

Helse- og omsorgsplaner **2018-2021**



INNHOOLD

INNLEDNING.....	3
OVERORDNEDE DELMÅL OG VEIVALG.....	4
DELP.LAN.FOR.KOMMUNALT.PSYKISK.HELSEARBEID.....	6
DELP.LAN.FOR.BOLIGSOSIALT.ARBEID.....	10
DELP.LAN.FOR.HABILITERING. OG. REHABILITERING.....	14
DEMENSPLAN.....	18
STRATEGI.FOR.VELFERDSTEKNOLOGI.....	22



INNLEDNING

Helse- og omsorgsplanen «Vi setter kurs – Kvalitet i Færder kommunes helse- og omsorgstjeneste» med tilhørende delplaner bygger videre på samfunnsmålet for helse fra kommuneplanens samfunnsdel. Samfunnsmålet er «innbyggerne i Færder kommune opplever kvalitet på kommunens helsetjenester og har en helse som bidrar til mestring og livskvalitet.»

Helse- og omsorgsplanen omhandler de utfordringer sektoren møter i årene fremover og angir satsingsområder, strategier og tiltak for å møte disse utfordringene. «Hva er viktig for deg?» er førende for brukerinvolvering og tjenesteutvikling.

Helse- og omsorgsplanen med delplaner for Færder kommune skal rulleres hvert fjerde år. Tiltakene konkretiseres i årlig handlingsplan.

Utfordringer

Innbyggernes helse utvikles og ivaretas i kommunen. Det er i kommunen bærekraften i fremtidens helsetjenester skapes.

Kommuneplanens samfunnsdel beskriver en raskt økende andel eldre i befolkningen. Framskrivning av tjenestebehov viser en vekst i tjenestebehovene på 90 % i løpet av de neste 20 årene, gitt dagens tjenestetilbud. Omfanget av tjenester til yngre innbyggere er også økende.

Gjennomgang av tallmateriale og framskrivninger peker på utvalgte utfordringer av avgjørende betydning for bærekraft og kvalitet i kommunes helse- og omsorgstjenester:

- Økt etterspørsel etter tjenester som konsekvens av den demografiske utviklingen
- Flere får demenssykdom som følge av økt levealder og -tid
- Flere vil leve med kroniske sykdommer og gi utfordringer for kapasitet og kompetanse
- Flere unge har utfordringer knyttet til rus og psykisk helse
- Knapphet på kvalifisert arbeidskraft gir utfordring med rekruttering av helsepersonell
- Forventninger hos brukere og pasienter gir utfordringer i forhold til faktisk tilbud

Tjenesteprofilen i kommunen dreies i retning av mer forebyggende og rehabiliterende aktiviteter. Dette støtter opp om innbyggernes ønske om å bo og mestre hverdagslivet sitt på egen hånd så lenge som mulig.

Om sektoren

Helse- og omsorgstjenester består av forebygging, pleie, omsorg, behandling og rehabilitering. Tjenestene gis uavhengig av alder. Fastlegene har en sentral rolle i innbyggerens helsetjeneste.

Forebygging: Tiltak som blir gjennomført for å redusere risikoen for sykdom og skade, eller for å øke muligheten for god helse i hele eller deler av befolkningen.

Pleie, omsorg og behandling: Tiltak som blir gjennomført for å ivareta hele mennesket og helbrede fysisk og/eller psykisk sykdom og skade.

Rehabilitering: Tiltak som blir gjennomført for å gjenvinne fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt på grunn av sykdom eller skade. Målet er å gjøre den enkelte bruker i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine forutsetninger og ønsker.

Pleie, omsorg, behandling og lindring til uhelbredelig syke og døende: Tiltak for å gi best mulig symptomlindring og livskvalitet for pasient og pårørende i livets siste fase.

Overordnede delmål og veivalg

Færder kommune bygger bærekraft i helsetjenesten gjennom å støtte innbyggerne i deres ønske om å bo og leve aktive og selvstendige liv i egne hjem. Tjenestene utvikles i tett samspill med brukere, pårørende og frivillige. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» Bruk av teknologi bidrar til økt trygghet, selvstendighet og livskvalitet for kommunens innbyggere.

Kommuneplanens samfunnsdel støtter opp om denne tenkingen. Gode bomiljøer med boliger tilpasset innbyggernes livssituasjon og tilrettelegging for fysisk aktivitet, et mangfoldig kulturliv og helsefremmende tiltak er betydningsfulle delmål og veivalg.

Delmål	Veivalg
Færder kommunes helse- og omsorgstjenester satser på forebyggende tiltak <i>Tiltak som blir gjennomført for å redusere risikoen for sykdom og skade, eller for å øke muligheten for god helse i hele eller deler av befolkningen.</i>	• Satse på tiltak som fremmer livsmestring gjennom god fysisk og psykisk helse • Planlegging for et aldersvennlig samfunn passer alle • Tilrettelegge aktiviteter som fremmer mestring • Støtte utvikling av sosiale arenaer som fremmer involvering og reduserer ensomhet • Samarbeide med frivillige og utvikle nye modeller for frivillig innsats • Lavterskeltilbud for personer med lette til moderate psykiske vansker • Tverretattlig innsatsteam for risikoutsatte unge • Satse på frisklivsentral og lærings- og mestringstiltak • Lavterskeltilbud for råd og veiledning • Tilrettelegge for at innbyggere kan bo lengst mulig hjemme • Satse på sikkerhet i hjemmet • Videreutvikle bruk av velferdsteknologi • Drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid • «Det gode måltid» bidrar til helse og livskvalitet • Forebygge fall ved målrettet trening og informasjon • Engasjere og involvere pårørende • Fokuserer på hva som er viktig for familier med store sykdomsutfordringer • Forebygge vold • Forebygge bruk av unødvendig tvang
Færder kommunes helse- og omsorgstjenester tilbyr pleie, omsorg og behandling. <i>Tiltak som blir gjennomført for å helbrede fysisk eller psykisk sykdom og skade.</i>	• Vektlegge personsentrert omsorg med utgangspunkt: «Hva er viktig for deg?» • Legger til rette for pleie, omsorg og behandling i hjemmet • Styrke kompetanse og kapasitet i tjenestene til hjemmeboende • Videreutvikler tilbudet om korttidsbehandling • Styrke samarbeidet med fastlegene • Styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og etablere samarbeid om ambuleringstjenester fra spesialisthelsetjenesten • Bruke behandlingsteknologi • Styrke samarbeidet med pårørende • Styrke samarbeidet med frivillige • Etablere flere bemannede omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns omsorg • Etablere løsning for digitalt tilsyn hos hjemmeboende • Etablere heldøgns botilbud for personer med omfattende omsorgsbehov (rus, psykiatri, kognitiv svikt, somatisk sykdom)
Færder kommunes helse- og omsorgstjenester gir rehabiliterende tjenester. <i>Tiltak som blir gjennomført for å gjenvinne fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt på grunn av sykdom eller skade. Målet er å gjøre den enkelte bruker i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine forutsetninger og ønsker.</i>	• «Hva er viktig for deg?» er utgangspunkt for rehabilitering • Tidlig og riktig innsats som hovedstrategi • Satse på mestring og mulighet til å leve ut det potensialet hver og en har • Ta i bruk ordinære aktivitets- og idrettstilbud • Hjemmerehabilitering vurderes som mulighet før institusjonsbasert rehabilitering iverksettes • Etablere «skjermbasert» trening/fysioterapi på avstand • Utvide arbeids- og aktivitetstilbudet til hjemmeboende • Utvide tilbudet med dagrehabilitering • Utvide ordningen med fysio- og ergoterapitjenester i hjemmet • Utvikle eldresenter i samarbeid med frivillige • Utvikle aktiviteter i samarbeid med frivillige organisasjoner • Styrke koordinerende enhet (KE) sin rolle og funksjon i rehabiliteringsarbeidet • Individuelle og gruppebaserte tilbud
Færder kommunes helse- og omsorgstjenester tilbyr god og verdig pleie, omsorg og behandling til alvorlig syke og døende. <i>Pleie og omsorg og palliativ behandling for å gi best mulig symptomlindring og livskvalitet for pasienten og de pårørende.</i>	• Vektlegge personsentrert omsorg. Pasientens ønsker og mål skal være styrende, og «hva er viktig for deg?» er det utløsende spørsmålet • Videreutvikle ordningen med kreftsykepleier til i hjemmeboende • Legger til rette for en verdig avslutning på livet, i eget hjem, for dem som ønsker det • Legge til rette for pleie, omsorg og palliativ behandling i institusjon • Ivaretar pårørende • Aktivt bidra i forskning på demens og demensomsorg.

SAMARBEID

Respekt for innbyggerens behov er utgangspunktet for all samhandling. Samarbeid mellom ulike involverte instanser fungerer likeverdig. Tjenestene gis helhetlig og koordinert. Ansvars- og oppgavedelingen er klar. Sikre og gode kommunikasjons- og samhandlingsverktøy er etablert. God samhandling mellom fastleger, ulike kommunale instanser, spesialisthelsetjenesten og andre involverte gir gode og effektive tjenester.

INNOVASJON

Kommune arbeider aktivt med tjenstedesign, nye arbeidsmåter og velferdsteknologi for å bidra til økt trygghet, selvstendighet og livskvalitet for kommunens innbyggere, støtte pårørendes omsorgsarbeid og bedre utnyttelsen av kommunens ressurser.

KVALITET

Færder kommune arbeider kontinuerlig med å forbedre kvaliteten på tjenestene gjennom forbedringsarbeid og økt kompetanse.

Kommunens helsetjenester skal være kunnskapsbasert.

MESTRING

Færder kommune legger til rette for at innbyggere kan mestre hverdagslivet lengst mulig.

Delplan for kommunalt psykisk helsearbeid **2018-2021**

Mestre hele livet



INNLEDNING

Kommunalt psykisk helse og rusarbeid har fokus på at mennesket i størst mulig grad skal kunne mestre sitt eget liv og oppleve verdighet. Tjenestetilbudet skal bidra til å skape gode livsvilkår for mennesker som er i behov av hjelp ved å formidle tro på bedring, mulighet til å ta egne valg og å påvirke eget liv.

Psykisk helsearbeid i kommunen er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Det sentrale i det psykiske helsearbeidet er å skape gode relasjoner til dem som skal motta tjenestene. En god relasjon er en forutsetning for å hjelpe mennesker med psykiske helseutfordringer til å se nye muligheter i livet sitt, slik at de kan få til endringer. Det kreves kompetanse og kontinuitet for å skape gode og virksomme relasjoner. Et tilpasset boligtilbud kan bidra til å stabilisere livene til personer i sårbare situasjoner.

Tjenestene kan deles inn i tre hovedforløp:

1. Milde og kortvarige problemer. Disse vil stort sett håndteres av kommunale tjenester, i stor grad av fastlegene og pasienten på egen hånd.
2. Kortvarige alvorlige problemer/ lidelser og langvarige mildere problemer/ lidelser. Fastlegene vil ha et hovedansvar, men her kan det være behov for en kortvarig innsats fra spesialisthelsetjenesten, og oppfølging på kommunalt nivå.
3. Alvorlige og langvarige problemer/ lidelser. Her vil det foregå et langvarig og forpliktende samarbeid mellom kommunene og spesialisttjeneste.

Fastlegene har et særskilt ansvar for grupper som har vansker med selv å formidle sine behov for helsehjelp. Dette gjelder særlig pasienter med alvorlige psykiske lidelser, pasienter med rusproblemer og mennesker med utviklingshemming. Fastlegen utgjør ofte det første møtet med helsetjenesten og er en sentral samarbeidspartner i pasientforløpet. Fastlegene er viktige samarbeidspartnere for medarbeiderne i de kommunale tjenestene og brukere av tjenesten for psykisk helse og rus.

Tjeneste for psykisk helse og rus har som hovedoppdrag å bidra til å bedre levekår for personer som har psykiske vansker / lidelse og, eller rusproblem samt forebygge og redusere problemutviklingen og fremme mestring av eget liv. Boligsosialt arbeid er for noen av pasientene en viktig brikke i det tverrfaglige samarbeidet.

Utfordringsbilde

I forbindelse med planarbeidet er det hentet kunnskap fra nasjonale utredninger og føringer, Brukerplan og brukerundersøkelse. Det blir pekt på følgende hovedutfordringer:

Mellom 30 og 50 prosent av befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Det betyr at fokuset på tidlig innsats og forebygging ved tegn til psykiske vansker må økes.

- De viktigste arenaene for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser er utenfor helsetjenestene. Det må derfor satses på universell forebygging gjennom styrking av psykisk helse hos alle.
- Lav sosioøkonomisk status påvirker helse og helseatferd i negativ retning ved for eksempel i mindre grad å oppsøke hjelp ved tegn på psykisk sykdom. Det må derfor satses på informasjon og økt tilgjengelighet til tjenester for risikoutsatte grupper.
- Gjennom et nært samarbeid med frivillig sektor vil flere få tilgang på en arena som kan gi sosial tilhørighet, aktivitet og mening. En sterkere frivillig sektor som kan fremme psykisk helse og forebygge psykisk sykdom er et viktig supplement til det offentlige tjenestetilbudet.
- Økt oppmerksomhet rundt vold i nære relasjoner vil

kunne bidra til å styrke det forebyggende arbeidet i kommunen, slik at flere voldsutsatte og voldsutøvere får nødvendig hjelp, og at flere situasjoner der mennesker utsettes for vold blir avdekket og avverget.

- Barn som lever sammen med en foresatt som har en psykisk lidelse eller et rusmiddelproblem, er risikoutsatt, og trenger særskilt oppmerksomhet.
- Med en økende mengde oppgaver som tilfaller tjenesten rus og psykisk helse stilles det større krav til kvalitet og kompetanse.
- Rusmiddelmisbruk/avhengighet- og samtidig psykisk lidelse (dobbeltdiagnose) er kjennetegnet av sameksistens mellom to ulike medisinske diagnoser. Disse kan gjensidig være årsak til hverandre, men også oppstå som en kombinasjon. Personer med ROP-lidelse har en kombinasjon av vansker som gjør dem sårbare på annet vis enn personer som «kun» er rusavhengige eller har en psykisk lidelse uten å være rusavhengig. Til tross for at dette gjelder få personer, bruker tjenesten betydelige ressurser på oppfølging og koordinering.

Delmål og veivalg for kommunalt psykisk helsearbeid

Kommuneplanens samfunns mål 4:

Innbyggerne i Færder kommune opplever kvalitet på kommunens helsetjenester og har en helse som bidrar til mestring og livskvalitet.

Kommuneplanens samfunnsdel omtaler psykisk helse både innenfor et folkehelse- og et forebyggende perspektiv. Folkehelseplanen og rusmiddelpolitisk handlingsplan tematiserer også psykisk helse og ulike tiltak.

Delmål	Veivalg
Universell forebygging - styrking av psykisk helse hos alle Færder kommune forebygger psykisk sykdom, legger til rette for trivsel og bidrar til å beskytte befolkningen mot faktorer som har negativ innvirkning på helsen.	- Satse på tiltak i barnehager, skoler, lokalsamfunnet og arbeidslivet - Dreie fokuset fra behandling av psykisk sykdom til styrking av psykisk helse - Ta i bruk nettbaserte løsninger som et fullverdig lavterskeltilbud
Økt fokus på forebygging ved tegn til psykiske vansker Færder kommune vektlegger å komme tidlig inn med tiltak der det er behov.	- Tidlig innsats for å bidra til mestring og redusere langsiktige ressursbehov - Samarbeidet med NAV, arbeidsgivere og andre aktuelle parter forsterkes for at brukere skal kunne være i arbeid. For mange virker arbeid forebyggende mot psykiske plager, og gir en opplevelse av tilhørighet
Styrket brukermedvirkning Færder kommune har gode systemer for brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå.	- Forebygging, kartlegging og behandling tar utgangspunkt i brukerens kunnskap, ønsker og behov - Alle mål og tiltak drøftes og avgjøres i et nært samarbeid med brukeren - Verktøy for å sette brukerne, og deres opplevelse av hva som er virksom hjelp, i sentrum implementeres i tjenesten (FIT; Feedback informert tjeneste)
Legge til rette for en sterkere frivillig sektor som kan fremme og forebygge Frivillig sektor er en sentral samarbeidspart for Færder kommune.	- Samarbeid med frivillig sektor om aktiviteter og rekruttering gir flere tilgang på en arena for sosial tilhørighet, aktivitet og mening - Drift av sosiale kafeer og selvhjelpsgrupper i samarbeid med frivillige organisasjoner vil supplere det offentlige tilbudet
Økt tilgjengelighet for risikoutsatte gir en sosialt rettferdig tjeneste Sosioøkonomisk status er en faktor som i stor grad påvirker helse og helseatferd. Jo lavere sosioøkonomisk status, dess vanskeligere er det å oppsøke hjelp ved tegn på psykisk sykdom.	- Personer i risikoutsatte grupper søkes aktivt opp gjennom pågående og ambulant virksomhet i oppvekstsektoren og på andre arenaer - Fastleger og andre som møter risikoutsatte personer er bevisst sitt ansvar for å fange opp de som ikke selv oppsøker hjelp. Samarbeid og undervisning til dem det gjelder - Tiltak for arbeid med risikoutsatte unge videreføres og styrkes gjennom etablering av tverrfaglige team
Barn som pårørende Barn som lever sammen med en foretatt som har en psykisk lidelse eller et rusmiddelproblem er risikoutsatt.	- Det opprettes barneansvarlig i tjenesten som har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige - Det utarbeides rutine i samarbeide med «Familiens Hus»
Vold i nære relasjoner Oppmerksomhet rundt vold i nære relasjoner bidrar til at flere situasjoner der mennesker utsettes for vold blir avdekket og avverget.	- Spørsmål om bruker er / har vært utsatt for vold eller utsatt andre for vold stilles systematisk i kartleggingssamtale - Voldsutsatte og voldsutøveren får nødvendig hjelp - Interkommunalt krisesentertilbud til sårbare grupper som rusmisbrukere og alvorlig psykisk syke er under utarbeidelse
Øyeblikkelig hjelp døgn (ØHD) Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er en del av kommunens sørge- for-ansvar.	- ØHD-tilbudet for Færder kommune etableres ved interkommunal legevakt lokalisert i Tønsberg - ØHD-tilbudet benyttes for å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering
Kompetanse og kvalitetsforbedring Med økende mengde oppgaver som tilfaller tjenesten stilles det større krav til kvalitet og kompetanse.	- Involvering av ulike kunnskapsmiljøer gir økt kompetanse - Økt brukerinvolvering, koordinering og samordning av oppfølgingsarbeidet skal bidra til å styrke kvalitet og kompetanse
Ansvar og tydelighet i møtet med alvorlige og langvarige problemer	- Bruk av individuell plan, ansvarsgruppe og oppfølgingsplan økes for å sikre ansvarliggjøring og involvering fra involverte instanser - Igangsettes et forpliktende og tettere samarbeid med Vestfold DPS og ROP-Vestfold for å oppnå bedre kvalitet og kompetanse i arbeidet med ROP pasienter - Utvikle og etablere omsorgsboliger med tilknytning til heldøgnsbemanning for eldre ROP-brukere med omfattende hjelpebehov i Færder kommune



SAMARBEID

Tett og godt samarbeid med alle involverte instanser bidrar til trygge og effektive forløp for brukerne.

INNOVASJON

Med stadig flere henvendelser fra mennesker med lette til moderate psykiske helseplager, er det effektivt og ansvarlig å tilby nettbasert tjenester som eneste eller første tjeneste.

KVALITET

Implementering av FIT (feedback imported treatment) bidrar til kvalitet og brukermedvirkning og danner utgangspunkt for videreutvikling av tjenestene.

MESTRING

Ved å gi den nødvendige støtten som trengs ved lettere og moderate plager, vil innbyggerne raskere mestre et arbeidsforhold og andre viktige roller i hverdagen.

A photograph of a stone structure, possibly a well or a small tower, built from stacked stones. A long, curved wooden pole extends from the top of the structure, and a wire basket hangs from its end. The background is a clear blue sky with some light clouds near the horizon. The foreground shows a rocky, uneven ground.

Delplan for bolig- sosialt arbeid **2018-2021**

Innbyggerne har et godt sted å bo og mestrer et selvstendig liv

INNLEDNING

Boligen er fundamentet i innbyggernes tilværelse og en forutsetning for velferden i samfunnet. Boligmarkedet fungerer godt for mange, men ikke for alle. Mange forhold må på plass for å kunne bo trygt og godt og mestre et selvstendig liv. Dette krever tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenester og sektorer.

Boligsosial handlingsplan er en del av kommunens boligpolitikk og omfatter veivalg rettet mot grupper som har vanskeligheter med å ivareta sine interesser på boligmarkedet.

Planen er integrert i kommunens boligplan og bygger på regjeringens strategier og kommunens behov.

Utfordringsbilde

Kommunens befolkning blir eldre og kommunens behov for å levere effektive og målrettede tjenester øker. Mestring og selvstendighet er kommunens overordnede mål. Trygge og gode boliger med tilgjengelig infrastruktur og nærmiljø er avgjørende.

Vanskeligstilte på boligmarkedet er personer og familier som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde et tilfredsstillende boforhold på egen hånd. De står enten uten egen bolig eller står i fare for å miste boligen sin.

Kommunens forpliktelser til å levere mer komplekse tjenester til flere innbyggere er ressurskrevende. Hensiktsmessige og sentraliserte boliger med god infrastruktur, utbygde velferdsteknologiske løsninger og muligheter for aktivitet og sosialt liv bidrar til økt selvstendighet og mindre behov for kommunale tjenester.

Kommunens behov for å eie boliger avstemmes ift tilbudet i det private markedet.

Delmål og veivalg for boligsosialt arbeid

Overordnet mål: Innbyggerne har et godt sted å bo og mestrer et selvstendig liv.

Styrende prinsipper for boligsosialt arbeid:

Alle disponerer en egnet bolig tilpasset økonomiske, fysiske, helsemessige og sosiale forutsetninger. Målet er størst mulig grad av mestring og selvstendighet. Færder kommune skal disponere et tilstrekkelig antall boliger til at de av innbyggerne som av ulike årsaker har utfordringer med å skaffe seg og opprettholde bolig på det ordinære boligmarked har et godt sted å bo. Færder kommune skal legge forholdende til rett for at personer som ikke klarer seg selv i egen bolig tilbys tilstrekkelig hjelp til å mestre dagliglivet. Potensialet den enkelte har for å styrke boevnen er en ressurs som mobiliseres slik at personen kan bli boende i egen bolig.

Boligsosialt arbeid handler både om å skaffe boliger til vanskeligstilte og styrke den enkeltes mulighet til å mestre boforholdet.

Boligens utforming, beliggenhet og eventuelt tilgang til bemanning, vil kunne gjøre boligen til en del av tjenestetilbudet og være avgjørende for hvor godt en person kan klare seg i egen bolig. Kommunen må disponere et variert utvalg av boliger for å oppnå målet. Det kommunale tjenestetilbudet utformes på en slik måte at det virker støttende for både tjenestemottaker og pårørende.

Delmål	Veivalg
Innbyggerne disponerer en egnet bolig tilpasset økonomiske, fysiske, helsemessige og sosiale forutsetninger.	• Planlegge boligutvikling som ivaretar vanskeligstiltes behov i kommunens arealplan • Rette en særlig innsats mot barnefamilier og unge • Samarbeid med boligsøkere og boligutviklere/-utleiery om fremskaffelse av bolig • Målrette bruk av startlån og tilskudd til etablering for bosetting av vanskeligstilte i egen eid bolig • Utvikle gode bomiljø som stimulerer til aktivitet • Informere om tilretteleggingsmuligheter • Utarbeide rutiner og evaluering av målrettet bruk av husbankens tilskudd til utbedring og tilpassing av boliger • Utvikle boliger tilrettelagt for personer med spesielle behov • Husleiesatser for kommunale boliger gjennomgås og reguleres etter en helhetlig vurdering i Færder kommune • Innføre frivillig ordning med fasttrekk av arbeidsavklaringspenger og uførepensjon med formål om å forebygge bostedsløshet grunnet manglende innbetaling av husleie
Færder kommune skal legge forholdene til rett for at personer som ikke klarer seg selv i egen bolig tilbys tilstrekkelig hjelp til å mestre dagliglivet slik at man kan bli boende i egen bolig.	• Videreutvikle rutiner som sikrer plan for bosetting av personer som returnerer til kommunen etter behandlings- eller rehabiliteringsopphold i rusinstitusjon, soning eller annet institusjonsopphold • Etablere tjenester for personer med behov for bolig tilknyttet heldøgns bemanning og som ønsker å bo i egen bolig • Utarbeide plan for behov for boliger tilknyttet heldøgns bemanning til personer med sammensatte lidelser og stort hjelpebehov • Utvikle metoder og tiltak som bidrar til gode bomiljø i boligområder med kommunale boliger med formål om å hindre bostedsløshet grunnet uønsket atferd og uro • Avklare arealbehov for tjenesteyting • «Hva er viktig for deg?» implementeres
Den offentlige innsatsen skal være helhetlig, koordinert og effektiv	• Utvikle rutiner for tildeling og oppfølging som sikrer helhetlig og koordinert innsats • Koordinere en helhetlig og forutsigbar tjenesteyting • Råd og veiledningstjeneste, bistand til å skaffe egnet bolig, økonomiske støtteordninger og oppfølging av andre relevante kommunale tjenester sees i sammenheng. Koordinator kan oppnevnes ved behov



SAMARBEID

Brukermedvirkning, og tverrfaglighet preger det boligsosiale samarbeidet.

INNOVASJON

Velferdsteknologi og smarte boliger bidrar til mestring og selvstendighet.

KVALITET

Kvalitet og forbedringsarbeid i boligsosialt arbeid utvikles ved systematisk kompetanseutvikling, og bruk av kvalitetsindikatorer.

MESTRING

Boligsosialt arbeid legger til rette for at vanskeligstilte på boligmarkedet skal bo trygt i egen bolig med størst mulig grad av selvstendighet og mestring.

Delplan habilitering og rehabilitering

2018-2021

Hverdagsliv. Best mulig – lengst mulig!
Habilitering- og rehabilitering i Færder kommune



INNLEDNING

Plan for habilitering og rehabilitering er en delplan til Færder kommunes helse- og omsorgsplan 2018 – 2021. Rehabilitering er ett utvalgt område i helse og omsorgsplanen, og flere veivalg omhandler rehabilitering. Her nevnes de som anses som overordnede.

- «Hva er viktig for deg?» er utgangspunkt for rehabilitering
- Tidlig og riktig innsats er hovedstrategi
- Satse på mestring og mulighet til å leve ut det potensialet hver og en har

Planen rulleres hvert fjerde år. Det utarbeides en årlig handlingsplan som konkretiserer tiltakene. Prioriteringer og finansiering av tiltak fremkommer i budsjett og økonomiplan.

Habilitering og rehabilitering

I planen legges denne forståelsen av habilitering og rehabilitering til grunn:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteytere på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene. Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Habilitering og rehabilitering har samme definisjon, men retter seg mot ulike grupper. I denne planen benyttes betegnelsen rehabilitering, med mindre det ikke er behov for å skille spesifikt mellom begrepene. Habiliteringstjenester gis til personer med funksjonsnedsettelse som er medfødt eller som de har fått før fylte 18 år. Rehabiliteringstjenester gis til personer som har funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom eller skade som de har fått senere i livet.

Kommunen har et overordnet ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for kommunens innbyggere, deriblant sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet, KE, skal være et synlig kontaktpunkt hvor brukere, ansatte og samarbeidspartnere kan få råd om tjenester og tilbud innen re-/habilitering, og veiledning om individuell plan og koordinator. Individuell plan og koordinator er sentrale verktøy for å sikre medvirkning fra den enkelte bruker. Kommunens ansvar innebærer også formidling av hjelpemidler og tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Personer med nedsatt funksjonsevne har rett til individuell tilrettelegging av kommunale

tjenestetilbud. Barn med nedsatt funksjonsevne har rett til individuell tilrettelegging av kommunalt barnehage- og skoletilbud.

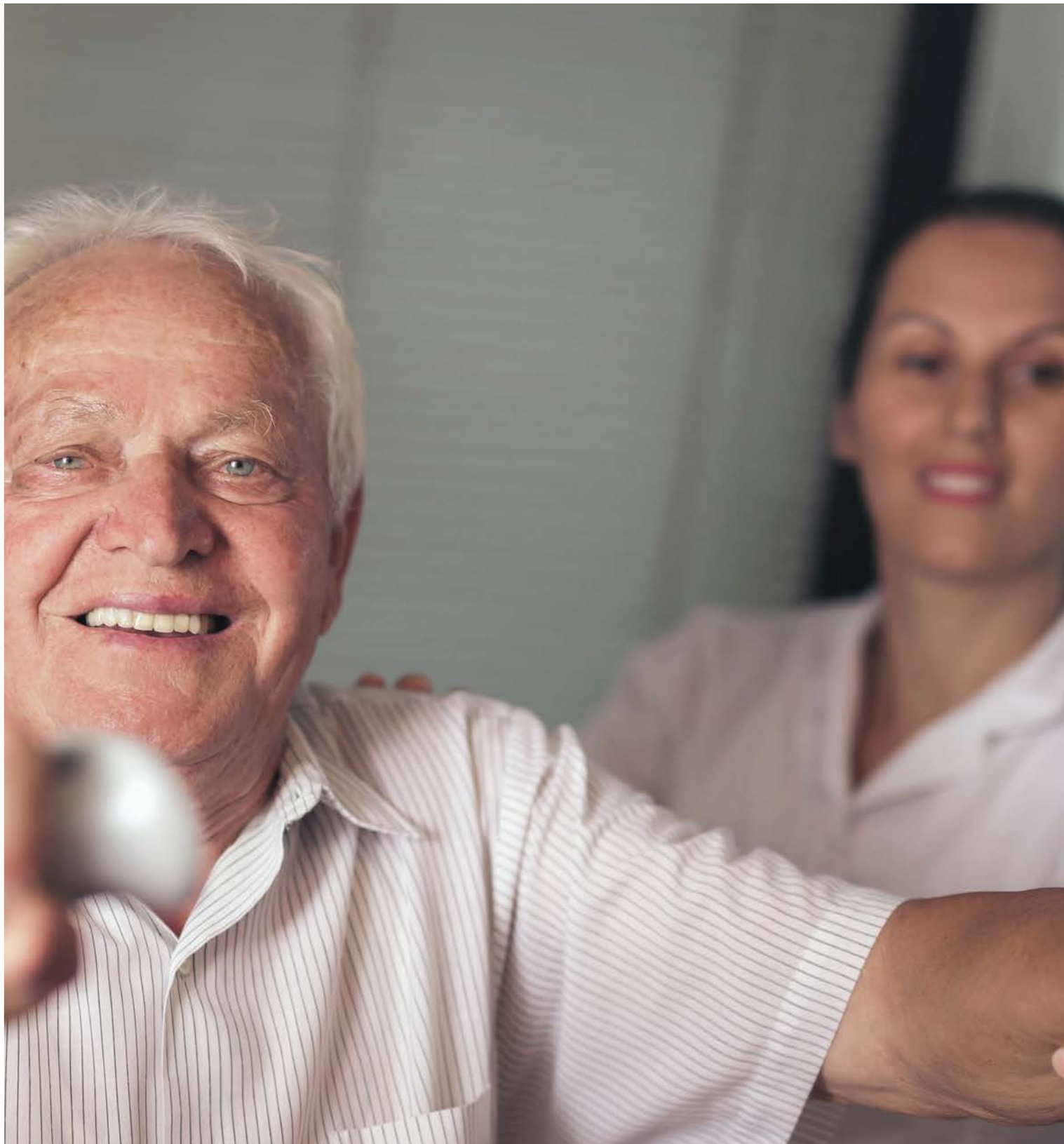
Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 har som mål å styrke brukermedvirkning og kvalitet i tilbudet. Disse målsettingene ligger til grunn for Færder kommunes delplan for rehabilitering.

Utfordringsbilde

I forbindelse med arbeidet med planen har det vært gjennomført møter og innhentet opplysninger fra berørte tjenester og virksomheter. Det er pekt på følgende hovedutfordringer:

- Tjenestetilbudet må i større grad dreies mot forebygging og tidlig innsats
- Det er behov for bedre samhandling og koordinering i pasientens overganger mellom tjenester, virksomheter og sektorer. Overgangene er sårbare
- Pasienten trenger å trygges på at det er forsvarlig å komme hjem for rehabilitering og at riktig hjelp kan gis i hjemmet
- Det er behov for videreutvikling av koordinerende enhet. Dagens organisering gir ikke et optimalt tilbud. Det er derfor nødvendig å se på alternative modeller
- Det er utfordrende å rekruttere koordinatorene med rett kompetanse
- Koordinatorrollen klargjøres
- Plassene ved rehabiliteringsavdelingen ved Smidsrød helsehus og rehabilitering må prioriteres til rehabiliteringspasienter

Delmål	Veivalg
Brukermedvirkning Færder kommune har gode systemer for brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå	• «Hva er viktig for deg?» og motiverende intervju som metode legges til grunn i kommunens rehabiliteringsarbeid • Brukerorganisasjonens ulike tilbud og kompetanse inkluderes i kommunens rehabiliteringsarbeid • Samarbeid med ungdom med rehabiliteringserfaring sikrer brukermedvirkning med hab/rehabiliteringstilbudet til barn og unge
Samhandling og samarbeid Færder kommune vektlegger samarbeidet med pasient og pårørende. Samhandlingen rundt pasienten involverer privatpraktiserende fysioterapeuter og fastleger i tillegg til kommunens og spesialisthelsetjenestens medarbeidere.	• Eksisterende tilbud kartlegges og samles • Rehabiliteringstilbudet organiseres i to forløp; midlertidig fall i funksjonsnivå og varig endring i funksjonsnivå • Etablere et system hvor alle nye pasienter som henvender seg for kommunalt tjenestetilbud kartlegges i forhold til sitt rehabiliteringspotensiale og ønsker • Pasientene har individuelle rehabiliteringsplaner som følges opp over tid. • Utarbeide sjekkliste ved alle overganger til og fra institusjon for å sikre at pasientens rehabiliteringspotensiale videreføres ved overgang mellom tjenestenivåer i kommunen • Lærings- og mestringstilbudet utvikles i samarbeid med andre kommuner og frivillige • Selvhjelpsgrupper og nettverksgrupper (eks trygghetsnett) bidrar til mestring
Tjenestetilbudets kapasitet og innretning Tjenestetilbudet er dimensjonert for å dekke innbyggernes behov.	• Tidlig innsats og tidlig intervensjon prioriteres • Rehabilitering og sekundærforebygging stimulerer egenmestring og hindrer funksjonsfall • Tverrfaglig team for hverdagsmestring opprettes • Rehabiliteringsavdelingen på Smidsrød helsehus prioriteres for rehabiliteringspasienter • Forsøksprosjekt for å styrke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende iverksettes • Oversikt over tilbud og aktiviteter til lag og foreninger utarbeides og publiseres i en aktivitetskalender for alle på kommunens hjemmeside
Kompetanse	• Kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta innbyggernes behov for hab/rehabiliteringstjenester • Sikre tilstrekkelig logopedkompetanse • Sikre opplæring av individuellplan-koordinatorer gjennom koordinatorskole (e-læring fra helsedirektoratet) - o Møteledelse - o Oversikt over aktuelle tjenestetilbud
Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator Kommunens innbyggere med behov for langvarige tjenester fra flere aktører får individuell plan og oppnevnt koordinator med tilstrekkelig fag- og koordinatorkompetanse.	• Videreutvikle dagens organisering av koordinerende enhet • Gjennom informasjonsarbeid sørge for at koordinerende enhet i større grad er kjent for kommunens innbyggere og ansatte • Muligheten for faste, heltids koordinatorene vurderes • Kompetanseutvikling for koordinatorene sikres
IKT-verktøy og velferdsteknologi IKT-verktøy støtter og effektiviserer arbeidet med samhandling mellom pasient, pårørende og tjenesteytere, samt mellom ulike tjenester, sektorer og forvaltningsnivåer.	• Anskaffe og ta i bruk IKT-verktøy for dialog og samhandling mellom brukere og tjenesteytere • Ta i bruk teknologi som understøtter pasientens rehabilitering, for eksempel trenings- og aktivitetshjelpemidler • Igangsette trening for hjemmeboende via videooverføring • IKT-verktøy som bidrar til mestring og rehabilitering utredes med tanke på anskaffelse og implementering • Digitalisering og velferdsteknologiske løsninger gir nye muligheter for hab/rehabiliteringspasienter



SAMARBEID

0-24-samarbeidet skal hindre utenforskap for unge og unge voksne. I planperioden videreutvikles samarbeidet mellom aktørene som er involvert med unge og unge voksne.

INNOVASJON

Kunnskapsbasert tilnærming til rehabiliteringstilbudet med utprøving av ny teknologi og nye arbeidsmetoder.

KVALITET

Utvikling av forløp skal sikre koordinering og kvalitet i tjenesten. Forløp sikrer også overganger.

MESTRING

Egenmestring og tidlig innsats for å hindre funksjonsfall bidrar til at innbyggerne kan delta i samfunnet og leve gode liv med de begrensningene som skade, sykdom eller funksjonshemmingen har påført dem.

Demensplan 2018-2021

Et godt liv!

Investering i demenssyke og deres pårørende i Færder kommune

”

***Hele Færder kommune skal huske på hvor friske vi er, ikke hvor syke vi er.
Hva vi kan istedenfor hva vi ikke kan. De som skal hjelpe meg må vite akkurat om meg.
Hvem jeg er og hva jeg vil.***

*Demenssyk innbygger og dagsenterbruker,
Bjønnesåsen bo- og aktivitetssenter 2018*



INNLEDNING

Planen er basert på utfordringer og strategiske grep i den nasjonale demensplanen, i kommuneplanens samfunnsdel og tilpasset lokale forhold og utfordringer på demensområdet i Færder gjennom dialog med den lokale demensforeningen, fastlegene, fagmiljøet i sykehjemmene, demenskoordinator i Hjemmetjenesten og Tjenestekontoret. Det er dessuten gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med demenssyke (i tidlig fase av sykdommen) og pårørende til demenssyke (i sen fase av sykdommen). Deres erfaringer gjengis som sitater i eget vedlegg til denne planen og synliggjør kommunens utfordringer på området.

Det finnes ikke sikre tall på hvor mange som er rammet av demenssykdom i Færder kommune. Det er grunn til å anta at forekomsten av demenssykdom er den samme som i landet for øvrig. Det innebærer at 350 personer i Færder har sykdommen. Rundt 100 av disse bor i institusjon. Mange av de eldre som får hjemmetjenester har demenssykdom. Om lag 50 nye personer/familier rammes hvert år. Antallet demenssyke i kommunen forventes å være 650 i 2040. Demenssyke i Færder får normalt diagnosen etter 2 år med symptomer. Et sykdomsforløp varer rundt 8-10 år og avsluttes i de fleste tilfeller i sykehjem de 3 siste årene av livet i Færder kommune. Dette til forskjell fra i resten av landet der botiden på sykehjem er 2 år.

Utfordringsbilde

Nasjonal demensplan 2020 lanserer følgende hovedutfordringer, som langt på vei er de samme utfordringene som er i Færder kommune:

- Tiden etter demensdiagnosen oppleves som "et sort hull"
- For sen diagnostisering og mangler i faglig oppfølging etter diagnose
- Behov for bedre tilrettelagte helse- og omsorgstjenester, aktivitetstilbud og støtte og avlastning for pårørende
- Personer med demens opplever i for liten grad at de selv får være med og ta avgjørelser som angår dem

Demenssyke og deres pårørende forteller om tiden etter demensdiagnosen som "et sort hull". Mange av dem som får demens, har familie og venner som står dem nær. Pårørendene gir uttrykk for at de opplever situasjonen som belastende både på grunn av symptomene som kan være vanskelige å takle og all usikkerheten, men også fordi man kan oppleve å miste sine kjære mens de ennå lever. I fokusgruppeintervjuene melder demenssyke og deres pårørende om utfordringer de har opplevd i løpet av demensforløpet:

- Respondentene kontaktet fastlegen når de forstod at noe var galt. Fastlegen stilte diagnosen. Generelt er opplevelsen at fastlegen ikke snakket med pårørende eller den syke om en begynnende kognitiv svikt eller demens. De opplevde at etter at diagnosen var satt, stanset oppfølging fra fastlegen. De savnet informasjon og forberedelse på hva de hadde i vente og involvering av sine nærmeste fra fastlegen og hjemmetjenesten. Den syke tar ofte ikke innover seg hvor syke de er eller er i ferd med å bli
- Alle respondentene savnet et samlet forløp fra de fikk diagnosen og gjennom demensforløpet. De synes kommunen var uoversiktlig både når det gjaldt informasjon og at de måtte kontakte så mange forskjellige for å få svar på spørsmål de hadde. Dette gjaldt både pasienten/sykdommen og praktiske ting/hjelp. De etterlyste

også et bedre tilbud innenfor avlastning/rulling. Det er nødvendig med utvidede åpningstider på dagsenteret eller mulighet for avlastning i hjemmet slik at ektefellene kan delta på ulike aktiviteter ettermiddag/kveld og være trygge på at ens nærmest hadde det bra. Flere savnet også hjelp til å gjøre boligene mere sikre for personen med demens

- Kommunen fremstår ikke samlet. Respondentene syntes det var vanskelig å møte kommunen fordi de måtte ha ulike møter om pasienten med ulike tjenester. Dette førte til at det ble uoversiktlig for pårørende om hvem de skulle forholde seg til, og de mistet motet fordi de ikke hadde mulighet og overskudd til å reise fra sin ektefelle så mye.
- Pårørende sier de er helt avhengig av forutsigbarhet og kompetanse om demens fra hjemmetjenesten for at det skal være noen støtte/avlastning for dem å motta hjelp
- Deltagerne opplevde at dagsenteret og demenspoliklinikken hadde god kompetanse på demens. I helse-tjenesten for øvrig opplevde de variert kunnskap om demens. Innleggelse i sykehus for deres syke opplevde de alle som belastende fordi de ikke møtte deres syke med kunnskap om demens
- Flere fortalte at de hadde fått god oppfølging fra demenssykepleier i kommunen. De forteller alle om en oppdelt tjeneste hvor de ble innlagt på korttid og avlastning på helsehuset hvor de manglet kompetanse i å kartlegge hvilke utfordringer svikten ga, som igjen ville gjøre det bedre hjemme. Oppfølgingen fra fastlegen var ikke eksisterende og de savnet alle en koordinert og sammensatt tjeneste som snakket sammen. De var enige om at et pakkeforløp etter diagnosen var satt ville vært det ypperste. De hadde delte erfaringer med tjenestekontoret og satt alle med en følelse av at de måtte komme ut for den rette der for å få den hjelpen de skulle

- Flere hadde hatt rulling og/eller avlastningsopphold på helsehuset eller Villa Smidsrød men valgt å stoppe det fordi de ikke klarte og slappe av mens deres ektefeller var inne på opphold, eller fordi de opplevde episoder som var for alvorlige til at de hadde tillit til at deres syke var der. Alle hadde bare gode ord å si om personalet som arbeidet på de forskjellige enhetene. Problemet var det de fikk høre av personalet: Beklager men vi har ikke kompetanse innenfor demens. De hadde alle opplevd at avdelingen bestod av mange forskjellige typer pasientgrupper
- Gruppen var enig om at det var viktig at man på Bjønnesåsen ikke bare trillet pasientene inn i fellesaktiviteter de kanskje aldri hadde trivdes med. De synes det var viktig med individuelle aktiviteter og at vi så på enkeltindivider i institusjonen. Pårørende ønsket at de ble involvert i utarbeidelsen av aktiviteter og tiltaksplaner når pasienten selv ikke kunne gi uttrykk for hva de likte. De syntes det var fint at personalet motiverte pasientene til å gjøre noe de likte
- Felles for alle i fokusgruppeintervjuene var at de syntes det var dårlig organisert hvilke pasienter som bodde hvor i sykehjemmet. De syntes det var synd at de blandede beboere med utfordrende atferd sammen med de i tidligere fase i demenssykdommen, og de som trivdes i fellesskap med andre. Avdelingen opplevdes dysfunksjonell fordi de hadde forskjellige behov og de som «bråket» fikk all oppmerksomheten
- Ektefellene sliter ofte med dårlig samvittighet fordi ektefellene bor på sykehjem. De har alle en stor sorg som ikke forsvinner. Barna sliter også med dårlig samvittighet og tvil på om det de har gjort er det rette. De føler seg involvert og hørt i avgjørelser som har med deres syke å gjøre. De savner mer informasjon om aktiviteter og generelt når helsen går nedover

Delmål og veivalg for demens

Kommuneplanens samfunns mål 4:

Innbyggerne i Færder kommune opplever kvalitet på kommunens helsetjenester og har en helse som bidrar til mestring og livskvalitet.

Med bakgrunn i brukeres og pårørendes behov, uløste utfordringer fra dagens planer og ny kunnskap har den nasjonale Demensplan 2020 seks **strategiske grep**:

- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- Forebygging
- Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
- Aktivitet, mestring og avlastning
- Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- Forskning, kunnskap og kompetanse

Innbyggerne i Færder kommune skal som samfunns målet sier oppleve kvalitet på kommunens helsetjenester og ha en helse som bidrar til mestring og livskvalitet. Mestring av sykdom og opplevelse av livskvalitet selv når sykdom rammer er et mål for tjenestene. God helse forstås som mer enn fravær av sykdom. Det handler også om muligheten til å leve et godt liv når sykdom oppstår. Frivillig innsats og samarbeid med pårørende og brukerens nettverk er viktige ressurser som underbygger mestring og utvikling, når demenssykdom rammer. Kommunen har tilpassede tiltak og tjenester i omsorgstrappen og målet for kommunen og den enkelte vil ofte være å kunne «stå lenge i trinnet» eventuelt å gå nedover trappen når symptomtrykket letter, slik det ofte kan gjøre i et demensforløp.

”

Hvis kona mi har vært på dagsenter på fredagen, kan vi flyte på den gode følelsen det har gitt henne gjennom hele helgen.

SAMARBEID

Samfunnets aktører kan gjøre livet lettere for personer med demenssykdom gjennom kunnskap om sykdommen, tilrettelegging og en god porsjon nestekjærighet.

INNOVASJON

Nye arbeidsformer og ny teknologi oppleves nyttig og nyttiggjort for ansatte og tjenestemottakere.

KVALITET

Trygghetsstandard i sykehjem og arbeidsmetodikk fra det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet implementeres i tjenestene.

MESTRING

Egenmestring og tidlig innsats for å hindre funksjonsfall bidrar til at innbyggerne kan delta i samfunnet og leve gode liv med de begrensningene som skade, sykdom eller funksjonshemmingen har påført dem.

Delmål	Veivalg
Innbyggere med demenssykdom opplever selvbestemmelse, involvering og deltakelse Personer med demens og deres pårørende inviteres med i beslutninger som angår dem og har innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud helt fra sykdomsdebut til livsavslutning	• Alle som henvender seg til Tjenestekontoret møtes med spørsmålet «Hva er viktig for deg?» og svaret journalføres • I de ulike hjemmebaserte tilbudene inviteres den enkelte bruker med i utformingen av tiltaksplanen • I sykehjemmene etableres «Eldreråd» i avdelingene og pasienter og pårørende deltar i utviklingen av den enkeltes tiltaksplaner • Det finnes lett tilgjengelig informasjon på hvert rom, fellesrom og på kommunens nettside over saksbehandlingsrutiner, klageadgang og oversikt over hvem som er ansvarlig for behandling og omsorg • Den enkelte pårørende kan få tilsendt informasjon om aktiviteter på mail og er hjertelig velkommen til å delta • Styrket samarbeid med frivillig sektor gjennom etablering av ressurscenter for frivillige der innbyggerne kan melde inn behov og få tildelt en frivillig
Behovet for sykehjemsplass utsettes slik at botiden ved sykehjem i Færder kommune tilsvarer botiden på nasjonalt nivå	• Gjennomføre et systematisk informasjonsarbeid mot kommunens innbyggere for å ruste samfunnet til å bli mer demensvennlig og bidra til at den enkelte demenssyke og familien får et best mulig liv med sin sykdom • Investere i den syke og dennes pårørende for at flere kan bo hjemme og utsette helsehjelpbehovet - o Vurdere egne demenskompetanselister i hjemmetjenesten med fast og kompetent personell - o Tjenestekontoret tilbyr personlig assistent i hjemmet - o Flere demenstilpassede omsorgsboliger med inspirasjon fra demenslandsbyen – med noen med plass til ektepar/familier - o Etablere korttidsplasser for demenssyke. En utrednings- og avlastningsplass, rulleringsplasser og en/flere trygghetsplasser som hjemmetjenesten disponerer • Dimensjonere bruken av kompetanse etter innbyggerens behov og spesialisere kompetansebruken i institusjonene
Innbyggere med demenssymptomer tilbys utredning og diagnostisering	• Sikre utredning og diagnostisering ved mistanke om demens • Utredning og oppfølging gjennomføres hos fastlegen, eventuelt i samarbeid kommunens dementeam med og/eller spesialisthelsetjenesten
Oppfølging etter diagnose i samsvar med nasjonale anbefalinger	• Utvikle modeller for organisering av hjemmetjenestetilbudet til personer med demens • Tettere og mer systematisert samarbeid mellom fastlegene og primærsykepleierne i hjemmetjenesten rundt den enkelte demenssyke og familien ved at primærsykepleiere i hjemmetjenesten får ansvaret for alle demenssyke fordelt pr fastlege og møter fastlegen minst en gang hvert halvår • Demenspoliklinikken tilbyr i tillegg til utredning: Opplæring, støttesamtaler, informasjon om de ulike tjenestetilbudene og velferdsteknologi for familien eller den syke • Det etableres støtte- og selvhjelpsgrupper for pårørende
Innbyggere med demenssykdom opplever et aktivt liv, mestring og pårørende tilbys nødvendig avlastning	• Videreutvikle og utvide fleksible og lett tilgjengelige avlastningstiltak og sikre at vi bruker innbyggerens, familiens og samfunnets ressurser mer hensiktsmessig. Utvidede åpningstider i dagsentrene, helg- og nattåpent «dagsenter» og drop-in dagsenter
Reduksjon i antall fall og brudd med skade	• Sette årlige mål for reduksjon • Reduksjon i antall hoftebrudd hos personer med demens ved å ta i bruk ny teknologi. Implementere digitalt tilsyn i sykehjemmene og i de hjemmene der dette er en utfordring
Sikre at flertallet (minst 75%) av beboere i sykehjem og med hjemme-sykepleietjenester har BMI i samsvar med nasjonale anbefalinger	• Bidra i utvikling av innovative spisehjelpemidler for å sikre god ernæring både hjemme og i sykehjem • Rapportere status BMI 2 ganger årlig
Redusere bruken av uhemlet tvang i institusjonene	• Forebygge og håndtere adferdspsykiatriske symptomer ved demens både i hjemmet og i institusjon ved kompetanseheving og tverrfaglig intervensjon etter "TID_tilnærming"
Forskning, kunnskap og kompetanse	• Ansatte som yter tjenester til personer med demens sikres grunnleggende opplæring i demens. Miljøterapeutiske metoder / arbeidsformer og personsentrert omsorg implementeres i alle tjenester til demenssyke • Tjenestene bidrar i forskningsprosjekter og innovativ tjenesteutvikling

Strategi for velferdsteknologi **2018-2021**

Velferdsteknologi skal være en integrert del av
det ordinære tjenestetilbudet innen 2020



INNLEDNING

Strategi for velferdsteknologi 2018-2021 bygger videre på kommuneplanens samfunnsdel for helse. Velferdsteknologi skal prøves ut og tas i bruk når det kan bidra til økt trygghet, selvstendighet og livskvalitet. I helse- og omsorgsplan 2018-2021 følges dette opp med at Færder kommune skal videreutvikle bruken av velferdsteknologi. Velferdsteknologi skal understøtte innbyggerne i deres ønske om å bo og leve aktive og selvstendige liv i egne hjem.

Det har siden 2010 vært iverksatt flere tiltak og jobbet systematisk med å ta bruk teknologi i virksomhetene. I dette dokumentet presenteres en strategi for satsingen på velferdsteknologi i Færder kommune fra 2018 – 2021. Strategien er basert på nasjonale anbefalinger.

Strategiplanen rulleres hvert fjerde år. Det utarbeides årlig handlingsplan som konkretiserer tiltakene. Prioriteringer og finansiering av tiltak fremkommer i budsjett og økonomiplan.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi som begrep ble tidligere brukt i hovedsak i forhold til eldre mennesker, men i dag benyttes begrepet uavhengig av alder, generasjoner og diagnoser. Velferdsteknologi kan brukes av alle. Ved å ta i bruk velferdsteknologi ønsker Færder kommune å øke kvaliteten på tjenestene både for brukere og pårørende. I noen tilfeller vil også innføring av velferdsteknologi føre til mer kostnadseffektiv tjenesteproduksjon.

Færder kommunes hovedmålsetting er at velferdsteknologi skal være en integrert del av det ordinære tjenestetilbudet innen 2020.

Helsedirektoratet har innhentet erfaringer fra forsøk med velferdsteknologi i norske kommuner og funnet at bruk av velferdsteknologiske løsninger gir tydelige gevinster innenfor teknologiområdene som er nevnt under. Færder kommune velger disse teknologiområdene (1-5) som sine hovedsatsingsområder i strategiperioden.

1. Lokaliseringsteknologi

Varslings- og lokaliseringsteknologi som GPS synes særlig aktuelt som tilbud til personer med demens (i en tidlig fase av sykdommen) og annen kognitiv svikt. Slike løsninger bør tilbys i nært samspill med pårørende. Teknologien bidrar til frihet og trygghet.

2. Elektronisk medisineringsstøtte

Elektronisk medisineringsstøtte innebærer bruk av elektroniske medisindispensere som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkt når medisinen skal tas. De registrerer om bruker tar medisinen ut av dispenseren og sender varsel til helsepersonell dersom medisinen ikke tas ut. Dette omfatter både elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor pillene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre. Teknologien sikrer bedre legemiddeladministrering, større selvstendighet og redusert antall hjemmebesøk for ambulerende tjenester.

3. Digitalt tilsyn

Digitalt tilsyn omtales også som sensorteknologi eller passiv

varsling, og kan bestå av ulike sensorer som sengematter/sensorlaken som registrerer fravær fra seng, bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse, døralarm som varsler ved passering og falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand med mer. Dette tilbudet inngår gjerne i såkalte trygghetspakker hvor varsler/alarmersignaler går til tjenesten eller kommunens responstjeneste. Dette kan også kombineres med et kamera for bildeoverføring, slik at responstjenesten kan logge seg på ved avtalte tidspunkt eller det åpnes bildeoverføring ved utløst alarm som leder til nødvendig tiltak. Teknologien bidrar til trygghet, færre pasientskader og mer kostnadseffektiv tjenesteproduksjon.

4. Oppgraderte sykesignalanlegg / pasientvarslingssystem

Kommuner som skal oppgradere pasientvarslingssystem i institusjoner og omsorgsboliger anbefales å velge systemer som både muliggjør passiv og aktiv varsling fra leiligheter og beboerrom. Varslene bør gå rett til mobil enhet hos de ansatte i tjenesten. Det bør legges til rette for toveis talefunksjon slik at det kan kommuniseres mellom ansatte og beboer. Teknologien blir en integrert del av tjenestetilbudet, bidrar til trygghet, færre pasientskader og potensielt mer effektive ressursbruk.

5. Digitale trygghetsalarmer

Det anbefales at kommunene skifter ut alle analoge trygghetsalarmer med digitale løsninger i god tid før det analoge telefonnettet fases ut. Det anbefales videre at kommunene tilbyr mobile trygghetsalarmer. IP anbefales som hovedbærer for kommunikasjon.

Andre teknologiske løsninger som helsedirektoratet mener har potensiale for gevinst er **logistikk løsning** for optimale arbeidslister i hjemmetjenesten og **avstandsoppfølging** av personer med ulike kroniske sykdommer. Ved bruk av programvare for optimalisering av arbeidslister til hjemmeboende har Horten kommune spart tid og tilbudt bedre kvalitative tjenester. Medisinsk avstandsoppfølging, ved at pasientene selv foretar medisinske målinger, har potensiale for å frigjøre ansattressurser til andre oppgaver og gi innbyggerne økt

trygghet i hverdagen. I strategiperioden bør disse løsningene vurderes nærmere ift hvilke muligheter som finnes innenfor eller i sammenheng med kommunens elektroniske pasientjournalssystem.

Færder kommune legger anbefalingene fra helsedirektoratet og nasjonalt velferdsteknologiprogram til grunn for denne strategien.

Veivalg og strategier

En vellykket implementering av velferdsteknologi i Færder kommune avhenger av flere faktorer. I tillegg til endring av arbeidsrutiner og kompetanse hos ansatte må det tenkes nytt om hvordan oppgavene løses, hvem som løser dem og hvordan de organiseres. Brukernes faktiske behov og erfaringer står sentralt i dette arbeidet. Dette omtales som tjenesteinnovasjon.

I denne strategiske planen er tiltakene systematisert rundt ulike innsatsområder som til sammen skal bidra til en vellykket implementering av velferdsteknologi.

Delmål	Veivalg
Kompetanse og samarbeid Færder kommunes medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse og samhandler på tvers av tjenester, fagdisipliner og organisasjoner i implementeringen av velferdsteknologi.	- Etablere en tverrfaglig og tverrsektoriell ressursgruppe som skal bidra til planlegging, iverksetting og koordinering av den velferdsteknologiske tjenesteutviklingen - Ta i bruk digitale læringsplattformer og opplæringspakker for ansatte som KS-læring og Velferdsteknologiens ABC - Delta i «Velferdsteknologinettverket Vestfold». Dette nettverket har som formål å legge til rette for samarbeid både på et overordnet nivå, og med kompetanseoverføring på tjenesteutførernivå - Dele kunnskap og erfaring i relevante fora - Vurdere initiativ til og delta i prosjekter og forsknings- og utredningsarbeid relatert til velferdsteknologi - Kombinere relevant fag- og teknologisk kompetanse fra oppstart i nye prosjekter
Brukermedvirkning og informasjon Færder kommune innfører nye teknologiske løsninger i tråd med brukernes behov. Kommunen informerer og har dialog med innbyggerne om velferdsteknologi.	- Kommunen inviterer årlig alle kommunens 75-åringene til informasjonsmøte om helse og omsorgssektorens tjenestetilbud. Denne arenaen benyttes til dialog og informasjon om velferdsteknologi - Informasjon legges ut på kommunens hjemmeside og sosiale medier - Kommunen samarbeider med frivilligheten om informasjon om velferdsteknologi og råd og veiledning i bruk av digitale hjelpemidler - Sørge for at alle velferdsteknologiske løsninger følger myndighetskrav ift personvern
Teknisk infrastruktur Færder kommune har nødvendig infrastruktur til at ulike velferdsteknologiske muligheter kan implementeres.	- I tråd med anbefalinger fra Jarlsberg IKT, skal bredbånd, faste eller trådløst, benyttes som signalbærer - Det installeres bredbånd og trådløst nettverk i alle kommunale formålsbygg og boliger for leietakere som har behov for kommunale tjenester. Det utarbeides en egen utbyggingsplan for dette - Alarmmottak driftes primært i samarbeid med andre - Helsedirektoratets tekniske anbefalinger er rettleidende
Effektivisering og gevinstrealisering Færder kommune innfører velferdsteknologi som bidrar til bedre kvalitet i tjenestene, optimalisering av arbeidsprosesser, effektivisering av tjenestene og bedre total ressursutnyttelse.	- Effektiv og optimal utnyttelse av kommunens ressurser og fagsystem - Det skal arbeides for integrasjon mellom velferdsteknologi og elektronisk pasientjournal - Det utarbeides plan for gevinstrealisering før nye tiltak iverksettes. Logistikk-/planleggingssystem for kommunal tjenesteyting vurderes tatt i bruk der det er hensiktsmessig
Velferdsteknologisk løsninger/satsingsområder Færder kommune følger helsedirektoratets anbefalinger i valg av løsninger og satsingsområder. Gevinstrealisering av de ulike tiltakene legges til grunn for kommunens prioriteringer.	- Digitale trygghetsalarmer - Digitalt tilsyn - Oppgraderte sykesignalanlegg - Elektronisk medisineringsstøtte - Lokaliseringsteknologi - Optimaliseringsteknologier - Teknologi til rehabilitering og aktivitet - Teknologi for hygge og mestring - Medisinsk avstandsoppfølging



SAMARBEID

Kommunen involverer brukere og søker aktivt samarbeid med andre kommuner, Jarlsberg IKT og leverandører i utviklingen av nye områder for velferdsteknologi og digitalisering.

INNOVASJON

Innbyggernes behov styrer hvilke områder kommunen prioriterer for innovasjon.

Færder kommune prioriterer å være med i innovative anskaffelser av velferdsteknologi sammen med andre kommuner.

KVALITET

Ved implementering av velferdsteknologiske løsninger skal kvalitativ gevinstrealisering beskrives og følges opp.

MESTRING

Bruk av velferdsteknologi skal bidra til mestring og trygghet for pasienter og pårørende.

Notater



Telefon: 33 39 00 00
postmottak@faerder.kommune.no
www.faerder.kommune.no
Kommune nr.: 0729 | Org.nr 817 263 992



**FÆRDER
KOMMUNE**
– med vind i seilene