

# HELSE- OG OMSORGSPLAN FOR BERLEVÅG KOMMUNE 2013-2017



Kjell Magne Pedersen

## Innhold

1.0 Forord .....	3
1.1 Sammendrag .....	3
2.0 Innledning.....	4
2.1 Målsetninger .....	4
2.2 Nytt Lovverk .....	6
2.3 Dagens tjenestetilbud .....	7
2.4 Befolkningsutvikling .....	8
2.5 Utfordringer innen helse og omsorg .....	9
2.6 Satsingsområder i Berlevåg fram mot 2017 .....	9
2.6.1 Optimal behandling .....	9
2.6.2 Helhetlig pasientforløp.....	10
2.6.3 Dagtilbud .....	10
2.6.4 Hjemmebaserte tjenester .....	10
2.6.5 Folkehelse / Forebygging / Friluftsliv / Frivillighet .....	11
3.0 Demensomsorg .....	12
3.1 Innledning.....	12
3.2 Demens.....	12
3.2.1 Demens og folkehelse .....	12
3.2.2 Behandlingsmetoder .....	13
3.2.3 Personer med demens med særskilte behov .....	13
3.2.4 Demensomsorg i Berlevåg kommune .....	13
3.2.5 Satsingsområder i Berlevåg Kommune: .....	14
4.0 Psykiatri- og Rusomsorg .....	16
4.1 Psykiatriomsorg .....	16
4.1.1 Organisering av tjenesten .....	16

4.1.2 Dagens tjenestetilbud .....	16
4.1.3 Utfordringer.....	17
4.1.4 Barn og unge.....	17
4.2 Rusomsorg .....	18
5.0 REHABILITERING .....	19
5.1 Målgrupper.....	19
5.2 Rehabiliteringsprosess.....	19
6.0 Framtidig drift.....	21

## 1.0 Forord

Nye helseutfordringer og nye behandlingsmuligheter, kombinert med ny bruker- og pasientrolle fører til endringer i helse- og omsorgstjenesten. Den økende andelen eldre i befolkningen påvirker sykdomsmønsteret. Med høyere alder øker også forekomsten av sammensatte og kroniske sykdommer. Samtidig pågår en økende spesialisering og oppdeling av tjenestene, både faglig og organisatorisk. Utfordringene vi står overfor, har ført til en utbredt erkjennelse av at det er behov for å sikre bærekraft og god kvalitet på helse- og omsorgstjenester (Meld. St.16, *Nasjonal helse- og omsorgsplan*).

Den eksisterende Helse- og omsorgsplanen for Berlevåg kommune skulle ha blitt revidert i 2007. Arbeidet med revisjon har vært initiert ved flere anledninger, men på grunn av manglende kontinuitet i stillingen som Enhetsleder Helse, har arbeidet blitt forsinket.

Siden årsskiftet 2013 har en gruppe i kommunen arbeidet med planen. Gruppen bestod av konstituert Enhetsleder Helse Marjukka Oinas, Psykiatrisk sykepleier Merete Jensen, Teamleder Sykehjem Unni Stenberg, Teamleder HSP Beate Olsen, Helsesøster Ragnhild Hov, Fagleder Sosial og Barnevern Evy Leirbekk og medisinsk rådgiver i kommunen Lege Anita With Vårøy.

## 1.1 Sammendrag

I forbindelse med Samhandlingsreformen som ble iverksatt 01.01.2012, har kommunen, som forutsett, fått en del nye utfordringer. Samtidig er forventet levealder stigende med dertil hørende økt krav til pleie- og omsorgstjenester. Parallelt er tilgangen til arbeidskraft antatt å synke.

Pleie- og omsorgstjenesten i Berlevåg er preget av at man har hatt god tilgang på sykehjemsplasser. Dette har medført at noen personer har fått tilbud om langtidsopphold tidligere enn nødvendig og dermed har blitt boende lenge på sykehjemmet. Dette har igjen tidvis ført til press på sykehjemsplassene.

Den overordnede strategien for å følge opp sentrale og lokale føringer, samt møte framtidige utfordringer, er å etablere en omsorgstrapp hvor man tilbyr brukerne den tjenesten de har behov for. Alle tjenestetilbud baserer seg på individuelle behov. Tjenestetilbudene må være bredt sammensatt og kunne nyttes fleksibelt.

## 2.0 Innledning

Med bakgrunn i de utfordringer Berlevåg kommune står overfor de nærmeste årene; samhandlingsreformen med nye nasjonale føringer, ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov, har kommunen utarbeidet en ny helse- og omsorgsplan. Planen beskriver utfordringer og ulike aktiviteter og botilbud rettet mot eldre og andre som har krav på tjenester etter gjeldende lovgivning fram mot 2017. Helsefremmende og forebyggende arbeid vektlegges i tråd med kommunens Temaplan for folkehelse.

Det er et hovedmål å legge til rette for at tjenestetilbudet skal bli mer helhetlig og pasientforløpene mer sammenhengende. Forutsetningene for å oppnå dette er å etablere en forståelse og samarbeidspraksis mellom nivåer og tjenestens ulike deler. Fagmiljøene må i større grad enn i dag komme til med sin fagkompetanse der brukeren bor eller oppholder seg.

## 2.1 Målsetninger

Pleie- og omsorgsplanen for Berlevåg kommune bygger på følgende visjon;

### **Trygghet – Valgmuligheter – Mestring**

Brukerne skal få det tjenestetilbudet som er best tilpasset deres behov. I tillegg skal brukerne ha valgmuligheter innenfor gitte lover og retningslinjer samt føle at de mestrer sin livssituasjon i størst mulig grad.

De viktigste strategiske prinsippene er:

- Fokus på bevisstgjøring om hva den enkelte selv har ansvar for, forebygging og tidlig innsats
- Helhet, koordinert – intern og ekstern samhandling
- Effektiv ressursutnyttelse ( faglig og økonomisk ) – resultatorientert
- Informasjon og brukerdialog
- Offensiv
- Rekruttere og beholde

Nivå 5; Langtidsopphold ved sykehjemmet	
Nivå 4; Tidsbegrenset opphold ved sykehjemmet;	Avlastning akutt plass Rehabilitering og habilitering Medisinsk behandling
Nivå 3; Heldøgntjenester i omsorgsbolig / alderspensjonat;	Basisbemanning, ellers etter brukernes funksjonsnivå. Tildeles som hjemmetjenester  Omsorgslønn
Nivå 2; Hjemmetjenester;	Hjemmepleie, Praktisk bistand ellers etter brukernes funksjonsnivå
Nivå 1; Alternative tjenester;	Trygghetsalarm, Matombringning, Tekn.hjelpemidler Støttekontakt,  Brukerstyrt personlig assistanse, avlastning

### Omsorgstrappen;

	Fysioterapi, Ergoterapi, Psykisk helse
--	--

Nivå 0; Grunnmuren; sammen skaper vi det gode liv;	
Informasjon og veiledning	Dag- og aktivitetstilbud, Fellesskap
Lege, fysioterapi og ergoterapi	Universell utforming, Kultur,
Pårørende, Brukerinnflytelse, Frivillighet	Trygghetsalarm Ernæring

## **2.2 Nytt Lovverk**

Regjeringen har lagt fram to nye lover som erstatter dagens Kommunehelsetjenestelov og Sosialtjenestelov. Hovedtrekkene i ny lov om helse- og omsorgstjenester er at skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves. Det opprettes et felles regelverk, klage- og tilsynsordning. Kommunene får et "sørge for" ansvar, det vil si plikt til og; planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tjenestene slik at deres omfang og innhold er i samsvar med krav i lov og forskrift. Kommunenes ansvar er tydeliggjort. Det er stilt krav til kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet.

Formålet med ny lov om folkehelsearbeid er å fremme folkehelse, utjevne sosiale helseforskjeller og sikre at folkehelse prioriteres. Kommunen skal sørge for en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer.

Samhandlingsreformen har som mål å sikre helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet.

Som en oppfølging av samhandlingsreformen har Stortinget vedtatt ny Nasjonal helse- og omsorgsplan og gitt kommunene en ny rolle. Det er krav til systematisk arbeid med helsefremmende og forebyggende tiltak i og utenfor helsetjenesten. Kommunene skal ivareta hele spennet fra forebygging til oppbygging av døgnplasser. En større del av pasientforløpet utføres i kommunene og det er utarbeidet lovpålagte samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten.

### 2.3 Dagens tjenestetilbud

Pleie- og omsorgstjenesten har et todelt tilbud; Sykehjem med 13 døgnplasser, hvorav en demensavdeling med fem plasser, og en hjemmebasert tjeneste som også inneholder psykisk helsetjeneste for voksne.

I tillegg har kommunen 3 korttidsplasser og en akutt plass.

Kommunen har 3 omsorgsboliger og 5 alderspensjonatsboliger med behovsprøvd døgnbemanning fra hjemmetjenesten. Beboerne kan stille sin egen husholdning eller søke om praktisk bistand fra hjemmetjenesten. Behovet er økende og dette må man ta hensyn til videre slik at det bygges flere slike boliger.

I Helsesenterets lokaler arrangeres det, i regi av Aktivitør, Kafe en dag pr uke, sangstund med støtte fra kirken, trim hver mandag og bingo hver fredag.

Aktivitøren benyttes til besøkstjeneste hos behovsprøvde hjemmeboende.

Pasienter med tilknytning til psykiatritjenesten har tilbud om håndverksaktiviteter i lokalene til Tana Arbeidsservice hver tirsdag.

På grunn av kommunens klima kan det være vanskelig og tilby aktiviteter utendørs i vinterhalvåret, men om sommeren arrangeres turer og små utflukter.

Kommunen har en del øremerkede midler for å lage et uteanlegg i tilknytning til sykehjemmet. Her er det planlagt en form for sansehage spesialtilpasset demente samt en grillhytte til felles hygge. Prosjektet er under utredning.

Tabell 1

Tall for 2011	Andel innbyggere 80 år og eldre i prosent	Netto driftsutgifter pleie- og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter	Andel netto driftsutgifter til institusjon i prosent	Andel netto driftsutgifter til hjemmeboende i prosent	Andel netto driftsutgifter til aktivisering og støttetjenester i prosent
Berlevåg	6,7	28,5	59	36	4
Kommune-gruppe 6	6,5	36,4	53	44	3
Finnmark	3,7	27,9	50	47	4
Landet utenom Oslo	4,5	31,1	45	50	5



Tabell 1 viser andel innbyggere 80 år og eldre og hvor mye av kommunens samlede netto driftsutgifter som brukes innen pleie- og omsorg. Videre viser tabellen netto fordeling mellom institusjon, hjemmetjenester, aktivisering og støttetjenester.

Som det kommer fram er andelen over 80 år større enn landsgjennomsnittet. Andelen netto driftsutgifter til institusjon er høyere og andelen netto driftsutgifter til hjemmeboende er lavere enn ellers i landet. Dette bekrefter at beboerne har fått tilbud om døgnplass på et for tidlig tidspunkt.

## 2.4 Befolkningsutvikling

Berlevåg kommune har en eldre befolkning med tendens til fraflytting av den yngre delen og dermed netto reduksjon i folketallet.

Tabell 2

Demografisk utvikling - Berlevåg

Tabell 0 – 99 år

	2013	2015	2020	2025	2030	2035
<b>Alder</b>						
0-17 år	177	163	141	135	139	129
18-66 år	637	621	598	556	513	472
67-69	34	53	42	39	42	44
70-74 år	62	56	72	62	62	66
75-79 år	35	42	48	63	56	55
80-84 år	43	35	31	36	50	46
85-89 år	17	18	21	20	24	32
90-94 år	9	6	7	9	9	11
95-99 år	3	3	0	1	0	2
100++	0	0	0	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>1017</b>	<b>997</b>	<b>960</b>	<b>921</b>	<b>896</b>	<b>859</b>

Kilde: SSB (Middels nasjonal vekst)

Tabell 2 viser den demografiske utviklingen i Berlevåg de neste tjue årene. Andelen eldre med behov for omsorgstjenester øker. Dette vil utfordre alle deler av kommuneorganisasjonen og pleie- og omsorgstjenesten spesielt. Med stigende alder vil risikoen for sykdommer som kreft og hjerte- og karsykdommer, bruddskader og demens stige.

Vi må også påregne at det i årene framover tilkommer nye grupper eldre; flere med kroniske sykdommer, psykisk utviklingshemming, alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Livsstilsykdommer som KOLS, diabetes, hjerte-, karsykdommer og overvekt kan forventes å øke.

## ***2.5 Utfordringer innen helse og omsorg***

Kommunen må sørge for å drive faglig forsvarlige tjenester innenfor ulike områder. Det er viktig å skille mellom faglig forsvarlige tjenester og "best praksis". Hvor optimale tjenester kommunen kan tilby avhenger av statlige overføringer, politiske prioriteringer, og hvor godt og effektivt kommunen klarer å drive. En stor utfordring vil være å rekruttere og beholde tilstrekkelig kompetanse.

Samhandlingsreformen medfører tilbakeføring av pasienter fra sykehus til kommunen på et tidligere tidspunkt enn før. Dette medfører at pasientene har større behov for pleie og behandling etter sykehusopphold. Det er dermed viktig at man til enhver tid har kapasitet til å motta disse slik at intensjonen med reformen; optimal omsorg så nær hjemmet som mulig kan oppnås.

Omsorgstrappen må optimaliseres og tjenestetilbudet utvides slik at det kan skreddersys for den enkelte bruker: Et individuelt tilbud til hver enkelt.

## ***2.6 Satsingsområder i Berlevåg fram mot 2017***

### **2.6.1 Optimal behandling**

Kommunens visjon er at det skal legges til rette for møteplasser, kultur og aktivitet til alle målgrupper. Gode og effektive tjenester best mulig tilpasset den enkelte. Innbyggerne har selv ansvar for egen helse.

Planen legger opp til å støtte opp under en bærekraftig kommune som utvikles for å imøtekomme fremtidige behov innenfor pleie- og omsorgsfeltet.

Overordnet målsetning;

- Tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre
- Pasienter / brukere skal ha mulighet til å medvirke og være involvert
- Tjenestene skal være samordnet, preget av kontinuitet og utnytte ressurser på en god måte.
- Tjenestene skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Kommunens ambisjon er at alle tjenester utøves i samspill med brukerne. Tjenestene skal være effektive, både faglig og ressursmessig. Hovedmålet er et helhetlig pasientforløp. Tjenesten skal arbeide med fokus på beste effektive omsorgsnivå

(BEON-prinsippet ). Nødvendig kompetanse og bruken av denne sammen med fokus på forebygging, et godt utbygd dagtilbud, hjemmetjeneste, omsorgsboliger og kort- og langtids sykehjemsplasser, vil her være sentrale hjelpemidler.

Pleie og omsorg har som mål å skape et attraktivt arbeidsmiljø ved å fokusere på et godt og fleksibelt fagmiljø, fleksible arbeidstidsordninger og store stillingsstørrelser der dette er mulig og ønskelig.

### **2.6.2 Helhetlig pasientforløp**

Berlevåg kommune skal innad i organisasjonen, utad overfor innbyggerne og samarbeidspartnere aktivt informere om helse- og omsorgstjenestene. Dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk.

Berlevåg kommune skal sikre at alle som bor eller oppholder seg i kommunen får nødvendig helsehjelp etter individuelt vurdert behov. Tverr- og flerfaglighet er en forutsetning for å lykkes med et helhetlig pasientforløp.

Samhandlingsreformen innebærer målrettet satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid samt kontinuitet i tjenesteutøvelsen. Helse- og omsorgstjenestens tilbud skal innrettes slik at mottakernes behov for koordinerte tjenester ivaretas der dette er nødvendig. Alle som har behov for en individuell plan får dette. Aktiv brukermedvirkning er viktig.

Samhandlingsreformen legger videre opp til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver som i dag er knyttet til sykehjem, helsestasjon og skolehelsearbeid. Legetjenesten og sykepleiekompetansen på sykehjemmet må styrkes for å ivareta pasienter som tilbakeføres fra spesialisthelsetjenesten.

### **2.6.3 Dagtilbud**

Dagtilbudet må styrkes. Et slikt tilbud vil blant annet bidra til å redusere sosial ensomhet, gi mulighet for aktivitet og avlaste pårørende. For mange vil gode dagtilbud utsette behovet for annen og mer omfattende hjelp.

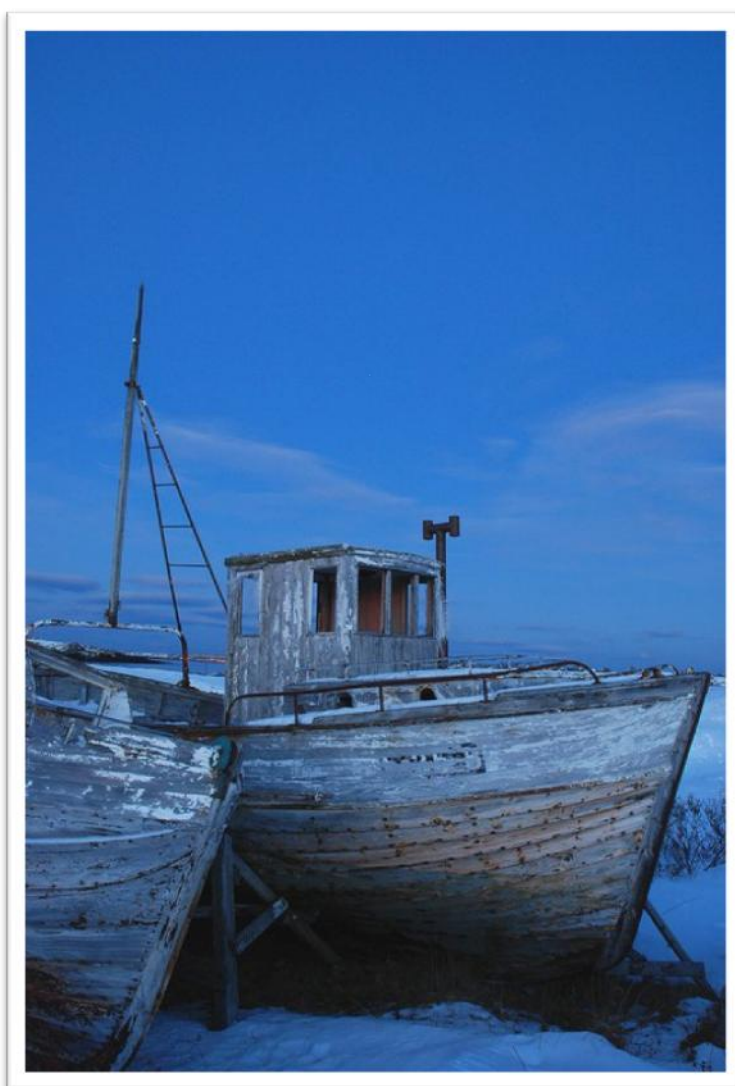
### **2.6.4 Hjemmebaserte tjenester**

I utgangspunktet ønsker de fleste å bo i eget hjem. Hjemmetjenesten skal innrettes slik at innbyggerne er trygge på at de kan få bistand om behovet oppstår. Derfor er det viktig at kommunen har et differensiert tilbud som ivaretar brukerens behov på en god måte. Dagens tilbud er ikke tilfredsstillende i henhold til kommende behov. Hjemmesykepleien må styrkes med flere sykepleiestillinger slik at kompetansen heves.

Bebyggelsen i Berlevåg er i stor grad fra etterkrigsårene. Arkitektonisk er det ikke tatt høyde for bevegelseshemninger. Dette vil by på en del utfordringer når beboerne skal bli boende hjemme og hjemmetjenestene skal styrkes. Kommunen vil derfor ha behov for omsorgsboliger og andre boliger med universell utforming.

### **2.6.5 Folkehelse / Forebygging / Friluftsliv / Frivillighet**

Omtales i kommunens "Temaplan for Folkehelse"



## 3.0 Demensomsorg

### 3.1 Innledning

Som en følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, forespeiles det at tallet på mennesker med demenssykdom trolig vil bli fordoblet de neste 35 år. Dette vil bl.a. skape store utfordringer for helse- og omsorgstjenestene og stille store krav til planleggingen av framtidens tjenestetilbud i kommunene. Til grunn for demensplanen ligger en erkjennelse om at dagens omsorgstjeneste ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for personer med demens.

Pasienter med demens har rettigheter til helse- og omsorgstjenester i medhold av helse- og omsorgslovgivningen på lik linje med alle andre omsorgstrengende.

Kvalitetsmålene for demensomsorgen fokuserer på ivaretagelse av personer med demens sin selvbestemmelsesrett (autonomi) og dialog med pårørende som ledd i å få en så god og tilpasset tjeneste som overhodet mulig.

### 3.2 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand forårsaket av ulike sykdommer som påvirker hjernens funksjon.

Tilstanden er kronisk, irreversibel og forverrer seg. Demens fører til svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon.

Demensforløpet kan registreres i 3 faser:

#### **Kompenseringsfasen**

Sviktende hukommelse for hendelser i nær fortid. Glemmer avtaler, glemmer å spise, handle, betale regninger. Sviktende tidsorientering. Tar i bruk forsvarsmekanismer.

#### **Dekompenseringsfasen**

Bliir lett forvirret, mister grepet på tilværelsen. Psykotiske symptomer. Det er i denne fasen de fleste kommer i kontakt med helsevesenet

#### **Pleiefasen**

Balansesvikt og gangproblemer, inkontinens. Totalt avhengig av fysisk pleie.

#### 3.2.1 Demens og folkehelse

Forebygging av demens vil gi store samfunnsøkonomiske besparelser. Ved siden av arvelighet og aldring påvirker ulike faktorer i miljøet vi lever i, utviklingen av demens. Det er viktig å legge til rette for at befolkningen får god tilgang til friluftslivsområder, uavhengig av funksjonsnivå, gang- og sykkelstier, og at barn- og unge lærer seg å bruke natur og nærområder som ledd i å forebygge utviklingen av demens senere i

livet. Forebygging av demens går derfor inn i kommunens generelle satsing på bedret folkehelse.

### **3.2.2 Behandlingsmetoder**

Det er viktig med tidlig utredning ved mistanke om demenssykdom, slik at det tidlig kan utelukkes andre sykdommer eller tilstander som kan forveksles med demens. Å få bekreftet en diagnose er også viktig slik at planlegging og iverksetting av hensiktsmessig behandling og omsorg kan komme i gang tidlig. En person med demenssykdom samt dens pårørende kan da innrette sitt liv etter dette og medvirke i avgjørelser som påvirker behandling, tilrettelegging og fremtidige ønsker og mål. En demenssykdom kan foreløpig ikke helbredes, men ved hjelp av *medikamentell behandling* i kombinasjon med *målrettet miljøterapi* kan vi bremse funksjonstapet.

Det er stort behov for utvikling av gode modeller for miljøterapi i demensomsorgen. Det er ønskelig med et miljø som kan kompensere for svikt i oppmerksomhet, hukommelse, talespråk og endring i personlighet.

### **3.2.3 Personer med demens med særskilte behov**

Alderspsykiatri er et eget fagfelt som har sitt utspring fra det psykiatriske fagmiljøet. Berlevåg Kommune har samarbeidsrutiner med alderspsykiatrisk team fra Tromsø, som kan bistå i utredning og behandling av utvalgte diagnoser.

I små kommuner møter en flere personer med demens som har særskilte behov. Volumet av disse pasientene er lavt og en bør tilstrebe interkommunalt samarbeid for å ivareta kvaliteten på tjenestene. Mye av arbeidet må planlegges og gjennomføres omkring den enkelte pasient.

- Personer med utfordrende adferd
- Yngre personer med demens
- Mennesker med utviklingshemming og demens
- Personer som ikke har etnisk norsk bakgrunn
- Utvikling av demens som tilleggssymptom til annen sykdom

### **3.2.4 Demensomsorg i Berlevåg kommune**

Demensomsorgen i Berlevåg Kommune ledes av sykepleier som har videreutdanning i Eldreomsorg med fordypning i demens.

Flere av helsefagarbeiderne har fått økt kompetanse i form av Demensomsorgens ABC.

Mennesker med demens er ingen ensartet gruppe. Som alle andre har de forskjellige behov og ulike interesser. Kommunen ønsker å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes situasjon og sykdomshistorie. Omsorgstiltakene skal utgjøre en helhetlig kjede.

### **3.2.5 Satsingsområder i Berlevåg Kommune:**

#### Demensutredning og samhandling

Det anbefales at kommunen oppretter et **demensteam** bestående av inntil 3 personer med tverrfaglig bakgrunn, videreutdanning og erfaring fra demensomsorg. Teamet skal arbeide utadrettet slik at tjenesten blir et lavterskeltilbud som framstår lett tilgjengelig for både innbyggere og samarbeidende enheter i kommunen, legetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Et demensteam kan foreta hjemmebesøk og observere pasienten i eget hjem. Kartleggingsskjemaet som er beregnet på helsepersonell omfatter samtale, kognitiv testing (MMS, klokketest), sikkerhet i hjemmet og pårørendes oppfatning.

I tillegg til selve utredningsarbeidet vil teamet spille en viktig rolle i å målrette/skreddersy individuelle vedtak og også være en direkte tjenesteyter. Demensteamet kan også være en naturlig koordinator om individuell plan skal benyttes.

#### Omsorg for pårørende:

Forskning viser at jo mer kunnskap pårørende har om sykdommen jo bedre mestrer de omsorgsoppgaven og de bevarer egen helse.

Pårørende trenger kunnskap om demenssykdommen, behandling og tilgjengelige tjenester.

#### **Pårørendeskole**

Målgruppen er familie eller nære venner til personer med demens. Over flere kurssamlinger får deltakerne gjennom faglige forelesninger og plenums- og gruppesamtaler kunnskap om demens. Her treffer pårørende andre som er i samme situasjon, og fagpersoner med kompetanse på området.

I Berlevåg kommune er det gjennomført Påørendeskole våren 2012. Erfaringer/tilbakemeldinger fra dette opplegget er at dette var nyttig, og det bør gjentas.

#### **Avlastningsordninger:**

Kommunen må sørge for tilstrekkelig avlastningstilbud slik at pårørende kan få et pusterom fra tyngende omsorgsoppgaver. Avlastningsopphold kan gis ved sykehjemmet. Avlastning skal være en gratis tjeneste som skilles fra korttidsopphold på annet grunnlag. Det er også ønskelig at kommunen utreder muligheter for avlastningstiltak i hjemmet. Støttekontakt og besøkstjeneste kan være tiltak som bør utvikles videre. Dette forutsetter at de som avlaster får oppfølging og faglig veiledning.

I dag mangler Berlevåg Kommune et mellomtilbud til demente. Praksisen hittil har vært at når den demente ikke lenger klarer å bo hjemme, er neste trinn institusjon. Rommene på alderspensjonat kan i større grad brukes til gjennomgangsboliger for demente pasienter. Her kan de få et forsterket tilbud fra hjemmetjenesten.

### **Dagopphold:**

Pr i dag formes tilbudet etter individuelle ønsker. Dagoppholdet drives ikke med eget personale, men av personalet som til enhver tid arbeider ved institusjonen. Det er heller ikke laget egne retningslinjer. Dette arbeidet må derfor prioriteres i framtiden.

### **Folkeopplysning**

Opplysninger om tjenestetilbudet i kommunen må gjøres oversiktlig og lett tilgjengelig slik at hjelp kan søkes på et tidlig tidspunkt

Informasjon om tjenestetilbudet og linker til faktakunnskap om demens legges ut på kommunens internettside

Informasjonsbrosjyre utarbeides og legges ut ved Brukerkontoret, tjenestestedene, legekantorene og på sykehuset

Det bør arrangeres kurs- og temadager om demens.

### **Kompetanse**

Brukere med demenssykdom utgjør en stor andel av kommunens tjenestemottakere og mange yrkesgrupper befatter seg daglig med utfordringer knyttet til demens.

### **Flere årsverk og økte stillingsbrøker**

Dette vil ikke bare påvirke kvaliteten på omsorgen, men også være viktig som et rekrutteringstiltak og kunne forbedre muligheten til å beholde kvalifisert personell.

### **Kompetanseheving**

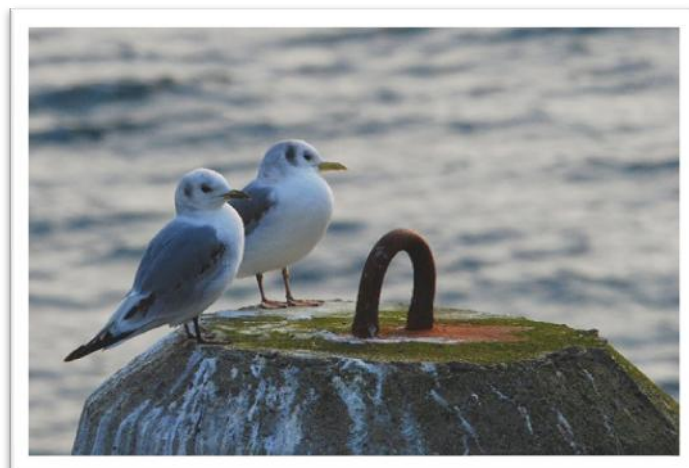
Fortsette med opplæringspakken; Demensomsorgens ABC. Denne består av studiehefter som skal benyttes i tverrfaglige refleksjonsgrupper på den enkelte arbeidsplass.

### **Styrking av legetjenesten**

Tilsynslegen på institusjon må ha kunnskaper om demens. Kan benyttes i større grad til planlegging og utvikling av tjenesten, samt til diagnostisering.

Utvikling av innholdet i demensomsorgen

Hospiteringsordninger innad i kommunen og mellom kommune og sykehus bør utarbeides.





## **4.0 Psykiatri- og Rusomsorg**

Man har de siste årene erkjent at psykiatri- og rusproblemer ofte opptrer samtidig hos en rekke pasienter. I forbindelse med Samhandlingsreformen har institusjonskapasiteten innen rus og psykiatri blitt redusert og ansvaret for behandling og oppfølging er overført til kommunene. Dette medfører et økt behov for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid innad i kommunen.

Pasienter med rusproblemer og / eller psykiatriske lidelser har rettigheter til helse- og omsorgstjenester på lik linje med andre omsorgstrengende. Planen er rettet mot den voksne delen av befolkningen. Forebyggende tiltak som er iverksatt for barn og unge vil bli videreført.

Opptappingsplanen for psykisk helse vektlegger fortsatt styrking av det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn, unge og voksne. Det vektlegges et helhetlig tjenestetilbud, mer åpenhet mellom tjenestene, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og fokus på å styrke brukerens mestringsevne.

### **4.1 Psykiatriomsorg**

Målsetningen for helsearbeidet med rus og psykiske lidelser i Berlevåg er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv.

#### **4.1.1 Organisering av tjenesten**

Psykisk helsearbeid er en del av pleie- og omsorgstjenesten. Enhetsleder Helse er administrativ leder.

Bemanningen består av en psykiatrisk sykepleier i 100% stilling og en miljøarbeider i 70% stilling.

#### **4.1.2 Dagens tjenestetilbud**

- Oppfølging av pasienter med varierte psykiske lidelser. Dette er et tidkrevende arbeid. Det krever hyppig kontakt og samarbeid med pasienten og nettverket rundt.
- Oppfølging i forhold til medisinerings
- Oppfølging av rusmisbrukere, ofte unge mennesker over lang tid
- Tverrfaglig samarbeid i forbindelse med innleggelse ved DPS, Spesialisthelsetjenesten for øvrig.

- Tverretatlig samarbeid innad i kommunen blant annet for utforming av Individuell plan; Samarbeid med Kommunelegen, Helsesøster, Hjemmesykepleien, Sykehjemmet, NAV, Sosialtjenesten, Tana Arbeidsservice
- I samarbeid med Aktivitør arrangeres "Møteplassen" en dag pr uke hvor hovedmålet er sosialt samvær.
- Hver bruker har to brukarmedvirkningsmøter årlig for optimal samkjøring av støtteordninger.

#### **4.1.3 utfordringer**

Samhandlingsreformen gir kommunen flere oppgaver innen psykiatri- og rusomsorgen. For å imøtekomme disse må kommunen styrke tjenestetilbudet.

- Samordning av tjenester tverrfaglig og tverretatlig ; Mer flyt i tjenestene samordnet til f.eks bolig, økonomi og arbeid / aktivitet
- Kompetanseheving; beholde og rekruttere personell
- Brukermedvirkning
- Informasjon om psykiske lidelser og styrking av det forebyggende arbeidet

#### **4.1.4 Barn og unge**

Det viktigste arbeidet med barn og unge er forebyggende tiltak. Disse bygger på et godt tverretatlig samarbeid.

Dagens tilbud består blant annet av diverse arrangement for å styrke samhoid på tvers av aldersgrupper og motvirke mobbing ( Trivselsdag på skolen ), øke kunnskap om 2.verdenskrig ( Hvite busser ) samt informasjon om psykisk helse ved psykiatrisk sykepleier.

Kommunen arrangerer ungdomsklubb for forskjellige aldersgrupper.

## 4.2 Rusomsorg

Rusproblematikken i kommunen øker. Flere unge rekrutteres og samtidig kan en del innflyttere knyttes til rusmiljøet.

Arbeidet med etablerte rusmisbrukere går ut på å få kontakt og opprettholde denne. Som tidligere nevnt har mange rusmisbrukere også psykiske vansker og de psykososiale problemene deres blir derfor sammensatte.

Rusomsorgen i en liten kommune som Berlevåg blir svært utfordrende da det krever en samordning av støtte fra mange etater.

Kommunen har behov for en egen ruskonsulent som kan koordinere det tverrfaglige arbeidet. Denne bør være underlagt Sosial- eller Psykiatritjenesten.



## 5.0 REHABILITERING

*Rehabilitering blir forstått som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*

( St. meld 21 )

### 5.1 Målgrupper

Målgrupper er i utgangspunktet alle med et funksjonsproblem og de som har behov for assistanse til og nå, eller vedlikeholde, sitt optimale, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.

- 1.Funksjonssvikt ved medfødte, kroniske sykdommer og tilstander
- 2.Funksjonstap ved sykdom og skade som har oppstått senere i livet
- 3.Funksjonsvedlikehold for å unngå forverring av funksjonshemminger
- 4.Funksjonsomstilling ved overgang til ny livsarena ( skole til arbeid f.eks ) eller ved endrede krav i omgivelsene rundt den enkelte ( bo eller arbeidssituasjon f.eks)

### 5.2 Rehabiliteringsprosess

Rehabiliteringsmålene bør settes opp med utgangspunkt i den enkeltes egne ønsker og behov og ses i forhold til tilgjengelige ressurser. I tillegg blir det stilt krav til det tverrfaglige samarbeidet.

Alle brukere med sammensatte behov for hjelpetjenester har rett til en individuell plan. Dette er et arbeidsdokument hvor tjenestene samordner og koordinerer tiltak rundt bruker. En individuelt utformet plan styres av bruker / myndighetsperson gjennom informert samtykke.

Et rehabiliteringsteam er tverrfaglig sammensatt og skal ha det overordnede koordinerende ansvar for alt rehabiliteringsarbeid i kommunen. Det bør ha følgende sammensetning; Fysioterapeut, helsesøster, psykiatrisk sykepleier, sosialtjeneste og ved behov teamledere fra hjemmesykepleie og institusjon samt lege.

Berlevåg har hatt dårlig kontinuitet i fysioterapi- og legetjenesten. Samtidig har helsesøster stor arbeidsbelastning. Arbeidet med å opprette et rehabiliteringsteam har derfor vært noe utfordrende. Etter innføring av Samhandlingsreformen har behovet for rehabilitering i kommunen økt og oppbyggingen av et slikt team bør ha

høy prioritet. Det vil være naturlig at teamledere i institusjon og hjemmesykepleie inntar en mer aktiv rolle, da deres pasienter utgjør en stor del av denne brukergruppen. Opplæring av personalet er av stor viktighet.

Personer med funksjonshemninger vil ha behov for tilrettelegging i samfunnet generelt, samt hjelpemidler til bruk ved daglige gjøremål. Den praktiske gjennomføringen av dette arbeidet må gjøres i samarbeid med kommunens tekniske avdeling.

Ved funksjonsomstillingsprosesser har NAV en viktig rolle for tilrettelegging.

Barnehage, skole og SFO har et særlig ansvar for å oppdage barn og unge med spesielle problemer / vansker, tilby oppfølging og / eller henvise dem videre i systemet.

Rehabilitering er et felles ansvar i kommunen

### **Overordnet mål for planperioden**

**Alle brukere av rehabiliteringstjenesten skal gis mulighet til å gjenvinne, bevare og utvikle mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.**



## 6.0 Framtidig drift

Alle virksomheter innen helsetjenesten må i henhold til regelverk etablere et kvalitets- og internkontrollsystem som ivaretar god og forsvarlig dokumentasjon. Berlevåg har innført en elektronisk journal, Profil, på sykehjemmet. Denne brukes daglig av sykepleierne til dokumentasjon og ved legevisitt. Avvik registreres i KSS, Kvalitetslosen.

Legekontoret er tilknyttet Helse Nords Helsenett.

Berlevåg kommune står overfor store utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene. Det stilles store krav til vår organisasjon for at den framtidige driften skal kunne løse oppgavene på en faglig og ressurseffektiv måte.

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

Kompetanseutviklingen må planlegges sammen med blant annet spesialisthelsetjenesten og, dersom mulig, i samarbeid med andre kommuner.

