



Kristiansund kommune
I medvind uansett vær

Helhetlig plan for helse og omsorg 2020-2030



Innholdsfortegnelse

1. Forord	5
2. Innledning	6
2.1 Bakgrunn for planen	8
2.2 Overordnede føringer	9
2.3 Kommunale føringer	10
2.4 Kunnskapsgrunnlag	11
2.5 Innovasjon i helse og omsorg	12
2.6 Leve hele livet	13
2.6.1 Slik skal kvalitetsreformen Leve hele livet gjennomføres	14
2.7 Aldersvennlige samfunn	17
3. Befolkningsutvikling	18
4. Gjennomgående perspektiv	19
4.1 Klima- og miljøperspektiv	19
4.2 Folkehelseperspektiv	19
4.3 Anskaffelser	19
5. Arbeid, aktivitet og dagtilbud	20
5.1 Definisjon	20
5.2 Mål og delmål	20
5.3 Dagens situasjon	20
5.4 Utfordringsbildet	21
5.4.1 Dette sier Leve hele livet om arbeid, aktivitet og dagtilbud	21
5.5 Strategi	21
6. Boliger	23
6.1 Definisjon	23
6.2 Mål og delmål	23
6.3 Dagens situasjon	23
6.4 Utfordringsbildet	24
6.5 Strategi	25
7. Sykehjem	27
7.1 Definisjon	27
7.2 Mål og delmål	27
7.3 Dagens situasjon	27
7.4 Utfordringsbildet	27
7.4.1 Dette sier Leve hele livet om sykehjem	28
7.5 Strategi	29
8. Hverdagsmestring	30
8.1 Definisjon	30
8.2 Mål og delmål	30
8.3 Dagens situasjon	30
8.4 Utfordringsbildet	30
8.4.1 Dette sier Leve hele livet om hverdagsmestring	31
8.5 Strategi	31

9. Psykisk helse og rus	32
9.1 Definisjon	32
9.2 Mål og delmål	32
9.3 Dagens situasjon	32
9.4 Utfordringsbildet	33
9.4.1 Dette sier Leve hele livet om psykisk helse	33
9.5 Strategi	34
10. Velferdsteknologi	35
10.1 Definisjon	35
10.2 Mål og delmål	35
10.3 Dagens situasjon	36
10.4 Utfordringsbildet	36
10.4.1 Dette sier Leve hele livet om velferdsteknologi	37
10.5 Strategi	37
11. Frivillighetsarbeid	39
11.1 Definisjon	39
11.2 Dagens situasjon	39
11.3 Utfordringsbildet	39
11.3.1 Dette sier Leve hele livet om frivillighetsarbeid	39
11.4 Strategi	40
12. Sykehuset Nordmøre og Romsdal - Kristiansund	41
12.1 Definisjon	41
12.2 Dagens situasjon	41
12.3 Utfordringsbildet	42
12.3.1 Dette sier Leve hele livet om helsehjelp	42
12.4 Strategi	42
13. Rekruttering og kompetanse	44
13.1 Definisjon	44
13.2 Mål og delmål	44
13.3 Dagens situasjon	44
13.4 Utfordringsbildet	44
13.4.1 Dette sier Leve hele livet om rekruttering og kompetanse	45
13.5 Strategi	45
14. Kommunepsykologer	46
14.1 Definisjon	46
14.2 Dagens situasjon	46
14.3 Utfordringsbildet	47
14.3.1 Dette sier Leve hele livet om psykisk helse	47
14.4 Strategi	47
15. Samfunnsmedisin og fastlegeordningen	49
15.1 Definisjon	49
15.2 Mål og delmål	49
15.3 Dagens situasjon	49
15.4 Utfordringsbildet	49
15.4.1 Dette sier Leve hele livet om fastlegen	50
15.5 Strategi	50

16. Fagplaner	52
16.1 Mattilbud til eldre.....	52
16.1.1 Definisjon	52
16.1.2 Mål og delmål	52
16.1.3 Dagens situasjon	52
16.1.4 Utfordringsbildet.....	52
16.1.4.1 Dette sier leve hele livet om mattilbud til eldre	53
16.1.5 Strategi	53
16.2 Demensomsorg.....	54
16.2.1 Definisjon	54
16.2.2 Mål og delmål	54
16.2.3 Dagens situasjon	54
16.2.4 Utfordringsbildet.....	54
16.2.4.1 Dette sier Leve hele livet om demensomsorgen	55
16.2.5 Strategi	55
16.3 Palliativ omsorg.....	56
16.3.1 Definisjon	56
16.3.2 Mål og delmål	56
16.3.3 Dagens situasjon	56
16.3.4 Utfordringsbildet.....	56
16.3.4.1 Dette sier Leve hele livet om palliativ omsorg	57
16.3.5 Strategi	57
16.4 Habilitering og rehabilitering.....	58
16.4.1 Definisjon	58
16.4.2 Mål og delmål	58
16.4.3 Dagens situasjon	58
16.4.4 Utfordringsbildet.....	58
16.4.4.1 Dette sier Leve hele livet om habilitering og rehabilitering	59
16.4.5 Strategi	59
16.5 Veteranplan	61
16.5.1 Definisjon	61
16.5.2 Dagens situasjon	61
16.5.3 Utfordringsbildet.....	61
16.5.4 Strategi	61
17. Kilder og kunnskapsgrunnlag	62

1. Forord

Som leder i hovedutvalget for helse, omsorg og sosial er det med stor entusiasme, ydmykhet og alvor jeg behandler helhetlig plan for helse og omsorg i Kristiansund. Alvor da jeg vet at de valg vi tar vil få betydning for de fleste i Kristiansund. Som bruker, pårørende og som ansatt. Som innbygger i Kristiansund.

Planen skal gjøre oss i stand til å ta de riktige valgene inn i framtiden. Planen skal bidra til at vi sikrer livskvaliteten for våre innbyggere de neste årene. Denne planen skal være retningsgivende og gjøre oss i stand til å foreta gode beslutninger innenfor mange områder.

Hovedutvalget for helse, omsorg og sosial har hatt en sentral rolle i planprosessen. Vi har mottatt 18 delutredninger som sammen utgjør den største kunnskapsbanken over dagens situasjon innenfor alle de områdene denne helhetlige planen omfatter, samtidig som de peker på de utfordringene vi står ovenfor framover. Selv har jeg fått være med på en av gruppenes arbeid og jeg må bare uttrykke at jeg er imponert over det grundige og gode arbeidet som er gjort av ansatte i kommunen, representanter for brukere, tillitsvalgte for ansatte og alle de øvrige som har bidratt i planprosessen.

Som hovedutvalgsleder er jeg ydmyk over at vi nå skal gå i gang med avslutningen av planarbeidet da jeg vet at de valgene vi tar vil få direkte betydning for de fleste av oss i Kristiansund. Jeg er allikevel trygg på at de politiske beslutninger som skal fattes er basert på oppdatert kunnskap og er godt faglig forankret.

Vi vet hva vi er gode på i Kristiansund. Det skal vi forsterke og gjøre enda bedre. Vi vet hvilke utfordringer vi står ovenfor, og vi må derfor foreta valg som gjør oss i stand til å løse disse oppgavene på en god måte.

Som politiker vet jeg også at vår oppgave er å prioritere innenfor rammen av knappe ressurser. De pengene vi har må derfor brukes med klokskap og omhu.

Av de områdene vi må finne gode løsninger på vil jeg spesielt trekke frem alle de som opplever utenforskap. Vi har over flere tiår opplevd høy arbeidsledighet. Det er velkjent at vi har hatt en for stor andel av befolkningen som har levd med dårlig psykisk helse og rusproblematikk. Noe som fører til at mange lever et liv på siden av samfunnet. Det fører til at mange lever fra dag til dag uten trygghet for seg og sine. Mange av disse er familier med små barn.

Vi lever lengre enn før, og dette er positivt. Dette gjør at vi må tenke annerledes i forhold til hvordan vi som samfunn skal utvikle oss. Vi skal oppleve livskvalitet i alle faser av livet, og vi må derfor tenke hvordan vi kan tilrettelegge i dag slik at det skal bli trygt og godt å bli gammel i Kristiansund. Vi må tenke hvordan vi utformer det offentlige rom slik at alle kan bruke dette. Vi skal legge til rette for at den enkelte kan bo hjemme så lenge det er mulig, og vi skal ha et godt pleie og omsorgstilbud når vi ikke klarer oss lengre.

Det er heller ikke tvil om at vi i Kristiansund i dag har for få sykehjemsplasser til dagens behov og dermed også for å få inn i fremtiden. Derfor er det særs gledelig at planleggingen med arbeidet for å bygge nytt sykehjem allerede er påbegynt. Antall plasser som antydes er 150 nye plasser.

Planen som vi nå skal vedta som helhetlig helse- og omsorgsplan er full av løsninger for ulike grupper med ulikt behov. Det er oppgaver vi ser vi må løse i fellesskap. Vi skal bygge et aldersvennlig samfunn hvor generasjoner gjerne må bo i samme nærmiljø. Tiden hvor vi samler enkeltgrupper for seg selv er over. For meg er fellesskapet viktig og vi skal bo sammen i et samfunn som bidrar til trivsel på tvers av alder og sosial status.

Mitt ønske framover er at flest mulig av politikere og innbyggere engasjerer seg i hvilket bysamfunn vi skal ha i framtiden. En utmerket anledning er å delta og bidra til at helhetlig plan for helse og omsorg blir best mulig når den endelig vedtas politisk.

Arne Grødahl

Leder, Hovedutvalg helse, omsorg og sosial

2. Innledning

Med denne planen legger rådmannen fram helt nye strategier vi skal følge i helse og omsorg frem mot 2030. Strategiene skal bidra til at vi løser opp noen av flokene vi opplever i eldreomsorgen, de skal være vårt svar på Leve hele livet, og de skal vise hvordan denne sektoren skal bidra til å redusere ulikhet og utenforskap i samfunnet. Planen inneholder også strategier som skal legge til rette for et bedre samarbeid med frivilligheten og næringslivet.

Planen du nå sitter med, er en oppsummering av 18 delutredninger. Hver enkelt delutredning gir et godt grunnlag for de strategier som er valgt i planen. Dersom du er spesielt interessert i ett eller flere av temaene som er belyst i Helhetlig plan for helse og omsorg, kan du med fordel lese den aktuelle delutredningen. Tre av delutredningene har vært behandlet i Bystyret underveis i planprosessen, og står slik sett støtt «på egne ben». Det er allikevel av betydning at alle som leser denne planen ser at alt henger sammen med alt. Videre er det et viktig prinsipp at den røde tråden til kommuneplanens samfunnsdel og videre til FN sine bærekraftsmål, skal være synlig for leseren.

Arbeidet med denne planen har tatt lang tid og mye har skjedd siden vi først startet arbeidet. I den spede begynnelse var det et poeng å starte, og å bli ferdig, før kommunevalget i 2019. Vi så tidlig at fremdriftsplanen ikke var realistisk. Lite visste vi også hva 2020 skulle bringe med seg med pandemi og en kommuneorganisasjon som mer eller mindre sto i konstant beredskap. Desto artigere er det å endelig kunne presentere planen.

Eldreomsorgen

Kristiansundssamfunnet er et mangfoldig samfunn og vi har mye å være stolt av. Her er infrastruktur og tjenester bygget opp over flere tiår. Dette er gjort i tråd med de nasjonale føringer som til enhver tid har vært styrende for sektoren, og i takt med kommune Norge for øvrig. Av og til har Kristiansund kommune også gått i front, vært et hestehode foran og på denne måten vært til inspirasjon for andre.

Slik befolkningsframskrivingen viser for Kristiansund, har vi store utfordringer i tiden som ligger foran oss. Vi vil måtte bygge infrastruktur og tjenester for et langt større antall eldre enn kommunen har gjort noen gang tidligere. Måten vi skal bygge og utvikle tjenestene våre på, vil imidlertid fortone seg noe annerledes enn de valgene som ligger bak oss i tid.

Helhetlig plan for helse og omsorg avløser Plan for pleie og omsorgstjenestene 2015-2018. I den sistnevnte planen var det særlig en strategi som også vil følge oss videre inn i fremtiden: Tjenestene må i langt større grad enn tidligere ytes i form av hjemmebaserte tjenester. Denne tematikken er ikke beskrevet i Helhetlig plan for helse og omsorg, men ligger som et grunnleggende prinsipp i alt vi gjør, godt støttet av målet om «lengst mulig i eget hjem». Hjemmebaserte tjenester skal altså fortsatt være et middel for å nå dette målet.

I Kristiansund kommune gjør vi det meste riktig. Allikevel, vi må erkjenne at vi har utfordringer som gjør at det glipper for oss. Det er særlig knappheten på langtidsplasser i sykehjem, gjerne plasser tilrettelagt for demente som utfordrer oss, og som gir negative konsekvenser helt inn i sykehuskorridorene og i folk sine hjem. Når dette skjer får det først og fremst negative konsekvenser for pasientene/brukerne våre og deres pårørende. Pasientene får ikke tjenester på riktig nivå og pårørende får ofte ikke god nok avlastning, støtte og omsorg. Hensynet til pasient og pårørende er kommunens viktigste motivasjon til å gjøre noe med denne utfordringen. I tillegg er det også verdt å merke seg at kapasitetsutfordringene våre påvirker samhandling med våre interessenter, og det gir oss et negativt omdømme. Helhetlig plan for helse og omsorg legger frem flere strategier som til sammen skal løse opp i noen av disse flokene.

Leve hele livet og aldersvennlige samfunn

Det er en rekke sentrale føringer på hva som forventes av en kommune innenfor helse, omsorg og sosial. Allikevel er det ett sentralt dokument som er gjennomgående i planen; *"Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre."* Etter at reformen ble lagt frem, har den fått større og større betydning for all planlegging – også planlegging ut over den som berøres i Helhetlig plan for helse og omsorg. Det faktum at det blir en stor økning i andel eldre, internasjonalt, nasjonalt og lokalt, gir både muligheter og utfordringer. Utviklingen av aldersvennlige samfunn er tett knyttet opp mot arbeidet med FNs bærekraftsmål, der fokuset er tverrsektorielt samarbeid, inkludering og involvering. Helhetlig plan for helse og omsorg svarer i stor grad ut hvordan vi i Kristiansund kommune skal jobbe med Leve hele livet. Det er verdt å merke seg at planen også peker inn i andre sektorer som må ta sin del av ansvaret slik at vi lykkes med aldersvennlige samfunn.

Utenforskap

Sektoren består som kjent ikke bare av eldreomsorg. Her ytes tjenester til mennesker i alle aldre. Helsetjenester til barn og unge under 18 år ivaretas i kommunens oppvekstsektor. Barn som har behov for omsorgstjenester, det være seg avlastningstiltak eller annen assistanse, får slike tjenester tildelt av Tildeling og koordinering.

Sektoren har delansvar, og ikke minst en interesse for å bidra til at flest mulig blir selvhjulpne i eget liv og i så måte et stort engasjement for å motvirke utenforskap.

I følge KS handler utenforskap i det norske samfunnet om at:

- 290 000 barn har foreldre som har psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som gjøre at de sliter i hverdagen.
- 1 av 3 elever som begynner på videregående skole, har ikke fullført utdanningen etter fem år.
- 84 000 barn vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt.
- 700 000 personer i arbeidsfør alder mottar helserelaterte ytelser.
- 85 000 personer med ulik grad av funksjonshemming står ufrivillig utenfor arbeidslivet.
- 37 000 elever mottar spesialundervisning.

KS sier videre at følgende kan lede til utenforskap:

- Omsorgssvikt
- Rus
- Frafall i utdanning
- Fattigdom
- Langvarig sykefravær
- Ensomhet
- Nedsatt funksjonsevne
- Psykiske helseproblemer
- Mobbing
- Manglende integrering
- Arbeidsledighet

I Kristiansund er det pr 01.04.2021 327 barn som lever i familier som mottar sosialhjelp. Mange av disse barna bor også trangt og i leide boliger. Konsekvensen av at barn bærer på bekymringer for familiens økonomi og boligsituasjon, kan være at de ikke er mottakelig for lærdom. Derfor er arbeidet med å redusere utenforskap tverrsektorielt. Helhetlig plan for helse og omsorg peker på hvilke strategier sektoren skal følge opp for å redusere utenforskap. Det er verdt å merke seg at planen også på dette området peker inn i andre sektorer for at kommunen skal lykkes i arbeidet med å redusere utenforskap.

Økonomisk bærekraft

Det vil alltid være en utfordring å finne økonomisk handlingsrom til alle gode tiltak. Dette gjelder ikke minst når ulike spesialområder får anledning til å beskrive dagens situasjon, utfordringsbilde og nasjonale retningslinjer. Helt fra Bystyret vedtok planprogrammet i 2018, har behovet for bærekraftig økonomi vært styrende for planprosessen. Helhetlig plan for helse og omsorg skal peke på strategier som er realistiske og gjennomførbare. Samtidig har arbeidsgruppene vært fritatt fra å tenke økonomi i sitt arbeid og utelukkende kommet med faglige anbefalinger. Derfor kan det være noe ulikt hvilke anbefalinger som står i delutredningene og hva som fikk endelig plass og prioritet i planen.

Planens bidragsyttere

En lang planprosess ligger nå bak oss og rådmannen kan altså legge frem Helhetlig plan for helse og omsorg. Noen vil kanskje nikke anerkjennende til tema som har fått plass i planen, mens andre vil savne et fagområde eller to. Slik er det, alt kan ikke beskrives. Dessuten; det meste i verden vil være gjenkjennbart om fem år og ti år. Om det så skulle være at et viktig fagområde er utelatt eller glemt, får vi en ny mulighet når planen skal revideres om fire år. Helhetlig plan for helse og omsorg er et resultat av at mange medarbeidere har fått, og tatt seg tid til å bidra inn i delutredninger. Tusen takk til alle dere! Å lese alt det gode materialet dere har bidratt med, har utelukkende vært en positiv opplevelse. Her er kunnskap, erfaring og kompetanse vel verdt å være stolt av. Det borger godt for alt spennende arbeid vi skal gjøre i årene som ligger foran oss.

Hovedutvalget for helse, omsorg og sosial har hatt en svært sentral rolle i planprosessen og er "eier" av både prosess og det ferdige dokumentet. Alle delutredningene har, på en eller annen måte, vært gjenstand for hovedutvalgets årvåkenhet. Det er også på sin plass å fremheve og å takke alle rådene for engasjement og deltakelse. Ungdomsrådets bidrag tidlig i planprosessen ga inspirasjon og var kilde til mange nye ideer. Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og ikke minst Eldrerådet har både deltatt underveis i flere arbeidsgrupper og vært referansegruppe i arbeidet med planen. Når endelig vedtak foreligger, blir helhetlig plan for helse og omsorg et godt styringsverktøy for både politisk og administrativ ledelse. Tusen takk for samarbeidet!

Siv Iren Stormo Andersson

Kommunalsjef

2.1 Bakgrunn for planen

Da Bystyret i 2016 behandlet og vedtok «Planstrategi for perioden 2016-2019» i sak 2016/53 het det blant annet:

Det forutsettes at det skal utarbeides en ny Helhetlig plan for helse og omsorg som skal erstatte blant annet tidligere Plan for pleie og omsorgstjenesten og andre delplaner innenfor helse- og omsorgsfeltet.

25.1.2018, sak 18/2 Hovedutvalget for helse, omsorg og sosial behandlet saken "Oppstart planprosess for helhetlig plan for helse og omsorg".

Følgende ble vedtatt:

- *Hovedutvalget for helse, omsorg og sosial ber om at planprosessen for å få utarbeidet Helhetlig plan for helse og omsorg iverksettes.*
- *Planen skal utarbeides med formål om at planen skal ha status som kommunedelplan.*
- *Forslag til Planprogram for helhetlig plan for helse og omsorg legges fram for behandling i bystyret 10.04.2018.*

10.4.2018, sak 18/21 Bystyret behandler "Planprogram Helhetlig plan for helse og omsorg".

Følgende ble vedtatt:

Kristiansund bystyre slutter seg til de føringer som legges til grunn i planprogrammet, herunder at hovedutvalg for helse-, omsorg og sosial inntar rollen som styringsgruppe i planarbeidet. Planprogrammet sendes på høring jfr. kravene i Plan- og bygningslova. Hovedutvalg for helse og omsorg får ansvar for å følge opp eventuelle høringsinnspill til planprogrammet.

Med følgende endringer:

Endring av mandat første kulepunkt - Helhetlig plan for helse og omsorgstjenesten skal utarbeides med bakgrunn i forventet folketallsutvikling, alderssammensetning, kjønn og bakgrunnstallene for ulikhet i Kristiansund samt nasjonale utviklingstrekk for helse og omsorgstjenesten.

Tillegg under delutredning - Hvordan ulikhet og kjønn spiller inn i helsearbeidet vårt.

Tillegg under overskrift «Statlige styringssignaler» - Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet (2015-2020). Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Frivillig Norge.

Tillegg delutredninger - Samspill og samarbeid mellom frivillig sektor og kommunen.

Tillegg - DMS legges inn som punkt 6 i planprogram, kolonne 1.

Tillegg - Med bakgrunn i den stadig økende gruppen multisyke eldre må planen innbefatte utredning av behovet for nytt sykehjem i kommunen.

Følgende oversendes Hovedutvalg for helse, omsorg og sosial:

- Bystyret ber hovedutvalg helse og omsorg innarbeide ovenstående føringer i planprogram.
- Kommunen skal i planprosessen utrede gode arbeidsfremmende tiltak, lønnet arbeid og tilstrekkelig med lærlingsplasser til unge som vurderes å ha nedsatte muligheter på arbeidsmarkedet (ref. s.12).

2.2 Overordnede føringer

Kommuneplanens samfunnsdel ble utarbeidet og behandlet i sin nåværende form høsten 2017, og revidert høsten 2020. Sentralt i kommuneplanens samfunnsdel står visjonen om, og beskrivelsen av den varme, den kloke, den smarte og den modige byen. Innholdet i de fire byene er bygd på FNs bærekraftsmål.



I helse og omsorg er det som i andre sektorer flere statlige styringsdokument som skal følges opp i lokale planprosesser. I arbeidet med Helhetlig plan for helse og omsorg har Kvalitetsreformen [Leve hele livet](#) hatt en sentral rolle. Denne er en oppsummering av føringer som lå i Omsorg 2020, Plan for framtidens primærhelsetjeneste, Mestring og Muligheter, Morgendagens omsorg, Mestring, muligheter og mening. I tillegg har [Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet \(2015-2020\)](#) vært sentral.

Høsten 2020 lanserte Regjeringen sin samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier [Like muligheter i oppveksten](#). Samarbeidsstrategien er brukt for å kvalitetssikre strategiene som skal redusere utenforskap i Helhetlig plan for helse og omsorg



Oversikt over relevante lover og forskrifter

LOVER OG FORSKRIFTER MED LENKE TIL LOVDATA	KORTTITTEL
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30	Helse- og omsorgstjenesteloven – hol.
Lov om helsepersonell m.v. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64	Helsepersonelloven – hpl.
Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61	Spesialisthelsetjenesteloven – sphl.
Lov om pasient- og brukerrettigheter https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63	Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.
Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42	Pasientjournalloven
Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10	Forvaltningsloven – fvl.
Lov om vergemål https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9	Vergemålsloven – vgml.
Lov om barn og foreldre https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7	Barnelova – bl.
Lov om styrking av menneskerettigheter i norsk rett https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30	Menneskerettsloven – mrl.
Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15	Helsetilsynsloven
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring
Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792	Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
Forskrift om pasientjournal https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385	Forskrift om pasientjournal
Forskrift til forvaltningsloven https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-12-15-1456	Forvaltningslovforskriften
Forskrift om elektronisk kommunikasjon med og i forvaltningen https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-06-25-988	eForvaltningsforskriften
Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349	Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester
Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255	Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold

2.3 Kommunale føringer

Kommuneplanens samfunnsdel danner grunnlaget for hvordan vi skal løse vårt samfunnsoppdrag. Den viser en retning for Kristiansund inn i vår nære fremtid og danner utgangspunktet for hvordan vi skal ivareta kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver.

FNs bærekraftsmål utgjør det overordnede rammeverket for utviklingen av Kristiansundsamfunnet. Vi har oversatt og omformulert de globale målene til 10 lokale bærekraftsmål som passer til våre utfordringer og muligheter. Med bakgrunn i de lokale bærekraftsmålene er det definert følgende satsingsområder:

- Den varme byen
- Den kloke byen
- Den smarte byen
- Den modige byen

I tillegg er HR (menneskelige ressurser) og økonomi sentrale satsingsområder for kommunen.

De 4 «byene» illustrerer våre dimensjoner for bærekraft, vår visjon og framtidens Kristiansund.

2.4 Kunnskapsgrunnlag

Helse og kjønn

Da bystyret vedtok planprogrammet for Helhetlig plan for helse og omsorg 10.04.2018, ble rådmannen bedt om å delutrede "Hvordan ulikhet og kjønn spiller inn i helsearbeidet vårt". Denne delutredningen er ikke laget. Helse og kjønn er et svært vidt begrep og bestillingen likeså. I det følgende en liten oppsummering av ulike perspektiver som forskningen har pekt på i sammenhengen mellom kjønn og helse.

Det har blitt hevdet at kvinner er usynlige i medisinsk forskning. En gjennomgang av den medisinske forskningslitteraturen viser at det ikke nødvendigvis er slik, men at kjønnsforskjeller i mange tilfeller ikke kommer godt nok frem i analysene. Kjønn er en viktig faktor i spørsmål om helse, og biologien trosser likestillingen. I kryssningen mellom kjønn og helse ligger det mange interessante perspektiv, ikke bare biologiske forskjeller, men også hvordan maktstrukturer, utdanningsnivå og kulturelle tradisjoner påvirker helsen vår.

«I norsk arbeidsliv har kvinner høyere utdanning enn menn, men flere menn enn kvinner har posisjoner med makt. Inger Haukenes sin forskning har vist at middelaldrende kvinner med lavere utdanning fases ut av norsk arbeidsliv i en takt som er langt høyere enn andre grupper» (I. Haukenes UiB 2020).

En Nova studie fra 2014 viste at en pleietrengende kvinne med en sønn vil få 25 % mer offentlig omsorg enn om hun hadde hatt ei datter. Forskerne forklarer dette med at døtre er forventet å yte mer omsorg. Kravene til kjønnsbalansering i forskningen, øker.

Demens

Demens sykdom er assosiert med kognitiv svekkelse, minnetap og svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial adferd. Det er flere kjente risikofaktorer for utvikling av demens. Demens er ikke bare en nasjonal krise, den er også global og lokal. Det er Alzheimers sykdom som er den mest vanlige typen av demens. Denne diagnosen alene vil globalt kunne øke fra under 30 millioner i 2007 til mer enn 130 millioner i 2050 om utviklingen fortsetter som i dag (Dolgin, 2016).

Nyere studier har vist at den totale forekomsten av demens i Norge kan være høyere enn tidligere antatt og at antallet personer med demens er forventet å øke betydelig i de kommende år om ikke utviklingen kan begrenses eller snus. En framskriving på nasjonalt nivå viser en økning fra 101 000 forekomster i 2020 til 235 000 personer med demens i 2050 og 380 000 i år 2100 (GjØra et al, 2020; Skogli et al, 2020).

Fremskrivende tall for Kristiansund alene, viser en økning fra 495 personer med demens i 2020 til 582 i 2025 og 1072 i 2050. Dette tilsier en prosentvis økning i andelen av befolkningen fra 2,05 til 4,36 %.

I tillegg til de enorme belastningene og personlige kostnadene mennesker som utvikler demens sykdom og deres nærmeste bærer, er også kostnadene for samfunnet og fellesskapet betydelige. Disse kostnadene kan deles i:

1. pleie, helse og omsorg
2. produksjonstap
3. sykdomsbyrde

Nasjonalt er disse samlet beregnet til å øke fra omtrentlig 95 milliarder i 2019 til over 180 milliarder i 2040.

Kostnadene knyttet til helsetjenester for hver pasient fordeles mellom kommune med 76 % og stat 12 % og pasient med 12 % (Vossius et al, 2015; Skogli et al 2015).

Flere risikofaktorer for utvikling av demens er blitt identifisert, og for uten alder, som kanskje den viktigste risikofaktoren, er også faktorer som livsstil, hjertehelse, overvekt og sosial tilknytning blitt fremhevet. Nyere funn tyder også på en sammenheng mellom opplevd grad av ensomhet og isolasjon og risiko for utvikling av demens

Ensomhet

Nærvær av personlige forhold og kvaliteten på disse er funnet å være gode og robuste indikatorer på sykdom og livslengde, og hvor fravær av slike tette relasjoner er en betydelig risikofaktor for god helse (Holt-Lundstad et al. 2017 og Shor og Roelfs 2015). Det er blant annet funnet flere fysiologiske funksjoner og mekanismer forbundet med mangel på sosialt samvær og isolasjon og som er blitt knyttet til helsen vår (Holt-Lundstad et al., 2010). Nyere studier av hjernen viser også at opplevelse av sosial ensomhet, lav tilknytning til andre mennesker og isolasjon, også kan sette synlige spor/avtrykk i hjernen vår, enten i form av strukturelle endringer eller aktivitetsmønstre. (Courtney og Meyer 2020; Spreng et al 2020) Gjennom økt forståelse og kunnskap om slike sammenhenger er det håp om at vi med tiden kan utvikle bedre verktøy for forebygging og behandling av sykdom, sammenhenger mellom økt grad av ensomhet og svekkelser i kognitive evner (Read et al 2019).

Den fjerde alder

Professor emeritus Anders Grimsmo ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, viser i sin forskning til endringer i aldring. Grimsmo understreker betydningen av tidlig identifisering, proaktive intervensjoner og forebygging i arbeid med eldre.

Mange seniorer i dag er friske langt opp i høy alder og lever lengre uten hjelpebehov. Derfor innføres nå en relativ ny benevnelse av menneskets utvikling og aldring. Han benevner den første, andre, tredje og fjerde alder.

- Den tredje alder omtaler han som den spreke pensjonist som kjennetegnes av arbeidsfri, god helse og god økonomi. Den tredje alder kan vare helt opp imot 85 år.
- Den fjerde alder er alderdommen, som er preget av fysisk svekkelse, avhengighet og beskrives som "den skrøpelige eldre". Ser vi på 90 års alder og over, så er det bare 5-6 % som ikke har et behov for hjelp.

Mange av oss vil altså kunne nyte en fase som «sprek pensjonist» før vi går inn i en fase med dårligere funksjon og flere sykdommer. Det finnes en rekke kjennetegn som predikerer et økt hjelpebehov:

- funksjonsfall kan predikeres av en 4-meters gangtest
- multiple kroniske sykdommer
- polyfarmasi
- økt bruk av legevakt/ legetjenester/ andre helsetjenester
- sosiale tjenester
- demografiske og sosioøkonomiske faktorer

Grimsmo viser i sin forskning til behovet for å omprioritere ressursene i helsetjenestene, og dreie fra å være reaktive til proaktive. Fokuset bør være på den enkeltes potensiale for forbedring. Hva kan vi gjøre for at denne personen skal ha det så godt som mulig i hverdagen fremover? Det er viktig at vi klarer å endre fokus fra «Hva er i veien med deg» til «Hva er viktig for deg»? Grimsmo fastslår også at preventive tiltak får for lite fokus. Det finnes dokumenterte forebyggende tiltak for god helse sent i livet; sunt kosthold, god hygiene, sosialt nettverk, legemiddeloptimalisering/ avmedisinering og fysisk trening.

2.5 Innovasjon i helse og omsorg

Innovasjon er et viktig begrep, tankesett og en forutsetning for oss i Kristiansund kommune. Helse, pleie og omsorg er absolutt ikke noe unntak, snarere tvert imot. Like viktig som å forstå hvorfor innovasjon er viktig for oss, blir det å forstå og anerkjenne at behovene for omstilling, endring og nytenking ikke vil gå over. Vi skal stadig være i endring i takt med samfunnet og omgivelsene rundt oss.

Dette kapitlet om innovasjon er i stor grad basert på boka Innovasjon i offentlig sektor, Rønningen 2021.

Regjeringen satte søkelyset på innovasjonsbehovet i offentlig sektor så tidlig som i 2008 gjennom *St.mld.7 Et nyskapende og bærekraftig Norge*. Siden den tid har de ulike regjeringene fulgt opp med flere meldinger om hvorfor innovasjon i offentlig sektor er så viktig. En av de viktigste årsakene til at flere og flere pekte på innovasjonsbehovet nasjonalt og internasjonalt, er det faktum at velferdssystemene er under press. Det oppleves stadig økende sosial ulikhet, stor arbeidsledighet og det er utfordringer knyttet til migrasjon. Og for helse- og omsorgssektoren som skal ivareta flere eldre samtidig som årskullene i arbeidsstyrken blir mindre, bidrar også dette til ytterligere press på velferdstjenestene.

Einstein skal ha sagt at vi ikke kan løse problemene med samme tenkemåte som vi brukte da vi skapte dem. Utfordringen vår, nasjonalt og lokalt, er at brorparten av oss ikke erkjenner at vi har et problem. Vi har ikke fullt ut tatt innover oss at det som fungerte godt for 10 år siden, ikke er bærekraftig inn i de de kommende 10 årene. Det vil være for mange eldre som får behov for hjelp, og det vil være for få mennesker i yrkesaktiv alder til å hjelpe. Og hadde vi hatt tilgang på personell i yrkesaktiv alder, ville dagens løsning i tillegg vært svært, svært kostbar. Vi må derfor forstå og anerkjenne manglende bærekraftige løsninger som et problem - DA kan vi begynne å endre tankemåte, kall det gjerne innovasjon.

Meld.St.30 (2019-2020) En innovativ offentlig sektor peker blant annet på det offentliges rolle, innsats og ansvar i de store samfunnsutfordringene (demografi, utenforskap, miljøutfordringer m.m.) Fortsetter kommunene som før, vil vi oppleve det som betegnes som en "kommunal kollaps" (KS Strategiske råd for innovasjon og forskning, juni 2020).

NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg satte et markant skille for helse og omsorgstjenestene, og utgjorde nærmest et tidsskille med "før og etter" for forståelsen av hvilke grep man så på som nødvendige. Utredningen pekte på flere behov for endring dersom kommunene skulle ha forutsetninger for å lykkes med å innovere i en tjeneste som tradisjonelt sett har vært svært konservativ. NOUs anbefalinger har i ettertid blitt fulgt opp i flere stortingsmeldinger, strategier, faglige og politiske erklæringer.

Innover eller bli innover!

Alle organisasjoner trenger omstilling og fornying. Det som var bra nok i går, er ikke bra nok i dag. Innovasjonstenkning krever at en går igjennom oppgaver og arbeidsformer og finner ut hva en skal prioritere, en må hele tiden være opptatt av at oppgavene kan gjøres på en smartere måte og kanskje også av andre. Kommuner har ikke konkursspøkelset hengende over seg slik som privat næringsliv har. Men dersom en enhet, avdeling eller lignende ikke selv tar initiativ til fornying og omstilling, kan man bli lagt ned eller omorganisert. Om ikke aktiviteter reduseres slik at man holder seg til økonomisk ramme, får man besøk av "kuttkonsulenter", og større og mindre fagmiljø opplever å bli innover fremfor selv å innovere.

Hva er egentlig innovasjon?

Det finnes mange definisjoner av innovasjon. KS bruker det som kanskje er den enkleste av dem alle: NYTT, NYTTIG OG NYTTIGGJORT. Uansett hvilken definisjon man velger å lene seg på synes det å være stor enighet om at innovasjon må inneholde to sammenknyttede aktiviteter, nemlig 1) gjøre noe nytt og 2) dette nye må implementeres slik at dert fungerer i en gitt kontekst (Fuglesang 2010).

Innovasjon i offentlig sektor må forstås på en litt annen måte enn innovasjoner av produkter. Vi i offentlig sektor snakker oftest om tjenesteinnovasjon, brukerstyrt innovasjon og/eller administrativ og organisasjonsmessig innovasjon.

Innovasjon er ikke et mål i seg selv, men det er et middel for å nå et ønsket mål. Det er en tenkemåte, ikke en teknikk. En innovasjonsdriver kan være ideen om hvordan det ideelt sett kunne vært bedre, mens jobben blir å finne ut hvordan man skal komme seg fra der man er til dit en vil.

Behovet for innovasjon og endring er ikke en kritikk av tidligere års anbefalinger, strategier, prioriteringer og løsninger.

2.6 Leve hele livet

Sentralt i all planlegging av helse, pleie og omsorg står kvalitetsreformen Leve hele livet. Der tidligere reformer har handlet om systemer, handler denne reformen om mennesker. Det som er viktigst i livet; fellesskap, aktivitet, god mat og helsehjelp.

Samfunnet vil framover bli preget av at vi blir flere eldre, at andelen eldre i befolkningen vil øke, og at det etter hvert vil bli en sterk vekst blant de eldste eldre. På nasjonalt nivå dobles både andelen og antallet som er 80 år eller mer fram mot 2040. I tillegg vil framtida kunne innebære mangel på både arbeidskraft, pårørende og frivillige som er villige til å påta seg omsorgsoppgaver.

De fleste eldre i Norge lever gode liv og former sin egen hverdag. De deltar i sosiale fellesskap, får gode helsetjenester når det trengs og de bidrar med sine ressurser i jobb, familie og i nærmiljøet sitt. De fleste opplever å bli verdsatt. Leve hele livet legger til grunn at de eldre skal fortsette å ha disse godene, også når helsa svikter og vi i det offentlige må trå til med omsorgstilbud. Rundt om i kommunene, også i vår, finnes det gode løsninger som bidrar til dette. Men vi ser også at gode løsninger blir for lite tatt i bruk, og løsningene blir for tilfeldige. Derfor blir ikke tilbudet godt nok og kvaliteten på tjenestene til eldre varierer for mye. Reformen har følgende fem hovedsatsingsområder:

1. Et aldersvennlig Norge
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltider
4. Helsehjelp
5. Sammenheng i tjenestene

Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige og ledere har sett fungerer i praksis. Hva som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til en trygg og verdig alderdom.

Regjeringen har lagt opp til en prosess hvor kommunestyrene skal behandle og vedta hvordan reformens løsninger kan innføres. Dette er også en grunn til at kvalitetsreformen har fått en så sentral plass i Helhetlig helse og omsorgsplan.

2.6.1 Slik skal kvalitetsreformen Leve hele livet gjennomføres

Status og mål for Kristiansund kommune april 2021

Denne oversikten viser hvordan Kristiansund kommunen arbeider med reformen. Tiltakene vil stort sett være forankret i helse- og omsorgsplanen der de naturlig hører hjemme. Oversikten viser arbeidet som er gjort så langt, og hva vi skal arbeide med videre.

Innsats 1 - Et aldersvennlig Norge

Tiltak	Status	Forankring
Effektiv hjelpemiddelforvaltning	Pågående arbeid. Effektiv hjelpemiddelforvaltning skal bidra til en bedre og smartere løsning for oversikt og utlevering av hjelpemidler.	Helse- og omsorgsplan Digital arbeidsgruppe på tvers av enheter
Velferdsteknologi	Pågående. Del av Nasjonal velferdsteknologiprogram. Implementering av ny teknologi er sentralt, og nye digitale løsninger skal bidra til å understøtte målene om egenmestring, egenressurser og ferdigheter. Stor satsing mot eldre i første omgang.	Helse- og omsorgsplan Velferdsteknologi Gjennomgående i tema i flere delutredninger
Hverdagsmestring	Pågående. Fokus på tidlig innsats og rehabiliteringspyramiden.	Helse og omsorgsplan Hverdagsmestring Habilitering og rehabilitering
Demensvennlig samfunn	Utført og pågående. Fokusområde er fagplan om demens. Kompetanseheving for ansatte. Demensens ABC. Ansatt demenskoordinator.	Helse og omsorgsplan Demensomsorg Habilitering og rehabilitering
Frivillighet	Utført og pågående. Frivillighetssentralen er etablert. Frivillighetsarbeid spesielt rettet mot eldre på Storhaugen helsehus. Utstrakt samarbeid med frivillige organisasjoner. Ansatt frivillighetskoordinator rettet mot helse og omsorg.	Helse og omsorgsplan Frivillighetsstrategi Hverdagsmestring Habilitering og rehabilitering Demensomsorg
Boliger, og tilrettelegging av uteområder	Pågående. Boliger skal tilrettelegges for et aldersvennlig samfunn. Utvikle god tomtepolitikk. Tverretatlig samarbeid. Tverrpolitisk samarbeid Hovedutvalgene for helse og omsorg og plan og bygg. Jobbe for tilrettelagte møteplasser.	Helse og omsorgsplan, boligdel Demensomsorg

Strategien understreker at et aldersvennlig samfunn skapes ved å sette brukerperspektivet først, og mobilisere arbeids- og næringsliv, kommune og lokalsamfunn, sivilsamfunn og interesseorganisasjoner. Målet er å skape et samfunn som legger til rette for at eldre kan bidra og delta i samfunnet. **Tiltakene har som mål at eldre skal få muligheten til å leve livet - hele livet.**

Innsats 2 - Aktivitet og fellesskap

Tiltak	Status	Forankring
Frivillighetskoordinator	Utført og pågående. Ansatt frivillighetskoordinator rettet mot helse og omsorg. Det er økt satsing på frivillig arbeid rette mot eldre.	Helse- og omsorgsplan Frivillighetsstrategi Habilitering og rehabilitering Demensomsorg Hverdagsmestring
Digital servicevert	Utført. Skal hjelpe innbygger, i hovedsak eldre til å møte den digitale fremtiden. Det er ansatt servicevert rettet mot helse og omsorg.	Helse- og omsorgsplan Velferdsteknologi Hverdagsmestring
Friskus-digital plattform	Utført. Friskus - digitalt verktøy for å hjelpe til med å organisere frivilligheten og innbygger. Verktøyet ble tatt i bruk i 2019. Rekruttere flere frivillige er sentralt i forhold til at det skal være gode møteplasser der hvor folk bor.	Helse- og omsorgsplan Frivillighetsstrategi Hverdagsmestring
Spreke seniorer	Utført og pågående. Forebyggende treningsgrupper for seniorer. Kristiansund kommune har hatt tilbudet i mange år og ønsker å få tilbudet til flere lokasjoner.	Helse- og omsorgsplan Frivillighetsstrategi
Aktivitet på sykehjem og i omsorgsboliger	Pågående. Det tilbys ulike arrangementer på ulike institusjoner med kulturelle innslag - den kulturelle spaserstokk. Sesongbaserte tilstelninger og sosiale møteplasser.	Helse- og omsorgsplan Arbeid, aktivitet og dagsenter Hverdagsmestring
Tro og liv	Pågående. Samarbeid med kirkelig råd og Humanetisk forbund i forhold til andakt og samtalegrupper.	Helse- og omsorgsplan
Tilrettelegge uteområder	Utført. Sansehager etablert.	Helse- og omsorgsplan
Møteplasser	Pågående, under utvikling. Møteplasser i nærmiljøet der innbygger bor. Lavterskel tilbud - sosial møteplass.	Helse- og omsorgsplan Arbeid aktivitet og dagsenter
Barmannhaugen senior senter	Pågående. Barmannhaugen seniorsenter samdrift med flere frivillige organisasjoner i regi av Kristiansund kommune og Pensjonistforeningen.	Helse- og omsorgsplan Frivillighetsstrategi Hverdagsmestring

Tiltakene har som mål at eldre skal få muligheten til å leve livet - hele livet. Stikkord er gode øyeblikk, tro og liv, generasjonsmøter, samfunnskontakt, sambruk og samlokalisering.

Innsats 3 - Mat og måltider

Tiltak	Status	Forankring
Ernæringskartlegging	Pågående, skal utvikles videre. Ernæringskartlegging. Kompetanseheving.	Helse- og omsorgsplan Mat og måltid
Endret tidspunkt for servering av middag	Utført. Alle institusjoner har endret tidspunkt for servering av middag. Fleksibilitet i forhold til individuell måltidsrytme.	Helse- og omsorgsplan Mat og måltid
Brukermedvirkning	Pågående. Pasienter ved sykehjem deltar aktivt i matlagingen der det er mulig.	Helse- og omsorgsplan Mat og måltid
Kokk i institusjon	Pågående.	Helse- og omsorgsplan Mat og måltid
Matombringing til hjemmeboende	Utført. Det er etablert matombringing til hjemmeboende ved behov. Mulighet for å abonnere på alle måltid.	Helse- og omsorgsplan Mat og måltid
Måltidsomgivelser	Pågående. Bruk av serviceverter, måltid i fellesskap.	Helse- og omsorgsplan
Kompetanse	Ambisjon. Klinisk ernæringsfysiolog ønskes ansatt i Kristiansund kommune - ikke ansatt nå.	Helse- og omsorgsplan Mat og måltid

Mat og måltider blant eldre har i de senere årene blitt satt på dagsorden i Norge. Likevel ser det ut til å være et stort gap mellom anbefalt praksis og utøvet praksis i tjenesten. Stikkord for oppfølging er måltidet, måltidstider, valgfrihet og variasjon, systematisk ernæringsarbeid, kjøkken og kompetanse lokalt.

Innsats 4 - Helsehjelp

Tiltak	Status	Forankring
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	Pågående. Observasjonskompetanse. Kristiansund kommune har fokus på kompetanseheving og vedlikehold. tilgang. Pro act opplæring.	Helse- og omsorgsplan Habilitering og rehabilitering Hverdagsmestring
Velferdsteknologi	Pågående.	Helse- og omsorgsplan Velferdsteknologi Hverdagsmestring Demensomsorg
Sykepleierteam	Utført. Sykepleierteam til akutt hjelp i hjemmet og sykehjem. Ambulant tjeneste.	Helse- og omsorgsplan
Hverdagsrehabilitering	Pågående. Satsing på Hverdagsmestring og hjemmebasert omsorg.	Helse- og omsorgsplan Hverdagsmestring Habilitering og rehabilitering
Samhandling	Utført. Samhandlingsavtale mellom helseforetaket og kommunen. Hospital@home - pågående Samhandling i spesialisert hjemmesykehus med bruk av mestrings- og avstandsoppfølgende teknologi.	Helse- og omsorgsplan Velferdsteknologi
Livets siste dager	Pågående og utført. Livets siste dager. Implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase.	Helse- og omsorgsplan Palliativ omsorg

Målet er å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid.

Innsats 5 - Sammenheng i tjenestene

Tiltak	Status	Forankring
Brukerinvolvering og samarbeid med pårørende	Utført og pågående. Fora for å ta opp saker som ikke angår enkeltpasienter, men gruppen av beboere ved institusjonen.	Helse- og omsorgsplan Habilitering og rehabilitering
Brukerråd	Pågående og utført. Det skal være brukerråd i institusjoner og omsorgsboliger med fellesareal.	Helse- og omsorgsplan
Kvalitetsutvalg	Pågående og utført. Kvalitetsutvalg skal etableres i enhetene. Det er etablert et overordnet klinisk, etisk utvalg i kommunen.	Helse- og omsorgsplan
Samhandling	Inngått avtale. Samhandlingsavtale mellom helseforetaket og kommunen med mål om sømløse tjenester.	Helse- og omsorgsplan, Hverdagsmestring
Kommunale råd	Pågående. De kommunale rådene skal involveres aktivt i alle kommunens utviklingsområder.	Helse- og omsorgsplan
Frivillighet	Utført. Frivillighetsstrategien er sentralt holdepunkt for utvikling av tjenester i alle enheter i Kristiansund kommune.	Helse- og omsorgsplan Frivillighetsstrategi Hverdagsmestring
Hverdagsmestring	Pågående. Hverdagsmestringsfokus i alle tjenester.	Helse- og omsorgsplan Hverdagsmestring
Pårørendekontakt	Planlegges. Alle pårørende skal ha en kontaktperson. Kommunen skal ha en overordnet pårørendekontakt.	Helse- og omsorgsplan Hverdagsmestring Demensomsorg Psykisk helse
Helsestasjon for eldre	Planlegges. Utvikle nye lavterskeltilbud.	Helse- og omsorgsplan Hverdagsmestring Arbeid, aktivitet og dagtilbud

Målet er økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre og dere pårørende.

2.7 Aldersvennlige samfunn

Å bare bygge ut dagens tjenestetilbud i takt med den demografiske utviklingen vil ikke være tilstrekkelige for å møte de nye eldregenerasjonene. (Meld. St. 15)

I Norge har man etablert et nasjonalt program for et aldersvennlig samfunn, *Flere år - flere muligheter*.

Kvalitetsreformen Leve hele livet har som en av sine hovedsaker å følge opp strategiene i det nasjonale programmet. Disse er:

Planlegg egen alderdom

Det blir nødvendig å utfordre befolkningen til selv å ta ansvar for å planlegge egen alderdom

- tilrettelegge egen bolig
- investere i venner og sosialt nettverk
- opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv

Eldrestyrt planlegging

Kommunene bør involvere eldre i arbeidet med å planlegge og utforme nærmiljø i lokalsamfunnet.

Nasjonale nettverk

Norge knytter seg til Verdens helseorganisasjon sitt globale nettverk for aldersvennlige byer og kommuner, og støtter og koordinerer det lokale arbeidet gjennom å etablere et nasjonalt nettverk for norske kommuner i samarbeid mellom regjeringen og KS.

Partnerskap på tvers av sektorer

Strategien for et aldersvennlig samfunn skal også realiseres gjennom planprosesser i alle bransjer og sektorer.

Seniorressursen

Det samlede verdibidraget til samfunnet fra pensjonister gjennom frivillig arbeid er stort. Man mener allikevel at det ligger et større potensiale for ytterligere bidrag fra pensjonister og at dette nærmest kan fordobles. Dette forutsetter målrettet rekruttering, organisering og tilrettelegging.

3. Befolkningsutvikling

Befolkningsframskriving 2020-2050



Aldersfordeling

Aldersgruppe	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0-17 år	4 703	4 328	4 073	4 061	4 159	4 225	4 206
18-49 år	9 757	9 247	9 399	9 261	9 010	8 778	8 636
50-66 år	5 408	5 423	5 352	5 281	5 144	5 212	5 260
67-79 år	3 236	3 625	3 521	3 533	3 702	3 775	3 637
80-89 år	876	1 121	1 614	1 888	1 966	1 941	2 115
90 år og eldre	199	219	237	357	540	642	718
Sum	24 179	23 963	24 196	24 381	24 521	24 573	24 572

Statistisk sentralbyrå (SSB) sine befolkningsframskrivinger viser en tydelig aldring av befolkningen i Kristiansund kommune i planperioden og videre mot 2050, samtidig som folketallet forblir tilnærmet uendret. Veksten i aldergruppen over 80 år betyr tilsvarende nedgang i barne- og ungdomskullene og gruppene i yrkesaktiv alder.

I utgangspunktet er det positivt at befolkningen blir eldre. Lange og friske liv er tegn på et høyt velstandsnivå. Men det er en utfordring at det blir færre yrkesaktive per pensjonist. Det betyr at det blir færre som arbeider og betaler skatt i forhold til den andelen som blir gamle og har behov for våre helse- og omsorgstjenester.

Framskrivningene gir oss et godt grunnlag for planlegging. «Eldrebolegen» vil utfordre kommunens kapasitet i vesentlig grad, både når det gjelder tjenester og tilgang på helsepersonell.

4. Gjennomgående perspektiv

4.1 Klima- og miljøperspektiv

Klima- og miljøperspektiv får tradisjonelt sett lite oppmerksomhet i daglig drift av sektoren. Det tydeligste arbeidet vi har gjort i sektoren, er gradvis overgang fra biler med fossilt drivstoff til el-biler. Det er allikevel interesse for å ta i bruk klima- og miljøvennlige løsninger, blant annet vil det være interessant å se om markedet tilbyr gode alternativ til plastemballasje, unngå engangsartikler, kjøpe varer med lang holdbarhet, bidra til gjenbruk med mer. Sektoren nyter godt av at Eiendomsdrift har klima- og miljøperspektiv ved investeringer av nybygg og når eldre funksjonsbygg skal renoveres. Klima- og miljøperspektiv skal være et gjennomgående tema i all planlegging og drift. Konkrete forslag til klimatiltak beskrives under aktuelle tjeneste- og aktivitetsområder.

4.2 Folkehelseperspektiv

Livskvalitet, trivsel, tilhørighet, god helse og en rettferdig fordeling av dette i befolkningen er avgjørende for sosialt bærekraftige lokalsamfunn. Kommunen har en sentral rolle for å fremme befolkningens helse og er gjennom folkehelseloven tillagt et stort ansvar for folkehelsearbeidet.

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelse er et ansvar i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer, det vil si kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Vi skal bruke alle våre sektorer, planer og tjenester til å fremme helse og forebygge sykdom og skade. Det vil være viktig å tydeliggjøre verdien av forebyggende folkehelse både i økonomisk perspektiv og i henhold til menneskelige plager og lidelser. Folkehelsearbeidet skal være tverrsektorielt, systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig. Folkehelseperspektivet skal være et gjennomgående tema i all planlegging og drift. Konkrete forslag til tiltak beskrives under aktuelle tjeneste- og aktivitetsområder.

Oversikt over helsetilstanden

Det skal hvert fjerde år utarbeides en folkehelseoversikt som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet og som et grunnlag i alt kommunalt planarbeid. Vi skal samtidig ha en løpende oversikt over folkehelseutfordringer i kommunen. [Folkehelseoversikt Kristiansund 2020](#)

Hovedmålene i folkehelsearbeidet ligger i alle våre byer, men folkehelse knyttes spesielt opp mot Den varme byen. Folkehelseperspektivet skal være en del av vårt samfunnsutviklingsarbeid og utfordringene beskrevet i helse- og omsorgsplanen frem mot 2030 skal møtes med prioriteringer og tiltak rettet mot disse hovedmålene:

- Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle, uansett alder.
- Vi har et aldersvennlig samfunn.
- Vi har en inkluderende, rettferdig og god utdanning, og muligheter for livslang læring for alle.
- Vi har like muligheter for alle til tross for ulike forutsetninger.
- Vi har en trygg by som er tilgjengelig for alle.

4.3 Anskaffelser

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

ØKONOMI

Vi har god økonomistyring og effektiv tjenesteproduksjon - Vi skal arbeide aktivt for å sikre god økonomistyring - Vi skal gjennomføre gode og smarte anskaffelser i henhold til interne retningslinjer og lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

Vi skal sikre at våre ressurser blir effektivt utnyttet, samt at anskaffelser blir foretatt i henhold til gjeldende lover, forskrifter og kommunale retningslinjer og reglement. Anskaffelser skal gjennomføres av personer med budsjettfullmakt, eller delegert fullmakt til å gjennomføre anskaffelser. Det vil bli enklere å sikre at anskaffelser skjer i henhold til gjeldende retningslinjer og rutiner, siden faste bestillere vil bidra til økt kompetanse i faget. I anskaffelsene skal vi i størst mulig grad legge til rette for bærekraftige løsninger som reduserer klima- og miljøpåvirkningen. Det skal også legges til rette for lokale leverandører hvor dette er mulig og hensiktsmessig.

[Innkjøpsreglement](#)

5. Arbeid, aktivitet og dagtilbud

5.1 Definisjon

- Arbeid, aktivitet og dagtilbud handler om verdien av å være aktiv i eget liv, både sosialt, yrkesmessig og fysisk.
- Aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap er viktig for alle mennesker gjennom hele livet.
- Arbeid og aktivitetstilbud er nødvendig for de som kan jobbe delvis, og for de som trenger arbeidstrening av ulik varighet for å komme ut i ordinær jobb.
- Varig tilrettelagt arbeid (VTA) er et arbeidsrettet tiltak som gir et tilbud til personer som har problemer med å få arbeid i det ordinære arbeidslivet. Formålet med VTA er å gi arbeidstakerne arbeid som bidrar til å utvikle deres ressurser gjennom kvalifisering og arbeidsoppgaver som er tilpasset den enkeltes arbeidsevne. VTA er rettet mot personer som mottar uføretrygd etter folketrygdloven, og som har behov for spesiell tilrettelegging og tett oppfølging.

5.2 Mål og delmål

MÅL: KOMMUNEN HAR ETABLERT OG GODT KJENTE ARBEIDS-, DAG - OG AKTIVITETSTILBUD TIL DE ULIKE BRUKERGRUPPENE SOM TRENGER DET

DELMÅL:

- Vi har økt åpningstid ved dagsenter for demente.
- Vi har etablert dagtilbud for kognitivt friske eldre.
- Vi bruker Varde i langt større grad enn i dag, og tar ut stordriftsfordeler gjennom god samhandling og eierstyring.
- Vi har lyst ut tre reserverte kontrakter/anbud.
- Vi har etablert 10 arbeidsplasser med "Helt med" metodikk.
- Vi har flere VTO plasser enn i dag.
- Vi har flere VTA plasser enn i dag.
- Alle enheter i Kristiansund kommune har minst en praksisplass for mennesker som har behov for ekstra tilrettelegging.

5.3 Dagens situasjon

- I dag er kommunens arbeid og aktivitetstilbud organisert i ulike enheter.
- Det er ventelister ved alle kommunens dag- og aktivitetstilbud.
- Det er jevn etterspørsel etter plasser ved dagsenter for personer med demens, og ved dagtilbud for personer med utviklingshemming.
- Dagsenter for demens har et utstrakt samarbeid med frivillige.
- Det mangler et dagtilbud for kognitiv friske eldre.
- Dagsentrene fanger opp begynnende funksjonsfall, gir avlastning for pårørende, forhindrer ensomhet og tilbyr sosial omgang med andre, men det er behov for større fleksibilitet i dagtilbudene, for eksempel åpningstid.
- Vi ser at noen grupper faller mellom de eksisterende tiltakene vi har i dag.
- Det mangler dagaktivitetstilbud til yngre personer i yrkesaktiv alder med sykdom eller skade som hindrer de å være i jobb. Dette gjelder fysiske eller kognitive funksjonsnedsettelse, nevrologiske tilstander, rus og psykiske vansker.
- Det er begrenset antall plasser i varig tilrettelagt arbeid (VTA) og i varig tilrettelagt arbeid i ordinær bedrift (VTO). Det er videre et utfordring å finne tilstrekkelige og gode tilrettelagte arbeidsoppgaver i VTA og VTO ordningen.
- Det er ikke arbeidstiltak til alle som har behov for dette, og det mangler praksisplasser for utsatte grupper.

5.4 Utfordringsbildet

- I dag er det vanskelig å finne fram i de aktuelle dag-, arbeids- og aktivitetstilbudene på grunn av manglende informasjon til aktuelle brukere.
- Det er ventelister ved alle kommunens dag- og aktivitetstilbud.
- Det er dag- og aktivitetstilbud ved mange lokasjoner i Kristiansund kommune. Det er manglende samarbeid på tvers av enheter, og i liten grad samdriftsfordeler.
- Det finnes pr i dag ikke et dagtilbud for kognitivt friske eldre.
- Det finnes ikke tilrettelagte dagtilbud for eldre med psykiske lidelser.
- Dagtilbud for demente har også funksjon som avlastning for pårørende. Det er behov for økt åpningstid for dagtilbud til demente.
- Det mangler et tilrettelagt aktivitetstilbud for unge demente.
- Transportordningen i dag er for dyr, og vi bruker for mange ressurser på å hente og bringe.
- Det er flere som avslutter videregående skole uten å kvalifisere seg for ordinært arbeid. Det vil være stort behov for ulike kommunale praksisplasser i løpet av videregående utdanning.
- Det er stadig flere ungdommer med ulike vansker som vil ha behov for arbeidstilbud i framtiden, enten gjennom kommunens eksisterende tilbud, varig tilrettelagt arbeid (VTA) i arbeidsmarkedsbedrift eller i varig tilrettelagt arbeid i ordinær bedrift (VTO).
- Vi erfarer at det kan være utfordrende å kombinere ulike pasient/brukergrupper i samme arbeids- og dagtilbud.

5.4.1 Dette sier Leve hele livet om arbeid, aktivitet og dagtilbud

Leve hele livet er en reform for aktivitet, deltakelse og sosial fellesskap.

Målet er å ta vare på eldres forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape gode opplevelser og møter på tvers av generasjoner. Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.

Oppsummert er utfordringene beskrevet i reformen:

- Ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon, partnerdød, endret helsetilstand og funksjonsnivå.
- Inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov.
- Manglende ivaretagelse av sosial, kulturelle og eksistensielle behov.
- Lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunn.
- Manglende, møteplasser, samlokalisering og digitale generasjonsskiller.

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å skape økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap:

- gode øyeblikk
- tro og liv
- generasjonsmøter
- samfunnskontakt
- sambruk og samlokalisering

5.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle, uansett alder - Vi skal mobilisere innbyggerne til å ta vare på seg selv og sine omgivelser, og tilrettelegge for friluftsliv og aktivitet i nærmiljøet - Vi skal fremme arbeidet med forebygging av psykiske lidelser og rusmisbruk.

Vi har en inkluderende, rettferdig og god utdanning, og muligheter for livslang læring for alle - Vi skal opprettholde involvering av våre eldre på forskjellige lærings- og opplysningsarena.

Vi har like muligheter for alle til tross for ulike forutsetninger - Vi skal i samarbeid med ulike aktører arbeide for å motvirke utenforskap og konsekvenser av sosiale ulikheter, og spesielt ta hensyn til barn og unge.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal tilpasse utdanningstilbudet til et framtidig arbeidsmarked, og skape en kultur for endringsvilje.

Synlig arbeidstiltak for utviklingshemmede i sentrum av Kristiansund

I Kristiansund kommune skal det være et synlig arbeidstiltak for utviklingshemmede i sentrum. Det blir viktig å ivareta det som tidligere har fungert i sentrum. Brukere og ansatte må tas med på råd.

Dagtilbud

Mange kognitivt friske søker om dagtilbud. Det skal jobbes med å få til et organisert dagtilbud for personer uten kognitiv svikt.

Stordriftsfordeler

Stordriftsfordeler av kommunens dag- og aktivitetstilbud må ses på i planperioden. Dette for å unngå sårbarhet. Større driftsenheter vil fremme fagligheten blant de ansatte. Det vil være behov for ulike lavterskeltilbud.

Møteplasser

Opprette lavterskeltilbud med fokus på fellesskap, felles måltider og møteplasser for generasjoner.

Praksisplasser

Nav trenger praksisplasser i kommunen. Alle kommunens enheter skal bidra med et visst antall praksisplasser til Nav og dere samarbeidspartnere. Dette gjelder for:

- Personer som står langt fra arbeidsmarkedet.
- Flyktninggruppen med behov for språkpraksis.
- Mennesker med sosialhjelp som hovedinntekt.
- Barnefamilier.
- Elever i videregående skole.

Mentor

Mentorordningen i NAV frigjør ressurser til oppfølging av den enkelte på arbeidsplassen. Dette er en ordning kommunen bør benytte i større grad, og bør vurdere å danne et mentornettverk.

Varde

Kristiansund kommune må i større grad kjøpe tjenester fra sin arbeidsinkluderingsbedrift.

Det bør utarbeides retningslinjer og kontraktsmal for enklere å kunne bruke Varde også for mindre anskaffelser.

Kristiansund kommune må i større grad benytte reserverte kontrakter for å opprettholde og skape nye arbeidsoppgaver for funksjonshemmede og vanskeligstilte.

Det bør videre tas stilling til om Varde kan tilrettelegges for flere brukergrupper enn i dag. Varde har store fasiliteter som bør vurderes som aktuelle.

Varde som nå driver varig tilrettelagte arbeidsplasser (VTA) har behov for enkle og tilrettelagte arbeidsoppgaver for sine deltakere.

[«Helt med»](#) metodikken for utviklingshemmede må være et mål. Kommunen trenger arbeidskraften, samt at inkludering av forskjellige grupper er verdifullt for arbeidsmiljøet.

Transportordningen

Transportordningen er lite effektiv og kostnadskrevende og må kunne løses på tvers av enheter.

Koordinering

Det bør være en overordnet koordinering for arbeid, dag og aktivitetstilbud. God koordinering og informasjon vil gi muligheter for flere. Det bør opprettes en overordnet stilling som koordinator for kommunens dag- og aktivitetstilbud.

Brukerundersøkelser vil være sentralt i tiden framover.

6. Boliger

6.1 Definisjon

En bolig er en bygning eller en del av en bygning som blir benyttet til fast opphold på helårs basis. Det viktigste kjennetegnet ved en bolig er at den har egen inngangsdør. Betegnelsen bolig forekommer i ulike lovverk og har noe ulik definisjon.

Omsorgsbolig er en bolig for eldre som klarer seg selv. Boligen er tilrettelagt med omfattende omsorg og pleie for de som trenger det. De eldre kan leie eller kjøpe boligen av kommunen. Omsorgsbolig kan man også få ved sykdom, skade eller lyte.

Omsorgsboliger skal ivareta både selvråderett i beboernes hjem, og hvordan man samtidig skal ivareta tryggheten for pleie- og omsorgstjenester. Etter at staten innførte egen tilskuddsordning til bygging av omsorgsboliger i 1994 har det vært en betydelig vekst i antall omsorgsboliger, og stadig flere eldre og andre kan dra nytte av dette tilbudet og den bo og tjenestekvaliteten det representerer. Omsorgsboliger har således blitt en stadig viktigere del av kommunens samlede tjenestetilbud. (Rundskriv I-27/97, H- 24/97B)

Fra og med 2021 anvender Husbanken begrepet omsorgsplass.

6.2 Mål og delmål

MÅL: KOMMUNEN HAR ET DIFFERENSIERT BOTILBUD TIL ULIKE BRUKERGRUPPER

DELMÅL:

- Kommunen har en tomte- og boligpolitikk som favner ulike brukergrupper.
- Kommunen utnytter Husbankens ordninger slik at mennesker i størst mulig grad får mulighet til å eie sin egen bolig.
- Innbyggere i Kristiansund skal ikke stå uten bolig.
- Innbyggere i Kristiansund skal ikke bo lenge i midlertidig bolig.

6.3 Dagens situasjon

Generelt

Tjenester som ytes til mennesker som bor i en bolig benevnt som omsorgsbolig/omsorgsplass finner vi i Hjemmetjenesten, Psykisk helse og rus og i Bo og habilitering. Alle tre enhetene har både omsorgsplasser med heldøgns bemanning og plasser med kun ambulante tjenester.

Kristiansund kommune har valgt å kategorisere boliger i tre grupper:

1. Utleieboliger - boliger beregnet på økonomisk vanskeligstilte, barnefamilier, flyktninger med mer.
2. Omsorgsplass/omsorgsbolig - beregnet på personer med mindre utfordringer som nyttiggjør seg ambulante tjenester.
3. Omsorgsplass/omsorgsbolig - med stedlig og heldøgns bemanning.

Husbanken sier følgende om utforming og størrelse på boliger:

Det forutsettes at et prosjekt har funksjonell og god standard, slik at det blir et godt sted å bo og en god arbeidsplass. Det skal legges vekt på kvaliteter som bidrar til at både omsorgsboliger og sykehjem kan fungere som gode hjem og gi rammen om et verdig liv.

(Sykehjem og) Omsorgsboliger skal være tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt i tråd med Omsorg 2020 og Demensplan 2020.

Dette innebærer blant annet små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilpasset uteareal.

Prinsippene om normalisering og integrering skal bli tatt hensyn til ved lokalisering og planlegging. Boenhetene skal ikke ha institusjonsliknende preg, og disse bør bli plassert i ordinære og gode bomiljøer. Det er en forutsetning at ulike brukergrupper ikke blir samlokalisert på en uheldig måte.

Rus og psykiatri (ROP-gruppen)

- Kommunen har ikke god nok kapasitet på egnede boliger for ROP-gruppen.
- Flere av de som står på venteliste har behov for boliger som ikke er i nærheten av ordinære bomiljø.

Utviklingshemmede

Kommunen har oversikt på tilbud og etterspørsel for brukergruppen, og framtidig behov vil bli håndtert innenfor kommunens eksisterende boligmasse.

Flere private tar initiativ til etablering av borettslag. Kommunen kan være en attraktiv samarbeidspartner ved realiseringen, da Husbankens investeringstilskudd bidrar til gunstige innskudd. I slike samarbeidsprosjekt er det kommunen som skal tilvise boligene på bakgrunn av kriterier for tildeling av omsorgsplass. Samarbeidsprosjekt med private utbyggere gir bidrag til kapasitetsøkning uten å belaste kommunens investeringsbudsjett. Videre er slike initiativ gjerne brukerstyrt. Sistnevnte er et viktig prinsipp i all innretning i helse og omsorg.

Kommunen realiserer ny avlastningsbolig og barnebolig på Sommerro.

Eldre

Kommunen har følgende omsorgsboliger med fellesareal og heldøgns bemanning:

- Rokilde har 38 leiligheter.
- Barmanhaugen har vært et svært ettertraktet botilbud gjennom mange år. Nå skal etasje for etasje renoveres slik at leilighetene blir mer moderne og beboerne får større bad og eget soverom. Når Barmanhaugen er ferdig renoveret, vil kapasiteten være 10 boenheter per etasje. Sykehjemsavdelingen som per i dag er på Barmanhaugen omgjøres tilsvarende de øvrige etasjene og blir til omsorgsplasser. Barmanhaugen vil ha 50 leiligheter.
- Kårhaugen pusses opp og vil med sine 19 plasser igjen bli et verdifullt botilbud.
- Skolegata har 23 leiligheter. Dette er innskuddsleiligheter i borettslag.
- Fr. Selmers gate vil gi 12 leiligheter. Konseptet er planlagt å dra stordriftsfordeler av Barmanhaugens tjenester og fasiliteter.

Kommunen har i tillegg en rekke omsorgsboliger for eldre som utelukkende er planlagt med ambulante tjenester.

Kommunen opplever at private aktører tar initiativ til samarbeid med kommunen for å realisere mulige boligprosjekt (omsorgsboliger) tilsvarende konseptet som er gjennomført i Skolegata.

6.4 Utfordringsbildet

Boliger til barnefamilier med lav inntekt

Barna bekymrer seg for at de ikke kan bo i huset. Eller i leiligheten. Foreldrenes bekymringer går utover barna. Barna lurer på: *Hvor skal vi bo nå? Har vi råd til mat?*



Nasjonale tall viser at det i de siste 15-20 årene har det vært en betydelig økning i antallet barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt. Barn med innvandrerbakgrunn utgjør halvparten, men økningen gjelder både barn med og uten innvandrerbakgrunn. Mange av disse klarer seg bra, samtidig finnes det foreldre i lavinntektsgruppen som sliter med å dekke barnas grunnleggende behov.

En stabil bosituasjon og gode boforhold står sentralt for å sikre gode oppvekstmuligheter for alle barn og unge. Nabolaget utgjør også en viktig del av barns oppvekstmiljø og er en arena der barn og unge tilbringer store deler av fritiden sin. Nabolaget er viktig for barn og unges tilhørighet, bidrar til å forme deres identitet og er et sted der de kan utfolde seg gjennom lek, samvær og fritidsaktiviteter. Boforhold påvirker barn og unges hverdagsliv, og henger sammen med skoleprestasjoner, følelse av trygghet, fysisk og psykisk helse, sannsynligheten for å falle utenfor. Samtidig viser forskning at boforhold og nærmiljø også kan ha betydning for barn og unges fremtidige utdanningsløp, inntekt og yrkesdeltakelse.

Barn og unge i lavinntektsfamilier har oftere dårligere boforhold enn andre. De opplever å måtte flytte oftere enn andre barn, de bor ofte trangere enn andre og bor sjeldnere i en bolig som familien eier selv (KMD, 2014). Det å vokse opp i en leiebolig kan ha negative konsekvenser for barn og unge fordi det kan medføre ustabilitet, trangboddhet, uheldig bomiljø og lav standard. Flere studier viser også en sammenhengen mellom boforhold, helse og sosial ulikhet.

Rus og psykisk helse (ROP)

Det er forventet at behovet for egnede og tilpassede boliger for brukergruppen vil øke i planperioden. I tillegg til selve boligbehovene følger også behov for oppfølging og tilsyn. Innenfor ROP-gruppen er behovet for tilrettelagte boliger anslagsvis 15-20 boenheter i planperioden. Dette er boliger som må tåle hard bruk og bør etableres på ulike steder i kommunen.

Utviklingshemmede

Etter at Godhaugen ble etablert og Roligheten ble omdefinert til brukergruppen, har man fått løst opp i boligkøene. Kommunen opplever at grupper av foreldre henvender seg for å etablere sentrumsnære borettslag. På denne måten sikrer de at ungdommene får eie sin egen bolig og at de i stor grad får påvirke boligens utforming og ikke minst beliggenhet.

Det som er krevende for oss i kommunen, er når/ dersom enkeltpersoner som har behov for omfattende tjenester velger å kjøpe/etablere egen bolig alene, langt fra etablerte baser.

Eldre

Den gamle etterkrigsbebyggelsen i Kristiansund sentrum er sjarmerende, men i liten grad tilrettelagt for personer som trenger assistanse. Mange bor i blokk uten heis. Tilsvarende ser vi, uansett om man befinner seg i små, mellomstore eller store kommuner, at eldre trekker mot sentrum. Dette gjør de for å ha nærhet til servicefunksjoner og kunne være selvstendig lengst mulig.

Det er behov for at innbyggere i større grad enn i dag tar ansvar for å planlegge egen alderdom, herunder hvor og hvordan de skal bo. I dagens Kristiansundssamfunn - og kanskje i det norske samfunnet for øvrig, har vi liten kultur for å bygge og flytte sammen inn i eldretun eller andre landsbyer. Man hører om eldretun og demenslandsbyer, men dette er i bunn og grunn offentlige eide omsorgsboliger for ulike grupper mennesker. Det er så langt få private initiativ hvor en gruppe venner etablerer seg sammen med tanke på å hjelpe hverandre når alderdommen setter sitt preg.

Konseptet eldretun er utredet i Delutredning for sykehjem. Løsningen er velkjent for oss i Kristiansund selv om vi ikke bruker begrepet eldretun.

Demenslandsby er utredet i Delutredning for demensomsorg. Hvis vi skal tenke oss noe tilsvarende i Kristiansund er det et stort potensiale i området ved Bergan omsorgssenter.

6.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har et aldersvennlig samfunn - Vi skal bidra til at innbyggerne kan bo trygt i eget hjem så lenge som mulig.

Utvikle tomte- og boligpolitikk

- Vi må utvikle gode bomiljø som legger til rette for generasjonsmøter.
- I nye private reguleringsplaner skal kommunen vurdere om det er behov for å avsette areal til offentlige formål.
- Sikre alle mennesker muligheten til å bo, også mennesker med utfordringer innen rus og psykiatri området.

Fra leie til eie

- Flere barnefamilier skal eie egen bolig.
- Vi skal redusere andelen leietakere i kommunale boliger gjennom muligheten til å eie egen bolig.
- Barn og unge skal bo godt.
- Barnefamilier som bor i leid bolig skal ha trygge boforhold.
- Alle barn skal bo i gode fysiske nærmiljøer.
- Barn og unge skal få mulighet til å medvirke i utvikling og oppgradering av nærmiljø.

Samarbeid med private aktører

- Nye omsorgsboligbehov skal løses i samarbeid med private og opprettelse av borettslag.
- Kommunen skal aktivt søke samarbeid med private utbyggere om etablering av omsorgsplasser i tilknytning til allerede eksisterende handel-/ service- og infrastruktur.
- Private initiativ fra brukere og/eller pårørende om etablering av borettslag skal ønskes velkommen.
- Prinsippet i aldrende samfunn er at eldre skal planlegge sin egen alderdom.

Barmanhaugen utvikles etter tilsvarende konsept som Rokilde

Kårhaugen utvikles etter tilsvarende konsept som Rokilde, dog med de begrensninger som bygningen har hva gjelder størrelse og utforming

Forbedring eksisterende boligmasse

- Den sentrumsnære bebyggelsen i Kristiansund er svært lite tilrettelagt for eldre og funksjonshemmede. En oppgradering av eksisterende bygningsmasse vil kunne redusere etterspørselen etter omsorgsboliger.

Ved revidering av planen i 2024/2025 vurderer man på nytt om konseptet med demenslandsby skal utvikles videre, gjerne på Bergan. Behovet må vurderes i sammenheng med behovet for ytterligere økt sykehjemskapasitet.

7. Sykehjem

7.1 Definisjon

Sykehjem er en helseinstitusjon som gir pasienter/bruker heldøgns opphold, behandling og pleie. I sykehjem kan kommuner tilby avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold, korttidsopphold og langtidsopphold.

7.2 Mål og delmål

MÅL: KOMMUNENS DEKNINGSGRAD SKAL VÆRE PÅ 16 %

DELMÅL:

- Nytt sykehjem står klart i 2024.
- Plassene på Storhaugen helsehus skal brukes i tråd med intensjonene (altså ingen langtidspasienter).
- Praksisen med å kjøpe institusjonsplasser i omkringliggende kommuner avvikes.
- Kommunens utfordring med utskrivningsklare pasienter er løst gjennom:
 - Storhaugen brukes i tråd med intensjonene.
 - Kommunens satsing på hverdagsmestring bærer frukter.
 - Kommunens avlastningskapasitet er økt.

7.3 Dagens situasjon

- Det er et stabilt høyt antall søknader om langtidsopphold.
- Korttidsplassene er i hovedsak belagt av personer som venter på ledig langtidsplass og av pasienter utskrevet fra sykehusene, og i mindre grad av hjemmeboende pasienter.
- Kapasiteten til korttids-/rehabilitering og palliasjon er i utgangspunktet god nok, men plassene brukes til annet formål jfr. punket over. Opplevelsen og konsekvensen er at kommunen mangler kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten med behov for kommunal oppfølging i institusjon.
- Avlastningskapasiteten er for lav.
- Kommunen har ikke langtidsplasser i sykehjem (tilrettelagt) for personer med alvorlig psykisk helsesvikt og/eller rusavhengighet.
- Kommunen har ikke langtidsplasser i sykehjem (tilrettelagt) for voksne/eldre personer med utviklingshemming.
- Bygningskroppen og pasientrommene ved Frei sykehjem tilsier omfattende renoveringsbehov.
- Avdelingene ved Barmanhaugen og Frei sykehjem er til hinder for stordriftsfordeler sammenlignet med større enheter.
- Kristiansund kommune leier sykehjemsplasser i omliggende kommuner.
- Befolkningsframskriving viser en dramatisk økning i antall eldre over 80 år, dette indikerer økt behov for flere sykehjemsplasser.
- Kommunens tjenester opplever at vi ikke har god nok kapasitet på de lavere trinnene i omsorgstrappen. Konsekvensen er at vi produserer flere i sykehjemskø.

7.4 Utfordringsbildet

Levealder er økende - brukergruppen over 80 og 90 år øker. Økt levealder gir høyere forekomst av aldersdemens og vil trolig bli blant de største utfordringene i eldreomsorgen. Framskrivningene danner grunnlag for hvordan kommunen må planlegge og dimensjonere sykehjemskapasiteten.

Planens framskriving av behov er basert på følgende:

- Storhaugen helsehus med sine 35 plasser er definert som spesialsykehjem og holdes utenom den videre beregningen. Storhaugen har utelukkende spesialiserte korttidsplasser for rehabilitering, palliasjon og KAD (kommunal akutt døgnplass).
- Kommunens 122 egne langtidsplasser.
- De 19 eksterne plassene som kjøpes i omliggende kommuner.

Folketall 80 ≥ år - hovedalternativet og dekningsgrad					
	Innbyggere i KSU	80 ≥	Dekningsgrad		
			Egne langtidsplasser, 122	Egne plasser 122 + 19 eksterne	Faktisk etterspørsel per 1.4.21
2021	24 099	1 099	11,1 %	12,8 %	160 stk 14,55 %
2030	24 196	1 853	6,2 %	7,6 %	

Tabellen over viser kommunens dekningsgrad i 2021 (11,1), dekningsgrad inkludert de plassene vi kjøper i andre kommuner (12,8) og hva den skulle ha vært dersom målet var 0 utskrivningsklare, ingen eksterne kjøp og ingen pasienter med vedtak om langtidsplass liggende på Storhaugen Helsehus (14,55). Videre viser den hvordan kommunens dekningsgrad vil være i 2030 dersom vi unnlater å gjøre noe med sykehjemskapasiteten.

Delutredningen viser at K13 (sammenlignbare kommuner) har en dekningsgrad på 16 %. Siden helhetlig plan for helse og omsorg peker på andre viktige strategier for å løse omsorgsutfordringene og kommunen er nødt til å foreslå løsninger som kan være økonomisk bærekraftige, kan det være mye som taler for at et mål om 16 % dekningsgrad er realistisk. Vi må våge å stole på egen og andres innovasjonskraft, samtidig som vi skal ta oss tid til å la effekten av andre strategier få virke - før vi igjen vurderer om vi må gå høyere i dekningsgraden.

Dersom kommunen bygger 150 nye plasser vil vi ha 260 langtidsplasser til disposisjon (Bergan, Frei, Kringsjø og nytt sykehjem). Da får vi følgende dekningsgrad på sykehjems plasser i 2025 og i 2030:

Folketall 80 ≥ år - hovedalternativet, befolkningsframskriving og dekningsgrad					
	Innbyggere i KSU	80 ≥	Dekningsgrad		
			Egne langtidsplasser, 260		
2025	23 963	1 340	19,40 %		
2030	24 196	1 853	14,03 %		

Dersom vi innlemmer Frei sykehjem i det nye sykehjemmet, vil vi ha 234 langtidsplasser. Dekningsgraden vil være 17,46 % i 2025 og 12,63 % i 2030.

- Stadig flere, nye og komplekse oppgaver innen helse og omsorg skal løses på kommunalt nivå (pasienter med flere og komplekse diagnoser og helseutfordringer).
- Markant økning i antall eldre over 80 år fra 2025 og utover.
- Stadig flere eldre brukere med psykisk utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser.
- Stadig flere eldre brukere med psykiske helseutfordringer og/eller rusutfordringer.
- Oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil bidra til ytterligere press på kommunale helsetjenester.
- Presset på langtidsplasser i sykehjem går på bekostning av korttids- og avlastningstilbud for hjemmeboende.
- Flere av sykehjemmene er ikke tilpasset standarder for effektiv drift, universell utforming og bruk av velferdsteknologi.
- Det er utfordrende å etablere sykehjemmene som attraktive kompetansearbeidsplasser.
- Kompetansesammensetningen og kompetansenivå i sykehjemmene må gjenspeile brukerbehovene.

7.4.1 Dette sier Leve hele livet om sykehjem

Sykehjemskapasitet er lite omtalt i reformen. Selv om Kristiansund kommune har flere gode strategier som skal bidra til at flere mennesker bor hjemme lengst mulig, kommer vi ikke unna at mange innbyggere får behov for omfattende heldøgns pleie og omsorg. Dersom kommunen svikter på dette området, vil ikke innbyggerne oppleve en god og sammenhengende tjeneste. God nok sykehjemskapasitet blir i så måte et vilkår for å utvikle de øvrige satsingsområdene i kvalitetsreformen. Kvalitetsreformen peker på betydningen av at sykehjem (- og omsorgsboliger) bygges slik at de blir en integrert del av lokalmiljøet, gjerne med felles møteplasser og naboskap på tvers av generasjon for funksjoner.

I planen anbefales også å definere 9-10 plasser i sykehjem til avlastning. Kvalitetsreformen sier følgende om dette: "Mange pårørende har krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger. Det er derfor viktig at pårørende får god støtte og avlastning, og at innsatsen deres anerkjennes". For å gi økt støtte og avlastning løfter reformen fram tre løsninger der fleksible kommunale avlastningstilbud er ett av disse. Strategien er dermed i tråd med Leve hele livet.

Videre er økt tilgjengelighet på dagtilbud beskrevet som en annen strategi. Dagtilbud kan også betraktes som avlastning, - i tillegg til at dette kan være arena for anerkjent miljøterapeutisk tilnærming for de som har behov for det. I denne sammenhengen skal økt tilgjengelighet både forstås som utvidet åpningstid (dagtilbud på kveld og deler av helgen) og differensierte tilbud ut ifra alder, interesser og behov. Sistnevnte er særlig viktig for pasienter som lider av demens. Kvalitetsreformen har viet et helt satsingsområde på temaet aktivitet og fellesskap, dette området vil bli behørig drøftet under andre kapittel i planen.

7.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi ivaretar helse trivsel og livsutfoldelse for et mangfold av mennesker, som tar vare på hverandre. Våre bygg og byrom tar hensyn til både funksjonelle og estetiske verdier. Vi skal legge til rette for god helse og livskvalitet for alle, uansett alder.

Ett nytt sykehjem på 150 plasser bygges

- Øke kapasiteten på avlastningsplasser.

Tilrettelagte plasser

- Det skal defineres hvilket sykehjem som skal ha tilrettelagte plasser (kompetanse) for pasienter med utviklingshemming og psykiske lidelser.

Barmanhaugen 2. etg avvikles som sykehjem

- Barmanhaugen blir i sin helhet heldøgns bemannet omsorgsbolig.

Det må vurderes om plassene ved dagens sykehjem på Frei skal innlemmes i det nye sykehjemmet.

Kapasiteten på sykehjem må sees i sammenheng med kapasitet på heldøgns bemannede omsorgsboliger og økt tilgjengelighet og kapasitet på dagtilbud for eldre/demente.

Ved revisjon av kommunedelplanen i 2024/2025 må kommunen på nytt ta stilling til kapasitetsbehov i sykehjem.

8. Hverdagsmestring

8.1 Definisjon

Hverdagsmestring er beskrivelsen av en rehabiliteringsfilosofi - et tankesett- som må gjelde for alle involverte som jobber rundt og med en bruker. Målet er å fremme mestring uansett funksjonsnivå.

Hverdagsmestring i denne sammenheng, handler om en radikal faglig omstilling som fremmer helhetstenkning og brukerinvolvering. Arbeidet har sitt hovedfokus på nye brukere av pleie og omsorg, samt eksisterende brukere som opplever en brå endring av sitt funksjonsnivå.

8.2 Mål og delmål

MÅL: KRISTIANSUND KOMMUNE TAR HJEM SINE UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER FRA SYKEHUS

DELMÅL:

- Antallet overliggerdøgn i sykehus skal reduseres betydelig fra 2021-2023.
- Antallet pasienter som får intensiv kommunal oppfølging i hjemmet etter gradvis eller brå funksjonsfall skal økes betydelig fra 2021-2023.
- Vi har utvidet tilgjengeligheten for pasienter og pårørende ut over normalarbeidstiden.
- Vi har tverrfaglig kompetanse tilgjengelig dag og aften 7 dager per uke.

8.3 Dagens situasjon

- Kristiansund kommune er den kommunen i Norge som leverer dårligst på å ta hjem utskrivningsklare pasienter fra sykehus.
- Det er utakt mellom tjenestevekst og ressurstilgang.
- Det er økende pågang på tjenester på grunn av økende antall eldre innenfor ulike pasientkategorier.
- Det er økende pågang på tjenester til yngre personer.
- Vi har for mange pasienter langt oppe i omsorgstrappen.
- Forventningsgap mellom brukers og pårørendes forventninger og tjenestene som ytes.
- Det stilles stadig skjerpede krav til gode overganger/ gode pasientforløp.
- Kommunen opplever tilgangen av kvalifisert personell som svært begrenset.
- Det stilles stadige krav til økt, god og reell brukermedvirkning.

8.4 Utfordringsbildet

Kristiansund kommune har i lang tid vært nødt til å jobbe med ad hoc løsninger for å ta hjem utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Kristiansund kommune har alene flere døgn med utskrivningsklare pasienter enn Molde og Ålesund til sammen.

Til tross for dette, - vi gjør nesten alt riktig. Utfordringen vår er at vi ikke er dimensjonert for etterspørselen og at vi driver for kostbart. Mange løsninger fører også til avvik.

- Hjemmeboende med vedtak om langtidsplass har vært nødt til å vente svært lenge på ledig plass.
- Hjemmeboende med vedtak om korttidsplass har ikke fått iverksatt tiltaket på grunn av kapasitetsmangel.
- Pasienter med vedtak om langtidsplass venter i, og opptar korttidsplasser.
- Pasienter blir liggende svært lenge som utskrivningsklare i sykehus.
- Pasienter ligger i korridorer, på samtalerom og bad.
- Hjemmeboende pasienter med funksjonsfall blir ikke godt nok fanget opp og ender som svingdørspasienter i sykehus.

I kombinasjon med befolkningsframskrivingen, erfaringer fra rekruttering og presset på økonomien vår, ser man behovet for å prøve ut andre organisasjonsformer og en annen måte å yte tjenestene på.

8.4.1 Dette sier Leve hele livet om hverdagsmestring

Hverdagsmestring - Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne, også når de mottar helse- og omsorgstjenester. Alle bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Hverdagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel som både kan gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall. Velferdsteknologiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring er viktige virkemidler.

8.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

Vi har et aldersvennlig samfunn - Vi skal legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt i eget hjem så lenge som mulig.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

DEN MODIGE BYEN

Vi er en fremtidsrettet og inkluderende kommune - Velferdsteknologi - Vi skal bidra til å digitalisere tjenestetilbudene i offentlig sektor.

Hverdagsmestring skal etableres som en tydelig strategi i helse- og omsorgstjenestene.

Innsatsen Hverdagsmestring skal styrkes gjennom:

- Koordinert og tverrfaglig hjelp i tidlig fase ved endring i helsetilstand hos hjemmeboende.
- Økt tilgjengelighet på tverrfaglig kompetanse.
- Økt tilgjengelighet ved behov for døgnrehabilitering.
- Å forebygge funksjonsfall og forhindre unødige innleggelser i sykehus, og derigjennom redusere antall overliggerdøgn i sykehus.
- Økt trygghet/gode koordinerte/sømløse tjenester i overgang fra institusjonsopphold og hjem.
- Tidlig planlegging og saksbehandling før utskriving, i samråd med pasient og pårørende.
- Økt fokus på fysisk trening og aktivitet som forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak.
- Integrere velferdsteknologiske løsninger som en del av tjenestene og utnytte potensialet i digitalisering i alle tjenesteledd.
- Effektiv formidling av tekniske og velferdsteknologiske hjelpemidler.

9. Psykisk helse og rus

9.1 Definisjon

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. I forhold til befolkningen som er flerkulturell er det et overordnet siktemål å søke å redusere den samlede psykiske sykkeligheten. Det skal være en målrettet, faglig fundert og samordnet innsats og fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgsnivå).

Psykisk helse og rusarbeid i Kristiansund kommune skal bidra til å sikre et godt kommunalt omsorgs- og behandlingstilbud til mennesker i en vanskelig livssituasjon, gi råd og veiledning samt adekvate helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser/vansker og ruslidelser, uansett alder.

9.2 Mål og delmål

MÅL: TJENESTER INNEN PSYKISK HELSE OG RUSFELTET TILBYR BRUKERNE ET DIFFERENSIERT OG TILPASSET TJENESTETILBUD

DELMÅL:

- Benytter kunnskapsbaserte tjeneste- og behandlingsmodeller.
- Evaluerer effekt av oppfølging og behandling.
- Etablerer et tilpasset boligtilbud for særlig ressurskrevende brukere.
- Videreutvikler og bedrer samarbeid og koordinering mellom voksen- og oppvekstsektoren.
- Videreutvikle og bedre samhandlingen og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten gjennom for eksempel FACT og FACT ung team.
- Øker kompetanse på psykiske og/eller rusutfordringer hos den eldre del av befolkningen.
- Samlokaliserer enhet for psykisk helse og rus med spesialisthelsetjenesten i nytt DMS.

9.3 Dagens situasjon

Kristiansund kommune har organisert psykisk helse- og rusarbeidet for personer over 18 år i egen enhet, men det er flere andre sentrale aktører og enheter som ytre tjenester til personer med psykisk helse og/ eller rusmiddelproblemer.

Figur: Enheter som jobber med psykisk helse og rus i kommunen



Kommune har over lengre tid hatt levekårsutfordringer som tydeliggjøres i en folkehelseprofil med utfordringer som særlig relateres til vansker innen psykisk helse og rusfeltet.

Kristiansund kommune har et stort antall særlig ressurskrevende brukere:

- Brukere med rusmiddelmisbruk og samtidig psykisk sykdom - ROP-pasienter.
- Brukere som enten mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) eller er i SWITCH-program, sammenlignet med andre kommuner i landet og i Møre og Romsdal.

Andre brukergrupper som anses som ressurskrevende er pasienter som er under tvunget psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og brukere som er dømt til tvungen psykisk helsevern men som er vurdert som utskrivningsklar fra institusjon.

Det er også dokumentert en økning av antall innbyggere som bruker sterke og vanedannende reseptbelagte medikamenter.

Kommunen har flere unge uføre enn andre sammenlignbare kommuner og et stort antall «drop-out» fra videregående skole som krever tiltak fra alle tjenesteytere innen psykisk helse og rusfeltet.

Antall brukere av tjenester fra enhet for psykisk helse og rus har holdt seg relativt stabil de siste årene men antall vedtakstimer har gått opp. Det er nærliggende å tenke at flere av brukerne har psykisk og/eller rusvansker av et omfang som medfører behov for hyppigere og mer omfattende tjenester.

9.4 Utfordringsbildet

Sentralt for utbyggingen av psykisk helsearbeid i kommunene er Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 (St. prp. nr. 63 (1997–98) som legger opp til en klar styrking av det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet. På tross av opptappingsplan og økte overføringer til kommunen opplever enhet for psykisk helse og rus utfordringer med å yte et tilstrekkelig tjenestetilbud til målgruppene.

Utfordringsbildet kan beskrives som:

- Økt oppgaveoverføring og oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten med påfølgende flere oppgaver til kommunehelsetjenesten.
- Vedvarende levekårsutfordringer i kommunen.
- Folkehelseprofil som særlig peker på psykisk helse og rusutfordringer.
- Innføring av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten med raskere overføring til kommunehelsetjenesten.
- Større ansvar for særskilt ressurskrevende brukere som for eksempel pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern.
- Overrepresentasjon av brukere med rusmisbruk og brukere som mottar legemiddelassistert behandling (LAR).
- Nedbygging av døgnseger/døgntilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Manglende koordinering av tjenestene internt i kommunen.
- Manglende koordinering mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

9.4.1 Dette sier Leve hele livet om psykisk helse

Reformen nevner ikke psykisk helsearbeid spesifikt men henviser til "Mestre hele livet (2017-2022)". Dette er den første strategien som spenner over hele psykisk helsefeltet, fra folkehelse til behandling og rehabilitering. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Strategien vektlegger tidlig innsats for å fange opp de som trenger hjelp og gode, tilgjengelige og koordinerte tjenester til de som utvikler psykisk sykdom. Strategien retter seg mot hele befolkningen, men har et særskilt kapittel om barn og unge som i tråd med Stortingets anmodningsvedtak kan danne grunnlag for en opptappingsplan for barn og unges psykiske helse. Grepene og tiltakene som presenteres i strategien for øvrig er like aktuelle for eldre som for befolkningen for øvrig.

Med en økt andel eldre mennesker i befolkningen må psykisk helsearbeid overfor eldre også prioriteres. Tjenestene må i større grad differensieres ut ifra vansketilstand, alder, interesser og behov. Kristiansund kommune må særlig planlegge for sykehjemsplasser for en økende andel eldre med psykiske vansketilstander og rusproblematikk. Videre er det nødvendig å styrke kompetansen og det kommunale tilbudet for eldre mennesker med psykiske og/eller rusvansker.

9.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

Vi har et aldersvennlig samfunn - Vi skal legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt i eget hjem så lenge som mulig.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

DEN MODIGE BYEN

Vi er en fremtidsrettet og inkluderende kommune - Velferdsteknologi - Vi skal bidra til å digitalisere tjenestetilbudene i offentlig sektor.

Utfordringsbildet som presenteres over må løses på flere ulike nivå i behandlingskjeden. Både på tjenestenivå og administrativt nivå intern i kommunen, men også mellom behandlingsnivåene - mellom helseforetaket og kommunen.

- Tjenestene må i større grad koordineres, både intern i kommunen, men også mellom helseforetak og kommune.
- Tjenestene skal sørge for sammenhengende behandlingskjeder i et livsløpsperspektiv, fra barn til voksen.
- Tjenestene må tilpasses brukernes behov basert på feedbackverktøy.
- Det skal benyttes evidens- og kunnskapsbaserte behandlingsmetoder med jevnlig evaluering av effekt.
- Videreføre og vektlegge tjenestetilbud med recoveryorientering som gjør at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, på tross av psykiske helseutfordringer.
- Dreie mot forebygging av psykisk helse og rusvansker og prioritere ungdom og unge voksne.
- Utrede behov for øyeblikkelig hjelp tilbud for psykisk helse og rus i kommunen (KAD).
- Bedre koordinering og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forhold til særskilte ressurskrevende brukere med sammensatte behov.
- Jobbe for likeverdighet mellom forvaltningsnivåene i planlegging og endring av tjenestetilbudet. Jfr. Helsefellesskap.
- Satse på og videreutvikle "1 1/2 linje tjenester" eller samhandlingstjenester som FACT og FACT-ung.
- Tilrettelegge eldreomsorgen med tilpassede sykehjemsplasser for eldre med psykisk helse- og rusvansker.
- Realisere DMS og SNR Kristiansund som samhandlings- og kompetansearena for psykisk helsearbeid.

10. Velferdsteknologi

10.1 Definisjon

Velferdsteknologiske hjelpemidler kan deles inn i fire hovedkategorier:

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi
2. Kompensasjons- og velværeteknologi
3. Teknologi for sosial kontakt
4. Teknologi for behandling og pleie

Tjenesten velferdsteknologi er enhetsovergrepene og ytes til samtlige enheter innenfor Helse og omsorg i Kristiansund.

Regionalt responscenter (RRO) er bindeleddet som knytter ny teknologi sammen med den medmenneskelige omsorgstjenesten og har som mål å øke kvalitet for både brukere av tjenesten og ansatte i Helse og omsorg.

“Responscentertjeneste defineres som 1. linje mottaker/responderer av signaler/data/informasjon fra velferdsteknologiske løsninger. Responscentertjenesten har som oppgave å motta, analysere og respondere. Respons kan dels skje via direkte kontakt med tjenestemottakeren eller ved å videreformidle behov for bistand til andre instanser” (f.eks. AMK, hjemmetjenesten, pårørende eller andre) (PA consulting group 2016).

10.2 Mål og delmål

MÅL: VELFERDSTEKOLOGI ER EN NATURLIG OG INTEGRERT DEL AV HELSETJENESTEN OG RRO ER RESSURSENTERET FOR VELFERDSTEKOLOGI I REGIONEN

DELMÅL:

- Kristiansund kommune har tatt i bruk og implementert velferdsteknologi i sykehjemmene våre.
- Vi har tatt i bruk og hentet ut gevinster av velferdsteknologi i våre hjemmebaserte tjenester.
- Velferdsteknologi er den første og foretrukne tjenesten som tildeles nye brukere.
- RRO bidrar aktivt med å utvikle nye pasientforløp som støttes av avstandsoppfølging.
- Vi bruker stordatafangst som grunnlag for å iverksette adekvate tiltak.
- Ansatte i Helse og omsorg gjennomfører velferdsteknologiens ABC, eller tilsvarende.
- Vi har utviklet et opplæringsprogram for pårørende og brukere.
- RRO stiller lokaler (operatørplass) tilgjengelig for frivillig sektor, og åpner telefonlinje for "ensomhetstelefon".
- RRO er samlokalisert med legevakt.



10.3 Dagens situasjon

- Januar 2019 ble RRO samlokalisert med Helseinnovasjonssenteret (HIS) og har siden det fått oppdaterte lokaler med egnet infrastruktur og teknologisk tilrettelegging.
- Responssenteret har utviklet seg etter brukernes, pårørendes og de kommunale behov.
- Avdelingen har også gjennomgått en omfattende utskifting og endring av programvare og gjennomført integrasjoner mellom Kommunal EPJ og fagsystemer innenfor velferdsteknologi.
- RRO har gjennomført anskaffelse og bruker nå egen smartplattform for å ta imot både tekniske og skarpe varsel innenfor velferdsteknologiområdet. Dette er et omfattende og kontinuerlig kvalitetsarbeid som krever høy grad av tverrfaglig samarbeid og kompetanse.
- De fleste av fagsystemene til RRO er i dag skybasert. Det jobbes målrettet med å få de resterende fagsystemene opp i nettskyen, slik at RRO kan bli fullstendig mobilt og da ikke være avhengig av fysisk lokasjon eller bygg hvis det skulle inntreffe en større hendelse eller krise.
- Tempoet med å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger som den foretrukne - og første - tjenesten, er for lavt.

10.4 Utfordringsbildet

Teknologien er et viktig verktøy i møtet med fremtidens demografiske utfordringer, men også i det helsefremmende arbeidet og som et av flere verktøy for å forebygge fall, ensomhet, manglende sosial deltakelse og kognitiv svikt. Velferdsteknologi skal bygge opp under innbyggeren sitt ønske om å klare seg selv i hverdagen, og kunne bo både lengre og tryggere i eget hjem. Sist, men ikke minst kan velferdsteknologi også bidra til å kunne avdekke forverret tilstand på et tidlig tidspunkt, og bidra til målrettede tiltak som hindrer utvikling av sykdom.

Kommunene har de senere årene fått ansvar for å levere tjenester til flere og mer omfattende brukergrupper innen helse og omsorg. Velferdsteknologi skal bidra til at kommunene er bedre rustet til å møte fremtidens omsorgsbehov.

Regionalt program for velferdsteknologi har som mål at teknologiske løsninger skal bidra til at flere eldre mennesker, personer med kroniske sykdommer og personer med funksjonsnedsettelse kan:

- Mest eget liv lengst mulig.
- Bo hjemme tryggest mulig.
- Få økt livskvalitet og komfort.

Det er mange aktører som er involvert når ulike typer velferdsteknologi skal implementeres og tas i bruk.

- Leverandører av tjenestene.
- De som produserer teknologien.
- Brukerne av teknologien, enten det er brukere, pårørende eller ansatte.
- Responssenteret.
- IKT avdeling i kommunen.
- Teknisk avdeling.

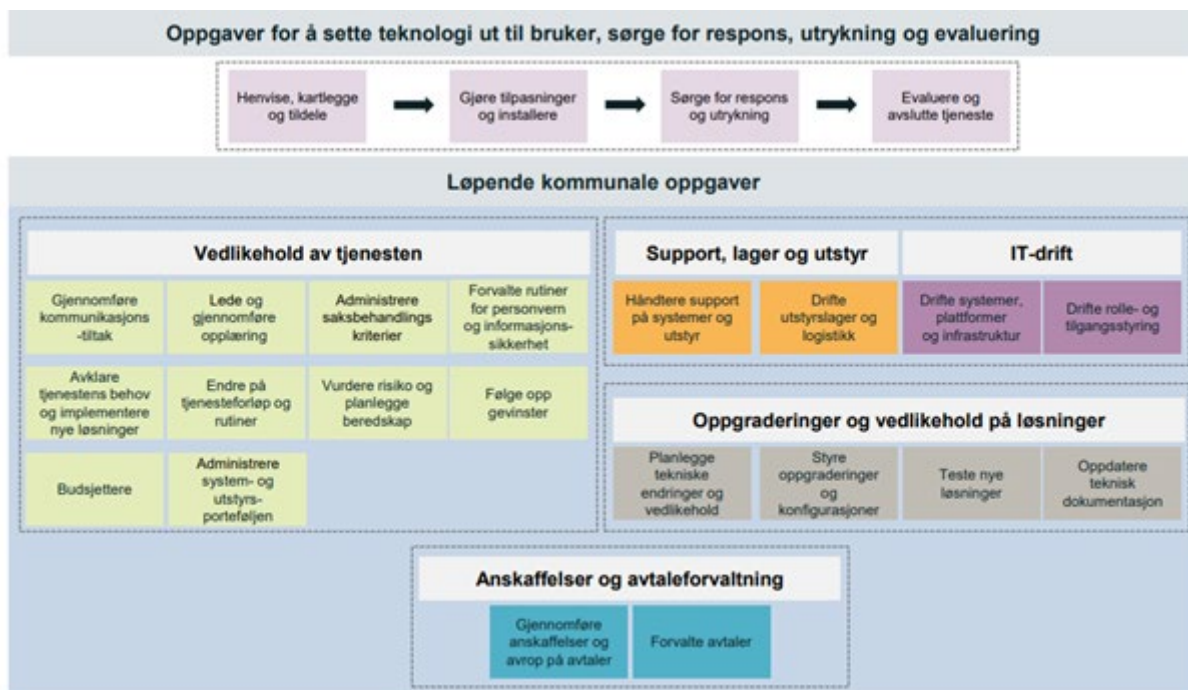
Velferdsteknologi kan gjøre helsetjenestene bedre, men for å lykkes må alle aktører og organisasjoner samarbeide.

Menneske og teknologi

Bruk av teknologi i helse og omsorgstjenestene krever at ansatte må jobbe på nye måter. Det er et behov for et faglig omstillingsarbeid, der tjenester og arbeidsprosesser må organiseres på nye måter. Dette krever både omstillings- og endringskompetanse, samt vilje hos alle involverte.

Tjenester med velferdsteknologi er sektorovergripende. For å lette det tverrfaglige arbeidet, er det utformet en helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi. Modellen er utarbeidet i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet sammen med KS, Helsedirektoratet og de ulike medlemskommunene.

Tjenestemodellen inneholder en rekke oppgaver som må løses. Dette krever en tydelig organisering der sentrale oppgaver løses gjennom forankrede roller og ansvarsområder istedenfor enkeltpersoner. En slik tilnærming sikrer en mer robust tjeneste, som ikke er avhengig av enkeltpersoner og representerer en systematisk tilnærming.



10.4.1 Dette sier Leve hele livet om velferdsteknologi

Responscenteret og velferdsteknologi vil være en viktig bidragsyter for å innfri flere av målsettingene i "Leve hele livet".

Morgendagens omsorgstjeneste må legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv. Velferdsteknologi gir eldre mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger. Det gir også eldre mulighet til å bo hjemme lenger. Økt bruk av velferdsteknologi er en av flere faktorer som kan bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste i framtida. Målet er å gi ansatte i helse- og omsorgstjenestene grunnleggende kompetanse i velferdsteknologi og tilgang til nødvendige arbeidsverktøy for å vurdere, ta i bruk og følge opp tjenester og tiltak der velferdsteknologi brukes.

10.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

Vi har et aldersvennlig samfunn - Vi skal legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt i eget hjem så lenge som mulig.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

DEN MODIGE BYEN

Vi er en fremtidsrettet og inkluderende kommune - Velferdsteknologi - Vi skal bidra til å digitalisere tjenestetilbudene i offentlig sektor.

Helsehjelp

- Montering og programmering av teknologi til brukere i hjemmet og i våre institusjoner.
- Velferdsteknologi genererer store mengder av data. Gjennom å bearbeide og analysere disse dataene kan RRO bidra til å kunne oppdage endring i helsetilstand.

Et aldersvennlig samfunn

- RRO kan gjennomføre kurs og opplæring for innbyggere.
- Innbyggere kan henvende seg for råd og veiledning.

- Ved å benytte data fra velferdsteknologi kan man «oppdage» ensomhetsproblematikk tidlig og avlaste ordinær helsetjeneste.
- Frivillige kan gjennomføre kurs og opplæring med digital hjelpemidler i RRO.

Sammenheng og overganger i tjenestejente

- Økt samhandling med spesialisthelsetjenesten, legge til rette for digital hjemmeoppfølging mellom RRO, fastlege og spesialisthelsetjenesten.
- Samlokalisering og samdrift av RRO og legevaktsformidling.
- Lokalisering DMS Kristiansund.

Organisatoriske tiltak

- Forankre helhetlig tjenestemodell.
- Gevinstplaner skal skapes med aktører som skal ta i bruk teknologi og ledere må etterspørre gevinster.
- Ressurspersoner bør inngå i eget tverrfaglig team for velferdsteknologi, og bistå enhetene med både prosessuelle og tekniske oppgaver.
- Nyansatte må ha kunnskap om elementær velferdsteknologi
- Mellomledere må ha elementær kunnskap om velferdsteknologi
- Flere ansatte med oppgaver innen det «helsetekniske området» må tilsettes, for eksempel driftstekniker.
- Tildelingstjenesten kartlegger og fattar vedtak også innenfor velferdsteknologi.

11. Frivillighetsarbeid

11.1 Definisjon

Frivillig innsats forstås som et supplement til den offentlige velferden.

11.2 Dagens situasjon

I et velferdssamfunn er det offentlige ansvaret for helse - og omsorgstilbudet nedfelt i helse og omsorgslovgivningen. Dette betyr ikke at alle oppgaver kan løses av helse og omsorgstjenestene. Kommunen vår er ikke bare en forvaltning, den er et lokalsamfunn med familier, sosiale nettverk, organisasjoner, bedrifter og tiltak. For å skape et omsorgsfullt samfunn, er alle involvert i denne oppgaven.

Kristiansund kommunes innsats for å legge til rette for frivilligheten finner man først og fremst i Frivillighetssentralen og i ett eget årsverk for frivillighetskoordinator ved Storhaugen helsehus.

I Kristiansund, som i landet for øvrig legges frivillig arbeid først og fremst ned i kultur- og fritidsorganisasjoner, inkludert idrett. En mindre del går til omsorgssektoren. Frivillig innsats utenom de frivillige organisasjonene er i vekst. Erkjennelsen av dette utløste at pleie og omsorg prioriterte ett nytt årsverk for frivillighetskoordinator, og på denne måten styrket kommunens innsats for frivilligheten inn i en sektor med store utfordringer og endringsbehov.

11.3 Utfordringsbildet

Samfunnet står i årene som kommer overfor store utfordringer på helse og omsorgsfeltet. Kommunen må legge ned en innsats for å få ut potensialet som ligger i frivilligheten.

Nye innovative løsninger finner vi i mellomrommene og samspillet mellom alle samfunnets ulike omsorgsaktører.

For å løse den samlede innsatsen som må til for å bevare velferdsordningene, er det behov for å benytte alle ressurser som ligger i frivillig sektor.

11.3.1 Dette sier Leve hele livet om frivillighetsarbeid

Frivillig innsats forstås som et supplement til den offentlige velferden. Frivilligheten tilfører samfunnet store økonomiske verdier. En gjennomtenkt og kompetent organisering er en av suksessfaktorene for å sikre økt frivillighet i omsorgstjenesten. Det er derfor viktig å ha en plan for lokal frivillighetspolitikk.

For å skape et omsorgsfullt samfunn bør alle være involvert i oppgaven.

Potensialet for bidrag fra pensjonister er stort. Seniorressursen er å ta i bruk den ressursen eldre representerer. Dette betyr blant annet:

- Å støtte organiseringen av frivillige seniortiltak.
- Å vurdere seniorkompetanse i næringsutviklingsarbeid.
- Å rekruttere seniorer som frivillige ressurser på ulike kommunale fagområder.
- Å ha en god seniorpolitikk som legger til rette for at egne ansatte kan stå lenge i arbeid.

11.4 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle, uansett alder - Vi skal mobilisere innbyggerne til å ta vare på seg selv og sine omgivelser, og tilrettelegge for friluftsliv og aktivitet i nærmiljøet.

Vi har et aldersvennlig samfunn - Vi skal legge til rette for aktiv deltagelse og ta i bruk eldre som en ressurs.

Vi har like muligheter for alle til tross for ulike forutsetninger. -Vi skal opprettholde en mangfoldig frivillig sektor som samarbeider med kommunen om å skape gode lokalsamfunn, tjenester og tilbud til befolkningen.

DEN KLOKE BYEN

Vi har styrket byen som regional motor gjennom handlekraftige og forpliktende partnerskap - Vi skal etablere møteplasser der kunnskap deles, tanker utfordres og spørsmål stilles.

Mobilisering.

- Skal vi lykkes i å rekruttere flere frivillige til helse og omsorgsfeltet, må vi legge til rette for bred mobilisering i alle aldre og befolkningsgrupper.

Samspill og samarbeid mellom frivillig sektor og kommunen

- Kristiansund kommune vil legge til rette for møteplasser mellom kommuner, frivillige organisasjoner, frivilligsentraler og frivillige enkeltpersoner, der man gjennom dialog kan se behov og muligheter og stimulere til økt rekruttering av frivillige.
- Gjennom en helhetlig frivillighetspolitikk vil samspillet og samarbeidet mellom frivillig sektor og kommunen økes og ressurser kan tas i bruk på nye og innovative måter.

Kompetanse, utvikling og innovasjon

- Kristiansund kommune ønsker at samarbeidet mellom det offentlige og frivilligheten baseres på en felles forståelse av at både frivillige og offentlige organisasjoner og virksomheter er viktige samfunnsaktører som gjennom sine verdier og mål bidrar til å videreutvikle samfunnet.

Forenkling og tilrettelegging

- Både Kristiansund kommune og frivillige organisasjoner har behov for forutsigbare økonomiske ordninger og rammer som gjør at de kan gjøre egne prioriteringer basert på lokale behov.
- Partene ønsker at det stimuleres til at kommunen inngår samarbeid med frivillige organisasjoner på helse- og omsorgsfeltet, og til at det arbeides for å gjøre tilskuddsordninger så hensiktsmessige som mulig.
- Det skal jobbes for å gjøre tilskuddsordninger ubyråkratiske, slik at mest mulig tid og ressurser kan brukes på aktivitet og at søknads og rapporteringsfrister settes slik at tilskuddsmottakere får nok tid til å bruke offentlig støtte på en god måte.

12. Sykehuset Nordmøre og Romsdal - Kristiansund

12.1 Definisjon

Et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en samling av helse- og omsorgstjenester som har til hensikt å gi godt koordinerte og tilgjengelige tjenester til befolkningen nært der de bor. Innholdet avhenger av lokale forhold, innbyggernes behov, interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommune(r) og spesialisthelsetjenesten.

Et DMS består vanligvis av kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter/brukere før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Et DMS er en viktig arena for kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og nivå. I tillegg kan bl.a. avtalespesialister være etablert i et DMS. Man kan også tenke seg at det legges til rette for andre private tilbud.

Nedenfor oppsummeres noen nytteeffekter av DMS:

- Økt funksjon og selvhjelp hos innbyggere og pasienter.
- Koordinerte og effektive pasientforløp.
- Styrke brukernes/pasientenes egenmestring, tidlig intervensjon og forebygge funksjonstap.
- Forutsigbare spesialisthelsetjenester og kommunale tilbud.
- Polikliniske tjenester og dagbehandling nært der pasientene bor.
- Hindre unødige sykehusinnleggelser og reinnleggelser.
- Legge til rette for tidlig sykehusutskrivning.
- Samhandlingsarena; en arena for kompetanse og kunnskapsutvikling for spesialisthelsetjenesten, kommunene og brukerorganisasjonene.
- Attraktive tjenestetilbud.
- Attraktive arbeidsplasser.

12.2 Dagens situasjon

Styret i Helse Møre og Romsdal HF besluttet i november 2016 at det skal etableres et distriktsmedisinsk senter i eksisterende sykehuslokaler i Kristiansund. Etableringen av DMS i Kristiansund er en del av konseptvalget for Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR). SNR Hjelset er dimensjonert ut fra at en stor andel av det totale spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i opptaksområdet skal gis ved DMS Kristiansund. DMS er et samhandlingsprosjekt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og det er en forutsetning av det også etableres kommunale tjenester i senteret.

Overordnet mål for DMS-prosjektet: «DMS Kristiansund gir fremtidsretta helsetjenester av fremragende kvalitet».

Prosjektet har følgende ambisjonsnivå:

- Bli det DMS i Norge som tilbyr det bredeste spekter av helsetjenester, i et samarbeid mellom primær-, spesialist- og private leverandører av helsetjenester.
- Bli det DMS i Norge som har høyest kvalitet på sine tjenester og som er nasjonalt ledende vedrørende samhandling mellom kommuner og helseforetak.

Prosjektets oppdrag mandat er:

- Operasjonalisere mål og ambisjonsnivå for DMS Kristiansund.
- Foreslå faglig innhold.
- Bygningsmessig utviklingsplan.
- Beskrive kompetanse - og personellbehov.
- Beskrive gevinstrealisering.
- Foreslå framtidig driftsmodell.
- Utarbeide framdriftsplan.

12.3 Utfordringsbildet

I takt med den økende spesialiseringen og sentralisering i sykehusene har det oppstått et behov for å styrke nærhet til helsetjenestene. Pasientene skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten.

Befolkningen skal sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Dette skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelse-tjenesten slik at veksten i bruk av sykehustjenester dempes, og forebygging vektlegges framfor å reparere.

Tallet på personer med kroniske sykdommer blir stadig mer dominerende. Ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, KOLS og diabetes type 2 er en utfordring for den globale folkehelsen. Videre viser framskrivninger at det vil bli mange flere eldre og spesielt i distriktene vil tallet på eldre øke. I tillegg vet vi at eldre over 70 år bruker dobbelt så mange helsetjenester som 40-åringene. Denne utviklingen øker behovet for godt koordinerte og helhetlige helsetjenester, samt nærhet til tjenestene. I norsk helsepolitikk blir dette ofte framhevet med setningen "desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må".

"Vi blir flere, vi blir eldre og vi forventer mer. Det gjør det krevende å forene ønsker og muligheter innenfor ressursrammene vi har til rådighet. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig".

Nasjonal helse -og sykehusplan 2020-2023

God kvalitet i tjenestene skal oppnås ved å styrke ansattes kompetanse og øke samhandlingen mellom helsenivåene. Innbyggere med lang reisevei til nærmeste sykehus og sammensatte sykdomsbilder har spesielt behov for et trygt, helhetlig og sømløst tilbud nærmere hjemmet. På bakgrunn av denne utviklingen er det en forventning om at det nye DMS-et i Kristiansund skal innfri en rekke målsettinger for innbyggere gjennom å legge til rette for et samarbeid mellom aktører i det nære helse- og omsorgstilbudet og akuttsykehuset på Hjelset.

12.3.1 Dette sier Leve hele livet om helsehjelp

Det store spørsmålet i årene som kommer er hvordan vi kan sikre ordninger, tjenester og løsninger som er bærekraftige i møte med fire av de viktigste demografiske utfordringene vi står overfor:

- De mange nye eldre.
- Større geografiske ulikheter.
- Rekruttering.
- Bærekraftige løsninger.

Det handler om å gjøre enkelte ting på andre måter enn før, og skape forenkling, fornyelse og forbedring gjennom innovasjon. Nye arbeidsmetoder, nye samarbeidsformer, ny teknologi og nye løsninger vil gi noen av svarene på hvordan vi i fellesskap kan skape et mer bærekraftig samfunn i møte med aldringsutfordringene.

Andelen mottakere av omsorgstjenester stiger med økt alder, med et gjennomsnitt på knapt 10 % i aldersgruppen 67–79 år, vel 43 % i 80–89 år, til et gjennomsnitt på 85 % i aldersgruppen 90 år og eldre. De aller fleste mottar tjenestene i eget hjem.

12.4 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

Vi har et aldersvennlig samfunn - Vi skal legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt i eget hjem så lenge som mulig.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

DEN MODIGE BYEN

Vi er en fremtidsrettet og inkluderende kommune - Velferdsteknologi - Vi skal bidra til å digitalisere tjenestetilbudene i offentlig sektor.

Samarbeid en forutsetning

- For å møte utfordringsbildet er det vedtatt at Kristiansund kommune, Helse Møre og Romsdal og omlandskommunene på Nordmøre (gjennom Nordmøre IPR) skal jobbe sammen for å realisere DMS i Kristiansund.

Samlokalisering

- Det er avgjørende at foretakstjenestene og tjenester fra Kristiansund kommune samlokaliseres for å oppnå sømløse helsetjenester/gode pasientforløp og attraktive arbeidsplasser.

Utprøving av nye organisasjons-/driftsformer

- Kommune(-r) og helseforetak må i tiden frem til SNR konseptet står ferdig prøve ut nye organisasjonsformer, samhandlingsarenaer og utfordre etablerte finansieringsordninger.

Realisering av et distriktsmedisinsk senter i Kristiansund, med nærhet til de tjenestene en benytter hyppigst, vil være med på å svare ut de utfordringer som nasjonal helse -og sykehusplan peker på så fremt prosjektet realiseres etter gitte målsettinger og mandat.

13. Rekruttering og kompetanse

13.1 Definisjon

I kompetansebegrepet legger vi kunnskap, ferdigheter, holdninger og evner som gjør en person i stand til å fylle rollen og utføre arbeidsoppgavene i tråd med definerte krav og mål. Kompetanse kan sees på som noe man kan rekruttere inn, utvikle i organisasjonen eller beholde.

Rekruttering betyr å skape tilgang, tilvekst eller fornyelse i virksomheten. Hovedregelen er fast ansettelse. For arbeidsgiver sikrer dette kontinuitet og kompetanse. Det er et viktig redskap for å beholde verdifull kompetanse, for å være konkurransedyktig og for å bygge kultur over tid.

13.2 Mål og delmål

Kristiansund kommunes arbeidsgiverstrategi og lønnspolitisk plan er sentrale dokumenter som skal bidra til at kommunen utvikles til en god arbeidsgiver og at kommunen rekrutterer, beholder ønsket arbeidskraft, og yter gode og forsvarlige tjenester til kommunens innbyggere. Kompetanse og ledelse er viktige elementer for å møte behov for innovasjon, rekruttering og forvaltning av egen arbeidskraft. Vi er bevisste på at omdømme har stor betydning for rekruttering av attraktiv arbeidskraft.

MÅL: VI HAR DYKTIGE MEDARBEIDERE SOM TRIVES JOBBEN OG TILFREDSE BRUKERE

DELMÅL:

- Vi lykkes med å rekruttere helsepersonell.
- Vi har i samarbeid med utdanningsinstitusjonene utviklet gode praksisplasser.
- Vi tilbyr et tilstrekkelig antall praksisplasser.
- Vi rekrutterer og beholder ledere som utøver ledelse i tråd med kommunens ledertrekant.
- Vi har konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår.

13.3 Dagens situasjon

Over 80 % av enhetene innen turnustjenestene i Helse og omsorg har i det siste året hatt utfordringer med å rekruttere nye ansatte. Utfordringen er størst for sykepleiere og vernepleiere, og voksende for helsefagarbeidere.

Vi har en økende gruppe eldre sykepleiere. Det gir utfordringer både knyttet til å rekruttere og beholde.

13.4 Utfordringsbildet

Fram mot 2050 vil Norge få en betydelig økning i antall eldre, mens andelen yrkesaktive i samme periode ikke vil øke nevneverdig. Etterspørselen etter helsepersonell vil øke vesentlig som et resultat av flere eldre, samtidig som tilgangen på nye medarbeidere i helse- og omsorgsykker trolig ikke vil øke tilsvarende.

«Eldrebolegen» vil utfordre kommunens kapasitet i vesentlig grad. Kristiansund kommune vil ha ca. 80 % flere innbyggere i aldergruppen 80+ i 2030 enn hva faktum er i dag. Selv om man tar høyde for en mulig bedring i helsetilstanden til de nye «over 80 – åringene», økt omfang av ubetalt pleie- og omsorgsarbeid i hjemmet og reduksjon i antall årsverk per bruker, vil behovet for helsepersonell øke betraktelig i årene framover.

Samtidig vet vi at forutsetningen for å kunne yte gode helse- og omsorgstjenester er tilstrekkelig tilgang på kvalifisert og kompetent helsepersonell. Dette innebærer et kontinuerlig arbeid for å beholde og utvikle de medarbeiderne som allerede er ansatt i organisasjonen, samt å rekruttere nye helsearbeidere.

Oppgaveglidning i helsevesenet vil stille krav til økt kompetanse i alle tjenester innen helse- og omsorgsektoren.

13.4.1 Dette sier Leve hele livet om rekruttering og kompetanse

Rekruttering av arbeidskraft og fagutdannet helse- og sosialpersonell til helse- og omsorgstjenestene er en av de viktigste utfordringene som følge av befolkningsutviklingen.

Å arbeide videre med å finne mer fleksible og bærekraftige løsninger som gjør det mulig å kombinere omsorgsarbeid med yrkesaktivitet vil være en utfordring. Det er mange kvinner og for få menn i dagens helse- og omsorgstjeneste.

Det er vanskelig å tenke seg at rekrutteringsutfordringene kan løses uten at menn i større og større omfang gjør sitt inntog i helse- og omsorgssektoren.

På samme måten som helse- og sosialarbeidere vurderes som attraktiv arbeidskraft i andre bransjer og finner seg arbeid der, må også helse og omsorgssektoren åpne seg for å konkurrere om personell med annen fagbakgrunn og erfaring, for eksempel innenfor serviceyrker og hotell- og restaurantfag. Bredere rekruttering innebærer også at tradisjonelle helsefag, i større grad kan suppleres med personell med sosialfaglig, pedagogisk eller kulturfaglig bakgrunn, i tråd med reformen Leve hele livet.

13.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

DEN MODIGE BYEN

Vi er en fremtidsrettet og inkluderende kommune.

Kjernebegrepet for å rekruttere, utvikle og beholde kompetente medarbeider er motivasjon. Innen begrepet motivasjon ligger de forventningene en medarbeider eller fremtidig medarbeider har til en jobb og arbeidsplass. Medarbeidere som kommer til en ny arbeidsplass er i utgangspunktet motivert for jobben. Det er arbeidsgiveren som må kunne møte de forventningene en medarbeider eller en mulig fremtidig medarbeider har, for å rekruttere og beholde den. Det handler enkelt, men samtidig så vanskelig, om måten arbeidet er planlagt, organisert, ledet og fulgt opp på.

Utvikle mestringsorientert ledelse for å rekruttere, utvikle og beholde kompetanse

De viktigste oppgavene en leder gjør, er å legge til rette for at medarbeiderne mestrer jobben sin – derav navnet *mestringsorientert ledelse*.

Campus Kristiansund som verktøy for å bli en bedre og mer attraktiv som arbeidsgiver

I Campus Kristiansund ligger det store muligheter for kommunen å bli mer attraktiv som arbeidsgiver. Som campuskommune skal vi investere i en bedre kobling med universitet og høyskole og det som foregår i arbeidslivet i kommunen.

Lønn som er konkurransedyktig

Lønn er en relevant faktor, særlig for rekruttering av helsepersonell.

Arbeidsvilkår som skaper merverdi

En god arbeidsplass må ha forutsigbare rammer og et system for videreutvikling og utdanning. Dette innebærer at man må ha tid i hverdagen til å fordype seg i faget sitt og ha et fagmiljø for å gjøre dette i. I tillegg trenger vi en god ordning for mobilitet og karrieremuligheter for ansatte så de lettere kan finne seg en ny utfordring innen yrket sitt.

14. Kommunepsykologer

14.1 Definisjon

"Med en kombinasjon av kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid, kartlegging og utredning, diagnostikk og behandling, samt forskning utgjør psykologer en viktig ressurs som er nyttig i kommunens planlegging og tjenesteutøvelse. Psykologer har en særskilt breddekompetanse på hele spekteret av psykisk helse, fra psykisk velvære til psykiske lidelser. Sentralt i psykologers arbeids står kunnskap om normal og avvikende fungering, menneskelige samspill og relasjoner, og om sårbarhet og problemer knyttet til det. Kunnskap om psykologisk, sosiale og kognitive prosesser gir et godt grunnlag for utvikling og opprettholdelse av god psykisk helse gjennom et livsløp. Psykologer kan tilby tjenester for enkeltindivider, familier, grupper, lokalmiljø og befolkning generelt. Det er særlig viktig å fokusere på veiledning til og samarbeid med andre faggrupper i kommunen.

Psykologkompetansen bør inngå i kommunens tjenestetilbud til personer med psykiske og/ eller rusproblemer. " Helsedirektoratet, Veileder for lokalt psykisk helsearbeid 2014)

I 2017 vedtok Stortinget at psykolog skal være en del av den lovpålagte kjernekompetansen i enhver kommune. Det er klare føringer på at kommunepsykologene skal jobbe tverrfaglig.

Med "kommunepsykologene" forstås alle psykologer som er ansatt i Kristiansund kommune, med unntak av psykologer ansatt i PPT.

Psykologer har, på lik linje med leger, henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten og kan utrede og sette diagnoser på psykiske lidelser.

14.2 Dagens situasjon

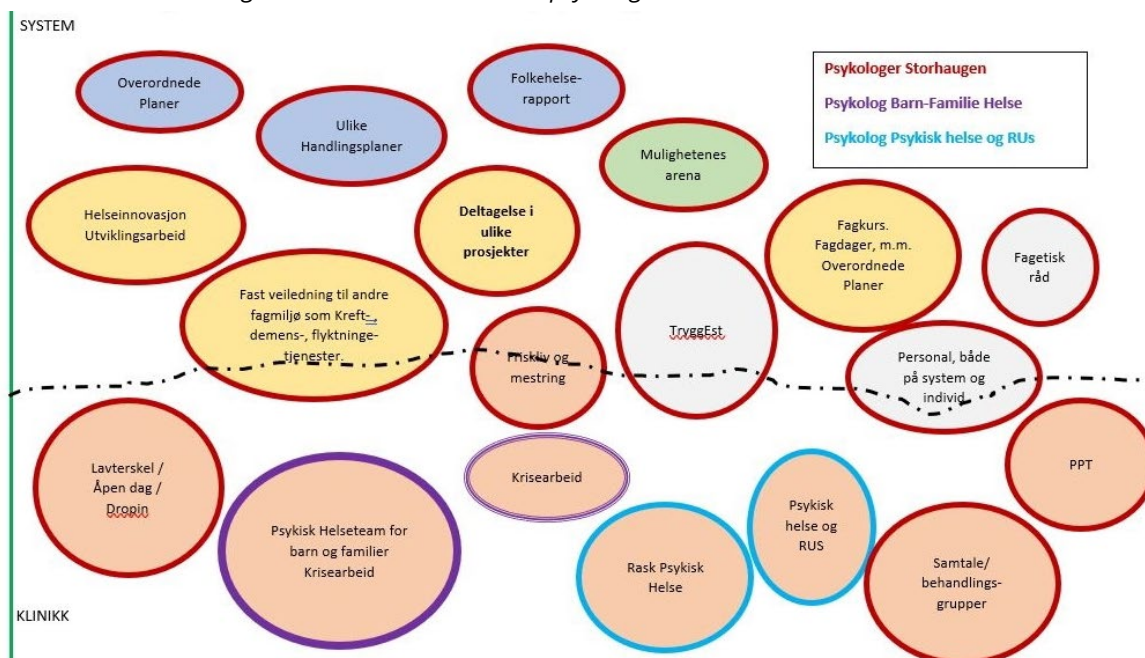
Kommunen har følgende stillingshjemler for psykologer:

To hjemler er organisatorisk plassert på Storhaugen helsehus under avdeling for samfunnspsykologi og legetjenester. Disse stillingene er tillagt et bredt mandat med tanke på å jobbe på tvers av enheter og avdelinger i kommunen. De skal jobbe på systemnivå, jobbe med veiledning og tilby individuell oppfølging.

En hjemmel er organisatorisk plassert i Barn, familie og helse, avdeling psykisk helseteam for barn og familier. Arbeidsoppgavene er direkte klientarbeid, individuelt og i grupper. Denne hjemmelen fyller også funksjon som faglig ledelse av kommunens kriseteam.

En hjemmel som er organisatorisk plassert i Psykisk helse og rus. Hjemmelen er sterkt knyttet til tiltaket Rask psykisk helsehjelp som forutsetter psykolog som veileder og faglig ansvarlig. Frem til 2020 var det to hjemler for psykolog i denne enheten og avdelingen.

Figur: Områder som kommunepsykologer i Kristiansund er involvert i



14.3 Utfordringsbildet

Generelt har fokus på psykisk helse vært økende. Psykiske helse, på lik linje med fysisk helse, er noe en kommune skal ha fokus på både hva angår forebygging, tidlig innsats og behandling. Fysisk og psykisk helse er i kommunehelsesloven likestilt med hensyn til kommunens ansvar. Det er stilt spørsmål ved om kommunen har ansvar for «behandling» når det gjelder psykiske lidelser. Det har den etter loven på lik linje med fysiske plager.

Det oppstår stadig spørsmål om spesifikke vansker skal utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten eller få et godt forsvarlig tilbud i kommunehelsetjenesten.

Kommunepsykologer skal bidra til å kvalitetssikre vurderinger om en kan få god og kvalifisert hjelp i kommunen, eller om vanskene er så omfattende og store at de bør henvises til spesialisthelsetjenesten.

Kommunepsykologen kan med fordel trekkes inn i arbeidet med utformingen av samarbeidsavtaler mellom kommunen og Helseforetaket.

Spesialisthelsetjenesten forventer i stadig større grad at kommunene selv må gi tilbud til mennesker med milde og moderate psykiske lidelser. Det forventes også at kommunen skal følge opp videre behandling av de som har blitt utredet og som har behov for mer langvarig.

Kunnskapsbaserte tiltak som kan bedre eldres psykiske helse, herunder muligheten for samtaler med psykolog, vil kunne bidra til økt livsmestring og livskvalitet også for denne delen av befolkningen.

Rett plassering i kommuneorganisasjonen er helt sentralt for å gjøre psykologkompetansen tilgjengelig på tvers av enheter og avdelinger, og prioritering av bruk av ressurser. Rett plassering vil også forsterke samhandling og aksept for endringsbehov i tjenestene.

Det er viktig med en strategi på hvordan en ønsker å bygge opp en robust psykologtjeneste med høy tilgjengelighet. Behovet for faglig psykologfellesskap må være en del av dette.

14.3.1 Dette sier Leve hele livet om psykisk helse

Leve hele livet viser til at regjeringen har lagt fram en strategi for god psykisk helse, "Mestre hele livet (2017–2022)". Dette er den første strategien som spenner over hele psykisk helsefeltet, fra folkehelse til behandling og rehabilitering. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Strategien vektlegger tidlig innsats for å fange opp de som trenger hjelp og gode, tilgjengelige og koordinerte tjenester til de som utvikler psykisk sykdom. Strategien retter seg mot hele befolkningen, men har et særskilt kapittel om barn og unge som i tråd med Stortingets anmodningsvedtak kan danne grunnlag for en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Grepene og tiltakene som presenteres i strategien for øvrig er like aktuelle for eldre som for befolkningen for øvrig

14.4 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

Samle kommunepsykologene

- «Avdeling for samfunnspsykologi og legetjenester», bør bli tillagt en funksjon hvor alle psykologer i kommunen på en eller annen måte er forankret.
- Organiseringen av psykologene må utformes slik at også de enhetene/ avdelingene som selv ikke har psykologer i egen enhet, kan få tilgang på psykologkompetanse ved behov.
- Organiseringen skal sikre et tydelig og bredt felles psykologfaglig miljø, hvor en kan tilby veiledning i forbindelse med rekruttering, studentpraksis og spesialisering. Dette vil være en viktig faktor hva angår å rekruttere og beholde.
- En av stillingene videreføres som kommunepsykolog 1. Denne stillingen får sammen med overordnet leder for psykologressursen på administrativt nivå et ansvar for rekruttering, oppfølging av ansatte psykologer (herunder veiledning/videreutdanning) bruken og organiseringen av psykologressursene i kommunen med mer innenfor de rammer som er vedtatt.

Kommunepsykologenes kompetanse utnyttes

- Psykologers kompetanse må i større grad enn i dag benyttes i planarbeid.
- Psykologienes kompetanse brukes aktivt i arbeidet med TryggEst og i Klinisk etisk råd.

Øke tilgjengeligheten for den eldre del av befolkningen

- Psykologenes innsats, kompetanse og funksjon bør i større grad enn i dag tydeliggjøres i for hold til innbyggere med alvorlig psykisk sykdom.
- Psykologenes innsats, kompetanse og funksjon bør i større grad enn i dag gjenspeiles i tilbud rettet mot den aldrende befolkningen.

Interkommunalt samarbeid

- Kristiansund kommune skal ta initiativ til en interkommunal psykologtjeneste på Nordmøre.

15. Samfunnsmedisin og fastlegeordningen

15.1 Definisjon

Den enkelte kommune har ansvaret for at fastlegeordningen etableres. Det er kommunen som har hovedansvaret for at den til enhver tid drives etter lov og forskrift. De pliktene som kommunen og den enkelte fastlege har er regulert i flere lovverk.

Hovedregelen i fastlegeordningen er at legen er næringsdrivende med offentlig finansiering i form av basistilskudd. I Kristiansund kommune er alle legene næringsdrivende.

Samfunnsmedisin er et medisinske fagområde som har sin oppmerksomhet rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen og på livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i. Faget bygger på erkjennelsen av at det er en sammenheng mellom helse og samfunn.

15.2 Mål og delmål

MÅL: VI SKAL HA STABIL OG GOD LEGEDEKNING

DELMÅL:

- Vi skal lykkes med å rekruttere til fastlegeordningen.
- Vi skal i løpet av planperioden skal det vurderes hvordan området for samfunnsmedisin skal ivaretas.

15.3 Dagens situasjon

- I Kristiansund kommune er det samfunnsmedisinske arbeidet organisert på følgende måte: Kommuneoverlege i 60 % stilling organisert under legetjenesten og miljøvernkoordinator i 50 % stilling organisert under samfunnsutvikling.
- Fastlegeordningen er regulert i rammeavtalen mellom staten og Legeforeningen der det blant annet er bestemt at alle kommuner skal opprette et samarbeidsutvalg og et allmenlegeråd.
- Det er totalt 7 legekontor i Kristiansund kommune. Frei legesenter, Nordlandet legesenter, Bryggen Medisinske senter, Kongens Plass medisinske senter, Sentrum legesenter, Vågen legesenter og Dr. Lossius.
- Det er 30 fastlegehjemler. I tillegg er det i dag en LIS1 (turnus lege) ved Vågen legesenter. Fra 1.3.21 har vi fått en midlertidig LIS1 lege til i Kristiansund kommune.
- Per mars 2021 har fastlegelistene en samlet kapasitet på 26 120 pasienter og det er til sammen registrert 25 324 pasienter. Til tross for en ledig kapasitet på 796 pasienter, er det mange av legene som har fulle lister, noe som begrenser den reelle muligheten til å kunne bytte fastlege om ønskelig. Det er per mars 2021 659 pasienter som står på venteliste for å bytte fastlege.
- Per mars 2021 har Kristiansund kommune 4 ledige legehjemler. Disse er bemannet helt eller delvis med vikar. Det jobbes kontinuerlig med rekruttering. Disse listene har en ramme på totalt 3 300 pasienter. Per mars 2021 står det 2 823 pasienter på disse listene.

15.4 Utfordringsbildet

Det samfunnsmedisinske arbeid i Kristiansund kommune

- Samfunnsmedisin omhandler hele befolkningens helse, og det som kan påvirke denne. Kommunens samfunnsmedisinske oppgaver er i stor grad bestemt gjennom lov og forskrift, og knyttet til kommunelegens rolle som samfunnsmedisinsk rådgiver.
- Samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i folkehelsearbeidet, i helseovervåkning, i helsekonsekvensutredninger og prioriteringsvurderinger. I tillegg er analyse av helserelaterte årsakssammenhenger viktige oppgaver i samfunnsmedisin.
- Den medisinskfaglige rådgivningsrollen er knyttet opp mot hele kommunen: kommunens politiske og administrative ledelse, ansatte i kommunale virksomheter, fastlegene og befolkningen. Enkelte myndighetsoppgaver er direkte tillagt kommunelegen/kommuneoverlegen gjennom lov. For eksempel smittevern og miljørettet helsevern.
- Kommuneoverlegen er en sentral bidragsyter i tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid, beredskap, planarbeid, samt i samhandling internt, og med spesialisthelsetjenesten.

- Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse har vært økende på systemnivå i forbindelse med økt nasjonal satsing på folkehelsearbeid, og samhandlingsreformens krav om større fokus på forebygging, tidlig intervensjon og utviklingen av gode og effektive pasientforløp. Kommuneoverlegene etterspørres også i økende grad som rådgivere og støttespillere i komplekse bruker- og pasientsaker internt i kommunen, og i grensesnittet mot spesialisthelsetjenesten.

Fastlegeordningen

- Folkehelseutfordringene i befolkningen virker inn på fastlegeordningen. Spesifikke helseutfordringer vil kunne påvirke listesammensetning og lengde, type konsultasjoner og ikke minst arbeidsmengden.
- Fastlegeordningen har i flere år vært gjenstand for en rekke utfordringer. Dette gjelder spesielt nyrekruttering innenfor faget. Modellen der legene er selvstendig næringsdrivende kan synes mindre attraktiv. Ordningen slik den fungerer i dag innebærer at legen først må investere for å i det hele tatt starte opp i praksis, arbeidsdagene er gjerne lange, det kan forekomme mye kveldsarbeid.
- Sentrale føringer har lagt opp til gradvis mer oppgaver på fastlegene. Det har også over tid vært en oppgaveoverføring fra helseforetakene til 1. linjen.
- Den nye fastlegen ønsker gjerne mer regulert arbeidstid og en arbeidstid som i stor grad er i samsvar med arbeidslivet ellers. Det kan se ut som om flere ønsker seg mer over i fastlønnede stillinger.
- Mange av de eksisterende fastlegene ønsker å fortsette med dagens driftsform. Sentrale myndigheter, KS og legeforeningen har så langt ikke kommet videre i arbeidet med å legge føringer for en nyorganisering av fastlegeordningen.
- Kristiansund kommune har i løpet av de siste 3-4 årene hatt økende rekrutteringsutfordringer. Det er per i dag fire ledige hjemler, og noen av de har vært ledige i lang tid. Hjemlene har vært utlyst 1-4 ganger uten resultat.

15.4.1 Dette sier Leve hele livet om fastlegen

Kvalitetsreformen "Leve hele livet" har prioritert sammenheng i helsetjenestene og helsehjelp som to av fem satsningsområder. Det legges vekt på systematisk kartlegging og oppfølging, tidlig innsats, proaktive tjenester, kontinuitet og gode overganger mellom tjenester. En velfungerende fastlegeordning er avgjørende for at man skal lykkes med dette forbedringsarbeidet.

15.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

DEN MODIGE BYEN

Vi er en fremtidsrettet og inkluderende kommune.

Ivaretagelse av det samfunnsmedisinske perspektivet

Kristiansund kommune må i planperioden evaluere dagens organisering av samfunnsmedisin. Dette gjelder særlig kapasitet og hva vi har lært av ett år med pandemi, hva samfunnsmedisin skal omfatte hos oss og hva som er hensiktsmessig organisering.

Næringsdrivende fastleger

- Kristiansund kommune er i aktiv dialog med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet når det gjelder rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen. Fastlegekrisen er en sak kommunene ikke kan klare å løse uten at staten kommer på banen. Det er behov for både økonomiske ressurser og strukturelle endringer for å få ordningen attraktiv igjen.

- Lokalt må vi opprettholde og videreutvikle samhandlingen med fastlegene. Fastlegenes sentrale rolle som bindeleddet mellom de ulike nivåene i helsetjenesten krever at fastlegen har kunnskap om, og samhandler med alle deler av tjenesten.
- Samhandlingsbehovene vil øke i tiden fremover og fastlegenes kunnskap og rolle er av stor betydning for samspillet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Vi må tilstrebe å sette av budsjettmidler for å sikre at slike behov ivaretas.
- De fleste kommunene i landet er mer eller mindre truffet av "fastlegekrisen" og vi kan nyte godt av å høre om hva andre kommuner gjør. Kristiansund kommune er nå, sammen med noen andre kommuner, i ferd med å etablere et fora for erfaringsutveksling og samarbeid. Det er helt klart behov for statlige tiltak, men samtidig er det viktig å samarbeide for å se på kommunenes erfaringer.

Helseplattformen

- Fastlegene må involveres i arbeidet med Helseplattformen.

16. Fagplaner

16.1 Mattilbud til eldre

16.1.1 Definisjon

Med kost og ernæring til eldre i Kristiansund forstås:

- Kost og ernæring for mennesker som har vedtak om langtidsplass eller korttidsplass i sykehjem.
- Kost og ernæring for mennesker som bor i egen bolig/omsorgsbolig og som har vedtak om hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand.
- Kost og ernæring for mennesker som har vedtak om opphold i dagsenter.

I praksis brukes begrepet ernæring om sammenhengen mellom mat, næringsstoffer og helse hos mennesker.

16.1.2 Mål og delmål

MÅL: PASIENTER OG BRUKERE I SYKEHJEM OG I HJEMMETJENESTEN HAR ET GODT OG TRYGT MAT- OG ERNÆRINGSTILBUD

DELMÅL:

- Ledere planlegger, styrer, kontrollerer og korrigerer på grunnlag av strukturert og relevant informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet.
- Ansatte i sykehjem og i hjemmetjenesten anvender verktøy for kontinuerlig forbedringsarbeid.
- Vi arbeider systematisk med kartlegging og screening av ernæringsstatus på våre pasienter og brukere.
- Vi lykkes med å skape gode måltidsomgivelser for eldre som bor i bemannede omsorgsboliger.
- Vi lykkes med å etablere samarbeid med frivillig sektor og/eller med lokalt næringsliv slik at hjemmeboende eldre får anledning til å spise gode måltider sammen med andre.

16.1.3 Dagens situasjon

- Enhet for sykehjem i Kristiansund har vært delaktig i en nasjonal pilot om trygghetsstandard i sykehjem. I denne piloten var kost og ernæring et av tre fokusområder. Det er behov for implementere arbeidet fra trygghetsstandarden i sykehjem i de øvrige enhetene i Helse og omsorg.
- Alle ansatte på felleskjøkkenet har fagbrev som institusjonskokk. Det blir levert middag til hjemmeboende. Det leveres middag, dessert/suppe og lunsj til institusjonene. Det er en 6 ukers meny, som er fordelt på hel fisk og kjøtt, kjøttmat og fiskemat, kraftsuppe og søtsuppe osv. Menyen varierer ved høytid.
- Ønskekost/spesialkost er en samlebetegnelse på hva kjøkkenet kan tilby - ønskekost er ingen definert kost men går ut på at pasienten selv får det han/hun ønsker for eksempel ved nedsatt på matlyst.
- Det er kokk ved to av sykehjemmene to-tre dager i uken. Kokken skaper god stemning i sykehjemmene og lukten av mat er tilbake. Dette bidrar til å skape gode mat- og måltidsopplevelser.
- Lunsj serveres kl. 12:00, middag kl. 16:00 og kveldsmat kl. 19:00. Beboerne får mat til de tider de måtte ønske utenom faste måltider.
- Valgfrihet og variasjon tillegges stor vekt.
- Beboere på Rokilde har mulighet til å abonnere på alle måltider fra kjøkkenet. Ordningen skal spres til øvrige omsorgsboliger med fellesareal. Hensikten er å sikre god ernæring, trivelige måltidsomgivelser i fellesskap.

16.1.4 Utfordringsbildet

- Sykehjem har gode forutsetninger for å få til en strukturert ernæringsarbeid, og har kommet langt i arbeidet. Utfordringen er langt større i de hjemmebaserte tjenestene.
- Det er en utfordring å få god nok systematisk kartlegging, vurdering og dokumentasjon av ernæringsarbeidet. For hjemmeboende eldre kan dette være spesielt utfordrende og sammensatt.
- Det er lite mulighet for å få bistand i forhold til næringsrik mat for hjemmeboende.
- Det er spesielt viktig med god kommunikasjon med bruker om det er behov for ekstra måltid på natt.
- Det er behov for kompetanse og refleksjon rundt måltider, måltidsoppbygging, kartlegging og kommunikasjon.
- Individbasert pleie og omsorgsstatistikk benyttet av kommunen fanger ikke opp helhetsbildet. Det er derfor behov for et bedre kartleggingsverktøy.

- Å sikre systematisk arbeid er utfordrende.
- Tannhelse har stor betydning for ernæring. Det er derfor viktig at kriterier og rettigheter i forhold til tannbehandling blir gjort kjent for brukere.

16.1.4.1 Dette sier leve hele livet om mattilbud til eldre

Målet er skape gode måltidsopplevelser og redusere underernæring. God mat er grunnleggende for god helse og livskvalitet gjennom hele livet. Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, og når de vil spise og dele et godt måltid med andre. Slik skal eldre få mulighet til å leve livet – hele livet.

Oppsummert er hovedutfordringene:

- Manglende systematisk oppfølging.
- Manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene.
- Få måltider og for lang natthaste.
- Lite mangfold og valgfrihet.
- Lang avstand mellom produksjon og servering.

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte:

Leve hele livet viser til at regjeringen har lagt fram en nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021). Planen tydeliggjør at helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige tjenester må ivareta ernæringshensyn og sørge for at de som trenger det, får god oppfølging av tjenestene.

16.1.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder. -Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

Hva er viktig for deg?

- God kartlegging av mat og ernæring må sikres. Det skal være stor grad av brukermedvirkning.

Kompetansebygging som sikrer systematisk oppfølging

- Digitale kompetansepakker skal tas i bruk - fokus på systematisk oppfølging med refleksjon og veiledning.

Kokk og/eller annen ernæringskompetanse tilgjengelig der de eldre bor

- Kjøkken og kompetanse lokalt, for eksempel kokk og annen ernæringskompetanse i sykehjem og boliger med heldøgns bemanning, må videreføres og videreutvikles. Det må satses videre på det som allerede er påbegynt.

Lokale møteplasser

- Mulighet for å spise sammen med noen, også for hjemmeboende. Lokale tilbud/møteplasser for felles måltid i omsorgsboliger er sentralt.

Samarbeid med frivillig sektor og med næringslivet

- Bydelscafeer i lokalsamfunnet, tilrettelagt for generasjonsmøter må ses på i planperioden.

Serviceverter

- Funksjonen med serviceverter skal utvikles på alle våre institusjoner og i våre omsorgsboliger som har fellesareal og stedlig bemanning. Dette blir viktige for å sikre godt ernæringsarbeid.

16.2 Demensomsorg

16.2.1 Definisjon

Demens er en fellesbetegnelse for en kronisk funksjonssvikt som skyldes ulike hjernesykdommer eller skader. Demens kjennetegnes med kognitiv svikt, redusert hukommelse, redusert evne til å fungere i dagliglivet slik en har gjort tidligere, og endring av atferd, inklusiv kontroll av følelser. Demens er en langvarig og kronisk tilstand som påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke og deres pårørende gjennom mange år. Varigheten er vanskelig å anslå for hver enkelt som har sykdommen.

16.2.2 Mål og delmål

MÅL: KRISTIANSUND KOMMUNE HAR TILRETTELAGTE OG KOORDINERTE TJENSTER TIL BRUKERGRUPPEN

DELMÅL:

- Vi har utviklet en tydelig pårørendeomsorg.
- Vi har god oversikt over utviklingen av demens i lokalsamfunnet.
- Vi bruker velferdsteknologiske løsninger der dette er foretrukket.

16.2.3 Dagens situasjon

- Kristiansund kommune gir i dag tjenester til personer med demens både i og utenfor institusjon.
- Det ytes nødvendig helsehjelp i form av hjemmetjenester, utredning og oppfølging av demenskoordinator og demensteam, dagaktivitetstilbud og dagopphold i institusjon samt døgnopphold i sykehjem.
- Kommunen har bolig med heldøgns pleie og omsorg, tilrettelagt for personer med demens.
- Demente ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, så lenge det er trygt.
- Bergen sykehjem har to skjermede avdelinger.
- Kringsjø sykehjem har en skjermet avdeling.
- Det er behov for ytterligere tilrettelegging (skallsikring og digitale låssystemer), for å sikre god og verdig omsorg spesielt på Bergen, men også på de øvrige sykehjemmene.
- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utviklet demenskartet.no. Dette er et verktøy som viser hvordan forekomsten av demens vil være i årene fremover.

16.2.4 Utfordringsbildet

Demensforekomst i befolkningen

Alder	2020	2025	2030	2040	2050
30-64	10	10	10	9	9
65-69	11	11	10	12	10
70-74	79	80	79	85	74
75-79	88	121	122	113	138
80-84	93	137	191	203	228
85-89	118	117	178	272	275
90+	96	106	113	254	338
Totalt	495	582	703	948	1 072
Andel %	2,05	2,43	2,91	3,78	4,36

Tallmaterialet er hentet fra Demenskartet.no og viser en prognose på hvor mange demente innbyggere vi vil få i Kristiansund.

- Vi blir stadig flere eldre og med økt levealder øker forekomsten av demens.
- Vi har ikke god nok kompetanse på demens i våre tjenester. Det er også uønskede variasjoner i kvaliteten på det systematiske arbeidet med pasientgruppen.
- Personer med demens som bor hjemme har god nytte av dagtilbud. Dette er også forholdsvis rimelige tjenester som gir stor nytteverdi, både for pasient og for pårørende. For å møte fremtidens utfordringer med flere personer med demens og redusere ventelistene, er det behov for å øke åpningstidene ved dagtilbudet vårt. Gjennom utvidet åpningstid vil vi også øke fleksibiliteten som er nødvendig for å møte pårørendes behov.
- Vi har ikke god nok kapasitet på døgnavlastning. Det er også behov for økt fleksibilitet slik at vi kan gi bistand til pårørende i form av korte avlastningstilbud, for eksempel ved legebesøk og annet.
- Kommunen har ikke avlastning eller avdeling for yngre personer med demens.
- Kommunen mangler generelt tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens.

16.2.4.1 Dette sier Leve hele livet om demensomsorgen

Leve hele livet henviser til Demensplan 2020. Demensplan 2020 er regjeringens femårsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet er å skape et mer demensvennlig samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Brukerne har hatt en sentral rolle i utvikling av planen. Planen løfter fram tiltak som lovfesting av dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, brukerskoler for personer med demens og modeller for systematisk oppfølging etter diagnose.

16.2.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

Vi har et aldersvennlig samfunn - Vi skal legge til rette for at innbyggerne kan bo trygt i eget hjem så lenge som mulig.

DEN KLOKE BYEN

Vi har et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv - Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

DEN MODIGE BYEN

Vi er en fremtidsrettet og inkluderende kommune - Velferdsteknologi - Vi skal bidra til å digitalisere tjenestetilbudene i offentlig sektor.

Lengst mulig i eget hjem

- Personer med demens skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester. Dette krever tverrfaglig kompetanse.
- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse er sentralt.

Bruk av velferdsteknologi

- Følgende teknologi er aktuell i demensomsorgen: Digitale trygghetsalarmer, GPS, elektroniske medisindispensere, digitalt tilsyn, elektronisk dørlås, aktive og passive sensorer (fallsensor, bevegelsessensor, aktivitetssensor o.l.).
- Nye teknologier tilpasset brukergruppen skal tas i bruk.

Helhetlige og koordinerte tjenester.

- Demenskoordinator skal være en pådriver i planlegging og utvikling av demensfaget i kommunen og jobbe enhetsovergripende.

Hukommelsesteam

- Både Helsedirektoratet og Aldring og helse har gått bort fra begrepet "demensteam" og erstattet det med "hukommelsesteam". Kristiansund kommune innfører dette begrepet.

Ivaretagelse av pårørende

- Vi må utvikle vårt systematiske arbeid som gir støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver.

Ivaretagelse av alle som får demens

- Det er behov for et tilrettelagt heldøgns omsorgstilbud til mennesker med utviklingshemming og demens.

Avlastningskapasiteten økes

- Avlastningstilbud kan utsette permanent sykehjemsopphold.
- Dagtilbudene for personer med demens skal øke fleksibiliteten gjennom utvidede åpningstider kveld og helg.

16.3 Palliativ omsorg

16.3.1 Definisjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som følger;

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnærmingssåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerter, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.¹

16.3.2 Mål og delmål

MÅL: KRISTIANSUND KOMMUNE HAR TILRETTELAGTE OG KOORDINERTE TJENSTER TIL BRUKERGRUPPEN

DELMÅL:

- Vi legger til rette for hjemmedød der dette er faglig forsvarlig og i tråd med pasientens eget ønske.
- Vi har utviklet en tydelig pårørendeomsorg som også innebærer ivaretagelse av barn som pårørende.
- Vi har god oversikt over utviklingen av kreft og andre alvorlige diagnoser i lokalsamfunnet.
- Vi bruker velferdsteknologiske løsninger der dette er foretrukket.
- Vi har utviklet et godt samarbeid med frivillige.

16.3.3 Dagens situasjon

Helsepersonell i Kristiansund kommune ivaretar i dag lindrende omsorg og behandling til mennesker med uhelbredelig progredierende sykdom – der hvor pasienten bor. Det vil si; hjemmebasert omsorg, Storhaugen helsehus, Sykehjem, Bo og habilitering og andre heldøgns bemannede boliger.

Fastleger og leger ved de ulike sykehjem har en sentral rolle i den lindrende behandlingen. Palliativt team ved sykehuset i Kristiansund bistår i samhandling rundt flere av pasientgruppene.

Ikke alle diagnosegrupper får like tett og god oppfølging når det kommer til lindrende behandling og omsorg som for eksempel i kreftomsorgen.

Kommunen har innført palliativ plan

Et tilbud som gis personer med uhelbredelig progredierende sykdom. Dette er et planleggingsverktøy og en strukturert samarbeidsprosess. Planen oppdateres kontinuerlig, og er et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Kommunen har innført en tiltakspakke til døende: **Livets siste dager** – en plan for lindring i livets slutfase. Denne kan brukes ved forventede dødsfall hos voksne.

“Palliativ plan” og “Livets siste dager” brukes uavhengig av diagnose og gir en generell kompetanseheving innen palliasjon. De kvalitetssikrer oppfølging av pasienter og pårørende som lever med kronisk progredierende sykdom, helt frem til livsavslutning. Det er etablert kompetansenettverk innen kreft, palliasjon og demens i kommunen.

16.3.4 Utfordringsbildet

Demografi og sykdomsbilde

Kommunen ligger over gjennomsnittet på antall krefttilfeller i fylket og på landsbasis. Nasjonalt er situasjonen slik at mer enn 85 % av krefttilfeller hos kvinner og 90 % hos menn oppstår etter 50 årsalderen. Hver tredje nordmann vil få en kreftdiagnose innen de fyller 75 år. Antall krefttilfeller vil fortsette å øke frem til 2025. Hovedårsak er økt levealder og større befolkning. Om lag 40 % flere vil få kreft i 2035 sammenliknet med i dag. Andre diagnoser som Kristiansund kommune også ligger over gjennomsnitt på er hjerte/kar, KOLS/astma.

Hvor dør vi i dag?

Utviklingen de siste 50 år viser at flere dør i sykehjem, og færre dør i sykehus og hjemme.

- Fram til 1950 døde de fleste hjemme.
- I 2018 dør ca. 30 % i sykehus og 50 % i sykehjem eller annen helse- omsorgsinstitusjon.

Forskning viser at flere ønsker å dø hjemme og det er behov for at tjenestene i større grad legger til rette for at pasienter får mer tid hjemme.

¹ <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Dagens utfordringer nasjonalt knyttet til den kommunale delen av tjenesten kan kort presenteres slik:

- Flere tilbringer mer tid hjemme, men fortsatt er det få (13 %) som dør i eget hjem.
- Andelen som dør i sykehjem, øker, men først og fremst gjelder det gruppen over 80 år, og de som har andre diagnoser enn kreft.
- Kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet innen palliativ omsorg er svært varierende, og vi mangler kunnskap om kvaliteten på dette tilbudet generelt, og de tilrettelagte tilbudene som palliative/lindrende enheter spesielt.
- Muligheten for å påvirke tilbudet som mottas gjennom egne valg, er begrenset.
- Kompetansebehovet er stort, og nødvendig tverrfaglig kompetanse mangler mange steder.
- Samhandling mellom tjenestenivåene og på tvers av sektorer er utfordrende.

16.3.4.1 Dette sier Leve hele livet om palliativ omsorg

Leve hele livet setter fokus på den enkeltes behov. Hva er viktig for deg? Pasienter skal føle seg verdsatt og involveres i beslutninger som angår dem selv. De skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig. Når livet går mot slutten skal de få god lindrende omsorg og pleie.

Leve hele Livet trekker frem eksistensiell omsorg. Behov skal kartlegges på forsvarlig måte på linje med andre behov.

16.3.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

DEN KLOKE BYEN

Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

Bruk av verktøy

- Palliativ plan må videreføres for alle enheter i helse og omsorg. Tilbudet må gis til andre diagnosegrupper enn kreft.
- Livets siste dager for døende personer, må videreføres i alle enheter i helse og omsorg.

Kompetanseutvikling og organisering av tilgjengelig kompetanse

- Videreføre kompetansenettverkene innen palliasjon i kommunen, og samhandling med palliativt team og helseforetaket.
- Vi må utvikle mer kompetanse innen kreft, palliasjon og akutt/kronisk syke.

Individuell tilrettelegging

- Sikre fleksibilitet i hjemmetjenesten slik at alvorlig syke pasienter som ønsker det, får avslutte livet i sitt hjem.
- Palliative plasser beholdes pasientgruppen.

Pårørendestrategi

- Utvikle en god pårørendestrategi som også favner barn som pårørende.

Samarbeid med frivillig sektor

- Vi skal utvikle mulighetsrommet innen frivillighet, og inkludere den mer innen palliasjon.

Utvikle samarbeid med trossamfunn

- Vi skal inkludere trossamfunn i det palliative arbeidet vårt.

16.4 Habilitering og rehabilitering

16.4.1 Definisjon

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.

Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Habilitering dreier seg om å lære nye ferdigheter, mens rehabilitering handler om å gjenvinne tapte ferdigheter.

16.4.2 Mål og delmål

MÅL: KRISTIANSUND KOMMUNE HAR HELHETLIGE OG KOORDINERTE TJENESTER TIL BRUKERGRUPPEN MED BEHOV FOR HABILITERING OG REHABILITERING

DELMÅL:

- Det skal være enkelt for innbyggeren å henvende seg til rehabiliterende tjenester.
- Dagens utfordringer må møtes med digitalisering, mer effektive kommunikasjonslinjer og velferdsteknologi.
- Helse- og omsorgstjenestene må ha fokus på hverdagsmestring i alle tjenester, og fokus på rehabilitering før varige tjenester.
- Vi må samle tverrfaglig kompetanse for å imøtekomme brukers behov tidligst mulig.
- Brukerens behov skal stå i sentrum og vi skal ivareta det faglige prinsippet; *Hva er viktig for deg?*

16.4.3 Dagens situasjon

Tildeling og koordinering - I Kristiansund kommune er tildeling og koordinering av tjenester organisert i en egen enhet, basert på bestiller/utfører modellen. Denne modellen skal sikre at vedtak om tjenester fattes uavhengig av utøverenhetens ressursituasjon.

Tildeling og koordinering skal ha oversikt over behov og bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Storhaugen helsehus - Enhet for helsefremmende og forebyggende tjenester. Enheten har følgende tjenester: Døgnerhabilitering, fysioterapi og ergoterapi, Individuell behandling og behandling i gruppe og administrasjon av fysioterapi med driftsavtale. Det er 14 hjemler i kommunen og friskliv og mestring, Frivillighetskoordinator.

Kommunen har et eget lager og mottak for hjelpemidler fra NAV- hjelpemiddelsentral - Det er ergoterapitjenesten som bistår bruker i størst grad med hjelpemiddelformidling. Ansatte i Hjemmetjenesten og andre tjenester nær bruker kan også bistå bruker med å søke. Kommunens hjelpemiddellager og NAV Hjelpemiddelsentral Møre og Romsdal er i gang med et eget samarbeidsprosjekt for å prøve ut nye samarbeidsformer i hjelpemiddelformidlingen ved hjelp av digital samhandling.

Hjemmetjenesten - Den er organisert i 5 roder fordelt på to baser ved Nordlandet og i sentrum. De gir ulike tjenester i hjemmet som praktisk bistand, medisinbehandling, hjemmesykepleie, demensomsorg og palliativ omsorg. Hjemmetjenesten følger det helhetlige pasientforløpet og er derfor en viktig bidragsyter i å fange opp pasienter som faller eller endrer funksjonsnivå, samtidig som de følger opp de som har hatt en akutt skade.

Demenskoordinator og kreftkoordinator er organisert under hjemmetjenesten.

Bo og habilitering - 11 avdelinger i Kristiansund kommune. Enheten yter tjenester til barn, ungdom og voksne som har behov for støtte og avlastningstiltak, dagtilbud, oppfølging og veiledning i bolig. Tjenestetilbudet tilrettelegges etter den enkeltes behov for bistand gjennom brukerstyrt personlig assistanse, støttekontakt, heldøgnsoppfølging og veiledning i bolig, avlastningstilbud, dagtilbud og fritidsaktiviteter.

16.4.4 Utfordringsbildet

- Den demografiske utviklingen med en sterkt økende andel eldre, gjør at Kristiansund og kommune må prioritere tjenester til den aldrende befolkningen. Det er avgjørende at potensialet i de forebyggende og rehabiliterende helsetjenestene utnyttes.
- Kristiansund kommune har flere dører inn til helse og omsorgstjeneste og dette påvirker kommunens effektivitet negativt.
- Våre ulike tjenester og overganger strever i dag med god pasientflyt og kommunikasjon.

- Det blir iverksatt varige tjenester før tverrfaglig vurdering og rehabilitering.
- Det er vanskelig for innbyggeren å vite hvor man skal henvende seg for rehabiliteringstjenester.
- Tidlig utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet etter skade er utfordrende og påvirker omfang og intensitet i innsatsen som gis i hjemmet.
- Velferdsteknologi tas i for liten grad i bruk i tjenestene.
- Brukere med psykisk helse og rusvansker er ikke vært en del av rehabiliteringsforløpene i kommunen.
- Brukere med ulike funksjonsnedsettelse blir henvist til fysioterapi og ergoterapi ved behov for tverrfaglig samarbeid.
- Logopedtjenesten er ikke godt nok koordinert med kommunens helse- og omsorgstjenester.
- Helse- og omsorgstjenestene mangler sosionomkompetanse.

16.4.4.1 Dette sier Leve hele livet om habilitering og rehabilitering

Helsehjelp - habilitering og rehabilitering

Hverdagsmestring - Hverdagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel som både kan gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall. Velferdsteknologiske løsninger som bidrar til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring er viktige virkemidler.

Proaktive tjenester - Proaktive tjenester innebærer at tjenestene aktivt oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten og tilbyr oppfølging. Formålet er at tjenester settes inn på et tidlig tidspunkt i stedet for å vente på at den enkelte selv tar kontakt. Helse- og omsorgstjenesten bør vurdere å bruke forebyggende hjemmebesøk på ulike indikasjoner i tillegg til alder. Tiltaket må ses i nær sammenheng med utviklingen av teambaserte tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Måltrettet bruk av fysisk trening - Eldre bør få tilbud om fysisk trening og aktivitet som forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak. Dette kan for eksempel skje gjennom kommunens frisklivstilbud, ved å etablere treningstilbud/treningsgrupper for eldre, og ved individuelt tilpasset trening.

Systematisk kartlegging og oppfølging - Å fange opp tegn på utvikling av sykdom, funksjonstap eller problemer, er en forutsetning for å komme tidlig i gang med tiltak, både hos hjemmeboende eldre og eldre på sykehjem. Helse- og omsorgstjenesten bør derfor utvikle og bruke ansattes kompetanse i systematisk observasjon, kartlegging og oppfølging.

Leve hele livet, viser til at regjeringen høsten 2016 la fram Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Planen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom. Planen skal gjøre det lettere for innbyggere i alle aldre å få tilgang til tjenester.

16.4.5 Strategi

Hovedmål og strategi i samfunnsplanen:

DEN VARME BYEN

Vi har lagt til rette for god helse og livskvalitet for alle uansett alder - Vi skal forebygge tidlig og på riktig tidspunkt, framfor å reparere sent.

DEN KLOKE BYEN

Vi skal ha optimal tilpasning av kommunale tjenester i forhold til behov.

Pasientforløp

Standardisert pasientforløp beskrives av Helsedirektoratet som «en modell for en koordinert, tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en beskrivelse av mål og tiltak».

Sentrale kjennetegn ved gode pasientforløp innen habilitering og rehabilitering, uavhengig av typen behov:

- Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må ivaretas i alle ledd av kjeden. Overføringsverdi til pasientens hjemmesituasjon må ha fokus fra tidlig fase.
- Aktiv brukermedvirkning.
- Samhandlingen mellom aktørene er konkretisert.
- Tjenestene er tuftet på kunnskap om effekt av tiltak.
- God kompetanse med tilstrekkelig tverrfaglig bredde.
- Kontinuitet i forløpet uten unødige tidsavbrudd.

- Tidlig intervensjon.
- Gode overganger mellom nivåer og sektorer.
- Ambulante tjenester og veiledning.
- Helhetlig tilnærming.
- Hverdagsmestring.

Hverdagsmestring

Hverdagsmestring er et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Det er en overordnet strategi.

Kristiansund kommune må ha felles fokus på hverdagsmestring i alle tjenester, og fokus på rehabilitering før varige tjenester.

Aldersvennlig samfunn

For at eldre skal kunne være aktive, delta i samfunnet, bidra og unngå ensomhet og isolasjon må vi ha en mer helhetlig og tverrsektoriell tilnærming. Flere sektorer må involveres og medvirkning må være i fokus.

Brukermedvirkning

En dreining i tjenestetilbudene for kommunens innbyggere tar tid. Det må satses på er hverdagsmestring, velferdsteknologi, og frivillighet. For at dette skal bli kjent er informasjon til innbyggerne viktig.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologiske løsninger skal styrke den enkeltes mulighet til å klare seg selv i hverdagen og mestre egen livssituasjon.

Velferdsteknologi omhandler også e-helse og digitalisering av helse- og omsorgssektoren.

Koordinering

Vi må samle tverrfaglig kompetanse for å imøtekomme brukers behov tidligst mulig. Det skal være enkelt for innbyggeren å henvende seg til rehabiliterende tjenester. Dette gjelder både ut fra sykehus, fra hjemmet og institusjoner.

Det er behov for mer koordinerte og spissede rehabiliteringsforløp.

16.5 Veteranplan

16.5.1 Definisjon

Med veteraner menes her norske kvinner og menn som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner.

Forvaret sier følgende om sine veteraner:

Våre veteraner er erfarne soldater med praktisk erfaring fra krevende oppdrag med oppgaveløsning under tidspress i komplekse situasjoner i møte med vanskelige verdispørsmål.

Her kan du kan lese hele vår [veteranplan](#).

16.5.2 Dagens situasjon

Regjeringen iverksatte tidlig på 2000-tallet et arbeid for å n, skape økt forståelse for veteranenes oppdrag, situasjon og behov. Arbeidet resulterte i regjeringens egen handlingsplan "I tjeneste for Norge". Handlingsplanen legger vekt på føringer som skal styrke veteranenes anerkjennelse og ivaretagelse, og den peker på at kommunene må ta et større ansvar for å sikre at den enkelte får den hjelpen og støtten han/hun trenger og har krav på.

Veteraner har ikke krav på prioritet i det sivile helse- og velferdstilbudet, men det er et viktig ledd i anerkjennelsen av deres innsats at de opplever de kommunale tjenestene som tilgjengelige og samordnet.

Følgende kommunale tjenester er/kan være aktuelle i oppfølgingen av veteraner:

- Fastleger.
- Kommunepsykologer og/eller annen lavterskel psykososial oppfølgingstjeneste.
- Helsesøster.
- Barnehager og skoler.
- NAV.

16.5.3 Utfordringsbildet

Forsvaret oppfordrer kommunene til å utpeke en veterankontakt som vil ha ansvaret for å holde oversikt over kommunens tilbud til veteraner og deres familier, samt besitte kunnskap om feltet.

Kommunen skal vise anerkjennelse for den innsatsen veteranene har gjort gjennom sin deltakelse i internasjonale operasjoner.

Kommunen er ansvarlig for at personer som er bosatt i kommunen skal tilbys nødvendig helsetjeneste.

16.5.4 Strategi

Veterankontakt er opprettet i kommunen. Denne er et bindeledd mellom kommunen og veteraner, andre kommuner, Forsvaret og andre aktuelle aktører.

8. mai, den internasjonale veterandagen markeres årlig. Veteraner og deres familier inviteres til å delta.

FN-dagen skolene kan vurdere å benytte lokale veteraner i undervisningen i forbindelse med FN-dagen.

Kommunehelsetjenesten skal benytte seg av kompetansemiljøet ved Regionalt ressurscenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) for å styrke den faglige kompetansen der/ når det er behov.

Skolehelsetjenesten fanger opp barn og unge som har for ekstra støtte og bistand.

17. Kilder og kunnskapsgrunnlag

Samtlige delutredninger har kildehenvisninger der dette er nødvendig. Det er enten beskrevet i teksten eller satt inn som fotnoter.

I dette kapitlet vises det til kildehenvisninger for kapitlet 2.3 Kunnskapsgrunnlag.

Dolgin, E., (2016), How to defeat dementia, *Nature*, 539, 156–158, doi:10.1038/539156a.

Shor, E., og Roelfs, D.J., (2015), Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression, *Social Science & Medicine*, 128, 76-86.

Holt-Lunstad, J., Robles, T.F. og Sbarra, D.A., (2017), Advancing social connections as a public health priority in the United States, *American Psychologist*, 72(6), 517-530.

Holt-Lundstad, J., Smith, T.B og Layton, J.B, (2010), Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review, *PLOS medicine* 7(7), 1-20.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/12/17/en-av-ti-dor-av-demens--det-er-en-stille-krise-som-pagar-na/>

<https://demenskartet.no/>

GjØra, L., Kjelvik, G., Strand, B.H., Kvell-Alme, M. og Selbæk, G., (2020), Forekomst av demens i Norge. Demensplan 2020, Aldring og Helse, Nasjonal Kompetansetjeneste.

Tømmerbakke, S.G., (2020), Én av ti som dør, dør av demens: - Det er en stille krise som pågår, *Dagens Medisin*.

Uchino, B.N. og Way, B.M., (2017), Integrative pathways linking close family ties to health: A neurochemical perspective, *American Psychologist*, 72(6), 590-600.

Skogli, E. K., Stokke, O. M., Vikøren, S. & Karttinen, E. (2020). Samfunnskostnader knyttet til Alzheimers og annen demens. Menon publikasjon nr.64/2020. Hentet 10.11. 2020 fra

<https://www.menon.no/publication/samfunnskostnaderknyttettilalzheimersannendemens/>

Vossius, C., Selbæk, G., A.E., Y., Benth, J. Š., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015). Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), langversjon. Hentet 10.11. 2020 fra

https://sykehusetinnlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf.

<https://www.akademika.no/den-fjerde-alderen/romoren-tor-inge/9788213025881>.

Courtney, A. L., and Meyer, M. L., 2020, Self-Other Representation in the Social Brain Reflects Social Connection, *Journal of Neuroscience* 15 July 2020, 40 (29) 5616-5627; DOI: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2826-19.2020>.

Spreng, R.N., Dimas, E., Mwilambwe-Tshilobo, L. et al. The default network of the human brain is associated with perceived social isolation. *Nat Commun* 11, 6393 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41467-020-20039-w>

<https://www.ks.no/fagomrader/velferd/bolig/styrking-av-kommunenes-rolle-som-boligpolitisk-aktor/>

<https://www.uib.no/samfunnsutfordringer/134333/sju-forskere-om-kj%C3%B8nnsforskjeller-og-helse>