



Utvalg: Helse- og omsorgsutvalget
Møtested: Rådhusalen, Tana Rådhus
Dato: 30.01.2013
Tidspunkt: 09:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 464 00 200, eller på e-post til postmottak@tana.kommune.no. Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Til sak 5/2013 – Frivilligsentral i Tana

Eldrerådet er invitert til møtet for å drøfte etablering av frivilligsentral sammen med HOU. Kommunen vil jobbe videre med denne saken sammen med HOU og Eldrerådet.

Tana, 21.01.2013

Per Ivar Henriksen
Leder

Saksliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Lukket	Arkiv- saksnr
PS 1/2013	Godkjenning av innkalling		
PS 2/2013	Godkjenning av saksliste		
PS 3/2013	Godkjenning av protokoll fra 05.12.2012		
PS 4/2013	Disponering av budsjettmidler i pleie og omsorgstjenesten ? Budsjett 2013		2013/148
PS 5/2013	Frisklivssentral i Tana		2013/55
RS 1/2013	HOU-rapport 2012		2010/1905
RS 2/2013	Strukturendring i pleie- og omsorgssektoren		2013/235
PS 6/2013	Referatsaker / Orienteringer - HOU		2013/96

PS 1/2013 Godkjenning av innkalling

PS 2/2013 Godkjenning av saksliste

PS 3/2013 Godkjenning av protokoll fra 05.12.2012



Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Helse- og omsorgsutvalget	4/2013	30.01.2013

Disponering av budsjettmidler i pleie og omsorgstjenesten - Budsjett 2013

Rådmannens forslag til vedtak

HOU vedtar å fordele styrkingsmidler kr 1.1. mill slik:

Kap. 4020 Styrkes med 100% stilling fra 01.01-31.12.:	kr 446.000,-
Kap. 4020 Styrking på aften i helgene i 40% stilling fra 01.01.- 31.08.:	kr 175.000,-.
Kap. 4030 Styrking på dag i helgene 0,40% fra 01.01.- 31.08.:	kr 160.000,-.
Kap. 4040 styrkes med:	kr 319.000,-

For dekning av kostnader kr 150.000 for videreføring av stillinger fra 010913-311213 ved Polmak sykehjem og Tana sykeavdeling vurderes ved budsjettregulering våren 2013.

Tana omsorgsone gis anledning til å omdisponere stilling som sekretær i 50% til avdelingssykepleier frem til 01.04.2014 og inntil det pågående strukturendring i pleie og omsorg er ferdigstilt.

Saksopplysninger

Kommunestyret har i budsjettbehandling 2013 vedtatt at Helse og omsorgsutvalget får fullmakt til fordele kr 1,1 million for å styrking av pleie og omsorgstjenesten.

Pleie og omsorgstjenesten registrerer at kommunestyret i samme møte har vedtatt reduksjon i virksomhetens budsjett med ca kr 1.1 mil som fordeler seg slik:

4020 Red 100 % stilling	- 446 257
4040 Red. Oms.lønn og støttekontakt	- 315 000

Det vises også til reduksjonsforslag fra pleie og omsorgstjenesten som var foreslått til budsjettbehandlingen 2013 var lite ønskelig, men ut i fra budsjettprosedyren var det stilt krav om å legge frem reduksjonstiltak inntil 3 % av nto.budsjett, derav ble reduksjonstiltakene fremsatt.

Midlene for styrking av pleie og omsorgstjenesten foreslås benyttet til følgende tiltak med tilhørende begrunnelse:

Kap. 4020 Polmak sykehjem:

Stilling på dagtid 100% hele året og stilling på aften 40% i tiden 0101 – 3108 foreslås slik:

”Stilling på dag 100%: Stilling er innarbeidet i turnus på dagtid slik at avdelingen har bemanning med 3 personer. Avdelingen har pr tiden 8 faste beboere og 2 for korttid og avlastningspasienter. Alle plassene er fullt opp. Sykehjemmet har beboere med demensdiagnose, ofte med særlige behov for styrkede tjenester som for eksempel skjerming. Reduksjon av bemanningen medfører at tjenestene ikke lenger er faglig forsvarlig. Erfaringene viser at det blir økt uro i avdelingen mot ettermiddag/kveld, dette er noe som tilhører sykdomsbildet.”

Kap. 4020 Styrkes med 100 % stilling fra 01.01-31.12. - kr 446.257,-

Kap. 4020 Styrking på aften i helgene i 40% stilling fra 01.01.- 31.08. kr 175.000,-.

Kap. 4040 Tana omsorgsone:

Omsorgslønn/Støttekontakt og styrking av hjemmesykepleien foreslås slik:

”Alle vedtak vedrørende omsorgslønn og støttekontakt er gjennomgått.

Det tas sikte på å gi annen type tjenester som erstatter omsorgslønn/støttekontakt, ved styrking av hjemmetjenesten, ambulerende dagaktivitetstilbud og tilbud ved dagsenteret.”

Kap. 4040 styrkes med kr 319.000,-

Herunder reduseres støttekontakt og omsorgslønn til kr 220 000,-, og tilsvarende styrkes budsjettet for hjemmesykepleien (ekstrahjelp/vikarer) med kr 99 000,-. Leder i hjemmesykepleien disponerer kr 99.000,- og vurderer selv til formål som er særlig krevende.

Kap. 4030 Tana sykeavdeling:

Stilling på dag i helgene foreslås slik:

Styrking på dag i helgene 40 % fra 01.01.- 31.08. kr 160.000,-.

”Det vises til møte i HOU 08.02.12 hvor det ble vedtatt at HOU ber kommunestyret å vurdere styrking av bemanningen i sykeavdelingen med kr 200 000 i budsjett for 2013 og innarbeide dette videre i økonomiplanen.

Det er behov for å styrke bemanningen med en person på dagtid i helgene, tilsvarende 40% stilling, totale kostnader for 2013 er beregnet til kr 218 000.

Institusjonen har en helgereduksjon på hele 3 personer i forhold til hverdagene. Det er 4 personer på vakt, en sykepleier som har ansvar for akuttstykkepleie og legevakttelefon, i tillegg til oppgaver i avdelingen. Antall sengeplasser i sykeavdelingen er blitt økt fra 21 til 23 i 2012,

dette for å takle utfordringer som samhandlingsreformen har medført. Det ble innvilget midler i 2012 for styrking på helgene. Avdelingen har nå i minst 2 år driftet styrking av helgene med engasjementer, noe som er uheldig både for arbeidsgiver og arbeidstaker med tanke på rekruttering. Vi kan trygt si at det ikke blir noe mindre aktivitet i årene fremover, heller en økning kan ventes.”

Kap. 5060 Botjenesten - Generelle tiltak - reduksjon kr 331 220 utføres som planlagt.

Vurdering:

Med bakgrunn kommunestyrets vedtak om reduksjon i pleie- og omsorgstjenesten med kr 1.1 mill., har pleie og omsorgstjenesten foretatt ny vurdering og gir anbefalinger om prioritet av tiltak som ble redusert i budsjettet 2013, jf. stillinger i Polmak sykehjem og Tana sykeavdeling, lønn støttekontakt og omsorgslønn.

Administrasjonens vurdering er at det er ikke mulig å redusere bemanningen ved institusjonene, sett i forhold til den brukergruppen som skal ytes tjenester når alle plassene er i bruk. De bevilgende midlene til styrking i pleie og omsorgstjenesten anbefales benyttet til opprettholdelse av dagens drift ved institusjonene.

Dersom disse ”styrkingsmidlene” ikke benyttes slik pleie og omsorgstjenesten har anbefalt, betraktes tjenesteytelsene å være uforsvarlig, kvaliteten i tjenesteytingen må reduseres.

Pleie og omsorgstjenesten har i budsjettforslag 2013 foreslått nytt tiltak med opprettelse av assisterende avdelingssykepleier i 40 % stilling innen hjemmetjenesten. Dette tiltaket ble ikke vedtatt i kommunestyret og rådmannen finner ikke anledning til å gi anbefaling om prioritet innenfor denne bevilgningen heller (kr 1.1. mill). Dette tiltaket anses imidlertid å være et viktig tiltak og foreslår intern omgjøring av nåværende vakante sekretærstilling i 50 % til assisterende avdelingssykepleier.

Dette begrunnes med at det er ønskelig med ressurser i form av en avdelingssykepleier, som kan bistå leder i koordinering av daglig drift, bistå med faglig utvikling av tjenestene. Samhandlingsreformens intensjoner influerer også hjemmetjenesten med bl.a. tidlig utskrivning fra sykehus og brukerne med komplekse behov.

Om hjemmetjenesten skal være en ekspanderende tjeneste, om presset på institusjonsplasser i framtiden skal minke, og om ønsket om at folk skal kunne bo hjemme så lenge som mulig skal kunne realiseres, må hjemmetjenesten settes i stand til å gi tjenester av faglig god nok kvalitet. I en slik opptrappingsperiode må det settes inn ressurser på å organisere tjenesten på en slik måte at ikke feilbehandling, og manglende oppfølging av brukere skjer ved at en ikke har god nok oversikt i tjenesten.

Slike situasjoner vil en imidlertid minske ved å tildele hjemmetjenesten en ressurs i form av avdelingssykepleier som også går i turnus. Det vil si: jobber ute i felten hver tredje helg. Dette gir også denne personen kunnskap om brukerne i hjemmetjenesten som er viktig å ha for en som skal bistå i fagutviklingsarbeid, planleggings- og koordineringsarbeid. Stillingen vil også innebære kontorarbeid som sekretær tidligere har utført. Intern omgjøring medfører ingen merkostnader.

Pleie- og omsorgstjenesten ber HOU jobbe videre med å finne dekning for styrking av helgebemannning ved Tana sykeavdeling og Polmak sykehjem også for periode 01.09. – 31.12. som utgjør kr 150.000,-. Videreføring av disse tiltakene fra 01.09 til 31.12. har kostnad på kr 150.000,-.



Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Helse- og omsorgsutvalget	5/2013	30.01.2013

Frisklivssentral i Tana

Rådmannens forslag til vedtak

1. Kommunen etablerer frisklivssentral.
2. Kommunen søker fylkesmannen om kr. 300000 i tilskudd til etableringen for å fremme fysisk og psykisk helse samt forebygge og mestre sykdom.
3. Helse- og omsorgsutvalget bevilger kr. 70.000 for dekning av kommunens egenandel.

Saksopplysninger

Bakgrunn

Tana kommune inngikk en samarbeidsavtale med Finnmark fylkeskommune høsten 2012 om folkehelsesatsing i kommunen. Som folkehelsekommune ønsker kommunen å styrke ulike tjenestetilbud for befolkningen i Tana. Med andre ord etablering av lavterskel tilbud som kan være med å skape endring av levevanen blant befolkningen.

Målet med frisklivssentral er å etablere en kommunal forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner blant lokal befolkningen. Frisklivssentral skal gi en strukturert oppfølging gjennom helsesamtaler, tilbud om fysisk aktivitet, kostholdsendring og snus- og røykekutt.

På sikt kan en frisklivssentral i Tana bygge opp en kompetanse hvor det blant annet kan tilby kurs i mestring av depresjon, endring av alkoholvaner og andre tilbud som fremmer mestring av egen helse.

Frisklivssentralen skal ha en oversikt over andre helsefremmende og forebyggende tilbud i kommune og samarbeid med andre aktører der det er naturlig.

Tana kommune har en kompetanse som gjør at det vil være naturlig å etablere frisklivssentral nå og utvikle den til å bli en funksjonelt til de som ønsker en livsstilsendring.

Frisklivssentral i Tana

I følge "veileder for kommunale frisklivssentraler" defineres frisklivssentral (FLS) som; er en kommunal helsetjeneste som har som mål å fremme fysisk og psykisk helse samt forebygge og mestre sykdom.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (St.meld.16 2010-2011) beskrives frisklivssentraler som et viktig tiltak for å nå målene om å forebygge mer og bedre. Videre som et viktig tilbud til personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse, og som kan ha helsemessig nytte av frisklivssentralens tilbud.

Samhandlingsreformen peker på at det er behov for et tverrsektorielt folkehelsearbeid med økt helsefremmende innsats og tidlig intervensjon. Det er behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Helsedirektoratet mener at frisklivssentralene vil være et bidrag i dette arbeidet framover. Å endre levevaner kan være en krevende prosess, men å delta i et fellesskap kan være inspirerende. På frisklivssentralene skal deltakerne få hjelp til endring gjennom metoder som har dokumentert effekt.

Målgruppe og formål

Målgruppen ved en FLS er personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse, men man trenger ikke være syk eller ha en diagnose for å være deltaker ved en FLS.

Helsedirektoratet legger føringer for at FLS ha som hensikt å gi tilbud om hjelp til å endre og mestre levevaner ved hjelp av helsesamtale, fysisk aktivitetstilbud, tilbud om kostholdsendring samt tilbud om snus- og røykeslutt. Tilbudet ved FLS er utviklet for å styrke individets kontroll over egen helse.

Frisklivssentralens tilbud skal være tilgjengelig for alle i målgruppen og åpen for personer med og uten henvisning. Frisklivssentralen er en samarbeidspartner i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen og samarbeider med relevante aktører i frivillig, privat og offentlig sektor.

Forankring

Etablering av frisklivssentral vil styrke kommunens forebyggende helsetjeneste og bidra til å ivareta kommunens økte ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid. Beslutningen om å etablere en frisklivssentral baseres på kommunal utredning og saksbehandling. Utredningen må klargjøre intensjonen med etableringen, ressurstilgangen og rammebetingelser som økonomi, stillingsstørrelser og lokaler. Helsedirektoratet anbefaler å behandle tiltaket politisk og arbeide for at frisklivssentralen forankres i planer og budsjett som en fast del av kommunens forebyggende helsetjeneste.

Organisering

Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste. Dette er i tråd med Helse- og omsorgstjenestelovens formål og virkeområde, jf. § 1-1: "...forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne»⁸³. Frisklivssentralen bør inngå som del av kommunens forebyggende tjeneste.

Kommunen har et lovhjemlet ansvar for at helsetjenestene som tilbys ved frisklivssentraler, er faglig forsvarlige, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og helsepersonelloven § 16. Dersom det ikke er ansatt helsepersonell ved frisklivssentralen, må kommuneoverlegen, eventuelt autorisert helsepersonell med minimum tre års høyere utdanning, være faglig ansvarlig. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) med forskrifter kommer til anvendelse på de helsepersonellfaglige aktivitetene som utføres.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 pålegger kommunen å ha én eller flere kommuneleger. Kommunelegens hovedfunksjon er å være medisinsk faglig rådgiver for kommunen, jf. bestemmelsens andre ledd. Kommunelegen bør ha en sentral rolle når det gjelder å forankre og organisere frisklivssentralen som en del av helsetjenesten i kommunen.

Ressursbehov

Ressursbehov vil variere ut fra antall innbyggere og oppgaver frisklivssentralen har utover kjernetilbudet. Med bakgrunn i erfaringer fra eksisterende frisklivssentraler, anbefales det minimum 100 % stillingsressurs knyttet til frisklivssentral. Denne anbefalingen sier ingenting om antall innbyggere eller personer med diagnose "livsstilssykdommer".

Tana kommune har pr 01.10.2012 2901 innbyggere, men underkant av 3000 innbyggere vil vi anta 50% stilling vil dekke behovet i kommunen.

Kompetanse

Kompetanse innen helseatferdsområdene er viktig. Det anbefales at frisklivssentraler som et minimum knytter til seg personer med høgskole-/universitetsutdanning innen helsefag, fysisk aktivitet, og ernæring, samt personer med kompetanse i tobakksavvenning. Samarbeid om kompetanse kan formaliseres gjennom samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunen.

Veiledere ved frisklivssentralen bør ha kunnskap om metoder med dokumentert effekt knyttet til endring av atferd. Kompetanse innen motiverende samtale, kollegabasert veiledning, fordypningskurs og videreutdanning anbefales.

Arbeidet ved frisklivssentralen bør preges av tverrfaglig samarbeid mellom personer med ulik kompetanse innen helseadferd. Frisklivssentralen bør i tillegg til kompetanse innen helseadferd, ha kunnskap om folkehelsearbeid, friskfaktorer, rusforebygging, psykisk helse, flerkulturelle forhold, sosiale skjevheter, brukermedvirkning og tilrettelegging for målgruppene. I tillegg er det viktig å nyttiggjøre seg av kompetansen brukerne sitter inne med. Begge parter lærer noe i møtet mellom brukerkompetanse og fagkompetanse.

Kvalitetssikring

Faglig forsvarlighet innebærer at kommunen må sikre at FLS har forsvarlige driftsvilkår. Både kvalitative og kvantitative krav til organisering og drift skal ivaretas. Frisklivssentralen skal forholde seg til kommunens kvalitetssikringssystem. Dette innebærer blant annet å utarbeide rutiner for internkontroll, jf. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (prosedyrer, tilstrekkelig bemanning/utstyr, opplæring/kompetansetiltak, journalføringsplikt, dokumentasjonsarbeid og risikoanalyser). Det bør i tillegg sikres nødvendig tverrfaglig kompetanse, jf. punkt 5.3 nedenfor.

Journalføring

Helsepersonells plikt til å nedtegne og dokumentere hva de gjør, dokumentasjonsplikten, er regulert i helsepersonelloven kapittel 8. Utdypende bestemmelser er gitt i forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal.

Bestemmelsene i helsepersonelloven retter seg mot helsepersonell og virksomheter (herunder kommuner) som yter helsehjelp. Alle virksomheter som yter helsehjelp, har også en selvstendig plikt til å opprette journalsystem etter pasientjournalforskriften § 4. Helsepersonell har plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte tjenestemottakeren, jf. helsepersonelloven § 39 første ledd, første punktum. Plikten gjelder for personell som yter selvstendig hjelp. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 er helsepersonelloven i utgangspunktet gjort gjeldende for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Rapportering/epikrise

Det framgår av § 9 i journalforskriften at det skal sendes en epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Dersom ikke annet opplyses eller framgår, sendes epikrisen til henvisende helsepersonell og deltagerens fastlege når reseptperioden er over. Rapportene fra sentralene er nyttige, for eksempel når man skal vurdere den videre oppfølgingen.

Forsikring

Når det gjelder autorisert helsepersonell, dekkes eventuelle krav som oppstår på grunn av feilbehandling, av Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Krav som fremsettes på grunn av handlinger utført av ikke-autorisert helsepersonell, faller ikke inn under NPE-ordningen. Kommunen bør forsikre seg om at det helsepersonell som er tilknyttet FLS er dekket av NPE. Det vil da kunne være aktuelt for kommunen å tegne en forsikring. Frisklivssentralen som enhet vil som sådan ikke falle inn under NPE. Kommunen må foreta en risikovurdering og selv vurdere om de ønsker å tegne en forsikring utover NPE-ordningen.

Økonomi

Tilskudd over statsbudsjettet til etablering og videreutvikling av frisklivssentraler forvaltes av Fylkesmannen. For øvrig må driften av frisklivssentraler finansieres ved hjelp av kommunens frie midler.

Utgift

Lønn 50% stilling, med sosiale utgifter/reiser	kr 250 000
Leie utgifter flerbrukshall	kr 30 000
Kurs/opplæring	kr 40 000
Utstyr (gåstaver, pulsklokke, kjebler annet)	kr 50 000
<i>Sum utgifter</i>	<i>kr 370 000</i>

Finansiering

Fylkesmannen i Finnmark	kr 300 000
Tana kommune	kr 70 000
<i>Sum inntekt</i>	<i>kr 370 000</i>

Nå er ikke beløpsgrensen avklart med Fylkesmannen, og det er litt uklart når vi vet det eksakte beløpet. Kommunens andel kan være høyere enn det som er antatt i dokumentet.

Regler for å kreve egenbetaling fra brukere følger av § 11-2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen kan kun kreve egenbetaling når dette følger av lov eller forskrift. Vurdering om egenbetaling vil ikke bli vurdert i etableringsfase, som antas å være i maksimum i 3 år.

Lokalisering

Valg av lokalisering av FLS er ikke avklart. Dette har sammenheng med at tjenestetilbudet må konkurransenutsettes. I det vil det ligge føringer for kompetanse, rutiner for kvalitetssikringskrav som Helsedirektoratet har satt.

Lovverk

Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste, og virksomheten skal følge lover og forskrifter som angår kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for at de tjenestene som tilbys ved SLF, er faglig forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 16. Alt personell som jobber med deltagere på en FLS, er å anse som helsepersonell. Helsepersonelloven § 3 tredje ledd sier: ”Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.”

Helsepersonells dokumentasjonsplikt er regulert i helsepersonellovens kapittel 8, jf. Forskrift om pasientjournal (2000-12-21 nr. 1385). Helsepersonelloven § 39 pålegger den som yter helsehjelp, å nedtegne, registrere og oppbevare opplysninger som nevnt i § 40, i en journal for den enkelte pasienten. Oppbevaring og arkivering skal skje i tråd med gjeldende Norsk Arkivstandard (p.t. Noark 5).

FLS skal ha rutiner for gjennomføring av helsesamtaler, forskriftsmessig oppbevaring av personopplysninger og rapportering til henvisende instans. Personopplysninger og journaler må oppbevares på en betryggende måte, og i samsvar med reglene for taushetsplikt, jf. helsepersonelloven.

Brukermedvirkning

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (lov om helsetjenester) setter krav til kommunene om pasienters og brukeres innflytelse på utforming av helsetjenesten gjennom at kommunene må:

- sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av helse- og omsorgstjenesten
- sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter
- legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner, og med frivillige organisasjoner som arbeider med samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten

Brukermedvirkning kan bidra til økt treffsikkerhet i utformingen og gjennomføringen av tilbud til målgruppen. Brukermedvirkning innebærer at FLS benytter deltageres erfaringer til å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til god kvalitet på frisklivssentralenes tilbud, og at deltagerne får økt innflytelse på egen livskvalitet.

Vurdering

Kommunen søker fylkesmannen om tilskudd til etablering av frisklivsentral for å fremme fysisk og psykisk helse samt forebygge og mestre sykdom.

Helse- og omsorgsutvalget bevilger kr. 70.000 for dekning av kommunens egenandel.



FRISKLIVSSENTRAL I TANA





1 Bakgrunn

Tana kommune ønsker å etablere en Frisklivssentral i kommunen. Tanken er å få et tilbud for befolkningen som er særlig utsatt for livsstilsproblematikk. Det vil si tilbud for personer som har levevaner som påvirker helse.

Behovet for å danne denne type tilbud kommer av at vi jevnlig får forespørsel fra befolkningen som er under ulike behandlingstiltak. Vi ser at interesse for å etablere trimsentral eller ”grønn-resept” sentral har vært vanskelig å få til gjennom de frivillige organisasjoner. Årsaken er at dette er ressurskrevende både økonomisk og personelt.

Målet med frisklivssentral er å etablere en kommunal forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner blant lokal befolkningen. Frisklivssentral skal gi en strukturert oppfølging gjennom helsesamtaler, tilbud om fysisk aktivitet, kostholdsendring og snus- og røykekutt.

På sikt kan en frisklivssentral i Tana bygge opp en kompetanse hvor det blant annet kan tilby kurs i mestring av depresjon, endring av alkoholvaner og andre tilbud som fremmer mestring av egen helse.

Frisklivssentralen skal ha en oversikt over andre helsefremmende og forebyggende tilbud i kommune og samarbeid med andre aktører der det er naturlig.

Tana kommune har en kompetanse som gjør at det vil være naturlig å etablere frisklivssentral nå og utvikle den til å bli en funksjonelt til de som ønsker en livsstilsendring.

2 Om Tana

Tana kommune har i likhet med mange andre Finnmarks kommuner en negativ tendens i befolkningsutvikling. Fremtidig utfordring er ikke bare å hindre dagens befolkningsnedgang, men også å gjøre kommunen mer attraktiv for den befolkningsstrukturen vi har i dag. Hvilke tiltak og hvilke tilbud er det som gjør at kommunen blir et god bo-kommune for de ulike befolkningsgruppene? Vi tror det viktig å se langsiktig og gjøre tilbudsapparatet mer tilpasset den enkeltes behov. Et av de områdene som vi ønsker å gjøre noe med er å gi alternativ tilbud til folk som er ute av arbeidslivet av ulike grunner. Det kan være naturlig avgang fra yrkeslivet som pensjonist, og/eller av andre grunner som atferd, arbeidsledig eller sykemeldt. Tana kommune har lenge ønsket å igangsette en dagtilbud for grupper av befolkningen som er varig eller midlertidig ut arbeidslivet. Hovedmålet er at det gjennom prosjektet kan dannes nye nettverk med positive tiltak som er med på å gi en ny giv til befolkningen som kanskje faller utenfor ordinære møtearenaer som en arbeidsplass ofte er.

2.1 Befolkningsstruktur

Tana kommune har pr 01.10.2012 2901 innbyggere. Befolkningsantallet har holdt seg stabil i etterkrigstiden. Til tross for dette, har det skjedd ”store” strukturelle befolkningsendringer i perioden som følge av relativt høy mobilitet i den yngre del av befolkningen. Innflytting og utflyttingstallene har hatt størst betydning for utviklingen i befolkningen siden 1963. Det er primært ungdom, men også relativt mange i aldersgruppen 20-39 år som har flyttet ut av kommunen. Tana har gradvis nedgang i den yrkesaktive befolkningen, og den eldre delen av befolkning er i ”vekst”. Disse skjevhetene vises blant annet gjennom andel fødsler i kommunen. Fødselsraten for Tana var 20 fødsler i 2011, mens i 2012 er tallet 15 i utgangen av november.

Bygdene preges av ”forgubbing” og prognosene går i mot en stadig eldre befolkning i kommunen. Utviklingen medfører relativt færre barn- og unge i forhold til fylket. Det er dog en kjønnsmessig balanse samlet for kommunen i aldersgruppen 30-39 år i en fase der de fleste er etablert med hus og familie. Men på sikt kan befolkningsutviklingen slik den er i dag føre til større rekrutteringsproblemer til næringsliv og til å yte tjenester til befolkningen, dersom kommunen også ikke fremstår som en attraktiv ”bo-kommune”. De siste årene har det vært lyspunktet med at kvinneandelen har økt vesentlig, også i de mindre sentrale delene av kommunen. En sentral utfordring er å tilrettelegge for at unge, herunder særlig unge kvinner blir boende eller flytter til kommunen.

Befolkningsprognosen basert på middels nasjonal vekst og flytting, viser en forventet stabil utvikling. Antall innbyggere forventes å være 3.075 i 2020. I 2020 vil det være ca 150 flere eldre over 67 år enn i 2006. Prognosen tegner en tilsvarende reduksjon for gruppene under 45 år. Trolig vil bedre helse blant eldre medføre andre (omsorgs)behov enn det som er tilfelle i dag. Vi kan få en befolknings sammensetning med færre som arbeider og med flere pensjonister.

Det er 6 grunnskoler, en videregående skole med landbruk/utmarks som fagområder og LOSA hvor det er naturlig ungdomsarenaer. Målet for kommunen og frivillige organisasjoner er å etablere tiltak som omhandler alle ungdommer i kommunen, men den største utfordring er å tenke alle skolekretser og bygder i kommunen. De viktigste forebyggingsfagområder er kultursektor, hjelpetjeneste, helsesektor og politiet. Alle disse fagområdene bidrar med ulike tiltak for å bedre miljøet for ungdom i kommunen.

3 ”Det gode livet” i Tana

Tana kommune har opprettet en arbeidsgruppe for bolyst og folkehelse, og fokuset for gruppa er ”det gode i livet i Tana”. For at arbeidsgruppa få et bilde av hvordan befolkningen har det i kommunen så har vi valgt å ta utgangspunktet i kommunehelseprofilen for Tana. Dette vil vi påstå er nært knyttet til begrepene ”god helse og ”gode levevilkår”. Før vi gir et bilde av hvordan forholdene er i Tana så vil det være nødvendig med begrepsbeskrivelse:

Det er vanlig å beskrive levekår ved hjelp av mål for enkeltpersoners situasjon på en rekke områder. Det kan være goder og individuelle ressurser som hver enkelt i en viss grad bestemmer over selv, for eksempel inntekt, formue, kunnskap, helse og sosial omgang. Men levekår har også en kollektiv side og kan gjelde trekk ved nærmiljøet, for eksempel tilgang til ulike offentlige og private tilbud, et godt trafikkmiljø og tilgjengeligheten til offentlige helse- og omsorgstilbud. En

kollektiv ressurs som påvirker levekårene, er også medlemskap i interesseorganisasjoner med makt og innflytelse som kan komme medlemmene til gode.

Vi kan likevel ikke bare se på levekårene til hver enkelt som et resultat av ressursene vedkommende har, og kreftene i omgivelsene. Det finnes videre rammevilkår som du og jeg og nærmiljøet i liten grad kan påvirke. Vi kan satse på utdanning for å sikre oss gode levekår, men dersom markedet ikke har bruk for denne utdanningen når vi er ferdige, kan resultatet bli dårlig lønn og i verste fall arbeidsledighet. Det kan ha blitt for mange som har tatt den samme utdanningen, og det har ført til større konkurranse på arbeidsmarkedet og negativ lønnsutvikling.

Alle forskjeller mellom folk er ikke levekårsforskjeller. Ulikhet i levekår kan være utslag av aktive verdivalg og kulturell tradisjon, og det bidrar positivt til mangfold i samfunnet. Det kan for eksempel være å velge en mindre materialistisk livsstil enn det som er vanlig, ved at en ikke skaffer seg ting som bil, fjernsyn, video og data og lever et mer nøysomt liv. Det kan innebære gode levekår og god livskvalitet.

(Lest 10.01.13: <http://web2.gyldendal.no/sosialkunnskap/html/velferdsstaten/20.htm>)

Slik vi står i dag er ikke vi i stand til å gi et helhetlig bilde av Tana, men enkelt elementer ønsker vi å trekke frem. Det bunner i tilgang på data og noe analyse som er gjort av ulike institusjoner og organisasjoner og som er sitert i de ulike kommuneplanene.

Levekårsindikatoren viser at Tana kommune kommer relativt dårlig ut sammenlignet med landsgjennomsnittet og for kommuner med samme innbyggerstørrelse. Samlet levekårsindikatoren for Tana er noe dårligere enn gjennomsnittet for fylket, mens den er bedre på områder som sosialhjelpstilfeller og arbeidsledighet. Innenfor ”voldstilfeller” og ”dødelighet” får kommunen dårligst resultat på levekårsindikatoren. (2008)

Tana har noen flere sosialhjelpstilfeller enn gjennomsnittet for fylket og betydelig høyere enn landsgjennomsnittet i fem-års perioden 1999-2004. Flere menn enn kvinner mottar sosialstønad, men dette også likt sammenlignet med fylket og landet.

Inntektsnivået har betydning i forhold til velferdsnivået i kommunen. Bruttolønnen var for menn på 73 % av landsgjennomsnitt og 96 % av landsgjennomsnittet for kvinner. For Tana har bruttolønnen for menn økt med samme takt som for landet. For kvinner har bruttolønnsutviklingen vært noe lavere enn for landsgjennomsnittet.

Antall yrkesaktive på landsbasis har økt. For Tana sank arbeidstyrken. Utviklingen samsvarer godt med generell befolkningsutvikling. Det har i hovedsak vært de yrkesaktive som har flyttet ut av kommunen.

Arbeidsledigheten i Tana har i perioden 2005-2010 vært på fylkesgjennomsnittet, men noe over landsgjennomsnittet. Siden 2005 har arbeidsledigheten ligget mellom 4 - 6 prosent.

Tana kommer ikke særlig godt ut på levkårsindeksen. Særlig på områder som ”voldstilfeller” og ”dødelighet” er resultater dårlig på indikatorene. Antall yrkesaktive er på vei nedover. Det har nær sammenheng med flytting samt at befolkningen blir pensjonister. Det blir stadig færre som skal yte tjenester til den delen av befolkningen som ikke er yrkesaktiv. Inntektsutviklingen for menn holder tritt med landsutviklingen, men svekkes for kvinner. Et lønnsomt næringsliv og økt verdiskaping vil bidra til at lønnsutviklingen vil komme på nasjonalt nivå.

For å nå målsetning om ”det gode livet i Tana” bør vi ta utgangspunkt i enkelte levekårsforhold som er negative for kommunen. Vi på sykdommer som kan tilskrives levevaner som;

- Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet.
- Hjerter- og karsykdom, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet.
- KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år).
- Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være høyere enn ellers i landet (30-74 år).

Røyking er den levevanen som i dag har størst betydning for folkehelsen. Selv om andelen røykere har gått ned, røyker fortsatt en stor del av befolkningen. Hos eldre ser vi at mange rammes av røykerelaterte sykdommer som lungekreft, kols og hjerte- og karsykdommer. Forekomsten av slike sykdommer i kommunen sier noe om tidligere års levevaner.

Fysisk aktivitet, kosthold, sosiale aktiviteter og bruk av rusmidler er eksempler på andre levevaner som har stor betydning for fysisk og psykisk helse i alle aldersgrupper. Tilrettelegging for fysisk aktivitet, gode nærmiljøer og stimulering av sosiale aktiviteter er eksempler på områder hvor kommunen har muligheter til å påvirke folkehelsen på en positiv måte. (<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=2025&sp=1> – hentet 10.1.2013.)

4 Frisklivssentral i Tana

Definisjon på en frisklivssentral er en kommunal helsetjeneste som har som mål å fremme fysisk og psykisk helse samt forebygge og mestre sykdom. Målgruppen ved en frisklivssentral er personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse, men man trenger ikke være syk eller ha en diagnose for å være deltaker ved en frisklivssentral. I det ligger en forventning om endring av livsstil for den enkelte.

Basistilbudet ved frisklivssentralen er frisklivsresepten, som gir en periode med strukturert oppfølging. Fastlegen, annet helsepersonell og noen NAV-kontor kan skrive ut en frisklivsresept.

Reseptperioden starter med en individuell samtale. Flere steder vil du også få tilbud om å teste den fysiske formen din. Deretter bestemmer du i samarbeid med frisklivsveilederen hva som vil passe deg videre. De fleste frisklivssentralene har gruppetilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Noen arrangerer også kurs i mestring av depresjon.

Frisklivssentralen samarbeider med frivillige, offentlige og private aktører og har god oversikt over lokale tilbud. Dette er tilbud der du kan opprettholde gode levevaner etter endt periode ved frisklivssentralen.

Du kan henvende deg direkte til frisklivssentralen uten frisklivsresept, og vil da få informasjon og veiledning ut fra behov.

Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet gir gode helseeffekter på både kort og lang sikt. Målet er at deltakerne skal kjenne mer overskudd og styrke fysisk og psykisk helse. Aktivitetene foregår ofte utendørs, men noen frisklivssentraler har også tilbud innendørs. På frisklivssentralen får du veiledet hjelp til å komme i gang og aktivitet som er tilpasset deg og ditt nivå.

Bra Mat-kurs

Bra mat er et inspirasjonskurs som skal motivere, hjelpe og støtte til å gjøre positive forandringer i kostholdet. Mottoet er «små skritt – store forbedringer». På kurset lærer du blant annet å lese varedeklarasjon, får praktiske råd for hverdagen, motiveres til å endre vaner og utveksler erfaring med de andre deltakerne.

Røykesluttkurs

På frisklivssentralens røykesluttkurs jobber man med å endre vaner for å slutte å røyke. Erfaringen er at det ofte kan være lettere sammen med andre. I tillegg til kyndig veiledning av kursleder, gir gruppa støtte og motivasjon.

Strategisk tiltak

Tana kommune har som ambisjon å nå store deler av befolkningen gjennom partnerskapsavtale for folkehelse.

Folkehelse satsingen skal forankres i alle kommunale planer. Dette arbeidet er i en startgrop og vil sannsynligvis ikke bli realisert før neste politiske periode.

Tana kommune har etablert samarbeid med lag og foreninger i Tana. Vi vet at det gjøres veldig mye bra innsats blant de frivillige i kommunen. Det er en viktig ressurs i kommunen, og bør knyttes til folkehelsearbeidet i et videre perspektiv. Den beste strategien er påvirkning gjennom høy aktivitet i frivillig sektoren kan være med på å øke interesse for fysisk aktivitet blant befolkningen på et generelt grunnlag. Det er et mål å få til et bedre samspill mellom den frivillige organisasjonen og den offentlige helsetjenesten.

Kommunen har med jevne mellom rom fått henvendelse fra befolkning om tilbudet for ”grønn-resept”. Etterspørsel kan ha sammenheng med de ulike tilbudene som er etablert i forbindelse med folkehelse arbeidet og utprøvde tiltak gjennom tidligere prosjekter innen fysisk aktivitet og kosthold. Det er spennende og utfordrende å utvikle det en kan kalle ”trim-kultur” og ”sunn-mat tradisjoner” blant befolkningen i Tana. Dette fordrer selvfølgelig et felles løft blant hele befolkningen i kommunen.

For å få til en god oppstart av prosjektet, ser vi behovet for et tett samarbeid mellom frivillige organisasjoner, fysioterapeutene, helsesøster og kommunelegen. I tillegg vil det være behov for aktive ildsjeler som brenner for i gangsetting av aktiviteter for blant annet personer som er pensjonister, langtidssykemeldt og arbeidsledig. For å få til dette vil det være behov for en ansatt som brenner for denne type tilbud og har kompetanse innen fagfeltet. Samtidig vil vi få styrket det samarbeidet som er med NAV, helsetjenesten og frivillige organisasjoner.

Strategi

- ≠ Innarbeide tiltaket i kommuneplan samfunnsdel og handlingsplan og de ulike kommunedelplan.
- ≠ Innarbeide tiltaket i Tana kommunens strategi dokument for folkehelsesatsing
- ≠ Opprette samarbeid med kommune helsetjeneste, gjennom fellesmøter
- ≠ Felles mellom prosjektet og helsetjenesten om bruken av ”grønn resept”
- ≠ Opparbeide samarbeid med frivillige organisasjoner
- ≠ Ansette en prosjektarbeider for å drive frem prosjektet

Informasjonsrettede tiltak

Av erfaring fra tidligere prosjekter vet vi at det er viktig å få opp motivasjon blant befolkningen. Det er flere faser i tiltaket. For det første bør politikere, helsepersonell og den kommunale administrasjonen bli med på tenkning av viktighet med fysisk aktivitet og kosthold. Det kan være en utfordring i kommuner hvor ”snøscooter” kulturen sitter ganske godt i befolkningen. Utfordring er å utforme strategier som er med å endre folkets holdning og kunnskap til fysisk aktivitet, som er med å fremme motivasjon til å begynne med sunnere livsstil. Det er også en utfordring med å skape politisk engasjement for tiltak som knytter seg til livsstil. Ofte kan det knytte seg til den enkeltes valg og motivasjon, og kanskje ses ikke dette som en samfunnsutfordring.

For det andre er det viktig å motivere befolkningen som er står i fare for utvikling av de nye livsstils sykdommer. Det bør skje gjennom informasjon og etablering av grupper som er bærere av informasjon. Det vil si noen som snakker om viktighet av fysisk aktivitet og kosthold.

Strategi

- ≠ Utarbeide informasjon, som bruken av kommunens hjemmeside og aktivitetskalender
- ≠ Utarbeide eget brosjyre for tiltaket
- ≠ Kurs/opplæring innen tema; fysisk aktivitet, kosthold og røykekutt

Fysisk aktivitetsrettede tiltak

Tiltakene for fysisk aktivitet bør i prosjektets øyemed være hovedsakelig rettet mot befolkning som har behov for tilrettelagt aktivitets bud.

Det vil være blant annet aktuelt å bruke flerbrukshallen på dagtid for grupper som pensjonister, de som er på attføringstiltak, arbeidsledige og sykemeldte.

Strategi

- ≠ Tett samarbeid med lokale samarbeidspartnere

- ≠ Aktiviteter i flerbrukshallen som dans, styrketrening, dans, ballspill etc.
- ≠ Ute aktiviteter som skiturer, fotturer og sykling

Strukturelle tiltak

Tana har en relativt nytt flerbrukshall, som vi tror vil være meget attraktiv for befolkningen. Mulighetene er mange i den kaldeste årstiden og det vil også oppleves som sosialt for befolkningen å møtes i flerbrukshallen. Det er også etablert en velutviklet treningsarena av Tana fysikalske som er en viktig ressurs. I tillegg har Tana et godt opparbeid nett med nærmiljø stier og lysløyper, med noe variert standard. Disse vil være aktuelt å bruke i forbindelse med prosjektet, og de som er mest forfalt bør gjøres noe med. Noen av stiene er ikke oppgradert slik at bevegelseshemmede kan bruke disse. I prosjektperioden bør kommunen ta en vurdering av hvilke trase kan med enkle midler opparbeides slik at bevegelseshemmede kan delta i turlivet.

Strategi

- ≠ Leie flerbrukshallen/og andre lokaler 8 timer per uke i 40 uker
- ≠ Samarbeidsavtale med frivillig sektor

5 Organisering av frisklivssentral i Tana

Helsedirektoratet har kommet med føring på organisering av frisklivssentral:

Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste. Dette er i tråd med Helse- og omsorgstjenestelovens formål og virkeområde, jf. § 1-1: "...forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne»83. Frisklivssentralen bør inngå som del av kommunens forebyggende tjeneste.

Ressursbehov vil variere ut fra antall innbyggere og oppgaver frisklivssentralen har utover kjernetilbudet. Med bakgrunn i erfaringer fra eksisterende frisklivssentraler, anbefales det minimum 100 % stillingsressurs knyttet til frisklivssentral.

(lest 10.1.13: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-/Sider/default.aspx> s.22)

Organisering av frisklivssentral vil være:

Kommunelegen har det øverste ansvaret for tiltaket (økonomi og ledelse)

Fastleger henviser deltagere til frisklivsresept, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak. Ansvarlig for den medisinske oppfølgingen, og samarbeid om oppfølging av den enkelte bruker.

NAV, henviser deltakere til frisklivsresept som en del av oppfølgingen ved NAV.

Frivillig sektor, avklare samarbeidsmuligheter – spesielt i utslusning av deltakere.

6 Økonomi

Utgift

Lønn 50% stilling, med sosiale utgifter/reiser

kr 250 000

Leie utgifter flerbrukshall	kr 30 000
Kurs/opplæring	kr 40 000
Utstyr (gåstaver, pulsklokke, kjebler annet)	kr 50 000
Sum utgifter	kr 370 000

Finansiering

Fylkesmannen i Finnmark	kr 300 000
<u>Tana kommune</u>	<u>kr 70 000</u>
Sum inntekt	kr 370 000



Saksfremlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Helse- og omsorgsutvalget	6/2013	30.01.2013

Referatsaker / Orienteringer - HOU

Rådmannens forslag til vedtak

Saken tas til orientering.

Saksopplysninger

Det vil i møtet bli gitt orientering om administrasjonens plan for det videre arbeidet om omstrukturering av pleie- og omsorgssektoren.

Det kan også bli gitt informasjon om andre saker.

Vurdering

RS 1/2013 HOU-rapport 2012

RS 2/2013 Strukturendring i pleie- og omsorgssektoren