



**FRØYA KOMMUNE**

# **HELHETLIG OMSORGSPLAN I FRØYA KOMMUNE 2012 - 2017**





side

Sammendrag

4

## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| 1. Innledning   | 5  |
| 2. Organisering av arbeidet med Helhetlig Omsorgsplan, mandat og arbeidsform    | 6  |
| 3. Verdiplattform og handlingsregler  | 7  |
| 3.1 Lover, forskrifter og begrepsavklaringer                                    | 8  |
| 3.2 SIO – Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen / Stortingsmelding 47          | 13 |
| 4. Beskrivelse av aktive helse- og omsorgstjenester                             | 16 |
| 4.1 Beskrivelse av omsorgsnivå, helse og omsorgstrappa                          | 18 |
| 4.2 Bolig eller institusjon   | 20 |
| 4.3 Alternative botilbud  | 22 |
| 5. Kvalitet og samarbeid  | 23 |
| 6. Analyse / beskrivelse av dagens tjenestetilbud                               | 29 |
| 6.1 Hvilken effekt vil Samhandlingsreformen ha på pleie - og omsorgstjenestene? | 38 |
| 6.2 Korttidsplasser i pleie- og omsorg  | 39 |
| 6.3 SWOT-analyse / oppsummering   | 40 |
| 7. Satsningsområder i Frøya kommune fram mot 2017                               | 47 |
| 8. Satsningsområde 1 – <b>Folkehelse</b>  | 48 |
| Slik vil vi ha det:   | 48 |
| Beskrivelse   | 48 |
| Resultatmål:  | 49 |
| Tiltak:   | 49 |
| 9. Satsningsområde 2 - <b>Rehabiliterings- og habiliteringstilbud</b>           | 50 |
| Slik vil vi ha det:   | 50 |
| Beskrivelse   | 50 |
| Resultatmål   | 50 |
| Tiltak:   | 51 |
| 10. Satsningsområde 3 - <b>Hjemmebasert omsorg</b>                              | 51 |
| Slik vil vi ha det:   | 51 |
| Beskrivelse   | 51 |
| Resultatmål:  | 52 |
| Tiltak:   | 52 |
| 11. Satsningsområde 4 - <b>Informasjons- og kommunikasjonsteknologi – IKT</b>   | 53 |
| Slik vil vi ha det:   | 53 |
| Beskrivelse   | 53 |
| Resultatmål:  | 53 |
| Tiltak:   | 54 |
| 12. Satsningsområde 5 - <b>Omsorg på sykehjem</b>                               | 54 |
| Slik vil vi ha det:   | 54 |
| Beskrivelse   | 54 |
| Resultatmål:  | 55 |
| Tiltak:   | 55 |
| 13. Satsningsområde 6 – <b>Omsorgsboliger</b>                                   | 56 |
| Slik vil vi ha det:   | 56 |
| Beskrivelse   | 56 |
| Resultatmål:  | 56 |
| Tiltak:   | 56 |



|  |    |
|--|----|
| 14. Satsningsområde 7 - <b>Attraktiv personalpolitikk, kompetanseutvikling</b> | 57 |
| Slik vil vi ha det:  | 57 |
| Beskrivelse  | 57 |
| Resultatmål:   | 58 |
| Tiltak:  | 59 |
| 15. Satsningsområde 8 - <b>Forvaltning og ledelse</b>                          | 59 |
| Slik vil vi ha det:  | 59 |
| Beskrivelse  | 60 |
| Resultatmål:   | 60 |
| Tiltak:  | 61 |
| 16. Satsningsområde 9 - <b>Familie og lokalsamfunn</b>                         | 61 |
| Slik vil vi ha det:  | 61 |
| Beskrivelse  | 62 |
| Resultatmål:   | 62 |
| Tiltak:  | 63 |
| <b>HELHETLIG OMSORGSPLAN, TILTAKSDEL</b>                                       | 64 |
| 17.1 Konsekvenser  | 66 |
| 17.2 Fremdrift og økonomiske konsekvenser                                      | 69 |
| 17.3 Milepæler   | 79 |
| 17.4 Innvolveringsplan   | 80 |
| 17.5 Referanseliste / Kilder   | 81 |



## Sammendrag

Frøya kommune gir i dag tilbud om gode helse- og omsorgstjenester, men tilbudet kan utvikles og forbedres ytterligere. Det brukes mye ressurser til institusjonsomsorg, og mindre til hjemmetjeneste og til aktivitet. Likevel oppleves behovet for institusjonsplasser som stort, fordi det er mangel på tilbud etter heldøgns bemannede boliger.

Frøya kommune bruker i dag mer ressurser enn mange andre kommuner til omsorgstjenester. I perioden 2010 – 2025 ser det ut til at antall eldre over 80 år har sin topp i 2015. Det er derfor viktig og nødvendig å starte planlegging av det tilbudet som må bygges opp for å kunne møte disse utfordringene.

Helse- og omsorgssektoren opplever at det blir gitt rask respons på henvendelser fra publikum/brukere, og at de lett får hjelp ved behov. Det jobbes godt tverrfaglig i forhold til barn/unge når det gjelder rus, psykisk helse, kosthold/overvekt, fysisk aktivitet, pubertet, norskopplæring til fremmedspråklige småbarnsmødre. Helse- og omsorgssektoren er nå i ferd med å befeste et godt og bredt tilbud inn mot skolehelsetjenesten i form av ulike tema/program.

Utviklingen innen tjenesteområdet går i retning av at tilgangen på nye, unge brukere med sammensatte behov er økende. Dette er brukere som krever tett bistand og oppfølging på alle arenaer, og henvendelser etter avlastning, støttekontakt og omsorgslønn øker tilsvarende.

Helse- og omsorgstjenestene har fokus på å utvikle og vedlikeholde brukernes ferdigheter i forhold til egen mestring, både fysisk, psykisk, sosialt, arbeid, fritid, bolig og nettverk. Det oppleves i midlertidig vanskelig å komme tidlig nok inn med tilbud/opplæring til de som er i begynnelsen av livets utfordringer. Styrking av det tverrfaglige samarbeidet blir et viktig tiltak framover.

Det oppleves allikevel et manglende tilbud om avlastning i kommunal familiebolig eller avlastingsleiligheter. Tiltak vil her være å skaffe til veie avlastingsbolig/familiesenter.

Det er også mangel på arbeids- og sysselsettingstilbud for de unge. Behovet for å utvikle strategier på hva vi kan sysselsette den enkelte bruker med er tilstede, særlig for de som faller utenfor alle ordinære og etablerte tiltak som finnes i dag.

Når det gjelder kompetanseutvikling, har helse- og omsorgstjenestene flere ansatte som er under utdanning både på videregående skole og høgskolenivå. Vi har i dag ansatte som tar desentralisert høyskoleutdanning både innenfor sykepleie og vernepleie. Det er behov for kunnskap innen familierådgiving, for økte kunnskaper innen utviklingshemming og aldring, samt utviklingshemming og psykisk helse. Å bygge opp tilstrekkelig kompetanse innen ulike fagområder tar tid, og det er derfor viktig med langsiktig planlegging og prioriteringer slik at vi står godt rustet til å møte framtidige utfordringer. Helse- og omsorgstjenestene ønsker samtidig å bruke egen praksis aktivt som arena for utvikling og læring hos de ansatte.



## 1. Innledning

Helhetlig omsorgsplan skal være det virksomhetsovergrepene plangrunnlaget for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Frøya kommune.

Plan for en aktiv helse- og omsorgstjeneste i Frøya fram mot år 2017 er en overordnet plan som først og fremst omtaler tjenesteområdets utfordringer i årene som kommer. Planen omfatter helse- og omsorgstjenester i hovedsak til voksne innbyggerne, og inneholder strategier og overordnede generelle tiltak for å møte de utfordringer som kommer. Det skal til enhver tid i tillegg finnes handlingsplaner for tjenestene eller for deltjenester som bygger på denne overordnede planen.

Planen skal:

- Avklare fremtidige behov med tanke på den demografiske utviklingen.
- Synliggjøre de muligheter og utfordringer kommunen har på lang sikt.
- Vurdere de bygningsmessige investeringsbehov en står overfor i virksomhetsområdet.
- Fastslegge mål og prioriteringer i utvikling av tjenester.
- Avklare kommunen arbeidskrafts- og kompetansebehov.
- Være grunnlaget for rullering av målrettede tiltak i kommunens styringsdokument.

I Helhetlig omsorgsplan er omsorgsbegrepet brukt som en samlebetegnelse for ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, sykehjem og omsorgsboliger. Omsorgsbegrepet støttes også av allmennlegetjenesten og den øvrige kommunale helse - og omsorgstjenesten. I kommunal helse og omsorgslov (2012) oppheves også skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester.

I omsorgsbegrepet ligger det også en forutsetning om at tjenestene skal sikre brukere innflytelse over tjenestetilbudet, og at de skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

Arbeidet med en helhetlig omsorgsplan i Frøya kommune ble initiert gjennom Kommunestyrevedtak i 2006(sak 43/06) og er nedfelt i Kommuneplanens Samfunnsdel (2007-2017):

Hovedmål 6 – delmål 8.6.6:

**”Frøya kommune skal utarbeide en omsorgsplan som tar for seg helhetlig omsorgsbehov innen både eldre feltet og øvrige områder der en yter ekstra omsorgstjenester til enkeltpersoner og grupper inkludert barnevern. Planen skal rulleres årlig i forbindelse med budsjettbehandlingen”.**

*RO-rapporten* fra juni 2007 (rapport fra Ressurssentret for Omstilling i kommunene) med tittel ”Fremtidig innretning av omsorgstjenestene i Frøya kommune” inneholder vurderinger og tilrådninger om fremtidens tjenester, og er også basert på prognose for befolkningsutvikling og alderssammensetning i en tidsramme fram til 2025.

Kommunestyrevedtaket legger også RO – rapporten til grunn for videre arbeide når det gjelder fremtidige omsorgstjenester i Frøya kommune



## **2. Organisering av arbeidet med Helhetlig omsorgsplan, mandat og arbeidsform.**

Mandat, styringsgruppe og prosjektgruppe.

Mandat, jfr. saksnr. 11/625 i HFD.

Helhetlig omsorgsplan skal:

- Være et styringsdokument for strategiske valg og prioriteringer.
- Ha et særlig fokus på kvalitet og kvalitetsutvikling.
- Kapasitet og kompetanse.
- Samhandling og medisinsk oppfølging.
- Aktiv omsorg.
- Partnerskap mellom familie og lokalsamfunn.
- Legge vekt på fleksible løsninger som gir størst mulig velferd for brukerne innenfor de ressursene som kommunen disponerer.
- Tilstrebe livskvalitet for brukeren av omsorgstjenesten uansett bosted i kommunen.
- Hjemmesykepleien skal opprettholdes slik at alle får den hjelp/omsorg de har behov for uansett bosted i kommunen.

Helhetlig omsorgsplan skal også gi svar på:

- Behov for institusjonsomsorg.
- Behov for hjemmetjenester, herunder også tilrettelagte boliger med / uten bemanning (omsorgsboliger)
- Behov for aktivisering, dagtilbud og tilrettelagte arbeidsplasser.
- Ulike typer tjenestetilbud defineres, ut i fra grad av behov for omsorgsnivå (omsorgstrappen)
- Godkjenning av kvalitetskrav på politisk nivå.

Administrativ organisering av arbeidet med Helhetlig omsorgsplan har bestått av en styringsgruppe bestående av Hovedutvalg for drift og rådmann .

Egen prosjektgruppe med prosjektleder ble etablert.

Det har samtidig vært jobbet med hvordan oppgavene i samhandlingsreformen kan løses lokalt og regionalt i samarbeid med St. Olavs Hospital og samarbeidende kommuner (Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen) for å gi befolkningen på Frøya et godt og faglig forsvarlig helsetjenestetilbud.

Forslag om ny organisering av arbeidet med Helhetlig omsorgsplan og SIO- arbeidet ble foreslått på bakgrunn av en enklere administrativ organisering, sammenfallende utfordringer og at Stortingsmelding 47 trekker opp hovedlinjene i dette arbeidet.

Det ble i november 2011 politisk vedtatt å samordne dette arbeidet gjennom en ”Lokal samhandlingsgruppe” med videreføring av Hovedutvalg for drift og rådmannen som styringsgruppe.

Lederforum som er rådmannens strategiske ledergruppe er benyttet som referansegruppe. Videre er det benyttet ulike arbeidsgrupper og ansatte innen de ulike tjenestene for å løse ulike oppgaver etter oppdrag.



Lokal Samhandlingsgruppe har hatt følgende mandat:

- Følge opp sammenhenger og helhet i planverket. Lokal Samhandlingsgruppe skal
- Fortløpende sørge for administrativ og politisk godkjenning av forslag som eventuelle arbeidsgrupper kommer med.
- Lokal Samhandlingsgruppe har et særskilt ansvar for å gjøre gjeldende tiltak og strategier kjent på sine områder.

### **3. Verdiplattform og handlingsregler i Frøya kommune.**

Arbeidsgiverpolitikken er grunnlaget for den organisasjonskultur som skal råde i Frøya kommune, og skal i det daglige gjenspeile de handlinger, holdninger og verdier alle ansatte i Frøya kommune innehar overfor alle brukere av tjenesten.

Samtidig har vi valgt en visjon for organisasjonen som skal være vår overordnede målsetting i all vår tjenesteyting overfor våre innbyggere.

#### **”Frøya – bare det beste er godt nok”**

Bare det beste er godt nok – skal være ledestjernen i vårt daglige arbeid, og hver dag skal vi søke etter små forbedringer. Vi må jobbe hardt for at tjenestene våre skal være tilpasset brukerne, og for at tjenestene skal imøtekomme brukernes ulike behov.

Frøya kommunes arbeidsgiverpolitikk er forankret i organisasjonens verdier og handlingsregler og er et virkemiddel for å nå målene i langtidsplanen.

I forbindelse med revidering av vårt arbeidsgiverpolitiske dokument, har det vært en bred prosess i organisasjonen for å velge felles verdier og handlingsregler for alle enheter i Frøya kommune.

Disse verdiene vil bli innarbeidet i alle relevante styringsdokumenter. Videre skal verdiene benyttes i omdømmebygging / profilering av Frøya kommune som arbeidsplass og de skal etterspørres i planer og strategier, rekrutteringsprosesser, brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler.

Frøya kommune har valgt følgende verdier i sin arbeidsgiverstrategi:

- Troverdighet
- Respekt
- Engasjement



### 3.1 Lover, forskrifter og begrepsavklaringer.

Strategiene og tiltakene som blir foreslått i denne planen bygger på lovverket innenfor tjenesteområdet og på andre overordnede styringssignaler fra statlige myndigheter. De viktigste styringsdokumenter som denne planen bygger på er:

**Stortingsmelding 25, Mestring, muligheter og mening.** Her utpekes bl.a. retningen for utviklingen av omsorgstjenesten i kommunene, både i nær framtid fram til 2015 og de neste 20-30 år. Stortingsmeldingen anbefales lest i sin helhet av både politikere og ansatte.

**Stortingsmelding 40, Nedbygging av funksjonshemmende barrierer** angir strategier, mål og tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne. Likeverd, selvbestemmelse, aktiv deltagelse samt personlig og sosialt ansvar utgjør sentrale verdier. Prinsipper for universell utforming har utspring i denne stortingsmeldingen.

**Ny Folkehelselov** i 2012 gir kommunen store utfordringer når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid. Fra 2012 skal kommunens mål og strategier for folkehelsearbeid være forankret i kommunens planstrategi.

Det vil komme krav om at måten en velger å løse kommunes utfordringer innen dette området på, skal være kunnskapsbasert. (statistikk, analyser osv.)

Loven legger vekt på å styrke det lokale folkehelsearbeidet, herunder forebyggende helsetjenester. Loven skal være et verktøy for kommunene for å motvirke sosiale helseforskjeller, møte demografiske utfordringer og økende livsstilsrelatert sykdomsutvikling, samt ivareta befolkningens helse i samfunnsutviklingen.

Loven omhandler blant annet krav til kommunene om å iverksette forebyggende tiltak for å møte helseutfordringer. Det skal utvikles en plan for iverksetting av loven, som et samarbeid mellom statlige helsemyndigheter, fylkeskommunene og kommunene (lokalt folkehelsearbeid.)





Folkehelseperspektivet vies stadig større fokus i form av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Ansvar for befolkningens helse er i økende grad delt mellom den enkelte innbygger, egenomsorg og kommunen ved planlegging, helseopplysning og tjenestetilbud.

Et kjennetegn på kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester er at tjenestene bygges opp rundt den enkelte innbygger for å gi mulighet for et mest mulig verdig og selvstendig liv, samt tilrettelegging for å bo lengst mulig i eget hjem.

***Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten 27.06.2003.*** Denne fremhever viktige verdier for at personer som er avhengig av kommunale tjenester, kan ha selvstendig styring av eget liv.

### **Helse- og omsorgslov (2012).**

Her tydeliggjøres kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester (”sørge-for-ansvar”), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. I loven oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester.

Det foreslås endringer i Helsepersonelloven og at denne skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Brukerrettigheter videreføres og samles i pasientrettighetsloven for at rettighetene skal bli mer entydige og helhetlige for pasienter og brukere som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunene og flere nivå i helsetjenesten.



### **Stortingsmelding 47 (2008-2009) – ”Samhandlingsreformen”**

Stortingsmelding 47 skildrer en ny rolle for kommunene og legger større vekt på mestring og forebygging. Dette innebærer:

- Overføring av oppgaver fra sjukehus til kommunen
- Nye tjenester i kommunen, forebygging framfor behandling
- Effektive og koordinerte tjenester mellom ulike nivå for pasienter som trenger behandling
- Færre innleggelse i sjukehus, raskere ut til oppfølging i kommunen
- Kommunene må samarbeide

Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet til det beste for pasientene.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere av helsetjenesten gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.
- Sikre en bærekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursene.

Samtidig med at den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes og videreutvikles, skal spesialisthelsetjenesten omstilles. Utredning og behandling av hyppig forekommende tilstander skal desentraliseres der dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer skal sentraliseres der dette er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnytting.

Utvikling av kommunehelsetjenesten vil stille større krav til kommunal organisering og ledelse, men gir også mulighet for å utvikle gode tjenester til brukerne i lokalsamfunnet, som vil tjene befolkningen på en rekke områder.

Det pekes på viktige fokusområder i arbeidet med organisering og ledelse i kommunene. Flere av disse er også viktig i spesialisthelsetjenesten, men fordi kommunene står overfor store utviklingsoppgaver vektlegges områdene i Stortingsmelding 47.

Det legges betydelig vekt på forebyggende arbeid og at brukerne skal bli bedre i stand til å ivareta egen helse.

I tråd med de forslag som samhandlingsreformen vurderer, er det av stor betydning for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten at målet om en sammenhengende nasjonal helsetjeneste er synlig, både i organisering og ledelse av tjenestene på alle nivå.

### ***RO-rapport juni 2007*** – Fremtidig innretning av omsorgstjenester i Frøya kommune.

Rapporten inneholder vurderinger og tilrådninger om fremtidens tjenester, og er også basert på prognose for befolkningsutvikling og alderssammensetning.

***Kommunestyrevedtak (sak 43/06)*** legger *RO-rapporten* til grunn for videre arbeid når det gjelder fremtidige omsorgstjenester i Frøya kommune.

Gjennomføringen av Samhandlingsreformen vil innebære en endret rolle for kommunene med overføring av nye oppgaver. Det gis klare føringer om at kommunene skal samarbeide seg i mellom, noe som er nødvendig for å kunne løse fremtidige oppgaver.



I arbeidet med Helhetlig omsorgsplan er det lagt stor vekt på Samhandlingsreformen. Reformen er en retningsreform på hvordan sykehus og kommuner skal drive sine helse- og omsorgstjenester framover. Samtidig vektlegger reformen krav til økt samarbeid mellom sykehus og kommuner. Det er klare føringer på stopp i veksten innenfor spesialist - helsetjenester til fordel for en styrking av kommunehelsetjenestene.

## **Begrepsavklaringer.**

### **Aktiv omsorg:**

Aktiv omsorg betyr at vi skal ha større fokus på det som betyr mest for oss i det daglige. Opplevelser, sosiale og kulturelle aktiviteter, mat og måltid og fysisk aktivitet. Medarbeiderne er aktive og engasjerte og har fokus på trivsel, mestring og er selvstendige.

### **Brukermedvirkning:**

Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig blir utforma i samarbeid med brukeren, og at det blir lagt stor vekt på hva brukeren ønsker. Brukeren skal taes med på råd når det gjelder planlegging, utforming og endringer i tjenestetilbudet. I den praktiske utforming av tjenesten innebærer dette at brukeren skal være med å avgjøre hvordan tjenesten skal utføres.

### **Forebyggende arbeid:**

Forebyggende arbeid er tiltak som fører til reduksjon av sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer.

### **Helse:**

Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer helse som « *en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte.*»

Vi legger en annen definisjon til grunn i planen: « God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav.»

Helse er ikke bare fravær av sykdom, men inneholder også en individuell, subjektiv opplevelse. En kan oppleve å ha god helse, selv om en lever i sykdom.

(Hjort 1982: Helsebegrepet, helseidealer og helsepolitiske spørsmål)

### **Folkehelse:**

Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

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.

(Folkehelseloven av 2012)

### **Omsorg:**

Omsorg er både et arbeid, hjelp som blir gitt i ulike situasjoner, en tilstand som oppstår i møte mellom mennesker og en kvalitet i arbeidet som blir gjort. Omsorg handler om å være til stede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, omtanke, ømhet – alt dette omsatt i praksis. I tillegg må respekt framheves. Et omsorgsfullt utført arbeide er handlinger som blir utført på en engasjert og faglig kyndig måte.

( St.meld. nr. 28 (1999-2000): Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene)

**Rehabilitering:**

Rehabilitering betyr å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser for å gjenopprette, vedlikeholde eller redusere tap av funksjoner.

**Habilitering:**

Habilitering betyr innlæring og dyktiggjøring; planmessig arbeid for at den som er funksjonshemmet pga. sykdom, skade eller lyte skal utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

**Universell utforming:**

Utforming av produkt, bygg og uteområde slik at de kan bli brukt av alle mennesker på en likestilt måte så langt det er mulig, uten spesiell tilpasning eller hjelpemiddel.

**Boliger – definisjoner:**

Det er mange ulike begrep som blir brukt om boliger for eldre eller mennesker med nedsatt funksjonstap. Her er definisjoner som er brukt av Husbanken i samarbeid med Statens byggetekniske etat

**”Omsorgsbolig”**

En bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelsehemmede og fysisk tilrettelagt slik at beboere etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg. Den enkelte bolig kan være utformet som selvstendig bolig eller som bofellesskap/bokollektiv.

**”Bofellesskap”**

Gruppe boliger hvor privatenheten er forholdsvis selvstendig, med areal mellom 40 og 55 kvm. privatenhetene har som oftest to rom som gir mulighet for en viss grad av selvstendig liv og husholdning, men privatenheten inneholder ikke alle boligens funksjoner, slik at fellesskapsareal er nødvendig.





### 3.2 SIO – Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen / Stortingsmelding 47.

Samhandlingsreformen planlegges gjennomført fra 2012, og det er igangsatt prosesser i Sør-Trøndelag for å forberede reformen.

Kommuner bør gå sammen i et forpliktende samarbeid for å kunne løse oppgavene på beste måte mht. nødvendige tjenestetilbud.

Samarbeidet oppleves å bidra til læring, nytenkning og tettere samhandling på tvers av kommuner. Slike partnerskap vil være avgjørende når kommunene inngår konkrete samarbeidsavtaler med helseforetakene (Helse Midt Norge).

Fra 01.01.2012 er det etablert et regionalt tiltak – *SIO samhandlingsenhet* og med etablering av en egen *øyeblikkelig hjelp - sengepost* for helse og omsorgstjenester fram mot 2016 jfr. lovpålagt kommunal oppgave som helseforetaket er forpliktet til å samarbeide om, og som har en klar økonomisk fordeling (jfr. Statsbudsjettet 2012).

Det skal her også utredes koblinger mellom LIO - Legevaktordningen i Orkdalsregionen.

Legevaksordningen har nå vært i drift i vel 4 år, og en ønsker å bygge videre på den plattform som er etablert med LIO for å møte Samhandlingsreformen.

Det skal også utredes evt. behov for etterbehandlingsplasser / buffersenger og etablering og drift av disse.

Fra februar 2012 er det også etablert en regional folkehelsekoordinator i regionen jfr.ny lov om folkehelse i 2012. Regional folkehelsekoordinator er en prosjektstilling i et år, som skal bistå kommunene med folkehelsearbeid og forskning/analyser fra folkehelseinstituttet.

Det er også etablert en regional prosjektstilling som IKT koordinator for innføring av helse/e-meldinger (Norsk Helsenet).

Regionen har i 2012 fått midler fra helsedirektoratet for etablering av HPH koblet opp mot IKT. IKT- koordinator skal også bidra med blant annet ambulant kompetanse og kvalitetsforbedringsarbeid.

Det forventes at kommunene har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å unngå unødige sykehusinnleggelse, og at man i større grad skal kunne gi tilbud til utskrivningsklare pasienter.

Samhandlingsreformen peker på dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer.

Reformen peker på at bedre samhandling er et av de viktigste utviklingsområder framover. Reformen må i stor grad ses i sammenheng med tidligere og igangsatte reformer; bl.a. plan for psykisk helse, omsorgsplan 2015 (demensplan 2015), nasjonal strategi for habilitering/rehabilitering, opptrappingsplanen innen rusfeltet, NAV-reformen, nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller inkl. satsningen innen boligsosialt arbeid og folkehelse for å nevne noen.

Kommunen skal tilrettelegge for å kunne bistå alle innbyggere i ulike faser av livet, og ut fra individuelle behov. Økonomiske effektiviseringskrav stilles parallelt med at kommunenes oppgaver øker både i omfang og kompleksitet.

Samhandlingsreformen, så langt vi kjenner konsekvensene pr. i dag, legges også til grunn for vurderinger og prioriteringer i dette plandokumentet.

Kommunestyret i Frøya vedtok i august 2011 å slutte seg til et regionalt samarbeide med 12 andre kommuner i orkdalsregionen (SIO) for å utrede samarbeidsformer og løsninger for å være godt rustet mot reformstart i 2012. Hovedutfordringer i reformen er blant annet at



pasientens behov for koordinerte tjenester ikke bevares godt nok i dag (fragmenterte tjenester).

Samtidig preges tjenestene våre av liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde gir oss utfordringer som kan true vår økonomiske bæreevne.

Det kommunale arbeidet med den nye i reformen, har i 2011 hatt stort fokus på utskrivningsklare pasienter og behandling, men vi håper framover at vi i større grad også kan fokusere på helsefremmende og forebyggende arbeid blant Frøyas befolkning.

Kommunen skal tilrettelegge for å kunne bistå alle innbyggere i ulike faser av livet, også ut fra individuelle behov. Økonomiske effektiviseringskrav stilles parallelt med at kommunenes oppgaver øker både i omfang og kompleksitet.

Kommunen har, uavhengig av det som er skissert i stortingsmeldingen, store utfordringer innenfor helse – og omsorgstjenestene som må håndteres parallelt med en statlig reform. Forventede endringer i befolkningssammensetningen i kombinasjon med stadig økende forventninger om gode helsetilbud, krever nye tiltak. Det kommunale pleie- og omsorgstilbudet vil bli sterkt berørt av den kommende eldrebølgen. I tillegg er tallet på yngre brukere av kommunale omsorgstjenester i vekst.

Nye brukergrupper stiller krav til nye arbeidsformer, endret kompetanse og utbygging av tjenestetilbudet. Krav til lokal utbygging og samordning av helsetjenester og et sterkere fokus på psykiatri, rus og ulike sosialpolitiske utfordringer, gjør at det må forventes stor dynamikk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må tas høyde for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse for å møte brukergruppene.

I tillegg til de kommunale utfordringer som er nevnt tidligere, vil en også møte følgende utfordringer:

- Rekruttere og beholde tilstrekkelig kompetanse innenfor smittevern, miljørettet helsevern og samfunnsmedisinsk arbeid.
- Ressurskrevende unge brukere med behov for døgnbaserte sammensatte tjenester innenfor psykiatri, psykisk utviklingshemming og fysisk funksjonshemming.
- Vi må gjøre smarte grep for å skape resultater gjennom primærforebyggende arbeide.

#### **Stortingsmeldingens hovedgrep for å møte utfordringene:**

- Klarere pasientrolle. Videreutvikling av pasientmedvirkning og videreutvikling av samarbeid mellom pasientorganisasjonene. Større fokus på helhetlig pasientforløp med egen mestring som mål, og lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en egen pasientkoordinator.
- Ny framtidig kommunerolle. Endret rolle for kommunene slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjoner om forebygging og innsats i tidlig fase av sykdomsforløpet. Det legges til grunn at den forventede vekst i behovet for en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Helhetstenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging er viktig, slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan i varettas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

I tillegg er det ønskelig å utvikle felles IKT-systemer og utvikling av kompetanse / forskning.



### **Kommunenes nye oppgaver deles i to hovedfunksjoner:**

- Kompetansekrevende funksjoner (tverrfaglig kompetanse, spisskompetanse i noen grad)
- Administrasjons- og systemoppgaver (eks. folkehelsearbeid med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver og arbeide med kommunalt planverk og samarbeidsavtaler)

Utfordringene som er nevnt ovenfor, medfører at kommunene må ha følgende apparat tilgjengelig:

- Lokaler for forsterkede sykehjemsplasser og andre behandlingstilbud, bl.a. rus og rehabilitering/læring og mestring – kvalitetssikring av kjøpte tilbud.
- Leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og helsepersonell med spesialutdanning innenfor fagområder knyttet til sykdomsgruppene. Det må legges spesiell vekt på forebyggende arbeide.
- Et styringsapparat og et administrativt apparat knyttet til tjenestene som er robuste nok til å takle samarbeid, samhandling, koordinering, oversikt over pasientstrømmer. Kvalitetssikring av tilbud til pasienter og oppfølging av pasienter.
- Koordinator for alle kronikere.
- System for kompetanseutvikling og kompetansebevaring – både faglig og innenfor samhandling. Legge til rette for praksisnær forskning.
- Tverrfaglig forebyggende team.
- Rus/psykiatri – lokalt apparat som fanger opp og kanaliserer til kommunalt apparat.
- ”Før - i stedet for- og etter sykehus”. Både lokalt i den enkelte kommune og i felles regional ”Øyeblikkelig – hjelp sengepost / etterbehandlingspost.

I tillegg ser kommunene at følgende apparat må være tilgjengelig, ut over det som er nevnt i stortingsmeldingen:

- Tilrettelagte heldøgns botilbud med nødvendig kompetanse for unge mennesker med tung psykiatrisk lidelse, psykisk utviklingshemming og fysisk funksjonshemming.
- Tilrettelagt tilbud for å skape en meningsfull hverdag for funksjonshemmede (arbeid/aktivitet/dagtilbud)

### **Dette reiser følgende utfordringer for kommunene:**

- Flere oppgaver skal løses lokalt – samtidig som en får en tydeligere bestillerrolle.
- De fleste kommuner vil være for små til å etablere brede nok og gode nok tilbud som kan bidra til at vi holder kostnadene nede og kvaliteten oppe.
- Robuste fagmiljø vil være sentralt for å gi innbyggerne lovpålagte tjenester, det finnes ikke kompetanse og nok arbeidskraft til at alle kommuner skal ha alt.
- Utfordringer skissert i Stortingsmelding 47 skal håndteres samtidig som kommunene opplever en vekst i utfordringer knyttet til ressurskrevende unge.



#### 4. Beskrivelse av aktive helse- og omsorgstjenester.

Aktive helse- og omsorgstjenester skal ha fokus på den enkeltes sterke sider og bygge videre på disse. Tjenestene skal motivere til å fokusere på det friske i stedet for på det syke, det som fungerer i stedet for det som ikke fungerer. Dette er avgjørende for at den enkelte skal oppleve mestring og selvstendighet, og dermed frihet til å kunne styre livet sitt selv – også når han eller hun er blitt tjenestemottaker.

Aktive helse- og omsorgstjenester betyr aktive og engasjerte medarbeidere med faglig kompetanse som har fokus på god livskvalitet basert på trivsel, mestring og selvstendighet. Frøya kommune skal være en attraktiv arbeidsplass hvor det legges vekt på kompetanseutvikling og faglige fellesskap, slik at fagutdannet personale ønsker å jobbe her. Rehabiliteringstanken skal være gjennomgående i all tjenesteyting. Rehabilitering betyr å ta utgangspunkt i den enkelte sine ressurser for å gjenopprette, vedlikeholde eller redusere tap av funksjoner.

Forslag til fremtidig omsorgskjede fundamenteres på en omsorgsfilosofi som er bygget på BEON – prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå). Det betyr at det legges vekt på tiltak som har til hensikt å muliggjøre at mennesker kan bo i eget hjem, herunder å satse på helsefremmende og forebyggende tiltak som bygger opp under og ivaretar menneskets egenomsorg og sosiale liv. Dette innebærer også støtte til brukerens nærmeste omsorgsperson.

For å kunne legge BEON- prinsippet til grunn for tildeling av omsorgstjenester i kommunen, er det to felt som må prioriteres høyt. Dette er forebygging og rehabilitering. Forebygging for å styrke og oppmuntre brukerens egenomsorg. Dette vil både gi økt livskvalitet for den enkelte, avhjelpe pårørende og utsette ressurskrevende hjelpetiltak fra det offentlige. Rehabilitering bygger videre på dette ved at grunntanken i alle hjelpetiltak rundt den enkelte som har vært syk eller skadet, må være å bringe vedkommende opp på et funksjonsnivå der han eller hun i størst mulig grad kan klare seg selv. Habilitering tar utgangspunkt i nylæring for de som skal utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

*Stortingsmelding nr.25* legger stor vekt på samarbeid med frivillig sektor og brukerens familie. Skal det offentlige klare de utfordringer som blant annet ligger i ”eldrebølgen”, må tjenestene utvikle et nært samarbeid både med pårørende og frivillig sektor. Stortingsmeldingen bruker begrepet partnerskap med familie og lokalsamfunn.

En rekke undersøkelser viser at det først og fremst er på det sosiale og kulturelle området den offentlige helse- og omsorgstjeneste kommer til kort. I særlig grad gjelder dette brukere i sykehjem og i omsorgsboliger. De basale pleie- og omsorgsbehov blir nok som regel dekket, men det blir ofte ikke tid til å fylle dagene med meningsfullt innhold i en travel hverdag. St.meld.nr. 25 understreker sterkt ansvaret kommunene har for å legge til rette for en aktiv omsorg og *«bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre»*

Miljøterapi preges ofte av en annen kultur enn den tradisjonelle omsorgstjenesten. I miljøterapi vil det være fokus på å bidra til å fylle brukerens dager med meningsfylt innhold. Den tradisjonelle pleie- og omsorgstjenesten vil først og fremst ha fokus på å dekke de basale behov for pleie og praktisk bistand. Det er en utfordring å videreutvikle begge disse «kulturene» og flette disse inn i hverandre,





i en samlet og samordnet omsorgstjeneste.

**Aktive helse- og omsorgstjenester** betyr at sykehjemmet først og fremst skal satse på videreutvikling av kortidsfunksjoner. Det vil si at innbyggerne skal få midlertidige tilbud om:

- Observasjon og behandling.
- Rehabilitering og opptrening.
- Avlastning.
- Tilbud om smertelindring og omsorg ved livets slutt (palliativ behandling).

Langtidsopphold på sykehjem skal tildeles i de tilfeller hvor tjenestemottakeren har så dårlig helse at han eller hun ikke lenger kan ivareta sin integritet gjennom å ”ha ansvar for eget liv”. Personer med stort omsorgsbehov kan tildeles omsorgsbolig med tilbud om omsorgstjenester hele døgnet. Beboerne skal tildeles tjenester etter individuell vurdering og i form av enkeltvedtak.

Dette skal gi en større individuell frihet og selvstendighet for tjenestemottakeren. Det skal også tydeliggjøre pårørendes rolle i forhold til omsorgsansvar, slik at mulighet for familieomsorg kan opprettholdes.

Stortingsmelding 25 og stortingsmelding 47 har som målsetting at tjenestemottakere skal ta ansvar for eget liv og være delaktige i å utvikle egne tjenester. De skal også beholde sin integritet og selvstendighet så langt som mulig, selv om sviktende helse og funksjonsnedsettelse gjør at man trenger kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse tjenestene skal gis etter individuelle vurderinger i den utstrekning det er behov for. Tjenestene skal gis i eget hjem så lenge det er mulig, deretter i tildelt omsorgsbolig hvor tjenestemottakeren betaler husleie og får tjenester etter enkeltvedtak.

Når det gjelder behovet for tjenester til eldre, er dette nært knyttet til demografisk utvikling. I tillegg handler det om at morgendagens eldre vil legge vekt på andre verdier og holdninger enn dagens eldre.

Dette beskrives slik i St.meld. 25.

*”Morgendagens eldre vil bli mer kravstore og mindre beskjedne enn dagens eldre er. De vil i noe større grad ønske seg en tilværelse der de kan bruke sine evner, vise hva de kan, og der de kan gjøre nye ting og bestemme selv. Men først og fremst vil de være mindre konforme og mindre tradisjonelle – de vil i mindre grad innordne seg tradisjonelle normer”.*

Behovene for helse- og omsorgstjenester vil være vanskelig å fastslå, og stortingsmeldingen peker på at det vil avhenge av:

- Inntekts- og velferdsutvikling
- Utdanningsnivå
- Utviklingen på arbeidsmarkedet
- Medisinsk - teknologisk utvikling
- Rusmiddelbruk
- Demens

Det kan være vanskelig å trekke entydige konklusjoner om framtidige behov ut fra en framskrivning av befolkningsdata. Dette henger sammen med at man ikke har entydige data på hvordan økt levealder vil slå ut i forhold til behov for helse- og omsorgstjenester.



Det forskes dessuten intensivt på å finne svar på ”demensgåten.” Dersom man i de nærmeste årene skulle kunne behandle demenssykdom eller hindre/forsinke utbrudd, vil det påvirke behovet for tjenester markant. Vi kjenner heller ikke konsekvensene av det stadig økende antall personer som får diabetes i ung alder.



#### **4.1 Beskrivelse av de ulike omsorgsnivåene i ”Helse og omsorgstrappa”**

Når det gjelder valg av tjenestenivå som de ulike tjenester skal ytes ut ifra, har helse – og omsorgstjenestene i Frøya valgt følgende inndeling av omsorgsnivåene (omsorgstrappa):

##### **Trinn 1**

**Tjenester som ikke er knyttet til direkte tjenesteyting**, eks. tjenester som trygghetsalarm, tilrettelegging av bolig, tekniske hjelpemidler og matombringing.

Dette er tjenester som først og fremst er knyttet til praktiske forhold og skal bidra til at tjenestemottaker kan bli helt eller delvis uavhengig av personlig bistand.

Forebyggende og helsefremmende tiltak.

Rådgiving og informasjon.

Fysisk aktivitet, ernæring og sosialt fellesskap.

##### **Trinn 2**

**Praktisk bistand og opplæring** benevnes ofte som hjemmehjelpstjeneste og/eller boveiledning. Dette er personlig tjenesteyting knyttet til praktiske forhold for å mestre dagliglivets gjøremål, som hjelp til matlaging, handling, rengjøring og annen praktisk bistand som tjenestemottaker ikke kan ivareta selv, og der konsekvensen av manglende bistand vil være alvorlig for den det gjelder.

Denne type tjenester ytes i tjenestemottakerens hjem, uavhengig av om dette er en ordinær bolig eller en tilrettelagt bolig/omsorgsbolig. Tjenestetilbudet kan variere i omfang for



mottakerne, og over tid. Ulike aktivitetstilbud, miljøarbeid, rus og psykiatri skisseres også i denne delen av omsorgstrappa.

### **Trinn 3**

**Hjemmesykepleie.** Bistand til å ivareta medisinske behov, personlig pleie, medisinerer, hjelp til gjennomføring av medisinske prosedyrer i forbindelse med funksjonstap, skade eller sykdom.

Hjemmesykepleie organiseres på samme måte som praktisk bistand, og omfanget kan variere fra for eksempel et besøk annenhver uke til besøk flere ganger daglig i 7 dager /uke.

I tillegg kommer ulike dagtilbud, tilrettelagte boliger med ambulerende bemanning.

### **Trinn 4**

**Omsorgsbolig.** Omsorgsboliger skal være et botilbud for personer med omsorgssvikt hvor hjelp fra hjemmetjenesten ikke oppleves tilstrekkelig for brukeren. Faglige vurderinger fra tjenesteapparatet i hjemmet skal også ligge til grunn.

Trinn 4 vil i praksis inneholde tjenester for mennesker som har fra middels behov til de mest omfattende behovene for bistand for en kortere eller over en lengre periode. Med heldøgns omsorg i bolig kan det være variasjoner fra en situasjon der det er en eller flere bistandsyttere tilstede i bygningen hele døgnet.

### **Trinn 5.**

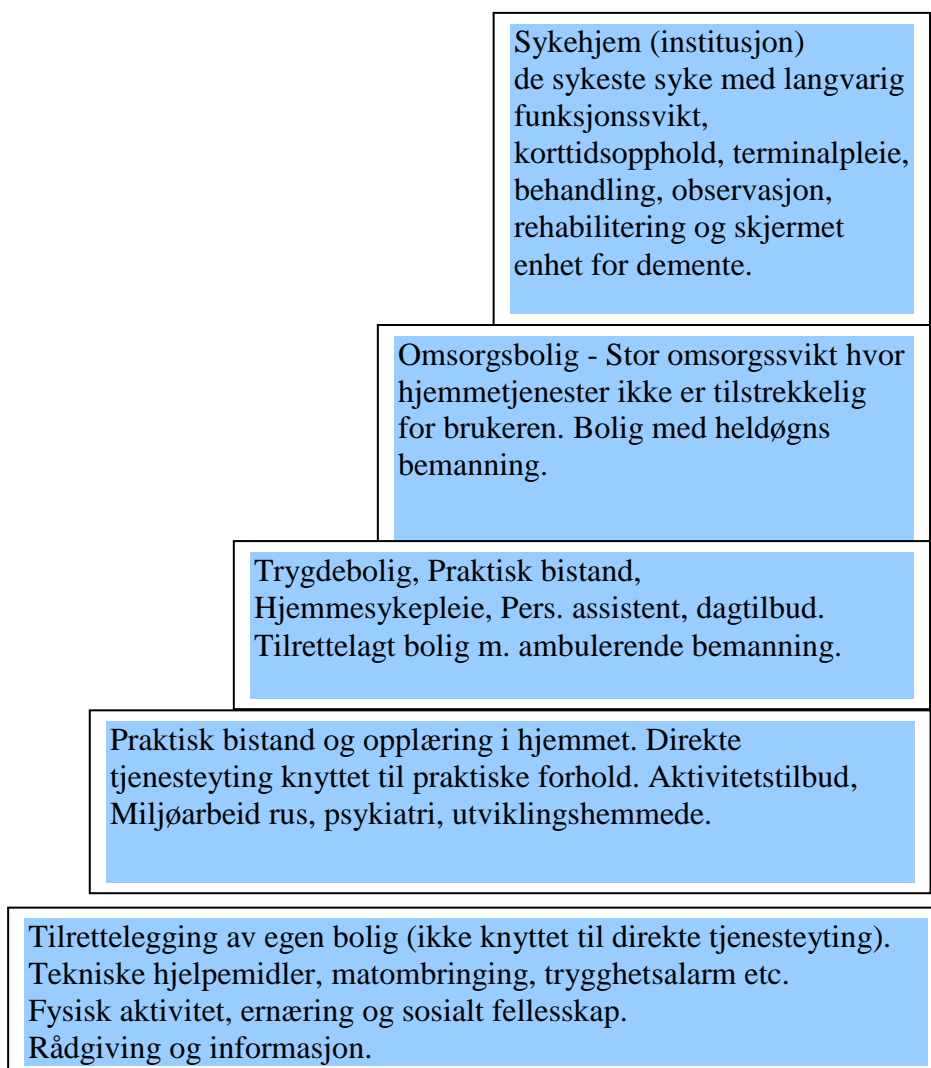
**Sykehjem.** Dette er tjenestemottakere med langvarig funksjonssvikt, både av fysisk og mental karakter. Langtidsopphold ved sykehjem skal tildeles i de tilfeller hvor tjenestemottakeren har så dårlig helse at han/hun ikke lenger kan ivareta sin integritet gjennom å «ha ansvar for eget liv», dette vil si de sykeste syke.

Sykehjem skal gi korttidsopphold ved behov for avlastning, observasjon, behandling og rehabilitering, skjermede plasser for demente og tilbud om pleie og omsorg ved livets slutt.

Det foreligger i dag ingen nasjonal eller allment akseptert definisjon av bolig/ulike boligtyper og heldøgns tjenester som ytes i institusjon.



## HELSE OG OMSORGSTRAPPA I FRØYA KOMMUNE:



### Målgrupper

Frøya kommunes innbyggere, tjenestemottakere og pårørende, tjenesteytere, ledere og politikere har ulike forventninger til omfang og organisering av heldøgns omsorgstjenester. Eldre brukere tilbys i større grad heldøgns omsorg i institusjon, mens yngre brukere gjerne mottar heldøgns omsorg i egen bolig i form av omsorgsbolig, bofellesskap eller lignende. Det er også store forskjeller mellom kommunene på hvordan tjenestene er organisert.

### 4.2. Bolig eller institusjon.

De fleste i målgruppen for heldøgns omsorg har et individuelt behov for tilrettelagt bolig/ omsorgsbolig. Tilrettede boliger har flere benevnelser, hvor omsorgsbolig er mest brukt. Det kan være boliger bygd med tilskudd via statlige ordninger. Det brukes ofte benevnelser som bokollektiv og bofellesskap når tilrettelagt bolig kombineres med heldøgns omsorg.



Pr. i dag er det ulike lover og forskrifter som regulerer driften av heldøgns omsorgstjenester; noe som også kan ha sammenheng med omfanget på tjenesteytingen. Sykehjem, som er heldøgns omsorgstjeneste i institusjon, regnes som et høyere trinn i omsorgstrappa enn tilrettelagt bolig/omsorgsbolig med heldøgns omsorgstjeneste. Dette henger sammen med faglige forhold i kommunene og hvordan tjenestene er organisert mer enn en følge av statlige føringer. Det skyldes også at det vanligvis er høyere bemanning, bedre kompetanse og mer avansert medisinsk utstyr i sykehjem. Kommunene har stor frihet til å organisere tjenestene som de selv ønsker i forhold til lover og forskrifter. Valg mellom institusjon eller bolig

for heldøgns omsorgstjenester berører også spørsmål av ideologisk og faglig karakter: egenomsorg, menneskeverd, livskvalitet og myndiggjøring.

Pr. i dag har Frøya sykehjem 57 plasser. Av disse er 16 plasser avsatt til senil demente.

**Betalingsform.**

Sykehjem er en lovregulert boform. Omsorgsbolig og sykehjem har ulike betalingsformer.

Forskrift for vederlag gjelder for beboere i institusjon og regnes som prosent av inntekt.

I en omsorgsbolig betaler beboerne for kost og bolig og eventuelt egenandel på de tjenestene som mottas. Beboere i omsorgsbolig kan få bostøtte.

Behovet for heldøgns omsorg oppfattes ofte som en langvarig eller permanent situasjon.

Dette er ikke alltid riktig, da mange av de som mottar heldøgns omsorgstjenester trenger et opphold for et kortere tidsrom inntil behandling er iverksatt, situasjonen har stabilisert seg eller forbedret seg. Et korttidsopphold vil likevel bety det "høyeste" trinnet i omsorgstrappa i betydningen av at det ytes omfattende og sammensatte tjenester i en tidsbegrenset periode.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at Frøya vil få en utfordring når det gjelder behov for heldøgns tjenester særlig fram mot 2015. Heldøgns plasser ved sykehjemmet benyttes i dag i hovedsakelig til langtidsplasser.

Øyrekka utenfor Frøya gir oss utfordringer med å utføre heldøgns tjenester blant annet på grunn av mangel på nok helsefaglig kompetanse. Transportmuligheter mellom øyene gir oss også begrensninger, da særlig i helger og høytidsdager. I dag betjener de ansatte øyrekka alle ukedager. I helger kan ikke fagpersonell reise i mellom øyene på grunn av mangel på rutegående transportmidler.

Hovedtyngden av dagens pleie og omsorgsbrukere bor på Mausund og Sula.

Pleie og omsorgstjenesten har derfor en lavere terskel for å motta sykehjemsplass for brukere i øyrekka enn på fast-Frøya. Dette kan føre til at behovet for heldøgns tjenester vil øke ytterligere. Vi har mange eldre innbyggere på Sula, mens Mausund har flere antall yngre innbyggere.



### 4.3. Alternative botilbud.

Befolkningsutviklingen blant de eldre på Frøya må sees i sammenheng med hvor de kommer til å bo. Det vi vet fra andre kommuner er at de eldre ønsker å bosette seg sentralt, nærmere sentrumstilbud og helse- og omsorgssentre. Det er liten grunn til å tro at utviklingen vil være annerledes i Frøya kommune.

For en tid tilbake startet Frøya kommune planlegging av omsorgsboliger.

Bakgrunn for arbeidet var blant annet stor etterspørsel etter denne type boliger og stor pågang på sykehjemsplasser.

Pleie og omsorgstjenesten opplevde at Frøya ikke hadde en ”mellomløsning” mellom sykehjemsplass og alternativt botilbud som kunne ivareta beboere med nedsatt funksjonssvikt. Dette var brukere som kunne klart seg i en tilrettelagt bolig med bemanning.

Boligene skulle være sentrumsnære og tilpasset brukere med ulike former for funksjonssvikt. Nærhet til tjenestene, trygghetsaspektet og fellesskapsløsninger var viktige elementer som slike boliger kunne bidra til.

Samhandlingsreformen og blant annet Nasjonal omsorgsplan viser fremtidige utfordringer som helse og omsorgstjenestene står overfor. Bruken av sykehjemsplasser dreier i en annen retning, samt at andre botilbud skal ta høyde for ulike former for funksjonsnedsettelse.

Tilrettelagte boliger med nærhet til tjenesteapparatet gir trygghet. Samtidig vet vi at flere eldre bor alene, og at ensomhet er svært framtredd hos mange.

Frøya har i dag 21 trygdeleiligheter for eldre, mens 8 av disse er tilknyttet bemanning på dag og kveld. De øvrige boligene betjenes av hjemmetjenesten ved behov.

De fleste eldre vil bo hjemme så lenge som mulig. Dette må tas hensyn til i kommunens boligpolitikk. Vi ser en økende levealder, synkende pensjonsalder og stadig flere aktive og friske pensjonister. (Se kap.6 - fremskrivning av alderssammensetningen i befolkningen) Frøya har en spredt bebyggelse med til dels store avstander. De eldre søker seg gjerne mot lettstilte sentrumsnære boliger som også gir sosial trygghet og større muligheter for sosial kontakt.

I kommunens boligplan (boligsosial del), er Frøya kommunes overordnende målsetting at innbyggerne våre skal kunne disponere ”egen bolig som er tilpasset egne behov og livssituasjon”. Helsefremmende tiltak, forebyggende arbeid og rehabilitering vektlegges stadig mer, og det tilrettelegges for nye og oppsøkende ambulerende tjenester der primærhelsetjenesten må bidra i samarbeid med andre. Det boligsosiale arbeidet må tilpasses denne utviklingen, og en antar at behovet for sosiale boliger vil øke i tida framover.

Boligplanens boligsosiale del skisserer boligbehov og løsninger for personer som krever praktisk og fysisk tilrettelegging i boligen, samt bistand tilpasset ulike livsfaser og behov. Kommunens oppgave er å legge til rette for at det bygges boliger tilpasset ulike brukergrupper og livssituasjoner. Alle nye boliger skal ha universell utforming i henhold til tilgjengelighetsloven. En stor utfordring er å gjøre tilpasninger i boligene der folk allerede bor.

Når det gjelder behov for omsorgsboliger framover, ser en blant annet for seg behov for boliger i bofellesskap som er tilrettelagt for ulike typer funksjonssvikt og alder, med fellesskapsløsninger for aktiviteter, muligheter for heldøgns bemanning og hvor trygghetsaspektet kan varetas.



Som eksempler kan nevnes avlastingsleiligheter for barn, treningsleiligheter for ungdom og for andre brukergrupper med et tett oppfølgingsbehov.

Ulike problemstillinger må drøftes i gjennom: Kan de ulike boligbehovene sees i en sammenheng når det gjelder tomtevalg / areal? Hvor skal boligene bygges? Ressursmessige hensyn i form av best mulig utnyttelse av fagkompetanse og tverrfaglig samarbeid og behov for nærhet til en personalbase.

Kort oppsummert skisserer planen følgende boligbehov:

- Avlastningsenhet for barn – 4 leiligheter, samt fellesareal.
- Treningsboliger for ungdommer med base for personell.
- Bofellesskap for voksne med fellesareal og base for personell.
- Boligkollektiv for personer med rus- og/eller psykiske problemer.

Behov på kort sikt:

- Fra 1-3 år frem i tid er det et stort behov for avlastningsenhet for 4-5 barn.
- Det finnes om lag 4 voksne personer som har behov for felles bolig/bofellesskap, med tilgang til bistand og oppfølging. I dag bor de spredt, og det er vanskelig å oppnå kontakt/gjøre avtaler. De er ensomme og mestrer ikke hverdagen sin. Det haster med å få på plass en bolig for denne målgruppa.
- Treningsbolig for 5 – 10 ungdommer som strever med livet sitt, både i skole, på fritid og på hjemmearenaen.

Behov på lang sikt:

- Boliger i bofellesskap som er tilrettelagt for ulike typer funksjonssvikt og alder, med fellesskapsløsninger for aktiviteter, muligheter for heldøgns bemanning og hvor trykghetsaspektet kan varetas.
- 4 – 10 år frem i tid vil det være behov for samlokalisering av boliger for 6 personer som vi ha behov for tett oppfølging og tilsyn.

## **5.Kvalitet og samarbeid**

Enhetene vil i årene som kommer få stadig flere felles brukere, det vil si brukere som har behov for flere typer tjenester. Dette vil spesielt gjelde for sykehjemmet, hjemmetjenesten og fysio- / ergoterapitjenesten. I tillegg regner man med at stadig flere brukere vil ha sammensatte diagnoser, og at en vil ha behov for kompetanse ut over det som enhetene selv har.

Mer forebyggende arbeid vil bli nødvendig bl.a. for å unngå eller utsette innleggelse i institusjon og kunne gi flest mulig tjenester på riktig nivå i forhold til omsorgstrappa. Et godt tverrfaglig samarbeid blir derfor stadig viktigere for at enhetene skal fremstå helhetlig og sikre kontinuitet i tjenesteytingen.

Samtidig står vi også overfor endringsprosesser i utøvelsen av fagkompetansen, hvor vi må rette større fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i stedet for behandling slik som vi gjør i dag.

Kvalitetsutvikling på flere områder vil stå sentralt i tida som kommer.

I forhold til prosedyrer/instrukser og annet knyttet til kvalitetssikring / internkontroll, benyttes i dag et felles elektronisk verktøy ”Kvalitetslosen”.



En viktig forutsetning for å kunne lykkes med dette, er at ansatte har tilgang til og god kunnskap om bruken av PC og programvare. Det er fortsatt nødvendig med opplæring av digitalt verktøy for de ansatte.

Det gjennomføres systematisk kartlegging av tjenestekvaliteten i form av brukerundersøkelser, noe som gir nyttige tilbakemeldinger. Enhetene får også tilbakemeldinger fra brukere og pårørende om den opplevde kvaliteten gjennom uformelle samtaler og dialog i hverdagen.

Det synes som om at man har tilfredsstillende kvalitet på tjenestene i Frøya, men det vil alltid være forbedringsområder også mht. nye brukergrupper, god ressursutnyttelse og endrede oppgaver for kommunen ved gjennomføring av Samhandlingsreformen.

Tjenesteyterne opplever at de får mer begrenset tid hos brukerne. Dette er ikke bare på grunn av økt antall brukere, men også behov for mer omfattende tjenester hos stadig flere brukere.

Kompetanseheving er nødvendig for å takle de faglige utfordringene. Enhetene får positive tilbakemeldinger fra brukerne om god kvalitet på tjenester og dyktige fagfolk.

Det er et mål at brukerne skal kunne få nødvendig tilrettelegging og individuelt tilpassede pleie- og omsorgstjenester i eget hjem eller omsorgsboliger så lenge som mulig. Det må i langt større grad enn i dag legges vekt på helsefremmende og forebyggende tiltak fremfor fokus på behandling.

Når det gjelder forventninger til innhold og kvalitet på de tjenestene som gis, viser erfaringer at det er nødvendig med en gjensidig avklaring mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker. Dette gjøres gjennom at det utarbeides tjenestebeskrivelser og serviceerklæringer.

Hovedutfordringen i planperioden blir å videreutvikle den faglige kvaliteten på de tjenestene som skal gis. Avviksmeldinger, klager og observasjoner i hverdagen tyder på at det er ulike forhold som kan bli bedre.

### **Kvalitetskrav**

Myndighetene har satset mye på at kommunene skal utvikle kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene de siste årene. Dette kommer fram i en egen stortingsmelding, i egen veileder, i avtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet og gjennom en egen kvalitetsforskrift. (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 27.06.2003) Forskriften stiller krav om at kommunene skal ha prosedyrer som kan synliggjøre hva de gjør for å dekke tjenestemottakernes grunnleggende behov. Forskriften skal bidra til å sikre at tjenestemottakere får ivaretatt sine grunnleggende behov, og at dette gjøres med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Forskriften framhever en del viktige verdier knyttet til at også personer som er avhengige av kommunale tjenester kan ha selvstendig styring av eget liv, blant annet gjennom:





- At tjenestemottakere får dekket sosiale behov, som mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet ut fra egne ønsker og forutsetninger, ro og skjermet privatliv når det er ønsket.
- At tjenestemottakere får rimelig valgfrihet i forhold til et variert og helsefremmende kosthold.
- At tjenestemottakere med stort behov for hjelp til praktiske gjøremål kan følge en normal livs og døgnrytme, og unngå uønsket sengeopphold.
- At enkelte grupper som har vanskelig for å redegjøre for sine behov, for eksempel demente, får et tilrettelagt tilbud.
- At alle som har langtidsopphold på institusjon kan få eget rom.

For å tydeliggjøre ansvaret for tjenestene og sikre at kvalitetskravene blir gjenstand for politisk diskusjon og behandling, bør fastsettelsen av lokale kvalitetskrav vedtas på politisk nivå.

Helse og omsorgsdepartementet, KS, Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet med flere, har sammen utviklet *"Prinsipper for gode omsorgstjenester"* (april 2012).

Målet er at den enkelte bruker skal sikres omsorgstjenester av god kvalitet. Det er derfor viktig at den enkeltes ønsker og behov legges til grunn når tjenestene utformes.

*"Prinsippene for gode omsorgstjenester"* er ment som et utgangspunkt for refleksjon og kulturbygging i tjenestene, og er et av flere verktøy som kan benyttes i det lokale kvalitetsarbeidet.

**"Prinsipper for gode omsorgstjenester"** (Helse og omsorgsdepartementet, april 2012):

- **Omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn.**

Det oppnår vi ved å:

- Bygge opp flerfaglig kompetanse som sikrer brukerens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov.
- Styrke det tverrfaglige samarbeidet.

- **Omsorgstjenesten er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet.**

Det oppnår vi ved å:

- Fremme brukernes rett til å ta selvstendige avgjørelser.
- Involvere brukere i utformingen og utøvelsen av tjenestetilbudet.
- Styrke den etiske kompetansen blant ansatte i omsorgstjenesten.

- **Omsorgstjenesten er tilpasset brukernes individuelle behov.**

Det oppnår vi ved å:

- Kjenne den enkeltes interesser og bakgrunn.
- Bemanne tjenestene med en kompetanse som tar utgangspunkt i brukernes situasjon og behov.

- **Omsorgstjenesten viser respekt og omsorg for pårørende.**

Det oppnår vi ved å:

- Utvikle tiltak for å veilede og støtte pårørende.
- Involvere pårørende gjennom et tett samarbeid.

- **Omsorgstjenesten består av kompetente ledere og ansatte.**



Det oppnår vi ved å:

- Kontinuerlig utvikle ledere og ansattes kompetanse.
- Bygge opp et robust fagmiljø med tilstrekkelig og kompetent personell, samt utvikle et inkluderende arbeidsmiljø.
- Fremme kunnskapsbasert praksis, forskning og utvikling i omsorgstjenestene i kommunen i samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer.

• **Omsorgstjenesten vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak.**

Det oppnår vi ved å:

- Styrke kompetansen i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid.
- Bidra til at brukerne i størst mulig grad ivaretar egen helse og livsmestring.
- Legge til rette for at brukere kan oppleve meningsfulle hverdager på tross av sykdom og funksjonssvikt.

• **Omsorgstjenesten er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester.**

Det oppnår vi ved å:

- Organisere og utøve tjenesten på en effektiv og faglig forsvarlig måte.
- Samarbeide aktivt med de øvrige kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og NAV.
- Utvikle og tilby gode og helhetlige pasient-/brukerforløp.

• **Omsorgstjenesten er lærende, innovativ og nyskapende.**

Det oppnår vi ved å:

- Skape kultur for utvikling og iverksetting av nye ideer og kreative løsninger.
- Arbeide systematisk med erfaringsdeling, og ta i bruk ny fagkunnskap og teknologi.
- Samarbeide med frivillig sektor, og bidra til økt frivillig arbeid.

Gode omsorgstjenester må skapes hver dag i møte mellom bruker og ansatt.

Kvalitetsarbeid er derfor en kontinuerlig prosess, og vil kreve engasjement både fra ledere og ansatte i Frøya kommune.

## **Helhetlig pasientforløp i eget hjem.**

Standardiserte pasientforløp.

Standardiserte pasientforløp er en metode for å kunne gi et helhetlig, koordinert helsetilbud for ulike målgrupper.

Alle kommunene i SIO har bekreftet i kommunestyrevedtak (Frøya i aug.2011) at de vil implementere helhetlige, standardiserte pasientforløp i egen kommune.

I følge ”*Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester*” skal kommuner legge til rette slik at pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helsetilbud og at helsepersonell som utfører tjenestene blir i stand til å utføre sine plikter.

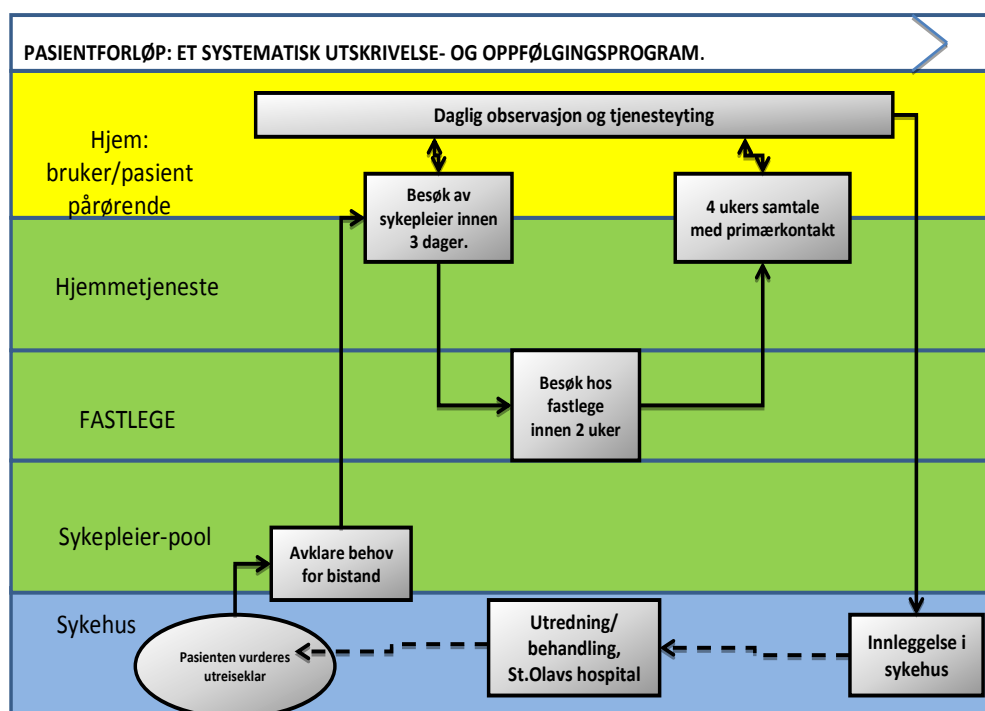
I følge *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)* skal kommunene sørge for å ivareta helhetlig pasientforløp i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging.

*Nasjonal helse og omsorgsplan* sier videre at helseforetakene skal gjennom sitt



”sørge for ansvar” sikre spesialisthelsetjenester til befolkningen i sine regioner. Tilbudet fra sykehus må videreutvikles for å understøtte kommunehelsetjenestens behandling av enkelte pasientgrupper, noe som vil kreve en god dialog mellom sykehus og kommune.

## Helhetlig pasientforløp i eget hjem.



### Frøya kommunes kvalitetskrav for Helse- og omsorgstjenesten.

Frøya kommune skal legge følgende til grunn for å sikre at tjenestene kommunen yter oppleves å være kjennetegnet av godt innhold og god kvalitet:

#### 1. Virkningsfulle tiltak.

Gode kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.

Implementering av **HPH** – **H**elhetlig **p**asientforløp i eget **h**jem, er et systematisk utskrivelses - og oppfølgingsprogram mellom sykehus, fastlege, korttidsavdeling og hjemmetjeneste som skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasienten.

#### 2. Trygge og sikre tjenester.

God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.

#### 3. Involvere brukere og gi dem innflytelse.

God kvalitet forutsetter at brukernes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.



**4. God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet.**

God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.

**5. God ressursutnyttelse.**

God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.

**6. Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling**

God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.



## 6. Analyse / beskrivelse av dagens tjenestetilbud.

### Befolkningsprognose / Økonomi

I analysen av helse og omsorgstjenestenes ressursbruk, er tall fra Statistisk Sentralbyrå (Kostratall 2010 og 2011) og Agenda Kaupangs rapport lagt til grunn (2010).

Sammenlignbare kommuner, kommunegruppe 2, står nokså likt Frøya i forhold til befolkningstall. I tillegg er Helsedirektoratets rapport IS-1958 ” Samhandlingsstatistikk 2010” benyttet.

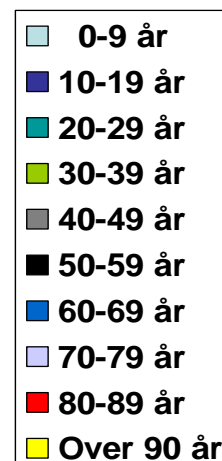
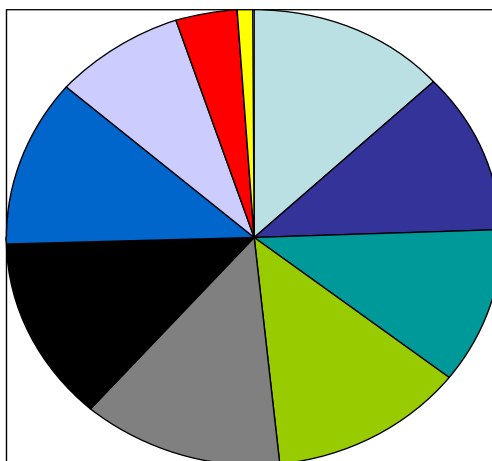
Frøya sammenlignes her med det Kostra inndeler i kommunegruppe 2. I denne gruppen finner vi blant annet Vikna, Hitra Hemne, Verran, og 57 andre sammenlignbare kommuner.

### 2. Prognoser for befolkningsutvikling

Middels vekst fremskrevet til 2025

Kilde: SSB

| År                   | Antall      | %    |
|----------------------|-------------|------|
| • 0-9                | 665         | 13   |
| • 10-19              | 601         | 11,5 |
| • 20-29              | 579         | 11   |
| • 30-39              | 677         | 13   |
| • 40-49              | 685         | 13,1 |
| • 50-59              | 688         | 13,1 |
| • 60-69              | 626         | 12   |
| • 70-79              | 444         | 8,5  |
| • 80-89              | 207         | 4    |
| • 90+                | 56          | 1,1  |
| <b>Totalt antall</b> | <b>5228</b> |      |



### Folketallsvekst.

”Vi kan komme til å se en vekst i folketallet på Frøya på hele 900 personer fram mot 2025. Dette tilsvarer en jevn økning på over 70 innbyggere i året, eller ca 1,5%. Denne økningen vil skje i alle aldersgrupper, med unntak av gruppen 80-89 år. Det interessante med denne folketallsveksten er veksten i aldersgruppene 0-9, 30-39 og 50-69 år. Dette er en positiv tendens som viser at storparten av befolkningen er i arbeidsdyktig alder. Det kan også synes som om Frøya ikke vil oppleve den helt store økningen i den eldste delen av befolkningen frem mot 2025.

De siste årene har befolkningsutviklingen på Frøya vært preget av fødselsunderskudd, netto innlands fraflytting og stor tilflytning av arbeidsinnvandrere fra forskjellige EU – land” (Hentet fra kommunens Boligplan- 2012)



*Dette har sammenheng med lokalt næringsliv sitt behov for arbeidskraft innen nærings – og nytelsesmiddelindustrien og da opp mot utvidelsen av EU. Totalt sett gir dette på kort sikt et netto resultat med relativt sett færre unge og eldre i kommunen.*

*Gjeldende befolkningsprognose sier at Frøya vil ha et uendret antall gamle eldre i hele planperioden, men det vil bli økning lokalt i gruppen yngre eldre (aldersgruppen 67 – 79 år). Dette bør gi kommunen grunn til å ha et sterkere fokus på aktivitet, trivsel og sosiale tiltak. På den måten kan kommunen være med å påvirke når disse nye gruppene eldre etterspør kommunale omsorgstjenester. Dette gir også behov for å ha et større tverrfaglig fokus i omsorgstjenesten med større rom for faggrupper som aktivitører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosialarbeidere og pedagoger”.*

I pleie- og omsorgssammenheng er det for øvrig viktig å understreke sammenhengen mellom antallet brukere og statlige overføringer til kommunene. Går eksempelvis antallet eldre over 80 år opp, så øker de statlige overføringene. Går antallet eldre over 80 år ned, reduseres de statlige overføringene tilsvarende.

Tilsvarende endringer skjer også for grupper av funksjonshemmede med betydelige behov for omsorgstjenester.

På lengre sikt er det derfor viktig å planlegge dimensjonering av tjenestetilbudene opp mot det antallet brukere som vil bli boende i kommunen og som kommunen da får statlige midler til å drive tjenesteyting overfor.

### **Kostratall for tjenestene.**

Personalressurser og økonomiske ressurser 2010 – 2011

| <b>PERSONALRESSURSER 2010</b> |                                   |                | <b>ØKONOMISKE RESSURSER 2010</b> |                 |                  |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Virksomhet</b>             | <b>Årsverk</b>                    | <b>Ansatte</b> | <b>Budsjett</b>                  | <b>Regnskap</b> | <b>Forbruk %</b> |
| Familie/Helse                 | 66,24 inkl.<br>prosjektstillinger | 96             | 27 519'                          | 26 538'         | 96               |
| Barnevern                     | 3,5                               | 4              | 4 878                            | 5 081           | 104              |
| Pleie og omsorgstj.           | 74,58                             | 119            | 38 494                           | 41 717          | 108,63           |
| <b>PERSONALRESSURSER 2011</b> |                                   |                | <b>ØKONOMISKE RESSURSER 2011</b> |                 |                  |
| <b>Virksomhet</b>             | <b>Årsverk</b>                    | <b>Ansatte</b> | <b>Budsjett</b>                  | <b>Regnskap</b> | <b>Forbruk %</b> |
| Familie/Helse                 | 62,15                             | 91             | 26 401'                          | 23 089'         | 89,49%           |
| Barnevern                     | 8                                 | 9              | 5 742                            | 6 900           | 119,6%           |
| Pleie og omsorgstj.           | 87,91                             |                | 40 286                           | 45 371          | 112,6%           |



Sammenligning av noen nøkkeltall for helse og omsorgstjenestene for utvalgte kommuner: Frøya, Hitra og Hemne i Kostragruppe 2 og Sør-Trøndelag.

Pleie- og omsorg, nivå 2- 2010:

| Tjenester   | Frøya | Hitra | Hemne | Kostra-gruppe 2 | Sør-Tr.lag |
|---|-------|-------|-------|-----------------|------------|
| Netto driftsutgifter i prosent – pleie/omsorg                               | 33,3  | 37,7  | 31,1  | 36,3            | 33,8       |
| Andel netto driftsutgifter – institusjoner                                  | 48    | 47    | 50    | 48              | 48         |
| Andel netto driftsutgifter til hjemmeboende                                 | 52    | 49    | 47    | 48              | 45         |
| Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning                      | 76    | 76    | 73    | 75              | 79         |
| Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra vgs              | 58    | 57    | 43    | 47              | 47         |
| Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra høyskole/univer. | 18    | 18    | 30    | 28              | 32         |

I følge rapport fra Agenda Kaupang(2010) har Frøya kommune et behov for pleie- og omsorgstjenester som ligger på 138 % av gjennomsnittet. Behovet er trukket opp på grunn av svært mange brukere innen psykisk utviklingshemming > 16 år og mange eldre 67-79 år. Andel eldre >90 år er som gjennomsnittlig for landet.

Kostratallene viser at Frøyas utgifter til pleie- og omsorgsformål er lavere enn gjennomsnittet for landet. Kommunen har allikevel hatt en relativt stor økning i utgiftene fra 2006 til 2010 og større enn gjennomsnittet for kommunene.

I følge Kostra for 2010 har kommunen ikke utgifter til aktiviteter i det hele tatt.

I forhold til de andre kommunene ligger Frøyas kostnader pr. institusjonsplass på et svært lavt nivå. Dekningsgraden er svært god. Nettoutgiftene pr. plass for kommunen er relativt svært lave. Noe av årsaken til lave nettoutgifter er at man ikke har plasser avsatt til korttidsopphold.

Kostnadene pr. hjemmetjenestebruker i Frøya er størst blant sammenligningskommunene før korreksjon for behovet og nest størst etter korreksjon.

Frøya har en høy dekningsgrad av institusjonsplasser. Likevel oppleves det ikke slik, hverken av ansatte eller innbyggere. Antall korttidsplasser i institusjon er lav da hovedtyngden av plassene er langtidsplasser. Antall legeårsverk på institusjon er pr. i dag ca 80 %, noe vi opplever har en forebyggende effekt på antall innleggelser i sykehus.

Det er paradoksalt at Frøya som har en betydelig høyere dekning av institusjonsplasser enn mange andre norske kommuner opplever et stort press på disse. Strukturanalysen viser i tillegg at kostnader pr institusjonsplass er lav.



Netto driftsutgifter – Pleie og omsorgstjenestene, nivå 2 – 2011:

| Tjenester 2011  | Frøya     | Hitra | Hemne | Kostra-<br>gruppe 2 | Sør-Tr.Jag |
|---|-----------|-------|-------|---------------------|------------|
| Netto driftsutgifter i prosent – pleie/omsorg                               | 31,7      | 30,6  | 28,9  | 33,2                | 29,1       |
| Andel netto driftsutgifter – institusjoner                                  | 50        | 53    | 49    | 47                  | 49         |
| Andel netto driftsutgifter til hjemmeboende                                 | 50        | 40    | 49    | 49                  | 45         |
| Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/fagutdanning                      | 74        | 78    | 72    | 76                  | 79         |
| Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/fagutdanning fra vgs              | Ikke reg. |       |       |                     |            |
| Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/fagutdanning fra høyskole/univer. | Ikke reg. |       |       |                     |            |

Kostratall for 2011 viser en liten nedgang i netto driftsutgifter fra 2010. For institusjon har netto driftsutgifter økt med ca 2%. Hitra har hatt den største økingen i Kostragruppe 2 , en øking med 5 %.

Tjenester til hjemmeboende har gått ned 2%, men ligger fortsatt høyere enn Kostragruppe 2 og Sør Trøndelag( 5% høyere.)

Når det gjelder kompetanse har Frøya stor andel av ansatte med videregående opplæring (ca 10% høyere enn Kostragruppe 2). Fagutdanning på høyskolenivå ligger på ca 18% noe som er lavest i Kommunegruppe 2 (28 %) og Sør Trøndelag ( 32%)

Når det gjelder tall for 2011 er fagutdanning ikke registrert i Kostra.





Fremtidig bruk av sykehjemsplasser går i retning av korttidsopphold, avlastning og rehabilitering. Gjerne der deler av sykehjemmet er ”øremerket” disse tilbudene. Legges HelseDirektoratets anbefalinger til grunn, bør minst 15 % av sykehjemsplassene være avsatt til korttidsopphold (jfr. ”HelseDirektoratets ”Samhandlingsstatistikk 2010”)

Skisse over antatt fremtidig behov:

| <b>FRØYA</b>  |           |           |           |           |           |           |           |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ÅR  | 2012      | 2015      | 2020      | 2025      | 2030      | 2035      | 2040      |
| 80 +  | 271       | 283       | 260       | 263       | 311       | 356       | 426       |
| Av disse utgjør 90 år +   | 35        | 47        | 52        | 56        | 50        | 56        | 73        |
| <u>"Anbefalinger" i Rapport IS-1958 Samhandlingsstatistikk 2010</u> |           |           |           |           |           |           |           |
| Sykehjemsdekning 18%  | 49        | 51        | 47        | 47        | 56        | 64        | 77        |
| 15% korttid   | 7         | 8         | 7         | 7         | 8         | 10        | 12        |
| Høyeste nivå hspl 18%   | 49        | 51        | 47        | 47        | 56        | 64        | 77        |
| Behov høyeste nivå  | 98        | 102       | 94        | 95        | 112       | 128       | 153       |
| Har   | 70        | 70        | 70        | 70        | 70        | 70        | 70        |
| <b>Mangler</b>  | <b>28</b> | <b>32</b> | <b>24</b> | <b>25</b> | <b>42</b> | <b>58</b> | <b>83</b> |

Tabellen viser oss at Frøya i perioden 2012 – 2015 vil få store utfordringer. Dette merker vi allerede i dag, særlig med tanke på utskrivningsklare pasienter fra sykehus og at dagens sykehjemsplasser i hovedsak er langtidsplasser.

I 2015, vil vi ha behov for 51 plasser for heldøgns tjenester. Av disse bør 51 plasser være sykehjemsplasser beregnet ut i fra aldersgruppen 80 år og eldre( antall 283).

Av de 51 sykehjemsplassene, bør minst 8 plasser settes av til korttidsopphold. Høyeste nivå på hjemmesykepleie, dvs. omsorgsboliger med bofellesskap (nivå 4 i omsorgstrappa), vil være 51 plasser. Tabellen viser også hva vi kan komme til å mangle av heldøgns plasser framover.

Fire måneder etter at samhandlingsreformen har trått i kraft, erfarer vi en økning i behovet for korttidsplasser. Selv om vi ennå ikke har konkrete tall som beskriver virkningene, kan det se ut som om Helseforetaket skriver ut sine pasienter tidligere enn før.

Dette medfører at behovet for korttidsplasser og kompetanse i kommunen øker. Tildeling av langtidsplasser på sykehjemmet er nedprioritert, da vi i større grad må være i stand til å ta i mot utskrivningsklare pasienter.

For å kunne møte morgendagens behov er det viktig å prioritere ressursene slik at det gir best mulig helse- og omsorgstjenester til lavest mulig kostnad.



Stortingsmelding nr 25 sier følgende:

*”Dersom kommunens tilbud på korttidsopphold er for knapp, bør kommunen vurdere om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten, og gjennom dette redusere behovet for langtidsopphold i sykehjem. Enkelte undersøkelser og forsøk indikerer at hjemmetjenesteorienterte kommuner driver mer effektivt enn institusjonsorienterte kommuner, uten at omsorgstilbudet blir dårligere.”*

Frøya kommune har prioritert å ha flere sykehjemsplasser enn mange sammenlignbare kommuner. Befolkningen i kommunen er spredt over lite tilgjengelige områder, slik at en har definert det som mindre hensiktsmessig å bygge ut hjemmebaserte tjenester. Når utviklingen på nasjonalt plan går mot en forsterket hjemmesykepleie og nedbygging / omprioritering av sykehjemsplasser står vi på Frøya foran flere avgjørende valg.

Tallmaterialet fra SSB ser samlet ut til å peke mot en mer effektiv pleie- og omsorgssektor der fokuset på hjemmebaserte tjenester blir større. Likevel er virkningen av en eventuell omprioritering i pleie- og omsorgssektoren vanskelig å forutsi. Med bakgrunn i kostnadene pr. sykehjemsplass, ser det ut til at sykehjemmet er i stand til å tilpasse tjenesteproduksjonen i tråd med at brukerne får plass tidligere. Det er også et vesentlig poeng at hjemmebaserte tjenester vil være mer kostnadskrevede i en kommune med en svært desentralisert befolkning.

En av kommunene fra kommunegruppe 2 som det kan være hensiktsmessige å sammenligne seg med, er Vikna kommune. Kommunen har lignende geografiske og demografiske utfordringer i utformingen av sine pleie- og omsorgstjenester. I 2010 rapporterte Vikna 39 sykehjemsplasser, mens Frøya rapporterte 57. Bruken av hjemmebaserte tjenester er vesentlig høyere i Vikna enn på Frøya, spesielt i sammenheng med omsorgsboliger. Samlet sett brukte Vikna kommune 36,2 prosent av sine netto driftskostnader på pleie og omsorg, mens Frøya brukte 33,3 prosent. (Kostratall fra SSB.no)

### **Helsetjenester i Frøya kommune.**

Disse tjenestene defineres som:

- Forebyggende arbeide i skole og helsestasjonstjeneste.
- Forebyggende arbeid i helse og sosialtjenester.
- Diagnostisering, behandling og rehabilitering.

Frøya kommunes behov for helsetjenester slik som definert ovenfor, er 101,8 % av landsgjennomsnittet. (jfr. Rapport Agenda Kaupang 2010)

Rapporten fra Agenda Kaupang sier følgende:

Frøya har samlede kostnader som ligger langt over gjennomsnittet for landet utenom Oslo. Diagnostisering, behandling og rehabilitering tar det alt vesentligste av utgiftene. Frøyas utgifter til dette formålet er kr 2 368 pr. innbygger.

Det er kr 1 067 mer enn gjennomsnittet for landet utenom Oslo. Ingen av de andre kommunene bruker mer enn Frøya til formålet.

Når det gjelder forebyggende arbeid innen helse og sosialtjenester, ligger Frøyas netto driftsutgifter pr. innbygger på kr 174 pr. innbygger. Fem kommuner bruker mindre. Gjennomsnittet for landet utenom Oslo er på kr 105.

Utgifter til forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste varierer en del mellom



kommunene. Frøya bruker kr 533 pr. elev. Hemne kommune bruker 575. Gjennomsnittet for lander utenom Oslo er kr 420.

Nå er det slik at målgruppen for en viktig del av helsetjenesten kan være barn og unge. Det er derfor sammenlignet tjenesten på en litt annen måte nedenfor. Vurderingen er gjort ut i fra antall barn fra 0-5 år og antall unge fra 0-20 år.

Utgifter til forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste varierer en del mellom kommunene. Frøya bruker kr 533 pr. elev. Gjennomsnittet for landet utenom Oslo er kr 420.

Ser vi på utgiftene pr. barn i gruppen 0-5 år bruker Frøya kr 7 805 mens de andre kommunene bruker fra kr 5 220 til kr 8 821. Gjennomsnittet for landet utenom Oslo er kr 5 738.

Frøya kommune bruker kr 2 098 pr. innbygger 0-20 år. Andre kommuner, som for eksempel Ørland bruker kr. 1.359 og Hemne kr. 2.100. Gjennomsnittet for landet utenom Oslo er kr 1 442.

Frøya ser dermed ut til å befinne seg på et høyt utgiftsnivå i forhold til de andre kommunene sammen med Hemne og ca. 36 % over landsgjennomsnittet utenom Oslo.

### **Tilbud til funksjonshemmede og psykisk syke.**

Tilbudet til funksjonshemmede brukere går ”på tvers av” pleie- og omsorgstjenestene i kommunene slik disse defineres i Kostra.

Da tjenestetilbudet til denne brukergruppen utgjør en stor andel av utgiftene til pleie- og omsorgsformål, har vi foretatt en særskilt analyse av tilbudet til funksjonshemmede.

Frøya plasserer seg høyt blant kommunene når det gjelder andel psykisk utviklingshemmede over 16 år, og det er de voksne brukerne som står for størstedelen av utgiftene.

Kommunene får tilskudd til dekning av ekstra kostnader knyttet til ressurskrevende brukere. Dette forholdet gir interessante utslag for kommunens driftsutgifter til kjernetjenester i hjemmet. Kommuner med en større andel ressurskrevende brukere må betale en del av disse kostnadene selv. Vi har beregnet hvordan ressurskrevende brukere påvirker ressursbruken i kommunen.

Vi ser at Frøya kommune har en stor bredde i tilbudet til brukerne. Det samme gjelder de andre kommunene som har relativt lave utgifter. Kommunen bruker mest ressurser til barnebolig/samløkaliserte boliger i egen regi. Frøya er den eneste kommunen som bruker mye ressurser til brukerstyrt personlig assistanse til unge under 18 år.

Kommunen bruker mindre til avlastning i kommunal regi enn det som ellers er vanlig. Det er mulig at denne sammensetningen av tilbudet er bedre tilpasset brukernes behov enn de dyre løsningene man finner i flere andre kommuner. Det er interessant at kommunen også henter inn betydelig tilskudd til unge under 18 år fra ordning for ressurskrevende brukere.

Frøya har et tilbud til funksjonshemmede som synes å være rimelig. Tilbudet til de yngste brukerne ser ut til å være tilpasset behovet og fremtrer som bredt sammensatt. Tilbudet til de eldre virker mer ensartet, men det skal være større variasjon enn dokumentasjonen antyder.



For Frøyas vedkommende er det særlig andelen utviklingshemmede over 16 år som trekker behovet for kommunale tjenester opp.

Psykisk helsearbeid har vært et satsningsområde for kommunen gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. Forebyggende psykisk helsearbeid og tjenestetilbudet som ytes til brukere med psykiske lidelser, uttrykkes gjennom flere Kostra funksjoner og lar seg ikke identifisere som en egen tjeneste gjennom Kostra.

Det arbeides målrettet og tverrfaglig godt for å holde folk friske og vedlikeholde funksjonsnivå både fysisk, psykisk og sosialt. Henvvisning og henvendelser til psykisk helse er økende, både fra lege, BUP, DPS, skole/barnehager, hjemmebaserte tjenester og direkte fra bruker.

Satsningsområdet for virksomheten Familie- og helse er forebyggende arbeid med barn og unge med rusproblematikk. Det oppleves at et presset barnevern sender oftere ungdom som er i ferd med å droppe ut fra skole eller ungdom med annen type utfordringer, til polikliniske samtaler med psykisk helsearbeid. Her er det muligheter for tettere tverrfaglig samarbeid og en større satsning på det forebyggende arbeidet i samhandling med barne- og familietjenesten.

Psykisk helsearbeid i kommunen er et frivillig tilbud, der kontakten i mange tilfeller må baseres på brukernes egne premisser. Ydmykhet og respekt i denne tilnærmingen er helt vesentlig for å kunne skape relasjon og trygghet. Dette er et tidkrevende arbeid.

Psykisk helsearbeid og rusfeltet er preget av uforutsigbarhet, tilbakeslagene er ofte mange og hyppige. Oppturene er gjerne få og korte.

**Barneverntjenesten** er definert med følgende tre funksjoner i Kostra:

- 244: Barneverntjeneste
- 251: Barneverntiltak i familien
- 252: Barneverntiltak utenfor familien

Rapport fra Agenda Kaupang (2010) sier følgende:

”Frøya kommune har objektivt sett et behov for barnevernstjenester som ligger godt under gjennomsnittskommunen i Norge, som er 100 %. Behovet i Frøya er beregnet til 84,6 %.

For å få et bedre grunnlag for å vurdere barnevernstjenesten i Frøya sammenliknet med de andre kommunene, har vi sett nærmere på barnevernkostnadene fordelt på de tre hovedområdene;

- Barneverntjenesten (saksbehandling, oppfølging av vedtak, barnevernberedskap, utgifter til sakkyndig bistand med mer).
- Hjelp i familien.
- Hjelp utenom familien.

Innenfor fagfeltet er det oppfattet som fordelaktig for brukerne med en profil der tiltak i hjemmet vektlegges, fordi det gir bedre tjenester på lang sikt for det enkelte barn.

Frøya ser ikke ut til å oppfylle dette målet så bra som de andre kommunene.

Oversikten forteller oss noe om ressursinnsatsen i forhold til de barna som faktisk har vært/er brukere av barneverntjenesten i kommunene.



For Frøya ser det slik ut:

- Utgifter til veiledning, undersøkelse og oppfølging pr. barn er på et gjennomsnittlig nivå sett i forhold til de øvrige kommunene i sammenlikningsgrunnlaget.
- Utgifter pr. barn som får tiltak i hjemmet i forhold til de øvrige er under middels. kommunene i sammenlikningsgrunnlaget.
- Utgifter pr. barn som får tiltak utenfor hjemmet er middels.

Det viser seg at oppfølging av barn utenfor familien er en viktig oppgave og at denne oppfølgingen ikke bare skal sikre kvaliteten, men også være profesjonell når det gjelder avtalene med staten og oppfølgingen av fosterhjemmene rent økonomisk. En annen måte å vurdere produktiviteten i tjenesten på, er å se nærmere på antall undersøkelser eller tiltak pr. årsverk.

Barnevernstjenesten i Frøya kommune har følgende kjennetegn (Kostra 2010) :

- Kommunen har relativt middels utgiftsnivå totalt sett. Utgiftene pr. innbygger har økt med ca.37 % fra 2004 til 2010. Det er vesentlig mindre enn for landet for øvrig.
- Frøya har relativt lave utgifter til tiltak for barn i opprinnelig hjem, relativt litt høye utgifter til barn utenfor eget hjem og relativt litt store utgifter til saksbehandling.
- Frøyas utgifter pr. barn til veiledning, undersøkelse og behandling er middels høyt i forhold til sammenlikningskommunene. Kommunen har lave utgifter pr. barn i opprinnelig familie. Utgiftene pr. barn som får tiltak utenfor hjemmet er under middels høye blant kommunene, men her trekker en kommune opp middelverdien. Utgiftene er nesten like høye som for gjennomsnittet i landet.
- Frøya har et stort antall årsverk pr. barn med undersøkelse eller tiltak. Kommunen har forholdsvis middels antall ansatte med fagutdanning i forhold til de andre kommunene og gjennomsnittet for landet. ”

#### Barne og familietjenesten, netto driftsutgifter 2011

| Tjenester<br>Barnevern , 2011                                   | Frøya   | Hitra  | Hemne  | Kostra-<br>gruppe 2 | Sør-Tr.lag |
|---|---------|--------|--------|---------------------|------------|
| Netto driftsutg. Pr. innbygger – kr.                            | 1 563   | 1 504  | 1 542  | 1 410               | 1 443      |
| Netto dr.utg. pr. innbygger 0-17 år,<br>barnevernstj. Enhet Kr. | 7 258   | 7 444  | 6 711  | 6 350               | 6 542      |
| Netto dr.utg. til saksbeh. Enhet %                              | 30,9    | 26     | 42,6   | 37                  | 30,3       |
| Netto dr.utg.pr.barn i barnevernet<br>Enhet kr.                 | 115 763 | 93 211 | 63 824 | 84 041              | 111 201    |
| Netto dr.utg.barn i sin opprinnelig fam.<br>Enhet %             | 11,1    | 15,7   | 14,9   | 15,1                | 14,7       |
| Netto dr.utg. til barn utenfor sin<br>oppr.fam. Enhet %         | 58,1    | 58,3   | 42,4   | 47,9                | 54,9       |

Barne og familietjenesten på Frøya ble i 2011 slått sammen med Hitra kommune. Frøya ligger høyest i Kostragruppe 2 når det gjelder netto driftsutgifter for 2011. Vi har også høyeste netto driftsutgifter pr. barn i barnevernet i Kostragruppe 2 og i Sør Trøndelag. Vi har minst utgifter til barn i sin opprinnelige familie , men størst utgifter til barn utenfor opprinnelig familie (58,1%) Dette er høyere enn både Kostragruppe 2 og i Sør Trøndelag.



## 6.1 Hvilken effekt vil samhandlingsreformen ha på pleie – og omsorgstjenestene?

Helsedirektoratet har i februar 2012 gitt ut rapporten, ”*Samhandlingsstatistikk 2010*” Formålet med rapporten er å se på variasjonene mellom kommunene når det gjelder kostnader og pasienter/mottakere av ulike helse- og omsorgstjenester.

Rapporten sier blant annet:

”Det er forventninger om at samhandlingsreformen vil ha innvirkning på pleie- og omsorgssektoren i forhold til antall tjenestemottakere og sammensetningen av bistandsbehov. Økt ansvar for personer med behov for øyeblikkelig hjelp og medisinske diagnoser vil kunne bety at antallet tjenestemottakere øker. Raskere overføring av utskrivingsklare pasienter vil også kunne bidra til dette. Graden av bistandsbehov for disse pasientene vil imidlertid kunne variere, og de utskrivingsklare pasientene kan forventes å ha et lavere bistandsbehov enn pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp”.

En vellykket forebyggingsstrategi forventes imidlertid å bidra til et minkende behov for pleie- og omsorgstjenester i befolkningen. Dette kan bety at andelen i befolkningen som mottar slike tjenester kan gå ned. Særlig gjelder dette for de yngre eldre. Dette vil kunne bety at de som fortsatt mottar tjenester i gjennomsnitt vil få et økt bistandsbehov fordi dette gjelder de aller sykeste. Alternativt kan det tenkes at det blir en reduksjon i alle bistandsbehovsgruppene.

Det er lansert ulike hypoteser om hvordan befolkningens helse kan utvikle seg ved økt levealder, og som forebyggingsstrategien i samhandlingsreformen kan sees i forhold til.

### 1. Sammentrengt sykkelighet.

Folk holder seg friske lenger - også i den siste perioden av livet, selv ved forlenget levealder.

### 2. Utvidet sykkelighet.

Økt levealder fører til økt antall år med sykdom og funksjonstap.

### 3. Utsettelse av sykkelighet i alderdommen.

Folk holder seg friske lengre når levealderen øker, og at tiden med sykdom og funksjonstap holdes stabil(”*Samhandlingsstatistikk 2010*”)

Både første og siste hypotese forutsetter en helsegevinst og vil kunne resultere i en nedgang i bruken av tjenester. Sammentrengt sykkelighet vil sannsynligvis bety dempet vekst for alle aldersgruppene over 67 år. Hypotesen om utsettelse av sykkelighet vil sannsynligvis bidra til at hjelpebehovet reduseres mer hos de yngste eldre enn de eldste eldre. Skulle hypotesen om utvidet sykkelighet slå til, vil dette kunne bidra til en betydelig vekst i både tjenester og kostnader.

Rapporten sier følgende om dekningsgrader:

De økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen vil kunne få andre konsekvenser for utviklingen av pleie- og omsorgstjenester enn tiltak knyttet til økt forebygging. Vurderingen av samhandlingsreformens konsekvenser og utvikling kan dermed bli komplekst.

De overordnede trendene som dekningsgrader av tjenester, tjenestemottakernes bistandsbehov og gjennomstrømningen av tjenestemottakere i sektoren, vil kunne gi informasjon om hvilke forhold ved reformen som er mest virksomme.



Er det for eksempel slik at endret oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil være dominerende, eller vil forebyggingsstrategien lykkes slik at den demper behovet både for sykehustjenester og pleie- og omsorgstjenester?

Pleie- og omsorgsstatistikken vil være et redskap som kan gi økt innsikt i slike spørsmål, og kan derfor være et nyttig supplement til statistikk fra spesialisthelsetjenesten til å følge med på samhandlingsreformen.

Den forventede veksten i antallet tjenestemottakere skyldes at antallet eldre i befolkningen er forventet å øke mer enn de yngre. Det forventes også at samhandlingsreformen skal ha størst effekt på de eldre. Data som skal følge samhandlingsreformen, må derfor ta utgangspunkt i alderskorrigerede dekningsgrader.

## 6.2 Korttidsplasser i pleie- og omsorgstjenesten.

Tilbudet og bruken av korttidsplasser på institusjoner i kommunene vil kunne påvirke kommunenes muligheter til å håndtere de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen. Kommuner med ingen eller få korttidsplasser vil ha færre virkemidler til å løse utfordringen ved de nye finansieringsordningene. Det vil derfor bli viktig å følge utviklingen for korttidsplasser nøye. Samhandlingsreformen legger til grunn at:

*”Pasientene og brukerne skal sikres trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. For enkelte pasienter vil det være best å få et kvalitativt godt tilbud nær hjemmet i stedet for å bli lagt inn på sykehus ved akutt sykdom eller i den terminale fase. Det kan derfor vurderes å bygge opp kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold”.*

I Stortingsmelding 25 (2005 - 2006) understreker regjeringen betydningen av et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser. Dette er viktig for å sikre god flyt og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, for å opprettholde innsatsen fra pårørende, og for å sikre at hjemmetjenesten fungerer godt.

### Hva vet vi om bruken av korttidsplasser i dag?

Det er foretatt lite forskning på dette området. I rapporten *”Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren”* (rapport nr. 280 2011), har man sett på bruken av korttidsplasser i kommunene. Her konkluderes det med at:

*”Korttidsopphold i institusjon kan, dersom det organiseres på en god måte, bidra til å avlaste og ”smøre” pleie- og omsorgssektoren. God kapasitet på korttidsopphold vil kunne gi gunstige kostnadmessige effekter ved at kommunene dermed reduserer omfanget av institusjonsplasser og erstatter det med flere hjemmebaserte tjenester. Høy kommunal egenfinansieringsgrad og dyre plasser svekker imidlertid kommunenes incentiver til å bygge ut kapasiteten”.*

I artikkelen *”Hvordan unngå sykehjemskø?”* (H.Otterstad / H.Tønseth - Aldring og Livsløp, 4/2007 ) påpekes det at:

*”Det er to strukturelle faktorer som vil kunne eliminere en sykehjemskø i norske kommuner: For det første et tilbud av sykehjem på minst 18 plasser per 100 innbyggere 80 år og eldre, koblet opp mot et krav om at minst 15 prosent av plassene skal øremerkes korttidsopphold. For det andre at det høyeste nivået i de hjemmebaserte tjenester (nivå 4 i omsorgstrappa) bør ha en kapasitet som tilsvarer 18 innskrevne pasienter pr. 100 innbyggere 80 år og eldre.”*



En avgjørende faktor for behovet for korttidsplasser, er god samhandling mellom sykehjem og hjemmetjenester for de pasienter som har mulighet for å kunne bo i egen bolig med støtte fra tjenestene. Dette krever en aksept for behovet for helhetlige løsninger av bolig og tjenester, samt et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser i sykehjem.

Forskningen belyser også at strukturer i omsorgstrappa kan påvirke både kostnader og effektiviteten i omsorgstjenesten.

Strategien bak det å satse på mye korttidsplasser vil være å kombinere dette med bruk av hjemmetjenester for at brukerne skal kunne bo lenger hjemme og dermed utsette behovet for langtidsplasser. En annen funksjon vil være å bygge opp korttidsplasser for raskere å kunne motta pasienter fra sykehuset.

Helt avgjørende for en effektiv bruk av disse plassene er at kapasiteten både i hjemmetjenesten og på langtids institusjonsplasser er tilstrekkelig til å motta brukerne av korttidsplasser når de er ferdigbehandlet.

Samhandlingsreformen markerer et taktskifte i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene. Det kan vise seg utfordrende for Frøya å være i utakt med nasjonale føringer og forpliktelser på området, selv om dette medfører endringer og omprioriteringer i tjenestetilbudet for mange av de svakeste i samfunnet.

### **6.3 SWOT – analyse / Oppsummering.**

Nedenfor følger en oppsummering av de ulike tjenesteområdene innen helse og omsorgstjenestene i Frøya kommune. I tillegg en oppsummering av en SWOT- analyse ( Strength – Weakness – Opportunities – Treats) som ble gjennomført hos de ansatte i 2011. Analysen belyser de ansattes inntrykk av sitt tjenesteområde, dagens ståsted i forhold til svake og sterke sider, og trusler / muligheter i omgivelsene og i framtida.

Analysen har tatt utgangspunkt i virksomhetenes mål samt delmål. Virksomhetsplaner og handlingsplaner er brukt som bakgrunnsmateriale.

#### **Pleie og omsorgstjenesten:**

Tjenesten består i dag av Frøya sykehjem og hjemmebaserte tjenester og er organisert under samme enhet.

Sykehjemmet og hjemmetjenesten har felles brukere som i perioder mottar tjenester fra begge enhetene. Brukerne ved sykehjemmet har ofte mottatt tjenester av hjemmetjenesten, og tett samarbeid er viktig for å sikre at brukerne får hjelp og omsorg preget av kontinuitet og helhet. Enheten pleie- og omsorg skal fremstå som helhetlig når det gjelder tjenesteyting. Det er også viktig å styrke et formalisert og flerfaglig samarbeid mellom helse og omsorgstjenestene i kommunen, da tjenestene vil få mange felles utfordringer framover.

Både Frøya sykehjem og hjemmebaserte tjenester har dyktige fagpersoner som tar ansvar og som yter gode tjenester. Pleie- og omsorgstjenesten ser et økende behov for avlastning der pårørende yter omsorg for sine nærmeste. Det oppleves også et økende behov for skjermede plasser for demente.

Sykehjemmet har god legedekning, og kommunen har nå tilsatt en kommunal fysioterapeut. Ergoterapitjeneste vil bli viktig, da hjemmebaserte tjenester har brukere som har behov for





tilrettelegging av hjelpemidler og hjelp til rehabilitering i hjemmet. Etablering av eget ambulerende Innsatsteam blir viktig slik at rehabilitering kan gjennomføres så raskt som mulig med tanke på å bo i egen bolig så lenge som mulig.

Pleie- og omsorgstjenesten etterlyser større grad av teamjobbing rundt felles brukere, og større involvering fra andre faggrupper særlig innen psykiatri og rusomsorg.

Kompetanse og rekruttering innen fagområde blir utfordringer framover. Mange går i deltidsstillinger med liten mulighet for øking av stillingsstørrelser. Det som er ledig er veldig små stillinger. Pleie- og omsorgstjenesten har for få sykepleiere, noe som medfører større arbeidsbelastning på de sykepleiere som finnes.

Antall lærlingeplasser er for få, og det oppleves som et minus at kommunen ikke har egen linje for helsefag i egen kommune.

Tjenesten har for liten spisskompetanse innenfor rus, psykiatri, rehabilitering og ernæring som er satsningsområder framover. Ansatte ønsker kompetanseheving, men opplever at kurspotten er for liten.

Tilbud om deltidsstudier er viktige tiltak, samt interkommunalt samarbeid når det gjelder fagpersonell.

### **Familie- og helse i Frøya kommune.**

Virksomheten familie- og helse består av tjenesten for funksjonshemmede, psykisk helsearbeid, helsestasjon og skolehelsetjenesten, åpen barnehage, legetjenesten, fysioterapitjenesten, hjelpemiddelformidling og voksenopplæring.

Hovedmålet for familie- og helse er å arbeide forebyggende, helsefremmende, utvikle og vedlikeholde ferdigheter i et helhetlig perspektiv, i tett samarbeid og samhandling med brukere og naturlige samarbeidsparter. Målgruppen er i alderen 0 – 100 år.

Familie- og helse mener at det blir gitt rask respons på henvendelser fra publikum/brukere, og at brukerne lett får hjelp ved behov. Det jobbes godt tverrfaglig i forhold til barn/unge når det gjelder rus, psykisk helse, kosthold/overvekt, fysisk aktivitet, pubertet, norskopplæring til fremmedspråklig småbarnsmødre. Virksomheten er nå i ferd med å befestet et godt og bredt tilbud inn mot skolehelsetjenesten i form av ulike tema/program.

Det satses på dagtilbud som tar sikte på å tilrettelegge aktiviteter som treffer personer på forskjellige funksjonsnivå. Det er alt fra dagsenter/grupper, kafedrift og arbeidssenter. Det å møtes i et sosialt fellesskap og delta i meningsfylte aktiviteter virker positivt og stimulerende på de aller fleste.

Familie- og helse ønsker en forankring i lederforum i forhold til felles satsningsområder og tverrfaglig planlegging.

Utviklingen innen tjenesteområdet går i retning av at tilgangen på nye, unge brukere med sammensatte behov er økende. Dette er brukere som krever tett bistand og oppfølging på alle arenaer. Henvendelser etter avlastning, støttekontakt og omsorgslønn øker tilsvarende.

Familie- og helse er god på å utvikle og vedlikeholde ferdigheter i forhold til egen mestring, fysisk, psykisk, sosialt, arbeid, fritid, bolig og nettverk. Det oppleves i midlertidig vanskelig å komme tidlig nok inn med tilbud/opplæring til de som er i begynnelsen av livets utfordringer. Styrking av det tverrfaglige samarbeidet blir et viktig tiltak framover.



Når det gjelder utvikling av et helhetlig tjenestetilbud, så er virksomhetens sterke side å gi et tilpasset opplærings- og opptreningstilbud til barn, unge og voksne som har behov for habilitering. Det er et tett samarbeid faggruppene imellom, og det er vilje til å inkludere lag og organisasjoner inn i eksisterende tjenestetilbud til Frøyas befolkning.

Det oppleves allikevel et manglende tilbud om avlastning i kommunal familiebolig eller avlastingsleiligheter. Tiltak vil her være å skaffe til veie avlastingsbolig/familiesenter.

Det er også mangel på arbeids – og sysselsettingstilbud for de unge. Behovet for å utvikle strategier på hva vi kan sysselsette den enkelte bruker med er tilstede, særlig for de som faller utenfor alle ordinære og etablerte tiltak som finnes i dag.

Når det gjelder kompetanseutvikling så har Familie- og helse flere ansatte som er under utdanning på videregående nivå og høgskoleutdanning/videreutdanning. Det er behov for kunnskap innen familierådgiving, for økte kunnskaper innen utviklingshemming og aldring, samt utviklingshemming og psykiatri. Kompetanseheving i forhold til barneloven/barns rettigheter med jevnlig oppdateringer, og utnytte kompetansen som finnes ”på huset”

Det arbeides målrettet og tverrfaglig godt for å holde folk friske og vedlikeholde funksjonsnivå både fysisk, psykisk og sosialt. Henvisning og henvendelser til psykisk helse er økende, både fra lege, BUP, DPS, skole/barnehager, hjemmebaserte tjenester og direkte fra bruker.

Satsningsområdet for Familie- og helse er forebyggende arbeid overfor barn og unge med rusproblematikk. Tjenesteområdet er sterkt engasjert i det interkommunalt samarbeidet som er etablert i forhold til rusavhengige. Det samarbeides også med Hitra kommune i forhold til personer som ikke ønsker tilbud innen egen kommune, spesielt gjelder det tjenester innen psykisk helse.

Det blir liten tid til intern veiledning og det er få medarbeidere med erfaring i forhold til det forebyggende arbeidet i skolene, noe som kan skyldes stor utskifting i arbeidsstokken.

Familie/helse kan bli bedre på å evaluere egen ressursbruk i forhold til oppsatte mål for tjenestetilbudet.

Markedsføring overfor Frøyas befolkning om tiltak og tjenester som familie/helse yter, kan bli mye bedre og tydeligere enn hva som har skjedd hittil.

Familie- og helse har store utfordringer i møte med utenlandske borgere. Det gjelder integrering, språkopplæring, kulturutveksling og tjenestetilbud. Før de fremmedspråklige er fortrolig med det norske språket, er det behov for økonomiske midler til å ta i bruk autorisert tolketjeneste.

Det er stor bredde i faget blant de ansatte, og de har evne til å justerer seg etter endringer i samfunnet. Til tross for dette føler de behov for mer spesialisering på enkelte områder. Helsestasjon har derfor startet en prosess med å ”spisse” kompetanse internt i tjenesten ved å fordele arbeidsområder ut ifra barnas alder.

Det oppleves at det er for liten tid til det primærforebyggende arbeid. Vansker med å befeste arbeidsplaner og følge disse over tid. Ansatte føler at de heller ikke gode nok på å søke opplæring i/ ta i bruk de ulike kartleggingsverktøy som eksisterer.

Samarbeidsrutiner og rutinebeskrivelser bør nedfelles med faggrupper som lege, jordmor og fysioterapeut. Samarbeidet med jordmor må systematiseres.



Kvalitetslosen blir et viktig internt kvalitetssystem i denne sammenheng.

Åpen barnehage ved Kysthaven oppleves som en ideell arena for å integrere minoritets-språklige. Antall besøk er økende, og de fleste er utenlandske barn. Noen kan bare sitt morsmål, og det begrenser kommunikasjon til kun kropps- og tegnspråk. Språket kan bli en begrensning for de voksnes deltakelse i det sosiale liv, og ikke minst som støtteperson for sine barn med tanke på skole og fritidsaktiviteter. Barnehagens leder er en viktig veileder for foreldrene.

Norskopplæring i Åpen barnehage benyttes på dagtid av småbarnsfamilier og er et meget godt tiltak. Her ser vi at det må tilrettelegges bedre når det gjelder tilbud til utenlandske brukere ut i fra en behovsanalyse.

Legetjenesten har over flere år hatt en stabil arbeidsstokk både av leger og ansatte for øvrig. De ansatte samarbeider godt, og fordeler arbeidsoppgaver internt etter faglig kompetanse og erfaring. De har særlig opparbeidet seg kompetanse innen diabetes, kols, astma og generelt innenfor folkehelsearbeid. Kompetanse innen diabetes fremheves særlig.

Legene er gode på oppfølging i tverrfaglige team.

Når det gjelder utvikling av helhetlig tjenestetilbud føler de at de er for svake på å samhandle internt om enkelte pasientgrupper. Dette gjelder for eksempel pasienter med diabetes, kols og astma.

Når det gjelder kompetanseutvikling fram i tid, mangler de strategisk plan på hva det skal satses på. Det må også satses mer på hva den enkelte innehar av kompetanse, som kan være med å styrke hele tjenesten og å dele kompetansen med andre internt i kommunen, både helsearbeidere og andre.

Det bør satses på mer samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Utveksling av kompetanse mellom 1. og 2. linjetjenesten vil gi bedre utnyttelse av ressursene.

Den nye helsereformen og SIO - Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen, vil sannsynligvis også kreve mer fagkompetanse på enkelte områder.

Frøya kommune har tidligere oppfylt kravet i Kommunehelsetjenesteloven om fysioterapitjeneste gjennom to fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd. Disse fysioterapeutene har drevet privat praksis hvor de har behandlet pasienter med henvisning fra lege. Fra medio september 2011 ble fastlønnet fysioterapeut ansatt i kommunen.

Arbeidsoppgaver for kommunal fysioterapeut vil være oppfølging av barn og unge i kommunen, samt sykehjem og hjemmeboende eldre som ikke har mulighet til å oppsøke et institutt for behandling.

Ved innføring av Samhandlingsreformen 01.01.2012, vil kravene til kommunens oppgaver i forhold til helsetjenester øke. Kommunalt ansatt fysioterapeut vil være med på å møte flere av de nye behovene.

Innen voksenopplæring er det nå 16 voksne innvandrere som har rett og plikt til norskopplæring på Frøya. Gruppen er svært sprikende, fra nybegynnere til personer som behersker norsk ganske godt.

Det er en stor utfordring å få tilrettelagt opplæring for hver enkelt deltaker, da det kun er en ansatt lærer. Læreren har full stilling.

Aldersspredningen på deltakerne er også stor, fra 17 – til 50 år



Frøya kommune har plikt til å gi 300 timer pr. år / pr deltaker. For voksne blir dette tilbudet utvidet med 3000 timer på 5 år.

50- timers betalingskurs arrangeres i samarbeid med Hitra kommune. Målgruppen er arbeidsinnvandrere, og bedriftene eller den enkelte kursdeltaker finansierer dette selv. Disse kursene er svært etterspurte.

Utfordringer:

- På grunn av store geografiske avstander, både på Frøya og Hitra, men også avstand til øyrekka, er det vanskelig å tilrettelegge kursene slik at alle kan benytte seg av dette. Mange jobber skiftarbeid, og er i arbeid på dagtid. Muligheter for skyss er også begrenset, da mange mangler førerkort.
- Deltakernes utgangspunkt er svært forskjellig. Noen kan litt norsk fra før, mens andre er nybegynnere. Dette gir store utfordringer når det gjelder å tilrettelegge tilbudet for den enkelte innenfor eksisterende rammer(en faglærer).
- Det planlegges også samarbeide med Åpen barnehage ved kysthaven når det gjelder norskopplæring til foreldre som benytter barnehagen.

Satsningsområder for Familie og helse: (NB! Se handlingsplan økonomi for Familie og helse, Barne /Familietjenesten og NAV – felles satsingsområder)

#### 1.Forebygging og helsefremmende arbeid

- Tverrfaglig samarbeid på alle nivå
- Være mer målrettet og treffsikker i tiltaksarbeidet for raskere måloppnåelse og om mulig kortere tiltakstid i barne- og familietjenesten

#### 2.Utvikling av helhetlig samarbeid

- Samarbeid med helseforetaket og kommunene
- Øke bevisstheten på når andre enn barne- og familietjenesten kan bistå familien

#### 3.Kompetanseheving

- Tilrettelegging av kompetanseheving innen målområdene
- Synliggjøre og tydeliggjøre egen kompetanse, egen enhets muligheter og begrensninger og behovet for kompetanseheving.





## **Barne og familietjenesten.**

Fra 1 juni 2011 inngikk Frøya og Hitra kommune et interkommunalt samarbeid vedrørende barneverntjenesten, hvor Frøya kommune er vertskommune. Tjenesten har tilhold ved Frøya Familie og helsesenter.

Hovedmålet for barne- og familietjenesten er at vi skal sikre barn og unge nødvendig omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter. Barnevernloven bygger på den grunnleggende verdien at det primære ansvaret for barna ligger hos foreldrene. Selv om det kan påvises svikt i foreldrenes omsorgsevne, er hovedregelen at problemene primært skal søkes bedret ved hjelpetiltak i hjemmet. Hvor dette ikke er mulig kan det treffes vedtak om tiltak utenfor hjemmet. Videre kan det treffes tiltak for barn med alvorlige atferdsvansker. Det er en lovfestet plikt for barne- og familietjenesten å samarbeide med andre forvaltningsorganer for å løse oppgaver loven pålegger.

Barnevernloven legger stor vekt på forebygging. Den skal trygge barns oppvekstvilkår og arbeide for å forebygge vold, overgrep og misbruk av alkohol og andre rusmidler. Sammen med andre offentlige instanser skal barne- og familietjenesten også arbeide for at det iverksettes velferds- og aktivitetstiltak for barn og unge.

Barne- og familietjenesten har over tid endret karakter fra å være en ren kontroll instans til å fokusere mer på hjelpe- og forebyggingsbehovet. Tverrfaglighet og samarbeid med øvrig hjelpeapparat har de senere årene vært fokusområder for å forbedre kvalitet og helhet i tilbudene rundt familiene.

Det vises en tendens som går mot større kompleksitet i den enkelte sak, noe som krever mye av saksbehandlerne. Saker som omhandler bare rus eller psykiatri er i dag sjelden, og den klassiske sak med vanskjøtsel av barna er nesten ikke lenger et tema. Om dette omhandler økt kompetansenivå i tjenesten eller kompleksiteten i samfunnet er det vanskelig å si noe om, men det vil være naturlig å anta at en kombinasjon er sannsynlig.

Saksmengden i barne- og familietjenesten har økt gjennom de siste årene, noe som også er en tendens på landsbasis. Når kompleksiteten samtidig øker, vil det si at arbeidsmengden pr. saksbehandler har økt betydelig. På bakgrunn av dette har barnevernet blitt styrket fra statlig hold. For Frøya og Hitra barne- og familietjeneste vil det si at fra 01.06.11 ble tjenesten styrket med en stilling, og vil bli ytterligere styrket med en stilling i løpet av 2012. Tjenesten vil da bestå av en leder uten klientbehandling, 7 saksbehandlere i 100 % stilling og 100 % merkantil stilling fordelt på to personer i 50 %. Tjenesten vil altså bestå av 9 årsverk i løpet av 2012.

Antall barn under omsorg har vært mer eller mindre jevnt gjennom de siste år. Aldersspredningen på gruppen har i tillegg vært slik at det hele tiden har vært barn som har nådd myndighetsalder og dermed blitt avsluttet som tiltak gjennom barne- og familietjenesten, samtidig som det har kommet nye barn til. Utfordringen som ligger i gruppen per i dag er at alle er innenfor grunnskolealder, og vil dermed forbli i systemet enda en tid. Hvis man da antar at antall omsorgsovertakelser vil holde seg på samme nivå som det har gjort de siste årene, vil denne gruppen øke de nærmeste årene.

Barn med tiltak i hjemmet har gått ned de siste årene. Dette betyr ikke nødvendigvis at det er færre barn som trenger hjelp, men at hjelpen ytes av andre enn barne- og familietjenesten.



Barn som krever hjelp over lenger tid ivaretas i dag av Familie og helse, noe som sikrer disse barna en mer helhetlig og kvalitetsmessig rett tjeneste. Barne- og familieveileder har også vært med på å redusere mengden barn med hjelpebehov fra barne- og familietjenesten, noe som er med på å vise hvor stor betydning tidlig innstas på et lavt nivå har.

I dag er de vanligste hjelpetiltakene fra barne- og familietjenesten avlastning, støttekontakt og råd og veiledning til familiene.

Slik som utviklingen ser ut per i dag vil antallet barn med atferdsproblematikk og diagnoser knyttet opp mot atferd øke, samtidig øker gruppen med barn av utenlandsk opprinnelse.

Begge er grupper som krever store resurser, og gjerne at flere instanser fra hjelpeapparatet både lokalt og sentralt jobber sammen. Tidsbruken per barn er stigende, noe som gjør at den enkelte saksbehandler bør ha færre barn å forholde seg til for å kunne yte best mulig kvalitetsmessig hjelp til familiene.

Nytt av året er tiltaket "Kjør for Livet" det barne- og familietjenesten har mulighet til å søke inn barn som har behov for tilrettelagt fritid. Tiltaket beskrives som en suksess av deltakerne, og det satses på å øke tilbudet ut over den ene "klubben" som er startet opp til nå. Tiltaket er et samarbeid mellom flere aktører, og vil dermed ikke bli å anse som et barnevernstiltak for deltakerne. En "klubb" består av 5 ungdommer i alderen 12 -18 år, og det er satt en grense på 2-3 deltakere som er søkt inn gjennom barne- og familietjenesten for å unngå stigma for disse barnene.

Satsningsområder for Barne- og familietjenesten er utarbeidet gjennom et samarbeid med Familie og helse og NAV.



## 7. Satsningsområder i Frøya kommune fram mot 2017.

Plan for en aktiv helse - og omsorgstjeneste har ni satsningsområder som vurderes å være de viktigste fram mot år 2017.

Satsningsområdene er:

1. En god folkehelse
2. Gode rehabiliterings – og habiliteringstilbud
3. En aktiv helse- og omsorgstjeneste basert på hjemmebasert omsorg
4. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi
5. Sykehjem med fokus på behandling
6. Boliger med trygghet for omsorgstjenester hele døgnet
7. En personalpolitikk som rekrutterer, utvikler og beholder ansatte. Kompetanseutvikling.
8. God organisering, forvaltning og ledelse
9. Partnerskap med familie og lokalsamfunn





## 8. Satsningsområde 1 – Folkehelse.

Mål:

”Frøya kommune jobber aktivt for å fremme god helse og trivsel gjennom alle livets faser.”

Slik vil vi ha det:

**Frøya – den beste folkehelsekommunen.**

Dette medfører at folkehelsearbeidet i åra framover må implementeres i alle tjenestoområder og kommunalt planverk.

### Beskrivelse

Folkehelsearbeid i Frøya kommune er et livsviktig lagarbeid og alle skal bidra. Med alle menes både offentlig, privat og frivillig sektor. Folkehelsearbeid skal inngå som en viktig del i alle virksomheters arbeid og forankres både planmessig, organisatorisk, faglig og økonomisk.

Frøyas folkehelseprofil for 2012 viser hovedtrekk i kommunens folkehelse. Indikatorene som er brukt, er valgt ut i fra et forebyggingspotensiale.

Profilen gir oss et utgangspunkt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke faktorer som kan påvirkes. Profilen er et utgangspunkt for ulike mål og tiltak som kommunen bør ha fokus på framover.

Profilen viser:

- At kommunen har høyere andel eldre over 80 år enn landsgjennomsnittet
- At flere personer har grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med landet for øvrig
- At andelen personer i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet for øvrig
- At ungdom trives dårligere på skolen enn det som er vanlig ellers i landet, vurdert etter trivsel hos 10.-klassinger
- At røyking ser ut til å være et større problem enn ellers i landet, vurdert etter andelen gravide som røyker ved første svangerskapskontroll
- At færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet
- At utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være høyere enn ellers i landet
- At antall uføretrygdede under 45 år er lavere enn landsgjennomsnittet og jevnstore kommuner i Sør-Trøndelag
- At flere dør på grunn av hjerte- karsykdom enn ellers i landet

God helse må betraktes som en ressurs i det daglige liv, ikke som tilværelsenes mål.

Folkehelsearbeid i Frøya kommune skal gjøre innbyggerne bedre i stand til å bevare helsen. For å oppnå fysisk, psykisk og sosialt velvære, eller det gode liv, må både enkeltpersoner og ulike grupper bli i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillende sine behov eller mestre sitt miljø. Det dreier seg ikke bare om sunn livsstil, det gjelder innbyggernes velvære. Folkehelsearbeid, deriblant forebyggende og helsefremmende arbeid, må ha fokus helt fra starten i livsløpet. Gode levevaner legges tidlig i livet, og det er viktig at barn og unge så tidlig som mulig tilegner seg en sunn livsstil.





Helse – og omsorgstjenesten er en viktig aktør, men bare en av mange aktører som har betydning for folkehelsen. De fleste tiltakene av betydning for utviklingen av folkehelse gjøres utenfor dagens helsetjeneste. Godt folkehelsearbeid må derfor være et ansvar og en oppgave som mange må ta del i.

#### Resultatmål:

1. Alle barn og unge skal sikres gode oppvekst og levekår uavhengig av sosial eller kulturell bakgrunn.
2. Inkludering og fysisk aktivitet for alle, særlig innen skole og barnehage.
3. Aktiv bruk av frivillige lag og organisasjoner for å motvirke ensomhet i befolkningen.
4. En rik fritid for alle.

Frøya kommune skal aktivt legge til rette for et rikt og mangfoldig tilbud av kultur og fritidsaktiviteter.

#### **Tiltak:**

1. Etablering av en frisklivssentral med egen frisklivskoordinator.
2. Etablering av en folkehelsekoordinator (kommunal/interkommunal) som har overordnet planarbeid i et samfunnsperspektiv som oppgave.
3. Smarte matvalg og aktivitet i hverdagen.
4. Treningsgruppe for overvektig ungdom i ungdomsskole / videregående skole
5. Fysisk aktivitet – særlig innen skole og barnehage
6. Gruppesamtaler for overvektsoopererte
7. Kognitiv tilnærming for mestring av depresjon
8. Undervisningsprogram for 1.- 4.klasse om barns evne til å takle psykiske vansker
9. Undervisningsprogram for vg.skole når det gjelder psykisk helse
10. Tilbud til barn mellom 8-12 år av foreldre som er psykisk syke og/eller har et rusproblem
11. Helsestasjon for ungdom
12. Utarbeide interne rutiner for bedre oppfølging av personer med astma/kols for å øke benstyrken, få bedre pusteteknikker og styrke egenmestringsmulighetene.
13. Kompetanseutvikling innen ulike metoder(jfr. virksomhetsplaner)
14. Mammatrim og babysvømming.
15. Fysisk aktivitet for eldre og de med arthroseplager, samt forebygge fall.
16. Lindrende kreftbehandling.
17. Norskopplæring for fremmedspråklige småbarnsforeldre.



## 9. Satsningsområde 2 - Rehabiliterings- og habiliteringstilbud.

Mål:

”Gode rehabiliterings- og habiliteringstilbud”

Slik vil vi ha det:

**Et verdig liv på egne premisser. Rehabilitering er det førende prinsipp i all tjenesteyting.**

### Beskrivelse

I rehabilitering – og habiliteringstilbudene i Frøya kommune skal det legges vekt på funksjonsforbedring med fokus på brukerens ressurser og på en helhetlig, tverrfaglig tilnærming. Det vil kreve at kommunen legger til rette for tverrfaglig samarbeid, både internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartnere. Det skal legges vekt på å utnytte de flerfaglige ressursene og koordinere disse.

Tilbudene skal sikre at brukere som trenger dette, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Tilbudene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Tilsvarende for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom.

Rehabilitering er ikke bare et tilbud til de som har fysiske begrensninger. Rehabilitering er i høyeste grad et viktig tilbud til rusavhengige og mennesker med dårlig psykisk helse. Individuell plan skal være et viktig redskap for å nå de mål som settes. Alle kommunale enheter er bidragsyttere i rehabiliteringsprosessen. Kortere liggetid i sykehus gir større press på hjemkommunen. Vi vil etter hvert få flere brukere som over lengre tid vil ha behov for omfattende rehabilitering. Ved å satse mer på hjemmebasert omsorg, øker muligheten for at brukeren kan bo i eget hjem så lenge som mulig. En omdisponering av stillinger og fagkompetanse kan derfor bli nødvendig.

### Resultatmål

6. Vi har en kultur som baserer samarbeid på likeverd, gjensidighet og respekt.
7. Vi har fokus på brukermedvirkning og brukers ressurser - endre fokus fra passiv mottak av hjelp til aktiv deltakelse fra bruker.
8. Samhandling mellom faggrupper innen helse og omsorgstjenestene er god, spesielt med tanke på kultur, aktivitet og trivsel.
9. Et tverrfaglig ambulerende innsatsteam driver målrettet rehabilitering på tvers av tjenestene slik at brukerne kan bo i eget hjem så lenge som mulig.
10. Korttidsavdeling ved sykehjemmet har fokus på behandling og rehabilitering.
11. Vi har en god interkommunal oppfølgingstjenester til de rusavhengige.
12. Alle med behov for psykisk helsehjelp får nødvendig bistand.



### **Tiltak:**

18. Rehabilitering bør vektlegges i helse og omsorgstjenesten gjennom opplæring og holdningsskapende arbeide slik at dette innarbeides som en bærende grunntanke i alle deler av omsorgstjenestene.
19. Det bør jobbes videre med å videreutvikle tverrfaglig samarbeid og se på hvordan omsorgstjenestene skal ha høyt fokus på forebygging, rehabilitering og mestring.
20. Tilstrekkelig omsorgsboliger, som også favner alle innbyggere med behov for trening og oppfølging i egen bolig.
21. Kompetanseøkning innen områder som rehabilitering/habilitering. Særlig nevnes fysioterapitjeneste, ergoterapitjeneste slik at Frøya kommer på samme nivå som Sør-Trøndelag (jfr. Kostratall 2010)
22. Styrking av tilbud om aktivisering og dagplasser /avlastning.
23. Etablering av flere arbeid/sysselsettingstilbud.
24. Etablering og videreutvikling av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende demente.
25. Implementering av e-meldinger og standardiserte pasientforløp (HPH)
26. Etablering av ambulerende innsatsteam for helse og omsorgstjenestene med fokus på rehabilitering i hjemmet.

## **10.Satsningsområde 3 - Hjemmebasert omsorg.**

Mål:

**”En aktiv helse- og omsorgstjeneste tuftet på hjemmebasert omsorg”**

Slik vil vi ha det:

**Brukeren skal kunne bo lengst mulig i eget hjem.**

### Beskrivelse

Frøya kommune skal legge vekt på tiltak som har til hensikt å muliggjøre at mennesker kan bo i eget hjem, herunder å satse på helsefremmende og forebyggende tiltak som bygger opp under menneskets egenomsorg, deres sosiale liv og støtte til den nærmeste omsorgsperson. (BEON-prinsippet)

Dette innebærer at tjenestene settes inn i et brukerperspektiv, der det vises respekt for brukerens selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel. I et slikt perspektiv er det viktig å bygge opp under brukerens evne til egenomsorg. Det betyr at det må etableres en omsorgskjede der tjenestetilbudet økes når brukerens egen omsorgsevne reduseres. Bl. a. vil et dagtilbud dekke et viktig psykososialt behov hos eldre og andre voksne som ikke har adgang til arbeidsmarkedet, for eksempel personer med utviklingshemning eller personer med andre store funksjonshemninger.

Kultur og sosiale aktiviteter skal være viktige kilder til opplevelser.



Kultur kan gi bedre helse, og har både forebyggende og behandlende effekt. Helsesatsingen de siste årene viser at aktiv bruk av kultur fremmer identitet, livskvalitet og helse.

#### Resultatmål:

13. Hjemmeboende i Frøya kommune har et differensiert tilbud fra helse og omsorgstjenestene:
  - flere korttids - og avlastningsplasser.
  - tilstrekkelig antall tilrettelagte boliger.
  - omsorgsboliger med heldøgns bemanning.
14. Økt tilgjengelighet til deltakelse på kulturelle og sosiale aktiviteter på dag- og kveldstid for alle tjenestemottakere.
15. Systemer som sikrer og bedrer samordning av alle ressurser/tiltak i ulike deltjenester er tatt i bruk, blant annet bruk av Individuell Plan som verktøy.
16. Oppfølgingstilbudet til de rusavhengige i øyregionen er under kontinuerlig utvikling.
17. Mottakerne av tjenestene har tilstrekkelige disponible midler til livsopphold etter at tjenestene er betalt for.
18. Alle brukere som det er aktuelt for, har tilstrekkelig kjennskap til ordningen med Brukerstyrt Personlig Assistanse.

#### **Tiltak:**

27. Det høyeste nivået i de hjemmebaserte tjenester (nivå 4 i omsorgstrappa) bør ha en kapasitet som tilsvarer 18 innskrevne pasienter per 100 innbyggere 80 år og eldre.
28. Implementering av e- meldinger og standardiserte pasientforløp (HPH)
29. Etablering av ambulerende innsatsteam for helse og omsorgstjenestene.
30. Styrking av aktivitetstilbud til hjemmeboende.
31. Styrking av avlastingstilbud for pårørende med et omfattende omsorgsansvar.
32. Tilby omsorgslønn til pårørende med omfattende omsorgsansvar.
33. Vurdering av dagens bruk av ressurser til støttekontaktjenester.
34. Formalisere samarbeidet med ulike lag og foreninger.



## 11. Satsningsområde 4 - Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Slik vil vi ha det:

**Frøya kommune har fokus på kvalitet i tjenestetilbudet, og gjennom aktiv bruk av elektroniske verktøy sikre et helhetlig tjenestetilbud til våre brukere.**

### Beskrivelse

IKT er et sentralt område for å kunne løse framtidens helseutfordringer. Norsk Helsenett ble etablert i 2004, og mange virksomheter er tilknyttet helsenettet. (100 % av de statlige helseforetakene, i underkant av 40 % av kommunene, ca. 90 % av fastlegene og 70 % av fastlegekontorene er i dag tilknyttet Norsk Helsenett).

*Nasjonal helseplan* (2006) framhever bruk av IKT som et viktig hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål, og for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet. Teknologien skal legges til rette for at all nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov der hvor pasienten befinner seg for å ivareta et helhetlig pasientforløp. Pasienten skal være informert, og så langt det er mulig, være en aktiv deltager i behandlingen. IKT vil også være et hjelpemiddel i forhold til administrasjon og styring av virksomheten, kvalitetsforbedringer, forskning og data som skal gi grunnlag for styring av sektoren, inklusive planlegging av ressurser mv. Mer integrerte diagnostiserings-, behandlings- og pleieforløp på tvers av nivåer og skillelinjer (statlige, kommunale og private), vil gi nye muligheter for å utnytte IKT-løsninger.

Bruk av IKT til undersøkelse, behandling, dokumentasjon, administrasjon, kunnskapshåndtering og opplæring kan bidra til at brukerne ikke trenger å reise til sykehus. Dette fører til besparelser i reisekostnader og reisetid. IKT kan også bidra til å utsette institusjonalisering av brukerne, gjøre dem mer selvhjulpne og gi dem et bedre lokalt omsorgstilbud gjennom nettbaserte tjenester og moderne omsorgsteknologi.

I utviklingen av IKT-løsninger er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både i forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere og innebærer blant annet muligheter for elektronisk timebestilling, helseinformasjon / -opplæring, online - konsultasjoner/ telemedisin og tilgang til egen journal.

I arbeidet med styringsinformasjon fra helsetjenestene og pleie- og omsorgssektoren ( se Helsedirektoratets rapport: *Samhandlingsstatistikk 2010* ), er det identifisert tre områder hvor det burde være bedre data.

Dette er:

1. Sykehjemsbeboeres forbruk av spesialisthelsetjenester.
2. Kommunenes tiltak rettet mot pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.
3. Samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

### Resultatmål:

19. Helse- og omsorgstjenestene har et sikkert elektronisk system for utveksling av informasjon om pasienten mellom fagtenestene i kommunen og mellom kommunen og helseforetaket.
20. Helhetlig pasientforløp er sikret gjennom standardiserte elektroniske meldinger.
21. Alle tjenestene har fokus på brukervedvirkning.

**Tiltak:**

35. Utarbeide retningslinjer for innleggelse og nødvendig overføring av informasjon. (HPH)
36. Kontinuerlig evaluering av igangsatte tiltak.
37. Videreutvikle vårt kvalitetssikringssystem Kvalitetslosen (avviksmeldinger, prosedyrer med mer)
38. Elektroniske meldinger mellom de ulike aktørene (inkludert aktuelle skjema og prosedyrer)
39. Bruk av telemedisin som læringsplattform for helsepersonell.

**12. Satsningsområde 5 - Omsorg på sykehjem.**

Mål:

**”Sykehjem med fokus på behandling”**

Slik vil vi ha det:

**Sykehjem - medisinsk behandlingsinstitusjon med tilbud om utredning, observasjon, rehabilitering, pleie ved akutt sykdom og ved livets slutt. Tilstrekkelig og stabil legetjeneste. Et hjem for de mest pleietrengende.**

Beskrivelse

Frøya skal utvikle sykehjemstjenestene sine i retning av behandling, rehabilitering, lindrende behandling og intermediære tjenester mellom kommune og helseforetak. Dette vil være en mellomstasjon mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Frøya sykehjem bør rustes til å ta imot behov for øyeblikkelig hjelp og observasjon i egen kommune. Den nye helse og omsorgstjenesteloven, § 3.5.3 - beskriver kommunenes ansvar for å gi øyeblikkelig hjelp- tilbud til innbyggerne i kommunen.

Det virker som om at Frøya allerede er inne i en oppgang når det gjelder eldre over 80 år + (Fra 2010 og fram til 2015 vil antall eldre over 80 + øke fra 275 personer til 330 personer)

I 2025 vil eldre over 80+ gå ned til 319 personer. Dersom en planlegger at 18% av eldre 80 + skal ha sykehjemsplass , og 18% skal ha høyeste nivå av hjemmesykepleie (nivå 4 i omsorgstrappa), vil dette medføre behov for heldøgns tjenester i 2015 på 102 personer, mens i 2025 vil behovet for heldøgns tjenester ligge på 95 personer.

Kommunehelsetjenesten skal styrkes slik at viktige helsetjenester kan løses lokalt.

Kommunesektoren må forberede seg på de utfordringene som kommer. De nye oppgavene vil kreve robuste fagmiljø som kan møte disse.

Sykehjemspasienter skal få behandling på beste og mest effektive behandlingsnivå, så lenge det er mulig. Pasientene får da være i kjente omgivelser, samtidig som de får optimal behandling så tidlig som mulig.



Dette betyr at Frøya har som målsetting å omdisponere antall sykehjemsplasser og tilrettelegge for et mer variert botilbud. Frøya skal ha en dekning av sykehjemsplasser i forhold til innbyggere som er over 80 år på ca 18 %. Når det gjelder heldøgns omsorgsboliger, skal dekningsgraden utgjøre ca 18% for eldre over 80 år.

15% av alle sykehjemsplasser bør øremerkes korttidsopphold.  
(jfr. Helsedirektoratets ”Samhandlingsstatistikk – 2010”)

Samhandlingsreformen forutsetter at kommunene går sammen for å etablere sykehjemsfunksjoner som utgjør et alternativ for mange som i dag må få behandling på sykehus. ”Suksesskriterier for å bygge opp døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering i kommunal sektor, synes å være samlokalisering av tjenestene”. ( St.meld. 47 ). Antallet sykehjemsplasser må videre framover ses i sammenheng med en evt. realisering av samhandlingsreformen og utvikling av interkommunale tjenester.

#### Resultatmål:

22. Omdisponering av dagens sykehjemsplasser. Ledig areal kan brukes til styrking av tilbudet til dagtilbud, korttidsplasser, avlastning, rehabilitering og akuttmedisinsk tilbud. Gradvis nedbygging i takt med oppbygging av boenheter (omsorgsboliger med bofellesskap)
23. Vi har et akuttmedisinsk tilbud i sykehjem slik at sykehusinnleggelse kan unngås.
24. Et tverrfaglig ambulerende innsatsteam innehar god fagkompetanse og forflytter seg dit hvor pasienten befinner seg.
25. Palliative sengeplasser i tilknytning til en avdeling (lindrende behandling)
26. Samarbeidet mellom legetjenesten / fastlegeordningen og kommunen er forpliktende.  
(jfr. Helhetlig pasientforløp)

#### **Tiltak:**

40. Avsette eget rom ved sykehjemmet for mottak av øyeblikkelig hjelp.
41. Etablere minimum 11 korttidsplasser ved sykehjemmet, som utgjør minimum 15 % av sykehjemmets samlede heldøgns plasser.
42. Implementering av e- meldinger og standardiserte pasientforløp (HPH)
43. Etablering av ambulerende innsatsteam for helse og omsorgstjenestene.
44. Styrking av aktivitetstilbud ved sykehjemmet.



### 13. Satsningsområde 6 – Omsorgsboliger.

Mål:

**”Boliger med omsorgstjenester hele døgnet”**

Slik vil vi ha det:

**Mennesker med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester tilbys bolig hvor de kan være trygge for at de får den hjelp de trenger.**

#### Beskrivelse

Frøya kommune skal satse på hjemmebasert omsorg. Aktiv omsorg kan best gis gjennom at innbyggere med store hjelpebehov tilbys bolig i stedet for sykehjemsplass. Å bo i egen bolig gir en større handlefrihet for den enkelte enn å bo på sykehjem. Ressursene som settes inn i boformen skal være tilpasset brukerens behov, jfr. enkeltvedtak på helse og omsorgstjenester. De kommunene som har lykkes best i å gi innbyggere med store omsorgsbehov gode tjenester, har bygget boliger som bofellesskap med fast personale i umiddelbar nærhet.

Frøya kommunes tilbud for heldøgns pleie og omsorg er i dag nesten utelukkende institusjonsbasert. Helseinstitusjoner er lite egnet som varig bolig. Regelverket som regulerer drift av helseinstitusjoner er hjemlet i helselovgivningen, og er primært innrettet på å sikre at den helsehjelp som gis i institusjon skal være forsvarlig i helselovgivningens forstand. Det samme regelverk sier lite om av aktivitet og innhold i hverdagen.

Sykehjemmet bidrar til å skape trygge omgivelser for dem som har behov for pleie og omsorg og som ikke opplever stor nok trygghet i egen bolig; for eksempel omsorgsbolig, trygdebolig eller opprinnelig bolig. Et stort antall av de som i dag bor på sykehjemmet har langtidsplass. En kan imidlertid forutsette at flere av disse kan bo i egen tilrettelagt og bemannet bolig.

#### Resultatmål:

27. De ulike boenheter/omsorgsboliger med bemanning er planlagt ut fra brukernes omsorgsbehov og er hensyntatt i kommunens Boligplan.
28. Boligene har utearealer som innbyr til aktivitet og trivsel.

#### **Tiltak :**

45. Etablering av flere omsorgsboliger med bofellesskap og nærhet til tjenestene.
46. Planlegging og etablering avlastningsenhet for 4-5 barn.
47. Planlegging og etablere treningsbolig for 5 – 10 ungdommer.
48. 4 – 10 år frem i tid vil det være behov for samlokalisering av boliger for 6 personer som vi ha behov for tett oppfølging og tilsyn.
49. Tilrettelegging av aktivitetstilbud som kan medvirke til en meningsfull hverdag og økt trivsel.





## 14. Satsningsområde 7 - Attraktiv personalpolitikk og kompetanseutvikling.

Mål:

”En personalpolitikk som rekrutterer, utvikler og beholder ansatte”

Slik vil vi ha det:

**Frøya kommune – en attraktiv arbeidsplass. Frøya kommune satser på kompetanseutvikling og på utvikling av gode fagmiljøer.**

### Beskrivelse.

Frøya kommune har en lav andel helsearbeidere med høgskoleutdanning (ca 18%), og er derfor sårbar med tanke på å ta i mot kompetansekrevende pasienter. Det er derfor viktig at vi har strategier for å beholde og rekruttere også denne type kompetanse.

Av 198 ansatte i helse og omsorgstjenestene som jobber i turnus, jobber kun 30 personer i full stilling. Resterende 160 personer jobber i deltidstillinger. Hvor mange av disse som jobber ufrivillig deltid vet vi ikke. (tall fra januar 2012)

Undersøkelser viser også at 26 % av våre hjelpepleiere er over 55 år.

Vi ser også at av 204 ansatte, er 35 av disse assistenter / ufaglærte og de fleste av disse er over 55 år.

Frøya kommune deltar i regionalt samarbeide med 12 andre kommuner i Orkdalsregionen.

Kompetansebygging er et av områdene det samarbeides om. Dette kan gi oss effektiviseringsgevinster når det gjelder bruk av penger og kompetanse.

Helse og omsorgstjenestene på Frøya og Hitra ønsker å inngå en samarbeidsavtale med Høyskolen i Sør-Trøndelag som skal sikre oss nok høgskoleutdanna personell, slik at vi står godt rustet til å møte fremtidige utfordringer.

Når en ser på stillingsandeler for ulike fagområder pr. 10 000 innbyggere, for noen av tjenestene med lite antall brukere i den enkelte kommune, blir disse svært høye i små kommuner, sammenlignet med større kommuner.

Brukes de samme ressursene i et interkommunalt samarbeide, vil en kunne oppnå en effektiviseringsgevinst. Kostnadene kan fordeles på flere brukere, og kompetansen i form av helse og omsorgspersonell kan brukes samlet til å bygge opp sterke fagmiljø og kapasitet på tvers av kommunestrukturen.

Helse og omsorgstjenestenes behov for arbeidskraft vil øke, noe som vil gi flere viktige utfordringer på personellområdet:

- Økt personellkapasitet.
- Å rekruttere og beholde personell innen helse og omsorg.
- Å arbeide med helse og omsorgspersonellets fagkompetanse.

Statistiske framskrivninger av arbeidsmarkedet viser at den store økingen i behov for helse og omsorgspersonell vil inntre mellom 2020 – 2030. Det anslås at det primært vil bli mangel på helsefagarbeidere og til dels sykepleiere.



Kommunenes Sentralforbund har identifisert fire sentrale områder som avgjørende for å rekruttere og beholde medarbeidere:

- Lønn oppfattes som verdisetning av det arbeidet man utfører. Lønn er i stor grad et egnet virkemiddel for å rekruttere ny arbeidskraft.
- Kompetanseutvikling er viktig, men like viktig er et system som i etterkant gir uttelling for kompetanseutviklingen.
- God, kompetent og tydelig ledelse er en viktig faktor.
- Arbeidsmiljø er summen av mange ulike forhold i en arbeidssituasjon og kan ha sterk påvirkning på trivsel eller mistrivsel, på utbrenthet, slitasje og sykefravær og på ønske om å bli i stillingen eller slutte.

Begrepet lærende organisasjon er stadig oftere brukt også innenfor helse og omsorgssektoren. I praksis betyr dette at vi har større fokus på fellesskapets kunnskapsutvikling og erfaringslæring. Individets læring skjer ved å delta i praktisk problemløsning, dele kunnskapen sin med sine medarbeidere og ved å reflektere over praksis sammen med andre aktører.

Utdanningsinstitusjonene og kompetanseheving i tjenestene bør tilpasses behovene i helse og omsorgstjenesten, og skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Viktige områder er: Pasientforløp, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, forebygging og tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Kunnskap om endring av helseatferd og nye faggrupper innen helse og omsorgstjenesten som f.eks. farmasøyter, klinisk ernæringsfysiologer, sosionomer, kulturarbeidere med flere, kan bli viktig i framtiden. Samspeillet mellom de kommunale tjenestene, familie og frivillig sektor står sentralt for å kunne møte et økende tjenestebehov. Brukernes og pasientenes kunnskap og erfaringer som tjenestemottakere representerer nyttig kompetanse.

Frøya kommune skal derfor i åra framover satse aktivt på kompetanseutvikling innen helse og omsorgstjenestene. De ansatte er omsorgstjenestens viktigste ressurs for å møte samhandlingsreformen. Det blir da viktig å legge til rette for at den enkelte ansatte innehar tilstrekkelig kunnskap i utøvelsen av yrket sitt.

I tiden framover blir det også viktig å inneha endringskompetanse hos de ansatte.

Samhandlingsreformen krever at vi skal ha større fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid, fremfor behandling og reparasjon. Fremtidens helsepersonell må ha fokus på brukerens egen mestring og utnytte denne på en god måte.

Frøya kommune har i dag som mange andre kommuner et høyt sykefravær blant ansatte i omsorgsstillinger. I tillegg har vi et høyt antall deltidstillinger.

Frøya kommune skal derfor ha et kontinuerlig fokus på arbeidstidsplanlegging, arbeidsmiljø, kompetanseutvikling og nærværsfaktorer for å beholde og rekruttere ansatte.



#### Resultatmål:

29. Frøya kommune har utarbeidet en overordnet kompetanseplan med likeverdig muligheter for kompetanseutvikling for alle ansatte.
30. Et opplæringsprogram for nyansatte er utarbeidet.
31. Vi er en kunnskapsbasert og utviklingsorientert organisasjon, og har spesielt fokus på:
  - Demens.
  - Diabetes.
  - Rehabilitering og brukermidvirkning.
  - Forebyggende og helsefremmende arbeide.
  - Palliativ behandling og omsorg.
  - Aktivitet og ernæring.
32. Vikartjenesten er hensiktsmessig organisert og nye arbeidstidsmodeller er utprøvd.
33. Medarbeiderundersøkelser gjennomføres hvert andre år.

#### **Tiltak:**

50. Utvikle et ”Program for kompetanseutvikling innen helse og omsorgstjenestene” rettet mot utfordringer i samhandlingsreformen.
51. Egne ansatte bør motiveres for videre- og etterutdanning.
52. Motivere ansatte for å søke opptak til desentraliserte høyskolestudier.
53. Utvikle kompetanse i forhold til endrede arbeidsoppgaver. Særlig nevnes kompetanse innen rehabilitering, rusomsorg og psykisk helsearbeid (forebyggende og helsefremmende arbeide)
54. Det bør lages en overordnet rekrutteringsplan for personell innen helse og omsorgstjenestene som en del av ”Kompetanseplan for Frøya kommune.”
55. Styrke viktartjenesten og prøve ut ulike arbeidstidsordninger
56. Det bør utvikles rutiner for bruk av personalressurser på tvers av enhetene og eventuelt interkommunalt samarbeid på området.

## **15. Satsningsområde 8 - Forvaltning og ledelse.**

Mål:

**God organisering, forvaltning og ledelse.**

Slik vil vi ha det:

**Gode organisatoriske løsninger med EN adresse for henvendelse, på tvers av enheter og nivåer.**



### Beskrivelse

Frøya kommune skal ha effektive og målrettede tiltak og tjenester for å opprettholde et godt tjenestetilbud. Det er en generell oppfatning at det fortsatt er rom for å utnytte ressursene i de kommunale tjenester bedre. Effektiviseringsgevinsten kan gi bedre kvalitet og nødvendig kapasitetsvekst. Dette er imidlertid et langsiktig utviklingsarbeid som krever både investeringer og omstillingsevne.

Stortingsmelding 25 sier:

*”De kommunale omsorgstjenester framstår som et av de viktigste områder for utviklingsarbeid på organisasjon og ledelse. Organisasjonen driver døgntkontinuerlig virksomhet hele året igjennom. Det er store komplekse organisasjoner med større krav til lederskap, tverrfaglig samarbeid og samspill med sykehus og spesialisttjenester”.*

Undersøkelser viser at nært lederskap med personlig oppfølging av den enkelte arbeidstaker er en avgjørende faktor både for arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse. Tildeling av tjenester er et annet viktig område.

I dag er dette organisert slik at det ikke er et skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteutøvelse. Å etablere et slikt skille vil kunne gi følgende virkninger på forvaltning:

- Bedre kontroll med at kommunen ivaretar sine lovpålagte tjenester
- Bedre oversikt over tjenesteomfanget vil kunne gi bedre styring med ressurser
- ETT sted for brukere å henvende seg
- Mer likhet og sikkerhet for lik behandling
- Samling og oppbygging av omsorgsfaglig og juridisk/forvaltningsmessig kompetanse, og dermed større sikkerhet for god og forsvarlig saksbehandling og sikring av brukernes rettsikkerhet
- God økonomiforvaltning

Frøya kommune har behov for å styrke fagkompetanse på saksbehandling. Rapporter med vurdering av IPLOS- opplysninger viser at det ikke er tilfredsstillende samsvar mellom brukers funksjonsverdi og tjenestetilbudet som gis. Frøya kommune gir i dag tjenester til mange brukere med god funksjonsskåre og i noen grad lite til de med lav funksjonsskåre. Rett tjeneste til rett tid og i rett omfang er viktig for å få en god ressursforvaltning og for å sikre at brukerne får de tjenester som de har krav på.

I løpet av 1. halvår 2012 ble det utarbeidet en egen rapport for opprettelse av interkommunalt forvaltningskontor som inneholder flere detaljer og avklaringer.

### Resultatmål:

34. Et interkommunalt forvaltningskontor er etablert for å styrke kompetanse på saksbehandling. Kriterier for tildeling av tjenester og informasjon til innbyggerne er i verksatt.
35. Kvalitetsstandard på tjenestene og serviceerklæringer er utarbeidet.
36. Lederne innenfor helse- og omsorgstjenestene har oversiktlige virksomheter slik at lederne kan være synlige og nær sine ansatte.
37. Kompetanse og kapasitet på omstillingsledelse prioriteres.
38. Brukerundersøkelser gjennomføres hvert andre år.

**Tiltak:**

57. Etablere et interkommunalt forvaltningskontor evt. et interkommunalt samarbeid på dette området.
58. Etablere en organisasjon med avklarte ansvarsforhold med mulighet for nærværende ledelse.
59. Utarbeide tjenestebeskrivelser og serviceerklæringer for alle deltjenestene innen helse og omsorgsområdet.
60. Administrasjon og systemoppgaver må videreutvikles.

**16. Satsningsområde 9 - Familie og lokalsamfunn.**

Mål:

**”Partnerskap med familie og lokalsamfunn”**

Slik vil vi ha det:

**Frøya kommune skal aktivt støtte opp om og motivere familie og lokalsamfunn til innsats for de blant oss som har behov for helse og omsorgstjenester.**



### Beskrivelse

Frøya kommune skal legge til rette for at den frivillige omsorgen har gode vilkår for sitt arbeide. Framtidas helse og omsorgstjenester kommer til å bli utformet i møtet mellom den formelle og uformelle omsorgen, mellom hjemmet og institusjonen og mellom familien og helse- og omsorgstjenesten. Dette samspillet kan ta mange former og oppgavedelingen kan bli endret i framtida.

For at tjenestene skal ha full nytte av den frivillige omsorgen, er det nødvendig at den kommer inn i en organisert form. Mange kommuner har gjort gode erfaringer for eksempel med frivillige i palliativ omsorg.

Frøya kommune har etablert en frivillighetssentral. Det blir viktig framover å oppnå et godt samspill mellom denne sentralen og helse- og omsorgstjenestene. Det viser seg at det er god tilgang på folk som vil gjøre en innsats når rammebetingelsene er til stede og de frivillige får kjenne at deres innsats er viktig.

På landsbasis er den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorg målt i årsverksinnsats, nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. Samfunnets omsorgstilbud ville derfor trolig bryte sammen om den frivillige omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert.

Frøya kommune må i framtida tydelig signalisere forventninger om aktivitet og deltakelse fra både eldre og yngre, også de som lever med nedsatt funksjonsevne eller er avhengige av bistand for å delta i arbeids-, kultur- eller samfunnsliv. De internasjonale prinsippene om "Active Aging" forutsetter at eldre ikke trekker seg tilbake, men fortsatt tar del i et samfunn som involverer alle på tvers av aldersgrupper aller andre skillelinjer.

Frivillige skal aldri erstatte den profesjonelle omsorgen, men bidra til økt kvalitet i det som betyr mest for folk i dagliglivet, for eksempel økt aktivitetstilbud, sosiale sammenkomster, som samtalepartnere og en hånd å holde i når livet er strevsomt.

Frøya kommune skal i større grad bidra med opplæring og veiledning av frivillige i form av informasjon, kurs og faglig oppfølging. De ansatte må bevisstgjøres i enda sterkere grad på den viktige ressursen frivillige er, slik at de frivillige opplever å bli tatt godt vare på.

### Resultatmål:

39. Felles arenaer for samhandling mellom kommunale tjenester og frivillige, f. eks. gjennom Frivillighetssentral og andre lag og organisasjoner er godt etablert.
40. Satsing og formalisert samarbeid med frivillige lag og foreninger er etablert, blant annet gjennom opplæring og veiledning av frivillige.
41. Frøya sykehjem og boliger med heldøgns omsorg er inkluderende for pårørende og de frivillige.
42. Vi har stort fokus på de frivilliges innsats i miljø og aktivitetstilbud i kommunen.

**Tiltak:**

61. Økt satsing og formalisert samarbeid med frivillige lag og foreninger.  
Det bør utredes videre hvordan omsorgstjenestene best kan samspille med frivillig sektor.
62. Skape flere felles arenaer for samhandling mellom kommunale tjenester og frivillige, for eksempel gjennom Frivillighetssentral og andre lag/organisasjoner.
63. Legge til rette for frivillige i miljø/aktivitetstjenesten og i sykehjem.
64. Det bør utredes hvordan et aktivt samspill mellom barn og eldre kan tilrettelegges.
65. Større tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom tjenestene, særlig med tanke på kortere tiltakstid i barne- og familietjenesten.
66. Øke bevisstheten på når andre kan / skal bistå familiene i stedet for barne- og familietjenesten.
67. Integrasjon av fremmedspråklige.
68. Norskopplæring av fremmedspråklige.



# **HELHETLIG OMSORGSPLAN I FRØYA KOMMUNE 2012 - 2017**

## **TILTAKSDEL**







## **17. Fremdrift og økonomi konsekvenser.**

|   |    |
|---|----|
| 17.1 Konsekvenser                         | 66 |
| 17.2 Fremdrift og økonomiske konsekvenser | 69 |
| 17.3 Milepæler                            | 79 |
| 17.4 Innvolveringsplan                    | 80 |
| 17.5 Referanseliste / Kilder              | 81 |



## 17.1 Konsekvenser

Frøya kommune ønsker med sin helse - og omsorgspolitik å sette enkeltmennesket i sentrum, og legge større vekt på trygghet, brukerinnyttelse, mangfold og uavhengighet.

”Aktiv omsorg” er hovedstrategien for framtidens helse – og omsorgstjeneste.

Frøya kommune skal gi omsorgstilbud som bidrar til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig. I tillegg skal det være mulig å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Dette er avgjørende for at den enkelte skal oppleve selvstendighet, ha mulighet for individuell livsutfoldelse og frihet til å kunne styre eget liv – også når han eller hun er blitt tjenestemottaker.

Helhetlig omsorgsplan har skissert ulike satsningsområder i åra framover:

1. En god folkehelse
2. Gode rehabiliterings – og habiliteringstilbud
3. En aktiv helse- og omsorgstjeneste.
4. Informasjons og kommunikasjonsteknologi
5. Sykehjem med fokus på behandling
6. Boliger med trygghet for omsorgstjenester hele døgnet
7. En personalpolitikk som rekrutterer, utvikler og beholder ansatte / kompetanseutvikling.
8. God organisering, forvaltning og ledelse
9. Partnerskap med familie og lokalsamfunn

De ulike satsningsområdene vil gi oss utfordringer på ulike områder. Vi vet at ulike lover og styringsdokumenter gir oss utfordringer som krever god planlegging av helse- og omsorgstjenestene våre både på kort og lang sikt.

Vi vil se en særlig utfordring i omstillingsperioden fra 2012 -2015, hvor det må bygges opp en økt aktivitets- og hjemmetjeneste i forkant av at en får økonomiske effekter av endringer i institusjonsdrift. Samtidig vil vår evne til å motta utskrivningsklare pasienter fra sykehus være utslagsgivende.

### **Utskrivningsklare pasienter.**

Det sterkeste økonomiske virkemidlet i samhandlingsreformen, er knyttet til de utskrivningsklare pasientene. Betalingsatsen er i 2012 satt til kr. 4 000,- pr pasientdøgn.

Dette er høyere enn kommunale kostnader til ordinære sykehjemsplasser.

For kommunen blir det viktig å få til faglig gode tilbud som også drives kostnadseffektivt. I den forbindelse er det også fornuftig å tenke interkommunale løsninger.

### **Medfinansiering.**

Et annet virkemiddel som er innført, er kommunal medfinansiering og medisinsk behandling i sykehusene. Det er innført 20 prosent medfinansiering av medisinske innleggelser og konsultasjoner i somatiske sykehus for alle pasienter i alle aldersgrupper. Kirurgi, fødsler, nyfødte barn, psykiatri og rus er foreløpig unntatt fra medfinansieringsgrunnlaget.



Kommunal medfinansiering omfatter i første omgang aktiviteter omfattet av innsatsstyrt finansiering (ISF-ordningen). Midlene som overføres kommunene fra 2012, vil bli finansiert ved en reduksjon i ISF- bevilgningen til helseforetakene.

Kommunen får overført frie midler fra staten til medfinansiering. Her legges antall sykehusinnleggelser / konsultasjoner og DRG- poeng til grunn. DRG står for diagnoserelaterte grupper. Ulike diagnoser og prosedyrer er ”verdt” et bestemt antall DRG poeng basert på et eget klassifiseringssystem.

Tall fra tidligere år kan her være retningsgivende for forventede utgifter framover.

Det blir viktig for helse- og omsorgstjenestene på lang sikt å tenke forebyggende og helsefremmende i utøvelse av tjenestetilbudet, for om mulig å forebygge sykehusinnleggelser.

#### Anslag kommunal medfinansiering – 2012 (Helsedirektoratet )

| Kommune | Anslag 2012 | Innbyggere | Over 67 år | Over 80 år | Kr pr innb. | Kr pr innb. 67 år + | Kr. pr. Innb.80år + |
|---------|-------------|------------|------------|------------|-------------|---------------------|---------------------|
| Frøya   | 5 078 000   | 4345       | 444        | 259        | 1 169       | 11 437              | 19 607              |
| Hitra   | 4 859 000   | 4382       | 471        | 232        | 1 109       | 10 317              | 20 946              |
| Hemne   | 4 169 000   | 4228       | 477        | 227        | 986         | 8 739               | 18 364              |

Tabellen viser en status pr. 2009, 2010 og delvis 2012. Mange ting kan påvirke tallene, for eksempel uttak av sykehustjenester. Tabellen viser at vi bruker flest kroner pr. innbygger i aldersgruppen 80 år +. Dette gjelder også for Hitra og Hemne kommuner.

#### **Etablering av ø-hjelp tilbud lokalt /regionalt.**

Fra 01.01.2012 er det etablert et regionalt tiltak mellom de 12 kommunene i Orkdalsregionen, *SIO samhandlingsenhet* - og med etablering av en egen *øyeblikkelig hjelp - sengepost* fram mot 2016. (jfr. lovpålagt kommunal oppgave etter helse og omsorgstjenestelovens § 3.5.3 - og som helseforetaket er forpliktet til å samarbeide om og som har en klar økonomisk fordeling, ref. Statsbudsjettet 2012)

Øyeblikkelig – hjelp sengepost skal ikke være et spesialisthelsetilbud, men et kommunehelsetilbud, og som skal understøtte kommunenes etablering av ø-hjelp tilbud. Driftskostnadene ved ø-hjelp tilbud fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra regionale helseforetak til kommunene i perioden 2012-2015 med sikte på en lovfestet plikt fra 01.01.2016.

Dette innebærer at 50 prosent av midlene overføres fra bevilgningene til regionale helseforetak til kommunen gjennom øremerket tilskudd basert på søknader, og 50 prosent tilføres konkrete prosjekter gjennom krav om direkte bidrag fra de regionale helseforetakene til kommunene. Regionale helseforetak og kommunene er sammen ansvarlig for å bygge opp tilbud. Det er lagt til grunn et måltall i 2015 på om lag 240 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner inkludert kapitalkostnader.

Plikten til etablering av ø-hjelp tilbud gjelder kun for pasienter og brukere med behov for helse- og omsorgstjenester straks, samt at kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Frøya kommune bør ta høyde for å etablere et tilbud om øyeblikkelig hjelp ved sykehjemmet, og hvor liggetid avgrenses.( eks. 72 timer)



### **Heldøgns tjenester.**

Helsedirektoratets rapport IS-1958 "Samhandlingsstatistikk 2010" viser anbefalinger om at antall sykehjemsplasser (institusjon) og antall plasser med heldøgns behov for hjemmesykepleie (omsorgsboliger), bør være likt.

Fram til 2020 – 2025 vil vi ikke se noen øking av behov for heldøgns tjenester.

Fra 2030 vil vi igjen få en øking av behov for heldøgns tjenester.

Helse- og omsorgstjenesten i Frøya står nå overfor et veiskille når det gjelder hvordan vi skal drive tjenestene framover. I følge Samhandlingsreformens og Helsedirektoratets anbefalinger må vi dreie pleie og omsorgstjeneste i retning av å utvikle hjemmetjenestene i større grad, samt endre bruken av sykehjemsplassene våre.

Framtidas eldre vil være mer ressurssterke enn dagens eldre. De vil i større grad være vant til og forvente å bestemme over egen tilværelse. Dette medfører forventninger om aktiv deltakelse istedenfor tilbaketrekning. Dette gjelder spesielt i forhold til en voksende seniorbefolkning med økte ressurser både helsemessig, utdanningsmessig og økonomisk. Det forutsettes at alle bidrar. Den enkelte innbygger i Frøya må utfordres til å ta et medansvar for fellesskapets ordninger og deltakelse i samfunnet.

Mestring, mening, muligheter og mangfold blir fremsatt som fremtidens omsorgsutfordringer. Undersøkelser viser at det er på det kulturelle og sosiale området at dagens omsorgstjenester kommer til kort. Frøya kommune vil med en aktiv helse - og omsorgstjeneste iverksette tiltak som styrker disse områdene.

Nye faglige utfordringer i forhold til samhandlingsreformen gjør at kommunen må ruste opp og videreutvikle ulike typer fagkompetanse, slik at vi står best mulig rustet til å ta imot helse og omsorgsutfordringene framover. Økonomiske prioriteringer på kompetanseutvikling blir nødvendig.

Etablering av korttidsavdeling ved sykehjemmet med fokus på behandling og rehabilitering krever kompetanseheving av ansatte, men vi må også inneha kompetanse innen endringsarbeid / utviklingsarbeid.

Helse og omsorgstjenestene trenger flere hender i åra framover, både rekruttering og kompetanseheving av ansatte blir nødvendig.

Fremtidig omsorgskjede fundamenteres på en omsorgsfilosofi som er bygget på BEON – prinsippet. (Beste Effektive Omsorgs Nivå.) Tjenester som muliggjør at mennesker kan bo i eget hjem vil bli styrket. Det vil også medføre en økt satsning på helsefremmende og forebyggende tiltak. Dette innebærer:

- Etablering av interkommunalt forvaltningskontor med økt kompetanse på saksbehandling og tildeling etter BEON- prinsippet.
- Oppbygging av antall omsorgsboliger med heldøgns omsorg.
- Redusere behovet for sykehjemsplasser. Sykehjemsplasser vil dekke ca. 18 % av antall eldre over 80 år + som har behov for heldøgns tjenester.
- Styrking av antall korttids - og avlastningsplasser (rehabilitering, palliativ og akuttmedisinsk tilbud ). Dette innebærer at ca 15% av sykehjemsplassene øremerkes korttidsopphold.



- Det høyeste nivået i de hjemmebaserte tjenester (nivå 4 i omsorgstrappa)bør ha en kapasitet som tilsvarer 18 innskrevne pasienter per. 100 innbygger 80 år +.
- Styrking og satsing på helsefremmende, forebyggende og aktiviserende tjenester, blant annet. miljø/aktivitet og rehabilitering.

Med utgangspunkt i dagens ressursbruk håper vi det er mulig å få til effektiviseringer som gir rom for økt satsning på aktivitet, helsefremmende og forebyggende tiltak, samt en økt satsing på hjemmebaserte tjenester.

## **17.2 Fremdrift og økonomiske konsekvenser.**

I en strategisk, overordnet plan er det vanskelig å legge fram eksakte tall for innsparinger. De tall som framkommer er erfaringstall og tall fra andre kommuner basert på Kostra-rapport fra 2010 og 2011, samt analyserapport fra Agenda Kaupang 2010.

Det er viktig å prioritere ressursene slik at det gir best mulig omsorgstjenester til lavest mulig kostnader ( BEON-prinsippet ).

Som tidligere nevnt vil vi få store faglige og økonomiske utfordringer i omstillingsperioden fra 2012 -2015 hvor det må bygges opp en økt aktivitets- og hjemmetjeneste i forkant av at en får økonomisk effekt av reduksjon av institusjonsdrift. Etablering av omsorgsboliger med bofellesskap blir nødvendig for å avlaste behovet for heldøgns omsorg på sykehjemmet.

Samtidig vil også erfaringstall for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering gi oss en pekepinn på fremtidige utgifter. Dette vil vi først få oversikt over på lengre sikt. Erfaringstall viser at eldre over år 80+ er den aldersgruppen vi har størst økonomiske utgifter på i forhold til kommunal medfinansiering.

Frøya kommune ønsker å bruke fremtidige sykehjemsplasser i større grad til behandling, rehabilitering, avlastingsopphold og pleie og omsorg ved livets slutt. Det er grunn til å tro at korttidsplasser vil bli mere kostnadskrevende enn langtidsplasser, hvor vi vil få større utgifter knyttet til behandling.

Fra 01.01 2012 og fram til mai 2012 har Frøya sykehjem betalt kr 24.000,- for utskrivningsklare pasienter fra St. Olav Hospital.

Totale utgifter for 2012 vil gi oss en pekepinn for kommende år. I hvor stor grad vi er i stand til å etablere nok korttidsplasser, vil også være avgjørende.

Utbygging av omsorgsboliger hvor blant annet ressurskrevende brukere kan få et godt tjenestetilbud med nærhet til tjenestene spiller en viktig rolle. Vi vet også at dagens hjemmetjeneste bruker mye tid til transport til og fra brukerne.



## FREMDRIFT OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

### Satsingsområde 1 – Folkehelse.

| MÅL   | TILTAK  | ANSVARLIG  | KOSTNAD 2012                         | 2013 - 2017  |
|---|---|--|--------------------------------------|--|
| Frøya kommune jobber aktivt for å fremme god helse og trivsel gjennom alle livets faser   | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Folkehelsearbeidet i Frøya kommune forankres politisk og innarbeides i kommunalt planverk. Helse i Plan.</li><li>2. Etablering av en Frisklivssentral med egen frisklivs koordinator</li><li>3. Etablering av en folkehelsekoordinator (kommunal/interkommunal), som har som oppgave overordnet planarbeid i et samfunnsperspektiv</li><li>4. Opprette tverrsektoriell arb.gr, målgruppen 0-23 år vedr. trivsel, kosthold/fys.akt.</li><li>5. Utarbeide interne rutiner for bedre oppfølging av personer m/astma/kols, få bedre pusteteknikker og styrke egenmestringsmulighetene.</li><li>6. Lindrende kreftbehandling</li><li>7. Kompetanseutvikling innen ulike Metoder</li></ol> | <p>Politisk ledelse.</p> <p>Fam/helse -leder/rådgiver.<br/>Rådmann.<br/>Folkehelsekoordinator,<br/>interkommunalt samarbeid.</p> <p>Virk.ledere oppvekst, kultur,<br/>helse, barne/fam.tjenesten.<br/>Kommuneoverlege og<br/>legesekretær.</p> <p>Plo-leder.<br/>Ledere innen oppvekst, fam/<br/>helse, b/f-tjen.,<br/>pleie/omsorg.</p> | Kr 105.400 8 mnd i 2012, 30 % still. | 158.100 pr år i 30 %, evt (50 %) 263.500<br><br>50% still. Folkehelsekoordinator 263.500 |
| Frøya kommune bruker aktivt frivillige lag og organisasjoner for å motvirke ensomhet i befolkningen.                                    | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Formalisere samarbeidet med frivillige lag og organisasjoner.</li><li>2. Inngå forpliktende avtaler.</li></ol>   | Virksomhetsleder kultur i samarbeid med helse og omsorg.   |                                      |  |
| En rik fritid for alle.<br>Frøya kommune skal aktivt legge til rette for et rikt og mangfoldig tilbud av kultur- og fritidsaktiviteter. | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Utvikle turstier og grønne lommer for bevegelseshemmede.</li><li>2. Hensynta tilgjengelighet ved alle kulturelle arrangement.</li><li>3. Satse på transport for bevegelseshemmede</li></ol>  | Virksomhetsleder kultur i samarbeid med teknisk etat.  | Foreta en kostnadsberegning          |  |



## Satsingsområde 2 – Rehabilitering og Habilitering.

| MÅL   | TILTAK   | ANSVARLIG  | KOSTNAD 2012   | 2013 - 2017                         |
|---|--|--|--|-------------------------------------|
| Et verdig liv på egne premisser. Rehabilitering er det førende prinsipp i all tjenesteyting | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rehabilitering vektlegges i helse og omsorgstjenesten gjennom opplæring og holdnings skapende arbeid, slik at dette innarbeides som en bærende grunntanke i alle deler av omsorgstjenesten.</li> <li>2. Det bør jobbes videre med å videreutvikle tverrfaglig samarbeid og se på hvordan omsorgstjenestene skal ha høyt fokus på forebygging, rehabilitering og mestring.</li> <li>3. Tilstrekkelig omsorgsboliger, som også omfavner alle innbyggere med behov for trening og oppfølging i egen bolig.</li> <li>4. Kompetanseøkning innen områder som rehabilitering/habilitering. Særlig nevnes fysioterapitjeneste, ergoterapitjeneste slik at Frøya kommer på samme nivå som Sør-Trøndelag (jfr. Kostratall 2010)</li> <li>5. Styrking av tilbud om aktivisering og dagplasser /avlastning</li> <li>6. Etablering av flere arbeid/ sysselsettingstilbud</li> <li>7. Etablering og videreutvikling av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende demente</li> <li>8. Implementering av e-meldinger og standardiserte pasientforløp (HPH)</li> <li>9. Etablering av ambulerende innsatsteam for helse og omsorgstjenestene med fokus på rehabilitering i hjemmet.</li> </ol> | <p>Virksomhetsledere helse og omsorg i tett samarbeid med alle ansatte, innsatsteam og koordinerende enhet.</p> <p>Lederforum med Rådmann i spissen.</p> <p>Rådmann ut fra kartlagte behov.</p> <p>Rådmann, virksomhetsledere jfr. kompetanseplan for helse og omsorg.</p> <p>Virk.ledere helse og omsorg ut fra tildelte rammer og politiske vedtak.</p> <p>Virksomhetsleder Fam/Helse</p> <p>Interkommunal arbeidsgruppe.</p> <p>Rådmann i tråd med politisk vedtak.</p> | <p>Viser til egen tiltaksdel i plana.</p> <p>Kr 305.838</p> <p>Opplæring 2x2dg prosessveiledere, 12 spl./vplx1dg 175.000</p> | <p>Kr 482.230</p> <p>Kr 175.000</p> |



### Satsingsområde 3 – Hjemmebasert omsorg.

| MÅL   | TILTAK  | ANSVARLIG   | KOSTNAD 2012 | 2013 - 2017 |
|---|---|---|--------------|-------------|
| Brukeren skal kunne bo lengst mulig i eget hjem | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Det nest høyeste nivået i de hjemmebaserte tjenester (nivå 4 i omsorgstrappa) bør ha en kapasitet som tilsvarer 18 innskrevne pasienter per 100 innbyggere 80 år og eldre.</li><li>2. Implementering av e- meldinger og standardiserte pasientforløp (HPH)</li><li>3. Etablering av ambulerende innsatsteam for helse og omsorgstjenestene.</li><li>4. Styrking av aktivitetstilbud til hjemmeboende.</li><li>5. Styrking av avlastingstilbud for pårørende med et omfattende omsorgsansvar.</li><li>6. Vurdering av dagens bruk av ressurser for støttekontaktjenester.</li><li>7. Formalisere samarbeidet med ulike lag og foreninger.</li></ol> | <p>Virksomhetsleder pleie/omsorg.</p> <p>Viser til satsingsområde 2.</p> <p>Viser til satsingsområde 2.</p> <p>Viser til satsingsområde 1.</p> <p>Virksomhetsledere helse og omsorg.</p> <p>Virksomhetsleder familie/helse</p> <p>Virksomhetsleder kultur i samarbeid med helse/omsorg.</p> |              |             |





#### Satsingsområde 4 – Informasjon og kommunikasjonsteknologi (IKT)

| MÅL   | TILTAK  | ANSVARLIG   | KOSTNAD 2012 | 2013 – 2017 |
|---|---|---|--------------|-------------|
| Frøya kommune har fokus på kvalitet i tjenestetilbudet, og gjennom aktiv bruk av elektroniske verktøy sikre et helhetlig tjenestetilbud til våre brukere. | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Utarbeide retningslinjer for innleggelse og nødvendig overføring av informasjon (HPH)</li><li>2. Kontinuerlig evaluering av igangsatte tiltak</li><li>3. Videreutvikle vårt kvalitetssikringssystem Kvalitetslosen (avviksmeldinger, prosedyrer med mer)</li><li>4. Elektroniske meldinger mellom de ulike aktørene (inkludert aktuelle skjema og prosedyrer)</li><li>5. Bruk av telemedisin som læringsplattform for helsepersonell</li></ol> | <p>Virksomhetsledere innen helse og omsorg.</p> <p>Virksomhetsledere innen helse og omsorg i samarbeid med IT-ansvarlig.</p> <p>Alle virksomhetsledere og ansvarlig rådgiver stab innen kvalitetsutvikling.</p> <p>Alle virksomhetsledere.</p> <p>Virksomhetsledere og fagledere innen helse og omsorg.</p> |              |             |



### Satsingsområde 5 – Omsorg på sykehjem.

| MÅL  | TILTAK  | ANSVARLIG   | KOSTNAD 2012                          | 2013 - 2017 |
|--|---|---|---------------------------------------|-------------|
| Sykehjem - medisinsk behandling/institusjon med tilbud om utredning, observasjon, rehabilitering, pleie ved akutt sykdom og ved livets slutt. Tilstrekkelig og stabil legetjeneste. Et hjem for de mest pleietrengende | 1. Avsette eget rom for mottak av øyeblikkelig hjelp ved sykehjemmet.   | Virksomhetsleder og fagleder ved Frøya sykehjem.                          | Nødv. medisinsk utstyr kr 150-200.000 |             |
|  | 2. Etablere minimum 11 korttidsplasser ved sykehjemmet, som utgjør minimum 15 % av sykehjemmets samlede heldøgns plasser. | Virksomhetsleder pleie/omsorg   | Kr 68.000 i 2012                      |             |
|  | 3. Implementering av e- meldinger og standardiserte pasientforløp (HPH)   | Viser tilsatsingsområde 2.  |                                       |             |
|  | 4. Etablering av ambulerende innsatsteam for helse og omsorgstjenestene.  | Viser tilsatsingsområde 2.  |                                       |             |
|  | 5. Styrking av aktivitetstilbud ved sykehjemmet.  | Virksomhetsleder i samarbeid med frivillig lag/org./kultur                |                                       |             |
|  | 6. Øke tilbud om dagplasser og avlastning   | Virksomhetsleder pleie/omsorg ut fra tildelte rammer og politiske vedtak. |                                       |             |
|  | 7. Styrke samarbeid og veiledning av pårørende  | Virksomhetsleder pleie/omsorg   |                                       |             |



### Satsingsområde 6 – Omsorgsboliger.

| MÅL   | TILTAK  | ANSVARLIG  | KOSTNAD 2012  | 2013 - 2017  |
|---|---|--|---|--|
| Mennesker med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester tilbys bolig hvor de kan være trygge på at de får den hjelp de trenger. | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Etablering av flere omsorgsboliger med bofellesskap og nærhet til tjenestene. Heldøgns tjenester utgjør min. 4,8 årsverk.</li><li>2. Planlegging og etablering avlastningsenhet for 4-5 barn.</li><li>3. Planlegging og etablere treningsbolig for 5–10 ungdommer.</li><li>4. Fra 4 – 10 år frem i tid vil det være behov for samlokalisering av boliger for 6 personer som vi ha behov for tett oppfølging og tilsyn</li><li>5. Tilrettelegging av aktivitetstilbud som kan medvirke til en meningsfull hverdag og økt trivsel.</li></ol> | <p>Politisk vedtak 2012.<br/>Virk.ledere helse/omsorg</p> <p>Viser til boligplana som er under politisk behandling 2012.<br/>Virksomhetsledere helse og omsorg, kultur, teknisk, økonomi og frivilligheten.<br/>(Prosjektgruppe konstitueres juni 2012, rapport leveres)</p> | <p>Prosjektgruppa skisserer økonomiske kostnader for drift av boligene.</p> | <p>Lønn i 5 mnd<br/>2013: 945.000<br/>Årsbasis fra<br/>2014: 2.268<br/>mill.</p> |



### Satsingsområde 7 – Attraktiv personalpolitikk og kompetanseutvikling.

| MÅL  | TILTAK   | ANSVARLIG  | KOSTNAD 2012 | 2013 - 2017 |
|--|--|--|--------------|-------------|
| Frøya kommune – en attraktiv arbeidsplass. Frøya kommune satser på kompetanseutvikling og på utvikling av gode fagmiljøer. | 1. Utvikle et ”Program for kompetanseutvikling innen helse og omsorgstjenestene” rettet mot utfordringer i samhandlingsreformen.   | Virksomhetsledere helse/omsorg, interkommunalt samarbeid, samarbeidsavtale HiST. |              |             |
|  | 2. Egne ansatte motiveres for videre- og etterutdanning.<br>Motivere ansatte for å søke opptak til desentraliserte høyskolestudier.  | Virksomhetsledere helse og omsorg.   |              |             |
|  | 4. Utvikle kompetanse i forhold til endrede arbeidsoppgaver. Særlig nevnes kompetanse innen rehabilitering, rusomsorg og psykisk helsearbeid (forebyggende og helsefremmende arbeid) | Ansatte, fagledere, virksomhetsledere helse/omsorg, personalkonsulent.           |              |             |
|  | 5. Det bør lages en overordnet rekrutteringsplan for personell innen helse og omsorgstjenestene som en del av ”Kompetanseplan for Frøya kommune.”                                    | Personalkonsulent i samarbeid med tjenesteområdene.                              |              |             |
|  | 6. Styrke vikartjenesten og prøve ut ulike arbeidstidsordninger  | Personalavdelingen, NAV og virksomhetene i fellesskap.                           |              |             |
|  | 7. Det bør utvikles rutiner for bruk av personalressurser på tvers av enhetene og eventuelt interkommunalt samarbeid på området.   | Personalavdelingen, NAV og virksomhetene i fellesskap.                           |              |             |
|  | 8. Viderutvikle Frøya kommune som IA-bedrift.  | Personalavdelingen, BHT, NAV og virksomhetene i fellesskap.                      |              |             |



### Satsingsområde 8 – Forvaltning og ledelse

| MÅL   | TILTAK  | ANSVARLIG   | KOSTNAD 2012                          | 2013 - 2017  |
|---|---|---|---------------------------------------|--|
| Gode organisatoriske løsninger med EN adresse for henvendelse, på tvers av enheter og nivåer. | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Etablere et interkommunalt forvaltningskontor evt.et interkommunalt samarbeid på dette området.<br/>Interkommunalt forprosjekt etableres august - desember 2012.</li><li>2. Etablere en organisasjon med avklarte ansvarsforhold med mulighet for nærværende ledelse.<br/>Evaluere nåværende struktur.</li><li>3. Utarbeide tjenestebeskrivelser og serviceerklæringer for alle deltjenestene innen helse og omsorgsområdet.</li><li>4. Administrasjon og systemoppgaver må videreutvikles.<br/>Evaluere nåværende oppgaver.</li></ol> | <p>Rådmenn i Frøya og Hitra kommuner.</p> <p>Rådmann og virksomhetsledere i samarbeid med politisk nivå.</p> <p>Fagledere.</p> <p>Rådmann og virksomhetsledere i samarbeid med politisk nivå.</p> | Kr 110.000 i 5 mnd. for hver kommune. | 2 x 50 % stilling;<br>263.500 kr for hver kommune. |



### Satsingsområde 9 – Familie og lokalsamfunn.

| MÅL   | TILTAK  | ANSVARLIG   | KOSTNAD 2012 | 2013 - 2017 |
|---|---|---|--------------|-------------|
| Frøya kommune skal aktivt støtte opp om og motivere familie og lokalsamfunn til innsats for de blant oss som har behov for helse og omsorgstjenester. | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Økt satsning og formalisert samarbeid med frivillige lag og foreninger. Det bør utredes videre hvordan omsorgstjenestene best kan samspille med frivillig sektor.</li><li>2. Skape flere felles arenaer for samhandling mellom kommunale tjenester og frivillige, f. eks. gjennom Frivillighetssentral og andre lag/organisasjoner.</li><li>3. Legge til rette for frivillige i miljø/aktivitetstjenesten og i sykehjem.</li><li>4. Det bør utredes hvordan et aktivt samspill mellom barn og eldre kan tilrettelegges.</li><li>5. Større tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom tjenestene, særlig med tanke på kortere tiltakstid i barne- og familietjenesten.</li><li>6. Øke bevisstheten på når andre kan / skal bistå familiene i stedet for barne- og familietjenesten.</li><li>7. Integrering av fremmedspråklige.</li><li>8. Norskopplæring av fremmedspråklige.</li></ol> | <p>Viser til satsingsområde 1.</p> <p>Viser til satsingsområde 1.</p> <p>Viser til satsingsområde 1.</p> <p>Oppvekstledere i samarbeid med helse og omsorg.</p> <p>Lederforum.</p> <p>Lederforum, samarbeidsteam.</p> <p>Lederforum.</p> <p>Voksenopplæring i samarbeid med åpen barnehage, kultur, helsetjenester, oppvekst.</p> |              |             |



### 17.3 Milepæler:

- I perioden 2012 – 2015 vil det vesentlige være planlegging og iverksetting av tiltak som framkommer av helse- og omsorgsplanen. I denne periode vil antall eldre over 80 år + øke fra 306 til 330 innbyggere.
- Samla behov for heldøgns tjenester i perioden 2012-15: 98-102 plasser
- Ferdigstilling av 18 omsorgsboliger i august 2013.
- Samla behov for heldøgns tjenester 2020: 94
- I perioden 2012 – 2025 vil antall innbyggere mellom 60-69 år øke fra ca 459 – til 626 innbyggere. Dette må også sees i sammenheng med økende forekomst av livsstils-sykdommer, og at denne aldersgruppen vil få et økende behov for helse og omsorgstjenester framover.
- 2012 - Korttidsavdeling med 11 plasser for mottak av utskrivningsklare pasienter
- 2012 Meldingsløftet - Bruk av Helhetlig pasientforløp i eget hjem, opplæring og implementering.
- Etablering av 2012 - Innsatsteam / ambulerende team med fokus på rehabilitering
- 2012-2013 - Folkehelsearbeid – Implementering av mål og satsningsområder i tjenestenes planverk. Helse i plan.
- Interkommunal Folkehelsekoordinator fra 2013.
- Perioden fra 2015 til 2017 bør brukes til evaluering og justering av tjenestene. Perioden bør brukes til planlegging og oppbygging av økt kapasitet på tjenester.

I all planlegging av helse - og omsorgstjenester framover vil det være viktig å ta høyde for de endringer som skjer i befolkningsutviklingen på lang sikt.



### 17.4 Involveringsplan i arbeidet med Helhetlig omsorgsplan 2011-2012.

| Hva  | Juni<br>2011 | Juli<br>2011 | Aug.<br>2011 | Sept.<br>2011 | Okt.<br>2011 | Nov.<br>2011 | Des.<br>2011 | Jan.<br>2012 | Febr<br>.2012 | Mars.<br>2012 | Apr.<br>2012 | Mai<br>2012 | Juni<br>2012 |
|--|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|-------------|--------------|
| HFD. Vedtak mandat<br>+ orienteringer.                           | x            |              | x            |               |              | x            |              |              |               | x             |              |             |              |
| Styringsgruppe, møter  | x            |              | x            |               | x            |              |              |              |               |               |              |             |              |
| Prosjektgruppe / Lokal Samhandlingsgruppe, møter                 |              |              | x            | x             | x            | x            | x            | x            | x             | x             | x            | x x         |              |
| Informasjonsmøter, Arbeidsgrupper Pleie og omsorg<br>/ Fam.Helse | x            |              | x x          | x x           | x x          | x x x        | x            | x x x        | x             | x x           |              |             |              |
| Inform. Lederforum.  | x            |              |              | x             |              | x            | x            |              |               |               |              |             |              |
| Eldreråd   |              |              |              | x             |              |              |              | x            |               | x             | x            |             |              |
| Brukerråd  |              |              |              |               |              |              |              |              |               | x             |              |             |              |
| Pensjonistforeningen   |              |              |              | x             |              |              |              |              |               | x             | x            |             |              |
| Swot-analyser -gjennomføring på enhetene                         | x            | x            | x            | x             | x            |              |              |              |               |               |              |             |              |
| Informasjon Kommunestyre   |              |              |              |               |              |              |              |              | x             |               |              |             |              |





## 17.5 Referanseliste/ Kilder:

1. Stortingsmelding 25- ”*Mestring, muligheter og mening.*”(2005-2006 )
2. Stortingsmelding 40- ”*Nedbygging av funksjonshemmede barrierer*” (2002-2003 )
3. Stortingsmelding 47 - ” *Samhandlingsreformen*” ( 2008-2009)
4. Stortingsmelding 28- ”*Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene*” (1999-2000)
5. Stortingsmelding 16”*Nasjonal Helse og omsorgsplan 2011- 2015*”
6. Ny ”*Lov om folkehelsearbeid*”(2012)
7. ”*Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten*”( 27.06.2003)
8. Ny *Lov om Helse og omsorgstjenester*” (2012)
9. Helsedirektoratet, februar 2012 ”*Samhandlingsstatistikk – 2010*”,
10. Helse og omsorgsdepartementet 20.04.12 ” *Prinsipper for gode omsorgstjenester*”
11. Rapport nr. 280 2011- ”*Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren*”
12. H. Otterstad / H.Tønseth –”*Aldring og livsløp*”(4/2007)
13. RO-rapport ” *Fremtidig innretting av omsorgstjenester i Frøya kommune*”(juni 2007)
14. Marit Rostad og Jutta Elvbakken. 2011. SIO – Evalueringsrapport for delprosjekt ”*Bedre pasientforløp mellom 1. og 2. linjetjenesten*”.
15. Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen, ”*Prosjektplan for SIO hovedprosjekt*) januar 2012
16. Statistisk Sentralbyrå (SSB) Kostratall 2009,2010, 2011
17. Rapport ”*Agenda Kaupang*” – 2011
18. ”*Kommuneplan for Frøya kommune, Samfunnsdelen* (2008-17)
19. Kommunestyrevedtak (43/06) Mandat for utarbeidelse av en helhetlig omsorgsplan i Frøya kommune.
20. Kommunestyrevedtak august 2011 –”*Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen-*
21. Frøya kommunes ”*Boligplan*”, høringsutkast.