



Nordre Land kommune

Ekte landsbyliv og levende grender med åpenhet, nærhet og skaperglede

## TILRETTELAGTE TJENESTER

UTVIKLINGSPLAN 2015 -2019



Versjon 1 til handlingsplanseminar 9. og 10. juni

## Innhold

1 INNLEDNING.....	3
1.1 ANSVARSREFORMEN.....	3
1.2 LOVER OG FORSKRIFTER .....	5
1.3 NASJONALE FØRINGER.....	6
2 KOMMUNEPLANENS VISJON OG OVERORDNET MÅL.....	7
3 ANALYSE AV STATUS OG UTFORDRINGER.....	8
3.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING I NORDRE LAND.....	8
3.2 SAMFUNNMESSIGE UTFORDRINGER.....	11
4 BESKRIVELSE AV TJENESTENE OG UTFORDRINGER.....	15
4.1 TILDELING AV TJENESTER.....	15
4.2 DE ENKELTE TJENESTENE.....	16
4.3 FAGTEAM .....	21
4.4 PERSONAL RESSURSER .....	21
5 MÅL OG SATSNINGSOMRÅDER.....	23
5.1 GODE OG FAGLIG FORSVARLIGE TJENESTER.....	23
5.2 OMSORGBOLIGER .....	24
5.3 KOMPETANSE OG REKRUTTERING .....	25
5.4 INTERNKONTROLL .....	26
5.5 SAMHANDLING OG SAMORDNING I HELSE OG OMSORGSTJENESTEN .....	27
5.6 INNOVASJON/VELFERDSTEKNOLOGI .....	28
5.7 LEAN .....	29
6 NÆRVÆR - KULTURBYGGING .....	30
7 ØKONOMI.....	31
8 HANDLINGSDEL .....	32
9 HENVISNINGER.....	37

## 1 INNLEDNING

Den «nyeste» enheten i kommunen, Tilrettelagte tjenester, har utarbeidet utviklingsplan for 2015 – 2019. Fra å være en liten del av kommunedelplan for Helse, omsorg og rehabilitering foreligger det egen plan for tjenester enheten yter. Selv om disse tjenestene innenfor helse – og omsorg nå er organisert i en enhet, vil flerfaglig samarbeid på tvers av enheter og avdelinger være avgjørende om kommunen som helhet skal kunne møte utfordringene i årene fremover.

Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, beskriver særlig tre satsningsområder for å styrke omsorgstjenestene: økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering. Videre sier meldingen at det er mange kommunale helse – og omsorgstjenester som er gode hver for seg. Men tjenestene er for oppstykket og helheten mangler, og dette rammer særlig de med sammensatte behov.

Mål med planen er å beskrive dagens situasjon med utfordringer og hvilke områder enheten må utvikle. Hva skal det jobbes etter, og hva må prioriteres for å møte fremtiden utfordringer? Enheten har i denne planperioden fokus på satsningsområdene ansatte, kompetanse og kvalitet gjennom å yte rett tjeneste på rett sted til rett tid.

Planen er grunnlaget for videre utvikling og forbedringsarbeid i enheten for å nå kommuneplanen mål, og skal revideres årlig.

### 1.1 ANSVARSREFORMEN

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.

Meld. St 67 (1986-87) Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemma og Melding. St 47 (1989-90) Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming skisserte målene og gjennomføringen av reformen. Målet med reformen var å utvikle 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.

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, og utgjør fortsatt en stor økonomisk belastning for en rekke spesielt mindre, kommuner.

### OM NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Funksjonsnedsettelse og nedsatt funksjonsevne er synonyme og nøytrale betegnelser på individets kroppslige, psykiske og kognitive forutsetninger, men begrepet nedsatt funksjonsevne foretrekkes i språklig sammenheng. I Ot.prp. nr. 44 (2007-08) bruker barne- og likestillingsdepartementet begrepet nedsatt funksjonsevne med følgende definisjon:

*«Oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon.»*

Med nedsatt funksjonsevne menes tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner som for eksempel nedsatt bevegelses-, syns-, hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelser på grunn av hjerte- og lungesykdommer.

En diagnose sier ikke noe om menneskers funksjonsnivå eller deres behov for hjelp. Et menneske med en synshemming kan fungere godt og ikke ha noe hjelpebehov, mens et annet kan ha store problemer med å fungere selvstendig. I gruppen mennesker med psykisk utviklingshemming vil enkelte ha behov for hjelp til de fleste oppgaver, mens andre fungerer godt med egen bolig, jobb og fritidsaktiviteter

### 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.»*

Utviklingshemming 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. Utviklingshemming eller psykisk utviklingshemming 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.

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

## 1.2 LOVER OG FORSKRIFTER

Personer med utviklingshemming har de samme rettighetene som andre innbyggere i alle livets faser og utviklingsplanen omfatter rettigheter som er hjemlet i *lov om helse- og omsorgstjenester* og *pasientrettighetsloven* med tilhørende forskrifter. Brukermedvirkning er hjemlet i pasientrettighetsloven og gir tjenestemottaker rett til å medvirke i gjennomføring og utforming av tjenestene. Pårørende skal trekkes inn i den grad tjenestemottaker og pårørende selv ønsker det. Familiene til unge skal ha mulighet til å delta i planleggingen og overgangen til voksenlivet, og skal oppleve at tjenestene er koordinerte, forutsigbare og faglige forsvarlige.

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. *Diskriminerings – og tilgjengelighetsloven* forbyr direkte og indirekte diskriminering på grunn av nedsett funksjonsevne og er et virkemiddel for å oppnå likestilling og deltakelse for personer med nedsett funksjonsevne.

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, 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.

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

Kapittel 9 i helse og omsorgstjenesteloven skal sikre rettssikkerheten ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Formålet med reglene er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt.

- Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner
- Planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
- Tiltak for å dekke brukerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings – og treningstiltak

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. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. 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

Med hjemmel i lovene er det laget en mengde forskrifter som styrer tjenesten til dels ganske detaljert.

### **KVALITETSFORSKRIFTEN**

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

### **FORSKRIFT OM HABILITERING, REHABILITERING OG INDIVIDUELL PLAN**

Forskrift som skal sikre at personer med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering får tjenester som skal bidra til egenomsorg, motivasjon, økt funksjons – og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse i samfunnet. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom ansatte i kommunen, tjenestemottakere og pårørende, mellom de ulike kommunale tjenestene og på tvers av forvaltningsnivåene. Habilitering er en planlagt prosess som skal følge den enkelte og være en integrert del av tjenestetilbudet.

### **INTERNKONTROLLFORSKRIFTEN**

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.

## **1.3 NASJONALE 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.

Ved behandling av denne stortingsmeldingen kom 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.

Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, omhandler helse- og omsorgstjenestens

brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Samtidig skal den gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet, både for de som har størst behov for lindring og pleie, og de som daglig trenger assistanse gjennom et helt liv.

I stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, beskrives en plan for helsetjenestene i kommunene. Det er mange kommunale helse- og omsorgstjenester som er gode hver for seg, men tjenestene er for oppstykket og helheten mangler. Det rammer særlig dem med sammensatte behov mener regjeringen og legger frem med denne meldingen en plan for å skape helhetlige helse – og omsorgstjenester i kommunen. Det er nevnt tre tydelige mål i meldingen: Økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering.

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 og omfatter prioriterte områder med tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av meldingen Morgendagens omsorg. Omsorg 2020 ble presentert samtidig med at regjeringen la frem stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Sammen med stortingsmelding 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter skal dette gi et bilde av utfordringer, strategier og tiltak for en samlet helse- og omsorgstjeneste i kommunene.

## 2 KOMMUNEPLANENS VISJON OG OVERORDNET MÅL

Visjon:

*Ekte landsbyliv og levende grender med åpenhet, nærhet og skaperglede.*

Handler om å skape bolyst og livsglede i Nordre Land for å opprettholde og helst øke folketallet ved å være en attraktiv kommune for bosetting, med gode kommunale tjenester og attraktive arbeidsplasser med nærhet til naturen, kultur og opplevelser.

Kommuneplanen 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.

Følgende strategier i kommuneplanen har betydning for tjenestemottakere og deres pårørende:

- Fokus på folkehelse.
- Legge til rette for kompetansehevede tiltak.
- Utvikle det lokale tjenestetilbudet, dersom tjenester ikke kan leveres lokalt skal vi

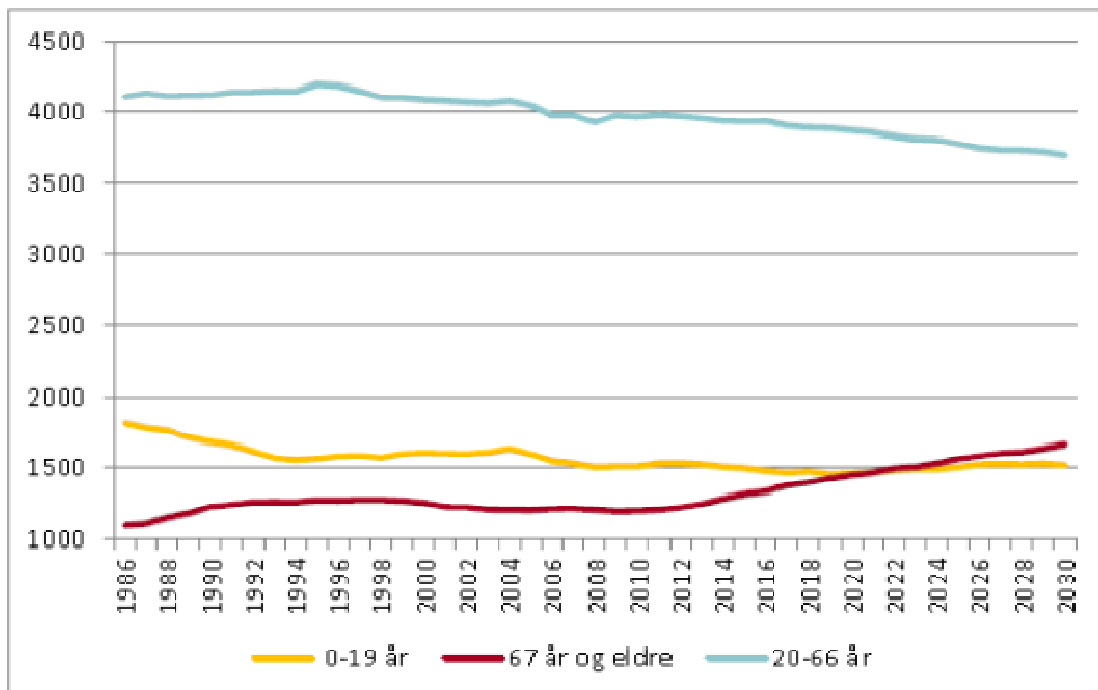
samarbeide regionalt om å løse oppgavene.

- Forebyggende arbeid prioriteres.
- Legge til rette for mer fysisk aktivitet.
- Nordre Land kommune skal aktivt støtte det frivillige arbeidet.
- Hovedtyngden av boligetablering skal tilrettelegges i landsbyen Dokka med vekt på sentrumsnære leiligheter.
- Følge opp krav og retningslinjer i plan og bygningsloven om universell utforming.

### 3 ANALYSE AV STATUS OG UTFORDRINGER

#### 3.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING I NORDRE LAND

Det har vært en langvarig og jevn befolkningsvekst i Norge, men selv om antall innbyggere i kommunen holder seg relativt stabilt, synker andelen av Norges befolkning bosatt i Nordre Land. Alderssammensetningen gjør at kommunen er avhengig av tilflytting for å holde innbyggertallet oppe. I følge framskrivninger fra SSB etter middels forutsetninger vil folketallet stige til 6881 innbyggere i 2030. Slike framskrivninger er usikre men de beskriver likevel en trend.



Figur 1: Befolkningsutvikling og – framskrivning etter 3 aldersgrupper i Nordre Land.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
0	59	60	60	62	62	64	64	65	66	66	66	68	68
1 - 5 år	348	346	333	328	332	335	340	344	349	353	356	361	363
6 - 12	506	522	520	524	534	535	535	531	531	520	520	521	532
13 - 15	254	224	218	223	229	223	216	223	235	248	247	246	234
16 - 19	356	362	346	335	327	303	309	305	303	304	302	309	328
20 - 66	3936	3931	3934	3900	3888	3883	3870	3856	3829	3810	3804	3777	3747
67 - 79	873	900	916	958	978	990	1023	1024	1048	1052	1063	1083	1086
> 80	413	416	418	417	418	434	426	441	447	453	466	479	498

Tabell 1: Prognose - befolkningsutvikling i Nordre Land (SSB).

Befolkningsframskriving fordelt opp i aldersgrupper her i Nordre Land. Oversikt i neste avsnitt tydeliggjør utviklingen i forhold til dette.

### ANDEL ARBEIDSAKTIVE KONTRA INNBYGGERE OVER 67 ÅR

	Endring fra 2014- 2018	Endring fra 2014- 2022
0 - 19 år	- 39	- 39
20 – 66	- 48	- 107
67 - 79	+ 105	+ 175
> 80	+ 5	+ 34

Tabell 2: Endringer 2014 – 2018 og 2014 – 2022 (SSB).

Når man ser på antall arbeidsaktive i forhold til antall fra 67 år og oppover ser vi at vi har 3,46 arbeidsaktive i forhold. Fra 2022 er dette tallet redusert til 2,85 (utregnet etter ovenstående tabell) arbeidsaktiv pr. innbygger over 67 år. (SSB 2014: Folkemengde 1. januar etter alder)

	16-66 år	67+ år	Forholdstall 2013	Forholdstall 2022
Nordre Land	4330	1250	3,46	
Nordre Land	4161	1459		2,85
<b>Oppland fylke</b>	122627	32042	3,83	

Tabell 3: Forholdstall; andel arbeidsaktive i forhold til andel over 67 år.

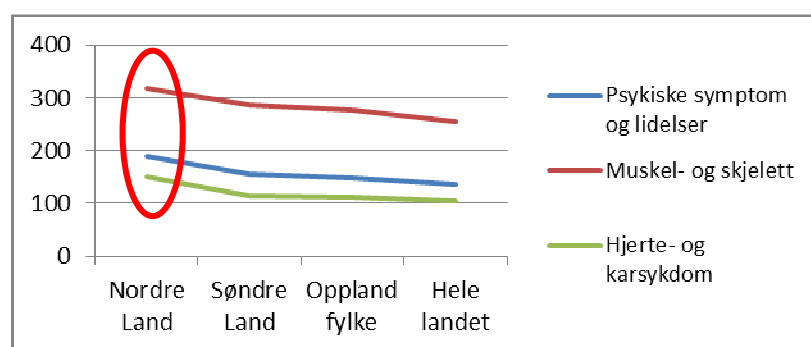
Andelen av Nordre Land kommunes innbyggere som er registrert i nedenfor stående sykdomskategorier avviker forholdsvis mye i forhold til gjennomsnitt landsbasis. Sammenlignbar nabokommune har også langt lavere tall i disse sykdomsgruppene. Dette kan bety at man kan komme til å møte noen fremtidige utfordringer basert på at innbyggerne generelt har høyere sykdomsforekomst og man kan anta at sykefravær påvirkes i så måte. Tallene er hentet ut Kommunehelse statistikkbank: <http://khs.fhi.no/webview/>.

Sykdomsgrupper i primærhelsetjenesten; psykiske symptomer og lidelser, hjerte- og karsykdom, og muskel og skjelett, per 1000 innbyggere, gjennomsnitt 2010-2012.

	Psykiske symptom og lidelser	Muskel- og skjelett	Hjerte- og karsykdom
Nordre Land	188,9	319,0	151,6
Søndre Land	154,4	285,8	114,2
<b>Oppland fylke</b>	<b>147,4</b>	<b>275,8</b>	<b>112,2</b>
<b>Hele landet</b>	135,8	255,0	103,9

Tabell 4: Sykdomsgrupper

Ovenstående tabell satt opp i linjediagram viser forskjellene enda tydeligere.



Figur 2: Sammenligning: Nordre Land, Søndre Land, Oppland og hele landet i antall fordeling utfra sykdomsgrupper.

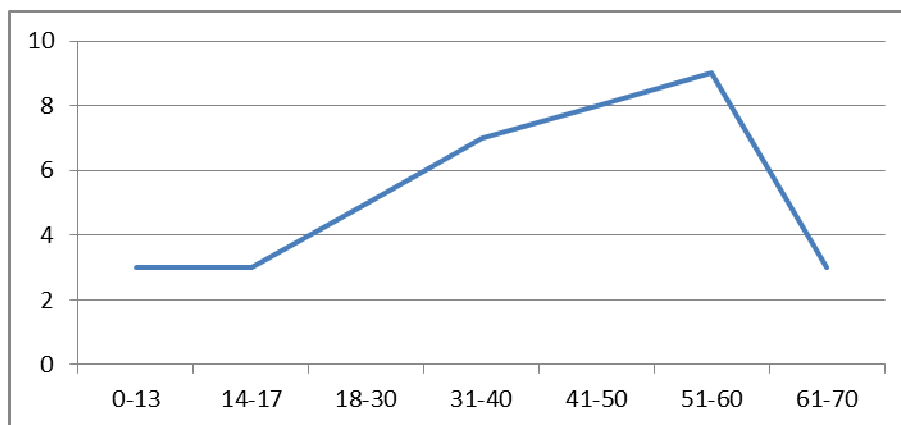
Disse sykdomsgruppene kan lede til fravær og uføretrygd.

## PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

Mennesker med utviklingshemming lever lengre enn før og får flere aldersrelaterte lidelser. Bedre medisinsk behandling og levekår er noen av forklaringene til at de blir eldre på lik linje med resten av befolkningen. Forskning viser at flere personer med utviklingshemming har en atypisk aldring. Dette skaper utfordringer i å gi gode og relevante tjenester, og overgangen til alderdom og levekår må få større oppmerksomhet (Meld. St 45).

Ulikheter kan beskrives som følger:

- Alderssymptomer kan inntre tidligere enn for den øvrige befolkningen samtidig som at levealder øker. Dette medfører at utviklingshemmede får en lengre del av livet med funksjonsnedsettelse. Ett eksempel er tidlig utvikling av demens hos mennesker med Downs syndrom.
- Tidlige alderssymptomer kan korte ned tiden med tilpasset arbeid og pensjonisttilværelsen.
- I forhold til mennesker med utviklingshemming må det i større grad enn befolkningen for øvrig, stadfestes individuelt.



Figur 3: Alderssammensetningen i tjenestene per mai 2015.

For en del personer vil økende alder innebære endringer som kan by på store utfordringer både for personen selv, omgivelsene og tjenestene som skal ytes.

Nordre Land begynner å erfare de endringer økt alder hos personer med utviklingshemming fører med seg. Formidling av kunnskap, utvikling og endring av tjenesten og gjennomgripende holdningsarbeid er noe man ser behovet for i tiden fremover.

### 3.2 SAMFUNNSMESSIGE UTFORDRINGER

Helse – og omsorgstjenestene står ovenfor mange utfordringer for å kunne imøtekomme økte krav til tjenestene i årene fremover. Stortingsmelding nr 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» legger vekt på forebygging og at tjenestene må sees i sammenheng, som en helhet. Videre etterlyser meldingen større koordinering av tjenestene og at det gis for lite opplæring i mestring i samarbeid med tjenestemottaker og pårørende. Teambasert tjenesteyting og flerfaglig tilnærming blir tatt frem som eksempler på å møte disse utfordringene.

#### FOLKEHELSE – OGSÅ FOR PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING

Helse handler om at vi selv kan velge hvordan vi vil leve. Lever vi sunt, kan vi tenke at vi investerer i god helse. God helse er en ressurs i dagliglivet. Vi kan tenke at vi bruker, sparer og investerer i god helse. Et helsevennlig samfunn med likeverdige levekår og rettferdig folkehelse innebærer at alle deler av befolkningen ivaretas ut i fra deres forutsetninger og behov. Den enkelte kan gjøre mye for å ta vare på sin egen helse, men personer med utviklingshemning er i større grad avhengig av bistand for å kunne gjøre dette, og å ta sunne valg. Bodde og Seo (2009) sin systematiske gjennomgang av forskning etter 1980 hevder at personer med utviklingshemming har høyere risiko enn normalbefolkningen til å utvikle livsstilsrelaterte sykdommer når det kommer til overvekt og fysisk inaktivitet. Mange med utviklingshemning opplever å være utsatt for helsesvikt oftere enn befolkningen generelt både når det gjelder somatisk og psykisk helse. Et helsevennlig samfunn med rettferdig folkehelse betyr at alle deler av befolkningen ivaretas. Det er viktig at forskning og arbeid for folkehelse inkluderer og tar hensyn til personer med utviklingshemning. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Naku) beskriver at norske offentlige levekårsundersøkelser gir ingen opplysninger om personer med utviklingshemming. Offentlige registre «identifiserer» ikke utviklingshemmete slik at levekår kan sammenlignes med befolkningen ellers. Det gjennomføres forskning spredt på ulike miljøer, men det finnes ingen oversikt over denne forskningen.

## HELSE OG OMSORGSTJENESTER

Relevante og tilgjengelige helsetjenester til innbyggerne hører til de viktigste og grunnleggende oppgavene i et samfunn. I internasjonal målestokk og generelt sett er norske innbyggere godt sikret. Likevel streber norske myndigheter og norsk helsevesen stadig mot å bedre helsetjenestetilbudet, med vekt på relevante, helhetlige og tilgjengelige tjenester av ypperste kvalitet. Noen grupper av befolkningen kommer imidlertid dårligere ut enn befolkningen generelt sett, og i enkelte tilfeller svært dårlig ut. Det gjelder blant annet personer med utviklingshemning. Det er mange årsaker til det. Utviklingshemning innebærer i ulik grad kognitiv svikt, som gjør at personer med utviklingshemning kan ha vansker med å formidle sine helseplager på en forståelig måte til sine omgivelser. De kan ha vansker med å kople symptomer til sykdom. De kan ha vansker med å forstå sammenhenger mellom eksempelvis livsførsel og helseplager, ulykker/ skader og helseplager osv. Videre er det slik at omgivelsene har ulik grad av kunnskap om utviklingshemning eller hvordan man bør kommunisere med og omgås personer med utviklingshemning. Det kan føre til blant annet underdiagnostisering og feildiagnostisering. Nasjonale og internasjonale undersøkelser viser også at personer med utviklingshemninger har økt forekomst av helseplager, både somatiske og psykiske. Mangel på kunnskap om dette blant annet kan medføre at psykiske lidelser tilskrives personers utviklingshemning og at nødvendig psykisk helsehjelp dermed uteblir. Likevel er personer med utviklingshemning og psykiske vansker underrepresentert når det gjelder utredning, behandling, forskning og faglig oppmerksomhet.

I 2007 publiserte Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) en rapport på bestilling fra Helsedirektoratet. Her kom det fram at personer med utviklingshemning har dårligere helseoppfølging enn resten av befolkningen. Årsakene som trekkes fram er blant annet at personer med utviklingshemning kan ha vansker med å formidle sine helseplager på en forståelig måte, at de har vansker med å kople symptomer til sykdom og at det er lite kunnskap om utviklingshemning blant helsepersonell. Det er manglende kunnskap og kompetanse i alle ledd i tjenestene, manglende samhandling mellom ulike instanser og manglende tilgang til psykiske helsetjenester. Utfordringer viser seg spesielt ved å oppdage, behandle, følge opp og forebygge sykdom. Det vises også til at personer med utviklingshemninger har flere somatiske og psykiske plager enn befolkningen generelt.

Helsetjenestene i dag forutsetter at den enkelte selv er i stand til å observere, vurdere og beskrive egen helsetilstand, og tilkalle eller oppsøke helsetjenesten ved behov. Mange utviklingshemmete er avhengig av at andre observerer og bedømmer deres tilstand, og iverksetter tiltak eller skaffe kvalifisert hjelp.

## BOLIG

Blant personer med nedsatt funksjonshemming kan særlig personer med utviklingshemning ha behov for hjelp til fra det offentlige til å skaffe seg egnet bolig (Bolig for velferd 2014-2020). Strategien sier videre at i tilfeller der personer er avhengig av tjenester for å kunne mestre boforholdet kan tjenestetilbudet være med å legge føringer for lokalisering av boligen, for å sikre gode nok tjenester. Det er utgitt rapporter som tilsier å samle mange utviklingshemmete ikke er bra. De siste årene har det pågått en debatt om hvorvidt det er en trend at kommunene etablerer boligløsninger for innbyggere med bistandsbehov som utfordrer målene om normalisering, integrering og at alle skal bo i egne hjem. Er institusjonene på vei inn bakveien for personer med bistandsbehov, gjennom store grupper av omsorgsboliger og «omsorgsgettoer» i bestemte nabolag?» (Samlokaliserte boliger og store fellesskap, perspektiver og erfaringer i kommuner av Hansen og Grødem, 2012).

## KOMPETANSE OG REKRUTTERING

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten. Det er ikke bare behov for personell med mer kompetanse, men delvis også med en annen kompetanse. Utfordringene dreier seg da om både nok arbeidskraft og at arbeidskraften har rett kompetanse (Meld. St 26). Det å styrke kompetansen systematisk gjør det attraktivt å jobbe i kommunen, samtidig som en øker og utvikler eksisterende personell for å utnytte den kompetansen som allerede finnes. Utviklingen innen helse – og omsorgstjenesten stiller også større krav til samarbeid, og det er behov for innovasjon og utvikling av tjenestene i tråd med endrede behov. Mange brukere har behov for flere tjenester samtidig og over lang tid. Det er derfor behov for mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet.

Det er også behov for økt og endret kompetanse innenfor ledelse (Meld. St 26). Her nevnes økt kompetanse innenfor forvaltning, planarbeid, kvalitetsforbedringsarbeid, organisering av tjenestene, folkehelsearbeid og samhandling.

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 brukerne 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 en helhetlig behandling og oppfølging uavhengig av nivå og avdeling.

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. Dette er også i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. Tverrfaglig samarbeid øker kvaliteten for brukere med sammensatte behov. Muligheter til å sikre helhetlige tjenester hvor fagprofesjonene inngår som en integrert del av den tjenesten vil bli sentral for framtida. 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.

Det betyr at en større del av kompetansetiltakene bør skje innenfor tverrfaglig rammer.



## 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 kommunegrensar 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 kurstilgjengeligheten 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.



## 4 BESKRIVELSE AV TJENESTENE OG UTFORDRINGER

### 4.1 TILDELING AV TJENESTER

Tildelingskontoret skal sikre innbyggerne lik tilgang på tjenester, uavhengig av hvor de bor i kommunen, samt sikre tverrfaglig og helhetlig vurdering av den enkelte søkers hjelpebehov. Nordre Land Kommune har mange innbyggere, i alle aldersgrupper, med varige og sammensatte behov som mottar tjenester gjennom Tilrettelagte tjenester.

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 (utføreropp-gaver) 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.

Tildelingskontoret som skal bestille alle tjenester som skal utføres i enheten mangler per i dag vernepleiekompetanse, og fagkompetansen blir hentet inn fra Tilrettelagte tjenester ved vurdering og revurderinger av vedtak. Ut ifra KS Veileder om bestiller – utfører er ikke kommunen i mål enda. 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. 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?

Det synes imidlertid som det er økning i antall unge mennesker som på grunn av redusert evne til å bo trenger «hjelp til å bo». Kommunen valgte for noen år tilbake å avvikle to boveilederstillinger (1,6 årsverk), det har etter dette vist seg at behovet for å opprette boveiledning som egen tjeneste stadig er til stede. Tilrettelagte tjenester yter i dag boveiledning fra bolig i form av praktisk bistand/opplæring til voksne psykisk utviklingshemmete som bor utenfor bofellesskap. Kompetansen enheten innehar i målrettet miljøarbeid vil være aktuell å benytte inn i for eksempel et tverrfaglig boveilederteam.

#### INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR

Koordinerende enhet ble opprettet januar 2014 og individuell Plan (IP) ble satt på dagsorden. 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 bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Kommunen skal tilby koordinator til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, selv om de ikke ønsker individuell plan. Enheten skal ha overordnet ansvar for

arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. I Nordre Land er koordinerende enhet organisert i Tildelingskontoret. Det er utarbeidet stillingsbeskrivelse og serviceerklæring for koordinator og IP men denne funksjonen må tydeliggjøres og styrkes i arbeidet med å samordne tjenestene og sikre koordinering. Flere kommuner melder om at denne funksjonen ikke er kommet helt i gang.

## 4.2 DE ENKELTE TJENESTENE

### MILJØARBEIDERTJENESTE I BOFELLESKAP

Formål:

- Tjenesten bidrar til at mennesker med ulike 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.

Nordre Land Kommune har i alt 5 bofellesskap med til sammen 25 omsorgsboliger. De aller fleste leier bolig, mens noen få eier. I tillegg ytes det heldøgntjenester til en bruker i privat hjem.

Bofellesskap	Ansatte	Årsverk
Rudsgata 2-4	11	6,47
Rudsgata 6-8	16	10,33
Rudsgata 10-12	15	8,22
Snertin	21	12,78
Furuholtet	13	6,79

Rudsgata 10-12 var det første bofellesskapet som sto innflytningsklart i Nordre Land kommune etter ansvarsreformen startet 1. januar 1991. Samtidig ble det bygget et tilsvarende bofellesskap i Torpa, Furuholtet. Rudsgata 6-8 ble tatt i bruk året etter. Rudsgateområdet fikk ytterligere et bofellesskap for unge voksne i 2010.

Alle boligene i Rudsgata samt Furuholtet består av 4 leiligheter og fellesareal. Alle leiligheter har kjøkken, stue, bad og soverom. Fellesarealet benyttes som en felles sosial samlingssted for beboerne ved for eksempel felles måltider og andre aktiviteter. I Rudsgateområdet har nattevakta ansvaret for alle 3 bofellesskapene og tillegg ansvaret for enkelte beboere som bor i tilknytning til bofellesskapene, i alt 15 personer. I tillegg er brannsystemet koblet opp mot LHL omsorgsleilighetene og nattevakt har også brannansvar opp mot disse. Definisjonen av heldøgnbemannet omsorgsbolig er at er fast tilknyttet personell hele døgnet. Dersom tjeneyter går regelmessig til beboere i ulike boliger er det ikke å anse som bolig tilknyttet personell. Ut ifra definisjonen er Rudsgat 2-4, der nattevakten oppholder seg i Rudsgateområdet, Snertin og Furuholtet heldøgnbemannede omsorgsboliger.

Snertin bofellesskap var innflytningsklar i 2003, og ble planlagt i nært samarbeid med de pårørende til beboerne. Bofellesskapet består av 6 leiligheter og 3 frittstående hus, samlet på et tun. Alle leiligheter/hus har kjøkken, stue, bad og soverom. Leilighetene i fellesbygget er knyttet sammen med svalegang for 4 av beboerne. På midten er det bygd et kontorområde som også benyttes til fellesareal ved sosiale sammenkomster for beboerne.

I tillegg så er det tre personer som bor i tilknytning til og mottar tjenester fra Rudsgateboligene. Disse inngår i fellesskapet på linje med de andre beboerne. Personalet følger også opp en enkeltbruker, som er hjemmeboende, på dagtilbud. Snertin yter tjenester til tre personer utenfor bofellesskapet, dette i form av boveiledning. I tillegg ytes det tjenester til en beboer kun på natt som har BPA og

egne assistenter på dag og kveld. Beboerne har, i ulik grad, behov for helsehjelp og praktisk bistand/opplæring og alderen på beboere i bofellesskap spenner seg fra 21 til 69 år.

Tjenesten har flere yngre brukere. Disse er i fortsatt utvikling og trenger å lære nye ferdigheter. Utfordringene her er knyttet til hvor lenge man kan forvente utvikling av ferdigheter, når skal vi endre til at målet er å ivareta innlærte ferdigheter. I tillegg så krever det stor grad av nytenkning fra personalet. Tilnæringsmåter i forhold til problemstillinger som seksualitet, hvordan veilede, alkohol, hjelpe og tilrettelegge, sosiale behov, sosiale medier med forståelse av tv og databruk – begrensninger eller ikke.

Midlertidige endringer i vedtak på grunn av endrede behov blir ofte en utfordring i forhold til turnus og organisering da det kan dreie seg om minutter/timer fordelt utover hele døgnet. Innleie av kort karakter i form av få timer er vanskelig å få til. De fleste må ha følge til lege og sykehus, og noen må ha med seg kjent personell ved innleggelse sykehus. Det har vært en økning i antall innleggelse i sykehus de siste årene. Dette gir også utfordringer i forhold til arbeidstid, organisering og økonomi i forhold til ekstra kostnader.

Enheten har per i dag en stor andel brukere som nærmer seg en alder der det er naturlig at somatiske lidelser fremtrer og ser at dette skaper nye utfordringer i tjenesten vår. Boligene har de siste årene hatt økte faglige utfordringer i forhold til somatiske sykdommer som for eksempel demens, kreft, hudlidelser, diabetes type 1 og 2 og ernæringsproblematikk. Fokuset i boligene har til nå vært på miljøarbeidet og ikke nødvendigvis somatikk. Dette stiller store krav til tverrfaglig samarbeid. Enheten har etablert samarbeid og oppfølging fra demenskoordinator og kreftsykepleier i kommunen i enkelte tilfeller, og selv om dette har fungert veldig bra så har det også vært vanskelig og tidkrevende. Arbeidet med å sikre at alle får opplæring og informasjon har krevd mye i form av tid til møter, veiledning, organisering og skriftliggjøring. I tillegg har det gitt utfordringer som nevnt over i forhold til midlertidige endringer i vedtak. Oppfølging av bruker med demens har krevd mye tid til både faglige og etiske diskusjoner/refleksjoner for best mulig å kunne gi gode tjenester, ivareta selvbestemmelse, rettssikkerhet og fravær av bruk av tvang. Det må jobbes mye med å formalisere samarbeidet mellom enheter og fagpersonell i framtida og kompetanse må bygges gjennom tverrfaglighet.

Utfordringene handler også om hvordan det skal bygges opp tjenester for mennesker med utviklingshemming og aldersrelaterte lidelser i årene framover. Skal det legges til rette for at utviklingshemmete skal motta tjenestetyper som den øvrige eldre befolkningen, eller om det er behov for å etablere en egen tjeneste for eldre med funksjonshemninger. For den gruppen som har behov for, og får tjenester i bofellesskap har det etter reformen vært en tydelig uttalt mening at man skal få bo der man bor. For den øvrige eldre del av befolkningen kan alvorlig sykdom innebære en annen boform.

Tilrettelagte tjenester har gjennomført en kartlegging i forhold til bolig og det å flytte i egen bolig. Tjenesten har blant annet flere i avlastningsboligen som er, eller blir gamle nok innen to år til å flytte i egen bolig. Kartleggingen viser at det er behov for å bygge omsorgsleiligheter tilegnet personer med utviklingshemming. Det har blitt gjennomført samtaler med alle vi vet har søkt om, ønsker eller kan ha behov for bolig. Kartleggingen viser at ingen ønsker å bygge selv, et fåtall ønsker å eie og at det å

leie er det flertallet ønsker. De som ønsker å leie, ønsker at det skal være omsorgsleilighet tilknyttet et bofellesskap, der det er flere leiligheter tilknyttet et fellesareal. Flere har i uttalt at det er ønskelig med hus lignende Rudsgata-området. Det er også et stort ønske om at omsorgsleilighetene skal være sentralt beliggende på Dokka.

## AVLASTNING TIL BARN OG UNGE

Formål:

- Avlastningstilbud til familier og enkeltpersoner med særlig tyngende omsorgsoppgaver.

Det å ha barn med funksjonsnedsettelse er ekstra krevende for foreldrene, det medfører ofte at de må motta tjenester fra det offentlige, det kan for mange oppleves som vanskelig. Det er viktig at foreldre er trygge på de tjenester de mottar. Barna som er i avlastning, skal ikke bare være til «oppbevaring», men vi skal sørge for glade, aktive, sosiale barn i positiv utvikling. Familiene til barn med funksjonsnedsettelse gjør en betydelig innsats for sine barn. Endrede familiemønstre stiller større krav til at avlastningstilbudene tilpasses bedre behovene til den enkelte familie.

Åsligata har tidligere vært to eneboliger som ble slått sammen til ett hus, og har de siste årene fungert som avlastningsbolig og barnebolig, etter at barnebolig og avlastningen ble samlokalisert

Boligen har totalt 18 ansatte fordelt på 11,1 årsverk i turnus. Avdelingsleder har ansvaret for boligen i tillegg til Dagsenteret. 7 barn mottar avlastning i Åsligata, mens 1 har privat avlastning. I tillegg kjøpes det en avlastningsplass.

Åsligata er et gammelt bygg, og det er ikke tilrettelagt for denne typen tjenester, og selve huset er ikke tiltenkt til formålet. Det er utarbeidet egen analyse om behov for ny avlastningsbolig som gir grunnlag for å vurdere om det skal bygges nytt bygg til dette formålet.

Det er flere sammensatte og faglig krevende tjenester som ytes i avlastningsboligen per i dag. Det er derfor nødvendig med god faglig kompetanse og god koordinering av tjenester omkring barna. Flere av barna har mer enn 50 % oppholdssted i Åsligata, og medfører økte ressurser som ikke er vanlig i mer «normal» avlastning.

Flere barn begynner å bli voksne og har behov for egen bolig innen to år, dette er et behov som er nøye kartlagt og beskrivelse kommer frem i egen analyse «Behov for omsorgsleiligheter bygget som bofellesskap». Når disse barna flytter inn i egne boliger, vil det bety store endringer for tjenesten. I den sammenheng bør det sees på flere ting, i forhold til avlastning og dens omfang:

- Åpningstider, sommer – helligdager, faste kvelder/helger.
- Beliggenhet. Bygge ny? Skal avlastningsboligen som den er per dags dato satses videre på? Eventuelt hvor skal det bygges ny?

Barna har svært sammensatte behov og det er nødvendig med et godt tverrfaglig arbeid omkring barna, og ved å starte tidlig med gode rammer, vil dette ha god påvirkning for barnet i voksen alder. Dersom tjenestene tidlig fungerer godt, er det enklere å få til gode overganger, for eksempel fra hjem til egen bolig.

Det kan være vanskelig å finne private avlastere for barn med spesielle behov, dette har flere årsaker. Det kreves mer av de som tar på seg oppgaven, dermed er det færre som tilbyr seg å være avlastere. Det blir mer sårbart dersom det ofte må skaffes nye avlastere. Det skal til god kunnskap om barn med utfordrende atferd, og det er viktig at avlastningen blir mer enn «oppbevaring». Å ha et barn med spesielle behov, vil si at du må øve og trene mye sammen med barnet, dette krever god kunnskap og erfaring.

I noen tilfeller er vi avhengig av å kjøpe tjenester. Det er vanskelig å ha et tilbud som passer alle og det er viktig at det finnes et tilbud der barnet har mulighet for utvikling. Det er viktig å se på hva vi kan gjøre innenfor eksisterende rammer, og hva som er godt nok. Godt nok, er et vanskelig begrep og vurderes ulikt. Et godt nok tilbud bør være forenlig med målene og visjonen til Nordre Land kommune, som legger stor vekt på trygghet, verdighet, respekt, valgfrihet og medbestemmelse.

## **BPA – BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTENT**

Formål:

- En alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for mennesker med funksjonsnedsettelse med behov for bistand i dagliglivet.

Med virkning fra 1.1.2015 ga pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 bokstav d enkelte grupper krav på å få tjenestene organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Rettigheten gjelder personer under 67 år som har et langvarig (over 2 år) behov for personlig assistanse og avlastning for barn i minst 32 timer per uke. Uavhengig av om brukere omfattes av rettigheten eller ikke, skal kommunen ha et tilbud om at tjenestene skal kunne organiseres som brukerstyrt personlig assistanse. Kommunens plikt til å tilby ordningen etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8 er med andre ord videreført.

Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse skal bidra til å legge til rette for at personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand skal leve et selvstendig og aktivt liv. Med en slik rett kan brukeren selv kreve å få styre tildelte tjenesteressurser til personlig assistanse og til avlastning for foreldre til barn med store funksjonsnedsettelse. Rettighetsfestingen er en del av regjeringens arbeid med å følge opp intensjonen i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Brukerstyrt personlig assistanse innebærer at brukeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg ansvar for organisering og innhold ut fra egne behov. Brukerstyrt personlig assistanse kan også gis til personer som ikke kan ivareta brukerstyringen selv, der dette fremstår som en god og forsvarlig løsning. Dette innebærer blant annet at personer med utviklingshemming og barn med nedsatt funksjonsevne kan få brukerstyrt personlig assistanse. Brukerstyringen ivaretas da av andre personer på vegne av eller i samarbeid med brukeren.

Kommunen er ansvarlig for å sikre at tjenesten er faglig forsvarlig. Behov for å følge opp og sikre BPA vedtakene som ytes av leverandør. Tilrettelagte tjenester har ansvar for faglig oppfølging av enkeltvedtakene. Man må regne med at flere søker om BPA etter rettighetsfesting. Utfordringene blir å utarbeide rutiner og retningslinjer for å kunne føre kontroll med faglig forsvarlighet.

## DAGTILBUD

### Formål:

- Tilbudet skal bidra til at voksne med funksjonsnedsettelse får et tilrettelagt aktivitetstilbud på dagtid. Det skal bidra til utvikling og økt selvstendighet gjennom arbeidstrening og være tilpasset den enkeltes behov.

Dagtilbud er et av de aller viktigste forebyggende tiltak for utviklingshemmede. Dagsenteret skal være en arbeidsplass hvor den enkelte blir stimulert til faglig og menneskelig vekst. Men like viktig er at dagtilbud skal motvirke sosial isolasjon. Kommunale dagtilbud utgjør, i antall plasser og tidsbruk, det aller viktigste dagtilbudet for personer med psykisk utviklingshemning.

Dagsenteret har per i dag 11 vedtak om dagtilbud og har tre ansatte fordelt på 1,36 årsverk. Enkelte brukere har med seg et personal fra bolig som følger over på dagtilbud, dette er brukere med omfattende behov for bistand. Aktiviteter per i dag er syng, strikkemaskin, strikking, lage tennbriketter, støpe lys, salg av blomster som er sådd frem og fulgt opp fra start til slutt, lage mat i kantinen på Vedsenteret, gå turer, benytte seg av massasjestol eller vannseng til avslapning, sosialt samvær med andre, sangstund, samtaler og sosial trening. Aktivitetene blir lagt opp etter hva den enkelte klarer, og har behov for. Det skal legges vekt på at den enkelte skal kjenne mestring uansett grad av oppgave. Det kan i enkelte tilfeller være vanskelig å finne enkle nok oppgaver, derfor ser en at det er en stadig økning av aktiviteter som samvær med andre, sangstund, samtaler og gå turer.

Det er viktig at det skjer et miljøskifte for den enkelte, og at tilbudet ikke inneholder alt for mange aktiviteter, men bare det å være en annen plass, møte andre mennesker – kan være en like stor mestring og glede i hverdagen som å «produsere» ting. For enkelte er det å komme på Dagsenteret en motivasjon for å stå opp om morgenen..

Personalet på Dagsenteret gjennomfører også mange samtaler der også veiledning blir utført, for eksempel i forhold til matlagning, økonomi, hygiene og stell av hjem. For enkelte er dette et viktig kontaktpunkt, og det utføres oppgaver som er litt på «sia» av tilbudet, men som er viktig og kanskje det viktigste av alt.

Etter at dagsenteret flyttet til Dokka og ble samlokalisert med Vedsenteret, har et av målene vært å øke samarbeid på tvers av tjenestene. Dette er nådd noe ved at enkelte brukere har muligheten til å trekke seg tilbake inne på dagsenteret, når det er behov for en pause fra vedarbeid. Det er enkelte brukere som har kombinert vedtak med dager på begge sentrene.

Tjenesten har et behov for å se nærmere på dagtilbud og dens utforming. Det kan være nødvendig å se på mulighetene for utvidelse eller samarbeid med andre typer grupper som vi vet har behov for å være i aktivitet. Det er behov for å utvikle tilbudet, ved å se på muligheten for flere aktiviteter. Sammen med TDE har det vært snakk om blant annet sløyd aktivitet. Det er viktig å ha aktiviteter som skal skiftes på/rulleres. For flere av brukerne har dagsform mye å si, og derfor bør det legges opp aktiviteter etter det. Det er nyttig å variere på oppgaver, slik at det ikke blir ensformig.



#### 4.3 FAGTEAM

Det er nødvendig at fagteam i enheten opprettholdes. I dag er det ett møte hver 6 uke, der alle miljøterapeutene deltar. Teamet må videreutvikles, slik at det blir en god samarbeidskultur og at deltakere i teamet kan utføre flere ambulante tjenester på tvers av boligene. Det er et mål at fagteamet skal være med på å utvikle felles gode faglige rutiner og prosedyrer. Det er et stort behov for veiledning og opplæring av ansatte, dette er et kontinuerlig arbeid da brukerne forandrer seg og nye og endrede behov oppstår.

Mål:

- Holde hverandre informert og sikre kontinuitet og samarbeid på tvers i tjenesten.
- Løse felles utfordringer.
- Drøfte enkeltsaker.
- Utnytte kompetansen på tvers i tjenesten.
- Drøfte fagspørsmål.
- Samarbeide om aktuelle fagtemaer som skal gjøres kjent for ansatte.
- Delta i utvikling av prosedyrer og rutiner.

Fagteamet med den kompetanse teamet innehar må bli mer et ambulant lignende team som går inn i de ulike boligene ved behov for eksempel veiledning, opplæring, kartlegging av behov for tjenester og som kan benyttes til i et større tverrfaglig samarbeid på tvers av enheter.

#### 4.4 PERSONAL RESSURSER

Andel fagutdannete i tjenestene er høy og ligger på 80 % noe som er veldig bra, utfordringen blir her å holde andelen like høy i årene fremover. Andel høgskoleutdannet er ikke høy 8 % og denne andelen må økes. Boligene har vernepleiere eller andre med 3 årig helse – og sosialfaglig utdanning i hver bolig, disse jobber ordinært i turnus med direkte miljøarbeid. De har ulik andel frigjortid i en turnusperiode på seks uker for å sikre den faglige oppfølging av brukerne. Med hovedansvar for å gi veiledning, for at alle tiltaksplaner er oppdaterte, legemiddelhåndtering, at alle er oppdaterte på endringer, oppfølging og sikring kap. 9 vedtak, ansvar for møter og ansvar for å fange opp og melde endringer i ressursbehov, så har dette vært og er fortsatt en utfordring. Med mange brukere blir ansvarsområde per fagansvarlig i bolig stort. Viktigheten av utøvende fagpersoner i turnus er stor, men like viktig er nok tid til kvalitetssikring av faget, da mesteparten av tiden er knyttet opp til direkte bistand til brukere. Enheten må sikre tilstrekkelig med tid og tilstrekkelig med høgskolekompetanse for å kunne nå sine mål i planperioden. I enkelte boliger i dag er tiden til oppfølging for knapp.

I forhold til avlastningsboligen er det kvelder og helg foreldre trenger avlastning. I enkelte tilfeller har personalet fulgte opp i skole, dette vil si at vi kan få til «normale» stillinger med dag/kveld og helg, Dette er kun gjort i spesielle tilfeller, men samtidig er dette noe som det skulle vært sett mer i forhold til. Dette vil da innebefatte endre andre enheter med dagarbeid og andre arbeidstidsordninger. I boligene er det størst andel arbeid på kveld, da brukerne er på arbeid eller dagtilbud på dagtid og er tilstede i bofellesskapet på kveld og helg.

## DELTIDSPROBLEMATIKK

Tilrettelagte tjenester har mange deltidsstillinger. Det er mange grunner til at de er slik. Hovedgrunnen er at avdelingene er drevet 24/7 365 dager i året. For at de ansatte ikke skal måtte jobbe oftere enn hver 3. helg, blir det mange deltidsstillinger. En avdeling med 15 årsverk trenger ca. 30 ansatte for å få nok personell på alle skift. En annen viktig grunn er at mange ansatte ikke ønsker eller ikke har helse til å stå i fulle stillinger gjennom hele sin arbeidskarriere. I større eller lengre perioder er det mange ansatte som ønsker å jobbe reduserte stillinger fordi det passer best i deres livssituasjon. Andelen deltidsstillinger gjør at en del ansatte har lavere stillingsprosent enn de ønsker. Slik uønsket deltid er et paradoks da enheten samtidig har mangel på kvalifisert arbeidskraft.

En av løsningene på uønsket deltid er at flere jobber annenhver helg. Er det ansatte som frivillig vil jobbe hver annen helg kan de tilbys større stillinger da det er helgene som gjør at avdelingene må ha nær dobbelt så mange ansatte som de har årsverk. Et annet tiltak kan være høyere grunnbemanning i flere avdelinger. Har avdelingen høyere grunnbemanning trenger en i mindre grad innleie, og ved en bedre grunnbemanning kan flere få utvidet stilling. Skulle dette kunne fungere må bemanningen i helgene være den samme som i dag, ellers vil kravet til antall ansatte stige proporsjonalt med hevingen i grunnbemanning, og resultatet bli som i dag. Ved bare å heve grunnbemanning i ukedagene vil enheten kunne tilby flere større stillinger. Enheten mener allikevel at vikarpool er en enda bedre løsning da effekten på uønsket deltid vil bli den samme, men fleksibiliteten til enheten vil bli enda bedre gjennom at flere ansatte vil kunne brukes på flere avdelinger. Det tredje tiltaket er bedre samarbeid på tvers av avdelingene. Ved at flere ansatte kan jobbe på flere avdelinger øker mulighetene til å kunne slå sammen flere små stillinger til en stor. Igjen vil det være helgene som er begrensningen på hvor stor stillingen vil kunne bli. Hvis da ikke den ansatte vil jobbe annenhver helg.



## 5 MÅL OG SATSNINGSOMRÅDER

Tjenestene 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.

Hovedmål for tjenestene i denne planperioden:

- Gode og faglig forsvarlige tjenester.
- Nærvær 92 %.
- Styre innenfor vedtatte rammer.

### 5.1 GODE OG FAGLIG FORSVARLIGE TJENESTER

Mål for enheten:

- Mestringstenkning skal være grunnlag for all tjenesteyting.
  - Øke kunnskapen om profesjonelt miljøarbeid.
- Ingen avvik ved tilsyn.
  - Opprettholde og videreutvikle fagteamet.
  - Opprettholde andel med fagutdanning på 80 %.
  - Øke frigjort tid til fagansvarlig i bolig til en dag per uke.
  - Øke andelen med høgskoleutdanning fra 8 % til 15 %.
  - Øke kunnskap om rettsikkerheten omkring bruk av tvang og makt

De tjenestene som ytes, skal være faglig forsvarlige, tilstrekkelige og individuelt tilpasset. Et fagområde som må styrkes er rettsikkerhet ved vedtak om bruk av tvang og makt. Viktigheten av opplæring og veiledning av personalet som skal utføre vedtak må sikres. Det er et krav om det skal være en med 3 årig høgskole innenfor helse – og sosial som skal utføre veiledning og opplæring. Det er et behov for å utvikle kompetanse i å avverge og håndtere bruk av tvang og makt. Også her er det behov å bygge noen robuste fagmiljø som har god kompetanse på dette området og skape rammer som reduserer bruk av tvang og makt.

- Sikre at foreldre som trenger avlastning, får rett avlastningstilbud for sitt barn.
  - Opprettholde tilbud om avlastning i Åsligata.
  - Utarbeide rutiner for å sikre overgangen fra barn til voksen.
  - Bygge nye/videreutvikle avlastningsbolig.

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i avlastningstjenestene setter foresatte med særlig tyngende omsorgsoppgaver i stand til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter og bidrar til å hindre overbelastning.

Tidlig oppfølging og et godt avlastningstilbud kan også hindre at det blir behov for mer omfattende tjenester senere i livet. Tjenesten må ha en tydeligere profil tilpasset unge som er i ferd med å flytte ut fra foreldrehjemmet, og som har behov for målrettet habilitering med sikte på å mestre å bo i en egen bolig med ambulante tjenester.

- Sikre personer med nedsatt funksjonsevne mulighet til meningsfulle aktiviteter og til å utnytte sine resurser som er tilpasset den enkeltes forutsetninger og behov.
  - Opprettholde dagtilbudet.
  - Utvikle flere alternative oppgaver som er tilpasset den enkelte.
  - Arbeid eller aktivitetstilbud utenfor hjemmet.
  - Gjennomføre en tjenesteanalyse på arbeid og dagtilbud.
- Å bo hjemme så lenge det er faglig forsvarlig – individuelle tjenester.
  - Legge til rette for å kunne bo hjemme så lenge det er et ønske også i livets siste fase.
  - Øke observasjonskompetanse.
  - Øke kompetansen i forhold til terminalpleie.
  - Gjennomføre en analyse om tjenester til eldre personer med utviklingshemming.

Antall eldre øker i tjenesten, og det bør utredes hvordan enheten skal møte denne utfordringen. Det å fange opp fall i funksjonsnivå tidlig blir viktig for at forverring kan forebygges og innleggelse i sykehus kan unngås. Enheten må sørge for at alle våre ansatte har tilstrekkelig observasjonskompetanse for å kunne gjøre korrekte vurderinger og opprette samarbeid med riktig instans til rett tid.

## 5.2 OMSORGBOLIGER

Mål for enheten:

- I planperioden økes antall omsorgsleiligheter tiltenkt brukergruppen med 8 leiligheter.
  - Botilbud tilpasset den enkeltes behov og mestring

Det nødvendig å bygge eller foreta omgjøring av eksisterende kommunale bygg for å møte etterspørsel for omsorgsbolig både med og uten heldøgsbemannning, bygget som bofellesskap eller tilknyttet et bofellesskap. Slik utbygging kan skje både av private, i boligbyggelag, stiftelser eller av kommunen, men det er viktig at kommunen er med og regulerer hvor slik område bør være.

Tilstrekkelig tilgang på boliger i etableringsfasen gir brukeren et normalt livsløp, hindrer kapasitetsproblemer i avlastningstjenester og reduserer behov for midlertidige, og ofte kostbare løsninger.

### 5.3 KOMPETANSE OG REKRUTTERING

Mål for enheten:

- Nordre Land kommune er en attraktiv kommune å jobbe i med høyt faglig fokus.
- Et omdømme som sier at de ansatte i helse – og omsorgstjenestene får utviklingsmuligheter som kommer kommunens innbyggere til gode.
  - Innovative på stillingsutlysninger og bruk av nye plattformer ved rekruttering.

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

- Tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning.
  - Fortsette å tilby interne og regionale kurs.
  - Øke mestring omkring utfordrende atferd.
  - Legge til rette for å ta fagutdanning og etter – og videreutdanning etter Kompetanseplan.

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 kompetanse den enkelte innehar ved for eksempel hospitering internt i enheten og andre enheter.

- Økt bruk av IKT for kompetanseheving

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 bolig 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.

- Sikre gode veiledere til lærlinger, elever og studenter.
- Utrede og opprette en vikarpool for enheten.
- Gerica – videre satsingsområde.
- Innføre mobil pleie i deler av tjenesteytingen.

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. 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 brukerens oppfølging.

#### 5.4 INTERNKONTROLL

Mål for enheten:

- Sikre dokumentasjon på at lover og forskrifter overholdes gjennom systematisk styring
  - Kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.
  - Sikre opplæring i målrettet miljøarbeid.
  - Sikre opplæring og veiledning i kap 9.
- Enheten skal kunne utføre internrevisjon.
  - Utarbeide rutiner og sjekklister i forhold til leverandører av BPA og kjøp av tjenester.
- Utvikle en kultur der avvik meldes for å lære og utvikle tjenesten.
  - Utføre risiko- og sårbarhetsanalyser for å forebygge avvik og uønskede hendelser.

Enheten skal satse på å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og benytte LEAN og verdistrømsanalyser 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 for eksempel resultere i spesifikke kompetansebehov. I planperioden vil det være fokus på internkontroll og utvikling av systemer som sikrer tjenesten og har disse målene for perioden:



## 5.5 SAMHANDLING OG SAMORDNING I HELSE OG OMSORGSTJENESTEN

Mål for enheten:

- Gode individuelle tjenester som oppleves helhetlige.
  - Øke tverrfaglig samarbeid.

Enheten har per i dag en stor andel brukere som nærmer seg en alder der det er naturlig at somatiske lidelser fremtrer og ser at dette skaper nye utfordringer i tjenesten vår. Boligene har de siste årene hatt økte faglige utfordringer i forhold til somatiske sykdommer som for eksempel demens, kreft, hudlidelser, diabetes type 1 og 2 og ernæringsproblematikk. Fokuset i boligene har til nå vært på miljøarbeidet og ikke nødvendigvis somatikk. Dette stiller store krav til tverrfaglig samarbeid. Enheten har etablert samarbeid og oppfølging fra demenskoordinator, kreftsykepleier, psykisk helse, ergo- og fysioterapitjenesten i kommunen i enkelte tilfeller, og selv om dette har fungert veldig bra så har det også vært vanskelig og tidkrevende. Arbeidet med å sikre at alle får opplæring og informasjon har krevd mye i form av tid til møter, veiledning, organisering og skriftliggjøring. I tillegg har det gitt utfordringer som nevnt over i forhold til midlertidige endringer i vedtak. Oppfølging av bruker med demens har krevd mye tid til både faglige og etiske diskusjoner/refleksjoner for best mulig å kunne gi gode tjenester, ivareta selvbestemmelse, rettssikkerhet og fravær av bruk av tvang. Det må jobbes mye med å formalisere samarbeidet mellom enheter og fagpersonell i framtida og kompetanse må bygges gjennom tverrfaglighet.

- Øke forståelsen og kunnskap om bruk av individuell plan og koordinerende rolle.

Samarbeid er nødvendig for å koordinere tjenestene og tilrettelegge for individuelle forløp. Dette handler om kvalitet for enkeltmennesket og forventes å føre til at kommunen kan hjelpe flere, og gi bedre tjenester innenfor samme økonomiske ramme, samt redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Med tanke på rekruttering og kompetanseutfordringene i kommunen ser enheten at tverrfaglig samhandling sammen med kompetanse må vektlegges. Samhandling i helse- og omsorgstjenestene betyr hvordan man mobiliserer og utnytter kommunens samlede kompetanse til det beste for brukeren uavhengig av hvilken enhet tjenesteyter er ansatt i. Dreiningen mot mestring, rehabilitering og forebyggende arbeid krever større faglig bredde og åpner for sterkere innslag av flere faggrupper. 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.

- Delta i et tverrfaglig boveiledersteam.
- Utvikle tverrfaglig kompetanse og ferdigheter i sosial og psykososial habilitering og rehabilitering.

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. Enkelte innen denne gruppen har ikke tilstrekkelig innsikt i egen situasjon og kan motsette seg råd og veiledning. Dette er personer som lett utvikler asosiale trekk, og som er sårbare for påvirkning og utnyttelse fra andre. 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. 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.

## 5.6 INNOVASJON/VELFERDSTEKNOLOGI

Mål for enheten:

- Følge med på utviklingen innen velferdsteknologi<sup>1</sup>.
  - Delta sammen med Omsorg og rehabilitering i utprøving av varslingsystem til hjemmeboende.

Enheden har muligheten til å innhente erfaringer rundt forskjellig velferdsteknologisk utstyr i samarbeid med enheten omsorg og rehabilitering og EveryCare. Enheden ønsker å se på utstyr med fokus på hjemmeboende, dette i samarbeid med både bruker selv og pårørende

- Mobil pleie tas i bruk i deler av tjenesten der det er hensiktsmessig.

I første omgang har enheten et mål om å innføre mobil pleie i boligene. Dette innebærer at man kan sikre dokumentasjonen umiddelbart etter utført tjeneste, samt å innhente nødvendig informasjon på stedet, kontra det å måtte tilbake til base for å få tilgang på Gerica. Enheten tar i bruk tilgjengelig teknologi hvis det fører til økt til aktivitet og mestring for tjenestemottaker og sikrer kvalitet av tjenestene

- Etske refleksjoner rundt bruk av velferdsteknologi.

Det å etablere noe nytt gir ofte både kognitive, moralske og interessemessige utfordringer, i tillegg til at det er økonomisk krevende. For tilrettelagte tjenester er det en utfordring at teknologien kan være inngripende på en måte som reguleres av lovverket. Dette kan være ulike typer alarmer og overvåkningssystemer.

*«Enhver framtidsrettet virksomhet har satt av ressurser og fagpersonell til å drive innovasjon og produktutvikling» (Meld. St. 29. s. 119)*

<sup>1</sup> «Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.» (NOU 2011:11)

Innovasjon er et begrep for forandring og nyskaping med relevans på alle livets og samfunnets områder. Det er flere definisjoner på innovasjon, innovasjon betyr at det skapes noe kvalitativt nytt. Dette nye kan være en vare, da snakker man om produktinnovasjon. Det kan innebære en transformasjon av måten produksjon skjer på, altså en prosessinnovasjon. Ofte henger de ulike innovasjonsformene sammen. For eksempel vil endring av nytt produkt og utvikling av en ny prosess ofte skje samtidig med at en utvikler nye markeder og behov. Innovasjonen skal være noe nytt, nyttig og nyttiggjort.

Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hele tiden lete etter det som kan bli en bedre neste praksis. Det er et begrep for forandring, men bare forandring som skaper merverdi ut fra det virksomheten har som formål. Innovasjon er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenestene, og en systematisk tilnærming for å være med på å skape morgendagens løsninger. Innovasjonsprosesser er alltid forbundet med usikkerhet og forutsetter derfor risikovillighet. Dette er nok en av de største barrierene for den kommunale omsorgssektoren (Meld St. 29).

- Videreføre og utvikle strukturer og kulturer for læring i egen organisasjon. Knytte læring opp til de arbeidsoppgavene en møter i hverdagen.

Dette handler om å drive bedriftsintern utdanning, veiledning og kompetanseutvikling. I samarbeid med enhet Omsorg og rehabilitering er det tre ansatte som går på «Innovasjonsskolen». Her lærer man om begrepet innovasjon og det å jobbe innovasjonsrettet. Under hele skolegangen skal det jobbes med et prosjekt som kommunen skal kunne dra nytte av. Utgangspunktet for prosjektet er opplæring av nyansatte. Prosjektet går da ut på å utarbeide moduler i et E-læringssystem, hvor nyansatte vil kunne gjennomføre deler av opplæringen via data. Man ser for seg et verktøy som kan brukes i hele kommunen, ikke bare i helse og omsorgsenhetene.

## 5.7 LEAN

Mål for enheten:

- Alle boliger er kjent med og benytter LEAN som et verktøy for kontinuerlig forbedringsarbeid.

Fokus på kvalitet fortsetter, og Lean er et sentralt verktøy i dette arbeidet. 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. Gjøre heller mange små forbedringer ofte, enn store endringer sjeldent. I Tilrettelagte tjenester er det allerede kjørt flere prosesser.

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

## 6 NÆRVÆR - KULTURBYGGING

Mål for enheten:

- Nærvær 92 %.
  - Trygg og tydelig ledelse.
  - God og åpen kommunikasjon.
  - Høy trivsel med arbeidsglede og begeistring.

Godt arbeidsmiljø er et viktig resultatmål. Høyt sykefravær koster og noen % opp i sykefravær betyr mange hundre tusener ut, som da må spares inn. I tillegg gir det merarbeid for mange i forhold til merarbeid med å få inn vikarer, mer arbeid med opplæring, større arbeidsbelastning på de som er på jobb og redusert tilbud/oppfølging av brukeren.

- Positiv bedriftskultur

Det synes å være en utbredt oppfatning om at organisasjonskultur har en avgjørende funksjon for hvordan en virksomhet fungerer. Men organisasjonskultur er et komplekst og sammensatt fenomen og ikke noe som kan vedtas. Den setter sitt klare preg på hvordan ting blir gjort i den enkelte organisasjon og atferden til den enkelte ansatt påvirkes av kulturen. Men samtidig påvirker den enkelte ansatt også kulturen og hvordan den utvikler seg.

Nordre Land kommune baserer seg på et verdivalg som skal være grunnlaget for samhandling, kommunikasjon, utvikling og styring i organisasjonen. Verdiene *åpen, offensiv og ansvarlig* skal være normgivende der enheten ønsker å skape helsefremmende arbeidsplasser hvor man kan påvirke egen arbeidssituasjon, gjøre hverandre gode og være bevisste på hvordan man virker på hverandre.

- Samhandling på tvers av fag- og tjenesteområder, slik at brukeren i størst mulig grad opplever kommunen som en helhetlig organisasjon.

Det har ikke vært noen god kultur for samarbeid på tvers av boligene. Dette ser enheten nå i større grad viktigheten av da man trenger å utnytte ressursene på tvers, ut fra erfaring, kompetanse og formell utdanning. Det er behov for riktig kompetanse på rett sted til riktig tid. Enheten erfarer også et økt behov for å søke veiledning og hjelp hos fagpersoner på tvers av enhetene, som demenskoordinator, kreftsykepleier, psykisk helse, ergo- og fysioterapitjenesten. Dette styrker også kompetansen i bolig som kan videreføres innad i enheten ved behov.

- 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 sin kompetanse. 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. «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.» (Meld. St. nr. 25)

## 7 ØKONOMI

Mål for enheten:

- Styre innenfor vedtatte økonomiske rammer.
  - Forankre økonomisk tankegang i hele enheten

Skal enheten nå sine økonomiske mål, er det viktig at tenkning og fokus tilknyttet økonomi er gjennomgående i hele enheten. Økonomi må være noe alle ansatte må noen tanker og oppfatninger om, og ikke bare være et ledelsesansvar. Det er ikke bare slik at det er leder som bruker penger, og dermed bør være opptatt av økonomi, det er de ansatte som gjennom sine hverdagslige valg bruker penger. Enheten har fokus på økonomi og har sammen med Omsorg og rehabilitering gjennomført opplæring av ledere sammen med økonomiavdelingen. Det rapporteres månedlig til enhetsleder.

- Rekruttere og beholde

Det å ansette nye medarbeidere er den største investeringen enheten gjør. I en slik prosess er det viktig å sikre at investeringen er best mulig. Annonsering, intervju og referanseinnhenting er sentrale elementer. Behov og vurderinger av stillingen må resultere i rett person med rett kompetanse på rett plass. Like viktig er det å behandle «investeringen vikar» på samme måte.

- Sikre gode rutiner og utarbeide retningslinjer i forhold til rapportering som vil ha konsekvenser for rammetilskudd og andre tilskudd.

Rammetilskuddet til kommunene, har en vektning av hvor mange personer med utviklingshemming over 16 år som bor i kommunen, vektning av gruppen under 16 år, falt bort fra 2011. Midlene er ikke øremerket. I tillegg skal en toppfinansieringsordning kompensere for kostnader til ressurskrevende tjenester under 67 år.



## 8 HANDLINGSDEL

MÅL	TILTAK	KONSEKVENNS	TID	ANSVARLIG	PRIORITET
<b>Minske deltidsproblematikk, øke forutsigbarhet og øke nærvær</b>	Utrede og opprette vikarpool Politisk sak	Omdisponering innenfor samlet økonomisk ramme. Oppretting av nye faste hjemler	2016	Ledergruppe Rådmann	
<b>Rekruttere og beholde</b>	80 % faglært arbeidskraft Øke andel høgskoleutdannede Innovative utlysninger Kulturbygging Prosjekt Innovasjonsskole Innspill HP/budsjett	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2015 - 2019	Avdelingsledere og HR	
<b>Redusere fare for uønskede hendelser / avvik</b>	ROS – analyser Intern revisjon Prosjekt Internkontroll LEAN	Innenfor gitte økonomiske rammer	2015 - 2019	Ledergruppe	
<b>Effektivisere, sikre drift og utvikling av elektronisk pasientjournal, Gerica</b>	Gerica utvikling Egen opplæringsplan	Innenfor gitte prosjekt/driftsrammer	Gerica delplan 2013-2017	Ledergruppe Systemansvarlig	

MÅL	TILTAK	KONSEKVENNS	TID	ANSVARLIG	PRIORITET
<b>Økt bruk av IKT; Effektivisere drift, sikre kunnskap, informasjon og rekruttering</b>	Trådløst nettverk Innkjøp av utstyr  Politisk sak	Økonomiske	Fases inn 2015 – 2018, avhengig av økonomiske rammer	Ledergruppe, stab og støtte Rådmann	
<b>Forbedre samhandling mellom enhetene og en sømløs tjeneste for brukerne</b>	Opprette boveilederteam på tvers av enhetene LEAN Innspill til HP /budsjett Politisk sak	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2015 - 2019	Flere enheter Rådmann	
<b>Bo hjemme lengst mulig</b>	Økt kompetanse (eldre og utviklingshemming, demens, palliasjon). Sensorstyring for hjemmeboende Innspill HP/budsjett	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2015 - 2019	Ledergruppe Tildelingskontor Rådmann	
<b>Flytte i egen bolig</b>	Bygge omsorgsboliger Veiledning Politisk sak	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2016 - 2018	Ledergruppe TDE Rådmann	



MÅL	TILTAK	KONSEKVENNS	TID	ANSVARLIG	PRIORITET
<b>Nærvær 92 %</b>	LEAN Prosjekt Kulturbygging Prosjekt Innovasjonsskole Kontinuerlig fokus på nærvær	Innenfor gitte økonomiske rammer	2015 - 2019	Ledergruppe, LEAN veiledere, HR og IKT	
<b>Sikre riktig tjenestenivå</b>	Gjennomgang av utvalgte tjenester i samarbeid med Tildelingskontor  LEAN Innspill HP/budsjett	Økonomiske	2015 -2019	Enhetsleder Tildelingskontor Rådmann	
<b>Sikre faglig forsvarlighet</b>	Intern revisjon BPA - kjøp av tjenester.  Innspill HP/budsjett	Økonomiske, brukermessige og personell	2016	Enhetsleder  Rådmann	
<b>Effektivisere drift og kvalitetssikre dokumentasjon</b>	Mobil pleie LEAN	Innenfor gitt økonomiske rammer	2015 - 2017	Ledergruppe, systemansvarlig	

MÅL	TILTAK	KONSEKVENNS	TID	ANSVARLIG	PRIORITET
<b>Økt tverrfaglig samarbeid</b>	Bedre koordinering og samhandling av eksisterende tjenester.  Teamarbeid  Innspill HP/budsjett	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2015 - 2019	Enhetsledere Rådmann	
<b>Opprettholde avlastningsbolig</b>	Vurdere nybygg  Vurdere åpningstid (helger, sommer, helligdager)  Politisk sak	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2015 - 2019	Ledergruppe  TDE  Rådmann	
<b>Opprettholde og videreutvikle dagtilbud</b>	Tjenesteanalyse  Samarbeid med andre dagtilbud  Frivillige  Politisk sak	Personell, samfunns, økonomiske og brukermessige	2015 - 2019	Ledergruppe  Rådmann	



## 9 HENVISNINGER OG NETTSIDER

Lossius-utvalget - NOU 1985:34

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154597-nou1985-34.pdf>

Meld. St 67 1986 -87 Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma.

[https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1986-87&paid=3&wid=d&psid=DIVL812&pgid=d\\_0806](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1986-87&paid=3&wid=d&psid=DIVL812&pgid=d_0806)

Meld. St 47 (1989 -90) Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

[http://www.nfunorge.org/Global/Nyheter%20NFU%20sentral/Dokumenter/st.meld.%2047%20\(89-90\).pdf](http://www.nfunorge.org/Global/Nyheter%20NFU%20sentral/Dokumenter/st.meld.%2047%20(89-90).pdf)

Regjeringen Ot. Prp nr. 44 (2007-2008)

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/otprp-nr-44-2007-2008-/id505404/>

Meld. St 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

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

Meld. St 45 (2012-2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming. (2012-2013)

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>

Meld 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

Meld. St 26 (2012-2013) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.

<https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/omsorgsplan-2015-og-2020/id737786/>

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\\_1\\_20312.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Rapporter/Velferdsteknologi_i_boliger_Rapport_revidert_1_20312.pdf)

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)

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

Helsedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/>

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

Fylkesmannen <http://www.fylkesmannen.no/Oppland/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Helsetjenester/Helse--og-omsorgstjenesteloven-kap-9/>

Lovverk og forskrifter. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

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

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

Kommuneplan, samfunnsdel 2012 – 2020

Kommunens Planstrategi 2012 – 2016

Kommunedelplan ” Omsorg, Helse og Rehabilitering 2010-2013

Fagrappport, kompetanse – Prosjekt Samhandlingsreformen (2013)

Strategisk kompetanseplan i Gjøvikregionen (2013)

Omsorg og rehabilitering, Utviklingsplan 2015 – 2019 (2015)