



Stjørdal kommune

OMSORG 2036

Etat Omsorg
2020 – 2036

*Likeverd
Mestring
Bærekraft
Omsorgsomgivelser*





Innhold

1	Oppsummering	Side 4
2	Innledning	Side 6
3	Bakgrunn	Side 8
	- 3.1 Rammevilkår	
	- 3.2 Statlig finansiering av omsorgstjenestene	
4	Samfunnsutvikling og demografi	Side 10
	- 4.1 Samfunnsutvikling	
	- 4.2 Endringer i sykdomsbildet	
	- 4.3 Trender i statlige organisasjonsstrukturer	
5	Utfordringsbilde	Side 14
	- 5.1 Økonomiske rammebetingelser	
	- 5.2 Økt pasientgrunnlag i alle aldre	
	- 5.3 Integrerings- og mangfoldsområdet	
	- 5.4 Kompetanse og rekruttering	
	- 5.4.2 Sykefravær og deltidskultur	
	- 5.5 Samhandling - internt og på tvers av tjenestenivå	
	- 5.6 Meningsfull hverdag for mennesker med nedsatt funksjonsevne	
6	Mål og verdigrunnlag	Side 18
	- 6.2 Verdigrunnlag	
7	Strategier for å oppnå mål	Side 20
	- 7.1 Sosiale likheter	
	- 7.2 Mestring og selvstendighet	
	- 7.3 Bærekraftig organisasjon	
	- 7.4 Funksjonelle omsorgsomgivelser	
	Referanseliste	Side 23

1

Oppsummering

Navn og funksjon	OMSORG 2036 Strategiplan for etat omsorg 2020 - 2036
Mål	<i>1: Sosiale likheter:</i> God helse, livskvalitet og tilgang på helsetjenester er uavhengig av bosted og sosial bakgrunn. <i>2: Mestring og selvstendighet:</i> Innbyggere i Stjørdal mestrer hverdagsaktiviteter uavhengig av funksjonsnivå. <i>3: Bærekraftig organisasjon:</i> Etat omsorg er en fremtidsrettet helse og omsorgstjeneste som er organisert etter utvikling i helse, fag, teknologi og samfunnsutvikling for øvrig. <i>4: Funksjonelle omsorgsomgivelser:</i> Det er etablert moderne og funksjonelle omsorgsomgivelser.
Tilgrensende planer	Kommuneplan samfunnsdel 2020 - 2032 Folkehelseplan Boligsosial Handlingsplan 2020 - 2023 Kommunal plan for habilitering og Rehabilitering 2019 - 2021 Strategiplan for velferdsteknologi 2020 - 2023 Smittevernplan 2009 (ny under utarbeidelse) Rus politisk handlingsplan 2017 - 2020
Rammer og føringer	Lov om kommunale helse og omsorgstjenester Lov om pasient og brukerrettigheter Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp Lov om helsepersonell Lov om vern mot smittsomme sykdommer Lov om folkehelsearbeid Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker Tilhørende forskrifter FNs 17 bærekraftsmål Meld. St. 47 (2008 - 2009) Samhandlingsreformen Meld. St. 30 (2011 - 2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk Meld. St. 29 (2012 - 2013) Morgendagens omsorg Meld. St. 45 (2012 - 2013) Frihet og Likeverd - om mennesker med utviklingshemming Meld. St. 26 (2014 - 2015) Fremtidens primærhelsemelding - nærhet og helhet Meld. St. 15 (2017- 2018) Leve hele livet NOU 2018:16 Det viktigste først - prinsipper for prioriteringer Opptappingsplan for rusfeltet og for Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering Fagnotat 1 Stjørdal kommunes samfunnsdel 2019 - 2032 Samarbeidsavtaler med Helseforetaket; Helse Midt Norge Ikke uttømmende liste



2

Innledning

Dette er Etat omsorgs 3. Helse- og Omsorgsplan (Omsorg 2030, Omsorg 2032, og nå Omsorg 2036). Siden 2013 har etat Omsorg hatt mål om at innbyggerne i kommunen skal være sjef i eget liv og leve i eget hjem, lengst mulig. Stjørdal kommune har fra 2013 hatt en bevisst dreining og økt fokus på forebyggende og tverrfaglig tilnærming til brukergrupper i alle aldre. Kommunen ønsker at alle innbyggere skal ha gode bomiljø med mulighet for selvstendige liv ut ifra egne forutsetninger.

Helsepersonell er en kjent knapphetsfaktor i samfunnet. Beregninger viser at kommunen vil få en relativt stor økning i antall eldre innbyggere over 80 år, fram mot 2036. Våre eldre er stadig friskere, men med en slik vekst, må en påregne et betydelig press på helsetjenestene. Samtidig ser vi at den største økningen i vårt pasientgrunnlag faktisk er pasienter under 66 år. Vi må i årene framover ha økt fokus på forebyggende og rehabiliterende tiltak for denne gruppen i kommunen.

Stjørdal kommune er i ferd med å reise Stjørdal Helsehus. Det er et prosjekt som har vært med oss gjennom alle planene, og det er et hus som skal bygge opp om etatens felles retning; lengst mulig i eget liv- i eget hjem. Det er også vedtatt bygging av ny institusjon for personer med kognitiv svikt. Den skal bygges på Fossli.

Etat Omsorg har under siste planperiode endret struktur til en Virksomhetsstruktur med 5 Virksomhetsledere. Det er for å samle tjenestene under samlende ledelse, med felles retning og lik målsetting. For å sikre at etaten yter tjenester og fordeler ressursene etter beste praksis, må vi kontinuerlig vurdere hensiktsmessig metoder, tiltak og organisering.

Stjørdal kommune er gjennom både internasjonal, nasjonal og regional kontekst forpliktet til å forholde seg til FNs bærekraftsmål. Kommunens helse og omsorgstjenester skal inn i ny planperiode ta inn over seg FN's bærekraftsmål. Her presentert i tre dimensjoner:



Vi skal lykkes med dette gjennom dedikerte ansatte og god samhandling med både interne og eksterne aktører. Omsorg 2036 viser hvilken retning Etat omsorg i Stjørdal skal utvikle seg - hvor helse - og

omsorgstjenestene skal være i Stjørdal i 2036. Omsorg 2036 skal mobilisere til samarbeid og felles satsning for å oppnå ønsket utvikling for helse- og omsorgstjenestene i Stjørdal kommune.

3

Bakgrunn

Omsorg 2036 er Etat omsorgs kommunedelplan, og er overordnet styringsdokument for helse og omsorgstjenestene i Stjørdal kommune i perioden 2020 - 2036. Planen er en videreføring og rullering av Omsorg 2032, som ble vedtatt i 2017.

Omsorg 2036 tar stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for etat omsorg, og utgjør grunnlaget for etatens delplaner og virksomheter, og skal være et politisk og administrativt grunnlag for langsiktig og bærekraftig utvikling av de kommunens helse og omsorgstjenestene.

3.1 Rammevilkår

Helse og omsorgstjenestene er styrt av lover og forskrifter, nasjonale og regionale føringer, og kommunale politiske styringer. Kommunedelplan utformes med det som rammer, og er derfor styringsverktøy for tildeling, tilbud og utføring av kommunale helse og omsorgstjenester. Pyramiden illustrerer planens hiarkistiske rammeverk, der rødt er bindende rammer, og grønt er veiledende.

Kommunen har ved Lov om kommunale helse og omsorgstjenester ansvaret for å sikre at alle som bor og oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester (1). Loven sier at helse og omsorgstjenestene skal være forsvarlige, helhetlige, koordinerte, verdige og tilpasset den enkeltes behov.

Lov om pasient og brukerrettigheter har som formål å sikre innbyggere lik tilgang på tjenester av god kvalitet (2).

Lov om helsepersonell har som formål å sikre pasient og bruker god kvalitet og tillit til helse og omsorgstjenestene (3).



Lov om folkehelsearbeid (4) pålegger kommunen som helhet ansvaret for folkehelsearbeidet. Loven ansvarlig gjør alle sektorer for å fremme folkehelse, og ikke helse og omsorgstjenestene alene.

FN vedtok høsten 2015 17 mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Bærekraftsmålene ser miljø, økonomi og sosial utvikling i sammenheng. De gjelder for alle medlemsland, og er et veikart for global innsats for en bærekraftig utvikling. Bærekraftsmålene hjelper oss til å løfte blikket, styre i samme retning å utvikle bærekraftige løsninger, - også lokalt. Målene er overordnede, samtidig som de angår både lokalsamfunn og hver enkelt av oss.

Nasjonale føringer gjennom stortingsmeldinger, veiledere og NOU beskriver utvikling og trender for landet i stort, og de gir kommunene retningslinjer for ønsket utvikling og drift. En ønsket utvikling siden Samhandlingsreformens innføring 2012 har vært gradvis overføring av oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (5 og 6).

Stjørdal kommune er i et etablert interkommunalt samarbeid (VR Helse) for Legevakt, Distriktsmedisinsk senter (DMS), Forvaltningskontor og samfunnsmedisinsk enhet.

VR Helse er et samarbeidet mellom kommunene Tydal, Selbu, Meråker og Stjørdal. Samarbeid er i utvikling og endring, og med en pågående nasjonal kommunereform vil samarbeidsformene mellom kommunene med sikkerhet påvirkes under planperioden. Kommunen har i tillegg forpliktende samarbeidsavtaler med helseforetakene.

Kommuneplanens samfunnsdel er kommunens overordnede styringsdokument. Her fastsettes de langsiktige målene og strategiene for Stjørdal kommune. Samfunnsdelen gir retning for kommunens arbeid. Budsjett og økonomiplan, kommuneplanens arealdel og virksomhetsplaner for etatene, alle skal ta utgangspunkt i mål og strategier fastsatt i denne planen, slik at vi sammen bidrar til å gjøre Stjørdal til et godt valg for framtida.

3.2 Statlig finansiering av omsorgstjenestene

Helsedirektoratet gjennomfører et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, SIO forsøket, siden mai 2016. Stjørdal er en av fire kommuner som deltar, og det var ment begrenset til tre år. Nå er forsøket besluttet både utvidet og forlenget, slik at forsøket løper ut 2022, med totalt 12 kommuner. I forsøket prøves det ut om statlige tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Nærmere beskrivelse av forsøket og finansieringsmodellen: <https://www.helsedirektoratet.no/>

Forsøket blir systematisk evaluert av Agenda Kaupang og fra 2020 er også SINTEF med i evalueringsoppdraget. Evalueringen viser at forsøksordningen har gitt likere tildeling og tjenester, både innad i kommunene og også mellom kommunene som deltar. Forsøkskommunene har utviklet en grundigere og mer dialogbasert kartlegging av den enkelte brukers behov, og tjenestene er i større grad tilpasset brukerens mål og behov. Forsøket har ført til at kommunene har utviklet bedre vedtakspraksis, i form av at vedtakene er mer presise, kodes riktig, oppdateres hyppigere og kontrolleres opp imot faktisk utførte tjenester. Kommunen har i større grad enn før forsøket et langt bedre data og styringsgrunnlag (17).

Stjørdal har hatt en betydelig økonomisk gevinst av å delta forsøket. Forutsetningene fra staten er at det eventuelle økonomiske overskuddet en kommune får ved deltagelse, er at midlene brukes til formål for etat omsorg (17).

4

Samfunnsutvikling og demografi

4.1 Samfunnsutvikling

Til grunn for Omsorg 2036 ligger Kommuneplanens samfunnsdel 2019 - 2032.

Kommunen har med det en felles plattform i de underliggende planprosessene (7).

1: Globalisering

Globalisering er en prosess der man skiller mellom globalisering på tre ulike områder; kulturelt, politisk og økonomisk. Globalisering påvirker samfunnet både globalt, nasjonalt og lokalt. En viktig side av globaliseringen er at Norge som EØS-medlem er del av et felles europeisk arbeidsmarked med en samlet arbeidsstyrke på om lag 250 millioner (NHO, «fremtidens arbeidsliv 2019»). Rekruttering av utenlandsk arbeidskraft kan bli et nødvendig tiltak for å løse utfordringer med manglende arbeidskraft i helse og omsorgstjenestene.

God integrering er en viktig oppgave for kommunen også i årene som kommer. Det forutsetter god og bred kultur og språkforståelse hos innbyggere, næringsliv og særskilt i opplæring og utdanning. Flyktningetjenesten er fra 2020 organisert i etat oppvekst (7).

Pandemiske utbrudd

En pandemi er et sykdomsutbrudd som rammer svært mange mennesker og sprer seg over store deler av verden. Begrepet brukes hovedsakelig om infeksjonssykdommer. Det er gjennom historien beskrevet en rekke pandemier av ulikt omfang, alvorlighetsgrad og varighet.

I januar 2020 dukket et nytt virus opp i Wuhan i Kina; SARS-CoV-2, et såkalt koronavirus. Koronaviruset er svært smittomt. Koronapandemien har utviklet seg til en global krise som rammer mennesker over hele verden, og ingen vet hvor lenge den vil vare. I august 2020 er fortsatt trenden slik at det daglig settes globale rekorder på antall nye smittede pr. døgn. Pandemien får konsekvenser for økonomi, politikk, identitet, kultur og mellommenneskelige relasjoner i lang tid fremover (25).

I Norge har helsemyndighetene innført drastiske tiltak for å begrense smitten og antall sykdomstilfeller og dødsfall. Vi må beregne at vi må leve med viruset over lang tid, og lokalt må vi være beredt på å håndtere flere lokale smitteutbrudd. Vi må sørge for å ha kontroll på spredningen gjennom smitteoppsporing, og vi må ha god lokal og sentral beredskap på nødvendig utstyr, medisiner og personellressurser. Det vises for øvrig til «Smittevernplan for Værnesregionen», Beredskapsplan for etaten og avdelingene spesielt.

2: Demografi

Befolkningsprognoser påvirkes hovedsakelig av komponenter som; netto innenlandsk flytting, fødselsoverskudd og netto innvandring. SSB varsler redusert befolkningsvekst både nasjonalt og regionalt i Midt - Norge, som følge av lavere fødselstall og redusert innvandring.

Ved inngangen av 2020 var det 24 150 innbyggere i Stjørdal. Stjørdal kommune har de siste 20 årene hatt jevn befolkningsvekst. De siste to årene har trenden snudd, og befolknings- framskrivningen blir lavere sammenlignet med beregningene vi tok utgangspunkt i ved Omsorg 2032, skrevet 2017. I Stjørdal er det siden 2017 redusert innvandring og det fødes færre barn.

De beregninger som SSB har viser samtidig befolknings sammensetningen i Stjørdal får en sterk økning antall eldre frem mot 2040; en dobling av eldre over 67 år, og mer enn en tredobling av eldre over 90 år. I 2019 har vi 200 innbyggere som har passert 90 år, i 2040 forventes det at tallet har steget til over 610. Befolkningsutviklingen påvirker helse og omsorgstjenestene i kommunen. Befolkningstettheten fortsetter å øke i sentrums kjernen, der det øker med innbyggere over 67 år. Husholdnings-sammensetningen utvikler seg med økende andel småhusholdninger (aleneboende og par uten hjemmeboende barn).

Stjørdal ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder både utgifter til økonomisk sosialhjelp, unge uføre og legemeldt sykefravær. Psykiske lidelser og muskel skjelettplager er hovedårsakene til uførhet og legemeldt sykefravær.

I tabellen under ser vi de faktiske befolkningstallene pr. 01.01. hvert år, der 2020 er det siste året med faktiske tall, mens det videre er

prognostisert. I prognosen er folketallsveksten fra 2018 fram til 2040 beregnet til 19,3 %. Det er til dels betydelig lavere vekstrate for de yngste delene (opp til 29 år) enn gjennomsnittet og vesentlig større vekst for de eldste aldersgruppene, 67 år og eldre. Antall innbyggere over 90 år vil bli mer enn tredoblet i perioden. Mere informasjon om og tabell over befolkningsprognoser finnes i Fagnotat 1(7).

Befolkningsutvikling og -prognose 2002-2040

Aldersgruppe	2002	2015	2019	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	1636	1749	1621	1570	1703	1822	1892	1899
6-12 år	1854	2103	2254	2230	2092	2121	2273	2366
13-15 år	747	972	932	932	1014	957	955	1010
16-19 år	945	1346	1330	1314	1328	1337	1277	1323
20-66 år	11220	13517	14064	14160	14328	14776	14991	15053
67-79 år	1532	2351	2827	2917	3159	3204	3477	3785
80-89 år	681	755	805	839	1097	1473	1659	1753
90 år+	109	164	195	184	210	253	359	500
Sum	18724	22957	24028	24145	24931	25943	26891	27699

tall er pr. 01.01 i året

kilde: SSB (statistikk) og Trondheimsregionen TR2019-13B,07.10.2019 (prognose)

3: Digitalisering

Fremtidig verdiskapning baserer seg i stor grad på digitale prosesser. Alle områder i samfunnet påvirkes av den raske digitale utviklingen. Digitalisering omtales som den fjerde industrielle revolusjon, og handler om automatisering, tilgjengelighet, arbeidsplasser, kunnskap og kompetanse.

Digitaliseringen i helse og omsorg er en stor prosess som handler om å implementere ny teknologi for å forbedre tjenestene, og for å kunne møte fremtidens behov og krav for effektive tjenester. Informasjonssikkerhet og personvern er en forutsetning for tillit til digitale løsninger. Opplysninger om den enkelte skal være tilgjengelig ved behov, samtidig som opplysninger ikke skal komme på avveie. Digitalisering innenfor helse og omsorgssektoren er delt inn i tre hovedgrupper (12):

1: Medisinsk teknologi

2: E- helse og telemedisin

3: Velferdsteknologi

Helseplattformen: er en ny journalløsning for hele Midt- Norge, for både kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og avtalespesialister. Det er første gang det innføres en felles journalløsning i Norge, og for Midt- Norge betyr det at tre helseforetak, 85 kommuner, 40 000 helsearbeidere og 720 000 innbyggere får et nytt, helhetlig og sammenhengende journalsystem. I tillegg vil fastleger, fysioterapeuter og psykologer med kommunale driftsavtaler mulighet til å gå inn i den nye journalløsningen.

Velferdsteknologi: skal bidra til at innbyggerne gis større mulighet til å mestre eget liv og helse, økt trygghet og sosial deltakelse ut fra hver enkeltes funksjonsnivå. Velferdsteknologi skal bidra til å forbedre tilgjengeligheten, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet, og det skal være støtte til pårørende. Stjørdal og VR har vært sentral i utvikling og å ta i bruk velferdsteknologi i nasjonal målestokk. I 2019 startet VR oppstart responscenter. Kommunen har egen strategi og handlingsplan for videre utvikling og implementering av velferdsteknologi (9)

4: Individualisering

Samfunnsutviklingen har ført til at vi har flyttet fokus fra felles overlevelse til individuell tilfredsstillelse. Vi har suksessivt fått økt levestandard, økt innflytelse av internasjonale trender, tilpasset lovgiving og vi har rask tilgang på kunnskap. Kommunen som organisasjon utfordres med mere detaljerte regelverk, økt krav på individuelle rettigheter og dokumentasjonskrav. Kommunen må sørge for rettferdig fordeling av ressurser og samtidig sørge for å opprettholde og styrke kollektive løsninger (7).

4.2 Endringer i sykdomsbildet

God helse defineres som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. God helse er ikke bare fravær av sykdom eller lidelser, men det handler like mye om trivsel, livskvalitet, og evne til å mestre hverdagens utfordringer (WHO). Befolkningen i Norge og i Stjørdal har både god helse, og høy gjennomsnittlige levealder (7).

Det dominerende sykdomsbildet har siste hundre år endret seg fra infeksjonssykdommer til livsstilssykdommer. Livsstilssykdommer er sykdommer som oppstår som resultat av egen livsstil: f.eks. diabetes type 2, hjerte-karsykdommer, lunge og kreftsykdommer. Det betyr at vi i dag i større grad lever med sykdom, mot at man tidligere døde av sykdom. Under det siste året (2020) har den situasjonen igjen endret seg på global basis; koronapandemien har i mange land ført til økt dødelighet. I Norge har Koronapandemien ført til endrede prioriteringer og tiltak i bl.a. helse og omsorgssektoren, men så langt har pandemien ikke ført til økt dødelighet her til lands.

I Trøndelag har NTNU fulgt befolkningens helseutvikling de siste 40 år; HUNT undersøkelsen blir gjennomført hver tiende år, og nå senest i 2018 med HUNT 4 (10). Hunt undersøkelsene observerer betydelige endringer i helserelevante forhold bare i løpet av de siste tre tiår. HUNT har pågått. HUNT viser hvor sterkt de rådende levekårene og samfunnsforholdene påvirker oss. Folks helse og gjennomsnittlige levetidsutsikter påvirkes sterkt av hvilket land de vokser opp i, men også hvilken sosial gruppe de tilhører innad i sitt land. I en artikkel gitt ut i Scandinavian Journal of Public Health i 2018, ble det beregnet endringer i forventet levealder med og uten god helse, og uten og med kronisk sykdom i forskjellige utdanningsgrupper. Folk med høy sosioøkonomisk status (målt med høy utdanning) kan forvente å ha god helse og unngå kronisk sykdom fram til pensjonsalder, mens folk med lav sosioøkonomisk status får helseplager

betydelig tidligere. Sosiale forskjeller i helse er en av de aller viktigste folkehelseutfordringene vi står overfor i dag, og vi vet at:

- God barndom legger grunnlaget for god helse senere i livet.
- Å være i arbeid er en av de viktigste enkeltfaktorene for god helse
- Arbeid bidrar til økonomisk trygghet, bedre boligstandard og sosiale nettverk, som igjen er faktorer som har betydning for helse og livskvalitet.
- Store sosiale ulikheter er negativt for storsamfunnet, i form av økte kostnader i sosiale utgifter, mindre skatteinntekter, økte utgifter på oppvekst og omsorgssektoren, med mere.

Oppgave- og ansvarsforskyvning: Siden 2012 har det vært en nasjonalt styrt utvikling, å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Forskyvningen gjelder tjenester for alle aldre, og de fleste ulike fagområder.

Økende antall brukere: Etat omsorg måler aktiviteten på våre ulike tjenester; både antall brukere og tjenesteomfanget som ytes. Etaten har jevn økning av totalt antall brukere som mottar helsetjenester, der den største veksten er i aldergruppen opp til 66 år. Kommunen har i samme periode økt antall innbyggere, og det er blitt flere eldre innbyggere.

Økende antall innbyggere eldre over 80 år: Etat Omsorg må ta hensyn til den demografiske framskrivningen. Når befolkningen over 80 år doubles, og over 90 år tredobles, vil de med aldersrelaterte sykdommer øke. Vi må påberegne at vi får flere innbyggere som lever lengre med flere diagnoser. Demens er et eksempel på en spesifikk diagnose vi vet vil påvirke helse og omsorgstjenestene i så måte.

Utviklingshemming og aldring: Det er en økning i gruppen eldre, som også har en utviklingshemming. De har ofte andre og mere komplekse utfordringer i forbindelse med aldringsprosessen enn resten av befolkningen. Det betyr bl.a. at aldersrelatert funksjonssvikt og demens også øker i denne pasientgruppen, og i tillegg har bl.a. personer med Downs syndrom en økt risiko for tidlig utvikling av Alzheimer demens. Livsstilssykdommer er en utfordring også i denne brukergruppen.

Psykisk helse: Den største brukertilveksten i Stjørdal kommune er innbyggere under 66 år. Økt bruker grunnlag kan altså ikke forklares med

at befolkningen blir eldre. Statistikk viser at økningen heller forklares med økt forekomst av psykisk uhelse, overvekt, fedme og konsekvenser av inaktivitet (7). Oppdatert tallmateriale fra 2019 viser ikke tegn på at det er en trend som stagnerer eller snur.

Folkehelseinstituttet framla en rapport om psykisk helse i Norge i 2018:

- forekomsten av psykiske lidelser er stabil hos voksne
- det er grunn til å anta at forekomsten av alkohollidelser øker.
- blant barn og unge er det en økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager, og som oppsøker helsetjenesten for disse plagene.

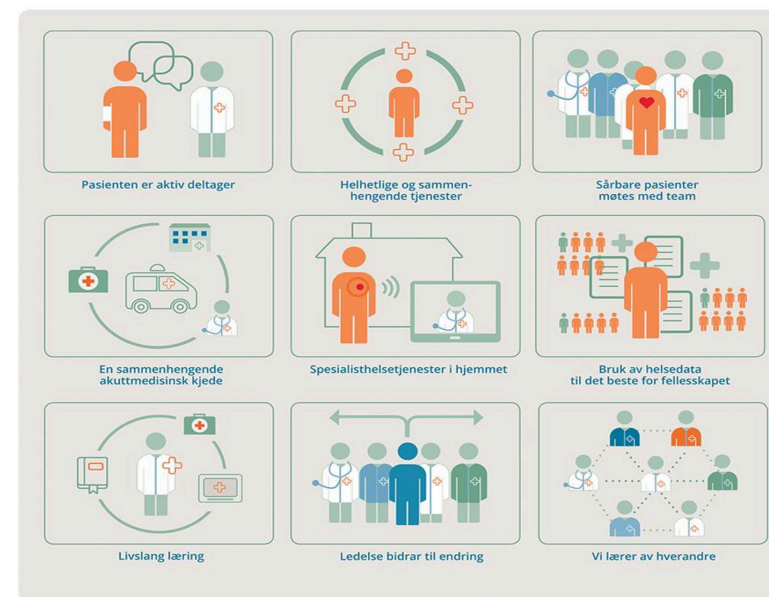
Folkehelseinstituttet peker på at det ikke foreligger godt nok datagrunnlag for å si noe sikkert om årsakene til den observerte økningen, og om det faktisk har funnet sted en økning i omfanget av psykiske lidelser blant unge jenter. De mener det er grunn til å tro at større åpenhet bidrar til flere søker hjelp, men det er usikkerhet om det totale omfanget øker (14).

Personer med store og sammensatte behov: Personer med store og sammensatte behov er en uensartet gruppe. Det er personer som kan ha behov for behandling og oppfølging knyttet til flere ulike diagnoser og funksjonsnedsettelse samtidig, og som derfor har behov for tjenester og koordinering fra flere ulike tjenesteytere og samarbeidsparter.

4.3 Trender i statlige organisasjonsstrukturer

I stortingsmelding 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (23) presenterer regjeringen flere utviklingsstrategier og tiltak. Hovedtrekk er presentert i illustrasjon under.

- Det er inngått avtale om å etablere 19 helsefelleskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Kommunene i Værnes regionen, inkludert Stjørdal kommune er i fellesskap med St. Olavs hospital.
- Det skal skape «det utadvendte sykehus» som skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus.
- Utvikle bedre psykiske helsetjenester.
- Sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede. Helseforetakene skal i neste utviklingsplan gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, og organisering og ledelse av akuttmottak på sykehus.
- Videreutvikle finansieringsordningene for å understøtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi og digitalisering.



Tannhelsetjenesten: Stortinget vedtok lovendringer knyttet til tannhelsetjenesten 2016- 2017 (16) som muliggjør overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen. Det foreligger ingen konkrete planer pr. 2020, men Stortinget har bedt regjeringen om å legge til rette for en prøveordning der kommuner kan få tillatelse til å overta ansvaret for tannhelsetjenesten fra 2020.

Prioriteringer: Kommunene må i en større utstrekning bruke og dele data som grunnlag for prioriteringsbeslutninger. Helse og omsorgstjenestene i kommunene trenger nye teknologiske løsninger for å registrere og ta i bruk data for at det skal kunne brukes som beslutnings og prioriteringsstøtte (13).

5

Utfordringsbilde

Etat omsorg er en mangfoldig etat som omfatter alle pasient- og brukergrupper, i alle aldre, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Etatens størrelse og allsidige fagfelt gjør at etaten møter sammensatte utfordringer, muligheter, fokusområder og tiltak.

5.1 Økonomiske rammebetingelser

Stjørdal har hatt en vekst i bruttoutgifter til pleie- og omsorgstjenestene, fra 386 mill. kr i 2015 til 443 mill. kr i 2019. Det tilsvarer en økning på 15 %. Økningen har skjedd samtidig som vi har hatt en demografisk vekst i de gruppene som oftest trenger omsorgstjenester, og kommunens bruker og pasientgrunnlaget har i perioden økt med over 23 %.

Etat omsorg er godt i gang med bygging av et nytt helsehus, og vi er også godt i gang med å planlegge ny institusjon for demente (Fosslia) og flere boliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Lillemoen). Det følger med store kostnader for byggeprosjekt med slike omfang.

KOSTRA står for Kommune - Stat- Rapportering, og gir styringsinformasjon om ressursinnsats, prioritering og måloppnåelser i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Stjørdal kommune driver omsorgstjenestene svært kostnadseffektivt. Stjørdal bruker omtrent 65 millioner kroner mindre til helse og omsorgstjenester, enn sammenlignbare kommuner. Det utfordrer Stjørdal kommune mer enn mange andre kommuner, ettersom vi allerede har tatt ut et stort potensiale ved å ha utviklet kostnadseffektive tjenester (11 og 17). Bare siste 5 årene har Stjørdal redusert kostnadene til hver hjemmeboende tjenestemottaker med 20 % (ikke tatt hensyn til pris og lønnsvekst i perioden) (11). Beregninger fra Agenda Kaupang viser at vi i samme periode har en større økning i behov for omsorgstjenester, enn hva aktivitetsnivået har

økt (17). Beregningene støtter opplysningene fra KOSTRA rapporteringen om at etat omsorg i Stjørdal leverer kostnadseffektive tjenester.

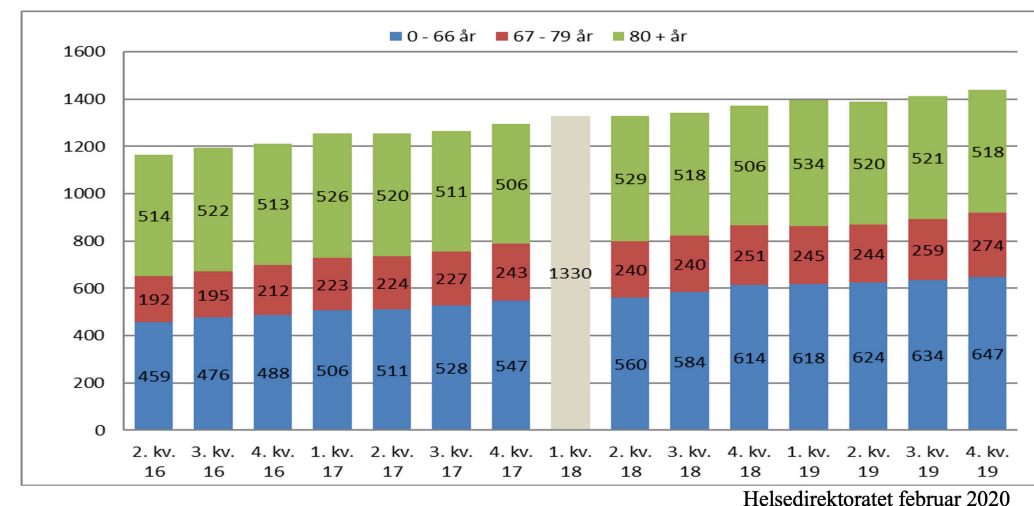
I og med at Stjørdal deltar i SIO-prosjektet finansieres mesteparten av omsorgstjenestene av staten ut 2022. Fra og med 2023 må kommunen i sin helhet være beredd på å ta tilbake hele etat omsorgs finansiering.

Økonomi og kostnadsutvikling er også et sentralt utfordringsområde for tjenesteproduksjon som ikke er en del av SIO forsøket. Det er tjenester som ikke er vedtaksfestet, som for eksempel svangerskapsomsorg og helsestasjon, helsefremmende- og forebyggende helsetjenester og NAV sosialhjelpsområdet (arbeid og velferd). Svangerskapsomsorgen skal nå også økonomisk overføres/integreres de kommunale helse og omsorgstjenestene (har til nå vært finansiert via spesialisthelsetjenesten).

5.2 Økt pasientgrunnlag i alle aldre

Demografisk utvikling tilsier betydelig flere antall eldre samtidig som det fødes færre barn i kommunen (7). Etat omsorg bruker mest ressurser i drift for tjenestemottakere under 66 år (11). Denne utviklingen medfører økt press på våre helse og omsorgstjenester, men også tjenester knyttet til sosialtjenesteloven og tiltak innenfor NAV området (11). Det ser ut som denne trenden fortsetter inn i planperioden. Under viser en tabell antall tjenestemottakere i etaten siste 4 år, etter aldersinndeling.

0 - 66 år har økt med 41 %, 67 - 79 år har økt med 42 % og eldre over 80 år er stabilt med en økning på 0,8 %.



Vekst i antall yngre tjenestemottakere er før 2010 forklart med endrede tilbud som følge av ulike helse- og sosialpolitiske reformer (HVPU, opptrappingsplan psykisk helse, helseforetaksreformen og reformer innen rusomsorgen). Etter 2010 får samfunnet fortsatt vekst i antall yngre tjenestemottakere. Konsekvensene av Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 har ført med seg ønsket overføring av ansvar fra spesialisert helsetjeneste til kommunal helsetjeneste. Her har spesielt fagområder som rehabilitering, habilitering og psykisk helse og rus ført til flere oppgaver for de kommunale helse og omsorgstjenestene (21). Helsedirektoratet viser i sin rapport IS 2809; «kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15 - 49 år» på at det er en nasjonal trend, og den har blitt slik på grunn av:

- Nye kommunale tjenester
- Endring i definisjoner for registrering
- Samhandlingsformen
- Endring i befolkningsgrunnlag
- Endring i innbyggernes forventninger
- Endring i sykkelighet

5.3 Integrerings- og mangfoldsområdet

I følge SSB utgjorde innvandrerbefolkningen i Stjørdal (inkludert norskfødte med innvandrerforeldre) 2213 personer, eller 9,2 % av folkemengden i kommunen ved inngangen til 2019. I underkant av halvparten av disse hadde flyktningbakgrunn. I alt var 89 nasjoner med tre eller flere innbyggere representert i kommunen. I løpet av snart fire tiår med bosetting er flyktningebefolkningen i kommunen spredt over det meste av aldersspekteret. De kommende årene vil også eldre med behov for pleie- og

omsorgstjenester melde seg for fullt. Kommunen har opp gjennom årene jobbet med en kontinuerlig tjenestetilpasning på tvers av etatsgrensene. Fram mot 2036 vil en styrking av flerkulturell kompetanse innen geriatrifeltet være et anbefalt satsingsområde. Økt satsing på velferdsteknologi og hverdagsmestring med målsettingen om at alle skal bo lengst mulig i eget hjem, er også godt tilpasset målgruppens etterspørsel etter omsorgsløsninger innenfor rammen av en familiekontekst.

Forebyggende tjenester og psykososial oppfølging «etterspørres» i økende grad i forbindelse bosetting av kvoteflyktninger direkte fra konfliktområder.

5.4 Kompetanse og rekruttering

Vi har over forklart at kommunen får økt brukergrunnlag og økte krav til mere spesialisert kompetanse. Derfor vil en av de største utfordringene i tiden fremover være å anskaffe, utvikle og beholde nok og nødvendig kompetanse/personell. Vi antar at vi også vil ha behov for noe annerledes kompetanse- og kompetansesammensetning enn det etaten har pr. i dag. Flere kommuner, inkludert Stjørdal, merker at det er utfordrende å rekruttere personell ved utlysninger av ledige stillinger.

Kommunen plikter å tilby sine innbyggere fastlege. Fastlegeordningen er under sterkt press, og rekruttering av fastleger til nye og ledige hjemler er krevende. Det kan være et behov for særskilte rekrutteringstiltak for nye fastleger, og for å sikre forutsigbarhet for etablerte fastleger, som går av med pensjon eller av andre grunner avslutter sin praksis i kommunen. I 2019 ble det opprettet to nye fastlege lister, og samtidig ble det innført en garanti for å dekke eventuelle tap en fastlege får, når han

selger sin praksis (fastlegegaranti). Etter brudd mellom forhandlingspartene legeföreningen, Staten og Kommunenes sentralforbund i 2018, ble den eksisterende avtalen videreført frem til juli 2020. Det er ventet sentrale landsomfattende tiltak for å styrke fastlegeordningen ila 2020.

Kommunen skal utarbeide en kompetanseplan som skal vurdere hvilken kompetanse avdelingene har behov for i årene fremover. Samtidig må vi se på hvordan vi er organisert og hvordan vi fordeler arbeids oppgavene; bruker vi riktig kompetanse og person til riktig oppgave. For å vurdere status og eventuelle tiltak for det, har vi to pågående prosjekt; «Team i omsorg» og «En hjemmetjeneste?»

Stjördal kommune skal ha fokus både på arbeid med kulturendringer og på nyskapning på mere tekniske deler som turnus, arbeidstidsordninger og ressursutnyttelse. Under planperioden må vi vurdere om det er nødvendig med målrettede rekrutteringstiltak inn mot arbeidskraft fra utlandet. Dette vil kreve bred medvirkning, godt partssamarbeid, grundig forankringsarbeid og tett oppfølging.

5.4.2 Sykefravær og deltidskultur

Sykefravær og deltidskultur er ikke ønskelig, fordi det forringer kvaliteten i tjenestene, brukerne får unødvendig mange personer å forholde seg til, og det er kostnadsdrivende. På landsbasis er omsorgsetaten jevnt over den etaten med høyest sykefravær og mest deltid. Deltid og sykefravær er gjensidig avhengige utfordringer.

Både Stjördal kommune og Kommune-Norge har gjennom ulike prosjekter og tiltak lyktes med å redusere sykefravær på kort sikt, mens det er utfordrende å finne eksempler på konkrete tiltak med langtidseffekter. Vi ser en sakte dreining mot flere heltidsstillinger og økte stillingsandeler i etaten.

5.5 Samhandling - internt og på tvers av tjenestenivå

Etat omsorg har mange samarbeidsparter og avtaler å forholde oss til. Vi har overordnet avtale med Helsedirektoratet i SIO perioden (ut 2023), samhandlingsavtaler med våre to nærliggende helseforetak og i regionen har vi samarbeidsavtaler med kommunene i Værnesregionen. Avtalene legger føringer for ansvar, kommunikasjon og samhandling rundt pasienter. Helhetlig og overordnet ledelse

på tvers av organisatoriske virksomhetsgrenser er avgjørende for helhetlige og koordinerte tilbud på individnivå.

Det har vært en trend der helse og omsorgstjenestene på alle nivå har blitt mere spesialiserte. Spesialiserte tilbud kan imøtekomme deler av en person sitt behov, men det er samtidig en fare for at tjenestene blir mere fragmenterte, og at den helhetlige ivaretagelsen blir mangelfull. I tillegg til helse- og omsorgstjenester gjelder dette områder innen sosialtjenester (NAV), barnevern og oppvekst og utdanning.

Kompleksiteten i samhandlingen kan i stor grad tilskrives ulikhet i faglige, administrative og organisatoriske rammer. Eksempler på dette er ulikhet i

- Eierskap
- Ledelse, styringssystemer og regelverk
- Prioritering, fagtradisjoner og kulturer
- Finansiering og økonomiske insitamenter
- Digital samhandling
- Dokumentasjon og IKT-systemer/fagsystemer

I kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen utgjør Forvaltningskontoret, koordinerende enhet, det sentrale kontaktpunktet. Forvaltningskontoret samhandler og koordinerer elektroniske meldingsutvekslinger, utskrivningsklare pasienter, og personer med behov for habilitering og rehabilitering, og personer med større og sammensatte behov.

Nasjonale faglige retningslinjer og pasientforløp gjelder ofte enkeltdiagnoser eller avgrensede problemstillinger. Det betyr at det for en person kan gjelde flere faglige retningslinjer og/eller pakkeforløp til samme tid, og i verste fall kan det oppstå situasjoner der en person med flere diagnoser har faglige retningslinjer som står i motstrid til hverandre.

Etat omsorg er organisert i virksomheter og avdelinger. Kompetanse og kapasitet er fordelt og samlet etter funksjon. Vi har brukere som er i behov av både kompetanse og kapasitet på tvers av vår interne organisering. For både bruker, pårørende og internt i organisasjonen ligger det her en utfordring i å ivareta brukerens helhetlige behov. Det er utfordrende for helsepersonell og tjenester å forstå og ta hensyn til de ulike faktorenes gjensidige kompleksitet og påvirkning. Utfordrende er det også å koordinere familier med sammensatte utfordringer og som mottar tjenester fra ulike lovverk.

Derfor arbeider etaten med tverrfaglig team arbeid, nye metoder og vurderer hensiktsmessig organisering.

5.6 Meningsfull hverdag for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Personer med nedsatt funksjonsevne møter barrierer som hindrer like muligheter til aktivitet og deltakelse oftere enn funksjonsfriske. Det gjelder bl.a. utfordringer knyttet til utdanning, arbeid og tilgjengelige kultur- og fritidstilbud. Barrierer som personer med funksjonsnedsettelse møter, skjer i et samspill med omgivelsene og blir særlig gjeldende i ulike overgangssituasjoner. Det kan være overgang fra barnehage til skole, fra skole til høyere utdanning og/eller arbeid. Det kan også være ved flytting til eget hjem, skifte av omsorgs- og helsetjenester eller ved endringer i funksjonsevne (19).

I 2019 ble kommunal plan for habilitering og rehabilitering vedtatt. Planen beskriver utfordringer på flere nivå til brukere med nedsatt funksjonsevne, blant annet at det er begrenset med mulighetene for meningsfull og aktiv arbeid og fritid (14). Lav sosial deltakelse blant personer med funksjons nedsettelse kan være et uttrykk for manglende overskudd til å delta, at tilbudene ikke er tilgjengelige, manglende tilgang på transport, eller andre fysiske eller sosiale barrierer (19). Det identifiseres et stort behov for at flere etater, nivåer og frivillige organisasjoner tar ansvar for at flere får mulighet til en aktiv og meningsfull fritid og arbeid (14).

6

Mål og verdigrunnlag

6.1 Hovedmål for Etat Omsorg:

Etaten må utvikle og ta i bruk arbeids metoder som fremmer egenmestring og selvstendighet, og yter bærekraftige tjenester i samspill med samfunnets samlede ressurser. Etatens reviderte mål for kommende planperiode:

1) Sosiale likheter:

Livskvalitet, god helse og tilgang på helsetjenester er uavhengig av bosted og sosial bakgrunn.

2) Mestring og selvstendighet:

Innbyggere mestrer hverdagen med å leve og bo selvstendig, uavhengig av funksjonsnivå.

3) Bærekraftig organisasjon:

Etat omsorg er en fremtidsrettet helse og omsorgstjeneste, som er innrettet etter utvikling i helse, fag, teknologi og samfunnsutvikling for øvrig.

4) Funksjonelle omsorgsomgivelser:

Det er etablert moderne og funksjonelle omsorgsomgivelser

6.2 Verdigrunnlag

Begrepet verdigrunnlag kan forklares som etiske normer og idealere som er lagt til grunn i samfunnet, og som kommer til uttrykk i politikk og gjennom samfunnets ulike institusjoner (14). Norge er et velferdssamfunn der det samlede omsorgstilbudet er et offentlig ansvar som er nedfelt i lovgivningen. Det betyr ikke at alle oppgaver skal løses av kommunen som eneste tjenesteproducent. Kommunen er et lokalsamfunn med familier, sosiale nettverk, organisasjoner, næringsliv med mere. Velferd og gode liv er en felles oppgave, og skapes i fellesskap. Frivillighet og medborgerskap har mange former, fra det å bistå som enkeltperson til å delta i organisert frivilligarbeid. Frivillighet setter medmenneskelighet og fellesskap i fokus, og kan bidra å skape kvalitet og glede i hverdagen, og slik bedre helse for den enkelte.

Likhet i tildelingsprosess: Ved kartlegging og behovsvurdering av nye søkere benytter kommunen riktig og tverrfaglig kompetanse, og Motiverende Intervju som metode. Brukermedvirkning er systematisert, og tildelingsprosessen er lik for alle innbyggere.

Ressurs fokus: Ved å flytte fokus fra diagnose til funksjon, og bruke samtaler omkring hva som er viktig i livet, kan brukere og helsepersonell sammen komme frem til hvordan den enkelte kan bruke sine ressurser på best mulig måte. Fremtidens helse og omsorgstjenester skal støtte innbyggerne til å være selvstendige. Det handler om å være trygg i eget hjem og å være i stand til å mestre sin hverdag.

Tjenestene som tilbys: Er individuelt tilpasset ut fra den enkeltes behov; «ingen beslutninger om meg tas uten meg». Et helhetlig menneskesyn ivaretar alle dimensjoner ved det å være menneske; den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon i alle livets faser og situasjoner. Omsorg for hele mennesket handler om å ivareta alle dimensjoner i et samspill mellom bruker, pleier og pårørende. Kommunen og tros- og livssynssamfunn må samhandle om åndelig omsorg.

Tjenesteutførelse: Tjenestemottaker skal i Stjørdal motta nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud. Vi skal yte tjenester som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig selvstendig og meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Det er samtidig viktig at vi i vår iver i å bistå brukeren og dens pårørende, ikke overtar oppgaver de selv kan og vil utføre, både av fysisk og sosial karakter. Vi vil hjelpe bruker og pårørende til selvstendighet og god autonomi, derfor arbeider vi etter prinsippet; «hverdagsmestring der vi kan, og pleie der vi må». Vår arbeidsplass er først og fremst tjenestemottakers hjem, og derfor skal vårt arbeide alltid bære preg av respekt for våre brukeres privatliv.

Kompetanse: Er grunnleggende for kvalitet på både behovsvurdering og tjenesteyting. Medarbeidernes individuelle kompetanse og tjenestenes samlede tverrfaglige kompetanse er avgjørende for hvordan kvaliteten blir i alle møter mellom kommunens innbyggere. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene (22) er vår rettesnor for å at etaten skal oppnå faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Etaten opprettet i høsten 2017 avdeling for service og forbedring (SOFA). SOFA er en tverrfaglig sammensatt avdeling som har til oppgave å bistå de ulike avdelingene med

- Ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.
- Ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.
- Systematikk i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- Utarbeide prosedyrer og retningslinjer.
- Ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer og klager statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen.
- Oversikt og rapportering til strategisk styring og ledelse.
- Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet for at virksomhetene skal ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere.

7

Strategier for å oppnå mål

Omsorg 2036 har til og med kapittel 6 beskrevet status for Etat Omsorgs rammeverk, utfordrings- og sykdomsbilde og hovedmål. Hensikten med Omsorg 2036 er å samle kunnskap som kan gi etat, administrasjon og politikere et kunnskapsbasert grunnlag for gode fremtidige prioriteringer og beslutningsprosesser. I dette kapitlet vil planen beskrive strategier for å oppnå satte mål. Det vil i etterkant utarbeides en handlingsplan for et kortere tidsintervall en 2036, som vil beskrive tiltak knyttet opp mot satte mål og strategier. Det skal være en veiviser for å redusere effektene av det beskrevne utfordringsbildet.

Etat Omsorg må utvikle sine tjenester i takt med samfunnsoppdraget, og samtidig sørge for at innbyggerne til enhver tid har et forsvarlig og kunnskapsbasert tjenestetilbud. Vi må arbeide systematisk og målrettet med drift, økonomistyring, innovasjon og tjenesteutvikling. Det er viktig at driftsoppgaver og utviklingsarbeid har samme mål, retning og fokus. Når nye løsninger utvikles og tas i bruk er det avgjørende at arbeidet er forankret på alle nivå, slik at det er forståelse for hvorfor og hvordan endringer blir satt i gang for alle involverte. Grunnleggende for kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling er at kommunen har kunnskap om hvordan forbedringsarbeid bør ledes og gjennomføres.

7.1 Sosiale likheter

Livskvalitet, god helse og tilgang på helsetjenester er uavhengig av bosted og sosial bakgrunn.

God helse er mer enn fravær av sykdom og plager. Det handler om å mestre eget liv med de muligheter og begrensninger man har. For at innbyggeren skal oppleve likeverd, mestring, og kontroll over eget liv må tjenestene være sammenhengende og koordinerte med gode overganger mellom tjenestenivåene. Samarbeidet skal være forutsigbart for alle parter, og rutiner for samarbeid skal være godt kjent for både ledere og medarbeidere.

Kommunen må utvikle nye former for bruker og pårørende involvering og engasjement fra frivillige og brukerorganisasjoner.

Det betyr at:

- At etat omsorg må være tilgjengelig og gode på å kommunisere.
- Etat omsorg må legge til rette for en oppdatert forventning, med tanke på hva etaten kan tilby av tjenester, og hva etaten ikke kan bidra med.
- Tjenestene som tilbys er kompetente, helhetlige og likeverdige.
- Tjenestesøkere bli møtt med tverrfaglig behovskartlegging.
- Brukere har gyldige vedtak som er jevnlig evaluert og oppdatert etter behov.
- Tilgjengelig kompetanse fordeles etter brukers behov.
- Tjenestene legger til rette for brukerinvolvering og pårørendemedvirkning, og Individuell plan tilbys brukere etter behov og ønske.
- Tjenester for barn, unge og familier arbeider tverretattlig og tverrfaglig, og har felles fokus på mestring og selvstendighet.
- Flest mulig skal over fra leid til eid bolig.
- Innbyggernes åndelige behov skal ivaretas.
- Aktiv samhandling med frivilligheten.
- Frivillige skal være trygge i sin rolle som frivillig.

7.2 Mestring og selvstendighet

Innbyggere mestrer hverdagen med å leve og bo selvstendig, uavhengig av funksjonsnivå.

Kommunen ønsker å sikre en helse og omsorgstjeneste som bidrar til at innbyggerne får mulighet til å leve ett aktivt og mest mulig selvstendig liv til tross for sykdom og funksjonstap. Det innebærer at tjenestene må organisere seg slik at de støtter opp under og utløser ressurser som brukeren har. Hva er viktig for deg og mestringstankegang er utgangspunktet for møter med de som trenger tjenester.

Det betyr at:

- Å involvere og ta i bruk innbyggerens egen kompetanse er en forutsetning for at han/hun skal kunne opprettholde og styrke sine ressurser.
- Etaten er en del av det etatsovergripende samarbeidet for barn og unge, der bl.a. metoden «fra magefølelse til handling» er implementert og forankret.
- Hverdagsmestring og recovery som tanke sett er implementert og forankret som tanke sett på alle tjenestenivåer.
- Tjenester tilbys etter behov ut ifra «omsorgstrappa», der prinsippet er at Helsefremmende og forebyggende tjenester tilbys for å unngå eller utsette behov for mere ressurskrevende tjenester.
- Kommunen vurderer rehabilitering og velferdsteknologiske løsninger før ordinære tjenester tilbys.
- Stjørdal satser på bruker nær teknologi som trygghetsalarm, digitalt tilsyn, lokaliseringsteknologi og elektronisk medisindispensere.
- Våre bruker skal ha en meningsfull hverdag, og utfordres med tilpasset fysisk aktivitet og mental stimuli i vår ordinære tjenesteutførelse.
- Vi har god samhandling og koordinering, internt i organisasjonen og på tvers av tjenestenivå.
- Vi viser tillit og tar i bruk hverandres kompetanse på tvers av organisatoriske plasseringer.

7.3 Bærekraftig organisasjon

Etat omsorg er en fremtidsrettet helse og omsorgstjeneste, som er innrettet etter utvikling i helse, fag, teknologi og samfunnsutvikling for øvrig.

Etat Omsorg skal være organisert slik at vi er best mulig rustet for å løse samfunnsoppdraget. Samfunnet endrer seg, og vi må derfor også tilpasse organisasjonen deretter.

NOU 2018:16 «Det viktigste først, prinsipper for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester» beskriver store variasjoner mellom kommunene når det gjelder de kommunale helse og omsorgstjenestene. Årsaken er lite systematisk dokumentasjon og kunnskap, begrenset med forskning som vurderer helse og omsorgstjenester på tvers av landets kommuner (13).

Stjørdals deltagelse i SIO forsøket har bidratt til å tallfeste enhetskostnader på de kommunale helse og omsorgstjenestene, og det viser store forskjeller mellom deltaker kommunene.

Stjørdal har kommet økonomisk gunstig ut av deltagelse i forsøket, hvilket viser at kommunen har lave enhetskostnader. Helt siden midten av 90 tallet har Stjørdal kommune satset tungt på hjemmebaserte tjenester, for å redusere behovet for institusjonsplasser. Siden 2014 har Stjørdal kommune satset på forebyggende og helsefremmende tjenester for eldre hjemmeboende; hverdagsmestring, rehabilitering og velferdsteknologi. Innbyggere som søker omsorgstjenester, og brukere av tjenestene, skal i størst mulig grad mestre egen hverdag, ut fra sine forutsetninger. Det har ført til ytterligere reduksjoner i enhetskostnader. Slik ser vi at tidlig innsats, helsefremmende og forebyggende innsats er bærekraftig prioritering og satsningsområde for de kommunale helse og omsorgstjenestene (17).

Hovedutfordringen i den kommende planperioden ligger i at vi får flere innbyggere som sannsynligvis har behov for tjenester. Det viser beregninger på demografi, pasient og brukerutvikling. Det skjer samtidig som at det etaten har begrensede tilganger på ressurser, både i form av arbeidskraft og økonomi. De utfordringer etaten har fremfor seg kan altså ikke løses på samme måte som i dag. Stjørdal kommune må planlegge for store endringer i fremtidens helse og omsorgstjenester.

Det betyr at:

- Etat omsorg har en kompetent og endringsdyktig ledelse.
- Etat omsorg har nærværsløsning.
- Etat Omsorg skal arbeide for å redusere sykefravær og fremme heltidskultur.
- Etat omsorg har god flyt mellom strategisk - taktisk og operasjonell ledelse.
- Kunnskapsbasert forbedringsarbeid implementeres og forankres i alle tjenestenivå.
- Kunnskapsbasert prioriteringsarbeid implementeres og forankres i alle tjenestenivåer.
- Etatens organisasjon er tilpasset behov og tjenesteutførelse, og endringer skjer i takt med samfunnsutvikling og basert på kunnskapsbasert praksis.
- Etat Omsorg sikre rekruttering av riktig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet.
- Våre tjenester etterstreber å være klimanøytrale.
- Etat omsorg er tilgjengelig for brukere, pårørende og støttepersoner, digitalt og fysisk.

7.4 Funksjonelle omsorgsomgivelser

Det er etablert moderne og funksjonelle omsorgsomgivelser

De fleste innbyggerne ønsker å bo hjemme i sin egen bolig så lenge som mulig. Det er derfor viktig at kommunen fortsetter arbeidet med å ha gode hjemmebaserte tjenester, basert på mestring, trygghet og riktig hjelp til rett tid. Universell utforming er en forutsetning for å levere gode tjenester, også i pasientens hjem, og ikke minst for at pasienten skal kunne være så selvstendig som mulig. Universell utforming i det offentlige rom er også en forutsetning for likeverdig deltagelse, uavhengig av funksjonsnivå.

Planen har tidligere beskrevet utfordringer knyttet til demografi og økning i brukergrunnlag. Det setter krav til at kommunen sørger for at det er tilgang på moderne og funksjonelle omsorgsomgivelser.

Det betyr at:

- Våre offentlige rom, institusjoner og private hjem er universelt utformet og tilpasset beboers, brukers behov for å kunne leve så selvstendig som mulig, og også fremme aktivitet og deltagelse.
- Offentlige rom, institusjoner og private hjem som bygges, skal bruke minimalt med energi og etterlate seg minimalt med avfall. Avfall som produseres håndteres etter best mulig miljøvennlig praksis.

- Etat Omsorg skal i planperioden ta i bruk et nytt Helsehus. Huset samlokaliserte mange tjenester som er organisert over flere tjenestenivå, også spesialisthelsetjenesten. Stjørdal kommune får tilgang på 32 flere korttidsplasser.
- Det skal bygges ny institusjon for personer med kognitiv svikt på Fosslia. Bygget skal erstatte dagens institusjonsplasser, og samtidig utvides kapasiteten til å ta imot 28 flere brukere.
- Etat Omsorg må ha oversikt og plan for utbygging av boliger til personer med nedsatt funksjonsevne og boevne.
- Etat Omsorg må vurdere lokalisering, organisering og kapasitetsbehov for ulike dagaktivitetsplasser. Det gjelder flere brukergrupper; kognitiv svikt, rus/psykisk uhelse, og rehabilitering og habilitering.
- Stjørdal kommune må vurdere behov for boliger med nytt omsorgsnivå: leiligheter for personer som i det store er selvstendige, men som har behov større trygghet enn å bo i eget hjem; sentrumsnære boliger etter prinsippet «Omsorg +».
- Stjørdal kommune må vurdere behov for boliger etter prinsippet «hardbrukshus».
- Etaten må ha hensiktsmessige kontor og arbeidsplasser, der lokalisering og organisering tar hensyn til effektiv samhandling med bruker og på tvers av ulike avdelinger og faggrupper.
- Innbyggere i Stjørdal kommune skal ha lett tilgang på varmebasseng.

Referanseliste

1. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester
2. Lov om pasient og brukerrettigheter
3. Lov om Helsepersonell
4. Lov om folkehelsearbeid
5. Meld. St. 26 (2014 - 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet.
6. Meld. St. 47 (2008 - 2009) Samhandlingsreformen
7. Fagnotat 1, Stjørdal kommunes samfunnsdel 2019 - 2032, overordnede tema
8. Fagnotat 4, Omsorg
9. Strategiplan for velferdsteknologi
10. HUNT 4
11. Notat til kommunestyrets strategidebatt økonomiplan 2020 - 2023
12. Velferdsteknologisatsingen ved NTNU 2014- 2016
13. NOU 2018:16 Det viktigste først, prinsipper for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester
14. NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene
15. Prop. 65 L (2016 - 2017) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
16. Prop. 71 L (2016 - 2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret)
17. Agenda Kaupang (2019): Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse og omsorgstjenester
18. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov 2017
19. Et samfunn for alle - Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020-2030
20. Kommunal plan for habilitering og rehabilitering 2019 - 2021
21. Helsedirektoratet IS 2809; Kommunale helse og omsorgstjenester til personer i alderen 15 - 49 år.
22. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
23. Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
24. Meld. St. 15 (2017 - 2018) Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre
25. FHI (<https://www.fhi.no/sv/influenza/influensapandemier/hva-er-en-pandemi/>)



Stjørdal kommune