltak utfra den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie."

Dei vanlegaste typane demens er Alzheimer 60% Lewy Body demens 3 – 5 %

Vaskulær (hjerneslag) demens 20 – 25 % Frontallapps demens 3 – 5 %
Parkinson demens 3 – 5 %.

Utvikling av sjukdommen:

Det kan gå mellom 10 – 12 år før ein har utvikla ein alvorleg demens.

Her er ein oversikt som beskriv dei forskjellige fasane av sjukdommen:

1. Klarer seg sjølv, begynner å bli gløymsk og avbryt ofte aktivitetar i dagleg livet.
2. Kan utføre vanlege aktivitetar, men personen blir ofte forvirra.
3. Kan klare seg i kjente omgivelsar og situasjonar, men hukommelsesproblema er ofte store og personen treng påminning og er ofte initiativlaus.
4. Har handlingsvikt og språkvanskår.
5. Kan ikkje kommunisere verbalt på ein meiningsfull måte
6. Motoriske funksjonar er betydeleg nedsatt og personen må sitje i stol eller ligge til sengs

Under trinn 1 og 2 kan personen klare seg sjølv, på trinn 3 kan det verte behov for dagtilbud, heimesjukepleie/ avlastning/ korttidsopphald. Trinn 4 omfattande tilbod som omsorgsbolig og tettare heimesjukepleie. Trinn 5 og 6 bør den demente ha døgnkontinuerleg tilsyn i sjukeheim eller skjerma avdeling for personar med demens.

Tenestetilbod for demente i Vestnes kommune:

Demensteam:

Vestnes kommune har eige demensteam som starta opp i 2011. Teamet har ein fast dag annakvar veke og nyttar kontor ved heimetenesta. Teamet består av ein sjukepleiar med vidareutdanning i geriatri og demens, og ein hjelpepleiar med auka kompetanse innan demens. Ressurs for teamarbeid er til saman på 20 % .

Teamet har samarbeid oppimot den enkelte fastlege til demenspasientane, spesialisthelsetenesta, einingar i kommunen, tenestekontor, brukar og pårørande.

Demensteamets oppgåver:

- Etter henvisning frå fastlege ta ein hukommelse test (mms) av personar med mistanke om demens sjukdom. Testresultatet blir vurdert av legen, og vedkommande avgjer om henvisning til spesialisthelsetenesta er naudsynt. Oppfølgingssamtale mellom lege og team.
- Foreta samtale med pårørande.
- Organisere pårørandeskule. Vestnes kommune har samarbeid med Molde og omegn demensforening.
- Støtte og rettleie personar med demens og deira pårørande. Observere behov og være rådgjevar for å sette inn nødvendige tiltak. (t.d ergoterapeut)
- Spreie kunnskap om demens til innbyggjarane og tilsette i kommunen gjennom informasjonsskriv og undervisning.

Dag tilbod:

Ein reknar med at 50% av alle med demens bor utanfor institusjon.

Vestnes kommune har eit dagsenter som er tilrettelagt for heimebuande personar med demens. Myratun ligg oppe på Myra i sansehagen. Dagsenteret starta opp i 2003, talet på plassar har vorte auka med åra. Har pr. i dag 8 brukarar, og kan auke til 10.

Opningstid: fire dagar i veka, kl 09.00-16.00.

Ressursen som vert nytta pr. i dag er totalt 1,45 årsverk, fordelt på 75% hjelpepleiar med vidareutdanning i geriatri og psykiatri, 40%+30 % aktivitør.

Tilrettelagt dag tilbod kan bety svært mykje for den demente og deira pårørande. Dagsenteret tilbyr ulike aktivitetar, der aktivitet og stimulering vil gje gode opplevingar og meiningsfulle kvardagar. Dette kan igjen vere med å førebyggje isolasjon, angst og depresjon. Demens fører til aukande behov for hjelp og den demente vert avhengig av sine næreste, og pårørande vil ha behov for avlastning. Dagtilboden er også eit førebyggjande tiltak der ein kan utsette behov for institusjonsplass.

Støttekontakt:- kan vere eit alternativ. Støttekontakten kjem heim til den demente, slik at pårørande kan få moglegheit til å gjere ting dei ynskjer. Det er viktig at den som kjem har kunnskap om demens, og blir godt kjent med personen.
Kommunen opplever at det til tider er vanskelig å få tak i støttekontaktar.

INSTITUSJONSOMSORG.

Forsking viser at 80 % av beboarane ved landets sjukeheimar har demens, 45% i alvorleg grad.

Vestnes kommune har Mariebo og Oppigarden som er tilrettelagde institusjonar for personar med demens; totalt 16 plassar.

Vestnes sjukeheim og Tresfjord trygdeheim er institusjonar som også gir tilbod til demente.

Avlastning/kortidsopphald:

- Brukt til observasjon og medisinsk vurdering, med kartlegging av brukarens funksjonsnivå. Dette kan være nødvendig for å finne rett omsorgsnivå
- Avlastningsopphald til pårørande med tyngande omsorgsoppgåver
- Rullerande avlastningsplassar

Langtidsopphald ved tilrettelagde avdelingar:

Den som får opphold ved Mariebo og Oppigarden skal ha diagnosen dement eller vere under utredning. Institusjonen arbeider etter "smått er godt prinsippet" og har små avdelingar med 8 plassar på kvar avdeling. Tilrettelegging har som mål at den enkelte sine funksjonar skal bevarast lengst mogleg. Personale skal observere samhandling og den enskilde si mulighet for mestring. Ut frå gir ein den hjelpe som passar best for den enskilde.

Som behandlingsmetodar kan ein nemne: stimulering/aktivitet, skjerming, individuell støttebehandling, realitetsorientering, musikk, massasje, sansehage.

Langtidsopphald ved sjukeheims avdeling:

Dersom beboaren ikkje har nytte av plassen ved Mariebo og Oppigarden lengre på grunn av at vedkommande har kome i siste fase av demenssjukdommen, og at vedkomande har behov for somatisk pleie og omsorg, blir overflytting vurdert. Pårørande skal være informert om dette ved førstegongs vedtak.

Demente med utfordrande adferd:

Overfor desse pasientane må det settast inn tiltak for å førebygge adferdsproblem. Kartlegging over kva som er årsaka til, eller som utløyser angst og aggressiv adferd, er heilt nødvendig for å kunne sette inn målretta tiltak. Kunnskap og haldningar hos dei tilsette og leiing, bemanning, fysisk utforming, tal på beboarar og tilrettelegging av miljø og aktivitetar er variablar som må sjåast i lag. Den demente vil her kunne trenge auka bemanning, og ein tilsett pr. beboar kan være nødvendig. Det er viktig at personale får muligkeit til veiledning og fagleg kompetanse via spesialhelsetenesta.

Den som yter helsehjelpa skal vurdere om den demente har samtykkekompetanse. Dette skal være dokumentert i journal. Definisjon: "Med samtykke kompetanse meiner ein pasienten sin kompetanse til å ta avgjersle i spørsmål om helsehjelp".

Pasient- og brukarrettighetslova kap. 4 A gjev moglegheit for helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som motsett seg helsehjelpa mv. Før det kan ytast helsehjelp som pasienten motsett seg, må tillitsskapande tiltak vore prøvd ut. Kunnskap og opplæring hos personalet er ein viktig føresetnad for å unngå bruk av tvang. Ved bruk av tvang skal vedtak fattast, her krevst svært god dokumentasjon. Pårørande skal være informert.

Sansehage:

Mariebo, Oppigarden og dagsenteret Myratun er omgitt av sansehagen.

Sansehagen er utforma og tilrettelagt for å fungere best mulig i forhold til kva behov demente personar har. Hagen skal hjelpe dei til å stimulere alle sansar. Utforminga av element og val av planter i hagen, hjelper til å kunne oppleve lukter, lyder, sanseintrykk og smak. Det å få være ute i hagen gje den demente augneblikk opplevingar, og aktivitetane vert tilrettelagt med rekreasjon eller aktivitet utifrå dagsform.

Kompetanse:

Vi har i dag 16 tilsette som har gjennomført, og 32 som er under gjennomføring, av ein studiering i kompetanseutvikling: **Demensomsorgens ABC**. Denne opplæringa er utarbeidd av Nasjonalt Kompetansesenter for demens. Studiet går over 2 år, og den gjennomførast tverrfagleg. Dei som gjennomfører denne utdanninga vil få ein styrka kompetanse innan demens, og dette vil også kome til nytte for andre tilsette, brukarar og pårørande.

Kommunen har fleire sjukepleiarar med vidareutdanning innan geriatri og demens og hjelpepleiarar med vidareutdanning i psykiatri og demens.

Viser elles til kommunens **Kompetanseplan**.

Økonomiske utfordringar og mål:

1. Auka bruk av tekniske innretningar i heimen, velferds teknologi, slik at personar med demens kan bu lengre heime.
2. Demensteamet må styrkast med 20 % stilling. Slik kan det nyttast 1 dag pr. veke til teamarbeid og betre kunne rekke over alle arbeidsoppgåvene.
Dette gjeld oppfølgingssamtalar med pårørande og gruppessamtalar.
3. Tilbod om pårørandeskule må oppretthaldast i samarbeid med Molde.
4. Utarbeide eiga nettside på kommunen si heimeside, der kommunen informerer innbyggjarane om teneste tilbodet til personar med demens.
5. Dagtilbod for heimebuande demente må styrkast med å utvide opningsdagar. Det er i dag ope fire dagar pr. veke. Det er frå eit fagleg synspunkt hevda at tilbodet bør vere ope 5-6 dagar, evt ope på kveldstid og i feriar ved behov. Målet må vere å kunne gje tilbod til fleire brukarar. Med utgangspunkt i noverande lokale kan 12 brukarar få tilbod pr. dag ved auke av ressurs med 100 % st.
6. Ei utfordring for drift av dag tilbodet er transport til og frå heimen. Den demente er ikkje alltid lett å få med seg, difor ville det vere ein stor fordel at personalet som kjenner brukaren føljer brukaren inn og ut av transport tur retur dagsenteret. Samstundes kan denne nyttast til aktivitetar/turar. Eigen bil til for transport kan vere tenleg og denne løysinga bør utgreiast.
7. Kommunen vil ha behov for fleire avlastningsplassar enn vi har i dag. Dette er svært viktig med tanke på pårørande og deira livssituasjon, og kan bidra til at den demente kan bu lenger heime.
8. Det vil også bli behov for fleire institusjonsplassar, små einingar med 6-8 plassar.

12 Særlege forhold vedk rus og psykiatri – samt unge med bistandsbehov

Psykisk helsearbeid for vaksne er i dag organisert under **Heimetenesta**. Det vert gitt individuell oppfølgjing. Tenesta har ein lavterskelprofil og blir tildelt etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester. På grunn av stor pågang har Heimetenesta prioritert yngre innbyggjarar med bistandsbehov. Dette er ei vanskeleg fagleg vurdering då også mange eldre menneske slit med ulike grader av psykiske lidningar. Det er samarbeid med Frisklivsentralen om gruppetiltak. Dette gjeld mestringsgrupper relatert til depresjon.

NAV Vestnes har hovudansvaret for oppfølginga av vaksne som har utfordringar med rus/psykisk helse eller har andre samansette behov. Ein stor del av denne oppfølginga er knytt opp mot yngre vaksne som er utan skule/arbeid/aktivitet. Tenestene inkluderer mellom anna oppfølging og tilrettelegging av aktivitet, arbeid og utdanning. Mange (av desse manglar bustad og) har bistandsbehov på fleire livsområder, samt behov for habilitering og bustad. Ein del av denne brukargruppa har også store økonomiske utfordringar og treng bistand til å ordne opp i ein ofte ”kaotisk” økonomisk situasjon. Dette som konsekvens av Til dømes manglande grunnleggjande ferdigheiter, eller andre grunna rusmisbruk. Myra Aktivitetssenter er eit lågterskeltiltak underlagt NAV Vestnes. Tilbodet vert gitt til både unge og eldre, men vert i aukande grad brukt av unge som for ein periode er utanfor utdanning og arbeid.

Skal ein makte å tilby denne ueinsarta gruppa forsvarlege tenester og samstundes arbeide mot auka livskvalitet og sjølvstende i eige liv, så er ein heilt avhengig av samarbeid på tvers av alle einingar i kommunen. Det er store forskjellar i målgruppa med omsyn til alder, familieforhold, kognitiv fungering, bustadhøve, økonomi, utdanning og arbeidserfaring. Oppfølgingsteamet i NAV har utstrakt samarbeid med legesenteret, bustadkontoret, heimetenestene, BUT, berre for å nemne nokre. I tillegg tett samarbeid med eksterne aktørar som arbeidsgjevarar, arbeidsutprøving, utdanningsinstitusjonar, politi, psykisk helsevern og rusinstitusjonar i Midt Norge. Vidare er samarbeid opp mot pårørande, noko som vert sett på som særskilt viktig. I 2014 vert det sett i verk eiga kursrekke for pårørande i samarbeid med Helseforetaket, KoRus.

I 2013 hadde NAV-teamet oppfølging av totalt 114 personar derav 77 personar med oppfølging for rus/psykisk helse og/eller samansette behov. Av dei 77 fekk 28 av personane oppfølging av person med spisskompetanse på økonomi- og gjeldsrådgjeving.

Nye brukargrupper

Kommunen har dei siste åra erfart at nye brukargrupper melder sine behov. Det er yngre menneske der dei fleste, i varierende grad, har fått tenester frå Barne- og ungdomstenestene grunna særskilte behov. Talet på diagnostiserte barn og unge har auka i heile landet, også i Vestnes. Det er grunnlag for å skape auka samarbeid og betre plan rundt denne brukargruppa, først og fremst internt i kommunen, men også eksternt med andre kommunar. Tilsette i Heimetenestene og NAV peikar på den kompetanse som finst i kommunen med å yte hjelp i heimen. Det er mange formar for tenester å gi, utfordringa er å tilpasse til ei brukargruppe som står på terskelen mellom ung og voksen. Fleire kjem frå eit omfattande tilbod frå Barne- og ungdomstenestene, til eit voksenliv der dei også kan seie nei til hjelp. Overgangar gjev ofte ekstra utfordringar, men når overgangane ligg innafor kommunen sine tenester må ein finne gode strategiar og løysingar. Dette kan utfordre dei måtane vi arbeider på i dag.

Det kan være sprik mellom ungdomane sine ønskjer og deira behov. Desse utfordringane krev auka samarbeid på tvers av tradisjonelle budsjetteinigar i kommunen, helst nedfelt i

plan. Kommunen må vidareutvikle kompetanse og tiltak for å kunne møte brukargruppene med tanke på bustad og miljøarbeid (bustadsosialt arbeid).

Bustadsosial handlingsplan – meir enn bustad

Kommunestyret vedtok Bustadsosial handlingsplan i november 2010.

Planen har i liten grad vore iverksett når det gjeld oppfølging av butilbod for brukargruppa unge rusmisbrukarar og den gruppa av unge som manglar grunnleggande buevne. Vestnes kommune har ikkje heildøgnstilbod eller tilbod på kveld og helg. Det er vanskeleg å vurdere kva bustader som skal nyttast til denne gruppa. Vi ser at dette er personar som nærmiljøet har vanskeleg for å ta imot og integrere. Derfor opplever dei gjerne utstøytingsmekanismar frå nærmiljøet. For at vanskelegstilte personar skal få ein sjanse til å etablere seg i eigen bustad, må det i starten oftast skje via eit kommunalt målretta tilrettelagt tilbod.

Dette seier Bustadsosial handlingsplan, side 47:

"Et vellykka bustadsosialt arbeid krev ei heilskapleg tilnærming på tvers av organisatoriske grenser og forvaltningsnivå. Det bustadsosiale arbeidet er omfattande og omhandlar alt frå kommunen sin innsats for å skaffe den vanskelegstilte bustad og tiltaka som kan auke den enkelte sine evne til å meistre bu- og livssituasjonen. Arbeidet vil derfor omfatte eit breitt spekter av verkemiddel og tiltak. Dei verkemidla og tiltaka kan vi med eit samleomgrep kalle bustadsosialt arbeid. Dette vil gjelde bruk av verkemidlar, kunnskap og lovverk frå ulike sektorar og fagfelt for å bidra til å auke enkeltpersonar sine evne til sjølv å kunne etablere seg i ein bustad, behalde den og meistre eige liv".

Kommunen må vurdere bruk av kommunale bustader til formålet. Personane i målgruppa er i sterkt konkurranse med andre vanskelegstilte som har behov for husvære. Kommunen har ikkje øyremerka eller bemanna bustader for personar i målgruppa. For at vanskelegstilte personar skal få ein sjanse til å etablere seg i eigen bustad, må det i starten oftast skje via eit kommunalt målretta tilrettelagt tilbod. Eitt av tiltaka i Bustadsosial handlingsplan er trinnvis etablering med pålagt tilsyn og gradvis meir sjølvstendig tiltvære. Mange av personane kjem seg ikkje inn på den ordinære bustadmarknaden, eller over frå å leige til å eige, utan kommunale verkemiddel. Mange vert buande permanent i kommunale bustadar. Ei utfordring er å kunne tilby egna bustad og at det vert spredt busetting av nokolunde lik problematikk for å unngå ueheldige samansettingar. Modellen frå Bustadsosial handlingsplan er ikkje sett i verk.

Samhandlingsreforma – rus og psykiatri

Stadig meir ansvar for desse tenestene blir overført til kommunane. Det er noko uklart når samhandlingsreforma sine verkemiddel blir iverksette på området rus og psykiatri.

I Prop. 146 S (2012-2013) – Kommuneproposisjonen 2014- heiter det:

Det tas sikte på en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og rus så snart det lar seg gjennomføre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på dataene som må legges til grunn for oppgjørsordningen. Helsedirektoratet har utredet mulige modeller for kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rus.

Helse- og omsorgsutvalet vil påpeike følgjande:

- Det er kan vere forståeleg utfrå ressursomsyn at Heimetenestene i noko grad prioriterer yngre menneske med behov for bistand p.g.a psykiske lidingar. I midlertid ser vi dei store behova, gjerne udiagnoserte, som kan ligge hos eldre menneske.
- Vestnes kommune må utarbeide eigen plan for området rus og psykiatri når innfasing i samhandlingsreforma blir tydelegare.
- Det er oppretta eit eige politisk ad hoc utval som skal vurdere bruken av Vestnes kommune si eigedomsmasse/utleigehusvære. Her må iverksetting av Bustadsosial handlingsplan ha eit sterkt fokus.

13 Utfordringar innan IKT og tenesteutvikling

Ei heilskapleg satsing på IKT blir av mange vurdert som det mest verknadsfulle tiltaket for styrka kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Legekontor, sjukeheimar, tannklinikkar og helseføretak er heilt avhengige av IKT for å fungere. Samstundes har internett blitt ein naturleg kanal for dialog med ein veksande andel av befolkninga. Det elektroniske samarbeidet mellom ulike ledd i tenesteyting og førebyggande arbeid er også aukande.

Stortingsmelding 47 (2008-2009) skisser sentrale utfordringar for omsorgstenestene i dag og for framtida. Utfordringane skal løysast gjennom meir og betre samhandling, og det er ei målsetting at samhandlinga i hovudsak skal skje elektronisk. **eHelse** er med andre ord ei forutsetning for samhandlingsreforma.

Elektronisk samhandling er ikkje heile løysinga på dei utfordringane vi står overfor. Implementering av elektronisk samhandling er ei utfordring i seg sjølv. Mange ulike system vanskeleggjer kommunikasjonen på tvers av tenester og forvaltningsnivå. Behovet for at det blir stillt krav til IKT-standardisering har difor vore stort. Utfrå dette vart det oppretta eit eige føretak for dette som skal styre og sette standardkrav for heile helse- og omsorgsektoren.

Det er utarbeidd ein eigen strategi for elektronisk samhandling, Samspill 2.0, som Helse- og omsorgsdepartementet står bak. I denne strategien går ein inn på ei rekke område som det skal satsast på framover.

Vi vil ta føre oss dei mest sentrale i denne planen:

Elektronisk pasientjournal og elektronisk meldingsutveksling

Vestnes kommune nyttar CosDoc som eit pasientadministrativt system til bruk i helse- og omsorgssektoren. Systemet inkluderer journalføring av pasientopplysningar etter gjeldande reglar for elektroniske pasientjournalar og krava i samhandlingsreforma – rett behandling – på rett stad – til rett tid.

Utviklinga av fagsystem som skal handtere sensitive person- og pasientopplysningar, krev mykje kunnskap om normer, standardar og retningslinjer. Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren (Normen) er eit sett av krav til informasjonssikkerheit, basert på lovverket som er styringskrav for elektronisk meiningsutveksling. Sentralt lovverk er Forskrift om pasientjournal og Lov om Helseregister. Det er organisatoriske og tekniske krav til elektronisk meldingsutveksling.

- For Vestnes kommune har prosessen vore lang men vi har nådd målet om å være tilknytt Norsk HelseNett i 2013.
- Dette betyr at kommunal pleie- og omsorgsteneste no kan motta meldingar frå Helseføretaka.
- Legesenteret har eige system som samhandlar med Helseføretaka, og har sendt og motteke e-meldingar lenge. Sending av e-reseptar frå legesenter til apotek har fungert i meir enn eitt år.
- Etter planen skal legesenter og pleie- og omsorgstenesta vere kommunikasjonsparter frå mars/april 2014.
- Pleie- og omsorg samhandlar no elektronisk med NAV. Her er trekkmeldingar for vederlagsbereking ved institusjonsopphald ei standard melding.

Utfordringar:

- Meldingsutveksling : pleie- og omsorgsmeldingar, planlagt i drift frå sommaren 2014.
- Dette krev auka journalkvalitet sidan elektroniske meldingar er standardiserte.
- Utveksling av e-meldingar krev kompetanseheving blant dei som skal ha ansvar for meldingsutveksling, unngå sårbarheit ved fråver, systemoppsett til alle mottakarar av e-meldingar.
- Sikkerheit: systemet vårt må overvakast på døgnbasis. Prosedyrar og rolleavklaring blir viktige.
- Risikovurderingar når det gjeld personvern, tilgangsstyring, backupsystem – rutinar på kvar eining og felles for kommunen.
- Tenestene må sikrast tilgang til naudsynt datautstyr og nettverk, oppdatert utstyr etter krav om standardmeldingar, strøm og linjebrot, virusinfisert utstyr

Utfordringane er i stor grad knytt til sikkerheit og personvern, både på teknisk og organisatorisk nivå. Krav om forankring i toppleiring, med rolleavklaring i alle nivå.

Her må vi gjennom ROS-analyser sikre interne rutinar og beredskapsplan. Det må også lagast ROS-analyser i forhold til personvern.

Implementering av systemet i ein sektor med svært mange tilsette vil vere krevjande. Det vil bli stilt store krav til journalkvalitet – kva som skal dokumenterast og korleis.

I dette systemet er vi heilt avhengige av interkommunalt samarbeid.

Vestnes kommune har difor gått inn i eit større IKT-samarbeid der kommunane Vestnes, Rauma, Aukra, Midsund og Molde har etablert felles IKT-teneste.

Her vil det spesielt vere fokus på å løfte kommunane saman inn i den digitale framtida.

Tilsette innan IKT frå kvar av kommunane er såleis ført over i eit felles eining som er organisert under Molde kommune som eit vertskommunesamarbeid. Rådmennene i dei ulike kommunane utgjer styret for det felles IKT-samarbeidet.

Helse- og omsorgsutvalet vil påpeike følgjande:

Vestnes kommune må i denne store digitaliseringsreforma sikre at det vert gjennomført ROS-analyser både på det tekniske området og på området for personvern.

Det er sett av midlar på budsjetta for inneverande og neste år til opplæring og sikring av journalkvalitet mm. Opplæring av tilsette må ikkje undervurderast i denne prosessen.

14 Kompetanse i våre framtidige omsorgstenester

Kommunal sektor vil fram mot 2035 ha behov for så mange som 57.000 nye helsefagarbeidrarar og 28.000 nye sjukepleiarar. Det kan bli ein “kamp” om personell mellom kommunar, og mellom kommunar og helseføretak.

Den demografiske utviklinga gir fleire eldre samstundes som mange av dagens dyktige medarbeidrarar går av med pensjon. Den kommunale helse- og omsorgssektoren står framfor store endringar, m.a. som følgje av samhandlingsreforma, teknologisk utvikling og nye aktørar i velferdsområdet. Dette gir spennande rom for fagleg utvikling og tverrfagleg samarbeid, men også utfordringar.

For å møte desse utfordringene vil det vere behov for nytenking både i korleis en utfører tenestene, rett bruk av kompetanse, tverrfaglig samarbeid i kommunen og med spesialisthelsetenesta, med brukarar og pårørande, samt frivillige organisasjonar. Vestnes kommunestyre godkjente ”Strategisk kompetanseplan for pleie- og omsorg” i april 2013. Planen er lagt ut på våre heimesider og har 5 strategiske kvalitetsmål:

- 1) *Innbyggjarane skal kunne bu lengst muleg i eigen heim*
- 2) *Effektivisere og kvalitetssikre tenestene med betre bruk av IKT*
- 3) *Styrke leiarkompetansen*
- 4) *Styrke samhandling internt og mellom tenestenivå*
- 5) *Styrke nærværet gjennom systematisk arbeid med IA & HMS*

I dette kapitlet vil vi ha fokus på følgjande som avgjerande faktorar for å kunne sikre innbyggjarane våre bistand frå kompetente tenesteytarar i Vestnes kommune:

Rett kompetanse tilrett tid

Dei ulike yrkesgruppene i helse- og omsorgstenestene har ei fagutdanning med ein spesialitet: omsorgsarbeidrarar, sjukepleiar med og utan tilleggsutdanning, vernepleiarar, fysioterapeutar etc. Tildeling av teneste på rett nivå og til rett tid er avgjerande for å ha effektive tenester. Det kan gjelde tidspunkt for NÅR ein t.d. vert innvilga heimesjukepleie eller institusjonsplass, og kva institusjonsplass ein får tildelt. Bevisst bruk av omsorgstrappa og nivåa der er avgjerande.

Alternative turnusordningar

Vestnes kommune har vore i eit toårig prosjekt med utprøving av ulike typer turnusordningar. Vi har ein stor omsorgssektor i kommunen, og bør satse på å ha einingar med meir tradisjonelle turnusar, men også einingar der nye ordningar vert utprøvd. Ei av ordningane inneber langvakt i helgane der dette vert kompensert med færre arbeidshelgar. Dette har vist seg å gi betre fagkompetanse på kvar vakt og samtidig mindre bruk av deltidsstillingar.

Satsing på utdanning av eigne tilsette

Vestnes kommune skal vere ein attraktiv arbeidsgjevar, og det vert satsa på grunnutdanning av tilsette utan formell utdanning. Dette har hittil gitt gode resultat. Vi har også stor fokus på vidareutdanning av høgskuleutdanna og meir interne kurs som etterutdanning.

I framtida blir det nok endå viktigare for arbeidsgjevar å kunne styre kva utdanning det vert gitt støtte til. Vi må sikre oss grunnleggande kompetanse på område der vi er sårbare, og der nye reformer stiller nye krav til kommunane.

Det vil føre for langt her å gå inn på enkeltutdanningar vi har behov for, men dei siste åra har vi sett at vi treng fagfolk med etter/vidareutdanning innan IKT. Dette for å møte krava til elektronisk samhandling. Vi treng også generell auka kompetanse for alle tilsette innan dette området. Alle tilsette må no nytte IKT for dokumentering.

Interkommunalt samarbeid

Føringane for framtidig kommunestruktur er enno uklart i 2014. samhandlingsreforma har gitt kommunane utvida ansvar for helse- og omsorgstenester. Dette har sett nye krav til kompetanse. Kompetansekravet kan løysast ved interkommunalt samarbeid om dei mest kompetansekrejkjande oppgåvene. Pr i dag ser ein dette innan rus og psykiatri, innan spesialutdanningar for å bistå med forsvarleg helsehjelp ved livsstilssjukdommar, rehabilitering, kreft.

Det ligg føringar frå ny regjering om at tenesteomfanget og kompetansekrav knytta til dette må innebere robuste kommunar. I regjeringa sin terminologi vil robuste kommunar innebere større kommunar. Kva dette inneber for Vestnes kommune vil kanskje den neste fireårsperioden seie noko om.

Helse- og omsorgsutvalet vil påpeike følgjande:

Vestnes kommune vil styrke kompetansen ved å framleis gi alle assistentar innan omsorgstenestene tilbod om grunnutdanning som helsefagarbeidar.

Tilsette innan helse- og omsorgstenestene skal få styrka sin IKT-kompetansen slik at dei kan bli sikre brukararar av våre fagprogram.

15 Innovasjon og velferdsteknologi i omsorgstenestene

Omgrepet **innovasjon** har for fullt kome inn i helse- og omsorgsektoren.

Innovasjon er:

- Kjent eller ny viten kombinert på ein ny måte, eller brukt i ein ny samanheng
- Idéar omsett til ein ny praksis som skaper meirverdi
- Driftig og eksperimenterande i forma
- Ein prosess der resultatet ikkje er kjent på førehand

Eit aukande tal på eldre og færre i arbeidstakrarar som ønskje å gå inn i helse- og omsorgsyrke gjer at kommunane må tenkje nytt.

Nytenkning i den kommunale organisasjonen må omfatte følgjande:

Innovativ leiing: våge å tenke nytt og eksperimentelt i forhold til organisering, turnus og nye måtar å samarbeide på med brukarar, pårørande, frivillige organisasjonar og enkeltmenneske som vil gjere ein samfunnsinnsats.

Innovasjon har dei siste åra vore kopla mot **velferdsteknologi**.

Dette er eit relativt nytt omgrep og beskriv teknologiske løysingar som enkeltindivid kan nyttiggjere seg for å oppnå auka eigenmestring, samfunnssdeltaking og livskvalitet.

Velferdsteknologiomgrepet har også ein pårørandedimensjon og en tenestedimensjon.

KS uttalar følgjande:

"KS mener økt bruk av velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene kan være et viktig bidrag i møtet med samfunnets omsorgsbehov. For å kunne løse framtidens omsorgsutfordringer må kommunene finne nye løsninger, både i organiseringen av tjenestene og i bruken av ny teknologi. Velferdsteknologi er ikke et mål i seg selv, men kan være et virkemiddel i arbeidet med å gi gode pleie- og omsorgstjenester."

Både innovasjon og velferdsteknologi er omhandla i **NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg**

Her blir det slått fast at omsorgstenestene har eit stort utnytta potensial for å ta i bruk eksisterande og ny velferdsteknologi. Utvalget legger fram en 3-trinns plan for utbredelse og praktisk bruk av velferdsteknologi:

"Trinn 1 videreutvikler trygghetsalarmen til en trygghetspakke som inkl. tilrettelegging for smarthus. Trinn 2 tar i bruk moderne kommunikasjonsteknologi og sosiale medier for å ta kontakt med helse- og sosialtjenesten, redusere ensomhet, holde kontakt med familie og venner og delta i brukerfora. Trinn 3 tar i bruk teknologi som stimulerer, underholder, aktiviserer og strukturerer hverdagen. Planen legger stor vekt på opplæring og kompetansetiltak, organisasjonsutvikling og utvikling av samarbeidsarenaer for innovative kommuner og fagmiljø."

Helse- og omsorgsutvalet set her fokus på følgjande:

Vestnes kommune skal støtte leiarar som er innovative og som kan sjå nye muligheter for organisering og utvikling av omsorgstenestene våre.

Vestnes kommune vil i budsjettsamanheng og ved etablering av nye bufellesskap og institusjonløysingar ha fokus på å ta i bruk nye teknologiske verkemiddel i omsorgstenestene.

Velferdsteknologi skal ikkje erstatte menneskeleg kontakt eller bistand. Velferdsteknologi kan bli ein noko annan måte å yte omsorg på. Her legg omsorgstenestene til rette for eigenmestring og sjølvstende. Målet er at enkeltmennesket får livskvalitet på eigne premissar.