

# UTVIKLINGSPLAN 2015 -2019 TILRETTELAGTE TJENESTER - UTKAST

## SAMMENDRAG

### 1 INNLEDNING

#### 1.1 HISTORIKK

Reformen for mennesker med utviklingshemning ble satt i verk i januar 1991 og innebar at kommunene fikk ansvaret for bo- og tjenestetilbudet til utviklingshemmede som hadde et tilbud i Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU).

Reformen ble iverksatt på bakgrunn av en omfattende kritikk mot forholdene i HVPU. Et offentlig utvalg (Lossius-utvalget) som ble nedsatt for å gjennomgå forholdene konkluderte i NOU 1985: 34 Levekår for psykisk utviklingshemmede med at «*omfattende befaringer viser at livssituasjonen og levekårene for psykisk utviklingshemmede i institusjonene er medmenneskelig, sosialt og kulturelt uakseptable*». Det var en stor avstand mellom de mål som fremkom i offentlige dokumenter vedrørende utviklingshemmedes levekår og deres faktiske livssituasjon. Utvalget mente at oppbyggingen av nødvendige tjenester utenfor institusjon ville gi et langt bedre tilbud.

St. melding nr. 67 (1986-87) Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemma og St. melding nr. 47 (1989-90) Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming skisserte målene og gjennomføringen av reformen. Ot. prp.nr. 49 (1987-88) Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevern for psykisk utviklingshemmede, gav det lovmessige grunnlaget for avvikling av institusjonene.

Målet med reformen var å avvikle institusjonsomsorgen for personer med utviklingshemning. Reformen bygget på normaliseringsprinsippet. Det innebærer at utviklingshemmede skal ha anledning til å leve et liv så langt opp mot det «normale» som mulig. En viktig forutsetning i reformen var at tjenestene skulle utformes med utgangspunkt i den enkeltes behov. Tjenestene skulle gis i

lokalmiljøet og av det ordinære tjenesteapparatet. Dette ble sett på som en forutsetning for at utviklingshemmede kunne bli oppfattet, og se på seg selv, som fullverdige medlemmer av samfunnet (St melding 40)

Ansvarsreformen omfattet også hjemmeboende utviklingshemmede som allerede var kommunenes ansvar. Det var et stort behov for å styrke tiltakene for denne gruppen. Det viste seg tidlig at det innen gruppen av utviklingshemmede var en rekke personer med meget store og kostbare pleiebehov. Disse representerte en stor økonomisk belastning for en rekke spesielt mindre, kommuner.

Rapporten *Vi vil, vi vil, men får vi det til?* (2007) fra Sosial- og helsedirektoratet synliggjorde at ansvarsreformen fra 1991 ikke har ført til den ønskede inkludering og sosiale deltakelse for personer med utviklingshemning.

## 1.2 SENTRALE FØRINGER

De siste 20 årene har det skjedd en vesentlig styrking nasjonalt og internasjonalt av rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. I 2006 vedtok FN en konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Konvensjonen plasserer rettigheter, ordninger og tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne inn i et menneskerettslig perspektiv. Norge ratifiserte konvensjonen den 3. juni 2013.

Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming beskriver dagens situasjon for mennesker med utviklingshemming og hvilke verdier og mål som skal styre utviklingen av tjenestene. Meldingen omhandler tverrsektorielle problemstillinger som likestilling, selvbestemmelse, rettssikkerhet, demokratisk deltakelse og koordinering av tjenester.

Noen av spørsmålene meldingen ønsker å belyser er:

- Har personer med utviklingshemming likeverdige levekår?
- Behandles personer med utviklingshemming som likestilte samfunnsborgere?
- Er det lagt til rette for deltakelse i samfunnet?
- Hvordan ivaretas retten til selvbestemmelse?
- Tilbyr samfunnet nødvendig beskyttelse?
- Får personer med utviklingshemming den bistand de trenger?

Ved behandling av Dokument 8: 139 (2010–2011) – *forslag om å nedsette et offentlig utvalg som skal følge opp Ansvarsreformen for å bedre livssituasjonen til psykisk utviklingshemmede*, mente helse- og omsorgskomiteen «at det må gjennomføres en helhetlig utredning som vurderer resultatene av ansvarsreformen fra 1991 og levekårssituasjonen for brukere og pårørende, og at det i lys av denne vurderes tiltak for hvordan livsvilkårene for denne gruppen kan bedres». Komiteen mente at en slik utredning skulle legge vekt på områdene bolig, arbeid, fritid og helse. Utviklingsplanen for

Tilrettelagte tjenester ønsker å beskrive disse områdene og hvordan tjenestene kan utvikles og sikres på best mulig måte de nærmeste årene.

Selvbestemmelse

Rettsikkerhet

Kvalitet i opplæringen (skole)

Deltakelse i arbeid

God helse og omsorg

---

## NASJONALT KOMPETANSEMILJØ OM UTVIKLINGSHEMMING - NAKU

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) ble opprettet av Sosial- og helsedirektoratet i 2006 og er statlig finansiert. NAKUs overordnede mål er å bedre levekårene til personer med utviklingshemming i Norge. Behovet for et kompetansemiljø kom etter stortingsmeldingen «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer» i 2003, som pekte på store utfordringer innen det kommunale tjenestetilbudet til utviklingshemmede. NAKU skal være et knutepunkt for utvikling av tjenestene som ytes til utviklingshemmede i kommunene. NAKU skal formidle relevante fagressurser i en kunnskapsbank, som kommunale tjenesteytere kan bruke som støtte og veiledning i sitt daglige arbeid.

### 1.3 MÅL OG VISJON

Kommuneplanens samfunnsdel 2012 -2020 har følgende mål for fokusområdet omsorg, helse og rehabilitering:

- Tjenestene skal bygge på trygghet, verdighet, respekt, valgfrihet og medbestemmelse.
- Brukerne skal gis garanti for rett tjeneste på rett sted til rett tid.
- God folkehelse.
- Brukerne i alle aldersgrupper skal oppleve at tjenesten innen helse og omsorg/rehabilitering som gode

## 1.4 LOVER

Helse- og omsorgstjenesteloven inneholder regler om kommunens overordnede ansvar for å sørge for at den enkelte pasient og bruker får oppfylt sine rettigheter til «nødvendig helse- og omsorgstjenester», slik dette er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, samt rett til medvirkning.

Loven pålegger kommunen å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Lovens kapittel 3 angir tjenester kommunen som et minimum plikter å tilby. For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte, må kommune sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.

Til grunn for omsorgstjenesten ligger også Helspersonelloven som skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten

Folkehelseloven styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer mens Forvaltningsloven regulerer forvaltningen og gjelder for saksbehandling i forhold til de tjenester hvor det fattes vedtak.

Med hjemmel i disse lovene er det laget en mengde forskrifter som styrer tjenesten til dels ganske detaljert. To av de mest sentrale er Kvalitetsforskriften og Internkontrollforskriften.

**LOVENES INTENSJON:** Intensjonen i lovene er at kommunen skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Kommunen skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen. Kommunen skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, forebygge sosiale problemer, bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

**FAGLIGE KRAV:** Kvalitetsforskriften stiller krav til den faglige utførelsen av omsorgsoppgavene: Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

**DOKUMENTASJONSKRAV:** Internkontrollforskrift stiller krav til dokumentasjonen som sikrer at lover og forskrifter overholdes. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige tjenester, og at lovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

**HMS:** Omsorgssektoren er arbeidsintensiv og utsatt for helseskader. Derfor vektlegges Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter ("Internkontrollforskriften"): Internkontroll er systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

---

## RETTSIKKERHET VED BRUK AV TVANG OG MAKT OVERFOR PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING

Loven inneholder regler om vilkår, saksbehandling mv. ved behov for bruk av tvang og makt i tjenestene til personer med psykisk utviklingshemning. Som bruk av tvang eller makt regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller som er så inngripende at de uansett må regnes som bruk av tvang eller makt. Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig, tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade. Andre løsninger skal være prøvd før det settes i verk tvangstiltak. Vedtak om tvang og makt fattes av kommunen, og skal overprøves av Fylkesmannen før tiltaket kan settes i verk. Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunen i utformingen, gjennomføringen og evalueringen av tvangstiltak.

## 2 TJENESTEMOTTAKERE

Tjenesten skal bidra til at mennesker i alle aldre med ulike årsaker til utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse kan leve et mest mulig selvstendig liv, ut ifra egne forutsetninger der målet er å utvikle eller vedlikeholde ferdigheter og kompetanse til å mestre dagliglivets gjøremål og det sosiale liv.

### 2.1 OM UTVIKLINGSHEMMING

Utviklingshemming er en form for funksjonsnedsettelse. Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer utviklingshemming i klassifikasjonssystemet ICD-10 som

*Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.*

Utviklingshemning er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander eller diagnoser. Felles kjennetegn er at evnen til å lære og til å klare seg i samfunnet, er mer eller mindre redusert. Utviklingshemning eller psykisk utviklingshemning er en betegnelse på medfødt eller tidlig ervervet kognitiv svikt. Kognitiv svikt fører til at funksjoner som tenking, oppmerksomhet, hukommelse, læring og språkforståelse er redusert.

Innen medisinen er det nå vanlig å klassifisere psykisk utviklingshemming i fire kategorier. Lett psykisk utviklingshemming, moderat psykisk utviklingshemming, alvorlig psykisk utviklingshemming og dyp psykisk utviklingshemming. Årsaker kan være kromosomfeil, stoffskiftesykdom, infeksjoner og sykdommer som røde hunder under svangerskapet, fødselsskader som for eksempel for tidlig fødsel og lav fødselsvekt eller skader i forbindelse med sykdom etter fødselen som hjernehinnebetennelse, hjernebetennelse eller skader ved ulykker.

Hvor mye hjelp og støtte den enkelte vil trenge gjennom livet varierer fra person til person. Hvor stor skaden er, hvilke muligheter en har for å utvikle sine evner og anlegg, og hvordan omgivelsene legges

til rette for den enkelte, er viktige faktorer som vil påvirke livskvalitet og hjelpebehov.

Personer med en lettere utviklingshemming vil trenge lengre tid til å lære og å utvikle kompensatoriske funksjoner. De vil ha problemer med abstrakte begreper og å sette seg inn i hvordan andre tenker. De vil kunne lære å lese, skrive og enkel regning, men oppgaver der mange faktorer spiller sammen vil være vanskelig å takle. De skiller seg ikke mye fra andre barn forutsatt at de må møtes med forståelse.

Personer med en moderat utviklingshemming vil ha vanskeligheter med å generalisere. De er avhengig av det konkrete. De kan teknisk lære å lese, men tolkningen av det de leser, kan være vanskelig. De forstår sitt nærmiljø ut fra egne erfaringer og konkrete opplevelser. Tid kan være vanskelig å forstå.

Alle helseforetakene har en habiliteringstjeneste som fastlegen eller kommunen kan henvise til ved spesielle behov.

## 2.2 BRUKERMEDVIRKNING

Individnivå – er når bruker eller brukerrepresentant går i dialog med tjenesteyter og tilbys kompetanse/spesialkunnskap basert på egne og/eller andres erfaringer, for å løse ulike oppgaver (FFO). Brukere og pårørende deltar i ansvarsgruppe og i arbeid med individuell plan, muligheter til å komme med ønsker og behov.

Systemnivå – ivaretas gjennom representasjon i styre, prosjektgrupper og utvalg – elderrådet, mennesker med nedsatt funksjonsevne - levekår

## 3 TILRETTELAGTE TJENESTER

### Kvalitet

Fokus på kvalitet fortsetter, og Lean er et sentralt verktøy. Gjennom Lean tar man i bruk anerkjente teknikker for å effektivisere arbeidsprosessene ved å fjerne tidstyver (sløsing) og skape bedre flyt i de enkelte prosessene og mellom prosessene. Ved å "jobbe smartere" får man gjort mer uten å fly fortere - altså jobbe mer effektivt. Lean legger vekt på å skape en kultur i organisasjonen hvor man lærer av feil og er åpne for å lære av hverandre. Det viktigste er å ha et kontinuerlig fokus på å bli bedre: Gjør heller mange små forbedringer ofte, enn store endringer sjeldent.

I Tilrettelagte tjenester er det allerede kjørt flere prosesser, g flere er i gang eller planlegges oppstart for.

Kvalitet på tjenestene betyr at de:

- er trygge og sikre
- er virkningsfulle
- har god ressursutnyttelse
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet

### 3.1 TILDELINGSKONTORET

Tildelingskontoret i Nordre Land er grunnlagt etter en bestiller – utfører modell. Skal en slik organisering fungere mener KS (KS 2004: Veileder om bestiller – utfører organisering i pleie og omsorg) at det bør innføres et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestiller – oppgaver) på den ene side, og tjenesteproduksjon (utføreroppgaver) på den annen side. Tildelingskontoret vil da kunne få en rolle mer lik ordinær innkjøp/anskaffelse. Ut i fra en slik tenkning kan kontoret være en kunde, med kompetanse til selv å kunne identifisere beste leverandør. Men KS påpeker også at tildeler skal være en konstruktiv samarbeidspartner med evne til å identifisere brukerbehov og som forholder seg til innbyggerens rettigheter og krav til omsorgstjenester. Balansegangen mellom å være kunde og samarbeidspartner er vanskelig.

Det er Tildelingskontoret som bestiller alle tjenester som skal utføres i enheten. Analyser av tjenesteområder sammen med Tildelingskontoret bør gjennomføres, og ha som mandat å se på hvordan vedtakene på tjenester i Nordre Land er sammenlignet med andre kommuner. Hvilket tjenestenivå enheten skal ligge på bør ikke defineres av enheten selv, men ha politisk styring. Personellbehovet, det økonomiske behovet, vil være avhengig av hvilket tjenestenivå som velges. Utsagn som "vi skal levere gode tjenester" vil ikke være spesifikke nok, men reise spørsmål om hva er gode tjenester?

---

### INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

Loven pålegger kommunen å utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud. Dersom en person har behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og for at planarbeidet koordineres. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Kommunen skal tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, selv om de ikke ønsker individuell plan. Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomheten. Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

### 3.2 KJØP AV TJENESTER

### 3.3 BOFELLESSKAP

Beboerne har utfordringer knyttet til aldringsprosesser, demens, diabetes, epilepsi, kreft, hørsel, psykiske problemer, kommunikasjon.

Medisinske tilleggsvansker som følge av aldringsprosess og demens.

Oppfølging av multihandikappet med epilepsi og hjernesvulst.

Kompetanse / opplæring.

Down syndrom – tidligere aldring med høyere risiko for Alzheimer. Kartlegging og nøye vurderinger i forhold til funksjonsfall.

Boligmessige utfordringer som lagringsmuligheter, fellesareal og personalrom.

Turnus – varierende tjenestebehov.

Stiller store/større og tidvis andre krav til kompetanse og personaloppdekking.

Utfordringer for nattevakt er når behovet for hjelp opptrer samtidig hos flere beboere samtidig og når hjelpen som skal ytes tar lang tid. Da er ikke dette forenlig med å ha ansvaret for ulike alarmer.

### 3.4 AVLASTNING TIL BARN OG UNGE

Mål

Trygge barn og trygge voksne

Åsligata har tidligere vært to eneboliger som ble slått sammen til ett hus, og har fungert som avlastningsbolig / barnebolig. I en periode var avlastningsbolig i Åsligata nedlagt, men etter stor pågang og behov om avlastning ble den åpnet igjen i januar 2008. Det ble tilbudt avlastning noen kvelder i uka samt på helg. Fra 2006 til 2011 var det opprettet en barnebolig i Torpa med to boenheter. I 2011 ble barnebolig i Torpa og avlastning på Dokka samlokalisert.

Åsligata er et gammelt bygg, og det er ikke tilrettelagt for denne typen tjenester, og selve huset er ikke tiltenkt til formålet. Det må vurderes om det skal bygges nytt bygg til dette formålet.

### 3.5 BPA

Rettighetsfesting



### 3.6 DAGTILBUD OG ARBEID

Eldre tjenestemottakere

ASVO

Vedsenter

Dagsenter

Private

### 3.7 MILJØARBEIDERTJENESTER TIL HJEMMEBOENDE UTENFOR BOFELLESSKAP

### 3.8 FRITIDSKONTAKT

### 3.9 OMSORGLØNN

### 3.10 VEILEDNING TIL HJEMMEBOENDE/FORELDRE

## 4 TJENESTEYTERE

Lov om helsepersonell

Arbeidsgiverstrategi

### 4.1 KOMPETANSE

Økte krav og forventninger fra innbyggere krever stadig endring og økning av oppgaver for kommunens ansatte, og stiller ulike krav om kunnskap i direkte arbeid med tjenestemottaker.

Enheten er en del av kompetanseplan for helse og omsorgstjenester «Kompetanseplan for helsepersonell 2015 – 2019». Planen skal ivareta kompetansehevingsperspektivet i enheten. Denne vil konkludere med en rekke spesifikke behov i en handlingsplan som enheten må jobbe mot fremover i tillegg til at man med fordel kan samarbeide mer om å dele den kompetansen enkelte innehar ved for eksempel hospitering internt i enheten og andre enheter. Kompetansmobilisering vil bli et viktig punkt i planen slik at enheten kan benytte seg av det man har, videreutvikle dette med spesifisering av ansvarsområder, gruppelæring mot å nå mål som er satt opp i fellesskap for å unngå kompetanseheving på områder som innehar bra dekning, men rette innsatsen mot det man ser reelle

behov for.

«Å styrke den faglige kompetansen er en av de viktigste strategiene for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er også en nødvendig forutsetning i det langsiktige arbeidet med å sikre god ressursutnyttelse. Vi vet at gode fagmiljø rekrutterer og motvirker høyt sykefravær.» (St. meld. nr. 25)



## PERSONELL OG KOMPETANSE.

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten. Personell- og kompetanseprofilen i enheten må utvikles i tråd behov for tjenester og mer sammensatte tjenester.

Strategisk kompetanseplan for Gjøvikregionen beskriver at teknologisk utvikling, statlige reformer og nye krav til tjenestene krever at medarbeiderne er faglig oppdatert og kan medvirke i det løpende utviklingsarbeidet. Økt kompetanse gir bedre tjenester og mer fornøyde tjenestemottakere, og det bidrar til stolte medarbeidere og godt omdømme. Arbeidstakere søker seg til og blir på arbeidsteder der de får brukt og kan utvikle sin kompetanse. Enheten bør fokusere på læringsbehov, det vil si behov for ny kompetanse (utviklingstiltak), og på mobiliseringsbehov, det vil si anvendelse av den kompetansen som finnes, men som ikke har vært anvendt tidligere.

---

## RETT KOMPETANSE.

Utvikling av kompetanse bidrar til å styrke den enkeltes faglige identitet. En høy grad av faglig identitet vil kunne gi profesjonell og kvalitativt god yrkesutøvelse fra våre ansatte, noe som igjen vil påvirke enhetens muligheter til å beholde og rekruttere medarbeidere med rett kompetanse. Det er mye kompetanse i kommunen, og det blir viktig å bruke denne ved å benytte hverandre på tvers av avdelinger og enheter. Nordre Land kommune må fremstå som en attraktiv kommune å jobbe i med høyt faglig fokus. Samtidig skal det være attraktivt å arbeide i helse- og omsorgstjenesten og gi de ansatte utviklingsmuligheter som kommer kommunens innbyggere til gode. Det legges til rette for mye kompetanseheving i enheten i form av interne kurs og via det regionale kurssamarbeidet. Flere ansatte har de siste årene bestått fagprøve.....Det er ikke mange ansatte med videreutdanning innenfor enheten. Det må jobbes systematisk videre med rekruttering, samt utvikle og beholde helse- og omsorgspersonell.

Det blir stilt store krav kompetanse hos personalet i enheten. Dette fordrer økt kompetanse hos personalet. Fokus på forebygging krever god kompetanse på flere områder, som blant annet bruk av kartleggingsverktøy som en systematisk og strukturert metode for å fange opp endringer. Det er derfor viktig at det satses på heving av kompetansen samt mobilisere eksisterende og at det planlegges i tråd med framtidens behov.

Det er ingen tvil om at enheten kommer til å møte en del utfordringer i fremtiden når det gjelder kompetansebehov. Tjenestemottakerne blir eldre og mennesker med utviklingshemming får de samme utfordringene i alderdommen som andre, men med ytterligere utfordringer. I forhold til det å kunne beskrive og for eksempel gi uttrykk for smerte. Helsetjenestens økte muligheter til å behandle lidelser som tidligere ikke kunne behandles, vil sannsynligvis føre til at flere lever lenger, flere vil ha kroniske lidelser og ha et økt behov for helse og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, nøkkeltall for helsesektoren, Rapport 2010).

---

## RISIKO OG SÅRBARHETSANALYSER

Enheden skal satse på å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) for enhetens tjenesteyting. Dette arbeidet er påstartet og skal fortsette utover perioden. Ved strukturerte analyser vil man oppdage områder som må kvalitetssikres for å unngå avvik og uheldige hendelser. ROS bidrar til økt internkontroll og skal være et verktøy for å sikre kvalitet i tjenestene. En analyse kan resultere i spesifikke kompetansebehov.

---

## GERICA – DOKUMENTASJON I ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL.

Dokumentasjon i Gerica har siden 2013 vært et stort satsingsområde og vil fortsatt være viktig for enheten. Det er utarbeidet egen opplæringsplan for ansatte som varer fram til 01.09.15. Mobil pleie skal innføres i deler av enheten etter endt opplæringsfase. Optimalisering av systemet og implementering av nye muligheter fortsetter utover perioden for sikre gode, riktige og gjenbrukbare opplysninger. Dette innebærer blant annet saksbehandling, utvidet bruk av mobile enheter, scanning, fakturering og multidoser. Gerica gir mange opplysninger som samtidig kan være viktige i enhetens ressursstyring. Det krever kontinuerlig fokus på dokumentasjonsarbeidet for å sikre best mulig grunnlag, samtidig som det er desto viktigere for pasientenes oppfølging.

---

#### ØKT BRUK AV IKT FOR KOMPETANSEHEVING.

Helsepersonell er ikke bare etisk forpliktet til å holde seg faglig oppdatert, også juridisk er de pålagt dette i helselovene. Det er en målsetting generelt at det tilbudet kommunen skal gi til tjenestemottakere og pårørende er basert på den beste tilgjengelige kunnskap som gir god kvalitet i tjenesten.

Deling av erfaringer og kompetanse også på tvers av kommunegrensene gir viktige bidrag til hvordan man kan heve nivået i enheten på ressursbesparende måte. Om man tilrettelegger for økt deltakelse i kursarrangement ved konferanseutstyr økes kurstillgjengeligheten betraktelig.

Videokonferanseutstyr medfører at man kan «delta» på eksterne kurs/forelesninger uten å måtte reise ut av kommunen. Dette er effektivt og man sparer kurskostnader og reiseutgifter.

Spesialisthelsetjenesten tilbyr konferanser jevnlig og det er et viktig bidrag om enheten har mulighet til å få være med på denne type undervisning også.

Det økte kravet til kompetanseutvikling i et livslangt læringsperspektiv har skapt behov for fleksible læringsformer som kan tilpasses lokale forhold. Det er ikke lenger slik at alle læringsbehov kan dekkes gjennom tradisjonell klasseromsundervisning. Det kan være nødvendig, mer effektivt og lønnsomt å benytte IKT-støttet opplæring. Det er lagt til rette for dette med 3 PC'er på Landmo møterom. Dette betyr at man har anledning til å benytte seg av e-læring. Effekten av dette ville vært langt bedre om den enkelte avdeling hadde muligheter på egen avdeling uten å måtte gå fra. Ved hjelp av håndholdte enheter vil informasjonstilgangen forbedres, en del enheter kan man også gjennomføre e-læringsmoduler på. Dette vil kreve en utvidelse av trådløst nettverk.

Ved godt utviklet infrastruktur og lett tilgjengelige verktøy for informasjon kan dette være viktige bidrag i beslutninger som skal tas. Fordelen med håndholdte enheter er at de kan brukes overalt med rask oppstart uten flere innlogginger. Det å gjøre kunnskap om beste praksis lett tilgjengelig er viktig for å sikre god kvalitet og gir god beslutningsstøtte i situasjoner hvor man er i tvil og trenger informasjon annet enn råd fra kollegaer.

## 4.2 REKRUTTERING

En hovedutfordring innenfor helse og omsorg kommer til å være rekruttering. Dette gjelder ikke bare å få nok "hender", men nok og riktig kompetanse på rett plass til rett tid hos alle

tjenestemottakere. Fokuset på å rekruttere ny kompetanse må ikke fortrenge arbeidet med å beholde og videreutvikle den kompetanse som allerede er i enheten.

Samhandlingsreformen har flyttet mye av behandlingen ut av sykehus og inn i kommunene..

#### 4.3 KULTURBYGGING, NÆRVÆR OG MEDARBEIDSKAP

Tydlig ledelse, godt arbeidsmiljø og trivsel er et viktig resultatmål. Høyt sykefravær koster penger. Noen % opp i sykefravær betyr mange hundre tusener ut, som da må spares inn. Kommunen betaler for de første 16 dager ved sykefravær men det er også andre viktige omkostninger ved sykefravær:

- arbeid med å få inn vikarer
- mer arbeid med opplæring
- større trøkk på de som er igjen
- dårligere tilbud/oppfølging av brukeren/pasienten/eleven

Innen medarbeiderperspektivet vil oppmerksomheten rettes inn mot:

- Samhandling på tvers av fag- og tjenesteområder, slik at brukerne i størst mulig grad opplever kommunen som en helhetlig organisasjon.
- Positiv bedriftskultur – godt arbeidsmiljø- høyt nærvær
- Arbeidsgiverstrategi, lederutvikling og kompetansemobilisering

Den jobbrelaterte trivselen de ansatte opplever er viktig ved at ansatte har oppgaver, roller og ansvar som står i forhold til kompetansen de innehar. Kompetanse er å ha kunnskaper og ferdigheter og evner og holdninger som passer til oppgavene som skal løses, kravene som settes og målene som skal oppnås. Og ikke minst å ha evne og vilje til å lykkes sammen med andre.

#### 4.4 VELFERDSTEKNOLOGI

Bruk av velferdsteknologi skal fremme trygghet, frihet og mestring (Meld.St 29)

Det meste av det vi omgir oss med av velferdsteknologi er normalt juridisk helt uproblematisk å benytte. Også hvis personen har kognitive vansker, som for eksempel utviklingshemning. Men noen ganger er teknologien inngripende på en måte som reguleres av lovverket. Det kan for noen være bruk av GPS sporing, for andre kan det være fallalarmer med sensorer, radarregistrering av fall, epilepsialarmer, videoovervåkning, kommunikasjon på nettbrett mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og andre typer teknologi

### 5 SAMHANDLING OG STYRKING I HELSE – OG OMSORGSTJENESTENE

Samhandling benyttes om koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkeltperson eller institusjon har et totalansvar for prosessen. Prosessen må derfor finne sted i forhandling mellom aktørene (Wikipedia). Samhandling i helse- og omsorgstjenestene betyr da

hvordan man kan mobilisere og utnytte kommunens samlede kompetanse til det beste for tjenestemottaker uavhengig av hvilken enhet tjenesteyter er ansatt i.

## 5.1 TVERRFAGLIGHET OG TEAM

Med tanke på rekruttering og kompetanseutfordringene i kommunen ser enheten at tverrfaglig samhandling sammen med kompetanse må vektlegges. Kompetanse er evnen til å ta i bruk ny kunnskap, til kritisk tenkning og refleksjon og til å søke samarbeid med og vurderinger fra andre yrker. Her blir det i fremtiden viktig med tverrfaglig samarbeid, innad i kommunen for å kunne ivareta tjenestemottakerne på en god måte. Dette er også i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. For å imøtekomme behov for ulike tjenester må enheten rekruttere ulike fagkompetanse for en helhetlig oppfølging og gode tjenester.

Tverrfaglig samarbeid øker kvaliteten for tjenestemottakere med sammensatte behov. Enheten har per i dag kun faste møtetidspunkt med Tildelingskontoret.

Nye og endrede oppgaver samtidig med økt press på kommunale tjenester medfører det behov for økt og mer tverrfaglig kompetanse. Enhetenes muligheter til å sikre helhetlige tjenester hvor fagprofesjonene inngår som en integrert del av den tjenesten vil bli sentral for framtida.

KS rapport 2-2014 beskriver dette med ny oppgavefordeling i tjenesteytingen. Den sier at man må skaffe seg kunnskap om hvordan man kan løse oppgavene på best mulig måte for både tjenestemottakerne og tjenesteyterne. Det vil si å identifisere hvilke og hvordan oppgaver kan løses på en ny måte og hva som skal til for å skape en ny oppgavefordeling. Oppgavedeling er et bredt begrep om prosesser der arbeidsoppgaver blir overført fra en personellgruppe til en annen. Dette kan skje som en planlagt prosess eller som en ad hoc løsning på akutte problemer. Gjennom teamarbeid og tverrfaglighet kan det bli enklere å ha rett kompetanse på rett sted til rett tid for tjenestemottaker og bidra til et helhetlig behandling og oppfølging uavhengig av nivå og avdeling.

Koordinerende enhet ble opprettet januar 2014 og Individuell Plan (IP) ble satt på dagsorden. I en individuell plan spiller det tverrfaglige samarbeidet en meget stor rolle. Brukers rettigheter må ivaretas og de med behov for flere tjenester har krav på IP eller koordinator om de ønsker dette. En ser i dag at det er brukere som egentlig ikke passer inn noen steder hvor de får det de har krav på som en helhetlig og koordinert tjeneste. De faller litt igjennom og det kan føre til en fragmentert helsehjelp som ikke stimulerer til særlig optimalisert utvikling/læring for den enkelte. Et forsterket fokus på tverrfaglige og godt koordinerte tjenester vil kunne gi brukere økte muligheter til mestring og redusere hjelpebehovet etter hvert.

## 5.3 BOVEILEDERTJENESTE

En boveilederstilling skal bidra til forebygging og tidlig intervensjon. I dette arbeidet skal boveileder bidra til å øke brukernes praktiske kunnskaper knyttet til det å bo i egen bolig, og komme seg opp og på jobb, men også sosial trening, veiledning, motivere, følge opp, gi oppmuntring og støtte.

Boveilederen skal være en hjelp til å sikre forutsigbarhet, trygghet og struktur i hverdagen for den enkelte bruker. Boveileder vil måtte jobbe på tvers av kommunens enheter og være bindeledd, og bidrar i så måte og med en sømløs tjeneste for bruker.

Nordre Land har som andre kommuner en del brukere som faller mellom kommunens forskjellige tjenestetilbud. Flere brukere må forholde seg til 3 forskjellige enheter. En boveileder vil kunne knytte tjenestene nærmere hverandre og være et samlende ledd nært bruker.

Man må de neste årene se på hvilke muligheter som finnes for å videreutvikle samarbeidet med andre enheter. Samarbeidsarenaer og faste møtepunkt der det diskuteres tverrfaglig om felles tjenestemottakere bør systematiseres for å forebygge utvikling av krevende situasjoner. Boveileder kan være et sentralt ledd i samarbeidet som kan sikre kontinuiteten. Det vil gi økt tjenestekvalitet og mer helhetlig behandling og oppfølging. Dette tverrfaglige samarbeidet mener man vil gi positiv effekt for enhetene. For å møte de oppgavene som kommer, bør enhetene innenfor helse og omsorg, utrede alternativer for tilbudet som sammen kan gis denne gruppen på best mulig måte.

#### 5.4 PSYKISK HELSE/ERGO OG FYSIO/BARNEVERN/SKOLE/BARNEHAGE

En klar og tydelig intensjon må være å få de ulike ledd i kommunal tjeneste til å jobbe best mulig sammen. En ser nødvendigheten av et tettere og økt tverrfaglig samarbeid.

## 6 KONKLUSJON

- Vi yter riktige tjenester med rett kvalitet med utgangspunkt i tjenestemottakers behov
- Rett tjeneste på rett sted, til rett tid.
- Vi tar i bruk tilgjengelig teknologi hvis det fører til økt til aktivitet og mestring for tjenestemottaker og sikrer kvalitet av tjenestene
- Utvikling av tjenesten etter behov for tjenester
- Vi har fokus på folkehelse
- Vi har en sunn økonomi med rett tilgang på ressurser
- Aktiv omsorg
- Vi ser muligheter isteden for begrensninger

## VEDLEGG

Lover, forskrifter og rundskriv

Tiltaksplan

## HENVISNINGER

Kommunens Planstrategi 2012 – 2016

Kommunedelplan ” Omsorg, Helse og Rehabilitering 2010-2013

Fagrappport, kompetanse – Prosjekt Samhandlingsreformen (2013)

Strategisk kompetanseplan i Gjøvikregionen (2013)

NOU 2011:11 (2012-2013) «Innovasjon i omsorg»

<http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/NOU-ar/2011/nou-2011-11.html?id=646812>

SINTEF (2012) Rapport – Velferdsteknologi i boliger: Muligheter og utfordringer.

[http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Rapporter/Velferdsteknologi i boliger Rapport revidert 120312.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Rapporter/Velferdsteknologi_i_boliger_Rapport_revidert_120312.pdf)

Stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg»

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>

Stortingsmelding 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening”

NAKU <http://naku.no/kunnskapsbanken>

Rapport: "Innfridde mål eller brutte visjoner" <http://naku.no/node/813>

Stortingsmelding 40 (2002-2003) <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-40-2002-2003-/id197129/?docId=STM200220030040000DDDEPIS&ch=1&q>

Rapport VI VIL, VI VIL, MEN FÅR VI DET TIL? Levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemming [http://naku.no/sites/default/files/IS-1456\\_17307a.pdf](http://naku.no/sites/default/files/IS-1456_17307a.pdf)

Helsedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/>

Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming (2012-2013) <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>

Pasient og brukerrettighetsloven



Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Sentrale forskrifter som er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30).

**§ 3-1**

12.11.2010 nr. 1426 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Verdighetsgarantiforskriften

20.12.2002 nr. 1731 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Internkontrollforskrift i helsetjenesten

**§ 3-2**

16.12.2011 nr. 1256 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Forskrift om habilitering og rehabilitering

16.12.2011 nr. 1254 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon

**§ 11-1**

16.12.2011 nr. 1348 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Forskrift om utgifter til helse- og omsorgstjenester

**§ 11-2**

16.12.2011 nr. 1349 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester

**§ 13-2**

03.04.2008 nr. 320 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Forskrift om legemiddelhåndtering

27.06.2003 nr. 792 [Helse- og omsorgsdepartementet](#)  
Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

*§ 7-1. Individuell plan*

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir

utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.

#### *§ 7-2.Koordinator*

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

#### *§ 7-3.Koordinerende enhet*

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.

Helse og omsorgstjenesteloven (LOV-2013-06-21-79) med særlig vekt på kapittel 9 om rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming (§§ 9-1 - 9-14).

Helsepersonelloven (LOV-2015-02-06-8)

Vergemålsloven (LOV-2013-04-05-12)

Forskrift til vergemålsloven (FOR-2013-06-04-580)

Forskrift om pasientjournal (FOR-2013-01-17-61)

Forvaltningsloven

Rundskriv

[Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten \(veileder\)](#)

[Lov om sosiale tjenester kapittel 4A \(rundskriv\)](#)

[Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten \(veileder\)](#)

[Om kommunenes ansvar ved opphør av avtale med en annen kommune om kjøp av helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon \(regjeringen.no\)](#)