

# SEKTORPLAN HELSE- OG OMSORG 2020-2024

## «Ka e viktig for dæ»?

---



Berlevåg  
kommune  
- Hefdig og begeistret



## **Innhold**

Innledning	side 4
Utviklingstrekk	side 5-6
Omsorgstrappen	side 7
Nye Berlevåg helsesenter	side 8
Planprosessen	side 9
Nasjonale mål og sentrale dokumenter	side 10-11
Lover og forskrifter	side 12
Beskrivelse av tjenesten	side 13
Visjon og målsettinger	side 14
Avgrensninger	side 15
Satsingsområdene	side 16-30
Avslutning	side 31

**Til ettertanke – av Søren Kierkegaard**

**Om jeg vil lykkes  
med å føre et menneske mot et bestemt mål  
må jeg først finne det, der det er  
og begynne akkurat der**

**den som ikke kan det  
lurer seg selv  
når han tror han hjelper andre**

**For å hjelpe noen  
må jeg imidlertid forstå mer enn hva han gjør  
men først og fremst  
forstå det han forstår**

**om jeg ikke kan det  
så hjelper det ikke at jeg kan og vet mer**

**vil jeg allikevel vise hvor mye jeg kan  
så er det ikke fordi jeg er forfengelig og hovmodig  
og egentlig vil bli beundret av den andre  
istedenfor å hjelpe han**

**all ekte hjelpsomhet  
begynner med ydmykhet for den jeg vil hjelpe  
og dermed må jeg forstå  
at det å hjelpe  
ikke er å ville herske  
men å ville tjene**

**Kan jeg ikke dette, så kan jeg heller  
ikke hjelpe noen**

## INNLEDNING

I en liten kommune som Berlevåg med knapt tusen innbyggere, skal tjenester tilbys og oppgaver løses like omfattende som i en større kommune. Ansatte må ut fra dette være fleksible og løsningsorienterte, gode på faglig selvstendig og tverrfaglig samarbeid, og utnytte de ressursene som er tilgjengelig lokalt.

Helse- og omsorgsplanen og aktuelle tiltak skal være forankret i utviklingstiltak på de ulike fagområdene/tjenestene.

**I en analyse utført av Telemarkforskning vinteren 2018 ble følgende beskrevet:** *«Det virker som om kommunen i første rekke har fokus på dagens situasjon og drift. En har god drift av «tradisjonelle» pleie og omsorgstjenester, men mangler litt på organisering rundt mer spesialiserte tjenester og har lite fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Som flere informanter sa i intervjuene blir det mye «reparasjon» og lite «forebygging». Dette kan ha både med kompetanse, men også hvordan en har organisert tjenestene og arbeidsprosessene. En har også lite utviklingsfokus, og vår vurdering er at en bruker lite tid på å se framover. Et arbeid med ny helse- og omsorgsplan er en mulighet til å løfte dette blikket».*

En viktig målsetting i den nasjonale helse- og omsorgspolitikken er å forebygge mer og reparere mindre.

Det er viktig med godt tverrfaglig samarbeid slik at en får utnyttet den kompetansen som ligger i de ulike tjenestene.

**Telemarkforskning beskriver:** *«Generelt er inntrykket at Berlevåg kommune driver helse- og omsorgstjenestene forsvarlig. En har mye god kompetanse, god kapasitet innenfor flere tjenester og stabil bemanning. De siste årene er også legetjenesten vært stabil etter mange år med stor utskifting og mye bruk av vikarleger».*

«Den nye hjemmetjenesten». I dette ligger det sterkere utbygging av hjemmetjenesten, og tidlig innsats for at folk kan bo hjemme lengst mulig.

Det vil slik sett ligge et effektiviseringspotensial ved å vri ressursbruken fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester fordi ressursbruken i institusjon er betydelig høyere.

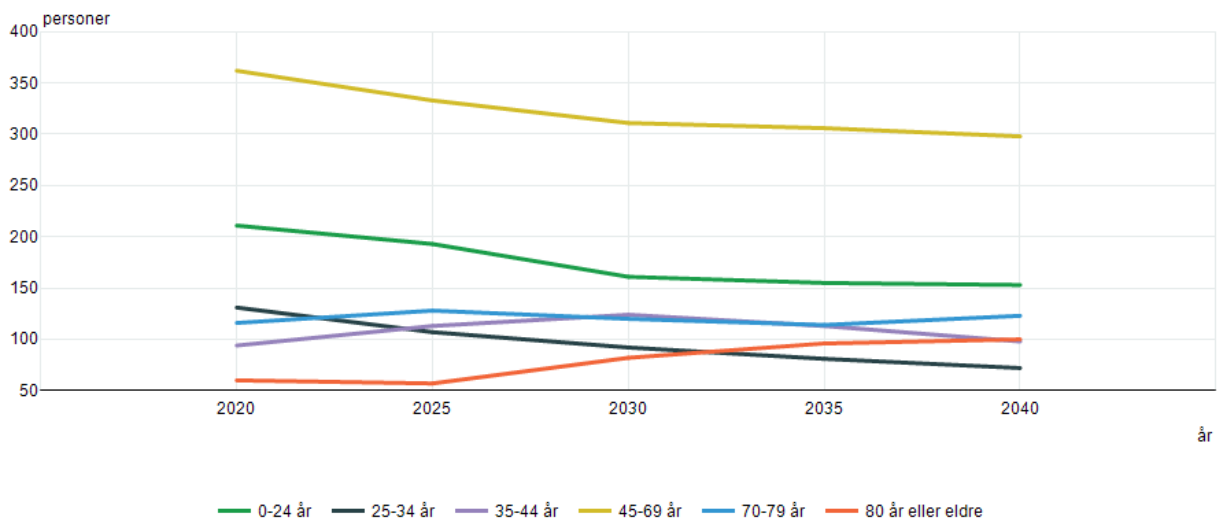
## Utviklingstrekk

Berlevåg kommune har store utfordringer innen helse og omsorg i årene som kommer.

### DEMOGRAFI

Tabellene under viser en aldrende befolkning. Særsilt å merke økningen i antall 80 år og eldre fra 2025. Denne gruppen er det nødvendig å være forberedt på vil gi økt behov for helse og omsorgstjenester.

11668: Framskrevet folkeemngde 1. januar, etter alder og år. Berlevåg, Hovedalternativet (MMMM).

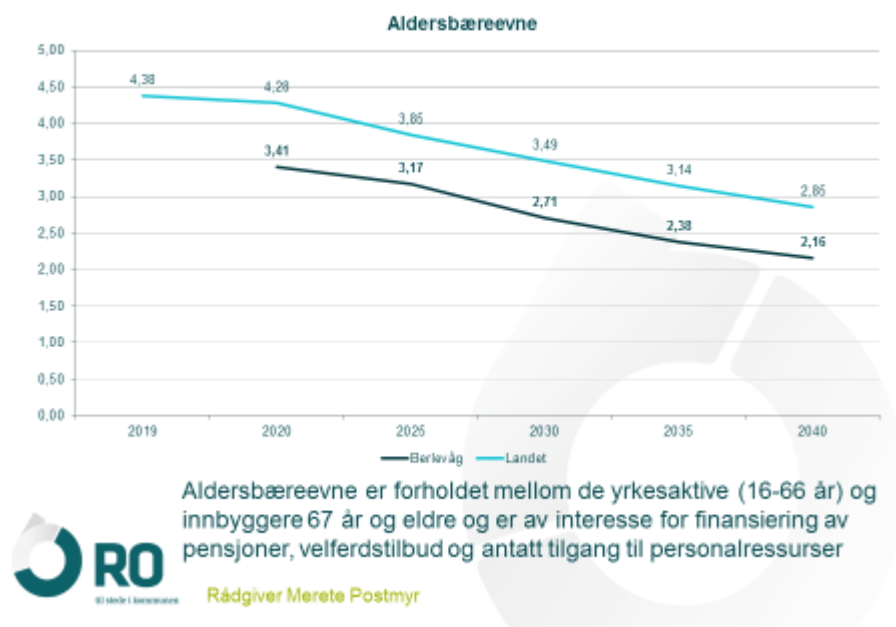


Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Befolkningsframskrivning

2024 Berlevåg	2020	2025	2030	2035	2040
0-17 år	145	128	109	107	108
18-49 år	367	337	320	305	275
50-66 år	241	243	221	197	194
67-79 år	161	166	158	160	167
80 år og eldre	60	57	82	96	100

# Aldersbæreevne



## Aldersbæreevne Berlevåg kommune

Figuren viser at det var 4,38 personer i yrkesaktiv alder per eldre i 2019, og at koeffisienten for aldersbæreevne reduseres jevnt fram mot 2040 til 2,16. Aldersbæreevnen er av vesentlig interesse for framtidens økonomiske bæreevne og tjenestetilbud i helse og omsorgssektoren i kommunen.

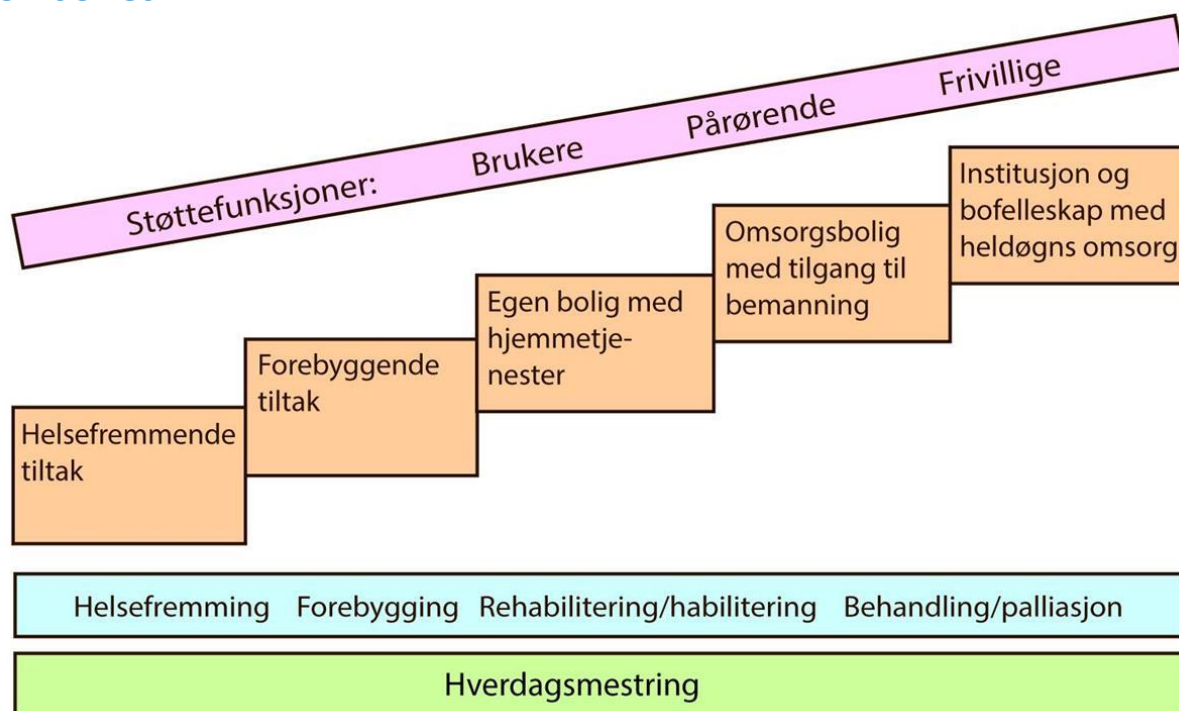
## UTVIKLINGEN AV DEMENS

Som følge av økt levealder og endra alderssammensetting, flere eldre, i befolkningen, vil det forespeile at antall personer med demenssykdom, trolig vil øke mye de neste 20 år (forutsett at det ikke blir oppdaga behandlingsformer som kan utsette eller redusere sykdommen). Dette vil skape store utfordringer for helse- og omsorgstjenestene og stille krav til planlegging av det framtidige tjenestetilbudet. Demenssykdommen handler om den som får sykdommen, så vel som familien og andre pårørende sine opplevelser og erfaringer.

## ANDRE UTVIKLINGSTREKK

Berlevåg kommune har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de siste 20 årene fått tilført mange nye oppgaver og hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper. Samhandlingsreformen, sykehjemsreformen, reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming og opptrappingsplan for rusfeltet og ny folkehelselov står som viktige milepæler i denne utviklingen. Disse har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå. Økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten, og omlegging av driften til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har også ført til at flere oppgaver enn tidligere i stor grad må bli løst av kommunes helse- og omsorgstjeneste.

## OMSORGSTRAPPEN



### Beskrivelse av omsorgstrappen

Omsorgstrappen viser 5 ulike omsorgsnivåer på våre helse- og omsorgstjenester. Tjenestene blir tildelt ut i fra hjelpebehovet som den enkelte har, og brukerne skal kunne bevege seg mellom nivåene på en fleksibel måte.

Grunnmuren i omsorgstrappen skal være et tankesett om at alle våre brukere er ressurser i eget liv, og at de selv skal få avgjøre hva som er viktige aktiviteter i livet sitt.

Vi ønsker at bruker, pårørende og de frivillige skal utgjøre viktige støttefunksjoner til tjenestene som ytes. Disse skal ikke være i stedet for, men i tillegg til det offentlige tjenestetilbudet.

Vi skal ha økt fokus på rehabilitering og forebygging som kan bidra til å redusere behovet for omsorgsplasser. En eventuell dreining mot mer hjemmebaserte tjenester kan medføre at sykehjemsplassene i større grad kan tilbys pasienter med behov for korttidsopphold, eller som har spesielle behov for oppfølging i livets siste fase. På lang sikt vil trolig en satsing på tilpassede omsorgsboliger, i kombinasjon med utstrakt forebyggende arbeid og fortsatt sykehjemsdrift, gi en oversiktlig og driftsmessig god dekning av de ulike trinnene i omsorgstrappen.

Det er etablert en praksis i kommunene for å tenke tjenestetilbud etter det såkalte BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå). Av BEON-prinsippet følger tanken om å organisere og utvikle tjenestetilbudet etter omsorgstrappen der det antas at brukere med høy egen mestringsevne tilbys tjenester lavest i omsorgstrappen, og at brukeren vil ledes oppover i omsorgstrappen etter hvert som mestringsnivået avtar pga. alder eller økt funksjonshemming.

## NYE BERLEVÅG HELSESENTER

Berlevåg helsesenter er omtrent 30 år gammelt og bærer preg av slitasje og manglende vedlikehold. Helsesenteret tilfredsstiller ikke dagens krav til arbeidsmiljø og personvern, og mye av bygningsmassen er ikke tilpasset dagens standard, blant annet er det mangel på enkeltrom m/bad og WC på sykehjemmet. Rommene og fellesarealene i bygget er generelt små og trange, slik at det krevende å bruke moderne hjelpemidler. Fellesstua på sykehjemmet og en del av kontorene er av ok størrelse.

I desember 2018 vedtok kommunestyret følgende i budsjett og økonomiplan 2019-2022:

Berlevåg helsesenter er i en slik forfatning at noe må gjøres for å tilfredsstille fremtidige krav og behov. Vi bruker store ressurser på midlertidig vedlikehold uten å løse hovedproblemet, og behovene vil øke i årene fremover. Det viktigste er allikevel boforholdene for våre brukere. På flere rom finnes ikke bad og toalett så beboerne må ut av rommet og over gangen i nødvendig ærend. Dette er ikke verdig. Arbeidsforholdene for ansatte er vanskelige, særlig i pleien er det trange arbeidsforhold på rommene. I forskrift for sykehjem står følgende: «sengerommene skal som hovedregel være enerom. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter. Rommene bør ha uttak for telefon. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert sengerom.

Statistikken viser andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner 2017:

- Berlevåg 55,6%. Loppa 94,7%. Hasvik 100%. Hele landet 95%

Statistikken viser også andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad og toalett 2017:

- 2017: Berlevåg 44,4%, Loppa 94,7%, Hasvik 100%, hele landet 95%

Mulighetsstudien vil synliggjøre behov og være en positiv investering i fremtiden, økonomisk og ikke minst for våre beboere og innbyggere.

Tiltak: det gjennomføres en mulighetsstudie for nye Berlevåg helsesenter i 2019. Kr 400 000 er satt av til formålet.

Status medio februar 2020 vises til rapport Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO).



## PLANPROSESSEN

### Planen er forankret i rådmannens ledergruppe

En tverrfaglig plangruppe sammensatt slik:

- Avdelingsleder PLO-Unni Stenberg
- Kontorleder Merete Kristiansen
- Kjøkkensjef June Pedersen
- Kommuneoverlege Jakob Thorkildsen
- Psykiatrisk sykepleier Rus/Psykiatri Merete Jensen
- Helsesykepleier Beate Olsen/Helena Laupstad
- Tillitsvalgt Siv Hege Leirbekk
- Tillitsvalgt Unn Berit Guttormsen
- Tillitsvalgt Irina Danke
- Fysioterapeut Ashish Sharma
- Helse og omsorgssjef Roy-Arne Andersen (ledet planarbeidet)

Arbeidet startet opp 17. oktober 2018 og siden hatt jevnlig møter. Det ble i første møte enighet om å gjøre planen mest mulig handlingsrettet og realistisk. Det ble så satt opp de viktigste områdene å ha med i planen. I påfølgende møter ble hvert område analysert og satt opp med mål og tiltak.

## NASJONALE MÅL OG DOKUMENTER

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og økonomiske rammer til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Opptrappingsplan for rusfeltet
- Omsorg 2020-regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
- Sterkere brukermedvirkning
- Leve hele livet
- Demensplan 2020
- Opptrappingsplan habilitering og rehabilitering
- Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet

### Nærmere beskrivelse av følgende områder:

#### a) Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020, og legger vekt på økt kapasitet og kompetanse i helse og omsorgssektoren. Det legges opp til at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Omsorg 2020 har fem hovedsatsingsområder:

1. Sammen med bruker, pasient og pårørende. I dette ligger blant annet økt brukermedvirkning både når det gjelder eksisterende tjenester og utvikling av nye.
2. En faglig sterk helse- og omsorgstjeneste. I dette ligger blant annet faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger, samt faglig og strategisk lederskap.
3. Moderne lokaler og boformer. I dette ligger et utbygging og modernisering av et mangfold av boformer.
4. Den nye hjemmetjenesten. I dette ligger det sterkere utbygging av hjemmetjenesten, og tidlig innsats for at folk kan bo hjemme lengst mulig.
5. Fornyelse og innovasjon. I dette ligger det å ta i bruk ny teknologi og faglige metoder og å støtte lokalt innovasjonsarbeid.

## **b) Demensplan 2020**

Demensplan 2020 skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med fokus på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose.

Demensplan 2020 skal ha fokus på tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgntilbud og som kan støtte og avlaste pårørende

Demensplan 2020 har seks strategier:

- 1.Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- 2.Forebygging –det som er bra for hjertet er bra for hjernen
- 3.Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
- 4.Aktivitet, mestring og avlastning
- 5.Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- 6.Forskning, kunnskap og kompetanse

Det mest kjente tiltaket er lovfesting av en plikt for kommunene til å tilby dagtilbud for personer med demens fra 1.1.2020

Leve hele livet – Meld.St.15

En ny og bærekraftig politikk som skal sikre alle innbyggere en god og trygg alderdom. Det innebærer både bedre tjenester og tilbud, men også et samfunn der eldre får brukt sine ressurser.

## **c) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet**

Tjenesten skal fungere godt, både for de med godhelse med behov for enkle konsultasjoner, for de med kroniske sykdommer og behov for mer oppfølging over tid, samt tjenester til de med sammensatte behov og nedsatt funksjon, som har behov for mer tilrettelagte tjenester. En fremtidsrettet tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet.

## Lover og forskrifter

Det er mange særlover/forskrifter/rundskriv mv. en må følge med hensyn til planlegging og drift av helse- og omsorgstjenesten. De viktigste lovene som skal sikre grunnlaget for kommunens oppgaver og ansvar innen helse og omsorg er: Helse- og omsorgstjenesteloven, Folkehelseloven, Pasient og brukerrettighetsloven, Helseberedskapsloven, Helsepersonelloven og Lov om psykisk helsevern.

I tillegg til lovverket innen helse- og omsorg finnes en rekke forskrifter som konkretiserer innbyggernes rettigheter og kommunens ansvar. Verdighetsgarantien, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og fastlegeforskriften er noen av de mest sentrale.

## BESKRIVELSE AV TJENESTEN HELSE- OG OMSORG

### Administrasjon:

- Helse- og omsorgssjef
- Kontorleder/sekretær
- Avdelingsleder pleie og omsorg

### Pleie og omsorg:

- Hjemmetjenesten
- Institusjon- 8 langtidsplasser
  - Skjermet enhet-5 langtidsplasser
  - 3 korttidsplasser (rehabilitering og avlastning)
  - 1 sykestueplass for øyeblikkelig hjelp – 0,8 seng og 0,2 KAD seng (kommunalt akutt døgnopphold for somatikk og lettere moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, ofte også i kombinasjon med somatisk sykdom/plager).
- 2 omsorgsleiligheter
- 6 alderspensjonat leiligheter
- Rus og psykiatri
- Aktivitør
- Kjøkken og skolekantine
- Dialyse
- Dagaktivitetstilbud
- **Ansvar for blant annet ordningene støttekontakt, avlastning og BPA**

Det er totalt 27 ansatte i institusjon med skjermet enhet og hjemmetjenesten, henholdsvis 9 sykepleiere, 17 helsefagarbeidere og 1 hjemmehjelp.

Pleie og omsorgstjenesten har merkompetanse på følgende fagområder: kreft, geriatri, demens, distriktsykepleie, psykiatri og dialyse.

**Primærhelsetjenesten:**

- Legetjenesten (3 faste stillinger + turnus/LIS1)
- Berlevåg kommune har egen døgnåpen legevaktteneste med vakthavende sykepleier og lege. Legevaktssentralen bemannes av AMK-Finnmark.
- Laboratorium
- Skiftestue
- akuttrom
- Helsesykepleier
- Fysioterapi
- Jordmor

## VISJON

### *«Ka e viktig for dæ»?*

*Vår visjon signaliserer å se, lytte og ta på alvor hver eneste bruker/pasient og ansvarliggjøre tjenestemottakerne til mestring i eget liv.*

## Hovedmålsetting

1. Helse og omsorgstjenesten i Berlevåg kommune skal sikre reell brukermedvirkning, ha fokus på egenmestring, helhetlige tjeneste/pasientforløp, ha god kvalitet, være effektive, nyskapende og utviklingsorientert.
2. Rehabilitering/- habilitering er det bærende temaet i planen- som skal gjennomsyre tenking i all tjenesteutvikling. Brukerkompetanse, rett til medvirkning, og ha fokus på egenmestring og aktivitet som skal medvirke til økt livskvalitet og bedre ressursutnytting.

### MÅL:

- Alle innbyggerne skal når behov oppstår få nødvendig helsehjelp, nødvendig rehabilitering og habilitering, behandling og pleie- og omsorg
- Tjenestene skal være i tråd med nasjonale og kommunale føringer, ha god rettsikkerhet for brukerne og være faglig forsvarlige
- Berlevåg kommune skal være en god arbeidsplass med trygge medarbeidere. Som medarbeidere har vi et individuelt og felles ansvar for dette
- Alle ansatte har fokus på muligheter for mestring og selvhjulpenhet hos brukerne
- God kontroll og kvalitet på tildeling og utøvelse av tjenester
- Få på plass en kompetanseplan i 2020
- Få på plass en plan for innføring av velferdsteknologi i 2020
- Sektoren har god økonomistyring og en bevisst holdning til budsjetttrammer gjennom året
- Nye Berlevåg helsesenter på plass så snart det lar seg gjøre

- Få på plass psykolog og ergoterapitjenester i 2020

#### **Avgrensninger:**

- Eksisterende rus- og psykiatriplan rulleres i 2020 der opptrappingsplan for rusfeltet inngår.

#### *«Opptrappingsplan rusfeltet*

*Planen er i hovedsak innrettet mot personer som er i ferd med å utvikle (tidlig innsats), eller allerede har etablert, et rusproblem.*

#### *Planen har fem overordnede mål:*

- *Å sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet*
- *Å sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig*
- *Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat*
- *Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre*
- *Det skal utvikles og i større grad tas i bruk alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer»*

- Eksisterende kreftplan rulleres i 2020
- Sektorplaner skal se til mål og føringer i kommuneplanens samfunnsdel. Denne er ennå ikke på plass.



## Satsingsområdene

Brukermedvirkning

Rehabilitering/- habilitering

Helsestasjon

Styrke hjemmetjenesten

Demens

Ernæring

Forebygging og helsefremming- «mye reparasjon-lite forebygging)

Møteplasser, tverrfaglige møter, dialog

## BRUKERMEDVIRKNING

Om rett til medvirkning heter det:

"Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester"

Og videre: "Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven."

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.

### Hvordan vil vi ha det

Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud. Det er samtidig viktig å bevisstgjøre, ansvarliggjøre og motivere brukeren eller pasienten til å mobilisere egne ressurser så langt det lar seg gjøre.

### Hvordan er det i dag

Tilfeldig, usystematisk og personavhengig. For lite kunnskap om emnet og tilgang til informasjon om brukeren på tvers av fag kan bli bedre.

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Vi informerer brukerne om rettigheter
- Vi sikrer at brukere og pårørendes stemmer blir hørt
- Opplyse ansatte om betydningen av brukermedvirkning-få en felles forståelse av viktigheten
- Vi sørger for at passive mottakere av hjelp blir aktive deltakere i eget liv og hverdag.
- Vi gjennomfører årlige brukerundersøkelser
- Vi har fokus på første møte med pasient – behovet – få en forståelse av tilstand sammen med pasient
- Individuell plan skal benyttes der rettighet slår inn

## HELSESTASJON

Helsestasjonstjenesten skal i hovedsak jobbe forebyggende og helsefremmende mot barn og unge. Helsestasjonen har 1 konstituert helsesykepleier som nå er under utdanning.

Helsestasjonstjenesten yter tjenester til familier med barn fra 0–20 år. Dette er fordelt på helsestasjon 0–5 år, skolehelsetjenesten, HFU (helsestasjon for ungdom 13–25 år) og helsetjenester til asylanter og flyktninger. Helsestasjonstjenesten er et lavterskeltilbud, og det er gratis. Helsestasjonen deltar også i ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuell plan for barn med spesielle behov.

### **Helsestasjon 0–5 år**

Helsestasjonen 0–5 år gjennomfører helsestasjonsprogrammet med anbefalte konsultasjoner inkl. hjemmebesøk, og til sammen er det 17 konsultasjoner på ulike alderstrinn (0–5 år). Lege deltar i henhold til bestemt plan og ved behov. Helsestasjonen driver også med veiledning av foreldre og barnevaksinasjonsprogrammet (også tilpasset for barn fra andre land).

### **Skolehelsetjenesten**

Skolehelsetjenesten følger barn i skolealder, som starter med skolestartkonsultasjon i 1. klasse. Videre følges skoleelevene opp med barnevaksinasjonsprogrammet, screening vekt/lengde og helsesamtale med oppfølging i 3. og 8. klasse, samt pubertetsundervisning, seksualundervisning, samtaler med enkeltelever og undervisning/samtaler i grupper etter behov. Skolehelsetjenesten har kontortid på skolen med drop-in 2 ganger i uken.

### **HFU (helsestasjon for ungdom)**

Helsestasjon for ungdom er for ungdom i alderen 13–25 år. Her kan ungdom få råd og veiledning blant annet når det gjelder fysiske, psykiske og sosiale problem, seksualitet, testing og behandling for seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon. Ungdommene kan møte jordmor, helsesykepleier og lege ved behov.

### **Helsetjenester til asylanter, flyktninger og familiegjenforente**

Det gjennomføres en helsesamtale (kartlegging fysisk og psykisk helse) med alle nyankomne asylanter, flyktninger og familiegjenforente, oppfølging av ulike problemstillinger, støttesamtaler, tuberkulosekontroll og vaksinerings etter anbefalt program.

## Hvordan vil vi ha det

- Tjenestetilbudet skal være systematisk og samordnet basert på tverrfaglig samarbeid mellom nødvendige samarbeidspartnere-særlig viktig er godt samarbeid med skolen og rus og psykiatritjenesten
- Tjenesten skal være tilbyder slik at samarbeidspartnere ser viktigheten av å jobbe forebyggende og helsefremmende.
- I møte mellom tjenesten og barn/elever er det viktig med lav terskel for kontakt.
- Tidlig innsats

## Hvordan er det i dag

- Tilfeldig, usystematisk og få møteplasser
- Det er en utfordring at naturlige samarbeidspartnere ikke er samlokalisert.
- Tilbudet i dag er innrettet i stor grad som et lavterskeltilbud slik det skal være og ansvarsgrupper fungerer godt.
- Det forebyggende/helsefremmende arbeidet er mangelfullt.

## Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Forankre og involvere ledelse sektor Helse og omsorg og Oppvekst og PPT
- Sørge for at barrierer mellom nivå reduseres til det mest nødvendige
- Vi ser på muligheter for samlokalisering
- Vi etablerer faste møteplasser for tverrfaglig samarbeid på området
- Vi har en skolehelsetjeneste med faste tider i skolen
- Vi har en åpen helsestasjon for ungdom

## ERNÆRING (Beboere/brukere på Helsesenteret og i hjemmetjenesten)

God ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernærings tiltak samt oppfølging og evaluering.

### Hvordan vil vi ha det

- Tilbudet skal være basert på kartlegging av brukerens matvaner og næringsbehov og systematisk oppfølging og evaluering.
- Faste måltider er viktig og ekstra ved behov. Her er det særdeles viktig at det ikke går for lang tid mellom siste måltid på kvelden og frokost (maks 11 timer).
- Tilbudet skal være individrettet med blant annet bruk av matkort.
- Det skal skapes godt miljø under måltider og gis tilpasset hjelp ved behov.
- Kunnskap og kompetanse blant ansatte på området må opprettholdes og økes.
- Det skal legges til rette for mulighet til å lage mat sammen med brukerne og utnytte sesonger for ulike matslag.
- Tannhelse/munnhygiene er viktig å ivareta for en bedre matopplevelse.
- Det er viktig med konstruktiv og presis tilbakemelding satt i system på opplevelse fra bruker.

### Hvordan er det i dag

- For lite fokus på viktigheten av ernæring
- Tverrfaglig samarbeid ok, men noe tilfeldig og usystematisk
- For mange sjefer og private synspunkter
- Potensiale for å skape bedre trivsel/miljø ved måltider
- Eget kjøkken med god kompetanse

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Vi gjennomfører systematiske kartlegginger med oppfølging/evaluering
- Vi har på plass rutiner for presis tilbakemelding fra bruker
- Individuelle tilpasninger/valgmuligheter/matomsorg
- Ro og trivsel rundt måltidene
- Skape matglede
- Personal tilstede ved måltider/medspising
- Unngå for lang nattfaste
- Følge oppsatt faste måltider hver enkelt bruker
- Jevnlig fokus på ernæring på visitter

- Kurs/opplæring på området for ansatte på kjøkken og andre
- Ta i bruk matkort
- Forbedre samspillet mellom institusjon – hjemmetjenesten-kjøkken

## DEMENS

Demens skyldes sykdom i hjernen. De vanligste symptomer er dårligere hukommelse, problemer med språket og vanskeligheter med daglige gjøremål. Demenssykdommer arter seg ulikt, men et fellestrekk er at demens påvirker hele livssituasjonen, både for de som er syke og for deres pårørende. En av de største utfordringene vi kan vente oss som følge av økende levealder og endra alderssammensetning, er at tallet på personer med demens vil øke betydelig i årene framover. Dette betyr store utfordringer. De fleste av de som får en demensdiagnose vil ha behov for ulike tjenester i eget hjem eller institusjon i løpet av sykdomsperioden, og deres nærmeste vil trenge avlastning og støtte. Noen demenstilstander og sykdomsforløp medfører adferdsendring med behov for forsterka skjerming. Slike tilfeller stiller krav til tilbud som det kan være vanskelig å møte for en kommune på Berlevåg sin størrelse.

### Hvordan vil vi ha det

Statusen og det medisinske og helsefaglige tilbudet er styrket. Størst mulig grad av kontinuitet av faglig personell. Vi har gode system for å sikre tidlig utredning og diagnostisering ved mistanke om demens. Personer med demens bor hjemme så lenge som mulig og lever aktive liv så lenge som mulig, og pårørende får støtte og avlastning.

### Hvordan er det i dag

- For personavhengig
- For lite plasser
- God kompetanse – men lite utnyttet
- Økende antall demente
- Annen type demens med mere uro og utrygghet
- Lite aktiviteter

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Vi har tilrettelagte aktiviteter i hverdagen
- Vi får eksisterende kunnskap ut i daglig praksis og utvikler mer kompetanse
- Vi sørger for tidlig utredning-diagnose til rett tid og oppfølging etter diagnose
- Vi gir pårørende informasjon og skolering
- Dagaktivitetstilbud er på plass med systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende
- Vi driver systematisk refleksjon og holdningsskapende arbeid
- Vi foretar forebyggende hjemmebesøk

- Vi ser på muligheter for et forsterket tilbud
- Vi har på plass demenskoordinator/team
- Det sykepleiefaglige er styrket på Skjermet enhet
- Vi vil øke antall plasser i mere egnede lokaler
- Vi tar i bruk Velferdsteknologi
- Vi samarbeider med Nasjonalforeningen for folkehelsen-Berlevåg demensforening og andre



## REHABILITERING OG HABILITERING

Definisjon: 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 oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tanke sett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser står sentralt.

Hverdagsrehabilitering er trening og tilrettelegging for å mestre hverdagen i eget hjem og nærmiljø. Tilbudet er for deg som nylig har hatt et funksjonsfall som gjør at du ikke klarer det samme som før.

Forskjellen på habilitering og rehabilitering handler om skaden/tilstanden er medfødt/tidlig ervervet (habilitering) eller ikke (rehabilitering).

Rehabilitering og habilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Det er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Et svært viktig element i et rehabiliteringsforløp er opplæring og egenmestring.

### **Koordinerende enhet:**

Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.

## Hvordan vil vi ha det

- Hverdagsrehabilitering/mestring som et verktøy for egenmestring i eget hjem.
- Systematisk strukturert samarbeid og kommunikasjon på tvers av fag og nivå. Koordinerende enhet er sentral for å få dette til å fungere.
- God kompetanse på området som blir brukt på rett sted til rett tid
- Vurderinger og tiltak settes i gang raskt
- Alle samarbeider mot samme mål

## Hvordan er det i dag

- Personavhengig og lite felles holdninger
- God kompetanse, men ikke tilstrekkelig
- Oversiktlig
- Tiltak iverksettes noen ganger uten skikkelig utredning

## Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Vi gjennomfører kurs/opplæring i hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering
- Vi oppretter Koordinerende enhet
- Vi oppretter tverrfaglig team/rehabiliteringsteam
- Vi skal forbedre samarbeidet med spesialisthelsetjenesten
- Brukermedvirkning skal på plass som en sentral del på området
- Vurderinger og tiltak skal iverksettes uten unødig opphold
- Behov skal utredes før tiltak iverksettes
- Mere aktiv bruk av korttidsplasser

## MØTEPLASSER, TVERRFAGLIGE MØTER, DIALOG

Møter/møteplasser og dialog mellom ansatte er viktig for å sikre god kvalitet og utvikling av tjenesten

### Hvordan vil vi ha det

- Arbeide mot felles mål
- Møter/møteplasser skal settes opp ut fra behov - som viktige for kvalitet og utvikling av tjenestene
- Det skal jevnlig evalueres behovet og tidsbruk for all møteaktivitet
- Møter defineres som arbeidsoppgave og er obligatorisk
- Effektive møter uten unødig tidsbruk- ledet av en person
- God dialog mellom ansatte

### Hvordan er det i dag

- Tilfeldig og ustrukturert
- For mye tid brukes på de mindre viktige tingene på bekostning av de viktige tingene
- Noen møter/møteplasser i dag er viktige og fungerer godt
- Dialog
  - Lite fleksible og noen ganger avvisende i dialog om samarbeid
  - 100 meninger om samme sak
  - Går i skyttergrava for å verne om sitt

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Økt fokus fra ledelsen
- Det skal lages en møteoversikt som oppdateres jevnlig
- V legger til rette for godt miljø på møter/møteplasser
- Den daglige dialog skal være positiv
- Vi gjennomfører opplæring i møteledelse

## FOREBYGGING OG HELSEFREMNING – «mye reparasjon-lite forebygging»

En viktig målsetting i den nasjonale helse- og omsorgspolitikken er å forebygge mer og reparere mindre. Vi driver mye reparasjon og lite forebygging.

«Kommunens ansvar er å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen» (lov om folkehelse).

Livsstilsykdommer som eks kols, kreft og diabetes er økende i samfunnet, også i vår kommune. Inaktivitet, spesielt blant barn og unge vil virke negativt på helsen over tid. Dette må gjøres noe med.

Helsefremmende arbeid:

Helsefremmende arbeid tar sikte på å endre miljøforhold, livsstil og levekår slik at forekomsten av risikofaktorer reduseres. Dette ligger nær opptil det som ofte kalles primærforebyggende arbeid, hvor man prøver å nå frem til enkeltmennesker eller grupper av mennesker som ennå ikke har fått redusert sin helsetilstand eller er blitt syke.

Primærforebygging: Forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår.

Sekundær forebygging:

Det sekundærforebyggende arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert.

Tertiær forebygging:

Tertiærforebyggende arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak er i praksis ofte uklare. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er fysioterapi etter benbrudd og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom.

## Hvordan vil vi ha det

- Tjenesten har en felles forståelse hva dette innebærer
- Vi vet vår rolle og innehar og bruker vår kompetanse i det daglige arbeidet
- Arenaer og møteplasser er etablert
- Samarbeid på tvers av fag, avdelinger og enheter fungerer

## Hvordan er det i dag

- Lite fokus og samarbeid
- Daglig forebygging, men ikke satt i system

## Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Øke fokuset og kunnskapen på området
- Informasjon til alle satt i system
- Innarbeides i den daglige drift satt i system
- Vi underviser, kurser og informerer individuelt, ulike grupper og befolkning
- Tidlig innsats i barn og ungdomsbefolkningen
- Tidlig innsats overfor den eldre befolkningen

## STYRKE HJEMMETJENESTEN

Hjemmetjenesten utfører nødvendig helsehjelp i kortere og lengre perioder av kvalifisert personale til innbyggere/brukere. Innholdet i tjenesten gis etter individuelle behov og avtales spesielt i vedtak og vurderes fortløpende. Hjemmetjenesten skal bidra til at du kan bo i eget hjem så lenge som mulig. For å møte økningen i antall eldre er det viktig at innbyggere med omsorgsbehov skal ha en reell mulighet å bo lengst mulig i eget hjem.

### Hvordan vil vi ha det

- Det faglige og spesielt sykepleierressursen er styrket
- Tjenestemottakerne får hjelp ut fra reelt behov og med fokus på egenmestring
- Tjenesten sørger for at brukerne kan bo lengst mulig i eget hjem
- Hverdagsmestring/rehabilitering og velferdsteknologi er i drift
- Vedtak er til enhver tid oppdatert

### Hvordan er det i dag

- Gode tjenester leveres
- For dårlig oversikt i tjenesten
- Ikke venteliste

### Hvordan skal vi komme dit vi vil

- Vi innfører sykepleier hver dag på dagvakt
- Kartlegge om vi har riktig tjenestenivå pr bruker i dag og følge opp dette satt i system. Nye brukere kartlegges umiddelbart
- Forbyggende hjemmebesøk
- Mere aktiv bruk av korttidsplasser
- Vi gjennomfører kurs/opplæring i hverdagsmestring/rehabilitering
- Vi tar i bruk velferdsteknologi
- Arbeide opp mot Husbanken, NAV hjelpemiddelsentralen og frivilligheten
- Målrettede hjemmebesøk og samtaler med fokus på Eldres boliger og behov for ev. tilpasninger, tilskuddsordninger m.m

## NYE SATSINGSOMRÅDER:

### VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi har mange ulike definisjoner. Den meste anvendte er fra NOU 2011: 11, Innovasjon i Omsorg s 100 (Hagen utvalgets innstilling):

*”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 teknologisk 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”*

- De fleste ønsker å klare seg selv og bo i egen bolig så lenge som mulig. For å klare det, kan det være nødvendig å tilrettelegge boligen og ta i bruk hjelpemidler og teknologiske løsninger. Ved å ta i bruk nye teknologiske løsninger, vil flere kunne bo hjemme og oppleve trygghet, selvstendighet og mestring.
- Bruk av velferdsteknologi er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å realisere viktige verdier for brukerne og tjenestene. Utprøvingene som foregår i mange kommuner har som mål å avdekke hvorvidt velferdsteknologiske løsninger kan bidra til:
  - at flere kan mestre eget liv –lengst mulig.
  - at flere kan bo hjemme –tryggest mulig.
  - at helse-og omsorgstjenestene får større fleksibilitet og kan bruke medarbeidere på de oppgavene der de trengs mest.

Status:

Vi er i startfasen av arbeidet med kartlegging av behov for velferdsteknologiske løsninger tilpasset vårt behov.

## SLUTTORD

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

I skrivende stund har det pågått og pågår et omstillingsarbeid i regi RO, Ressurssenter for omstilling i kommunene og KS konsulent som ser på organisering og muligheter for effektivisering av drifta og hvordan vi skal rigge tjenesten i framtiden i det nye helsesenteret og andre boløsninger. Det betyr et behov for å rullere planen i 2021.