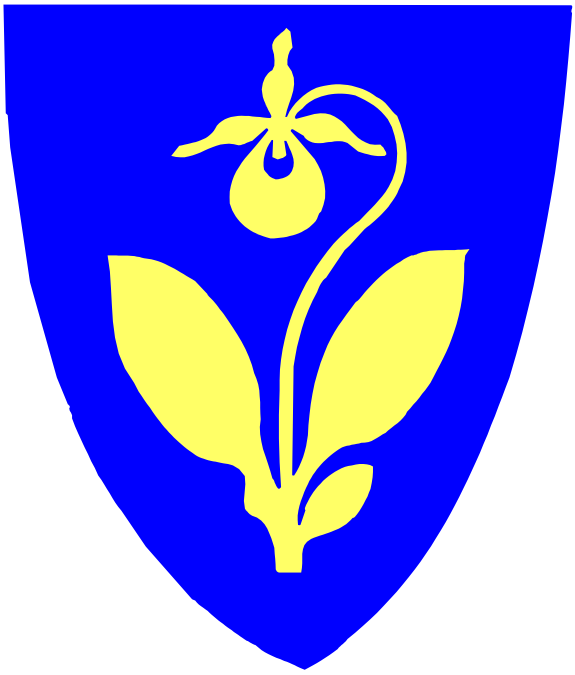
HANDLINGSPLAN FOR HELSE- PLEIE OG OMSORGSTJENESTEN 2018 - 2028



SNÅSA KOMMUNE

Vedtatt i Snåsa Kommunestyre i Sak 27/18 den 31.05.2018

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1. FORORD ... 3
2. INNLEDNING ... 4
3. STYRINGSDOKUMENTER ... 6
4. GENERELL BEFOLKNINGSUTVIKLING ... 7
5. GRUNNLEGGENDE MÅLSETTINGER: ... 8
6. FØRINGER I FORHOLD TIL SØRSAMISK PERSPEKTIV. ... 9
7. DMS INN- TRØNDELAG OG KAD INN TRØNDELAG ... 9
8. FOLKEHELSEARBEID ... 10
8.1 STYRINGSDOKUMENTER FOR FOLKEHELSEARBEIDET ... 10
9. FAMILIESENTRALEN. ... 12
10.1 DAGENS SITUASJON. ... 12
10.2 HELSESTASJONEN. ... 13
10.3 LEGETJENESTEN ... 14
10.4 TJENESTE FOR PSYKISK HELSE OG RUS ... 15
10.5 FYSIO- ERGOTERAPITJENESTEN ... 16
10.6 BARNEVERN: ... 17
10.7 KOMMUNAL DEL NAV ... 19
10.8 INN-TRØNDELAG KOMMUNEHELSESAMARBEID ... 19
11 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN ... 20
11.1 DAGENS SITUASJON ... 20
11.2 MÅL FOR PLEIE OG OMSORG I SNÅSA KOMMUNE: ... 21
11.3 STATUS PLEIE OG OMSORG ANSATTE OG RESSURSER ... 22
11.4 UTFORDRINGER ... 23
11.4.1 Ombyggingsbehov 1. etg. Snåsa sjukeheim: ... 25
11.4.2 Innhold «mellombygget» ... 26
11.4.3 Påbyggings- og ombyggingsbehov 2. etg. Snåsa sjukeheim: ... 26
12 GJENNOMGANG AV TJENESTETILBUD ... 27
13 STRUKTUREN I FRAMTIDIG PLEIE OG OMSORGSTILBUD. ... 29
14 ØKONOMISKE KONSEKVENSER ... 34
14.1 KOMMUNEØKONOMI ... 37
15. TILSKUDDSORDNING GJENNOM HUSBANKEN. ... 37
16. REKRUTTERING, KOMPETANSE, BEMANNING OG SYKEFRAVÆR ... 38
17. HANDLINGSPLAN - TILTAK, TIDSPLAN OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV TILTAKENE ... 40
18. OVERSIKT OVER STATUS PÅ PLANER HELSE-, PLEIE OG OMSORGSOMRÅDET OG PLANLAGT RULLERING/REVIDERING. ... 43

1. Forord

Kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunene skal ivareta har økt gradvis over tid. Utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse i de kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Brukernes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. ***«Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.»***

Kommunen må være i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.
Med reformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse-, pleie og omsorgstjenester til befolkningen. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på rehabilitering og habilitering, på økt brukerinnflytelse, på behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus.
Samhandlingsreformen er en retningsreform som legger grunnlaget for innholdsmessige og organisatoriske endringer i kommunal sektor. Det meste og det beste er nærомsorg, der de offentlige helse-, pleie og omsorgstjenestene er en del av nærmiljøet i nært samspill med brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, frivillige, lokale organisasjoner og virksomheter.

Kommunene utfordres da på å få kunnskap om, lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter. I dette ligger å utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og endringer av organisatoriske og fysiske rammer slik at vi kan utføre stadig mer komplekse oppgaver i egen kommune innenfor de økonomiske rammene som stilles til rådighet.

God helse er en av de viktigste forutsetninger for livsutfoldelse. Utviklingen har ført til at sykdomsbyrden i befolkningen i større grad preges av sykdommer som vi lever med enn sykdommer vi dør av. Psykiske helseproblemer vil utgjøre en større del av sykdomsbelastningen. Det har skjedd et skifte fra sykdommer som resultat av fattigdom og nød, kunnskapsmangel og dårlig hygiene til sykdommer som i større grad
kan knyttes til utviklingstrekk og levesett.

Gjennom systematisk kartlegging av folkehelsetilstand i kommunen skal Snåsa kommune tilrettelegge for gode rammer for å utvikle en god folkehelse. Tidlig innsats, forebygging og mestring står sentralt i arbeidet knyttet til forhold som påvirker barn og unges oppvekstsvilkår så vel som den voksne befolkningen.

Helse-, pleie og omsorgstjenestene er ikke lenger bare eldreomsorg, men dekker nå hele livsløpet, og nye yngre brukergrupper bringer med seg nye ressurser, krav og mestringsstrategier som etter hvert setter sitt preg på og bidrar til fornyelse av hele helse- og omsorgstjenesten.

2. Innledning

Snåsa kommune vedtok gjeldende Handlingsplan for helse-, pleie- og omsorgstjenesten 2010-2020 den 25. februar 2010. Denne trenger revidering/oppdatering.

Handlingsplan for helse-, pleie- og omsorgstjenesten skal synliggjøre helhetlige sammenhenger knyttet til kommunens helse-, pleie og omsorgsutfordringer. Gjeldende plan synliggjorde behov for utbygging/påbygging/renovering av arealer knyttet til samlokalisering av tjenester for Familiesentralen og for pleie og omsorgstjenestene inkl. institusjonstilbudet. Byggetrinnene som inneholdt Familiesentralen ble fullført og innflyttet i 2013. Siden gjeldende plan ble utformet i 2010 har det skjedd en god del endringer knyttet til de resterende oppgavene knyttet til pleie og omsorgstjenesten. Snåsa Kommune står foran store påbyggings-, ombyggings og renoveringsoppgaver knyttet til utdatert bygningsmasse på Snåsa Sjukeheim. Her vil også en fullført samorganisering av hele pleie og omsorgstjenesten komme på plass med felles utgangspunkt og felles turnus for tjenestene. En oppdatert/revidert Handlingsplan for helse-, pleie- og omsorgstjenesten vil kunne øke mulighetene for dette.
Formålet med planarbeidet er også å innarbeide helsefremmende og rehabiliterende strategier i alle deler av helse og omsorgstjenestene.

I Rundskriv IS-1/2015 «Nasjonale mål for folkehelse og helse- og omsorgstjenesten i 2015» (som er siste tilgjengelige og med utgangspunkt i Direktoratets Strategiske plan for 2014-2018) fra Helsedirektoratet står det bl.a. følgende i pkt. 1:

«En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom.
Hele landets befolkning skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.
Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.
Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest forventet levealder. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, hvor det legges til rette for en helsefremmende livsstil, og gjør det enklere å ta sunne valg. Folkehelsearbeidet skal være systematisk og langsiktig, og det å skape god helse skal være et sektorovergripende mål.
Gode IT-systemer er viktige verktøy for å bedre behandling, kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Det skal videreutvikles helhetlige IT-systemer for Helse-, pleie og omsorgstjenestene slik at nødvendige helseopplysninger følger pasienten hele veien.»

I pkt 2.1 om KOMMUNENE står følgende:
«Kommunen har ansvar for og skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
Samhandlingsreformen ble startet i 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor.
I følge helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene tilrettelegge for samhandling og de skal samarbeide med andre tjenesteytere for å sikre nødvendige og helhetlige tjenester og gode pasientforløp.
Folkehelseloven er et viktig verktøy for å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller.

Kommunenes helse- pleie og omsorgstjenester trenger å sikre framtidig kapasitet, kvalitet, kompetanse og rekruttering. I tillegg trenger en å planlegge for framtiden samt å sette i verk tiltak for å redusere den raske veksten i omsorgstjenestene.

Med samhandlingsreformen fikk kommunen nye oppgaver. Det er blitt større fokus på brukermedvirkning, helhetlige og koordinerte tjenester, og at kommunen har og skal overta enkelte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at kommunen må arbeide mer med nye oppgaver samtidig som eksisterende tilbud og tjenester opprettholdes og utvikles. Kommunens helse-, pleie og omsorgstjenester har vokst betydelig de seinere årene og en ser at utfordringene framover også er omfattende.

Vi står overfor utfordringer knyttet til livsstilsykdommene, eldrebølgen, rekruttering til omsorgsyrkene, stadig økende forventninger til helsetjenestene og kommunens plikt til å ta over helsetjenester som i dag er statens ansvarsområde.
Sykdomsbildet preges i stadig sterkere grad av livsstilssykdommer som også rammer barn og unge. Folkehelsearbeidet i kommunen må derfor forsterkes og videreutvikles i årene som kommer, og innsatsen må særlig rettes mot barn, unge og deres familier.

Pårørende og frivillighet er viktige aktører som kommunen må styrke sitt samarbeid med. Likedan må det bygges opp under lokalsamfunnets robusthet, det vil si evnen til å ivareta innbyggernes helse og trivsel.

Snåsa kommune må også styrke sine fagmiljø, utvikle differensierte botilbud og utvikle tjenester som er koordinerte, helhetlige og langsiktige. Innbyggerne skal gis bedre muligheter til å klare seg selv i hverdagen, til tross for sykdom eller funksjonsnedsettelse

I Planstrategien for Snåsa Kommune blir det slått fast at arbeidet med Kommuneplan skal starte og at vi under samfunnsdelen skal ha en Kommunedelplan for helse-, pleie og omsorg der Handlingsplan for helse-, pleie og omsorg bør inngå.

Hovedutvalg helse og omsorg vedtok i Sak 2/17 den 15.03.17. følgende:
Det opprettes et planutvalg for oppdatering/revidering av Handlingsplan for helse-, pleie- og omsorgstjenesten.
Utvalget består av følgende 6 personer/funksjoner: Setter inn valgte personer.

- 1 politisk representant fra hovedutvalg helse og omsorg. Som leder av planutvalget velges: Leder i Hovedutvalg Helse og Omsorg, Bård Vaag Landsem
- Brukerrepresentant: 1 av erfaringskonsulentene tilsatt i Snåsa Kommune.
  Rådmannen avklarer hvem av de to som blir brukerrepresentant. Valgt person er: Arnhild Brønstad med May Brit Fløtnes som vararepresentant.
- 1 HTV. Aktuelle arbeidstakerorganisasjoner avklarer hvem som skal representere.
  Valgt person er Tora Mollan (HTV(hovedtillitsvalgt) Fellesorganisasjonen (FO)) med Line Okkenhaug Sjule (HTV Norsk Sykepleier Forbund (NSF)) som vararepresentant. Dette ble endret fra november 2017, da Tora Mollan flyttet fra kommunen. Line Okkenhaug Sjule går inn som fast medlem, med HTV Fagforbundet, Anne Rita Riseth som vararepresentant.
- Enhetsleder Pleie- og omsorgstjenesten — Mimi Jørstad
- Enhetsleder Familiesentralen (fra ca. 010517) — Ragnhild Moum Agle
- Kommunalsjef Helse og Omsorg — Ester Brønstad

Rådmannen avklarer sekretærfunksjon.
I oppstart av arbeidet ble det tidlig klart at det var ønskelig med en ekstern ressurs som kunne bidra til å vurdere ulike omsorgs- og driftsstrategier.
På denne bakgrunn gjorde Formannskapet følgende vedtak i **sak 61/17:**
1.Med de nye opplysningene tilgjengelig og med vedtak av kjøp av naboeiendom gitt i KOM 9/17, bestilles arkitekt til å utarbeide et revidert forprosjekt basert på medgått tid gitt i tilbudet fra arkitekt.
2. Det bestilles en ekstern ressurs til å vurdere de driftsøkonomiske konsekvensene ved forskjellig omsorgsstrategi og driftsstrategi slik at disse vurderingene kan brukes videre i prosjektet.
3. Signal om investeringsramme og driftsrammer gis når utredning jfr. pkt. 2 foreligger.

Begrunnelse:
Det har kommet nye momenter i saken som man ønsker å utrede før man kommer med et endelig forslag til framtidige utbygging, utforming og modernisering av omsorgstilbudet i kommunen. Det driftsmessige forholdene synes uavklart, og man ønsker en ekstern vurdering.

Etter pnkt 2.2.2 i delegeringsreglementet, er administrasjonen bemyndiget til å velge anbyder.

Det ble kontaktet tre aktuelle tilbydere, Telemarksforskning, Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) og Trøndelag forskning og utvikling, som fikk følgende forespørsel:

«I Snåsa kommune står vi ovenfor en utbygging/renovering av sykeheimen. I den forbindelse ønsker vi en vurdering av omsorgsstrategi sett opp imot driftsøkonomi av sjukeheimen med tilhørende ressurser (legesenter, fysio/ergo, tjeneste for psykisk helse og rus, hjemmetjenesten osv). Dette vil medføre en kapasitets- og behovsanalyse med framskrivning av befolkningsutviklingen i Snåsa. Også forebyggings- og folkehelseperspektiv bør være en del av vurderingene.
Vi ønsker en leveranse med en kort rapport og eventuelt en utfyllende PowerPoint presentasjon. En rask utførelse av oppdraget vil bli vurdert sterkt i forbindelse med valg av leverandør.»

Gjennomgangen av omsorgsstrategien skal fange opp eventuelle endrede behov i befolkningen, og hvordan disse behovene best kan løses. Dette skal i tillegg gi et godt grunnlag for å bygge en god helse-, pleie og omsorgstjeneste for fremtida i Snåsa, innbefattet påbygging/ombygging/rehabilitering av Snåsa Sjukeheim.

På bakgrunn av oppgaveforståelse og pris ble Trøndelag Forskning og Utvikling (TFoU) valgt til å gjennomføre analysen.

3. Styringsdokumenter

Statlige styringsdokumenter:

- Helse - og omsorgstjenesteloven
- Folkehelseloven
- Pasient og brukerrettighetsloven og helseberedskapsloven
- Helsepersonelloven

- Samhandlingsreformen (St. melding 47 2008 -2009)
- Morgendagens omsorg – omsorgsplan 2020 (St.mld 29 2012- 2013).
- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Stortingsmelding nr.26 2014 - 2015).
- Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter (Stortingsmelding nr. 19 2014 -2015)
- Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse – og omsorgsfeltet (2015 -2020)
- Opptrappingsplan for rusfeltet (Proposisjon nr. 15 2015-2016)
- Demensplan 2020 (desember 2015)

Lovverket innen helse - og omsorg er supplert med en rekke forskrifter som konkretiserer innbyggernes rettigheter og det offentliges plikter. Verdighetsgarantien, kvalitetsforskriften og fastlegeforskrift er noen av de mest sentrale forskrifter.

I tillegg til føringene som blir gitt i lov og forskrift, er det utformet en rekke planer og veiledere som utdyper kommunens og helseforetakenes ansvar. Nasjonal - helse og omsorgsplan 2011 -2015, Omsorgsplan 2015, Omsorgsplan 2020, Demensplan 2015 og Nevroplan 2015 er noen eksempler. I tillegg er områder som psykisk helse, rus, kreft, KOLS og diabetes satsingsområder som krever lokal oppfølging.

- Fra jan 2018 er det lovfestet krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster i kommunene.
- Fra 2020 er det lovfestet krav om psykolog og ergoterapeut i kommunene.
- Fra 2020 er det en lovfestet plikt til å tilby tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Kommunale styringsdokumenter- se oversikt s. 43.

4. Generell befolkningsutvikling

Befolkningsdata Snåsa:

Registrert befolkningsmengde pr. 1/1 i året.

	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Totalt	2.176	2.176	2.164	2.172	2.164	2.154	2.156	2.153	2.139	2.159	2.094

Tabellen viser en nedgang i folketallet med 82 mennesker siden år 2008.

Tabell: Framskriving av folketallet til 2040. Fordeling på aldersgrupper
Framskriving alt. MMMM (SSB)

	2017	**2020**	**2025**	**2030**	**2040**
0-24 år	618	624	607	596	587
25-34 år	220	207	202	196	199
35-44 år	212	216	230	235	228
45-69 år	700	697	678	644	588
70-79 år	233	233	224	238	280
80 år eller eldre	142	147	168	190	220
Totalt	2125	2124	2109	2099	2102

Som en lett kan se, er prognosene allerede ute av kurs når det gjelder totalt innbyggertall. Det kan imidlertid argumenteres for at antall innbyggere i den eldre del av befolkningen er mer stabile enn i den yngre. Når nye prognoser fra SSB kommer, er ikke fastsatt.

- Barnetallet er synkende, og fødselstallet ligger under de prognoser som ligger til grunn for framstillingen. Barn og unge med komplekse problemstillinger er økende og kompetanse knyttet til denne gruppen vil også være viktig i tiden fremover.
- Ungdomskullene vil avta, mens de yrkesaktive aldersgruppene reduseres med 7,2 % (82 personer) i perioden 2017 – 2040.
- Aldersgruppen 70-79 har en økning i perioden fram mot 2040 på 20% (47 personer)
- Aldersgruppen over 80 år øker med 18 % (26 personer) fram til 2025
- Fra 2025 til 2040 øker aldersgruppen over 80 år markant, med 31 % (52 personer)

Ut fra denne prognosen kan en grovt sett slå fast at Snåsa kommune vil møte moderate økninger i utfordringene når det gjelder tjenestetilbud for aldersgruppen 80+ fra nå og fram til 2025, og fra 2025-2040 vil økningen være markant. For aldersgruppen 70-79 vil erfaringsmessig en stigende andel med årene møte mestringsproblemer med behov for tilrettelegging og rehabilitering.

Det er verdt å merke seg at når man snakker om helse – pleie og omsorgs tjenester, så refereres det ofte til personer over 67 år.
Imidlertid viser tall fra SSB at svært mye av hjemmetjenestene som gis innenfor denne sektoren ytes til brukere under 67 år, og at tjenestebehovet til disse er vesentlig høyere enn til brukerne over 67 år. Blant dem som får ulike former for praktisk bistand i hjemmet, er en betydelig andel under 67 år, og 3 av 5 timer går til brukere under 50 år (Artikkel fra SSB, publisert 07.12.17- «Mest praktisk bistand til «yngre» brukere».

5. Grunnleggende målsettinger:

Snåsa skal være kjent som et trygt og godt sted å bo med mulighet for alle.

- Et inkluderende samfunn
- Engasjerte og aktive innbyggere
- Det skal legges opp til en aktiv grendepolitikk for å opprettholde grendesentrene og ivareta mulighetene for fortsatt spredt bosettingsmønster i kommunen.
- Bidra til livsglede/vilje til å leve, og bolyst gjennom holdningsskapende arbeid

Grunnleggende målsetning for framtidens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør inneholde:

- Mennesket i fokus. Respekt for menneskeverdet, uavhengig av alder og funksjonsnivå.
- Brukeren skal bli tatt på alvor. Her legges særlig vekt på medbestemmelse, verdighet, trygghet og individuell tilpasning av tjenester
- God utnyttelse av de kommunale ressursene gjennom å tilby rett tjeneste til rett bruker på rett måte og til rett tid – av hjelpere med rett kompetanse.
- God kvalitet på tjenestene, dvs. tjenester som er virkningsfulle, forutsigbare, faglig og etisk forsvarlige, i tillegg til at de er tilpasset den enkeltes behov.
- Fokus på rehabilitering/habilitering og den enkelte brukers egne ressurser

- Helhetlige tjenester, dvs. individuelt tilmålte, tverrfaglig sammensatte tjenester som baserer seg på den enkeltes brukers fysiske, sosiale, åndelige og psykiske behov, samt systematisk samarbeid med bruker / pårørende.
- Ta hensyn til ulik kulturbakgrunn, for eksempel med språk/kulturkompetanse for samisk/sørsamiske brukere.
- Sette inn tilstrekkelig kvalifisert hjelp og hensiktsmessige hjelpemidler på et tidlig tidspunkt for å bidra til at brukere får bo hjemme så lenge som mulig, til tross for funksjonsnedsettelser.
- Ha en moderne og balansert tjeneste der det er en stor bredde i tjenestenes tilbud.
- Utvikle lokaler, organisasjonen og tjenestene på en slik måte at ansatte opplever trivsel, mulighet for personlig kompetanseutvikling, yrkesstolthet og tilhørighe

6. Føringer i forhold til sørsamisk perspektiv.

Snåsa Kommune ble innlemmet i forvaltningsområde for sørsamisk språk og kultur fra 1.januar 2008. Det gjør at Snåasen tjïelte/Snåsa kommune har et spesielt ansvar for å ivareta, fremme og videreutvikle tilbud til den samiske befolkningen. Kommunen ønsker å sikre at den samiske befolkningen i kommunen får et behandlingstilbud som tar hensyn til deres kultur, etnisitet og språk og sikrer likeverdighet i tilgjengelighet til helse- og sosialtjenester For å oppnå dette er det nødvendig med økt kunnskap om samisk språk og kultur blant tjenesteyterne i alle ledd i behandlingsapparatet.
Kommunen har inngått ett samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter- psykisk helsevern (SANKS). Gjennom det samarbeidet arbeides det med et E- læringsprogram med vekt på å heve kulturkompetansen for alle ansatte knyttet til samisk kultur. Pilot rulles ut høsten 2018

7. DMS Inn- Trøndelag og KAD Inn Trøndelag

DMS (Distriktsmedisinsk senter) Inn-Trøndelag er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Verran, Snåsa, Inderøy og Steinkjer og Helse Nord-Trøndelag. Steinkjer er vertskommune for DMS Inn-Trøndelag. Senteret ble etablert januar 2011 med 16 intermediære senger. Tilbudet gis til pasienter som skrives ut fra sykehus og trenger videre behandling på spesialisttjenestenivå. Her gis de en tett oppfølging med mål om å nå best mulig funksjonsnivå før utskriving til kommunene.
Siden oppstarten har det vært gjennomført endringer på type senger. Fra juni 2014 har sengestatusen vært 10 intermediære senger. Sykehuset Levanger har i tillegg en desentralisert dialyseavdeling her, 6 dialyseplasser med tilbud mandag, onsdag og fredag, poliklinikk og røntgentilbud 2 dager pr. uke.
Erfaringene med deltagelse i DMS er positive for kommunehelsetjenesten. Kommunen opplever noe mindre trykk på sykeheimsplasser da de som kommer fra DMS oftere kan reise direkte hjem. DMS Inn Trøndelag oppleves som et godt fagnivå som kommunen kan konsultere ved ulike problemstillinger. Dette gir en trygghet i tjenestene lokalt.

I tillegg er det her 4 KAD-plasser (Kommunal Akutt Døgntilbud) (interkommunal øyeblikkelige hjelp, lovpålagt fra 01.01.16) i samarbeid mellom kommunene Steinkjer, Verran, Inderøy og Snåsa. Dette er et tilbud der pasienten har akutt behov for undersøkelse, observasjon, pleie og behandling, først og fremst for de med en avklart diagnose. Fra 2017 ble pasienter med rus og psykiatridiagnoser integrert i de 4 KAD-sengene.

Det har tatt tid å få tatt i bruk KAD- tilbudet (gir også dag-behandling). De gangene de er benyttet, har det vært et godt tilbud for pasientene.
I tillegg er det 2 palliative korttidssenger for Steinkjer kommune, lokalisert i DMS- lokalene.

DMS og KAD vil flytte inn i Inn-Trøndelag Helse- og beredskapshus når det står ferdig i juli 2019. Her vil også Steinkjer Legevakt bli lokalisert. Snåsa Kommune sitt samarbeid med Inn Trøndelag DMS/KAD og Steinkjer Legevakt vil bli uendret ved flytting til nye lokaler.

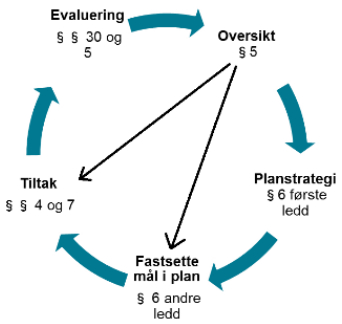
8. Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko og styrke det som bidrar til bedre helse.

8.1 Styringsdokumenter for folkehelsearbeidet

Fra 1. januar 2012 ble det større fokus på forebygging og folkehelsearbeid, ved igangsettelse av **Samhandlingsreformen** og **lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).** Folkehelseloven ble utarbeidet for å nå Samhandlingsreformens intensjoner; å utjevne helseforskjeller, skape flere leveår med god helse for den enkelte, og økt fokus på forebyggende arbeid i fremtiden.

Folkehelseloven legger opp til systematisk arbeid med oversikt over helseutfordringene blant innbyggerne, planforankring av mål, tiltak og evaluering av folkehelsearbeidet i kommunen på kort og lang sikt. Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og utjevning av sosiale helseforskjeller. **Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)** legger også noen juridiske føringer for arbeidet med folkehelsen, og er et verktøy for å få en helhetlig samfunnsplanlegging. Kommunens oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer skal være grunnlag for kommunale og regionale planstrategier.



Folkehelseloven styringssirkel

Det er også andre sentrale styringsdokumenter og strategier. **St. meld. nr. 16 (2002 – 2003) Resept for sunnere Norge** som vektlegger å skape et sunnere Norge, og omhandler forhold som skaper helseproblemer og det som styrker helsen. **St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller** ble satt i verk for å utjevne de sosiale helseforskjellene. «Helse i alt vi gjør» er utgangspunktet for **Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar,** hvor arbeidet med folkehelsen skal skje på tvers av sektorer, og legger også føringer for å sikre at folkehelseloven gjennomføres. **Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter** vektlegger å skape muligheter for at hvert individ kan ta ansvar for sin egen helse. Det bli økt fokus på psykisk helse, og psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet. En moderne eldrepolitikk skal utvikles, hvor aktivitet og deltakelse er viktige elementer. Hensynet til befolkningens helse skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen.

Andre regionale og lokale styringsdokumenter er **Regional plan for folkehelse i Nord-Trøndelag 2015-2020,** med strategiske temaområder: *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*, *gode levevaner i Nord-Trøndelag*, *alle skal med i Nord-Trøndelag*, *samhandling i folkehelsearbeidet*, og **Folkehelseplan Snåasen Tjïelte/Snåsa kommune 2014-2015** som har innsatsområdene *folkehelse i alt vi gjør*, *aktive og sunne snåsninger*, *tidlig innstas for barn og unge*, *psykisk helse*, *eldrehelse og demens* og *et godt hjerte*.

Status

- 40% av et årsverk for folkehelsekoordinator, med plassering i Familiesentralen

Snåasen Tjïelte/Snåsa kommune skal i 2018 revidere oversiktsdokumentet knyttet til kravet i Folkehelseloven. Kommunen har et oversiktsdokument fra 2016, som kommunene er pålagt å oppdatere jevnlig, minimum hvert fjerde år.
Folkehelseplanen skal revideres før planstrategi revideres, hvert fjerde år. For å kunne lettere arbeide tverrsektorielt og kontakt med andre enheter er folkehelsekoordinatoren med på månedlige lederforum, hvor ulike temaer blir tatt opp.

Utfordringer

Det er en utfordring å holde fokus på forebygging og folkehelse i trange tider, og når budsjettene reduseres. Fokus må være å forebygge mer for å reparere mindre. For å sikre at folkehelse og det forebyggende arbeidet får nødvendig status og prioritet, må målene forankres i kommunens overordnede planverk.
Plassering av folkehelsekoordinator i Familiesentralen kan bidra til å skape hindringer for å få forståelse av folkehelsearbeid er overordnet og tverrsektorielt arbeid. For å lykkes med folkehelsearbeidet, er det viktig at aktører jobber sammen og ikke hver for seg. Dette gjelder også på tvers av nivå, sektorer og faglig ståsted.

Det er fortsatt behov for å sette inn innsats for å øke aktiviteten i hverdagen. Forekomst av overvekt og fedme er et problem hos barn og voksne i Snåsa, og bør derfor fortsatt jobbes for å møte denne utfordringen. Mange voksne i Snåsa rapporterer symptomer på angst og depresjon. Muskel- og skjelettplager og psykiske helseutfordringer er dominerende i statistikken for sykefravær.

Tiltak

Et tiltak kan være å flytte folkehelsekoordinator til Enhet for utvikling, da folkehelsearbeid i stor grad er samfunnsutvikling. Dette vil bidra til økt forståelse at ansvaret for folkehelsen ikke ligger hos helsetjenestene, men hos alle enheter og at man arbeider etter å tenke «helse i alt man gjør». Det vil også gi folkehelsen et overordnet fokus, og vil gjøre det lettere å arbeide tverrsektorielt.

Snåasen Tjïelte/Snåsa kommune ønsker å være en del av den 10 års nasjonale satsning for å fremme psykisk helse og rusforebyggende arbeid i kommunen, hvor barn og unge er den primære målgruppen. Prosjektet i Snåase/Snåsa skal foregå over en periode fra 3 til 5 år, men på sikt bli en del av planer og budsjetter. Dette vil forhåpentligvis gi positive resultater og møte noen av de utfordringene som kommuner har.
En annen del av folkehelsearbeidet er miljørettet helsevern og arbeid for å redusere og bekjempe smittsomme sykdommer og være forberedt på å møte ekstraordinære smittesituasjoner.

• ***Hva er forebygging***
Forebygging innbefatter alt fra det som gjøres for å skape gode og trygge lokalsamfunn til innsats som spesielt retter seg mot å begrense, stanse eller snu en negativ utvikling. Forebygging handler både om å tilrettelegge for en positiv utvikling uten at et ***konkret problem er identifiser, og om å stanse negativ utvikling som er identifisert eller har utviklet seg.***

• ***Overordnet mål***
Å bidra til positiv utvikling gjennom tilbud av høy kvalitet i rett tid er det overordnede målet med den forebyggende innsatsen. Behovet for bred forebyggende innsats finnes i alle kommuner, Det finnes ingen enkel oppskrift på hvordan arbeidet lokalt skal organiseres. Lokale hensyn, behov og særtrekk spiller inn.

• ***Viktige prinsipper i det forebyggende arbeidet.***
a) tidlig intervensjon som innebærer at utfordringer gripes fatt i så tidlig som mulig
b) forebyggende tiltak må bygges på kunnskap, der det legges vekt på å stimulere til metodeutvikling og tiltak som kan bidra til at det arbeidet som gjøres faktisk fungerer og kommer publikum til gode.
c) En sentral forutsetning for å lykkes med forebyggende innsats er et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Alle tjenester skal være kjent med sitt ansvar. For at samarbeidet skal oppleves meningsfylt og givende, er det avgjørende at de som inngår i samarbeidet har en klar formening om hvorfor de skal samarbeide og ikke minst nytten av et samarbeid. Samtidig er det viktig at det etableres systemer og strukturer som synliggjør hvordan samarbeidet skal foregå.

9. Familiesentralen.

10.1 Dagens situasjon.

Familiesentralen ble opprettet 01.01.03. Det ble i 2013 foretatt en renovering og utbygging av helsesentret for å få til en samlokalisering av tjenestene. Familiesentralen har allerede endret seg mye fra opprettelsen, men målsettingen står fast. I dag består Familiesentralen av følgende tjenester: Legetjenesten, Helsestasjon, Tjeneste for psykisk helse og rus, Fysio- og ergoterapitjenesten og Folkehelse. I tillegg har Familiesentralen økonomiansvar for Indre Namdal barneverntjeneste, kommunal del av NAV, Inn Trøndelag DMS inkl. KAD og Inn Trøndelag kommunehelsesamarbeid.

God helse kan beskrives som evnen til legemlig, mental og sosialt å takle de utfordringer livet gir. God helse og hvordan vi oppnår dette har variert gjennom tidene. Det er viktig at det offentlige tydeliggjør hva som er dens ansvarsområde. Samtidig kan et bedre fellesskap gi oss mindre ensomhet, og mer tro på egne evner til å takle sykdom. I et forebyggende perspektiv er fokuset på hva som holder oss friske viktig.

Målet er en samfunnsutvikling som styrer innbyggernes og lokalsamfunnets muligheter til å ta ansvar for helse, trivsel og hverdagsmestring. Det krever systematisk forebyggingsarbeid og tidlig innsats, noe som må være grunnleggende prinsipper for all tjenesteutvikling, uavhengig av; alder, målgruppe og tjenestebehov. For å nå disse målene, er det viktig at det er klare forventninger mellom innbyggerne og den kommunale forvaltninga hvordan egne ressurser kan mobiliseres.

Kommunen har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Pasientene skal oppleve tjenestene som tilgjengelig, trygge, helhetlige og koordinerte. Opplevd kvalitet på tjenester og tillit til tjenesteytere er ofte en forutsetning for et godt resultat. Det er økt krav til at kommunen skal ha kapasitet og kompetanse til å gjennomføre et mer spesialisert tjenestetilbud på flere områder. Dette gjelder både somatikk, psykiatri og rus. Stadig flere tjenestemottakere antas å utløse behov for et mer tilpasset tjenestetilbud og det bør vurderes hvilke tiltak som er nødvendig for å møte disse behovene.

Økonomiske parameter viser at Snåsa kommune har en helsetjeneste som drives i pakt med forventninger og krav – og ikke skiller seg ut i adekvat sammenligninger. Tjenestene anses å være kvalitetsmessig svært tilfredsstillende og scorer til dels meget godt på nasjonale oversikter. Fagstillinger er besatt med tilstrekkelig kompetanse. Det er imidlertid svært vanskelig å si noe om hvordan dette vil forholde seg framover – og et generelt press på spesialkompetanse på fagfeltet må man legge til grunn vil merkes også i Snåsa. Med de kjente forutsetninger som foreligger kan man si at helsetjenesten har en viss robusthet sett i et fremtidig perspektiv.

10.2 Helsestasjonen.

Mål/ansvar

- Fremme fysisk og psykisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold.
- Forebygge sykdommer og skader.

Helsestasjonstjenesten skal primært drive primærforebyggende og helsefremmende arbeid overfor kommunens innbyggere. Dette omfatter svangerskapsomsorg, helseundersøkelser, vaksinering, veiledning/ rådgivning individuelt og i grupper samt helseopplysning. Målgruppen er gravide, barn og unge fra 0-20 år og foreldre.

Status:

- 1,0 årsverk for ledende helsesøster.
- 0,4 årsverk for helsesøster til flyktninger.
- 0,25 årsverk for jordmor.
- 0,10 årsverk for helsestasjonslege.
- I tillegg er det tett samarbeid med ergoterapeut, fysioterapeut og psykisk helse og rus. Når de arbeider med barn og unge, er dette en del av helsestasjon og skolehelsetjenesten, og oppfølgingen dokumenteres i felles fagsystem.

Utfordringer:

Barn og unges oppvekstsvilkår i Snåsa kommune er god. En stor del av unge i kommunen rapporterer at de har det bra. Videre er det lite frafall fra videregående skole og elevene rapporterer at de trives godt. Det er likevel noen utfordringer og dette er i forbindelse med psykiske symptomer/lidelser, livsstil/aktivitet og overvekt. I forhold til ungdom ser vi i Ungdata fra 2017 at færre ungdommer har en trofast venn, og følelsen av ensomhet og depressive symptomer har økt siden 2014. Ungdom bruker mer tid på sosiale medier, og trener mindre. Samtidig er det en økende utfordring i forhold overvekt og fedme hos barn og unge. Ungdom i Snåsa bruker mer tid på data og trener mindre enn ungdommer generelt i Nord- Trøndelag og Norge. Forebygging bør fortsatt prioriteres fremover.

Journalprogrammet WinMed har ikke skrivetilgang for ergoterapeuter.

Tiltak:

Dette er sammensatte utfordringer som krever oppfølging på flere områder som tidlig innsats, psykisk helse, ernæring og fysisk aktivitet. Dette krever innsats og samarbeid fra flere

instanser, blant annet barnehage, skole, teknisk etat, skolehelsetjenesten, folkehelsekoordinator og tjeneste for psykisk helse og rus.

Forbyggende program som det gis tilbud er: «Kjærlighet og grenser», «Du bestemmer», «Alle har en psykisk helse», «MOT». Det gis også foreldreveiledning og individuell oppfølging. For å sikre tett samarbeid rundt det enkelte barnet og familiene, er det jevnlig tverrfaglige møter.

10.3 Legetjenesten

Mål/ansvar:

Gi innbyggere og besøkende i kommunen god legetjeneste uten urimelig ventetid. Delta i og sette i gang forebyggende helsetiltak.

Kommunen har ansvaret for å organisere fastlegeordningen og sørge for at de personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastlegens liste i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven. Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen. Videre har kommunen ansvar for organisering og tilrettelegging av øyeblikkelig-hjelp tjeneste inklusive legevakt og medisinsk nødmeldetjeneste i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Herav følger at kommunen skal ha et system som sikrer ivaretakelse av øyeblikkelig hjelp døgnet rundt.

Status:

- 3 fastleger + turnuslege. 2 av legene har driftsavtale tilsvarende 1,6 årsverk.
- 3,0 årsverk fast for hjelpepersonell, fordelt på 2,6 årsverk sykepleier og 0,4 årsverk helsesekretær.
- Snåsa har vel 2100 innbyggere og behovet for listeplass dekkes av 3 fastleger med hhv. 1500, 1000 og 750 listeplasser. Fastlegene og en turnuslege har felles listeansvar. Det for tiden er god dekning av behovet for listeplass.
- Legevakt ivaretas lokalt på Snåsa alle hverdager fra kl.08-15.30. De øvrige dager og tidspunkt ivaretas legevakten av Steinkjerlegevakt.
- Det er i 2017 innført som krav at leger som ansettes i eller inngår avtale med kommunen skal være spesialister i allmennmedisin. I Snåsa er det en fastlege med spesialistkompetanse, en tar resertifisering som spesialist og en under spesialisering.
- Det er videre et krav om at legevaktpersonell skal ha gjennomført obligatorisk kurs i akuttmedisin og volds og overgrepshåndtering innen 01.05.20. Her har de fleste allerede oppfylt kravet.
- Legekontoret har tatt i bruk ePortal, internettbasert tjeneste som på en sikker måte tilbyr timebestilling og kommunikasjon mellom pasient og legekontor.

Utfordringer:

- Fastlegeordningen på landsbasis, spesielt den privat organiserte, har de siste årene kommet under press pga. underbemanning og underfinansiering. Å greie å ivareta stabil legedekning kan bli en utfordring fremover. Det gjelder å legge til rette for både å rekruttere og beholde fastleger og denne rollen er tillagt kommunen.
- Samhandlingsreformen, samfunnsutviklingen og visjonen om framtidens allmennlegerolle gir signal om behov for større legetetthet ute i kommunene. Listelengdene må som følge av dette bli kortere og den nye maksimalnormen pr. 2018, anslås til maks 200 listepasienter pr. kurativ dag pr. uke og lege.

- Kontorlokaler er renovert og utvidet av ny dato. Det er ingen muligheter for utvidelse innenfor det arealet som står til disposisjon. Med 3 fastleger og turnuslege, er alle kontor besatt. Dette vil medføre noe trengsel ved mottak av medisinstudenter til praksisveiledning. Siden studiet ved NTNU har utvidet opptak, er det vesentlig å videreføre ordningen med praksisveiledning. Faglig sett vil det ellers være viktig å følge med i utviklingen av faget med å innføre ny teknologi. Herunder innføring av ultralyd i allmennpraksis og klinisk-kjemisk måleutstyr for hurtigpåvisning av prøvesvar for å forbedre kvaliteten på tjenesten.

Tiltak:

- Viktig med oppdaterte lokaler og oppdatert medisinsk-teknisk utstyr som er av en sånn standard at det er mulig å ivareta alle krav til tjenesten både i forhold til pasienter og også i forhold til rekruttering. Utvikling og oppdatering av EPJ, IKT-miljø og digitale tjenester som bl.a ePortal i henhold til myndighetenes spesifikasjoner og allmenne krav.

- Oppdatering av kommunens planverk som omfatter helse og sosialtjenester. Det er ønskelig å få utarbeidet en egen plan for den kommunale legetjenesten. Videre er det behov for oppdatering av smittevernplan.

10.4 Tjeneste for psykisk helse og rus

Mål/ansvar:

Tjeneste for psykisk helse og rus er sammen med legetjenesten ansvarlig for oppfølging og behandling til personer som sliter med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Tjenesten skal i tillegg bidra til å forebygge at slike problemer oppstår.

Tjeneste for psykisk helse og rus har ansvar for forebygging, psykisk oppfølging og behandling til **alle aldergrupper.**

Status:

- 1,6 årsverk for psykiatrisk sykepleier
- 0,8 årsverk for koordinator for barn og unge med vekt på psykisk helse

Prosjektmidler som dekker:

- 1,0 årsverk for prosjektleder rus
- 0,5 årsverk for erfaringskonsulent (to personer som går 25 % stilling hver)

Utfordringer:

Ut fra det scenariet at psykisk helseproblemer og rusmiddelproblemer er de helseutfordringer som vokser mest, må innsatsen rettes mot både forebygging og behandling.

I forhold til rus er det kun prosjektmidler som brukes til å opprettholde stillinger. Det gjør at en hvert nytt år må søke på nye midler, og at en ikke vet om en får det før det har gått noen måneder. Selv om Snåsa per i dag ikke har et miljø for det tyngste illegale rusmisbruket, så ser en at det er en økende bruk av cannabis og sporadisk bruk av andre stoffer. Alkohol er

fortsatt den største utfordringen. Det er derfor behov for at det opprettes en fast stillingsressurs som har kompetanse på rusfeltet.

Fra 2020 blir det lovpålagt at kommunen skal ha egen psykologressurs. For en liten kommune som Snåsa, så er interkommunalt samarbeid veien å gå, men det vil i alle tilfeller gi kommunen en merutgift.

Samhandlingsreformen gir føringer for at mer av behandling og oppfølging av brukere skal ut fra sykehusene og inn i kommunene, og at brukene skal skrives ut raskere. Dette gjelder for psykiatri og rusfeltet, på lik linje med det somatiske feltet. Dette vil utfordre Helse-, pleie og omsorgstjenestene våre, både på kapasitet, kunnskap og tilrettelagte boforhold.

Tiltak:

- Opprettelse av en stillingsandel for ruskoordinator.
- Initiere et samarbeid med nabokommune(r) i forhold til psykologstilling
- At tjenesten holder seg oppdatert kunnskapsmessig og bidrar til kunnskapsformidling til samarbeidende tjenester innen helse- og omsorgsfeltet.

10.5 Fysio- ergoterapitjenesten

Mål/ansvar:

Alle innbyggere i Snåsa skal få et likeverdig tilbud om fysio- og ergoterapitjenester i forhold til behovene til den enkelte.

Tjenesten har også som mål å forebygge framtidige lidelser.
Tjenesten omfatter fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten i kommunen. Tjenesten har ansvar for behandlende/kurativ virksomhet og forebyggende arbeid innenfor egne fagområder og i samarbeid med andre. Hjelpemiddelformidling er også et ansvar som tillegger denne tjenesten. Tjenesten har også et delansvar for re-/habiliteringstilbudet i kommunen der den kommunale fysioterapeuten er rehabiliteringskoordinator.

Målgruppen er brukere med enkelte eller sammensatte hjelpebehov som trenger tjenester fra èn eller flere faggrupper for å kunne fungere på sine livsmestringsområder. Med livsmestringsområder el. virksomhetsområder menes de områder som står sentralt i ulike livsfaser. Blant, for eksempel, barn og unge er leik/skole/fritid i fokus, mens blant voksne er arbeid/heim/fritid de viktigste områdene.

Status:

- 1,8 faste årsverk,

- 2 fysioterapeuter med driftsavtale med hhv 0.8 og 0,6 årsverk hver. En av driftsavtalene er på Helsesenteret, den andre har tilhold ved Snåsa Treningssenter på Brede.

Utfordringer:

- Hverdagsrehabilitering – ett av tiltakene i rehabiliteringsplan 2012 -2015 (se under pkt. 11.4 side 23/24).
- Velferdsteknologi – mestringsteknologi i hverdagen for å bi mer selvhjulpen. (se under pkt. 11.4 side 23/24)

- Hjelpemiddellager: - kommunalt lager er flyttet til tidligere varmebasseng for å ivareta nødvendig rengjøring, men det er fremdeles utfordringer rundt kommunens mottak av hjelpemidler til og fra bruker og til og fra NAV hjelpemiddelsentralen som er i inngangsarealet til fys.avd., dette gjør det vanskelig å ivareta taushetsplikten, da hjelpemidlene er merket med navn.
- Staten v/ NAV hjelpemiddelsentral har fokus på mulig endring av oppgavefordeling mellom stat og kommune. Viktig å være tett på denne utviklingen slik at kommunene er forberedt på evt. endringer.
- Kravet til fysioterapihenvisning fra lege faller bort fra 1.1.18. Da kontaktes den enkelte fysioterapeut direkte for avtale. Målet er gi lettere tilgang på fysioterapitjenester, men dette kan gi utfordringer rundt innhenting av nødvendig medisinsk informasjon for å kunne gi riktig behandling.
- Individuell plan og koordinator er lovpålagt tverrfaglige og tverr-sektorielle oppgaver som skal gi mer samkjørte tjenester rundt den enkelte bruker. Til dette brukes digital programvare SamproIP. Det er utfordrende å få de enkelte ansvarsgrupper til å ha fokus på dette. En mulig årsak er at dette er i helselovgivningen og ikke de andre tjenestenes lovverk.
- Viser til Plan for rehabiliteringstjenesten i Snåsa kommune vedtatt 12.12.02. i sak 80/02. Planen trenger revidering.

Tiltak:

- Rullering av rehabiliteringsplan i ett tverrfaglig sammensatt prosjekt igangsatt. Tiltak vil komme i dette prosjektet.

- Etablere egnede lokaler for tjenesten i samband med utbyggingsplaner for helsesenter/sjukeheim for å kunne gi hele befolkningen en best mulig tjeneste knyttet til lovkrav – inkludert tilfredsstillende lokaler for å kunne ivareta kommunens ansvar knyttet til hjelpemiddelformidling. Pr i dag er dette uholdbart, treningsalen og behandlingsrommene har lite dagslys, mangler ventilasjon og har dårlig luftkvalitet.

10.6 Barnevern:

Indre Namdal barneverntjeneste har vært i drift siden 01.04.2006. Indre Namdal barneverntjeneste organiseres etter vertskommuneprinsippet, og barnevernadministrasjonen inkl. hovedkontor er lagt til vertskommunen, Grong kommune.

Mål/ansvar:

Å yte tjenester i henhold til Lov om barneverntjenester.
Å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.

Status:

- 1,25 årsverk merkantil og administrativ/forebyggende systemarbeid-
- 8,3 årsverk saksbehandler inkl. fagledelse/teamledelse
- 0,5 årsverk tilsynsordning
- 0,5 årsverk tiltaksarbeider
- 0,4 årsverk psykologspesialist

Totalt 10,95 årsverk fordelt på ulike ansvar.

Bemanningssituasjonen i barnevern relativt stabilt. Tjenesten har også i 2017 hatt tilsettinger i eksisterende stillinger (grunnet oppsigelser). I denne sammenheng er det verdt å nevne at tjenesten har prioritert å tilsette psykologspesialist i fast stilling. Denne vil bidra til viktig og ny kompetanse til barneverntjenesten, og kan både veilede familier og tjenesten i enkeltsaker innenfor sitt fagområde, samt bidra med veiledning/briefing/debrifing av ansatte ved behov. Barneverntjenesten vil med dette ha et mindre behov for å kjøpe/skaffe tilsvarende tjenester eksternt. Total bemanningshjemmel på barnevern fra 2017 til 2018 vil dermed gå noe ned, siden psykologressurs er kostbar sammenlignet med saksbehandlerressurs.
Totalt har tjenesten via statlige midler fått tilført 2,75 årsverk siden 2011. Tjenesten ble siste gang tilført en stilling fra Fylkesmannen bl.a. med bakgrunn i IN-kommunenes egen satsing, i form av ressursøkning med 1 stilling fra 1.januar 2016. Fylkesmannen la også til grunn at tjenesten har prioritert økt ledelsesressurs i tjenesten i tråd deres anbefalinger og generell nasjonal satsing på barnevernledelse i kommunene. I tillegg ble tjenestens evne til utviklingsorientert satsing ilagt vekt i fordelingen av midler.

Utfordringer:
Tjenesten har over tid hatt utfordringer med å nå alle lovkrav, mål og frister grunnet lange perioder med flere langtidssykemeldinger og ustabil bemanningssituasjon. Tjenestens erfaring at «gjenoppbygging» tar tid. Med utgangspunkt i dagens arbeidsmengde/krav sett i sammenheng med dagens bemanningshjemmel/prioritering, mener tjenesten at målene i all hovedsak skal kunne nås. Dette forutsetter selvsagt en noenlunde stabil situasjon ift ansatte fremover.
Tjenesten startet høsten 2017 opp med praksisnær kompetanseheving i regi av Bufdir. Dette sammen med Ytre Namdal barneverntjeneste. Dette som piloter på landsbasis samtidig med andre barneverntjenester i 4 andre fylker i landet.

Etter at den nye tilsynsordningen kom i gang høsten 2016, har tjenesten endelig klart å holde lovkravene for fosterbarn i Indre Namdal. Tjenesten erfarer også jevnt over høyere kvalitet i gjennomføringen og i rapportskriving. Ordningen videreføres videre i 2018.

Fra 1.juli 2016 tilsatte tjenesten 50% fast stillingsressurs som tiltaksperson. Denne utfører tiltaksarbeid på oppdrag og etter vedtak fra barneverntjenesten. Tiltaksperson jobber direkte med foreldre og barn i deres hjem med metodisk veiledning og tilrettelegging, i samarbeid med saksbehandlere i barneverntjenesten.

<u>Barnevernvaktordning i Nord-Trøndelag:</u>
Indre Namdal barnevern ble med i ordningen 10.mars 2017. Pr i dag er vaktas åpningstid fredager fra kl. 18 til søndag kl. 00 med kontor på Steinkjer politistasjon. Grunnlaget for kommunenes betaling til vertskommunen tas utgangspunkt i de faktiske kostnader, og fordeles etter innbyggertall.
Fra barnevernvakta side antydes det at ønske om utvidet åpningstid. I budsjett 2017 for Indre Namdal barnevern ble beregningen gjort med utgangspunkt i kronesats 27. For 2018 har man tatt høyde for en økt kronesats på inntil 32 dersom barnevernvakta skal ha mulighet for utvidet åpningstid utenfor ordinær kontortid. Indre Namdal barnevern ønsker full åpningstid på barnevernvakta svært velkomment.

Tiltak

- Fortsatt videreføre arbeidet med tidlig innsats etter «Kvello-modellen».

- Fortsatt jobbe med å stabilisere bemanningen slik at alle stillingshjemler er besatt, og tilrettelegge slik at det er attraktivt å arbeide i tjenesten.
- Vurdere og evt. iverksette plan for perioden 2018-2020 for bruk av programvare og digitalt arkiv for begge fagenhetene (sendt IKS styret desember 2016)
- Følge opp statens fortsatte satsing på barnevern, bl.a. i forhold til bemanning og kommunale tiltaksverktøy, bl.a. ved å evaluere ressursstørrelse tiltaksperson i barneverntjenesten.
- Vurdere retning på samarbeidet, politisk vedtak i Snåsa Kommune fra 2013 om at interkommunalt samarbeid skal rettes mot Inn Trøndelag, der tjenestene kan sikres med like god eller bedre kvalitet.

10.7 Kommunal del NAV

Familiesentralen har økonomiansvar for den kommunale delen av NAV. Utgiftene til økonomisk sosialhjelp har økt. Denne utviklingen viser seg å være en nasjonal trend. NAV registrerer en økende gruppe brukere som har sammensatte utfordringer. Undersøkelser viser også at psykiske lidelser er den største årsaken til å unge bli uføre. NAV Snåsa er fra 01.01.2017 en del av tjenesteområdet NAV Inn-Trøndelag, sammen med Inderøy, Steinkjer og Verran.

10.8 Inn-Trøndelag kommunehelsesamarbeid

Familiesentralen har økonomiansvar ifht. Inn-Trøndelag kommunehelsesamarbeid som ble etablert i 2011.

Hovedmålsettingen er å opprettholde et godt helsetilbud i kommunene også gjennom interkommunalt samarbeid. Det jobbes med å videreutvikle det pragmatiske og konkrete samarbeidet gjennom kvalitative og effektive samarbeidsløsninger knyttet til tjenesteproduksjon og service/støttefunksjoner.

Dagens samarbeidsområder:

- DMS Inn-Trøndelag – intermediære og KAD-senger
- Felles kreftkoordinator-stilling ved DMS
- Konsulent innen miljørettet helsevern
- Felles kommunehelsekoordinator
- Felles fagnettverk innenfor velferdsteknologi
- Felles fagnettverk innenfor folkehelse og friskliv (liten interkommunal aktivitet nå)
- Deltakelse i mestringsteknologi-prosjektet for barn og unge (akkurat avsluttet en del og søkt felles midler videre)
- Samhandlingsprosjekt knyttet til Inn-Trøndelag helse- og beredskapshus
- Felles legevakt (Snåsa, Verran og Steinkjer)
- Søker delvis felles midler på kompetanse og innovasjonsprosjekt

Kommunehelsesamarbeidet har gitt kvalitetsforbedring og et bedre samarbeid på flere områder.

11 Pleie- og omsorgstjenesten

11.1 Dagens situasjon

Behovet for omsorgstjenester vil være ulik i de ulike aldersgrupper. På landsplan regner en som tommelfingerregel et behov for omsorgstjenester på 2,5 – 5 % i gruppen 67 – 79 år, 15 – 20 % i gruppen 80 – 89 år og 25 – 50 % i gruppen over 90 år.

God dekning av hjemmetjenester og et tilstrekkelig antall korttidsplasser i sykeheim og god samhandling mellom hjemmetjenester og sykeheimen er en viktig forutsetning for en velfungerende pleie- og omsorgstjeneste i kommunen. Snåsa kommune har over år utviklet en god samhandling mellom tjenestene og i forhold til helseforetaket.

Det er viktig at sykeheimsfunksjonen videreutvikles med tanke på å omfatte mer observasjon, utredning, behandling samt lærings- og mestringstilbud til pasienter sammen med hjemmetjenesten og familiesentralen.
Det må settes en standard for hvilke faglige oppgaver sykeheimstjenesten kan ha mulighet til å ivareta i forhold til tilgjengelige helsefaglige ressurser, slik at dette er klart for de ulike tjenestene. Dette vil være tjenester som kan utføres uten tilgang til legetjenester på døgnbasis. Fra 01.01.16 kom det et lovpålegg om at kommunene skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold for somatiske pasienter. Dette ble utvidet til også å gjelde for rus og psykiatripasienter fra 01.01.17. Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Dette tilbudet har Snåsa kommune på arealene knyttet til DMS på Steinkjer.

Ved utvidelse av sykeheimsfunksjonene er det et mål å gi denne delen av helsetjenesten høyere status og økt attraktivitet, og derved sikre fremtidig rekruttering. Dette forutsetter at det økonomiske grunnlaget for økte personellressurser, innføring av forsterkede sykeheimsfunksjoner og en fleksibel størrelse på hjemmetjenesten må sikres ved økte bevilgninger og/eller inntektsmuligheter. Det er nødvendig å rette større innsats mot forebyggende tiltak, jf. Samhandlingsreformen. For gruppen av kronisk syke vil det særlig være behov for å iverksette tiltak gjennom standardiserte pasientforløp, opplæring av helsepersonell, læring- og mestringsstrategier, mv.

I 2016 ble Snåsa sykeheim og Snåsa hjemmetjeneste slått sammen til en enhet med felles enhetsleder. Målet for omorganiseringen har vært en mer enhetlig tjeneste hvor man benytter ressursene mer på tvers slik at ressursene kan følge bruker i stedet for at bruker skal følge ressursene. Enheten inneholder institusjonstjeneste, hjemmetjeneste for brukere fra 0 år til livets slutt, rehabilitering og habiliteringstjeneste for voksne. I forbindelse med omorganiseringen, er også nå tjenestene samlokalisert ved at hjemmetjenesten har fått et midlertidig lokale i 1. etasjen ved sykeheimen. Vi ser litt effekter av omorganiseringen og samlokaliseringen ved at sykepleierkompetansen blir brukt på tvers av avdelingene, det er et tettere samarbeide mellom sykeheimen og hjemmetjenesten og at man av og til kan flytte på ressursene ved akutt mangel på ressurser på den ene eller andre avdelingen.

Snåsa sykeheim består i dag av 3 avdelinger. Den har også eget kjøkken og eget vaskeri. Her ytes heldøgns pleie og omsorg med langtidsopphold, korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og avlastningsopphold. Den eldste delen av bygningsmassen er fra 1976, og to av avdelingene er overmodne for rehabilitering. Siden 2015 er plassene redusert fra 38 til 30 plasser, hvorav 9 av dem er tilrettelagt for demente.

Hjemmetjenesten består av

- hjemmesykepleie
- hjelp til praktisk bistand og opplæring i heimen
- støttekontakt/fritidskontakt
- råd og veiledning
- utarbeide individuelle planer (IP)
- omsorgslønn
- habilitering og rehabilitering
- brukersytt personlig assistanse (BPA)
- avlastning utenfor institusjon
- trygghetsalarm
- matombringing fra Snåsa sykeheims kjøkken og tilbud om felles middagslaging til beboere i Hovtun og på Hovteigen.

Matombringingen er et samarbeid med frivilligsentralen, ved at det er frivillige som kjører ut varme middagsporsjoner til brukere på bygda. Det er et samarbeid med Brannvesenet Midt IKS om trygghetsalarmene. Det ble gått over til heldigitaliserte trygghetsalarmer i 2016.
De siste årene har hjemmetjenesten hatt rundt 100 brukere av tjenesten. Vi ser at også i hjemmetjenesten blir brukerne mer komplekse, og det er et økende ressursbehov.
Koordinator for barn og unge med tjenestebehov er lokalisert ved helsestasjonene. Dette for å ha et tettere samarbeid med helsestasjonen og på den måten få en bedre koordinering av tjenestetilbudet. Det er pr i dag mellom 10-15 barn og unge under 18 år som har vedtak om tjenester.

Hovteigen er omsorgsboliger med hjemmetjenester tilpasset behovene til mennesker med psykisk utviklingshemming, mange av dem med tjenester hele døgnet. Det er 6 omsorgsboliger med fellesarealer hvor det bl.a. spises middag i fellesskap. Ansatte i Hovteigen har også ansvaret for habiliteringstjenesten utenfor Hovteigen, i tillegg til at de yter tjenester til 5 brukere boliger utenfor Hovteigen bofellesskap.

11.2 Mål for pleie og omsorg i Snåsa kommune:

Hovedmål: *Snåsa skal være en trygg og god plass å bo for alle mennesker med behov for pleie og omsorg*

Delmål: *å forebygge fysiske og psykiske lidelser, gi pleie, omsorg, rehabilitering og behandling i en trygg og menneskelig tilværelse. Tjenestene skal være tilpasset det enkelte individ med høy faglig kvalitet, og være basert på gjensidig respekt og tillit*

Strategier:

- Pleie- og omsorgstjenesten er tilgjengelig for brukerne hele døgnet. Vi yter og gir høy kvalitet på tjenestene.
- Vi skal gi så god og tydelig informasjon som mulig
- Vi skal imøtekomme brukerne på dere egne premisser, og i den grad det er mulig – aktivisere brukerne etter egne ressurser.
- Ivareta pårørende

11.3 Status pleie og omsorg ansatte og ressurser

Enheten sysselsatte til sammen 67,48 årsverk fordelt på 96 faste ansatte pr 01.01.2018. i tillegg kommer støttekontakter/fritidskontakter, avlastere, pårørende med omsorgslønn og en del assistenter knyttet til BPA-ordning og/eller bo-veiledning som har oppdragsavtaler. Det er også et stort behov for vikartilgang i enheten da vi driver døgntjenester.

Sykeheimen har tre avdelinger med 30 plasser, Nerstuggu, Nystuggu og Solstuggu. Solstuggu har 9 plasser tilrettelagt for demente.

Avdelingsleder	1,00 årsverk
Sykepleiere	11.89 årsverk
Hjelpepleiere	16,28 årsverk
Kokk	1,00 årsverk
Assistenter kjøkken/renhold:	4,30 årsverk
Sum	33,97 årsverk

I tillegg er 1 årsverk for vaktmester lokalisert til bygget.

Hjemmetjenesten består av praktisk bistand og opplæring i heimen, hjemmesykepleie, omsorgslønn, støttekontakt, BPA og avlastning utenfor institusjon. Tjenesten er lokalisert i midlertidige lokaler ved siden av 1. etasjen i sykeheimen. Det er ca. 100 brukere av tjenesten.

Hjemmetjenesten: hjemmesykepleie og praktisk bistand i heimen

Avdelingsleder	1,00 årsverk
Syke- /vernepleiere	7,29 årsverk
Sekretær ressurs	0,10 årsverk
Hjelpepleiere:	3,92 årsverk
Heimehjelper:	5,60 årsverk
Ressurser barn/unge	0,60 årsverk
Sum	19,52 årsverk

Hovteigen er et bofellesskap tilrettelagt for voksne med psykisk utviklingshemming. Det er fellesarealer der hvor de spiser noen av måltidene sammen, og det er pr i dag døgnbemanning. Det bor 6 brukere i Hovteigen bofellesskap, i tillegg til at det ytes tjenester til 5 brukere som bor i andre boliger.

Hovteigen: Praktisk bistand i heimen, miljøterapi

Vernepleier:	2,50 årsverk
Vernehjelpepleiere:	2,85 årsverk
Assistenter:	3,64 årsverk
Sum	8,99 årsverk

11.4 Utfordringer

Gammel, slitt og uhensiktsmessig bygningsmasse. Store deler av bygningsmassen på Snåsa sjukeheim er foreldet i forhold til dagens krav og trenger rehabilitering og ombygging. Enkelte ombyggingsbehov er prekære og snarlig ønsket, og bør planlegges utført i et helhetlig og samtidig langsiktig perspektiv.

Pleieavdeling i 1.etasje på Snåsa Sjukeheim er ufunksjonell for somatisk pleie, og det er vanskelig å bygge om/rehabilitere rom og bad for å imøtekomme dagens behov for pleie- og omsorg. Avdelingen inneholder imidlertid mange mindre rom som er godt egnet til kontorer, møterom, behandlings-/samtalerom, medisinrom, lager mv.
At sykeheimen er fordelt på 3 avdelinger, hvorav en av dem er i egen etasje, gjør at det er utfordrende å få utbyttet personalressursene optimalt.

Kompetanse. Innenfor pleie og omsorg arbeides det for å videreutvikle innholdet i tjenesten i tråd med kvalitetsforskriften. Brukernes sammensatte sykdomsbilde, stor utstrekning av medikamentell behandling og brukernes reaksjon på sykdom og funksjonssvikt krever økte kunnskaper hos personalet, både når det gjelder grunn- og etterutdanning. Samhandlingsreformen med sykehusenes utskrivningspolitikk, og kommunens overordnede mål om at brukere skal få bo hjemme lengst mulig, gjør at den medisinskfaglige delen av pleie og omsorgstjenesten stadig blir mer avansert og spesialisert. Dette krever at en må ha kvalifisert personale på jobb til enhver tid. Det er ingen ufaglærte som har fast jobb på sykeheimen eller i hjemmesykepleien, men det er en overvekt av fagarbeidere. Det er en utfordring å ha tilstrekkelig sykepleierkompetanse til enhver tid, da sykepleiertettheten er litt lav med tanke på at man ofte har fravær i forbindelse med sykdom, permisjoner ferie etc. Dette er spesielt sårbart på natt. De fleste ansatte har store stillinger, noe som i seg selv er positivt, men det fører til en del ubesatte stillinger på helg, som det blir en del ufaglærte i.

Rekruttering.
Tilveksten av kvalifisert helsepersonell holder ikke tritt med etterspørselen.

Tilpasse tjenestetilbudet for Psykisk utviklingshemmede
Hovteigen har 6 omsorgsleiligheter. Det er 26 år siden Hovteigen ble bygd, og på de 26 årene har det vært én utskiftning av de som bor der. Det i seg selv er i utgangspunktet en fin ting, men vi ser at brukerne etter hvert krever mer og mer ren pleie og det blir mindre og mindre aktiv miljøterapi. Det er også behov for vedlikehold på bygningsmassen i Hovteigen.

Mange barn og unge med tjenestebehov
Vi ser at det er en økning i antall vedtak knyttet til tjeneste for barn og unge. Vi holder for tiden på med en kartlegging som har som mål og gi oss en pekepinn på hvor mange av disse barna/ungdommene som vil ha behov for bolig og aktiviseringstiltak fremover. Kartleggingen viser pr i dag at det muligens vil være 3 barn/ungdommer født før 2006 som vil ha behov for døgnkontinuerlig tilsyn også etter at de flytter fra foresatte. I tillegg tror man at det er 5-6 barn/ungdommer som vil ha behov for daglig tilsyn, tilrettelagt bolig og tett oppfølging. Alle disse vil ha et behov for dagtilbud/aktivitet/VTA. Dette er imidlertid antagelser, siden vi ikke vet hva fremtida bringer. Det er til tider utfordrende å finne avlastningshjem og fritidskontakter.

Hverdagsmestring: handler om å ta borgerens ønsker og valg på alvor og å legge til rette for at den enkelte kan bestemme over sitt eget liv. Det handler om selvbestemmelse i hverdagen. Det er flest hverdager, og det er flest enkle og viktige hverdagsvalg vi må ta. Selvbestemmelse er for eksempel at du bestemmer deg for om og når du vil stå opp om morgenen, hva du vil ha på deg, hvordan du vil ordne håret, om du vil spise frokost eller ikke. Det dreier seg ofte om hverdagsaktivitetene i eget liv og i eget hjem.
Hverdagsaktiviteter utføres ofte og regelmessig, i motsetning til aktiviteter som er knyttet til spesielle situasjoner. Dette er et viktig poeng. Fordi hverdagsaktiviteter utføres ofte, har de stor betydning for å bevare helsen, opprettholde funksjonsnivået og gjøre det mulig for å delta i sosiale sammenhenger. I tillegg er det opplevelsen av mening i hverdagsaktivitetene som motiverer til å utføre dem, også etter at helsearbeiderne ikke er til stede under treningen eller opplæringen.

Hverdagsrehabilitering – et eksempel på tjenesteinnovasjon

Hverdagsrehabilitering representerer en ny måte å tenke «omsorg» på. Istedenfor å tilby brukere med funksjonssvikt kompenserende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdagse gjøremål. Et tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som er satt ut fra brukerens egne ressurser. Spørsmålet som stilles er; hva er viktig å mestre selv? Utfordringen er imidlertid å ha nok ressurser til å drive med dette, og få satt det i system på en slik måte at det blir implementert som en del av tjenestene.

Velferdstekonologi/mestringsteknologi som tjenesteinnovasjon
Velferdsteknologi, eller mestringsteknologi som vi synes er et bedre ord, gir mennesker mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidrar til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan bidra til å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse. Teknologi som skaper større trygghet hos brukeren kan også avlaste pårørende for unødvendig bekymring. Vi tenker at velferdsteknologi både skal kunne føre til et supplement til tjenestene og på den måten heve kvaliteten, men at det også skal kunne erstatte en del av det arbeidet som utføres og på den måten være med på å effektivisere. Velferdsteknologi vil være et viktig redskap for å håndtere framtidige utfordringer knyttet til at vi opplever at vi får flere og flere oppgaver. Utfordringen med å innføre velferdsteknologi er imidlertid at teknologi krever et tettere samarbeid med andre faginstanser, som f.eks IT og vaktmester, en responsløsning, og anledning til å følge med på en rivende utvikling. Det kan også være utfordrende å implementere slik teknologi, da det krever at både ansatte, brukere og pårørende tenker på et litt annet vis.

De kommunale Helse-, pleie og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. For å sikre gode tjenester i framtiden kreves nytenkning og innovasjon – hva tjenestene skal inneholde, samarbeid mellom det offentlige, private og frivillige, hvordan tjenestene organiseres og hvordan teknologi kan benyttes.

Tiltak:

- Oppstart renovering/nybygging av sykeheimen høsten 2018
- Lage ny felles turnus for pleie og omsorg. Dette vil gjøre det enklere å bruke kompetansen mer fleksibelt ved at man bruker ressursene mer på tvers av sykeheimen

og hjemmetjenesten i det daglige. Vurdere alternative/ulike turnusordninger f.eks. årsturnus, langvakter, oljeturnus mv

- Jobbe med rekrutteringen ved å opprette rekrutteringsstillinger for lærlinger og sykepleierstudenter. Vurdere fadder/mentorordning.
- Ressursene må økes i takt med oppdragene/oppgavene.
- Ta i bruk velferdsteknologi i større grad
- Mer samarbeid med frivilligheten
- Drive mer med/mer fokus på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring
- En klar strategi der alle vurderes likt i forhold til individuelt tilpassa tjenestetilbud med riktig kompetanse.
- Øke andelen ansatte med høyere utdanning i Hovteigen for å imøtekomme formelle lovkrav f.eks knyttet til bruk av tvang og makt.
- Utarbeide en plan for aktivisering for brukere som ikke har mulighet til å motta eksisterende aktivitetstilbud
- Større fokus på fleksibilitet og evne til å endre planer på kort varsel i tjenesten noe som vil øke effektiviteten
- Styrke tilsynslegetjenesten i institusjon/hjemmetjenesten. Begrensningen i hva som faglig kan behandles i egen kommune på døgnbasis ligger i at vi ikke har lege lokalt i kommunen fra kl. 15.30- 08 på hverdager og alle helger og helligdager. Det er heller ikke realistisk å tro at døgndekning av legevakt lokalt vil være mulig å få på plass
- Oppgavene blir mer og mer komplekse og det er viktig at en til enhver tid har tilgjengelig tilstrekkelig med bl.a. sykepleierkompetanse (også annen høyskoleutdanning etter behov), slik at vi er mer robust ifht fravær som sykefravær, ferier og permisjoner

11.4.1 Ombyggingsbehov 1. etg. Snåsa sjukeheim:

Tiltak:

Avdelingen kan rehabiliteres til:

- Kontorfunksjoner for ansatte i pleie og omsorg. Kontorhotell for ansatte i prosjekt, ansatte om har behov for midlertidig kontorplass for arbeidsro etc.
- Flere møterom. Det er nå kun to store møterom for hele helse, pleie og omsorg. Det er behov for to mindre møterom, som også kan brukes til samtalerom.
- «garderobe» for ytterklær til hjemmetjenesten
- lager for utstyr som hjemmetjenesten skal ha med ut hver vakt.
- Innplassere tjeneste for fysio- ergoterapi og tjeneste for barn og unge 0-18 år med funksjonsnedsettelse.
- Inneholde aktivitetstilbud/trening knyttet til fysio- ergoterapi for hjemmeboende med funksjonsnedsettelse.
- Inneholde dagtilbud/aktivitetstilbud/trening til gruppen av psykisk utviklingshemmede/psykiatri. Mange i denne gruppen har et tilbud ved VTA- bedriften Snåsaprodukter. Dette tilbudet passer ikke for flere personer i alle aldre i denne gruppen og de må ha et annet tilbud. Kommunen har ansvar for et aktivitetstilbud til disse gruppene. Vi vil planlegge en idedugnad for å få sett på muligheter for denne gruppen.
- Sykeheimsavdelingen i 1.etg. har 11 plasser og disse plassene må erstattes i et påbygg sammen med de andre behovene for å imøtekomme dagens og framtidas behov.

11.4.2 Innhold «mellombygget»

I gangen mellom det som i dag er sykeheimen og legekontoret er det i dag 4 kontor, et lager, et toalett og et møte-/pauserom. Vi ser for oss å kunne samlokalisere ledelsesfunksjoner i helse, pleie og omsorg. Dette inkluderer enhetsledere, avdelingsledere og merkantil stilling. Administrasjon i fellesskap er viktig for samhandling. Da kan man se alle ressurser og kompetanse samlet og fagmiljøet blir større. En kan dra nytte av hverandres kompetanse på en bedre måte, og vi tror det kan være lettere å rekruttere når en har et tettere/større fagmiljø. Vi ser for oss at det er enklere å legge til rette for jobbrotasjon, enklere å samordne kurs, møter og andre arrangement.

11.4.3 Påbyggings- og ombyggingsbehov 2. etg. Snåsa sjukeheim:

Det er behov for en faglig bygningsmessig vurdering i forhold til å kunne renovere/ombygge deler av eksisterende avdelinger i 2.etg. til tilrettelagt tilbud til demente, og til" tung" somatisk pleie.
Dagens Solstuggu er lite egnet til demensomsorg da det er lite muligheter for skjerming og miljøarbeid. Bygningsmassen er gammel og bærer preg av slitasje. Renovering av denne avdelingen samt utbygging av plasser tilknyttet denne avdelingen er under planlegging, og det er planlagt byggestart høsten 2018. Vi vil da få en moderne avdeling som er tilrettelagt for å ivareta alle mulige pasientgrupper. Den vil i vareta behovet for tilrettelegging for demente pasienter ved at man har flere litt mindre avdelinger, og at man kan dele opp store fellesarealer i flere små. Det vil være et aktivitetsrom sentralt i bygget, hvor man også kan drive med dagtilbud for hjemmeboende. Det vil også bygges en fløy med omsorgsboliger for beboere som har et litt bedre funksjonsnivå. Dette er beboere som trenger stor grad av trygghet i form av tilgjengelig personale for å opprettholde funksjonsnivået sitt. Både beboere i sykeheimen og i omsorgsboligene vil ha tilgang til sansehagen som skal bygges opp igjen.

Det nye helsehuset vil være tilrettelagt for at hjemmetjenesten og sykeheimen skal kunne samarbeide enda tettere om ressursene ved at de kan ha felles rapport og utgangspunkt. Målet er at ressursene skal følge pasientene, og ikke at pasientene skal følge ressursene.

Mettistuggu er en innestengt avdeling med få eller ingen muligheter til lufting, begrensede eller ingen muligheter for å legge til rette for gjøre arbeidsdagen mer funksjonell for de som arbeider der med hensyn til funksjoner rundt pasientene, som spiseplass/matservering og uten muligheter for skjerming på grunn av at det er en gjennomgangsavdeling. Avdelingen mangler også tilgang til uteområdet. Denne delen av 2. etg. kan med hell ombygges til fellesarealer som erstatning av det fellesarealet i 1. etg. som vil måtte bli benyttet til andre funksjoner. Dette vil for eksempel være oppholdsrom/møteplass/stue, arbeidsstasjoner for ansatte mv.

Nærhet til eksisterende avdelinger i arbeidssituasjoner er viktig, både rent logistisk og faglig, og gir muligheter for å utnytte ressursene bedre. Dette forutsetter at påbygget blir lagt i 2. etg i sin helhet. I tillegg er det behov for areal til andre fellesfunksjoner, lagerplass, nytt inngangsparti med mer.

Tiltak:

- En ny avdeling som må bygges i tilknytning til de eksisterende avdelinger i 2.etg. Nærhet til eksisterende avdelinger i arbeidssituasjoner gir muligheter for å utnytte ressursene bedre.
- Tilrettelegge for demensomsorgen bygningsmessig. Tilrettelegge for somatisk pleie med bl.a. takheiser på alle rom.
- Utvide utearealet, flytting av sansehage med god tilknytning til demensavdelingene.
- Etablere dagtilbud til mennesker med demens som kan nyttiggjøre seg ressursene på det nye helsehuset.

12 Gjennomgang av tjenestetilbud

TFoU har hatt en gjennomgang av dagens tjenestetilbud med lederne av ulike tjenesteytende enheter i kommunen. Fokus har vært på omfang, kvalitet og organisering samt å kartlegge hva som anser som kapasitetsbegrensninger pr i dag. Dernest har vi hatt en dialog om hvordan ulike tjenester kan utvikles og effektiviseres.

På bakgrunn av data og informasjon vi samlet inn i kartleggingsfasen gjennomførte TFoU en workshop med en gruppe ansatte i Snåsa kommune som representerer både arbeidstakerorganisasjoner, kommuneledelse, politisk ledelse og ledere og ansatte i omsorgssektoren. I workshopen ble konsekvenser av henholdsvis 10, 20 og 30 pleie- og omsorgsplasser diskutert. Workshopen hadde som mål å identifisere at antall plasser man bygger ut på helsehuset vil få konsekvenser for andre typer av tjenester kommunen også tilbyr. Målet er å finne en realistisk løsning innenfor budsjettet som gir det beste tjenestetilbudet for Snåsas befolkning.
Helsehuset- *Begrep som benyttes av Trøndelag Forskning og Utvikling med tanke på å få et annet navn på «komplekset» som sykeheim, hjemmetjenesten og «helsesenteret» består av. Dette på bakgrunn av at dette «helsehuset» skal omfatte tjenester til hele befolkningen fra 0-100+ år. Sykeheimsbegrepet er i dag kanskje for nært knyttet til kun den eldre befolkningen. Vurdere en prosess på navneendring?*

Konklusjoner og anbefalinger fra TFoU sier bl.a.:

- Vår gjennomgang av helse- og omsorgstjenesten i Snåsa kommune har gitt oss et bilde av en tjeneste som er kostnadseffektiv, oppegående, framtidsrettet, fokuserer på kvalitet og på at tjenestene skal tilpasses tjenestemottakerne der de er.
- stor grad av enighet om utfordringer og muligheter og om hvordan tjenestene bør være organisert i framtiden. Alle vi har snakket med har understreket at det må arbeides for helhetlige løsninger og at dette forutsetter økt samhandling og mer fleksible måter å organisere og løse oppgavene på. I dette ligger også at det må være en innebygget mulighet for fleksibilitet i bruken av eksisterende og framtidig bygningsmasse.

- Helse- og omsorgstjenestene omfatter alle aldersgrupper i kommunen. Ulike brukere har ulike behov, noe som stiller store krav til både spesialisering og samarbeid for å skape optimale tilbud for brukerne. Helsehuset inneholder tjenester og kompetanseressurser for hele befolkningen.
- Viktige forutsetning for å lykkes med å skape gode løsninger er motiverte og kompetente medarbeidere, inkluderende lederskap og forutsigbar økonomi.
- Snåsa kommune bør arbeide med informasjon og kommunikasjon både internt i organisasjonen og eksternt Særlig viktig er det å involvere, etterspørre og legge til rette for deltakelse og innsatser fra øvrige kommunale enheter, brukerorganisasjoner, pårørende og lokalsamfunnet generelt.
- Et målrettet arbeid med forebygging og folkehelse gir muligheter for bedre helse i befolkningen og for betydelige innsparinger og mindre ressursbruk til behandling og færre og kortere innleggelser. Dette krever «tung satsing over tid» der gode tiltak kan gi økt livskvalitet, virke forebyggende og gi helsegevinster for den enkelte innbygger, selv om en ikke nødvendigvis kan måle resultater i løpet av kort tid. Satsing på forebygging og folkehelse forutsetter tålmodig og langsiktig politikk.
- Det er viktig å se sammenhengen i tjenestetilbudet fra aktivitets- og dagtilbud, åpen omsorg (tjenester til mennesker som bor hjemme og som trenger hjelp i dagliglivet) med for eksempel hjemmehjelp, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent og til hjemmesykepleie og mer spesialiserte tjenester.
- En omlegging fra satsing på sykehjemsplasser til økt satsing på hjemmetjenester, at folk i større grad skal kunne fortsette å bo hjemme, og med gode og tilstrekkelige tjenester, krever at disse tjenestene styrkes og at det arbeides med å utvikle smarte løsninger der både brukere, pårørende og ansatte opplever trygghet og kvalitet.
- få en mer fleksibel organisering at tjenesten blir én organisatorisk enhet når det gjelder tjenesteproduksjon, turnus, ansatte og rekruttering.
- legge til rette for, at alle i organisasjonen forstår hva som er årsaken til og målet for endringen. Det er viktig å ta i bruk lederes og ansattes kompetanse på en slik måte at de får anledning til å bidra kritisk og konstruktivt til å finne gode løsninger.
- Helsehuset har potensial for i enda større grad å kunne fungere som et «allhus» hvor ulike helsetjenester i Snåsa er samlokalisert.
- Aktivitet og ernæring er sentrale komponenter både i forebygging, rehabilitering og generell folkehelse.
- For å tilrettelegge for aktiviteter i helsehuset er det behov for et areal som gir plass til ulike apparater for både grupper og enkeltindivider. Ergo- og fysioterapeutene bør være lokalisert I tilknytting til dette arealet.
- Ernæring er en svært sentral del av en godt fungerende pleie- og omsorgstjeneste. Å sørge for at eldre spiser måltidene sammen med andre har vist seg å ha god effekt på trivsel og ernæring. Et kjøkken kan være et sosialt nav i det nye helsehuset, dersom det åpnes for at både pasienter, ansatte, pårørende og andre gjennom for eksempel en kantineordning kan bruke det. Matleveringsordningen som fungerer godt i dag videreføres, men særlig beboere i omsorgsleiligheter som ligger i nærheten av helsehuset kan oppmuntres til å komme på helsehuset til en eller flere av dagens måltider.
- Det er vanskelig å gi eksakte anbefalinger om antall institusjonsplasser og omsorgsleiligheter. Behovet for heldøgns pleie- og omsorgsplasser på helsehuset bestemmes i stor grad av behovet hos brukerne og av hvor godt private hjem eller omsorgsleiligheter kan tilrettelegges.
- For å si noe om behovet på helsehuset bør arbeidet med å gjennomgå og bidra til tilrettelegging i private boliger og omsorgsleiligheter videreføres. I den forbindelse vil det også være viktig å vurdere infrastrukturløsninger (velferds- eller mestringsteknologimuligheter) og enkle tekniske eller praktiske tjenester som kan bidra til at innbyggere velger å satse på å bo lengre hjemme. Ambulerende vaktmestertjeneste kan være en mulighet.
- I forbindelse med utbygging av helsehuset må Snåsa kommune ta stilling til hvor mange institusjonsplasser av ulik karakter Snåsas innbyggere vil ha behov for i løpet av de neste

tiårene. Det er understreket at fleksibilitet er en svært viktig kvalitet ved det nye helsehuset. Det kan for eksempel bety at alle nybygde rom må kunne benyttes av alle typer pasienter og at omsorgsleiligheter kan gjøres om til fulltids pleieplasser.

- Omsorgstilbudet bør bygges opp fleksibelt slik at det blir mulig å ta inn ulike brukergrupper i ulike avdelinger og områder av tilbudet.

13 Strukturen i framtidig pleie og omsorgstilbud.

Jf. rapport TFoU:
«For å beregne hvor mange institusjonsplasser det nye helsehuset bør ha, er flere forhold interessante. Den største andelen av de som trenger tett pleie og omsorg er eldre med demens eller annet komplisert sykdomsbilde. Vi har ingen eksakte tall for prevalensen av demens, men vi vet at den øker med alder. I følge Folkehelseinstituttet (2014) stiger utbredelsen av demens fra 1,6 prosent i aldersgruppen 60-64 år til 43 prosent i gruppen over 89 år. Med en aldrende befolkning er dette selvsagt utfordrende tall. Det er imidlertid også forskning som indikerer en nedgang i demensutbredelsen i populasjonen og et bedret kognitivt funksjonsnivå blant eldre personer knyttet til forebygging og redusert eksponering av en del risikofaktorer.

Som tabell 1 viser er dagens situasjon i Snåsa at den samlede befolkningen over 67 er 448. Tilsvarende tall for 2040 er 562. Selv om vi ikke kan si nøyaktig hvor mange som vil kreve pleie og omsorg, og i hvilken grad, kan vi si med sikkerhet at behovet kommer til å stige.»

Tabell 1 Fordelingen av eldre innbyggere i Snåsa (Jf. rapport fra TFoU)

Innbyggere:	2016	2020	2030	2040
Totalt	2159	2 124	2 099	2 102
67-79	313	309	322	342
>80	135	147	190	220
>67	448	456	512	562

Ut fra befolkningsframskrivingen kan vi i tabell 2 se at ca. 60 personer vil ha en form for demens i 2040, og av disse vil rundt halvparten ha behov for omfattende pleie og omsorg. I dagens helsevesen er institusjonsplasser på sykehjem det som tilbys de pasientene med behov for svært godt tilrettelagt bolig og tett oppfølging.

Tabell 2 Estimert antall demente med pleie og omsorgsbehov(Jf. rapport fra TFoU)

Demente	2016	2020	2030	2040
Anslag demente	45	45	54	59
Hvorav sterkt pleietrengende	23	23	27	30

Tabell 3 Dekningsgrad ved 30 institusjonsplasser (som i dag) (Jf. rapport fra TFoU)

Dekningsgrad	2016	2020	2030	2040
Befolkning >80	22,2 %	20,4 %	15,8 %	13,6 %

Tabell 4 Dekningsgrad ved 30 institusjonsplasser + 5 omsorgsleiligheter med heldøgns pleie og omsorg (Jf. rapport fra TFoU)

Dekningsgrad	2020	2030	2040
Befolkning >80	23,8 %	18,4 %	15,9 %

Om antall institusjonsplasser videreføres som det er i dag, vil dekningsgraden, som vi ser i tabell 3, gå fra 22,2 % til 13,6 % dekning i løpet av årene frem mot 2040.
Dersom 22,2% dekning skal videreføres for befolkningen over 80 år, vil det bety en økning fra 30 til nesten 49 plasser i samme tidsrom.
I tabell 4 vises samme oppsetning av dekningsgrad med 5 omsorgsleiligheter med heldøgns pleie og omsorg i tillegg til 30 institusjonplasser.

Dersom pleie og omsorg av eldre og demente fortsetter som i dag, vil det være en stor økning i behovet for institusjonsplasser for denne gruppen. Det er imidlertid både nasjonale og lokale føringer (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, Snåsa kommune 2011b) som tilsier at særlig eldreomsorgen vil bli gjenstand for en enda større vridning mot hjemmebasert omsorg i tida fremover enn det vi allerede er vitne til.

Snåsa kommune ønsker å bygge et «helsehus» for framtida, og TFoU er i sine prosessdata tydelige på at løsningen på eldreutfordringen ikke er å øke antall plasser på sykeheimen og ellers fortsette som før.
Helsehusets institusjonsplasser skal også dekke behov for andre aldersgrupper enn de over 67, og både barn, unge og voksne kan ha ulike utfordringer som tilsier at de trenger en institusjonsplass i perioder. Det er imidlertid sjelden at andre aldersgrupper er langtidspasienter, og for dem vil andre løsninger som regel være å foretrekke.

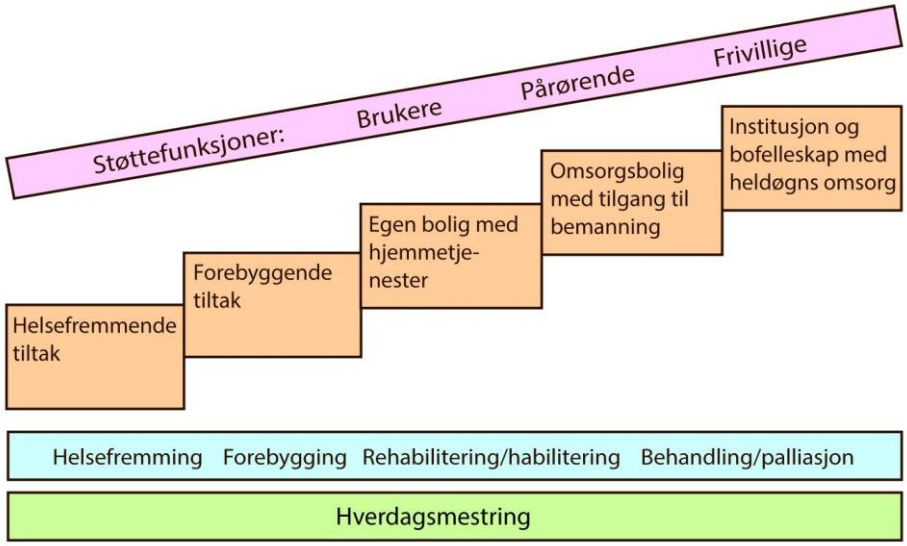
Snåsa Kommune bør vektlegge samlokalisering av helsehus og omsorgsleiligheter med heldøgns pleie og omsorg slik at heldøgns- omsorgen samles på en plass. Dette vil bli særlig viktig i et framtidsperspektiv, med knapphet både på kompetanse og personellressurser.

Helse-, pleie og omsorgstjenester vil medføre en dreining fra institusjonstjenester – via omsorgsleiligheter med mulighet til heldøgns pleie- og omsorg etter behov, til hjelp i eget opprinnelig hjem.

Innbyggerne skal få tjenester ut i fra det behovet de har, og ikke ut i fra hvilken boform de har. Vi skal framover skape muligheter for at brukere av tjenestene skal klare seg best mulig i eget liv - og i eget hjem.

Velferdsteknologiske løsninger skal også i større grad tas i bruk. Slik teknologisk assistanse vil bidra til gode trygghetsløsninger, økt mobilitet og sosial deltakelse for den enkelte. Teknologiske løsninger skal også tas med i vurderingen når nye boliger/institusjoner bygges.

Snåsa Kommune sin omsorgs«trapp» kan billedgjøres i følgende figur (KAD, DMS og Helseforetak (sykehus) er i trappetrinn over):



Figur 1- hentet fra Frøya Kommune- Morgendagens omsorg i Frøya kommune

TFoU sin rapport sier følgende:

Blant sentrale forutsetninger og faktorer å legge vekt på, når det gjelder valg av framtidig pleie- og omsorgstilbud i Snåsa, vil vi her trekke fram følgende:

- Snåsa brukte i 2016, 55 mill. kr på pleie- og omsorg, om lag likt fordelt på institusjonsdrift og hjemmebasert omsorg slik det er i mange andre kommuner
- Det er pr i dag 35 institusjonsplasser i Snåsa, inkludert en demensavdeling. Dette gir isolert en god dekningsgrad. ***(Dette er en feil i rapporten, dagens institusjonsplasser som det burde ha blitt tatt utg. pkt. i er 30, og det gir en lavere dekningsgrad enn beskrevet fra TFou. Viser til tabell 3- der 30 plasser utgjør 22.2 % dekning i motsetning til 25,6 som TFoU har konkludert med. Dermed blir ikke dekningsgraden så god som beskrevet)***
- Det brukes noen få hundre tusen på aktivisering, men det regnskapsførers/rapporteres ikke inn til Kostra.
- Snåsa har noe lavere dekningsgrad enn andre kommuner innen heldøgnsplasser totalt sett. ***(Merk. tidligere anmerket feil utg. pkt. i rapporten)***
- Snåsa har godt med omsorgsboliger og dette øker nå fra 42 til 52 innen få år. ***(Her er også feil tall benyttet i rapporten. Antall omsorgsboliger med tildelingsrett for helse er 42 og øker ikke til 52) Økningen på 10 boliger er kommunale boliger uten tildelingsrett for helse.***
- Det bygges også sentrumsnære private leiligheter som kan demme noe opp for omsorgsboligbehovet.
- Snåsa har normale forekomster av antall brukere av hjemmetjenester og institusjonsplasser.
- Snåsa har lave kostnader pr institusjonsplass og pr bruker av hjemmetjenestene.
- Befolkningsframskrivinger tilsier økt ressursbehov innen pleie- og omsorgstilbudet i Snåsa. Antall eldre øker kraftig fram mot 2030-2040. Antall demente er pr i dag relativt lavt, sammenlignet med forekomst ellers i landet.
- Inntektssystemet kan gi 5 mill. kr ekstra fram mot 2030 og 10 mill. kr ekstra til kommunen fram mot 2040, basert på økning i antall eldre og dagens regler som tilsier om lag 85000 kroner ekstra inntekt til Snåsa kommune pr ekstra innbygger mellom 80 og 89 år, og 195400 kr pr ekstra innbygger over 90 år.

- Nasjonale signaler er mer vekt på hjemmebasert omsorg og mer fleksibel av ressursene enn hva som tradisjonelt har vært innenfor institusjonsbasert omsorg.
- Det foreligger ingen kjente, valide kostnadsoverslag for hvordan driftsutgiftene endres ved overgang fra institusjonsbasert til hjemmebasert omsorg med heldøgns bemanningstilbud der man på kort sikt flytter over en pasientgruppe mens man på lenger sikt kan påvirke pasientgruppens størrelse med tilbud om aktivisering og andre tilbud som gjør det mer mulig å bo hjemme.
- Det argumenteres med mer fleksibel bruk av ressursene ved hjemmebaserte tilbud, men dette kan i praksis oppnås også ved å samordne institusjons- og hjemmebasert omsorg som Snåsa allerede har gjort.

Med bakgrunn i disse forutsetningene foreslås det å bygge 25 nye heldøgns omsorgsplasser(HDO) med fordeling ifht tilskuddsordninger hos Husbanken på hhv. 20 institusjonsplasser og 5 omsorgsleiligheter/trygghetsleiligheter med tilbud om heldøgns pleie- og omsorgstilbud.
Hjelmingen (enten institusjon eller omsorgsleiligheter/trygghetsleiligheter) av de ulike plassene vil være grunnlaget for om det skal betales etter forskrift om langtidsopphold i institusjon eller det skal betales husleie. Befolkningsutviklingen må ligge til grunn for denne fordelingen etter en utarbeidet plan.

Total kapasitet på 35 HDO plasser vil være riktig for å kunne få forsvarlig endring av plasser etter hvert. Med det belegget vi har i institusjon pr. i dag, vil det ta tid før det evt. er mulig med omlegging av tjenestetilbudet. Prosess med sikte på nedskalering av institusjonstilbud og vridning mot hjemmebaserte tjenester vil starte så tidlig som ved førstekontakt med en bruker. For å illustrere nødvendigheten av god nok tid til omstilling, kan en opplyse at gjennomsnittlig oppholdstid for dagens pasienter på langtidsopphold er over 2 år. Det er mest sannsynlig ikke aktuelt eller forsvarlig å tilbakeføre noen av disse til eget hjem eller omsorgsbolig, og heller ikke økonomisk mulig uten betydelige tilleggsbevilgninger.

En kan f.eks. se for seg en omhjemling av institusjonsplasser til omsorgsleiligheter med heldøgns pleie og omsorg i perioden fra ca. 2023, og en endring tilbake til institusjonsplasser etter hvert som en ser utviklingen med tanke på sykdomsbildet i befolkningen framover, da med tanke bl. a. på demens og andre grupper med behov for institusjonell omsorg – om ikke annet i perioder.
Det opprettes et utvalg som skal se på dimensjonering av institusjonsplass kontra omsorgsleilighet i tillegg til å se på behov for stillingshjemler/bemanning/pleiefaktor.
Også planlegge for drifts-tidsplan knyttet til en evt. omhjemling av tilbudet. Vurdere kostnader som må inn I økonomiplan

Begrepet «heldøgns tjenester» kom først i 2016 inn i helserettslovgivningen (jf. vedlagte notat: «HELDØGNS» *Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning,* Et notat utarbeidet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS - Mars 2017).
Dette kom som en følge av at Stortinget vedtok en lovfestet *rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester* i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1. juli 2016. Kommunen fikk en tilsvarende lovfestet plikt i helse- og omsorgstjenesteloven. Begrepet «heldøgns tjenester» har, som gjennomgangen i notatet viser, tidligere ikke vært et juridisk begrep i lovens forstand. Begrepet har ingen legaldefinisjon etter dagens lovgivning,

men forarbeidene gir en viss veiledning for hva som vil kunne være bestemmende for begrepets innhold.

Bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er ifølge forarbeidene boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt. Det fremheves at bistand fra egnet personell og tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem. Gjennom denne presiseringen kan departementet synes å gi noen føringer for hva som anses for å dekke beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt.

Det fremgår av Prop. 99 L (2015-2016) pkt. 5.4. at:
«Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes i lovforslaget boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.»
Sitatet kan gi noe veiledning for hvilke momenter som kan eller bør inngå i tjenestetilbudet dersom det skal kunne anses for å utgjøre et heldøgns tjenestetilbud. Blant annet vil det være naturlig å vurdere hvilke typer tjenester (helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester, andre kommunale eller spesialisthelsetjeneste tiltak) som kan eller skal omfattes, hvilken responstid som kan eller skal beregnes og på hvilken måte responsen kan eller skal gis, tilsynsform og eventuelle andre relevante momenter.

De 5 omsorgsleilighetene/trygghetsboligene vil være av en slik art som beskrevet over. De kan derfor ikke sees i samme sammenheng som andre omsorgsboliger som Snåsa Kommune har pr. i dag. Det er ønsket politikk at flere skal bo hjemme så lenge som mulig, men det går en grense.
De som ikke klarer å spise eller gå på do selv, eller som lider av omfattende demens, kan kort og godt ikke bo hjemme uten tilnærmet kontinuerlig bistand. Hjemmetjenestene blir også utilstrekkelige ved sånne omfattende behov. Med tanke på bemanning, så er det en effektivisering av tjenestene når leilighetene er i samme bygg og i samme etasje som institusjon. Å bygge opp tilsvarende leiligheter utenom institusjon vil være mer kostnadskrevende og en må bygge opp tilsvarende ressursbase som krever flere ansatte.

Snåsa har mange omsorgsboliger med tildelingsrett for helsetjenesten. Når vi får 5 omsorgsleiligheter knyttet til institusjonsbygget kan en se for seg at tilsvarende antall omsorgsboliger selges når en ser utviklingen i søkere til disse. Salg kan evt. også bidra til at noen vanskeligstilte kan eie sin egen bolig i stedet for å leie. Det kan for noen være viktig å ha ansvar for en egen bolig. Da må muligheter som startlån og boligtilskudd kunne vurderes.

Grong kommune bygde først på 2000 tallet 8 omsorgsleiligheter i tilknytning til Grong helse og omsorgstun. Leilighetene er i en forlengelse av en avdeling. De kaller disse leilighetene trygghetsleiligheter og de som bebor disse spiser sammen med de som bor i institusjon. Bistand får de fra hjemmetjenesten på linje med beboere i andre boliger, men tryggheten er framtredende ved at de et nært et 24/7- tjenestetilbud. De betaler husleie og for andre tjenester. Leilighetene og institusjonen er bygget slik at plassene kan endres fra det ene eller

andre tilbudet hvis det blir endrede behov. Kommunalsjef for helse, omsorg og velferd i Grong Kommune sier de har gode erfaringer og kan anbefale en slik løsning.

Eksempler på ulike oppgaver knyttet til pleie- og omsorgstjenesten

Korttidsopphold:
Innkomststatus, kartlegging, innleggelse på profil, oppretting av primærkontakter, kontakt med samarbeidende instanser, plan for oppholdet, anskaffelser av nødvendig utstyr, ernæringskartlegging, IPLOS-kartlegging, oppretting av kontakt med pårørende, informasjon om tjenestetilbudet til pasient og pårørende, klargjøring av rom (vask/møblering), legge opp dosetter, skaffe medisiner vi evt ikke har på lager, dialog med sykehuset (håndtering av PLO-meldinger) med videre.
Dette gjør at en korttidsstrategi gjerne blir mer arbeidstidskrevende. Det krever også mer kontinuerlig og tettere dialog med pårørende, sykehus, tilsynslege og andre samarbeidspartnere. Korttidspasienter må f.eks. også ha tettere oppfølging ifht observasjoner rundt endring i medisinene sine. Dette tar tid både fra tilsynslege og sykepleier.

Langtidsoppholdene vi har tildelt de to siste årene, har stort sett vært til pasienter som enten har en langtkommen demens, behov for trygghet 24/7, eller ifht. terminale pasienter.
Langtkommen demens krever tett oppfølging fra ansatte, da de ofte er urolige og i en del tilfeller utagerende. Et viktig forebyggingstiltak for utagering er tilstedeværelse av kompetente fagpersoner. Dette har vi særlig erfart den siste tiden.
Pasienter som «bare» har behov for trygghet er ikke nødvendigvis så ressurskrevende. De greier mye selv så lenge de føler trygghet og nærhet til bistand. Disse utgjør et mindretall, men vi ser at de fort faller kraftig i funksjonsnivå i egen bolig.

Terminalpleie kan foregå både i heimen og i institusjon. Den er uansett ressurskrevende, da både pasienten selv og pårørende ofte trenger tett oppfølging av både lege og ansatte i pleie og omsorg. Det fører også ofte med seg en del sykepleiertekniske prosedyrer som krever sykepleierkompetanse, og som tar tid. Eksempelvis smertebehandling, intravenøs væskebehandling (symptomlindrende), O2-behandling, sondeernæring etc. De blir ofte etter hvert sengeliggende, og det kreves da to pleiere til å utføre stell. Vi er opptatt av å gi en verdig slutt på livet til våre pasienter, og tenker det er viktig å investere tid og ikke «ha det travelt» i slike situasjoner. Det er like viktig å ivareta pårørende på en god måte, ved å se de, kommunisere og skape en trygg atmosfære.

14 Økonomiske konsekvenser

Vurderingene i dette kapitlet bygger i stor grad på innholdet i TFoU-rapport 2017:14.
Snåsa leverer i dag gode helsetjenester til rundt 20% lavere kostnader enn kommuner det er naturlig å sammenligne seg med. Alle ønsker selvsagt å opprettholde det høye nivået på tjenestene, og en omorganisering kan være fornuftig. Det er samtidig viktig å innse at det vil være svært krevende å effektivisere stort mer. Vesentlige forutsetninger for mer rasjonell drift

enn i dag er at en kan oppnå størst mulig samordning av pleieressursene for de som trenger heldøgns pleie og omsorg, og at kan klare å dra mer nytte av velferd/mestrings- og helseteknologi.
Heldøgns pleie- og omsorg utenom institusjon vil kreve egne oppsett i egne turnuser for nødvendig, døgnkontinuerlig bistand. Dette er ikke innen rekkevidde for Snåsa kommune, og knapt nok for noen kommuner, uten at det kommer vesentlige tilskudd fra staten. Som et minimum må en regne 4 årsverk pr heldøgns ressurs.

Det vil bli stadig flere innbyggere med pleie- og omsorgsbehov i Snåsa kommune fremover, og det vil være en stadig økende kompleksitet og krav til samhandling i behovene til disse pasientene. Videre ser vi en vriding mot at flere tilbys pleie og omsorg hjemme, og økt fokus på forebygging og folkehelseperspektiv.

Tabell 5: Sammenligning av innbyggere, institusjonsplasser, omsorgsboliger og brukere i kommunene Snåsa, Gjerstad, Frosta, Namdalseid og Kostragruppe 03 (Kilde: Kostra/SSB). (Fra TFoU- rapporten)

	1736 Snåsa		0911 Gjerstad		1717 Frosta		1725 Namdalseid		Gj.sn. kostra-gr. 03	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Antall innbyggere	2 139	2 159	2 473	2 511	2 631	2 630	1 622	1 593	3 249	3 267
Antall innbyggere 80 og eldre	136	135	129	129	153	151	119	120	178	179
Antall innbyggere 67-79 år	308	313	307	327	342	352	203	212	393	407
Institusjonsplasser	34	35	32	20	22	22	24	24	37	36
Beboere i institusjon 80 år og over	21	23	17	19	15	18	16	16	28	27
Andel av plassene som de eldste over 80 år har	62 %	66 %	53 %	95 %	68 %	82 %	67 %	67 %	75 %	75 %
Dekningsgrad (inst.plasser/innb eldre over 80 år)	25 %	26 %	25 %	16 %	14 %	15 %	20 %	20 %	21 %	20 %
Andre plasser med heldøgns bemanning	0	0	9	10	17	15	31	28	22	20
Justert dekningsgrad med bemannede boliger	25 %	26 %	32 %	23 %	25 %	25 %	46 %	43 %	33 %	31 %
Andre omsorgsboliger	42	42	14	15	16	18	7	7	19	21
Dekningsgrad med omsorgsboliger, alle over 67 år	17 %	17 %	13 %	10 %	11 %	11 %	19 %	18 %	13 %	13 %
Mottakere av pleie- og omsorgs-tjenester	214	218	198	195	128	135	152	144	204	212
Mottakere av pleie- og omsorgstjenester over 67 år	111	121	107	104	91	102	106	101	138	142
Andel over 67 år med pleie og omsorgstjeneste	25 %	27 %	25 %	23 %	18 %	20 %	33 %	30 %	24 %	24 %
Mottakere av hjemmetjenester i alt	180	181	166	175	106	113	129	121	167	175
Mottakere av hjemmetjenester 67 år og over	84	91	84	81	71	78	82	79	103	108
Andel over 67 år med hjemmetjenester	19 %	20 %	19 %	18 %	14 %	16 %	25 %	24 %	18 %	18 %

Her er det brukt feil antall sykeheimsplasser for Snåsa for 2016, det skal være 30 plasser. Dette gir utslag i at dekningsgraden skal være 22,2 % og ikke 26 % som det står i tabell 5.

Valgene Snåsa kommune tar i forbindelse med utbyggingen har i hovedsak to økonomiske konsekvenser, det ene er investeringskostnader i forbindelse med bygging, flytting og rehabilitering. Det andre er driftskostnader i årene fremover. Driftskostnadene er enkelt formulert atskillig mer vesentlige enn investeringskostnadene.
Tabell 6 viser estimerte kostnader ved ulik dekningsgrad (korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, konsern i million kr, kostnader som 2015).

Tabell 6 Ulik *dekningsgrad, plasser og kostnader (TFoU rapporten)*

Dekningsgrad	2016	2020	2030	2040
Antall plasser med 22,2% dekning (>80)	30	33	42	49
Kostnader ved 22,2% dekning	25,7	28,0	36,1	41,9
Antall plasser med 15,5 % dekning (>80)	21	23	29	34
Kostnader ved 15,5% dekning	18	20	25	29

Som forventet vil driftsutgiftene stige meget betydelig med en fortsatt høy dekningsgrad. Å gradvis trappe ned dekningsgraden samtidig som hjemmebasert pleie og omsorg bygges opp vil trolig være den beste løsningen. Som tabell 5 viser, har Snåsa en høy dekningsgrad sammenlignet med andre kommuner, og det bør være forsvarlig å legge seg på et lavere nivå for dekningsgrad under forutsetning av at en klarer å gjennomføre overgangen/nedskaleringen på forsvarlig måte. Dette må sees i nær sammenheng med antall plasser, der behovet etter alle solemerker vil stige med økt andel aldrende befolkning. Vi bygger for et 50-årsperspektiv. Tabell 6 viser at vi vil være svært nært teoretisk behov for institusjonsplasser om 20 år ved å legge oss på dagens antall dersom vi lykkes med å redusere reell dekningsgrad til 15,5%.

Tabell 7 Dekningsgrad i ulike kommuner 2016 (eldre 80<)(TFoU rapporten)

Snåsa	Frosta	Namdalseid	Nittedal	Landet uten Oslo
22,2 %	15%	20%	16%	18%

Dersom heldøgns institusjonsplasser nedprioriteres noe, kan man i stedet øke antall godt tilrettelagte, små omsorgsleiligheter i tilknytning til helsehuset. Fleksibilitet er en etterspurt kvalitet ved alle nybygde leiligheter. Dersom det i perioder skulle bli overkapasitet til rom tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg, må plassene stenges ned. Det vil si at vi da også reduserer den mest vesentlige driftskostnaden; lønn. Øvrige driftskostnader inkl kapitalkostnader utgjør lite; anslags vis 15 % av samla drift pr plass.

Omsorgsleiligheter med heldøgns bemanning trekkes gjerne fram som et likeverdig tilbud. Slike plasser har ikke Snåsa pr i dag. De andre kommunene får betydelig høyere dekningsgrad i omsorgstilbudet når slike plasser med heldøgns bemanning regnes med. Spesielt Namdalseid kommer da ut veldig høyt, mens Frosta havner på samme nivå som Snåsa*. Merk at gjennomsnittet i kommunegruppen har betydelig høyere dekning enn Snåsa, når andre heldøgns omsorgstilbud regnes med.*

Jf. TFoU rapport:
Når vi tar med de 42 omsorgsboligene, får Snåsa en svært høy dekningsgrad for samlet omsorgstilbud i ulike boliger når vi deler på antall personer over 67 år, over gjennomsnittet i kommunegruppen men fortsatt lavere enn Namdalseid.
Samlet viser tallene god dekningsgrad når omsorgsboliger tas med, mens det for heldøgnsbemannede plasser/boliger tyder på at Snåsa har noe lavere tilbud enn sammenlignbare kommuner. Det er heldøgnsplasser vi skal bygge*.*

14.1 Kommuneøkonomi

TFoU-rapporten antyder at vi ved å legge oss på 15,5 % dekningsgrad i 2040 vil få en samlet kostnad i 2040 på 29 millioner kroner (tabell 6). Dagens kostnad (2016) med 30 plasser utgjør 25,7 millioner. Dersom de demografiske spådommene (SSB) slår til, vil vi få en høyere andel eldre. Dette tilsier også at vi får flere innbyggere som gir sterk uttelling i inntektssystemet. Merk at premisset her er at inntektssystemet ikke endrer seg på dette punktet, og at folketallet for øvrig er stabilt slik at vi samlet sett ikke taper inntekter på grunn av redusert innbyggertall generelt.

Rapporten oppgir etter en enkel simulering av inntektsøkningen grunnet flere innbyggere i målgruppen kan utgjøre 5 millioner frem mot 2030 og 10 millioner frem mot 2040 (rapportens s. 31, 9. kulepunkt). Dette vil bidra til å dekke inn noe av de forventede økte kostandene knyttet til denne brukergruppen, men rapporten sier også (s. 33, 4. avsnitt) at ressurstilføringen til «sektoren» trolig må økes (netto) ut over disse 5 – 10 millionene. Dette begrunnes med at tjenestene driftes effektivt allerede i dag, og at det pr nå er relativt lav forekomst av andre, tyngre brukere målt mot sammenlignbare kommuner.

15. Tilskuddsordning gjennom Husbanken.

Gjennomsnittet av den statlige tilskuddsandel per boenhet er 50 prosent av maksimalt godkjente anleggskostnader. Dette fordeles med 45 prosent per omsorgsbolig og 55 prosent per sykehjemsplass.

Anleggskostnadene per boenhet i omsorgsboliger og sykehjem, er 3 226 000 kroner i landet for øvrig.

De maksimale tilskuddssatsene er 1 452 000 kroner for en omsorgsbolig og 1 774 000 kroner for en sykehjemsplass.

Det kan også gis inntil 55 prosent utmåling av tilskudd der det etableres egne lokaler for dagaktivitetstilbud i tilknytning til allerede eksisterende omsorgsboliger. Det er en forutsetning at dagaktivitetstilbudet omfatter beboerne i omsorgsboligene, men tilbudet kan også benyttes av andre som har et slikt behov. Veiledende størrelse på lokaler til dagaktivitetstilbud er 10 kvm per bruker.

Tilskuddet kan brukes til

- å øke kapasitet av sykehjem og omsorgsboliger både til korttidsplasser og langtidsopphold
- fellesarealer som er nødvendig for å oppnå heldøgns tjeneste i eksisterende omsorgsboliger
- installering og prosjektering av heis, sprinkelanlegg, samt ulike tiltak knyttet til velferdsteknologi i eksisterende bygningsmasse
- døgnomsorgsplasser til personer med behov for øyeblikkelig hjelp
- ombygning og utbedring av gamle og uegnede bygninger (jf nye bestemmelser om netto tilvekst, se veileder)

Omsorgsboliger og sykehjem som finansieres med investeringstilskudd må være tilrettelagt for tilkobling av elektroniske hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingssystem og annen velferdsteknologi. Det legges til grunn at omsorgsplasser som får innvilget investeringstilskudd

er universelt utformet og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Slik utforming og tilrettelegging skal skje i tråd med Omsorg 2020 jf. Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, og i tråd med formålet for ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming om integrering og normalisering.

Ved utgangen av 2015 bodde om lag 87.000 av de 275.000 som mottok omsorgstjenester i institusjon eller omsorgsboliger. Dette er beboere i alle aldersgrupper med svært ulike boligbehov. Noen er inne til kort tids avlastning eller rehabilitering, andre skal motta heldøgns omsorg over lengre tid. Noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Noen trenger mye rom rundt seg for ikke å ødelegge livet for andre. Andre har stort behov for fellesskap. Det finnes derfor ikke bare ett svar på hvordan omsorgstjenestens bo- og institusjonsformer bør bygges og organiseres. Skal dette være brukernes omsorgstjeneste og dekke deres ulike behov, krever det et mangfold av løsninger.
Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra brukernes behov, og ha en mer fleksibel utforming.

16. Rekruttering, kompetanse, bemanning og sykefravær

En hovedutfordring i årene som kommer vil være den samlede tilgangen på arbeidskraft i Norge. Det gjelder for de fleste grupper av arbeidstakere. Kommunen vil ha behov for å rekruttere inn betydelig antall helse-, pleie og omsorgsarbeidere i de neste årene, om bemanningen skal opprettholdes.
I Snåsa kommune var i overkant av 33 % av de ansatte i helse-, pleie- og omsorgstjenestene over 55 år i 2017.

Aktuelle tiltak for å beholde kompetanse og rekruttere nye kan være:

- Generell omdømmebygging av Snåsa kommune, og spesielt i forhold til omtale av helse-, pleie- og omsorgstjenestene. Det er viktig å få fram et balansert bilde av at det også i disse trange tider gjøres en formidabel innsats i tjenestene, og at de aller fleste på de aller fleste dager trives godt i jobben sin. Dette dokumenteres med vår stabile arbeidsstokk i alle tjenester og ved nedgang i sykefravær. Fraværet i Snåsa Kommune er redusert fra ca. 8,5 % i 2010 til 5,0 % i 2017. Pleie- og omsorgstjenesten har noe høyere, men har en god utvikling og det samarbeides godt mellom tillitsvalgte, verneombud og ledelse.
  Dette er det viktig å formidle til framtidige medarbeidere.
- Tilby årlig tre lærlingplasser innen helsefag.
- Drive opplysningsarbeid blant lokale ungdommer, delta når rekrutteringspatruljen besøker ungdomsskolen før frist for søknad til vgs opplæring. Rekrutteringspatruljen reiser rundt på ungdomsskoler og videregående skoler med ungdommer som selv er helsearbeidere og gir ungdommene et bilde på egne erfaringer.
- Være en aktiv aktør mot høgskolene, være positiv til å gi studenter praksisplasser på Snåsa. Markedsføre Snåsa som en attraktiv kommune med helse-, pleie- og omsorgstjenester av høy kvalitet.

- Følge opp kompetanse- og rekrutteringsplan for systematisk faglig oppdatering, opplæring og kursvirksomhet.
- Fokus på ansattes trivsel på arbeidsplassene. Fokus på nærvær i stedet for fravær.
- Skape et godt faglig miljø, med fokus på kvalitet og etikk, og det å få brukt sine evner og sin kompetanse.
- Seniorpolitiske tiltak må også ha fokus for å beholde den arbeidskrafta en har i kommunen så lenge som mulig og unngå langtidsfravær når en kommer opp i årene.
- Legge til rette for å redusere bruken av uønsket deltid i helse- og omsorgssektoren for å sikre stabilitet og kontinuitet både for brukere og ansatte. Utfordringen er å balansere bemanningen slik at det ivaretar faglige krav, den kontinuitet og trygghet brukerne skal ha samtidig som en skal ha en mest mulig kostnadseffektiv tjenesteproduksjon.

Det er viktig at vi har et helhetlig blikk på tjenestene, og at vi klarer å bygge organisasjonen slik at vi får mest mulig av synergier til beste for tjenesteproduksjonen. Dette vil vær viktig for at vi skal makte å gjøre Snåsa kommune til en attraktiv arbeidsplass med gode rekrutteringsmuligheter.

17. HANDLINGSPLAN - TILTAK, TIDSPLAN OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV TILTAKENE

TILTAK	NÅR / ØKONOMISK KONSEKVENS
1. Påbygging/ombygging/rehabilitering av institusjon til totalt 35 HDO plasser (inkl. 2 «sluserom» for skjermings- og smittevernbehov), fellesareal, lager, uteområde mv. Totalt påbygging/ombygging/rehabiliteringsareal er ca.: 1923 m2. a) Ny fløy vil på 2. etasjes plan inneholde • 25 HDO plasser fordelt på 20 stk. nye pasientrom og 5 stk. omsorgsleiligheter med tilhørende fellesrom, i hht søknad til Husbanken. • Pasientrommene forberedes for mobilt minikjøkken for eventuell omgjøring til omsorgsbolig. Skinner for personløfteheis på alle enheter. Slik tilrettelegging gjør at alle 25 HDO enhetene kan benyttes til alle formål. b) I tillegg kommer ombygging/rehabilitering av arealer først og fremst i «midtbygget» i 2. etg. som bl.a. er: • tre fellesrom / stuer inkludert anretningskjøkken på hver del. • romslige korridorer, delvis dobbelkorridor som gir mulighet for «rundløype». • aktivitetsrom er plassert inn mellom de to hovedavdelingene i tilbygget • romslig terrasse utvendig. • lett tilgang fra stue i nord til ny planlagt plassering av sansehagen. • utomhusarealer • Mv.	77 mill. totalt (jf. kalkyle fra Arcon Prosjekt AS i forprosjektrapport pr. 13.02.18) Planutvalget mener at det er viktig å komme i gang med påbygging/ombygging/rehabiliterin g av lokalene knyttet til institusjon/Snåsa Sykeheim/pleie og omsorg i løpet av 2018 – behovene er godt kartlagt. Søknad til Husbanken knyttet til 30+5 er sendt i februar 2018. Planlagt byggestart september 2018, ferdigstilling i løpet av 2019.

c) 1.etg. ombygging/rehabilitering • Innplassere tjeneste for fysio- ergoterapi i midtpartiet «hjertet» i huset • Inneholde aktivitetstilbud/trening knyttet til fysio- ergoterapi for hjemmeboende med funksjonsnedsettelse. • Inneholde dagtilbud/aktivitetstilbud/trening til gruppen av psykisk utviklingshemmede/psykiatri. • Kontorfunksjoner for ansatte i pleie og omsorg. Kontorhotell for ansatte i prosjekt, ansatte om har behov for midlertidig kontorplass for arbeidsro etc. • Flere møterom. Det er nå kun to store møterom for hele helse, pleie og omsorg. Det er behov for to mindre møterom, som også kan brukes til samtalerom. • «garderobe» for ytterklær til hjemmetjenesten • lager for utstyr som hjemmetjenesten skal ha med ut hver vakt. • Mv. Her er det arealer mot vest som det ikke er beskrevet benyttelse av. d) Sokkeletasje mellombygg/sykeheimen • arealer for oppbevaring, rengjøring og formidling av hjelpemidler (der fysio- og ergoterapitjenestene holder til med behandling i dag) kritisk punkt i dag (jf. Mattilsynet), knyttet til sammenblanding av urent utstyr knyttet til inngangspartiet der kjøkkenet holder til. • nytt litt større møterom • garderobe til ansatte • lager • mv. e) Sokkeletasje ny fløy familiesentralen, der kontorer for fysio-ergoterapitjenesten holder til i dag. • Her er det 4 kontorer + garderobe/WC som det ikke er beskrevet benyttelse av.	
2. Mestrings- velferdsteknologi - kartlegge/sjekke/utforme nettdekning via Kabel/trådløst ?? slik at en sikrer at ønskelig teknologi kan fungere som forventet. Forplikte ifht. tilganger. • Det er medtatt en kostnad for mestrings- og velferdsteknologiteknologi uten at behovet, utstyr, muligheter og ønsker er helt avklart. Må sees i sammenheng med integrering av adgangskontroll- og pasientvarslingsanlegg (vaktromsapparat, trekkekontaker, sengevakter, tilstedemarkeringspanel og alarmmottak mot dect- eller smart telefon) samt mulighet for overfallsalarm, registrering tilstedeværelse, kameraovervåking, sporing/GPS, ITV-video etc. da dette som regel inngår som del av et velferdsteknologianlegg.	Valg av system må bestemmes før detaljprosjektering eller tilbudsutsendingen. Krav om å ta i bruk kombinasjonskompetanse fag-og datakompetanse. Sikre at utstyr kommuniserer med hverandre gjennom innkjøpssamarbeid med fokus på kravspesifikk.

3. Ombyggings- påbyggingsfase ca. 1. 5 år. Tiltaket omfatter rivning og ombygging på Snåsa Sykehjem. Alle etasjer berøres, i mindre eller større omfang. Del av 2. etasje mot vest skal i sin helhet rives, ned til grunn. Ellers berøres bygget av ombygging. – Det planlegges at i denne perioden skal det bo to personer på pasientrom på Nystuggu, demensavdelingen flyttes ned til Nerstuggu og en vurderer å benytte adm. rom til pasientrom. Informasjon til berørte er viktig og når byggestart er avklart, startes informasjons «runden» til berørte pasienter og pårørende, evt. andre?	Kommunikasjon/samarbeid med entreprenøren ifht. framdriftsplan må på plass så snart entreprenør er avklart. «Kabal» for nødvendige pasientforflytninger. Entreprenør må legge planer sammen med pleie- og omsorgstjenesten, slik at en reduserer flyttinger, belastninger og uro for pasienter i størst mulig grad.
4. Å få tilpasset bemanning med rett kompetanse til rett nivå i forhold til de gruppene det skal ytes tjenester til- institusjon vs omsorgsboliger	Opprette et utvalg som skal se på dimensjonering av plasser/behov for stillingshjemler. Også planlegge for drift/tidsplan knyttet til en evt. omhjemling av tilbudet. Vurdere kostnader som må inn I økonomiplan
5. Vurdere organisering av kommuneoverlegefunksjon og folkehelsekoordinator. Folkehelsearbeid er i stor grad samfunnsutvikling og kan med fordel være mer sentral i utviklingsenhet/enhet for utvikling, Dette vil bidra til økt forståelse at ansvaret for folkehelsen ikke ligger hos helsetjenestene, men hos alle enheter og at man arbeider etter å tenke «helse i alt man gjør». Det vil også gi folkehelsen et overordnet fokus, og vil gjøre det lettere å arbeide tverrsektorielt.	Tas med i vurderingen ved oppbygging av utviklingsenheten.
6. Kjøkken Hovedkjøkkenet i sokkel på sykeheimsbygget er gjenstand for rehabilitering forholdsvis snart. Stadige henvendelser fra mattilsynet om utbedringer og vedlikeholdsplaner utfordrer den daglige driften. Snåsa formannskaps vedtok følgende innstilling i møte 27.02.18: *Plan og byggekomitéen undersøker mulighetene for rehabilitering av eksisterende kjøkken, alternativt flytting av kjøkken til første etg. Det må synliggjøres et kostnadsestimat, samt fordeler og ulemper ved begge alternativene. Formannskapet forutsetter at prosess med utbygging fase 3 går som planlagt.* Saken ble trekt fra behandling i Kommunestyret 01.03.18.	
7. Aktivt samarbeid med frivillige lag og organisasjoner Bygdesentralen Det er gjort et stykke arbeid med å informere organisasjonene gjennom møter med dem.	Tilgjengelig informasjon gjennom alle prosesser. Evt. vurdere nærmere involvering/ tilbakemeldingsmuligheter.
8. Sikre tilpasning av helse-, pleie- og omsorgstilbudet til den samiske befolkningen.	Gjennomføre planlagt E-læringsprogram med vekt på å heve kulturkompetansen for alle ansatte knyttet til samisk kultur. Pilot rulles ut høsten 2018.

9. Interkommunalt samarbeid.	Videreutvikles med tanke på å få samarbeid på områder etter behov der det er mulig og ønskelig.

18. OVERSIKT OVER STATUS PÅ PLANER HELSE-, PLEIE OG OMSORGSOMRÅDET OG PLANLAGT RULLERING/REVIDERING.

Handlingsplan for Helse- pleie og omsorgstjenesten 2010-2020.	Rulleres/revideres i 2018.
Plan for psykisk helsearbeid og rus 2015-2018 Vedtatt 29.10.15	Rulleres i 2018, skal inkludere Handlingsplan mot selvmord
Rehabiliteringsplan 2012-2015 Vedtatt 25.10.12.	Rulleres i 2018
Ruspolitisk Handlingsplan Indre Namdal 2014-2017. Vedtatt 26.06.14 Ruspolitisk Handlingsplan for kommunene Røyrvik, Lierne, Namsskogan, Høylandet, Grong og Snåsa 2018-2021	Er i en høringsprosess med planlagt sluttbehandling i april 2018.
KOMPETANSE- OG REKRUTTERINGSPLAN 2014-2017 Snåsa Kommune vedtatt 12.12.13. videreføres i Kompetanse- og rekrutteringsplan Snåsa Kommune 2018-2021	Under revidering, med planlagt sluttbehandling av revidert plan i løpet av juni 2018.
Plan for Helsestasjon- og skolehelsetjenesten inkl. svangerskaps-omsorgen 2015-2018 vedtatt 14.03.16	Rulleres/revideres 2018/2019
Demensplan Snåsa Kommune 2010-2020. vedtatt 28.04.11	Rulleres/revideres i 2018
Plan for kreftomsorgen 26.02.98	Vurderes rullert/revidert.
Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2015-2018- Indre Namdal	Rulleres/revideres 2018/2019.
Plan for legetjenesten og legevakttjenesten i Snåsa Kommune. Ikke på plass.	Arbeidet startes i 2019
Smittevernplan vedtatt 28.10.04. Må inkl. pandemiplan.	Rulleres/revideres i 2018.
Plan for helsemessig – og sosial beredskap Vedtatt 2004	Sees i sammenheng med Kriseplan og overordnet ROS
Folkehelseplan vedtatt 12.11.14 Oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Snåsa Kommune 2016 - knyttet til krav i Folkehelseloven § 5.	Oversiktsdokumentet rulleres/revideres i 2018
Boligsosial handlingsplan 2008-2011	Vurderes rullert.