



Lebesby kommune

# Pleie- og omsorgsplan 2017 – 2021

---



[iStock.com/weerapatkiatdumrong](https://www.istock.com/weerapatkiatdumrong)

## Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING OG MÅLSETTING .....	3
1.1 Mandat og organisering av arbeidet .....	3
1.2 Målsetninger .....	3
1.2.1 Nærings - og samfunnsplan 2007-2012 - hovedmål.....	3
1.2.2 Hovedmål for helse- og omsorgssektoren .....	3
1.2.3 Målet for pleie- og omsorgsplanen 2017 – 2021 .....	4
2. PLANFORUTSETNINGER.....	4
2.1 Avgrensning av innholdet i pleie- og omsorgsplanen .....	4
2.2 Begrepsavklaringer .....	4
2.2.1 Helhetlig omsorg .....	4
2.2.2 Grunnleggende behov .....	4
2.2.3 Omsorgstrappen/tiltakskjeden .....	4
2.3 Ulike begrep innen bo- og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjeneste .....	5
2.3.1 Avlastning .....	5
2.3.2 Korttidsopphold.....	5
2.3.3 Langtidsopphold .....	5
2.3.4 Hjemmesykepleie .....	5
2.3.5 Hjemmehjelp.....	5
2.4 Et utvalg av lover og forskrifter .....	6
2.4.1 Viktige lover .....	6
2.4.2 Viktige forskrifter.....	6
2.5 Statlige føringer .....	6
2.5.1 Nasjonal strategi og styring .....	6
Grunnlaget for denne planen 2017-2021.....	6
2.6 Økonomi - KOSTRA – fravær.....	10
2.7 Nåværende tjenester i Lebesby kommune .....	10
2.7.1 Kjøllefjord Sykehjem inkludert vaskeri .....	12
2.7.1.1 Kjøkkenet .....	14
2.7.2 Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord .....	14
2.7.3 Hjemmebasert omsorg Laksefjord .....	15
2.7.4 Rus- og psykiatri tjenesten.....	16
3 GENERELLE BETRAKTNINGER.....	16

3.1 Befolkningen, aldersgruppering, endring og prognose i Lebesby kommune .....	16
3.2 Kommunens pleie og omsorgstjenester i planperioden (2017-2021).....	18
3.3.1 Sone Laksefjord .....	20
3.3.2 Samordning av Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord og Kjøllefjord sykehjem .....	20
3.3.4 Aktivitør .....	21
3.3.5 Demensomsorg .....	21
3.3.6 Lærlinger .....	22
3.5 Botiltakene.....	23
3.6 Serviceerklæringer .....	23
4 HANDLINGSPROGRAM - TILTAK.....	23
4.1 Plangruppens tiltak .....	23

Lenker til de planverkene det er vist til;

Morgendagens omsorg St.meld.29;

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Omsorg 2020;

[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)

Demensplan 2020 (kortversjon);

[https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020\\_kortversjon.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf)

Demensplan 2015 «Den gode dagen»

[https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf)

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet - Meld.St.26;

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

## 1. INNLEDNING OG MÅLSETTING

Pleie- og omsorgstjenestene i Lebesby kommune står fremfor store utfordringer. Med dette menes de daglige utfordringene om forsvarlig faglig og økonomisk drift i samtlige år i planperioden 2017-2021.

Den aller største utfordringen ligger i å rekruttere fagpersonell på alle nivå i lys av samhandlingsreformen. Samt at fagpersonell må påregne større faglige oppgaver. Vi må styrke kommunens oppgaveløsning gjennom innovasjon, nye faglige metoder og anvendelse av ny teknologi.

I planperiodens siste år vil det skje en stor økning av eldre som er 80 år og over. I aldersgruppen fra 70 år og oppover finner vi i stor grad mer sammensatt og komplisert sykdomsbilde. Dette fordrer en økonomi og et faglig innhold i tjenestene som både administrasjonen, ansatte og folkevalgte må stå rustet til.

### 1.1 Mandat og organisering av arbeidet

Pleie og omsorgsplanen 2011 - 2020 rulleres og blir planverk for pleie og omsorg 2017 - 2021.

*”Med bakgrunn i eksisterende pleie- og omsorgsplan, samt nasjonale føringer, rulleres pleie- og omsorgsplan og det utarbeides en politisk handlingsplan frem mot år 2021 ”*

Plangruppen har hatt 4 møter, samt at det har vært holdt personalmøter for å diskutere plangruppens forslag og få til medvirkning fra ansatte. Planen sendes deretter ut på høring før politisk vedtak.

Plangruppen har bestått av:

Muna Larsen, konst. Helse- og omsorgssjef (leder av plangruppen)

Lill-Britt Lauritsen, avd. leder hjemmebasert omsorg Kjøllefjord og Laksefjord

Paula Ylinampa, avd. leder sykehjemmet

Riikka Joensu, hjemmebasert omsorg Kjøllefjord

Simone Nilsen, hjemmebasert omsorg Kjøllefjord (velferdsteknologi)

Anne Teigen, hjemmebasert omsorg Laksefjord (aktivitør)

Åshild E. Pedersen, hovedverneombud (arbeider ved sykehjemmet)

Alice Normi, hovedtillitsvalgt (arbeider ved sykehjemmet)

### 1.2 Målsetninger

#### 1.2.1 Nærings- og samfunnsplan 2007-2012 - hovedmål

*Lebesby kommune skal være aktiv og pågående for å møte morgendagens utfordringer for kommunal tilrettelegging, tjenesteyting og lokal næringsutvikling*

#### 1.2.2 Hovedmål for helse- og omsorgssektoren

*Fremme helsemessig, økonomisk og sosial trygghet.*

### 1.2.3 Målet for pleie- og omsorgsplanen 2017 – 2021

Målet med pleie- og omsorgsplan 2017 – 2021 er at brukere skal kunne bo hjemme, så lenge som det er forsvarlig ut fra deres psykiske og fysiske helse jmf omsorgstrappen/tiltakskjeden og BEON - prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).

## 2. PLANFORUTSETNINGER

### 2.1 Avgrensning av innholdet i pleie- og omsorgsplanen

Pleie- og omsorgsplanen omhandler ikke rekruttering og kompetanseutvikling. Kompetansebehov og tiltak inngår i en årlig opplæringsplan. Pleie- og omsorgsplanen vil peke på et visst framtidig behov for personell.

Handlingsdelen av planen, kapittel 4, er et resultat av beslutninger tatt i plangruppen gjennom de møter som har vært avholdt, og på bakgrunn av det grunnlagsmaterialet som har vært til rådighet. Man har prøvd å ha en nøktern tilnærming til de økonomiske realitetene i kommunen.

### 2.2 Begrepsavklaringer

#### 2.2.1 Helhetlig omsorg

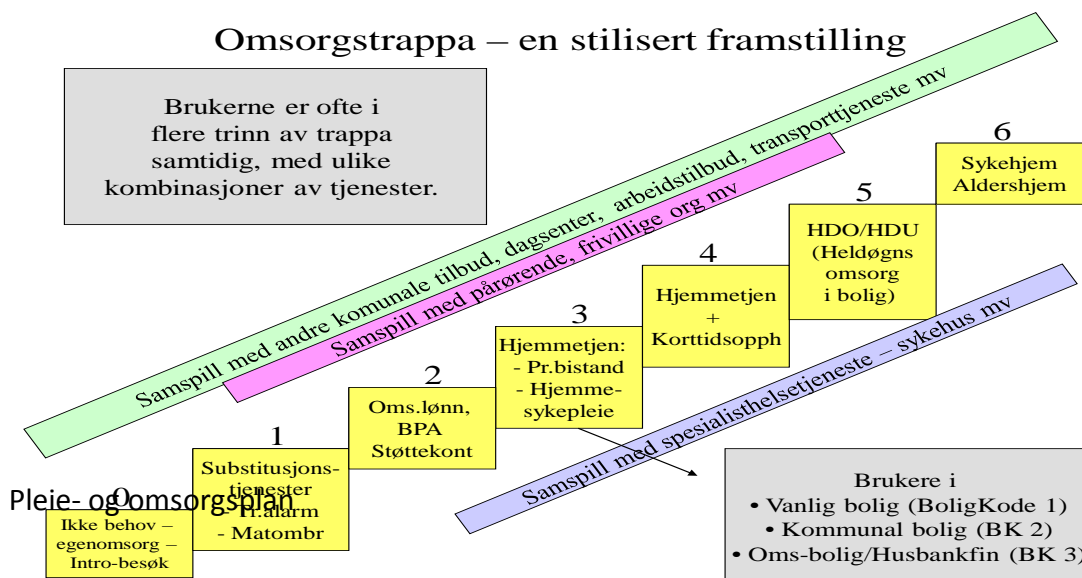
Å gi helhetlig omsorg vil dreie seg om mer enn og bare å gi nødvendig fysisk hjelp. Helhetlig omsorg handler om å se brukerens psykiske, sosiale og åndelige behov i sammenheng med det rent fysiske. Siden ingen er like, betyr dette videre å ta utgangspunkt i brukerens egen opplevelse av sin livssituasjon, å utmåle individuelle og tverrfaglig sammensatte tjenester på bakgrunn av dette.

#### 2.2.2 Grunnleggende behov

Med grunnleggende behov menes i denne planen de behov som er nødvendige å få dekket for å ivareta liv og helse, dvs. nok mat og drikke, nødvendig helsehjelp og tilstrekkelig personlig pleie og stell.

#### 2.2.3 Omsorgstrappen/tiltakskjeden

Alle trinn i trappen/kjeden bør forvaltes og benyttes etter BEON-prinsippet – ”Beste Effektive Omsorgs Nivå”



## 2.3 Ulike begrep innen bo- og tjenestetilbud i institusjon og hjemmetjeneste

### 2.3.1 Avlastning

Tilbudet om avlastning er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6d og er tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gi omsorgsyteren nødvendig fritid og ferie samt mulighet til å delta vanlige samfunnsaktiviteter. Avlastning kan gis ut fra ulike behov og organiseres på ulike måter. Tjenesten kan tilbys i eller utenfor hjemmet, i eller utenfor institusjon og skal omfatte et forsvarlig tjenestetilbud for personer som har omsorgsbehovet. Avlastning er vederlagsfri (gratis) tjeneste.

### 2.3.2 Korttidsopphold

Korttidsopphold er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd. Korttidsopphold på sykehjemmet brukes til utredning, behandling, rehabilitering, habilitering og opphold i påvente av langtidsopphold. Egenbetaling for korttidsopphold er kr 150 / døgn i 2016.

### 2.3.3 Langtidsopphold

Kommunens plikt til å sørge for sykehjems plasser er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, 6c. Tildeling av langtidsplass i sykehjem krever en grundig individuell helsefaglig vurdering.

### 2.3.4 Hjemmesykepleie

Tilbudet er hjemlet i helse og omsorgstjenesteloven § 3-2,6a og er et kommunalt lovpålagt tilbud til befolkningen om nødvendig *helsehjelp*. Det er ikke noe rettslig grense for omfang og type tjenester som kan ytes hjemme. Dette vil bero på en forsvarlighets- og en hensiktsmessighets vurdering. Helsetjenester i hjemmet vil i første rekke omfatte hjemmesykepleie. Noen ganger kan fysioterapi og ergoterapi samt fotterapi være aktuelle tjenester.

Begrepet *helsehjelp* brukes i mange sammenhenger istedenfor begrepet hjemmesykepleie, men betyr det samme når det gjelder innholdet i tjenesten: nødvendig personlig bistand, pleie og omsorg, sykepleiefaglig tilsyn og oppfølging.

### 2.3.5 Hjemmehjelp

Hjemmehjelp/praktisk bistand er også lovpålagt kommunal tjeneste. Den er hjemlet i helse og omsorgstjenesteloven § 3-2,6b.

*Praktisk bistand* er et begrep som omfatter hjemmehjelp og annen hjelp til daglige gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdning, slik som innkjøp, matlaging, vask av klær mm. Formålet er å bidra til at den enkelte blir mest mulig selvhjulpent. Der det er hensiktsmessig, vil opplæring i dagliglivets gjøremål også være ett tiltak.

Helse og omsorgstjenesteloven § 3-2,6c sier at de sosiale tjenestene i kommunene skal omfatte omsorgstiltak som praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse og omsorgslønn til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, eller andre årsaker.

## 2.4 Et utvalg av lover og forskrifter

### 2.4.1 Viktige lover

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester  
Lov om folkehelsearbeid  
Lov om pasient og brukerrettigheter  
Lov om smittevern  
Lov om helsepersonell

### 2.4.2 Viktige forskrifter

Forskrift om lovfestet sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste  
Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie  
Forskrift om pasientjournal  
Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten  
Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten  
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator  
Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS).

## 2.5 Statlige føringer

### 2.5.1 Nasjonal strategi og styring

#### Grunnlaget for denne planen 2017-2021

- Omsorg 2020 «regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020»
- St.meld. 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- St.meld. 29 «morgendagens omsorg»
- Forbedring, forenkling og fornying er regjeringens mål med satsing innen for helse og omsorg 2015-2020
- Nasjonale retningslinjer for utredning, omsorg og behandling av personer med demens.

For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løfter regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Tiltakene skal bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Videre vil regjeringen i meldingen fremme tiltak for å bedre den medisinske oppfølgingen i sykehjem og hjemmetjenester, og sikre en bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i kommunene. Det vises til Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet for nærmere omtale.

Regjeringens tiltak for å styrke omsorgstjenesten oppsummeres i 5 punkter i Omsorg 2020, som blant annet inneholder følgende tiltak og delplaner og som skal arbeides med videre: *(Kursiv skrift; kommunens mål som er utarbeidet av arbeidsgruppen)*

- **Samarbeid bruker, pårørende og nettverk/ frivillige lag og foreninger**  
Fremtidens helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivaretatt sine grunnleggende behov, og får mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Pårørendes situasjon skal styrkes gjennom bedre tilbud om avlastning, støtte og faglig veiledning.

*Kommunen vil samarbeide med lag/foreninger. Blant annet pårørendeskole i samarbeid med nasjonalforeningen for folkehelse og lokal demensforening. Besøktjeneste i samarbeid med Røde Kors. Videre er det viktig å få på plass pårørendenettverk og formalisert samarbeid. Brukerundersøkelser skal gjennomføres avdelingsvis i 2016/2017, og etter dette minimum hvert 2 år. Tjenestetilbudene skal søkes tilpasset den enkeltes ønske med fokus på faglig forsvarlighet.*

- **Faglig sterk helse og omsorgstjeneste.**  
For å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i fremtiden er det behov for faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Faglig omstilling i tjenestene er blant annet knyttet til sterkere vektlegging av mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøarbeid, veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. I tillegg skal den medisinskfaglige oppfølgingen av omsorgstjenestens brukere bedres.

Vi ønsker også å nevne at man i de kommende årene vil ha ett større fokus rettet mot god omsorg og pleie i form av miljøterapeutisk behandling.

Bruk av miljøtiltak er «inn i tiden», men forskning viser også at bruk av konkrete miljørettet tiltak spesielt hos demente pasienter, men også øvrige brukere av hjemmetjeneste og på sykehjem har en meget god effekt. Det virker forebyggende på hukommelsestap, følelse av depresjon, ensomhet, stagnasjon, større trygghets følelse og økt matlyst, treningslyst, større funksjonsnivå, selvstendighet og følelse av mestring og livsglede. Dermed kan det være med på å bremse utviklingen av «tunge brukere» i helsetjenesten.

*Kommunen vil legge til rette for kurs og hospiteringer. Fokus på hverdagsrehabilitering der brukerne skal få benytte de ressurser de har, og bevare de funksjoner de har og eventuelt bedre sin mestring av daglige aktiviteter.*

*Pågående: Fagskoleutdanning velferdsteknologi, demensomsorgens ABC, miljøperm/miljøarbeid*



- **Moderne lokaler og boformer, herunder kartlegging av eksisterende boliger og vurdering av utbedring/tilrettelegging**

Det vil være brukere i alle aldersgrupper. Noen er inne til korttids rehabilitering, noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Dette krever et mangfold av boformer. Moderne og godt utstyrte lokaler er også avgjørende for effektiv drift og et godt arbeidsmiljø for de som vil arbeide i denne sektoren. Regjeringen satser derfor mange milliarder på utbygging av nye og modernisering av gamle sykehjem og omsorgsboliger

*Kommunen vil få på plass tilbud til alle over 65 år om hjemmebesøk av hjemmebasert omsorg og fysioterapeut. Opplyse om husbankens støtteordninger for utbedring/tilrettelegging og hjelpemidler som kan søkes på for å kunne bo lengst mulig hjemme. Det er tatt i bruk alarmer/sensor/GPS/velferdsteknologi både ved sykehjem, omsorgsboligene og ute hos de enkelte brukere, der det kan bidra til at beboeren kan mestre å bo i eget hjem. Beboerne på sykehjemmet vil kunne få en tryggere hverdag og mer frihet til å gå ut eller bevege seg i inne på sykehjemmet alene. Det vil oppleves «friere» enn å være avhengig av at personalet er tett på til enhver tid for å sikre at beboerne finner tilbake til sykehjemmet eller eget rom. Beboerne vil også kunne unngå å bli vekket av tilsyn f.eks. på natt hvis de har ulike sensorer på rommet som signaliserer når de er våkne og går ut av seng eller rom.*

- **Den nye hjemmetjenesten**

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. Det er derfor behov for å øke satsing på hjemmetjenester og tidlig innsats. Dette vil også gi grunnlag for å videreutvikle samarbeidet mellom den offentlige omsorgstjenesten, den frivillige og familiebaserte omsorgen og spesialisthelsetjenesten

*Kommunen inviterer lag og foreninger /frivillige inn til arbeid med dag/aktivitet. Videre er det samarbeid med nasjonalforeningen om pårørendeskole. Røde kors har tilbud om besøksvenn. Det vil bli holdt samarbeidsmøter med lag/foreninger og andre frivillige om å få til ett bredere samarbeid. Videre vil pårørendesamarbeid bli formalisert og utviklet.*

*Hjemmebasert omsorg ønsker å få økt sykepleierressurs for å kunne møte en sykere pasientgruppe. Og på denne måte å unngå noen av de som nå må få behandling på institusjon*

- **Fornyelse og innovasjon**

For å bidra til gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden er det behov for å utforme nye løsninger ved å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser, ta i bruk ny teknologi og nye faglige metoder og støtte lokalt innovasjonsarbeid.

*Hjemmebasert omsorg har siden 2015 arbeidet med prosjekt «velferdsteknologi i hjemmetjenesten». Velferdsteknologi er i hovedsak at vi har fokus på andre måter å jobbe på, samt å finne fleksible løsninger lokalt.*

Velferdsteknologi kan deles inn i fire hovedkategorier ut fra hvilket behov til møter, og hvordan de kan fungere som støtte for brukere, pårørende og tjenesteutøvere:

- Trygghets- og sikkerhetsteknologi skaper trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse.
- Trygghetsalarmer er den mest brukte løsningen i denne gruppen, som nå utvides med varslings- og lokaliseringsteknologi og former for sensorer
- Kompensasjons- og velferdsteknologi bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt.
- Dette omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet enklere, som for eksempel styring av lys og varme.



Teknologi for sosial kontakt bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, som for eksempel videokommunikasjonsteknologi.

Teknologi for behandling og pleie bidrar til at mennesker gis mulighet til bedre å mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, blodtrykk mv. er eksempler på slike tekniske hjelpemidler.

### Områder vi skal jobbe særlig med

Vi skal ha felles fokus på hverdagsrehabilitering, aktiv omsorg og palliativ omsorg/ død. St.meld. 29 peker ut disse områdene som omsorgstjenestenes viktigste utfordringer og der det er muligheter for utvikling.

Gjennom bevisstgjøring og satsing på disse områdene vil dette bli en «rød tråd» for vårt tverrfaglige og daglige arbeide innenfor sektoren.

Disse åtte prinsippene legges også til grunn i st.meld. 29 og styrende for vårt arbeid og hvordan vi skal planlegge å drive vår tjeneste:

- bygger på et helhetlig menneskesyn
- er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet
- er tilpasset brukernes individuelle behov
- viser respekt og omsorg for pårørende
- består av kompetente ledere og ansatte
- vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende tiltak
- er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester
- er lærende, innovativ og nyskapende

## 2.6 Økonomi - KOSTRA – fravær

Helse- og omsorgstjenestene i Lebesby kommune har for 2016 et samlet netto budsjett på kr 50,3 mill., en nedgang på kr 1,5 mill. fra 2014 (regnskapet hadde et underskudd på kr 1,3 mill. i 2015, for hele sektoren). Fra 2014 til 2016 er det tilført flere nye tjenester/stillinger i sektoren, som i seg selv utgjør kr 1,93 mill. på budsjettet 2016.

Isolerer man pleie- og omsorgsvirksomheten ut fra regnskapet (ansvarsområder; 3300 til 3510/ 3805,3810) er budsjettallet for 2016 på netto kr 30,49 mill.

Regnskapet 2015 viste netto 33,82 mill. kr., og et underskudd på kr 131 000,- for ansvarene vist ovenfor.

Det fremkommer av KOSTRA tallene at Lebesby kommune bruker vesentlig mer en andre sammenliknbare kommuner på helse- og omsorgstjenester.

### Fravær

Hele sektoren har stor bevissthet omkring sykefravær og det jobbes kontinuerlig med å få ned sykefraværet.

For 2015 var det totale sykefraværet i helse- og omsorgssektoren 8,45 % (sykehjem 9,9 %, hjemmebasert omsorg 11,73 %). Dette er interne tall.

## 2.7 Nåværende tjenester i Lebesby kommune

Helse – og omsorgssektoren er den største sektoren i kommunen. Helse- og omsorgssjefen har det øverste administrative leder og styrer etter mål og rammer for sektoren.

Tildeling av tjenester skjer i inntaksteam som består av leger, fysioterapeut, avdelingsledere, sykepleiere, saksbehandler, helse- og omsorgssjef, samt etter faglige vurderinger av den enkelte leder og saksbehandler på bakgrunn av sykepleierkartlegginger.

- Langtidsplass på sykehjem
- Korttidsopphold på sykehjem
- Avlastning på sykehjem / i hjemmet
- Utredning demenssykdom
- Omsorgslønn
- Personlig assistanse (BPA)
- Hjemmesykepleie
- Hjemmehjelp
- Omsorgsboliger
- Støttekontakt
- Trygghetsalarm
- Diverse velferdsteknologisk utstyr
- Aktivitør

Elektronisk samarbeid:

- Administrativt benyttes ESA Sak og arkiv til post og saksbehandling
- Agresso: regnskap og lønn
- Arena: budsjettarbeid

- Visma Enterprise Ressursstyring: personalrettet timelistesystem/ turnus
- Gerica: pasientrettet saksbehandler- og rapport/journalsystem
- IPLOS: registrering av hjelpebehov

### 2.7.1 Kjøllefjord Sykehjem inkludert vaskeri



Kjøllefjord sykehjem

Kjøllefjord sykehjem tilbyr tjenester til brukere med største pleie- og omsorgsbehov. Sykehjemmet, som er lokalisert i Kjøllefjord helsesenter, har 18 pasientrom delt i tre avdelinger; Skjermet enhet, avdeling A og B. Skjermet enhet ble til våren 2016 og er forbeholdt for de mest urolige beboere med demenssykdom. Per

dagsdato fungerer ikke skjermet enhet optimalt, men intern utviklingsarbeid pågår. Vaskeriet har sine lokaler i underetasje ved Kjøllefjord helsesenter.

#### Ledelse

Avdelingsleder med 100 % administrasjonstid rapporterer til helse- og omsorgssjefen og er faglig, forvaltningsmessig og økonomisk ansvarlig for driften for sykehjemmet og vaskeriet. Avdelingsleders stedfortreder er sykepleier 1 med 20 % administrasjonstid. Tjenestene ved Kjøllefjord sykehjem er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven.

#### Oppbygging og funksjon

På Kjøllefjord sykehjem er det 16 langtidsplasser, 1 akutt plass og 1 korttidsplass. Akutt plassen er inndelt i 0,20 % kommunal akutt døgnplass (KAD) og 0,80 % sykestueplass. Sykestueplassen er forbeholdt pasienter som trenger aktiv behandling og daglig legetilsyn, men ikke nødvendigvis en sykehusinnleggelse. Driften av sykestueplass og KAD forutsetter at kommunen har døgnkontinuerlig legevakt og sykepleier i vakt 24/7. Korttidsplassen brukes til avlastning, rehabilitering, behandling og utredning av pasienter samt pleie og omsorg ved livets slutt.

I utgangen av mai 2016 har det vært 103 innleggelser av ulik varighet på sykehjemmet. Total antall innleggelser i 2015 var 100.

Sykehjemmet har følgende utstyr til diagnostisering og forsvarlig medisinsk oppfølging; EKG, monitor for å følge hjerterytme, blodtrykk, oksygenmetning og puls, apparat for å måle CRP, blodsukker og hemoglobin. På sykehjemmets akuttrom er utstyrt for å kunne stabilisere og behandle den akutte syke pasienten.

Kjøllefjord sykehjem har legevisitt på alle ukedagene. Legen er også tilgjengelig ved behov. Hver onsdag er det et tverrfaglig møte mellom leger, fysioterapeuter, avdelingsledere og sykepleiere fra sykehjemmet og hjemmebasert omsorg. Formålet med møtet er å kunne bidra

til det beste og mest hensiktsmessige behandlingsforløpet for felles pasienter /brukere samt å være med på å sikre en bedre og mer systematisk samhandling og koordinering av deltjenester i Lebesby kommune.

Sykepleiere på sykehjemmet bistår legevaktsleger samt utfører polikliniske oppgaver som sårskift, infusjoner, blodprøvetaking og cellegiftbehandling. Det pågår en del medisinsalg utenfor apotekets åpningstider.

Kjøllefjord sykehjem har som regel 1-2 lærlinger samt flere elever i ulike praksisperioder. Helsefagarbeidere med veiledningskompetanse har hatt ansvar for disse. Sykehjemmet fortsetter med å ta i mot lærlinger og elever for å bidra til rekruttering av nytt helsepersonell.

### **Stillingsressurser**

Medberegnet faste tilkallingsvikarer arbeider det 37 personer ved sykehjemmet og vaskeri.

Kjøllefjord sykehjem har totalt 22,23 årsverk + lærling, som fordeler seg som følgende:

- 1 årsverk avdelingsleder
- 0,20 årsverk sykepleier 1
- 0,20 årsverk Gerica ansvarlig
- 9,12 årsverk sykepleier
- 9,43 årsverk stilling hjelpepleier/omsorgsarbeider
- 2,28 årsverk stilling assistenter
- lærling

Vaskeriet har en fast ansatt i 80 % stilling.

Fysioterapeutene yter cirka 30 timer/måned til sykehjemmet og eventuelt mer ved behov. Våren 2016 ble det startet et prøveprosjekt «Torsdagstrim» for å øke det fysiske funksjonsnivået til pasienter med demens. Treningen blir ledet av fysioterapeutene, men gjennomføringen av øvelsene er avhengig av personalet på avdelingen og frivillige pårørende.

Aktivitøren er ansatt i 50 % stilling og holder til på sykehjemmet i hverdagene. Populære aktiviteter er blant annet høytlesning av dagens aviser og bøker om lokal historie. Det blir også turer ut når været tillater det. I tillegg til sykehjemmets beboere og pasienter deltar også brukere på dagopphold i aktivitetstilbudet på sykehjemmet.

### **Utfordringer**

Som følge av Samhandlingsreformen skriver sykehusene ut pasienter raskere enn tidligere og dette har ført til et konstant overbelegg på sykehjemmet. Gjennomsnittlig overbelegg ved utgangen av mai 2016 er 2 pasienter/døgn. Dagens utskrivningsklare pasienter er som regel sykere og mer ressurskrevende enn tidligere.

Med sin ene korttidsplass har sykehjemmet svært redusert kapasitet til å ta i mot økende pasientstrøm fra sykehusene, dette har ført til økte økonomiske utgifter i form av «dagsbøter». For å kunne ta i mot flere utskrivningsklare sykehuspasienter, har enkelte av sykehjemmets beboere blitt nødt til å dele rom. Pårørende med tunge omsorgsoppgaver har ikke fått tilbud

om avlastning som de har krav på, fordi korttidsplassen stadig er i bruk.

For å kunne tilby forsvarlige helsetjenester for kommunens innbyggere er Kjøllefjord sykehjem avhengig av faglært personal. I de siste årene har man hatt problemer til å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere. Det har også vært påfallende få kompetente søkere på ledige stillinger.

#### 2.7.1.1 Kjøkkenet

Kjøkkenleder er faglig og økonomisk ansvarlig for kjøkkenet og rapporterer til helse- og omsorgssjefen. Alle måltidene for pasienter og beboere ved sykehjemmet tilberedes på kjøkkenet. I tillegg leverer kjøkkenet gjennomsnittlig 25 middager daglig til hjemmeboende brukere.

Kjøkkenet har totalt 3,02 årsverk som fordeler seg som følgende

- 1 årsverk som fagleder/kokk
- 1,60 årsverk som fagarbeider /kokk
- 0,42 årsverk som kjøkkenassistenter

#### 2.7.2 Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord

##### Ledelse

Avdelingsleder med 100 % administrasjonstid rapporterer til helse- og omsorgssjefen og har det økonomisk og administrativt lederansvar for avdelingen. Avdelingsleders stedfortreder er sykepleier 1. Det er 1 avdelingsleder for både sone Kjøllefjord og Sone Laksefjord. Leder og saksbehandler jobber tett med sykepleierne ved tildeling og revurdering av tjenestene. Det gjøres faglige vurderinger kontinuerlig for å sikre at brukerne får den hjelp de trenger for å føle seg trygge og kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker det.

Det jobbes ut fra lavterskelmodell, og det innebærer at i enkelte saker startes tiltak før den formelle saksbehandling er gjort. Dette er i hovedsak ved utskrivning fra sykehus eller annen institusjon og der det er åpenbart hjelpebehov og det er plikt etter lov å yte helsehjelp i hjemmet. Dette gjelder også for Sone Laksefjord.

Stillingsressurser i avdelingen Kjøllefjord

Hjemmebasert Kjøllefjord har totalt 16,15 årsverk, som fordeler seg slik.

- 1 årsverk avdelingsleder (delt med Laksefjorden)
- 1 årsverk sykepleier 1 (turnus)
- 2,2 årsverk sykepleier
- 6,85 årsverk helsefagarbeider
- 3,6 årsverk assistent
- 1 årsverk hjemmehjelp
- 0,5 årsverk aktivitør

Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord yter hjelp til stedene Kjøllefjord, Kifjord og Dyfjord. Avstand til Dyfjord er 22 km. Hovedtyngden av brukere bor i Kjøllefjord, hvor basen til hjemmebasert omsorg er stasjonert. Det er 14 omsorgsboliger i Kjøllefjord (Strandveien 201).

### 2.7.3 Hjemmebasert omsorg Laksefjord

#### Ledelse

Avdelingen ledes av avdelingsleder hjemmebasert omsorg Kjøllefjord. Avdelingen har en 25 % hjemmel mellomleder for å ha daglig administrative oppgaver og samarbeider sammen med avdelingsleder.

Stillingsressurser i avdelingen

Hjemmebasert Laksefjord har totalt 7,73 i årsverk + lærling, som fordeler seg slik.

- 1 årsverk sykepleier
- 0,25 årsverk mellomleder
- 3,65 årsverk hjelpepleiere
- 1,43 årsverk assistent
- 0,9 årsverk kokk
- 0,2 årsverk renholder
- Ca 0,3 årsverk leies inn timebasis
- lærling

I tillegg til kontorer for hjemmebasert er der kjøkken som lager middag for beboerne samt at det tilbys middag/matombringing til brukere i indre del av kommunen. Aktivitør/dagsenter har mye samarbeid med kjøkkenet.

Hovedtyngden av brukere er bosatt i tettstedet Lebesby.

Det er kontordag på Veidnesklubben (170 km) en gang pr. mnd. for sykepleier, ved behov oftere. Annet helsepersonell og hjemmehjelp drar hver andre/tredje uke i tillegg.

Lang avstand mellom basen og brukerne gjør at det kan være vanskelig å få gitt hjelp når det oppstår bistandsbehov utover oppsatt plan.

Kommunen vil se på løsninger innenfor velferdsteknologi for om mulig å sikre alle innbyggerne lik tilgang til tjenester og samme kvalitet innenfor de ulike trinnene på omsorgstrappen.

Det gjøres faglige vurderinger kontinuerlig for å sikre at brukerne får den hjelp de trenger for å føle seg trygge og kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker det.

#### *Utfordringer for begge soner, hjemmebasert omsorg*

Det er flere brukere i hjemmebasert omsorg med sammensatte problemer/ redusert bo-evne. Vi har også brukere med kombinasjonen rus/psykiatri og flere eldre med psykiske lidelser. Det kan være utfordrende og tidkrevende å få til behandling og oppfølging av personer med rusproblematikk eller psykisk lidelse fordi de selv ikke opplever at de har ett hjelpebehov. Pårørende og nettverk søker ofte kontakt for råd og veiledning og gir bekymringsmeldinger.

Personer med rusmiddelavhengighet må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer.

Planfestede tiltak

Våren 2016 kom samarbeidet mellom hjemmebasert omsorg og rus/psykiatritjenesten på plass. Dette blir beskrevet i tiltaksdelen som går på miljøterapeutisk arbeid.

Det skaper også utfordringer med at vi ikke klarer å rekruttere sykepleiere til vakante stillinger, og behovet er også tilstede for en økning av sykepleierressurs. Slik det er i dag er det vanskelig å tilby intravenøs behandling, parenteral ernæring og andre tidkrevende



sykepleieroppgaver i hjemmet. På grunn av dette blir mange innlagt sykestua eller værende ekstra dager på sykehus. Satsingen på utbygging av hjemmebasert tjenester i Norge som følge av samhandlingsreformen har vært en statlig føring, og dette vil være nødvendig for Lebesby kommune i planperioden 2017-2021.

#### **2.7.4 Rus- og psykiatri tjenesten**

Tjenesten omfattes av 2 fagpersoner som er organisert i avdeling Helse.

Følger primært opp hver sin pasientgruppe og her separate møter med samarbeidsparter i tillegg til faste fellesmøter.

Rus/psykiatriplanen er under rullering, og den vil ikke bli tatt inn her.

Lebesby kommunes mål innen rus og psykisk helsevern er:

- Å utvikle et helhetlig, tverrfaglig tjenestetilbud for mennesker med rus og/ eller psykiske lidelser. Sikre samhandling og kontinuitet
- Å etablere helhetlig, tverrfaglig samarbeid for å utvikle tiltak for forebygging av psykososiale problemer.
- Styrke tilbudet til rusmiddelavhengige i kommunen

### **3 GENERELLE BETRAKTNINGER**

#### **3.1 Befolkningen, aldersgruppering, endring og prognose i Lebesby kommune**

Antallet eldre øker mye i tiårene etter 2020 samtidig reduseres de yngre aldersgruppene.

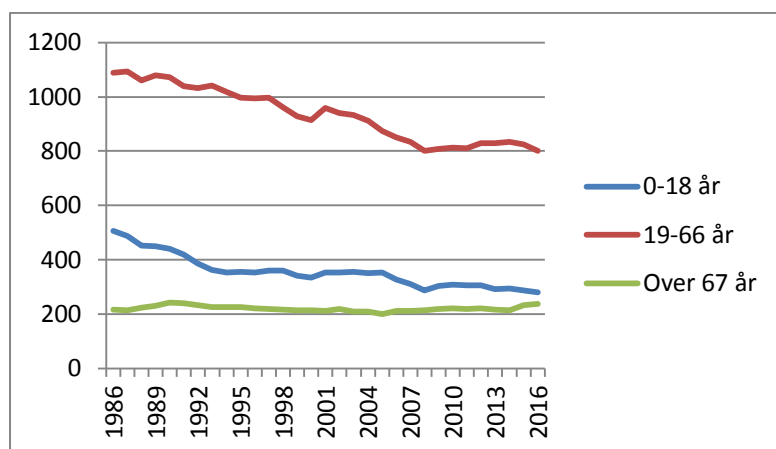
Fremtidens brukere vil bestå av nye generasjoner eldre, men også flere yngre

tjenestemottakere som alle vil kreve et mer mangfoldig tjenestetilbud av Lebesby kommune.

Samtidig vil mange av fremtidens eldre både være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. Fremtidens omsorgsutfordringer er enorme.

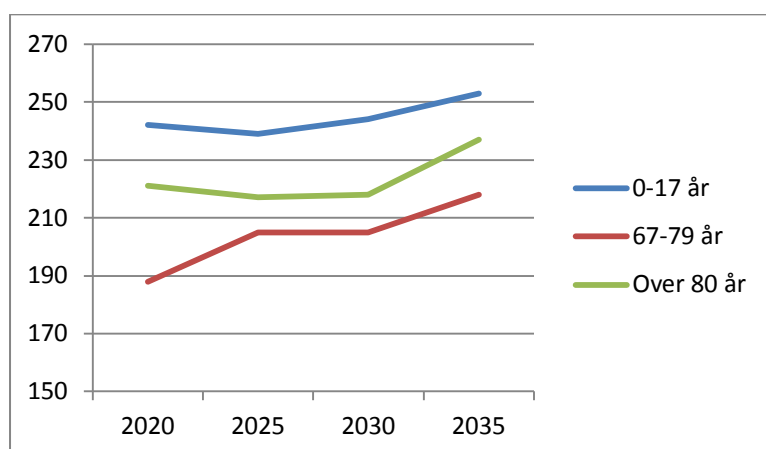
Lebesby kommune har opplevd et fall i innbyggertall fra 1811 til 1318 personer i perioden 1986-2016.

Figur 2. Befolkningsutvikling, aldersfordelt Lebesby 1986-2016



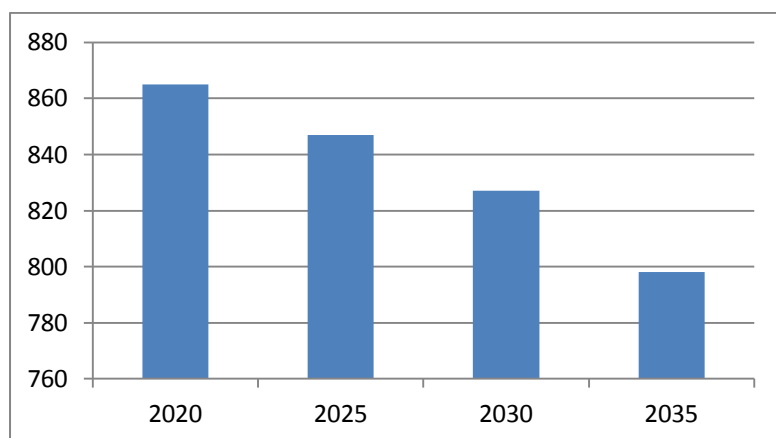
Nedgangen i folketallet er størst i de yngste aldersgruppene (0-18 år) der reduksjonen fra 1986 til 2016 er på 45 %, reduksjonen av voksne (19-66 år) er på 26 % og vi ser en økning av pensjonistgruppen (over 67 år) på 10 % (figur 2).

Figur 3a. Prognose for befolkningsutvikling 2020-2035 (SSB, alt. MMM)



Fram mot 2035 (på bakgrunn av prognoser fra Statistisk Sentralbyrå – alternativ MMMM) vil antall barn og ungdomsgruppen (0-18 år) øke med ca. 5 %, eldregruppen (67-79 år) vil øke med ca. 16 %, og de eldste eldre (over 80 år) vil øke med ca. 7 % (figur 3a)

Figur 3b. Prognose for befolkningsutvikling 2020-2035 (SSB, alt. MMM)



Gruppen av voksne mellom 19-66 år vil reduseres med ca. 9 % (figur 3b)

### 3.2 Kommunens pleie og omsorgstjenester i planperioden (2017-2021)

Fra 2009 og frem til i dag har pleie- og omsorgstjenestene arbeidet etter vurderinger gjort av Rune Devolds drifts- og ressursanalyse fra mars 2009. Det vurderes at det er jobbet målrettet på de ulike områdene og iverksatt tiltak der Devold rapporten viste svakheter. Det vises til at alle de tiltak som var satt i planen 2011-2020 er iverksatt.

En sentral utfordring i vår kommune er å etablere ett godt samarbeid mellom sykehjem og hjemmetjenesten om ett helhetlig pasientforløp/tilbud. I de siste 20 årene har utbygging av hjemmetjenester framfor institusjonsplasser vært et overordnet mål i Norge for å hjelpe den enkelte brukeren til å bo i eget hjem så lenge som mulig. Denne satsingen er ikke kommet skikkelig i gang i Lebesby kommune før i 2015.

Kommunen har etter lovverket plikt til å yte nødvendige helsetjenester og faglig forsvarlige sosialtjenester til dem som har behov for det. Den enkelte har imidlertid i dag ikke rett til selv å velge hvor tjenestetilbudet skal gis, eller hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Om en bruker trenger døgkontinuerlig hjelp kan man organisere det i brukerens hjem, i omsorgsbolig eller på sykehjemmet. Lovkravet om at tjenesten skal være forsvarlig i forhold til hjelpebehovet må overgå brukerens ønsker i forhold til hvor hjelpen blir gitt. Ved tildeling og organisering av tjenester vil man allikevel så langt det er mulig ta hensyn ønskene fra brukere og deres pårørende. Dette for å gi brukeren større innflytelse over egen hverdag.

Kommunene skal etter regelverket ha et tilbud om langtidsopphold i institusjon eller boform for heldøgns omsorg. Som en indikator på sykehjems dekning i kommunene brukes ofte antall sykehjemsplasser som prosent av antall innbyggere over 80 år. Målet for de fleste kommunene har vært at sykehjems dekning bør minst være 25 % og medberegnet omsorgsboliger med heldøgnsomsorg 28 %.

Sykehjemsdrift er regulert gjennom lover og forskrifter og omfatter både bo- og tjenestetilbud - en "totalpakke" for de med størst behov knyttet til omfattende pleie, omsorg og medisinsk behandling i enten korte eller lengre perioder. Sykehjemmet representerer det øverste trinnet i omsorgstrappen, og er den mest kostbare måten å drive/yte tjenester på.

Behovet for sykehjemsplasser til befolkningen må alltid vurderes i sammenheng med:

- muligheten for å tilrettelegge for tjenester i hjemmet.
- tilrettelegging av boligen (Husbanken) eventuelt kombinert med tilbud om døgnkontinuerlige tjenester for at brukeren kan bli boende under trygge forhold i egen bolig.
- antall omsorgsboliger med realistisk bemanning for heldøgnsomsorg og pleie.

Tilgjengeligheten til sykehjemsplass er primært avhengig av pasientsirkulasjonen og i mindre grad av antall sykehjemsplasser. Ligger listen høyt for å komme inn, vil sirkulasjonen gå fortere.

For at man skal kunne bo lengst mulig i sitt eget hjem eller i omsorgsbolig med hjelp av hjemmesykepleien, skal tjenester lavere på omsorgstrappen settes sammen slik at alle forhold rundt den enkelte brukeren blir ivaretatt. En sterk hjemmetjeneste kan forebygge ytterligere funksjonsreduksjon og sykdomsutvikling samt hindre utrygghet hos den hjemmeboende brukeren. Dette vil både utsette og redusere antall innleggelse på sykehjemmet eller gjøre institusjonsopphold unødvendig.

I tillegg til bistand fra hjemmebasert omsorg skal avlastning til pårørende som har tyngende omsorgsoppgaver, korttidsopphold og rehabiliteringsopphold tilbys. Alle disse tjenester skal kunne benyttes hver for seg eller sammen.

For å kunne koordinere og tildele det beste og mest hensiktsmessige tjenester i riktig tidspunkt for hver enkelt bruker, har det i våren 2016 vært nødvendig å få i gang et tettere tverrfaglig samarbeid med ukentlige møter.

Minst 20 % av sykehjemsplassene bør være øremerket for korttidsopphold. Dette vil si at Kjøllefjord sykehjem bør øke antall korttidsplasser fra den nåværende en plass, til tre plasser. Det er viktig, at et korttidsopphold må kunne tilbys uten en lang ventetid, slik at brukeren får utredning, behandling eller rehabilitering snarest mulig. Dette for å unngå ytterligere forverring av brukerens helsetilstand og dermed forlenget institusjonsopphold.

Etter gradvis innføringen av Samhandlingsreformen fra januar 2014, har liggetiden på sykehusene blitt kortere. Stadig sykere pasienter skrives ut for videre etterbehandling og rehabilitering i kommunene. Noe som krever både plasser og nødvendig kompetanse i sykehjemmene, og er helt i tråd med statlige føringene om sykehjemmenes framtidige rolle som aktive behandlingssteder. På grunn av at sykehjemmet kun har en korttidsplass, har man ikke hatt kapasitet til å ta i mot alle utskrivningsklare pasienter fra sykehusene og dette har ført til økte utgifter.

Kommunenes betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud er kr 4505 i døgnet (2016).

I fremtiden bør det fortsatt satses på ett sykehjem i Lebesby kommune. Det vil heller ikke være økonomisk tilrådelig å bygge opp tjenester på sykehjemsnivå flere steder i kommunen. Det kan også være vanskelig å opprettholde faglig forsvarlige tjenester samt å utvikle



bedre/ny kompetanse. Hjemmetjenester skiller mellom botilbud og tjenestetilbud. Muligheten for dynamikk og fleksibilitet i pleie- og omsorgstjenestene blir liten dersom både sykehjem og omsorgsboliger i hovedsak disponeres som et botilbud, og ikke først og fremst som en bolig med en nødvendig nærhet til tjenestene.

Det tildeles en hensiktsmessig bolig, og beboeren mottar deretter tjenester etter behov. Også her gjelder de ufravelige krav om forsvarlige tjenester, både i omfang og innhold samt kompetanse. En plass i et bemannet omsorgssenter vil dermed i prinsippet representere samme kvalitet som en plass i sykehjem, men driftskostnadene vil være lavere på grunn av at Staten dekker mange av utgiftene til den enkelte; det være seg utgifter til medisiner, inkontinensutstyr, hjelpemidler (gjennom Hjelpemiddelsentralen).

Omsorgsboligene var opprinnelig planlagt til mennesker som i nokså stor grad klarte seg selv. Slik det er tenkt nå skal en omsorgsbolig sikre beboeren nødvendig helsehjelp. Kriteriene for å få tildelt omsorgsbolig er at egen bolig ikke er hensiktsmessig tilrettelagt eller beboeren ikke er i stand til ivareta seg selv i egen bolig som følge av helsetilstand. Beboeren har da krav på tilrettelegging og oppfølging der så lenge det er forsvarlig og ikke nødvendig med overflytting til sykehjem, som da er neste trinn i omsorgstrappen.

### **3.3.1 Sone Laksefjord**

Lebesby, Kunes og Veidnesklubben må, på grunn av geografiske forhold, sees på som selvstendige enheter.

Hjemmetjenesten i Laksefjord har utfordringer for å sikre beboere på Veidnesklubben særlig, men også tilbud til brukere utenfor Lebesby tettsted en minimumstjeneste som hjemmehjelp og hjemmesykepleie på. Slik situasjonen er i dag driftes dette tilbudet fra Lebesby.

Det kan oppleves som mangelfullt tilbud av innbyggerne i indre del av kommunen, men pga. begrenset sykepleierressurs er det lavere terskel for innleggelse sykehus og sykehjem for behandling og observasjon.

Velferdsteknologiske løsninger slik som e-helse der en kan måle Blodtrykk, blodsukker og KOS målinger og få sendt svar til basen i Lebesby eller Kjøllefjord vil kunne bidra positivt for å oppnå likeverdige tjenester. Ved en styrking av sykepleierressurs i hjemmebasert omsorg i kommunen vil en kunne forebygge innleggelser og samtidig gi beboerne hjelp på ett mer riktig trinn i omsorgstrappen.

Vi vil gjennom å se på sykepleiertjenesten i kommunen som en helhet kunne fordele ressurser der vi til enhver tid ser det nødvendig i forhold til oppgaver som må løses. Slik vil vi kunne gi tilbud etter BEON prinsippet til brukerne våre.

### **3.3.2 Samordning av Hjemmebasert omsorg Kjøllefjord og Kjøllefjord sykehjem**

Plangruppen vurderer at samarbeidet mellom hjemmetjenester og sykehjemstjenester fungerer godt. Man ser derimot stadig oftere at det stilles krav til samhandling og samarbeid mellom mange flere aktører når det gjelder pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Pleie- og omsorgstjenestene kan ikke ses isolert, men i sammenheng med andre helse- og sosialtjenester.

Det bør videre vedtas et formelt samarbeide mellom hjemmebasert omsorg Kjøllefjord og Kjøllefjord sykehjem.

Selv om samarbeidet mellom ulike enheter i pleie- og omsorgstjenestene fungerer godt, ser plangruppen at det er behov for å etablere et system, beskrive rutiner, for en mer rettferdig fordeling av personell, både under normal drift og når særlige bemanningsproblemer oppstår.

Dette gjennomføres som et prosjekt og hvor det dannes en arbeidsgruppe bestående av ansatte og tillitsvalgte samt lederne for pleie- og omsorgstjenestene. Det må oppnevnes prosjektplan med frister og felles møter for å sikre bred deltakelse av personalet.



Kjøllefjord sykehjem

### 3.3.4 Aktivitør

Hele aktivitetstjenesten i kommunen omfatter totalt 1,25 årsverk. Laksefjord har 0,25 % årsverk aktivitør. Det foreslås også å øke innsatsen for å få frivillige enkeltpersoner, lag og foreninger inn på banen i større grad. Selv om Nasjonalforeningen for folkehelse, LHL og Helselaget også i dag bidrar med sosiale tilstelninger, bør vi legge til rette for at denne innsatsen kan utvides.

### 3.3.5 Demensomsorg

En god demensomsorg handler om å se og lære enkeltmenneskers historie, slik at vi kan legge til rette for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk på tross av sykdom og funksjonssvikt. Personer med demens og deres pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet. I forbindelse med Demensplanen 2015 er utredning og diagnostisering av demens et satsningsområde. Målet er at alle kommuner innen 2015 skal ha opprettet demensteam og satt utredning i system.

Lebesby kommune har ikke et eget demensteam, men koordinering av utredning, oppfølging og videre behandling etableres i inntaksteamet. Etter beslutning om videre oppfølging av brukere, etableres samarbeid med fagpersoner med kompetanse vedrørende demenssykdom. Tjenestetilbudet skal være preget av kontinuitet og samhandling mellom ulike tjenesteytere. (Demensplan «Den gode dagen»).

Koordinerende demensteam bestående av kommuneoverlege, avdelingsleder hjemmebasert omsorg, avdelingsleder sykehjemmet, sykepleiere, fysioterapeut, saksbehandler og helse- og omsorgssjef.

Det er viktig at den som rammes kommer til lege og blir skikkelig utredet og får en diagnose slik at hjelpeapparatet kan iverksette nødvendige tiltak. For helse- og omsorgstjenesten i kommunen innebærer det store utfordringer framover for å gi tilrettelagt tilbud til denne gruppen. Man vet at det blir flere og flere med demenssykdom, ikke fordi vi blir sykere, men fordi vi lever lengre og frekvensen av sykdommen øker med stigende alder.

Generell statistikk viser følgende hyppighet av demens:

- 80 % av de som bor på sykehjem
- 10 % av de som er over 70 år
- 20 % av de som er over 80 år
- 30 % av de som er over 90 år

### Dagaktivitetstilbud

Dag/aktivitetstilbudet i kommunen drives forskjellig på de 3 ulike sentrene. Felles for alle er at det skal være ett tilbud som gir livsglede og en meningsfull hverdag for beboerne på omsorgsbolig, sykehjem og de hjemmeboende som har fått tilbud om dagsenterplass. Ett godt samarbeid med kulturkontoret har gitt mange flotte opplevelser for brukerne. Videre er det kommet på plass et samarbeid med fysioterapeutene slik at det også er trim på programmet. På sykehjemmet er det høytlesning, litt håndarbeid, sang/musikk og sosialt samvær som er det primære. Selv om det er variasjoner i aktiviteter ut fra den enkeltes funksjonsnivå. Beboerne har gjerne ett dårligere funksjonsnivå enn de som benytter dagsenter tilbud i omsorgsboligene. Turer, håndarbeid, konserter/kultur arrangement, bingo, felles måltider og bruk av lokale råvarer, sosialt samvær og individuelle opplegg er det som er essensen i dagtilbudet. Målet er at gjennom aktiviteter kan en forebygge demens, bevare funksjoner og bidra til en bedre hverdag. Dagsenter kan også benyttes som avlastning på dagtid for de som måtte ønske dette.

### Botilbud tilpasset personer med demens

Regjeringen legger gjennom investeringstilskuddet i Husbanken til rette for at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres med tilskudd, blir universelt utformet og tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. I perioden 2008–2015 er det et mål å gi tilsagn om tilskudd til 12000 boenheter. Dette vil bidra til å styrke kapasiteten og kvaliteten i demensomsorgen.

Kjøllefjord sykehjem har ikke egen demensavdeling, men i våren 2016 ble det laget en skjermet avdeling med 5 pasientrom i forbindelse med avdeling A. Det arbeides videre med å finne gode løsninger og endre rutiner for å skape ett mer demensvennlig miljø. En avgrenset, oversiktlig sykehjemsavdeling hadde vært det beste for beboere med demenssykdom som er urolige og vandrende, men eksisterende bygg setter en del begrensninger for optimal drift. Etter etableringen av skjermet enhet har pleiedriften blitt mer effektiv og hverdagen mer verdig for beboere med demens. Dette har også bidratt til roligere og bedre miljø på sykehjemmet generelt. En viss fleksibilitet mellom den vanlige avdelingen og skjermet enhet er en selvfølge.

### Økt kunnskap og kompetanse

Pårørende skal få støtte, veiledning og kunnskap gjennom pårørendeskoler og ulike informasjons- og opplæringstilbud. Ansatte skal gis muligheter for grunn-, etter- og videreutdanning. Informasjon, forskning, økt medisinsk kompetanse og større faglig bredde i omsorgstjenesten vil være sentrale målsettinger også i demensplanens neste programperiode.

#### 3.3.6 Lærlinger

Det er vanlig med et lærlingeløp med 2 år på skole og 2 år virksomhet. Dersom man tar inn 1 lærling i helsefag hvert annet år, har man 200% produktivt arbeide f.o.m. andre året (tilsvarer 2 hele stillinger) medarbeidere hvert år som har læretid samt verdiskapende arbeid. Dette koster ca kr 145 000 første året og, for årene som følger, ca. kr 350 000/år inkl. alle tillegg og KLP for en verdiskapning tilsvarende 2 årsverk. Ved å vise til punktet om senil demensavdeling på sykehjemmet så kan dette i stor grad erstatte personal økningen som følge av dette.

### 3.5 Botiltakene

Det er 2 botiltak i kommunen som drives med base i beboers hjem. Tiltakene er atskilte, og har derfor en ganske høy kostnad. Ett av tiltakene er fullfinansiert av staten. I det andre får man 80 % refusjon på lønnsutgifter som overstiger et visst beløp. Dette tiltaket har vært vurdert flyttet til omsorgsboligen for å utnytte personalressursene, men en helhetsvurdering av tiltaket gjør at det ikke er funnet hensiktsmessig.

Kommunen har i planperioden begynt 2 nye tiltak / bistand i bolig. Disse tiltakene vil kreve økte ressurser fremover. Det er påbegynt samarbeid på tvers av sektorene for å få til faglig forsvarlighet og samordning av ressurser.

### 3.6 Serviceerklæringer

Målet er å bidra til at brukeren/beboeren får en meningsfylt tilværelse hvor tiltakene er tilpasset den enkeltes behov og døgnrytme ut fra de ressurser vi har tilgjengelig, innenfor lover og forskrifter.

Kvalitet har i de senere år vært et sentralt tema i debatten om omsorgstjenestene. Innholdet i kvalitetsbegrepet er ikke lett å definere og måle. Kvalitet må måles opp mot det man erklærer å kunne yte av tjenester samt nivået på disse.

En serviceerklæring vil være et grunnlagsdokument som kan være et nyttig verktøy for ansatte i tjenesten, og en presentasjon – forventningserklæring – ovenfor brukeren.

Serviceerklæringen vil videre være et redskap for politisk styring av en kommunal tjeneste, og et redskap for å gi politikerne kjennskap til kommunal produksjon.

En revidering av service erklæringen vil bli gjort i løpet av planperioden.

## 4 HANDLINGSPROGRAM - TILTAK

Fra 2009 og frem til i dag har pleie- og omsorgstjenestene arbeidet etter vurderinger gjort av Rune Devolds drifts- og ressursanalyse fra mars 2009. Det vurderes at det er jobbet målrettet på de ulike områdene og iverksatt tiltak der Devold rapporten viste svakheter.

Det vises til at alle de tiltak som var satt i planen 2011-2020 er iverksatt.

I forhold til dagens situasjon etter bruken av BEON-prinsippet – ”Beste Effektive Omsorgs Nivå”, den sentrale dekningsnormen hva gjelder Lebesby kommunes antall sykehjemsplasser og omsorgsboliger, (forutsatt bemannede), har plangruppen konsentrert seg om å foreslå tiltak som hovedsakelig utgjør en styrkning av hjemmebasert omsorg samt en utvikling av demensomsorgen i kommunen. Dette er i tråd med målsettingen og resten av dette planverket.

### 4.1 Plangruppens tiltak

- a) *En ”strengere” forvaltning av sykehjemsplasser og omsorgssenterplasser ved bl. a. å vurdere lavere trinn i omsorgstrappen først. Det er ukentlig møte der ressursbruk og riktig behandlingsnivå blir vurdert av lege, fysioterapeut sammen med sykehjem og hjemmebasert omsorg.*
- b) *Gruppe bestående av fysioterapeut, sykepleiere fra sykehjem og hjemmebasert omsorg samt vaktmester skal tilby vurdering av hjemmet til eldre/hjelpetrequende med tanke på ombygging, finansiert f.eks av husbankmidler, samt ulike hjelpemidler for å se på*



*alternativ til institusjon/omsorgsbolig.*

- c) Implementere velferdsteknologi i den kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Særlig satsing i distriktene på e-helse og innenfor demensomsorgen.*
- d) Lage skjerming for demente ved sykehjemmet å utvikle det miljøterapeutiske arbeidet med denne pasientgruppen.*
- e) Utvikle samarbeid på tvers av avdelingene/sektorene å samordne ressurser. Dette kan f.eks gjøres gjennom ulike team. Lindrende behandling, demens, rus/psykiatri, miljøarbeid, helsetjenester mm.*
- f) Styrke hjemmebasert med 2 sykepleierstillinger. Dette vil gi brukerne tilbud om behandling og oppfølging i hjemmet i stedet for innleggelse ved sykehjemmet/sykestua.*
- g) Vurdere å ha avlastning/korttidsplasser i omsorgsboligene ved ledige omsorgsboliger for å sikre drift og å være en del av kommunens pleie- og omsorgssektor.*
- h) Tilby lærlingeplass til 1 elev ved hver avdeling hvert 2.år(sykehjem og hjemmebasert omsorg.*
- i) Hjemmehjelp /praktisk bistand skal inngå i daglig samarbeid med hjemmesykepleien for effektiv ressursbruk.*
- j) Legekontoret på Lebesby flyttes fra skolen til Lebesby omsorgssenter. Legekontoret bør være et kombinert legekontor, akuttrom, skiftestue og fysioterapirom. Akuttrommet bør utstyres med O2, EKG, hjertestarter og annet utstyr til bruk i krisesituasjoner. Det må være utstyrt for stabilisering av pasienter mens man venter på ambulansebil/-helikopter.*
- k) Redusere antall langtidsplasser til 14 å øke antall korttidsplasser til 3 for å kunne tilby rehabilitering og regelmessig/ rullerende avlastning samt å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene.*
- l) Bil til å transportere beboere av sykehjem og omsorgsboliger inkludert rullestolbrukere, slik at de kan delta sosialt i kommunen.*
- m) Effektivisere det daglige arbeide (rutinene), hver avdeling har rutiner for å evaluere det daglige arbeidet for å sikre en effektiv ressursbruk. Det skal etableres en felles ressursfordeling /samarbeid mellom sykepleierne i pleie- og omsorgsavdelingene. Felles rullering for de ansatte som ønsker dette, for så å gå gradvis mot en felles ressursfordeling av personalet.*
- n) Starte med « beboer og pårørendemøter» for å gi sykehjemsbeboere mulighet til å ha innflytelse i egen hverdag. Etablere brukerutvalg.*
- o) Fjerne «syrommet» og lager på avdeling A for å få plass til ett større fellesareal i korridoren.*
- p) Kompetanseheving innen geriatri og alderspsykiatri jfr kompetanseplan.*

- q) *Hospiteringsordning innad i kommunen.*
- r) *Utrede innen første halvår 2019 om muligheten til å bygge 2 stk vinterhybler i tilknytning til omsorgsboligene på Lebesby, for brukere som bor i distriktet sone Laksefjord. Om de økonomiske rammene foreligger, ferdigstilles hyblene innen utgangen av 2021.*