



Aurskog-Høland kommune

*den romslige kommunen*



**Respekt, ansvar, utvikling, service**

Aurskog-Høland kommune

# Sektorplan Helse og rehabilitering

Vedtatt i kommunestyret

22. september 2014





## Innhold

<b>1</b>	<b>HVA ER EN SEKTORPLAN?</b>	<b>3</b>
1.1	FORMÅL	3
1.2	SEKTORPLANENE OG ANDRE STYRINGSdokumenter	4
1.3	BRUK AV INDIKATORER FOR KVALITET	6
1.4	NASJONALE FØRINGER – KOMMUNENS ROLLE I STØPESKJEEN	7
1.5	TIDLIGERE PLANER	8
<b>2</b>	<b>UTFORDRINGER OG HOVEDSTRATEGIER</b>	<b>10</b>
2.1	FLERE ELDRE ØKER BEHOVET FOR KOMMUNAL BISTAND	10
2.2	KOMMUNENS SAMARBEID MED BRUKERE, FRIVILLIGE OG PÅRØRENDE	14
2.3	HOVEDSTRATEGIER FOR UTVIKLING AV TJENESTENE	16
<b>3</b>	<b>FREMTIDIG UTVIKLING AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER</b>	<b>19</b>
3.1	TJENESTER TIL HJEMMEBOENDE OG REHABILITERING	19
3.2	SYKEHJEM	22
3.3	TILBUDET INNEN OMRÅDET NEDSATT FUNKSJONSEVNE	23
3.4	TILBUDET INNEN PSYKISK HELSE	25
3.5	LEGEVAKT	26
3.6	SENTRALKJØKKEN OG VASKERI	26
<b>4</b>	<b>FREMTIDIG UTVIKLING AV SOSIALE TJENESTER</b>	<b>28</b>
<b>5</b>	<b>UTFORDRINGER PÅ TVERS AV TJENESTEOMRÅDER</b>	<b>34</b>
5.1	FREMTIDIG STRUKTUR FOR TILBUDET	34
5.2	BEHOV FOR BOLIGER OG AREALER	36
5.3	KONSEKVENSER AV SAMHANDLINGSREFORMEN	36
<b>6</b>	<b>MODELLER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID</b>	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>REKRUTTERING OG KOMPETANSEUTVIKLING</b>	<b>41</b>
7.1	KOMPETANSE	41
7.2	REKRUTTERING	42

Forsidefoto: Birgit Staal

# 1 Hva er en sektorplan?

## 1.1 Formål

### Tre strategiske planer utarbeidet etter samme lest

Aurskog Høland legger samtidig frem tre sektorplaner. En for tekniske tjenester og kultur, en for helse og rehabilitering og en for oppvekst og utdanning. De tre planene omfatter strategier og tiltak for den langsiktige utviklingen for disse tre hovedområdene.

Kommunene har i dag en rekke planer for ulike deler av virksomheten. Disse planene har ikke hatt et enhetlig preg i forhold til form og innhold. Siktemålet har vært å lage planer som tar for seg de langsiktige strategiene. Planene er også en del av kommunens planstrategi og har status som kommunedelplaner.

Planene er ment å gi innbyggerne i kommunen, kommunens politiske organer, ledere og ansatte en felles forståelse av langsiktige utfordringer, strategier og tiltak. Planene skal bidra til å definere retningen i det videre arbeidet og legge grunnlag for de prioriteringer som må tas i planperioden. Derfor blir det viktig å sikre en god sammenheng mellom de overordnede strategiene og de tiltak og prioriteringer som for eksempel vil komme i økonomiplanen hvert år.

### Involvering av berørte aktører

I arbeidet med planen har det vært lagt opp til deltakelse fra ledere, tillitsvalgte og ansatte. Det har vært arrangert samlinger og møter og det har vært arbeidsgrupper som har sett nærmere på utvalgte temaer. De politiske komiteene har vært løpende orientert om arbeidet. De har også vært aktivt med i deler av planen. Øvrige politiske organer er orientert om arbeidet med sektorplanene. Det har vært et åpent møte hvor innbyggerne i kommunen ble informert om planarbeidet og hvor det var mulig å komme med innspill på utvalgte tema. Siktemålet har vært å gi de ulike aktørene mulighet til å påvirke innholdet i sektorplanene og til å sikre eierskap til de ferdige planene.

### Grunnlagsdokument

Det er utarbeidet et grunnlagsdokument/tjenesteanalyse som beskriver nåsituasjonen og utfordringer innenfor det området sektoren skal omhandle. NAV ble ikke behandlet i grunnlagsdokumentet, men deler av de kommunale tjenestene ble gjennomgått i forbindelse med omstillingsprosjektet høsten 2013.

### Leserveiledning

Innholdet i kapitlene i sektorplanen for helse og rehabilitering blir kort omtalt i det følgende

- *Hva er en sektorplan? (kapittel 1):* Det blir gitt en beskrivelse av sammenhengen mellom sektorplanen og kommunens øvrige planer. Til slutt i kapitlet gis en beskrivelse av hvordan sektoren planlegger utvidet bruk av kvalitetsindikatorer.
- *Utfordringer og hovedstrategier (kapittel 2):* Her blir det gitt en beskrivelse av utfordringer som følger av økt behov for tjenester som følge av flere eldre, kommunens samarbeid med brukere, frivillige og pårørende og de viktigste strategiene innen områdene helse og rehabilitering.
- *Fremtidig utvikling av helse og omsorgstjenester (kapittel 3):* Kapitlet gir en beskrivelse av dagens situasjon, utfordringer, strategier og tiltak for disse tjenestene.



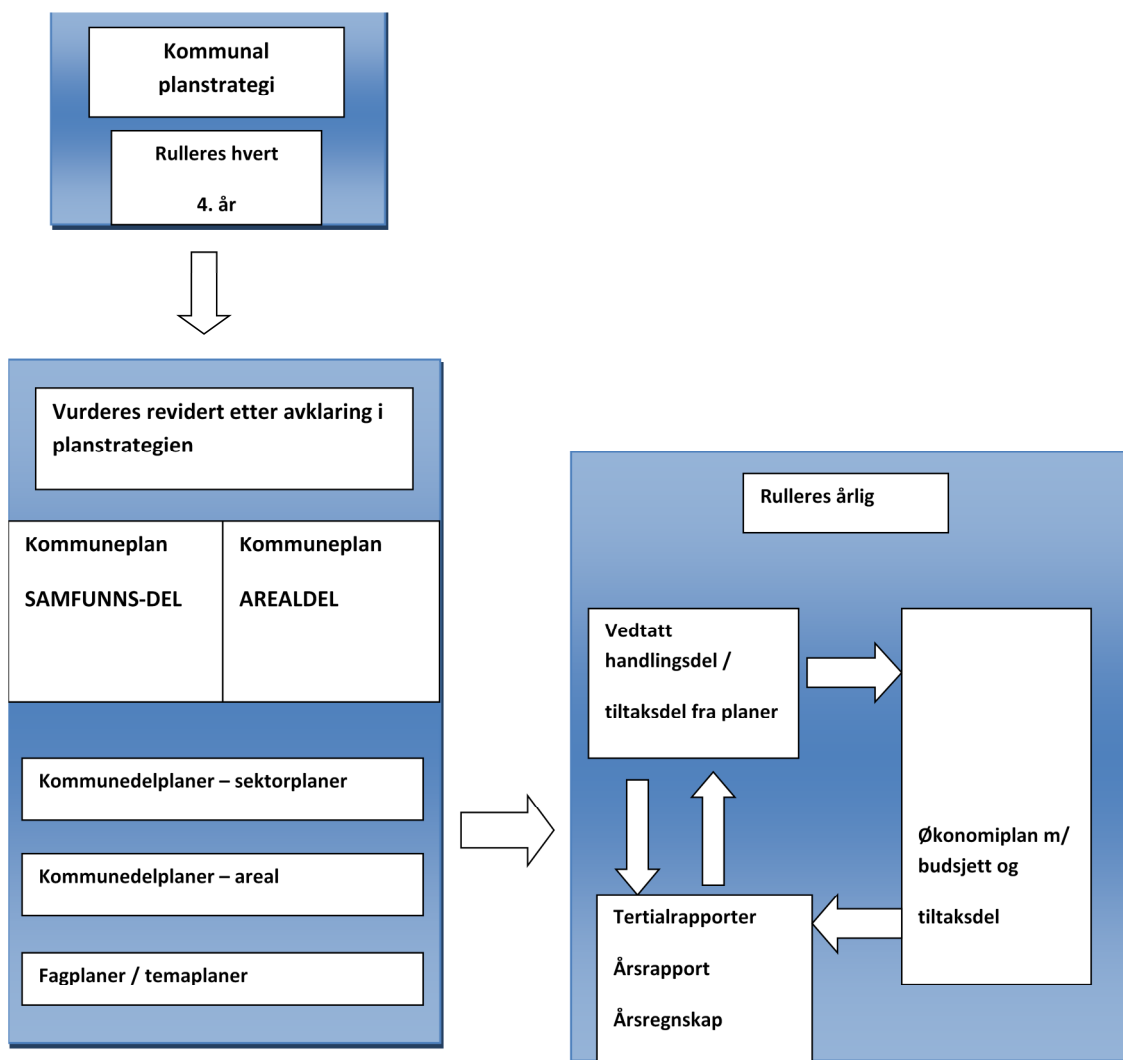
- *Fremtidig utvikling av sosiale tjenester (kapittel 4):* Kapitlet gir en beskrivelse av dagens situasjon, utfordringer, strategier og tiltak for disse tjenestene.
- *Utfordringer på tvers av tjenesteområder (kapittel 5):* Dette kapitlet drøfter fremtidig struktur for tilbudet og andre temaer på tvers om områdene.
- *Modeller for tverrfaglig samarbeid (kapittel 6):* Kapitlet drøfter strategier for samarbeid og utnyttelse av kompetansen på tvers av organiseringen av tjenestene.
- *Rekruttering og kompetanseheving (kapittel 7):* Kapitlet skisserer utfordringer, strategier og tiltak som skal bidra til å ansatte med kvalifikasjoner som skal til for å befolkningen gode tjenester i samsvar med strategiene for sektoren omtalt i de tidligere kapitlene av sektorplanen.

Avsnittene i planen er utarbeidet etter en felles mal med tre overskrifter. «*Hvor er vi?*» gir en beskrivelse av dagens situasjon og viktige utfordringer. «*Hvor skal vi?*» gir en omtale av ønsket utvikling, gjerne med utgangspunkt i utfordringene. «*Hvordan kommer vi dit?*» beskriver strategier og tiltak som skal bidra til at utviklingen blir som ønsket.

## 1.2 Sektorplanene og andre styringsdokumenter

De tre sektorplanene er styringsdokumenter på linje med andre planer som kommuneplan, økonomiplan, årsrapport og årsmelding. Disse dokumentene skal gi retning i det arbeidet og den tjenesteytingen som kommunen tilbyr og utfører for sine innbyggere.

Ulike deler av lovverket stiller krav til kommunale planer om innholdet til planene, hvor ofte de skal lages, prosedyrer for politisk behandling mv. Kommunene må selv etablere en god indre sammenheng mellom de ulike delene av planverket og en god regi for oppfølging av planene. Sammenhengen mellom de ulike delene av planverket i Aurskog-Høland er vist i figuren under.



I det følgende blir det gitt en kort omtale av sentrale sider ved plansystemet i Aurskog-Høland kommune:

- **Planstrategi:** Formålet med den kommunale planstrategien er å sette fokus på de planoppgaver kommunen bør starte opp, eller videreføre, for å bidra til en positiv utvikling av kommunen. Planstrategien er ikke en plan, men et verktøy for kommunen til å definere og prioritere planbehovet i perioden. Planstrategien for perioden 2012 til 2016 ble vedtatt av kommunestyret 5. november 2012. Det ble her vedtatt at det skulle utarbeides tre sektorplaner og at sektorplanene skulle utarbeides som en kommunedelplan.
- **Kommuneplan:** Planen skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Samfunnsdelen skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Arealdelen viser sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk. Gjeldende kommuneplan er fra 2011. Arbeidet med å revidere kommuneplanen er startet opp med sikt på at en ny plan skal være vedtatt i 2015.
- **Kommunedelplaner:** Sektorplanene er kommunedelplan og skal ha et langsiktig perspektiv med omtale av utfordringer, strategier og tiltak som skal bidra til ønsket utvikling. Det er lagt vekt på det skal være et rimelig samsvar mellom ambisjonene for tiltakene og sannsynlige økonomiske rammer i årene



fremover. Samtidig er det ikke gitt at det vil være mulig å gjennomføre alle tiltakene som er omtalt i sektorplanene.

- *Fagplaner/temaplaner:* Det er meningen at sektorplanene skal erstatte planene for ulike deltjenester. Imidlertid vil det fortsatt være behov for noen temaplaner på områder som går på tvers av de tre sektorene og på områder hvor statlige myndigheter krever egne planer. Eksempler på slike planer er «folkehelseplan» og «plan for trafikksikring»
- *Økonomiplan og budsjett:* Prioriteringen og finansieringen av tiltakene i sektorplanen skjer i forbindelse med den årlige behandlingen av budsjett og økonomiplan.

### 1.3 Bruk av indikatorer for kvalitet

Et sentralt mål for alle tjenestene i Aurskog-Høland kommune er å tilby innbyggerne tjenester av god kvalitet. Innenfor de fleste tjenestene finnes det statistisk informasjon som forteller noe om kvaliteten for tjenestene. Et av målene med sektorplanen har vært en utvidet og mer systematisk bruk av slike kvalitetsindikatorer.

I forbindelse med arbeidet med sektorplanen har det vært utviklet egne kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene. Indikatorene er nærmere beskrevet i en egen «boks».

Indikatorene er valgt med sikte på at de skal gi en nyttig indikasjon om kvaliteten til tjenestene. Det finnes også annen statistikk som belyser status og utvikling for tjenestene, som kan benevnes som «støttende statistikk». Kommunen gjennomfører også brukerundersøkelser som gir informasjon om hvordan brukerne opplever kvaliteten. Kvalitetsindikatorene, den støttende statistikken og brukerundersøkelsene utgjør et faktagrunnlag for en analyse av dagens kvalitet og utforming av tiltak som kan bidra til å styrke kvaliteten.

I et samarbeidsprosjekt mellom KS og Arbeids- og velferdsdirektoratet er det utarbeidet forslag til kvalitetsindikatorer beregnet for kommunale tjenester innen NAV-kontorenes ansvarsområde.

Det er også utarbeidet kvalitetsindikatorer for tjenesteområdet nedsatt funksjonsevne gjennom deltakelse i et nettverksarbeid i regi av KS. Det er i dette arbeidet lagt vekt på at kvalitetsindikatorene skal bidra til at kommunen tar riktige strategiske valg på utvikling av tjenesteområdet, bidra til effektiv bruk av ressurser innenfor tjenesteområdet og økt kompetanse på utvikling av tjenestene og fagutvikling.

**Boks: Kvalitetsindikatorer innen helse og omsorg**

Kvalitetsindikatorerne bygger på registreringer foretatt i kommunens saksbehandlingssystem (Profil). Oversikten under viser noen eksempler på indikatorer innenfor tre hovedområder:

- *Tildeling av tjenester:* Saksbehandlingstid, avlyste besøk som skyldes tjenesten selv, antall utskrivningsklare pasienter fra Ahus, utskrivning fra korttidsplass og liggetid på langtidsplass
- *Positive egenskaper ved tjenesten:* Tilbud om sen kveldsmat, tilbud om daglige aktiviteter på sykehjem og antall brukere med dagaktivitetstilbud
- *Avvik i tjenesten:* Avvik legemiddelhåndtering, antall fall, antall tilfeller med trykksår, og antall avvik tvang og makt.

Det vil bli utarbeidet månedlig statistikk for disse indikatorene som vil bli brukt i den løpende oppfølgingen av kvaliteten av tjenestene. Rapporteringen til kommunens politiske organer vil skje gjennom styringsdokumentene omtalt i avsnitt 1.2.

**1.4 Nasjonale føringer - kommunens rolle i støpeskjeen**

I dette kapitlet omtales noen av de nasjonale føringene som er relevante for kommunens videreutvikling av tjenestetilbudet innenfor sektoren.

Samhandlingsreformen er iverksatt og skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet. Videre skal tjenestetilbudet preges av høy pasientsikkerhet og være tilpasset den enkelte bruker. Reformen har medført en ny kommunerolle og gitt kommunen ansvar for nye pasientgrupper. Kommunene skal nå tilby tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Tjenestene skal organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

Som del av innføring av samhandlingsreformen ble Helse og omsorgstjenesteloven innført 1.1.2012. Loven erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven og skal bidra til et bedre grunnlag for samhandling mellom tjenestene i kommunen. Med den nye lovendringen ble kommunens *plikter* regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, brukers *rettigheter* i pasient- og brukerrettighetsloven og *yrkesutøvelsen* i helsepersonell-loven.

I Helse og omsorgstjenesteloven tydeliggjøres kommunens ansvar for *et overordnet sørge for-ansvar*. I det så ligger det at kommunen selv kan velge hvordan den vil organiserevirksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov. Videre tydeliggjøres det i loven kommunens ansvar for å tilby *forsvarlige tjenester*. Alle virksomheter i den kommunale helse og omsorgstjenesten pålegges å drive systematisk kvalitetsforbedring- og pasient- og brukersikkerhetsarbeid.

Videre ble ny folkehelselov innført 1.1.2012 med formål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Etter loven skal kommunen fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.



Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) legger videre kursen for helse og omsorgstjenesten de nærmeste årene. Den viser til at det er det offentliges ansvar å fremme helse og forbygge sykdom, og å sikre nødvendige helse og omsorgstjenester til hele befolkningen. Målet er flest mulig gode levekår for alle og tjenester som er effektive, trygge og tilgjengelige. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg og de skal ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet.

For å møte fremtidens utfordringer på omsorgsfeltet skal det settes fokus på kapasitet og kompetanseheving, kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, bedre samhandling og medisinsk oppfølging.

Som en ytterligere presisering av fremtiden kommunerolle la Helse og omsorgsdepartementet i 2011 frem NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.

Innovasjon handler om å iverksette og innføre nye tjenester og løsninger og tar ofte utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap, brukerbehov, ny teknologi, eller ideer fra bedrifter, helsepersonell eller enkeltpersoner. For å sikre bedre kvalitet og ressursutnyttelse er det satt fokus på økt forsknings- og innovasjonsarbeid; også knyttet til den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Forslag til nye innovative grep for å møte framtidens omsorgsutfordringer belyses med vekt på ny teknologi, arkitektur og nye boformer, brukerinnflytelse og egenmestring, forskning og utvikling.

Utredningen legger stor vekt på betydningen av å mobilisere familien og lokalsamfunnet, og peker på at det er behov å utvikle arbeidsmetoder, driftsformer og organisering som utfordrer medborgerskap. I utredningen brukes begrepet “den andre samhandlingsreformen”, som dreier seg om å utnytte de sosiale og menneskelige ressursene som finnes i befolkning og samfunn som helhet. Her pekes det på at det er et rom mellom det lovregulerte og profesjonaliserte kommunale ansvaret for tjenestene, og hvordan vi som enkeltmennesker, familie, sosiale nettverk, frivillig organisering, sosialt entreprenørskap og nærsamfunn strir med å håndtere store og små funksjonsvansker.

NAV er etablert ved å slå sammen den kommunale sosialtjenesten med to statlige etater, nemlig arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) § 1.

«Formålet med loven er å legge til rette for en effektiv arbeids- og velferdsforvaltning, tilpasset den enkeltes og arbeidslivets behov og basert på en helhetlig og samordnet anvendelse av arbeidsmarkedsloven, folketrygdloven, lov om sosiale tjenester i NAV og andre lover som forvaltes av arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsforvaltningen skal møte det enkelte mennesket med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet».

NAV har fokus på den enkeltes mestrings-, arbeids- og funksjonsevne, ikke type sykdom, lyte eller skade.

## 1.5 Tidligere planer

Plan for psykisk helsearbeid 2007–2010

Boligsosial handlingsplan 2012–2015 (rullering av eksisterende plan 2002–2008)

Plan for mottak og integrering av flyktninger 2012–2015 (arbeidet ble planlagt, men ikke iverksatt)



Plan for fysioterapitjenesten 2012–2015 (ikke vedtatt)

Rullering av handlingsplan for eldre 2007–2011

Handlingsplan for mennesker med nedsatt funksjonsevne 2010–2013

Aurskog–Høland og Rømskog. Samhandlingsprosjekt – status, utfordringer og veien videre. Folkehelse. Lokalmedisinsk senter. Rapport. 2012

Politisk handlingsplan for redusert bruk og misbruk av alkohol, narkotika og spill 2011–2015.

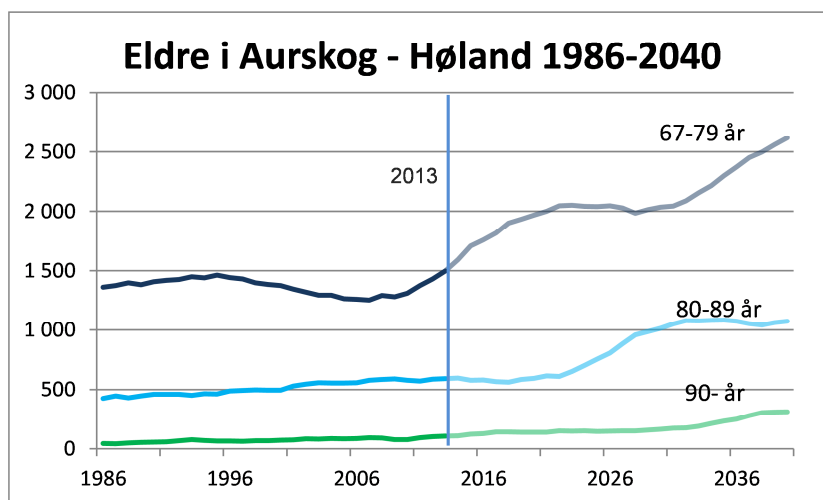


## 2 utfordringer og hovedstrategier

### 2.1 Flere eldre øker behovet for kommunal bistand

Etter hvert som de store kullene født rett etter andre verdenskrig blir eldre, står kommunen foran tre "bølger" eldre i ulike aldersgrupper, jf. figuren under. De nærmeste årene vil gruppen 67–79 år vokse, på 2020-tallet vil det bli markert flere mellom 80 og 89 år og på 2030-tallet er det gruppen over 90 år som vil vokse. I de nærmeste årene ser det ut til at antall personer over 80 år vil holde seg på et stabilt nivå.

## Flere mellom 67-79 år – flere over 80 år om ti år



AGENDA  
KAUPANG

Figur 2.2: Antall eldre over 67 år i Aurskog-Høland kommune 1986–2040. Registrert utvikling 1986–2012 og fremskrevet utvikling 2012–2025. Kilde: Alternativ MMMM<sup>1</sup> til SSB.

Det beregnede behovet for pleie og omsorg blir nesten doblet perioden frem til 2040. For Aurskog-Høland kommune vil det være viktig at utviklingen av tilbudet er tilpasset den demografiske utviklingen. Den sterke veksten for gruppen mellom 67 til 79 år de første årene er et ytterligere argument for å styrke den hjemmebaserte omsorgen i årene som kommer. På 2020-tallet vil det være behov for å styrke den institusjonsbaserte omsorgen. Gjennom hele perioden vil det være behov for å sikre seg den rette kompetansen i konkurranse med nabokommunene hvor det også vil være behov for flere ansatte i pleie og omsorg.

Aurskog-Høland kommune legger vekt å gi et godt tilbud i samarbeid med den enkelte bruker, pårørende og frivillige. Forholdet til disse aktørene blir nærmere omtalt i avsnitt 2.2.

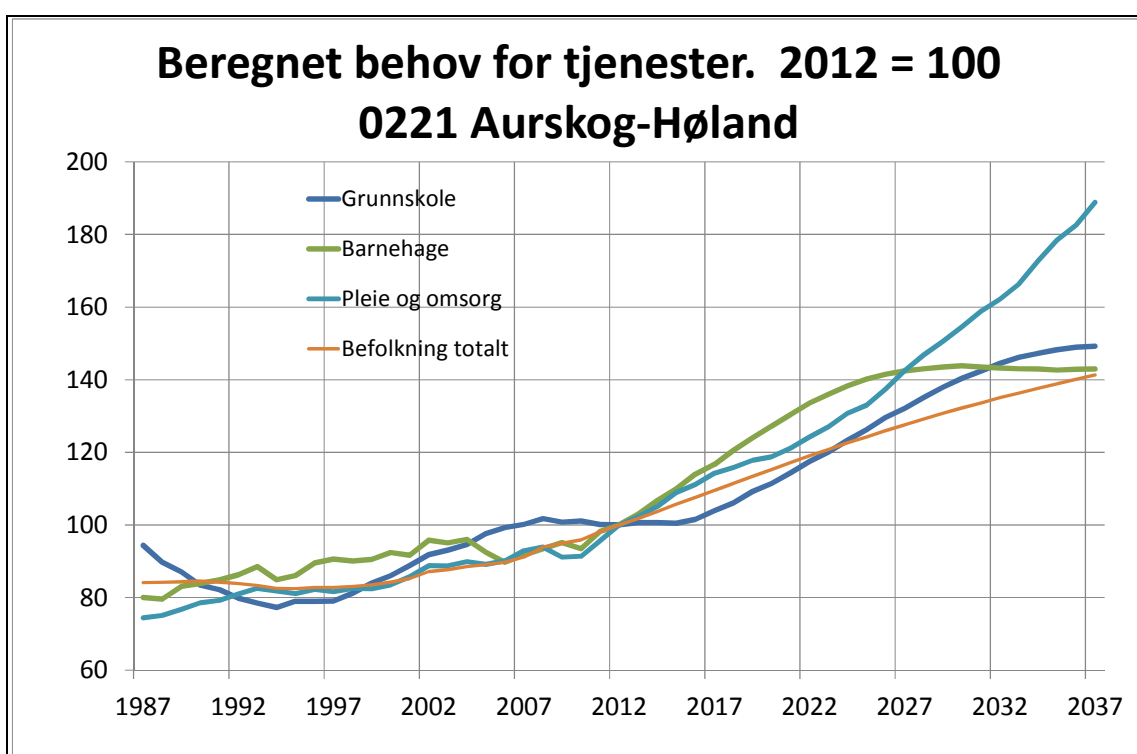
<sup>1</sup> Det er brukt hovedalternativet i denne fremskrivingen, som er gitt navnet MMMM, som står for mellomalternativet for henholdsvis fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet og nettoinnvandring.

Kommunen legger også vekt på statlige myndigheters føringer og myndighetskrav i utforming av fremtidig tjenestetilbud. Samhandlingsreformen innebærer at kommunen overtar oppgaver fra staten. Status for denne reformen er omtalt i avsnitt 5.3. Tilbudet om sosiale tjenester blir gitt av NAV-kontoret som omfatter både kommunale og statlige tjenester (jf avsnitt 4)

### Behovet for tjenester som følge av demografisk utvikling

Det er foretatt en framskriving av behovet for sentrale tjenester i Aurskog-Høland kommune de neste 28 årene. Resultatet av beregningene er vist i figuren under.

For hver av tjenestene er det laget en indeks hvor nivået i 2010 er satt til 100. Det betyr at figuren gir uttrykk for endringer i det demografiske behovet sammenlignet med 2010. For grunnskolen er det for eksempel beregnet en verdi på rundt 149 i 2040. Det betyr altså at antall skolebarn i framskrivingen til SSB er rundt 49 % høyere enn i 2010.



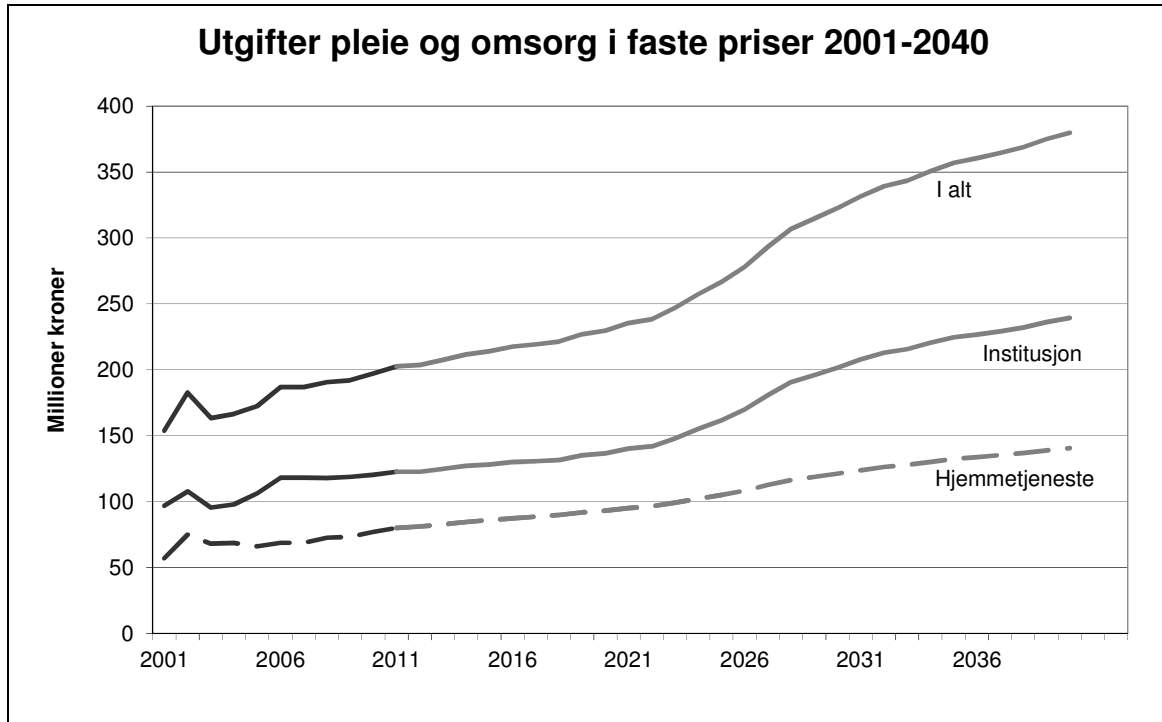
Figur 3.3: Beregnet behov for tjenester i Aurskog-Høland kommune 1986-2040 for kommunen samlet og for fire sektorer. Kilde: SSB og egne beregninger.

Den sterke veksten i behovet for omsorgstjenester gjør at man kan effektivisere uten å redusere utgiftene. En utvikling som ligger lavere enn den grønne linjen vil være et uttrykk for en mer effektiv produksjon av tjenestene.

For Aurskog-Høland er det en utfordring å tilpasse tilbudet til de demografiske endringene. Den sterke økningen i gruppen 67-79 år de nærmeste årene peker i retning av økt behov for hjemmebasert omsorg.

### Framskrivning av utgifter

Vi har foretatt en beregning av utgiftene til for hjemmetjenester og institusjons-tjenester i årene som kommer, gitt at dekningsgradene og enhetskostnadene holdes konstante. Resultatet av beregningene på et overordnet nivå er vist i figuren under som også viser den registrerte utviklingen de siste årene.



Figur 2.1. Brutto driftsutgifter fordelt på institusjon og hjemmetjenester i faste 2011-priser. Kilde: Kostra og egne beregninger

De neste ti årene øker utgiftene til pleie og omsorg med rundt 20 prosent fra rundt 200 millioner kroner til rundt 240 millioner kroner, jf figuren over. Økningen er noe sterkere for hjemmebaserte tjenester enn for institusjonstjenester. Det har sammenheng med at det er aldersgruppen mellom 67 og 79 år som vokser mest disse årene.

Om rundt ti år vil behovet for institusjonstjenester øke kraftig. Økningen på 2030-tallet vil fortsatt være sterk, selv om den ikke er like sterk som på 2020-tallet. I løpet av årene frem til 2040 vil utgiftene til pleie og omsorg nær bli doblet som følge av demografiske endringer.

I praksis vil det være andre forhold enn demografi som påvirker utviklingen. Et eksempel er samhandlingsreformen som har gitt kommunene økte oppgaver og sterkere vekst enn den demografiske utviklingen skulle tilsi. Et annet eksempel er at det de siste årene har det i hele landet vært en sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer. Denne veksten vil trolig fortsette og dermed bidra til en sterkere økning av yngre brukere enn utviklingen i antall barn og unge skulle tilsi.

I det andre kapittelet av denne rapporten blir det gitt en beskrivelse av tilbudet på de ulike trinnene i omsorgstrappa. I det følgende legger vi frem en framskriving av ulike deler av omsorgstrappa basert på demografiske endringer.

### Framskrivning av døgnplasser

Tabellen under viser utviklingen i antall døgnplasser, gitt at dekningsgradene holdes konstante.

Sykehjem og andre botilbud		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040
Sykehjem spesialplass (demente)	Plasser	28	28	28	29	29	30	30	30	31	35	45	50	54
Sykehjem langtid (somatisk)	Plasser	87	87	89	90	91	92	93	93	96	110	139	156	168
Rehabiliteringsplasser	Plasser	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	8	9	10
Korttidsplasser	Plasser	30	30	31	31	31	32	32	32	33	38	48	54	58
Avlastningsplasser	Plasser													
Omsorgsboliger med heldøgns omsorg	Plasser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Plasser med heldøgns omsorg	Sum	150	150	153	156	157	159	160	161	165	190	240	270	289
Omsorgsboliger betjent av hjemmetjenesten	Boliger	22	22	22	23	23	23	23	24	24	28	35	40	42

Framskrivningen viser en kraftig økning i behovet for heldøgns plasser om rundt ti år og i årene frem til 2040, jfr. figuren over. Aurskog–Høland kommune har i dag en god dekning av slike plasser. Kommunen har med andre ord relativt god tid til å planlegge en ytterligere utbygging av tilbudet. Samtidig er det viktig å være klar over at det tar tid fra planleggingen begynner til byggene står ferdig. Det kan derfor være lurt å ha strategier for videre utvikling av denne delen av tilbudet i god tid før kommunen trenger disse plassene.

### Framskrivning av andre omsorgstjenester

De demografiske endringene tilsier at det bli en økning i ulike former for hjemmebasert bistand slik tabellen under viser:

<b>Andre tjenester – pleie, rehabilitering og omsorg</b>		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040
Omsorgslønn (67+)	Brukere	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
Brukerstyrt personlig assistanse (67+)	Brukere	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Hjemmesykepleie	Brukere	259	262	267	273	278	283	286	290	297	330	384	421	449
Dagtilbud	Plasser	34	34	35	36	36	37	38	38	39	43	50	55	59
Støttekontakt	Brukere	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
Praktisk bistand	Brukere	267	270	276	282	287	292	295	299	306	341	396	434	463
Matombringing	Brukere	20	20	21	21	21	22	22	22	23	26	30	33	35
Trygghetsalarm	Brukere	107	108	110	113	115	117	118	120	123	137	159	174	186

I de nærmeste årene tilsier den demografiske utviklingen en noe sterkere vekst i behovet for hjemmebasert bistand enn for institusjoner, jfr. figuren over. Det henger sammen med at gruppen over 67 år som øker mest de første årene, og at det er hjemmebasert bistand denne gruppen i første rekke trenger.

### Framskrivning av helsetjenester

Utviklingen i behovet for helsetjenester som følge av demografiske endringer vil bli ajourført regelmessig når nye tall foreligger. Framskrivning av fysio- og ergoterapi er endret i september 2014 i tråd med nye tall fra fagsystemet Profil.

<b>Helse</b>		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040
Helsestasjon	Brukere	142	144	146	148	150	153	156	158	161	173	184	192	197
Smittevern, helsestasjon ungdom, flyktninger	Brukere	225	229	233	238	242	247	251	255	260	281	300	315	329
Skolehelsetjenesten (6–15 år)	Brukere	1898	1896	1908	1909	1905	1926	1970	2011	2071	2338	2614	2791	2830
Skolehelsetjenesten (16–18 år)	Brukere	722	717	732	729	755	756	739	705	689	753	845	942	1023
Jordmortjenester	Brukere	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brukere ergoterapi under 67 år	Brukere	100	65	65	65	66	67	70	72	74	76	80	85	90
Brukere ergoterapi over 67 år	Brukere	176	143	148	156	166	175	182	190	195	210	220	228	236
Brukere fysioterapi under 67 år	Brukere	27	124	124	124	125	126	127	127	128	131	133	136	140
Brukere fysioterapi over 67 år	Brukere	54	279	281	285	290	295	300	320	340	365	390	420	465

Ergoterapi er i noe større grad enn fysioterapi rettet mot den eldre delen av befolkningen. Som følge av den sterke veksten i gruppen mellom 67 og 79 år i årene fremover vil det derfor bli en sterkere vekst i behovet for ergoterapi enn fysioterapi, jf tabellen over.



## 2.2 Kommunens samarbeid med brukere, pårørende og frivillige

### Hvor er vi?

*Brukere:* Tjenestekontoret er ofte innbyggernes første møte med helse- og omsorgstjenesten. Tjenestekontoret skal utføre saksbehandling av søknader om følgende tjenester: trygghetsalarm, dagsenteropphold, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, korttidsopphold, avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold, langtidsopphold, støttekontakt, avlastningstiltak i institusjon og i hjemmet, omsorgsbolig, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistent (BPA), støttesamtaler og praktisk bistand - opplæring.

Tjenestekontoret ble opprettet i 2013 og er fortsatt under oppbygging. Gradvis legges ansvar for saksbehandling for de ulike tjenestene inn til kontoret. Det er et uttalt mål at innen 2015 skal saksbehandling og klagesaksbehandling av tjenester i sektor Helse og rehabilitering utføres av tjenestekontoret.

Fordelene ved å opprette tjenestekontor er å sikre en effektiv og økt profesjonalitet i saksbehandlingen. Modellen bidrar til bedre rettsikkerhet for søkere av tjenester med at man utvikler lik tildelingspraksis basert på en nøytral vurdering av brukerens behov og sikrer likhet i tildeling av tjenester. Videre vil tjenestekontoret bidra til en gunstig rollefordeling i organisasjonen ved at skillet mellom forvaltning og drift blir tydelig. For kommunens innbyggere vil også tjenestekontoret bidra til en forenkling i å skaffe seg oversikt over hvilke tjenester som tildeles.

Koordinerende enhet er organisert i kommunens tjenestekontor. Koordinerende enhet skal sikre at brukere med sammensatte og langvarige behov opplever at de får tjenester som er godt koordinert. Koordineringen omfatter både kommunale tjenester og tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom de selv ønsker det. Det er behov for å styrke kompetanse og utvikle gode rutiner knyttet til arbeidet med individuelle planer.

Mange berømmer *frivillige* og *pårørende* for at de yter en betydelig innsats som er et viktig supplement til pleie- og omsorgstjenestene i Aurskog-Høland kommune.

Frivillighetssentralen bidrar til at det blir lettere å engasjere seg som frivillig. Det er et godt samarbeid mellom frivillighetssentralen og eldresentrene. Det vises for øvrig til en nærmere omtale av frivilligsentralen i sektorplanen for teknisk drift og kultur.

Det er tilgjengelig informasjon på kommunens nettside over alle frivillige foreninger i kommunen.

Det er organisert egne støtteforeninger til sykehjemmene hvor pårørende gjør en god innsats. Pårørende gir tilbakemeldinger om at de føler seg godt ivaretatt i møtet med tjenestene og at de opplever at de ansatte har høy kompetanse. Pårørende og frivillige har uttrykt behov for bedre informasjon og at det benyttes flere typer informasjonskanaler.

Utfordringen for kommunen er å utvikle dialogen med pårørende slik at de føler seg enda bedre ivaretatt og dialogen med frivillige slik at bidraget fra denne gruppen i enda større grad kan bli et nyttig supplement til kommunens tjenester.

## Hvor skal vi?

*Brukere:* Etter hvert som man blir eldre kan behovet for bistand øke. I perioder som for eksempel etter en operasjon kan man trenge mer bistand enn det man vanligvis gjør. Det er viktig at de ulike tilbudene blir gitt etter en plan slik at brukerne på kort og lang sikt kan bli mest mulig selvhjulpne. I dialogen med brukerne er det også viktig å legge vekt på at den enkelte også har et eget ansvar for å ivareta egen helse.

Kommunen vil fortsette arbeidet med å utvikle gode rutiner med det nylig opprettede tjenestekontoret og kommunens øvrige tjeneste. Disse rutinene omfatter blant annet bruk av koordinatorene og individuelle planer (IP) for personer med sammensatte og langvarige behov for koordinerte tjenester. I prinsippet ønsker kommunen at den tjenesten som yter størst tjeneste til en bruker skal påta seg koordinatorsansvar. I dag har ikke kommunen innført elektronisk IP, men det er et mål at man i planperioden tar i bruk et slik elektronisk verktøy.

*Frivillige:* Kommunen vil bygge videre på frivilligsentralen for organiseringen av frivillig aktivitet. Det vil bli etablert flere møteplasser mellom de kommunale tjenestene og frivillige organisasjoner og den kommunale koordineringen vil bli styrket. Målet er å utløse økt frivillig aktivitet fra personer som ønsker å yte en innsats gjennom frivillige organisasjoner og som enkeltfrivillige.

*Pårørende:* Kommunen vil vurdere tiltak som kan gi bedre informasjon til pårørende og som kan gi en bedre dialog mellom kommunen og pårørende.

## Hvordan kommer vi dit?

*Brukere:* Hjemmetjenesten støtter allerede brukere med hjelpemidler og ellers det man trenger for å kunne klare seg i eget hjem. Kommunens tiltak for å styrke de hjemmebaserte tjenestene er ellers beskrevet i avsnitt 3.2.

Et aktuelt tiltak er styrking av likemannsarbeidet. Likemannsarbeid skjer på frivillig basis mellom funksjonshemmede og kronisk syke som selv har brukererfaring samt mellom pårørende.

*Frivillige:* Kommunen vil drøfte mulighetene og tiltak som kan sikre økt rekruttering til frivillig innsats fra grupper som unge pensjonister, asylsøkere, uføre, innflyttere og barn og unge.

Andre kommuner har gode erfaringer med å invitere frivillige organisasjoner til et møte for å snakke om hvor kommunen har behov for å hva frivillige kan tilby. Aurskog-Høland kommune vil invitere til et tilsvarende møte og vurdere mulighetene for en sterkere fra formalisering av samarbeidet.

Kommunen vil vurdere hvordan nettsiden kan brukes til å bedre informasjon om frivillig aktivitet. Slik informasjon kan brukes både til å motivere til frivillig innsats og som grunnlag for kommunens dialog med frivillige organisasjoner

*Pårørende:* Kommunen vil gå gjennom rutinene for dialogen mellom pårørende og kommunen. Tiltak som vil bli vurdert er egne kontaktpersoner for pårørende, bedre rutiner for oppfølging av pårørende på telefon, informasjonsskriv rettet mot pårørende og hvordan nettsiden kan brukes til å gi bedre informasjon til pårørende. Det kan også være aktuelt å vurdere andre tiltak.



## 2.3 Hovedstrategier for utvikling av tjenestene

### Hvor er vi?

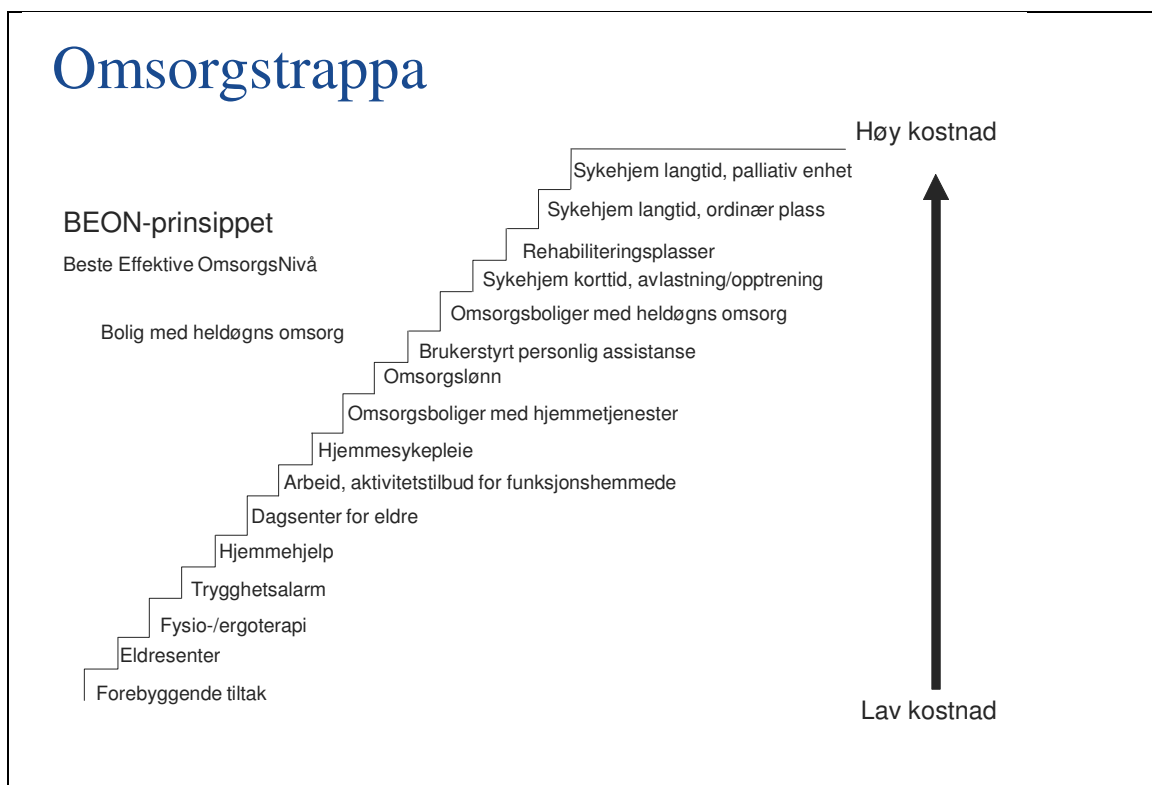
Statistikken fra Kostra viser at institusjonstjenester er høyt prioritert og hjemme-tjenester er lavt prioritert.

### Hvor skal vi?

Et viktig tiltak for å klare å yte en best mulig tjeneste til en lavest mulig kostnad er utnyttelsen av tiltakskjedene. En vanlig tilnærming er å bruke det såkalte BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå). Dette prinsippet innebærer at tiltakene bør være basert på et best mulig omsorgsnivå, slik at brukerne kan bo hjemme så lenge som mulig.

BEON-prinsippet bidrar til å yte tjenester på et slikt nivå at de ikke fratrukker eller hemmer brukerens egenaktivitet og evne til å hjelpe seg selv. Egenaktivitet og selvhjelpenhet øker livskvaliteten og er viktig å opprettholde lengst mulig. Dette kan sies å være det primære formålet med å bruke dette prinsippet. Samtidig bidrar også bruken av prinsippet til rasjonell bruk av kommunale midler.

BEON-prinsippet er fulgt opp ved å bruke den såkalte omsorgstrappa der tilbudene er sortert fra de mest til minst ressurskrevende tjenestene, jfr. figuren under. BEON-prinsippet innebærer altså at brukerne ikke tilbys hjelp lenger oppe i trappa enn nødvendig.



Figur 2.2 Illustrasjon av helse- og omsorgstrappa

Kommunen bør ha et differensiert tilbud med kapasitet til å ta imot nye brukere og til å endre tilbudet i samsvar med endringer i behovet. Målet er at tilbudet skal ha den riktige sammensetningen og at tilbudet skal ha god kvalitet. Det er blant annet viktig å sikre tilstrekkelig kapasitet for tilbudene som blir gitt i brukernes egne hjem. Dersom de lavere trinnene i trappa ikke er tilstrekkelig utbygd, vil det kunne føre til mindre



selvhjulpne brukere og økte utgifter for kommunen. En annen konsekvens er at tilbudet blir gitt til relativt få brukere og høye utgifter per bruker.

For å klare denne utfordringen er det viktig at man har en avklaring av hvilken type tjenester og hvor mye av en tjeneste ulike brukere skal få.

I figuren er enkelte av tjenestene som rehabilitering, fysioterapi og ergoterapi definert som helsetjenester i henhold til definisjonen til Kostra. De øvrige tjenestene er kategorisert som pleie- og omsorgstjenester. Det er med andre ord viktig å se helse- og pleie- og omsorgstjenester i sammenheng. Imidlertid er det viktig å være klar over at figuren ikke gir et helhetlig bilde av betydningen av helsetjenestene. Den omfatter ikke legetjenester som tilbys både brukere som bor hjemme og brukere som bor på institusjon. Tilbudet om fysio- og ergoterapi er også et eksempel på et tilbud som kan gis sammen med tilbud på ulike trinn i omsorgstrappa. Dessuten gir figuren ikke oversikt over bredden i helsefremmende og forebyggende tiltak som tilbys som en del av kommunens helsetjenester.

I den offentlige debatten om pleie- og omsorgstilbudet i kommunene har det vært fokusert på viktigheten av at det er tilstrekkelig med sykehjemsplasser. Imidlertid har forskning vist at de fleste ønsker å bo i sitt eget hjem så lenge det er mulig. Samtidig vil det kunne gi en trygghet dersom man visste at man fikk tilbud om heldøgns omsorg når man virkelig trenger det.

### Hvordan kommer vi dit?

Hovedstrategiene i årene fremover er som følger:

*Økt satsing på de nedre trinnene i omsorgstrappen.* Det innebærer økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid og på hjemmebasert omsorg. I neste kapittel blir det beskrevet hvordan kommunen vil satse mer på denne typen omsorg i årene som kommer.

*Tverrfaglig samarbeid:* Det er flere grunner til at det er viktig med et godt samarbeid på tvers av organisatoriske enheter innen helse og omsorg: 1. Sikre et helhetlig tilbud til brukere av flere deltjenester. 2. Bidra til en fornuftig utbygging og prioritering av de ulike delene av tjenesten (omsorgstrappa). 3. Bidra til et godt forebyggende arbeid og en helhetlig tankegang innenfor helse- og omsorgstjenestene. Kommunens satsing på tverrfaglig samarbeid er nærmere beskrevet i kapittel 5.

*Robuste fagmiljøer:* I årene som kommer vil det bli en markert økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester både i Aurskog-Høland kommune og i nabokommunene. Det kan bli knapphet på kvalifisert arbeidskraft. Spørsmålet er hvordan Aurskog-Høland kommune kan lykkes i konkurransen om arbeidskraft både når det gjelder å rekruttere nye ansatte og beholde ansatte som allerede er ansatt i kommunen. Kommunen har i dag mange dyktige fagfolk, men det ser ut til å være mulig å bruke kompetansen mer planmessig. Kommunens strategier og tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling er beskrevet i kapittel 6.

*Kvalitetsutvikling:* Kommunen vil arbeide systematisk for å gi et tilbud av god kvalitet. Dette vil blant annet bli gjort gjennom å ta i bruk kvalitetsindikatorerne omtalt i avsnitt 1.3.



### **Boks: Kommunens visjon og verdier betydning for helse og rehabilitering**

Aurskog-Høland kommunes visjon «den romslige kommunen» symboliserer god plass til alle som bor her, og gir et bilde av en kommune med store skogsområder, glitrende vann og vakkert kulturlandskap. Men visjonen uttrykker i tillegg et ønske om å vise romslighet i alle kommunens menneskemøter. Den minner om at borgere, brukere, pårørende og besøkende skal oppleve respekt, stor takhøyde og god service i sitt møte med kommunen.

Den overførte betydningen konkretiseres ytterligere i kommunens verdigrunnlag «RAUS». I møte med Aurskog-Høland kommune skal innbyggerne oppleve:

**Respekt** – alle har rett til å bli sett, hørt og tatt på alvor

**Ansvar** – vi tar ansvar og er til å stole på

**Utvikling** – vi ser muligheter og gjør noe med dem

**Service** –vi opptrer åpent, ærlig og tydelig

I dette ligger det en forpliktelse om at alle treffpunkter mellom brukere og ansatte og mellom pårørende og ansatte skal kjennetegnes av verdigrunnlaget. Brukere og deres pårørende av tjenester i Helse og rehabilitering skal gjennom det forpliktende verdigrunnlaget møte ansatte som opptrer med respekt, som tar ansvar, bidrar til utvikling og yter service i sin tjenesteproduksjon.

I Helse og rehabilitering er det et lederansvar å sette verdigrunnlaget på dagsorden. Dette gjøres med å gå foran som et godt eksempel, og ved å stimulere medarbeiderne til å yte tjenester etter verdigrunnlaget.

### 3 Fremtidig utvikling av pleie- og omsorgstjenester

#### Boks: Helsefremmende- og forebyggende folkehelsearbeid

Behov for kommunale helsetjenester forventes i vår kommune, som for landet for øvrig, å øke i nær framtid. For å sikre en bærekraftig utvikling vil sektoren øke innsatsen innenfor helsefremmende- og forebyggende folkehelsearbeid i den fremtidige utviklingen av tjenestetilbudet.

Folkehelsearbeidet som utføres i kommunen inndeles gjerne med skille mellom helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid kan beskrives som påfyll av positive faktorer som bidrar til at alle innbyggere får det bedre. Eksempel på dette kan være at man i sykehjem tilrettelegger for frivillighet slik at det utvikles et miljø preget av aktivitet og sosial kontakt.

Forebyggende folkehelsearbeid på sin side har til hensikt å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer. Innenfor denne delen av folkehelsearbeidet vil det for kommunen bli viktig å iverksette tiltak som hindrer sykdomsutvikling hos den enkelte innbygger og bruker. Tilbud om gruppetrening for eldre som ledd i fallforebygging kan være et slikt forebyggende tiltak.

#### 3.1 Tjenester til hjemmeboende og rehabilitering

##### Hvor er vi?

Tjenester til hjemmeboende og rehabilitering består av hjemmetjenester fordelt på Aurskog, Bjørkelangen og Hemnes distrikt, Korttids- og rehabiliteringsavdelingen på Aurskog sykehjem, Avdeling 1 på Bjørkelangen sykehjem, Aurskog-Høland og Rømskog legevakt samt fysio- og ergoterapitjenesten. I det følgende blir disse tjenestene nærmere beskrevet.

Hjemmetjenesten yter bistand i form av *hjemmesykepleie* til en sammensatt gruppe av brukere. Omfanget av bistand er tilpasset brukernes behov og kan variere fra at besøk annenhver uke til hjelp inntil 6 ganger i døgnet. Brukerne er i alle aldergrupper og får bistand som personlig stell, medisinsk behandling, administrering av medikamenter, istandgjøring av måltider mm. Kommunens *hjemmehjelpere* utfører praktisk bistand som rengjøring og innkjøp av mat.

Hjemmeboende eldre med behov for sosialt samvær og aktivisering gis tilbud om *dag-senterplass* ved henholdsvis Ulvehaugen omsorgsboliger på Løken og ved Aurskog sykehjem.

Ved behov for hjelpemidler for kortere perioder, f.eks ved hofteoperasjoner, bruddskader, kan innbyggerne henvende seg til Norasonde, som har ansvar for det kommunale utlånslageret av hjelpemidler i kommunen. Dette kan være enklere hjelpemidler som f.eks rullator og toalettforhøyer. Norasonde har ansvar for utkjøring, innhenting og enkle reparasjoner av hjelpemidler som kommer fra Hjelpemiddel-sentralen i Oslo og Akershus. Dette er hjelpemidler som blir søkt på av forskjellige faggrupper i kommunen der innbyggeren har et varig behov for hjelpemiddelet.

Personer som bor alene og som ikke kan varsle andre dersom de trenger uforutsett hjelp kan få *trygghetsalarm* mot et abonnementsgebyr. For tiden har kommunen 200 trygghetsalarmer som fordeles etter søknad.



Tilbudet om *fysio- og ergoterapi* blir gitt til kommunens innbyggere i alle aldre med behov for habilitering, rehabilitering og tilpasning av hjelpemidler. Tjenesten gis til innbyggere på institusjon, til hjemmeboende, helsestasjon, barnehage, skole og på institutt. Hovedfokus for tjenesten er vedlikehold og forbedring av funksjon.

Ergoterapitjenesten består av 3,03 årsverk. Fysioterapitjenesten består av 3,80 årsverk kommunalt ansatte og 13 privatpraktiserende fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd fordelt på 6 institutter på Aurskog, Bjørkelangen, Løken og Hemnes.

Ved sykehjemmene på Bjørkelangen og Aurskog er det i alt 30 *korttidsplasser* og 5 *rehabiliteringsplasser*. Tilbudet blir gitt brukere med behov for opptrening, medisinsk behandling eller avlastning. Et viktig mål er å gi brukerne økt mestring slik at de kan klare seg i egne hjem. Tjenestene er organisert med sikte på et nært samarbeid med hjemmesykepleien med sikte på at hjemmeboende skal få et helhetlig tilbud.

En felles utfordring for hjemmetjenestene er at det blir *flere brukere* og at det skjer en *endring i behovet*

- Antall brukere med behov for bistand øker
- Økt antall demente
- Flere yngre brukere har rusproblemer og/eller psykiske problemer
- Samhandlingsreformen har ført til at pasientene blir skrevet til korttidsavdelingen tidligere i pasientforløpet enn før.

Endringen i brukerne utfordrer *kompetanse, arbeidsmåte og organisering* av tjenestene:

- Kravet til kompetanse innen medisin på korttidsavdelingen øker. Det er nødvendig med gode prosedyrer for samarbeid mellom sykehjemslegen og fastlegen.
- Det er behov for å styrke kompetansen som knytter seg til rehabilitering av slagrammede, og da særlig innenfor området logopedi.
- Demente får i dag tilbud på korttidsavdelingen. Demente har behov for et tilbud som i større grad er skjermet. Et slikt tilbud vil gjøre det lettere å få opptreningen på korttidsavdelingen til å fungere som planlagt.
- To korttidsavdelinger innebærer at det er krevende å utnytte ressursene på tvers av avdelingene. Det er også forskjeller i tilbudet som blir gitt av de to avdelingene. En del av korttids plassene er fylt av beboere som venter på langtids plass.
- Det er behov for å styrke kompetansen om rus og psykiatri
- Tjenesten har tradisjonelt overtatt for mye av ansvaret for livet til den enkelte bruker. De drives for lite etter metoden «hjelp til selvhjelp» (egenmestring). Videre har tjenesten tradisjonelt fokusert på rehabilitering fremfor forebygging
- Ergoterapeutene bruker mye av sin tid til behandling av søknader om hjelpemidler. Mer av tiden burde vært brukt til å bistå bruker i mestring av dagliglivets aktiviteter og til forebyggende arbeid.
- Det er behov for at fysioterapeutene i større grad prioriterer gruppebehandling og forebyggende arbeid. Knappe ressurser bidrar også til at man må prioritere bort tiltak til personer med kroniske diagnoser/ problemstillinger

- Lite ressurser settes inn mot forebygging og behandling blant barn og unge i fysioterapitjenesten
- Ventetid på fysikalske institutter er inntil 3 mnd, for psykomotorisk behandling 1 år.

### Hvor skal vi?

Et viktig mål er å utløse innbyggernes og brukernes ressurser slik at den enkelte kan ta større ansvar for eget liv. For å nå dette målet vil kommunen styrke samarbeidet med den enkelte bruker og frivillige og pårørende (jf avsnitt 2.2). Videre vil kommunen innføre hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som arbeidsmetode og ta i bruk velferdsteknologi (trygghetepakker) slik at flere kan bo i egne hjem.

Det lages en plan for å styrke kompetansen på områder som demens, rehabilitering, palliasjon, hjerneslag, rus, psykisk helse og forebygging. Det er et mål å styrke logopedi i tjenesten i samarbeid med oppvekst og utdanning. Videre bør kreftkoordinatoren bli en fast del av kommunens tilbud.

Tilbudet om aktivisering av demente på dagtid blir styrket med sikte på å øke livskvaliteten til demente og gi avlastning for pårørende.

Fysio- og ergoterapeutene prioriterer i større grad forebygging og behandling blant barn og unge, gruppebehandling, kronikergrupper og forebyggende arbeid. Det er foretatt en vurdering av fordelingen av arbeidsoppgaver mellom kommunale og privatpraktiserende fysioterapeuter.

Alle korttids- og rehabiliteringsplasser samles på Bjørkelangen, noe som vil gi bedre utnyttelse av ressursene, et mer robust fagmiljø og et bedre tilbud til brukerne. Det tilbys egne plasser til demente i tilpassede omgivelser. Videre gjennomføres det tiltak som kan bidra til at korttidsplassene kan fungere etter intensjonen.

### Hvordan kommer vi dit?

I årene som kommer må økte ressurser til kommunen som følge av flere eldre kanaliseres til hjemmetjenesten. En slik strategi vil være fornuftig for å møte den sterke veksten i gruppen mellom 67 og 79 år med sikte på at denne gruppen i størst mulig grad kan klare seg selv og bo hjemme.

Det startes et prosjekt for å utvikle en modell for hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som er tilpasset Aurskog-Høland kommune. Modellen skal omfatte en utvikling av bruken av innsatssykepleiere som tilbys brukere med fall i funksjonsnivå.

Prosedylene for samarbeidet vil bli styrket. Disse prosedyrene omfatter samarbeidet med tjenestene internt i kommunen, med sykehuset og andre eksterne og med pårørende og frivillige. Modellene for tverrfaglig samarbeid vil bli styrket.

Kommunen vil også innføre velferdsteknologi med trygghetspakker som et aktuelt tiltak. Innføringen vil være basert på erfaringer med utprøving av slik teknologi.

Det vil bli drevet et holdningsskapende arbeid blant ansatte i tjenestene med fokus på helsefremmende folkehelsearbeid.

Fysio- og ergoterapitjenesten må gjøre en grundig gjennomgang av tjenesten i forhold til ressursbruk og kompetanse. Videre må man endre ressursbruken ved å komme inn tidligere og forebygge mer, herunder prioritere barn og unge. I forhold til hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og tverrfaglig arbeid skal fysio- og ergoterapitjenesten være en pådriver. Samt utvikle tett samarbeid med



innsatssykepleiere og hjemmetjenesten som del av hverdagsmestring og ved fall i funksjonsnivå hos den enkelte bruker.

## 3.2 Sykehjem

### Hvor er vi?

Kommunen tilbyr *somatiske langtidsplasser* ved Aurskog sykehjem (41 plasser), Bjørkelangen sykehjem (27 plasser) og Hemnes sykehjem (15 plasser). Hemnes sykehjem har i tillegg 13 såkalte *trygghetsplasser* (aldershjems plasser). Her blir det gitt heldøgns pleie og omsorg, medisinsk behandling, fysisk og sosial aktivisering samt opptrening.

Det er *egne plasser for demente* ved Bjørkelangen (12 plasser) og ved bokollektivet på Hemnes (16 plasser). Plassene for demente blir gitt demente som er urolige, har utferdstrang, har utbytte av miljøarbeid og tilpassede aktiviteter, samt trenger å bo i små enheter. Brukerne får tilbud om turer, arbeidsstue, trim, lesing, medsitning av personell mm.

Tjenestene har følgende utfordringer:

- Det er behov for flere plasser til demente og for å bedre rutinene for flytting av brukere mellom ulike type plasser.
- Det er behov for å styrke det forebyggende og tverrfaglige samarbeidet. For eksempel vil et økt tilbud om fysioterapi kunne bidra til å styrke gangfunksjonen hos brukerne.
- Kompetansen om psykiske lidelser bør styrkes slik at tilbudet kan utvikles og forbedres.
- På sykehjemmet er det mange deltidsstillinger. Resultatet er at det blir mer krevende å følge opp ansatte, redusert kompetanse i helgene og svekket kvalitet i tilbudet til brukerne.
- Samarbeidet med frivillige er i for stor grad preget av tilfeldighet.

Bjørkelangen sykehjem startet, startet som eneste sykehjem, prosessen mot sertifisering som Miljøfyrtårn allerede i 2007. Siden høsten 2011 har Miljøfyrtårn hatt noe redusert fokus.

### Hvor skal vi?

Alle avdelinger skal ha ansatte med tilstrekkelig kompetanse til å løse de utfordringer tjenesten står over for. Kommunen skal lykkes med å rekruttere kompetent personell i konkurranse med andre kommuner (jf kapittel 7).

Tjenestene skal utvikle en kultur for å jobbe helsefremmende og forebyggende slik at brukere opplever god helse og har livsglede.

Omfanget av deltid skal reduseres.

Tjenesten skal utvikle rutiner som sikrer godt samarbeid med pårørende og frivillige.

Samtlige av virksomhetene (bygg) til Aurskog-Høland kommune skal sertifiseres som Miljøfyrtårn, også sykehjemmene.

### Hvordan kommer vi dit?

Tilbudet til demente på sykehjem skal bli mer differensiert.

Det er trolig nødvendig å rekruttere sykepleiere med spesialkompetanse innen områder som geriatri, psykisk helse, demens og palliasjon.

Kommunen vil utvikle tiltak som kan øke den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen og redusere omfanget av små stillinger.

Oppgavene på sykehjemmene vil bli gått gjennom med sikte på en god arbeidsflyt og en hensiktsmessig fordeling mellom ulike faggrupper.

Frigjøre fagansvarlige sykepleiere til å løse oppgaver i forhold til sykepleieroppgaver, dokumentasjon, kvalitetsutvikling, ivareta studenter, lærlinger og elever på en god måte, og for å få inn mer frivillighet i sykehjemmene.

Det vil bli utarbeidet prosedyrer for samarbeid med frivillige og pårørende. Et aktuelt tiltak er å peke ut egne ansatte til å følge opp frivillige.

Hvert år velges ett sykehjem for sertifisering som Miljøfyrtårn. Virksomhetene må etablere Miljøfyrtårn-gruppe og starte prosessen mot sertifisering. Stab Plan og Utvikling bistår med veiledning. Det er viktig å samarbeide, og felles systemer for miljøledelse skal utarbeides der det er mulig og hensiktsmessig.

#### **Boks: Sats på utbyggingen av sentrumsnære boliger**

Mange kommuner opplever at enkelte allerede fra 50-årsalderen ønsker å flytte fra eneboliger til sentrumsnære leiligheter. Slike flyttinger kan både være begrunnet med ønske om en mer lettstelt bolig og med mulighetene en slik bolig gir for å delta i ulike aktiviteter som finner sted i sentrum. Enkelte av våre informanter har pekt på at et tilsvarende behov også finnes i Aurskog-Høland.

Det bør foretas en kartlegging av behovet for ordinære leiligheter sentralt i kommunen. Samtidig kan man også kartlegge behovet for omsorgsboliger som tilfredstiller kravene til Husbanken. På dette grunnlaget kan man dimensjonere en fremtidig utbygging av ulike type boliger i sentrum av kommunen.

Utviklingen innebærer altså at en større del av hjemmetjenestene blir tilbudt sentralt i kommunen. Denne typen boliger vil kunne gi en rasjonell utnyttelse av den ambulante hjemmetjenesten fordi behovet for transport blir redusert.

Noe av dette arbeidet foregår gjennom arbeidet med kommuneplanen. Kommunen bør også vurdere å innarbeide denne planleggingen som i den boligsosiale handlingsplanen. Disse to plandokumentene kan være nyttige verktøy i utviklingen av dette tilbudet.

### **3.3 Tilbudet innen området nedsatt funksjonsevne**

#### **Hvor er vi?**

Tilbudet til brukere med nedsatt funksjonsevne omfatter egne boliger, boveiledning, avlastning, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent (BPA) og aktivitetstilbud. I det følgende blir tilbudet nærmere beskrevet.

*Boliger:* Ved Riserveien bolig gis det botilbud til yngre brukere med nedsatt funksjonsevne på grunn av fysiske skader og/eller sykdom. På Bjørkelangen og Løken er det boliger til voksne mennesker med nedsatt funksjonsevne på grunn av utviklingshemming.



*Boveildning:* Det blir gitt opplæring og veiledning i dagliglivets gjøremål, sosiale ferdigheter med vekt på kommunikasjon. Brukerne får bistand til personlig hygiene, måltider, daglige aktiviteter, husarbeid mm. Målet er at veiledningen skal fremme muligheter til læring, mestring og økt selvstendighet. Tilbudet blir gitt i kommunale boliger og i brukernes egne hjem.

*Avlastning:* Tilbudet blir gitt til foreldre og foresatte med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Kommunen disponerer en avlastningsbolig med to plasser. Det blir også gitt avlastning i private hjem og kjøp av plasser ved i private institusjoner. I tillegg gis det tjenester i form av etter-skole avlastning for ungdom som på grunn av nådd alder ikke lenger har tilbud om Sfo i skolen.

*Støttekontakt:* Personer som trenger personlig assistanse til deltakelse i fritidsaktiviteter kan få innvilget støttekontakt.

*Brukerstyrt personlig assistent (BPA)* tilbys sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming. Brukere med BPA har sammensatte og omfattende tjenestebehov, er i stand til å ta arbeidslederrollen og har egeninnsikt og ressurser til aktivt liv i og utenfor boligen.

*Aktivitetstilbud* gis til mennesker med funksjonshemming ved arbeidsmarkedsbedriftene Asvo Bjørkelangen AS og Neverstua AS i form av varig tilrettelagt arbeid (VTA-plass).

Tjenestene har følgende utfordringer:

- Det er behov for flere boliger. Mange av brukerne trenger boliger gjennom hele sitt voksne liv og kanskje inn i alderdommen. For tiden er det ingen ledige boliger.
- Effektivt bruk av bemanningen er en utfordring. På hverdager får de fleste brukerne tilbud om aktivisering utenfor boligen på dagtid, noe som innebærer et lavt behov for bemanning i boligene på dagtid hverdager. Utfordringen er å lage gode turnuser som bygger på brukernes behov for bistand gjennom uka.
- Tilbudet om boveildning blir gitt av ansatte med base på Bjørkelangen og Løken. Det kan være lang reisevei til enkelte av brukerne.
- Det er krevende å finne privat hjem og private institusjoner som kan gi avlastning, blant annet som følge av kompetansen som er nødvendig for å utføre tjenesten.
- Rekruttering av støttekontakter er noe vanskelig. Brukergruppen har blitt mer krevende og det stilles derfor større krav til oppdragstaker. Veiledning av støttekontakter er ressurskrevende.
- Det er lav gjennomstrømning på arbeidsmarkedsbedriftenes VTA-plasser og konsekvensen av dette er at nye brukere ikke får egnede plasser.
- Ordningen med BPA krever mye administrasjon med ansettelse, lønn, opplæring, oppfølging av sykefravær mm. Statlige signaler tyder på at ordningen kanskje skal rettighetsfeste, noe som i så fall innebærer langt flere med et slikt tilbud.



### Hvor skal vi?

Det er nødvendig å bygge flere boliger. Arbeidet med prosjektering er i gang i tråd med planene i kommunens boligsosiale handlingsplan.

Tilbudet som gis i boligene bør i større grad differensieres og tilpasses brukernes behov. Målet er å stimulere egenmestring og ikke tilby tjenester på et høyere nivå enn det brukeren har bruk for. Det er viktig å aktivisere ressurser hos brukeren, familien og nettverk som kan bidra til at brukeren klarer seg mest mulig selv.

Flere høyskoleutdannede og tilstrekkelig fagkompetanse vil kunne bidra til å bedre kvaliteten og oppfylle myndighetskrav.

Tilbudet om avlastning må dimensjoneres i henhold til behovet for avlastning. De ansatte må ha kompetanse til å håndtere atferdsproblematikk og andre utfordringer. Det må legges opp til en god utnyttelse av kompetanse og personalressurser på tvers av avlastningsboligene og de andre boligene for målgruppen.

Arbeidsmarkedsbedriftene Asvo Bjørkelangen AS og Neverstua AS har hensiktsmessig organisering vektet etter kompetanse, robusthet og fleksibilitet. Videre har kommunen etablert brukertilpasset dagaktivitetstilbud til mennesker med liten grad av restarbeidsevne.

### Hvordan kommer vi dit?

Det skal utvikles prosedyrer som sikrer en større grad av differensiering av boliger og det øvrige tilbudet til disse brukerne. Målet er å sikre at brukere ikke plasseres på et for høyt omsorgsnivå, en mer effektiv oppfølging av brukere og større gjennomstrømming i boligene.

Det foretas en vurdering om tilbudet om BPA skal gis av et privat firma på oppdrag fra kommunen.

Det vil bli vurdert om det er mulig å styrke tilbudet om avlastning med økt kapasitet, nye lokaler og et eget fritidstilbud tilrettelagt for fysisk aktivitet og fysisk utfoldelse.

Tjenestekontoret har i dag ansvar for både saksbehandling og iverksetting av BPA, støttekontakt og privat avlastning. Det bør vurderes om iverksettingen bør overlates til en av de tjenesteytende enhetene, noe som vil gi en rollefordeling på linje med de øvrige tjenestene.

Hensiktsmessigheten i organiseringen av dagens to arbeidsmarkedsbedrifter Asvo Bjørkelangen AS og Neverstua AS, og annet dagaktivitetstilbud i kommunal regi er utredet i eget prosjektet med vektlegging på økt kompetanse, robusthet og fleksibilitet.

## 3.4 Tilbudet innen psykisk helse

### Hvor er vi?

Kommunen gir et tilbud til voksne med psykiske lidelser som omfatter et dagsenter-tilbud, gruppeaktiviteter, samtaletimer med psykiatrisk sykepleier/hjelpepleier samt heldøgns botilbud i form av 6 leiligheter. Tilbudet blir gitt ved Linåkerveien ressurscenter på Aurskog.

Det er store forskjeller mellom brukerne når det gjelder graden av psykisk lidelse. Personer med lettere psykiske lidelser som eksempelvis lett depresjon får tilbud om deltakelse i gruppeaktiviteter og/eller samtaler med psykiatrisk sykepleier eller psykiatrisk hjelpepleier. Alvorlig psykisk syke brukere med kroniske tilstander får bistand som boveiledning, praktisk bistand mm.



Innbyggere som ikke er i aktivitet på dagtid som følge av uførhet, sykemelding mv. får gjennom FYSAK tilbud om aktiviteter som gå-grupper, svømming, golf og trim i trimrom.

#### **Hvor skal vi?**

Tjenesten skal være robust og av en slik kvalitet at den kan ivareta forventet økt ansvar som følge av samhandlingsreformen.

Heldøgnsboligene som langtidsleie er avviklet. Bolig som tildes gjennom psykisk helse skal ha form som gjennomgangsbolig. Dette bygger på kommunens grunntanke om å bygge opp under at brukere skal bo i eget hjem.

Tjenesten skal «sluse» folk videre til andre arenaer i livet for økt mestring, normalisering – og ikke minst for at tjenesten skal kunne håndtere stadig nye brukere.

Tjenester skal i større grad gis som gruppetilbud og i mindre grad som individuelle tilbud. Målet er å sikre en økonomisk bærekraftig tjeneste og å hjelpe brukerne med å bygge nettverk.

FYSAK er videreutviklet og etablert som en frisklivssentral i Lokalmedisinsk senter og drives etter statlige anbefalinger.

#### **Hvordan kommer vi dit?**

Tjenesten må gjennomgås og kartlegges – for så å bygge opp en hensiktsmessig organisering som ivaretar behovet til brukergruppen. Det må utarbeides klare rutiner med fordeling av ansvar for tjenester til brukere med psykiske lidelser og rusproblemer. Det må legges økt vekt på forebygging og rehabilitering.

En folkehelseplan vil danne grunnlag for å videreutvikle FYSAK.

### **3.5 Legevakt**

#### **Hvor er vi?**

Kommunens innbyggere, eller andre på gjennomreise, med akutt sykdom eller skade som ikke kan vente til fastlegens åpningstid, gis tilbud gjennom legevakten. Legevakten er i tillegg mottakssentral for kommunens trygghetsalarmer.

En utfordring er at legevakten i for stor grad blir brukt til fastlegeoppdrag (eks. utredninger). En annen utfordring er å bygge opp tilstrekkelig kompetanse til etablering av øyeblikkelig hjelp døgnenger fra 2016. Det kreves noe annen kompetanse når man skal ivareta pasienter over hele døgnet sammenliknet med legekonsultasjonene som utføres i dag.

#### **Hvor skal vi?**

Kommunen skal etablere en legevakt samorganisert med øyeblikkelig hjelp døgnenger som drives etter intensjonen og veileder.

#### **Hvordan kommer vi dit?**

Det etableres et lokalmedisinsk senter med samdrift av legevakt og øyeblikkelig hjelp døgnenger.

### **3.6 Sentralkjøkken og vaskeri**

#### **Hvor er vi?**

Kommunens sentralkjøkken og vaskeri er organisert under sykehjemstjenesten.

Sentralkjøkkenet produserer all varm mat som serveres ved kommunens sykehjem, samt har ansvar for produksjon, organisering og hjemkjøring av middagsmat til brukere av hjemmesykepleien som ønsker å få tilkjørt middagsmat. Sentralkjøkkenet har også ansvar for drift av rådhusets kantine og å levere mat til politiske og administrative møter.

Sentralkjøkkenet er kun bemannet på dagtid, og kantina er kun bemannet i 1,5 t daglig. Møter med mat på ettermiddag krever innleie av personell, noe som fordyrer tjenesten. Kantina er ikke drevet etter selvkostprinsippet.

Det er forventet at kravet til diettkost vil gi sentralkjøkkenet økte utfordringer både på fag- og driftssiden. Det samme gjelder forventningen om at brukere på sikt vil etterspørre mer valgmuligheter på måltider enn man tradisjonelt har gjort i sykehjem.

De siste fem årene har kompetansen innen økemat i avdelingen blitt hevet, og veiledning er tilbudt og benyttet. Per 31.12.2013 hadde sykehjemmene via sentralkjøkkenet et forbruk av økologisk mat på ca. 3%.

Mattilsynet krever kompetanse og internkontroll.

### **Hvor skal vi?**

Tilbudet i kantinen gis etter prinsippet om selvkost.

Sentralkjøkkenet har kompetanse til å ivareta behovet for diettkost og det føres god internkontroll i avdelingen. Videre skal sykehjemmene via sentralkjøkkenet ha et forbruk av økologisk mat på minimum 15%.

Sentralvaskeriet utfører vask av privattøy, arbeidstøy og lintøy for kommunens sykehjem.

### **Hvordan kommer vi dit?**

Sentralkjøkkenet må gjøre endringer i innkjøpsvaner. Dette kan oppnås via tilgjengelig veiledning og råd fra andre virksomheter med kompetanse og erfaring fra området.

Videre må sentralkjøkkenet utarbeide en handlingsplan for økt bruk av økologisk mat, i dette arbeidet vil Stab Plan og Utvikling bistå med veiledning.



## 4 Fremtidig utvikling av sosiale tjenester

### Hvor er vi?

NAV Aurskog–Høland ble etablert i 2007 og er et partnerskap mellom Aurskog–Høland kommune og NAV Akershus. NAV er et ledd i en helhetlig nasjonal strategi for et mer inkluderende samfunn og arbeidsliv. Utgangspunktet er at arbeid er den viktigste strategien for å fremme velferd og hindre fattigdom og sosial nød. Arbeids- og velferdspolitikken skal tilrettelegge for deltakelse i arbeidslivet for alle som kan, samt sikre økonomisk og sosial trygghet for alle. Andre viktige ledd i denne strategien er bl.a. tre-parts samarbeidet om et inkluderende arbeidsliv og introduksjonsordningen for innvandrere. Både den samfunnsmessige og individuelle gevinsten ved å korte ned tid med offentlige ytelser ved at folk blir selvhjulpne, er betydelig.

Det fremgår av formålsbestemmelsen i Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) at «*Arbeids- og velferdsforvaltningen skal møte det enkelte mennesket med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet*».

I Stortingsmelding 1 (2013–2014) vektlegges også at et bredt forebyggende perspektiv skal bidra til å endre forhold som skaper og opprettholder fattigdom i oppvekstmiljø, utdanningssystem, innenfor arbeidsmarked og innenfor velferdsordningene. (Prop. 1S Arbeidsdepartementet s.11).

Med utgangspunkt i NAV-lovens formålsparagraf er følgende strategier lagt til grunn for NAV Aurskog–Høland sitt arbeid:

- Arbeidsrettet brukeroppfølgning
- Aktive brukere
- Løsningsdyktig organisasjon
- Integreerte flyktninger
- Samordnet arbeid overfor rusavhengige
- Boligsosialt arbeid

NAV har et omfattende tiltaksapparat. Kommunen har lagt følgende virkemidler inn i partnerskapet:

- Forvaltning av lov om sosiale tjenester i NAV herunder bl.a. økonomisk sosialhjelp, boligsosial veiledning og kvalifiseringsprogrammet
- Økonomisk rådgivning
- Tjenester til rusavhengige
- Introduksjonsordningen for flyktninger
- Husbankordninger som bostøtte, startlån og tilskudd til tilpasning av bolig

Opplæring i norsk og samfunnskunnskap er en viktig del av introduksjonsprogrammet. Disse tjenestene blir gitt av Voksenopplæringen som er organisert i sektor oppvekst og utdanning.

I sitt arbeid har veilederne i NAV fokus på den enkeltes mestrings-, arbeids- og funksjonsevne, ikke type sykdom, skade eller lyte.

Alle som henvender seg til NAV, uavhengig av type ytelse og stønadsbeløp, og som ønsker og trenger bistand for å komme i arbeid, har rett til å få vurdert sitt

servicebehov for hjelp til å komme i arbeid. Utfra resultatet av behovsvurderingen kan det gis oppfølging i forhold til følgende typer servicebehov:

- standardinnsats
- situasjonsbestemt innsats
- spesielt tilpasset innsats
- varig tilpasset innsats

Behovsvurderingen gjøres ut fra:

- Brukerens mulighet til å komme i arbeid
- Hva slags arbeid som skal være målet
- Behovet for bistand for å komme i arbeid
- Hvilken type bistand som kan være aktuell for brukeren

Lokale NAV kontor har ikke beslutningsmyndighet knyttet til statlige ytelser som dagpenger, arbeidsavklaringspenger, sykepenger, foreldrepenger mm, men utøver forberedende saksbehandling og arbeidsrettet brukeroppløpning der det er behov.

Inntektssikring skal gis i henhold til rettigheter etablert i lov. Økonomisk sosialhjelp er en rettighet som utløses når alle andre muligheter er prøvd.

Skal NAV lykkes med samfunnsoppdraget sitt, må brukers samlede behov blir vurdert parallelt med veiledning mot arbeid.

Det er i dag en utfordring å skaffe personer som av ulike årsaker ikke kommer inn på det private boligmarkedet (både leie- og eiermarkedet), et egnet bosted. Det mangler boliger av ulike kategorier i kommunen.

Aurskog-Høland kommune vedtok i desember 2012, Boligosial handlingsplan 2012–2016. Denne planen beskriver også at kommunen må anskaffe boliger til de brukergrupper NAV omtaler.

### **Hvor skal vi?**

For å sikre velferd og hindre fattigdom, er det viktig at alle voksne i yrkesaktiv alder som kan, er i arbeid, utdanning eller aktivitet.

NAV skal bidra til dette gjennom samordnet veiledning av brukerne samt ved å ha fokus på:

- Helsefremmende arbeid som styrker evnen til egenomsorg hos den enkelte bruker
- Økt overgang fra offentlige ytelser til arbeidsinntekt som inntektskilde
- Reduksjon av antall unge arbeidssøkere
- Selvhjulpne flyktninger etter to år i introduksjonsprogrammet

### **Hvordan komme dit?**

For å oppnå NAVs målsettinger, må medarbeiderne tilegne seg nye arbeidsmetoder og bidra til helsefremmende tiltak. Det må arbeides i andre relasjoner og andre nettverk enn man gjorde tidligere. Man trenger både veilederkompetanse og kompetanse om arbeidsgivere og arbeidsmarkedet. NAV innfører i løpet av 2014 både en markedsplattform og en veiledningsplattform.



Markedsplattformen gir basiskompetane som alle veiledere skal ha. Ved å jobbe utviklingsorientert med basis i plattformen skal dette bidra til at personer med nedsatt arbeidsevne og andre utfordringer kan inkluderes i arbeidslivet.

Veiledningsplattformen gir basiskompetanse innenfor veiledning, og det forventes at ansatte gjennom dette får et fokus på å veilede brukerne til å foreta selvstendige valg og planlegge egne karrierer med hensyn til arbeid, aktivitet og mestring.

Denne kjernekompetansen i NAV, vil være under kontinuerlig utvikling. Det er et mål at flere veiledere tar videreutdanning innenfor veiledning og arbeidsmarkedskompetanse.

### **Arbeidsrettet brukeropfølging**

Viktige suksesskriterier for å øke overgangen til arbeid, er arbeidsrettet aktivitet og tett individuell veiledning og oppfølging av brukerne. Dette krever at fokuset til veilederne/saksbehandlerne dreies fra ytelser til oppfølging. I en omstillingsfase vil man sannsynligvis oppleve noe produksjonsnedgang og økte utbetalinger, men ved å komme tidlig inn med god oppfølging, vil nye brukere motta ytelser i kortere tid enn det som har vært vanlig tidligere. Noe som gir gevinster både for den enkelte og for samfunnet.

I følge gjeldende lovgivning er det mulig å stille aktivitetskrav til mottakere av offentlige ytelser. Dette krever imidlertid at Nav har aktiviteter å tilby, og veiledningskapasitet til oppfølging. NAV Aurskog–Høland har i 2014 startet opp med ungdomsteam og «Jobbhus» for unge arbeidssøkere, noe som skal utvikles videre i planperioden.

Hovedutfordringen er å ha tilgjengelige praksisplasser med en gang det er satt vilkår om aktivitet for utbetaling av offentlig ytelser.

Tiltak:

- I samarbeid med andre kommunale instanser som HR-avdelingen og fagsektorene systematiseres praksisplasstilgangen i kommunen.
- I region NAV Nedre Romerike, er det under vurdering om vi skal utrede en felles «arbeidssentral» (jfr. «Dagsen» i Oslo) for arbeidsoppgaver som ledige kan utføre.

### **Aktive brukere**

Som et resultat av styrket veiledningskompetanse, vil veiledernes ferdigheter i samhandling med brukerne både en til en, i grupper og elektronisk, styrkes. Brukerne skal veiledes til selvbetjening der slike løsninger er utviklet for å friggi tid til oppfølging av brukere der behovsvurderingen tilsier tett oppfølging.

Helsedirektoratet fastslår at arbeid er viktig for den psykiske helsen. Arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom å skape rammer i hverdagen og bidra til aktiviteter, sosialt samvær, inntekt og tilhørighet. Det må derfor utvikles et tett samarbeid mellom behandlingstjenestene og NAV.

Tiltak:

- Utvikling av lavterskeltilbud for personer som strever enten det er somatisk, psykisk helse eller rus.

### **Integrerte flyktninger**

Bosetting av flyktninger er å anse som en permanent kommunal oppgave, og kommuneadministrasjonen arbeider nå med justering av både legetilbudet og

introduksjonsprogrammet for flyktninger. De planlagte endringene er ment å gi et enda sterkere arbeidsfokus enn i dag. Målet om at flyktningene skal komme i arbeid eller videre i et utdanningsløp etter det toårige introduksjonsprogrammet, skal gjennomsyre integreringsarbeidet. Utviklingen på arbeidsmarkedet tilsier at man må ha gode norskkunnskaper samt fagutdanning (minimum fagbrev eller kompetansebevis) for å få fast arbeid. Når videregående skoler krever grunnskole, blir dette for noen et uoverstigelig hinder, siden kommunen ikke tilbyr grunnskoleopplæring for voksne. Det har vært innledende samtaler med Voksenopplæringen og Kjelle videregående skole i forhold til videregående opplæring på særskilte vilkår for flyktninger etter avsluttet introduksjonsprogram.

Hovedutfordringene knyttet til bosetting av flyktninger er framskaffelse av egnet bolig. Med egnet bolig menes summen av beliggenhet, størrelse og boutgifter. I tillegg ser man viktigheten av sosiale arenaer der flyktningene kan møtes, og samtidig møte etnisk norske personer. Pr. i dag driftes kvinnekafeen av flyktningetjenesten. Det finnes ingen tilsvarende arena for menn.

Tiltak:

- På bakgrunn av det til enhver tid gjeldende vedtak om bosetting av flyktninger og familiegjenforeninger, legges det sammen med stab for plan og utvikling og sektor teknisk drift og kultur, planer for tilgang på boliger
- Samarbeidet med Voksenopplæringen og Kjelle videregående skole utvikles
- Sikre fleksible og individuelle løsninger p.g.a. endringer i hvor flyktningene kommer fra og når kommunen får melding om bosettingstidspunkt
- Videreføre kvinnekafe, gjerne brukerdrevet eller i regi av frivillige
- Oppfordre til utvikling av en sosial arena for mannlige flyktninger

### Samordnet arbeid overfor rusavhengige

I Stm. 1 (2013–2014) vises det til st. m 30 (2011–2012) Se meg, når det gjelder en helhetlig ruspolitikk. Det sies også at behandlingstilbud i kommuner og spesialisthelsetjenesten forventes bygd ut i tråd med samhandlingsreformen. Det presiseres som i avsnittet aktive brukere, at prosessen knyttet til utvikling av tjenestene som omfattes av samhandlingsreformen må inkludere NAV.

Kommunen har samme ansvar for personer med ruslidelser eller sammensatte rus og psykiske (ROP)-lidelser som for alle andre innbyggere med hjelpebehov. Det er derfor viktig at NAV samarbeider med det øvrige tjenesteapparatet i samtlige tre sektorer samt spesialisthelsetjenesten.

Det er en utfordring at Aurskog-Høland kommune har flere cannabis- og amfetamin-avhengige enn andre sammenliknbare kommuner. Dette fører til at det er unge rus-avhengige som prioriteres for oppfølging av NAV.

Hovedutfordringen i dag, er å sikre rusavhengige et varig botilbud. Helsetilsynet påpeker i tilsynsmeldinga for 2013 at før bosituasjonen er varig og stabil, er det lite formålstjenlig å jobbe sammen med brukerne om direkte arbeidsrelaterte aktiviteter. Personer som ikke kan nyttiggjøre seg arbeidsrelaterte aktiviteter, vil kunne nyttiggjøre seg andre sosiale samhandlingsarenaer for å få struktur på hverdagen og mestringsopplevelser.

Tiltak:

- Videreutvikle internt samarbeid på individ- og systemnivå



- Flere rusavhengige i arbeid
  - Kortsiktige og langsiktige oppfølgingstiltak har arbeid som mål
  - Etablere lavterskel sosialt tilbud for personer som strever

### **Boligsosialt arbeid**

Boligsosialt arbeid omfatter alt fra kommunens innsats for å framskaffe og tildele boliger til tjenester og enkeltvedtak som kan bedre den enkeltes forutsetning for å mestre sin bo- og livssituasjon. Herunder arbeid for å redusere utkastelser og begrense bruken av midlertidig botilbud. Kommunen har etter lovverket ansvar for å ha nok og varierte midlertidige boliger. Kommunestyret vedtok i desember 2012 Boligsosial handlingsplan for 2012–2016.

NAV har i følge Lov om sosiale tjenester i NAV ansvar for å skaffe folk som ikke klarer å skaffe seg bolig på egen hånd, midlertidig egnet bolig på kort varsel. Dette er ofte svært krevende.

Erfaringen viser at ikke alle rusmisbrukere og psykisk syke mestrer å bo i ordinære leieforhold. Mangelen på tilrettelagte varige boliger er et stort problem, noe som gir press på det som skal være gjennomgangsboliger. NAV Aurskog-Høland har siden 2012 mottatt prosjektmidler via Fylkesmannen til et årsverk som miljøarbeider for unge rusmisbrukere og andre uten boevne. Et av målene med tilskuddet er å legge grunnlag for sosial deltakelse og aktivitet/arbeidsrettede tiltak for målgruppen. Vi er nå inne i siste året for dette prosjektet og det tas sikte på at stillingen videreføres etter prosjektperiodens utløp. Et annet kriterium for tilskuddet er at kommunen jobber for gode boligløsninger som muliggjør gode tjenester.

Det er behov for flere boliger for de som ikke kommer inn på boligmarkedet som følge av redusert boevne eller svak økonomi. Boligene må være i ulik størrelse og med ulik grad av kommunal bistand. Nedenfor beskrives tre ulike typer boliger som mangler i dag og som kan styrke NAV`s mulighet til å sette i verk boligtiltak i tråd med lovverket.

- Midlertidige boliger uten bemanning herunder ungdomsboliger som kan tildeles på kort varsel
- Midlertidige og varige boliger med vakthold u/faglig arbeid
- Midlertidige og varige boliger med miljøarbeider/boveileder

Boligenes beliggenhet er også viktig. Svært mange av leietakerne har ikke egen bil, og er avhengig av offentlig kommunikasjon for å komme seg på jobb eller delta i arbeidsrettede tiltak eller andre aktiviteter.

Et viktig virkemiddel i det boligsosiale arbeidet er husbankordningene som bostøtte, startlån, tilskudd til tilpasning av bolig. Fra januar 2014 forvaltes disse ordningene av NAV.

Tiltak:

- Oppfølging av tiltak i boligsosial handlingsplan
- Rullering av bolig sosial handlingsplan – er vedtatte og foreslåtte tiltak i tråd med dagens behov og samhandlingsreformens krav?
- Videreføre boveileder i NAV

NAV Aurskog-Høland samarbeider med mange instanser både internt og eksternt:



- Kommunens fagsektorer og stabsavdelinger
- Næringslivsforeninger
- Private bedrifter
- Offentlige virksomheter
- Videregående skoler
- Oppfølgingstjenesten (Akershus fylkeskommune)
- Spesialisthelsetjenesten

#### **Hvordan vet vi at ønskede resultater nås?**

NAV har et system av indikatorer med både aktivitetsindikatorer og resultatindikatorer. Aktivitetsindikatorene måles fordi man mener at aktiviteten er vesentlig for å nå ønsket resultat.

Det arbeides med utvikling av felles målstyringsverktøy for statlig og kommunalt ansvarsområde i NAV. Det legges til rette for etablering av et minste sett av indikatorer for bruk i NAV-kontorene. Det er et mål at informasjon via lokale målekort kan gi et bilde av NAV kontorenes resultat på nasjonalt nivå. Dett vil kunne bidra til å redusere behovet for ytterligere rapporteringssystemer.

Tiltak:

- NAV Aurskog–Høland følger utviklingen av målstyringsverktøyet nøye, og vil så langt det er mulig, tilpasse sin rapportering dette felles verktøyet.



## 5 utfordringer på tvers av tjenesteområder

### 5.1 Fremtidig struktur for tilbudet

#### Hvor er vi?

Tilbudet som i dag gis på sykehjem og i omsorgsboliger er et resultat av investeringer over mange år i bygningene som er en del av dette tilbudet. Kommunen har utgifter både til investering i nye bygg og til å vedlikeholde eksisterende bygg. Det blir her lagt frem strategier for den langsiktige utviklingen av bygningsmassen slik at kommunen kan få den ønskede sammensetningen av bygningsmassen og unngå feilinvesteringer.

Kommunen har i dag færre omsorgsboliger med heldøgns omsorg enn det som er vanlig i andre kommuner. Flere slike boliger vil kunne dempe behovet for plasser på sykehjem og være i tråd med at kommunen ønsker å bygge opp under at brukere skal mestre å bo i egen bolig.

De såkalte trygghetsplassene på Hemnes sykehjem er et tilbud tilsvarende alders- hjemsplasser og vi ser at brukergruppens behov har endret seg og at tilbudet ikke er etterspørres i samme grad som tidligere.

#### Hvor skal vi?

Samhandlingsreformen innebærer overføringer av oppgaver fra staten til kommunene og innebærer behov for et mer spesialisert tilbud i kommunene. Det er nødvendig med en utbygging av tilbudet i tråd med den nye oppgavefordelingen.

Det er viktig at korttidsplassene ikke fylles opp av langtidsbrukere og at rutiner bidrar til godt samarbeid mellom de ulike enhetene i bruken av korttidsplasser. Kommunen ser ut til å lykkes brukbart på dette området, noe som kan ha sammenheng med at korttidsplassene er organisert som en del av kommunens hjemmetjenester.

#### Hvordan kommer vi dit?

Unge kronisk syke og flyktninger er eksempler på brukergrupper som forventes å kreve økt behov for koordinering og tilpassing fra tjenestene i tiden fremover. Man ser for seg at individuell plan vil være et nyttig verktøy for den enkelte bruker og tjenesteyter, mens koordinerende enhet vil ha systemansvar for koordinering av kommunes samlede tjenester som gis til disse brukergruppene.

Det etableres fire døgnplasser til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plassene samlokaliseres med legevakten i et nytt lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen. Korttids- og rehabiliteringsplassene samles på Bjørkelangen sykehjem, noe som innebærer kort vei til legekompentansen for dette tilbudet.

Resultatet vil være at den mest spesialiserte delen av tilbudet samles på Bjørkelangen. Siktemålet er å bygge et sterkt fagmiljø som også vil kunne være til nytte for resten av kommunen og som vil kunne bidra til å rekruttere dyktige fagpersoner.

Trygghetsplassene på Hemnes sykehjem gjøres om til sykehjemsplasser. Endringen innebærer at driften tilpasses behovet og en utnyttelse av bygningsmassen som innebærer at kommunen ikke trenger å investere i nye sykehjemsplasser.

Nye sykehjemsplasser vil i hovedsak bli bygd som korttidsplasser og langtidsplasser for demente.

De to tabellene under illustrerer en mulig sammensetning av tilbudet i 2017 og 2030. Det er lagt til grunn en utvikling av det samlede antall plasser i tråd med befolknings-

utviklingen i kommunen og en endring av sammensetningen av tilbudet i tråd med strategiene omtalt i dette avsnittet.

Institusjon- og botilbud	2014	2017	2030
Sykehjem langtid – demens	28	28	60
Sykehjem langtid – somatisk	74	87	96
Sykehjem korttid/rehabilitering/avlastning	35	36	44
Trygghetsplasser	13	0	0
Øyeblikkelig hjelp døgn	0	4	4
SUM	150	154	204
Omsorgsbolig	22	34	72

Tabell 2

Institusjon- og botilbud		2014	2017	2030
Hemnes	Sykehjem langtid – somatisk	15	28	28
	Sykehjem langtid – demens	16	16	16
	Trygghetsplasser	13	0	0
Aurskog	Sykehjem langtid – somatisk	41	58	68
	Sykehjem langtid – demens	0	0	16
	Sykehjem korttid/rehabilitering/avlastning	17	0	0
Bjørkelangen	Sykehjem langtid – somatisk	18	9	9
	Sykehjem langtid – demens	12	12	28
	Sykehjem korttid/rehabilitering/avlastning	18	36	44
	Øyeblikkelig hjelp døgn	0	4	4
	SUM	150	154	204
Omsorgsbolig		22	34	72



## 5.2 Behov for boliger og arealer

### Boliger

- Boligsosial handlingsplan
  - Er nylig utarbeidet og beholdes som egen plan
  - I sektorplanen for teknisk vil det bli referert til behovet for nye boliger i denne planen
  - Planen vil også bli referert i planen for helse og rehabilitering – Det er imidlertid behov for en mer detaljert analyse av behovet for omsorgsboliger og boliger til flyktninger.

I boligsosial handlingsplan er ikke omsorgsboliger omtalt

Flyktningeboliger må ligge i områder med god infrastruktur.

### Arealer

Behov for arealer bør avklares slik at det settes av arealer i kommeplanen

- *Lokalmedisinsk senter:* Det er satt av arealer mellom rådhuset og Bjørkelangen
- *Omsorgsboliger eldre:* Det bør bygges omsorgsboliger på Bjørkelangen og kanskje også på Aurskog og Hemnes. I Hemnes skal det være en tomt til boliger for eldre. Spørsmålet er om disse skal brukes til omsorgsboliger?
- *Omsorgsboliger psykisk helse* Kommunen gir i dag et tilbud på Linåkerveien i lokalene til det gamle aldershjemmet. Denne bygningsmassen er gammelt og krever stadig vedlikehold blant annet pga vannlekkasjer.
- *Avlastningsbolig funksjonshemmede* finnes i tilknytning til Poppelveien. Kommunestyret har fattet vedtak som sikrer finansiering til et utvidet avlastningstilbud til målgruppen. Tilbudet til denne brukergruppen bør utredes nærmere.
- *Samlokaliserte boliger for psykisk utviklingshemmede.* Arbeidet med disse boligene er allerede startet opp.
- *Dagtilbud demente:* Et slikt tilbud er allerede etablert på Bjørkelangen tre ganger uka. Kommunen har en eierandel i LHL-bygget hvor fellesarealet brukes til ulike tilstillinger. Det blir flere demente og det er nødvendig med et utvidet tilbud til denne gruppa.

Rehabiliteringsplassene på sykehjemmet treffer de eldste. Behov for et opplegg for hjemmerehabilitering rettet mot litt yngre brukere.

## 5.3 Konsekvenser av samhandlingsreformen

### Hvor er vi?

Samhandlingsreformen er en såkalt retningsreform som har målsetning om at færre pasienter skal behandles i sykehus ved at kommuner skal ha økt satsning på

forebygging, tidlig intervensjon og jobbe målrettet med folkehelse. Ved samhandlingsreformens innføring fra 1.1.2012 fikk kommunen forsterkede og nye ansvarsområder innenfor helsetjenestene. Reformen har et sett med virkemidler som skal understøtte en ny oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste (sykehus) og kommunehelsetjeneste.

- Kommunal medfinansiering er et økonomisk virkemiddel hvor kommuner skal dekke ca. 20 % av kostnadene ved medisinske innleggelser i sykehus. Ordningen skal stimulere kommuner til å etablere forebyggende tiltak og utvikle sine tjenester til å ivareta en større del av behandlingen av sine innbyggere.
- Medfinansiering av utskrivningsklare pasienter. Helseforetaket fakturerer en kostnad på 4000,- kr pr døgn pr pasient dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten når den defineres som utskrivningsklar.
- Øyeblikkelig hjelp døgn (ØHD). Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp utvides til å gjelde døgnplasser fra 1.1.16. Et av målene med ordningen er å redusere antall «uhensiktsmessige» innleggelser i sykehus og med det redusere antall liggedøgn i sykehus.
- Plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner.

Aurskog–Høland kommune etablerte, sammen med Rømskog kommune, i 2012 et samhandlingsprosjekt på bakgrunn av et ønske om å utrede om de to kommunene i samarbeid kan møte nye krav til tjenester etter innføring av samhandlingsreformen. Prosjektet har utredet og fremlagt forslag til etablering av et lokalmedisinsk senter. Prosjektet har utarbeidet anbefalte løsninger mht organisering, lokaler, samhandling med sykehus, kompetansebehov og hvilke tjenester som skal inngå i et lokalmedisinsk senter.

- Politisk vedtak i kommunestyret om etablering av Lokalmedisinsk senter for Aurskog–Høland kommune og Rømskog kommune – som beskrevet i rapporten
- Kostnadskalkyle for bygget utarbeides i disse dager
- Lagt inn forslag om etablering av 12 omsorgsboliger i Lokalmedisinsk senter
- Antall plasser til korttidsopphold i sykehjem vurderes som tilstrekkelig og dette vises i form av at kommunen i nesten samtlige saker mottar utskrivningsklare pasienter fra Ahus på varslet dato.
- Det er registrert få reinnleggelser av pasienter som er skrevet ut til korttidsopphold etter utskrivelse fra sykehus (reinnleggelse defineres som en akutt innleggelse i sykehus som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivelse fra sykehuset). Få reinnleggelser kan være uttrykk for god faglig kvalitet i tjenesten som gis i sykehjem.

### Hvor skal vi?

- Ha etablert Lokalmedisinsk senter
- Ha etablert øyeblikkelig hjelp døgnenger som mottar pasienter etter avtale med helseforetaket
- Mottar utskrivningsklare pasienter fra sykehus etter avtalen med helseforetaket
- Etablert pasientforløpsavtaler med helseforetaket
- Utarbeidet tverrsektoriell folkehelseplan



---

### Hvordan kommer vi dit?

- Etablering av Lokalmedisinsk senter krever god forberedelse av den poliske behandlingen av saken, samt planlegging i forhold til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene
- Utføre en grundig kartlegging av helsetilstanden til kommunens befolkning, identifisere påvirkningsfaktorer og folkehelseutfordringer, samt utarbeide tiltak for utjevning av sosiale ulikheter
- Økt tverrsektorielt samarbeid kreves for å etablere en folkehelseplan hvor målsettingen er å utjevne sosiale ulikheter
- Økt samarbeid med frivillige

## 6 Modeller for tverrfaglig samarbeid

### Hvor er vi?

Enkelte brukere har et langvarig behov for flere tjenester fra kommunen og kanskje også fra den statlige spesialisthelsetjenesten. I mange kommuner erfarer disse brukerne at tjenestene ikke er tilstrekkelig koordinert. Ofte kan brukerne eller pårørende få et betydelig arbeid med å koordinere tjenestene.

Individuelle planer og koordinatorene er virkemidler som kan bidra til et mer helhetlig tilbud. Det er spørsmål om den organisatoriske inndelingen, og kommunens rutiner og bruk av verktøy i tilstrekkelig grad bidrar til å sikre et helhetlig tilbud til brukere med langvarige og sammensatte behov.

Våre informanter gir tilbakemelding om et godt klima for samarbeid i kommunen. Felles samarbeidsmøter om enkeltbrukere ser ut til å fungere bra. Det gjør også samarbeidet om tildeling av tjenester til enkeltbrukere. Videre ser det ut til å være et godt samarbeid mellom fysio- og ergoterapitjenesten og de øvrige tjenestene i kommunen.

Det er et behov for en sterkere grad av formalisering av arbeidet blant annet når det gjelder kravene i loven om en koordinerende enhet og individuelle planer. Flere informanter har etterlyst en klarere fordeling av ansvar og tydeligere rutiner. Disse områdene bør styrkes i forbindelse med etablering av et tildelingskontor (jf strategi 6).

Den koordinerende enhet bør ha god oversikt over tjenester og brukere og kunnskap om hvem og hvor man tar kontakt ved behov for hjelp. Enheten bør bistå både brukere av tjenestene og ansatte som trenger svar på ulike spørsmål.

Utfordringene er knyttet til følgende forhold

- Rehabilitering foregår i hovedsak i institusjon
- Liten tverrfaglighet til hjemmetjenesten
- Tverrfaglig samarbeid i sektoren og ved øvrige sektorer er noe tilfeldig
- Samarbeid med frivillige og pårørende er ikke satt i system
- Velferdsteknologi brukes i liten skala, hovedsakelig i form av trygghetsalarmer

### Hvor skal vi?

- Jobbe målrettet med rehabilitering innen alle tjenesteområder
- Ha gode overordnede rutiner og etablerte arenaer for tverrfaglig samarbeid på systemnivå
- Bruke IP som metode på individnivå (når brukere har sammensatte og langvarige behov)
- Ha målrettet samarbeid med pårørende og frivillige, som del av å sørge for bærekraftige tjenester
- Tatt i bruk velferdsteknologi og opparbeidet bestillerkompetanse i møte med utviklere av velferdsteknologi
- Etablert e-læringsmoduler for ansatte, brukere og pårørende
- Bygget opp elektronisk pasientjournal slik at den oppfyller lov og forskrift, samt er et godt virkemiddel for tverrfaglig samarbeid



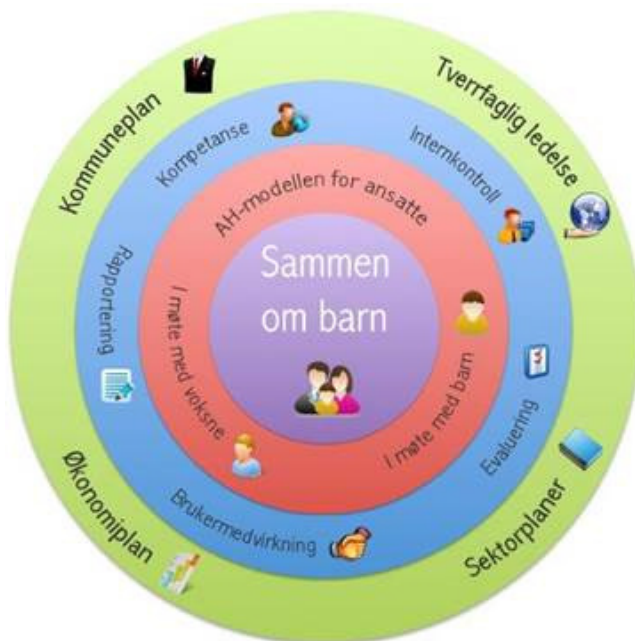
## Hvordan kommer vi dit?

- Jobbe målrettet med rutiner for tverrfaglig samarbeid på system- og individnivå
- Utvikle stimulerings tiltak for deltakelse av pårørende i sektoren og med frivillige
- Tilegner oss kompetanse og prøver ut velferdsteknologiske løsninger
- Deltakelse i forskning innenfor e-læring (2014)
- 

### Boks: Aurskog-Høland kommune som modell for tverrfaglig samarbeid

Aurskog-Høland kommune er sammen med 25 andre kommuner med i et prosjekt som er satt i gang av Barne-, omsorgs- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med prosjektet er å utvikle modeller for tverrfaglig samarbeid som sikrer tidlig innstas og langvarig oppfølging for barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre. Målgruppe 0-6 år. Prosjektet varer fra 2008 til 2014. Dette er et samarbeid mellom sektorene oppvekst og utdanning og helse og rehabilitering.

*Forklaring til modellen:* Sirkelen i midten inneholder de ulike tilbudene som tilbys målgruppen, som feks forsterket helsestasjon, nettverksmøter, foreldreveiledningsgrupper og familieoppfølgingsplan.



Aurskog-Høland modellen for ansatte er en tilnæringsmåte i møte med barn og foreldre som sikrer tidlig innsats og tverrfaglige løsninger.

Den blå sirkelen inneholder strukturer som skal sikre tilbudet til målgruppen, og at Aurskog-Høland modellen brukes.

Den ytterste sirkelen viser hvordan arbeidet er forankret og ledes.



## 7 Rekruttering og kompetanseutvikling

### 7.1 Kompetanse

#### Hvor er vi?

Aurskog-Høland kommune har dyktige fagfolk med spesialkompetanse på mange områder. Eksempler på enheter med slik kompetanse er de skjermede enhetene rehabiliteringsavdelingen, helsestasjon og innen psykisk helse. Gode eksempler er også ansettelsen av en kreftkoordinator og en demenskoordinator med ansvar for disse funksjonene på tvers av organisatoriske enheter. Videre får ansatte "spesialoppgaver" ut fra kompetanse/interesser på områder som for eksempel sår, forflytning, turnus, palliasjon, demens og rehabilitering.

Kommunen har en høy andel ansatte med fagutdanning i faste stillinger (høyest i Akershus).

Kompetansekartlegging blant ansatte ved sykehjem og hjemmesykepleie viser at vi har et nivå som ikke avviker mye fra andre deltakende kommuner.

#### Hvor skal vi?

Det foreslås at det iverksettes et opplegg for mer planmessig bruk og utvikling av kompetanse. En felles "kompetansebank" er et tiltak som kan gi en felles oversikt over kompetansen til den enkelte ansatte slik at kompetansen kan brukes mer systematisk på tvers av organisatoriske enheter. Videre bør det gis tilbud om kurs, faglige oppdateringer og videreutdanning ut fra en plan om ønsket utvikling av kompetanse.

For kommunen blir det viktig med oversikt over behovet i årene fremover for nyansettelsen som følge av ansatte som når aldersgrensen. Behovet for kvalifisert arbeidskraft kan også dekkes gjennom opplæring av ufaglærte.

Aurskog-Høland kommune bør utvikle en strategi for at kommunen skal bli oppfattet som en attraktiv arbeidsgiver slik at kommunen kan hevde seg i konkurransen med nabokommunene om flinke fagfolk. Dersom kommunen oppleves som attraktiv, vil det kunne bidra til å beholde eksisterende ansatte og til å rekruttere nye ansatte.

Virkemidler som kan vurderes er lønn, et godt fagmiljø, faglige utviklingsmuligheter, livsfasepolitikk, en høy andel heltidsstillinger, og gode ordninger for de som ønsker å videreutdanne seg.

Kommunen bør holde god kontakt med utdanningsinstitusjonene med sikte på å tilby lærlingplass og stillinger til flinke studenter og elever.

Økt kompetanse innen områder som forebygging, teknologi og rehabilitering er nødvendig – som beskrevet i nasjonale føringer.

#### Hvordan kommer vi dit?

Ha etablerte tverrfaglige team. Se til modellkommuneprosjektet.

Være gode «bestillere» av kompetanse til våre tjenester, samt stille krav til tjenesteproduksjon og kvalitet.

Utdanningsinstitusjonene er viktig for «vår» videreutvikling, og derfor en viktig samarbeidspartner. Det er derfor viktig med en god dialog og økt samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Ha økt fokus på holdninger og innovasjon i alle tjenester og avdelinger.



Legge til rette for videreutdanning for ansatte i sektoren. I tillegg må det drives systematisk veiledning innad i virksomhetene med tanke på rekruttering og utdanning.

Kommunens omdømme må arbeidsgiver jobbe aktivt med, samt sikre gode og interessante arbeidsoppgaver til ansatte. Etablering av nytt Lokalmedisinsk senter gir nye faglige utfordringer og erfaring fra flere hold tilsier at dette vil bidra til å øke kommunens attraktivitet som et interessant arbeidssted for fagutdannede.

Kommunen må ta i bruk ny velferdsteknologi på relevante fagområder.

## 7.2 Rekruttering

### Hvor er vi?

Erfaringsmessig har det vært ukomplisert å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere til faste stillinger i de ulike tjenesteområdene i sektoren. Noe mer utfordring i forhold til å rekruttere til vikariater, og da særlig sykepleiere. Fysioterapeutstillinger er det lett å rekruttere til, både faste stillinger og vikariater av ulik stillingsstørrelse.

Det vært liten tradisjon for å opprette spesialstillinger innenfor sektoren. Per i dag er det få sykepleiere med videreutdanning og det er ingen geriatriske sykepleiere ansatt i sykehjem eller hjemmesykepleien. Noe flere helsefagarbeidere med videreutdanning innenfor palliasjon, geriatri og psykisk helse.

Noe usikkert om det er utfordringer i forhold til å rekruttere vernepleiere i boveiledertjenesten. Har ofte søkt etter ansatte med 3-årig høyskoleutdanning, med fortrinnsvis vernepleier eller sykepleierutdanning. Boveiledertjenesten har i sin tjeneste flere ufaglærte enn de andre tjenestene i sektoren.

Psykisk helse og rus har det vært lite nyrekruttering siste årene og det er usikkert hvilke rekrutteringsutfordringer denne tjenesten har.

Rekruttering av sykehjemsleger har erfaringsvis vært en utfordring (i tillegg til noe turnover) men ved siste utlysning var det økende antall søkere.

### Hvor skal vi?

Rekruttere flere med spesialkompetanse innenfor alle yrkesgrupper og i alle tjenesteområder.

Trolig vil ØHD- senger kreve noe mer/ny kompetanse enn tjenestene har i dag. Rekruttering av denne kompetansen må skje innen 2016.

Mål om å ta i bruk ny teknologi og generelt jobbe med innovasjon i tjenestene. «Rydde» i administrative oppgaver og se på den indre organiseringen i alle tjenester. Åpne opp for at arbeidsoppgaver kan løses på utradisjonelle måter og av nye yrkesgrupper, samt at eksisterende yrkesgrupper må påta seg nye arbeidsoppgaver.

### Hvordan kommer vi dit?

Annonsering av ledige stillinger skal forbedres. I større grad etterspørre spesialkompetanse som middel for kompetanseøkning i tjenestene, men også for å mobilisere nye grupper av søkere.

Øke andelen store stillinger innen sektoren. Dette kan lykkes ved økt fleksibilitet fra arbeidsgiver og arbeidstaker. Stillingshjemler på tvers av tjenesteområder og avdelinger kan være et middel, økte antall helger i året kan være et annet. Endring av drift i tjenesten, eksempelvis økt antall hjemreiser fra korttidsopphold mot helger, kan være innovative grep som skaper rom for økte stillingsbrøker.

Ansatte med veiledningsansvar for elever, studenter og lærlinger skal få mulighet til å ta veiledningskompetanse som tilleggsutdanning. Dette kan virke rekrutterende overfor aktuelle faggrupper og gi den enkelte ansatte kompetanse og verktøy som vil bidra til et bedre utdanningsløp for studenter, elever og lærlinger.

Innenfor legeyrket er det fra nasjonalt hold forventet at overskuddet vil øke. Man forventer derfor at rekruttering av leger med og uten spesialistutdanning muligens vil bli lettere i fremtiden.

Satse på videreutdanning for høyskoleutdannede og fagskoleutdanning for helsefagarbeidere for de som allerede er ansatt i tjenestene, parallelt med å rekruttere nye ansatte. Utvikle en plan for hvilken kompetanse som må tilføres og motivere ansatte til å starte opp og gjennomføre videre- og etterutdanning.

Skape en kultur for å jobbe med innovasjon i alle ledd og tjenester i sektoren og øke det tverrfaglige samarbeidet med kommunens øvrige sektorer og staber.

Motivere til økt frivillighet og egeninnsats i brukergruppen. Kunnskap om og evne til å koordinere blir viktige verktøy for ansatte i tjenestene.



---

## Register faguttrykk i sektorplan Helse og rehabilitering

**Brukerstyrt personlig assistent (BPA):** Organisering av helse- og omsorgstjenester hvor bruker selv er arbeidsleder for assistenter som utfører tjenesten.

**Individuell plan (IP):** Et skriftlig dokument som beskriver en brukers mål og tiltak for å nå målene. Brukes av de som har langvarige hjelpebehov og som trenger tjenester fra flere aktører.

**Beste effektive omsorgs nivå (BEON):** Et prinsipp om at pasientens tilbudet skal gis på det effektivt laveste nivået av helsetjenesten.

**Velferdsteknologi:** Teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet. Eksempelvis trygghetsalarm, automatisk tenning av lys når man står opp av sengen mm.

**Hverdagsrehabilitering:** Er en type rehabilitering som drives i brukers eget hjem og hjemmemiljø i stor grad utført av hjemmetjenesten.

**Hverdagsmesting:** Et forebyggende og rehabiliterende tanke sett som vektlegger den enkeltes brukers mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå.

**Motiverende intervju:** En målrettet, klientsentrert samtalemetode for å motivere til atferdsendring, samt bistå ved endringsprosesser.

**Øyeblikkelig hjelp døgnplass (ØHD):** Kommunens vil få plikt til å opprette øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen 1.1.2016.

**Lokalmedisinsk senter (LMS):** Kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus.

**Omsorgsbolig:** En tilpasset bolig for mennesker med særskilte behov, og i mange tilfeller vil det være en bolig med livsløpsstandard hvor det ytes helse- og sosialtjenester, gjerne på heldøgns basis.

**Palliasjon:** Er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med alvorlig sykdom og kort forventet levetid.

**Geriatri:** Læren om sykdommer som opptrer i relasjon til alderdom.

**E-læring:** en undervisningsform der man benytter PC, nettbrett eller telefon for å motta lærestoff og oppgaver.