



KARLSØY KOMMUNE



HELSE- OG OMSORGSPLAN

2017 – 2026

Vedtatt kommunestyret 14.06.2017

Karlsøy kommune – et levende øyrike

www.karlsøy.kommune.no

Innhold

1. Innledning	4
2. Karlsøy kommunes visjon, mål og verdier	5
3. Forholdet til andre relevante planer	7
4. Nasjonale føringer	7
5. Status og utfordringsbilde	8
a. Organisering og ressurser	9
b. Hovedinformasjon fra styringsverktøyet KOSTRA	10
c. Rekruttering	11
d. Kompetanseutvikling	12
e. Tjenestekvalitet og brukerbehov	12
f. Befolkning og demografi	14
g. Samarbeidsavtaler med UNN	16
h. Informasjon	24
6. Strategi og fokusområder	17
a. Ledelse	17
b. Rekruttering, bemanning og kompetanseutvikling	18
c. Kapasitet med plasser i sykehjem og omsorgsboliger	20
d. Interkommunalt samarbeid	21
e. Brukermedvirkning	23
7. Strategi og fokusområder for personrettet helsetjeneste	24
a. Pleie, behandling og omsorg	24
b. Tverrfaglig innsatsteam – pasientsentrert arbeid og hverdagsrehabilitering	28
c. Habilitering og rehabilitering	30
d. Ansvar for egen helse og frivillig innsats	33
e. Forebyggende helsearbeid	35
f. Velferdsteknologi	39
g. Demensomsorg	41

h. Kreftomsorg.....	44
i. Diabetesomsorg.....	46
j. Tjenester til personer med utviklingshemninger	48
k. Yngre brukere med sammensatte behov	50
8. Handlingsplan med tiltak frem mot 2027	52

Om hjelpekunsten

Hvis det i sannhet skal lykkes
å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne ham der
hvor han er,
og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.
Enhver der ikke kan det,
er selv i innbilning,
når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen,
må jeg forstå mer enn han,
men dog vel først og fremst forstå
det, han forstår.

Søren Kierkegaard



1. Innledning

Kommunestyret vedtok i 2008 en pleie- og omsorgsplan for perioden 2008 - 2015. Det er dermed nå behov for å utarbeide en ny plan. Samtidig er det behov for å utvide planens tjenesteområde, til en helse- og omsorgsplan. Helse- og omsorgssektoren yter mange typer tjenester, har mange brukere med ulike behov og forvalter store kommunale ressurser. Det er dermed behov for å planlegge tjenestene i et langsiktig perspektiv. Kommunen har blitt tilført og forventes framover å bli tilført nye oppgaver innen helsetjenester. Brukernes krav og behov vil endres. Det blir framover flere brukere og brukere med mer sammensatte behov. Samtidig er det store utfordringer med å få til en tilsvarende økning i antall helsepersonell. Dette tilsier store behov for endring som igjen krever planlegging.

Kommunen har også etter Lov om helse- og omsorgstjenester, § 3-1, 3. ledd en plikt til å planlegge virksomheten.

Det overordnede mål med planen er at den skal bidra til å sikre brukerne tjenester med riktig kvalitet, innenfor de ressurser som stilles til disposisjon for å løse oppgavene. For at det skal lykkes må planen brukes aktivt som et styringsdokument.

Hensikten med planen er:

1. Å ha et langsiktig styringsdokument som forplikter alle nivå. Administrativt, faglig og politisk
2. Bidra til at hele organisasjonen har et langsiktig fokus
3. Sette fokus på helse og omsorgstjenester gjennom planarbeid og politisk behandling av planen
4. Være til støtte for kommuneplanens samfunnsdel og til støtte for årlige budsjettprosesser
5. Bidra til å utvikle og endre tjenestene i samsvar med brukernes behov
6. Sikre bred medinnflytelse på utforming av tjenestene

Kommunene påføres økt ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester, gjennom endret oppgavefordeling mellom stat og kommune. Dette er nærmere omtalt i statens primærhelsemelding. Det kan ikke forventes ressursøkning som tilsier at kommunen kan bygge ut tjenesten i forhold til utviklingen med flere brukere og økte oppgaver. Det blir dermed nødvendig å planlegge effektivisering og nye måter å løse oppgaver på. Planen kan dermed også bidra til at innbyggerne får et realistisk forventningsnivå som er tilpasset utviklingen i tilgjengelige ressurser.

2. Karlsøy kommunes visjon, mål og verdier

Visjon:

Trivsel og muligheter i et levende øyrike

Omdømme:

Mulighetenes kommune

Hovedmålsetting:

Brukertilfredshet gjennom ansvarsbevisste medarbeidere

Verdier:

- *Service*
- *Motivasjon*
- *Ansvar*

Atferds-verdier og personlige utviklingsområder - Stikkord: SMART

- *Service*
- *Motivasjon*
- *Ansvar*
- *Resultater*
- *Tiltak*

Hva legger vi i atferds-verdiene og utviklingsområdene - SMART:

Service: Være positiv, imøtekommende og serviceinnstilt overfor brukerne

Motivasjon: Være pådriver for å utvikle motiverte medarbeidere, som tar utfordringer på en positiv og løsningsorientert måte

Ansvar: Å være bevisst sin rolle som tydelig leder for sine medarbeidere, og opptre lojalt overfor overordnet ledelse, medarbeidere og de oppgavene som skal utføres

Resultater: Være bevisst sitt faglige ansvar som pådriver og beslutningstaker for å oppnå gode resultater etter oppsatte mål

Tiltak: Iverksette tiltak som sikrer kvaliteten i de kommunale tjenestene. Være i utvikling og takle omstilling og endringer underveis. Mestres motgang og se muligheter



3. Forholdet til andre relevante planer

Kommunen har en rekke øvrige planer som har betydning for hva som bør inkluderes i helse- og omsorgsplanen:

- Plan for helse- og sosial beredskap
- Rutiner for psykososialt kriseteam
- Smittevernplan
- Pandemiplan
- Rusmiddel-politisk handlingsplan
- Plan for psykisk helsearbeid
- Kommuneplanens samfunnsdel inkludert folkehelse er under utarbeiding, med mål om ferdigstilling i 2017

Planens avgrensning:

Dette betyr at rus, psykisk helsearbeid, beredskap og folkehelse ikke tas inn i denne helse- og omsorgsplanen. Etter Lov om folkehelsearbeid, kapittel 2, er det kommunen som er pålagt et ansvar for folkehelsearbeid. Dette ansvar er altså ikke lagt direkte til helsetjenestene. Forebyggende helsearbeid etter Lov om helse og omsorgstjenester er noe annet og dette skal inkluderes i denne plan.

4. Nasjonale føringer

Statens melding «Fremtidens primærhelsetjeneste»

I 2015 kom stortingsmelding nr. 26 som i kortversjon benevnes – *Primærhelsemeldingen*. Det er første gang det er gitt ut en så omfattende melding spesielt for de kommunale primærhelsetjenester. Meldingen er på 165 sider og angir krav, forventninger og retning for de kommunale helsetjenester framover. Meldingen er en oppfølging av samhandlingsreformen.

Meldingen bærer navnet; «**Nærhet og helhet.**» Dette er ut fra en erkjennelse om at kommunale helsetjenester er gode hver for seg, men det er potensiale for forbedring når det gjelder å få tjenester å henge sammen som en helhet.

På bakgrunn av denne meldingen er det laget en avtale – «*Avtale mellom regjeringen og KS om videre utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*»

Primærhelsemeldingen har 4 satsingsområder:

1. Kompetanse
2. Ledelse
3. Teamorganisering
4. Omsorgsteknologi

Karlsøy kommune må forsterke satsingen på alle de 4 nevnte hovedområder, og denne planens punkt 6 vil vise nærmere hvordan dette er planlagt.

Relevante lover og forskrifter

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om behandling av helseopplysninger
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker
- Lov om vergemål
- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten

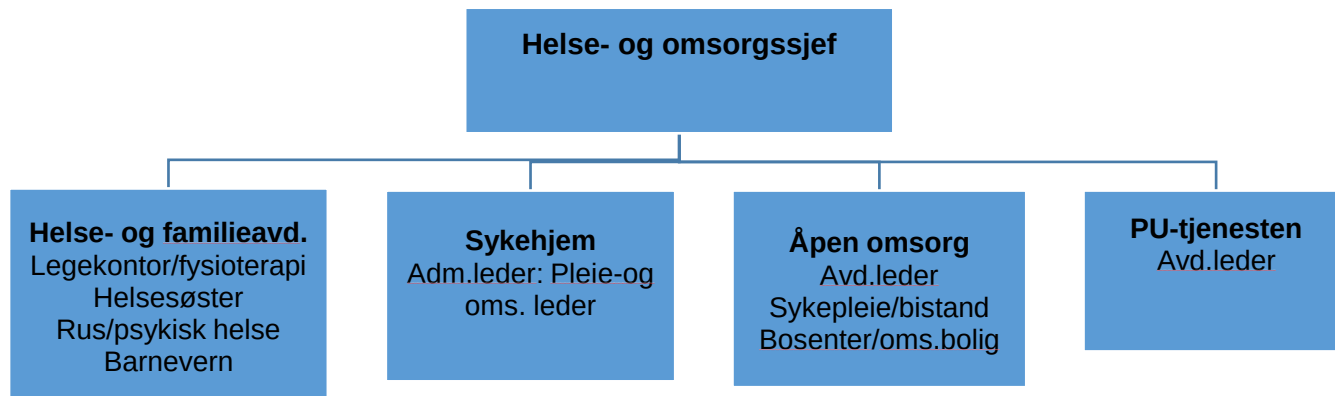
5. Status og utfordringsbilde

Helse- og omsorgstjenester fram mot år 2026 må planlegges ut fra det foreliggende utfordringsbilde, som i stikkordsform skisseres slik:

- Demografiske endringer. Det blir i kommunen flere eldre, og færre i arbeidsfør alder
- Behov for å utvikle mer kompetanse, og endret kompetanse i forhold til nye oppgaver
- Endringer i sykdomsbildet. Flere med livsstilssykdommer og aldringssykdommer
- Økt kommunalt ansvar for å yte helsetjenester
- Økte pasientrettigheter i lovverket
- Økt behov for å satse på forebyggende helsearbeid
- Ta i bruk ny omsorgsteknologi
- Utbedre mangelfulle IKT-systemer
- Behov for effektivisering. Flere brukere pr. årsverk
- Økte krav til løpende omstilling
- Kompleksiteten i oppgavene vil øke
- Behov for å styrke flerfaglig tilnærming for å skape et helhetlig tilbud

a. Organisering og ressurser

Etter kommunestyrevedtak i 2017 ble det vedtatt en etatsorganisering med 4 avdelinger, hvor hver avdeling har egen avdelingsleder. Disse 4 avdelingsledere rapporterer til helse- og omsorgssjef, som igjen rapporterer til rådmann. Dette som en trenivåmodell (etatsmodell).



Bemanningsplan helse- og omsorgsetaten

Ansvar	2017 pr. 1/1	2020	2025
	Iflg. BØP	Iflg. BØP	Behov ved uendret
		Vedtak i 2016	Bem.faktor
Ansvar 301. Helseadm.	1	1	1
Ansvar 306. Rus og psykiatri	6	6	6
Ansvar 317. Helsesøster	1,8	1,8	1,8
Ansvar 320. Legekontor	5,7	5,7	5,7
Ansvar 321. Fysioterapi	1,5	1,5	2
Ansvar 331. Sykehjem	52	52	55
Ansvar 332. Hjemmetjeneste	29	29	48
Ansvar 333. Bo- og servicesenter	2	2	2,5
Ansvar 360. Barnevern	3	3	3
Ansvar 385. PU-tjeneste	19	17	17
Forslag nye stillinger:			
Psykolog (lovpålagt)		1	1
Ergoterapeut (lovpålagt)		1	1
Folkehelsekoordinator		1	1
Rådgiver IKT og omsorgsteknologi		1	1
Sum helse- og omsorgsetaten	121	123	146

Merknader til bemanningsplanen ovenfor:

For å kunne planlegge rekruttering, kompetanseutvikling og økonomiske ressurser er det nødvendig å se på bemanningsbehov noe framover i tid. I BØP er det vedtatt for perioden 2017-2020 tilnærmet uendret bemanning.

Kolonnen for år 2025 er beregnet ut fra at bemanningsfaktor skal videreføres fra 2015 nivå, regnet i antall årsverk pr. innbygger over 67 år. Dette er relevant for pleie- og omsorgstjenesten. Ifølge punkt 5 f – folketallsutvikling vil antall innbyggere over 67 år, øke med 28 % i perioden 2015-2025. Tilsvarende for gruppen over 80 år er 43 % økning. Behov for bemanningsøkning i 2025 er regnet ut fra økning i bemanning med 28 % i perioden 2015-2025. Da må bemanning i helse- og omsorgstjenesten økes med 25 årsverk for at det i 2025 skal være samme bemanningsfaktor pr. bruker som i 2017

Dette medfører 4 utfordringer:

1. Bemanningsøkning i helse- og omsorgssektoren med 25 årsverk vil bety økt årsbudsjett med 15 millioner. Med dagens inntektssystem hvor det gis rammetilskudd basert på blant annet antall eldre så kan denne utfordringen være løsbart.
2. Å rekruttere så mange nye årsverk over en tiårsperiode vil bli meget utfordrende, særlig når antall innbyggere i yrkesaktiv alder går nedover, og det er underdekning av helsearbeidere i markedet.
3. Det må finnes bolig til et betydelig antall nye ansatte.
4. Det er påregnelig risiko for at en slik bemanningsøkning ikke er gjennomførbar. Dette vil medføre lavere ressursbruk pr. bruker, hvilket ikke samsvarer med befolkningens forventninger.

b. Hovedinformasjon fra styringsverktøyet KOSTRA

Nøkkeltall hentet fra styringsverktøyet KOSTRA.

Tall for 2015 og 2016. Tall for 2016 er foreløpige tall.

Kommunegruppe 06 er 47 kommuner definert sammenlignbare med Karlsøy.

	2015	2015	2016	2016
	Karlsøy	kommune- gruppe 6	Karlsøy	kommune- gruppe 6
Behovsprofil. Folketall.				
Prosentvis andel av innbyggere:				
1-5 år	4,1	4,5	4,0	4,5
6-15 år	8,1	10,9	8,1	10,8
16-66 år	64,5	63,1	64,4	62,9
67-79 år	16,4	14,2	16,4	14,6
80 år og over	6,2	6,4	6,7	6,4
Prioritering				
Andel av kommunens netto driftsutgift:				
Pleie- og omsorg	37,9	34,2	39,5	35,4
Kommunehelse	6,2	6,4	59,9	6,3
Netto driftsutgift pr. innbygger:				
Pleie- og omsorg pr. innbygger	27365	27710	29364	29454
Pleie- og omsorg pr. innbygger > 67 år	121019	134551	127376	140190
Kommunehelse pr. innbygger	4495	5222	4375	5206

Produktivitet				
Årsverk pr. bruker. Pleie- og omsorg			0,57	0,53
Utgift pr. oppholdsdøgn institusjon	3122	3510	2881	3399
Brutto drift pr. bruker Pleie- og omsorg	336910	403014	395146	436685
Brutto drift pr. bruker hjemmetjenester	192702	222044	223080	246711
Dekningsgrad				
Mottakere hj.tjenester pr. 100 innb.> 67 år	13,2	13,7	12,2	13,5
Mottakere hj.tjenester pr. 100 innb.> 80 år	48,6	39,2	47,4	36,9
Andel innbyggere > 80 år med sykehj.plass	28,2	25,3	25,0	24,7
Vekting mellom sykehjem og åpen omsorg				
Sykehjem. Andel av driftsutgifter plo	47,8	53,2	47,6	52,2
Åpen omsorg. Andel av driftsutgifter plo	49,3	43,8	49,6	44,9

Analyse av KOSTRA data ovenfor:

Behovsprofilen viser at Karlsøy har stor andel av befolkningen i gruppen over 67 år. Også sammenlignet med sammenlignbare kommuner har Karlsøy større andel eldre befolkning. Dette medfører i seg selv stor andel av kommunens budsjett til pleie- og omsorg. Karlsøy bruker mindre ressurser regnet pr. bruker. Men Karlsøy har forholdsmessig mange brukere. Dette ut fra demografiske forhold, men også på grunn av høy dekningsgrad hjemmetjenester i aldersgruppa over 80 år.

c. Rekruttering

Bemanningsplanen i punkt 5 a. viser behov for å øke bemanningen med 25 årsverk i perioden 2017-2025. I tillegg er det beregnet at 20 årsverk av dagens ansatte vil gå av innen 2025. Det gir et samlet rekrutteringsbehov på 45 nye årsverk. Det betyr årlig behov for ressursøkning med 3 årsverk. Samlet inkludert erstatning for de som slutter betyr det årlig ansettelse av ca. 6 årsverk. En grov plan for fordeling på yrkesgrupper ser slik ut:

- 11 sykepleiere
- 2 vernepleiere
- 1 helsesøster for flyktninger
- 20 helsefagarbeidere
- 3 andre med helse/sosialfaglig utdanning
- 5 ufaglærte
- Psykolog (lovpålagt fra 2020)
- Ergoterapeut
- Folkehelsekoordinator

I punkt 6 b vises nærmere strategier for å jobbe med å løse denne utfordring. Det er åpenbart at rekruttering blir den største utfordring framover.

d. Kompetanseutvikling

Kommunen har egen plan for kompetanseutvikling. Kommunereformen og samhandlingsreformen har gitt og vil gi nye oppgaver. De nye oppgaver med behandling og pasientoppfølging som tidligere ble løst av sykehus, krever ny kompetanse. Det er dermed sammenheng mellom rekruttering og kompetanseutvikling. Det må rekrutteres helsepersonell med riktig kompetanse i forhold til oppgaver og brukerbehov. Kommunen har pr. 2017 helsepersonell med god kompetanse, men kommunen har samlet sett ikke kompetanse for å løse alle oppgaver i årene som kommer. Strategier for å utvikle nødvendig kompetanse framgår av kompetanseplanen og i denne planens punkt 6 b.

e. Tjenestekvalitet og brukerbehov

Det er pr. 2017, en etablert oppfatning at kvalitet i eldreomsorgen er god. Dette er basert på faglig skjønn, resultat av brukerundersøkelser og kvalitetsindikatorer om tjenestekvalitet. Svakheten i forhold til brukerbehov er at det ikke er etablert permanente nattevaktordninger utenfor sykehjem. Det er også behov for økt satsing på aktivitetstiltak, dagtilbud, avlastningstilbud og rehabiliteringstjeneste.

Pleie, behandling og omsorg er imidlertid betydelig mer enn eldreomsorg. Det er mer usikkerhet knyttet til kvaliteten på tjenester til barn og yngre brukere med omfattende, sammensatte behov, og behov for heldøgnlige tjenester. I flere tilfeller registreres utfordringer med å finne personell med riktig kompetanse.

Lov om helse- og omsorgstjenester har krav om at tjenester skal leveres med forsvarlig kvalitet (sørge for ansvaret). Kommunen har stor grad av frihet til å innrette tjenestetilbudet innenfor denne rammen. Det kreves en minstestandard som er innenfor forsvarlighetskravet. Det er viktig å være bevisst dette, og særlig i en framtid med knappere ressursrammer. Hva som er mulig å yte av tjenester ut fra faglige, teknologiske og medisinske mulige hensyn kan være noe annet. Hva bruker og pårørende kan ha av forventninger ut fra hva som er mulig og hva som er optimalt, kan i mange tilfeller være noe annet enn hva som samlet sett er forsvarlig innenfor en minstestandard.



f. Befolkning og demografi

Kilde: SSB

	2005	2010	2015	2017
Innbygger	2372	2379	2289	2273
0-5 år	138	123	111	100
6-15 år	308	281	199	184
16-66 år	1544	1541	1487	1465
67-79 år	260	302	352	372
80-89 år	103	105	117	125
over 90 år	19	27	23	27

Framskrivning av folketall.

SSB (LHML) juni 2016.

	2018	2020	2025	2030
0-5 år	108	105	99	92
6-15 år	176	181	188	185
16-66 år	1411	1367	1285	1225
67-79 år	385	395	429	440
80-89 år	135	147	165	198
over 90 år	22	21	34	45

Dette betyr at gruppen over 80 år forventes å øke med 74 % på 15 år

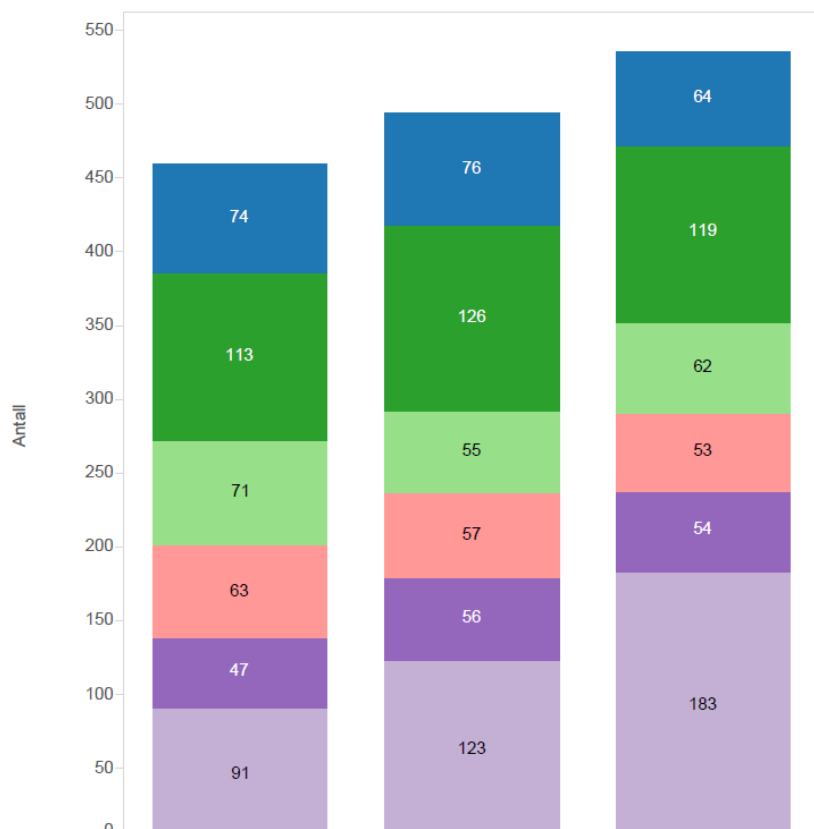


Demografiomkostninger: Pleie- og omsorgstjenester pr. innbygger over 67 år koster pr. år kr. 121.000,-. I perioden 2016-2025 forventes økning i aldersgruppen med 112 innbyggere. Det betyr merkostnader demografi i år 2025 med 13,5 mill. ift. 2016. Dette innebærer årlig kostnadsvekst som følge av demografisk utvikling ca. 1,5 mill.

Kommunaldepartementet har laget en framskrevet oversikt over utvikling i antall brukere og bemanningsbehov i de største kommunale tjenestene. Denne oversikten går fram mot år 2025 og 2040. Dette er gjort for hver kommune i landet. Oversikten for Karlsøy vises nedenfor:

Antall tjenestemottakere. 2015, 2025 og 2040. Karlsøy

Her kan du tilpasse figuren:



Velg kommune
Karlsøy

Velg kategori

- ☒ Antall tjenestemottakere
- ☐ Årsverk
- ☐ Årsverk per 1000 innbygger

Velg tjeneste(r)

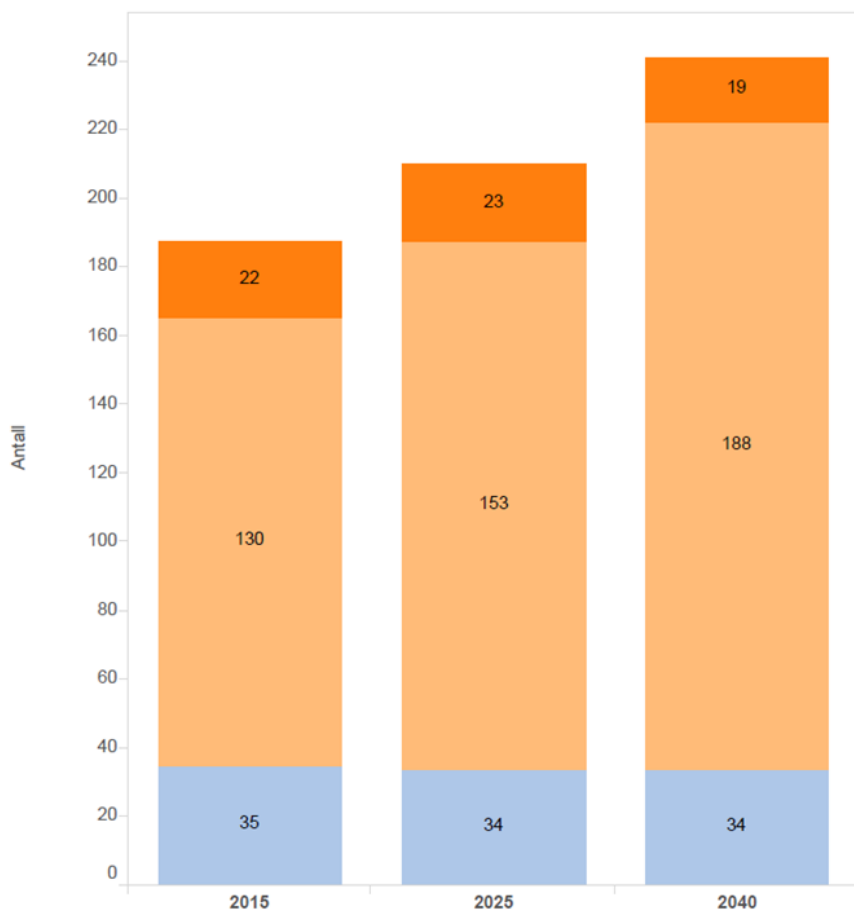
- ☒ Barn 1-5 år med barnehageplass
- ☒ Elever i grunnskolen 1.-7. trinn
- ☒ Elever i grunnskolen 8.-10. trinn
- ☒ Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 0-66 år
- ☒ Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 67-79 år
- ☒ Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 80 år eller eldre

Tjeneste

- Barn 1-5 år med barnehageplass
- Elever i grunnskolen 1.-7. trinn
- Elever i grunnskolen 8.-10. trinn
- Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 0-66 år
- Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 67-79 år
- Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 80 år eller eldre

Årsverk. 2015, 2025 og 2040. Karlsøy

Her kan du tilpasse figuren:



Velg kommune
Karlsøy

Velg kategori

- ☐ Antall tjenestemottakere
- ☒ Årsverk
- ☐ Årsverk per 1000 innbygger

Velg tjeneste(r)

- ☒ Behov for lærerårsverk i grunnskolen
- ☒ Behov for årsverk i barnehagene
- ☒ Behov for årsverk institusjon og hjemmetjeneste

Tjeneste

- Behov for årsverk i barnehagene
- Behov for årsverk institusjon og hjemmetjeneste
- Behov for lærerårsverk i grunnskolen

g. Samarbeidsavtaler med UNN

UNN og kommunene har inngått en rekke samarbeidsavtaler. Disse har blitt utviklet etter samhandlingsreformen. Avtalene klargjør samarbeidet mellom UNN og kommune, men pålegger også kommunene et klart økt ansvar for tjenestetilbudet. Avtalene er stort sett likelydende for alle kommuner, men er inngått med den enkelte kommune, inklusiv Karlsøy. Saksgangen ved inngåelse av avtaler er at samarbeidsorganet, OSO, først behandler avtalene. Deretter vedtar UNN og den enkelte kommune avtalene hver for seg. Her følger en oversikt over avtaler som Karlsøy har inngått, og som er gjeldende pr. 2016.

Overordnet samarbeidsavtale

1. Tjenesteavtale nr. 1. Helse- og omsorgsoppgaver med tiltak partene har ansvar for.
2. Tjenesteavtale nr. 2. Retningslinjer for innskrivning, utskrivning, rehabilitering, lærings- og mestringstilbud.
3. Tjenesteavtale nr. 3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
4. Tjenesteavtale nr. 5. Samarbeid om utskrivningsklare, etter utskrivning fra sykehus.
5. Tjenesteavtale nr. 6. Retningslinjer for informasjonsutveksling.
6. Tjenesteavtale nr. 7. Samarbeid om forskning og utdanning.
7. Tjenesteavtale nr. 8. Samarbeid om jordmortjenester.
8. Tjenesteavtale nr. 9. Samarbeid om IKT-løsninger.
9. Tjenesteavtale nr. 10. Samarbeid om forebygging.
10. Tjenesteavtale nr. 11. Beredskapsplaner og akuttmedisin.

Det er et definert lederansvar å gjøre avtalene kjent for alle med behov for kunnskap om dem. Avtalene er viktige for å sikre et planlagt og koordinert tjenestetilbud, og en hensiktsmessig pasientflyt. Dette har betydning på systemnivå, men også for den enkelte pasient.



6. Strategi og fokusområder

a. Ledelse

Fra stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste:

Dagens komplekse helse- og omsorgstjenester stiller høye krav til ledelse. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte tjenester av god kvalitet kreves god ledelse.

Fra Helse- og omsorgsdepartementet – Omsorg 2020:

Tjenestene utøves i komplekse organisasjoner som driver døgkontinuerlig virksomhet hele uka. Dette stiller høye krav til lederskap. Sett i forhold til størrelse og kompleksitet er det få ledere i sektoren. Skal tjenestene ivareta økte forventninger og nye oppgaver må det satses offensivt for å styrke lederskapet, øke ledertettheten og utvikle lederrollene i tjenestene.

I tider med knapphet på økonomiske ressurser kan en mulighet være å skjære ned på ledelsesressurser og skjerme innsparing på direkte pasientrettet virksomhet. Men ovenfor vises at staten stiller god ledelse som en forutsetning for at pasientene skal få gode tjenester.

Helse- og omsorgsetaten har etter vedtatt organisasjonsplan for 2017, 7 administrative ledere. Dette er etatssjef og 4 avdelingsledere. I tillegg har sykehjem og åpen omsorg hver sin avdelingsleder begrunnet i antall ansatte. Gjennomsnittlig har hver leder personalansvar for 26 personer. Dette betyr at hver leder har personalansvar for noe høyere antall ansatte enn det som anbefales i ledelsesteori og ledelseslitteraturen. Det som utfordrer ledelseskapasiteten er at lederne bruker mye tid på administrative gjøremål. Blant slike administrative gjøremål nevnes:

- Oppfølging av ansatte med sykefravær
- Rekruttering og innhenting av vikarer

- Oppsett og ajourhold av turnus
- Rapportering internt og eksternt
- Merkantile oppgaver, faktura, varekjøp
- Rutiner og saksbehandling med tildeling av tjenester og enkeltvedtak
- Drifte kommunens kvalitets- og målstyringssystem.
- Betydelig kontakt med pårørende

I hele helse- og omsorgstjenesten er det tilsatt 1 årsverk i merkantil stilling (konsulentstilling). Ressursene til dette er redusert mens tjenesten og oppgavene har vokst. Dette gir merarbeid på lederne, som igjen gir lederne mindre tid til ledelse.

Ut fra denne bakgrunn legger denne plan opp til 4 strategier:

1. Videreføre antall ledere på 2016 nivå
2. Tilby lederutdanning, med prioritet til de ledere som ikke har slik utdanning fra tidligere. En gruppe vil få tilbud om oppstart høsten 2017 med et 30 stp. studium.
3. Vurdere/kartlegge administrative oppgaver som kan gjøres av andre enn ledere, ved å styrke merkantile ressurser.
4. Vurdere opprettelse av delstilling i etaten med oppgaver innen IKT.

b. Rekruttering, bemanning og kompetanseutvikling

Utfordringen:

Det vises til punkt 5a og 5 c om bemanningsplan og behov for rekruttering.

Strategier for å løse denne utfordringen:

1. Bygge et godt omdømme av kommunen og av helsetjenestene
2. Utvikle et arbeidsmiljø med trivsel og faglig utfordring
3. Samarbeid med utdanningsmiljø. Grunnskole, videregående og høyere utdanning
4. Utvikle en personalpolitikk med de riktige virkemidler for å rekruttere og beholde arbeidskraft. Sikre at ansatte får brukt sin kompetanse på riktige oppgaver
5. Redusere sykefraværet for å kunne anvende større del av tilgjengelig arbeidskraft
6. Systematisk og planlagt bruk av vikarbyrå for å skaffe personell/kompetanse som kommunen på vanlig måte ikke makter å skaffe
7. Ta i bruk IT-teknologi og velferdsteknologi
8. Videreutvikle virkemidler for at ansatte kan stå lengre i jobb
9. Samarbeid med NAV
10. Utvikle kvaliteten i ledelse
11. Foreta kompetansekartlegging og utvikle kompetansemål ut fra denne
12. Arbeid med styrking av heltidskultur

Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig og riktig rekruttering samt kompetanseheving.

Arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren skal fremstå som attraktive både for egne ansatte og arbeidssøkende. Utdanning, rekruttering, ledelse og arbeidsmiljø må ses i sammenheng med kvalitet og kunnskap.

Å lykkes med utdanning, rekruttering og kompetanseutvikling er avgjørende for å nå målene i samhandlingsreformen, og for å skape en bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Overordnede mål er å sikre en utvikling på personellområdet som støtter opp om reformens intensjoner og mål.

Ønsket utvikling er avhengig av tilstrekkelig tilgang på personell med nødvendig kompetanse til oppgavene i kommunen. For å sikre rekruttering må det også være økt satsing på flere boliger, jamfør kommunens boligplan.

Arbeidsmarkedet er presset, og konkurransen om den kvalifiserte arbeidskraften er stor innenfor kommunens helse og omsorgstjenester. Mangelen på arbeidskraft forventes å øke i årene som kommer. Dette vil gi kommunen store utfordringer med å sikre tilstrekkelig tilgang på arbeidskraft. En stadig større andel eldre i befolkningen og nye oppgaver i forbindelse med kommunereformen og samhandlingsreformen, gjør helse- og omsorgstjenestene til det største vekstområdet i kommunesektoren. Det er allerede i dag underdekning på kvalifisert arbeidskraft innenfor denne sektoren.

For å lykkes i kampen om arbeidskraft må sektorens arbeidsplasser gjøres attraktive med godt omdømme og god identitet. Det vil bli viktig å synliggjøre hvilke spennende oppgaver, utviklings- og ansvarsmuligheter kommunen kan by på i fremtiden med tanke på å være en attraktiv arbeidsplass

Sykefraværet i kommunens helsetjeneste har tidligere år vært høyere enn ønsket i måltallene. I 2016 er registrert en nedgang i sykefravær. Høyt sykefravær forsterker arbeidspresset på øvrige medarbeidere. Det er en utfordring å tilrettelegge arbeidet slik at sykmeldte arbeidstakere kan komme raskt tilbake i jobb, samtidig som man ivaretar og ikke overbelaster øvrige medarbeidere. Høyt sykefravær over tid øker også rekrutteringsbehovet for vikarer

Tydelige og god ledelse, både politisk og administrativt, er nødvendig for å lykkes med å beholde og rekruttere arbeidskraft. Ansatt må ha lyst å bli i kommunen og andre må ha lyst å søke.

Hva er fremtidens behov for helse- og omsorgspersonell?

Samhandlingsreformen og ny folkehelselov innebærer endring i tjenestetilbudet i kommunen gjennom

- Økt fokus på forebygging
- Økt kommunalt ansvar for folkehelse - statusoversikt og tiltak
- Lærings- og mestringstjenester
- Kommunalt ansvar for tjenester før, i stedet for og etter sykehusopphold
- Nye krav til kommunale helsetjenester krever etablering av mer robuste kompetansemiljø

Som påvist i punkt 5 a vil årlige budsjett måtte økes betydelig som konsekvens av demografisk utvikling og endret oppgavefordeling. Det må påregnes at det ikke vil være tilgang på det antall helsepersonell som behovet tilsier. Dette må kompenseres

med forebyggende tiltak, omstilling, satsing på økt frivillig innsats, omsorgsteknologi og planlegging av at helsetjenester gis på riktig nivå. Samtidig får kommunen ansvar for behandling av pasientgrupper som tidligere var innlagt i sykehus (både somatisk og psykiatri), noe som krever større grunnkompetanse og spisskompetanse.

Strategi for å rekruttere, beholde og mobilisere kompetanse

Hovedstrategi: God, forutsigbar personalpolitikk hvor ansatte, studenter, lærlinger og elever opplever å bli møtt på en profesjonell måte. Arbeidsgiver skal være i tett, lærende og verdsettende dialog med den ansatte for tilrettelegging og utvikling av arbeidssituasjonen ut fra den enkeltes og virksomhetens behov. All ledelse skal ha fokus på virksomhetens omdømme og identitet.

I forbindelse med at ansatte tar del i kompetanseheving (også kortere kurs og konferanser), forutsettes det at de forplikter seg til å spre kunnskap videre til andre ansatte via innlegg på møter i egen enhet eller annet egnet forum. Dette bør innarbeides i kommunens permisjonsreglement, og innarbeides som formulering på skjema for permisjonssøknadene.

Delmål:

- Godt psykososialt arbeidsmiljø
- Faglig stimulerende arbeidsmiljø med muligheter for faglig oppdatering
- Større fokus på å bruke tilgjengelig kompetanse i egen avdeling/enhet/kommune
- Redusert bruk av deltidsstillinger
- Medarbeidersamtaler
- Rutiner/retningslinjer for opplæring av nytilsatte, vikarer, lærlinger og studenter
- Iverksette et program og system for systematisk internopplæring for sektoren
- Bedre system for praksisveiledning av studenter
- Utarbeidelse av delkompetanseplaner for hvert enkelt tjenestested med beskrivelse av kompetansebehov og tilgjengelig kompetanse, og hvor den ansatte selv setter opp områder han/ hun føler behov for oppdatering/opplæring i.

c. Kapasitet med plasser i sykehjem og omsorgsboliger

Tall for årene 2020 og 2025 ifølge SSB framskrivning jfr. p. 5 f.

Oversiktstabellen nedenfor er laget for å gi informasjon om kommunens kapasitet med sykehjemsplasser og omsorgsboliger for eldre. Det er vanlig å bruke begrepet dekningsgrad for å gi slik oversikt. Dekningsgrad er definert som antall plasser i % av innbyggere over 80 år.

	2010	2015	2020	2025
Antall innbyggere over 80 år	132	140	168	199
Antall disponible sykehjemsplasser	26	42	42	42

Antall omsorgsboliger	29	29	29	29
Dekningsgrad sykehjemsplasser %	19,7	30	25	21,1
Dekningsgrad sykehjem/omsorgsbolig %	41,7	50,7	42,2	35,7

Kommunegruppe 06 hadde pr. 1/1-2015 dekningsgrad sykehjem 25,4 %
Kommunegruppe 06 hadde pr. 1/1-2015 dekningsgrad sykehjem/omsorgsbolig 37 %.

Oversikten viser:

1. Dekningsgrad (kapasitet) sykehjemsplasser vil i 2025 være litt høyere som i 2010. Utbyggingen i 2015 var planlagt ut fra at dekningsgrad i år 2025 skulle være forsvarlig, og dette synes å holde.
2. Dekningsgrad omsorgsboliger vil falle sterkt. Dekning omsorgsbolig og sykehjem samlet vil i 2025 være betydelig redusert og lavere enn i 2010.

På denne bakgrunn planlegges følgende strategi:

I perioden 2020-2025 må det planlegges å bygge flere omsorgsboliger for å møte økningen i antall eldre. Sykehjemskapasiteten kan beholdes uendret. Hvis målet er at Karlsøy i 2025 skal ha samme samlet dekningsgrad sykehjem/omsorgsbolig som kommunegruppe 06 har i 2015, må det etableres 8 nye omsorgsboliger. Disse omsorgsboligene bør tilrettelegges for brukere med heldøgnlige tilsynsbehov. Dette gir føringer for lokalisering.

d. Interkommunalt samarbeid

Helse- og omsorgsetaten i Karlsøy har pr. 2017 følgende interkommunale samarbeid med Tromsø:

1. Legevaktsentral. Telefonformidling legevakt
2. Lærings og mestringssenter.
3. Krisesenter
4. Kommunale akutt døgnplasser. (KAD-senger) fra 2016.
5. Pasientsentrert helsetjenestetteam (etableres i 2017)
6. Deltagelse på utvalgte faglige kurs som Tromsø kommune avholder
7. Utleie av 5 sykehjemsplasser til Tromsø
8. BUP. Barne- og ungdomspsykiatri
9. Innkjøp
10. Logoped

Det planlegges at disse områder for interkommunalt samarbeid må videreføres. På områder hvor Karlsøy ikke har kompetanse i samsvar med tjenestens og framtidens krav må det vurderes opptrappet interkommunalt samarbeid. Som eksempel nevnes psykologtjeneste som fra 2020 er lovpålagt.

Nye områder hvor det må utredes mulighet for interkommunalt samarbeid:

- Legevakt
- Heldøgnetlig bolig og behandlingstilbud til brukere med alvorlige rus og/eller psykiske lidelser.
- Velferdsteknologi
- Barnevern
- Rehabiliteringstilbud



e. Brukermedvirkning

Myndiggjøring og medvirkning fra pasienter og beboere er en hovedmålsetting innen velferdspolitikken i Norge. Framtidas brukere har andre ressurser å møte sykdom og funksjonsnedsettelse med – dette vil åpne andre perspektiver og utfordre tjenesteapparatet til kommunikasjon, omsorg og tjenester på nye måter. Målet er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenesten og at brukeren får økt innflytelse på tjenestetilbudet til vedkommende.

En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. Tjenestene har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud.

En bruker har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.

Når bruker kan påvirke tjenestene gjennom egne valg, vil det kunne styrke brukerens motivasjon, og dermed bidra i en bedringsprosess

Brukermedvirkning har en egenverdi ved at mennesker som søker hjelp, gjerne vil styre over viktige deler i sitt liv, motta hjelp på egne premisser og bli respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

- 1) Individnivå:** Den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse på dette tilbudet ved at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid er tilgjengelige, noe som innebærer større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.
- 2) Systemnivå:** Innebærer at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltakende i planleggings- og beslutningsprosesser fra start til mål. Brukere og representanter for brukerorganisasjoner eller brukergrupper velges inn i ulike utvalg og råd. System for innhenting av brukererfaringer, brukerundersøkelser m.m.er også brukermedvirkning på systemnivå. Resultatene skal benyttes til forbedring av tjenesten.
- 3) Politisk nivå:** Brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i prosesser før politiske beslutninger fattes. På politisk og administrativt systemnivå bør det vurderes en kombinasjon av representativ deltakelse

og brukerhøringer, hvor en inkluderer større brukergrupper i utviklingen av et område eller tiltak.

Brukermedvirkning gjennom individuell plan

Individuell plan er et sentralt verktøy i brukermedvirkning og kan benyttes til flere. Planen skal lette koordineringen av de ulike tjenestene for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet. Planen skal sikre at det til enhver tid er noen som har ansvaret for å følge opp brukeren. Det er en klar forutsetning at brukeren skal medvirke når en slik plan lages.

Flere avdelinger i kommunen har et ansvar i arbeidet med å utarbeide, eller delta i arbeidet med individuell plan

Metoder og tiltak som ivaretar brukermedvirkning:

- Tilbud om koordinator for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Tilbud om individuell plan som utarbeides i samarbeid med bruker og/eller pårørende
- Åpne samtaler med fokus på brukerens ressurser og muligheter
- Generelle brukerundersøkelser og målrettet oppfølging av disse
- Samarbeid med aktuelle brukerorganisasjoner
- Informasjon til innbyggere og brukere om tjenester og valgmuligheter
- Arbeide for en grunnholdning om at brukererfaring og fagkunnskap er likeverdige grunnpilarer i kommunale helsetjenester
- Utvikle mer personorientert praksis
- Aktivt bruke råd for eldre og mennesker med funksjonsnedsettelse

7. Strategi og fokusområder for personrettet helsetjeneste

Karlsøy kommune skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester, i tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, til alle personer som oppholder seg i kommunen. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

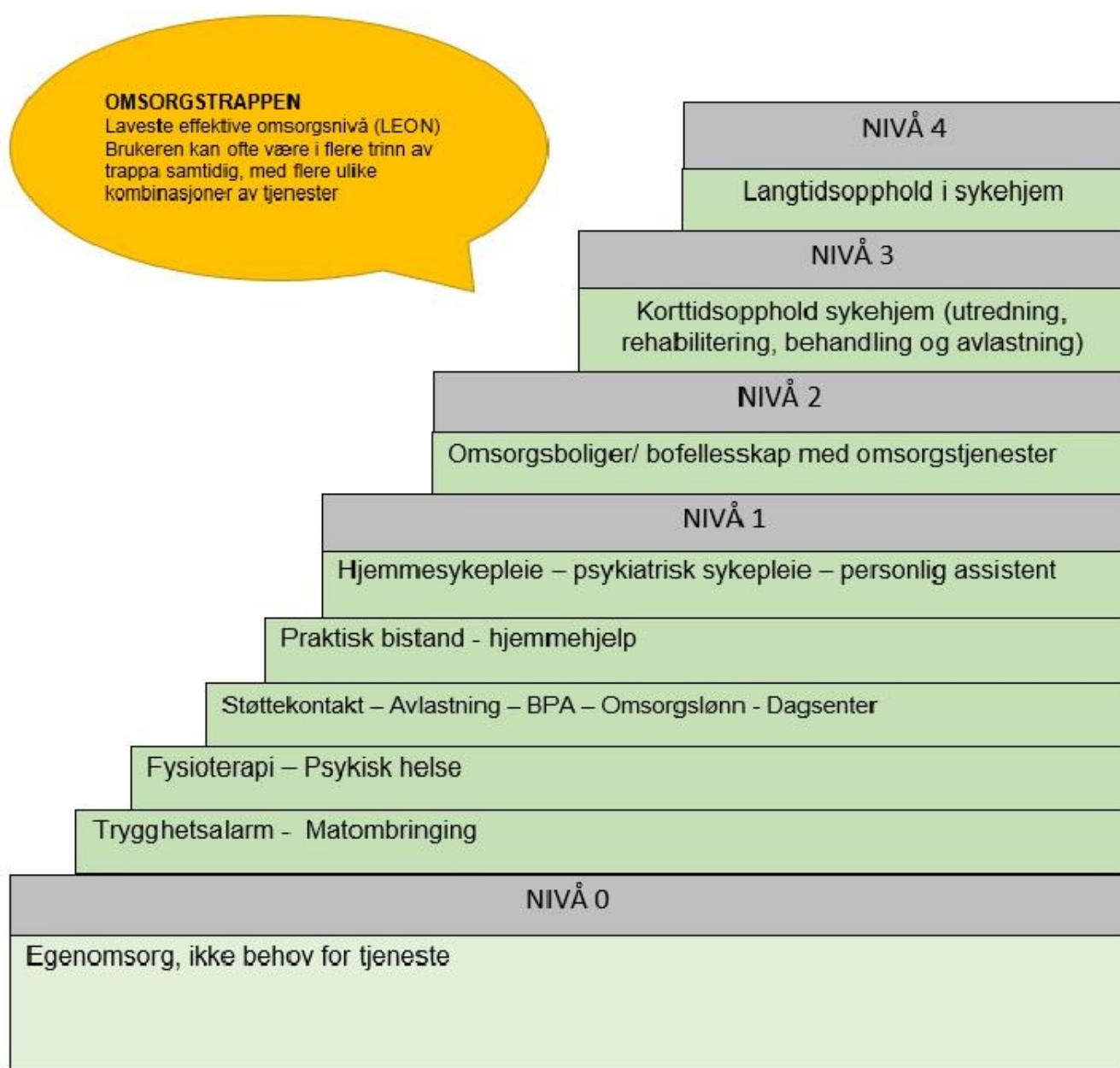
a. Informasjon

Kommunen er i lovverket gitt et tydeligere ansvar for plikten til å gi informasjon. Dette gjelder både på individuelt pasientnivå og på systemnivå. Brukerne er gitt økte rettigheter til medbestemmelse over behandlingstilbud. Informasjon blir meget viktig for at brukerne skal kunne bruke denne rett til medbestemmelse. Kommunen skal satse på forskjellige tiltak for å gi informasjon ut til innbyggerne.

b. Pleie, behandling og omsorg

Hensikten med å planlegge helsetjenester ut fra en nivåinndeling i omsorgstrappen, er at hver enkelt bruker skal få tjenester på et nivå som er tilpasset sitt individuelle behov. Dette er med på å sikre at bruker mottar riktig tjeneste, og at kommunen oppnår en mest mulig effektiv ressursbruk.

Valg av tjenestenivå som de ulike tjenester skal ytes ut ifra kan deles inn i omsorgsnivåene (omsorgstrappen). På alle nivå i omsorgstrappen er det viktig å stimulere og å fremme brukernes (brukere, pårørende og nettverk) ressurser slik at de forblir mest mulig selvhjulpne og beholder sin verdighet.



Nivå 0

Egenomsorg – forebyggende tiltak

Fokus på forebygging og folkehelse er viktig for å redusere sykdom, skader og behovet for kommunale tjenester. Karlsøy kommune vil legge til rette for forebyggende tiltak for befolkningen. Dette vil bety at en selv ivaretar og mestrer egen helse og livssituasjon så lenge som mulig med så lite hjelp som mulig. Viktige tiltak:

- Informasjon om bruk og tilrettelegging av tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi i hjemmet samt hvor en kan søke om disse
- Tilbud om forebyggende hjemmebesøk fra hjemmetjenesten etter fylte 75 år
- Informasjon om transporttjenesten i kommune (TT-kort)
- Trivselsaktiviteter som f.eks: eldre-treff (KOS), aktiviteter i lag og foreninger som pensjonistforening, husflidslag, strikkekafè, fysisk aktivitet
- Kontakt med familie, sørge for å ha noen nære pårørende og vedlikeholde sosialt nettverk
- Informasjon om tilpassing av egen bolig – seniorbolig

Nivå 1

Målet er å bo hjemme så lenge det er mulig

Når behovet for omsorgstjenester melder seg er det viktig å gi tjenester så tidlig som mulig, på lavest og best mulig nivå for å unngå at behovene for hjelp blir større enn nødvendig

Tjenester som kommunen kan gi ved behov:

- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Praktisk bistand – hjemmehjelp
- Støttekontakt – avlastning i hjemmet – omsorgslønn – brukerstyrt personlig assistent (BPA) – dagsenter
- Opplæring/veiledning i forhold til den enkeltes sykdom eller funksjonsnedsettelse
- Fysioterapi – ergoterapi
- Psykisk helsetjeneste
- Hjemmesykepleie
- Tjeneste til personer med rusmiddelproblem

Nivå 2

Hjemmetjeneste i omsorgsbolig med omsorgstjenester Heldøgntjeneste i omsorgsbolig

Når en ikke mestrer å bo i eget hjem har Karlsøy kommune følgende botilbud som betjenes av hjemmetjenesten:

I fremtiden ser man behovet for å etablere flere omsorgsboliger,

- Karlsøyheimen – bofellesskap med 14 leiligheter på Hansnes

- Helgøyheimen med 5 leiligheter på Hansnes
- Bo- og service-sentret i Vannvåg med 9 leiligheter (hel-døgntjeneste)

Nivå 3 og 4

Korttids- og langtidsopphold i sykehjem

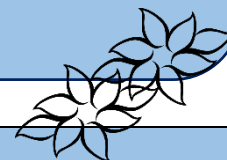
Korttids- og langtidsopphold i sykehjem gis til mennesker som på grunn av redusert omsorgsevne fysisk eller mentalt, ikke kan fortsette å bo i eget hjem. På sykehjemmet er det 42 plasser hvor 2 er definert som korttidsplasser, disse plassene dekker:

- Behov for akutt plass i sykehjem
- Medisinsk utredning og behandling
- Rehabilitering
- Avlastning for familier som har et særlig tyngende omsorgsbehov
- Lindrende seng som skal ivareta alvorlige syke og døende pasienter

Det skal i 2017 lages lokal forskrift med kriterier for tildeling av sykehjemsplass.

For å møte utfordringene framover, må strategien være å trappe opp tjenestene på nivå 1. Dette for å hindre at personer havner for tidlig i nivå 3 eller 4 i omsorgstrappen. Hjemmetjenesten må styrkes med kvalifisert personell, da gruppen eldre over 80 og 90 år øker betraktelig. Det vil også være behov for flere omsorgsboliger, samt at kommunen oppretter nattjeneste som betjener omsorgsboligene og enkelte hjemmeboende brukere med stort hjelpebehov.

Behovet for sykehjemsplasser fremover vil være uendret, men flere langtidsplasser må omdisponeres til korttidsplasser



Utfordringer frem mot 2026

- **«De nye brukerne»**
Brukere av pleie- og omsorgstjenester i de yngre aldersgrupper øker kraftig. På landsbasis er antallet brukere yngre enn 67 år nesten fordoblet i løpet av de siste 10 årene.
- **«Redusert tilgang på de som yter omsorg»**
Det er en trend på landsbasis at andel familieomsorg er synkende og at antallet alenehusholdninger øker. Det anslås at ca. 20 % av befolkningen bor alene. Blant personer over 80 år bor nærmere 6 av 10 alene. I aldersgruppen 67-79 år bor 1 av 3 alene. Blant kvinner over 80 år bor mer enn 70 % alene.
- **«Redusert tilgang på arbeidskraft»**
En av de viktigste og vanskeligste problemstillingene i fremtiden er å skaffe kvalifisert arbeidskraft.
- **«Sykehjemmets rolle og funksjoner»**

Sykehjemsplassene må i større grad brukes som behandling- og rehabilitering etter sykehusopphold, eller som tilbud for behandling og utredning lokalt istedenfor sykehusinnleggelse.

- **«Samhandling og medisinsk oppfølging»**

Liggetiden på sykehus er synkende, pasientene skrives ut til kommunen på et tidligere stadium i behandlingsforløpet.

- Behandling og rehabilitering vil utgjøre en økende andel av kommunale tjenester. Det vil være utfordrende å klare denne oppgaven alene. Det må derfor etableres samarbeid med andre kommuner
- Flere behandlingsopplegg utføres nå som poliklinisk dagbehandling, istedenfor innleggelse på UNN. Disse pasientene vil ha behov for oppfølging og veiledning fra kommunehelsetjenesten
- Kommunen får ansvar for oppfølging av pasientgrupper med kroniske lidelser som tidligere ble innlagt på sykehus. F.eks. pasienter med alvorlige lungesykdommer, alvorlige nerve- og muskelsykdommer, hardt skadde, alvorlig syke og døende mennesker.

- Disse nye oppgavene gjør at kommunen vil ha behov for nok og kvalifisert personell. Det vil også utgjøre en betydelig økonomisk utfordring for kommunen.

- **«Omsorgsboliger»**

Tjenestene i våre omsorgsboliger erstatter boform og tjenester som tidligere kun var på sykehjemmet. Beboerne i omsorgsboligene har et mer omfattende og sammensatt behov for helsetjenester enn tidligere. Dette vil kreve økte ressurser, spesielt tilsyn på natt.

c. Tverrfaglig innsatsteam – pasientsentrert arbeid og hverdagsrehabilitering

Brukernes behov har endret seg og flere har kroniske lidelser og psykiske plager, dette medfører sammensatte behov. Mange av disse kan få et bedre liv og færre innleggelser i spesialisthelsetjenesten dersom tilbudet de mottar i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er annerledes, både i innhold og organisering.

Karlsøy Kommune ønsker å styrke helsetjenesten for pasienter med kroniske og/eller sammensatte sykdommer – med et proaktivt team som kan gjøre tidlige vurderinger og diagnostiseringer, med tidlig støttet utskriving og oppfølging.



Vi vil grunnleggende ha fokus på hverdagsmestring som tankesett og hverdagsrehabilitering som ny arbeidsform i Helse – og omsorgstjenesten i Karlsøy Kommune fra 2017. Slik står vi bedre rustet til å møte framtidige utfordringer.

Fra Samhandlingsreformen:

"Etablere helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, styrke forebyggingen og forbedre folkehelsen"

Fra Stortingsmeldingen om Fremtidens primærhelsetjeneste:

"Pasientene skal oppleve tjenestene som tilgjengelige, trygge, helhetlige og koordinerte."

Teamets rolle

- Bidra til at Karlsøy Kommune sitt helse- og rehabiliteringstilbud blir mer koordinerte og pasientsentrerte ved å forbedre samarbeid mellom alle instanser.
- Få et gjennomgående fokus på mestring, forebygging og rehabilitering i hele tjenesten.
- Brukerens egne behov og ønsker skal stå i fokus og bidra til bedring og mestring
- Bidra til en holdningsendring hos helsepersonell, implementere hverdagsrehabilitering som en ny arbeidsform – fra hjelpe-rolle til å gjøre bruker mer aktiv i sin egen helse-prosess.

Målgruppe

- Personer over 65 år som ofte er innlagt på sykehus
- Personer som er motivert eller trenger hjelp til å bli motivert – og som ønsker å være aktiv og deltakende i eget liv
- Personer som ønsker å bo hjemme, men som ikke lenger har samme funksjoner som før, og sliter med å mestre f.eks. personlig stell, matlaging, andre aktiviteter eller har balanseproblemer.

I stortingsmelding 29: Morgendagens omsorg (2012-2013) er hverdagsrehabilitering et eksempel på at tidlig innsats og rehabilitering bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos brukerne. Hverdagsrehabilitering medfører en dreining fra kompenserende tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen. Hverdagsrehabiliteringen skal bidra til å bevare og vedlikeholde brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov.

Lokale utfordringer og tilpasninger

Regjeringen anbefaler alle landets kommuner å vurdere ulike modeller og varianter av hverdagsrehabilitering tilpasset egen kommune.

I Karlsøy Kommune ønsker vi å samordne et tverrfaglig innsatsteam som har fokus på både hverdagsrehabilitering og brukere med sammensatte og/eller kroniske sykdommer. Årsaken til dette er at to team vil føre til økte kostnader, og to team er unødvendig i en liten og oversiktlig kommune som vår. I tillegg har vi begrenset antall fagprofesjonsstillinger, og det er ønskelig at fysioterapeut, sykepleier og sosionom inngår i begge team, sammen med ergoterapeut som helst har koordinator-funksjon, samt helsefagarbeidere i et samarbeid med hjemmetjeneste, som hjemme-trenere.

d. Habilitering og rehabilitering

Staten har vedtatt en «opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019». Dette medfører økt kommunalt ansvar for å styrke rehabiliteringstjenesten.

Habilitering og rehabilitering er «*tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand slik at brukeren oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*». Opptappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted.

Kommunen har plikt til å ha en koordinerende enhet som skal ha en sentral rolle i overordnet tilrettelegging. Enheten er etablert i 2017. Koordinerende enhet har som formål:

- Å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Å styrke samhandling mellom tjenesteytere på tvers av fag, nivåer og sektorer
- Sikre pasientens medvirkning og innflytelse – individuell plan

Helse- og omsorgstjenestene i Karlsøy kommune står overfor store utfordringer. En av disse utfordringene er å sørge for institusjonsplasser til de som virkelig trenger

det. Dersom vi skal yte et tjenestetilbud basert på LEON prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå) blir det viktig å ha tilstrekkelig med kapasitet på ulike typer korttidsplasser. Det kan være plasser til rehabilitering, akuttinnleggelser, avlastning, observasjon, palliativ behandling osv. Tilstrekkelig antall korttidsplasser er også en forutsetning for at vi skal imøtekomme våre mål om aktiv omsorg og mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Dette forutsetter en godt utbygd hjemmetjeneste, ulike typer omsorgsboliger som kan fungere som mellomstasjon før sykehjem.

Dette vil vi oppnå

- Karlsøy omsorgssenter utvikles for å imøtekomme brukernes behov for tjenester fra kommunen
- Tverrfaglig innsatsteam i kommunen
- Øke tilgang på korttidsplasser / sikre god tilgjengelighet

Slik vil vi gå fram

- Karlsøy omsorgssenter sin framtidige rolle er klarlagt
- Tettere samarbeid mellom institusjon og åpen omsorg
- Involvere pårørende og frivillige som en ressurs i omsorgsoppgaver knyttet til den enkelte bruker



Legene har en

viktig rolle i

rehabiliteringsarbeid ved å kjenne til, informere om og henvise til ulike tjenestetilbud. Direkte kjennskap til pasientene, som hjemmeboende kronikere, er et viktig bidrag for å planlegge tjenestetilbudet.

Karlsøy kommune sitt mål er å bidra til at brukere av helse-, omsorg- og sosiale tjenester oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, samt selvstendighet og mulighet for deltakelse i det Karlsøy samfunnet har å by på.

I hverdagsrehabilitering inngår all rehabilitering, og habilitering skal så langt som mulig skje på den enkeltes premisser. Karlsøy kommune har som mål at ingen i utgangspunktet skal være passive mottakere av tjenester. Målet er at kommunen sammen med brukeren og eventuelt pårørende arbeider for å styrke / bedre evnen til egenmestring med mål om å utsette tidspunktet for økt omsorgsbehov.

Fysioterapi og ergoterapi

Fysioterapeuter og ergoterapeuter gir tjenester til innbyggere i alle aldersgrupper, både hjemme og i institusjon. Arbeidet innebærer ofte tett tverrfaglig samarbeid med andre (ansvarsgrupper, individuell plan, sykehjem, dagsenter, helsesøster, lege, skole, NAV, hjelpemiddelsentralen, osv) og fordrer stor grad av fleksibilitet.

Fysioterapi skal bidra til bedring og vedlikehold av funksjonsevne og stimulere til egenomsorg, motivasjon og mestringsevne. Ergoterapitjenester er til innbyggere som av ulike grunner har vansker med selvstendig utførelse av daglige aktiviteter, og har behov for funksjonstrening, tilrettelegging, rådgivning eller tekniske hjelpemidler.

Utfordringer

- Kommunen trenger flere plasser til korttidsopphold
- Demografiske endringer, det blir i kommunen flere eldre og færre i arbeidsfør alder
- Innbyggernes og brukernes forventning til hva kommunen konkret kan yte av tjenester
- Manglende informasjon om tjenester fra kommunen
- Behov for sterkere fokus på ressursene til den enkelte bruker istedenfor funksjonshemninger
- Manglende forståelse av hvorfor hverdagsrehabilitering er viktig
- Mangler alternativ bosted til personer med demenssykdom utenfor sykehjem
- Behov for klar målsetninger over hva sykehjem skal ha ansvar for i fremtiden
- Dagens drift er ikke tilpasset framtidens behov
- Mangler etablerte samarbeidsmodeller for systematisk arbeid tilpasset ulike brukergrupper
- Lite bruk av systematisk tverrfaglig arbeid med ulike brukergrupper
- Nye lovpålagte krav til rehabilitering gjør at man må ha et større fokus på brukarmedvirkning framover

Dette vil vi oppnå:

- Karlsøy kommune skal på alle nivå i organisasjon har et tverrfaglig fokus på rehabilitering og habilitering
- Større fokus på brukarmedvirkning; brukerens ressurser samt ressurser fra familie, pårørende og lokalsamfunnet
- Vi har et mål om at bruker gjennom motivasjon og habilitering/rehabilitering skal nå sitt optimale mestrings-/funksjonsnivå ut fra egne målsettinger
- Bruker, eventuelt i samarbeid med pårørende arbeider for å styrke / betre evna til egen mestring med mål å utsette tidspunkt for økt bistand / hjelp
- Sikre alle ansatte får innføring i hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode
- Tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten der det er nødvendig
- Vi har et tverrfaglig innsatsteam som ledes av en koordinator
- Vi utarbeider modeller og implementering for systematisk arbeid i forhold til ulike tjenestemottakere. Dette gjelder også tverrfaglig arbeid
- Vi har system for gode evalueringsrutiner

- Vi sørger for rett tiltak til rett tid med rett kompetanse
- Større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos tjenesteyterne i kommunene

e. Ansvar for egen helse og frivillig innsats

Ansvar for egen helse

Vi har alle et ansvar for egen helse og står ansvarlig for egne valg. Det innebærer at den enkelte først og fremst bruker sine ressurser med å ta vare på seg selv, og fremme egen helse slik at en unngår å bli syk. Helsen påvirkes i stor grad av levekårs-forhold som den enkelte selv ikke har valgt, og er avhengig av fysiske omgivelser og sosial bakgrunn. Det er derfor viktig å øke bevisstheten hos den enkelte om å ta ansvar for egen helse og gjøre gode livsstils-valg til tross for sosial ulikhet.

Kommunen ønsker å legge til rette for at den enkelte kan ta ansvar for egen helse gjennom tilrettelegging for fysisk aktivitet og sunne valg. Dette kan gi mulighet for et godt livsløp for alle uansett om en er ung, gammel, frisk eller har en kronisk sykdom. I årene framover vil kommunen ha fokus på å bygge videre på det aktivitetstilbudet som allerede er i kommunen og styrke innsatsen mot brukergrupper som er mindre aktive som for eksempel personer med livsstilssykdommer.

Gjennom satsing på helsestasjon, skolehelsetjenesten og ved gjennomføring av folkehelseplanen ønsker kommunen å øke bevisstheten om faktorer som fremmer innbyggernes mulighet til å ta ansvar for egen helse.

**Ta ansvar for egen helse
Start tidlig – Start NÅ!**

Frivillig innsats og deltakelse

Frivillighet gir engasjement og samfunnsdeltakelse, og har en avgjørende betydning for livskvalitet, felleskap og utvikling.

I dagens samfunn er det blitt vanskeligere å få tak i frivillige og frivillig virksomhet er i endring. Samfunnet vil i de kommende tiår stå overfor krevende omsorgsutfordringer både pga. et økende antall eldre, nye brukergrupper og knapphet på helse- og omsorgspersonell. Behovet for frivillig omsorg og pårørendeomsorg vil derfor øke i framtiden. Av den grunn er det svært viktig at frivillig innsats og omsorg får oppmerksomhet og at det legges til rette for gode ordninger som kan støtte opp om dette. Dette skal ikke erstatte våre lovpålagte oppgaver, men være et supplement til kommunens tjenestetilbud

Gjennom frivillige innsats fra enkeltpersoner, lag og foreninger ytes det uvurderlig bidrag til samfunnet, både gjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet arbeid. Innsatsen de gjør har betydning både for enkeltmennesker og for samfunnet. Kommunen kan derfor bidra med å legge til rette for et aktivt sivilsamfunn hvor deltakelse i frivillighetsarbeid oppleves som positivt og engasjerende.

Slik har vi det i 2017:

- Lærings- og mestringstilbud i samarbeid med Tromsø kommune med selvhjelpsgrupper innenfor diabetes, KOLS, kreft, overvekt og psykiske lidelser
- Mange helsearbeidere med kompetanse innenfor psykiatri, kreft-, diabetes- og demensomsorg
- Helsestasjon som arbeider forebyggende mot barn og unge
- Dagsenter for personer med demens, psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming som kan bidra til aktivitet, redusere sosial ensomhet og avlaste pårørende
- Vi har støttekontaktordninger som kan være med på å øke aktivitet og redusere sosial ensomhet
- Det finnes en rekke områder i kommunen som er tilrettelagt for egentrening og aktivitet som for eksempel svømmehall, gymsaler, turstier og treningssenter.
- I Karlsøy kommune finnes det en rekke lag og foreninger som bidrar aktivt for å legge til rette for sosialt samvær, fysisk aktivitet, friluftsliv og folkehelse.
- Vi har gjennom interkommunalt samarbeid i regionen etablert Ishavskysten friluftsråd
- Kommunen driver «Til topps i Karlsøy» som er et viktig bidrag for folkehelsen i kommunen.
- Fritidsklubb for ungdom 13-19 år (Credo)

Nasjonale føringer/ anbefalinger:

- ✓ Voksne og friske eldre anbefales å være i aktivitet 30 minutter hver dag
- ✓ Barn og ungdom anbefales å være i aktivitet minst 60 min daglig
- ✓ Nasjonale kostholdsråd
- ✓ St.meld nr 34 (2012-2013) Folkehelsemelding



Utfordringer

- Rekruttere flere frivillige med tanke på framtidige behov
- Vi mangler en oversikt over frivillige aktører og noen som koordinerer samarbeidet mellom frivillige og frivillige organisasjoner
- Å sikre et godt og tilpasset tilbud til de som har behov for dette
- Å få de inaktive mer aktiv for å forebygge livsstilssykdommer
- Det er et stort gap mellom forventninger til helsetjenestene og hva som kan ytes

Slik vil vi ha det i 2026:

- At Karlsøy kommune har en folkehelsekoordinator som vil være et viktig bidrag i samarbeid mellom kommune og frivillige organisasjoner.
- En frivillighetssentral for hele kommunen som kan koordinere det frivillige arbeidet i kommunen og sette det i system i samarbeid med kommunens helsekoordinator.
- Gode oppvekstsvilkår for barn og unge gjennom tilgang på frisk luft, godt inneklima, sunt kosthold og fysisk aktivitet.
- Et allsidig tilbud om aktivitet som er tilpasset alle brukergrupper
- At Karlsøy kommune aktivt bruker pårørende som en ressurs
- At kommunen bidrar med å samarbeide og legge til rette for og gi økonomisk støtte til frivillige organisasjoner.
- At det aktivt legges til rette med hjelpemidler og velferdsteknologi slik at eldre og syke kan klare seg bedre og på den måte bo lengre hjemme
- Mange aktive innbyggere og flere som yter frivillig innsats og hvor deltakelse i frivillighetsarbeid oppleves som positivt og engasjerende
- At kommunen bidrar med tiltak som øker fysisk aktivitet og stimulerer til sunne valg slik at innbyggerne tar ansvar for egen helse
- Flere nærfriluftsliv-, idretts- og aktivitetsanlegg som er tilrettelagt for funksjonshemmede og som et lavterskeltilbud
- At personer med psykiske lidelser har et meningsfullt tilbud som fokuserer på mestring, aktivitet og arbeid

f. Forebyggende helsearbeid

«**Forebyggende helsearbeid** kan defineres som alle tiltak som blir gjennomført for å redusere risikoen for sykdom eller for å øke muligheten for god helse i hele eller deler av befolkningen. Forebyggingstiltak kan være alt fra omfattende samfunnsmessige endringer som redusert arbeidstid for alle til enkle vaksinerings- eller opplysningstiltak. Forebygging kan dreie seg både om å fremme helse og å hindre sykdom. Det kan være tiltak for å sikre arbeid, bolig og økonomisk trygghet eller tiltak for at hver enkelt skal oppnå en helsevennlig livsstil.» (Gyldendal)

Forebygging må gjennomføres på flere plan og i ulike faser i livet og det er viktig med holdningsskapende arbeid i alle sektorer. Innbyggernes ansvar og mulighet til å ta vare på og bedre egen fysisk og psykisk helse må være i fokus. Målgruppen vil være alle innbyggere, hvor forebygging er et prinsipp som gjennomføres fra vugge til grav. Forebyggende arbeid vil ta noe tid før vi ser effekt og resultat, men når denne

kommer vil også behov for behandling minskes og resultere i et mindre forbruk av ressurser.

Trygge og gode oppvekstvilkår

De fleste barn og unge i Norge har god helse, men det er ikke alltid så lett å se at mange likevel sliter i hverdagen. Barn og unge med problem er økende både i tall og kompleksitet. Målrettet og forebyggende arbeid er derfor avgjørende for denne gruppen. Karlsøy kommune har i dag helsestasjon for barn og unge, som ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester gjennom skolehelsetjeneste, helsestasjonstjeneste, samt Svangerskap og barselomsorgstjenester.



Slik har vi det i 2016:

- Tilbud til gravide om helseundersøkelse og rådgiving
- Samlivs og foreldreveiledning
- Helseundersøkelser og rådgiving med oppfølging og henvisning for barn og unge mellom 0-20 år
- Hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet
- Vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogram
- Forebyggende psykososialt arbeid
- Samarbeid om habilitering for barn og unge med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede
- Faste dager for besøk på alle skolene i kommunen. På skolene har vi «åpen dør» hvor alle elevene kan komme til samtale uten avtale på forhand
- Ellers avtales timer med helsesøster på SMS, telefon, mail eller avtale med skolen
- Fast dag for besøk på ungdomsklubben Credo
- Helsesamtaler for alle førsteårs - studenter i videregående skoler
- Helsestasjon i samarbeid med skolen arrangerer ulike konferanser for elevene. Fokuset har vært ulike temaer som angår ungdom
- Undervisning og gruppesamtaler på skolene i de forskjellige klassetrinn i emner som for eksempel: kost og ernæring, pubertet, helse, egenomsorg, miljø, forebygging rettet mot tobakk og andre rusmidler, samt samliv og seksualitet

Utfordringer

- Det er et høyt antall personer mellom 15 -29 år med psykiske symptomer ifølge folkehelseprofil for Karlsøy kommune
- Psykisk og psykososiale vansker og lidelser blant barn og unge
- Lavere trivsel i skolene i forhold til landsgjennomsnitt for øvrig etter tall fra elevundersøkelsen
- Høyt frafall i videregående skole etter tall folkehelseprofil for Karlsøy kommune
- Overvekts problematikk blant barn og unge
- Økt antall innbyggere fra andre land, med annen kultur og religionsbakgrunn
- Økt antall flyktninger framover, også blant barn og unge
- Kommunen har ikke kommunepsykolog og det er lang avstand til BUP i Tromsø
- Mangler tilbud om gruppebaserte foreldreveiledningsprogrammer
- Tidlig utskriving fra barsel etter fødsel og lang vei til UNN og barselpoliklinikk
- Behov for økt kompetanse på veiledningsprogrammer og samtaleterapi, for bruk til barn, unge og familier

Slik vil vi ha det i 2026:

- Gode oppvekstvilkår for barn og unge med mulighet for friluftsliv og fysisk aktivitet, godt inneklima, og sunt kosthold
- Kommunen har gode system og rutiner for tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge slik at de som er i risiko blir fanget opp så tidlig som mulig
- Styrket psykisk helsearbeid rundt barn og unge
- Alle foresatte bør tilbys kunnskapsbasert foreldreveiledning-program i forhold til forebygging og avdekking av vold og omsorgssvikt
- Økt tilgjengelighet i skolehelsetjenesten ved å øke tilstedeværelsen på skolen og på ungdomsklubb, gjennom «åpen dør»
- Tverrfaglig oppfølging av elever i videregående skole for å redusere risikofaktorer (psykiatri, helsestasjon, Nav og skolene) som frafall og helseproblemer
- Kommunepsykolog som primærhelsetjenesten kan henvise pasienter direkte til, eller eventuelt kan brukes til veiledning til ansatte
- Rutinemessig folkehelseopplysning om tema innenfor kost/ernæring og aktivitet. Dette som forebygging med tanke på diabetes, overvekt/fedme og andre «folkesykdommer» som viser økte tall
- Tverrfaglig oppfølging av elever i videregående skole for å redusere risikofaktorer (psykiatri, helsestasjon, nav og skolene) som frafall og helseproblematikk
- Utrede behov og mulighet for etablering av» migrasjons-helseteam», spesielt til å jobbe med arbeidsinnvandrere og flykningsfamilier som kommer til vår kommune

Forebyggende helsearbeid for voksne og eldre

Forebyggende helsearbeid er viktig i alle målgrupper for å minske behovet for behandling. Nasjonale tall viser at det er økende forekomst av livsstilssykdommer som overvekt, diabetes type 2, KOLS og hjerte- og karsykdommer, samt at det blir også flere med kreft. Denne utviklingen viser at det er viktig følge med helsetilstand hos innbyggerne i kommunen slik at vi kan sette inn målrettede tiltak der det er nødvendig.



Spør ikke hva felleskapet
kan gjøre for deg, men
hva du kan gjøre for
felleskapet!

Slik har vi det i 2017:

- Helsestasjon for voksne i samarbeid med mental helse har vært drevet i to år på frivillig basis av sykepleierne i kommunen. Tilbudet har vært å gi informasjon/ undervisning innenfor helse og forebyggende arbeid. Tema har vært ernæring, aktivitet, psykisk helse og forebyggende tiltak i hjemmet.

Utfordringer
• Økt antall flyktninger og innvandrere • Flere innbyggere får mer sammensatt sykdomsbilde • Stillingsressurser • Ikke sterk nok fokus på folkehelse i alle etater i kommunen

Slik vil vi ha det i 2026:

- Helsestasjon for voksne som kan gi informasjon og veiledning i forhold til helsefremmende og forbyggende tiltak
- Hjemmebesøk for alle over 75 år
- Særsilt fokus på aktivitet for våre nye landsmenn og de som er i overgangen fra arbeidsliv til pensjonisttilværelsen
- God kunnskap og oversikt over helsetilstanden i vår kommune og hva som påvirker denne negativt og positivt
- Ta i bruk velferdsteknologi som har forebyggende effekt for eksempel spillteknologi og aktivitetsmålere, sensorer og påminnelser, samt GPS med sporingsteknologi. Ved å legge til rette for slik bruk som forebyggende tiltak, vil behovet for mer omfattende tjenester kunne utsettes

g. Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet. Velferdsteknologi skal styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, gi støtte til pårørende eller bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.

Hagen-utvalget (NOU 2011:11) s 101 flg. har delt velferdsteknologi opp i følgende kategorier:

Trygghets- og sikkerhetsteknologi: Trygghetsalarm, falldetektor, boligalarmer med vannlekkasje- og brannvarsling.

Kompensasjons- og velværeteknologi: Hukommelseshjelpemidler, omgivelseskontroll, robotstøvsuger, styring av lys og varme, aktivitetsmålere, spillteknologi, medisindosetter.

Teknologi for sosial kontakt: Bildetelefon, PC med kamera, Skype, Facetime, sosiale medier, robotteknologi med mer.

Teknologi for behandling og pleie: Sensorteknologi for måling av eksempelvis blodtrykk, blodsukker og EKG, kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell som befinner seg på ulike steder.

Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet.
Velferdsteknologi kan imidlertid gi mennesker nye muligheter til selvstendighet og trygghet, og til å klare seg på egen hånd i dagliglivet.

Det finnes ingen studie som konkluderer med at innføring av velferdsteknologi gir en arbeidskraftbesparende effekt. Vi kan imidlertid anta at det finnes et effektiviseringspotensial ved å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger og systematisk arbeide med innovasjon i tjenestene.

Det vil ikke være mulig å utføre tjenesteytingen på samme måte som i dag, når behovet for tjenester øker i takt med den demografiske utviklingen. Det er derfor viktig å se på bedre måter å organisere tjenesteytingen på, slik at de menneskelige ressursene kan brukes til de oppgavene brukerne har mest nytte av.



Ved å ta i bruk velferdsteknologi kan det gi gevinst som for eksempel:



Slik har vi det i 2017:

- Brukere kan få trygghetsalarmer
- Hjemmesykepleien har startet med multidosedispensere som et prøveprosjekt
- Døralarmer kan søkes å få montert
- Komfyrvakt monteres der det er behov for det
- Hukommelseshjelpemidler
- IPAD til dokumentasjon for ansatte i hjemmesykepleien
- Spillteknologi
- Bevegelsesdetektor

Utfordringer

- Mange leverandører på markedet i dag
- Mangelfull kompetanse til bruk og drift
- Analoge telefoner
- Mobilt nettverk som kan være ustabilt
- Å velge «rett» teknologi i et marked som er i stadig utvikling
- Økonomi / pris

Slik vil vi ha det i 2026:

- Velferdsteknologien skal være en integrert del av tjenestetilbudet
- Velferdsteknologien må oppleves som enkel å bruke slik at den kan løse et reelt behov for bruker og pårørende
- Brukermedvirkning er viktig ved at bruker og pårørende deltar i utformingen av tilbudet.
- Videreutvikling av tjenester ved å systematisk bruke tilbakemelding fra bruker
- At velferdsteknologien er lett tilgjengelig for aktuelle brukergrupper
- Helsepersonell må føle seg trygg på at de velferdsteknologiske løsningene gir økt livskvalitet for brukerne
- Kompetanse om velferdsteknologi hos tjenesteyter er viktig for å fange opp behov. Helsepersonell må ha tilstrekkelig kompetanse til å gi råd samt bruke teknologien i tjenesteytingen.
- Tildeling av velferdsteknologiske hjelpemidler må være en del av tildelingsprosessen og det ordinære pasientforløpet.
- Tjenesteinnovasjon samt innføring av velferdsteknologi må være forankret i alle ledd i hele organisasjonen.

h. Demensomsorg

Fakta om demenssykdom

I Norge i dag har ca. 70 000 personer en demenssykdom. Av disse er halvparten av personene innlagt i sykehjem og den andre halvparten bor hjemme. Antallet personer med demens menes å fordobles innen 2040, dersom ikke framtidig forskning kan stoppe eller begrense sykdomsutviklingen. Demens utgjør den største gruppen i vår kommune med behov for omsorgstjeneste.

Demens er derfor ved siden av annen alvorlig fysisk sykdom en av de viktigste kriteriene for å få plass i sykehjem.

I tillegg beregnes det omtrent 2-4 pårørende til hver enkelt person med demenssykdom som er involvert i sykdomsforløpet.

Det kan være vanskelig å beregne hvor mange som utvikler demenssykdom om 10 år og fremover. For å finne utviklingen i Karlsøy kommune har vi brukt en grov beregning der man går ut ifra at ca 10% av befolkningen over 70 år utvikler demens, 20% over 80 år og 30% over 90 år. For Karlsøy kommune tilsvarer disse tallene i befolkningen fra 2015-2025 en økning på cirka 20 personer med demenssykdom. Fra 66 personer i 2015 til 86 personer i 2025.

	2015	2015	2025	2025
Innbyggere i Karlsøy	2289		2200	
Antall personer med demens:				
67-79 år:	352	10 % = 35,2	429	10 % = 42,9
80-89 år:	117	20 % = 23,4	165	20 % = 33
Over 90 år:	23	30 % = 6,9	34	30 % = 10,2
Til sammen		= 65,5		=86,1

Hva er demenssykdom

Demenssykdommen kommer snikende og utvikler seg gradvis.

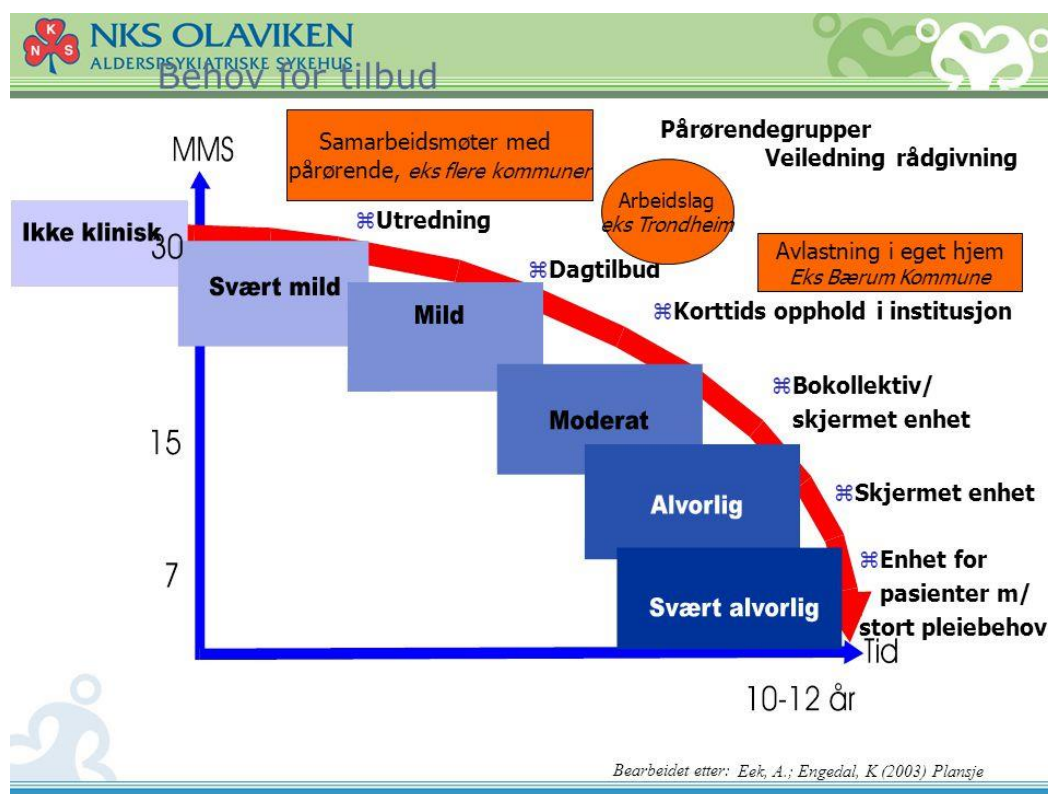
Personer som rammes av demens får vansker med å anvende innlærte ferdigheter, eller å mestre dagliglivets funksjoner. Demenssykdommen utvikler seg hele tiden, den påvirker hele livssituasjonen både for de syke og for deres pårørende. Den som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp.

Det forventes en økning på omtrent 20 personer fra 2015 til 2025 med demenssykdom

Å leve med demenssykdom

Demens arter seg ulikt fra person til person. Felles for alle er at det å ha demens påvirker hvordan du ser på deg selv, hvordan andre forholder seg til deg, og på sikt hvordan du mestrer og håndterer livet ditt. Et godt helse- og omsorgstjenestetilbud må derfor ta utgangspunkt i og utformes for å dekke de behov og opplevelser den enkelte har. Mange pårørende gir uttrykk for at de opplever situasjonen som en stor belastning. Symptomene kan være vanskelig å takle.

De fleste kan fortelle om usikkerhet i tiden før det blir stilt en diagnose. Det å få diagnosen demens gjør at nye spørsmål dukker opp. Både den som rammes av sykdom og pårørende trenger god informasjon og støtte i tiden etter at diagnosen er stilt. Mange opplever at støtte i denne tiden kan være til stor hjelp.



Berger skalaen

På bakgrunn av pasientens funksjonsevne kan man dele utviklingen inn i seks trinn. På bakgrunn av denne skalaen kan man planlegge framtidens tjenester innenfor demensomsorg.

Utfordringene vil som regel være størst den tiden personen med demens bor i eget hjem. Dette vil selvsagt variere fra person til person og hvordan han/hun er rammet av sykdommen. For pårørende som skal være tilstede i døgnetts 24 timer kan det by på utfordringer. Det er da viktig å ha familiemedlemmer eller støttekontakt for avlastning. Det å vite at en kan få et "pusterom" er livsnødvendig. I tiden hjemme er det også behov for dagtilbud for å aktivisere den som er syk og for å avlaste de pårørende. Dagsenter blir påbudt for kommunene fra 2020.

Personer med demens vil ha behov for tilrettelagte boliger og det er viktig å sikre gode alternativer til sykehjem slik at de slipper å bo lenge på institusjon. Bokollektiv kan være et godt egnet tilbud, på grunn av økningen av demenssykdom i befolkningen fremover mot 2025. Selv med godt utbygde sykehjemsplasser som Karlsøy kommune har, vil det ikke kunne dekke behovet til alle. Forskning viser at så mange som 80 % av beboerne i sykehjem i dag er personer med demenssykdom. I 2040 regnes antallet personer med demens å være fordoblet.

Slik har vi det i 2017

- Demensnettverk i samarbeid med Tromsø, Storfjord, Lyngen og Balsfjord.
- Demenskontakter på sykehjem og i hjemmetjenesten
- Vi har skjermet enhet med 10 plasser på sykehjemmet
- Nyopprettet gruppe på sykehjemmet på 8 personer med demensdiagnose
- Stor kompetanseoppbygging av helsearbeidere de siste 5 år med Demensomsorgens ABC og miljøarbeiderens ABC
- Sykepleiere og helsefagarbeidere har videreutdanning innen demensomsorg
- Vi bruker støttekontakter for personer med demens og deres pårørende
- Karlsøy Kommune har utarbeidet en helse- og omsorgsplan for å sikre sammenheng og styring av demensomsorgen i kommunen
- Liten kommune med god oversikt
- Sansehage på Karlsøy omsorgssenter, nyrenovert mai 2016
- Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende

Utfordringer

- Vi mangler et demensteam i Karlsøy med koordinator
- Vi mangler andre typer omsorgstilbud for personer med demens enn sykehjem
- For lite aktiviteter for hjemmeboende personer med demenssykdom
- Pårørende har behov for mer avlastning på dagtid
- Rekruttere personell med interesse for å jobbe i demensomsorgen

Slik vil vi ha det i 2026:

- Personer med mistanke om demens blir utredet, får hjemmebesøk fra demensteam med videre oppfølging og hjelpetiltak fra hjemmetjenesten
- God dialog og samarbeid med pårørende
- Personer med demens blir mest mulig inkludert i fellesskapet i kommunen
- Ansatte i servicetorg, butikker og drosjer har fått opplæring om demens (demensvennlig samfunn)
- Gi pårørende til personer med demens kunnskap om demenssykdom og opplevelse av et fungerende støtteapparat
- Pårørende til personer med demens får avlastning i form av korttidsopphold og dagaktivitetstilbud
- Aktivitetsvenner som er skolert og egnet som støttekontakt
- Bokollektiv tilrettelagt for personer med demens

i. Kreftomsorg

Fakta om kreft

Kreft er ikke én sykdom, men en gruppe sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling. Kreft rammer alle aldersgrupper, men risikoen øker med alderen. De vanligste typene i Norge er prostatakreft, brystkreft og lungekreft.

Statistikk (tall for 2015)

	Norge	Karlsøy
Nye tilfeller	32.592	24
Antall som lever med kreftdiagnose	252 997	142

Det diagnostiseres dobbelt så mange tilfeller nå sammenlignet med for 50 år siden, og det er flere menn enn kvinner som får kreft. I forhold til langtids-overlevende etter en kreftdiagnose er tallet mer positivt, flere overlever behandling nå enn tidligere.

Forebygging av kreftsykdom

Minst ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levemåten vår (WHO). Dette betyr at den enkelte av oss kan gjøre mye for å forebygge utvikling av kreftsykdom. Her nevnes for eksempel et sunt og variert kosthold, aktivitet, unngå overdreven soling, ikke røyke, samt ha et begrenset alkoholinntak.

Å få kreft

Å få kreft er på alle måter en livskrise. Ikke bare for den som blir rammet, men også for de som står personen nær. Diagnostisering av sykdommens art og utbredelse kan i noen tilfeller ta tid, og føre til fortvilelse og frykt for at sykdommen skal utvikle seg i ventetiden frem mot behandlingens start.

Kreftbehandlingen kan medføre plager av ulik art, som gjør at pasienten opplever ubehag, sorg og krisereaksjoner. Det å ha et nettverk rundt seg er viktig, samt et tilgjengelig støtteapparat i kommunehelsetjenesten som sikrer trygghet i dagliglivet.

Flere og flere overlever kreft og kreftbehandling, og blir langtids-overlevende (i live 5 år eller mer etter diagnosetidspunktet). Det at flere og flere lever lengre etter behandling, bidrar til et høyere antall personer som får senskader og senbivirkninger som følge av kreftbehandling. I tillegg kommer gruppen som lever med kronisk kreftsykdom med behov for oppfølging fra helsetjenestene.

Til tross for bedre og mer målrettet behandling, er det fortsatt mange som dør av kreft (i 2015 døde 11 051 personer i Norge). Å legge til rette for en god hjemmetid er viktig. De senere årene er det blitt mer vanlig å være hjemme til siste slutt. For å kunne gjennomføre dette, er en avhengig av ressurssterke pårørende som er tilstede hjemme hos pasienten, med støtte og hjelp fra hjemmebaserte tjenester.

Slik har vi det i 2017:

- Karlsøy kommune har kreftsykepleier ansatt i full stilling. Mange av de som får en kreftdiagnose i kommunen henvises til kreftsykepleier for oppfølging, veiledning og støtte. Kreftsykepleier bidrar til kompetanseheving av helsepersonell i kommunen, og koordinerer kreftsykepleietjenesten. Kreftsykepleier er med i fagnettverk for kreftkontakter i Troms og UNN.
- Samarbeid med fastlege. Fastlegens rolle opp mot kreftpasienter er oppfølging i varierende grad hjemme i kommunen, det være seg før, under og etter behandling. Fastlegen kan om nødvendig komme på hjemmebesøk når pasienten på grunn av sin sykdom ikke er i stand til å komme til legekantoret.
- Alvorlig syke og døende kreftpasienter fra kommunen, som ikke kan/vil være hjemme får mulighet for opphold på Karlsøy Sykehjem. Sykehjemmet står registrert på universitetssykehuset Nord-Norges nettsider med én lindrende seng. Kommunen har fire fagarbeidere med videreutdanning i kreftomsorg som jobber på sykehjemmet.
- Samarbeid med åpen omsorg om lindrende behandling og pleie av alvorlig syke og døende kreftpasienter når pasienten er hjemme. Det har de siste årene skjedd en økning i antall pasienter som avslutter livet hjemme. Dette stiller store krav til kompetanse i åpen omsorg, spesielt til sykepleiergruppen.
- Kreftsykepleietjenesten er avhengig av tverrfaglig samarbeid med andre for å kunne ivareta pasientene på best mulig måte. Kreftsykepleier samarbeider, i tillegg til ovennevnte, med lindrende team (UNN), fysioterapeut, sykehusklinikker, Nav, prest, psykiatrisk sykepleietjeneste, helsesøster, andre
- Det gis cellegift av kreftsykepleier på legekantoret.

Utfordringer

- Et økende antall personer får kreft hvert år. Flere blir langtids-overlevende med senskader og bivirkninger etter behandling
- Endret pasientflyt fra sykehus til kommune øker belastningen på primærhelsetjenestene på grunn av mer avanserte oppgaver/behandlinger

- Oppfølging av hjemmeboende med langkommet kreftsykdom stiller i noen tilfeller krav om tilgjengelig, spesialisert kompetanse hele døgnet (for eksempel sykepleiere, leger, fysioterapeuter)
- Døgnbemanning i hjemmet krever mobilisering av helsepersonell på tvers av tjenestesteder
- Forskjeller i formell og uformell kompetanse hos helsepersonell

Slik vil vi ha det i 2026:

- Kreftsykepleier jobber tverrfaglig med fastlegene og de kommunale helsetjenestene.
- Kreftsykepleier skal være koordinator for kreftsykepleietjenesten og bidra til kompetanseheving.
- At det finnes forskjellige tiltak i kommunen som gjør det lettere å ta sunne valg som kan virke forebyggende for å unngå utvikling av kreftsykdom senere i livet.
- Tilby medikamentell behandling hjemme eller på legekontor der det er faglig forsvarlig og hvor pasienten ønsker det.
- Gi lindrende behandling og pleie i hjemmet hos de som ønsker det.
- Utarbeide veiledninger og bruke etablerte kartleggingsverktøy som sikrer alle alvorlig syke/døende en grunnleggende lik behandling, med rom for individuelle tilpasninger.
- Øke kompetansen hos helsepersonell generelt i helsetjenestene.
- Etablere en base av helsepersonell (på tvers av helsetjenestene) som ønsker å delta i livets slutfase når pasienten er hjemme. Øke kompetansen spesielt hos disse.

j. Diabetesomsorg

Diabetes er en av de store folkesykdommene i vår tid, og er en alvorlig og kronisk sykdom. Sykdommen krever stor egeninnsats, og kan føre til alvorlige senkomplikasjoner. Man har sett en tredobling av antall personer med type 2-diabetes i Norge de siste 30 årene og denne utviklingen ser ut til å fortsette. Det er anslått at ca 375.000 personer i Norge har diabetes. I tillegg kommer et stort antall som har diabetes type 2 uten å vite det. I hovedsak skyldes den økte forekomsten av diabetes type 2, endringer i kostholdet, mindre fysisk aktivitet og økende overvekt. Også andelen av eldre har en betydning som vil få større betydning i framtiden.

God diabetesbehandling og oppfølging i helsetjenesten er avgjørende for at personer skal leve godt med sin diabetes. Kommunen har et ansvar for å tilby tverrfaglige kompetanse som kan følge opp risikogrupper og pasienter. God samhandling mellom behandlere på ulike tjenestenivåer har stor betydning for denne pasientgruppen. Fastlegen kan ikke ivareta god diabetesbehandling alene da nødvendig rådgivning og oppfølging for å oppnå varige endring av levevaner vil være svært omfattende og tidkrevende. Forholdene bør derfor legges til rette for at fastlegene får anledning til å bruke annet kompetent helsepersonell til dette i deres praksis slik at en kan sikre personer med diabetes god behandling og oppfølging.

Gjennom målrettede helsefremmende og forebyggende tiltak kan man i stor grad forhindre eller utsette utviklingen av type-2 diabetes i høyrisikogruppene. Dette kan spare enkeltmennesker for sykdom, medisiner og lidelser. På lang sikt er det stor sannsynlighet for at samfunnets utgifter til behandling av diabetes og senkomplikasjoner reduseres.

Slik har vi det i 2017:

- Diabetesoppfølging av eldre hjemmeboende utfører i stor grad av hjemmesykepleien etter henvendelse fra fastlegene.
- Diabetespasientene på sykehjem får hjelp fra personalet på sykehjemmet med sin diabetes
- De yngre med type-2 diabetes følges opp av fastlegen og de som har type-1 diabetes følges opp av spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell i hjemmesykepleien og på sykehjemmet har ulik kompetanse og ulik erfaring. Dette kan være utfordrende for både pasienten og personalet i hjemmesykepleien og på sykehjemmet.

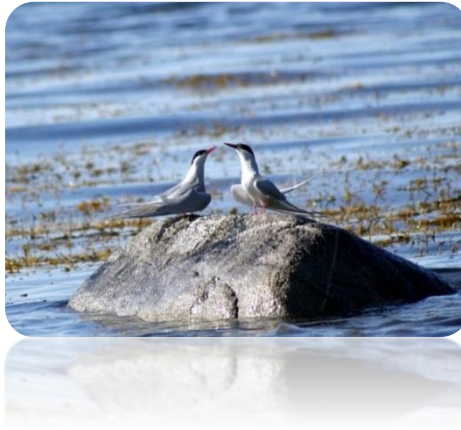
Utfordringer

- Mange får i dag en for kortfattet og for lite grundig veiledning i hvordan man bør endre levevaner for å leve godt med diabetes
- Økende antall personer med diabetes type 2
- Selv om forskning har vist at diabetesomsorgen i kommunehelsetjenesten i Norge er blitt bedre i løpet av de siste 10 årene, når fortsatt mindre enn 20 prosent med type 2 diabetes i kommunehelsetjenesten de anbefalte behandlingsmålene og det er fortsatt et stort forbedringspotensial
- Oppfølging av hjemmeboende eldre med kognitiv svikt og diabetes
- Forskjeller i kompetansen hos helsepersonell

Slik vil vi ha det i 2026:

- Økt kompetanse om diabetes hos helsepersonell i alle brukergrupper i helsetjenesten gjennom undervisning og opplæring
- Økt kompetanse til de som har diabetes og deres pårørende
- Diabetessykepleier som jobber i tverrfaglig team med fastlegene og som har ansvar for oppfølging, motivasjon, veiledning og undervisning til personer med diabetes
- En god diabetesomsorg i kommunehelsetjenesten som er godt utrustet for å møte nåtidens og fremtidens diabetesutfordringer
- At det finnes forskjellige tiltak i kommunen som gjør det lettere å ta sunne valg som kan virke forebyggende for å unngå type 2 diabetes og hjerte/ kar sykdommer

k. Tjenester til



personer med

utviklingshemninger

Karlsøy kommune gir i dag tjenester til ca 20 personer med utviklingshemning og andre kognitive funksjonshemninger. Utfordringene for de som skal yte tjenester er mange når det gjelder omfang og kompleksitet. Behovene for tjenester kan melde seg allerede på helsestasjonen, når foreldrene ser at deres barn ikke har samme utvikling som andre barn. Ulike former for sorgreaksjoner er ikke uvanlig blant foreldre som har fått et barn med utviklingshemning. I barnehage- og skolealder vil endringene i utviklingskurvene bli mer markante, og behovet for tilrettelagt undervisning, opplæring og aktiviteter vil melde seg hos barn som har utviklingshemning.

Fremtidig tilrettelagt arbeidssituasjon eller dagsenter skal også vurderes opp mot hva personen med utviklingshemning kan mestre. Ulike tilbud i kommunal regi og kontakt med spesialisttjenesten inngår ofte i hverdagen til brukeren. På hjemmebane kan det være aktuelt med både støttekontakt og avlastning. Egen bolig skal også vurderes etter hvert som ungdommen med utviklingshemning nærmer seg voksen alder.

Tjeneste har følgende overordnede målsetting.

- Å legge forholdene til rette for at mennesker med utviklingshemning skal leve et mest mulig aktivt og selvstendig liv med full deltakelse og likestilling
- Å bidra til likeverdig behandling av mennesker med utviklingshemning
- Å legge til rette for brukarmedvirkning som gir økt innflytelse over egen livskvalitet og bidrar til tjenester av god kvalitet

Personer med utviklingshemning og kognitive funksjonsnedsettelse er like forskjellige som andre mennesker. De vil ha sine individuelle personligheter og forutsetninger slik andre mennesker har det. Når tjenestetilbudet utvikles må det tas særlig hensyn til graden av utviklingshemning den enkelte har. I tillegg kan brukerne, i likhet med resten av befolkningen utvikle demens, få psykiske problemer, får rusproblemer og noen får en utfordrende adferd. Noen har sjeldne syndromer. En del har også fysiske funksjonsnedsettelse som begrenser deres muligheter for fysisk utfoldelse. Behov for fysisk aktivitet er særlig påkrevet for brukergruppen, som i større grad trenger bistand / tilrettelegging enn befolkningen for øvrig. I vår tjeneste har flere brukere et stort omsorgsbehov. Dette medfører et stort ressursbruk i tjenesten og de siste årene har det blitt flere brukere og behovet har økt.

I dag har tjenesten i kommunen ansvar for bolig tjenester/ praktisk bistand og opplæring, dag – og arbeidstilbud. Tunet driftes med heldøgns bemannende omsorgsboliger, miljøtjenester på timebasis og avlastningstilbud.

Nytt heldøgns bemannet boligtilbud er under planlegging med oppstart fra 2018

Kommunen har tidlig i 2017 prosjektert 7 nye omsorgsboliger for målgruppen. Målet er ferdigstilling av omsorgsboligene sommeren 2018. Prosjektet er vedtatt i B P. Omsorgsboligene vil bli tilrettelagt slik at brukerne får trivelige egne hjem, som samtidig legger til rette for at kommunen skal kunne yte tjenester med riktig kvalitet, tilpasset den enkeltes behov.

Slik har vi det i 2017:

- Avlastningsbolig på Tunet
- Heldøgns bemannede boliger på Tunet
- Liten kommune med god oversikt
-  kning av unge med behov for tilrettelagte arbeidsplasser

Utfordringer

- Det er utfordrende å rekruttere personell
- Mange ufaglærte i tjenesten
- Mangelfull kompetanse
-  kt behov for fysioterapi på grunn av f.eks fysiske funksjonsnedsettelse
- Det finnes få tilrettelagte arbeidsplasser i kommunen
- Mangler dagaktivitetstilbud (dagsenter)
- Behov for flere støttekontakter
- Det er i dag få pårørende som få avlastning i private hjem
- Kommunen har ikke tilrettelagte boliger for barn med spesielle behov

Slik vil vi ha det i 2026:

- Bryggetunet er i drift fra 2018 med 6 heldøgns boliger og 1 avlastningsbolig
- At personer med utviklingshemming har tilrettelagte arbeidsplasser hvis de ønsker det
- Personell med fagkompetanse
-  kt satsing på fysioterapi
- Dagsenter og dagaktivitetstilbud
- Tilrettelagt idrett-, fritids- og aktivitetstilbud i kommunen for personer med nedsatt funksjonsevne
- Støttekontakter/ fritidsarbeider som jobber i tjenesten
- Flere private avlastere som kan tilbys barnefamilier med behov for avlastning.

I. Yngre brukere med sammensatte behov

En liten andel av befolkningen har sammensatte og komplekse behov og er vesentlig hjelpetrengende. De har flere sykdommer samtidig, funksjonsnedsettelse og et stort tjenestebehov. Denne brukergruppen er fortsatt i yrkesaktiv alder (18-67 år) og er ikke i stand til å konkurrere i det ordinære arbeidsmarkedet. Prognosene framover viser at det vil bli en økning i denne gruppen.

Brukere med sammensatte behov finnes i alle aldre, og de har et bredt spekter av helseutfordringer. Det kan være personer med utviklings- og/eller funksjonshemning, personer med kognitiv svikt og demens, personer med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusproblemer, personer med nevrologiske sykdommer og skrøpelige eldre mennesker med flere samtidige sykdommer.

Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. I tillegg kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling, en omstilling som også gjennomføres innen psykisk helsevern. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov.

For å kunne møte fremtidens krav og utfordringer er det viktig at det legges til rette for aktiv brukermedvirkning. Både brukeren og pårørende er en ressurs som i størst mulig grad bør sikres en reell medvirkning til hvordan tjenestetilbudet tilrettelegges og utføres.

Sentrale utfordringer for tjenesten i årene framover vil være at det er svært sannsynlig at antall yngre brukere vil øke. Det vil være økt behov, men usikre prognoser. Hvor stor økningen blir, hvilke tjenestebehov og brukergrupper som øker, er det vanskelig å gi gode, langsiktige anslag for.

Koordinerende enhet vil ha en stor betydning for denne brukergruppen når det gjelder tverrfaglig innsats. Dette på bakgrunn av den enkeltes sammensatte og komplekse behov. Individuell plan vil være et viktig tiltak i forhold til den enkelte som mottar flere ulike tjenester fra kommunen. En avansert klinisk sykepleier vil være en stor ressurs i et slikt tverrfaglig arbeid med tanke på både somatiske og psykiske behov.

For å kunne ivareta brukerne best mulig

- Kan det være aktuelt å kjøpe omsorgstjenester av private leverandører
- Samarbeide interkommunalt
- Bruke team fra spesialisthelsetjenesten
- Ta i bruk ulike BPA-ordninger (brukerstyrt personlig assistent)
- Kan velferdsteknologiske løsninger bidra til at de kan mestre sin hverdag bedre både praktisk og sosialt.
- Å bruke pårørende som en viktig ressurs

Arbeidslivet er en av de mest sentrale inngangsportene til fellesskap og deltagelse i samfunnet. Arbeidsplassen gir inntekter og er en arena for sosial deltagelse. Mange opplever også at arbeidsplassen gjennom meningsfylt aktivitet bidrar til økt

livskvalitet. En antatt økning i brukergruppene innen yrkesaktiv alder (18-67 år) medfører behov for økt volum av meningsfylt arbeid og aktiviteter. Det må være en målsetting å få til økt samarbeid med NAV og få flere personer med funksjonsnedsettelse over i varig arbeid, og å få opprettet flere tilrettelagte arbeidsplasser innen både arbeidsmarkedsbedrifter og ordinære bedrifter.

Utfordringer

- Man kan ikke forutsi hvor mange som har behov for tjenester om 10 år
- Mangelfull kompetanse
- Organisering av tjenesten
- Ulike behov
- Det finnes få tilrettelagte arbeidsplasser i kommunen
- Mangler dagaktivitetstilbud (dagsenter)
- Behov for flere støttekontakter

Slik vil vi ha det i 2026

- Et variert tilbud om tilrettelagte arbeidsplasser for yrkeshemmede
- Flere dagaktiviteter for personer med ulike bistandsbehov, både på ordinær dagtid og på fritid
- Interkommunalt samarbeid
- Samarbeidsavtaler
- Koordinerende sykepleier

*Det arbeidet som duger,
er det som blir utført av dyktige hender,
ledet av en klar hjerne
og inspirert av et kjærlig hjerte
-Florence Nightingale*



8. Handlingsplan med tiltak frem mot 2026

Bemanning og kompetanse

Tiltak	
Økt bemanning i hjemmetjenesten	2 årsverk årlig
Opprette stilling for ergoterapeut	2018
Klinisk avansert sykepleier - kommunesykepleier	2019
Demenssykepleier	2019
Diabetessykepleier	2019
Opprette stilling som psykolog	2020
Opprette en stilling med ansvar for IKT i helsesektoren, samt velferdsteknologi	2018
Hverdagsrehabiliterings – innføring av metode for helsepersonell	2017
Øke kompetansen innen demensomsorg – videreføring av Demensomsorgens ABC - ABC-miljøterapi - musikkterapi	Løpende
Øke kompetanse innenfor velferdsteknologi	Løpende
Årlig kompetanseheving i lindrende behandling, samt utdanne flere ressurspersoner innen kreftomsorg, spesielt innen hjemmesykepleie, sykehjem.	I samsvar med kompetanseplan
Øke kompetanse om diabetes til helsepersonell i alle deler av omsorgstjenesten	I samsvar med kompetanseplan
Kompetanseheving for barnehagene og barnevernet i foreldreveiledning	Løpende
Kompetanseheving - oppstart ABC for utviklingshemming	2017
Helselederutdanning	2017-2018

a. Informasjon

Tiltak	
Gi oppdatert informasjon om helse- og omsorgstjenester på hjemmesida	2017
Stille på møter i brukerorganisasjoner og pensjonistforeninger for å gi informasjon	
Invitere utvalgte målgrupper til informasjonsmøter	
Utarbeide retningslinjer for tildeling av helse- og omsorgstjenester	2018
Vektlegge informasjon i direkte pasientkontakt	
Utarbeide målrettet informasjon som en del av det forebyggende helsearbeid	
Gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser hvert 3.år	2017

b. Pleie, behandling og omsorg

Tiltak	
Etablere nattjeneste i hjemmesykepleien	2019
Åtte nye omsorgsboliger	2022-2025
Styrke tjenester på nivå 1 for å unngå at behov for helsehjelp øker	Løpende
Oppstart med tilbud om uforpliktende hjemmebesøk for alle over 75 år som kan bidra til bedre trygghet og helse for eldre	2017
Bidra til at flere blir kjent med ordninger for å tilpasse egen bolig for å møte alderdommen	2017

c. Tverrfaglig innsatsteam

Tiltak	
Forprosjekt tverrfaglig innsatsteam	Vår 2017
Etablere Tverrfaglig innsatsteam i samarbeid med Pasientsentrert Team - UNN	Høst 2017

d. Habilitering og rehabilitering

Tiltak	
Økt tilgang på korttidsplasser	2019
Etablere Tverrfaglig innsatsteam – koordinerende enhet	2017
Utarbeide informasjonsbrosjyrer om hvilke tjenester kommunen yter (papirfolder og på kommunens hjemmeside)	2017

e. Ansvar for egen helse og frivillig innsats

Tiltak	
--------	--

Ansette en folkehelsekoordinator som vil være et viktig bidrag i å opprette kontakt mellom kommunen og frivillige organisasjoner.	2018
Etablere en frivillighetssentral for hele kommunen	2018
Lage oversikt over aktivitetstilbudet i kommunen og gjøre det kjent for kommunens innbyggere	2017
Utvidet dagtilbud eller vurdere nye former for dagtilbud for personer med demens, psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming	2017/18
Arbeide aktivt for å rekruttere frivillige	Løpende
Etablere flere turstier for funksjonshemmede og øke fokus på lavterskelaktivitet	2018
Kommunen har tilgjengelig aktivitetsutstyr til utlån	2016
Innkjøp av El-sykler som kan brukes til aktivitet av eldre og funksjonshemmede	2019
Utendørs trimpark	2018

f. Forebyggende arbeid

Tiltak	
Forsterke helsestasjonstilbud til sårbare grupper for å forebygge og redusere risikofaktorer	
Implementering av kartleggingsverktøyet for å identifisere utviklingsforstyrrelser og skjevutvikling så tidlig som mulig	
Forsterket tilbud til flyktninger, samt arbeidsinnvandrere og andre som kommer tilflyttende med annen kulturbakgrunn	
Implementere samarbeid med barnehage med oppstart av 2 årskontroll i barnehagen	2017
Fysioterapeut som en del av grunnbemanning på helsestasjon og skolehelsetjenesten slik at det ikke er nødvendig med henvisning gjennom fastlege.	2020-2025
Forebygging og behandling av overvekt hos barn og unge, gjennom gruppeveiledning og foreldreveiledninger	
Interkommunalt samarbeid med Tromsø kommune og Familiens hus om gruppebasert foreldreveiledningstilbud til foreldre med ulike utfordringer	2018
Forebygging og avdekking av psykiske vansker hos foresatte, samt oppfølging til foreldre og barn i utfordrende omsorgssituasjoner	
Helsestasjon for voksne	2019

g. Velferdsteknologi

Tiltak	
Ferdigstilt strategiplan for hvordan Karlsøy vil ta i bruk velferdsteknologiske løsninger	2018
Innføre permanent ordning med bruk av medisindispenser	2018
Få på plass interkommunale innkjøpsavtaler	Løpende
Tidlig etablering av velferdsteknologi som en del av tjenestetilbudet til brukeren	

h. Demensomsorg

Tiltak	
Opprettelse av et demensteam (hukommelsesteam) – for å starte raskt med kartlegging og oppfølging av personer med symptomer på demenssykdom - lavterskeltilbud	2018-2020
Tilbud om Pårørendeskole, samtalegrupper	Løpende
Tilrettelegge en etasje på Karlsøyheimen til bokollektiv for personer med demens	2019
Skolere/rekrutterer aktivitetsvenner i samarbeid med nasjonalforeningen for folkehelse	
Informasjon om demens til personer i service yrker som butikk, drosje og offentlige ansatte - Et demensvennlig samfunn	
Dagaktivitetstilbud (dagsenter) eller andre tilrettelagte aktiviteter for personer med demens	Lovpålagt 2020

i. Kreftomsorg

Tiltak	
Etablere en plan med fokus på kompetanseutvikling innen tema kreft	
Tverrfaglig team med kreftsykepleier og fastlegene	
Ta i bruk lindrende skrin i hjemmesykepleien	2017

j. Diabetesomsorg

Tiltak	
Informasjon om Start-kurs for personer som har fått diabetes i samarbeid med lege/ diabetessykepleier fra UNN	
Tilbud om trening og aktivitet som forebyggende tiltak	
Ekstra oppfølging av eldre med kognitiv svikt	

k. Tjenester til personer med utviklingshemming

Tiltak	
Bryggetunet i drift med 6 heldøgnsboliger og 1 avlastningsleilighet	2018
Etablere tilrettelagt idrett-, fritids- og aktivitetstilbud i kommunen for personer med nedsatt funksjonsevne	
Fritidsassistent	
Knytte kontakt bedrifter som kan tilby tilrettelagte arbeidsplasser	
Kartlegge muligheter for å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger	2017/2018
Oppstart av selvdrevne pårørende gruppe	
Brukerundersøkelse	Jmfr.Målstyring

l. Utfordringer yngre brukere med sammensatte behov

Tiltak	
Kjøp av omsorgstjenester fra private leverandører når kommunen ikke kan gi et forsvarlig tjenestetilbud	Ved behov
Etablere aktivitetstilbud for personer med sammensatte behov	

Fritidsassistent eller flere støttekontakter	
Knytte kontakt med bedrifter som kan tilby tilrettelagte arbeidsplasser	
Større bruk av ulike ordninger av brukerstyrt personlig assistent (BPA)	
Implementere velferdsteknologiske løsninger	2017-2026
Arbeide med å få etablert pårørende grupper	

m. Rus og psykisk helsevern

Tiltak	
Ajournføre rusmiddel-politisk handlingsplan	2017
Ferdigstille plan for psykisk helsevern	2018