



ÅLESUND KOMMUNE

# Levedyktige omsorgstjenester

## Omsorgsplan 2018-2025



Strategier og tiltak for helse-, velferds- og omsorgsområdet

Vedtatt av bystyret 22. mars 2018



## Innledning, utfordringsbilde og sammendrag

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver. Prognoser for Ålesund kommune viser at befolkningen vil øke og at befolkningssammensetningen forandres. Nye behov oppstår hos innbyggerne og krav til kvalitet og omfang på velferdstjenestene øker. I fremtiden skal vi yte tjenester til flere innbyggere med knappere ressurser og færre yrkesaktive sammenlignet med dagens situasjon. Det må satses mer på forebyggende og helsefremmende tiltak, slik at flest mulig kan mestre egen hverdag og bo hjemme lengst mulig.

De demografiske utfordringene kommunene står overfor i årene som kommer har medført at velferdsteknologi har fått økt oppmerksomhet. Nasjonale utredninger og rapporter peker på at velferdsteknologi er sentralt for å møte utfordringene i de kommunale tjenestene.

«Levedyktige omsorgstjenester 2018-2025» er en plan for alle i kommunen - fra fødsel til livets slutt - som har behov for helse- og omsorgstjenester. Planen har derfor en vid målgruppe og er skrevet for «alle» (brukere og pårørende, ansatte i kommunen, fagpersoner, politikere, samarbeidsparter m.m.).

Det er skrevet anbefalinger i blå bokser på slutten av de fleste kapitlene, og på bakgrunn av alle anbefalingene er det utarbeidet seks satsningsområder. Planen består av to deler. **Del 1** inneholder visjon, hovedmål og strategier. **Del 2** beskriver forutsetninger for levedyktige tjenester samt analyser og anbefalinger for utvikling av dagens tjenester. En tiltaksplan for de neste 4 årene er også med i del 2, men beslutninger om tiltak må innarbeides i budsjett- og økonomiplan. Tiltakene kan derfor bli færre eller flere, og de kan bli igangsatt i et annet tempo enn prosjektgruppa har ønsket om. Noen tiltak er svar på flere mål og strategier, og planen har derfor ikke nødvendigvis ett tiltak tilordnet hver strategi.

Planen gjelder for perioden 2018-2025. Etter 2020 er Ålesund en del av en større kommune, og ny omsorgsplan kan derfor komme før utløpet av planperioden.

Følgende forhold vil prege omsorgstilbudene fremover:

- Et økende antall yngre brukere med mange ulike og sammensatte behov.
- Et økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov.
- Et økende antall eldre med demenssykdommer.
- Et økende antall innbyggere med minoritetsbakgrunn.
- Et økt behov for medisinsk oppfølging.
- Et økt behov for samordning, tverrfaglighet og koordinering.
- Et økt behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering.
- Et økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak.
- Knapphet på formelle og uformelle omsorgsytere.

Det er utarbeidet 6 satsingsområder for å møte dagens og fremtidige utfordringer, og disse er:

1. Forebygging og tidlig innsats.
2. Aktiv brukermedvirkning og pårørendeinvolvering.
3. Kompetanse og rekruttering.
4. Tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester.
5. Bærekraftig utvikling og innovasjon.
6. En fremtidsrettet organisering og dimensjonering av tjenestene.

Strategiene for å oppnå disse satsingsområdene er beskrevet i del 1, mens tiltaksplanen er i del 2, kapittel 5.

## Innholdsfortegnelse

<b>DEL 1: HOVEDMÅL OG STRATEGIER 2018-2025</b> .....	<b>4</b>
1. Visjon .....	5
2. Hovedmål og strategier .....	5
<b>DEL 2: STATUS, ANALYSE OG ANBEFALINGER FOR TJENESTEUTVIKLING</b> .....	<b>7</b>
1. Bakgrunn .....	8
1.1 Mandat .....	8
1.2 Brukermedvirkning i planarbeidet.....	9
1.3 Målgruppe og grunnlaget for planarbeidet.....	9
1.4 Sentrale, kommunale og demografiske føringer.....	9
2. Viktige forutsetninger for levedyktige omsorgstjenester.....	10
2.1 Brukermedvirkning .....	10
2.2 Frivillighet .....	12
2.3 Innovasjon og forskning .....	13
2.4 Kompetanse og rekruttering – kvalitet i tjenestene .....	15
2.5 Velferdsteknologi og digitalisering.....	19
2.6 Koordinerte tjenester og tverrfaglig samarbeid.....	23
2.7 Kommunal økonomi .....	25
3. Utvikling av dagens tjenestetilbud.....	27
3.1 OMSORGSTRAPPA .....	27
3.2 KOORDINERING, TILDELING AV TJENESTER OG TVERRFAGLIGE TEAM.....	27
3.2.1 Tverrfaglige team, primærhelseteam og innsatsteam .....	28
3.2.2 Legetjenester .....	29
3.3 TIDLIG INNSATS FOR BARN OG UNGE, LIVSLANGE TJENESTER .....	30
3.3.1 Folkehelse.....	30
3.3.2 Tidlig innsats .....	31
3.3.3 Botilbud og avlastning .....	34
3.4 FOREBYGGENDE TILTAK, TJENESTER FOR VOKSNE OG ELDERE .....	34
3.4.1 Pårørendeinvolvering .....	35
3.4.2 Frisklivssentral, Lærings- og mestringstilbud .....	35
3.4.3 Trygghetsskapende tjenester .....	35
3.4.4 Samarbeid med frivillige og næringslivet .....	36
3.4.5 «Leve hele livet».....	36
3.4.6 Hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring og innsatsteam .....	37
3.4.7 Demensomsorg .....	38
3.4.8 Kreftomsorg.....	39
3.4.9 Psykisk helse og rus .....	40
3.4.10 Tilpasset tilbud for veteraner .....	42
3.4.11 Boliger/bokollektiv med heldøgnsomsorg .....	42
3.4.12 Boliger for eldre.....	43
3.4.13 Den nye hjemmetjenesten .....	44
3.4.14 Sykehjem og tilsvarende boliger særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester .....	45
3.4.15 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD).....	50
4. Boligpolitikk.....	51
5. Tiltaksplan 2018-2025 .....	52
6. Litteraturliste.....	54
7. Vedlegg .....	56

# DEL 1: HOVEDMÅL OG STRATEGIER 2018-2025



## 1. Visjon

Overordnet mål for helse og velferd (fra Kommuneplanen): **Ålesund skal ha en trygg og god helse- og omsorgstjeneste som bidrar til god helse og som forebygger sykdom. Når sykdom rammer, skal helse- og omsorgstjenesten behandle, lindre og bistå i rehabilitering på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale forskjeller i befolkningen.**

### Visjon for omsorgsplanen:

**Kommunen skal ha «levedyktige omsorgstjenester».** Tjenestene skal utformes i et tverrfaglig samspill med bruker og pårørende. Det skal satses mer på forebyggende arbeid, kvalitet i tjenestene må sikres, og heldøgntilbudet må være fremtidsrettet og fleksibelt.

Planen har seks hovedsatsingsområder:

- Forebygging og tidlig innsats.
- Aktiv brukarmedvirkning og pårørendeinvolvering.
- Kompetanse og rekruttering.
- Tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester.
- Bærekraftig utvikling og innovasjon.
- En fremtidsrettet organisering og dimensjonering av tjenestene.

## 2. Hovedmål og strategier

### HOVEDMÅL 1: Ålesund kommune skal styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

#### Strategier:

- 1.1:** Rådgivende og oppsøkende tjenester for alle aldersgrupper skal styrkes.
- 1.2:** Kommunen skal satse mer på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring for at flere skal kunne mestre egen hverdag og bo hjemme lengst mulig.
- 1.3:** Kommunen skal stimulere innbyggerne til å ta i bruk velferdsteknologi slik at den enkelte så langt mulig mestrer sine helse- og livsutfordringer selv.
- 1.4:** Kommunen skal ha et godt utviklet lavterskeltilbud for barn og unge.
- 1.5:** Kommunen skal opprette flere dagplasser for eldre, og flere differensierte avlastningsplasser for barn, unge og eldre.

### Hovedmål 2: Ålesund kommune skal ha en aktiv brukarmedvirkning og pårørendepolitikk.

#### Strategier:

- 2.1:** Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal være utgangspunktet i tjenestenes kontakt med bruker/pasient og pårørende.
- 2.2:** Ved innføring av velferdsteknologi skal en først prioritere de løsningene som øker brukernes trygghet og mestring av dagliglivet, og som gir rask effekt for både brukerne og tjenesten.
- 2.3:** Kommunen skal legge til rette for mer bruk av likepersonarbeid og selvhjelpsgrupper.
- 2.4:** Kommunen skal ha gode systemer som sikrer at barn som pårørende blir ivaretatt på en god måte.
- 2.5:** Digitalisering og velferdsteknologi skal tas i bruk for å styrke innbyggerdialog og medvirkning, og for å modernisere tjenestetilbudet i takt med utviklingen i samfunnet.

### **Hovedmål 3: Ålesund kommune skal ha tjenester med god kvalitet, basert på bred tverrfaglig kompetanse.**

#### **Strategier:**

- 3.1:** Det må utarbeides en overordnet strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenestene.
- 3.2:** Kommunen skal ha kompetente, innovative og engasjerte ledere.
- 3.3:** Velferdsteknologi skal være et satsningsområde i alle helse- og omsorgstjenestene.
- 3.4:** Kommunen skal samarbeide med utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer om forskning og kompetanseheving.

### **Hovedmål 4: Ålesund kommune skal styrke det tverrfaglige samarbeidet og ha godt koordinerte tjenester.**

#### **Strategier:**

- 4.1:** Kommunen skal ha god pasientflyt mellom tjenester og virksomheter.
- 4.2:** Flere av tjenestene skal delta i tverrfaglige team og innsatsteam.
- 4.3:** Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal ha et tett samarbeid for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.
- 4.4:** Kommunen skal legge til rette for at elektronisk individuell plan blir benyttet som kommunikasjons- og samhandlingsverktøy ved behov for langvarige og koordinerte tjenester.

### **Hovedmål 5: Ålesund kommune skal bidra til en effektiv og målretta bruk av samfunnets ressurser (levedyktig utvikling og innovasjon).**

#### **Strategier:**

- 5.1:** Kommunen skal utarbeide en innovasjonsstrategi.
- 5.2:** Kvalitetsforbedringsarbeid som LEAN-metodikk og tjenestedesign skal benyttes i alle virksomheter.
- 5.3:** Alle virksomheter skal ha «endringsagenter» for å sikre forbedringsarbeid.
- 5.4:** Kommunen skal være nytenkende og levere kvalitet fundert på kunnskapsbasert praksis.
- 5.5:** Kommunen skal benytte velferdsteknologi i tjenestene for å gi innbyggerne økt livskvalitet, begrense behovet for kommunale pleie- og omsorgstjenester og for å øke kommunens omsorgskapasitet.
- 5.6:** Flere kommunale virksomheter skal involvere frivillige i sine tjenester.
- 5.7:** Kommunen skal legge til rette for gode arbeidsvilkår for frivillige organisasjoner, og styrke samarbeidet med både organiserte og uorganiserte frivillige.

### **Hovedmål 6: Ålesund kommune skal ha en fremtidsrettet organisering og riktig dimensjonering av tjenestene.**

#### **Strategier:**

- 6.1:** Tiltakene i «*Bolig for velferd i Ålesund, strategier 2016-2025*» skal følges opp.
- 6.2:** Det skal bygges flere boliger/bokollektiv med mulighet for heldøgnsomsorg.
- 6.3:** Antallet sykehjemsplasser bør holdes uendret i planperioden fram til 2025. Den nødvendige kapasitetsøkning i perioden bør så raskt som mulig oppnås ved bygging av boliger/bofellesskap tilrettelagt for heldøgntjenester.
- 6.4:** Flere tjenester og virksomheter skal samlokaliseres, slik at det kan legges til rette for samordnet innsats der dette gir helhetlige tjenester.

## **DEL 2: STATUS, ANALYSE OG ANBEFALINGER FOR TJENESTEUTVIKLING**



# 1. Bakgrunn

## 1.1 Mandat

Bystyret vedtok i februar 2013 «Planstrategi 2012-2015», og der ble det bestemt at kommunens gjeldende «Omsorgsplan 2010-2015» skal rulleres/revideres. Rådmannen vedtok i mai 2016 et mandat til en styrings-/og prosjektgruppe som fikk i oppdrag å revidere dagens Omsorgsplan. Planen skulle være i samsvar med kommunale planer og sentrale føringer innen fagfeltet. Videre skulle det klargjøres hvilke tjenester planen skulle omfatte, og gjennomgå hvordan arbeidet innen omsorgstjenesten fungerer i dag i kommunen. Forslag om endringer skulle ha som siktemål å oppnå bedre ressursutnyttelse og bedre samhandling mellom de ulike tjenestene.

I mandatet står det at demensomsorg og omsorgstiltak for brukere med psykisk helse og rusproblematikk skal være en del av planen. Legetjenestene skal omtales i planen, og muligheten for å opprette «primærhelseteam» skal vurderes.

Planen skal ha tiltak som bidrar til at pasienter/brukere og deres pårørende får innflytelse over egen hverdag, og planen skal ha en forebyggende og helsefremmende tilnærming (folkehelse). Hvilke kompetanse- og rekrutteringstiltak som trengs for å møte fremtidige utfordringer er også en del av mandatet. Innovasjon, forskning, velferdsteknologi, intern samhandling og samarbeid med Helseforetaket skal omtales. Mandatet er lagt ved planen som vedlegg.

Styringsgruppa har bestått av:

- Birgitte J. Sætre Bonesmo, rådgiver i stabsteam helse og velferd (prosjektleder og sekretær for styringsgruppa/prosjektgruppa).
- Solveig Aarø, leder for stabsteam helse- og velferd
- Håvard Overå, seniorrådgiver i stabsteam helse- og velferd.
- Line Strømsvik, kvalitetsrådgiver i stabsteam helse- og velferd.

Prosjektgruppa har bestått av:

I tillegg til styringsgruppa (se over) består prosjektgruppa av følgende personer:

- Ann Elin M. Myklebust, virksomhetsleder for hjemmetjenester (HT) i ytre distrikt.
- Ann Kristin G. Nilsen, virksomhetsleder Åse sykehjem.
- Ida Skotheim, virksomhetsleder Aktivisering- og velferd.
- Hildur Alvestad, virksomhetsleder Bo- og miljøtenester.
- Regina Steinberger, virksomhetsleder Psykisk helse og rustiltak.
- Harald Endresen/Ragnhild Hanken Skjong, rådgiver/bestiller i stabsteam helse og velferd.
- Per Åge Løvseth, rådgiver/bestiller i stabsteam helse og velferd.
- Birte Vegsund, leder for Tildelingskontoret.
- Karsten Vingen, Kommuneoverlege.
- Odd Roe Skogen – representant fra Eldrerådet.
- Hanne Sjøvik – representant fra Rådet for likestilling av funksjonshemmede.
- Ståle Evald Ræstad/Martha Trones, hovedtillitsvalgt Norsk sykepleierforbund.
- Inger Lise Andreassen/Frode Nordstrand, hovedtillitsvalgt Fagforbundet.

Andre har blitt innkalt til møter i prosjektgruppa etter behov. 12 ulike arbeidsgrupper har levert innspill til tekst til planen.

Prosjektgruppa har svart på oppdraget som er gitt gjennom mandatet.



## 1.2 Brukermedvirkning i planarbeidet

I arbeidet med Omsorgsplanen har det blitt arrangert konferanse, work-shop for politikere, og det er gjennomført intervju/samtale med brukere og pårørende. Tilbakemeldingene er innarbeidet i planen.

Brukerrepresentanter fra Eldrerådet og Rådet for likestilling av funksjonshemmede har vært med i prosjektgruppa som har utarbeidet denne planen. I tillegg har det vært diskusjoner og gruppearbeid blant ansatte i Ålesund kommune.

Til bruk i høringsarbeidet ble det utarbeidet en film (se [https://vimeo.com/240995670?utm\\_source=email&utm\\_medium=vimeo-cliptranscode-201504&utm\\_campaign=28749](https://vimeo.com/240995670?utm_source=email&utm_medium=vimeo-cliptranscode-201504&utm_campaign=28749)).



Deltakere på Omsorgskonferanse i 2016. Foto: Christine Rørvik, Ålesund kommune.

## 1.3 Målgruppe og grunnlaget for planarbeidet

«Levedyktige omsorgstjenester» er en plan for alle i kommunen – fra fødsel til livets slutt – som har behov for helse- og omsorgstjenester.

Grunnlaget for planarbeidet er en endret tilnærming i møte med brukere. I tjenestenes kontakt med den enkelte skal en stille spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» og ikke «Hva feiler det deg?» Dette betyr en endret tilnærming i forholdet mellom fagrollen og pasient- og brukerrollen. Det handler om å møte pasient og bruker med respekt og en lyttende holdning. Hva opplever den som søker hjelp som viktig i sitt liv, og hvordan bør tjenestene tilrettelegges slik at de understøtter pasienten/bruker sine mål og ønsker? Det å lytte til mennesket bak diagnosene og «merkelappene», er avgjørende for å sikre god kvalitet i oppfølgingen. Spørsmålet innebærer samtidig en utfordring for den tradisjonelle fagrollen som «ekspert», gjennom å legge større vekt på å bistå pasient og bruker i å finne de løsningene som er best for den enkelte.

## 1.4 Sentrale, kommunale og demografiske føringer

Planen er i samsvar med sentrale og kommunale føringer (se litteraturliste i kapittel 6 for oversikt). Og planen er utarbeidet i henhold til demografiske føringer frem mot 2030 med en stor økning i antall eldre og en lavere andel voksne i arbeidsfør alder. For mer informasjon, se link til SSB: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

## 2. Viktige forutsetninger for levedyktige omsorgstjenester

### 2.1 Brukermedvirkning

«Fremtidens helse- og omsorgstjeneste skal være pasientens og brukers tjeneste der hovedregelen er at ingen beslutninger om meg som pasient, skal tas uten meg. (Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste).

Kommunens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukeren skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre.

**Følgende innspill er gitt i omsorgsplanarbeidet i forhold til brukermedvirkning:**

- Ta meg med!
- Se hele meg og respekter meg!
- La meg få lov til å være med på å bestemme hvordan mitt tilbud skal være.
- Inkluder mine pårørende.
- Gi meg informasjon, slik at jeg forstår den, og kan ta de rette valg.

(Presentasjon på fagdag/work-shop 19. juni 2017 av Hanne Sjøvik fra Rådet for likestilling av funksjonshemmede).

Forutsetningene for medvirkning kan endre seg over tid, eksempelvis som følge av endring av motivasjon og mestringssevne hos brukeren. Hva som kan forventes av medvirkning må til enhver tid stå i forhold til brukers personlige og helsemessige ressurser. Det må legges spesiell vekt på at det avsettes tid til å få fram vedkommendes egne mål.

«Mennesker må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sin egen vei».

(«Person og profesjon» av Torborg Aalen Leenderts, 1995).

Å fremme selvstendighet, mestring, trygghet, positivt selvbilde og opplevelse av styring og kontroll i eget liv er særlig viktig for personer med omfattende hjelpebehov. Fagpersonell må understøtte personens ressurser, forsterke det positive og fremme håp og konstruktive mestringsstrategier. Tjenesteytere må forstå naturlige og menneskelige reaksjoner på vanskelige situasjoner og livshendelser, og samtidig ha klokskap til å utfordre til ansvar og aktiv medvirkning. Å prioritere tid til å møte den enkelte og dens familie og nettverk der de er, er avgjørende.



Foto: Ålesund kommune

En fremtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukeren, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet. Det er en utfordring for kommunen å gjennomføre dette i alle ledd av tjenestene, fordi det her er snakk om en betydelig kulturendring.

### **Pårørende og barn som pårørende**

Pårørende er ofte pasientens eller brukerens viktigste støtte, og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste, og utgjør på denne måten en sentral del av samfunnets totale omsorgsressurs. Samtidig vil pårørende ha forskjellige ønsker om - og behov for- støtte. Dette gjelder også barn som pårørende. Helsedirektoratet utarbeidet som følge av endringer i pasient- og brukerrettighetsloven en ny «Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten» i 2017. Loven gir økte rettigheter til pårørende, og veilederen gir råd om hvordan kommunen kan oppfylle disse rettighetene. Den har også fokus på barn som pårørende. Ålesund kommune har etablert 23 barneansvarlige i tjenestene med egen koordinator og prosedyre for arbeidet. For å sikre at Ålesund kommune etablerer en god pårørendepolitikk skal det i 2018 arrangeres en fagdag der bl.a. den nye veilederen gjennomgås. Helse- og velferdsutvalget har vedtatt at det skal utarbeides en kommunal strategi for pårørendearbeid i Ålesund kommune. I 2017 ble Ålesund kommune kåret til årets pårørendekommune.

### **Likepersonarbeid og selvhjelpsgrupper**

Vi ser at bruk av gruppearbeid og gruppemetodikk i forebyggende arbeid, rehabilitering og behandling, kan bringe brukere og pasienter sammen. Det er viktig å invitere til likepersonarbeid, selvhjelpsgrupper og deling av kunnskap og erfaringer. Dette bidrar også til å styrke brukernes stemme ved at de opptre sammen i møte med fagprofesjoner og offentlige tjenester. Ålesund kommune har noe erfaring i denne type arbeid, bl.a. «Livslyst når det røyner på» (mestringskurs for voksne etterlatte som har mistet en nærstående i kreft eller annen sykdom), fredagskafe for kreftrammede og pårørende (et uformelt møtested med aktuelle temaer, mat og prat), pårørendeskole, pårørendekurs og samtalegrupper til pårørende til demente.

Det er ansatt en erfaringskonsulentstilling i virksomhet Aktivisering- og velferd for pårørende til personer med omfattende omsorgsbehov. Som en del av dette er det etablert et samarbeid med hjemmetjenesten for å utvikle mer fleksibel avlastning, og andre former for praktisk støtte til pårørende. Dette er et prosjekt med støtte fra Helsedirektoratet.

Virksomhet Psykisk helse og rus prøver også ut erfaringskonsulentrollen, både i sammenheng med Prosjekt Housing First<sup>1</sup> og i sammenheng med styrket samarbeid med pårørende til rusmisbrukere.

#### **ANBEFALINGER:**

- Nasjonal veileder for involvering av brukere og pårørende skal benyttes.
- Kommunen skal utarbeide en lokal strategi for pårørendearbeid.
- Kommunen bør legge til rette for mer bruk av likepersonarbeid og selvhjelpsgrupper.
- Egne kartleggingsskjema som er utarbeidet for å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?», skal benyttes, og bruk av slik metodikk skal dokumenteres i fagsystemene.

<sup>1</sup> For mer informasjon om Housing First, se kapittel 3.4.8.

## 2.2 Frivillighet

Samfunnet står overfor store omsorgsutfordringer i årene som kommer. Disse kan ikke løses av de kommunale helse- og omsorgstjenestene alene, men vil kreve at vi leter fram, mobiliserer og kan ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter. Det ligger store muligheter i å engasjere flere i frivillig arbeid innen helse- og omsorgsfeltet.

Frivillige må rekrutteres, motiveres, opplæres, følges opp og ivaretas. Muligheten i samspillet mellom frivillig og offentlig sektor er spennende, og i et folkehelseperspektiv et stort potensial for forebyggende og helsefremmende gevinster både for frivillige og enkeltpersoner med et hjelpebehov.



Markering av verdens aktivitetsdag. Foto: Ålesund kommune.

I kommunen bidrar frivilligheten til å utvikle gode velferdstilbud blant annet innen områdene:

- Demensomsorg (tur- og aktivitetsgrupper, dagaktivitet på Sunnmøre museum/Gavlen, besøksvenner, samtalegrupper, pårørendeskole).
- Sosiale, kulturelle og fysiske aktiviteter innen forebyggende helsefremmende arbeid til seniorer.
- Forebyggende tiltak rettet mot ungdom – Natteravner.
- Igangsetting av selvhjelpsgrupper og «Lyst på livet».
- Samarbeid med utdanningsinstitusjoner, lag og organisasjoner på sykehjem om ulike tiltak (mat, sosiale tilstelninger m.m.)
- Samarbeid med enkeltpersoner på sykehjem om å være besøksvenn/turvenn/aktivitetsvenn.
- Frivillighet inn mot fritidstiltak for ungdom med utviklingshemming.

Omsorgstjenesten har hatt stor vekst i flere år. Med utgangspunkt i de demografiske utfordringene bør kommunen videreutvikle organisering som støtter opp under forebyggende og helsefremmende aktiviteter, og som utløser ressurser hos brukere, organisasjoner og i lokalsamfunnet. Det vil kunne bidra til tidlig innsats, forebygging, sosialt nettverksarbeid og rehabilitering.

I 2015 kom det en «*Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet*» (2015-2020), som er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge og KS. Strategien skal bidra til et systematisk og godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor, redusere ensomhet, rekruttere og beholde frivillige på helse- og omsorgsfeltet.

Flere kommunale virksomheter bør involvere frivillige i sine tjenester for å samarbeide om aktivitetstilbud o.l. Dette kan bidra til å øke livskvaliteten til bruker og deres pårørende. En måte å gjøre dette på er gjennom samarbeid med virksomhet Aktivisering- og velferdstjenester/ Frivilligsentralen, som har stor kontaktflate til frivillige organisasjoner og enkeltpersoner.

Det er også et potensiale i å benytte digitale plattformer for å koordinere tjenester og frivillig innsats rundt en bruker. For mer informasjon om dette, se kapittel 2.5.

#### ANBEFALINGER:

- Kommunen bør ha et godt samarbeid med frivillige organisasjoner.
- Flere kommunale virksomheter bør involvere frivillige i sine tjenester.

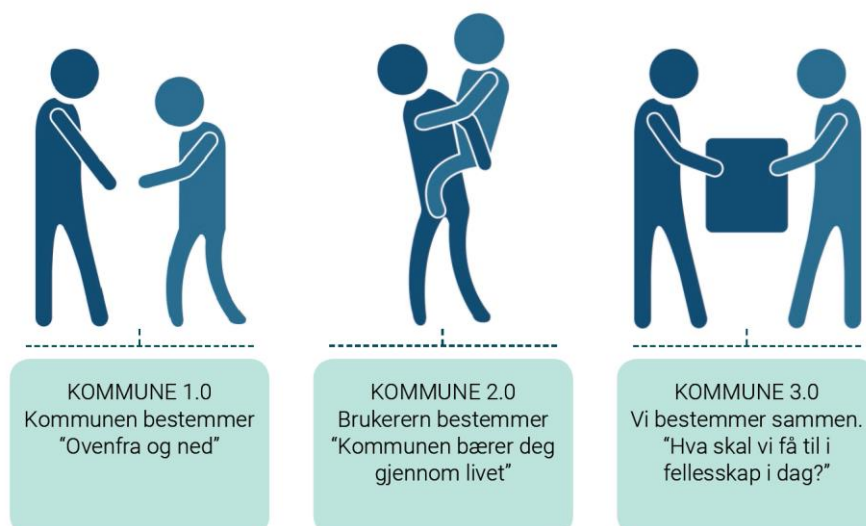
## 2.3 Innovasjon og forskning

### Hvorfor innovasjon?

Kommunens evne til å være innovativ og å ta i bruk ny kunnskap vil være en av nøklene til å kunne løse utfordringene innen helse- og omsorgstjenesten.

«Det er galskap å gjøre det samme om og om igjen, og forvente et annet resultat!»  
- Albert Einstein

Samfunnsutviklingen de siste 50 årene utfordrer kommunens tradisjonelle rolle. Fra 60-tallets fokus på myndighetsutøvelse og god forvaltningspraksis slo pendelen på 90-tallet helt over, og kommunene ble serviceleverandører med innbyggerne som kunder. I dag ser man at denne modellen ikke er bærekraftig, og at innbyggerne må involveres mer aktivt enn tidligere som en ressurs og partner gjennom nye former for samhandling og samarbeid. Denne utviklingen kan illustreres på følgende måte:



For å få til denne overgangen til Kommune 3.0 er innovasjon helt nødvendig.

## Hva er innovasjon?

Innovasjon handler om å tenke på problemer på nye måter eller identifisere nye muligheter. Eksempler på innovasjon i kommunene kan være en ny undervisningsmetode i matematikk, en nyutviklet modell for driftsovervåking av kommunale bygg, eller en ny måte å møte eldre som blir skrevet ut av sykehuset på. Kommunal- og moderniserings-departementet definerer innovasjon som prosessen med å utvikle nye ideer og realisere dem slik at de gir merverdi for samfunnet. Kortversjonen er at det skal være noe NYTT for kommunen, det skal være NYTTIG, og det skal være NYTTIGGJORT.

Det skjer innovasjonsarbeid i Ålesund kommune, og «Jeg kan»-prosjektet<sup>2</sup> i vh Bo- og miljøtjenesten vant i 2016 Ålesund kommune sin Innovasjonspris. Det er imidlertid ikke en gjennomgående innovasjonskultur i kommunen. Det bør derfor utarbeides en innovasjonsstrategi.

### Om innovasjonskultur og endringsledelse:

Virksomheter som lykkes i å endre tjenesten kjennetegnes ved stor grad av åpenhet. De deler med andre og lærer av andres erfaringer. De er tydelige på mål og visjoner, stimulerer til kreativ tenkning og involverer medarbeidere og brukere aktivt i innovasjonsarbeidet. Skal ledere oppnå forbedring og endring av virksomheten, må de i tillegg til å ha fokus på strukturer og prosesser arbeide systematisk for å skape en kultur som bidrar til nytenkning og innovasjon. En kultur preget av regelstyring og profesjons-/eksperttenkning kan hindre utvikling av en innovasjonskultur.

### Innovasjonsverktøy:

For å lykkes med innovasjon, er det «fem fundamentene» som blir trukket frem som viktige:



For mer informasjon, se KS sine innovasjonsverktøy:

<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/innovasjon/innovasjonsverktoy/>

### Forskning

Innovasjon og kunnskapsutvikling er viktige drivkrefter for å løse helse- og omsorgstjenestenes utfordringer framover. Utvikling av ny kunnskap skjer best i samarbeid mellom forskningsmiljøer, utdanning og praksisfelt, og der arbeidsplassen er en arena for læring.

Det pågår forskning i Ålesund kommune, som: «Jeg kan! Forskning», og forskning vedrørende demens og smertelindring på sykehjem. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (UHST), Senter for omsorgsforskning og NTNU forsker på bruk av videokommunikasjon (SKYPE) i sykehjem. Det var også følgeforskning på prosjekt om hverdagsrehabilitering før dette ble en del av det ordinære tjenestetilbudet. Ålesund kommune har i samarbeid med Høgskolen i Ålesund (nå NTNU),

<sup>2</sup> «Jeg kan»-prosjektet er innføring av velferdsteknologi for personer med utviklingshemming, med målsetting om økt selvstendighet og mestring.

Senter for omsorgsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) gjennomført et forskningsarbeid i forhold til dagaktivitet for personer med demens i tidlig fase. Det er også gjennomført et 2-årig forskningsprosjekt med samme samarbeidspartnere som nevnt over om «Forebyggende hjemmebesøk 75+». Forskningsprosjektet munnet ut i en anbefaling og en veileder til alle kommuner.

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler i dag at alle kommuner skal ha forbyggende hjemmebesøk.

Økt satsing på forskning og kunnskapsutvikling vil kunne bidra til bedre kvalitet i tjenestene og effektiv ressursutnyttelse. Flere kommuner etablerer egne Forskning- og utviklings enheter (FoU) der praksisnær anvendt forskning og utviklingsarbeid står sentralt. FoU-enhetene kan bestå av et trepartssamarbeid mellom kommune, høgskole/universitet og helseforetak (og eventuelt andre). Forskning og kompetanseutvikling inngår også som en del av samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket.

### Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (UHST)

For å bidra til kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap og nye løsninger er det etablert Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste flere steder i landet, og Ålesund kommune er vertskommune for et slikt utviklingssenter. Utviklingssenteret er en viktig pådriver for nødvendige endringer innen helse- og omsorgstjenesten i Møre og Romsdal.

### Forbedringsteam

Et forbedringsteam er ansatte som samarbeider om felles mål for endring, og for å sikre bedre helsetjenester. Forbedringen skal måles ut ifra fastsatte kvalitetsindikatorer.

Det er mange nye oppgaver som skal implementeres i virksomhetene i årene fremover, og en måte å sikre at endringene faktisk skjer, er å opprette endrings- eller forbedringsteam bestående av «endringsagenter» fra alle virksomhetene. Det er opprettet et forbedringsteam i Ålesund som skal arbeide med implementering av pasientforløpet for «den multisyke eldre pasienten».

#### ANBEFALINGER:

- Det bør utarbeides en innovasjonsstrategi.
- Virksomhetene skal arbeide med kvalitetsforbedringsarbeid som ved hjelp av LEAN-metodikk, tjenstedesign o.l.
- Det bør vurderes om det skal opprettes et FoU-team i kommunen.
- Flere virksomheter bør samarbeide med utdanningsinstitusjoner om forskning.
- Det bør være endringsagenter i alle virksomhetene som kan arbeide i tverrfaglige forbedringsteam.

## 2.4 Kompetanse og rekruttering – kvalitet i tjenestene

### Behov for kompetanse i virksomhetene

Statistisk sentralbyrå har de siste årene utviklet ulike framskrivningsmodeller når det gjelder arbeidskraft og utdanning. Formålet er å gi mer kunnskap om hvordan behovet for ulike typer arbeidskraft vil se ut i årene fremover. I helse- og omsorgssektoren vil økningen i antall eldre gi økt behov for pleiepersonell, og særlig for helsefagarbeidere. En økning i antall yngre brukere gir også et behov for økt personell. I tråd med dette gir virksomhetene i Ålesund kommune uttrykk for at de har behov for:

- helsefagarbeidere
- sykepleiere
- sykepleiere med mastergrad i klinisk sykepleie

- sykepleiere med videreutdanning innen geriatri
- ernæringsfysiologer
- ergoterapeuter
- fysioterapeuter
- personer med kompetanse om sansetap
- leger
- vernepleiere
- miljøterapeuter/3-årig høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag
- ansatte med videreutdanning i veiledning, psykiatri og miljøarbeid/miljøterapeutisk arbeid
- ansatte med teknologikompetanse og endringskompetanse
- «dobbelkompetanse», f.eks. IT og helse.
- øvrig fagkompetanse som ingeniører, jurister, personer med utdanning innen IKT, logistikk, ressursforvaltning og planlegging.

### Strategisk kompetansestyring og rekruttering

I arbeidet med omsorgsplanen har en sett behovet for å utarbeide en overordnet kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenestene. Dette for å sikre at kommunen har kvalifisert arbeidskraft og riktig kompetanse i årene fremover. Å styrke evnen til strategisk kompetanseplanlegging og realisere kompetanse- og rekrutteringstiltak som er tilpasset kommunens utfordringer blir stadig viktigere fremover. Planen må utarbeides i et samarbeid mellom rådmannens stab, personalavdelingen, de ansattes organisasjoner og virksomhetene.

I Ålesund kommune er rekruttering av nye medarbeidere en sentral oppgave. Ved utgangen av 2016 var det ca. 2 727 årsverk i kommunen fordelt på 3 399 ansatte. Det var 543 utlyste stillinger i 2016, og samlet antall søkere på stillingene var 6914.

Tabellen nedenfor viser hvor mange innenfor ulike yrkesgrupper som per i dag er i alderen 57-67 år:

Yrke	Antall i alder 57-67
Hjelpepleier/spesialhjelpepleier	114
Sykepleier	55
Miljøarbeider	36
Pleiemedarbeider	32
Helsefagarbeider	17
Miljøterapeut	9
Helsesøster	7
Sosialkurator	5
Andre	5
<b>Totalt</b>	<b>280</b>

Dersom en ser på hvor mange som blir pensjonister de neste 4 årene, er fordelingen slik (kun helsepersonell) :

Antall personer i aldersgruppen	2018	2019	2020	2021
62 år	33	29	30	34
63 år	28	33	29	30
64 år	21	28	33	29
65 år	27	21	28	33
66 år	20	27	21	28
67 år	12	20	27	21



Ålesund kommune deltar hvert år på ulike yrkes- og utdanningsmesser for å informere om kommunen som arbeidsgiver. Ålesund kommune har også kontakt med studenter ved å stille praksisplasser til disposisjon, og ved å bidra når studenter skal skrive oppgaver i studiet sitt. Det har også vært satt i verk egne rekrutteringspatroljer som har oppsøkt ungdomsskoler og videregående skoler.

I fagopplæringen har lærlingordningen et potensial som rekrutteringsordning i kommunesektoren. Lærlingordningen er en mulighet til å prøve ut aktuelle kandidater, samtidig som kommunen har mulighet til å presentere seg selv for potensielle arbeidstakere. Ålesund kommune har engasjert seg aktivt i lærlingeordningen, gjennom Sunnmøre kommunale opplæringskontor. Ved utgangen av 2016 var det 21 lærlinger med lærekontrakt innen helsearbeiderfaget.

Ålesund kommune setter rekruttering av menn høyt på dagsordenen, og må ha tiltak som kan bidra til å bedre kjønnsbalansen på arbeidsplassene i helse- og omsorgssektoren. En heltidskultur antas å kunne være viktig for å rekruttere menn inn i helsesektoren. Flere virksomheter i kommunen er med i prosjektet «Menn i helse». Deltakerne kommer via NAV, får tittelen helserekrudd, og tilbys et komprimert utdanningsløp frem til fagbrev som helsefagarbeider. Det første kullet er i gang, men det er ikke avklart om det blir flere.

Ålesund kommune har i flere år arbeidet målbevisst mot å redusere uønsket deltid. De siste årene har dette dreid mer i retning av at heltidsarbeid er et mål i seg selv. De lokale partene i kommunen har i 2016 blant annet utarbeidet lokale retningslinjer for heltidskultur, hvor målet er å øke antall heltidsansatte. I tillegg har det blitt arbeidet med ulike langturnusordninger for å øke antall heltidsstillinger. Ett av resultatene av disse ordningene har vært flere heltidsstillinger og færre deltidsstillinger. Per 31.12.2016 var gjennomsnittlig størrelse i kommunen på 80,2 %.



Foto: Marit Brunstad

Ålesund kommune må ha en konkurransedyktig lønnspolitikk for å tiltrekke seg kompetente søkere i et stramt arbeidsmarked. Konkurransen om arbeidskraften handler ikke kun om lønn og økonomiske vilkår, men også om arbeidstid, beliggenhet, reisevei, samt mulighetene for faglig og personlig utvikling. Satsing på faglighet og kompetanse er viktig både for å rekruttere og for å holde på arbeidskraften.

#### Kompetansehevende tiltak

Det er viktig å se kompetanseutvikling som noe som omfatter mer enn formell kompetanse og utdanning. Kompetansehevende tiltak kan bl.a. være: Deltakelse i prosjektarbeid, læringsnettverk,

refleksjonsgrupper, hospitering, veiledning, jobbgledning (overføring av arbeidsoppgaver fra en yrkesgruppe til en annen), lederopplæring.

Ålesund kommune har ulike opplæringstilbud, og støtte til etter- og videreutdanning for å øke kompetansen blant de ansatte. Det er viktig at ansatte i alle slags stillingsbrøker får faglig påfyll. Det er særlig viktig å være oppmerksom der det benyttes vikarer uten fagutdanning, personer i lav stillingsbrøk med svak tilknytning til tjenestestedet, innleie fra vikarbyrå, osv. Det kan bøtes på slik svak tilknytning ved å gjøre gjennomføring av e-læringskurs obligatoriske, og slike er allerede i stor grad i bruk.

Viktige kompetansehevende tiltak i kommunen er bruk av elektroniske kurs gjennom f.eks. Norsk helseinformatikk (NHI) og Veilederen.no, tilgang på fagprosedyrer gjennom VAR Healthcare og kommunens eget kvalitetssystem Compilo. Kommunen bør i større grad benytte nettbasert opplæring for å nå alle, og for på en effektiv måte kunne dokumentere hvilke ansatte som har gjennomført ulike opplæringsmoduler.

### Ledelse

God ledelse er avgjørende for å gi gode helse- og omsorgstjenester, og er et grunnleggende element for at kommunen skal nå målene i denne planen. Ledere skal være rollemodeller, faglige pådrivere, være nytenkende, ha helhetssyn, være resultatorienterte og gode til å motivere og inspirere sine medarbeidere. Det er viktig at ledere sikres støtte og videreutvikling.

### Tverrfaglig teamorganisering, læringsnettverk og forbedringsarbeid

Hvordan man organiserer tjenestene, har også betydning for kompetansebehov og kompetanseutvikling. Nasjonale føringer går i retning av en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. I «Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov» (Høringsutkast 2017) står det:

*«Pasienter og brukeres behov for tjenester må være bestemmende for hvilken kompetanse som tilbys. Uavhengig av hvordan tjenestene er organisert, må det sikres at pasient og bruker får tilgang til nødvendig kompetanse».*

Læringsnettverk er en arbeidsmåte som blir brukt i forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Ålesund kommune har i flere år benyttet læringsnettverk gjennom kampanjene til Pasientsikkerhetsprogrammet (bl.a. riktig legemiddelbruk), og ulike forbedringsnettverk som f.eks. bygging av kompetanse innenfor tjenestedesign og velferdsteknologi. Kjernen i læringsnettverk er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon. Hensikten med læringsnettverk er å bygge og spre kompetanse på ulike områder og bedre kvaliteten på tjenestene. KS har opprettet kommunale læringsnettverk bl.a. innen følgende tema: Analyse av levekårsdata, barn og unge, psykisk helse og rus, eldre og kronisk syke.

*«Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for å kunne levere trygge og sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet» (Meld.St.26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»).* Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta i bruk kunnskap som er dokumentert gjennom forskning. Bidragsyterne til kunnskapen kan være både annen forskning, tjenesteutøvere, brukere og pårørende. Økt satsing på forskning og kunnskapsutvikling vil kunne bidra til bedre kvalitet i tjenestene og effektiv ressursutnyttelse. Åse sykehjem og NTNU gjennomførte i 2015-2016 et prosjekt i kunnskapsbasert praksis med hygiene som tema. Prosjektet resulterte bl.a. i en fagdag om hygiene, bedre hygiene på arbeidsplassen, de ansatte ønsker ny kunnskap velkommen, sykehjemmet har blitt en populær arbeidsplass for studenter, m.m.

Ålesund kommune benytter flere av programmene i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet (som er kunnskapsbasert). Gjennomføring av programmene vil gi de ansatte økt kompetanse, og

derigjennom bedre kvalitet i tjenestene. For mer informasjon, se link:  
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

#### ANBEFALINGER:

- Det må utarbeides en overordnet strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan for helse- og omsorgstjenestene.
- Videreutdanning av ledere må være et viktig satsingsområde.
- Flere ansatte skal benytte e-læringskurs og e-undervisning enn det som gjøres i dag.
- Læringsnettverk som metode bør brukes i større grad.
- Kommunens virksomheter bør arbeide kunnskapsbasert.
- Kommunen må samarbeide med utdanningsinstitusjoner for å sikre at utdanningene er tilpasset endringer i omgivelsene, og for å kunne ha flest mulig utdanningsmuligheter i nærheten av Ålesund.
- Ålesund kommune bør gjennomføre flere av kampanjene/tiltakene i Pasientsikkerhetsprogrammet.

## 2.5 Velferdsteknologi og digitalisering

«Teknologi vil bli en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste»

St.meld.nr 29 «Morgendagens omsorg»

### Hva er velferdsteknologi?

I NOU 2011:11 legges følgende definisjon til grunn: *“Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.”*

Begrepet velferdsteknologi kan betegne alle typer hjelpemidler, tekniske løsninger og produkter som brukes for å fremme menneskers velferd (Hoffmann 2010), der velferd er et uttrykk for summen av levestandard og opplevelsen av å ha det godt. Velferd knyttes ofte til en allmenn opplevelse av trygghet og sikkerhet, og mulighet for aktiv sosial deltagelse.

Helsedirektoratet anbefaler at velferdsteknologi inndeles i følgende teknologiområder (Jf. IS-2416):

1. **Trygghetsskapende teknologi** som skal muliggjøre at mennesker kan føle trygghet og gis mulighet til å bo lengre hjemme. I dette inngår løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og som motvirker ensomhet. (F.eks. trygghetsalarm, dørsensor, komfyralarm, videokommunikasjon).
2. **Mestringsteknologi** som skal muliggjøre at mennesker bedre kan mestre egen helse og sykdom. I dette inngår teknologiske løsninger til personer med kronisk sykdom/lidelser, personer med psykiske helseutfordringer, personer med behov for rehabilitering og vedlikehold av mobilitet mv. (F.eks. varslende medisindosett, nettbrett med ulike funksjoner, smarthusløsninger, tv-spilltrening, robotstøvsuger).
3. **Utrednings- og behandlingsteknologi** (helseteknologi) som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet – Hospital@home-løsninger. (F.eks. «KOLS-koffert», diabeteskontroll).

4. **Velværeteknologi** som bidrar til at man blir mer bevisst på sin egen helse og hjelper med hverdagslige gjøremål, uten at nedsatt helse er årsaken til bruken. (F.eks. treningsapper, smartklokker, robotstøvsuger, omgivelseskontroll for styring av lys og varme).

I tillegg kan følgende være nyttig:

- **Støtte og veiledningssystemer:** Eksempel på dette er undervisnings- og treningsprogram via nettbrett, mobiltelefon eller video som brukere kan benytte med eller uten støtte fra helse-/omsorgspersonell.
- **Administrative systemer:** Digitale løsninger som kan gi helt andre muligheter for pasienter til både å bestille tjenester, kommunisere med tjenesten, monitorere egen sykdom, skaffe seg informasjon og få tilgang til egne journalopplysninger. Eksempel på dette er smart-telefoner med tilgjengelige brukeropplysninger og nøkkelsystem som effektiviserer personalet sin tjenesteytelse.

### Utvikling i Ålesund

Ålesund kommune har siden 1980-tallet brukt trygghetsalarmer for signalsending mellom brukerne og kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Når det gjelder moderne velferdsteknologi har Ålesund kommune fra 2012 og frem til september 2017 hatt og har en rekke konkrete prosjekter/testpiloter:

- Varslings- og sporingsteknologi (GPS m.m.).
- Spillteknologi.
- «Jeg kan!» - for økt selvstendighet for mennesker med utviklingshemning (blir også forsket på i eget forskningsprosjekt). Tildelt Fylkesmannens Omsorgspris 2016.
- Nettbrett/smarttelefoner i hjemmetjenesten.
- Skype i sykehjem
- Digitale trygghetsalarmer
- Deltatt i «Læringsnettverk Velferdsteknologisk Trygghetspakke» i regi av USHT.
- Deltatt i «Læringsnettverk Tjenestedesign og Velferdsteknologi» i regi av USHT.
- Deltatt i «Læringsnettverk Innovative innkjøp velferdsteknologi» sammen med 12 kommuner og med bidrag fra NHO, KS, Difi og ALV Møre og Romsdal.
- Uttesting av medikamentdispenser (varslende medisindosett) i ett sykehjem i samarbeid med ALV Møre og Romsdal.
- Uttesting av elektronisk natt-tilsyn i ett sykehjem i samarbeid med ALV Møre og Romsdal.
- Er i gang med innkjøpssamarbeid for flere kommuner på Sunnmøre og i Romsdal, for å kunne legge ut et større anbud for rammeavtaler om kjøp av velferdsteknologi.

Ålesund kommune startet i 2013 et samarbeidsprosjekt med Høyskolen i Ålesund (nå NTNU) for å utvikle velferdsteknologien lokalt. Prosjektet var de første tre årene finansiert av Fylkesmannen i Møre og Romsdal. Dette prosjektet var forløperen til Partnerskapet «Arena for Læring om Velferdsteknologi i Møre og Romsdal» (ALV-Møre og Romsdal) som per september 2017 har 18 kommuner og NTNU som partnere, og som finansieres av årlige tilskudd fra medlemskommunene.

I 2017/2018 deltar ressurspersoner fra sykehjemmene og hjemmetjenesten i nettverk for Velferdsteknologiens ABC, i regi av fylkesmannen og Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem (USHT).

Ålesund kommune er vertskommune for IKT samarbeidet «e-kommune Sunnmøre» der 7 kommuner på nordre Sunnmøre og Sandøy kommune er medlemmer. Fra juni 2017 er Ålesund kommune, sammen med de fire andre kommunene som skal bli Nye Ålesund kommune, med i Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Dette programmet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS. Denne delen av programmet skal gå i perioden 2017-2020 og er delvis

finansiert av statlige midler. Kommunene tilbys gjennom programmet veiledning for å kunne ta i bruk velferdsteknologi som er utprøvd av andre kommuner i programmets første faser.

### **Bruker og pårørende i sentrum**

Sentralt i Ålesund kommune sin strategi for å ta i bruk og utvikle velferdsteknologi, er at de digitale verktøyene som skal benyttes inngår i en helhetlig tjeneste til den enkelte bruker. Kommunen skal «samskape» individuelle tjenester sammen med den enkelte bruker og deres pårørende og nærpersoner. En vesentlig mulighet for å få til dette ligger i aktivt samspill med brukere, pårørende, våre innbyggere, næringsliv og samfunnet for øvrig.

Kommunen må legge til rette for og stimulere til at den enkelte innbygger tar i bruk velferdsteknologi, for både å forebygge negativ utvikling i egen helsetilstand og for å være uavhengig av kommunal helse- og omsorgsbistand lengst mulig. I dette vil også pårørende og nærpersoner være viktige. Velferdsteknologi er aktuelt for alle brukergrupper. Hvis brukeren settes i sentrum og teknologien tilpasses alder, behov og interesse, kan teknologibruk være meningsfullt og lystbetont og fremmer motivasjon, engasjement og samarbeid.

### **Kompetanse**

Kompetanse innen velferdsteknologi handler om mange ting. Den teknologiske utviklingen innen dette området går veldig raskt, og nye og bedre løsninger lanseres nærmest på løpende bånd. Det trengs teknisk kompetanse for å raskt kunne korrigere feil på utstyret, slik at brukerne kan stole på at systemet fungerer. Dess flere helsemessige utfordringer brukeren har, dess mer alvorlig kan situasjonen bli dersom utstyret ikke fungerer i en akutt situasjon.

Med dagens organisering er det er naturlig at virksomhet Aktivisering og velferd (ved avdelingen Teknisk hjelpemiddelservice) tar seg av vedlikehold av utstyr og har ansvar for teknisk installasjon og klargjøring hos den enkelte bruker. Det blir nødvendig å øke kapasiteten i denne tjenesten i tråd med at antall velferdsteknologiske hjelpemidler øker.

Det må også være god kompetanse om velferdsteknologi i kommunens eiendomsselskap (ÅKE), som må ha tilstrekkelig kompetanse både i forbindelse med nybygg og ved rehabilitering av bygningsmasse. I tillegg er det behov for å kommunisere ut til private entreprenører behovet for bygningsmessig tilrettelegging for velferdsteknologi som kommunen ser for fremtidige løsninger.



Videre må det brukernære personellet ha god kompetanse på hvilket utstyr som finnes og er tilgjengelig, for å bidra til at den enkelte bruker får det utstyret som best dekker brukerens behov. Personalet må også ha god kompetanse på hvordan utstyret fungerer, slik at de kan veilede brukeren i bruken av det og gjøre enkle feilrettinger på stedet.

Skal den enkelte innbygger kunne ta i bruk velferdsteknologi uten at kommunal tjeneste blir involvert, må kompetanse være lett tilgjengelig for innbyggeren. Ålesund kommune bør i fremtiden ha et tilbud om veiledning for enkeltpersoner, og også ha oppdatert informasjon på kommunens nettsider og på ulike sosiale medier. Å gjøre innbyggerne i stand til å ivareta egne behov på denne måten, vil avlaste kommunale tjenester.

### **Tverrfaglig samarbeid**

Skal Ålesund kommune lykkes med innføring av velferdsteknologi må de ulike delene av kommunens organisasjon arbeide sammen. Politisk ledelse må også følge opp utviklingen. Tett samarbeid med ulike brukerorgan og brukerorganisasjoner er vesentlig for å utforme tjenestetilbudene slik at de treffer innbyggernes behov.

### **Gevinstrealisering**

Det er på nasjonalt plan allerede gjort en del erfaringer med gevinstrealisering som viser at velferdsteknologi kan være ressurs sparende og/eller kvalitetsøkende for innbyggerne og tjenesten. Med de store utfordringer som ligger i tjenesteytingen i fremtiden vil effektivisering være viktig. Det er viktig å planlegge og avklare hvilke gevinster en ønsker å hente ut, og å kunne dokumentere hvilke gevinster en faktisk oppnår. På dette området trengs det metodeutvikling og kunnskapsoppbygging i kommunen.

### **Utbygging av datanett/trådløst nett**

For å kunne benytte velferdsteknologi må datanettet i sykehjem, heldøgns bemannede boliger og i den øvrige kommunale boligmassen bygges ut. Nettet må være pålitelig i alle deler av disse byggene og ha tilstrekkelig kapasitet til å håndtere fremtidige krav til kapasitet og hurtighet. Videre må nettet parallelt håndtere behovene til både omsorgstjenesten og de private behovene til brukere.

Det må settes av tilstrekkelige midler til å etablere systemtekniske IT-løsninger. Det må vurderes om slike løsninger skal være i kommunens egen drift, eller om det skal kjøpes fra ekstern leverandør eller i kombinasjon. Ut ifra valgt løsning kan det bli behov for økte driftsmidler i stedet for investering eller i en kombinasjon.

### **Teknologi i hjemmetjenesten og på sykehjem**

Hjemmetjenestene har til en viss grad tatt i bruk velferdsteknologi, men potensialet og mulighetene er store for å øke omfanget betydelig. Utviklingen innen dette feltet går raskt, og kommunen må sørge for at de tekniske nyvinningene utnyttes for å kunne holde tritt med behovet for tjenester i befolkningen. Nye yrkesgrupper innen tekniske fag og IT vil i større grad enn tidligere bli en del av hjemmetjenesten, og helsefaglig ansatte må ha kompetanse i grunnleggende forståelse for behovsanalyse og bruk/drift av velferdsteknologiske løsninger. I et slikt bilde er det også behov for en felles ressurs- og kompetansebase som kan bistå hjemmetjenesten og brukerne med teknisk kompetanse, service og råd/veiledning.

Det finnes i dag digitale plattformer (som f.eks. utviklingsprosjektet NYBY, se link: <http://nyby.no/>) der en kan koordinere tjenester rundt brukere. Gjennom en slik digital plattform får en synliggjort og benyttet alle som har noe å bidra med (bruker, frivillige, nabolag og annet nettverk som skapes). Det vil være et stort potensiale i å benytte denne type plattformer. Foreløpig blir det testet ut i noen få kommuner.

Velferdsteknologi og digitale løsninger benyttes i sykehjemmene og det pågår et arbeid med å få trådløst nett i alle institusjonene. Alle sykehjemmene og hjemmetjenestene har ressurspersoner innen velferdsteknologi.

## Responstjeneste

Dagens responstjeneste består hovedsakelig av mottak av varsler fra trygghetsalarmer og håndtering av disse, noe som gjøres via 110-sentralen. Tjenesten må i tiden som kommer håndtere flere tjenestemottakere, og hver bruker vil trolig motta et økende antall helse- og omsorgstjenester hvor teknologi er en naturlig del av tjenesten. Dette medfører økt kompleksitet som gjør at det er behov for å organisere og dimensjonere disse tjenestene på en annen måte enn dagens tjeneste. Det pågår et arbeid i kommunen med å finne gode løsninger for dette. For å kunne vurdere behovet for utrykning blir det i fremtiden slik at mottaker av signal må være helsepersonell.

### ANBEFALINGER:

- Kommunen må i større grad enn i dag benytte velferdsteknologi i tjenestene. Økt bruk av velferdsteknologi skal gi innbyggerne økt livskvalitet, begrense behovet for kommunale pleie- og omsorgstjenester og gi kommunen bedre omsorgskapasitet.
- Kommunen må sørge for tilstrekkelig med drifts- og investeringsmidler, slik at velferdsteknologiske løsninger kan tas i bruk etter hvert som markedet utvikler gode løsninger.
- Kommunen må sørge for tilstrekkelig kapasitet i virksomhet IT, slik at de har kapasitet til å understøtte økt omfang av velferdsteknologi.
- Kommunen bør opprette en informasjon- og rådgivningstjeneste innen velferdsteknologi som kan bistå brukere, pårørende og ansatte.
- I forbindelse med nye kommunale bygg må det lages en mal/sjekkliste som skal sikre at bygget blir tilrettelagt for IKT og velferdsteknologi.
- For å sikre gevinstrealisering innen bruk av velferdsteknologi er det behov for metodeutvikling og kunnskapsoppbygging.
- Det bør benyttes digitale plattformer til å koordinere tjenester rundt brukere der alle som kan bidra kan være med (bruker, frivillige, nabolag og andre).
- Kommunen må ha en responstjeneste tilpasset økt mengde digitale hjelpemiddel.

## 2.6 Koordinerte tjenester og tverrfaglig samarbeid

Alle skal oppleve tjenestene som tilgjengelige, trygge, helhetlige og koordinerte. Til tross for dette rapporterer mange brukere at tjenestene er for lite tilgjengelige og oppleves som lite sammenhengende.

### Samhandling barn og unge – livsløpsgarantien

*«Tenk om vi som foreldre kunne få en garanti for at barnet vårt og vi sjøle kunne gå gjennom dette livet der alle tjenestene var koordinerte og opplagte for oss»*

(«Tiden sammen må tilranes», Kjersti T. Rogne og Berger Hareide NR:1 2003)

Ålesund kommune utarbeidet i 2012 Livsløpsgarantien, som skal sørge for at kommunen ivaretar den enkeltes behov for tjenester gjennom alle livsfaser, og at systemet arbeider på vegne av brukeren. Kommunen skal fremover arbeide aktivt for at tjenestene fungerer ved alle overganger og gjennom alle livsfaser.

### Forbedret pasientflyt og styrking av intern samhandling

I 2017 har virksomhetene innenfor helse- og velferdsområdet arbeidet med å styrke samhandlingen og skape bedre pasientflyt. Pasientflyten kan bl.a. bedres ved å styrke bruker- og pårørendemedvirkningen, øke rehabiliteringsfokuset, å ha bedre behandlingsplaner med tydeligere mål for pasient/bruker, og mer samarbeid på tvers mellom virksomhetene.

I en god pasientflyt vektlegges direkte dialog mellom utførere i institusjon, sykehus og i hjemmet. Bruker- og pårørendedialogen er helt sentralt gjennom hele pasientforløpet.



Prosjektleder for pasientflytarbeidet Ann Elin M. Myklebust og LEAN-rådgiver Jenny Stordrange.  
Foto: Christine Rørvik, Ålesund kommune.

**Andre prosesser og planer som er med på å sikre god samhandling og pasientflyt:**

### **1. Den multisyke pasienten**

Helse Møre og Romsdal HF har i samarbeid med Ålesund kommune og andre kommuner, utarbeidet et pasientforløp for den eldre multisyke pasienten. Pasientforløpet er utarbeidet for å sikre god samhandling mellom kommunene og sykehuset. Den eldre multisyke pasient har flere kronisk somatiske og/eller psykiske sykdommer som kan påvirke hverandre og det generelle funksjonsnivået, og føre til økt risiko for komplikasjoner.

### **2. Palliativ plan**

En palliativ plan er et hjelpemiddel for å klarlegge hva pasienter med uhelbredelig sykdom (f.eks. kreft, hjertesvikt, kols, demens) ønsker skal skje i livets siste faser. Planen utarbeides gjennom dialog og forberedende samtaler mellom pasient, pårørende og helsetjenesten. Målet er å sikre god samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at den som er syk og familien kan oppleve best mulig livskvalitet. Videre er det en målsetning å være i forkant av utfordringer, ha fokus på gode dager, og få frem det som pasienten synes er viktig for seg.

### **3. Samhandlingsavtale mellom Helseforetaket og kommunen**

Den lovpålagte samhandlingsavtalen mellom Ålesund kommune og Helse Midt/Helse Møre og Romsdal regulerer mange områder, og er viktig for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

#### **ANBEFALINGER:**

- Alle virksomheter skal arbeide tverrfaglig for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.
- Ny pasientflyt for samhandling skal være godt forankret i alle virksomheter og tjenester.
- «Livsløpsgarantien» for personer med behov for livslange tjenester skal forplikte alle kommunale tjenester.
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør i større grad samarbeide for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, jf. samhandlingsavtalen.



## 2.7 Kommunal økonomi

For å skape en bærekraftig utvikling for omsorgsfeltet, oppsummerer Meld. St. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg» hovedgrepene slik:

*«I møte med morgendagens omsorgsutfordringer, blir det nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, bør denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet som tar sin del av samfunnsansvaret. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Det forutsetter også at folk tar ansvar for best mulig tilrettelegging av egen bolig, og at vi i fellesskap legger til rette de fysiske omgivelser slik at de blir tilgjengelige for alle og for alle generasjoner».*

Ålesund kommune er innmeldt i ROBEK, men vil etter planen være utmeldt av fylkesmannen våren 2019. Budsjettet for 2018 for virksomhetsområdene innen helse og velferd (31, 32, 34) er på 1,24 mrd. kr.

Fordelingen for alle virksomheter i årene 2018-2021:

Utvikling budsjetttrammer hele økonomiplanperioden						
VIRKSOMHETSOMRÅDE	Regnskap 2016	Budsjett 2017	Budsjett 2018	Budsjett 2019	Budsjett 2020	Budsjett 2021
19 INTERNE TJENESTER OG OVERFØRINGER	576 395	587 352	587 319	589 799	586 687	588 639
21 SKOLER/SFO	510 276	517 930	515 644	515 509	515 135	515 135
22 BARNEHAGER	80 956	87 352	87 337	87 337	87 337	87 337
29 UNDERVISNING - ANNET	29 555	35 466	35 466	35 466	35 466	35 466
31 HJEMMETJENESTER	409 321	439 112	480 092	480 814	480 814	480 814
32 SYKEHJEM, LEGETJENESTER OG AKUTT HELSEBER	467 963	511 427	514 165	517 111	517 111	517 111
34 HELSE- OG SOSIALE TJENESTER	229 006	237 894	249 870	253 421	257 779	258 213
49 KULTUR	152 351	208 432	193 684	192 804	192 804	192 684
59 TEKNISK OG FELLESDRIFT	49 237	40 720	40 704	39 804	39 804	39 804
<b>SUM VIRKSOMHETSOMRÅDENE</b>	<b>2 505 060</b>	<b>2 665 685</b>	<b>2 704 281</b>	<b>2 712 065</b>	<b>2 712 937</b>	<b>2 715 203</b>
<b>90 SKATT, FINANS OG RAMMETILSKUDD</b>	<b>-2 505 060</b>	<b>-2 665 685</b>	<b>-2 704 281</b>	<b>-2 712 065</b>	<b>-2 712 937</b>	<b>-2 715 203</b>
<b>TOTALT</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

(budsjett 2018 er i 2017-kroner, lønns- og prisvekst vil komme i tillegg)

### KOSTRA-tall

I henhold til KOSTRA-tall for 2016, så er netto driftsutgifter til pleie og omsorg i Ålesund (i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter) på 34,2 prosent. Dette er identisk med et gjennomsnitt av kommunene i Møre og Romsdal, men litt høyere enn Kostragruppe 13 (kommuner som vi normalt sammenligner oss med).

KOSTRA-tallene viser at kommunen bruker 46,7 prosent (av andel netto driftsutgifter til pleie og omsorgs) til sykehjem. Dette er 3 prosentpoeng høyere enn Møre og Romsdal og Kostragruppe 13. Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester er på 18,6 prosent (80+) i Ålesund kommune, og dette er noe høyere enn de kommunene vi sammenligner oss med. Andel beboere i institusjon som er 80 år eller eldre, er på 74,4 prosent.

Andelen (av netto driftsutgifter til pleie og omsorg) til hjemmeboende er på 47,5 prosent. Dette er 3 prosentpoeng lavere enn Møre og Romsdal og Kostragruppe 13. Andel innbyggere i bolig med heldøgns bemanning som er 80 år eller eldre, er på 3 prosent. Dette er 2 prosentpoeng lavere enn for Kostragruppe 13.

Andel (av netto driftsutgifter til pleie og omsorg) til aktivisering og støttetjenester er på 5,8 prosent. Dette er høyere enn Møre og Romsdal og nesten identisk med Kostragruppe 13 (5,6 prosent).

#### **Kostnader per plass/tjeneste:**

Det er heldøgnsbemannede boliger for personer med utviklingshemming og personer med psykiske helseutfordringer som har høyest kostnad per plass. Deretter følger sykehjemsplassene med et gjennomsnitt på 881 000 kr pr plass (tall fra Arena, budsjett 2017). Heldøgnsbemannede boliger/bokollektiv for eldre (Volsdalen, Borgundheimen) har en gjennomsnittlig kostnad per plass på 398 000 kr. De laveste kostnadene per plass er på forebyggende tjenester til eldre (dagplasser og åpne dagtilbud).

Ved å satse mer på de forebyggende tjenestene og boliger/bokollektiv med heldøgnsbemanning, vil en for noen kunne utsette behovet for sykehjemsplass. Kommunen må samtidig ha tilstrekkelig kapasitet for de som trenger sykehjemsplass.

#### **Statlige overføringer**

Kommunene kan ikke regne med at rammene fra staten øker tilsvarende den økningen som vil bli nødvendig innen helse- og omsorgsområdet, gitt at vi skal fortsette å yte tjenester omtrent som i dag. Skal kommunene få til en bærekraftig utvikling i helsetjenesten må vi omstille og endre ressursbruken. Det må settes inn mer ressurser innen folkehelse og tiltak som understøtter befolkningens evne til å ivareta egen helse og mestre egen hverdag.

Finansdepartementet har utarbeidet Perspektivmeldingen for 2017 med noen av de utfordringene som kommunene møter, for mer informasjon se [https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk\\_okonomi/perspektivmeldingen-2017/id2484715/](https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/perspektivmeldingen-2017/id2484715/)

#### **Nødvendige endringer for å sikre levedyktige omsorgstjenester**

For å sikre levedyktige tjenester må kommunen arbeide innovativt og forskningsbasert, og sikre nødvendig kompetanse i alle virksomheter. Det må satses mer på forebygging og tidlig innsats for å sikre at flest mulig kan mestre egen hverdag og bo hjemme lengst mulig.

Velferdsteknologi må i større grad tas i bruk enn i dag, og det må være et mye tettere samarbeid med bruker, pårørende og frivillige. Mer bruk av rådgivning, tverrfaglig samarbeid og teamorganisering blir også viktig for å sikre levedyktige omsorgstjenester.

#### **ANBEFALINGER:**

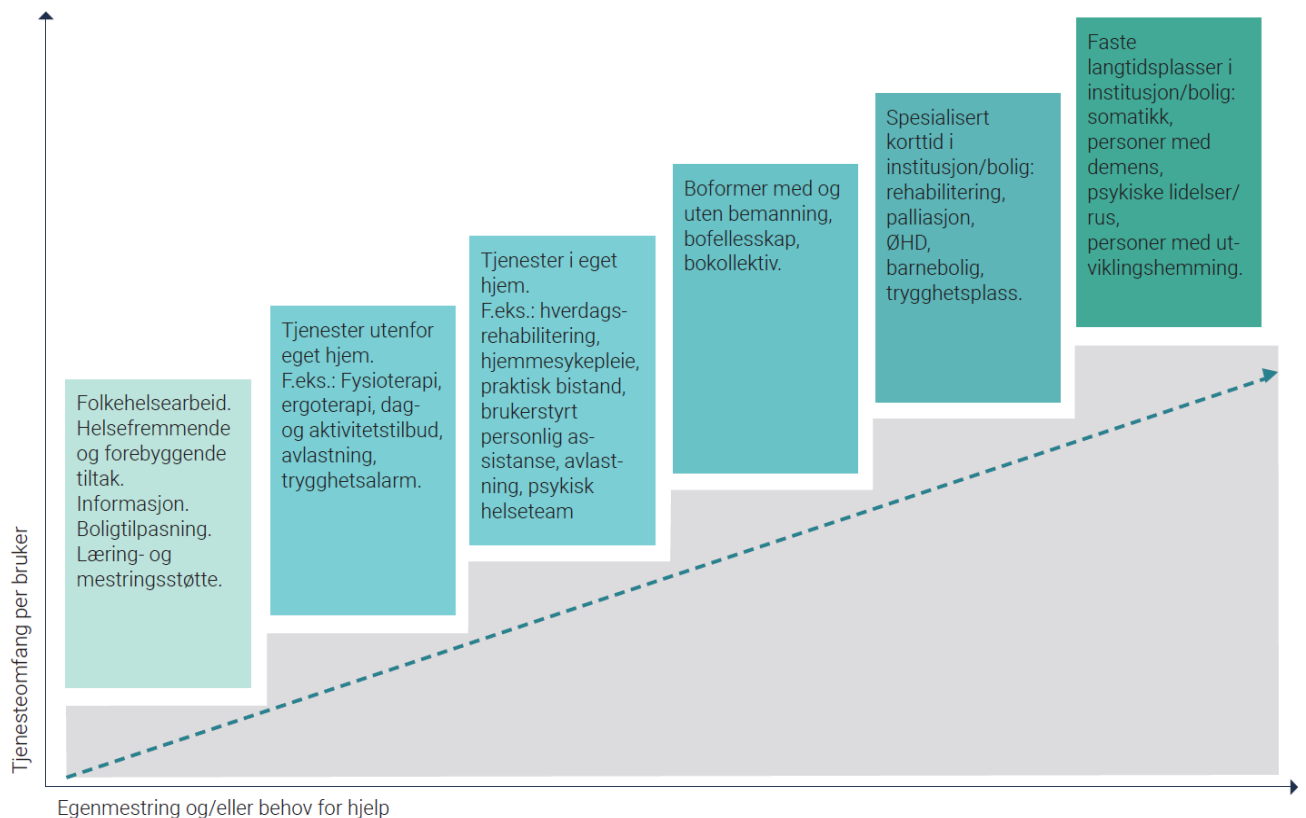
- Kommunen må satse mer på helsefremmende og forebyggende tiltak, tidlig innsats og flere dagaktivitetsplasser.
- Kommunen må satse på flere differensierte avlastningstiltak for å bidra til å forebygge og utsette behov for større og mer omfattende tiltak (til barn, unge og eldre).
- Kommunen må benytte LEAN-metodikk, tjenstedesign og annet kvalitetsarbeid for å skape bedre tjenester, øke kvaliteten og gi bedre ressursutnyttelse.
- Velferdsteknologi/digitalisering skal tas i bruk i alle tjenester og virksomheter for å gi innbyggerne økt livskvalitet, begrense veksten av behov for personale og gi kommunen bedre omsorgskapasitet.
- Kommunen skal satse mer på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring som bidrar til at den enkelte kan mestre egen hverdag og bo hjemme lengst mulig.
- Kommunen må ha flere boliger med hel- og deldøgns omsorg, som har et lavere kostnadsnivå enn sykehjem.

### 3. Utvikling av dagens tjenestetilbud

I dette kapittelet vil flere av tjenestene innen helse- og omsorg gjennomgås med tanke på utfordringer og anbefalinger for videre utvikling.

#### 3.1 OMSORGSTRAPPA

Tjenestene som gis i en kommune kan illustreres med en trapp der det laveste trinnet representerer at det ikke er behov for hjelp, og det høyeste trinnet representerer et stort behov for hjelp og høyt kostnadsnivå for kommunen<sup>3</sup>. Se figur nedenfor som illustrerer noen av de tjenestene som kommunen yter:



Tjenestetilbudet må være fleksibelt og tilpasset den enkeltes behov. Tjenestene skal fokusere på det friske og det som brukeren mestrer og kan utvikle videre. Dette innebærer en økt satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak.

#### 3.2 KOORDINERING, TILDELING AV TJENESTER OG TVERRFAGLIGE TEAM

Mennesker med store og sammensatte behov er en uensartet gruppe som har behov for koordinerte tjenester. Eksempler på pasienter og brukere med store og sammensatte behov:

- Barn, unge og voksne med behov for livslange tjenester.
- Personer med behov for samtidige tjenester knyttet til både psykisk helse, rus, somatiske helse og psykososial fungering.

<sup>3</sup> Trappa er basert på LEON-prinsippet. Laveste Effektive Omsorgsnivå.

- Eldre med mange diagnoser og større funksjonstap.

Viktige arbeidsmetoder som ivaretar brukermedvirkning er individuell plan og bruk av koordinator. Individuell plan (IP) er brukerens egen plan. IP skal utarbeides sammen med bruker og gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål. I Ålesund kommune benyttes i hovedsak elektronisk individuell plan. Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og er en viktig premisse når det fattes vedtak om tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Det innebærer å se tjenester i sammenheng for å oppnå helhet og sammenheng i tilbudet. Koordinering må skje på flere nivå:

- Koordinerende enhet, som har en sentral rolle i overordnet tilrettelegging.
- Koordinator, som samarbeider tett med pasient og bruker om den helhetlige planleggingen.
- Fastlegen har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen og har en sentral rolle i samhandlingen omkring tema hvor det er behov for fastlegens kompetanse.
- Den enkelte tjenesteyter, som innretter sine bidrag slik at de inngår i pasient og brukers helhet.

#### Tildelingskontoret og Koordinerende enhet

**Tildelingskontoret** i kommunen tildeler alle helse- og omsorgstjenester med unntak av lavterskeltilbud, som er tilgjengelige uten henvisning eller vedtak. Utgangspunktet for tildeling av tjenester skal være spørsmålet: «Hva er viktig for deg?».

Tildelingskontoret er også kommunens **koordinerende enhet** for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet har et særlig ansvar for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere med behov for langvarige tjenester. De er lovpålagt meldeinstans for behov for individuell plan og koordinator, og for mulig behov for habilitering og rehabilitering. De har overordnet ansvar for arbeid med individuell plan og koordinator, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Koordineringsmøter og bruk av elektronisk individuell plan er viktige virkemidler for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette arbeidet skal skje i nært samarbeid med den enkelte bruker, slik at den enkelte brukers ressurser, ønsker og behov kommer tydelig til uttrykk. Forebyggende tiltak, bruk av velferdsteknologi og rehabiliterende tiltak skal alltid vurderes først før andre tjenester gis.

Ansvar og oppgaver i koordinerende enhet har økt, og det er viktig at enheten dimensjoneres i forhold til dette. For å kunne ivareta barn på en god måte (spesielt i overganger mellom tjenester) bør det opprettes egne koordinatorstillinger for barn.

Tildelingskontoret har mange møtepunkter med både brukere/pårørende og ansatte i kommunen, og dette gjør at videokommunikasjon (SKYPE) er et viktig verktøy for å sikre god pasientflyt og koordinering.

### 3.2.1 Tverrfaglige team, primærhelseteam og innsatsteam

#### Tverrfaglige team

Nasjonale føringer legger vekt på at det bør jobbes mer i tverrfaglige team i kommunene og i samarbeid med helseforetakene. I Ålesund kommune har vi bl.a. småbarnsteam, demensteam, hverdagsrehabiliteringsteam, psykisk helseteam (ett for barn/unge, ett for voksne), ambulerende team rus, og miljøterapeutisk team.

Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid i team er:

- At pasient og bruker sitt behov og mål alltid er grunnlaget for teamets arbeid.
- God ledelse.
- Felles verdier og forståelse av begreper.
- At fagpersonell er bevisste og tydelige på egen fagspesifikk kompetanse og kjenner grensene for eget fag opp mot andres.
- At fagpersonene kjenner hverandres faglige styrke og «fremsnakker» hverandre.
- Avklart struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering.
- At man setter av tid til å utvikle den tverrfaglige felleskompetansen gjennom refleksjon, evaluering og metodeutvikling.

(Helsedirektoratet (2017): «*Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov*». Høringsutkast).

### Primærhelseteam

Bedring av tjenestetilbudet til hele befolkningen i form av økt tilgjengelighet, mer proaktivitet og bedre opplæring krever en teambasert tilnærming til grunnleggende helsetjenester – og det er dette som kan løses med primærhelseteam. (Meld.St 26 «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*»).

Det er mulig å søke Helsedirektoratet om tilskudd til et 3-årig prosjekt om utprøving av primærhelseteam. Teamet skal bestå av en lege (som leder teamet), sykepleier og en helsesekretær. Legetjenestene i Ålesund har blitt forespurt om de ønsker å søke tilskuddsmidler til dette, men det har ikke vært mulig å få dette til innen fristen i 2017.



### Innsatsteam

I forbindelse med nytt pasientforløp i Ålesund kommune ser en behovet for å kunne sette sammen team ut ifra brukers behov for en kort periode. Et slikt innsatsteam kan bestå av personer fra hjemmetjenesten, ressursbasen, fysioterapeut, ergoterapeut e.l.

## 3.2.2 Legetjenester

Alle kommunens innbyggere har fått tildelt fastlege. Allmennt medisinsk offentlig legearbeid utføres på helsestasjoner, skoler, sykehjem og i fengsel. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten går via legene, og det er et mål at legene er dyktige på diagnostisering og ikke overforbruker spesialisthelsetjenesten gjennom sin henvisningspraksis. Ålesund samarbeider med nabokommunene om legevaksordning og øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Det er generelt for lite samhandling mellom legene og andre aktører i kommunen. For å sikre at det blir gitt riktige tjenester, en god oppfølging og overgang mellom tjenester, er det viktig at legene er godt informert og involvert i kommunens tjenestetilbud. Ved noen av legekantorene er det et godt samarbeid med andre tjenester i kommunen – de har faste møter o.l. I andre deler av kommunen er det imidlertid en stor utfordring å få til et godt samarbeid. Etter at elektronisk meldingssystem kom på plass har samhandlingen bedret seg betraktelig.

Fra 1. mars 2017 skal alle leger som tiltrer uten å være spesialist, være i et LIS løp (Lege i spesialisering), og dette har medført endringer i forhold til hvordan kommunen må tilrettelegge for leger ansatt i kommunen. Kommunen bør komme i gang med tiltak som gjør det mulig å utdanne flere spesialister i allmennmedisin.

Kommunen skal ha oversikt over tilgangen til fastleger i kommunen, og stimulere til ny-etableringer for å kunne gi innbyggerne reelle valgmuligheter om valg av fastlege. I fremtiden bør legekantorene være av en slik størrelse at flere leger kan være i felles lokaler, samt at flere andre tjenester kan samlokaliseres med legene (Helsehus). Legene bør også i større grad arbeide i primærhelseteam (lege, sykepleier, administrativt personell) for å sikre riktig ressursbruk.

På legevakta må kommunen arbeide for å møte nye kompetansekrav. De fleste fastleger deltar i dag i turnusordning som gir et antall pålagte vakter i legevakt. Flere tar til orde for at dette systemet bør avvikles og at det i stedet settes faste legevaksleger. Fastlegenes arbeidssituasjon er stadig i nyhetsbildet, og det er ikke usannsynlig at det kan komme endringer. Ålesund kommune må i fremtiden kunne tilby alternative driftsmodeller for fastleger for å sikre god rekruttering.

Det pågår et arbeid med å utarbeide «Plan for legetjenestene i Ålesund», og noe av det som vil bli omhandlet der er geografisk spredning av leger, behov for flere fastlegehjemler/faste ansettelse, økte kompetansekrav m.m. Planen forventes å være ferdig våren 2018.

#### **ANBEFALINGER:**

- Koordinerende enhet må dimensjoneres i forhold til oppgaver og ansvar.
- Videokommunikasjon (SKYPE) skal benyttes for å sikre god tverrfaglig oppfølging i tjenestene.
- Det bør opprettes egne koordinatorstillinger som kan ivareta barn i overganger i livsløpet.
- Forebyggende tiltak, rehabiliterende tiltak og bruk av velferdsteknologi skal alltid vurderes først før andre tjenester gis.
- Tverrfaglige team, oppfølgingsteam og innsatsteam skal benyttes der dette er tjenlig for å dekke pasientens behov.
- Det bør legges til rette for økt samarbeid mellom fastlegene og kommunens øvrige tjenester, både i form av gode rutiner for informasjonsutveksling og ved å etablere møteplasser.
- I fremtiden bør fastlegepraksiser samles i større legesenter, som også gir plass til utvikling av såkalte primærhelseteam.

### **3.3 TIDLIG INNSATS FOR BARN OG UNGE, LIVSLANGE TJENESTER**

#### **3.3.1 Folkehelse**

Satsing på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn. Å bidra til god folkehelse er et ansvar for samtlige kommunale tjenester. Ålesund kommune har en folkehelsekoordinator som skal samordne og koordinere den forebyggende

innsatsen i kommunen, samt være pådriver for nye tiltak. Koordinatoren skal også kartlegge områder i kommunen der det trengs målrettet helsefremmende innsats. Kartlegginger som gjennomføres jevnlig er Folkehelseprofilen og Ungdata.

### 3.3.2 Tidlig innsats

Forebygging rettet mot barn og unge handler først og fremst om å legge til rette for et godt oppvekstmiljø for alle. Dette handler både om informasjons- og holdningsarbeid, samt konkret arbeid for å skape gode og trygge lokalsamfunn. Et godt oppvekstmiljø dannes gjennom samhandling mellom ulike aktører i et barns liv, som familie og venner, barnehage og skole, og et godt nærmiljø. Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til alle barn og unge.



På kommunens helsestasjon i sentrum. Foto: Marit Brunstad

Det er et stort potensiale i at barnehager/skoler og helsepersonell samarbeider tettere for å kunne hjelpe barn og deres pårørende. Kommunen må ha tilstrekkelig med personell/kompetanse til å håndtere de utfordringer som barn og unge har, før de får utvikle seg til mer alvorlige problemer (diagnoser).

I «Ressursbasen» i virksomhet Barn og familie, arbeides det med ulike veiledningsprogram til både hjem, barnehage og skole. De tilbyr også støttesamtaler og gruppetilbud til ungdom. I tillegg kan de tilby kurs samt gi veiledning og kompetanseheving for virksomheter og andre tjenester/grupper. Videre oppbygging og utvikling av Ressursbasen er viktig for at kommunen skal lykkes med forebygging og tidlig innsats.

Ålesund kommune er med i «Mission possible», som er et styringsnettverk på Sunnmøre som arbeider for å samordne alle tjenester som har med hjelp til barn å gjøre. Utvikling av nettverket er viktig for å sikre gode tjenester.

For tidlig hjelp og støtte i hjemmet bør det vurderes å etablere et frivillig familiestøtteprogram; «Home-Start Familiekontakten». Tilbudet fra Home-Start Familiekontakten (HSF) er et supplement til det offentlige hjelpeapparatet. Hensikten er å forebygge utvikling av belastninger og stress, støtte familien på det de mestrer og avlaste etter familiens behov. Et slikt tiltak vil være et samarbeid mellom kommunen og frivilligheten og vil kreve koordinator med helse- og sosialfaglig bakgrunn.

Det burde være mer bruk av gruppearbeid og gruppemetodikk for å bringe brukere og pasienter sammen. Det er viktig å kunne invitere til likepersonarbeid, selvhjelpsgrupper og deling av kunnskap og erfaringer. Dette bidrar også til å styrke brukernes/pårørendes stemme ved at de opptrer sammen i møte med fagprofesjoner og offentlige tjenester. Det bør satses mer på lærings- og mestringstilbud.

### **SLT-Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak**

Kommunen har en SLT-koordinator som arbeider for en effektiv og målrettet samordning av de forebyggende ressursene i Ålesund. Dette for å sikre et koordinert tilbud som reduserer risikoen for at barn og ungdom gjør eller blir utsatt for kriminalitet og rusbruk. SLT-koordinator skal motvirke dobbeltarbeid og være et bindeledd mellom kommune, politi og lokalsamfunn. Møre og Romsdal politidistrikt har opprettet støttesenter for kriminalutsatte, og det er viktig at kommunen har et tett samarbeid med senteret.

### **Psykisk helse**

Alle har en psykisk helse, og det er like viktig å fokusere på den psykiske helsen som den fysiske. Psykiske helseproblemer fører til redusert livskvalitet og ofte redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeidsliv. Skolene, og spesielt ungdomskolene, har de siste årene opplevd at et økt antall elever strever med sin psykiske helse. Ungdatatall fra Ålesund i 2017 viser at de aller fleste har en bra psykisk helse, men andelen som sliter med psykiske helseplager har likevel økt betydelig. Jenter er langt oftere enn gutter utsatt for psykiske helseplager. Skolestress og psykiske plager henger tett sammen. Færre er ute sammen med venner og det sosiale samværet foregår i større grad på nett. Ulike utfordringer på nettet er også en årsak til psykiske helseplager.

Kommunen ser en stor økning i henvisninger til psykisk helseteam der mobbing, psykiske vansker og en vanskelig situasjon hjemme er hyppige tema. Skolehelsetjenesten har i 2017 fått styrket sine tjenester gjennom øremerkede midler fra staten. Det er i 2017 også etablert psykisk helseteam med psykologkompetanse i kommunens ressursteam for barn og unge. Kommunen viderefører programmet for elever i 8/9. klasse som gir elever, lærere og foresatte opplæring i psykisk helse. Det er en utfordring å sikre gode overganger fra psykisk helseteam for barn til psykisk helseteam for voksne.

### **Barn som pårørende**

Mange barn opplever å være pårørende i løpet av oppveksten. Når noe skjer med foreldre eller søsken, påvirkes barnas hverdag. Det er vanlig å tenke på barn som pårørende når en av foreldrene er syke. Det kan være både psykisk sykdom, fysisk sykdom eller skade. I tillegg finnes det mange flere årsaker til at barn kan kalles pårørende eller at hverdagen blir vanskelig. Ålesund kommune har etablert 23 barneansvarlige for å kunne ivareta barn som pårørende på en god måte.

Det er etablert system for å identifisere og avhjelpe fødselsdepresjoner. Det nye initiativet «Barneblikk»<sup>4</sup> skal foreslå oppfølgingstjenester for utsatte småbarnsfamilier.

### **Livslange tjenester/Livsløpsgarantien**

Bakgrunn for behovet for livslange tjenester kan være enten medfødt eller tidlig ervervet sykdom eller tilstand. Tjenestene som kommunen yter skal være helhetlige, sammenhengende og samordnede, og basert på individuelle behov og personlige ønsker. Kommunale tjenester som omtales som en del av livslange tjenester er bl.a. råd og veiledning med fokus på forebygging og tidlig innsats, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, barnehage og skole, småbarns- og grunnskoleteam, ulike fritids- og avlastningstilbud, støttekontakt, omsorgsstønning, arbeids- og aktivitetstilbud, etter skoletilbud (13Pluss for elever, ungdomsskole og videregående skole), brukerstyrt personlig assistanse (BPA) m.m.

---

<sup>4</sup> «Barneblikk» handler om å få tak i barnas syn på foreldre, hjelpeapparat og egen situasjon. Blikk for barn er å gjøre disse barna mer synlige for hjelpeapparatet, foreldre og andre voksne.



### Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering

Brukermedvirkning og størst mulig grad av valgfrihet er viktig, med individuelle vurderinger og skreddersøm. Kommunen bør satse på økt veiledning og støtte til familier med barn/unge som har en utviklingshemming.



Bruk av teknologi i tilrettelagt arbeid. Foto: Ålesund kommune.

### Innsatsteam

Det er viktig å finne gode tilpassede hjelpetiltak for barn og unge med ulike og utfordrende diagnoser/sammensatte diagnoser (utviklingshemming, autismespekter). Dette kan f.eks. gjøres ved å opprette innsatsteam som raskt kan finne individuelle løsninger i krevende enkeltsaker. Det bør etableres et tverrfaglig innsats-/habiliteringsteam med særlig kompetanse innen autismespekterforstyrrelser.

### Ungdomstid

Mange ungdommer med utviklingshemming faller utenfor på ulike arenaer i ungdomstiden, og både avlastnings- og støttekontaktbehovet øker. Det er behov for flere differensierte avlastningstiltak, opplæringstiltak og også et økt fokus på kvalifisering, arbeid og veien frem mot voksenlivet. Ettermiddagstilbud (13Pluss) til personer med utviklingshemming i videregående skole må være i samsvar med behov.

### Arbeid

Det bør legges til rette for at personer med utviklingshemming kan få jobbe i kommunale virksomheter. Bergen kommune har for eksempel stillinger i sykehjem. Det er behov for å tenke nytt med mulighet for større variasjon både i og utenfor kommunal virksomhet, samt tydeligere avklaringer på hvem som gjør hva i NAV, Brisk, Vekst Ålesund og virksomhet Arbeid og aktivitet.

### Eldre

Eldre personer med utviklingshemming som ikke lenger fungerer i arbeidslivet skal også kunne pensjoneres. Flere eldre personer med utviklingshemming som har somatiske utfordringer kan ikke delta i etablerte arbeids- og aktivitetstilbud utenfor boligene. Dette skaper utfordringer med å etablere meningsfylt innhold i tilværelsen til disse seniorenene, og det trengs flere tilbud for personer med lavt funksjonsnivå.

## Kompetanse

Det er en økning i antall personer med autismespekterforstyrrelser og atferdsproblematikk, der noen også har utviklingshemming. Kommunen må ha kompetanse til å bistå alle med store hjelpebehov.

Kompetanse innen autismespekter, utfordrende atferd og hvordan vi skal møte vold og trusler mot ansatte må bygges opp på tvers av virksomhetsområder, også sammen med spesialisthelsetjenesten. Kommunen bør søke å påvirke utdanningsinstitusjonene slik at utdanningsprogrammene i større grad omhandler disse diagnosene og utfordringene.

### 3.3.3 Botilbud og avlastning

Det er et stort behov for flere samlokaliserte boliger for personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, bl.a. for å unngå etablering av ressurskrevende tiltak for enkeltpersoner i private boliger. Det er også behov for nye typer og mer hensiktsmessige avlastningstilbud tilpasset bruker/pårørende (mer fleksibilitet, tidlig innsats), og det er behov for tilrettelagte fritidstilbud. Unge over 18 år står for ca. 30 % av belegget ved avlastningsboligene. Dette er en av konsekvensene av at man ikke greier å bygge tilrettelagte boliger med personal og fellesbaser for målgruppen. I årene fremover er det mange voksne personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse som er over 18 år og som trenger å flytte i egen bolig. Det er behov for at både kommunen og private utbyggere bygger boliger med funksjonelle løsninger for målgruppen.

Flere av dagens bokollektiv har mellom 3-6 plasser. I fremtiden bør det planlegges for at det skal være 8 plasser i bokollektivene. Dette gir mer robuste tjenester og et større fagmiljø. Utbygging av boliger bør være i samsvar med planen «*Bolig for velferd i Ålesund, strategier 2016-2025*».

#### ANBEFALINGER FOR HELE KAPITTEL 3.3:

- Alle virksomhetene i Ålesund kommune må prioritere forebyggende tiltak fremfor kostnadskrevende «reparasjoner».
- Ressursbasen for barn og unge bør videreutvikles og styrkes.
- Psykisk helseteam for barn og unge må videreutvikles i takt med behov og etterspørsel.
- Arbeid med «barn som pårørende» må videreutvikles.
- Det bør etableres et tverrfaglig innsats/habiliteringsteam med særlig kompetanse innen autismespekterforstyrrelser.
- Kommunen bør satse på økt veiledning og støtte til familier med barn/unge som har en utviklingshemming.
- Kommunen må utvikle fleksible og differensierte avlastningstilbud tilpasset hver enkelt familie og barnet/ungdommen.
- Kommunen må bidra til å utvikle flere typer arbeidsplasser for personer med utviklingshemming og andre med behov for tilrettelagt arbeid.
- Det må bygges flere samlokaliserte boliger for personer med utviklingshemming i samsvar med kommunens plan «*Bolig for velferd i Ålesund*».

## 3.4 FOREBYGGENDE TILTAK, TJENESTER FOR VOKSNE OG ELDRE

I 2030 vil det være dobbelt så mange i aldersgruppen 80+ som det er i dag. Mange eldre er ressurssterke mennesker med god helse, som yter en viktig innsats i samfunnet, både som omsorgspersoner overfor sine nærmeste og som deltakere i annet frivillig arbeid.

Morgendagens eldre vil stille langt større krav til helsetjenester enn dagens eldre. Mange vil ønske å bo hjemme, og mange vil heller omgi seg med velferdsteknologi enn å bli pleiet av helsepersonell. De som blir eldre fremover vil også utfordre helsetjenestene ved å stille større krav til hjelpeapparatets kompetanse og fleksibilitet. Tilbudene må være forebyggende, kompetente og fleksible. Recovery

tenkningen med fokus på livsmestring og brukerinvolvering vil få større og større betydning. Samtidig må kommunene kunne gi behandlingstilbud og omsorg for de som trenger det.

Ålesund kommune har (både alene og i samarbeid med andre) mange forebyggende tiltak for voksne og eldre, som kurs innen psykisk helse, ulike lavterskeltilbud, dagtilbud for eldre, seniorsenter, kulturtilbud, turgrupper, forebyggende hjemmebesøk for personer over 75 år, pårørendeskole, samtalegrupper, ulike arbeidstiltak, frivilligsentral, hjelpemiddelservice m.m.

### **3.4.1 Pårørendeinvolvering**

Pårørende som tar vare på sine nærmeste, gjør en avgjørende innsats og bør bli møtt av et offentlig tjenesteapparat som arbeider sammen med dem og avlaster dem. Pårørende har ofte erfaring og kompetanse fra kontakten med helse- og omsorgstjenesten gjennom lang tid, og kan være talspersoner for brukere som trenger hjelp til å ivareta sine interesser og behov. Bruk av deres erfaringer og innsikt må settes i system og inngå både i planlegging, utvikling og drift av dagens og fremtidens tjenester. Kommunen bør ha fleksible avlastningsordninger samt støtte pårørende gjennom informasjon, opplæring og veiledning. Trygghet for at situasjonen er forsvarlig er som oftest en kritisk faktor som avgjør om pårørende mener det er greit at en med voksende hjelpebehov fortsatt skal bo hjemme. Det personalet som treffer pårørende må være dyktige til å informere om ulike hjelpetilbud som i sum kan gi en god og trygg situasjon.

### **3.4.2 Frisklivssentral, Lærings- og mestringstilbud**

Kommunen har tidligere hatt en Frisklivssentral. Det ble gitt gode tilbakemeldinger fra brukere, og fra legene som kunne henvise dit. Sentralen ble etablert ved hjelp av statlig finansiering, men da det ikke ble gitt tilskudd lenger ble sentralen avviklet. Det er svært ønskelig at kommunen kan få i gang et lignende tilbud. Livsstilsrelaterte utfordringer gir konsekvenser for folks fysiske og psykiske helse, og ved en frisklivssentral kan folk få kunnskap og inspirasjon til å være i aktivitet og drive egenomsorg. Fastlegene melder at de savner å kunne henvise pasienter til å ta kontakt med et slikt tilbud der man kan få oppfølging i forhold til ernæring, røyking, rus, trening, psykisk helse osv.

Kommunen har i dag ulike lærings- og mestringstilbud, der de aller fleste er i regi av virksomhet Aktivisering- og velferd. Ålesund kommune har i 2017 inngått et samarbeid med Helse Møre og Romsdal sitt Lærings- og mestringssenter. Kommunen bør opprette et mangfold av lærings- og mestringstilbud der brukere og pårørende kan få hjelp og rådgivning, og hvor brukere kan lære av hverandre. Det er viktig å invitere til likepersonarbeid, selvhjelpsgrupper og deling av kunnskap og erfaringer. Dette bidrar også til å styrke brukernes stemme ved at de opptrer sammen i møte med kommunen.

### **3.4.3 Trygghetsskapende tjenester**

For mange eldre er det vanskelig å skulle forlate hjemmet, selv for korte ærend. Mange trenger en arm å holde i når de skal gjøre noe ute som for eksempel legetime, frisør, tannlege eller bare en handletur. Kommune burde via Frivilligsentralen kunne tilby følgetjeneste til eldre.

En annen trygghetsskapende tjeneste som kommunen burde tilby, er en ambulerende vaktmester som kan bistå i private hjem med enkle reparasjoner/vedlikehold. Dette vil kunne bidra til at eldre kan bo lenger hjemme. I Helsingborg kommune har de bl.a. en «fixartänst» for personer over 70 år som hjelper med praktiske ting i hjemmet for å minske risikoen for fallulykker. Tjenesten kan bookes via et telefonnummer og koster 50 kr. Dette er noe som kan organiseres i Frivilligsentralen.

En trygghetsavdeling/brukerstyrt seng i sykehjem er også en trygghetsskapende tjeneste som kommunen kan vurdere å opprette. Dette blir beskrevet nærmere i kapittel 3.4.12. I spesialisthelsetjenesten finnes brukerstyrte senger ved distriktpsikiatriske sentra.

### 3.4.4 Samarbeid med frivillige og næringslivet

Omsorgsutfordringene i årene fremover kan ikke løses av de kommunale helse- og omsorgstjenestene alene, men vil kreve at samfunnets samlede omsorgsressurser mobiliseres. Om lag halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av et år, men under 10 % av det frivillige arbeidet i Norge skjer innenfor omsorgssektoren. Det er et behov for økt frivillig innsats på helse- og omsorgsfeltet. Organisering, veiledning og motivasjon er viktig for å rekruttere og beholde frivillige. Frivilligheten er i endring, og det er viktig at kommunen klarer å nå nye potensielle frivillige. Det er viktig at kommunen legger til rette for gode arbeidsvilkår for frivillige organisasjoner, og styrke samarbeidet med både organiserte og uorganiserte frivillige.

Et aktivt næringsliv som deltar i utforming av løsningene på kommunenes utviklingsbehov kan bidra til bedre, tryggere og mer effektive tjenester, og gi positive ringvirkninger i næringslivet. Mange bedrifter har også en erklært politikk innenfor det som kalles CSR, dvs Corporate Social Responsibility. Dette omfatter ofte et bredt spekter av innsats, og noen bedrifter oppfordrer ansatte til å engasjere seg i velferdsoppgaver i nærmiljøet. Ofte er dette koplet med en form for belønning av de ansatte som stiller opp til slik innsats (fri med lønn, tilskudd til bedriftens eget arbeidsmiljøarbeid, osv.). Ålesund kommune bør oppmuntre lokalt næringsliv til å promotere frivillig arbeid overfor sine ansatte, og eventuelt også til å lage slike ordninger som direkte er et bidrag til å sørge for arbeidskraft til frivilligheten.

### 3.4.5 «Leve hele livet»

Regjeringen har startet arbeidet med kvalitetsreformen «Leve hele livet». Målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Leve hele livet skal handle om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre. Følgende står på Helse- og omsorgsdepartementets sider:

**Behov for mat:** Lite og feil mat gjør det tyngre å mestre livet. Mange eldre er så underernært og feilernært at det gir sykdom og funksjonsfall. God mat og gode måltider er viktig for den fysiske og den psykiske helsa.

**Behov for aktivitet og felleskap:** Eldre mister mye sosial kontakt når de slutter på jobben eller mister ektefellen. De har behov for møteplasser og aktiviteter i lokalsamfunnet. Forebygger vi ensomhet, forebygger vi fysiske og psykiske lidelser.

**Behov for helsehjelp:** Mange eldre lever med kroniske lidelser og funksjonsnedsettelse. Riktig helsehjelp gjør det lettere å mestre livet og hindrer at sykdommer forverrer seg. En helsetjeneste som fanger opp forverring i eldre pasienters helsetilstand forebygger både lidelse og sykehusinnleggelse.

**Behov for sammenheng og gjennomføring:** Mange eldre og pårørende opplever utrygghet fordi tjenestene ikke henger sammen. Sammenhengende tjenester har høyere kvalitet og skaper større trygghet. Kommunene må få verktøyene som trengs til å gjennomføre endringer som gir bedre sammenheng i tjenestene.

### Samarbeid mellom hjemmetjeneste og sykehjem

Hjemmetjenesten og sykehjemmene bør ha et tettere samarbeid, spesielt i forhold til den eldre befolkningen. Dette kan f.eks. være i forhold til:

- Ernæring og aktivitet (frokostgrupper, felles middag og sosiale aktiviteter på et sykehjem. Dette for å hindre feilernæring, ensomhet, isolasjon, inaktivitet).
- Medisinsk oppfølging. Bruker kan få medisinsk oppfølging på nærmeste sykehjem, og trenger ikke å reise til legekonsultasjon eller på sykehuset.
- Å planlegge tilbakeføring fra korttidsopphold til egen bolig. Det må utarbeides klare mål sammen med bruker, og avklares forventninger i forkant av et korttidsopphold.
- Bruk av velferdsteknologi. Teknologi som testes ut på korttidsplassene (medisindispensere, videokommunikasjon o.l.) må også kunne benyttes i eget hjem etter endt opphold.

### 3.4.6 Hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring og innsatsteam

**Hverdagsrehabilitering** skiller seg fra ordinær pleie- og omsorgstjenester, ved at vedtak om pleie, praktisk hjelp og bistand ikke avklares endelig før brukeren har fått vurdert sitt rehabiliteringspotensial. Hverdagsrehabilitering innebærer:

- At man starter med spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?»
- Målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter som personen selv tillegger betydning.
- Tidlig, intensiv og tidsavgrenset innsats i personen sitt hjem eller nærmiljø.
- Styrket involvering og samhandling mellom ergo- og fysioterapeuter og personale i hjemmetjenesten.

Metoden bygger på et tenkesett om at personen selv styrer deltagelse og hverdagsmestring. Den gir mulighet til inkludering av aktuelle nærpå personer, pårørende og frivillige. Den fører til økt selvhjelpenhet i daglige gjøremål, slik at personen fortsatt kan bo hjemme, være aktiv i eget liv og delta sosialt og i samfunnet. Målgruppen er brukere med behov for hjemmetjeneste på grunn av begynnende funksjonssvikt, og som er motiverte for egeninnsats med hensikt å kunne mestre egen hverdag igjen. Eksempler på aktiviteter det trenes på kan være: Å bli selvstendig i dusj, stell, påkledning, komme inn og ut av senga på egen hånd, lage seg mat, gå i trapp, komme seg ut at hjemmet og gå i butikken.

Kommunen har et hverdagsrehabiliteringsteam og mange får denne typen intensiv hjelp til å bedre klare seg selv. Ansatte i hjemmetjenesten har fått opplæring i hverdagsrehabilitering og kan inngå som hjemmetrenere i hverdagsrehabiliteringsteamet sammen med ergoterapeut og fysioterapeut. Det er imidlertid et behov for ytterligere opplæring i tjenestene for å sikre at fokuset opprettholdes. I 2017 har kommunen fått innvilget 1,3 mill.kr til et prosjekt for å øke kompetansen i hverdagsrehabilitering. Dette er i samsvar med mål i kommunens «Re-/habiliteringsplan 2016-2020».

Hverdagsrehabilitering gir helsegevinst for brukerne av tjenesten, er tidsbesparende for ansatte, og kan gi en mer effektiv utnyttelse av kommunale ressurser. Dette gjør at hjemmetjenesten kan ta seg av flere brukere uten tilførsel av flere ressurser. Denne innsatsen må videreføres og styrkes. Det ble i prosjektperioden for hverdagsrehabilitering utarbeidet kriterier for hvem som kan få tilbud om hverdagsrehabilitering. Nedre aldersgrense ble i prosjektet satt til 60 år, men det bør vurderes om den skal senkes da andre aldersgrupper også vil ha nytte av hverdagsrehabilitering.

**Hverdagsmestring** er et forebyggende og rehabiliterende tenkesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Bruker skal trenes opp igjen til å mestre hverdagslige aktiviteter i eget liv, og det er vesentlig å kartlegge hvilke ferdigheter som er viktige for brukeren selv.

#### Ergoterapi- og fysioterapitjenester

Bystyret vedtok i 2016 «Re-/habiliteringsplan 2016-2020» og denne planen har mange gode anbefalinger og tiltak som er viktig å følge opp.

Et viktig aspekt for å forebygge funksjonssvikt kan være rask tilgang på fysioterapeut og ergoterapeut. Enkelte må vente lenge for å slik hjelp, og noen venter på ergoterapeut i opp mot åtte måneder for å få enkel tilpasning av hjelpemidler. En konsekvens av lang venting kan være økt funksjonssvikt, forverring av sykdom og til slutt sykehusinnleggelse. Det er behov for flere kommunale ergoterapeuter og fysioterapeuter for å styrke det forebyggende arbeidet. Det bør også vurderes om det skal opprettes flere avtalehjemler for fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd.

For å sikre en god forebyggende innsats er det viktig med et tett samarbeid mellom kommunale tjenester. Som ledd i å styrke den tverrfaglige forebyggende innsatsen er ergo- og fysioterapi-tjenesten organisert sammen med øvrige forebyggende tjenester i virksomhet Aktivisering- og velferd fra 2018. Det er også viktig at de kommunale fysioterapeutene og fysioterapeutene med kommunalt driftstilskudd har et godt samarbeid for å sikre gode tjenester. Organiseringen av fysioterapeutene og antall driftstilskudd bør gjennomgå i arbeidet med Nye Ålesund kommune.

### **Innsatsteam – tverrfaglig team**

For å sikre at forebyggende arbeid og aktivitet blir prioritert bør det etableres ulike former for innsatsteam. Et innsatsteam kan i en kort periode bistå med:

- å få personer raskt tilbake i jobb
- gi folk kunnskap om eget sykdomsbilde
- informasjon om hvordan de kan yte helsehjelp til seg selv (f.eks. ved digitale målinger)
- informasjon om hvordan en kan bidra til å unngå innleggelse i sykehus eller institusjon
- hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring/rehabilitering

For mer informasjon om tverrfaglige team, se kapittel 3.2.2.

### **3.4.7 Demensomsorg**

Det er i Norge ca. 80.000 som er rammet av demenssykdom. De fleste er over 80 år, og disse får etter hvert som sykdommen utvikler seg omfattende bistandsbehov. Langtidsopphold i institusjon er hovedsakelig den tjenesten som ytes til denne brukergruppen. Pårørendes innsats til demente er betydelig, og det er karakteristisk at pasientene før innleggelse i institusjon mottar relativt lite hjelp fra hjemmetjenesten. Det er behov for mer avlastning for denne pårørendegruppen, og mer kunnskap om hva som skal til av gode tilbud for å dempe behovet for langtidsopphold i institusjon.

*«Økt kunnskap om demenssykdommer er et av kjerneelementene for å gjøre samfunnet mer demensvennlig. Det er viktig for enkeltmennesker som lever med en demens-sykdom å ha kunnskap om sykdommen. Befolkningen som helhet og ulike samfunnssektorer trenger informasjon for å tilrettelegge og ivareta for personer med demens. En annen stor utfordring for demensomsorgen er å sikre tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helse- og sosialpersonell. Dette sikres først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak og en styrking av den faglige kompetansen om psykisk helse, geriatri og demens». (Demensplan 2020).*

#### **Demensvennlig samfunn og Aktivetsvenn**

Ålesund kommune har inngått en samarbeidsavtale med Nasjonalforeningen for folkehelse for å bli et mer demensvennlig samfunn. Formålet med avtalen er å legge til rette for at mennesker med demens kan møte forståelse, respekt og støtte i sitt lokalsamfunn. De skal ha mulighet til å være inkludert og delta i nødvendige hverdagsaktiviteter som å handle, bruke offentlig transport og delta i kulturaktiviteter. Nasjonalforeningen har også tilbudet «aktivetsvenn» som Ålesund kommune er med på. Frivillige aktivetsvenner skal gi personer med demens flere aktiviteter og gode opplevelser i hverdagen. Selv om sykdommen har kommet så langt at opplevelser raskt glemmes, viser det seg at de gode følelsene og stemningen aktiviteten skaper varer. Det er også bevist at meningsfulle og stimulerende aktiviteter kan være med på å forebygge og i noen grad bremse utviklingen av sykdommen.

#### **Dag- og aktivitetstilbud**

Kommunen har ulike tilbud for hjemmeboende med demens, bl.a. turgrupper, tilbud i Borgundgavlen, Stabburstrim, og dagplasser ved Volsdalen aktivitetstilbud og Hatlahaugen dagsenter (totalt 38 dagaktivitetsplasser).

### **Demensteam**

Kommunen har et demensteam som kartlegger og utreder personer med sykdommen demens. Ved kartlegging, utredning og oppfølging av personer med demens er det et stort behov for et forpliktende samarbeid mellom fastleger og demensteamet. Samarbeidet med fastlegene varierer, og det er behov for økt samhandling med fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å øke ressursene til slik kartlegging og utredning i takt med at antall personer som får demens øker.

### **Avlastning**

Kommunen ønsker å kunne gi fleksibel og forutsigbar avlastning for pårørende til personer med demens, og på den måten øke deres mulighet til å være sosialt aktive og ta vare på seg selv. For den enkelte omsorgsyter er det viktig å kunne planlegge egen ferie og fritid. Frem til nå har døgnavlastning for personer med demens stort sett kun vært gitt ved 1-3 ukers opphold i sykehjem. Det bør etableres nye løsninger i form av fleksible avlastningsplasser som er døgn- og helgebaserede, der brukere kan få kortere avlastningsopphold i trygge og kjente omgivelser. Tilbakemeldinger fra brukere og pårørende viser at de ønsker ettermiddags- og helgeavlastning på steder der brukeren allerede er trygg og kjent gjennom deltakelse ved dagtilbud. Kommunen prøver nå ut slik avlastning på Hatlaaugen dagsenter.

### **Tilbud til personer med alkohol-/rusrelatert demens**

Det har de siste årene vært en økning av personer med alkohol-/rusrelatert demens. Kommunen har behov for å styrke kompetansen innen dette fagområdet. For å kunne gi denne gruppen et godt tilbud må det gjøres bedre kartlegging, og tilbys mer omfattende hjemmetjeneste i form av helsehjelp og miljøarbeid. Kommunen har i dag ingen sykehjem som har spesialisert seg på alkohol-/rusrelatert demens eller som er særskilt tilrettelagt for denne brukergruppa.

## **3.4.8 Kreftomsorg**

Det er rundt 300 nye krefttilfeller årlig i Ålesund. Rundt 2000 personer har eller har hatt en kreftdiagnose. Tidlig diagnostisering samt bedre og mer tilpassede behandlingstilbud gjør at flere overlever eller lever lengre med sin kreftsykdom. Kronisk syke kreftpasienter har ulike behov. En del får omfattende senskader av kreftbehandlingen, og antallet som blir helt eller delvis uføre øker.

Til tross for at stadig flere overlever kreftsykdom er det fortsatt et betydelig antall som dør. En kreftdiagnose innebærer død eller trussel om død for den som rammes, og dette oppleves som en stor psykisk belastning. Kreft forekommer i alle aldersgrupper, fra små barn og ungdom til voksne i yrkesaktiv alder og eldre. Dette gir et mangfoldig utfordringsbilde; bred aldersspredning og ulike livsfaser medfører vidt forskjellige behov.

Kreftomsorg og omsorg ved livets slutt har vært fokus i kommunen i flere år. Lindrende enhet ved Blindheim omsorgssenter startet i 2006 med to sengeplasser for personer med behov for lindrende omsorg og pleie ved livets slutt. Enheten har i dag åtte senger, og kan ta imot pasienter med behov for avansert pleie og oppfølging, også som følge av andre sykdommer enn kreft. Lindrende enhet har et tett samarbeid med Kreftavdelingen ved Ålesund sykehus. Blindheim omsorgssenter er en kompetansebase innen lindrende behandling (palliasjon), noe som gjør at de gjennom hele året holder kurs og fagdager, har hospitanter (sykepleiere, helsefagarbeidere, leger) fra både egen og andre kommuner, og har inne sykepleiestudenter til veiledning og opplæring. Dette kan bl.a. gjøres fordi virksomheten får tilskudd fra fylkesmannen til slikt arbeid.

Ålesund kommune har siden 2012 hatt en kreftkoordinator. Kreftkoordinator jobber forebyggende og skal bidra til gode rutiner og prosedyrer, og kontinuerlig arbeide med kompetanseheving for helsepersonell i kreftomsorg. Kreftkoordinator skal også gi råd, veiledning og støtte til kreftrammede og pårørende. Kreftkoordinatorstillingen har medført at kommunen nå har flere ulike gruppetilbud

for kreftrammede, pårørende og etterlatte. Med kreftkoordinatorfunksjonen når kommunen også bredere ut, og i økende grad til grupper som en tidligere ikke hadde et tilfredsstillende tilbud til. Dette gjelder blant annet veiledende kontakt inn mot skole og barnehager der barn er rammet av kreft eller er pårørende, rådgivning til kreftoverlevende som har utfordringer knyttet til senskader etter sykdom og behandling, og økt pårørendestøtte.

I hjemmetjenesten og ved alle sykehjem er det en sykepleier som har et spesielt ansvar for kreft og lindrende/palliativ omsorg. I samarbeid med Helseforetaket/Lindrende team og kreftkoordinator skal ressurspersonene holde oppe fokus og kompetanse innen kreftomsorg på sin arbeidsplass.

Hjemmetid og mulighet for å dø i eget hjem er viktig for å oppleve livskvalitet helt frem til livets slutt. Samtidig må alle sykehjem/omsorgssenter ha grunnleggende kompetanse i palliativ omsorg, slik at også pasienter som ikke kan være hjemme i livets siste fase får et godt tilbud. Kontinuerlig arbeid med kompetanseheving og fagutvikling vil være avgjørende for å nå dette målet.

Blindheim omsorgssenter er med i et prosjekt der en tester brukervennligheten av dataverktøyet EIR. EIR gir pasientene mulighet til å rapportere symptomer på nettbrett via internett. Informasjonen blir umiddelbart tilgjengelig på helsepersonellens datamaskin. Lege og sykepleier får derved en rask oversikt over pasientens plager. Systemet vil kunne bidra til å gi en bedre lindrende behandling til palliative pasienter.



Professor Svein Kaasa viser frem dataprogrammet EIR, som Blindheim omsorgssenter tester ut gjennom et prosjekt. Foto: Ålesund kommune.

Det vil med bakgrunn i dagens situasjon og fremtidig kommunevekst være nødvendig å styrke kreftomsorgen og den palliative omsorgen.

### 3.4.9 Psykisk helse og rus

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer er blant de viktigste årsakene til sykefravær, uførhet, lav sosial integrering og redusert levealder. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er blant dem som har dårligst levekår.

Psykisk helse- og rusarbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal ha oversikt over den psykiske helsetilstanden i befolkningen og behovet for tiltak og tjenester. Frivillig sektor står for mange gode tilbud til personer med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.



I 2016 vedtok bystyret «Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2016-2020» og denne planen har mange viktige føringer rusarbeidet i kommunen. Det er ikke utarbeidet tilsvarende plan for psykisk helse.

### **Forebygging og lavterskeltilbud**

Lavterskeltilbud innen psykisk helse har både forebyggende og skadereduserende effekt. Ålesund kommune har fått innvilget midler fra Helsedirektoratet til å etablere lavterskeltilbudet «Rask psykisk helsehjelp». Dette er et behandlings- og oppfølgingstilbud for personer med ulike typer angst og/eller depresjon av lett til moderat grad, eventuelt med begynnende rus- eller søvnproblemer i tillegg. Det forventes at etablering av tilbudet vil gi brukere riktig hjelp i en tidlig fase av sykdomsforløp, og dermed på sikt kunne begrense antall personer som utvikler behov for mer langvarige hjelpetiltak. Kommunen har, i samarbeid med NAV, noen lavterskel arbeidstilbud for personer som er uføretrygdet eller står i fare for å bli uføretrygdet. Max gjengen<sup>5</sup>, som er en videreføring av Max-prosjektet, er et eksempel på et slikt tilbud. Det bør utvikles et mer variert tilbud om arbeid og aktivitet for personer med psykisk helseutfordringer. Det skal f.eks. utredes om etablering av et såkalt «Fontenehus»<sup>6</sup> kan være aktuelt for Nye Ålesund kommune.

### **Helsehjelp og habilitering /rehabilitering**

Arbeidsmåten i feltet psykisk helse og rus har forandret seg betydelig de siste 8 – 10 årene, fra institusjonsbehandling til hjemmebasert og oppsøkende virksomhet. Videre har oppfatningen av hva som hjelper endret seg - fra symptombehandling til recoveryorientert habilitering og rehabilitering. Deltakelse i samfunnet er målet, og det å leve et godt liv er prioritert i forhold til hovedsakelig symptomfrihet. Kvalitativ forbedring av eksisterende tjenester er like viktig som å etterkomme det økende behovet med større tilbud. Kompetanseheving og oppdatering om aktuelle arbeidsmetoder må prioriteres i større omfang enn det er gjort hittil.

### **Kompetanse og kvalitet**

Kommunen har de senere årene fått overført flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, og pasientene skrives raskere ut fra sykehus. Dette medfører økte krav til kompetanse i kommunen. Helsehjelpen vil bestå av både behandling og rehabilitering/habilitering. Noen brukere vil over lang tid ha behov for helsehjelp på begge helsetjenestenivåene. Felles behandlings- og oppfølgingsansvar, ikke bare i overganger, må bli en naturlig del av samhandlingen, og partene må støtte og veilede hverandre i å bygge opp tilstrekkelig kompetanse.

Psykisk helse- og rusarbeid skal utføres kunnskapsbasert, og kommunen må rekruttere fagfolk som har interesse for å lære mer, og for å utdanne seg videre. Helsefremmende holdninger overfor brukere og evnen til å sette brukerens interesser i fokus er viktig. Kunnskap hentes fra forskning, arbeidserfaring, og av brukernes egenerfaring. Samtaler mellom mennesker i samme livssituasjon, eller som deler samme erfaringer er viktig, og brukeren skal medvirke i utformingen av tjenestetilbudet.

### **Bolig**

Rusmiddelavhengige og personer med psykiske lidelser er en utsatt gruppe på boligmarkedet. Kommunen har ulike tilbud til disse gruppene, og noe er i samarbeid med private. Det er en utfordring å skaffe egnet bolig med tilhørende tjenestetilbud som står klar på det tidspunktet en pasient skrives ut av spesialisthelsetjenesten. Det er mangel på tilrettelagte boliger, og det trengs tid

---

<sup>5</sup> Max gjengen et aktivitets tilbud til mennesker med psykiske plager/lidelser som har falt ut av arbeidslivet.

<sup>6</sup> Et Fontenehus er et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for mennesker som har hatt eller har psykiske helseutfordringer. Målet er å gi mennesker med disse utfordringene meningsfylte arbeidsoppgaver og aktiviteter, som kan gi dem økte ferdigheter, slik at de kan komme seg ut i jobb igjen.

til å etablere arbeidslag som er kompetente til å arbeide med pasienter som har komplekse og utfordrende sykdomsbilder. Dette er en utfordring i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, men først og fremst for kommunen selv. Gjennom et samarbeidsprosjekt mellom Psykisk helse og rustiltak, Ålesund kommunale utleieboliger og NAV Ålesund, prøver kommunen ut metodikken «Housing first». «Housing first» er en metode for å få vanskeligstilte raskt inn i en egen permanent bolig. Valg av bolig skal bygge på brukermedbestemmelse hvor den enkeltes preferanser for beliggenhet og andre ønsker i forbindelse med bosituasjonen skal vektlegges. Metoden har vist gode resultat, og er sannsynligvis noe det bør satses på.

#### Øyeblikkelig hjelp døgnoophold (ØHD)

Kommunen er pliktig til å ha et øyeblikkelig hjelp døgntilbud for mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, og per i dag er det en seng til dette formålet på Ålesund lokalmedisinske senter. Det pågår et arbeid med å lage kriterier for innleggelse.

#### Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Ålesund kommune samarbeider godt med klinikk for psykisk helse og rus i Helse Møre og Romsdal, med avdelingene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, sykehuspsykiatri, og distriktpsikiatriske senter. Det er etablert felles pasientforløp for tunge ROP-pasienter (samtidige rus og psykisk helse- lidelser).

### 3.4.10 Tilpasset tilbud for veteraner

I regjeringens oppfølgingsplan «I tjeneste for Norge» (2014) oppfordres landets kommuner til å utvikle kommunale planer for å sikre våre veteraner fra internasjonale operasjoner et best mulig tilpasset tjenestetilbud. Godt over 100 000 norske kvinner og menn har siden 1947 gjort tjeneste for Norge i internasjonale operasjoner. I Ålesund er det minst 400 personer som har deltatt i slik tjeneste. I tillegg har veteranene familier som er berørt. Ålesund kommune har etter samtale med Forsvarets veteranjeneste kommet fram til at det på nåværende tidspunkt ikke er behov for å utarbeide en egen veteranplan. Kommunen og Forsvaret ser at det i første omgang bør etableres veterankontakt i kommunen, og at det etableres en formalisert kontakt mellom kommunens veterankontakt og Forsvarets veteranjeneste. Tanken bak en kommunal veterankontakt er å gi veteranene en inngangsportale til kommunens tilbud, være en ressurs for kommunens ansatte og kunne lette samarbeidet mellom ulike kommuner, samt med frivillige organisasjoner.

### 3.4.11 Boliger/bokollektiv med heldøgnsomsorg

KS definerer heldøgns omsorg som umiddelbar oppfølging av helsepersonell døgnet rundt. (KS FoU «Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad» 2016). I Ålesund er en bolig med heldøgns omsorg et kommunalt drevet boligfellesskap/kollektiv med tilstedeværende helse- eller miljøpersonale hele døgnet.

Kommunen har for få tilrettelagte boliger med heldøgns omsorg. Dette fører sannsynligvis til for høy etterspørsel etter sykehjems plasser. Beregninger som er gjort i forbindelse med utarbeidelse av «*Bolig for velferd i Ålesund*» og med omsorgsplanen, viser at kommunen de neste fire årene bør bygge ca 110 nye boliger tilrettelagt for heldøgns omsorg (se tabeller nedenfor).

#### Oversikt over behov for heldøgns omsorgstilbud/bolig med heldøgnsomsorg:

Veiledende måltall		
Antall eldre over 80 år i Ålesund i 2025	2500	
25 % av innbyggerne har behov for plass i sykehjem eller boformer for heldøgnsomsorg		625

Antall allerede etablerte spesialiserte sykehjemsplasser		-372
Differanse		253
Antall allerede bemannede boliger i 2016 (ikke fullstendig helse- og heldøgnsstilbud i alle baser)		-144
<b>Udekket behov for heldøgns omsorgstilbud/bolig med heldøgns omsorg</b>		<b>110</b>

**Veiledende fordeling av boliger med heldøgns omsorg mellom bydelene i forhold til antall eldre over 80 år:**

Bydel	Prosentvis fordeling	Antall boligenheter
Ytre bydel	19,6 %	22
Midtre bydel	30,4 %	34
Indre bydel	50,0 %	54
Sum	100,0 %	110

Boliger med heldøgns omsorg bør ha en dekningsgrad på mellom 12 prosent og 16 prosent (dagens dekning er på 5,60 prosent). Denne dekningsgraden bør til en hver tid justeres i forhold til demografisk utvikling og behov.

Det er behov for flere bokollektivplasser. Dette kan gjøres ved å bygge eller kjøpe nytt, eller ved å bygge om eksisterende leiligheter i kommunale gårder til boliger med avsatt plass til fellesareal og personalbase. Volsdalen bokollektiv er i dårlig stand, og bør totalrenoveres eller rives med tanke på nybygg. Borgundheimen er en nærmest antikk perle, men tilfredsstillende ikke kravene til moderne utforming eller fysisk arbeidsmiljø. Videre bør det vurderes om 30 boliger i Moa aldersboliger og 15 leiligheter på Spjelkavik omsorgssenter kan bygges noe om slik at det er mulig å yte døgnbemannede tjenester der.

Frem til 2020/2021 vil Husbanken kunne finansiere nødvendige bygningsmessig tilvekst, endringer og oppgraderinger slik at tilbudene blir innrettet til å dekke morgendagens behov. Fra og med 2021, finansieres kun tiltak som øker antall plasser i kommunen. Hva som skal renoveres og bygges om må avklares raskt, slik at det kan søkes tilskudd fra Husbanken.

Det foreslås at det bygges nye boliger tilrettelagt for heldøgns tjenester på tomta i Borgundveien 199, i samsvar med «*Bolig for velferd i Ålesund, strategier 2016-2025*». I tillegg til boliger er det behov for et seniorsenter med aktivitetstilbud for eldre. ÅKE skal gjennomføre mulighetsstudie for dette området.

### **3.4.12 Boliger for eldre**

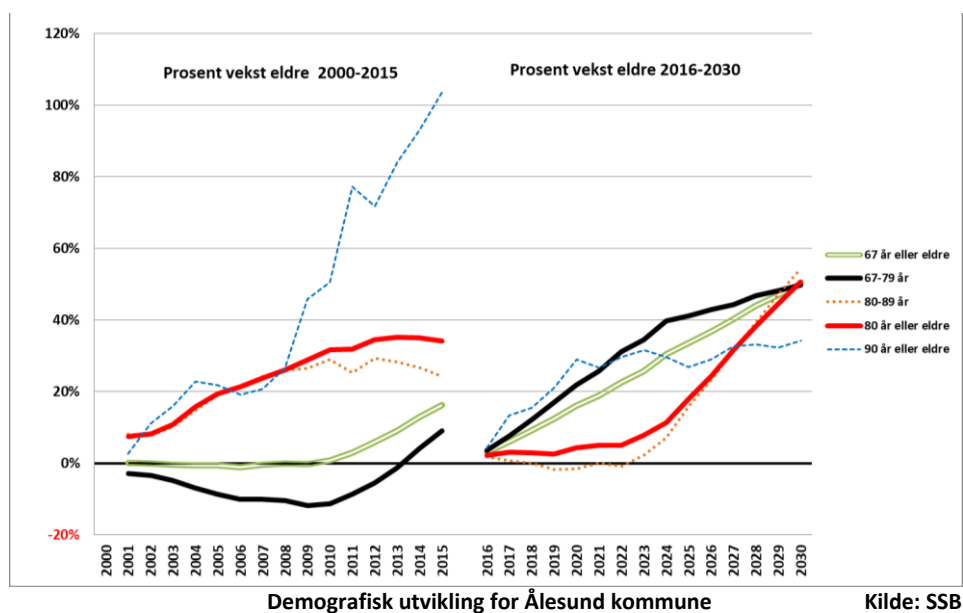
Mange eldre ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig. Forhold som kan gjøre dette vanskelig er at boligen ikke er godt nok tilrettelagt dersom helsen svikter. I en slik situasjon kan den eldre selv og pårørende oppleve utrygghet. Da skjer det ofte at eldre eller pårørende søker bolig med bemanning eller sykehjemsplass selv om det ikke er behov for omsorgstilbud på dette nivået. Gjennom tilbud om hjemmebesøk og tidlig rådgivning om hvilke ordninger som finnes for tilrettelegging og hjelpemidler, vil flere eldre kunne gjøre tilpasninger og på den måten kunne bo i boligen sin lengre.

Gode boliger for eldre reduserer behovet for bygging i kommunal regi. I mange kommuner er det imidlertid vanlig å se heldøgnsstilbudet i sammenheng med andre botilbud til eldre. Mange kommuner har erfart at sentrumsnære boliger kan være attraktive for personer over 50 år. I slike leiligheter kan det være lettere å møte alderdommen enn i eneboliger som ligger mer i utkanten

av kommunen. Tilgang på boliger på det private markedet reduserer behovet for utbygging av boliger i kommunal regi. Med tidlig og god kontakt med private utbyggere kan kommunen gi viktige innspill om sannsynlig etterspørsel og behov. Det er i dag stor utbygging av leiligheter på Moa-området, og et stort antall eldre flytter hit. Kommunen må ta høyde for dette og planlegge hvor det skal være personellbaser.

### 3.4.13 Den nye hjemmetjenesten

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene. Dette er et resultat av en tredobling av antallet yngre brukere under 67 år. I tiden fremover vil det bli en stor økning i antall eldre med behov for hjemmetjenester. Dette har demografiske årsaker (se tabell nedenfor), men også det forhold at flere vil bo hjemme lengst mulig.



Ansvar og oppgaver har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som følge av flere reformer, og i tillegg til dette kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse behov. Det er fortsatt et stort gap mellom det tjenestetilbudet som gis i eget hjem og det som tilbys i institusjon, spesielt for de eldste aldersgruppene.

Både kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensial i en enda sterkere utbygging av hjemmetjenestene. De hjemmebaserte tjenestene møter ofte brukere og pårørende i tidlig fase av sykdomsutvikling, og kan bidra til at de kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre. En sterkere hjemmetjeneste kan også forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling, og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller gjøre institusjonsopphold unødvendig.

Hjemmetjenestene må i enda større grad enn tidligere utføre både medisinskfaglige og praktiske oppgaver med sosialt formål, slik at et samlet tilbud til pasienten gjør det forsvarlig å kunne bo hjemme. Hjemmetjenesten må ha utstyr til å ta nødvendige prøver og kartlegginger i hjemmet. Gode rutiner og sjekklister kan sikre raskere behandling og god kvalitet på informasjonen til samarbeidende lege uten at pasienten må transporteres til legekontor/sykehus/legevakt. Elektronisk kommunikasjon med samarbeidende helsepersonell skal brukes og videreutvikles.



Foto: Marit Brunstad

For mange er den største utfordringen med å bo hjemme med sykdom og redusert funksjonsnivå opplevelsen av utrygghet. Både pasient og pårørende blir engstelige for at noe uforutsett skal skje, og for at det skal gå for lang tid før en får hjelp. Kommunen kan oppveie utryggheten ved å:

- jobbe med trening og oppøving av brukers funksjoner
- kartlegge og minimere risiko for ulykker i hjemmet (f.eks. sørge for trygghetsskapende hjelpemidler/teknologi, for at hjemmetjenesten er til stede over lengre perioder av døgnet).
- ha gode dagtilbud, følgetjenester og avlastningstjenester.
- tilby vaktmestertjeneste for eldre.

Praktisk og personlig bistand er blitt bygget ned som tjeneste over tid, og kommunen må kartlegge om tjenester som har praktisk og sosialt formål i større grad skal gjeninnføres. Det kan være fornuftig å ha sterkere fokus på hvordan pårørende, kommunen og eventuelle frivillige tilbud kan sikre trygghet over større deler av døgnet. Dette fordrer at hjemmetjenesten fornyes og videreutvikles med hensyn til forståelse av hva som er deres formål og oppgaver.

Som et ledd i fornyelse og videreutvikling av hjemmetjenesten forventes betydelig kvalitets- og ressursmessig potensiale ved satsning på forebyggende tiltak, velferdsteknologi, rehabilitering, frivillig innsats og pårørendeomsorg. Dette vil imidlertid ikke alene kunne kompensere for den betydelige vekst i behovet for hjemmebaserte tjenester som kommer i slutten av planperioden og særlig frem mot 2030.

### **3.4.14 Sykehjem og tilsvarende boliger særlig tilrettelagt for heldøgns tjenester**

Ålesund kommune har 7 sykehjem/bokollektiv på sykehjemsnivå (bolig særskilt tilrettelagt for heldøgntjenester). Tildeling av langtidsplasser skjer i henhold til forskrift om rett til langtidsopphold. Paragraf 4 definerer hvem som har rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgntjenester:

*«a) Pasient/brukar har rett til opphald i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgntjenester dersom dette etter ei helse- og omsorgsfagleg vurdering er det einaste tilbodet som kan sikre pasienten/brukaren naudsynte og forsvarlege helse- og omsorgstenester.*

*b) Når kommunen ikkje har ledig langtidsplass skal pasient/brukar som ut frå ei helse- og omsorgsfagleg vurdering vil vere best tent med eit langtidsopphald i sjukeheim eller tilsvarende bustad tilrettelagt for heildøgnsstenester settast på venteliste dersom pasienten kan få forsvarlege helse- og omsorgstenester i heimen i ventetida. Kommunen skal gjere vedtak om langtidsplass, om at pasienten skal stå på venteliste, og om kva for tenester.»*

### **Korttidsplass**

For å få en korttidsplass, må en ha akutt/kronisk sykdom eller stort funksjonsfall med behov for heldøgns tilsyn/pleie/omsorg og/eller aktivitet og trening. Målsettingen med et korttidsopphold, er at bruker skal få økt funksjonsnivå og mestringsevne, for å fortsatt kunne bo hjemme og være aktiv i eget liv. I tillegg til ordinære korttidsplasser har Ålesund kommune rehabiliteringsplasser, avklaringsplasser, teknologiutprøvningsplasser, øyeblikkelig hjelp plasser og observasjonssenger på legevakta. Mange korttidsplasser har de senere årene blitt brukt som langtidsplasser, og dette fører til at det rehabiliterende aspektet ved korttidsplassene forsvinner.

### **Tilbud til personer med demens**

I følge nasjonale framskrivninger vil antallet personer med demens i befolkningen fortsette å øke. Dette skyldes blant annet at demens er en sykdom som særlig rammer de eldste. Ved å videreutvikle et godt tjenestetilbud, vil også flere personer med demens kunne bo lenger hjemme. En stor del av dagens pasienter i sykehjem har en demenssykdom (ca 80 %). Flere av disse kunne ha vært i et bokollektiv med mindre bogrupper. En av de store utfordringene for demensomsorgen er å sikre et tilstrekkelig antall boliger og sykehjemsplasser som er tilpasset personer med demens. Små boenheter med fellesskapsløsninger bør være hovedprinsippet i stedet for tradisjonelle institusjoner med lange korridorer og mange beboere i hver enhet. (Demensplan 2015).

Personer med en langtkommet demenssykdom, som har behov for tett medisinsk oppfølging eller skjerming på grunn av utagering, bør i de fleste tilfeller være i sykehjem. De fleste sykehjemmene har mulighet for skjerming i små bogrupper på 6-8 personer, har sansehage, og er på mange måter godt tilrettelagte for personer med demens. Men et tilfredsstillende tilbud til denne pasientgruppen krever ikke bare fysiske forutsetninger og organisatoriske grep, men også personalmessige ressurser (volum og kompetanse).

Det er for få plasser til urolige/utagerende demente. Det foreslås at det i tillegg til de skjermede plassene på Skarbøvik sykehjem, opprettes skjermede demensplasser på Hatlane omsorgssenter, som har egnede lokaler til dette.

Det bør opprettes avlastningsplasser for personer med demens på Spjelkavik omsorgssenter. Dette bør primært være for personer som allerede er kjent med lokalene, ved at de benytter dagaktiviteter/seniorsenteret i 1. et.

For mer informasjon om demensomsorg, se kapittel 3.4.7.

### **Nærmiljøfunksjoner og samarbeid med andre**

Flere av sykehjemmene har kafé, og disse blir i liten grad benyttet av andre enn beboere og pårørende. Unntaket er kaféen ved Spjelkavik omsorgssenter, som har en viktig bydelsfunksjon. Skarbøvik sykehjem har høsten 2017 opprettet en nærmiljøkafé. Dette gjør at eldre og andre i nærmiljøet kan gå til kaféen for å kjøpe seg mat, og for å treffe andre (en dag i uka). Dette er et viktig bidrag i å få folk til å bo hjemme lengst mulig.

Det bør være et tettere samarbeid mellom sykehjemmene og med hjemmetjenesten vedrørende måltider og sosiale aktiviteter for hjemmeboende. Sykehjemmene bør også i noen tilfeller kunne foreta medisinsk oppfølging som gjør at en ikke trenger å reise til fastlege eller sykehuset for prøvetaking eller enkel behandling (se kapittel 3.4.5). Slike oppgaver bør i større grad avtales med

sykehjemmene, og i første omgang er det ønskelig å teste dette ut ved Aspøy omsorgssenter i samarbeid med Hjemmetjenester ytre.

Sykehjemmene samarbeider med spesialisthelsetjenesten, men det er et stort potensiale i å samarbeide mer om tjenester til beboere i sykehjem. Dersom legeordningen i sykehjem videreutvikles, vil mer behandling kunne utføres i sykehjemmet og pasientene vil slippe den belastende forflytningen frem og tilbake.



Foto: Marit Brunstad

### **Brukerstyrte senger - trygghetsavdeling**

En trygghetsavdeling i sykehjem er et tilbud til hjemmeboende eldre. De eldre kan selv ringe til avdelingen og be om et opphold på inntil 14 dager ved behov, for eksempel ved midlertidig funksjonssvikt eller når familien drar på ferie. Det er ikke vedtak knyttet til en slik tjeneste, og ofte har avdelingen mange regelmessige brukere. I dag har ikke Ålesund kommune nok kapasitet til å gi et slikt tilbud, men det må vurderes om slike senger skal opprettes når kommunen blir en del av Nye Ålesund. Erfaringene viser at slike tilbud bidrar til å øke tryggheten slik at en kan fortsette å bo i eget hjem.

### **Differensiert innhold i sykehjem**

Det er en løpende diskusjon om sykehjemmene skal være generaliserte eller spesialiserte. Ved å samle kompetansen på enkelttilstander og tilstander, vil kvaliteten på tjenesten innenfor fagfeltet øke. Samtidig er det viktig at spesialkompetansen blir delt med ansatte i andre avdelinger, slik at observasjon, analyse og forståelse av sykdomstilstander blir god nok. I dag har vi noen spesialavdelinger, som f.eks. avklaringsavdeling, lindrende avdeling, psykogeriatrisk avdeling, og skjermet demensavdeling. Det kan i fremtiden bli behov for flere, og her nevnes rusrelatert demens og psykisk utviklingshemming.

Flere av dagens sykehjem har både korttidsplasser og langtidsplasser. Det å samle like type plasser ved ett tjenestested vil kunne gi en mer effektiv drift, og gjør det lettere å få til bedre pasientflyt. Legeressursene kan på denne måten også bli mer samlet og bedre utnyttet. Dette blir et viktig tema i organiseringen av sykehjemstjenestene i Nye Ålesund.

### **Sykehjemslege**

Et godt medisinsk tilbud i sykehjem er avhengig av god legedekning. KOSTRA-tall for 2016 viser at Ålesund kommune har et lavere antall legetimer per uke per beboer i sykehjem enn kommuner vi

sammenligner oss med (Kostragruppe 13). Det er politisk bestemt at legedekningen i Ålesund kommune bør være på 0,68 timer per uke per beboer (bystyresak 075/15). Med bedre legedekning bør det være mulig å få på plass en ordning der sykehjemslegene har vakt på kveldstid, noe som er en forutsetning for bl.a. å få ned innleggelsesraten til sykehuset. De fleste sykehjemsleger er i dag fastleger som er tilpliktet 20 prosent offentlig legearbeid som del av sin fastlegeavtale. Utviklingen viser at dette nok gradvis blir endret, og at kommunen i fremtiden kommer til å ansette sykehjemsleger i større eller hele stillinger. Hovedårsaken til en slik omlegging er å få opp interessen for sykehjemsmedisin, men også for å kunne ansette spesialister i geriatri.

Gode legetjenester i sykehjem kan redusere antall sykehusinnleggelses. Det er viktig at legene bidrar til kompetanseheving i sykehjemmene, og deltar på bl.a. « tavlemøter» for å sikre at der er mål som blir fulgt opp for den enkelte pasient. For mer informasjon om tavlemøter, se video:

<https://www.youtube.com/watch?v=BaJxjSDu6tE>

Ved ombygging og ved bygging av nye sykehjem må det vurderes å etablere fastlegekontor i samme bygg.

### **Fysio- og ergoterapitjenesten i sykehjem**

Kommunen har 14 rehabiliteringsplasser i sykehjem på Kollen avdeling ved Spjelkavik omsorgssenter. Ut over dette er det store variasjoner når det gjelder fysioterapi- og ergoterapidekningen i sykehjem. Fysio- og ergoterapitjenesten er viktige bidragsyttere i det tverrfaglige arbeidet rundt den enkelte bruker og i forbindelse med fagutvikling der fokuset er mestring og deltakelse. Det bør være et mye større fokus på aktivitet og hverdagsmestring i sykehjemmene enn det er per i dag.

På korttidsplassene, hvor målsettingen er rehabilitering, må det være fysioterapeut/ergoterapeut tilstede i mye større grad enn i dag. Åse sykehjem har god erfaring med at fysioterapeut og ergoterapeut er til stede i avklaringsavdelingen. De bidrar til å trene og trygge pasientene til å reise hjem.

### **Kompetanse og rekruttering**

I fremtiden blir det stadig sterkere konkurranse om helsepersonell med formell kompetanse. Dette skyldes at det blir flere eldre som trenger hjelp, og at en økende andel av oppgaver som må gjøres krever høy kompetanse. Ålesund kommune må derfor posisjonere seg for å være en attraktiv og god arbeidsgiver, slik at vi kan rekruttere og beholde det vi trenger av leger, sykepleiere, spesialsykepleiere, ergo- og fysioterapeuter og helsefagarbeidere. Både lønn, utviklingsmuligheter, ledelse, organisering og samarbeidsforhold, samt det fysiske arbeidsmiljøet vil få stadig større betydning for hvor helsepersonell velger å jobbe. For mer informasjon, se kapittel 2.5.





Virksomhetsleder Ann-Kristin G. Nilsen ved Åse sykehjem har fagundervisning for de ansatte.  
Foto: Ålesund kommune

### Sykehjemsdekning

I henhold til KOSTRA-tall for 2016, er dekningsgraden på sykehjem (for de over 80 år) i Ålesund på 18 prosent, og dette er høyere enn for de fleste kommunene vi sammenligner oss med.

Kommunen har i 2017 totalt 378 sykehjemsplasser (inkl. 14 bokollektivplasser på sykehjemsnivå), men antallet reduseres med 6 plasser i 2018 (avvikling av midlertidige tosengsrom på Spjelkavik omsorgssenter). Hatlane omsorgssenter har også 8 midlertidige plasser i tosengsrom som etter hvert skal avvikles.

På grunn av den store økningen i antall eldre vil Ålesund kommune i 2027 har en sykehjemsdekning på 14 % dersom en opprettholder dagens sykehjemsplasser uendret (inklusive de omgjorte plassene til bokollektiv). For å oppnå en nødvendig dekningsgrad til personer som trenger heldøgns omsorg må en så raskt som mulig i planperioden øke antall boliger/bokollektiv tilrettelagt for heldøgnsomsorg fra dagens nivå på 5,6 % til 10 - 16 %.

Nedenfor vises foreslått utvikling av heldøgnsstilbud relatert til 80 + og demografiske prognoser:

Årstall	2017	2020	2025	2027	2030	Endring i perioden
<b>Prognose 80+</b>	2098	2152	2352	2688	3196	1098 (52%)
<b>Institusjon (sykehjem)</b>	17,7 % (372)	17,3 % (372)	15,8 % (372)	13,8 % (372)	14 % (447)	75
<b>Døgnbemannet bolig</b>	5,6 % (117)	6,7 % (144)	8,2 % (193)	10,2 % (274)	10 % (320)	203
<b>Totalt tilbud i % 80+</b>	23,6%	24 %	24 %	24 %	24 %	278

### Bokollektiv på sykehjemsnivå

I bystyresak 145/14 ble det vedtatt at til sammen 78 av dagens sykehjemsplasser ved Skarbøvik sykehjem og Sanitetshjemmet skal omgjøres til boliger tilrettelagt for omsorg på sykehjemsnivå. Omleggingen har tatt tid, og så langt er kun 14 plasser omgjort. Omleggingen skulle gi innsparing for kommunen og gi større mulighet for forvaltning av egen økonomi for brukere som har fordel av dette. Men endringene har heller gitt økte utgifter og merarbeid for leder og ansatte ved disse

institusjonene. Det foreslås at omleggingen av plasser til bokollektiv stanses. Årsaken til dette er at kommunen vil trenge sykehjemsplassene fremover, og de bygnings- og driftsmessige forutsetningene gjør at de omgjorte plassene må drives som sykehjemsplasser uansett. Dette er også i samsvar med innspill fra Eldrerådet (sak 028/17).

### 3.4.15 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

I 2017 ble det i Ålesund kommune opprettet 12 interkommunale «øyeblikkelig hjelp» plasser. Plassene er for pasienter med behov for medisinsk hjelp som ikke er planlagt og som ikke kan vente, og som ikke har behov for en sykehusinnleggelse. Det er utarbeidet kriterier for innleggelse, og et opphold skal i gjennomsnitt ha varighet på 72 timer. Tilbudet skal også være et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Først når ØHD har vært i drift en tid blir det mulig å gjøre nærmere analyser av pasientgrupper, henvisningsinstanser, hva som skjer med pasienten etter innleggelse i ØHD, osv. Det blir viktig å sikre at ansatte ved ØHD har best mulig kompetanse til å behandle de sykdomstilstandene som viser seg å være hyppig forekommende.

#### ANBEFALING FOR HELE KAPITTEL 3.4:

- Kommunen må satse mer på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, og tilgangen på kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter bør styrkes.
- Tiltakene i «Re-/habiliteringsplan for Ålesund kommune 2016-2020» må følges opp.
- Det bør opprettes en følgetjeneste for eldre gjennom Frivilligsentralen.
- Kommunen bør opprette en ambulerende vaktmestertjeneste i Frivilligsentralen.
- Kommunen bør oppmuntre lokalt næringsliv til å promotere frivillig arbeid overfor sine ansatte.
- Det bør videreutvikles flere lærings- og mestringstilbud i kommunen.
- Det bør opprettes flere aktivitetstilbud for personer med demens, også på kveld/helg.
- Det bør opprettes flere avlastningstilbud for personer med demens (på Hatlahaugen og Spjelkavik omsorgssenter som har dagaktiviteter/seniorsenter i 1. et).
- Det bør opprettes et bedre tilbud til personer med alkohol-/rusrelatert demens.
- Det bør opprettes flere seniorsenter med lavterskeltilbud/aktivitetstilbud for voksne og eldre.
- Det bør opprettes dagplasser for personer med store hjelpebehov (slagrammede, kognitiv svikt, kols).
- Det gode arbeidet med kompetanseheving og fagutvikling innen palliativ omsorg/behandling i hjemmetjenesten og i sykehjem må videreføres.
- Lavterskeltilbud innen psykisk helse bør videreføres og styrkes.
- Det bør gjøres en gjennomgang av dagens boligmasse for å se på hva som bør selges, rives og renoveres. Noen av boligene bør endres til boliger med heldøgns bemanning.
- Det må bygges flere boliger/bokollektiv med mulighet for heldøgns omsorg.
- Nye boliger med muligheter for heldøgns tjeneste bør bygges på tomta i Borgundveien 199, i samsvar med «Bolig for velferd i Ålesund, strategier 2016-2025».
- Kommunen bør ha en informasjons- og rådgivningstjeneste i forhold til boligtilpasning i private hjem.
- Som grunnlag for fremtidig tilbud bør det gjøres en kartlegging av de bygningsmessige forutsetninger for demente i sykehjem og bokollektiv.
- Det bør opprettes flere skjerma demensplasser, og disse bør være på Hatlane omsorgssenter.
- Sykehjemmene bør ha nærmiljøfunksjoner og samarbeide tettere med hjemmetjenesten om dagaktiviteter og dagbehandling for hjemmeboende.

- Det bør opprettes brukerstyrte senger (trygghetsavdeling) i Nye Ålesund.
- I fremtiden bør sykehjemmene i større grad spesialiseres.
- Korttids- og langtidsplasser i sykehjem bør som hovedregel ikke blandes.
- Ved uendret antall sykehjems plasser reduseres kapasiteten i planperioden fra 18 % til 14 % 80+. Dette innebærer behov for tilsvarende økning i antall boliger tilrettelagt for heldøgns omsorg.
- Sykehjemslegedekningen bør økes til landsgjennomsnittet på 0,68 timer per uke per beboer.
- Alle sykehjem bør i samarbeid med tilsynslegene benytte «tavlemøter» som arbeidsmetode for å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen.
- Tilgangen på ergoterapi- og fysioterapi i sykehjem må økes.
- Det bør opprettes en veterankontakt for å gi veteranene en inngangsportale til kommunens tilbud.

## 4. Boligpolitikk

Kommunen har utarbeidet «*Bolig for velferd i Ålesund, strategier 2016-2025*», og strategiene i denne planen må følges opp. Planen tar utgangspunkt i at det generelle boligmarkedet kan og bør ta ansvar for en større andel av boliger, både for utsatte grupper og eldre. Dette forutsetter et nært samarbeid mellom kommunen og private aktører. Flere boliger enn det som gjøres i dag, bør bygges i samarbeid med private og av private utbyggere.

Kommunen bør ta hånd om bygging av og eierskap til boliger for personer som trenger spesialiserte tilbud i sykehjem og heldøgns omsorg i tilsvarende boliger. Boligplanen konkluderer med at det må bygges flere boliger til personer med utviklingshemming og andre med livslange behov. Videre er det behov for «robustboliger» for personer med lav boevne, og en dreining inn mot flere boliger tilrettelagt for heldøgnsomsorg, særlig for eldre. Kommunen trenger et differensiert boligmønster i bydelene, tilrettelagt for et bredt spekter av aldersgrupper og husstandstyper.

Mye av dagens kommunale bygningsmasse har et rehabiliteringsbehov, og det bør lages en prioriteringsliste over hvilke bygg som bør renoveres først.

Det er viktig at kommunen har en godt tilpasset kommunal boligmasse og et godt organisert heldøgnsstilbud, da dette vil gi brukerne et bedre tilpasset botilbud og kommunen god ressursutnyttelse.

### Fremtidens sykehjem/boliger med heldøgnsbemanning

Sykehjem og boliger som bygges eller moderniseres må utformes slik at de først og fremst møter brukernes behov. Det krever et mangfold av ulike boformer og løsninger, og bedre verktøy for å kartlegge de ulike brukergruppens behov. Mindre boenheter med felleslokaler som er en integrert del av nærmiljøet, ser ut til å gi de beste forutsetningene for de fleste brukergrupper med behov for heldøgnsomsorg. Boligene må være tilrettelagt for bruk av velferdsteknologi og ha alle nødvendige bofunksjoner innenfor privatarealet. Nye boliger som bygges må ha en slik standard og fleksibilitet at det gir mulighet for heldøgnsomsorg.

### Samlokalisering og helsehus

Kommunen har i dag mange bygninger som ligger spredt og med få plasser. Kommunen har også mange og små fastlegekontor og fysioterapi institutt (med bare én type profesjon). Her er det et stort potensiale i å legge til rette for bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene. Kommunen bør planlegge etablering av helsehus/helsesentra med flere ulike helsetjenester.

**ANBEFALINGER:**

- Strategiene i «*Bolig for velferd i Ålesund, strategier 2016-2025*» må følges opp.
- Flere boliger enn i dag bør bygges i privat regi.
- Flere tjenester og virksomheter bør samlokaliseres, i f.eks. Helsehus.

## 5. Tiltaksplan 2018-2025

Driftstiltakene i tiltaksplanen er utarbeidet for å sikre at hovedmål og strategier som nevnes i del 1 av planen blir gjennomført. Tiltakene må behandles sammen med økonomiplanen hvert år slik at en kan tilpasse ambisjonsnivået til den økonomiske situasjonen. Noen av tiltakene vil også kreve investeringstiltak, men dette er det ikke utarbeidet tall for.

Tiltak som kommunen allerede har igangsatt er ikke med som tiltak i denne oversikten.

Tiltak nr.	Driftstiltak (hele tusen)	2018	2019-2021	Hovedmål/Strategi	Merknad	Ansvar
1.	Kommunen bør øke kapasiteten innen kartlegging-hverdagsrehabilitering-/og innsatsteam.	600	1 200	Hovedmål 1 og 4	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
2.	Det bør opprettes flere seniorsenter med aktivitetstilbud/dagtilbud for eldre.	600	1 200	Hovedmål 1	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
3.	Kommunen bør opprette en informasjons- og rådgivningstjeneste vedrørende velferdsteknologi (for brukere, pårørende og ansatte).	600	1 200	Hovedmål 1	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
4.	Kommunen bør ha en informasjons- og rådgivningstjeneste i forhold til boligtilpasning i private hjem.	600	1 200	Hovedmål 1	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
5.	Det bør opprettes flere avlastningstilbud for personer med demenssykdom, også på kveld og helg.	1 200	1 200	Hovedmål 1	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
6.	Det bør vurderes å opprette et ambulerende vaktmesterteam for hjelp i private boliger (for eldre).	0	0	Hovedmål 1	Må utredes.	Rådmann
7.	Det må opprettes flere differensierte avlastningstilbud til barn og unge med utviklingshemming.	1 200	1 200	Hovedmål 1	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
8.	Kommunen bør bidra til å utvikle flere typer arbeidsplasser for personer			Hovedmål 1 og 5	Må utredes inn mot Nye Ålesund, i	Rådmann

	med utviklingshemming og andre med behov for tilrettelagt arbeid.				samarbeid med NAV og arbeidsmarkedsbedriftene.	
9.	Kommunen bør utvikle flere Lærings- og mestringstilbud, i samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige (for alle aldersgrupper).	600	1 200	Hovedmål 1 og 2	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
10.	Det bør opprettes en følgetjeneste for eldre (Frivilligsentralen).			Hovedmål 1 og 5	Må utredes.	Rådmann
11.	Alle sykehjemmene bør ha nærmiljøfunksjoner.			Hovedmål 1 og 5.	Må utredes.	Rådmann
12.	Kommunen skal utarbeide en strategi for pårørendearbeid.	0	0	Hovedmål 2		Rådmann
13.	Det skal utarbeides en strategisk overordna kompetanse- og rekrutteringsplan.	0	0	Hovedmål 3		Rådmann/ personal- avdelingen.
14.	Det bør etableres tverrfaglig innsats-/habiliteringsteam med særlig kompetanse innen autismespekteret.	600	1 200	Hovedmål 3 og 4.	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
15.	Det bør opprettes egne koordinatorstillinger som kan ivareta barn i overganger i livsløpet.	600	600	Hovedmål 3 og 4		Rådmann/ Tildelings- kontoret.
16.	Sykehjemslegedekningen bør økes til landsgjennomsnittet på 0,68 timer per uke per beboer. Det bør tilsettes egne sykehjemsleger som supplement til fastlegene.	2 000	2 000	Hovedmål 3 og 4	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann/ vh Lege- tjenester
17.	Det bør være «forbedringsagenter»/team i alle virksomheter.	900	900	Hovedmål 3 og 5	Innarbeides i driftsavtaler.	Rådmann/ Bestillere.
18.	Samarbeid og samhandling mellom hjemmetjenestene og sykehjemmene bør videreutvikles og styrkes.	0	0	Hovedmål 4	Innarbeides i driftsavtaler.	Rådmann/ virksom- hetsledere
19.	Kommunen bør ha et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å sikre tverrfaglige og koordinerte tjenester (for alle aldersgrupper).	0	0	Hovedmål 4		Rådmann

20.	Tilgangen på ergoterapi- og fysioterapi i sykehjem må økes.	600	600	Hovedmål 4 og 5	Må innarbeides i budsjett- og økonomiplan	Rådmann
21.	Kommunen bør benytte teknologiske plattformer for å koble tjenester og frivillighet rundt en bruker.	0	0	Hovedmål 2, 4 og 5.		Rådmann
22.	Sykehjemsstrukturen må gjennomgås og vurderes i forhold til større grad av spesialisering (samle korttid, samle langtid).	0	0	Hovedmål 6		Rådmann
23.	Det skal vurderes om noe av dagens boligmasse kan bygges om til boliger med heldøgns tjenester.	0	0	Hovedmål 6		Rådmann/ Administrativ ressurs- gruppe.

## 6. Litteraturliste

Asker kommune (2015): «Innovasjonsstrategier 2015-2018, Blikk for muligheter!».

Bærum kommune (2015): «På vei mot morgendagens løsninger. Innovasjonsstrategi for Bærum kommune.

Forsvarsdepartementet (2014): « I tjeneste for Norge». Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandsreise. S-1011.

Fredrikstad kommune (2016): Veileder infrastrukturbehov for velferdsteknologi i kommunale boliger og Veileder infrastrukturbehov for velferdsteknologi i institusjon.

Grimsmo, Anders (2015): «En bedre helsetjeneste for kronisk syke og eldre». Forelesning på Helsekonferansen 2015.

Grimsmo, Anders og Anders Vege (2017): «Helhetlige forløp – hva er viktig for deg?». Forelesning på Helsekonferansen 2017.

Innovasjon Norge (2016): «Drømmeløftet 2016: Helse og velferd».  
Helseatlas.no

Helse Møre og Romsdal (2016): Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient i Møre og Romsdal.

Helsedirektoratet (2005): Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «....Og bedre skal vi bli!» IS-1162.

Helsedirektoratet (2012): Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. IS-1966.

Helsedirektoratet (2013): «Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger. IS-2114.

Helsedirektoratet (2014): «Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne». IS-2076.

Helsedirektoratet (2014): «Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området» Rapport IS-2225.

Helsedirektoratet (2015): «Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator».

Helsedirektoratet (2015): «Nasjonal handlingsplan for kreft 2015-2017» IS-2298.

Helsedirektoratet (2015): «Barn og unge med habiliteringsbehov. Samarbeid mellom helsebot omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand» IS-2396.

Helsedirektoratet (2016): «Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier». IS-2552.

Helsedirektoratet (2017): «Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram». IS-2757.

Helsedirektoratet (2017): «Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov» Høringsutkast.

Helse Møre og Romsdal og samarbeidende kommuner (2016): «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient i Møre og Romsdal».

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): «Demensplan 2015. Den gode dagen» Delplan til Omsorgsplan 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): «Nevroplan 2015. Delplan til Omsorgsplan 2015»

Helse- og omsorgsdepartementet (2014): «HelseOmsorg21».

Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge, KS (2015): «Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020))».

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): «Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020».

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): «Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn».

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): «Kompetanseløft 2020».

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): «HelseOmsorg21-strategien»

Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2016): «Rom for omsorg». Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger.

KS FoU (2016): «Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad».

NOU 2011: 11 «Innovasjon i omsorg». Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2016:17 «På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming».

Reiten, Kåre (2017): «Leve hele livet» - prosjektet i Stavanger kommune. Forelesning på Helsekonferansen 2017.

Senter for omsorgsforskning (2014): «Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning».

Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006): «Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer», Helse og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): «Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid». Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 29 (2012-2013): «Morgendagens omsorg», Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 26 (2014-2015): «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 19 (2014-2015): «Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter». Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 11 (2015-2016): «Nasjonal helse og sykehusplan» Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr 29 (2016-2017): «Perspektivmeldingen 2017». Finansdepartementet.

Tuntland, H, Ness, N. E. (2014) *Hverdagsrehabilitering* 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NOVA, St. Olavs hospital (2017): «Ungdata. Ungdomsskoleelever i Ålesund kommune. Hva driver ungdommene med? Hvordan har de det?»

Ålesund kommune (2016): Kommuneplan 2015-2027

Ålesund kommune (2017): Folkehelseprofil 2016

Ålesund kommune (2016): Re-/habiliteringsplan 2016-2020.

Ålesund kommune (2016): Bolig for velferd i Ålesund. Strategier for 2016-2025.

Ålesund kommune (2016): Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2016-2020.

## 7. Vedlegg



Versjon 1.0

Godkjent av rådmannen: 02.05.2016

### Mandat – Omsorgsplan 2017-2025

<b>Bakgrunn:</b>	<p>Bystyret vedtok i februar 2013 «Planstrategi 2012-2015», og der ble det bestemt at kommunens gjeldende «Omsorgsplan 2010-2015» skal rulleres/revideres.</p> <p>Det er vedtatt ny «Kommuneplan 2015-2027», og «Omsorgsplan 2017-2025» skal være i tråd med denne. Andre viktige føringer er: «Samhandlingsreformen» (st.meld.47), «Morgendagens omsorg» (st.meld.29), «Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet» (st.meld.26), «Demensplan 2020», «Kompetanseløft 2020» og «Nasjonal helse og sykehusplan» (st.meld.11).</p>
<b>Oppdrag:</b>	<p>Det settes ned en styrings-/og prosjektgruppe som får i oppdrag å rullere/revidere dagens Omsorgsplan. Det må gjøres avgrensninger i forhold til andre kommunale planer og sentrale føringer innen fagfeltet.</p> <p>Styrings-/og prosjektgruppa skal klargjøre hvilke tjenester planen skal omfatte, og gjennomgå hvordan arbeidet innen omsorgstjenesten fungerer i dag i kommunen. Forslag om endringer skal ha som siktemål å oppnå bedre ressursutnyttelse og bedre samhandling mellom de ulike tjenestene.</p> <p>Demensomsorg skal være en del av planen, det samme skal omsorgstiltak for brukere/pasienter med psykisk helse og rusproblematikk. Legetjenestene skal omtales i planen, og muligheten for å opprette «primærhelseteam» bør vurderes.</p> <p>Planen skal ha tiltak som bidra til at pasienter/brukere og dere pårørende får innflytelse over egen hverdag, og planen skal ha en forebyggende og helsefremmende tilnærming (folkehelse).</p> <p>Gruppa skal gjøre rede for hvilken kompetanse som trengs for å møte fremtidige utfordringer, herunder også hvilken kompetanse det bør satses på i fremtidig rekruttering og kompetanseutvikling. Innovasjon, forskning, intern samhandling og samarbeid med Helseforetaket skal også omtales.</p> <p>Bruk av velferdsteknologi vil være en fremtidig del av tjenestene, og bør omtales i planen.</p>



	Strategier og tiltaksplan må være i tråd med gjeldende budsjett og økonomiplan.
Mål og frister:	Utkast til plan leveres rådmannen innen <b>01.04.2017</b> . Det skal være én rapportering underveis til rådmannens lederteam etter nærmere avtale.
Rapporteringslinjer:	En styringsgruppe leder og koordinerer arbeidet og utarbeider fremdriftsplan for prosjektgruppa. Styringsgruppa rapporterer til rådmannen i henhold til tidligere nevnte frister. Medlemmer i prosjektgruppa må påregne å være leder for ulike arbeidsgrupper innen sitt fagområde, og må etter angitte frister rapportere/sende skriftlige innspill til styringsgruppa. Det forventes ellers at samtlige medlemmer av prosjektgruppa bidrar med skriftlig arbeid til planen.
Økonomi:	Der er ikke foretatt bevilgninger til prosjektet.
Styringsgruppe:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birgitte J. Sætre Bonesmo, rådgiver i stabsteam helse og velferd. (leder og sekretær for styringsgruppa/prosjektgruppa).</li> <li>• Solveig Aarø, leder for stabsteam helse- og velferd</li> <li>• Håvard Overå, seniorrådgiver i stabsteam helse- og velferd.</li> <li>• Line Strømsvik, rådgiver i stabsteam helse- og velferd.</li> </ul>
Prosjektgruppe:	<p>I tillegg til styringsgruppa (se over) består prosjektgruppa av følgende personer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ann Elin M. Myklebust, virksomhetsleder HT ytre.</li> <li>• Ann Kristin G. Nilsen, virksomhetsleder Åse sykehjem.</li> <li>• Ida Skotheim, virksomhetsleder Aktivisering- og velferd.</li> <li>• Hildur Alvestad, virksomhetsleder Bo- og miljøtjenester.</li> <li>• Regina Steinberger, virksomhetsleder Psykisk helse og rustiltak.</li> <li>• Harald Endresen, rådgiver/bestiller i stabsteam helse og velferd.</li> <li>• Per Åge Løvseth, rådgiver/bestiller i stabsteam helse og velferd.</li> <li>• Birte Vegsund, leder for Tildelingskontoret.</li> <li>• Karsten Vingen, Kommuneoverlege.</li> <li>• Odd Roe Skogen – representant fra Eldrerådet</li> <li>• Hanne Sjøvik – representant fra rådet for likestilling av funksjonshemmede.</li> <li>• Ståle Evald Ræstad, hovedtillitsvalgt Norsk sykepleierforbund.</li> <li>• Inger Lise Andreassen, hovedtillitsvalgt Fagforbundet.</li> </ul> <p>Andre relevante fagpersoner innkalles til møter i prosjektgruppa dersom det skulle oppstå behov for det.</p>