



Alta kommune

# PLAN FOR STYRKING AV HABILITERING OG REHABILITERING



**Plan for perioden 2020- 2023**

Godkjent i Kommunestyret 18.02.20

## Innhold

1. Innledning.....	3
1.1. Bakgrunn .....	3
1.2. Forankring.....	4
1.3. Avgrensning.....	4
1.4. Organisering av planarbeidet .....	5
2. Sammendrag av plan for habilitering og rehabilitering i Alta kommune.....	6
3. Målsetting med plan for habilitering og rehabilitering.....	7
4. Sentrale og lokale føringer .....	8
4.1. Sentrale føringer.....	8
4.2. Lokale føringer.....	9
5. Oppsummering fra arbeidsgruppe, samtale og dialogmøte med eksterne.....	11
6. Koordinerende enhet .....	13
7. Fokus på styrking av habilitering og rehabiliteringsfeltet .....	13
8. Veien videre.....	15
Handlingsplan for styrking av Habilitering og Rehabilitering i Alta kommune.....	1
Vedlegg 1 Status Habilitering og rehabiliteringstilbud i Alta kommune .....	1

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn

Habilitering og rehabilitering er et viktig satsningsområde for regjeringen, og i tråd med regjeringserklæringen er Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 fremmet. Opptrappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom. Men også målgrupper med ulik grad av funksjonsnedsettelse, kognitiv svikt, utviklingshemning og personer med utfordringer i forhold til psykisk helse og rus blir berørt, uavhengig av alder, diagnose og bosted.

Med virking fra og med den 01.05.18 trådte ny definisjon på habilitering og rehabilitering i kraft. I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 2, § 3 står følgende: *"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."*

I den nye definisjonen er det vektlagt at mange brukere lever med kroniske sykdommer der forebygging, behandling og rehabilitering glir over i hverandre og dermed ikke kan avgrenses i tid. Videre har definisjonen tydelig fokus på brukerperspektivet, det vil si at det er brukerens egne behov, forutsetninger og mål skal legges til grunn ved utforming av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Her er spørsmålet «Hva er viktig for deg?» helt sentralt ved kartlegging og utredning av behov.

Forskjellen mellom habilitering og rehabilitering kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenester, hvor det først og fremst skiller mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser (fysisk, sosialt, kognitivt). Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 legger til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering. Her inkluderes alle som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse. Habilitering og rehabilitering er ingen enkelttjeneste, men en serie tjenester eller tiltak som er satt i system. Habilitering og rehabilitering skal i tillegg til helsetilstand og daglig funksjon, ivareta brukernes sosiale tilværelse (arbeidsliv, skole, fritid osv). Personer med habiliteringsbehov kan også, i kortere eller lengre perioder, ha et rehabiliteringsbehov.

Alta kommunes plan for habilitering og rehabilitering skrives etter dialog og samarbeid med kommunes IP-team (Koordinerende enhet), brukerorganisasjoner, politiske brukerråd, samarbeidsparter, pårørende og tjenestemottakere. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene. For å få til dette er det behov for endringer i arbeidsform, arbeidsmetode og kompetanse.

Det er et mål at habilitering og rehabiliteringstiltak i samtlige tjenesteområder i Helse og sosial skal bidra til at tjenestemottakere, uavhengig av diagnose, alder eller bosted blir mest mulig selvstendig i forhold til dagliglivets gjøremål, samt har høy grad av medbestemmelse i egen tjenesteutforming. Tjenestene skal tilrettelegges ut fra en kartlegging av den enkeltes behov og ønsker, med fokus på egenmestring og selvstendighet.

Alta kommune er en tilflyttingskommune, både for de som ønsker å bosette seg i kommunen på permanent basis og for de som velger å bo i kommunen i en tidsbegrenset periode. Flere som velger å bosette seg i Alta i en tidsbegrenset periode gjør dette grunnet skolegang. Alta videregående skole tilbyr studieplasser for mange utenbys elever (såkalt borteboere). Noen av disse bor på elevheimen, mens andre bor hos privatpersoner. Dette er elever hovedsakelig i alderen 15-18 år. Skolevegring og drop-out (uavhengig av om man er borteboer eller har gått hele sitt skoleforløpet i Alta) er en kjent utfordring som både Alta videregående skole og Oppvekst og kulturtjenesten har fokus på. På individnivå kan drop-out få alvorlige konsekvenser, noe som blant annet Nav, politi, Helse og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten har erfaring med. Det er derfor av stor betydning at ungdommer som er i risikozonen for drop-out får god og faglig forsvarlig oppfølging med fokus på forebyggende tiltak og tidlig innsats.

Alta kommune, Helse og sosialtjenesten ønsker å være en ressurskommune som kan dele sin kompetanse og erfaring med andre kommuner ved blant annet å arrangere kurs, fagdager, konferanser der ansatte i andre kommuner i fylket deltar. Med fysisk nærhet til UIT campus Alta, ligger alle muligheter til rette for et tett samarbeid mellom kommune og utdanningsinstitusjon.

Det pågår for tiden store endringer i Helse og sosialtjenesten i form av omorganisering herunder blant annet etablering av ny organisasjonsstruktur i HS (vedtatt i Kommunestyret 10.04.19) OU-prosjektet (organisasjonsutviklingsprosjektet), Omstillingsprosjektet «Alta kommune endret for livskraftig drift», organisering av hjemmetjenester til personer med demens, kompetansesenter for demensomsorg (Altagårdshagen), samt flere andre pågående prosjekt. I tillegg er det store pågående/nylig avsluttede byggeprosjekt i kommunen, som også påvirker arbeidet med endring av drift og organisering av tjenestetilbudet, herunder Alta Omsorgssenter og Skansen Aktivitetssenter.

Det er naturlig å se utarbeidelse av *Plan for styrking av habilitering og rehabilitering* i sammenheng med de ulike prosjektene, samt det øvrige arbeid som pågår i tjenesten.

## **1.2. Forankring**

Med bakgrunn i «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019» er det besluttet at helse og sosial skal utarbeide en plan for styrking av habilitering og rehabiliteringstilbudet i Helse og sosialtjenesten, Alta kommune. Planen inngår som en delutredning i OU-prosjektet i helse og sosial 2014-2020 og som en underplan til Kommunedelplanen.

## **1.3. Avgrensning**

Denne planen omhandler tjenesteområdet Helse og sosial. Planen er utarbeidet i samarbeid med brukerorganisasjoner, brukerrepresentanter, eksterne samarbeidspartner, representant fra Oppvekst og kulturtjenesten Barn og ungetjenesten, samt ansatte fra de ulike tjenesteområdene i Helse og sosial.

#### **1.4. Organisering av planarbeidet**

Styringsgruppe og prosjektgruppe OU-prosess er informert og orientert i prosessen. Planen godkjennes/ikke godkjennes i styringsgruppen OU-prosess, samt at planen behandles i politiske organ. Endelig vedtak fattes av kommunestyret.

Fase 1: Plan for styrking av habilitering og rehabilitering utarbeides, inkludert Handlingsplan.

Fase 2: Utrede fremtidig drift og organisering av koordinerende enhet.

##### **Arbeidsgrupper, fase 1 (innen utgangen av 2019):**

###### **Arbeidsgruppe Habilitering:**

Jorunn S. Nordholm, leder arbeidsgruppen, Helse og sosialtjenesten

Anita Prebensen, leder Habiliteringsavdelingen, Virksomhet bistand

Ellen-Chatrine Thomassen, fagkonsulent, Virksomhet bistand

Tonee C. Thomassen, vernepleierkonsulent, Virksomhet bistand

Unn Borissen, stedfortreder Dag og arbeidssenteret/Skansens Aktivitetssenter, Virksomhet bistand

Ruth Forsberg, ergoterapeut, Rehabiliteringsavdelingen, Virksomhet helse

Tonje Emaus, fysioterapeut, prosjektmedarbeider «Aktiv barnehage», Barn og ungetjenesten

###### **Arbeidsgruppe Rehabilitering**

Jorunn S. Nordholm, leder arbeidsgruppen, Helse og sosialtjenesten

Ingunn Torbergsen, nestleder HS, Helse og sosialtjenesten

Hege Kristin Isaksen, fysioterapeut, Rehabiliteringsavdelingen, Virksomhet helse

Unn Hege Hegge, psykiatri og rustjenesten, Virksomhet bistand (Marianne Libakken deltok til febr/18)

Mette Hætta, hverdagsrehabiliteringsteamet, Virksomhet hjemmetjenester

May Liss Berg, hverdagsrehabiliteringsteamet, Virksomhet hjemmetjenester

Anneli Paulsen, nestleder Helsesenter sykehjem, Virksomhet hjemmetjenester

Aslaug Murberg, Samhandlingskoordinator, Virksomhet hjemmetjenester

Begge arbeidsgruppene har avviklet 3 møter hver i perioden november til desember 2017.

På grunn av flere arbeidskrevende prosesser i Helse og sosial har arbeidsgruppene hatt pause i en lengre periode da representanter fra gruppene har vært involvert i andre prosesser, herunder blant annet arbeid knyttet til Alta Omsorgssenter, Skansen Aktivitetssenter og OU-prosjektet.

**Dialogmøte** med brukerorganisasjoner, pårørende, tjenestemottakere og politiske brukerråd den 09.04.18 og den 12.06.18.

**Dialogmøte** med eksterne samarbeidsparter den 15.10.18.

Det er gjennomført **individuelle samtaler og gruppesamtaler** med brukere og pårørende i perioden februar- mai 2018.

##### **Arbeidsgruppe, fase 2 (2018)**

###### **Arbeidsgruppe Koordinerende enhet**

Jorunn S. Nordholm, leder arbeidsgruppen, Helse og sosialtjenesten

Ingunn Torbergsen, nestleder HS, Helse og sosialtjenesten

Kenneth Johansen, kommuneoverlege, Helse og sosialtjenesten  
Aslaug Murberg, samhandlingskoordinator, Virksomhet hjemmetjenester  
Helena Hykkerud, kreftkoordinator, Virksomhet hjemmetjenester  
Vibeke Lillevik, sykepleierkonsulent, Virksomhet hjemmetjenester  
Tonee C. Thomassen, vernepleierkonsulent, Virksomhet bistand  
Anita Prebensen, leder Habiliteringsavdelingen, Virksomhet bistand  
Marianne Libakken, psykiatri og rustjenesten, Virksomhet bistand  
Ruth Forsberg, ergoterapeut, Rehabiliteringsavdelingen, Virksomhet helse  
Hege Farstad, fysioterapeut, Rehabiliteringsavdelingen, Virksomhet helse  
Kari Nesje, pedagogisk rådgiver, PPT, Barn og ungetjenesten

Arbeidsgruppen avviklet 2 møter i løpet av januar 2018. Videre arbeid ble «satt på vent» grunnet behov for overordnet avklaring vedrørende organisatorisk plassering av Koordinerende enhet.

## **2. Sammendrag av plan for habilitering og rehabilitering i Alta kommune**

Plan for styrking av habilitering og rehabilitering i Alta kommune 2020-2023 er utarbeidet med utgangspunkt i «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019».

Planen synliggjør status og utfordringer i helse og sosialtjenesten i Alta kommune og viser til tiltak som kan iverksettes for å møte utfordringene.

Helse og sosialtjenesten står foran store utfordringer i årene fremkommer. Vi endrer drift fra å være en institusjonstung kommune med mange små sykehjem og botiltak, til nå mer hjemmebaserte tjenester. Stadig flere eldre velger å bo hjemme, med til dels omfattende sykdomsbilde og helseutfordringer. Antall mennesker med utfordringer i forhold til psykisk helse og/eller rusproblematikk er også økende. Videre ser vi at Alta kommune har flere innbygger med kognitiv og/eller fysisk funksjonsnedsettelse enn sammenliknbare kommuner.

I det videre arbeid vil det være av stor betydning at man har et høyt fokus på forebyggende tiltak, med bruker i fokus, der tjenesteyterne spør: «Hva er viktig for deg?». Det vil være viktig i utviklingen av gode helse og omsorgstjenester at Helse og sosial samarbeider tett både med brukerne, brukerorganisasjoner, brukerrepresentanter, samt frivillige lag og foreninger.

Habilitering og rehabilitering er nødvendige helsetjenester med sterk vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Styrking av habilitering og rehabilitering har som mål å bidra til en dreining av tjenester i retning av å dempe presset på mer tradisjonelle og kompensierende tjenester. Tjenestene skal fremme pasient og brukers mestringsevne og understøtte vedkommende sin innsats i å oppnå og vedlikeholde en best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. Tilbudet skal tilpasses den enkeltes ressurser og behov. Formålet er best mulig og mest mulig selvstendighet og deltakelse.

Hverdagsmestringstanken skal være bærende for hele helse og sosialtjenesten ved at man utfører rehabilitering der det er mulig og omsorg der man må. Dette vil gi økt funksjon og mestring hos bruker, jobbtillfredshet hos ansatte, samt økonomisk gevinst for kommunen. For å oppnå god hverdagsmestring må tjenestetilbudet være «sømløst», med fokus på tett samarbeid mellom de ulike tjenesteområdene. Videre er det av betydning at tjenestetilbud ytes av rett person til rett tid (riktig

kompetanse, til riktig tid, samt at det settes tidsfrister fra kartlegging gjennomføres til tiltak iverksettes).

Det er synliggjort fem strategier i Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Dette er «*Involvering og deltakelse - hva er viktig for deg?*» «*Helhetlig pasientforløp- nye løsninger og arbeidsformer*», «*Kapasitet i tjenestetilbudene*», «*Kompetanse, fagutvikling og forskning*» og «*Arbeid og helse*». Disse fem strategiene ble lagt til grunn ved gjennomføring av dialogmøter med brukerorganisasjon, brukerrepresentanter, politiske brukerråd, i de individuelle samtalen med tjenestemottakere, i dialogmøte med eksterne samarbeidsparter, samt i arbeidsgruppene habilitering og rehabilitering.

### 3. Målsetting med plan for habilitering og rehabilitering

Helse og sosialtjenesten ønsker å utvikle nye samarbeidsarena, samt nye arbeids- og organisasjonsformer for habilitering og rehabiliteringstilbudet. Her har koordinerende enhet og koordinator for individuell plan en vesentlig rolle, samt den enkelte ansatte i de ulike tjenestene/avdelingene. Det er ønskelig å oppnå bedre kvalitet på tjenesteytingen ved å benytte eksisterende og framtidig fagkompetanse mer målrettet, og ved å opparbeide spisskompetanse ved utforming av tjenestetilbud. Tjenestene skal ta utgangspunkt i hver enkelt pasients forløp og hver enkelt families ståsted, behov og ressurs.

Overordnede mål for opptappingsplanen er:

- Å styrke pasienter og brukeres mulighet for å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske, sosiale og/eller psykiske mestringsevne ved systematisk bruk og implementering av IP i daglig drift
- Forebygge og utsette behov for kompenserende tiltak og bidra til at brukerne opprettholder/ gjenvinner sin funksjonsevne og selvstendighet
- Sikre tilbud i samsvar med befolkningens behov, herunder sikre faglig innhold, kvalitet og kapasitet, jmf Meld st. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste»
- Styrke samarbeidet med brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten, andre sektorer og innad i kommunen
- Sterkere brukerinnflytelse og bedre samspill med pårørende, frivillige og lokalsamfunn
- Styrke tjenesten i tråd med «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019» og «Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator» med mål om å sikre at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan og koordinator, herunder styrke koordinatorrollen
- Legg til rette for at koordinerende enhet fungerer som en tilrettelegger for helhetlig og koordinerte tjenester på tvers av fag, nivåer og etater

Nye arbeids- og organisasjonsformer skal bidra til:

- Økt brukerfokus og brukermedvirkning
- Bedre samspill med pårørende og frivillige
- Økt samarbeid med lag og foreninger (frivillig sektor)
- Økt samarbeid med brukerorganisasjoner, brukerrepresentanter og brukere av tjenestene

- Økt kompetanse og økt samhandling innen habilitering og rehabiliteringsarbeid internt i kommunen, både i helse og sosialsektor og tjenesteområdet for barn og unge.
- I samarbeid med utdanningsinstitusjoner, bidra til å utvikle kompetanse
- Økt samarbeid med aktører utenfor helse og sosialtjenesten slik som blant annet Nav, barnehager og barneskoler/ungdomsskoler/videregående skole
- Økt samarbeid med spesialisthelsetjenesten

## 4. Sentrale og lokale føringer

### 4.1. Sentrale føringer

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 beskriver regjeringens plan for habilitering og rehabilitering. Opptappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen gir en oversikt over hovedutfordringer og fastsetter kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse.

I Lov om kommunale helse og omsorgstjenester står det i § 7-3 at «kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2014) står det at kommunene er pålagt å opprette en koordinerende enhet med ansvar for å koordinere tjenestene og holde oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen. Brukere med behov for komplekse, langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys en koordinator. Forskriften fastsetter oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015) skal hjelpe ledere og fagfolk til å arbeide bedre sammen om rehabilitering, habilitering, læring og mestring og koordinering. Felles forståelse og kunnskap er sentral for god samhandling, både internt i helse- og omsorgstjenesten og mellom sektorer som yter tjenester til personer med behov for habilitering og rehabilitering.

Barn og unge med habiliteringsbehov. Samarbeid mellom helse og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand (2015) er en veileder som retter fokus på at helse og omsorgssektoren og utdanningssektoren i fellesskap må planlegge å samarbeide om et koordinert tilbud, slik at barn og unge med funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom skal få kvalitativt gode tjenester.

I Demensplan 2020, «Et mer demensvennlig samfunn» (2015) fremkommer seks ulike strategier som skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse og omsorgstjenester med fokus på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose. Videre har planen fokus på tiltak som kan settes i verk før det blir nødvendig med heldøgntilbud og som kan støtte og avlaste pårørende.

Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 vektlegger at fremtidens helse og omsorgstjenester skal utvikles i samarbeid med pasient, bruker og deres pårørende. For å sikre en bærekraftig tjeneste 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 innføring av velferdsteknologi.

Melding til stortinget nr. 16 (2010-2011) «Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015» synliggjør at alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal videreutvikles med fokus på livskvalitet og mestring, forebygging og tidlig innsats, samt et helhetlig pasientforløp i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging.

Melding til stortinget nr.19 (2014-2015) «Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter» formidler at folkehelsearbeid handler om å fremme livskvalitet og trivsel, gjennom deltakelse i sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring, og å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer

Melding til stortinget nr. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet» (primærhelsemeldingen) legger vekt på at habilitering og rehabilitering er flere tjenester satt sammen til en helhet. Videre rettes det fokus på at ledere og personell i tjenestene må vite hvordan behovene kan dekkes på en god og kompetansebasert måte. Her handler det både om organisering, arbeidsmetoder, rett kompetanse, samt evne til samarbeid, både med bruker/pårørende, tversektorielt, mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og med andre samfunnssektorer.

Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2017) er ett av tiltakene i oppfølgingen av primærhelsemeldingen. Det vektlegges at tjenestene må ta utgangspunkt i hva pasient/bruker opplever som viktig i sitt liv og at man må fokusere på funksjon i større grad enn diagnose. Videre legges det vekt på tidlig identifisering av behov slik at det kan iverksettes tilpassede tiltak for å påvirke fremtidig bistandsbehov.

Melding til stortinget nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen- rett behandling- på rett sted- til rett tid» legger stor vekt på kommunens rolle i forhold til forebyggende arbeid, og derav kommunens ansvar for å iverksette tiltak som skal bidra til at tjenestemottaker selv mestrer egen livssituasjon. Videre rettes det fokus på viktigheten av samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner for å realisere de ovenfor nevnte mål.

#### Øvrige sentrale dokument

- «Det gjelder livet». Landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse og omsorgstjenester til personer med utviklingshemning, Rapport fra Helsetilsynet 4/17
- «Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse», NOVA Rapport 7/16.

## **4.2. Lokale føringer**

### Kommunedelplan for helse og sosial 2013-2020

”Kommunedelplan for Helse og sosial 2013 – 2020” ble vedtatt i kommunestyret 24.06.13:

*”Med hjemmel i plan- og bygningsloven § 11-5, jfr. 11-1 vedtas Kommunedelplan for helse- og sosial 2013 – 2020. De økonomiske konsekvensene av planen må søkes innarbeidet gjennom de årlige budsjettprosessene.”*

Kommunedelplanen gir viktige føringer for kommunens innsats mot tjenesteområdet de nærmeste årene. Tjenesteområdets hovedmål er å tilby gode og effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet. Planen inneholder følgende hovedtema: Helse, eldre, funksjonshemmede, rus og psykiatri, flyktninger/innvandrere og bolig. Innenfor hvert hovedtema beskrives status, utfordringer, mål og strategier. Planen inneholder også en omfattende handlingsplan.

For å kunne nå hovedmålet for tjenesten er det vedtatt ulike delmål, derav blant annet:

- Medvirke til at brukeren ivaretar eget liv og helse.
- Tilby brukeren individuelt tilpassede og koordinerte tjenester ved behov.
- Bedre kvaliteten på tjenestene via økt medvirkning fra brukerne.
- Samhandle godt internt i organisasjonen, og i forhold til andre aktører
- Tilby tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON) (omsorgstrappen).
- Tilrettelegge for at boevne opprettholdes så lenge som mulig.

Kommunedelplanen synliggjør flere av utfordringene som helse- og sosialtjenesten står overfor de neste 15 år, bl.a.:

- En dobling av antall eldre over 80 år
- En dobling av antall demente
- Økte oppgaver til kommunen som følge av samhandlingsreformen, særlig innen psykiatri/rus
- Rekruttering av fagpersonell og ledere vil bli en utfordring framover

#### Organisasjonsutviklingsprosjekt (OU) i Helse- og sosialtjenesten

Hovedmålet for omstillingsprosjektet i Helse- og sosialtjenesten er å utrede og planlegge implementering av en ny og fremtidsrettet organisering av helse- og sosialtjenesten, slik at vi kan tilby gode og effektive helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet til våre innbyggere.

For å få høyere kvalitet og bedre ressursbruk innen helse- og sosialtjenesten skal prosjektet bidra til:

- Etablere en helhetlig, effektiv og fremtidsrettet organisering av helse og sosialtjenesten
- Tilpasse og organisere tjenestene til ny struktur
- Videreutvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, jmf Altamodellen/prosjekt Alta nærsykehus
- Få på plass mer kostnadseffektive løsninger innenfor tjenesteproduksjonen for å sikre en bærekraftig utvikling
- Utvikle nye og innovative arbeidsmetoder og attraktive arbeidsplasser på tvers av fag og nivå
- Tilrettelegge for økt grad av heltidskultur innen helse- og omsorgstjenestene
- Velferdsteknologiske løsninger

Kompetansesenter for demensomsorg- Elvebakken sykehjem og Organisering av hjemmetjenester til personer med demens er to prosjekt som startet opp høsten 2017. Fokusområdet er blant annet å se utviklingen av demensomsorgen i hjemmetjenesten i sammenheng med tjenester som skal tilbys ved kompetansesenteret, med fokus på helhetlig tjenestetilbud innen demensomsorgen.

Helse og sosialtjenesten har i perioden første halvår 2018 deltatt i prosjektet «Endret for livskraftig drift», med bistand fra Agenda Kaupang. Status og tiltak er utarbeidet og videre arbeidet vil fortsette i tiden fremover.

#### Kommunens øvrige planverk:

- Virksomhetsplan 2020
- Alta Vil- kommunedelplanens samfunnsdel 2015-2027
- Kommuneplanen – samfunnsdel og arealdel
- Budsjett 2020 og Økonomiplan 2020-2023
- Kommunens arbeidsgiverpolitikk, med vekt på verdigrunnlaget: Åpenhet, trygghet og respekt

Utarbeidelse av Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering må ses i sammenheng med interne føringer, ulike prosjekt, samt øvrig arbeid som pågår i tjenesten.

## **5. Oppsummering fra arbeidsgruppe, samtale og dialogmøte med eksterne**

Alta kommune, Helse og sosialtjenesten har etablert interne arbeidsgrupper (kap 1.4). Arbeidsgruppene har utarbeidet status for helse og sosialtjenesten (vedlegg 1), synliggjort utfordringer i tjenesten og utarbeidet mulig tiltak for å møte utfordringene.

Tett samhandling og dialog mellom helse og sosialtjenesten og brukerorganisasjoner/ brukerrepresentanter er av vesentlig betydning for utvikling av gode tjenester til befolkningen. Videre er det av vesentlig betydning for utvikling av tjenestene at den kommunale helse og omsorgstjenesten har hyppig samhandling, både internt i egen organisasjon og med ulike eksterne samarbeidsparter.

I perioden februar til mai 2018 ble det gjennomført samtaler med pårørende og enkeltpersoner som mottar tjenester fra helse og sosial. Samtalene ble gjennomført med utgangspunkt i opptappingsplanens fem strategier («Involvering og deltakelse- hva er viktig for deg?», «Helhetlig pasientforløp - nye løsninger og arbeidsformer», «Kapasitet i tjenestetilbudene», «Kompetanse, fagutvikling og forskning» og «Arbeid og helse»).

Den 09.04.18 ble det avviklet dialogmøte mellom Alta kommune, brukerorganisasjoner, politiske brukerråd, pårørende og tjenestemottakere. Totalt 15 representanter deltok, sammen med 9 ansatte fra Alta kommune, helse og sosialtjenesten. På møtet fremkom erfaringer, utfordringer, synspunkt og tilbakemeldinger med fokus på opptappingsplanens fem strategier.

Den 12.06.18 ble det gjennomført et nytt dialogmøte mellom Alta kommune, brukerorganisasjoner, politiske brukerråd pårørende og tjenestemottakere. Totalt 10 representanter deltok, sammen med 4 ansatte fra Alta kommune. Fokus på møtet var utarbeidelse/innsjill til tiltak som kan imøtekomme de utfordringer som fremkom ved individuelle samtaler/gruppesamtaler samt innsjill fra dialogmøtet den 09.04.18.

Den 15.10.18 ble det gjennomført dialogmøte med eksterne samarbeidsparter. Totalt 13 representanter fra eksterne aktører deltok, herunder Finnmarkssykehuset, Klinikk Kirkenes v/Ambulant rehabiliteringsteam, Habiliteringstjenesten for voksne, samt Avd. Rehabilitering, Distriktpsikiatrisk senter for Vest-Finnmark, VPP Finnmarkssykehuset, Finnmarkskollektivet, Valnesfjord Helsesportssenter, NAV Alta, Opptreningsssenteret i Finnmark, og representant fra UIT campus Alta. På møtet deltok også 12 representanter fra de ulike virksomhetene i helse og sosialtjenesten, Alta kommune. Det ble gjennomført drøftinger med fokus på å synliggjøre utfordringer

knyttet til de fem langsiktige og kortsiktige strategiene i opptrappingsplanen, og det ble lagt frem forslag til tiltak som kunne iverksettes for å møte utfordringene.

Oppsummert fremkom følgende innspill på dialogmøtene med brukerorganisasjoner, politiske brukerråd, pårørende og tjenestemottakere, samt etter individuelle samtaler og gruppesamtaler med pårørende og enkeltpersoner:

- ✓ Bruker må settes i fokus i et forebyggende perspektiv, med vekt på tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, helhetlig pasientforløp, aktiv brukermedvirkning og sammenhengende tjenester (internt i kommunen, samt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten).
- ✓ Sikre at unge brukere med omfattende og sammensatte bistandsbehov mottar et helhetlig tjenestetilbud. Familien har behov for avklaring/synliggjøring av forventet tjenestetilbud for sitt barn i et livsløpsperspektiv, med fokus på blant annet overganger (barn-ungdom-voksen)
- ✓ Viktig med tidlig kartlegging av behov med fokus på «hva er viktig for deg?»
- ✓ Tjenestemottaker/dens familie har behov for en fast kontaktperson eller en IP- koordinator i kommunen (en dør inn). Gjelder uavhengig av tjenestebehov/tjenestetilbud/diagnose (pr dd: fravær av koordinator gjør at man må organisere tilbud selv)
- ✓ Behov for økt fokus på å legge til rette for brukerinvolvering, pårørendesamarbeid og hverdagsmestring. Likemannsarbeid, fagdager, lærings- og mestringskurs. Utarbeides i samarbeid med brukerorganisasjon og kommune
- ✓ Behov for tettere samarbeid mellom brukerorganisasjon, bruker/pårørende og kommunen. Utvikle felles samarbeidsarena
- ✓ Det er behov for å sikre rask og effektiv hjelpemiddelformidling til målgruppen.
- ✓ Behov for økt fokus på at man kan delta i yrkeslivet så lenge som mulig
- ✓ Det er behov for økt forståelse for arbeidslivets betydning for god helse, med fokus på at yrkesaktivitet bidrar til en raskere rehabilitering
- ✓ Mulighet for tilrettelagt arbeid, tettere samarbeid mellom Nav og Alta kommune

Oppsummert fremkom følgende innspill på dialogmøte med eksterne samarbeidsparter:

- ✓ Manglende kompetanseutveksling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- ✓ Ansvarsfraskrivelse fra begge tjenesteområder med begrunnelse i diagnoser som «ligger utenfor kjerneområdet til tjenesten». Manglende holistisk tenkning
- ✓ Behov for tettere samarbeid ved kartlegging og utforming av tiltak for pasient/bruker
- ✓ Tverrfaglige team, i begge tjenesteområder, vil bidra til helhetlige vurderinger og tiltak
- ✓ Behov for felles dialogarena/samhandlingsarena
- ✓ Behov for felles pasientkoordinator (IP-koordinator). Utarbeide felles rutiner for samhandling mellom tjenesten for pasienten
- ✓ Viktig med fokus på helhetlig tjenestetilbud (utredning der det er relevant, tiltak der det er relevant)
- ✓ Behov for økt fokus på brukermedvirkning
- ✓ Koordinerende enhet må være operativ, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.
- ✓ Systematisk/jevnlige samarbeid mellom fastlege, tjenestemottaker og tjenesteyter. Mål: helhetlig pasientforløp.

Innspill fremkommet i ovenfor nevnte dialogmøter er stort sett kjent i helse og sosialtjenesten. I tillegg fremkom oppsummert innspill fra arbeidsgruppene Habilitering og Rehabilitering:

- ✓ Behov for økt fokus på/kapasitet i forhold til lavterskeltilbud knyttet til aktivitet og mestring. Forebyggende tiltak med mål om å unngå iverksettelse av kompenserende tilbud. Uavhengig av tjenesteområde
- ✓ Forebyggende tiltak og tidlig innsats i forhold til skolevegring og drop-out. Involvere berørte instanser/samarbeidsparter på et tidlig stadium.
- ✓ Behov for tverrfaglig/flerfaglig bemanning i tjenestene. Økende behov for fagkompetanse, inkludert spesialutdannelse i tjenestene.
- ✓ Kontinuerlig behov for kompetansehevende tiltak for ansatte, både med og uten formell fagkompetanse
- ✓ Det er behov for å sikre rask og effektiv hjelpemiddelformidling til målgruppen.
- ✓ Behov for elektronisk verktøy til koordinering, samhandling og samordnet oppfølging
- ✓ Iverksette systematisk pårørendeveiledning
- ✓ Fortsatt fokus på fravær av silo-tenkning mellom tjenesteområdene/avdelingene

## 6. Koordinerende enhet

Det er behov for å styrke koordinerende enhet i Alta kommune. Organisering og drift av IP-teamet (Koordinerende enhet) er ikke tilfredsstillende slik det driftes per dags dato. Dette gir seg utslag i en del utfordringer knyttet til blant annet opplæring, veiledning, samhandling og koordinering av individuell plan og samhandling med relevante samarbeidsparter, både internt og eksternt.

Helse og sosialtjenesten ser at det er behov for styrking av tjenesten i form av dedikert funksjon med et overordnet ansvar for koordinering av habilitering og rehabiliteringstilbud i helse og sosialtjenesten i Alta kommune. Herunder er det behov for systematisk arbeid i forhold til Individuell plan, koordinering og oppfølging slik at dette er i samsvar med gjeldende lovverk. Videre er det behov for en dedikert person som IP-koordinatorene kan kontakte ved behov/spørsmål.

Tjenesten ser også at det er behov for en styrking av koordinatorrollen. Dette for å sikre at pasient og bruker får oppfylt retten til en individuell plan og en operativ koordinator som kan bistå med blant annet veiledning og koordinering av tjenester.

Individuell plan brukes pr dato i liten grad som planleggings- og samhandlingsverktøy. Dette delvis grunnet manglende informasjon til brukere/pårørende vedrørende individuell plan. Videre er det en del brukere som mottar vedtak om individuell plan, men som ikke tildeles koordinator. Dette resulterer i at pårørende/bruker selv må koordinere tjenestetilbudet. For å oppnå ønsket effekt i bruk av individuell plan som tverrfaglig samhandlingsverktøy, vil det muligens være behov for elektronisk verktøy (Sampro).

## 7. Fokus på styrking av habilitering og rehabiliteringsfeltet

Alta kommune, Helse og sosialtjenesten ønsker å ha et høyt fokus på å etablere nye arbeids- og organisasjonsformer, og utvikle gode samarbeidsarena på habilitering og rehabiliteringsfeltet. Det er et mål at man kan oppnå god kvalitet på tjenesteytingen ved å benytte eksisterende og framtidig fagkompetanse målrettet, samt å opparbeide spisskompetanse ved utforming av tjenestetilbud. Tjenestene skal ta utgangspunkt i hver enkelt pasients forløp og hver enkelt families ståsted, behov og ressurs.

For å kunne sikre, i størst mulig grad, at helse- og sosialtjenesten utformer og tilbyr rett tjeneste på rett sted til rett tid, er det viktig å jobbe ut fra en kunnskapsbasert praksis, slik at beslutningsgrunnlaget blir best mulig. Tiltak eller tilbud som ikke er basert på oppdatert kunnskap kan i verste fall føre til funksjonsfall hos tjenestemottaker (Helsebiblioteket.no).



Kunnskapsbasert praksis innebærer at man som fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder. Ved å bruke både forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens kunnskap og behov, forbedres kvaliteten på tjenestene. (Helsebiblioteket.no).

Med bakgrunn i innspill fra dialogmøter med brukerorganisasjoner/pårørende, eksterne samarbeidsparter og i samarbeid med tjenesteområdene i helse og sosial er følgende utfordringer utformet:

- 1) Tverrsektorielt sømløst samarbeid 0-100 år. God intern samhandling mellom enheter/virksomheter. Fravær av fragmentert tilbud (silo-tenkning).
- 2) Sikre at unge brukere med omfattende og sammensatte bistandsbehov mottar et helhetlig tjenestetilbud. Familien har behov for avklaring/synliggjøring av forventet tjenestetilbud for sitt barn i et livsløpsperspektiv, med fokus på blant annet overganger (barn-ungdom-voksen)
- 3) Drop-out på videregående skole reduseres. Det ytes god og faglig forsvarlig oppfølging
- 4) Det er god faglig kompetanse i tjenestene. Riktig kompetanse ytes på rett sted, til rett tid i tjenestene. Sikre at alle trappene i omsorgstrappen blir ivaretatt (ikke hopp over et trinn)
- 5) Koordinering av tjenester; Etablere kontaktperson for tjenestemottakerne; «en -dør-inn» (både for pårørende og brukere tjenesteyter og samarbeidsparter). IP som samhandlingsverktøy, koordinator-rollen må tydeliggjøres.
- 6) Etablere flere forebyggende tiltak. Mål: opprettholde funksjonsnivå og hindre funksjonsfall/behov for kompenserende tjenester. Fokus på et helhetlig pasientforløp, brukermedvirkning og aktiv brukerinvolvering.
- 7) Det er behov for å sikre rask og effektiv hjelpemiddelformidling til målgruppen. Dagens organisering medfører forsinkelser, dårlig tid til oppfølging og lavere måloppnåelse. Mye av dagens ergoterapiressurs bindes opp til hjelpemiddelformidling.
- 8) Elektronisk verktøy til koordinering, samhandling og samordnet oppfølging
- 9) Iverksette systematisk pårørendeveiledning
- 10) Samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten; Flere pasienter med behov for omfattende oppfølging fra flere tjenestenivå. Generell økt etterspørsel og påtrykk i tjenestene grunnet tidligere utskrivning av pasienter, som en følge av samhandlingsreformen

## 8. Veien videre

I det videre arbeid vil det være behov for å utarbeide en fremdriftsplan for gjennomføring av de tiltak som er skissert i Handlingsplanen. Noen av tiltakene er implementert i pågående prosesser, herunder blant annet omstillingsprosess/Agenda Kaupang, ny organisering HS, Organisasjonsutviklingsprosess i HS. Andre tiltak er sammenfallende med pågående prosesser, men ikke direkte berørt av nevnte prosesser. Dette er tiltak som er synliggjort i andre utredninger gjennomført av helse og sosialtjenesten.

Ved utarbeidelse av fremdriftsplan for videre arbeid kan det også være hensiktsmessig å utarbeide skjema for registrering av måloppnåelse. Skjemaet må tilpasses samtlige enheter/virksomheter (tilrettelagte boliger, dag/aktivitetstilbud, sykehjem, psykiatri og rus, hjemmetjenesten, ergo/fysioterapitjenesten osv). Det vil da være leders ansvar å etterspørre ansatte om måling. Slik vil man kunne oppnå et kontinuerlig fokus på endring og måloppnåelse.

Langsiktige tiltak (om 5 år)

Organisering, kapasitet og kompetanse

- a) Et sømløst tjenestetilbud som er preget av god kvalitet/kompetanse i tjenesteutmåling
- b) Riktig tjeneste på rett sted til rett tid utført av rett kompetanse/personell
- c) God tverrfaglig samarbeid på tvers av enheter/avdelinger
- d) God pårørendestøtte

## Handlingsplan for styrking av Habilitering og Rehabilitering i Alta kommune (i uprioritert rekkefølge)

Nr.	Tiltak	Begrunnelse/mål (basert på forskning, faglig begrunnet, erfaringer i AK, brukerinnspill)	Ansvarlig for gjennomføring av tiltak	Tidsperiode for gjennomføring	Økonomi
1	Samarbeidsmøte, ledelse OK og HS.  Utarbeide felles samhandlingsavtale	Fravær av fragmentert tilbud og positiv intern samhandling mellom enheter/virksomheter vil gi et godt faglig tjenestetilbud.  Tverrsektorielt sømløst samarbeid for målgruppen i alderen 0 -100 år.  Utarbeide samhandlingsrutiner mellom OK og HS jmf tiltak i OU-rapport Habiliteringstjenesten.	Ledelsen i OK og HS  (Samtlige ansatte i AK er medansvarlige)	Innen utgangen av 2020	Intern finansiering/ daglig drift
2	Etablere team på tvers av tjenesteområder og internt mellom virksomhetene	Yte helhetlig tjenestetilbud til bruker, samt ivareta hele familien Utarbeide tidslinje/tidsfrist fra kartlegging til gjennomføring av tiltak	Ledelsen og ansatte i OK og HS	Pågående prosess, jmf omstillingsprosjekt og OU i HS	Intern finansiering/ daglig drift
3	Utarbeide/ utvikle pakkeforløp med livsløpsfokus som sikrer at unge brukere med omfattende og sammensatte bistandsbehov mottar et helhetlig tjenestetilbud.	Familien (og tjenestemottaker) har behov for avklaring/ synliggjøring av forventet tjenesteforløp med fokus på blant annet overganger (barn- ungdom-voksen)	Leder, avdelingsleder og saksbehandlere i virksomheten	Innen utgangen av 2020	Intern finansiering/ daglig drift
4	Etablere jevnlig samarbeidsarena mellom Helse og sosialtjenesten og brukergruppen/ brukerrepr/ brukerorganisasjon	Utvikle tjenestetilbud i samarbeid med målgruppen/representanter for målgruppen  Bidra til at brukergruppen involveres og formidler sine synspunkt  Oppnå økt samarbeid og gjensidig dialog med mål om felles forståelse	Ledelse og ansatte i HS og brukere/ brukerrepresentanter	Vår/19 og fremover	Intern finansiering/ daglig drift, samt evt eksterne midler



	<b>Tiltak</b>	<b>Begrunnelse/mål</b> (basert på forskning, faglig begrunnet, erfaringer i AK, brukerinnspill)	<b>Ansvarlig for gjennomføring av tiltak</b>	<b>Tidsperiode for gjennomføring</b>	<b>Økonomi</b>
5	Iverksette systematisk pårørendeveiledning/opplæring	Gi systematisk veiledning og opplæring overfor pårørende som står i særskilt tyngende omsorgssituasjoner  Oppfylle lov om sosiale tjenester § 1-1 Jmf endring i helse og omsorgstjenesteloven, Prop 49 L (2016-2017)	Pågående prosjekt	2019/2020	Prosjektfinansiert
6	Iverksette lavterskeltilbud til målgruppen med psykiatri og rusproblematikk, samt pårørendeveiledning	Iverksette tiltak i tråd med Plan for psykiatri og rustjenesten 2014-2020, derav blant annet brukerstyrt café og temakvelder m/veiledning og informasjon innen aktuelle tema for målgruppen.  For å lykkes med hverdagsmestring samtidig som man har fokus på forebygging, er det nødvendig med lavterskeltilbud knyttet til aktivitet og deltakelse, jmf Plan for psykiatri og rustjenestene 2014-2020.	VL ved Virksomhet for psykisk helse og rus  Samarbeide med prosjektansvarlig «pårørendestøtte» (jmf tiltak 4)	2020/2021	Intern finansiering/ daglig drift + søke eksterne midler
7	Etablere team rundt utsatte elever bestående av pårørende, politi, skole, psykisk helse og rus i OK og HS mm.	Forebyggende tiltak på barn og ungdomsskole Drop-out på videregående skole reduseres.  Positiv helsegevinst for den enkelte elev, redusere psykiske helseutfordringer og rusproblematikk (jmf elevundersøkelse 2018 i ungdomsskole og videregående)	Avdelingsledere OK og HS	Innen utgangen av 2020	Intern finansiering/ daglig drift

	<b>Tiltak</b>	<b>Begrunnelse/mål</b> (basert på forskning, faglig begrunnet, erfaringer i AK, brukerinnspill)	<b>Ansvarlig for gjennomføring av tiltak</b>	<b>Tidsperiode for gjennomføring</b>	<b>Økonomi</b>
8	<p>God faglig kompetanse i tjenestene</p> <p>Riktig kompetanse ytes på rett sted, til rett tid i tjenestene</p> <p>Utarbeide kriterier/ tjenestebeskrivelse for de ulike nivå i omsorgstrappen</p>	<p>Sikre at alle trappene i omsorgstrappen blir ivaretatt (ikke hoppe over et trinn)</p> <p>Basiskompetansemodellen- modulbaserte kurs (1-2 timer, legges inn i turnusen).  <a href="https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/utvikling-og-prosjekter/utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjeneste.-vest-agder/informasjon-om-basiskompetanse/">https://www.kristiansand.kommune.no/helse-og-omsorg/utvikling-og-prosjekter/utviklingscenter-for-sykehjem-og-hjemmetjeneste.-vest-agder/informasjon-om-basiskompetanse/</a></p> <p>Forslag til Kompetanseplan for helse og sosial 2017-2021</p>	<p>Avdelingsleder, i samarbeid med ansatte i tjenestene</p> <p>Fagutviklingssykepleier i samarbeid med leder</p> <p>Leder for koordinerende enhet, i samarbeid med berørte parter</p>	Fortløpende	<p>Intern finansiering/ daglig drift</p> <p>Intern finansiering/ daglig drift</p>
9	<p>Etablere pårørende grupper/ representanter fra brukerorganisasjon som bidrar med innspill til kompetansehevende tiltak.</p> <p>Fokus på et helhetlig pasientforløp, brukermedvirkning og aktiv brukerinvolvering.</p> <p>Økt fokus på hverdagsmestring, forebyggende tiltak og tidlig innsats</p>	<p>Nyttiggjøre kompetanse; Samarbeidsprosjekt med brukerorganisasjoner, frivillighetssentralen, frisklivssentralen, lag og foreninger</p> <p>Tidlig kartlegging av brukers behov med fokus på «hva er viktig for deg?».</p> <p>Opprettholde funksjonsnivå og hindre funksjonsfall/behov for tjenester</p> <p>Forslag til Kommunedelplan for Helse og sosial 2018-2025</p>	<p>Prosjekt organisering av hjemmetjenester til personer med demens</p> <p>Øvrig arbeid i HS som blant annet Hverdagsrehab.team og Altagårdshagen, kompetansesenter for demensomsorg</p> <p>Styrking av hjemmetjenesten i regi av omstillingsprosjekt</p>	Forløpende/ pågående tiltak	Prosjektfinansiering samt intern finansiering/ daglig drift

	<b>Tiltak</b>	<b>Begrunnelse/mål</b> (basert på forskning, faglig begrunnet, erfaringer i AK, brukerinnspill)	<b>Ansvarlig for gjennomføring av tiltak</b>	<b>Tidsperiode for gjennomføring</b>	<b>Økonomi</b>
10	Samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten  Samhandlingsmøter med mål om å utarbeide samarbeidsrutiner mellom Hammerfest sykehus og AK/HS vedr utskrivningsklare pasienter	Generell økt etterspørsel og påtrykk i tjenestene grunnet tidligere utskrivning av pasienter omfattende oppfølging fra flere tjenestenivå, som en følge av samhandlingsreformen  Fokus på forebyggende, sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud, derav riktig behandling til rett tid utført av rett instans og rett fagpersonell. Mål: unngå at tjenestemottaker opplever funksjonsfall	Forbedringsteamene ved Hammerfest sykehus og Helse og sosialtjenesten Alta kommune	2019 - (pågående arbeid)	Intern finansiering/ daglig drift
11	Utrede etablering av virtuell avdeling	Ivareta pasienter med omfattende sykepleiefaglig behov når disse skrives ut fra sykehus  Rapport Agenda Kaupang, tiltak 7 «Virtuell avdeling»	Pågående prosess, jmf omstillingsprosjekt	2019-2020	Intern finansiering/ daglig drift
12	Styrke koordinerende enhet i form av en enhet/funksjon med dedikert overordnet ansvar for koordinering av habilitering og rehabiliteringstilbud i helse og sosialtjenesten  Etablere koordinerende enhet i Alta kommune	Tiltaket vil bidra til systematisk arbeid i forhold til Individuell plan, koordinering og oppfølging slik at dette er i samsvar med gjeldende lovverk.  Mål: Ivareta et helhetlig tjenestetilbud til målgruppen. Sikre at Individuell plan benyttes som planleggings- og samhandlingsverktøy  Forebyggende tiltak med mål om å dempe presset på kompensierende tiltak Ansette dedikert person  Inkludere fastlegene i arbeidet med fokus på helhetlig pasientforløp	Omstillingsprosjekt/ny organisering HS	2020	Vurdere omdisponering av interne ressurser jmf ny organisering av HS

	<b>Tiltak</b>	<b>Begrunnelse/mål</b> (basert på forskning, faglig begrunnet, erfaringer i AK, brukerinnspill)	<b>Ansvarlig for gjennomføring av tiltak</b>	<b>Tidsperiode for gjennomføring</b>	<b>Økonomi</b>
13	Inngå avtale om kjøp av elektronisk samhandlingsverktøy for tverrfaglig og tverretattlig samhandling (eks «Sampro»).	Ivareta helhetlig tjenestetilbud til målgruppen, brukermedvirkning og samhandling mellom bruker, pårørende og tjenesteyter	HS/OK	Innen utgangen av 2020	IP: ca 70 000/år Stafettlogg: ca 40 000/år Innføring: ca 70 000
14	Rask og effektiv hjelpemiddelformidling til målgruppen  Tett samarbeid og dialog mellom rehabiliteringsavdelingen og hjelpemiddelsentralen Lakselv.  Brukerorganisasjonene informerer og oppfordrer sine medlemmer å besøke SmartHuset for visning	Benytte tilrettelagte hjelpemidler som forebyggende tiltak, unngå kompenserende/ fordyrende tiltak. Det forventes en markant økning i bruk av hjelpemidler de kommende år da flere velger å bo lengre hjemme  Intern gjennomgang vedr for lav kapasitet/ omdisponering av økte ressurser, fysioterapi og ergoterapi  Behov for økte ressurser (jmf k-vedtak 80/10 og forslag nr. 28 i KDP)  Rapport Agenda Kaupang, tiltak 6 «Styrking av hjemmebaserte tjenester»	NAV/HS/bruker	Innen utgangen av 2020	Uavklart
15	Etablere hjelpemiddelteam Gjennomfører hjemmebesøk etter utskrivning fra sykehus - avklare/kartlegge behov og tiltak i hjemmet  Etablere kommunalt korttidslager	Evaluere ergoterapeuters ressursbruk vedrørende hjelpemiddelformidling Mål: Mer tid til klinisk arbeid/bistå i rehabilitering  Rapport Agenda Kaupang, tiltak 6 «Styrking av hjemmebaserte tjenester»	Omstillingsprosjekt, arbeidsgruppe  NAV - Hjelpemiddelsentral	2020/2021	Jmf rapport Agenda Kaupang  Innkjøp av hjelpemidler, AK 2020: 500 000 2021-23: 100 000
16	Iverksette rekrutterings/stabiliseringstiltak	Kompetanseplan 2017- 2021	HS	Fortløpende	Uavklart

17	Økt kjennskap til og bruk av økonomisk støtte og annen tilrettelegging for tiltak gjennomført av pårørende og bekjente	Muliggjøre praktisk tilrettelegging i regi av familie og bekjente, både med tanke på økt livskvalitet og å få en mer variert og fleksibel «verktøykiste» i arbeidet.	Ledelsen i helse og sosial	Innen utgangen av 2020	Vil trolig ikke ha økt kostnad, da dette vil redusere behovet for andre tjenester levert av Alta kommune.
18	Øke tilbudet av tilpassede leiligheter, oppgradere kommunal boligmasse til livsløpsstandard.	Forebygge sykehjems plassering, eller redusert hverdagsmestring som følge av utfordringer knyttet til bosituasjon. Alta har i dag ikke et reelt tilbud om tilrettelagte boliger, noe som reduserer mestring underveis i habilitering, eller ved varige behov.	Ledelsen i helse og sosial, evt i samarbeid med Stiftelsen, eller ved styrking av annen kommunal boligformidling.	Ny politisk behandling i løpet av 2020.	Økonomiske konsekvenser må forelegges politisk behandling. Leieinntekter, redusert støttebehov og i siste omgang en forebygging av sykehjems plassering vil være til reduksjon av kostnad.

## Vedlegg 1

### Status Habilitering og rehabiliteringstilbud i Alta kommune pr 2018/2019

#### Personer med utviklingshemning /fysisk funksjonshemning

Etter at virksomhet for bistand ble etablert (omorganisert 2004) har tilbudet til mennesker med psykisk, fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse fått økt fokus, noe som har bidratt til en mer målrettet og kvalitetssikker tjenesteutøvelse. Med fokus på målgruppens behov for veiledning, opplæring, struktur og forutsigbarhet benyttes målrettet miljøarbeid, og med utgangspunkt i individuell kartlegging blir dagsplaner og konkrete tiltak utarbeidet og iverksatt.

Alta kommune har over 40 % flere innbyggere med kognitiv funksjonsnedsettelse som mottar tjenester enn landsgjennomsnittet.

#### Personer med kognitiv funksjonsnedsettelse over 16 år med tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Antall	2003	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Alta kommune	85	80	90	97	101	104	106	106
Gj.snitt landet			67	69	72	74	74	

Virksomhet for bistand består av ulike avdelinger, derav flere botiltak med heldøgns tjenester Habiliteringstjenesten, Miljøarbeidertjenesten, samt et arbeids- og aktivitetstilbud.

#### Botiltak med heldøgns tjenester

Det er totalt elleve botiltak der det bor personer i aldersgruppen 17 år og eldre med ulik grad av bistandsbehov. Det gis tilbud om heldøgns omsorgstjenester og bemannes dag, kveld og natt.

#### Habiliteringstjenesten

Tjenesten gir praktisk bistand, opplæring og avlastningstilbud (Sandfalltunet, Tiltaksbasen, tilrettelagte botiltak) til personer under 18 år og deres familier. Tjenesten melder om en økning av barn og unge med kognitiv/fysisk funksjonsnedsettelse og deres familier som har behov for bistand. Videre erfarer tjenesten en økning av unge mennesker med psykiske helseplager og/eller som er i risikozonen for å utvikle slik problematikk, samt en stor tilvekst av «nye» brukergrupper med til dels sammensatte og komplekse tilstander/diagnoser. Dette skaper store utfordringer i forhold til relevante tiltak i bolig og på fritiden, noe som krever variasjon og fleksibilitet i tjenestetilbudet, og oppbygging av ny kompetanse.

#### Hjemmebaserte tjenester for funksjonshemmede/ Miljøarbeidertjenesten

Målet er at bruker skal mestre å bo i eget hjem lengst mulig. Dette er bolig (privat eller kommunal) uten fast bemanning. Det gis individuelle tilbud om praktisk bistand, veiledning og opplæring.

#### Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

BPA er en alternativ måte å organisere praktisk bistand på for personer med nedsatt funksjonsevne som har stort behov for bistand i dagliglivet. Prinsippet med ordningen er at tjenestemottaker selv skal avgjøre når og på hvilken måte assistentene skal utføre sine oppgaver. Medvirkning og brukerstyring er helt sentralt og tjenestemottaker skal i utgangspunktet selv være arbeidsleder for sine personlige assistenter.

## **Arbeids- og aktivitetstilbud**

På grunn av økende behov for et arbeidsrelatert aktivitetstilbud til mennesker med kognitiv/fysisk funksjonsnedsettelse ble bygging av Skansen Aktivitetscenter iverksett. Med virkning fra og med februar/19 ble Dag og Arbeidssenteret lagt ned og Skansen Aktivitetscenter åpnet. Senteret har større kapasitet og mulighet for å kunne gi et differensiert tilbud til målgruppen.

## **Fritidstilbud**

Virksomheten gir tilbud om treningskompis, støttekontakt og fritidstilbud organisert som gruppetiltak. Videre organiseres fritidstiltak som Tirsdagsklubben, Alta Rockers, tilrettelagt bassengtilbud, samt fotball og håndball for utviklingshemmede i samarbeid med Alta IF og Bul.

## **Personer med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk**

Kommunen har ansvar for tjenester til personer med psykiatri- og/eller rusmiddelproblematikk. Dette gjelder tilbud om praktisk bistand, støttesamtaler, forebygging, råd- og veiledning, bolig og oppfølging i bolig, oppsøkende arbeid, samt arbeid med individuell plan, oppfølging før, under og etter opphold i spesialisthelsetjeneste eller fengsel, samt oppfølging av deltakere i legemiddelassistert rehabilitering.

Kommunens tjenester rettet mot psykiatri og rus er hovedsakelig organisert under tjenesteområdene Helse- og sosial og Oppvekst og kultur.

## **Oppvekst og kulturtjenesten**

Barn og ungetjenesten har fokus på tidlig innsats og forebygging. Tidlig innsats betyr at barn med behov for oppfølging i skole, hjem og fritid skal få bistand så tidlig som mulig. Barn- og ungetjenesten har som mål at det skal være «en dør inn» til hjelpeapparatet for tjenestemottaker og deres familie.

## **Helse og sosialtjenesten**

Det spesifikke oppfølgingsansvaret for psykiatri og rus er lagt til virksomhet bistand.

- Psykiatri- og rustjenesten: målgruppen er voksne med utfordringen i forhold til psykisk helse og rus.
- Rehabiliteringsavdelingen: målgruppen er barn og unge mellom 0 – 18 år med behov for ulike tjenester, herunder psykiske helseutfordringer.

## **Psykiatri- og rustjenesten**

Tjenesten gir tilbud til mennesker med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblematikk. Antallet brukere har økt betraktelig de siste årene, noe som i stor grad skyldes endringer i tilbudet av polikliniske tjenester og nedbygging av institusjonsplasser i spesialisthelsetjenesten.

## **Botilbud**

Tjenesten har fire botiltak der det bor personer med ulik grad av oppfølgingsbehov. Samtlige botiltak tilbyr et omsorg- og miljøterapeutisk tilbud med mål om å gjøre brukerne i stand til å mestre ivaretagelse av dagliglivets gjøremål, både i og utenfor eget hjem (sosialt, arbeid, skole, fritid).

## **Øvrige tiltak med fokus på forebygging og behandling:**

- Miljøvaktmester: jobber for at målgruppen har et stabilt og godt bomiljø, samt bistår i samhandling med NAV.
- Rop-teamet (rus- og psykiatriteam): bistår brukerne på ulike arena med mål om økt forutsetning for å nyttiggjøre seg tiltak fra både 1. og 2. linjetjenester

- Kommunepsykolog: Stillingen har vært vakant i 2017.
- Ø-hjelpskordinator/Øyeblikkelig hjelp døgnopphold: legger til rette for tilbud om døgnopphold for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer (jmf tilbud i somatikk)

### **Ergo/fysioterapitjenesten**

Målgruppen er aldersuavhengig og tjenesten har ansvar for å gi kommunens innbyggere et kvalitativt og godt brukerorientert ergo-, fysio- og frisklivstilbud. Frisklivssentralen er organisatorisk plassert i rehabiliteringsavdeling og yter ulike lavterskeltilbud.

Ergo/fysioterapitjenesten har prioriteringsnøkkel som benyttes av både ergoterapeuter og fysioterapeutene for å kunne prioritere pasientene.

Kommunale driftsavtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter utgjør 15 hjemler. Det ble i 2011 opprettet et samarbeidsutvalg mellom kommune og privatpraktiserende fysioterapeuter.

### **Fysioterapi**

Kommunen tilbyr et generelt fysioterapitilbud i tillegg til veiledning og rådgivning, vurdering og tilpasning av hjelpemidler samt kartlegging ved hjemmebesøk. Fysioterapi utøves på de forskjellige arenaer der pasienten befinner seg, for eksempel skole, barnehage, sykehjem, egen bolig osv.

Samhandlingsreformen har medført økt trykk både i privat og kommunal fysioterapipraksis på grunn av tidligere utskrivning av pasienter fra sykehus. For enkelte pasientgrupper kan det være lang ventetid for å komme inn til behandling.

### **Ergoterapi**

Ergoterapeuter har generell og spesiell kompetanse om hverdagsaktiviteter og helse i en sosial og lokal kontekst. Ergoterapeuter bidrar til å finne løsninger når det oppstår et gap mellom hverdagens krav og den enkeltes helse og muliggjør deltagelse i samfunnslivet og mestring av hverdagsaktiviteter. Gjennom trening og tilrettelegging og ved utvikling og gjennomføring av forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende tjenestetilbud, bidrar ergoterapeuter til å sikre aktivitet og deltagelse for innbyggerne i kommunen.

Ergoterapeutene i Alta kommune har over lang tid hatt lange ventelister og det er et økende behov for tjenester. Mye av tiden går til hjelpemiddelformidling, en tjeneste som i høy grad dekkes av ergoterapeuter og hjelpemiddelteknikere.

### **Hjelpemiddelformidling**

Det er ca. 1700 personer i Alta som har hjelpemidler på langtids lån fra NAV Hjelpemiddelsentral. I tillegg kommer brukere med akutte og forbigående behov for hjelpemidler og tilrettelegging og som derfor låner gjennom lokalt lager. Mange har hjelpemidler som holder dem i arbeid eller sikrer en god skolegang.

### **Sykestua**

Sykestua har pr dato 4 korttidsplasser og 9 sykestueplasser. Av de 9 sykestuesengene er 2,2 plasser definert som KAD-plasser (kommunale plasser for øyeblikkelig hjelp). Sykestua har pr dato beredskapsfunksjon, behandler akutte medisinske tilstander, fysio/ergoterapi, samt terminal pleie og behandling. Videre har tjenesten ansvar for desentralisert spesialisthelsetjeneste i forhold til dialyse og kreftbehandling.



Sykestua overføres til Finnmarkssykehuset når utbygging av planlagt nærsykehuset ferdigstilles i 2019 og samarbeidet mellom Finnmarkssykehuset og Alta kommune vil da ta nye former.

### **Sykehjem og heldøgns omsorgsboliger**

Heldøgnsomsorg for eldre omfatter pr 2018 seks sykehjem hvorav fire kommunale og to private, samt tilrettelagte omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Sykehjem og omsorgsboligene gir tilbud til eldre og pleietrengende som ikke får dekket sitt daglige behov for pleie og omsorg i eget hjem.

I sykehjemmene gis det tilbud om langtidsopphold eller korttidsopphold. En viktig målsetning er å opprettholde beboernes egen omsorgsevne lengst mulig. Tjenestene opplever at beboere er blitt mere hjelpetrengende og har mer sammensatte behov enn tidligere. Mange beboere har en demensdiagnose.

Pr mai/18 er det 20 personer som venter på langtids plass på sykehjem, derav er det noen har tilbud på kommunens korttidsavdelinger, mens andre får tjenester i private hjem i ventetiden.

### **Altagårdshagen**

Ved Altagårdshagen (tidl. Elvebakken sykehjem) er prosjekt «Kompetansesenter for demensomsorg- Elvebakken sykehjem» iverksatt. Målet er å utvikle Elvebakken sykehjem til å bli blant landets fremste kompetansesenter for demensomsorg i kommunal regi. Brukermedvirkning, kvalitet og kompetanse skal være i fokus ved utvikling av tjenestene som skal gis ved senteret. Prosjektet skal utrede og avklare hvilke tjenester som skal gis ved kompetansesenteret, med bakgrunn i observasjoner, vurderinger og utredning. Videre vil dag/aktivitetssenter, sykehjems plasser for korttids- og langtidsopphold, forsterket skjerming med mere være i fokus. Omleggingen ved Elvebakken sykehjem skal også fungere som en pilot for fremtidig drift av sykehjemsavdelinger ved Alta Omsorgssenter.

Prosjekt «Organisering av hjemmetjenester til personer med demens» vil ha fokus på utvikling av nye arbeids- og organisasjonsformer i hjemmetjenesten, kombinert med tiltak som blant annet teambasert tjenesteyting, dagaktivitets- og avlastningstilbud, koordinator og individuell plan. Det er naturlig å se utviklingen av demensomsorgen i hjemmetjenesten i sammenheng med tjenester som skal tilbys ved kompetansesenteret Elvebakken sykehjem, med fokus på helhetlig tjenestetilbud i demensomsorgen.

Det pågår pr tiden en omstillingsprosess. Når den er avsluttet vil Altagårdshagen bestå av 5 plasser forsterket skjermet, 10 korttids plasser, 5 omsorgsboliger og dagsenter. I tillegg vil demenskoordinator, demensteam og arbeidslag være lokalisert i samme bygg.

### **Ekornsvingen og Kåfjord sykehjem**

Ekornsvingen sykehjem har 22 langtids plasser. Kåfjord sykehjem har 16 langtids plasser.

### **Helsesenter sykehjem**

Sykehjemmet har totalt 24 senge plasser, der 4 plasser er forbeholdt rehabiliteringsopphold. I tillegg har sykehjemmet 4 senge plasser for pasienter med sammensatt sykdomsbilde. Dette er pasienter som er ferdigbehandlete fra sykehuset, venter på sykehjems plass og/eller pasienter som kommer til avlastning.

**Alta Omsorgssenter** ferdigstilles i 2020. Da vil pasienter (og ansatte) fra Kåfjord, Ekornsvingen og Helsesenter sykehjem, samt ett privat sykehjem flyttes til det nye omsorgssenteret.

Det er avsatt 36 plasser i Alta omsorgssenter til KRA- plasser (korttid, rehabilitering og avlastning), fordelt slik:

- 1. etasje i fløy E har en bogruppe med 18 rom fordelt på 2 boenheter med 9 rom hver
- 1. etasje i fløy F har en bogruppe med 18 rom fordelt på 2 boenheter med 9 rom hver

Bruken av boenhet og bogruppe utredes av OU- gruppen «Korttidsopphold sykehjem», men for å kunne definere fremtidig behov er følgende utkast utarbeidet:

- 1 bogruppe (18 rom)- hovedsakelig planlagt innleggelse fra hjemmet:
  - 1 boenhet (9 rom) brukes til korttidsplasser
  - 1 boenhet (9 rom) brukes til avlastningsplasser
- 1 bogruppe (18 rom)- både planlagte og akutte innleggelse:
  - 1 boenhet (9 rom) brukes til rehabilitering
  - 1 boenhet (9 rom) brukes til forsterket korttidsplasser (intermediære plasser)

### **Vertshuset eldresenter**

Eldresenteret gir tilbud til hjemmeboende og tilrettelegger for aktiviteter i regi av eldresenteret, lag og foreninger. Vertshuset har også et botilbud med hybler og leiligheter.

Vertshuset eldresenteret har kantine, dagsenter for demente, inkludert eget tilbud for yngre demente (Aspelund dagsenter), samt et dagsentertilbud for eldre uten demens diagnose. Her tilbys aktiviteter i regi av senteret, Alta Frivillighetssentral eller lag og foreninger. Videre tilbys det ukentlig fellestrening med fysioterapeut. Frivillighetssentralens aktiviteter og ukens middagsmeny for Vertshuset publiseres på kommunens nettside under «Alta Frivillighetssentral», samt på lokalets oppslagstavle.

Vertshuset har fokus på betydningen av sosialt fellesskap, fysisk aktivitet, hverdagsmestring og ernæringsmessig godt kosthold. Dette viser seg ved gode resultat for pasienter med rehabiliteringsbehov som er utskrevet fra sykehus og som, med god smertebehandling og fokus på fysisk aktivitet, har lyktes i rehabiliteringsprosessen. De ansatte er bevisst på at de ikke benytter rullestol til forflytting eller leverer mat på beboerrommet hvis det ikke er nødvendig (eks alvorlig sykdom) Ansatte erfarer at dette fokuset bidrar til mindre arbeidspress og at beboerne opprettholder egen selvstendighet og mestring i hverdagen, noe som igjen utsetter behov for sykehjems plass.

### **Aspelund dagsenter**

Aspelund dagsenter har pr. tiden mange brukere med store kognitive utfordringer, noe som har ført til at man i mindre grad har klart å ta imot de som er i startfasen av sin sykdom. Å ha et dagtilbud som kan tilpasses etter brukerens behov og sykdomsutvikling er viktig. Dersom dagtilbudet kommer for sent i gang, kan dette medføre at brukeren går rett over i sykehjemskø. Pr mai/18 mottar 37 personer med demensdiagnose dagtilbud ved Aspelund dagsenter. Senteret melder at behovet har økt de siste årene og at flere nå enn tidligere har tilbud hver dag, samt at de har økt tilbudet med antall timer/dager pr uke jmf tidligere. Fra og med juni/18 utvides dagtilbudet med antall plasser.

### **Demensteam**

Demensteamet er lokalisert ved Vertshuset/Aspelund og består av 120 % stilling fordelt på 2 ansatte. Informasjon og tett oppfølging fra teamet kan være med på å forebygge at hjemmesituasjonen blir vanskelig. Pr mai/18 har teamet ansvar for kartlegging og oppfølging av 74 personer, hvorav det er 27 personer som

ikke mottar andre tjenester. Teamet melder om en markant økning i antall nye personer, fortrinnsvis i 60-årene med Alzheimers diagnose. Her skiller Alta seg ut med et markant høyere antall enn landsbasis. Teamet har ikke lege tilknyttet tjenesten, men innhenter kompetanse ved behov. Det meldes om behov for geriater tilknyttet teamet.

Demensteamet søker om, og gir opplæring i bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler som for eksempel kommunikasjons hjelpemidler, forenklet fjernkontroll med mere.

### **Hjemmebaserte tjenester**

Virksomhet for hjemmetjenester består av hjemmesykepleie og hjemmehjelp og gir nødvendig helsehjelp og praktisk bistand med mål om at bruker opprettholder livskvalitet, er mest mulig selvhjulpen og dermed kan mestre å bo lengst mulig i eget hjem. Hjemmetjenesten bistår tjenestemottakere over relativt kort tidsperiode (noen pasienter mottar tilbud over en lengre tidsperiode). Tjenestemottakerne vil på sikt ha behov for økt tjenesteomfang grunnet redusert helse (jmf omsorgstrappen).

Tjenesten tilrettelegges ut fra en kartlegging av den enkeltes behov, samt nærstående og nettverkets mulighet for å bistå vedkommende i samarbeid med det offentlige. Tjenesten er pr tiden i en omorganiseringsprosess der sentral-Altas to soner samorganiseres (2019) og samlokaliseres i Alta Omsorgssenter når bygget ferdigstilles i 2020. Sone ytre vest vil samorganiseres, men ikke samlokaliseres. Tjenestene ytes med fokus på team dedikert mot særskilte brukergrupper.

Tjenesten opplever kapasitetsproblemer. Det er behov for årlig styrking av hjemmetjenesten på bakgrunn av økningen i antall eldre. Dette er også av stor betydning for å kunne oppnå økt hverdagsmestring, samt at de eldre skal kunne mestre å bo hjemme lengre fremfor å motta tilbud på sykehjem.

### **Hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering er et viktig tiltak ved utviklingen av nye forebyggende tjenester i kommunen. Tiltaket er i tråd med nasjonale føringer, Alta Vil og kommunedelplanen for helse og sosialtjenesten. Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering med fokus på at den enkelte skal mestre hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt. Hovedmålet med etablering av hverdagsrehabiliteringsteamet er at bruker skal oppnå best mulig funksjon og selvstendighet i eget hjem ved at man har fokus på økt aktivitet og mestring. Erfaring viser at tidlig kartlegging av rehabiliteringspotensialet og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringsevnen og reduserer hjelpebehovet hos brukerne. Utgangspunktet for aktivitetene er hverdagslivet og spørsmålet som stilles er «hva er viktig for deg».

I mai 2017 ble det etablert et hverdagsrehabiliteringsteam i Alta kommune bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier i 100 % stillinger i et 3-årig prosjekt. Disse er faglige pådrivere og veileder hjemmetrener for å følge opp den daglige trening og oppfølging med bruker. Fra og med april/18 er hjemmetrener som er tilknyttet teamet operativ. Teamet er organisatorisk plassert i hjemmetjenesten sone vest, men server hele kommunen og skal være en pådriver innen hverdagsmestring med fokus på «hva er viktig for deg» som pasient.

### **Kreftkoordinator**

Kreftkoordinator bistår med råd og veiledning til pasienter, pårørende og øvrig hjelpeapparat. Koordinatoren samkjører tiltak og tjenester til målgruppen med mål om å skape helhet, sammenheng og forutsigbarhet for

pasientene. Videre har koordinatoren oversikt over hvilke instanser pasientene kan henvende seg til. Generell opplysningsvirksomhet, samt støttesamtaler og opplæring av brukere, pårørende og pasienter er også sentrale oppgaver.

### **Brukerundersøkelse**

I 2017 ble det gjennomført en brukerundersøkelse rettet mot eldre pasienter/brukere av hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie og hjemmehjelp). Undersøkelsen viste at flertallet var fornøyd med de praktiske tjenestene de mottok, men at de savnet at de ansatte tok seg mer tid til samtaler ved besøk. Et stort flertall av de som ble spurt meldte om fravær av brukermedvirkning ved utforming av planer som angikk dem selv, samt at de ikke var informert om innholdet i vedtaket. Det var høy skår på brukermedvirkning i forhold til praktiske og direkte hjelpetiltak. Videre ble det vektlagt at trygghet grunnet tjenestetilbud bidro til at eldre mestret å bo hjemme fremfor å søke sykehjemsplass.

Helhetsvurderingen for begge tjenesteområdene (hjemmesykepleie og hjemmehjelp) er meget god og gir totalt sett uttrykk for høy brukertilfredshet.

### **Samhandlingskoordinator**

Samhandlingskoordinatoren har oversikt over kommunenes institusjonsplasser og ansvar for å bidra til at tildeling av disse skjer på en måte som utnytter plassene mest mulig rasjonelt. Koordinatoren mottar søknader om Individuell plan som behandles i IP-temaet.

Samhandlingskoordinator er en stilling som ble opprettet i Alta kommune i forbindelse med samhandlingsreformen. Ansvarsområdene ble inndelt som følgende:

1. Koordinering i forhold til pasienter som overføres mellom kommune og helseforetaket. Dette innebar også etablering av system for mottak av meldinger fra helseforetaket, inkludert meldingsbekreftelse.
2. Etablere koordinerende enhet og gjøre den kjent for helseforetaket

### **Legetjenesten**

Legetjenesten bistår pasienter/brukere fra hele Alta kommune, derav også fra samtlige tjenesteområder i helse og sosial (psykiatri og rustjenesten, sykestua, sykehjem, hjemmetjenesten, habiliteringsavdelingen, botiltak med heldøgns tjenester, miljøarbeidertjenesten). Noen tjenesteområder har tettere/hyppigere samarbeid med legetjenesten enn andre.

### **Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten**

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.12. Målet med samhandling er at pasientene skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Det betyr at tjenestetilbudet skal være sammenhengende og koordinert mellom alle ledd i behandlingsskjeden fra kommune til spesialisthelsetjenesten.

Plikt til å inngå overordnet samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne plikten er gjensidig for kommunen og helseforetaket. Samhandlingsreformens avtaler er retningsgivende og et hjelpemiddel mellom kommune og foretak i forhold til samhandling.