



Sortland kommune
blåbyen

Kommunedelplan for Helse, Omsorg og Folkehelse 2014 - 2030

**Folkehelse
Helsetjenester i hjemmet
Helsetjenester
Habilitering
Demens
Kreftomsorg og lindrende behandling
Heldøgns omsorg og pleie institusjon
Rehabilitering - fysioterapi
Psykisk helsearbeid
Frivillighet
Velferdsteknologi
Konkurransenutsetting og privatisering**

**Aktive helse- og omsorgstjenester i
Sortland fram mot 2030**

Vedtatt i kommunestyret 16.04. 2015

16.04.2015 KOMMUNESTYRET

KS-012/15

VEDTAK

1. Sortland kommunestyre vedtar kommunedelplan for helse, omsorg og folkehelse 2015-2030.
2. Planen rulleres hvert 4 år, første gang 2019.

I tillegg ble følgende vedtatt:

1. Det utredes en sak som ser på samordning og samlokalisering ved mulig realisering av frisklivssentral, helsestasjon for eldre, legekontor, varmtvannsbasseng, samt andre offentlige eller private helse og omsorgsfunksjoner i Sortland.
2. I samsvar med nasjonale politiske føringer, skal psykisk helse i større grad likestilles med somatisk helse. Det skal bli like lett å få lavterskeltilbud for psykiske lidelser som der er for å få lavterskeltilbud til somatiske lidelser. Kommunens befolkning skal kunne forvente kort ventetid og høy faglig kvalitet i den psykiske helsetjenesten så vel som i den somatiske.
3. Også i folkehelseperspektiv skal psykisk og somatisk helse være likestilt. Psykisk lidelse er vanlig, rammer ofte i ung alder, og har store økonomiske og sosiale konsekvenser for en befolkning. Psykisk lidelse er i stor grad forebyggbar. Tidlig intervensjon kan hindre forverring og/eller kronifisering.
4. Planen peker på at det over tid vil være behov for å se på nye boligløsninger både innenfor institusjon og utenfor, videre oppbygging av nye avdelinger og flytting av andre, samt et økt behov for kontorlokalteter til ansatte. Det skal derfor utarbeides en status og behovsanalyse for dette som ser på det samlede behovet fremover.

Handlingsdelen til Kommunedelplan for helse, omsorg og folkehelse 2015 – 2030 rulleres hvert år i forbindelse med behandling av økonomiplan.

Uansett bosted i Sortland kommune skal innbyggerne ha likeverdige tilbud fra kommunens helse- omsorg- og folkehelse tjenester.

Innhold

Slik har gruppa jobbet.....	4
Begrepsavklaringer:.....	5
Hovedmål og retning	8
Beskrivelse av aktive og retningsbestemte helse- omsorgs og folkehelsestjenester i Sortland	8
Befolkningsutvikling i Sortland kommune	12
Satsningsområder i Sortland kommune fram mot 2030.....	13
Satsningsområde 1 (Folkehelse)	13
Satsningsområde 2 (Helsetjenester i hjemmet; tidl hjemmetjenesten)	16
Satsningsområde 3 (Helsetjenester)	19
Satsningsområde 4 (Habilitering)	23
Satsningsområde 5 (Demens)	27
Satsningsområde 6 (Kreftomsorg og lindrende behandling)	30
Satsningsområde 7 (Heldøgns omsorg i pleieinstitusjon)	33
Satsningsområde 8 (Rehabilitering - fysioterapi)	36
Satsningsområde 9 (Psykisk helsearbeid).....	39
Satsningsområde 10 (Frivillighet)	44
Satsningsområde 11 (Velferdsteknologi).....	46
Satsningsområde 12 (Konkurransetsetting og privatisering)	49

Vedlegg Handlingsdel fra side 51

Slik har gruppa jobbet

Prosess er viktig. Planen har blitt utformet slik at det har blitt gjennomført 18 møter i arbeidsgruppen. Ansvarlige for hvert enkelt satsingsområde har blitt pekt ut. Disse har så etablert små arbeidsgrupper med fagansatte. Prosjektleder har bistått og veiledet på møtene for de små arbeidsgruppene. Dette har ført til god diskusjon i utforming av planen og dens utfordringer både på overordnet nivå og detaljert nivå. Det har ført til god implementering av planens utfordringer/målsetninger, strategier og handlinger ned i organisasjonen. Prosessen har således vært god

Det har blitt avholdt et seminar med driftsutvalg og formannskap sammen med arbeidsgruppens medlemmer. Dette har forsterket planens forankring på det politiske nivå i kommunen. Der er utnevnt 2 politikere (Christoffer Ellingsen og Tina Disington) som også har diskutert planen sammen med arbeidsgruppen i de siste 2-3 møter i gruppen. Planarbeidet har blitt organisert i en prosjektgruppe. Gruppen har vært ledet av kommunalsjef for helse og omsorg Sture Jacobsen.

Følgende medlemmer og funksjoner har vært medlemmer:

Hilde Norum Nilsen, kreftsykepleier; Merete Johnsen, avd. leder Håløygtunet/demensteam; Ulla Schultz avd. leder Kårstua; Astrid Holm, kommuneoverlege; Gøril Pettersen, koordinerende enhet; Kjellrun Olaussen, som leder i helsetjenester i hjemmet; Aleksander Hanssen, folkehelsekoordinator; og Trygve Lampe, avd. leder psykisk helse. Anna Bongo Johansen, representant fra kommunalt råd for funksjonshemmede; Mai-Helen Walsnes, representant fra eldrerådet.

Prosjektgruppens sekretær er Per Sture Helland Pedersen.

Sortland Formannskap fungerer som styringsgruppe for planprosessen.

Jf planprogrammet for planen forsøker en å svare på følgende tema/utfordringer:

- Hvilke krav til helse og omsorgstjenester vil Sortland kommune stå ovenfor de neste 10-15 år.
- Samhandlingsreformen gir noen overordnede føringer i forhold til hvordan samhandlingen mellom kommune og sykehus vil bli i fremtiden. Hvordan skal Sortland kommune møte disse utfordringene i et lokalt og regionalt perspektiv.
- Er dagens organisering av helse og omsorg i Sortland fremtidsrettet og vil en med dagens organisering dekke de behov som de neste 10 - 15 år vil kreve.
- Bør Sortland kommune renovere eksisterende bygningsmasse (sykehjem, omsorgsboliger og bofellesskap) eller vil det være mer kosteffektivt og omdisponere hele eller deler av den bygningsmassen til andre formål og heller bygge om eller nytt. Det må ses på spennet og bruken mellom hjemmetjeneste, institusjonslignende tiltak (bofellesskap) og vanlige institusjonsplasser.
- Er dagens kapasitet på sykehjemsplasser, omsorgsboliger og boliger/tilbud til psykisk utviklingshemmende brukere riktig dimensjonert og har disse god nok kvalitet.
- Kan man ved å omorganisere helse og omsorgsområdet redusere behovet for vaktordninger?
- Er legetjenesten og helsestasjonen dimensjonert riktig og formålstjenlig organisert?
- Kan deler av dagens omsorgsboliger omdisponeres til andre formål?
- Kan det bli en effektiv ressursutnyttelse ved å fokusere på forebygging og stimulere til en god folkehelse?
- Hvordan kan kommunen legge til rette for frivillig arbeid i helse og omsorgstjenesten?

Begrepsavklaringer:

Regjering mm:

I den grad det i teksten vises til overordnede føringer fra regjering/departement via utredninger m.m angår det gjeldene vedtak uansett om når og hvilke politiske konstellasjoner som eksisterte på det tidspunkt og senest fram til 1. halvår 2014.

Prognoser:

En rekke steder i tekstene er det formuleringer som viser til mulig framtidig utvikling. Disse er basert på prognoser som er utarbeidet av SSB eller andre offentlige statistikker og er prognoser. Framskrivningen av folketallet i Sortland tar utgangspunkt i middel og høy vekst.

Åpenhet

En viktig betingelse for både legitimitet og tillit er åpenhet om beslutningsprosesser og resultat. Åpenhet er nødvendig for å legge grunnlaget for felles forståelse av status og utfordringer. Økonomisk styring er vesentlig for helsetjenestens legitimitet. For å kunne videreutvikle tjenestetilbudet og prioritere riktig er det nødvendig å bruke fellesskapets midler på den mest effektive måten.

- *Åpenhet og psykisk helse*

Målet om økt åpenhet var sentralt i regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse og er fortsatt sentralt i det videre arbeidet med utviklingen av det psykiske helsefeltet. Det satses på informasjonsspredning til tjenesten og befolkningen for å bidra til økt åpenhet, mer kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser og til å motvirke tabuer og fordommer.

- *Åpenhet om kvalitet og resultater*

Regjeringen har som mål å videreutvikle valgmulighetene knyttet til fritt sykehusvalg og fastlegeordningen slik at pasientene får informasjon de synes er relevant for å kunne velge. I august 2008 ble nettstedet Fritt sykehusvalg relansert. Det er nå mer brukervennlig og informativt. Nåværende regjering vektlegger nå også fritt brukervalg av omsorgstjenester i kommunene.

Samhandlingsreformen

Samfunnet står overfor store samfunnsmessige, helsemessige og økonomiske utfordringer. Fram til 2050 vil antall personer over 67 år mer enn fordobles i Sortland kommune. I tillegg står vi overfor store endringer i befolkningens sykdomsbilde. Så langt i gjennomføringen av samhandlingsreformen, har mange pasienter opplevd for dårlig samhandling mellom spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Reformens siktemål er mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdom. Reformen skal bidra til at pasientene får bedre behandling der de bor. Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken skal endres slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og bidra til at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide. Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, hvor forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging er sentrale elementer og slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Regjeringen fremmer fem hovedgrep for å møte dagens og framtidens utfordringer.

- Utvikle en klarere pasientrolle.
- Utvikle en ny framtidig kommunerolle slik at kommunen i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløpet.

- Etablere økonomiske insentiver som understøtter ønsket oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.
- Utvikle spesialisthelsetjenestens rolle, slik at de i større grad enn i dag kan bruke sin spesialiserte kompetanse.
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

Helsehjelp:

I NOU 1992:8 er helsehjelp definert på følgende måte:

«Med helsehjelp menes enhver tjeneste som noen trenger på grunn av sykdom, skade, funksjonshemming eller graviditet, eller for å forebygge slike tilstander og som helsevesenet er nærmest til å gi.»

Norsk Pasientforening foreslår samme definisjon av begrepet helsehjelp i sitt lovforslag.

I WHO's Europadeklarasjon om pasientrettigheter er helsehjelp og medisinsk behandling definert på følgende måte:

«Health care: Medical, nursing or allied services dispensed by health care providers and health care establishments.»

«Medical intervention: Any examination, treatment or other act having preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitative aims and which is carried out by a physician or other health care provider.»¹

Departementet foreslo i høringsnotatet til pasientrettighetsloven å knytte definisjonen av helsehjelp til de funksjoner og formål som skal ivaretas.

Når det gjelder definisjonen av begrepet helsehjelp mener flere av de som har uttalt seg at denne definisjonen er for vid. *Statens helsetilsyn* sier i sin høringsuttalelse:

«definisjonen av helsehjelp (synes) å favne svært vidt, bl.a. ser det ut som om pasienten selv, pasientens ektefelle eller annen nær familie som bistår ved behandlingen m.v. yter helsehjelp i lovens forstand. Dette synes unaturlig og unødvendig i en lov som primært har til hensikt å regulere forholdet mellom pasienter og helsetjenesten.»

Forebygging

Forebygging kan deles inn i 3 dimensjoner

(Kilde <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18/4/4.html?id=350029>):

1. Primærforebygging: Kan dreie seg om lag og foreningsarbeid, samt investeringer i idrettsarenaer og kulturutvikling. Planlagt samfunnsutvikling og infrastruktur for et godt og harmonisk samfunn rettet mot hele befolkningen. Skole, barnehager og familiekontakt er vesentlig her.
2. Sekundærforebygging: Er i større grad innrettet mot grupper i faresonen. Sekundært forebyggende arbeid omfatter tiltak i risikogrupper og i problemskapende prosesser en ikke har kunnet forhindre på et tidligere tidspunkt. Siktemålet er å hindre videreutvikling, eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom.

¹Helsehjelp er: Medisin, sykepleie eller beslektede tjenester ytt av helsepersonell og helsetjenestevirksomheter. (egen oversettelse)

Medisinsk inngrep er: Enhver undersøkelse, behandling eller annen handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende og rehabiliterende mål og som utføres av lege eller annet helsepersonell. (egen oversettelse)

3. Tertiærforebygging: Tar utgangspunkt i individer som allerede har vært i en sykdoms- eller problemsituasjon. Det omfatter tiltak som tar sikte på å vedlikeholde et funksjonsnivå, hindre en forverring av allerede eksisterende problemer, eller motarbeide at de blir kroniske eller får tilbakefall

Andre begrepsavklaringer, se Vedlegg B: Diverse tilleggsopplysninger bilag tema 1.

Sammendrag og planens hovedkonklusjoner

- Fortsatt satsing på en sterk hjemmetjeneste slik at eldre og hjelpetrequende kan bo lengst mulig hjemme.
- Utbygging av institusjonstilbud til personer med demens med inntil 55 plasser (trinnvis utbygging)
- Helsetjenesten må endre fokus fra syk til frisk ved å ta vare på det friske for å forebygge sykdom.
 - Frisklivssentral
 - Nytt helsehus med stor grad av samlokalisering av de som jobber med friskelementet i helsen vår.
 - Økte ressurser rettet mot rehabilitering generelt og særlig rettet mot begrepet hverdagsrehabilitering.
- Tidlig samordnet innsats i forhold til barn med funksjonshemming, noe som vil betale seg i form av bedre liv for den enkelte og betydelig lavere totalutgifter for kommunen.
- Satsing på forebygging. Denne satsingen må være målrettet og basert på kunnskap om hva slags forebygging som hindrer utvikling av de mest alvorlige og kostnadskrevende sykdommer/dysfunksjoner. Her er allerede Sortland en pioner, men dessverre kan en bare delvis høste frukten umiddelbart. Satsingsområde “Ung i Sortland” og “Forebygging av seksuelle overgrep” har et stort potensiale her. Forebygging på den fysiske siden har vi fortsatt mye å gå på. Kommunen satser via folkehelsearbeidet på helsefremmende barnehager og skoler. Denne satsingen vil på sikt kunne bedre den fysiske helsen til den yngre delen av befolkningen.
- Frivillige tjenester og kommunale tjenester må jobbe i samme retning og utfylle hverandre. Sortland kommune skal bli mye bedre på å ta ut dette potensialet i framtida. Vi har mange utmerkede eksempler – det handler først og fremst om å lære av det vi allerede har gjort. Frivillighetskoordinator må vurderes som et tillegg til den jobben som Frivilligsentralen allerede gjør når det gjelder koordinering

Plan for en aktiv helse- og omsorgstjeneste i Sortland fram mot år 2030 er en overordnet plan som først og fremst omtaler tjenesteområdets utfordringer i årene som kommer. Planen omfatter helse- og omsorgstjenester til alle innbyggerne, og inneholder strategier og overordnede, generelle tiltak for å møte de utfordringer som kommer. Det skal til enhver tid i tillegg finnes handlingsplaner for tjenestene eller for deltjenester som bygger på denne overordnede planen.

Sortland tok noen viktige strategiske grep på begynnelsen av 1990 tallet, blant annet en satsing på helsetjenester i hjemmet. Lamarktunet (LBS) og Håløygtunet ble også bygd ut.

Denne planen er nå utdatert og det utvikles en ny plan med dette. Helse og omsorgsplaner har lang virketid.

Hovedmål og retning

Planen skal medvirke til at: Sortland kommune sine innbyggere er aktive mennesker som tar selvstendige ansvar for egen helse. Helse og omsorgstjenesten er basert på allment aksepterte prinsipper og samordnes ut fra brukernes egne ønsker. Alle skal bo lengst mulig i eget hjem basert på god livskvalitet.

Retningen og de viktigste behov denne planen skal omfatte og dekkes inn i planperioden blir:

- **Målsetning og tiltak vedrørende demenssituasjonen i Sortland gjennom en gradvis utbygging av sykehjemsplasser til formålet på Håløygatunet med minimum nye 45 plasser.**
- **Fortsatt styrking av helsetjenester i hjemmet, samt styrking av dagsentertilbud.**
- **Ny satsing på rehabilitering**
- **Fokus på prinsippet friskhet og bedre folkehelse.**
- **Tverrfaglig og tverretattlig fokus på forebygging.**

Det poengteres at alle satsingsområdene i denne planen henger i hop, men kan også stå på egne bein hver for seg. Komplekse problemstillinger krever god samhandling mellom disse områdene internt. Slike problemstillinger handler også om kommunens evne til samhandling med eksterne fagmiljøer og spesialistnivåer på vegne av en bruker/pasient. Planen har minimum 2 hensikter og er både ment for en god politisk/strategisk retning for samfunnet og Sortland kommune. Den andre retningen eller hensikten er ment for internt bruk i enheten. Handlingene for de forskjellige satsingsområdene er beskrevet i handlingsdelen.

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet sammen med Pensjonistforbundet, Kirkens Bymisjon, KS, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere åtte prinsipper for gode omsorgstjenester, som ble lagt fram våren 2012.

Omsorgstjenesten:

- bygger på et helhetlig menneskesyn
- er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet
- er tilpasset brukernes individuelle behov
- viser respekt og omsorg for pårørende
- består av kompetente ledere og ansatte
- vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak
- er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester
- er lærende, innovativ og nyskapende

Disse åtte prinsippene legges også til grunn i Sortland kommune sin nye helse og omsorgsplan.

Beskrivelse av aktive og retningsbestemte helse- omsorgs og folkehelsestjenester i Sortland

Aktive helse-omsorgs og folkehelsestjenester skal ha fokus på den enkeltes sterke sider og bygge videre på det. Tjenestene skal motivere til å fokusere på det friske i stedet for på det syke, det som fungerer i stedet for det som ikke fungerer. Dette er avgjørende for at den

enkelte skal oppleve mestring og selvstendighet, og dermed frihet til å kunne styre livet sitt selv, også når han eller hun er blitt tjenestemottaker.

Aktive helse- omsorgs og folkehelsestjenester betyr aktive og engasjerte medarbeidere med faglig kompetanse som har fokus på god livskvalitet basert på trivsel, mestring og selvstendighet. Sortland kommune skal være en attraktiv arbeidsplass, hvor det legges vekt på kompetanseutvikling og faglige fellesskap, slik at fagutdannet personale ønsker å jobbe her. Dette prinsippet skal fanges opp i mer spesifikke planer og strategier for et bedre arbeidsmiljø innen for fagområdet. Denne planen har et nøye faglig fokus på bruker og brukers behov .

Rehabiliteringstanken skal være gjennomgående i all tjenesteyting. Rehabilitering betyr å ta utgangspunkt i den enkelte sine ressurser for å gjenopprette, vedlikeholde eller redusere tap av funksjoner.

Forslag til den fremtidige omsorgskjeden fundamenteres på en omsorgsfilosofi som er bygget på det beste effektive omsorgs nivå. Omsorgen skal være kostnadseffektiv og gi innsparinger sett opp mot alternative løsninger.

Det betyr at det legges vekt på tiltak som har til hensikt å muliggjøre at mennesker kan bo i eget hjem, herunder å satse på helsefremmende og forebyggende tiltak som bygger opp under og ivaretar menneskets egenomsorg og sosiale liv. Dette innebærer også støtte til brukers nærmeste omsorgspersoner og nærmiljø.

Aktive helse- omsorgs og folkehelsestjenester betyr at sykehjemmet først og fremst skal satse på videreutvikling av kortidsfunksjoner. Det vil si at innbyggerne skal få midlertidige tilbud om:

- observasjon og behandling
- rehabilitering og opptrening/hverdagsrehabilitering
- avlastning
- tilbud om smertelindring og omsorg ved livets slutt (palliativ behandling).

Langtidsopphold på sykehjem skal tildeles i de tilfeller hvor tjenestemottakeren har så dårlig helse at han eller hun ikke lenger kan ivareta sin integritet gjennom å ”ta ansvar for eget liv”.

Personer med stort omsorgsbehov skal tildeles omsorgsbolig med tilbud om omsorgstjenester hele døgnet. Beboerne skal tildeles tjenester etter individuell vurdering og i form av enkeltvedtak. Dette skal gi en større individuell frihet og selvstendighet for tjenestemottakeren. Det skal også tydeliggjøre pårørendes rolle i forhold til omsorgsansvar, slik at mulighet for familieomsorg kan opprettholdes. Utvikling med større mobilitet generelt i samfunnet og derav ofte økt fysisk avstand innen familier, utfordrer muligheten til tett pårørendeansvar og stiller krav til det offentlige.

Strategiene og tiltakene som blir foreslått i denne planen bygger på lovverket innenfor tjenesteområdet og på andre overordnede styringssignaler fra statlige myndigheter. De viktigste styringsdokumenter som denne planen bygger på er:

- St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) ”Mestring, muligheter og mening. ”Framtidas omsorgsutfordringer”.
- Demensplan 2015

- St.meld. nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009
- Innovasjon i Omsorg NOU 2011:11
- St. meld. nr. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen
- St. meld. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

De 4 stortingsmeldingene har som målsetting at tjenestemottakere selv skal ta ansvar for eget liv og være delaktige i å utvikle egne tjenester. De skal også beholde sin integritet og selvstendighet så langt som mulig, selv om sviktende helse og funksjonsnedsettelse gjør at man trenger kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse tjenestene skal gis etter individuelle vurderinger i den utstrekning det er behov for. Tjenestene skal gis i eget hjem så lenge det er mulig, deretter i tildelt omsorgsbolig hvor tjenestemottakeren betaler husleie og får tjenester etter enkeltvedtak.

Når det gjelder behovet for tjenester til eldre, er dette nært knyttet til demografisk utvikling. I tillegg handler det om at morgendagens eldre vil ha andre verdier og holdninger enn dagens eldre. Dette beskrives slik i St.meld. 25:

”Morgendagens eldre vil bli mer kravstore og mindre beskjedne enn dagens eldre er. De vil i noe større grad ønske seg en tilværelse der de kan bruke sine evner, vise hva de kan, og der de kan gjøre nye ting og bestemme selv. Men først og fremst vil de være mindre konforme og mindre tradisjonelle – de vil i mindre grad innordne seg tradisjonelle normer”.

Behovene for helse- omsorgs og folkehelsestjenester vil være vanskelig å fastslå og stortingsmeldingen peker på at det vil avhenge av:

- Inntekts- og velferdsutvikling
- Utdanningsnivå
- Utviklingen på arbeidsmarkedet
- Medisinsk - teknologisk utvikling
- Rusmiddelbruk
- Demens

Tiden framover i Sortland

Innbyggerne skal oppleve Sortland som en god kommune å bo i, og målet er god helse i alle livets faser. Tjenestemottakere skal oppleve selvfølelse, handlekraft og pågangsmot.

Plan for en aktiv helse- omsorgs og folkehelsestjeneste bygger videre på det tilbudet som er bygd opp og ivaretar og viderefører alle de beste trekkene ved dagens tjenester. Sortland har for mange år siden startet med dette og har kommet langt. Kursen har blitt endret slik at Sortland kommune har blitt mer hjemmetjenesteorientert og mindre avhengig av institusjoner eller sykehjem.

Planen analyserer den demografiske utvikling i Sortland. Planen tar og høyde for at framtidige brukere vil stille større krav til selvhjelp enn hjelp. Å motarbeide følelser som utrygghet og ensomhet blant brukerne blir viktig. Planen tar og hensyn til flyttemønsteret vi har sett og fortsatt vil se: at folk med pleiebehov flytter til sentrum og inn i privateide boliger med god universell utforming. I tillegg vil Sortland Boligstiftelse i samarbeid med Sortland kommune bygge opp en god universell boligstandard i leiemarkedet til omsorgsboliger for de som ikke får råd til å kjøpe selv.

Det er viktig at man fokuserer på sentrale tilbud og at tilbudene gis der brukerne er. Dagtilbud og aktivitet gir trivsel og godt naboskap. Å bruke frivillighet er viktig. Sortland har behandlet en frivillighetsmelding og frivilligheten er aktiv og har mangfold i Sortland. Helse og omsorgstjenesten ser ingen indikasjoner på at frivilligheten er i ferd med å dø ut, men det ses indikasjoner på at nære omsorgspersoner rundt personer med for eksempel demens ønsker avlastning og ferie i større grad nå enn det som var tilfelle tidligere.

Enhetene må være opptatt av rekruttering. En ser nå på småstillingsproblematikken. Å arbeide med turnusendringer og nye arbeidstidsordninger for å skape en heltidskultur er viktig. Det er viktig for å kunne være med i konkurransen om kvalifisert arbeidskraft og for å kunne høyne effektiviteten i organisasjonen.

Sortland har et forbedringspotensial. Dette går nettopp på slike ting som Stortingsmelding nr 16 tar opp: *kapasitet og kompetanseheving, kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, bedre samhandling og medisinsk oppfølging, aktiv omsorg og partnerskap med familie og frivillige.* For å kunne møte morgendagens behov er det viktig å prioritere ressursene slik at det gir best mulig helse- og omsorgstjenester til lavest mulig kostnad.

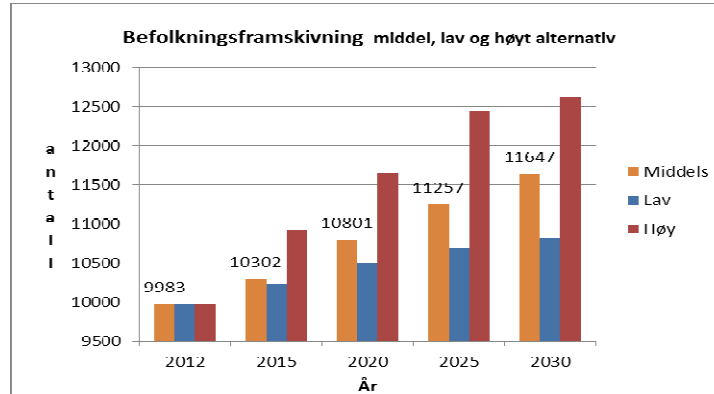
Det er viktig at utviklingen og planleggingen imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov. Dette er hentet fra Sortland sitt vedtatte strategidokument (Kommuneplan for Sortland 2008-2020) Denne kommunedelplanen for helse, omsorg og folkehelse 2014-2030 har som hovedføring; bærekraftprinsippet. Dette tolkes i denne planen slik at en oppfatter både måten samfunnet ivaretar natur og miljøfaktorer på og i videre forstand også omfatter hva som overleveres kommende generasjoner. Det kan blant annet gjelde befolkningens totale helsetilstand, den økonomiske situasjon, befolkningens kompetanse til å løse utfordringene og andre avgjørende forhold for et godt menneskeliv. Framtidens helse og omsorgstjeneste skal være så kostnadseffektiv at sektoren ikke belaster den arbeidsføre delen av befolkningen på en måte som hemmer det øvrige samfunnsliv. Det må bygges opp under friskhet og forebygging på en måte som fremmer samfunnsstrukturen og samfunnsutviklingen på en positiv måte. Dette vil kreve at det offentlige maksimerer faglighet, teknologi og organisasjonsutvikling i stadig større grad.

Lokalt vil det medføre en satsing på:

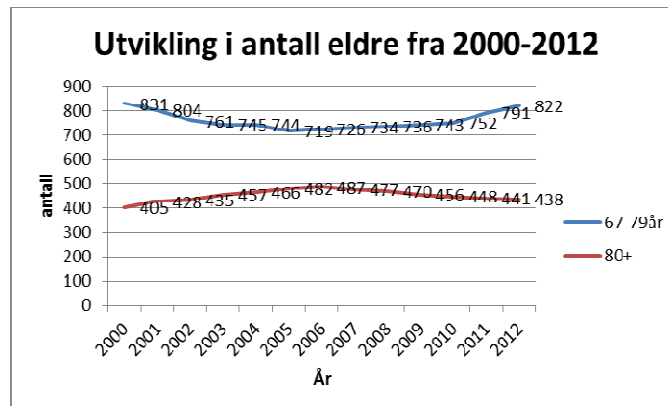
- Kompetanseutvikling/ rekruttering
- Velferdsteknologi
- Effektive organisasjoner.

For flere detaljer henvises det videre til Vedlegg B: Diverse tilleggsopplysninger bilag. Tema 2: Utdrag fra rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet (IS-1/2012) og utdrag fra KOSTRA analysen.

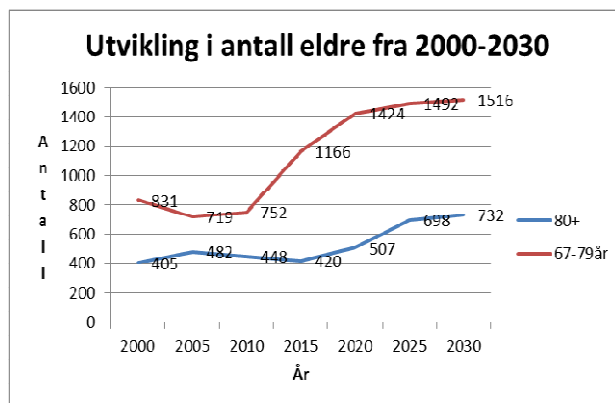
Befolkningsutvikling i Sortland kommune



Vi er nå i 2014 ca 10 200 innbyggere i Sortland. Befolkningen vokste med 916 personer fra 2000 til 2011. I 2014 nedjusterte SSB befolkningsframskrivningen middels alternativt marginalt med 1.6 %. Et lønnsomt næringsliv, og en økt boligbygging, samt en rekke andre faktorer, gjør at befolkningsframskrivningen i all sannsynlighet vil følge det midle og høye alternativet helt eller delvis fram mot 2030. En ser at den eldre delen av befolkningen nærmest vil doble seg i perioden. Dette er en viktig forutsetning for planen. Tabeller om befolkningsframskrivning på et mer detaljert nivå foreligger i vedlegg (se Vedlegg B: Diverse tilleggsopplysninger bilag tema 3).



Figuren viser hvordan den eldre delen av befolkningen har utviklet seg fra år 2000 til og med 2012. Man ser fra 2006 et fall i antall eldre fra 80 år og oppover. Dette fallet vil vedvare fram til 2015 for deretter å stige eksponentielt fram til 2030. Fallet vil utgjøre en nedgang på ca 70 personer for perioden 2006- 2015. Stigningen fra 2015 vil bli fra 420 til 732 personer jf høyt alternativ, altså en økning på 312 personer. Ved middels alternativ på befolkningsframskrivningen vil økningen bli på bli på 273 personer. Ytterligere tall og konsekvenser blir analysert inn under hvert enkelt satsingsområde i planen.



Figuren viser hvordan utviklingen i antall eldre har vært fra 2000 og fram til i dag. Figuren viser så hvordan denne befolkningsgruppen vil utvikle seg fram mot 2030 (middels alternativ jf befolkningsframskrivningen). Antallet for 80 år og oppover vil nær doble seg fra om lag 2015 til 2030. Man ser og en utflating fra 2025-2030.

For flere detaljer henvises det videre til Vedlegg B: Diverse tilleggsopplysninger bilag. Tema 3.

Satsningsområder i Sortland kommune fram mot 2030

Plan for en aktiv helse - og omsorgtjenester har 11 satsningsområder som vurderes å være de viktigste fram mot år 2020. Satsningsområdene er:

1. Folkehelse
2. Helsetjenester i hjemmet
3. Helsetjenester
4. Habilitering
5. Demens
6. Kreftomsorg og lindrende behandling
7. Heldøgns omsorg og pleie i institusjon samt bofellesskap
8. Rehabilitering - fysioterapi
9. Psykisk helsearbeid og rus
10. Frivillighet
11. Velferdsteknologi
12. Konkurransetsetting og privatisering

Det vil også være behov for utredninger og oppdatert informasjon om følgende temaer i forbindelse med utarbeidelse av helse, omsorg- og folkehelseplan for Sortland:

- **Behov for kompetanse**
- **Framskrivning av antall personalårsverk og behov for rekruttering av kompetent arbeidskraft.**

Satsningsområde 1 (Folkehelse)

Hovedmål for Sortland er:

Flere år med gode liv for Sortlands befolkning! Sortland – en folkehelsekommune.

Sortland kommune skal være en foregangskommune i det moderne folkehelsearbeidet hvor vi går fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv, hvor oppmerksomheten rettes mot faktorer som påvirker helsen. Dette innebærer tiltak i alle sektorer for å skape gode oppvekst-

og levekår, og legge til rette for sunne levevaner, og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Tilsvarende tenkning finnes også i Nordland Fylkeskommune: Handlingsplanen for folkehelsearbeid 2013-2016.

Folkehelse dreier seg om følgende:

1. Folkehelse: (folkehelseloven 1.1.2012.). Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen.
2. Folkehelsearbeid: Handler om å legge til rette for og fremme befolkningens helse og trivsel, og redusere faktorer som har negativ innvirkning (jf. Folkehelseloven § 3).
3. Tverrsektorielt ansvar: Vanskelige levekår kan ha sosiale og helsemessige konsekvenser. Dette er en utfordring for flere enn helsesektoren. Det kreves en bred og god tilnærming på mange områder. Løsningen ligger i samfunnsplanlegging og er ikke et ansvar for helsevesenet alene.

Slik vil vi ha det:

Folkehelse skal være et satsningsområde for alle som jobber i Sortland kommune. Dette innebærer at vi tenker helse og det forebyggende perspektivet i alt vi gjør.

Folkehelsekoordinator jobber i 100% stilling, gjerne med videreutdanning innenfor folkehelsearbeid, og sitter sammen med kommunelege som en del av arbeidsgruppene i alt relevant planarbeid i kommunen. Sortland kommune følger Legeforeningens anbefalinger for en kommune med over 10 000 innbyggere, og har også en kommunelege som jobber i 100 % stilling.

Kommunen har etablert en frisklivssentral helt i tråd med anbefalingene fra Helsedepartementet slik at hele befolkningen har et kommunalt helsetilbud for veiledning til endring av levevaner. Sortland kommunes leger kan henvise pasienter til trening, kostholdsveiledning og røykesluttkurs på sentralen, som blir et naturlig midtpunkt i folkehelsesatsingen med stor daglig aktivitet for alle aldersgrupper.

På denne sentralen har vi kunnskap og kompetanse for å jobbe tett mot barnehager og skoler for å øke fokuset og kunnskapen på fysisk aktivitet og ernæring, samt tobakk- og rusforebygging. Også helsestasjonen nyter godt av samarbeidet med frisklivssentralen i oppfølgingen av barn med overvekt, og som en sparringspartner i folkehelsearbeidet. Frisklivssentralen har en sentral beliggenhet i Sortland kommunes "Helsehus", og blir dermed en naturlig møteplass for god kommunikasjon, erfaringsutveksling og uttalt samarbeid mellom kommunen, frivillig- og privat sektor. Kommunen har styrket fokus på drift av helsefremmende barnehager og skoler.

Status for tjenesten: Beskrivelse

Sortland kommune har i dag en folkehelsekoordinator i 50 %, og en kommuneoverlege i 50 % stilling. Folkehelsekoordinator og kommuneoverlegen er i organisasjonskartet plassert i enheten Helse under kommunalsjef for Helse og Omsorg.

Kommuneoverlegen jobber med smittevern, miljørettet helsevern og rådgivning for kommunen i flere helserelaterte spørsmål. Kommuneoverlegen sitter i noen plangrupper.

Folkehelsekoordinatoren deltar i noen planer og prosjekter. Koordinatoren planlegger og utfører praktiske folkehelseoppgaver knyttet opp mot skole og frivillighet, mye for å øke bevisstheten på for eksempel viktigheten av fysisk aktivitet. I tillegg jobber vedkommende med søknader og rapportskrivning knyttet opp mot prosjekter og avtaler med Nordland

fylkeskommune. Sortland kommune er en partnerskapskommune med Nordland fylkeskommune på folkehelseområdet.

Bevisstgjøring og informasjon til befolkningen er et viktig område som folkehelsekoordinatoren bruker en del tid på, både gjennom sosiale medier, artikkelserie i lokalavisen og gjennom foredragsvirksomhet.

Utover dette jobber alle enhetene i helse og omsorg med sykdomsperspektivet i folkehelsearbeidet i sitt daglige virke.

Utfordringer

Siden arbeid med folkehelse er så inngripende i de andre satsingsområdene i denne planen, i andre planer, og i kultur og kunnskapsutvikling, ser en for seg å arbeide med tidlig påvirkning og samarbeid med for eksempel skolene og frivillige organisasjoner. I denne forbindelse er det viktig å se nærmere på organiseringsmodeller, arbeidsmetodikk og bestilling av rettet kompetanse i et videre perspektiv på tvers av enheter og avdelinger. Det fordres mer samarbeid og bevisstgjøring. Det blir samtidig viktig å nå hele befolkningen.

Fremtidens tjenester:

Folkehelse i Nordland – status og utvikling

Fram mot 2040 vil befolkningssammensetningen i Nordland endres mot en gradvis større andel eldre. Etter 2020 vil all netto befolkningsøkning skje i aldersgruppen over 65 år. En konsekvens av befolkningsutviklingen er økning i aldersrelaterte sykdommer, bla kraftig økning i kroniske sykdommer. Med økt kommunalt pasientansvar som følge av samhandlingsreformen gir dette mange kommuner store helseutfordringer. Dette betyr at det blir særdeles viktig å beholde god helse så lenge som mulig.

Når det gjelder livsstilssykdommene tyder alt på en fortsatt økning i overvekt og fedme, noe som har sin årsak i økende inaktivitet og samtidig for stort og feilaktig matinntak i forhold til aktivitetsnivå. Også annen sykdomsutvikling som kreft og psykosomatisk sykdom gir betydelige samfunnsøkonomiske kostnader gjennom økte helseutgifter og sykefravær. I dag er omtrent 1 av 4 voksne borte fra arbeid daglig, hovedsakelig på grunn av helseproblemer. Det er sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse. Psykiske problemer og lidelser er samtidig en økende utfordring i et folkehelseperspektiv.

Dreiningen av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv tar tid og antakelig for lang tid i forhold til noen av de dominerende negative utviklingstrekk i folkehelsen, herunder den epidemiske fedme-økning, økning i psykiske lidelser og økt forekomst av flere livstilsrelaterte kroniske sykdommer. Så langt er vi heller ikke i nærheten av å bremse kostnadsveksten i offentlige behandlingsutgifter. Det kan også stilles spørsmål om folkehelsearbeidet er offensivt nok og har det volum som skal til i forhold til sterke motkrefter som vokser fram og bidrar til uheldig livsstil hos store grupper i befolkningen.

I dette perspektivet er det behov for omfattende ny helseforståelse. Alle grupper av beslutningstakere må mobiliseres – ikke minst politikere på alle nivå. Uten økt politisk kunnskap om helseutvikling og folkehelseutfordringer er det vanskelig å lykkes. Helsetjenestetilbud er selvfølgelig viktig og bør fortsatt forbedres, men det er ikke mangelen på sykehussenger eller fastleger som gjør oss syke! (Høringsutkast Handlingsplan for folkehelsearbeid NFK 2013-2016)

Tjenestens forebyggende perspektiv:

Tjenesten i seg selv er en forebyggende tjeneste. Folkehelsearbeid kan utøves langs to akser:

- Innsats langs den offensive, proaktive aksen – helsefremming – innebærer å styrke og forbedre befolkningens helse. Målsettingen kan ideelt sett beskrives som å få folkehelsen nærmere WHO's helsebegrep; «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte»
- Innsats langs den defensive, reaktive aksen – sykdomsforebygging – innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom, skade eller lyte oppstår.

Strategier:

For å nå hovedutfordringen: Flere år med gode liv for Sortlands befolkning! Sortland – folkehelsekommunen, har men kommet fram til følgende strategier.

Strategier:

1. Folkehelse – er helse i alt vi gjør (health in all policies) – skal være sektorovergripende og øverst på prioriteringslisten i kommunen.
2. Det skal være lett å ta de helsefremmende valgene i Sortland kommune
3. Befolkningen skal trives i hverdagen, og få veiledning og hjelp for å endre levevaner og forebygge sykdom.

Brukergrupper

Alle innbyggere

De mest betydningsfulle tiltak for folkehelsen i Sortland er:

- Kommunen må etablere en Frisklivssentral slik at vi får et naturlig midtpunkt i Sortland for helsefremmende arbeid, og hvor alle kan få veiledning og oppfølging i livsstilspørsmål.
- Det må settes videre fokus og arbeid på utviklingen av nye lavterskeltilbud som når utsatte befolkningsgrupper for å stagnere og stoppe de sosiale helseforskjellene vi i dag ser.
- Bemanningen på folkehelsesiden må økes slik at muligheten til å jobbe for eksempel tett med skoler og barnehager er tilstede, jf satsingen på helsefremmende barnehager og skoler.
- Det er en målsetting at stadig flere skal ha mulighet og benytte seg å kunne gå eller sykle til barnehage, skole, arbeid eller fritidsaktiviteter, og dette valget skal bli det mest naturlige å ta.
- Folkehelseperspektivet må vurderes i all kommunal saksbehandling.

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 2 (Helsetjenester i hjemmet; tidl hjemmetjenesten)

Hovedmål for Sortland:

Lengst mulig i eget hjem basert på god livskvalitet.

Slik vil vi ha det:

Sortland kommune skal legge vekt på tiltak som har til hensikt å muliggjøre at mennesker kan bo i eget hjem, herunder å satse på helsefremmende og forebyggende tiltak som bygger opp under menneskets egenomsorg, deres sosiale liv, og støtte til de nærmeste omsorgspersoner.

Dette innebærer at tjenestene settes inn i et brukerperspektiv, der det vises respekt for brukerens selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel. I et slikt perspektiv er det viktig å

bygge opp under brukerens evne til egenomsorg. Det betyr at det må etableres et tjenestetilbud, som er tilpasset brukerens varierende behov. Dette betinger samarbeid på tvers rundt enkeltbrukere.

Et dagtilbud, samt tilgang til etablerte tilbud i Sortland, vil dekke et viktig psykososialt behov hos eldre og andre voksne som ikke har adgang til arbeidsmarkedet. Kultur og sosiale aktiviteter er viktige kilder til opplevelser. Helsesatsingen de siste årene viser at aktiv bruk av kultur og opplevelser fremmer identitet, livskvalitet og helse.

Status for tjenesten: Beskrivelse

Helsetjenester i hjemmet innvilges etter Helse og Omsorgstjenesteloven. Det blir gjort individuell vurdering etter søknad.

Tjenestens innhold: Hjemmesykepleie, praktisk bistand, herunder multidose og matombringning. Trygghetsalarm, støttekontakt, personlig assistent og omsorgslønn.

Antall brukere varierer. I 2012 var det i kommunen 350 brukere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Brukerne representerer et vidt spekter av tjenester og volum.

Tjenesten har mange samarbeidspartnere. Det er dagtilbudet, fysioterapi/ergoterapitjenesten, skole, legetjenesten, NAV, barnevernstjenesten, institusjon, sykehus, psykiatri med flere.

Utfordringer

Kunnskapsformidling og fagkompetanse må ivaretas også i helg, høytid og ferie. Det må fokuseres på ønsket mål/retning tilpasset stadig endring i brukerbehov. Her blir rekruttering, egnethet og opplæring viktig.

IT-opplæring og bruk av ny framtidig teknologi må drives systematisk. Rett og hurtig saksbehandling må prioriteres. Viktig med oppdaterte framtidsrettede arbeidsbeskrivelser. Forbedret samarbeid tjenester imellom, for økt tjenestekvalitet, samt et fokus på å ta i bruk ny teknologi.

Helsearbeideren må styrkes i faglighet via integrerte vurderinger mellom helsearbeider, ledelse og stab. Vurderinger og fastsettelse av enkeltvedtak foretatt av tjenestekontoret er og blir viktig.

Samarbeid med frivillige må utvikles. Kan en frivillighetskoordinator drifte samarbeid mellom frivillighet, dagtilbud og tjenester? Transport til aktiviteter/tilbud er ei utfordring både for unge og eldre.

Fremtidens tjenester

Sortland Kommune har de siste årene hatt økning i folketallet, og har som mål at vi innen få år skal bli 12 000 innbyggere.

Det bygges mange tilpassede leiligheter i Sortland, og en ser at både funksjonshemmede og eldre flytter innad i kommunen, noen er også tilflyttere fra andre kommuner. Vi har mange omsorgsboliger i kommunen.

Lovverk og målsetting for tjenesteyting sier at vi skal arbeide for å gjøre befolkningen mest mulig selvhjulpen, tenke forebygging. Tidlig kartlegging samt påfølgende tiltak og veiledning er viktig, og kan hindre negativ utvikling.

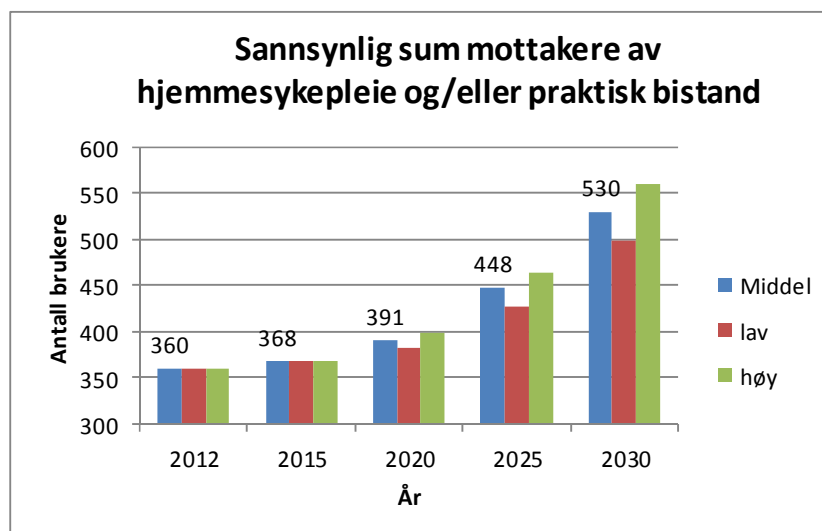
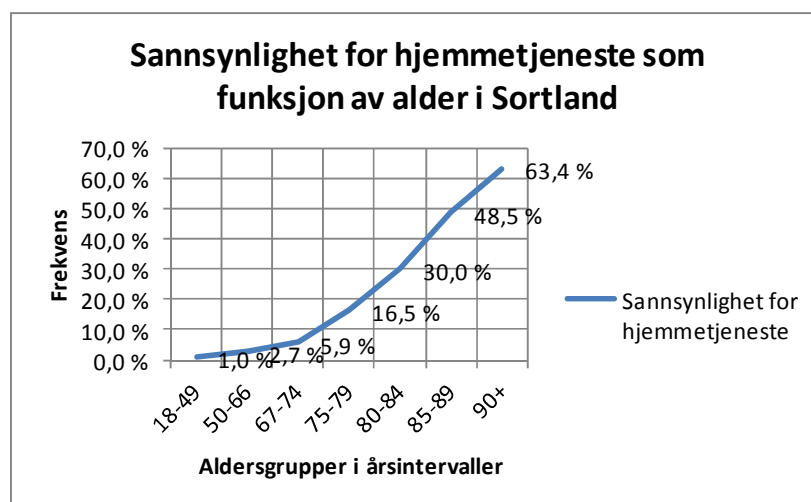
Samfunnet generelt har stort fokus på aktivitet. Fremtidens 65-80 åringer vil sannsynligvis være sprekere enn det som har vært tilfellet til nå. De nye eldre vil sannsynligvis være opptatt av et sunt kosthold og et sosialt liv, som kan forebygge sykdommer. Uansett gir aktivitet en positiv helsegevinst.

Dagtilbud, og andre aktivitetstilbud vil sammen med tjenester i hjemmet, være avgjørende for hvor lenge eldre og funksjonshemmede bor i eget hjem.

Etter samhandlingsreformen ser vi at unge syke og noen eldre, som før lå på sykehus til de ble frisk, velger å dra til sine hjem. Dette har utfordret tjenestetilbudet i kommunen, og kommunen ser at en må rekruttere faglig dyktige ansatte, som kan tilpasse seg raskt de nye utfordringene. Sykehuset setter i gang aktuell medisinsk behandling og tjenesten utføres i hjemmet.

Sannsynligvis er det denne utviklingen vi vil se mer av fremover.

Sortland sentrum, vil med stor leilighetsutbygging være attraktiv også for eldre og funksjonshemmede.



Tjenestens forebyggende perspektiv

Sett i et folkehelseperspektiv, vil mestring av bosituasjon i eget hjem, gi økt livskvalitet. Tidlig kartlegging i hjemmene, samt utvidelse av aktivitetstilbud i samarbeid med frivillige vil støtte opp om denne kvaliteten.

En innovativ hjemmetjeneste, som tar i bruk omsorgsteknologi for at eldre/funksjonshemmede skal kunne bo lengre i eget hjem, under trygge forhold er god samfunnsøkonomi.

Strategier

For å nå hovedutfordringen: Lengst mulig i eget hjem basert på god livskvalitet. Helsetjenester i hjemmet skal være en framtidrettet organisasjon tilpasset framtidige utfordringer:

Strategier:

1. Sortland kommune skal gi innbyggerne mulighet til å mestre eget liv.
2. Sortland kommune skal ta i bruk ny teknologi for å øke opplevd kvalitet på tjenestene.
3. Sortland kommune skal fremme aktivitetstilbud som fører til en bedre helse og aktive liv.

Brukergrupper

Brukere under 80 år.

Eldre fra 80 år og oppover.

De mest betydningsfulle tiltak for helsetjenester i hjemmet i Sortland er:

- Satsingen på helsetjenester i hjemmet må styrkes ytterligere i Sortland jf statlige føringer. Med flere eldre og hjelpetrengende vil tilstrekkelig hjelpetiltak, som medfører at innbyggerne kan bo i sin egen bolig (inkl. omsorgsbolig) lengst mulig, fortsatt skal være en suksessfaktor.
- Vurdere sentrumsnære omsorgsboliger for utleie, samt stimulere til flere privateide boliger, med god universell utforming.
- Møte mellom tjenestemottaker og tjenesteyter - Sannhetens øyeblikk, må utvikles videre.
- Innføre helsesjekk og «helsestasjon» for eldre
- Ny teknologi. Tverrfaglighet og kompetanse på innovasjon. (ny organisering, nye brukere, og nye tjenester)

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 3 (Helsetjenester)

Hovedmål for Sortland er:

Et friskere samfunn.

Visjonært fra Helsedirektoratet (IS-1652) så skal kommunehelsetjenestene være:

- trygge og sikre
- virkningsfulle
- samordnede og koordinerte
- å involvere brukerne og gi dem innflytelse
- å utnytte ressursene på en god måte

- tilgjengelige og rettferdig fordelte

Helsedirektoratet sier i IS 1545 at god helse gir grunnlag for økonomisk velstand og omvendt. Velstand er imidlertid ikke en tilstrekkelig betingelse for god livskvalitet og velferd. Indikatorer på helse må ha med livskvalitet for å kunne brukes som mål på velferd.

Prognoser for fremtidig utvikling synes å gå i retning av bedre behandlingsmuligheter, men også større kostnader. Fra en samfunnsøkonomisk og velferdsmessig betraktningssvinkel blir det dermed stadig viktigere å vurdere når en skal forebygge og når en skal behandle. SSB-tall viser at bare 2,7 prosent av helseutgiftene gikk til forebyggende helsearbeid og helseadministrasjon i 2006.

KOSTRA via Kommunebarometret viser at de beste (5% topp) kommunene bruker kr 604 pr innbygger til dette formålet, mens Sortland bruker kun kr 99,-. Sortland viser en bedring, men er heller ikke blant de 10 beste kommunene i fylket.

Slik vil vi ha det:

Økt satsning på forebyggende tiltak og informasjon

Bedre koordinering og samarbeid (praktisk organisering). Utvikling av kompetanse

Mer effektiv bruk av tilgjengelige ressurser

Det må fokuseres på friskhetsperspektivet.

Pasientforløpstenkingen må være en grunnleggende premisse for både kommune og spesialisthelsetjeneste. I den forbindelse vil kommunenes legetjeneste være sentral. Samhandlingsreformen legger opp til en styrking av allmenntilleggs oppgaver som i dag er knyttet til sykehjem, helsestasjon og skolehelsearbeid.

Fastleger i Sortland er en del av kommunen sitt tverrfaglige behandlingsteam, og legetjenesten er dimensjonert for ivaretagelse av pasientbehov. Sykehjemmene har legetjeneste i tråd med myndighetenes anbefalinger i veileder for legetjeneste i sykehjem. Legetjenesten i Sortland er besatt av leger i store stillingsstørrelser og med nødvendig kompetanse.

Det må arbeides med helseopplysning og kampanjer rettet mot barn og unge. Videre må det arbeides i et stadig større flerkulturelt samfunn og det må utvikles kompetanse for dette i Sortland. Man må se på lokalsamfunnet og veiledning rettet mot god livsstil. Det må og fokuseres på tannhelse og veiledning for en god tannhelse i Sortland.

Status for tjenesten: Beskrivelse

Sortland kommune har i dag 11 fastlegehjemler pluss 1 turnuskandidat. Det har vært kontinuerlig økning i etterspørsel etter legetjenester over en lang tidsperiode og det er fortsatt økende etterspørsel. En del av fokus i dag er rettet mot sykdom – medikamentmisbruk og sykemelding, samt NAV-møter. Dette er ikke et ideelt fokus.

I dag er lokalitetene på Rådhus II blitt for små.

Helsestasjonen har i sammenligning med andre kommuner lite ressurser, men jobber likevel målrettet og effektivt. Oppgavene innenfor miljørettet helsevern er større enn ressursene i den enkelte Vesterålskommune gir mulighet til å løse.

Legekontor og helsestasjon

Ca 50% av legene i Sortland er spesialister innen allmennmedisin. Sortland har lenge hatt et stabilt og effektivt privat kontor. Kontoret er i 2014 overtatt av Sortland kommune. I det siste år har ombygninger bedret kapasiteten ved det kommunale legekontor. Imidlertid er det plassproblemer både på helsestasjonen og ved legekontoret i rådhuset. Den fysiske kapasiteten er i dag sprengt og i særdeleshet på helsestasjonen. Sortland har i de siste år operert med et relativt lavt antall leger pr 1000 innbyggere. Dette er imidlertid bedret i 2013. Det har vært uheldig for kommunen at det ble etablert en solopraksis, ut fra kontroll og oppfølging og sårbarhet for kommunen. Det har vært store utfordringer med å dekke inn etterspørsel, da denne praksisen opphørte. Rehabiliteringstjenesten er underdimensjonert i Sortland, noe som gir leger begrensede muligheter. Det er avsatt lite ressurser til miljørettet helsevern, men det arbeides med dette både kommunalt og interkommunalt.

Sortland kan bygge videre på et høyt faglig nivå i et behandlingsperspektiv. Å utvikle nye og bedre holdninger hos pasient/innbygger ved innføring av et friskhetsfokus er viktig for framtiden og effektiviteten. At legene får henvisningsmulighet til en frisklivssentral er bra. Det gir gode muligheter at det er god interaksjon over hele omsorgsspekteret, noe som vil gi en mer effektiv behandling og et bedre fokus på friskhet. Å rette legetjenester mot for eksempel rehabilitering, institusjon, helsetjenester i hjemmet etc vil føre til en annen type service, bedre mulighet og effektivitet enn det man ser i dag. Helsetjenestefunksjonen er på mange måter et nav i hele organisasjonen. Alle de andre satsingsområdene er avhenging av helsetjenester for å fungere. Gjensidighet og interaksjon mellom legetjenester og andre tjenester er derfor svært viktig.

Framtiden kan gi enda flere diagnoseoppdelinger og vil i verste fall kunne føre til flere sykemeldinger. Tilgjengelighet på informasjon for pasient gjør at legen i konsultasjonene bruker mye tid på å forklare kompleksitet for pasienten. Leger bruker også mye tid på kontroll og kontakt med saksbehandlere i NAV og i møter. Det er få samarbeidspartnere internt i helse omsorg og folkehelse til å løfte sammen med. Innføring av Kommunale Akutte Døgnplasser (KAD) gir kommunen en ny utfordring og det blir spennende å se hvordan det vil påvirke innleggelsesrate og liggetid i sykehus. Statistikk fra andre kommuner tilknyttet Nordlandssykehuset viser en ikke oppløftende statistikk så langt. Foreløpig har innføring av slike plasser ikke gitt lavere innleggelsesrate eller kortere liggetid i sykehuset.

Helsestasjon

Tjenestene på helsestasjonen holder et høyt faglig nivå, mange av de ansatte har etterutdanninger også utover jordmor-/helsesøsterutdanning. Det er positivt at helsestasjonen har et høyt fokus på psykisk helse i skole, særlig ungdomsskole og videregående skole. Det er stabil bemanning på helsestasjonen, og den representerer godt innarbeidede tjenester med gode rutiner. Helsestasjonen har et godt kvalitetsstyringssystem.

Det er lav helsesøsterdekning i.h.h.t antall barn. Avdelingen kan ha svak omstillingsevne all den tid oppgavene i stor grad er sentralstyrt gjennom forskrifter og veiledere fra departement og direktorat.. Det er plassproblemer og fysisk kapasitet er i dag sprengt. Det er ikke mulig å øke kapasiteten vesentlig uten å øke den fysiske kapasiteten.

Det er gode interaksjonsmuligheter med andre satsingsområder og med resten av helse og omsorgsorganisasjonen i Sortland, men stor grad av samhandling krever en viss romslighet ressursmessig.

Mange statlige krav og føringer uten medfølgende ressurs er en utfordring. Et eksempel er overvektsproblematikk hos barn og innføring av tiltak. Det utfordrer den faglige integriteten hos helsesøstre å måtte veie overvektige barn uten å ha ressurser nok til å iverksette tiltak. Svak ressurstilgang på helsestasjonen medfører at Sortland kommune scorer relativt svakt på helseområdet i kommunebarometeret.

Utfordringer

Helsetjenester er på mange måter et nav i helse- omsorgs og folkehelseorganisasjonen i Sortland. Medisinske behov avdekkes og diagnoser stilles i dette viktige satsingsområdet. De andre satsingsområdene er svært avhengige av kvaliteten og kunnskapen innen helsetjenester. Helsetjenester er også svært avhengig av kvalitet og kunnskap i de andre satsingsområdene, og innsatsen må være koordinert.

Ved å satse på kunnskap, kapasitet og gode fasiliteter i synkron interaksjon med de andre satsingsområdene vil man kunne få anledning til å fokusere på friskhet og et friskere samfunn i stedet for sykdom og oppdemming av symptomer. Det vil føre til god samfunnsøkonomisk lønnsomhet og en mer effektiv tjeneste. Helsestasjonen har allerede i dag en klar og forskriftsmessig hjemlet føring for å jobbe forebyggende blant barn og unge.

Fremtidens tjenester

Legene må være mer sentral og komme i bedre dialog med de øvrige tjenesteområdene. I utgangspunktet har legene den beste kompetansen i et helseperspektiv. Denne kompetansen må få anvendelse i hele helse og omsorgsorganisasjonen.

Tjenestens forebyggende perspektiv

Tidlig kontakt i samhandling med andre tjenesteprodusenter med fokus på friskhet. Legetjenesten må engasjeres i forebyggende aktiviteter i barnehager og skoler, eksempelvis i etableringen av helsefremmende barnehager og skoler. Fastlegene må gis alternativer til reseptskriving og skriving av sykemeldinger. En god start på dette vil være at de gis mulighet til å henvise pasienter med livsstilsutfordringer til en frisklivssentral. Helsestasjonen har samfunnets viktigste og klareste funksjon som forebyggende instans overfor barn og unge. Denne funksjonen må gis resursmessige betingelse for å fylle denne rollen på en enda bedre måte.

Strategier:

- 1) Det må dannes møtepunkter via en bedre organisering av helse og omsorg.
- 2) Det må dannes en god kommunikasjonsplattform.
- 3) Vurdere interkommunalt samarbeid med tanke på løsning av komplekse oppgaver.

Brukergrupper

Alle innbyggere

De mest betydningsfulle tiltak for helsetjenester i Sortland er:

- Endre fokus fra sykdomsperspektiv til friskhetsperspektiv
- Kvalitativt gode og kostnadseffektive legetjenester
- Nytt Helsehus som rommer frisklivssentral, legesenter (offentlig/privat), helsestasjon, samt utleiemuligheter for eksempel til avtalespesialister o.a.

- Kronikersatsing (lærings og mestringstilbud). (diabetes, kols, overvekt) Spesialisthelsetjenesten versus kommune (begge har ansvar for lærings og mestringstilbud). Imidlertid må grensesnittet avklares.
- Tilføring av ressurser til helsestasjonen slik at dagens og framtidige oppgaver kan løses på en forsvarlig måte.
- Gjennomgripende forebyggingstiltak i hele kommunens satsing på barn og unge som motvekt til voksende psykiske utfordringer blant barn og unge.
- Helsestasjonen som lavterskeltilbud må tydeliggjøres og muliggjøres gjennom fysiske, organisatoriske og ressursmessige grep.
- Økt satsing på oppfølging av mor og barn i tidlig barselperiode.
- Kvalitetsmessig god helseoppfølging av flyktninger

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 4 (Habilitering)

Hovedmål for Sortland er:

Habilitering skal være framtidsrettet, helhetlig og fortsatt utvikle det forebyggende tilbud, med tidlig innsats som bidrar til økt mestring og meningsfylt tilværelse.

Habilitering dreier seg om tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse – eller funksjonsproblemer.

Jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator:

“Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å nå best mulig funksjons – og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

Habilitering kan også defineres som tiltak for å mestre / lære funksjoner som en naturlig burde kunne.

Slik vil vi ha det:

Personer med behov for habiliteringsbistand skal ha et helhetlig tjenestetilbud som dekker vedkommendes behov. Det skal samarbeides på tvers av avdelinger, sektorer og forvaltningsnivåer. Brukermedvirkning vektlegges.

Helsestasjon, barnehage, skoler og andre avdekker habiliteringsbehov, og melder om behov for individuell plan og/eller koordinator til koordinerende enhet. Ved behov for langvarig koordinering av tjenester skal det oppnevnes koordinator.

Individuell plan benyttes som verktøy for samordning av tjenester når lovens formål er oppfylt og når bruker ønsker det. Dette krever samtykkeerklæring fra bruker, eller pårørende. Ansvarsgruppe benyttes som arbeidsform.

Kommunen bør ha etablert en koordinator/ habiliteringsenhet som jobber tverrsektorielt og som kan prioritere tidlig innsats og starte forebyggende habilitering hos brukere som ikke har en naturlig tilknytning til helse- og omsorg. Forankringen ligger hos rådmannen.

Koordinator må ha klare retningslinjer. Koordinator samhandler med bruker/pårørende og aktuelle samarbeidspartnere som: enheter i helse- og omsorg, BUP, VOP, NAV, skoler, barnehager, PP-tjenesten, Ambulant habiliterings- og rehabiliteringsteam, og andre instanser. Ofte dreier habiliteringsarbeid seg om forvaltning av muligheter for brukers beste.

Jfr veileder IK 2614 fra 1998 så er tilfeller med habiliteringsbehov; se liste nedenfor. Dette er ikke utfyllende:

- Bevegelseshemninger, som kan være vanlig ved cerebral parese, muskelsykdommer, nevromuskulære sykdommer, ryggmargsbrokk, tilstander etter alvorlige rygg- og hodeskader og skjelettirregularitet.
- Sansedefekter, først og fremst helt eller delvis hørsels- og/eller synstap som kan være medfødt eller utviklet på grunn av sykdom eller skade.
- Kognitiv svikt, herunder ekspressive og impulsive språkvansker
- Avvikende atferd, som kan være vanlig for barn med ADHD, Tourettes syndrom, Aspergers syndrom og andre syndromer. Også psykisk utviklingshemning og autisme kan medføre atferdsproblemer.
- Mange av diagnosene/symptomene er økende, særlig innenfor kategorien atferd som kan være avvikende.

Status for tjenesten: Beskrivelse

Det finnes i dag 36 boliger for personer med utviklingshemming. 21 brukere av fysioterapi og ergoterapitjenesten er under 18 år, derav 7 nye brukere i 2012. Dette er barn med bl.a. utviklingsforstyrrelser, fysiske funksjonsvansker, cerebral parese og hjernesker.

27 personer har fått innvilget søknad om individuell plan i løpet av 2012.

I dag finnes det ingen nasjonal oversikt over forekomsten av alle diagnoser som medfører funksjonsnedsettelse. For de diagnoser vi har forekomsttall på, mangler man oversikt over hvor mange som trenger habiliteringsbistand på de ulike tjenestenivåene og hva disse barna, ungdommene og familiene faktisk har behov for (IS 1692 Helsedirektoratet).

I Sortland finnes det heller ikke nøyaktige tall over antall personer med habiliteringsbehov. Det vises til analyse inn under overskriften framtidens tjenester

I helsedirektoratets handlingsplan (IS1692) indikeres det at behovet for habiliteringsbistand vil være økende.

Utfordringer

Siden habilitering er så spredt og at en ser for seg å arbeide med tidlig oppdagelse og samarbeid med for eksempel skolene så er det viktig å se nærmere på organiseringsmodeller, arbeidsmetodikk og bestilling av rettet kompetanse i et videre perspektiv på tvers av enheter og avdelinger. Det fordres mer samarbeid.

Fremtidens tjenester

Medfødte tilstander som blir tydeligere med økende alder, medfører ofte behov for habiliteringsbistand. Det er viktig å oppdage behovet i tidlig alder. Tidlig innsats og forebygging kan være med å øke funksjonsgraden for de som har et habiliteringsbehov.

Sannsynligheten for antall personer med habiliteringsbehov i Sortland, med utgangspunkt i helsedirektoratets statistikk, er ca 225 personer i alderen 0-17 år.

Nye sykdommer og syndromer.

Strategiplan Habilitering av barn (regjeringen.no 2004) påpeker at rundt 2-2,5 % av barn og unge har behov for habilitering på spesialisthelsetjenestenivå (det er grunn til å tro at dette tallet har økt, med tanke på økning i autismepopulasjonen og i gruppen personer med lettere utviklingshemming).

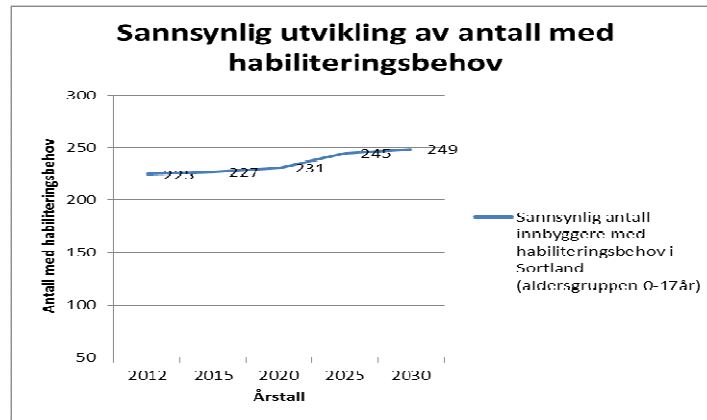
Vi ser også i Sortland at antall barn med behov for tverrfaglige spesialiserte habiliteringstiltak sannsynligvis vil øke. Genetisk veiledning, prenatal diagnostikk og forebyggende tiltak vil bare i mindre grad kunne redusere forekomsten av kjente funksjonshemninger. Et økende antall for tidlig fødte barn vil trolig overleve med ulike nevrologiske funksjonshemninger som vil føre til habiliteringsbehov.

Gjennomsnittsalderen til personer med utviklingshemming, autisme og andre funksjonsnedsettelse er økende, noe som gjør at etterspørselen etter habiliteringstjenester til voksne, og særlig eldre voksne, vil øke.

Dette fra: <http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/divisjon-habilitering-og-rehabilitering/Documents/Omr%C3%A5deplan%20habilitering%20og%20rehabilitering%20Innlandet%2001.12.11%20hefte.pdf>

Det tas utgangspunkt i befolkningsframskrivingen av den unge delen av befolkningen i Sortland.

Årstall	I alt	0-5 år	6-17 år	totalt
2012	9983	721	1525	2246
2015	10302	744	1525	2269
2020	10801	797	1512	2309
2025	11257	827	1622	2449
2030	11647	818	1668	2486



I Sortland er det 3-4 nye tilfeller årlig som rekrutterer til spesialisthelsetjenesten vedr habilitering fra hvert fødselskull.

I Sortland blir det utfra landsgjennomsnittet nyrekruttert 10-15 nye personer pr år som vil ha et generelt habiliteringsbehov.

Det generelle habiliteringsbehov i Sortland vil øke til opp til ca 250 personer i 2030 under ellers like forhold. Dette gjelder aldersgruppen 0-17 år. I dag finnes det antageligvis 225 personer med habiliteringsbehov. Antallet og andelen kan bli høyere utfra diagnoseutvikling og avdekking.

Boligstruktur for voksne med utviklingshemming:

HVPU – reformen gjeldende fra 1991 slo fast at alle innbyggere i Norge har de samme rettigheter til egen bolig, arbeid osv. Med dette var særomsorgen skrinlagt og alle utviklingshemmede hadde de samme rettigheter som andre mennesker i samfunnet. I Sortland er det bygget opp flere botilbud med samlokaliserte boliger for utviklingshemmede. Felles for alle er at det opereres med egne leiligheter og minimalt med fellesareal. Dette er gode boliger som gir rikelig anledning til privatliv og mulighet for å sette sitt særpreg på den enkeltes heim. I den senere tid har det imidlertid kommet opp et behov for å tenke noe annerledes på dette området. Noen foreldre setter det sosiale liv for sine voksne barn høyere enn retten til egen bolig. Det kan medføre at Sortland kommune må tenke nytt i forhold til utforming av botilbud til utviklingshemmede. Det vil bli satt i gang utredning av dette behovet og hvordan det kan imøtekommes. En eventuell omlegging på området kan medføre at enkelte av dagens botilbud omdefineres og brukes til andre formål. Alle endringer på dette området må skje i nær forståelse med et enkelte individ og denne familie.

Tjenestens forebyggende perspektiv

Habiliteringsarbeid bidrar til økt mestrings- og funksjonsevne, større selvstendighet og høyere livskvalitet hos den det gjelder. Habiliteringsarbeid virker forebyggende på fysiske og psykiske helseplager, samspillsvansker, og sosiale ulikheter.

Fokus på universell utforming og holdningsskapende arbeid i samfunnet virker forebyggende og gir ivaretagelse.

Strategier:

- 1: Utvikle tverrfaglig habiliteringskompetanse.
- 2: Samordne frivillige og kommunale ressurser.
- 3: Fysisk tilrettelegging ved universell utforming, og bruk av hjelpemidler.

Brukergrupper

Personer med utviklingshemming

Personer med fysisk funksjonshemming

Barn og unge i barnehager og skoler, med habiliteringsbehov.

De mest betydningsfulle tiltak for habilitering i Sortland er:

- Siden habilitering er så spredt og at en ser for seg å arbeide med tidlig oppdagelse og samarbeid med for eksempel skolene.
- Det viktig å se nærmere på organiseringsmodeller, arbeidsmetodikk og bestilling av rettet kompetanse i et videre perspektiv på tvers av enheter og avdelinger.
- Det fordres mer samarbeid
- Annen arbeidsmetodikk i samarbeid med andre enheter i kommunen. Tidlig avdekking og koordinert innsats.
- Utredning av ny boligstruktur for voksne personer med utviklingshemming

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 5 (Demens)

Hovedmål for Sortland er:

Kvalitet og trivsel gjennom sykdomsforløpet.

En god demensomsorg må ta utgangspunkt i tilgjengelig muligheter for å begrense utviklingen av sykdomsforløpet og skape trygge og forutsigbare rammer og situasjoner for den syke.

Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner.

Slik vil vi ha det:

Mennesker med demenssykdom skal ha tilrettelagte bo - og aktivitetstilbud, slik at de kan oppleve en mest mulig meningsfull tilværelse og mulighet til fellesskap med andre.

Status for tjenesten: Beskrivelse

I dag har Sortland kommune 13 institusjonsplasser for personer med demens på Håløygtunet og 24 plasser for personer med spesielle behov, herunder demens på Lamarktunet. To av plassene brukes til avlastning, vurdering og korttidsopphold. Totalt 37 sykehjemsplasser brukes for personer med demens og for personer med spesielle behov.

Kommunen har et demensteam som består av 3 personer, 2 sykepleiere og 1 vernepleier. Resursen i dette arbeidet utgjør til sammen 41 % stilling.

Teamet har følgende arbeidsoppgaver: utredning, oppfølging, forebygging, veiledning til; pasient, pårørende, helsepersonell, og kurs. Teamet driver også "Pårørendeskole". Teamet deltar i demensteamnettverk Vesterålen, og nettverk for ledere av demensteam i Nordland. Begge i regi av Kløveråsen kompetansesenter. Demensteamet samarbeider via prosjekter med Aldring og Helse – Nasjonalt kompetansesenter

Sortland kommune kan i dag tilby følgende tjenester til personer med demens: Helsetjenester utfra individuell vurdering, praktisk bistand, vurderingsopphold i forhold til rett omsorgsnivå, avlastningsopphold, korttidsopphold, dagtilbud, oppfølging fra demensteamet, samt institusjonsplasser for langtidsopphold.

Det er et utstrakt samarbeid med sykehus, Kløveråsen kompetansesenter og frivillige organisasjoner som for eksempel besøkstjenesten, TERMIK og demensforeningen mfl..

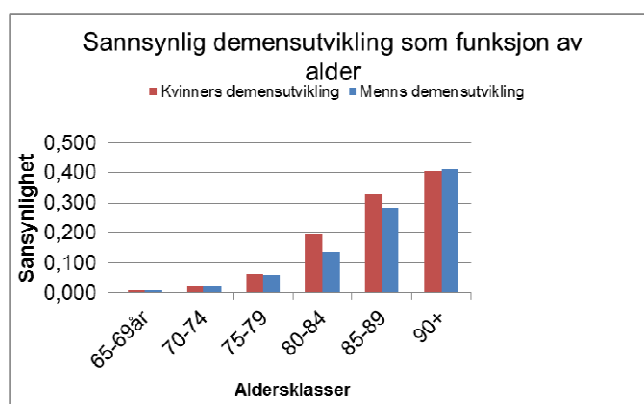
Utfordringer

Innenfor demensrelaterte tjenester ser en at det er høyt sykefravær og lavt nærvær blant ansatte. Der er problemer med at mange stillingsandeler er for små, noe som fører til vansker med å få rekruttert personell med god og høy kompetanse. Alt dette er faktorer som fører til lav motivasjon og lav demenskompetanse. Det må satses på utvikling av kompetanse, motivasjon og videreutdanning. Det er viktig at personell arbeider på tvers av avdelinger for å sette kommunen i stand til å ansette godt kvalifisert personell som er motivert. Egnethet er svært viktig for å få til en god demensomsorg i en trygg ramme.

I følge Nasjonalforeningen for Folkehelsen samt relevant faglitteratur, har kun 6,5 % av de som bor hjemme med en demenslidelse et tilbud om et sted å være på dagtid. Studier tyder på at et dagsentertilbud kan utsette innleggelse på institusjon/bofellesskap med over 300 døgn. Sortland kommune skal bidra til at mennesker som er avhengige av praktisk eller personlig hjelp, får muligheten til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre.

Fremtidens tjenester

Demens er en sykdom som ofte kommer med økende alder. Sykdommen er irreversibel. Sannsynligheten for å få demens er forskjellig mellom kjønn og alder. Se figur

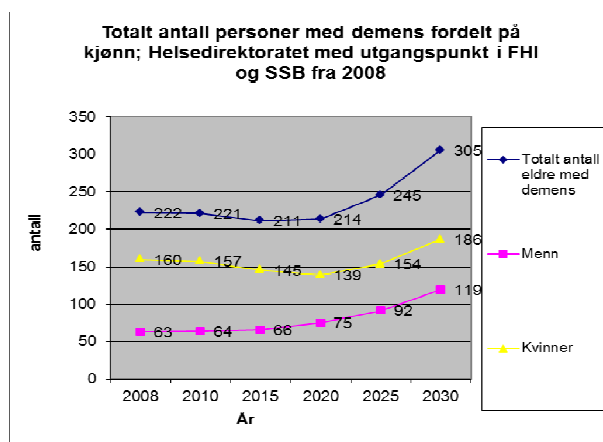


Det er vanlig å dele sykdommen i forskjellige stadier: mild, moderat og alvorlig form.

Den milde formen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet. Ved den moderate formen kan man ikke klare seg uten hjelp fra andre. For kategorien alvorlig er kontinuerlig tilsyn og pleie helt nødvendig, og det er vanlig å bo i institusjon. Forekomst av demens blant pasienter i vanlige sykehjem i Norge er i størrelsesorden 70-80 % (K. Engedal, 2000). Tallet er økende.

Cirka 15 % kan karakteriseres i gruppen mild demens, omkring 45 % i kategori moderat demens og anslagsvis 40 % i kategori alvorlig demens. Grensene flyter over i hverandre.

Når man ser på framtidig utvikling av antallet personer med demens, så er dette i funksjon av sannsynlighet for å få diagnosen og økning i antall innbyggere. Etter Helsedirektoratets oppfatning vil antallet doble seg på landsbasis innen 2030. For Sortland vil dette føre til en utvikling fra 148 personer i dag til 305 personer i 2030. En ser at antallet rundt 2020 vil gå ned marginalt for kvinner, mens det øker hele tiden for menn. Forskjellene kan være heftet i blant annet forskjellig levealder for kjønnene (se figur nedenfor).



I dag finnes det 37 institusjonsplasser som er øremerket personer med demens og spesielle behov i Sortland. Jfr SSB så har vi i dag 148 personer med demens i Sortland. 25% av disse bor altså i institusjon. Ifølge Helsedirektoratet vil antall personer med demens dobles innen 2030. Dette vil medføre et behov for å bygge ut ca 40 plasser i løpet av kommende år.

En slik utbygning kan faseinndels etter behov og reel utvikling, men det betinger at det arbeides med en totalplan for framtida slik at utbygningene ikke blir for tilfeldige og spredt. Det er viktig å utvikle en kostnadseffektiv organisasjon.

Tjenestens forebyggende perspektiv

Det er viktig å fange opp personer der det er mistanke om demens. I den forbindelse må kommunen være en aktiv pådriver for å tilrettelegge et tilbud om rådgivning- og veiledning rettet mot pårørende. Erfaringer som er gjort, tyder på at god rådgiving og veiledning av pårørende kan utsette tidspunktet for institusjonsinnleggelse med innpå ett år.

Sortland kommune har opprettet et dagtilbud til demente. Det er viktig at dette satsingsområdet samarbeider godt med helsetjenester i hjemmet. At det dannes faste arbeidslag som er med på å skape trygghet både for brukeren av tjenesten, for de pårørende og for de ansatte. Det tenkes da særlig på kompetanseoppbygging og overføring av denne.

Strategier:

For å nå hovedutfordringen: Kvalitet og trivsel gjennom sykdomsforløpet har man kommet fram til følgende strategi:

1. Sortland kommune skal ha kontinuerlig fokus på kompetanse, motivasjon, holdning og egnethet.
2. Sortland kommune skal sørge for trygge og gode rammer rundt personer med demens.
3. Sortland kommune skal bruke demensteamet som resurs for hele helse og omsorg.

Brukergrupper

Brukergruppe 1. Personer med mild(ca. 15%) og moderat (ca.50%) demens.

Brukergruppe 2. Personer med alvorlig demens (ca. 30%)

De mest betydningsfulle tiltak for demensområdet i Sortland er:

- Flytte demensavdeling på bakkeplan på Lamarktunet (LMT). Dette muliggjør tilgang til sansehagen og gir økt trygghet. Dette er delvis gjennomført.
- Tilrettelagte uteareal der pasienten kan gå ut i sansehagen uten å gå seg bort eller kunne forlate området. Dette kan bidra til økt velvære og trivsel, mindre passivitet og reduksjon i bruk av medikamenter.
- Egen psykogeriatrisk avdeling. Ikke personer med demens og psykiatri i samme avdeling.
- Etablere arbeidslag i helsetjenester i hjemmet.
- Bygge nye plasser for personer med demens på Håløytunet.
- Etablere dagtilbud for personer med demens.

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 6 (Kreftomsorg og lindrende behandling)

Hovedmål for Sortland er:

Trygg, forutsigbar Kreftsykepleie med overordnet koordinerende funksjon, samt en verdig og tilrettelagt lindrende behandling, der pasienten er.

Kreft er en diagnose som gir den rammede og familien mange utfordringer.

Sjokk og krisereaksjon preger ofte den første tida, med behov for informasjon og støtte.

Det å leve videre med en kreftdiagnose etter omfattende behandling, er ofte krevende. Støtte til rehabilitering og kunnskap om lindring av plagsomme symptom har stor betydning for livskvaliteten. Å få være hjemme lengst mulig er et sterkt ønske hos de fleste.

Å få avslutte livet uten unødige plager, krever helsepersonell med god kompetanse innen lindring.

Slik vil vi ha det:

Personer med kreftsykdom og deres pårørende skal oppleve ei trygg og faglig god oppfølging i kommunen i forhold til de ulike utfordringene sykdommen gir.

Alle skal få den hjelpa de trenger for å kunne være hjemme lengst mulig, også med mulighet for å avslutte livet hjemme.

Status for tjenesten:

Kreftsykepleien ble organisert som egen tjeneste i 1994. Tjenesten har 1,3 årsverk.

64 personer har mottatt tjenester fra Kreftsykepleien i 2012.

Det er etablert "Lindrende enhet" ved Kårstua (LBS), med to senger. Kreftsykepleien deltar på legevisitten ved Kårstua, og har ukentlig veiledningsmøte med personalet.

Det er ukentlige samarbeidsmøter med gruppeledere i helsetjenester i hjemmet, samt brukermøter med hjemmesykepleiegruppene vedrørende felles pasienter.

Det er faste veiledningsmøter med personalet i Sjøgata hver 3. uke.

Kreftsykepleien tilbyr og gir ofte internundervisning og veiledning i spørsmål rundt lindring, uavhengig av pasientens diagnose.

Tverrfaglige samarbeidsmøter; med de ulike avdelinger ved LBS, lokalsykehuset, fastleger, fysio- og ergoterapeut m.fl. gjennomføres fortløpende.

Utfordringer

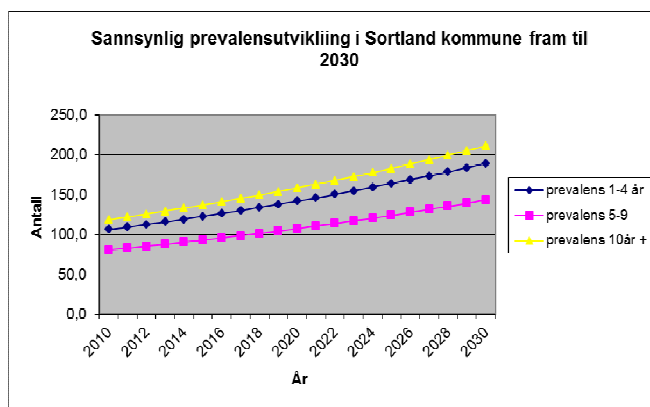
Ut fra risiko og sårbarhetsanalysen ser vi at egen kreftsykepleietjeneste er en stor styrke for Sortland kommune. Kontinuerlig arbeid med å øke kompetansen innen lindring er nødvendig, og etablering av lindringsansvarlige i alle avdelingene i Omsorg vil være av betydning. Etter samhandlingsreformen ser vi at fokus på samarbeid både internt i kommunen og regionalt er viktig for å løse alle pålagte oppgaver. De frivillige representerer et stort potensiale, men trenger koordinering for å utnyttes optimalt.

Ut fra dette har man følgende hovedmål og utfordring: Trygg, forutsigbar Kreftsykepleie med overordnet koordinerende funksjon, samt en verdig og tilrettelagt lindrende behandling, der pasienten er.

Fremtidens tjenester

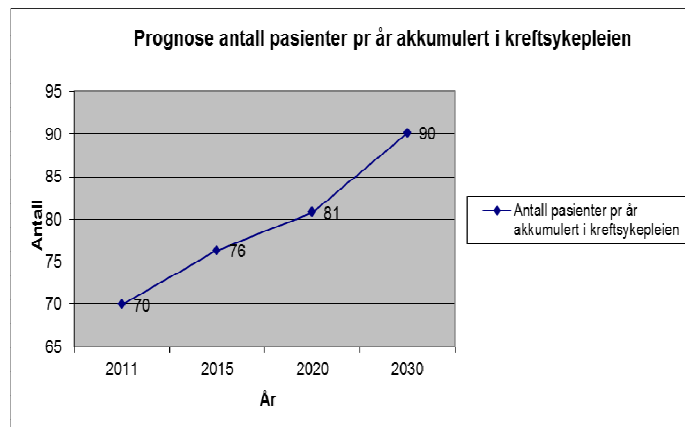
Antall registrerte pasienter i Kreftsykepleien har over de siste 10 år vist en gradvis økning. Dette stemmer overens med tall fra Kreftregisteret i samme periode, som viser en sterkt **økende prevalens** (pasienter som lever med eller har hatt en kreftdiagnose). Årsakene til det er flere, - tidligere og bedre diagnostiseringsmetoder, stadig nye og mer avanserte behandlingsmetoder og økning i antall eldre.

Dette innebærer utfordringer for kommunen. En må ha økt fokus på rehabilitering av kreftpasienter som har gjennomgått ulike behandlinger. Det blir viktig å forebygge senskader av behandlingene. Å gi lindrende behandling til pasienter som lever lenger med sin kreftsykdom samt ta høyde for de ofte komplekse og omfattende problemstillinger dette innebærer både for pasient og pårørende.



Kreftsykepleiens koordinerende rolle blir enda viktigere, der ulike instanser må trekkes inn for å oppnå en helhetlig og god omsorg. Kreftpasienter med behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan.

Personer i prevalensgruppa vil i varierende grad ha behov for tjenester i kommunen. Akkumulerte tall basert på antall pasienter i Kreftsykepleien over de siste 10 år sammenholdt med prevalensfremskriving, viser sannsynlig økning av tjenestebrukere i framtiden.



Kreftbehandlingen vil i framtiden kreve økt kompetanse da utviklingen går mot mer spesialisert og individuelt rettet behandling. Samhandlingsreformens forventninger til økt kommunal kompetanse, økning i antall pasienter i kommunen, koordineringsansvar og et kontinuerlig arbeid med kompetanseheving knyttet til lindring, vil fordre økte ressurser i Kreftsykepleien mot 2030.

Også Kårstua og helsetjenester i hjemmet vil få økt arbeidsmengde fordi antall pasienter med kreft øker. Raskere sykehusutskrivninger og mer behandling i 1.linjetjenesten fører til økt press på tjenestene. Det stiller krav til økt antall kvalifisert personell (sykepleiere) i helsetjenester i hjemmet.

Lindrende enhet bør økes med 1 seng og ha tilsammen 3 plasser.

Kreftsykepleien vil naturlig ha tett samarbeid med planlagt Palliativt team ved NSHV. Hvordan det skal organiseres må ses på etter hvert, men pasienter vil sikres best mulig lindrende behandling med tett samarbeid mellom 1.- 2. og 3. linjetjenesten.

Samarbeid med frivillige må videreutvikles, og fremtidig koordinator er avgjørende.

Tjenestens forebyggende perspektiv.

Med 24.000 nye krefttilfeller pr. år, er primærforebygging av kreft et nasjonalt satsningsområde. Kreftsykepleietjenesten har ikke med sine ressurser prioritert primærforebygging, men ser det som særlig viktig at tiltak rundt livsstil (kost, røyking, alkohol), vaksinasjoner og fysisk aktivitet, naturlig knyttes til Helsestasjonen og Folkehelsearbeidet i Kommunen.

Sortland Kommune vil være aktive i fht tertiærforebygging. Dette satsningsområdet vil hos personer som har gjennomgått eller står i kreftbehandling, kartlegge livskvalitet og forebygge komplikasjoner og senskader. Eksempler på dette kan være etablering av selvhjelpsgrupper / livslystkurs for å støtte opp om mestring og egenomsorg, eller oppfølging med etterlattesamtaler for å forebygge kompliserte sorgreaksjoner.

Strategier:

1. Sortland kommune skal ha en trygg, tilgjengelig og forutsigbar kreftsykepleietjeneste.
2. Sortland kommune skal øke kompetansen generelt innen lindring.
3. Sortland kommune skal utvikle samhandling både internt og eksternt.

Brukergrupper

Brukergruppe 1: Personer med ny diagnostisert kreftsykdom

Brukergruppe 2: Personer som lever med eller har hatt kreft

Brukergruppe 3: Personer i livet slutfase med behov for lindrende behandling i institusjon eller i sitt hjem

De mest betydningsfulle tiltak for kreftomsorg og lindrende behandling i Sortland er:

- **Samhandling og kompetanse** er viktige stikkord for Sortland kommune når det gjelder ivaretagelse av et forventet økende antall kreftpasienter og deres familier. Når sykdom ikke lenger kan kureres, er det primære målet med behandlingen livsforlengelse, symptomforebygging og – lindring. Dette krever spisskompetanse. Kommunen skal ikke bare ha fokus på lindrende behandling til kreftpasienter, men til alle pasientgrupper som har behov for det.
- **Kompetanse** i møte med den ny- diagnostiserte, den som står i krevende behandling og ikke minst den som skal rehabiliteres etter gjennomført behandling er av stor betydning, både for pasient og pårørende. Tall som viser en klar økning i prevalens, gjør at vi i fremtidens tjeneste bør ha større fokus på forebygging, veiledning, rehabilitering og livsmestring. Kreftsyekepleien som en trygg og forutsigbar tjeneste i Sortland kommune, bør styrkes innen 2020.
- **Økt kompetanse**, og kompetanse ut i alle ledd er viktig, derfor vil det prioriteres etablering av lindringsansvarlige i alle enheter i Omsorg. Disse vil utgjøre en egen ressursgruppe innen lindring.
- **Hjemmetid / Hjemmedød**. De fleste pasienter ønsker å være heime lengst mulig, og dette ønsker kommunen å etterkomme. Tilrettelegging i heimen, god kompetanse og tett tverrfaglig samarbeid som gir trygghet er viktige stikkord her. Raskere utskrivning fra sykehus, med fortsettelse av igangsatt behandling hjemme krever kompetent personale. Ei snarlig styrking av hjemmesykepleien med flere sykepleiere blir påkrevd.
- **Lindrende enhet v/LBS** er et godt alternativ for de som av ulike grunner ikke kan være hjemme til det siste. Her tilbys avlastning for pårørende, symptomlindring og en trygg livsavslutning. Kommunen ønsker å utvide enheten fra 2 til 3 plasser.
- **Frivillig omsorg for alvorlig syke** er et viktig bidrag for både den syke og deres pårørende, og vil være en vesentlig ressurs i framtida. Det kreves at noen koordinerer og holder oppe dette arbeidet.

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 7 (Heldøgns omsorg i pleieinstitusjon)

Hovedmål for Sortland er:

Sykehjem med fokus på pleie, behandling og rehabilitering.

Det skal fortsatt satses på hjemmebasert omsorg. Fokus på sykehjemsplasser må ikke komme i veien for satsing på hjemmebasert omsorg.

Sykehjem er en medisinsk behandlingsinstitusjon med tilbud om utredning, observasjon, rehabilitering, pleie ved akutt sykdom og ved livets slutt. Et hjem for de mest pleietrengende.

Slik vil vi ha det:

Sortland skal utvikle sykehjemstjenestene sine i retning av behandling, rehabilitering, lindrende behandling og intermediære tjenester. På bakgrunn av samhandlingsreformen har vi et økt behov for korttidsplasser, siden pasienter blir ferdigbehandlet i kommunen, i stedet for på sykehus. Korttidsplassbehovet kan også forklares i andre nye diagnoser som økte krefttilfeller, behov for lindrende behandling i forbindelse med andre diagnoser som for eksempel nevrologiske sykdommer.

Vi vil ha egne avdelinger som avskiller personer med demens, psykiske lidelser/ utviklingshemming, samt somatiske lidelser fra hverandre.

Området har behov for høy tverrfaglig kompetanse som inneholder sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og vernepleie. Det er viktig å bygge opp avdelingene med denne kompetansesammensetningen.

Status for tjenesten: Beskrivelse

I dag har kommunen 2 sykehjem med til sammen 73 rom. I tillegg finnes det et bofellesskap med 12 hybler med døgnbemanning. (Til sammen 85 rom).

Lamarktunet (LBS): Inneholder 4 avdelinger, 2 med 18 rom og 2 med 12 rom. Alle disse rommene har egne bad.

Håløgtunet: I dag finnes det 13 rom. 7 i den gamle delen som ikke har egne bad. Der finnes også en ny del med 6 rom av god standard og egne bad.

Utfordringer:

Antallet eldre over 80år minker marginalt fram mot 2020 for så å øke kraftig. Antall 67-79år øker, men erfaringsmessig har ikke denne gruppen det store behovet for sykehjemstjenester. Antallet over 90år vil holde seg stabilt i hele perioden.

Trussel om nedskjæringer fører til tapt kompetanse. Det samme gjelder små stillingsandeler, dersom man ikke får til en dynamisk organisasjon. I dag er det en forholdsvis homogen betjening målt i alder. Kvalitetsarbeidet er dessverre nedprioritert. Det tverrfaglige må styrkes. Mange har for liten IKT - kompetanse som gir svakhet i blant annet saksbehandling. Oppbygning av et tjenestekontor retter dette mye opp, men der er svakheter i avdelingene som kan resultere i dårlig oppfølging av vedtak. Avdelingene har mangel på arbeidsrom og egne rom for pårørende.

Framtidens tjeneste:

Fra 2012 til 2030 vil antall eldre over 80 år øke fra 438 til 686 personer (432 – 684). I 2012 hadde Sortland heldøgns plasser til 19% av denne gruppen.

Tabellen viser at det finnes 85 sykehjemsplasser i Sortland i 2012(inkludert bofellesskapsplasser i Sjøgata). Dette med en befolkning på 438 for årsklassen 80 år og oppover. Dette gir en dekningsgrad på 19 %. Holder man fast på dekningsgraden vil dette medføre 130 plasser i 2030.

Alder	År	Sykehjemsplasser	Antall eldre	andel
--------------	-----------	-------------------------	---------------------	--------------

>80 år	2012	85	438	0,19
>80år	2030	130	686	0,19
Differanse		+45	+248	

Dette er et forsiktig anslag ved middels befolkningsvekst. Skulle det høye befolkningsalternativet slå til ville dette betinge 66 flere sykehjemsplasser, i stedet for 45 nye plasser, enn det Sortland disponerer i dag, hvis alle andre faktorer holdes fast. Figuren viser en utflating av antall eldre som rekrutterer til 80 år og oppover. Det er også signaler om en stadig friskere eldre befolkning, samtidig med flere eldre med omfattende sykdomsbilde som lever lengere. Dette viser at det fort kan bli en framtidig overkapasitet på antall sykehjemsplasser. Bygging av sykehjemsplasser må analyseres mer og bør fases i flere omganger, etter en generalplan. Dette for å fange opp eventuelle endringer i statistikkbildet og sykdomsutviklingen i befolkningen. Det må unngås oppbygging av overkapasitet.

Demensomsorgen bør drives på området rundt Håløytunet. Det gjelder også dagtilbud for personer med demens, samt rendyrke LBS mot somatikk.

Forebygging og fordeling gjennom kartlegging av for eksempel alle ved fylte 75 år vil bli viktig.

Strategier

1. Sortland skal investere for å møte økt antall eldre og deres behov.
2. Satsing på rett kompetanse og egnethet.
3. Sørge for rett omsorgsnivå.

Brukergrupper

Det sorters på 3 brukergrupper som har forskjellige behov. Disse brukergruppene griper inn i mange av de andre satsingsområdene for eksempel kreftomsorg og lindrende behandling, hvor arbeidsmetodikken for denne spesifikke gruppen beskrives nærmere. Definisjon på brukergrupper i dette satsingsområdet beskriver hvor de bør samles geografisk for å få til en mer kostnadseffektiv drift blant annet.

Brukergrupper er som følger:

1. Personer med demens og spesielle behov som geriatri innen psykisk utviklingshemming og geriatriisk psykiatri. Disse bør ikke blandes.
2. Langtids somatiske sykehjemsplasser
3. Korttidsplasser

De mest betydningsfulle tiltak for heldøgns omsorg i pleieinstitusjon i Sortland er:

- Bygge ut Håløytunet med 40 plasser for personer med demens, faseinndelt.
- Satse på korttidsplasser med vurdering og rehabilitering.
- Øke antall stillingshjempler for høyskoleutdannede.
- Mer dagaktivitetstilbud.
- Øke stillingsandelene – oppnå en heltidskultur
- Fatte rette vedtak og fokus på tjenester i henhold til vedtak, herunder søknader om omsorgsboliger og gjennomgangsboliger.

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 8 (Rehabilitering - fysioterapi)

Hovedmål for Sortland er:

Rehabilitering med fokus på friskhet, funksjon og individets egenansvar.

Rehabilitering kan defineres som “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”(Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011)

Definisjonen har hovedvekten på at rehabilitering er en prosess med brukeren i sentrum. Den skal være planlagt og målrettet. Den enkeltes individuelle behov og mål skal være utgangspunktet for tjenesteyternes bidrag. Brukermedvirkningen skal være optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger i alle deler av prosessen. Tjenesteyternes rolle er å bistå brukeren i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til selvstendighet og deltakelse. Tjenester fra ulike fag og sektorer må ses i sammenheng og bidra til å realisere brukers mål. Rehabilitering er et område hvor samhandling mellom tjenesteytere og bruker er helt avgjørende for å lykkes (Helsedirektoratet IS-1947 fra 2012).

Slik vil vi ha det:

Visjon for rehabilitering vil være reell bedring av brukers opplevde livskvalitet.

Det er særlig 4 livsområder som har betydning for begrepet livskvalitet.

- Helse
- Prioriterte aktiviteter og gjøremål
- Indre relasjoner knyttet til selvbilde, selvfølelse og trygghet
- Ytre relasjoner knyttet til andre personer, familie, venner, kolleger, naboer etc.

Områdene er viktige hver for seg, men har viktige gjensidige forbindelser med hverandre. Blant annet vil indre trygghet ha stor betydning for sosial kontakt, og funksjonsgrad har betydning for deltakelse i aktiviteter.

Rehabilitering må ligge i interaksjon mellom innbygger som har behov, helsetjenester i hjemmet og institusjon. Kommunens rehabiliteringsarbeid må være dynamisk organisert, samt ha gode framtidsrettete tjenester og produkter, som er brukerfokuset.

Helsetjenester i hjemmet må omorganiseres og styrkes til å være mer rehabiliteringsrettet. Det må i hjemmet foretas en bedre kartlegging i nær dialog med terapeut. Det samme vil gjelde i institusjon og da særlig på korttidsplasser. Rehabilitering som satsingsområde må gis evne til å arbeide på tvers i mye større grad enn det det har vært horisont for til nå. Det må satses på friskhet og mulighet i stedet for sykdom.

Status for tjenesten: Beskrivelse

Status for tjenesten i dag er at området, ansatt av kommunen består av: 1stilling fysioterapeut, 0,9 stilling ergoterapeut og 1,5 stilling hjelpemiddeltekniker. I tillegg kommer 6,5 private driftstilskudd lokalisert i Sortland. Disse 6,5 driftstilskudd fordeles på 9 fysioterapeuter. Det betyr at kommunen yter 2,5 driftstilskudd mindre enn det ytes tjenester for. For de private fysioterapeutene har dette vært uproblematisk tidligere, men etter en omlegging av finansieringen av tjenesten hvor driftstilskuddet utgjør en større andel av inntekten ønskes det

en økning av driftstilskuddene til 100%. Rådmannen har så langt ikke funnet rom på budsjettene til denne økningen. Generelt står Sortland kommune svakere ressursmessig på dette rehabiliteringsområdet enn for 5-6 år siden.

Utfordringer:

Dette området betinger godt samarbeid med helsetjenester i hjemmet og institusjon. Rehabiliteringsområdet må være en del av tjenesteporteføljen til Sortland kommune og bør integreres i tjenstekontorets virkemidler. Koordinering blir viktig for å få til en dynamisk organisering. Tilbud om rehabilitering bør være prioritert:

Rehabilitering i Sortland kommune kan grupperes i 2 områder

På institusjon

- Definerte korttids institusjonsplasser for rehabilitering som døgntilbud, de fleste lokalisert i sykehjem
- Varierende grad av flerfaglig personell
- Tverrfaglig samarbeid

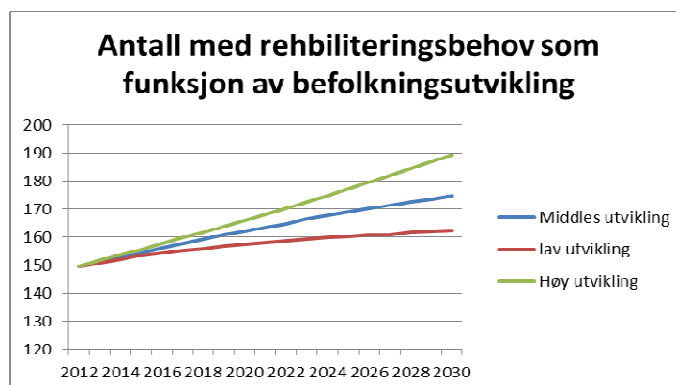
Utenfor institusjon

- Dag-og gruppetilbud
- Tverrfaglig, ambulant team som rehabiliteringstilbud i hjemmet
- Målrettet oppfølging fra ulike faggrupper. Varierende grad av flerfaglig personell, men særlig fysio-og ergoterapeuter i tillegg til leger og pleiepersonell.
- Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling knyttet til individuell plan.
- Hverdagsrehabilitering

Innsatsen på prioritert rehabilitering vil kreve en innovativ innsats i en rekke av de andre satsingsområdene, ikke minst på det organisatoriske plan i helse og omsorg. Dette betyr at tjenesten må styrkes og at en oppnår en tverrfaglig effekt som gjør det bedre og enklere for brukeren.

Framtidens tjeneste:

- Basert på beregninger fra WHO vil ca 7000 innbyggere i Helse Nord - området til enhver tid ha behov for rehabilitering eller habilitering (1,5% av befolkningen). For Sortland kommune betyr dette ca 150 personer.
- 1/6000 innbygger vil ha behov for døgnbehandling (2 personer for Sortland)
- Største grupper er nevrologiske skader, komplisert forløp av alvorlige lidelser og muskel- skjelettlidelser



Figuren viser rehabiliteringsbehovet til en hver tid i Sortland, altså momentalt behov. Dette behovet vil øke til ca 190 personer i 2030 som følge av befolkningsframskrivningen. Behovet måles ikke over en årsperiode. Over et år blir rehabiliteringsbehovet større. Noen må ha rehabilitering og hjelpemidler i lang tid, andre i kortere perioder. Kompleksiteten i rehabiliteringsbehovet kan variere mye fra tid til annen. Derfor følges det høye befolkningsalternativet.

Antall aktive brukere av hjelpemidler var i Sortland i 2008 på 1208 personer, i 2010 var tallet 1227 personer, i 2012 falt det til 1142 personer (Nav hjelpemiddelsentral). Flere av brukerne med stort hjelpemiddelforbruk har dødd i 2012 og 1 er flyttet. Antall hjelpemiddelformidlere har fra 2010 gått ned. Samtlige av sammenlignbare kommuner i Nordland (kommuner med innbyggertall på rundt 10 000) har hatt nedgang av antall nye brukere i perioden 2008 - 2010 – 2012. Staten har begrenset tilbudet for hvilke hjelpemidler som gis, noe som også er med på å forklare nedgangen.

Tjenestens forebyggende perspektiv

Rehabiliteringstilbudet i kommunen har ingen primærforebyggende funksjon. Rehabiliteringstilbudet skal ha en sekundær og særlig tertiærforebyggende funksjon. Noen personer som opplever skade eller sykdom får tilbud om opptrening tilbake til et normalt liv igjen. Andre får hjelp til å tilpasse seg et liv med sykdom eller skade og til å kunne leve så godt og selvstendig som mulig med det som utgangspunkt. På den måten kan en si at denne tjenesten utelukkende ytes i den hensikt å forebygge. Brukere som ikke har rehabiliteringspotensiale får i utgangspunktet heller ikke et tilbud i denne tjenesten.

Strategier

- 1: Sortland skal satse på tverrfaglige kunnskaper, rett dimensjonering og organisering av rehabiliteringsarbeid i forhold til brukers behov. (samhandling med andre områder, eksterne organisasjoner og avdelinger).
- 2: Sortland skal ha fokus på hverdagsrehabilitering for å få til en enklere hverdag for brukeren. Det er viktig med en friskere og mer funksjonerende bruker.
- 3: Sortland skal satse på forebygging før rehabiliteringsbehov oppstår i et godt folkehelseperspektiv.

Brukergrupper

Begrepet rehabilitering trer inn i et vidt spekter og mangfold av forskjellige pasientforløp og diagnoser. Omsorgsorganisasjonen i en kommune må ha et forhold til dette og ha en organisering som fører til god rehabilitering på et vidt plan. Nedenfor listes det opp en rekke kategorier med rehabiliteringsbehov (Helse og Omsorgsdepartementet). De forskjellige kategoriene krever forskjellige tiltak. Aktiv bruk av individuell plan blir viktig for å finne rette tiltak for brukeren.

- barn og voksne med medfødte tilstander som gir funksjonsnedsettelse
- barn og voksne med omfattende kommunikasjons- og språkforstyrrelser
- mennesker med alvorlige skader etter sykdom og ulykker
- mennesker som har fått foretatt ortopediske og andre kirurgiske inngrep
- mennesker med revmatiske sykdommer
- mennesker med nevrologiske sykdommer, inkludert pasienter med hjerneslag
- mennesker med sykdommer i muskel-/skjelettsystemet
- mennesker med hjerte-/kar- og lungesykdommer
- kreftpasienter
- eldre med sammensatte lidelser
- mennesker med syns- og/eller hørselsvansker

- mennesker med psykiske lidelser
- mennesker med psykisk utviklingshemming
- mennesker med autismspekterforstyrrelser og andre omfattende utviklingsforstyrrelser
- mennesker med rusproblematikk

Disse kategoriene kan kategoriseres ned til 2 hovedgrupper som anvendes videre når man skal se på tiltak:

1. Pasienter fra sykehus etter operasjoner og brudd, slag og nevrologiske traumer.
2. Oppståtte organiske medisinske og nevrologiske sykdommer for eksempel MS, andre nevrologiske sykdommer, diabetes eller kreft med mer. (generell dårlig almenntilstand)

De mest betydningsfulle tiltak for Rehabilitering - fysioterapi i Sortland er:

- Ressursmessig må dette feltet styrkes og tjenesten må bli mer målrettet mot de med størst behov og størst potensiale for å klare seg selv. Det bør umiddelbart økes med 1 ny kommunefysioterapeut
- Samordningen mot øvrige kommunale tjenester må forbedres.
- Fokus på friskbegrepet på bekostning av sykdomsbegrepet.
- Frisklivssentral/helsehus – kraftsenter for rehabilitering og endret fokus
- Forholdet til privatpraktiserende fysioterapeuter bør avklares gjennom at det etableres bare hele driftstilskudd.

Detaljert oversikt over handlinger, se handlingsdelen i vedlegg.

Satsningsområde 9 (Psykisk helsearbeid)

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som ”en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, som kan håndtere livets normale stressnivå, som kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for og til samfunnet”. Ca en sjettedel av den voksne befolkning har til enhver tid et psykisk helseproblem og eller et rusproblem. Angst og depresjon er de vanligste lidelsene, mens psykoseproblematikk blir regnet som den mest kostbare sykdommen i et samfunn. Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de største følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.

Hovedmål for psykisk helsearbeid i Sortland:

- Forebygge alvorlig skjevutvikling / kronifisering
- Helhetlige og koordinerte tjenester
- Rus- og psykisk helsefeltene ses i sammenheng
- Bidra i forebyggende arbeid på systematisk nivå i kommunen

Slik vil vi ha det:

Sortland kommune ønsker å gi en faglig god tjeneste med fokus på brukermedvirkning. Brukerens involvering blir større når behandlingen rettes mot mål som tar utgangspunkt i brukerens forståelse av egne utfordringer og mestring. Det gir en god og målrettet tjeneste fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng. Brukerveiledning anses som viktig både på individ og systemnivå.

Når det gjelder utfordringer for framtidens arbeid med psykisk helse, vil dimensjonen mellom forebygging og behandling stå sentralt. I dag vet vi en god del om hva som virker av forebyggende arbeid, men dette arbeidet må foregå parallelt med en fortsatt satsing på

behandling. Effekt av forebygging vil man kanskje ikke registrere før i neste generasjon. Det er likevel helt nødvendig at dette arbeidet gjøres nå.

Status for tjenesten:

Avdeling for psykisk helse består av 5 ulike deltjenester: bofellesskap, miljøterapi, dagsenter, rustjeneste og samtalejeneste. Den statlige opptrappingsplanen med øremerkede midler har gitt kommunene en god mulighet til å bygge opp en solid tjeneste. Tjenesten har i dag 16 årsverk.

Avdelingen har et tverrfaglig personale, der de fleste har høgskoleutdanning og videreutdanning innen rus eller psykisk helse. Kvalifikasjonsnivået må karakteriseres som relativt høyt, og det er et uttalt mål å vedlikeholde og videreutvikle kvalifikasjonene. Psykisk helse er et fagområde i stadig endring vedr. kunnskaper.

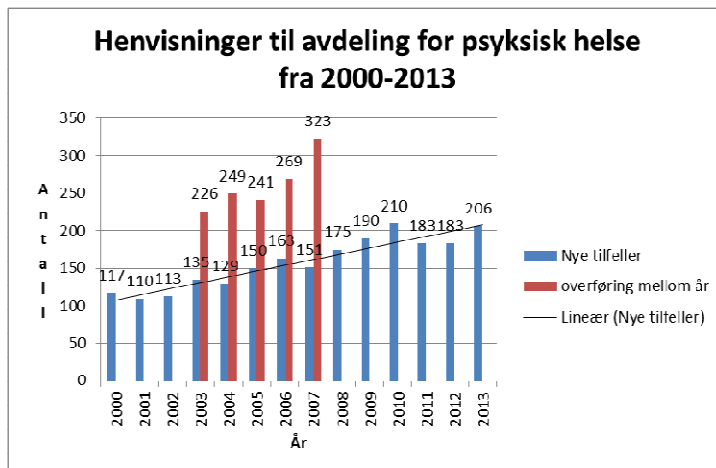
Avdeling for psykisk helse har et stabilt personale som har et høyt kvalifikasjonsnivå. Avdelingen har god legitimitet hos samarbeidspartnere. I avdelingen er det et godt samarbeid med få konflikter. Personalet setter fleksibilitet høyt og det fokuseres på kreativitet og problemløsning, for å ordne opp i praktiske ting som handler om tilrettelegging og god miljøterapi. Tilbudet som avdelingen yter, er etter hvert godt kjent blant publikum.

Rustjenesten holder til i eget adskilt lokale. Det kan gi dårligere muligheter for kommunikasjon og samhandling. Rustjenestens lokaler har god beliggenhet, men har dårlig tilgjengelighet i et gammelt hus med bratte trapper. Rustjenestens arbeidsforhold kan derfor bryte sammen, og det er et ønske å kunne samlokalisere hele tjenesten under samme tak. Det er generelt begrenset fysisk plass i avdelingen, noe som gjør det vanskelig med eventuelt nye ansettelser.

Avdelingen har hatt en kontinuerlig økning i antall henvisninger. Generelt er det konstatert en økende slitasje på personalet. Rutinene i forhold til samarbeid med andre instanser kunne vært bedre.

Det er en viktig mulighet at en i større grad trekker veksler på andre organisasjoner og avdelinger for å øke samhandlingen. Å inkludere frivillig sektor, som Mental Helse og Røde Kors, og andre har et stort potensiale.

Det oppfattes som en konstant trussel at det er en usikkerhet vedrørende kommunal økonomi for å kunne opprettholde driftsnivået. Det er en trussel at en "god tjeneste" kan medføre for høy rekruttering av brukere fra andre kommuner, som også er med på å skape et høyt press på avdelingen. Det er noe usikkerhet i forhold til hva samhandlingsreformen vil ha av betydning for tjenesten på sikt. Det er en utfordring at man sannsynligvis ikke har adekvate kunnskaper om forhold rundt flyktninger.



Figuren viser at de blå stolpene gjelder antall nye henvisninger og tilfeller. De røde stolpene viser gjengangere eller overløpere fra år til år. Definisjonen på ny henvissning, er at vedkommende ikke har hatt kontakt med tjenesten på minst 1 år. De fleste nye henvissninger er imidlertid helt nye. Erfaringsmessig i alle disse årene er henvissningene kommet med ca 40 % fra legetjeneste, ca 40 % fra bruker selv eller familie og ca 20 % fra andre samarbeidspartnere. Det er en tendens til at stadig flere blir henvist fra legetjenesten. Vi har ikke noen god statistikk for aldersfordeling på henvissningen. Av henvissningene i 2011, var 24 født etter 1990.

I tillegg til de nye henvissningene kommer de som føres over fra ene til andre året. Dette har vi heller ikke god statistikk for. Det er grunn til å anta at det totale antallet brukere har hatt tilsvarende økning som antall nye henvissninger. Anslagsvis er mellom 250 og 300 personer til enhver tid i aktiv behandling hos de ulike deler av tjenesten.

Utfordringer:

Helsedirektoratets "Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne" påpeker at ansvaret for kommunalt psykisk helsearbeid, er å yte tjenester til voksne over 18 år med psykiske problemer og / eller rusmiddelproblemer. Tilsvarende "Veileder i helsearbeid for barn og unge i kommunene" presiserer at tilbud til barn og unge med psykiske problemer skal ivaretas av helsestasjon og skolelege.

Den kommunale barnevernstjenesten har et ansvar for å avdekke omsorgssvikt, atferdsproblemer, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig som mulig. Tiltak settes inn for å unngå varige problemer

For å kunne tilby gode tjenester, er den kommunale tjeneste avhengig av en velfungerende spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten er også avhengig av en velfungerende kommunal tjeneste. Det har i alle år vært en utfordring å finne grensesnittet mellom disse tjenestene. Spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for utredninger, diagnostisering, forslag til behandlingsopplegg, og behandling der det ikke finnes kompetanse i kommunene.

Spesialisthelsetjenesten har også plikt til å gi veiledning om helsemessige forhold til pasienter, pårørende og til kommunale samarbeidspartnere.

Samhandlingsreformen skal også innføres for psykisk helsearbeid, og dette stiller ytterligere krav i forhold til grensesnittet. Reformen gjør det viktig å ha avtalte behandlingsforløp og ha forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene Vesterålen Dps og Helseforetak.

Utviklinga i den lokale spesialisthelsetjenesten har medført at tilbudet i Vesterålen Dps er vesentlig redusert. Antall sengeplasser er redusert med 8, fra opprinnelig 20. samtidig som dekningsområdet er utvidet til også å gjelde Lofoten. Dette medfører et større trykk på de kommunale tjenestene, og de sykeste vil være mer i kommunen når de har dårlige perioder. En nylig avlagt rapport fra SINTEF viser at kommunene lett kommer i en skvis, ved at man

på den ene siden må ta seg av de sykeste som blir tidligere skrevet ut, samtidig som kravet til forebygging er økende.

Når det gjelder utfordringer for framtidens arbeid med psykisk helse, vil dimensjonen mellom forebygging og behandling stå sentralt. I dag vet vi en god del om hva som virker av forebyggende arbeid, men dette arbeidet må foregå parallelt med en fortsatt satsing på behandling. En effekt av forebygging vil man kanskje ikke registrere før i neste generasjon. God pasientbehandling av høy kvalitet forutsetter god kunnskapshåndtering og kontinuerlig kompetanseheving. Kompetanseplanen må kontinuerlig evalueres.

Ved å ansette psykolog i kommunen vil en være bedre rustet i forhold til økt kompetanse for utredning og behandling.

2. linjetjenesten (tilbudet ved Vesterålen psykiatriske distriktssenter) vil framover jobbe mer i ambulante team som drar hjem til brukerne. Det er en utvikling på landsbasis at antall sengeplasser på sykehusnivå reduseres. Dette er også tilfelle i Vesterålen.

Det registreres stadig større og komplekse saker, og gjerne yngre brukere, samtidig som tilbudet fra spesialisttjenesten reduseres. Dette fører til økt etterspørsel etter kommunale tjenester. Vi ser en økning av store og komplekse saker der ansvaret i kommunen skyves mellom ulike avdelinger. Alle som har utfordringer sosialt på grunn av fysiske sykdommer, utviklingsforstyrrelser m.m. har økt risiko for psykisk lidelse.

Usikkerhet om hvordan samhandlingsreformen vil få konsekvenser for arbeid med psykisk helse. Blant annet har det over år vært signalisert medfinansiering uten noe konkret har skjedd i det statelige budsjett.

Lite ressurser og liten kompetanse til å jobbe med barn og unge.

Samarbeid med brukerorganisasjoner:

I kommunen og i Vesterålen er det flere aktive brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse og rus. For noen år siden ble det opprettet et eget Brukerråd med medlemmer fra alle aktuelle organisasjoner og fra kommunen. Videre har avd. psykisk helse et utstakt samarbeid med Mental Helse og Landsforeningen for pårørende. Mange av disse samarbeidsprosjektene er rettet mot ungdom og fysisk aktivitet, og brukerorganisasjonene har vært svært aktive med å søke om eksterne midler.

Framtidens tjenester

Lokaler

Det er et ønske om å kunne samlokalisere hele avdeling psykisk helse. Rustjenesten holder i dag til i egne adskilt lokale. En samlokalisering vil gi bedre muligheter for god kommunikasjon og samhandling innad i avdelingen, og samtidig gjøre avdelingen mer faglig robust.

Kompetanse

Faget psykisk helse er i kontinuerlig utvikling. Personellet må derfor stadig tilegne seg ny kunnskap og metoder for å kunne imøtekomme pasienters og familiers behov for helsetjenester. Dette gjøres gjennom kompetanseplaner og samhandling med RKK, helseforetaket og høgskole/universitet.

Boforhold

Det er i dag, i mange tilfeller, store utfordringer med å skaffe adekvate boliger til brukere av denne tjenesten. En del av tjenestens brukere har ytelser gjennom folketrygden som hovedinntekt. Det kan være vanskelig som førstegangsetablerer hvor en starter som sosialhjelpsmottaker. Det er viktig at man bosetter brukere i et mangfoldig og harmonisk naboskap, hvor det oppstår god integrering.

Akutt plasser

Samhandlingsreformen skal innføres for psykisk helse. Et av forslagene går ut på at kommunen skal etablere akuttsengeplass. Dette vil være svært utfordrende, både i forhold til økonomi, personell og kvalifikasjon. Nedbygging av sengeplasser og heving av terskelen for mottak av tjenester i spesialisthelsetjenesten vil uansett presse fram nye kommunale tilbud.

Samhandling

En god tjeneste for psykisk helse betinger god samhandling mellom ulike instanser, både innenfor kommunen og eksternt. Det er viktig å fortsette arbeidet med å definere grensesnittet mot legetjeneste, helsestasjon, barnevern, omsorg, NAV, spesialisthelsetjenestene osv.

Lavterskeltilbud

Dagens tilbud innenfor psykisk helse og rus er et såkalt lavterskeltilbud. Det betyr at potensielle brukere selv kan henvende seg til tjenesten og be om tilbud. Det er i en slik modell ikke nødvendig med henvisning fra f.eks. lege, selv og det også brukes i stor grad. Av kapasitetsmessige hensyn står en i dag i en situasjon der en må vurdere om lavterskeltilbud fortsatt skal være det tilbudet som kommunen gir. Gjennom å høyne tersklene til tjenesten noe kan en muligens styre presset mot tjenesten noe, samtidig som en med det kan miste noen bruker som åpenbart har et behov for et slikt tilbud. Plangruppa mener at det er viktig å opprettholde kommunens psykiatritilbud som et lavterskeltilbud. Dette må imidlertid vurdere nærmere ut fra kapasitet i kommunen og videre utvikling av spesialisthelsetjenesten. Det vil ikke være mulig eller fornuftig å opprettholde ønsket om lavterskeltilbud hvis ventelistene blir lange eller at det fører til at de som har de største behovene ikke blir sikret et forsvarlig tilbud.

Tjenestens forebyggende perspektiv

Kommunens tilbud innenfor psykisk helse og rus er i liten grad innrettet for å være et primærforebyggende tilbud. Tjenesten deltar likevel i en del sammenhenger hvor formålet er å drive primærforebyggende arbeid. Dette gjelder deltagelse i undervisning i grunnskole og videregående skol samt deltagelse i diverse samarbeidsfora. Tjenesten har likevel en betydelig sekundær og tertiærforebyggende funksjon i form av at det gis tilbud til sårbare grupper samt at personer som har utviklet eller er i ferd med å utvikle psykisk sykdom får hjelp til å enten å leve bra med sykdom eller til å bli kvitt sine plager helt eller periodevis. Dette er i tråd med nasjonale retningslinjer på området og dette bør ikke Sortland kommune endre på i vesentlig grad. Primærforebyggende arbeid drives primært på helsestasjon, barnevern, barnehager, skoler osv. Det vises for øvrig til Sortland kommunes oppvekstplan

Strategier

1. Beholde et godt omdømme gjennom styrket informasjonsarbeid med vekt på hvilke rammer som gjelder for tilbudet.
2. Avgjørende å arbeide fram en tydelig avklaring av oppgavene og ansvaret mellom kommunens tjenester og spesialisthelsetjenesten.
3. Styrke samarbeidet mellom kommunen og alle eksterne samarbeidspartnere innenfor fagfeltene.

Brukergrupper

1. Unge mennesker med psykoseproblematikk og mennesker med kroniske psykoselidelser.
2. Mennesker med rusavhengighet.
3. Mennesker med depresjon og angst.
4. Mennesker med personlighetsforstyrrelser.

De mest betydningsfulle tiltak for Psykisk helsearbeid i Sortland er:

- Forebygging - Større satsing på de yngste aldersgruppene
- Videre kompetanseoppbygging. Utrednings og diagnostisk kompetanse. Forholdet mellom fastlege og psykisk helsearbeid.

– Grensesnittet mellom kommunal og spesialisthelsetjenesten - samhandlingsreformen
Detaljert oversikt over handlinger, se handlingsdelen i vedlegg.

Satsingsområde 10 (Frivillighet)

Hovedmål for Sortland er: Å anvende det frivillige for å kunne få til en bedre helse og omsorgstjeneste som kan være med øke trivsel og velferd både blant brukere og ansatte.

“Frivillighet Norge definerer en frivillig organisasjon som en sammenslutning av personer eller virksomheter som driver frivillig virke på ikke-fortjenestebasert og ikke-offentlig basis. Organisasjonene kan ha ulike typer ideelle formål som miljøvern, menneskerettigheter, fremming av tro og livssyn, folkehelsearbeid, sosiale eller kulturelle formål, beredskapsarbeid, idrett, friluftsliv, solidaritetsarbeid, bistand osv.

Med sammenslutning av personer eller virksomheter mener vi frivillige lag, foreninger, stiftelser, nettverk og paraplyorganisasjoner. De fleste frivillige organisasjonene i Norge er medlemsbaserte foreninger. Noen organisasjoner er imidlertid organisert som stiftelser. Frivillige organisasjoner er selveiende og styres i henhold til egne vedtekter og statutter. Norsk lov regulerer ikke etablering og styring av frivillige organisasjoner, men dersom en organisasjon er huseier, arbeidsgiver, har momspliktig omsetning eller liknende må organisasjonen iakttas norsk lov på disse områdene” (www.frivillighetnorge.no).

Slik vil vi ha det

Frivillige organisasjoner og andre som deltar i frivillig arbeid er viktige samarbeidspartnere til helse- og omsorgstjenesten. I fremtiden blir det flere innbyggere i høy alder i Sortland, og det viktig å etablere kontakt med den ressursen som denne gruppen representerer med tanke på frivillig arbeid blant barn, unge og eldre. Frivillige vil være en betydelig ressurs i fremtiden. Denne innsatsen skal ikke erstatte våre lovpålagte oppgaver, men bidra til å opprettholde eller øke kvaliteten. Kommunen skal derfor legge til rette for dette.

Status for tjenesten

“I Sortland består frivillig sektor av rundt 260 organisasjoner, en mengde enkeltmennesker og ad-hoc grupper. Ut fra nøkkeltall i forskningen utfører frivilligheten i Sortland rundt 600 årsverk.

Flere utviklingstrekk i samfunnet har gjort at frivilligheten er i endring. Dette har ført til et press på den tradisjonelle frivilligheten. Tendens til økt grad av individualisme i samfunnet, er ett av utviklingstrekkene som kan få store konsekvenser for frivillig arbeid og fellesskapet. Det kan se ut som vi har en dreining fra humanitært/sosialt, uegennyttig til mer egennyttig aktivitet.”(Frivillighetsmelding Sortland kommune 2010)²

² **Sitater fra frivillighetsmeldingen vedtatt hos Sortland kommune (Frivillighetsmeldingen 17.06.2010).**

☒ Enheten bevilger kr 100 000 årlig til Frivilligsentralen. Frivilligsentralen skal bidra til å samordne den frivillige innsatsen som privatpersoner og frivillige organisasjoner i kommunen utfører, og dermed styrke og fremme det frivillige arbeidet.

Frivilligsentralene skal være et kontaktsenter for alle som ønsker å delta i frivillig virksomhet uansett alder, kjønn, økonomisk status og etnisk tilhørighet.

<http://frivilligsentral.no/?pageslug=hjem-3895>

Frivilligsentralens rolle er lite kjent og uklar i Sortland. Den må markedsføres og formidles. Bruken av Frivilligsentralen må foredles og det må bli et bedre samkvem mellom Helse og Omsorg og sentralen.

Utfordringer

Det er en stor utfordring å få kommunens aktivitet innen helse og omsorg til å samvirke med det frivillige. Til dette kreves det først og fremst koordinasjon, men også stor grad av bestillingskompetanse. Dynamisk organisatorisk evne for kommunen er viktig. Samhandling internt i den kommunale organisasjon må forutsettes, før man klarer å dra god veksel på det frivillige eller eksterne. De samme forutsetningene må være på plass dersom man skal privatisere tjenestene. Med mer kompliserte og sammensatte helseinstitusjoner, blant annet utvikling av helseteknologi og fokus på personlig integritet er det generelt behov for å tilføre mer kompetanse inn i også det frivillige arbeidet i sektoren.

Tjenestens forebyggende perspektiv

Å aktivisere frivillige organisasjoner og for så vidt enkeltmennesker er i seg selv en ressurs og har en verdi for alle. Et slikt aktivum kan være med på å øke trivsel og redusere ensomhet. Utfallene kan bli både store og mange på en rekke plan i samfunnet og inneha svært positive effekter.

Strategier

1. Sortland kommune må øke samspillet med det frivillige.
2. Sortland kommune skal satse på koordinering.
3. Sortland kommune skal ha en dynamisk og mulighetsrettet organisasjon som nyttiggjør den frivillige ressurs.

De mest betydningsfulle tiltak for Frivillighet i Sortland er:

- Opplæring av frivillige personer og organisasjoner.
- Økt forståelse og en proaktiv kommune for å ta i bruk denne ressursen. Offentlig initiativ for koordinering av frivillig innsats
- Arbeide prioritert med ensomhet og aktivisering av brukere og klienter
- Innovativ tenkning i forholdet mellom offentlig og frivillig innsats i helse og omsorg.
- Vurdere opprettelse av frivillighetskoordinator som supplement til frivilligsentralens arbeid.

Detaljert oversikt over handlinger, se handlingsdelen i vedlegg.

☒Termik betyr blant annet varm omsorg og står for terminal (pasienter som lider av en uhelbredelig sykdom, og som trolig vil dø i nær fremtid) omsorg i kommunen. "Termik" sitt arbeid går ut på at både pasient og pårørende får hvile seg ved at de får avlastning og omsorg fra en frivillig. Om sykdommen trekker ut i langdrag er det uansett viktig å skape trygge forutsigbare rammer. Dette kan være vanskelig å gjennomføre uten mye hjelp og støtte fra pårørende, venner og samspill med offentlig helsevesen. For å imøtekomme dette ønsket kan en få hjelp av frivillige i TERMIK. Frivillige kan være med å legge forholdene til rette slik at pårørende opplever denne tiden som mer meningsfull.

☒Tirsdagstreffet. Frivillige henter eldre hjemmeboende til sosialt samvær og middag

☒Lørdagskafe på Lamarktunet

☒Besøksordningen til Røde kors

☒Frivillige enkeltpersoner og foreninger stiller opp ved store arrangement på Lamarktunet

☒Viktige samarbeidsparter: Pårørendeforening ved Lamarktunet, Demensforeningen,

Frivilligsentralen og Røde kors²

For flere detaljer henvises det videre til Vedlegg B: Diverse tilleggsopplysninger bilag. Tema 4.

Satsingsområde 11 (Velferdsteknologi)

Velferdsteknologi:

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.»

Innføring av velferdsteknologi kan være med på å sette brukerne bedre i stand til å ta ansvar for sitt eget liv og opprettholde relasjonene til andre mennesker i det daglige. Teknologien kan også være med på å bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenesteansvarlige, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre tid og ressurser i omsorgstjenesten, som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid.

Hovedmål og utfordring:

Innføring og utvikling av velferdsteknologi vil av enheten og hele Sortland kommune kreve interesse og oversikt over teknologiske muligheter.

Velferdsteknologi kan deles i 4 kategorier:

- *Trygghets og sikkerhetsteknologi?*
- *Kompensasjon og velværeteknologi*
- *Teknologi for sosial kontakt.*
- *Teknologi for behandling og pleie.*

Hva har vi i dag:

Aktører og plattformer:

1. IKT i kommuneforvaltning. Eksisterer i dag og utvikles videre.
2. IKT i helse. Eksisterer i dag og utvikles videre.
3. NAV hjelpemidler. Eksisterer i dag og utvikles videre.
4. Velferdsteknologi. Nytt begrep og må utvikles og tilpasses i hver enkelt kommune.

Alle disse plattformene er vevd inn i hverandre og overlapper hverandre.

Velferdsteknologi kan være innovasjonsdrivende under forutsetning av at ledere og ansatte er opptatt av å anvende og implementere velferdsteknologi. Anvendelse av velferdsteknologi krever økt samhandling mellom avdelinger i kommunen og oppgradering av kunnskap for hver enkelt medarbeider. Velferdsteknologien åpner for nye arenaer, nye måter å organisere omsorg på. Det blir viktig å utvikle plattformer for samvirke med bruker, nærmiljøet, pårørende, frivillige, ideelle aktører og næringslivet.

En vellykket innføring og bruk av velferdsteknologi i omsorg krever omlegging av ansvar, arbeidsoppgaver og arbeidsprosesser i omsorgstjenesten. Det kreves tydelige individuelle

målsetting. Bruk og innføring av velferdsteknologi krever kompetanseheving av ansatte, brukere og pårørende.

Trygghets- og sikkerhetsteknologi skaper trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse. Trygghetsalarmer er den mest brukte løsningen i denne gruppen, som nå utvides med varslings- og lokaliseringsteknologi med hjelp av ulike former for sensorer.

Kompensasjons- og velværeteknologi bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Dette omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet enklere, som for eksempel styring av lys og varme.

Teknologi for sosial kontakt bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, som for eksempel videokommunikasjonsteknologi.

Teknologi for behandling og pleie bidrar til at mennesker gis mulighet til bedre å mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, blodtrykk mv. er eksempler på slike tekniske hjelpemidler.

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester, vil kunne innebære inngrep overfor den enkelte. Dette krever rettslig grunnlag, enten i form av samtykke eller særskilt lovhjemmel (legalitetsprinsippet). Fragmentert lovgivning og utrygghet hos kommunene har ført til at departementet har hatt ute på høring et lovforslag. Lovforslaget ble vedtatt i juni 2013 i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4.

Velferdsteknologi og IKT er først og fremst verktøy for å kunne levere bedre. Verktøyet er til for å utvikle mer individuelt tilpassede og effektive tjenester. Potensialet er stort, men innføring av ny teknologi vil i de fleste tilfeller også medføre endringer i arbeidsrutiner, organisering og oppgavefordeling mener helse og omsorgsdepartementet.

Erfaringer viser at organisatoriske endringer må til. Erfaringer viser også at behovskartlegging må til, men dette etter at man har tilført kompetanse både blant brukere og hos ansatte.

Det skal etableres et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

I tråd med samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal programmet fremme forebyggende arbeid, tidlig innsats og rehabilitering, og legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner, brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelsetjenesten og næringslivet (ST meld 29 Framtidens omsorg 2012-2013 side 113).

Departementet sier videre at økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å:

- forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag
- øke brukernes og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymring
- øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernettsverk og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparat

Hvilke utfordringer har Sortland?

Det er en svak side at PDA (håndholdte enheter til pleie og omsorgsprogramvaren) ble innført for tidlig. Systemet virket dårlig pga manglende infrastruktur (breiband). Sortland har ikke hatt tradisjon for å tenke velferdsteknologi. Det er også viktig å være klar over at ikke alle utfordringene kan løses ved hjelp av velferdsteknologi.

Sortland har en god vilje til endring og er nysgjerrig på ny teknologi. NAV hjelpemiddelsentral er en god samarbeidspartner innenfor velferdsteknologi.

Det er viktig å begynne enkelt ved for eksempel å innføre internetbaserte trygghetsalarmer, og bygge dette ut etter hvert som behovet melder seg.

Det er mulig å innføre fallsensor, temperatursensor og andre overvåkningssensorer til moderne trygghetsalarmer.

Å innføre velferdsteknologi ved å anvende prosesser og prosjekter er viktig i Sortland. Det må tas utgangspunkt i en kartlegging av hva ansatte og brukere har av kunnskap om informasjons og kommunikasjonsteknologi. Den eldre delen av befolkningen i dag er ikke fortrolig med datateknologi, men om noen år vil den være det. Velferdsteknologi kan være med på å frigjøre ressurser.

Sortland kommune er allerede tilknyttet et forskningsprosjekt innen bruk av velferdsteknologi. Sortland har søkt om forskningsmidler til dette prosjektet i samarbeid med flere andre kommuner (bl.a. Tromsø og Alta). Kunnskapsparken Vesterålen har også engasjert seg innenfor velferdsteknologi og har søkt prosjektmidler for å gjennomføre et større arenaprosjekt (prosjekt med flere mindre underprosjekter). Sortland kommune er ment som en sentral aktør i gjennomføringen av dette prosjektet.

Bredbånd er mangelfullt utbygd i distriktet i Sortland. Bredbånd og god internetkapasitet er viktig for å kunne innføre velferdsteknologi. Svak infrastruktur gir elendig mulighet for kommunikasjon. Uten slike investeringer kan de bli vanskelig å innføre ny teknologi. Det er også en svakhet at NAV er svært byråkratisert og at organisasjonen har lang behandlingstid.

Utfordringer

Innføring og utvikling av velferdsteknologi vil kreve interesse og oversikt over teknologiske muligheter. Dette vil samtidig kreve at det arbeides med organisasjonsendring og utvikling. Videre at det må tilføres kompetanse slik at teknologien nyttes på en god måte. Innføringen krever at det må arbeides i disse 3 retningene. I tillegg må det arbeides med motivasjon og anvendelse hos brukerne.

Strategier

Strategi 1: at det arbeides med bevisstgjøring blant brukerne og hos de ansatte om begrepet velferdsteknologi

Strategi 2: at et bredt spekter av brukere og ansatte tilføres kompetanse i nyttiggjøringen av teknologien.

Strategi 3: at det dannes en innovativ organisasjon innen helse og omsorgsområdet.

De mest betydningsfulle tiltak for å innføre Velferdsteknologi i Sortland er:

- Kommunene i Vesterålen er innvilget midler til å arrangere en konferanse om velferdsteknologi høsten 2014. Sortland må stille med et rikelig antall deltakere for å øke kompetanse og innsikten innenfor temaet.
- Sortland må være aktiv innen etablerte prosjekter samt være aktiv i å søke nye prosjekter og nye samarbeidspartnere.

- Staten kommer til høsten 2014 med nye anbefalinger til kravspesifikasjoner for trygghetsalarmer. Så snart disse foreligger må Sortland kommune starte utbygging av en ny og avansert trygghetsalarmtjeneste.
- At helse og omsorg starter et implementerings og motivasjonsarbeid innenfor temaene blant de ansatte i løpet av 2014. Arbeidet kan gjerne foregå tverrfaglig og på tvers i organisasjonen.

Detaljert oversikt over handlinger se handlingsdelen i vedlegg.

Satsingsområde 12 (Konkurransetsetting og privatisering)

Norske kommuner setter i økende grad driften av kommunale tjenester ut til eksterne leverandører, ofte private, kommersielle virksomheter. Både privatisering og konkurransetsetting er begreper som benyttes i denne sammenheng. Slik driftsutsetting kan skje både med og uten anbud, selv om bruken av anbud blir stadig mer utbredt.

Å sette driften av kommunale tjenester ut til eksterne leverandører, er et fenomen som både går under navnet: privatisering, utsetting av driftsoppgaver, og anbuds og konkurransetsetting av kommunale tjenester. Utforming, finansiering og oppfølging, er ansvarsområder, som blir liggende igjen i det offentlige. Begrepet anbud og konkurransetsetting: inneholder også at oppgaver kan utføres av offentlige enheter, for eksempel av andre kommuner sine omsorgsorganisasjoner.

Begrepet privatisering er at det offentlige helt frasier seg ansvaret for en oppgave, mens anbuds og konkurransetsetting er at det bare er driftsansvaret det offentlige overlater til andre. Begrepet privatisering kan dekkes i en rekke ulike endringer i ansvarsforholdet mellom offentlig sektor og samfunnet for øvrig som for eksempel familien, frivilligheten eller det private næringslivet

Oppsummert så er konkurransetsetting:

- Det offentlige bestiller (tjenestetyper, mengde, kvalitet)
- Det offentlige kontrollerer
- Det offentlige finansierer
- Offentlige eller private leverer
- Tildelingskriterier (omsorg): ordinær søknadsbehandling

For at det skal være mulig med konkurransetsetting så må der foreligge betingelser for konkurransetsetting ved at det finnes et marked (begrenset for omsorg, og potensielt stort for renhold). Videre at begrepet kvalitet kan defineres. Kvalitet defineres lettere for renhold enn for omsorg, der behovene er mer foranderlige og menneske-til-menneskerelasjon er vesentlig; Kvalitet er antagelig enklere å definere for sykehjem enn for helsetjenester i hjemmet. Det offentlige må i dette bildet sette inn resurser som opprettholder stor grad av kontroll (motvirker monopoldannelse, har beredskap, beholder bestiller- og utførerkompetanse)

Hvorfor skal en konkurransetsette? De viktigste grunnene er å redusere kostnader, men hvor kan en gjøre det. Er der steder i drift og regnskap som har potensialer for effektivitetsforbedringer ved konkurransetsetting. Videre kan det være en motivasjon at man kan forbedre kvaliteten. Det kan å ligge motivasjoner i det å prøve å skape et mer mangfoldig næringsliv i et lokalsamfunn.

Viktige forhold og grunner til konkurranseutsetting vil være at kvalitet – opprettholdes/forbedres, gjerne betydningsfullt. At pris – opprettholdes/redueres og at arbeidsforhold – opprettholdes/redueres/forbedres.

Erfaringer viser:

- **Kostnader:** Lite å spare innen omsorg i Norge? Og lite å tjene (foreløpig).
- **Kvalitet:** Konkurranseutsetting/kontraktsliggjøring bidrar til fokus på kvalitet
- **Arbeidsforhold:** Noe blir bedre, noe blir dårligere (elementer som markedslønn, annen pensjonsordning, økt fokus på ledelse og organisasjon, flatere organisasjon)
- **Firmaenes seriøsitet:** Større innen omsorg enn renhold. Mange tilbydere er opptatt av omdømme.

Det er viktig å ha en overordnet og forankret strategi på hvordan det offentlige skal forholde seg til privatisering og konkurranseutsetting. Dels for å være i forkant i samhandlingen med private aktører, men også for å ivareta brukermedvirkning best mulig, da stadig flere ønsker private leverandører av helse- og omsorgstjenester i stedet for offentlige. Samtidig er det viktig å mobilisere alle omsorgsressurser. En måte å organisere samhandlingen med det private markedet på som synes hensiktsmessig er bruk av tjenestekonsesjoner. De kan være innrettet mot en eller flere av deltjenestene som kommunen yter, som f.eks. praktisk bistand i hjemmet og Brukerstyrt Personlig assistent (BPA). Det innebærer at kommunen på forhånd godkjenner leverandører som oppfyller kravene i konsesjonsutlysningen, men at kommunen ikke garanterer for at leverandørene faktisk vil få oppdrag (tjeneste konsesjoner). Valget av leverandør tilfaller den enkelte tjenestemottaker som kan velge mellom private leverandører eller kommunen. Gjennom tjenestekonsesjon sikrer kommunen at leverandørene har de nødvendige kvalifikasjoner, og at tjenestene oppfyller gitte krav til innhold og kvalitet til en forhåndsavtalt pris. Alle leverandørene har dermed de samme rammebetingelsene for tjenestene som tilbys.

Referanser:

Hanne Bogen og Torgeir Nyen FAFO; Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner 1998: <http://www.fafo.no/pub/rapp/254/254.pdf>

Avslutning:

Siden dette temaet er forholdsvis nytt og at det ikke er implementert i dagens organisasjon full ut så er det heller ikke utarbeidet en detaljert handlingsdel for dette satsingsområdet. I løpet av 2-3 år vil en god handlingsdel være utarbeidet og implementert.

Vedlegg: Handlingsdelen

Kommunedelplan for Helse Omsorg og Folkehelse i Sortland kommune fra
2014-2030

Innhold

Satsningsområde 1 (Folkehelse)	52
Satsningsområde 2 (Helsetjenester i hjemmet; tidl hjemmetjenesten).....	53
Satsningsområde 3 (Helsetjenester)	54
Satsningsområde 4 (Habilitering).....	55
Satsningsområde 5 (Demens).....	57
Satsningsområde 6 (Kreftomsorg og lindrende behandling)	60
Satsningsområde 7 (Heldøgns omsorg i pleieinstitusjon)	62
Satsningsområde 8 (Rehabilitering - fysioterapi).....	63
Satsningsområde 9 (Psykisk helsearbeid).....	64
Satsningsområde 10 (Frivillighet).....	69
Satsningsområde 11 (Velferdsteknologi)	70
Vedlegg til kapittel 11	71

Satsningsområde 1 (Folkehelse)

For å nå hovedutfordringen: **Flere år med gode liv for Sortlands befolkning! Sortland – en folkehelsekommune.**

Strategier:

4. Folkehelse – er helse i alt vi gjør (health in all policies) – skal være sektorovergripende og øverst på prioriteringslisten i kommunen.
5. Det skal være lett å ta de helsefremmende valgene i Sortland kommune
6. Befolkningen skal trives i hverdagen, og få veiledning og hjelp for å endre levevaner og forebygge sykdom.

Strategi 1 Sektorovergripende	Strategi 2 Helsefremmende valg	Strategi 3 Veiledning og kommunikasjon
1.1.1. Folkehelseperspektiv fram i all saksbehandling. (Et eget punkt i saksframleggene i kommunen- Hvilken betydning har denne saken for folkehelsen i Sortland kommune).	1.2.1. Etablering av en Frisklivssentral som et naturlig møtested for samhandling om folkehelse mellom kommunen, innbyggerne, privat næringsliv og frivillige lag og foreninger	1.3.1 Alle skoler og barnehager i Sortland kommune blir helsefremmende skoler og barnehager
1.1.2. Folkehelsekoordinator i 100% stilling. Folkehelsekoordinator bør ha videreutdanning i folkehelsearbeid.	1. 2.2. Jobbe tett med barnehager og skoler ang tiltak for å fremme fysisk aktivitet og sunnere matvaner.	1.3.1. Ha en Frisklivssentral som kommunens midtpunkt i folkehelsesatsingen, hvor leger kan henvise til et kommunalt helsetilbud for veiledning og oppfølging av personer som trenger hjelp til å endre levevaner grunnet høy risiko for å utvikle sykdom relatert til uheldige levevaner
	1.2.3. Kunne tilby befolkningen flere fysiske lavterskeltilbud som favner bredt på alder og sosial tilhørighet.	

Satsningsområde 2 (Helsetjenester i hjemmet; tidl hjemmetjenesten)

For å nå hovedutfordringen: Lengst mulig i eget hjem, basert på god livskvalitet. Helsetjenester i hjemmet skal være en framtidsrettet organisasjon tilpasset framtidige utfordringer:

Strategier:

1. Sortland kommune skal styrke innbyggerne i å mestre eget liv.
2. Sortland kommune skal ta i bruk ny teknologi for å øke opplevd kvalitet på tjenestene.
3. Sortland kommune skal fremme aktivitetstilbud som fører til en bedre helse.

Strategi 1: Styrke innbyggerne i å mestre eget liv	Strategi 2: Ta i bruk ny teknologi	Strategi 3: Samarbeid/frivillighet
2.1.1 Tilrettelagt dagaktivitet som er tilpasset den enkelte bruker.	2.2.1 Ta i bruk IKT for å bedre kunne kommunisere/samhandle, for en enklere hverdag.	2.3.1 Bruk av frivillige organisasjoner/ frivillighetskoordinator.
2.1.2 Brukerstyrt Personlig assistanse krever høy grad av egnethet som må tilpasses og defineres av den enkelte bruker.	2.2.2 Innføre brukerorientert teknologi og tilpasninger som bruker er med å definere	2.3.2 Samarbeid med idrettslag og foringer som kan fremme fysisk aktivitet for bruker.
2.1.3 Sortland kommune må vektlegge god informasjon til brukeren med hovedvekt på web. Webbasert informasjon og kommunikasjon er særlig viktig for unge brukere.	2.2.3 Kvalifisere personell som kan arbeide med teknologi i et innovativt spekter for tilrettelegging	2.3.3 Bruke frivillige organisasjoner til å skape møteplasser og sosialt samkvem.
2.1.4 Sikre rett kompetansesammensetning hos de ansatte. Organisering av tjenestetilbud ved bruk av arbeidslag bør innføres.	2.2.4 Orientering rettet mot forskning og utvikling. Delta i utviklingsprosjekter	2.3.4 Bevist samarbeid med frivillige organisasjoner, vurdere frivillighetskoordinator.
2.1.5 Fokus på habilitering/rehabilitering i hjemmet Forebyggende hjemmebesøk Nært samarbeid med fysioterapeut/ ergoterapeut.	2.2.5 Søke prosjektsamarbeid med nabokommuner, rettet mot ulike grupper.	2.3.5 Nært samarbeid med dagtilbudet i kommunen. Utvidelse av tilbudet for flere grupper.
2.1.6 Ta i bruk innovativ kompetanse for framtidens brukere jf kapittel om velferdsteknologi.		2.3.6 Fysioterapitrening i grupper.

Satsningsområde 3 (Helsetjenester)

For å nå hovedutfordringen: Et friskere samfunn.

Strategier:

1. Det må dannes møtepunkter via en bedre organisering av helse og omsorg.
2. Det må dannes en god kommunikasjonsplattform.
3. Vurdere interkommunalt samarbeid med tanke på løsning av komplekse oppgaver.

Strategi 1 Møtepunkter bedre organisering	Strategi 2 Kommunikasjon	Strategi 3 Samarbeidet Interkommunalt
3.1.1 Større grad av samlokalisering mellom yrkes grupper/tjenesteområder nødvendig.	3.2.1 Behov for å øke elektronisk kommunikasjon mellom foretak, fastleger og omsorgstjenesten. E-melding er under innføring på alle disse nivåene.	3.3.1 Utrede små og komplekse områder for interkommunalt samarbeid.
3.1.2 Rett dimisjonering av helsetjenesten og andre fagområder for å skape handlingsrom. Legetjenesten må dimisjoneres slik at det skapes rom og insentiv for økt samhandling.	3.2.2 Forståelsen for individuell plan må økes mellom dette området og andre fagområder. Det er et relativt stort behov for å involvere legene mer inn i arbeidet med individuell plan.	3.3.2 Miljørettet helsevern rettet mot skoler, barnehager med mer. Et lite og spesialisert område som krever stor kompetanse bla ingeniørkompetanse. Interkommunalt samarbeid er under utredning.
3.1.3 Etablere et helsehus med et mangfold av helsefunksjoner. Nytt helsehus som rommer frisklivsentral, legesenter (offentlig/privat), helsestasjon samt utleiemuligheter til eksempelvis avtalespesialister.	3.2.3 Legene engasjeres i etablering av helsefremmende barnehager og skoler.	3.3.3 Utrede muligheter for samarbeid for andre spesialiserte områder for eksempel demens, geriatri etc.
3.1.4 Leger og andre ansatte innen enheten må settes i stand til å ta et større gruppeansvar og at det skapes intensiver for det.		
3.1.5 Etablering av lærings og mestringstilbud innen for områdene: diabetes, KOLS, overvekt..		

Satsningsområde 4 (Habilitering)

For å nå hovedutfordringen: Framtidsrettet, helhetlig og forebyggende tilbud, med tidlig innsats som bidrar til økt mestring og meningsfylt tilværelse, har man kommet fram til følgende strategier:

Strategier:

1. Utvikle tverrfaglig habiliteringskompetanse.
2. Samordne frivillige og kommunale ressurser.
3. Fysisk tilrettelegging ved universell utforming, og bruk av hjelpemidler.

Brukergruppe 1.

Personer med utviklingshemming

Handlinger

Strategi 1 Utvikle tverrfaglig habiliteringskompetanse	Strategi 2 Samordne frivillige og kommunale ressurser.	Strategi 3 Fysisk tilrettelegging ved universell utforming, og bruk av hjelpemidler.
4.1.1.1 Yrkesanalyse, hvilke yrkesgrupper trenges?	4.1.2.1 Samarbeid med lag og foreninger (eks. åpen hall..)	4.1.3.1 Ha boliger som er tilrettelagte utfra behovene.
4.1.1.2 Aktiv bruk av individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper som arbeidsform.	4.1.2.2 Utvide støttekontaktordningen. (miljøterapijeneste)	4.1.3.2 Aktiv bruk av individuell plan.
4.1.1.3 Samarbeide aktivt med spesialisttjenester, ved behov. (Habiliteringsteam, Psykiatrisk innsatsteam, Autismeteam, VOP, Spesialpedagogisk senter, etc)	4.1.2.3 Fritid med bistand. (fritidforalle.no) (Bruke fysioterapeut, kulturavd., etc)	4.1.3.3 Bruke ressursgruppe, ergo- og fysioterapitjenesten, samt rådet for funksjonshemmede aktivt i planleggingsfaser ang. bygging av nye boliger.
4.1.1.4 Implementering. Kulturutvikling. Unngå taus kunnskap.	4.1.2.4 Samarbeid med NFU, privatpersoner og andre frivillige.	4.1.3.4 Faste rutiner i opplæring av personell, i bruk av hjelpemidler. Eks: Konsulent fra hjelpemiddelsentralen.
4.1.1.5 Kurs. Videre- og etterutdanning. Arbeidsseminar. Virkemidler som bidrar til at ufaglærte gjennomfører grunnutdanning innenfor helsefagarbeid.		4.1.3.5 Tilrettelagte arbeids- og aktivitetstilbud som bidrar til meningsfylte dager. (opprette nye tilbud, i dag har vi et "manglede mellomledd" dvs. tilbud for de personer som faller utenfor Aktivitetsenteret og Arbeidssenterets nåværende tilbud)
4.1.1.6 Hvordan unngå ansvarspulverisering?		4.1.3.6 Transportordninger som fungerer. (for eksempel: fra hjem til Akt. tilbud)
4.1.1.7		

Tannhelsetjenestens rolle.. Tannkontakt		
--	--	--

Brukergruppe 2.

Personer med fysisk funksjonshemming

Handlinger

Strategi 1 Utvikle tverrfaglig habiliteringskompetanse	Strategi 2 Samordne frivillige og kommunale ressurser	Strategi 3 Fysisk tilrettelegging ved universell utforming, og bruk av hjelpemidler.
4.2.1.1 Yrkesanalyse, hvilke yrkesgrupper trenges?	4.2.2.1 Samarbeid med lag og foreninger	4.2.3.1 Ha boliger som er tilrettelagte utfra framtidige behov. Ha nok tilrettelagte boliger for unge familier der en forelder er funksjonshemmet.
4.2.1.2 Aktiv bruk av individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper som arbeidsform	4.2.2.2 Utvide støttekontaktordningen	4.2.3.2 Aktiv bruk av individuell plan.
4.2.1.3 Samarbeide aktivt med spesialisthelsetjenesten. (Habiliteringsteam, Habiliteringsavdeling Bodø, etc).	4.2.2.3 Fritid med bistand	4.2.3.3 Bruke ressursgruppe, ergo- og fysioterapitjenesten samt rådet for funksjonshemmede aktivt i planleggingsfaser (for eksempel bygging av nye boliger)
4.2.1.4 Implementering Kulturutvikling Unngå taus kunnskap	4.2.2.4 Samarbeid med privatpersoner og andre frivillige	4.2.3.4 Faste rutiner i opplæring av personell, i bruk av hjelpemidler. Eks: Konsulent fra hjelpemiddelsentralen.
4.2.1.5 Kurs Videre- og etterutdanning Arbeidsseminar		
4.2.1.6 Hvordan unngå ansvarspulverisering?		

Brukergruppe 3.

Barn og unge i barnehager og skoler, med habiliteringsbehov.

Handlinger

Strategi 1 Utvikle tverrfaglig habiliteringskompetanse	Strategi 2 Samordne frivillige og kommunale ressurser	Strategi 3 Fysisk tilrettelegging ved universell utforming, og bruk av hjelpemidler.
4.3.1.1 Yrkesanalyse, hvilke yrkesgrupper trenges?	4.3.2.1 Samarbeid med lag og foreninger	4.3.3.1 Aktiv bruk av individuell plan.
4.3.1.2. Aktiv bruk av individuell plan,	4.3.2.2. Utvide støttekontaktordningen	4.3.3.2 Bruke ergo- og

koordinator og ansvarsgrupper som arbeidsform Hvordan unngå ansvarspulverisering?		fysioterapitjenesten aktivt i planleggingsfaser (for eksempel bygging av nye boliger)
4.3.1.3. Samarbeide aktivt med spesialisttjenesten. Samarbeide med PPD.	4.3.2.3 Fritid med bistand	4.3.3.3 Faste rutiner i opplæring av personell, i bruk av hjelpemidler. Eks: Konsulent fra hjelpemiddelsentralen.
4.3.1.4 Implementering Kulturutvikling Unngå taus kunnskap	4.3.2.4 Samarbeid med privatpersoner og andre frivillige	Tilrettelagt fritidstilbud.
4.3.1.5 Kurs Videre- og etterutdanning Arbeidsseminar		

Satsningsområde 5 (Demens)

For å nå hovedutfordringen: Kvalitet og trivsel gjennom sykdomsforløpet har man kommet fram til følgende strategier:

Strategier:

1. Sortland kommune skal ha kontinuerlig fokus på kompetanse, motivasjon, holdning og egnethet
2. Sortland kommune skal sørge for trygge og gode rammer rundt personer med demens
3. Sortland kommune skal bruke demensteamet som resurs for helse og omsorgstjenesten

Brukergruppe 1.

Personer med mild og moderat demens.

Strategi 1 Holdning og egnethet hos ansatte.	Strategi 2 Trygge og gode rammer	Strategi 3 Demensteamet som resurs
5.1.1.1 Målrettet opplæring av personalet i helsetjenester i hjemmet kunnskap om demens i ulike faser. Hva skal personalet se etter?	5.1.2.1 God samhandling mellom lege pårørende, helsetjenester i hjemmet og demensteam	5.1.3.1 Opprettholde demensteamet samt øke ressursrammen til dette formålet.
5.1.1.2 Legge til rette for fagbrev og spesialisering	5.1.2.2 Tidlig utredning og diagnostisering	5.1.3.2 Informasjon om demensteamet på kommunens hjemmeside. Brosjyre på servicetorg, legekantor, apotek etc.
5.1.1.3 Legge til rette for videreutdanning	5.1.2.3 Jevnlig oppfølging fra demensteamet	5.1.3.3 Utredning og jevnlig oppfølging fra demensteamet.
5.1.1.4	5.1.2.4	5.1.3.4

Gjennomføre demensomsorgens ABC blant ansatte.	Utvide dagtilbud for personer med demens.	Veiledning og oppfølging av personalet i helsetjenester i hjemmet.
	5.1.2.5 Opprettholde tilbud om pårørendeskole	5.1.3.5 Demenssteamet holder seg faglig oppdatert .
	5.1.2.6 Samarbeid med frivillige organisasjoner som for eksempel TERMIK.	5.1.3.6 Demensnettverk for Vesterålskommunene og Kløveråsen opprettholdes.
:	5.1.2.7 Etablere arbeidslag i helsetjenester i hjemmet.	5.1.3.7 Gjennomføre årlig pårørendeskole
	5.1.2.8 Øke antall plasser for avlastning i institusjon	5.1.3.8 Tilby samtalegruppe for pårørende.
	5.1.2.9 Avlastning i hjemmet ved bruk av frivillige	5.1.3.9 Samarbeid og kursing av frivillige.
	5.1.2.10 Beholde/øke antall plasser for utredning i institusjon.	
	5.1.2.11 Godt samarbeid med eksterne kompetansemiljøer.	

Brukergruppe 2

Personer med alvorlig demens.

Strategi 1 holdning og egnethet	Strategi 2 trygge og gode rammer	Strategi 3 demenssteamet som resurs
5.2.1.1 Tydelige kvalitetsmål. Kontinuerlig arbeid med kvalitetssystemet.	5.2.2.1 Flytte demensavd. på bakkeplan på Lamark tunet (LBS). Dette muliggjør tilgang til sansehagen og gir økt trygghet.	5.2.3.1 Utredning og jevnlig oppfølging fra demsteamet.
5.2.1.2 Vektlegging av egnethet hos ansatte er viktig.	5.2.2.2. Ferdigstille sansehagen på LBS.	5.2.3.2 Veiledning for ansatte. Delta på temadager. Faglig forum etc.
5.2.1.3. Tydelige gruppeledere med gode holdninger.	5.2.2.3 Egen psykiatriske avdeling. Ikke personer med demens og psykiatri i samme avdeling.	5.2.3.3 Samarbeid og kursing av frivillige.
5.2.1.4 Fokus på demenskunnskap. Fagbrev, videreutdanning og demensomsorgens ABC	5.2.2.4 Bygge nye plasser for personer med demens ved Håloygtunet.	5.2.3.4 Gjennomføre årlig pårørendeskole og tilbud om samtalegrupper for pårørende.
	5.2.2.5 Pårørendeskole og samtalegrupper videreføres.	
	5.2.2.6 Samarbeid med frivillige organisasjoner. For eksempel leseombud og Termik	
	5.2.2.7 Godt samarbeid med eksterne kompetansemiljøer	
	5.2.2.8 øke	

	sykehjemslegetjenesten	
	5.2.2.9 Opprettholde tilbud om årlig Pårørendesamtale.	

Satsningsområde 6 (Kreftomsorg og lindrende behandling)

For å nå hovedutfordringen: Trygg, forutsigbar kreftsykepleie med overordnet koordinerende funksjon, samt en verdig og tilrettelagt lindrende behandling, der pasienten er, har man kommet fram til følgende strategier:

Strategier:

1. Sortland kommune skal ha en trygg, tilgjengelig og forutsigbar kreftsykepleietjeneste.
2. Sortland kommune skal øke kompetansen generelt innen lindring.
Sortland kommune skal utvikle samhandling både internt og eksternt.

Brukergruppe 1.

Personer med nydiagnostisert kreftsykdom

Strategi 1 Trygg, tilgjengelig og forutsigbar	Strategi 2 Øke kompetansen	Strategi 3 Samhandling både internt og eksternt
6.1.1.1 Første kontakt skal være etablert innen en uke etter henvisning	6.1.2.1 Målrettet opplæring av personale i Omsorg ved konkrete opplæringsbehov	6.1.3.1 Gi relevant og god informasjon om aktuelle pasientrettigheter og ordninger som finnes
6.1.1.2 Gi pasient og pårørende aktuell informasjon.	6.1.2.2 Sette opplæring i system, med aksept for det i fht tid og turnus	6.1.3.2 Samhandle med andre instanser og koordinere de ulike tilbud tilpasset den enkelte pasient og pårørende
6.1.1.3 Inngi tillit og trygghet gjennom god faglig kunnskap	6.1.2.3 Mulighet for hospitering til aktuell avdeling for å øke kompetanse	6.1.3.3 Fleksible løsninger der det kan være aktuelt å samhandle avdelinger på tvers
6.1.1.4 Ivareta barn og ungdom som er pårørende	6.1.2.4 Kreftsykepleien holder seg faglig ajour ved deltakelse på aktuelle kurs/ konferanser	6.1.3.4 Samarbeide med de ulike nivåene i kreftbehandlingen
6.1.1.5 Gode samarbeidsrutiner med helsetjenestens 1., 2. og 3. linje		6.1.3.5 Opprettholde og videreutvikle "Nettverksgruppa for kreftsykepleiere i Vesteråsregionen"
		6.1.3.6 Samhandle interkommunalt i fht kompetanseopplæring

Brukergruppe 2.

Personer som lever med eller har hatt kreft

Strategi 1 Trygg, tilgjengelig og forutsigbar	Strategi 2 Øke kompetansen	Strategi 3 Samhandling både internt og eksternt
6.2.1.1 Koordinere et godt tverrfaglig tilbud	6.2.2.1 Kontinuerlig opplæring i symptomlindring / lindrende behandling	6.2.3.1 Ha fokus på rehabilitering, samarbeid NAV, skole, helsestasjon
6.2.1.2 Finne fleksible løsninger i enheten for å trygge pasient og pårørende best mulig	6.2.2.2 Vektlegge refleksjon for å styrke etisk kompetanse	6.2.3.2 Forebygge senskader av behandling. Samarbeid leger, fysioterapeut, ergoterapeut
6.2.1.3 Øke antall sykepleierstillinger i hjemmesykepleien	6.2.2.3 Etablere en lindringsansvarlig i hver enhet i Omsorg. Disse utgjør en egen ressursgruppe innen lindring, og må gis mulighet til faste fagmøter	6.2.3.3 Samhandling mellom tjenestenivåene. Samarbeid med Palliative team, UNN, NSHB, NSHV, Regional kreftnettverksgruppe
6.2.1.4. Øke kreftsykepleien med 0,7 % stilling innen 2020	6.2.2.4 Gi mulighet for relevante videreutdanninger	6.2.3.4 Samhandling med frivillige tilbud. Opprette lønnet koordinator
6.2.1.5 En faglig god natt- tjeneste	6.2.2.5 Gi rom for intern og ekstern hospitering	6.2.3.5 Godt samarbeid mellom avdelingene i enheten.
6.2.1.6 Godt samarbeid med fastlegen, og den øvrige behandlingsskjeden	6.2.2.6 Holde seg faglig ajour ved deltakelse på aktuelle kurs og konferanser	6.2.3.6 Etablere selvhjelps/ livsmestringsgrupper, kommunalt og/eller interkommunalt
6.2.1.7 Ta i bruk IP for å ivareta komplekse pasientsituasjoner		6.2.3.7 "Å leve med kreft". Informere/ tilby deltakelse på kurs ved Montebello, kurs i regi av kreftforeningen m.fl.

Brukergruppe 3.

Personer i livet slutfase med behov for lindrende behandling i institusjon eller i sitt hjem

Strategi 1 Trygg, tilgjengelig og forutsigbar	Strategi 2 Øke kompetansen	Strategi 3 Samhandling både internt og eksternt
6.3.1.1 Utvide "Lindrende enhet" ved Kårstua fra 2 til 3 plasser	6.3.2.1 Øke den spesielle kompetansen innen lindrende behandling ved livets slutt	6.3.3.1 Tverrfaglig tilrettelegging for å avslutte livet hjemme (hj.tj, ergo- og fysioterapeut, vaktmester, NAV, m.m)
6.3.1.2. Opprettholde / øke tilsynslegeordning ved Lamarktunet	6.3.2.2 Sette intern opplæring i system gjennom Faglig Forum og Personaldager	6.3.3.2 Samhandling med fastlege og spesialisthelsetjenesten
6.3.1.3 Øke sykepleiestillinger i hjemmesykepleien umiddelbart. Tilstrebe primærsykepleie	6.3.2.3. Kreftsykepleien følger opp personalet med faste veiledningsmøter	6.3.3.3 Samarbeid med frivillige f.eks Termik Sortland. Opprette lønnet koordinator
6.3.1.4 Øke kreftsykepleien med 0,7 % stilling innen 2020	6.3.2.4 Holde seg faglig ajour ved deltakelse på aktuelle kurs og konferanser	6.3.3.4 Kreftsykepleien følger opp og kurser egne frivillige i Termik
6.3.1.5 En faglig god natt- tjeneste		6.3.3.4 Etablere sorggrupper/ «Treffpunkt», kommunalt og/eller interkommunalt.
6.1.3.6 Øremerk egen fysioterapi til "Lindrende enhet"		
6.3.1.7 Tilbud om etterlattesamtaler rett etter dødsfall og etter ca. 3 måneder		

Satsningsområde 7 (Heldøgns omsorg i pleieinstitusjon)

For å nå hovedutfordringen: Sykehjem med fokus på pleie, behandling og rehabilitering.

Strategier:

4. Sortland skal investere for å møte økt antall eldre og deres behov.
5. Satsing på rett kompetanse og egnethet.
6. Sørge for rett omsorgsnivå.

Brukergrupper

Det sorters på 3 brukergupper som har forskjellige behov. Disse brukerguppene griper inn i mange av de andre satsingsområdene for eksempel kreftomsorg og lindrende behandling, hvor arbeidsmetodikken for denne spesifikke gruppen beskrives nærmere. Definisjon på brukergupper i dette satsingsområdet beskriver hvor de bør samles geografisk for å få til en mer kostnadseffektiv drift blant annet.

Brukergrupper er som følger:

1. Personer med demens og spesielle behov som geriatri innen psykisk utviklingshemming og geriatrik psykiatri. Disse bør ikke blandes.
2. Langtids somatiske sykehjemsplasser
3. Korttids plasser

Strategi 1 investeringer og behov	Strategi 2 rett kompetanse og egnethet	Strategi 3 rett omsorgsnivå
7.1.1 Bygge ut Håløytunet med 49 plasser for personer med demens. Lamarktunet (LBS) skal være rent somatisk.	7.2.1 Framtidsrettet bemanningsplan. Tverrfaglige yrkesgrupper ut fra type avdeling.	7.3.1 Tjenestekontoret må utvikles slik at de får oversikt over alle tjenester anvendt for utviklingshemming og geriatrik psykiatri, i tillegg til somatikk slik at det utformes rett vedtak. Det må være et skille mellom tjenesteutøver og tjeneste tildeler.
7.1.2 LBS skal gi tilbud til brukere med geriatrik utviklingshemming.	7.2.2 Rekrutteringsstillinger for lærlinger	7.3.2 Vedtak som følges.
7.1.3 LBS skal gi tilbud til brukere med geriatrik psykiatri.	7.2.3 Øke stillingsprosentene	7.3.3 Skille mellom tjenestetildeler og utøver
7.1.4 LTP-prognoser enkel/dobbelrom		7.3.4 Seniorsjekken for de over 75
7.1.5 KTP må ha lengre opphold		.
7.1.6 Dagaktivitetstilbud for alle behovsgruppene		

Satsningsområde 8 (Rehabilitering - fysioterapi)

For å nå hovedutfordringen: Rehabilitering med fokus på friskhet, funksjon og mulighet for individet.

Strategier

1. Sortland skal satse på tverrfaglige kunnskaper, rett dimensjonering og organisering av rehabiliteringsarbeid i forhold til brukers behov. (samhandling med andre områder, eksterne organisasjoner og avdelinger).
2. Sortland skal ha fokus på hverdagsrehabilitering for å få til en enklere hverdag for brukeren. Det er viktig med en friskere og mer funksjonerende bruker.
3. Sortland skal satse på forebygging før rehabiliteringsbehov oppstår i et godt folkehelseperspektiv.

Brukergrupper

Begrepet rehabilitering trer inn i et vidt spekter og mangfold av forskjellige pasient forløp og diagnoser. Omsorgsorganisasjonen i en kommune må ha et forhold til dette og ha en organisering som fører til god rehabilitering på et vidt plan. Nedenfor listes det opp en rekke kategorier med rehabiliteringsbehov (Helse og Omsorgsdepartementet). De forskjellige kategoriene krever forskjellige tiltak. Aktiv bruk av individuell plan blir viktig for å finne rette tiltak for brukeren.

- barn og voksne med medfødte tilstander som gir funksjonsnedsettelse
- barn og voksne med omfattende kommunikasjons- og språkforstyrrelser
- mennesker med alvorlige skader etter sykdom og ulykker

- mennesker som har fått foretatt ortopediske og andre kirurgiske inngrep
- mennesker pasienter med revmatiske sykdommer
- mennesker med nevrologiske sykdommer, inkludert pasienter med hjerneslag
- mennesker med sykdommer i muskel-/skjelettsystemet
- mennesker med hjerte-/kar- og lungesykdommer
- kreftpasienter
- eldre med sammensatte lidelser
- mennesker med syns- og/eller hørselsvansker
- mennesker med psykiske lidelser
- mennesker med psykisk utviklingshemming
- mennesker med autismespekterforstyrrelser og andre omfattende utviklingsforstyrrelser
- mennesker med rusproblematikk

Disse kategoriene kan kokes ned til 2 brukergrupper som anvendes videre når man skal se på tiltak:

3. Pasienter fra sykehus etter operasjoner og brudd, slag og nevrologiske traumer.
4. Oppståtte organiske medisinske og nevrologiske sykdommer for eksempel MS, andre nevrologiske sykdommer, diabetes eller kreft med mer. (generell dårlig almenntilstand)

Strategi 1 tverrfaglig dimensjonering	Strategi 2 hverdagsrehabilitering	Strategi 3 forebygging
8.1.1. Utvide og styrke rehabiliteringsområdet med større tverrfaglige resurser for å imøtekomme brukergruppen.	8.2.1 Utvikle systemer for samarbeid med sykehus om rehabilitering etter operative inngrep og traumer	8.3.1 Opplysning og undervisning – tidlig intervensjon.
8.1.2 Utvikling av koordinerende enhet for helhetlig rehabilitering (<i>har i dag rehabiliteringskontakt</i>)	8.2.2 Opprette egen gruppe for tidlig innsats ved traume eller sykdom. Hverdagsrehabiliteringsprinsippet: Sterkt inn, trene selvstendighet, gradvis mindre hjelp.	8.3.2 Helsestasjon for eldre. Forebyggende hjemmebesøk.
8.1.3 Kompetanseheving og spesialisering for å bygge kartleggingsteam for innsats etter traumer eller sykdom.	8.2.3 Kompetanseheving og holdningsendring innad i organisasjonen.	8.3.3 I stand setting av boliger slik at beboer kan være hjemme lengere
8.1.4 Jobbe med struktur og organisering av Rehabiliteringstjenesten.	8.2.4 Implementering av hverdagsrehabilitering i hele organisasjonen.	
	8.2.5 Arbeide systematisk med utgangspunkt i individuell plan	

Satsningsområde 9 (Psykisk helsearbeid)

For å nå hovedutfordringen i psykisk helsearbeid i Sortland:

- Forebygge alvorlig skjevutvikling / kronifisering
- Helhetlige og koordinerte tjenester
- Rus- og psykisk helsefeltene ses i sammenheng

- Bidra i forebyggende arbeid på systematisk nivå i kommunen

Strategier:

Avdeling for psykisk helse har et svært godt omdømme blant sine brukere. Svært mange er fornøyd med de tjenestene de får og de rekrutterer nye tjenestebrukere gjennom sine kontakter og det at de framhever det gode tilbudet. Likevel er ikke avdelingens arbeid godt kjent blant andre tjenesteprodusenter og i befolkningen generelt. Avdelingen har likevel en utfordring med å komme ut med informasjon om kompetanse, mål, prioriteringer osv. Det blir derfor viktig at det utvikles en strategi knyttet til informasjonsarbeid som tar sikte på å gi tjenesten tydeligere rammer og synliggjøring av hva avdelingen står for.

I arbeidet med å tydeliggjøre grensesnittet mot spesialisthelsetjenesten må kommunen/tjenesten bli mer aktiv og pågående overfor sykehus/DPS for å finne samarbeidsløsninger som fungerer for pasientene og som er fornuftige arbeidsdelinger i henhold til tjenestenes utgangspunkt. I dette arbeidet må det også vektlegges å finne samarbeidsløsninger, pasientforløpsrutiner og andre avklaringer som muliggjør realisering samhandlingsreformens intensjon.

Brukergrupper

Beskriv brukergrupper

UNGE MENNESKER MED PSYKOSEPROBLEMATIKK OG MENNESKER MED KRONISKE PSYKOSELIDELSER.

Psykose dekker flere sykdommer med mange årsaker. De vanligste og mest alvorlige er schizofreni og bipolar lidelse. Psykoselidelsene rammer ca 1% av befolkningen, de debuterer tidlig og gir ofte store funksjonstap. Psykoselidelsene har i mange tilfeller et livslangt forløp, men behov for kontinuerlig støtte i forhold til helse, livsopphold, bolig og sysselsetting.

Det er viktig å få etablert en terapeutisk allianse så tidlig som mulig i forløpet da forskning viser at det kan forebygge alvorlig skjevutvikling / kronifisering. Denne brukergruppen skal ha et lavterskeltilbud, formålet med det er at hver enkelt skal få oppfylt grunnleggende behov. Avdeling for psykisk helse har miljøterapeuter som jobber turnus, avdelingen kan oppsøkes av brukere uten henvisning eller krav til betalingsevne.

Hjelpetiltakene har som mål å gjenvinne tapte ferdigheter, men også om nødvendig hjelpe brukeren til å tilpasse seg en ny situasjon og legge forholdene best mulig til rette for et godt liv.

Kunnskapsbasert praksis	Intern og ekstern samhandling.
Tilbud om kontakt innen to uker etter henvendelse til tjenesten. Kartlegging av de individuelle hjelpebehovene ut fra brukerens personlige mål, ressurser og livssituasjon. Gi brukeren informasjon om hvilke rettigheter vedkommende har, og hvilke instanser som bør involveres for å få et helhetlig tilbud.	Gode samarbeidsrutiner med hensiktsmessige instanser i 1., 2., og 3. linjetjeneste. 2. linjetjeneste utreder hvilken diagnose bruker har og gjør en medisinvurdering. De skal og gi psykoedukasjon til bruker og pårørende. Koordinere ansvarsgrupper, individuell plan og kriseplan.
Brukeren vil få en primærkontakt som gir støttesamtaler og er koordinator. Det bør være regelmessig og langvarig oppfølging av fast personell som kjenner brukeren godt.	Primærkontakt har tett samarbeid med andre instanser og kan være med som støtte når brukeren skal til lege, Nav o.l.
Miljøterapi tilbys til personer som har behov for å trene opp adl-ferdigheter / trenger hjelp til å få en hensiktsmessig	Miljøterapien vil i hovedsak bli gitt hjemme hos brukeren og i

struktur på dagene.	nærmiljøet. Brukerne kan i tillegg få innvilget hjemmehjelp og hjemmesykepleie ved behov
Skole og arbeid: Det vil være behov for tett oppfølging og individuell tilrettelegging i en rehabiliteringsfase.	Primærkontakt kan gi veiledning i forhold til behov for tilrettelegging på skole/arbeidsplass og er ofte med på møter som støtte.
Økonomi: kommunen skal påse at brukers rettigheter med hensyn til inntekt og økonomi er sikret, hjelpetiltak i form av økonomisk forvaltning skal tilbys dersom behovene tilsier dette.	Innen for dette området vil det være tett samhandling med NAV
Støttesamtaler til pårørende. Pårørende kan få generell informasjon om hvordan vi jobber uavhengig av samtykke fra bruker. De kan og få støttesamtaler rundt det å være pårørende hos samtaleterapeut.	Når vi ser det formålstjenlig utveksler vi informasjon / samarbeider med pårørende. Pårørende kan være medlem av ansvarsgruppa dersom bruker ønsker det.
Bolig: Kommunen har et bofellesskap med 6 leiligheter beregnet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Bofellesskapet er bemannet. Personer med psykoselidelser bør ikke tilbys boliger i bomiljøer preget av sosial uro og kriminalitet.	Sortland boligstiftelse leier ut boliger til personer med spesielle behov og som kan ha vansker med å komme seg inn på det private boligmarkedet.
Nettverksarbeid: Avdelingen skal legge til rette for sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter.	Avdelingen har tett samarbeid med Mental helse.
Somatisk helsetilstand må vurderes jevnlig, det bør være årlig kontroll av somatisk helsestatus. Årlig kontroll hos tannlege er og viktig.	Fastlegen er medlem av ansvarsgruppa og skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten ved behov.

MENNESKER MED RUSAVHENGIGHET.

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker flest sosiale og helsemessige skader og er den nest viktigste faktor for sykdom og død i industrialiserte land. Inntak av rusmidler gir en umiddelbar velværefølelse, samtidig som konsentrasjon, hukommelse og andre hjernefunksjoner svekkes. En blir mer impulsiv og evnen til å gjøre en kritisk vurdering avtar. Gjentatt rusmiddelbruk kan føre til avhengighet. Blant stoffer som gir rus er alkohol, legemidler som morfin og benzodiazepiner og ulovlig narkotiske stoffer.

Kunnskapsbasert praksis.	Intern og ekstern samhandling.
Tilbud om kontakt og oppstart av terapi skal være innen 3 uker.	Gode samarbeidsrutiner med hensiktsmessige instanser i 1., 2. og 3. linjetjenesten.
Karlegging av situasjon og gjennom motiverende intervju blir en enig om hva terapien skal omhandle.	Fastlege og 2. linjetjenesten utreder hvilken diagnose pasienten har og gjør medisinvurdering.
Gi pasienten informasjon om hvilke rettigheter	Koordinere samarbeidsgrupper og lage plan for å forebygge fremtidig rusavhengighet.

han har og hvilke instanser som kan involveres for å få et helhetlig tilbud.	
Pasienten vil få en primærterapeut som gir et samtale-/ miljøterapeutisk- tilbud som kan sikre et helhetlig tilbud	Primærkontakt sikrer samarbeid med fastlege og VOP og andre samarbeidsetater hvis pasienten ønsker det. I samarbeid med fastlege henviser videre til VOP eller institusjon hvis ikke terapi i kommunen fører frem. Evt. få veiledning fra eller samhandling med VOP eller institusjon ift. pasienten sine ulike behov for oppfølging og terapi.
Psykoedukasjon om rusavhengighet, medikasjon, aktivitet, fysisk trening, kosthold og nettverksbevissthet til pasient og hvis ønskelig til familie.	Psykoedukasjon i samhandling fra fastlege og VOP evt. andre.
Miljøterapi tilbyes til personer som har behov for å trene opp adl- ferdigheter og trenger hjelp til å få en hensiktsmessig struktur på dagene.	Miljøterapien vil i hovedsak bli gitt hjemme hos pasienten og i nærmiljøet.
Skole og arbeid: Det vil ofte være behov for tett oppfølging og individuell tilrettelegging i en rehabiliteringsfase.	Primærkontakten kan gi veiledning i forhold til behov for tilrettelegging på skole / arbeidsplass og er ofte med på møter som støtte.
Økonomi: kommunen skal påse at brukers rettigheter og ansvar med hensyn til inntekt og økonomi er sikret, hjelpetiltak i form av økonomisk forvaltning skal tilbyes dersom situasjon tilsier det.	Innen for dette området vil dette ofte være i tett samhandling med NAV.
Støttesamtaler til pårørende. Pårørende kan få generell informasjon om hvordan vi arbeider uavhengig av samtykke fra pasient. Pårørende kan få tilbud om støttesamtaler rundt det å være pårørende.	Når vi ser det formålstjenelig utveksler vi informasjon / samarbeider vi med pårørende. Pårørende kan være medlem av ansvarsgruppa dersom pasienten ønsker det.
Bolig: Boligstiftelsen leier ut boliger til vanskeligstilte.	Pasienter kan få innvilget hjemmehjelp og støttekontakt ved behov og tillegg til miljøterapi.
Somatisk helse	Pasienten følges opp av fastlege, tannlege og hjemmesykepleie i forhold til pasientens kroppslige helse.

MENNESKER MED DEPRESJON OG ANGST.

Depresjon:

Det er anslått at hver femte person i Norge i løpet av sitt liv vil oppleve depresjon. Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de 10 lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende årsak til sykdom i vestlig verden. Depressive lidelser har store personlige omkostninger for dem som rammes og for deres familier.

Angst:

Analyser viser at ca. 25 % av den norske befolkning vil oppleve en angstlidelse i løpet av sitt liv. Forsinket behandling er alvorlig fordi angstlidelsene rammer unge individer i sårbar alder. De er ofte kronisk og medfører høy risiko for både somatisk og psykiatriske komplikasjoner. Visse angstlidelser

medfører høyt og unødvendig bruk somatiske helsetjenester og av beroligende medikamenter som kan være vanedannende.

Kunnskapsbasert praksis	Intern og ekstern samhandling
Tilbud om kontakt skal være innen 2 måneder. Kartlegging av situasjon og en blir enig om hva terapien skal omhandle. Gi pasienten informasjon om hvilke rettigheter han har og hvilke instanser som kan involveres for å få et helhetlig tilbud.	Gode samarbeidsrutiner med hensiktsmessige instanser i 1., 2. og 3.linjetjensten. Fastlege og 2. linjetjenesten utreder hvilken diagnose pasienten har og gjør medisinvurdering. Koordinere samarbeidsgrupper og lage en plan for å forebygge fremtidige depresjoner.
Pasienten vil få en primærterapeut som gir et samtaletilbud og kan sikre helhetlig tilbud. Primærterapeuten følger opp pasienten individuelt eks. først ukentlige-, hver 14 dag-, månedlige – møter osv.	Primærkontakt sikrer samarbeid med fastlege og VOP og andre samarbeidsetater hvis pasienten ønsker det. I samarbeid med fastlege henviser videre til VOP eller til institusjon hvis ikke terapi i kommunen fører frem. Evt. få veiledning fra eller samhandling med VOP eller institusjon ift. pasienten sine ulike behov for terapi.
Psykoedukasjon om sykdom, medikasjon, aktivitet, fysisk trening, selvhjelps litteratur og nettverkbevissthet til pasient og hvis ønskelig til familie.	Psykoedukasjon i samhandling fra fastlege og VOP evt. andre.
Kurs i mestring av depresjon.	Henvises fra fastlege, VOP, andre eller fra pasienten selv.

MENNESKER MED PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER.

Mennesker med personlighetsforstyrrelse har større tendens til å utvikle depresjon, angst, spiseforstyrrelser og rusmiddelmisbruk. Videre er det en viss overvekt av kriminalitet og selvmordsforsøk. Hyppighet av slike komplikasjoner er avhengig hvilken personlighetsforstyrrelse personen har og om vedkommende får behandling eller ikke.

Kunnskapsbasert praksis.	Intern og ekstern samhandling.
Tilbud om kontakt skal være innen 2 måneder. Kartlegging av situasjon og en blir enig om hva terapien skal omhandle. Gi pasienten informasjon om hvilke rettigheter han har og hvilke instanser som kan involveres for å få et helhetlig tilbud.	Gode samarbeidsrutiner med hensiktsmessige instanser i 1., 2. og 3. linjetjenesten. Fastlege og 2. linjetjenesten utreder hvilken diagnose pasienten har og gjør medisinvurdering. Koordinere samarbeidsgrupper og lage plan for å forebygge fremtidig tilbakefallskriser.
Pasienten vil få en primærterapeut som gir et samtale-/ miljøterapeutisk- tilbud som kan sikre et helhetlig tilbud	Primærkontakt sikrer samarbeid med fastlege og VOP og andre samarbeidsetater hvis pasienten ønsker det. I samarbeid med fastlege henviser videre til VOP

	eller institusjon hvis ikke terapi i kommunen fører frem. Evt. få veiledning fra eller samhandling med VOP eller institusjon ift. pasienten sine ulike behov for oppfølging og terapi.
Psykoedukasjon om personlighetsforstyrrelse, medikasjon, aktivitet, fysisk trening, kosthold og nettverksbevissthet til pasient og hvis ønskelig til familie.	Psykoedukasjon i samhandling fra fastlege og VOP evt. andre.
Miljøterapi tilbyes til personer som har behov for å trene opp adl- ferdigheter og trenger hjelp til å få en hensiktsmessig struktur på dagene.	Miljøterapien vil i hovedsak bli gitt hjemme hos pasienten og i nærmiljøet.
Skole og arbeid: Det vil ofte være behov for tett oppfølging og individuell tilrettelegging i en rehabiliteringsfase.	Primærkontakten kan gi veiledning i forhold til behov for tilrettelegging på skole / arbeidsplass og er ofte med på møter som støtte.
Økonomi: kommunen skal påse at brukers rettigheter og ansvar med hensyn til inntekt og økonomi er sikret, hjelpetiltak i form av økonomisk forvaltning skal tilbyes dersom situasjon tilsier det.	Innen for dette området vil dette ofte være i tett samhandling med NAV.
Støttesamtaler til pårørende. Pårørende kan få generell informasjon om hvordan vi arbeider uavhengig av samtykke fra pasient. Pårørende kan få tilbud om støttesamtaler rundt det å være pårørende.	Når vi ser det formålstjenelig utveksler vi informasjon / samarbeider vi med pårørende. Pårørende kan være medlem av ansvarsgruppa dersom pasienten ønsker det.
Bolig: Boligstiftelsen leier ut boliger til vanskeligstilte.	Pasienter kan få innvilget hjemmehjelp og støttekontakt ved behov og tillegg til miljøterapi.
Somatisk helse	Pasienten følges opp av fastlege, tannlege og hjemmesykepleie i forhold til pasientens kroppslige helse.

Satsingsområde 10 (Frivillighet)

For å nå hovedutfordringen: Å kunne anvende det frivillige for å kunne få til en bedre helse og omsorgstjeneste og som kan være med øke trivsel og velferd både blant brukere og ansatte.

Strategier

- Sortland kommune må øke samspillet med det frivillige.
- Sortland kommune skal satse på koordinering.
- Sortland kommune skal ha en dynamisk og mulighetsrettet organisasjon som nyttiggjør den frivillige ressurs.

Handlinger

Strategi 1 Samspill	Strategi 2 Koordinering	Strategi 3 Dynamikk
10.1.1 Sortland kommune tar aktiv kontakt med frivillige organisasjoner om hvordan det	10.2.1 Sortland ansetter en koordinator som tar tak i den frivillige ressurs.	10.3.1 Kommunen skal drifte kostnadseffektivt og innføre en dynamisk organisering mellom

kan samarbeides vedr helse og omsorg.		avdelinger hvor også frivillighet blir brukt som en aktiv ressurs.
10.1.2 At frivillighetssentralen må foredles og brukes aktivt og at dens innhold markedsføres	10.2.2 Kommunen skal utvikle god bestillingskompetanse for å kunne nyttiggjøre seg frivillige krefter	10.3.2 Samarbeid med det frivillige foregår systematisk og er forutsigbart for bruker.
10.1.3 At kommunen tilbyr opplæring og kunnskap til frivillige som kan nyttes i helse og omsorg	10.2.3 Kommunen skal sørge for sikkerhet og godt arbeidsmiljø for de frivillige.	10.3.3 Anvendelse frivillighet brukes aktivt i et folkehelseperspektiv.

Satsingsområde 11 (Velferdsteknologi)

Innføring og utvikling av velferdsteknologi vil kreve interesse og oversikt over teknologiske muligheter. Dette vil samtidig kreve at det arbeides med organisasjonsendring og utvikling. Videre at det må tilføres kompetanse slik at teknologien nyttes på en god måte. Innføringen krever at det må arbeides i disse 3 retningene. I tillegg må det arbeides med motivasjon og anvendelse hos brukerne.

Strategier

Sortland må innføre prosjektrettet arbeid innenfor retningen for å øke forståelsen og nytte mulighetene.

1. Det skal arbeides med **bevisstgjøring** blant brukerne og hos de ansatte om begrepet velferdsteknologi
2. Et bredt spekter av brukere og ansatte tilføres **kompetanse** i nyttiggjøringen av teknologien.
3. Det skal dannes en mer **innovativ organisasjon** innen helse og omsorgsområdet.

Strategi 1 bevisstgjøring	Strategi 2 Kompetanseheving	Strategi 3 innovativ organisasjon
11.1.1 Bestille teknologi leverandører for å se på muligheter og anvendelser	11.2.1 Interne kurs i generell og spesiell datakompetanse	11.3.1 Motiveringsprogrammer for brukere og ansatte
11.1.2 Studieturer	11.2.2 Økt samhandling med NAV og hjelpemiddelsentralen	11.3.2 Se på nye arbeidsmetodikker og organisasjonsformer.
11.1.3 Messedeltakelser	11.2.3 Utdanning av nøkkelpersonell som har translatørkompetanse	11.3.3 Sortland må være aktiv innen etablerte prosjekter samt være aktiv i å søke nye prosjekter og nye samarbeidspartnere.
11.1.4 Formidling internt i avdelinger	11.2.4 Kommunene i Vesterålen er innvilget midler til å arrangere en konferanse om velferdsteknologi høste 2014. Sortland må stille med et rikelig antall deltakere for å øke kompetanse og innsikten innenfor temaet.	
11.1.5 Utforme opplegg for innføring og implementering både hos brukere og ansatte	11.2.5 Staten kommer til høsten 2014 med nye anbefalinger til kravspesifikasjoner for trygghetsalårer. Så snart disse	

	foreligger må Sortland kommune starte utbygging av en ny og avansert trygghetsalarmtjeneste.	
11.1.6 At helse og omsorg starter et implementerings og motivasjonsarbeid innenfor temaene blant de ansatte i løpet av 2014. Arbeidet kan gjerne foregå tverrfaglig og på tvers i organisasjonen.		

Vedlegg til kapittel 11

Ville du bodd i et hus hvor alt er koblet til Internett?

Norske forskere er med på et EU-prosjekt hvor de skal finne ut hvor mye folk stoler på «internettthus».

Publisert: 10.mai. 2013 10:27 Oppdatert: 10.mai. 2013 10:27 artikkel Aftenposten

[aaa Share on email](#)

ASTRID HEXEBERG (VIDEO), ROBERT McPHERSON (foto), [Arild Færaas](#)

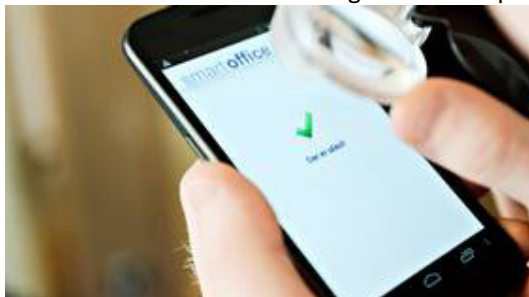
- Tenk når TV-en er koblet til kaffemaskinen via Internett sånn at kaffen er varm og kan hentes akkurat i en pause mellom to TV-programmer.
Testperson Andreas Havsberg er en av over 20 personer som har fått prøve hvordan det er å åpne en dør ved hjelp av internett. Og hvordan man åpner et medisinskap og bestiller nye medisiner via internett.

Vi er på Aker sykehus. Der finnes «Almas hus», et velferdsteknologisk senter med blant annet en leilighet som er full av teknologiske duppeditter:

Fallsensorer på badet og i sengen og en slags «smarttelefon» hvor man både kan melde brann, be om kaffe eller stille komfyren blant annet.

Se videoreportasjen fra Almas hus øverst i artikkelen (følg hyperkoblingen ovenfor).

Denne leiligheten er lokalet hvor Norsk Regnesentral gjennomfører [uTRUSTit](#)¹-prosjektet. De er en del av et EU-prosjekt som også forskere i Tyskland, Belgia og Østerrike er med på. Forskerne undersøker hvordan folks tillit til å gjøre dagligdagse ting gjennom internett er. Og de ønsker å finne ut hvordan «tingenes Internett» kan gjøres mest mulig sikkert og brukervennlig.
Tingenes Internett er et drøyt 10 år gammelt begrep som vil bli enda mer aktuelt i årene fremover. Om noen år kan det finnes leiligheter hvor i prinsippet «alt» er koblet til nettet.



Om man skal bruke tingenes internett bør den også være tilpasset personer med ulike funksjonshemninger.

FOTO:ROBERT MCPHERSON

Poenget med prosjektet er å finne gode måter å utnytte tingenes internett på. Og for å sikre at løsningene er universelt utformet, har forskerne brukt dyslektikere, svaksynte og eldre som testpersoner.

- Jeg synes dette er kult. Det er interessant å få innsikt i teknologien på dette området og gøy å gi tilbakemeldinger, sier Havsberg etter at testen er ferdig.

Sikkerhet

Han har nettopp svart på mange spørsmål om hvilke holdninger han har til teknologi, personvern og sikkerhet. Han har også via en smarttelefon åpnet et medisinskapp fordi telefonen ga beskjed om at det var tid for medisin. Og på en skjerm på medisinskappet har han bestilt nye medisiner etter at han liksom tok pillen sin og fant ut at det var tomt.

- Det er vanskelig for folk flest å ha oversikten og kontrollen over hvor opplysningene tar veien når de går over nettet. Det vi forsøker er å gjøre den type sikkerhetsinfo tilgjengelig. Denne testpersonen hadde et høyt sikkerhetsnivå, men andre som vi har testet og som har hatt lave sikkerhetsnivåer har ikke villet gå videre fordi de vurderte sikkerheten for lav, sier Kristin Skeide Fuglerud.

Hun er sjefsforsker ved Norsk Regnesentral og en av de ansvarlige for prosjektet.

- Vil gi meg store muligheter

Havsberg skulle også åpne en dør inntil et fiktivt møterom ved hjelp av Internett, og deretter skrive ut en presentasjon ved hjelp av en app som kunne kobles til en skriver som sto i rommet. Men da vi var til stede fungerte ikke skriveren og «internett døren» var åpen.

- Jeg er en veldig motstander av slike selvinnsjekkings-metoder, så jeg hadde ikke likt om døren var stengt, kommenterer Havsberg.

Les også



[Sjekk hvilken netttype du er](#)²

Forsker deler oss opp i fem kategorier.

Han gir tilbakemeldinger på hva som fungerte og ikke fungerte. Fordi han er svaksynt må han bruke forstørrelsesglass for å lese instruksjonene som står på smarttelefonen.

- Et slikt internetthus kan gi meg veldig store muligheter. Jeg er veldig følsom for lys, så i stedet for at jeg må løpe rundt for å dra for gardiner og stille på lyset, kan lyset bli regulert i forhold til det jeg skal gjøre.

- Men stoler du på at teknologien er sikker nok?

- Jeg stoler på den inntil det motsatte er bevist.

- Samarbeider med selskaper

Etter at forskerne har fullført testene, skal de analyseres sammen med resultatene fra de andre landene.

- Et svensk og et ungarsk selskap deltar også i prosjektet, og de kan bruke resultatene videre i utviklingen av produktene sine, sier forsker Fuglerud.

Foruten det som ble gjort i testen, forteller hun også at de har laget en dørkontrollapp.

- Om man er dårlig til bens kan man kontrollere hvem som skal inn i leiligheten uten at man selv kan åpne døren, forteller hun.

(Saken fortsetter under bildet)



Her har Andreas Havsberg åpnet et medisinskap ved hjelp av internett. I bakgrunnen sitter forsker Kristin Fuglerud noterer i bakgrunnen og stiller spørsmål.

FOTO:ROBERT MCPHERSON

I tillegg har de laget en løsning for elektronisk valg hvor beboere i et borettslag kan velge styrerepresentanter.

Andre ting man kan tenke seg tingenes Internett til? Et kjøleskap som gir deg beskjed når matvarer holder på å gå ut på dato. Trafikk som styres ved hjelp av tingenes internett for å få best mulig trafikkavvikling. Og hvorfor ikke overvåke helsetilstanden til personer ved hjelp av sensorer som gir melding til helsepersonell over internett om det er noe galt?

Ifølge tidsskriftet [Gemini](#)³ i fjor regnet man med i 2012 at det var omtrent 10 milliarder enheter knyttet til Internett da, og innen 2020 vil tallet femdobles. Tingenes Internett kommer om du liker det eller ei.