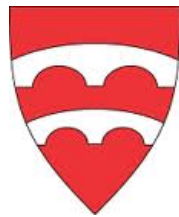


HELSE- OG OMSORGSSTRATEGI FJALER KOMMUNE 2018-2030



Innhald

Innhald	2
Forord.....	4
Kapittel 1 Innleiing.....	5
1.1 Kvifor er det trong for ei kommunal helse- og omsorgsstrategi.....	5
1.2 Særleg utfordringar for Fjaler kommune.....	5
1.3 Folkeframskriving og underlagstal for behovskartlegging.....	6
1.4 Arbeidsmetodikk for helse- og omsorgsstrategien.....	6
1.5 Lover, stortingsmeldingar, føringar	6
1.6 Brukarmedverknad i helsestrategiarbeidet.....	6
Kapittel 2 Status i helse- og omsorgstenestene i Fjaler kommune.....	8
2.1 Organisering og lokalisering av tenesta.....	8
2.2 Helse- og omsorgstenester for barn og unge 0-20 år og gravide kvinner.....	10
2.3 Helse og omsorgstenester for eldre innbyggjarar.....	11
2.4 Helse- og omsorgstenester for personar med psykisk utviklingshemming...	12
2.5 Helse- og omsorgstenester for personar med nedsett funksjonsnivå.....	13
2.6 Helse- og omsorgstenester for personar med minoritetsbakgrunn.....	14
2.7 Helse- og omsorgstenester innan psykisk helse.....	14
2.8 Bustadssosiale verkemiddel og funksjonar.....	15
2.9 Frivillig arbeid inn mot helse- og omsorgssektoren.....	16
2.10 Tverrsektorielle forum i Fjaler kommune.....	16
Kapittel 3 Overordna føringar for framtidens helse- og omsorgstenester i Fjaler kommune.....	17
3.1 Tildeling av tenester.....	17
3.2 Folkehelse, helsefremjing og førebyggjande arbeid.....	19
Kapittel 4 Framtidens lokalisering av Fjaler helse- og omsorgstenester.....	20
Kapittel 5 Framtidens organisering av Fjaler helse- og omsorgstenester.....	22
Kapittel 6 Framtidens helse- og omsorgstenester for barn og unge 0-20 år samt gravide kvinner.	24
Kapittel 7 Framtidens helse- og omsorgstenester for eldre.....	26
Kapittel 8 Framtidens helse- og omsorgstenester for personar med psykisk utviklingshemming...	29

Kapittel 9 Framtidas helse- og omsorgstenester for personar med nedsett funksjon.....	30
Kapittel 10 Helse- og omsorgstenester innan psykisk helse og rus.....	32
Kapittel 11 Samarbeidet mellom det frivillige apparatet og Fjaler kommune.....	33
Kapittel 12 Kompetanse og rekruttering.....	35
Sentrale referansar.....	36
Kapittel 13 Detaljert tiltakssplan.....EIGE VEDLEGG.....	37

Oversikt over vedlegg (som hyperkøplingar til dette dokumentet):

Vedlegg 1: Folkeframskriving og bakgrunnstal for behovskartlegging

Vedlegg 2: Arbeidsprosessen

Vedlegg 3: Lover, føringar og litteratur

Vedlegg 4: UngData

Vedlegg 5: Velferdsteknologi

Vedlegg 6: Innbyggjarundersøkinga

Vedlegg 7: Matombringingsundersøkinga

Vedlegg 8: Status lokalisering og organisering av helse- og omsorgstenester i Fjaler

Vedlegg 9: Kommunale bustadar oversikt per 2017

Vedlegg 10: Tildeling av helsetenester: Omsorgstrappa

Vedlegg 11: Frisklivssentralen i Fjaler

Vedlegg 12: Folkehelseoversiktsdokumentet

Vedlegg 13: Økonomiske og faglege vurderingar for nye bygg og samlokalisering

Vedlegg 14: Demensomsorg

Vedlegg 15: Vurderingar i høve omorganisering

Forord

Det vart vedtatt i kommunestyret 14.12.2015 at Fjaler kommune skulle starte eit omfattande helsestrategiarbeid for å gjere kommunen i stand til å møte framtidige helse- og omsorgsutfordringar (Prosjektdirektiv - Helsestrategi 2016-2030). Arbeidet starta hausten 2016 då kommunen engasjerte HIFUS v/Anette Wolff som prosjektleiar. Fristen vart sett til 31 desember 2107. I august 2017 vart folkehelsekoordinator Kristin Rivedal Yndestad kopla på arbeidet for å sikre folkehelse inn i planen og for å få ein kontinuitet i kunnskapen som blir oppnådd i utgreiingsprosessen.

Formell styringsgruppe for helsestrategiarbeidet har vore formannskapet inkludert gruppeleiarar i Fjaler som ikkje er i formannskapet samt hovudverneombod og to tillitsvalde.

Det har vore ulike prosjektgrupper i ulike delar av prosessen, alt etter kva teneste som har vore involvert i arbeidet. Dette har vore ein litt suboptimal måte å jobbe på, men det har vore naudsynt for å kunne jobbe fleksibelt og sikre innspel frå dei rette personane i dei gitte delane. Arbeidsprosessen er beskrive i kapittel 1. Kort så er det nasjonale og lokalpolitiske føringar, samt kunnskap om lokale utfordringar og behov, som ligg i botnen for heile arbeidet. I tillegg har arbeidsperioden bestått i å utføre innbyggjarundersøkingar og ha møter med tilsette, tilsettegrupper, arbeidslag, demensteam, velferdsteknologiteam, brukargrupper, frivillegheta og grendalag. Det å delta på seminar og konferansar om utfordringar og løysingar har også inngått. Det same har å skrive søknadar opp mot aktuelle kjelder for å løyse nokre av utfordringane som kom opp i prosessen. På slutten av perioden vart arbeidet meir intenst retta konkret mot organisering og tilhøyrande økonomi. Det har kontinuerleg vore diskutert om ein skal starte med omorganiseringsarbeid samtidig med strategiprosessen, men det vart konkludert med at det underliggande arbeidet med helsestrategien var viktig å ha på plass FØR omorganiseringsarbeidet startar.

Strategien er organisert i eit dokument med hyperkoplingar for at det skal vere mest mogleg lettlest, men likevel at mest mogleg dokumentasjon og underlagsdata skal vere tilgjengeleg.

Det har vore ei spesiell, interessant og lærerik reise eg har vore med på som prosjektleiar. Eg brukte mykje tid for å sette meg inn i tenesta og tenestebehov, og vart kjent med mange, kunnskapsrike, engasjerte og oppofrande personar på vegen. Den kompleksiteten som finst i kommunal sektor er mykje større enn eg trudde, og handlingsrommet er mindre enn ynskja. Eg håpar at strategien kan hjelpe å syne veg i eit utfordrande framtidsbilete.

Anette Wolff, prosjektleiar, xx des 2017

Kapittel 1

Innleiing om Fjaler kommune og strategiprosessen

1.1 Kvifor er det trong for ein kommunal helse -og omsorgstrategi?

På nasjonalt og lokalt plan står vi ovanfor store utfordringar i høve helseomsorg. Dei viktigaste utfordringane framover er venta å vere:

- Vekst i brukargrupper <67 år med nedsett funksjonsevne
- Vekst i brukargrupper med «livsstilssjukdommar»
- Aukande tal eldre vil krevje utbygging av kapasitet og individuell tilrettelegging samt auka kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og samansette lidingar
- Overføring av tenester frå spesialisthelsetenesta til det kommunale tenesteapparatet vil krevje meir og endra fagkompetanse
- Knappeheit på omsorgsyttarar som fylgje av endringar i alderssamansetnaden i befolkinga
- Trong for betre medisinsk og tverrfagleg oppfølging, spesielt i høve demens, kroniske og samansette lidingar, psykiske vanskar og andre med behov for koordinerte tenestetilbod frå både 2.linja og den kommunale helse- og sosialtenesta.
- Eit større fokus på psykososiale behov
- Klare å utvikle fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester innanfor kommunen sine økonomiske rammer.

Styresmaktene i Norge har lagt føringar om at kommunane må tenke langsiktig og at ein må utvikle gode og nye måtar å drive tenesta på. *Sitat frå Stortingsmelding om primærhelsetenester: «Det er imidlertid behov for å vurdere innholdet i og samspillet mellom alle deltjenestene, beskrive ny politikk også på omsorgsfeltet og gi tydelige og langsiktige politiske føringar for en helhetlig politikk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.» (Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet)» [1].*

1.2 Særlege utfordringar for Fjaler kommune

Fjaler kommune ligg i Sunnfjord i Sogn og Fjordane. Kommunen har eit landareal på vel 400 km² og ei innbyggjarmasse på 2830 (SSB desember 2016).

I tillegg til utfordringane skissert ovanfor vil Fjaler ha spesifikke utfordringar, men også styrker, som ein må ta høgde for når ein skal finne eigna løysingar og prioriteringar. Om lag halvparten av innbyggjarane i kommunen bur i kommunesenteret, Dale. I tillegg omfattar kommunen bygdene Flekke, Guddal, Tysse, Straumsnes, Hellevik og Våge (Lammetun, Korssund, Folkestad, Grytøyra, Fure). Lokaliseringa av busetnad gjer at det kan vere utfordrande å organisere helse- og omsorgstenester med like tilbod over heile linja. Dette gjeld også aktivitetar og frivillige initiativ. I tillegg er Fjaler kommune ein av mange kommunar i Sogn og Fjordane med mange eldre, og der folkeframskrivingar peikar på at vi vil sjå stor vekst i tal eldre framover, men som ikkje blir kompensert med tilsvarande vekst i personar i arbeidsfør alder og i barnekull. Dette vil vere ei økonomisk utfordring så vel som

ei utfordring i å rekruttere nok fagkompetanse og nok arbeidskraft i omsorgssektoren i framtida. Fagmiljøa vil bli lite robuste og sårbare.

Fjaler har også eit stort miljø av brukarar med psykisk utviklingshemming på grunn av den tidlegare Yksnebjørheimen. Vevang Produksjon, som både jobbar for å skape varige arbeidsplassar for yrkeshemma og for tilrettelagt arbeidstrening med oppfølging, er lokalisert i Dale. Bedrifta har regionalt nedslagsområde som gjer at kommunen får fleire personar med utvida bistandsbehov enn andre kommunar. Kommunen har vidare den einaste vidaregåande skulen i regionen, med elevar frå Ytre Sogn og Sunnfjord, der ein del bur på hybel i Dale. Dette krev eit godt samarbeid mellom Fjaler og utgangs-kommunen til eleven med tilpassa tenester til dei enkelte med behov. Kommunen skal også følgje opp dei elevane på den internasjonale skulen på Haugland, United World College, som har behov for kommunale helsetenester.

1.3 Folkeframskriving og underlagstal for behovskartlegging

I følgje Statistisk sentralbyrå (SSB), og Agenda Kaupang sin rapport [2], vil veksten i den eldre populasjonen vere sterk fram mot 2020 og vidare mot 2030. Dette vil skje med ein samtidig nedgang i folketal i arbeidsfør alder. Dette vil føre til stor auke i behov for pleie- og omsorgstenester og endra type fagressursar. Tenestebehovet vil auke med omlag 4% til 2022 og med 22% til 2032. Det er desse tala vi nyttar for å berekne framtidige behov for tenester i denne strategien.

[Hyperkoping 1 – Folketal, brukargrupper, framskrivingar, trendar, behovskartlegging, kostnadsbetraktningar](#)

1.4 Arbeidsmetodikk for helse- og omsorgsstrategien

[Hyperkoping 2 - Arbeidsprosessen](#)

1.5 Oversikt over lover, stortingsmeldingar, føringar og anna litteratur for helsestrategiarbeidet

[Hyperkoping 3 - Lover, stortingsmeldingar, forskrifter og statlege strategiar](#)

1.6 Brukarmedverknad i helsestrategiarbeidet

Innbyggjarane sin rett til å vere med på å skape kommunen si helse- og omsorgsteneste er lovfesta i «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» m.m. (helse- og omsorgstjeneste-loven) § 3-10 [3].

Brukarane si meining har vorte inkludert ved å utføre følgjande undersøkingar og føreta presentasjonar og møteverksemd med diskusjonar. «Brukarane» er her definert som både innbyggjarane og tilsette i helse- og omsorgstenesta:

- ❖ [UngData-undersøkingar 2011, 2015, 2017 \(Hyperkopling 4\)](#)
- ❖ [Velferdsteknologiundersøkinga blant brukarar av omsorgstenester og tilsette i omsorgstenesta \(Hyperkopling 5\)](#)
- ❖ Undersøking i Fjaler kommune for dei over 60 år (født 1957 og før) og eksisterande brukarar av omsorgstenester. Totalt sendt ut til 882 personar. Responsrate 43%. [Innbyggjarundersøkinga \(Hyperkopling 6\)](#)
- ❖ Matombringingsundersøking. Antal spurde: 38. Responsrate 66%. Målgruppe: Mottakarar av tenesta matombringning, både heimebuande/omsorgsbustad. [Matombringingsundersøking \(Hyperkopling 7\)](#)
- ❖ Intervju og samtalar med alle einingsleiarane i helse- og omsorgstenesta samt 5 av 6 lagleiarar i BIO. Møter med heile fysioeininga og deltaking på fleire personalmøter i BIO.
- ❖ Presentasjon til pensjonistlaget 3 gangar (før og etter innbyggjarundersøkinga). Etterfølgande diskusjonar
- ❖ Presentasjon til fleire grendalag i kommunen. Etterfølgande diskusjonar
- ❖ Invitert dei 4 brukarråda i kommunen til ulike møter (Eldrerådet, råd for personar med fysisk funksjonsnedsetting, helselaget, pensjonistlaget). Eldrerådet var med og utvikle innbyggjarundersøkinga.
- ❖ Involvert tillitsvalde i BIO og verneombod i fleire møter og som medlem av styringsgruppa
- ❖ Presentert i helseleiargruppa til kommunen 2 gangar
- ❖ Involvert ulike personar i tenesta til ulike møter og tiltaksplanleggingar alt etter som kor i prosessen vi var
- ❖ Høyringsprosess blant tilsette i tenesta og frivillige lag og organisasjonar tilhøyrande i Fjaler

Kapittel 2

Status Helse- og omsorgstenestene i Fjaler kommune

I følge helse- og omsorgstenestelova [3] så har kommunane plikt til å sørge for at personar som oppheld seg i kommunen blir gitt nødvendige helse- og omsorgstenester. Ansvar et omfattar alle pasient- og brukargrupper, inkludert personar med somatisk eller psykisk sjukdom, skade eller lidning, rusproblematikk, sosiale utfordringar og nedsett funksjonsevne.

I strategien vil vi peike på korleis vi skal få til eit heilskapleg, godt og nært tilbod til alle. I dette kapittelet tek vi føre oss korleis helse- og omsorgstenestene fungerer i dag.

2.1 Organisering og lokalisering av tenesta

Helse- og omsorgstenesta i Fjaler er delt inn i 6 einingar, der bistand og omsorg (BIO) igjen er delt inn i 6 arbeidslag (Fig. 2). Frisklivssentralen ligg organisatorisk under fysioavdelinga, men folkehelsekoordinator er leiar. Folkehelsekoordinator er organisert i linje rett under rådmannen (ikkje med i tenestelinja «helse»). Lokalisering av tenesta med tilhøyrande bustadstilbod og ei oppsummering av funksjonane til dei ulike einingane i helse- og omsorgsapparatet er gitt vedlegg 8 og 9. [Status lokalisering og organisering av helse- og omsorgstenesta i Fjaler 2017 \(Hyperkoping 8\)](#) og [oversikt over kommunale bustader i Fjaler \(Hyperkoping 9\)](#).

Vi omtalar her kort status på helse- og omsorgstenester i Fjaler kommune for barn og unge, for eldre, for personar med psykisk funksjonshemming, for personar med nedsett fysisk funksjon, for personar med minoritetsbakgrunn og innan psykisk helse og rus. Oppsummeringa er organisert på brukargrupper i staden for på tenesteeiningar for å få fram behovet for brukarane og for å tydeleggjere at fleire einingar er involvert i å gje tenester i kvar brukargruppe. Bakgrunnstal er oppsummert i [vedlegg 1](#).

Hovudutfordring: Fragmentert lokalisering og organisering, leiingsstruktur, informasjonsfly

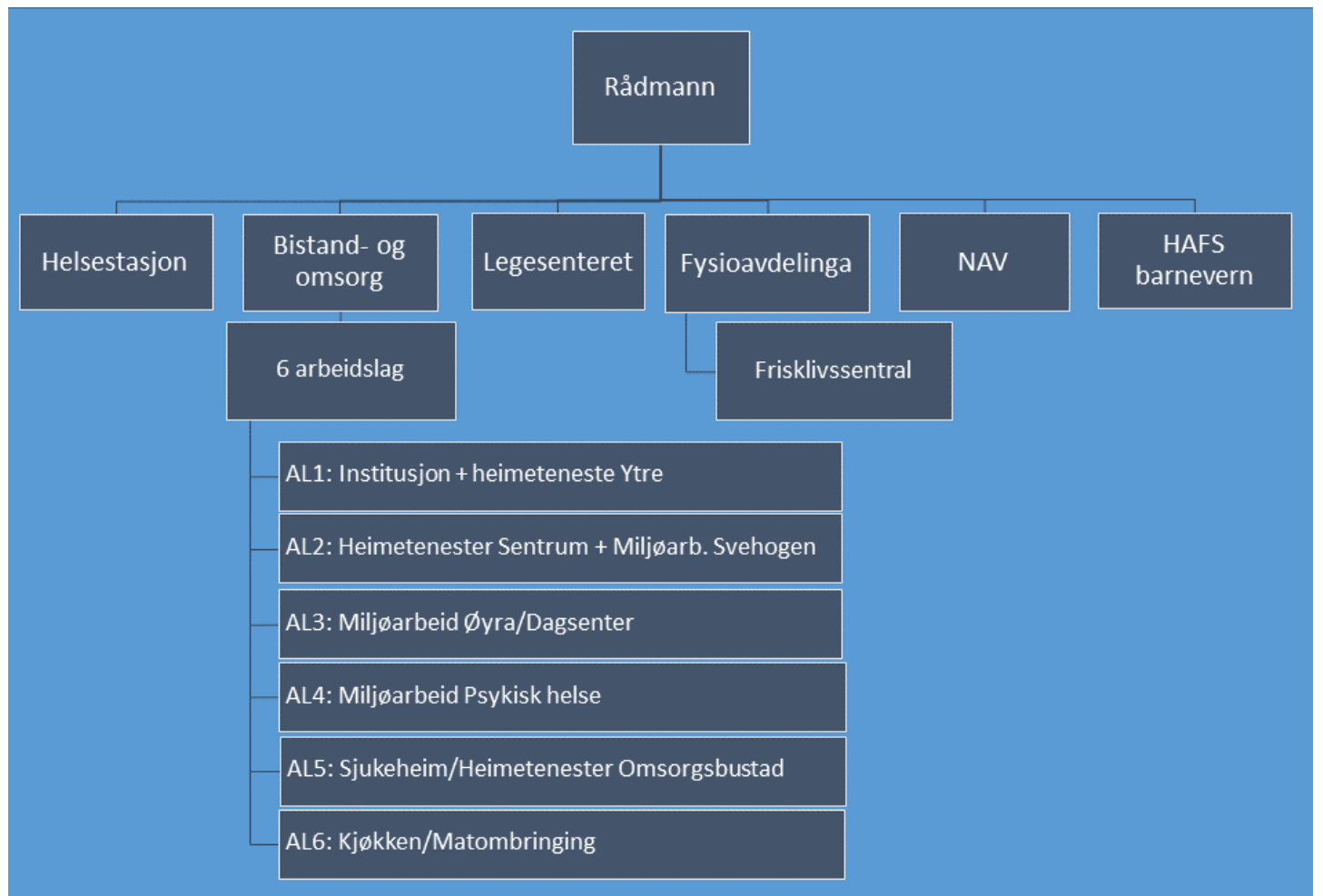


Fig 2: Organisering av helse-og omsorgstenesta i Fjaler kommune 2017. AL=Arbeidslag

2.2 Helse-og omsorgstenester for barn og unge 0-20 år

I Fjaler kommune samarbeider barnevern, helsestasjon, bistand- og omsorg, fysioavdelinga, legesenteret, PPT, NAV, oppfølgingstenesta og oppvekstsektoren om gode tenester for barn og unge. Støttekontakt er ein viktig del av tilbodet til denne målgruppa. Jordmor har spesielt fokus på å sikre førebyggjande innsats for gravide kvinner og for barn tidleg i livet ved å tilby heimebesøk til alle nyfødte 1-2 dagar etter heimkomst frå sjukehuset.

I følge KOSTRA (SSB) så ligg Fjaler kommune litt under landsnittet i høve førebygging for brukarar i aldersgruppa 0-20 år og lågt i høve tal årsverk helsesystre yter for 0-5 åringar. Det er behov for tettare samarbeid med barnehage for å komme på bana med tidlege førebyggjande aktivitetar og habiliteringstiltak. Kommunen har dei siste åra busett fleire flyktingefamiliar og ser at det er behov for meir kompetanse i rettleiing for både desse og andre familiar. Fysio har retningslinjer om særleg fokus på førebygging for aldersgruppa 0-5 år.

Det er utført [UngData-undersøking](#) for å kartlegge helse og trivsel for ungdom i ungdomsskulealder og på vidaregåande skule i 2011, 2015 og 2017 (<http://ungdata.no/>). Desse data dannar grunnlag for innsats i aldersgruppa 13-20 år. Stort sett har Fjalerungdommen det godt. Dei er godt nøgde med familie, vener, skule og fritid. Ungdomsskulegruppa saknar ein møtestad i nærmiljøet. Mange kjenner seg einsame og slit med depressive symptom. Røyk- og alkoholbruk aukar noko blant vidaregåande elevar i den siste undersøkinga. Helsesyster og folkehelsekoordinator er med i eiga folkehelsegruppe på den vidaregåande skulen, som blant anna diskuterer resultat frå Ungdata og saman arrangerer ei rekke førebyggjande arrangement. For 2016 auka helsesystemtenesta si tilgjengelegheit for unge over 13 år. Tenesta fekk faste kontortider på Dale vidaregåande skule, Fjaler ungdomsskule, Dingemoen skule og på Våge skule. Noko av ressursen er dekkja av prosjektmidler.

God kommunikasjon mellom opplæringstenesta (barnehage og skule) og helse/fysio-tenesta er essensielt for å få til gode, straumlineforma tenester både i høve førebygging, habilitering, rehabilitering og behandling. Suboptimal organisering av tenesta i dag gjer at det er utfordrande og fange opp og starte tiltak for personar mellom 0-20 år som fell mellom fleire ansvarsområde. Det kan til dømes vere familiar med barn der det ikkje er gjort vedtak om tenester frå eininga bistand-og omsorg, og det heller ikkje er barnevernsak, men det er fortsatt klårt at familien slit og har behov for rettleiing og hjelp.

Intrakommunalt samarbeid om fagressursar kan vere viktig for å få til eit robust fagmiljø, rettleiing/rådgjeving til kvarandre og ein fleksibilitet i tenesta for best mogleg tilbod for alle.

HOVUDUTFORDRING; Førebygging bestemte aldersgrupper (0-5 år og skulealder), tidleg innsats og formålstenleg rettleiing familiar, organisering som fremjer samarbeid mellom etatar og einingar for å fange opp personar som fell mellom fleire ansvarsområder, fortsette prosjektersursar etter at prosjekt er ferdig.

2.3 Helse-og omsorgstenester for eldre innbyggjarar (>67 år)

Det er både «bistand og omsorg», fysioterapieininga og legekantoret som har ansvar for gode tenester for eldre.

Kommunen dekkar heile sitt behov for eldre som treng kontinuerleg hjelp og ikkje kan bu heime med institusjonsplassar ([trinn 5 i omsorgstrappa. Omsorgstrappa er forklart i hyperkopling 10](#)). Kommunen har ikkje heildøgnsbemanna omsorgsplassar for eldre, eit alternativ som er meir økonomisk gunstig, og i mange tilfeller også fagleg sett formålstenleg. I Fjaler bur derfor 18 % av kommunen sine >80 år personar i institusjon vs. 13.3% på landsbasis (KOSTRA). Dekning på sjukeheimen har lenge vore rundt 100% og over det i Fjaler, noko som har vore dyrt og problematisk. Blant anna så har ein i periodar leigd plassar i nabokommunar fram til våren 2016. Av 36 rom på Fjaler sjukeheim er tre dobbeltrom, ei løysing som ikkje er optimal fordi dei aller fleste treng enkeltrom. Fjaler har låg andel skjerma bustadar for personar med demens. Kommunen har lik andel plassar avsett til rehabilitering som gjennomsnittet i resten av landet. Det som vidare peikar seg ut er at kommunen har mange tilsette per brukar på institusjonsnivå (Pleiefaktor 0,86) [Hyperkopling 1](#)) men at kommunen likevel driv kvar institusjonsplass billegare enn resten av landet (846 667 kr per plass). Pleiefaktoren er «unaturleg høg» mykje på grunn av organiseringa av tenesta med arbeidslag som er ansvarlege for både heimetenester og institusjon; arbeidslaga utnyttar gjerne ressursar i heile arbeidslaget, og sjølv om ein ressurs er tilsett til institusjon, så blir den gjerne brukt til heimeteneste, og omvendt. Det verkar sannsynlegvis også inn at fleire av brukarane enn dei som bur på skjerma avdeling for personar med demens har utfordring med kognitiv svikt, noko som gjer dei meir ressurskrevjande. Dette viser at kommunen treng fleire plassar avsett for personar med demenssjukdom.

I innbyggjarundersøkinga meinte det store fleirtalet at dei ynskja å bu heime så lenge som mogleg. Dette er i tråd med nasjonale føringar [1,4]. Utfordringane med å bu heime lengre i følgje dei eldre sjølv var mangel på transport og sosial kontakt, mangel på praktisk hjelp i heimen som reingjering, brøyting og vedlikehold og lite tilrettelagte hus.

Antal årsverk med ulik grad av fagkompetanse i pleie- og omsorgstenesta er lik gjennomsnittet til landet, bortsett frå at Fjaler ligg litt under når det gjeld høgskuleutdanna (KOSTRA 2016). Fleire eldre, fleire med demens og fleire pleietrengande pasientar vil og krevje rekruttering av fagkompetanse i framtida. Dette vil vi omtale i kapittel 12.

Fjaler kommune har større andel personar i alderen 67-79 som mottar heimeteneste enn gjennomsnittet i landet, og høg andel av dei brukarane som medfører høg timesats. Kommunen nyttar i snitt 266 848 kr på kvar person som får heimebaserte tenester (KOSTRA 2016). Gjennomsnitt heimesjukepleie pr veke er lågare i Fjaler enn landet for øvrig men tildelte timar pr veke totalt til brukarar utanfor institusjon er mykje høgare enn snittet (KOSTRA 2016). Høgare del av heimetenestestida går til transport til og frå heimane og til praktiske oppgåver som td. reinhald (interne analysar). Pleiefaktoren for heimetenester

utpeikar seg derfor som svært høg i Fjaler (0,286), men dette talet er lite treffande fordi det også inkluderer yngre personar med høge bistandsbehov (Hyperkopling 1).

Tal legetimar og fysiotimar /pr bebuar/veke for dei som bur på sjukeheimen i Fjaler er lågt (lege: 0.34 vs 0.56 i landet; fysioterapi: 0.15 vs 0.43). I følge samtale med tilsynslege for sjukeheimen er tal timar brukt sannsynlegvis underestimert, og det er trong for meir. Tilsynslege er tilgjengeleg både på dagtid og kveldstid.

I innbyggjarundersøkinga peika respondentane på at det som var viktig for dei i høve helse var nærleik til tenester og at tenestene er gode, god akutt-teneste, tilgang til tryggleiksalarm og tilpassa bustad. Som aktivitetar var det turgåing, dans og ulike formar for trening/trim som var viktig, altså både uorganiserte og organiserte aktivitetsformer. Det sosiale vart framheva, og det kan vere like viktig med familie og vener som tilgang til uformelle møtestadar i nærmiljøet. Det var påfallande at folk i Dale sentrum har tilgang til meir, og brukar meir, aktivitetar og sosiale møtestadar enn dei som bur utanfor sentrum. Sertifikat og tilgang på transport vart poengtert som viktig.

HOVUDUTFORDRING: Behov for heildøgnsbemanna bustadar, samordna tenester og meir innsats på førebygging, auka kompetanse, auke i rehabilitering, tilrettelegge for meir aktivitet og deltaking, tilretteleggje gode tenester for personar med ein demenssjukdom, dagaktivitetstilbod (areal og ressursar).

2.4 Helse- og omsorgsteneste for personar med psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming er ein diagnose i det medisinske kodeverket ICD-10 og inneber nedsatt kognitive ferdigheiter og ulik grad av utfordringar når det gjeld motorikk, språk, sosial kompetanse og evne til å klare daglegdagse aktivitetar. Fjaler er ein av dei kommunane i Noreg med flest menneske med psykisk utviklingshemming i høve til folketalet (SSB 2016-tal). Dette har samanheng med tidlegare institusjonsdrift (Yksnebjørheimen), og avvikling av denne i 1991. Mange av vertskommunedeltakarane (12 i 2010) valde å bli buande i Fjaler etter avviklinga. Denne brukargruppa har høge bistandsbehov og fleire har 2:1 eller 1:1 tenester. Desse behova blir gjenspegla i høge tal for ressursar brukt på denne brukargruppa (Agenda Kaupang analysar, 2014). Pleie- og omsorgstenester utgjorde 34% av kommunebudsjettet i Fjaler og var på 23 741 kr per innbyggjar i 2016 (KOSTRA).

Fleire av personane med psykisk utviklingshemming bur i Svehogen, på Øyra, i Hagehola eller andre lokalisasjonar i eigne leilegheiter eller på sin heimstad med familien. Det er varierende kor stort hjelpebehov desse brukarane har, og dermed kor store ressursar som er knytt til tenesta som dei treng. Tenestetilbodet inkluderer bustad, heimesjukepleie, praktisk og personleg hjelp, miljøarbeid, 1:1 teneste om nødvendig og tilrettelagte aktivitetar for ein mest mogleg meningsfull og god kvardag. Mange av brukarane i miljøtenesta deltek også på Vevang dagsenter (12 plassar).

Det er høg gjennomsnittsalder på brukarane av tenesta i Fjaler, noko som aukar bistandsbehovet og tilretteleggingsbehovet i heimane/institusjonen. Det er færre yngre i denne brukargruppa, noko som medfører at det kjem til å bli ei nedgang i antal brukarar i framtida.

Fleire av brukarane med psykisk utviklingshemming fekk tilsendt innbyggjarundersøkinga, men svarprosenten var låg (19% total svarprosent av omsorgstenestemottakarar mellom 18 og 59 år, alle bistandsbehov inkludert personar med psykisk utviklingshemming). Derfor har vi lite kunnskap om kva tenestemottakarar i denne gruppa meiner om tenesta, aktivitetsbehov og umøtte behov sett frå brukaren sin ståstad.

HOVUDUTFORDRING: Utdaterte bygg med fragmentert lokalisering. Lite ressursar til aktivitet- og dagtilbod.

2.5 Helse- og omsorgstenester for personar med nedsett funksjonsnivå

Personar diagnostisert med ulike former og alvorlegheitsgrad av nedsett funksjonsevne blir fulgt opp av fastlege i kommunen, omsorgstenesta, fysioterapitenesta og spesialisthelsetenesta dersom det er behov for det. Personar i alle aldre som fell innanfor denne gruppa får bistand- og omsorg basert på individuelle behov. Det er oppnevnt ein spesifikk koordinator for oppfølging av barn med funksjonsnedsettingar som har fått tildelt tenester. Dei med behov for langvarige og tverrfaglege helse- og omsorgstenester har rett på «Individuell plan», eit verktøy som skal skape klarheit for tenestemottakaren, avklare ansvarsforhold og danne grunnlag for vedtak om tenester frå det offentlege. Tenestene strekk seg frå aktiviseringstilbod (både kommunale eller saman med frivilligheita), tekniske hjelpemiddel (utgreiing, opplæring og utleige), miljøteneste, heimesjukepleie, avlastning, rehabiliteringsopphold, miljøarbeid, tilrettelegging i bustad, transportteneste og fysio- og ergoterapi.

Fjaler har større andel personar enn resten i landet i alderen 0-79 år som nyttar heimetenester (KOSTRA, SSB), noko som tyder på at det er fleire i Fjaler som har nedsett funksjonsevne. Det er også fleire i alderen >67 år som bur på insititusjon. Kommunen har forholdsvis høg legedekning og svært høgt ressursbruk opp mot diagnose, behandling og rehabilitering (3073 kr per innbyggjar i Fjaler vs 1767 kr i landet). Likevel er ikkje antal fastlegekonsultasjon per person høgare i Fjaler. Kommunalt fysioterapitilbod er høgare enn gjennomsnittet i landet. Årsverk til rehabilitering (både kommunehelsetenesta og omsorg) er også høgare i Fjaler enn i landet for øvrig medan ergoterapeut årsverk er omtrent likt for Fjaler og landet. Desse tala kan forøvrig reflektere at mange andre kommunar har fysioterapeuter som driv privat i tillegg til kommunal teneste og at den kommunale tenesta i desse kommunane då utgjer ein mindre andel.

HOVUDUTFORDRING: Ressursar rehabiliteringskompetanse når nye føringar blir implementert, førebygging, tidleg innsats og gjennomføring individuell plan.

2.6 Helse-og omsorgsteneste for personar med minoritetsbakgrunn

Kommunen har plikt å gje tenester til alle som oppheld seg i kommunen uansett bakgrunn og helsesituasjon [5]. Tenestene for personar med minoritetsbakgrunn inngår derfor i strategien, og blir ikkje behandla i eit separat kapittel.

I Fjaler er UWC Røde Kors Nordisk etablert, med ca. 200 ungdommar frå ca. 100 land. Skulen har si eiga helsesystem, og har nyleg tilsett psykolog saman med Fjaler og Askvoll kommune. Legeteneste og andre helse- og omsorgstenester blir ytt av Fjaler kommune. Fjaler har dermed ein tradisjon og kompetanse på helseteneste for unge brukarar frå heile verda.

Dei siste åra har Fjaler kommune busett fleire personar med minoritetsbakgrunn som har hatt flykningsstatus. Dette er gjerne familiar og personar med andre utfordringar eller helsesituasjon enn dei unge UWC-elevane. Til no har dette vore personar som kjem til Fjaler via asylmottak. Dersom kommunen skal ta imot overføringsflyktingar direkte frå andre land så vil det krevje større ressurnbruk i kommunen i form av kartlegging i høve helse og smittevern, ivaretaking av personar som har opplevd mindre eller større trauma, eventuelt meir rehabiliteringstenester, meir språkutfordringar etc.

HOVUDUTFORDRING: Språk- og kulturulikskapar → Gjensidig informasjon, rettleiing og førebyggande arbeid er ei utfordring

2.7 Helse- og omsorgstenester innan psykisk helse og rus

Det er lite data som seier noko om status på psykisk helse og rus til innbyggjarane i Fjaler. Ein ser i frå ungdataundersøkinga at ungdom i Fjaler ligg likt med resten av landet når det gjeld psykiske problem, så ein kan anta at det same gjeld for den vaksne befolkninga. Generelt kan ein seie at mellom 30 og 50 prosent av den vaksne befolkninga ein gong i løpet av livet vil bli ramma av ei psykisk lidning. Sogn og Fjordane har vore eit fylke med låg førekomst (om lag 30%). Folkehelseprofilen for Fjaler kommune syner at det er færre i kommunen enn elles i landet som er i kontakt med primærhelsetenesta om psykiske problem/lidingar. Ein veit at nasjonalt sett er det mange med plager som ikkje er i kontakt med helsevesenet i det heile. Generelt er bruk av rusmidler meir vanleg blant menneske med psykiske lidningar (<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/#psykiske-plager-og-lidelser-blant-voksne>).

Ungdataundersøkinga vart gjennomført på ungdomsskulane og den vidaregåande skulen i Fjaler våren 2017. Resultata syner at ungdommen i Fjaler ikkje slit meir psykisk enn elles i landet, men når over 15 % av dei vidaregåande elevane seier at dei er mykje plaga av

depressive symptom må det takast på alvor. Det er også mange elevar både på ungdomstrinna og den vidaregåande skulen som seier at dei er plaga av einsemd (18 % og 22%). Når det gjeld rus er alkohol på vidaregåande trinn den indikatoren Fjaler skil seg ut mest i negativ retning. Fleire elevar i Fjaler har vore rusa på alkohol siste året samanlikna med resten av landet. Del av dei som svarar at dei drikk jamt månadleg og kvar veke har auka på alle trinn. Når det gjeld andre rusmidler ligg Fjaler på snittet eller under samanlikna med resten av landet.

Det blir arbeidd både førebyggjande og behandlande med psykisk helse i Fjaler kommune. Helsestasjonen har ansvar for born og unge mellom 0 og 20 år, og har eit særleg fokus på førebygging. Sidan 2015 har helsestasjonen gjennom tilskotsmidlar frå HelseDirektoratet auka opp fast kontortid på den vidaregåande skulen til 30 %. Her har helsesøster førebyggjande/kartleggingssamtale med alle nye elevar kvart år. Helsesøster er også med på tverrfagleg møte på skulen for å diskutere eventuelle elevar med særleg risiko for å utvikle psykiske problem. Dersom det kjem fram at personar treng meir støtte i høve psykisk helse får dei tilbod om fleire samtalar med helsesøster eller dei vert tilvist vidare til BUP i Helse Førde. God psykisk helse er ein viktig faktor for å gjennomføre vidaregåande skule. Dale vidaregåande skule har eit program som «inneberer ein nulltoleranse for fråfall» og fokus på at «alle skal bli sett» (HAFS 2030-strategi).

For vaksne over 18 år vil tilbodet i kommunen innebere at ein tar kontakt med lege som kan tilby ulike former for oppfølging og eventuelt samtaleterapi, medisinsk behandling eller vidare tilvising til spesialisthelsetenesta, alt etter kor alvorleg situasjonen er. Arbeidslag 4 i bistand og omsorg gir oppfølging til personar i kommunen. Arbeidslag 4 yter tenester ved tilvising frå lege eller spesialisthelseteneste, etter å ha blitt kontakta av NAV, barnevernstenesta, fysioterapiavdelinga og dei andre arbeidslaga. Tenesta skal også vere eit lågterskeltilbod der personar over 18 år kan ta kontakt på eige initiativ.

Tal frå KOSTRA viser at kommunen har brukt mindre ressurs enn andre kommunar på førebygging men at kommunen samtidig har høgt tal med personell som har vidareutdanning i psykisk helsearbeid, og høgare del med sjukepleiarar som er spesialiserte innan psykisk helse. Både nasjonale føringar og lokale prioriteringar tilseier at vi må sette inn innsats på å førebygge psykisk problem tidleg. Rusproblematikk og psykiske lidningar heng ofte saman.

Det er lite systematikk i det førebyggjande og behandlande arbeid mot rus i kommunen. Rusmiddelpolitisk handlingsplan vart rullert i 2016, og har ein omfattande tiltaksdel, men det er inga gruppe som jobbar kontinuerleg med dette.

Tilsette i kommunen opplev at rus og psykisk helse er ansvarsområder som fell imellom dei ulike einingane sine ansvarsområder. Det bør gjerast eit arbeid med å evaluere korleis dette vert jobba med i kommunen der ein kartlegg behov og kompetanse og synleggjer ansvar.

HelseDirektoratet har lansert program for folkehelsearbeid i kommunane 2017-2027 med satsing for å fremje barn og unge si psykiske helse og livskvalitet. Programmet skal bidra til å

integreere psykisk helse som ein likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet og har utvikla egne resultatmål for psykisk helse og rus

(<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunen>).

Utfordringar: Manglande statistikk over psykiske plager og rus (før dei er i kontakt med legetenesta). Mange er aldri i kontakt med nokon som gjer at det er store mørketal. Auka fokus på lågterskeltilbod for rus og psykisk helse er viktig. Kommunen arbeider lite førebyggjande til den vaksne delen av befolkninga. Tenester for psykisk helse (arbeidslag 4) har god kompetanse og god kapasitet, men kjem ikkje inn før etter tilvising. Kan ressursane nyttast meir til førebyggjande arbeid? Inga gruppe som jobbar med førebygging og behandling av rus og psykisk helse, ingen hovudansvarleg og uklar ansvarsfordeling, treng ein gjennomgang på korleis ein jobbar med dette.

2.8 Bustadssosiale verkemiddel og funksjonar

Fjaler kommune har tilgang til bustadssosiale verkemiddel gjennom Husbanken. Dette omfattar blant anna statleg bustønad, tilskot til utgreiing og prosjektering og bustadtilskot til etablering/utbetring av bustad til privatpersonar. I tillegg yter Fjaler kommune startlån til innbyggjarar som ikkje får lån i privat bank og som har stort behov for eigen bustad eller å behalde bustaden. Bustadssosiale verkemiddel og organisering av dette arbeidet er ein viktig del av kommunen sin tenesteplan. Bistand og omsorg, fysioavdelinga, HAFS barnevernteneste og NAV Fjaler med fleire har alle roller i det bustadssosiale arbeidet ([Hyperkoping 16](#)). Fokus på samhandling og saumlause brukarforløp i heile helse-, omsorg og sosialtenesta er eit viktig mål å jobbe mot.

HOVUDUTFORDRING: Manglande ressursar knytt til kommunal rådgjevingsgruppe som har som oppgåve å jobbe for at personar med redusert funksjonsevne kan bu i eigen heim lengst mogleg. I frå 2020 vert Husbanken sine tilskotsordningar for bustadtilskot etablering/tilpassing overført til kommunalt ansvar/finansiering.

2.9 Frivillig arbeid inn mot helse- og omsorgssektoren

Frivillig sektor har fleire pågåande initiativ inn mot helse- og omsorgsbehov i kommunen, men det er ikkje noko systematisk arbeid per dags dato for å kople frivillege mot eldre. Innbyggjarundersøkinga peika på udekte behov, særleg i grendene, der frivillige kan støtte og komplementere kommunen sitt arbeid innan helse- og omsorg.

HOVUDUTFORDRING: kople behov med frivillege ressursar, koordinering, heilskapleg plan

2.10 Tverrsektorielle forum i Fjaler kommune

Fjaler kommune har to formelle forum/strukturar for tverrfagleg samarbeid:

- 1) Det tverrfaglege møte som inkluderer aktørar på tvers av helse-, sosial- og omsorgssektoren samt opplæringssektoren, og der alle er med og diskuterer generelle saker, overordna føringar og deling av informasjon. Barnevern leiar møtet.
- 2) Fjaler på tvers. Dette er eit forum for open (med samtykke) eller anonym persondrøfting med dei personane og aktørane som er aktuelle for saka. Det er eit ansvar til kvar aktør i helse- og omsorgstenesta (og andre sektorer som kan fange opp bekymringsmeldingar) å ta kontakt med dei som er naturlege aktørar for den aktuelle drøftinga/saka. Koordinerande eining har eit overordna ansvar for at Fjaler på tvers blir initert der formålstenleg.

Det eksisterer eit samtykkeskjema, «Fjaler på tvers», som skal nyttast for å avklare med personen det gjeld, og evt. føresette eller verger, i høve deling av personsensitiv informasjon før involvering av andre personar og aktørar i saka.

Kapittel 3

Overordna føringar for framtidas helse-og omsorgstenester i Fjaler kommune

Fjaler kommune vil legge til rette for nære, gode og samordna tenester. Viktige prinsipp som strategien er bygt etter er:

- ❖ Samordning av tenester
- ❖ Best mogleg tenester på lågast mogleg nivå; meir fokus og ressursar på førebygging, tidleg innsats og planlagt rehabilitering
- ❖ Individuelt tilpassa tenester
- ❖ Kvalitet og brukarmedverknad i alle ledd
- ❖ Kunnskapsbasert praksis
- ❖ Mål om ein god kvardag og god livskvalitet for alle

3.1 Tildeling og organisering av helse- og omsorgstenester

Fleire av tenestene i helse- og omsorgsapparatet er tilrettelagt slik at personen som treng ei teneste, eller deira pårørande, sjølv tar kontakt med aktuell instans utan henvisning. Dette gjeld legetenesta, helsesystemtenesta, fysioterapi (etter nye lover) og frisklivssentralen. Andre tenester må ein søke for å få men tenester kan starte opp før søknad er behandla dersom det blir vurdert som viktig med rask oppstart. Dette gjeld bistand- og omsorgstenester, men også henviste rehabiliteringstenester medomfattande tverrfagleg oppfølging, der i blant fysioterapi. Individuell plan blir initiert etter søknad og dersom formålstenleg blir «Fjaler på tvers» (ei kommunal tverrfagleg samansett gruppe for å sikre tverrfaglegheit, gjensidig informasjon og saumlause brukarløp, sjå 2.10) mobilisert. Det er koordinerande eining i kommunen som tildelar tenester etter søknad. Det kan dreie seg om bustad, tilrettelegging, alarmteneste, praktisk hjelp, personleg hjelp, heimesjukepleie etc. I Fjaler kommune er det tenestekontoret (tidlegare namn «mottakskontoret»), lokalisert på Fjaler helsetun, som er koordinerande eining. Kommunen har eit tverrfagleg råd som har møte om alle saker kvar veke og tenestekontoret tildelar deretter hjelp etter individuelle behov. Koordinerande eining skal også vere ein «sentral i systemet» som tek imot bekymringsmeldingar eller behovsmeldingar og sender til dei rette einingane for utgreiing eller set i gang umiddelbare formålstenlege tiltak.

Omsorgstrappa er ei tiltakskjede som kommunen nyttar som verktøy for prioritering av tenester. I strategiarbeidet har vi oppdatert Fjaler si omsorgstrapp med nye tiltak i høve satsing på førebyggjande og tidleg innsats ([Fig. 3, Hyperkoping 10](#)). Tenester skal bli gitt på best mogleg, men lågast mogleg trinn (best mogeleg omsorgsnivå (BEON)/lågast mogleg omsorgsnivå (LEON)) i trappa.

FJALER OMSORGSTRAPP

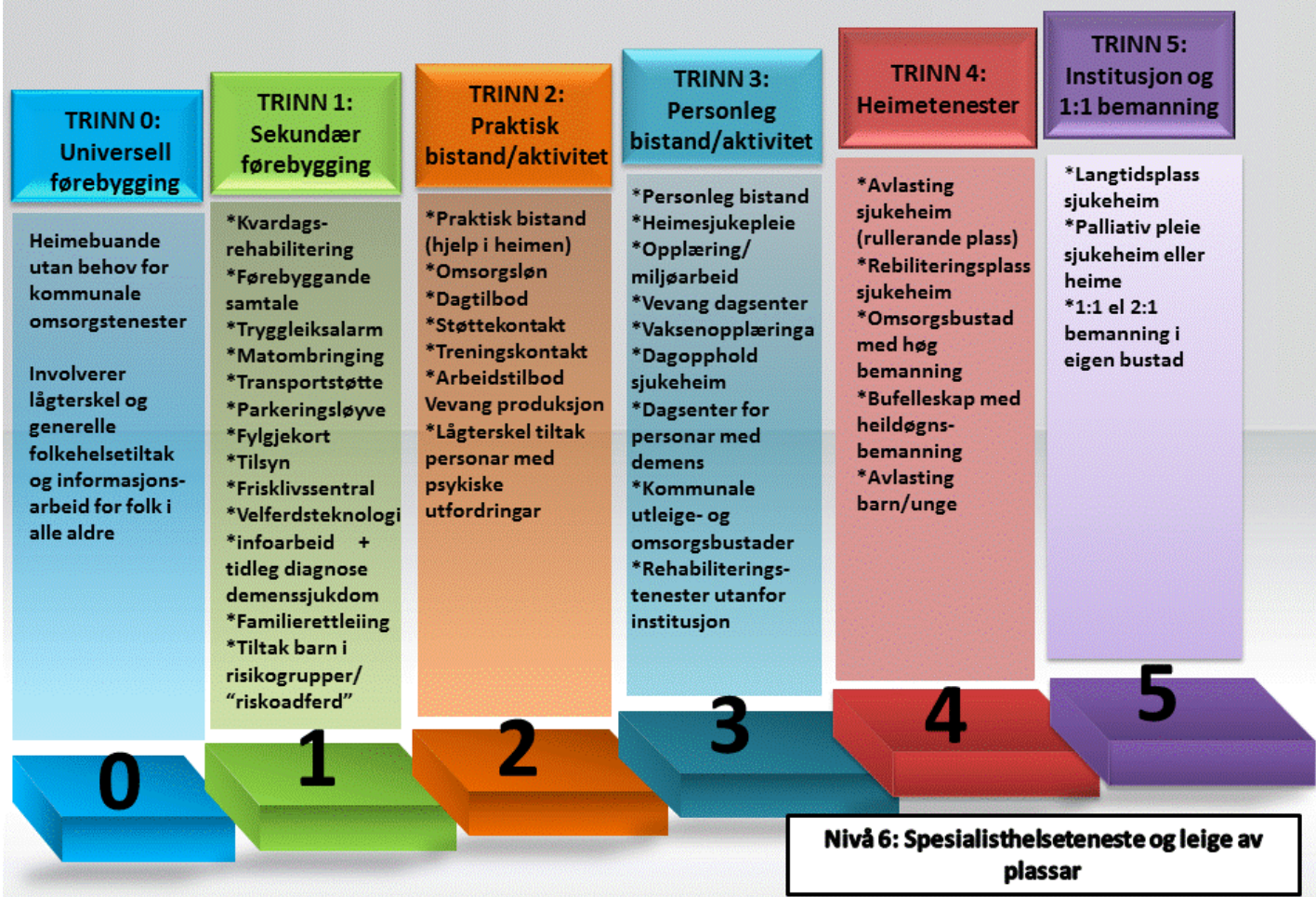


Fig. 3 Oppgradert Fjaler omsorgstrapp 2017

3.2 Folkehelse, helsefremming og førebyggende arbeid

Folkehelse i Noreg er i hovudsak god og levealderen er stigande. Kva ein dør av er ikkje det same no som før. Tidlegare skuldast dei fleste helseproblem og dødsfall av smittsame sjukdommar, medan ein i dag ser levevanene i større grad har innverknad på sjukdommar og dødsårsak (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/280794?ts=157b3dda570>). Folkehelsearbeidet med førebyggende arbeid er eit heilt sentralt innsatsområde for å stoppe og redusere denne utviklinga. Den nye folkehelselova som vart sett i verk 1.januar 2012 har som føremål å bidra til ei samfunnsutvikling som skal fremje folkehelse og jamne ut sosiale skilnader. Folkehelsearbeid handlar om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, førebygge sjukdom og skader, og utvikle eit samfunn som legg til rette for sunne levevaner, beskyttar mot helsetruslar og fremjar fellesskap, tryggleik, inkludering og deltaking. Folkehelsearbeid skal rette seg mot befolkninga eller delar av befolkninga, og ikkje mot enkeltindivid med identifisert risiko.

Ved å førebygge meir vil befolkninga få fleire år med god helse, og samfunnet sparer store utgifter til behandling av sjukdommar som kan ha samanheng med livsstilen vår. Utfordringar som stillesitjande liv, stress, røyking, høgt alkoholkonsum, dårleg kosthald, einsemd og sosioøkonomisk ulikskap i helse er årsak til mange tapte leveår og dårleg fysisk og psykisk helse (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/280794?ts=157b3dda570>).

Kommuneplanen sin samfunnsdel for 2014-2025 peikar på vegen Fjaler Kommune ynskjer å gå innan blant anna helse og omsorg. Planen har vedteke at helsefremjande og førebyggende innsats skal vere i fokus og at det skal leggjast til rette for sosial kontakt og trivsel. Det vil blant anna seie å satse på å utjamne sosiale skilnader, leggje til rette for lågterskeltilbod innan kultur, idrett og friluftsliv der økonomi ikkje er avgjerande og utvikle trygge lokalsamfunn med gode møteplassar for alle.

Etter folkehelselova har kommunane ansvar for å ha ei skriftleg oversikt over helsetilstanden til befolkninga. Dette helseoversiktsdokumentet skal utarbeidast kvart fjerde år, og oppdaterast årleg. Dokumentet skal identifisere folkehelseutfordringar og ressursar. Det skal og innehalde faglege vurderingar av årsaksforhold og konsekvensar. Kommunen skal vere spesielt merksam på trekk i utviklinga som kan skape eller oppretthalde sosiale eller helsemessige problem, eller sosiale helseforskjellar.

Som liten kommune har Fjaler utfordringar med små datagrunnlag, og tilfeldige variasjonar kan gje store utslag frå år til år. Prioriteringane i dokumentet er i stor grad basert på nasjonale eller fylkeskommunale trendar eller data. Dokumentet for 2017 har vedteke følgjande utfordringsområder som skal prioriterast: Sosial ulikskap, fysisk aktivitet, psykisk helse og innvandrarar ([Folkehelseoversiktsdokumentet Hyperkopling12](#)).

Kapittel 4

Framtidas lokalisering av Fjaler helse- og omsorgstenester

Mål:

1. Mest mogleg samordna lokalisering av helse-og omsorgstenester for optimal tverrfaglegheit, informasjonsflyt, samhandling, fleksibilitet
2. Nok kapasitet av bustadar og aktivitetstilbod for eldre
3. Tilrettelegge fleire bustadar for personar med demens
4. Tilrettelegge for meir bruk av rehabiliteringsopphold for at folk skal vere i stand til å bu lengre heime

Løysing/Prioritering:

- ❖ Samle lokalisering av helse- og omsorgstenesta på to stader i Dale sentrum.

DETTE ER EIN PÅGÅANDE PROSESS

Det er bestemt at nye bustader til eldre skal vere heildøgnsbemanna omsorgsbustader og at dei skal leggest til Dale fordi;

-det er bustader med omfattande og heildøgnsbemanning som trengst

-samlokalisering av tenester gir best tenester og billegast tenester

-viktig med nærleik til butikk, lege og andre «daglegdagse» tenester

-vi vil setje inn spesifikke tiltak i grendene for å gjere personar som bur der i stand til å bu heime lengst mogleg (EKS: To nye ressursar til heimesjukepleie frå januar 2017, prosjekt førebyggjande samtale, kvardagsrehabilitering.)






-vi vil sikre at personar i Ytre og Midtre Fjaler får mest mogleg like heimetenester som folk i Dale sentrum

- ❖ For å få plass til 39 langtidsrom med optimal tilpassing på sjukeheimen bør enten fysioavdelinga og/eller legetenesta flytte ut av sjukeheimen. Dei 36 romma på helsetunet vil bli omgjort til 39 einmannsrom. Det blir altså ikkje ein reduisering i antal rom på helsetunet. Det bør vurderast om nokre av romma kan nyttast som fleksibel plass, til dømes anten til kortidsplass, institusjon eller heildøgnsbemanna omsorgsbustad.
- ❖ Fysioavdelinga bør prioritere sine ressursar på trinn 2-4 i omsorgstrappa og bør derfor bli lokalisert der rehabiliteringsplassane er lokalisert. Dersom tenesta må inn i nye lokaler treng dei tilgang til minst like stort areal som dei har i dag samt større lagerkapasitet for oppbevaring av kommunale hjelpemidler.
- ❖ Legetenesta bør ha omtrent det same arealet som dei har i dag. Fagleg sett bør legesenteret (i det minste institusjonsansvarleg lege) vere lokalisert nært

sjukeheimen (eventuelt ha eit rom tilgjengeleg i sjukeheimen). Årsaker til dette er lett tilgang for bebuarar på omsorgsheimen for tilsynslege i eller utafor opningstid, akutthjelp samt blodprøvetaking.

- ❖ Helsestasjonen blir lokalisert i Fjalerhuset, der også PPT, NAV og barnevern finst. Samarbeidet med fysio og legekantoret forblir viktig. Det er kort avstand mellom Fjalerhuset og aktuelle stader der legesenteret og fysio er/blir lokalisert.
- ❖ Tannlegeteneste skal flytte til Askvoll, men det er viktig å beholde fasilitet for tannlegeteneste (1-2 tannlegestol) til bruk for bebuarar på sjukeheimen

Økonomiske konsekvensar (Hyperkopling 13):

- ❖ Rehabilitering og oppgradering av sjukeheimen 
- ❖ Nyinvestering lokalisering 2. 
- ❖ Nyinvestering av legesenter (evt også fysio) 
- ❖ Driftskostnadar blir billigare på nye og rehabiliterte bygg enn noverande bygg 
- ❖ Samlokalisering vil føre til innsparing i drift 

Kapittel 5

Framtidas organisering av Fjaler helse-og omsorgstenester

Mål:

1. Omorganisering med fokus på leiarstruktur
2. Leiarar som har ansvar for tenestekvalitet og har kompetanse og tid til å leie sine grupper.
3. Tidleg innsats, førebygging og rehabiliteringstenester som gjer at folk i kommunen kan opprettholde god funksjon og kan bu heime lengst mogleg
4. Tilrettelegge for fleksibel bruk av fagpersonell mellom einingane, men med klårt definerte arbeidsområder
5. Samordna organisering for samhandling, tverrfagleg arbeid og optimal informasjonsflyt
6. Sikre at faglege ressursar blir best mogleg utnytta ved at personalet kan gjere mest mogleg av det dei er best til
7. Sikre at tiltak blir gitt i forsvarleg grad, men på lågast mogleg nivå og i individuelt tilpassa omfang/lengde på teneste.
8. Jobbe for like tenestar i heile kommunen



Løysing/prioritering:

- ❖ Omlegging av 2-delt til 3-delt leiarstruktur i tenesta. Dette medfører tilsetjing av helse -og omsorgssjef, som skal vere direkte i linje under rådmannen. Organisering av leiinga under denne nye stillinga bør inngå i ein vidare prosess i 2018. Det er signal om at heimetenestene og institusjonstenestene bør få kvar sin overordna leiar.
- ❖ Kvar mellomleiar bør maksimalt ha ansvar for 20 tilsette
- ❖ Mellomleiarar får meir ansvar og tidsressursar for kvalitetskontroll og kvalitetsforbetring. Dette igjen krev at mellomleiarar får kompetanse i si nye utvida rolle.
- ❖ Utvikle gode samhandlingsprosessar med tverrfaglegheit i fokus som fører til at pasienten kjenner at brukarforløpet er saumlaust. Dette vil også vere ei leiaroppgåve.
- ❖ Prosessen med omorganisering kan med fordel vere trinnvis (må samordnast med lokaliseringprosessen)
- ❖ Tverrfagleg deltaking på tildelingsmøter for tenester: for ressursfokus og for å tildele tenester i optimalt nivå og omfang

Økonomiske konsekvensar:

- ❖ Lønsmidlar ny overordna helse- og omsorgssjef



- ❖ Lønsmidlar mellomleiarar og underleiarar 
- ❖ Innsparing på sikt fordi leiarane kan jobbe meir målretta i høve organisering av effektiv og god drift 
- ❖ Ressursbruk rehabilitering og førebygging vs. institusjon og heildøgnsbemanning blir omtalt i kapittel 6-11

Kapittel 6

Framtidas helse- og omsorgstenester for barn og unge 0-20 år

Mål:

1. Lokalisering og organisering av tenesta som sikrar godt tverrfagleg arbeid for barn og unge
2. Helsestasjonen skal vere ein god og trygg stad og eit lågterskeltilbod for alle unge i alderen 0-20 år og gravide kvinner
3. Førebyggjande arbeid mot barn i tidleg alder og deira familiar (Fokus 0-5 år)
4. Førebyggjande arbeid hos barn og unge i skulealder (6-20 år) med særleg fokus på psykisk helse

Løysingar/Prioritering:






- ❖ Flytting av helsestasjon og barnevern til ledige lokaler i 2. etasje på Fjalerhuset, der PPT og NAV også er lokalisert.
- ❖ Meir ressursbruk på primær og sekundær førebygging i tidleg alder.

50% ressurs er innvilga av ekstern kjelde som prosjekt i 2017-18. Dette spesielt i høve auka systematisk samarbeid med barnehage, å fremje borns utvikling og førebygge psykiske vanskar, å utvikle felles forståing rundt borns behov og å fremje trygg tilknytning mellom born og omsorgspersonar og å styrke foreldra si meistring av foreldrerolla. Prioritere å beholde denne ressursen etter prosjektperioden.

- ❖ Kompetansebygging innan førebyggjande foreldrerettleing, også inn mot minoritetsfamiliar
- ❖ Utvida tverrfagleg samarbeid (krev ny organisering) og heile klåre og eintydige retningslinjer og ansvarsdelingar for å identifisere og starte tiltak for personar og miljø som har auka risk for dårleg helseutfall. Samarbeid også med oppvekstsektoren. Eventuelt eigen koordinator for barn. Koordinerande eining involvert for å kople inn rette hjelpeinstansar. Kople inn Fjaler på tvers der formålstenleg.
- ❖ Vurdere å nytte ressursar i Bistand og omsorg sitt arbeidslag 4 inn mot personar under 18 år som har risk for å utvikle dårleg psykisk helse
- ❖ Fokus og ressursbruk inn mot førebyggjande arbeid og støtte til personar i alderen 6-20 år.

Dette inkluderer tilgjengeleg helsesystemer på Dingemoen skule (7de klasse er særleg viktig i høve førebygging innan psykisk helse), ungdomsskulane og Dale vidaregåande skule samt kompetansebygging innan førebygging.

Økonomiske konsekvensar:

- ❖ Lønsmidlar det fyrste året vil ikkje gå utover noverande ramme, men kommunen bør søke å beholde ressursane etter at prosjektperioden for helsesystemteneste på Dale vgs og spesifikt for barn 0-5 år er over  
- ❖ Flytting av tenesta vil ikkje medføre store kostnader 
- ❖ Kostnader kompetanesbyggingskurs 
- ❖ Godt førebyggjande arbeid og tidleg innsats kan gje store positive økonomiske utfall i eit langtidsperspektiv 

Kapittel 7

Framtidas helse- og omsorgstenester for eldre

Mål:

1. Samlokalisering for meir samordna tenester
2. Meiningsfulle og gode kvardagar for alle
3. Folk i Fjaler skal kunne bu heime lengst mogleg i sin eigen bustad
4. Kapasitet for gode tenester og for å ta vare på dei som ikkje lengre kan bu heime i sin eigen bustad
5. Gode tenester for personar med demens inkludert førebygging og tidleg diagnose
6. Effektiv og god bruk av ressursar og fagpersonell slik at kvaliteten på tenestene blir auka men pleiefaktoren blir redusert
7. Jobbe for mest mogleg like tenester i heile Fjaler

Løysing/Prioritering:











- ❖ Omorganisering av lokaliseringa av helse- og omsorgstenestene i Fjaler (skissert i kapittel 4).
- ❖ Bygge 8 nye heildøgnsbemanna omsorgsbustadar i nærmaste framtid. 16 på lang sikt.
- ❖ Ei omorganisering av tenesta bør følgje strategi for ny lokalisering.
- ❖ Fortsetje høve for dagopphald på sjukeheimen.
- ❖ Dagaktivitetssenter for eldre og for personar med demens bør prioriterast og bør vere lokalisert på sjukeheimen (evt der dei bur viss lokalisering blir annleis). Dagsenter for personar med demens bør vere i eige lokale (skjerma). Dagsenter har Fjaler kommune per i dag. Kommunen vil ha sterkare fokus på dette tiltaket framover, både for heimebuande, men og for dei som bur i omsorgsbustad og som er på rehabiliteringsopphold.
- ❖ Fleire skjerma bustadar for personar med demens/kognitiv svikt. Dette kan vere enten institusjonsplass eller i tilrettelagde bufelleskap med heildøgnsbemanning. Frå 8 til totalt 16.
- ❖ Besøksteneste bør bli oppretta
- ❖ Større legeressurs til sjukeheimen samt nye heildøgnsbemanna omsorgsbustader.
- ❖ Fysio og ergoterapi: Fleire oppgåver og ansvar i høve førebygging og rehabilitering også inn i omsorgstenesta.
- ❖ [Tverrfagleg demensteam. Sjå hyperkoping 14.](#)
- ❖ [Tverrfagleg velferdsteknologiteam. Sjå Hyperkoping 5.](#)
- ❖ Kompetansehevingsprogram for tilsette: ABC-kurs. Lage kompetanseplanar og rekrutteringsplanar (Kapittel 13)
- ❖ Prioritere helsehjelp framfor praktisk bistand og erstatte noko av den praktiske bistanden som omsorgstenesta gir i dag med spesialiserte andre kommunale eller private tenester (td. reingjering) 🚫 vil redusere tidsbruk for fagpersonell til oppgåver som ikkje direkte er helse.

- ❖ Meir rekruttering og betre koordinering av frivillige tenester for å hjelpe til med praktiske behov til innbyggjarane (ved frivilligsentralen) (Kapittel 12)
- ❖ Greie ut høve for å bruke nærbutikkane og IKT-løysingar for praktiske tenester og samhandling i helse- og omsorgstenesta
- ❖ Bruke rehabiliteringsplassar meir aktivt for at dei eldre skal kunne bu heime lengre.
- ❖ Kommunen bør vere ein dialogpart for private personar i grendene utanfor Dale sentrum som ynskjer å setje opp eigne tilrettlagde bustader for eldre og/som gjennomfartsleilegheiter.

Dette kan vere eit alternativ for eldre som ikkje lengre vil eller kan bu i «store hus som ikkje er tilrettelagde», men som ikkje treng heildøgnsbemanna bustad og som samtidig ynskjer å bu i sitt eige nærmiljø

- ❖ Kommunen skal syte for å ha kontinuerleg oversikt over aktivitets- og sosiale tilbod for den eldre folkegruppa og å spre denne informasjonen
- ❖ Når nye stillingar blir utlyste må ein vurdere kva kompetanse ein treng for å auke kompetansen og ressursane totalt sett på låge trinn i omsorgstrappa på bekostning av pleiepersonell for høgre trinn dersom det er mogleg.
- ❖ Heimesjukepleie: Meir tenester i grendene spesifikt retta mot dei med fallande funksjonsnivå og behov for heimesjukepleie for at dei skal kunne bu heime lengre. Omorganisering av heile tenesta vil føre til at utgifter blir balansert mot innsparing på sikt.
- ❖ Ressursfokusert teneste; vurdere hjelpebehov opp mot ressursar.

Økonomiske konsekvensar (Sjå også vedlegg [13](#) og [15](#)):

- ❖ Investering i 8 heldøgnsbemanna omsorgsbustadar. Rehabiliterer sjukeheimen og auke opp frå 36 rom til 39 (stabilt antal plassar). Kostnad som i kapittel 4. 
- ❖ Billegare drift på grunn av nye (eller rehabiliterte) bygg, felles nattevakter og mindre transport av folk på grunn av samlokalisering for ulike tenester i omsorgsfeltet, fleksibilitet av andre fagfolk 
- ❖ Førebyggjande tiltak krev kortsiktige ressursar men skal føre til færre tenester på høge trinn i omsorgstrappa; dvs. billegare drift på sikt  
- ❖ Meir rehabilitering krev kortsiktige ressursar men skal føre til færre tenester på høge trinn i omsorgstrappa, dvs. billegare drift på sikt  
- ❖ Auka ressursar rehabiliteringsteam/fysio for at dei skal ta på seg meir førebyggjande tenester til denne gruppa brukarar. 
- ❖ Legeteneste spesifikk for institusjon og heildøgnsbemanna bustadar: 
- ❖ Meir umiddelbare ressursar på heimesjukepleie, men optimal omorganisering av drifta vil føre til at utgiftene blir kompenserte  

Fordi vi vil setje inn meir innsats på heimesjukepleie enn på institusjon og vi har sett inn nokre konkrete tiltak i strategiplanen (td førebyggjande samtale, demensførebygging, fallførebygging, kvardagsrehabilitering, like tenester i sentrum som i Ytre; sjå Omsorgstrappa) så vil dette medføre at meir ressursar også bør gå til heimesjukepleie slik at

ein får til å utføre tiltaka. Fleire av tiltaka har vi søkt om eksterne midlar til. På sikt bør desse førebyggande tiltaka føre til mindre ressursbehov i heile omsorgstenesta. Ei omorganisering av drifta vil tilsvarande føre til mindre utgifter til lønn.

Kapittel 8

Framtidas helse- og omsorgstenester for personar med psykisk utviklingshemming




Mål:

1. Gje alle innbyggjarar, uansett funksjonsnivå, aktivitetstilbod som fremjer meistring og meningsfulle kvardagar
2. Tilrettelegging av bustadar slik at brukarane kan bu der livet ut (anten i heimen eller i heildøgnsbemanna omsorgsbustad)

Prioritering/løysing

- ❖ Samordne tenester mest mogleg, td. heildøgnsbemanna omsorgsbustadar og aktivitetssenter
- ❖ Bygging av nye, meir tilrettelagte fasilitetar og samlokalisering med andre tenester i kommunen (heng saman med Kapittel 4)
- ❖ Hjelpemiddel og velferdsteknologi etter behov
- ❖ Fokus på førebygging og habilitering
- ❖ Heilskapleg aktivitetsplanlegging. Involvere treningskontaktar, støttekontaktar og frivilligheita.
- ❖ Opprettholde dagsenter-tilbod som idag

Økonomiske konsekvensar

- ❖ Bygge nye lokalar for bustad og aktivitetssenter 
- ❖ Budsjett for velferdsteknologi og hjelpemiddel 
- ❖ Innsparing av drift på sikt fordi vil førebygge meir med tidleg innsats 

Kapittel 9

Framtidas helse- og omsorgstenester for personar med nedsett funksjon

Mål:



1. Gje alle innbyggjarar, uansett funksjonsnivå, aktivitetstilbod som fremjer meistring og meningsfulle kvardagar
2. Tilrettelegging slik at brukarane kan bu i heimen sin så lenge som mogleg
3. Mest mogleg saumlause brukarforløp







Prioritering/løysing

- ❖ Tildele tenester etter oppgradert omsorgstrapp
- ❖ Mest mogleg samlokalisering og samorganisering av tenester for betre kommunikasjon, tverrfaglegheit og fleksibilitet i tenesteledet
- ❖ Eigen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
- ❖ Arbeide tverrfagleg i og mellom einingar i kommunen (Fjaler på tvers) og inngå avtalar om ambulerande team med spesialisthelsetenesta der kompetanse manglar
- ❖ Fysioeininga samarbeide tettare med omsorgstenesta for kunnskap om kvarandre sin kompetanse og etablere metodar for samhandling
- ❖ Fysioeininga bør bidra i velferdsteknologiteamet og demensteamet for heilskapleg tilbod
- ❖ Individuell plan til alle som har rett på og ynskjer det. Implementere løysingsmodellar for individuell plan
- ❖ Tilrettelegging med hjelpemiddel og velferdsteknologi i heimane til dei som har behov
- ❖ Fokusere på prioriterte førebyggjande tiltak, og områder for tidleg innsats for å hindre funksjonsfall, einsemd og dårleg psykisk helse i alle aldersgrupper
- ❖ Prøve ut førebyggjande samtale for personar >75 år. Først pilot i Ytre Fjaler.
- ❖ Samarbeid med det frivillige for aktivitetstilbod for alle aldersgrupper og i alle delar av kommunen
- ❖ [Fortsetje med Frisklivssentral \(Hyperkopling 11\).](#)
- ❖ Meir bruk av rehabiliteringsopphold
- ❖ Dedikerte tidsressursar til prioriterte oppgåver

Økonomiske konsekvensar:

- ❖ Betre samlokalisering inneber bygging av fleire tenestebygg på same stad som skissert i kapittel 4. Dei økonomiske konsekvensane blir høg investering, men ei

netto driftsgevinst per brukar.  

- ❖ Budsjett for hjelpemiddel og velferdsteknologi bør aukast  
- ❖ Utprøving og implementering av konkrete førebyggjande og opptrenings-tiltak, krev auka ressursar i eit korttidsperspektiv. Langtidsperspektivet er lågare driftsutgifter fordi fleire kan bu heime lengre.  
- ❖ Ressursauke fysioeininga 4.3 til 5.0 ressursar men fysioeininga ta ansvaret for fleire og nye oppgåver som no ligg til omsorgstenesta/BIO og prioritere kompetanseoverføring  

Kapittel 10

Helse- og omsorgstenester innan psykisk helse og rus



Mål:

1. Lågterskeltilbod for psykisk helse til ulike aldersgrupper, spesielt barnefamiljar (0-5 år), ungdom (13-18) og eldre (>67 år)
2. Bruke tilgjengelege måleinstrumenter for å følgje utviklinga av dårleg psykisk helse og rus (td. Ungdata; td. førebyggjande samtale-prosjekt)
3. Rask iverksetjing av tiltak når behov oppstår

Løysing/Prioritering:

- ❖ Meir fokus på kartlegging, førebygging og informasjonsarbeid om psykisk helse i heile befolkninga, men målretta mot spesielt barn, unge og eldre
- ❖ Fjaler kommune har eige fungerande team med høg kompetanse i psykisk helse i BIO. Ein bør vurdere om denne kompetansen også kan nyttast inn mot konkrete personar som er yngre enn 18 år (lokale lågterskeltilbod)
- ❖ Tilsetjing av helsestasjonspsykolog (20%) f.o.m oktober 2017
- ❖ Viktig å ha fokus på generelle folkehelseiltak som fremjar deltaking for alle med lokalsamfunnet i fokus.
- ❖ Opprette besøksteneste for eldre
- ❖ HAFS2030 for deltaking og meistring for unge personar som fell ut av arbeidslivet og/eller skule.
- ❖ Stimulere frivilligheita til å bidra for god psykisk helse. Dette kan involvere besøksteneste eller å starte «gågrupper» eller andre former for fysisk eller sosial aktivitet
- ❖ Frisklivssentralen kan samarbeide meir med interne og eksterne personar om generelle informasjonsaktivitetar.
- ❖ Delta i helsedirektoratet sitt utviklingsprogram om satsing for å fremje barn og unge si psykiske helse og livskvalitet.
- ❖ Tilgjengeleg helsesystem på ungdomsskulane i Fjaler og Dale vgs.
- ❖ Oppdatere Rusmiddelpolitisk handlingsplan årleg

Økonomiske konsekvensar:

- ❖ Løn psykolog 
- ❖ Innsparing i drift på sikt fordi meir førebygging 

Kapittel 11

Samarbeid mellom det frivillige apparatet og Fjaler kommune

Mål:

1. Formalisere ansvar for å ha oversikt over behov og å koordinere frivilleg innsats for at innbyggjarane skal kunne bu lengre heime og ha god livskvalitet der dei lever og bur
2. Etablere gode ordningar for å stimulere til og rekruttere fleire til frivillig arbeid som dei har lyst til
3. Stimulere frivillege organisasjonar til å sjølv initiere tiltak som er tilpassa behovet til innbyggjarane
4. Tilrettelegg/implementere gode tiltak raskt etter at behov er oppdaga/meldt inn

Viktige punkt å ta hensyn til i planlegging av frivilleg arbeid:



- ❖ Gruppa frivillege er i endring. Ein må tenke nytt om kva oppgåver frivillege kan nyttast til: frivillege ynskjer ikkje å binde seg opp fast. Ein må stimulere til at frivillege organisasjonar og personar sjølv set i verk tiltak og er med i oppfølginga av tiltaka. Slik sikrar ein eigarskap og motivasjon.
- ❖ Frivillegheit må skje på dei frivillege sine premisser og frå eit frivillegperspektiv
- ❖ Frivillege må vere eit tillegg til dei oppgåvene som kommunen må utføre – viktig at ein ikkje går inn og tar over oppgåver.
- ❖ Mange oppgåver krev fagkompetanse – viktig at ein ikkje går andre i næringa
- ❖ Helsetenesta må sette av ressursar til å ta imot frivillege. Det må skapast ein kultur på dei arbeidsplassane som ynskjer å nytte seg av frivillige til å ta imot frivillege.
- ❖ Det må oppfordrast i alle grendene til å bry seg, ta vare på nærmiljøet og naboen

Løysing/Prioritering:

- ❖ Ansvar for frivillege tenester opp mot mål i denne helsestrategien som fell utanfor helsetenesta sitt direkte mandat (td. transport til aktivitetar, besøksteneste for å unngå einsemd):
 - Helsetenesta (særleg bistand- og omsorg-eininga) ansvar for formidling av behov, koordinering, tilrettelegging, opplæring, oppfølging og evaluering.
 - Frivillegsentralen ansvar for koordinering, vidareformidling av frivillege personar samt for å gjennomføre meir generelle «folkehelse»prosjekt som td. gode møtestadar.
- ❖ Informasjon frå innbyggjarundersøkinga tilkjennegjort for folket og for frivillege organisasjonar
- ❖ Aktivitetsbrosjyre for unge>13 år
- ❖ Brosjyre i høve tilbod for eldre, inkludert private tilbod
- ❖ Tilby kurs for frivillige som td. skal vere besøksvenn, aktivitør eller treningskontakt

- ❖ Rekruttere eldre for å hjelpe eldre. Engasjere nøkkelpersonar i pensjonistlaget eller eldrerådet
- ❖ Fokus på nokre få men målretta tiltak: Besøksteneste, Fjaler frende, matombringing, «gå tur grupper», trimgruppe (Frisklivssentralen), treningskontaktar, transporttenester kopla til arrangerte hendingar
- ❖ Prosjekt: Kan matbutikkar i grendene ha nokre roller som kan vere direkte tiltak for eldreomsorga? (eks: praktiske oppgåver som vedlikehold, køyre handlevarer heim, medisinoppbevaring).
- ❖ Prosjekt: Prøve ut App-baserte løysingar for koordinering og for å informere om lågterskeltilbod i kommunen (Eks: Friskus, Minpluss).
- ❖ Formaliserte møter mellom grendalag og kommunen; Eks: Askvoll som modell. Utvalte kommunestyreprerantar møter i grendalagsmøter minst 1 gang per år for gjensidig informasjon.
- ❖ Målretta bruk av kommunen sine heimesider og facebook-sider
- ❖ Frivillegplan for Fjaler kommune

Økonomiske konsekvensar:

- ❖ Ingen fleire ressursar enn frivilligsentral slik den er no 
- ❖ innsparing av kommunal drift på sikt fordi frivillig arbeid går inn under helsefremjande/førebyggande innsats 

Kapittel 12

Rekruttering og kompetanse

Utfordring:

Det blir stadig færre i arbeidsfør alder som skal ta seg av fleire og fleire eldre personar i Fjaler. Dette vil medføre ei utfordring innan det å rekruttere nok personale, og personale med den kompetansen ein treng. Gjennomsnittsalderen på arbeidsstaben er i dag ganske høg, noko som vil medføre eit stort rekrutteringsbehov om nokre få år for å erstatte dei som går av med pensjon. Med spreidd lokalisering av bygningar i helse- og omsorgstenesta vil ein trenge fleire tenesteytarar enn dersom ein klarar å samordne tenesta



Mål

1. Setje i verk strategisk plan for å rekruttere tilsette med behovsretta kompetanse

Løysing/prioritering

- ❖ Prosess saman med omorganisering
- ❖ Lage behovskartleggingar for kompetanse og om ein ynskjer å rekruttere spesifikk kompetanse utanfrå eller å satse på vidareutdanning av eksisterande personell (med binding i å jobbe i kommunen ei tid som kommunen sin gjenyting)
- ❖ Kartlegge kompetanse i heile tenesta og ha fokus på «rett kompetanse på rett plass»
- ❖ Samlokalisering av bygg kan gjere at ein kan «sambruke» ressursar og kompetanse, td. felles nattevakter og utstyr
- ❖ Samlokalisering gjer at ein kan ha fleksibilitet i høve tilsette («låne tilsette/spesifikk kompetanse» av kvarandre)
- ❖ Jobbe tverrfagleg slik at ein lærer av kvarandre sin kompetanse og erfaring → kompetanseoverføring
- ❖ Fokuserer på å rekruttere rett kompetanse til rett stilling, jmf fokus på førebygging, tidleg innsats og rehabilitering
- ❖ Samarbeid med «innsats for andre» på ungdomsskulen og helselina på Dale vgs
- ❖ Eigne planar for rekruttering av gutar og innvandrarar som tilsette
- ❖ Lyse ut mest mogleg 100% stillingar på bekostning av deltidstillingar
- ❖ Styrke leiarrolla og leiarkompetanse for å få best mogleg utnytting av alle ressursar og å sikre kvalitet i tenesta
- ❖ Vurdere faste vikarar

Økonomiske konsekvensar

- ❖ Kompetanseheving og spesifikke tiltak for å rekruttere fleire tilsette 
- ❖ På lang sikt vil ei god kompetanse- og rekrutteringsplan innebære at ein får tilsette i tenesta som fyller behova godt. Dette har potensialet til å føre til stor driftsinnsparing 

Sentrale referansar (Sjå også vedlegg 3)

1. Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»
2. Agenda Kaupang rapport for Fjaler 29.9.2014: Kostnadsgjennomgang
3. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» (helse- og omsorgstjeneste-loven) § 3-10.
4. Meld. St. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid
5. Meld. St. 10 (2012–2013): God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

Tiltaksplan framtidens helse- og omsorgsteneste i Fjaler (Reviderast årleg)

[Tiltaksplan \(hyperkoping 17\).](#)