

# HELSE- OG OMSORGSPLAN 2020

**Egenmestring, samspill og trivsel**



+

Steigen kommune

# Innhold

<b>Plangrunnlaget.....</b>	<b>3</b>
Hvorfor skal vi ha en plan?.....	3
Planprosessen .....	4
Nasjonale føringer og verdigrunnlag .....	5
Våre utfordringer .....	6
Tjenesteutvikling fram mot 2020 .....	10
Ansvar for egen helse – egenmestring.....	11
Sterkere brukerrolle .....	12
Frivillig innsats og deltakelse .....	13
Trivsel, aktivitet og dagtilbud.....	14
Barn, unge og familier .....	15
Nye tanker – hverdagsrehabilitering .....	16
Allmennlegetjenester .....	17
Tilbud til demente .....	18
Psykisk helse og rus.....	19
Bolig og framtidige botilbud .....	20
Tjenester i hjemmet .....	21
Helse og omsorg i institusjon .....	22
<b>Organisasjonsutfordringer.....</b>	<b>23</b>
Rettsikkerhet, rettferdighet og god forvaltning .....	23
Samspill og tverrfaglig perspektiv .....	23
Flerkulturelt helhetsperspektiv.....	24
Kompetanseutvikling.....	24
Rekruttering og personalpolitikk.....	25
Elektronisk kommunikasjon og informasjon.....	25
Samhandling og regionalt samarbeid .....	26
<b>Avslutning.....</b>	<b>26</b>

## Plangrunnlaget

Denne planen er en kommunedelplan som omfatter helse- og omsorgstjenesten mot 2020. Planen beskriver utfordringer, mål og tiltak på et strategisk eller overordnet nivå. Det betyr at planen danner grunnlag for alle deltjenestene og skal sikre helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering, rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorene. At planen er strategisk betyr at den ikke omhandler detaljer i deltjenestenes utfordringer. De enkelte tjenestene må legge planens overordnede beskrivelser til grunn for egne handlingsplaner underveis i planperioden.

## Hvorfor skal vi ha en plan?

Kommunestyret vedtok i sak 49/13 at Steigen kommune skulle sette i gang en prosess for å få laget en ny helse og omsorgsplan.

De siste årene har det vært en kraftig utvikling innenfor de kommunale tjenesteområdene helse og omsorg. Dette innebærer en sterk vekst i antall tjenestemottakere, også i yngre aldersgrupper. I nasjonale utredninger er det pekt på at framtidig økning i antall brukere, redusert tilgang til arbeidskraft og en dobbel demografisk utfordring vil utfordre helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen har gitt oss ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Kommunene står overfor en velferdsreform og en forvaltningsreform. Forvaltningsreform medfører at oppgaver overføres fra staten og helseforetakene til kommunene. Alt dette gjør at kommunene, også Steigen, har behov for en ny strategisk kommunedelplan for tjenesteområdet.

I en prosjektbeskrivelse om behovet for endringer i helse- og omsorgstjenesten i Steigen kalt "Fornye – forbedre – forenkle" fra 4. 2. 2014 skriver lederen for helse- og omsorgstjenestene at et viktig element i denne prosessen vil være å utarbeide en egen helse- og omsorgsplan. Denne prosjektbeskrivelsen sier også noe om hvilke utfordringer som danner et grunnlag for planarbeidet:

*«Steigen kommune har et høyt tjenestenivå med sine helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at kommunen bruker mye ressurser til denne sektoren. Et slikt ressursnivå er ikke bærekraftig for framtida. Helse – og omsorg må endre sitt driftsnivå og driftsform. Vi har behov for å skaffe oss oversikt over hvor vi er og bestemme oss for hvor vi vil hen.*

*Budsjettbehandlingen av årsbudsjett for 2014 aktualiserte våre utfordringer ytterligere. Samtidig som vi skal inn i en prosess med å tenke langsiktig og få til en endring etter at en ny helse – og omsorgsplan er vedtatt, ble sektoren pålagt en rekke innsparinger for 2014. Dette vil kreve av oss at vi både skal tenke på kort og lang sikt samtidig.*

*Steigen kommune har gjennom mange år vært et fyrtårn i helse – og omsorgssammenheng. Bygging av Steigentunet ( åpnet i 2001 ), prehospitale plasser, lindrende enhet og fødestue er blant tilbudene som var fremtredende i nasjonal helse – og omsorgssammenheng. Imidlertid er det etter mye nybrottsarbeid lett å bli litt hengende igjen og hvile på sine laurbær. Steigen står nå foran en prosess med et behov for å tilpasse tjenestebehov i forhold til dagens standard og kommunens økonomiske rammer.»*

Steigen kommune har som overordnet mål å bistå innbyggere og brukere på en faglig og profesjonell måte hvor innbyggerne garanteres rett innsats eller rett tjeneste til rett tid og i rett omfang. Våre

tjenester skal ytes i henhold til de myndighetskrav som til enhver tid er gitt i form av lover, forskrifter og retningslinjer. I tillegg skal tjenestene ta hensyn til våre særegne tradisjoner og til den kultur som definerer Steigensamfunnet. For å oppnå dette er vi avhengig av at tjenestene er bærekraftige og at vi bygger tjenestene på en slik måte at tilgjengelige ressurser brukes slik at vi får mest mulig kvalitet ut av hver krone. Dette betyr at vi prioriterer folkehelsearbeid, forebygging og rehabilitering. Kommunen har allerede en strategisk plan for folkehelsearbeidet. Denne er et grunnleggende premiss for helse- og omsorgsplanen.

## Planprosessen

Vårvinteren 2014 valgte kommunen etter utlysning av konkurranse blant leverandører av rådgivning innen helse- og omsorgsområdet å samarbeide med RO (Ressurssenter for omstilling i kommunene). Planarbeidet med ekstern rådgiver startet med et intervjuprogram hvor RO møtte rundt 20 ledere, ansatte, tillitsvalgte og brukere for å få et bilde av tjenestene slik de er, eller oppleves å være nå. Kommunen arrangerte innledende personalmøter åpen for alle og hadde også møte med innbyggere/brukere gjennom folkemøte.

Det ble satt sammen 4 arbeidsgrupper (videre i planen referert til som "plangrupper") med forskjellige tema. Temaene ble bestemt i samråd med ansatte ut fra hva det var viktig å utrede grundig. Sammensetningen av plangruppene ble bestemt ut fra personlig interesse for temaet og ut fra mulighet og engasjement til å jobbe intensivt i ca. en og en halv måned. Alle fire gruppene refererte fra sine møter og referatene/sluttrapport ligger med som vedlegg til plandokumentet. De enkelte sluttrapporter for arbeidsgruppene kan danne grunnlag for videre detaljert plan for de enkelte virksomhetene. Disse dokumenter gir også mer detaljerte ideer til videreutvikling enn det en strategisk plan kan ta inn i selve plandokumentet.

Arbeidsgruppene med deres bestilling var som følger:

### Hverdagsrehabilitering

- Hvordan kan det å innrette tjenestene etter prinsippet om hverdagsrehabilitering hjelpe oss til å utvikle kvaliteten og til å bruke ressursene så godt som mulig?
- Hva er andre kommuners erfaringer?
- Hvilke tiltak kan gjøres på lang og på kort sikt for at tjenestene skal preges av prinsippet om hverdagsrehabilitering?

### Saksbehandling (forvaltning)

- Hvordan kan Steigen profesjonalisere tjenestetildelingen slik at det oppnås et skille mellom det å tildele tjenester og det å utøve tjenestene?
- Hvordan har andre kommuner på størrelse med Steigen gjort det?
- Hvilke tiltak kan gjøres på kort og på lang sikt for å profesjonalisere tildelings- og vedtaksmyndigheten?

### Sykehjemets fremtidige funksjon og derav hjemmetjenestenes

- Hva skal være sykehjemets funksjon i Steigen i årene framover, behandling, avlastning, bofunksjoner osv.
- Hvordan vil sykehjemets funksjon påvirke kravene til hjemmetjenestene
- Hvordan har kommuner med en hjemmetjeneste-orientert tjenesteprofil beskrevet sin tjenestetrapp?

## Folkehelse, barn og unge

- Hvordan skal Steigen i framtida klare å ha fokus på folkehelse i alt man gjør, alle planer og alle strategiske tiltak?
- Hvordan kan helsetjenesten arbeide for å få til en god tidlig innsats og forebyggende arbeid for barn og unge.
- Hvordan skal Steigen møte de utfordringene som folkehelsestatus i 2014 viser at man har i forhold til barn og unge?
- Hvilke tiltak kan iverksettes på kort og på lang sikt for å møte utfordringene?

## Nasjonale føringer og verdigrunnlag

Samhandlingsreformen som ble innledet gjennom St.meld.nr. 25 (2005 2006) beskrives som en retningsreform som i stor grad vil endre måten vi tenker på når det gjelder at folk i Norge i større grad må ta ansvar for egen helse. Fokus flyttes fra behandling av oppstått skade til forebygging og mestring. Alle oppfordres til å være med å ta felles ansvar for at lokalsamfunnene fremmer trivsel, aktivitet og sunne livsvaner; folkehelsefokus. Når denne planen skrives, ruller ennå denne reformen videre ut. Det stilles etter hvert krav til kommunene om å ha tilbud for øyeblikkelig hjelp, også innenfor rusbehandling og psykiatri.

Fra 1.1.2012 gjelder nytt lovverk, både i form av helt nye lover og i form av revisjon av særlover innenfor feltet. De viktigste lovene som omhandler kommunenes tjenester er tredelt. Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver kommunenes plikt til å ha visse tjenester. Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver befolkningens rettigheter til tjenester og til korrekt behandling. Helsepersonelloven stiller krav til ansatte som jobber i tjenestene. Ny folkehelselov gir kommunene et generelt ansvar for å legge til rette for en helhetlig tenkning om helse i befolkningen.

Folkehelsearbeid tar utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen, i stedet for sykdom og helseproblemer. Faktorer som påvirker helsen spenner fra oppvekst- og levekårsforhold via miljøfaktorer til individuell helseatferd. At folkehelsearbeid utøves gjennom påvirkning av faktorer som har betydning for helsen, innebærer at arbeidet er innrettet på å redusere og forebygge faktorer som påvirker befolkningens helse negativt og å øke og fremme de faktorene som virker positivt.

Sentrale rapporter og meldinger beskriver utfordringer kommunene vil stå overfor innen helse og omsorgstjenestene som følge av demografisk og epidemiologisk utvikling. Det er fokus på vekst i antall eldre, økning i kroniske lidelser, psykiske og sosiale problemer blant barn og unge og satsning på tiltak for en bedret folkehelse.

### Lovverk:

Noen av særlovene som gjelder for kommunenes helse- og omsorgstjenester er allerede nevnt. Her følger en liste over de viktigste lovene og forskriftene som man må ta hensyn til i arbeidet med planlegging og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. For en fullstendig oversikt, se

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover\\_regler.html?id=313948](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler.html?id=313948)

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om helsepersonell
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

- Forvaltningsloven
- Lov om sosiale tjenester i NAV
- Lov om helsemessig og sosial beredskap
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plandelen)

#### **Mest sentrale forskrifter:**

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om en verdig eldreomsorg
- Forskrift om fastlegeordningen i kommunene
- Forskrift om sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om internkontroll i sosial- og omsorgstjenestene
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om legemiddelhåndtering

#### **Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015**

I nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 (Meld.St.16 (2010 – 2011)) legger sentrale myndigheter den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted skal fortsatt være den viktigste målsettingen i den norske velferdsmodellen. Viktige punkter i den nasjonale planen er:

- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for økt livskvalitet og mestring slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats.
- Kommunene skal sørge for helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnose, behandling, rehabilitering, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor Beste Effektive OmsorgsNivå (BEON)

#### **Våre utfordringer**

Her gjengir vi noen tabeller og figurer som synliggjør eller illustrerer noen av de utfordringene Steigen kommune står overfor. Som tidligere nevnt, handler disse utfordringene om befolkningsutvikling eller demografi og ikke minst, om antatt eller beregnet behov for tjenester og personell til å utføre disse tjenestene.

Utfordringene handler også om å bryte med tradisjoner og om å innse at vi i framtida må tenke annerledes dersom tjenesteutøvelsen skal være bærekraftig. Vi vet at vi ikke kommer til å kunne bruke mer ressurser på disse tjenestene, heller er det slik at vi må klare oss med færre ressurser. Dette vil utfordre vant tankegang hos innbyggere i Steigen, vi kan ikke forvente at vi i de kommende årene kan få kommunale tjenester i samme omfang som vi har vært vant til. Innbyggerne må rett og slett regne med å ta større ansvar for egen helse og også større ansvar for å stille opp for hverandre. Vi tror at innbyggerne i Steigen, som alle andre steder, ønsker å klare seg selv. Vår utfordring blir mer å lære opp til å mestre og å legge til rette for nettopp det.

Tabell 1 viser at Steigen sannsynligvis vil ha omtrent like mange innbyggere om 20 år som i dag. Det vil imidlertid være færre i yrkesaktiv alder og tilsvarende flere eldre og gamle.



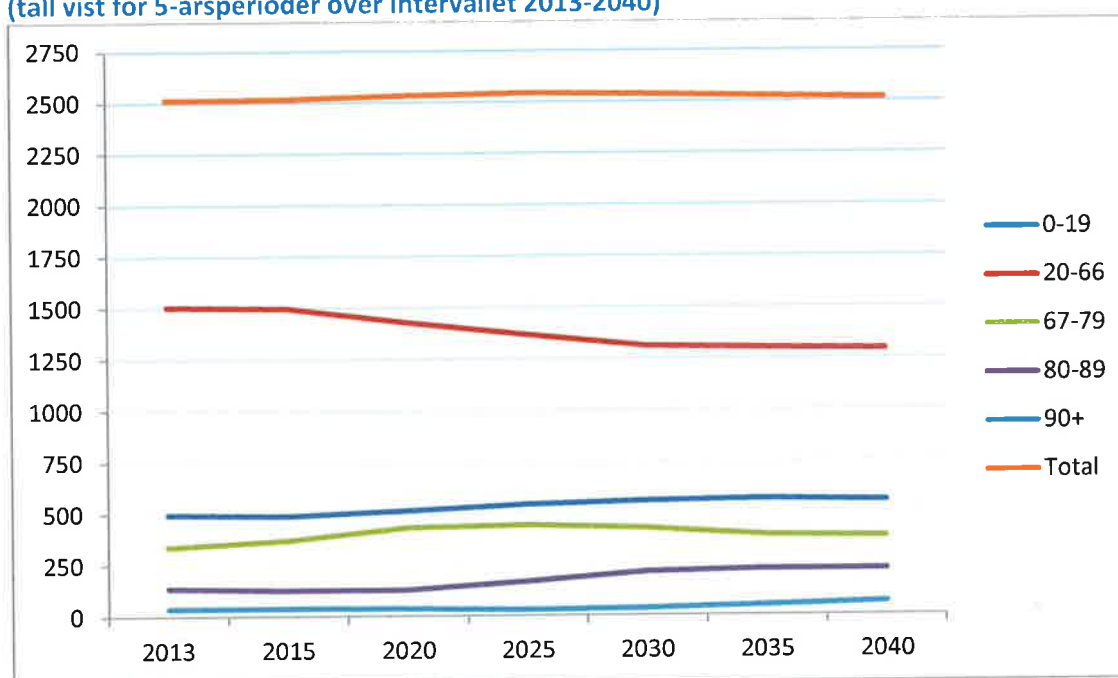
**Tabell 1: Befolningsframskriving for ulike aldersgrupper samt totalbefolkningen i Steigen kommune (tall vist for 5-årsperioder over intervallet 2013-2035)**

	2013	2015	2020	2025	2030	2035
0-19 år	495	488	512	541	556	565
20-66 år	1505	1497	1427	1367	1309	1299
67-79 år	338	369	430	441	424	389
80-89 år	137	125	128	166	212	224
90 år eller eldre	37	38	35	28	34	48
<b>Totalt antall innbyggere</b>	<b>2512</b>	<b>2517</b>	<b>2532</b>	<b>2543</b>	<b>2535</b>	<b>2525</b>

Kilde: Befolningsframskriving (SSB 2013, alternativ MMMM)

Figur 1 viser det samme framstilt i tabell 1 gjennom et anskuelig kurvediagram.

**Figur 1: Befolningsframskriving for ulike aldersgrupper samt totalbefolkningen i Steigen kommune (tall vist for 5-årsperioder over intervallet 2013-2040)**



I tabell 2 har vi framstilt forholdet mellom antallet i yrkesaktiv alder og alderspensjonister (eldre over 67 år). Dette kalles av statistikerne for aldersbæreevnen.

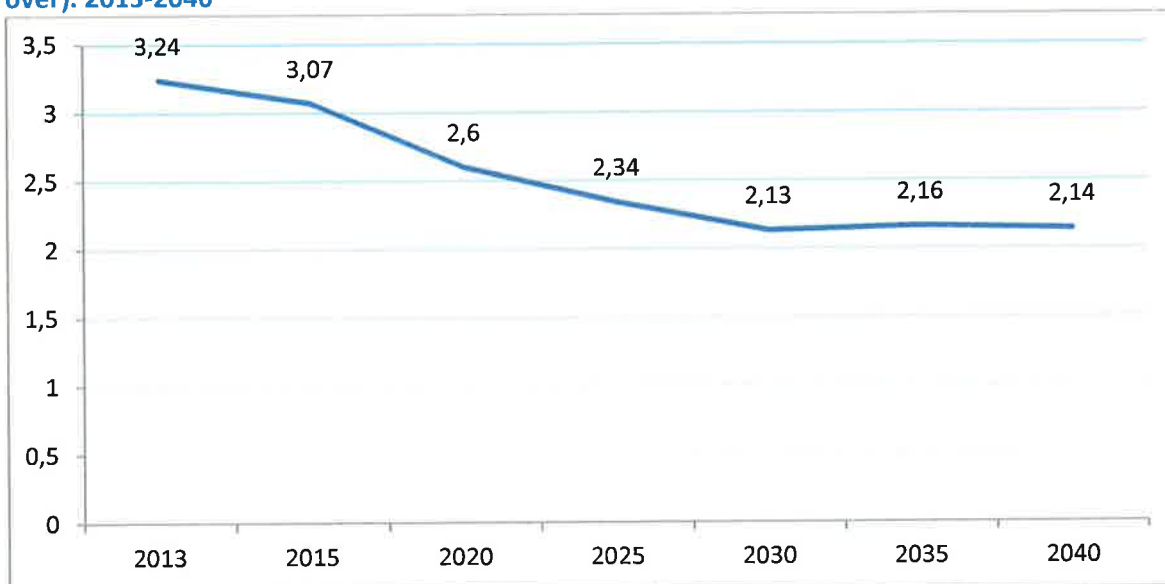
Tabellens andre linje framstiller familieomsorgskoeffisienten. Det viser forholdet mellom de aldersgrupper som i dag stort sett bærer ansvaret i familier for de eldste som trenger hjelp og tilrettelegging i hverdagen og de eldste eldre som ventes å trenge denne omsorgen mest. Det vil si at det er en framstilling som viser forholdet mellom antallet 50 – 66-åringene i forhold til antallet eldre over 85 år. Begge viser tydelige utfordringer. Særlig gjelder det for den viktige familieomsorgen som vil ha en svært dramatisk nedgang i forventet potensiale.

**Tabell 2: Aldersbæreevne og familieomsorgskoeffisient (FK) i Steigen kommune (tall vist for 5-årsperioder over intervallet 2013-2040)**

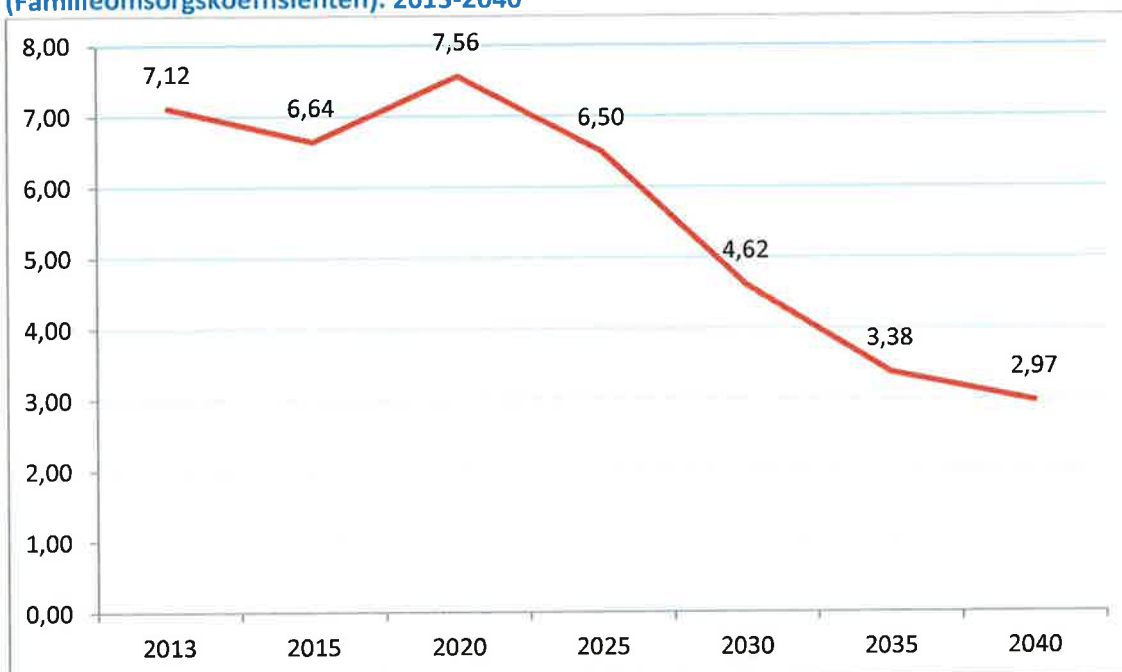
	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Aldersbæreevne	3,24	3,07	2,60	2,34	2,13	2,16	2,14
FK	7,12	6,64	7,56	6,50	4,62	3,38	2,97

I figur 2 og figur 3 vises det samme i form av kurvediagrammer.

**Figur 2: Aldersbæreevne. Antall personer i yrkesaktiv alder (16-66 år) per antall eldre (67 år og over). 2013-2040**



**Figur 3: Antall personer i aldersgruppen 50-66 år per person i aldersgruppen 85 år og over (Familieomsorgskoeffisienten). 2013-2040**



I tabell 3 viser vi hva som er beregnet utgiftsbehov i Steigen sammenlignet med andre kommuner de nærmeste årene. Vi har sammenliknet Steigen med Naustdal kommune og med kommunegruppe 5, som er en samling av kommuner som likner på Steigen i størrelse og økonomisk handlefrihet. Naustdal er en av disse kommunene som her er valgt, fordi denne kommunen har en markant annen profil på tjenestene sine enn det Steigen har.



Tallene stammer fra "grønt hefte" som er statens beregningsgrunnlag for overføringer til kommunene. Egentlig kan man si at overføringene skjer i forhold til innbyggertall, men staten justerer disse innbyggertallene slik at "justert innbygger" er mer sammenlignbar enn "innbygger". Dette fordi justert innbygger tar opp i seg at kommunene i Norge har til dels store forskjeller i beregnet utgiftsbehov i forhold til geografi, demografi, dødelighet osv.

**Tabell 3: Beregnet utgiftsbehov for pleie- og omsorgstjenester m.m. Sammenligning med Naustdal kommune og kostragruppe 5 (K5).**

	Innbyggere 67-79 år	Innbyggere 80-89 år	Innbyggere ≥ 89 år	Reiseavstand innad i kommunen	Dødelighet	Innbyggere PU ≥ 16 år	Beregna utgiftsbehov PLO
Steigen	1,49	1,41	2,04	4,65	1,32	0,45	1,40
Naustdal	1,12	1,21	1,41	1,70	0,70	2,11	1,25
K5	1,36	1,48	1,69	2,73	1,02	1,70	1,31

Kilde: Grønt hefte 2014

Tabell 4 viser at Steigen er en "institusjonskommune». Det vil si at vi i Steigen bruker relativt store ressurser på sykehjem i forhold til hva vi bruker på hjemmetjeneste. Det samme er tilfelle for vår kommunegruppe. I landet som helhet bruker kommunene i dag mer på hjemmetjenestene og kommuner som Naustdal bruker vesentlig mer på hjemmetjenestene enn på sykehjemsdrifta.

**Tabell 4: Prioritering mellom pleie- og omsorgstjenester. Netto driftsutgifter per justert innbygger til pleie og omsorg fordelt på tre omsorgsområder: aktivitetstilbud, hjemmetjenester og institusjon. Kroner og prosent. 2013**

	Aktivitetstilbud		Hjemmetjenester		Institusjonsdrift	
	Kr	Prosent	Kr	Prosent	Kr	Prosent
<b>Steigen</b>		0	6 341	37,2%	10 535	62,3%
Naustdal	186	1,3%	8 511	59,5%	5 565	38,9%
K5	630	3,6%	6 966	39,8%	9 906	56,6%
Landet uten Oslo	-	5,2%	-	49,9%	-	45,0%

Kilde: KOSTRA konserntall for pleie- og omsorg på nivå 2 (SSB, 2013)

Folkehelseinstituttets folkehelseprofil viser at Steigen har store levekårsutfordringer. Steigen har en større andel lavutdannede i aldersgruppen 30-39 år enn fylket og landet for øvrig, enn langt større andel sosialhjelpsmottakere enn fylket og landet for øvrig samt en større andel uføretrygdede i alderen 18-44 år enn fylket og landet for øvrig. Tall fra folkehelseinstituttet viser i tillegg at Steigen i perioden 2006-2010 hadde en langt større andel barn som bodde i husholdninger med lav inntekt enn fylket og landet for øvrig. Dette gir store ettervirkninger for de påfølgende år. Vi ser altså at det er framfor alt «personer i alderen da man har små barn» og dermed også barna som rammes av dårlige levekår i Steigen.

NAV Steigen oppgir at det er mellom 30 – 40 barn som er berørt av dårlig økonomi som er registrert der. Det gjelder barn i familier med gjeldsproblemer og økonomisk forvaltning hos NAV. I tillegg kommer enkelte unge voksne som ikke er i arbeid eller utdanning.

Barnevernet har gjennom flere år hatt mange utfordringer og kommunen ligger høyt i forhold til antall omsorgsovertakelser. Lange avstander og mye ressurser til oppfølging av disse barn krever en betydelig del av barnevernets kapasitet. Steigen kommune bruker i dag betydelige ressurser til barnevern. Det vil være viktig både for de det gjelder og for kommunes ressursbruk at forebygging og tidlig intervensjon er sentrale prinsipper som det jobbes etter.

### **Tjenesteutvikling fram mot 2020**

Denne delen av planen omhandler strategisk oversikt i forhold til deltjenester og deres organisering og deres idegrunnlag. Beskrivelsene er generelle, det forutsettes at årsplaner, budsjett, tiltaksplaner eller handlingsplaner detaljerer utviklingsplanene for hver enhet. Alle tjenester kan ikke nevnes her. Men alle tjenester skal i sine tiltaks- eller handlingsplaner likevel bygge på de generelle beskrivelsene som planen beskriver.



Vi trimmer  
gladmuskelen og  
gir friskheta  
en sjanse

## Ansvar for egen helse – egenmestring

Mennesker har en iboende drift til selvoppholdelse og til å gjøre det beste ut av vanskelige situasjoner. Helse- og omsorgstjenester bør støtte opp under dette. Det vil si at innsatsen må være treffsikker i forhold til det den enkelte har behov for av støtte og hjelp til i sin situasjon. Hver enkelt må vurderes individuelt og tjenestene bør først og fremst være hjelp til å trene og vedlikeholde den evnen hver enkelt har til å mestre sin hverdag. Først når alt annet er prøvd skal tjenestene gå inn med behandling og pleie.

### Hvordan er det i dag (2014)

Vi har en tendens til "å ta over" for folk når de får tjenester. Beboere blir "institusjonalisert". Det vil si at pleiere og andre ansatte heller gjør ting for pasienter, beboere og andre brukere enn å støtte dem i å gjøre ting selv. Steigen kommune mangler kompetanse, metode og rutiner i forhold til deler av saksbehandlingen; samt kartlegging og evaluering.

### Hvordan vil vi ha det

I stedet for å registrere hva folk ikke klarer på egen hånd, vil vi registrere hva folk klarer selv, eventuelt med opplæring og støtte. Vi skal i utgangspunktet tenke at vi gir tjenester for at folk skal klare seg selv. Vi bygger på brukernes evne til mestring og tenker at mestringsfølelsen i seg selv fører til mer mestring. Hjemmehjelperne bør få opplæring slik at de kan få brukerne til å delta med det de mestrer.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Endre fokus i befolkning, hos brukere av tjenestene og hos ansatte. Brukerfokus skal gå fra å være passive mottakere av hjelp til å bli aktive deltakere i eget liv og hverdag. Gi informasjon og opplysning om hva målet med endret omsorgstilbud er. Vi ønsker å styrke befolkningens egenomsorg med å legge til rette for at alle skal klare seg bedre. Dette gjelder for alle aldersgrupper; fra barnehagebarn til sykehjemspasienter. Eksempler på dette kan være:

- Utvikle helsefremmende barnehager og skoler
- Helsestasjon for eldre
- Utvikle helsestasjon for ungdom – knytte lege til tilbudet
- Mer bruk av korttidsplasser og avlastning
- Høy terskel for tildeling av langtidsplass ved sykehjem
- Mer bruk av velferdsteknologi
- Opprette Frisklivssentral

## Sterkere brukerrolle



Etter at den tidligere pasientrettighetsloven i samband med samhandlingsreformen også skal gjelde for de som mottar helse- og omsorgstjenester i kommunene, har vi fått en sterkere brukerrolle med fokus på brukernes egne ønsker og vilje.

Om rett til medvirkning heter det:

"Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester" Og videre: "Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det

skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven."

### Hvordan er det i dag (2014)

Dagens tjenester styrer etterspørselen og brukerne innretter seg etter dette. Brukerne blir dermed passivisert når de ikke er med på å utforme tjenestene.

Det har ikke vært gjennomført brukerundersøkelser og tjenestene mangler gode evalueringsmetoder og rutiner. Pårørendearbeid utgjør en ressurs som ikke er godt nok koordinert og utnyttet

### Hvordan vil vi ha det

Aktive brukere som er med på å utvikle tjenestetilbudet, både på individ- og systemnivå. Brukere som har kunnskap om sin selv- og medbestemmelsesrett.

Kompetente og lydhøre medarbeidere som har kunnskap om aktive brukerroller.

En helse- og omsorgstjeneste som anvender brukernes kunnskap til å bedre kvaliteten på tjenesteytingen.

Godt organisert og koordinert pårørende-arbeid. Større fokus på tilbud til minoriteter.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Benytte seg av brukermøteplasser slik som brukerpaneler, dialogmøter og referansegruppemøter.

Bistå i å etablere bruker/pårørendegrupper som kan jobbe sammen for felles mål og gå i likeverdig dialog med fagfolk.

Vurdere brukerrepresentasjon ved opprettelse av råd, arbeidsgrupper og andre rådgivningsorgan. Gjennomføre brukerundersøkelser

Prioritere kompetanseheving av personell i brukermedvirkning

Bedre kompetanse på kulturforståelse

Lage gode rutiner for evaluering av brukermedvirkning

Ta i bruk metoder som involverer brukeren selv og hans/hennes nettverk f. eks. Familiemøte

## Frivillig innsats og deltakelse



I Stortingsmelding om «Morgendagens omsorg» (2012 – 2013) er det beskrevet at man trenger en bevisst satsning på organisering av de frivillige og at dette må sees som en framtidig oppgave for Helse- og omsorgstjenestene:

*" Deltakelse i frivillig arbeid skjer imidlertid ikke av seg selv, men må framelskes, dyrkes og vedlikeholdes gjennom systematisk rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Dersom de kommunale tjenestene*

*setter av egnet fagpersonell eller samarbeider med ideelle organisasjoner om dette, viser erfaring at en slik investering gir en betydelig frivillig innsats. Forskning viser at norske kommuner ser et stort behov for frivillig innsats som et supplement til å utvikle kvalitativt gode omsorgstjenester, men har mangelfull kompetanse i å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner."*

### Hvordan er det i dag (2014)

Det er bare en liten del av helse- og omsorgstjenesten som har et regelmessig samarbeid med frivilligsentralen. Hjemmesykepleien har et vellykket samarbeid med frivilligsentralen om besøksvenn/støttekontakt. Koordinator for Frivilligsentralen har erfart at det gir aktivitet, glede og mening til så vel frivillige som brukere. Som situasjonen er i dag har imidlertid Frivilligsentralen ikke mange frivillige nok. Rekruttering av frivillige er derfor et kritisk spørsmål.

### Hvordan vil vi ha det

Helse- og omsorgssektoren har et fast og formalisert samarbeid med Frivilligsentralen.

Helse og omsorg stimulerer til at lag og foreninger kan delta som et aktivt supplement til omsorgstjenesten

Utvikle nettverks- og nærmiljøarbeid som metode for å fremme frivillig innsats i omsorgstjenestene og skape gode og fellesskapsorienterte lokalsamfunn.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

**Innrette faste møter mellom Frivilligsentralen og helse/omsorg hvor man utveksler informasjon om hverandres virksomheter, samordner aktiviteter og identifiserer mulige samarbeidsområder.**

**Bistå med å finne frivillige arbeidere blant brukere av helse- og omsorgstjenesten. Det å yte frivillig innsats kan gi mestring og mening og styrke brukerens sosiale nettverk.**

**Øke kompetansen i å drive rekruttering, mobilisering, koordinering, opplæring, motivering, oppfølging og veiledning av frivillige**

**Bruke arenaene for frivillighet i omsorgssektoren:**

- **Ideelle virksomheter på helse- og omsorgsfeltet**
- **De frivillige organisasjonene**
- **Frivilligsentralen**

## Trivsel, aktivitet og dagtilbud



Kultur, måltider, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. I Omsorgsplan 2015 er aktiv omsorg en av regjeringens fem strategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer. En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området og i forhold til hverdagsliv, mat og måltider, opplevelser og fellesskap, at dagens kommunale omsorgstjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger og andre som har stort behov for bistand. En framtidsrettet og god omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering både sosialt og fysisk, gjennom mer

tverrfaglige tilbud og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov.

### Hvordan er det i dag (2014)

Steigen kommune bruker lite ressurser på aktivitetstilbud. Tilbudet på arbeidstua er primært et produksjons/håndverkstilbud.

Arbeidstuta er åpent bare 4 dager i uka og er primært et tilbud til de som bor på Steigentunet. Tilbudet « Inn på TUNET» er et tilbud i samarbeid med landbruksnæring og Frivillighetssentralen. Frivillighetssentralen har en del aktivitetstilbud rettet mot eldre og frivillige organisasjoner har aktivitetstilbud rettet mot barn/unge og eldre Barnehagen i Leinesfjord er av og til på Steigentunet

### Hvordan vil vi ha det

Utvikle tilbudet på arbeidstua – flere målgrupper; psykisk helse; demens

Gi et aktivitetstilbud til hjemmeboende, inkl. beboere på Toppen

Skape aktivitetstilbud på tvers av alder, kjønn og etnisitet.

Øke fokus på ernæring

Fortsette tilbudet knyttet til «Inn på TUNET»

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Knyttet tettere og brede kontakt med frivillighetssentralen
- Styrke kompetansen for de som driver aktivitetstilbud
- Se på mulighet for et bedre organisert transporttilbud
- Samarbeide med aktuelle faggrupper (demens, hjemmetjeneste, psykisk helse )
- Styrke samarbeid med Eldrerådet og Rådet for likestilling av funksjonshemmede
- Søke prosjektmidler på aktivitetstilbud
- Samarbeid i forhold til folkehelsearbeid
- Se på muligheter til å omgjøre støttekontakt-tilbudet ( 1:1 ) mer til gruppetilbud



## Barn, unge og familier



Kommunens tilbud til familier, barn og unge bidrar til å definere gode oppvekstkår. Blant tilbudene finner vi skole, barnehage, fritidstilbud, kulturtilbud, barnevern, helsestasjon og tilbud om foreldreveiledning. Bare en liten del av dette er helsetjenester. Her er det spesielt viktig med tverrfaglig tilnærming. Skal kommunen oppleves som å ha gode helse- og omsorgstjenester, må aktørene samhandle godt også på et organisatorisk nivå.

### Hvordan er det i dag (2014)

I beste mening tar vi gjerne over ansvaret for barnets helse og velvære fra barnet og dets foresatte. Vi setter fokus på hva barnet eller den unge sliter med, i stedet for hva han/hun kan mestre. Dermed gjør vi barnet og familien avhengig av hjelp og støtte fra det offentlige, i stedet for å gi barnet og familien hjelp til selvhjelp.

Familiesenteret er en god ressurs i forhold til tverrfaglig samarbeid. Familiesenteret samlokaliserte helsetjenesten til barn/unge og kan blant annet tilby PMTO/TIBIR.

Jordmortjenesten bruker tilgjengelig kartleggings-verktøy.

### Hvordan vil vi ha det

Hjelp til selvhjelp som skaper selvtillit og mestringfølelse. Det vil si å ha fokus på hva barnet og familien kan mestre, ansvarliggjøre foreldrene og barnet og gi dem hjelp til å finne og mobilisere egne ressurser.

En tilnærming som bygger på ressurser og beskyttelsesfaktorer og hvor barnets nettverk brukes.

Foreldre og barn involveres tidlig i prosessen. Helsetjenesten er aktiv og synlig på de arenaer der barn og unge lever og virker, for eksempel hjem, skole og barnehage.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Normalisere problemer slik at vi ikke sykliggjør atferd eller tilstand som kanskje er innen rammen for hva som er normalt.
- Regelmessige møter med erfaringsutveksling om hjelp til selvhjelp som tilnæringsmetode.
- Forebygging gjennom å ansvarliggjøre foreldre tidlig, for eksempel i barnehagen og på helsestasjon gjennom å tilby foreldreveiledning.
- Styrke kompetanseheving i det forebyggende arbeidet med barn og unge.
- Foreldrestøtte med f.eks. temakvelder /folkemøter; kurs om samliv, barneoppdragelse, kosthold, aktivitet, fysisk og psykisk helse
- Utvikle tverrfaglig samarbeid
- Utvikle /styrke brukermedvirkningen ved bruk av Familiemøte som metode.
- Styrke videre arbeid med å sikre kartlegging og evalueringsrutiner i komplekse saker.
- Utvikle og styrke koordinatorrollen i forhold til ansvarsgrupper og IP. God ledelse/struktur og virksomme mandat blir viktig.
- Bistå i å etablere møteplasser for foreldre
- Hjelpetjenesten er mer synlig og arbeider mer forebyggende og grupperettet.

## Nye tanker – hverdagsrehabilitering



I stortingsmeldingen fra 2013 om *Morgendagens omsorg* oppfordres det til en mer helhetlig tenkning rundt rehabilitering. "Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i

samfunnet. Hverdagsrehabilitering ( HR ) er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet. Som metode og faglig tilnærming tar hverdagsrehabilitering utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå."

### Hvordan er det i dag (2014)

Hverdagsrehabilitering er et nytt konsept fra årene etter samhandlingsreformen bl.a. kjent som "Fredericiamodellen". Mange kommuner har i løpet av de siste par årene utviklet modeller for hverdagsrehabilitering. Steigen har foreløpig ikke en slik modell, men det er god motivasjon i organisasjonen på å utvikle denne tjenesten.

### Hvordan vil vi ha det

Vi skal i tverrfaglig team kartlegge hva den enkelte bruker har behov for av tilrettelegging og trening for at brukeren kan mestre sin hverdag best mulig selv. Det er viktig at det er brukerens ønsker som blir ivaretatt. Når dette er kartlagt, skal vi jobbe intensivt for å nå mål som er satt, for så å trekke seg ut å la brukeren mestre hverdagen selv. For å få best mulig resultat, er det viktig at alle som jobber i et slikt tverrfaglig team får anledning til å oppnå god kompetanse innenfor dette feltet. Felles kursing både i HR og inviterende samtaler for de involverte er viktig. Dette vil gi større enighet innad i teamet om hvordan en skal jobbe hos den enkelte bruker for å oppnå best resultat.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Sørge for politisk og administrativ forankring.
- Spre kunnskap blant befolkningen.
- Søke prosjektmidler/få på plass økonomi for å komme i gang. (Her mener vi at det må frigjøres noe økonomiske ressurser for at planleggingen og jobben med HR skal være mulig å få til i Steigen.
- Styrke kompetanse og bruke gode kartleggingsmetoder
- Få satt sammen et tverrfaglig team ( fysioterapeut, sykepleier/hjelpepleier mm)
- Tilegne oss kunnskaper / erfaringer fra andre kommuner som har jobbet med HR.
- Omfordele allerede eksisterende ressurser. Pga. dårlig økonomi er det usannsynlig at vi får tilført nye ressurser i form av stillinger. Derfor kan en se på muligheten om det lar seg gjøre og omfordele eksisterende stillinger til stillinger innenfor HR- arbeidet.
- Jobbe fram ergoterapistilling, evt. i samarbeid med nabokommunene. Ergoterapi-ressursen er svært viktig i jobben med HR.
- Bruk av velferdsteknologi
- Viktig at legetjenesten er kjent med denne arbeidsmetode og kan henvise direkte til teamet

## Allmennlegetjenester



I nasjonal helse og omsorgsplan sies det at fastlegeordningen i hovedsak fungerer bra og at folk er fornøyd med den. Videre heter det: "Mange kommuner opplever imidlertid at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert i det kommunale tjenesteapparatet. Dette til tross for at fastlegene har en sentral rolle i å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene." Og videre: "Organiseringen av allmennlegetjenesten i kommunene og kvaliteten på tjenesten kan ha betydning for omfanget av akutte innleggelser i sykehus. Hvis pasienter med kroniske lidelser følges tett av en lege som kjenner pasienten, kan legen oppdage symptomer på forverring tidlig nok til at innleggelse kan unngås."

### Hvordan er det i dag (2014)

God tilgang på legetjenester på institusjon  
Stor turn-over av leger og stor bruk av vikarer  
Manglende legedekning for å få godkjent KAD-plass  
Vanskelig å rekruttere leger, også vikarer  
Vanskelig å skaffe gode boforhold for vikarer og tilflyttende leger  
Lavt nivå av ressurser til hjelpepersonell på legekantor  
Utfordringer knyttet til data, bidrar til å hindre større grad av effektivitet og lett tilgjengelighet for publikum

### Hvordan vil vi ha det

Effektivisering av samarbeid mellom leger og p/o gjennom bruk av elektronisk meldingssystem  
Sikre kontinuitet av leger/ stabil legedekning  
Faste møblerte boliger til turnusleger og vikarer  
Tilfredsstillende legedekning som sikrer godkjenning av KAD-plass  
Utvikle attraktive arbeidsplass for leger, hvor de kan utvikle sin kompetanse under gode vilkår  
God samhandling med våre nabokommuner  
Konsise og tydelige avtaler med fastleger  
Større fokus på økonomisk inntjening

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Skaffe gode kommunale boliger til tilflyttende fastleger, turnusleger og vikarer, noen må være sentralt plassert

Utarbeide presise legeavtaler, se på hva andre kommuner har av avtaler  
Videreutvikle de faglige utfordringer til legene

Effektivisere og styrke kompetanse hos hjelpepersonell f.eks med sykepleierkompetanse

Fokus på legers arbeidsvilkår bl. a i forhold til vaktbelastning  
Legge til rette for at leger kan spesialisere seg

Jobbe videre med å få på plass tilbud i forhold til øyeblikkelig hjelp

Gode elektroniske dataløsninger, mer effektiv drift og lettere tilgjengelighet for publikum

## Tilbud til demente



For å møte de framtidige omsorgsutfordringene generelt og utfordringene innen demensomsorgen spesielt, vil nye løsninger, organisasjonsformer og arbeidsmetoder i omsorgsektoren være sentrale satsingsområder. Målsettingen i Demensplan 2015 «Den gode dagen» er at alle kommuner innen 2015 bør kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens. Regjeringen har som mål å lovfeste plikten for kommuner til å tilby dagaktivitetstilbud for personer med demens når tilbudet er bygget videre ut.

### Hvordan er det i dag (2014)

Tilbud til demente er i hovedsak basert på institusjonstilbud

Dagtilbud til demente (Inn på Tunet) basert på statlig tilskudd

Mangler gode avlastningstilbud

Steigen kommune har eget demensteam og personell som kan kartlegge demensutvikling

Har tilbud om pårørendeskole

### Hvordan vil vi ha det

Fleksible bo- og tjenestetilbud tilpasset demente

Bruke velferdsteknologi for å lette hverdagens praktiske utfordringer

Gode aktivitetstilbud tilpasset brukergruppen  
Skjermet tilbud til demente som har behov for det

Gode kunnskap om demens i alle ledd i organisasjonen

God støtte og avlastning til pårørende

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Utvikle dagtilbud for demente/ eldre (arbeidsstua, institusjon-dagtilbud, opprettholde/ utvikle de tilbud som er i dag «Inn på Tunet»)

Styrke kompetanse i forhold til demens

Styrke bruk av kartlegging - og diagnostiseringsmetodikk

Tilby pårørendeskole jevnlig og satt i system

Tett og godt samarbeid med pårørende

Tilby informasjon om demens til frivillige organisasjoner – styrke kunnskap

Utvikle skjermet tilbud i institusjon

Flere yngre demente vil kreve et annet tilbud enn eldre

Samtalegrupper for pårørende



## Psykisk helse og rus

Helsedirektoratet har gitt ut veilederen "Sammen om mestring", et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Bakgrunnen er at psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer hos mennesker i alle aldergrupper og



i alle deler av befolkningen. Lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal i følge veilederen bidra til flere friske leveår for befolkningen og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer for den enkelte, for tredjepart og for samfunnet. Arbeidet skal bidra til å bedre levekårene for personer som har et rusmiddel- eller psykisk helseproblem, forebygge og redusere problemutviklingen og fremme mestring av eget liv. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon.

### Hvordan er det i dag (2014)

God tverrfaglig sammensetning i teamet med allsidig erfaring og videreutdanning.  
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten både på system og individnivå.  
Lav grad av brukermedvirkning, selv om det er individuelle tilpasninger i tjenesteytingen.  
Mangler brukerundersøkelser.  
Mangler knyttet til saksbehandling  
Brukerplan mht. ruskartlegging er i bruk.  
Interkommunalt samhandling vha PHRINS  
Lite fokus på eldre, psykisk helse og rus  
Organisatorisk skille mellom rus og psykisk helse  
Kommunen har vedtatt rusplan

### Hvordan vil vi ha det

Ha brukerfokus på mestring  
Fokus på forebygging av psykiske lidelser.  
Mere sømløst samarbeid med spes. helsetjenesten.  
Rask og god hjelp til de som trenger det mest, avslutte tjenester når det ikke lenger er behov.  
God kunnskap og økt bevissthet om psykisk helse og psykiske lidelser i hele den kommunale organisasjon.  
Godt tverrfaglig samarbeid mellom rus og psykisk helse  
Tettere samarbeid mellom hjemmetjeneste og psykisk helse

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Styrke brukermedvirkning og pårørende-arbeid. Fokus på å utvikle gode metoder for involvering og evaluering.

Gruppetilbud med vekt på kunnskap, hjelp til selvhjelp, og aktivitet. Eks. KID kurs. Bedre utnyttelse av ressurser/ kunnskap. Kan skje ved hjelp av utveksling av tjenester og kompetanseutveksling mellom de nærmeste kommunene og spesialisthelsetjenesten.

God kunnskap og økt bevissthet om psykisk helse og psykiske lidelser i hele organisasjonen.

Tilgjengelige møteplasser med allsidige aktivitetstilbud.

Styrke kunnskap på prosessorientert arbeid og relasjonskompetanse.

Styrke kompetanse på psykisk helse og rus i forhold eldre

## Bolig og framtidige botilbud



Botilbud

Helt siden 90-tallet har myndighetene ønsket å "boliggjøre" tjenestene i større grad – skille mellom det å bo og det å motta helse- og omsorgstjenester. Mange kommuner har som følge av dette lagt om sine tjenester med relativt mindre ressursbruk på sykehjem og andre former for institusjoner hvor vedtak innebærer en "pakke" med tjenester inkludert. . Når kommuner bygger opp sin tjenestetapp er det viktig at ikke sykehjemmet blir det eneste alternativet når mennesker ikke lenger kan bo i eget opprinnelig hjem av forskjellige årsaker. Alternativ til sykehjem eller institusjon er tilrettelagt bolig sentralt, nært viktige funksjoner og tjenester som kommunens

hjemmetjeneste, butikker, legekantor osv. Det er viktig for folks selvstendighet og integritet at de har sin egen bolig, at de betaler husleie og har navneskilt på døra. Dette gjelder alle voksne. Steigen kommune har få boenheter til utleie for vanskeligstilte. Det er mange som har problemer med å komme inn i det private boligmarked; som rusavhengige, minoriteter og mennesker med store økonomiske utfordringer.

### Hvordan er det i dag (2014)

Omsorgsleilighetene på Steigentunet fungerer i stor grad som sykehjemsplasser.  
Spredt bebyggelse og mange hus brukes som feriehus  
Stor andel eldre bygningsmasse  
Lite tilgjengelige utleieboliger, spesielt sentralt i kommunen  
Kommunal boligmasse som gir tilbud til en blandet brukergruppe med forskjellig bistandsbehov.

### Hvordan vil vi ha det

Vi vil se på muligheten for at vi kan dreie på vår innretningen av omsorgstjenestene fra å være en institusjonskommune til å flytte ressurser og omorganisere det vi har i dag, mot hjemmetjenesten.  
Når innbyggerne ikke kan bo hjemme i sin bolig lenger, selv ikke med støtte og opplæring, skal kommunen kunne tilby bolig sentralt.  
Tilstrekkelig botilbud for vanskeligstilte på boligmarkedet.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Av-institusjonalisere omsorgsboliger/eldreboliger og knytte disse til hjemmetjenesten.  
Bemanning etter behov i henhold til vedtatte tjenester.  
Arbeidsgruppen har vært inne i en diskusjon på forslag om å omgjøre langtidsplasser på bogruppe 3 til korttid, og organisere denne under hjemmetjenesten. Fordel med dette er at det blir tettere samarbeid med personalet, mer helhetlige pasientforløp, personalet er både ute og inne. Hvis hjemmetjenesten får et større ansvarsområde inne på STT, kan overflytting fra hjem til institusjon bli tryggere og bedre i og med at de kjenner beboerne fra hjemmene deres. Det kan også være en fordel for personalgruppa.

Rullering og bruk av personal på tvers av bogruppe/hjemmetjenesten kan gi økt kvalitet på tjenesten vi gir og øke samarbeid på tvers. Viktig å skille mellom botilbud og medisinsk behandling.

Bygge leiligheter nært Steigentunet, slik at personer som bor langt fra sentrum kan få tett oppfølging av hjemmetjenesten etter behov.

Revitalisering av «Boligsosial handlingsplan»



## Tjenester i hjemmet



der de bor både for å gi helsetjenester når det er nødvendig og ellers hjelp til det man ikke kan klare selv lenger. Det viktigste er imidlertid at folk får støtte og opplæring til å klare hverdagens utfordringer når disse endres.

### Hvordan er det i dag (2014)

Leilighetene på Steigentunet driftes som institusjon, tjenester og det å bo henger tett sammen. Alle får en pakke, nesten uavhengig av individuelle behov. Det er en tendens til at når noen først blir bruker av tjenester, forblir de i systemet, lite fleksibilitet i tjenestetildelingen. Begrenset tilbud av hjemmetjeneste, bl. a pga store avstander

For lav sykepleierdekning

Ikke stort nok fokus på egenmestring, hjelper brukerne til hjelpeløshet

### Hvordan vil vi ha det

Bedre sykepleierdekning

De knappe ressursene som kan forventes til helse- og omsorg i årene framover skal i større grad brukes i hjemmetjenestene. Det skal skilles tydeligere på tilbud knyttet til det å bo og tilbud knyttet til det å motta tjenester.

Det skal legges vekt på å lære opp i større grad enn å ta over for innbyggere som på grunn av funksjonstap ikke klarer å gjøre tingene slik de er vant til. Større fokus på brukernes ressurser og grad av mestring.

Bedre dekning av hjemmetjeneste større deler av døgnet.

Godt samarbeid mellom miljøtjeneste, hjemmetjeneste og psykisk helse.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Av-institusjonalisere omsorgsboliger og knytte disse til hjemmetjenesten. Bemanning etter behov. Bruke bemanning på tvers av hjemmesykepleien.

Styrke hjemmetjenesten. Vurdere mer effektiv organisering, både i forhold til geografi og døgntjeneste.

Ansvarliggjøre pasient og pårørende.

Bruk av velferdsteknologi i hjemmet. Dette for at personer med for eksempel kognitiv svikt kan bo forsvarlig i eget hjem.

Øke kompetansen til hjemmehjelperne slik at de kan bruke ressursene til brukerne og ha fokus på hverdagsrehabilitering i hjemmene. Behov for økt grad av miljøfunksjon for å ivareta brukernes ressurser. Viktig med økt kompetanse og faste samlingspunkt med hjemmesykepleien (tverrfaglighet og samspill).

## Helse og omsorg i institusjon



Samhandlingsreformen stiller store krav til kommunenes evne til å behandle og pleie pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Det er også en grunnleggende forutsetning for reformens gjennomføring at kommunene skal behandle mer slik at færre skal trenge å legges inn på sykehus. Dette fordrer at kommunen har sykehjem med et sterkt

fagmiljø for pasientvurdering, behandling og rehabilitering. Det vil medføre at sykehjemmet ikke bare er til for de eldre i befolkningen, men bygger opp tilbud om omsorg og behandling uavhengig av alder. Sykehjemmets funksjon som førstelinjetilbud i kommunene er i endring. Denne spesialiseringen gjør at det blir mindre vanlig at noen bor på sykehjem i mange år av sitt liv, slik det tradisjonelt har vært her i landet.

### Hvordan er det i dag (2014)

Det er relativt mange langtidsplasser med heldøgns omsorg i Steigen  
Lite tilbud om aktivitet for pasienter på bogruppene  
Lite fokus på ernæring  
Problemer med å få godkjent bruk av akutt plass i hnt. statlige krav (KAD-plass )

### Hvordan vil vi ha det

Rehabilitering i sykehjem. Opprettholde funksjonene gjennom aktivitet som gruppetrening.  
Større fokus på aktivitet og ernæring  
Opprettholde tilbudet om akutt plass i Steigen ( KAD-plass )  
Redusere antall langtidsplasser/styrke bruk av korttidsplasser, også for andre brukergrupper enn eldre

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

Ernæring er et aktuelt fokusområde, for eksempel som prosjekt. Undersøkelser viser utbredt underernæring i norske sykehjem, og vi ser behov for å se nærmere på dette.

Bruke pårørende i større grad. Motivere pårørende til f.eks aktiviteter, bruke pårørende som en viktig støttespiller og la de ta ansvar.

Bruke rullerende korttidsopphold i større grad. Dette for å gi kunne gi pasientene f.eks. næring og oppvæking, slik at de kommer seg fysisk og psykisk til å klare å være hjemme lengre. Tilstrekkelig avlastning av pårørende.

De eldre blir eldre og sykdomsbildet mer komplekst. Sykepleiere med spesialisering innen geriatri vil være en viktig ressurs både i sykehjem og hjemmetjenesten.

## Organisasjonsutfordringer

Denne plandelen handler om de organisatoriske utfordringene som følger av den utviklingen helse- og omsorgstjenestene vil måtte gå igjennom som følge av kravene som stilles til de kommunale tjenestene i årene som kommer.

## Rettsikkerhet, rettferdighet og god forvaltning

Rettsikkerhet betyr at innbyggerne skal være trygge på at ansatte i forvaltningen kjenner lovverk og myndighetsbestemmelser og at de sørger for at alle som har et legitimt behov for det, får de tjenester og den hjelpen de etter loven skal ha til rett tid og i rett mengde. Rettferdighet betyr at innbyggere skal være sikret lik vurdering og lik behandling. Like situasjoner eller like problemer skal så langt som mulig behandles likt. God forvaltning handler om det, at det felles lovverk som gjelder for tjenestene utøves på en måte som tilfredsstiller kravene i forvaltningsloven.

Kommunerevisjon har hatt forvaltningsrevisjon (2012/13) på søknadsprosessene i pleie og omsorgstjenestene og har avdekket en rekke mangler. En god del av disse er forbedret, men noe gjenstår.

Hvordan er det i dag (2014)	Hvordan vil vi ha det og hvordan komme dit
Mangelfull kompetanse om saksbehandling Nytt søknadsskjema er utarbeidet og klar til å bli tatt i bruk. Saksbehandling spredt på mange ansatte Mangelfulle rutiner og kunnskap knyttet til mottak og registrering av søknader. Scanning ikke tatt i bruk. Mangelfull kartlegging som ledd i saksbehandling. Søknad ikke alltid fremmet av den som skal motta tjenesten, men av andre tjenesteområder Mye av lederressurs går til å skrive vedtak Vedtaksmler i Profil ikke alltid oppdaterte Lite bruk av evaluering, har en fått tjeneste, videreføres den mange ganger uten at det blir tilstrekkelig evaluert	Utarbeide gode rutiner og prosedyrer Styrke kunnskap og kompetanse på saksbeh. Skille mellom tjenesteutøvelse og vedtaksmyndighet Lett tilgjengelig søknadsskjema, også på nett Samle og profesjonalisere saksbehandling Prioritere ressurser til dette, viktigste element i forhold til effektiv tjenesteutøvelse Bedre samarbeid med søker/pårørende i utforming av søknaden Ansvarliggjøring i forhold til vedtaksmler Ta i bruk gode kartleggingsverktøy Hyppig evaluering av tjenestene og avslutning dersom ikke behov Vurdere hensiktsmessig organisering av arbeidet Felles adresse for alle søknader

## Samspill og tverrfaglig perspektiv

Målet vårt må være at vi tilbyr samordnede tjenester som er preget av kontinuitet og at man utnytter ressurser på en god måte. Systematisk arbeid med vedtak/tjenester etter "BEON"-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Vi bør samkjøre oss, og gi gode objektive, faglige vurderinger som er gjort i fellesskap. Vi må bli flinkere til å evaluere og avslutte tjenester når behovet er opphørt. Vi må også gi avslag på søknader om tjenester når vi etter vurdering ser at vilkår for å få tjenester ikke er oppfylt.

Det er også viktig at brukerne tas med på råd i tjenesteutformingen, slik at deltakelse og bestemmelse rundt egen hverdag sikres.

I årene framover går vi mot en tid hvor vi får fler og fler eldre i samfunnet. Vi er da nødt til å endre i forhold til hvordan vi tenker om bistand, hvordan vi løser problemene med for få sykehjemsplasser og for liten tilgang på personell. Hverdagsrehabilitering er et av punktene vi er nødt til å ha fokus på for at flere folk kan bo lengre hjemme. Men for at dette skal bli effektivt og bra, er kartlegging et nøkkelord.

Steigentunet er i hovedsak base for de fleste helse -og omsorgstjenester i kommunen. Denne samlokaliseringen gir gode muligheter for å jobbe tverrfaglig og utnytte den kompetansen som finnes internt. Samtidig setter den også begrensninger med stor nærhet mellom bolig og institusjon.

Vi har i dag etablert et tverrfaglig samarbeid på flere områder, bl.a. Familiesenteret og pre-visitt i pleie og omsorg. Fremover tror vi det må settes enda mer fokus på å dele kunnskap og erfaring på tvers av avdelingene og hjemmetjenesten. Særlig i satsningen på hverdagsrehabilitering, vil tverrfaglighet være en forutsetning for å lykkes. Med dette vil vi kunne dele kunnskaper blant pleierne og dermed få et bredere kunnskapsnivå på staben. Det vil også gi et mer interessant arbeidsmiljø som da igjen vil skape trivsel.

Vi må få på plass flere arenaer og gode rutiner for tverrfaglig samarbeid som skal bidra til gode pasientforløp og god kvalitet på tjenesten. For at vi skal nå målet med at folk skal bo lengst mulig hjemme er det viktig med kartlegging av brukerens behov, hvilke ressurser vi har, og hva som skal til for at brukeren skal greie daglige gjøremål med minst mulig hjelp.

For den enkelte bruker er det som regel et mål i seg selv å greie og gjøre mest mulig selv med minst mulig hjelp utenfra. Dette handler om mestring, unngå å være avhengig av andre eller føle seg som en byrde for samfunnet.

### **Flerkulturelt helhetsperspektiv**

De senere år har vi opplevd økt innvandring til kommunen, som etter hvert også vil ha behov for tjenester innen pleie og omsorg. Kulturforskjeller kan være alt fra mattradisjoner og møblering i sykehjem, til religion og ritualer ved livets slutt.

Kompetanse på dette området blir viktig for å skape tillit, imøtekomme behov, og unngå misforståelser. I tillegg til kompetanseheving gjennom kurs/videreutdanning, har man flere ansatte og elever i pleie og omsorg med ulik etnisk bakgrunn. Disse innehar viktig kunnskap om sin religion og kulturelle tradisjoner som vi kan dra nytte av. Pårørende og venner kan også være en viktig ressurs for disse pasientene.

### **Kompetanseutvikling**

I dag, når denne planen skrives, høsten 2014, har helse og omsorgstjenestene i Steigen følgende kompetanse: Leger, jordmødre, helsesøstre, fysioterapeut, barnevernspedagoger, sykepleiere, kreftsykepleier, geriatrisk sykepleier, psykiatrisk sykepleier og 2 sykepleiere med videreutdanning i palliasjon, hjelpepleiere, hjelpepleiere med kompetanse i geriatri, psykiatri, demensomsorg, kreftomsorg, vernepleie, samt at vi har tilgang på fotterapeut (privatpraktiserende).

For å svare på utfordringene som denne planen gir oss, må vi utvikle kompetansen videre:

- Rehabiliteringsavdelingen ved Steigentunet har personell med lang erfaring innen rehabilitering. Vi har likevel pr i dag ingen sykepleiere eller hjelpepleiere med



videreutdanning på dette området, til tross for at det har vært et behov over tid i henhold til opplæringsplanen. Vi mener det fremover vil være helt nødvendig med kompetanseheving innen rehabilitering, sett i lys av satsningen på hverdagsrehabilitering.

- Ergoterapeuten har også en viktig rolle i arbeidet med hverdagsrehabilitering, og vi mener det er stort behovet for denne kompetansen. Blant annet når det gjelder tilrettelegging av hjemmet slik at mennesker kan bo der lengst mulig, og for å forebygge fall, og lette hverdagen til de hjemmeboende. I tillegg må det etableres et tettere samarbeid med fysioterapeut.
- De eldre blir eldre og sykdomsbildet mer komplekst. Sykepleiere med spesialisering innen geriatri vil være en viktig ressurs både i sykehjem og hjemmetjenesten.
- Øke kompetansen til hjemmehjelperne i kommunen. Behov for økt grad av miljøfunksjon for å ivareta brukernes ressurser. Viktig med økt kompetanse og faste samlingspunkt med hjemmesykepleien (tverrfaglighet og samspill). Dette for å øke deres kompetanse slik at de kan bruke ressursene til brukerne og ha fokus på hverdagsrehabilitering i hjemmene.

## Rekruttering og personalpolitikk

Helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass med utviklingsmuligheter og gode og trygge arbeidsvilkår. Tilgjengelige ressurser må benyttes annerledes enn i dag. Det er kjent at rekruttering av helsepersonell kommer til å bli en av de aller største utfordringene for kommunene.

Steigen kommune har i dag en betydelig del av uønsket deltid, spesielt i pleie – og omsorgstjenesten. Steigen kommune har satt i gang et prosjekt som skal se på dette: «Effektivisering av ledelsesstruktur, drift og arbeidstidssystemer innenfor helse og omsorg i Steigen kommune». Prosjektet har som målsetting å øke antall heltidsstillinger, redusere bruk av vikarer og overtid, og øke medarbeidertilfredshet og redusere sykefravær. Steigen kommune har hatt gode resultater ved utprøving av alternative arbeidstidsordninger på Bogrupper 4 og Mølnmoa. Redusert bruk av uønsket deltid vil kunne påvirke rekrutteringen positivt.

Kritiske områder kan være at nye brukergrupper krever ny kompetanse – som resultat av Samhandlingsreformen. Innvandrere/flyktninger vil kunne bli både en større gruppe potensielle tjenestemottakere og tjenesteutøvere. Helse og omsorg har i dag for liten kunnskap om hvilke behov grupper med annen kulturbakgrunn har. Kommunen bør sikre at det blir bygget opp kompetanse, slik at nye brukergrupper kan få et forsvarlig tilbud.

## Elektronisk kommunikasjon og informasjon

IKT i helse er en samlebetegnelse som omfatter utvikling og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å registrere og utveksle helserelevante data, informasjon og kunnskap hos pasienter, helsepersonell, helseadministratorer og politikere. I den grad velferdsteknologiske løsninger overfører informasjon med betydning både for en persons helse- eller livssituasjon og for den tjeneste vedkommende skal motta, omfattes dette av begrepet IKT i helse. Da vil også personopplysningsloven og helseregisterloven gjelde. Telemedisin inngår i IKT i helse, og er særlig brukt i behandlinger der helsehjelp blir understøttet av helsepersonell som befinner seg på andre steder enn pasienten.

I helse- og omsorgssektoren er IKT et verktøy for å skape bedre tjenester, og teknologien skal støtte arbeidsprosessene i hele bruker- og pasientforløpet. IKT-systemene skal også forenkle innbyggernes tilgang til informasjon og tjenester, bl.a. slik at det legges til rette for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom brukerne og kommuneforvaltningen.

Steigen kommune har i dag betydelig utfordringer knyttet til effektiv bruk av IKT-verktøy. Dette gjelder samhandling mellom leverandør av fagprogram og vår it-leverandør, utstyr og kompetanse. Satsning av å ta i bruk mer av de muligheter som ligger i IKT helse bør være et prioritert område i framtida.

### **Samhandling og regionalt samarbeid**

Steigen kommune ligger langt fra spesialisthelsetjenestens lokaler og det stiller krav i forhold til å ha et lokalt faglig kompetent fagmiljø. Det ligger imidlertid mange ubenyttede muligheter for å samarbeide tettere knyttet til telemedisin og til å benytte seg av hospiteringsordninger som Nordlandssykehuset tilbyr. Det bør også legges bedre til rette for at vi samarbeider oftere med våre nabokommuner, spesielt i forhold til kompetanseutvikling og utnyttelse av spesialistkompetanse.

Statens planer om å utvikle nye kommunestrukturer er imidlertid med på å skape en del usikkerhet rundt hvilke kommuner Steigen skal orientere seg mot.

### **Avslutning**

Helse- og omsorgstjenestene i Steigen står overfor store oppgaver framover. Befolkningens alderssammensetning endres og kompleksiteten i oppgaveløsningen vil øke. Framfor å heve terskelen for å få hjelp må det i større grad utvikles tjenester som støtter opp under forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. For å utløse ressurser på tvers av og utenfor kommuneorganisasjonen må det ses med nye øyne på hva en tjeneste skal være, og hvem som skal være med på å skape den. Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv og for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurser for hverandre. I tillegg for at velferdsteknologi blir en ressurs for brukere, som dermed får bedre muligheter til å mestre hverdagen, og for at ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner videreutvikles og tas i bruk på nye måter.



## Referat fra arbeidsgruppa Saksbehandling

Referat etter møte i gruppa Saksbehandling, 22.05.2014.

Tilstede: Therese Fagerheim, Mona Olsen, Hege Katrin Pedersen, Ann-E Johannesen, Bergitte Gabrielsen (ref).

Valg av leder for gruppa: Bergitte Gabrielsen

Avtale om videre møter : torsdag 5. juni kl 12 – 14, mandag 16. juni kl. 13.

Vi diskuterer «hva er viktig i forhold til saksbehandling og forvaltning for oss i Steigen kommune ?»

- God nok kompetanse for de som saksbehandler – behov for kompetanseheving.
- God nok kompetanse i forhold til forvaltningsloven
- Bør utarbeides klare rutiner og retningslinjer for de som skal saksbehandle
- Behov for et avvikssystem
- Behov for rutiner på systematisk evaluering – for alle tjenester
- Behov for mer tilgjengelige søknadsskjema, mer info på kommunens nettside bl.a for at brukere kan lettere søke på aktuelle tjenester slik at ikke søknadene kommer via andre tjenester.

Vi ser på andre Helse og omsorgsplaner – Inderøy sin liker vi.

Vi snakker om behovet for å «profesjonalisere tjenestetildelingen»

- I barnevernet er ikke dette aktuelt, utøver må også vedta.
- Saksbehandling i hj.tj bør samles mer, behov for kompetanseheving.
- Inntaksråd (institusjon, eldresenter), Tildelingsteam (støttekontakt, oms.lønn,---) – her er det samlet og få skriver vedtak.

Til neste møte:

Hege P: googler og undersøker ang. andre kommuener, andre helse og oms. Planer

Mona: samtale med rådmann

Therese: undersøker ang. saksbehandling institusjon – hvordan fungerer det i dag, hva kan bli bedre/endres?

Ann: Hvordan er det med barnevernet ?

Bergitte: konsentrerer seg om hj.tj.

Ref. Bergitte Gabrielsen

Referat etter møte i gruppe Saksbehandling, 05.06.2014

Tilstede: Ann, Mona, Hege og Bergitte (ref).

Etter sist møte har vi sett på hva vi savner i Steigen kommune i forbindelse med saksbehandling og forvaltning.

- Post registreres / scannes ikke på Steigentunet. Vanskelig å holde oversikt over innkommet post.
- Arkivsystemet fungerer ikke godt nok.
- Dataproblem tar mye unødvendig tid, spesielt for barnevernet.
- Barnevernet har ikke kapasitet til å følge opp evalueringer.
- Det er for dårlig (eller ingen) opplæring i dataprogrammer og saksbehandling.
- Det er ingen opplæringsplan for nyansatte. Både når det gjelder saksbehandling og generell opplæring av nyansatte. Tilfeldig om opplæring er god eller mangelfull (kommer av på hvem som har opplæring)
- Informasjon til nyansatte, mange kommuner har en mappe til nyansatte med generell info om arb.plassen. Det tar unødvendig mye tid å innhente praktiske opplysninger for nyansatte. Tar tid å få det praktiske på plass (telefoner, tilganger o.l)
- Avvikssystem – det skrives for lite avvik i dag. Lite informasjon for den enkelte ansatte hvilket avvikssystem som finnes.
- Kommunens nettside – lite oversiktlig, behov for mer informasjon der.

Hva ønsker vi ?

- Nyansatteinformasjon.
- Rutiner for hver enkelt avdeling i forhold til saksbehandling. Hver avdeling må lage sine rutiner.
- Kompetanseheving/ opplæringsplan for de som utfører saksbehandling. Hvem utfører opplæring ? Lite kompetanse gjennom utdanning på dette området (sykepleiere, barnvernspedagoger ...) trenger derfor opplæring på arbeidsplassen.
- Kompetanseheving for de som har disse oppgavene i dag.

Hva ser vi konkret på framover ?

- Kompetanseheving !!
- Søknadsskjema for tjenester må gjøres ferdig, må også legges ut på kommunenes hjemmeside.
  - o På den måten kan brukere/ pårørende søke selv.
  - o Hvor sendes søknader ? Et postmottak, fordeles derfra til aktuell enhet som skal vurdere søknaden (hj.spl/inntaksråd/tildelingsteam/bolig osv)
- Hjemmetjenesten

- Bedre kartleggingsskjema for vurdering av hjelpebehov – hj.spl/praktisk bistand
- Avklare hvem som skal kartlegge og skrive vedtak.
- Behov for evaluering av vedtak, rutiner for evaluering
- Behov for kompetanseheving for de som skriver vedtak
- Kompetanseheving for å skrive vedtak Mølnmoa
- Avklare kartlegging, saksutredning, vedtaksskriving for hjemmehjelp (hj.spl/merkantil)

#### Institusjon /inntaksråd

- kompetanseheving på saksbehandling
- Avklare ansvar for kartlegging, saksutredning.
- Leder sykehjem/oms.bolig skriver i dag vedtak – tar mye tid for leder sykehjem.

Felles for hj.tj og institusjon : hvem skal ha ansvaret for vedtaksmalene ? I dag er det delvis utdaterte/ ikke relevante maler som ligger for bruk.

#### Tverrfaglig tildelingsteam (støttekontakt, IP, oms.lønn...)

- Hvem skal være leder for dette fremover og ha funksjonen med å skrive vedtak/saksutredninger?

#### Barnevern

- behov for kompetanseøkning
- behov for opplæringsplan nyansatte

Psykisk helse – god nok kompetanse?

Vi savner mye i forhold til saksbehandling og ting «satt i system», men det er også mye positivt. Tjenestene som ytes oppleves som gode, faglig god kompetanse på ansatte. Det er det formelle rundt som mangler.

## Referat etter møte i gruppe Saksbehandling 19.06.14

Tilstede Mona, Therese, Ann, Hege og Bergitte (ref.)

Sist møte så vi på de konkrete utfordringene vi hadde i forhold til saksbehandling. Oppgaven vår dette møtet var å finne retning på et mer overordnet nivå.

- **Steigen kommune bør utarbeide skriftlige rutiner og prosedyrer i forhold til saksbehandling og forvaltning som er lett tilgjengelig og kjent for alle. Kompetanseheving for de som er saksbehandlere i dag.**
- **Søknadsskjema for tjenester må være lett tilgjengelig for alle. Det bør være en adresse der alle søknader sendes, de fordeles derfra til riktig saksbehandler**
  - Her mener vi at søknadsskjema må ligge på kommunens nettside, samt at det kan fås på rådhuset/ steigentunet.
  - Når det gjelder det at alle søknader skal sendes til en adresse setter krav til de som tar imot posten (slik et er nå er det manglende registrering / scanning av post)
- **Steigen kommune bør utarbeide en opplæringsplan for nyansatte**
  - Slik det er i dag er det tilfeldig hvilken informasjon nyansatte får. Handler om ressursbruk for den nyansatte å innhente informasjon, om måten den nyansatte føler seg inkludert og tatt imot.
  - Dette gjelder ikke bare saksbehandling, men generelt nyansatteinformasjon.
- **Områder innenfor helse og omsorgstjenesteloven bør samles mer når det gjelder saksbehandling. Det bør settes av tid til dette av de som skal utføre det. På den måten kan det lages rutiner, og vi kan få saksbehandlingen kan skje på en måte som sikrer brukere og oss selv på en god måte.**
  - Hvem som bør sitte i en slik gruppe har vi ikke tatt stilling til. For oss vil det ikke være naturlig at det er egne saksbehandlere som skal kartlegge i hj. Spl /institusjon/ oms.bolig, men at det kan gjøres at spl som jobber der. Fatting av vedtak bør samles, for å sikre kontinuitet og kompetanse på dette. Vi ser at det bør settes av tid og ressurser til å gjøre dette.
  - Vi har snakket om en del utfordringer vi har i dag, i forhold til hvordan dette kan løses.
    - I hj.spl kartlegger/ saksutreder områdespl, samt at de skriver vedtak. Det er ikke satt av tid til dette, i tillegg til at de har fått liten opplæring til å skrive vedtak. De føler de har for lite kompetanse. Et alternativ er at områdespl. kartlegger brukerne og at selve vedtaksskrivingen blir gjort av det andre.
    - Når det gjelder institusjon blir i dag alle vedtak gjort av leder for sykehjem. Det er tidskrevende og tar mye ressurser fra denne stillingen. Økende bruk av korttidsopphold i institusjon pga samhandlingsreformen gjør at det er mange vedtak som må skrives. Vedtak på disse oppholdene blir ofte skrevet i etterkant da det ofte blir gjort i forbindelse med inntaksråd.
  - Vi har behov for noen er ansvarlig for at vedtaksmalene vi bruker i Profil er oppdatert til enhver tid.

- Når det gjelder inntaksråd (institusjon/oms.boliger/korttidsopphold/avlastingsopphold) og tildelingsteam (støttekontakt/oms.lønn/IP/avlasting---) kan det tas en diskusjon om det bør samles til et område, evt. det som gjelder familie/barn gjøres i egen tildelingsgruppe---

## Referater fra Arbeidsgruppa i hverdagsrehabilitering

### Referat fra HR, Møte tirsdag 1 juli.-14

Vi diskuterte og kom fram til følgende 6 punkter som vi mener må være på plass/ planlegges for at vi skal kunne starte jobben med HR i Steigen.

- 1 Sørge for politisk forankring.
2. Søke/ få på plass prosjektmidler. ( Her mener vi at det må frigjøres noe økonomiske ressurser for at planleggingen og jobben med HR skal være mulig å få til i Steigen.
3. Tilegne oss kunnskaper / erfaringer fra andre kommuner som har jobbet med HR.
- 4 Omfordele allerede eksisterende ressurser. Pga. dårlig økonomi er det usannsynlig at vi får tilført nye ressurser i form av stillinger. Derfor kan en se på muligheten om det lar seg gjøre og omfordele eksisterende stillinger ( hjelpepleierst/sykepleierst/miljøarbeiderst/ stillinger innafor psykisk helse) til stillinger innafor HR- arbeidet.
5. Spre kunnskap blant befolkningen.
6. Jobbe fram ergoterapistilling i samarbeid med nabokommunene. På den måten kan det kanskje være mulig å få denne ressursen i kommunen. Ergoterapiressursen er svært viktig i jobben med HR.

Overnevnte punkter mener vi må inn i planen for at det skal være mulig å starte arbeidet med HR i Steigen.

Vi anser oss nå ferdig med HR arbeidet, så sees vi vel utpå høsten en gang etter hvert som planarbeidet skrider fram.

God sommer.

Ingebjørg, Astrid, Oddrun, Reidun og Sissel.

Referat etter møte om hverdagsrehabilitering med Bodø kommune den

11.06.2014



Tilstede: Prosjektleder og ergoterapeut som jobber for hverdagsrehabilitering i Bodø kommune. (husker ikke navn..) Sissel, Reidun, Astrid, og Ingebjørg.

### **Bodø kommune og hverdagsrehabilitering**

- Prosjektleder forteller hvordan de i Bodø startet prosjektet og hvordan de driver i dag:
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig målrettet arbeid over en tidsbegrensa periode.
- De startet med en prosjektgruppe som fikk politikerne med på å satse på temaet. De inviterte til møter med både politikere og ledere for de ulike helsesektorne. På møtene brukte de eksempler fra Danmark(Fredrisia modellen) for å overbevise politikere at dette var noe å satse på.
- Prosjektgruppa (taemet) besto av 50% ergoterapeut, 50% fysio, og 30% sykepleier i tillegg ansatte de 4 hjemmetrenerne i tilsammen 120% stilling.
- De startet med ledelsen fra en sone i hjemmetjenesten, informerte og samlet personalet slik at de fikk rekruttert hjemmetrenerne, som skoleres av teamet.
- 20 brukere som ble plukket ut med omhu.(viktig at de var smart i utvelgesen slik at de kunne vise til resultater)Eks. Magny 84år.
- To fra teamet drar ut og kartlegger bruker. Det viktige er at det er bruker selv som skal sette opp sine egne mål. Hva er det bruker vil få til selv? Hva skal han/hun mestre i dagliglivet.
- Viktig med måten man snakker til bruker. Motivere, utfordre, være kreativ. Bodøteamet brukte COPM- som kartleggingsredskap.
- Viktig at det er satt opp klare mål og oppnåelige mål i en avgrenset tidsperiode.
- Evaluering etter to uker. Kanskje er målene allerede oppnådd og teamt trekker seg ut. Gjennomsnittlig var de inne hos en bruker i 3-5 uker
- I denne tidsperioden er hjemmetrenerne inne hos bruker hver dag, og trener alt fra en time til 4. Evalueres med teamet hver dag.
- Jobber helt til målene er nådd og bruker klarer seg selv.
  
- I bodø er hverdagsrehabilitering en egen sektor innen helse og omsorg. Dvs. at en lege kan henvise en pasient fra sykehuset til hverdagsrehab.
  
- De fleste blir henvist fra tildelingskontoret. Det er svært viktig at både leger, saksbehandlere, ledere og pårørende vet nok om hverdagsrehab. for at man skal få de rette brukerne og optimale resultater.
  
- 20-30% av alle brukere har et rehabiliterings potensial. Det er viktig at disse blir plukket opp og havner på rett hylle.

### **Hvorfor hverdagsrehabilitering?**

- Det er mer verdig for bruker å få bestemme selv hva som er viktig i livet. Hjelp til selvhjelp og hverdagsmestring
- Det er engasjerende for teamet å jobbe på denne måten.
- Det er samfunnsbesparende. (Bodø kommune sparte 1,5 mill på 1år med pilotprosjektet.)

### **Hva må vi gjøre i Steigen for å få til dette?**

- Vi må tenke kreativt. An vi omplassere på stillinger for å få ansatt en ergoterapeut?
- Vi må forankre det politisk. Komme med gode eksempler fra andre kommuner. Om vi selv starter opp må vi være smart i hvilke brukere vi velger til prosjektet.
- Vi må sanke informasjon og sørge for at informasjonen kommer ut til politikere, ledere, vi som jobber i helsesektoren, brukere, leger osv.
- Vi må undervise de som jobber i helsesektoren i den nye måten å tenke og arbeide på. Jobbe med hendene på ryggen.

Referat fra HR, Møte tirsdag 1 juli.-14

Vi diskuterte og kom fram til følgende 6 punkter som vi mener må være på plass/ planlegges for at vi skal kunne starte jobben med HR i Steigen.

1 Sørge for politisk forankring.

2. Søke/ få på plass prosjektmidler. ( Her mener vi at det må frigjøres noe økonomiske ressurser for at planleggingen og jobben med HR skal være mulig å få til i Steigen.

3. Tilegne oss kunnskaper / erfaringer fra andre kommuner som har jobbet med HR.

4 Omfordele allerede eksisterende ressurser. Pga. dårlig økonomi er det usannsynlig at vi får tilført nye ressurser i form av stillinger. Derfor kan en se på muligheten om det lar seg gjøre og omfordele eksisterende stillinger ( hjelpepleierst/sykepleierst/miljøarbeiderst/ stillinger innafor psykisk helse) til stillinger innafor HR- arbeidet.

5. Spre kunnskap blant befolkningen.

6. Jobbe fram ergoterapistilling i samarbeid med nabokommunene. På den måten kan det kanskje være mulig å få denne ressursen i kommunen. Ergoterapiressursen er svært viktig i jobben med HR.

Overnevnte punkter mener vi må inn i planen for at det skal være mulig å starte arbeidet med HR i Steigen.

Vi anser oss nå ferdig med HR arbeidet, så sees vi vel utpå høsten en gang etter hvert som planarbeidet skrider fram.

God sommer.

Ingebjørg, Astrid, Oddrun, Reidun og Sissel.



6. juli 2014

## HELSE OG OMSORGSPLAN FOR STEIGEN KOMMUNE. SLUTTRAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPEN «FOLKEHELSE BARN/UNGE»

### INNHold

<b>Gruppemedlemmer og møter .....</b>	<b>2</b>
<b>Bakgrunn og definisjoner .....</b>	<b>2</b>
<b>Avgrensinger .....</b>	<b>2</b>
<b>Nasjonale føringer og verdigrunnlag .....</b>	<b>3</b>
<b>Samspill og tverrfaglig perspektiv .....</b>	<b>3</b>
Folkehelserådet .....	3
<b>Våre utfordringer .....</b>	<b>3</b>
<b>Ansvar for egen helse – egenmestring .....</b>	<b>3</b>
Nåsituasjonen .....	3
Mål .....	3
Strategi .....	4
<b>Frivillig innsats og deltakelse .....</b>	<b>4</b>
Nåsituasjonen .....	4
Mål .....	4
Strategi .....	4
<b>Forebyggende arbeid barn og unge .....</b>	<b>5</b>
Nåsituasjonen: Forebyggende arbeid små barn .....	5
Forslag på tiltak: Forebyggende arbeid små barn .....	5
<b>Familieomsorg Familiesenteret .....</b>	<b>6</b>
Mål for Familiesenteret .....	6
Verdigrunnlag for Familiesenteret .....	6
Nåsituasjonen: tverrfaglig samarbeid gjennom Familiesenteret .....	7
Forslag på tiltak for å sikre tverrfaglig samarbeid gjennom Familiesenteret: .	7
Tiltak Familiesenteret (Fra Prosjektplanen "Vårres Unga Vårres Framtid") ....	8
<b>Frisklivssentral .....</b>	<b>8</b>
Mål .....	8
Tiltak koblet til frisklivssentral .....	8

## GRUPPEMEDLEMMER OG MØTER

Ann Irene Paulsen, hjemmetjenesten  
 Bodil Friis, Fagleder familiesenteret  
 Ninie van Schaik, fysioterapeut  
 Maria Johansson, folkehelsekoordinator  
 Roger Homvåg, psykisk helsearbeid

Arbeidsgruppen har møtt 7 ganger i perioden mai–juni 2014, oftest med noe frafall.

## BAKGRUNN OG DEFINISJONER

Folkehelseloven fra 2012 definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». Folkehelsearbeid defineres i folkehelseloven som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»

Folkehelsearbeid tar altså utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen, i stedet for sykdom og helseproblemer. Faktorer som påvirker helsen spenner fra oppvekst- og levekårsforhold via miljøfaktorer til individuell helseatferd. Av denne grunnen legger folkehelseloven ansvaret for folkehelsearbeidet til **hele kommunen** og ikke bare til kommunens helsetjeneste som etter den gamle kommunchelsetjenesteloven. Et effektivt folkehelsearbeid må derfor utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats.

Steigen kommunestyre vedtok i desember 2012 en strategisk folkehelseplan for kommunen. Planen skal bidra til kommunens systematiske folkehelsearbeid gjennom å angi overordnede mål og strategier for Steigen kommunes folkehelsearbeid og prioriterte satsingsområder med delmål. Folkehelseplanen angir videre en organisasjonsmodell og en styringsmodell for folkehelsearbeidet. Planen skal være retningsgivende i forhold til hvordan folkehelsearbeidet konkret skal gjennomføres og følges opp.

## AVGRENSINGER

Som vi har sett, og som navnet antyder, dreier seg folkehelse om hele befolkningens helse. Navnet på vår arbeidsgruppe (Folkehelse barn/unge) er derfor noe selvmotsigende. Et mer betegnende navn på det som gruppen har arbeidet med er **tidlig innsats og forebyggende arbeid for barn og unge**. Barn og unge, og særlig arbeidet gjennom Familiesenteret, har blitt gitt størst oppmerksomhet i gruppens arbeid. Samtidig mener vi at noen av våre konklusjoner og ønsker har overføringsverdi også til andre aldersgrupper og deler av helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Folkehelsearbeidet er som sagt en oppgave for hele samfunnet og kommunen har vedtatt en strategisk plan for folkehelsearbeidet. Arbeidsgruppen har mange ganger drøftet andre kommunale tjenesters (f.eks. skolen) og andre samfunnssektors (f.eks. frivillig sektor) ansvar for folkehelsen. **I en helse og omsorgsplan mener vi imidlertid at vi bare har mandat til å si noe om hva helsesektoren kan, skal og bør gjøre i det forebyggende arbeidet.** Gitt folkehelsearbeidets tverrsektorielle karakter har samarbeid med andre kommunale enheter, frivillig sektor og familier imidlertid blitt mye vektlagt.

Vi har forsøkt å organisere rapporten under noen av de kapitelforslag som

finns i ROs skisse til Helse- og omsorgsplan for Steigen kommune, som ble delt ut på oppstartsmøtet 15.05.14.

### **NASJONALE FØRINGER OG VERDIGRUNNLAG**

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Folkehelseloven med forskrift
- Meld. St. 34, 2012–2013 «Folkehelsemeldingen» særlig kap. 5
- Strategisk folkehelseplan for Steigen kommune 2013–2015

### **SAMSPILL OG TVERRFAGLIG PERSPEKTIV**

#### **FOLKEHELSE RÅDET**

Folkehelserådet er et viktig forum for tverrsektoriell og tverrfaglig samhandling. Her møter representanter for helse- og omsorgstjenesten andre kommunale tjenester, folkevalgte og frivillig sektor. Folkehelserådets organisasjon og ansvar er beskrevet i strategisk folkehelseplan.

Anbefaling: Det er viktig at helse- og omsorgstjenestens representanter deltar aktivt i folkehelserådet. Representantene er kommunikasjonskanaler for helse- og omsorgstjenesten i rådet, samtidig som de også er rådets kommunikasjonskanal i helse- og omsorgstjenesten. Informasjonen skal gå begge veier.

### **VÅRE UTFORDRINGER**

- UngData-undersøkelse. Ta kontakt med Bodil Friis.
- Folkehelseprofil for Steigen kommune, januar 2014

### **ANSVAR FOR EGEN HELSE – EGENMESTRING**

Når gruppen diskuterte egenmestring var det Familiesenterets arbeidsmetode som stod i sentrum. Gruppen mener dog at beskrivelsen av nåsituasjonen og ønskene om fremtiden også kan generaliseres til flere hjelpetjenester på Steigentunet.

#### **NÅSITUASJONEN**

Arbeidsgruppen mener at den «vanlige» tilnærmingen fra familiesenterets side karakteriseres av at Familiesenteret:

- I all velmening gjerne *tar over ansvaret* for barnets helse og velvære fra barnet og dess foresatte.
- Setter fokus på hva barnet/den unge *sliter* med i stedet for hva det kan mestre.
- *Sykeliggjør* atferd/tilstand som kanskje er innen rammen for hva som er normalt.
- *Ikke involverer* barnet og dess foresatte tidlig nok i prosessen
- Gjør barnet/familien *avhengig av hjelp* og støtte fra det offentlige, i stedet for å gi barnet/familien hjelp til selvhjelp.

#### **MAL**

Gruppen mener at det må til en holdningsendring i Familiesenteret/hjelpeapparatet som karakteriseres av:



- *Hjelp til selvhjelp* som skaper selvtillit og mestringsfølelse
  - Fokus på hva barnet/familien kan *mestre*
  - *Ansvarliggjøring og myndiggjøring* av foreldrene og barnet
  - Hjelp til barnet/foresatte til å *finne og mobilisere egne ressurser*
- En *normalisering* av problemer
- Hjelp til å skape *realistiske forventinger* til egen helse og den hjelp man kan få.
- Romslighet og toleranse når det ansvarliggjorte barnet/familien *gjør feil*. Å gjøre feil er en viktig del av læreprosessen.
- Involvering av foreldrene og barnet *tidlig muligst* i prosessen.

#### **STRATEGI**

Noen forslag på hvordan vi kan få til en tilnæringsmåte som baseres på hjelp til selvhjelp:

- Regelmessige møter/studiedager med erfaringsutveksling på området
- Forebygging gjennom å ansvarliggjøre foreldre tidlig, f.eks. i barnehagen og på helsestasjon gjennom å tilby alle foreldre foreldreveiledning.
- Gjennomgang av eksisterende system og rutiner i forhold til prinsipper om hjelp til selvhjelp.

#### **FRIVILLIG INNSATS OG DELTAKELSE**

##### **NÅSITUASJONEN**

Det er bare en liten del av helse- og omsorgstjenesten som har et regelmessig samarbeid med frivilligsentralen. Hjemmesykepleien har et vellykket samarbeid med frivilligsentralen om besøksvenn/støttekontakt. Koordinator for Frivilligsentralen har erfart at det gir aktivitet, glede og mening til så vel frivillige som brukere. Som situasjonen er i dag har imidlertid Frivilligsentralen ikke mange frivillige nok. Rekruttering av frivillige er derfor et kritisk spørsmål.

##### **MÅL**

- Helse- og omsorgssektoren bør ha et fast og formalisert samarbeid med frivilligsentralen.

##### **STRATEGI**

- Det kan innrettes faste møter mellom Frivilligsentralen og helse/omsorg. Hensikten med møtene skal være utveksling av informasjon om hverandres virksomheter (blant annet behov, tilbud og planlagte aktiviteter), samordning av aktiviteter og identifisering av mulige samarbeidsområder.
- Det er bra om Helse- og omsorgstjenesten har tilgang til skriftlig informasjonsmateriell om Frivilligsentralen som vi kan del til våre brukere og som blir hengt opp synlig på steigentunet.
- Helse- og omsorgssektoren kan bidra til å finne frivilligarbeidere og mottakere av frivilligarbeid gjennom å spre informasjon om frivilligsentralens tilbud. Erfaring viser at muntlig, individrettet informasjon fungerer best.
- Noen brukere av familiesenteret skulle kunne rekrutteres som frivillige. Dette kan bidra til å løse rekrutteringsproblemet samtidig som tenkingen er i tråd med den av gruppen ønskede holdningsendring som innebærer at barnet og dess familie skal hjelpes til å mobilisere egne

ressurser som skal gi selvtillit og mestringsfølelse. Det ligger mye helse i å gjøre noe for andre og at yte hjelp til andre. Gode sosiale relasjoner har veldig stor betydning for helsen.

- Om helse/omsorgssektoren skal bidra med å rekruttere brukere som frivillige er det en forutsetning at Frivilligsentralen fortsetter sitt gode arbeid med å følge opp og ta vare på de som melder seg inn som frivillige.

## **FOREBYGGENDE ARBEID BARN OG UNGE**

### ***NÅSITUASJONEN: FOREBYGGENDE ARBEID SMÅ BARN***

I dette kapittel beskrives samarbeidet mellom helsesøster og barnehagen om forebyggende arbeid, fra Helsesøsters ståsted. Det siste punktet er fra Fysioterapien sitt ståsted. Om ikke annet angis er det forebyggende arbeid på gruppenivå som omtales.

- Helsesøster har vært med på tilsyn i barnehagene. Hun mener at barnehagene arbeider bra med det forebyggende arbeidet men at barnehagene jobber veldig forskjellig.
- Skoler og barnehager har forebyggende og helsefremmende arbeid som jevnlig tema men Helsesøster blir ikke involvert i planleggingen av det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Det fører iblant til at Helsesøster ikke har anledning å delta når hun på kort varsel bys inn til skolen for å tale på et tema.
- Helsesøster har en 4-årskonsultasjon i 45 minutter.
- Det finnes ikke noe fast samarbeid mellom barnehagen og helsesøster. Samarbeid er ofte resultatet av et eller annet prosjekt, for eksempel prosjektet «barn og unge med overvekt».
- Barnehagen og skolen har et litt annet tidsperspektiv enn helsesøster. Helsesøster følger barnene fra de er 0 til de er 18 mens skolene og barnehagene ofte tenker ett år i taket.
- Det finnes ikke noe fast samarbeid mellom Helsesøster, fysioterapi og barnehagen. Helsesøster er litt usikker på hvordan fysioterapeuten kan brukes, det vil si hvor mye tid fysioterapeuten har til barn og unge og hva fysioterapien gjør og kan gjøre i forhold til barn i barnehagealder.
- Hjelpetjenesten er et bredt sammensatt team med representasjon fra PPT, psykisk helse, helsesøster og barnevern. Gruppen møtes etter fast plan på skoler og barnehager. Helsesøster mener at hjelpetjenestens arbeid ofte blir individrettet og at det finnes potensiale for mer forebyggende arbeid på gruppenivå.
- Helsesøster oppfatter det som at barn som utfordrer får alt større plass og at de blir vanligere også i lavere aldrer.
- Fysioterapeuten mener at barnehagene er flinke på å oppdage barn som strever motorisk og trenger hjelp fra fysioterapeut.

### ***FORSLAG PÅ TILTAK: FOREBYGGENDE ARBEID SMÅ BARN***

- Helsesøster og barnehagen skulle kunne samarbeide rundt kartlegginger og om 4-årskonsultasjonen på helsestasjon. Det finns mange gode eksempler på kommuner som gjør det.
- Helsesøster ser gjerne ett formalisert samarbeid mellom fysioterapien, helsesøster og barnehagen når det gjelder forebyggende arbeid på gruppenivå.

- Skole, barnehage, helsesøster og fysioterapeut skulle kunne lage en felles plan/felles årshjul for forebyggende arbeid i barnehage/skole.
- Helsesøster inngår gjerne i et formalisert samarbeid med skoler og barnehager på ledelsesnivå (styrer og rektorer).
  - Familiesenteret bør inkludere styrer og rektorer i sitt lederteam
  - Helsesøster og fysioterapien deltar gjerne på oppvekstsektorens lederteammøter de ganger forebyggende og helsefremmende arbeid er et tema.
- Kort sagt så savner kommunen en «barnehagehelsetjeneste» som involverer helsesøster mer i barnehagenes forebyggende arbeid.
- Hjelpetjenesten skulle kunne arbeide mer forebyggende og grupperettet.
- Helsesøster skulle kunne være med i møter mellom barnehage og skole om barnehagebarn som skal begynne i skolen.
- Tilbudet og informasjonen om foreldreveiledning bør gis til alle foreldre og introduseres på en grei måte, slik at det ikke leder til (følelse av) stigmatisering.
  - Informasjon om PMTO-kurstilbudet kan gis på et allment foreldremøte i barnehagen.
  - Mål: Alle foreldre skal få informasjon om TIBIR og 50 % av alle 6-årsforeldre skal ha gjennomgått TIBIR. Målet skal være nådd senest 2020.
- Foreldre kan være gode veiledere og eksempler overfor hverandre. Møteplasser for foreldre er derfor viktig. En kommunal «åpen barnehage» er et flott tilbud som står på ønskelisten. Her kan foreldre møte andre foreldre og utdannede pedagoger/helsepersonell.
- I den nye folkehelseavtalen med fylkeskommunen forplikter seg kommunen til å utvikle helsefremmende skoler og barnehager innen 2016 gjennom implementering av anbefalte kriterier. Helsesektoren ønsker å være en støttespiller i dette arbeid.
- Lage rutiner for samarbeid mellom lag og foreninger og helse, slik at helsesektoren kan sette barn som er i behov av mer aktivitet i kontakt med lag og foreninger.
- Fysioterapien kommer ut på observasjonsbesøk i barnehagen 1-2 ganger om året for å sjekke motorikk etc.
- Helsesektoren kan hjelpe til å skolere ansatte i barnehagene til å stimulere barn motorisk. For eksempel gjennom en inspirasjonskursdag i gymsal.

### **FAMILIEOMSORG-FAMILIESENTERET**

Familiesenteret i Steigen kommune gir et tverrfaglig og tverrsektorielt hjelpetilbud basert på en samarbeidsavtale mellom helse, oppvekst, omsorg, barnevern og Nav. Familiesenteret er lokalisert på Steigentunet hvor helsetjenesten, omsorg og barnevernet har sine lokaler. Familiesenteret ledes av et Tverrfaglig lederteam.

### **MÅL FOR FAMILIESENTERET**

Tidlig, koordinert og helhetlig hjelp til barn, unge og deres familier.

### **VERDIGRUNNLAG FOR FAMILIESENTERET**

Familiesenterets verdigrunnlag tar utgangspunkt i FN barnekonvensjon, særlig artiklene 12,18, 24, 28 og 29.

- Foreldre og familien har hovedansvar for barns fostring, utvikling og læring
- Arbeidet skal bygge på en tro på at foreldre og familie vil barnets beste
- Arbeidet baserer seg på et menneskesyn som har tro på at alle kan forandre seg.
  - Dette innebærer også at vi skal ha romslighet og toleranse når det ansvarliggjorte barnet/familien *gjør feil*. Å gjøre feil er en viktig del av læreprosessen.
- Arbeidet skal bygge på ressurser og beskyttelsesfaktorer
  - Barnets nettverk skal brukes
- Vi skal arbeid etter prinsippet *Hjelp til selvhjelp* som skaper selvtillit og mestringsfølelse
  - Fokus på hva barnet/familien kan *mestre*
  - *Ansvarliggjøring og myndiggjøring* av foreldrene og barnet
  - Hjelp til barnet/foresatte til å *finne og mobilisere egne ressurser*
- Vi ønsker å normalisere mange problemer (i motsetning til å sykeliggjøre)

*I praksis innebærer dette at Familiesenteret skal:*

- Tidlig kartlegging og tidlig intervensjon
- Involvering av foreldrene og barnet tidlig muligst i prosessen
- Aktiv brukermedvirkning
- Dialog med brukerne som bygger på gjensidighet
- Hjelp til å skape *realistiske forventinger* til egen helse og den hjelp man kan få.
- Gi støtte der det i forveien er noe positivt på gang
- Ha fokus på fremtiden – ikke bare være opptatt av årsaker

#### **NÅSITUASJONEN: TVERRFAGLIG SAMARBEID GJENNOM FAMILIESENTERET**

- En forutsetning for samarbeid er at partene deler informasjon med hverandre i saker som har en tverrfaglig og/eller tverrsektoriell karakter. Erfaring viser at informasjonsspredning via e-post fungerer dårlig. Vi må bruke andre kanaler for informasjonsdeling, f.eks. møter, men også bli flinkere på å lese og spre informasjon i e-post.
- Informasjonsdeling bør i de fleste tilfeller føre til involvering av samarbeidspartene. I dag skjer dette alt for sjelden. Ofte er det samme personer som involverer og engasjerer seg i prosjekter og samarbeidstiltak. En potensiell negativ effekt av dette er at disse personer tar på seg mer enn hva de klarer, hvilket fører til dårlig kvalitet på jobben. En annen negativ effekt er at kompetanse og ressurser hos den personalen som ikke involverer seg ikke benyttes og/eller utvikles.

#### **FORSLAG PÅ TILTAK FOR Å SIKRE TVERRFAGLIG SAMARBEID GJENNOM FAMILIESENTERET:**

- Revidere samarbeidsavtalen mellom Familiesenterets parter, slik at den blir mer tydelig på hva som konkret forventes av avtalepartene. Samarbeidsavtalen skal fornyes hvert år.
- Vi kan bli bedre på å bruke Individuell plan som et verktøy og en metode for samarbeid mellom brukere og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten har rett til IP og en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging, samordning og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Gruppen ønsker at det blir gjort en gjennomgang og evaluering av bruket av IP i kommunen de seneste årene.

**TILTAK FAMILIESENTERET (FRA PROSJEKTPLANEN "VÅRRES UNGA VÅRRES FRAMTID")**

- Brukerevalueringer og dialogmøter
- Revidere familiesenterets struktur / systemer i tråd med brukerevalueringer
- Forpliktende kompetanseplan med prioriterte satsingsområder – skal inneholde økonomi
- Videreutvikle system for kontinuerlig evaluering som lærings- og styringsverktøy Videreutvikle familiemøte som metode for brukermedvirkning og tidlig intervensjon- BUP
- Videreutvikling av system for ansvarsgrupper
- Presentasjon av familiesenteret på kommunesiden
- Presentasjonsfolder
- Barn og unge som tema i kommunestyre – Ung data undersøkelsen – Vårres unga – Vårres framtid - Familiesenteret
- Forebyggende team – hvor ungdom er synlig
- Videreføring av PMTO og TIBIR

**FRISKLIVSSENTRAL****MAL**

Steigen kommune skal innen 2016 ha etablert frisklivssentral med innhold og tilbud som anbefalt i Helsedirektoratets nasjonale veileder for etablering og drift av frisklivssentraler.

**TILTAK KOBLET TIL FRISKLIVSSENTRAL**

- Sette opp treningsapparater ute i det fri, tilgjengelige for alle
- Begynn på nytt med fellesturer, som tidligere ble arrangert som FYSAK-turer. Til 2015 skal det lages et fellesturprogram. Ansvarlig: Fysioterapeuten i lag med Folkehelsekoordinator
- Vekke liv i seniordansen i kommunen gjennom utdanning av instruktører og kobling til Allhuset.
- Bassenggrupper

## Helse og omsorgsplan 2020-2025 for Steigen kommune.

### «Sykehjemmets funksjon»

I arbeidet men den nye omsorgsplanen har vi lagt vekt på følgende fire områder:

- Sykehjemmets fremtidige funksjon
- Utvikling av hjemmetjenesten
- Kompetanse
- Tverrfaglig samarbeid
- Interkommunalt samarbeid

#### **Innledning**

Vi skal videreutvikle god kvalitet på tjenesten innenfor økonomiske rammer som forventes å bli strammere. For det det skal være mulig, må vi være åpen for endringer i organiseringen av tjenesten. Vi vil se på muligheten for at vi kan dreie på vår innretningen av omsorgstjenestene fra å være en institusjonskommune til å flytte ressurser og omorganisere det vi har i dag, mot hjemmetjenesten.

Det ligger en utfordring i å skape realistiske forventninger overfor innbyggerne i kommunen til hvilke tjenester kommunen skal tilby, og hva hver enkelt selv må ta ansvar for.

#### **Tildeling av tjenester**

I dag har vi inntaksråd bestående av leder for sykehjem, leder for hjemmetjenesten, bogrupperlederne og fysioterapeut. Inntaksrådet vedtar vedtak om omsorgsbolig, vedtak om korttidsopphold / avlastning, og langtids plass i sykehjem. Vedtak om hjemmesykepleie, trygghetsalarm og hjemmehjelp skrives og vurderes av områdeleder/ leder hjemmetjenesten. Kommunen har et tildelingsteam som tildeler støttekontakt. Vi holder på å lage et nytt søknadsskjema for alle disse tjenestene som bruker selv skal fylle ut. Dette skal legges ut på kommunens hjemmeside. Arbeidsgruppen som har jobbet med temaet: sykehjemmets funksjon, har ikke fått drøftet så mye hvordan vi ser for oss at disse tjenestene skal styres i fremtiden. Slik det er i dag kjenner de fleste i inntaksrådet godt til pasientene. Sammensetningen av inntaksrådet bør sees på. Dette i forhold til at personene bør ha en mer distansert forhold til vedtakene og økt fokus på skriftlig dokumentasjon.

Målet vårt må være at kommunen tilbyr samordnede tjenester som er preget av kontinuitet og at man utnytter ressurser på en god måte. Systematisk arbeid med vedtak/tjenester etter "BEON"-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Tettere samarbeid mellom inntaksråd og helsepersonell som møter pasientene. Dette med å gi gode objektive, faglige vurderinger, og ha tverrfaglige møter for å samarbeide for å gi beste effektive omsorgsnivå. Saksbehandlere, lederne innenfor sykehjem, hjemmetjeneste, bogrupper og fysioterapeuter bør foreta hyppigere evalueringer og på bakgrunn av disse faglige vurderingene avslutte tjenester dersom behovet er opphørt. Faglige vurderinger skal ligge til grunn for tildelinger og avslag.

Det er også viktig at brukerne tas med på råd i tjenesteutformingen, slik at deltakelse og bestemmelse rundt egen hverdag sikres.



## Sykehjemmets funksjon:

### DELMÅL:

1. Videreføre tilbudet om akutt plass lokalt ved etablering av kommunal akutt døgnenhet (KAD).
2. Tilstrekkelig antall korttids plasser for å
  - a) unngå ventedøgn i sykehus
  - b) kunne tilby korttidsopphold ved behov etter innleggelse ved KAD
  - c) kunne tilby avlastning etter behov.
3. Antall langtids plasser i sykehjem reduseres som et ledd i dreie ressursbruken mer over på hjemmetjenester. Langtidsopphold i sykehjem prioriteres ved tilstander som krever høy faglig kompetanse på heldøgns basis.
4. Enhet for kreft og lindrende behandling opprettholdes og videreutvikles.
5. Kunne tilby dagplass etter behov.

Hva bør vi ha fokus på fremover på sykehjemmet (Tiltak/fokusområder for å oppnå bedre kvalitet i tjenesten, jfr. innledningen)

- Tilrettelegge for å bo hjemme. Gi tilstrekkelig og så langt det er mulig og faglig forsvarlig, all hjelp brukeren har behov for i hjemmet før en tildeling av langtids plass. Vi må sikre at vi har gitt dem all den hjelp de har behov for i hjemmet før de tildeles sykehjemsplass (tildeling av trygghetsalarm, hjemmesykepleie x flere per dag, informasjon og trygghet til bruke og pårørende, skaffe hjelpemidler det er behov for, teknologi som kan være til trygghet og hjelp, avlastningsopphold/ korttidsopphold).
- Ernæring. Undersøkelser viser utbredt underernæring i norske sykehjem, og vi ser behov for å se nærmere på dette. (1) Ernæring 2) Eget prosjekt
- Rehabilitering i sykehjem. Opprettholde funksjonene gjennom aktivitet som gruppetrening.
- Sosiale aktiviteter på sykehjemmet (1) Fokusområde: Sosiale aktiviteter 2) Tiltak: underholdning, ekskursjoner osv.
- Invitere pårørende til et tettere samarbeid (gjennom aktiviteter o.l.) som sammen med tjenesten (ansatte) kan bidra til en bedre hverdag for den enkelte
- Bruke rullerende korttidsopphold i større grad. Det kan f.eks. være for å gi pasientene næring og oppvækning slik at de kommer seg fysisk og psykisk til å klare å være hjemme lengre. Eller det kan være avlastning av pårørende.
- Kommunikasjon med omgivelsene/forventningsstyring. Opplysning og gi informasjon om hva målet med endret omsorgstilbud er. Vi ønsker å styrke befolkningens egenomsorg slik at alle klarer seg bedre. Dette gjelder også de som bor på sykehjemmet. På hvilke områder kan pårørende og frivillige – i samarbeid med

tjenesten - bidra til en bedre hverdag? Hvilke incentivordninger finnes? Hvordan bruke hverandre slik at de som bor på sykehjemmet får en bedre hverdag?

- Ledelse i pleie og omsorg. Endret lederstruktur som kan effektivisere lederoppgaver. Kommunen har behov for en større gjennomgang av ledelsesstrukturen i pleie og omsorg. Det er behov for ledelse som er tilstede på dagtid, samordne innleie av personell og turnus, og samordne bemanning og personal på tvers av avdelingene.
- Heltidsutfordringen. Arbeide for mindre deltid og helgebelastning på de ansatte.

#### **Sykehjemmet i dag:**

- Langtidsplasser: 36 (16 demens, 20 pleie)
- Korttidsplasser: 4
- PreOb: 1 plass
- Lindrende enhet: 1 plass
- Samhandlingspasienter (går under korttid)
- Rehabilitering (går under korttid)
- Dagplass demens (ikke faste plasser til dette)
  
- Avlastning (korttidsplasser brukes)
- Arbeidsstua

#### **Hva er behovet fremover:**

- gå ned på antall. Ned til 32?
- øke til 8-10?
- omgjøres til KAD- plass
- videreutvikles
  
- behov i framtid?  
Behov for skjermet enhet i demensavdelingen
  
- øke. Ha fast rullerende avlastning
- utvikle tilbud (se nedenfor)

Arbeidsgruppen har vært inne i en diskusjon på forslag om å omgjøre langtidsplasser på bgruppe 3 til korttid, og organisere denne under hjemmetjenesten. Fordel med dette er at det blir tettere samarbeid med personalet, mer helhetlige pasientforløp, personalet er både ute og inne. Hvis hjemmetjenesten får et større ansvarsområde inne på STT, kan overflytting fra hjem til institusjon bli tryggere og bedre i og med at de kjenner beboerne fra hjemmene deres. Det kan være en fordel for personalgruppa. Rullering og bruk av personal på tvers av avdeling/hjemmetjenesten kan gi økt kvalitet på tjenesten vi gir og økt samarbeid på tvers.

Viktig å skille mellom botilbud og medisinsk behandling.

#### Utvikling av hjemmetjenesten /tiltaksliste/fokusområder:

- Avinstitusjonalisere omsorgsboliger og knytte disse til hjemmetjenesten. Bemanning etter behov. Evt. bruke bemanning felles med hjemmesykepleien.
- Det er også en tanke å dele inn hjemmetjenesten i to baser, en i nord og en i sør. Da kan det lette på de utfordringer de har i dag pga lange avstander og tid det tar for at de rekker frem til brukerne i tide. Dette er nok spesielt for ettermiddag/kvelds-

vaktene og i helgene, da de i dag er bare en på vakt for hele kommunen med utgangspunkt i Leinesfjord. Vakter må settes opp ut i fra behov og geografi – omorganisering.

- Hva er behovet og mulighetene for å benytte hjemmetjenesten i større grad, slik at brukerne kan bo lengre hjemme? Behov for nattevakt?
- Behov for økt dagtilbud for demente/ eldre? (arbeidsstua, institusjon-dagtilbud, opprettholde/ utvikle de tilbud som er i dag «inn på tunet»)
- Ta i bruk multidoser, -mer effektivt. Slik det er i dag bruker hjemmesykepleien mye tid på å legge i dosetter. Dette spesielt på kveldstid.
- Hverdagsrehabilitering vil være et viktig fokusområde fremover, dersom vi skal bevege oss fra å være institusjonsorientert kommune til å bli mer hjemmetjenesteorientert. Å bevisstgjøre befolkningen om ansvar i forhold til egen helse og hjelpebehov. Dette må være et viktig fokusområde både i hjemmetjenesten og i sykehjem.
- I større grad involvere pasient og pårørende.
- Teknologi. I hjemmet. Dette for at personer med for eksempel kognitiv svikt kan bo forsvarlig i eget hjem.
- Øke kompetansen til hjemmehjelperne i kommunen. Behov for økt grad av miljøfunksjon for å ivareta brukernes ressurser. Viktig med økt kompetanse og faste samlingspunkt med hjemmesykepleien (tverrfaglighet og samspill). Dette for å øke deres kompetanse slik at de kan bruke ressursene til brukerne og ha fokus på hverdagsrehabilitering i hjemmene.
- Behov for ergoterapeut. Nødvendig kompetanse i satsning på hverdagsrehabilitering. Her kan man eventuelt samarbeide med Hamarøy og Tysfjord.
- Besøktjeneste og bruk av frivillige organisasjoner. I dag samarbeider vi med frivillighetssentralen ved ulike arrangement og tilbud, og Røde kors besøktjeneste. Samarbeidet med frivillige må videreføres og videreutvikles. Dette ut i fra behovet til de eldre.
- Helsestasjon for eldre/ informasjon/ kurs for eldre med mål om forebyggende arbeid, for eksempel ernæring, forebygge fall, øke aktivitet og psykisk helse.

Hverdagsrehabilitering er et viktig område. Å bevisstgjøre befolkningen om ansvar i forhold til egen helse og hjelpebehov. Dette må være et viktig fokusområde både i hjemmetjenesten og sykehjem.

#### Kompetanse:

Pr. dags dato har Steigen kommune denne kompetansen innen helse og omsorg:

Leger.

Jordmødre.

Helsesøstre.

Fysioterapeut.

Barnevernspedagoger.

Sykepleiere.

Kreftsykepleier, geriatrisk sykepleier, psykiatrisk sykepleier og 2 sykepleiere med videreutdanning i palliasjon.

Hjelpepleiere.

Hjelpepleiere med kompetanse i geriatri, psykiatri, demensomsorg, kreftomsorg, vernepleie.

Tilgang på fotterapeut (privatpraktiserende).

### **Behov for kompetanse frem mot 2025:**

Ledelse

Utvikle og øke kompetansen til lederne i helse og omsorg

Rehabilitering

Rehabiliteringsavdelingen ved Steigentunet har personell med lang erfaring innen rehabilitering. Vi har likevel pr i dag ingen sykepleiere eller hjelpepleiere med videreutdanning på dette området, til tross for at det har vært et behov over tid i henhold til opplæringsplanen. Vi mener det fremover vil være helt nødvendig med kompetanseheving innen rehabilitering, sett i lys av satsningen på hverdagsrehabilitering.

Ergoterapeuten har også en viktig rolle i arbeidet med hverdagsrehabilitering, og vi mener det er stort behovet for denne kompetansen. Blant annet når det gjelder tilrettelegging av hjemmet slik at mennesker kan bo der lengst mulig, og for å forebygge fall, og lette hverdagen til de hjemmeboende. I tillegg må det etableres et tettere samarbeid med fysioterapeut.

Geriatrici.

De eldre blir eldre og sykdomsbildet mer komplekst. Sykepleiere med spesialisering innen geriatri vil være en viktig ressurs både i sykehjem og hjemmetjenesten.

Kulturførståelse.

De senere år har vi opplevd økt innvandring til kommunen, som etter hvert også vil ha behov for tjenester innen pleie og omsorg. Kulturforskjeller kan være alt fra mattradisjoner og

møblering i sykehjem, til religion og ritualer ved livets slutt. Kompetanse på dette området blir viktig for å skape tillit, imøtekomme behov, og unngå misforståelser. I tillegg til kompetanseheving gjennom kurs/videreutdanning, har man flere ansatte og elever i pleie og omsorg med ulik etnisk bakgrunn. Disse innehar viktig kunnskap om sin religion og kulturelle tradisjoner som vi kan dra nytte av. Pårørende og venner kan også være en viktig ressurs for disse pasientene.

## Ernæring

Etablere samarbeid med ernæringsfysiolog i spesialisthelsetjenesten etter tjenesteavtaler samhandlingsreformen. Kurs, internundervisning, prosjekt.

## Fagutviklingssykepleier

Har en viktig funksjon når det gjelder kompetanseplanlegging, koordinering og å sørge for nødvendig faglig oppdatering.

Andre områder vi har diskutert behov for kompetanseheving er:

Nevrologi, aktivitet/miljøarbeid og demens, særlig legenes kunnskap om demens.

10 år frem i tid: Rekruttering (se på alderssammensetningen blant de ansatte i pleie og omsorg). Faglige utfordringer. Vi må arbeide for utvikling og kompetansebygging for de ansatte vi har i organisasjonen. Kompetansekartlegging og plan for tiltak for å fylle kompetansehull.

## Tverrfaglig samarbeid:

Steigentunet er i hovedsak base for de fleste helse -og omsorgstjenester i kommunen. Denne samlokaliseringen gir gode muligheter for å jobbe tverrfaglig og utnytte den kompetansen som finnes internt.

Vi har i dag etablert et tverrfaglig samarbeid på flere områder, bl.a. familiesenteret, og pre-visitt i pleie og omsorg. Fremover tror vi det må settes enda mer fokus på å bruke og å dele kunnskap og erfaring på tvers av avdelingene og hjemmetjenesten. Særlig i satsningen på hverdagsrehabilitering, vil tverrfaglighet være en forutsetning for å lykkes. Med dette vil vi kunne dele kunnskaper blant pleierne og dermed få et bredere kunnskapsnivå på staben, det vil også gi et mer interessant arbeidsmiljø som da igjen vil skape trivsel.

Vi må få på plass flere arenaer og gode rutiner for tverrfaglig samarbeid for å bidra til gode pasientforløp og god kvalitet på tjenesten.

## Interkommunalt samarbeid:

Det bør utredes muligheter for økt interkommunalt samarbeid (fordeler og ulemper), spesielt for aksene Steigen, Hamarøy og Tysfjord (pga. geografi/antas nokså like forhold). I første omgang foreslås et samarbeid om ergoterapeutisk kompetanse.