



JEVNAKER
KOMMUNE



Strategisk plan Helse og omsorg 2017-2021

Vedtatt i kommunestyret 22.06.17

«Alle bør være opptatt av framtida.
Det er der vi skal tilbringe resten av
vårt liv» (Meld. St. 29 (2012-2013)).



1. Innledning	2
2. Dagens oppbygging og tjenestetilbud	3
2.1 Innbyggertall og utvikling	5
2.2 Folkehelseprofil for Jevnaker kommune.....	5
2.3 Fremtidige utfordringer.....	6
3. Forutsetninger for gode helse- og omsorgstjenester i Jevnaker kommune	8
3.1 En helsetjeneste tilpasset brukernes behov	8
3.2 Koordinerte og helhetlige tjenester.....	9
3.3 Helsefremmende aktivitet og forebyggende innsats	10
3.4 Kvalitet og kompetanse.....	13
3.5 Innovative og nyskapende tjenester.....	14
4. Utvalgte områder	15
4.1 Personer med demens	15
4.2 Psykisk helse og rus.....	17
4.3 Arbeid og aktivitet.....	19
5. Avslutning	23
16. REFERANSER	24

1. INNLEDNING

Planen bygger på Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26, 2014-2015), Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19, 2014-2015), Omsorg 2020 (Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020), Demensplan 2020 (Et mer demensvennlig samfunn), Morgendagens omsorg (St. meld. 29, 2012-2013), Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St. meld. 16, 2010-2011) og Samhandlingsreformen (St. meld. 47, 2008 - 2009).

Regjeringen ønsker å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering, rehabilitering, brukerinnflytelse, behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Det er en målsetting å sikre mer koordinerte helse- og omsorgstjenester og å i større grad forebygge og begrense sykdom. For å møte kommende demografiske, samfunnsmessige og helsemessige utfordringer har regjeringen satt fornying og innovasjon i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten på dagsorden. Ett av hovedmålene er å utvikle en ny kommunerolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Det legges opp til økt støtte av pasientens egenmestring, økt innsats på forebyggende og helsefremmende tiltak og utbygging av lavterskeltilbud. Videre legges det vekt på å styrke samspillet mellom pårørende og helse- og omsorgstjenestene. Alt dette krever nye arbeids- og samarbeidsformer, nytt tjenesteinnhold og nye måter å løse oppgavene på.

De kommende år er det ventet en sterk vekst i aldersgruppen over 80 år (se tabell side 5). Det vil gi helse- og omsorgstjenesten flere og mer krevende oppgaver, blant annet er antallet eldre med demenssykdommer ventet å stige betraktelig. Men det er også slik at den nye eldregenerasjonen lever lenger, fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner. De nye eldre har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også mer teknologivante og vil bestemme mer på egenhånd.

God helse er en av de viktigste forutsetninger for livsutfoldelse. Derfor er helse- og omsorgstjenestene knyttet sammen. Meningsfull utfoldelse av selve livet vil stå sentralt i omsorgstjenestene, der mange oppholder seg hele døgnet over flere måneder og år eller trenger assistanse gjennom et helt liv. Å sørge for at livet kan leves innenfor slike rammer, til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse, er derfor en av våre viktigste oppgaver.

Det meste og beste er næromsorg, der de offentlige helse- og omsorgstjenestene er en del av nærmiljøet i samspill med brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, frivillige, lokale organisasjoner og virksomheter. Bedre tilrettelegging av boliger og omgivelser, ny teknologi og nye faglige metoder vil gi folk muligheten til å klare hverdagslivet lenger på egenhånd.

Helse- og omsorgstjenesten har sitt fundament i gjeldende lovverk, forskrifter og retningslinjer på den ene side og kommunestyrets vedtatte mål og økonomiske rammer på den andre. Det er innenfor disse rammene vi skal yte best mulig tjenester til våre brukere.

Dette får vi til ved å legge vekt på:

- Helse og omsorg har fokus på muligheter og løsninger innenfor gitte rammer.
- Brukerne får bruke og utvikle egne ressurser i hverdagen – fokus på brukermedvirkning.
- Tjenestene er tilpasset, differensierte og har god kvalitet.
- Arbeidsmiljøet er inkluderende og utviklende, og medarbeiderne er stolte over sin arbeidsplass.
- De ansatte har gode holdninger, føler seg betydningsfulle og gleder seg til å gå på jobb.
- Enheten er et kompetansesenter som utdanner og oppdaterer egne medarbeidere.
- Enheten er en god læringsarena for medarbeidere, lærlinger, studenter og elever.
- Helse og omsorg er en lærende organisasjon som våger å prøve ut nye ideer for å møte framtidens utfordringer på en hensiktsmessig måte.

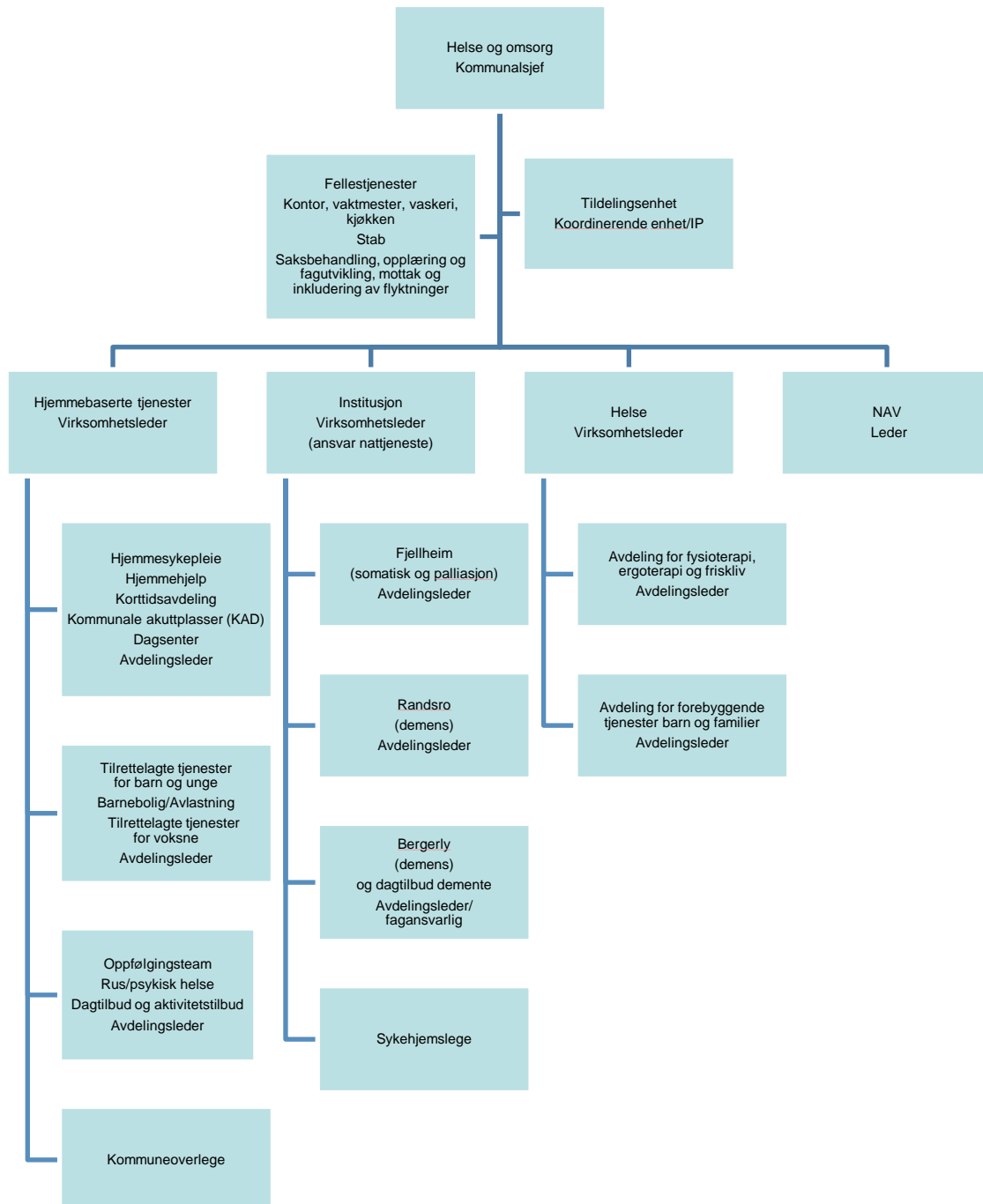


2. DAGENS OPPBYGGING OG TJENESTETILBUD

Jevnaker kommune er delt inn i 3 hovedområder: Helse og omsorg, Oppvekst (barnevern, barnehager og skoler) og Plan og samfunn (kultur, tekniske tjenester, vann og avløp). Kommunalsjef på hvert område deltar i rådmannens ledergruppe sammen med stabsleder.

Helse og omsorg har 4 virksomheter: Helse, institusjon, hjemmebaserte tjenester og NAV. Disse ledes av hver sin virksomhetsleder.

Helse og omsorg



2.1 Innbyggertall og utvikling

Tall for framskrevet folkemengde for Jevnaker kommune, etter alder og tid, gir oss denne tabellen.

ÅR	2014	2020		2030		2040	
Menn og kvinner	Tot. antall (Prosent av innbyggerne)	Tot. antall (Prosent av innbyggerne)	Prosent-vis vekst fra 2014	Tot. antall (Prosent av innbyggerne)	Prosentvis vekst fra 2020	Tot. antall (Prosent av innbyggerne)	Prosentvis vekst fra 2030
0-5 år	470 (7,0)	494 (6,8)	5,1	537 (6,6)	8,7	532 (6,1)	-0,9
6-12 år	558 (8,4)	604 (8,4)	8,2	681 (8,4)	12,7	702 (8,0)	3,1
13-15 år	247 (3,7)	247 (3,4)	0	285 (3,5)	15,4	319 (3,6)	11,9
16-19 år	347 (5,2)	328 (4,5)	-5,5	363 (4,5)	10,7	409 (4,7)	12,7
20-44 år	2071(31,0)	2233(30,9)	7,8	2411(29,8)	7,8	2433(27,8)	0,9
45-66 år	1966(29,4)	2125(29,4)	8,0	2302(28,5)	8,3	2484(28,4)	7,9
67-79 år	714 (10,7)	875 (12,1)	22,5	985 (12,2)	12,6	1246(14,2)	26,5
80 år +	307 (4,6)	319 (4,4)	3,9	515 (6,4)	61,4	624 (7,1)	21,2
Ant. innb. tilsammen	6680	7225	8,2	8079	11,8	8749	8,3

Kilde: SSB mai 2014. Framskrevet folkemengde for Jevnaker kommune, etter alder og tid. Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM)

Tallene for Jevnaker kommune fram til 2040 viser en prosentvis nedgang av personer i førskole- og skolealder (0-19 år) og personer i yrkesaktiv alder (20-66 år), mens de viser en prosentvis økning av personer over 67 år. Den sterkeste økningen for personer 67-79 år finner vi i perioden fra 2030-2040. Det antas at denne gruppen vil ha et begrenset behov for tjenester fra det kommunale hjelpeapparatet. I aldersgruppen over 80 år finner vi den sterkeste veksten fra 2020 til 2030, men den prosentvise andelen av kommunens befolkning vil også øke fram mot 2040. Det er personene i denne aldersgruppen som statistisk sett har behov for flest tjenester.

2.2 Folkehelseprofil for Jevnaker kommune

Folkehelseprofilen for Jevnaker kommune 2017 viser at:

- Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet som helhet
- Andelen med fullført utdanning videregående skole eller høyere utdanning er lavere enn for landet som helhet
- Andelen uføretrygdede (18-44 år) er høyere enn i landet for øvrig
- Den forventede levealderen for kvinner er lavere enn i landet for øvrig
- Jevnaker skårer høyere enn landet for øvrig når det gjelder mennesker med psykiske symptomer/lidelser, muskel- og skjelettlidelser og hjerte- og karsykdom

Indikatorer der Jevnaker skårer bedre enn landet som helhet er:

- Bedre drikkevannsforsyning enn landsgjennomsnittet
- Færre med diabetes 2 enn i landet for øvrig

- Mindre bruk av antibiotika enn i landet for øvrig

Fullstendig folkehelseprofil for Jevnaker kommune 2017 finner du [her](#)
Jevnaker kommune har utarbeidet en egen Folkehelseoversikt. Denne finner du i
kvalitetssystemet Compilo.

2.3 Fremtidige utfordringer

Gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) la regjeringen en langsiktig politisk kurs for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet. Ytterligere presiseringer rundt folkehelsearbeidet ble gitt gjennom Folkehelsemeldingene God helse – felles ansvar (2012-2013) og Mestring og muligheter (2014-2015). I Primærhelsemeldingen (2014-2015) angir regjeringen hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for tjenester. Det legges vekt på at kommunene må settes i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester der brukerne bor og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

Kroniske sykdommer er en stor utfordring for folkehelsen. 200 000 nordmenn har KOLS og enda flere har diabetes. Med flere eldre blir det stadig flere pasienter med kroniske lidelser. Rusproblemer og psykiske lidelser øker også i omfang. To av tre menn og en av to kvinner over 40 år lider av overvekt eller fedme, og det er økende forekomst av overvekt og fedme blant barn. Samlet blir det derfor viktigere enn noen gang med tiltak for å forebygge og utsette sykdom og sikre flere friske år for alle.

Det er en klar sammenheng mellom helseproblemer og økonomiske og sosiale problemer. Mennesker med helseproblemer eller sosiale problemer trenger ofte hjelp på mer enn ett område samtidig. Mange opplever at tjenester og instanser snakker dårlig sammen. Resultatet kan bli forsinkelser, misforståelser og dermed dårligere behandling, eller i verste fall at de ikke får den hjelpen de skal ha. Det at problemene i mange tilfeller henger sammen, betyr samtidig at det er mye å vinne på tidlig innsats, forebyggende og helsefremmende arbeid og god sammenheng i tjenestetilbudet. Arbeidsledige som kommer raskt i jobb, har mindre risiko for å få andre problemer. De som kanskje ikke kan jobbe fullt ut, kan likevel yte en verdifull innsats gjennom tilrettelagt arbeid og samtidig føle seg inkludert. Kronisk syke som får god behandling, kan i mange tilfeller leve tilnærmet normalt. Eldre som trenger hjelp i hverdagen, kan bo hjemme lenger med et godt omsorgstilbud og god oppfølging fra helsevesenet. Alt dette vil spare samfunnet for store utgifter. Men framfor alt er det viktig for at den enkelte skal kunne ha et godt og verdig liv.

Endringer i tjenestene krever nye måter å arbeide på. Mer av arbeidet vil skje i tverrfaglige team og det vil være mer samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene. Hver av yrkesgruppene har et fagområde som representerer deres kjernekompetanse. Kunnskapskravene i fagene øker, både på grunn av samfunnsutviklingen og utviklingen i tjenestene. Hver enkelt ansatt må ha kunnskap om hele helse- og velferdssystemet og forstå både sin egen og andres rolle i helheten. Ved å kombinere fagkompetanse med en bredere systemforståelse, og samtidig

jobbe mer sammen med andre, vil den enkelte kunne utnytte sin kompetanse fullt ut til beste for brukerne.

Ansatte må ha høy etisk bevissthet og god vurderingsevne. De må kunne kommunisere godt med brukere og pårørende. At Norge blir stadig mer flerkulturelt, bringer med seg nye utfordringer på dette området. Vi vil møte mange ressurssterke brukere med kunnskaper, ikke minst fra internett, om både helse og sykdommer, støtteordninger og egne rettigheter. Nye organisasjonsformer er under utvikling i frivillighetsfeltet - der utsatte grupper organiserer seg i et stadig større mangfold. Dette er organisasjoner som ønsker å påvirke hjelpeapparatet til å bringe inn erfaringer fra brukerne.

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og i helse- og omsorgstjenestene. Utdanning og forskning er nøkkelfaktorer for å videreutvikle tjenesteområdene. Personell- og kompetanseprofilen må utvikles i tråd med statlige føringers målsetninger og intensjoner.

Den nye hjemmetjenesten

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene, og det er særlig hjemmesykepleien som vokser. Dette som resultat av en tredobling av antall yngre brukere under 67 år. Med bakgrunn i ulike reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. I tillegg har det vært omstillinger i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og mer poliklinisk behandling. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har fått nye brukergrupper, med mer faglig krevende og komplekse behov. Brukere skrives tidligere ut fra sykehuset og stadig mer behandling og oppfølging skal ivaretas i kommunen. Det har vært en uttalt satsing på at brukere skal få bo hjemme så lenge det lar seg gjøre. Både kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensiale i en sterkere utbygging av hjemmetjenesten.



3. FORUTSETNINGER FOR GODE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER JEVNAKER KOMMUNE

3.1 En helsetjeneste tilpasset brukernes behov

Pasient- og brukerrettighetsloven gir brukere rett til å medvirke i utforming av tilbudet og i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å sørge for at brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal sørge for at helse- og omsorgstjenestene etablerer systemer for innhenting av brukererfaringer.

Den tradisjonelle brukerrollen er i endring, og det er grunn til å tro at den utviklingen vil forsterkes i årene som kommer. Framtidas eldre og yngre brukere vil utgjøre mer differensierte grupper med ulike muligheter og behov. Flere vil ha god helse, god personlig økonomi og høyt utdanningsnivå, i tillegg til gode kunnskaper om digitale produkter og tjenester. Mange brukere har høye forventninger og krav til offentlige tjenester og dette vil bare forsterkes i årene som kommer. Framtidas brukere vil ha større evne og vilje til selv å ta ansvar og være selvstendige og selvhjulpne. Dette forutsetter en omsorgstjeneste som i større grad enn tidligere kartlegger og forstår brukerens behov og gir brukerne informasjon og støtte. Slik kan de aktivt ta del i beslutninger som angår dem og settes i stand til å ta et større ansvar for egen framtid.

Å ha et åpent og nysgjerrig blikk for den enkeltes unikhet handler også om holdninger og etisk kompetanse. Det handler om å møte den enkelte med verdighet, respekt og empati. En forutsetning for det gode møtet, er at tjenesteutøverne er bevisste egne holdninger og verdier. Det er etablert møteplasser for systematisk etisk refleksjon på de fleste tjenestesteder i Helse og omsorg. Dette arbeidet skal fortsette og målsettingen er at det etableres ved alle tjenestestedene.

For mennesker med nedsatt funksjonsevne er det viktig å få støtte til mestring og egenomsorg og til å leve et aktivt og meningsfylt liv i fellesskap med andre. Alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på en individuell plan. Resultatet av en individuell planprosess skal være at tjenestemottakeren får et individuelt tilpasset tjenestetilbud, som de selv har vært med på å utforme.

Brukermedvirkning betyr ikke at tjenesteutøveren fratas eller kan frasi seg sitt faglige ansvar. Det er derfor en grense for hvor langt brukernes innflytelse går. Tjenestekvaliteten skapes gjennom dialogen mellom bruker og tjenesteutøver. Se for øvrig dokumentet «Brukermedvirkning – samspill og dialog gir resultater», som ligger i kvalitetssystemet Compilo.

En tjeneste tilpasset brukernes behov forutsetter også boliger med universell utforming. Dagens bemannede botilbud for barn med nedsatt funksjonsevne er ikke universelt utformet, noe det er behov for. Det er også andre brukergrupper med behov for tilpasset botilbud/boligmasse, spesielt gjelder dette personer med demens og mennesker med rus og/eller psykiske helseutfordringer (dette berøres senere i planen).

Støtte, veilede og samarbeide med pårørende

De neste tiårene forventes det knapphet på både fagutdannet personell og frivillige omsorgsytere. På samme tid vil vi se økte omsorgsbehov. Veksten i helse- og omsorgstjenesten bør organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet, lokalsamfunnet og i ideelle virksomheter. Pårørende med omfattende omsorgsoppgaver må ivaretas. Vi må utvikle tiltak for å støtte, veilede og avlaste de pårørende, og vi må finne gode og mer systematiske måter å samhandle med dem på. Det finnes flere verktøy for å strukturere samarbeidet mellom det offentlige tjenesteapparatet, brukerne og deres pårørende, blant annet individuell plan.

Vi har, og ønsker fortsatt, en tett dialog med lokale organisasjoner. Det kan også bli behov for å samarbeide mer med andre frivillige omsorgsytere. I lov om folkehelsearbeid har kommunene fått et ansvar for å samarbeide med frivillig sektor. Dette vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid. Det ligger gode muligheter i å engasjere flere i frivillig omsorgsarbeid. Dette kommer ikke av seg selv, men krever systematisk oppfølging med rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Frivillighetssentralen blir et viktig bindeledd mellom frivillige og de som har behov for frivillig innsats.

STRATEGIER:

- Involvere brukere i utformingen og utøvelsen av tjenestetilbudet
- Støtte, veilede og avlaste pårørende med omfattende omsorgsoppgaver
- Økt samarbeid med frivillige
- Styrke den etiske kompetansen blant ansatte i omsorgstjenesten
- Etablere universelt utformet botilbud til barn med nedsatt funksjonsevne

3.2 Koordinerte og helhetlige tjenester

Jevnaker kommune har ansvar for å gi nødvendige og forsvarlig tjenester som møter den enkeltes behov. Det er kvaliteten på *det samlede* tjenestetilbudet som er avgjørende for innbyggerne i kommunen. Noen av de viktigste trekkene ved opplevd kvalitet i tjenesten er forutsigbarhet og kontinuitet.

Endringer i tjenesteinnhold, arbeidsformer og faglige tilnærminger vil kreve et tettere samspill og samarbeid mellom alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og mellom ulike tjenesteområder. Det er behov for at de kommunale tjenestene integreres bedre i hverandre, for å oppnå mer tverrfaglighet, rask og effektiv forebyggende helsehjelp og bredere og mer kompetent oppfølging av kronikergrupper og mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det er også behov for bedre utnyttelse av personell og kompetanse. For å bidra til økt tverrfaglig samarbeid, må det etableres faste møteplasser og rutiner for kunnskaps- og informasjonsutveksling, refleksjon og veiledning. God ledelse på alle områder er nødvendig for å lykkes.

Ressursteam fagsykepleie er opprettet fordi et team i større grad kan se helhet og sammenheng enn det enkeltansatte og enkelttjenester kan. Ressursteamet består av fagansvarlige som har ulike definerte ansvarsområder¹. Som team har de fagansvarlige ansvar for mer enn sitt fagområde. De har et felles ansvar for å finne gode tiltak og løsninger for brukerne. Ressursteamet skal bidra til å sikre helhetlige pasientforløp. Den fagansvarlige følger brukeren, uavhengig av om brukeren er hjemme, på dagsenter, på korttidsavdelingen eller på institusjon.

Kommunen og Vestre Viken helseforetak samarbeider for at overgangene mellom sykehus, fastlege og kommunehelsetjenesten skal være så gode som mulig. Ved å beskrive ulike pasientforløp, og derigjennom gi brukere oversikt over hva som skjer før, under og etter behandling, søker man å sikre helhetlige og koordinerte tjenester i alle ledd.

Fastlegene har en viktig rolle i dette arbeidet. Fastlegeforskriften inneholder kvalitets- og funksjonskrav som presiserer forventningene til fastlegene og deres ansvar. Blant annet er plikten til å ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle for pasienter på egen liste tydeliggjort. Fastlegen skal også gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen, når dette er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp eller når pasienter på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne, ikke er i stand til å møte på legekantoret.

Barn og unge opptrer på mange ulike arenaer, som eksempelvis barnehage, skole, kultur-/ fritidsaktiviteter, helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det er avgjørende at kommunen får til et godt samarbeid mellom ulike tjenester som møter barn/unge. Tverrfaglig team (TFT), som består av faste representanter fra både Oppvekst og Helse og omsorg, er et felles samarbeidsforum for å behandle komplekse saker og hjelpe hele familien.

STRATEGIER:

- Organisere og utøve tjenesten på en effektiv og faglig forsvarlig måte
- Samarbeide aktivt med øvrige kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten
- Sikre helhetlige pasientforløp, blant annet gjennom opprettelsen av Ressursteam fagsykepleie

3.3 Helsefremmende aktivitet og forebyggende innsats

Helse og omsorgstjenesten skal hjelpe brukerne til å utnytte sine egne ressurser best mulig og ikke gjøre dem til passive tjenestemottakere. Aktivisering og hjelp til selvhjelp kan bidra til kvalitativt bedre resultater for brukerne og bedre utnyttelse av samfunnets samlede ressurser.

Helse- og omsorgstjenestene vil i årene fremover møte flere brukere med kroniske lidelser som vil kreve langvarig oppfølging. Det er de ikke-smittsomme sykdommene som hjerte- og

¹ Per mars 2017 er områdene definert slik: Palliasjon, kommunal øyeblikkelig hjelp(KØH) og rehabilitering, demens, kroniske lidelser og IKT.

karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft som bidrar mest til for tidlig død. Psykisk sykdom og kroniske muskel- og skjelettlidelser er de største årsakene til tap av livskvalitet. Hjemmetjenesten møter ofte brukere og pårørende i en tidlig sykdomsfase. En sterkere hjemmetjeneste kan bidra til å forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling, samt forsinke eller forhindre institusjonsinnleggelse.

En eller flere kroniske sykdommer medfører ikke nødvendigvis dårlig livskvalitet, inaktivitet eller gjør en avhengig av andres hjelp. God oppfølging, forebygging og rehabilitering kan påvirke prognosen og redusere konsekvensene av sykdommen(e). Motivering og opplæring vil stå sentralt i oppfølgingsarbeidet. Målet er å hjelpe brukerne til et best mulig liv, der de opplever mestring, unngår forverring, komplikasjoner og innleggelse i sykehus og er selvhjulpne i størst mulig grad lengst mulig.

Framtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenesten kan best møtes med tidlig innsats. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering, rehabilitering og brukerinntilflytelse. Ved å styrke kompetansen på disse områdene ønsker vi å bidra til at brukerne så langt det er mulig blir satt i stand til å ivareta egen helse og livsmestring.

Hverdagsrehabilitering vil være et av flere tiltak for bidra til bedre helse og egenmestring. Tidlig kartlegging av rehabiliteringspotensialet og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringsevnen og reduserer hjelpebehovet. Gjennom ulike tilrettelagte dagtilbud jobbes det helsefremmende, for å øke brukernes mulighet til å mestre egne liv og dermed øke deres livskvalitet og egenverd.

Frisklivssentralen er et viktig helsefremmende og forebyggende tilbud til befolkningen. Her tilbys støtte og veiledning til den som ønsker å endre levevaner knyttet til for eksempel fysisk aktivitet, tobakk og/eller kosthold. Veiledning gis individuelt eller i grupper og det arrangeres ulike aktiviteter, som eksempelvis trimgrupper ute/inne, røykesluttkurs, bra mat kurs, kurs i mindfulness (oppmerksomt nærvær) og depresjonsmestringskurs. Frisklivssentralen har blitt godt etablert, tilbudene har blitt flere og det er en jevn tilstrømming av nye deltakere. Det samarbeides med Hole og Ringerike kommune, slik at befolkningen kan bruke tilbudene på tvers av kommunegrensene.

Psykiske plager og lidelser er blant de store samfunns- og folkehelseutfordringene blant barn og unge i dag. Så mye som 15-20 % av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer². Jevnaker kommune gjennomførte våren 2017 for første gang en Ungdataundersøkelse³. Her fremkom blant annet at mange ungdommer sliter med psykiske plager i hverdagen og at mange føler seg ensomme. Det er flere jenter enn gutter som oppgir å være mye plaget. Ungdataundersøkelsen skal gjennomføres hvert tredje år og vil, særlig på sikt, gi kommunen et godt kunnskapsgrunnlag i det forebyggende ungdomsarbeidet.

Å forebygge psykiske lidelser handler om å jobbe med faktorer som fremmer god helse og livskvalitet, slik som mestring, tilhørighet, utvikling og vekst. Et tiltak som er tydelig rettet mot

² Folkehelseinstituttet (FHI), 2016

³ Ungdata er et spørreskjemabasert verktøy, som gir et bredt bilde av hvordan ungdommen har det og hva de driver med i fritiden

forebygging av psykiske plager er *Psykologisk førstehjelp*⁴. Målet er at alle barn i Jevnaker skal gjennomføre tre ledd av Psykologisk førstehjelp i barnehage, barneskolen og ungdomsskolen.

Når barn eller unge har problemer er det viktig at de får hjelp så fort som mulig. Jo raskere vi iverksetter tiltak for barnet, og eventuelt familien, desto større er sjansen for å hindre skjevutvikling. Kommunen har jobbet mye med å utvikle gode samarbeidsarenaer og verktøy for å sikre tidlig innsats overfor barn og unge. Sentrale dokumenter⁵ som omhandler dette er:

- Strategisk plan forebyggende arbeid barn og unge 2016-2020
- Handlingsveilederen Barn i risiko
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner

Jevnaker kommune vil arbeide for å bli en TIBIR-kommune (Tidlig Innsats Barn I Risiko)⁶. TIBIR er et program for forebygging og behandling av atferdsproblemer hos barn. Programmet er tilpasset det kommunale tjenestenivået og det er NUBU⁷ som står for utdanning og veiledning.

Når det gjelder «Handlingsplan mot vold i nære relasjoner» er denne rettet mot hele befolkningen, ikke bare barn og unge. I utgangspunktet er alle sårbare. Vold i nære relasjoner forekommer i alle samfunnslag og miljøer. Det er imidlertid mange faktorer som har betydning for hvor utsatte mennesker er for vold og hvilken mulighet de har for å komme seg ut av voldelige relasjoner. Faktorer som kan påvirke sårbarheten er kjønn, alder, sosioøkonomisk bakgrunn, fysisk og psykisk funksjonsevne og seksuell orientering. Forhold som migrasjon, graviditet og rus kan også spille inn. Flere av disse faktorene kan virke sammen og bidra til å øke den enkeltes sårbarhet. Barn er spesielt sårbare, men også eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne er sårbare grupper.

STRATEGIER:

- «Den nye hjemmetjenesten»: Økt satsning på hjemmetjenester og tidlig innsats
- Styrke kompetansen i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid
- Bidra til at brukerne i størst mulig grad ivaretar egen helse og livsmestring
- Legge til rette for at brukere kan oppleve meningsfulle hverdager på tross av sykdom og funksjonssvikt

⁴ Et selvhjelpsverktøy for mestring av egne følelser – gjennom begrepsbruk som røde og grønne tanker.

⁵ Dokumentene/planene ligger i kvalitetssystemet Compilo

⁶ Mer info om TIBIR finner du [her](#)

⁷ Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge

3.4 Kvalitet og kompetanse

Kvaliteten på de tjenestene vi yter har sammenheng med hvorvidt vi har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta brukeres behov - og hvorvidt vi besitter relevant kompetanse. God kompetanse på riktig nivå og sted, og til rett tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Å styrke kompetansen fordrer systematiske tiltak som gjør det attraktivt å jobbe i kommunen. Samtidig må vi utvikle kompetansen til eksisterende personell, slik at vi i størst mulig grad utnytter kompetansen som allerede finnes. Vi har også et særskilt ansvar i å sørge for at elever, lærlinger og studenter får gode opplæringsmuligheter, som motiverer dem til å bidra aktivt inn i fornying og utvikling av yrket når de er ferdig.

For å bidra til systematisk kvalitetsheving, faglig oppdatering og bygge opp robuste faglige miljøer, er det nødvendig med bedre samhandling mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 skal ansatte i spesialisthelsetjenesten gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger som er påkrevet for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Dette gjelder blant annet områder som forebygging, rehabilitering og lindrende behandling. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bidra til kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

Ny teknologi kan bidra til bedre helse- og omsorgstjenester og gi flere mulighet til å mestre egen hverdag. Moderne IKT-løsninger vil i større grad medvirke til at brukere kan ta aktive valg rundt egen helse og ulike tilbud. Dette er et utfordrende område for en liten kommune, både økonomisk sett og kompetansemessig. Utviklingen går svært fort og det er krevende å henge med. Dette er et av flere områder der samarbeid med omkringliggende kommuner kan være nødvendig.

Samarbeid, både internt og eksternt, er en forutsetning for å kunne håndtere utfordringene fremover. Det er utarbeidet en felles strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene i kommunene Hole, Ringerike og Jevnaker⁸. Denne har som hovedmål å sikre god og riktig kvalitet på tjenestene og bidra til utvikling av en lærende organisasjon. Den skal også reflektere mer konkret behovet for kompetanse på spesifikke områder hvor vi ser utfordringer fremover. Det er nedsatt en nettverksgruppe med representanter fra de tre kommunene for å ivareta dette. Gruppen har også et formelt samarbeid med USHT⁹.

Egne handlingsplaner for kompetansen innenfor de ulike områdene i Helse og omsorg vil utarbeides årlig.

STRATEGIER:

- Bygge opp et robust fagmiljø med tilstrekkelig og kompetent personell
- Videreutvikle samarbeidet om kompetanse på tvers av kommunegrenser
- Mer målrettet satsing på feltet velferdsteknologi

⁸ Strategisk kompetanseplan for Ringerike, Jevnaker og Hole kommune ligger i kvalitetssystemet Compilo.

⁹ Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Buskerud

3.5 Innovative og nyskapende tjenester

Dette oppnår vi ved å skape en kultur for utvikling og iverksetting av nye ideer og kreative løsninger. Vi må arbeide med innovasjon på tvers av forvaltningsnivåer, mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i mellomrommene mellom kommunale virksomhetsområder, på tvers av sektorene og mellom kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn. Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men etter hva som kan bli en bedre neste praksis. Det er et begrep for forandring og forutsetter risikovillighet. Innovasjon er å skape nytt. Da handler det om å åpne framtida og utvide handlingsrommet gjennom å identifisere flere utveier, vise fram alternativer og finne nye spor og løsninger. Det må også vurderes nye måter å organisere arbeidet på, som flytter dagens etablerte grenser, både mellom profesjonene og mellom virksomhetsområdene i kommunen.

Etisk refleksjon kan inngå som en delmetode i innovasjonsarbeidet og bidra til at helse- og omsorgstjenesten finner nye og bedre løsninger. Det handler blant annet om å reflektere over egen praksis og systematisk lete etter andre og bedre handlingsalternativer – sammen med kolleger, samarbeidspartnere, brukere og pårørende.

Bruk av velferdsteknologi og universell utforming vil gi større muligheter til å klare seg i eget hjem til tross for funksjonsnedsettelse. Det kan bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse. Teknologien vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet, men den kan bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Dermed kan den også frigjøre ressurser i omsorgstjenesten - ressurser som i større grad kan brukes i direkte brukerrettet arbeid. Bruk av velferdsteknologi må settes inn i en ramme. Den må ha som formål å bidra til å løse helt konkrete problemer og svare på de behov brukerne har. Innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten bør skje parallelt med endringer i organisering og innretning av tjenestene.

En forutsetning for nytenkning og innovasjon er at ansatte sees på som medspillere og ressurser, at det er evne og vilje til å arbeide på tvers og at brukere, innbyggere og organisasjoner involveres. I prosjektet «Framtidas omsorg skapes i fellesskap» ønsker kommunen å forene krefter i bygda og regionen, for å tenke helt nytt sammen. Utover våren 2017 inviterer kommunen til flere framtidswerksted, der innbyggere, politikere, næringslivet, samarbeidspartnere, ansatte mv. er velkomne til å delta. Prosjektet skal få fram behov og løsninger for framtidas omsorgstjenester og boformer i Jevnaker.

STRATEGIER:

- Skape kultur for utvikling og iverksetting av nye ideer og kreative løsninger
- Arbeide systematisk med erfaringsdeling og ta i bruk ny fagkunnskap og teknologi
- Samarbeide med frivillig sektor og bidra til økt frivillig arbeid

4. UTVALGTE OMRÅDER

I denne utgaven av Strategisk plan Helse og omsorg har områdene «demens», «psykisk helse og rus» og «arbeid og aktivitet» blitt viet særlig oppmerksomhet. Tre arbeidsgrupper har utarbeidet egne bidrag, som presenteres i det følgende.



4.1 Personer med demens

En av de største utfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30-40 årene. De fleste av disse vil ha behov for ulike tjenester i eget hjem eller sykehjem i løpet av sykdomsperioden. Brukers nærmeste vil ofte ha et stort behov for informasjon, støtte og avlastning.

Målet for Jevnaker kommune er å sikre en langsiktig og helhetlig planlegging av tjenestetilbudet til pasientgruppen - som samsvarer med den forventede økningen.

Kvalitet og kompetanse

Den sterke økningen av personer med demens fordrer kunnskap om sykdommen i alle deler av helse- og omsorgstjenestene. Det vil være behov for å styrke kompetansen om demens og geriatri både på høyskole- og fagskolenivå.

Opprettelsen av Ressursteam fagsykepleie vil være et viktig grep for å sikre at vi i størst mulig grad utnytter den kompetansen vi har. I Ressursteamet inngår Fagansvarlig demens (demenskoordinator). Som en del av ressursteamet vil Fagansvarlig demens bidra til å sikre helhetlige pasientforløp gjennom samarbeid på tvers. Fagansvarlig vil ha ansvar for å gjennomføre kartlegginger og behovsavklaringer, sikre bruker- og pårørendeinvolvering, samt bidra til kompetansedeling og kompetanseheving ute i tjenestene.

Å gi pårørende gode støtte og informasjon vil kunne være avgjørende for at pårørende skal klare å stå i omsorgsoppgavene over tid. Samtalegrupper, informasjonssamlinger eller pårørendeskoler, der deltakerne får informasjon, kunnskap og mulighet til å utveksle erfaringer med andre pårørende, er tilbud som vil kunne ivareta disse behovene.

Små og tilrettelagte boenheter

Det er et mål at alle skal gis mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig med individuelt tilrettelagte tjenester. Dette er noe de fleste ønsker, samtidig som det også er minst kostnadskrevenende og således mer økonomisk bærekraftig. Det er et stort sprang i ressursbruken mellom de som bor utenfor og i institusjon.

Per i dag har vi to sykehjemsavdelinger for brukere med demenssykdom med til sammen 26 plasser. Vi har ingen tilrettelagte boenheter/heldøgns omsorgsboliger til brukergruppen.

Det siste året har presset på sykehjemsplassene økt. Det har blitt utfordrende å holde en plass åpen til avlastningsopphold, noe som er viktig med tanke på å avlaste pårørende med store omsorgsoppgaver. Det er behov for flere institusjonsplasser enn det er per i dag og

behovet er økende. Ved en utvidelse av antall institusjonsplasser bør man tilstrebe bedre tilpassing av bygningsmassen. Lange korridorer er lite egnet for denne brukergruppen.

Kommunen står ovenfor utfordringer knyttet til etablering av tilstrekkelig botilbud med riktig kvalitet. De største utfordringene vil ligge i det å drifte tilbudet over tid. Det handler om å velge fysiske løsninger som også er ressurseffektive og bærekraftige. Det er mange måter å bygge opp slike tilbud på, men det er enighet om at størrelsen på bogrupper er en sentral faktor. Små oversiktlige bogrupper, med relativt få faste ansatte, er et viktig fysisk tiltak for brukere med demens. Nær tilgang til utearealer og fysiske utforminger som kompenserer for brukernes svikt, og tilrettelegger for sosiale relasjoner, er andre anbefalinger.

Opprettelse av boliger/bokollektiv/tun/ eller institusjonsplasser må sees i sammenheng med andre strategiske valg, som økt satsning på hjemmebasert omsorg, nye velferdsteknologiske løsninger, mer bruk av avlastningsopphold, dagtilbud og økt samarbeide med pårørende og frivillige.

Helsefremmende aktivitet og forebyggende innsats

Dagsenter for personer med demens blir en lovpålagt oppgave i 2020 og er allerede et etablert tjenestetilbud i Jevnaker kommune. Tilrettelagte dagaktivitetstilbud er viktige tiltak for å bedre livskvaliteten til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Det kan samtidig være en god og nødvendig avlastning for pårørende og kan bidra til at personen kan bo lengre hjemme.

En allsidig frivillig sektor er sentralt for et velfungerende og godt lokalsamfunn. Frivillig arbeid kan bidra til å redusere ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning gjennom tilrettelegging for sosial kontakt og aktivitetstilbud. Dette krever systematisk arbeid og oppfølging over tid. Det må legges til rette for et systematisk og godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor. Dette vil være en verdifull og lønnsom investering, som gir mangfold igjen for Jevnaker kommune.

Velferdsteknologi

Nye teknologiske løsninger kan gi personer med demens og kognitiv svikt nye muligheter til å mestre egen hverdag og kan bidra til at brukere kan bo hjemme lenger. Ulike løsninger kan også være til hjelp og avlastning for pårørende. Det er behov for kunnskap om teknologiens muligheter, opplæring i velferdsteknologiske løsninger og hvordan disse løsningene kan møte de individuelle behovene til personer med demens.

STRATEGIER:

- Styrke kompetansen om demens, både på høgskole- og fagskolenivå
- Styrke samarbeidet med pårørende og frivillige
- Etablere tilstrekkelig antall tilrettelagte botilbud
- Økt kapasitet på dagsenterplasser
- Økt kapasitet på avlastningsplasser
- I større grad utnytte velferdsteknologiske løsninger

4.2 Psykisk helse og rus

Psykiske helseplager og rusproblematikk er blant de største helseutfordringene i landet¹⁰. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet og ca. en tredjedel i løpet av et år.

Tjenestene til personer med psykisk helse- og rusproblemer i Jevnaker kommune skal organiseres sammen for å sikre robuste, tverrfaglige miljøer med spesialkompetanse for å kunne kartlegge og vurdere, iverksette tiltak og evaluere disse. Det må være et utstrakt samarbeid med andre aktører for å sikre integrerte tjenester.

Tjenestene skal legge til rette for at alle med behov skal få tilrettelagte tjenester gjennom differensierte tilbud. Meningsfull aktivitet og arbeid, i kombinasjon med terapeutisk oppfølging, skal være foretrukket. Tilbudene skal være lavterskel, med stor grad av brukerstyring og basert på en recoveryorientert filosofi og praksis.

Per i dag har kommunen ingen bemannede botilbud for mennesker med alvorlige psykiske helseutfordringer og/eller rusproblematikk. Utviklingen, med flere oppgaver overført til kommunene og raskere utskrivelser, tilsier at det vil bli behov for dette.

Kvalitet og kompetanse

Alle har en psykisk helse. Det må være psykisk helsekompetanse i alle deler av tjenesteapparatet som er knyttet til enkeltmenneskers helse, læring og sosiale miljø. Det være seg institusjon, hjemmesykepleie, korttidsavdeling, omsorgsboliger, skole, og NAV.

Hovedtjenesten psykisk helse og rus skal være samorganisert i en robust fagenhet, som gir spesialiserte tjenester til brukere som har behov for det. Enheten skal være en kompetansebank for de øvrige tjenestene gjennom samarbeid, råd og veiledning. Her er det behov for flere ansatte med treårig utdanning. Det bør oppfordres til ulike videreutdanninger som gir bredde i tilbudet. Dette er viktig for å rekruttere og beholde medarbeidere med høy kompetanse.

Det er behov for økt kompetanse knyttet til flyktninger og flerkulturelt arbeid innen psykisk helse- og rusfeltet. Det er også behov for å styrke kompetansen i hjemmesykepleien, korttidsavdelingen og på institusjon når det gjelder å møte en aldrende gruppe fra det belastede rusmiljøet. Det bør avklares hvilke tjenester som skal følge opp eldre som på grunn av psykisk lidelse og/eller begynnende demensutvikling er i behov av omsorgstiltak og skjerming i bolig.

For å gi et fullverdig, forsvarlig og kvalitativt godt tjenestetilbud må de ulike tjenestene samarbeide på en konstruktiv og sømløs måte, samtidig som taushetsplikten ivaretas. Samarbeid mellom aktører som fastlege, spesialisthelsetjenesten, NAV, korttidsavdeling og hjemmesykepleie er sentralt. Det er behov for en tverrfaglig vurderingsarena for voksne med sammensatte behov. Hovedutfordringen ligger i det å vurdere riktig tiltak til riktig tid og evaluere fortløpende. Dette er særlig relevant for unge voksne med kompleks problematikk.

¹⁰ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Forebygging

Forebygging av rus og psykiske helseplager er sentralt og må vies oppmerksomhet på flere nivåer/måter. For å illustrere dette kan man dele inn i tre ulike perspektiver:

Perspektiv 1: Ivaretagelse av brukernes barn for å forebygge utvikling av psykisk helse- og rusproblematikk relatert til omsorgssvikt. Her inngår også forebygging knyttet til det ufødte barnet, dvs. oppfølging av gravide med rusproblemer eller psykiske vansker.

Perspektiv 2: Alder, ved at alle under 30 år skal prioriteres til alle tiltak.

Perspektiv 3: Tidlig intervensjon, ved å komme inn tidlig i sykdomsforløpet for å forebygge utvikling av alvorlige symptomer ved depresjon eller angst, ved personlige kriser eller annet.

Dette innebærer at tjenestetilbudet må være godt kjent, tilgjengelig og lavterskel. Det må være godt samarbeid med andre tjenester som familieteam og barneverntjeneste. Arbeidet må sees i lys av strategisk plan for forebyggende arbeid barn og unge.

Endringsprosesser tar lengre tid når foreldrene har rus og/eller psykisk helseutfordringer, fordi fokuset på barna forsvinner og de voksnes behov kommer i veien for barnas. Foreldrene må jobbe med seg selv for å få barnet i sentrum. Det er viktig å gjøre gode vurderinger for å finne riktig tiltak som har effekt og hele familiens behov må koordineres.

Aktivitet og arbeid, frivillighet og sosiale arenaer

Jevnaker kommune har vært en foregangskommune knyttet til arbeid og aktivitet som integrert del av tilbudet til personer med psykiske helseproblemer, både gjennom IPS (individuell jobbstøtte), jobbspesialist og aktivitetstilbudet på Ljungberg. Ensomhet og isolasjon forsterker psykiske symptomer og forebygging av dette kan redusere symptomtrykket. Terapeutisk tilnærming har best effekt når personen ikke er isolert. Det vil være behov for utstrakt samarbeid mellom frivillighet, lag og foreninger og det offentlige for å få til dette på en god måte.

Fysisk og psykisk helse henger sammen. Personer med psykiske helse- og rusproblemer har større grad av livsstilssykdommer enn andre. Den terapeutiske effekten av fysisk aktivitet, sunn ernæring og søvn er dokumentert. Det skal gjennom de kommunale tilbudene rettes oppmerksomhet mot betydningen av fysisk aktivitet og ernæring for å forebygge eller behandle livsstilssykdommer.

Bruker- og pårørendemedvirkning

Effekten av tiltak økes når bruker involveres i behandlingen/rehabiliteringen og det legges til rette for valgmuligheter. Dette er også en av grunnpilarene i recoveryorientert praksis. Endringsarbeid krever egenmotivasjon, deltagelse og ansvarliggjøring. Brukere og pårørende skal involveres i alle ledd av planlegging og utøvelse av tjenestene. Det gjelder også i planarbeid.

Rus

I en liten kommune vil det være sårbarhet knyttet til små og spesialiserte fagfelt, slik som rusfeltet er. Tjenestene må organiseres på måter som reduserer denne sårbarhet ved fravær eller turnover – for å kvalitetssikre tjenestene.

BrukerPlan¹¹ viser at kommunen hovedsakelig gir oppfølging til ROP-pasientene (samtidig ruslidelse og psykisk sykdom). Disse har hatt langvarig rusproblematikk og mange er i LAR¹². De vil ha behov for oppfølging knyttet til psykisk og somatisk helse, meningsfull aktivitet og arbeid. Denne gruppen har stort sett behov for kommunal bolig, noe som har vært prioritert i Jevnaker, og som også i fremtiden vil være en forutsetning for det øvrige arbeidet knyttet til brukergruppen. Tjenesten må gi et fleksibelt og tilpasset tilbud, med stabiliserende tiltak som øker livskvaliteten og reduserer rusbruken. Innenfor rusfeltet vil samarbeid med andre aktører være spesielt viktig. Mange opplever å ha vært kasteballer i spesialisthelsetjenesten hele livet og har ikke fått adekvat behandling for sine psykiske lidelser. Det er behov for integrerte tjenester som ivaretar brukernes komplekse behov.

STRATEGIER:

- Sikre psykisk helsekompetanse i alle deler av tjenesteapparatet
- Legge til rette for at mennesker med psykiske helseproblemer kommer ut i arbeid eller meningsfull aktivitet
- Utrede behovet for tilrettelagt botilbud for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

4.3 Arbeid og aktivitet

Jevnaker kommune har som mål å legge til rette for at innbyggerne skal kunne ha en aktiv og meningsfull tilværelse. I Jevnaker skal befolkningen vite at arbeid er helsefremmende. Det er et ønske at strategien bidrar til å skape holdninger og kultur for at arbeid skal være førstevalg både i befolkningen, i kommunen og i kommunens næringsliv.

Unge som står utenfor arbeidslivet skal komme i arbeid. Ungdom skal velge å fullføre videregående opplæring som kvalifiserer til høyere utdanning. Utsatte unge skal sikres samordnede tjenester ut fra den enkelte og familiens livssituasjon.

Flyktninger og innvandrere skal inkluderes i arbeid og lokalsamfunn. De skal tilegne seg norsk språk og kulturforståelse og innvandrere skal være sysselsatt i samme grad som den øvrige befolkningen.

¹¹ Brukerplan er et verktøy for å kartlegge omfanget av rus- og psykiske problemer blant tjenestemottakere i kommunen. Resultatene av kartleggingen gir informasjonsgrunnlag for planlegging og dimensjonering av framtidige tjenester.

¹² Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Personer med nedsatt arbeidsevne skal inkluderes i arbeid eller opprettholde sin tilknytning til arbeidslivet. Gjennom samarbeid med andre tjenesteytere, skal det legges til rette for et helhetlig og koordinert tilbud til personer med sammensatte behov.

Det skal gis et tilbud om aktivitet, arbeid og opplæring til voksne som ikke har ordinært arbeid eller som har et særskilt behov for tilrettelagt arbeid- eller aktivitetstilbud. Ungdom, flyktninger og innvandrere og andre med nedsatt arbeidsevne er de som oftest står utenfor arbeidslivet. Arbeid er en inngang til sosiale relasjoner og opplevelse av mestring og mening, og det er et viktig virkemiddel for å forebygge fattigdom. Det er også av betydning at disse kommer i arbeid for å møte fremtidig behov for arbeidskraft.

NAV

NAV sin strategi for 2012-2020 er å få flere i arbeid og færre på stønad. NAV skal til en hver tid prioritere å inkludere de utsatte gruppene på arbeidsmarkedet. Dette er målsettinger som sammenfaller med Jevnaker kommunes arbeid mot fattigdom og gode oppvekst- og levekår.

Virkemidler som skal videreutvikles og benyttes er utvidet oppfølging, basert på prinsipper om individuell oppfølging og inkluderingskompetanse. NAV Jevnaker må samarbeide med partene i arbeidslivet lokalt for å framskaffe flere og varierte tiltaksplasser i ordinært arbeidsliv.

I den arbeidsrettede bistanden NAV Jevnaker gir prioriteres ungdom, innvandrere fra land utenfor EU/EØS, langtidsledige og personer med nedsatt arbeidsevne. Det er avgjørende at ungdom og innvandrere og andre som står utenfor skole- eller arbeidsliv får god oppfølging fra NAV. NAV må legge til rette for at disse fanges opp så tidlig som mulig og at de raskt kommer i aktivitet. For ungdom som ikke har fullført videregående opplæring er det viktig å legge til rette for å fullføre utdanning først.

Brukermedvirkning

Brukerne skal ha gode møter med NAV og andre kommunale tjenester og de skal medvirke i egen sak. Det er viktig at tjenestene har stor grad av tillit og brukertilfredshet både hos brukere og i samfunnet for øvrig. Å ta brukerne på alvor innebærer å lytte og reflektere over hva de formidler. Brukeren skal ha en reell innflytelse på beslutninger og utforming av tjenesten.

Erfaring og forskning viser at individuell oppfølging fungerer best med å bistå mennesker ut i ordinært arbeid. Jevnaker kommune har en jobbspesialist ansatt i tjenesten psykisk helse. Videreutvikling av dette tilbudet er viktig for å nå andre brukergrupper.

Flyktninger

Introduksjonsordningen er det sentrale virkemiddelet for å integrere nyankomne i det norske samfunn og arbeidsliv. Kommunene har ansvar for introduksjonsprogrammet og opplæring i norsk og samfunnsfag. For å legge til rette for tidlig deltakelse i arbeidslivet, bør Jevnaker kommune i nært samarbeid med sine samarbeidspartnere (Læringscenteret i Ringerike og NAV Jevnaker), jobbe for at det blir etablert et hurtigspor hvor flyktingers kompetanse raskere kan tas i bruk. Målet må alltid være korteste vei til arbeid. Mange av flyktingene som

har blitt bosatt i Jevnaker de senere årene har utdanning og yrkeserfaring fra eget hjemland. Noen har også utdanning på universitetsnivå. Dette er kompetanse som i større grad må nyttiggjøres.

For kvinner er situasjonen annerledes. Med få unntak har bosatte kvinner i all hovedsak innehatt en mer tradisjonell kjønnsrolle og vært hjemmeværende med barn. Det betyr at kvinnene i mange tilfeller står lenger unna yrkeslivet enn menn. For begge kjønn, men med spesielt fokus på kvinner, er derfor språkpraksisplasser av avgjørende betydning for å kunne tilegne seg norsk språk og lære hvordan norsk arbeidsliv fungerer. Det er viktig at kommunen har tilstrekkelig og varierte språkpraksisplasser til disposisjon.

Ungdom

Det vil fremover være økt konkurranse om arbeidsplasser for ufaglærte. Tiltak og virkemidler rettet mot unge uten fullført utdanning og/eller med sammensatte problemer må prioriteres. De skal ha et tilbud hvor fokus er på å fullføre utdanningsløpet. Samarbeid mellom kommunen, fylkeskommunen og NAV vil her stå sentralt.

NAV kontorets ungdomstjeneste skal videreutvikles i tråd med ny nasjonal satsning på ungdom. Den nye innsatsen skal forhindre at unge blir gående passive og målet er å motivere til jobbsøking, gi økt jobbsøkerkompetanse og raskt få ledige unge over i arbeid, utdanning eller annen hensiktsmessig aktivitet. Aktivitetsplikten skal iverksettes og utvikles til et tiltak for målgruppen. Et slikt tiltak vil være etablering av «Framsnakk» som et treårig prosjekt (2018-2020). Ungdommen vil i løpet av tiltaket møte annen ungdom som framsnakker det å være i jobb og forteller om hva som skal til. Målet er å få flere unge i arbeid og færre på stønad.

Samhandling på tvers

Det er behov for en tydelig og koordinert innsats på områder som inkludering av innvandrere, ungdom og andre som står helt eller delvis utenfor arbeid- og samfunnsliv. Eksempelvis har en betydelig andel av de som har behov for langvarig bistand fra NAV helseutfordringer grunnet psykiske lidelser eller plager i muskel/skjelett. Arbeid er bra for helsen, men brukeren kan samtidig ha behov for helsetjenester for å komme i arbeid. Tiltak knyttet til boforhold, familieliv, helse og livsstil er like betydningsfulle som tiltak rundt aktivitet og arbeid. God samhandling mellom tjenester internt i kommunen, spesialisthelsetjenesten og NAV-kontoret vil ha betydning for folkehelsen og overgang til arbeid.

Kvalitet og kompetanse

Kunnskapsbasert praksis bør være utgangspunktet for videre utvikling av kompetanse om arbeid og aktivitet. Tjenesteutøvere som arbeider med målgruppene må ha god kompetanse i å identifisere behov. De må ha kunnskap om arbeidslivet og arbeidets betydning for den enkeltes helse.

Inkluderingskompetanse er kunnskap, ferdigheter og holdninger i å støtte arbeidssøkere og arbeidsgivere, slik at personer med bistandsbehov og/eller nedsatt funksjonsevne kan delta i det ordinære arbeidslivet. Målet med å styrke inkluderingskompetansen er at alle som ønsker

det skal kunne delta i arbeidslivet på mest mulig ordinære vilkår. Tiltak og tjenester skal tilpasses både brukernes behov og etterspørselen i arbeidsmarkedet. En spesiell styrking av inkluderingskompetansen i NAV, men også styrking av inkluderingskompetansen i kommunen for øvrig, er av betydning.

Digital kompetanse

Digitalisering av tjenester frigjør ressurser, reduserer kompetanse- og oppgavespenet og endrer samhandlingen med brukeren. Digitale tjenester øker tilgjengelighet for brukerne og er det naturlige førstevalget for de fleste brukere. Det må sikres nødvendig kompetanse i bruken av digitale tjenester og løsninger, og løsningene må benyttes etter hvert som de blir tilgjengelige - som støtte til brukeropfølgingen. Tjenesteutøver må også kunne bistå tjenestemottaker i å lære og mestre digitale løsninger så den enkelte blir mer selvhjulpent.

STRATEGIER:

- Legge til rette for at alle innbyggere skal kunne ha en aktiv og meningsfull tilværelse. Utsatte grupper er prioritert
- Varige tilrettelagte arbeidsplasser skal søkes brukt i ordinære arbeidsplasser fremfor skjermede tiltak og bedrifter
- Arbeide for at bedrifter og kommunen i større grad vil ta i mot ungdom og andre som av ulike årsaker står utenfor arbeidslivet (praksisplasser, lærlingeløp, ansettelse)
- Økt grad av brukermedvirkning og individuell oppfølging, blant annet i form av jobbspesialist
- NAV kontorets ungdomstjeneste skal videreutvikles i tråd med ny nasjonal satsning på ungdom
- Iverksette aktivitetsplikten, blant annet gjennom prosjektet «Framsnakk»



5. AVSLUTNING

Helse- og omsorgstjenestene skal sikre tidlig innsats, forebygging og egenmestring. Dette er avgjørende, både for den enkeltes livskvalitet og for å forberede oss på en framtid der veksten i tjenestebehov skaper bærekraftutfordringer. Det vil bli utfordrende å rekruttere nok og riktig kompetanse. Da blir det viktig å utnytte ressursene godt, både gjennom å styrke brukernes egne ressurser og ved å utnytte de personalressursene vi har best mulig. Det blir avgjørende å finne gode måter å organisere tjenestene på og det er viktig at tilbudet som bygges opp har nødvendig fleksibilitet. Samarbeid på tvers av tjenester, kompetanseområder og kommunegrenser er sentralt og vil bare bli mer og mer avgjørende for å sikre kvalitativt gode tjenester i årene som kommer. *Hele* den kommunale helse- og omsorgstjenesten må sees i sammenheng, slik at brukere og pårørende så langt det er mulig opplever et helhetlig og godt koordinert tilbud.

Hensikten med Strategisk plan er å legge grunnlaget for en framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste. En tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne og som legger brukere og pårørendes behov til grunn for hvordan tjenestene utformes og leveres. En tjeneste som evner å fornye seg og som har tilstrekkelig kapasitet, god kvalitet og rett kompetanse for å møte morgendagens utfordringer.



REFERANSER

- Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Stortingsmelding nr. 16 (2010/2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011- 2015*
- Stortingsmelding nr. 13 (2011/2012) *Utdanning for velferd*
- Stortingsmelding nr. 10 (2012 – 2013) *God kvalitet – trygge tjenester, om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*
- Stortingsmelding nr. 29 (2012 – 2013) *Morgendagens omsorg*
- Stortingsmelding nr. 34 (2012/2013) *God helse – felles ansvar(Folkehelsemeldingen)*
- Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
- Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*